

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Mateja Nagode

Vrednotenje kakovosti socialne oskrbe na domu: pristopi in instrumenti

Magistrsko delo

Ljubljana, 2014

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Mateja Nagode

Mentorica: red. prof. dr. Valentina Hlebec

Vrednotenje kakovosti socialne oskrbe na domu: pristopi in instrumenti

Magistrsko delo

Ljubljana, 2014

Vrednotenje kakovosti socialne oskrbe na domu: pristopi in instrumenti

V Sloveniji kakovost merjenja socialne oskrbe, trenutno najpomembnejše socialnovarstvene storitve, ki se odvija na domu posameznika in predstavlja pomembno razsežnost dolgotrajne oskrbe, ni celovito in enoznačno predpisana. V magistrski nalogi iz tega razloga ovrednotimo merjenje kakovosti socialne oskrbe na domu z vidika obstoječih pristopov in instrumentov. Preverimo, kako kakovostno je obstoječe vrednotenje in na podlagi ugotovitev pripravimo konkretni model in predloge za izvajanje bolj sistematičnega načina vrednotenja storitve.

V magistrski nalogi torej osnujemo model merjenja socialne oskrbe na podlagi obstoječih praks. Preverimo, kakšni načini vrednotenja kakovosti socialne oskrbe na domu obstajajo v praksi in kaj ugotavljajo; uporabili smo pristop od spodaj navzgor (angl. *bottom-up*). Ker gre za zelo obsežno temo, obravnavano področje sistematično pregledamo na različnih ravneh, ki jih poimenujemo makro, mezo in mikro. Na vseh treh ravneh nas zanima tako metodološki vidik vrednotenja kot tudi vsebinski.

Na makro ravni smo pregledali podatke o izvajanju socialne oskrbe na domu na nacionalni ravni, ki jih od leta 2008 zbira in analizira Inštitut RS za socialno varstvo. Pri tem smo sledili smernicam modela kakovosti, kot ga za svoje podatke uporablja Statistični urad RS.

Na mezo in mikro ravni sistematično zbrani podatki ne obstajajo, zato se poslužimo sistematičnega pregleda metodolgij in vsebin ter opravimo sintezo raziskav. Obravnavamo obstoječe instrumente in vrednotenja dela socialnih oskrbovalk (mezoraven) in zadovoljstva uporabnikov (mikroraven), ki si jo jih v preteklih nekaj letih večinoma opravili izvajalci socialne oskrbe na domu.

Instrumente in ugotovitve z vseh treh ravni metodološko in vsebinsko ovrednotimo ter jih vpeljemo v model vrednotenja kakovosti socialne oskrbe na domu na makro-, mezo- in mikroravni. V tem smislu gre tudi za metavrednotenje socialne oskrbe na domu. Predlagani model vsebuje konkretna vsebinska in metodološka priporočila vrednotenja in je lahko podlaga za vpeljavo bolj sistematičnega in poenotenega načina vrednotenja socialne oskrbe na domu na nacionalni ravni.

Ključne besede: vrednotenje, kakovost, dolgotrajna oskrba, socialna oskrba na domu.

Evaluating the quality of social home care: approaches and instruments

In Slovenia, evaluating the quality of social home care, which is the fundamental social care service provided in the home and represents an important dimension of long – term care, is not comprehensively prescribed. For this reason the evaluation of quality of social home care in this MA thesis is presented. The evaluation was carried out by studying existing approaches and instruments. On this basis the concrete model and recommendations for more systematic service evaluation is presented.

Therefore, in this MA thesis the model of social home care evaluation is based on existing practices. Different modes of evaluating the quality of social home care in practice and their outcomes are presented and analysed; the bottom up approach was used. It is a broad and comprehensive topic; therefore the systematic review and analysis was performed at three crucial levels - macro, mezzo and micro. At all three levels, the interest lies in both the methodological aspects of the evaluation as well as the content.

At the macro level the data about social home care at the national level was studied. The data is collected yearly by the Social Protection Institute of the Republic of Slovenia. The analysis carried out followed the quality model used by Statistical Office of the Republic of Slovenia.

At the mezzo and micro levels systematically collected data does not exist; therefore, a systematic review of existing methodologies and content and research synthesis was done. The existing instruments and evaluations of social carers (mezzo level) and users satisfaction (micro level) was addressed. In the past few years the evaluations were performed mainly by social home care providers.

The instruments and findings were methodologically and substantively studied and then introduced into the model of the evaluation of social home care on the macro, mezzo and micro levels. In this context, it is also a meta-evaluation of social home care. The recommended model contains concrete content and methodological recommendations. For this reason the model can be used as a basis for the implementation of a more systematic and comprehensive evaluation of social home care at the national level.

Key words: evaluation, quality, long-term care, social care at home.

KAZALO VSEBINE

1 UVOD.....	9
1.1 CILJI MAGISTRSKE NALOGE IN METODOLOŠKI PRISTOP	11
1.2 STRUKTURA MAGISTRSKE NALOGE	15
2 VREDNOTENJE KAKOVOSTI – TEORIJE IN PRISTOPI.....	17
2.1 VREDNOTENJE KAKOVOSTI STORITEV SOCIALNE OSKRBE NA DOMU	25
3 UREDITEV SISTEMA DOLGOTRAJNE OSKRBE	32
3.1 DOLGOTRAJNA OSKRBA KOT NOVA PARADIGMA	33
3.2 UREDITEV DOLGOTRAJNE OSKRBE V SLOVENIJI	34
4 SKUPNOSTNA OSKRBA KOT POMEMBEN VIDIK DOLGOTRAJNE OSKRBE STAREJŠIH.....	41
4.1 RAZVOJ SOCIALNE OSKRBE NA DOMU.....	41
4.2 IZZIVI IN POTENCIALI SOCIALNE OSKRBE NA DOMU.....	44
5 VREDNOTENJE KAKOVOSTI IZVAJANJA SOCIALNE OSKRBE NA DOMU	47
5.1 VREDNOTENJE KAKOVOSTI SOCIALNE OSKRBE NA MAKRORAVNI	47
5.1.1 Metodološka pojasnila o statističnem raziskovanju.....	48
5.1.2 Ustreznost statističnih konceptov	51
5.1.3 Točnost ocen	52
5.1.4 Pravočasnost in točnost objave	55
5.1.5 Dostopnost in jasnost informacij.....	57
5.1.6 Primerljivost statistik	59
5.1.7 Skladnost rezultatov	60
5.2 VREDNOTENJE KAKOVOSTI SOCIALNE OSKRBE NA MEZORAVNI	62
5.2.1 Metodološke značilnosti vrednotenih raziskav na mezoravni	62
5.2.2 Pregled in sinteza raziskav glede na vsebinske vidike na mezoravni.....	67
5.2.2.1 <i>Spol in starost socialnih oskrbovalk</i>	<i>67</i>
5.2.2.2 <i>Oblika zaposlitve in delovna doba socialnih oskrbovalk.....</i>	<i>69</i>
5.2.2.3 <i>Dohodek, napredovanje in druge ugodnosti – finančni status.....</i>	<i>70</i>
5.2.2.4 <i>Izobrazba, kvalifikacija in dodatna usposobljenost za poklic socialne oskrbovalke</i>	<i>71</i>
5.2.2.5 <i>Delovni čas socialnih oskrbovalk.....</i>	<i>74</i>
5.2.2.6 <i>Odnosi s sodelavkami, z nadrejenimi in drugimi organizacijami.....</i>	<i>76</i>

5.2.2.7	<i>Odnosi z uporabniki in njihovimi svojci</i>	78
5.2.2.8	<i>Storitve in opravila, ki jih izvajajo socialne oskrbovalke</i>	79
5.2.2.9	<i>Storitve in opravila, ki jih uporabniki ne prejmejo</i>	81
5.2.2.10	<i>Težave pri delu</i>	81
5.2.2.11	<i>Stresne situacije in zdravstveno stanje</i>	82
5.2.2.12	<i>Motivacija za delo</i>	84
5.2.2.13	<i>Želje socialnih oskrbovalk v zvezi z delom in zadovoljstvo z njim</i>	85
5.3	VREDNOTENJE KAKOVOSTI SOCIALNE OSKRBE NA MIKRORAVNI	86
5.3.1	Metodološke značilnosti vrednotenih raziskav na mikroravni	86
5.3.2	Pregled in sinteza raziskav glede na vsebinske vidike na mikroravni	93
5.3.2.1	<i>Sociodemografske značilnosti uporabnikov</i>	93
5.3.2.2	<i>Socialno omrežje/stiki in osamljenost uporabnikov</i>	99
5.3.2.3	<i>Zdravstveno stanje in fizična zmožnost uporabnikov</i>	101
5.3.2.4	<i>Vzrok za vključitev v storitev socialne oskrbe na domu</i>	102
5.3.2.5	<i>Zaloga ali razpoložljivost socialne oskrbe na domu</i>	102
5.3.2.6	<i>Prejete storitve oz. opravila in zadovoljstvo z njimi</i>	106
5.3.2.7	<i>Čas vključenosti uporabnika v storitev</i>	109
5.3.2.8	<i>Ustreznost organiziranosti socialne oskrbe na domu</i>	110
5.3.2.9	<i>Cenovna dostopnost socialne oskrbe na domu</i>	114
5.3.2.10	<i>Raven sprejemljivosti socialne oskrbe na domu</i>	115
5.3.2.11	<i>Zagotavlja oskrbe pred vključitvijo v socialno oskrbo na domu</i>	120
5.3.2.12	<i>Zagotavljanje oskrbe poleg socialnih oskrbovalk</i>	120
5.3.2.13	<i>Druge oblike oskrbe</i>	122
6	RAZPRAVA IN PREDLOGI	124
7	LITERATURA	145
PRILOGE	160
PRILOGA A:	PRIMER KODIRANJA	160
PRILOGA B:	OPREDELITEV SOCIALNE OSKRBE NA DOMU	161
PRILOGA C:	STANDARDNI KAZALNIKI KAKOVOSTI	164
PRILOGA Č:	SESTAVA VPRAŠALNIKA IRSSV	165
PRILOGA D:	MNENJE UPORABNIKOV O CENI STORITVE (NADALJEVANJE) ..	166
PRILOGA E:	VIR INFORMIRANJA O STORITVI (NADALJEVANJE).....	167

KAZALO SLIK

Slika 1.1: Shema zagotavljanja socialne oskrbe na domu z vsebinskega in metodološkega vidika	10
Slika 5.1: Povezanost med podatki IRSSV in SSZS	62

KAZALO TABEL

Tabela 1.1: Uporabljeni merski instrumenti v raziskavah.....	14
Tabela 1.2: Vidiki vrednotenja na mezo- in mikroravni	15
Tabela 2.1: Ravni zagotavljanja kakovosti dolgotrajne oskrbe.....	23
Tabela 2.2: Razsežnosti koncepta dostopa	30
Tabela 3.1: Definicija dolgotrajne oskrbe v državah EU	32
Tabela 3.2: Novosti dolgotrajne oskrbe.....	34
Tabela 3.3: Storitve in prejemi formalno organizirane dolgotrajne oskrbe.....	37
Tabela 3.4: Dodatek za oskrbovanca, podatki ZPIZ za leto 2011	38
Tabela 5.1: Specifični moduli	49
Tabela 5.2: Delež urejanja podatkov (za podatke na dan 31. 12. 2011)	55
Tabela 5.3: Pravočasnost prve objave in končnih rezultatov	56
Tabela 5.4: Točnost prve objave	56
Tabela 5.5: Načini izkazovanja rezultatov	57
Tabela 5.6: Skladnost med začasnimi in končnimi podatki za ključne spremenljivke	60
Tabela 5.7: Metodološke značilnosti kvantitativnih raziskav na mezoravni	63
Tabela 5.8: Populacija in vzorec – vprašalnik za socialne oskrbovalke	65
Tabela 5.9: Metodološke značilnosti kvalitativnih raziskav na mezoravni	67
Tabela 5.10: Spolna sestava socialnih oskrbovalk.....	68
Tabela 5.11: Starostna sestava socialnih oskrbovalk	68
Tabela 5.12: Izobrazba socialnih oskrbovalk.....	71
Tabela 5.13: Delovni čas socialnih oskrbovalk.....	75
Tabela 5.14: Metodološke značilnosti kvantitativnih raziskav na mikroravni.....	88
Tabela 5.15: Populacija in vzorec – vprašalnik za uporabnike socialne oskrbe na domu	91
Tabela 5.16: Metodološke značilnosti kvalitativnih raziskav na mikroravni.....	93
Tabela 5.17: Spolna in starostna sestava uporabnikov.....	94
Tabela 5.18: Zakonski stan uporabnikov	95

Tabela 5.19: S kom živijo uporabniki	95
Tabela 5.20: Stanovanjski status uporabnikov	96
Tabela 5.21: Dohodek uporabnikov	98
Tabela 5.22: Ocena fizične zmožnosti uporabnikov	101
Tabela 5.23: Vir informiranja o storitvi	103
Tabela 5.24: Pogostost prejemanja socialne oskrbe na domu	103
Tabela 5.25: Vrsta socialne oskrbe na domu.....	106
Tabela 5.26: Splošno zadovoljstvo s storitvijo.....	107
Tabela 5.27: Možnost koriščenja storitve ob vikendih in praznikih	111
Tabela 5.28: Zadovoljstvo z organizacijo dela.....	112
Tabela 5.29: Mnenje uporabnikov o ceni storitve.....	114
Tabela 5.30: Plačevanje storitve.....	115
Tabela 5.31: Zadovoljstvo z delom in odnosom socialnih oskrbovalk	116
Tabela 5.32: Zadovoljstvo z odnosom – komunikacija.....	117
Tabela 5.33: Lastnosti socialnih oskrbovalk	118
Tabela 5.34: Kdo je uporabniku nudil pomoč pred vključitvijo v storitev	120
Tabela 5.35: Prejemanje dodatne pomoči in kdo jo nudi.....	120
Tabela 6.1: Kakovost makropodatkov o socialni oskrbi na domu glede na standardne kazalnike kakovosti	124
Tabela 6.2: Metodološki vidik obravnavanih raziskav.....	126
Tabela 6.3: Predlogi merjenja za vsako od treh ravni	132
Tabela 6.4: Sinergija obravnavanih področij na makro-, mezo- in mikroravni	137

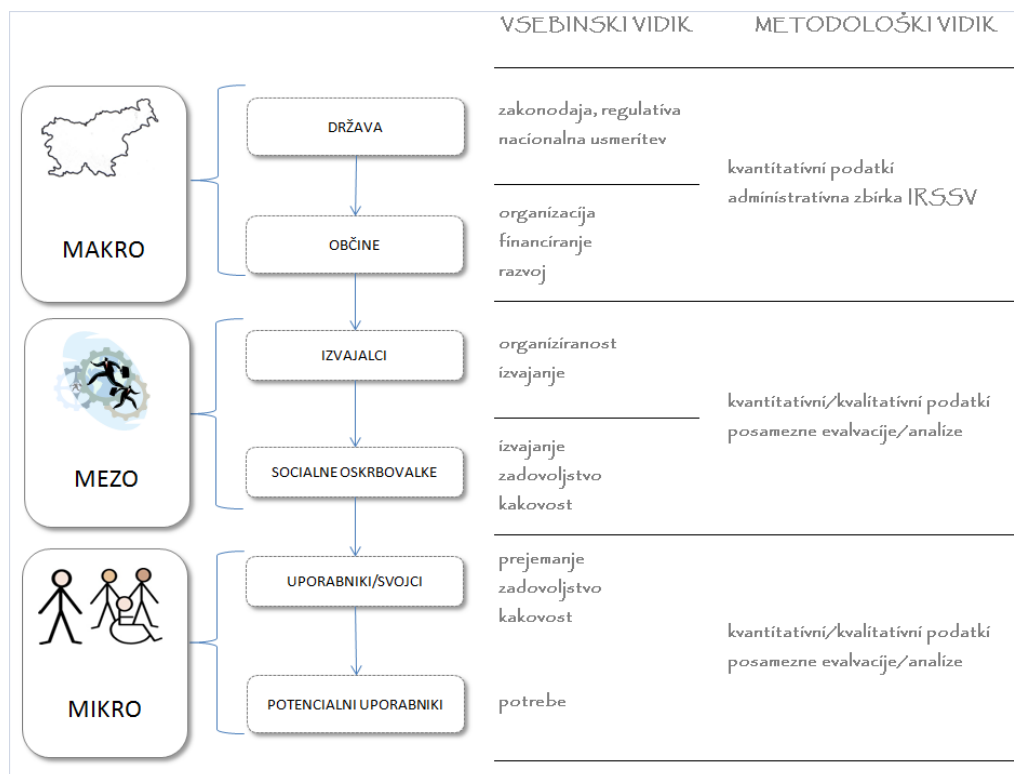
1 UVOD

Socialna oskrba na domu v Sloveniji nima tako dolge tradicije kot npr. domovi za starejše, ima pa velik potencial za razvoj v prihodnosti, saj se politike tako v mednarodnem kot tudi v domačem merilu, skladno s procesi dezinstitutionalizacije, vedno bolj usmerjajo v zagotavljanje čim večjega obsega oskrbe na domu in obenem v kritev oskrbe v institucijah. V Sloveniji za področje skrbi za starejše oz. dolgotrajne oskrbe nasploh še vedno velja, da je institucionalizirano in da na področju socialne oskrbe na domu še vedno ne dosegamo nacionalno zastavljenih ciljev. Eden izmed pomembnih korakov, ki lahko vplivajo na uspešen in kakovosten razvoj storitve v prihodnje, je temeljita in predvsem celostna proučitev dosedanjega razvoja in dejavnikov, ki pomembno vplivajo na dostopnost, razširjenost in, širše gledano, kakovost storitve. Ta korak v Sloveniji še ni bil storjen, zato skušamo v magistrski nalogi ovrednotiti kakovost socialne oskrbe na domu skozi obstoječe in dostopne instrumente ter pristope vrednotenja. V ta namen smo vrednotenje kakovosti socialne oskrbe na domu opredelili na 3 ravneh, in sicer na makro-, mezo- in mikroravni (glej Sliko 1.1). Na vseh 3 ravneh sta nas zanimala metodološki (s katerimi pristopi in instrumenti ter na kakšen način vrednotijo) in vsebinski vidik vrednotenja (kaj vrednotenje obsega oz. ugotavlja) (glej tabeli 1.1 in 1.2). Ugotovitve tako zastavljenega raziskovanja bodo služile za oblikovanje smernic vrednotenja kakovosti.

V okviru **makroravni** smo z vsebinskega vidika opredelili sistemsko organiziranost oz. regulativo socialne oskrbe na domu – kako, kdo in na kakšen način uravnava storitev na sistemski ravni. Z metodološkega vidika smo makroraven opredelili s kvantitativnimi podatki, ki so pomembni za sistemsko usmerjanje razvoja storitve. Na tem področju že vrsto let razpolagamo s podatki o izvajanju socialne oskrbe na domu v vseh slovenskih občinah, ki jih redno letno zbira in analizira Inštitut RS za socialno varstvo (v nadaljevanju IRSSV). Ti podatki predstavljajo izhodiščno vrednost in smernice pri načrtovanju sprememb in razvoja storitve, zato je predvsem pomembna kakovost in posledično uporabnost zbranih podatkov. Po ključnih elementih modela kakovosti, kot ga za svoje podatke po vzoru Eurostata uporablja Statistični urad Republike Slovenije (v nadaljevanju SURS), v nalogi ovrednotimo kakovost zbranih podatkov o socialni oskrbi na domu (poglavje 5). Analiza kakovosti teh podatkov lahko služi kot smernica za nadaljnje spremljanje omenjenih podatkov, ki imajo široko razsežnost, saj se (lahko) uporabljajo v različne namene (npr. načrtovanje nacionalnih

ciljev, postavljanje regulative, raziskovanje in podobno). Makropodatki pa služijo predvsem vrednotenju izvajanja socialne oskrbe na domu na nacionalni ravni.

Slika 1.1: Shema zagotavljanja socialne oskrbe na domu z vsebinskega in metodološkega vidika



Omenjeni podatki pa niso dovolj za razumevanje področja in optimiziranje načrtovanja socialne oskrbe na domu. Ko se z makroravni premaknemo na **mezo- in mikroraven**, vrednotenje izvajanja storitve prenesemo na izvajalca socialne oskrbe na domu oz. na lokalno skupnost (občina). Sistematično zbrani podatki na tej ravni ne obstajajo, predvidevamo pa tudi, da se obstoječa vrednotenja med seboj precej razlikujejo, saj jih izdelujejo bodisi izvajalci sami bodisi npr. s pomočjo študentov (diplomske naloge). Menimo, da sta za uspešen in učinkovit razvoj storitve pomembna povezovanje in dopolnjevanje vseh ravni (makro-, mezo- in mikroravni), zato v nalogi na način od spodaj navzgor (angl. *bottom-up*) raziščemo prakso izvajalcev socialne oskrbe na domu pri vrednotenju storitve, ki jo zagotavljajo svojim uporabnikom. Gre za prvo tovrstno analizo in poskus (meta)vrednotenja socialne oskrbe na domu na opisanih ravneh. Na mezoravni torej zasledujemo organiziranost in zagotavljanje storitve z vidika izvajalca in zaposlenih, tj. socialnih oskrbovalk, na

mikroravni pa z vidika uporabnika in njegovih svojcev ter tudi potencialnih uporabnikov. Z metodološkega vidika so v tem smislu relevantna predvsem vrednotenja oz. podatki, ki se nanašajo bodisi na kader, ki zagotavlja socialno oskrbo, bodisi na uporabnike socialne oskrbe na domu (merjenje zadovoljstva ipd.).

1.1 CILJI MAGISTRSKE NALOGE IN METODOLOŠKI PRISTOP

Cilje magistrske naloge lahko strukturirano in večfazno povzamemo v naslednjih točkah:

1. ovrednotiti kakovost makropodatkov;
2. ovrednotiti in pregledati obstoječa vrednotenja na mezo- in mikroravni pri izvajalcih;
3. ovrednotiti in pregledati obstoječa vrednotenja na mezo- in mikroravni v okviru diplomskih in magistrskih nalog;
4. metodološko ovrednotiti uporabljene metodološke pristope;
5. osnovati celovit model vrednotenja kakovosti socialne oskrbe na domu na makro, mezo- in mikroravni.

Na podlagi razpoložljivih podatkov in izhajajoč iz zastavljenih ciljev naloge, v nadaljevanju opredelimo 2 tezi, in sicer predpostavljamo, da je:

1. vrednotenje oskrbe na domu na makroravni kakovostno;
2. vrednotenje oskrbe na domu na mezo- in mikroravni vsebinsko in metodološko pomanjkljivo.

Za preverjanje zastavljenih tez smo uporabili različne metodološke pristope in orodja. To je tudi posledica različne narave podatkov, ki jih imamo na voljo oz. smo jih zbrali za potrebe magistrske naloge. Predstavljamo jih v nadaljevanju.

Za vrednotenje kakovosti podatkov z **makroravni** in preverjanje pripadajoče teze smo uporabili statistični instrument »Standardno poročilo o kakovosti« (v nadaljevanju SPK)¹, ki ga običajno uporabljajo statistični uradi in druge institucije, katerih domena je pridobivanje in zagotavljanje verodostojnih in kakovostnih podatkov za vsa področja družbenega življenja. S

¹ Ločujemo med 2 osnovnima vrstama poročil o kakovosti: (1) poročila, ki jih državni statistični uradi pripravljajo za Eurostat in ki jih Eurostat uporablja predvsem za presojo kakovosti pridobljenih podatkov za nadaljnjo uporabo na ravni evropskih agregatov; (2) poročila, ki jih uradi pripravljajo za svoje uporabnike in jih navadno javno objavljajo na svojih spletnih straneh (Arnež in drugi 2012, 10). V našem primeru gre za drugo vrsto poročila, torej za nacionalno rabo.

tega vidika je povsem uporaben in aplikativen tudi za makropodatke o socialni oskrbi na domu. Instrument vsebuje več razsežnosti, ki opredeljujejo kakovost podatkov², njegov sestavni del pa so kazalniki kakovosti³, s katerimi preko številskih vrednosti izkazujemo doseženo stopnjo kakovosti v okviru posameznih razsežnosti. S kazalniki vrednotimo kakovost podatkov statističnih rezultatov, kakovost procesa zbiranja podatkov in v določeni meri tudi kakovost celotnega institucionalnega okvirja, kjer poteka raziskovanje. Seznam kazalnikov po posameznih razsežnostih kakovosti prikazujemo v Prilogi C. Nanašajo se na raziskovanje kot celoto (R), na spremenljivko (Sp) ali na statistiko (St), torej statistični rezultat. Spremenljivk in statistik raziskovanja je običajno več oz. veliko, SPK pa narekuje opredelitev največ petih (Seljak 2011, 7–8), čemur smo sledili tudi v magistrski nalogi.

Za preverjanje, ali je vrednotenje oskrbe na domu na **mezo- in mikroravni** vsebinsko in metodološko ustrezno, smo uporabili pristop sistematične kritične metaanalize v širšem, nerigorožnem smislu. Natančneje, uporabili smo sistematični pregled metodologij in vsebin ter naredili, kot to opredeli Cooper (2010), sintezo raziskav (angl. *research synthesis*). Pregledali smo obstoječe prakse spremljanja in vrednotenja izvajanja socialne oskrbe na domu ter povzeli ključne ugotovitve obstoječih vrednotenj. Z uporabo tega pristopa smo opredelili metodološko in vsebinsko kakovost opravljenih raziskav. Magistrska naloga obenem vsebuje elemente metavrednotenja, saj smo poleg sistematičnega pregleda raznolikih evalvacijskih študij podali povzetke in tudi končno oceno. Sovpada z nameni metavrednotenja, kot jih opredeli Vedung (v Kustec Lipicer 2009, 112): (a) preveriti metodološko kakovost, čitljivost in verodostojnost podatkov ter druge lastnosti, (b) povzeti spoznanja iz več evalvacijskih študij in (c) pregledati evalvacijske naloge oz. dejavnosti oblasti. Gre za neke vrste samovrednotenje, v okviru katerega strokovnjaki vrednotijo delovanje in dosežke drugih strokovnjakov, ki so prav tako visoko strokovno usposobljeni.

Sistematični pregled in identifikacijo obstoječih praks vrednotenja socialne oskrbe na domu smo zasnovali v 3 značilnih korakih (po Harden in Thomas 2010): vzorčenje (iskanje raziskav), zbiranje podatkov (kodiranje, nabor podatkov) in analiza podatkov ter interpretacija (sinteza). Enoto analize je predstavljala raziskava in ne posamezni uporabniki ali socialne oskrbovalke. Vzorčenje raziskav smo izvedli dvofazno, saj smo skušali najti in upoštevati vse

² Podrobneje so predstavljene v poglavju *Vrednotenje socialne oskrbe na makro ravni*.

³ Standardne kazalnike kakovosti je SURS prvič definiral leta 2003. Leta 2011 je objavil prenovljen seznam kazalnikov kakovosti (Seljak 2011), ki jih uporabljamo tudi v pričujočem besedilu.

razpoložljive raziskave. V prvi fazi smo se osredotočili na (interne) raziskave oz. vrednotenja⁴. Za izognitev sindromu »gradiv v predalniku« (angl. *file drawer*) v čim večji meri (Singelton in Straits 2005) smo se najprej obrnili na vse občine in nato še na vse izvajalce socialne oskrbe (tj. 75)⁵.

Zanimala so nas vrednotenja kakovosti socialne oskrbe, ki so bila izvedena v zadnjih 3 letih. Sledila je druga faza, kjer smo opravili pregled literature, kot jo opredeljuje Hart (2001), in pregledali bibliografski sistem COBISS. Pri izbiri gradiv oz. raziskav smo sledili 2 kriterijema – vsebinskemu in metodološkemu. Po vsebini raziskav smo zasledovali vrednotenja, ki so se nanašala na zagotavljanje socialne oskrbe na domu⁶, metodološki kriterij pa je zahteval, da ima vrednotenje značaj izvirnega raziskovalnega dela – da vsebuje vrednotenje socialne oskrbe na primarni ravni⁷. Izmed vseh 68 raziskav (50 po sistemu COBISS in 18 prejetih od izvajalcev socialne oskrbe na domu) smo jih z upoštevanjem obeh kriterijev v vzorec lahko vključili 26 (13 diplomskih nalog in 13 vrednotenj izvajalcev). Najprej smo izločili raziskave iz sistema COBISS, ki se niso neposredno nanašale na socialno oskrbo na domu ali pa niso vsebovale empiričnega pristopa vrednotenja tega področja (39 raziskav). Med raziskavami, ki so jih posredovali izvajalci, smo izločili 4, saj so vrednotile delovanje celotne organizacije (npr. poročila E-qalin ali CAF) ali pa so posredovale zgolj pregled obstoječe dokumentacije izvajanja socialne oskrbe na domu. V analizo smo tako vključili 26 raziskav, ki so zadoščale kriterijema. Gre za razmeroma novejša raziskave, katerih empirični deli so bili izvedeni med letoma 2008 in 2011, večina v letu 2010 (12 raziskav).

Raziskave so osnovane na različnih metodologijah in merskih instrumentih, kot je razvidno iz Tabele 1.1. Vsega skupaj smo identificirali 35 instrumentov (vprašalnikov, intervjujev), ki so med seboj praviloma različni. Identični so le 3 vprašalniki za uporabnike, ki jih je izdelala Skupina Fabrika, raziskave in razvoj, d. o. o., in so jih uporabili 3 izvajalci socialne oskrbe. Velika večina (22) raziskav je uporabila kvantitativni merski instrument (vprašalnik), 2 raziskavi sta uporabili zgolj kvalitativnega (intervju), 2 pa sta uporabili kombinacijo obeh (vprašalnik in intervju). Kvalitativne in kombinirane merske instrumente so uporabili v

⁴ Po podatkih IRSSV je v letu 2011 155 občin spremljalo kakovost izvajanja storitve, od tega je bila analiza javno dostopna le za 44 občin (Nagode in drugi 2011, 46).

⁵ Avgusta 2011 na občine, februarja 2012 na izvajalce.

⁶ V bibliografskem sistemu COBISS smo kot iskalne pojme uporabili naslednje besede oz. sintagme: pomoč na domu, socialna oskrba, potrebe, stari, socialne oskrbovalke.

⁷ Opravljen je bil bodisi intervju z uporabniki, zaposlenimi ali svojci bodisi je bilo izvedeno anketiranje uporabnikov, svojcev ali zaposlenih.

diplomskih nalogah, izvajalci storitve pa so posegali zgolj po kvantitativnih merskih instrumentih. Pomembna omejitev naše raziskave, ki jo je treba upoštevati, je, da je mogoče, da katere izmed raziskav nismo evidentirali kljub upoštevanju pravil sistematičnega pregleda. Še bolj verjeten pa je izpad raziskav v primeru, ko smo zanje zaprosili izvajalce, saj je bilo posredovanje internih raziskav neobvezujoče. Predvidevamo lahko, da smo v tem primeru bolj verjetno pridobili raziskave z ugodnejšimi rezultati.

Tabela 1.1: Uporabljeni merski instrumenti v raziskavah

	Kvantitativna metodologija	Kvalitativna metodologija	Kombinirana metodologija
S O C I A L N E O S K R B O V A L K E			
M E Z O R A V E N	Vprašalnik za socialne oskrbovalke (Vudrag 2009; Naglav 2010; Usar 2011)	Intervju z uporabniki, s socialnimi oskrbovalkami in z vodjo pomoči na domu (Kodrič 2011)	Vprašalnik za socialne oskrbovalke in intervju z uporabniki (Svetičič 2009)
	Vprašalnik za uporabnike, socialne oskrbovalke in občine (Zemljak in Nagode 2011)	Intervju z uporabniki, svojci, socialnimi oskrbovalkami in koordinatorjem pomoči na domu (Volčini 2010)	
U P O R A B N I K I			
M I K R O R A V E N	Vprašalnik za uporabnike (Aleš 2011; Hribar 2010; Jurjovec 2011; Krejač 2011; Planer 2010; Prodan Flego 2009; CSD Nova Gorica 2010; CPD Maribor 2010; Lambrechtov dom Slovenske Konjice 2010; CSD Zagorje ob Savi 2011; CSD Laško 2011; Dom Nine Pokorn Grmovje 2011; CSD Piran 2010; CSD Postojna 2011; CSD Idrija 2010; CSD Krško 2010; CSD Ruše 2010; CSD Ljutomer 2011)	Intervju z uporabniki, s svojci, socialnimi oskrbovalkami in koordinatorjem pomoči na domu (Volčini 2010)	Vprašalnik za socialne oskrbovalke in intervju z uporabniki (Svetičič 2009)
	Vprašalnik za uporabnike, socialne oskrbovalke in občine (Zemljak in Nagode 2011)	Intervju z uporabniki, s socialnimi oskrbovalkami in z vodjo pomoči na domu (Kodrič 2011)	Vprašalnik za uporabnike in intervju z uporabniki (Planinc 2009)

Pri metodološkem pregledu smo raziskave na mezo- in mikroravni primerjali s tem, katerim metodološkim zakonitostim bi morale slediti, da bi bili rezultati verodostojni in veljavni. Vzorčenje kvantitativnih raziskav smo npr. ovrednotili po Kalton in Vehovar (2001), raziskave s kvalitativno metodologijo pa po Mesec (1998). Raziskavi, ki sta uporabili kombinirano metodologijo, po Creswell in Plano Clark (2007, 63) uvrščamo med raziskave s triangulacijskim načrtom. V metodološkem pregledu ju ne vrednotimo posebej, pač pa ustrezno v okviru kvalitativnih ali kvantitativnih raziskav (raziskavi smo torej smiselno razbili

na ločena dela). Ključni metodološki vidiki, ki smo jih analizirali, so predstavljeni v Tabeli 1.2.

Za vsebinski pregled raziskav smo zaradi majhnega števila raziskav in heterogenosti v merjenju konceptov uporabili sistematični pregled. Najprej smo pregledali strukturo vprašalnikov in pripravili nabor vseh vprašanj. Vsakemu vprašanju smo pripisali možne odgovore (npr. da, ne, ne vem), kodo (npr. starost, spol, cena storitve in podobno) in avtorja raziskave. Vprašanja smo nato glede na vsebino (kodo) še bolj strukturirali (npr. starost in spol v sociodemografijo, ceno storitve v cenovno dostopnost in podobno). Ta del smo torej analizirali po kvalitativni metodi (Mesec 1998), za primer glej Prilogo A.

Tabela 1.2: Vidiki vrednotenja na mezo- in mikroravni

METODOLOŠKI VIDIK	VSEBINSKI VIDIK
Kvantitativna/Kvalitativna	Uporabniki/Socialne oskrbovalke
<ul style="list-style-type: none"> – časovnica (kdaj je bilo vrednotenje izvedeno), – namen, cilji, hipoteze (ali so opredeljeni cilji, kakšni so), – instrument (kakšen instrument je bil uporabljen), – populacija/vzorec (kakšna je obravnavana populacija in kako je potekalo vzorčenje), – izvedba (kdo in na kakšen način je izvajal vrednotenje). 	<ul style="list-style-type: none"> – katere vsebine so bile zajete v vrednotenje (na primer časovna in finančna dostopnost storitve, zadovoljstvo z delom socialnih oskrbovalk, obremenjenost socialnih oskrbovalk, informiranost o storitvi, socialna omrežja in podobno), – načini merjenja vsebin (kako so bile vsebine merjenje, s kakšnimi kazalniki), – ugotovitve po vsebinah.
<i>Sistematični pregled metodologij in sinteza</i>	<i>Sistematični pregled vsebin in sinteza</i>

V magistrski nalogi smo vprašanja po posameznih vsebinah med seboj primerjali in jih analizirali z metodološkega in vsebinskega vidika, kar predstavljamo v petem poglavju. Rigoroza metaanaliza, kot smo jo sprva načrtovali, zaradi heterogenosti raziskav in obravnavanih konceptov ni bila možna, zato smo se odločili za metasintezo raziskav. Tam, kjer je bilo možno, smo uporabili deskriptivno analizo z metodami analize, kot so izračun povprečja, modalnega razreda in standardnega odklona bodisi iz primarno grupiranih (frekvenčna porazdelitev) ali negrupiranih podatkov. Kjer to ni bilo možno, smo zgolj povzeli rezultate raziskav.

1.2 STRUKTURA MAGISTRSKE NALOGE

V drugem poglavju *Vrednotenje kakovosti – teorije in pristopi* najprej na kratko predstavimo pomen in zgodovino uvajanja kakovosti v vse sfere družbenega življenja, s posebnim poudarkom na storitvah javnega sektorja in socialnega varstva. Predstavimo nekaj temeljnih

in izbranih pristopov oz. modelov zagotavljanja kakovosti, ki sledijo načelom vodenja oz. upravljanja kakovosti (t. i. celovita kakovost). V nadaljevanju posebno pozornost namenimo vrednotenju kakovosti storitev socialne oskrbe na domu, ki je temeljna storitev socialnega varstva in predstavlja pomemben del dolgotrajne oskrbe. Kakšna je paradigma dolgotrajne oskrbe in kako je to področje urejeno v Sloveniji, predstavljamo v tretjem poglavju *Ureditev sistema dolgotrajne oskrbe*, ki mu sledi poglavje *Skupnostna oskrba kot pomemben vidik dolgotrajne oskrbe starejših*. Na tem mestu podrobneje predstavimo dosednji razvoj socialne oskrbe na domu v Sloveniji ter nanizamo identificirane izzive in potencialne za njen nadaljnji razvoj.

V petem poglavju *Vrednotenje kakovosti izvajanja socialne oskrbe na domu* predstavimo empirične ugotovitve. Vrednotenje smo vsebinsko razdelili na 3 ravni. Na makroravni s pomočjo statističnega instrumenta ovrednotimo kakovost nacionalnih podatkov o izvajanju socialne oskrbe na domu, na mikro- in mezoravni pa vrednotenje kakovosti socialne oskrbe analiziramo s pomočjo vrednotenja zadovoljstva uporabnikov in socialnih oskrbovalk, ki so jih izvedli bodisi izvajalci storitve bodisi študentje različnih fakultet. Sledijo razprava in predlogi z dvojnimi fokusom – vsebinskim in metodološkim.

2 VREDNOTENJE KAKOVOSTI – TEORIJE IN PRISTOPI

S problemom kakovosti in z merjenjem tega koncepta so se ukvarjali različni strokovnjaki, med tistimi, ki so največ prispevali k razvoju obvladovanja kakovosti, pa so nesporno Deming, Juran, Feigenbaum, Crosby, Ishikawa, Taguchi, Joiner in drugi (Juran 2004, 12; Zaletel in Seljak 2003, 214). Ob pregledovanju literature o konceptu kakovosti ugotavljamo, da obstaja veliko različnih definicij tega koncepta in da univerzalna definicija kakovosti ne obstaja. Glede na cilje in namen magistrske naloge kakovost predstavimo skozi dva različna načina. Najprej opredelimo pomen kakovosti v statističnem raziskovanju (vezano na makropodatke in prvo tezo), sledi razvojno-zgodovinski pregled različnih modelov zagotavljanja kakovosti v organizacijah – bodisi gospodarskih, kjer se je ta razvoj začel, bodisi javnih oz. državnih. Slednje navežemo tudi na kakovost oskrbe oz. storitev (vezano na mezo- in mikropodatke ter drugo tezo).

Izboljšava kakovosti pomeni spremembo v procesu – to je lahko proces izdelave avtomobila ali statistične tabele, izdaje nekega dovoljenja, zdravljenja in nege človeka ipd. (Zaletel in Seljak 2003, 214). Enako velja na področju statističnega raziskovanja, zbiranja in prikazovanja podatkov. Le rezultati kot taki niso dovolj, temveč je predvsem pomembno tisto, kar se za njimi skriva oz. s kakšnimi omejitvami se jih lahko uporablja (Švajncer 2003). Statistični podatki igrajo pomembno vlogo tako v nacionalnem kot tudi mednarodnem merilu, saj predstavljajo osnovo za prikaz stanja na področju, ugotavljanje trenda, primerjanje med regijami in državami, napovedovanje in projiciranje ipd.

Spremljanje kakovosti statističnih rezultatov in sistematično poročanje o »zaznani« kakovosti sta v zadnjem desetletju postala redna praksa statističnih uradov in drugih izvajalcev dejavnosti uradne statistike v okviru Evropskega statističnega sistema (v nadaljevanju ESS) (Seljak 2011, 7). Vodilno vlogo pri razvoju, jasni metodološki opredelitvi in praktični vpeljavi sodobnih konceptov merjenja kakovosti so imele različne mednarodne organizacije (npr. Eurostat, IMF, OECD), obenem pa so številne aktivnosti potekale v posameznih nacionalnih statističnih uradih (Arnež in drugi 2012, 10). Zasluge za to, da sta standardizirano spremljanje in poročanje mogoča, gre v veliki meri pripisati delu Delovne skupine za kakovost v statistiki (angl. *Working Group on Quality in Statistics*), ki pod okriljem Eurostata deluje že od leta 1998 (Seljak 2011, 7). V okviru ESS so razvili standarden in enoten model

ocenjevanja kakovosti v statistiki. Ta je postal osnova za vse aktivnosti v zvezi z merjenjem in poročanjem o kakovosti statističnih rezultatov, ki jih proizvajajo in izkazujejo Eurostat, nacionalni statistični uradi in drugi pooblaščen izvajalci uradne statistike (Arnež in drugi 2012, 10). Model temelji na 6 razsežnostih (dimenzijah) kakovosti (Arnež in drugi 2012, 10; SURS 2003):

1. *Ustreznost*. Ta razsežnost pove, v kolikšni meri oz. do katere stopnje statistični podatki zadovoljujejo zdajšnje in bodo zadovoljevali prihodnje potrebe uporabnikov. Npr., ali so zagotovljeni vsi potrebni statistični podatki, ki jih uporabnik potrebuje, in do katere mere uporabljeni koncepti (definicije, klasifikacije) ustrezajo uporabnikovim. Pomembno je redno spremljanje potreb uporabnikov.
2. *Natančnost oz. točnost ocen*. Dimenzija, v okviru katere ocenjujemo (ne)ujemanje med izkazano in pravo, toda neznano populacijsko vrednostjo. Neujemanje imenujemo tudi statistična napaka. Oceniti je treba različne vrste napak, ki so nastale v okviru izvajanja statističnega raziskovanja, in jih v jasni in pregledni obliki dati na voljo uporabnikom.
3. *Pravočasnost in točnost objave*. Pravočasnost objave se nanaša na časovni interval med obdobjem, ko smo pojav, ki ga statistični podatki opisujejo, spremljali, in dnevom, ko se ti podatki objavijo. Točnost objave meri časovni razmik med dejanskim in najavljenim datumom objave, ki je določen bodisi v koledarju objav bodisi v pravni podlagi raziskovanja.
4. *Primerljivost statistik*. Primerljivost opisuje, v kolikšni meri so izkazani podatki primerljivi v času in prostoru:
 - geografska primerljivost (možnost za primerjave med državami, regijami itd.);
 - časovna primerljivost (možnost za primerjave podatkov iz različnih obdobj);
 - primerljivost med področji (primerjava podatkov npr. 2 vej industrije, 2 različnih velikostnih razredov, različnih starostnih skupin itd.).
5. *Skladnost rezultatov*. To pomeni, da je statistične podatke mogoče povezovati na različne načine in za različne potrebe. Težave s skladnostjo se lahko pojavijo, kadar podatki izvirajo iz različnih virov oz. iz različnih statističnih raziskovanj, v katerih so bili uporabljeni pristopi, klasifikacije ali metodološki standardi, ki medsebojno niso bili usklajeni. Govorimo lahko o:
 - skladnosti med začasnimi in končnimi rezultati;
 - skladnosti letnih in strukturnih statistik;
 - skladnosti statistik istega področja;

- skladnosti z rezultati s področja nacionalnih računov.
6. *Dostopnost in jasnost.* Dostopnost se nanaša na fizične pogoje za dostop uporabnikov do statističnih podatkov: kje in kako jih je mogoče naročiti, v kolikšnem času bodo na voljo, koliko posamezna storitev stane (jasen cenik storitev), dostopnost mikro- in metapodatkov, dostopnost v različnih formatih. Jasnost se nanaša na okolje, v katerem so statistični podatki predstavljeni: ali so opremljeni s primernimi metapodatki, z grafičnimi prikazi, s podatki o kakovosti podatkov in z informacijo, ki pove, v kolikšni meri je nacionalni statistični urad pripravljen ponuditi pomoč pri pojasnjevanju uporabljenih konceptov oz. za njihovo pravilno razumevanje.

Opisali smo enega izmed vidikov oz. modelov kakovosti, ki je značilen in uporaben v ozkem smislu, tj. pri vrednotenju statističnih podatkov. V nadaljevanju pa se osredotočamo na koncept kakovosti v širšem smislu, začenši z razvojnim pregledom modelov zagotavljanja kakovosti.

Razvoj in uvajanje sistematičnih pristopov h kakovosti sta se torej pričela v gospodarstvu in šele kasneje so kakovost začele spremljati tudi javne ustanove in državne institucije. Z analizo različnih pristopov in modelov zagotavljanja kakovosti, ki so se razvili v kontekstu gospodarskih dejavnosti, lahko opazujemo spremembe pojmovanja kakovosti skozi čas in se iz njih učimo pri uvajanju na druga področja družbenega življenja. Različne sisteme oz. modele zagotavljanja kakovosti lahko razvrstimo v 3 kategorije (Možina 2003), ki si sledijo tudi v razvojno-zgodovinskem smislu:

- **kontrola kakovosti** (angl. *quality control* – QC): sistemi kontrole kakovosti so zgodovinsko najstarejši koncepti kakovosti. V teh primerih gre za končno kontrolo proizvodov in izločanje tistih, ki ne dosegajo vnaprej opredeljenih standardov. Gre za postopek, ki poteka ob koncu proizvodnje oz. storitve. Po navadi ga opravljajo strokovnjaki, profesionalno izučeni za to, znani pod imenom »kontrolorji kakovosti« oz. »nadzorniki«. Takšni sistemi kakovosti so »produktno oz. outputno naravnani«. Inšpekcija in testiranje sta bila v preteklosti najbolj široko uporabljena načina kontrole kakovosti (Sallis v Možina 2003);
- **zagotavljanje kakovosti** (angl. *quality assurance* – QA): sistemi zagotavljanja kakovosti predstavljajo nadgradnjo sistemov kontrole kakovosti, saj pozornost usmerjajo na vhodne in procesne dejavnike. Kakovost je v tem primeru (načrtovano) vključena v proces proizvodnje z namenom, da bo proizvod dosegel predhodno

določene standarde. Kakovost sproti preverjajo in ugotavljajo zaposleni sami (oz. za to posebej določeni timi) in sproti popravljajo napake. Predpostavlja se, da končna kontrola ni več potrebna, saj je sedaj vsak zaposleni že med procesom odgovoren za kakovost svojega dela, posledica česar je kakovosten končni rezultat. Kakovost je zagotovljena s tem, da je v organizaciji vzpostavljen »sistem zagotavljanja kakovosti«, ki do potankosti opredeljuje potek proizvodnje oz. storitve in natančno določa standarde kakovosti posameznih proizvodov. Standardi kakovosti se zagotavljajo s sledenjem postopkov, ki so opredeljeni v sistemu kakovosti (Možina 2003). Sem sodijo npr. standardi ISO 9001 – 2008 (sistemi vodenja kakovosti). Standard je zgrajen na načelih vodenja kakovosti, ki jih uporabljajo v svetu uspešne proizvodne in storitvene organizacije. Osredotoča se predvsem na učinkovitost sistema vodenja kakovosti pri izpolnjevanju zahtev odjemalcev, uporabnikov. Namenjen je vsem vrstam organizacij ne glede na velikost, organiziranost, proizvod ali storitev, ki želijo obvladovati in izboljševati svoje poslovanje ter povečevati zadovoljstvo svojih odjemalcev. Standard je tudi odlična osnova za nadgradnjo z ostalimi sistemi vodenja, ki jih določajo standardi kot npr. ISO 14001:2004, BS OHSAS 18001:2007. Standard določa zahteve za sistem vodenja kakovosti, delovanje vodstva, ravnanje z viri, izvajanje osnovne dejavnosti in nadzor (ISO 9001 Sistemi vodenja kakovosti). ISO-standarde lahko razumemo kot sestavni del celovitega upravljanja kakovosti (TQM). Areh (2007, 105) poudarja, da se ti standardi v državni upravi uporabljajo predvsem zato, da bi oblikovali preglednost, jasnost in dokumentiranost ključnih procesov v upravnih postopkih, kar pomeni, da so nepopolni in nezadostni za doseganje visokih standardov celovite kakovosti;

- **vodenje oz. upravljanje kakovosti ali celovita kakovost** (angl. *total quality management* – TQM): pristopi vodenja oz. upravljanja s celovito kakovostjo vsebujejo vse značilnosti sistemov zagotavljanja kakovosti, vendar jih razširjajo in razvijajo. Pri tem gre za ustvarjanje kulture organizacije, v kateri je cilj vsakega zaposlenega zadovoljstvo stranke in kjer struktura organizacije dovoljuje delo za doseg tega cilja. Bistveno vlogo ima menedžment oz. vodstvo organizacije, ki ni več hierarhično organizirano. Odgovornost se delegira na nižje ravni, ki s tem pridobivajo večjo avtonomnost, a hkrati tudi večjo odgovornost (Možina 2003). Danes poznamo več različnih pristopov menedžmenta kakovosti oz. modelov celovitega obvladovanja kakovosti. Pri nas sta se v javnem sektorju najbolj uveljavila model odličnosti EFQM (angl. *European Foundation for Quality Management*) in skupni ocenjevalni okvir za

organizacije v javnem sektorju CAF (angl. *Quality Assesment Framework*); na področju socialnega varstva pa v zadnjem obdobju še model upravljanja s kakovostjo E-Qalin (angl. *European quality-improving learning*).

Model odličnosti EFQM

Model odličnosti EFQM je zaščitena blagovna znamka za poslovni model in je v lasti Evropske fundacije za razvoj kakovosti, nepridobitne organizacije, ki je bila ustanovljena v letu 1989 (Savič in drugi 2007, 2). Model odličnosti je bil razvit kot ocenjevalni okvir za analizo poslovne odličnosti organizacij in za temelj meril v okviru evropske nagrade kakovosti v Bruslju (angl. *European Quality Award*). Prvotno so ga uporabljali v zasebnem sektorju, pozitivne učinke pa so kasneje prenesli tudi v javni sektor (Kern Pipan in Leon 2004). Model je splošen in neobvezujoč okvir, ki temelji na 9 vsebinskih področjih oz. merilih, ki jih je treba obravnavati pri analizi vsake organizacije. Pet od teh meril je t. i. »dejavnikov«, 4 merila pa so »rezultati«. Vsako od teh meril vsebuje seznam usmeritev, ki nakazujejo glavne vsebine, ki jih moramo obravnavati pri ocenjevanju organizacije, če presodimo, da so pomembne za organizacijo. Če presodimo, da določena usmeritev ni pomembna za našo organizacijo, je ne obravnavamo (Kern Pipan in Leon 2004; Savič in drugi 2007).

Skupni ocenjevalni okvir za organizacije v javnem sektorju CAF

Model CAF je nastal kot odziv na potrebe organizacij javnega sektorja, ki so želele oblikovati sebi prirejen model, ki upošteva posebnosti dela v tem sektorju (vezanost na politiko, servisna dejavnost, usmerjenost k odjemalcem, nefinančni rezultati dela). Skupina strokovnjakov iz uprav držav članic EU in predstavnikov Visoke šole za upravo iz Speyerja ter Evropskega inštituta za javno upravo iz Maastrichta je zato v letih 1998–2000 razvila skupni ocenjevalni okvir, model CAF. Ta temelji na modelu odličnosti EFQM, pri čemer upošteva zlasti vpliv politike na strokovno delo v upravi, procesni način dela, usmerjenost k uporabnikom in nefinančne rezultate uspešnosti delovanja. Gre za vprašalnik za samoocenjevanje s 27 podrobnimi vprašanji o organizaciji, ki so povezana v 9 osnovnih meril. Skozi vsa ta vprašanja in merila zaobjame trenutno uspešnost organizacije na vseh poljih njenega delovanja, kar predstavlja osnovo za oblikovanje akcijskega načrta izboljšav (Kern Pipan in Leon 2004).

Upravljanje kakovosti E-Qalin

E-Qalin je vseevropski model upravljanja s kakovostjo v domovih za starejše (E-Qalin/A), varstvenodelovnih centrih in socialnovarstvenih zavodih za usposabljanje (E-Qalin/B), pri izvajalcih pomoči na domu (E-Qalin/C) in v centrih za socialno delo (E-Qalin/D). Model E-Qalin/A je razvijala strokovna skupina, v kateri so sodelovali strokovnjaki za upravljanje s kakovostjo, izobraževalne ustanove, direktorji in drugi vodilni kadri iz domov za starejše, zastopniki poklicnih združenj, ustanovitelji domov in uporabniki. Sodelujoče organizacije ali posamezniki so bili iz Avstrije, Slovenije, Italije, Nemčije, Luksemburga in Nizozemske. Na podoben način sta ob mednarodnem sodelovanju nastali panožni različici E-Qalin/B in E-Qalin/C, medtem ko smo E-Qalin/D razvili samo v Sloveniji. Sistem upravljanja s kakovostjo oz. doseganja poslovne odličnosti vključuje strukture, procese in rezultate ustanove. Kakovost vseh 3 področij se preverja s pomočjo samoocenjevanja. Model je naravnano operativno, zajema vse hierarhične ravni v organizaciji in pospešuje aktivno vključevanje zaposlenih. Predvideni učinki upravljanja kakovosti po E-Qalinu so predvsem: boljša kakovost storitev za uporabnike, večja motiviranost in zadovoljstvo zaposlenih, pomoč vodstvom ter zaposlenim v ustanovah pri zagotavljanju in izpopolnjevanju kakovostnih storitev, nacionalna in mednarodna primerljivost ustanov ter certificiranje specifične dejavnosti in blagovni znak (E-Qalin 2014).

Glede na specifičnost obravnavane teme moramo poleg proučevanja kakovosti skozi različne pristope in modele opozoriti še na ostale vidike kakovosti storitev in oskrbe. Kakovost je postala pomembna tema mednarodnih razprav tako na področju dolgotrajne oskrbe kot tudi na področju storitev socialnega varstva in oskrbe na domu, in sicer predvsem v smislu, kako zagotoviti finančno vzdržnost in obenem visoko kakovost na omenjenih področjih ob tem, da se maksimalno poveča ali vsaj ohrani človekovo dostojanstvo. Ob predpostavki, da gre za področja, za katera tradicionalno velja, da so okužena z Baumolovo boleznijo (angl. *Baumol's cost disease*). Zaradi zelo osebne narave storitev (npr. socialna oskrba na domu) je težko doseči povečanje učinkovitosti, vendar pa se produktivnost oz. učinkovitost v storitvenih dejavnostih lahko povečuje z izboljševanjem oz. maksimiziranjem procesov, tj. vpeljevanjem ustreznih modelov kakovosti. Ljudje namreč želijo oz. imajo potrebo po kakovostnih in k uporabnikom usmerjenih storitvah.

Tako so npr. na temo kakovosti v dolgotrajni oskrbi nastale različne mednarodne študije in primerjalne analize. Politiko zagotavljanja kakovosti na področju dolgotrajne oskrbe lahko v

osnovi, kot prikazujemo v Tabeli 2.1, skozi različne vsebine opredelimo na več ravneh (povzeto po Nies in drugi 2010; Dandi in drugi 2012).

Tabela 2.1: Ravni zagotavljanja kakovosti dolgotrajne oskrbe

Raven	Vsebina
Mednarodna:	<ul style="list-style-type: none"> – priporočila/smernice/dobre prakse, – denar (fondi).
Sistem:	<ul style="list-style-type: none"> – zakonodaja, – inšpekcija, – akreditacija in certificiranje, – standardi in vodila.
Organizacija:	<ul style="list-style-type: none"> – sistemi upravljanja s kakovostjo, – lasten nadzor in revizija, – monitoring, ocenjevanje uspešnosti, benchmarking, – integrirane poti oskrbe.
Stroka:	<ul style="list-style-type: none"> – novi delovni profili (npr. koordinator odpusta) in nove vloge (npr. koordinatorji oskrbe), – izboljšanje struktur (obvezno usposabljanje, izzivi in ovire), formalizirane stopnje oz. diplome s poudarkom na dolgotrajni oskrbi, – akreditacija strokovnjakov, – nova orodja za komunikacijo in deljenje informacij (npr. spletna orodja).
Uporabnik:	<ul style="list-style-type: none"> – soglasje, skupno odločanje, – izbira, – zadovoljstvo, – informiranost o kakovosti storitev in izvajalcev, – kakovost neformalne oskrbe.

Vir: Prirejeno po Nies in drugi (2010); Dandi in drugi (2012).

Podobno tudi Sorenson in Mossialos (2007) menita, da lahko kazalniki kakovosti služijo različnim namenom, in sicer izpostavita, da:

- države na nacionalni ravni vrednotijo kakovost z namenom reguliranja in certificiranja storitev; določanja porazdelitve kakovostne (in pravične) oskrbe po lokalnih skupnostih oz. med državami; določanja stopnje povračil izvajalcem, vodenja in spremljanja storitev ter z namenom izboljševanja kakovosti;
- je podatek o kakovosti na izvajalski ravni pomemben pri spremljanju lastne izvedbe pri zagotavljanju oskrbe, pri sledenju izboljšav v zagotavljanju storitve; pri sledenju nepričakovanim izidom oz. rezultatom in pri načrtovanju rabe sredstev in izvajanju oskrbe;
- je informacija o kakovosti storitev na uporabniški ravni pomembna pri odločanju za oskrbo, kar vzpodbuja tekmovanje med izvajalci oskrbe na osnovi ugotovljene kakovosti njihove storitve.

Za kakovostno zagotavljanje oskrbe je pomembno sinergično prepletanje kakovosti oskrbe vseh opredeljenih ravni. V Sloveniji nimamo izdelane nacionalne strategije zagotavljanja kakovosti za področje dolgotrajne oskrbe niti še nismo sprejeli konsenza o definiciji dolgotrajne oskrbe. Še več, zdravstveni in socialni sektor kot temeljni razsežnosti dolgotrajne oskrbe delujeta ločeno, nepovezano in nekoordinirano. Po Prevolnik Rupel in drugi (2012) je kakovost oskrbe na zdravstvenem področju opredeljena v okviru Nacionalne strategije kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010–2015), definiranih kliničnih poti in protokolov (npr. patronažna služba). Do neke mere, pretežno v socialnem delu dolgotrajne oskrbe, je uveljavljen model E-Qalin, in sicer predvsem v domovih za starejše pa tudi v varstvenodelovnih centrih in centrih za socialno delo (v nadaljevanju CSD).

