

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Cvetka Sušin

**Izzivi pri prenosu dobrih praks na področju spodbujanja zdravega in aktivnega
staranja s pomočjo IKT iz evropskih držav v slovensko okolje**

Magistrsko delo

Ljubljana, 2015

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Cvetka Sušin

Mentorica: doc. dr. Vesna Dolničar

**Izzivi pri prenosu dobrih praks na področju spodbujanja zdravega in aktivnega
staranja s pomočjo IKT iz evropskih držav v slovensko okolje**

Magistrsko delo

Ljubljana, 2015

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici, doc. dr. Vesni Dolničar za strokovne nasvete, dostopnost in vso pomoč pri nastajanju magistrskega dela.

Hvala mami, očetu in sestri, ker mi vedno stojite ob strani in se na vas lahko zanesem.

Jure, hvala za potrpežljivost, spodbudo in podporo. Hvala moji Juliji, ker mi daje energijo in motivacijo.

Izzivi pri prenosu dobrih praks na področju spodbujanja zdravega in aktivnega staranja s pomočjo IKT iz evropskih držav v slovensko okolje

Tako v Evropi kot v Sloveniji se soočamo z velikimi demografskimi spremembami, predvsem s staranjem prebivalstva, kar predstavlja velik izziv za vse razvite države. Strokovnjaki še posebej izpostavljajo problematiko vzdržnosti zdravstvenega in socialnovarstvenega sistema, za katera poudarjajo, da ne bosta vzdržala pritiskov, ki jih prinaša starajoča družba. Zavedajoč se tega problema, na evropski ravni poteka vse več aktivnosti in partnerstev, katerih namen je razviti in vpeljati inovativne storitve za dolgotrajno oskrbo. Pri tem veliko vlogo igrajo storitve, podprte z informacijsko in komunikacijsko tehnologijo, ki predstavljajo temelj mnogih dobrih praks na področju zdravega in aktivnega staranja. Kljub mnogim dokazanim koristim vpeljevanja e-storitev na tem področju pa v Sloveniji te ne zaživijo; v naši državi je uporaba tovrstnih storitev med najnižjimi v Evropi. V magistrskem delu bom predstavila evropske dobre prakse in njihove rezultate za bolj kakovostno staranje ter ugotavljala, katere so ključne ovire pri vpeljevanju dobrih praks v Sloveniji.

Ključne besede: starejši, teleoskrba, telezdravje, e-storitve, zdravo in aktivno staranje, dobre prakse.

The challenges of transferring good practices in the field of promoting healthy active ageing with the help of ICT from European countries into Slovenia

Slovenia and other European countries are facing major demographic changes, especially the ageing population, which represents a major challenge for all developed countries. Experts are especially highlighting the issue of the sustainability of health and social care systems, which, they emphasize, will not endure the pressures of the ageing population. Since they are aware of this problem, more and more partnerships and activities, whose main purpose is to develop and introduce innovative services for long-term care, are taking place at the European level. Services supported by information and communications technologies play an important role in this, and represent the foundation for many good practices in the field of healthy active ageing. Despite the many proven benefits of introducing e-services into this field, they are not taking root in Slovenia, and the usage of these services in our country is among the lowest in Europe. In my Master's degree thesis I will present good European practices of improving quality of life for the ageing population, their results and determine the key obstacles to the implementation of good practices in Slovenia.

Key words: the elderly, telecare, telehealth, e-services, healthy active ageing, good practices.

Kazalo

1 Uvod	7
2 IKT-rešitve in možnosti za neodvisno staranje	10
2.1 Telemedicina	11
2.2 Telezdravje	12
2.3 Teleoskrba	13
3 Evropske dobre prakse	16
3.1 Dobre prakse v okviru Evropskega partnerstva za inovacije za aktivno in zdravo staranje.....	17
3.2 Program »Smart care« iz regije Noord-Brabant na Nizozemskem	29
3.3 Program »Living it up« iz Škotske	35
4 Dobre prakse v Sloveniji	40
4.1 Slovenske dobre prakse, ki so bile predstavljene v Stični	41
4.1.1 Programi starejših za zdravo in aktivno staranje	42
4.1.2 Socialno-komunikacijska naprava Spero	43
4.1.3 Medgeneracijska soseska v občini Šentrupert	45
4.1.4 Medgeneracijsko sodelovanje v občini Kamnik	47
5 Identifikacija in premagovanje ovir pri vpeljevanju dobrih praks	50
5.1 Ovine na strukturni ravni pri vpeljevanju dobrih praks	50
5.1.1 Vzpostavitev političnega okvirja in celovito strateško načrtovanje.....	51
5.1.2 Sodelovanje med različnimi sektorji, disciplinami in generacijami	52
5.1.3 Poslovni modeli in finančni okvirji.....	54
5.1.4 Razumevanje stroškov in koristi.....	56
5.2. Premagovanje izzivov pri vpeljavi e-storitev na področju teleoskrbe in telezdravja	57
6 EMPIRIČNI DEL	60
6.1 Opis metodologije.....	60
6.2 Analiza poglobljenih intervjujev	62
7 ZAKLJUČEK	69
8 LITERATURA	72
PRILOGE	78
PRILOGA: Vabilo na posvet v Stični	78

Kazalo slik

Slika 2.1: Telezdravje.....	12
Slika 2.2: Delež uporabnikov socialnega alarma	14
Slika 4.1: Socialno-komunikacijska naprava Spero	44
Slika 4.2: Primera Srebrne hiše	47
Slika 4.3: Informacijska točka za starejše	48

1 Uvod

Tako v Evropi kot v Sloveniji se soočamo z velikimi demografskimi spremembami, predvsem s staranjem prebivalstva. Glede na napovedi se bo število Evropejcev, starejših od 65 let, v naslednjih 50 letih skoraj podvojilo (Evropska komisija 2012), podobne pa so napovedi za Slovenijo. Trenutno je v Sloveniji delež starejših od 65 let 17.9 % (Statistični urad Slovenije 2015), do leta 2060 pa naj bi se ta delež povzpел kar na 33.4 % (Vertrot 2010, 5). Ta trend pomeni velik izziv za razvite države, saj je potrebno razviti ukrepe in vpeljati spremembe, še posebej na področju socialne varnosti in zdravstva.

Poleg staranja prebivalstva je za sodobno družbo značilen še razvoj novih tehnologij in prav te lahko pripomorejo k reševanju izzivov staranja. »S starostjo se soočamo z zmanjšanjem nekaterih psiho-fizičnih sposobnosti, zato tehnološki napredek predstavlja velik potencial za izboljšanje kakovosti vsakodnevnega življenja, aktivno staranje, socialno kohezivnost in medgeneracijsko sodelovanje« (Dolničar 2009, 276).

Staranje prebivalstva in pa želja starejših, da čim dlje živijo neodvisno življenje, sta dejavnika, ki zahtevata ukrepanje na področju vpeljave inovativnih, pametih tehnologij za pomoč starejšim. Zaradi staranja prebivalstva se namreč države soočajo z vse večjimi finančnimi težavami pri zagotavljanju stabilnega zdravstvenega in oskrbovalnega sistema, čakalne vrste v zdravstvu in institucionalni oskrbi pa so vse daljše (Kerbler 2012, 167).

Informacijsko komunikacijske tehnologije (IKT) imajo velik potencial za izboljšanje kakovosti življenja starejših, pripomorejo lahko k večjemu udobju, večji varnosti, boljšemu počutju in k spodbujanju medgeneracijskega sodelovanja. Različni podporni sistemi bi pomagali starejšim, da bi ti čim dlje živeli v svojih domovih, obenem pa bi z vpeljavo tega poskrbeli za bolj stabilen zdravstveni sistem in sistem oskrbe. Vendar pa je vpeljava tovrstnega sistema odvisna od mnogih dejavnikov. Samar Brenčičeva (2012) poudarja, da v Sloveniji ni sistema, ki bi se temeljito ukvarjal s tem izzivom: »V nasprotju z dosedanja prakso v Sloveniji, ki je v povezavi z razvojem storitev zdravja na daljavo uporabljala posamezne rešitve, aplikacije in orodja v telemedicini, se je pomembno osredotočiti na razvoj sistema sodobnih zdravstvenih storitev, ki se izvajajo z uporabo informacijskih in telekomunikacijskih tehnologij (IKT) in so zato delno ali v celoti dostavljene virtualno – so torej storitve za zdravje na daljavo« (Samar Brenčič 2012, 46). Najpomembnejše je torej, da se ne vpeljuje posameznih začasnih rešitev, ampak da se vzpostavi sistem, kar pa zahteva

sodelovanje in povezovanje različnih institucij, državnih organov, podjetij in ostalih deležnikov, ki so vpleteni v to področje.

Da bi začeli to sodelovanje kar se da spodbujati, je v Evropski uniji potekalo kar nekaj akcij, posvetov in partnerstev. Ena pomembnejših povezav je Evropsko partnerstvo za inovacije za dejavno in aktivno staranje (angl. European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing – EIP AHA). Partnerstvo je spodbudilo povezovanje različnih deležnikov v različnih evropskih državah. V magistrskem delu bom pregledala, kakšni so rezultati tega povezovanja, oz. natančneje, katere dobre prakse so se razvile na tem področju in kako te pripomorejo k bolj kakovostnemu življenju starejših. Poleg vseh dobrih praks v okviru omenjenega partnerstva pa bom podrobneje opisala dve dobri praksi, in sicer program »Smart care« iz province Noord-Brabant in program »Living it up« iz Škotske. Za slednjega sem se odločila, ker je tehnološko zelo nezahteven, pa vendar zelo celovit za oskrbo starejših, zato menim, da bi tovrstno rešitev lahko vpeljali tudi v Sloveniji. Program »Smart care« pa velja za zgled inovativnega pristopa k reševanju izziva oskrbe starejših in se ga loteva zelo celostno.

Po evropskih dobrih praksah bom opisala tudi štiri slovenske prakse, ki so bile predstavljene na posvetu na temo aktivnega in zdravega staranja, ki je bil decembra 2014 v Stični. Posveta na temo »Staranje prebivalstva – nove priložnosti. Smo pripravljeni?«¹ sem se udeležila tudi sama in to me je spodbudilo k razmisleku o možnostih razvoja na tem področju tudi v slovenskem prostoru. Na dogodku so se zbrali strokovnjaki iz različnih področij, ki so predstavili svoje vidike ali rešitve glede aktivnega in zdravega staranja.

Namen magistrskega dela je predstaviti evropske dobre prakse, pokazati, kako so te pripomogle k bolj kakovostnem staranju, ter ugotoviti, kateri so ključne ovire pri vpeljavi pametnih rešitev za bolj kakovostno staranje. V magistrskem delu si zato zastavljam dve raziskovalni vprašanji:

»Kakšne so lastnosti dobrih praks na področju spodbujanja zdravega in aktivnega staranja s pomočjo IKT?« ter »Katere so ključne ovire na strukturni ravni pri uvajanju e-storitev na področju spodbujanja aktivnega in zdravega staranja s pomočjo IKT?«

Magistrsko delo temelji na kvalitativnih metodah in je sestavljeno iz uvoda, teoretičnega dela, empiričnega dela in zaključka. V prvem poglavju teoretičnega dela bom opisala, kakšne oblike IKT-rešitev obstajajo in zakaj je potrebno premisliti o njihovi vpeljavi, v drugem

¹ Vabilo na posvet v prilogi

poglavju bom predstavila evropske dobre prakse in njihove rezultate, v tretjem pa še slovenske dobre prakse. V zadnjem delu teoretičnega dela bom ugotavljala, kateri so ključne ovire pri vpeljevanju dobrih praks na področju pametnih storitev ter kaj je potrebno storiti za njihovo premagovanje. V empiričnem delu bom predstavila rezultate intervjujev, ki sem jih opravila s strokovnjaki, ki se ukvarjajo z uvajanjem e-storitev na področju zdravega in aktivnega staranja.

2 IKT-rešitve in možnosti za neodvisno staranje

Prebivalstvo v razvitih državah se neizbežno stara in posledice teh demografskih sprememb postajajo vse bolj očitne. Predvsem se postavlja pod vprašanje vzdržnost zdravstvenega in oskrbovalnega sistema (Kerbler 2012, Rudel 2009). Na evropski ravni se predvideva, da se bodo izdatki za zdravstvo in dolgotrajno oskrbo zelo povečali (Evropska komisija 2012), in vse bolj je očitno, da zdravstvene in socialne pravice ne bomo več dolgo mogli zagotavljati iz obstoječih modelov (Rudel 2009, 100). Poleg sistemskih razlogov za iskanje rešitev pa je potrebno izpostaviti tudi vidik starejših oseb, njihove želje in potrebe. Večina starejših si namreč želi starost preživeti doma in ne v institucionalni oskrbi, ki je najpogostejša oblika starostnega varstva pri nas (Sendi in drugi 2002). Potrebno pa je izpostaviti, da je tovrstna oblika tudi z vidika stroškov najdražja (Dolničar 2009, 278) in je tako v interesu starejših ter tudi v javnem interesu, da se v tovrstne zavode namesti tiste, ki to zares potrebujejo (Kerbler 2012).

Staranje prebivalstva, vprašanje vzdržnosti zdravstvenega in oskrbovalnega sistema ter željo starejših, da čim dlje in neodvisno živijo bi izpostavila kot ključne razloge, zakaj je potrebno premisliti in poiskati inovativne možnosti za zagotavljanje kakovostnega življenja starejših oseb.

Temelj za vpeljavo inovativnih tehnologij je pravzaprav koncept »staranja na domu« (angl. ageing-in-place), ki ga Barrett in drugi definirajo kot podporo za čim daljše življenje na domu, kar pomeni, da ljudje dobivajo formalno pomoč na dom (Barrett in drugi 2011, 362). Dom tako predstavlja nadaljevanje življenja v poznanem okolju, nadaljevanje neodvisnosti ter tudi socialno vključenost (Barrett in drugi 2011).

Novejšo smernico na področju dolgotrajne oskrbe starejših tako predstavlja oskrba na domu, ki starejšim omogoča daljše bivanje v poznanem okolju (Hlebec in Filipovič Hrast 2015).

Z razvojem informacijske družbe pa se je pojavila ideja, da se oskrba in druge povezane aktivnosti za starejše s pomočjo tehnologije premakne oziroma prenese v njihove domove (Kerbler 2012, 168). Kot sem uvodoma omenila, imajo IKT velik potencial za to, da se zagotovi bolj kakovostna oskrba (na daljavo) in se starejšim omogoča zdravo in aktivno staranje. Tovrstna tehnologija lahko izboljša kakovost življenja, podaljša življenje v skupnosti, pripomore k izboljšanju telesnega in duševnega zdravja, preprečujejo nastanek resnih zdravstvenih težav, poleg tega pa lahko zmanjšamo breme družin, oskrbovalcev in

družbe (Samar Brenčič 2012). IKT v povezavi z medicino, zdravjem in nego se v literaturi pojavlja pod izrazi telemedicina (ang. *telemedicine*), telezdravje (angl. *telehealth*) in teleoskrba (ang. *telecare*). V nadaljevanju so predstavljene opredelitve teh pojmov.

2.1 Telemedicina

Telemedicina pomeni zagotavljanje zdravstvenih storitev z uporabo IKT v primerih, ko sta izvajalec zdravstvene storitve in pacient oziroma dva izvajalca zdravstvene storitve prostorsko ločena (Rudel in drugi 2011, 45). Evropska komisija poudarja, da lahko telemedicina bistveno pripomore k boljšemu življenju evropskih državljanov, zdravstvenim delavcem lahko ponudi nova orodja za soočanje z izzivi, s katerimi se srečujejo zdravstveni sistemi (Evropska komisija 2008).

Storitve v telemedicini delimo na dve skupini: telemedicino med zdravstvenimi delavci in institucijami ter telemedicino na domu (Primožič 2011, 18). V prvem primeru gre za posredovanje in izmenjavanje podatkov med zdravniki, specialisti, bolnišnicami itd. Primer te storitve je teleradiologija, ki je med najbolj razvitimi storitvami za medicino na daljavo (Evropska komisija 2008). Gre za storitev, pri kateri se radiografski posnetki z ene lokacije elektronsko prenašajo na drugo lokacijo za namen obdelave in posvetovanja. V drugem primeru pa gre za uporabo določene telemedicinske storitve na domu pacienta. Storitev torej poteka med zdravstvenim delavcem in posameznikom, ki sta fizično ločena. Najbolj pogosta oblika, ki jo razvijajo mnoge evropske države, kot bomo videli v nadaljevanju, je monitoring (ali opazovanje) na daljavo. Gre za telemedicinsko storitev, s katero lahko zdravstveni delavec spremlja stanje pacienta na daljavo, kar je še posebej dobrodošlo pri pacientih s kroničnimi boleznimi, kot sta diabetes in bolezen srca (Evropska komisija 2008). Podatki se lahko zbirajo avtomatično, in sicer z osebnimi napravami za monitoring zdravja, ali pa z aktivnim sodelovanjem pacienta, recimo merjenje telesne teže, krvnega sladkorja, krvnega tlaka itd. Ti podatki so tako na voljo zdravstvenim delavcem. Spremljanje pacienta na daljavo koristi pacientom in zdravstvenim delavcem. Uporaba te storitve lahko privede do zgodnejšega odkrivanja simptomov bolezni ter posledično zgodnejšega zdravljenja.

Še en način telemedicine je telekonzultacija ali posvet z zdravnikom na daljavo. Kot nam samo ime pove, gre za pogovor med zdravnikom in pacientom, ki sta prostorsko ločena. Posvet na daljavo lahko pomeni zmanjševanje nepotrebnih obiskov pri zdravniku, varčevanje

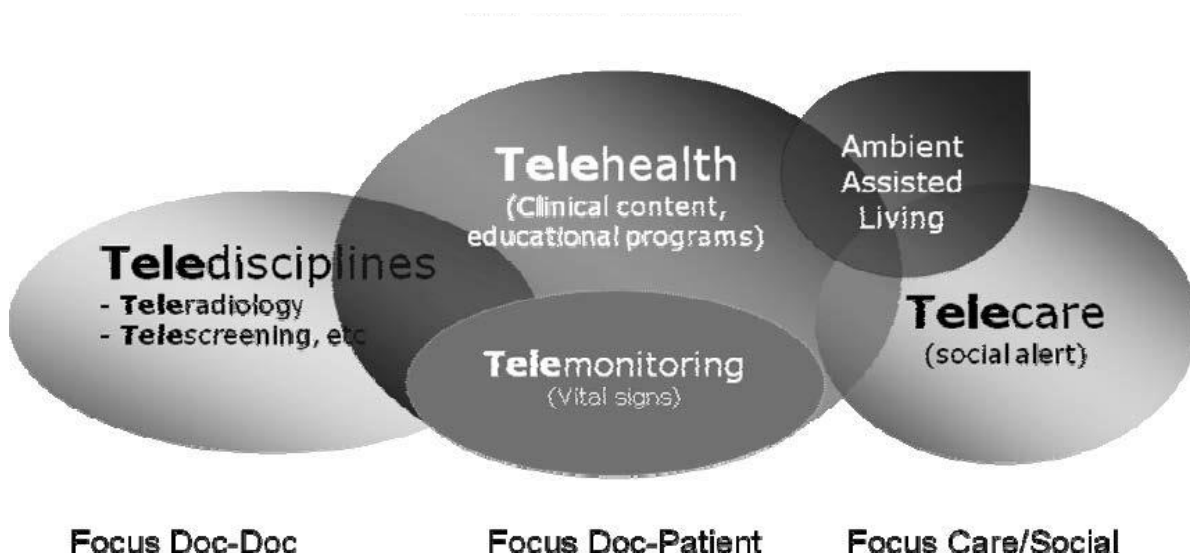
s časom (tako pacientovega kot zdravnikovega) in tudi zmanjšanje stroškov (Stowe in Harding 2010, 196). Sistem virtualnih konzultacij in ostalih storitev tako premaguje težave razdalje in izolacije ter obenem spodbuja in omogoča ljudem, da sami izboljšujejo kakovost svojega življenja (Doughty in drugi 2008).

2.2 Telezdravje

Definicije telezdravja (ang. telehealth) so zelo različne in so precej prepletene z definicijami telemedicine. V Evropi naj bi bil telezdravje krovni izraz za širši spekter tehnologij, kar vključuje tudi telemedicino, e-nego, teleoskrbo itd. (Doughty in drugi 2008, 38).

Tudi Rudel in drugi (2011) razumejo telezdravje kot skupek tehnologij in povezanih storitev na daljavo, ki so dostopne ljudem in njihovim skrbnikom na domu ali v širši skupnosti z namenom njihovega opolnomočenja, ocenjevanja ali zagotavljanja oskrbe in podpore glede vsega, kar se nanaša na njihovo zdravje (Rudel in drugi 2011, 32). Telezdravje tako pomeni zagotavljanje kakršnihkoli, z zdravjem povezanih storitev na daljavo in tako predstavlja razširitev pojma »telemedicina«. Prepletenost izrazov na področju storitev za zdravstvo na daljavo lepo pokaže tudi spodnja Slika 2.1.

Slika 2.1: Telezdravje



Vir: Rudel in drugi (2011, 33).

Storitve zdravja na daljavo (ang. telehealth) predstavljajo zelo raznovrstne storitve za pridobivanje oz. ohranjanje zdravja in posegajo na področja, kot so informiranje ali izobraževanje, konzultacije ter diagnostične in druge storitve (Samar Brenčič 2012).

2.3 Teleoskrba

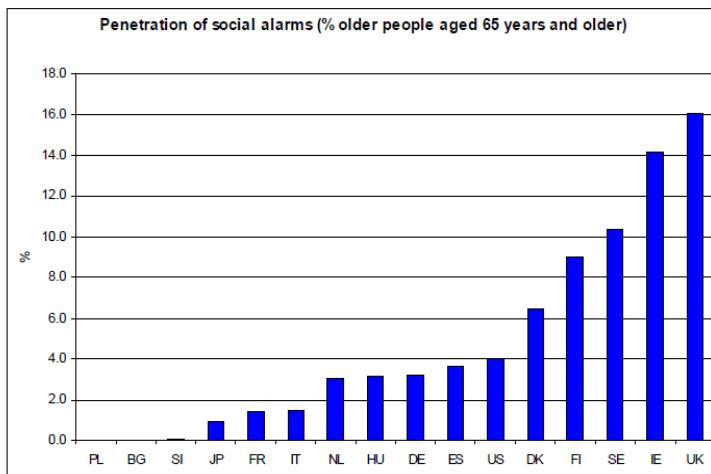
Uporaba IKT za podporo staranja na domu imenujemo teleoskrba. Barlow in drugi definirajo teleoskrbo kot uporabo komunikacijske tehnologije za podporo zdravju in socialni oskrbi na daljavo (Barlow in drugi 2005, 441). Doughty in drugi pa razumejo teleoskrbo kot izraz za vse preventivne tehnologije, ki vključujejo elektronske, telekomunikacijske in informacijske sisteme (Doughty in drugi 2008). V magistrskem delu se bom pri oskrbi na daljavo opirala na širšo definicijo: oskrba na daljavo je skupek različnih storitev, ki jih izvajamo z uporabo IKT. Te storitve so namenjene osebam z zmanjšanimi možnostmi, ki želijo čim bolj samostojno živeti, in njihovim oskrbovalcem, ki v domačem okolju ali skupnosti potrebujejo zunanjo pomoč.

Storitve in naprave za oskrbo na daljavo so, glede na razvoj in zahtevnost, razvrščene v tri generacije.

Prva generacija so najbolj enostavne oblike naprav, kot je recimo varovalno alarmni sistem, tehnično preprosta naprava, ki temelji na telefonski povezavi. Poseben telefon je nameščen pri uporabniku in je opremljen z brezžičnim sprožilcem, ki pa ga ima oseba pri sebi (običajno v obliki zapestnice ali verižice). Alarm se aktivira s pritiskom na gumb, kar sproži klic v center za nujno pomoč. Ta naprava uporabniku omogoča, da ta zaprosi za pomoč kjerkoli in kadarkoli v njegovem domu (povzeto po Miskelly 2001). Ko uporabnik s pomočjo te naprave pokliče, se na zaslonu v sprejemni pisarni izpiše kartoteka uporabnika z njegovimi podatki, ki pomagajo operaterju nadaljnje ukrepati (zdravstveno stanje, kdo ima rezervni ključ stanovanja, koga je potrebno obvestiti) itd. Operater sam nudi pomoč oziroma obvesti sorodnike ali primerno javno službo, ko je to potrebno.

Ta naprava se je v nekaterih evropskih državah že dodobra razširila in predstavlja temelj oskrbe na daljavo, medtem ko je pri nas zelo nerazširjena (Rudel in drugi 2009, Dolničar 2009, Nagode in Dolničar 2010), kar lahko vidimo tudi na spodnji Sliki 2.2, ki prikazuje delež uporabnikov storitve (povzeto po raziskavi ICT & Ageing 2010).

