

UNIVERZA V LJUBLJANI  
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Katja Škoda

**Predlog programa dobrih praks za uvajanje novih tehnologij na področju  
aktivnega in neodvisnega staranja za Slovenijo**

Magistrsko delo

Ljubljana, 2015

UNIVERZA V LJUBLJANI  
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Katja Škoda

Mentor: doc. dr. Vesna Dolničar

**Predlog programa dobrih praks za uvajanje novih tehnologij na področju  
aktivnega in neodvisnega staranja za Slovenijo**

Magistrsko delo

Ljubljana, 2015

## **Predlog programa dobrih praks za uvajanje novih tehnologij na področju aktivnega in neodvisnega staranja za Slovenijo**

Pričakovana življenjska doba se podaljšuje, s tem pa narašča tveganje za razvoj kroničnih bolezni. To pomeni, da se povečuje tudi zahteva za pomoč in podporo, da starejši ostanejo aktivni, vse manj pa je tudi mlajših ljudi v družini, ki bi lahko skrbeli za starejše oziroma so ti preobremenjeni. Problema dogovorjenih zdravstvenih in socialnih pravic zato ne bo mogoče reševati z dosedanjimi modeli. Evropa spoznava, da bo treba razviti nove rešitve, kjer naj bi se v čim večji meri uporabile IKT, ki naj bi podaljšale čas bivanja posameznika v domačem okolju ter s tem povečale njegovo samostojnost, udobje, mobilnost, samozaupanje in zmanjšale strah, da bi se mu doma kaj zgodilo. Ta oskrba doma pa tudi zmanjšuje stroške in povečuje učinkovitost porabe razpoložljivih sredstev, zato je v načrtu, da naj bi se čim več oskrbe in zdravstvenih storitev izvajalo na pacientovem domu. Vendar pa pregled stanja oskrbe na domu s pomočjo podpornih tehnologij v Sloveniji pokaže, da so še vedno prisotne le najosnovnejše podporne tehnologije. Po primerjavi primerov dobrih praks v Evropi sem podala svoj predlog dobre prakse za uvajanje novih tehnologij, ki bi starejšim pomagal, da bi se starali bolj aktivno in neodvisno. Mnenje o predlogu sem preverila z metodo fokusne skupine, v kateri so sodelovali starejši. Analiza je pokazala, da so nad predlogom navdušeni, saj si vsi želijo ostati v svojem domu čim dlje, ob misli, da bi morali v dom za starejše, se namreč počutijo nelagodno. Skrbi jih le financiranje tega programa.

**Ključne besede:** starejši, podporne tehnologije, aktivno staranje, Slovenija.

## **The proposition of the programme of good practices for the introduction of new technologies in the field of active and independent ageing for Slovenia**

Life expectancy is extending and with it the risk of progress of chronic diseases is growing. Which means that the demand for help and support that enables older people to stay active is also growing, since there are less and less younger people in the family who can take care of their older relatives as they did before, or they are overburdened. Because of this it will be impossible to solve a problem of agreed standards in health and social rights with previous financial models. Europe recognized that it will be necessary to develop new solutions, that should use ICT to the greatest extent possible, and this would lengthen the stay of an individual in a home environment and thereby increase the person's independence, comfort, mobility, self-confidence and reduce the fear of something happening to him or her at home. Nursing at home also reduces the costs and increases the efficiency of use of available resources and because of that the plan is based on care and health services that are performed in a patient's home. However, the review of the nursing situation at home with the help of assistive technologies in Slovenia shows that only the most basic assistive technologies are currently present. After comparing examples of good practices in Europe, I submitted my proposal of good practice for the introduction of new technologies, which would help older people to grow old while still remaining active and independent. In order to check the opinion about the proposal, a method of focus group with elderly participants was employed. Analysis showed that they are enthusiastic about the proposal, because they all want to stay in their homes for as long as possible, since the thought of them going to a nursing home makes them feel uncomfortable. Their only concern is funding the programme.

**Key words:** older people, assistive technologies, active ageing, Slovenia.

## **Kazalo**

<b>1 Uvod.....</b>	<b>6</b>
<b>2 Opredelitve.....</b>	<b>7</b>
2.1 Opredelitev staranja in demografski trendi .....	7
2.1.1 Opredelitev staranja .....	7
2.1.2 Kakovostna starost .....	9
2.1.3 Demografski trendi .....	10
2.1.4 Pomen IKT med starejšimi .....	11
2.1.5 Uporaba IKT med starejšimi.....	12
2.2 Opredelitev telenege in telezdravja .....	15
2.2.1 Telenega.....	15
2.2.2 Telezdravje.....	17
<b>3 Pregled dobrih praks uvajanja aktivnega in neodvisnega staranja s pomočjo IKT v EU glede na razvrstitvene kriterije .....</b>	<b>18</b>
<b>4 Aktivno in neodvisno staranje.....</b>	<b>51</b>
4.1 Pregled razširjenosti podpornih tehnologij v Sloveniji in EU državah .....	52
4.2 Opis ovir za prevzemanje podpornih tehnologij (telenege in telezdravja) v Sloveniji... 58	
4.3 Predlog programa za uvajanje novih tehnologij na področju aktivnega in neodvisnega staranja.....	60
<b>5 Empirični del – fokusna skupina .....</b>	<b>64</b>
5.1 Metodologija.....	64
5.1.1 Udeleženci fokusne skupine.....	64
5.1.2 Operacionalizacija vsebine fokusne skupine .....	65
5.1.3 Časovni in logistični opis poteka fokusne skupine .....	67
5.1.4 Pilotsko testiranje vprašanj fokusne skupine .....	68
5.2 Rezultati.....	69
<b>6 Sklep .....</b>	<b>79</b>
<b>7 Literatura.....</b>	<b>84</b>

<b>Priloge.....</b>	<b>88</b>
Priloga A: Opis dobrih praks iz projekta EIP AHA .....	88
Priloga B: Načrt za izvedbo fokusne skupine.....	112
Priloga C: Obrazec za soglasje snemanja fokusne skupine .....	115
Priloga Č: Transkript fokusne skupine .....	115
Priloga D: Fotografije pripomočkov za pomoč na daljavo v predlogu programa dobrih praks za Slovenijo .....	146

## **Kazalo grafov**

Graf 2.1: Uporabniki računalnika po starostnih skupinah .....	12
Graf 2.2: Delež upokojencev med uporabniki spleta (2009-2012) .....	14
Graf 4.1: Prezem socialnih alarmov v različnih državah .....	48

## **Kazalo tabel**

Tabela 2.1: (Predviden) delež prebivalcev starih več kot 65 in 80 let in povprečna starost prebivalcev v Sloveniji in Evropi (1950-2050).....	10
Tabela 2.2: Uporaba računalnika starih od 65 do 74 let skozi kratko zgodovino (predstavljeno v odstotkih) .....	13
Tabela 2.3: Uporaba interneta starih od 65 do 74 let skozi kratko zgodovino (predstavljeno v odstotkih) .....	14
Tabela 3.1: Pregled dobrih praks iz projekta EIP AHA glede na razvrstitvene kriterije povzete iz Carretero .....	20
Tabela 3.2: Pregled dobrih praks iz projekta EIP AHA glede na podatke o dobri praksi, povzete iz Carretero .....	25
Tabela 5.1: Socio-demografske značilnosti udeležencev fokusne skupine .....	59

# 1 Uvod

Živimo v družbi, za katero je značilno staranje prebivalstva, zato postaja preučevanje starejših zanimivo tako za akademsko, kot tudi za tržno raziskovanje. V magistrski nalogi se bom zato osredotočila na storitve, ki bodo v pomoč starejšim ljudem.

Življenjska doba starejših ljudi se podaljšuje, kar pomeni, da je v poznem starostnem obdobju vse več ljudi, ki potrebujejo pomoč. Kot najpogostejša rešitev se pojavljajo domovi za starejše, saj imajo starejši ljudje v njih celodnevno varstvo in pomoč pri vsakodnevnih opravilih. Toda pri domovih za starejše se pojavljata dve oviri. Prva je nenaklonjenost večine starejših domovom. V Sloveniji bi večina starejših ljudi rada živela v svojem domu, kakor dolgo je mogoče in kolikor je mogoče neodvisno. Tudi študija (Sendi in drugi v Dolničar 2009, 278) je pokazala, da je le 7 % takih ljudi, ki bi rajši živeli v domu za ostarele. Drugi problem je ta, da so domovi za starejše za nekatere upokojene prevelik zalogaj in si jih ne morejo privoščiti. Rešitev se pojavlja v obliki oddaljene pomoči na domu, in sicer s pomočjo informacijsko-komunikacijske tehnologije, ki spodbuja aktivno staranje in neodvisno življenje. S pomočjo te tehnologije pa se zvišuje kakovost življenja tako starejših, kot tudi njihovih (mlajših) družinskih članov, ki nudijo pomoč starejšim. Starejšim ljudem tako ni treba v dom za starejše, v svojem domu lahko neodvisno živijo bistveno dlje. Oddaljena pomoč pa predstavlja rešitev tudi za drugo oviro. Nega na domu je namreč približno petkrat cenejša kot nega v zavodih (EIP AHA 2013).

Namen magistrskega dela je na podlagi pregleda dobrih praks v Evropski uniji predstaviti predlog programa dobrih praks za uvajanje novih tehnologij za Slovenijo, ki bi spodbudil neodvisno in aktivno staranje.

Raziskovalno vprašanje, na katerega bom odgovorila, pa je: V kolikšni meri bi bili potencialni končni uporabniki pripravljene sprejeti predlagan program, ki bi bil namenjen uvajanju novih tehnologij na področju aktivnega in neodvisnega staranja? Nanj bom odgovorila s pomočjo različnih metod.

V svoji nalogi bom najprej pregledala 31 primerov dobrih praks iz projekta *European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing (EIP AHA)* in njihove lastnosti razvrstila po različnih kriterijih. Ti so povzeti in prilagojeni po projektu *Mapping of Effective Technology-based Services for Independent Living for Older People at Home* (Carretero in drugi 2015). Nato se bom osredotočila na razširjenost storitev in pripomočkov za pomoč na

daljavo drugje po svetu, večinoma v Evropski uniji. Podala bom tudi pregled stanja v Sloveniji ter opisala ovire za bolj množično prevzemanje podpornih tehnologij v Sloveniji. Na podlagi tega bom na koncu izdelala predlog programa dobre prakse, ki bi bil lahko uspešen v Sloveniji.

S pomočjo fokusne skupine bom nazadnje ugotavljala, kakšno je mnenje udeležencev glede domov za starejše, nege na domu in pomoči na daljavo ter v kolikšni meri pojem telenega oziroma pomoč na daljavo sploh poznajo. Predstavila jim bom tudi svoj predlog dobre prakse za Slovenijo in skušala ugotoviti, kakšno je njihovo mnenje o tem predlogu. S tem bom lahko odgovorila na vprašanje, v kolikšni meri bi bili potencialni končni uporabniki pripravljene sprejeti predlagan program, ki bi bil namenjen uvajanju novih tehnologij na področju aktivnega in neodvisnega staranja.

## **2 Opredelitve**

### **2.1 Opredelitev staranja in demografski trendi**

#### **2.1.1 Opredelitev staranja**

Obstajajo številni načini opredeljevanja starosti in staranja. V literaturi je zato navedenih mnogo opredelitev starejših, kar je seveda pogojeno s procesom staranja. Staranje poteka vse življenje, besedo uporabljamo, kadar govorimo o tem dogajanju pri posamezniku, ne glede na to, koliko je star (Ramovš 2003, 29). Staranje lahko razumemo kot biološki proces, kot fazo v določenem življenjskem ciklu ali kot staranje v časovnem smislu. Prvi pristop je precej težko operacionalizirati za namene raziskav, razen če pogledamo posebno skupino ljudi, ki se srečujejo z upadom kognitivnih sposobnosti. Drugi pristop je povezan z gerontologijo, kjer so starejši označeni kot »ljudje v tretjem življenjskem obdobju«. Laslett 1991 poimenuje starost kot tretje življenjsko obdobje neodvisnosti po delovni dobi (Laslett 1991 v Harper 2008). Tretji pristop, ki se najpogosteje uporablja, je pogojen s časovnim trajanjem (Harper 2008). Obstaja več vrst definicij oziroma starostnih meja, ki razmejujejo srednje prebivalstvo od starejšega. Ramovš razlikuje tri različne vrste definiranja starosti:

1. *Kronološka starost* pove, koliko smo stari, in je enaka za vse, saj se vsi staramo enako hitro in nanjo nimamo vpliva. Začetek starostnega obdobja je po 65 letu. Ni nujno povezana z zdravjem, duševnimi sposobnostmi in socialnim statusom posameznika (Mali 2008, 41; Ramovš 2003).

2. *Funkcionalna starost* ali biološka starost, kot jo imenujejo zdravniki, je povezana s spremembami v telesu in nam pove, koliko smo sposobni opravljati osnovna opravila, glede na delovanje osnovnih telesnih funkcij. Kaže se kot zmanjšane sposobnosti v delovanju organizma. Glede na funkcionalno starost, se staramo različno hitro. Človek ima na to starost vpliv s svojim načinom življenja (Mali 2008, 41; Ramovš 2003, 69–70).

3. *Doživljajska starost* nam pove, kako vsak posameznik sam doživlja in sprejema svojo starost. Po tej definiciji je lahko človek mladosten v vseh obdobjih, če se tako počuti in obratno. Za zdravstveno osebo je veliko lažje, če se starostnik počuti mladostno, saj je s takim pacientom lažje delati (Ramovš 2003, 69–70; Hojnik-Zupanc 1997, 3).

Mali (2008) pa dodaja še definiciji psihološkega staranja (spremembe senzoričnih in perceptivnih procesov, mentalnih funkcij, osebnosti) in sociološkega staranja (spremembe, ki jih starostnik doživi v družbi, družini in na individualni ravni).

Ramovš (2003, 74–75) pa z vidika kronološke in funkcionalne starosti deli starost še v tri podobodbjaja:

1. Zgodnje starostno obdobje (Od 66. do 75. leta. Je obdobje, ko je človek še dokaj zdrav in zato še živi bolj aktivno življenje.)
2. Srednje starostno obdobje (Od 76. do 85. leta. Je obdobje, ko jih večina izgubi moža/ženo in prijatelje. Upadajo mu tudi moči in peša zdravje.)
3. Pozno starostno obdobje (Po 86. letu. Za mlajše generacije postaja nemi učitelj najglobljih temeljev človeškega dostojanstva.)

Po podatkih Statističnega urada Republike Slovenije pa so starejši osebe, stare 65 let in več (Vertot 2010). Tako bom tudi sama, ko bom v nalogi govorila o starejših, mislila na osebe, ki so dopolnile vsaj 65 let.

Alternativne načine razmišljanja o tem, kaj pomeni staranje in kako je starost lahko definirana, kažejo etnografske študije (Degnen 2007 v Harper 2008). V študiji, ki so jo delali v Veliki Britaniji, so spraševali starejše ljudi, kaj zanje pomeni biti star. Njihovi odgovori so podali razliko glede na »normalno staranje« (kar vključuje bolj fizično obnemoglost, kot so artritis, diabetes in luknje v spominu) in »resnično starimi« (kar vključuje silovito obnemoglost v mentalni ostrini in družbenem obnašanju). Ne glede na to, da so definicije z različnih stališč drugačne, pa so starejši ljudje na splošno vseeno skupina, ki ima nekatere značilnosti skupne. Kot ugotavlja Harper (2008), so upokojeni ali vsaj na pol upokojeni.



Pojavijo se določene življenjske spremembe, na primer preselijo se v spodnje nadstropje v hiši ali gredo v ustanove z varstvom. Lahko imajo določeno vedenje glede ideje o družini, prijateljih in z njimi povezanih vlogah. Družina je za starejše pomembna. Kot ugotavljajo Borglin in drugi (2005), so intervjuji s starejšimi pokazali, da je dostop do pomembnih sorodnikov eden izmed štirih pomembnih dejavnikov, ki pripomorejo h kvaliteti življenja (ostali trije so biti sidrišče življenja, zadovoljeno telo in duh in vodilni pogoji v življenju). Dostop do pomembnih sorodnikov naj vključuje tesne vezi z drugimi. Medtem ko starejši želijo biti del življenja svojih odraslih otrok, pa vseeno ne želijo postati preveč vsiljivi s svojo prisotnostjo. Razumljivo je, da imajo starejši ljudje manj prijateljev, ker npr. ti že umrejo ali zbolijo, omejeni pa so tudi s spoznavanjem novih ljudi. Bolj nepričakovano je mogoče to, da število bližnjih razmerij ostaja trdno do zelo starih let in da so ljudje bolj pozitivni glede svojih družbenih razmerij, ko se postarajo (Harper 2008).

### **2.1.2 Kakovostna starost**

Največ pomena pri kakovostnem staranju pripisujejo materialni varnosti (Weber in drugi 2014) in zdravju (Ramovš 2003, 45). Ko starejši govorijo o kakovostni starosti, največkrat omenjajo družino, socialni kontakt, zdravje, mobilnost/zmožnost, materialne okoliščine, aktivnost, srečo, mladostnost in bivalno okolje (Farquhar v Bond in Corner 2004, 5). Kakovostna starost se stopnjuje od nizke do visoke. Materialna vrednost in zdravje lahko pomagata pri dviganju na višjo stopnjo kakovosti (Ramovš 2003, 46). Vendar pa le zdravje in materialna varnost nista dovolj. Treba je upoštevati tudi človekovo svobodo in samostojnost v odločanju ter njegovo osebno odgovornost za odločitve, krepitev medčloveških odnosov z drugimi ljudmi (tudi z mlajšimi generacijami), skrb za učenje in ustvarjalnost ter zavedanje vrednosti in smisla preteklosti, sedanjosti in prihodnosti svojega življenja na stara leta (Ramovš 2003, 48). Postružnik (2000, 338) trdi podobno, saj so po njenem za kakovostno staranje pomembne materialne potrebe, vendar pa se ji zdijo enako pomembne tudi nematerialne oziroma socialne potrebe (medčloveška povezanost oziroma medčloveški odnosi; da se starost doživlja kot posebno, vendar enako smiselno obdobje kot obdobje mladosti in srednjih let; predajanje življenjskih izkušenj in znanj mladi in srednji generaciji). Prvi pogoj za kakovostno staranje je tako upoštevanje celotnega človeka in vse njegove razsežnosti in potrebe, zmožnosti, možnosti (z večjo pozornostjo na tistih, ki so bolj značilni za tretje življenjsko obdobje), drugi pogoj pa je, da upoštevamo dejstvo, da je vsak človek edinstven in unikaten (za vsakega človeka je kakovostno staranje malo drugačno). Sicer pa mora za kakovostno starost poskrbeti vsak sam (nanjo se mora pripravljati že v srednjih letih

in starost mora sprejeti kot obdobje življenja ter se sam aktivno truditi za njeno kakovost), vseeno pa ne more imeti kakovostne starosti brez drugih ljudi in tudi sam naj pomaga drugim do kakovostne starosti. Država pa mora prav tako pripraviti pogoje za kakovostno staranje (Ramovš 2003, 49–50). »Kakovost življenja v starosti je predvsem odvisna od lastnega interesa, aktivnosti in izbire možnosti, ki so na voljo.« (Kobentar 2008, 149)

### 2.1.3 Demografski trendi

Preučevanje starejših ljudi postaja vse bolj relevantno, ker smo priča procesu staranja prebivalstva. Pričakovana življenjska doba se podaljšuje in zaradi tega narašča število starejših, to so osebe, starejše od 65 let. Staranje prebivalstva je eden resnih izzivov, pred katerim se je znašla današnja družba. Staranje prebivalstva je tihi proces ter se razvija dalj časa in povzroča posledice, ki jih je težko predvideti. V Sloveniji je bilo leta 2003 14,7 odstotka prebivalcev, starejših od 65 let. To Slovenijo uvršča med populacijsko stare družbe (Hlebec 2003). Leta 2012 je bilo med prebivalci približno 17 odstotkov starejših. Po projekcijah UNDESE (glej razpredelnico spodaj) se bo leta 2050 v Sloveniji delež starejših znatno povečal, in sicer na 30 odstotkov, kar je slabe 4 odstotke več od pričakovanega evropskega povprečja. Nagode in Dolničar napovedujeta, da bo do leta 2050 prvič v zgodovini število starejših ljudi preseglo število mladih ljudi. Do leta 2050 bo vsak peti človek starejši od 60 let, do leta 2150 pa bo to vsak tretji (Nagode in Dolničar 2010).

Tabela 2.1: (Predviden) delež prebivalcev, starih več kot 65 in 80 let, in povprečna starost prebivalcev v Sloveniji in Evropi (1950–2050).

Leto	Prebivalci 65 + (%)		Prebivalci 80 + (%)		Povprečna starost (let)	
	Evropa	Slovenija	Evropa	Slovenija	Evropa	Slovenija
1950	8,0	7,0	1,0	1,0	28,9	27,7
1960	8,8	7,8	1,3	1,0	30,3	29,3
1970	10,5	9,9	1,6	1,2	31,8	31,0
1980	12,4	11,4	2,0	1,8	32,7	31,7
1990	12,7	10,7	2,8	2,2	34,6	34,2
2000	14,7	14,1	2,9	2,2	37,6	38,0
2010	16,3	16,7	4,2	4,0	40,3	41,5
2020	18,9	20,5	5,1	5,4	42,4	44,3

<b>2030</b>	22,4	24,8	6,0	6,5	44,7	47,5
<b>2040</b>	25,0	27,8	7,8	9,3	46,3	49,3
<b>2050</b>	26,9	30,4	9,5	10,9	45,7	48,2

Vir: UNDESA (2012).

Rudel pa ugotavlja podobno kot projekcije UNDESE, in sicer, da bodo do leta 2050 starejši od 65 let predstavljali skoraj 30 % vsega evropskega prebivalstva, od tega jih bo 10 % starejših od 80 let (Rudel 2008).

#### **2.1.4 Pomen IKT med starejšimi**

Zaradi staranja v Evropi narašča tudi število ljudi, ki živijo z dolgoročnimi kroničnimi stanji (McLean in drugi v Meidert in drugi 2013, 14). S povečano življenjsko dobo narašča tveganje za razvoj kroničnih bolezni, kot sta demenca in kap. Tako približno petina starejših ljudi zahteva pomoč in podporo za izvajanje vsakodnevne aktivnosti in da ostanejo aktivni v družbi. Vse manj je tudi mlajših ljudi v družini, ki bi lahko skrbeli za starejše, kot je bilo to v navadi včasih, (Magnusson in drugi 2004) oziroma so ti preobremenjeni s svojo službo in skrbjo za ostale družinske člane (Dolničar 2009). Zato problema dogovorjenih zdravstvenih in socialnih pravic ne bo mogoče reševati z dosedanjimi modeli. Evropa spoznava, da bo treba razviti nove rešitve, pri katerih naj bi se v čim večji meri uporabile informacijske in telekomunikacijske tehnologije (IKT). IKT lahko pomagajo starejšim, da dlje časa ostanejo aktivni, produktivni in ohranjajo kakovost življenja in ravnotežje (Gašperšič 2013, 8). Te nove rešitve naj bi podaljšale čas bivanja posameznika v domačem okolju, povečale njegovo samostojnost, udobje, mobilnost, samozaupanje in zmanjšale strah, da bi se mu kaj zgodilo med štirimi stenami domačega okolja. Ravno ta oskrba v domačem okolju pa tudi zmanjšuje stroške in povečuje učinkovitost porabe razpoložljivih sredstev, zato naj bi se v prihodnje čim več oskrbe in zdravstvenih storitev izvajalo na bolnikovem domu (Rudel 2008). Kajti, kot pravi Rudel (2008), so »storitve oskrbe na domu na daljavo in zdravja na daljavo storitve prihodnosti za starajočo Evropo.«

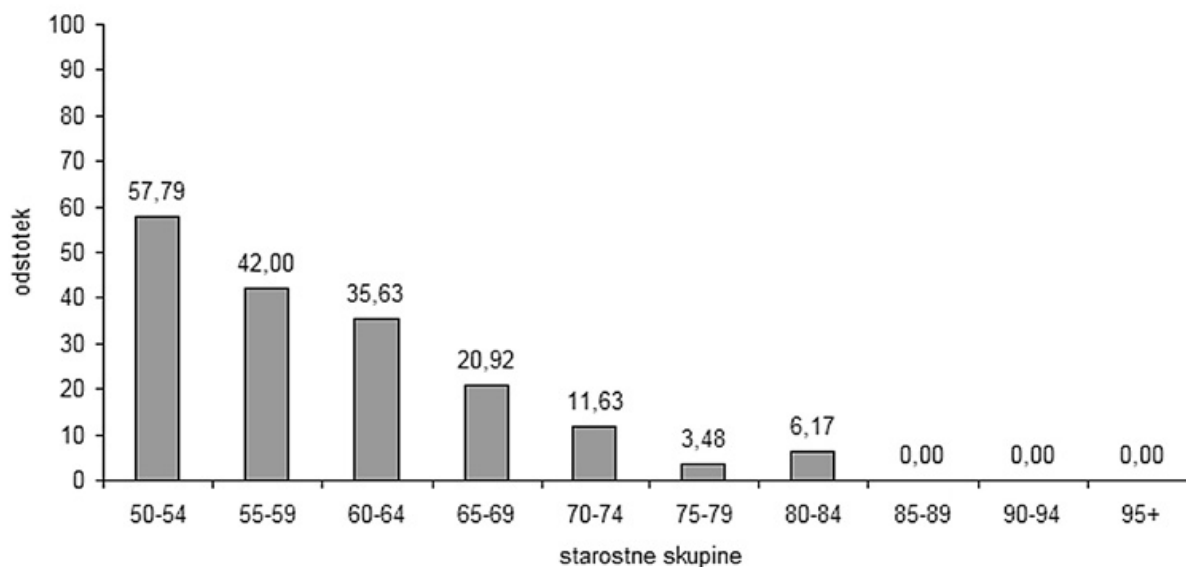
Te pripomočke na daljavo, pri katerih se v veliki meri uporabljajo IKT in podaljšajo čas bivanja posameznika doma, pa preučuje veda, ki se imenuje gerontehtnologija. To je študija o tehnologiji in staranju za izboljševanje dnevnih funkcij za starejše (Bouma 1992). Gre za razvoj tehnologije, ki omogoča starejšim bolj kakovostno staranje in jim pomaga premagovati starostne ovire. Raziskovanje gerontehtnologije vključuje: preučevanje potreb starejših, razvoj pripomočkov, ki posamezniku pomagajo pri bolj neodvisnem življenju, pa tudi razvoj

tehnologije za preventivo bolezni, vzdrževanje zdravja in za bolj aktivno življenje. Pripomočki, ki sodijo v gerontehtnologijo, niso le računalniško podprte rešitve, temveč tudi bolj preprosti pripomočki, kot so bergle, slušni aparati, zobne proteze (Lipar 2014). Razvoj gerontehtnologije je spodbudila želja starejših ljudi, da bi živeli v svojem domu čim dlje (Lipar 2014b). Uporabljajo se za zagotovitev optimalnega tehnološkega okolja za vse starajoče in starejše ljudi (Nagode in Dolničar 2010).

### 2.1.5 Uporaba IKT med starejšimi

Slovenija je po odstotkih rabe IKT na svetu na zelo visoki ravni, pri rabi IKT med starejšimi pa ni tako uspešna, saj za evropskim povprečjem izrazito zaostaja (Slovenija 24 %, EU 40 %) (Ramovš 2012). Vseeno pa uporaba IKT med starejšimi iz leta v leto naglo narašča.

Graf 2.1: Uporabniki računalnika po starostnih skupinah.



Vir: Inštitut Antona Trstenjaka (2010).

Tabela 2.2: Uporaba računalnika starih od 65 do 74 let skozi kratko zgodovino (predstavljeno v odstotkih).

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Uporabniki računalnika (že uporabljali računalnik)	14,04	22,58	20,94	24,75	29,88	27,67	35,35
Uporabniki računalnika – v zadnjih 3 mesecih (redni uporabniki računalnika)	9,36	8,17	10,09	14,48	18,15	19,68	24,74
Uporabniki računalnika – pred 3 meseci do 1 leta	0,45	1,24	2,65	0,61	1,73	-	1,54
Uporabniki računalnika – pred več kot 1 letom	4,23	13,16	8,19	9,65	10,01	7,99	9,07
Uporaba računalnika – še nikoli	-	77,42	79,06	75,25	70,12	72,33	64,65

Vir: SURS (2015).

V zgornji tabeli je predstavljena uporaba računalnika skozi zadnjih 6 let med starejšimi ljudmi (65 – 75). Vidimo lahko, da se uporaba računalnika med starejšimi naglo povečuje, saj se je odstotek tistih, ki so vsaj enkrat že uporabili računalnik, v 6 letih povečal za kar okoli 21 odstotkov. Rednih uporabnikov računalnika (taki, ki so ga uporabili vsaj v zadnjih treh mesecih) je bilo leta 2013 že skoraj 25 odstotkov, medtem ko jih je bilo leta 2007 le dobrih 9 odstotkov. To, da se delež uporabnikov računalnika med starejšimi povečuje, je dobro za razvoj novih rešitev, kjer bodo v ospredju informacijsko-komunikacijske tehnologije.

Tabela 2.3: Uporaba interneta starih od 65 do 74 let skozi kratko zgodovino (predstavljeno v odstotkih).

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Uporabniki interneta (že uporabljali internet)	7,74	5,53	11,59	14,37	17,65	19,88	29,46
Uporabniki interneta – v zadnjih 3 mesecih (redni uporabniki interneta)	6,93	4,29	8,25	12,29	15,51	17,48	24,4
Uporabniki interneta – pred 3 meseci do 1 leta	0,42	0,74	1,05	-	0,51	0,98	1,2
Uporabniki interneta – pred več kot 1 letom	0,39	0,50	2,30	2,08	1,63	1,42	3,83
Uporaba interneta – še nikoli	-	94,47	88,41	85,63	82,35	80,12	70,54

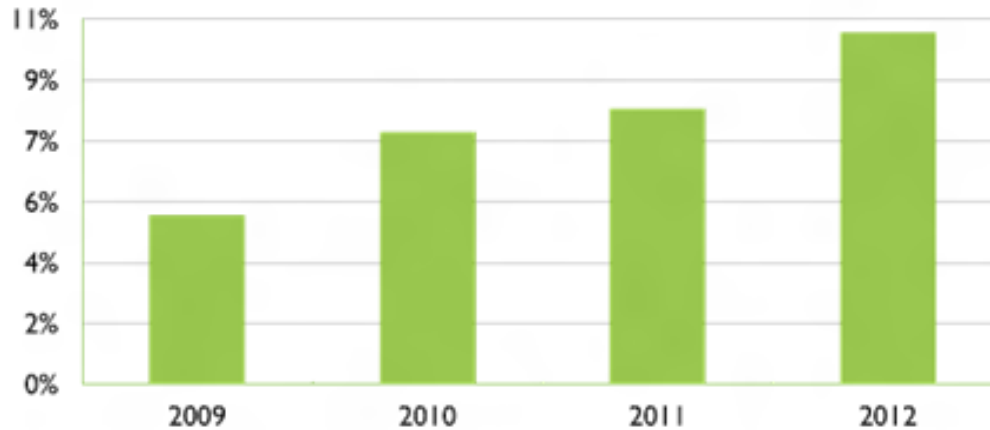
Vir: SURS (2015).

Takih starejših (med 65 in 74 let), ki so že kdaj uporabljali internet, je nekaj manj v primerjavi s takimi, ki so že uporabljali računalnik, vendar se je odstotek v primerjavi z letom 2007 prav tako znatno povečal. V letu 2013 je bilo namreč kar dobrih 29 odstotkov starejših, ki so že kdaj uporabljali internet, medtem ko jih je bilo še leta 2007 komaj 8 odstotkov. Tudi tukaj se najhitreje povečuje število rednih uporabnikov.

V spodnjem grafu pa je prikazan delež upokojencev (vsi, ki so v pokoju) med uporabniki spleta med letoma 2009 in 2012. Leta 2009 je bilo izmed vseh uporabnikov spleta upokojencev za skoraj 6 odstotkov, leta 2012 pa za skoraj 11 odstotkov. Kot je bilo že omenjeno, se torej trend uporabe spleta med upokojenci povečuje.

Graf 2.2: Delež upokoencev med uporabniki spleta (2009–2012).

### Delež upokoencev med uporabniki spleta (2009-2012)



Vir: Moss-soz.si

Vir: Merjenje obiskanosti spletnih strani (2015).

## 2.2 Opredelitev telenege in telezdravja

Predpona tele izhaja iz Grčije in pomeni »daleč« ali »na daljavo« ali »oddaljen« (Norris 2001).

**2.2.1 Telenege** je tako »oddaljeno ali povečano izvajanje zdravstvenih in socialno-varstvenih storitev do ljudi v svojem domu, s pomočjo telekomunikacijskih in računalniških sistemov« (Barnes in drugi v Brownsell in drugi 2006, 6). Telenege se nanaša na zagotavljanje socialne oskrbe na daljavo z uporabo telekomunikacij (ICT & Ageing, 2010). Telenege zagotavlja storitve na daljavo, kar pomeni, da lokacija ni pomembna. Je prilagodljiva, tudi glede na spreminjajoče se potrebe posameznikov. Prilega se v paketu za nego, ki lahko vključuje nego na domu, podporno tehnologijo in zdravstveno nego doma (Bayer in drugi, 2007).

Opredeljene so tri generacije telenege (ICT & Ageing, 2010; Porteus in Brownsell v Kerbler 2011, 182):

Prva sestoji iz socialnih/zasilnih alarmov, ki temeljijo na telefonski enoti in obesku z brezžičnim daljinskim sprožilom, ki ga lahko uporabniki stisnejo, ko potrebujejo pomoč. Ko uporabniki pritisnejo na gumb, center za spremljanje sistema prejme klic, identificira

klicatelja in njegov naslov. Z glasovno povezavo je mogoče ugotoviti nujnost potrebe in začetno diagnozo. Osebe, ki se odzivajo (neformalni ali formalni skrbniki), so obveščene, kot zahteva situacija.

Druga generacija telenege je nadgradnja socialnih/zasilnih alarmov in dodaja pasivno ali avtomatično dimenzijo alarma (ni potrebe po tem, da starejša oseba aktivira alarm), kar omogoča inštalacija senzorjev v domu starejše osebe. Senzorji so vgrajeni v domu uporabnika, na primer v kljukah, ročajih, ročnih urah. Ti senzorji spremljajo nenadne spremembe v prostoru (padec, epileptični napad) in fiziološke funkcije posameznika (merijo srčni utrip, krvni tlak itd.). Imajo tudi naprave, ki ugotavljajo nenavadno stanje v domu, na primer detektorje dima, požara ali izliva vode. To vrsto telenege Barlow in ostali (2006) imenujejo odzivna oblika telenege. Ko se senzorji aktivirajo, to sproži opozorilo klicnemu centru, s tem pa tudi nadaljnji potrebni odziv.

Tretja generacija telenege pa avtomatično zbira podatke o vsakdanjih aktivnostih oziroma psihičnih funkcijah posameznika. Ocenjujejo vedenje posameznika na podlagi npr. pogostosti odpiranja vhodnih vrat, vrat hladilnika, zasedenosti ležišč/stolov, pogostosti stopanja na preprogo pred posteljo. Uporabnika pa tudi opozorijo, na primer, kdaj je treba vzeti tableto. Podatki so nato posredovani skrbniku ali družinskim članom, da lažje nadzorujejo ugodje starejših in ocenijo potrebo po pomoči in podpori.

Telenege vključuje zagotavljanje zdravstvenega in socialnega varstva posameznikom znotraj doma ali širše skupnosti zunaj formalnih institucionalnih okolij, s podporo sistemov, ki so omogočeni s pomočjo informacijsko-komunikacijskih tehnologij (IKT). Temelji na predpostavki, da bi morali ljudje, ki potrebujejo oskrbo, sodelovati v skupnosti, kolikor je to mogoče in tako dolgo, kot je to mogoče. Nega mora biti zato omogočena, kjer je najbolj primerno in potencialno kjerkoli v normalnem fizičnem okolju. To je lahko doma, v dnevnem varstvu ali v normalnem dnevnem bivalnem okolju (Bayer in drugi 2007, 62).

Glavna funkcija telenege je omogočiti starejšim ljudem, da ostanejo v svojih domovih, tako da jim (in njihovim skrbnikom) zagotavlja varnost in pomirjenje. Telenege ima tako pomembne posledice za prihodnjo lokacijo dostave nege, ker lahko preoblikuje prejšnje neprimerno okolje v tako, da je popolnoma varno za pacienta, ki je odpuščen iz bolnišnice (Bayer in drugi 2007, 62–63).



McLean (v Meidert in drugi 2013, 15–16) opisuje tri elemente telenege: 1. Pacient zagotovi podatke, kot so video, elektrokardiografija ali nasičenost s kisikom, kar daje informacije o zdravstvenem stanju. 2. Informacije se do zdravstvenega delavca, na drugo lokacijo, prenesejo elektronsko. 3. Zdravstveni delavec uporablja klinične veščine in mnenje, da posamezniku zagotovi osebne povratne informacije.

V literaturi je telenega velikokrat definirana drugače kot telemedicina, glede na to, kdo uporablja tehnologijo. McLean (v Meidert in drugi 2013, 15–16) opiše telemedicino kot tehnologijo, ki se izvaja na daljavo med zdravstvenimi delavci, medtem ko telenega vključuje elektronske naprave v kombinaciji z informacijsko-komunikacijsko tehnologijo (IKT) in strokovne prakse, ki se uporabljajo za pomoč in skrb za ljudi na daljavo. Telenega vključuje storitve, kot so nadzor, pomoč, informacije, posvetovanje in komunikacija. ICT & Ageing project (2010) definira telenega kot vrsto izboljšav k osnovni storitvi socialnega alarma in ki se ukvarja z zagotavljanjem socialnega varstva (nemedicinske storitve) na domu.

Ena od glavnih tehnologij, ki je v uporabi pri telenegi, je IKT. IKT igra pomembno vlogo pri ohranjanju povezanosti med ljudmi in pri zmanjševanju občutka izolacije in osamljenosti. IKT se večinoma uporablja v obliki računalniških kamer/mikrofonov, kot naprave IKT pa prav tako služijo mobilni telefoni in tablični računalniki.

Storitve telenege večinoma predstavljajo dostavo storitev nege na daljavo do starejših pacientov, ki živijo doma, nekateri pa živijo tudi v ruralnih območjih. Obsegajo paleto storitev, vključujoč virtualni obisk, opozorilne sisteme, alarmne sisteme za zaščito doma in socialne alarme s splošnim ciljem, da se izognejo obiskom v bolnišnici in pomagajo, da se ljudje lahko starajo doma (Audit Commission v Magnusson in drugi 2004, 225–226).

**2.2.2 Telezdravje** je sistem, ki »dostavlja« storitve od izvajalca storitev zdravstvenega varstva do občana ali od enega zdravstvenega delavca do drugega ali pa med občani in družinskimi člani (Stroetman in drugi v Leichsenring in drugi 2013, 253). Je »uporaba informacijsko-komunikacijskih tehnologij za prenos informacij zdravstvene nege za dostavo kliničnih, administrativnih in izobraževalnih storitev« (Norris 2001). To so tehnološko podprte zdravstvene naloge, ki se izvajajo na pacientovem domu ali na kakem drugem oddaljenem kraju, predvsem pošiljanje biometričnih podatkov od pacienta k zdravstvenemu sistemu in/ali pošiljanje nasveta, navodil ali opomnikov od zdravstvenih sistemov k pacientu (Greenhalgh in drugi 2012).

Telezdravje je podobno telemedicini, nekje ju celo enačijo (Norris (2001) govori o tem, da se pojem telemedicina počasi nadomešča s pojmom telezdravje), vendar obstaja razlika. Telemedicina se namreč nanaša le na »dostavo« storitev med zdravniki, medtem ko so pri telezdravju vključeni vsi zdravstveni delavci, vključno s farmacevti, medicinskimi sestrami in drugimi (WHO 2009) (Norris 2001). Domače telezdravje pa se nanaša na vrsto podpore, ki po navadi ne vključuje le nadzora in pomoči, pač pa tudi širšo podporo domače oskrbe, ki pa bolj sodi na področje socialnih storitev (ICT & Ageing 2010).

Telezdravje se osredotoča zlasti na domači nadzor tako, da omogoča, da je klinični postopek izveden na daljavo (Audit Commission v Magnusson in drugi 2004, 225).

Pojem telezdravje projekt ICT & Ageing (2010) opisuje kot uporabo IKT z namenom dostaviti medicinsko usmerjene storitve nege starejšim ljudem v njihove domove. Vključuje lahko različne storitve, kot so telenadzor (krvni tlak, glukoza v krvi, EKG itd.), »teleposvetovanje« (s pomočjo spleta, po videotelefonu, telefonu itd.) in telerehabilitacija, (po videotelefonu), kot tudi samopostrežne naprave, ki jih ljudje uporabljajo doma z namenom, da sami nadzorujejo svoje zdravje. Pogosto so storitve telezdravja razvite ločeno od telenege, deloma zaradi tradicionalno ločenih organizacij in ločnic med zdravstveno oskrbo in socialno oskrbo.

### **3 Pregled dobrih praks uvajanja aktivnega in neodvisnega staranja s pomočjo IKT v EU glede na razvrstitvene kriterije**

V tem poglavju sem preučila projekt *Mapping of Effective Technology-based Services for Independent Living for Older People at Home* (Carretero in drugi 2015), ki opisuje 14 dobrih praks, ki so jih razvrstili po različnih razvrstitvenih kriterijih. Njihove razvrstitvene kriterije sem nato uporabila tako, da sem z njihovo pomočjo enako analizirala 31 dobrih praks iz projekta *European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing* (2013). Najprej sem jih razvrstila glede na vrsto podporne tehnologije, ime dobre prakse, raven potreb in glede na državo, ki dobro prakso izvaja. Nato pa sem jih razvrstila še glede na leta delovanja dobre prakse, tip organizacije, ki prakso izvaja, obseg izvajanja, storitve, naprave in glede na informacije o stroških in prihrankih. Projekt, ki so ga preučevali Carretero in drugi (2015), sem izbrala zato, ker se prav tako ukvarjajo z dobrimi praksami v različnih državah in so z izbranimi razvrstitvenimi kriteriji pokrili veliko relevantnih podatkov za analizo.