Poudariti moramo, da nova Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013–2020 v primerjavi s predhodnimi nacionalnimi programi veliko večjo pozornost posveča izboljšanju kakovosti storitev in programov na področju socialnega varstva. Kot enega izmed 3 ciljev resolucije namreč opredeli izboljševanje kakovosti storitev in programov ter drugih oblik pomoči s povečevanjem učinkovitosti upravljanja in vodenja izvajalskih organizacij, povečevanjem njihove avtonomije ter z upravljanjem kakovosti in zagotavljanjem večjega vpliva uporabnikov in predstavnikov uporabnikov za načrtovanje in izvajanje storitev. Ob tem velja kot izhodiščni podatek izpostaviti, da je v letu 2011 20 % izvajalcev socialnovarstvenih storitev in 3,6 % izvajalcev socialnovarstvenih programov imelo uveden certificiran način upravljanja s kakovostjo. Omenjena resolucija sledi modernim smernicam, v nadaljevanju s tem v zvezi predstavljamo dva mednarodna dokumenta.

V letu 2010 je z namenom poenotenja prizadevanj za vzpostavitev kakovosti na področju socialnih storitev nastal *Nezavezujoč evropski okvir kakovosti za socialne storitve*. Cilj dokumenta je razviti enotno razumevanje kakovosti socialnih storitev v EU z določitvijo načel kakovosti, ki bi jim morale te storitve ustrezati, obenem pa mora biti dovolj prožen, da ga je moč uporabiti na državni, regionalni in lokalni ravni v vseh državah EU ter za najrazličnejše socialne storitve. Kot splošna načela kakovosti za zagotavljanje socialnih storitev izpostavi: razpoložljivost, dostopnost, dosegljivost, usmerjenost na posameznika, celovitost, kontinuiranost in usmerjenost v rezultate. Konkretno za odnos med izvajalci in uporabniki izpostavi spoštovanje pravic uporabnikov ter udeležbo in krepitev moči uporabnikov, za odnos med izvajalci storitev, oblastnimi in upravnimi organi, socialnimi partnerji in drugimi deležniki izpostavi partnerstvo ter dobro upravljanje, z vidika človeškega in fizičnega kapitala

pa izpostavi dobre delovne razmere in delovno okolje/vlaganje v človeški kapital ter ustrezno fizično infrastrukturo. Vsa načela razsežnosti zagotavljanja storitev so operacionalizirana oz. opremljena z merili, poleg tega dokument predpiše tudi metodologijo za razvoj orodja za zagotavljanje kakovosti. Evropsko partnerstvo za dobro počutje in dostojanstvo starejših je 2 leti kasneje za področje dolgotrajne oskrbe izdelalo dokument za kakovost storitev, tokrat specifično za dolgotrajno oskrbo. Gre za *Evropski okvir kakovosti storitev dolgotrajne oskrbe* (2012), kjer so opredelili načela in smernice za dobro počutje ter dostojanstvo starejših, potrebnih oskrbe in podpore. Za kakovostno oskrbo so navedli, da mora spoštovati človekove pravice in dostojanstvo, biti usmerjena na posameznika, preventivna in rehabilitativna, dosegljiva, dostopna, gmotno dostopna, celostna, povezana in neprekinjena, usmerjena k cilju in preverljiva ter pregledna in da mora spoštovati spol in kulturo. Kakovostne storitve naj torej pripomorejo tudi k/h:

- preprečevanju in boju proti zlorabi in zanemarjanju starejših,
- opolnomočenju starejših, potrebnih oskrbe in podpore,
- ustvarjanju možnosti za participacijo,
- zagotavljanju dobrih delovnih razmer in delovnega okolja,
- naložbam v človeški kapital,
- razvijanju ustrezne materialne infrastrukture,
- razvoju partnerskega pristopa,
- utrjevanju sistema dobrega upravljanja,
- razvoju ustrezne komunikacije,
- krepitvi ozaveščenosti.

2.1 VREDNOTENJE KAKOVOSTI STORITEV SOCIALNE OSKRBE NA DOMU

Če kakovost izvajanja socialne oskrbe na domu ovrednotimo na način oz. po ravneh, kot kakovost opredelijo v mednarodnih študijah (Nies in drugi 2010; Dandi in drugi 2012; Sorenson in Mossialos 2007), lahko za socialno oskrbo na domu v Sloveniji ugotovimo, da na **sistemski ravni** ne obstaja poseben oz. celovit predpis, ki bi se nanašal na zagotavljanje kakovosti socialne oskrbe. Storitve kot eno izmed 7 socialnovarstvenih storitev opredeljuje Zakon o socialnem varstvu, natančneje pa je storitev opredeljena v Pravilniku o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev, ki določa npr. sestavo storitve, upravičenost do storitve, kadrovske pogoje in podobno (glej Priloga B).

Država s pravilnikom zakonsko predpisuje določene standarde in normative, torej v nekem smislu predpisuje minimalne standarde kakovosti. Opredeljuje npr. vstopne pogoje, ne določa pa npr. kazalnikov za ugotavljanje učinkov oz. uspešnosti izvajanja. Organizacija socialne oskrbe na domu spada v pristojnost občine, saj mora občina s pogodbo z javnim zavodom ali s podelitvijo koncesije zagotoviti mrežo javne službe na tem področju (Zakon o socialnem varstvu, člena 43 in 99). Storitve torej lahko izvajajo javni zavodi ali zasebni izvajalci, ki jim je občina podelila koncesijo/pogodbo za opravljanje te socialnovarstvene storitve in s tem zagotovila mrežo javne službe. Občina z višino subvencije k storitvi, ki mora po 17. členu Pravilnika o metodologiji za oblikovanje cen socialnovarstvenih storitev znašati najmanj 50 %, uravnava tudi ceno storitve. Država torej storitev regulira tudi v okviru omenjenega pravilnika. Poleg tega strateško regulira storitev v okviru nacionalnega programa socialnega varstva; npr. z Resolucijo o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013–2020 predvideva oz. predpisuje želeno stopnjo dosegljivosti storitve potencialnim uporabnikom, tj. vključenost 3,5 % starejših do leta 2020. Pristojno ministrstvo je pooblastilo IRSSV, da letno spremlja izvajanje socialne oskrbe na nacionalni ravni, s čimer ima vpogled v doseganje minimalno določenih standardov kakovosti po vseh slovenskih občinah in učinek pri doseganju nacionalno zastavljenega cilja. Kakovost izvajanja predpisanih standardov v imenu države pa je sicer dolžna spremljati socialna inšpekcija, in sicer vsaj na vsake 3 leta. Inšpekcijski organ vsako leto izda tudi izčrpno poročilo o ugotovitvah.

Na **ravni organizacije** oz. izvajalcev socialne oskrbe na domu zakonsko ni predpisan noben model kakovosti, kljub temu pa so nekatere organizacije pričele z uvajanjem različnih sistemov kakovosti (npr. CAF, E-Qalin) ali vsaj delnim spremljanjem izvajanja storitve (zadovoljstvo kadra, uporabnikov itd.), kar bomo podrobneje predstavili v empiričnem delu naloge. S sprejetjem zadnjega nacionalnega programa s področja socialnega varstva je država bolj aktivno pristopila k tej problematiki, saj se v enem izmed ciljev še posebej osredotoča na uvajanje modelov kakovosti na celotnem področju socialnega varstva.

S **strokovnega vidika** država v okviru Pravilnika o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev (glej Priloga B) predpisuje strokovno izobrazbo in usposobljenost oseb, ki koordinirajo (koordinatorji, vodje) in izvajajo socialno oskrbo na domu (socialne oskrbovalke), predpisuje tudi izvajanje supervizije.

Vloga uporabnikov je v prvi vrsti izkazana v možnosti pritožbe na Socialno zbornico Slovenije oz. na socialno inšpekcijo, sicer pa je njihova možnost vplivanja pri sooblikovanju storitve na deklarativni ravni minimalna. Kot smo že omenili, nekateri izvajalci storitve merijo zadovoljstvo uporabnikov, večina pa ga sistematično ne meri. Glede na to, da storitev v 1 občini načeloma izvaja 1 izvajalec, uporabniki tudi nimajo možnosti izbire med različnimi izvajalci. Država na tej ravni predpisuje minimum, torej da je občina dolžna podeliti koncesijo vsaj 1 izvajalcu.

Ob pregledu dogajanja na posameznih ravneh zagotavljanja kakovosti socialne oskrbe v Sloveniji nas podrobneje zanima tudi, kakšni so trendi na tem področju drugod po Evropi, kar predstavimo v nadaljevanju.

Spremljanje kakovosti in upravljanje s kakovostjo sta postali skupna praksa (vendar ne univerzalna) zdravstvenih sistemov po Evropi (Genet in drugi 2012, 90–97), ne pa tudi vedno v primeru socialne oskrbe na domu, še posebej ne v primeru gospodinjske pomoči. V nadaljevanju na kratko povzemamo različne pristope, ki se jih države poslužujejo pri spremljanju (ali celo pri izboljševanju) oskrbe na domu (po *ibid.*), z vidika tega: (a) ali in katere koncepte kakovosti uporabljajo pri spremljanju izvajanja oskrbe na organizacijski in individualni ravni; (b) kako izvajajo spremljanje; (c) ali in kako se pritožbe bodisi uporabnikov bodisi oskrbovalcev upoštevajo pri izboljševanju storitev.

Države imajo razvite mere kakovosti, zato so te najpogosteje v obliki standardov kakovosti. Genet in drugi (2012) navajajo, da se metodologija ocenjevanja kakovosti še razvija, zato so merila oz. instrumenti bolj pogosto razviti za organizacijsko kot osebno raven oskrbe. Instrumenti so bolj naravnani na strukturo in proces kot na izide. Ob tem naj pojasnimo, da je Donabedian, pionir na področju vrednotenja kakovosti zdravstvenih storitev, po konceptu industrijske proizvodnje *vložek – proces – izid* predlagal vrednotenje oz. merjenje kakovosti zdravstvene oskrbe z vrednotenjem *strukture, procesa in izidov* (Legido-Quigley in drugi 2008). Po njegovem »dobra struktura povečuje verjetnost dobrega procesa, dober proces pa povečuje verjetnost dobrega izida« (Donabedian 1988, 1745).

Obstajajo tudi instrumenti oz. orodja na individualni ravni, kot sta npr. RAI (angl. *Residential Assessment Instrument*) ali Barthelov indeks, vendar ga uporabljajo le v nekaterih državah. Za storitve, ki se izvajajo na domu, RAI uporabljajo le v Švici, na Norveškem, v Avstriji in na

Islandiji. V nekaterih predelih Avstrije je obvezen RAI HC (angl. *Residential Assessment Instrument Care Home*). Barthelov indeks uporabljajo v Španiji, Litvi ter v prilagojeni različici tudi na Poljskem. Na Portugalskem npr. prevladuje model EFQM, vendar ni obvezen. Poenoteni postopki spremljanja olajšajo vrednotenje zagotavljanja storitev, učinkov in učinkovitosti ter primerljivosti ne le med izvajalci storitev, pač pa tudi med državami. Na Danskem razvijajo standarde na osnovi nacionalnih usmeritev za storitve na domu (vključno z osebno nego in gospodinjsko pomočjo), ki vključujejo 23 kazalnikov. Kazalnike izida/rezultata snujejo na osnovi letnih anket med prejemniki oskrbe; procesne kazalnike pa na podlagi dejavnosti, vsebine in stroškov. Na Švedskem so kazalniki dobre oskrbe in kakovosti, ki so ocenjeni na ravni občin, na primer predmet nacionalne primerjave z namenom, da bo to izboljšalo celotno kakovost. Podobno ima Nizozemska izdelane normative kakovosti za oskrbo na domu (angl. *Quality Norms for Home Care*) (Genet in drugi 2012, 90–97).

Osebjem in izvajalskim organizacijam so pogosto vključene v spremljanje zagotavljanja storitve in revidiranje potrebe po oskrbi. Za socialno oskrbo na domu velja, da le v dobri tretjini držav specializirani uslužbenci ali organizacije spremljajo oskrbo in izvajajo revizijo potreb. V Belgiji, Angliji, Estoniji, Franciji in na Nizozemskem npr. izvajalci izdelujejo tudi samoocenjevanje kakovosti oskrbe.

V Sloveniji za socialno oskrbo na domu, kot smo že povedali, ni predpisan noben instrument spremljanja in vrednotenja storitve (npr. merjenje zadovoljstva uporabnikov), organizacije pa se do neke mere samoiniciativno poslužujejo določenih, običajno lastno izdelanih, instrumentov. Po podatkih Nivel⁸ tudi v večini evropskih držav ne izvajajo sistematičnega spremljanja in vrednotenja storitve in njenih uporabnikov oz. merjenja zadovoljstva uporabnikov. Genet in drugi (2012, 97) ugotavljajo, da vrednotenje zadovoljstva uporabnikov kot razsežnost vrednotenja kakovosti storitve le postaja vedno bolj razširjeno, čeprav še vedno ne v tolikšni meri kot npr. vzpostavitev postopkov pritožbe. Strukturen pristop k anketiranju uporabnikov zasledimo v Belgiji, na Finskem, v Franciji, na Nizozemskem, Norveškem, Portugalskem ter v Sloveniji, čeprav anketiranje ni nujno obvezno (npr. Portugalska) niti predpisano na nacionalni ravni (npr. Slovenija, Latvija). Države do te tematike torej pristopajo zelo različno. Na Švedskem je npr. obvezna letna evalvacija kakovosti. Izvajajo jo

⁸ Country information on home care.

lokalno, preko ankete. Trydegård in Thorslund (2011, 149) povzemata, da ima lahko sistematično in enotno ocenjevanje potreb v okviru skrbi za starejše izenačitveni učinek pri distribuciji storitev. Poleg tega lahko imajo vpliv na izravnavanje razlik med lokalnimi skupnostmi tudi primerjave med lokalnimi skupnostmi in benchmarking kazalnikov kakovosti. V Veliki Britaniji obstaja npr. Komisija za kakovost oskrbe (angl. *Care Quality Commission*), ki izvaja ankete med uporabniki in enkrat letno na agregirani ravni objavi rezultate raziskav. Poleg tega tudi nacionalna statistika izvaja triletno raziskavo o uporabnikih socialne oskrbe in rezultate redno javno objavlja.

Primerjalna študija formalne oskrbe na domu v Evropi ponuja pregled ureditve v 31 evropskih državah, naniza izzive za prihodnost (Genet in drugi 2012) in med drugim problematizira tudi komponento dostopa do storitve (Garms-Homolova in drugi 2012, 58–63), in sicer z vidika ustreznosti in upravičenosti, dodelitve vs. proste izbire, cenovne in krajevne dostopnosti. Opozori na manko standardiziranih podatkov s področja socialnega in zdravstvenega varstva, predvsem kadar želimo primerjati uporabnike teh storitev po različnih državah. Opredeli 3 glavne razloge. Prvič, definicije oskrbe na domu se med državami razlikujejo. Drugič, podatki različnih držav merijo izide za različna časovna obdobja (nekateri podatki se nanašajo na določen dan, nekateri na teden, nekateri na leto). Tretjič, podatki o uporabnikih socialne oskrbe na domu v mnogih državah niso na voljo. V Sloveniji pregled nad izvajanjem storitve na nacionalni ravni izvaja IRSSV, in sicer v omejenem obsegu v smislu makropodatkov, saj ne nudi poglobljenih sistematično zbranih podatkov na mikroravni. Omenjeno spremljanje že vrsto let opozarja na problem zagotavljanja dostopnosti iz različnih vidikov. Ti podatki namreč pričajo, da v Sloveniji niso zagotovljene enakomerna cenovna dostopnost, stopnja dostopnosti (krajevna dostopnost) in ustreznost organiziranosti (časovna dostopnost) po različnih občinah. Kot izpostavlja Hartigan (2001, 8), pa je dostop (angl. *access*) do ustrezne storitve vsekakor pomembna razsežnost kakovosti oskrbe. Na področju zdravstva so ta koncept prepoznali kot glavno skrb pri oblikovanju in reformiranju zdravstvenega varstva v smislu, da vsi ljudje zaslužijo dostop do podobnih ravni in kakovosti zdravstvenih storitev (Reis in drugi 2007, 494). Dostop do zdravstvenih storitev so sprva operacionalizirali z vidika fizične dostopnosti (Gulliford, Figueroa-Munoz in Morgan v Garms-Homolova in drugi 2012, 58–59), v 70. letih prejšnjega stoletja pa so raziskovalci in odločevalci pričeli pozornost usmerjati k osebnim, organizacijskim in finančnim oviram, ki se lahko pojavijo, ko določena skupina želi koristiti storitev (Millmann v Garms-Homolova in drugi 2012, 58–59). V tem obdobju sta Penchansky in Tomas (1981) osnovala taksonomsko definicijo dostopa in ga

poimenovala kot osnovni koncept, ki povzema niz bolj specifičnih razsežnosti (stopnja dostopnosti, ustreznost organiziranosti, cenovna dostopnost, zaloga ali razpoložljivost storitev in raven sprejemljivosti) in opisuje ujemanje med uporabniki in (zdravstvenim) sistemom. Posamezne razsežnosti dostopa so predstavljene in pojasnjene v Tabeli 2.2.

Tabela 2.2: Razsežnosti koncepta dostopa

Razsežnost	Opis razsežnosti
Zaloga ali razpoložljivost (angl. <i>availability</i>)	Razmerje med količino in vrsto obstoječih in ponujenih storitev in resursov ter količino in vrsto potreb uporabnikov; nanaša se na ustreznost celotne ponudbe storitev, ki jih ponujajo vsi ponudniki storitev skupaj.
Stopnja dostopnosti (angl. <i>accessibility</i>)	Razmerje med lokacijo ponudbe storitev in lokacijo uporabnikov; vključuje geografsko razdaljo med uporabnikom in storitvijo, možnost prevoza ter čas in denar (ali druge stroške), ki ga uporabnik potrebuje za dostop do storitve.
Ustreznost organiziranosti (angl. <i>acommodation</i>)	Razmerje med tem, kako ponudniki storitev organizirajo sprejem uporabnikov (sistem naročanja, delovni čas, možnost parkiranja, telefonske storitve ipd.) in sposobnostjo uporabnikov, da se prilagodijo temu sistemu organiziranosti storitev, ter percepcija uporabnikov, da je obstoječa organizacija storitev zanje primerna.
Cenovna dostopnost (angl. <i>affordability</i>)	Razmerje med ceno storitev, zahtevami ponudnikov storitev glede zavarovanja in neposrednega plačila glede na uporabnikov dohodek, zmožnost plačila in obstoječe zdravstveno zavarovanje. Zanimajo nas tudi percepcija uporabnikov in skupne vrednosti storitve glede na celotne stroške ter ali uporabniki poznajo cene, skupne stroške storitev in možnega najema kredita in podobno.
Raven sprejemljivosti (angl. <i>acceptability</i>)	Razmerje med tem, kako uporabniki vrednotijo osebne značilnosti izvajalcev storitev ter izvajanje storitev glede na dejanske značilnosti in obratno, kako izvajalci doživljajo sprejemljive osebne značilnosti uporabnikov.

Vir: Pechansky in Thomas (1981); Hlebec (2011).

Uporaba takšne taksonomske definicije dostopa se zdi smiselna in povsem aplikativna za področje socialnovarstvenih storitev. S prej omenjenimi podatki IRSSV pa ne moremo preveriti vseh razsežnosti dostopa, kot jih definirata Pechansky in Tomas. Npr. za preverjanje ravni sprejemljivosti storitve bi morali izvesti spremljanje storitve na ravni izvajalcev oskrbe ali z vidika uporabnikov in svojcev, še najbolje pa sinergično na obeh ravneh hkrati. Woo in sodelavci v preliminarni raziskavi, ki so jo izvedli na območju Hong Konga in s katero so želeli popisati potrebe starejših pri zagotavljanju storitev (zdravstvenih in socialnih), podobno priporočajo sočasno vrednotenje tako z uporabniškega vidika kot tudi z vidika izvajalcev storitve (Woo in drugi 2011, 2). Upoštevajo torej t. i. bifokalno perspektivo (po Mesec 1998). V raziskavi, kjer so med uporabniki in izvajalci storitev izvedli skupinske intervjuje, so identificirali kar nekaj možnosti za izboljšanje zagotavljanja storitev: primernost, stopnja dostopnosti in cenovna dostopnost zdravstvenih storitev, kakovost dolgotrajne oskrbe, negativno zaznavanje in potrebe po izobraževanju. Nekatere teme, kot so primernost storitve in negativno obnašanje osebja, so se pojavljale v obeh tipih skupinskih

intervjujev. Nekatera področja, kot so hitri dostop, kontinuirana oskrba in blagi prehodi, cenovna dostopnost, informiranje o obstoječih zdravstvenih in socialnih storitvah, pa so univerzalna, saj so bila identificirana že v različnih raziskavah po drugih državah. Prepričani so, da je sistematično vrednotenje obstoječih storitev za starejše nujno, saj je pomembno pri uspešnem načrtovanju nadaljnjega razvoja storitev zanje (ibid.).

Če se z mednarodne pomaknemo nazaj na nacionalno raven, vidimo smotrnost v poenotenem postopku spremljanja socialne oskrbe na domu predvsem v primerljivosti med različnimi izvajalci socialne oskrbe na domu in med lokalnimi skupnostmi, tj. občinami. Kljub temu da v Sloveniji razpolagamo z dobro podatkovno oporo na makroravni, na podlagi katere so bile narejene nekatere dodatne analize, ki so identificirale različne modele zagotavljanja storitve po celotni državi (Hlebec 2010) in kontekstualne dejavnike uporabe storitve (Hlebec 2012), poglobljena analiza tega pojava do zdaj ni bila možna zaradi specifičnega nabora kazalnikov, ki sicer zadostujejo za spremljanje razvoja storitve z institucionalnega vidika države in občine (Smolej in drugi 2008b; Hlebec 2010; Nagode in Smolej 2011; Hlebec 2012). Poročila namreč ne vsebujejo poglobljenih kazalnikov, ki bi sočasno vključevali vse ključne akterje, vpete v zagotavljanje in izvajanje socialne oskrbe, od države, občin in izvajalskih organizacij do socialnih oskrbovalk, uporabnikov in njihovih svojcev. Podatki, ki so na voljo, in nekatere delne raziskave, analize in študije niso zadostni za kakovostno poglobljeno raziskovanje. Menimo, da je bilo premalo raziskovalnega napora vloženga predvsem v mnenja prejemnikov socialne oskrbe na domu in njihovih svojcev ter v izvajalsko raven, predvsem v socialne oskrbovalke kot ključni kader pri zagotavljanju socialne oskrbe na domu.

3 UREDITEV SISTEMA DOLGOTRAJNE OSKRBE

Preden podrobneje predstavimo socialno oskrbo na domu, predstavimo še področje dolgotrajne oskrbe, kamor kot ena od pomembnejših storitev sodi tudi socialna oskrba na domu. Ko govorimo o dolgotrajni oskrbi, govorimo o oskrbi, ki obsega širok nabor različnih storitev, namenjenih ljudem, ki v daljšem časovnem obdobju potrebujejo pomoč drugega. Organizacija za ekonomski razvoj in sodelovanje (v nadaljevanju OECD) dolgotrajno oskrbo opredeljuje kot niz storitev, ki jih potrebujejo ljudje z zmanjšano stopnjo funkcionalne zmožnosti (fizične ali kognitivne) in ki so posledično v daljšem časovnem obdobju odvisni od pomoči pri izvajanju temeljnih dnevnih opravil (ADL⁹). Ta komponenta osebne oskrbe se pogosto zagotavlja v kombinaciji z osnovnimi zdravstvenimi storitvami, kot so patronažna nega, storitve preventive in rehabilitacije ter paliativne oskrbe. Storitve dolgotrajne oskrbe lahko vključujejo tudi pomoč v gospodinjstvu oz. pomoč pri opravljanju podpornih dnevnih opravil (IADL¹⁰) (Colombo in drugi 2011, 11–12).

Tabela 3.1: Definicija dolgotrajne oskrbe v državah EU

Definicija socialnega tveganja/prejemkov dolgotrajne oskrbe	Vrsta definicije	Primerjava z definicijo OECD	Države članice
DA	Osnovna definicija	Definicija države članice je enaka ali širša (bolj podrobna in razdelana) od definicije OECD	BE (Flamsko zavarovanje), CZ, LV, LU, PT, ES, DE
		Definicija države članice je bolj omejena (manj podrobna in razdelana) od definicije OECD	AT, CY, DK, EE, FI, IS, NL
	Različne opredelitve, odvisno od shem/podpore, prejemkov	BE, FR, HU, IE, IT, LT, PL, CH, LI, SE, SI*	
NE			BG, GR, MT, NO, RO, SK, UK (pogoji za upravičenost so opredeljeni za vsako vrsto podpore)

* Naredili smo popravek, saj menimo, da Slovenija sodi med tiste države, ki imajo različne opredelitve dolgotrajne oskrbe, odvisno od shem, po katerih se oskrba zagotavlja, in ne med države, kjer je nacionalna definicija bolj omejena od definicije OECD (kot je zapisano v izvornem besedilu Jorens in drugi (2011, 14)).

Vir: Jorens in drugi (2011, 14).

⁹ Kopanje, oblačenje, hranjenje, leganje v posteljo in vstajanje iz nje, gibanje in uporabo kopalnice. Pogosto gre za osebno oskrbo (Colombo in drugi 2011, 11).

¹⁰ Pomoč pri hišnih opravilih, priprava obrokov, nakupovanje in prevozi. Pogosto gre za domačo oskrbo oz. pomoč na domu (Colombo in drugi 2011, 11).

Gre za splošno, dokaj široko opredelitev področja dolgotrajne oskrbe, sicer pa se definicija dolgotrajne oskrbe med državami EU (lahko precej) razlikuje. Jorens in drugi (2011, 12–14) pregledno predstavijo definicijo dolgotrajne oskrbe v posameznih državah EU v odnosu do splošne, OECD definicije (glej Tabelo 3.1).

Ne glede na to, kako je dolgotrajna oskrba definirana in opredeljena v različnih okoljih, obstaja nesporno dejstvo, da se bo to področje, ki je že sedaj v porastu, širilo tudi v prihodnosti. Colombo in drugi (2011, 38) naštejejo vsaj 4 razloge za nadaljnjo rast. Prvi je ta, da bodo demografske spremembe povečale povpraševanje po storitvah dolgotrajne oskrbe v vseh družbah, torej ne glede na različno hitrost staranja prebivalstva po državah. Drugič, vzporedno s spreminjanjem družbenih modelov, kot sta npr. krčenje družinskih struktur in porast vključevanja žensk na trg delovne sile, bomo verjetno pričala pomanjkanju neformalnih oskrbovalcev, kar bo posledično vplivalo na povpraševanje po plačani oskrbi. Kot tretji razlog izpostavijo vedno večje bogastvo družb, potrebo ljudi po večji kakovosti in bolj odzivnih ter k uporabnikom usmerjenih socialnovarstvenih sistemih. Četrto, tehnološke rešitve povečujejo možnosti zagotavljanja velikega dela dolgotrajne oskrbe doma, na domu, kar pa posledično zahteva reorganizacijo oskrbe. Nadalje navajajo, da bodo nanizane spremembe ustvarile pritisk na povpraševanje po storitvah dolgotrajne oskrbe in posledično po človeških in finančnih virih in sredstvih, ki so potrebni za zagotavljanje teh storitev.

3.1 DOLGOTRAJNA OSKRBA KOT NOVA PARADIGMA

S pojavom dolgotrajne oskrbe so se pojavile potrebe in možnosti po drugačnem organiziranju in zagotavljanju storitev in podpore. Govorimo lahko o novi paradigmi na področju socialne varnosti in varstva. Flaker in drugi (2008, 21) v tem oziru trdijo:

Dolgotrajna oskrba je fenomen, ki prinaša veliko novost na ravni zagotavljanja socialne varnosti zlasti kot povsem drugačna paradigma sui generis, ki presega stare obrazce organiziranja oskrbe, načinov pristopa k človeški stiski, statusa uporabnikov in bistva procesov pomoči. Je prekinitev, paradigmatični prelom in preboj, ki ustvarja nove obrazce solidarnosti, pomoči in strokovnosti. Z vzpostavljanjem novih mehanizmov socialne varnosti in novih organizacijskih struktur in novih načinov zagotavljanja storitev pomoči in podpore stojimo pred izzivom, kako na različnih ravneh vzpostaviti nove odgovore, ki bodo presegali stare delitve, paradokse in tudi krivice posameznikom in skupinam.

Novosti oz. novi pristopi dolgotrajne oskrbe v primerjavi s starimi, kot jih opisujejo Flaker in drugi (2008, 21–27), so povzete v Tabeli 3.2.

Tabela 3.2: Novosti dolgotrajne oskrbe

	Stara paradigma	Nova paradigma
Organizacija ponudbe	Ločeno zdravstveno in socialno varstvo	Posebno polje dolgotrajne oskrbe
Upravičenost	Status in diagnoza	Potrebe
Količina sredstev	Glede na zaposlitev in višino dohodkov	Glede na potrebne storitve
Plačilo	Posredno – prejmejo izvajalci storitev	Neposredno – prejmejo uporabniki
Razmerje do pomočnikov, strokovnjakov	Odvisnost, pokroviteljstvo	Neodvisnost, partnerstvo
Položaj uporabnika	Ločenost, razvrednotene vloge	Sodelovanje v skupnosti, cenjene vloge
Organizacija oskrbe	Drama institucionalizacije	Kontinuiteta oskrbe
Metode načrtovanja in izvajanja oskrbe	Standardne storitve, pasivni prejemniki	Storitve po meri, uporabnikova izbira in želja
Znanje	Strokovno, aksiomatično	Uporabniško, izkustveno
Neformalni pomočniki	Preobremenjeni ali izključeni	Podpora, povezava s skupnostjo
Podoba uporabnika	Nemoč, odvisnost	Produktivni potrošnik
Prejete storitve	Glede na ponudbo, včasih tudi nepotrebne	Glede na povpraševanje uporabnikov prejmejo natančno to, kar potrebujejo
Finance	Nejasne	Transparentne

Vir: Flaker in drugi (2008, 21).

Če na grobo povzamemo, gre pri paradigmatškem preboju predvsem za spodbuditev procesa dezinstitutionalizacije, torej za premik oskrbe iz institucij v človekovo naravno okolje, dom ali skupnost, posledično tudi za personalizacijo storitev in oskrbe ter obenem za integrirano delovanje različnih sektorjev, ki, tradicionalno gledano, delujejo ločeno in nepovezano (npr. zdravstvo in sociala).

3.2 UREDITEV DOLGOTRAJNE OSKRBE V SLOVENIJI

Področje dolgotrajne oskrbe je aktualna družbena tema v Sloveniji že vsaj zadnjih deset let¹¹. Najdemo namreč precej znanstvenih in strokovnih besedil ter razprav na temo ureditve, stanja, razvoja in vizije dolgotrajne oskrbe pri nas. Poleg tega pa smo že vrsto let priča tudi nastajanju zakona, ki bo nekoč sistemsko uredil to področje. Ta trenutek lahko govorimo o 3

¹¹ Opis ureditve dolgotrajne oskrbe je večinoma povzet po Flaker in drugi (2011a), Flaker in drugi (2011b) in Rafaelič in Nagode (2012). Besedila so nastala na podlagi pilotskega projekta, ki je v praksi preizkusil individualizirano financiranje storitev socialnega varstva.

pripravljenih različicah zakona. Eden je nastal pod okriljem Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (v nadaljevanju MDDSZ), drugi, ki se od prvega razlikuje predvsem v finančni konstrukciji, pod okriljem Zveze društev upokojencev Slovenije in tretji, ki se od prvih dveh razlikuje v več pogledih, v okviru Skupnosti socialnih zavodov Slovenije (v nadaljevanju SSZS). Kakšen bo zakon, ki bo enovito urejal področje dolgotrajne oskrbe, in kdaj bo sprejet, kljub vsem dosedanjim vladnim zavezam ni znano. V strokovni javnosti odmeva mnenje, da je sistemska ureditev tega področja nujna, saj se dolgotrajna oskrba trenutno zagotavlja v ločenih sistemih socialne varnosti in zagotavljanja oskrbe, in sicer pod okriljem različnih področnih zakonov:

- Zakona o pokojninskem in invalidskem zavarovanju,
- Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju,
- Zakona o socialnem varstvu, Zakona o socialnovarstvenih prejemkih in Zakona o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev,
- Zakona o starševskem varstvu in družinskih prejemkih,
- Zakona o vojnih veteranih in Zakona o vojnih invalidih,
- Zakona o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih ljudi.

Takšen sistem zagotavljanja storitev dolgotrajne oskrbe zatorej omogoča, da se storitve in prejemki pogosto zagotavljajo nepovezano in nekoordinirano, kar se posledično lahko odraža tudi v kakovosti oskrbe ter v (ne)transparentnosti zagotavljanja storitev in prejemkov. Poleg tega velja, da je formalna dolgotrajna oskrba pri nas institucionalizirana, saj velik del te oskrbe poteka v institucijah (npr. domu za starejše, posebnem zavodu itd). Na drugem polu zagotavljanja oskrbe pa se nahaja precej bolj okrnjena in slabše razvita formalna mreža oskrbe na domu, ki je v mnogih evropskih državah prepoznana kot najbolj zaželena oblika zagotavljanja in prejemanja oskrbe in pomoči.

V Sloveniji veliko ljudi, ki prejemajo formalno dolgotrajno oskrbo, živi v institucijah. Arbitrarna primerjava med številom stanovalcev domov za starejše in številom prejemnikov socialne oskrbe na domu opozarja na izrazito neugodno razmerje, in sicer v domovih za starejše, ki so najbolj razširjena oblika institucionalne dolgotrajne oskrbe, živi skoraj trikrat več ljudi, kot jih prejema socialno oskrbo na domu, ki velja za najbolj razširjeno storitev organizirane dolgotrajne oskrbe, ki se odvija na domu posameznika. Po podatkih SSZS (2013) je bilo na dan 31. 12. 2012 v domovih za starejše 19.600 stanovalcev, oskrbo na domu pa je na isti dan po podatkih IRSSV (Nagode in Lebar 2013) prejemale 6.583 oseb. Če bi poleg

oskrbe na domu upoštevali še patronažne obiske, bi bilo to razmerje sicer bolj ugodno, trenutno pa ne razpolagamo s podatkom o številu uporabnikov patronažne nege s področja dolgotrajne oskrbe. Za enkrat ocenjujemo (Nagode in drugi 2014), da je takšnih uporabnikov okrog 14.000¹².

Po drugi strani pa po podatkih raziskave Eurobarometer (Special Eurobarometer 283 2007, 66–67) skoraj tretjina Slovencev (32 %) najboljšo možnost glede oskrbe svojih odvisnih staršev vidi v institucionalni oskrbi, ki je v drugih evropskih državah (EU-27) praviloma najmanj zaželena oblika oskrbe. V Turčiji npr. tri četrtine anketirancev (74 %) verjamejo, da je najboljša možnost, da starš živi z otrokom, na Švedskem, Nizozemskem, Danskem in Finskem pa več kot polovica anketirancev splošne populacije meni, da je najboljša izbira najem javnih in zasebnih izvajalcev za oskrbo staršev na njihovem domu. Razlike med državami so rezultat kulturnih razlik v tradicionalnih odnosih v sorodstvu. Izbira institucije pri Slovencih je najverjetneje plod dolgoletne tradicije domov za starejše oz. tradicije institucionalnega varstva (Mali 2009, 95), saj so starejši že pred drugo svetovno vojno, med vojno in po njej živeli v ustanovah, podobnih domovom za starejše, oskrba na domu in v skupnosti pa se je začela razvijati relativno pozno, v 90. letih. Razlog verjetno izhaja tudi iz pomanjkanja drugih možnosti, oblik.

Ob upoštevanju mednarodne opredelitve dolgotrajne oskrbe po sistemu zdravstvenih računov SHA (OECD, Eurostat in WHO 2011), ki je osnova za izračunavanje izdatkov za dolgotrajno oskrbo, se zdravstvena dolgotrajna oskrba v Sloveniji izvaja v okviru domov za starejše, bolnišnic, varstvenodelovnih centrov, centrov za usposabljanje, delo in varstvo, zavodov za usposabljanje, patronažne službe, dodatka za pomoč in postrežbo (preko zavodov ali na domu). Socialni del dolgotrajne oskrbe pa preko socialne oskrbe (varstvenodelovnih centrov, zavodov za usposabljanje za odrasle, pomoči na domu, družinskega pomočnika, domov za starejše, posebnih zavodov), dodatkov za pomoč in postrežbo ter preko osebne asistencije. Definicija dolgotrajne oskrbe po SHA se postopoma, glede na izkušnje in poročanja držav, spreminja in dopolnjuje. V Sloveniji je v ta namen ustanovljena delovna skupina za statistično spremljanje dolgotrajne oskrbe, ki se med drugim ukvarja tudi z opredeljevanjem tega

¹² Delovna skupina za statistično spremljanje dolgotrajne oskrbe je konec leta 2012 na pobudo predsednice Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti pri Zbornici zdravstvene in babiške nege Slovenije pristopila k pilotnemu projektu, v katerem sodeluje Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor kot eden izmed zdravstvenih domov, ki ima urejeno natančno in obsežno evidentiranje dela patronažnih sester. Namen projekta je oceniti število prejemnikov patronažnih obiskov s področja dolgotrajne oskrbe in stopnjo prekrivanja s socialno oskrbo na domu (Nagode in drugi v delu).

področja z vidika nacionalne zakonodaje in mednarodnih priporočil (več v Marn 2012 in Nagode in drugi v delu).

Formalno organizirane storitve dolgotrajne oskrbe lahko ne glede na to, ali je oskrba zdravstvenega ali socialnega tipa, nazorneje ponazorimo z delitvijo na storitve institucionalne oskrbe, skupnostne oskrbe, dnevne oskrbe in denarnih prejemkov. Pri delitvi smo upoštevali lasten razmislek, SHA 2011 in tudi druge različne opredelitve dolgotrajne oskrbe (npr. Flaker in drugi 2011b; Jorens in drugi 2011; Oesterle 2011; Huber in drugi 2009). Glede na navedeno in glede na dejstvo, da nacionalnega konsenza glede opredelitve dolgotrajne oskrbe v Sloveniji še nimamo, privzamemo možnost, da bi ta nabor lahko bil drugačen.

Tabela 3.3: Storitve in prejemki formalno organizirane dolgotrajne oskrbe

Institucionalna oskrba	Dnevna oskrba	Skupnostna oskrba
Dom za starejše	Dnevni centri	Socialna oskrba na domu
Center za usposabljanje, delo in varstvo	Dnevni varstvenodelovni center in center za usposabljanje, varstvo in delo	Patronažna služba
Varstvenodelovni center	Skupine za samopomoč	Osebna asistenca
Posebni socialni zavod		Družinski pomočnik/ Delno plačilo za izgubljeni dohodek
(Negovalna) bolnišnica		Osebni paketi oz. koordinirana oskrba
		Stanovanjske skupine
		Varovanje na daljavo/teleoskrba
Denarni prejemek za oskrbo		
Dodatek za pomoč in postrežbo (po 3 različnih zakonih)		
Dodatek za tujo nego in pomoč		
Dodatek za nego otroka, ki potrebuje posebno nego in varstvo		

Poleg domov za starejše institucionalno oskrbo zagotavljajo še posebni socialni zavodi, negovalne bolnišnice, varstvenodelovni centri in centri oz. zavodi za usposabljanje, delo in varstvo, v okviru dnevne oskrbe dolgotrajno oskrbo izvajajo npr. centri za usposabljanje, delo in varstvo, dnevni centri in skupine za samopomoč. Skupnostna dolgotrajna oskrba, ki jo v pričujočem besedilu definiramo kot oskrbo, ki se odvija na domu posameznika ali v njegovi neposredni bližini (torej posamezniku omogoča, da živi doma), se odvija preko patronažne službe, socialne oskrbe na domu, varovanja na daljavo, družinskega pomočnika in osebne asistencije. Pri denarnih prejemkih ločimo med prejemkom za oskrbovalca (delno plačilo za izgubljeni dohodek) in prejemkom za oskrbovanca (dodatek za pomoč in postrežbo oz. za tujo nego pomoč). Slednji je za razliko od ostalih naštetih storitev in prejemkov edini prejemek, ki

ga prejme neposredno uporabnik. Urejajo ga različni zakoni¹³, oseba pa je do dodatka upravičena le na podlagi enega zakona. O porabi denarja ni dolžna poročati.

Kot je razvidno iz Tabele 3.4, je največ oseb v letu 2011 dodatek prejelo na podlagi Zakona o pokojninskem invalidskem in zavarovanju¹⁴. Med njimi je bilo več kot tri četrtine oseb, starih 65 let in več; večina (62 %) je prejela nižji znesek (145 EUR). Precej manj je bilo prejemnikov dodatka po Zakonu o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih oseb, med njimi je bila le slaba desetina starejših oseb, še manj oseb pa je dodatek prejelo (203 osebe v letu 2012) po Zakonu o vojnih veteranih in vojnih invalidih. Dodatek prejemo tako osebe, ki živijo doma in ne prejemo nobene formalno organizirane storitve dolgotrajne oskrbe, kot tudi osebe, ki so vključene bodisi v institucionalno varstvo bodisi v skupnostno oskrbo. Iz obstoječih podatkovnih zbirk še ne moremo podati natančne stopnje prekrivanja med prejemki in storitvami. Že omenjena delovna skupina za statistično spremljanje dolgotrajne oskrbe bo za potrebe mednarodnega poročanja in priprave domačega področnega zakona v letu 2014 pripravila oceno stopnje prekrivanja uporabnikov storitev in prejemkov.

Tabela 3.4: Dodatek za oskrbovanca, podatki ZPIZ za leto 2011

Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju, Zakon o socialnem varstvu				
	Ne glede na stopnjo	Nižji (145 EUR)	Višji (290 EUR)	Za poseben primer (414 EUR)
Prejemniki skupaj	31.238	19.400	11.340	498
Delež starejših (65+)	78,3	81,1	73,9	68,3
Zakon o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih oseb				
	Ne glede na stopnjo	Nižji (82 EUR)	Višji (165 EUR)	Za poseben primer (247 EUR)
Prejemniki skupaj	3.923	2.192	1.545	186
Delež starejših (65+)	9,2	8,4	10,0	11,8

Vir: ZPIZ (2012).

Dodatki so finančno razmeroma nizki, zato ocenjujemo, da tistim uporabnikom, ki potrebujejo nekoliko več pomoči (npr. 30 ur na teden), ne zadostujejo za ohranjanje samostojnega in kakovostnega življenja. Poleg tega v Sloveniji ni dovolj razvitega trga različnih oblik oskrbe, predvsem tistih, ki bi se odvijale na domu ali v njegovi neposredni bližini, kar ljudi posledično sili v zavode, saj je ta mreža mnogo bolj razširjena in dosegljiva

¹³ Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju, Zakon o socialnovarstvenih prejemkih, Zakon o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih oseb in Zakon o vojnih veteranih in vojnih invalidih.

¹⁴ V tabeli so združeni podatki prejemnikov po Zakonu o pokojninskem in invalidskem zavarovanju ter Zakonu o socialnovarstvenih prejemkih (Zakonu o socialnem varstvu).

potencialnim uporabnikom (Flaker in drugi 2011a; Flaker in drugi 2011b; Rafaelič in Nagode 2012).

Poleg formalno organizirane dolgotrajne oskrbe obstaja tudi neformalna dolgotrajna oskrba, tj. oskrba, ki se opravi brezplačno in za katero velja, da predstavlja hrbtenico celotne oskrbe. Gre za oskrbo, ki jo izvajajo predvsem družinski člani, med njimi najpogosteje žene in hčere, ter prijatelji in sosedje. Veliko prostovoljnega dela opravijo tudi različne nevladne organizacije. Kako razširjena je dejansko neformalna oskrba (torej tista, ki je neplačana) v Sloveniji, ne moremo oceniti, saj trenutno ne razpolagamo z natančnimi podatki, predpostavlja pa se (npr. Hvalič Touzery 2009), da družinski člani opravijo precej več oskrbe in nege v primerjavi s formalno organiziranimi storitvami. Podobno na podlagi rezultatov raziskave Eurofamcare ocenjujejo Garms-Homolova in drugi (2012), ko navajajo, da neformalni pomočniki v večini evropskih držav opravijo okrog 60 % oskrbe. V okviru raziskave o socialnih oporah slovenskega prebivalstva (Novak 2004), ki je potekala pred desetimi leti, se je izkazalo, da se odrasli Slovenci, ki potrebujejo pomoč zaradi hujše bolezni ali splošne oslabelosti, večinoma obrnejo na svoje ožje družinske člane (Dremelj 2004, 82–83). Usmerjenost k družinski podpori je še posebej izrazita pri osebah, ki potrebujejo stalno pomoč pri vsakdanjih opravilih (Nagode in Dremelj 2004, 127–128). Družinski tip omrežja socialne opore se kot prevladujoč tip opore izkaže tudi pri starejših ljudeh (Hlebec 2004, 118–119). Družina kljub zagotavljeni obliki formalne oskrbe na domu na neformalni ravni še vedno do določene mere skrbi za uporabnika, torej svojca. To potrjujejo številne raziskave (npr. Hojnik-Zupanc in drugi 1996; Dremelj 2003; Nagode in drugi 2004; Novak 2004; Hlebec in Mandič 2005), ki neformalno oskrbo definirajo kot pomembno dopolnilo formalne oskrbe.

Vsekakor ne smemo prezreti dejstva, da je veliko pomoči in podpore opravljene tudi v okviru nevladnih organizacij in prostovoljnega dela. Tu lahko še posebej izpostavimo terensko delo projekta Zveze društev upokojencev Slovenije *Starejši za starejše*, v okviru katerega starejši prostovoljci obiskujejo prebivalce, starejše od 69 let, po vsej Sloveniji. Na ta način identificirajo potrebe prebivalstva oz. posameznikov, jih informirajo o različnih možnostih oskrbe in bivanja ter obveščajo različne službe o zaznanih potrebah na lokalnem območju. Pogosto izvajajo tudi koordinacijo različnih služb ali pa sami opravijo določena laična dela. Za Slovenijo torej lahko rečemo, da je neformalna oskrba neraziskana in močno podcenjena, predvsem v smislu ustvarjanja boljših pogojev za kakovostno življenje neformalnih

oskrbovalcev in posledično pri zagotavljanju bolj kakovostne neformalne oskrbe oskrbovancem.

4 SKUPNOSTNA OSKRBA KOT POMEMBEN VIDIK DOLGOTRAJNE OSKRBE STAREJŠIH

Skupnostna oskrba, ki jo v pričujoči nalogi razumemo kot oskrbo, ki se odvija na domu posameznika oz. v njegovi neposredni bližini, je tista razsežnost dolgotrajne oskrbe, ki ji je treba posvečati največ pozornosti in ki v evropskih državah velja za pglavitni del področja dolgotrajne oskrbe. V Sloveniji pa je, kot smo že omenili, premalo razširjena, začela se je razvijati šele v 90. letih, ko je bila v mnogih evropskih državah že dobro razvita. Pri nas je najbolj razširjena izmed oblik skupnostne oskrbe socialna oskrba na domu, ki pa (še vedno) ne dosega zastavljenih ciljev na nacionalni ravni. V nadaljevanju bomo pogledali, kako je potekal bil razvoj storitve in s katerimi pglavitnimi izzivi se na tem področju soočamo danes.

4.1 RAZVOJ SOCIALNE OSKRBE NA DOMU¹⁵

Socialno oskrbo na domu opredeljujemo kot temeljno storitev v socialnem varstvu, ki se izvaja na domu posameznika. Ljudem omogoča, da v svoji starosti čim dlje ostanejo doma, torej po eni strani preprečuje odhod v dom za starejše (dezinstucionalizacija), po drugi pa odhod odlaga na kasnejše obdobje. Storitve so pred dobrimi dvajsetimi leti pričeli razvijati centri za socialno delo (v nadaljevanju tudi CSD), ki so še danes med številčnejšimi organizatorji in ponudniki omenjene storitve, poleg domov za starejše, drugih javnih zavodov in zasebnikov z dovoljenem za delo in s koncesijo občine. Storitev je v tem obdobju prešla skozi različne faze organiziranja in izvajanja.

V začetku 90. let prejšnjega stoletja, ko smo v Sloveniji vpeljali in organizirali socialno oskrbo na domu, je bila ta storitev v državah Evropske unije (EU-15) v različnih fazah razvoja. V državah, kot so Nizozemska, Danska, Belgija, Finska, Irska, Švedska in Združeno Kraljestvo, je bila oskrba na domu (tako zdravstvena kot tudi socialna) tedaj že dobro razvita. Po drugi strani je bila npr. oskrba v Avstriji, Grčiji, Španiji in Italiji v tistem času še v povojih (Hutten in Kerkstra 1996, 30). V obdobju, za katerega lahko rečemo, da je bila oskrba na domu po Evropi že dobro razširjena, se je razvoj pri nas šele začel. Pred tem so ljudje, ki so živeli doma, ostajali prepuščeni sami sebi in svoji socialni mreži in, kot ugotavljajo Baič in

¹⁵ Pretežni del besedila v poglavjih 4.1 in 4.2 je bil objavljen v Nagode (v Kuzmanič Korva 2012, 230–238) in ga tu objavljamo z dovoljenjem uredništva.

ostali (v Bevk 1999, 34), je bila oskrba na domu organizirana le v zdravstvenih domovih v okviru patronažne službe, kar ni več zadoščalo zadovoljevanju potreb starejših ljudi. Vse druge oblike pomoči so bile neformalne narave (npr. pomoč svojcev, sosedska pomoč in podobno), prepuščene posameznikom. Nekateri CSD poročajo (npr. Kralj 1999, 42), da so potrebo po organizirani storitvi na domu zaznali že precej prej, vendar do organizacije profesionalne oblike te vrste pomoči dolgo ni prišlo (1980–1990). Kralj (ibid.) poudari, da so na območju CSD Ljutomer poskušali vrzel med spontano sosedsko pomočjo in zavodskim varstvom zapolnjevati z organizirano sosedsko pomočjo. Na ta način so uspeli zadovoljiti le neznamen del potreb, saj je bilo težko privabiti ljudi, ki bi prevzeli skrb in odgovornost za nekoga, poleg tega pa so to pomoč izvajali na popolnoma prostovoljni ravni. Izvajalci socialne oskrbe na domu, kot navaja Hrovatič (2006, 103), svoje začetke opravljanja storitve uvrščajo v leto 1984¹⁶.

Socialna oskrba na domu je bila torej na različne načine in do različne mere po vsej državi uveljavljena še pred sprejetjem Zakona o socialnem varstvu, ki jo je opredelil kot socialnovarstveno storitev v okviru javne mreže. Leto pred tem (1991) so to storitev v socialnem varstvu ob povečanju brezposelnosti začeli uvajati prek javnih del. Kot navajajo Zaviršek in drugi (2002), so se organizaciji storitve v tistem obdobju posvetili predvsem CSD, v precej manjši meri pa tudi domovi za starejše in zasebni izvajalci. Poudarijo, da gre v tistem času za socialno inovacijo, katere ustanoviteljica je država. Eden glavnih vzrokov za državno pobudo je bilo predvsem ekonomsko vprašanje, saj se je pokazalo, da je gradnja domov draga in da država ne razpolaga z dovolj sredstvi. Tako je država postala odprta za spoznanje, o katerem so strokovnjaki že dolgo govorili in opozarjali nanj; da je treba povečati izbiro socialnovarstvenih storitev (pluralizacija storitev). Kot še poudarijo (ibid.), inovacija temelji na uporabniški perspektivi in na procesu dezinstitucionalizacije. Storitve je postopoma postala trajna in stabilna služba ter se razvila v t. i. socialno oskrbo na domu.

Obdobju izvajanja socialne oskrbe na domu prek javnih del je čez približno desetletje sledilo obdobje profesionalizacije storitve, ko so bili sprejeti standardi znanja in spretnosti za poklic socialne oskrbovalke¹⁷ v letu 2000. Profesionalizacija storitve je med drugim, kot ugotavljata Glavač in Lang (2007, 51), prinesla s seboj tudi neprijetno novost za uporabnike. V začetni

¹⁶ Glede na rezultate vprašalnika o socialni oskrbi na domu, ki ga je pripravila Socialna zbornica Slovenije (Hrovatič 2006, 103).

¹⁷ V besedilo uporabljamo izraz socialna oskrbovalka, saj je večina oseb, ki opravljajo socialno oskrbo, ženskega spola. To pa ne pomeni, da med izvajalci ni moških.

fazi razvoja storitve je bila storitev za uporabnike namreč brezplačna, saj so jo izvajali preko programa javnih del, ki ni bil usmerjen v profitno dejavnost. Profesionalizacija storitve pa je uvedla plačevanje in posledično različne cene storitve.

V drugi polovici leta 2001 je pristojno ministrstvo skupaj z Zavodom za zaposlovanje v okviru Programa aktivne politike zaposlovanja (v nadaljevanju APZ) pripravilo poseben program *Subvencioniranje zaposlitve pri izvajanju pomoči na domu*. Na ta način so skušali uporabnikom in izvajalcem storitve zagotoviti stabilnejše pogoje za dolgoročnejše izvajanje dejavnosti. Namen je bil torej dvojni. Prvič, zagotoviti redno zaposlitev delavkam, ki so se predhodno usposobile v okviru javnih del, in drugič: s subvencioniranjem stroška plače delavcev posredno poceniti storitev za uporabnike (Poročilo o izvajanju programa razvoja varstva starejših oseb na področju socialnega varstva do leta 2005). Poleg tega sta bila v letu 2002 storjena še dva koraka k profesionalizaciji storitve – sprejeta sta bila pravilnik, ki natančneje določa metodologijo za oblikovanje cene storitve, in uredba, ki določa oprostitve pri plačevanju storitve. Vlada RS je poleg tega sprejela program APZ, ki je omogočal nadaljevanje subvencioniranega zaposlovanja brezposelnih oseb v okviru posebnega triletnega programa (ibid.). Program je bil aktualen vse do konca prve polovice leta 2011.

Ob koncu 90. let je država sprejela dva pomembna dokumenta, na katerih (poleg zakonskih aktov) temelji izvajanje socialnega varstva starejših pri nas. To sta Program razvoja starejših oseb na področju socialnega varstva v Sloveniji do leta 2005 (sprejet l. 1997) in Nacionalni program socialnega varstva do leta 2005 (sprejet l. 2000). Prvi je v obdobju izvajanja programa predvidel zagotovitev socialne oskrbe na domu za 1,8 % starejših od 65 let oz. za 4.600 upravičencev ter za 400 invalidov, torej skupaj za 5.000 uporabnikov. Oba programa sta se zaključila v letu 2005, kot njuno logično nadaljevanje pa sta jima sledila nova programa, in sicer Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2006–2010 in Strategija varstva starejših do leta 2010 – solidarnost, sožitje in kakovostno staranje prebivalstva. Predvidela sta nadaljnjo širitev javne mreže socialne oskrbe na domu od predhodne, saj sta načrtovala zagotovitev storitve za vsaj 10.000 oseb, starih 65 let ali več, kar znaša 3 % oseb v tej starostni skupini, ter za vsaj 900 oz. 0,05 % drugih odraslih oseb, ki potrebujejo socialno oskrbo na domu ali mobilno pomoč zaradi duševne, telesne oz. senzorne motnje, hude bolezni ali drugih razlogov. Če je bila realizacija cilja prvega nacionalnega programa s področja varstva starejših dosežena, pa je bil cilj ob zaključku drugega programa (l. 2010), kot ugotavljajo na IRSSV (Nagode in druge 2012a), realiziran v manj kot 60 %.

Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013–2020 je bila sprejeta v letu 2013, pripravlja pa se tudi nova strategija, povezana s staranjem. Resolucija predvideva še dodatno širjenje storitve (tj. 3,5 % starejših od 65 let).

4.2 IZZIVI IN POTENCIALI SOCIALNE OSKRBE NA DOMU

Organizacija socialne oskrbe na domu sodi v pristojnost občine. Po podatkih IRSSV storitev ob koncu leta 2012 kljub zakonski obvezi še vedno ni bila zagotovljena in organizirana v vseh slovenskih občinah. V 1 občini ni bila podeljena niti koncesija, v 2 pa je sicer bila sklenjena pogodba s CSD, vendar v praksi ni prišlo do izvajanja storitve niti ni bila sprejeta cena storitve. V 5 občinah, kjer je bila podeljena koncesija in tudi sprejeta cena izvajanja, ob koncu leta 2012 niso imeli uporabnikov. V ostalih občinah storitev zagotavlja skupaj 77 izvajalcev, med njimi približno polovica CSD. Največ občin je v letu 2012 pokrival CSD Ptuj (15 občin), sledi mu CSD Murska Sobota (11 občin). V letu 2012 je bilo med prejemniki socialne oskrbe na domu največ tistih (86,3 %), ki so do nje upravičeni zaradi starosti ali pojavov, ki spremljajo starost, in ki niso sposobni za popolnoma samostojno življenje (Nagode in Lebar 2013).

Storitev obsega socialno oskrbo upravičenca v primeru starosti, invalidnosti in v drugih primerih, ko lahko nadomesti institucionalno varstvo. Namenjena je osebam, ki imajo zagotovljene bivalne in druge pogoje za življenje v svojem bivalnem okolju, vendar se zaradi starosti, hude invalidnosti, kronične bolezni ali težje telesne oz. duševne motnje ne morejo oskrbovati in negovati sami, njihovi svojci pa take oskrbe in nege ne zmorejo ali zanju nimajo možnosti. Obsega več sklopov opravil, in sicer pomoč pri temeljnih dnevni opravilih (ADL), gospodinjsko pomoč (IADL), pomoč pri ohranjanju socialnih stikov (IADL) (opravila so podrobneje opisana v Prilogi B). Uporabnik prejema najmanj 2 opravila iz 2 različnih sklopov. Gre za strokovno voden proces in organizirano obliko praktične pomoči, pri kateri sodelujejo strokovni delavec, strokovni sodelavec, neposredni izvajalec oskrbe (oskrbovalka), upravičenec in ključni ali odgovorni družinski člani. Neposredno izvajanje storitve na domu upravičenca se lahko izvaja vse dni v tednu, vendar največ 20 ur tedensko. V primeru, ko storitev zaradi potreb upravičenca izvajata dva izvajalca neposredne socialne oskrbe, se lahko število ur mesečno poveča za največ eno tretjino. Storitve izvajajo strokovni delavci, strokovni sodelavci in laični delavci. Neposredno izvajanje socialne oskrbe na domu upravičenca opravljajo strokovni sodelavci iz 70. člena Zakona o socialnem varstvu, ki so

končali najmanj srednjo poklicno ali srednjo strokovno šolo, osebe, ki se usposabljaajo za socialno oskrbo oz. nego, lahko pa tudi delavci, ki so pridobili nacionalno poklicno kvalifikacijo za izvajanje socialne oskrbe na domu. Posamezna opravila neposredne socialne oskrbe lahko pod vodstvom strokovnega delavca na podlagi pogodbe o zaposlitvi ali na drugi pravni podlagi izvajajo tudi laični in drugi delavci.