Slika 2.2: Delež uporabnikov socialnega alarma



Vir: Evropska komisija, Generalni direktorat za informacijsko družbo in medije (2010, 10).

Druga IKT-generacija storitev za oskrbo na daljavo predstavlja nadgradnjo varovalno–alarmnega sistema. Pojavi se inovativni sistem pametnega okolja in ambientalne inteligence, s čimer označujemo konvergenčno okolje, ki združuje računalniške, napredne omrežne tehnologije in posebne vmesnike za zaznavanje in interakcijo z uporabnikom (Dolničar 2009). Uporabnikovo domače okolje je opremljeno z napravami za oddaljeno nadzorovanje, ki so povezane v neko omrežje, preko katerega pa so uporabniki povezani z oskrbovalci in drugimi ponudniki storitev (Kerbler 2012, 168). Druga generacija sistemov teleoskrbe vpeljuje različne senzorje in detektorje, ki so vgrajeni v stanovanje uporabnika in spremljajo: nenadne spremembe v prostoru (padec, epileptični napad ...), uporabnikov življenjski cikel (merijo fiziološke funkcije, kot so srčni utrip, krvni tlak, krvni sladkor, telesno težo, temperaturo itd.), psihološke funkcije (ocenjujejo vzorce vedenja uporabnika, recimo merjenje, kolikokrat gre oseba skozi vrata in nazaj, kolikokrat odpre hladilnik, pogostost uporabe postelje itd.) (ICT & Ageing 2010). Vse to lahko spremljamo in preverjamo preko senzorjev, ki so nameščeni po stanovanju ali na osebi (na primer senzor za padec v obliki broške, ure ali obeska): različne blazine s senzorji zaznavajo prisotnost v postelji in morebitne spremembe (pri epileptičnem napadu), senzor na vratih, ki ga lahko nastavijo tako, da se ob določenih urah naj ne bi sprožil (recimo ponoči, ko uporabnik spi). V kolikor se ta sproži, je to znak, da je uporabnik v nočnih urah zapustil hišo. Ob sprožitvi alarma klicni center natančno pozna lokacijo in tip detektorja ali senzorja, ki je alarm sprožil. Operater ob tem pokliče uporabnika, da izključi možnost lažnega alarma, potem pa sorodnika ali ustrezno javno službo (gasilce, reševalce ...) (Stowe

in Harding 2010). Poleg teh naprav pa ima uporabnik na voljo še naprave, ki ga opominjajo na določene stvari, recimo elektronski delilnik tablet.

Tretja generacija IKT-storitev v teleoskrbi pa se, bolj kot na neodvisnost in varnost uporabnika, osredotoča na uporabnikovo dobro počutje in kakovost življenja. Te tehnologije omogočajo uporabnikom konstanten stik z osebami in ponudniki storitev, ne da bi morali zaradi tega zapustiti hišo ali stanovanje, kar preprečuje uporabnikovo osamljenost in izolacijo. Internetne storitve lahko uporabijo za spletno nakupovanje, ohranjanje stikov z družino in prijatelji preko socialnih omrežij ali programov, udeležbo v podpornih skupinah in forumih itd. (Stowe in Harding 2010).

IKT predstavlja veliko priložnosti tako v telemedicini, telezdravju kot tudi pri oskrbi na daljavo. Predvsem pa nudi priložnosti, ki koristijo tako starejšim, kroničnim bolnikom, njihovim svojcem in družinam, kot tudi zdravstvenemu in oskrbovalnemu sistemu. V nadaljevanju sledi pregled evropskih dobrih praks na področju aktivnega in zdravega staranja s pomočjo IKT–rešitev. Podrobneje bomo spoznali, katere storitve in naprave so vpeljevali ter kako so te storitve doprinesle k boljšemu zdravstvenemu in oskrbovalnemu sistemu.

3 Evropske dobre prakse

Na evropski ravni se je že začelo konkretno ukrepanje na področju aktivnega in zdravega staranja. Vedno več se o tem govori, vedno več je projektov in partnerstev, katerih namen je poiskati inovativne rešitve za spopadanje z izzivom starajoče se Evrope. Tako so se začela ustanavljati tudi Evropska partnerstva za inovacije (angl. European Innovation Partnership), ki predstavljajo nov pristop Evropske komisije k raziskovanju in prenavljanju ukrepov na določenih področjih. Namen ustanovitve partnerstev je poenostaviti in bolje uskladiti že obstoječe iniciative, jih dopolniti, če je to potrebno, predvsem pa omogočiti, da partnerji lažje sodelujejo in tako dosegajo boljše rezultate. Partnerstvo namreč povezuje vse relevantne akterje iz Evropske unije, na nacionalnem in regionalnem nivoju, da bi se spoprijeli s specifičnim socialnimi izzivi.

Kot enega izmed družbenih izzivov, ki je skupen vsem evropskim državam, je Evropska komisija prepoznala dejavno in zdravo staranje prebivalstva. Da bi začeli reševati ta izziv, so leta 2011 ustanovili Evropsko partnerstvo za inovacije za dejavno in aktivno staranje (angl. European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing). Gre za partnerstvo, ki združuje deležnike z različnih področij, tako iz javnega kot tudi zasebnega sektorja. Sodelujejo za skupni interes, aktivnosti in projekte, da bi poiskali inovativne rešitve, ki se tičejo potreb starajoče populacije. Uspeh partnerstva je odvisen od vključenosti naslednjih partnerjev: vlade, univerze in raziskovalne skupine, javnih organov na državni, regionalni in lokalni ravni, izvajalcev zdravstvenih in oskrbovalnih storitev, podjetij ter organizacij pacientov, upokojencev in starejših. Deležniki, ki so se vključili v različne projekte, so določili tri ključna področja, na katerih je potrebno takojšnje ukrepanje:

- preventiva in zgodnje diagnosticiranje,
- nega in zdravljenje,
- aktivno staranje in neodvisno življenje starejših.

Cilj partnerstva je do leta 2020 povečati zdravo življenjsko dobo državljanov EU za dve leti, obenem pa doseči trojno zmago (angl. *triple win*) za Evropo: izboljšanje zdravja in kakovosti življenja starejših, izboljšanje vzdržnosti in učinkovitosti sistemov oskrbe ter nove priložnosti za rast podjetij in njihove tržne priložnosti (Evropska komisija 2011).

Sodelovanje in iskanje inovativnih rešitev poteka v dveh oblikah, akcijskih skupinah (angl. Action groups) in dobrih praksah. Oblikovanih je bilo 6 akcijskih skupin, vsaka izmed njih se posveča točno določenemu problemu na področju dejavnega in zdravega staranja:

- skupina za iskanje inovativnih rešitev za doslednejše upoštevanje receptov in zdravniških nasvetov,
- skupina za boljšo skrb za lastno zdravje in preprečevanje padcev pri starejših,
- skupina za preprečitev pešanja in šibkosti,
- skupina za spodbujanje celostnih modelov oskrbe za kronične bolezni, vključno s spremljanjem na daljavo na regionalni ravni,
- skupina za razvoj interoperabilnih rešitev za neodvisno življenje, vključno s smernicami za poslovni model,
- skupina za inovacije za starostnikom prijazne stavbe, mesta in okolja.

Druga oblika pa so dobre prakse ali reference (angl. Reference sites), ki partnerstvu zagotavljajo informacije in konkretne dokaze o primerih celovitih in inovativnih pristopov k bolj dejavnemu in zdravemu staranju. Ti primeri nastajajo na podlagi močnega sodelovanja med regijami, mesti, izvajalci zdravstvenih storitev in organizacijami za oskrbo, ki lahko pokažejo konkretne dokaze o vplivu na državljane in sam sistem. Kakšne so te dobre prakse in kakšen vpliv imajo na življenje starejših, bom opisala v nadaljevanju.

3.1 Dobre prakse v okviru Evropskega partnerstva za inovacije za aktivno in zdravo staranje

Dobre prakse predstavljajo inovativne primere in pristope k aktivnemu in zdravemu staranju. Gre za koalicije regij, mest, povezanih bolnišnic ali organizacij za oskrbo, ki kažejo svoj vpliv in inovativne rešitve, ki bi lahko bile razširjene tudi na druga evropska področja. V nadaljevanju bo navedenih 32 primerov referenčnih strani iz različnih držav Evrope (povzeto po Evropska komisija 2013a in Evropska komisija 2013b).

- Univerzitetna bolnišnica Olomouc na Češkem predstavlja dve dobri praksi: spremljanje na daljavo in nadziranje pacientov, ki imajo srčno okvaro oziroma so doživeli srčni infarkt ter spremljanje na daljavo za paciente z akutno infarkcijo srčne mišice in na novo diagnosticiranim diabetesom. Z vpeljavo inovativne rešitve

zdravstvenih storitev na daljavo želijo izboljšati zdravstveno stanje ciljne populacije. Prva dobra praksa je zmanjšala stroške bolnišnic, saj pacientom (pred in po operaciji) ni bilo potrebno biti dalj časa v bolnišnici, ker so jih spremljali na daljavo; pacienti so bili torej doma in hkrati pod zdravniškim nadzorom. Ustvarila so se tudi nova delovna mesta. Tudi z drugo dobro prakso so se, zaradi zgodnjega odkrivanja in zdravljenja bolezni ter manj obiski v specialističnih ambulantah, zmanjšali stroški pri zdravstveni oskrbi.

- Regija Južne Danske predstavlja dobro prakso SAM:BO, ki je sporazum o sodelovanju med regijami južne Danske in 22 občinami v regiji. V zdravstvo in oskrbo vpeljujejo ti. orodja informacijske tehnologije, ki so omogočila, da so vse informacije o pacientih elektronske in dostopne zdravnikom, specialistom itd. S tem so se izognili nepotrebnim obiskom v bolnišnicah in specialističnih ambulantah. Ustanovili so sistem »Shared care«, ki omogoča spremljanje pacientov na njihovem domu, te informacije pa so potem dostopne zdravnikom. Rezultati so sledeči: pacienti so prej odpuščeni iz bolnišnic, možnost spremljanja preko sistema »Shared care« pozitivno vpliva na duševno zdravje pacientov, precej so se zmanjšali stroški zaradi elektronskega komuniciranja, ustanovljena so bila tudi nova delovna mesta.
- Mesto Oulu na Finskem predstavlja kar tri dobre prakse. Prva je spletno orodje »Wellness Profile Oulu«, s katerim lahko starejši ocenjujejo svoje fizično in psihično zdravje, svojo neodvisnost, osamljenost, varnost, socialno mrežo, ter orodje »Oulu Self-Care System«, s katerim se lahko naročijo v laboratorij, pregledajo rezultate testiranja, pošiljajo in prejemajo sporočila in vnašajo meritve, ki so jih sami opravili doma itd. Sistem je sicer še v razvoju, vendar pa pričakujejo, da bo ta močno pripomogel k zgodnjemu odkrivanju težav in bodo tako prej dobili ustrezno oskrbo. Druga dobra praksa so nove aplikacije in storitve preko e-orodij, ki bodo pomagala podpirati neodvisno življenje starejših v lastnem domu. Njihov strateški cilj je, da bi večina starejših od 74 let živeli v domovih, ki bi imeli implementirana inovativna IKT-orodja. Predvidevajo, da bi se s tem pri starejših močno povečal občutek varnosti in neodvisnosti. Tretja novost pa je »LivingLab«, gre za odprto okolje za razvoj in testiranje izdelkov in storitev za življenje starejših, ki bi jih lahko potem prevzela podjetja in organizacije. Namenjen je torej predvsem podjetjem, ki skupaj s starejšimi razvijajo tehnologijo, s pomočjo katere bi lahko čim dlje živeli doma.
- Regija Ile de France: Assistance Publique- Hôpitaux de Paris v Franciji predstavlja dve dobri praksi. Prva je sporazum o sodelovanju med lokalnimi in socialnimi akterji

za bolj učinkovito pot oskrbe, druga dobra praksa pa je TH4 (Technology and Human Help at Home after Hospitalization), projekt za zmanjšanje števila padcev in izboljšavo fizične avtonomnosti starejših po hospitalizaciji. Projekt razvija metodo e-učenja (tako za starejše, kot za njihove oskrbovalce) in razvoj ter vpeljavo podpornih tehnologij oziroma opreme, ki pa bo osnovana na sistemu izposoje in ne lastništva. Predvidevajo, da se bodo s tem izognili namestitvi starejših v bolnišnici in drugih institucijah, s čimer bodo zagotovili stabilnejši sistem oskrbe.

- Regija Languedoc-Roussillon v Franciji predstavlja dobro prakso »Dossier Pharmaceutique«, ki je že v uporabi pri 97 % zasebnih lekarn. Gre za elektronski popis, seznam vseh zdravil, ki jih je posameznik dobil v zadnjih štirih mesecih. Namen tega je bolj zanesljivo predpisovanje zdravil in tako bolj učinkovito zdravljenje. Poleg tega so vpeljali interoperabilno celostno nego za starejše bolnike s kroničnimi boleznimi (Interoperable integrated care pathways-ICPs).
- V francoski regiji Pays de la Loire Nacionalni center za informacijske in komunikacijske tehnologije (CENITCH) združuje laboratorije, tovarne, združenja uporabnikov itd. Predstavljajo dve dobri praksi: regionalno hišo za avtonomnost in dolgoživost ter živi laboratorij »Lena«, ki informira, svetuje z raznimi seminarji in delavnicami o podpornih tehnologijah, oblikovanih za boljše življenje starejših. Poleg tega projekt »Lena« svetuje, kako preoblikovati posameznikov dom z novimi tehnologijami (teh je več kot 30). Vsako leto več kot 400 starejših obiše »Lena«, kjer pridobijo informacije, načrte in nasvete za vpeljavo rešitev v njihove domove in si s tem zagotovijo bolj kakovostno bivanje. Druga praksa pa je regionalni center za poslabšanje sluha in slabovidnost. Njihov namen je zagotoviti avtonomnost posameznika, ki ima težave s sluhom in vidom, ter mu ponuditi celostno oskrbo.
- Svet regije Lower-Rhine v Franciji je vpeljal inovativno politiko za aktivno in neodvisno staranje, saj želijo raziskati potencialne inovativne rešitve, vključno z IKT, z namenom, da starejši čim dlje ostanejo doma. Naredili so študijo primera »Stanovanje za jutri«, s katero so pokazali, kako preurediti hišo, da se prepreči funkcionalno in kognitivno nazadovanje. Rezultat pilotne študije je boljše razumevanje trga, s čimer je tako uporabna predvsem za zainteresirana podjetja. Prav tako pa je projekt povezal javne in zasebne partnerje.
- Ministrstvo za socialne zadeve in varstvo potrošnikov Saxon v Nemčiji predstavlja tri dobre prakse. Prva je »geriatrični koncept«, ki združuje geriatrične centre, bolnišnice,

specialiste, zdravnike, rehabilitacijski centre, domove, občine in socialne storitve ter predvideva kakovostno in učinkovito oskrbo, zdravljenje in rehabilitacijo pacienta čim bližje njegovemu domu. Druga praksa je izboljšanje oskrbe pacientov z diabetesom z uporabo medicine na daljavo (na primer elektronsko zapisovanje vsake meritve krvnega sladkorja). S to prakso so zagotovili boljšo oskrbo sladkornih bolnikov in hitrejšo pomoč, če je bilo to potrebno. Tretja dobra praksa pa je projekt »Living the age«, s katerim skušajo prenoviti domove (vpeljava podpornih tehnologij) v regiji tako, da bodo ustrezala potrebam starajočega prebivalstva. S tem skušajo doseči, da bi starejši preložili ali se celo izognili življenju v institucionalni oskrbi.

- Sodelovanje na področju staranja na Irskem (COLLAGE) je iniciativa, ki predstavlja tri dobre prakse. CARTS (Community assessment of risk and treatment strategies) skuša odložiti ali preprečiti pešanje in šibkost ter tri učinke tega: institucionalizacijo, hospitalizacijo in smrt. Uporablja hitro selektivno orodje, ki pomaga identificirati težave in razumeti tveganje ter potem definirati najbolj učinkovito intervencijo za pacienta. CARST zajema štiri področja za ocenjevanje: mentalno stanje, aktivnosti dnevnega življenja, zdravstvene težave in družbene/ekonomske skrbi. S tem enostavnim orodjem lažje pridejo do tistih, ki so pod tveganjem za določene bolezni, ti pa bodo dobili ustrezno pomoč, prej bodo lahko odšli iz bolnišnice itd. Louth je prvo okrožje na Irskem, kjer so razvili in vpeljali starosti prijazni akcijski načrt: LAFCI (louth age-friendly county initiative), kar predstavlja kot drugo dobro prakso. Njihovi cilji so izboljšati zdravje starejših, povečati participacijo starejših v skupnosti in omogočiti potrebne storitve s pomočjo stroškovno učinkovitih partnerstev. Akcijski načrt predstavlja temelj za razvijajoče se politike v zvezi z aktivnim in zdravim staranjem, saj zagotavlja sodelovanje različnih deležnikov. Tretja dobra praksa pa je program za napredno načrtovanje celostne nege »Let me decide«, kjer lahko starejši aktivno sodelujejo pri vprašanjih, ki se tičejo oskrbe v poznem življenjskem obdobju oziroma v težkih zdravstvenih okoliščinah, ko ne bodo mogli več povedati svojih želja.
- Regija Liguria v Italiji predstavlja dva dobra programa. Prvi je preventivni program prilagojene fizične aktivnosti (Adapted physical activity), s katerim želijo udeležence naučiti zdravega življenjskega sloga. Pokazali so se dobri rezultati, saj je veliko obiskovalcev te vadbe poročalo o manjših bolečinah ali pa so te celo popolnoma izginile; nekateri so poročali o zmanjševanju uporabe protibolečinskih tablet, poleg tega pa so se njihovi obiski pri zdravnikih zmanjšali, saj jih niso več potrebovali.

Druga dobra praksa je urjenje spomina (angl. memory training) v obliki tečajev. Z njimi skušajo čim dlje vzdrževati kakovostno kognitivno življenje starejših, s čimer povečajo funkcionalno in fizično avtonomijo, kot posledica pa se kaže tudi manjše zanašanje na lokalni zdravstveni sistem. S treningi posameznik vzdržuje svojo mentalno in funkcionalno avtonomnost dlje časa, kar predstavlja manjši stroški za javno zdravstvo, poleg tega pa je to dober način zgodnjega odkrivanja demence.

- Italijanska regija Campania je prikazala tri dobre prakse. Z regionalno strategijo za preprečevanje šibkosti pri starejših želijo delati predvsem na preventivi in promovirati zdrav način življenja ter s tem izboljšati kakovost življenja. Drugi projekt je »Campania nel Cuore«, ki je namenjen bolnikom s srčno boleznijo, saj so s pomočjo IKT zdravnikom poslani in kasneje dostopni podatki o njihovem stanju. Zadnja praksa je elektronski zapis vseh zdravstvenih informacij pacientov, ki so bile prej razpršene pri različnih zdravnikih in drugem osebju, s čimer želijo izboljšati učinkovitost storitev.
- Tudi regija Emilia Romagna v Italiji predstavlja tri dobre prakse. Prva je SOLE (healthcare online) in EHR (Fascicolo sanitario elettronico FSE Emilia-Romagna), katerih namen je ustvariti enotno omrežje lokalnih zdravstvenih služb, bolnišnic, splošnih zdravnikov in pediatrov, ki bi vnašali podatke v EHR (»electronic health record«), s čimer bi bili vsi zdravstveni podatki vsakega posameznika na voljo od otroštva naprej. To lahko pomeni manj napak zdravnikov, boljše in hitrejšo oskrbo itd. Rezultati so v zmanjševanju stroškov tako pri zdravstvenih storitvah, kot tudi v administrativnih zadevah. Druga iniciativa je namenjena preprečevanju padcev »PROFITER«, ki hoče ustanoviti regionalno omrežje za digitalizacijo in analizo informacij, povezanih s padci. Vpeljujejo tudi inovativne pripomočke – naprave, ki temeljijo na IKT in zaznavajo padce. To pomeni, da je ukrepanje, ko pride do take situacije, hitrejšo, bolj učinkovito, starejši manj dni preživijo v bolnišnici in s tem se zmanjšajo tudi stroški. Tretji projekt, ARIA, proučuje možnosti inovativnega programa, s katerim bi na daljavo spremljali posameznika z akutnimi dihalnimi težavami in hitro ukrepali, ko bi to bilo potrebno. Tudi pri tej praksi poročajo, da so zaradi opazovanja na daljavo pacienti manj dni preživeli v bolnišnici, manj je bilo stroškov z oskrbo in v zdravstvu, bolniki in njihove družine so bile pomirjene itd.
- Regija Friuli Venezia Giulia, Italija. Zavod za slepe in slabovidne skrbi za rehabilitacijo, socialno integracijo, razvoj veščin ipd. ter tako, tudi s pomočjo tehnologije (spremljanje na daljavo, oskrba na domu itd.), izboljšuje kakovost

življenja slepih in slabovidnih. Namen prakse je spodbuditi in pripraviti smernice za nadaljnje projekte za rehabilitacijo in izboljšanje osebne neodvisnosti starejših.

- Regija Piemonte v Italiji je sprejela nov organizacijski model, s katerim so manjše bolnišnice postale del primarne oskrbe. Eden od projektov je magistrski program za medicinske sestre, kjer se učijo novih, posebnih znanj, potrebnih za nov koncept oskrbe, ki ga pripravljajo. Posvečajo se tudi priložnostim za domačo oskrbo, kar dosegajo s pomočjo zdravljenja na daljavo in podpornih tehnologij.
- Univerza Coimbra iz Portugalske predstavlja tri dobre prakse. Skupina za zgodnje odkrivanje kognitivnega staranja, demenco in oslabitve vida je predstavila in vpeljala že več inovativnih storitev in tehnologij za dejavno in neodvisno življenje, s katerimi so lahko pregledali več ljudi in tako prej odkrili težave, s tem pa tudi zmanjšali stroške. Skupina za človeško kinetiko in mobilnost za starejše ljudi ima namen vpeljati inovativen ekosistem deležnikov in dobrih praks, da bi se spopadali s težavami na področju kinetike in mobilnosti. Skupina poudarja sodelovanje partnerjev na področju nevrologije, revmatologije, osteoporoze, človeške kinetike in drugih, kar naj bi vodilo k večji učinkovitosti oskrbe. Tretja dobra praksa pa je inovativni model za vpeljavo IKT v zdravstvo in vzpostavitev ekosistema in tehnologije za e-zdravje. Rezultati te prakse so partnerstva, ki se povezujejo glede na področja: preventiva in diagnoze, nega in zdravljenje ter aktivno in neodvisno staranje.
- Ministrstvo za zdravstvo in socialne zadeve Andaluzija, Španija. Prva dobra praksa je »Andalusian strategy on active ageing« (ASAA), ki je osnovala »belo knjigo za aktivno staranje«. Glavni cilj strategije je, da se stari ljudje vključujejo v družbo, so del nje in da se jim ponudi različne priložnosti – organiziranih je veliko fizičnih, športnih aktivnosti za starejše, izdelali so »Junta card«, ki jim prinaša ugodne popuste pri športnih, kulturnih, sprostitvenih dejavnostih. Pomemben rezultat prakse je povezovanje in sodelovanje javnih in zasebnih deležnikov, ki skupaj oblikujejo oskrbo, usmerjeno v posameznika. Vpeljujejo tudi sistem »Andalusian e-Health strategy« (AeHS), ki s pomočjo elektronskega povezovanja zdravstvenih informacij povečuje kakovost življenja meščanov in izboljšuje koordinacijo zdravstvene in socialne oskrbe. Sistem je na voljo vsem prebivalcem, lekarnam, zdravstvenim organizacijam itd. Kot dobra rešitev se je izkazalo naročanje po telefonu in internetu, in elektronsko predpisovanje zdravil (poročajo o precejšnjem znižanju stroškov zaradi ukinitve tiskanih receptov), med pozitivnimi učinki pa so med drugim manj obiskov

pri zdravniku zaradi elektronskega dostopa do podatkov, hitrejši rezultati iz laboratorijev itd.