Projekt *Mapping of Effective Technology-based Services for Independent Living for Older People at Home* (Carretero in drugi 2015) opisuje dobre prakse v tehnološko podprtih rešitvah, katerih cilj je povečati samostojno življenje starejših ljudi v Evropi in izven nje. Poiskali so 14 različnih uspešnih, tehnološko podprtih rešitev za neodvisno življenje starejših ljudi doma. Te tehnološko podprte rešitve povečujejo samostojno življenje starejših ljudi doma, produktivnost negovalcev, omogočajo boljšo kvaliteto nege in prihranke. S to raziskavo želijo pridobiti napotke, kako izvesti tehnološko podprte rešitve za neodvisno življenje v »državah članicah« tako, da identificirajo dobre prakse v tehnološko podprtih rešitvah za neodvisno življenje doma za starejše z različnimi potrebami. Take dobre prakse so sicer že bile uspešno razvite v Evropi, ZDA in na Japonskem. Nato so teh 14 dobrih praks analizirali, osredotočili so se na poslovni primer, poslovni model, tehnološko in organizacijsko spremembo, tehnične standarde, kvaliteto, lestvico. Še pred tem pa so napisali kriterije, po katerih so izbrali dobre prakse.

### **Informacije, ki identificirajo dobro prakso**

Pregledali so informacije, ki identificirajo dobro prakso (vrsta uporabljene podporne tehnologije, ime dobre prakse, država, v kateri je bila dobra praksa ustanovljena in izvajana, raven potreb, ki jih praksa pokriva itd.). Vrsta uporabljene podporne tehnologije je določena glede na definiciji telenege oziroma telezdravja, opisani v drugem poglavju te naloge. Ime dobre prakse je celotno ime prakse, vključno z akronimom, če ga ima. Informacija o državi geografsko lokalizira, kje je bila (oziroma je) dobra praksa ustanovljena in izvajana. Raven potreb, ki jih praksa pokriva, pa se nanaša na specifična stanja starejših ljudi, za katere je bila dobra praksa razvita.

### **Podatki o dobri praksi**

Pregledali so tudi podatke o dobri praksi (leta delovanja, tip organizacije, ki prakso izvaja, informacije o stroških, koliko ljudi je bilo uporabnikov, cilji in karakteristike prakse ter naprave, ki so jih uporabljali v praksi) in kako učinkovita je bila dobra praksa. Leta delovanja dobre prakse nam povedo začetno leto in končno leto, iz tega je nato razvidno tudi skupno število let delovanja. Tip organizacije, ki prakso izvaja, se nanaša na to, ali dobro prakso izvaja javna, zasebna ali neprofitna organizacija. Informacije o stroških nam povedo približne stroške prakse, če so na voljo, vključno z letom in enoto. Število uporabnikov dobre prakse nam pove, približno koliko ljudi je bilo deležnih koristi posamezne dobre prakse. Podatki o ciljih in karakteristikah prakse se osredotočajo na storitve, ki jih v sklopu dobre prakse

izvajajo, in na cilje, ki jih ta dobra praksa ima. Nazadnje pa so še podatki o informacijsko-komunikacijskih napravah, ki so jih (morebiti) uporabljali za izvajanje dobre prakse.

Prav po teh kriterijih, s katerimi so v projektu (Carretero in drugi 2015) razporedili teh 14 dobrih praks, sem tudi sama razporedila lastnosti 31 dobrih praks iz projekta *European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing* (EIP AHA 2013) (glej Tabeli 3.1 in 3.2). Pri kategoriji informacije o stroških, sem dodala še informacije o prihrankih, kjer je bila ta informacija na voljo.

Tabela 3.1: Pregled dobrih praks iz projekta EIP AHA<sup>1</sup> glede na razvrstitvene kriterije, povzete po Carretero (2014).

#	Vrsta podporne tehnologije	Ime dobre prakse	Raven potreb	Država
1	Telenega	LAFCI	Starejši	Irska
2	Telenega	Andalusian Strategy on Active Ageing	Starejši od 65 let	Španija (Andaluzija)
3	Telenega	Etxean Ondo	Starejši, za katere obstaja tveganje za padce ali da jih bodo preselili v dom za ostarele.	Španija (Baskija)
4	Telenega	Euskadi, an Age Friendly Region	Starejši	Španija (Baskija)
5	Telenega	Integrated Citizen Centred Health and Social Care for Older People	Starejši	Združeno kraljestvo (Severna Irska)
6	Telenega	Groningen Active Living Model	Starejši	Nizozemska (Severna Nizozemska)
7	Telenega	National Care Development Programme	Pretežno starejši (pa tudi drugi ljudje z učnimi nezmožnostmi, dolgotrajnimi zdravstvenimi stanji in fizičnimi nezmožnostmi)	Združeno kraljestvo (Škotska)

<sup>1</sup> Za bolj podroben opis posameznih dobrih praks glej prilogo A.

#	Vrsta podporne tehnologije	Ime dobre prakse	Raven potreb	Država
8	Telenega	The National Falls Programme	Starejši s tveganjem za padce in zlome	Združeno kraljestvo (Škotska)
9	Telezdravje	SAM:BO	Vse prebivalstvo	Danska
10	Telezdravje	TicSalut/InnohealthHub Catalunya	Ni podatka (op. a.: kronični pacienti)	Španija (Katalonija)
11	Telezdravje	NEXES	Starejši in kronični pacienti	Španija (Katalonija)
12	Telezdravje	COLLAGE	Starejši	Irska
13	Telezdravje	»Let me decided« advance care planning and palliative care programme in long term care	Starejši (pacienti)	Irska
14	Telezdravje	Andalusian e-Health Strategy	Starejši (pacienti)	Španija (Andaluzija)
15	Telezdravje	Programme of comprehensive and coordinated care for older in- and outpatients	Starejši (pacienti)	Španija (Madrid)
16	Telezdravje	The Falls and Fractures Clinic (an integrated care for older people with or at risk of falls and fractures)	Starejši, za katere obstaja tveganje za padce in zlome	Španija (Madrid)
17	Telezdravje	Basque Strategy for tackling the challenge of chronicity	Kronični pacienti	Španija (Baskija)
18	Telezdravje	Yorkshire & the Humber Telehealth Hub	Starejši (pacienti)	Združeno kraljestvo (Yorkshire)
19	Telezdravje	Integrated Chronic Disease Management Model (GECHRONIC)	Kompleksni kronični pacienti	Španija (Valencija)
20	Telezdravje	Electronic Health Care and Integrated Information Systems	Ni podatka (op. a.: vse prebivalstvo)	Španija (Valencija)

#	Vrsta podporne tehnologije	Ime dobre prakse	Raven potreb	Država
21	Telezdravje	Medicines Management for Older Citizens	Starejši	Združeno kraljestvo (Severna Irska)
22	Telezdravje	Integrated Long Term Conditions Management for Older Citizens	Starejši s kroničnimi boleznimi in dolgoročnimi stanji	Združeno kraljestvo (Severna Irska)
23	Telezdravje	EurSafety Health-net: Euregional Network for Patient Safety and Infection Prevention	Ni podatka (op. a.: vse prebivalstvo)	Nizozemska (Severna Nizozemska)
24	Telezdravje	EMBRACE, a new Dutch Integrated elderly care program	Starejši od 75 let	Nizozemska (Severna Nizozemska)
25	Telezdravje	Zorgcirkels	Starejši	Nizozemska (Province of Noord-Brabant)
26	Telezdravje	Slimmer met Zorg	Pacienti	Nizozemska (Province of Noord-Brabant)
27	Telenega in telezdravje	MECASS	Pacienti s kroničnimi boleznimi	Španija (Katalonija)
28	Telezdravje in telenega	Ageing Well in Wales	Starejši	Združeno kraljestvo (Wales)
29	Telenega in telezdravje	Care Site: Collaboration model/toolbox for digital support of informal care	Starejši in neformalni negovalci ljudi s kroničnimi boleznimi	Nizozemska (Province of Noord-Brabant)
30	Telezdravje in telenega	SPARRA – The National Risk Prediction Tool	Pacienti	Združeno kraljestvo (Škotska)
31	Telezdravje in telenega	Holistic health and social services at home programme	Starejši	Španija (Valencija)

Kot je bilo že omenjeno, je vseh dobrih praks v projektu EIP AHA 31. Izmed teh je osem takih, ki za podporno tehnologijo uporabljajo telenego (LAFCI, Andalusian Strategy on Active Ageing, Etxean Ondo, Euskadi, an Age Friendly Region, Integrated Citizen Centred Health and Social Care for Older People, Groningen Active Living Model, National Care Development Programme, The National Falls Programme). Pet je takih, ki uporabljajo oboje, telezdravje in telenego (MECASS, Ageing Well in Wales, Care Site: Collaboration model/toolbox for digital support of informal care, SPARRA – The National Risk Prediction Tool, Holistic health and social services at home programme), preostalih osemnajst pa kot podporno tehnologijo uporablja le telezdravje.

Te tehnološko podprte storitve so namenjene različnim potrebam starejših ljudi. Največ dobrih praks (11) je takih, ki so namenjene vsem starejšim ljudem (oz. starejšim od 65 ali 75 let). To so LAFCI, Andalusian Strategy on Active Ageing, Euskadi, an Age Friendly Region, Integrated Citizen Centred Health and Social Care for Older People, Groningen Active Living Model, COLLAGE, Medicines Management for Older Citizens, EMBRACE, a new Dutch Integrated elderly care program, Zorgcirkels Ageing, Well in Wales, Holistic health and social services at home programme, Care Site: Collaboration model/toolbox for digital support of informal care. Tri so take, ki so namenjene starejšim, za katere obstaja tveganje za padce (in zlome). To so Etxean Ondo, The National Falls Programme in The Falls and Fractures Clinic (an integrated care for older people with or at risk of falls and fractures). National Care Development Programme je namenjen pretežno starejšim ljudem, pa tudi drugim ljudem z učnimi nezmožnostmi, dolgotrajnimi zdravstvenimi stanji in fizičnimi nezmožnostmi. Tri dobre prakse (SAM:BO, Electronic Health Care and Integrated Information Systems, EurSafety Health-net: Euregional Network for Patient Safety and Infection Prevention) so namenjene celotnemu prebivalstvu. Pet storitev je takih, ki so pretežno namenjene (starejšim) ljudem s kroničnimi boleznimi (NEXES, Basque Strategy for tackling the challenge of chronicity, Integrated Chronic Disease Management Model – GECHRONIC, Interated Long Term Conditions Management for Older Citizens, MECASS, TicSalut/InnohealthHub Catalunya). Šest je takih, ki so namenjene večinoma starejšim pacientom na splošno («Let me decided» advance care planning and palliative care programme in long term care, Andalusian e-Health Strategy, Programme of comprehensive and coordinated care for older in- and outpatients, Yorkshire & the Humber Telehealth Hub, Slimmer met Zorg, SPARRA – The National Risk Prediction Tool). Zadnji dve našteti sta sicer namenjeni bolj pacientom na splošno, ne le starejšim. Od vseh teh pa je ena taka, katere cilj je podpirati tako starejše kot

tudi neformalne negovalce (Care Site: Collaboration model/toolbox for digital support of informal care). Tri storitve so bile take, ki niso imele podatka, komu so namenjene, zato sem s pomočjo opisa prakse sama določila, katero skupino ljudi pokrivajo, in jih razvrstila med opise.

Vsi primeri dobrih praks so bili razviti v Evropi. V projektu je sodelovalo več držav in mest na različnih koncih držav. Dobre prakse so bile na podlagi razširljivosti, ponovljivosti in na podlagi rezultatov ocenjene z od eno do štirimi zvezdicami (štiri zvezdice so določale popoln model). V svojo raziskavo pa sem vključila le tiste dobre prakse, ki so bile ocenjene s tremi ali štirimi zvezdicami. Od tega jih je bilo šest razvitih na Irskem, skoraj polovica (13) jih je bilo razvitih v Španiji, šest na Nizozemskem, tri so bile razvite na Škotskem, na Danskem je bil razvit le en primer dobre prakse, prav tako je bil en primer razvit v Yorkshiru (Združeno kraljestvo) in v Walesu.



Tabela 3.2: Pregled dobrih praks iz projekta EIP AHA glede na podatke o dobri praksi, povzete po Carretero (2014).

#	Ime dobre prakse	Država	Leta delovanja	Tip organizacije, ki prakso izvaja	Informacije o stroških in prihrankih	Obseg izvajanja	Storitve	Naprave
1	LAFCI	Irska	2008–2013.	Ni podatka.	1,5 milijona prihranka na leto.	1500 starejših.	<p>Spoštovanje in socialna vključenost.</p> <p>Socialno in meščansko sodelovanje in zaposlenost (starejši imajo več priložnosti za socialno in ekonomično sodelovanje in vseživljenjsko učenje).</p> <p>Nastanitev (dodatna podpora, ki pomaga starejšim, da dlje živijo v svojih domovih)</p> <p>Transport (se izboljšuje, lažje za starejše, da gredo, kamor hočejo in kadar hočejo)</p> <p>Zunanji prostori in stavbe (zunanji kraji so bolj ugodni in ljudje se počutijo varnejše v svojih lastnih domovih in svojih okrožjih).</p> <p>IKT (podpira socialno povezanost in informacijsko oskrbo).</p>	/

#	Ime dobre prakse	Država	Leta delovanja	Tip organizacije, ki prakso izvaja	Informacije o stroških in prihrankih	Obseg izvajanja	Storitve	Naprave
2	Andalusian Strategy on Active Ageing	Španija (Andaluzija)	2010–zdaj.	Lokalno ministrstvo za zdravstveno in socialno skrbstvo Andaluzije.	/	178.000 uporabnikov. Od tega 67 % starejših od 65 let.	Življenje v varnosti (varno staranje). Zdravo življenje (zdravo staranje). Sodelovanje, prispevanje in prenovitev (staranje s sodelovanjem in prispevanjem) Vseživljenjsko učenje (staranje z učenjem).	/
3	Etxean Ondo	Španija (Baskija)	2011–2014.	Vladna organizacija.	/	516.	Prebivalci: Povečanje samostojnosti, kvalitete življenja in veliko zadovoljstvo s spremembami, povezanimi z novim modelom. Negovalci: Stabilnost stopnje izgorelosti, velika stopnja zadovoljstva. Družine: Povečana stopnja zadovoljstva v primerjavi s prejšnjim modelom.	/

#	Ime dobre prakse	Država	Leta delovanja	Tip organizacije, ki prakso izvaja	Informacije o stroških in prihrankih	Obseg izvajanja	Storitve	Naprave
4	Euskadi, an Age Friendly Region	Španija (Baskija)	2012–za vedno.	Občina Donostia - San Sebastian, univerza Deusto, vladna organizacija.			<p>Izboljševanje zdravja s pomočjo načrta za aktivno staranje, za prosti čas (organiziranje potovanj za starejše), za družbeno sodelovanje (Svet starejših), za promocijo zdravih navad, za proučevanje delovnih mest, prijaznih starejšim.</p> <p>Promocija aktivnega staranja v štirih dimenzijah (zdravje, sodelovanje, varnost in vseživljenjsko učenje).</p> <p>Podpora negovalcem.</p> <p>Povečanje uporabe IKT med starejšimi (tečaji, spletni portali za starejše).</p>	

#	Ime dobre prakse	Država	Leta delovanja	Tip organizacije, ki prakso izvaja	Informacije o stroških in prihrankih	Obseg izvajanja	Storitve	Naprave
5	Integrated Citizen Centred Health and Social Care for Older People	Združen o kraljestv o (Severna Irska)	2004–2015.	Vladna organizacija in prostovoljni sektor.	Strošek: 6,9 milijona.	Več kot 2000 uporabnikov.	Cilji so ceniti starejše ljudi in izboljšati kvaliteto njihovega življenja z izboljšanjem njihovega zdravstvenega stanja in s podporo pri njihovem sodelovanju v socialnih, gospodarskih, kulturnih zadevah v njihovih skupnostih. »Skrb za starejše Severne Irske« zagotavlja osnovne storitve, npr. dnevno nego, nego na domu, storitve za nasvete in informacije, programe za razvoj skupnosti in promocijo zdravja.	NI Single Assessment tool.

6	Groningen Active Living Model	Nizozemska (Severna Nizozemska)	1997–zdaj.	Univerza Groningen, provinci Drenthe in Groningen.	Stroški za uporabnika so 84 evrov.	67.899 jih je sodelovalo v programu.	Promocija aktivnega staranja. Starejšim so ponudili raznolike športe.	/
7	National Care Development Programme	Združeno kraljestvo (Škotska)	2006–2011.	Vladna organizacija.	Prihranek: 78,6 milijona funtov Stroški: 20,35 milijona funtov.	Okoli 44 tisoč ljudi.	Telenega omogoča tistim s tveganjem za padec, da lahko ohranijo neodvisnost in kvaliteto življenja, ali priskrbijo alarm ob epileptičnem napadu.	Telenega, alarmi.
#	Ime dobre prakse	Država	Leta delovanja	Tip organizacije, ki prakso izvaja	Informacije o stroških in prihrankih	Obseg izvajanja	Storitve	Naprave
8	The National Falls Programme	Združeno kraljestvo (Škotska)	2007–2009, 2009–2014 kot del Nacionalnega rehabilitacijskega programa Škotske vlade.	Vladna organizacija.	Strošek za vlado je bil okoli 300 milijonov funtov.	600 tisoč ljudi.	Zniževanje stroškov za državo, medtem ko preprečuje padce pri starejših.	/

9	SAM:BO	Danska	2009–ni omejeno.	Lokalni svet in 22 mestnih svetov.	Strošek za razvoj in upravljanje je približno pol milijona evrov na leto. Za začetni razvoj prakse pa je bilo za približno 1,5 milijona evrov stroškov.	/	Najučinkovitejše zdravljenje z najnižjimi možnimi stroški. Za paciente z eno ali več kroničnimi boleznimi: nadzor doma (zdravstvena in socialna oskrba).	Naprave za nadzor ljudi na domu.
10	TicSalut/Inno healthHub Catalunya	Španija (Katalonija)	2009–2014	Ministrstvo za zdravje.	Strošek za program je približno milijon evrov na leto.	83670 ljudi (pacientov) sodeluje v programu.	Zgodnje odkrivanje raka na debelem črevesju.	Test za pregled krvi.
#	Ime dobre prakse	Država	Leta delovanja	Tip organizacije, ki prakso izvaja	Informacije o stroških in prihrankih	Obseg izvajanja	Storitve	Naprave

11	NEXES	Španija (Katalonija)	2008–2012	Hospital Clinic.	Stroški projekta v vseh 4 letih so približno 1 milijon evrov.	Pokritost: 535 tisoč prebivalcev. Rehabilitacijska storitev: 173 pacientov. Storitve domače hospitalizacije: 2500 pacientov. Storitve povečane nege: 950 pacientov.	Povečana nega za bolj slabotne paciente. Domača hospitalizacija. Preprečitev hospitalizacije.	/
12	COLLAGE	Irska	2013–2018.	/	/	Orodje so preizkusili na 800 posameznikih. V načrtu imajo pregledati vse prebivalce v Corku in Kerry. To je 5000 starejših od 65 let.	Predvidevanje, kdaj gredo starejši v institucijo, bolnišnico ali umrejo. Predvidi se take, ki imajo nizko tveganje, in take, ki imajo visoko tveganje. To jim omogoča, da doma živijo dlje časa.	Orodje za zaščito CARST.

#	Ime dobre prakse	Država	Leta delovanja	Tip organizacije, ki prakso izvaja	Informacije o stroških in prihrankih	Obseg izvajanja	Storitve	Naprave
13	»Let me decided« advance care planning and palliative care programme in long term care	Irska	2011–2016.	/	/	/	Pomaga preprečiti nezaželeno zdravljenje in zagotavlja, da je vsako zdravljenje skladno s pacientovimi željami. Zmanjšuje hospitalizacijo v bolnišnicah.	Instrument za oceno zmogljivosti (o odločanju).



#	Ime dobre prakse	Država	Leta delovanja	Tip organizacije, ki prakso izvaja	Informacije o stroških in prihrankih	Obseg izvajanja	Storitve	Naprave
---	------------------	--------	----------------	------------------------------------	--------------------------------------	-----------------	----------	---------

14	Andalusian e-Health Strategy	Španija (Andaluzija)	1995–2009.	Andaluzijski javni sistem zdravstvenega varstva.	Investicija v prvih 12 letih delovanja je presegla 245 milijonov stroškov. Rezultati pa kažejo, da je na vsakih 100 evrov stroškov 277 evrov prihranka. Prihranek je 10,7 milijona evrov na leto, samo zaradi elektronskih receptov. Od leta 2001 naj bi bil prihranek 500 milijonov evrov. 34	/	Elektronski recepti. Koncept Enotne zdravstvene evidence. Povečana varnost pacientov (zaradi e-receptov lahko lekarnarji odkrijejo situacije, ko pacienti jemljejo zdravila, ki so jih predpisali zasebni zdravniki, ali pa če imajo pacienti neugodne reakcije na zdravila.	/
----	------------------------------	----------------------	------------	--	--	---	---	---

#	Ime dobre prakse	Država	Leta delovanja	Tip organizacije, ki prakso izvaja	Informacije o stroških in prihrankih	Obseg izvajanja	Storitve	Naprave
15	Programme of comprehensive and coordinated care for older in- and outpatients	Španija (Madrid)	/	Sistem javnega zdravstva.	1000 evrov prihranka na pacienta – zmanjšanja dolžina bivanja v akutni enoti nege.	Več kot 1500 pacientov.	Zagotovitev, da je pacient nameščen v najboljših prostorih za nego v vseh fazah bolezni in da ima polni dostop do vseh pripomočkov na Oddelku. Omogočanje varnega prihoda v pacientovo običajno okolje. Direktna kontrola bolnikov po zdravljenju, kontrola bolnikov po zdravljenju v sodelovanj z osnovno nego.	IKT naprave (npr. mobilne zdravstvene aplikacije). Dostop do izvidov pacienta po WIFI.
16	The Falls and Fractures Clinic (an integrated care for older people with or at risk of falls and fractures)	Španija (Madrid)	2009–ni določeno.	Bolnišnica Universiatrio de Getafe.	Prihranek na 150 pacientov je 120 tisoč evrov.	Od leta 2010 okoli 500 pacientov na leto.	Določa tveganje za padce in zlome. Zagotavlja primerne rehabilitacijske programe. Okolje za preiskave in zagotavljanje specializiranega izobraževanja v padcih in zlomih.	Dinamometer

17	Basque Strategy for tackling—the challenge of chronicity	Španija (Baskija)	/	Prejšnji Baskovski minister za zdravstvo.	Strošek programa: 4,5 milijona evrov.	Trenutno storitev uporablja približno 27 tisoč ljudi.	Proaktivnost, nega, osredotočena na pacienta. Obdržati kronične paciente, ki so stabilni, v njihovem domu.	Enoten elektronski klinični dokument, večkanalna komunikacijska storitev, e-recept.
#	Ime dobre prakse	Država	Leta delovanja	Tip organizacije, ki prakso izvaja	Informacije o stroških in prihrankih	Obseg izvajanja	Storitve	Naprave

18	Yorkshire & the Humber Telehealth Hub	Združen o kraljestv o (Yorkshire)	2011–2012.	Nacionalna zdravstvena služba Yorkshire in Humber.	Prihranek pri telemonitoringu: več kot 200 tisoč funtov. Prihranek pri telecoachingu: v povprečju 1000 evrov na pacienta na leto. Strošek: skoraj 2 milijona funtov.	Storitve telemonitoringa: 600 pacientov. Telemedicinske storitve: 404 pacientov. Telecoaching: 999 pacientov. Več kot 50 tisoč pacientov v regiji na leto bi lahko koristilo storitve telezdravja. Cilj, da bi podprli paciente bližje domu, je izpolnjen za skupino 2100 pacientov.	Podpora: da bi se nega pacienta izvajala bližje njegovemu domu in izogib nepotrebnim sprejemom v bolnišnico. Podpora pacientom z dolgoročnimi stanji. Doseganje boljših rezultatov z motivacijskim načrtovanjem nege in izboljšanim sodelovanjem z bolnikom.
----	---------------------------------------	-----------------------------------	------------	--	--	--	--

19	Integrated Chronic Disease Management Model (GECHRONIC)	Španija (Valencija)	2011–vključen v redno klinično prakso.	Zdravstvena služba Valencije. Javno-zasebno partnerstvo.	3,3 milijona evrov vložka v projekt.	1900 pacientov.	Izboljšati nego kompleksnih kroničnih pacientov s podporo organizacijske spremembe in oddaljenih tehnologij za nadzor.	Oddaljene tehnologije za nadzor.
#	Ime dobre prakse	Država	Leta delovanja	Tip organizacije, ki prakso izvaja	Informacije o stroških in prihrankih	Obseg izvajanja	Storitve	Naprave
20	Electronic Health Care and Integrated Information Systems	Španija (Valencija)	Začetek v zgodnjih devetdesetih, trenutno je v uporabi.	Agencija za zdravje.	Investicija v zadnjih štirih letih je 169 milijonov evrov.	50 tisoč strokovnjakov zdravstvene nege in 373 lekarn. Več kot 5 milijonov prebivalcev v regiji.	Nadzor interakcij zdravljenja. Nadzor uporabe zdravil.	/

21	Medicines Management for Older Citizens	Združenost kraljestvov (Severna Irska)	2000–2004.	Fundacija za zdravstveno in socialno varstvo, šola za farmacijo, Univerza Belfast in Univerza Ulster.	Investicija v program je bila skoraj 4 milijone funtov. Za vsako investicijo enega funta se je povrnilo od 5 do 8 funtov. Prihranek od 64 do 144 tisoč funtov na leto.	Več kot 150 tisoč pacientov, od katerih je 97.500 starejših od 65 let.	Zagotavlja, da imajo starejši dostop do varnih, kvalitetnih in ustreznih zdravil ter do primernih nasvetov in podpore.	Software za hitrejšo in bolj učinkovito skladnost s medicino s farmacijo, pametna opozorila, ki pospešijo hiter odziv na laboratorijske teste, ki zahtevajo takojšnje delovanje, elektronski farmacevtski sistem.
#	Ime dobre prakse	Država	Leta delovanja	Tip organizacije, ki prakso izvaja	Informacije o stroških in prihrankih	Obseg izvajanja	Storitve	Naprave

22	Integrated Long Term Conditions Management for Older Citizens	Združen o kraljestv o (Severna Irska)	2011–2017.	Zdravstveno in socialno varstvo.	Investicija je 18 milijonov funtov.	Telemonitorin g, telezdravje: 2300 pacientov (oktobra 2013). Telenega: 1775 pacientov (aprila 2013).	Uporaba storitve za nadzor novih stanj, kot so ledvična bolezen, hipertenzija in upravljanje teže. Izboljševanje dostopa do programa za izobraževanje pacientov in do oddaljenega telemonitoringa.	Merilci glukoze.
23	EurSafety Health-net: Euregional Network for Patient Safety and Infection Prevention	Nizozem ska (Severna Nizozem ska)	2009–2015.	/	Investicija v projekt je 8,1 milijona evrov.	Okoli 700 tisoč pacientov.	Uskladitev kvalitete zdravstvene oskrbe na obeh straneh meja. Ponudba trga z medicinskimi pripomočki in higienskimi produkti je usklajena na obeh straneh meje. Zagotavlja varnost in kakovost nege na obeh straneh meje (nemška, nizozemska).	/



#	Ime dobre prakse	Država	Leta delovanja	Tip organizacije, ki prakso izvaja	Informacije o stroških in prihrankih	Obseg izvajanja	Storitve	Naprave
24	EMBRACE, a new Dutch Integrated elderly care program	Nizozemska (Severna Nizozemska)	2012–2014 (po tem letu se pričakuje nadaljevanje).	Oddelek za zdravstvene vede, zavarovalnica Menzis in organizacija za zdravstveno varstvo Meander.	Povprečni prihranki: 274 evrov v enem letu za vsakega starejšega. Investicija: 3.3 milijona evrov. Strošek za eno osebo je povprečno 649 evrov. Se pa razlikuje glede na profile.	1474 starejših od 75 let, ki živijo doma.	Zagotavlja personalizirano, proaktivno in preventivno nego in podporo, ki se ujema z želeno stopnjo intenzivnosti nege. Letni pregledi določajo profil tveganja (zdrav, slaboten ali ima kompleksne potrebe). Omogočiti učinkovito in sposobno uporabo storitev. Zmanjšati bivanje v bolnišnici.	/

25	Zorgcirkels	Nizozemska (Province of Noord-Brabant)	2009–2015.	/	Pričakovani prihranki so približno 3 milijone evrov letno. Investicija v program je znašala približno 1,5 milijona evra.	/	Omogočajo zelo kakovostno nego ter dodatno varnost ponoči in med vikendi tistim, ki potrebujejo nego ali pomoč.	Senzorji za premikanje, stikala za vrata, GPS-oddajniki, detektor prisotnosti v postelji.
#	Ime dobre prakse	Država	Leta delovanja	Tip organizacije, ki prakso izvaja	Informacije o stroških in prihrankih	Obseg izvajanja	Storitve	Naprave
26	Slimmer met Zorg	Nizozemska (Province of Noord-Brabant)	2013–2018.	Dve večji zavarovalnici, organizacija za pomen pacientov.	V petih letih 15 milijonov evrov prihranka. Stroški: 500 tisoč evrov na leto.	Več kot 400 tisoč pacientov.	Zniževanje stroškov ljudem, ki imajo zdravstveno zavarovanje, omogočanje visoko-kvalitetne nege in izboljševanje zdravja pacientov.	/

27	MECASS	Španija (Katalonija)	2013–2017.	Izvajalec storitev zdravstvenega varstva in ponudnik informacijske tehnologije.	Investicija: 500 tisoč evrov za leto delovanja.	400 kompleksnih kroničnih pacientov.	Model sodelovanja med zdravstveno in socialno nego. Javno delujoč model za kronične bolezni pacientov.	/
28	Ageing Well in Wales	Združenost kraljestva Wales (Wales)	2012–2017	Vladna organizacija.	Investicija: 11,9 milijona evrov. Prihranek zaradi zmanjšanja bivanja v bolnišnici: 2 milijona evrov.	Telenega podpira 20 tisoč ljudi. Okoli 70 tisoč starejših ljudi je članov foruma lokalnega sveta 50+.	Brezplačno plavanje za vse starejše od 60 let. Storitev Nacionalne sheme vadbe (vadbeni program za kliente, ki so padli, doživeli kap ali srčni infarkt). Nordijska hoja. Festival v Walesu, ki praznuje kreativnost v starejših letih.	/

#	Ime dobre prakse	Država	Leta delovanja	Tip organizacije, ki prakso izvaja	Informacije o stroških in prihrankih	Obseg izvajanja	Storitve	Naprave
---	------------------	--------	----------------	------------------------------------	--------------------------------------	-----------------	----------	---------

29	Care Site: Collaboration model/toolbox for digital support of informal care	Nizozemska (Province of Noord-Brabant)	2011–2014.	Mesto Helmond.	Vložek je manj kot pol evra na prebivalca mestne občine.	465 zasebnih strani, z okoli 1850 člani. Za vse prebivalce Helmonda je stran zastonj.	Brezplačen virtualni portal, kjer lahko ljudje, ki želijo urediti neformalno nego zase ali za koga drugega, ustvarijo zasebno spletno stran in postanejo lastniki te strani.	/
30	SPARRA – The National Risk Prediction Tool	Združenost kraljestv (Škotska)	Prototip je bil razvit leta 2006. Različica se je začela izvajati leta 2012 (–2015).	/	Nižji stroški zaradi izogiba nenačrtovane hospitalizacije. Nižji za 189.063 evrov. Neto prihranki so 21.647 evrov.	Pokriva več kot 3 milijone šotske populacije.	Identificira 95 % pacientov, ki bodo nujno sprejeti v bolnišnico v tekočem letu. Zaradi tega se izboljšujejo kvaliteta nege, osredotočene na pacienta, učinkovita uskladitev in komunikacija med posamezniki. Zaradi tega je tudi uporaba zdravil varnejša in škoda pri neprimernih intervencijah zmanjšana.	/

#	Ime dobre prakse	Država	Leta delovanja	Tip organizacije, ki prakso izvaja	Informacije o stroških in prihrankih	Obseg izvajanja	Storitve	Naprave
31	Holistic health and social services at home programme	Španija (Valencija)	1990–vključen v redno klinično prakso.	Oddelek za zdravje.	Okoli 154 evrov prihranka na bivanje v bolnišnici. Od leta 2010 naprej je financiranje 26,6 milijona evrov na leto.	Okoli 7000 pacientov v zadnjih treh letih. Pokriva 219.000 prebivalcev.	Usposabljanje na domu za paciente in oskrbovalce, da bi omogočili samoupravljanje in povečali spoštovanje do zdravljenja. Smernica za pomoč preprečevanja pogostosti padcev. Test za zgodnje diagnosticiranje in preprečevanje duševnega zdravja in kognitivnega upadanja.	Naprave za nadzor na domu, elektronski dokumenti o zdravju in socialni negi, mobilna podpora za strokovnjake, ko paciente obiščejo na domu.

V tabeli 3.2 so predstavljene glavne karakteristike izvedbe, cilja, storitev in naprav dobrih praks. Podatki kažejo, da so se te dobre prakse izvajale v sedmih različnih državah.

Šest dobrih praks je še vedno v delovanju. To so Andalusian Strategy on Active Ageing, Groningen Active Living Model, Electronic Health Care and Integrated Information Systems, Euskadi, an Age Friendly Region, GECHRONIC in Holistic health and social services at home programe. Zadnje tri naštete bodo v delovanju predvidoma celo za vedno, oziroma so vključene v redno klinično prakso. Tiste dobre prakse, ki imajo omejeno število let delovanja, pa večinoma trajajo 4 – 6 let. Pri eni od dobrih praks ni podatka o letih delovanja (Basque Strategy for tackling the challenge of chronicity), pri dveh pa ni podatka o tem, do kdaj naj bi dobri praksi trajali (The Falls and Fractures Clinic in SAM:BO).

Tipi organizacije, ki dobro prakso izvajajo, so vladne organizacije (Andalusian Strategy on Active Ageing – Regionalno ministrstvo za zdravstveno in socialno skrbstvo Andaluzije, Etxean Ondo, Euskadi, an Age Friendly Region, Integrated Citizen Centred Health and Social Care for Older People, National Care Development Programme, The National Falls Programme, Ageing Well in Wales, Groningen Active Living Model, SAM:BO, TicSalut/InnohealthHub Catalunya, Basque Strategy for tackling the challenge of chronicity, Electronic Health Care and Integrated Information Systems, Care Site: Collaboration model/toolbox for digital support of informal care), univerza (Euskadi, an Age Friendly Region, Groningen Active Living Model, Medicines Management for Older Citizens), zavarovalnice (EMBRACE, a new Dutch Integrated elderly care programe, Slimmer met Zorg), prostovoljni sektor (Integrated Citizen Centred Health and Social Care for Older People) ali bolnišnica oz. zdravstveni sektor (NEXES, Andalusian e-Health Strategy, Programme of comprehensive and coordinated care for older in-and out patients, The Falls and Fractures Clinic, Integrated Chronic Disease Management Model, Medicines Management for Older Citizens, Integrated Long Term Conditions Management for Older Citizens, EMBRACE, MECASS, Holistic health and social services at home programe, Yorkshire & the Humber Telehealth Hub). Največkrat dobro prakso izvajajo vladne organizacije (13). Take dobre prakse, kjer so organizacije, ki prakso izvajajo, univerze, so tri, pri dveh praks izvajajo zavarovalnice. Pri le eni dobri praksi je tip organizacije prostovoljni sektor, pri enajstih pa je tip organizacije, ki prakso izvaja, bolnišnica oziroma zdravstveni sektor. Nekatere dobre prakse so naštete pri več različnih tipih organizacije, ki prakso izvaja, saj je večina dobrih praks imela več različnih izvajalcev in vlagateljev. Pri šestih dobrih praksah pa ni podatka o izvajalcu.

Informacije o stroških se za vsako prakso razlikujejo, odvisne so od razpoložljivosti informacij in od tega, kako se vsaka praksa osredotoča na ekonomske podatke. V svojo nalogo sem sicer dodala še informacije o prihrankih, saj se to zdi ključnega pomena. Tako bomo v tem poglavju govorili o prihrankih in o stroških. Stroški in prihranki nekaterih dobrih praks so na letni ravni, medtem ko so nekateri osnovani na več letih. Nekatero dobre prakse pa stroške oz. prihranke štejejo glede na pacienta. Sicer pa ima informacije o stroških na voljo 22 dobrih praks od 31 (6,9 milijona, 84 evrov za uporabnika, 20,35 milijona funtov, 300 milijonov funtov, pol milijona evrov na leto, za začetni razvoj pa 1,5 milijona evrov, milijon evrov na leto, milijon evrov v štirih letih, v prvih 12 letih 245 milijonov stroškov, 4,5 milijona evrov, 2 milijona funtov, 3,3 milijona evrov vložka, 169 milijonov evrov v zadnjih štirih letih, 4 milijone funtov, 18 milijonov funtov, 8,1 milijona evrov, 3,3 milijona evrov, strošek na osebo je 649 evrov, 1,5 milijona evra, 500 tisoč evrov na leto, 500 tisoč evrov za leto delovanja, 11,9 milijona evrov, manj kot pol evra na prebivalca mestne občine, 26,6 milijona evrov na leto), informacije o prihrankih pa 13 (1,5 milijona prihranka na leto, 78,6 milijona funtov, na vsakih 100 evrov stroškov je 277 evrov prihranka, 10 milijonov na leto, 1000 evrov prihranka na pacienta, prihranek na 150 pacientov je 120 tisoč evrov, prihranek pri telemonitoringu je več kot 200 tisoč funtov, prihranek pri telecoachingu je 1000 evrov na pacienta na leto, za vsako investicijo 1 funta je od 5 do 8 funtov prihranka = od 64 do 144 tisoč funtov na leto, 274 evrov v enem letu na vsakega starejšega, 3 milijone evrov letno, 15 milijonov v petih letih, 2 milijona evra, 21.647 evra, 154 evrov prihranka na bivanje v bolnišnici).

Kar se tiče pokritosti pri posameznih dobrih praksah, je v večini primerov dobra. 9 je takih, pri katerih je pokritost nekaj več kot 1000 starejših oziroma pacientov, 14 pa je takih, s pokritostjo več tisoč starejših ali celo več milijonov (SPARRA – The National Risk Prediction Tool). Le malo (3) je takih, pri katerih je pokritost nižja od tisoč ljudi. Pri štirih dobrih praksah pa ni podatka o pokritosti (Euskadi, an Age Friendly Region, Andalusian e-Health Strategy, Zorgcirkels in »Let me decided« advance care planning and palliative care programme in long term care).

Storitve in cilje posameznih dobrih praks lahko delimo v več kategorij: spoštovanje in socialna vključenost (več priložnosti za socialno sodelovanje; družbeno sodelovanje, proučevanje delovnih mest, prijaznih starejšim; festival, ki praznuje kreativnost v starejših letih), varnost (varnost v svojih domovih in okrožjih; varno staranje; varnost pacientov; omogočanje varnega prihoda domov iz bolnišnice; varnost nege; varnost ponoči in med

vikendi), zdravo življenje (zdravo staranje, izboljševanje zdravja s pomočjo načrta za aktivno staranje, za prosti čas), vseživljenjsko učenje (staranje z učenjem), kvaliteta življenja (povečanje samostojnosti in kvalitete življenja; izboljšanje kvalitete življenja; ohranjanje neodvisnosti in kvalitete življenja; kakovost nege), aktivno staranje, športne aktivnosti (brezplačno plavanje, nordijska hoja), preprečevanje padcev in zlomov (določitev tveganja za padce in zlome; pomoč pri preprečevanju pogostosti padcev), pacienti s kroničnimi boleznimi (nadzor doma; zgodnje odkrivanje raka na debelem črevesju; obdržati kronične paciente, ki so stabilni, doma; podpora; izboljšanje nege kompleksnih kroničnih pacientov; javno delujoč model za kronične bolezni pacientov; storitve za nadzor ledvične bolezni itd.), preprečitev hospitalizacije (zmanjšanje hospitalizacije; izogib nepotrebnih sprejemom v bolnišnico), nadzor uporabe zdravil (dostop do varnih, kvalitetnih in ustreznih zdravil), koristi za neformalne negovalce (podpora negovalcem). Nekatere spadajo v več kategorij, saj imajo več ciljev oziroma storitev. Cilja oziroma storitvi nekaterih sta torej spoštovanje in socialna vključenost oziroma družbeno sodelovanje, kar omogoča starejšim, da so vključeni v ostalo družbo. Izmed naštetih 31 dobrih praks so take tri (LAFCI, Euskadi, an Age Friendly Region in Ageing Well in Wales). Druge storitve se osredotočajo na varnost, pa naj bo to varno življenje v starosti, varna nega ali omogočanje varnega prihoda domov iz bolnišnice. Takih dobrih praks je sedem (LAFCI, Andalusian Strategy on Active Ageing, Euskadi, an Age Friendly Region, Andalusian e-Health strategy, Programme of comprehensive and coordinated care for older in- and outpatients, EurSafety Health-net: Euregional Network for Patient Safety and Infection Prevention in Zorgcirkels). Nekatere dobre prakse se bolj osredotočajo na zdravo življenje oziroma izboljševanje zdravja. To so Andalusian Strategy on Active Ageing, Euskadi, an Age Friendly Region, Integrated Citizen Centred Health and Social Care for Older People, Slimmer met Zorg in EMBRACE. Še en izmed pomembnih ciljev dobrih praks je vseživljenjsko učenje (staranje z učenjem). To starejšim omogočajo štiri dobre prakse, in sicer Andalusian Strategy on Active Ageing, Euskadi, an Age Friendly Region, LAFCI in Holistic health and social services at home programme. Druge storitve nekaterih dobrih praks se osredotočajo na kvaliteto življenja oziroma nege in povečanje samostojnosti. Takih dobrih praks je osem (Etxean Ondo, Integrated Citizen Centred Health and Social Care for Older People, National Care Development programme, EurSafety Health-net: Euregional Network, Zorgcirkels, Slimmer met Zorg, SPARRA in Care Site: Collaboration model/toolbox for digital support of informal care). Nadalje so dobre prakse, katerih cilj je omogočanje aktivnega staranja (Euskadi, an Age Friendly Region, Groningen Active Living Model in EMBRACE). Nekatere dobre prakse pa ponujajo številne športne



aktivnosti (Groningen Active Living Model) – tudi brezplačno plavanje, nordijska hoja (Ageing Well in Wales). Imamo tudi dobre prakse, ki se bolj osredotočajo na storitve telezdravja. Cilj nekaterih je preprečiti padce in zlome (National Care Development programme, The National Falls Programme, The Falls and Fractures Clinic in Holistic health and social services at home programme), medtem ko se druge bolj osredotočajo na paciente s kroničnimi boleznimi. Takih dobrih praks je kar nekaj (sedem – SAM:BO, TicSalut/InnohealthHub Catalunya, MECASS, Basque Strategy for tackling – the challenge of chronicity, Yorkshire & the Humber Telehealth Hub in Integrated Chronic Disease Management Model (GECHRONIC), Integrated Long Term Conditions Management for Older Citizens). Precej pomembna storitev dobrih praks, katerih vrsta podporne tehnologije je telezdravje, je tudi preprečitev oziroma zmanjšanje hospitalizacije. Tak cilj imajo dobre prakse NEXES, COLLAGE, »Let me decided« advance care planning and palliative care programme in long term care, EMBRACE, Basque Strategy for tackling – the challenge of chronicity in Yorkshire & the Humber Telehealth Hub. Cilj nekaterih dobrih praks je nadzor uporabe zdravil (da imajo starejši dostop do varnih in ustreznih zdravil). Te dobre prakse so štiri (Andalusian e-Health strategy, Electronic Health Care and Integrated Information Systems, Medicines Management for Older Citizens, SPARRA). Tri dobre prakse pa se osredotočajo tudi na koristi za druge, ne le za starejše, na primer za neformalne negovalce in družino (Etxean Ondo, Euskadi, an Age Friendly Region in Holistic health and social services at home programme).