Po podatkih IRSSV (Nagode in Lebar 2013) je za vodenje in koordiniranje storitve v letu 2012 skrbelo 62 zaposlenih, neposredno socialno oskrbo pa je izvajalo 911 socialnih oskrbovalk. Beležijo tudi porast redno zaposlenih socialnih oskrbovalk (s 572 v letu 2010 na 845 v letu 2012) in upad števila subvencioniranih zaposlitev v okviru APZ (z 240 v letu 2010 na 12 v letu 2012). Kljub ukinitvi subvencioniranja zaposlitve APZ v tem letu se število socialnih oskrbovalk ni bistveno zmanjšalo, pač pa se je spremenila struktura njihove zaposlitve v prid rednim zaposlitvam. Bistveni element kakovostnega in profesionalnega ravnanja s kadri predstavlja zaposlovanje za nedoločen čas. V letu 2012 je bilo tako za nedoločen čas zaposlenih 731 socialnih oskrbovalk, kar predstavlja približno dve tretjini vseh socialnih oskrbovalk. V dvajsetih letih se je število oskrbovalk postopoma, sicer počasneje kot število uporabnikov, zviševalo. S približno 600 oskrbovalk v letu 1998 (Skupnost CSD Slovenije 1999) na približno 900 v letu 2012. Nesorazmerno povečevanje števila uporabnikov in socialnih oskrbovalk je privedlo do neugodnega razmerja med številom enih in drugih. IRSSV (Nagode in druge 2012a) obenem ugotavlja, da se slaba petina slovenskih občin sooča s pomanjkanjem kadra na področju izvajanja socialne oskrbe na domu, in obenem opozarja na preveliko obremenjenost socialnih oskrbovalk. Tudi Hrovatič (2011, 252) na podlagi kvalitativne analize poteka dela socialnih oskrbovalk ugotavlja, da se te počutijo delovno preobremenjene, da so izpostavljene prezahtevnim nalogam na terenu, da nimajo zadostne opore pri delu in da izgubljajo motivacijo za delo.

Na IRSSV že več let ugotavljajo velike razlike med občinami v cenovni dostopnosti storitve, saj nekatere storitev za svoje občane zagotavljajo zastonj (Brezovica, Ig, Odranci, Dornava in Škofljica), druge zanjo zahtevajo tudi do 9,69 EUR/uro (podatek ob koncu leta 2012). Povprečna potrjena cena (znesek, ki ga plača uporabnik) je na dan 31. 12. 2012 v Sloveniji znašala 5,27 EUR ob delavnikih, 5,43 EUR ob sobotah, 6,54 EUR ob nedeljah in 6,84 EUR ob praznikih. Celotni stroški pomoči na domu na uro so v povprečju znašali 17,57 EUR (za postopek določanja cene storitve glej Prilogo B). Opozarjajo tudi na razlike v časovni

dostopnosti, saj manj kot polovica (40 %) občin storitev poleg rednega delovnega časa zagotavlja še ob delavnikih popoldne ter ob sobotah, nedeljah in praznikih.

Glede na veliko razdrobljenost slovenskih občin so z vidika uporabnika problematične tako cenovna, krajevna kot tudi časovna dostopnost storitve. V nekaterih predelih države storitev namreč ni zagotovljena (krajevna dostopnost), urniki izvajanja storitve so različni in več kot polovica občin jo zagotavlja le med delavniki dopoldne (časovna dostopnost) ter po različnih cenah (cenovna dostopnost). Poleg tega primanjkuje tudi kadra za neposredno izvajanje storitve oz. je ta močno obremenjen. Razmislek je torej potreben tudi v smeri, ali je količina resursov zadostna za kakovostno zadovoljitev potreb in ali je storitev ustrezno organizirana. Težnja vseh ključnih akterjev (na izvajalski, lokalni in nacionalni ravni) na področju zagotavljanja storitve v domačem okolju človeka bi na tej točki vsekakor morala biti v zagotovitvi kakovostne storitve na območju celotne Slovenije, upoštevajoč različne vidike dostopnosti in ustreznosti organiziranja storitve. Izrednega pomena ob vsem tem so spodbujanje in vpeljevanje upravljanja s kakovostjo storitve ter krovno-sistemska ureditev področja dolgotrajne oskrbe.

5 VREDNOTENJE KAKOVOSTI IZVAJANJA SOCIALNE OSKRBE NA DOMU

V petem poglavju predstavimo rezultate posameznih raziskav z makro-, mezo- in mikroravni, ki jih metodološko in vsebinsko ovrednotimo. Menimo, da so informacije oz. izsledki s terena (pristop od spodaj navzgor) lahko pomembno vodilo pri vpeljevanju sistemskih rešitev. Ugotovitve nato sinergično predstavimo v sklepnem poglavju. Najprej predstavimo vrednotenje kakovosti socialne oskrbe na makroravni.

5.1 VREDNOTENJE KAKOVOSTI SOCIALNE OSKRBE NA MAKRORAVNI

Pri vrednotenju kakovosti socialne oskrbe na makroravni se osredotočamo na podatke, ki se zbirajo na nacionalni ravni in odražajo stanje in trend razvoja na t. i. makropodatkovni ravni. Podatke redno in sistematično zbira IRSSV (Smolej in drugi 2008a; Smolej in drugi 2008b; Smolej in drugi 2010; Nagode in drugi 2011, 2012; Nagode in Lebar 2013), obsegajo pa osnovne informacije o občini, storitvi, izvajalcu storitve, socialnih oskrbovalkah in uporabnikih storitve. To so edini sistematsko zbrani podatki, ki jih lahko uvrstimo med t. i. administrativne zbirke podatkov in vsebujejo predvsem »trde« kvantitativne podatke, kot so npr. število občin, ki zagotavlja storitev, število uporabnikov in podobno. Podatki služijo za spremljanje doseganja ciljev nacionalnega programa socialnega varstva, zagotavljajo osnovo za oblikovanje ciljev in druge pomembne informacije o socialni oskrbi na domu. So bistvenega pomena za stroko, saj so edini vir podatkov, ki v celoti zajemajo stanje na nacionalni ravni in ki služijo pri političnem odločanju, načrtovanju in vpeljevanju sprememb. Poleg že omenjene nacionalne ravni vse bolj pomembna postaja tudi mednarodna raven, kajti Slovenija redno poroča različnim mednarodnim inštitucijam (kot npr. OECD, Eurostatu, WHO), ki na podlagi vhodnih podatkov pripravljajo primerjave med državami in različne (dolgoročne) projekcije (npr. projekcije javnih izdatkov, povezanih s staranjem, na osnovi katerih Evropska komisija presoja fiskalno vzdržnost javnih financ na srednji in dolgi rok). Ti podatki so zato pomembni tudi v mednarodnem merilu.

Konkretne kazalnike kakovosti podrobneje predstavimo v nadaljevanju, ko skozi vse razsežnosti kakovosti ovrednotimo podatke o socialni oskrbi na domu za leto 2011¹⁸. Opisani so le tisti kazalniki, ki so relevantni za opazovano raziskovanje – zbiranje podatkov o socialni oskrbi na domu, kjer gre za terensko zbiranje podatkov in popis vseh enot. Do kazalnikov, ki se nanašajo na vzorce ali druge administrativne vire, se v nadaljevanju ne opredeljujemo (npr. ujemanje referenčnih datumov (U2), vzorčna napaka (T1), pristranskost zaradi zajema (T1_1), stopnja neuspešnega povezovanja spremenljivke (T3_1), stopnja skladnosti virov (T7)). Najprej pa po metodoloških navodilih za pripravo SPK predstavimo metodološka pojasnila zbiranja podatkov o socialni oskrbi na domu. Iz opisa smo izpustili podpoglavje *Definicije in pojasnila*, ki so sicer pomemben element metodoloških pojasnil, vendar smo definicije in pojasnila v pričujoči nalogi predstavili že v prejšnjih poglavjih, ko smo opisali storitev.

5.1.1 Metodološka pojasnila o statističnem raziskovanju

Namen raziskovanja in pravna podlaga

Namen spremljanja podatkov o izvajanju socialne oskrbe na domu je ugotoviti, kako občine pristopajo k organizaciji in zagotavljanju storitve na njihovem območju ter ali je dosežen cilj aktualnega nacionalnega programa s področja socialnega varstva o razširjenosti in dostopnosti storitve ciljni populaciji. V ta namen je MDDSZ v letu 2008 pooblastilo IRSSV¹⁹, da spremlja izvajanje socialne oskrbe na domu po vseh slovenskih občinah. Spremljanje izvajajo z vprašalnikom, ki je razdeljen na več vsebinskih sklopov vprašanj (več v Prilogi Č). Poleg standardnih vprašanj, ki se ponovijo vsako leto, v vprašalnik vključijo dodaten, za tisto leto specifičen sklop vprašanj – modul, s katerim raziščejo specifično problematiko (Tabela 5.1).

Raziskovanje izvajajo v skladu z dogovorom z naročnikom, ki storitev regulira na sistemski, tj. makroravni. Vprašanja v vprašalniku sproti prilagajajo tudi glede na odgovore oz. izkušnje preteklega leta.

¹⁸ Struktura vrednotenja kakovosti podatkov v pričujočem besedilu je podobna oz. nekoliko prilagojena strukturi, kot jo v svojih poročilih uporablja SURS.

¹⁹ IRSSV je ustanovljen za opravljanje informacijske, analitične, strokovno-dokumentacijske in programske dejavnosti ter za izvajanje temeljnega, aplikativnega in razvojno-raziskovalnega dela na področju socialnega varstva (Zakon o socialnem varstvu, 14. člen). To mu daje pravno podlago za pridobivanje in spremljanje obravnavanih podatkov.

Tabela 5.1: Specifični moduli

Za leto	Modul
Januar do junij 2008	Razlika med številom učinkivnih ur, ki jih opravijo socialne oskrbovalke, in številom učinkivnih ur, ki jih na mesec prizna občina. Število učinkivnih ur, ki jih predlaga izvajalec na mesec. Ocena sodelovanja s patronažno službo.
1. 12. 2009	Število uporabnikov, ki prejemajo zgolj pripravljen obrok. Starost in spol socialnih oskrbovalk.
1. 12. 2010	Število uporabnikov, ki prejemajo zgolj pripravljen obrok. Organizirane storitve oz. usluge. Oblike vključevanja starejših ljudi v socialno okolje. Spremljanje in vrednotenje izvajanja socialne oskrbe na domu.
31. 12. 2011	Število prejemnikov dodatka za pomoč in postrežbo, dodatka za tujo nego in pomoč ter patronažne nege (glede na petletne starostne razrede). Ali največ 15 % stroškov materiala in storitev v kalkulaciji stroškov neposredne socialne oskrbe zadošča za pokritje stroškov? Povprečni mesečni stroški kilometrine na oskrbovalko.

Enote opazovanja

Enote opazovanja so občine. Del vprašanj se nanaša na uporabnike socialne oskrbe na domu po posameznih občinah, del pa na socialne oskrbovalke, ki storitev izvajajo. Ciljno populacijo in vzorčni okvir predstavljajo vse slovenske občine (211 v letu 2011). Na ravni občin gre za longitudinalno raziskavo, saj so vsako leto v raziskavo vključene iste enote (vse občine). To omogoča ugotavljanje sprememb po občinah skozi različne časovne točke (časovna vrsta podatkov).

Zbiranje in zajetje podatkov

IRSSV zbira podatke z vprašalnikom, ki ga po navadni pošti, skupaj z dopisom, v začetku leta (januar/februar) naslovi na vse slovenske občine. Vprašalnik je v času zbiranja podatkov dostopen tudi v elektronski obliki (Microsoft Word) na spletni strani IRSSV. Zbiranje podatkov traja približno dva meseca (marec/april). Vprašalnik izpolnjujejo občine skupaj z izvajalcem socialne oskrbe na domu, uporabljen je pristop samoizpolnjevanja²⁰. Velika večina (80 %) občin je izpolnjen vprašalnik v letu 2012 vrnila po elektronski pošti. IRSSV poziva k oddaji vprašalnika, dokler ne doseže popolnega zajema podatkov, tj. vrnjenih vprašalnikov vseh slovenskih občin. V primeru nejasnosti, neodzivnosti ali neodgovora pa pri poročevalski enoti preveri, ali je poročani podatek pravilen ali ne. Za izračun deleža prebivalstva v starosti 65 let in več, ki prejema socialno oskrbo na domu, uporabljajo tudi podatke o številu prebivalcev in njihovi starosti glede na občino, v kateri živijo. Viri teh podatkov so SURS,

²⁰ Je stroškovno ugoden način izpolnjevanja vprašalnikov in se običajno uporablja v poslovnih raziskovanjih. Poročevalska enota lahko vprašalnik izpolni takrat, ko sama želi. Ni primeren za odprta vprašanja ali za dolge, zapletene vprašalnike, ker zelo obremenijo poročevalsko enoto. Samoizpolnjevanje navadno poveča delo pri urejanju podatkov (Arnež in drugi 2012, 31).

Ministrstvo za notranje zadeve – Centralni register prebivalstva, Ministrstvo za notranje zadeve – Direktorat za upravne notranje zadeve. Podatki so dostopni prek podatkovnega portala SI-STAT.

Obdobje opazovanja

Vprašanja se nanašajo na stanje na določen dan. V letu 2011 je bil referenčni datum 31. december. Obdobje opazovanja je v vprašalniku različno za različne spremenljivke, od trenutnega stanja, stanja v letu do stanja na referenčni datum.

Obdelava podatkov

Ker so za ključne spremenljivke zbrani odgovori vseh občin, postopki v primeru neodgovora niso potrebni (npr. imputacije, uteževanje). V primeru, da na IRSSV zasledijo odstopanja v odgovoru v primerjavi s podatkom iz prejšnjih let, vzpostavijo stik s poročevalsko enoto in še enkrat preverijo točnost navedbe.

Ključne spremenljivke raziskovanja:²¹

- število občin, ki zagotavljajo socialno oskrbo na domu,
- število uporabnikov socialne oskrbe na domu,
- starost uporabnikov socialne oskrbe na domu,
- število zaposlitev neposredne socialne oskrbe (tj. socialnih oskrbovalk),
- potrjena cena storitve v EUR/uro (plača uporabnik).

Ključne statistike raziskovanja

- delež občin, ki zagotavljajo socialno oskrbo za svoje občane,
- delež uporabnikov socialne oskrbe, starih 65 let ali več,
- delež prebivalstva, starega 65 let ali več, ki prejema socialno oskrbo na domu,
- delež rednih zaposlitev socialnih oskrbovalk,
- povprečna potrjena cena storitve za uporabnika.

Objava rezultatov

Rezultati so v obliki letnega poročila *Analiza izvajanja pomoči na domu* vsako leto objavljeni na spletnih mestih IRSSV in MDDSZ. Analizo po elektronski pošti posredujejo vsem

²¹ SPK zaradi preglednosti poročila priporoča največ pet ključnih spremenljivk oz. statistik.

občinam in izvajalcem socialne oskrbe na domu. Podatki so predstavljeni v tabelah in grafih, večinoma v absolutnih in relativnih frekvencah ter razporejeni v časovno vrsto. Rezultate delno objavijo v zemljevidu izvajalcev in cen storitve po posameznih občinah na spletnih mestih IRSSV in MDDSZ.

5.1.2 Ustreznost statističnih konceptov

»Ustreznost statističnih konceptov se nanaša na lastnost statistik, s katero ugotavljamo, ali te zadovoljujejo potrebe uporabnikov« (SURS 2003).

Ključni uporabniki podatkov iz raziskovanja

Ključni uporabniki podatkov raziskovanja glede na standardno segmentacijo uporabnikov, kot jo uporablja SURS, so²²:

- javni sektor: MDDSZ (naročnik podatkov), občine, javni zavodi in ostali izvajalci oskrbe na domu, SURS, Urad za makroekonomske analize in razvoj, SSZS, Socialna zbornica Slovenije, Skupnost centrov za socialno delo;
- gospodarski subjekti: Zveza društev upokojencev Slovenije, Seniorji.info, Varna starost, d. o. o., Zveza potrošnikov Slovenije, Care Design, d. o. o. (platforma Matija);
- znanost, raziskovanje in izobraževanje: Fakulteta za družbene vede (raziskovanje), Fakulteta za socialno delo (knjižnica), dodiplomski in podiplomski študenti;
- splošna javnost: fizične osebe (preko spletnega zemljevida);
- mediji: Dnevnik, Delo, Vzajemna, Žurnal 24, Demokracija, Finance – Stotka, SLO 1, Kanal A;
- tuji uporabniki: OECD, Ageing working group (AWG).

Komuniciranje z uporabniki

Neposredni uporabnik podatkov je naročnik, MDDSZ, s katerim poteka redna komunikacija. IRSSV sproti in redno usklajuje in upošteva pripombe in predloge naročnika za izboljševanje kakovosti podatkov. Sodelovanje je intenzivnejše tako v času priprave vprašalnika kot tudi analize. Pomembni uporabniki podatkov in analize so občine in izvajalci, s katerimi poteka redna komunikacija. Po objavi poročila imajo možnost podati svoje komentarje in predloge, ki jih IRSSV upošteva pri naslednjem zbiranju podatkov. Izvajalci socialne oskrbe na domu in občine imajo prav tako možnost sodelovati pri oblikovanju vprašalnika (vsako leto se v ta

²² V segmentaciji ne upoštevamo notranjih uporabnikov, saj se ti nanašajo na uporabnike znotraj SURS.

proces vključi nekaj izvajalcev in občin). Podatki so bili kot pomembni statistični podatki v letu 2011 predstavljeni tudi na Sosvetu za statistiko življenjske ravni in socialne zaščite pri SURS.

Delež manjkajočih statistik (U1)

IRSSV je v letu 2012 zbiranje podatkov posodobil in prilagodil mednarodnim zahtevam (OECD, Ageing Working Group pri Evropski komisiji (v nadaljevanju AWG)). Tokrat so prvič zbrali podatke o uporabnikih socialne oskrbe na domu po petletnih starostnih skupinah glede na spol. Pred tem so podatke o starosti (zgolj 4 starostne skupine²³) in spolu zbirali ločeno, kar je v mednarodnem merilu predstavljalo velik manko. Delež manjkajočih statistik (U1) glede na statistike, ki so predpisane v uredbah in regulativah, je tako enak nič. Izračunamo²⁴ ga kot razmerje med številom podatkovnih elementov, ki jih v raziskovanju izkazujemo, in številom podatkovnih elementov, ki so zahtevani v ustreznih uredbah.

5.1.3 Točnost ocen

Točnost ocen je definirana kot »ujemanje med vrednostjo, ki jo dobimo na koncu statistične obdelave (po zbiranju podatkov, urejanju, vstavljanju manjkajočih vrednosti, ocenjevanju itd.), in pravo, toda neznano populacijsko vrednostjo« (SURs 2003).

Vzorčne napake

Vzorčna napaka nastopi v primeru, ko v raziskovanju ne opazujemo celotne populacije, ampak le slučajen vzorec. Glede na to, da IRSSV zbira podatke o izvajanju socialne oskrbe na domu po vseh slovenskih občinah, tj. o celotni populaciji, ocene ne vsebujejo vzorčne napake.

Nevzorčne napake

Napake zaradi neodgovora

Stopnja neodgovora enote (T2)

Vrednost kazalnika je delež opazovanih enot, za katere nam ni uspelo pridobiti nobenega od želenih podatkov. Izračunamo²⁵ ga kot razmerje med številom enot, za katere nam ni uspelo

²³ 18 let ali manj, 19 do 64 let, 65 do 79 let, 80 let ali več.

²⁴ $U1 = s_m/s_0 = 1 - (s_r/s_0)$; s_0 = število zahtevanih statistik; s_m = število manjkajočih statistik; s_r = število razpoložljivih statistik (Seljak 2011, 10).

²⁵ $T2 = 1 - (n_{odg}/(n_{odg} + n_{ndg} + \alpha * n_{nnust}))$; α = (ocenjen) delež enot neznane ustreznosti, ki so v resnici ustrezne (Seljak 2011, 14).

pridobiti podatkov (n_{neust} , n_{ndg} , n_{nust})²⁶, in številom vseh za raziskovanje ustreznih opazovanih enot (n_{odg}). Stopnja neodgovora v primeru zbiranja podatkov o socialni oskrbi na domu je enaka nič, saj so na vprašalnik odgovorile vse enote, tj. občine.

Stopnja neodgovora spremenljivke (T3)

Gre za delež enot, pri katerih nam za določeno spremenljivko ni uspelo pridobiti podatkov, čeprav je enota opredeljena kot ustrezna za to spremenljivko. Delež izračunamo²⁷ kot razmerje med številom za spremenljivko ustreznih enot, za katere nam ni uspelo pridobiti podatka, in številom vseh za spremenljivko ustreznih enot. Vrednost kazalnika se nanaša na spremenljivko. Stopnja neodgovora spremenljivke v obravnavanem primeru znaša nič, saj IRSSV vложи veliko napora v to, da od enot pridobi vse podatke za ključne spremenljivke.

Delež nadpokritja (T4)

Gre za delež neustreznih enot²⁸ v okviru glede na število vseh enot v okviru²⁹. Kazalnik se nanaša na celotno opazovanje. Pri raziskovanju socialne oskrbe na domu, ki poteka preko občin (enote), je delež nadpokritja enak nič, saj okvir predvideva in vključuje vse slovenske občine.

Delež vstavljenih (imputiranih) podatkov (T4)

Delež vstavljenih podatkov je kazalnik, ki se izračunava takrat, kadar del vrednosti spremenljivke vstavimo (imputiramo) z eno od metod za vstavljanje podatkov. Podatek lahko vstavimo zaradi manjkajoče vrednosti ali pa kot popravek vrednosti, ki je bila v okviru urejanja podatkov zaznana kot napačna. Izračunava se za ključne spremenljivke, definiran je kot razmerje med številom enot, za katere smo vstavili podatke za obravnavano ključno spremenljivko, in številom vseh enot, za katere imamo za spremenljivko kakršen koli podatek. V podatkovni zbirki socialne oskrbe na domu ni bilo vstavljenih (imputiranih) podatkov.

Merske napake

Kontrole za zaznavanje merskih napak

²⁶ Neustrezne enote (n_{neust}), neodgovori (n_{ndg}), enote z neznano ustreznostjo (n_{nust}).

²⁷ $T3^y = Y_{ndg}/Y_{ust} = 1 - (Y_{odg}/Y_{ust})$ (Seljak 2011, 15).

²⁸ Na primer enote, ki smo jih (običajno zaradi napačnih ali zastarelih podatkov) vključili v vzorčni okvir, čeprav niso del ciljne populacije.

²⁹ $T4 = N_{neust}/N$ (Seljak 2011, 19).

IRSSV napake v podatkih zaznava na več različnih načinov. Najprej z logičnim pregledom različnih sklopov vprašanj, kjer so že na prvi pogled razvidni neustrezni odgovori/podatki (npr. podatek o skupnem številu uporabnikov glede na upravičenost ni enak skupnemu številu uporabnikov glede na starost; število zaposlenih za neposredno socialno oskrbo je glede na število uporabnikov na prvi pogled preveliko/premajhno). Napake zaznavajo tudi pri vnašanju podatkov v Excelov vnosnik, kjer so vgrajene logične kontrole seštevka absolutnih in relativnih frekvenc (npr. število uporabnikov po starosti mora biti enako številu vseh uporabnikov). Nenazadnje merske napake v podatkih zaznavajo tudi z vpeljavo časovne vrste, ki omogoča primerjavo poročenih podatkov s predhodnimi leti. V primeru, da aktualni podatek odstopa od podatkov prejšnjih let, IRSSV pri poročevalski enoti preveri, ali gre za dejansko spremembo ali zgolj za napačno poročen podatek. Nekatere podatke, predvsem ceno storitve na uro, ki jo plača uporabnik, na IRSSV preverjajo tudi preko odlokov, objavljenih na spletnih straneh občin.

Razlogi za nastanek merskih napak

Merske napake nastajajo predvsem zaradi površnega izpolnjevanja vprašalnika in napačnega razumevanja vprašanj (nejasna navodila). Izvajalec oskrbe na domu, ki deluje na območju več občin, je npr. pri poročanju o številu zaposlenih za neposredno socialno oskrbo za vsako občino poročal o istem številu zaposlenih, namesto da bi zaposlitve sorazmerno oz. dejansko porazdelil po posameznih občinah. Včasih je razlog tudi v različnih praksah zajema določenih podatkov oz. ravnanja z njimi (npr. struktura storitve).

Uporabljeni postopki v primeru merskih napak

V primeru ugotovljenih napak IRSSV ponovno vzpostavi stik s poročevalsko enoto in preveri točnost poročenega podatka. V primeru napačnega podatka tega ročno popravijo fizično v vprašalniku kot tudi v podatkovni zbirki (xls, sav).

Delež urejanja podatkov (T6)

Delež urejanja podatkov je razmerje med številom enot, pri katerih popravimo prvotno poročane podatke (upoštevani so samo tisti popravki, ki so jih še enkrat preverili pri poročevalskih enotah, ne pa tudi popravki na podlagi logične kontrole), in številom vseh enot, ki so odgovorile (tj. 211 občin). Prikazujemo delež urejanja podatkov le za ključne spremenljivke, ki so v primerjavi z drugimi spremenljivkami tudi najboljše urejene.

Tabela 5.2: Delež urejanja podatkov (za podatke na dan 31. 12. 2011)

Ključna spremenljivka	Delež urejanja podatkov (T6)
Število občin, ki zagotavlja socialno oskrbo na domu	0,00
Število uporabnikov socialne oskrbe na domu	0,01
Starost uporabnikov socialne oskrbe na domu	0,05
Število zaposlitev za neposredno socialno oskrbo	0,07
Potrjena cena storitve v EUR/uro (plača uporabnik)	0,05

Ukrepi za zmanjšanje števila merskih napak

Ukrepi za zmanjšanje števila merskih napak so vezani predvsem na ustrezna navodila v vprašalniku, in sicer na način, da so vprašanja jasna in ustrezno opredeljena. Pred objavo in distribucijo vprašalnika vprašalnik vedno pregleda in testira nekaj izbranih poročevalskih enot (občina, izvajalec). IRSSV na podlagi njihovih komentarjev ustrezno prilagodi vprašalnik. Ukrep za zmanjšanje merskih napak je tudi javna objava vseh ključnih podatkov v prilogi analize. Poročevalske enote imajo pred javno objavo še enkrat možnost preveriti točnost navedbe svojih podatkov. Eden izmed možnih ukrepov za zmanjšanje števila merskih napak v prihodnosti je uveljavitev spletnega anketiranja, s katerim bi se izognili predvsem neodgovorom spremenljivk, nelogičnim podatkom in napakam pri vnosu podatkov.

5.1.4 Pravočasnost in točnost objave

»Pravočasnost objave meri časovni razmik med referenčnim obdobjem, na katerega se podatki nanašajo, in datumom objave. Točnost objave označuje skladnost med dejanskim in predhodno najavljenim datumom objave podatkov. Če se zgoraj omenjena datuma ujemata, pravimo, da je bila objava točna« (SURS, 2003).

Pravočasnost objave

Pravočasnost prve objave (PT1) in objave končnih rezultatov (PT2)

Pravočasnost prve objave meri časovno razliko med datumom prve objave rezultatov in koncem referenčnega obdobja, na katerega se nanašajo objavljeni rezultati.

Tabela 5.3: Pravočasnost prve objave in končnih rezultatov

Pravočasnost	Prve objave (PT1)	Končnih rezultatov (PT2)
Referenčno obdobje	31. 12. 2011	31. 12. 2011
Datum objave	15. 6. 2012	15. 9. 2011
Časovni razmik (koledarski dnevi)	T + 167	T + 259

Objava je vezana na izdelavo vmesnega (prva objava) in končnega (končni rezultati) poročila/analize za naročnika, MDDSZ. Časovnica je določena s Programom dela in razvoja IRSSV za tekoče leto. Prva objava ni javno objavljena, pač pa jo IRSSV pripravi za ministrstvo. Zatem analizo pošlje v avtorizacijo poročevalskim enotam. IRSSV končne rezultate v obliki končnega poročila javno objavi na svoji spletni strani in spletni strani MDDSZ. Pravočasnost objave končnih rezultatov meri časovno razliko med datumom objave končnih rezultatov in koncem referenčnega obdobja, na katerega se objavljeni rezultati nanašajo. Gre za objavo končnih in popolnih rezultatov.

Razlogi za večje zamude in ukrepi za izboljšanje pravočasnosti

V letu 2012 je časovni zamik med referenčnim datumom, prvo objavo in datumom končnih rezultatov nekoliko daljši (znaša dobrih 9 mesecev) kot v prejšnjih obdobjih. Zaradi spremenjene zakonodaje na področju socialnega varstva so imeli CSD (ki so poglavitni izvajalci socialne oskrbe na domu) v prvi polovici leta izrazito povečan obseg rednega dela. Iz tega razloga je IRSSV zbiranju podatkov o socialni oskrbi na domu namenil nekoliko več časa kot običajno.

Točnost objave

Podatki so bili objavljeni točno, tj. v skladu z najavljenim datumom v Programu dela in razvoja IRSSV za tekoče leto. Zamud torej ni bilo.

Točnost prve objave (PT3)

Točnost prve objave je izračunana kot razlika med napovedanim in dejanskim datumom prve objave rezultatov.

Tabela 5.4: Točnost prve objave

Referenčno obdobje	31. 12. 2011
Napovedani datum objave	15. 9. 2011
Dejanski datum objave	15. 9. 2011
Časovni razmik	T + 259

5.1.5 Dostopnost in jasnost informacij

Dostopnost informacij

»Dostopnost informacij se nanaša na konkretne fizične okoliščine, v katerih so podatki dostopni uporabniku: kje se podatki fizično nahajajo, kakšne so možnosti naročanja, urnik objav, jasna plačilna politika, dostopnost mikro- in makropodatkov, različni formati in mediji (npr. papir, računalniške datoteke, CD-ROM, internet)« (SURs 2003).

Uporabljeni načini izkazovanja rezultatov (DJI)

Gre za delež pri izkazovanju rezultatov uporabljenih načinov glede na celoten seznam možnih načinov izkazovanja rezultatov.

Tabela 5.5: Načini izkazovanja rezultatov

Zap. št.	Kanal	Uporabljeno
1	Spletna objava	DA
2	Objava na podatkovnem portalu SI-STAT	NE
3	Objava v interaktivnih spletnih orodjih	DA
4	Podatki, dosegljivi preko telefonskega odzivnika	NE
5	Posredovanje razpoložljivih podatkov na zahtevo uporabnikov	DA
6	Splošne tiskane publikacije	DA
7	Tematske tiskane publikacije	DA
8	Zunanje baze podatkov (npr. Arhiv družboslovnih podatkov)	NE
9	Statistično zaščiteni mikropodatki	NE
10	Predhodni dostop do podatkov glede na standardni protokol	NE

IRSSV glede na definirane kanale za izkazovanje rezultatov, kot jih opredeljuje SURs, pri spremljanju podatkov o izvajanju socialne oskrbe na domu uporablja pet kanalov od desetih. Delež uporabljenih načinov izkazovanja rezultatov torej znaša 0,50. Nizek delež lahko pripišemo klasifikaciji načinov izkazovanja rezultatov, ki je prilagojena delovanju SURs. Glede na to, da gre za pomembne statistične podatke, pa bi bil vsekakor potreben razmislek o bolj heterogenem načinu izkazovanja podatkov (npr. i vključitvi podatkov v Statistični letopis, Statistične informacije in podobno).

Jasnost izkazanih informacij

»Jasnost informacij se nanaša na podatkovno okolje, preko katerega uporabnik pride do informacij: ali so skupaj s podatki dostopne tudi besedilne informacije, metodološka pojasnila, dokumentacija (vse to navadno označujemo s pojmom metapodatki), ali so podatki

opremljeni z grafičnim ali drugim slikovnim gradivom, ali je podana informacija o kakovosti podatkov, ali so uporabniku po potrebi dostopne dodatne informacije» (SURs 2003).

Tiskane publikacije

Tiskana različica poročila »Izvajanje pomoči na domu – analiza stanja v letu 2011« je dostopna v knjižnici Fakultete za socialno delo. Rezultati so izkazani v absolutnih in relativnih frekvencah tekom celotnega poročila in v prilogi k poročilu ter na ravni občin, socialnih oskrbovalk in uporabnikov. IRSSV v analizi uvodoma predstavi metodologijo zbiranja rezultatov. Vse podatke na agregatni ravni, razporejene v časovno vrsto, v analizi podrobno predstavi in interpretira (v obliki 9 tabel in 9 grafov). Del oz. večino mikropodatkov objavi v prilogi k analizi. Trenutno ni predvidenih ukrepov za izboljšanje jasnosti izkazanih rezultatov.

Spletna objava

Poročilo »Izvajanje pomoči na domu – analiza stanja v letu 2011« je objavljeno tudi na spletnih straneh IRSSV in MDDSZ. Poleg tega je na spletnem mestu IRSSV³⁰ objavljen tudi zemljevid po slovenskih občinah. V nadaljevanju se osredotočamo na spletni zemljevid. Rezultati so izkazani v absolutnih številkah in na ravni občin. Objavljeni so:

- kontaktni podatki o izvajalcu socialne oskrbe na domu v posamezni občini;
- cena ure storitve, ki jo uporabnik plača na dan 31. 12. 2011 za delavnik, soboto, nedeljo in praznik;
- cena ure storitve, ki jo uporabnik plača ob zadnji spremembi cene (kadar koli po 31. 12. 2011) za delavnik, soboto, nedeljo in praznik.

Uvodoma sta k spletnemu zemljevidu podana obrazložitev storitve in namen objave. Podana so tudi navodila za uporabo spletnega zemljevida. Trenutno ni predvidenih ukrepov za izboljšanje jasnosti izkazanih rezultatov.

Ostali načini izkazovanja rezultatov

IRSSV poleg omenjenih načinov izkazovanja podatkov slednje pogosto predstavi na različnih konferencah, posvetih in podobnih dogodkih, posreduje jih strokovnjakom, raziskovalcem in študentom. Rezultate izkazuje tudi v strokovnih in poljudnih besedilih (npr. strokovni ali

³⁰ [Http://www.irssv.si/informacije/pomoc-na-domu/index.html](http://www.irssv.si/informacije/pomoc-na-domu/index.html).

znanstveni članki, redno v reviji Vzajemna in podobno). Podatke posreduje tudi ustanovam, ki jih potrebujejo za informiranje potencialnih uporabnikov (npr. SSZS, platforma Matija, portal Varna starost in podobno).

5.1.6 Primerljivost statistik

Primerljivost statistik meri razlike, ki se pojavijo zaradi uporabe različnih statističnih konceptov (klasifikacij, definicij, ciljne populacije) ali različnih statističnih metod pri izračunu statistik na različnih geografskih območjih, v drugih domenah populacije ali različnih referenčnih obdobjih (SURs 2003).

Časovna primerljivost

Dolžina primerljivih časovnih vrst (P1)

IRSSV spremljanje izvajanja storitve socialne oskrbe na domu izvaja od leta 2008. Dolžina časovne vrste je tako 4. V letu 2008 je podatke zbiral dvakrat, in sicer prvič za leto 2007 (podatek o številu uporabnikov tudi za leto 2006) in drugič za leto 2008. Prelomov v časovni vrsti ni. Na časovno primerljivost vpliva način zbiranja podatkov oz. obdobje, na katerega se podatki nanašajo. Število uporabnikov socialne oskrbe na domu se npr. nanaša na različna referenčna obdobja:

- povprečno število uporabnikov na mesec (v letu 2006);
- povprečno število uporabnikov na mesec (v prvi polovici leta 2007);
- povprečno število uporabnikov na mesec (v prvi polovici leta 2008);
- število uporabnikov na dan (1. 12. 2009);
- število uporabnikov na dan (1. 12. 2010);
- število uporabnikov na dan (31. 12. 2011).

Krajevna primerljivost

Primerljivost z drugimi članicami ESS

Regulativa, ki bi odredjala harmonizirano uporabo metodologije za spremljanje podatkov o socialni oskrbi na domu, ne obstaja. Podatki v zvezi s socialno oskrbo na domu (ali izdatki ali podatki o njenih prejemnikih) sicer predstavljajo vhodne podatke številnim statistikam (izvaja jih SURs), ki opisujejo širša področja, npr. sistem zdravstvenih računov, evropski sistem integrirane statistike socialne zaščite (glavna Uredba (ES) št. 458/2007 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 25. aprila 2007 o Evropskem sistemu integrirane statistike socialne

zaščite (ESSPROS) in številne uredbe Evropske Komisije, ki natančneje urejajo posamezna področja).

Desezoniranje

Postopki desezoniranja se pri tem raziskovanju ne uporabljajo.

5.1.7 Skladnost rezultatov

To pomeni, da je statistične podatke mogoče povezovati na različne načine in za različne potrebe. Težave s skladnostjo se lahko pojavijo, kadar podatki izvirajo iz različnih virov oz. iz različnih statističnih raziskovanj, v katerih so bili uporabljeni pristopi, klasifikacije ali metodološki standardi, ki niso bili medsebojno usklajeni. »Skladnost pri statistikah ugotavlja primernost statističnih podatkov za zanesljivo povezovanje na različne načine in za različne uporabnike« (SURS 2003). Opisuje omejitve pri povezovanju statistik iz različnih virov, ki so posledica uporabe različnih statističnih postopkov.

Skladnost med začasnimi in končnimi podatki (S1)

IRSSV začasne podatke objavi interno oz. jih pošlje vsem slovenskim občinam in izvajalcem socialne oskrbe na domu (vsem poročevalskim enotam) s prošnjo, da preverijo verodostojnost podatkov. Kazalnik meri relativno razliko med prvo in končno objavo rezultata. Razlike med vmesnimi in končnimi podatki za leto 2011 so predstavljene v Tabeli 5.6.

Tabela 5.6: Skladnost med začasnimi in končnimi podatki za ključne spremenljivke

	Vrednost začasnega podatka (X_z)	Vrednost končnega podatka (X_k)	$S1 = (X_k - X_z)/X_k$ ³¹
Delež občin, ki zagotavljajo socialno oskrbo za svoje občane	99,5 %	99,5 %	0
Delež uporabnikov socialne oskrbe, starih 65 let ali več	88,0 %	88,0 %	0
Delež prebivalstva, starega 65 let ali več, ki prejema socialno oskrbo na domu	1,7 %	1,7 %	0
Delež rednih zaposlitev socialnih oskrbovalk	90,4 %	90,3 %	0,001
Povprečna potrjena cena storitve za uporabnika	5,1 EUR	5,1 EUR	0

³¹ Seljak 2011, 26.

Večjih neskladnosti med začasnimi in končnimi podatki ni zaznati. Do manjših neskladnosti prihaja zaradi napačno poročanega podatka ali pa nepravilnega vnosa podatka.

Skladnost z rezultati iz referenčnega vira (S2)

Kazalnik³² izkazuje razlike glede na rezultate izbranega referenčnega raziskovanja, v katerem se spremlja isti ali soroden in zato primerljiv pojav, ki pa je lahko spremljan z drugačno metodologijo ali z drugačno periodiko referenčnega opazovanja. Podatke o uporabnikih socialne oskrbe na domu vodijo CSD v svojih evidencah v okviru informacijskega sistema ISCSD³³. Gre za popolnoma administrativne podatke. Na voljo so zgolj podatki o številu vodenih uporabnikov za določeno obdobje. Poleg tega tudi domovi za starejše beležijo opravljene storitve socialne oskrbe na domu za svoje uporabnike. Na voljo so podatki o številu prejemnikov socialne oskrbe na domu na referenčni datum. Po zadnjih razpoložljivih podatkih iz baze ISCSD je bilo v letu 2011 v CSD vodenih 4.735 uporabnikov socialne oskrbe na domu. Po podatkih IRSSV o uporabnikih socialne oskrbe na domu pa jih je bilo na dan 31. 12. 2011 2.954 (upoštevani so samo uporabniki, za katere storitev opravljajo CSD). Po podatkih SSZS (obrazci xls) je bilo na dan 31. 12. 2011 1.852 uporabnikov socialne oskrbe na domu, za katere so storitev izvajali domovi za starejše. Po podatkih IRSSV je bilo teh uporabnikov na dan 31. 12. 2011 1.788.

Velike razlike med obstoječimi podatki iz podatkovnih zbirk IRSSV in ISCSD ($S2 = 0,38$) so predvsem rezultat drugačne metodologije spremljanja, saj v ISCSD štejejo vse uporabnike, ki so jih obravnavali v določenem obdobju (v tem primeru v letu 2011), v podatkovni zbirki IRSSV pa zajemajo stanje na dan 31. 12. 2011. Ob primerjavi podatkov IRSSV in SSZS ($S2 = 0,04$) se je izkazalo, da so poročevalci skoraj v celoti v oba vira poročali identične podatke, kar je za pričakovati, saj je referenčni datum isti (31. 12. 2012). Zaznali pa smo tudi manjše razlike med podatki, kot je npr. izvajalec (dom za starejše), ki je po podatkih IRSSV v letu 2011 izvajal socialno oskrbo na domu, po podatkih SSZS pa je opravljal zgolj razvoz kosil. In obratno, izvajalec, ki je po podatkih SSZS v letu 2011 izvajal socialno oskrbo na domu, ne najdemo pa ga v podatkovni zbirki IRSSV.

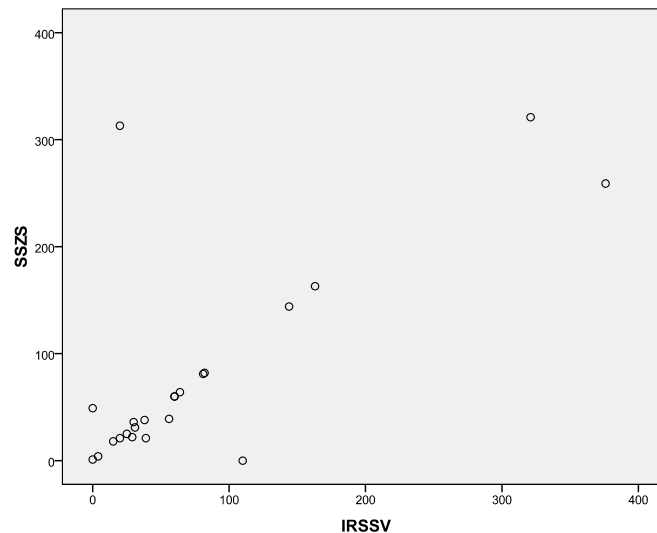
Na Sliki 5.1 prikazujemo povezanost obeh podatkovnih zbirk (podatki 23 domov za starejše). Izračun Pearsonovega korelacijskega koeficienta kaže, da gre za visoko pozitivno povezanost

³² $S2 = |X_t - X_0| / X_t$ (Seljak 2011, 27).

³³ Informacijski sistem centrov za socialno delo.

med obema podatkovnima zbirkama ($r = 0,717$). Neskladnost med podatki je lahko odraz različnih dejavnikov in četudi je ta relativno majhna, je ne smemo zanemariti. Za v prihodnje je nujno treba razmisliti o uvedbi enega oz. enotnega sistema za poročanje o istih podatkih, kar bi bil prvi korak v smeri zmanjševanja dezinformacij ter tudi k razbremenjevanju administrativnega dela poročevalskih enot in racionalizacije dela.

Slika 5.1: Povezanost med podatki IRSSV in SSZS



5.2 VREDNOTENJE KAKOVOSTI SOCIALNE OSKRBE NA MEZORAVNI

Pregledali smo kakovost podatkov na makroravni, sledi pregled raziskav z mezoravni. Najprej prikažemo metodološke značilnosti vrednotenih raziskav, nato še vsebinske.

5.2.1 Metodološke značilnosti vrednotenih raziskav na mezoravni

V petih **kvantitativnih raziskavah** je bilo skupno anketiranih **158 socialnih oskrbovalk** z različnih območij Slovenije (CSD Murska Sobota, CSD Koper, CSD Tolmin, CPD Maribor, ZOD Ljubljana). Anketiranje je potekalo v letu 2009 (Svetičič 2009; Vudrag 2009) ali 2010 (CSD Murska Sobota 2011; Usar 2011; Naglav 2010). Namen raziskav je bil predvsem pridobiti vpogled v delo socialnih oskrbovalk kot enega izmed pomembnih vidikov

zagotavljanja kakovostne storitve (2 raziskavi) ter ugotoviti kakovost delovnega življenja socialnih oskrbovalk (3 raziskave). Pri tem je 1 raziskava izrazito usmerjena na povratno informacijo socialnih oskrbovalk glede organizacije in vodenja programa, 2 pa predvsem na posamezne elemente kakovosti delovnega življenja in zadovoljstvo z njimi. Štiri raziskave pri opredelitvi problema/namena raziskave še posebej izpostavijo pomembnost vpogleda v delo socialnih oskrbovalk, saj njihovo kakovostno delovno življenje posledično vpliva tudi na zadovoljstvo uporabnikov z njihovimi storitvami.

Kot je razvidno iz Tabele 5.7, vse raziskave opredelijo namen vrednotenja, nekatere pa poleg tega opredelijo še hipoteze in raziskovalna vprašanja. Ker gre večinoma za diplomske naloge, je že zaradi narave dela upravičeno pričakovati, da so avtorice kot del kvantitativnega raziskovalnega procesa opredelile konkreten (raziskovalni) cilj in ga podkrepile bodisi s hipotezami bodisi z raziskovalnimi vprašanji.

Tabela 5.7: Metodološke značilnosti kvantitativnih raziskav na mezoravni

Raziskava	Leto izvedbe	Namen (N), hipoteza (H), raziskovalno vprašanje (RV)	Vrsta anketiranja	Merski instrument
Zemljak in Nagode (2011)	2010	N	Samoanketiranje	Vprašalnik
Usar (2011)	2010	N + 7 H	Samoanketiranje	Vprašalnik
Naglav (2010)	2010	N + 10 H + 2 RV	Samoanketiranje	Vprašalnik
Svetičič (2009)	2009	N + 14 RV	Samoanketiranje	Vprašalnik
Vudrag (2009)	2009	N	Samoanketiranje	Vprašalnik

V 2 raziskavah so uporabili standardizirani vprašalnik z zaprtimi odgovori, v 3 pa so vključili tudi vprašanja z odprtimi odgovori. Vprašalnik je bil praviloma anonimen, to so posebej izpostavile 4 raziskave. V vseh petih raziskavah so izvedli samoanketiranje, kar pomeni, da so socialne oskrbovalke same izpolnile vprašalnik, ki so ga prejele na internem sestanku. Razdelile so jih bodisi študentke bodisi vodje pomoči na domu ali socialne delavke. Podale so jim kratka navodila za izpolnjevanje in pojasnile namen anketiranja (tako poročajo v nekaterih raziskavah, ne vseh). Vprašalnike so izpolnile med sestankom, po sestanku ali kasneje. Oddale so jih osebi, ki jim jih je razdelila. V 2 raziskavah je jasno, da so vprašalnike prejele vse zaposlene socialne oskrbovalke (tj. celotna populacija socialnih oskrbovalk), saj so bile vse na sestanku. V 2 raziskavah ni jasno, koliko od vseh zaposlenih je bilo navzočih, v 1 raziskavi pa ni znan niti podatek o populaciji niti o razdeljenih anketah.

V posameznih raziskavah ne moremo opredeliti celotne populacije (tj. števila vseh zaposlenih socialnih oskrbovalk) iz opisa metodologije, saj nekatere raziskave niso (natančno) opisale celotne populacije in postopka vzorčenja (Tabela 5.8). Podatek o populaciji, razdeljenih in izpolnjenih anketah je nujen za izračun različnih stopenj (anketiranja, (ne)odgovora in podobno) in za razumevanje obravnavanega vzorca anketirancev. Kaže tudi (ne)reprezentativnost vzorca. Iz tega izhajajo vsa nadaljnja obravnava podatkov, uporabe statističnih metod in interpretacije. Razlog neodgovora potencialnega anketiranca je pomembna informacija in, kot opozarjata npr. Kalton in Vehovar (2001, 86), ne smemo podcenjevati tveganja, da zaradi neodgovorov pride do pristranskosti, saj so ti pogosto porazdeljeni neenakomerno v določenih podskupinah ciljne populacije. Kalton in Vehovar (2011, 80) za anketne raziskave, ki temeljijo na osebnem anketiranju, naštejeta naslednje tipične vrste neodgovora potencialnega anketiranca:

- zavrnitev sodelovanja (npr. pomanjkanje časa, načelna zavrnitev),
- nezmožnost sodelovanja (npr. bolezen, gluhost, nepoznavanje jezika),
- odsotnost anketiranca,
- nezmožnost locirati ustreznega anketiranca,
- nedostopnost anketiranca in
- izgubljeni ali poškodovani vprašalniki (npr. pri prevozu ali obdelavi).

V raziskavah je bil neodgovor potencialnega anketiranca povezan predvsem z izostankom od sestanka ali z zavrnitvijo sodelovanja. V 1 primeru zaradi premalo informacij ne moremo oceniti obsega neodgovora. Izostanek od sestanka je lahko pomemben razlog odsotnosti v primeru, če je oseba odsotna pogosteje, npr. zaradi bolezni. V tem primeru bi ta oseba lahko nekatere vidike delovnega življenja ocenila precej drugače (zaradi svojega zdravstvenega stanja) kot ostali. Znano je namreč, da so bolezni oz. slabše fizično zdravje socialnih oskrbovalk zaradi narave dela pogosti, in kot poudarja Hrovatič (2010, 153), se pri socialnih oskrbovalkah najprej pojavljajo poklicne bolezni, povezane z okvarami hrbtenice, ožilja in sklepov.

Pri anketiranju želimo doseči čim večji obseg odgovora, še posebej, ko gre za populacijo, ki je znana in dosegljiva in pri kateri se običajno ne soočamo z manjkajočimi elementi vzorčnega okvira³⁴, saj je ta primeren (je namenjen naši ciljni populaciji) in popoln (je ustrezen in

³⁴ Vzorčni okvir je seznam vseh elementov ciljne populacije (Kalton in Vehovar 2001, 67). V našem primeru gre za seznam vseh socialnih oskrbovalk.

vključuje vse elemente) (glej Kalton in Vehovar 2001). Za ta vzorčni okvir prav tako velja, da ne vsebuje neustreznih elementov ali podvojenih zapisov, kar je še ena prednost v izogib neodgovoru enote. Hkrati pa gre tudi za specifično populacijo, za katero predvidevamo, da je motivirana za sodelovanje v raziskavi. Iz navedenih razlogov je v vzorčni okvir smotno zajeti celotno populacijo; običajno gre tudi za manj številčno populacijo.

Ugotavljamo, da je opis vzorčenja v raziskavah načeloma korekten, razen v 1 primeru, kjer je za vzorec zapisano, da je enostaven slučajnosten, obenem pa, da je bilo vzorčenje enot izbrano zato, ker kar nekaj vprašalnikov ni bilo vrnjenih (približno 24 %). V tem primeru izbira in anketiranje enot nista transparentno predstavljena.

Cilj v vseh obravnavanih raziskavah je bil v anketiranje zajeti vse socialne oskrbovalke. Stopnjo odgovora (angl. *response rate*) tako izračunamo kot razmerje med številom rešenih anket in številom vseh zaposlenih socialnih oskrbovalk (populacija). Če ne razpolagamo s podatkom o populaciji, namesto tega podatka vzamemo podatek o številu razdeljenih anket in na ta način izračunamo stopnjo anketiranja (angl. *completion rate*). To je eden izmed načinov, kako oceniti kakovost zbranih podatkov. Kot je razvidno iz Tabele 5.8, povprečna stopnja odgovora, izračunana na podlagi podatkov 4 raziskav, znaša 79,0 %, povprečna stopnja anketiranja, ki je izračunana na podlagi podatkov 3 raziskav, pa 94,6 %.

Tabela 5.8: Populacija in vzorec – vprašalnik za socialne oskrbovalke

Raziskava	Populacija	Razdeljene ankete	Rešene ankete	Stopnja odgovora (%)	Stopnja anketiranja (%)
Zemljak in Nagode (2011)	23	23	22	95,7	95,7
Usar (2011)	59	np	45	76,3	/
Naglav (2010)	17	17	15	88,2	88,2
Svetičič (2009)	np	12	12	/	100,0
Vudrag (2009)	115	np	64	55,7	/
Skupaj	> 214	> 52	158	$\bar{x} = 79,0$	$\bar{x} = 94,6$

np – ni podatka; / izračun ni možen

Iz literature lahko zasledimo opredelitev različnih dejavnikov, ki vplivajo na obseg neodgovora. Tako de Leeuw (1992, 5) po zgledu Heberleina in Baumgartnerja kot pomembne dejavnike, ki vplivajo na stopnjo odgovora, opredeli vsebino oz. temo vprašalnika, njegovo dolžino, organizacijo anketiranja, število poskusov anketiranja oz. ponovnih pozivov in podobno. Na podlagi metaanalize, kjer je raziskovala razlike v kakovosti podatkov glede na

način anketiranja (osebno, po pošti, po telefonu), je ugotovila, da je stopnja odgovora najvišja pri osebnem anketiranju, najnižja pa pri anketiranju po pošti. Povprečna stopnja odgovora pri raziskavah z osebnim anketiranjem je znašala 75 %, v primeru anketiranja po telefonu 71 % in v primeru poštne ankete 68 % (de Leeuw 1992, 27). Tudi Vehovar in Kalton (2001, 85–86) opozarjata na raznolikost stopenj odgovorov, ki so še posebej odvisne od načina anketiranja. Trdita, da stopnje odgovorov pri nezapletenih anketnih raziskavah z osebnim anketiranjem le redko presežejo 70 % ali 80 % in da le uradne in akademske raziskave z izjemnimi napori lahko presežejo stopnjo 90 %³⁵. Iz navedenega lahko sklepamo, da obravnavane raziskave dosegajo dovolj visoko stopnjo odgovora, glede na specifičnost populacije (ki je motivirana³⁶), pa bi pričakovali, da stopnja doseže vsaj 90 %.

Mezoravni se dotikata tudi 2 **kvalitativni raziskavi**. V obeh je bilo skupaj opravljenih pet intervjujev (z vnaprej določenimi smernicami oz. vprašanji) s socialnimi oskrbovalkami; vse so bile v tistem času zaposlene na Zavodu za oskrbo na domu Ljubljana. V obeh raziskavah so intervjuvali tudi uporabnike (in svojce) in koordinatorje/vodje socialne oskrbe na domu (Tabela 5.9). Raziskavi pri izboru in določitvi vzorca sledita načelom kvalitativnega raziskovanja. Prvič pri določanju velikosti vzorca, saj za kvalitativno raziskovanje velja, da ne proučujemo večjega števila oseb z namenom, da bi s preštevanjem prišli do posplošenih ugotovitev, ampak raziščemo posamezen primer ali majhno število primerov, ki jih med seboj primerjamo. Odpovemo se ideji reprezentativnega vzorčenja in statističnega posploševanja na širšo populacijo in se opredelimo za analitično indukcijo (Mesec 1998). Drugič, pri upoštevanju različnih pogledov na obravnavano problematiko. Mesec (1998) to poimenuje upoštevanje »več zornih kotov«. Poudari (ibid.), da je pri raziskovanju socialnega dela nujno upoštevati vsaj 2 perspektivi, in sicer perspektivo strokovnega delavca ali ustanove ter perspektivo stranke in njenega okolja (bifokalna perspektiva). Raziskavi torej sledita omenjenemu načelu, saj uporabita bifokalno perspektivo – torej posežeta tako na mezo- kot mikroraven. Ne glede na to bomo vsebinske ugotovitve v tem poglavju obravnavali ločeno, tj. izsledke intervjujev z uporabniki v poglavju o mikroravni, s socialnimi oskrbovalkami pa v poglavju o mezoravni.

³⁵ V marketinških raziskavah so stopnje odgovorov bistveno nižje, večinoma pod 50 %, pogosto pa jih sploh ni mogoče izračunati (na primer pri kvotnih vzorcih). V telefonskih raziskavah so te stopnje še nižje kot pri osebnem anketiranju (Kalton in Vehovar 2001).

³⁶ Kalton in Vehovar trdita (2001: 86), da lahko stopnja odgovorov v anketiranju po pošti celo presega 90 % v primerih, ko anketiramo specifične populacije.

Tabela 5.9: Metodološke značilnosti kvalitativnih raziskav na mezoravni

Raziskava	Leto izvedbe	Merski instrument	Vzorec
Volčini (2010)	2008	Intervju	2 uporabnika z demenco in njuna dva svojca, 3 socialne oskrbovalke, 2 koordinatorja socialne oskrbe na domu
Kodrič (2011)	2011	Intervju	6 uporabnikov, 2 soc. oskrbovalki, vodja soc. oskrbe na domu

Volčini (2010) je intervjuvala socialne oskrbovalke, ki so preko koordinatorja pomoči na domu privolile v intervju. V raziskavo so bile vključene kot nepogrešljivi člen socialne oskrbe na domu. Želela je preveriti, kako usposobljene za delo z osebami z demenco se počutijo, kje vidijo primanjkljaje, kaj bi pri delu potrebovale, kako se soočajo s svojimi stiskami in občutki, ki jih doživljajo pri delu z uporabniki, in kako jih rešujejo. Raziskava je osredinjena na oskrbo na domu oseb z demenco. Opravila je tudi intervju z uporabniki in njihovimi svojci ter s koordinatorjema socialne oskrbe na domu. Tudi Kodrič (2011) je uporabila neslučajnostni vzorec, kar je značilnost kvalitativnega raziskovanja. Intervjuvala je prvi 2 socialni oskrbovalki, ki sta prišli v pisarno in bili pripravljene na intervju. Primarno se je osredotočila na raziskovanje zadovoljstva uporabnikov, vendar je v raziskavo vključila tudi intervjuje s socialnimi oskrbovalkami z namenom, da pridobi še njihov pogled na situacijo, saj so one tiste, ki so z uporabniki v neposrednem stiku in lahko na podlagi lastnih izkušenj podelijo svoje videnje ter zaznavanje uporabnikovega zadovoljstva s prejeto socialno oskrbo. Opravila je tudi intervju z vodjo socialne oskrbe na domu. Volčini (2010) in Kodrič (2011) sta zbrano gradivo obdelali po kvalitativni analizi (Mesec 1998). Celoten postopek raziskave in analize sta podrobno opisali, s čimer sta zadovoljili, kot jo imenuje Mesec (1998), ključno metodološko zahtevo kvalitativnega raziskovanja.