- Baskija iz Španije je osnovala tri dobre prakse. Prva je Baskovska strategija za paciente s kroničnim stanjem, ki pokriva vse kronične bolnike v regiji. V okviru te prakse so podprli 14 projektov, katerih namen je popolnoma prenoviti zdravstveni sistem v regiji. IKT je ključna v tem procesu: poenoteni elektronski zdravstveni zapisi, spletna platforma, elektronsko predpisovanje zdravil itd. so povezali urbana in ruralna območja, pacientov dom in bolnišnice, neformalne in formalne oskrbovalce in mnoge druge. Rezultati so boljša oskrba in večje zadovoljstvo ljudi z zdravstvenim sistemom. Drugi projekt je »Extean Ondo«, pilotna raziskava za vpeljavo nege, ki je osredotočena na posameznika in na aktiven življenjski slog starejših na domu, za kar je potrebna koordinacija med različnimi akterji v verigi oskrbovalcev. Tretja dobra praksa pa je »Euskadi«, starosti prijazna regija, ki namerava razviti in vpeljati akcijski načrt za starosti prijazno okolje, saj je v tem delu Španije izjemno velik delež starejših.
- Tudi TicSalut/InnohealthHu iz Katalonije predstavlja tri dobre prakse. Prva je program za zgodnje odkrivanje raka na debelem črevesu, ki je drugi najpogostejši vzrok smrti na tem območju. Druga praksa je projekt »NEXES«, s katerim so vpeljali IKT na področje za celostno oskrbo posameznika: dobro počutje in rehabilitacija, povečanje nege za šibke paciente, domača hospitalizacija, spremljanje na daljavo za diagnostične in terapevtske namene. Ugotovili so, da so imeli bolniki, ki so bili na »hospitalizaciji na domu«, boljše izvide in so manjkrat obiskali nujno pomoč po odpustitvi iz bolnišnice. »MECASS« pa je projekt, ki razvija model sodelovanja med zdravstveno in socialno nego za kronične bolnike. Z vpeljavo IKT želijo povečati zgodnja odkritja bolezni, zmanjšati čakalne liste za diagnosticiranje in zmanjšati stroške.
- Galicia v Španiji je vpeljala dve dobri praksi. IANUS je sistem za izboljšavo spremenljivosti procesa zdravstvene oskrbe, dostop medicinskega osebja do medicinskih podatkov in oskrba pacientov z spletnimi/IKT-modeli in sistemi. Imajo elektronski zapis zdravstvenih podatkov, ki zagotavljajo celosten vpogled v zdravstvene informacije. Druga dobra praksa pa sta dva strateška programa INNOVA SAUDE in HOSPITAL 2050, ki bosta vsak zase vpeljala 9–14 inovativnih projektov: telezdravje, teleopazovanje, spletne strani za paciente, da se izognejo nepotrebnemu obisku bolnišnic, razvoj inteligentnih komunikacijskih in informacijskih sistemov itd.

- Region de Madrid-Consejeria de Sanidad-Hospital Universitario de Getafe, Španija. Prva dobra praksa je program celostne nege za starejše. Program ima dva dela: eden je namenjen ljudem, ki so v bolnišnici. Pred odhodom domov se povežejo s primarno ekipo oskrbovalcev. Drugi pa je za osebe, ki so doma. Ti zajemajo telefonske klice za preverjanje pacienta, spremljanje njegovega stanja z IKT-podporo, aplikacije za e-zdravje za ljudi s srčno okvaro. Rezultati kažejo, da je manj obiskov bolnišnice, da se čas okrevanja v bolnišnici skrajša, kar seveda pomeni nižje stroške za zdravstveni sistem. Druga dobra praksa pa je klinika za padce in zlome, program integrirane nege za starejše, ki so pod tovrstnim tveganjem. Program vsebuje ocenjevanje tveganja za padce, oskrbovaje pacientov, ki so doživeli padec ali zlom, nudenje ustrezne rehabilitacije ter organizacijo specializiranih izobraževanj za zdravstvene delavce, ki delajo s temi ljudmi. Rezultati prakse: manj zlomov in padcev, manjše čakalne vrste za operacijo, zgodnejša odpustitev iz bolnišnice in oblikovanje osebnih načrtov za okrevanje, ki jih dobijo pacienti.
- Departamento de salud Valencia-La Fe, Španija. Program celostne nege na domu, prva dobra praksa, oskrbi paciente in neformalne negovalce z informacijami o negi na domu. Vključuje kar nekaj storitev: specifičen trening na domu za paciente in oskrbovalce, navodila za preprečevanje padcev, testi za psihično zdravje in zmanjšanje kognitivnih sposobnosti itd. Imajo tudi IT-podporo v obliki naprav za spremljanje na daljavo. Rezultati so boljši odnosi med pacientom in zdravniki, boljša integracija družine v oskrbovalni sistem, zagotavljanje socialne opore, izobraževanja o zdravem načinu življenja itd. »GECHRONIC«, drugi primer dobre prakse, je model za integrirano upravljanje s kroničnimi boleznimi, ki skuša izboljšati nego bolnikov s kompleksnimi kroničnimi boleznimi. Zadnja dobra praksa pa je elektronski zapis o zdravstveni negi in celosten sistem informacij, kar se je pokazalo kot izjemno koristno: izognili so se nepotrebnim obiskom zdravnikov in specialistov, manj je administrativnih stroškov, poleg tega pa so vključili veliko IT-podjetij, ki so podpirale sistem.
- Regija Skane na Švedskem vpeljuje akcijski načrt za spodbujanje in intenzivno sodelovanje med domačo oskrbo, primarno oskrbo in bolnišnično oskrbo za najbolj bolne starejše osebe. Najpomembnejši namen je promocija dobrih praks in širjenje kakovostnega dela in rezultatov. Spodbudili so sodelovanje med oblikovalci politik, lokalnimi in regionalnimi avtoritetami.

- Južna Nizozemska. »Medical Delta« predstavlja dobro prakso »model za celostno oskrbo Walcheren«. Gre za model, ki zazna in oceni potrebe po negi za šibke starejše ljudi, ki živijo neodvisno. Model vključuje celotno verigo oskrbe, od zgodnjega odkrivanja do zdravljenja: preprečevanje, zdravljenje, nega, primarna, sekundarna in terciarna oskrba. Rezultati eksperimentalne skupine so pokazali visoko zadovoljstvo ljudi z oskrbo, zmanjšanje bremena neformalnim oskrbovalcem, formalni oskrbovalci so delali bolje in so bili s tem sistemom bolj zadovoljni.
- Nijmegen: Health Valley, Nizozemska. Prva dobra praksa je model omrežja za dejavno in zdravo staranje. Gre za sodelovanje med oskrbovalci in profesionalci na medmrežju (ParkinsonNet, Frail Elderly Network itd.). Druga praksa je program za inovativno življenje in oskrbo, pri katerem skupine oskrbovalcev podpirajo starejše in osebe s kroničnimi boleznimi, da živijo neodvisno življenje, prejmejo pa storitve oskrbe takrat, ko jo res potrebujejo, in ni nepotrebnih posredovanj. Tako je bilo manj nepotrebnih obiskov bolnišnic, manj nujnih posredovanj, zdravstvene zavarovalnice so opazile znižanje stroškov itd. »Asterhoekconnect« pa je sistem za starejše, ki jim pomaga, da čim dlje ostanejo doma: skušajo preprečiti osamljenost, ponujajo hiter dostop do potrebne oskrbe preko videokomunikacije z medicinsko sestro in ostalimi oskrbovalci, nameščeni so različni senzorji itd. Rezultat je boljše delo sester in oskrbovalcev, saj imajo boljši dostop do starejših, ko jih ti potrebujejo. Pokazalo pa se je tudi, da so starejši manj obremenjeni, boljše volje in manj osamljeni. Podaljša se tudi čas, ko lahko neodvisno živijo v svojem domu.
- Severna Nizozemska: Provinca Alliance predstavlja tri dobre prakse. »EurSafety Health-net« je bil osnovan za težave, s katerimi se soočajo pacienti na nizozemsko-nemškem območju zaradi dveh zdravstvenih sistemov. »Embrace« pa je program, ki predvsem za starejše od 75 let, ki živijo v svojem domu, namesto oskrbe nudi preventivno oskrbo in podporo. Tretja dobra praksa je GALM (Groningen Active Living Model). Gre za iniciativo, ki promovira aktivno staranje, predvsem veliko fizične aktivnosti za boljšo funkcionalnost in kakovost življenja.
- Provinca Noord-Brabant na Nizozemskem predstavlja eno najbolj uspešnih območij na področju soočanja s staranjem prebivalstva. Predstavljajo tri dobre prakse. »Care site« je spletna platforma, kjer se lahko prijavijo osebe, ki želijo organizirati neformalno oskrbo. Prijavijo se tako tisti, ki potrebujejo pomoč, kot tudi tisti, ki bi jo nudili. Tako lahko tisti, ki potrebuje pomoč, zelo hitro in enostavno pride do nje,

poenostavljena je izmenjava informacij med formalnimi in neformalnimi oskrbovalci ter oskrbovanci itd. »Zorgcirkles« je iniciativa, ki skuša zagotavljati kakovostnejšo oskrbo in več varnosti ponoči in ob koncih tedna za ljudi, ki to potrebujejo. Rezultati so: hitrejša nujna pomoč, ko je ta potrebna, manjši ponudniki oskrbe postanejo finančno bolj stabilni, oskrba na domu je stroškovno veliko bolj učinkovita. »Smarter with care« je načrt, kako zmanjšati stroške zdravstvenega zavarovanja in obdržati dobro zdravstveno stanje prebivalstva. Rezultat so nižji stroški in bolj stabilen zdravstveni sistem. Več o tej provinci in njenih rešitvah bomo povedali v nadaljevanju.

- Nizozemska regija Twente predstavlja pristop za zdravo staranje s pomočjo inovativne tehnologije (opazovanje in spremljanje na daljavo, spletne storitve, obiski na domu itd.). Promovira in razvija zdravje in dobro počutje starejših. Naredili so vrsto iniciativ, kot so preprečevanje padcev, kroničnih obolenj, izobraževanje starejših in tudi pobudo za medgeneracijsko sodelovanje in starosti prijazno okolje. Razvijajo tudi orodja in storitve za oskrbo s pomočjo tehnologije. Glavni rezultat bodo starejši, ki bodo bolj vitalni, neodvisni in bodo imeli kakovostno oskrbo, ko jo bodo potrebovali.
- Wales, Združeno kraljestvo. Vlada je sprejela strategijo za starejše ljudi, ki oskrbo obravnava bolj celostno, da bi zagotovili bolj zdravo življenje starejših. Ta obsega tako fizične aktivnosti (brezplačno plavanje, nordijsko hojo, različne telovadbe), preprečevanje padcev, obvladovanje kroničnih obolenj, izobraževanje pacientov, kot tudi vzpostavljanje skupnosti, ki je starosti prijazna in vsebuje medgeneracijsko sodelovanje.
- Yorkshire, Združeno kraljestvo. »Yorkshire and the Humber digital health community« so ponudili vrsto kliničnih storitev znotraj regije, da bi pomagali pacientom. Glavni cilji so pacientu omogočiti nego blizu doma, da se izogne nepotrebni hospitalizaciji, in promoviraje samooskrbe. Skušajo vpeljati čim več zdravstvenih storitev na daljavo: nadzor in spremljanje bolnika na daljavo, telemedicina, učenje na daljavo. Tudi pri tej praksi poročajo o manj nepotrebnih obiskih pri zdravniku. Starejši so s storitvami zelo zadovoljni, saj jim omogočajo, da živijo neodvisno.
- Liverpool, Združeno kraljestvo. Program Mi (More Independent) skuša spremeniti razdrobljeno nego in nego majhnega obsega v celostno, integrirano storitev. Namen je

zajeti 50.000 ljudi in jim pomagati živeti zdravo in neodvisno tako, da jih spremljajo s pomočjo podpornih tehnologij.

- NHS24 Škotska, Združeno kraljestvo. Predstavljajo tri dobre prakse. Prva je Nacionalni program za razvoj oskrbe na daljavo, s katerim želijo omogočiti ljudem, da čim dlje živijo doma. Oskrbo na daljavo (angl. telecare) vpeljujejo kot sestavni del zdravstvenih in oskrbovalnih storitev. Po širši vpeljavi oskrbe na daljavo so poročali o občutnem zmanjšanju stroškov zaradi nepotrebnih hospitalizacij, nepotrebnih obiskov zdravnikov in na drugi strani pacienta na domu itd. Druga praksa je »SPARRA«, inovacija, ki omogoča boljšo uporabo lokalnih podatkov za to, da se oblikuje načrt za intervencijo v primeru padca. Ti urejeni podatki lahko povedo, katere osebe so pod večjim tveganjem, da padejo. Tudi pri tej praksi poročajo o manj nočitvah v bolnišnici zaradi pravočasne intervencije in v prvi vrsti zaradi preventive. Tretja dobra praksa pa je Nacionalni program za padce, ki ima namen zmanjšati osebne in ekonomske stroške padcev na Škotskem.
- Ministrstvo za zdravje, socialne službe in javno varnost na Severnem Irskem predstavlja tri dobre prakse. Prva je celostna zdravstvena in socialna nega za starejše, pri čemer so starejši ljudje postavljeni v središče sistema. Z izboljšanjem zdravstvenega stanja in podporo njihovem sodelovanju v družbeni, ekonomski in kulturni sferi skupnosti skušajo izboljšati kakovost življenja. Pokazalo se je, da so ljudje s storitvami zadovoljni; dosegli so tudi starejše, ki živijo na ruralnih območjih, spodbudili so prostovoljstvo med starejšimi itd. Druga praksa je »IMM« (integrated medicines management) storitev, ki je preoblikovala farmacevtske storitve na Irskem. Starejšim je zagotovljeno primerno svetovanje in podpora ter pravočasen, varen in kakovosten dostop do zdravil. Sistem je podprt z novimi naprednimi IKT-rešitvami. Zadnja dobra praksa pa je celostna oskrba za osebe, ki imajo kronične bolezni. Z njo želijo z različnimi programi izobraziti bolnike o njihovem stanju in življenju, jih spremljati na daljavo in jim tako pomagati obvladovati njihovo zdravstveno stanje.

Po pregledu evropskih dobrih praks vidimo, da so te pomembno vplivale na bolj kakovostno staranje. Vse prakse, ki so jih testirali ali že vpeljali, so pokazale dobre rezultate; najpogosteje pa poročajo o naslednjih:

- zmanjševanje stroškov (zaradi zmanjšanj nepotrebnih obiskov pri zdravnikih, nepotrebnih obiskih pacientov na domu, zaradi manj administrativnih postopkov itd.);

- zdravje in počutje starejših oseb se je izboljšalo;
- pacienti so manj časa preživeli v bolnišnici in so lahko varno okrevali v svojih domovih (zaradi spremljanja na daljavo);
- starejši in svojci dobro sprejeli tehnologijo, saj so bili zaradi nje manj v skrbeh in pomirjeni;
- zdravstveni delavci so bili manj obremenjeni in so bolje opravljali svoje delo;
- odprle so se možnosti za inovativna podjetja, ustvarjena so bila nova delovna mesta.

Kot je razvidno, se vsi rezultati skladajo s »trojno zmago« (angl. *triple win*). Glavni cilj, ki si ga je Evropsko partnerstvo za inovacije za aktivno in zdravi staranje zadalo doseči do leta 2020, je namreč izboljšanje zdravja in kakovosti življenja starejših, izboljšanje vzdržnosti in učinkovitosti sistemov oskrbe ter nove priložnosti za rast podjetij in njihove tržne priložnosti. Do podobnih ugotovitev so pripeljale tudi druge raziskave (Beale in drugi 2009, Carretero 2015).

Tudi Carretero (2015) na podlagi preučevanja različnih študij ugotavlja, da so nove tehnologije omogočile izboljšanje kakovosti življenja starejših in njihovih oskrbovalcev, zmanjševanje socialne izključnosti, izboljšano zdravje in varnost starejših. Mnogi avtorji ugotavljajo, da se z vpeljavo tovrstnih rešitev zmanjšajo obiski in tudi čas okrevanja v bolnišnici (Benatar in drugi 2003, Dar in drugi 2009, Polisena in drugi 2010), prav tako pa tudi število obiskov pri zdravniku (Hasvold in Wootton 2011, Wotton in drugi 2011). Pomemben pozitiven učinek pa so tudi širše koristi vpeljevanja inovativnih tehnologij, recimo stabilnosti socialnega in zdravstvenega sistema in bolj učinkovita poraba sredstev (Carretero 2015).

Tudi proučevanje dobrih praks za namen pričujoče magistrske naloge je pokazalo podobne učinke načrtovanja in vpeljevanja dobrih praks, kot vidimo zgoraj. Ti rezultati obenem predstavljajo tudi cilje, h katerim je potrebno stremeti, ko razmišljamo o vpeljevanju inovativnih praks v neko okolje.

V nadaljevanju si bomo podrobneje pogledali dva programa: »Smart care« iz Nizozemske ter »Living it up« iz Škotske, ki se izziva starajočega prebivalstva lotevata zelo celostno.

3.2 Program »Smart care« iz regije Noord-Brabant na Nizozemskem

V regiji Noord-Brabant, ki velja za »evropsko srce« pametnih rešitev, so vzpostavili sodelovanje med več kot 70 javnimi in zasebnimi člani, ki so združili moči, da bi poiskali pametne rešitve na področju storitev zdravstvene nege (The Province of Noord Brabant)². Z močnim zavedanjem problema hitro starajočega prebivalstva in z zavedanjem, da lahko IKT veliko prispeva k rešitvi tega problema, so leta 2008 sprejeli program pametne oskrbe (angl. The Smart Care programme). Vpeljava IKT-rešitev za domačo oskrbo bo namreč omogočala ljudem, še posebej ostarelim in kroničnim bolnikom, da bodo čim dlje živeli na svojih domovih in obenem še naprej sodelovali v družbi. Zadali so si cilj, da do leta 2020 pripeljejo do končnih uporabnikov inovacije, ki jih sedaj razvijajo in testirajo, nekatere pa so tudi že v uporabi. »Trojna zmaga« za to regijo predstavlja:

- pripraviti sistem oskrbe do te mere, da bo do leta 2020 pripravljen na potrebe po oskrbi starejših;
- izboljšati kakovost življenja in doseči, da so starejši čim dlje doma in aktivni, tudi s pomočjo tehnologije, ki pa jo je potrebno razvijati skupaj s starostniki in ne povsem ločeno od njih, saj lahko to pripelje do manj kakovostnih rešitev in nesprejemanja tehnologije med starejšimi;
- tretja »zmaga« pa se nanaša na inovativna podjetja, saj je to velika priložnost za njih (Mermans 2010).

V nadaljevanju bomo najprej predstavili projekte, ki so bili uvrščeni med dobre prakse, nato pa še vse ostale, ki jih izvajajo v regiji Noord-Brabant za dejavno in zdravo staranje. Opisi dobrih praks so povzeti iz vodnika po dobrih praksah »Reference sites, how to guide« (Evropska komisija 2013b).

1.) »Care Site«: model sodelovanja za digitalno podporo neformalne oskrbe

»Care Site« je iniciativa, ki se osredotoča na neodvisno življenje in dejavno staranje ter tudi na zgodnje odkrivanje bolezni, nege in zdravljenja. Spletna stran pomaga ljudem, da si sami organizirajo nego in tako razširijo svoj neformalni podporni sistem ter obenem ostanejo karseda neodvisni. Namenjena je tako ljudem, ki potrebujejo oskrbo, kot tudi tistim, ki nudijo neformalno oskrbo (na primer družinski člani in

² URL spletne strani: <http://english.brabant.nl/>

prostovoljci). Poleg tega omogoča tudi komunikacijo med ostalimi neformalnimi oskrbovalci, med formalnimi oskrbovalci in družino ter izmenjavanje informacij in težav, ki se dodajajo v pacientov specifičen koledar na spletni strani. V času implementacije strani so organizacije poskrbele, da so uporabniki zvedeli za »Care site«: potekale so mnoge delavnice in predavanja, delili so informacijske brošure, letake, oglaševali v lokalnih medijih. Spletno stran lahko uporabljajo vsi, ki imajo primerno napravo (računalnik, tablični računalnik, pametni telefon) in internetno povezavo. Spletna stran je brezplačna za vse prebivalce regije in v letu in pol od ustanovitve je bilo postavljenih 465 zasebnih strani s skupaj 1850 člani. Organizirali so tudi pomoč, če je posameznik potreboval informacije ali če je imel težave pri dostopu in upravljanju strani. Pokazali so se mnogi dobri rezultati: nega je boljše organizirana, oskrbovanci lahko nadzorujejo neformalni proces nege, veliko lažje poiščejo oskrbo in, na drugi strani, tisti, ki bi želeli nuditi oskrbo, lahko to lažje naredijo, izboljšana je tudi komunikacija med vsemi vpletenimi. Ugotovili so, da je oskrba na domu stroškovno učinkovitejša kot pa institucionalna oskrba.

- 2.) Druga dobra praksa je »Zorgcirkles« ali krogi oskrbe (angl. Circles of care). Gre za iniciativo, v kateri sodeluje 20 ponudnikov oskrbe, ki s sodelovanjem zagotavljajo višjo kakovost oskrbe in večjo varnost ponoči za ljudi, ki potrebujejo oskrbo ali nujno pomoč. Prednost tega sodelovanja je v tem, da je oskrba organizirana s strani več institucij, ki si delijo sredstva in dobiček, da je tehnična infrastruktura organizirana kot deljena storitev in da dejansko pride do razvoja tehničnih rešitev in produktov. Oseba, ki živi doma, še posebej starejši in bolniki, v primeru nujne pomoči potrebujejo stalni nadzor in takojšnjo oskrbo. Posamezne oskrbovalne institucije tega niso zmožne organizirati v taki obliki, da bi bilo to stroškovno učinkovito, sodelovanje z različnimi akterji pa to omogoča. »Krog oskrbe« je torej organiziran tako, da imajo skupne zdravstvene klicne centre in nočne izmene, ki zagotavljajo oskrbo ponoči. Za nadzor na daljavo uporabljajo različno elektronsko opremo, kot so senzorji gibanja, stikala na vratih, alarmi na predpražniku, GPS-oddajanje itd. Skupine za nujno oskrbo so razporejene tako, da so v čim krajšem času na domu pacienta, za kar so ugotovili, da je zelo pomirjajoče za ostarele ljudi, ki živijo sami. Nadzor na daljavo tako ustvarja več zaupanja, več varnosti in manj stresa tako za starejše ljudi, kot tudi za njihove družine. Vse to pa vpliva na kakovostnejše življenje starejših.

3.) Tretja dobra praksa pa je »Slimmer met Zorg« (angl. Smarter with Care). Gre za program, ki skuša zmanjšati stroške imetnikom zavarovalne police in s pomočjo dobro upravljanega zdravstva in kakovostnih linj oskrbe doseči pričakovano zdravje prebivalstva. Ugotovili so namreč, da preti nevarnost, da bo zdravstvena oskrba postala nedostopna za določen del ljudi, saj ti ne zmorejo plačevati premij zdravstvenega zavarovanja. Njihov cilj je organizirati oskrbo drugače, da bo stroškovno učinkovitejša. Tako bo več ljudi deležnih oskrbe, saj bodo zavarovalne premije postale nižje. Prvi temelj programa je osnovan poslovni model z novo pogodbo, ki vsebuje tudi strukturo sodelovanja, stroškovno in zdravstveno analizo, administrativne zadeve itd. Drugi temelj je shema sodelovanja, ki temelji na sedmih temah oskrbe in 22 projektih oskrbe. Poudarek je na sodelovanju, poudarjanju lastne odgovornosti do samega sebe in svojega zdravstvenega stanja.

V regiji Brabant se dobro zavedajo, da današnja družba potrebuje pametne rešitve, ki si jih bodo ljudje lahko privoščili in jim bodo pomagale, da bodo živeli bolj zdravo in čim dlje v svojem domu. V regiji so ta izziv spremenili v priložnost za inovativna podjetja, ki s sodelovanjem ostalih organizacij skušajo ustvariti sistem oskrbe, ki bo pripravljen na prihodnost. V »regiji pametnega zdravja« (angl. Region of Smart Health) tako razvijajo tehnologije, produkte in storitve na treh področjih (The Province of Noord Brabant).

- 1.) Življenje in medicinska tehnologija (LifeTec) se osredotoča na spreminjanje celic rastlin, ljudi ali živali za spodbujanje zdravja ali celjenja, kar je poznano tudi kot biotehnologija.
- 2.) Aplikacije za dom – če želimo, da si bodo oskrbo lahko vsi privoščili, so potrebne rešitve, ki bodo omogočale ljudem, ki potrebujejo oskrbo, da bodo čim dlje živeli neodvisno, v domačem okolju. Program spodbuja razvoj in implementacijo učinkovitih rešitev.
- 3.) Preventiva (Life and Health) »Življenje in zdravje« spodbuja razvoj izdelkov, storitev in postopkov, katerih cilj je preventiva in način življenja. To vključuje tudi presojo, kako lahko druga področja v Brabantu, recimo bio hrana in agroživilstvo, prispevajo k zdravemu načinu življenja.