Kar se tiče uporabljenih naprav, v naštetih 31 dobrih praksah, več kot polovica nima podatka o tem, katere naprave so uporabili. 14 dobrih praks pa ima podatek o uporabljenih napravah. Uporabili so širok izbor različnih naprav in tehnologij: telealarmi, naprave za nadzor ljudi na domu, testi za pregled krvi, orodje za oceno tveganja pri neodvisnem življenju CARST, instrument za oceno zmogljivosti (o odločanju), IKT naprave in storitve (mobilne zdravstvene aplikacije, dostop do izvidov pacienta po WIFI), dinamometer, enoten elektronski klinični dokument, večkanalna komunikacijska storitev, e-recept, tehnologije za nadzor, programska oprema za hitrejšo in bolj učinkovito skladnost medicine s farmacijo, pametna opozorila, ki pospešijo hiter odziv na laboratorijske teste, ki zahtevajo takojšnje delovanje, elektronski farmacevtski sistem, merilci glukoze, tehtnice tretjega razreda, senzorji za premikanje, stikala za vrata, GPS–oddajniki, detektorji prisotnosti v postelji, naprave za nadzor na domu, elektronski dokumenti o zdravju in socialni negi, mobilna podpora za strokovnjake, ko paciente obišejo na domu.

## **Prednosti in omejitve projekta EIP AHA**

Kot že zgoraj omenjeno, sem dobre prakse iz projekta *EIP AHA* (2013) razporedila po enakih kriterijih, kot so jih razporedili v projekt *Mapping of Effective Technology-based Services for Independent Living for Older People at Home* (Carretero in drugi 2015). Vendar, da bi jih lahko še bolj natančno dopolnila, bi morali v projektu EIP AHA v opise dobrih praks dodati še nekaj informacij. Pri navedbi podatkov o letih delovanja so bili večinoma kar natančni, le pri nekaj dobrih praksah je ta podatek manjkal. Kar se tiče tipa organizacije, ki je prakso izvajal, pa bi lahko bili bolj natančni pri navedbi glavnega izvajalca. Največkrat so namreč opisani vsi partnerji, ki so sodelovali pri dobri praksi, ni pa nobeden posebej omenjen kot glavni izvajalec, zato je tip organizacije nato težko določiti. Pri nekaj dobrih praksah tudi ni bilo zaslediti podatka o tipu organizacije, ki prakso izvaja. Informacije o stroških in prihrakih so ključnega pomena. Pri devetih primerih dobrih praks ni bilo mogoče najti informacij o stroških, informacij o prihrankih pa kar pri 18 dobrih praksah. Večinoma so tudi omenjeni le stroški, ki so jih imeli z dobro prakso organizatorji, ni pa posebej navedeno (razen v enem primeru), kakšen bi bil strošek za uporabnike. Podatki o obsegu izvajanja so znani pri večini dobrih praks, manjkajo le pri petih. Storitve so večinoma sicer dobro opisane, vendar je pri veliko primerih dobrih praks podan opis ciljev, kako naj bi do teh ciljev prišli, pa ni razvidno. Informacije glede uporabljenih naprav pa so še najbolj skope. Pri večini primerov dobrih praks ni jasno, s kakšnimi napravami naj bi izvajali storitve, večinoma omenjajo le, da so to informacijsko-komunikacijsko tehnologije. Nekatere dobre prakse pa se osredotočajo na storitve, ki ne potrebujejo posebnih naprav (na primer Ageing Well in Wales, pri katerem je poudarek na ponudbi brezplačnega plavanja, nordijske hoje, festivalu, ki spodbuja kreativnost v starejših letih, itd.).

Najboljši primer dobre prakse v projektu EIP AHA, kar se tiče storitev, je po mojem mnenju Euskadi, an Age Friendly Region, zaradi celovitosti pokrivanja. Vključuje tako izboljševanje zdravja (s pomočjo načrta za aktivno staranje, prosti čas – organizacija potovanj za starejše), družbeno sodelovanje starejših, promocijo zdravih navad, proučevanje delovnih mest, prijaznih starejšim. Tako izboljševanje zdravja kot družbeno sodelovanje promovirajo s pomočjo aktivnega staranja, ki poleg teh dveh dimenzij vključuje tudi varnost v starosti in vseživljenjsko učenje. Želijo povečati uporabo IKT med starejšimi. V Španiji, kjer so to dobro

prakso razvili, so se tudi odločili, da bo v uporabi za stalno. Omejitev je le, ker ni mogoče najti podatka o stroških in prihrankih.

Najboljši primer dobre prakse v projektu *Mapping of Effective Technology-based Services for Independent Living for Older People at Home* (Carretero in drugi 2014) je verjetno ACTION, saj ima vpliv na vse štiri dimenzije: neodvisno življenje, produktivnost negovalcev, kvaliteto nege in vzdržljivost. Prihranki pri tej dobri praksi so 10.300 evrov na družino na leto v občini, strošek pa je 2.841 evrov na leto na družino. Pokriva šest švedskih občin.

## **4 Aktivno in neodvisno staranje**

Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) navaja, da je aktivno staranje »proces optimističnih priložnosti za zdravje, sodelovanje in varnost, da bi povečali kvaliteto življenja v starosti. Ljudem omogoča, da se skozi svoja življenja zavedajo svojega potenciala za fizično, družbeno in mentalno dobro in da sodelujejo v družbi glede na svoje potrebe, želje in zmožnosti, medtem ko jim je zagotovljena ustrezna zaščita, varnost in nega, ko zahtevajo pomoč.« Na strani Evropske komisije za Zaposlovanje, socialne zadeve in vključevanje trdijo podobno, in sicer da aktivno staranje pomeni možnost, da lahko ljudje, tudi ko se starajo, upravljajo s svojimi življenji, kolikor dolgo je to mogoče, in da, kjer je to mogoče, prispevajo h gospodarstvu in družbi (Active ageing 2015).

»Beseda aktivno se nanaša na to, da še naprej sodelujejo v socialnih, ekonomskih, kulturnih in duhovnih aferah, ne le na zmožnost, da so fizično aktivni« (WHO 2015). Prav tako opisujejo tudi v iLifespane, in sicer da je aktivno staranje beseda, ki opisuje vzdrževanje dobrega fizičnega, socialnega in mentalnega zdravja in tudi nadaljevanje vključenosti v posameznikovo družino, skupino vrstnikov in skupnost v procesu staranja (Active Ageing 2014). Ramovš (2003, 134–140) opisuje podobno dejavno življenje v starosti kot zavestno prizadevanje za ohranjanje telesne, duševne in delovne svežine, prav tako pa tudi za medčloveško povezanost z drugimi ljudmi. S pomočjo tega dejavnega življenja namreč lahko upočasnimo pešanje življenjskih moči v starosti.

»Cilj aktivnega staranja je povečati pričakovana leta zdravega življenja in kvaliteto življenja za vse starajoče ljudi.« (WHO 2015).

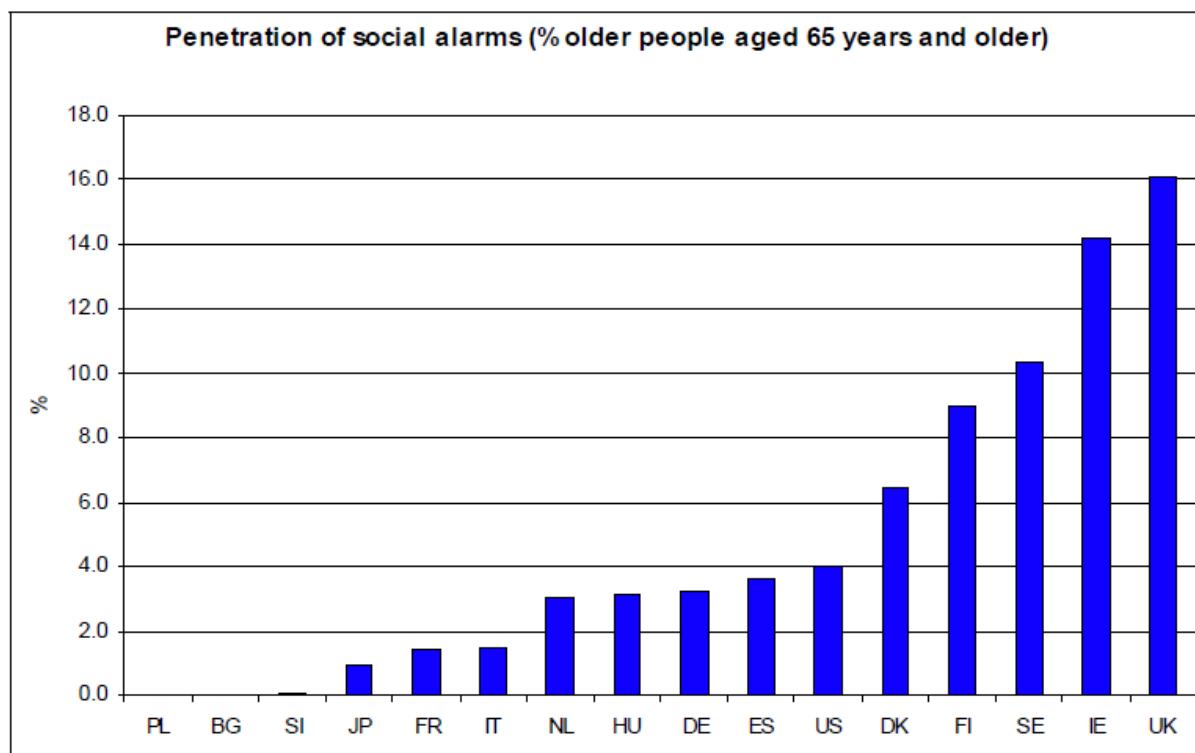
## 4.1 Pregled razširjenosti podpornih tehnologij v Sloveniji in državah EU

V Sloveniji so trenutno prisotne le najosnovnejše podporne tehnologije, kot so na primer storitve telenege prve generacije, pa še te so zelo slabo razširjene. Najbolj znana storitev je program Lifeline ali rdeči gumb. Njeni začetki segajo v leto 1992. Storitev obsega varovanje na daljavo in pomoč na domu (uporabnik lahko, kadarkoli potrebuje, kjerkoli v svojem domu pokliče na pomoč operaterja v koordinacijsko-informacijski center in mu pove, kaj potrebuje). To stori s pritiskom na rdeči gumb na telefonu. Center nato kontaktira družinskega člana ali ustrezno javno službo. Ta sistem je mogoče nadgrajevati za potrebe bolj zahtevnih uporabnikov. Za uporabnike, ki imajo na primer težave s spominom, so to naprave, ki opozarjajo, sporočajo ali preprečujejo (na primer opozarjajo, da človek ne pozabi vzeti tablete ali da ugasne grelno ploščo na štedilniku, zapre pipo itd.) (Dolničar 2009). Rudel (v Dolničar 2009, 280) je ugotovil, da Slovenija, kar se tiče telemedicine, za Evropo zaostaja za približno 10 let. Edina naprava, ki jo imamo v Sloveniji, rdeči gumb, ima zelo majhno število uporabnikov (300–350), približno tretjina uporabnikov je v Ljubljani in okolici. Storitev je na voljo le v petih regijah od dvanajstih in je ne pokriva država. To pa zato, ker ni del javne mreže, zato država ni obvezana, da krije vsaj del stroškov (Nagode in Dolničar 2010). Preverjeno je bilo tudi zadovoljstvo uporabnikov (z evalvacijskimi študijami), ki uporabljajo storitev, in večinoma so bili z njo zelo zadovoljni (Dolničar 2009). V primerjavi z drugimi evropskimi državami so storitve rdečega gumba med najmanj razširjenimi in razvitimi sistemi. Storitve telenege so prisotne v štirih regijah v Sloveniji, prevzem teh storitev pa je zelo nizek. Kar se tiče storitev telezdravja, pa sploh še ni nič razvito oziroma so še tiste, ki so bile razvite, v fazi demonstracije (IRIS smart home – stanovanje je opremljeno z opremo in tehnično pomočjo, ki je v pomoč starejšim in invalidnim ljudem). Zakonodaja aktivno spodbuja spletni dostop do zdravnikov. Za ta namen se od vsakega zdravnika pričakuje, da bi imel elektronsko pošto, vendar je za zdaj le majhno število zdravnikov, ki so to prevzeli. Medicinska zbornica Slovenije trdi, da je to zaradi določb slovenskega Zakona o varstvu osebnih podatkov, ki trdi, da morajo biti osebni podatki posameznika brezpogojno zaščiteni. Zaradi tega rezultati testov, recepti, urnik naročanj niso na voljo na spletu (ICT & Ageing 2010). Telelink je storitev telezdravja, ki omogoča zapis in prenos izvida EKG po telefonu (Rudel v Nagode in Dolničar 2010, 1287; Nagode in Dolničar 2010).

V večini držav, ki jih je preučeval projekt ICT & Ageing, so storitve socialnega alarma dostopne po vsej državi, dve državi (Slovenija in Poljska) sicer imata razvito storitev

socialnega alarma, vendar ni dostopna po vsej državi, medtem ko v Bolgariji storitev socialnega alarma še ni dostopna, niti ni v poskusni fazi.

Graf 4.1: Prevzem socialnih alarmov v različnih državah



Vir: ICT & Ageing.

Države, kot sta Irska in Združeno kraljestvo, imajo precej velik prevzem storitev socialnega alarma (med 14 in 16 odstotkov starejših ljudi), Danska, Finska in Švedska imajo med 6 in 10 odstotkov starejših ljudi, kar je še vedno precej visoko, večina je takih, ki imajo med 1 in 3 odstotki starejših ljudi (npr. Italija, Norveška, Nemčija itd.), najmanj pa je takih, ki imajo pod 1 odstotek starejših ljudi, kamor spada tudi Slovenija.

Kar se tiče druge generacije telenege, ima le Združeno kraljestvo stopnjo prevzema enako ali celo višjo od 1 odstotka, vse ostale države pa imajo zelo nizke stopnje, še najbolj napredna od teh je Finska, omembe vredne so tudi Združene države. Razen nekaterih izjem je prevzem tretjih generacij telenege v glavnem zelo majhen ali pa ga sploh ni. Za enkrat je pri tretji generaciji telenege šele prišlo do pilotskih testiranj. Nekateri pobude so bile na Japonskem in v ZDA, vendar zdaj veliko pozornosti zbuja razvoj Evropskega programa AAL (Ambient Assisted Living).

Največ napredka pri domačem telezdravju sta pokazali ZDA in Japonska (ICT & Ageing 2010).

Še bolj podroben pregled stanja razširjenosti podpornih tehnologij po državah v raziskavi ICT & Ageing (2010):

*Bolgarija:* Storitve socialnih alarmov se še razvijajo oziroma so v fazi demonstracije, storitve telenege in telezdravja pa v tej državi še niso na voljo.

*Nemčija:* Storitve socialnih alarmov so na voljo že več kot 25 let. Najbolj pogosti socialni alarmi, ki jih uporabljajo, sestojijo iz naprave, ki ima zvočnik in mikrofona pa tudi prenosni oddajnik, ki se lahko uporablja doma. Ko uporabnik pritisne na gumb za alarm, se osebje v alarmnem centru odzove na klic. Storitve telenege so bolj omejene in niso toliko razvite. Kar se tiče telezdravja, je narejenih kar nekaj poskusnih aktivnosti. Poleg teh pilotskih aktivnosti pa je veliko zavarovalnic začelo uveljavljati rešitve domačega zdravstvenega nadzora, kot del posvečen programu za upravljanje z boleznimi.

*Danska:* Socialni alarm je dostopen po celi državi in je glavni del storitve nege na domu. Prezem je ocenjen na nekje od 6 do 7 odstotkov med ljudmi, starejšimi od 65 let. Storitve socialnega alarma se končnim uporabnikom ne zaračuna, če jim to omogoča, da ostanejo doma. Kar se tiče sistemov telenege, pa so že nekaj časa dostopni pasivni sistemi telenege, vendar se ne uporabljajo v veliki meri. Sicer pa je nekaj poskusnih faz oziroma pilotov, ki se osredotočajo na telenege. Primer je GPS Personsøger, ki se osredotoča na ljudi z demenco s pomočjo sistema GPS. Na Danskem je veliko pilotov, poskusnih faz storitev telezdravja.

*Španija:* Socialni alarmi oziroma telealarmi so najbolj razširjena oblika tehnologije, ki temelji na informacijsko-komunikacijski tehnologiji za neodvisno življenje, in so dostopni po celi državi. Prezem se ocenjuje na nekje med 3 in 3,5 odstotka populacije, starejše od 65 let. Polna cena je med 15 in 20 evrov mesečno, vendar ljudje dobijo tudi različne popuste, tako da je cena v resnici nižja. Storitve telenege oziroma telepodpore so prav tako dostopne po državi, prezem je dokaj nizek, nekaj manj kot 0,5 odstotka. Stroški so enaki kot pri telealarmu. Telezdravje je v zgodnji fazi razvoja, večinoma so v igri pilotski projekti. V nekaterih regijah pa se tudi že izvaja telezdravje.

*Finska:* Socialni alarmi so prisotni v celi državi kot del zdravstvenih in socialnih storitev. Finski zakon o socialnih storitvah vsem državljanom, ki potrebujejo nego, zagotavlja pravico do socialnih alarmov, če jih potrebujejo. Prezem socialnih alarmov je nekje med 8 in 10

odstotki prebivalcev, starejših od 65 let. Ljudje, ki živijo v hišah, morajo plačevati okoli 25 evrov na mesec, za tiste, ki živijo v stanovanjih, pa je storitev že vključena v ceno nastanitve. Na Finskem ni nobenega formalnega sistema telenege. Večinoma je v poskusni fazi, stopnja uporabe pa je še vedno nizka. Le v oskrbovanih stanovanjih je nekaj novih storitev telenege. Uporaba storitev telezdravja se na Finskem širi, vendar je njen prevzem še vedno nizek.

*Francija:* Socialni alarmi so dostopni v veliko, vendar ne v vseh delih Francije. To storitev uporablja okoli 3 % populacije, starejše od 65 let. Socialni alarmi so dostopni ljudem, ki živijo v svojih hišah, in tistim, ki živijo v oskrbovanih stanovanjih. Storitve telenege so večinoma osnovane na bazi infrastrukture socialnih alarmov. Ocenjujejo, da je do 50 odstotkov naročnikov socialnih alarmov preskrbljenih z bolj naprednimi rešitvami telenege. Storitve telezdravja so večinoma v pilotni fazi. Videti je, da več pozornosti dobivajo koncepti, ki združujejo oboje, telenege in telezdravje.

*Madžarska:* Socialni alarmi so dostopni po vsej državi. Lokalno vodstvo sofinancira storitev do 160 evrov na leto na osebo, kar je več, plačajo uporabniki, a le do največ 2 odstotka od njihovega mesečnega prihodka. Storitve socialnega alarma uporabljajo 3 % prebivalcev, starejših od 65 let. Trenutno na Madžarskem ni delujočih storitev telenege. So edino kombinacije telenege in telezdravja, vendar v poskusni fazi. Tudi glede telezdravja ni delujočih storitev, le v poskusni fazi.

*Irska:* Storitve socialnega alarma so na voljo po vsej državi. Storitve uporablja od 13 do 15 odstotkov ljudi, starejših od 65 let. Stroški so med 66 in 90 evri na leto. Kar se tiče bolj naprednih storitev telenege, je uporaba precej omejena, čeprav nekateri zasebni ponudniki socialnih alarmov ponujajo dodatek telenege kot del svojih storitev. Je pa tudi veliko poskusnih faz. Storitve telezdravja so na Irskem zelo slabo razvite in v glavnem nedostopne, prav tako ni nobenih velikih pilotov oziroma poskusnih faz.

*Italija:* Storitve socialnega alarma so razvite v večini delov države. Ocenjujejo, da storitve uporablja med 1 in 2 odstotkoma ljudi, starejših od 65 let. Kar se tiče telenege, se zdi, da je raven izvajanja še vedno nizka. Še vedno so najbolj razviti osnovni socialni alarmi, bolj napredni sistemi telenege pa so večinoma le v poskusnih fazah. Število uporabnikov storitev telezdravja je zelo nizko. Večinoma so te storitve v poskusni fazi.

*Nizozemska:* Storitve socialnega alarma so na voljo po celotni državi. Storitve uporabljajo 3 % vseh starejših od 65 let. Uporaba še vedno ni tako visoka, ker večina ljudi sprejme socialne

alarme šele, ko sami ali nekdo blizu njih izkusijo neko urgentno situacijo, kjer se naprava izkaže kot velika pomoč. Telenega je večinoma v poskusnih fazah. Ocenjujejo, da storitve uporablja manj kot 1 odstotek ljudi, starejših od 65 let. Storitve telezdravja na Nizozemskem še niso v uporabi. Je pa kar nekaj pilotnih storitev telezdravja na domu.

*Poljska:* Dostopnost storitev socialnega alarma je odvisna od tipa storitve. Večina storitev je dostopna po celotni državi. Storitve telenege so na Poljskem precej nerazvite. Je pa vseeno nekaj storitev, ki so usmerjene v končne uporabnike. Razvoj storitev telezdravja je v zgodnji fazi. Pojavlja se nekaj pilotnega testiranja.

*Švedska:* Storitve socialnega alarma so dostopne v celotni državi. Dostopne so ljudem, ki živijo v oskrbovanih stanovanjih, in takim, ki živijo v svojih hišah, stanovanjih. Storitve uporablja približno 10 % ljudi, starejših od 65 let, od tega je približno polovica takih, ki živijo v oskrbovanih stanovanjih, in polovica takih, ki živijo v svojih hišah, stanovanjih. Strošek za uporabnike je okoli 10 evrov na mesec. Kar se tiče telenege, obstaja neka stopnja uporabe te storitve (večinoma socialni alarmi z dodatki), vendar ne po vsej državi. Je pa tudi kar nekaj pilotov. Na področju telezdravja je na Švedskem stalen razvoj te storitve, nekatere se uporabljajo le v nekaterih delih države (npr. digitalni recepti ali pa spletne revije za paciente).

*Združeno kraljestvo:* Dobro razvita infrastruktura socialnega alarma, tako za ljudi, ki živijo v oskrbovanih stanovanjih, kot tudi za take, ki živijo v svojih hišah, stanovanjih. Storitve uporablja okoli 15 % ljudi, starejših od 65 let, storitve telenege pa uporablja približno 3 % ljudi, starejših od 65 let. Storitve telezdravja so prisotne le v nekaterih predelih, se je pa ta storitev začela razvijati. Načeloma so storitve za končnega uporabnika v okviru Nacionalne zdravstvene službe brezplačne.

*Japonska:* Storitev socialnega alarma je dostopna v veliko predelih v državi. Storitev se je začela izvajati že leta 1981. Groba ocena je, da storitve ne uporabljajo več kot 3 % prebivalstva, starejšega od 65 let. Storitve telenege so še v razvoju, čeprav je bilo v zadnjih letih nekaj projektov v poskusnih fazah. Uporaba bolj naprednih aplikacij telenege je padla pod pričakovanji. Kar se tiče telezdravja, je videti, da je bilo v določeni meri vključeno v lokalne/regionalne sisteme zdravstvenega varstva. Stopnja uporabe teh storitev je nizka.

*ZDA:* Storitev socialnega alarma je prisotna povsod po državi in se imenuje odzivni sistem za osebno nujno. Ocenjuje se, da okoli 2,3 % ljudi, starejših od 65 let, uporablja storitve socialnega alarma. Večinoma jih kupijo ljudje sami, cene se gibljejo med 200 in 1500 dolarji,



stroški za vgradnjo in mesečni nadzor pa se gibljejo med 10 in 30 dolarji. Za storitve telenege je veliko zanimanja, z večjim poudarkom na zdravstveni, kot na socialni negi. Razpoložljivost in uporaba storitev se od države do države razlikujeta. Storitve telezdravja so bolj povezane z ruralnimi območji zaradi težje dostopnosti do zdravnika. Sicer pa se povečuje zanimanje za telezdravje na domu, čeprav se v vseh državah še ni pojavilo. Uporaba storitve sicer ni znana, je pa verjetno precej nizka.

V raziskavi *Telecare Technology for an Ageing Society in Europe: Current State and Future Developments* (Meidert in drugi 2013) so intervjuji s strokovnjaki so pokazali, da so produkti telenege prve ali druge generacije, kot so socialni alarmi, detektorji in sledilne naprave, dostopni in v uporabi v vseh državah v Evropi. Širjenje in prodor trga po Evropi se razlikujeta v veliki meri, odvisna sta od družine in družbene strukture, sistema zdravstvenega varstva, financiranja, privoščljivosti in podpore vlade. Prav tako je v nekaterih specifičnih delih družbe, kot je vojska, v uporabi bolj napredna telenege ali telezdravje, vendar ni dostopna vsem članom družbe. Produkti, ki jih omenjajo strokovnjaki, so večinoma iz skupine prve generacije ali druge generacije produktov telenege. Storitve druge ali tretje generacije so bolj napredne v tehnologiji kot storitve prve generacije in so prodrle na trg v večini Evropskih držav. Produkti tretje generacije so bolj specifični v svojih funkcijah in združujejo različne funkcije (opominjanje, merjenje, komunikacijo itd.). Narejeni niso le za starejše, pač pa tudi za ljudi s kroničnimi boleznimi ali za uporabo v bolnišnicah. Produkti tretje generacije so še vedno v razvoju ali poskusni fazi in šele začenjajo biti dostopni na trgu.

Kar pa se tiče nadaljnjih trendov telenege v Evropi, je težko napovedati, katere naprave ali storitve telenege bodo v širši uporabi v Evropi v naslednjih 10–15 letih, saj se storitve telenege hitro širijo. Ne bo napredovala le tehnologija, ampak se bodo razvili tudi družba, politika in zdravstveni sistem. Pričakuje pa se, da se bo tehnologija telenege v Evropi razvijala in postala del zdravstvene oskrbe. Kar se tiče tehnologije, se pričakujejo trendi, kot so (Meidert in drugi 2013):

- Zaradi porasta pametnih telefonov, tabličnih računalnikov, brezžične tehnologije se pričakuje povečana uporaba mobilnega zdravja. Vse več starejših bo uporabljalo te naprave, zato se pričakuje dober sprejem storitev, ki se bodo izvajale skozi te naprave.
- Narasla bo uporaba osebnih digitalnih asistentov, nadzornih naprav ali aplikacij za nadzor zdravstvenega stanja in za komunikacijo z zdravstvenimi strokovnjaki. Narasla bo tudi povezanost med obstoječimi napravami in več bo funkcij v eni napravi.

- Naprave bodo postale bolj uporabnikom prijazne. Ker jih bo uporabljalo več ljudi, bodo tudi bolj poceni.
- Naprave se bodo uporabljale za preventivo, za preprečitev bolezni ali za njihov nadzor v zgodnji fazi.
- Razširjena bo uporaba telezdravja tudi na drugih področjih, kot so druge skupine pacientov ali funkcije znotraj klinik in bolnišnic.

## **4.2 Opis ovir za prevzemanje podpornih tehnologij (telenege in telezdravja) v Sloveniji**

V Sloveniji obstajajo številne ovire, ki preprečujejo, da bi se storitve podpornih tehnologij hitreje razvijale. Ena izmed njih je ta, da storitev ni finančno in geografsko dostopna veliki večini potencialnih uporabnikov v Sloveniji. Storitve ni dostopna pod enakimi pogoji in ceno, obravnavana je bolj kot neka storitev višjega standarda. Druga šibka točka je nezdružljiva tehnologija, ki jo uporabljajo različni ponudniki storitev. To pa vodi k večjim stroškom, saj mora 24 ur na dan delati več centrov, namesto da bi le en sam preskrbel celotno storitev. Če bi si centri lahko med seboj pomagali, bi namreč to privedlo do nižjih stroškov in tudi do nižje končne cene za uporabnika (Nagode 2009; Nagode in Dolničar 2010). Tehnologijo bi bilo treba tudi posodobiti, saj je že nekoliko zastarela (Nagode 2009).

Kar se tiče prevzemanja storitve socialnega alarma (rdečega gumba), sta problema neenak dostop in neenaka cena za vse. Cena ni enotna, ker obstaja pet različnih ponudnikov, ki uporabljajo različno tehnologijo in zaračunavajo različne cene za telefon in tehnologijo (Dolničar in Nagode 2010). Cene se gibljejo od 12,52 pa vse do 75 evrov na mesec (Nagode 2009). Tudi za občine ni obvezno, da sploh kaj prispevajo k skupni ceni, zato vsaka občina prispeva različno (Nagode in Dolničar 2010). Večina se jih zato odloči, da zagotovi sredstva le za svoje občane, bolj malo pa se jih odloči za zagotavljanje sredstev tudi v širši regiji (Nagode 2009). Storitve socialnega alarma tako ni dostopna po vsej državi, strošek zanjo pa je odvisen od tega, kje uporabnik živi.

Naslednji problem se nanaša na nezadostno informiranost uporabnikov o storitvah. Večina ljudi sploh ne ve, da to obstaja, kot tudi ne, kaj to sploh je. Storitve se premalo promovira, potrebna bi bila dobra marketinška strategija, saj se ljudje zanimajo za to.

Tudi pomanjkanje sodelovanja je ena izmed ovir za prevzemanje podpornih tehnologij. Uspešno izvajanje podpornih tehnologij zahteva komunikacijo, sodelovanje in medsebojno delovanje med politiki, strokovnimi organi in posamezniki. V mnogo pokrajinah je navada, da se čaka drug drugega, da naredijo prvo potezo. Prav tako je nesodelovanje med strokovnjaki zgodovinska zapuščina. Poleg tega je reorganizacija občin v drobcene lokalne občine skoraj onemogočila regionalne pobude (Nagode in Dolničar 2010). Pomanjkanje sodelovanja lahko opazimo tudi med razvijalci, učenjaki, zdravniki in celo med uporabniki, ki so večinoma starejši in med neformalnimi skrbniki, ki so po navadi mlajši (Dolničar in Nagode 2010). Sodelovanje pa je pomembno, saj morajo biti vsi deležniki zadovoljni s projektom ali pa ne bo uspešen (McGee-Lennon in Clark v Dolničar in Nagode 2010, 1299). Deležniki so vsi, od primarnih končnih uporabnikov, formalnih in neformalnih skrbnikov, ponudnikov socialnega varstva, ponudnikov zdravstvenega varstva, ponudnikov tehnologije do raziskovalcev in oblikovalcev politike/mnenj glede uporabe podpornih tehnologij (Dolničar in Nagode 2010).

Ena izmed ključnih ovir pa je pomanjkanje sredstev. Čeprav je za vsako novo negovalno omrežje potrebna investicija začetnega kapitala, se na dolgi rok lahko pričakujejo prihranki, ki se tičejo državnih stroškov za nego na prebivalca. Primer, ki ga opisujeta Bowes in McLogan (v Dolničar in Nagode 2010, 1306): Ko nastane majhen požar, ki je zahvaljujoč podpornim tehnologijam hitro pogašen, nastane manjša škoda, kot če bi prišlo do velikega požara. Vlada bi morala pokriti 30 odstotkov stroškov za infrastrukturo centrov (Rudel in Fisk v Dolničar in Nagode 2010, 1304). Lokalni skladi bi bili potrebni za nakup telefonov za nego, za stroške delovne sile in za objekte koordinacijsko-informacijskih centrov. Končni uporabniki bi program sprejeli, če bi bil plačan s strani zdravstvenega in socialnega zavarovanja. Zavarovalnice so vključile storitev v svojo zavarovalno shemo, ki ni obvezna, temveč je na izbiro. Zasebna podjetja so pripravljena ponuditi tehnično podporo (Nagode in Dolničar 2010). Obvezno zavarovanje ne krije storitev telezdravja. Dopolnilno zavarovanje v nekaterih primerih lahko krije storitev rdečega gumba (ICT & Ageing 2010). Socialna in zdravstvena zavarovanja se zanimajo za sodelovanje, vendar še ni jasno, kateri organ ali institucija bi upravljala storitve in plačala za njih (Rudel v Nagode in Dolničar 2010, 1289). Vlada in institucije bi morale dati več finančnih sredstev za različne projekte, ki spodbujajo medgeneracijski dialog. Poleg tega bi morali nevladnim organizacijam, ki močno prispevajo k uresničitvi medgeneracijske solidarnosti s pomočjo prostovoljcev, nuditi več pomoči (Dolničar in Nagode 2010).

Temu pomembnemu področju za starejše ljudi je namenjene premalo pozornosti in politične volje. Pregled bolj pomembnih nacionalnih strategij in programov kaže, da podporne tehnologije, še posebej socialni alarmi, niso bile izrecno načrtovane in zato izvedene v Sloveniji. Tudi zastavljeni cilji niso bili realizirani (Nagode in Dolničar 2010).

Za večjo izvedbo socialnih in zdravstvenih storitev nege obstaja možnost, da »prepričajo« zavarovalnice, da svoj program dopolnijo s temi storitvami in aplikacijami. Zato bi morali razviti in zavarovalnicam predstaviti poslovni model zvoka (Dolničar in Nagode 2010).

### **4.3 Predlog programa za uvajanje novih tehnologij na področju aktivnega in neodvisnega staranja**

V nadaljevanju bo predstavljen predlog programa za uvajanje novih tehnologij na področju aktivnega in neodvisnega staranja za Slovenijo. Najprej je podan kratek opis predloga dobre prakse, nato sledijo razlogi za ta program, partnerji, ki bi osnovali program dobre prakse, sledila bi leta delovanja programa dobre prakse in pa ciljna populacija. Nadalje je podana tudi vrsta podporne tehnologije, ki jo ta program vsebuje in pa njegove naprave oziroma pripomočki za pomoč na daljavo. Opisan je tudi cilj tega programa in kakšni so pričakovani rezultati. Nazadnje so podani še poudarki programa oziroma na kaj je treba biti še posebno pozoren, in morebitne ovire, ki se lahko pojavljajo. Vse te točke, ki opisujejo predlog programa, sem opisala po zgledu opisa dobrih praks v projektu EIP AHA (2013). Pri tem so mi bili v pomoč tudi razvrstitveni kriteriji, povzeti po projektu Carretero (in drugi 2015), sploh opis naprav, storitev in opis let delovanja dobrih praks.

#### **Kratek opis dobre prakse**

Dobra praksa bi bila namenjena starejšim ljudem, ki živijo sami. Da bi lahko živeli v svojem domu čim dlje in čim bolj neodvisno od drugih, bi dobra praksa vsebovala naprave, ki bi jim to čim bolj omogočile. Naprave so take narave, da bi bile lahko v pomoč vsem starejšim, ne glede na njihovo stanje. Detektor izliva vode, dima, plina ali požara na primer opozarja ljudi, če je prišlo do poplave, požara, če pušča plin ali se kaj kadi. Starejšim take stvari pridejo prav, saj lahko hitro pozabijo, da so kaj pustili prižgano, te naprave pa jim tako lahko rešijo življenje. Detektor padcev preprečuje, da bi v primeru padca ležali na tleh lahko tudi po več dni in čakali na pomoč. Tako je lahko tudi ta naprava pri ljudeh, ki padejo in ne morejo vstati, življenjskega pomena. Pohodna blazina je zelo koristna zadeva, da se ljudje počutijo varnejše, pa tudi njihovi družinski člani so bolj mirni. Pove namreč, če človek dalj časa ne vstane iz

postelje, na ta način lahko svojci ugotovijo, da je nekaj narobe. Senzor z ravno obratno funkcijo pa je detektor prisotnosti v postelji. Ta se sproži, če se človek dlje časa ne vrne v posteljo, kar lahko nakazuje na to, da je človek padel ali se mu je zgodilo kaj drugega. Vsi ti detektorji pa so programirani tako, da sprožijo signal za klic na pomoč. Klic se posreduje klicnemu centru, nato pa sta dve možnosti. Ali ima klicni center svoje dežurne, ki priskočijo na pomoč, ali pa dežurni v klicnem centru posreduje informacije zdravniku in/ali svojcem. S pomočjo te dobre prakse bi zato starejši ljudje (pa tudi njihovi svojci) lahko živeli bolj kakovostno življenje v svojem domu.

### **Razlogi za dobro prakso**

Vsako leto se povečuje število starejših ljudi, s tem pa tudi takih starejših, ki živijo v gospodinjstvu sami. Leta 2002 je v Sloveniji večina ljudi, starih 65 let ali več, živel v zasebnih gospodinjstvih z dvema ali več člani. 25,3 % jih je živel samih, od tega 11,4 % moških in 33,5 % žensk. V starostni skupini 80–84 pa je samih živel 5,3 % moških in 41,8 % žensk. V skupnih gospodinjstvih je bilo 3,4 % starejših (65+) (Nagode in Dolničar 2010).

Večina starejših ljudi v Sloveniji bi rada živel v svojem domu, kakor dolgo je mogoče in kolikor je mogoče neodvisno. Tudi študija (Sendi in drugi v Dolničar 2009, 278) je pokazala, da je le 7 % takih ljudi, ki bi raje živeli v domu za ostarele.

V Sloveniji pa je poudarek ravno na institucionalizirani negi za starejše (domovi za ostarele), premalo pa je te formalne podpore na domu (Nagode in Dolničar 2010).

Naslednji problem je v preveliki zasedenosti domov za ostarele, tako da tudi tisti, ki so na koncu primorani iti v dom za ostarele, lahko čakajo na prosto mesto zelo dolgo časa. Še en problem pa je ta, da so včasih domovi za ostarele predragi za nekatere starejše, ki imajo prenizko pokojnino. Taki si zato doma sploh ne morejo privoščiti. Nega na domu pa je približno petkrat cenejša kot nega v zavodih (EIP AHA 2013).

### **Partnerji**

Partnerji pri osnovanju dobre prakse bi bili vlada, MDDZS oziroma Ministrstvo za zdravje, klicni center z reševalno službo (kot npr. Pacient) ali teleoskrba (kot npr. Telekom in Doktor24) in zavarovalnica.

### **Leta delovanja**

Dobra praksa bi se začela izvajati v letu 2016 in bi se nato vključila v redno klinično prakso.

### **Ciljna populacija**

Ciljna populacija so starejši od 65 let, ki živijo sami.

### **Vrsta podporne tehnologije**

Telenega – pomoč na daljavo.

### **Naprave**

Opis naprav je povzet po MKS (2015) in Whole Systems Demonstrator (2015).

- Detektor prisotnosti v postelji (Naprava za osebe, za katere obstaja nevarnost padca. Ta mala naprava je nameščena pod vzmetnico in spremlja bolnika, ko ta vstane. Če se ne vrne v posteljo v določenem času, naprava sproži signal za pomoč in s tem kontaktira npr. svojce. Naprava omogoča tudi prižig luči, ko bolnik vstane s postelje.)
- Detektor dima, plina, požara (vročine) oziroma izliva vode (Naprave, ki zaznajo dim, ogenj (oziroma vročino – ko se temperatura dvigne nad 54 stopinj), plin oziroma izliv vode. Ko jih zaznajo, se sproži alarm, hkrati pa tudi odda signal posebnemu telefonu Lifeline.)
- Detektorji padcev (Majhna brezžična naprava, ki jo starejši nosijo za pasom. Avtomatsko zazna vsak padec, če zazna udarec in spremenjeno lego telesa. Po preteku 10 sekund detektor odda signal za klic na pomoč. Detektor odda signal posebnemu telefonu Lifeline, ta pa nato vzpostavi zvezo s klicnim centrom. Pomoč pride od dežurnega v klicnem centru ali pa ta informacijo posreduje zdravniku ali svojcem.)
- Pohodna blazina (To je blazina, ki se namesti pred posteljo, da lahko zazna vsakič, ko oseba vstane iz postelje. Če pa oseba ne vstane iz postelje po določenem času, torej ne pohodi te blazine, detektor odda signal posebnemu telefonu Lifeline, ki nato vzpostavi zvezo s klicnim centrom. Dežurni iz klicnega centra prihiti osebi na pomoč, pokliče zdravnika ali svojce.)

### **Cilji**

Glavni cilji so zmanjšati število ljudi v domovih za ostarele in omogočiti starejšim, da živijo v svojih domovih čim dlje ter čim bolj samostojno in kakovostno.