5.2.2 Pregled in sinteza raziskav glede na vsebinske vidike na mezoravni

5.2.2.1 Spol in starost socialnih oskrbovalk

Po podatkih pregledanih kvantitativnih raziskav, lahko trdimo, da je poklic socialne oskrbovalke izjemno feminiziran poklic, saj to delo opravljajo predvsem ženske (96,8 %). To sovпада s splošno znanim dejstvom, da v tem poklicu oz. v pomagajočih poklicih prevladujejo ženske. Tudi raziskava IRSSV (Smolej in drugi 2010, 26), je pokazala, da ta poklic v Sloveniji opravljajo predvsem ženske, in sicer v skoraj 97 %. Hrovatičeva (2010, 153) navede podatek, da so prvi moški socialni oskrbovalci certifikat pridobili leta 2005.

Tabela 5.10: Spolna sestava socialnih oskrbovalk

Raziskava	Moški (N)	Moški (%)	Ženska (N)	Ženska (%)	Skupaj (N)	Skupaj (%)
Zemljak in Nagode (2011)	0	0,0	22	100,0	22	100
Svetičič (2009)	0	0,0	12	100,0	12	100
Usar (2011)	0	0,0	45	100,0	45	100
Vudrag (2009)	4	6,3	60	93,8	64	100
Naglav (2010)	1	6,7	14	93,3	15	100
Skupaj	5	3,2	153	96,8	158	100

Po dejanski starosti, tj. z numerično spremenljivko, je poizvedovala 1 raziskava (Zemljak in Nagode 2011), ostale so ponudile možne odgovore, kjer je bila starost kodirana v različne kategorije (Tabela 5.11), ki so se med raziskavami bistveno razlikovale. Za posamezno raziskavo smo izračunali modalni razred ali modus ter povprečje na podlagi frekvenčne porazdelitve (iz grupiranih podatkov). Razredi v vseh 4 raziskavah so različno široki, v 2 je ureditev v razrede zvezna, v 2 nezvezna, vse imajo zadnji razred odprt, porazdelitev rezultatov je različna.

Tabela 5.11: Starostna sestava socialnih oskrbovalk

Raziskava	Starost – glavna ugotovitev	Povprečje \bar{x} ³⁷
Zemljak in Nagode (2011)	V povprečju so socialne oskrbovalke stare 39,9 leta; najmlajša 20 let in najstarejša 56 let.	40 let
Svetičič (2009)	50 % oz. 6 socialnih oskrbovalk je starih od 46 do 55 let (<i>modalni razred</i>); nobena ni starejša od 55 let; 41,7 % oz. 5 socialnih oskrbovalk je starih od 36 do 45 let; 8,3 % oz. 1 je stara od 25 do 35 let.	45 let
Usar (2011)	77,8 % oz. 35 socialnih oskrbovalk je starejših od 41 let; 48,9 % oz. 22 jih je starih od 41 do 50 let (<i>modalni razred</i>); mlajših od 30 let je 11,1 % oz. 5 socialnih oskrbovalk.	44 let
Vudrag (2009)	60,9 % oz. 39 socialnih oskrbovalk je starejših od 38 let; nobena ni starejša od 58 let; 32,81 oz. 21 socialnih oskrbovalk je starih nad 28 let do 38 let; 37,5 % oz. 24 jih je starih nad 38 do 48 let (<i>modalni razred</i>); 6,25 % oz. 4 socialne oskrbovalke pa 28 let ali manj.	41 let
Naglav (2010)	46,7 % oz. 7 socialnih oskrbovalk je starih 50 let in več (<i>modalni razred</i>); 40 % oz. 6 jih je starih od 30 do pod 40 let; 13,3 % oz. 2 sta stari od 40 do pod 50 let; nobena ni mlajša od 30 let.	43 let

Na osnovi rezultatov vseh petih raziskav smo izračunali povprečno starost socialnih oskrbovalk – 43 let s standardnim odklonom 1,9 leta, kar pomeni, da gre za dokaj homogen izračun in da se izračunana povprečja med raziskavami ne razlikujejo bistveno. Podobno

³⁷ Vrednost, ki jo dobimo na osnovi individualnih rezultatov, je natančnejša. Vrednost, ki jo dobimo na osnovi grupiranih podatkov, se tem bolj ujema z vrednostjo iz individualnih podatkov, čim ožji so razredi. Za unimodalne in ne preveč asimetrične porazdelitve po tej metodi dobimo dovolj natančne vrednosti asimetričnih sredin tudi pri širših razredih (Sagadin 2003, 60).

starostno sestavo kažejo tudi podatki IRSSV (Smolej in drugi 2010), kjer ugotavljajo, da je dobra polovica (52 %) socialnih oskrbovalk v Sloveniji stara od 35 do 49 let. Izračun povprečne starosti po isti metodi (iz grupiranih podatkov) pokaže, da so socialne oskrbovalke po podatkih IRSSV v povprečju stare 44 let.

5.2.2.2 Oblika zaposlitve in delovna doba socialnih oskrbovalk

Na podlagi analize (Zemljak in Nagode 2011; Naglav 2010; Svetičič 2009; Vudrag 2009) ugotavljamo, da sta približno dve tretjini socialnih oskrbovalk zaposleni za nedoločen čas (67 % oz. 75), 24,1 % oz. 27 za določen čas in 8,9 % oz. 10 oskrbovalk preko javnih del, kar tudi pomeni za določen čas. Nekatere raziskave so anketirancem v odgovor ponudile le 2 možnosti, in sicer zaposlitev za določen ali nedoločen čas, nekatere pa poleg teh 2 še javna dela. Ker gre tudi pri javnih delih za zaposlitev za določen čas, struktura oblike zaposlitve ni realna oz. verodostojna, saj je delež javnih del v tej strukturi zagotovo podhranjen, ker se deloma oz. ponekod skriva v deležu zaposlitve za določen čas.

Velik delež nestabilne zaposlitve je verjetno posledica narave razvoja storitve, ki se je začela preko programa javnih del in drugih programov APZ. Posledici tega sta bili enoletno vključevanje v delo in potem vrnitev med brezposelne. Po drugi strani pa je IRSSV (Nagode in druge 2012a) v letu 2011 zasledil porast rednih zaposlitev (s 572 v letu 2010 na 822 v letu 2011) in zmanjšanje števila subvencioniranih zaposlitev v okviru APZ (z 240 v letu 2010 na 35 v letu 2011). Število socialnih oskrbovalk se kljub ukinitvi subvencioniranja zaposlitve APZ v letu 2011 ni bistveno zmanjšalo, pač pa se je spremenila struktura njihove zaposlitve v prid rednim zaposlitvam, kar predstavlja večjo varnost. V letu 2011 je bilo za nedoločen čas tako zaposlenih 605 socialnih oskrbovalk, tj. približno dve tretjini vseh socialnih oskrbovalk. Do zelo podobnega deleža smo prišli v pričujoči analizi (67 %).

Na osnovi izračuna povprečij iz frekvenčnih porazdelitev podatkov 2 raziskav (Vudrag 2009; Naglav 2010) znaša povprečna delovna doba socialnih oskrbovalk v 1 primeru 16 let, v drugem pa 18 let. V ostalih raziskavah so socialne oskrbovalke poročale o številu let na obstoječem delovnem mestu, delovnem mestu socialne oskrbovalke ali socialne oskrbovalke v obstoječi organizaciji. V 1 raziskavi (Zemljak in Nagode 2011) je bila spremenljivka izmerjena numerično, v ostalih pa ordinalno z vnaprej postavljenimi kategorijami. Socialne

oskrbovalke so na obstoječem delovnem mestu v povprečju zaposlene pet let (Naglav 2010), kot socialne oskrbovalke (bodisi na splošno bodisi v obstoječi organizaciji) pa 8 (Usar 2011) ali 9 let (Zemljak in Nagode 2011).

5.2.2.3 Dohodek, napredovanje in druge ugodnosti – finančni status

Dohodek in nagrajevanje socialnih oskrbovalk so obravnavali v 4 raziskavah, kjer so socialne oskrbovalke ocenile zadovoljstvo z osebnim dohodkom³⁸. Rezultate lahko ocenimo iz 3 raziskav. Na osnovi podatkov 2 raziskav (Naglav 2010; Zemljak in Nagode 2011) je razvidno, da je zadovoljstvo s plačo srednje, saj v 1 primeru zadovoljstvo v povprečju znaša 2,7 ($N^{39} = 15$), v drugem pa 3,0 ($N = 22$). V tretji raziskavi (Vudrag 2009) je bil iz petstopenjske lestvice izračunan delež točk – ugotavljajo, da je bilo doseženih 47,3 % ($N = 63$) možnih točk pri zadovoljstvu s plačo, kar predstavlja srednjo mero zadovoljstva. Ugotavljamo, da so socialne oskrbovalke s svojim plačilom za delo srednje zadovoljne oz. niso niti zadovoljne niti nezadovoljne. V 1 izmed raziskav (Vudrag 2009) večina socialnih oskrbovalk (52 od 64, tj. 81,3 %) meni, da je plača glede na težavnost dela, ki ga opravljajo, neprimerna. Le 14,1 % (9 oskrbovalk) se zdi plača primerna. Slabih 5 % je obkrožilo drugo, vendar odgovora niso utemeljili. Rezultati kažejo na izredno nezadovoljstvo s primernostjo plačila za opravljeno delo.

V raziskavi (Naglav 2010), kjer so oskrbovalke poročale o svojem plačilnem razredu⁴⁰, se je izkazalo, da jih je tretjina (modalni razred) v plačilnem razredu od 400 do pod 500 EUR (5 od 15 oskrbovalk). Glede na to, da je spremenljivka ordinalna, lahko izračunamo povprečje iz frekvenčne porazdelitve, kjer sta prvi in zadnji razred odprta in kjer je porazdelitev asimetrična v desno. Ugotovimo, da osebni dohodek oskrbovalke v povprečju znaša 580 EUR na mesec (v začetku leta 2010). Poleg tega so v raziskavi ugotovili tudi, da so med dodatki oz. ugodnostmi⁴¹, ki jih oskrbovalke koristijo poleg plače: službeni telefon (vse oskrbovalke), subvencionirana prehrana (5 oz. tretjina oskrbovalk) uporaba službenega avtomobila (2 oskrbovalki oz. 13,3 %) ter dodatni dnevi dopusta (2 oskrbovalki oz. 13,3 %). Ugotovili so

³⁸ Na petstopenjski lestvici, kjer 1 pomeni zelo nezadovoljen, 5 zelo zadovoljen (Naglav 2010, Zemljak in Nagode 2011, Usar 2011); 1 – popolnoma nezadovoljni, 2 – v veliki meri nezadovoljni, 3 – srednje zadovoljni, 4 – zadovoljni, 5 – zelo zadovoljni (Vudrag 2009).

³⁹ N je število socialnih oskrbovalk, ki so odgovorile na vprašanje.

⁴⁰ 1 – pod 400 EUR, 2 – 400 do pod 500 EUR, 3 – 500 do pod 600 EUR, 4 – 600 do pod 700 EUR, 5 – 700 do pod 800 EUR in 6 – nad 800 EUR.

⁴¹ 1 – subvencionirana prehrana, 2 – uporaba službenega stanovanja, 3 – uporaba službenega avtomobila, 4 – uporaba službenega telefona, 5 – udeležba pri delitvi dobička, 6 – uporaba počitniških zmogljivosti, 7 – dodatni dnevi dopusta, 8 – drugo.

tudi, da so zaposleni v povprečju (na isti 5-stopenjski lestvici kot zadovoljstvo s plačo) dokaj nezadovoljni z ugodnostmi oz. dodatki poleg plače (2,7) in s sistemom nagrajevanja (2,8). Pri nominalni spremenljivki glede dodatkov oz. ugodnosti, ki jih oskrbovalke prejemaajo poleg plače, zasledimo, da nekaterih odgovorov, ki so bili vnaprej oblikovani, ni izbrala nobena oskrbovalka (npr. uporaba službenega stanovanja, udeležba pri delitvi dobička in uporaba počitniških zmogljivosti).

Področja napredovanja so se dotaknile 3 raziskave. V 1 raziskavi (Vudrag 2009) so z nominalno mersko lestvico preverili, ali so socialne oskrbovalke mnenja, da imajo v svoji karieri možnost napredovanja. Da imajo to možnost, jih meni manj kot polovica (48,4 % oz. 31). V drugih 2 raziskavah (Naglav 2010; Zemljak in Nagode 2011) pa so na 5-stopenjski merski lestvici, kjer 1 pomeni zelo nezadovoljen, 5 pa zelo zadovoljen, preverili, kako zadovoljne so socialne oskrbovalke z možnostmi napredovanja. Rezultati ene raziskave (Naglav 2010) kažejo, da so socialne oskrbovalke v povprečju nezadovoljne (2,4) z možnostmi napredovanja, rezultati druge (Zemljak in Nagode 2011) pa, da niso niti zadovoljne niti nezadovoljne (3,0).

5.2.2.4 Izobrazba, kvalifikacija in dodatna usposobljenost za poklic socialne oskrbovalke

Raziskave so doseženo stopnjo izobrazbe socialnih oskrbovalk izmerile z različnimi merskimi lestvicami, ki med seboj niso neposredno primerljive. Na splošno lahko glede izobrazbe rečemo, da prevladuje dokončana srednja ali poklicna šola. Socialnih oskrbovalk samo z osnovno šolo ali višjo ter visoko šolo je malo.

Tabela 5.12: Izobrazba socialnih oskrbovalk

Raziskava	Izobrazba – glavna ugotovitev
Zemljak in Nagode (2011)	Večina ima zaključeno štiriletno srednjo šolo (68,2 % oz. 15), sledijo tiste s poklicno šolo (27,3 % oz. 6) in 1 z osnovno šolo (4,5 %).
Svetičič (2009)	Največ jih ima končano srednjo šolo (58,3 % oz. 7), sledijo tiste s poklicno šolo (33,3 % oz. 4) in 1 s končano osnovno šolo (8,3 %).
Usar (2011)	Skoraj vse socialne oskrbovalke imajo opravljeno srednje poklicno izobraževanje (48,9 % oz. 22) ali tehnično izobraževanje (48,9 % oz. 22). Ena socialna oskrbovalka ima opravljeno nižje poklicno izobraževanje (2,2 %).
Vudrag (2009)	Največ jih ima poklicno šolo (45,3 % oz. 29), sledijo tiste s srednjo šolo (31,3 % oz. 20), nato tiste z osnovno šolo in tečajem za socialno oskrbovalko (18,8 % oz. 12). Dve imata višjo izobrazbo (3,1 %) in 1 osnovno šolo (1,6 %).
Naglav (2010)	Največ (46,7 %) oz. 7 socialnih oskrbovalk ima drugo izobrazbo (knjigovez, ekonomski tehnik, administrator, gimnazijski maturant), sledijo tiste s srednjo zdravstveno šolo (33,3 % oz. 5) in tiste z osnovno šolo in poklicno kvalifikacijo (20 % oz. 3).

Na trgu dela je poleg formalne poklicne izobrazbe pomembna tudi poklicna kvalifikacija po konceptu certifikatnega sistema, ki smo ga s sprejetjem zakona v letu 2000⁴² umestili tudi v slovenski prostor. S tem je socialna oskrbovalka postala temeljna poklicna kvalifikacija in poklic na področju izvajanja socialne oskrbe na domu, ki jo je možno pridobiti na podlagi ugotavljanja kompetenc. Izobrazba in kvalifikacija sta na trgu dela praktično izenačeni, le poti pridobivanja sta različni (Hrovatič 2010). V obravnavanih raziskavah so vprašanja o formalni izobrazbi ponekod vključevala tudi vprašanja glede nacionalne poklicne kvalifikacije (ti 2 ravni sta se med odgovori mešali⁴³), 1 raziskava (Zemljak in Nagode 2011) pa je podatek o kvalifikaciji izmerila s posebnim vprašanjem, kjer se je izkazalo, da ima 13 od 22 oskrbovalk (59 %) opravljen verificiran program usposabljanja za socialno oskrbo na domu, 5 (23 %) pa pridobljen certifikat socialne oskrbovalke. Na podlagi podatkov iz raziskav se izkaže, da imajo oskrbovalke z nižjimi stopnjami izobrazbe v glavnem opravljeno ustrezno poklicno usposabljanje. Kot poudari Hrovatič (2010, 148), so socialne oskrbovalke kader, ki jih je v to delo pripeljala specifična življenjska situacija (brezposelnost, tehnološki višek, stečaj tovarne, dolgotrajna skrb za družinskega člana, smrt v družini in podobno) in ki ni imel moči, da bi se ponovno vključil v formalen izobraževalni sistem, delu pa je bil predan in se z njim učil. Pravi, da se same rade izrazijo, da so bile za to delo poklicane. In takemu učenju z delom in drugimi neformalnimi oblikami dela in izobraževanja ter naključnega učenja je certifikatni sistem dal vrednost na nacionalni ravni.

V tem kontekstu je zanimiv podatek o predhodnih izkušnjah socialnih oskrbovalk s tovrstnim delom in navsezadnje tudi razlog za odločitev poklica socialne oskrbovalke. Kot bomo videli, podatki oz. rezultati potrjujejo prej navedene življenjske okoliščine socialnih oskrbovalk. V 1 raziskavi (Zemljak in Nagode 2011), kjer so anketiranke na nominalni merski lestvici poročale o svojih predhodnih izkušnjah s tovrstnim delom, se je izkazalo, da dobra polovica socialnih oskrbovalk (54,5 % oz. 12) ni imela predhodnih izkušenj s takšnim delom. Formalne izkušnje (delo v bolnišnici in begunskem centru) sta navedli 2 socialni oskrbovalki, preostale so navedle neformalne izkušnje, kot so oskrba staršev, starih staršev in sosedov. Konkretno poklica socialne oskrbovalke ni opravljala nobena. Vse so bile pred tem tudi nezaposlene, kar verjetno izhaja še iz začetkov vpeljevanja storitve, ko je država ob veliki brezposelnosti začela razvijati socialno oskrbo na domu z vpeljevanjem javnih del in programov APZ. Če bi

⁴² Zakon o nacionalnih poklicnih kvalifikacijah (2000). Uradni list RS, 1/07 UPB-2, 85/09.

⁴³ Na primer: 1 – osnovna šola, 2 – osnovna šola in tečaj za socialno oskrbovalko, 3 – poklicna šola (3-letna), 4 – srednja šola (4-letna), 5 – višja izobrazba, 6 – visoka izobrazba.

socialne oskrbovalke imele drugo možnost zaposlitve, jih 64 % (oz. 14) ne bi sprejelo druge zaposlitve, 18 % oz. 4 oskrbovalke bi sprejele drugo zaposlitev, enak odstotek socialnih oskrbovalk pa se do vprašanja ni moglo opredeliti. V raziskavi so na nominalni merski lestvici z vnaprej podanimi možnimi odgovori⁴⁴ izmerili tudi razlog za opravljanje poklica socialne oskrbovalke. Največ (85 % oz. 17) jih to delo opravlja zato, ker jih to veseli, druge (15 % oz. 3) zato, ker nimajo druge možnosti. Podobno ugotavlja tudi Svetičič (2009), ki je anketiranke spraševala,⁴⁵ kaj jih je motiviralo, da so se vključile v izvajanje socialne oskrbe na domu. Temeljni razlog je večplasten, v prvi vrsti pa je to želja pomagati ljudem (75 % oz. 9), ki mu sledi izhod iz brezposelnosti (66,7 % oz. 8).

Dodatno usposabljanje in izobraževanje pomembno prispevata h kakovostnejšemu delu, kar kot pomembno v delovnem življenju socialnih oskrbovalk prepoznajo vse raziskave. Dodatna usposabljanja so pomembna za kader, saj vzdržujejo delovno uspešnost in večjo kompetentnost dela. Usposobljenost za delo so na 5-stopenjski ordinalni merski lestvici⁴⁶ izmerili v raziskavi Zemljak in Nagode (2011) in ugotovili, da se skoraj tri četrtine oskrbovalk počutijo usposobljene (16 od 22) in prav nobena neusposobljena. Oskrbovalke se torej v povprečju (4) počutijo usposobljene za delo (standardni odklon je 0,5). Iz 3 raziskav je razvidno, ali delodajalec socialne oskrbovalke spodbuja oz. jim omogoča dodatno izobraževanje in usposabljanje. Vudrag (2009) ugotavlja, da 79,7 % oz. 51 socialnih oskrbovalk meni, da jih delodajalec spodbuja k strokovnemu izobraževanju in jim to tudi omogoča, v drugi raziskavi (Zemljak in Nagode 2011) pa socialne oskrbovalke menijo, da imajo v povprečju malo do srednje veliko (2,7⁴⁷) možnosti za dodatno usposabljanje in izobraževanje. V tretji raziskavi (Naglav 2010) polovica oz. 7 socialnih oskrbovalk meni, da jim služba omogoča dodatno izobraževanje, polovica pa se s to trditvijo ne strinja. Med socialnimi oskrbovalkami, ki trdijo, da jim služba ne omogoča dodatnega izobraževanja, jih večina (85,7 % oz. 6) pogreša dodatno izobraževanje, med tistimi, ki jim služba omogoča dodatno izobraževanje, pa si vse želijo še več tovrstnih izobraževanj in usposabljanj. Glede na rezultate lahko rečemo, da se spodbujanje k dodatnemu (strokovnemu) izobraževanju verjetno zelo razlikuje od organizacije do organizacije, vendar glede na majhen vzorec organizacij in

⁴⁴ Možen samo en odgovor: 1 – tovrstno delo me veseli, 2 – nimam druge možnosti, 3 – zaradi dobrih delovnih pogojev, 4 – zaradi dela s starimi, 5 – drugo (vpiši).

⁴⁵ Možnih več odgovorov: 1 – izhod iz nezaposlenosti, 2 – lastna izkušnja z oskrbo svojca, 3 – želja pomagati ljudem (pomagajoči poklic), 4 – terensko delo, 5 – drugo (vpiši).

⁴⁶ 1 – sploh neusposobljeno, 2 – neusposobljeno, 3 – niti neusposobljeno niti usposobljeno, 4 – usposobljeno, 5 – zelo usposobljeno.

⁴⁷ Na petstopenjski lestvici: 1 – nič, 2 – malo, 3 – srednje, 4 – veliko, 5 – zelo veliko.

posledično socialnih oskrbovalk, ki ga obravnavamo, tega ne moremo z gotovostjo trditi. Obenem tudi koncept, ki ga obravnavamo, v raziskavah metodološko ni obravnavan na enak način, saj so ga izmerili z različnimi vprašanji in z različnimi možnimi odgovori.

Na pomanjkanje izobraževanja, usposabljanja in motiviranja socialnih oskrbovalk opozarja kvalitativna raziskava, v kateri obravnavajo socialno oskrbo za osebe z demenco (Volčini 2010). Socialne oskrbovalke se o oskrbi z demenco učijo na podlagi svojih lastnih izkušenj pri delu z osebami z demenco, pogrešajo pa specifična izobraževanja o tej temi. Ko so socialne oskrbovalke na 5-stopenjski merski lestvici⁴⁸ ocenjevale zadovoljstvo z možnostmi izobraževanja (Zemljak in Nagode 2011; Usar 2011), se je pokazalo, da so v povprečju srednje zadovoljne (3,0 in 3,2) z možnostmi strokovnega izobraževanja in usposabljanja.

Glede pomena in koristnosti dodatnih izobraževanj in usposabljanj v povprečju menijo (Zemljak in Nagode 2011), da so za delo pomembna (4,2)⁴⁹, in sicer jih 45,5 % (10 od 22) meni, da so pomembna, in dobra tretjina (8 oskrbovalk), da so zelo pomembna. Na 5-stopenjski merski lestvici⁵⁰ so ocenile tudi, v kolikšni meri jim je to v pomoč pri izvajanju svojega dela. Povprečna ocena se nahaja med srednje in veliko (3,7), saj je velika večina (59,1 % oz. 13) oskrbovalk mnenja, da so jim dodatna izobraževanja za delo v veliko pomoč, dobra četrtina (27,3 % oz. 6) pa je izbrala odgovor srednje. V drugi raziskavi (Naglav 2011) so oskrbovalke na nominalni merski lestvici poročale o koristnosti pridobljenega znanja pri opravljanju dela, pri čemer se vse strinjajo, da so izobraževanja zanje koristna. Večina (83,3 % oz. 5), prav tako na nominalni lestvici, je z izobraževanji zadovoljna, vse si jih želijo še več.

5.2.2.5 Delovni čas socialnih oskrbovalk

Eden izmed pomembnih vidikov delovnega življenja socialnih oskrbovalk je delovni čas. V analiziranih raziskavah (Naglav 2010; Vudrag 2009; Zemljak in Nagode 2011; Usar 2011) so bila vprašanja glede delovnega časa različno zastavljena. Po podatkih ene izmed raziskav (Zemljak in Nagode 2011) v popoldanskem in večernem času ter ob sobotah, nedeljah in

⁴⁸ 1 – zelo nezadovoljen, 2 – nezadovoljen, 3 – niti zadovoljen niti nezadovoljen, 4 – zadovoljen, 5 – zelo zadovoljen .

⁴⁹ 1 – sploh niso pomembna, 2 – niso pomembna, 3 – niti niso niti so pomembna, 4 – so pomembna, 5 – so zelo pomembna.

⁵⁰ 1 – nič, 2 – malo, 3 – srednje, 4 – veliko, 5 – zelo veliko.

praznikih delajo le nekatere socialne oskrbovalke, predvsem tiste, ki nimajo zakonskih omejitev zaradi starosti in majhnih otrok. Takšnih oskrbovalk je bilo 68,2 % oz. 14. Naglav (2010) je ugotovila, da dobra polovica oskrbovalk (8) dela le dopoldne, ostale (7) pa dvoizmensko delo (dopoldne in popoldne). Razen 1 za konec tedna in ob praznikih ne delajo.

Trem raziskavam (Zemljak in Nagode 2011; Naglav 2010; Usar 2011) je skupno, da so na ordinalni merski lestvici⁵¹ izmerile zadovoljstvo socialnih oskrbovalk z delovnim časom. V povprečju so dokaj zadovoljne z delovnim časom – skupno povprečje 3 raziskav znaša 3,9 s standardnim odklonom 0,3. Ob tem podatku dejanski delovni čas v vseh primerih ni poznan, očitno pa je, da v raziskavi z največjim povprečnim zadovoljstvom (4,2) le majhen odstotek anketiranih socialnih oskrbovalk (7,1 %) dela tudi ob koncu tedna in praznikih.

Tabela 5.13: Delovni čas socialnih oskrbovalk

Raziskava	Vprašanje	\bar{x}
Zemljak in Nagode (2011)	Zadovoljstvo z ustreznim delovnim časom	3,8
Naglav (2010)	Zadovoljstvo z delovnim časom	4,2
Usar (2011)	Zadovoljstvo z razporedom delovnega časa	3,6
Skupaj		3,9 ± 0,3

V 1 izmed raziskav (Vudrag 2009) so urnik dela umestili med stresne dejavnike delovnega okolja⁵². Anketirane socialne oskrbovalke so izbirale med desetimi naštetimi dejavniki, med njimi tudi urnikom dela. Izkazalo se je, da je eden večjih stresnih dejavnikov v delovnem okolju socialnih oskrbovalk veliko število uporabnikov (za 50,8 % oz. 32), takoj za njim pa urnik dela in plačilo za delo (42,9 % oz. 27). V raziskavi izpostavijo, da delovni čas socialnih oskrbovalk poteka med 6. in 22. uro vse dni v letu in da se urnik zaradi narave dela sestavlja tedensko, kar posledično vpliva na organizacijo prostega časa in družinskega življenja socialnih oskrbovalk. Po podatkih IRSSV (Nagode in druge 2012a) pa le dobrih 40 % občin (86) storitev zagotavlja poleg rednega delovnega časa ob delavnikih dopoldne tudi v popoldanskih urah ter ob sobotah, nedeljah in praznikih.

⁵¹ Na 5-stopenjski lestvici, kjer 1 pomeni zelo nezadovoljen, 5 pa zelo zadovoljen.

⁵² Kaj od naštetega vam predstavlja stres pri delu (možnih je več odgovorov)? 1 – odnos s sodelavci, 2 – veliko število uporabnikov, 3 – odnos z uporabniki, 4 – odnos z vodjo, 5 – odnos s svojci uporabnikov, 6 – urnik dela, 7 – prevoz do uporabnika, 8 – plačilo za delo, 9 – čas, ki je na razpolago do prihoda med uporabniki, 10 – pomanjkanje zaščitnih sredstev in opreme pri delu, 11 – drugo (navedite).

5.2.2.6 Odnosi s sodelavkami, z nadrejenimi in drugimi organizacijami

Pomemben element delovnega življenja je kolektiv, ki so ga na različne načine obravnavale vse raziskave in ga opredelile predvsem skozi prizmo odnosa med socialno oskrbovalko in sodelavci ter med socialno oskrbovalko in nadrejenimi. Svetičič (2009) je med socialnimi oskrbovalkami na nominalni merski lestvici preverila, ali je dober odnos v kolektivu potreben za uspešno delo. Vse anketirane socialne oskrbovalke (N = 12) so se s trditvijo strinjale. Zanimalo jo je, kaj jim pomeni dober odnos v kolektivu. Med vnaprej definiranimi možnostmi so lahko izbrale več odgovorov⁵³. Kot najpomembnejša se je izkazala iskrenost, saj so to možnost izbrale vse socialne oskrbovalke. Sledita dobra motivacija za delo in zaupanje sodelavcev do nadrejenih (10 od 12 oskrbovalk). Kako pomembni so dobri medsebojni odnosi, so preverili tudi v drugi raziskavi (Zemljak in Nagode 2011), kjer so na 5-stopenjski lestvici izmerili tako pomembnost⁵⁴ kot tudi zadovoljstvo⁵⁵ z dobrimi medsebojnimi odnosi in ugotovili, da socialne oskrbovalke (N = 22) v povprečju zelo visoko ocenjujejo pomembnost medsebojnih odnosov (4,9), medtem ko zadovoljstvo z njimi v povprečju ocenjujejo za eno oceno nižje (3,7).

Odnos z nadrejenimi so obravnavale vse kvantitativne raziskave. Zadovoljstvo s tem odnosom sta na 5-stopenjski merski lestvici⁵⁶ preverili 2 raziskavi (Usar 2011, Vudrag 2009). Na osnovi frekvenčne porazdelitve smo izračunali povprečno zadovoljstvo z nadrejenimi iz prve raziskave (Usar 2011) in ugotovili, da so socialne oskrbovalke (N = 45) v povprečju precej zadovoljne z nadrejenimi (3,8). V drugi raziskavi (Vudrag 2009) je bil iz 5-stopenjske lestvice izračunan delež točk, zato ne moremo pokazati povprečnega zadovoljstva. Doseženih je bilo 74,9 % možnih točk, kar predstavlja visoko zadovoljstvo anketiranih socialnih oskrbovalk (N = 64) z odnosom z nadrejenimi. V raziskavi Naglav (2010) so socialne oskrbovalke na 4-stopenjski merski lestvici⁵⁷ na splošno ocenile odnos z nadrejenimi. Pokazalo se je, da ga dve tretjini socialnih oskrbovalk (N = 10) ocenjujeta kot zelo dobrega, tretjina (N = 5) pa kot dobrega. Nobena odnosa z nadrejenimi ne ocenjuje kot slabega. V raziskavi Zemljak in

⁵³ 1 – dobra motivacija za delo, 2 – timsko delo, 3 – zaupanje do sodelavcev in nadrejenih, 4 – iskrenost, 5 – osebna potrditev, 6 – manjša psihična obremenitev, 7 – občutek varnosti, 8 – drugo (vpiši).

⁵⁴ Kjer 1 pomeni sploh ni pomembno, 5 pa zelo pomembno.

⁵⁵ Kjer 1 pomeni zelo nezadovoljen, 5 pa zelo zadovoljen.

⁵⁶ Kjer 1 pomeni zelo/popolnoma nezadovoljen, 5 pa zelo zadovoljen.

⁵⁷ Kakšne odnose imate z nadrejenimi pri: možnost osebnega stika, dosegljivost na telefon, osebna podpora, pri reševanju različnih konfliktnih situacij, v primerih urejanja nadomeščanja? 1 – zelo dobre, 2 – dobre, 3 – slabe, 4 – zelo slabe.

Nagode (2011) so socialne oskrbovalke sodelovanje⁵⁸ z vodjo pomoči na domu (možnost osebne stika, dosegljivost na telefon, osebna podpora, pri reševanju različnih konfliktnih situacij, v primerih urejanja nadomeščanja) v povprečju ocenile kot dobro (4).

Naglav (2010) je preverila, kako pogosto so socialne oskrbovalke v konfliktu z nadrejenimi⁵⁹, in ugotovila, da 14 socialnih oskrbovalk v zadnjem letu ni bilo v konfliktu z nadrejenimi, 1 pa nekajkrat (vendar manj kot enkrat na mesec). Vudrag (2009) je zanimalo, ali nadrejeni upoštevajo mnenja in predloge socialnih oskrbovalk, in ugotovila, da so slabe tri četrtine anketiranih socialnih oskrbovalk izbrale odgovor »včasih« (47), 21,8 % (14) odgovor »vedno« in ostale »nikoli« (4,7 % oz. 3). Ugotavljala je tudi, kako pogosto⁶⁰ so nadrejeni socialnim oskrbovalkam pripravljeni pomagati, ko imajo te težave v zvezi z opravljanjem svojega dela. Večina anketiranih pravi, da so jim nadrejeni vedno pripravljeni priskočiti na pomoč (13), 1, da pogosto, in 1, da redko. Svetičič (2009) pa je ugotavljala tudi, kaj in kakšno pomoč socialne oskrbovalke pričakujejo od svojega nadrejenega. Izbirale so lahko med različnimi vrstami pomoči⁶¹, možnih je bilo več odgovorov. Izkazalo se je, da so večini pomembni skupno reševanje težav in hitra odzivnost nadrejenega ob pojavu težave na terenu (11 od 12) ter njegova pravičnost in zaupnost (10 od 12). Poleg tega je preverila še najpogostejše težave, s katerimi se socialne oskrbovalke soočajo pri svojem delu. Izkazalo se je, da se najbolj soočajo s težavami, ki se nanašajo na nadrejene, in sicer prelaganje odgovornosti nadrejenih na podrejene (7 od 12), nezainteresiranost nadrejenih za reševanje težav (6 od 12) ter nezaupanje do nadrejenih (6 od 12). Pri tem je treba upoštevati tudi naravo zastavljenega vprašanja, saj je bila med naštetimi težavami (izbirali so lahko več težav) skoraj polovica takšnih, ki so se nanašale na nadrejene.

Odnos s sodelavci so raziskale 4 raziskave (Naglav 2010; Vudrag 2009; Zemljak in Nagode 2011; Usar 2011). Zadovoljstvo z odnosom s sodelavci sta na 5-stopenjski merski lestvici⁶² izmerili 2 raziskavi (Usar 2011; Vudrag 2009). Na osnovi frekvenčne porazdelitve smo izračunali povprečno zadovoljstvo iz prve raziskave (Usar 2011) in ugotovili, da so anketirane (N = 45) v povprečju zadovoljne z odnosom s sodelavci (4,1). Nobena ni izrazila

⁵⁸ Ocenite vaše sodelovanje z vodjo pomoči na domu. 1 – zelo slabo, 2 – slabo, 3 – srednje, 4 – dobro, 5 – zelo dobro.

⁵⁹ 1 – skoraj vsak teden, 2 – skoraj vsak mesec, 3 – nekajkrat na leto, 4 – nikoli.

⁶⁰ 1 – včasih, 2 – pogosto, 3 – redko, 4 – nikoli, 5 – nikoli nimam težav.

⁶¹ 1 – dobra komunikacija, 2 – skupno reševanje problemov, 3 – strokovni nasveti, 4 – hitra odzivnost ob pojavu težave na terenu, 5 – pravičnost, 6 – enakopraven odnos do podrejenih, 7 – prevzemanje odgovornosti za svoje delo, 8 – zaupnost, 9 – občutljivost za socialne potrebe v lokalnem okolju, 10 – drugo (vpiši).

⁶² Kjer 1 pomeni zelo/popolnoma nezadovoljen, 5 pa zelo zadovoljen.

nezadovoljstva. V drugi raziskavi (Vudrag 2009) je bil iz 5-stopenjske lestvice izračunan delež točk. Doseženih je bilo 71,6 % možnih točk, kar predstavlja visoko zadovoljstvo anketiranih socialnih oskrbovalk (N = 64) z odnosom s sodelavci.

V raziskavi Naglav (2010) so socialne oskrbovalke na 4-stopenjski merski lestvici na splošno ocenile odnos⁶³ s sodelavci. Izkazalo se je, da slaba polovica (N = 7) odnos ocenjuje kot zelo dober, 40 % oz. 6 pa kot dober. Ena ima slabe, druga pa zelo slabe odnose s sodelavci. V raziskavi Zemljak in Nagode (2011) so anketiranke sodelovanje⁶⁴ s preostalimi socialnimi oskrbovalkami v povprečju ocenile kot dobro (4). Prav tako se počutijo v povprečju dobro (4) sprejete med socialnimi oskrbovalkami.

Naglav (2010) je preverila, kako pogosto⁶⁵ so socialne oskrbovalke v konfliktu s sodelavci, in ugotovila, da jih 12 v zadnjem letu ni bilo v konfliktu s sodelavci, 3 pa nekajkrat (manj kot enkrat na mesec). Preverila je, ali so jim sodelavci pripravljeni pomagati, ko imajo težave⁶⁶. Tri četrtine (11) so odgovorile, da so jim pripravljeni pomagati vsi sodelavci, 3 socialne oskrbovalke, da so jim pripravljeni pomagati samo nekateri, in 1, da s tem nikoli nima težav.

Socialne oskrbovalke, ki delujejo v domačem okolju posameznika, se pri svojem delu srečujejo in sodelujejo tudi z drugimi službami in izvajalci različnih storitev tako s področja sociale kot tudi zdravstva. S kom in kako pogosto⁶⁷ sodelujejo, sta preverili Zemljak in Nagode (2011) in ugotovili, da najpogosteje sodelujejo z lekarniškimi delavci, saj uporabnikom redno prinašajo zdravila. S tem je povezano tudi pogosto sodelovanje z zdravniki, saj socialne oskrbovalke za uporabnike urejajo recepte za pripomočke ali zdravila. Kot intenzivno se je v raziskavi pokazalo tudi sodelovanje s patronažno službo. Z drugimi osebami in službami sodelujejo manj pogosto (Karitas, Rdeči križ, župnik, dom za starejše).

5.2.2.7 Odnosi z uporabniki in njihovimi svojci

Pri delu socialnih oskrbovalk sta pomembna sodelovanje in odnos z uporabniki in njihovimi svojci. V raziskavah so se tega področja dotaknili na različne načine in iz različnih zornih

⁶³ Kakšne odnose imate s sodelavci? 1 – zelo dobre, 2 – dobre, 3 – slabe, 4 – zelo slabe.

⁶⁴ 1 – zelo slabo, 2 – slabo, 3 – srednje, 4 – dobro, 5 – zelo dobro.

⁶⁵ 1 – skoraj vsak teden, 2 – skoraj vsak mesec, 3 – nekajkrat na leto, 4 – nikoli.

⁶⁶ 1 – vsi so pripravljeni pomagati, 2 – samo nekateri so mi pripravljeni pomagati, 3 – nihče mi ni pripravljen pomagati, 4 – o svojih težavah se z njimi ne pogovarjam, 5 – nikoli nimam težav.

⁶⁷ 1 – pogosto, 2 – včasih, 3 – nikoli.

kotov. V 1 raziskavi (Zemljak in Nagode 2011) so socialne oskrbovalke na 5-stopenjski merski lestvici⁶⁸ ocenile, kako uporabniki in svojci po njihovem mnenju ocenjujejo njihovo delo. Izkazalo se je, da uporabniki in njihovi svojci po mnenju socialnih oskrbovalk njihovo delo v povprečju ocenjujejo kot dobro (4,3; 4,1). To potrjuje tudi stopnja strinjanja s trditvijo »pri svojem delu se pogosto srečujem z nezadovoljnimi svojci«, ki v povprečju znaša 2,7, kar pomeni neko srednjo stopnja strinjanja – se ne strinjam niti se strinjam (na 5-stopenjski merski lestvici⁶⁹). Na podlagi intervjuja z 2 socialnima oskrbovalkama in vodjo socialne oskrbe na domu (Kodrič 2011) ima po njunem mnenju največji vpliv na zadovoljstvo uporabnikov odnos socialne oskrbovalke, kot so pozdrav, prijaznost, potrpežljivost, bližina, upoštevanje uporabnikov in komunikacija z uporabniki.

Kako pomemben je odnos z uporabniki, sta na 5-stopenjski merski lestvici, kjer 1 pomeni sploh ni pomembno, 5 pa zelo je pomembno, preverili Zemljak in Nagode (2011). Socialne oskrbovalke so ga v povprečju ocenile kot zelo pomemben (4,9). V isti raziskavi so na lestvici od 1 do 5, kjer 1 pomeni zelo nezadovoljen, 5 pa zelo zadovoljen, ocenile še zadovoljstvo z odnosom z uporabniki, ki je v povprečju znašal 4,1 (zadovoljen). Na enaki merski lestvici so zadovoljstvo z odnosom z uporabniki in cenjenost s strani uporabnikov preverili tudi v drugi raziskavi (Usar 2011) in prišli do podobnih ugotovitev, saj se je izkazalo, da so socialne oskrbovalke z navedenimi trditvami zadovoljne (4,1; 4,2). Tudi Vudrag (2009) je uporabila identičen merski instrument, vendar je izračunala le odstotek doseženih točk, na pa tudi povprečja. Rezultati ne glede na to kažejo, da so socialne oskrbovalke zadovoljne z odnosom z uporabniki (75,3 %).

5.2.2.8 Storitve in opravila, ki jih izvajajo socialne oskrbovalke

Svetičič (2009) se je podrobneje dotaknila nabora storitev, ki jih izvajajo socialne oskrbovalke. Zanimalo jo je predvsem, katere storitve opravljajo in kako pogosto, ali uporabniki ločijo storitve socialnega servisa od socialne oskrbe na domu ter ali bi bilo dobro imeti seznam izvajalcev storitev socialnega servisa. Pokazalo se je, da uporabniki po mnenju socialnih oskrbovalk le delno (41,7 % oz. 5) razlikujejo storitve socialne oskrbe na domu od socialnega servisa ali pa sploh ne (58,3 % oz. 7) in da slaba polovica (41,7 % oz. 5) socialnih

⁶⁸ 1 – zelo slabo, 2 – slabo, 3 – srednje, 4 – dobro, 5 – zelo dobro.

⁶⁹ 1 – sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam niti strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam.

oskrbovalk meni, da so storitve vnaprej dogovorjene, polovica (6) pa, da so dogovorjene le delno. Pokazalo se je tudi, da vse oskrbovalke opravljajo tudi servisne storitve. Opravila v tej anketi so bila povzeta iz Pravilnika o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev in razdeljena v 4 različne sklope. To so gospodinjska opravila, pomoč pri vzdrževanju osebne higiene (ki se je v letu 2011 s spremembo pravilnika spremenila v pomoč pri temeljnih dnevnikih opravilih⁷⁰), pomoč pri ohranjanju socialnih stikov ter druga servisna opravila. Druga servisna opravila so do neke mere povzeta iz opredelitve opravil za socialni servis ali pa so prilagojena. Bistvena razlika med socialnim servisom in socialno oskrbo na domu je, da je slednja organizirana v okviru mreže javne službe, socialni servis pa izven, kar ima za posledico načeloma višjo ceno za socialni servis, ker ta ni nujno sofinanciran iz javnih sredstev.

Nadalje za socialno oskrbo na domu velja, da uporabnik prejema opravila iz vsaj 2 različnih sklopov opravil, medtem ko lahko oseba v okviru socialnega servisa naroči zgolj posamezno opravilo. Opravila iz ene in druge storitve so lahko ista, vzemimo za primer dostavo obroka. Kadar oseba koristi le dostavo obroka, to opravilo ne more soditi v okvir socialne oskrbe na domu, pač pa pod okrilje socialnega servisa (iz že prej naštetih razlogov). Vprašanje o izvajanju drugih servisnih storitev je smiselno zastaviti, kadar želimo preveriti, ali se v okviru storitve socialne oskrbe na domu izvajajo tudi storitve, ki ne sodijo sem. Svetičič (2009) je npr. zastavila vprašanje o tem, koliko osebam na dan prinašajo samo pripravljen obrok hrane. Izkazalo se je, da 8 oskrbovalk (od 12) prinaša samo pripravljen obrok hrane na dan od 9 do 12 uporabnikom. Svetičič (2009) poudari, da je to oblika storitve, ki sodi v gospodinjsko pomoč, in da se to izvaja v obliki javne službe. Interpretacija tega vprašanja in pridobljenih odgovorov nanj v raziskavi ni transparentna in jasna. Glede na formulacijo zastavljenega vprašanja (»prinašate samo pripravljen obrok hrane«) lahko sklepamo, da gre v tem primeru za storitev socialnega servisa in ne za storitev socialne oskrbe na domu. Na IRSSV so z analizo podatkov o socialni oskrbi na domu (Nagode in druge 2011) v letu 2010 ugotovili, da so med uporabniki tudi takšni (12 % vseh uporabnikov), ki prejemajo zgolj pripravljen obrok. To pomeni, da formalno niso upravičeni do storitve. Predpostavljamo, da s socialno oskrbo na domu ponekod pokrivajo primanjkljaj servisnih storitev.

⁷⁰ Spremenil se je le naziv, opravila znotraj te storitve so ostala nespremenjena.

5.2.2.9 Storitve in opravila, ki jih uporabniki ne prejmejo

Kodrič (2011) je z intervjuji ugotavljala, katerih storitev uporabniki ne prejmejo od izvajalca iz javne mreže ter kako pokrijejo ta primanjkljaj. Po mnenju socialnih oskrbovalk uporabniki primanjkljaj storitev najpogosteje pokrijejo z zasebniki (»čez vikend imajo privatnike«) in s svojci pa tudi s pomočjo sosedov, vodja socialne oskrbe na domu pa omeni še dnevne centre. Po mnenju socialnih oskrbovalk si uporabniki predvsem želijo več socialnih stikov in pogostejše izvajanje osebne nege pa tudi nadstandardnih storitev, kot so fizioterapija, frizer, generalno čiščenje ipd. Podobno ugotavlja tudi vodja socialne oskrbe na domu; poleg navedenih storitev omenja še spremstvo, med nadstandardnimi storitvami pa še pedikuro in zdravstvene storitve.

5.2.2.10 Težave pri delu

Težave pri delu oz. bremenilne dejavnike delovne situacije so obravnavali v 3 raziskavah (Svetičič 2009; Zemljak in Nagode 2011; Naglav 2010). Svetičič (2009) je bila pri težavah izrazito usmerjena na odnos z nadrejenimi, zato smo analizo tega vprašanja vključili v razdelek o kolektivu in odnosi z nadrejenimi. Drugi 2 raziskavi sta dejavnike preverjali na popolnoma različna načina. Prva raziskava (Zemljak in Nagode 2011) je na 5-stopenjski merski lestvici, kjer 1 pomeni sploh se ne strinjam, 5 pa popolnoma se strinjam, preverjala strinjanje z 8 trditvami⁷¹. Socialne oskrbovalke so se v povprečju strinjale, da bi pri svojem delu raje uporabljale službeno vozilo (3,9) in da bi vodja socialne oskrbe na domu morala bolj pogosto obiskovati uporabnike na njihovem domu (3,6). Socialnih oskrbovalk v povprečju ne moti, da morajo nadomeščati delavke, ki so na bolniškem staležu (1,5), da delajo s preveč uporabniki (1,7), ne strinjajo se s tem, da imajo preveč sestankov z vodjo socialne oskrbe na domu (1,9) in da imajo prepogosto supervizije (2,3). Bremenilne dejavnike in njihovo pogostost je bolj natančno proučila Naglav (2010). Izmed petnajstih dejavnikov⁷² so

⁷¹ 1 – pri svojem delu se pogosto srečujem z nezadovoljnimi svojci, 2 – vodja PND bi morala bolj pogosto obiskovati uporabnike na njihovem domu, 3 – socialne oskrbovalke imamo preveč sestankov z vodjo PND, 4 – supervizije so izvedene prepogosto, 5 – motijo me prevelike razdalje (km) med uporabniki, 6 – pri svojem delu bi raje uporabljala službeno vozilo, 7 – moti me, ker delam s preveč uporabniki, 8 – moti me, ker moram nadomeščati delavke, ki so na bolniškem staležu.

⁷² Varnost vožnje, vremenske razmere, prometni zastoji, iskanje parkirišča, časovna stiska, neprimerna prehrana, neprimerni delovni prostori, neprimerni delovni pripomočki, neprimerna temperatura delovnih prostorov, menjavanje delovnega prostora, ročno premeščanje bremen, prisilne, utrujajoče drže, fizično zahtevno delo, stresne situacije pri delu z uporabniki, psihično naporno delo.

anketiranci na 5-stopenjski merski lestvici ocenili pogostost⁷³ obremenjevanja. Odgovorilo je 13 socialnih oskrbovalk; v povprečju jih najmanj pogosto obremenjujejo neprimerni delovni pripomočki (2,2) in menjava delovnega prostora (2,4), najpogosteje pa neprimerna temperatura delovnih prostorov (3,7), vremenske razmere (3,5) in iskanje parkirišča (3,5).

5.2.2.11 Stresne situacije in zdravstveno stanje

Stres, ki ga prinaša oskrba za socialne oskrbovalke, so obravnavale 3 raziskave (Zemljak in Nagode 2011; Usar 2011; Vudrag 2009). Socialne oskrbovalke so spraševali po pogostosti srečevanja s stresnimi situacijami, vendar distribucija možnih odgovorov v raziskavi Usar (2011) ni razvidna. V 2 raziskavah (Zemljak in Nagode 2011; Vudrag 2009) so uporabili identično vprašanje⁷⁴ z različnimi možnimi odgovori⁷⁵. V prvi raziskavi se je izkazalo, da se socialne oskrbovalke v povprečju srednje pogosto (3,3) srečujejo s stresnimi situacijami, v drugi pa, da se več kot polovica (54,7 % oz. 35) s stresnimi situacijami srečuje vedno, v povprečju pa med vedno in pogosto (1,7).

Vudrag (2009) je raziskovala, kaj povzroča stres pri delu, in pri tem uporabila nominalno mersko lestvico⁷⁶; anketiranec je lahko izbral več odgovorov. Ugotovila je, da je veliko število uporabnikov eden največjih stresnih dejavnikov v delovnem okolju anketiranih (50,8 % oz. 32). Sledita urnik dela in plačilo za delo (42,9 % oz. 27) ter odnos s svojci uporabnikov in čas, ki je na voljo do prihoda med uporabnike (39,7 % oz. 25). Ob tem je treba upoštevati, da gre za organizacijo, ki deluje na območju Ljubljane, in da gre v tem pogledu za specifično okolje. Za Ljubljano in druga večja mesta je znano, da se kronično srečujejo s pomanjkanjem kadra za izvajanje socialne oskrbe.

Dve raziskavi sta obravnavali tudi znake stresa. Vudrag (2009) je znake stresa preverila na nominalni merski lestvici⁷⁷; anketiranec je lahko izbral več odgovorov. Ugotovila je, da se

⁷³ 1 – nikoli, 2 – redko, 3 – včasih, 4 – pogosto, 5 – vedno.

⁷⁴ Kako pogosto se pri svojem delu srečujete s stresnimi situacijami?

⁷⁵ 1 – sploh ne pogosto, 2 – ne pogosto, 3 – niti pogosto niti ne pogosto, 4 – pogosto, 5 – zelo pogosto (Zemljak in Nagode 2011); 1 – vedno (pomeni enkrat tedensko), 2 – pogosto (pomeni enkrat na mesec), 3 – včasih (pomeni enkrat na 6 mesecev), 4 – redko (pomeni enkrat na leto), 5 – nikoli (Vudrag 2009).

⁷⁶ 1 – odnos s sodelavci, 2 – veliko število uporabnikov, 3 – odnos z uporabniki, 4 – odnos z vodjo, 5 – odnos s svojci uporabnikov, 6 – urnik dela, 7 – prevoz do uporabnika, 8 – plačilo za delo, 9 – čas, ki je na razpolago do prihoda med uporabniki, 10 – pomanjkanje zaščitnih sredstev in opreme pri delu, 11 – drugo (vpiši).

⁷⁷ 1 – na delu sem pozabljev, 2 – delo me ne motivira, 3 – težko se skoncentriram, 4 – imam težave z nespečnostjo, 5 – imam pogoste glavobole, 6 – pogosto se me loteva utrujenost, 7 – pri delu sem negotov,

anketiranci daleč najpogosteje srečujejo s pogosto utrujenostjo (61,1 % oz. 33) pa tudi z glavoboli (27,8 % oz. 15) in nespečnostjo (20,4 % oz. 11). Podobno ugotavlja Usar (2011), ki je preverila moč⁷⁸ in pogostost⁷⁹ posameznega znaka, fiziološkega (težave s hrbtenico, prebavne težave, glavobol, fizična utrujenost) in duševnega (razdražljivost, nespečnost, občutek nemoči, utrujenost). Ker sta se moč in pogostost znaka izkazali kot močno povezani spremenljivki, predstavimo le pogostost posameznega znaka. Izkazalo se je, da imajo socialne oskrbovalke najmanj težav s prebavnimi težavami (68,9 % jih teh težav npr. nima nikoli), bolj pogosto imajo težave z glavobolom, nespečnostjo in razdražljivostjo, najpogosteje pa imajo težave s hrbtenico in utrujenostjo.

Vudrag (2009) je ugotavljala, na kakšen način socialne oskrbovalke obvladujejo stresne obremenitve pri delu⁸⁰. Kot najpogostejša oblika razbremenjevanja ali obvladovanja stresnih situacij se je pokazal pogovor s sodelavci (55,6 % oz. 35), sledita pogovor z nadrejenimi in pogovor s prijatelji (oba po 47,6 % oz. 30). Pogosta oblika so tudi rekreacija (38,1 % oz. 24), sprostitvene tehnike (25,4 % oz. 16) in odmor (23,8 % oz. 15). Tudi Usar (2011) ugotavlja, da socialne oskrbovalke podpora pri obvladovanju stresa v največji meri najdejo pri sodelavcih.

Vudrag (2009) je na nominalni merski lestvici z več možnimi odgovori preverila, kako organizacija skrbi za spoprijemanje s stresnimi situacijami⁸¹, in ugotovila, da so to najpogosteje (80,4 %) redni sestanki zaposlenih. Na vprašanje, ali je dovolj dobro poskrbljeno za njihovo varnost in zdravje pri delu, dobra polovica socialnih oskrbovalk (54,7 % oz. 35) odgovarja, da je poskrbljeno le delno, 15,6 % oz. 10 jih meni, da je poskrbljeno, 29,7 % oz. 19 pa, da ni dovolj dobro poskrbljeno za njihovo varnost in zdravje pri delu.

V 1 raziskavi (Zemljak in Nagode 2011) so socialne oskrbovalke na 5-stopenjski merski lestvici, kjer 1 pomeni zelo slabo, 5 pa zelo dobro, ocenile, kako pri svojem delu prenašajo fizični in psihični napor ter kako ocenjujejo svoje zdravstveno stanje. Pokazalo se je, da v povprečju srednje dobro prenašajo fizični napor (3,1), psihični napor pa prenašajo malenkost

8 – pri delu sem napet, 9 – zaradi dela sem velikokrat žalosten 10 – do dela čutim brezbržnost, 11 – drugo (navedite).

⁷⁸ Kako močno občutite posamezni znak: 1 – sploh ne, 2 – šibko, 3 – srednje, 4 – močno, 5 – zelo močno.

⁷⁹ Kako pogosto občutite posamezni znak: 1 – nikoli, 2 – redko, 3 – včasih, 4 – pogosto, 5 – vedno.

⁸⁰ 1 – pogovorim se s sodelavci, 2 – pogovorim se z nadrejenim, 3 – vzamem si odmor, 4 – z rekreacijo, 5 – s prijatelji, 6 – pomoč poiščem drugje, 7 – uporabljam sprostitvene tehnike, 8 – zastavim si dosegljive cilje, 9 – obremenitve sprejem kot izziv in ne kot grožnjo, 10 – drugo (navedite).

⁸¹ 1 – zaposlenim nudi potrebno usposabljanje za dobro opravljena dela, 2 – se trudi, da je čim manj negotovosti, 3 – v primeru težav nudi potrebno pomoč, 4 – z rednimi sestanki zaposlenih, 5 – drugo (vpiši).

bolje oz. dokaj dobro (3,5). Tudi svoje zdravstveno stanje ocenjujejo kot dokaj dobro (3,6). V isti raziskavi so izmerili tudi koncept fizičnega zdravja (in tudi korporacijsko identifikacijo, afektivno zavezanost, vztrajnostno zavezanost, normativno zavezanost, delovni napor in duševno zdravje) po Kočar (2008). Glede na izračune Cronbach α so se kot zanesljivi izkazali le 3 konstrukti⁸², med njimi tudi koncept fizičnega zdravja (0,938). Na 5-stopenjski merski lestvici, kjer 1 pomeni sploh ne drži, 5 pa popolnoma drži, so socialne oskrbovalke ocenile 6 trditev⁸³. Pokazalo se je, da skupna povprečna vrednost (nekaterim spremenljivkam so v ta namen obrnili smer ocen) fizičnega zdravja znaša 3,7, kar pomeni, da se anketiranke počutijo dokaj fizično zdrave.

5.2.2.12 Motivacija za delo

Motivacijo za delo so obravnavale 4 raziskave (Naglav 2010; Vudrag 2009; Zemljak in Nagode 2011; Usar 2011), in sicer iz 2 vidikov: koliko so socialne oskrbovalke motivirane za delo in kdo oz. kaj jih najbolj motivira za delo oz. pri delu. Stopnjo motiviranosti sta na ordinalni merski lestvici⁸⁴ izmerili 2 raziskavi (Naglav 2010; Usar 2011). Lestvici sta različni, vendar se kljub temu pokaže, da so socialne oskrbovalke v povprečju precej motivirane za delo – v enem primeru znaša stopnja zadovoljstva 4,4 (motivirani), v drugem pa 3,9⁸⁵.

Dve raziskavi (Vudrag 2009; Zemljak in Nagode 2011) sta preverili dejavnike, ki vplivajo na motivacijo socialnih oskrbovalk pri delu⁸⁶. Uporabili sta nominalno mersko lestvico⁸⁷. V enem primeru je bilo možno obkrožiti več odgovorov (Vudrag 2009), v drugem le enega (Zemljak in Nagode 2011), zato so rezultati nekoliko različni. Kljub temu v obeh primerih močno prevladuje dejavnik zadovoljstva uporabnikov in njihovih svojcev (85,7 % in 92,3 %).