V nadaljevanju bomo predstavili projekte, ki se potekajo na teh treh področjih in jih v regiji nameravajo vpeljati do leta 2020. Projekti po povzeti s spletne strani »Smart care projects« (Smart care)³.

- 1.) Center za neprestano oskrbo, Tilburg. Gre za pilotni projekt o oskrbi 24 ur na dan, vse dni v tednu. Za paciente in stranke želijo odpreti pisarno, kamor bodo lahko svoje vprašanje naslovili kadarkoli. Stranka bo lahko kontaktiral medicinsko sestro preko televizije, postavil vprašanje ali prosil za podporo ali svetovanje. Na drugi strani bo medicinska sestra lahko videla klienta in se z njim pogovarjala, kot bi bila na obisku pri tej osebi. Radi bi ponudili tovrstno oskrbo vsem prebivalcem, saj ima lahko kdorkoli zdravstveno vprašanje in potrebuje nasvet. Ostarel osamljen človek bi se tako lahko počutil povezanega z drugimi. Gre tudi za neko vrsto telenadzora, ko je to potrebno, saj lahko nekdo iz centralne pisarne preko kamere opazuje pacienta.
- 2.) Zgodnje odkrivanje demence, Brainport. Namen projekta je čim bolj zgodnje odkrivanje demence in čimprejšnje zdravljenje. Začne se s seznamom, s katerim ugotovijo, ali so majhne spremembe v vedenju zgodnja oblika demence. Ta seznam lahko izpolnijo preko spletne aplikacije, kar je zdravstvenemu osebju v veliko pomoč pri začetku zdravljenja. Osebam z demenco pomagajo ohranjati psihične sposobnosti s pomočjo različnih inovativnih rešitev, recimo s spominskimi igrami na posebnem spletnem portalu. Tovrstne igre lahko veliko pripomorejo k zdravljenju demence in ohranjanju psihičnih sposobnosti.
- 3.) Zdravstvene telestoritve, Brainport. Partnerji pri tem projektu iščejo IKT-rešitve za večjo neodvisnost starejših ali kronično obolelih. Ključno je, da različne organizacije (stanovanjska zadruga, oskrbovalne, izobraževalne institucije ...) sodelujejo. Projekt ponuja seznam različnih storitev 2000 gospodinjstvom v regiji Eindhoven, odvisno od potreb in zahtev klientov. Primeri storitev, ki so na voljo, so: sistem zgodnjega obveščanja, povezovanje z neformalnimi in formalnimi ponudniki oskrbe, storitve za večjo varnost, storitev sporočanja, finančnega in pravnega svetovanja itd.
- 4.) Združenje »OnsNet«, Son en Breugel. Gre za projekt, ki temelji na povezovanju ljudi in prilagajanju oskrbe posamezniku. Prostovoljci obišejo potencialno stranko, ki bi potrebovala IKT-oskrbo, in skupaj ugotovijo, katere storitve potrebujejo. Te so lahko zelo raznolike, od avtomatskega ugašanja luči, alarmnih sistemov do socialnih storitev. Ljudje se sami odločijo, katere IKT-storitve potrebujejo – npr. video klici, s

³ URL spletne strani: <http://english.brabant.nl/smart-care.aspx>

katerimi ostanejo povezani s svojo družino) gledanje televizije, storitve zdravstvene službe itd.

- 5.) Dvojna poteza, Helmond. Z zavedanjem, da niti dve osebi nimata popolnoma istega vprašanja ali dileme glede oskrbe, skušajo zagotoviti najboljšo oskrbo za vsakega, ki jo potrebuje. Njihov namen je vzpostaviti infrastrukturo, na katero bi lahko priključil različne vrste opreme, odvisno od potreb posameznika. Sistem bo omogočal dostop do različnih storitev v zvezi s stanovanjem, gospodinjstvom, dobrim počutjem in oskrbo.
- 6.) Zgodnje odkrivanje demence in IKT. Partnerji pri tem projektu uporabljajo tehnologijo, da bi zabeležili zgodnje znake demence. Te znake običajno najprej prepoznajo ljudje, ki so blizu osebi z demenco, bodisi oskrbovalci ali družinski člani. Namen projekta je z njihovo pomočjo čim bolj zgodaj odkriti znake, ki kažejo na težave s spominom, jih zabeležiti in na podlagi teh informacij ponuditi pomoč.
- 7.) Pristop stanovanjskih storitev, Eindhoven. S tem projektom skušajo doseči, da bi bili starejši čim dlje neodvisni in dejavni. Pristop ustvarja podporo za oskrbo in storitve na daljavo (video klic). Vzpostavili so projekt »LivingLab«, v katerem so prebivalcem različnih sosesk ponudili enostavno dostopne IKT-aplikacije, ki podpirajo njihovo neodvisnost in samozaupanje.
- 8.) Zdravi doma, Breda. Projekt »Zdravi doma« vpeljuje inovativno rešitev za starejše, ki jim omogoča, da so s pomočjo aplikacij v stiku z ostalimi. Skupina 250 starejših in kronično bolnih je povezanih v omrežje skupaj s še tisoč ponudniki oskrbe. Preko uporabne aplikacije lahko pridejo tudi do pomoči na domu, zabavnih vsebin ter zdravstvenih in oskrbovalnih storitev. Če je oseba kronično bolna, lahko dobi program za svetovanje o zdravem življenjskem slogu ali posvetovalno uro preko video klica. Preko sistema se lahko osebe pogovarjajo med sabo, se dogovorijo za dejavnosti, igre, druženje in tako ostanejo čim bolj povezani med sabo in z družbo.
- 9.) »Hiša in dvorišče«, Schijndel. Gre za obsežen projekt izgradnje 55 apartmajev, ki so odlično opremljeni s podporno tehnologijo – s komunikacijskimi pripomočki in t. i. »hišno avtomatiko«. Stanovanja vsebujejo ekran na dotik, s katerim lahko opravijo video klic (do sosedov, družine ali medicinske sestre), se pozanimajo o TV-storitvah, upravljajo z lučmi. Lahko vsebujejo tudi napredne hišne aplikacije, kot je avtomatsko prižiganje luči ob odhodu na stranišče, luči, povezane s senzorji, vrata s tritočkovnih zaklepanjem.
- 10.) Video oskrba v živo, Nuenen in Eersel. Gre za socialno in ne tehnološko inovacijo, saj, tehnično gledano, ne vpeljujejo ničesar novega. Pacienti potrebujejo le internetno

povezavo, računalnik in spletno kamero. S pomočjo tega so povezani s svojim zdravnikom, farmacevtom, fizioterapevtom itd. Oskrba je namenjena predvsem osebam, ki morajo doma izvajati različne aktivnosti, fizioterapevtske vaje ali dieto.

- 11.) »LivingLab«, Eindhoven. Gre za projekt, s katerim skušajo ljudem tega mesta čim bolj približati IKT, da bi jo uporabljali in bili tako bolj povezani z okolico, bolj gotovi in neodvisni. Starejšim osebam predstavljajo sodobno tehnologijo, s katero so lahko povezani z okolico, sorodniki, prijatelji itd.
- 12.) Soseska za življenje, Hertogenbosch. V pilotnem projektu so v dveh soseskah v več domov vpeljali različne IKT-naprave, da ugotovijo, kaj ljudje potrebujejo in kako se soočajo s tehnologijo. Novosti, ki so jih vpeljali, so na primer senzorji, ki zaznavajo gibanje osebe, alarmi, ekran na dotik, na katerem so nameščene različne aplikacije za pomoč ostarelim na domu.
- 13.) »Surplus BrabantConnect«. 650 ostarelih in kronično obolelih ljudi so opremili z digitalnimi storitvami, ne glede na to, kakšne potrebe imajo, saj so hoteli preveriti, kako starejši delujejo s tovrstno tehnologijo; v prihodnosti pa želijo ta sistem ponuditi tistim, ki bodo to zahtevali. Tisti, ki so vključeni v projekt, so lahko opravljali video klice tako z družinskimi člani, kot tudi na primer s knjižničarjem, medicinsko sestro itd. Preko sistema so lahko naročili stvari iz trgovine, opravili kaj na banki ipd. Starejšim je tako omogočeno, da »pripeljejo« zunanji svet v svoj dom. Obenem sistem omogoča, da medicinska sestra lahko preveri, kako je s posameznikom v stanovanju.
- 14.) Oskrba na daljavo: storitve za oskrbo in lagodnost. Namen projekta je inštalirati aplikacije in orodja za komunikacijo v 3000 domov glede na potrebe prebivalcev. Naredili so različne uporabniške pakete, ki vsebujejo različna orodja in aplikacije. Stranke si na podlagi svojih potreb sami izberejo, kateri paket bi potrebovali v svojem domu.
- 15.) »Krogi oskrbe« v regijah Eindhoven in Kempen. Prvi projekt je uvajanje združenih skupin za nočno oskrbo. Zdravstvene organizacije so družno organizirali njihove nočne izmene. Za vsako vas ali del mesta je bila organizirana druga ekipa, saj so tako lahko zelo hitro prišli do posameznika, ki je potreboval pomoč. Drugi del projekta je vpeljava IKT-sistema, kot je recimo nadzorovanje preko kamere, nameščanje detektorjev (detektor za gibanje, požarni alarm, detektor na vratih itd.). Če bodo ti pokazali, da je nekaj narobe, bo o tem obveščen klicni center.
- 16.) Tretja generacija avtomatizacije doma za oskrbo na daljavo, Tilburg. Inovacije razvijajo predvsem za ljudi, ki imajo več fizičnih omejitev ali demenco, saj ti težko

upravljajo z običajnimi alarmnimi sistemi (kot je na primer gumb za nujne primere) in tako ne morejo priti do pomoči, ko jo potrebujejo. Zato razvijajo naslednjo generacijo pametnih rešitev – na primer različne vrste senzorjev, ki zaznavajo padec, daljše mirovanje ali osebo, ki odtava ven iz hiše. Uporabljajo tudi kamere, ki so strateško nameščene po stanovanju. V primeru suma na nevarnost jih skupina za oskrbo lahko aktivira, da preveri, kaj se z osebo dogaja.

17.) Naraščajoče storitve na domu, več mest. Ta projekt se ne nanaša le na ostarele in onemogle, kronične bolnike, pač pa tudi na osebe, ki se dobro počutijo in so še vedno sposobni sami živeti. Želijo razviti storitve, ki ne bodo namenjene le oskrbi, ampak tudi dobremu počutju. Tako lahko recimo uporabniki preko televizije ali »wellness gumba« sporočijo klicnemu centru, kako se počutijo. Gre predvsem za to, da se s tehnologijo in IKT-storitvami spoznajo in jo sprejmejo že prej, preden potrebujejo oskrbo.

Kot sem že predvidevala v uvodu, je projekt »Smart care« zelo celosten program za bolj kakovostno staranje. Projekti se osredotočajo na različna področja, vendar pa je vsem skupno to, da gre za storitve oskrbe na daljavo. Med seboj so si sicer različni v smislu tehnološke zahtevnosti; nekateri so tako bolj zahtevni (recimo izgradnja stanovanj, popolnoma opremljenih z IKT), vendar večina projektov ne razvija novih naprav in pripomočkov, ampak skušajo na inovativen način vpeljati to, kar že obstaja. Pogosto uporabljajo relativno enostavno tehnologijo, kot so računalnik, televizija, spletna kamera, različni senzorji in alarmi, ki pa so povezani z različnimi službami, ponudniki oskrbe, organizacijami za nujno pomoč in podobno.

3.3 Program »Living it up« iz Škotske

V nadaljevanju si bomo pogledali še en primer uspešnega soočanja z naraščajočo populacijo starejših. Leta 2010 so na Škotskem začeli z različnimi iniciativami in desetletnim načrtom, s katerim želijo doseči daljše in bolj kakovostno življenje starejših. Do leta 2020 bi tako radi dosegli, da bi ljudje živeli bolj zdravo, in predvsem, da bodo lahko živeli v domačem okolju (Living it up).

V nadaljevanju bom predstavila program »Living it up«, ki ga podpirata Škotska nacionalna organizacija za zdravje in oskrbo na daljavo in škotska vlada. Program predstavlja spletno

središče za samoupravljanje, ki želi ljudem omogočiti, da sami izboljšajo svoje zdravje in dobro počutje. Storitve je trenutno aktivna v petih območjih na Škotskem, vendar upajo, da bo v prihodnosti vključena celotna Škotska. Prvotna ciljna skupina so bile osebe, ki so starejše od 50 let, vendar je storitev uporabna tudi za kronične bolnike, izvajalce oskrbe in konec koncev za vsakogar, ki bi želel izboljšati svoje zdravje, dobro počutje in kakovost življenja. Uporabniki lahko preko poznane tehnologije, osebnega računalnika, tablice ali pametnega telefona, dostopajo do zdravstvenih storitev, oskrbe ali storitev za dobro počutje. S pomočjo teh storitve se počutijo bolj povezane s svojo skupnostjo in imajo več nadzora nad svojim zdravjem. Program »Living it up« je zasnovan kot celostni pristop, saj pokriva vsa področja staranja: omogoča in ponuja pomoč na domu, dostop do zdravstvenih storitev in dostop do podpornih tehnologij, ki omogočajo, da starejši čim dlje živijo v svojih domovih. Program skrbi tudi za socialno vključenost: starejši se vključujejo v skupnost, se povezujejo med seboj in medgeneracijsko ter se tako dobro počutijo v družbi, kar spet pozitivno vpliva na njihovo zdravje.

Program »Living it up« je predstavljen na spletni strani, kjer je razdeljen na različna področja: »Shine«, »Discover«, »Connect« in »Flourish«. Poleg tega lahko uporabniki dobijo različne informacije o lokalnih možnostih in dogajanju. Pogosto so organizirani različni dogodki, sproščena druženja in delavnice, ki pomagajo starejšim, da ostanejo delo skupnosti in se kaj novega naučijo. Tako na primer pripravljajo delavnice, na katerih se učijo uporabe računalnikov, interneta, komunikacijskih orodij (pogovor preko skypa), srečanja oseb z demenco in njihovimi družinami, kjer si lahko v sproščenem okolju izmenjajo informacije in nasvete, srečanje diabetikov, kjer se pogovarjajo o različnih možnostih za njihovo skupino, itd. Uporabniki preko storitve enostavno najdejo dogodke, ki jih zanimajo in se izvajajo v njihovi neposredni bližini.

V okviru programa pa tesno sodelujejo s podjetji, ki razvijajo inovacije na področju podpore zdravju in dobremu počutju. Še posebej dobro se zavedajo, da morajo biti uporabniki prisotni od začetka razvoja nekega izdelka.

V nadaljevanju sledi opis omenjenih štirih področij, ki celostno pokrivajo oskrbo na daljavo. Opis področij je povzet s spletne strani Living it up⁴.

⁴ URL spletne strani: <https://portal.livingitup.org.uk/>

a) »SHINE«

Prvo področje je namenjeno spodbujanju uporabnikov, da bi delali več stvari, ki jih imajo radi, so pri tem uspešni, dobri, v njih »sijejo«. Registriran uporabnik izpolni vprašalnik, na podlagi katerega ugotovijo njegova zanimanja in močne točke, potem pa mu predstavijo različne priložnosti, dejavnosti, ki jih storitev vsebuje. Vprašalnik je zelo enostaven in uporabnikom prijazen: vprašanja so kratka, jasna, ikone in slike so razločne in velike itd. Ugotovitve, izpeljane iz rešenega vprašalnika, so dodane profilu uporabnika, na njihovi podlagi pa so mu ponujene in predstavljene različne dejavnosti, delavnice in dogodki v njegovem kraju in bližnji okolici. Namen te storitve je predvsem, da uporabniki opredelijo svoje interese, področja zanimanja in se potem tudi vključujejo v različne možnosti, ki so jim ponujene, s čimer so bolj vključeni v skupnost in se zato bolje počutijo.

b) »DISCOVER«

Storitev oskrbuje uporabnika z informacijami o lokalni skupnosti. Poišče lahko skupine in organizacije, ki mu pomagajo na področju zdravja in dobrega počutja, obenem pa svojo izkušnjo deli z ostalimi. Če ima na primer nek hobi, obiskuje klub ali skupino in želi, da bi bili o dejavnosti obveščeni in povabljeni tudi drugi, lahko svoje mnenje in informacije deli z ostalimi. Poleg iskanja dejavnosti, skupin in dogodkov, tako uporabniki pridobijo tudi praktične nasvete za spletne dejavnosti, na primer natančne nasvete in vodiče za kupovanje prek spleta. Tovrstnemu nakupovanju starejši namreč pogosto ne zaupajo, čeprav je lahko prav zanje najbolj ugodna rešitev. Storitev skuša tudi navdihniti starejše, da postanejo aktivni, da poiščejo hobije, dejavnosti, skupine. To skušajo storiti preko video vsebin, ki so dostopne na spletni strani, kjer je na zanimiv način opisano in predstavljeno dogajanje v raznih skupinah, klubih, s čimer skušajo nagovoriti posameznike, da se pridružijo, saj to dobro vpliva na njihovo zdravje in dobro počutje. Na portalu lahko poiščejo tudi zdravstvene informacije – članke, video vsebine, spletne strani o določeni bolezni –, skupine za pomoč bolnikom in ostale uporabne informacije.

c) »CONNECT«

Kot že samo ime pove, je namen storitve povezovanje z družino, prijatelji, skupnostjo ali zdravniškim osebjem in oskrbovalci. Portal ponuja enostavno učenje po korakih za uporabo e-pošte, skypa, blogov, facebooka, skratka različnih omrežij in orodij za lažje povezovanje z ostalimi. Poleg tega so predstavljeni tudi ostali priljubljeni portali in orodja: Pinterest,

YouTube, Twitter, Instagram, Tumblr itd. Da uporabnike opogumi in spodbudi k uporabi teh aplikacij, portalov ipd., so na spletni strani »Get inspired« v videoposnetkih predstavljeni starejši, ki tehnologijo uspešno uporabljajo. Ti skušajo predstaviti pozitivne učinke tovrstnega spletnega povezovanja z ostalimi in jih tako navdušiti, da tudi ostali poskusijo. Tudi tu je izbira tečajev in delavnic velika, še zlasti pomembno pa je, da se izvajajo v bližnji okolici uporabnika. Tako lahko na strani »Learn locally« uporabniki poiščejo delavnice in skupine, kjer se lahko naučijo uporabe interneta, obenem pa se povezujejo s posamezniki in skupnostjo. Vzpostavili so tudi zanimiv program »Computer buddies«, kjer prostovoljci pomagajo začetnikom, da se naučijo uporabe računalnika.

Kar je izredno pomembno pri celotnem programu je to, da že od začetka vzpostavitve storitev razvijalci sodelujejo z uporabniki. Tako lahko uporabniki po e-pošti sporočijo o novem dogajanju, delavnici, srečanju v njihovem kraju ali skupnosti, s čimer informacije dosežejo čim večje število starejših.

d) »FLOURISH«

Tukaj uporabniki najdejo informacije in produkte, ki izboljšujejo zdravje in podpirajo neodvisno življenje na domu.

Podpora neodvisnemu življenju. Na portalu so dostopne informacije, nasveti, pripomočki in enostavna tehnologija za podporo starejšim in bolnim, da čim dlje ostanejo doma. Uporabnikom je preko videoposnetkov predstavljena oskrba na daljavo in pripomočki za njeno izvajanje. Na voljo so naslednje rešitve:

- **javni alarm:** alarmni gumb, ki se lahko nosi kot obesek ali ga imajo kje v stanovanju, ob pritisku nanj pa ta poveže osebo s klicnim centrom;
- **nadzor za osebe z epilepsijo:** nastavek, ki se namesti na posteljo in skozi gibanje in zvoke zaznava, kdaj ima oseba napad; v tem primeru pokliče klicni center;
- **razdelilnik tablet:** razdelilnik z 28 predalčki za tablete, ki ima vgrajen alarm (zvok in utripanje luči), ki se lahko nastavi na različne ure v dnevu in se ugasne, ko se predalček izprazni;
- **detektor padca** se namesti na pas, tako da se »premika« z osebo, ki pade; gumb, ki ga lahko sprožijo ročno, zaznava spodrsaljaje in je povezan s klicnim centrom;

- **senzor prisotnosti v postelji** zaznava, kdaj je oseba v postelji; na senzorju se nastavi čas, ko je »dovoljeno«, da oseba ni v postelji. Ko ta čas preteče in če se oseba ne vrne v posteljo, se naprava aktivira in se poveže s klicnim centrom;
- **senzor na vhodnih vratih** je nameščen na okvir vrat, kjer lahko z nizom magnetnih stikov nadzoruje aktivnost osebe. Če oseba odpre vrata in tako prekine stik, se sproži zvočno sporočilo. Ta naprava je še posebej primerna za osebe z demenco. Alarm se lahko nastavi tako, da se sproži, če na primer med 20. uro zvečer in 8. uro zjutraj oseba odide iz hiše;
- **izolator za kuhalnik** deluje tako na plinskih kot na električnih kuhalnikih, kjer zaznava, če je naprava po uporabi še vedno prižgana. Kuhalnik se v tem primeru avtomatsko izključi;
- **detektor za poplave** se namesti na tla; alarm se v klicnem centru sproži, če jo zalije voda;
- **stikalo za pomoč pred vsiljivci** se namesti v bližini okvirja vhodnih vrat. Če osebi nekdo na vratih povzroča težave, pritisne nanj in se poveže s klicnim centrom, ki lahko pošlje pomoč.

V kolikor bi posameznik želel katero od naštetih naprav ali pa potrebuje drugačno rešitev za oskrbo na daljavo, lahko na portalu dobi vse potrebne informacije. Poleg pripomočkov za podporo neodvisnemu, samostojnemu življenju je na voljo tudi veliko informacij o adaptaciji hiše, da ta postane primerna za življenje starejših, ter tudi o finančni pomoči ter možnostih pri takem projektu.

Nasveti za zdravje. Na tej strani uporabniki pridobijo veliko informacij, ki zadevajo njihovo zdravstveno stanje. V kolikor nimajo posebnega (kroničnega) zdravstvenega stanja, se lahko tu pozanimajo o zdravem načinu življenja, kako izboljšati svoje zdravje, objavljene so različne delavnice in srečanja, namenjena zdravemu življenjskemu slogu. Veliko informacij pa je namenjeno tistim, ki se spopadajo s katero od zdravstvenih težav: srčne, pljučne bolezni, diabetes, demenca, pogosti padci. Za vsakega od teh stanj je na voljo mnogo člankov, nasvetov in povezav do ostalih spletnih strani, ki lahko pomagajo bolniku. Predstavljajo novosti, ki lahko olajšajo življenje z boleznijo, recimo razvoj aplikacije za pametni telefon ali tablico za osebe z demenco. Aplikacija na enostaven način spomni uporabnika, kako naj opravi enostavne opravke doma. Za osebe, ki so nagnjene k padcem, so predstavljene mnoge vaje za krepitev nog in pridobivanja ravnotežja, organizirane so delavnice, kjer starejše opozarjajo, na kaj naj bodo previdni, da se izognejo padcem, in kako ravnati v primeru, da do

padca pride. Predstavljen je zelo uspešen program »Otago classes«, ki se mu lahko pridružijo starejši. Gre za srečanja, kjer usposobljeni trenerji vodijo specifično vadbo, ki dokazano zmanjšuje možnost padca.

Poleg zgoraj naštetega pa imajo veliko nasvetov tudi za oskrbovalce, torej tiste, ki skrbijo bodisi za kroničnega bolnika ali starejšo osebo. Tudi zanje obstajajo izobraževanja, delavnice in srečanja, kjer si lahko izmenjajo izkušnje in podelijo informacije. Na spletni strani lahko pridobijo praktične in uporabne nasvete, kako usklajevati kariero in skrb za nekoga, kako pridobiti finančno pomoč, preberejo lahko zgodbe ostalih oskrbovalcev itd. Nепrestana skrb za bolnika ali ostarelega je lahko velik fizični in psihični napor, zato je pomembno, da oskrbovalci vedo, kam in na koga se lahko obrnejo, ko potrebujejo informacije in pomoč.

»*Izkustveni vodnik*« je stran, kjer lahko vsak uporabnik deli svojo izkušnjo ne glede na to, ali je sam kronični bolnik ali oskrbovalec. Predstavi lahko, kako živi z boleznijo, kaj lahko naredi vsak sam, kam se obrniti po pomoč – skratka deli uporabne nasvete, ki temeljijo na lastni izkušnji.

Kot lahko vidimo, je program »Living it up« dober primer celostnega pristopa k reševanju težav in izzivov zaradi naraščanja starejšega prebivalstva. Osredotočajo se tako na zdravstveno področje, kot tudi na oskrbo in socialne potrebe starejših. Podobno kot pri programu »Smart care« ugotavljamo, da tudi ta program ne uporablja tehnološko zahtevnih naprav in pripomočkov, ampak pokažejo, kakšen pristop je potreben, da bodo ti pravilno uporabljeni in bodo služili svojemu namenu, tj. neodvisnemu staranju na domu.