### **Rezultati**

- Življenje v varnosti (varno staranje): Z napravami za telenego bi se ljudje počutili bolj varne v svojem lastnem domu, saj bi imeli zagotovilo, da bo nekdo izvedel, če se jim kaj zgodi.
- Neodvisno življenje: Ljudje ne bi bili toliko odvisni od pomoči drugih (družinskih članov, sosedov, prijateljev), saj bi s pomočjo naprav lahko dosegli bolj neodvisno življenje.
- Povečanje samostojnosti.
- Povečanje kvalitete življenja: Kvaliteta življenja bi se povečala, saj bi ljudje živeli bolj brezskrbno, tudi npr. ponoči bi lahko imeli bolj kvaliteten spanec, saj jih ne bi neprestano skrbelo, da bo kaj narobe.
- Nega na domu je približno petkrat cenejša kot nega v zavodih (EIP AHA 2013).

## **Poudarki**

Storitev je treba predstaviti tako, da je videti kot bistven del za ljudi, ne pa le kot nek prijeten dodatek.

Pomembno je sodelovanje med različnimi akterji (ker individualne institucije tega ne morejo organizirati na stroškovno učinkovit način).

## **Ovire**

- Financiranje (Problem je, ker je za storitev premalo sredstev. Vlada bi morala dati več finančnih sredstev. Poleg tega bi morali nevladnim organizacijam, ki močno prispevajo k uresničitvi medgeneracijske solidarnosti s pomočjo prostovoljcev, nuditi več pomoči (Dolničar in Nagode 2010). Pomagalo bi tudi, če bi bil program plačan s strani zdravstvenega in socialnega zavarovanja. Naslednji problem pa je neenakomerno financiranje – občine niso obvezane prispevati k storitvi, zato prispevajo različno.)
- Nezadostna informiranost potencialnih uporabnikov o storitvi (Starejši ne vedo, kaj to je, niti si ne predstavljajo, kako zadeva deluje. Zato bi bilo treba storitev čim bolj oglaševati in razviti dobro marketinško strategijo.)
- Pomanjkanje sodelovanja med politiki, strokovnimi organi in posamezniki (Komunikacija med posamezniki je ključnega pomena, če hočemo, da storitev deluje, morajo biti namreč vsi deležniki zadovoljni z njo. Pogosta je navada, da se čaka, da bo nekdo naredil prvo potezo.).

## 5 Empirični del – fokusna skupina

### 5.1 Metodologija

#### 5.1.1 Udeleženci fokusne skupine

Udeležence za fokusno skupino sem pridobila na Dnevnom centru aktivnosti za starejše v Ljubljani (enota Puhova).

V fokusni skupini je sodelovalo 6 udeležencev, 5 žensk in 1 moški. Pri tem je treba dodati, da je na začetku sodelovala še ena udeleženka, vendar ni želela, da se njeni odgovori vključijo v analizo, saj je vedela, da ne bo mogla ostati do konca, ker se ji je mudilo naprej. Udeleženci fokusne skupine so bili stari od 63 do 74 let. Vsi so upokojeni in redni obiskovalci dnevnega centra aktivnosti. Vsi udeleženci prihajajo iz Ljubljane. Trije udeleženci v gospodinjstvu živijo sami, trije pa živijo s še eno osebo.

Ker so vsi udeleženci redni obiskovalci Dnevnega centra aktivnosti za starejše, se med seboj tudi poznajo. To je pripomoglo k temu, da so bili sproščeni in je komunikacija med njimi potekala brez zadržkov. Točno polovica jih je bila sicer nekoliko bolj zadržana in v ozadju, polovica pa je svoje mnenje izražala bolj pogosto. Kljub vsemu sem skušala od vseh pridobiti vsaj kakšno mnenje, saj je za mojo analizo vsak komentar, mnenje ali predlog zelo pomemben.

Tabela 5.1: Socio-demografske značilnosti udeležencev fokusne skupine

Udeleženec	Spol	Starost	Kraj bivanja	Število članov v gospodinjstvu
1	Ženski	66	Ljubljana	2
2	Ženski	70	Ljubljana	1
3	Ženski	69	Ljubljana	1
4	Ženski	63	Ljubljana	2
5	Ženski	74	Ljubljana	1
6	Moški	68	Ljubljana	2



### 5.1.2 Operacionalizacija vsebine fokusne skupine

Fokusna skupina je potekala v obliki vodenega pogovora, razdeljena je bila v različne vsebinske sklope.<sup>2</sup>

#### *Uvodna vprašanja*

Začeli smo z uvodnimi vprašanji. Uvodna vprašanja pomagajo udeležencem, da se sprostijo in predstavijo ter da jih lažje vpeljemo v sistem fokusne skupine. To so vprašanja, kot so starost udeleženca, hobiji, od kdo prihaja, število članov v gospodinjstvu. Namen vprašanja, koliko članov šteje gospodinjstvo, je ta, da lahko sprti tudi primerjamo odgovore tistih, ki živijo sami, in takih, ki še s kom. Tema o kateri smo govorili, je namreč aktualna predvsem za starejše, ki živijo sami. Seveda pa zanima tudi take, ki živijo še s kom, saj so tudi taki kdaj sami doma ali pa bodo enkrat tudi sami morali živeti sami.

#### *Prehodna vprašanja*

Namen predhodnih vprašanj je, da je prehod h glavnemu delu diskusije bolj mehek, da udeležencem ne začnemo takoj postavljati težjih vprašanj, pa tudi, da ugotovimo, kakšne so njihove navade uporabe računalnika, interneta, mobitela. S tem, ko vidimo, koliko uporabljajo te tehnologije, lahko predvidimo tudi, ali bi bila vpeljava pomoči na daljavo zanje bolj ali manj preprosta oziroma hitra (če že uporabljajo računalnik, mobilni telefon ali se morajo tega še priučiti). Sprašujemo jih tudi o mnenju o domovih za starejše in glede storitev domov. Nekaj primerov vprašanj:

- Kaj menite o domovih za starejše?
  - a. Kaj menite o čakalnih dobah za vstop v domove za starejše?
  - b. Kaj pa menite o cenah za bivanje v domovih za starejše? Bi rajši živeli doma, kolikor dolgo bo to mogoče, ali bi rajši šli že prej v dom za starejše?
- Kaj menite o tem, da bi šli v dom za starejše samo zaradi družbe? Ali bi raje ostali doma?
  - a. Kaj menite o tem, da bi šli v dom za starejše, če bi bilo to potrebno, se pravi, ne bi zmogli samo opravljati osnovnih opravil? Ali bi raje ostali doma (z neformalno/formalno pomočjo na domu)?
  - b. Kaj menite o tem, da bi šli v dom za starejše, če bi bili bolni? Ali bi raje ostali doma (z neformalno/formalno pomočjo na domu)?

---

<sup>2</sup> Za vprašanja v celoti glej prilogo B

- c. Kaj menite o tem, da bi šli v dom za starejše, če ne bi imeli nobenega družinskega člana, ki bi vam lahko pomagal? Ali bi raje ostali doma (s formalno pomočjo na domu)?

### *Osrednji del diskusije*

Osrednji del diskusije je bil namenjen predvsem pogovoru o pomoči na daljavo. Preden sem jim predstavila svoj predlog pomoči na daljavo, me je zanimalo, ali kdorkoli od udeležencev pozna pojem pomoč na daljavo in pripomočke, ki se pri tem uporabljajo, in če ne, ali si lahko predstavljajo, kaj bi to bilo. Najprej pa me je zanimalo, ali imajo kakšen svoj predlog, s čim bi si pomagali, da bi lahko čim dlje sami živeli doma, karkoli jim pride na misel.

- Če bi ostali doma, kako bi si po vašem mnenju olajšali življenje, tako da bi kar najbolj ohranili neodvisnost in samostojnost?
- Ste že slišali za telenego?
- Kaj si predstavljate, da bi telenega lahko bila? *[Nazadnje jim laično razložimo kaj to je.]*
- Ste že slišali za detektor prisotnosti v postelji? Za detektor dima, požara, izliva vode, plina? Za detektor padcev? Za pohodno blazino?
- Kaj si predstavljate, da bi lahko bil detektor prisotnosti v postelji? Detektor dima, požar, izliva vode, plina? Pohodna blazina? *[Nazadnje za vsako stvar posebej razložimo, kako deluje.]*

V naslednjem sklopu sem jim predstavila svoj predlog dobre prakse, ki vsebuje pripomočke za pomoč na daljavo. Tukaj me je zanimalo njihovo mnenje o mojem predlogu. Da bi dobila čim bolj poglobljeno mnenje, sem jim postavila kar nekaj vprašanj.

- Kaj pa menite o tem predlogu? *[Predstavimo jim svoj predlog dobre prakse, ki vključuje detektor prisotnosti v postelji, detektor dima, požara, izliva vode, plina, detektor padcev in pohodno blazino.]*
- Kako bi se počutili, če bi imeli doma take pripomočke?
- Za koga bi želeli, da bi imel dostop do alarmnih signalov prek senzorjev? Od koga bi si želeli pomoč?
- *[Če bi šel kdo raje v dom za starejše, kot ostal doma – vprašanje 13.]* Ali bi, če bi imeli doma te pripomočke, še vedno šli raje v dom za starejše?
- Se vam zdi, da bi se vam kvaliteta življenja z uporabo teh pripomočkov povečala?

Z vprašanjem, ali se jim mogoče zdijo ti senzorji vdor v zasebnost, sem želela ugotoviti, ali bi jih stalen nadzor doma motil, saj so v literaturi pogosto polemike okrog etičnosti teh pripomočkov, ravno zaradi tega, ker so ljudje pod stalnim nadzorom.

Z vprašanjem, koliko bi bili pripravljeni sami sofinancirati take pripomočke, me je zanimalo, ali so starejši pripravljeni tudi sami kaj prispevati, da bi čim dlje neodvisno lahko živeli doma, oziroma kdo naj bi po njihovem mnenju take storitve financiral.

Zanimalo me je tudi, ali imajo kakšen predlog, da bi te storitve postale med ljudmi bolj znane.

- Kaj bi predlagali, da bi postale take storitve ljudem bolj znane?

Kot zadnja stvar pa me je zanimalo še, ali imajo udeleženci sami še kakšen predlog za storitev oziroma pripomoček za pomoč na daljavo, ki bi ga bilo po njihovem treba vključiti v predlog dobre prakse za Slovenijo. Zanimalo me je namreč, ali bodo pri tem vprašanju, ko bodo že vedeli, kaj ti pripomočki za pomoč na daljavo so, lažje podali svoje predloge, saj jim bo pri tem vprašanju že bolj jasno, kaj od njih želim.

### **5.1.3 Časovni in logistični opis poteka fokusne skupine**

Fokusna skupina se je odvila 29. aprila 2015 v prostorih Dnevnega centra aktivnosti za starejše na Puhovi v Ljubljani, kjer je potekala tudi rekrutacija. Z rekrutacijo udeležencev za fokusno skupino sem začela en teden pred izvedbo. Z njo nisem imela težav, saj sem udeležence pridobila dokaj hitro. Rekrutirala sem šest udeležencev, od tega je bilo pet udeleženk in en udeleženec, starih med 63 in 74 let. Fokusna skupina je potekala v čitalnici DCA, kjer imajo veliko podolgovato mizo, na čelo katere smo postavili nekoliko večji ekran, poleg njega sem sedela jaz in na obeh straneh po trije udeleženci. Na koncu mize je sedela še opazovalka, ki je beležila neverbalne poteze. Komuniciranje med udeleženci sem posnela z dvema diktafonoma, ki sta bila postavljena vsak na svojem koncu mize. Fokusna skupina se je začela ob 9.44 in končala ob 10.41.

Začela sem z uvodnim nagovorom, med katerim sem jih pozdravila, predstavila sebe in svojo pomočnico ter se zahvalila za njihovo pripravljenost na sodelovanje. Nadaljevala sem s predstavitvijo poteka fokusne skupine in poudarila pravila. Preden smo začeli s samimi vprašanji, sem jih še pozvala k podpisu soglasja snemanja fokusne skupine<sup>3</sup>. Začela sem z vprašanji, ob katerih je vsak povedal nekaj o sebi. Nato so sledila prehodna vprašanja, ko so udeleženci predvsem podajali mnenje o domovih za starejše. Sledil je osrednji del diskusije,

---

<sup>3</sup> Glej prilogo C

ko so udeleženci odgovarjali na vprašanja v zvezi s pomočjo na daljavo. Predstavila sem jim tudi svoj predlog dobre prakse in jim fotografije pripomočkov pokazala na velikem računalniškem zaslonu<sup>4</sup>. Pri tem delu so se vsi nekoliko bolj zgomeli okrog ekrana, da so si pobližje ogledali, kako so ti pripomočki videti. Udeležencem je bil ponujen tudi krajši odmor, a so to možnost zavrnili.

Fokusno skupino sem zaključila z možnostjo dodatnih komentarjev in tem, ki so jih respondenti želeli sami izpostaviti. Na koncu sem se jim še enkrat zahvalila in zaželela lep dan.

#### **5.1.4 Pilotsko testiranje vprašanj fokusne skupine**

Za namen testiranja fokusne skupine sem opravila pogovor z dvema osebama, in sicer žensko, staro 65 let, in še eno žensko, staro 78 let (osebi ustrežata ciljni populaciji pri moji raziskavi). Testirala sem predvsem razumevanje vsebine vprašanj, saj je za tekoč potek fokusne skupine zelo pomembno, da udeleženci dobro razumejo vprašanja, ker bodo sicer imeli več težav pri vključevanju v debato. Testiranja nisem izvedla v obliki fokusne skupine, temveč sem vsaki posameznici prebrala vprašanja in ju vprašala, ali vprašanje razumeta ter kako bi nanj odgovorili.

Pri fokusni skupini med starejšimi je pomembno, da so navodila jasna in da udeleženci razumejo, kaj se od njih pričakuje (Barret in Kirk 2000). V obeh primerih je bilo po prebranih navodilih obema testnima osebama jasno, kako bo potekala fokusna skupina.

Pri uvodnih vprašanjih nista imeli problemov. Pri prehodnih vprašanjih načeloma ni bilo problemov, le pri predzadnjem podvprašanju je starejša testiranka pojasnila, da se ji zdi vprašanje dvoumno (Kaj menite o tem, da bi šli v dom za starejše, če ne bi imeli nobenega družinskega člana, ki bi vam lahko pomagal?). Odgovorila je namreč, da je odgovor odvisen od tega, v kakšnem stanju bi bila sama. Zato sem vprašanje popravila tako, da sem odpravila dvoumnost (Kaj menite o tem, da bi šli v dom za starejše, če bi potrebovali kakršnokoli pomoč, pa ne bi imeli nobenega družinskega člana, ki bi vam lahko pomagal?). Pri osrednjem delu diskusije večinoma ni bilo težav z razumevanjem vprašanj, le pri enem vprašanju (Koliko bi bili pripravljeni sami sofinancirati te pripomočke?) je starejša testiranka odgovorila, da bi bilo to odvisno od cene pripomočkov. Odločila sem se, da vprašanja ne spreminjam, če pa se bo med udeleženci pojavilo to podvprašanje, pa jim bom kar med fokusno skupino še dodatno pojasnila, kaj točno mislim.

---

<sup>4</sup> Glej prilogo D

Ker je test potekal v pogovoru, podobno kot intervju in ne kot fokusna skupina, so bili (oz. bi bili) odgovori v tem primeru kratki. Pri fokusni skupini, kjer je pomembno predvsem, da se udeleženci navezujejo drug na drugega, bo zelo pomembna vloga mene kot moderatorja, da bom spodbujala starejše, da komentirajo tudi drug drugega in ne sodelujejo zgolj z odgovori na vprašanja, ki jih bom zastavila. Ključna funkcija moderatorja je namreč preprečevanje skupinskega mišljenja s spodbujanjem k izražanju različnih pogledov (Loeb in drugi 2006, 36). Udeleženci torej ne odgovarjajo samo na vprašanja moderatorja, ampak predvsem komunicirajo drug z drugim. Med seboj si postavljajo vprašanja, izmenjujejo mnenja, izkušnje, anekdote ter komentirajo izkušnje in stališča drugih udeležencev (Kitzinger 1995, 301).

## 5.2 Rezultati

V fokusni skupini je bilo šest udeležencev, od tega pet žensk in en moški. Vsi prihajajo iz Ljubljane in so redni obiskovalci dnevnega centra aktivnosti. Polovica udeležencev v gospodinjstvu živi sama, polovica pa jih živi s še eno osebo. Starost udeležencev se giblje med 63 in 74 leti.

### Uporaba računalnika in mobilnih telefonov med starejšimi

Od vseh udeležencev dve nista uporabnici računalnika, ena ga uporablja vsak dan, dva približno dvakrat tedensko, ena pa zelo malo. Od teh, ki uporabljajo računalnik, vsi uporabljajo tudi internet. Mobilni telefon uporabljajo vsi udeleženci, večinoma za klice in SMS-e, nihče ga ne uporablja za dostop do interneta.

*Udeleženka 1: »Za nujna sporočila, nobenega klepetanja, ker je predrago.«*

*Udeleženka 3: »Jst pa klepetanje.«*

*Udeleženka 4: »Ne vem, a kdo internet uporablja, jst ga ne. Na telefonu ne. Za klice, SMS-e.«*

*Udeleženka 2: »Klice.«*

*Udeleženka 5: »Samo nujna obvestila.«*

## Domovi za starejše

Mnenje o domovih za starejše je pri vseh udeležencih slabo. Vsem se zdijo predragi, saj si jih po njihovem ljudje ne morejo privoščiti. Tudi o urejenosti samih domov nimajo prav dobrega mnenja, nekateri izmed udeležencev so namreč že bili kdaj v domovih in menijo, da so slabo urejeni, da notri smrdi itd. Ena izmed udeleženk je povedala tudi, da je po obisku enega izmed domov zaradi splošne neurejenosti ter zanikrnosti in majhnosti sob nato še ves dan jokala.

*Udeleženka 1: »Da so predragi, da jst ga že ne bom vidla, kar se mene tiče.«*

*Udeleženka 4: »Ja, zelo se strinjam, da so predragi. Kolkr vidm po medijih in preberem, so zdej domovi tut zlo, am ..., kuko bi rekla, kapitalistično usmerjeni, ne, se prav, velik stvari ponujajo, če seveda doplačaš, ne.«*

*Udeleženka 5: »Jst se kr dost zanimam za tele domove. Morm rečt, da mam tut v par domovih že vložene vloge, ampak dokler bom jst lahko sama za sebe skrbela, ne bi šla v dom. Ker to se mi pa tko zdi, k sm šla ene parkrat gledat, kako je tam, tko k da bi me v eno kletko notr zapru. In ... Pa tut cene so take.«*

*Udeleženec 6: »Če loh plačaš, plačaj, če ne, pa ne.«*

*Udeleženka 1: »Vonj je, k stopš skoz vrata, je vonj.«*

*Udeleženka 4: »Mešanica pražene čebule, golažev, ne vem, česa.«*

*Udeleženka 1: »Urina in vsega ostalga.«*

*Udeleženka 4: »Groza, mene je ta vonj tko odbijal. To je glavno verjetno, kar te šokira, vonj.«*

*Udeleženka 5: »Ja, tut, pa sanitarije niso tko, k bi mogle bit, mene to zelo odbija, če niso urejene.«*

Kar se tiče čakalnih dob za vstop v dom za starejše, se večini zdi, da ni neke realne slike glede čakalne dobe, saj ljudje po njihovem mnenju oddajo prijave v več domov naenkrat, ker so čakalne dobe tako dolge, da si s tem prej zagotovijo mesto. Strinjajo pa se, da ljudje takoj pridejo na vrsto, če je le nujni primer.

*Udeleženka 1: »Ne vem, mislm, da ni realne slike, ker je več ljudi, tko, k je Tina rekla, iz svoje izkušnje vem od mame, da jih majo po štiri, pet domovih prijave, in potem oni rečejo: tisoč petsto al pa pet tisoč jih čaka; ubistvu jih 1000 čaka*

*al pa mogoče 1200.«*

*Udeleženec 6: Seveda, da majo prijave v več domovih, ker se tok čaka povsod.«*

*Udeleženka 5: »Če je nujni primer.«*

*Udeleženka 1: »Če je nujni, pa vsi dobijo.«*

Zaradi vseh teh mnenj o domovih za starejše, bi vsi udeleženci rajši bili doma, kolikor dolgo bo to mogoče. Ko sem jih vprašala, ali bi šli v dom za starejše le zaradi družbe, jih je večina raje izbrala možnost, da bi ostali doma oziroma bi šli v dom zaradi družbe, če bi bili domovi boljše urejeni. Ena izmed udeleženk je tudi omenila, da se ji zdi to odvisno, v kakšnem stanju bi bila.

*Udeleženka 1: »Ja, če bi bli drugačni domovi, bi šla jst takoj zarad družbe.«*

*Udeleženka 3: »Če bi zdle sodelovala v anketi, bi rekla, jst grem za družbo tja. Če bi bili v boljšem stanju, seveda.«*

*Udeleženka 4: »Men bi bil to zadnji razlog, ker jst sm zbirčna in si jo najdem.«*

*Udeleženka 2: »Če si pokreten, lahko ... Se maš fajn, če ne, pa ne.«*

*Udeleženka 3: »To bi šla večina, če bi bli domovi drugač organizirani.«*

Tako bi tudi, če ne bi zmogli sami opravljati osnovnih opravil ali če bi bili bolni, vsi udeleženci rajši ostali doma in imeli formalno pomoč na domu. Za pomoč sorodnikov bi se odločila le ena, saj drugi menijo, da imajo sorodniki že tako službo in svoje otroke in da bi bila to zanje še ena obveznost več. Le pri vprašanju, ali bi šli rajši v dom ali ostali doma, če bi potrebovali kakršnokoli pomoč in ne bi imeli nobenega družinskega člana, ki bi jim lahko pomagal, jih je večina izbrala možnost, da bi šli v dom.

*Udeleženka 1: »Mislm, da bi večina šla rajš v dom. No, pa tut tko, jst mislm, da večina starejših, odvisno od ljudi, ampak težji sprejmeš nove ljudi, da ti hodjo vsak dan drug v stanovanje, ne vem, tko bi jst rekla.«*

*Udeleženka 3: »Tako, tako.«*

*Udeleženka 4: »Ja, ko pridejo te dementne težave, maš občutek, da ti kradejo, da ti en hoče, ne vem kaj, se zaklepaš po dvajsetkrat pa take neumnosti.«*

*Udeleženka 2: »Ja, odvisno tut, kdo pride, ne, kako ga sprejmeš.«*

## **Informiranost udeležencev o pomoči na daljavo**

Udeleženci so o pomoči na daljavo slabo informirani. Preden sem jim razložila, kaj to je, so si težko predstavljali, kaj bi pomoč na daljavo lahko bila, zato so imeli težave tudi pri pobudi, naj predlagajo, kako bi si olajšali življenje, da bi kar najbolj ohranili neodvisnost in samostojnost. Na misel jim ni prišel noben uporaben predlog. Šele ko sem jih vprašala, ali bi predlagali kakšne pripomočke, sem jih s tem usmerila v pravilno smer razmišljanja, saj prej niso pomislili na kak pripomoček, temveč predvsem na to, da na ohranjanju odvisnosti in samostojnosti že delajo (s pomočjo telovadbe si krepijo fizično moč itd.). Vendar pa tudi, ko so ugotovili, da me zanimajo predvsem pripomočki, niso znali podati nobenega predloga, čeprav sem jim vprašanje ponovila trikrat.

*Udeleženka 1: »Kakšne to, ne vem, ne razumem čisto točno, kakšni pripomočki bi to bili.«*

*Udeleženka 4: »Jst tut ne.«*

*Udeleženka 5: »Vprašanje, kakšne motnje maš.«*

Prav tako še nihče ni slišal za telenega. Ker je bil to zanje neki nov pojem, se je ena izmed udeleženk najprej nanj odzvala negativno.

***Moderatorka: »Kaj pa si predstavljate, da bi telenega lahko bila?«***

*Udeleženka 4: »Nč kej dobrga (smeh).«*

Je pa ena izmed udeleženk pravilno uganila, da je to nega na daljavo, vendar si nato spet niso mogli predstavljati, kakšna nega bi nega na daljavo lahko bila.

*Udeleženka 1: »Kontakt z nekom.«*

*Udeleženka 4: »Na daljavo neki, ne, to je nega na daljavo.«*

*Udeleženka 1: »Ja, na daljavo.«*

*Udeleženka 4: »Ka pa je to lahko, na daljavo nega?«*

*Udeleženec 6: »Da ti svetuje, mogoče. Sam kaj, pol pa moraš bit fizično sposoben ... Pa razumet.«*

*Udeleženka 4: »Pol morš pa sam nardit (smeh).«*

*Udeleženec 6: »To je mal težko za starejše.«*



*Udeleženka 4: »Kako pa loh na daljavo pomagaš razen z besedo?«*

*Udeleženec 6: »Ne, z nasvetom, nič drugega, ja.«*

*Udeleženka 2: »Sej včas tut z besedo lahko.«*

Kar se tiče pripomočkov za pomoč na daljavo, za večino še niso slišali. Poznajo detektor dima in detektor požara, en udeleženec pa še detektor plina, saj ga ima sam doma. Ko sem jih vprašala, kaj si predstavljajo, da bi ti pripomočki lahko bili, so imeli probleme pri predstavi, predvsem pri teh manj znanih pripomočkih (detektor prisotnosti v postelji, pohodna blazina, detektor padcev), vendar so na koncu vseeno večinoma uganili, kaj to je.

*Udeleženka 1: »Neka naprava v postelji, da signal, kdaj ležiš, kdaj pa vstaneš.«*

*Udeleženec 6: »Verjetno ne bi bilo slabo, če bi to obstajalo. Ko recimo človek pade, leži ob postelji, ker nikogar ni, in če bi bil tak detektor, ni ga v postelji, kva pa je zdej, neki je narobe.«*

*Udeleženka 1: »Da bi sporočilo v centralo in reče, ta je padu, ja, to je zelo v redu.«*

*Udeleženka 5: »A to je, da daš v ruzak, pa če kam greš? (smeh)«*

*Udeleženka 4: »Da hodš po njej (smeh).«*

*Udeleženka 1: »Da hodš po blazini. Da daš na tla pa po njej hodš, ne vem.«*

*Udeleženka 5: »Če se zmatraš pa se uležeš.«*

*Udeleženka 4: »A je mogoče? Ne vem, ne .. Da jo maš na tleh ob postelji, pa k gor stopš in je to recimo na daljavo tele-znak, da si vstal pa da si v redu.«*

*Udeleženec 6: »Ja.«*

*Udeleženka 1: »Ja. Mogoče, ja.«*

*Udeleženka 4: »Če pa ne stopš na to blazino, pomen pa, da si obležu.«*

*Udeleženka 1: »Do desetih zjutrej je neki narobe, ne.«*

*Udeleženka 4: »To je sam moja fantazija.«*

*Udeleženec 6: »Ja, ja.«*

*Udeleženka 1: »Sej to najbrž je.«*

Na vprašanje, ali menijo, da so te storitve dovolj jasno predstavljene v Sloveniji, oziroma ali so ljudje dovolj informirani o njih, jih večina meni, da ne. Ena udeleženka meni, da če se

zanimaj za take reči, verjetno dobiš podatke, da ker pa jih oni še ne potrebujejo, ne vedo veliko o tem.

### **Mnenje o predlogu dobre prakse za Slovenijo**

Predstavila sem jim svoj predlog dobre prakse, ki bi se lahko izvajala v Sloveniji. Pri opisu pripomočkov, ki bi jih vseboval, sem pripravila tudi slikovno gradivo, da so si jih lažje predstavljali. Udeleženci so pri predstavitvi predloga zelo pozorno poslušali in veliko spraševali, videlo se je, da jih to zelo zanima. Vsi so bili nad predlogom zelo navdušeni, skrbel pa jih je predvsem način financiranja.

*Udeleženka 1: »To je super, ja.«*

*Udeleženka 4: »A to je na tleh pritrjeno?«*

*Udeleženka 5: »Komu pa to javi?«*

*Udeleženka 2: »To je pa dobr.«*

*Udeleženec 6: »Samo, a to že obstaja, ta blazina pa tole, al ne še?«*

*Udeleženka 4: »Kdo pa to financira?«*

*Udeleženka 1: »Ja, sam boš, kdo pa ti bo (smeh).«*

*Udeleženka 1: »Predlog je dober. Super, super.«*

*Udeleženec 6: »Pametno, zelo pametno, res.«*

*Udeleženka 5: »Enkratno.«*

*Udeleženka 1: »Zelo dobro.«*

*Udeleženka 4: »Dobro, samo treba je res razmisliti način financiranja, z mislijo, da uporabniki tega sami ne bojo zmogli. Da je treba najt druge vire, stalne.«*

*Udeleženka 3: »Jst tut mislm, da je to dober predlog.«*

*Udeleženka 4: »No, govorim o know how, je v redu, zdej pa izvedba, ne.«*

Udeleženci bi se z uporabo teh pripomočkov počutili bolj varno, bolj sigurno. En udeleženec je predlagal celo, da bi moral te pripomočke vsak državljan, ko bi jih potreboval, dobiti od države, ostale udeleženke pa so se nato z njim strinjale, ena je predlagala, da bi to financirale zavarovalnice.

Pri vprašanju, za koga bi želeli, da bi imel dostop do alarmnih signalov prek senzorjev, oziroma od koga bi si želeli pomoči, jih je večina navedla zdravnika oziroma urgenco. Nihče

pa ni izrazil želje, da bi obvestili kakega njegovega sorodnika, saj menijo, da sorodniki nimajo časa za to.

*Udeleženka 4: »Zdravnika.«*

*Udeleženka 1: »Zdravnika al pa direkt ...«*

*Udeleženec 6: »To je verjetno odvisno od posameznika.«*

*Udeleženka 4: »Urgenco.«*

*Udeleženka 1: »Urgenco, ja.«*

*Udeleženka 2: »Ja, sej to pravm. Nekoga tam, ja. Zdravnika al pa pač ene uslužbenca, ki bi bli za to pristojni.«*

*Udeleženka 5: »Ljudje so po službah.«*

*Udeleženka 1: »Sorodnikov nimaš kej obveščat.«*

Vsi udeleženci se strinjajo, da bi se jim kvaliteta življenja z uporabo teh pripomočkov izboljšala. Udeleženec pravi, da bi se izboljšala predvsem varnost in da bi človek pridobil samozavest. Ostale udeleženke se z njim strinjajo in povedo, da imaš boljši občutek ter da bi se zmanjšal občutek nebogljenosti.

*Udeleženec 6: »Sigurno, predvsem varnost. Človek dobi samozavest, boljši občutek.«*

*Udeleženka 1: »Občutek je boljši.«*

*Udeleženka 3: »Občutek varnosti.«*

*Udeleženec 6: »Tako je, sigurno.«*

*Udeleženka 1: »Mn se bi počutu nebogljene, ta občutek nebogljenosti bi bil sigurno boljši.«*

*Udeleženka 3: »To je že velik, to je prvo, da nisi na tleh ...«*

*Udeleženec 6: »Bolj siguren, samozavest bi ti zrasla.«*

*Udeleženka 5: »Več sigurnosti.«*

Povprašala sem jih tudi, kaj menijo o etičnosti teh pripomočkov, ali se jim zdi, da vdirajo v njihovo zasebnost, ali jih vidijo le kot zaželen pripomoček. Večina se jih je strinjala, da je to zaželen pripomoček za bolj kakovostno življenje, in nimajo problemov s tem, da bi se jim zdelo, da jim ti pripomočki pretirano vdirajo v zasebnost. Ena od udeleženek je poudarila, da ko si odvisen od drugih, ne moreš pričakovati intimnosti, kar pomeni, da se rajši odpovedo

pretirani intimnosti in še vseeno rajši sprejmejo tako pomoč. Izguba dela intimnosti jih ne moti toliko. Le ena udeleženka je rekla, da ji pride na misel, da je to tudi ene vrste poseganje v intimnost.

### **Sofinanciranje pripomočkov za pomoč na daljavo**

Kar se tiče sofinanciranja, so udeleženci precej negativni. Menijo, da bi te pripomočke morala v celoti financirati država, saj ji po njihovem mnenju že tako dovolj plačujejo (za vsako malenkost) in so ji po njihovih besedah do zdaj že tako dali veliko. Udeleženec pa meni, da ima od teh pripomočkov korist tudi država, saj ima na ta račun manj stroškov, zato bi jih morala po njegovem financirati. Ko sem jih nato vprašala, če ne bi dali zraven niti deset evrov, nihče ni hotel slišati za to. Problem, po njihovih besedah, so tudi prenizke pokojnine, saj vse porabijo za sprotno življenje in jim na koncu, kot pravijo, ne ostane nič. Če pa bi imeli »normalno penzijo«, kot pravi ena izmed udeleženk, »bi takoj dali za to«.

*Udeleženka 3: »Nč ne ostane (smeh).«*

*Udeleženka 1: »Jst nič, ker nč ne ostane. Gre za to, da s to penzijo, jst ne zmorem niti normalnega življenja, če sam plačuješ stanovanje in vse ostalo ... Nula, absolutna nula.«*

*Udeleženec 6: »Saj vendar gre, te pripomočki so tudi zato, da država ma manj stroškov.«*

*Udeleženka 1: »Tudi, prav gotovo.«*

*Udeleženec 6: »Se pravi, da naj država financira.«*

*Udeleženka 1: »Zdravstvena zavarovalnica, ki ji vsak mesec dam 30 evrov pa nič ne koristim, nula, ker pač ne hodm k zdravniku od tega bi mogl.«*

#### **Moderatorka: Potem ne bi niti 10 evrov dali zraven?**

*Udeleženec 6: »Niti slučajno. Ne bi dal nič.«*

*Udeleženka 1: »Jaz tudi ne.«*

*Udeleženec 6: »Niti 10 evrov ne. Zato, ker za vsako malenkost država hoče denar.«*

*Udeleženka 3: »Mi smo že tok državi dal, ja. Pa še vedno dajemo.«*

*Udeleženka 1: »Sej mi bi dali, če bi meli normalno penzijo. Jst bi takoj dala, če bi mela penzijo ... Pol bi dala, ker drugih potreb nimam in bi dala za to, če bi*

*mela saj 700 evrov pokojnine, bi takoj dala. Ker pa pač nimam, pa ...«*

### **Predlog, da bi postale storitve oziroma pripomočki za pomoč na daljavo bolj znani**

Vsi udeleženci so se še najbolj strinjali, da bi predlagali brošuro, ki bi jo moralo dobiti vsako gospodinjstvo in bi bila opremljena s fotografijami in obrazložitvijo teh pripomočkov. Malo manj navdušeno so predlagali televizijo, ampak so bili vseeno za njo, predlog je bila tudi kakšna oddaja o tej temi. Za internet pa so se vsi strinjali, da ne bi bil primeren medij, saj ga, kot so ugotovili, ne uporabljajo vsi.

*Udeleženka 1: »Ja, kkšna brošurca, zgibanka na vsako gospodinjstvo.«*

*Udeleženec 6: »In slikica zravn, obrazloženo, za kaj gre in tko naprej.«*

*Udeleženka 1: »No, pa po televiziji mogoče tut kkšn.«*

*Udeleženka 3: »Kkšna taka oddaja.«*

*Udeleženka 2: »No, po televiziji mogoče.«*

*Udeleženka 3: »Internet pa ne.«*

*Udeleženka 1: »Ker ljudje gledajo televizijo, ja, internet pa mal manj.«*

*Udeleženka 3: »Ker ne uporabljajo vsi.«*

### **Predlogi za pripomočke za pomoč na daljavo**

Pri vprašanju, ali bi sami predlagali še kak pripomoček za pomoč na daljavo, ki bi ga vključili v to dobro prakso, se niso spomnili veliko pripomočkov. Všeč so jim bili ti, ki sem jim jih sama predstavila. Ena udeleženka je predlagala psihološko pomoč oziroma pogovor. Udeleženec pa je edini predlagal pripomoček, in sicer kamero, ki bi bila nameščena v stanovanju in bi se vključila le takrat, ko bi starejši človek potreboval pomoč oziroma bi se mu kaj zgodilo, kot pravi, z namenom, da bi delavci v klicnem centru takoj točno videli, kaj se je zgodilo. Udeleženec ne vidi problema v tem, da bi bil to lahko vdor v zasebnost, saj, kot pravi, »to ni 50 let star človek, ampak to je za starejše ljudi, ki rabijo take pripomočke in vse te informacije.« Za uporabo pri starejših ljudeh se mu videonadzor torej ne zdi neetičen.

*Udeleženka 3: »Če bi blo to, bi blo kr v redu zaenkrat. Sej potem se lahko dodaja tut. Ne vem, kaj bi lahko še blo.«*

*Udeleženka 2: »Zaenkrat je to kr velik.«*

*Udeleženka 1: »Ja, kakšen pogovor al pa psihološka pomoč bi bila dobrodošla, če bi kakšni prostovoljci tko k SOS-pomoč, kej tazga.«*

*Udeleženka 2: »Za starejše bi blo zelo dobr.«*

*Udeleženka 3: »Ja, res je, se strinjam.«*

*Udeleženec 6: »Mogoče ne bi blo slabo, da je kakšna kamera nekje, pa un iz centra, če dobi informacijo, prižge kamero pa vidi, kaj se dogaja v tej sobi, recimo. Če je padu, pa da vidiš, da zraven pojstle leži, a razumete, recimo. Verjetno ne bi bilo to tok slabo.«*

**Moderatorka:** *»Vam ne bi bil problem to, da bi bil lahko vdor v zasebnost?«*

*Udeleženec 6: »Ne, kje pa, pazte, to moramo razumet, to ni, kaj jst vem, 50 let star človek, ampak to je za starejše ljudi, logično. Ki rabijo take pripomočke in vse te informacije.«*

Na koncu fokusne skupine so udeleženci lahko dodali še kaj, česar nismo omenili. Ena izmed udeleženek je rekla, da se ji zdi, »da je ena glavnih tegob starosti osamljenost«. Ostali udeleženci so se z njo strinjali.

*Udeleženka 4: »Tale vaša ideja je zlo dobra, ampak je samo v smislu pomoči, kadar človeku neki manjka, fizičnega. Ključni problem vseh starih ljudi je pa osamljenost, tudi če živi s svojimi potomci v isti hiši, so ljudje zelo osamljeni.«*

Do podobnih rezultatov, kot sem prišla sama v fokusni skupini, so prišli tudi v sorodnih študijah. V Sloveniji so že leta 1995 (Hojnik-Zupanc in drugi v Nagode 2003, 70) naredili evalvacijo rdečega gumba med njegovimi uporabniki. Vsi uporabniki so bili zadovoljni s storitvijo in niso imeli nobene pripombe. Kar se tiče financiranja, so v tej študiji ugotovili, da so tri četrtine uporabnikov same plačevale stroške rdečega gumba, četrtini so delno ali v celoti pomagali svojci, nihče pa ni prejel rdečega gumba z državno subvencijo (Hojnik-Zupanc in drugi v Nagode 2003, 62). Enako evalvacijo, prav tako rdečega gumba, je leta 2001 naredila tudi Mateja Nagode v svoji diplomski nalogi. Želela je preveriti, kakšni so rezultati po šestih letih. Večina anketirancev je bila tudi v tej študiji zadovoljna, le nekaj (5 %) jih je podalo kritike glede službe, s katero vzpostavljajo stik, in glede količine informacij, ki jih nudi ta služba. Rezultati glede financiranja so po šestih letih podobni. V obeh študijah anketiranci navajajo, da se z uporabo rdečega gumba počutijo bolj varno, brezskrbno, rdeči gumb jim

pomeni tudi socialno interakcijo, pomoč v stiski (Nagode 2003). Tudi v projektu SOPRANO, kjer so ustvarili neke prototipe pripomočkov za pomoč na daljavo in jih nato dali v preizkus starejšim, so naleteli na pozitiven odziv. Starejši so dejali, da bi se s temi pripomočki po njihovem mnenju povečala neodvisnost. Na splošno pa so bili nad pripomočki zelo navdušeni. Menijo, da je sistem dober in da zadovoljuje potrebe starejših ljudi. Pomembno se jim zdi, da je nekdo odgovoren, če se pripomočki pokvarijo in da jih servisira. Tudi v tej študiji je udeležence skrbelo financiranje projekta (Bierhoff in drugi 2013). Še ena študija z naslovom *Ocenjevanje škotskega programa telenege* (Beale in drugi 2010) je ocenila odnos uporabnikov telenege in pridobila odgovore več kot polovice uporabnikov, da je z uporabo telenege kvaliteta njihovega življenja »dobra« oziroma »zelo dobra«. Približno tri petine uporabnikov so ocenile, da se je kvaliteta njihovega življenja povišala, odgovarjali so, da je kvaliteta z uporabo telenege »malo boljša« ali »veliko boljša« kot prej. Le približno tretjina jih je odgovorila, da se jim zdi kvaliteta enaka kot pred uporabo telenege. Skoraj vsi uporabniki telenege so se počutili bolj varne, več kot dve tretjini pa sta se počutili bolj neodvisni. »Uporabniki so bili na splošno zelo pozitivni glede storitev telenege, prav tako pa so imele storitve telenege v celoti pomemben pozitiven vpliv na kvaliteto življenja uporabnikov storitev.« (Beale in drugi 2010). V študiji, v kateri so ocenjevali storitve telenege v Herefordshiru, so prišli do podobnih rezultatov. Anketiranci so bili nad storitvijo zelo zadovoljni, saj so se z njeno pomočjo počutili bolj neodvisne, varne. Izjave nekaterih anketirancev o pozitivnih učinkih storitve: »Zagotovo se počutim bolj varno in gotovo v svojem domu.« in »Prosim, pustite storitev, saj je zelo pomembna za starejše ljudi, ki živijo sami.« (Rainbow 2008) V projektu Renfrewshire (Craig in drugi 2013) so ocenjevali storitve telenege za ljudi z demenco. Rezultati anket o zadovoljstvu uporabnikov in negovalcev s storitvijo kažejo, da so bili na splošno zadovoljni ali zelo zadovoljni s storitvami telenege in storitvami državnih alarmov.

