

KAKOVOST SOCIALNE OSKRBE NA DOMU: VREDNOTENJE, PODATKI IN PRIPOROČILA

Valentina Hlebec, Mateja Nagode in Maša Filipovič Hrast

Ljubljana 2014

Valentina Hlebec, Mateja Nagode in Maša Filipovič Hrast
KAKOVOST SOCIALNE OSKRBE NA DOMU:
VREDNOTENJE, PODATKI IN PRIPOROČILA

Izdajatelj in založnik: Fakulteta za družbene vede, Založba FDV
Za založbo: Hermina Krajnc

Copyright © FDV, 2014
Fotokopiranje in razmnoževanje po delih in v celoti je prepovedano.
Vse pravice pridržane.

Recenzenta: red. prof. dr. Sonja Kump, doc. dr. Jana Mali
Jezikovni pregled: Tina Lengar Verovnik
Naslovnica: Darinka Knapič
Prelom: Beton & Vrbinc Co.

Knjiga se tiska kot sprotni tisk.

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

364.4-783.44-053.9

HLEBEC, Valentina

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

ISBN 978-961-235-699-6

1. Nagode, Mateja, 1977- 2. Filipovič Hrast, Maša, 1977-
275800064

Zahvaljujemo se vsem udeležencem raziskave – uporabnikom socialne oskrbe na domu, njihovim svojcem in socialnim oskrbovalkam – za njihov čas in odgovore. Zahvala gre tudi izvajalskim organizacijam za pripravljenost za sodelovanje pri terenskem delu.

Valentina Hlebec
Mateja Nagode
Maša Filipovič Hrast

KAZALO

1	UVOD	7
2	SOCIALNA OSKRBA NA DOMU	9
	Dolgotrajna oskrba in socialna oskrba na domu	9
	Odnos med neformalnimi oskrbovalci in formalnimi izvajalci socialne oskrbe na domu	13
	Razvoj socialne oskrbe na domu v Sloveniji	19
3	VREDNOTENJE KAKOVOSTI OSKRBE	25
	Teorije in pristopi	25
	Makroraven	32
	Mezo- in mikroraven	34
	Metodološka priporočila	47
4	KAKOVOST OSKRBE NA DOMU V SLOVENIJI	61
	Metodologija	61
	Mikroraven: Uporabniki socialne oskrbe na domu in njihovi svojci	71
	Mezoraven: Socialne oskrbovalke	118
5	SKLEP	137
6	LITERATURA	141
7	PRILOGE	153
	Priloga 1: Metodološka dokumentacija in vprašalniki	155
	Priloga 2: Preglednice pri uporabnikih	203
	Priloga 3: Preglednice pri svojcih	233
	Priloga 4: Preglednice pri socialnih oskrbovalkah	265
8	STVARNO IN IMENSKO KAZALO	291

UVOD

Slovenija se, tako kot druge evropske države, sooča z intenzivnim staranjem prebivalstva in skladno s tem razvija različne podporne storitve, ki bodo omogočale starejši populaciji kakovostno življenje v starosti. Ena od teh storitev je socialna oskrba na domu, ki se je v Sloveniji začela intenzivno razvijati po letu 1992. Socialna oskrba na domu je storitev, namenjena predvsem starejši populaciji, ki omogoča podaljšanje samostojnega življenja starejših v lastnem domu in poznani skupnosti. Slednje je usmeritev tako strokovne javnosti kot tudi različnih političnih dokumentov doma in v Evropi. Čim daljše bivanje doma je namreč povezano z manjšim stresom, ki ga selitev in sprememba okolja predstavljata starejšemu človeku. Razvoj storitev v skupnostih poleg izboljšanja kakovosti življenja starejših ljudi omogoča tudi družinskim članom lažje usklajevanje dela, družine in oskrbe starejših družinskih članov ter tako pomembno izboljšuje kakovost življenja ne le starejše osebe, ampak tudi njenih oskrbovalcev, torej širše družine.

Ključno vprašanje pa je zagotovo, kako starejšim zagotoviti čim bolj kakovostno socialno oskrbo na domu, ki bo odgovarjala njihovim potrebam in željam. Po eni strani to pomeni, da moramo slišati starejše ljudi in njihove svojce, poznati njihove želje, potrebe in omejitve. Po drugi strani to pomeni, da morajo organizacije, ki izvajajo socialno oskrbo na domu, ustvariti tako organizacijsko okolje, da bo socialnim oskrbovalcem omogočalo kakovostno delo.

V monografiji predstavljamo rezultate edine reprezentativne raziskave o kakovosti socialne oskrbe na domu v Sloveniji in kritično vrednotimo starejše, parcialne raziskave o socialni oskrbi na domu. Vsebina monografije tako obsega predstavitev socialne oskrbe na domu, pristopov k vrednotenju kakovosti storitev, analizo preteklih raziskav na makro-, mezo- in mikroravni ter celovite rezultate raziskave, ki je bila izvedena v letu 2013 in obsega vrednotenje kakovosti socialne oskrbe na domu z vidika uporabnikov, njihovih svojcev in socialnih oskrbovalk. Slednja je posebej pomembna za oblikovalce politik, saj kaže stanje socialne

oskrbe na domu pri nas in točke, kjer bi bilo potrebno to storitev okrepiti, spremeniti ali dopolniti.

Poleg celovite analize socialne oskrbe na domu v Sloveniji z vidika različnih akterjev (uporabnikov in izvajalcev) je namen monografije tudi ponuditi izvajalcem socialne oskrbe na domu instrument za vrednotenje kakovosti njihovega dela in zadovoljstva uporabnikov. Oblikovali smo vrsto metodoloških in vsebinskih priporočil, ki bodo izvajalcem socialne oskrbe na domu omogočile dobro izvajanje notranjega vrednotenja kakovosti.

Monografija ima torej znanstveni in strokovni pomen ter daje celovit vpogled v kakovost socialne oskrbe na domu z vidika uporabnikov, njihovih svojcev in socialnih oskrbovalcev. Posebna vrednost monografije pa je v tem, da na enem mestu ponuja metode in merske instrumente za izvajanje notranjega vrednotenja kakovosti, za katere upamo, da bodo v pomoč izvajalcem socialne oskrbe na domu pri izboljševanju kakovosti njihovih storitev.