4 Dobre prakse v Sloveniji

Tako kot drugje po Evropi se tudi v Sloveniji soočamo z naglo starajočim prebivalstvom. Prebivalstvo se je začelo starati na prehodu iz 19. v 20. Stoletje, in sicer se je delež starih počasi začel povečevati do sredine sedemdesetih let 20. stoletja, od takrat pa narašča vedno hitreje. Tako je bil leta 2003 delež starih že višji od deleža mladih, razlika pa se vse odtlej povečuje (Šircelj 2009). Januarja 2015 je bilo mladih prebivalcev (0–14 let) 14,8 %, starih (nad 65 let) pa 17,9 % (SURs 2015). Ta razlika se bo še povečevala, saj po napovedih domnevajo, da bo leta 2050 v Sloveniji tretjina prebivalstva starejšega od 64 let in bodo tako starejši predstavljali vse pomembnejši del prebivalstva (Kump in Stropnik 2009).

Glede na pričujoče podatke je jasno, da bodo tudi v Sloveniji potrebni čim hitrejši ukrepi na področju oskrbe starejših.

Pri oblikovanju rešitev za starajoče prebivalstvo pa je nujno potrebno upoštevati želje in namene starejših ter jim ponuditi možnost kakovostnega staranja. Tako je potrebno upoštevati, da si večina starejših želi čim dlje ostati v lastnih domovih, v domačem kraju; zelo malo je namreč tistih, ki bi si želeli obliko institucionalne oskrbe. Raziskava iz leta 2002 kaže, da le 7 % starejših anketirancev navaja dom starejših občanov kot najbolj zaželeno obliko bivanja (Sendi in drugi 2002). Za vse ostale je nujno potrebno najti nove oblike pomoči in take načine oskrbe, ki bo starejšim omogočala čim več neodvisnosti in socialne vključenosti.

Iz opisanih primerov iz različnih evropskih držav lahko vidimo, da imajo IKT pomemben potencial tudi na področju oskrbe in zdravstvenih storitev za starejše. Žal pa se ugotavlja, da Slovenija na področju teleoskrbe in telemedicine na domu zaostaja za Evropo za skoraj 10 let. Naj kot primer navedemo samo uporabo rdečega gumba (alarm, ki ga oseba sproži, ko potrebuje nujno pomoč), ki je izredno nizka: v Sloveniji le 1 % starejših uporablja to storitev in še ti so večinoma v okolici Ljubljane (Nagode in Dolničar 2010). Zelo slaba razširjenost storitev za oskrbo na daljavo ima več razlogov: slaba informiranost potencialnih uporabnikov, predvsem pa gre za težave v implementaciji oskrbe na domu na nacionalni ravni (Dolničar 2009). Pojavljajo se težave s strateškim načrtovanjem na državni ravni, saj se stvari odvijajo predvsem na lokalni, občinski ravni. V večini občin ponudba za starejše ne sega dlje od dnevnih centrov, ki jih običajno organizirajo v sodelovanju z domom starejših občanov ali drugimi institucijami. V dnevnih centrih je sicer poskrbljeno za prehrano, druženje in osnovno oskrbo, vendar pa dejavnosti potekajo v prostoru, kamor morajo varovanci priti. Kot smo omenili, na državni ravni ni celostnega načrta, ki bi starostnikom zagotavljal neodvisno življenje v njihovem lastnem domu. Vseeno pa je tudi v Sloveniji vse več projektov, ki načrtujejo inovativnejši pristop k oskrbi za starejše. V nadaljevanju bomo opisali nekatere projekte oziroma dobre prakse, ki so bile predstavljeni na posvetu v Stični.

4.1 Slovenske dobre prakse, ki so bile predstavljene v Stični

Kot sem že uvodoma omenila, so bile slovenske dobre prakse, ki jih bom opisala, predstavljene na posvetu »Staranje prebivalstva – nove priložnosti. Smo pripravljeni?«, ki je bil v Stični, 4. decembra 2014. Na dogodku so sodelovali strokovnjaki iz različnih področij:

Edwin Mermans, vodja Coral omrežja (evropska mreža za regionalne politike na področju aktivnega in zdravega staranja), dr. Vesna Dolničar, profesorica na Fakulteti za družbene vede, Ana Savšek, predstavnica organizacije Srce Slovenije, in Ksenija Ramovš iz Inštituta Antona Trstenjaka. Mateja Kožuh Novak, predsednica Zveze društev upokojencev, je predstavila program starejših za zdravo in aktivno staranje, Tomaž Smole je opisal program Ivančne Gorice kot starosti prijazne občine, Željko Savič je predstavil načrte koncepta novih vaških jeder z uporabo IKT v občini Dol pri Ljubljani, župan Rupert Gole je opisal načrte o medgeneracijski soseski v Šentrupertu, Martina Ozimek, direktorica zavoda Oreli, pa je opisala, kako se s starajočim prebivalstvom soočajo v občini Kamnik. Na dogodku je bila razstavljena tudi socialno-komunikacijska naprava Spero, ki je namenjena starejšim in so jo lahko udeleženci tudi preizkusili.

V nadaljevanju bodo nekoliko podrobneje opisane štiri dobre prakse, ki so bile predstavljene na posvetu⁵:

- projekt Zveze društev upokojencev »Starejši za višjo kakovost življenja doma«
- Socialno-komunikacijska naprava Spero
- Medgeneracijska soseska in Srebrna hiša v občini Šentrupert
- Programi in medgeneracijsko sodelovanje v občini Kamnik

4.1.1 Programi starejših za zdravo in aktivno staranje

Zveza društev upokojencev je vse od leta 1995 prek različnih projektov ustvarjala idejo o tem, kako bi starejši s svojimi izkušnjami in pripravljenostjo za pomoč sodelovali v aktivnostih v njihovi okolici. Z raznimi raziskavami, ki so jih izvajali od leta 1997 do 2001, so ugotavljali, da so starejši zelo pripravljeni pomagati ostalim starejšim, ki to pomoč potrebujejo. Z omenjenimi raziskavami so ugotavljali tudi, katere vrste pomoči potrebujejo. Pogosto so ugotovili, da določenih vrst pomoči država s svojimi službami ne more zagotoviti. Kot primer navajajo »druženje, drobna popravila, gospodinjska pomoč, vključevanje starejših v aktivnosti nevladnega sektorja, vzdrževanje kakovostnih medgeneracijskih odnosov ipd.« (Koželj Novak 2009, 163). V letih od 1999 do 2002 so z društvom Osmijeh iz Bosne in Hercegovine začeli s projektom, v okviru katerega so ustvarili prve skupine za samopomoč, ki so bile

⁵ Dobri praksi »Ivančna Gorica, starosti prijazna občina« in »Koncept novih vaških jeder z uporabo IKT v občini Dol pri Ljubljani« zaradi pomanjkanja podatkov v magistrski nalogi nista opisani.

namenjene medsebojni pomoči starejših. Z izkušnjami in zbranimi informacijami iz raziskav iz različnih krajev po Sloveniji se je porodila ideja o projektu »Starejši za višjo kakovost življenja doma«, katerega namen je bil predvsem zagotoviti trajno medsebojno pomoč starejših (Koželj Novak 2009). Leta 2004 so začeli projekt uresničevati. Prijavljenih je bilo 16 društev upokojencev, štiri leta kasneje je bilo teh že 145, v letu 2014 so ocenjevali, da pokrivajo že 63 % upokojencev, ki so starejši od 69 let. V projekt je bilo vključenih 3414 prostovoljcev, ki najprej naredijo temeljit pogovor z osebo, ki potrebuje pomoč. Tako ugotovijo, kakšne oblike pomoči potrebuje ter kje to pomoč lahko dobi. V kolikor posameznik potrebuje pomoč katere od javnih služb, mu pri tem lahko pomaga prostovoljec. Pri naslednjem obisku ta tudi preveri, ali je oseba dobila pomoč in kako je z njo zadovoljna. Vendar pa pogosto ugotavljajo, da starejši potrebujejo oblike pomoči, ki jih državne institucije ne morejo zagotoviti. Z raziskavami so namreč ugotovili, da največ starejših želi predvsem druženje in pogovor. Ko so prostovoljci izvajali pogovore o pomoči, so namreč ugotovili, da starejši in kronični bolniki ne potrebujejo le fizične oblike pomoči, pač pa je za kakovost njihovega življenja pomembno druženje z vrstniki in ostalimi, česar pa jim državne institucije ne morejo zagotoviti. Druženje in pogovor tako predstavlja najbolj pogosto obliko pomoči, ki jo nudijo upokojeni prostovoljci, poleg tega pa pomagajo tudi pri zagotavljanju prehranskih paketov in denarne pomoči, pri dostavi hrane, dostavi iz trgovine, sprehodih, hišnih opravilih in prevozih k zdravniku. Starejšim pomagajo tudi pri izpolnjevanju obrazcev za pridobitev različnih pravic in oblik pomoči, saj se je pogosto izkazalo, da starejši svojih pravic ne poznajo.

Upokojenci sami se verjetno še najbolj zavedajo, kako nujno je najti rešitve za vse večje število starejših, ki potrebujejo pomoč. Njihov projekt predstavlja izjemno pomemben del pomoči starejšim, obenem pa velik potencial za bolj sistematično oblikovanje pomoči, saj so zbrali veliko podatkov o stanju in kakovosti življenja starejših v Sloveniji. Poleg tega imajo že oblikovan sistem in mrežo prostovoljcev, kar bi lahko nadgradili in razvili v bolj sistematično pomoč na domu.

4.1.2 Socialno-komunikacijska naprava Spero

Inštitut za raziskovanje in razvoj naprednih tehnologij (Zavod IRNT) je razstavil namensko napravo, ki so jo razvili in je prilagojena za uporabo med starejšimi. Naprava je bila razvita v

okviru projekta INNOVAGE; gre za mednarodni projekt, pri katerem sodelujejo organizacije, ki delujejo na področju inovacij za starostnike. Slovenski partner v projektu je bil Razvojni center Srca Slovenije, namen projekta pa je bil pregled in razvoj socialnih inovacij za starejše. Zavod IRNT je tako začel z razvojem socialno-komunikacijske naprave Spero, oktobra 2014 pa so v Bruslju prejeli priznanje za najboljši pilotni projekt.

Naprava je zelo zanimiva, saj omogoča mnogo funkcij, njena uporaba pa je izjemno enostavna, kar so potrdili tudi uporabniki. V osnovi omogoča opomnike (na primer za jemanje zdravil, obisk pri zdravniku in drugih dogodkov), branje lokalnih novic, enostavno komunikacijo s sorodniki in z lokalnim dnevnim centrom. Naprava je zelo enostavna za uporabo, saj ima samo pet gumbov – štiri so za navigacijo, eden pa za potrditev, s katerimi uporabnik upravlja celoten meni. Naprava je lahko povezana s televizijo ali monitorjem, ima vgrajen zvočnik in alarmni piskač, ki služi za opomnike. Uporabnik lahko določi administratorje (družinski člani, sorodniki, sosedje itd.), ki imajo tako oddaljen dostop do naprave. Administratorji lahko naredijo opomnike, pošiljajo tekstovna ali glasovna sporočila, ki se avtomatsko predvajajo. Kako naprava zgleda, ko je priključena na monitor, lahko vidimo na spodnji fotografiji.

Slika 4.1: Socialno-komunikacijska naprava Spero



Vir: Inštitut za Raziskovanje in Razvoj Naprednih Tehnologij (2014).

Naprava Spero ima tudi veliko možnosti nadgradnje, v kolikor bi uporabnik želel bolj napredno uporabo. Tako lahko namesto petih gumbov napravo upravlja z miško in tipkovnico ali z ekranom na dotik in miško. Poleg osnovnih možnosti lahko po nadgradnji napravo uporablja za naročanje različnih storitev, ki so na voljo v okolju, na primer naročilo in dostava hrane, »naročanje« prostovoljne pomoči na domu itd. Sporočanje gre tudi v obratni smeri: ko je na primer hrana pripravljena in gre v razvoz, lahko dnevni center prek opomnika to enostavno sporoči uporabniku. Osnovna ideja projekta je uporabnikova povezanost z lokalnim centrom, ki združuje različne organizacije, društva in podjetja, ki nudijo storitve za starejše, na primer pomoč na domu, prostovoljske organizacije, dostava hrane, nudenje oskrbe, patronažne službe itd.

Naprava ima tudi velik potencial za vpeljavo zdravljenja in oskrbe na daljavo (telemedicina in teleoskrba). Lahko bi jo nadgradili s sistemom, kot je na primer rdeči gumb. Lokalni center bi lahko preko naprave preverjal, kako je z uporabnikom (na določen čas bi bila poslana slika, ki bi jo posnela kamera), patronažna služba bi lahko preverjala, ali je potreben obisk ali ne, kar bi lahko veliko pripomoglo k zmanjšanju preobremenjenosti patronažnih sester. Z nadgradnjo naprave bi lahko na primer spremljali merjenje krvnega tlaka ali sladkorja v krvi, podatki bi lahko bili na voljo uporabnikovemu zdravniku, da bi ta imel pregled nad zdravstvenim stanjem pacienta. To je le nekaj primerov, kako bi ta inovativna namenska naprava lahko pripomogla h kakovostnejšemu sistemu oskrbe starejših. Seveda pa se pri vpeljavi takega sistema pojavljajo tudi velike omejitve, saj je potrebno sodelovanje več organizacij in podjetij, predvsem pa je potrebna prava politična volja, da se tovrstne rešitve začnejo izvajati. Na drugi strani pa so razvijalci med testiranjem naprave med uporabniki ugotovili, da so bili nad delovanjem le-te navdušeni. Izkazalo se je, da je res enostavna, uporabna in bi se nanjo zlahka privadili, predvsem pa, kar je zelo pomembno, da povečuje občutek varnosti starejših, ki živijo doma.

4.1.3 Medgeneracijska soseska v občini Šentrupert

Zelo inovativna rešitev, ki jo načrtujejo v občini Šentrupert, da bi rešili specifično stanovanjsko problematiko starejših, je dobila svoje temelje v okviru projekta Wider. Gre za mednarodni projekt, s katerim želijo izboljšati izmenjavo znanj za povečanje stopnje

inovacije, tržnih priložnosti in novih produktov malih in srednje velikih podjetij na področju eko-pametnih stanovanj za neodvisno življenje starejših.

V Šentrupertu se je tako začela razvijati ideja o medgeneracijski soseski. Osnova ideja je ponuditi čim boljše življenjske pogoje za posameznike ali starejši par v majhnih, nizkoenergijskih hišah. Ugotovili so namreč, da veliko starejših biva v prevelikih in energetsko neučinkovitih t. i. »socialističnih« hišah, ki so bile zgrajene v sedemdesetih in osemdesetih letih, so praviloma trinadstropne s 300 m² površine. Postali so ujetniki lastnih domov, saj s svojimi prihodki načeloma težko pokrivajo vse stroške vzdrževanja in obratovanja takšne hiše. Model projekta Srebrna hiša (ang. Silver House) tako na prvi stopnji predvideva popolno transformacijo tovrstne hiše skozi programsko, gradbeno, arhitekturno in energetsko prenavo. Hiša tako pridobi dodano vrednost in je lahko namenjena nečemu drugemu. V celoten model pa sodi tudi zagotovitev nadomestnega stanovanjskega objekta, ki je popolnoma prilagojen starejšim.

Srebrna hiša je rešitev za starejše, ki imajo v lasti hišo, ki pa je postala prevelika ali pa neprimerna (veliko stopnic, slaba izolacija itd.) za njihove potrebe. Omogočili bi jim, da se preselijo v nizkoenergijsko hišo, ki je prilagojena njihovim potrebam in jo bodo zlahka vzdrževali, staro hišo pa bi popolnoma prenovili v moderno, tehnološko napredno zgradbo, ki bi bila namenjena za stanovanja ali poslovne prostore.

Razvili so se trije modeli (dva primera vidimo na Sliki 4.2) inovativnih hiš za starejše; vse so prilagojene njihovim potrebam. Hiše so osnovane na enostavnih tlorisih, brez pragov in s širokimi prehodi, v kolikor bi stanovalci morda potrebovali invalidski voziček. Vgrajene ima tudi nekatere informacijsko-komunikacijske rešitve, zaradi česar je še posebej primerna za starostnike, saj te naprave omogočajo komunikacijo z družino, prijatelji, zdravstvenim centrom itd., kar zagotavlja dodaten občutek varnosti. Pomembno je tudi to, da se lahko, glede na načrte hišo hitro adaptira oz. jo nadgradi z dodatnimi napravami za potrebe oskrbe na daljavo, v kolikor bi posameznik to potreboval (na primer z različni senzorji, monitorji za merjenje krvnega tlaka, gumbi za klic v sili itd.).

Slika 4.2: Primera Srebrne hiše



Vir: Esplanda d.o.o. (2014).

Vendar pa ta soseska ne bo namenjena le starejšim, saj želijo s projektom spodbuditi tudi medgeneracijsko sodelovanje in sožitje, zato načrtujejo, da bo del objektov v soseski namenjen tudi mladim družinam z otroki.

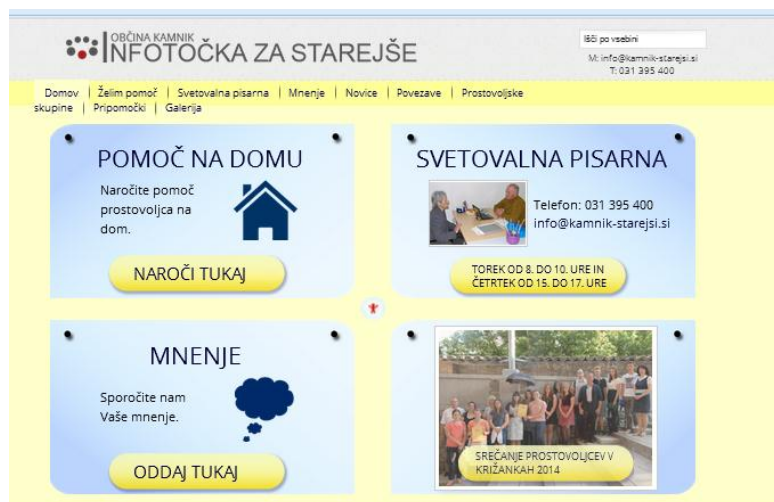
4.1.4 Medgeneracijsko sodelovanje v občini Kamnik

V Kamniku so se leta 2012 s predstavitvijo »Modela za reševanje potreb starejših v občini Kamnik« začeli aktivno lotevati izziva starajočega prebivalstva v občini. »Model je usmerjen v koordinirano delovanje, razvoj novih vsebinskih podpornih aktivnosti, uporabo novih informacijsko-komunikacijskih in tehnoloških rešitev ter razvoj novih servisnih storitev« (Ozimek in Rener 2012, 9). V okviru modela so odprli pisarno za starejše, ustvarili spletno informacijsko točko s podpornimi moduli (npr. za naročilo prostovoljca), uredili sistem prostovoljskih skupin in skupin za samopomoč, izvajajo redna izobraževanja za javnost in prostovoljce, model pa vsebuje tudi koordinacijo trinajstih institucij za pomoč starejšim in koordinacijo prostovoljskih skupin v občini.

Svetovalna pisarna je odprta dvakrat tedensko, starejši pa se nanjo lahko obrnejo, če imajo vprašanja s področja sociale, prava, financ, zdravja, nepremičnin itd. V pisarni je svetovalec, ki pomaga starejšim pri njihovih težavah, v kolikor pa sam ne pozna odgovora, ga napoti k drugemu strokovnjaku. Svetovalci pa niso dostopni le v pisarni; uporabniki jih lahko pokličejo po telefonu, pošljejo vprašanje po elektronski pošti, lahko se dogovorijo za obisk na domu itd. So zelo fleksibilni, kar je za starejše še posebej pomembno, saj nimajo vsi enakih možnosti za mobilnost.

Spletna informacijska točka je spletno mesto, kjer je mogoče dobiti vse ključne informacije za starejše na enem mestu. Koristna je tako za starejše, kot tudi za njihove svojce. Oblikovana je preprosto in starejšim uporabnikom prijazno. Na spletnem naslovu www.kamnik-starejsi.si najprej najdejo tri najpomembnejše vsebine: pomoč na domu, svetovalna pisarna in mnenja.

Slika 4.3: Informacijska točka za starejše



Vir: Infotočka za starejše Kamnik.

Poleg tega lahko na spletnem naslovu najdejo tudi druge oblike pomoči, ki jih nudijo razne institucije in društva v občini, preberejo lokalne novice, se pozanimajo o prostovoljskih skupinah ter o pripomočkih in napravah, ki so namenjeni starejšim: pametna ura, elektronska knjiga, telefon, rdeči gumb (informacije o detektorjih in napravah za oskrbo na daljavo) in računalnik.

V okviru informacijske točke deluje tudi modul »Prostovoljec«. Ko želi starejša oseba pomoč na domu, lahko to uredi prek računalnika. Najprej je potrebna registracija in opis dela, za katerega želi, da ga prostovoljec opravi. V kolikor ne zna uporabljati računalnika in mu pri tem ne morejo pomagati svojci ali prostovoljci, lahko pomoč na dom naroči tudi po telefonu. To sporočilo preko elektronskih baz pride do prostovoljca, ki se odzove na prošnjo za pomoč.

Kot lahko vidimo, daje občina Kamnik veliko poudarka na prostovoljskih skupinah in skupinah za samopomoč, s katerimi ne le pomagajo starejšim, ko ti pomoč potrebujejo, pač pa krepijo njihove socialne vezi, spodbujajo medgeneracijsko sodelovanje, skrbijo za socialno vključenost in tako preprečujejo osamljenost starejših, kar je njihova pogosta težava. V občini tako potekajo redna izobraževanja za prostovoljce, izobraževanja o spremembah zakonodaje

za starejše, o varnosti starejših, pravicah pacientov, zdravi prehrani in skrbi za zdravje, pripravi na sprejem v dom starejših, računalniška izobraževanja in še mnoga druga.

Leta 2010 so začeli tudi s koordinacijo vseh institucij v občini, ki se ukvarjajo s starejšimi. Tako se na sestankih srečujejo predstavniki oddelka za družbene dejavnosti, centra za socialno delo, doma starejših občanov, zdravstvenega doma itd. Pogovorijo se o težavah, povezanih s starejšimi, in skupaj iščejo rešitve zanje. Do sedaj se je pokazalo, da je mreženje in sodelovanje med institucijami zelo pomembno za vpeljevanje sprememb (Ozimek in Rener 2012).

Po pregledu evropskih dobrih praks, predvsem podrobnejšemu opisu programov iz Škotske in Noord Brabanta, ter po predstavitvi slovenskih dobrih praks sem ugotovila, da se pojavlja veliko možnosti za razvoj inovativnih storitev na tem področju. Glede na to, da predstavljene dobre prakse pogosto niso tehnološko zelo zahtevne (npr. program *Living it up*), se sprašujem, kateri so torej ključne ovire za to, da jih v Sloveniji ne implementiramo bolje in hitreje. Odgovor na to vprašanje bom iskala v naslednjem poglavju.

5 Identifikacija in premagovanje ovir pri vpeljevanju dobrih praks

Vpeljevanje storitev na področju aktivnega in zdravega staranja, ki temeljijo na IKT, je kompleksen proces, saj zahteva vzpostavitev sistema, kjer sodelujejo različni deležniki za skupen cilj, to je vzpostavitev t. i. ekosistema na področju zdravega in aktivnega staranja. Ekosistem na področju vpeljave novih tehnologij vključuje aktivno sodelovanje različnih organizacij, vlade in ostalih državnih ter lokalnih političnih institucij, javnih in zasebnih podjetij itd. (Camafinha-Matos in drugi 2012). Namen tovrstnega ekosistema pa je ustvariti uspešno podlago za vpeljevanje inovativnih rešitev na področju aktivnega in zdravega staranja. To lahko dosežemo le, če so na voljo ustrezni pogoji za njegovo oblikovanje in upravljanje. Ti pogoji dajejo podporo za organiziranje in strukturiranje dinamične organizacije, opredelitev in uveljavljanje politik, opredeljevanje profilov, vlog, poslovnih modelov, vzpostavitev procesov sodelovanja in podpiranje povezav med ponudniki in odjemalci (Camafinha-Matos in drugi 2012).