## 6 Sklep

Ker se pričakovana življenjska doba podaljšuje in zato povečuje število starejših ljudi, ki potrebujejo pomoč in podporo, problema dogovorjenih zdravstvenih in socialnih pravic ne bo več mogoče reševati z dosedanjimi modeli. V veliko pomoč so lahko podporne tehnologije, ki z uporabo IKT podaljšujejo samostojnost in neodvisnost starejših. Zaradi tega sem v magistrski nalogi predlagala program dobrih praks, ki bi razbremenil tako mlajše družinske člane, ki nudijo pomoč svojim starejšim sorodnikom, čeprav v manjši meri kot včasih, kot

tudi državo, saj bi se s tem zmanjšala potreba starejših ljudi, ki potrebujejo pomoč, po domovih za starejše. Program vsebuje pripomočke za pomoč na daljavo. Predlagala sem ga na podlagi pregleda dobrih praks, ki se izvajajo po različnih državah v Evropi. 31 dobrih praks iz projekta EIP AHA sem razvrstila po enakih kriterijih, kot so svoje dobre prakse razvrščali v projektu *Mapping of Effective Technology-based Services for Independent Living for Older People at Home* (Carretero in drugi 2015). Ugotovila sem, da v projektu EIP AHA večina za podporno tehnologijo uporablja telezdravje (18) in v povprečju delujejo med 4 in 6 let (nekateri so še vedno v delovanju, nekatere pa bodo delovale za vedno, saj so vključene v redno klinično prakso). Najbolj pogost izvajalec dobrih praks so vladne organizacije, sicer pa prakse izvajajo še univerze, prostovoljni sektor, zavarovalnice in bolnišnica oziroma zdravstveni sektor. V večini dobre prakse pokrivajo več tisoč ali celo milijonov ljudi. Glede na rabo storitev je največ takih (11), ki so namenjene vsem starejšim ljudem. Vsi ti primeri dobrih praks so bili razviti v Evropi (6 na Irskem, 13 v Španiji, 6 na Nizozemskem, 3 na Škotskem, 1 na Danskem, 1 v Yorkshiru in 1 v Walesu). Stroški in prihranki nekaterih dobrih praks so na letni ravni, medtem ko so nekateri osnovani na več letih. Informacije o stroških so na voljo pri 22 dobrih praksah, informacije o prihrankih pa pri 13. Storitve in cilje dobrih praks delimo v več kategorij: spoštovanje in socialna vključenost (3), varnost (7), zdravo življenje (5), vseživljenjsko učenje (4), kvaliteta življenja (8), aktivno staranje (3), športne aktivnosti (2), preprečevanje padcev in zlomov (3), pacienti s kroničnimi boleznimi (7), preprečitev hospitalizacije (6), nadzor uporabe zdravil (4), koristi za neformalne negovalce (3). Več kot polovica dobrih praks nima podatka o tem, katere naprave so uporabili, da so lahko te storitve izvajali. Podatek o napravah ima 14 dobrih praks. Uporabili so širok nabor različnih naprav in tehnologij, npr. telealarmi, naprave za nadzor ljudi na domu, testi za pregled krvi, orodje za oceno tveganja pri neodvisnem življenju CARST, instrument za oceno zmogljivosti (o odločanju).

Še pred tem pa sem pregledala stanje razširjenosti podpornih tehnologij v Evropi in v Sloveniji. Po pregledu sem ugotovila, da Slovenija v uporabi podpornih tehnologij močno zaostaja za večino evropskih držav, v samem vrhu pa sta Združeno kraljestvo in Irska. Razlog za zaostanek Slovenije so različne ovire, od ključne, pomanjkanja financ, do pomanjkanja sodelovanja med akterji in neinformiranosti uporabnikov.

Pri opisovanju ovir za prevzem podpornih tehnologij v Sloveniji je bila omenjena tudi neinformiranost uporabnikov. To se je potrdilo tudi v moji fokusni skupini, saj še nihče izmed udeležencev ni slišal za telenego in za večino pripomočkov za pomoč na daljavo, ki sem jih



predlagala v svojem programu (razen najbolj osnovnih – detektor požara in detektor dima). Prav tako so imeli težave s tem, da bi sami predlagali, kako oziroma s čim bi si olajšali življenje, da bi lahko čim dlje ostali doma in bili pri tem čim bolj neodvisni. Tudi sami menijo, da na splošno ljudje o teh storitvah niso dovolj informirani. Zato predlagajo neko brošuro, ki bi bila opremljena s fotografijami in opisom teh pripomočkov in bi jo moralo po njihovem mnenju dobiti vsako gospodinjstvo. Manj navdušeni so bili nad informiranjem po televiziji, po internetu pa sploh ne.

Večina starejših bi rada v svojem domu živela čim dlje in čim bolj neodvisno, v njihovem interesu naj bi bilo, da gredo v dom za starejše čim kasneje (Dolničar 2009). Anketa o oceni stanovanjskih potreb upokojencev in drugih starejših oseb je pokazala, da je le 7 % takih ljudi, ki bi raje živeli v domu za starejše (Sendi in drugi v Dolničar 2009, 278). To sem preverila tudi v fokusni skupini in prišla do podobnih rezultatov. Nihče izmed udeležencev ni izrazil želje, da bi šel raje v dom za starejše kot ostal doma. Tudi po ponujenih možnostih: ali bi šli v dom za starejše zaradi družbe, če ne bi zmogli sami opravljati osnovnih opravil, če bi bili bolni ali če ne bi imeli nobenega družinskega člana, ki bi jim lahko pomagal, se nihče ni odločil za dom za starejše (le pri zadnji ponujeni možnosti večina). Večinoma bi se udeleženci odločili za formalno pomoč na domu, za pomoč sorodnikov bi se odločila le ena udeleženka, saj menijo, da imajo sorodniki že tako dovolj dela (služba, otroci) in da bi bila to zanje le še ena obveznost več.

Ko sem jim predstavila svoj predlog programa dobrih praks, so bili nad njim navdušeni. Vsi so se strinjali, da bi se z uporabo pripomočkov, ki sem jih predlagala, počutili bolj varne, bolj sigurne, bolj samozavestne. Kot pravijo, bi imeli boljši občutek in tudi občutek neboljnosti bi se zmanjšal. Menili so, da bi bilo dobro, da bi te pripomočke od države dobil vsak državljan, ko bi jih potreboval. Vendar pa je vse udeležence zaskrbelo, kdo bi tak program financiral. Sami zaradi premajhne pokojnine ne bi zmogli financirati takega programa, po njihovem mnenju bi ga morala v celoti financirati država ali pa bi to moralo biti vključeno v zdravstveno zavarovanje. To ni nemogoče, saj v raziskavi ICT & Ageing (2010) prav tako potrjujejo, da dopolnilno zdravstveno zavarovanje v nekaterih primerih lahko krije storitev rdečega gumba. Kot meni eden izmed udeležencev, ima od tega programa korist tudi država, saj ima na račun teh pripomočkov manj stroškov, zato bi ta program moral biti financiran z njene strani. S tem lahko odgovorim na zastavljeno raziskovalno vprašanje (V kolikšni meri bi bili potencialni končni uporabniki pripravljene sprejeti predlagan program, ki bi bil namenjen uvajanju novih tehnologij na področju aktivnega in neodvisnega staranja?), in sicer

je fokusna skupina pokazala, da bi uporabniki bili pripravljeni sprejeti program, vendar v primeru, da bi ga financirala država oziroma zavarovalnica. To tudi potrjuje teoretske ugotovitve, saj Dolničar in Nagode (2010) ugotavljata, da bi končni uporabniki sprejeli program, če bi bil plačan s strani zdravstvenega in socialnega zavarovanja. Rudel (v Nagode in Dolničar 2010, 1289) trdi, da se socialna in zdravstvena zavarovanja celo zanimajo za sodelovanje, ni pa jasno, kateri organ oziroma institucija bi upravljala storitve in plačala zanje. Dolničar in Nagode (2010) vidita priložnost tudi v tem, da bi več finančnih sredstev prispevala vlada in institucije.

Dober primer financiranja lahko na primer vidimo v raziskavi ICT & Ageing, in sicer v državah Finska in Madžarska. Na Finskem so namreč vsi državljani, ki potrebujejo nego, upravičeni do socialnih alarmov. Če ljudje živijo v stanovanju, je storitev socialnega alarma že vključena v ceno nastanitve. Mesečni prispevek plačajo edino v primeru, da človek živi v hiši, in sicer 25 evrov. Na Madžarskem pa imajo financiranje socialnega alarma urejeno tako, da lokalno vodstvo prispeva do 160 evrov letno na osebo, če je prispevek višji, razliko plačajo uporabniki, vendar le do največ 2 odstotka od njihovega mesečnega prihodka. Vsak posameznik tako prispeva glede na svoje zmožnosti.

V sorodnih študijah so glede zadovoljstva s pripomočki na daljavo prišli do podobnih rezultatov. V Sloveniji je bila prva evalvacija rdečega gumba narejena leta 1995 (Hojnik-Zupanc in drugi v Nagode 2003, 70), kar se je pokazalo z zadovoljstvom uporabnikov. Večina uporabnikov (tri četrtine) je sama plačevala stroške rdečega gumba (Hojnik-Zupanc in drugi v Nagode 2003, 62). Enako evalvacijo je šest let kasneje opravila Mateja Nagode (2001) in prišla do podobnih rezultatov kot leta 1995. Tudi v še nekaj ostalih študijah je bil odziv uporabnikov pozitiven, starejši so menili, da bi se jim z uporabo pripomočkov za pomoč na daljavo povečala neodvisnost, povišala kvaliteta življenja, počutili so se bolj varne, gotove, brezskrbne (Bierhoff in drugi 2013, Beale in drugi 2010, Rainbow 2008, Craig in drugi 2013).

Čeprav so bili udeleženci fokusne skupine nad mojim predlogom navdušeni, pa se jim zdi, da mu manjka še ena pomembna funkcija. Ena izmed udeleženk je povedala, da je po njenem mnenju ena izmed glavnih tegob starosti osamljenost. Kljub mojemu zagotovitvi, da obstajajo razni forumi za starejše, se ji to ne zdi dovolj, v mislih je imela namreč fizično prisotnost drugega človeka. V program bi bilo zato nujno potrebno dodati tudi elemente socialne interakcije in razvedrila. Na primer možnost pogovora s svetovalcem preko Skypa in pa na primer kot dodatek vsaj enkrat tedensko obisk svetovalca na domu starejše osebe.

Pri magistrski nalogi sem se soočila tudi z nekaterimi omejitvami, na podlagi katerih bi se v nadaljnjem raziskovanju lahko spremenili oziroma dopolnili načini raziskovanja. Za nadaljnje raziskovanje bi tako predlagala več fokusnih skupin, saj podatki, preverjeni na vzorcu šestih ljudi, niso tako točni, kot če bi jih preverila na več ljudeh. V fokusnih skupinah bi lahko sodelovali še starejši, ki bi se razlikovali glede na kraj bivanja, in sicer da bi v nekaterih fokusnih skupinah sodelovali le ljudje, ki živijo v mestu, v drugih pa ljudje, ki živijo v ruralnem okolju. V moji fokusni skupini so bili udeleženci le prebivalci mesta. Smiselno bi bilo tudi, da bi vzorec predstavljali bolj socio-demografsko različni ljudje, predvsem glede na spol, saj je bil v moji fokusni skupini le en moški udeleženec. Prav tako zna biti problem, ker so bili udeleženci iz Dnevnega centra aktivnosti za starejše in se zato nekateri med seboj poznajo, kar je lahko pri fokusni skupini problematično, saj lahko zaradi tega podajajo drugačne odgovore, kot bi jih sicer. Za nadaljnje raziskovanje bi tudi predlagala, da bi se bolj podrobno preučili že obstoječi uspešni modeli financiranja in ti podatki nato uporabili pri oblikovanju programa dobre prakse v Sloveniji.

## 7 Literatura

*Active ageing*. 2015. Dostopno prek:

<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1062&langId=en> (16. april 2015).

*Active Ageing*. 2014. Dostopno prek: [https://ilifespan.org/?q=research/active\\_aging](https://ilifespan.org/?q=research/active_aging) (15. april 2015).

Barlow, James, Bayer Steffen in Curry, Richard. 2006. Implementing complex innovations in fluid multi-stakeholder environments: experiences of »telecare«. *Technovation* 26 (3): 396–406.

Barret, Julia in Stuart Kirk. 2000. Running focus groups with elderly and disabled elderly participants. *Applied Ergonomics* 31 (6): 621–629.

Bayer, Steffen, Barlow, James in Curry, Richard. 2007. Assessing the impact of a care innovation: telecare. *System Dynamic Review* 23 (1): 61–80.

Beale, Sophie, Truman, Paul, Sanderson, Diana in Kruger, Jen. 2010. The Initial Evaluation of the Scottish Telecare Development System. *Journal of Technology in Human Services* 28 (1–2): 60–73.

Bierhoff, Ilse, Müller, Sonja, Sproll, Sandra, Delaney, Sarah, Byrne, Paula, Dolnicar, Vesna, Magoutas, Babis, Verginadis, Yiannis, Avatangelou, Elena in Huijnen, Claire. 2013. Ambient Assisted Living systems in real life situations: Experiences from the SOPRANO project. V *Technologies for Active Ageing*, ur. Andrew Sixsmith in Gloria Gutman, 123–153. New York: Springer publishing company.

Bond, John in Corner, Lynne. 2004. *Quality of life and older people*. Maidenhead: Open University Press.

Borglin, Gunilla, Edberg, Anna-Karin in Hallberg, Rahm, Ingalill. 2004. The experience of quality of life among older people. *Journal of ageing studies* 19 (2): 201–220.

Bouma, Herman, Graafmans A. M., Jan. 1992. *Gerontechnology*. Amsterdam: IOS Press.

Brownsell, Simon, Blackburn, S., Aldred, H., Porteus, J.. 2006. Implementing telecare: practical experiences. *Housing, Care & Support* 9 (2): 6–12.

Carretero, Stephanie. 2015. *Mapping of effective technology-based services for independent living for older people at home*. Luxembourg: Publications office of the European union.

Craig, Joyce Agnes, Sanderson, Diana in Muir, Lorna. 2013. Telecare for people with dementia: evaluation of Renfrewshire project. *International journal of integrated care* 13 (7): 1–2.

Dolničar, Vesna. 2009. Podporne tehnologije - podpora ali ovira medgeneracijski solidarnosti? V *Medgeneracijska solidarnost v družini*, ur. Valentina Hlebec in Maša Filipovič Hrast, 275-290. Ljubljana: Pedagoška fakulteta.

Dolničar, Vesna in Nagode, Mateja. 2010. Overcoming key constraintson assistive technology uptake in Slovenia. *Teorija in praksa* 47 (6): 1295–1315.

*European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing (EIP AHA)*. 2013. Dostopno prek: <https://webgate.ec.europa.eu/eipaha/index/site> (7. januar 2015).

Gašperšič, Jože. 2013. *IKT v zdravstvu in starejši*. Dostopno prek: [http://www.zdus-zveza.si/docs/VSEBINE-INFORMATIKA/IKT\\_v\\_zdravstvu\\_in\\_starejsi.pdf](http://www.zdus-zveza.si/docs/VSEBINE-INFORMATIKA/IKT_v_zdravstvu_in_starejsi.pdf) (19. april 2015).

Greenhalgh, Trisha, Procter, Rob, Wherton, Joe, Sugarhood, Paul, Shaw, Sara. 2012. The organising vision for telehealth and telecare: discourse analysis. *BMJ Open* 2 (4) 1–13.

Harper, Richard, Lindley, Sian E. in Sellen, Abigail. 2008. Designing for elders: exploring the complexity of relationships in later life. *Proceeding BCS-HC `08 Proceedings of the 22<sup>nd</sup> British HCI Group Annual Conference on people and computers: culture, creativity, interaction* 1: 77–86.

Hlebec, Valentina. 2003. Socialna omrežja starostnikov v Sloveniji. *Družboslovne razprave* 43 (19): 171–182.

Hojnik-Zupanc, Ida. 1997. *Dodajmo življenje letom*. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije.

*ICT & Ageing: European Study on Users, Markets and Technologies. Final Report*. 2010. Dostopno prek: [www.ict-ageing.eu](http://www.ict-ageing.eu) (10. marec 2015).

*Inštitut Antona Trstenjaka*. Dostopno prek: <http://www.inst-antonatrstenjaka.si/institut/> (16. april 2015).

- Kerbler, Boštjan. 2012. Staranje doma s pomočjo informacijsko komunikacijskih tehnologij. *Acta geographica Slovenica* 52 (1): 165–188.
- Kitzinger, Jenny. 1995. Introducing focus group. *British Medical Journal* 311 (7000): 299–302.
- Kobentar, Radojka. 2008. Socialni odnosi v starosti. *Socialna pedagogika* 12 (2): 145–160.
- Leichsenring, Kai, Billings, Jenny in Nies, Henk. 2013. *Long-term care in Europe: Improving policy and practice*. Great Britain: Palgrave Macmillan.
- Lipar, Tina. 2014a. Gerontehnologija. *Kakovostna starost* 17 (1): 46.
- 2014b. Tehnologija za starejše – gerontehnologija. *Kakovostna starost* 17 (1): 26–27.
- Loeb, Susan, Janice Penrod in Judith Hupcey. 2006. Focus Groups and Older Adults: Tactics for Success. *Journal of Gerontological Nursing* 32 (3): 32–38.
- Magnusson, Lennart, Hanson Elizabeth in Borg, Martin. 2004. A literature review study of Information and Communication Technology as a support for frail older people living at home and their family carers. *Technology and Disability* 16 (4): 223–235.
- Malanowski, Norbert in Cabrera, Marcelino. 2009. *Information and Communication Technologies for Active Ageing: Opportunities and Challenges for the European Union*. Amsterdam: IOS Press.
- Mali, Jana. 2008. *Od hiralnic do domov za stare ljudi*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo Univerze v Ljubljani.
- Meidert, Ursula, Fruh, Sina in Becker, Heidrun. 2013. *Telecare Technology for an Ageing Society in Europe: Current State and Future Developments*. Dostopno prek: <http://wp6.pacitaproject.eu/wp-content/uploads/2014/02/Telecare-description-web.pdf> (14. januar 2015).
- Merjenje obiskanosti spletnih strani*. Dostopno prek: <http://moss-soz.si/> (20. marec 2015).
- MKS varnostni sistemi*. Dostopno prek: <http://www.mks.si/index.htm> (15. april 2015).
- Nagode, Mateja. 2003. *Vrednotenje uporabe varovalno-alarmnega sistema kot sredstva večje samostojnosti starostnikov*. Diplomsko delo. Ljubljana: FDV.

--- 2009. Organizirana pomoč za stare ljudi, ki živijo na domu: pomoč na domu in varovanje na daljavo. V *Starejši ljudje v družbi sprememb*, ur. Valentina Hlebec, 125–138. Maribor: Aristej.

Nagode, Mateja in Dolničar, Vesna. 2010. Assistive technology for older people and its potential for intergenerational cooperation. *Teorija in praksa* 47 (6): 1278–1294.

Norris, Anthony Charles. 2001. *Essentials of telemedicine and telecare*. London: John Wiley & Sons.

Postružnik, Adela. 2000. Nematerialna pomoč starostnikom. *Socialno delo* 39 (4/5): 337–346.

Rainbow, David. 2008. Telecare service report for Herefordshire. *Journal of Assistive Technologies* 2 (3): 53–56.

Ramovš, Jože. 2003. *Kakovostna starost*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka in SAZU.

--- 2012. Uporaba računalnika pri 50 in več let starih prebivalcih Slovenije. *Kakovostna starost* 15 (1): 20–35.

Rudel, Drago. 2008. Zdravje na domu na daljavo za stare osebe. *Informatica Medica Slovenica* 13 (2): 19–29.

*Statistični urad Republike Slovenije*. Dostopno prek: <http://www.stat.si/> (9. januar 2015).

*UNDESA Population division, population estimates and projections section*. 2012. Dostopno prek: [http://esa.un.org/unpd/wpp/unpp/panel\\_indicators.htm](http://esa.un.org/unpd/wpp/unpp/panel_indicators.htm) (10. januar 2015).

Vertot, Nelka. 2010. *Starejše prebivalstvo v Sloveniji*. Ljubljana: SURS.

Weber, Kerstin, Canuto, Alessandra, Giannakopoulos, Panteleimon, Mouchian, Aline, Mititelu-Meiler, Corina, Meiler, Andri, Herrmann R., Francois, Delaloye Christophe, Ghisletta, Paolo, Lecerf, Thierry, de Ribaupierre, Anik. 2014. Personality, psychosocial and health related predictors of quality of life in old age. *Ageing & Mental health* 19 (2): 151–158.

Whole Systems Demonstrator. Dostopno prek: <http://www.newhamwdsdtrial.org/telecare> (1. maj 2015).

*World Health Organisation*. Dostopno prek: [http://www.who.int/ageing/active\\_ageing/en/](http://www.who.int/ageing/active_ageing/en/) (1. april 2015).

# Priloge

## Priloga A: Opis dobrih praks iz projekta EIP AHA

### Primeri dobrih praks – telenega

#### IRSKA

**LAFCI** (starejšim prijazna pobuda) je model, osredotočen na meščane enotnega socialnega, gospodarskega in okoljskega razvoja, ki je vzdržljiv, pravičen in vključuje vse starosti. Osnovan je na naslednjih načelih:

- delovati znotraj obstoječih, vendar razvijajočih se, organizacijskih struktur,
- poiskati in se ravnati po glasu in sodelovanju starejših ljudi,
- da je lahko ponovljiv v kateremkoli mestu ali okrožju na Irskem in tudi, prilagodljiv širšim Evropskim občinam.

#### *Rezultati*

Pojavile so se naslednje koristi, ki so povezane s kvaliteto življenja starejših:

- spoštovanje in socialna vključenost,
- socialno in meščansko sodelovanje in zaposlenost (starejši imajo več priložnosti za socialno in ekonomično sodelovanje ter vseživljenjsko učenje),
- nastanitev (dodatna podpora, ki pomaga starejšim, da dlje živijo v svojih domovih),
- transport (se izboljšuje, lažje za starejše, da gredo, kamor hočejo in kadar hočejo),
- zunanji prostori in stavbe (zunanji kraji so bolj ugodni in ljudje se počutijo varnejše v svojih lastnih domovih in svojih okrožjih),
- IKT (podpira socialno povezanost in informacijsko oskrbo).

#### ŠPANIJA (ANDALUZIJA)

##### **Andalusian Strategy on Active Ageing**

Ta dobra praksa išče enoten načrt politik okoli štirih velikih področij in okoli dveh vidikov, spola in medgeneracijskega sodelovanja:

- življenje v varnosti (varno staranje),
- zdravo življenje (zdravo staranje),
- sodelovanje, prispevanje in prenovitev (staranje s sodelovanjem in prispevanjem),
- vseživljenjsko učenje (staranje z učenjem).

Z drugimi besedami to pomeni, da je pomembno živeti s socialno, legalno in zdravstveno podporo in tudi imeti vire, pomembne za zdravo življenje. Prav tako pa živeti z občutkom, da je nekdo priznan, spoštovan in da ga potrebujejo, da prispeva k skupnosti. In živeti, medtem ko se učimo skozi življenje.



Glavni cilj dobre prakse je tako dovoliti starejšim, da živijo v brezskrbnosti, zdravo življenje, da sodelujejo in pomagajo graditi skupnost ter da se jim ponudijo vseživljenjske priložnosti.

### *Rezultati*

V strategijo je vključenih veliko inovativnih storitev. Glavni cilj strategije pa so starejši od 65 let. 80 odstotkov starejših od 65 let ima koristi od tako imenovane Junta Card – kartice za popuste in ugodnosti pri transportu, kulturnih, športnih aktivnostih in aktivnostih za prosti čas. Ta kartica je prinesla 200 milijonov evrov prihrankov. Naslednji rezultat je, da je regionalni javni sistem telenege odprt za vse starosti. Ima pa več kot 178 tisoč uporabnikov, od tega jih je 67 odstotkov starejših od 65 let. Andaluzijska anketa o zdravju kaže tudi na porast statusa dobrega zdravja za 8,3 odstotka.

Uspeh dobre prakse je tesno in dolgotrajno sodelovanje vseh primernih sektorjev (zdravstvenih, socialnih služb in drugih). Ključno za uspeh pa je tudi sodelovanje skupnosti.

## **ŠPANIJA – BASKIJA**

### **ETXEAN ONDO**

Projekt, katerega cilj je dopolniti model nege, osredotočene na osebo, in promovirati aktivni način življenja doma pri starejših. Osredotočen je na »doseganje izboljšav na vseh področjih kvalitete življenja«. Ključni element modela je pridobiti znanje o učinkovitosti in zmogljivosti dopolnjenega modela in o metodologijah, kot sta, vodenje primerov in nega, osredotočena na osebo. Ta model ima v primerjavi s tradicionalnim modelom veliko razlik. V tradicionalnem modelu lahko opazimo pomanjkanje integracije in fragmentacije zdravja in socialnih sistemov ter pomembno prekrivanje v oskrbovalnih službah, ki jih zahtevajo starejši.

Ciljna populacija dobre prakse je sestavljena iz seniorjev, za katere obstaja tveganje, da bodo preseljeni v dom za starejše, ali obstaja tveganje za padce.

### *Koristi*

Dobra praksa prinaša koristi pri več različnih ljudeh. Koristi za prebivalce so povečanje samostojnosti, kvalitete življenja in veliko zadovoljstvo s spremembami, povezanimi z novim modelom. Koristi za negovalce so stabilnost stopnje izgorelosti in velika stopnja zadovoljstva. Korist za družine pa je povečana stopnja zadovoljstva v primerjavi s prejšnjim modelom.

### *Ovire*

Ovire za dobro prakso so trenutna situacija gospodarske krize, odpor do sprememb v sektorju in omejena podpora neformalni negi.

### **Euskadi, an Age Friendly Region**

Ta dobra praksa sestoji iz združenja enega mesta (San Sebastian), ene province (Biscay) in ene univerze (Univerza Deusto), ki so se zavezale, da bodo promovirale in razvijale okolja, prijazna starejšim v Baskiji.

Vključuje:

- spodbujanje, usklajevanje, razvijanje in izvajanje akcijskega načrta za AFEs in Biscay z zbiranjem informacij in opaznih praks in usklajevanjem vseh udeležencev, ki delajo na tem področju,
- povečevanje ozaveščenosti med politikami in drugimi akterji o potrebi usklajevanja obstoječih naporov z namenom, da bi dosegli boljše, dogledne in dostopne rezultate,
- utrjevanje aktivnega in zdravega staranja v baskovski družbi kot celoti.

V tej dobri praksi se na staranje ne gleda kot na problem, temveč kot priložnost, na starejše pa kot na veliko pridobitev skupnosti, družbe in gospodarstva. Vlada Biscay je predlagala veliko inovativnih dejanj za razvoj okolij, prijaznim starejšim. Ta dejanja izpolnjujejo tri cilje, ki jih je ustanovila »Komisija«:

- izboljševanje zdravja s pomočjo plana za aktivno staranje, za prosti čas (organiziranje potovanj za starejše), za družbeno sodelovanje (Svet starejših), za promocijo zdravih navad, za proučevanje delovnih mest, prijaznih starejšim,
- promocija aktivnega staranja v štirih dimenzijah (zdravje, sodelovanje, varnost in vseživljenjsko učenje)
- podpora negovalcem,
- povečanje uporabe IKT med starejšimi (tečajji, spletni portali za starejše).

### *Rezultati*

Z namenom, da bi dosegli 100 % populacije, se je Euskadi lotil naslednjih dejanj:

- povečanje družabnosti starejših meščanov in središč,
- promocija programov za druženje starejših,
- izboljšanje programov za fizično aktivnost,
- širjenje telenege,
- napredek tehničnih centrov za pomoč,
- delovanje socialno-zdravstvenih centrov,
- delovanje začasnih in stalnih centrov za nego,
- delovanje dnevnih centrov.

Oba, San Sebastian in Biscay imata veliko programov, ki pomagajo pri vzdrževanju samostojnega življenja in pri napredovanju aktivnega sodelovanja na vseh ravneh in v vseh dimenzijah. Če omenimo le nekatere, programi vključujejo: storitve za podporo na domu, storitve telenege, centri za tehnično pomoč, centre za dnevno nego in domove za starejše, socio-zdravstvene centre, svet za sodelovanje starejših občanov, programe za negovalce, prostovoljne programe, ki skrbijo za družbo starejšim, programe za boljšo uporabo zdravil, kulturne programe in programe za prosti čas, znižano ceno transporta za starejše od 65 let in načrte za aktivno staranje.

Sodelovanje različnih izvajalcev je ključnega pomena za strategijo. Prav tako je pomembno tudi sodelovanje samih starejših s pomočjo združenj in drugih kanalov.

### **ZDRUŽENO KRALJESTVO – SEVERNA IRSKA**

## **Integrated Citizen Centred Health and Social Care for Older People**

Cilji so ceniti starejše ljudi in izboljšati kvaliteto njihovega življenja z izboljšanjem njihovega zdravstvenega stanja in s podporo pri njihovem sodelovanju v socialnih, gospodarskih, kulturnih zadevah v njihovih skupnostih. Ključna elementa tega pristopa sta sistem nege, ki je osredotočen na meščane, katerih potrebe po zdravju in socialni negi ocenjuje »NI Single Assessment Tool – NISAT«, in pa vključenost modela enotne nege, v katerega so v največji možni meri vključeni deležniki. Ključna lekcija pri izvajanju »NISAT« je pomembnost imeti predane lokalne izvedbene uslužbenke, ki podpirajo glavne izvedbene ekipe.

### *Rezultati:*

Raziskave kažejo, da so ljudje zadovoljni s storitvami. Kot rezultat »NISAT« so vsi centri za zdravstvene storitve naredili izboljšave, kot je modernizacija njihovega vodstva in operativnih postopkov, pa tudi uvedba svetovanja za s pacienti.

Naslednji rezultat je, da je agencija za razvoj poslov priskrbela 18 milijonov funtov pomoči podjetjem za znanost o življenju za spodbujanje 850 novih služb.

Tudi gospodarska aktivnost ljudi, starih nad 50 let, se je povečala.

S pomočjo te dobre prakse je program za umetnost in starejše ljudi okrepil glas starejših. S sodelovanjem z umetnostjo zagotavlja priložnost za razvoj veščin.

En izmed rezultatov je tudi program »Skrb za starejše Severne Irske«, ki zagotavlja osnovne storitve, npr. dnevno nego, nego na domu, storitve za nasvete in informacije, programe za razvoj skupnosti in promocijo zdravja.

Dodana vrednost projekta je, da poskušajo preprečiti izolacijo starejših v ruralnih območjih. Upoštevajo želje meščanov, da ostanejo doma, dokler je to možno. Starejšim so prav tako pomagali, da so sodelovali kot prostovoljci in s tem ostali aktivni in vključeni v skupnost.

### *Ovire*

Ovire vključujejo odpor do nadaljnjih sprememb v konstantno spreminjajočem se okolju.

## **NIZOZEMSKA – SEVERNA NIZOZEMSKA**

### **Groningen Active Living Model**

Namenjen je promociji aktivnega staranja. Bolj se nanaša na redno fizično aktivnost, da bi izboljšali kvaliteto življenja starejših in njihovo funkcionalno zmogljivost ter da bi znižali tveganje za nekatere bolezni, kot so koronarna srčna bolezen, diabetes in hipertenzija.

Prva faza tega modela je faza rekrutiranja, usmerjena v sosesko. Starejše se ogovarja po sistemu od vrat do vrat. Faza dva se ukvarja s testiranjem in zgodnjo diagnozo. Tretja faza je program za rekreacijske športne aktivnosti.

### *Rezultati:*

Od leta 1997 do 2010 so obiskali več kot milijon odraslih, več kot 100 tisoč so jih testirali in 67.899 jih je sodelovalo v programu GALM. Od vseh, ki so bili vključeni v program, se jih je 79,4 % obravnavalo kot neaktivnih oziroma sedečih.

Sodelovanje v tem programu je že po 6 mesecih povečalo fizične rekreacijske športne aktivnosti v prostem času, kar je povzročilo pozitivne spremembe.

Eden izmed pozitivnih rezultatov pa je tudi več služb na Nizozemskem.

Dodana vrednost tega programa so raznoliki športi, ki so jih ponudili starejšim (ples, samoobramba, plavanje, atletika, softball – bolj privlačni športi, ki pokrivajo več stvari, kot npr. moč, fleksibilnost, vzdržljivost in koordinacijo), pa tudi stroški na udeleženca so le 84 evrov. Imajo pa tudi edinstven način usposabljanja regionalnih vodij projektov. Ugodnost je tudi, da so od prve faze naprej vključeni končni uporabniki.

## **ZDRUŽENO KRALJESTVO – ŠKOTSKA**

### **National Telecare Development Programme**

Cilji programa so:

- povečati število ljudi, ki prejemajo storitve telenege,
- zmanjšati število sprejemov v domove za nego,
- zmanjšati nenačrtovane sprejeme in tudi ponovne sprejeme v bolnišnico,
- zmanjšati potrebo po dražjih oblikah posredovanj,
- zmanjšati pritisk na neformalne negovalce,
- uporabnikom storitev (pretežno starejši ljudje, ampak tudi drugi s fizičnimi nezmožnostmi, učnimi nezmožnostmi ali dolgotrajnimi zdravstvenimi stanji) izboljšati kvaliteto življenja, zdravja in nege.

S tem programom želijo predvsem pomagati ljudem, da bi čim dlje živeli samostojno življenje v svojem domu in to varno. To želijo doseči s promocijo uporabe telenege, da bi ta postala glavni del storitev skupnosti. S telenege želijo prav tako zagotoviti dolgoročno vzdržljivost in učinkovitost zdravstvenih storitev.

Trenutno je na Škotskem okoli 160 tisoč ljudi, ki uporabljajo storitve telenege.

#### *Rezultati*

Program telenege omogoča tistim s tveganjem za padeč, da lahko ohranijo neodvisnost in kvaliteto življenja ali priskrbijo alarm ob epileptičnem napadu.

Telenege je iz relativno neuporabljene storitve postala sistem, ki se veliko uporablja v vseh 32 pokrajinah. Zdaj je namreč polno delujoč del zdravstvene in socialne nege pokrajin na Škotskem, v veliko pokrajinah pa je zdaj tudi standardna praksa, s katero ocenjujejo posameznike, ki so spoznani kot tisti, za katere obstaja tveganje.

27 % pacientov, ki imajo demenco, bi brez telenege morali iti v dom za nego. S pomočjo telenege so se zato izognili ali preložili sprejem v dom za 606 dni in s tem prihranili več kot 34 tisoč evrov na rezultat.

S tem so prihranili tudi število dni, preživetih v domu za nego (zaradi nege na domu), in sicer 143 dni. Prav tako so se izognili veliko nenačrtovanim obiskom v bolnišnici in s tem prihranili 9 dni, preživetih v bolnišnici.

Skupaj so prihranili 546 tisoč dni, preživetih v domu za nego, 109 tisoč dni, preživetih v bolnici, 48 tisoč noči nočne nege in 444 tisoč obiskov na domu. Za vse skupaj so prihranili približno 78,6 milijona funtov.

### *Ovire*

Ena izmed ovir je, da je začetni program vzel več časa, kakor so načrtovali. Problem v nekaterih območjih je bil tudi, da so videli telenege kot nek prijeten dodatek, ne pa kot bistven del svojih storitev. Zato je treba zagotoviti, da sta uporaba in razvoj telenege videna kot strateška prioriteta. Treba bi bilo tudi vložiti več truda, da bi pridobili lokalno politično podporo.

Na začetku je bilo problem ozaveščanje – posamezniki niso točno vedeli, kaj jim telenege lahko prinese. Zato bi bila zelo koristna medijska kampanja, ki bi dvignila zavest javnosti o koristih telenege.

### **The National Falls Programme**

Program skuša znižati osebne in gospodarske stroške padcev na Škotskem. To skuša narediti tako, da podpira združenja zdravstvene in socialne nege pri izvajanju preprečitve (evidentiranih) padcev in zlomov za starejše do konca leta 2014.

Glavne funkcije programa vključujejo:

- podpreti razvoj »Falls Leads« na območjih zdravstvenega ministrstva,
- načrt razvoja in izvajanja ter z njimi povezani izidi in lažja izmenjava ter širjenje dobre prakse,
- vodilne nacionalne delovne tokove za pospešitev tempa sprememb z vidika razvoja in izvedbe,
- zagotoviti uskladitev in povezovanje s sorodnimi nacionalnimi spodbudami in programi.

Program pomaga starejšim ljudem omogočiti, da uživajo polna in pozitivna življenja v svojem lastnem domu.

V programu je ključnega pomena, da vključuje vse deležnike. Starejši ljudje, njihove družine in negovalci morajo biti središče tega.

V letu 2010 je Program ustvaril »Up and About Pathway«, da bi zagotovil referenčne vire za Falls Leads in druge, vključene v razvoj smernic, katerih cilj je preprečiti padce in zlome.

»Up and About Pathway« vključuje štiri stopnje:

- podpiranje aktivnega staranja, izboljšanja zdravja in samoupravljanja,
- identificirati tiste z visokim tveganjem za padce in zlome,
- odzivati se na posameznike, ki so padli, in jim zagotoviti takojšnjo pomoč,
- usklajeno upravljanje, vključujoč strokovno oceno.

### *Rezultati*

Program ima direktni vpliv na zmožnost starejše populacije, da živijo samostojno v svojih domovih ali vsaj blizu doma in da se izogonejo nepotrebnim poškodbam (kot rezultat padcev) ter tako izboljšajo kvaliteto svojega življenja, pa tudi kvaliteto življenj svoje družine in negovalcev. Falls Programme je predstavil bolj sistematični pristop k identificiranju starejših ljudi, za katere obstaja tveganje za padce, in izvedel evidentirane strategije za preprečevanje.

Program vključuje:

- preprečevanje padcev, ki je kot nacionalna in lokalna prioriteta, z jasnimi povezavami do nacionalne politike,
- koprodukcijo kot vizijo prihodnjega stanja,
- vodstvo na vseh ravneh (nacionalna/regionalna in lokalna),
- delovanje družabništva na vseh ravneh (nacionalna/regionalna in lokalna),
- mehanizem za izmenjavo dobre prakse, izkušenj in učenja,
- investiranje za podporo inovacije.

V januarju 2010 je 25 % od vseh Združenj zdravstvene skupnosti izvajalo »Falls Prevention and Management pathway«. V 18 mesecih se je to število povečalo na 58 %.

## **Primeri dobrih praks – telezdravje**

### **DANSKA**

**SAM:BO** je dogovor o sodelovanju med regijo južne Danske in 22 občinami v regiji, ki temelji na novih, inovativnih smereh zagotavljanja socialne in zdravstvene oskrbe ter novih smereh elektronskega komuniciranja. Pokriva vse prebivalstvo v regiji. Cilj je zagotoviti dosledno nego pacientu med zdravstvenimi in socialnimi sektorji v regiji, s tem pa bi dosegli višjo kvaliteto, učinkovitost in zadovoljstvo pacienta. V projekt so investirali vsi partnerji, ki so vključeni v sodelovanje. Za razvoj in upravljanje letno porabijo okoli pol milijona evrov. SAM:BO je dobil tudi veliko medijske pozornosti. Opisan je bil v veliko časopisih in revijah, predstavili pa so ga tudi na nacionalnih konferencah.

#### *Rezultati*

Statistike kažejo, da so pacienti hitreje odpuščeni iz bolnice. Ko so razvili sistem SAM:BO, so prekinili vse normalne procedure. Po novem so pacienti odpuščeni iz bolnišnice še isti dan, kar pomeni novo organizacijo zdravstvene nege, večji poudarek pa je tudi na pomoči na domu.

Narejen je na konceptu LEON – lowest possible cost ever. To pomeni, da bo pacient dobil najboljše in najučinkovitejše zdravljenje z najnižjimi mogočimi stroški.

Ta sistem izraža bistvo enotne nege. Prebivalcu je omogočena doslednost od vsega začetka v procesu (najprej kontaktirajo zdravnika, nato postavijo diagnozo, sledi zdravljenje v bolnišnici, in nazadnje je pacient doma, pripravljen za nadaljnjo rehabilitacijo.)

Za zahtevnejše paciente z eno ali več kroničnimi boleznimi je regija ravno v procesu razvijanja inovativne rešitve, imenovane »Shared care«, deluje pa pod okriljem SAM:BO. Pacientom omogoča, da jih nadzorujejo doma, če je to potrebno. Vključeni sta zdravstvena in socialna oskrba, kar omogoča poskus enotne nege, ki temelji na navodilih za oskrbo kroničnih bolnikov.

Študije kažejo (Evropski projekt »Dreaming«), da ima ta dobra praksa pozitiven učinek na mentalno zdravje in kvaliteto življenja. Kažejo pa tudi precejšnje prihranke, če se uporablja elektronska komunikacija, ta pa je bistveni del SAM: BO.

Še ena pozitivna stvar je, da ta strategija znotraj zdravstvenih in socialnih inovacij omogoča 800 novih zaposlitev.

#### *Ovire*

Ovire so bolj tehničnega značaja. IT–sistemi bi morali biti bolj odprti. Ne le, da je elektronska komunikacija med sistemi, pač pa, da imajo tudi dostop do nacionalnih baz.

## **ŠPANIJA – KATALONIJA**

### **TicSalut/InnohealthHub Catalunya**

Program za zgodnje odkrivanje raka na debelem črevesju se je začel z namenom, da bi zmanjšali smrtnost zaradi raka na debelem črevesju, ki je na drugem mestu kot vzrok bolezni v Kataloniji. Glavni elementi programa so zgodnje diagnoze z namenom, da bi odkrili in zdravili raka, ko je ta še v začetni fazi.

Ministrstvo za zdravje je zagotovilo, da bo priskrbelo investicijo za program, za katerega trenutno porabijo milijon evrov na leto.

#### *Rezultati*

S tem programom se je povečalo število ljudi, pri katerih so odkrili raka v zgodnjem stadiju.

Glavni dejavnik uspeha pri tem programu je tudi sodelovanje med bolnicami, lekarnami in zdravstvenimi centri. Komunikacija in promocija programa sta pomagali pri zmanjšanju raka in smrtnosti pri tistih, ki ga imajo.

#### *Ovire*

Ovira je strah pred kolonoskopijo. Te ovire pa se da preprečiti z informiranjem o koristih, ki so povezane z zgodnjim odkrivanjem.