SOCIALNA OSKRBA NA DOMU

V poglavju bomo opredelili vlogo socialne oskrbe na domu z vidika umestitve v dolgotrajno oskrbo, saj je ta storitev pomemben del dolgotrajne oskrbe, ki se zagotavlja v skupnosti (tj. v domačem okolju starejšega človeka ali na njegovem domu), nasproti dolgotrajne oskrbe v institucionalnem okolju (tj. na primer v domu za starejše). V drugem delu poglavja bomo posebej raziskali odnos med neformalnimi oskrbovalci in formalnimi izvajalci socialne oskrbe na domu.

Dolgotrajna oskrba in socialna oskrba na domu

Specifika socialne oskrbe na domu v okviru dolgotrajne oskrbe je predvsem njeno izvajanje v lokalnem okolju oziroma skupnosti, zaradi česar jo lahko opredelimo tudi kot del oskrbe v skupnosti. S tem naj bi se ljudem omogočilo čim daljše in kakovostno bivanje doma (Alcock in dr. 2002). V literaturi je tako opredeljena skupnostna oskrba kot formalna pomoč s strani organizacij, ki so locirane v neki skupnosti – t. i. *Home and Community Based Services*, oziroma tudi kot skupnostna skrb (angl. *community care*) (Karner 1998; Muramatsu in Campbell 2002; Anheier in List 2005). Pri tem je skupnostna skrb širši izraz kot oskrba na domu, saj zajema različne storitve v skupnosti (tudi dnevne centre, zdravstvene storitve ipd.). Socialna oskrba na domu (angl. *home/domiciliary care*) pa obsega storitve osebne nege in gospodinjsko pomoč oziroma praktične storitve (npr. čiščenje hiše, nakup), osebne storitve (npr. umivanje, oblačenje), nadzor (angl. *monitoring/supervision*, npr. pri bolnikih z demenco) in upravljanje (npr. opora pri koordiniranju zdravstvenih in drugih delavcev) (Cullen in dr. v Timonen 2008: 143).

Opredelitev storitev, ki jih zajema dolgotrajna oskrba, je zahtevna, saj dolgotrajna oskrba združuje različna področja – zdravstveno, stanovanjsko, socialno idr. OECD (2011) dolgotrajno oskrbo opredeljuje kot »nabor različnih storitev, namenjenih osebam, ki v daljšem časovnem obdobju potrebujejo pomoč pri

opravljanju aktivnosti vsakdanjega življenja. Te aktivnosti so npr. hranjenje, umivanje, vstajanje in leganje /.../«. Gre za splošno in dokaj široko opredelitev področja dolgotrajne oskrbe, sicer pa se definicija dolgotrajne oskrbe med državami EU (lahko precej) razlikuje. Timonen (2008) izpostavlja, da je pomembno, da niso poudarjeni le zdravstveni vidiki dolgotrajne oskrbe, ampak tudi socialni in drugi. Opredelitev OECD združuje instrumentalne vidike vsakodnevnega življenja (npr. gospodinjstva pomoč), druge storitve vsakodnevnega življenja (nakupovanje ...) ter enostavnejše oblike, kot sta nadzor (npr. pri demenčnih osebah) in druženje. Kot ključni del dolgotrajne oskrbe Kane in Kane (2005) podobno navajata: zdravstveno nego, delovno in govorno terapijo, osebno in socialno oskrbo, dostavo kosil na dom, pomoč pri transportu, storitve nadzora (*monitoring*) in pomoči na daljavo ter gospodinjstvo pomoč.

V Sloveniji nimamo veljavne enotne in celovite definicije dolgotrajne oskrbe, čeprav se krovni zakon, ki naj bi urejal to področje, pripravlja že vrsto let. Za trenutno ureditev dolgotrajne oskrbe je predvsem značilno to, da jo v Sloveniji zagotavljamo na različne načine in preko ločenih sistemov socialne varnosti (in zaščite), kar se posledično odraža predvsem v nekoordiniranosti in nepovezanosti sistema. Nedavno je kot rezultat dela Delovne skupine za statistično spremljanje dolgotrajne oskrbe¹ izšel prvi celovitejši pregled izdatkov in prejemnikov dolgotrajne oskrbe (Nagode in dr. 2014b), ki dosledno upošteva mednarodno definicijo tega področja – SHA 2011 (predvsem za izdatke) in OECD (za prejemnike). Tako Nagode in dr. (2014b) formalno organizirane storitve in prejeme dolgotrajne oskrbe v obstoječem slovenskem sistemu ne glede na to, ali je oskrba zdravstvenega ali socialnega tipa, ponazarjajo z delitvijo na dolgotrajno oskrbo v institucijah, v dnevnikih oblikah, na domu in v obliki denarnih prejemkov (Tabela 2.1).

Z dosledno implementacijo mednarodne opredelitve dolgotrajne oskrbe Nagode in dr. (2014b) ugotavljajo, da je bilo ob koncu leta 2011 v Sloveniji skupno 60.795 prejemnikov formalno organizirane dolgotrajne oskrbe. Dobra tretjina jih je prejela oskrbo v institucijah (35%), približno tretjina na domu (34%), slaba tretjina jih je prejela zgolj denarni dodatek (30%), zgolj odstotek pa jih je bilo vključenih v dolgotrajno oskrbo v dnevnikih oblikah. Ugotavljajo tudi, da po posameznih področjih dolgotrajne oskrbe prevladuje delež starejših, četudi je dolgotrajna oskrba namenjena tako starejšim ljudem kakor tudi mlajšim

¹ Februarja 2012 jo je ustanovila generalna direktorica Statističnega urada RS. Vodi in koordinira jo Inštitut RS za socialno varstvo skupaj s Statističnim uradom RS.

invalidnim osebam, ki potrebujejo kontinuirano pomoč pri opravljanju osebnih dnevnih opravil.