⁸² Izkazalo se je, da nekaterih konceptov ni smiselno na tak način preverjati pri obravnavani populaciji (na primer afektivne zavezanosti, vztrajnostne zavezanosti, normativne zavezanosti).

⁸³ 1 – v zadnjih 3 mesecih sem odličnega zdravja, 2 – v zadnjih 3 mesecih mi je vzpenjanje po stopnicah povzročalo težave, 3 – v zadnjih 3 mesecih je fizična bolečina vplivala na moje delo, 4 – v zadnjih 3 mesecih mi znatno primanjkuje energije, 5 – v zadnjih 3 mesecih mi je fizično zdravje onemogočalo druženje s prijatelji oz. z družino, 6 – v zadnjih 3 mesecih sem imela redne glavobole.

⁸⁴ Lestvica od 1 do 5, kjer 1 pomeni nič motivirani, 5 pa zelo motivirani (Naglav 2010), in 5-stopenjska lestvica z naslednjimi vrednostmi: 1 – da, zelo, 2 – da, 3 – nekoliko, 4 – ne preveč, 5 – ne (Usar 2011).

⁸⁵ Lestvico smo obrnili na način, da 1 predstavlja nemotiviranost, 5 pa motiviranost.

⁸⁶ Poleg teh 2 raziskav je še 1 raziskava (Usar 2011) preverila, kdo in kaj vpliva na motivacijo, odgovorov na to vprašanje pa ni moč razbrati iz besedila. Med motivatorji so anketiranci lahko izbirali med: sam, sodelavci, nadrejeni, nihče, uporabnik in drugo. Med dejavniki, ki najbolj motivirajo, pa: plača, socialna varnost, osebno zadovoljstvo, delo, ki ga opravljam, dobri odnosi s sodelavci, dobri odnosi z nadrejenimi, dobri odnosi z uporabniki, pohvale in priznanja, ustrezni delovni pogoji, drugo.

⁸⁷ 1 – zadovoljstvo uporabnikov, 2 – priznanje, pohvala, nagrada, 3 – plačilo za delo, 4 – dobri odnosi s sodelavci, 5 – dobri delovni pogoji, 6 – drugo (navedite).

Sledijo priznanje, pohvala, nagrada in dobri odnosi s sodelavci. V raziskavi, kjer je bil možen le 1 odgovor, ostalih dejavnikov niso navedle (tj. plačila za delo, delovnih pogojev), medtem ko je npr. v drugi raziskavi plačilo za delo navedlo 36 % socialnih oskrbovalk.

5.2.2.13 Želje socialnih oskrbovalk v zvezi z delom in zadovoljstvo z njim

Svetičič (2009) je socialne oskrbovalke vprašala, kaj si želijo v zvezi z opravljanjem svojega dela. Pri tem je uporabila nominalno lestvico z desetimi kategorijami⁸⁸; možnih je bilo več odgovorov. Vsem je skupna želja zaposlitev za nedoločen čas. To je pričakovano, saj so bile v tej raziskavi vse zaposlene za določen čas. Skoraj vse oz. 11 si jih želi podpora na centru, kjer so zaposlene, sledijo višji osebni dohodek (75,0 % oz. 9), želja, da bi bile dovolj cenjene (75,0 % oz. 9) in redne supervizije (58,3 % oz. 7). Polovica oz. 6 socialnih oskrbovalk želi več vpliva na organizacijo dela, večje zanimanje zanje in izboljšanje odnosov med sodelavci, 5 pa jih želi več usposabljanj in izobraževanj (41,7 %). Tudi v drugi raziskavi (Zemljak in Nagode 2011) so socialne oskrbovalke na nominalni merski lestvici⁸⁹ z več možnimi odgovori vprašali, kaj si želijo v zvezi z opravljanjem svojega dela. Največ (71,4 % oz. 15) si jih želi boljše plačilo, 42,9 % oz. 9 več usposabljanj in izobraževanj, 38,1 % oz. 8 več skupnih srečanj s preostalimi delavci v organizaciji, tretjina pa več vpliva na organizacijo dela.

V 4 raziskavah (Vudrag 2009; Zemljak in Nagode 2011; Naglav 2010; Usar 2011) so na 5-stopenjski merski lestvici⁹⁰ preverili, ali so socialne oskrbovalke v splošnem zadovoljne z delom, ki ga opravljajo, vendar iz 1 raziskave (Usar 2011) ne moremo razbrati rezultatov. V preostalih raziskavah ugotavljajo, da so socialne delavke zadovoljne z delom, ki ga opravljajo. Izračunana povprečja se med seboj razlikujejo, vendar opozarjamo, da merske lestvice niso zastavljene na enak način. Če vrednosti na lestvici Vudrag (2009) obrnemo, se izkaže, da povprečno zadovoljstvo znaša 3,8, kar predstavlja dokaj visoko zadovoljstvo. V raziskavi Naglav (2010) pa je zadovoljstvo še višje (4,5).

⁸⁸ 1 – višji osebni dohodek, 2 – zaposlitev za nedoločen čas, 3 – več vpliva na organizacijo dela, 4 – dovolj cenjene, 5 – podpora na centru, 6 – zanimanje za nas, 7 – izboljšanje odnosov med sodelavci, 8 – več usposabljanj in izobraževanj, 9 – redne supervizije, 10 – drugo.

⁸⁹ 1 – boljše plačilo, 2 – več usposabljanj in izobraževanj, 3 – izboljšanje odnosov s sodelavci, 4 – več vpliva na organizacijo dela, 5 – več skupnih srečanj s preostalimi delavci CSD Murska Sobota, 6 – drugo (vpiši).

⁹⁰ 1 – zelo zadovoljen, 2 – zadovoljen, 3 – srednje zadovoljen, 4 – v veliki meri zadovoljen, 5 – popolnoma zadovoljen (Vudrag 2009); 1 – sploh nisem zadovoljen, 2 – nezadovoljen, 3 – niti nisem zadovoljen niti zadovoljen, 4 – zadovoljen, 5 – popolnoma zadovoljen (Zemljak in Nagode 2011); 1 – zelo nezadovoljen, 2 – nezadovoljen, 3 – srednje zadovoljen, 4 – zadovoljen, 5 – zelo zadovoljen (Naglav 2010).

5.3 VREDNOTENJE KAKOVOSTI SOCIALNE OSKRBE NA MIKRORAVNI

Na enak način, kot smo pregledali in predstavili raziskave z mezoravni, v nadaljevanju z vidika metodoloških in vsebinskih značilnosti vrednotimo še raziskave z mikroravni, ki obravnavajo predvsem uporabniško perspektivo.

5.3.1 Metodološke značilnosti vrednotenih raziskav na mikroravni

Uporabniški vidik smo zajeli v 23 raziskavah – v desetih diplomskih nalogah in 13 analizah izvajalcev. Med slednjimi je 3 analize izdelala Skupina Fabrika, raziskave in razvoj, d. o. o. Močno prevladuje kvantitativna metodologija, saj jih je od skupaj 23 raziskav kar 19 uporabilo kvantitativni merski instrument (vprašalnik). Le 2 raziskavi sta uporabili kvalitativnega (intervju) in zgolj 2 kombinacijo obeh (vprašalnik/intervju). Merski instrumenti se med seboj vsebinsko in metodološko razlikujejo, kar kaže na to, da so se izvajalci raziskav vrednotenju lotili na različne načine in z različnimi instrumenti. To pomeni, da rezultati med seboj niso neposredno primerljivi. Kljub temu smo med raziskavami poleg tistih, ki jih je po enotni metodologiji izvedla Skupina Fabrika, raziskave in razvoj, d. o. o., zasledili nekatere stične točke oz. podobnosti (npr. identična vprašanja z identičnimi možnimi odgovori). Opazamo, da obstaja težnja izvajalcev po poenotenem vrednotenju storitve.

Najprej pregledamo in ovrednotimo metodološke značilnosti tistih raziskav (20⁹¹), ki so uporabnike anketirale, tj. **kvantitativnih raziskav**. Pridobili smo vse vprašalnike in 19 analiz vprašalnikov. Raziskave so bile izvedene v letu 2009 (3 raziskave), 2010 (10 raziskav) ali 2011 (6 raziskav). Namen raziskav je jasen. V internih raziskavah izvajalcev namen večsah ni posebej in izrecno izpostavljen, pač pa je razviden iz opisa ali naslova (npr. v vseh raziskavah, ki jih je izvedla Skupina Fabrika, raziskave in razvoj, d. o. o., kjer gre za merjenje zadovoljstva uporabnikov). Bolj jasno je namen oz. cilj raziskave izpostavljen v diplomskih nalogah (Prodan Flego 2009; Planinc 2009; Hribar 2010; Planer 2010; Aleš 2011; Jurjovec 2011; Krejač 2011), ki so načeloma opremljene še z raziskovalnimi vprašanji in/ali hipotezami (Tabela 5.14).

⁹¹ Vse kvantitativne raziskave in ena (Planinc 2009) z integrirano metodologijo.

Več kot polovica raziskav izrecno navede, da je namen raziskave preveriti zadovoljstvo uporabnikov socialne oskrbe. Raziskave pa so po svojem namenu sicer dokaj heterogene. Nekateri cilji so precej splošni, nekateri zelo konkretni. Med konkretnimi je npr. cilj preveriti, koliko uporabnikov bi prejelo storitev tudi ob večerih, nedeljah in praznikih (časovna dostopnost oz. ustreznost organiziranosti). Konkreten zato, ker je na podlagi ugotovitev predvideno dejansko ukrepanje. Sicer pa med cilji najdemo npr. tudi ugotavljanje uporabnikovega mnenja o odnosu izvajalca, socialne oskrbovalke do uporabnika, kakšna je komunikacija med uporabnikom in socialno oskrbovalko, kakšno socialno mrežo ima uporabnik, kakšna so uporabnikova pričakovanja, želje v zvezi s socialno oskrbo na domu, kakšne so njegove potrebe za kakovostnejše življenje doma in podobno. Načeloma lahko rečemo, da je bil cilj raziskav ugotoviti zadovoljstvo uporabnikov s prejeto socialno oskrbo na domu.

Tabela 5.14: Metodološke značilnosti kvantitativnih raziskav na mikroravni

Raziskava	Leto izvedbe	Namen (N), hipoteza (H), raziskovalno vprašanje (RV)	Vzorec in anketiranje	Osip med razdeljenimi in vrnjenimi vprašalniki
CSD Nova Gorica (2010)	2010	N	Vsem uporabnikom; ni razvidno, kako so razdelili in prejeli vprašalnike (po pošti ali osebno); samoanketiranje	Odhod v dom za starejše, v zdravilišče, k svojcem, v bolnišnico, smrt; trenutno poslabšano zdravstveno stanje in zato nezmožnost odgovaranja
CSD Idrija (2010)	2010	N	Ni razvidno, koliko uporabnikom (vsem ali izbranemu vzorcu) in kako so razdelili vprašalnike (po pošti ali osebno); samoanketiranje	Np
CSD Postojna (2011)	2011	N	Vsem uporabnikom; razdelile socialne oskrbovalke; vrnili po pošti ali preko socialne oskrbovalke; samoanketiranje	Morda tudi zaradi samoanketiranja
CSD Ruše (2010)	2010	N	Np	Np
CSD Piran (2010)	2010	N + 5 RV	Izbran vzorec; razdelile socialne oskrbovalke; uporabniki vrnili po pošti; samoanketiranje	Razdeljeni samo tistim, ki jih je koordinatorka/vodja ocenila kot zmožne odgovarjati na vprašalnik
Zemljak in Nagode (2011)	2010	N	Izbran vzorec; zaposleni na CSD (ne socialne oskrbovalke); osebno anketiranje	Razdeljeni samo tistim, ki jih je koordinatorka/vodja ocenila kot zmožne odgovarjati na vprašalnik
Dom Nine Pokorn Grmovje (2011)	2011	N	Poslana vsem uporabnikom; način anketiranja ni jasen, sklepamo, da gre za samoanketiranje	Np
CSD Laško (2011)	2011	N	Priložnosten vzorec; razdelile socialne oskrbovalke; nekateri vrnili po pošti, nekateri izročili oskrbovalkam; samoanketiranje	Vprašalnike so razdelili tistim uporabnikom, ki so bili takrat doma (nekateri odsotni zaradi bolezni)
Aleš (2011)	2011	N	Naključen vzorec; razdelile socialne oskrbovalke; socialne oskrbovalke pobrale vprašalnike čez nekaj dni; samoanketiranje	np
Hribar (2010)	2009	N + 5 H	Vsem uporabnikom; poslali po navadni pošti; vrnili po pošti ali pa socialnim oskrbovalkam; samoanketiranje	Np
Jurjovec (2011)	2010	N	Vsem uporabnikom; razdelile socialne oskrbovalke; vprašalnike vrnili socialnim oskrbovalkam; samoanketiranje	Odhod v dom za stare, v bolnišnico ali pa zaradi trenutnega ali sploh poslabšanega zdravstvenega stanja niso mogli odgovoriti na vprašalnik
CSD Zagorje ob Savi (2011)	2010	N	Np	Np
Planinc (2009)	2009	N + 3 H + 6 RV	Vsem uporabnikom; anketirala študentka; osebno anketiranje	Zavrnitev anketiranja, nezmožnost odgovaranja na vprašalnik zaradi zdravstvenih težav, nemoč navezati stik z uporabniki

Raziskava	Leto izvedbe	Namen (N), hipoteza (H), raziskovalno vprašanje (RV)	Vzorec in anketiranje	Osip med razdeljenimi in vrnjenimi vprašalniki
Lambrechtov dom Slovenske Konjice (2010)	2010	N	Np	Np
CPD Maribor (2010)	2010	N	Np	Np
Krejač (2011)	2011	N + 17 RV + 6 H	Slučajnostni vzorec; razdelile socialne oskrbovalke; uporabniki po pošti vrnili na študentkin naslov; samoanketiranje	Np
Planer (2010)	2010	N + 3 H	Vsem uporabnikom; razdelile socialne oskrbovalke; ni evidentno, kako so ga uporabniki vrnili; samoanketiranje	Np
Prodan Flego (2009)	2009	N + 4 H	Izbran vzorec; razdelile in pobrale socialne oskrbovalke; samoanketiranje; po želji so izpolnjevali pomagale socialne oskrbovalke	Razdeljeni samo tistim, ki jih je koordinatorka/vodja ocenila kot zmožne odgovarjati na vprašalnik
CSD Ljutomer (2011)	2011	N	np	np

np – ni podatka; N – namen; H – hipoteza; RV – raziskovalno vprašanje

Pri opisu vzorca in postopka vzorčenja v raziskavah ugotavljamo, da je 7 raziskav v vzorec zajelo celotno populacijo, v 3 raziskavah so uporabili izbrani vzorec (iz vzorca so vnaprej izločili tiste uporabnike, ki jih je izvajalec/vodja socialne oskrbe na domu ocenil kot nezmožne za odgovarjanje), v 1 raziskavi naključni vzorec (opis vzorčenja ni opisan), v 1 raziskavi priložnostni vzorec (tisti uporabniki, ki so bili v času anketiranja dosegljivi) in v 1 raziskavi slučajnostni vzorec (opis vzorčenja ni opisan). Iz 6 raziskav ni razvidno, za kakšen vzorec gre.

V raziskavah so najpogosteje izvedli samoanketiranje (11 raziskav), v 2 raziskavah pa osebno anketiranje na domu uporabnika. Vsi vprašalniki so zagotavljali anonimnost. Anketarji so bili v enem primeru drugi zaposleni v organizaciji (pripravniki in podobno), v drugem pa študentka. Kako je potekalo anketiranje v ostalih raziskavah, ni moč razbrati iz opisa, predvidevamo pa, da je šlo v večini primerov za samoanketiranje, tj. da so uporabniki sami izpolnili vprašalnik oz. so jim pri tem morda pomagali svojci. Zasledimo 3 različne načine izvedbe samoanketiranja:

- vprašalnike so razdelile socialne oskrbovalke s frankiranimi pisemskimi ovojnici; uporabniki so vprašalnike vrnil po navadni pošti ali so jih izročili socialnim oskrbovalkam;
- vprašalnike so tako razdelile kot tudi pobrale socialne oskrbovalke (brez možnosti poštnega pošiljanja);
- vprašalnike so uporabnikom poslali po navadni pošti; uporabniki so vprašalnike vrnil po pošti ali pa so jih izročili socialnim oskrbovalkam.

Iz opisa metodologije posameznih raziskav ni mogoče opredeliti celotne populacije, saj nekatere raziskave niso dovolj natančno opisale celotne populacije uporabnikov in postopka vzorčenja, kar pa je bistvenega pomena za razumevanje vzorca in statistično sklepanje z vzorca na populacijo. Pomen ima za razumevanje reprezentativnosti vzorca. Nekatere raziskave so že iz vzorčnega okvira (tam, kjer smo zapisali, da gre za izbrani vzorec) izločile tiste uporabnike socialne oskrbe na domu, za katere so vodje ali koordinatorke socialne oskrbe na domu ocenile, da niso zmožni sodelovati, spet druge raziskave so kontaktirale vse uporabnike. Zaradi nenatančnega opisa vzorčenja in anketiranja v 6 raziskavah ne moremo izračunati stopnje anketiranja (Tabela 5.15). V preostalih 13 raziskavah pa ta v povprečju znaša 70,8 %. Razlogov, zakaj je prišlo do osipa med razdeljenimi in vrnjenimi vprašalniki, torej do neodgovora uporabnikov socialne oskrbe na domu, v 6 raziskavah ne navedejo.

V 1 raziskavi je bila stopnja anketiranja 100 %, saj so vprašalnik izpolnili vsi kontaktirani uporabniki, v preostalih 6 raziskavah pa med razlogi za neodgovor navedejo:

- trenutno ali sploh poslabšano zdravstveno stanje, zaradi katerega uporabniki niso zmogli odgovarjati na vprašalnik;
- odhod v dom za starejše, v zdravilišče, k svojcem, v bolnišnico, odpoved storitve v času anketiranja, smrt;
- uporabnik ni odprl vrat ali je odklonil sodelovanje v anketiranju;
- samoanketiranje.

Tabela 5.15: Populacija in vzorec – vprašalnik za uporabnike socialne oskrbe na domu

	Populacija	Razdeljene ankete	Rešene ankete	Stopnja odgovora (%)	Stopnja anketiranja (%)
CSD Nova Gorica (2010)	383	383	320	83,6	83,6
CSD Idrija (2010)	np	np	52 ⁹²	/	/
CSD Postojna (2011)	105	105	61	58,1	58,1
CSD Ruše (2010)	np	np	13	/	/
CSD Piran (2010)	np	69	53	/	76,8
Zemljak in Nagode (2011)	124	99	80	64,5	80,8
Dom Nine Pokorn Grmovje (2011)	120	120	70	58,3	58,3
CSD Laško (2011)	105	92	74	70,5	80,4
Aleš (2011)	np	70	31	/	44,3
Hribar (2010)	120	120	52	43,3	43,3
Jurjovec (2011)	36	36	32	88,9	88,9
CSD Zagorje ob Savi (2011)	64	np	21	32,8	/
Planinc (2009)	67	67	44	65,7	65,7
Lambrechtov dom Slovenske Konjice (2010)	np	np	46	/	/
CPD Maribor (2010)	np	np	166	/	/
Krejač (2011)	np	130	82	/	63,8
Planer (2010)	36	36	36	100,0	100,0
Prodan Flego (2009)	118	81	62	52,5	76,5
CSD Ljutomer (2011)	np	np	24	/	/
Skupaj	> 1278	> 1408	1319	$\bar{x} = 65,3$	$\bar{x} = 70,8$

np – ni podatka; / izračun ni možen

V analizo smo vključili 4 **kvalitativne raziskave** (Svetičič 2009; Planinc 2009; Kodrič 2010; Volčini 2011), ki so usmerjene na mikroraven zagotavljanja socialne oskrbe na domu. Gre za diplomska dela s Fakultete za socialno delo, ki na enoten način predstavijo metodološki načrt

⁹² V primerih, ko se storitev izvaja za 2 osebi na istem naslovu, sta na isti vprašalnik pri nekaterih vprašanjih odgovarjala oba zakonca. Zato je pri analizi odgovorov ponekod skupno število odgovorov večje od 52.

izvedbe raziskav⁹³. Vse opredelijo namen raziskave, poleg tega pa še raziskovalna vprašanja ali hipoteze ali oboje. Katerim metodološkim načelom kvalitativnega raziskovanja bi raziskave morale slediti oz. jim sledijo, smo na primeru 2 raziskav (Kodrič 2011; Volčini 2010) opisali že v poglavju 5.2.1. V tem delu dodajamo 2 raziskavi (Svetičič 2009; Planinc 2009), ki sta kvalitativni del raziskave izvedli za poglobitev, dopolnitev in povezovanje s kvantitativnimi rezultati in ugotovitvami.

V grobem lahko povzamemo, da je bil namen raziskav predvsem dobiti vpogled v uporabnikovo zadovoljstvo s prejetimi storitvami in opozoriti na ključne pomanjkljivosti pri izvajanju teh storitev z uporabniškega vidika. Kodrič (2011) je npr. želela ugotoviti, kako zadovoljni so uporabniki s prejeta oskrbo, kakšno pomoč še potrebujejo, s čim so zadovoljni, kaj jih moti, kako so zadovoljni z delom socialnih oskrbovalk, kakšno socialno mrežo imajo in kako ocenjujejo ceno storitve. Svetičič (2009) je v kvalitativnem delu raziskave preverila uporabnikovo zadovoljstvo, seznanjenost s storitvami socialnega servisa, pogostost obiskov vodje programa ter želje, predloge in pripombe uporabnikov glede izvajanja socialne oskrbe na domu. Planinc (2009) pa je predvsem zanimalo, kako razvito socialno mrežo imajo uporabniki, kakšne so njihove finančne zmožnosti in ali imajo na voljo dovolj informacij, kadar potrebujejo pomoč. Volčini (2010) se je v svoji raziskavi usmerila le na dementne uporabnike socialne oskrbe na domu, zanimalo pa jo je predvsem, katere vrste pomoči potrebujejo in koliko časa, kako so zadovoljni s prejeta pomočjo in kdo vse jim pomaga.

V vseh 4 raziskavah skupaj so med letoma 2008 in 2011 opravili 26 intervjujev z uporabniki socialne oskrbe na domu. Izbor uporabnikov v vzorec je v raziskavah potekal različno, od naključnega izbora iz celotnega seznama do priročnega. Razen enega so bili vsi intervjuji opravljeni na domu uporabnika, izvedle pa so jih študentke oz. avtorice raziskave. Intervjuji so potekali različno dolgo, od pol ure do pol druge ure.

⁹³ Uporabili so naslednjo sestavo: vrsta raziskave in spremenljivke, merski instrumenti in viri podatkov, populacija in vzorec, zbiranje podatkov ter obdelava in analiza podatkov.

Tabela 5.16: Metodološke značilnosti kvalitativnih raziskav na mikroravni

Raziskava	Leto izvedbe	Namen (N), hipoteza (H), raziskovalno vprašanje (RV)	Populacija in vzorčenje	Zbiranje podatkov
Svetičič (2009)	2009	N + 12 RV	V vzorcu je 12 naključno izbranih uporabnikov iz dokumentacije, ki jo vodi vodja socialne oskrbe na domu (tj. približno 5 % populacije)	Za sodelovanje se je dogovorila socialna oskrbovalka; intervjuje je izvedla socialna oskrbovalka, avtorica raziskave (11 na domu uporabnika, 1 na domu raziskovalke)
Planinc (2009)	2009	N + 3 H + 6 RV	Populacija je opredeljena (67); naključno so iz seznama vseh uporabnikov izbrali 8 uporabnikov (tj. 12 %)	Za sodelovanje se je dogovorila socialna oskrbovalka; intervjuje je opravila študentka, avtorica raziskave (na domu uporabnikov)
Kodrič (2010)	2011	N + 7 H	Populacija je opredeljena (140); vzorec je neslučajnostni, priročni; izbrali so prvih 6 uporabnikov na terenu, ki so bili pripravljeni sodelovati (4 %)	Raziskovalka je šla na teren s socialnimi oskrbovalkami in uporabnike prosila za intervju; če so se strinjali, je počakala, da so socialne oskrbovalke odšle, nato pa z njimi opravila intervju
Volčini (2011)	2008	N + 9 RV	Populacija ni opredeljena; iz evidence so izbrali 2 osebi z demenco in njuna svojca, ki so bili pripravljeni sodelovati; 1 oseba ima razširjeno mrežo pomoči, druga pa ima stalno pomoč svojcev	Za sodelovanje je prosila študentka po telefonu; intervjuje je opravila študentka, avtorica raziskave (na domu uporabnikov)

V raziskavah so zbrane podatke analizirali s kvalitativno metodo po postopku kodiranja (Mesec 1998) z naslednjimi koraki: razčlenitev in določitev enot kodiranja, pripisovanje pojmov in definiranje pojmov.

5.3.2 Pregled in sinteza raziskav glede na vsebinske vidike na mikroravni

5.3.2.1 Sociodemografske značilnosti uporabnikov

Na podlagi podatkov 13 raziskav, ki so skupaj anketirale 902 uporabnika, ugotavljamo, da so uporabniki socialne oskrbe na domu v Sloveniji v večji meri ženske: v povprečju 66 % žensk in 34 % moških (Tabela 5.17). Podobno spolno sestavo uporabnikov kažejo podatki raziskave IRSSV, po kateri je bilo na dan 31. 12. 2011 67 % žensk (Nagode in drugi 2012).

Tabela 5.17: Spolna in starostna sestava uporabnikov

Raziskava	Moški (N)	Moški (%)	Ženski (N)	Ženski (%)	Skupaj (N)	Povprečna starost uporabnikov
CSD Nova Gorica (2010)	126	39,4	194	60,6	320	80,5
CSD Idrija (2010)	15	26,3	42	73,7	57	76,1
CSD Postojna (2011)	21	34,4	40	65,6	61	77,2
CSD Ruše (2010)	4	30,8	9	69,2	13	79,2
CSD Piran (2010)	17	32,0	36	68,0	53	80,0
Dom Nine Pokorn Grmovje (2011)	22	31,4	48	68,6	70	78,8
Aleš (2011)	10	32,0	21	68,0	31	74,7
Hribar (2010)	20	38,0	32	62,0	52	80,2
CSD Zagorje ob Savi (2011)	7	33,0	14	67,0	21	75,2
Planinc (2009)	13	29,5	31	70,5	44	77,9
Krejač (2011)	21	25,6	61	74,4	82	77,1
Planer (2010)	13	36,1	23	63,9	36	77,1
Prodan Flego (2009)	17	27,4	45	72,6	62	76,2
Skupaj	306	33,9	596	66,1	902	$\bar{x} = 77,7$; $SD = 1,9$

Starost uporabnikov so preverili v 13 raziskavah. V 8 vprašalnikih so uporabili razmernostne, v 4 ordinalne spremenljivke, v analizah pa so rezultate večinoma prikazali s frekvenčnimi porazdelitvami odgovorov. V nekaterih raziskavah so starostne skupine uredili zvezno, v drugih nezvezno, z odprtimi razredi ali brez. Porazdelitev rezultatov je različna (unimodalna, bimodalna, asimetrična). Iz tovrstnih prikazov lahko vidimo, v katerem starostnem razredu je največ uporabnikov, izračunamo lahko modalni razred. Glede na to, da so podatke v raziskavah grupirali v zelo različne starostne razrede (npr.: do 70 let, od 70 do 80 let, od 80 do 90 let, nad 90 let; ali do 65 let, od 65 do 75 let, od 75 do 85 let, nad 85 let), podatkov ne moremo združiti v skupno frekvenčno porazdelitev. Iz obstoječih frekvenčnih porazdelitev, razen v 3 primerih, kjer je že iz analize razvidna povprečna starost uporabnikov, smo izračunali povprečno starost uporabnikov (Tabela 5.17). Na tej osnovi smo izračunali skupno povprečno starost, ki znaša 77,7 leta s standardnim odklonom 1,9 leta. Gre torej za dokaj homogene povprečne vrednosti starosti uporabnikov, saj se izračunana povprečja med raziskavami ne razlikujejo bistveno (od 74,7 do 80,5 leta). Podobno starostno sestavo kažejo podatki raziskave IRSSV (Nagode in drugi 2012), po kateri velja, da so slovenski uporabniki socialne oskrbe na domu v povprečju stari 78,3 leta.

Na podlagi rezultatov 3 raziskav (Zemljak in Nagode 2011; Hribar 2010; Planic 2009) smo izračunali frekvenčno porazdelitev uporabnikov glede na njihov zakonski stan. Ugotavljamo,

da je med uporabniki več kot polovica ovdovelih (55 %), dobra petina poročenih (21,1 %), 18,1 % samskih, 5,2 % razvezanih in 0,6 % takih, ki živijo v zunajzakonski skupnosti.

Tabela 5.18: Zakonski stan uporabnikov

	Zemljak in Nagode (2011)		Hribar (2010)		Planinc (2009)		Skupaj	
	%	N	%	N	%	N	%	N
Samski	30,0	24	6,0	3	11,4	5	18,1	32
Poročen	11,3	9	40,0	21	15,9	7	21,1	38
Zunajzakonska skupnost	1,3	1	/	/	/	/	0,6	1
Razvezan	6,3	5	4,0	2	4,6	2	5,2	9
Ovdovel	51,3	41	50,0	26	68,2	30	55,0	98
Skupaj	100,2	80	100,0	52	100,1	44	100,0	176

S kom živijo uporabniki socialne oskrbe na domu, so z opisnimi merskimi lestvicami preverili v 8 raziskavah. V nekaterih raziskavah so načine sobivanja izmerili zelo podrobno, z veliko možnimi odgovori (npr. sam, partner, hči, sin, brat/sestra, drugi sorodniki, vnuk, drugo), v drugih pa zgolj z nekaj možnimi odgovori (npr. sam, z zakoncem, z odraslim otrokom, drugo). Iz tega razloga smo podatke zreducirali na toliko kategorij, kot jih je imelo vprašanje z najmanj možnimi odgovori. Na ta način nekaj podatkov izgubimo, vendar v nasprotnem primeru arbitrarna primerjava med raziskavami ne bi bila mogoča.

Tabela 5.19: S kom živijo uporabniki

Raziskava	Sam		S partnerjem ⁹⁴		Z otroci ⁹⁵		Drugo ⁹⁶		Skupaj	
	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
CSD Piran (2010)	26,0	14	45,0	24	21,0	11	8,0	4	100	53
Zemljak in Nagode (2011)	57,5	46	11,3	9	15,0	12	16,3	13	100	80
CSD Ruše (2010)	61,5	8	15,4	2	23,1	3	/	/	100	13
Dom Nine Pokorn Grmovje (2011)	51,9	40	18,2	14	22,1	17	7,8	6	100	77
Planinc (2009)	70,5	31	15,9	7	13,7	6	/	/	100	44
Krejač (2011)	57,3	47	24,4	20	15,9	13	2,4	2	100	82
Planer (2010)	41,7	15	25,0	9	25,0	9	8,3	3	100	36
Prodan Flego (2009)	41,9	26	29,0	18	16,1	10	12,9	8	100	62
Skupaj	50,8	227	23,0	103	18,1	81	8,1	36	100,0	447

⁹⁴ V raziskavah so uporabili različna pojmovanja. V to kategorijo smo združili: zakonec, (zunajzakonski) partner.

⁹⁵ V to kategorijo smo združili: samski otroci, otroci z družinami.

⁹⁶ V to kategorijo smo združili: vnuk, brat/sestra, drugi sorodnik, prijatelj.

Ugotavljamo torej, da polovica (50,8 %) anketiranih uporabnikov socialne oskrbe na domu živi sama. Ta odstotek se med raziskavami precej razlikuje, saj je takšnih uporabnikov na območju delovanja CSD Piran 26 %, na območju delovanja CSD Velenje (Planinc 2009) pa npr. 70,5 %. Skoraj četrtnina (23 %) vseh uporabnikov iz 8 raziskav živi s svojim partnerjem (zakonec, zunajzakonski partner), slaba petina (18,1 %) s svojim otrokom ter 8,1 % s kom drugim, običajno je to sorodnik. Podatki 8 raziskav torej kažejo, da večina uporabnikov živi samih.

Stanovanjski status uporabnikov so preverili v 3 raziskavah. V CSD Ruše (2010) in CSD Zagorje ob Savi (2011) so z identičnim vprašanjem ugotavljali, ali uporabniki socialne oskrbe na domu živijo v lastniških ali najemnih enotah. V obeh primerih se pokaže, da ima okrog 70 % uporabnikov lastno stanovanje ali hišo, najemnikov je torej bistveno manj. Zemljak in Nagode (2011) je zanimalo predvsem, ali uporabniki socialne oskrbe na domu živijo v stanovanjski hiši ali v bloku. Izkazalo se je, da velika večina (85 %) uporabnikov živi v stanovanjski hiši, kar je pričakovano za anketirano območje, ki je pretežno ruralno (z izjemo Murske Sobotne). Uporabniki svojo hišo oz. stanovanje večinoma ocenjujejo kot primerno glede na njihove potrebe⁹⁷ (77 %), velika večina uporabnikov tudi ni pripravljena za selitev⁹⁸ v primernejše stanovanje (89 %). Uporabniki, ki bi se selili pod določenimi pogoji (3,8 %), bi se preselili v dom za starejše, vendar zaradi finančnega statusa ne zmorejo. Močno so navezani na dom, ne glede na razmere; poudarjali so, da je to njihov dom do smrti.

Tabela 5.20: Stanovanjski status uporabnikov

	CSD Ruše 2010		CSD Zagorje ob Savi 2011	
	N	%	N	%
Lastna hiša	8	61,5	7	33,0
Lastno stanovanje	1	7,7	8	38,0
Najemnik stanovanja	2	15,4	6	29,0
Drugo	1	7,7	0	0,0
Skupaj	13	100	21	100,0

Ugotovitev o stanovanjskem statusu uporabnikov sicer ne moremo posploševati na širšo populacijo uporabnikov socialne oskrbe na domu, vedenje o stanovanjskem statusu in željah

⁹⁷ Ali je stanovanje oz. hiša, v kateri živite, primerna glede na vaše sedanje potrebe? 1 – da, 2 – večinoma da, 3 – niti da niti ne, 4 – večinoma ne (zakaj), 5 – ne (zakaj), 99 – ne vem.

⁹⁸ Ali bi se preselili v novo, vašim sedanjim potrebam primernejše stanovanje? 1 – da, 2 – ne, 3 – pod določenimi pogoji, 4 – o tem še nisem razmišljal, 99 – ne vem.

pa je za prihodnost pomembno za nadaljnji razvoj tako socialne oskrbe na domu kot tudi drugih, alternativnih storitev in bivanja.

Kraj bivanja uporabnikov socialne oskrbe na domu so preverili v 3 raziskavah. Uporabili so vprašanja z različnimi možnimi odgovori, zato ugotovitve med seboj niso primerljive. Na območju CSD Murska Sobota (Zemljak in Nagode 2011) največ anketiranih uporabnikov živi v strnjenih podeželskih naseljih (45 %), sledijo tisti iz razpršenih podeželskih naseljih (23 %). Sedemnajst odstotkov anketiranih uporabnikov živi na urbanem območju, v Murski Soboti. Ostalih 15 % bodisi v primestju bodisi v zaselku ali v hiši na samem. CSD Zagorje ob Savi (2011) ugotavlja, da 81 % anketiranih uporabnikov živi v mestu, ostalih 19 % pa na obrobju mesta. Nihče izmed uporabnikov ne živi na podeželju. Aleš (2011) po drugi strani ugotavlja, da 61 % anketiranih uporabnikov živi na podeželju, 35 % v mestu, ostali pa drugje. To področje v raziskavah ni posebej izpostavljeno, pojavlja se kot del sociodemografskih vprašanj, vendar menimo, da je kraj bivanja uporabnikov socialne oskrbe na domu zgovoren podatek. Življenje v mestu ali na vasi se med seboj močno razlikujeta z vidika preskrbljenosti oz. opremljenosti z informacijami kot tudi glede infrastrukture. Ljudje imajo v mestu običajno na voljo več vrst organizirane podpore in pomoči. Razlike lahko pričakujemo tudi v družinskih in sosedskih odnosih. Nenazadnje pa je kraj bivanja uporabnikov oz. občina, v kateri živijo, pomembna tudi z vidika organizacije dela izvajalske organizacije in socialnih oskrbovalk, saj organizacija oskrbe sodi v pristojnost občin.

Dohodek uporabnikov socialne oskrbe na domu so preverjali v 9 raziskavah. Vprašanja oz. merske lestvice in podatki med seboj večinoma niso primerljivi. Ponekod so uporabnike spraševali po tipih dohodka (pokojnina, denarna socialna pomoč ipd.), druge po višini, tretje npr. o shajanju z dohodkom in podobno. Za potrebe te analize smo podatke vsebinsko smiselno združili, ugotovitve pa večinoma prikazujemo ločeno.

V 3 raziskavah (CSD Ljutomer 2011; CPD Maribor 2010; Lambrechtov dom Slovenske Konjice 2010), ki jih je izvedla Skupina Fabrika, raziskave in razvoj, d. o. o., so uporabniki glede svojega socialnega statusa izbirali med naslednjimi možnimi odgovori: brez dohodkov, pokojninski ali drugi prejemki, denarna socialna pomoč (DSP za obdobje, trajna DSP). Iz vseh 3 raziskav skupaj je očitno, da ima velika večina uporabnikov socialne oskrbe na domu pokojninske ali druge prejemke (94 %), denarno socialno pomoč pa npr. le slaba 2 %. Da je pokojnina glavni vir dohodka, so ugotovili tudi v ostalih raziskavah. Do podobnega odstotka,

tj. 94 %, so prišli v raziskavi CSD Piran (2010), v CSD Ruše (2010) in CSD Zagorje ob Savi (2011) pa se je izkazalo, da pokojnino prejemajo vsi uporabniki (Tabela 5.21). Krejač (2011) je ugotovila, da uporabnikom glavni vir preživljanja večinoma predstavlja starostna pokojnina (58,5 %), sledita vdovska (24,4 %) in invalidska pokojnina (25,6 %). Slabih 5 % (4,9 %) je navedlo npr. invalidnino ali kmečko pokojnino.

Tabela 5.21: Dohodek uporabnikov

	Pokojnina (ali drugi prejemki)		Denarna socialna pomoč		Drugo		Brez odgovora		Skupaj	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
CSD Ljutomer (2011)	22	92,0	1	4,0	0	0,0	1	4,0	24	100,0
CPD Maribor (2010)	155	93,9	2	1,2	0	0,0	8	4,8	165	100,0
Lambrechtov dom Slovenske Konjice (2010)	44	96,0	1	2,0	0	0,0	1	2,0	46	100,0
Skupaj	221	94,0	4	1,7	0	0,0	10	4,3	235	100,0
CSD Zagorje ob Savi (2011)	21	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	21	100,0
CSD Ruše (2010)	13	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	13	100,0
CSD Piran (2010)	50	94	2	4	1	2	0	0,0	53	100,0

V raziskavi Zemljak in Nagode (2011) so mesečne osebne prihodke uporabnikov izmerili bolj celovito, saj so uporabniki našli več različnih virov osebnega prihodka. Največ uporabnikov prejema pokojnino (82,1 %), veliko jih prejema dodatek za pomoč in postrežbo (21,8 %), varstveni dodatek (19,2 %) in denarno socialno pomoč (15,4 %). Nekateri prejemajo še invalidnino (6,4 %) in nadomestilo za invalidnost (2,6 %)⁹⁹. Ugotovili so tudi, da celotni mesečni prihodek v povprečju znaša 438 EUR (54 uporabnikov¹⁰⁰). Na vprašanje, ali jim prejeti dohodek zadostuje, da živijo, kakor želijo, jih četrtnina odgovarja, da jim zadostuje (25,4 %), večini pa dohodek bodisi ne zadostuje (21,5 %) bodisi sploh ne zadostuje (20,3 %). V povprečju bi potrebovali še 187 EUR mesečno (31 uporabnikov). Kako uporabniki shajajo s prihodkom, so ugotavljali še v 2 raziskavah. V Piranu (CSD Piran 2010) dobra polovica uporabnikov (51 %) pravi, da njihov dohodek zadostuje, tj. z dohodkom shajajo, 28 % s svojim dohodkom komaj shaja, 19 % pa dohodek ne zadošča. Po drugi strani Hribar (2010) ugotavlja, da je 65 % uporabnikov denarno preskrbljenih, tretjina je preskrbljena le delno, 2 % pa nista preskrbljena.

⁹⁹ Ker je bilo možnih več odgovorov, skupno število vseh prihodkov presega število vseh anketiranih uporabnikov.

¹⁰⁰ Toliko uporabnikov je dalo odgovor na zastavljeno vprašanje. Ostali niso želeli odgovoriti ali pa odgovora niso vedeli.

5.3.2.2 Socialno omrežje/stiki in osamljenost uporabnikov

Zemljak in Nagode (2011) sta raziskali strukturo in velikost socialnega omrežja uporabnikov socialne oskrbe na domu¹⁰¹. Največ oseb naštejejo v primeru družjenja, in sicer v povprečju skoraj 2 osebi (1,8) – največ (45 %) se jih običajno družijo z 1 osebo, nekateri (2,5 %) z do največ s 5, 6 (7,5 %) jih ni navedlo nobene osebe. Najpogosteje se družijo s sosedi (32,8 %) in svojimi otroki (29,2 %), ki skupaj predstavljajo 62 % celotnega omrežja družjenja. V tem omrežju je več žensk (59,1 %) kot moških (40,9 %). Večina je upokojenih (46,7 %), veliko je tudi zaposlenih (35,6 %). Z nekoliko manj, pa še vedno v povprečju skoraj z 2 osebama, se uporabniki pogovarjajo o osebnih stvareh, ki so zanje pomembne, ob tem, da nekaj več kot desetina uporabnikov (11,3 %) ni navedla nobene osebe. Največje število oseb v omrežju čustvene opore, tj. 5 oseb, sta navedla 2 (2,5 %), najpogosteje (Mo = 1) pa so navedli po 1 osebo (52,5 %). Podobno kot pri družjenju so to predvsem sosede (30,4 %) in otroci (33,9 %), ki skupaj predstavljajo 64,3 % celotnega omrežja emocionalne opore. V omrežju čustvene opore je več žensk (55,7 %) in glede na zaposlitveni status pretežno upokojeni (42,6 %) ali pa zaposleni (40,0 %). Za omrežji manjše materialne in finančne opore se je izkazalo, da sta manjši, v povprečju štejeta po 1 osebo. Četrtnina uporabnikov nima nobene osebe, na katero se lahko obrne, ko potrebuje pomoč pri manjših hišnih opravilih, v primeru finančne opore pa je takšnih še več, in sicer 80 %. Po pomoč pri manjših hišnih opravilih se najpogosteje zatečejo k svojim otrokom (33,3 %), pogosto tudi k sosedom (19,8 %) ter bratom in sestram (14,8 %). To omrežje za razliko od omrežja družjenja in čustvene opore sestavlja več moških (52,4 %) kot žensk. Skladno s tem lahko zaznamo tudi nekoliko drugačen zaposlitveni status članov omrežja, in sicer je dobra polovica (50,6 %) zaposlenih in dobra tretjina (34,2 %) upokojenih. Le petina uporabnikov je povedala, na koga bi se obrnili, da jim posodi denar; omrežje je izmed vseh 4 omrežij tudi najmanjše, sestavljajo ga predvsem otroci (45,5 %) pa tudi bratje in sestre (22,7 %). Za razliko od ostalih omrežij, kjer smo zaznali velik delež sosedov, je ta tip omrežja izrazito sorodniški (Zemljak in Nagode 2011).

V ostalih raziskavah niso raziskovali socialnih omrežij na tako kompleksen in podroben način (alterego), pač pa jih je pretežno zanimala pogostost stikov s posameznimi člani neformalnega omrežja, običajno s člani ožjega sorodstva. Stike s člani neformalnega omrežja so merili

¹⁰¹ Anketirance so vprašali, na koga se obrnejo, kadar potrebujejo čustveno podporo, s kom se običajno družijo, na koga se obrnejo v primeru, ko potrebujejo manjšo materialno oporo, in na koga po finančno oporo.

različno, zato rezultatov med seboj ne moremo neposredno primerjati; povzemamo zgolj ključne ugotovitve.

Na CSD Ruše (2010) in CSD Zagorje ob Savi (2011) glede pogostosti obiskov prijateljev in sorodnikov¹⁰² ugotavljajo, da približno polovico uporabnikov (CSD Zagorje ob Savi 42,9 %; CSD Ruše 53,8 %) prijatelji in sorodniki obiskujejo vsaj enkrat tedensko, slabo četrtno pa vsak dan (CSD Zagorje ob Savi 23,8 %; CSD Ruše 23,1 %). Iz raziskav¹⁰³ Skupine Fabrika, raziskave in razvoj, d. o. o., izhaja, da imajo pogosteje kot enkrat na teden stike s svojci skoraj tri četrtnine uporabnikov Lambrechtovega doma Slovenske Konjice (72 %) in dobra polovica uporabnikov CPD Maribor (51 %). V raziskavi¹⁰⁴ CSD Ljutomer pa ima več kot polovica uporabnikov (54 %) stike s svojci enkrat ali večkrat dnevno. Podobno ugotavlja Planinc (2009)¹⁰⁵: 40,9 % ima vsak dan stike z otroki, 2,5 % vsaj enkrat tedensko, 4,6 % vsaj enkrat mesečno, 2,3 % redkeje, 2,3 % nikoli, četrtnina uporabnikov pa nima otrok. S širšo družino, prijatelji in sosedi pa jih ima 36,4 % stike vsaj enkrat tedensko, 27,3 % vsaj enkrat mesečno, 13,3 % nima stikov, 9,1 % vsak dan, 9,1 % redkeje, 4,6 % pa vsaj enkrat letno. Hribar (2010, 87), ki je ugotavljala, kako pogosto uporabnike obiskujejo svojci, je ugotovila, da svojci slabi dve tretjini (61 %) uporabnikov obiskujejo vsak dan ali pa vsaj nekajkrat na teden. Krejač (2011) je zanimalo, koliko so uporabniki v stiku z otroki in vnuki¹⁰⁶, in ugotavlja, da ima redne stike z otroki in vnuki večina anketiranih – 37,8 % uporabnikov ima vsakodnevne stike, 34,1 % pa tedenske (Krejač 2011, 91). Zanimalo jo je tudi, ali so uporabniki v stiku z mladimi¹⁰⁷. Slaba polovica anketiranih (48,8 %) je v stiku zlasti z vnuki. Slaba petina (19,5 %) pa je po drugi strani navedla, da ni v stiku z mladimi, pri čemer Krejač (2011, 111) izpostavi, da so pripadniki tretje in prve generacije premalo povezani.

Ko govorimo o socialnih omrežjih in stikih, se lahko navežemo na osamljenost, za katero Flaker in drugi (2008, 283) pravijo, da je včasih glavna stiska, ki jo občutijo ljudje s potrebo po dolgotrajni oskrbi, Ramovš (2003, 104) pa, da je v starosti to ena najhujših tegob. Hribar (2010) je ugotovila, da se polovica uporabnikov socialne oskrbe na domu počuti osamljeno

¹⁰² 1 – nikoli, 2 – vsaj enkrat letno, 3 – vsaj enkrat mesečno, 4 – vsaj enkrat tedensko, 5 – vsak dan.

¹⁰³ 1 – pogosteje kot enkrat na teden, 2 – vsaj enkrat na teden, 3 – večkrat mesečno, 4 – vsaj enkrat mesečno, 5 – nekajkrat letno, 6 – skoraj nikoli, 7 – nimam svojcev.

¹⁰⁴ 1 – enkrat ali večkrat dnevno, 2 – enkrat ali večkrat tedensko, 3 – enkrat ali večkrat mesečno, 4 – redkeje, 5 – nimam svojcev.

¹⁰⁵ 1 – vsak dan, 2 – vsaj enkrat tedensko, 3 – vsaj enkrat mesečno, 4 – redkeje, 5 – nima stikov.

¹⁰⁶ 1 – vsakodnevno, 2 – tedensko, 3 – mesečno, 4 – vidimo se le ob večjih praznikih, 5 – nimamo nobenih stikov, 6 – nimam otrok in vnukov.

¹⁰⁷ 1 – da, z vnuki, 2 – da, tudi z drugimi mladimi, 3 – ne, 4 – drugo (komentar).

občasno¹⁰⁸, 15 % pogosto, desetina vedno in 12 % nikoli. Do nekoliko drugačnih rezultatov sta prišli Zemljak in Nagode (2011), kjer se je izkazalo, da je 25,3 % uporabnikov osamljenih občasno¹⁰⁹, 32,9 % nikoli, 21,5 pa redko. Pogosto je osamljena dobra desetina (11,4 %) uporabnikov, večino časa pa 7,6 %. Ugotovili sta tudi, da se uporabniki, ki živijo sami, v povprečju bolj pogosto počutijo osamljeno kot tisti, ki sobivajo (Zemljak in Nagode 2011). To ugotavlja tudi Krejač (2011, 115), saj po podatkih njene raziskave med osamljenimi prevladujejo tisti, ki živijo sami (36,2 %), medtem ko se uporabniki, ki bivajo v družinskih skupnostih, počutijo osamljene v manjši meri.

5.3.2.3 Zdravstveno stanje in fizična zmožnost uporabnikov

Fizično zmožnost uporabnikov so v raziskavah izmerili na različne načine; zanimalo so jih pomičnost, gibljivost in pokretnost. V Tabeli 5.22 smo nekatere odgovore združili. Ugotavljamo, da je v povprečju skoraj polovica uporabnikov pokretnih, nepokretnih je 7,8 %.

Tabela 5.22: Ocena fizične zmožnosti uporabnikov

	Pokreten, gibljiv, pomičen		Delno pokreten, pokreten ob pomoči, delno gibljiv, težje pomičen, pomičen ob pomoči		Nepokreten, negibljiv, nepomičen		Skupaj	
	N	%	N	%	N	%	N	%
CSD Zagorje ob Savi (2011)	7	33,0	13	62,0	1	5,0	21	100,0
CSD Ljutomer (2011)	13	54,0	7	29,0	4	17,0	24	100,0
CPD Maribor (2010)	105	66,9	44	28,0	8	5,1	157	100,0
Lambrechtov dom Slovenske Konjice (2010)	15	34,1	26	59,1	3	6,8	44	100,0
Prodan Flego (2009)	26	41,9	26	41,9	10	16,1	62	99,9
CSD Piran (2010)	14	26,0	37	70,0	2	4,0	53	100,0
Skupaj	180	49,9	153	42,4	28	7,8	361	100,0

V CSD Ruše se je izkazalo, da se večina uporabnikov (53,8 %) počuti »še kar« zdravo¹¹⁰, v raziskavi Zemljak in Nagode (2011) pa večina uporabnikov svoje zdravstveno stanje ocenjuje kot »slabo«¹¹¹ (54 %). Krejač (2011) je domnevala, da se večina uporabnikov srečuje z rednimi zdravstvenimi težavami, kar je s pomočjo podatkov tudi potrdila, saj je 93,9 % uporabnikov poročalo, da se srečujejo z rednimi, akutnimi zdravstvenimi težavami.

¹⁰⁸ 1 – vedno, 2 – pogosto, 3 – občasno, 4 – redko, 5 – nikoli.

¹⁰⁹ Ali se kadar koli počutite osamljeno? 1 – nikoli, 2 – redko, 3 – včasih, 4 – pogosto, 5 – večino časa, 6 – ne vem.

¹¹⁰ Ocena zdravstvenega stanja: 1 – zelo slabo, 2 – slabo, 3 – še kar, 4 – dobro, 5 – zelo dobro.

¹¹¹ 1 – dobro ali odlično, 2 – primerno svojim letom, 3 – zadovoljivo, 4 – slabo, 5 – ne vem.

5.3.2.4 Vzrok za vključitev v storitev socialne oskrbe na domu

Zakaj so se uporabniki odločili za vključitev v socialno oskrbo na domu, so preverili v 4 raziskavah. V CSD Idrija (2010) so uporabnikom zastavili odprto vprašanje in na podlagi odgovorov identificirali naslednje vzroke: bolezen, zdravstvene težave (70 %), nezmožnost, da bi sami opravljali določena opravila, zaposlenost svojcev in invalidnost. Do podobnih razlogov so prišli tudi v preostalih 3 raziskavah, saj se povsod kot prevladujoč razlog pojavlja bolezen oz. zdravstveno stanje (78,5 % CSD Nova Gorica (2011)¹¹²; 68 % Hribar (2010)¹¹³; 72,2 % Planer (2010)¹¹⁴). Anketirancem so ponudili različne možne odgovore, zato rezultati med seboj niso neposredno primerljivi. Do podobnih ugotovitev pa prihajajo tudi v kvalitativnih raziskavah, kjer med vzroki naštejejo predvsem slabo zdravstveno stanje, bolezen, poškodbo (Svetičič 2009) in nezmožnost opravljanja opravil brez tuje pomoči (Planinc 2009; Kodrič 2011).

5.3.2.5 Zaloga ali razpoložljivost socialne oskrbe na domu

Na kakšen način oz. kje so uporabniki dobili informacije o možnosti vključitve v socialno oskrbo na domu, so preverili v 13 raziskavah. Ponudili so različno paleto možnih odgovorov, uporabniki pa so izbrali enega (npr. CSD Ljutomer 2011) ali več odgovorov (npr. Zemljak in Nagode 2011). Iz nekaterih analiz ne moremo razbrati, ali je bilo možnih več odgovorov ali ne, zato je naša analiza omejena. V tabeli 5.23 prikazujemo le rezultate analiz, ki jih je opravila Skupina Fabrika, raziskave in razvoj, d. o. o. Prikazujemo strukturo odgovorov uporabnikov, ki so odgovorili na vprašanje¹¹⁵. Ugotavljamo, da so uporabniki za storitev večinoma izvedeli preko sorodnikov, prijateljev, znancev (53,8 %), dobra petina (21,4 %) pa iz informativnega gradiva, tj. brošur, zloženk in podobno.

¹¹² Možnih več odgovorov: 1 – bolezen, 2 – osamljenost, 3 – oddaljenost sorodnikov, 4 – nimam sorodnikov, 5 – drugo.

¹¹³ Možnih več odgovorov: 1 – bolezensko stanje, 2 – nezmožnost samostojnega bivanja v svojem okolju, 3 – osamljenost, 4 – poškodba, 5 – slabi odnosi v družini, 6 – drugo (komentar).

¹¹⁴ En odgovor: 1 – zdravstveno stanje, 2 – strah, osamljenost, 3 – možnost, da ostanem v domačem okolju, 4 – želja svojcev, 5 – stik z zunanjim svetom.

¹¹⁵ V raziskavah, kjer so posebej prikazali število tistih uporabnikov, ki na vprašanje niso odgovorili, smo te izključili iz strukture odgovorov.

Tabela 5.23: Vir informiranja o storitvi

	CSD Ljutomer (2011)		Lambrechtov dom Slovenske Konjice (2010)		CPD Maribor (2010)		Skupaj	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Preko sorodnikov, prijateljev, znancev	11	46,0	33	73,6	80	49,5	124	53,8
Iz informativnega gradiva (brošure, zloženke itd.)	0	0,0	6	13,3	43	26,8	49	21,4
Preko interneta	0	0,0	0	0,0	2	1,0	2	0,7
Preko CSD	11	46,0	1	2,0	13	8,2	25	11,0
Drugo	2	8,0	5	11,2	23	14,4	30	13,2
Skupaj	24	100,0	45	100,2	161	100,0	230	100,0

Rezultate 10 raziskav smo poskušali nekoliko poenotiti na način, da smo združili posamezne odgovore (npr. nekatere raziskave so spraševale le po patronažni službi, nekatere po osebnih zdravnikih ipd., mi pa smo jih združili v eno kategorijo, ki vsebuje vse zdravstvene entitete). Povzetek rezultatov prikazujemo v Prilogi E. Ugotavljamo, da so najbolj pogost vir informacij triada neformalno omrežje – zdravstveno osebje – osebje CSD. Pomembno vlogo imajo tudi mediji in društva upokojencev. Podobno ugotavljajo tudi v kvalitativnih raziskavah; Svetičič (2009) izpostavi družinski krog, bolnišnico in CSD, Kodrič (2009) pa otroke in zdravstveno osebje. Na CSD Idrija (2010) dodajajo, da se informacije o storitvi pogosto širijo tudi od ust do ust (CSD Idrija 2010, 4).

V 12 raziskavah so z različnimi merskimi lestvicami, od 3- (vsak dan, tedensko, mesečno) do 8-stopenjske (enkrat dnevno vse dni v tednu, dvakrat dnevno vse dni v tednu, trikrat dnevno vse dni v tednu, enkrat tedensko, dvakrat tedensko, trikrat tedensko, štirikrat tedensko, petkrat tedensko), preverili, kako pogosto uporabniki prejema storitev; v 2 raziskavah so uporabili odprto vprašanje. Podatkov med posameznimi raziskavami ne primerjamo, saj različno zastavljene lestvice dajejo različne in neprimerljive rezultate.