### **NEXES (Spodbujanje bolj zdravega in neodvisnega načina življenja pri kroničnih pacientih in starejših)**

Vodi poskus štirih informacijsko-komunikacijskih tehnološko usposobljenih negovalnih uslug: blagor in rehabilitacija, povečana nega za slabotne paciente (klinična učinkovitost in prihranki zaradi odvrnitve od hospitalizacije pri veliko slabotnih pacientih; planiranje družine štirih ICT-ICS, ki pokrivajo potrebe slabotnih pacientov – preprečitev hospitalizacije, prehodna nega po odpustitvi iz bolnišnice, podpora slabotnim pacientom v skupnosti in blažilna nega), domača hospitalizacija (pri pacientih boljši klinični rezultati kot pri tistih s

tradicionalno nego, nižji odstotek obiska zasilnih sob med 30-dnevnim obdobjem po odpustitvi iz bolnišnice in nižja smrtnost med obdobjem poslabšanja bolezni) in zgodnje odpuščanje iz bolnišnic, oddaljena podpora za diagnostične in terapevtske procedure. NEXES je tudi identificiral strategije za širok lokalni razvoj. Osredotočili so se na zelo razširjena kronična stanja (kronična odpoved srca, sladkorna bolezen).

## **IRSKA**

### **COLLAGE**

Dobra praksa = CARTS (Skupna ocena rizičnih strategij in strategij zdravljenja)

Namen dobre prakse je odložiti ali preprečiti oslabitev in slabotnost in tri neugodne rezultate: da gredo starejši v institucijo (dom za ostarele), bivanje v bolnišnici in smrt. Da bi zmanjšali riziko teh neugodnih rezultatov, uporabljajo osnovane, stroškovno učinkovite in očitne strategije.

CARST screening tool – to kratko, enostavno orodje za zaščito predvidi, kdaj gredo starejši v institucijo, v bolnišnico ali smrt. Tiste z visokim tveganjem lahko tako hitro napotijo na ustrezno storitev, ki se ukvarja s problemi, ki ustvarjajo to tveganje. Orodje lahko uporabljajo vsi profesionalci, ne glede na to, v katerem sektorju zdravstva delajo.

Starejši so z uporabo na novo odkritega orodja za zaščito CARST pregledani na štirih področjih: mentalni položaj, aktivnosti dnevnega življenja, medicinski problemi in socialne/ekonomične zadeve. Vključene so tudi spremembe v obnašanju, znanje, depresija, poslabšanje aktivnosti dnevnega življenja, medicinski problemi, t.j. diabetes, artritis, padci, slaba prehrana in neaktivnost. To določajo okolje, sluh, vidna in običajna pomoč. CARST določa zmožnost oskrbovalca, da upravlja probleme osebe tako, da si zapisuje zmožnosti celotnega omrežja oskrbovalca (profesionalci, družina in prijatelji) in identificira vrzeli, imenovane »pomanjkanje oskrbe«.

#### *Rezultati*

CARTS je pokazal, da je večja verjetnost, da dobijo skupno pomoč slabotni posamezniki, ki živijo sami, kot ne-slabotni starejši, ki živijo še s kom. Pokazal je tudi, da je večja verjetnost, da pomoč prejmejo institucionalizirani ali hospitalizirani, kot tisti, ki nimajo neugodnih rezultatov.

Naslednji rezultat je, da bo CARTS imel direkten vpliv na tekmovalnost in zaposlitev. Pripomogel bo k povečanju produktivnosti in racionalizaciji pomoči. Skozi povečano učinkovitost v zdravstveni oskrbi bo povečal tudi tekmovalnost. Zdravstveni delavci bodo delali bolj učinkovito.

Vse ključne koristi tega programa pa so obdržati starejše doma, kar se da povečati njihovo samostojnost in zmanjšati stroške.

#### *Ovire*

Največji izziv bo spremeniti ustaljene prakse.

**»Let me decided« advance care planning and palliative care programme in long term care**



Dobra praksa omogoča ljudem, da prevzamejo odgovornost za svoje zdravje, lahko pomagajo preprečiti nezaželeno zdravljenje, in zagotavlja, da je vsako zdravljenje skladno s pacientovimi željami.

### *Rezultati*

Uporaba naprednih navodil za nego je nastala iz strahu pred nezaželenim zdravljenjem ter lahko prepreči neželene medicinske intervencije, s tem pa tudi povečuje pacientovo neodvisnost in dostojanstvo. Raziskave kažejo, da uporaba naprednih navodil za nego zmanjšuje stres, bojazen in depresijo za žalujoče družine ter povečuje zadovoljstvo z zdravstveno nego, saj vedo, da bodo njihovi ljubljene dobili točno tako nego in zdravljenje, ki ju sami hočejo. S tem, ko obvestijo zdravstvene delavce o pacientovih željah, preprečijo veliko nesporazumov med družinskimi člani, ker jim ni treba prevzemati teh težkih odločitev za njihove ljubljene (paciente). To je pomembno tudi za zdravstveni sistem, saj se s tem izognejo zdravljenju, ki ga pacienti ne želijo, omogoča pa tudi, da porabijo omejena denarna sredstva oziroma da jih porabijo na bolj učinkovit način. Program pa prav tako zmanjšuje hospitalizacijo v bolnišnicah.

### *Ovire*

Ovira je, da imajo nekateri starejši lahko kognitivna poslabšanja, kar predstavlja izziv, kako jim predstaviti, da imajo izbiro pri zdravstveni negi.

Dolžnost je, da je starejšim zagotovljeno, da dobijo optimalno nego in da umrejo v udobju, z minimalnim trpljenjem tudi za družino, osebje.

## **ŠPANIJA (ANDALUZIJA)**

### **Andalusian e-Health Strategy**

Andaluzijski zdravstveni sistem je sprejel informacijske sisteme podjetij, ki so dostopni vsem zdravstvenim delavcem kot strategija za zadovoljitev vedno večje mobilnosti državljanov in sodelovanja številnih kompleksnih multidisciplinarnih ekip strokovnjakov, ki sodelujejo v zdravstvu. Vse to, skupaj z enotnim konceptom zdravja in vodilne vloge državljanov, vodi h konceptu Enotne zdravstvene evidence in k uporabi enotnih postopkov.

Stroški za dobro prakso so naslednji: investicijaje v prvih 12 letih delovanja je presegla 245 milijonov evrov, polovica tega so bila IT–stroški, druga polovica pa organizacijski stroški (planiranje, učenje, razvoj, izvedba).

***Rezultati kažejo, da je na vsakih 100 evrov stroškov 277 evrov prihranka.***

### *Ugodnosti*

Strategija s tem, da vključuje vse informacije o zdravju pacienta v enem samem dokumentu, pomaga strokovnjakom v zdravstvu. Tudi pacienti imajo koristi od te strategije, z uporabo elektronskih receptov se izognejo obiskom zdravstvenih domov, samo da bi dobili ponoven recept. Pacienti imajo korist tudi, ker se dogovarjajo za pregled po telefonu ali internetu. Ena izmed najbolj pomembnih koristi za paciente se nanaša na varnost pacienta. Zaradi e-receptov lahko lekarnarji odkrijejo situacije, ko pacienti jemljejo zdravila, ki so jih

predpisali zasebni zdravniki, ali pa če imajo pacienti neugodne reakcije na predpisana zdravila. Od leta 2003 so lekarnarji razveljavili 71633 receptov, od tega jih je bilo 92 odstotkov potrjenih s strani pacientovega zdravnika.

Ker receptov ne tiskajo več na papir, prihranijo 7,5 milijona evrov na leto in 3,2 milijona evrov zaradi upravljanja podatkov. Z uporabo »e-laboratorija« so se napake zmanjšale s 6 % na 0 % in laboratorijski izvidi so nared v 5 urah namesto v 23. Število sprejemov v bolnišnice se je zmanjšalo, prej (2008) je bilo povprečno bivanje dolgo 7,5 dneva, zdaj (2012) 7,16. Gledano z vidika pacientov, starejših od 64 let, se je prav tako zmanjšalo bivanje v bolnišnicah – prej je bilo povprečno bivanje dolgo 9,9 dneva, zdaj pa je le še 8,9 dneva.

## **ŠPANIJA (MADRID)**

### **Programme of comprehensive and coordinated care for older in- and outpatients**

Ta pristop, ki je usmerjen v pacienta, ne v bolezen, se osredotoča na to, da bi pacienti obdržali največjo mogočo neodvisnost, in ima dva glavna elementa: za ljudi, ki so sprejeti v bolnišnico, in za tiste, ki so doma (po odpustitvi iz bolnišnice ali tiste, za katere obstaja tveganje). Prvi temeljijo na:

- a) občasnih srečanjih ekipe, ki zagotavlja, da je pacient nameščen v najboljših prostorih za nego v vseh fazah bolezni in da ima polni dostop do vseh pripomočkov na Oddelku;
- b) srečanjih, ki so načrtovana in so v živo ali virtualna (za usklajevanje nege z drugimi bolnišnicami, ki spremljajo paciente);
- c) zadnji oceni o stanju pacienta, preden je ta odpuščen iz bolnišnice narejena je, da mu je omogočen varen prihod v njegovo običajno okolje. Ta del je kot most med nego v bolnišnici in izven nje.

Razvili so različne strategije za čas po pacientovem prihodu domov, tudi direktno kontrolo bolnikov po zdravljenju, kontrolo bolnikov po zdravljenju v sodelovanju z osnovno nego, načrtovanimi obiski k vsem zdravstvenim centrom in zasebnim bolnišnicam v pokrajini, kjer strokovnjaki lahko sprašujejo o pacientih s pomočjo telefonskih pogovorov z njimi. Nedavno so vključili tudi tehnološke in IKT naprave, da bi izboljšali nadzor pacientov (npr. mobilne zdravstvene aplikacije za paciente s srčnim propadanjem).

Za pridobitev nege na visoki ravni je ključno sodelovanje med različnimi deležniki.

### *Rezultati*

Rezultati so naslednji: zmanjšana je dolžina bivanja v akutni enoti nege v primerjavi z ostalimi oddelki pacientov s podobnimi primeri (6,8 dneva v primerjavi z 9,1 dneva), ne da bi povečali smrtnost ali ponovni sprejem v bolnišnico, vendar z zniževanjem poslabšanja med bivanjem (prinaša 1000 evrov prihranka na pacienta). Znižali so se čas čakanja na operacijo, potreba po transfuziji in operacijski zapleti, povečali pa sta se rehabilitacija in dodatna preprečitev za nove zlome pri teh istih pacientih (pomeni boljši funkcionalni status ob odpustitvi iz bolnišnice, kar pomeni nižji odstotek uporabe zdravstvenih in socialnih virov). Povečalo se je tudi število pacientov, ki obiskujejo »Dnevno bolnišnico«. Zmanjšalo se je število neprimernih sprejemov v bolnišnico (1,5 milijona evrov prihranka). Zagotovljena pa je tudi vseživljenjska nega na domu več kot 1500 pacientom (namesto, da bi živeli v instituciji). Pomembna pozitivna stvar je tudi, da se je odprlo veliko novih služb.

## **The Falls and Fractures Clinic (an integrated care for older people with or at risk of falls and fractures)**

Ponuja enotno nego za starejše ljudi, za katere obstaja tveganje za padce in zlome.

Cilji klinike so:

- določiti tveganje za padce in zlome s sistematičnim dostopom do vseh subjektov, ki so izpostavljeni tveganju, za razvijanje osebnih večelementarnih strategij, ki preprečujejo padce in zlome v znosni smeri,
- če je zdravljenje pacientov s padci in zlomi zahtevano ali ne, bolnišnična nega zagotavlja primerne rehabilitacijske programe v znosni smeri,
- postati idealno ozadje za preiskave in zagotavljanje specializiranega izobraževanja v padcih in zlomih za zdravstvene delavce.

### *Ugodnosti*

Znižalo se je število bivanja v bolnišnici, čakalna doba na operacijo se je znižala (za dva dneva). Tudi na »ortogeriatrničnem« oddelku se je znižalo število bivanja v bolnišnici, več kot dva dneva na pacienta. ***Glede na to, da stane en dan v bolnišnici več kot 400 evrov na dan, je prihranek na 150 pacientov 120 tisoč evrov.*** Odprlo se je eno delovno mesto. Večja je tudi kvaliteta – najbolj točni rezultati v zelo kratkem času. Sodelovanje med različnimi oddelki v zdravstvu se je povečalo.

## **ŠPANIJA – BASKIJA**

### **Basque Strategy for tackling the challenge of chronicity**

Model, prilagojen potrebam kroničnih pacientov, omogoča proaktivnost, nego, osredotočeno na pacienta, nepretrgano nego, pacientovo opolnomočenje in plačevanje za rezultate. IKT so ključni faktorji procesa: to so enoten elektronski klinični dokument, večkanalna platforma in sistem e-recepta. Povezujejo ruralne in urbane pokrajine, domove pacientov in bolnišnice, neformalne negovalce in zdravnike ter socialne delavce in bolničarke. Nove pripomočke v tem sistemu lahko razumemo kot mehanizme, ki delujejo skupaj, da bi vplivali na sistem, in pomagajo priti bližje rešitvi treh strateških ciljev zdravstvenega sistema: izboljšati zdravje in družbene rezultate, osredotočiti se na prebivalstvo in optimalna učinkovitost.

Zadnji cilj »kroničnostne strategije« je, da bi obdržali kronične paciente, ki so stabilni, v njihovem domu in s tem izboljšali kvaliteto njihovega življenja. Nove tehnologije tukaj igrajo glavno vlogo. Ti projekti so tudi pomagali povečati lokalno tekmovalnost, rast na trgu in zaposlenost.

### *Rezultati*

Dosegli so 38-odstotno znižanje hospitalizacije pri visoko kompleksnih pacientih in 26-odstotno znižanje obiskov prve pomoči, pa tudi visoko zadovoljstvo meščanov z moderniziranim javnim zdravstvenim sistemom (76 %).

Storitev za telenego ima vsak mesec okoli tisoč primerov povpraševanja, približno 30 % jih rešijo tako, da je pacient doma (mu ni treba nikamor hoditi). Na 97 odstotkov teh klicev odgovorijo v 20 sekundah. Trenutno to storitev uporablja 27 tisoč ljudi.

Dodana vrednost je, da imajo pacienti boljše zdravstvene rezultate, ki se odražajo v višji kvaliteti življenja. Pacienti imajo tudi nove kanale komuniciranja (telefon, domača nega, sub-akutne bolnice itd.) in spopadanja z zdravstvenim sistemom, ki povečujejo dostopnost in jim dostikrat tudi prihranijo pot do zdravstvenih ustanov. Prevezemajo tudi večjo vlogo in odgovornost v smislu obvladovanja lastne bolezni in sodelovanja z zdravstvenimi delavci.

### *Ovire*

Sprememba upravljanja je dolgotrajen proces, ki zahteva svoj čas. Spremembe v organizaciji in obnašanju osebja so težke in prav tako zahtevajo svoj čas. Ovira je tudi pomanjkanje vrednotenja in inovativne kulture v organizaciji.

Izogibati se je treba strategijam, ki imajo le pristop od zgoraj dol. Prav tako se je treba izogibati slabi komunikaciji med različnimi stopnjami vodstva in zdravstvene nege. Pomanjkanje orientacije aktivnosti, politik in spodbud vodi k problemom.

## **ZDRUŽENO KRALJESTVO – YORKSHIRE**

### **Yorkshire & the Humber Telehealth Hub**

Cilj je bil ponuditi meni kliničnih storitev pooblaščenecem in ponudnikom v regiji Yorkshire in Humber, da bi podprli paciente z dolgoročnimi stanji.

Glavni cilji so:

- podpiranje tega, da bi se nega pacienta izvajala bližje njegovemu domu in da bi se izognili nepotrebnim sprejemom v bolnišnico in ambulantnim obiskom,
- doseganje boljših rezultatov s pomočjo motivacijskega načrtovanja nege in izboljšanega sodelovanja z bolnikom.
- promocija samooskrbe in podpore s pomočjo informacijskih predpisov, ki podpirajo spremembe vedenja,
- zagotavljanje stroškovne učinkovitosti in donosnost naložb.

### *Rezultati*

Univerza Hull: 600 pacientov je uporabilo storitve telemonitoringa. V tem obdobju je bilo 182 manj sprejemov v bolnišnico. Odziv pacientov je bil zelo pozitiven. Dva velika oddelka sta prihranila več kot 200 tisoč funtov.

Airdeale telemedicine – 404 pacienti so dobili telemedicinske storitve (v dobrega pol leta). Med tem časom je bilo 124 manj sprejemov v bolnišnico in izognili so se 94 nepotrebnim obiskom pri zdravniku (330 tisoč funtov bruto prihranka). Odziv je bil zelo dober, nekateri pacienti so se odzvali s stavki, kot so »to je zame reševalec življenj« ali »od boga poslano«.

Barnesly telecoaching – 999 pacientov je prejelo »telecoaching« (od 2011 do 2012). Storitve je bila označena za uspešno, povečalo se je število ljudi, ki živijo neodvisno, izboljšalo se je zadovoljstvo pacientov (z zdravstvenimi in socialnimi storitvami), 20 % manj je sprejemov v bolnišnico, povečana je skladnost pacientov, skrajšanje dolžine bivanja v bolnišnici je 30-odstotno – **v povprečju je prihranek 1000 funtov na pacienta na leto**. Več kot 50 tisoč pacientov v regiji na leto lahko koristi storitve telezdravja (v glavnem pacienti s kroničnim propadanjem srca, sladkorno boleznijo in kronično obstruktivno pljučno boleznijo). Vsako leto pa je približno 11 tisoč novih pacientov, ki bi lahko imeli koristi od telezdravja (telemonitoring, telecoaching in telemedicina).

Cilj, da bi podprli paciente bližje domu, je izpolnjen za skupino 2100 pacientov (manj nepotrebnih sprejemov v bolnišnico, bolj zdravi rezultati in življenjski slog in pa tudi prihranek stroškov).

#### *Ovire*

Ovire so dejavnik obnašanja, odpor do sprememb, pa tudi pomanjkanje koristi od prejšnjih let. Ovire so prav tako ekonomski in finančni dejavniki, tudi stroški izvedbe (oprema, programje, izobraževanje). Pojavlja se tudi pomanjkanje organizacijskega ali političnega vodstva.

### **ŠPANIJA – VALENCIJA**

#### **Integrated Chronic Disease Management Model (GECHRONIC)**

Cilj tega modela je izboljšati nego kompleksnih kroničnih pacientov na oddelku zdravja s podporo organizacijske spremembe in oddaljenih tehnologij za nadzor.

Da so začeli z izvajanjem te prakse, so najprej vključili visoko kompleksne paciente. Nato je bila rešitev (po enaki metodi kot za visoko kompleksne paciente) prenesena še na srednje in nizko kronične paciente, le da so jo prilagodili njihovim potrebam. Kompleksnost pacienta je osnovana na rezultatih stratifikacijske analize in določa tiste, ki porabijo največji delež sredstev za zdravstvo in so namenjeni kroničnim stanjem.

#### *Rezultati*

Program pokriva okoli 1900 pacientov (od tega jih 980 nadzorujejo v običajni klinični praksi). Izvedli so poskus – ocenili so zdravstvene rezultate, vključujoč zdravstveni status, kvaliteto življenja in zadovoljstvo. 495 pacientov so razdelili v tri skupine: kontrolna skupina (običajna klinična praksa), telemonitoring po telefona in telemonitoring s pomočjo IT–platforme. Glavni cilj je oceniti vpliv posredovanja na učinkovitost. Rezultati še niso bili znani.

Izvedeno je bilo tudi ocenjevanje vpliva na uporabo zdravstvenih virov. Pacientom so sledili 208 dni. Po posredovanju se je zmanjšala poraba sredstev za 79 %. Pri paliativnih bolnikih se je zmanjšala za 69 %, pri kroničnih pacientih pa za 84 %.

Program je prav tako pripomogel k zviševanju zaposlenosti.

Dodana vrednost je, da model zagotavlja pomemben napredek zlasti na naslednjih področjih:

- stratifikacija pacientov omogoča optimizacijo dostopnih virov in preprečitev potencialnih kompleksnih situacij,
- proces prenove, ki se je razvil na oddelku za zdravje, je povečal komunikacijo med stopnjami zdravstvenega varstva,
- nastanek specifičnih navodil za kompleksne paciente omogoča bolj osebna zdravljenja,
- razvoj rešitve za oddaljen nadzor, ki je povezan z zdravstvenim informacijskim sistemom, bo prispeval k integraciji informacij s pomočjo stopnje nege in k učinkovitosti postopka nege,
- razvoj posebnih pobud za zdravstvene strokovnjake, ki so vključeni, je prispeval k njihovi motivaciji.

#### *Ovire*

Razvoj inovativnih IT-rešitev je težak. Če ni sprememb v organizaciji, imajo tehnološke inovacije manj možnosti, da se prenesejo v pravi vpliv. Prav tako proces prenove zdravstvene nege zahteva neko obdobje prilagoditve za strokovnjake, da se navadijo na svoje nove naloge. To obdobje prilagoditve lahko pospeši zgodnje vključevanje strokovnjakov.

Ovira je tudi, da imajo sistemi, ki so osredotočeni le na nadzor, manj vpliva in lahko povzročijo porast v porabi kliničnih virov. Treba je urediti neke smernice, da lahko vključimo nova posredovanja, ki lahko primerno odreagirajo na nove situacije, ki jih zaznajo nadzorni sistemi.

### **Electronic Health Care Record and Integrated Information Systems**

Za ta sistem je pobudo dala Valencian Health Agency, in sicer za uporabo v celotni regiji. Cilj dobre prakse je povečati integracijo in interoperabilnost vseh sistemov, z namenom, da bi zagotovili njihovo trajnost z izboljšano učinkovitostjo in kvaliteto storitev ter s pristopom, usmerjenim k državljanom.

#### *Rezultati*

Sistem je dostopen 50 tisoč strokovnjakom zdravstvene nege in 373 lekarnam. Pokrili so več kot 5 milijonov prebivalcev v regiji. Z nadzorom interakcij zdravljenja, nadzorom uporabe zdravil in kvalitetno podporo pri odločanju strokovnjakov so izboljšali varnost pacientov in zanesljivost procesa zdravstvene oskrbe.

Pozitiven rezultat je tudi, da se z dostopnostjo telemedicinskih in e-zdravstvenih storitev pacienti izognejo nepotrebnim obiskom pri zdravniku.

Sistem je tudi zmanjšal uporabo papirja in logistike, ki se potrebuje za komunikacijo in planiranje. Prav tako je ustvaril porast za IT-industrijo, ki je prisotna v regiji.

#### *Ovire*

Glavna ovira je bila, da so IT-podjetja razvila sistem s poudarkom na funkcionalnosti, ne pa na primerni uporabi platforme s strani strokovnjakov.

## **ZDRUŽENO KRALJESTVO – SEVERNA IRSKA**

### **Medicines Management for Older Citizens**

Storitev zagotavlja, da imajo starejši, v skladu s svojimi potrebami, dostop do ustreznih, varnih, kvalitetnih zdravil in do primernih nasvetov in podpore, ki jim pomagajo doseči najboljši rezultat za svoje zdravljenje. Pristop vključuje večjo uporabo državnih lekarnarjev, da bi ciljnim pacientom, njihovim družinam in negovalcem v primarni oskrbi dostavili dan program. Vključuje tudi preoblikovanje lekarn sekundarnih storitev nege. Sistem podpirajo rešitve, osnovane na IKT (novo programje za hitrejšo in bolj učinkovito skladnost medicine s farmacijo, pametna opozorila, ki pospešijo hiter odziv na laboratorijske teste, ki zahtevajo takojšnje delovanje, elektronski farmacevtski sistem za vsakdanje zbiranje pomembnih socialnih, medicinskih in kliničnih podatkov).

### *Rezultati*

- pokrili so več kot 150 tisoč pacientov, od katerih je 97.500 starejših od 65 let,
- storitev zagotavlja, da imajo starejši dostop do ustreznih, varnih kvalitetnih zdravil s primernimi nasveti in podporo,
- storitev je dostopna tistim, ki so sprejeti v bolnišnico. Letno približno polovica pacientov teh prejme to storitev,
- velik napredek v primernosti uporabe zdravil za paciente, ki so prejeli to storitev, v primerjavi s tistimi, ki je niso. Tudi starejši so ocenili to storitev kot nekaj, kar povečuje njihovo znanje o njihovem zdravljenju in tudi njihovo pomembnost v smislu zmožnosti nadziranja svojih stanj,
- zaradi storitve se je znižala doba bivanja v bolnišnici za dva dneva, čas za ponovni sprejem pa se je povečal za 20 dni,
- za zdaj se je programa usposabljanja za zdravstveno vodstvo udeležilo 211 farmacevtov in tehnikov,
- ustanovljena je bila tudi storitev, ki bo podpirala upravljanje kroničnih stanj,
- razvili so pametne alarme, da bi povečali kvaliteto in varnost nege pacienta,
- prav tako so razvili elektronski farmacevtski sistem za posredovanje,
- za vsak 1 funt, ki je bil investiran, se je povrnilo od 5 do 8 funtov,
- razvoj sistema za nujno nego je povečal učinkovitost procesa,
- širitev sistema tudi v domovih za ostarele in sisteme vmesne nege je prineslo prihranek od 64 do 144 tisoč funtov na leto.

Eden izmed rezultatov pa je tudi, da farmacevtske pobude vključujejo enotno delovanje med strokovnjaki zdravstvene nege, lekarnami, skupnostmi in dobrodelnim sektorjem ter omogočajo prilagojene rešitve za lokalne probleme.

### *Ugodnosti*

Sistem se je pokazal za prilagodljivega in za posplošljivega. Trenutno ga uspešno izvajajo na Švedskem in na južnem Irskem, torej je uporaben v različnih državah in sistemih zdravstvene nege. To, da so bile v drugih državah pokrite velike populacije, kaže na to, da proces ni primeren le za manjše število pacientov.

### *Ovire*

Glavna ovira se lahko pojavi v primer zelo nerazvitega farmacevtskega sistema, ki ima več poudarka na prodaji kot pa na ravnanju s pacienti. Pomembna ovira bi bilo pomanjkanje razpoložljivosti farmacevtskih tehnikov, kot tudi nezmožnost priskrbiti začetno usposabljanje in razvojne zmožnosti.

### **Integrated Long Term Conditions Management for Older Citizens**

Storitev za telemonitoring severne Irske. Posvečen je posebno starejšim s kroničnimi boleznimi in z dolgoročnimi stanji, z namenom, da bi izboljšali njihovo zdravstveno stanje in kvaliteto življenja. Izzivi, ki jih predstavlja starajoča populacija, in povečevanje dolgoročnih (kroničnih) stanj zahtevajo, da se storitve izvajajo s pristopom sodelovanja med pacienti, skrbniki in strokovnjaki za zdravje in socialno nego. To omogoča boljše vodenje pacientov s kroničnimi boleznimi z večjim poudarkom na preprečevanju in vodenju v skupnosti, izobraževanju pacientov, nadzoru, uporabi podporne tehnologije in stratifikaciji.

Od začetka do zdaj se je zadeva zelo povečala, saj vključuje:

- integracijo s »Health and Care Index«, ki omogoči najnovejše demografske informacije o pacientu,
- uporabo storitve za nadzor novih stanj, kot so ledvična bolezen, hipertenzija in upravljanje teže,
- predstavitev dodatnih pripomočkov, kot so tehtnice tretjega razreda in ostali merilci glukoze.

#### *Rezultati*

Storitev telemonitoringa severne Irske cilja na več kot 20 tisoč pacientov v šestih letih. Za zdaj je dostopna 2300 pacientom (oktobra 2013).

Pomemben vidik enotne uprave za dolgoročna stanja je dostop do storitev telenege in telezdravja (1458 pacientov, februarja 2013). Pomembno vlogo pri dostavi nege pacientom z dolgoročnimi stanji igrajo zdravniki splošne prakse, kar je ključni element za na primer zmanjševanje smrtnosti in izboljševanje diagnoz za sladkorno bolezen.

Sistem je znižal število sprejemov v bolnišnico in število smrti zaradi srčnih bolezni.

Eden glavnih dejavnikov sistema je izboljševanje dostopa do programa za izobraževanje pacientov in do oddaljenega telemonitoringa. To bo omogočilo več ljudem, da bodo nadzirali svoje stanje doma bolj učinkovito in samozavestno, kar bo zmanjšalo tveganje poslabšanja njihovega stanja, saj to lahko vodi k nepotrebnim sprejemom v bolnišnico.

### **NIZOZEMSKA – SEVERNA NIZOZEMSKA**

#### **EurSafety Health-net: Euregional Network for Patient Safety and Infection Prevention**

Na meji (Nizozemska–Nemčija) je problem razlika v kvaliteti zdravstvenega sistema, to pa je pomembna ovira za premeščanje pacientov v zdravstvene ustanove čez mejo. Cilj je ohraniti čez-mejno zdravstveno varstvo, tako da se uskladi kvaliteta nege in napor zdravstvenih delavcev ob meji. To lahko dosežejo z vgraditvijo »Euregional networks of healthcare«. Dobavitelji izvajajo »Euregional Transparency & Quality Certificates« za



bolnišnice in ustanove za dolgotrajno nego, za izpopolnjevanje zdravstvenih delavcev, informiranje javnosti in prenašanje znanja in tehnologije e-zdravja, da bi izboljšali preprečitev infekcij.

### *Rezultati*

Dosegli so okoli 700 tisoč pacientov. EurSafety Health-net je rastoča mreža na obeh straneh nizozemsko-nemške meje. Zdravstvena nega se je izboljšala zaradi povečanja pacientove varnosti, povečanja kvalitete zdravstvenega varstva in ustvarjanja potreb po diagnostičnih tehnologijah in tehnologijah za preprečevanje infekcij.

Naslednji pozitiven rezultat je tudi uskladitev kvalitete zdravstvene oskrbe na obeh straneh meje.

Znotraj EurSafety Health-net so regionalni zdravstveni delavci pomembno znižali stopnjo okužbe MRSA – od takrat ostaja nizka.

S to dobro prakso je trg z medicinskimi pripomočki in higienskimi produkti usklajen na obeh straneh meje. Tako lahko Nizozemci kupujejo stvari na nemški strani in obratno. Pojavila so se tudi nova delovna mesta.

### Dodana vrednost

Euregional Transparency & Quality Certificate pacientu zagotavlja varnost in kakovost nege na obeh straneh meje.

EurSafety Health-net, osnova Euregional Transparency & Quality Certificate, je bila že prenesena tudi v druge regije Nizozemske, Nemčijo in Belgijo.

### *Ovire*

Pojavljajo se ovire pri jeziku (pri nekaterih poklicih zmanjšuje možnost vsakodnevnega ali tedenskega skupnega dela, kar pa čez-mejni projekt zahteva).

### **EMBRACE, a new Dutch Integrated elderly care program**

Je sprememba sistema nege za ljudi, starejše od 75 let, ki živijo v skupnosti. EMBRACE je enoten model nege, ki temelji na modelu za kronično nego.

Letni pregled določa profil tveganja (zdrav, slaboten ali kompleksne potrebe) za starejše ljudi kot kazalnik primerne stopnje intenzivnosti nege. »Elderly Care Team« zagotavlja personalizirano, proaktivno in preventivno nego in podporo, ki se ujema z želeno stopnjo intenzivnosti nege.

### *Rezultati*

Pričakovani rezultati so izboljšani izidi pacientov in kvaliteta nege, znižani stroški ter uporaba storitev. Trenutno sodeluje 1474 starejših od 75 let, ki živijo doma.

Kvalitativna študija med starejšimi je pokazala, da se starejši počutijo sigurne in varne in da imajo samozavest, da še naprej neodvisno živijo doma, zahvaljujoč storitvam EMBRACE.

EMBRACE naj bi omogočil učinkovito in sposobno uporabo storitev in naj bi zmanjšal bivanje v bolnišnicah. Povprečni prihranki za celotno populacijo starejših ljudi v skupnosti naj bi bili 274 evrov v enem letu za vsakega starejšega. Razlikujejo pa se glede na profile: 599 evrov za profil kompleksne nege, 285 evrov za slaboten profil ali 169 evrov za zdrav profil. Tudi zavarovalnice so vesele nižjih stroškov.

Eden izmed rezultatov je tudi, da strokovnjaki ekip za zdravje starejših zaradi proaktivnih, preventivnih in na bolnika osredotočenih metod dela poročajo o večjem zadovoljstvu.

Zaradi rezultatov triaže upravniki doživljajo boljše usmerjeno in učinkovito uporabo delovne sile in naporov.

EMBRACE pa lahko ponudi rešitev za pomanjkanje kvalitetne nege osebja tudi na ruralnih območjih.

#### *Ovire*

Ovira je razdrobljeno financiranje.

### **NIZOZEMSKA – PROVINCE OF NOORD-BRABANT**

#### **Zorgcirkels (Krogi nege)**

Tukaj skupaj deluje 20 negovalcev, ki omogočajo zelo kakovostno nego in dodatno varnost ponoči in med vikendi za ljudi, ki potrebujejo nego ali pomoč. Imajo klicni center in nočne ekipe, ki ponoči priskrbijo nego za vse meščane na območju, ne glede na to, kateri organizaciji pripadajo. Za telemonitoring in alarmiranje klicnega centra uporabljajo elektronsko opremo, kot so senzorji (za premikanje), stikala za vrata, detektorji prisotnosti v postelji in GPS–oddajniki. Ekipe negovalcev so lahko na pacientovem domu v 20 minutah, brez kakršnih koli večjih stroškov za skupnost. To omogoča starejšim, ki živijo sami, aktivno in neodvisno življenje.

#### *Rezultati*

V letu 2013 je bilo v regiji aktivnih 12 krogov nege, v letu 2014 pa že 26. Projekt je bil predstavljen 4000 ljudem. **Pričakovani prihranki za delo osebja za nočno nego so približno 3 milijone evrov na leto.** Pozitivna stvar krogov je dostopnost osebja v nekaj minutah – to ustvarja več zaupanja, več varnosti in manj stresa za starejše ljudi in družino, pozitivno vpliva na spanec in zato tudi na kvaliteto življenja. Zaradi krogov nege so boljše finančno podprte tudi majhne hiše nege v ruralnih področjih, kar je ključno za kvaliteto življenj ljudi, ki živijo tam. Poleg tega je seveda nega na domu približno petkrat cenejša kot nega v zavodih.

Krogi nege ponujajo tri vidike dodane vrednosti:

- nega je organizirana med različnimi institucijami za nego, delitvami sredstev in pridobitvami,
- tehnična infrastruktura je organizirana kot deljeno orodje za storitve,
- tehnične rešitve so dejansko razvite.

Še ena pomembna dodana vrednost je sodelovanje. Ljudje, ki živijo sami doma, potrebujejo konstantni nadzor in, če se kaj zgodi, takojšnjo podporo. Individualne institucije tega ne morejo organizirati na stroškovno učinkovit način, zato rešitev predstavlja sodelovanje med različnimi akterji.

## *Ovire*

- pomanjkanje povezanosti med tehnološkimi rešitvami, ki jih uporabljajo različne institucije za nego,
- zaradi različnih panog nege so vključene različne finančne spodbude,
- osebje znotraj kroga nege potrebuje dodatno usposabljanje.

## **Slimmer met Zorg (Pametnejši z nego)**

Cilja tega programa sta znižati stroške okoli 300 tisoč ljudem, ki imajo zdravstveno zavarovanje, in ohraniti ali celo povečati pričakovano zdravje populacije s pomočjo zdravstvene uprave. Cilj je tako zmanjšati pričakovane stroške za nego za 2 % na leto. To bi v petih letih zneslo do 15 milijonov evrov prihranka.

Prvi temelj tega programa je poslovni model. Med drugim obsega sodelujoč sestav, analizo stroškov, kvalitete in zdravja, strukturo podatkovne infrastrukture in upravno usklajevanje znotraj in med organizacijami.

Drugi temelj programa je shema sodelovanja, ki temelji na sedmih temah nege in 22 projektih nege. Izvajajo jih pacienti, primarni in sekundarni negovalci ter negovalci na domu s poudarkom na sodelovanju, omogočanju samoupravljanja in lastne odgovornosti (spopadanje z lastnim stanjem), občutka in učinkovitosti ter prilagojene nege.

## *Rezultati*

Obseg: na začetku projekta so pokrili več kot 300 tisoč pacientov, ko pa se je projekt razširil, se je ciljna populacija povečala na več kot 400 tisoč meščanov.

Pozitivna stvar projekta je tudi, da je s povečevanjem pacientove varnosti, okrepitev kvalitete zdravstvene nege in tehnologije za preprečevanje okužb izboljšana zdravstvena oskrba.

Projekt deluje na vseh ravneh in s celotnim enotnim modelom nege, zaradi česar se ustvarja vzdržljiv trg dela.

## Dodana vrednost

Sistematičen način dela ima trojni cilj: zniževanje stroškov, visoko kvalitetno nego in izboljševanje zdravja pacientov.

## **Primeri dobrih praks – telenega in telezdravje**

### **ŠPANIJA – KATALONIJA**

#### **MECASS**

Je model sodelovanja med zdravstveno in socialno nego. Enoten model je osredotočen na paciente in temelji na sodelovanju in nepretrgani negi. Razvili so ga za paciente s kroničnimi boleznimi.

## *Pričakovani rezultati*

5–odstotni upad sprejemov v bolnišnico, ki se jim da izogniti, 15- odstotni upad ponovnih sprejemov v bolnišnico, 25–odstotni upad stroškov, 30–odstotni porast v učinkovitosti virov.

### Dodana vrednost

Od projekta se pričakuje, da bo pripomogel k boljši kvaliteti življenja in boljšim zdravstvenim rezultatom.

Glavne inovacije so:

- javno delujoč model za kronične bolezni pacientov,
- prečne klinične poti skozi različne stopnje zdravstva in globalnega zdravljenja,
- izpopolniti orodje za upravljanje, ki podpira model.

### *Ovire*

- Klinični zadržek (Odsotnost enotnih kliničnih smernic in različnega produkcijskega procesa.)
- Kulturni zadržek (Različne organizacijske stopnje po navadi ne delujejo v sodelovalnih mrežah)
- Tehnološki zadržek (Organizacije delujejo z različnimi medicinskimi registri)

Da bi projekt presegel te zadržke, je ubral strategijo, ki temelji na naslednjih elementih:

- definiranje javno delujočega modela za paciente s kroničnimi obolenji,
- izbira razvoja novih modelov,
- ustvarjanje alternativnih enot za zdravljenje pacienta, namesto tradicionalnih,
- prečne klinične poti skozi različne stopnje zdravstva in globalnega zdravljenja,
- umeščanje potrebnih IKT orodij.

## **ZDRUŽENO KRALJESTVO – WALES**

### **Ageing Well in Wales**

Vladna strategija Walesa za starejše je sprejela celovit pristop k zdravju in dobremu počutju starejših ljudi z vrsto pobud, kot so tiste, ki spodbujajo fizično aktivnost, preprečevanje padcev, kronična stanja, izobraževanje pacientov, kot tudi podpiranje razvoja starejšim prijaznih skupnosti, pobude umetnosti ter povečevanje sodelovanja in zastopanja starejših ljudi na lokalni in nacionalni ravni.

Tretja faza pa se bo osredotočala na:

- ustvarjanje Walesa, kjer je polno zastopstvo na dosegu starejših ljudi,
- razvijanje skupnosti, ki bodo prijazne starejšim, medtem ko zagotavljajo ljudem vire za preživetje,
- zagotavljanje, da bodo prihodnje generacije starejših ljudi dobro opremljene za kasnejše življenje. To naj bi potekalo tako, da jim pomagajo prepoznati spremembe in zahteve, s katerimi se lahko soočijo.

Namen programa je spodbujati pozitiven odnos in da izboljšati počutje ljudi, starih 50 let in več, njihovo zmožnost, da nadaljujejo z delom in učenjem, ter zagotavljati zelo kakovostne storitve in podporo. Nagovarja

socialne, ekonomske in okoljske faktorje, ki vplivajo na zdravje, vključno z dohodkom, nastanitvijo in vseživljenjskim učenjem, kot tudi izboljšanje zdravstva in zdravstvenega varstva. V lokalnih in nacionalnih medijih so o projektu veliko pisali.

Vlada v Walesu je podprla izvedbo tega projekta z 11,9 milijona evrov v zadnjih 10 letih, medtem ko je bil »Vodstveni program za kronična stanja« podprt s 17,5 milijona evrov v 3-letnem obdobju. Še dodatnih 11,7 milijona evrov je bilo vloženih v telenege, dva milijona evrov pa sta bila investirana v »Rural health initiatives«.

### *Rezultati*

Vse lokalne oblasti ponujajo zastoj plavanje za vse, stare 60 let in več, vse imajo tudi Nacionalno shemo vadbe (ponuja vadbeni program za kliente, ki so padli, doživeli kap ali srčni infarkt, ali pri katerih obstaja tveganje za kronično stanje, ki ga lahko izboljšajo z vadbo). V vsakem okrožju imajo nordijsko hojo in tudi Gwanwyn, festival v Walesu, ki praznuje kreativnost v starejših letih. Vsa okrožja ponujajo Izobraževalni program za paciente. Vsa zdravstvena ministrstva sodelujejo v »Falls Collaborative« in so vključena v »Vodstveni program za kronična stanja«. Storitve telenege podpirajo 20 tisoč ljudi. Udeležba pri športnih aktivnostih se je povečala za 5 %. »Vodstveni program za kronična stanja« je pripeljal do 18-odstotnega upada v skupnih dneh v bolnici, kar vodi do 2 milijonov evrov prihranka. Za 11 % se je zmanjšalo število nujnih sprejemov. Večji poudarek na zdravstveni pismenosti in samooskrbi opogumlja paciente, da upravljajo svoje lastno stanje, včasih s pomočjo sestre, kar zmanjšuje potrebo po obiskih pri zdravniku. Starejši imajo več »glasu« s pomočjo svojega dela z lokalnim in nacionalnim vodstvom.

Ključni dejavniki za uspeh so sodelovanje, visoka stopnja podpore, investiranje in vzeti si čas, da vse skupaj postane vgrajeno.

## **NIZOZEMSKA – PROVINCE OF NOORD-BRABANT**

### **Care Site: Collaboration model/toolbox for digital support of informal care**

Je brezplačen virtualni portal, na katerem ljudje, ki želijo urediti neformalno nego zase ali pa za koga drugega, lahko ustvarijo zasebno spletno stran in postanejo lastniki te strani. Vsak, ki želi pomagati, nato dobi dostop do te zasebne strani.