Tabela 2.1: Storitve in prejemi formalno organizirane dolgotrajne oskrbe

V institucijah	V dnevni oblikah	Na domu
Dom za starejše	Dnevni centri v domovih za starejše	Socialna oskrba na domu
Center/zavod za usposabljanje, delo in varstvo	Dnevno varstvo v varstveno-delovnem centru	Patronažno varstvo
Varstveno-delovni center	Dnevno varstvo v centru/zavodu za usposabljanje, varstvo in delo	Osebna asistenca
Posebni socialni zavod		Družinski pomočnik/delno plačilo za izgubljeni dohodek
Zavod za izobraževanje otrok s posebnimi potrebami		Socialni servis (varovanje na daljavo, dostava kosil)
Zdravstvena nega in paliativna oskrba v bolnišnicah		Stanovanjske skupine
Hospitalizacija dementnih oseb		

Denarni prejemek za oskrbo

Dodatek za pomoč in postrežbo (po 3 različnih zakonih)

Dodatek za tujo nego in pomoč

Dodatek za nego otroka, ki potrebuje posebno nego in varstvo

Prirejeno po Nagode in dr. (2014b)

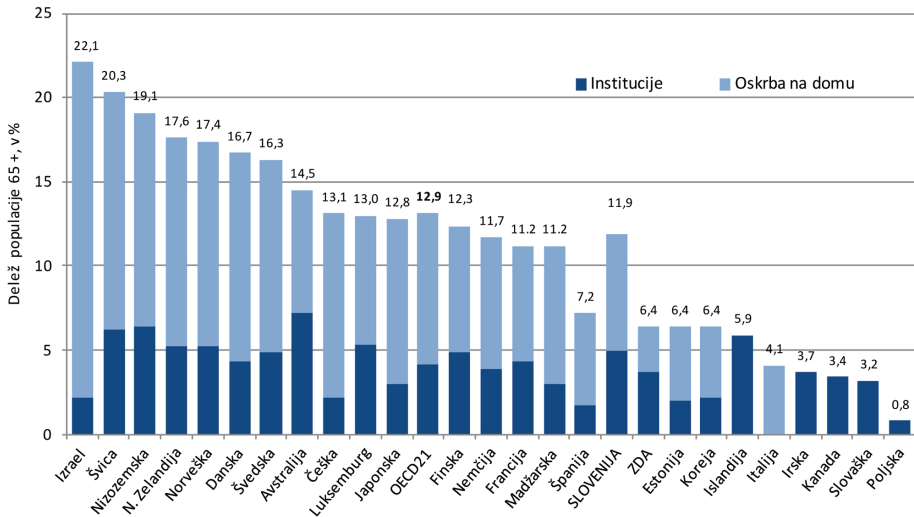
Tabela 2.2: Prejemniki storitev in prejemkov dolgotrajne oskrbe po posameznih področjih na dan 31. 12. 2011

	Vsi prejemniki	Število prejemnikov v starosti 65 let in več	% od populacije, stare 65 let in več (SI = 341.192)
Dolgotrajna oskrba v institucijah	21.093	17.088	5,0
Dolgotrajna oskrba v dnevni oblikah	377	214	0,1
Dolgotrajna oskrba na domu	20.991	16.199	4,7
Denarni prejemki (neformalna oskrba)	18.334	7.106	2,1
Skupaj	60.795	40.607	11,9

Vir: Nagode in dr. (2014b)

OECD (2013) je za leto 2011 pripravil primerjavo med državami glede na delež populacije, vključene v dolgotrajno oskrbo v starosti 65 let in več. Pri tem je dolgotrajno oskrbo razdelil na dve kategoriji – dolgotrajna oskrba v institucijah in dolgotrajna oskrba na domu. K slednji kategoriji prišteva tako prejemnike oskrbe na domu kot tudi prejemnike denarnih prejemkov in prejemnike dolgotrajne oskrbe v dnevnik oblikah. Širše bi jo lahko poimenovali tudi skupnostna oskrba. Nagode in dr. (2014b) so v OECD-jevo primerjavo vključili tudi najnovejše podatke za Slovenijo, ki kažejo naslednje: v slovenski populaciji v starosti 65 let in več je bilo ob koncu leta 2011 v dolgotrajno oskrbo vključenih 11,9 % oseb, od tega 5,0 % v dolgotrajno oskrbo v institucijah in 6,9 % v dolgotrajno oskrbo na domu (glej Sliko 2.1). Ob tem avtorji opozarjajo, da je primerjava med državami zgolj ilustrativna in jo je potrebno upoštevati z metodološkim zadržkom, saj so sistemi dolgotrajne oskrbe v državah različni, poleg tega podatki po državah niso bili zbrani po enotni metodologiji.

Slika 2.1: Populacija, stara 65+, ki prejema dolgotrajno oskrbo, 31. 12. 2011



Vir: OECD Health at a Glance (2011)

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

V primerjavi s podatki po prejšnjih podatkovnih virih Slovenija v prikazani primerjavi izstopa s precejšnjim povečanjem deleža oseb, vključenih v dolgotrajno oskrbo na domu. Avtorji analize opozarjajo, da je nastala sprememba predvsem posledica ocene vključenih v izvajanje storitev dolgotrajne oskrbe v okviru patro-nažnega varstva, saj ta podatek v prejšnje podatkovne vire ni bil vključen. Poleg tega so v omenjeni analizi prvič prešteli tudi osebe, ki prejemajo zgolj denarni prejemek. Nagode in dr. (2014b) ugotavljajo, da je delež vključenih v dolgotrajno oskrbo v Sloveniji večji, kot so to ugotavljale dosedanje analize. To velja predvsem za dolgotrajno oskrbo na domu. Poudarjajo tudi, da v okviru formalne dolgotrajne oskrbe na domu prevladuje zdravstveni del, socialni del dolgotrajne oskrbe pa je bistveno manj razvit in intenziven. Sem umeščamo tudi socialno oskrbo na domu, katere razvoj in izvajanje (s poudarkom na kakovosti) podrobneje predstavljamo v nadaljevanju. Še prej pa bomo opredelili izvajalce (dolgotrajne) oskrbe ter še posebej odnos med neformalnimi in formalnimi izvajalci socialne oskrbe na domu, za katerega menimo, da je pomemben element pri zagotavljanju kakovostnega bivanja v skupnosti, na domu.