5.1 Ovire na strukturni ravni pri vpeljevanju dobrih praks

Kot smo že poudarili, je jasno, da Slovenija nima vzpostavljenih pogojev za oblikovanje tovrstnega ekosistema na področju teleoskrbe. Dosedanje rešitve na tem področju so predstavljale vpeljave posameznih rešitev, kot je recimo rdeči gumb, ni pa bilo še sprejete systemske rešitve. Nimamo oblikovanega sistema dolgotrajne oskrbe, ki bi zagotavljala kakovostno staranje čedalje številčnejši starajoči se populaciji. Obstoječe posamezne rešitve na tem področju, recimo pomoč na domu, pa izhajajo iz obstoječih sistemov (pokojninski, zdravstveni sistem in socialne storitve). Upoštevajoč demografske spremembe, ki se dogajajo tudi pri nas, je torej nujno premisliti o ustanovitvi poenotenega sistema širše dostopnih in visoko kakovostnih storitev za tiste, ki potrebujejo pomoč.

S tem namenom bom v nadaljevanju proučevala, katere dejavnike je potrebno upoštevati, da bi se dobre prakse na področju aktivnega in zdravega staranja širše implementirale tudi v Sloveniji. Osredotočila se bom predvsem na t. i. strukturne ovire, ki so tudi najbolj kompleksni in predstavljajo osnovo za nadaljnje vpeljevanje inovativnosti. Pogosto so ravno organizacijski dejavniki, ki določajo sodelovanje deležnikov, najbolj ključni za implementacijo storitev teleoskrbe (Barlow in drugi 2006, Giordano in drugi 2011). Ti

dejavniki se nanašajo na sodelovanje med deležniki, na stroškovne sisteme, na probleme s financiranjem, na poslovne modele, zakonodajne ovire, pomanjkanje politične volje in podpore itd. (Dolničar in Nagode 2010).

V nadaljevanju bom podrobneje preučila štiri ključne ovire na strukturalni ravni, ki zavirajo širšo implementacijo e-storitev na področju socialne oskrbe in zdravstva (povzeto po Dolničar in Nagode 2010):

- pomanjkanje obsežnega strateškega načrtovanja,
- pomanjkanje interdisciplinarnega interoddelčnega sodelovanja in integracije,
- pomanjkanje poslovnih modelov, načrtov za finance in povračilo stroškov,
- pomanjkanje razumevanja sistemske razporeditve stroškov in koristi.

5.1.1 Vzpostavitev političnega okvirja in celovito strateško načrtovanje

V Sloveniji so politike za implementacijo zdravstvenih in oskrbovalnih storitev preveč razdeljene; običajno so te v domeni posameznih služb in oddelkov, medtem ko enotna politika za staranje, ki bi usklajevala vse storitve, ne obstaja. Carretero (2015) poudarja, da so študije pokazale, da so tisti javni organi, ki so vzpostavili politični okvir za promoviranje razvoja in uporabe tehnološko omogočenih storitev za starejše, prispevali, da so bile te storitve veliko bolj uspešne v javnem dolgotrajnem sistemu oskrbe (Carretero 2015, 16). Zagotavljanje stabilnih dogovorov na najvišji politični ravni, ki regulira odnose med tistimi, ki so vpleteni v vpeljavo projektov, je torej ključno za omogočanje podpore (Boddy in Henderson 2009).

V Sloveniji pa je pogosto razvoj teh storitev povezan z določenim projektom ali iniciativo, največkrat na pobudo Evropske komisije, ki je začela močno spodbujati razvoj na tem področju. Ker je vsaka iniciativa zgodba zase, so te storitve nepovezane in slabo integrirane. Da bi se temu izognili, bi bilo potrebno vzpostaviti osrednjo agencijo, ki bi imela dovolj veliko politično moč, da bi bila zmožna vplivati na spremembe na področju socialnih, zdravstvenih in stanovanjskih storitev za starejše prebivalstvo. Z ustanovitvijo tovrstne agencije bi pridobili politično telo, ki bi zagotavljalo načrte za finančno stabilne socialno-varstvene in zdravstvene sisteme. Naloge agencije bi zajemale koordinacijo, nadziranje in svetovanje ter povezovanje različnih deležnikov, ki se ukvarjajo s tematikami na področju staranja, in bi se na organiziranih srečanjih o vsem tem pogovarjali. Agencija bi morala slediti

splošnim značilnostim celovitega strateškega načrtovanja; na primer pri vpeljevanju določene e-storitve morajo vsi vključeni partnerji premisliti, kako je ta storitev v skladu z dolgotrajnim razvojem za oskrbo in zdravje na daljavo.

Z vzpostavitvijo političnega okvirja se pridobi organizirano vodenje, ki uzakoni in implementira različne iniciative ter povečuje finančna sredstva za podporo iniciativam. Predvsem je pomembno, da vzpostavlja nek okvir deljenih vrednot, ki spodbudijo deležnike za sodelovanje. Agencija lahko tudi zagotavlja politične smernice in zakonske okvirje, ki pomagajo javnim in zasebnim deležnikom, da vpeljejo določeno storitev. Podpira integracijo storitve v sistem javnega financiranja ter upošteva tudi različne stopnje političnega vodstva (lokalni, regionalni, nacionalni, evropski nivo) (Carretero 2015, 17).

Dober primer organiziranega političnega okvirja za vpeljevanje storitev na področju oskrbe na daljavo sta recimo v okviru »Audit Commission« »Care Services Improvement Partnership (CSIP)« iz Velike Britanije ter NHS24 (Škotska nacionalna organizacija za telezdravje in teleoskrbo) iz Škotske, v okviru katerega deluje tudi program »Living it up«, ki sem ga opisala pri dobrih praksah.

Centralizirana agencija z visoko politično močjo, ki bi načrtovala, podpirala in koordinirala promoviranje in razvoj e-storitev na področju zdravja in oskrbe na daljavo, je torej nujen korak za kakovosten razvoj dolgotrajnega sistema oskrbe v državi. Vzpostavitev organizacije, ki podpira sodelovanje, določa pravila, definira pravice in dolžnosti vseh udeleženi, je eden ključnih dejavnikov za vzpostavitev ekosistema na področju teleoskrbe (Camafinha-Matos in drugi 2012).

5.1.2 Sodelovanje med različnimi sektorji, disciplinami in generacijami

Do sedaj smo že kar nekajkrat poudarili pomen sodelovanja za uspešno vpeljevanje dobrih praks na področju aktivnega in zdravega staranja. Ker postaja področje e-zdravja vedno bolj heterogeno, se vedno bolj razvija in zahteva sodelovanje vedno več deležnikov, je interdisciplinarno sodelovanje vedno bolj pomembno (Pagliari 2007, 33). Naj gre za sodelovanje med podjetji, ministrstvi, raziskovalci ali uporabniki, vedno je pomembna interakcija med ključnimi deležniki. Žal Slovenija pri tem dejavniku zelo zaostaja, saj se zdi, da je sodelovanje, še posebej med ministrstvi in oddelki, naša pomanjkljivost. Tako so

politike storitev pogosto narejene znotraj omejitev določenega upravnega organa, ki je konceptualno in operativno izoliran od drugih. Pri vzpostavitvi ekosistema na področju e-storitev za starejše pa je potrebno te omejitve premagati, saj gre za kompleksen sistem, ki presega zmožnosti enega ministrstva, oddelka ali organizacije. Oskrba na daljavo vključuje številna področja politik, vključno s pravičnim dostopom do storitev oskrbe, z osebno podporo, varnostjo v skupnosti, socialno izključenostjo, medgeneracijskim sodelovanjem in dolgoročnim stanjem. Rešitve za oskrbo na domu ne smejo biti vpeljane izolirano, pač pa kot rezultat sodelovanja različnih deležnikov, ki delujejo zato, da se primerne rešitve vzpostavijo in tudi širijo. McGee-Lennon in Clark pravita, da biti morajo znanja in pogoji izmenjani in razumljeni ter potencialni nesporazumi premagani in razrešeni, preden je lahko tehnologija vpeljana. Poudarjata tudi, da morajo biti vsi deležniki vsaj minimalno zadovoljni s politiko projekta, sicer bo ta propadel (McGee-Lennon in Clark v Dolničar in Nagode 2010). Giordano in drugi poudarjajo, kako pomembna je gradnja odnosov med deležniki in definiranje ciljev ter namenov projektov. Šele z vzpostavitvijo zaupanja znotraj in zunaj organizacij se naredi podlaga za strategije sprememb (Giordano in drugi 2011).

Pri pregledu dobrih praks sem ugotovila, da so mnogi organizirano sodelovanje med različnimi deležniki opredelili kot ključen dejavnik za uspešno izvedeno prakso (npr. »e-health strategy« v Španiji, »Let me decide« iz Italije, primer iz Danske, programa »Smart Care« in »Living it up« itd.).

Deležniki pri vpeljevanju e-storitev so končni uporabniki, formalni in neformalni oskrbovalci, ponudniki socialnega in zdravstvenega varstva, ponudniki tehnologije, stanovanjski ponudniki, raziskovalci in seveda politični organi, ki so vpleteni v to področje. Seveda pa so strokovnjaki, njihova znanja in ozadja različna, kar je tudi potrebno upoštevati. Znanja, ki jih imajo na primer raziskovalci ali gerontologi, niso vedno dostopna in pravilno razumljena v podjetniškem okolju. Znanje različnih disciplin bi zato moralo biti deljeno med njimi tako, da bi to imelo največjo možno korist za razvoj e-storitev. Pagliari na primer poudarja pomembnost sodelovanja med razvijalci programske opreme in raziskovalci na področju e-zdravja. Pravi, da je le-to ključno za doseganje visokega potenciala inovacij na področju e-zdravja za kakovostno, učinkovito in varno oskrbo pacienta (Pagliari 2007, 34).

Ena od oblik za spodbujanje celostnega sodelovanja med disciplinami, oddelki in generacijami so različni posveti in delavnice (ang. *workshop*). Te ponujajo priložnost za združevanje partnerjev, povezanih s tematiko e-storitev, in njihovo aktivno sodelovanje za

iskanje rešitev za neodvisno staranje doma. Na posvetu so lahko predstavljene ideje in razmišljanja ključnih deležnikov na način, da jih lahko razumejo tudi drugi. Del posveta so tako lahko predstavitve dela posameznega partnerja, njegove ideje, smernice, prepreke itd. Gre torej predvsem za izmenjavo znanja in konstruktivne pogovore na določeno temo. Tovrstna delavnica predstavlja pregled preprek in olajšav na področju načrtovanja, oblikovanja in vpeljave e-storitev za bolj kakovostno staranje.

Izpostaviti pa je potrebno še eno obliko sodelovanja, in sicer medgeneracijsko. Mlajše generacije, ki zelo dobro obvladajo tehnologijo na eni, ter starejši, ki so se v življenju zelo malo srečevali s tehnologijo, na drugi strani predstavljajo potencial za sodelovanje. Pogosto je sodelovanje tako, da mlajši starejše učijo uporabe računalnikov. Na to temo je pri nas že dobro razvit projekt Simbioza, ki po celi državi organizira brezplačne delavnice, na katerih mlajši prostovoljci pomagajo starejšim pri učenju dela z računalnikom.

Glede na velikost Slovenije pa bi izpostavila še eno pomembno obliko povezovanja pri vpeljevanju inovativnih rešitev za bolj kakovostno staranje, in sicer gre za sodelovanje na evropski ravni. V procesu učenja implementacije storitev je ključno, da so slovenski deležniki del evropskih učnih skupnosti, kjer se lahko veliko naučijo iz izkušenj drugih evropskih regij, ki so na tem področju bolj napredne. Sodelovanje v partnerstvih, kot je Evropsko partnerstvo za inovacije za aktivno in zdravo staranje, lahko privede do zelo inovativnih dobrih praks, ki sem jih opisala v tretjem poglavju. Glede na majhnost Slovenije, predvsem glede na majhen trg, je tudi za slovenska inovativna podjetja to odlična priložnost za razvoj uspešnih produktov in storitev. Dolničarjeva in Mermans (2015) poudarjata, da je to, da postanemo aktivni partner v evropskih omrežjih in partnerstvih, najbolj učinkovit način, ki bo Slovenijo popeljal do tega, da postane del konzorcija (Dolničar in Mermans 2015).

5.1.3 Poslovni modeli in finančni okvirji

Poleg vzpostavitve enotnega političnega okvirja na področju vpeljevanja sprememb je financiranje ključna tema v socialni in zdravstveni oskrbi. Jasno je, da taka sprememba, kot je vpeljevanje inovativnih tehnologij, potrebuje dobro postavljene finančne okvirje. Da bi do tega prišlo, je najprej potrebno narediti stabilne, jasno definirane poslovne modele, ki bi bili na voljo potencialnim investitorjem, ponudnikom in uporabnikom.

Carretero opozarja na pomembnost poslovnega modela in zagotavljanje trajnostnega vidika storitve. Na podlagi opazovanja različni primerov vpeljevanja e-storitev je ugotovila, da so se obdržale le tiste prakse, ki so pokazale svojo trajnost. To so storile s tem, da so imele oblikovan poslovni model, ki je pomagal javnim organom oblikovati e-storitev tako, da so si jo lahko ljudje privoščili, da so jo lahko vpeljali in da so dosegli dovolj veliko število uporabnikov (Carretero 2015, 17).

Poslovni model je pisni dokument, ki združuje vse argumente za širitev storitev v določeni smeri, predvideva stroške, povezane s tem, ter načrtuje, kako bo do tega prišlo. Vključuje vse informacije, ki podpirajo projekt v enem, jasnem dokumentu, ki je lahko tudi vodnik za mnogo aktivnosti ob implementaciji (Body in Henderson 2009, 87).

Poslovni modeli in finančni okvirji so lahko zelo različni. Na splošni ravni pa jih delimo na tri skupine (Barlow in drugi 2004):

- poslovni modeli, pri katerih je storitev v celoti v domeni zakonsko določenih storitev, kot so zdravstvo, socialna in stanovanjska oskrba;
- poslovni modeli, kjer gre za partnerstvo med javnim in zasebnim sektorjem;
- poslovni modeli, kjer je storitev zagotovljena s strani zasebnega sektorja.

V večini evropskih držav ima vlada jasno odgovornost za zagotavljanje storitev oskrbe na domu – nekatere imajo zelo natančno določeno politiko glede tega, druge imajo bolj splošne določbe glede pomoči na domu. Države, kot so npr. Luksemburg, Nemčija, Avstrija in Belgija, imajo oskrbo na domu organizirano preko zavarovalniških organizacij, ki tudi igrajo glavno vlogo pri vzpostavljanju tržnega okvirja. V nekaterih državah pa je zasebni sektor tisti, ki zagotavlja socialno oskrbo, kar je še posebej razširjeno v Združenih državah Amerike, v Evropi pa tak model vzpostavlja Irska (Fisk 2003).

V Sloveniji je oblikovanje politik na področju zdravstvene oskrbe vodeno s strani vlade. Zmogljivost zasebnih bolnišnic je pri nas zelo omejena. Tudi zavarovalnice, ki so ponekod ključni deležniki pri vpeljevanju e-storitev, v Sloveniji nimajo načrtov za dolgotrajno oskrbo starejših. V kolikor bi se oblikoval poslovni model, ki bi določal financiranje e-storitev s strani države in zavarovalnice, ki bi vključile te storitve v njihove zavarovalne sheme, zasebni ponudniki pa bi ponudili opremo, obstaja velika verjetnost, da bi ljudje sprejeli e-storitve. Tak primer je dobra praksa iz Noord Brabanta, kjer so naredili nov poslovni model, ki daje veliko vlogo ravno zavarovalnicam. Le te so tiste, ki bi jih bilo zelo dobro vključiti v sistem

dolgotrajne oskrbe, saj bi preko zavarovalniškega sistema vpeljava e-storitev lažje stekla. Ključno za tako sodelovanje bi bilo torej oblikovanje poslovnega načrta, ki bi temu ključnemu deležniku pokazal učinkovitost in zmanjševanje stroškov z vpeljavo tovrstne prakse.

5.1.4 Razumevanje stroškov in koristi

Razvoj in implementacija e-storitev za starejše zahtevata jasno razumevanje stroškov in koristi (Barlow in drugi 2004, 22). V nekaterih primerih je razumevanje stroškov relativno enostavno, kar smo videli tudi pri dobrih praksah, kakršna je na primer »Zorgcircles« iz Nizozemske, s katero je organizacija prve pomoči urejena tako, da je reševalec v čim krajšem možnem času pri osebi, ki potrebuje pomoč. S hitro intervencijo se tako lahko izognejo bolnišnični oskrbi in s tem povezanim stroškom. Vendar pa lahko le v redkih primerih tako enostavno razumemo oceno stroškov in koristi. V večini primerov gre za bolj kompleksna razmerja, ko je težko enostavno določiti, kdo ima koristi in kdo stroške. Lahko pa rečemo, da vpeljava različnih e-storitev pripomore k znižanju stroškov zdravstvenega in socialno varstvenega sistema, kar smo videli pri pregledu dobrih praks. Veliko jih namreč prav to izpostavlja kot enega od pozitivnih učinkov.

Vsekakor je eden najpomembnejših delov poslovnega modela razumevanje in predvidevanje stroškov in koristi, saj se s tem pokaže stabilnost dolgotrajnega financiranja (Body in Henderson 2009).

V nadaljevanju bom predstavila konceptualni in metodološki okvir za ocenjevanje stroškov in koristi v procesu implementiranja morebitnih storitev za oskrbo na daljavo v Sloveniji. Za tovrstno predvidevanje se uporablja metoda *analize stroškov in koristi* (ang. *cost-benefit analysis*). Rezultati te analize so običajno vključeni v poslovni model, namen pa je primerjati oboje, poznane in pričakovane stroške ter tudi določene in nedoločene koristi. Stroške in koristi določamo glede na podane indikatorje, ki so potem uporabljeni za merjenje ustreznih elementov stroškov in koristi, da bi pridobili neobdelane podatke za morebitno analizo. Ko zbiramo te podatke, je potrebno upoštevati dve skupini akterjev. Prvo predstavljajo uporabniki e-storitev (starejši ljudje, njihove družine in poklicni oskrbovalci). Ti podatki se nanašajo na različne oblike koristi in v manjši meri na operativne in naložbene stroške. Druga skupina pa so razvijalci e-storitev, to so partnerji v konzorciju projekta. Tukaj upoštevamo tako podatke o stroških in tržnih cenah za storitve, kot tudi podatke o stroških za nameščanje, podporo in

vzdrževanje storitev. Poleg tega upoštevamo tudi podatke iz usposabljanja deležnikov in procesa adaptacije.

Zbrani podatki so uporabni za analizo stroškov in koristi. Koristi so razdeljene v tri kategorije, glede na stališče deležnikov, ki so vpleteni: kakovost oskrbe, ekonomska učinkovitost in kakovost življenja (starejših ljudi). Vsaka kategorija se lahko razdeli podrobneje:

- kakovost oskrbe: povečan obseg storitev, izboljšana učinkovitost storitev – zmanjševanje napak, izogibanje nepotrebnim ukrepom,
- ekonomska učinkovitost: učinkovitost oskrbe – privarčevani čas in zdravljenje, učinkovitost administracije – izboljšanje zbiranja in obdelovanja podatkov, boljši nadzor,
- kakovost življenja: nove ali/in izboljšane storitve, večji občutek varnosti, neodvisnosti in socialne vključenosti.

Stroški so razdeljeni v dve glavni kategoriji: investicijski stroški in stroški zagona storitve. Prva skupina vključuje začetne stroške za programsko in strojno opremo IKT, stroške za usposabljanje ključnih deležnikov ter stroške procesov in organizacijskih sprememb. Druga skupina pa predstavlja operativne stroške, to so stroški za vzdrževanje in zamenjavo IT komponent, podporo uporabnikom, zagon e-storitev, marketinga itd.

Analizo stroškov in koristi lahko opravimo s katerim od že obstoječih modelov, ki so na voljo. Tako je denimo »The Telecare Learning & Improvement Network« iz Velike Britanije razvila orodje za podporo oddelkom za socialne storitve pri razvoju strategij in poslovnih modelov za lokalne projekte na področju oskrbe na daljavo.

Ključni izziv za vpeljevanje e-storitev za oskrbo in zdravje na daljavo v Sloveniji je sedaj premik od pilotne faze k vpeljevanju storitev za podporo bolj kakovostnega, aktivnega in zdravega staranja. Kako se Slovenija loteva tega izziva, bom predstavila v nadaljevanju.

5.2 Premagovanje izzivov pri vpeljavi e-storitev na področju teleoskrbe in telezdravja

Za spodbujanje in temelj sodelovanja med različnimi deležniki, ki lahko pripeljejo do vzpostavitve ekosistema za vpeljevanje inovativnih rešitev na področju zdravega in aktivnega

staranja, bi kot ključni dejavnik izpostavila pripravo strateških dokumentov in programov, ki jasno nakazujejo na to, da je država pripravljena storiti nekaj v tej smeri. V Sloveniji sta trenutno to dva ključna dokumenta: *Operativni program za izvajanje Evropske kohezijske politike v obdobju 2014-2020*⁶ in *Slovenska strategija pametne specializacije*⁷.

V Operativnem programu je v točki 2.9.4 (*Spodbujanje razpoložljivosti cenovno dostopnih, trajnostnih in visoko kakovostnih storitev, vključno z zdravstvenimi in socialnimi storitvami splošnega pomena*) zapisano, da se v Sloveniji pripravlja nova zakonodaja na področju dolgotrajne oskrbe, s katero bo urejeno tudi financiranje in izvajanje tega področja (Služba vlade republike Slovenije za razvoj in evropsko kohezijsko politiko 2014b).

Predvidene so različne aktivnosti na tem področju, med drugim tudi razvoj IKT-podpore izvajanju storitev, razvoj in nadgradnja skupnostnih storitev, podpora neformalnim oblikam storitev, usposabljanje strokovnega osebja itd. Evropski socialni sklad bo navedene (in druge) aktivnosti podprl z razvojem in izvedbo pilotnih projektov. Operativni program predvideva ukrepanje za »razvoj integriranih skupnostnih oblik socialnih in zdravstvenih storitev na področju dolgotrajne oskrbe, razvoju in uveljavitvi učinkovitih modelov modernizacije socialnih in zdravstvenih storitev z namenom izvedbe procesa deinstitucionalizacije« (Služba vlade republike Slovenije za razvoj in evropsko kohezijsko politiko 2014b, 172). Kot ključni pogoj izvedbe tega procesa izpostavlja povezovanje socialnih in zdravstvenih storitev na primarni ravni (povezava socialnih in zdravstvenih storitev pomoči na domu, dnevnega varstva in kratkotrajnih namestitev). Namen je omogočiti, da predvsem starejši ljudje ob ustrezni pomoči in podpori v skupnosti čim dlje ostanejo v svojem lokalnem okolju. Operativni program predvideva različne ukrepe, ki bi zagotovile dolgotrajno oskrbo za starejše, izpostavila pa bi predvsem »razvoj z IKT podprtih storitev in IKT podporne

⁶ Enoten Operativni program za izvajanje evropske kohezijske politike v obdobju 2014-2020 je strateški izvedbeni dokument, ki bo podlaga za črpanje 3,2 milijarde evrov razpoložljivih sredstev iz Evropskega sklada za regionalni razvoj, Evropskega socialnega sklada in Kohezijskega sklada v obdobju 2014-2020. Dokument je 15. decembra 2014 potrdila Evropska komisija (Služba vlade republike Slovenije za razvoj in evropsko kohezijsko politiko).

⁷ Pametna specializacija predstavlja platformo za osredotočenje razvojnih vlaganj na področja, kjer ima Slovenija kritično maso znanja, kapacitet in kompetenc in na katerih ima inovacijski potencial za pozicioniranje na globalnih trgih ter s tem krepitev svoje prepoznavnosti. Pametna specializacija je torej strategija za: 1. krepitev konkurenčnosti gospodarstva s krepitvijo njegove inovacijske sposobnosti, 2. diverzifikacijo obstoječe industrije in storitvenih dejavnosti ter 3. rast novih in hitro rastočih industrij oz. podjetij (Služba vlade republike Slovenije za razvoj in evropsko kohezijsko politiko).

strukture« (Služba vlade republike Slovenije za razvoj in evropsko kohezijsko politiko 2014b, 173). Drugi pomemben ukrep, ki se nanaša na starejše, pa je ta, da prilagodimo in preoblikujemo obstoječe mreže institucionalnega varstva ter omogočimo vstop novih izvajalcev storitev in programov za starejše (Služba vlade republike Slovenije za razvoj in evropsko kohezijsko politiko 2014b).

Kot vidimo, Operativni program predvideva razvoj tudi na področju vpeljave novih, inovativnih z IKT podprtih storitev, ki bodo omogočale starejšim, da čim dlje ostanejo doma.