Osredotoča se na neodvisno življenje in aktivno staranje, vpliva pa tudi na zgodnje diagnoze in nego ter zdravljenje. Ljudem pomaga, da ostanejo samostojni in ohranijo svojo vlogo v skupnosti. Prav tako jim pomaga, da se samoorganizirajo in razširijo svoj neformalni sistem podpore.

Portal Care Site je namenjen ljudem, ki se spopadajo s staranjem in z njim povezanimi boleznimi, kot tudi neformalnim negovalcem ljudi s kroničnimi boleznimi (družina, prostovoljci).

S tem, ko na portalu Care Site delijo informacije in probleme, povečujejo komunikacijo z drugimi neformalnimi negovalci ter med formalnimi negovalci in družino. Mesto Helmond je v to pobudo vključilo vse strokovne in prostovoljne organizacije na področju zdravstvene nege in aktivnega staranja in jim priskrbelo usposabljanja za negovalce. Vložek je manj kot pol evra na prebivalca mestne občine. Za pokritje drugih neposrednih stroškov je

mesto Helmond priskrbelo oglaševanje v lokalnih časopisih, oglas na lokalni televiziji, brošuro z informacijami, letake in 20 delavnic in predavanj.

### *Rezultati*

V enem letu in pol, odkar so začeli s portalom je bilo ustvarjenih 465 zasebnih strani z okoli 1850 člani. Pacienti lahko ohranjajo nadzor nad svojimi neformalnimi postopki nege. Prav tako lahko neformalni negovalci in pacienti povečajo število potencialnih pomočnikov in nalog, ki jih ti pomočniki lahko opravijo. Naslednji rezultat portala je, da je deljenje informacij in novosti med pacienti, formalnimi in neformalnimi negovalci precej bolj enostavno in učinkovito. Z nego na domu pa tudi veliko prihranimo (petkrat bolj stroškovno učinkovita). S portalom se izboljša tudi komunikacija med formalnimi negovalci in družino – zdaj vsi dobijo enake informacije, te se lahko delijo ob enakem času in vprašanja lahko postavljajo, ne da bi potrebovali fizično prisotnost formalnega negovalca. Stran je ponudila veliko priložnosti za vso Evropo.

## **ZDRUŽENO KRALJESTVO – ŠKOTSKA**

### **SPARRA – The National Risk Prediction Tool**

Dobra praksa za podpiranje pričakovane nege na Škotskem. Je inovacija, ki omogoča boljšo uporabo lokalnih podatkov, da bi določili ciljne intervencije s pomočjo celotnega zdravstvenega sistema in sistema socialne nege. Pred SPARRA ni bilo nobene sistematične metode, ki bi identificirala tiste, za katere obstaja tveganje za prihodnje nujne sprejeme v bolnišnico, pa tudi zdravstvene in socialne službe niso bile zmožne zanesljivo določiti svoje intervencije. Inovacija bo:

- izvedla in povečala »National Risk Prediction Tool«, da podpre izvedbo pričakovane nege na Škotskem,
- dvignila usvojitev predvidevanja tveganj,
- SPARRA identificira 95 % pacientov, ki bodo nujno sprejeti v bolnišnico v tekočem letu. To pa ponuja priložnost za preventivne posege. V letu 2012 so še izboljšali orodje s tem, da so izboljšali pravočasnost (podatke zdaj posodablajo mesečno s povečanim potencialom za zgodnje posredovanje), in z odlično soodnosnostjo med predvidenim tveganjem in dejanskim rezultatom.

### *Rezultati*

SPARRA pokriva več kot 3 milijone škotske populacije, 100 % GP-praks in 100 % površin Health Board. Omogoča ljudem, da osvojijo pristop »razmišljanja vnaprej« in da imajo z načrtovanjem večji nadzor in izbiro, kakšna bi morala biti njihova prednostna podpora in posredovanje nege.

Načrtovanje pričakovane nege izboljšuje:

- kvaliteto nege, osredotočene na pacienta, dostojanstva, izbire in nadzorstva,
- učinkovite uskladitve in komunikacije med posamezniki, njihovimi družinami in vključenimi strokovnjaki zdravstvene in socialne nege,
- kvaliteto nege na domu, kjer je primerno, ali nege blizu doma,
- varnost uporabe zdravil in zmanjšanje škode pri neprimernih intervencijah.

Naslednji rezultati so tudi:

- 42 % manj sprejemov v bolnišnico,
- 52 % manj dni v bolnici,
- skrajšano bivanje v bolnišnici, iz 11,3 dneva na 9,4 dneva,
- znižani stroški za nenačrtovano hospitalizacijo (nižji za 189.063 evrov),
- neto prihranki (21.647 evrov),
- predvidevanje tveganja nujnih sprejemov je uporabno tudi v vseh sistemih kronične nege.

## ŠPANIJA – VALENCIJA

### Holistic health and social services at home programme

Program enotne nege na domu zagotavlja pacientom neformalne oskrbovalce z obsežno nego na domu, kar je prednost prehoda iz bolnice v domačo oskrbo. Program vključuje veliko storitev za starejše: posebno usposabljanje na domu za paciente in oskrbovalce, da bi omogočili samoupravljanje in povečali spoštovanje do zdravljenja; serijo smernic za pomoč preprečevanja pogostosti padcev; test za zgodnje diagnosticiranje in preprečevanje duševnega zdravja in kognitivnega upadanja; multidisciplinarne integrirane ekipe za nego, ki podpirajo paciente in neformalne oskrbovalce na domu. Storitve vključuje tudi posebno IT–podporo (naprave za nadzor na domu, elektronski dokumenti o zdravju in socialni negi ter mobilna podpora za strokovnjake, ko paciente obiščejo na domu).

Oddelek za zdravje v bolnišnici La Fe ima tri cilje: preoblikovanje izvajanja zdravstvenega varstva, inovacija v upravi za kronična stanja in povečanje uporabe in varnosti IKT.

#### *Rezultati*

- kar se tiče nege na domu, je bilo v zadnjih treh letih zdravljenih okoli 7000 pacientov, ki kažejo 92,7-odstotno zadovoljstvo v letu 2012,
- storitev vključuje posebno usposabljanje na domu za paciente in oskrbovalce, da bi omogočili samoupravljanje in povečali spoštovanje do zdravljenja ter podprli razvoj kompleksnih terapij ali medicinskih postopkov na domu,
- storitev vključuje serijo smernic za pomoč preprečevanja pogostosti padcev,
- vključuje tudi test za zgodnje diagnosticiranje in preprečevanje duševnega zdravja in kognitivnega upadanja,
- storitev prispeva k integraciji nege med primarno nego, akutno nego in socialno nego, ki zagotavljajo stalnost oskrbe za paciente po akutnem dogodku ali z zapletenim stanjem, ki zahteva kronično hospitalizacijo.

Sistem je znižal stroške (*ocena je nekje 154 evrov prihranka na bivanje v bolnišnici*) in tudi bivanje v bolnišnici je za 30 % manjše kot drugje po Španiji. Program je pacientom, ki to resnično potrebujejo, olajšal dostop do virov akutne nege, povišal pa je menjavo pacientov v bolniških posteljah in s tem znižal čakalno listo. Prav tako zagotavlja povezavo med bolnišnico in drugimi ustanovami za nego.

Koristi programa so tudi zagotovile več novih delovnih mest za strokovnjake.

Dodana vrednost v programu: S programom so veliko pridobili, kot na primer odsotnost bolnišničnih infekcij, zmanjšali so depresijo in zmedenost med starejšimi in zmanjšali pojav pretiranih sprejemov v bolnišnico (znanstveni vidik). Izboljšali so se tudi odnosi med pacienti in strokovnjaki, povečali so se ugodje, intimnost in zasebnost pacientov in njihovih sorodnikov. Družina je zdaj bolj vključena v proces nege. Program pa zagotavlja tudi socialno podporo, vključno z lajšanjem dostopa do socialnih virov ali posredovanjem članov družine na zahtevo starejših. Ena od koristi je prav tako promocija izobraževanja na področju zdravja (psihosocialni vidik). Povečala pa se je tudi učinkovitost sistema (ekonomski vidik).

## **Priloga B: Načrt za izvedbo fokusne skupine**

### **1. UVODNI NAGOVOR**

Pozdravljeni!

Sem študentka podiplomskega študija na Fakulteti za družbene vede. Najprej bi se rada še enkrat zahvalila za vašo odločitev, da sodelujete v tej fokusni skupini. Vaše mnenje bo namreč zelo pomembno pri moji magistrski nalogi, saj bom tako lahko lažje ocenila ustreznost podanega predloga programa za uvajanje novih tehnologij na področju aktivnega in neodvisnega staranja. Vedite, da ni pravih ali napačnih odgovorov. Vsako mnenje šteje in je pomembno. Namen je namreč ustvariti sproščen pogovor in slišati mnenje vsakega od vas.

Naj vam na hitro predstavim potek fokusne skupine. Najprej vas bom prosila, da se vsak od vas na kratko predstavi. Nato sledi nekaj bolj splošnih vprašanj glede domov za starejše. Po tem sledi glavni del, kjer se bodo vprašanja nanašala na pomoč na daljavo. Predstavila vam bom še predlog pomoči na daljavo, ki bi se lahko izvajal v Sloveniji, o katerem se bomo na kratko pogovorili. Na koncu se bomo pogovorili še o stvareh, ki bi jih želeli izpostaviti, pa jih v času fokusne skupine nismo.

Vse skupaj bo trajalo približno eno uro, če želite, imamo vmes lahko tudi kratek odmor. Fokusna skupina, v kateri boste sodelovali, bo snemana, z namenom, da bom lažje analizirala vaše ugotovitve. Pogovor bo sneman s snemalno napravo (diktafonom). Vsa vaša mnenja pa bodo ostala zaupna, tudi vaše ime bo ostalo skrito in ne bo pripisano nobenemu komentarju, ki ga boste podali.

Preden začnemo, bi vas prosila, da podpišete obrazec za soglasje snemanja fokusne skupine. Da bo pogovor bolj zagotovo stekel, pa bi vam rada naštel še nekaj osnovnih pravil:

1. Govori ena oseba naenkrat.
2. Prosim, izogibajte se stranskih pogovorov med seboj.
3. Naj vam ne bo nerodno vprašati, če imate kakršnokoli vprašanje ali vam kaj ni jasno.
4. Ni treba vsakemu odgovoriti na vsako vprašanje, vendar bi od vseh želeli slišati vsaj kakšno mnenje.

### **2. UVODNA PREDSTAVITEV UDELEŽENCEV**

Namen uvodnega dela je, da se udeleženci predstavijo in sprostijo. Postavimo jim nekaj opornih vprašanj, s katerimi začnemo diskusijo.



- 1) Kako vam je ime?
- 2) Koliko ste stari?
- 3) Koliko časa ste upokojeni (če ste)?
- 4) Od kod prihajate?
- 5) Koliko članov šteje vaše gospodinjstvo?
- 6) Kaj počnete v prostem času?
- 7) Ali pogosto obiskujete dnevni center aktivnosti? *[za udeležence iz DCA]*

### 3. PREHODNA VPRAŠANJA

V začetnem delu udeležencem postavimo nekaj vprašanj glede uporabe IKT in domov za starejše.

- 8) Ali uporabljate računalnik? Kako pogosto?
- 9) Ali uporabljate internet? Kako pogosto?
- 10) Ali uporabljate mobilni telefon?
- 11) Za kakšne namene uporabljate mobitel (klice, SMS-e, internet, radio, budilka itd.)?
- 12) Kaj menite o domovih za starejše?
  - a. Kaj menite o čakalnih dobah za vstop v domove za starejše?
  - b. Kaj pa menite o cenah za bivanje v domovih za starejše?
- 13) Bi radi živeli doma, kolikor dolgo bo to mogoče, ali bi radi šli že prej v dom za starejše?
  - a. Kaj menite o tem, da bi šli v dom za starejše samo zaradi družbe? Ali bi raje ostali doma?
  - b. Kaj menite o tem, da bi šli v dom za starejše, če bi bilo to potrebno, se pravi, ne bi zmogli samo opravljati osnovnih opravil? Ali bi raje ostali doma (z neformalno/formalno pomočjo na domu)?
  - c. Kaj menite o tem, da bi šli v dom za starejše, če bi bili bolni? Ali bi raje ostali doma (z neformalno/formalno pomočjo na domu)?
  - d. Kaj menite, da bi šli v dom za starejše, če ne bi imeli nobenega družinskega člana, ki bi vam lahko pomagal? Ali bi raje ostali doma (s formalno pomočjo na domu)?

### 4. OSREDNJI DEL DISKUSIJE

V osrednjem delu fokusne skupine se z udeleženci pogovarjamo o pomoči na daljavo. Udeležence povprašamo, kako so oni seznanjeni s tem pojmom itd. Še pred tem jih vprašamo, ali imajo sami kak predlog, kako bi si olajšali življenje doma v starosti. V nadaljevanju jim predstavimo svoj predlog dobre prakse, ki vključuje pripomočke za pomoč na daljavo, in skušamo spodbuditi razpravo med udeleženci, ali jim je bil predlog všeč, kaj bi taki pripomočki pomenili zanje, ali sami predlagajo kakšno bolj primerno spremembo.

- 14) Če bi ostali doma, kako bi si po vašem mnenju olajšali življenje, tako da bi kar najbolj ohranili

**neodvisnost in samostojnost?**

**15) Ste že slišali za telenego?**

**16) Kaj si predstavljate, da bi telenega lahko bila?** *[Nazadnje jim laično razložimo, kaj to je.]*

**17) Ste že slišali za detektor prisotnosti v postelji? Za detektor dima, požara, izliva vode, plina? Za detektor padcev? Za pohodno blazino?**

**18) Kaj si predstavljate, da bi lahko bil detektor prisotnosti v postelji? Detektor dima, požar, izliva vode, plina? Pohodna blazina?** *[Nazadnje za vsako stvar posebej razložimo, kako deluje.]*

**19) Ali menite, da so te storitve oziroma pripomočki dovolj jasno predstavljeni v Sloveniji? So ljudje o tem dovolj informirani?**

Udeležencem predstavimo predlog dobre prakse in na računalniku pokažemo fotografije pripomočkov za pomoč na daljavo, ki jih predlog vključuje.

**20) Kaj pa menite o tem predlogu?** *[Predstavimo jim svoj predlog dobre prakse, ki vključuje detektor prisotnosti v postelji, detektor dima, požara, izliva vode, plina, detektor padcev in pohodno blazino.]*

**21) Kako bi se počutili, če bi imeli doma take pripomočke?**

**22) Za koga bi želeli, da bi imel dostop do alarmnih signalov prek senzorjev? Od koga bi si želeli pomoč?**

**23)** *[Če bi šel kdo raje v dom za starejše kot ostal doma – vprašanje 13.]* **Ali bi, če bi imeli doma te pripomočke, še vedno šli raje v dom za starejše?**

**24) Se vam zdi, da bi se vam kvaliteta življenja z uporabo teh pripomočkov povečala?**

**25) Bi se vam zdeli ti senzorji oziroma detektorji kot nekakšen vdor v zasebnost ali mislite, da so le zaželen pripomoček za bolj kakovostno življenje?**

**26) Koliko bi bili pripravljeni sami sofinancirati take pripomočke?**

**27) Kaj bi predlagali, da bi postale take storitve ljudem bolj znane?**

**28) Ali bi želeli vključiti še kakšno drugo storitev oziroma pripomoček za pomoč na daljavo?**

## **5. ZAKLJUČNI DEL**

Zaključni del je namenjen pogovoru o temah, ki jih med fokusno skupino nismo omenili, pa bi jih udeleženci želeli izpostaviti.

~ ~ ~

**29) Je še kaj takega (o tej temi), česar danes nismo omenili, pa se vam zdi pomembno in bi še želeli dodati?**

## Priloga C: Obrazec za soglasje snemanja fokusne skupine

### Obrazec za soglasje snemanja fokusne skupine

**Hvala vam za sodelovanje pri fokusni skupini za magistrsko nalogo.**

Fokusna skupina, v kateri boste sodelovali, bo snemana z namenom nadaljnje statistične analize. Pogovor bo sneman s snemalno napravo (diktafonom).

Raziskava poteka v sklopu magistrske naloge, ki jo izvajam na Fakulteti za družbene vede.

Prosimo, preberite spodnjo izjavo in se podpišite na označeno mesto.

-----  
Razumem, da bo fokusna skupina, v kateri bom sodeloval/-a – snemana. Fakulteti za družbene vede dovoljujem uporabo posnetkov **izključno** v namen magistrske naloge.

Ime in priimek: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_

## Priloga Č: Transkript fokusne skupine

**Moderator: Mi lahko najprej poveste, koliko ste stari? Če gremo kar po vrsti.**

Udeleženka 1 (ženska, 66 let): Ja, jaz sem Tatjana. 67 let sem stara. Bom, no, letos (smeh). Kaj še?

**Moderator: Kar po vrsti naprej.**

Udeleženka 2 (ženska, 70 let): 70.

Udeleženka 3 (ženska, 69 let): 69.

Udeleženka 4 (ženska, 63 let): Marija, 69.

Udeleženka 3 : Ja, kako pa Irena ve? Ne vem. (smeh)

Udeleženec 6 (moški, 68 let): Jaz sem 68.

Udeleženka 4: Štefan, kok si ti?

Udeleženec 6: Sem že povedu.

(smeh)

Udeleženka 4: Irena, 63.

Udeleženka 5 (ženska, 74 let): Pa Katarina bo pa 75 čez 3 mesce.

**Moderator: Koliko časa ste že upokojeni?**

Udeleženka 1: Od ... 10, 11 let.

Udeleženka 2: Da zračunam.

(smeh)

Udeleženka 4: Tina, ne veš?

Udeleženka 2: Amm ... 18 let.

Udeleženec 6: Meni 17 let.

Udeleženka 4: Že.

Udeleženka 2: Ja, stečaj pa take.

Udeleženka 3: 5 let.

Udeleženka 4: Irena 2 pa pol.

Udeleženka 5: 25.

(smeh)

Udeleženka 4: Zmagovalka.

Udeleženka 1: Zmagovalka.

**Moderator: Od kod prihajate?**

Udeleženka 1: Iz Ljubljane.

Udeleženka 2: Iz Ljubljane.

Udeleženka 3: Tudi.

Udeleženka 4: Vsi verjetno.

**Moderator: Vsi ste iz Ljubljane.**

Udeleženka 4: Ja. Rojeni ne, ampak živimo v Ljubljani.

**Moderator: Koliko članov šteje vaše gospodinjstvo?**

Udeleženka 1: 2.

Udeleženka 2: 1.

Udeleženka 3: 1.

Udeleženec 6: 2.

Udeleženka 4: 2.

Udeleženka 5: 1.

Udeleženec 6: Se opravičujem, to je trenutno ne?

**Moderator: Ja.**

Udeleženec 6: Če so se otroci odselil.

**Moderator: Ne, zdele ja. Am, kaj počnete v prostem času?**

Udeleženka 1: Telovadmo in se rekreiramo. (smeh)

Udeleženka 4: Tina.

Udeleženka 2: Sprehodi, telovadba, kšni krožki tut tukej. Angleščina na primer.

Udeleženka 4: Marija.

Udeleženka 3: Telovadba, hoja, tek.

Udeleženec 6: Vrtičkarstvo.

Udeleženka 3: U, bravo.

Udeleženec 6: Potem, kaj je tle, telovadba ... Namizni tenis.

Udeleženka 1: Rekreacija. Skrajšaj to, k to ni zdej za živo glavo, to je anketa.

Udeleženec 6: Pa tale no, tečajji razno razni, angleščina, nemščina. Dost je.

Udeleženka 4: Irena tut jezikovni tečaji trije. Telovadba, pilates. Aa .. Sprehodi zlo mal, no. Čeprov mam moža sprehajalca (smeh). Čak pol, velik berm, aaa ..., se dobivam s svojimi nekdanjimi sodelavci občasno. Hodm v teater, hodm v kino, recimo ta Kinodvor, ta srečanja ob kavi. Kva še ... Koncerti tut, zanč ... Ubistvu hodm tut na koncerte klasične in druge glasbe. Ampak zmeri mn, ker je vse to postalo mal predrago. Katarina, nastopaš.

Udeleženka 5: Kaj bi jst povedala, jst mam pa tole telovadbo, to mi je taglavno. Potem mam pa velik sprehodov, potem mam druženja z mojimi sestrami, potem rešujem križanke, na balkonu vzgajam rožice, pa tko.

Udeleženka 4: A maš kkšnga papagaja, psa? (smeh)

Udeleženka 5: Ne, zdej pa nč več, mel pa smo včasih.

**Moderator: Ali pogosto obiskujete dnevni center aktivnosti?**

Udeleženka 4: Vsak dan.

Udeleženka 5: Vsak dan.

Udeleženka 1: Vsi, k smo tuki, vsak dan.

Udeleženec 6: Ja, jst razn srede ne.

**Moderator: Ok. Zdaj pa me zanima, ali uporabljate računalnik, in če ga, kako pogosto?**

Udeleženka 1: Ja, enkrat al pa dvakrat na teden mogoče.

Udeleženka 2: Ne.

Udeleženka 3: Zelo malo.

Udeleženec 6: Dvakrat na teden.

Udeleženka 4: Vsak dan.

Udeleženka 5: Jst pa pojma nimam o računalniku.

(smeh)

Udeleženka 5: Še telefon komi obvladujem. (smeh) K se nočem več učit, k mi izpuhti iz glave.

**Moderator: Tisti, ki uporabljate računalnik ali uporabljate internet, in če ja, kako pogosto?**

Udeleženka 1: Ja, seveda. Brez interneta sploh nimam kej delat na računalniku.

**Moderator: Kaj pa ostali?**

Udeleženec 6: Seveda. Vsi enako.

Udeleženka 4: Ja, ja. Jst vsak dan.

**Moderator: Ali uporabljate mobilni telefon?**

Udeleženka 4: Ja, vsi.

Udeleženka 1: Vsi.

**Moderator: Za kakšne namene pa uporabljate mobitel? Je to bolj za klice, SMS-e, internet, radio, budilka?**

Udeleženka 1: Za nujna sporočila, nobenega klepetanja, ker je predrago.

(smeh)

Udeleženka 3: Jst pa klepetanje.

Udeleženka 4: Ne vem, a kdo internet uporablja, jst ga ne. Na telefonu ne. Za klice, SMS-e.

Udeleženka 2: Klice.

Udeleženka 5: Samo nujna obvestila.

**Moderator: Zdej me pa zanima, kaj menite o domovih za starejše?**

Udeleženka 1: Da so predragi, da jst ga že ne bom vidla, kar se mene tiče.

Udeleženka 4: Ja, zelo se strinjam, da so predragi. Jst mam izkušnjo, dolgoletno, z mam, k so jo mel ... K je mela alzheimerjevo bolezen in smo jo mel potem nazadnje v domu, ko nismo mogli več sami oskrbet ... A verjetno je pa dons drugač, ker to je zdej že leta 2004 umrla, se pravi, da je 10 let od tega. Kolkr vidm po medijih in preberem, so zdej domovi tut zlo, am ..., kuko bi rekla, kapitalistično usmerjeni, ne, se prav, velik stvari ponujajo, če seveda doplačaš, ne. Če si to lahko prvoščš, če si recimo lahko sam v sobi, če maš možnost, da te tm maserajo, crkljajo, kuhajo, nosjo, je v redu, ne. Tko, kot je blo nekoč, pa da je vsak mel možnost it v dom, če ni imel družine, ki bi skrbela lahko zanj, tega pa dons ni več.

Udeleženec 6: Kaj to pomen, da moramo it nazaj na tisti sistem?

Udeleženka 4: Ne.

Udeleženec 6: Zakaj pa ne? Če je bil boljši.

(smeh)

Udeleženec 6: Ja, no, čakte mal, pol pa ne govort tako. Takrat je blo boljš kot danes in tako moramo rečt. Ker danes samo denar in kapital iščejo.

Udeleženka 1: Včas je bla pa oskrba slaba. Tko da včasih se je rekl temu hiralnice.

Udeleženec 6: Ni res.

Udeleženka 4: Ne, ni tko.

Udeleženec 6: Jst pravm, če bi bili državni pa dotacije, da bi dala država, bi bili cenejši, za to gre. Dans je pa privatno in oni kasirajo. Če loh plačaš, plačaj, če ne, pa ne.

Udeleženka 4: Moja mama je bla na Bokalcih, ki so nižja kategorija bli, ne, domov, ker pač je morala met celodnevno oskrbo, in morm rečt, da so se zelo trudile tele strežnice. Ampak so morale ne sam za ljudi skrbet, so morale tut okna pucat, plenice, k mati moja je mela plenice, so ble dovoljene samo trikrat na dan menjava, ker se je povsod šparal.

Udeleženec 6: Sej se tut danes. Sej to pravim, samo trikrat.

Udeleženka 4: In pač mi smo jih kupval pa nosil in so jo lepo oskrbele ane. Sam pol k je obležala ... Premal jih je blo, no. Je lepo mela mama napisan nad postlo, da na dve uri jo morjo obračat z boka na bok, ampak kljub temu je pršlo do teh dekubitusov in tko. Je pa res, da smo bli mi trije otroc in vsak dan je bil en gor, tko da so se čutile nadzorovane, ane. Tisti nesrečni starčki, k pa niso mel rednih obiskov, pa ne vem, kako so bli oskrbovani.

Udeleženka 2: Sigurno niso bli tko.

Udeleženka 4: Ker še pr naš mam se je poznal ane, da ne morjo glih na dve ure, k to sta dva človeka, da jo obrnejo, ane.

Udeleženec 6: Če ste brala o tisti ptujski direktorici ...

Udeleženka 1: Sej pravm, tole zdej je šlo že mal, ne vem, no. Iz konteksta.

Udeleženka 4: Naslednje vprašanje.

#### **Moderatorka: Bi še kdo kaj dodal?**

Udeleženka 5: Jst se kr dost zanimam za tele domove. Morm rečt, da mam tut v par domovih že vložene vloge, ampak dokler bom jst lahko sama za sebe skrbela, ne bi šla v dom. Ker to se mi pa tko zdi, k sm šla ene parkrat gledat, kako je tam, tko k da bi me v eno kletko notr zapru. In ...

Udeleženka 1: S tem se je treba sprijaznt. Si rečeš, takrat, k ne morem več, kaj pa nej naredim ....

Udeleženka 5: Pa tut cene so take.

Udeleženka 1: Obračal te ne bojo, če ti bojo dvakrat na dan zamenjal, boš vesela, tko da.

Udeleženka 5: Ko bo nujno, bom šla.

Udeleženka 1: Na tem smo vsi.

Udeleženka 4: Obstajajo zdej tako imenovana varovana stanovanja. Vse na to temo preberem.

Udeleženka 1: Dobr je, ampak to je vse denar.

Udeleženka 4: Seveda.



Udeleženka 1: Dejmo tle nehat debatirat.

Udeleženka 4: Oni pač trdijo, da če ti svoje stanovanje prodaš, recimo, jst mam trisobno, če bi šla z možem potem v varovano stanovanje, ko bova obnemogla, da ne bova ...

Udeleženka 1: Bosta pač na boljšem kot ostali.

Udeleženka 4: Ja, ampak ne verjamem, res ne verjamem, da bom dobila za ceno starga trosobnega tm eno garsonjero al kuga majo ne. Mislm, predrago je, ne, ideja je pa super. To, k bereš, kaj vse ponujajo, pa zdej skos dobivamo ponudbe.

Udeleženka 1: Sej to je samo za tiste, k majo imetje.

Udeleženka 4: Pa žal nimamo denarja. Tko, da so kkšne druge oblike, če mate vi tamladi kkšne ideje.

Udeleženka 1: No, da slišmo, kaj majo.

(smeh)

Udeleženka 2: Varovano stanovanje je za tistega, k je pokreten.

Udeleženec 6: Mhm. Nč družga, ja.

**Moderator: Kaj pa menite o čakalnih dobah za vstop v domove za starejše?**

Udeleženka 4: To bo pa Katarina povedala.

Udeleženka 1: Ne vem, mislm, da ni realne slike, ker je več ljudi, tko, k je Tina rekla, iz svoje izkušnje vem od mame, da jih majo po štiri, pet domovih prijave, in potem oni rečejo: tisoč petsto al pa pet tisoč jih čaka; ubistvu jih 1000 čaka al pa mogoče 1200.

Udeleženec 6: Seveda, da majo prijave v več domovih, ker se tok čaka povsod.

Udeleženka 5: Če je nujni primer.

Udeleženka 1: Če je nujni, pa vsi dobijo.

Udeleženka 5: Ja, jst sm dobila že ponudbo iz Grosupljega, ker sm se taprvo tam zanimala, ampak k sm šla gledat, jst sm bla v stresu, k sm šla od tam.

Udeleženec 1: Zakaj, če smem vprašat?

Udeleženka 5: Zato, k so me dal v eno tako zanikrno sobo, taka mejhna je bla, pa še ena gospa je bla boga, taka vsa dementna, in ne bi mogla.

Udeleženka 1: Tko pač je, to je dejstvo, to se je treba sprijaznt s tem.

Udeleženka 5: Mene se je to tko dotaknil.

Udeleženka 1: Vem, ampak je treba zdej že razmišljat o tem, da en dan tko bo.

Udeleženka 5: Cel dan sem jokala.

Udeleženka 1: Vem, sam ne smeš to, ne smeš se prepustit čustvom.

Udeleženec 6: Ja, potem pa spet samo denar ...Da boste sama v sobi, ne. Ampak je spet samo denar.

Udeleženka 5: Taka sem.

Udeleženka 1: Vem, sam se morš zdej utrdit.

Udeleženka 5: Moja čustva so tko močna.

Udeleženka 1: Utrdit se morš do takrat, da boš sposobna sprejet dejstvo, da je to tko.

Udeleženka 4: Mislm, da lahko rečem za vse ženske tuki, gospoda ne poznam, da se trudmo, da skrbimo za svoje zdravje, z redno telovadbo, vsakodnevno.

Udeleženka 3: Tako, tako.

Udeleženka 4: Da bomo čim dlje vitalne, lahko skrbele zase, in hodmo tut k raznim tečajem, da zaposlimo možgane.

Udeleženka 1: Tako.

Udeleženka 5: (jok)

Udeleženka 1: Tako in samo upamo, da bomo enkrat lahko mirno zaspal.

Udeleženka 4: Gospa, sej naute še šla.

Udeleženka 1: Ne, sej to ni nč hudga, to je samo čustvo, izbruh, ki je zelo dobrodošel.

Udeleženka 4: Kr razjokej se.

Udeleženka 1: Kr zajokej se, ja.

Udeleženec 6: Gospa ne živi v sedanjem času, očitno.

Udeleženka 1: A veš, to je sprostitev, to je v redu, kr zjokaj se, zjokaj se. Iz sebe more dat to ven.

Udeleženka 4: Nč nej ti ne bo nerodno, to je popolnoma normalno.

Udeleženka 1: Jst sm se tut tko zjokala, k sm z mamó pršla, je blo isto tko.

Udeleženec 6: Sej je Godnič po televiziji rekel, da je njegova mama tam v dreku, ko uno preoblačjo, dobesedno.

Udeleženka 1: Tako, tako. In pol uno zravn preoblačjo, smrdi notr, odpirajo okna, zato k se bojijo vsi zraka, vsi se bojijo prepaha. Grozljivka.

Udeleženka 4: Vedno, ne vem, če ste bli na Bokalcih, to sta dve stavbi, ena je starejša, ena novejša, v novejši je mal boljš pa tut sobe za dva in podobno, pač moja mama je bla v sobi za štiri, pet ljudi in kadar sem v avlo stopila je bil večno tist vonj.

Udeleženka 1: Vonj je, k stopš skoz vrata, je vonj.

Udeleženka 4: Mešanica pražene čebule, golažev, ne vem česa.

Udeleženka 1: Urina in vsega ostalga.

Udeleženka 4: Groza, mene je ta vonj tko odbijal. To je glavno verjetno, kar te šokira, vonj.

Udeleženka 5: Ja, tut, pa sanitarije niso tko, k bi mogle bit, mene to zelo odbija, če niso urejene. Tut na kliničnem centru pogledjte vi, kakšne sanitarije majo, da si se bal notr stopt.

Udeleženec 6: Jst pojem v pevskem zboru in nastopam po teh domovih.

Udeleženka 5: Za osebje majo vse obnovljeno, ampak za paciente je pa katastrofalno.

Udeleženec 6: Pejmo naprej. Nima smisla.

Udeleženka 5: V domu starejših pa tut, to, k sm jst vidla.

Udeleženka 4: Prav gospod, da je po vseh domovih bil, ker poje.

Udeleženec 6: V vseh domovih sem bil. Pa me vprašte za ker kol dom, pa bom vse povedal.

Udeleženka 5: Edin na Fužinah sem bla nazadnje, tm je pa še kr v redu, tam ne smrdi.

Udeleženec 6: In na Fužinah sem bil in tam na Barjanski cesti.

Udeleženka 4: Kaj pa v Trziču, a ste bli dom Petra Uzeja v Trziču?

Udeleženec 6: Ah, čakte mal, to pa ne. V Ljubljani.

Udeleženka 1: Bomo mel pol debato, pejmo naprej.

Udeleženec 6: Pejmo naprej, ja.

**Moderatorka: Zanima me, ali bi rajši živeli doma, kolikor dolgo bo to mogoče, ali bi šli rajši že prej v dom za ostarele?**

Udeleženka 1: Vsi bi bili doma, kokr se bo dal.

Udeleženka 3: Doma.

Udeleženka 2: Doma, dokler se bo dal.

**Moderatorka: Kaj pa menite o tem, da bi šli v dom za starejše samo zaradi družbe ali bi raje ostali doma?**

Udeleženka 1: Ja, če bi bli drugačni domovi, bi šla jst takoj zarad družbe.

Udeleženka 3: Če bi zdle sodelovala v anketi bi rekla: jst grem za družbo tja. Če bi bili v boljšem stanju, seveda.

Udeleženka 1: Tako, samo, če so, če bi bli drugačni. Če bi bli ločeni oddelki.

Udeleženka 3: Tm se majo fajn, dedki mrazi so, žurka je, otroci pridejo, živali ti prpelejo. Doma si sam.

Udeleženka 2: Če si pokreten, kakšno družbo dobiš, pol te pridejo obiskat.

Udeleženka 1: No, to je drugo.

Udeleženka 5: Odvisno, kakšno družbo dobiš.

Udeleženka 4: Men bi bil to zadnji razlog, ker jst sm zbirčna in si jo najdem.

Udeleženka 3: To bi šla večina, če bi bli domovi drugač organizirani.

Udeleženka 2: Vidš, ampak ko boš prisiljena bit z nekom v eni sobi, boš morala pa to sprejet.

Udeleženka 1: Takrat ti bo pa težje, ne.

Udeleženka 4: Bom trpela k božji vrag.

Udeleženka 1: Če bi šla pa že zdej, tko, Katarina, v en tak dom, da bi že zdej mela eno družbo normalno, ne pa tko eno bogo tm na pojstli, ne, s katero bi se lahko pogovarjala, pa bi vn šli pa televizijo gledal, da se pripravi človek na to, da bo hiral in shiral nekako. Če bi bla možnost drugačni domovi, jst mislm, da bi večina ljudi šla prej. Otrokom bi pustil stanovanja, prodali bi stanovanja, jih zamenjali za kej družga.

Udeleženka 4: Jst, če se bo le dal, bom delala na varovanem stanovanju.

Udeleženka 2: Če si pokreten, lahko ... Se maš fajn, če ne pa ne.

Udeleženka 1: No, to je drugo. Samo varovano stanovanje se mi zdi, da je dražji, kot bi bil lahko dom.

Udeleženka 4: Seveda je.

Udeleženka 1: Ki bi bil lahko vzdrževan drugač in cena bi bla drugačna.

Udeleženka 4: Jst bi mogla to gajbo, k jo mam zdej, prodat pa ...

Udeleženka 1: To je vseen, kaj bi kdo naredu, dejstvo je, da niso domovi prirejani tem.

**Moderator: Kaj pa menite o tem, da bi šli v dom za starejše, če bi bilo to potrebno? Se pravi, da ne bi sami zmogli opravljati osnovnih opravil. Ali bi raje ostali doma in imeli kakšno pomoč sorodnikov ali pa formalno pomoč? Ali bi šli raje v dom za starejše?**

Udeleženka 1: Sorodniki.

Udeleženka 4: Ja jst bi bla za to drugo z asistentom.

Udeleženka 5: Jaz tudi.

Udeleženka 2: Ja, jaz tudi.

Udeleženka 3: Dokler je mogoče, doma.

Udeleženka 4: Doma, pa da je asistenca, ne.

Udeleženec 6: Vsi smo pravzaprav za to, da bi čim dlje doma bli.

Udeleženka 1: Ja, samo to je spet odvisno, kolk maš penzije, ane, ker asistenca ni zastonj.

Udeleženka 3: Ja, ker otroc majo svoje službe pa svoje otroke.

Udeleženka 4: Posluši, pomoč, asistenca, ne.

Udeleženka 1: Vem, ampak to je spet obveznost za nekoga.

Udeleženka 4: Je rekla ali ne.

Udeleženka 2: Če bi.

Udeleženka 4: Kaj bi rajš.

Udeleženec 6: Kaj bi rajš, ja.

**Moderatorka: Kaj pa menite o tem, da bi šli v dom za starejše, če bi bili bolni? Ali bi raje ostali doma in imeli kakšno formalno pomoč al pa sorodnike?**

Udeleženka 4: Jst to drugo.

Udeleženec 6: Jst tudi drugo.

Udeleženka 1: Ja, formalno, ja.

Udeleženka 2: Formalno.

Udeleženka 1: Vsi bi to, ja.

Udeleženka 4: Ker v domu v resnici medicinske pomoči ni, čeprav majo uradno neke medicinske bratce pa negovalke. Obiski zdravnikov so zelo redki in samo v nujnih primerih, tko da. Ne morš pričakvt, da boš dobil v domu večjo nego, v smislu zdravstvene nege.

Udeleženka 1: Ja kokr kkšn. V Logatcu majo svojga zdravnika.

**Moderatorka: Kaj pa menite o tem, da bi šli v dom za starejše, če bi potrebovali kakršno koli pomoč, pa ne bi imeli nobenega družinskega člana, da bi vam pomagal? Ali bi raje ostali doma in imeli kakšno formalno pomoč?**

Udeleženka 4: Kaj je zate formalna pomoč?

**Moderatorka: Nega na domu, da ti kdo pomaga, da gre namesto tebe v trgovino npr.**

Udeleženec 6: Da pride vsake tolik časa, ja.

Udeleženka 1: Kot ena potovalna sestra?

**Moderatorka: Ali ti kej pospravi.**

Udeleženka 1: Aja, tko, v tem smislu. Ne vem, jst bi rajš šla v dom.

Udeleženka 4: Če me ne bi alzheimer užgal, pol bi mi blo popolnoma vseeno. (smeh) In bi loh tut v kkšnem domu obležala k dila, tko da. To vprašanje je zlo ...

Udeleženka 1: Mislm, da bi večina šla rajš v dom.

Udeleženka 4: Če govorimo samo o fizični inhibiciji, potem bi ostala rajš doma. Če bi me pa alzheimer pobiru, pol bi mi blo pa itak vseeno.

Udeleženka 1: No, pa tut tko, jst mislm, da večina starejših, odvisno od ljudi, ampak, težji sprejmeš nove ljudi, da ti hodjo vsak dan drug v stanovanje, ne vem, tko bi jst rekla.

Udeleženka 2: A, ko si sam?

Udeleženka 1: Ja, ko si sam enkrat in nemočen, se mi zdi, da bi rajši bla v domu, da se z eno lahko pogovoriš, kokr da bi vsak dan hodile ene ženske.

Udeleženka 3: Tako, tako.

Udeleženka 4: Ja, ko pridejo te dementne težave, maš občutek, da ti kradejo, da ti en hoče ne vem, kaj, se zaklepaš po dvajsetkrat pa take neumnosti.

Udeleženka 2: Ja odvisno tut, kdo pride ne, kako ga sprejmeš.

**Moderatorka: Če bi ostali doma, kako bi si po vašem mnenju olajšali življenje tako, da bi kar najbolj ohranili neodvisnost in samostojnost?**

Udeleženka 4: To počnemo.

Udeleženka 1: A to je zdej, če bi ostal doma, če bi bli nemočni, v tem smislu? Če bi bli že nemočni, da ne bi mogl vn hodt. K zdej, dokler loh vn hodiš ...

**Moderatorka: Če bi kakršne koli pripomočke predlagali, da bi lažje živel sami, brez pomoči drugih?**

Udeleženka 1: Aja.

**Moderatorka: Če mate kkšn predlog.**

Udeleženec 6: Aja.

(razmišljajo)

Udeleženka 1: Kakšne to, ne vem, ne razumem čisto točno, kakšni pripomočki bi to bili?

Udeleženka 4: Jst tut ne.

Udeleženka 5: Vprašanje, kakšne motnje maš.

Udeleženka 3: A maš gibalne, ne ...

Udeleženka 4: Al maš gibalne (smeh).

Udeleženka 1: A maš alzheimerja, ja.

Udeleženka 4: A maš frontalne al maš gibalne (smeh).

Udeleženka 1: Če si dementen, ti ne pomaga nič.

**Moderatorka: Čist tko na splošno, če vam pride kej na misel.**

Udeleženka 1: Tisti k mamo izkušnje z dementnimi, jst mam tut, ne pomaga nč. Ker človek ne more funkcionirat sam.

**Moderatorka: Ima še kdo kakšen predlog mogoče?**

Udeleženka 4: Recimo, moja mama, mi smo mel varuško dopoldan za mamu, ne, ker je bla izjemno nemirna, in s to varuško sta hodile k prtegnene po 10, 20 kilometrov na dan. Sta prehodile vse tlele po petnajstkrat in pele. Tko da moja mama je mela neverjetno fizično kondicijo, ampak je bolezen napredovala in na konc je bla reva boga že tko mejhna, da smo jo mel k dojenčka, obnemogla, fizično, čist tko mišice pač atrofija, srce je mela pa močno in ni in ni mogla umret. Umrla je pr 94, z odprtimi ranami tlele, in vsi smo ji prigovarjal: mama, pojdi, popusti. Ne, srce je blo zdravo, čvrsto pr 94. Od te silne hoje.