Odnos med neformalnimi oskrbovalci in formalnimi izvajalci socialne oskrbe na domu

Izvajalce oskrbe gerontološka literatura deli v dve veliki skupini, in sicer na formalne in neformalne izvajalce oskrbe starejših. V pričujoči monografiji se bomo osredotočili na formalne izvajalce oskrbe. Vendar pa menimo, da je potrebno jasno opredeliti razliko med formalnimi in neformalnimi izvajalci ter poudariti pomemben preplet med temi akterji pri nujenju dolgotrajne oskrbe staremu človeku.

Formalni izvajalci oskrbe so plačani oskrbovalci, izvajalci storitev, ki so organizirane v skupnostih in katerih namen je podpora starejši osebi pri bivanju v skupnosti, ali pa izvajajo oskrbo v institucionalnem kontekstu ter so lahko javni ali zasebni ponudniki storitev. Neformalni izvajalci oskrbe pa so neplačani oskrbovalci, najpogosteje so to družinski člani, prijatelji in sosedje (Timonen 2008: 111). Pri tem pa številni avtorji (npr. Timonen 2008) opozarjajo, da je meja med formalnimi in neformalnimi izvajalci vedno bolj zbrisana. Tako npr. neformalni izvajalci v nekaterih primerih dobijo finančno kompenzacijo za izvajanje skrbstvene storitve (npr. v Sloveniji je primer tega institut družinskega pomočnika), hkrati pa t. i. formalna ali plačljiva oskrba obstaja v okviru družinske oskrbe (primer je oskrba starejšega človeka v družini).

Tabela 2.3: Razlika med formalnimi in neformalnimi oskrbovalci

	Neformalni oskrbovalci	Formalni oskrbovalci
Lokacija izvajanja oskrbe	običajno na domu prejemnika oskrbe	na domu prejemnika oskrbe, v skupnostnih prostorih (npr. dnevni centri), v instituciji
Izvajalec oskrbe	družinski član, prijatelj, sosed	oskrbovalec, zaposlen v enem od sektorjev (javni, zasebni, neprofitni)
Financiranje oskrbe	običajno neplačano delo, v nekaterih primerih (so)financirano (primer družinski pomočnik)	kontinuum uporabnik–lokalna skupnost (občina)–država
Profesionalizacija	običajno neprofesionalni oskrbovalci (brez znanja oskrbe)	običajno profesionalni oskrbovalci (certificirano strokovno izobraževanje na področju oskrbe)

Vir: Timonen (2008: 112); Filipovič Hrast in dr. (2014)

Po podatkih raziskave Eurobarometer (*Special Eurobarometer 283*, 2007: 66–67) skoraj tretjina Slovencev (32 %) najboljšo možnost glede oskrbe svojih odvisnih staršev vidi v institucionalni oskrbi, ki je v drugih evropskih državah (EU-27) praviloma najmanj zaželena oblika oskrbe. V Turčiji npr. tri četrtine anketirancev (74 %) verjamejo, da je najboljša možnost, da starš živi z otrokom, na Švedskem, Nizozemskem, Danskem in Finskem pa več kot polovica anketirancev splošne populacije meni, da je najboljša izbira najem javnih in zasebnih izvajalcev za oskrbo staršev na njihovem domu. Razlike med državami so posledica kulturnih razlik v tradicionalnih odnosih v sorodstvu. Izbira institucije pri Slovencih je najverjetneje plod dolgoletne tradicije domov za starejše oz. tradicije institucionalnega varstva (Mali 2009: 95), saj so starejši že pred drugo svetovno vojno, med vojno in po njej živeli v ustanovah, podobnih domovom za starejše, oskrba na domu in v skupnosti pa se je začela razvijati relativno pozno, v 90. letih 20. stoletja. Razlog verjetno izhaja tudi iz pomanjkanja drugih možnosti in oblik oskrbe ter majhnega zanimanja socialne politike za razvoj skupnostnih storitev.

Kljub temu odnosu do institucionalnega varstva ostaja dejstvo, da je neformalna skrb in skrb v družini prevladujoča oblika skrbi za starejše. Po nekaterih ocenah naj bi bilo družinskih oskrbovalcev še enkrat toliko kot formalnih, po drugih pa celo desetkrat več (OECD 2011: 44). Pri tem so opredelitve družinskih oskrbovalcev različne: glede na količino ur izvedene oskrbe starejšega človeka, po tipu opravljenih storitev ali glede na obdobje trajanja izvajanja oskrbe (OECD 2011: 43). Podobno na podlagi rezultatov raziskave Eurofamcare ocenjujejo Garms-Homolova in dr. (2012), ko navajajo, da neformalni pomočniki v večini evropskih držav opravijo okrog 60 % oskrbe.

Kako razširjena je dejansko neformalna oskrba (torej tista, ki je neplačana) v Sloveniji, ne moremo oceniti, saj trenutno ne razpolagamo z natančnimi podatki, predpostavlja pa se (npr. Hvalič Touzery 2009), da družinski člani opravijo precej več oskrbe in nege v primerjavi s formalno organiziranimi storitvami. Na podlagi raziskave družinskih oskrbovalcev v Sloveniji je tako Hvalič Touzery (2007a) ugotovila, da so bili otroci glavni oskrbovalci starih ljudi (50 %); med njimi je bilo večina hčera (87 %), nato partnerji (19 %) in snahe (19 %). Oceno bodo dopolnili podatki raziskave SHARE, ko bodo javno dostopni podatki petega vala raziskave.