V drugem strateškem dokumentu (*Slovenska strategija pametne specializacije*) se omenja aktivno in zdravo staranje v dveh poglavjih, *Zdravje* in *Pametne zgradbe in domovi*. Na področju medicine se omenja, da so stroški zdravstvene oskrbe starejših vse večji in da kmalu obstoječi sistem ne bo več zmožen zadovoljiti potreb vse več starejših. Omenjeno je, da bo zaradi teh razlogov potrebno razviti nove storitve na področju e-zdravja in m-zdravja ter tehnologij, povezanih s tem. Na področju *pametnih zgradb in domov* pa se omenja produkte, storitve in sisteme, ki se razvijajo s sodelovanjem različnih tehnologij iz različnih področij, tudi s področja »doma prihodnosti«, ki se nanaša na rešitve za posamezne ciljne skupine za aktiven in zdrav življenjski slog in visoko kakovost življenja (Služba vlade republike Slovenije za razvoj in evropsko kohezijsko politiko 2014a).

Operativni program in Slovenska strategija pametne specializacije predstavljata temelj za nadaljnje sodelovanje in razvoj na tem področju. Na podlagi ciljev, ki so zastavljeni v programu, bi morala Slovenija narediti vse, da se začnejo uresničevati.

V prvi fazi bi bilo potrebno vzpostaviti koalicijo deležnikov, ki predstavljajo javne organe, podjetja, raziskovalne institucije in civilne družbe, ki so že aktivne in izkušene na tem področju. Gre za osebe, ki predstavljajo deležnike in že imajo oblikovane strategije in ambicije ter pogosto že sodelujejo v projektih, raziskavah, podjetjih itd. Naloga ministrstva bi bila podati pobudo in povabiti določene partnerje, ki bi se združili v to koalicijo, ter organizirati dogodke, sestanke in delavnice, katerih pomen je bil v nalogi že izpostavljen. Namen vseh teh dogodkov bi bil razviti osnovni strateški in akcijski načrt za implementacijo in širitev IKT-rešitev za zdravo in aktivno staranje. V tej prvi fazi bi se vzpostavilo testno in učno okolje za različne tematike, v katerem bi aktivno sodelovali vsi deležniki. Organizirati bi bilo potrebno več konferenc, dogodkov in sestankov strokovnjakov po celi Sloveniji, z namenom, da se tema *pametnega zdravja in oskrbe* vključi v razmišljanje javnosti ter da se začne širiti zavedanje po spremembah tako v slovenski družbi kot med različnimi deležniki

(povzeto po Dolničar in Mermans 2015). V tej prvi fazi bi se tako začel vzpostavljati ekosistem na področju aktivnega in zdravega staranja, ki predstavlja temelj za nadaljnjo implementacijo inovativnih rešitev na tem področju. Kot je bilo že omenjeno, bi bilo zelo dobrodošlo, da se slovenske dobre prakse vključijo v evropska sodelovanja in partnerstva. Tovrstno sodelovanje lahko doprinese izmenjavanje izkušenj, znanja in tudi nasvetov glede premagovanja ovir pri implementaciji storitev, ki izvirajo iz konkretnih izkušenj realnih projektov. Ko bi bila prva faza zaključena in strateški dokumenti pripravljene, bi sledila druga faza, v kateri bi se strateški in akcijski plan tudi implementirala (Dolničar in Mermans 2015).

Tudi v Sloveniji se na področju teleoskrbe kaže napredek. Eden pomembnejših je gotovo ta, da se v strateških dokumentih, kot sta Operativni program in Slovenska strategija pametne specializacije, omenja tudi področje dolgotrajne oskrbe in zdravja ter da se ta tematika v takšnih dokumentih konkretizira. Ti sedaj predstavljajo temelj za nadaljnje korake, ki so opisani zgoraj.

6 EMPIRIČNI DEL

V teoretičnem delu magistrskega dela so bile opisane dobre prakse in identificirane ključne ovire pri prenosu le-teh v slovensko okolje. S pomočjo strokovne literature sem identificirala štiri ključne ovire, ki predstavljajo izziv, ki ga je potrebno premagati pri implementaciji inovativnih rešitev za bolj kakovostno staranje. Empirični del naloge pa je namenjen raziskovanju pomembnosti teh ovir v konkretnih primerih slovenskih dobrih praks. V prvem delu bom opisala izbrano metodologijo, nato pa še ugotovitve iz analize pridobljenih odgovorov.

6.1 Opis metodologije

Podatke za analizo sem pridobila s kvalitativno metodo, s strukturiranim poglobljenim intervjujem. S to metodo raziskovalec pridobi vpogled v človekove izkušnje, stališča in prepričanja. Značilnosti te metode so, da ima raziskovalec pripravljenih nabor šestih do osmih odprtih vprašanj in da lahko postavlja podvprašanja, s katerimi spodbudi odziv intervjuvanca. Namen intervjuja je pridobiti poglobljen pogled intervjuvanca na določeno temo. Od

sogovornikov sem želela izvedeti, v kolikšni meri zaznavajo in se srečujejo z ovirami, ki sem jih izpostavila v magistrskem delu.

Namen pridobivanja podatkov z metodo strukturiranega poglobljenega intervjuja je bil torej pridobiti mnenja strokovnjakov, ki delujejo tudi na področju aktivnega in zdravega staranja, o relevantnosti identificiranih ovir ter možnih rešitvah zanje pri razvoju in implementaciji dobrih praks v Sloveniji.

Vprašanja za intervju sem imela vnaprej pripravljena, vendar sem med pogovorom postavila več podvprašanj, s katerim sem usmerjala tok pogovora. Na začetku intervjuja sem sogovorniku predstavila, katere ključne ovire za razvoj in implementacijo dobrih praks sem izpostavila v magistrski nalogi, in potem z dvema ključnima vprašanjema za vsako od teh ovir preverila, v kolikšni meri je ta res pomembna pri vpeljavi konkretnih praks ter na kakšen način bi se to lahko izboljšalo. Ključni vprašanja sta torej bili:

1. Kako pomembna se vam zdi opisana ovira pri razvoju in implementaciji dobrih praks v Sloveniji?
2. Na kakšen način bi bilo možno to oviro premostiti?

Intervjuje sem opravila s tremi strokovnjaki iz omenjenega področja, ki so razvijali ali/in implementirali dobre prakse na področju Slovenije:

- **Ignacij Novak**, direktor Inštituta za raziskovanje in razvoj naprednih tehnologij (Zavod IRNT). Dobra praksa: socialno-komunikacijska naprava Spero.
- **Martina Ozimek**, direktorica zavoda Oreli: Zavod za socialno podporo, svetovanje, raziskovanje in izobraževanje ostarelih, oseb s posebnimi potrebami, mladih in ostalih skupin prebivalstva. Dobra praksa: medgeneracijsko sodelovanje v občini Kamnik.
- **Rupert Gole**, ustanovitelj podjetja Esplanda in župan občine Šentrupert. Dobra praksa: medgeneracijska sošeska v občini Šentrupert.

Izbrani intervjuvanci razvijajo primere dobrih praks v Sloveniji, opisanih v četrtem poglavju magistrskega dela. Prvič sem z njimi stopila v stik preko elektronske pošte, v kateri sem se predstavila, pojasnila, kaj raziskujem, jih prosila za kratek intervju ter jim tudi predstavila temo našega pogovora. Po elektronski pošti ali telefonu smo se tudi dogovorili za termin srečanja. Intervjuji so potekali v poslovnih prostorih intervjuvanca in so bili opravljeni med

18. in 22. septembrom 2015. Intervjuji so trajali 30–40 minut. Na začetku srečanja sem še enkrat predstavila tematiko, s katero se ukvarjam, ter temo našega pogovora, torej štiri ključne ovire za prenos dobrih praks. Pogovori so bili, z dovoljenjem intervjuvancev, tudi snemani⁸. Posnetki pogovorov so bili uporabljeni za zapis posameznega intervjuja, kar je omogočilo boljše analizo zbranih informacij.

6.2 Analiza poglobljenih intervjujev

Z vsemi tremi intervjuvanci smo se pogovarjali o štirih ključnih ovirah pri vpeljevanju dobrih praks v Sloveniji. Prva ovira, ki sem jo izpostavila, je bila **pomanjkanje strateškega načrtovanja in enotnega političnega okvirja**. Vsi so izpostavili to oviro kot zelo pomembno, saj so se z njo srečevali tudi pri razvoju in implementaciji svoje dobre prakse. Ugotovili so, da se na državnem nivoju zares premalo dela na tem področju:

»Pomanjkanje strateškega načrtovanja je velika ovira, saj se morajo akterji na državnem nivoju odločiti, da bodo to podprli, če želimo celo zgodbo poceniti za končnega uporabnika.« (G. Novak)

»Seveda je to ovira. V Sloveniji je stanje tako, da so vsi projekti narejeni tako, da trajajo, dokler so na voljo neka sredstva, potem pa ugasnejo. Potrebno pa bi bilo stremeti k neki celoti, k povezovanju projektov.« (Ga. Ozimek)

»Gotovo to je ovira. Večkrat poslušamo s strani tistih, ki se ukvarjajo s to problematiko, recimo z Inštituta Antona Trstenjaka, da smo kakšnih 20 let za razvitimi evropskimi državami in da smo na področju teh regulativ zelo malo naredili. Posledično je zelo težko implementirati inovativnejše projekte, ki pa so v nekaterih državah, recimo v Angliji, Nizozemski, Nemčiji, že danes realnost.« (G. Gole)

Sogovorniki so pogosto izpostavili, da ni splošnega zavedanja o stanju v Sloveniji in kot posledico tega tudi, da se na tem področju ne naredi dovolj. *»Težava je v tem, da se ne zavedamo situacije. Vedemo se, kot da je to ena oddaljena prihodnost, so v resnici rešitve na voljo, znanje je na voljo, poslovni modeli so na voljo ... Ni pa organizacije, ki bi to povezala in uresničila. Mišljenje je tako, da ni še čas za to.«* (G. Novak)

⁸ Zapis pogovorov je na voljo pri avtorici.

Na vprašanje o možnih rešitvah za to oviro, so se pojavljali različni odgovori, predlagani so bili tudi različni akterji, ki so bistveni za vzpostavitev **enotne strategije**. Večkrat je bilo poudarjeno, da je potrebno izvrševati pritisk na tiste odgovorne, ki lahko poskrbijo za spremembo na tem področju. G. Novak meni: *»Pri nas je tako, ker ni dovolj pritiska na odločevalce. Ni organizacije, ki bi se samo s tem ukvarjala ... Pomembni so tudi uporabniki. Potrebno bi bilo zbrati konkretne informacije o potencialnih uporabnikih, s tem iti do »države« ter razložiti, kakšna je situacija in da je potrebno to zadevo podpreti.«* Izpostavljen je bil tudi pomen že obstoječih, lokalnih povezav in okvirjev. Gospa Ozimek poudarja: *»Saj imamo neke lokalne okvirje, imamo recimo LAS, lokalne akcijske skupine, ki se ukvarjajo s tem na lokalnem nivoju. To bi bilo potrebno povezati v neko celoto... Mi smo na lokalnem nivoju recimo povezali različne institucije, praktično vse, ki se ukvarjajo s področjem starejših pri nas in so povezani v neko koordinacijo. In mislim, da bi morali na tak način speljati zadevo tudi na ravni države.«*

Izpostavljeno pa je bilo tudi, da je to povsem v domeni države: *»Sprememba mora biti na nivoju države. Drugače ne gre. Zakonodaja nastaja na nivoju države in na posameznih resorjih, ministrstvih, ki jo pač pripravljajo in jo parlament sprejema in tako naprej. Od teh potreb na terenu bi morala priti informacija navzgor in se tam oblikovati v neko ustrezno podporo, zakonodajo, tudi finančne instrumente na koncu.«* (G. Gole)

Vsi intervjuvanci so pomanjkanje enotnega političnega okvirja zaznali kot veliko oviro, ki bi jo bilo treba odpraviti. Predvsem so izpostavili **pomanjkanje zavedanja** o realni situaciji, o tem, da so potrebe po rešitvah vse večje, konkretno narejenega pa je zelo malo ali nič. Kot sem že sama ugotavljala, poudarjajo **pomanjkanje povezovanja med različnimi institucijami** in kot posledico tega so izpostavili tudi **pomanjkanje strategij** za bolj zdravo in aktivno staranje. Mnenja, kako do tega priti in kdo so ključni akterji, so bila dokaj različna. Eden od intervjuvancev je poudaril, da so najprej ključni uporabniki, ki bi morali preko določene organizacije izvršiti pritisk na državne akterje, da bi ti začeli delati strategijo. Drugo mnenje je bilo, da je potrebno povezati lokalne organizacije, ki že obstajajo, recimo Lokalne akcijske skupine. Eden od sogovornikov pa je poudaril, da je strategija sicer popolnoma v domeni države, ampak se bo to zgodilo šele, ko se bodo glavni akterji zavedali *»potreb na terenu«*. V nadaljevanju smo se pogovarjali o pomanjkanju sodelovanja, kar so pravzaprav vsi omenili že pri prvi oviri.

Prav vsi so **poudarili izjemen pomen sodelovanja med vsemi deležniki** na tem področju, saj so prepričani, da je to edina možna pot za zagotavljanje ustreznega okolja za implementacijo inovativnih rešitev na področju zdravega in aktivnega staranja. *»Seveda je to ovira, ker če hočemo nekaj narediti, je potrebno stopiti skupaj, tako javni kot privatni sektor.«* (G. Novak)

Izpostavljene so bile različne vrste sodelovanja: med podjetji, med javnim in zasebnim sektorjem, med institucijami in političnimi organi. *»Na tem področju je predvsem premalo sodelovanja med Ministrstvom za delo, družino in socialne zadeve, Ministrstvom za okolje in prostor in Ministrstvom za zdravstvo. Povezava med temi ministrstvi bi bila nujna, da bi se lahko kreirala neka politika.«* (G. Gole)

Ideje, kako priti do več sodelovanja na tem področju, so bile različne. *»Sodelovanje bi morale spodbujati organizacije, ki so za to tudi namenjene in prisotne. Recimo lokalni razvojni centri.«* (G. Novak)

Pogosto so **pomen kakovostnega sodelovanja** prikazovali na lastnih primerih.

»Pomembno je kakovostno sodelovanje ... Bistveno je narediti nek premik. Postaviti plan, kako priti do neke rešitve. Pri tem našem projektu je nek zametek sodelovanja, saj plan vključuje sistem rdečega gumba, ki je povezan s Sperotom, ki je integriran v Silver house. Tukaj zraven so že tri podjetja in ena razvojna organizacija. Tako da nam je uspelo to sodelovanje speljati na lokalni ravni.« (G. Novak)

»V naše sodelovanje so vključeni vsi akterji na področju dela s starejšimi, center za socialno delo, patronažna služba, policija, različna društva, Rdeči križ, Karitas ... In občina, brez tega sodelovanja z občino in ostalimi institucijami v občini nam nikoli ne bi uspelo.« (Ga. Ozimek)

Vsi sogovorniki so na podlagi svojih primerov dobrih praks dokazali, da brez sodelovanja ne bi mogli razviti ali vpeljati svojih idej. Kot ena od rešitev, da bi se sodelovanje v Sloveniji začelo bolj razvijati, so izpostavili srečevanje vseh deležnikov v obliki konferenc in posvetov. *»Ti so zelo pomembni, predvsem zato, da se najdemo med sabo tisti, ki to razvijamo. To je pomembno, ker se nam zgodi, da ločeno drug od drugega neke stvari razvijamo, če pa bi jih povezali v celoto, bi na koncu nastal veliko boljši rezultat.«* (G. Gole)

»[P]a recimo ti strokovni posveti. To je super, spoznaš ljudi, vidiš, kaj se dogaja drugje, tako se res spodbuja sodelovanje med vsemi. Je pa res, da se ljudje tega sodelovanja bojijo. Ampak drugače ne bo šlo, potrebno bo sodelovati, če želimo, da se kaj razvije.« (Ga. Ozimek)

Izpostavljene pa so bile tudi težave na področju sodelovanja na državni ravni, predvsem za manjše organizacije, zavode in podjetja. »Upoštevati je potrebno tudi manjše organizacije, ker te velikokrat delajo dobro, ampak niso slišane. Pridejo zraven le velike organizacije.« (Ga. Ozimek)

»Pomanjkanje sodelovanja je ovira, ampak se je pa potrebno zavedati, da gre tukaj za posel. Na tehnološkem področju je velik problem poslovna etika, velikokrat to navidezno sodelovanje služi za prevzemanje idej od drugih.« (G. Novak)

Morda tudi zaradi teh razlogov v Sloveniji bolje poteka **sodelovanje na lokalni ravni**, kar so potrdili tudi moji sogovorniki, saj so svoje projekte vsi speljali na ta način, da so se povezali bodisi z lokalnimi institucijami, organizaciji ali podjetji. »Na lokalnem nivoju smo naredili povezavo med uporabniki, podjetji, razvojnim centrom, kar je model tudi za nacionalno raven.« (G. Novak)

V pogovoru smo se dotaknili tudi povezovanja v širšem, evropskem kontekstu, recimo v obliki partnerstev, kot je Evropsko partnerstvo za inovacije za aktivno in zdravo staranje, ki ga opisujem v magistrskem delu. Vsi so se strinjali, da so to pomembne povezave, vendar se tudi zavedajo, da sami kot podjetje ali zavod težko pristopijo k takim projektom. Predvsem so izpostavljali **problem financiranja**.

»Da, je pomembno to sodelovanje, ampak z mojega stališča je sodelovanje v taki zadevi odvisno od tipa financiranja. Mi smo mikroorganizacija in zelo težko zalagamo sredstva in potem čakamo, da se povrnejo. To je zelo težko ... « (G. Novak)

Gospod Gole je poudaril pomen teh povezovanj predvsem kot možnost učenja: »Absolutno je pomembno, ampak kot sem prej rekel, trenutno se lahko predvsem učimo nekaterih stvari od njih, predvsem od bolj razvitih držav, skandinavskih, Anglije ... Imajo veliko odgovorov na vprašanja, ki si jih mi postavljamo.«

Pomanjkanje sodelovanja na različnih ravneh je bilo v pogovorih večkrat izpostavljeno kot ključna ovira za slab razvoj in vpeljevanje inovativnih rešitev za starejše. Vsi sogovorniki so prepričani, da bi s premostitvijo te ovire prišlo do napredka in da je to temelj za

nadaljevanje, recimo za izdelovanje strateških načrtov. »Najpomembnejše je sodelovanje, ker je nemogoče tako veliko operacijo izvesti brez tega. To je bistveno za sam začetek česar koli. To, da si deležniki prisluhnejo med sabo /.../ in da prisluhne država. Če se to zgodi, bo to pomenilo velik premik proti rešitvi.« (G. Novak)

Ugotavljam, da se ta ovira dokaj uspešno premaguje na lokalnem nivoju, vsaj kar se tiče praks, ki jih razvijajo sogovorniki. Vsi namreč poudarjajo, da je bilo za razvoj potrebno veliko sodelovanja in so ga tudi dosegli. Vendar pa vsi poročajo, da se vse ustavi, ko pride do implementacije neke pametne rešitve v konkretno, širše okolje. Tukaj pa je namreč potrebno sodelovanje na državnem nivoju, ki pa ga, kot ugotavljamo v pogovorih, ni. Kako do tega priti, je ključno vprašanje. Sogovorniki so poudarjali pomen posvetov, na katerih se srečujejo strokovnjaki, vendar pa morajo biti prisotni tudi različni državni organi, ki imajo dejansko moč spreminjati zadeve. Izpostavljali so tudi pomen lokalnih akcijskih skupin, ki bi morale spodbujati sodelovanje ne le na lokalnem nivoju, ampak tudi širše.

Poleg pomanjkanja sodelovanja med različnimi deležniki so sogovorniki največkrat izpostavili **problem financiranja, pomanjkanje finančnih načrtov**, ki pa so del poslovnih modelov. Vsi trije strokovnjaki so se strinjali, da je **pomanjkanje poslovnih modelov** zelo velika ovira pri poskusu implementacije storitev v slovensko okolje, vendar pa je bilo poudarjeno tudi, da je to pravzaprav že posledica nekega kakovostnega sodelovanja.

»Da, gotovo je potrebno narediti poslovne načrte. Najprej je potrebno narediti strategijo in poslovni model. Če je prisotno kakovostno sodelovanje med deležniki, ki pa morajo pokazati neko stabilnost, bo tak projekt uspešen in trajen. Ko enkrat imaš to, je vse drugo logično sosledje.« (Ga. Ozimek)

Pri pogovoru o poslovnih modelih so sogovorniki izpostavili tudi **pomen zavarovalnic**, ki pri nas niso vključene v programe oskrbe, kljub temu da je v več evropskih državah to ustaljena praksa. *»Pomembno je izpostaviti pomen zavarovalnic, da oni to vključijo v svoje poslovne modele. S tem bi zadevo močno pocenil za končnega uporabnika. S tem bi se povečala tudi širina implementacije, ker bi bila zadeva bolj dostopna.«* (G. Novak)

»Bi bilo pa zelo smiselno povezati to (zagotavljanje oskrbe op. a.) z zavarovalnicami, recimo Vzajemna. Oni se mi zdijo taka zavarovalnica, ki bi morala denar upokojencev vlagati v njihovo boljše življenje, višji standard. Jaz mislim, da bo do tega prihajalo, da bo vedno več tega.« (G. Gole)

Vključitev zavarovalnic je bila torej izpostavljena kot možnost, da bi se na tem področju začele razvijati storitve v širšem obsegu. Poleg vključevanja zavarovalnic v poslovne modele so bili izpostavljeni še drugi modeli, na primer **partnerstvo med javnim in zasebnim sektorjem**: *»Verjetno bi bila boljša kombinacija javnega in privatnega sektorja. Mislim, da bi bila s tem tudi boljša kakovost storitev. Tudi v našem primeru bi bilo to veliko lažje za implementacijo naše storitve.«* (G. Novak)

Predvsem so sogovorniki podajali primere poslovnih modelov, ki so povezani z idejo, ki jo sami razvijajo. Pri gradnji prilagojenih stanovanj in soseske za starejše je bil na primer izpostavljen poslovni model zadrug.

»Poslovni model, ki je za prihodnost še bistveno boljši, so pa zadruga. Da se več zainteresiranih deležnikov poveže v neko zadrugo, ki potem pridobi financiranje, vsak vложи tisto, kar lahko; v našem primeru recimo svojo nepremičnino. Ti modeli so v tujini že zelo pogosti, recimo se zgradi neko stanovanjsko sosesko za starejše v okviru neke zadruga, kjer so pravila dorečena, in na koncu se točno ve, koliko si vložil in koliko imaš od tega koristi.« (G. Gole)

Poslovni modeli, o katerih so govorili intervjuvanci, seveda izhajajo predvsem iz njihove dobre prakse.

Pri pogovoru o poslovnih modelih se je veliko omenjalo tudi vprašanje financiranja. Sogovorniki so poudarjali, da so **jasno oblikovani finančni načrti** bistveni za zagotavljanje stabilnih poslovnih modelov. Pomemben del finančnih načrtov je **analiza stroškov in koristi**. Vsi intervjuvanci so se strinjali, da je **razumevanje stroškov in koristi zelo pomembno** in da je, predvsem koristi, potrebno razumeti v širšem kontekstu. Ne gre namreč vedno za ekonomsko korist, pač pa je pomembna kakovost življenja, kar pa lahko spet privede do privarčevanih sredstev na državni ravni. Kompleksnost te ovire so ponazorili s primeri iz svojega okolja in dobrih praks.

»[I]n ko smo predstavili županu in občinskemu svetu, kaj delamo, in ko so ugotovili, da lahko recimo 10, 12 ljudi ostane eno leto dlje na svojem domu, brez kakšnih večjih dodatnih stroškov, namesto da jim občina plačuje dom ... Ko so videli, koliko je tu koristi, so nas podprli. In to so dejanski privarčevani stroški, pa še ljudje so zadovoljni, ker se lahko starajo doma. Mi smo na lokalni ravni z izračuni ugotovili, da so to privarčevani stroški, zaradi naše dobre prakse.« (Ga. Ozimek)

»Recimo starejši par živi v hiši, ki je stroškovno popolnoma neobvladljiva. Plačujejo stroške za vzdrževanje, ki so zelo visoki. Ostane mu zelo malo denarja za življenje, kvaliteta življenja je slaba, saj nima sredstev za druge stvari, ki bi življenje naredile kvalitetnejše. Tak človek pogosto zboli, postane breme za zdravstveno blagajno in tako naprej. To je začaran krog. Mi pa ponujamo rešitev, ki je za uporabnika zelo ugodna ... Ta starejši par se preseli v manjšo hiško, kjer so stroški zelo nizki in lahko tisti denar, ki ga imata, porabita za bolj zdravo življenje, za gibanje, prehrano, toplice, recimo. Kakovost življenja se poveča, kar pomeni tudi boljše zdravje, manj obremenitve za zdravstveni sistem in tako naprej.« (G. Gole)

Intervjuvanci so s svojimi primeri dobro ponazorili, kako kompleksno področje je vpeljevanje dobrih praks tudi z vidika stroškov in koristi. Strinjali pa so se, da je to potrebno urediti do te mere, da se naredijo konkretni izračuni, ker *»če so preveč abstraktne zadeve, si je težko predstavljati, kdo ima stroške in kdo koristi, kar lahko vodi v nezadovoljstvo vključenih deležnikov«*. (G. Novak)

Spet se je pokazalo, da se na lokalni ravni analize stroškov in koristi na nek način delajo, saj tako dokazujejo pomembnost vpeljave dobrih praks na tem področju. Vsi trije strokovnjaki pa so poudarili, da je to pomembno narediti na državnem nivoju in da so prepričani, da vpeljava inovativnih rešitev pripomore k **privarčevanim stroškom na področju oskrbe in zdravja**.