Tabela 5.24: Pogostost prejemanja socialne oskrbe na domu

Raziskava	Vprašanje in odgovor	Mo
CSD Idrija (2010)	Kolikokrat na teden prejmete pomoč na domu? (odprto vprašanje)	Petkrat tedensko = 44 %
Planer (2010)	Kolikokrat na teden prejmete pomoč na domu? (odprto vprašanje)	Vsak dan = 67 %
Krejač (2011)	Pomoč koristim: 1 – vsakodnevno, 2 – tedensko, 3 – mesečno.	Tedensko = 45 %, vsak dan = 45 %
Prodan Flego	Kako pogosto prejimate pomoč? 1 – enkrat na teden,	Petkrat na teden = 50

Raziskava	Vprašanje in odgovor	Mo
(2009)	2 – dvakrat na teden, 3 – trikrat na teden, 4 – štirikrat na teden, 5 – petkrat na teden, 6 – drugo.	%
CSD Nova Gorica (2010)	Kako pogosto na vaš dom prihajajo socialne oskrbovalke? 1 – enkrat dnevno vse dni v tednu, 2 – dvakrat dnevno vse dni v tednu, 3 – trikrat dnevno vse dni v tednu, 4 – enkrat tedensko, 5 – dvakrat tedensko, 6 – trikrat tedensko, 7 – štirikrat tedensko, 8 – petkrat tedensko, 9 – drugo.	Petkrat tedensko = 47 %
Hribar (2010)	Kako pogosto koristite storitve pomoči na domu? 1 – enkrat mesečno, 2 – dvakrat mesečno, 3 – trikrat mesečno, 4 – enkrat tedensko, 5 – dvakrat tedensko, 6 – vsak drugi dan, 7 – vsak dan, 8 – večkrat dnevno.	Vsak dan = 38 %
CSD Ljutomer (2011)	Kolikokrat na teden vas obišče socialni oskrbovalec? 1 – enkrat ali večkrat dnevno, 2 – enkrat ali večkrat tedensko, 3 – manj kot enkrat tedensko.	Enkrat ali večkrat dnevno = 54 %, enkrat ali večkrat tedensko = 46 %
Lambrehtov dom Slovenske Konjice (2010)	Kolikokrat na teden vas obišče socialni oskrbovalec? 1 – vsak dan, 2 – vsak drugi dan, 3 – dvakrat na teden, 4 – enkrat na teden, 5 – redkeje.	Enkrat na teden = 35 %, dvakrat na teden = 20 %
CPD Maribor (2010)	Kolikokrat na teden vas socialni oskrbovalec obišče? 1 – vsak dan, 2 – vsak drugi dan, 3 – dvakrat na teden, 4 – enkrat na teden, 5 – redkeje.	Vsak dan = 46 %
Jurjovec (2011)	Kako pogosto na vaš dom prihajajo socialne oskrbovalke? 1 – enkrat dnevno – vse dni, 2 – dvakrat dnevno – vse dni, 3 – enkrat tedensko, 4 – dvakrat tedensko, 5 – trikrat tedensko, 6 – štirikrat tedensko.	Enkrat tedensko = 34 %, enkrat dnevno = 22 %
CSD Zagorje ob Savi (2011)	Pogostost nudenja pomoči: 1 – večkrat dnevno, 2 – vsak dan, 3 – dvakrat tedensko, 4 – enkrat tedensko, 5 – drugo.	Vsak dan = 65 %
CSD Piran (2010)	Kako pogosto k vam prihaja socialna oskrbovalka CSD Piran? 1 – vsak dan, 2 – enkrat na teden, 3 – večkrat na teden, 4 – občasno, po potrebi.	Večkrat na teden = 53 %

Večina uporabnikov socialne oskrbe na domu storitev prejema dokaj pogosto (npr. vsak dan, petkrat na teden). Gre predvsem za čas od ponedeljka do petka, ko so svojci odsotni zaradi službe ali drugih obveznosti. Jurjovec (2011) in CSD Nova Gorica (2010) izpostavita, da se storitev vse dni v tednu poslužujejo predvsem tisti uporabniki, ki potrebujejo pomoč pri vzdrževanju osebne higiene in gospodinjsko pomoč (npr. dostava obroka s postrežbo).

Prodan Flego (2009) je ugotovila, da so uporabniki v povprečju zadovoljni z obsegom storitve¹¹⁶ (4,0). Podobno velja v preostalih 3 raziskavah, kjer so izmerili zadovoljstvo¹¹⁷ s številom obiskov: Lambrechtov dom Slovenske Konjice (2010) – 4,3; CPD Maribor (2010) – 4,4; CSD Ljutomer (2011) – 4,2. Zadovoljstvo s pogostostjo oz. obsegom so ugotavljali še v 6 raziskavah, vendar so koncept izmerili na različne načine. V raziskavah se je večinoma

¹¹⁶ 1 – zelo nezadovoljen, potrebujem bistveno več pomoči, 2 – nezadovoljen, potrebujem več pomoči, 3 – še kar zadovoljen, a dobrodošlo bi bilo še kaj pomoči, 4 – zadovoljen, ravno prav pomoči, 5 – zelo zadovoljen, več ne potrebujem.

¹¹⁷ 1 – zelo nezadovoljen, 2 – nezadovoljen, 3 – srednje zadovoljen, 4 – zadovoljen, 5 – zelo zadovoljen, 6 – ne koristim.

izkazalo, da uporabnikom zadostuje obseg storitve. Npr. v CSD Piran (2010) je 64 % uporabnikov zadovoljnih z obsegom pomoči¹¹⁸, 13 % pa ne. Slednji bi potrebovali občasno popoldansko varstvo in varstvo ob večerih ter spremstvo pri dnevni izhodih. Prav tako je velika večina uporabnikov (92 % oz. 12) v CSD Ruše (2010) zadovoljna¹¹⁹ s pogostostjo socialne oskrbe na domu. V CSD Murska Sobota (Zemljak in Nagode 2010) so uporabnike vprašali, ali prejmejo toliko obiskov socialne oskrbovalke, kot jih potrebujejo. Veliki večini (85 %) količina obiskov zadostuje, 13,7 % uporabnikov bi želelo oz. potrebovalo nekaj obiskov več, 1,3 % pa mnogo več. Ko so jih vprašali, ali bi lahko več obiskov tudi plačali¹²⁰, se je izkazalo, da jih kar 41,3 % ne bi bilo zmožnih plačila. Veliko (35 %) jih je izbralo odgovor »ne vem«. Hribar (2010) ugotavlja, da 81 % uporabnikom obseg storitve v celoti ustreza, 19 % pa le delno. Na vprašanje, ali bi pomoč želeli koristiti v večjem obsegu, je 83 % uporabnikov odgovorilo z »ne«. Med razlogi¹²¹, da storitve ne izberejo v večjem obsegu, je najpogostejši ta, da večjega obsega ne potrebujejo (61 %). Hribar (2010) nadalje ugotavlja, da skoraj vsak tretji uporabnik navaja, da si ne more privoščiti dodatnih storitev, čeprav so pri vprašanju o ceni storitev zatrdili, da se jim ta zdi primerna.

Čas trajanja storitve so preverili v 3 raziskavah. V CSD Idrija (2010) se je izkazalo, da za večino uporabnikov (65 %) storitev traja do 1 ure na dan, 30 % jih je odgovorilo, da traja po potrebi. Ker je šlo za odprto vprašanje, odgovorov ni moč enoznačno kodirati. Tudi Planer (2010) je vprašanje izmerila z odprtim vprašanjem. Izkazalo se je, da 53 % uporabnikov prejme storitev v 1 uri (na dan), tretjina pa v 2 urah. Do zelo podobnih ugotovitev je prišla tudi Prodan Flego (2009), saj se je izkazalo, da 55 % uporabnikov prejema po 1 uro pomoči, 36 % pa 2 uri.

V 3 raziskavah so na 5-stopenjski merski lestvici izmerili zadovoljstvo¹²² z dolžino trajanja obiskov socialne oskrbovalke. Izkazalo se je, da so uporabniki v povprečju zadovoljni z dolžino trajanja obiskov (Lambrechtov dom Slovenske Konjice (2010) – 4,2; CPD Maribor (2010) – 4,4; CSD Ljutomer (2011) – 4,1). Tudi Hribar (2010) je preverila zadovoljstvo¹²³ s

¹¹⁸ 1 – da, 2 – ne, potreboval bi (vpiši).

¹¹⁹ 1 – zadovoljen, 2 – nezadovoljen – potreboval bi več storitve, 3 – drugo.

¹²⁰ 1 – da, 2 – ne, 3 – ne vem.

¹²¹ 1 – finančna sredstva, 2 – nezadovoljstvo s sedanjimi storitvami, 3 – ne potrebujem večjega obsega pomoči, 4 – ker storitev ne zajema del, pri katerih bi potreboval pomoč, 5 – ker mi ne ustreza časovni termin pomoči, 6 – drugo.

¹²² 1 – zelo nezadovoljen, 2 – nezadovoljen, 3 – srednje zadovoljen, 4 – zadovoljen, 5 – zelo zadovoljen, 6 – ne koristim.

¹²³ 1 – zelo nezadovoljen, 2 – nezadovoljen, 3 – zadovoljen, 4 – zelo zadovoljen.

časom za oskrbo uporabnikov in ugotovila, da so večinoma zadovoljni: 54 % je zelo zadovoljnih, 38 % zadovoljnih, 6 % nezadovoljnih, 2 % pa sta zelo nezadovoljna.

5.3.2.6 Prejete storitve oz. opravila in zadovoljstvo z njimi

V 10 raziskavah so raziskali, katere storitve oz. opravila imajo uporabniki organizirane v okviru socialne oskrbe na domu. Uporabniki so najpogosteje izbirali med pomočjo pri temeljnih dnevni opravilih¹²⁴, gospodinjsko pomočjo, pomočjo pri ohranjanju socialnih stikov¹²⁵ in prinosom obroka. Kot je razvidno iz tabele 5.25, je bilo v večini raziskav možno izbrati več odgovorov, kar je pričakovano glede na to, da mora uporabnik imeti organizirani vsaj 2 opravila iz 2 različnih sklopov storitev. Kljub temu je bil v nekaterih raziskavah možen le 1 odgovor (vsota je 100 %).

Tabela 5.25: Vrsta socialne oskrbe na domu

	CSD Idrija (2010)		Planer (2010)		Hribar (2010)		CSD Nova Gorica (2010)		CSD Ruše (2010)		Jurjovec (2011)	
	N ¹²⁶	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Pomoč pri temeljnih dnevni opravilih	/	12,0	19	52,8	33	63,5	112	35,0	3	23,1	17	58,6
Gospodinjska pomoč	/	17,0	31	86,1	22	42,3	52	16,3	3	23,1	6	20,7
Pomoč pri ohranjanju osebnih stikov	/	9,0	16	44,4	9	17,3	27	8,4	0	0,0	3	10,3
Prinos obroka	/	82,0	2	5,6	24	46,2	239	74,7	7	53,8	3	10,3
Skupaj	/	120,0	68	188,9	88	169,2	430	134,4	13	100,0	29	100,0

/ ni podatka

Struktura prejetih storitev se med raziskavami zelo razlikuje. Ker je to med drugim lahko posledica različnega načina merjenja (možnih več ali samo 1 odgovor), primerjav med raziskavami na tem mestu ne povzemamo. Vrste storitev so na različne načine obravnavali še v CSD Zagorje ob Savi (2011)¹²⁷, Zemljak in Nagode (2011)¹²⁸, Krejač (2011)¹²⁹ ter v CSD

¹²⁴ V raziskavah so uporabili različne izraze, na primer tudi pomoč pri osebni negi/higieni, saj se je storitev do leta 2011 formalno imenovala tako (Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev).

¹²⁵ Uporabili so različna poimenovanja, kot so na primer spremljanje po opravkih, druženje ali spremstvo pri opravljanju nujnih obveznosti.

¹²⁶ Število uporabnikov ni znano niti ga ne moremo preračunati, saj je bilo možnih več odgovorov, ob tem pa niti ne razpolagamo s podatkom, koliko jih je odgovorilo na to vprašanje.

¹²⁷ 1 – osebna higiena, 2 – spremljanje po opravkih, 3 – prevoz, 4 – gospodinjska opravila, 5 – drugo.

¹²⁸ 1 – prinašanje enega pripravljenega obroka hrane, 2 – nabava živil in priprava enega obroka hrane, 3 – pomivanje porabljene posode, 4 – osnovno čiščenje bivalnega dela prostorov z odnašanjem smeti,

Postojna (2011)¹³⁰; ugotovitve raziskav so zopet različne. Tudi v kvalitativnih raziskavah ugotavljajo različno, ponekod je temeljna storitev gospodinjska pomoč (Svetičič 2009; Planinc 2009), drugje vzdrževanje osebne higiene (Kodrič 2011). Svetičič (2009) ugotavlja tudi, da uporabniki pogosto ne vedo, kaj sodi v storitev socialne oskrbe na domu in kaj v socialni servis, torej ne ločujejo med tema 2 storitvama.

V raziskavah, ki jih je opravila Skupina Fabrika, raziskovanje in razvoj, d. o. o., so na 5-stopenjski merski lestvici zadovoljstva izmerili zadovoljstvo uporabnikov s posameznimi storitvami oz. opravili. Z letom 2011 so nekoliko spremenili vprašalnik, zato prikazujemo le rezultate zadnje raziskave CSD Ljutomer (2011). Velja, da so uporabniki s posameznimi opravili v povprečju (zelo) zadovoljni: temeljna dnevna opravila (4,9), gospodinjska pomoč (4,6), kuhanje/prinašanje obroka hrane (4,8), spremstvo/informiranje zdravnika (4,6) in ohranjanje socialnih stikov (4,5).

Glede na rezultate nadaljnjih 5 raziskav ugotavljamo, da so uporabniki socialne oskrbe na domu v splošnem precej zadovoljni s storitvijo (Tabela 5.26), kar je razvidno iz visokih povprečnih vrednosti. Rezultati posameznih raziskav večinoma niso primerljivi, z izjemo raziskav Planinc (2009), Zemljak in Nagode (2011) in CSD Zagorje ob Savi (2011), kjer smo iz frekvenčnih porazdelitev izračunali povprečno zadovoljstvo s storitvijo na 5-stopenjski merski lestvici (od zelo nezadovoljen do zelo zadovoljen).

Tabela 5.26: Splošno zadovoljstvo s storitvijo

Raziskava	Rezultat
Jurjovec (2011) ¹³¹	Povsem zadovoljen – 91,5 %; le delno zadovoljen – 8,5 %
Planinc (2009) ¹³²	$\bar{x} = 4,5$

5 – postiljanje in osnovno čiščenje spalnega prostora, 6 – pomoč pri oblačenju/slačenju, 7 – pomoč pri umivanju/kopanju, 8 – pomoč pri hranjenju, 9 – pomoč pri opravljanju osnovnih življenjskih potreb, 10 – vzdrževanje, nega in čiščenje osebnih ortopedskih pripomočkov, 11 – vzpostavljjanje socialne mreže z okoljem, s prostovoljci in sorodstvom, 12 – spremljanje upravičenca pri opravljanju nujnih obveznosti, 13 – informiranje ustanov o stanju in potrebah upravičenca, 14 – priprava na institucionalno varstvo.

¹²⁹ 1 – pomoč pri osebni higieni (kopanje, tuširanje itd.), 2 – pomoč pri gospodinjskih opravilih (kuhanje, likanje, čiščenje itd.), 3 – pomoč pri drugih stvareh (nakupi v trgovini, obisk zdravnika itd.), 4 – drugo (komentar).

¹³⁰ 1 – pomoč pri umivanju, 2 – pomoč pri kopanju, 3 – pomoč pri preoblačenju, 4 – nega v postelji, 5 – pomoč pri razgibavanju, 6 – pomoč pri jemanju zdravil, 7 – gospodinjska pomoč, 8 – pomoč pri nakupovanju in spremljanje pri nakupovanju, 9 – prevoz k zdravniku, 10 – prinašanje receptov, zdravil, 11 – pogovor, družabništvo.

¹³¹ Ali ste zadovoljni s pomočjo, ki vam jo nudi CPD? 1 – da, povsem, 2 – da, a le delno, 3 – ne, sploh ne.

¹³² Kako ste na splošno zadovoljni s storitvijo? 1 – zelo zadovoljen, 2 – zadovoljen, 3 – še kar zadovoljen, 4 – nezadovoljen, 5 – zelo nezadovoljen.

Raziskava	Rezultat
Zemljak in Nagode (2011) ¹³³	$\bar{x} = 4,5$
CSD Ruše (2010) ¹³⁴	$\bar{x} = 3,5$
CSD Zagorje ob Savi (2011) ¹³⁵	$\bar{x} = 4,9$

Kodrič (2009) je na podlagi intervjujev ugotovila, da so uporabniki večinoma zadovoljni s socialno oskrbo in da na zadovoljstvo najbolj vpliva odnos socialne oskrbovalke, sledita dobro izvajanje nege in točnost njenega prihoda.

V nekaterih raziskavah so uporabnike posebej vprašali o obrokih hrane, ki jih prejema. Zanimali so jih npr. zadovoljstvo z obroki, pogostost obrokov, njihova ustreznost ter kdo jim obroke zagotavlja. Vprašanja so precej različno zastavljena, zato rezultatov ne moremo združevati ali jih primerjati. Prikazujemo nekatere ugotovitve posameznih raziskav. Kako pogosto (enkrat na teden, dvakrat na teden do sedemkrat na teden) uporabniki prejema obrok, so preverili v 3 raziskavah. Hribar (2010, 96) ugotavlja, da 6 od 10 uporabnikov vsaj enkrat dnevno dobi topel obrok, ostali pa manj pogosto. V CSD Nova Gorica (2010) večina uporabnikov topel obrok prejema petkrat na teden, in sicer predvsem od ponedeljka do petka. Podobno ugotavljajo v CSD Idrija (2010), kjer topel obrok sedemkrat na teden prejema 37 %, petkrat na teden 33 %, po potrebi pa 12 % uporabnikov.

Vse raziskave, ki so preverjale zadovoljstvo uporabnikov, so ugotovile, da so s storitvijo v povprečju zadovoljni. Npr. uporabniki Lambrechtovega doma Slovenske Konjice (2010) in CPD Maribor (2010) so v povprečju s storitvijo zadovoljni¹³⁶ (4,4 vs. 4,6). V ostalih raziskavah so uporabili različne merske lestvice zadovoljstva, zato izračun povprečja ni primerljiv. Izkaže se, da so uporabniki CSD Laško, CSD Postojna, Doma Nine Pokorn Grmovje in Doma dr. Franceta Bergelja Jesenice z obroki hrane zadovoljni. Tisti, ki so nezadovoljni, so izrazili predvsem nezadovoljstvo s kakovostjo obrokov (CSD Postojna 2011; Dom Nine Pokorn Grmovje 2011). V CSD Postojna (2011) odgovori uporabnikov socialne

¹³³ Kako ste na splošno zadovoljni z izvajanjem pomoči na domu? 1 – zelo nezadovoljen, 2 – nezadovoljen, 3 – niti nezadovoljen niti zadovoljen, 4 – zadovoljen, 5 – zelo zadovoljen, 6 – ne vem.

¹³⁴ Zadovoljstvo z nudenjem storitve: 1 – zelo zadovoljen, 2 – zadovoljen, 3 – delno zadovoljen, 4 – nezadovoljen, 5 – drugo.

¹³⁵ Zadovoljstvo s storitvami: 1 – nisem zadovoljen, 2 – malo zadovoljen, 3 – delno zadovoljen, 4 – zadovoljen, 5 – zelo zadovoljen.

¹³⁶ 1 – zelo nezadovoljen, 2 – nezadovoljen, 3 – srednje zadovoljen, 4 – zadovoljen, 5 – zelo zadovoljen, 6 – ne koristim.

oskrbe, ki prejemajo obrok hrane, nakazujejo tudi na to, da so obroki dokaj raznovrstni (40 %) in topli (42 %) ter količinsko primerni (84 %) ¹³⁷.

5.3.2.7 Čas vključenosti uporabnika v storitev

V 7 raziskavah so preverili, koliko časa so uporabniki socialne oskrbe na domu že vključeni v storitev. Vprašanje so izmerili z različnimi možnimi odgovori, zato rezultati med seboj niso neposredno primerljivi. Krejač (2011) npr. ugotavlja, da je večina anketiranih (30,5 %) v socialno oskrbo na domu vključena več kot 4 leta ¹³⁸, sledijo vključeni od 1 do 2 let (25,6 %). Avtorica posebej izpostavi, da je 15,9 % uporabnikov v storitev vključenih le nekaj mesecev, kar kaže na to, da se v storitev nenehno vključujejo novi uporabniki. Prodan Flego (2009) ugotavlja, da jih največ (31 %) prejema storitev od 1 do 3 let, najmanj pa je uporabnikov, ki bi storitev koristili nad 7 let (16 %). Opozori, da je bilo v enem letu 26 % novih uporabnikov, kar ni bila posledica širjenja storitve, pač pa odhoda nekdanjih uporabnikov v dom za starejše (Prodan Flego 2009, 39). Do zelo podobnih rezultatov je prišla tudi Hribar (2010), ki je ugotovila ¹³⁹, da jih 39 % storitev koristi od 1 do 3 let, 2 % pa več kot 7 let. Planer (2010), ki je vprašanje izmerila s precej drugačno mersko lestvico ¹⁴⁰, pa je prišla do bimodalne porazdelitve, saj se je izkazalo, da 47,2 % uporabnikov storitev prejema dlje kot 2 leti, 41,7 % pa do 1 leta. CSD Nova Gorica (2010) in Dom Nine Pokorn Grmovje (2011) sta vprašanje o času vključenosti v storitev izmerila na identičen način ¹⁴¹. Izkazalo se je, da je večina uporabnikov v obeh primerih v storitev vključenih od 1 do 5 let (CSD Nova Gorica 42,7 %; Dom Nine Pokorn Grmovje 42,5 %). V CSD Idrija (2010) ¹⁴² pa se je izkazalo, da je največ uporabnikov v storitev vključenih več kot 1 leto (61 %). Podatek o tem, koliko časa so uporabniki vključeni v storitev socialne oskrbe na domu, sporoča vsaj dvoje. Prvič, da so to pretežno uporabniki, ki potrebujejo trajno in kontinuirano pomoč druge osebe, torej sodijo na področje dolgotrajne oskrbe, ter drugič, da se v storitev vključujejo vedno novi uporabniki, opazna je fluktuacija uporabnikov (odhod v dom za starejše, smrt ipd.).

¹³⁷ Ali so obroki po vašem mnenju (več odgovorov): 1 – raznovrstni, 2 – okusni, 3 – dobim še toplo, 4 – obroki so (1 – preveliki, 2 – ravno pravšnji, 3 – premajhni).

¹³⁸ 1 – nekaj mesecev, 2 – od 1 do 2 let, 3 – od 2 do 3 let, 4 – od 3 do 4 let, 5 – več kot 4 leta.

¹³⁹ 1 – manj kot pol leta, 2 – od vključno pol leta do pod 1 leto, 3 – od vključno 1 leta do pod 3 leta, 4 – od vključno 3 let do pod 5 let, 5 – od vključno 5 let do pod 7 let, 6 – od vključno 7 let in več.

¹⁴⁰ 1 – do 1 leta, 2 – od 1 do 2 let, 3 – dlje časa kot 2 leti.

¹⁴¹ 1 – manj kot 6 mesecev, 2 – od 6 mesecev do 1 leta, 3 – od 1 leta do 5 let, 4 – več kot 5 let.

¹⁴² 1 – manj kot 6 mesecev, 2 – od 6 mesecev do 1 leta, 3 – več kot 1 leto.

5.3.2.8 Ustreznost organiziranosti socialne oskrbe na domu

Ustreznost terminov socialne oskrbe na domu so preverili v 3 raziskavah; uporabili so različna vprašanja. Hribar (2010) je ugotovila, da je časovni termin za večino anketiranih (62 %) popolnoma ustrezen¹⁴³, za ostale pa ustrezen v veliki meri (38 %). S tem je potrdila hipotezo, da časovni termini uporabnikom ustrezajo (Hribar 2010, 102). V CSD Ruše (2010) se je izkazalo, da časovni termini ustrezajo 85 % uporabnikov¹⁴⁴, prav tako se v CSD Zagorje ob Savi (2010) večini (95 %) uporabnikov zdijo zelo ustrezni¹⁴⁵. Iz opisa raziskav ni jasno, kdaj izvajalec socialno oskrbo na domu dejansko tudi izvaja. Po podatkih IRSSV (Smolej in drugi 2010) sta v letu 2009 Dom dr. Franceta Bergelja Jesenice in CSD Zagorje ob Savi storitev izvajala tudi v popoldanskem času, ob sobotah, nedeljah in praznikih, medtem ko je CSD Ruše poleg v dopoldanskem času oskrbo izvajal tudi v popoldanskih urah, ob sobotah, nedeljah in praznikih pa ne. Sklepamo lahko, da dejanski termin izvajanja, tj. časovna dostopnost storitve, pomembno vpliva na uporabnikovo oceno ustreznosti.

V 4 raziskavah so preverili zadovoljstvo s terminom izvajanja storitve. Prodan Flego (2009) je na 5-stopenjski merski lestvici zadovoljstva¹⁴⁶ ugotovila, da nihče od uporabnikov ni izrazil nezadovoljstva – 64 % uporabnikov je zadovoljnih, 23 % zadovoljnih, 13 % pa niti zadovoljnih niti nezadovoljnih. Na podlagi frekvenčne porazdelitve smo izračunali povprečno zadovoljstvo, tj. 4,1 (zadovoljen). Do podobnih rezultatov so prišli tudi v 3 raziskavah, ki jih je izvedla Skupina Fabrika, raziskovanje in razvoj, d. o. o. Izkazalo se je, da znaša povprečno zadovoljstvo¹⁴⁷ uporabnikov s terminom izvajanja storitve v Lambrechtovem domu Slovenske Konjice (2010) 4,2, v CPD Maribor (2010) 4,3 in v CSD Ljutomer (2011) prav tako 4,3.

Prodan Flego (2010) ugotavlja, da le 11 % uporabnikov prejema socialno oskrbo na domu tudi ob vikendih, do nje pa so upravičeni le tisti, ki potrebujejo pomoč pri negi. Večina tistih, ki pomoči ne prejema (67 %), si te pomoči niti ne želi, tisti, ki jo želijo (33 %), pa zanjo

¹⁴³ 1 – popolnoma ustrezajo, 2 – ustrezajo v veliki meri, 3 – srednje ustrezajo, 4 – deloma ustrezajo, 5 – sploh ne ustrezajo.

¹⁴⁴ 1 – mi ustreza, 2 – mi ne ustreza, 3 – drugo.

¹⁴⁵ 1 – ne ustrezajo, 2 – včasih ustrezajo, 3 – delno ustrezajo, 4 – ustrezajo, 5 – zelo ustrezajo.

¹⁴⁶ 1 – zelo nezadovoljen, 2 – nezadovoljen, 3 – niti zadovoljen niti nezadovoljen, 4 – zadovoljen, 5 – zelo zadovoljen.

¹⁴⁷ 1 – zelo nezadovoljen, 2 – nezadovoljen, 3 – srednje zadovoljen, 4 – zadovoljen, 5 – zelo zadovoljen, 6 – ne koristim.

večinoma ne zaprosijo zaradi višje cene (72 %) ¹⁴⁸. Preostalih 28 % zanje ne zaprosi, ker niso upravičeni do tovrstne pomoči (Prodan Flego 2009, 41– 42).

Tabela 5.27: Možnost koriščenja storitve ob vikendih in praznikih

Raziskava	Vprašanje	Odgovor
Dom Nine Pokorn Grmovje (2011)	Ali bi koristili storitve pomoči na domu (poleg prinosa toplega obroka) med vikendom, če bi jih uvedli tudi za ta čas?	Da – 76,2 %; ne – 23,8 %
Planinc (2009)	Ali bi to storitev koristili tudi popoldan, med vikendi in prazniki, če bi bila na voljo?	Da – 38,6 %; ne – 54,5 %; mogoče – 6,8 %
CSD Laško (2011)	Ali si želite, da bi se storitev pomoč na domu – socialna oskrba izvajala tudi v večernih urah ter ob sobotah, nedeljah in praznikih?	Da – 42,9 %; ne – 57,1 %
CSD Nova Gorica (2010)	Ali potrebujete pomoč ob sobotah, nedeljah, praznikih?	Da – 19,4 %; ne – 63,4 %; brez odgovora – 17,2 %

V CSD Nova Gorica (2010) se je izkazalo, da ima 19,4 % anketiranih potrebo po izvajanju socialne oskrbe na domu tudi ob vikendih in praznikih. Kmalu po zaključku anketiranja so storitev začeli zagotavljati tudi v teh terminih. Zanimalo jih je tudi, ali bi bili uporabniki pripravljeni plačati več za storitve ob vikendih in praznikih. Kar 40,5 % uporabnikov na vprašanje ni odgovorilo. V CSD Nova Gorica sklepajo, da o tem ne razmišljajo, ker imajo drugače organizirano pomoč. Sicer pa se 29,5 % uporabnikov strinja z višjo ceno, 30,5 % pa ne. V CSD Laško si več kot polovica uporabnikov (57,1 %) ne želi storitve ob večernih urah, sobotah, nedeljah in praznikih. Med tistimi, ki storitev želijo, jih storitev največ želi ob sobotah (57 %) ¹⁴⁹. Planinc (2009) je postavila hipotezo, da bi več kot polovica uporabnikov storitev koristila tudi med vikendi in prazniki, če bi bila na voljo. Hipotezo je na podlagi podatkov ovrgla, saj se je izkazalo, da bi se za storitev v tem primeru odločilo 38,6 % uporabnikov, kar je znatno manj kot polovica.

V CSD Piran (2010) so z odprtim vprašanjem preverili, kaj bi uporabniki potrebovali, če bi bila storitev organizirana tudi v popoldanskem in večernem času ter med vikendi. Uporabniki so povedali, da bi npr. potrebovali vse, kar potrebujejo sicer, tople obroke, prevoze, pripravo na nočni počitek, spremstvo ob nujnih opravkih in podobno; 18 (od 53) uporabnikov ne bi potrebovalo ničesar, 18 pa jih ni odgovorilo na vprašanje.

¹⁴⁸ 1 – pomoči mi ne dodelijo, 2 – nimam dovolj denarja za pomoč še med vikendi, saj je storitev dražja, 3 – drugo (komentar).

¹⁴⁹ 1 – v večernih urah, 2 – ob sobotah, 3 – ob nedeljah in praznikih.

Zadovoljstvo z organizacijo dela so preverili v nekaj raziskavah. V 3 raziskavah so na 4-stopenjski merski lestvici izmerili splošno zadovoljstvo¹⁵⁰, sicer pa so jih v raziskavah zanimali različni vidiki organizacije dela. Na podlagi 3 raziskav smo preverili splošno zadovoljstvo z organizacijo socialne oskrbe na domu. Podatke smo združili, četudi v raziskavah niso uporabili identičnega kazalnika; skupen rezultat je zgolj ocena. Na podlagi združenih podatkov ugotavljamo, da so uporabniki v veliki meri zadovoljni z organizacijo storitve, saj jih 58,5 % pravi, da so zelo zadovoljni, 39 % pa, da so zadovoljni. Le 1,8 % je zadovoljnih le delno in le 0,6 % ni zadovoljnih.

Tabela 5.28: Zadovoljstvo z organizacijo dela

	Jurjovec (2011) ¹⁵¹		CSD Postojna (2011) ¹⁵²		CSD Laško (2011) ¹⁵³		Skupaj	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Zelo zadovoljen	14	43,8	34	55,7	48	67,6	96	58,5
Zadovoljen	18	56,3	25	41,0	21	29,6	64	39,0
Delno zadovoljen ¹⁵⁴	0	0,0	1	1,6	2	2,8	3	1,8
Nisem zadovoljen	0	0,0	1	1,6	0	0,0	1	0,6
Skupaj	32	100,1	61	100,0	71	100,0	164	100,0

V 2 raziskavah so preverili, kaj uporabnike moti pri organizaciji¹⁵⁵ socialne oskrbe na domu. Izkazalo se je, da največ uporabnikov ne moti nič (84,1 % – Planinc 2009; 60 % – Dom Nine Pokorn Grmovje 2011). Dejavniki, ki so za nekatere uporabnike kljub temu moteči, pa so naslednji: menjava oskrbovalk (13,6 % – Planinc 2009; 14,3 % – Dom Nine Pokorn Grmovje 2011); obveščanje o spremembah (11,4 % – Dom Nine Pokorn Grmovje 2011); podpisovanje dnevnikov (2,3 % – Planinc 2009; 1,4 % – Dom Nine Pokorn Grmovje 2011); odnos koordinatorice (1,4 % – Dom Nine Pokorn Grmovje 2011) in sprememba urnika (1,4 % – Dom Nine Pokorn Grmovje 2011).

¹⁵⁰ 1 – zelo zadovoljen, 2 – zadovoljen, 3 – delno zadovoljen (ali zadovoljen in nezadovoljen), 4 – nisem nezadovoljen.

¹⁵¹ Kako ste zadovoljni z organizacijo izvajanja storitev pomoči na domu, ki jih zagotavlja center za pomoč na domu?

¹⁵² Prosimo vas, da ocenite izvajanje storitev pomoči na domu kot celoto (dogovor za začetek izvajanja pomoči, izvajanje pomoči, prilagajanje potrebam uporabnika, npr. povečanje ali zmanjšanje obsega storitev).

¹⁵³ Kako ste zadovoljni z organizacijo izvajanja storitev v bivalnem okolju, ki jih zagotavlja center za pomoč na domu?

¹⁵⁴ Oz. nezadovoljen in zadovoljen.

¹⁵⁵ 1 – odnos koordinatorice, 2 – obveščanje o spremembah, 3 – menjava oskrbovalk, 4 – sprememba urnika, 5 – podpisovanje dnevnikov, 6 – obračun ur, 7 – premalo vpliva, 8 – določena opravila, 9 – določeni termini; 10 – vloge, 11 – dogovori, 12 – nič (možnih več odgovorov).

Poleg tega so posamezne raziskave na različne načine raziskale še nekatere druge vidike organizacije storitve. Na kratko predstavljamo pogloblitve posameznih raziskav. Zemljak in Nagode (2011) ugotavljata, da so uporabniki v povprečju zadovoljni (4,4)¹⁵⁶ z odzivnostjo od (ustnega) dogovora za izvajanje storitve do prvega obiska socialne oskrbovalke na domu. Velika večina uporabnikov (90,2 %) v CSD Postojna (2011) meni, da storitev izvajajo korektno in v skladu s skupnim dogovorom o izvajanju. Visoko stopnjo zadovoljstva (4,5)¹⁵⁷ z dogovarjanjem o različnih zadevah v zvezi z izvajanjem storitve ugotavljajo tudi v raziskavah, ki jih je opravila Skupina Fabrika, raziskovanje in razvoj, d. o. o. V teh raziskavah ugotavljajo tudi visoko stopnjo zadovoljstva¹⁵⁸ z upoštevanjem uporabnikovih želja pri usklajevanju obiskov (trajanje, termin, kaj se bo izvajalo ipd.): 4,3 – Lambrechtov dom Slovenske Konjice 2010, 4,4 – CPD Maribor 2010 in 4,2 – CSD Ljutomer 2011. Prav tako ugotavljata Zemljak in Nagode (2011) – 4,3¹⁵⁹.

V raziskavi Prodan Flego (2009) je večina uporabnikov (53 %) ¹⁶⁰ z morebitnimi spremembami seznanjena še kar pravočasno, 17,7 % še kar pravočasno, a neredno, 16 % pravočasno, 13 % pa nikoli. Po podatkih CSD Postojna (2011)¹⁶¹ pa jih je 80,3 % vnaprej seznanjenih s tem, kdaj jih bo obiskala socialna oskrbovalka. Zemljak in Nagode (2011) ugotavljata, da 88,8 % uporabnikov¹⁶² vedno oz. večino časa obiskuje ista socialna oskrbovalka. Pojasnjujeta, da je velik odstotek odgovora večino časa (61,3 %) posledica dejstva, da se socialne oskrbovalke med dopusti in bolniškimi odsotnostmi menjajo. Po drugi strani pa Prodan Flego (2009) ugotavlja, da večina uporabnikov (97 %) ni obveščenih o tem, katera socialna oskrbovalka jih bo obiskala, medtem ko le 3 % vedo, katero od oskrbovalk pričakovati. Večina uporabnikov (60 %) si želi biti obveščena o tem, katera oskrbovalka jih bo obiskala, preostalim je vseeno. CSD Ruše (2010)¹⁶³ in CSD Zagorje ob Savi (2011)¹⁶⁴ sta pri uporabnikih preverila, ali imajo možnost dogovarjanja s socialno oskrbovalko. V obeh

¹⁵⁶ 1 – sploh nisem zadovoljen, 2 – nezadovoljen, 3 – niti zadovoljen niti nezadovoljen, 4 – zadovoljen, 5 – popolnoma zadovoljen, 6 – ne vem.

¹⁵⁷ 1 – zelo nezadovoljen, 2 – nezadovoljen, 3 – srednje zadovoljen, 4 – zadovoljen, 5 – zelo zadovoljen, 6 – ne koristim.

¹⁵⁸ 1 – zelo nezadovoljen, 2 – nezadovoljen, 3 – srednje zadovoljen, 4 – zadovoljen, 5 – zelo zadovoljen, 6 – ne koristim.

¹⁵⁹ 1 – zelo nezadovoljen, 2 – nezadovoljen, 3 – niti zadovoljen niti nezadovoljen, 4 – zadovoljen, 5 – zelo zadovoljen, 6 – ne vem.

¹⁶⁰ 1 – nikoli ne najavijo, 2 – nepravočasno najavijo, 3 – še kar pravočasno najavijo, a neredno, 4 – še kar pravočasno najavijo, 5 – pravočasno najavijo.

¹⁶¹ 1 – sem seznanjen, 2 – nisem seznanjen, 3 – drugo, kaj.

¹⁶² 1 – vedno, 2 – večinoma, 3 – včasih, 4 – nikoli, 5 – ne vem.

¹⁶³ 1 – dogovori so vedno možni, 2 – dogovori so redko možni, 3 – dogovori niso možni, 4 – drugo.

¹⁶⁴ 1 – sama določi in mene ne upošteva, 2 – sama določi in me le delno upošteva, 3 – sama določi, a me upošteva, 4 – skupaj določiva, 5 – sam določim.

primerih se je izkazalo, da so za vse dogovori vedno možni oz. uporabnike v celoti upoštevajo (sam določa).

5.3.2.9 Cenovna dostopnost socialne oskrbe na domu

V 12 raziskavah so preverili ceno storitve; v 7 raziskavah so uporabili lestvico *cena je primerna – cena je previsoka – cena je prenizka*. V 1 raziskavi niso podali vseh odgovorov, pač pa le podatek o tem, koliko uporabnikom se cena zdi primerna (81 %), zato smo jo izključili iz naše analize. Na podlagi rezultatov preostalih raziskav ugotavljamo, da se zdi trem četrtinam uporabnikom, ki so odgovorili na vprašanje, tj. so podali oceno¹⁶⁵, cena primerna, petini pa previsoka. Delež slednjih se med raziskavami precej razlikuje, in sicer od tega, da nihče ne meni, da je cena previsoka (Planer 2010), do tega, da je takšnih uporabnikov kar 36,2 % (Zemljak in Nagode 2011). Visok delež uporabnikov, ki se jim cena zdi previsoka, so zasledili tudi v CSD Nova Gorica (2010), in sicer 26,7 %, in poudarijo, da jim to po vsej verjetnosti predstavlja določeno stisko. Izpostavijo, da si zaradi nizkih pokojnin ne morejo privoščiti večjega obsega storitev, čeprav bi ga morebiti potrebovali. Tudi Planinc (2009) v kvalitativni raziskavi ugotavlja, da plačevanje storitve pogosto predstavlja veliko finančno obremenitev (*»toliko jo lahko poplačam, več ne morem, ker imam majhno pokojnino«*).

Tabela 5.29: Mnenje uporabnikov o ceni storitve

	Cena je primerna		Cena je previsoka		Cena je prenizka		Drugo		Skupaj	
Zemljak in Nagode (2011)	30	63,8	17	36,2	0	0,0	0	0,0	47	100,0
CSD Nova Gorica (2010)	176	65,2	72	26,7	0	0,0	22	8,1	270	100,0
Planer (2010)	35	97,2	0	0,0	1	2,8	0	0,0	36	100,0
Hribar (2010)	51	98,0	1	2,0	0	0,0	0	0,0	52	100,0
Dom Nine Pokorn Grmovje (2011)	52	38,8	11	8,2	1	0,7	3	2,2	67	100,0
CSD Postojna (2011)	56	91,8	4	6,6	1	1,6	/	/	61	100,0
Skupaj	402	75,1	105	19,6	3	0,6	25	4,7	535	100,0
CSD Idrija (2010)	42	81,0	np	np	np	np	/	/	52	100,0

Zadovoljstvo oz. primernost cene so ugotavljali še v 5 raziskavah (Priloga D). Uporabili so različna vprašanja oz. merske lestvice. Načeloma velja, da se cena večini uporabnikov zdi sprejemljiva, ustrezna, primerna, dosegljiva vsakomur. Obstaja pa, enako kot v prejšnjem

¹⁶⁵ V eni raziskavi (Zemljak in Nagode 2011) so uporabniki imeli možnost odgovora »ne vem«. Ta odgovor je izbralo 40 % uporabnikov. Te smo izključili iz zgornje tabele.

primeru, nek delež oseb, ki se jim storitev zdi predraga, da je strošek previsok ali cena ni primerna. Tega deleža, ki je v nekaterih raziskavah po naši oceni relativno visok, nobena izmed vseh 5 raziskav posebej ne problematizira.

V 8 raziskavah so uporabnike vprašali, ali sami plačujejo storitev; v 5 so uporabili vprašanje z identičnimi možnimi odgovori. Rezultate prikazujemo v tabeli 5.30. Upoštevani so samo tisti uporabniki, ki so odgovorili na vprašanje.

Tabela 5.30: Plačevanje storitve

	CSD Zagorje ob Savi (2011)		CSD Ruše (2010)		CSD Ljutomer (2011)		Lambrechtov dom Slovenske Konjice (2010)		CPD Maribor (2010)		Skupaj	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Da, v celoti	8	38,0	13	100,0	13	59,1	38	88,4	112	71,8	184	72,2
Da, delno	12	57,0	0	0,0	0	0,0	3	7,0	17	10,9	32	12,5
Ne, sem oproščen prispevka	1	5,0	0	0,0	5	22,7	2	4,7	25	16,0	33	12,9
Drugo	0	0,0	0	0,0	4	18,2	0	0,0	2	1,3	6	2,4
Skupaj	21	100,0	13	100,0	22	100	43	100	156	100	255	100,0

Če združimo rezultate vseh 5 raziskav, ugotovimo, da skoraj tri četrtine uporabnikov (72,2 %) storitev plačujejo v celoti same, 12,5 % le delno, 12,9 % pa je oproščenih plačila. Ob tem moramo upoštevati precejšnjo različnost rezultatov med raziskavami. Plačevanje storitev so obravnavali še v 3 raziskavah. Hribar (2010) ugotavlja, da uporabniki storitev večinoma plačujejo sami (71 %), preostalim pomagajo svojci oz. občina. Nobenemu izmed anketiranih storitve v celoti ne plačuje občina (Hribar 2010, 86). Krejač (2011, 101) je ugotovila, da je le 7,3 % takšnih, ki so oproščeni plačila storitve, več kot polovica (51,2 %) storitev plačuje v celoti, nekoliko manj kot polovica (41,5 %) pa storitev plačuje le delno. V CSD Piran (2010) se je izkazalo, da 89 % uporabnikov, ki so odgovorili na vprašanje, storitev plačuje v celoti, 7 % deloma, 4 % pa so v celoti opravičeni plačila storitve.

5.3.2.10 Raven sprejemljivosti socialne oskrbe na domu

V večjem številu raziskav so preverili splošno zadovoljstvo uporabnikov z delom in odnosom socialnih oskrbovalk. Uporabili so različna vprašanja kot npr.: »kako zadovoljni ste z delom socialnih oskrbovalk«, »ali ste kot uporabnik naših storitev zadovoljni z odnosom socialnih

oskrbovalk do vas«, »ali ste zadovoljni z delom in odnosom socialnih oskrbovalk«. Najpogosteje so uporabili 4-stopenjsko mersko lestvico zadovoljstva.

V vseh raziskavah so ugotovili dokaj visoko zadovoljstvo uporabnikov z delom in odnosom socialnih oskrbovalk, zato v Tabeli 5.31 prikazujemo zgolj odstotek uporabnikov, ki so bodisi zelo zadovoljni bodisi zadovoljni. Ta običajno znaša preko 75 %. V raziskavah praktično niso zasledili uporabnikov, ki bi bili zelo nezadovoljni z delom in odnosom socialnih oskrbovalk. V nekaterih raziskavah se pojavi izrazito majhen delež uporabnikov, ki niso zadovoljni, vendar tega v raziskavah načeloma posebej ne problematizirajo. Aleš (2010) je v raziskavi zanimalo, ali imajo uporabniki kakšno pripombo na odnos socialne oskrbovalke, in ugotovila je, da velika večina (90,3 %) nima pripomb. Prodan Flego (2009) pa je v svoji raziskavi ugotavljala zadovoljstvo uporabnikov s kakovostjo opravljene storitve socialne oskrbovalke¹⁶⁶ in ugotovila, da večina (48 %) uporabnikov meni, da se socialne oskrbovalke pri delu potrudijo, 43 % jih meni, da se zelo potrudijo, po mnenju 8 % pa bi se lahko še bolj potrudile. Nihče ne ocenjuje, da se socialne oskrbovalke pri opravljanju dela ne potrudijo (Prodan Flego 2009, 45).

Tabela 5.31: Zadovoljstvo z delom in odnosom socialnih oskrbovalk

Raziskava	Področje	Zadovoljstvo
Hribar (2010)	Delo	Zadovoljen = 29 %; zelo zadovoljen = 67 %
CSD Piran (2010)		Zadovoljen = 19 %; zelo zadovoljen = 57 %
CSD Laško (2011)		Zadovoljen = 27 %; zelo zadovoljen = 73 % ¹⁶⁷
Hribar (2010)	Odnos	Zadovoljen = 33 %; zelo zadovoljen = 65%
Zemljak in Nagode (2011)		Zadovoljen = 22 %; zelo zadovoljen = 77 %
CSD Postojna (2011)		Sem zadovoljen = 90 % ¹⁶⁸
Planer (2010)	Delo in odnos	Zadovoljen = 64 %; zelo zadovoljen = 36 %
Jurjovec (2011)		Zadovoljen = 38 %; zelo zadovoljen = 63 %
Dom Nine Pokorn Grmovje (2011)		Zadovoljen = 49 %; zelo zadovoljen = 49 %
CSD Nova Gorica (2010)		Zadovoljen = 37 %; zelo zadovoljen = 59 %
CSD Idrija (2010)		Zadovoljen = 40 %; zelo zadovoljen = 46 %

Poleg splošnega zadovoljstva z delom in odnosom socialnih oskrbovalk so se nekatere raziskave dotaknile tudi bolj specifičnih področij, in sicer predvsem komunikacije med uporabnikom in socialno oskrbovalko ter posameznih (osebnostnih) lastnosti socialnih

¹⁶⁶ Prosim, da z oceno od 1 do 5 ocenite kakovost opravljene storitve – koliko se oskrbovalke potrudijo pri delu: 1 – niti najmanj se ne potrudijo, slabše ne morejo opraviti, 2 – se ne potrudijo, slabo opravijo, 3 – se še kar potrudijo, a lahko bi se še bolj, 4 – se potrudijo, delo je solidno opravljeno, 5 – zelo se potrudijo, delo opravijo odlično.

¹⁶⁷ Lasten preračun.

¹⁶⁸ Vprašanje je bilo zastavljeno z nominalno mersko lestvico: sem zadovoljen/nisem zadovoljen.

oskrbovalk. Na komunikacijo med uporabnikom in socialno oskrbovalko se je v svoji raziskavi osredotočila Aleš (2010), ki meni, da je dobra komunikacija med njima temelj kakovostne oskrbe. Izkazalo se je, da 97 % uporabnikov meni, da socialna oskrbovalka govori dovolj razločno, dovolj naglas, si vzame zanj dovolj časa in da razume vse, kar pove. Prav vsi uporabniki so mnenja, da je komunikacija med socialno oskrbovalko in njimi dobra. Na vprašanje, katero vrsto komunikacije imajo rajši¹⁶⁹, 71 % uporabnikov odgovori, da imajo najraje govor (torej, da se jim stvari pove). Na vprašanje o načinih, s katerimi bi lahko izboljšali sporazumevanje s socialno oskrbovalko, jih nekaj manj kot polovica (45 %) izpostavi čas –da bi si socialna oskrbovalka vzela več časa. Skoraj petina (19 %) navede svoje predloge, vendar jih avtorica v raziskavi posebej ne predstavi. Aleš (2010) nadalje ugotavlja tudi, da se dobra polovica uporabnikov (58 %) z vsemi socialnimi oskrbovalkami enako dobro razume, 32 % pa se jih bolje razume s socialno oskrbovalko, ki prihaja pogosteje. Tudi Skupina Fabrika, raziskovanje in razvoj, d. o. o. ima v svojem vprašalniku nekaj vprašanj, ki se nanašajo na področje komuniciranja; v nadaljevanju prikazujemo rezultate 3 raziskav.

Tabela 5.32: Zadovoljstvo z odnosom – komunikacija

	Lambrechtov dom Slovenske Konjice (2010); \bar{x}	CPD Maribor (2010); \bar{x}	CSD Ljutomer (2011); \bar{x}
Kako ste zadovoljni s tem, koliko časa si socialni oskrbovalec vzame za pogovor z vami?	4,3	4,4	4,6
Kako ste zadovoljni z razumevanjem vaših potreb s strani socialnega oskrbovalca?	4,2	4,7	4,7
Kako ste zadovoljni z možnostjo, da socialnemu oskrbovalcu poveste, ko s čim niste zadovoljni?	4,1	4,4	4,5

Uporabniki v vseh 3 raziskavah so z različnimi področji komuniciranja, tj. časom za pogovor, možnostjo izraziti nezadovoljstvo in razumevanjem potreb, v povprečju zadovoljni do zelo zadovoljni¹⁷⁰.

Štiri raziskave so pri uporabnikih preverile več posameznih (osebnostnih) lastnosti socialnih oskrbovalk. V raziskavah Doma Nine Pokorn Grmovje (2011) in Planinc (2009) so uporabnike prosili, naj med naštetimi lastnostmi izberejo tiste (možnih več odgovorov), ki jih

¹⁶⁹ 1 – da se vam pove – govor, 2 – da se vam pokaže, 3 – da naredite skupaj s socialno oskrbovalko, 4 – da se vam napiše, 5 – drugo.

¹⁷⁰ 1 – zelo nezadovoljen, 2 – nezadovoljen, 3 – srednje zadovoljen, 4 – zadovoljen, 5 – zelo zadovoljen, 6 – ne koristim.

pri socialni oskrbovalki cenijo¹⁷¹, in tiste, ki jih pri socialni oskrbovalki motijo¹⁷². V raziskavi CSD Nova Gorica (2010) pa so uporabniki izbirali med naštetimi lastnostmi¹⁷³, tako pozitivnimi kot negativnimi (možnih je bilo več odgovorov). V raziskavi Hribar (2010) so uporabniki vse našete lastnosti socialnih oskrbovalk¹⁷⁴ ovrednotili na 5-stopenjski merski lestvici (od te lastnosti nima do lastnost ima v zelo veliki meri). Zaradi neprimerljivih pristopov k merjenju lastnosti socialnih oskrbovalk rezultatov posameznih raziskav med seboj ne moremo primerjati, zato v nadaljevanju povzamemo ključne ugotovitve vseh 4 raziskav.

Tabela 5.33: Lastnosti socialnih oskrbovalk

Raziskava	Tri najpogostejše izbire
Planinc (2009)	Cenijo: prijaznost (88,6 %); poštenost (68,2 %); delavnost (61,4 %) Moti: nič (81,8 %)
Dom Nine Pokorn Grmovje (2011)	Cenijo: prijaznost (80,0 %); poštenost (48,6 %); potrpežljivost (41,4 %) Moti: nič (82,9 %)
CSD Nova Gorica (2010) ¹⁷⁵	So: prijazne (68,1 %); poštene (54,1 %); točne (37,8 %)
Hribar (2010) ¹⁷⁶	Ima: poštenost ($\bar{x} = 4,8$); zgovornost ($\bar{x} = 4,8$); delavnost ($\bar{x} = 4,8$) Nima: odklanjanje opravil ($\bar{x} = 1,2$); potrpežljivost ($\bar{x} = 1,9$); hitenje ($\bar{x} = 2,0$)

Ne glede na način merjenja, ki so ga uporabile raziskave, ugotavljamo, da so med pogostejšimi lastnostmi socialnih oskrbovalk oz. tistimi, ki jih uporabniki cenijo: prijaznost, poštenost, delavnost, potrpežljivost, točnost in zgovornost. Po drugi strani uporabnikov pri socialnih oskrbovalkah večinoma ne moti nič (Planinc 2009 – 81,8 %; Dom Nine Pokorn Grmovje 2011 – 82,9 %). V raziskavi Hribar (2010) so uporabniki nekoliko slabše ocenili le potrpežljivost. Zadovoljstvo z delom in odnosom beležijo tudi v kvalitativnih raziskavah (Kodrič 2011; Svetičič 2009).

Posamezne lastnosti socialnih oskrbovalk so vrednotili tudi v drugih raziskavah. Glede prijaznosti npr. Prodan Flego (2009)¹⁷⁷ ugotavlja, da več kot polovica uporabnikov (55 %)

¹⁷¹ 1 – nič, 2 – optimizem, 3 – poštenost, 4 – razgledanost, 5 – iznajdljivost, 6 – strokovnost, 7 – točnost, 8 – prijaznost, 9 – razumevanje, 10 – potrpežljivost, 11 – delavnost, 12 – drugo (komentar).

¹⁷² 1 – nič, 2 – nerodnost, 3 – počasnost, 4 – nestrokovnost, 5 – zgovornost, 6 – neprijaznost, 7 – netočnost, 8 – odklanjanje opravil, 9 – nezgovornost, 10 – drugo (komentar).

¹⁷³ 1 – poštene, 2 – iznajdljive, 3 – prijazne, 4 – strokovne, 5 – točne, 6 – nerodne, 7 – počasne, 8 – nestrokovne, 9 – odklanjajo pravila, 10 – zgovorne, 11 – delavne, 12 – razumevajoče, 13 – potrpežljivem 14 – netočne, 15 – neprijazne, 16 – drugo.

¹⁷⁴ 1 – prijaznost, 2 – poštenost, 3 – iznajdljivost, 4 – strokovnost, 5 – točnost, 6 – potrpežljivost, 7 – razumevanje, 8 – zgovornost, 9 – delavnost, 10 – odklanjanje opravil, 11 – hitenje, 12 – nenatančnost.

¹⁷⁵ V analizi so predstavljene zgolj frekvence. Naredili smo lasten preračun, uporabili smo celoten numerus vzorca (ne vemo pa, koliko oseb morda ni odgovorilo na to vprašanje, zato izračun jemljemo kot oceno).

¹⁷⁶ Povprečje na lestvici od 1 (te lastnosti nima) do 5 (to lastnost ima v zelo veliki meri).

¹⁷⁷ 1 – zelo neprijazna, 2 – neprijazna, 3 – srednje prijazna, 4 – prijazna, 5 – zelo prijazna.

socialne oskrbovalke ocenjuje kot zelo prijazne, 42 % jih ocenjuje kot prijazne, 3 % pa kot srednje prijazne. Nihče oskrbovalk ni ocenil kot neprijazne. Enako velja za raziskavo, ki jo je opravila Aleš (2010). Izkazalo se je, da 77 % uporabnikov prijaznost oskrbovalk ocenjuje kot zelo dobro, 23 % pa kot dobro. Glede točnosti prihoda socialnih oskrbovalk Prodan Flego (2009) ugotavlja, da je večina uporabnikov zadovoljnih s točnostjo prihoda, in sicer jih je 51,6 % mnenja, da je zelo točna, 21 %, da je točna, 24,2 % pa, da je še kar točna. Da socialna oskrbovalka ni točna, jih meni 3,2 %. Zemljak in Nagode (2011) pa ugotavljata¹⁷⁸, da je večina uporabnikov mnenja, da socialna oskrbovalka pride točno (68,8 %), skoraj vsi ostali pa so mnenja, da večinoma (27,3 %).

V nekaterih raziskavah so poleg tega ugotavljali še, v kolikšni meri socialne oskrbovalke upoštevajo želje in navade uporabnikov, stopnjo zaupanja in izkazano spoštovanje. Hribar (2010) je ugotovila, da socialne oskrbovalke v povprečju v veliki meri upoštevajo njihove želje (4,6¹⁷⁹). Tudi Zemljak in Nagode (2011) ugotavljata, da je kar 91 % uporabnikov mnenja, da socialne oskrbovalke naredijo tisto, kar uporabniki želijo¹⁸⁰. Glede stopnje zaupanja se je v vseh raziskavah izkazalo, da je ta visoka: 4,5 (Hribar 2010)¹⁸¹; 4,2 (Lambrehtov dom Slovenske Konjice (2010)¹⁸²; 4,7 (CPD Maribor 2010)¹⁸³; 4,8 (CSD Ljutomer)¹⁸⁴¹⁸². Uporabniki so v povprečju prav tako zadovoljni z izkazanim spoštovanjem socialnih oskrbovalk: 4,3 (Lambrehtov dom Slovenske Konjice (2010)¹⁸⁵; 4,8 (CPD Maribor 2010)¹⁸⁶; 4,9 (CSD Ljutomer)¹⁸⁷.

¹⁷⁸ 1 – vedno, 2 – večinoma, 3 – včasih, 4 – nikoli, 5 – ne vem.

¹⁷⁹ 1 – zelo veliko, 2 – veliko, 3 – srednje, 4 – malo, 5 – nič.

¹⁸⁰ 1 – vedno, 2 – večinoma, 3 – včasih, 4 – nikoli, 5 – ne vem.

¹⁸¹ 1 – zelo veliko, 2 – veliko, 3 – srednje, 4 – malo, 5 – nič.

¹⁸² 1 – zelo nezadovoljen, 2 – nezadovoljen, 3 – srednje zadovoljen, 4 – zadovoljen, 5 – zelo zadovoljen, 6 – ne koristim.

¹⁸³ 1 – zelo nezadovoljen, 2 – nezadovoljen, 3 – srednje zadovoljen, 4 – zadovoljen, 5 – zelo zadovoljen, 6 – ne koristim.

¹⁸⁴ 1 – zelo nezadovoljen, 2 – nezadovoljen, 3 – srednje zadovoljen, 4 – zadovoljen, 5 – zelo zadovoljen, 6 – ne koristim.

¹⁸⁵ 1 – zelo nezadovoljen, 2 – nezadovoljen, 3 – srednje zadovoljen, 4 – zadovoljen, 5 – zelo zadovoljen, 6 – ne koristim.

¹⁸⁶ 1 – zelo nezadovoljen, 2 – nezadovoljen, 3 – srednje zadovoljen, 4 – zadovoljen, 5 – zelo zadovoljen, 6 – ne koristim.

¹⁸⁷ 1 – zelo nezadovoljen, 2 – nezadovoljen, 3 – srednje zadovoljen, 4 – zadovoljen, 5 – zelo zadovoljen, 6 – ne koristim.

5.3.2.11 Zagotavlja je oskrbe pred vključitvijo v socialno oskrbo na domu

V 3 raziskavah so na identičen način preverili, kdo je uporabnikom socialne oskrbe na domu nudil pomoč pred vključitvijo v storitev. V vseh 3 primerih se je izkazalo, da večina uporabnikov pred vključitvijo v socialno oskrbo na domu ni potrebovala pomoči – takšnih uporabnikov je v povprečju 45,8 %. Če so potrebovali pomoč, pa so jim v veliki meri pomagali partnerji (22,4 %) ali sorodniki (23,7 %) in tudi sosedje (8,1 %), čeprav v znatno manjši meri.