V okviru raziskave o socialnih oporah slovenskega prebivalstva (Novak 2004), ki je potekala pred desetimi leti, se je izkazalo, da se odrasli Slovenci, ko potrebujejo pomoč zaradi hujše bolezni ali splošne oslabelosti, večinoma obrnejo na svoje ožje družinske člane (Dremelj 2004: 82–83). Usmerjenost k družinski podpori je še posebej izrazita pri osebah, ki potrebujejo stalno pomoč pri vsakdanjih opravilih (Nagode in Dremelj 2004: 127–128). Družinski tip omrežja socialne opore se kot prevladujoč tip opore kaže tudi pri starejših ljudeh (Hlebec 2004: 118–119). Analiza v Sloveniji je pokazala, da so za starejše (skupina 70+) njihovi otroci pomemben vir pomoči. Otroci so ključni vir opore v primeru bolezni (40 % njihovega omrežja socialne opore), vir finančne opore (44 % omrežja), zelo pomembni pa so tudi kot vir materialne (34 % omrežja) in emocionalne opore (29 % omrežja) (Hlebec in dr. 2012). Glede razmerja med številom danih in prejetih opor (po tipu opore) je sicer najstarejša generacija (70+) neto prejemnica opore, vendar še vedno tudi slednji zagotavljajo oporo svojim otrokom. Za generacijo 50–70 let velja, da zagotavljajo skoraj enako število opor svojim otrokom, kot jih prejmejo (Hlebec in dr. 2012). Družina ima kljub zagotavljeni obliki formalne oskrbe na domu ključno vlogo pri skrbi za uporabnika, torej svojca. To potrjujejo tudi številne raziskave (npr. Hojnik-Zupanc in dr. 1996; Dremelj 2003; Nagode in dr. 2004; Novak 2004; Hlebec in Mandič 2005; Hlebec in dr. 2012; Ramovš in dr. 2013; Hlebec in dr., v tisku).

Vsekakor ne smemo prezreti dejstva, da je veliko pomoči in podpore opravljene tudi v okviru nevladnih organizacij in prostovoljnega dela. V številnih evropskih državah so prostovoljske organizacije pomemben vir pomoči starim ljudem in družinskim oskrbovalcem (Hvalič Touzery 2007b). V zadnjih dveh desetletjih je prišlo do razmaha različnih društev, dejavnosti in programov za starejše, ki se izvajajo v skupnostih (glej Filipovič Hrast in dr. 2014). Za izvajanje kakovostne oskrbe v skupnosti (Ramovš in dr. 2012) skrbijo preventivni programi za aktivno in zdravo staranje, kot so športne, rekreacijske in kulturne dejavnosti upokojenških organizacij, izobraževalni programi (npr. univerze za 3. življenjsko obdobje), tečaji za preprečevanje padcev v starosti ipd. Tu lahko še posebej izpostavimo

terensko delo projekta Zveze društev upokojencev Slovenije *Starejši za starejše*, v okviru katerega starejši prostovoljci obiskujejo prebivalce, starejše od 69 let, po vsej Sloveniji. Na ta način identificirajo potrebe prebivalstva oz. posameznikov, jih informirajo o različnih možnostih oskrbe in bivanja ter obveščajo različne službe o zaznanih potrebah na lokalnem območju. Pogosto izvajajo tudi koordinacijo različnih služb ali pa sami opravijo določena laična dela. Za Slovenijo torej lahko rečemo, da je neformalna oskrba neraziskana in močno podcenjena, predvsem v smislu ustvarjanja boljših razmer za kakovostno življenje neformalnih oskrbovalcev in posledično pri zagotavljanju bolj kakovostne neformalne oskrbe oskrbovancem.

Za kakovostno življenje doma je torej pomembna (in prevladujoča) neformalna oskrba, ki jo najpogosteje nudijo družinski člani. Njeno pomembno dopolnilo ali pa nadomestilo (npr. v primeru odsotnosti neformalne oskrbe) pa je formalna oskrba, kot je socialna oskrba na domu. Za kakovostno izvajanje oskrbe starejšega je pomembno razumevanje odnosa med formalnimi in neformalnimi izvajalci oskrbe. O tem odnosu in o razmerjih med družinskimi in formalnimi oskrbovalci je bilo razvitih več modelov, ki se razlikujejo v tem, kako razumejo delitev dela med oskrbovalci, razloge za izbiro določene oblike oskrbe ipd. Razumevanje odnosa med temi akterji pa je ključno, če želimo vzpostaviti oskrbo, ki bo starejšemu človeku zagotavljala čim višjo kakovost življenja. V literaturi najpogosteje omenjeni modeli so naslednji (po Patsios in Davey 2005):

- hierarhični kompenzacijski model (angl. *hierarchical compensatory model*),
- substitucijski model/model zamenjave (angl. *substitution model*),
- model delitev nalog (angl. *task specific model*),
- model dopolnitve (angl. *supplementation model*) in
- komplementarni model (angl. *complementarity model*).

V nadaljevanju bomo te modele podrobneje predstavili.

Hierarhični kompenzacijski model je prva predstava Cantor (1979; 1989). Predpostavlja, da imajo starejši preference glede tega, kdo je njihov oskrbovalec, in da obstaja vrstni red teh preferenc, ki je normativno opredeljen in je torej lahko različen v različnih kulturah in družbah. Večina starejših naj bi pomoč in oskrbo najraje prejela od partnerja, v primeru odsotnosti partnerja pa od otrok (najpogosteje hčerk). V primeru, da otrok ni ali ne morejo izvajati oskrbe, sledijo drugi družinski člani, prijatelji in sosedje. Šele na koncu so formalni oskrbovalci. Tako v primeru, da preferenčni oskrbovalec ne obstaja oz. ne more zagotavljati oskrbe, oskrbo prevzame naslednji oskrbovalec. Formalna oskrba se pojavi šele ob odsotnosti neformalne omrežja. Med formalno in neformalno oskrbo tako obstaja

negativna povezanost. Raziskave so pokazale, da je za poročene pare partner najpogostejši oskrbovalec (Allen in dr. 1999; Hvalič 2009), vendar pa so ženske pogosteje oskrbovalke svojih partnerjev kot moški, kar kaže na razlike med spoloma. Tudi pri otrocih so hčerke (ibid.; Stoller in Earl 1983) ali snaha (Hanaoka in Norton 2008) pogostejše oskrbovalke kot sinovi, običajno v primerih, ko oskrba s strani partnerja starejše osebe ni prisotna ali zadostna. Vendar pa je nadaljnji vrstni red oskrbovalcev (kot so razširjena družina, prijatelji, sosedje) bolj vprašljiv. Wenger (1994) namreč meni, da razširjena družina, sosedje in prijatelji le izjemoma sprejmejo obveznosti oskrbe starejših. Zato je torej bolj verjetno, da formalna oskrba vstopi v primeru odsotnosti pomoči s strani partnerja in otrok, saj drugi deli neformalnega omrežja ne bodo nadomestili tega primanjkljaja (glej Penning 2002).