Po opravljeni analizi intervjujev lahko rečem, da so ovire, identificirane v prejšnjem poglavju magistrskega dela, sogovorniki potrdili kot relevantne in se z njimi srečujejo tudi v konkretnih primerih vpeljevanja dobrih praks. Prav vse štiri izpostavljene ovire so bile s strani intervjuvancev prepoznane kot zelo pomembne in jih je nujno potrebno razrešiti, če želimo napredek na področju bolj zdravega in aktivnega staranja. Vsi pa so večkrat v pogovoru omenjali, da je sodelovanje različnih deležnikov tisto, kar lahko pripelje do celostne rešitve. Pripravljenost na sodelovanje s strani ministrstev, javnih institucij, podjetij, zavarovalnic in drugih deležnikov so omenjali tudi kot temelj za premagovanje vseh ostalih ovir. Šele ko je sodelovanje vzpostavljeno, se lahko začne delati na strateških načrtih, akcijskih načrtih, poslovnih modelih in ostalih dokumentih za vpeljevanje rešitev.

7 ZAKLJUČEK

Hitro naraščanje deleža starejšega prebivalstva predstavlja velik izziv, s katerim se soočajo vse razvite države, vključno s Slovenijo. Kako zagotoviti vse več starejšim kakovostno, aktivno in zdravo starost, pa postaja pomembno vprašanje, ki ga skušajo razrešiti tudi različne evropske iniciative in partnerstva. Kot možna rešitev vse večjih potreb po kakovostni oskrbi na domu se pogosto omenja vpeljevanje ITK-rešitev, s katerimi naj bi se izognili prezgodnjemu institucionalnemu varstvu ter starejšim omogočili zdravo in aktivno staranje. Hkrati pa bi z vpeljavo tovrstnih rešitev lahko zagotovili bolj stabilen sistem oskrbe in zdravstva.

Z namenom doseganja teh ciljev se je v Evropi vzpostavilo tudi Evropsko partnerstvo za inovacije za aktivno in zdravo staranje, v okviru katerega so se razvile mnoge dobre prakse, ki predstavljajo rezultat sodelovanja različnih deležnikov v posamezni državi, ki sodelujejo za skupen cilj, to je doseganje sistema dolgotrajne oskrbe. Države in regije, ki so implementirale inovativne rešitve, poročajo o mnogih pozitivnih učinkih, ki so posledica tega: zmanjševanje stroškov zdravstvenega in oskrbovalnega sistema, boljše zdravje in splošno počutje starejših, bolj učinkovito zdravljenje, višja kakovost oskrbe itd. Eden najpomembnejših dosežkov pa je možnost, da ljudje svojo starost preživijo v domačem okolju in ne v institucionalnem varstvu, kot bi bilo potrebno, če ne bi bilo na voljo omenjenih rešitev. S pregledom evropskih dobrih praks ter programov iz Škotske in Nizozemske sem ugotovila, da ima IKT lahko zares pomembno vlogo pri reševanju aktualnih situacij, povezanih z vedno večjim številom starejših. S pregledom evropskih primerov sem ugotovila še en pomemben vidik: vpeljevanja inovativnih rešitev se je potrebno lotiti sistematično in celostno. Niso dovolj le posamezne storitve ali pripomočki, ampak je potrebno zagotoviti celostno oskrbo, kar sta še posebej dobro prikazala programa »Living it up« in »Smart care«. Le s celostnim pristopom bo zagotovljena dolgotrajna oskrba, ki je dovolj kakovostna in je na voljo vsem, ki jo potrebujejo.

Žal pa se v Sloveniji temu področju zaenkrat posveča premalo pozornosti. Posledično je razvitih in implementiranih zelo malo rešitev, ki bi zagotavljale sistem dolgotrajne oskrbe. Kot je bilo pokazano, se največkrat razvijajo in vpeljujejo posamezne rešitve, medtem ko sistema, ki bi to povezal in zagotavljal dolgotrajne rešitve na tem področju, ni. Tudi slovenske dobre prakse, ki sem jih opisovala, predstavljajo posamezne rešitve ali pa obstajajo na lokalni ravni vpeljane prakse, ki niso povezane v nek širši kontekst. Po pregledu slovenskih primerov

sem ugotovila, da predstavljajo potencial, ki bi lahko starejšim omogočil bolj zdravo in aktivno staranje, predvsem pa bi se izognili nepotrebemu institucionalnemu varstvu, ki je pri nas najpogostejša oblika varstva starejših. Vendar pa bi bilo za njihovo širšo implementacijo potrebno premagati ključne ovire, ki obstajajo na strukturni ravni in zaradi katerih je v Sloveniji zelo malo možnosti za aktivno in zdravo staranje na domu. Štiri ključne strukturne ovire, ki sem jih izpostavila, so:

- pomanjkanje strateškega načrtovanja in enotnega političnega okvirja,
- pomanjkanje sodelovanja med deležniki,
- pomanjkanje poslovnih modelov in finančnih načrtov,
- pomanjkanje razumevanja sistemske razporeditve stroškov in koristi.

Da so te ovire zares pomembne in relevantne, so mi potrdili tudi sogovorniki v intervjujih. Prav vsi so se strinjali, da so te ovire ključne za slabo vpeljevanje inovativnih rešitev v slovensko okolje. Še posebej je bilo izpostavljeno pomanjkanje sodelovanja med ključnimi deležniki, ki predstavlja temelj za nadaljnje korake, kot so razvoj strategije in akcijskih načrtov ter ostalih dokumentov.

V magistrskem delu sem izpostavila dva dokumenta, ki lahko predstavljata temelj ali spodbudo za začetek sodelovanja, to sta Operativni program za izvajanje Evropske kohezijske politike v obdobju 2014–2020 in Slovenska strategija pametne specializacije. V obeh dokumentih je predvideno ukrepanje na področju vpeljevanja IKT-storitev za starejše z namenom zagotavljanja dolgotrajne oskrbe. Naloga pristojnih ministrstev sedaj bi bila, da prevzamejo pobudo in začnejo razvijati sodelovanje med različnimi partnerji, ki delujejo na tem področju. Sodelovanje bi se razvijalo in krepilo skozi različne dogodke, konference in posvete, katerih namen bi bil razviti ključne dokumente, kot sta strateški in akcijski načrt, kar bi pomenilo možnost za začetek implementacije in širitve IKT-rešitev za zdravo in aktivno staranje.

S pregledom primerov iz različnih evropskih držav sem želela pokazati, kakšen potencial imajo IKT-storitve na področju aktivnega in zdravega staranja ter kateri so ključni pogoji, da se v državi lahko začne vzpostavljati ekosistem na področju dolgotrajne oskrbe. V Sloveniji je največja ovira predvsem pomanjkanje politične volje, ki bi spodbudila sodelovanje med deležniki na tem področju. Za spodbujanje te bi bilo dobro v prihodnosti še bolj raziskati, kako natančneje so se tega lotili v drugih evropskih državah ter kako to prenesti v slovensko okolje, pri čemer imajo veliko vlogo raziskovalci, ki so prav tako pomemben deležnik v

procesu vzpostavljanja ekosistema na področju aktivnega in zdravega staranja. Tudi to magistrsko delo ima določene omejitve. Za boljši pregled vpeljevanja in razvoja dobrih praks na tem področju bi bilo potrebno pregledati vse rešitve, ki so na voljo in se razvijajo v slovenskem okolju. Poleg tega bi bilo potrebno opraviti tudi več intervjujev ali fokusno skupino, kjer bi se več strokovnjakov pogovarjalo o ovirah in potencialnih rešitvah na področju bolj aktivnega in zdravega staranja.

8 LITERATURA

- *Audit Commission*. Dostopno prek: <https://www.gov.uk/government/organisations/audit-commission> (14. avgust 2015).
- Barlow, James, Steffen Bayer in Richard Curry. 2005. Flexible homes, flexible care, inflexible organizations? The role of telecare in supporting independence. *Housing studies* 20 (3): 441–456.
- Barlow, James, Steffen Christoph Bayer in Richard Curry. 2006. Implementing complex innovations in fluid multi – stakeholders environments: Experiences of telecare. *Technovation* 26 (3): 396–406.
- Barlow, James, Steffen Bayer, Beverly Castleton in Richard Curry. 2005. Meeting government objectives for telecare in moving from local implementation to mainstream services. *Journal of Telemedicine and Telecare* 11 (1): 49–52.
- Barlow, James, Richard Curry, David Wardle, Steffen Bayer in Marian Trejo Tinoco. 2004. *Implementing Telecare: Strategic Guidelines for Policy Makers, Commissioners and Providers*. London: Audit Commission.
- Barrett, Patrick, Beatrice Hale in Robin Gault. 2012. Social inclusion through ageing-in-place with care? *Ageing and Society* 32 (3): 361–378.
- Beale, Sophie, Duana Sanderson in Jen Kruger. *Evaluation of the Telecare Development Programme: Final Report*. 2009. Dostopno prek: <http://lx.iriss.org.uk/content/evaluation-telecare-development-programme-final-report> (12. avgust 2015).
- Benetar, Daniel, Mary M. Bondmass, Jaime Chitelman in Boaz Avitall. 2003. Outcomes of Chronic Heart Failure. *Archive of Internal Medicine* 163 (3): 347–352.
- Boddy, David in Donna Henderson. 2009. *Implementing telecare: an action guide*. Dostopno prek: <http://telehealthpilot.wikispaces.com/file/detail/Implementing+Telecare+-+An+Action+Guide.pdf/109927549> (13. avgust 2015).
- Camarinha, Luis M., Joao Rosas, Ana Ines Oliveira in Filipa Ferrada. 2012. A collaborative services ecosystem for ambient assisted living. V *Collaborative Networks in the Internet of Services*, ur. A. Joe Turner, 117–127.

- Carretero, Stephanie. 2015. *Technology-enabled Services for Older People Living at Home Independently: Lessons for public long-term care authorities in the EU Member States*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Dar, Owais., Jillian Riley, Callum Chapman, Simon W. Dubrey, Stephen Morris, Stuart D. Rosen, Michael Roughton in Martin R. Cowie. A randomized trial of home telemonitoring in a typical elderly heart failure population in North West London: results of the Home-HF study. *European Journal of Heart Failure* 11 (3): 319–325.
- Dolničar, Vesna. 2009. Podporne tehnologije – podpora ali ovira medgeneracijske solidarnosti? V *Brez spopada: kultur, spolov, generacij*, ur. Valentina Hlebec, 275–290. Ljubljana: Pedagoška fakulteta.
- Dolničar, Vesna in Mateja Nagode. 2010. Overcoming key constraints on assistive technology uptake in Slovenia. *Teorija in praksa* 47 (6): 1295–1315.
- Dolničar, Vesna in Edwin Mermans. 2015. *Draft strategy for building quadruple helix learning ecosystem to implement and scale smart ICT solutions for active and healthy ageing in Slovenia*. Drafted for Ministry of Labour, Family, Social Affairs and Equal Opportunities.
- Doughty, Kevin, Andrew Monk, Carole Bayliss, Sian Brown, Lena Dewsbury, Barbara Dunk, Vance Gallagher, Kathy Grafham, Martin Jones, Charles Lowe, Lynne McAlister, Kevin McSorley, Pam Mills, Clare Skidmore, Aileen Stewart, Barbara Taylor in David Ward. 2008. Telecare, telehealth and assistive technologies: do we know what we're talking about? *Housing, Care and Support* 11 (3): 36–41.
- Evropska komisija. 2008. *Sporočilo Komisije Evropskemu parlamentu, Svetu, Evropskemu Ekonomsko-socialnemu odboru in Odboru regij o koristih telemedicine za paciente, zdravstvene sisteme in družbo*. Dostopno prek: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/SL/TXT/?qid=1442048404524&uri=CELEX:52008DC0689> (8. september 2015).
- --- 2011. *European innovation partnership on active and healthy ageing*. Dostopno prek: http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index_en.cfm?section=active-healthy-ageing (2. februar 2015).

- --- 2012. *Sporočilo komisije evropskemu parlamentu in svetu: Izvajanje Strateškega izvedbenega načrta evropskega partnerstva za inovacije za dejavno in zdravo staranje.* Dostopno prek: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/SL/TXT/PDF/?uri=CELEX:52012DC0083&from=EN> (3. februar 2015).
- --- 2013a. *Reference sites: excellent innovation for ageing. A European Guide.* Dostopno prek: https://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/rs_catalogue.pdf (15. februar 2015).
- --- 2013b. *Reference sites: excellent innovation for ageing. How to guide.* https://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/how_to.pdf (10. februar 2015).
- --- 2014. *Action groups: 2014 Achievements.* Dostopno prek: http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/achievements_2014.pdf#view=fit&pagemode=none (12. februar 2015).
- Evropska komisija, Generalni direktorat za informacijsko družbo in medije. 2010. *ICT& Ageing – European study on User, Markets and Technologies.* Dostopno prek: http://www.ict-ageing.eu/ict-ageing-website/wp-content/uploads/2010/D18_final_report.pdf (8. april 2015).
- Esplanda d.o.o. 2014. *Primera Srebrne hiše.* Šentrupert: interno gradivo.
- Fisk, Malcom J. 2003. *Social alarms to telecare: Older people's services in transition.* Bristol: The Policy Press.
- Giordano, Richard, Mike Clark in Nick Goodwin. 2011. *Perspectives on telehealth and telecare.* Dostopno prek: <http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Perspectives-telehealth-telecare-wsdan-paper.pdf> (20. avgust 2015).
- Hashvold, Per E. in Richard Wootton. 2011. Use of telephone and SMS reminders to improve attendance at hospital appointments: a systematic review. *Journal of Telemedicine and Telecare.* 17 (7): 358–364.
- Hlebec, Valentina in Maša Filipovič Hrast. 2015. Ovrednotenje dostopa do socialne oskrbe na domu z vidika uporabnikov. *Teorija in praksa* 52 (1–2): 48–66.

- Hojnik-Zupanc, Ida. 1999. *Samostojnost starega človeka v družbeno-prostorskem kontekstu*. Ljubljana: Znanstvena knjižnica FDV.
- *Infotočka za starejše Kamnik*. Dostopno prek: <http://www.kamnik-starejsi.si/> (12. april 2015).
- Inštitut za Raziskovanje in Razvoj Naprednih tehnologij. 2014. *Socialno-komunikacijska naprava Spero*. Dol pri Ljubljani: interno gradivo.
- Kerbler, Boštjan. 2011. Ageing at home with the help of the information and communication technologies. *Acta Geographica Slovenica* 52 (1): 166–179.
- Kožuh Novak, Marija. 2009. Starejši za starejše – za višjo kakovost življenja doma. V *Starajoča se družba: čas za nove izzive*, ur. Marija Kožuh Novak in Matjaž Vizjak, 161–175. Ljubljana: Zveza društev upokojencev Slovenije.
- Kump, Nataša in Nada Stropnik. 2009. Socialno-ekonomski položaj starejšega prebivalstva. V *Starejši ljudje v družbi sprememb*, ur. Valentina Hlebec, 77 – 93. Maribor: Založba Aristej.
- Mermans, Edwin. 2010. *Smart Care Programme Province Noord-Brabant, the Netherlands*. Dostopno prek: <https://www.ehtel.eu/references-files/ehtel-2010-symposium-files/13-2%20Edwin%20Mermans%20%20Noord-Brabant%20Handout%20SmartCare.PDF> (4. marec 2015).
- Miskelly, Frank G. 2001. Assistive technology in elderly care. *Age and Ageing* 30 (7): 455–458.
- Nagode, Mateja in Vesna Dolničar. 2010. Assistive technology for older people and its potential for intergenerational cooperation. *Teorija in praksa* 47 (6): 1278–1294.
- Pagliari, Claudia. 2007. Design and Evaluation in eHealth: Challenges and Implications for an Interdisciplinary Field. *Journal of Medical Internet Research* 9 (2): 32–42.
- Polisena, Julie, Khai Tran, Karen Cimon, Brian Hutton, Sarah McGill, Krisan Palmer in Richard E. Scott. 2010. Home telemonitoring for congestive heart failure: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Telemedicine and Telecare* 16 (2): 68–76.

- Primožič, Zala. 2011. *Ovire za razvoj in uporabo podpornih tehnologij za starejše v Sloveniji*. Magistrsko delo. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Rener, Roman. 2012. *Model za reševanje potreb v občini Kamnik: kakovostno in aktivno staranje, medsebojna pomoč in sožitje generacij*. Kamnik: Zavod Oreli.
- Robinson, Louise, Grant Gibson, Andrew Kingston, Lisa Newton, Gary Pritchard, Tracy Finch in Katie Brittain. 2013. Assistive technologies in caring for the oldest old: a review of current practice and future directions. *Aging Health* 9 (4): 365–375.
- Rudel, Drago, Nina Ličer in Darko Oberžan. 2009. Od tehnične rešitve do storitve oskrbe na daljavo, namenjene dolgotrajni oskrbi na domu – primer »rdeči gumb«. *Bilten: ekonomika, organizacija, informatika v zdravstvu* 25 (3): 99–104.
- Rudel, Drago, Malcom Fisk in Robert Roze. 2011. *Definitions of Terms in Telehealth*. *Informatica medica Slovenica* 16 (1): 28–46.
- Samar Brenčič, Neja. 2013. Nove, na IKT temelječe storitve v dolgotrajni oskrbi na domu. V *Prihodnost Slovenije kot dolgožive družbe – Zbornik prispevkov iz strokovnega programa 12. Festivala za tretje življenjsko obdobje*, ur. Ana Bevc, 46–52. Ljubljana: Proevent.
- Sendi Richard, Barbara Črnič Mali, Aleksander Jakoš in Maša Filipovič. 2002. *Stanovanjske potrebe upokojencev in drugih starejših oseb*. Ljubljana: Urbani izziv-publikacije.
- *Scotland's national Telehealth and Telecare organisation*. Dostopno prek: <http://www.nhs24.com/> (10. avgust 2015).
- Sixsmith, Andrew in Judith Sixsmith. 2008. Aging in place in the United Kingdom. *Ageing International* 32 (3): 219–235.
- *Služba vlade republike Slovenije za razvoj in evropsko kohezijsko politiko*. Dostopno prek: <http://www.svrk.gov.si/> (13. avgust 2015).
- --- 2014a. *Slovenska strategija pametne specializacije*. Dostopno prek: http://www.svrk.gov.si/fileadmin/svrk.gov.si/pageuploads/Dokumenti_za_objavo_na_vstopni_strani/SPS_10_7_2015.pdf (6. september 2015).

- --- 2014b. *Operativni program za izvajanje Evropske kohezijske politike v obdobju 2014 - 2020*. Dostopno prek: http://www.energetika-portal.si/fileadmin/dokumenti/novice/op_2014-2020/op_2014-2020_cistopis_web.pdf (6. september 2015).
- Speedie, Stuart M. in Diane Davies. 2006. Telehealth and the national health information technology strategic framework. *Journal of Telemedicine and Telecare* 12: 59–64.
- Stowe, S. in S. Harding. 2010. Telecare, telehealth and telemedicine. *European Geriatric Medicine* 1 (3): 193–197.
- Statistični urad Republike Slovenije. 2015. *Število in sestava prebivalstva*. Dostopno prek: <http://www.stat.si/StatWeb/pregled-podrocja?id=104&headerbar=15> (15. april 2015).
- Šircelj, Milivoja. 2009. Staranje prebivalstva v Sloveniji. V *Starejši ljudje v družbi sprememb*, ur. Valentina Hlebec, 15–43. Maribor: Založba Aristej.
- Vertrot, Nelka. 2010. *Starejše prebivalstvo v Sloveniji*. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije. Dostopno prek: <http://www.stat.si/doc/StarejsePrebivalstvo.pdf> (15. april 2015).
- Wootton, Richard, Kambiz Bahaadinbeigy in David Hailey. 2011. Estimating travel reduction associated with the use of telemedicine by patients and health care professionals: proposal for quantitative synthesis in a systematic review. *BMC Health Services Research* 11 (8): 185.

PRILOGE

PRILOGA: Vabilo na posvet v Stični



Spoštovani,
prebivalstvo v Evropi se vse bolj stara in projekcije kažejo na to, da bo leta 2060 več kot 30 odstotkov Slovencev starih nad 65 let, kar prinaša velike družbene spremembe. Aktivno staranje, medgeneracijsko sodelovanje in zagotavljanje višje kakovosti življenja so zato ključne usmeritve Srca Slovenije.

V četrtek, 4. decembra 2014, vas ob 9. uri vabimo na strokovni posvet »STARANJE PREBIVALSTVA – NOVE PRILOŽNOSTI. SMO PRIPRAVLJENI?«, ki bo potekal v prostorih Cisterijanskega samostana Stična (Stična 17, Ivančna Gorica).

Seznani se bomo s **strateškimi usmeritvami** na področju aktivnega staranja na **evropski, nacionalni in lokalni ravni** ter spoznali **dobre slovenske prakse**.

Kot posebnega gosta smo na dogodek povabili strokovnjaka iz tujine, gospoda **Edwina Mermansa** iz Nizozemske regije Noord-Brabant, ki je na evropski ravni izredno aktivna in prepoznana regija na področju aktivnega staranja. Mermans je tudi vodja evropske mreže regij na področju aktivnega in zdravega staranja CORAL.

Vljudno vas naprošamo za potrditev vaše udeležbe na posvetu do torka, 2. decembra 2014, na elektronski naslov anita.molka@razvoj.si ali na telefonsko številko **01 8962 710**.

Podroben program najdete na drugi strani vabila.

Veselimo se srečanja z vami,

Aleksandra Gradišek
direktorica Razvojnega centra Srca Slovenije

Dušan Strnad
župan Občine Ivančna Gorica



PROGRAM:

- 8.30 – 9.00: Prihod udeležencev
- 9:00 – 9.10: Uvodni nagovor župana Občine Ivančna Gorica Dušana Strnada in direktorice Razvojnega centra Srca Slovenije Aleksandre Gradišek

STRATEŠKE USMERITVE NA PODROČJU AKTIVNEGA STARANJA

- **9.10 – 9.50: Pomen povezovanja na evropskem nivoju s ciljem doseganja integracije socialne in zdravstvene oskrbe s pomočjo pametnih tehnoloških rešitev** – Edwin Mermans, vodja CORAL network
- **9.50 – 10.05: Uporaba IKT storitev za spodbujanje neodvisnega življenja in aktivnega staranja v Sloveniji** – dr. Vesna Dolničar, Fakulteta za družbene vede
- **10.05 – 10.20: Srce Slovenije – regija medgeneracijskega sodelovanja** – Ana Savšek, Razvojni center Srca Slovenije
- **10.20 – 10.50: Z znanjem v prakso:** dr. Jože Ramovš, predstojnik Inštituta Antona Trstenjaka in Edwin Mermans, dialog moderira mag. Ladeja Godina Košir

Odmor, mreženje

DOBRE PRAKSE S PODROČJA AKTIVNEGA STARANJA

- **11:30 – 11.45: Programi starejših za zdravo in aktivno staranje** – dr. Mateja Kožuh Novak, predsednica Zveze društev upokojencev Slovenije
- **11:45 – 12:00: Ivančna Gorica, starosti prijazna občina** - Tomaž Smole, podžupan Občine Ivančna Gorica
- **12:00 – 12:15: Koncept novih vaških jeder z uporabo IKT v občini Dol pri Ljubljani** - Željko Savič, predsednik LAS Srce Slovenije
- **12:15 – 12.30: Medgeneracijska soseska Šentrupert** - Rupert Gole, župan Občine Šentrupert
- **12.30 – 12.45: Medgeneracijsko sodelovanje in vzgoja mladih v občini Kamnik** - Martina Ozimek, direktorica Zavoda Oreli
- **12:45 – 14:00: Vprašanja, razprava, mreženje**

Dogodek bo povezovala mag. Ladeja Godina Košir.