Tabela 5.34: Kdo je uporabniku nudil pomoč pred vključitvijo v storitev

	Hribar (2010)		CSD Zagorje ob Savi (2011)		CSD Ruše (2010)		Skupaj	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Partner	11	21,0	6	25,0	3	23,1	20	22,4
Sorodniki	16	31,0	4	17,0	1	7,7	21	23,7
Sosedje	6	12,0	1	4,0	0	0,0	7	8,1
Nihče, prej nisem potreboval pomoči	19	36,0	13	54,0	9	69,2	41	45,8
Drugo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Skupaj	52	100,0	24	100,0	13	100,0	89	100,0

5.3.2.12 Zagotavljanje oskrbe poleg socialnih oskrbovalk

V 9 raziskavah so preverili, ali uporabnikom poleg socialne oskrbe na domu pomaga še kdo drug.

Tabela 5.35: Prejemanje dodatne pomoči in kdo jo nudi

	Lambrehtov dom Slovenske Konjice (2010)		CPD Maribor (2010)		CSD Ljutomer (2011)		Skupaj	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Da, otroci, sorodniki	33	73,3	77	50,7	19	82,6	129	58,6
Da, sosedje, prijatelji, znanci	3	6,7	27	17,8	3	13,0	33	15,0
Ne, je ne potrebujem	1	2,2	10	6,6	1	4,3	12	5,5
Ne, nisem je deležen	8	17,8	38	25,0	0	0,0	46	20,9
Skupaj	45	100,0	152	100,0	23	100,0	220	100,0

V raziskavah Doma Nine Pokorn Grmovje (2011) in Zemljak in Nagode (2011) so to preverili na nominalni merski lestvici. Na podlagi rezultatov obeh raziskav ugotavljamo, da 64 %

uporabnikov pomagajo tudi drugi, najpogosteje so to otroci in drugi člani sorodstva. Podobno ugotavljamo tudi na podlagi rezultatov 3 raziskav, ki jih je izvedla Skupina Fabrika, raziskave in razvoj, d. o. o. (Tabela 5.35), kjer 73,6 % uporabnikov prejema dodatno pomoč (največkrat od otrok in sorodnikov – 58,6 %). Med tistimi, ki je ne prejema (26,4 %), jih le 5,5 % meni, da ne potrebujejo dodatne pomoči.

Krejač (2011) je preverila hipotezo, da uporabnikom poleg CPD Maribor v največji meri pomagajo otroci in vnuki. Hipotezo je potrdila, saj se je izkazalo, da dobri polovici uporabnikov (51,2 %) pomagajo tudi otroci in vnuki¹⁸⁸. Dobra petina (20,7 %) je v raziskavi navedla, da jim ne pomaga nihče, po 18,3 % pa je navedla partnerja ter sosede in prijatelje. K 17,1 % pa poleg socialnih oskrbovalk hodijo tudi patronažne medicinske sestre. Do dokaj podobnih ugotovitev na sicer drugače zastavljeno vprašanje¹⁸⁹ je prišla Prodan Flego (2009), kjer se je izkazalo, da uporabnikom poleg organizirane socialne oskrbe pomoč najpogosteje nudijo otroci (57,8 %). Poleg otrok pa v okviru neformalne mreže še zakonec (28,9 %), sorodniki (17,8 %) ter sosede in znanci (33,3 %). V okviru formalno organiziranih oblik pomoči uporabnikom nudijo pomoč še domovi za starejše s prinosom kosil (za 51,1 % uporabnikov), CPD Mali Princ in patronažne sestre za tretjino uporabnikov ter koncesionar/zasebnik in fizioterapevti za 15,6 % uporabnikov.

V CSD Piran (2010) so uporabnike vprašali, kdo jim pomaga pri opravilih, ki jih ne zmorejo opraviti sami¹⁹⁰. Kot najpomembnejša triada se je izkazala socialna oskrbovalka (55 %) – otroci (38 %) – zakonec, partner (21 %). Ugotovili so tudi, da uporabnike poleg socialne oskrbovalke najpogosteje obiskuje še patronažna služba (45 %)¹⁹¹. V CSD Postojna jih je zanimalo, koga bi njihovi uporabniki zaprosili za pomoč¹⁹², v primeru, da bi potrebovali katero od naštetih opravil¹⁹³. Izkazalo se je, da bi 61,5 % uporabnikov zaprosilo kar CSD, 36,9 % pa svoje in sorodnike. Sosede in prijatelje bi zaprosilo le 1,5 % uporabnikov.

¹⁸⁸ Ali vam poleg CPD pri vsakodnevnih opravilih pomaga še kdo? 1 – da, zakonski partner, 2 – da, otroci in vnuki, 3 – da, sosede in prijatelji, 4 – da, patronažna medicinska sestra, 5 – ne, 6 – drugo (komentar).

¹⁸⁹ Ali vam poleg organizirane pomoči na domu še kdo nudi pomoč? 1 – nihče, 2 – zakonec, 3 – otroci, 4 – sorodniki, 5 – sosedi, znanci, 6 – CPD Mali princ, 7 – dom upokoencev z dostavo kosila, 8 – koncesionar/zasebnik, 9 – patronažna sestra, 10 – fizioterapevt, 11 – drugo (komentar).

¹⁹⁰ 1 – zakonec, partner, 2 – otroci, 3 – sorodnik, 4 – sosede, 5 – socialna oskrbovalka CSD Piran, 6 – drugo.

¹⁹¹ Kdo vas poleg socialne oskrbovalke še obiskuje na domu? 1 – patronažna služba, 2 – prostovoljke RK, 3 – člani Župnijske Karitas, 4 – člani Društva upokoencev, 5 – drugo.

¹⁹² 1 – našo službo, 2 – svoje in sorodnike, 3 – prijatelje in sosede.

¹⁹³ Pomoč pri umivanju, pomoč pri kopanju, pomoč pri preoblačenju, nega v postelji, pomoč pri razgibavanju, pomoč pri jemanju zdravil, gospodinjska pomoč (likanje, čiščenje itd.), pomoč pri nakupovanju in spremljanje pri nakupovanju, prevoz k zdravniku, prinašanje receptov, zdravil, pogovor, družabništvo.

5.3.2.13 Druge oblike oskrbe

Krejač (2011) je ugotovila, da o odhodu v dom za starejše razmišlja le dobra četrtina uporabnikov (25,6 %), ostali pa ne. Planer (2010) je v svoji raziskavi preverila, ali so uporabniki socialne oskrbe na domu kdaj razmišljali, da bi morali oditi v dom za starejše¹⁹⁴. Tretjina o tem ni razmišljala, 38,9 % pa jih v dom ne bi šlo pod nobenim pogojem. Manjši delež uporabnikov je izbralo odgovor »da, rad bi šel« (8,3 %), »če bi bil zdravstveno onemogel« (8,3 %) ali pa »če bi mi to omogočale finance« (11,1 %). Planinc (2009) je zanimalo, ali bi, če bi bili brez socialne oskrbe na domu, koristili druge oblike pomoči¹⁹⁵. Dobra tretjina (34,1 %) je temu pritrdila (»da«), dobra četrtina ne ve (27,3 %), dobra petina (20,5 %) bi namestitev iskala v domu za starejše, 15,9 % bi jih posamezna gospodinjska opravila zmoglo opraviti brez pomoči, 2,3 % uporabnikov pa bi se preselilo k drugi osebi. Sklenemo lahko, da bi razen tistih, ki so odgovorili z ne vem, in tistih, ki so mnenja, da bi posamezna gospodinjska opravila zmogli opraviti sami, uporabniki morali večinoma poiskati neko drugo obliko pomoči – formalno (dom za starejše) ali neformalno (preselitev k nekomu). Po drugi strani pa Prodan Flego (2009) ugotavlja, da bi se 40 % uporabnikov socialne oskrbe na domu želelo vključiti v dom za starejše¹⁹⁶, 32 % bi jih želelo sodelovati s prostovoljcem, 12 % bi se jih vključilo v oskrbovano stanovanje, 10 % v dnevni center, 4 % bi se včlanili v skupino za samopomoč, 2 % pa v univerzo za tretje življenjsko obdobje. Prodan Flego (2009) na podlagi teh podatkov sklepa, da kapacitete domov za stare ne zadoščajo povpraševanju. Tudi Zemljak in Nagode (2011) ugotavljata, da največ uporabnikov (32,4 %) v svoji občini želi v dom za starejše¹⁹⁷, sledijo varovanje na daljavo (27,0 %), socialni servis (16,2 %), skupina starih za samopomoč (10, 8 %) in varovano/oskrbovano stanovanje (5,4 %)¹⁹⁸. Menita, da odgovori presenečajo, saj je v Prekmurju kar nekaj domov za starejše (Rakičan, Kuzma, Rogaševci, Murska Sobota), in sklepata, da so se anketirani morda bolj nagibali k temu odgovoru, ker jim je termin, najverjetneje pa tudi storitev sama najbolj znana.

¹⁹⁴ Na lestvici: 1 – da, rad bi šel, 2 – če bi mi to omogočale finance, 3 – če bi bil zdravstveno onemogel, 4 – ne, pod nobenim pogojem, 5 – o tem nisem razmišljala.

¹⁹⁵ Na lestvici: 1 – da, 2 – preselila bi se k drugi osebi, 3 – namestitev bi iskala v domu za stare, 4 – posamezna gospodinjska opravila bi zmogla sama, 5 – ne vem.

¹⁹⁶ Za katere oblike pomoči bi se odločili, če bi jih imeli na voljo? 1 – vključil bi se v dnevni center, 2 – vključil bi se v dom upokojencev, 3 – vključil bi se v oskrbovano stanovanje, 4 – sodeloval bi s prostovoljcem, 5 – vključil bi se v skupino za samopomoč, 6 – vključil bi se v dejavnost univerze za tretje življenjsko obdobje, 7 – drugo (komentar).

¹⁹⁷ Kaj bi želeli v svoji občini? 1 – dnevno varstvo, 2 – dom za starejše, 3 – varovano stanovanje, 4 – oskrbovana stanovanja, 5 – socialni servis, 6 – varovanje na daljavo, 7 – skupina starih za samopomoč, 8 – drugo, 99 – ne vem.

¹⁹⁸ 16,2 % jih je izbralo možnost »drugo«, 16,2 % pa »ne vem«.

Uporabniki socialne oskrbe na domu so termin varovanje na daljavo najverjetneje razumeli po razlagi anketarke, prav tako preostale programe, ki v Prekmurju praktično niso zastopani.

Planic (2009) v kvalitativnem delu raziskave ugotavlja, da imajo uporabniki premalo informacij o različnih oblikah in načinih pomoči, vsi pa so npr. omenjali domove za starejše. Na bivanje v domovih imajo sicer različne poglede in odnos. Nekateri bi se preselili v dom, nekateri sploh ne. Omenjajo, da so že oddali prošnjo, da dom omogoča ustvarjanje novega kroga prijateljev, večjo samostojnost (zaradi načina gradnje) in manj arhitektonskih ovir, večje finančno breme, da je to rešitev za takrat, ko bodo postali popolnoma odvisni od tuje pomoči, spet drugi so do domov izrecno odklonilni.

6 RAZPRAVA IN PREDLOGI

S pričujočo analizo smo želeli preveriti, kateri podatki oz. vrednotenja kakovosti s področja socialne oskrbe na domu obstajajo v Sloveniji, na kakšen način se zbirajo oz. izvajajo in kaj odražajo. Zanimalo nas je, kako kakovostna so posamezna vrednotenja in kako uporabna so na nacionalni ravni, torej za državo oz. socialno politiko, ki usmerja njen razvoj. Z vpeljavo bifokalne perspektive smo posebno pozornost namenili uporabnosti posameznih vrednotenj za načrtovalce in izvajalce socialne oskrbe na domu na lokalni ravni, saj smo v analizo zajeli tako vrednotenje storitve z vidika socialnih oskrbovalk, ki storitev izvajajo, kot tudi uporabnikov, ki storitev prejemajo. Analizo smo torej sinergično začrtali na 3 ravneh: na makro-, mezo- in mikroravni. Ob tem smo predpostavljali, da je vrednotenje socialne oskrbe na domu na makroravni kakovostno, na mezo- in mikroravni pa vsebinsko in metodološko pomanjkljivo. Na makroravni smo analizirali podatke, ki jih na državni ravni vsako leto zbere IRSSV, in jih ovrednotili s statističnim instrumentom SPK (SURS 2003, Seljak 2011). Ključne rezultate prikažemo v Tabeli 6.1, kjer agregirano predstavljamo vrednosti kazalnikov posameznih razsežnosti kakovosti, kot smo jih podrobneje analizirali v poglavju 5.1. Na osnovi analize lahko potrdimo hipotezo, da je vrednotenje oskrbe na domu na makroravni kakovostno.

Tabela 6.1: Kakovost makropodatkov o socialni oskrbi na domu glede na standardne kazalnike kakovosti

Komponenta	Oznaka	Kazalnik	Vrednost
Ustreznost	U1	Delež manjkajočih statistik	0
Točnost ocen	T2	Stopnja neodgovora ankete	0
	T3	Stopnja neodgovora spremenljivke	0
	T4	Stopnja nadpokritja	0
	T5	Delež vstavljenih (imputiranih podatkov)	0
	T6	Delež urejanja podatkov	[0,0 – 0,07]
Pravočasnost in točnost objave	PT1	Pravočasnost prve objave	T + 167
	PT2	Pravočasnost objave končnih rezultatov	T + 259
	PT3	Točnost prve objave	T + 259
Dostopnost in jasnost	DJ1	Uporabljeni načini izkazovanja rezultatov	0,5
Primerljivost	P1	Dolžina primerljivih časovnih vrst	4
Skladnost	S1	Skladnost med začasnimi in končnimi podatki	[0 – 0,001]
	S2	Skladnost z rezultati iz referenčnega vira	0,04

Ugotavljamo, da so statistični koncepti pri spremljanju socialne oskrbe na makropodatkovni ravni ustrezni, saj nimajo manjkajočih statistik, obenem pa zadovoljujejo potrebe večjega števila uporabnikov podatkov raziskovanja. Točnost ocen je visoka (vrednosti kazalnikov so

enaki nič), kar pomeni, da v raziskovanju ni neodgovora ankete in spremenljivke niti vstavljenih podatkov. Podatki so zbrani in objavljeni dokaj pravočasno in točno. Načini izkazovanja rezultatov so dostopni in jasni, smiselno pa bi bilo razmisliti o še večji dostopnosti podatkov in rezultatov (npr. vključitev v Statistične informacije). Podatki omogočajo časovno primerljivost in so uporabni tudi na mednarodni ravni. Skladnost med začasnimi in končnimi podatki je dokaj ugodna, glede skladnosti z rezultati iz referenčnih virov pa bi bil potreben razmislek o tem, kako se v prihodnosti ogniti zaznamim neskladjem. Predlagamo namreč, da se poročanje podatkov o socialni oskrbi na domu v čim večji meri avtomatizira, obenem pa menimo, da je treba sistemsko urediti beleženje in zbiranje podatkov, in sicer v en podatkovni vir. Moti npr. diskrepanca med podatki IRSSV in SSZS. Ta sicer ni velika, kljub temu pa predlagamo okrepitev sodelovanja med institucijama in razmislek o tem, ali gre pri razlikah v podatkih za sistemske napake ali zgolj za napačno oz. nepravilno poročanje. Temu bi se lahko izognili, če bi poročevalske enote poročale le iz enega podatkovnega vira.

Predlagamo tudi, da se po metodologiji SPK oceni še preostale spremenljivke spremljanja socialne oskrbe na domu. Ugotavljamo torej, da v Sloveniji razpolagamo s kakovostnimi makropodatki o socialni oskrbi na domu, vendar je teh podatkov relativno malo. Smatramo, da je za celostno razumevanje stanja na področju socialne oskrbe na domu poleg makroravni nujno raziskati tudi mezo- in mikroraven podatkov ter da so ovrednoteni makropodatki dobra in kakovostna podlaga za nadaljnje raziskovanje in ukrepanje ter za primerjavo lokalne ravni z nacionalno (glej tudi Tabela 6.2).

Mezoraven v nalogi opredelimo z organiziranostjo in izvajanjem storitve (glej Sliko 1.1), v analizi pa se zaradi narave raziskave ozko osredotočimo le na segment socialnih oskrbovalk, ki velja za ključen člen v izvajanju socialne oskrbe na domu. Temu kadru je bilo pri nas namenjeno relativno malo raziskovalnega napora. Narejene so bile predvsem krajše parcialne analize, večinoma so to diplomske naloge Fakultete za socialno delo. Podobno velja za mikroraven, ki jo v nalogi proučujemo skozi prizmo uporabnikov. Za razliko od mezoravni na mikroravni obstaja več raziskovalnega oz. analitičnega gradiva, vsaj v primeru merjenja zadovoljstva uporabnikov. Opazili smo, da na to temo obstaja kar nekaj diplomskih nalog, in predvsem, da so se merjenja zadovoljstva svojih uporabnikov lotili tudi marsikateri izvajalci socialne oskrbe na domu. Raziskovalni deficit nastaja predvsem v sistematičnem vrednotenju tako na mezo- kot na mikroravni. Ta bi lahko vpeljal in omogočil širše razumevanje področja

zagotavljanja in izvajanja socialne oskrbe na domu in s tem tudi omogočil osnovo za priporočila za ukrepe tako na mezoravni (izvajalski) kot tudi na ravni politike in države.

Z našo raziskavo smo torej v prvi vrsti želeli preveriti, kaj in na kakšen način je bilo na mezo- in mikroravni socialne oskrbe na domu že narejenega, raziskanega, problematiziranega in kaj lahko ugotovimo iz obstoječih in četudi parcialnih raziskav. Raziskave so bile opravljene predvsem v večjih mestih, kar onemogoča iskanje vzorcev podobnosti in različnosti na neki bolj splošni, nacionalni ravni. Poleg tega so v raziskavah uporabili različne merske instrumente, kar povzroča neprimerljivost konceptov. Iz istega razloga (različno merjenje) posameznih konceptov večinoma nismo mogli analizirati na podlagi več raziskav, pač pa so vsebinske ugotovitve pogosto naslonjene na rezultate ene posamezne raziskave. S tega vidika je pričujoča analiza dokaj omejena, predvsem pa ni reprezentativna. Po drugi strani pa smo kljub vsem navedenim omejitvam lahko zaznali nekatere skupne in očitne značilnosti ter poudarke, ki predstavljajo pomembno metodološko in vsebinsko osnovo ter izhodišče za nadaljnje raziskovanje in vrednotenje področja dela socialnih oskrbovalk (mezoraven) in zadovoljstva uporabnikov (mikroraven). Kjer je bilo možno, smo skupne ugotovitve analiziranih raziskav primerjali z ugotovitvami makropodatkov; podatki so se večinoma ujemali (npr. sociodemografski podatki uporabnikov in socialnih oskrbovalk ipd.), kar obravnavamo kot spodbudno glede na to, da so makropodatki reprezentativni (glej Tabela 6.2).

Kakovost makro podatkov glede na standardne kazalnike kakovosti smo ovrednotili v uvodnem delu tega poglavja, v nadaljevanju pa jih skupaj z raziskavami z mezo- in mikroravni ovrednotimo še s posameznih metodoloških vidikov, kot so raziskovalni načrt, instrument, populacija, vzorčni okvir ipd. (glej Tabela 6.2).

Tabela 6.2: Metodološki vidik obravnavanih raziskav

Vidik	Makro	Mezo	Mikro
Časovnica	Letno, kontinuirano, longitudinalno	Enkratno [2009 ali 2010], presečno	Enkratno [2009, 2010 ali 2011], presečno
Namen, cilji, hipoteze	Opremljen namen: spremljanje stanja na nacionalni ravni, spremljanje doseganja nacionalnih ciljev	Opremljen namen: vpogled v kakovost delovnega življenja socialnih oskrbovalk; deloma opredeljene hipoteze in raziskovalna vprašanja	Opremljen namen: merjenje zadovoljstva uporabnikov; deloma opredeljene hipoteze in raziskovalna vprašanja
Metoda	Kvantitativna	Kvantitativna, kvalitativna, kombinirana	Kvantitativna, kvalitativna, kombinirana
Instrument	Tiskani vprašalnik	Tiskani vprašalnik, intervju	Tiskani vprašalnik, intervju

Vidik	Makro	Mezo	Mikro
		(socialne oskrbovalke, vodja pomoči na domu)	(uporabniki, svojci)
Populacija	Opređeljena: občine/vsi izvajalci storitve v mreži javne službe	Večinoma opredeljena: socialne oskrbovalke	Deloma opredeljena: uporabniki
Vzorčni okvir	Populacija	Praviloma populacija	Praviloma populacija
Zajeti vzorec	Je enak populaciji (popoln zajem)	Opređeljen (populacija, slučajnostni, neslučajnostni)	Opređeljen (populacija, slučajnostni, izbran, priložnostni, priročni, naključen, neslučajnostni)
Izvedba	IRSSV → občina → izvajalec storitve; samoizpolnjevanje	Vprašalnik: na sestanku, razdelila študentka; samoanketiranje Intervju: študentka, intervjuvanje	Vprašalnik: razdelile in/ali pobrale socialne oskrbovalke, prejeli in/ali vrnili po pošti; samoanketiranje, osebno anketiranje Intervju: raziskovalka/študentka; intervjuvanje
Anonimnost	Javni podatki	Anonimnost	Anonimnost

Izhajamo iz predpostavke, da mora vsakršno raziskovanje oz. vrednotenje imeti določen namen oz. mora biti opredeljeno z raziskovalnimi cilji in/ali hipotezami. Na podlagi ciljev in hipotez nato oblikujemo teme in koncepte vrednotenja ter temu prilagodimo metodo raziskovanja in merski instrument. To npr. pomeni tudi, da je vsako vprašanje v vprašalniku zastavljeno z natančno določenim razlogom, saj bo dalo odgovor na vprašanje, na katero iščemo odgovor ali pojasnilo. Namen raziskave z makroravni (IRSSV) je jasen – pridobiti vpogled v stanje izvajanja socialne oskrbe na domu na nacionalni ravni z vidika minimalno postavljenih standardov. Temu sta prilagojena vprašalnik in način zbiranja podatkov. Tudi raziskave z mezo- in mikroravni so večinoma opredelile namen – vpogled v kakovost delovnega življenja socialnih oskrbovalk (mezoraven) in merjenje zadovoljstva uporabnikov (mikroraven). V nekaterih raziskavah so jasno zapisani tudi raziskovalni cilji in hipoteze (večinoma diplomske naloge). Tako kot na makroravni so se tudi raziskave na mezoravni poslužile samoanketiranja, kar je glede na obravnavano populacijo povsem ustrezna metoda anketiranja; z namenom racionalizacije stroškov anketiranja predlagamo razmislek o uporabi spletne ankete namesto klasične tiskane. Pogoj je računalniška pismenost socialnih oskrbovalk in možnost dostopa do računalnika, kar jim ni vedno omogočeno. Na mikroravni so prav tako najpogosteje izvedli samoanketiranje, uporabili so tudi anketiranje na domu, kjer pa je zaradi anonimnosti in (ne)pristranskosti predvsem pomembno, da je anketar nekdo, ki ne oskrbuje anketirane osebe (torej ni socialna oskrbovalka). Anketirancem je namreč treba zagotoviti anonimnost, kar izpostavi tudi večina obravnavanih raziskav. Past klasičnega vs. spletnega samoanketiranja je npr. v možnosti prepoznati pisavo. Pri anketiranju uporabnikov

je treba zagotoviti, da njihovo mnenje ne bo razkrito in ne bo vplivalo na nadaljnje sodelovanje med njimi in socialnimi oskrbovalkami oz. na njihovo oskrbo, in jim s tem omogočiti, da resnično izrazijo svoje subjektivne izkušnje in mnenja. Ena izmed možnosti je, da lahko rešeno anketo vrnejo po pošti in ne preko socialne oskrbovalke, ali vsaj v zapečateni ovojnici. Proučiti je treba, kako najbolj objektivno izvesti anketiranje, in sicer na način, da lahko anketiranci sproščeno in iskreno odgovarjajo. Enako velja, ko anketiramo socialne oskrbovalke, medtem ko so podatki na makroravni javni.

Pri pripravi vzorca je treba skrbno proučiti populacijo, ki jo obravnavamo, in njene značilnosti. V primeru socialnih oskrbovalk lahko v vzorec zajamemo celotno populacijo, saj gre za manjšo populacijo, ki naj bi bila zainteresirana za sodelovanje pri ocenjevanju svojih delovnih okoliščin. Gre tudi za populacijo, do katere imamo dostop. Po končanem anketiranju mora biti jasen podatek o številu enot v populaciji, številu enot v vzorcu in razlogu osipa pri anketiranju, saj so to pomembne informacije pri opredeljevanju reprezentativnosti vzorca. Podobno velja pri anketiranju uporabnikov, kjer npr. za to, da v vzorec ne vključimo celotne populacije, temveč kak del populacije namenoma izpustimo iz vzorca (ti. izbran vzorec), nujno potrebujemo tudi informacijo o številu vključenih v vzorec pred in po anketiranju. Navedeni podatki so potrebni za izračun npr. stopnje anketiranja in odgovora, ki sta pomembni meri kakovosti raziskave v smislu zagotavljanja zunanje veljavnosti. Cilj vsake raziskave je namreč zagotoviti čim višje stopnje odgovora in anketiranja ter s tem zagotoviti reprezentativnost. Ta pogoj npr. absolutno izpolnjuje raziskava na makroravni, saj dosega popoln zajem podatkov, je reprezentativna in predstavlja stanje na nacionalni ravni. Poleg izračunavanja različnih stopenj, ki je eno izmed meril kakovosti, je, kot za raziskovalce zdravstvenih storitev trdita Halbesleben in Whitman (2013), tudi za raziskovalce socialnih storitev pomembno proučiti resnični vpliv neodgovora na pridobljene podatke in interpretacijo. Menita, da lahko pride do pristranskosti zaradi neodgovora in zaključki v tem primeru ne bi odražali stanja celotne populacije. Če določen delež uporabnikov socialne oskrbe na domu npr. ni odgovarjal na vprašalnik zaradi psihofizičnih (ne)zmožnosti, potem ta delež populacije uporabnikov najverjetneje ni primerljiv s tistim deležem, ki je zmožen odgovarjati na vprašalnik. Vprašalnik je tudi tipično uporabljen merski instrument v raziskavah z vseh ravni, kar je za obravnavano tematiko pričakovano in ustrezno – posnetek stanja na nacionalni ravni (makro), merjenje zadovoljstva uporabnikov (mikro) in delovnega življenja socialnih oskrbovalk (mezo). Večinoma gre torej za kvantitativne raziskave, poleg

tega smo identificirali in analizirali še 2 kvalitativni (intervju) ter 2 z integrirano metodologijo (vprašalnik in intervju).

Poleg raziskovalnega načrta, ki smo ga pravkar analizirali, je z metodološkega vidika izredno pomembna tudi tehnika oblikovanja vprašanj. Od merskega instrumenta je poleg vzorčenja namreč odvisen ves nadaljnji potek raziskave, predvsem pa rezultati raziskave, ki so gonilo ukrepanja in odločanja in za katere si prav iz tega razloga želimo, da so v največji meri dejanski. Pri pregledovanju kvantitativnih raziskav, tj. vprašalnikov in interpretacije pridobljenih podatkov, smo na mezo- in mikroravni zaznali različne pristope in tehnike oblikovanja vprašanj. Izkazalo se je, da so si vprašalniki oz. posamezna vprašanja med seboj praviloma različna ter da so pripravljalci vprašalnikov različno metodološko usposobljeni. Iz tega razloga na podlagi pregleda priporočamo nekatere v nadaljevanju predstavljene metodološke prijeme. Gre sicer za enostavna in preprosta priporočila, ki pa po drugi strani lahko bistveno izboljšajo merjenje in dajo bolj verodostojne rezultate:

- nekatere lestvice v vprašalnikih so slabo zastavljene, saj se npr. velik delež odgovorov kopiči v kategoriji »drugo«, kar lahko nakazuje, da v lestvico niso bile zajete primerne kategorije. Opozarjamo, da je pri oblikovanju možnih odgovorov v vprašalniku treba temeljito proučiti pojav, ki ga merimo, in na osnovi razmisleka ponuditi primerne in realne možne odgovore. V nekaterih primerih menimo, da bi bilo v prvi fazi treba raziskati pojav na kvalitativen način (lahko npr. z odprtimi odgovori), kar bi omogočilo celosten vpogled, v nadaljevanju pa na podlagi teh ugotovitev oblikovati ustrezno nominalno lestvico z vnaprej podanimi možnimi odgovori. Poleg tega opazamo, da so vprašanja ponekod oblikovana neprecizno in da lahko anketiranci zaradi tega različno razumejo navodilo. V primeru, kjer je na vprašanje možnih več odgovorov, je treba v navodilih na to posebej opozoriti;
- predlagamo numerično merjenje določenih spremenljivk (kot sta npr. starost in število let delovne dobe). Ta način namreč omogoča več različnih nadaljnjih izračunov (kot so npr. povprečna vrednost, mediana, modus, minimalna in maksimalna vrednost in podobno) ter uporabo različnih bivariatnih in multivariatnih metod. Prednost takšnega merjenja je tudi v naknadnem oblikovanju razredov, tj. grupiranju podatkov;
- pri grupiranju enot (npr. uporabnik, socialna oskrbovalka) v razrede smo pri nekaterih raziskavah opazili nekaj nepravilnosti oz. pomanjkljivosti, zato poudarjamo, da morajo biti razredi določeni tako, da vsaka enota sodi natanko v 1 razred. Nobena izmed enot ne sme ustrezati lastnostim 2 razredov (npr. v primeru starosti 65 let in

manj, od 65 do 75 let) in za vsako izmed enot mora obstajati razred, v katerega jo lahko uvrstimo (nepravilno je npr. mlajši od 65 let; od 66 do 76 let);

- v nekaterih raziskavah smo zasledili različne načine merjenja pogostosti, npr. s 3-stopenjsko mersko lestvico (npr. vedno, včasih, nikoli), s 5-stopenjsko (vedno, pogosto, včasih, redko, nikoli). Pri tej lestvici sta fiksni le prva (vedno) in zadnja (nikoli) kategorija, vmesne kategorije so lahko subjektivna ocena. V primeru, da npr. merimo pogostost prejemanja storitve, predlagamo bolj uravnovešeno in simetrično frekvenčno lestvico: dnevno, tedensko, mesečno, manj pogosto, nikoli. Opozarjamo tudi na oblikovanje lestvic na način, da si vrednosti smiselno in konsekutivno sledijo od npr. najmanj do najbolj pogostega in ne npr. na način: vsak dan v tednu, enkrat na teden, večkrat na teden, občasno, nikoli;
- v splošnem predlagamo, da se namesto 3-stopenjske uporablja 5-stopenjska lestvica z namenom, da se zagotovi večjo variabilnost med odgovori. Takšno lestvico se lahko *post festum* pretvori tudi v manj kategorij, če je to potrebno (npr. majhni numerusi). Naknadno lahko združimo prvi 2 in zadnji 2 kategoriji (npr. pri merjenju zadovoljstva ali strinjanja);
- v nekaterih raziskavah so pri ocenjevanju uporabili 4-stopenjske merske lestvice, npr. zelo dober, dober, slab, zelo slab ali zelo zadovoljen, zadovoljen, manj zadovoljen, nisem zadovoljen. Z metodološkega vidika v takšnih primerih predlagamo uporabo 5-stopenjske lestvice, kjer si bodo vrednosti sledile od najslabše do najboljše, podobno kot pri lestvici šolskih ocen. Takšna lestvica poleg negativnega in pozitivnega pola vsebuje še nevtralen položaj.

Kot smo videli, vrednotenje socialne oskrbe na domu poteka na različnih ravneh (na mikro-, mezo- in makroravni) in na različne načine. Raziskovalci oz. izvajalci so uporabili različne raziskovalne načrte in razvili različne merske instrumente, kar posledično onemogoča primerjavo rezultatov, ugotovitev posameznih vrednotenj in sklepanje na celotno populacijo socialnih oskrbovalk ter uporabnikov socialne oskrbe na domu. Celostno poznavanje področja je pomembno predvsem za ukrepe socialne politike pri zadovoljevanju potreb in zagotavljanju dostojnega življenja uporabnikov socialne oskrbe na domu. S tega vidika zagovarjamo koncept (vsaj do neke mere) poenotenega spremljanja oz. vrednotenja socialne oskrbe na domu. Tu mislimo predvsem na raziskave z mezo- in mikroravni, ki lahko podatke z makroravni jemljejo za orientir in primerjavo. Pri tem glede na izsledke analiziranih raziskav ugotavljamo:

- da med izvajalci socialne oskrbe na domu obstaja težnja po poenotenem načinu spremljanja zadovoljstva uporabnikov in socialnih oskrbovalk, kar je razvidno iz nekaterih poskusov poenotenja vprašalnikov ali vsaj določenih delov vprašalnika ter iz primerov poenotenega merjenja zadovoljstva, ki ga nudi Skupina Fabrika, raziskave in razvoj, d. o. o.;
- da je pri tem pomembno v vrednotenja vključiti identične koncepte (npr. izobrazbo, način zaposlitve, dostopnost, socialno oporo itd.) in jih izmeriti na identičen način (kazalniki, merske lestvice), saj s tem omogočimo tako vertikalno primerjavo med različnimi ravnmi (tj. izvajalec, občina, regija itd.) kot tudi horizontalno, npr. med različnimi izvajalci. Pri tem ne gre zgolj za primerjanje »uspešnosti« posamezne organizacije oz. kadra, temveč za raziskovanje strukturnih okoliščin in dejavnikov, ki vplivajo na izvajanje storitve. V nekem smislu primerjava lahko povzroči tekmovanje med izvajalci in posledično konkurenčnost med njimi;
- še pred tem pa je pomembno, da sta poenotena izvedba raziskave oz. vrednotenja in raziskovalni načrt. Za primerjavo ali sintezo različnih raziskav je npr. pomembno, da so izvedene v istem časovnem terminu, s čimer izločimo morebitne dejavnike, ki bi lahko vplivali na rezultat anketiranja (npr. sprejem ali sprememba zakonodaje s področja, ki lahko bistveno vpliva na zadovoljstvo uporabnika s storitvijo pred in po sprejetju). Pomembno je na enak način izvesti anketiranje – poštno, osebno, spletno itd. ter tudi, da je postopek izbire enot poenoten (celotna populacija, izbran vzorec);
- ugotavljamo, da so se praktično vse raziskave po svoje dotaknile koncepta dostopa, ki se je izkazal za pomembno razsežnost pri zagotavljanju kakovosti socialne oskrbe na domu. Glede na to dejstvo in glede na to, da je koncept dostopa do socialne oskrbe na domu kot pomemben prepoznani tudi v mednarodnem merilu (Garms-Homolova in drugi 2012, 58), predlagamo npr. merjenje dostopa po Penchansky in Thomas (1981), ki opredelita 5 razsežnosti dostopa: zaloga ali razpoložljivost, stopnja dostopnosti, ustreznost organiziranosti, cenovna dostopnost in raven sprejemljivosti (glej Poglavje 2.1). Predlagamo merjenje dostopa na način, kot smo ga na podlagi pričujoče analize operacionalizirali v okviru projekta *Oskrba starejših v skupnosti v Sloveniji*¹⁹⁹ in katerega rezultati bodo znani ob polletju 2014. Uporabniki na 5-stopenjski merski lestvici strinjanja (1 – sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – deloma se ne

¹⁹⁹ Gre za temeljni raziskovalni projekt (2011–2014), ki ga vodi dr. Valentina Hlebec s Fakultete za družbene vede. Pri projektu sodelujejo še Fakulteta za socialno delo, Filozofska fakulteta in Znanstvenoraziskovalni center Slovenske akademije znanosti in umetnosti.

strinjam, deloma se strinjam, 4 – strinjam se, 5 – popolnoma se strinjam) ocenijo trditve, ki merijo posamezne razsežnosti dostopa (raven sprejemljivosti, cenovno dostopnost, stopnjo dostopnosti, ustreznost organiziranosti, zalogo ali razpoložljivost) (glej Tabelo 6.3). Obenem je možno posamezne razsežnosti dostopa opazovati in meriti sinergično na vseh 3 obravnavanih ravneh (glej Tabelo 6.4.).

Predlagamo uporabo enotnega merskega instrumenta za vrednotenje socialne oskrbe na domu za uporabnike storitve in za socialne oskrbovalke. Nastavke za evalvacijo socialne oskrbe na domu lahko najdemo že npr. v Evalvaciji programov v socialnem varstvu – model in postopek izvedbe (Rode in drugi 2006), ki v praksi še niso bili preizkušeni. Na podlagi pričujoče analize smo za potrebe že prej omenjenega projekta *Oskrba starejših v skupnosti v Sloveniji* razvili 3 merske instrumente – vprašalnik za uporabnike in vprašalnik za socialne oskrbovalke in svojce ter jih preizkusili na terenu. Raziskava je trenutno še v teku, zato rezultati anketiranja še niso znani. Vsekakor gre za pomembno raziskavo, saj je prva, ki je izvedla anketiranje socialnih oskrbovalk in uporabnikov na nacionalni, reprezentativni ravni, in bo kot takšna lahko služila pripravi modela spremljanja kakovosti izvajanja oskrbe na domu. Pomembna je tudi z vidika vključitve svojcev v raziskavo. Na podlagi pričujoče analize obstoječih vrednotenj merjenja zadovoljstva uporabnikov (mikro raven) in delovnega življenja socialnih oskrbovalk (mezoraven) ter spremljanja izvajanja storitve na nacionalni ravni (makroraven), ki je v bistvu preliminarna faza širše raziskave, v Tabeli 6.3 predstavljamo predlog nabora kazalnikov. Na makroravni predlagamo vključitev nekaterih dodatnih kazalnikov, za mezo- in mikroraven pa navajamo splošen nabor kazalnikov, ki bi jih lahko uporabili izvajalci vrednotenj.

Tabela 6.3: Predlogi merjenja za vsako od treh ravni

MAKRORAVEN (predlogi za dodatne kazalnike)
Obseg storitve uporabnika v urah na teden.
Število uporabnikov, ki ne zmorejo plačila storitve (oprostitev plačila).
Delež bolniških odsotnosti socialnih oskrbovalk.
MEZORAVEN (predlog nekaterih splošnih kazalnikov)
<i>Demografija</i>
Spol (1 – moški; 2 – ženski).
Letnica rojstva.
Zakonski stan (1 – poročen; 2 – zunajzakonska skupnost; 3 – samski; 4 – ovdovel; 5 – ločen; 6 – drugo).
Ali imate otroke (1 – da; 2 – ne)? Če da, koliko?
Izobrazba (1 – brez šolske izobrazbe; 2 – nepopolna osnovnošolska izobrazba; 3 – osnovnošolska izobrazba; 4 – nižja ali srednja poklicna izobrazba; 5 – srednja strokovna izobrazba; 6 – srednja splošna izobrazba; 7 – višja strokovna izobrazba, višješolska izobrazba; 8 – visokošolska strokovna izobrazba; 9 – visokošolska univerzitetna izobrazba; 10 – specializacija; 11 – magisterij; 12 – doktorat).
<i>Zaposlitev</i>

Organizacija, v kateri ste zaposleni (1 – dom za starejše; 2 – center za socialno delo; 3 – posebni zavod ; 4 – javni zavod, ki izvaja oskrbo na domu; 5 – zasebni zavod, ki izvaja oskrbo na domu (koncesija, dovoljenje za delo); 6 – drugo (vpišite).
Formalni zaposlitveni status (1 – redno zaposlena – za nedoločen čas; 2 – redno zaposlen – za določen čas ; 3 – zaposlen preko javnih del; 4 – subvencionirana zaposlitev APZ; 5 – druga pogodbeni razmerja (opišite).
Število let skupne delovne dobe; kot socialna oskrbovalka in kot socialna oskrbovalka v organizaciji, kjer sem trenutno zaposlena.
Zadovoljstvo z osebnim dohodkom (5 – stopenjska lestvica zadovoljstva).
<i>Delovni čas</i>
Ali delo opravljate tudi v popoldanskem in večernem času, ob sobotah, nedeljah, praznikih (1 – da; 2 – ne)?
<i>Usposabljanje in izobraževanje</i>
Kako usposobljeno se počutite za delo, ki ga opravljate (1 – sploh ne usposobljeno; 2 – neusposobljeno; 3 – deloma neusposobljeno, deloma usposobljeno; 4 – usposobljeno; 5 – zelo usposobljeno)?
Ali imate opravljen verificiran program usposabljanja za socialno oskrbo na domu (1 – da; 2 – ne)?
Ali imate pridobljen NPK: certifikat socialne oskrbovalke (1 – da; 2 – ne)?
Ali menite, da so usposabljanja in izobraževanja pomembna za vaše delo? (5-stopenjska lestvica pomembnosti)
<i>Delovna situacija</i>
<i>Vidiki delovne situacije (5-stopenjska lestvica zadovoljstva)</i>
Delovna situacija na splošno.
Medsebojni odnosi v kolektivu.
Odnos z nadrejenimi.
Možnosti napredovanja.
Podpora, ki mi jo nudi organizacija.
Možnost soodločanja pri delu.
Varnost zaposlitve.
Možnost strokovnega razvoja in izobraževanja.
Svoboda in samostojnost pri delu.
Delovni čas oz. urnik dela.
Možnost izkoriščanja lastnih znanj in sposobnosti.
Odnos z uporabniki.
Odnos s svojci.
Možnost razvoja kariere.
Možnost uporabe in količina zaščitnih sredstev in opreme pri delu.
<i>Pogostost obremenjevanja dejavnikov oz. doživljanje naštetih težav (1 – nikoli; 2 – redko; 3 – včasih; 4 – pogosto; 5 – vedno)?</i>
Promet (vožnja, zastoji, iskanje parkirišča).
Časovna stiska.
Ročno premeščanje bremen (nad 20 kg).
Prisilna, utrujajoča drža.
Fizično zahtevno delo.
Težave s hrbtenico, križem.
Fizična utrujenost.
Prebavne težave.
Glavobol.
Občutek ogroženosti (npr. zaradi okužb, nalezljivosti bolezni itd.).
Psihično naporno delo.
Stresne situacije pri delu z uporabniki.
Občutek nemoči.
Občutek neučinkovitosti.
Nemir, zaskrbljenost.
Razdražljivost.
Nespečnost.
Utrujenost.
Pomanjkanje energije.
Pozabljivost.
Težave s koncentracijo.
Občutek negotovosti.

Občutek napetosti.
Depresija.
Žalost.
<i>Zadovoljstvo z delom (5-stopenjska lestvica strinjanja)</i>
Za delo sem zelo motivirana.
Delo mi prinaša zadovoljstvo.
Vodja PND bi morala bolj pogosto obiskovati uporabnike na njihovem domu.
Socialne oskrbovalke imamo preveč sestankov z vodjo PND.
Supervizije so izvedene pre pogosto.
Pri svojem delu se pogosto srečujem z nezadovoljnimi uporabniki.
Pri svojem delu se pogosto srečujem z nezadovoljnimi svojci.
Motijo me prevelike razdalje (km) med uporabniki.
Moti me, ker delam s preveč uporabniki.
Želim si več časa za delo z enim uporabnikom.
Želim si, da bi bilo skrbstveno delo bolj cenjeno.
Težko usklajujem družinske in delovne obveznosti.
Menim, da je moje delo pomembno pri povezovanju ljudi v lokalni skupnosti, občini.
<i>Delo na terenu</i>
<i>Službe in osebe na terenu (pogostost sodelovanja (1 – vsak dan v tednu; 2 – večkrat na teden; 3 – enkrat na teden; 4 – redkeje; 5 – nikoli); zadovoljstvo z odnosom na 5-stopenjski lestvici zadovoljstva).</i>
Sodelavke – socialne oskrbovalke.
Vodja pomoči na domu.
Direktor organizacije.
Ostali delavci/zaposleni v organizaciji.
Patronažna služba.
Zdravnik.
Ostali delavci v zdravstvu (v bolnicah, v domovih za stare).
Ostali delavci v socialni (CSD, dom za stare, posebni zavod).
Nevladne organizacije (Karitas, Rdeči križ ipd.).
Lokalna skupnost, občina.
Župnik.
Prostovoljci.
Svojci uporabnikov.
Sosedje uporabnikov.
<i>Pogosto opravljanja opravil (1 – vsak dan v tednu; 2 – večkrat na teden; 3 – enkrat na teden; 4 – redkeje; 5 – nikoli).</i>
Dostava kosila na dom.
Nakupovanje, nabava živil.
Kuhanje, priprava obroka.
Pomivanje posode.
Osnovno čiščenje bivalnega dela prostorov, odnašanje smeti.
Postiljanje in osnovno čiščenje spalnega prostora.
Vzdrževanje in nega osebnih ortopedskih pripomočkov.
Nakup in jemanje zdravil.
Pomoč pri oblačenju/slačenju.
Pomoč pri leganju v posteljo in iz nje.
Pomoč pri umivanju/kopanju.
Pomoč pri uporabi stranišča in kopalnice.
Pomoč pri hranjenju.
Vzpostavlanje socialne mreže z okoljem, s prostovoljci in sorodstvom.
Spremljanje upravičenca pri opravljanju nujnih obveznosti.
Informiranje ustanov o stanju in potrebah upravičenca.
Priprava na institucionalno varstvo.
Vodenje finančnih zadev (na primer plačevanje računov).
Prevoz uporabnikov.
Družabništvo.
Spremljanje pri obiskih trgovin, sorodnikov ali na počitnicah.

Pranje in likanje.
Temeljito čiščenje stanovanja, opremljanje.
Pedikerske, frizerske in druge podobne storitve.
Vzdrževanje vrta in okolice stanovanja.
MIKRORAVEN (predlog nekaterih splošnih kazalnikov)
<i>Demografija</i>
Spol (1 – moški; 2 – ženski).
Letnica rojstva.
Zakonski stan (1 – poročen; 2 – zunajzakonska skupnost; 3 – samski; 4 – ovdovel; 5 – ločen; 6 – drugo).
Izobrazba (1 – brez šolske izobrazbe; 2 – nepopolna osnovnošolska izobrazba; 3 – osnovnošolska izobrazba; 4 – nižja ali srednja poklicna izobrazba; 5 – srednja strokovna izobrazba; 6 – srednja splošna izobrazba; 7 – višja strokovna izobrazba, višješolska izobrazba; 8 – visokošolska strokovna izobrazba; 9 – visokošolska univerzitetna izobrazba; 10 – specializacija; 11 – magisterij; 12 – doktorat).
Občina bivanja.
Tip gospodinjstva (1 – samsko/enočlansko (živim sam); 2 – par brez otrok (živim s partnerjem); 3 – par brez otrok, partner živi v institucionalnem varstvu; 4 – par z otroki (živiva z otroki); 6 – z drugimi ljudmi).
Število oseb v gospodinjstvu.
Shajanje z dohodkom (1 – s sedanjimi dohodki se lahko brez težav preživljamo; 2 – s sedanjimi dohodki ravno še shajamo; 3 – s sedanjimi dohodki se le težko preživljamo; 4 – s sedanjimi dohodki se izredno težko preživljamo; 5 – ne vem).
<i>Pogostost stikov z osebami, ki so vam blizu (1 – dnevno; 2 – tedensko; 3 – mesečno; 4 – manj pogosto; 5 – nikoli; 6 – ni take osebe)</i>
Sin.
Hči.
Vnuk/-inja .
Snaha.
Zet.
Brat ali sestra.
Drug sorodnik.
Prijatelj.
Sosed.
<i>Pomoč pri vsakodnevni aktivnostih (1 – ne potrebujem pomoči; 2 – družinski član; 3 – sosed; 4 – socialna oskrbovalka; 5 – patronažna sestra; 6 – nekdo drug).</i>
Obiskovanje aktivnosti, srečanj, hobijev.
Spremljanje pri obiskovanju prijateljev in družine.
Spremljanje pri opravkih (na primer v knjižnici, banki).
Organiziranje obiskov (na primer pri zdravniku).
Prevoz do storitev, institucij in podobno.
Iskanje informacij o različnih storitvah.
Vodenje finančnih zadev (na primer plačevanje računov).
Nudnje finančne podpore (denar).
Manjša hišna popravila ali prenove, vrtnarjenje.
Nakupovanje, nabava živil.
Kuhanje, priprava obrokov, dostava kosila na dom.
Pomivanje posode.
Čiščenje bivalnih prostorov, odnašanje smeti.
Postiljanje, čiščenje spalnih prostorov.
Pranje perila, likanje.
Nakup in jemanje zdravil, nakup zdravstvenih pripomočkov.
Vzdrževanje in nega ortopedskih pripomočkov.
Leganje v posteljo in iz nje.
Oblačenje, slačenje.
Umivanje celega telesa in kopanje.
Uporaba stranišča in kopalnice.
Hranjenje.
<i>Raven sprejemljivosti – razsežnost dostopa (5-stopenjska lestvica strinjanja)</i>
Socialni oskrbovalki lahko zaupam.

Socialna oskrbovalka pri oskrbi uporablja ustrezne pripomočke.
Socialna oskrbovalka dobro opravlja svoje delo.
Socialna oskrbovalka, ki izvaja pomoč na domu, ima dober odnos.
<i>Cenovna dostopnost – razsežnost dostopa (5-stopenjska lestvica strinjanja)</i>
Zmogel bi plačati večji obseg pomoči na domu.
Občina sofinancira pomoč na domu v dovolj velikem obsegu.
Pomoč na domu zmorem v celoti plačati sam.
Cena pomoči na domu je ustrezna.
<i>Stopnja dostopnosti – razsežnost dostopa (5-stopenjska lestvica strinjanja)</i>
Organizacija, ki nudi pomoč na domu, se nahaja blizu mojega doma.
<i>Ustreznost organiziranosti – razsežnost dostopa (5-stopenjska lestvica strinjanja)</i>
Z izvajalci pomoči na domu lahko enostavno pridem v stik oz. se z njimi dogovorim za srečanje.
Časovni termini, ko prejemam pomoč na domu, so primerni.
Pomoč na domu se izvaja v skladu z dogovorom.
Pomoč na domu se izvaja kakovostno.
Vedno sem seznanjen s tem, katera oskrbovalka bo prišla.
Socialna oskrbovalka ostaja dovolj časa.
Socialna oskrbovalka prihaja točno.
<i>Zaloga ali razpoložljivost – razsežnost dostopa (5-stopenjska lestvica strinjanja)</i>
Pomoč na domu prejemam dovolj pogosto.
Vedno prejmem ustrezno pomoč.
Prejmem zadostno število ur pomoči na domu, da zadostim svojim potrebam.
V primeru, da nenadoma nujno potrebujem pomoč na domu, jo enostavno pridobim.
Pomoč na domu je enostavno pridobiti.
Informacije o tem, kje lahko pridobim pomoč na domu, so dostopne in jasne.
<i>Informacije o storitvi</i>
Kje ste dobili informacije o socialni oskrbi na domu (1 – od osebnega zdravnika v zdravstvenem domu; 2 – od sestre v zdravstvenem domu; 3 – od patronažne sestre; 4 – od socialne oskrbovalke oziroma vodje pomoči na domu; 5 – od socialne delavke na centru za socialno delo; 6 – od društva upokojencev ali v informacijskem centru; 7 – na občini; 8 – informacije o storitvah sem pridobil sam iz medijev (radio, televizija, časopis, internet); 9 – ljudje, ki so mi blizu, ali moji bližnji sorodniki so mi svetovali ali pridobili informacije in storitve zame; 10 – od prostovoljcev; 11 – od drugod (vpišite)?

Podrobno smo pregledali metodološke značilnosti raziskav z vseh 3 ravni in podali priporočila za vrednotenje socialne oskrbe na domu tako na makro- kot tudi na mezo- in mikroravni. V nadaljevanju predstavljamo še vsebine, ki smo jih identificirali na različnih ravneh in so služile kot osnova pri oblikovanju predlogov kazalnikov (glej Tabelo 6.4), nato pa sinergično opišemo še ključne vsebinske ugotovitve analiziranih raziskav.

Tabela 6.4: Sinergija obravnavanih področij na makro, mezo- in mikroravnju

Makro	Mezo	Mikro
Uporabniki (spol, starost, pogoj za upravičenost do storitve, demenca)	/	Sociodemografske značilnosti uporabnikov, zdravstveno stanje in fizična zmožnost, vzrok za vključitev, čas vključenosti uporabnika v storitev
/	/	Zaloga ali razpoložljivost (informiranost o storitvi)
/	/	Socialno omrežje/stiki, osamljenost uporabnikov
Struktura storitve (pomoč pri temeljnih dnevnih opravilih, gospodinjska pomoč, pomoč pri ohranjanju socialnih stikov)	Storitve in opravila, ki jih opravljajo socialne oskrbovalke	Prejemanje storitev in zadovoljstvo z njimi
/	/	Zaloga ali razpoložljivost (pogostost prejemanja, obseg storitve)
Struktura cene (veljavna cena za uporabnika, ekonomska cena, delež cene storitve in celotni stroški storitve glede na občino, državo in uporabnika)	/	Cenovna dostopnost (primernost cene, plačevanje storitve)
Profil socialne oskrbovalke (sociodemografske značilnosti)	Spol, starost, izobrazba in usposobljenost socialnih oskrbovalk	/
Status socialnih oskrbovalk (število zaposlitev za vodenje in koordiniranje storitve ter za neposredno socialno oskrbo, zaposlitveni status, soočanje s pomanjkanjem kadra)	Zaposlitveni in finančni status socialnih oskrbovalk	/
	Zdravstveno stanje socialnih oskrbovalk	/
Izvajanje oskrbe (povprečno število obiskov izvajalke pri 1 uporabniku na mesec, učinkoviti čas 1 obiska pri uporabniku, povprečno število učinkovitih ur na 1 oskrbovalko na mesec, število uporabnikov, ki prejema storitev občasno istočasno od 2 socialnih oskrbovalk)	Težave pri delu, motivacija za delo, stresne situacije, želje v zvezi z opravljanjem dela in zadovoljstvo	Ustreznost organiziranosti (organizacija dela)
Sodelovanje s patronažno službo	Odnosi v kolektivu (sodelavci, vodstvo) in z drugimi organizacijami na terenu	/
/	Odnosi z uporabniki in svojci	Raven sprejemljivosti (zadovoljstvo z delom in odnosom socialnih oskrbovalk, lastnosti socialnih oskrbovalk)
Delovni čas (kdaj se storitev izvaja in za koliko uporabnikov, koliko uporabnikov potrebuje izvajanje v povečanem obsegu dopoldne, popoldne, ob sobotah, nedeljah in praznikih)	Delovni čas socialnih oskrbovalk	Ustreznost organiziranosti (termini prejemanja storitve in zadovoljstvo, dodatne potrebe glede na termin)
Prejemanje denarnega dodatka (DPP, DTP) in storitev patronažne službe		Kdo uporabnikom še nudi pomoč, kdo jo je nudil pred vključitvijo v storitev, druge oblike storitev
Potrebe po storitvi (zavrnitev potencialnih uporabnikov, ocena potreb po storitvi)	Storitve in opravila, ki jih uporabniki ne prejmejo	/

Glede na makro- in mikroraven podatkov ugotavljamo, da sta med uporabniki socialne oskrbe na domu približno dve tretjini žensk in da so uporabniki v povprečju stari okoli 78 let. Na podlagi raziskav z mikroravni nadalje ugotavljamo, da je več kot polovica ovdovelih in približno toliko jih tudi živi sama. Zaznavamo, da uporabniki socialne oskrbe na domu večinoma živijo v lastniških enotah in da so na dom navezani, kar je pomembno sporočilo za socialno in stanovanjsko politiko. Uporabniki prihajajo iz različnih občin, okolij, krajev, tj. z različno stopnjo urbaniziranosti, kar posledično zahteva različne pristope k oskrbi, vezane predvsem na dostopnost (oddaljenost, čas vožnje do uporabnika ipd.). Ruralno in urbano območje se običajno razlikujeta tudi v stopnji preskrbljenosti z informacijami ter opremljenosti z infrastrukturo; mesto je običajno tisto, ki nudi več različnih vrst organizirane pomoči. Od kraja bivanja pa je navsezadnje odvisna tudi cena storitve. Dohodek uporabnikov je predvsem vezan na pokojnino (starostno, vdovsko, invalidsko) in druge prejemke (denarne dodatke), manjši delež uporabnikov prejema tudi denarno socialno pomoč. Obstaja določen delež uporabnikov, ki s svojimi prihodki komaj shajajo, kar lahko posledično vpliva na zmožnost plačevanja različnih uslug in storitev, tudi socialne oskrbe na domu, ter na obseg storitve, ki so si ga še zmožni plačati. Uporabniki so v storitev vključeni različno dolgo; iz raziskav izhaja, da obstaja le majhen delež uporabnikov, ki bi bil v storitev vključen nad 7 let. V storitev se vključujejo vedno novi uporabniki, opazna je precejšnja fluktuacija uporabnikov (odhod v dom za starejše, smrt ipd.).

Večina uporabnikov socialne oskrbe na domu je glede na podatke raziskav z mikroravni pokretnih ali vsaj delno pokretnih, nepokretnih je od 4 % (CSD Piran 2010) do 17 % (CSD Ljutomer 2011), v povprečju pa 8 %. Zdravstveno stanje oz. bolezen je eden izmed glavnih vzrokov za vključitev v socialno oskrbo na domu. Informiranje uporabnika o možnosti vključitve v storitev pa se najpogosteje odvija znotraj triade neformalno omrežje – zdravstveno osebje – osebje CSD. Pomembno vlogo pri tem pa imajo tudi mediji in društva upokojencev.

Ugotavljamo, da imajo uporabniki socialne oskrbe na domu po podatkih raziskave Zemljak in Nagode (2011) majhna socialna omrežja, torej se po podporo in pomoč obračajo na ozek krog ljudi. Ta krog je običajno sestavljen iz triade otroci – sosedje – bratje/sestre. Da imajo uporabniki (dolgotrajne oskrbe) majhna in na ozek krog ljudi omejena omrežja, ugotavljajo tudi Flaker in drugi (2008, 263). Večina uporabnikov ima dokaj redne (dnevne ali tedenske)

stike s svojci. Med uporabniki socialne oskrbe na domu je moč zaznati tudi osamljenost, ki pa je predvsem pogostejša pri tistih, ki živijo sami.

Struktura storitve, ki jo prejemajo uporabniki, je bila v analiziranih raziskavah na mikroravni izmerjena različno, zato sumarnih ugotovitev na tem mestu kljub njeni pomembnosti ne moremo povzeti. Dodajamo podatek IRSSV, da je ob koncu leta 2012 85 % uporabnikov prejelo gospodinjsko pomoč, 70 % pomoč pri ohranjanju socialnih stikov in 58 % pomoč pri temeljnih dnevnih opravilih (Nagode in Lebar 2013). Struktura storitve najboljše opredeljuje storitev samo, zato je poznavanje načinov in vsebin storitve bistvenega pomena za nadaljnji razvoj socialne oskrbe na domu. Na pomen vsebine storitve opozarjajo tudi podatki z mezoravni, saj ugotavljamo, da socialne oskrbovalke v sklopu socialne oskrbe na domu ponekod opravljajo tudi zgolj servisna opravila, ki ne sodijo v sklop socialne oskrbe, kar lahko interpretiramo kot opozorilo na pomanjkanje nekaterih, torej servisnih storitev v določenih okoljih. Na netransparentno prepletanje socialne oskrbe na domu in socialnega servisa opozarja tudi analiza IRSSV (Nagode in Kovač 2013).