Po substitucijskem modelu formalna oskrba nadomesti neformalno oskrbo; v primeru, ko so dostopne formalne storitve, naj bi neformalni oskrbovalci (družina, prijatelji) zmanjšali svoj delež skrbi (Greene 1983). Med formalno in neformalno oskrbo bi tako empirično pričakovali negativno povezanost. Za preverjanje tega modela so potrebne longitudinalne raziskave in slednje tega modela niso potrdile, saj se je pokazalo, da je učinek take substitucije zelo majhen in pogosto le začasen. Povečanje oziroma vstop formalne oskrbe je običajno povezan s povečanimi potrebami starejših oseb in njihovih oskrbovalcev ter se pogosto ujema s hkratnim povečanjem neformalne oskrbe. Substitucijo je mogoče opaziti le v majhnem deležu populacije (Tennstedt in dr. 1993; Liu in dr. 2000; Penning 2002; Li 2005; Bookwala in dr. 2004; Armi in dr. 2008). Dostopna formalna oskrba pa bo povečala možnost, da tudi samski starejši živijo samostojno v skupnosti (Pezzin in dr. 1996).

Model delitev nalog (Litwak 1985; Messeri in dr. 1993) predpostavlja, da se formalna in neformalna oskrba dopolnjujeta, in sicer tako, da se vsaka vrsta oskrbovalcev specializira za določene naloge oskrbe starejše osebe. Oskrbo tako izvaja skupina ljudi – partner, sorodniki, prijatelji, sosedje, formalni oskrbovalci, pri čemer vsak izvaja tiste naloge, za katere je najbolj primeren. Neformalni oskrbovalci naj bi tako izvajali naloge, ki niso tehnične narave in so bolj razpršene, kot so npr. pomoč pri aktivnostih vsakdanjega življenja. Formalni oskrbovalci pa naj bi izvajali naloge, ki zahtevajo večjo usposobljenost in tehnično znanje. Razdelitev nalog bi tako bila naslednja: kuhanje, kopanje, nakupovanje – partner; finančna pomoč, občasna pomoč v primeru akutne bolezni – družina; prostočasne aktivnosti, informacije o delu – prijatelji; nadzor nad vlomi, posojanje manjših stvari – sosedje; skrb po večji operaciji, 24-urna skrb gibalno ovirane ali drugače kronično bolne osebe – formalni oskrbovalci. Delitev dela v okviru neformalnih omrežij je dejstvo in je podprto z raziskavami (Wenger 1994; Hlebec 2003, 2004;

Hlebec in dr. 2010; Pahor in Hlebec 2006; Pahor in dr. 2011), vendar pa je le malo raziskovalnih dokazov o delitvi nalog med formalnimi in neformalnimi oskrbovalci. Formalni oskrbovalci izvajajo vsaj del nalog, ki jih običajno izvajajo tudi neformalni oskrbovalci (Chappell in Blanford 1991; Denton 1997; Noelker, in Bass 1989; Jacobs in dr. 2014). Jasna ločnica med nalogami torej ne obstaja. Vendar pa lahko pričakujemo, da je za določene naloge prevladujoča neformalna, za druge pa formalna oskrba.

Po modelu dopolnitve formalna oskrba dopolnjuje neformalno oskrbo, še posebej v primerih, ko so potrebe stare osebe velike ter presegajo vire in zmožnosti neformalnega omrežja (Edelman in Huges 1990; Stoler in Pugliesi 1991; Chappell in Blanford 1991; Denton 1997). Edelman in Huges (1990) sta opazovala vpliv, ki ga je imel vstop formalne oskrbe (skupnostna oskrba in dostava kosil na dom) na oskrbo (angl. *homebound frail elderly*) starejših v tej skupnosti. Opazila sta povečanje uporabe formalnih storitev, pri čemer pa se neformalna oskrba ni zmanjšala, iz česar sta sklepala, da formalna pomoč deluje kot dopolnitev neformalni oskrbi. Podobno Stoler in Pugliesi (1991) menita, da so formalni oskrbovalci pomembna dopolnitev neformalnim. Ugotavljala sta, da z naraščanjem potreb starejših (s slabšanjem njihovega zdravja in zmožnosti) velikost neformalnega omrežja ostane enaka, vendar pa se kompleksnost in obseg skrbstvenih nalog povečata. Formalna oskrba bi tako morala dopolniti in okrečiti učinkovitost oskrbe, ki jo nudijo neformalni oskrbovalci.

Komplementarni model (Chappel in Blanford 1991; Denton 1997) povezuje predpostavke hierarhičnega kompenzacijskega modela (preferenčni vrstni red oskrbovalcev) in modela dopolnitve. Predpostavlja, da se formalna oskrba mobilizira, ko (1) ne obstaja neformalna mreža (npr. starejša oseba nima partnerja in/ali otrok) ali (2) ko se pojavi velika potreba (huda bolezen, hendikepiranost), ki presega skrbstvene zmožnosti neformalne mreže (partnerja in/ali otrok).

Obstajajo številne študije, ki so torej poskusile razložiti odnos med formalnimi in neformalnimi oskrbovalci pri zagotavljanju skrbi za starejšega človeka. Chappell in Blanford (1991) sta na primer opazovala dejavnike, ki determinirajo različne modele skrbi. Več kot polovica starejših anketirancev (nad 60 let) je imela pomoč samo s strani neformalnega omrežja, petina ni potrebovala pomoči, le 1 % jih je prejemal samo formalno pomoč, ostali pa so prejemali formalno in neformalno pomoč hkrati. Pri tem jih je le 0,5 % prejemal formalno in neformalno pomoč (vendar pri različnih nalogah), 8 % jih je prejemalo neformalno in formalno pomoč hkrati pri istih nalogah/področjih, medtem ko jih je petina prejemala pomoč tako neformalnih kot formalnih oskrbovalcev, pri čemer so bile nekatere naloge skupne, nekatere pa ločene med oskrbovalci.

Opisani modeli torej predvidevajo različne odnose med formalnimi in neformalnimi oskrbovalci, pri čemer bi lahko rekli, da je razumevanje tega odnosa vedno bolj usmerjeno k prepričanju o komplementarnosti različnih oskrbovalcev pri izvajanju oskrbe starejšega človeka. V Sloveniji se je socialna oskrba na domu začela sistematično razvijati šele po letu 1990 in še vedno predstavljajo neformalni oskrbovalci ključne agente skrbi za starejše. Kakšen je pri nas odnos med formalnimi in neformalnimi oskrbovalci na podlagi empiričnih podatkov, pa bomo predstavili v nadaljevanju monografije (poglavje 4).