Udeleženec 6: Ja, sigurno, da je mela kondicijo.

**Moderatorka: Je kdo od vas že kdaj slišal za telenego?**

Udeleženec 6: Ne.

Udeleženka 4: Ne.

Udeleženka 1: Ne.

**Moderatorka: Kaj pa si predstavljate, da bi telenega lahko bila?**

Udeleženka 4: Nč kej dobrga (smeh).

Udeleženka 1: Kontakt z nekom.

Udeleženka 4: Na daljavo neki, ne, to je nega na daljavo.

Udeleženka 1: Ja, na daljavo.

Udeleženka 4: Ka pa je to lahko, na daljavo nega?

Udeleženec 6: Da ti svetuje, mogoče. Sam, kaj, pol pa moraš bit fizično sposoben ... pa razumet.

Udeleženka 4: Pol morš pa sam nardit (smeh).

Udeleženec 6: To je mal težko za starejše.

Udeleženka 1: Ker knof prtisnt.

Udeleženka 4: Kaj pa ti razumeš pod telenego?

**Moderatorka: Lahko vam povem, da je to pomoč na daljavo, kot je že gospa ugotovila.**

Udeleženec 6: Seveda, ja.

Udeleženka 4: Kako pa loh na daljavo pomagaš razen z besedo?

Udeleženec 6: Ne, z nasvetom, nič drugega, ja.

Udeleženka 2: Sej včas tut z besedo lahko.

**Moderatorka: Bomo kmalu prišli do tega. Zdej me zanima, če ste že kdaj slišali za detektor prisotnosti v postelji?**

Udeleženka 1: A to je tist rdeč gumb, k maš okol vratu, to ni to?

Udeleženka 4: Pojma nimam.

Udeleženka 5: Jst nism.

Udeleženka 3: Ne.

**Moderatorka: Ste že slišali za detektor dima?**

Udeleženka 4: To pa ja.

Udeleženka 2: Ja.

Udeleženec 6: Ja.

Udeleženka 5: To je to, k majo po bolnicah?

Udeleženka 1: Če gori, ne?

Udeleženka 2: Po hotelih tut?

Udeleženka 5: Če zaznava dim? Pa potem sproži alarm. A je to to?



Udeleženka 4: Ja, ja.

**Moderatorka: Ste že slišali za detektor požara?**

Udeleženka 1: Tudi.

Udeleženka 2: Tudi, ja.

Udeleženec 6: Mhm.

Udeleženka 4: Sej to je podobno.

Udeleženka 3: To je to.

**Moderatorka: Je podobno, ampak ni isto. Pa za detektor izliva vode?**

Udeleženka 4: Ne.

Udeleženka 1: Nism slišala, ampak bi blo tut pametno, ja.

Udeleženka 5: Jst sm mela dvakrat poplavo, tuki v garsonjeri. (smeh)

Udeleženka 1: Nimaš detektorja. (smeh)

Udeleženka 5: Jooj. (smeh)

Udeleženec 6: Pomivalni stroji pa majo. Napravo, da, recimo, ustavi vodo. Da ne zalije, ja, ja, mi mam pomivalni stroj.

Udeleženka 4: Aja, v kuhni.

Udeleženec 6: Seveda, da ti ne zalije. Vprašanje, če je to, recimo, nekaj podobnega.

Udeleženka 1: Če radiator poč.

Udeleženec 6: Ne, ne, tist pa ne.

Udeleženka 5: Men je iz radiatorja vn vrgl tisto dihtngo in je vroča voda z vso močjo tekla. Pa še sobota je bla.

Udeleženec 6: Ne, tist pa ni.

**Moderatorka: Ste že slišali za detektor plina?**

Udeleženec 6: Detektor plina? Ja, to jst mam.

Udeleženka 4: Če mate peč tako.

Udeleženec 6: Nimam peč. Mam štedilnik, navaden.

**Moderatorka: Drugi ste že slišali?**

Udeleženka 1: To je tist, ne, k ti opozori za ogljikov monoksid?

Udeleženka 4: Ne, to je drugo.

**Moderatorka: To je druga stvar.**

Udeleženka 1: Aja, to je za plin, tak k jo maš tle, ne, to pa še nism slišala.

Udeleženka 5: Kaj pa detektor za mamila?

(smeh)

Udeleženka 5: Veš, kaj, ena gospa pod mano stanuje lih tko sama pa tkole starejša, in je rekla, da stalno voha tole konopljo.

Udeleženec 6: Marihuano, ja. Ja, to smrdi, k strela.

Udeleženka 1: Kkšn sosed kadi, ne (smeh).

Udeleženka 5: In je mene sprašvala na vse mogoče, jst sm rekla, jst pojma nimam, sploh po teli operaciji, k sm mela slab vonj pa okus, ne, ne voham, sm rekla, jst ne voham. Ona je pa rekla, po cele dneve mam odprta okna, prav, pa zgleda, da prihaja iz tistih šalterjev vn, prav, k je elektrika.

Udeleženka 1: Mogoče, ja, tut možno.

Udeleženka 5: Da tok smrdi. A to pa ni tazga detektorja?

Udeleženec 6: Ne, ne, ni.

**Moderatorka: Ne.**

Udeleženka 4: Mamo enga soseda, k pride na obisk, prav, spet ti ga sosed poha, jst pa, kaj, jst nč ne voham (smeh). On pa takoj zavoha to.

Udeleženec 6: Jst tut marihuano zavoham, to meni smrdi, da je groza.

Udeleženka 4: Jst pa sploh ne vem, kako to.

Udeleženec 6: Nekoč sem kadil cigarete in zdaj, ko pridem v stanovanje pa žena kadi, pa ne v stanovanju, v kuhnji kadi al pa na balkonu, jst zavoham, da je ona kadila. Mariuhana ma pa sploh tak smrad, fuj.

Udeleženka 1: Po zračniku gre, ne.

Udeleženka 5: Ja, ja.

Udeleženka 1: Kadijo, verjetn jih več kadi.

Udeleženka 5: Kaj pa, če ma kkšn sobo pa da bi gojil notr.

Udeleženka 1: Kdr kadi, smrdi, k raste, nč ne smrdi.

Udeleženka 5: A tko.

Udeleženka 1: Ne, ne, to kadijo, več jih kadi verjetno, ne.

Udeleženec 6: Pejmo naprej.

**Moderatorka: Ste že slišali za detektor padcev?**

Udeleženka 1: Padcev?

Udeleženka 3: Padcev.

Udeleženec 6: Ja, pa meni se zdi, da sem jst slišal, da obstaja neki tazga, če pade, da ga ...

Udeleženka 1: Zdej, če prov razumem, more pol človek met to na sebi, neko aparaturo.

Udeleženec 6: Ja, moraš met.

Udeleženka 1: Ne, nismo še slišal.

Udeleženka 5: Če zuni padeš, je v redu. Jst sm dvakrat padla, pa jih je blo prec cel kup okol mene.

Udeleženka 1: No, to je v redu. Če boš pa sama doma, bo pa težko.

Udeleženka 2: To je za doma, za doma je to, ne.

Udeleženka 4: Al pa zvončk okol pasu (smeh).

**Moderatorka: To ste mel srečo, da so pršli, k dostkrat noben ne.**

Udeleženka 5: Ja, pa sami mladi, s kolesi so dol pršli.

Udeleženka 2: To si mela pa sploh srečo.

Udeleženec 6: U, to je pa čudno. Po navadi pravjo, lejga, pijanca, ne, pa grejo mim (smeh).

Udeleženka 5: Sm bla prijetno presenečena.

Udeleženka 4: Jst pa nimam tko slabga mnenja o mladih.

**Moderatorka: Ste že slišali za pohodno blazino?**

Udeleženka 1: Ne.

Udeleženka 5: Ne.

Udeleženka 3: Za?

**Moderatorka: Pohodno blazino.**

Udeleženka 2: Ne.

Udeleženka 3: Ne.

Udeleženka 5: A to je, da daš v ruzak, pa če kam greš? (smeh)

Udeleženka 1: Da po njej hodš.

Udeleženka 5: Če se zmatraš pa se uležeš.

(smeh)

**Moderator: Bom kasneje razložila, kaj je to. Kaj pa si predstavljate, da bi detektor prisotnosti v postelji lahko bil?**

Udeleženka 1: Neka naprava v postelji, da signal, kdaj ležiš, kdaj pa vstaneš.

(hrup)

**Moderator: Lahko samo en na enkrat govori, če ne, ne bomo nič slišali?**

Udeleženec 6: Verjetno ne bi bilo slabo, če bi to obstajalo. Ko recimo človek pade, leži ob postelji, ker nikogar ni, in če bi bil tak detektor, ni ga v pojstli, kva pa je zdej, neki je narobe.

Udeleženka 1: Da bi sporočilo v centralo in reče, ta je padu, ja, to je zelo vredu.

Udeleženec 6: Če bi obstajalo, sam ne vem, a obstaja al ne, ne.

**Moderator: Kaj pa si predstavljate, da bi bila pohodna blazina?**

Udeleženec 6: Ne vem.

Udeleženka 4: Da hodš po njej (smeh).

Udeleženka 1: Da hodš po blazini. Da daš na tla pa po njej hodš, ne vem.

Udeleženka 4: A je mogoče? Ne vem, ne .. Da jo maš na tleh ob postlji, pa k gor stopš in je to, recimo, na daljavo tele-znak, da si vstal pa da si vredu.

Udeleženec 6: Ja.

Udeleženka 1: Ja. Mogoče, ja.

Udeleženka 4: Če pa ne stopš na to blazino, pomen pa, da si obležu.

Udeleženka 1: Do desetih zjutrej je neki narobe, ne.

Udeleženka 4: To je sam moja fantazija.

Udeleženec 6: Ja, ja.

Udeleženka 1: Sej to najbrš je.

**Moderatorka: Kaj pa si predstavljate, da bi bil detektor padcev?**

Udeleženka 1: Tut, če padeš, pa da se ne pobereš v določenem času.

Udeleženka 4: Tko, kt je povedal Štefan.

Udeleženec 6: Mhm.

**Moderatorka: Ali menite, da so te storitve oziroma pripomočki dovolj jasno predstavljeni v Sloveniji? So ljudje o tem dovolj informirani?**

Udeleženec 6: Mislim, da ne.

Udeleženka 1: Mi nismo informirani, tko da sploh ne vem, kje so predstavljeni.

Udeleženec 6: Po moje tudi ne.

Udeleženka 1: Al pa so, no, pa mi nismo.

Udeleženka 4: Zdej tko, če se zlo zanimaš za te reči, pol najbrš dobiš podatke, kje, kaj, kako, sam nam očitno tega še ni treba, zato pa ne vemo.

Udeleženec 6: Verjetno bi moral nekdo eno brošurico izdat o takihle, saj za starejše.

Udeleženka 1: Za starejše, ja.

Udeleženec 6: Al pa vsaka družina, da bi dobila brošurico, te informacije razno razne, kokr vi zdle sprašujete. To ne bi blo slabo, ja.

Udeleženka 4: Neki od tega, od te ponudbe razno razne, tut ti propagandni, zgibanke pa v časopisih oglasi pa to podjetje Miox, ki gradi varovana stanovanja, pa maš tam naštete vse te čudežne možnosti.

Udeleženec 6: Aja.

**Moderatorka: Zdej vam bom pa predstavlja en predlog dobre prakse, ki sem si ga jst zamislna za Slovenijo. Da bi vključeval te pripomočke za pomoč na daljavo in mam tuki slike tut, kako zgledajo te stvari. Pa bom najprej povedala, kaj sm si zamislna ...**

Udeleženka 2: Dej še mal poveči.

Udeleženka 4: A čš tole mal dol dat.

(zagrinjamo zavese)

Udeleženka 1: Tkole, ja.

Udeleženka 4: Da zatemnimo. E, tako.

**Moderatorka:** Dobra praksa bi bila namenjena pretežno starejšim ljudem, ki živijo sami, pa tudi takim, ki živijo s partnerjem, pa kadar ga ni doma, tudi to prov pride, pa tudi če živiš v hiši pa živi tudi še mlajša generacija, primer, pa si ti v pritličju, oni so v prvem nadstropju, bi tudi to prov prišlo. Cilj tega programa je, da bi živeli v svojem domu čim dlje, čim bolj neodvisno od drugih, samostojno, da ne bi bilo treba iti v dom tako hitro. Dobra praksa bi vključevala te naprave, o katerih smo se že malo pogovarjali. Ta detektor dima ste rekli, da veste, kaj je.

Udeleženka 4: S kulijem pokaži, kaj je kej.

(moderatorka pokaže na ekranu)

**Moderatorka:** Detektor dima. To itak poznate, verjetno. Pol detektor plina je reku gospod, da ma doma že.

Udeleženec 6: Ja, tega mam doma, ja.

**Moderatorka:** Se pravi, če plin uhaja iz štedilnika ali pa kej, da vas opozori. Pol mam detektor izliva vode, to je predvsem za kuhinjo, kopalnico.

Udeleženka 1: To je super, ja.

**Moderatorka:** Če se kej zlije ...

Udeleženka 4: A to je na tleh pritrjeno?

**Moderatorka:** Na tleh ali pri napravi.

Udeleženka 5: A to, če greš od doma? Pa pol začne voda teči, kako boš pa pol vedu, če te ni doma?

**Moderatorka:** Bom takoj povedala, kako je to povezano potem, samo da še povem, da to je tudi, da če pozabiš vodo odprto, da te opozori, da teče.

Udeleženec 6: Ja, da teče.

**Moderatorka:** Detektor vročine je po navadi tko nastavljen, da če temperatura doseže 54 stopinj, se pol sproži, ta alarm. Pol mam detektor padcev. Za pasom ga nosiš. Taka mehanska brezžična naprava, za pasom ga maš, in pol to spet odda signal klicnemu centru.

Udeleženka 4: To bi si pa loh nabavla čez čas (smeh).

**Moderatorka:** To je ubistvu, če oseba pade, on avtomatsko zazna spremenjeno lego telesa, in če se 10 sekund ne pobereš, pol odda signal za pomoč.

Udeleženka 5: Komu pa to javi?

**Moderatorka:** Klicnemu centru, ki je povezan s tem ...

Udeleženka 5: A to on objavi?

Udeleženka 1: To je naprava, ja, brez žice.

Udeleženka 4: Sam od sebe, ja.

**Moderatorka: Prek tega telefona, k se imenuje Lifeline, to je posebni telefon. Prek njega potem obvesti ta klicni center. Pol mam isto za ta detektor prisotnosti v postelji, se namesti tko pod postlo senzor tak, in to je namenjen, če oseba ponoč vstane, recimo, pa gre, ne vem, na wc in pol je ni nazaj, kar pomen, recimo, da si padel in pol ta detektor obvesti spet, da se oseba ni vrnila v posteljo, pa tut tko je naštiman, da ta detektor prižge luči, da vidš, kam greš sred noči. Pol je pa še ta pohodna blazina ...**

Udeleženka 1: No, da vidmo, kaj je to.

Udeleženka 4: Kera je zdej?

**Moderatorka: (pokaže na ekranu) Tale. To je pa lih obratna funkcija, je pa, kot je že gospa več ali manj uganila, da se da to na tla pred postlo, in vsakič, k vstaneš, to blazino pohodš, da ve, da je človek vstal, če pa ne bi vstal v določenih urah, recimo v 15 urah, pa pol obvesti, da človek ni vstal iz postle.**

Udeleženka 5: Da je obležu.

**Moderatorka: Ja. Vsi te signali se posredujejo klicnemu centru prek tistega telefona, k sm rekla, potem sta pa dve možnosti, al ma ta klicni center svoje dežurne, ki priskočjo na pomoč, al pa ta dežurni v klicnem centru posredujejo informacije sorodnikom al pa zdravniku, kokr se pač odločš.**

Udeleženec 6: Stvar dogovora, verjetno, ne.

Udeleženka 2: To je pa dobr.

**Moderatorka: Ja. Glavni cilj vsega skupaj bi bil, da bi pomagal, da bi starejši v svojih domovih živel čim dlje in čim bolj samostojno.**

Udeleženec 6: Samo, a to že obstaja, ta blazina pa tole, al ne še?

**Moderatorka: Obstaja, sam ne tuki.**

Udeleženka 4: V tujini.

Udeleženec 6: Aja, v tujini.

**Moderatorka: V tujini majo to že zlo razvit, pr ns je pa še tko ...**

Udeleženka 4: Ta Lifeline je v tujini že zlo razvit.

Udeleženec 6: Ja, sej pametno.

**Moderatorka: Pr nas to poznajo že neki časa, sam nč niso še nardil za to.**

Udeleženka 4: Kdo pa to financira?

Udeleženka 1: Ja, sam boš, kdo pa ti bo (smeh).

Udeleženka 4: Ja, tisti, k ostanejo doma, itak nimajo denarja.

Udeleženka 1: Ja, ne vem, bo povedala, mogoče ma kakšno idejo.

**Moderatorka: To itak še ni nič razvito zaenkrat.**

Udeleženka 4: V tujini kdo financira?

**Moderatorka: Različno, kokr kje. Nekje financirajo občine, zavarovalnice, vlada, kokr je. Jst, k sm za ta predlog za Slovenijo, sm si zamisla, da bi imel to v zavarovanju, recimo dopolnilnem, pa mogoče, da bi tudi vlada kaj prispevala.**

Udeleženka 1: Če bi dala zraven, ja. Predlog je dober.

Udeleženec 6: Pa vlada je zelo radodarna pri nas.

Udeleženka 4: Ampak s tem razbremeni domove, razbremeni druge institucije.

Udeleženka 5: Boš mogla še davk plačat od nje, 20 procentov.

(smeh)

Udeleženec 6: Prej ja, kot ne.

**Moderatorka: Zanima me, kaj menite o tem predlogu?**

Udeleženka 1: Super, super.

Udeleženec 6: Pametno, zelo pametno, res.

Udeleženka 5: Enkratno.

Udeleženka 1: Zelo dobro.

Udeleženka 4: Dobro, samo treba je res razmislit način financiranja, z mislijo, da uporabniki tega sami ne bojo zmogli. Da je treba najt druge vire, stalne, in da bi te, k dežurajo v Life centrih, tko kot če berete, zdej spremljate polemike, k spreminja Ministrstvo za zdravje urgence, sistem urgenc po Sloveniji, ne.

Udeleženka 3: Ukinja.

Udeleženka 2: Ukinja, ne.

Udeleženka 4: Ne ukinja ... Ja, spreminja. Ne ukinja, spreminja. In jst pač sm se mal več o tem pozanimala, se mi zdi to dober predlog, ne. Če ste pa gledal tele POP TV je pa to, ste pa prepričani, da je Kamnik zdej pa totalen dizaster.

Udeleženka 1: Ja, da bojo vsi pomrl.



Udeleženka 4: No, ta predlog, ki je zdej v opciji racionalizacije, seveda. Ampak predvsem so usposobljeni, ne, urgentni zdravniki, ki so res usposobljeni za intervencije, ne. Ker zdej pač, ker zdravnik je dežuren, magari ginekolog, ki je dežuren na urgenci, pretiravam ...

Udeleženka 2: Jst tut mislm, da je to dober predlog.

Udeleženka 4: Seveda.

Udeleženka 1: Super.

Udeleženka 4: No, govorim o know how je v redu, zdej pa izvedba, ne.

**Moderatorka: Kako bi se počutili, če bi imeli doma take pripomočke?**

Udeleženka 4: Ja, bolj varno.

Udeleženka 1: Ja, v redu.

Udeleženka 4: Bolj varne.

Udeleženka 2: Se strinjam.

Udeleženec 6: Sigurno bolj varne. To bi pravzaprav ideja recimo, da, kva jst vem, na pamet govorim, po 70. letu bi vsak moral dobit od države, recimo ...

Udeleženka 1: No, odvisno v kakšnem stanju je.

Udeleženka 4: Po potrebi, se strinjam.

Udeleženka 2: Po potrebi, ja.

Udeleženec 6: No, mogoče en pri 60 rabi, en pa pri 80.

Udeleženka 3: Jst se strinjam s tem.

Udeleženka 5: Kaj pa, če pride do okvare, kaj pa pol?

Udeleženec 6: Ja, ampak to bi vsak moral dobit.

Udeleženka 1: To je elektronika, to vse funkcionira. To ni problem.

Udeleženka 4: Družinski zdravnik, ki pozna anamnezo, bi moral imeti ... Tole posluš, vsak družinski zdravnik starejšega človeka bi moral imet kompetenco, da naroči, karkol od tega človek rabi. Zavarovalnice, ki jih itak preplačamo, da nas kar glava boli ...

Udeleženka 1: Ja, bi morala to financirat.

Udeleženka 4: Bi morala pa to financirat. Za uporabnika zastonj, na podlagi predloga zdravnika ...

Udeleženec 6: Tako je.

Udeleženka 4: Financer pa zavarovalnica. In da ne bi Katarine in podobne skrbel, to oskrbo, teh strojev, aparatov, ki rabi verjetno en vir energije, bi moral pa ta Life center met čez. On bi vedu, kera lučka je crknla in jo je treba popravt.

Udeleženec 6: Tako.

**Moderatorka: Za koga bi želeli, da bi imel dostop do alarmnih signalov prek senzorjev, od koga bi si želeli pomoči? Bi blo vam bolj všeč, da bi klicni center obvestil oziroma da bi oni posredovali, al bi vam blo boljš, da bi obvestil sorodnike, zdravnika?**

Udeleženka 4: Zdravnika.

Udeleženka 1: Zdravnika al pa direkt ...

Udeleženec 6: To je verjetno odvisno od posameznika.

Udeleženka 4: Urgenco.

Udeleženka 1: Urgenco, ja.

Udeleženec 6: Jst mislim, da je to odvisno od posameznika, recimo na pamet. Jst nimam nobenga, kva bo moje sorodnike obveščal. A razumete ... To se pravi ...

Udeleženka 2: Ja, sej to pravm. Nekoga tam, ja. Zdravnika al pa pač ene uslužbence, ki bi bli za to pristojni.

Udeleženec 6: Tako je. V center, oni bi pa mogli pol vedt, kam.

Udeleženka 4: Če ti javi javljalnik, da je poplava, požar, jasno ne boš klical zdravnika, ampak gasilce pa vodovodarje, ne.

Udeleženec 6: Ja, logično, seveda.

Udeleženka 4: Če gre pa za zdravstveno zadevo, pa normalno, da, ali svojega osebnega zdravnika, zdravstveni dom ali pa urgenco.

Udeleženka 1: Sej ni nujno, da je zdravnik. Nekdo, ki te lahko dvigne in pogleda, kaj je.

Udeleženec 6: Ja, ja.

Udeleženka 4: Zdravstveno službo.

Udeleženka 1: Pač ena sestra bi lahko bla ...

Udeleženka 4: Ja, patronažna.

Udeleženka 1: Al pa kdorkoli usposobljen pač človek, ni treba, da zmeri zdravnik prleti domov, če ti nisi iz pojstle vstal, lahko si pa mrtev.

Udeleženka 4: Ja, sej pravm, odvisn, ker aparat se vklop. Če se javljalnik požara, pa gasilci, ne.

Udeleženka 1: A ni pa kakšna gumba, da si umrl, to pa ni (smeh). Ja, tut lahko bi bil, ne.

Udeleženka 3: Če ne vstaneš iz pojstle ...

Udeleženka 1: Lahko razmišljaš, da je mrtev, ja.

Udeleženka 5: Če bi zdravnika klical, pa ne veš, kdaj dela, eni delajo zjutraj, eni popoldne.

Udeleženka 1: Ne, to je drugo. To je klicni center, k so za to.

Udeleženka 5: Ljudje so po službah.

Udeleženka 1: Sorodnike nimaš kej obveščat.

Udeleženec 6: Če te zjutraj nič ne boli, pomen, da si mrtev. (smeh)

**Moderatorka: Sej center lahko samo obvesti koga.**

Udeleženka 5: Pa pol naprej urgira.

Udeleženka 4: No, ta veriga s centrom se ne sme končat. Center more met naprej ustrezne povezave. K, če bo samo Life center z lučkami, da je neki narobe, če ne bo naprej imel vseh protokolov, izdelanih v smer to, v smer, ne vem, požara, vode ..

Udeleženka 1: Ja, seveda, sej to je treba pol ... To se bi že nardil, sej to je normalno naštudirano že.

Udeleženec 6: To so programi, prek računalnika bi točno vedu.

Udeleženka 5: Kje bo pa zdravstvo dobilo še dodatne finance za to?

Udeleženka 4: To nej te ne skrbi.

Udeleženka 1: Nej te to ne skrbi. To je zdej ideja, ki bo mogoče takrat, ko bomo me že pokojne, k bo to zalaufal, ampak sej ni važn.

(smeh)

Udeleženec 6: Ja, ideja. Ja, za vaše vnuke bo to prav prišlo pomoje (smeh).

Udeleženka 1: Mi zdej razvijamo neki novga. Sodelujemo pri razvoju nečesa novega.

Udeleženec 6: Tako, tako.

Udeleženka 5: Fantazija.

(smeh)

Udeleženka 1: Ampak more bit fantazija, pol nikol nč ni, če ni fantazije.

**Moderatorka: Se vam zdi, da bi se vam kvaliteta življenja z uporabo teh pripomočkov povečala?**

Udeleženka 1: Ja, sigurno.

Udeleženec 6: Sigurno, predvsem varnost. Človek dobi samozavest, boljši občutek.

Udeleženka 1: Občutek je boljši.

Udeleženka 3: Občutek varnosti.

Udeleženec 6: Tako je, sigurno.

Udeleženka 1: Mn se bi počutu nebogljen, ta občutek nebogljenosti bi bil sigurno boljši.

Udeleženka 3: To je že velik, to je prvo, da nisi na tleh ...

Udeleženec 6: Bolj siguren, samozavest bi ti zrasla.

Udeleženka 5: Več sigurnosti.

**Moderatorka: Se vam zdi, da so te senzorji, detektorji kot nekakšen vdor v zasebnost, ali mislite, da so le zaželen pripomoček za bolj kakovostno življenje?**

Udeleženec 6: Zaželen pripomoček za bolj kakovostno življenje, prav gotovo.

Udeleženka 2: Kakovostno življenje.

Udeleženka 1: Pripomoček.

Udeleženka 5: To je tut ene vrste poseganje v intimnost. Tko mi pride na misel.

Udeleženka 1: K si odvisen od drugih, intimnosti več ni.

Udeleženec 6: Ja, rabite to.

Udeleženka 1: Tko je, ne morš met ovce in ovce pravjo (smeh). Ti bi mela pa oboje.

**Moderatorka: Koliko bi bili pripravljeni sami sofinancirati take pripomočke?**

Udeleženka 3: Nč ne ostane (smeh).

Udeleženka 1: Jst nič, ker nč ne ostane.

Udeleženka 2: Zdej smo pa tam. Nč ne ostane.

Udeleženka 5: Mi smo tista generacija, k bi rada vse zastonj.

Udeleženka 1: Ne, gre za to, gre za to, da s to penzijo jst ne zmorem niti normalnega življenja, če sam plačujem stanovanje in vse ostalo ... Nula, absolutna nula.

Udeleženec 6: Mhm. Ne pa še tole, ja seveda.

(ostali prikimavajo)

Udeleženec 6: Saj vendar gre, te pripomočki so tudi zato, da država ma manj stroškov.

Udeleženka 1: Tudi, prav gotovo.

Udeleženec 6: Se pravi, da naj država financira.

Udeleženka 1: Zdravstvena zavarovalnica, ki ji vsak mesec dam 30 evrov pa nič ne koristim, nula, ker pač ne hodm k zdravniku, od tega bi mogl.

Udeleženec 6: Ampak, ko boš tko stara, boš pa mogla.

Udeleženka 1: Ja, bom pa morala, sej vem. Tko al tko bom umrla enkrat, ko bom umrla, ne bom nobenmu več v napoto. (smeh)

Udeleženec 6: Država, zdravstvo al pa zavarovalnica. Al pa vsi trije recimo.

**Moderatorka: Potem ne bi niti 10 evrov dali zraven?**

Udeleženec 6: Niti slučajno. Ne bi dal nič.

Udeleženka 1: Jaz tudi ne.

Udeleženec 6: Niti 10 evrov ne. Zato, ker za vsako malenkost država hoče denar.

Udeleženka 3: Mi smo že tok državi dal, ja. Pa še vedno dajemo.

**Moderatorka: Če bi bla taka situacija, da ne bi za to nič dali in pol ne bi dobili teh pripomočkov, bi mogli pa v dom za starejše pa bi mogli tam vseen plačat.**

Udeleženka 1: Sej mi bi dali, če bi meli normalno penzijo. Jst bi takoj dala, če bi mela penzijo ...

Udeleženka 3: Kaj pa mate vi za normalno penzijo?

Udeleženka 1: Ja, vsaj 700 evrov.

Udeleženec 6: Vsaj minimalna plača.

Udeleženka 3: Seveda, pokriješ stroške in ti še neki ostane.

Udeleženka 1: Pol bi dala, ker drugih potreb nimam, in bi dala za to, če bi mela saj 700 evrov pokojnine, bi takoj dala. Ker pa pač nimam, pa ...

Udeleženka 2: Tako.

Udeleženka 5: A za 700 greš lahko v dom?

Udeleženka 1: Ne.

Udeleženka 5: Ampak, če se sama rihtaš.

Udeleženka 1: S 700 pa ne morš it.

Udeleženec 6: Ne, nikjer.

Udeleženka 1: Če se sama rihtam sm loh doma.

Udeleženec 6: A loh sam tole zgodbo povem. Glejte, jst sm reku, da hodim po domovih s pevskim zborom, in smo bli med ostalim tudi v Trnovem, zraven cerkve je župnijski dom. In zelo lep, nov, bi reku, ane, in smo tam nastopal. Gospa, mlajša od vas, živahna taka, polna energije, je v domu med ostalim. Sem vprašal, gospa, kolk pa plačujete kaj? Pa majo zastonj snažilke, majo zastonj tiste, k pomagajo, majo kuharce, recimo, ker to je župnijska zadeva in vsi zastonj delajo ...

Udeleženka 5: V domu?

Udeleženec 6: Ja, v domu. Vsi zastonj, to so prostovoljci, ne.

Udeleženka 5: Aja.

Udeleženec 6: In pravi gospa, 1000 evrov plačuje.

Udeleženka 5: Ojej.

Udeleženka 1: Pa še vseen tisoč evrov.

Udeleženec 6: Tako, da boste vedl, ja.

Udeleženka 2: To je najdražji.

Udeleženka 1: Brez nege, brez oskrbe.

Udeleženec 6: K so te cigani, lopovi, razumeš. Še zmeraj tisoč evrov plačuje.

Udeleženka 5: In to je cerkvena ustanova.

Udeleženec 6: Tako je, cerkvena, ja.

Udeleženka 5: Ja, zakaj so pa tok dragi?

Udeleženec 6: Zato, ker oni so ... Sej sm prej rekel.

Udeleženka 5: To je pa med dražjimi, ne. To je najdražji.

Udeleženec 6: Ni najdražji.

Udeleženka 1: Ne, so še dražji.

Udeleženka 3: Bežigrad je bil 700 lansko leto.

Udeleženec 6: Tisoč evrov plačuje, je rekla.

Udeleženka 3: 680. Ampak v sobi.

Udeleženec 6: Groza.

Udeleženka 5: Pa majo polhn?

Udeleženec 6: Ja, sej so vsi domovi polni.

Udeleženka 2: Niso. Pravjo, da ne.

Udeleženec 6: Zdaj ja. Ampak to je blo pred ene 2 leti, recimo.

Udeleženka 3: Aha.

Udeleženec 6: Pa je bil res čist nov.

Udeleženka 3: Takrat je mogoče še blo, ja.

**Moderatorka: Kaj bi predlagali, da bi postale take storitve ljudem bolj znane?**

Udeleženec 6: Jst sm že prej predlagal, ena zgibanka.

Udeleženka 1: Ja, kkšna brošurca, zgibanka na vsako gospodinjstvo.

Udeleženec 6: In slikica zravn, obrazloženo, za kaj gre in tko naprej.

Udeleženka 3: Kaj pa, če pozabiš, kam daš, pa iščeš? (smeh)

Udeleženec 6: Dopoldne pospraviš, popoldne pa iščeš, kam si dal, ja. (smeh)

Udeleženka 2: Zgibanka sigurno, da bi bla v redu, ker recimo internet ...

Udeleženka 1: No, pa po televiziji mogoče tut kkšn.

Udeleženka 3: Kkšna taka oddaja.

Udeleženka 2: No, po televiziji mogoče.

Udeleženka 3: Internet pa ne.

Udeleženka 1: Ker ljudje gledajo televizijo, ja, internet pa mal manj.

Udeleženka 3: Ker ne uporabljajo vsi.

Udeleženka 1: Pa tut, če te ne zanima, zdej jst ne iščem tist, kar me ne zanima.

Udeleženka 5: Sej, če greš v dom po tiste papirje, dobiš tut cenik zraven, pa za vsako stvar, k hočš posebi, je tarifa, kok morš plačat.

Udeleženec 6: A seveda.

**Moderatorka: Bi želeli vključiti še kakšno drugo storitev oziroma pripomoček za pomoč na daljavo?**

Udeleženec 6: Sej ne vem.

Udeleženka 3: Če bi blo to, bi blo kr v redu zaenkrat. Sej potem se lahko dodaja tut. Ne vem, kaj bi lahko še blo.

Udeleženka 2: Za enkrat je to kr velik.

(razmišljajo)

Udeleženka 1: Ja, kkšn pogovor al pa psihološka pomoč bi bla dobrodošla, če bi kkšni prostovoljci, tko k SOS pomoč, kej tazga.

Udeleženka 2: Za starejše bi blo zelo dobr.

Udeleženka 3: Ja, res je, se strinjam.

Udeleženec 6: Mogoče ne bi blo slabo, da je kakšna kamera nekje pa un iz centra, če dobi informacijo, prižge kamero pa vidi, kaj se dogaja v tej sobi, recimo.

Udeleženka 1: Mogoče.

Udeleženec 6: Ker kamere so danes izredno poceni zadeva, to ni ne vem, kaj.

Udeleženka 1: Mogoče ja, če v kkšnih primerih tudi mogoče kamera.

Udeleženec 6: Če je padu pa da vidiš, da zraven pojstle leži, a razumete, recimo. Verjetno ne bi bilo to tok slabo.

**Moderatorka: Vam ne bi bil problem to, da bi bil lahko vdor v zasebnost?**

Udeleženec 6: Ne, kje pa, pazte, to moramo razumet, to ni, kaj jst vem, 50 let star človek, ampak to je za starejše ljudi, logično. Ki rabijo take pripomočke in vse te informacije.

**Moderatorka: Kaj pa vi menite, bi želela vključit še kkšn pripomoček za pomoč na daljavo?**

Udeleženka 4: Pametno, te kamere.

Udeleženka 1: Aja, da ni nujno, da te skos snema, ampak da se samo takrat vključi, ko se kej zgodi? Aja, to pa, samo takrat.

Udeleženec 6: Samo takrat, ja.

Udeleženka 4: Ampak samo takrat, k drgač sm proti video-nadzoru.

Udeleženec 6: Ko senzor zazna, da je nekaj narobe, se kamera vključi.

Udeleženka 1: To pa ja.

Udeleženec 6: Ja seveda, ne da te skos, sej nisi Big Brother (smeh).



(smeh)

Udeleženka 1: Ja, to pa ja.

(strinjanje)

**Moderatorka: Je še kaj takega o tej temi, kar nismo omenili pa bi želeli dodati?**

Udeleženka 4: Jst mislm, glede na moja spoznanja, da je ena glavnih tegob starosti osamljenost.

Udeleženec 6: Ja.

Udeleženka 4: Tega pa noben stroj ne more rešt, nobena lučka, noben Lifeline.

**Moderatorka: V sklopu telenege imajo tudi že prek interneta forume itd.**

Udeleženka 4: To morate vedt, da je za nas nov svet, vi ste rojeni z internetom.

Udeleženka 1: Kkšne klepetalnice pa to.

Udeleženka 4: To ni to. To ni isto. Bližina, dotik, to, k sva se medve zdle objele, to je.

Udeleženka 1: To ni to, ne.

Udeleženec 6: To več pomaga kot npr. beseda al pa televizija.

Udeleženka 4: Absolutno. Noben internet tega ne more.

Udeleženka 1: Dejstvo je, da tega ni in je treba razmišljat o drugih stvareh.

Udeleženka 5: Men, k je tkole hudo, jst se napravm pa grem mal do ene sestre al pa do druge al pa grem na sprehod na Žale pa se tm pr vsakmu ustavm, k ga poznam, pa se z njim mal pogovorim.

Udeleženka 1: No, to je pa super.

Udeleženka 3: Dokler lahko greš. Če pa enkrat ne morš vn, je pa tko.

Udeleženka 1: No, takrat pa pol po telefonu.

Udeleženka 4: Tale vaša ideja je zlo dobra, ampak je samo v smislu pomoči, kadar človeku neki manjka, fizičnega. Ključni problem vseh starih ljudi je pa osamljenost, tudi če živi s svojimi potomci v isti hiši, so ljudje zelo osamljeni.

Udeleženec 6: Ja, to ti pa samo partner loh, v tem smislu, kokr ste vi zdajle govorila ...

Udeleženka 4: Ampak večina nima te sreče, da bi se skupaj s partnerjem lepo starala.

Udeleženec 6: Ja, seveda, ja. Žal.

Udeleženka 1: To je tut res.

Udeleženka 4: Kar zadeva družabnost v domu, je pa čisto odvisno od človeka ...

Udeleženec 6: Od posameznika, kakšno družbo si najdeš.

Udeleženka 4: Men te dejavnosti, razen, če bi me Alzheimer užgal, kot sm že poudarila, ne bi nič pomenile.

Udeleženka 1: Drugo je, ker maš pač partnerja. Človek, ki je sam, pa drugač razmišlja.

Udeleženka 4: Jst znam velik sama sebe zamott, zaposlit.

Udeleženka 1: Razumem. Ampak nisi v situaciji, da živiš sama, in ne morš govorit o tistih, ki živijo sami.

Udeleženka 4: Mene bi najbl šokiral, ker mi raste mrena, se mi to obeta, da zgubim vid. Men se bi brez knjig zmešal. Vem, da obstajajo avdio-knjige.

Udeleženka 5: A siva mrena, mislš?

Udeleženka 2: To se ni treba nič bat.

Udeleženka 4: Ne, mam še kej družga.

Udeleženka 1: A mamo mi še kej?

**Moderator: Ne, to bi bilo vse. Vsem želim lep dan in še enkrat hvala za sodelovanje.**

**Priloga D: Fotografije pripomočkov za pomoč na daljavo v predlogu programa dobrih praks za Slovenijo**



**Detektor dima**



Detektor izliva vode



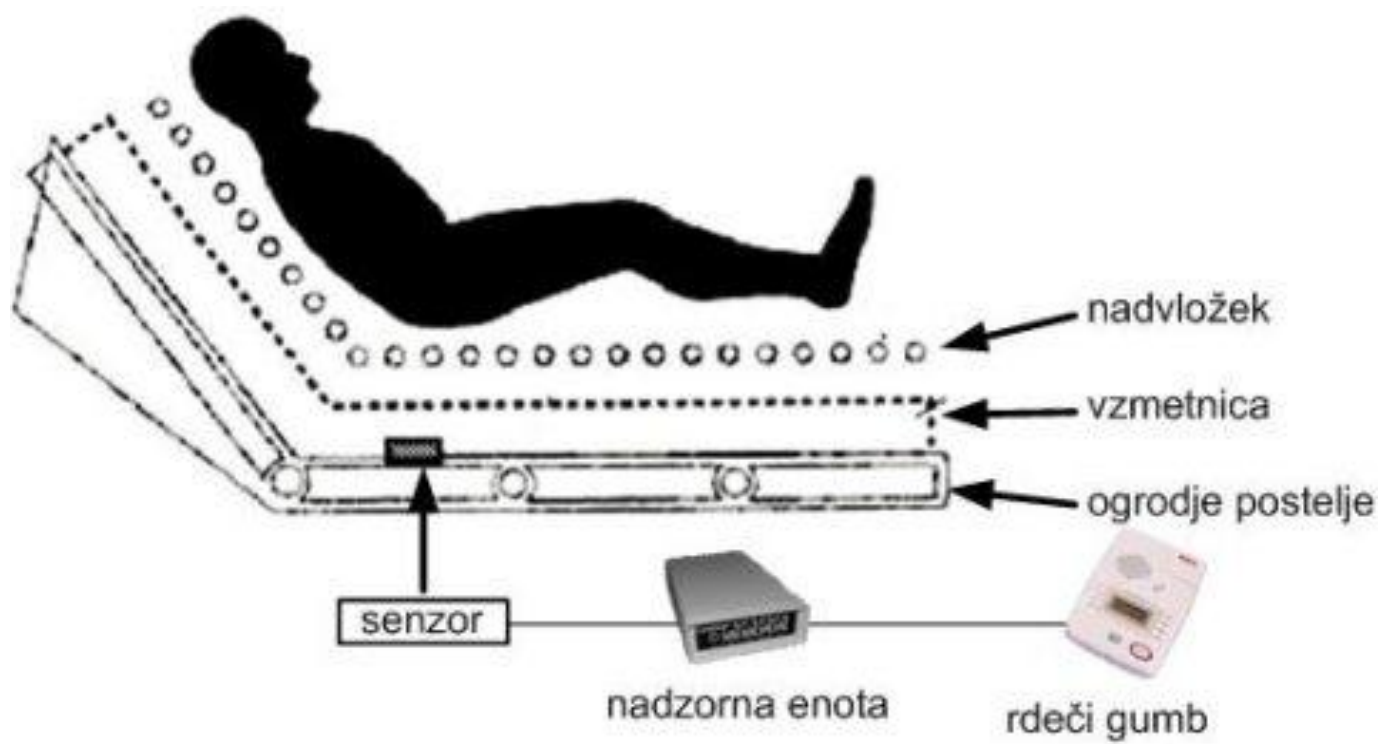
## Detektor plina



## Detektor vřořine



Detektor padca



## Detektor prisotnosti v postelji



Pohodna blazina





## Posebni telefon Lifeline