V nekaterih raziskavah z mikroravni so preverili obseg in pogostost prejetja storitve in zadovoljstvo uporabnikov s tem. Izkaže se, da veliko uporabnikov storitev prejema dokaj pogosto (dnevno), sicer pa je frekvenca prejetja različna. Obseg storitve jim večinoma zadostuje, v manjšem deležu pa se pojavljajo tudi takšni, ki bi želeli oz. potrebovali več storitve. Nekateri si večjega obsega ne morejo privoščiti. S časom trajanja obiska so uporabniki v povprečju zadovoljni. Ocenjujemo, da ta najpogosteje traja 1 uro (za približno 50 do 60 % uporabnikov), v nekoliko manjši meri pa 2 uri (približno tretjina uporabnikov). Zaradi različnih pristopov k merjenju pogostosti in obsega socialne oskrbe na domu na mikroravni lahko o tem podamo le grobo oceno. Ker je to pomemben podatek za socialno politiko, še posebej ob napovedih glede spremembe zakonodaje (npr. uvedba zakona za dolgotrajno oskrbo), priporočamo, da se tudi na makroravni zbiranja podatkov uvede kazalnik o pogostosti in obsegu socialne oskrbe na domu.

Podatki IRSSV zgovorno kažejo, da se cena storitve med občinami bistveno razlikuje, od tega, da je storitev v nekaterih občinah za uporabnike brezplačna, do tega, da lahko znaša celo približno 10 EUR na uro. Posledično tudi raziskave na mikroravni prihajajo do različnih ugotovitev. Načeloma ugotavljamo, da se zdi večini uporabnikov cena, ki jo plačujejo za oskrbo na domu, primerna, ustrezna, sprejemljiva. Obstaja pa določen delež uporabnikov,

med raziskavami se sicer precej razlikuje, ki ocenjujejo, da cena ni primerna oz. da je strošek storitve previsok. V tem primeru obstaja verjetnost, da si tega, kljub temu da potrebujejo večji obseg storitve, ne morejo privoščiti. Rečemo lahko, da si večina uporabnikov storitev plačuje sama, nekaterim pomagajo tudi svoji oz. občina. Smiselno se zdi tudi na makroravni uvesti spremljanje števila uporabnikov, ki ne zmorejo plačila storitve in ki jim pri tem deloma ali v celoti pomaga občina.

Preden pregledamo karakteristike izvajanja socialne oskrbe s 3 različnih zornih kotov (makro, mezo, mikro), na kratko predstavimo profil socialne oskrbovalke. To so v največji meri ženske srednje generacije (v povprečju stare okrog 40 let), kar potrjujejo tako makropodatki kot tudi pričujoča analiza vrednotenij z mezoravni. V povprečju imajo srednjo ali poklicno izobrazbo in so večinoma dodatno usposobljene za delo. Po mnenju socialnih oskrbovalk imajo organizacije do dodatnega in rednega izobraževanja ter usposabljanja dokaj različno držo. Ob tem pa socialne oskrbovalke soglašajo, da so dodatna izobraževanja in usposabljanja potrebna in koristna. Posebej velja izpostaviti potrebo po specifičnih izobraževanjih na temo demence, saj je med uporabniki socialne oskrbe na domu precejšen delež dementnih. Po oceni IRSSV je bila namreč ob koncu leta 2012 približno četrtnina uporabnikov z demenco (ne glede na stadij) (Nagode in Lebar 2013).

Poklic socialne oskrbovalke lahko okarakteriziramo kot feminiziran pomagajoči poklic. V začetku so ga spodbujali predvsem z javnimi deli in drugimi oblikami APZ, kar je posledično vplivalo na visok delež nestabilnih zaposlitev. V zadnjem času beležimo porast rednih oblik zaposlitev (Nagode in drugi 2012), vendar se kadrovanje od organizacije do organizacije močno razlikuje. Na podlagi naše analize se je izkazalo, da sta približno dve tretjini (67 %) socialnih oskrbovalk zaposleni za neodločen čas, kar sovpada tudi s podatkom IRSSV (Nagode in drugi 2012). Kljub navedenim dejstvom pa na podlagi raziskav z mezoravni ugotavljamo, da so socialne oskrbovalke s svojim plačilom za delo dokaj nezadovoljne, omenjajo tudi, da je plača glede na težavnost dela, ki ga opravljajo, neprimerna (npr. Vudrag 2009).

Po podatkih IRSSV se je ob koncu leta 2011 slaba petina občin (Nagode in drugi 2012) soočala s pomanjkanjem kadra za izvajanje socialne oskrbe na domu, ob koncu leta 2012 pa dobra desetina občin (Nagode in Lebar 2013). Navajajo različne in večplastne razloge. Poudarijo npr., da je problem v nihajočem številu uporabnikov, saj se povpraševanje po

storitvi lahko nenadno poveča ali zmanjša. Po drugi strani gre za fizično zahtevno delo ob včasih nestandardnem in neenakomerno porazdeljenem delovnem času. Beležijo tudi težave pri pridobivanju kadra z ustreznimi karakternimi značilnostmi in ustrezno usposobljenostjo, opozarjajo pa tudi na težave zaradi pogostih bolniških odsotnosti. Ko smo analizirali raziskave z mezoravni, smo ugotovili, da socialne oskrbovalke srednje prenašajo fizični napor, sicer pa se počutijo dokaj zdravo – fizično in psihično. Med pogostejšimi (zdravstvenimi) težavami, ki jih pestijo, smo identificirali utrujenost, glavobol, nespečnost in težave s hrbtenico. Glede na navedeno ugotavljamo, da so se zdravstvenega stanja socialnih oskrbovalk, ki je pomemben element kakovostnega življenja, dotaknile zgolj nekatere raziskave na mezoravni (Tabela 6.4). Iz tega razloga priporočamo umestitev kazalnika, vezanega na zdravstveno stanje socialnih oskrbovalk, tudi na makroraven spremljanja izvajanja socialne oskrbe na domu (npr. delež bolniških odsotnosti).

Glede izvajanja socialne oskrbe na domu razpolagamo s podatki, zbranimi na vseh 3 ravneh, ki se med seboj dopolnjujejo. Z uporabniškega vidika v splošnem ugotavljamo, da so uporabniki večinoma zadovoljni s socialno oskrbo na domu in da na zadovoljstvo najbolj vpliva odnos socialne oskrbovalke, sledita dobro izvajanje nege in točnost njenega prihoda. Tudi z organizacijo oskrbe so v splošnem zadovoljni; izražajo visoko stopnjo zadovoljstva z dogovarjanjem o različnih zadevah v zvezi z oskrbo in upoštevanjem njihovih želja. To pa ni pravilo. Moteči dejavniki so lahko pomanjkljivo obveščanje o spremembah, menjava oskrbovalk, sprememba urnika ipd. Po drugi strani je na podlagi raziskav z mezoravni zanimiv podatek o motiviranosti socialnih oskrbovalk za delo, ki je, kot kaže, precej visoka. Pri tem se kot najmočnejši motivacijski dejavnik izkaže zadovoljstvo uporabnikov in njihovih svojcev. Vsekakor ne moremo tudi mimo stresa, ki ga oskrba prinaša socialnim oskrbovalkam in ki ni zanemarljiv. Med dejavniki stresa lahko na podlagi raziskav identificiramo veliko število uporabnikov, urnik dela, plačilo za delo, odnos z uporabniki in svojci ter čas, ki je na voljo do prihoda med uporabnike. Pri razbremenjevanju jim lahko pomaga pogovor (s sodelavci, z nadrejenimi, s prijatelji) pa tudi rekreacija in različne sprostitvene tehnike. Tudi na makroravni podatek o številu uporabnikov na 1 oskrbovalko (8,2 v letu 2011) opozarja na to, da so lahko socialne oskrbovalke pri svojem delu preobremenjene (Nagode in drugi 2012).

Pomemben element delovnega življenja socialnih oskrbovalk je tudi delovni kolektiv (sodelavci in nadrejeni), saj je dober odnos v kolektivu potreben pogoj za uspešno delo. Ugotavljamo, da socialne oskrbovalke te odnose ocenjujejo kot pomembne in da so z njimi

večinoma zadovoljne. Vir zadovoljstva prinašajo predvsem iskreni odnosi, dobra motivacija za delo in zaupanje. Od svojih nadrejenih pa socialne oskrbovalke pričakujejo predvsem hitro odzivnost ob pojavu težave na terenu, pravičnost in zaupnost. Poleg odnosov znotraj organizacije so pomembni tudi dobro sodelovanje in dobri odnosi z drugimi organizacijami, ki delujejo v domačem okolju uporabnika. Raziskave na mezoravni so tem odnosom posvetile le malo pozornosti. Kljub temu ugotavljamo, da socialne oskrbovalke na terenu sodelujejo z različnimi akterji, od lekarniških delavcev, Karitasa, domov za starejše do patronažne službe. Slednja je z vidika integrirane in koordinirane socialne in zdravstvene oskrbe izrednega pomena. Glede na makropodatke je v letu 2008 velika večina izvajalcev in občin dobro (46,7 %) oziroma zelo dobro (44,7 %) sodelovala s patronažno službo (Smolej in drugi 2008b). Predlagamo, da se kazalnik sodelovanja s patronažno službo sistematično uvede tako na raven makro- kot tudi mezopodatkov.

Za delo socialnih oskrbovalk pa je predvsem pomemben odnos z uporabniki socialne oskrbe na domu in njihovimi svojci. Socialne oskrbovalke ga ocenjujejo kot zelo pomemben in so v povprečju z njim zadovoljne. Menijo, da uporabniki in njihovi svojci njihovo delo v povprečju ocenjujejo kot dobro in ga cenijo. Raziskave na mezoravni, ki smo jih analizirali, se odnosa z uporabniki in svojci v glavnem dotaknejo zgolj v splošnem, ne osredotočajo pa se na vire (ne)zadovoljstva in morebitne stiske ali radosti, ki ga ti odnosi povzročajo in prinašajo. Več pozornosti tem odnosom, sicer z druge – uporabniške perspektive, posvečajo raziskave na mikroravni, kjer ugotavljamo, da so uporabniki v splošnem v povprečju dokaj zadovoljni z delom in odnosom socialnih oskrbovalk. Uporabniki pri socialnih oskrbovalkah predvsem cenijo prijaznost, poštenost, potrpežljivost, točnost in zgovornost. Večino uporabnikov pri socialnih oskrbovalkah ne moti nič. Poleg tega menijo, da oskrbovalke upoštevajo njihove želje in naredijo tisto, kar uporabniki želijo. Stopnja zaupanja je visoka, socialne oskrbovalke izkazujejo spoštovanje do uporabnikov.

Delovni čas obravnavajo raziskave z vseh 3 ravni. Na podlagi raziskav z mezoravni ugotavljamo, da je urnik dela lahko eden izmed pomembnih dejavnikov stresa socialnih oskrbovalk, kar pa je predvsem odvisno od delovnega časa posamezne organizacije in zakonskih omejitev (zaradi starosti in majhnih otrok npr. ni treba delati popoldan, zvečer, ob vikendih). Izsledki raziskav z mikroravni po drugi strani kažejo, da so uporabniki s termini socialne oskrbe na domu v povprečju zadovoljni. Tisti, ki si želijo oskrbe tudi ob vikendih in praznikih, zanjo večinoma ne zaprosijo zaradi višje cene ob teh terminih. Na makroravni pa

ugotavljamo, da je urnik dela po občinah in pri različnih izvajalcih drugačen. Po podatkih IRSSV (Nagode in druge 2012b) je v letu 2011 približno 40 % občin uporabnikom zagotavljalo socialno oskrbo na domu le med tednom in samo v dopoldanskem času, 40 % občin pa vsak dan dopoldne in popoldne. Ob tem ugotavljajo, da zagotavljanje socialne oskrbe na domu oz. dostopnost storitve vse dni v letu in v popoldanskem času še vedno ostaja problem.

Poleg socialnih oskrbovalk uporabnikom pomoč nudijo tudi drugi. V okviru neformalne mreže so to običajno otroci in drugi člani sorodstva, v manjši meri tudi prijatelji in sosedje. Med formalno organiziranimi storitvami pa so to običajno organizacije, ki prinašajo obroke, patronažne sestre, fizioterapevti ipd. Po oceni IRSSV na makroravni npr. ugotavljamo, da približno tretjino uporabnikov socialne oskrbe na domu obiskuje tudi patronažna služba, slaba četrtina jih prejema dodatek za pomoč in postrežbo. Na podlagi analize rezultatov raziskav z mikroravni ugotavljamo tudi, da uporabniki premalo poznajo alternativne, druge oblike pomoči in da so med alternativami najpogosteje omenjali domove za starejše, bodisi v smislu rešitve za kasnejši čas bodisi so bili do domov izredno odklonilni.

IRSSV na makroravni ugotavlja, da bi storitev ob koncu leta 2012 potrebovalo še vsaj 330 oseb, a se storitev zanje iz različnih razlogov ni izvajala, pa tudi, da je med uporabniki socialne oskrbe na domu določen delež takšnih, ki bi potrebovali večji obseg storitve (Nagode in druge 2012b). Iz raziskav na mezoravni izhaja, da uporabniki socialne oskrbe na domu primanjkljaj storitev najpogosteje nadomestijo z zasebniki in s svojci ali sosedi. Socialne oskrbovalke ocenjujejo, da si uporabniki želijo predvsem več socialnih stikov in pogostejše izvajanje osebne nege pa tudi nadstandardne storitve (npr. fizioterapijo, frizerja, generalno čiščenje). Ob vsem navedenem se zastavlja vprašanje, kako, na kakšen način oz. s kakšnim instrumentom izvajalci socialne oskrbe na domu pristopajo k ocenjevanju potreb uporabnikov. Načine ocenjevanja potreb bi veljalo preveriti v okviru spremljanja izvajanja socialne oskrbe na domu na makroravni in na tej osnovi osnovati predlog instrumenta ocenjevanja potreb.

Na podlagi pričujoče analize lahko potrdimo obe zastavljeni hipotezi, in sicer da je vrednotenje oskrbe na domu na makroravni kakovostno in da je vrednotenje na mezo- in mikroravni vsebinsko in metodološko pomanjkljivo. S tem ne mislimo, da so posamezna vrednotenja povsem nekakovostna, ampak menimo, da je bilo na obeh ravneh, mikro- in mezoravni, v vrednotenje vložena ogromno časa, znanja in truda, kar absolutno ni

zanemarljivo. Konec koncev smo lahko s pomočjo teh obstoječih vrednotenj, torej s pristopom od spodaj navzgor, proučili področje in na tej osnovi snovali enotna priporočila za merjenje v prihodnje. Ne glede na ugotovljeno predlagamo tudi, naj se na makroravni uvede nekaj novih oz. dodatnih kazalnikov (npr. obseg in pogostost storitve), ki bodo lahko služili kot verodostojen orientir tudi za raziskave na mezo- in mikroravni. Naša analiza je pokazala, da so, agregirano gledano, raziskave na teh 2 ravneh zajele bogato vsebino oz. vidike izvajanja socialne oskrbe na domu. Ključna pomanjkljivost je ta, da raziskave načeloma tako iz vsebinskih kot tudi metodoloških razlogov med seboj niso primerljive, zato tudi ne odražajo nekega splošnega stanja v obravnavanih populacijah. Na podlagi ugotovitev in priporočil pričujoče raziskave ter rezultatov projekta *Oskrba starejših v skupnosti v Sloveniji* priporočamo izdelavo in uporabo enotnih instrumentov za spremljanje kakovosti izvajanja socialne oskrbe na domu, predvsem merjenja zadovoljstva uporabnikov in socialnih oskrbovalk. Pričujoča analiza v tem smislu prinaša bogate vsebinske in metodološke nastavke oz. izhodišče za vpeljavo bolj sistemiziranega vrednotenja kakovosti socialne oskrbe na domu. Prednosti takšnega pristopa vrednotenja bi bile vsaj trojne, saj bi slednji imel učinek tako na uporabnika, na kader oz. izvajalca kot tudi na sistem. V tem trenutku je to še posebej pomembno, saj se je država odločila vzpostaviti nov sistem dolgotrajne oskrbe, v okviru katerega poseben poudarek namenja prav oskrbi na domu (v primerjavi s to v instituciji).

7 LITERATURA

Aleš, Barbara. 2011. *Komuniciranje s starejšimi občani v Centru za socialno delo Laško*. Diplomaska naloga. Celje: Poslovno-komercialna šola Celje.

Areh, Valentin. 2007. Kritična analiza uporabe orodij TQM za merjenje in ocenjevanje celovite kakovosti v izbranih državnih upravah. *Uprava V* (1): 97–116.

Arnež, Marta, Eva Belak, Petra Blažič, Zdenka Blejec, Danilo Dolenc, Tanja Garvas, Edita Glinšek, Nataša Jokić, Nika Katnič, Simona Klasinc, Karmen Kleindienst, Marjeta Lisec, Boro Nikić, Tatjana Novak, Mojca Noč Razinger, Tina Ostrež, Zdenka Repotočnik, Katja Rutar, Rudi Seljak, Tomaž Smrekar, Andreja Smukavec, Valerija Urbajs, Brigita Vrabič, Kek, Vojko Šegan, Katja Šnuderl, Tomaž Špeh in Miran Žavbi. 2012. *Smernice za zagotavljanje kakovosti*. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije.

Bevk, Sabina. 1999. Storitve za stare ljudi, ki jih opravljata CSD in dom za starejše. *Bilten Skupnosti CSD Slovenije Kaljenje* 1 (1): 33–41.

Colombo, Francesca, Ana Llana-Nozal, Jerome Mercier in Frits Tjadens. 2011. *Help Wanted? Providing and Paying for Long – Term Care*. Paris: OECD Health Policy Studies, OECD Publishing.

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

Costa – Font, Joan. 2011. *Reforming Long-term Care in Europe*. West Sussex: Wiley - Blackwell Publishing Ltd.

Country information on home care. Dostopno prek: <http://www.nivel.nl/en/home-care/Country-information-on-home-care> (15. februar 2014).

CPD Maribor. 2010. *Raziskava merjenja zadovoljstva zaposlenih in uporabnikov OA© Pomoč na domu. Osnovna individualna analiza*. Ljutomer: interno gradivo.

CSD Idrija. 2010. *Rezultati vprašalnika pomoč na domu 2010*. Idrija: interno gradivo.

CSD Krško. 2010. *Poročilo o delu enote za pomoč na domu za leto 2010*. Krško: interno gradivo.

CSD Laško. 2011. *Analiza anketnih vprašalnikov za april 2011 za občino Laško in občino Radeče*. Laško: interno gradivo.

CSD Ljutomer. 2011. *Raziskava merjenja zadovoljstva zaposlenih in uporabnikov OA© Pomoč na domu. Osnovna individualna analiza*. Ljutomer: interno gradivo.

CSD Nova Gorica. 2010. *Rezultati raziskave Zadovoljstvo uporabnikov storitev pomoči na domu v letu 2010*. Nova Gorica: interno gradivo.

CSD Piran. 2010. *Zadovoljstvo s storitvami pomoči na domu*. Piran: interno gradivo.

CSD Postojna. 2011. *Analiza ankete za uporabnike pomoči na domu o zadovoljstvu s storitvami socialne oskrbe v občini Pivka in Postojna*. Postojna: interno gradivo.

CSD Ruše. 2010. *Evalvacija vprašalnika pomoči na domu*. Ruše: Interno gradivo.

CSD Zagorje ob Savi. 2011. *Kakovost in strokovnost izvajanja javne službe*. Zagorje ob Savi: interno gradivo.

Dandi, Roberto, Georgia Casanova, Roberto Lillini, Massimo Volpe, Antonio Giulio De Belvis, Maria Avolio in Ferruccio Pelone. 2012. *Long-Term Care Quality Assurance Policies in European Countries*. Dostopno prek: <http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/Quality%20Assurance%20Policies%20for%20LTC%20in%20in%20the%20EU.pdf> (14. januar 2014).

Dom Nine Pokorn Grmovje. 2011. *Analiza vprašalnika o storitvah socialne oskrbe na domu Doma Nine Pokorn Grmovje*. Žalec: interno gradivo.

Donabedian, Avedis. 1988. The quality of care: How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association* 260 (12): 1743–1748.

Dremelj, Polona. 2003. Sorodstvene vezi kot vire socialne opore posameznikov. *Družboslovne razprave* 19 (43): 149–170.

--- 2004. Sorodstvo kot vir socialne opore. V *Omrežja socialne opore prebivalstva Slovenije*, ur. Mojca Novak, 111–120. Ljubljana: Inštitut RS za socialno varstvo.

Evropski okvir kakovosti storitev dolgotrajne oskrbe. 2012. Dostopno prek: http://www.ssz-slo.si/Media/Default/documents/publikacije/zunanje/WeDO_brosura.pdf (14. januar 2014).

E-qalin. Dostopno prek: <http://www.firis-imperl.si/izobrazevanje/e-qalin/> (15. februar 2014).

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.

Flaker, Vito in Mateja Nagode. 2009. Dolgotrajna oskrba: stanje, izzivi, eksperimenti in reforma. *Kakovostna starost* 12 (3): 24–37.

Flaker, Vito, Mateja Nagode, Andreja Rafaelič in Nataša Udovič. 2011a. *Nastajanje dolgotrajne oskrbe: ljudje in procesi – eksperiment in sistem*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Flaker, Vito, Barbara Kersal in Mateja Nagode. 2011b. Needs and Beads: The Emerging Long-term Care System of Slovenia. V *Long-term Care in Central and South Eastern Europe*, ur. August Oesterle, 189–212. Frankfurt: Peter Lang Publishing.

Fras, Zlatko in Marjan Pajntar. 2002. Kako merimo kakovost zdravstvenega varstva. *Zdravstveni vestnik* (71): 737–741.

Garms-Homolova, Vjenka, Michel Naiditch, Cecilia Fagerström, Giovanni Lamura, Maria Gabriella Melchiorre, Laszlo Gulacsi in Allen Hutchinson. 2012. Clients in focus. V *Home Care across Europe. Current structure and future challenges*, ur. Nadine Genet, Wienke

Boerma, Madelon Kroneman, Allen Hutchinson in Richard B. Saltman, 55–71. United Kingdom: European Observatory on Health Systems and Policies, Nivel.

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

Glavač, Vlasta in Tanja Lang. 2007. *Pomoč na domu v Centru za socialno delo Murska Sobota*. Diplomaska naloga. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Glendinning, Caroline in Nicola Moran. 2009. *Reforming Long-term Care: Recent Lessons from Other Countries*. York: University of York.

Halbesleben, Jonatan R. B. in Marilyn V. Whitman. 2013. Evaluating Survey Quality in Health Services Research: A Decision Framework for Assessing Nonresponse Bias. *HSR: Health Services Research* 48 (3): 913–30.

Harden, Angela in Thomas James. 2010. Mixed Methods and Systematic Reviews: Examples and Emerging Issues. V *Sage Handbook of Mixed Methods in Social & Behavioral Research*, ur. Abbas Tashakkori in Charles Teddlie, 749–775. Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, Washington: Sage Publications.

Hart, Chris. 2001. *Doing a Literature Review. Releasing the Social Science Research Imagination*. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications.

Hartigan, Pamela. 2001. The importance of gender in defining and improving quality of care: some conceptual issues. *Health Policy and Planning* 16 (1): 7–12.

Hlebec, Valentina. 2004. Socialna omrežja starostnikov. V *Omrežja socialne opore prebivalstva Slovenije*, ur. Mojca Novak, 111–120. Ljubljana: Inštitut RS za socialno varstvo.

--- 2010. Oskrba starih med državo in družino: oskrba na domu. *Teorija in praksa* 47 (4): 765–85.

--- 2011. Kakovost oskrbe na domu v Sloveniji: finančna in časovna dostopnost oskrbe na domu. V *Na dokazih podprta zdravstvena obravnava – priložnosti za povezovanje zdravstvenih strok, potreb pacientov in znanj*, ur. Brigita Skela Savič, Simona Hvalič Touzery, Joca Zurec in Katja Skinder Savič, 74–84. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.

--- 2012. Kontekstualni dejavniki uporabe oskrbe na domu v Sloveniji. *Zdravstveno varstvo* 51 (2): 122–129.

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

Hojnik-Zupanc, Ida., Nina Ličer in Valentina Hlebec. 1996. Varovalno-alarmni sistem kot socialna inovacija v slovenskem prostoru. *Zdravstveno varstvo Ljubljana* 35 (9/10): 289–94.

Hribar, Marijana. 2010. *Zadovoljstvo uporabnikov storitev doma Fr. Franceta Bergelja Jesenice*. Diplomaska naloga. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

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

--- 2010. Perspektiva razvoja socialne oskrbe na domu z vidika organizacije storitve in strukture kadrov. V *Bolezni in sindromi v starosti 4*, ur. Meta Mencej, 137–157. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije.

--- 2011. Profesionalizacija izvajanja socialne oskrbe na domu. V *Bolezni in sindromi v starosti 5*, ur. Meta Mencej, 245–254. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije.

Huber, Manfred, Ricardo Rodrigues, Frédérique Hoffmann, Katrin Gasior in Bernd Marin. 2009. *Facts and Figures on Long-Term Care: Europe and North America*. Dunaj: European Centre.

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

Hvalič Touzery, Simona. 2009. Družinska oskrba bolnih starih družinskih članov. V *Starejši ljudje v družbi sprememb*, ur. Valentina Hlebec, 109–123. Maribor: Aristej.

ISO 9001: sistemi vodenja kakovosti. Dostopno prek: <http://www.siq.si/index.php?id=759> (20. januar 2014).

Jorens, Yves, ur., Bernhard Spiegel, ur., Carlos Garcia De Cortazar, Jean-Claude Fillon, Maximilian Fuchs in Grega Strban. 2011. *Coordination of Long-term Care Benefits – current situation and future prospects*. Think Tank Report 2011. Training and Reporting on Social Security (TRESS). Dostopno prek: http://www.tress-network.org/PUBLIC/EUROPEAN_REPORT/trESSIII_ThinkTankReport-LTC_20111026FINAL_amendmentsEC-FINAL.pdf (26. julij 2012).

Juran, Tjaša. 2004. *Primerjava standardov ISO 9000-2000, programov obvladovanja celovite kakovosti in modelov poslovne odličnosti*. Diplomaska naloga. Dostopno prek: http://www.cek.ef.uni-lj.si/u_diplome/juran1550.pdf (14. januar 2014).

Jurjovec, Tatjana. 2011. *Zadovoljstvo uporabnikov s storitvijo pomoč na domu v okviru Centra za socialno delo Mozirje*. Maribor: Višja strokovna šola Maribor.

Kalton, Graham in Vasja Vehovar. 2001. *Vzorčenje v anketah*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Kern Pipan, Karmen in Loredana Leon. 2004. *Pristopi za doseganje odličnosti – modela EFQM, CAF ter pilotni projekt PRSPO*. Dostopno prek: <http://www.mirs.gov.si/fileadmin/um.gov.si/pageuploads/Dokpdf/PRSPO/LiteraturaSlo/Pristopi.pdf> (14. januar 2014).

Kodrič, Jerneja. 2011. *Zadovoljstvo uporabnikov Zavoda za oskrbo na domu Ljubljana - Šiška s prejetjo socialno oskrbo*. Diplomaska naloga. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Kočar, Sebastian. 2008. *Negativni učinki organizacijske identifikacije*. Diplomaska naloga. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Kralj, Rozina. 1999. *Pomoč na domu*. *Bilten Skupnosti CSD Slovenije Kaljenje* 1 (1): 41–47.

Krejač, Eva. 2011. *Nekateri sociološki vidiki kvalitete življenja starostnikov – uporabnikov Centra za pomoč na domu Maribor*. Maribor: Filozofska fakulteta.

Kustec Lipicer, Simona. 2009. *Vrednotenje javnih politik*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Kuzmanič Korva, Darja, ur. 2012. *Čas beži, a pušča sledi: 50 let centrov za socialno delo in 15 let Skupnosti centrov za socialno delo*. Ljubljana: Skupnost centrov za socialno delo.

Lambrehtov dom Slovenske Konjice. 2010. *Raziskava merjenja zadovoljstva zaposlenih in uporabnikov OA© Pomoč na domu. Osnovna individualna analiza*. Ljutomer: interno gradivo.

Leeuw, Edith Desiree de. 1992. *Data Quality in Mail, Telephone and Face to Face Surveys*. Amsterdam: TT-Publikaties Amsterdam.

Legido-Quigley, Helena, Martin McKee, Ellen Nolte in Irene A. Glinos. 2008. *Assuring the quality of health care in the European Union*. Dostopno prek: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/98233/E91397.pdf (14. januar 2014).

Lundsgaard, Jens. 2005. *Consumer Direction and Choice in Long – Term Care for Older Persons, Including Payments for Informal Care: How Can it Help Improve Care Outcomes, Employment and Fiscal Sustainability?* OECD Health Working Papers no. 20.

Mali, Jana. 2009. Spremembe v institucionalnem varstvu starejših. V *Starejši ljudje v družbi sprememb*, ur. Valentina Hlebec, 95–107. Maribor: Aristej.

Marn, Stane, Mateja Nagode, Anita Jacović, Davor Dominkuš Janko, Štok, Daniela Dimić in Eva Zver. 2012. *Accounting and mapping of long-term care expenditure under SHA 2011. Feasibility study: Slovenia*. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije.

Mesec, Blaž. 1998. *Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.

Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve. 1997. *Program razvoja starejših oseb na področju socialnega varstva v Sloveniji do leta 2005*. Dostopno prek: http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti__pdf/program_starejsi_2005.pdf (14. januar 2014).

--- 2005. *Analiza podatkov o izvajanju pomoči na domu*. Ljubljana: interno gradivo.

Ministrstvo za zdravje. 2010. *Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010–2015)*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

Možina, Tanja. 2003. Kakovost v izobraževanju odraslih. V *Andragoška spoznanja* 9 (3): 61–64.

Musek, Janek in Vid Pečjak. 1995. *Psihologija*. Ljubljana: Educy.

Nacionalni program socialnega varstva do 2005. Ur. l. RS 31/2000. Dostopno prek: <http://www.uradni-list.si/1/content?id=24745> (14. januar 2014).

Nagode, Mateja. 2012. Dvajset let izvajanja socialnovarstvene storitve pomoč na domu v Sloveniji (1991–2011). V *Čas beži, a pušča sledi: 50 let centrov za socialno delo in 15 let Skupnosti centrov za socialno delo*, ur. Darja Kuzmanič Korva, 189–212. Ljubljana: Skupnost centrov za socialno delo.

Nagode, Mateja, Eva Zver, Stane Marn in Anita Jacović. (v delu). *Dolgotrajna oskrba – uporaba mednarodne definicije v Sloveniji*. Zbirka Delovni zvezki UMAR. Ljubljana: Urad za makroekonomske analize in razvoj.

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

Nagode, Mateja in Nadja Kovač. 2013. *Analiza storitev, opravljenih na podlagi dovoljenja za delo in vpisa v register*. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo.

Nagode, Mateja in Polona Dremelj. 2004. Omrežja socialne opore oseb z gibalnimi težavami. V *Omrežja socialne opore prebivalstva Slovenije*, ur. Mojca Novak, 111–120. Ljubljana: Inštitut RS za socialno varstvo.

Nagode, Mateja in Simona Smolej. 2011. Development and challenges of home help in Slovenia. *Journal of gerontological social work* (3): 1–7.

Nagode, Mateja in Valentina Hlebec. 2013. Socialna oskrba z vidika socialnih oskrbovalk. *Socialno delo* 52 (1): 15–27.

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

--- 2012. *Izvajanje pomoči na domu: analiza stanja v letu 2011*. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo.

Nagode, Mateja, Zinka Kolarič in Valentina Hlebec. 2004. Delovanje in vrednotenje varovalno-alarmnega sistema za starostnike. *Kakovostna starost* (7) 1: 21–34.

Naglav, Nina. 2010. *Kakovost delovnega življenja socialnih oskrbovalk v občini Koper*. Diplomaska naloga. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Nezavezujoč evropski okvir kakovosti za socialne storitve. 2010. Bruselj: Svet Evropske unije.

Nies Henk, Kai Leichsenring, Roelf van der Veen Ricardo Rodrigues, Pierre Gobet, Laura Holdsworth, Sabina Mak, Elisabeth Hirsch Durrett, Marion Repetti, Michel Naiditch, Teija Hammar, Hennamari Mikkola, Harriet Finne-Soveri, Timo Hujanen, Stephanie Carretero, Laura Cordero, Maite Ferrando, Thomas Emilsson, Gunnar Ljunggren, Patrizia Di Santo, Francesca Ceruzzi in Eva Turk. 2010. *Quality Management and Quality Assurance in Long-Term Care. European Overview Paper*. Dostopno prek: http://interlinks.euro.centre.org/sites/default/files/WP4_Overview_FINAL_04_11.pdf (14. januar 2014).

Novak, Mojca, ur. 2004 *Omrežja socialne opore prebivalstva Slovenije*. Ljubljana: Inštitut RS za socialno varstvo.

OECD, Eurostat in WHO. 2011. *A System of Health Accounts*. Version 2.0. Dostopno prek: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-30-11-270/EN/KS-30-11-270-EN.PDF (14. januar 2014).

Oesterle, August, ur. 2011. *Long-term Care in Central and South Eastern Europe*. Frankfurt: Peter Lang Publishing.

Penchansky, Roy in William J. Tomas. 1981. The Concept of Access. Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. *Medical care* XIX (2): 127–140.

Planer, Jožica. 2010. *Uvajanje projekta Pomoč družini na domu na Centru za socialno delo Lenart*. Diplomaska naloga. Maribor: Višja strokovna šola Academia Maribor.

Planinc, Ana. 2009. *Socialna oskrba na domu skozi perspektivo uporabnikov*. Diplomaska naloga. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Poročilo o izvajanju programa razvoja varstva starejših oseb na področju socialnega varstva do leta 2005. Dostopno prek: http://www.mddsz.gov.si/si/zakonodaja_in_dokumenti/pomembni_dokumenti/ (8. maj 2009).

Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev. Ur. l. RS 52/1995. Dostopno prek: http://zakonodaja.gov.si/rpsi/r01/predpis_PRAV2581.html (14. januar 2014).

Pravilnik o metodologiji za oblikovanje cen socialno varstvenih storitev. Ur. l. RS 87/2006. Dostopno prek: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200687&stevilka=3814> (14. januar 2014).

Pravilnik o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o metodologiji za oblikovanje cen socialno varstvenih storitev. Ur. l. RS 6/2012. Dostopno prek: http://zakonodaja.gov.si/rpsi/r09/predpis_PRAV11119.html (14. januar 2014).

Prevolnik Rupel, Valentina, Marko Ogorevc in Boris Majcen. 2012. *Quality Assurance Policies and Indicators for Long-Term Care in the European Union. Country Report: Slovenia*. Dostopno prek: <http://aei.pitt.edu/33807/> (14. januar 2014).

Prodan Flego, Helena. 2009. *Zadovoljstvo uporabnikov z organizacijo in izvajanjem pomoči na domu Centra za socialno delo Koper*. Diplomaska naloga. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Predlog Nacionalnega programa za obdobje 2013–2020. Dostopno prek: http://www.mddsz.gov.si/si/zakonodaja_in_dokumenti/predpisi_v_pripravi/ (16. 11. 2012).

Rafaelič, Andreja in Mateja Nagode. 2012. Uvajanje dolgotrajne oskrbe. *Časopis za kritiko znanosti* XXXIX (250): 47–61.

Ramovš, Jože. 2003. *Kakovostna starost: socialna gerontologija in gerontagogika*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.

Reis, van der Leo, Qian Xiao in Grant Savage. 2007. A retrospective on access to health care. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 20 (6): 494–505.

Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2006–2010. Ur. l. RS 39/2006. Dostopno prek: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200639&stevilka=1683> (14. januar 2014).

Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013–2020. Ur. l. RS 39/2013. Dostopno prek <https://www.uradni-list.si/1/content?id=113130> (14. januar 2014).

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

Sagadin, Janez. 2003. *Statistične metode za pedagoge*. Maribor: Obzorja.

Savič, Nenad, Karmen Kern Pipan in Uroš Gunčar. 2007. *Poslovati odlično z porabo Modela odličnosti EFQM*. Dostopno prek: <http://www.mirs.gov.si/fileadmin/um.gov.si/pageuploads/Dokpdf/PRSP0/LiteraturaSlo/PrirocnikPoslovatiOdlicno-2.pdf> (14. januar 2014).

Schubert, Klaus, Simon Hegelich in Ursula Bazant, ur. 2010. *The Handbook of European Welfare Systems*. London, New York: Routledge.

Seljak, Rudi. 2011. *Kazalniki kakovosti*. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije.

Singelton, Royce A. in Bruce C. Straits. 2005. *Approaches to social Research* (4th ed.). New York, Oxford: Oxford University Press.

Skupnost CSD Slovenije. (1999). Delo centrov za socialno delo na področju starih. *Bilten Skupnosti CSD Slovenije, Kaljenje* 1 (1), 25–38.

Skupnost socialnih zavodov Slovenije. 2013. *Povzetek kumulativnega statističnega poročila*. Ljubljana: Skupnost socialnih zavodov Slovenije.

Smolej, Simona, Mateja Nagode in Polonca Jakob Krejan. 2010. *Izvajanje pomoči na domu: analiza stanja v letu 2009*. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo.

Smolej, Simona, Polonca Jakob Krejan, Mateja Nagode in Vid Žiberna. 2008a. *Analiza izvajanja pomoči na domu*. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo.

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

Sorenson, Corina in Elias Mossialos. 2007. *Measuring quality and standards of long-term care for older people*. Research Note. Brussels: European Commission.

Special Eurobarometer 283. 2007. *Health and long term care in the European Union*. Dostopno prek: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_283_en.pdf (2. februar 2012).

Statistični urad Republike Slovenije. 2003. *Standardno poročilo o kakovosti. Metodološka navodila za pripravo*. Dostopno prek: http://www.stat.si/drz_stat_kakovost.asp (2. februar 2012).

Strategija varstva starejših do leta 2010 – solidarnost, sožitje in kakovostno staranje prebivalstva. 2006. Dostopno prek: http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/page/uploads/dokumenti__pdf/strategija_varstva_starejsih_splet_041006.pdf (9. maj 2009).

Svetičič, Vilma. 2009. *Kvaliteta življenja uporabnikov in uporabnic storitev programa Pomoči na domu v Zgornjem Posočju*. Diplomaska naloga. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Švajncer, Tanja. 2003. Kakovost ankete o delovni sili. V *Statistika kot orodje in vir za kreiranje znanja uporabnikov, Zbornik 13. statistični dnevi*, ur. Tkačik, Boris, 247–257. Radenci: Statistični urad Republike Slovenije.

Toth, Martin, Nevenka Bagari in Nevenka Mlakar. 2004. *Predlog zakona za uvedbo zavarovanja za dolgotrajno nego v RS*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Trydegård, Gun-Britt in Mats Thorslund. 2011. One Uniform Welfare State or a Multitude of Welfare Municipalities? The Evolution of Local Variation in Swedish Elder Care. V *Reforming Long-term Care in Europe*, ur. Joan Costa – Font, 137–153. West Sussex: Blackwell Publishing Ltd.

Uredba o merilih za določanje oprostitev pri plačilih socialno varstvenih storitev. Ur. l. RS 110/2004. Dostopno prek: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=2004110&stevilka=4596> (14. januar 2014).

Usar, Nataša. 2011. *Kvaliteta delovnega življenja socialnih oskrbovalk na Centru za pomoč na domu Maribor*. Diplomaska naloga. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Volčini, Martina. 2010. *Prilagajanje oskrbe na domu potrebam oseb z demenco*. Diplomaska naloga. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Vudrag, Daliborka. 2009. *Kakovost delovnega življenja socialnih oskrbovalk Zavoda za oskrbo na domu Ljubljana*. Diplomaska naloga. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Zakon o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih oseb (ZDVDTP). Ur. l. RS 41/1983 (30. 12. 1983).

Zakon o nacionalnih poklicnih kvalifikacijah (ZNPk). Ur. l. RS 81/2000. Dostopno prek: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200081&stevilka=3708> (14. januar 2014).

Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (ZPIZ-2). Ur. l. RS 96/2012. Dostopno prek <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=201296&stevilka=3693> (14. januar 2014).

Zakon o socialnem varstvu (ZSV-UPB2). Ur. l. RS 3/2007. Dostopno prek: http://zakonodaja.gov.si/rpsi/r01/predpis_ZAKO5111.html (14. januar 2014).

Zakon o socialnovarstvenih prejemkih (ZSVarPre). Ur. l. RS 61/2010. Dostopno prek: <http://www.uradni-list.si/1/content?id=99232> (14. januar 2014).

Zakon o starševskem varstvu in družinskih prejemkih (ZSDP – UPB-2). Ur. l. RS 110/2006. Dostopno prek: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=2006110&stevilka=4671> (14. januar 2014).

Zakon o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev (ZUPJS). Ur. l. RS 62/2010. Dostopno prek: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=201062&stevilka=3387> (14. januar 2014).

Zakon o vojnih invalidih (ZVojI) Ur. l. RS 63/1995. Dostopno prek: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=199563&stevilka=2916> (14. januar 2014).

Zakon o vojnih veteranih (ZVV-UPB-2). Ur. l. RS 59/2006. Dostopno prek: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200659&stevilka=2498> (14. januar 2014).

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ-UPB-3). Ur. l. RS 72/2006. Dostopno prek: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200672&stevilka=3075> (14. januar 2014)

Zaletel, Metka in Rudi Seljak. 2003. Merjenje kakovosti statističnih izdelkov, procesov in storitev v uradni statistiki. V *Statistika kot orodje in vir za kreiranje znanja uporabnikov, Zbornik 13. statistični dnevi*, ur. Tkačik, Boris, 213–226. Radenci: Statistični urad Republike Slovenije.

Zaviršek, Darja, Jelka Zorn in Petra Videmšek. 2002. *Inovativne metode v socialnem delu. Opolnomočenje ljudi, ki potrebujejo podporo za samostojno življenje*. Ljubljana: Študentska založba.

Woo, Jean, Benise Mak, Joanna OY Cheng in Edith Choy. 2011. Identifying service needs from the users and service providers' perspective: a focus group study of Chinese elders, health and social care professionals. *Journal of Clinical Nursing* 20 (23–24): 3463–71.

PRILOGE

PRILOGA A: PRIMER KODIRANJA

Vsebina	Koda	Vprašanje	Odgovor	Raziskava
DEMOGRAFIJA	SPOL	Spol	1 – moški, 2 – ženska	CSD Postojna, CSD Idrija, CSD Ruše, CSD Nova Gorica, CSD Piran, Dom Nine Pokorn Grmovje, Barbara Aleš, Dom upokojencev Dr. Franceta Bergelja, CSD Velenje, CSD Lenart, Helena P. Flego (Koper), Eva Krejač (CPD Maribor), CSD Zagorje ob Savi
DEMOGRAFIJA	STAROST	Vaša starost	Vpiši leta	CSD Postojna, CSD Idrija, CSD Nova Gorica, CSD Piran, Dom Nine Pokorn Grmovje, CSD Velenje, CSD Lenart, Helena P. Flego (Koper)
DEMOGRAFIJA	STAROST	Starost	1 – do pod 61 let, 2 – 61 let do pod 65 let, 3 – 65 let do pod 70 let, 4 – 70 do pod 75 let, 5 – 75 let do pod 80 let, 6 – 80 let do pod 85 let, 7 – 85 let do pod 90 let, 8 – 90 let do pod 95 let, 9 – 95 let ali več	Dom upokojencev Dr. Franceta Bergelja
DEMOGRAFIJA	STAROST	Starost	1 – od 35 do 45, 2 – od 46 do 55, 3 – od 56 do 65, 4 – od 66 do 75, 5 – od 76 do 85, 6 – 86 in več	Barbara Aleš
DEMOGRAFIJA	STAROST	Starost	1 – do 65 let, 2 – od 65 do 75 let, 3 – od 75 do 85, 4 – nad 85	CSD Ruše, CSD Zagorje ob Savi
DEMOGRAFIJA	STAROST	Vaša starost	1 – manj kot 60, 2 – od 60 do 65 let, 3 – od 66 do 75, 4 – 76 do 85, 5 – več kot 86	Eva Krejač (CPD Maribor)

PRILOGA B: OPREDELITEV SOCIALNE OSKRBE NA DOMU

Opredelitev	
Oprava	<p>Pomoč na domu po ZSV obsega socialno oskrbo upravičenca v primeru starosti, invalidnosti in v drugih primerih, ko pomoč na domu lahko nadomesti institucionalno varstvo. Opravila po 6. členu <i>Pravilnika o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> – pomoč pri temeljnih dnevnih opravilih: pomoč pri oblačenju ali slačenju, pomoč pri umivanju, hranjenju, opravljanju osnovnih življenjskih potreb; vzdrževanje in nega osebnih ortopedskih pripomočkov; – gospodinjska pomoč: prinašanje 1 pripravljene obroka ali nabava živil in priprava 1 obroka hrane, pomivanje uporabljene posode, osnovno čiščenje bivalnega dela prostorov in odnašanje smeti; postiljanje in osnovno vzdrževanje spalnega prostora; – pomoč pri ohranjanju socialnih stikov: vzpostavljanje socialne mreže z okoljem, s prostovoljci in s sorodstvom, spremljanje upravičenca pri opravljanju nujnih obveznosti, informiranje ustanov o stanju in potrebah upravičenca ter priprava upravičenca na institucionalno varstvo.
Upravičenci	<p>Upravičenci so osebe, ki jim preostale psihofizične sposobnosti omogočajo, da z občasno organizirano pomočjo drugega ohranjajo zadovoljivo duševno in telesno počutje in lahko funkcionirajo v znanem bivalnem okolju tako, da jim vsaj za določen čas ni potrebno institucionalno varstvo v zavodu, v drugi družini ali v drugi organizirani obliki, in sicer:</p> <ul style="list-style-type: none"> – osebe, stare nad 65 let, ki zaradi starosti ali pojavov, ki spremljajo starost, niso sposobne za popolnoma samostojno življenje; – osebe s statusom invalida po Zakonu o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih oseb, ki po oceni pristojne komisije ne zmorejo samostojnega življenja – če stopnja in vrsta njihove invalidnosti omogočata občasno oskrbo na domu; – druge invalidne osebe, ki jim je priznana pravica do tuje pomoči in nege za opravljanje večine življenjskih funkcij; – kronično bolni in osebe z dolgotrajnimi okvarami zdravja, ki nimajo priznanega statusa invalida in so po oceni pristojnega centra za socialno delo brez občasne pomoči druge osebe nesposobne za samostojno življenje; – hudo bolni otroci ali otroci s težko motnjo v telesnem ali težko in najtežjo motnjo v duševnem razvoju, ki niso vključeni v organizirane oblike varstva. <p>Upravičenec je upravičen do pomoči na domu, če potrebuje najmanj 2 opravila iz 2 različnih sklopov opravil (Pravilnika o standardih in normativih, 6. člen).</p>

Opredelitev	
Kadrovski viri	<p>Socialno oskrbo na domu izvajajo strokovni delavci, strokovni sodelavci in laični delavci. Prvi del storitve vodi strokovni delavec iz 69. člena ZSV. Drugi del storitve (vodenje storitve, koordinacijo izvajalcev in njihovo usmerjanje, sodelovanje z upravičenci pri izvajanju dogovora in pri zapletenih življenjskih situacijah upravičencev) opravlja strokovni delavec iz 69. člena ali strokovni sodelavec iz 70. člena ZSV z najmanj višješolsko izobrazbo.</p> <p>Neposredno izvajanje storitve na domu upravičenca opravljajo strokovni sodelavci iz 70. člena ZSV, ki so končali najmanj srednjo poklicno ali srednjo strokovno šolo, ki se usposablja za socialno oskrbo ali zdravstveno nego, lahko pa tudi delavci, ki imajo pridobljeno nacionalno poklicno kvalifikacijo za izvajanje socialne oskrbe na domu.</p> <p>Posamezna opravila lahko pod vodstvom strokovnega delavca na podlagi pogodbe o zaposlitvi ali na drugi pravni podlagi izvajajo tudi laični delavci in drugi delavci.</p>
Supervizija	<p>Sestavni del storitve so tudi supervizijski posveti za neposredne izvajalce oskrbe v obsegu najmanj 8 ur letno in za strokovne delavce ali strokovne sodelavce v obsegu najmanj 10 ur letno.</p>
Stroški storitve in cena	<p><i>Pravilnik o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o metodologiji za oblikovanje cen socialnovarstvenih storitev</i> opredeljuje naslednje stroške storitve:</p> <ul style="list-style-type: none"> – stroške strokovne priprave v zvezi s sklenitvijo dogovora, kot je določeno pri prvem delu storitve v pravilniku, ki ureja standarde in normative socialnovarstvenih storitev; – stroške vodenja in koordiniranja neposrednega izvajanja storitve in – stroške za neposredno izvajanje storitve na domu uporabnikov. <p>Pri določanju cene storitve pomoči na domu se upoštevajo navedeni stroški storitve tako, da se ti najprej zmanjšajo za oprostitev, kot je določena v Uredbi o merilih za določanje oprostitev pri plačilih socialnovarstvenih storitev (v nadaljevanju Uredba o oprostitvah). Preostanek stroškov se nato zmanjša za subvencijo v višini najmanj 50 % stroškov storitve, ki jo je dolžna zagotoviti občina. Od preostanka stroškov se odšteje še morebitna višina subvencije Republike Slovenije, ki jo določi Vlada Republike Slovenije v okviru ukrepov APZ. Ostanek stroškov se deli s številom učinkovitih ur vseh neposrednih izvajalcev oskrbe na mesec.</p> <p>V primeru, da je uporabnik deležen storitve pomoč na domu v občini, v kateri ima začasno prebivališče, jo prejema po ceni, kot velja v občini začasnega prebivališča. Občina stalnega prebivališča je dolžna zagotoviti občinsko subvencijo v višini, kot sicer znaša subvencija v občini začasnega prebivališča uporabnika. V primeru, da je uporabnik upravičen tudi do oprostitve v skladu z Uredbo o oprostitvah pri plačilih socialnovarstvenih storitev, občina stalnega prebivališča zagotovi tudi sredstva za doplačilo v višini oprostitve v skladu z odločbo centra za socialno delo.</p> <p>Občina stalnega prebivališča je dolžna zagotavljati subvencijo in morebitna sredstva za oprostitev svojega občana največ leto dni, vendar pa se lahko ta rok podaljša s soglasjem občine.</p>

Opredelitev	
Normativi	<p>Storitev se organizira v 2 delih.</p> <p>Prvi del storitve obsega:</p> <ul style="list-style-type: none"> – ugotavljanje upravičenosti, pripravo dogovora o izvajanju storitve, organizacijo ključnih članov okolja in začetno srečanje – 1 strokovni delavec na vsakih 200 upravičencev, ki imajo sklenjen dogovor z izvajalcem. Ta normativ se izračuna na povprečno število upravičencev na mesec. <p>Drugi del storitve obsega:</p> <ul style="list-style-type: none"> – vodenje storitve, koordinacijo izvajalcev in njihovo usmerjanje, sodelovanje z upravičenci pri izvajanju dogovora in pri zapletenih življenjskih situacijah upravičencev – 0,5 strokovnega delavca ali sodelavca na vsakih 20 neposrednih izvajalcev oskrbe. V primeru, da neposredni izvajalec oskrbe oskrbuje v povprečju več kot 5 uporabnikov, se lahko uporabi normativ 0,55 strokovnega delavca ali sodelavca na 20 neposrednih izvajalcev oskrbe; – neposredno izvajanje storitve na domu upravičenca – povprečno 110 ur efektivnega dela (letno) na mesec. V primeru, da gre za posebnost naselja (razpršenost uporabnikov, dostopnost do uporabnikov itd.) ali posebno obravnavo upravičencev, lahko povprečno število efektivnih ur na mesec odstopa za največ 10 %. <p>Odstopanja, določena v prejšnjih 2 alinejah, so možna v dogovoru z občino.</p>

PRILOGA C: STANDARDNI KAZALNIKI KAKOVOSTI

Komponenta	Oznaka	Kazalnik	Vrsta raziskovanja	Objekt
Ustreznost	U1	Delež manjkajočih statistik	Poljubno	R
	U2	Ujemanje referenčnih datumov	Registrsko, kombinirano	Sp
Točnost ocen	T1	Vzorčna napaka	Slučajni vzorec	St
	T1_1	Pistranskost zaradi zajema	Neslučajni vzorec	St
	T2	Stopnja neodgovora ankete	Poljubno	R
	T3	Stopnja neodgovora spremenljivke	Terensko	Sp
	T3_1	Stopnja neuspešnega povezovanja spremenljivke	Registrsko, kombinirano	Sp
	T4	Stopnja nadpokritja	Poljubno	R
	T5	Delež vstavljenih (imputiranih podatkov)	Poljubno	Sp
	T6	Delež urejanja podatkov	Poljubno	Sp
Pravočasnost in točnost objave	PT1	Pravočasnost prve objave	Poljubno	R
	PT2	Pravočasnost objave končnih rezultatov	Poljubno	R
	PT3	Točnost prve objave	Poljubno	R
Dostopnost in jasnost	DJ1	Uporabljeni načini izkazovanja rezultatov	Poljubno	R
Primerljivost	P1	Dolžina primerljivih časovnih vrst	Poljubno	St
Skladnost	S1	Skladnost med začasnimi in končnimi podatki	Poljubno	St
	S2	Skladnost z rezultati iz referenčnega vira	Poljubno	St

Legenda: raziskovanje kot celota – R; spremenljivka – Sp; statistika – St.

Vir: Seljak (2011, 9).

PRILOGA Č: SESTAVA VPRAŠALNIKA IRSSV

Vsebinski sklopi vprašalnika IRSSV:

- podatki o občini (osnovni kontaktni podatki);
- podatki o organizaciji (ali organizacijah), ki v posamezni občini izvaja socialno oskrbo na domu (ima koncesijo občine) (osnovni kontaktni podatki, ali ima zagotovljeno izvajanje storitve in na kakšen način);
- podatki o uporabnikih socialne oskrbe na domu (spol, starost, pogoj za upravičenost do storitve);
- podatki o strukturi socialne oskrbe na domu po vsebinskih sklopih (pomoč pri temeljnih dnevnih opravilih, gospodinjska pomoč, pomoč pri ohranjanju socialnih stikov);
- podatki o strukturi cene pomoči na domu (veljavna cena za uporabnika, ekonomska cena, delež cene storitve in celotni stroški storitve glede na občino, državo in uporabnika);
- podatki o izvajanju pomoči na domu in izvajalkah storitve, tj. socialnih oskrbovalkah (število zaposlitev za vodenje in koordiniranje storitve ter za neposredno socialno oskrbo, zaposlitveni status socialnih oskrbovalk, soočanje s pomanjkanjem kadra, povprečno število obiskov izvajalke neposredne socialne oskrbe pri 1 uporabniku na mesec, efektivni čas 1 obiska pri uporabniku, povprečno število efektivnih ur na 1 oskrbovalko na mesec, ali se storitev izvaja popoldne, ob sobotah, nedeljah in praznikih in za koliko uporabnikov, število uporabnikov, ki prejema storitev občasno istočasno od 2 neposrednih socialnih oskrbovalk, število uporabnikov, ki bi potrebovali izvajanje v povečanem obsegu dopoldne, popoldne, ob sobotah, nedeljah in praznikih, zavrnitev potencialnih uporabnikov, ocena potreb po storitvi).

PRILOGA D: MNENJE UPORABNIKOV O CENI STORITVE (NADALJEVANJE)

Raziskava	Odgovor	N	%
CSD Ruše (2010)	Cena ni primerna.	2	15,4
	Cena je primerna.	11	84,6
	Skupaj	13	100,0
Krejač (2011)	Strošek je previsok.	26	31,7
	Strošek ni previsok.	56	68,3
	Skupaj	82	100
CSD Zagorje ob Savi (2011)	Ustrezna.	1	5
	Dokaj nizka.	2	10
	Dosegljiva vsakomur.	17	85
	Skupaj	20	100
Prodan Flego (2009)	Primerna.	37	59,7
	Še kar primerna glede na storitev.	10	16,1
	Zelo previsoka glede na storitev.	4	6,5
	Malo previsoka glede na storitev.	1	1,6
	Še prenizka glede na storitev.	10	16,1
	Skupaj	62	100,0
CSD Piran (2010)	Sprejemljiva.	21	48,8
	Primerna.	14	32,6
	Previsoka.	7	16,3
	Drugo.	1	2,3
	Skupaj	43	100,0

PRILOGA E: VIR INFORMIRANJA O STORITVI (NADALJEVANJE)

	Sorodniki, svojci		Sosedje, prijatelji, znanci		Patronažna služba, zdravnik, zdravstvena služba		CSD, socialna delavka		Društvo upokojencev		Mediji		Drugo		Skupaj	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
CSD Ruše (2010)	7	53,8	0	0,0	4	31,0	2	15,38	/	/	/	/	0	0,0	13	100,0
CSD Zagorje ob Savi (2011)	5	23,8	1	4,8	2	9,5	8	38,1	/	/	/	/	5	24,0	21	100,0
CSD Piran (2010)	6	12,2	11	22,4	18	36,7	13	26,5	/	/	/	/	1	2,0	49	100,0
Krejač (2011)	19	23,2	18	22,0	46	56,0	/	/	/	/	3	4,0	7	9,0	93	114,0
Prodan Flego (2009)	16	25,8	/	/	32	52,0	8	12,9	/	/	/	/	6	10,0	62	100,0
Planer (2010)	22	61,1	/	/	5	14,0	7	19,4	2	6,0	0	0	0	0,0	36	100,0
CSD Postojna (2011)	23	37,7	15	24,6	11	18,0	/	/	/	/	12	20,0	/	/	61	100,0
CSD Murska Sobota (2011)	33	41,3	3	3,8	12	15,0	19	23,8	/	/	/	/	14	18,0	81	101,0
Hribar (2010)	/	21,0	/	/	/	40,0	/	21,0	/	6,0	/	8,0	/	4,0	0	100,0
CSD Idrija (2010)	/	31,0	/	26,0	/	10,0	/	23,0	/	7,0	/	3,0	/	/	0	100,0

/ ni podatka oz. navedba ni bila med možnimi odgovori.