Razvoj socialne oskrbe na domu v Sloveniji²

V začetku devetdesetih let prejšnjega stoletja, ko se je pri nas začela vpeljevati in organizirati formalna socialna oskrba na domu, je bila oskrba na domu v državah Evropske unije (EU15) v različnih fazah razvoja. V tem obdobju, ko lahko rečemo, da je bila oskrba po Evropi že dobro razširjena, se je pri nas šele začela razvijati. Pred tem so ljudje, ki so živeli doma, ostajali prepuščeni sami sebi in svoji socialni mreži, in kot ugotavljajo Baič in dr. (v Bevk 1999: 34), je bila socialna oskrba na domu organizirana le po zdravstvenih domovih v okviru patronažne službe, kar pa ni več zadoščalo za potrebe starih ljudi. Vsa druga pomoč je bila neformalne narave (na primer pomoč svojcev, sosedska pomoč in podobno) in je bila prepuščena posameznikom. Nekateri centri za socialno delo poročajo (npr. Kralj 1999: 42), da so potrebo po organizirani storitvi na domu zaznali že precej prej, vendar pa do organizacije profesionalne oblike socialne oskrbe na domu dolgo ni prišlo. Izvajalci socialne oskrbe na domu, kot navaja Hrovatič (2006: 103), svoje začetke izvajanja te storitve uvrščajo v leto 1984.³

Socialna oskrba na domu je bila torej na različne načine in do različne mere uveljavljena še pred sprejetjem Zakona o socialnem varstvu (Ur. l. RS št. 54/1992), ki jo je opredelil kot socialnovarstveno storitev v okviru javne mreže. Leto pred tem (1991) se je ta storitev v socialnem varstvu ob povečanju brezposelnosti začela uvajati prek javnih del. Kot navajajo Zaviršek in dr. (2002: 19, 139) so se v tistem obdobju organizaciji storitve posvetili predvsem centri za socialno delo, v precej manjši meri pa tudi domovi za starejše in zasebni izvajalci. Poudarjajo, da je šlo v

² Pretežni del besedila v tem poglavju je bil objavljen v Nagode (2012) in ga tu objavljamo z dovoljenjem uredništva.

³ Glede na rezultate vprašalnika o socialni oskrbi, ki ga je pripravila Socialna zbornica Slovenije (Hrovatič 2006: 103).

tistem času za socialno inovacijo, katere ustanoviteljica je bila država. Eden glavnih vzrokov za državno pobudo je bilo predvsem ekonomsko vprašanje, saj se je pokazalo, da je gradnja domov draga in da država ne razpolaga z dovolj sredstvi. Tako je država postala odprta za spoznanje, o katerem so strokovnjaki že dolgo govorili in nanj opozarjali, in sicer da se mora izbira socialnovarstvenih storitev povečati (pluralizacija storitev).

Obdobju izvajanja socialne oskrbe na domu prek javnih del je čez približno deset let sledilo obdobje profesionalizacije storitve, ko so bili v letu 2000 sprejeti standardi znanja in spretnosti za poklic socialne oskrbovalke. Profesionalizacija storitve je med drugim, kot ugotavljata Glavač in Lang (2007: 51), s seboj prinesla tudi neprijetno novost za uporabnike. V začetni fazi razvoja storitve socialne oskrbe na domu je bila namreč storitev za uporabnike brezplačna, saj se je izvajala preko programa javnih del, ki ni bil usmerjen v profitno dejavnost, profesionalizacija storitve pa je na to področje vnesla plačevanje storitve in posledično različne cene storitve.

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

Ob koncu devetdesetih let je država sprejela dva pomembna dokumenta, na katerih poleg zakonskih aktov temelji izvajanje socialnega varstva starejših pri nas, in sicer Program razvoja starejših oseb na področju socialnega varstva v Sloveniji do leta 2005 (sprejet 1997) ter Nacionalni program socialnega varstva do leta 2005 (sprejet 2000). Prvi je v obdobju izvajanja programa predvidel zagotovitev pomoči na domu za 1,8% starejših od 65 let oziroma za 4600 upravičencev ter za 400 invalidov, torej skupaj za 5000 uporabnikov. Oba programa sta se zaključila v letu 2005, kot njuno logično nadaljevanje pa sta jima sledila nova programa, in sicer Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje

2006–2010 in Strategija varstva starejših do leta 2010 – solidarnost, sožitje in kakovostno staranje prebivalstva. Predvidela sta večjo širitev javne mreže oskrbe na domu od predhodne, saj sta predvidela zagotovitev socialne oskrbe na domu za vsaj 10.000 oseb, starih 65 let ali več, kar je 3 % oseb v tej starostni skupini, ter za vsaj 900 oziroma 0,05 % drugih odraslih oseb, ki potrebujejo socialno oskrbo na domu ali mobilno pomoč zaradi duševne, telesne ali senzorne motnje, hude bolezni ali drugih razlogov. Če je bila realizacija cilja prvega nacionalnega programa s področja varstva starejših dosežena, pa je bil cilj ob zaključku drugega programa (2010), kot ugotavljajo na Inštitutu RS za socialno varstvo (Nagode in dr. 2012), realiziran v manj kot 60 % (glej Tabela 2.4). Ob tem nova Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013–2020 (sprejet 2013) predvideva 3,5-% vključenost ciljne populacije v socialno oskrbo na domu in druge oblike pomoči na domu (vključno z oskrbovanimi stanovanji) do leta 2020. Trenutno je v storitev vključeno 1,6% ciljne populacije (Nagode in dr. 2014a).

V prvem obdobju se je socialna oskrba na domu zelo hitro širila in je po podatkih Skupnosti SCD Slovenije (1999: 25–38) v letu 1998 dosegla skoraj 4000 uporabnikov. Gre za podatke centrov za socialno delo, ki so bili v tistem obdobju pobudnik in glavni nosilec izvajanja storitve. Po podatkih Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve (2005) je bilo ob koncu leta 2004 približno 4700 uporabnikov, čez skoraj deset let pa po podatkih Inštituta RS za socialno varstvo približno 6500 uporabnikov. V zadnjih letih, morda od začetka profesionalizacije storitve, se obseg uporabnikov socialne oskrbe na domu širi zelo počasi.

Organizacija socialne oskrbe na domu, kot to določa Zakon o socialnem varstvu, sodi v pristojnost občine, saj mora občina s pogodbo z javnim zavodom ali s podelitvijo koncesije zagotoviti mrežo javne službe. Izvajajo jo lahko javni zavodi ali zasebni izvajalci, ki jim je občina podelila koncesijo/pogodbo za opravljanje te socialnovarstvene storitve. Po podatkih Inštituta RS za socialno varstvo storitev ob koncu leta 2013 (Nagode in dr. 2014a) kljub zakonski obvezi še vedno ni bila zagotovljena in organizirana v vseh slovenskih občinah. V eni občini ni bila podeljena niti koncesija, v dveh pa je sicer bila sklenjena pogodba s centrom za socialno delo, vendar v praksi do izvajanja storitve ni prišlo niti ni bila sprejeta cena izvajanja storitve.

Storitev obsega socialno oskrbo upravičenca v primeru starosti, invalidnosti in v drugih primerih, ko lahko nadomesti institucionalno varstvo. Namenjena je osebam, ki imajo zagotovljene bivalne in druge razmere za življenje v svojem bivalnem okolju, vendar se zaradi starosti, hude invalidnosti, kronične bolezni ali težje telesne ali duševne motnje ne morejo oskrbovati in negovati sami, njihovi svojci pa take oskrbe in nege ne zmorejo ali zanju nimajo možnosti. Obsega več

sklopov opravil, in sicer pomoč pri temeljnih dnevni opravilih, gospodinjsko pomoč, pomoč pri ohranjanju socialnih stikov. Uporabnik prejema najmanj dve opravili iz dveh različnih sklopov navedenih opravil.

Tabela 2.4: Osnovni podatki o socialni oskrbi na domu v različnih časovnih obdobjih (1998–2011)⁴

	Izvajalci	Število uporabnikov	Število socialnih oskrbovalk	Cena storitve na uro	Vir podatkov
V letu 1998	CSD ^a	3909	612	np.	Skupnost CSD Slovenije (1999: 25–38)
V prvi polovici leta 2002	52 CSD, 5 DSO, 3 zasebniki s koncesijo občine ^b	4590	660	np.	Poročilo o izvajanju Programa (2003)
Konec leta 2004	CSD, DSO, zasebniki s koncesijo občine, drugi JZ ^c	4732	590 (ocena) ^d	4,13	MDDSZ (2005)
V prvi polovici leta 2007	45 CSD, 14 DSO, 2 POS, 8 zasebnikov s koncesijo občine, 3 specializirani JZ	5595	780	4,18	Smolej in drugi (2008)
Na dan 31. 12. 2011	42 CSD, 19 DSO, 1 POS, 11 zasebnikov s koncesijo občine, 3 specializirani JZ	6624	910	5,12	Nagode in dr. (2012)
Na dan 31. 12. 2013	37 CSD, 22 DSO, 2 POS, 19 zasebnikov s koncesijo občine, 2 specializirana JZ	6540	891	5,12	Nagode in dr. (2014a)

^a Raziskava se nanaša zgolj na delo centrov za socialno delo. Anketo je izpolnilo 61 od skupno 62 centrov za socialno delo. Več o populaciji in vzorcu v Skupnost CSD Slovenije (1999: 25).

^b Storitve se je izvajala v 162 slovenskih občinah.

^c Vprašalnik je vrnilo 176 od 193 občin. V 17 občinah storitve niso izvajali. Število vseh izvajalcev ni znano, pač pa samo njihova struktura: CSD (68 %), DSO (15 %), zasebniki s koncesijo občine (4 %) ter drugi JZ (4 %).

^d V poročilu je navedeno, da je razmerje med številom uporabnikov in številom socialnih oskrbovalk 8 : 1.

Legenda: CSD – center za socialno delo, DSO – dom za starejše, POS – posebni zavod, JZ – javni zavod, Program – Program razvoja varstva starejših oseb na področju socialnega varstva do leta 2005, np. – s podatkom ne razpolagamo

Vir: prirejeno po Nagode (2012)

⁴ Neposredna primerjava med podatki ni mogoča, saj so bili podatki po letih zbrani z različnimi metodološkimi prijemi.

Neposredno izvajanje storitve na domu upravičenca opravljajo socialne oskrbovalke, vodenje in koordiniranje storitve pa vodje pomoči na domu. Po podatkih Inštituta RS za socialno varstvo (Nagode in dr. 2014a) je za vodenje in koordiniranje storitve v letu 2013 skrbelo 61 zaposlenih, neposredno socialno oskrbo pa je izvajalo 891 socialnih oskrbovalk. V zadnjem obdobju beležijo tudi porast redno zaposlenih socialnih oskrbovalk (s 572 v letu 2010 na 891 v letu 2013) in upad števila zaposlitev iz sredstev APZ (s 317 v letu 2010 na 47 v letu 2013). Kljub drastičnemu zmanjšanju subvencioniranja zaposlitev iz sredstev APZ se število socialnih oskrbovalk ni bistveno zmanjšalo, pač pa se je spremenila struktura njihove zaposlitve v prid rednim zaposlitvam. Iz Tabele 2.4 je razvidno, da se je v dvajsetih letih število oskrbovalk postopoma, sicer počasneje kot število uporabnikov, zviševalo: od približno 600 oskrbovalk v letu 1998 na približno 900 v letu 2013. Inštitut RS za socialno varstvo (Nagode in dr. 2012) obenem ugotavlja, da se slaba petina slovenskih občin sooča s pomanjkanjem kadra na področju izvajanja pomoči na domu, in opozarja na preveliko obremenjenost socialnih oskrbovalk. Po drugi strani Hrovatič (2011: 252) na podlagi kvalitativne analize poteka dela socialnih oskrbovalk ugotavlja, da se te počutijo delovno preobremenjene, da so izpostavljene prezahtevnim nalogam na terenu, da nimajo zadostne opore pri delu in da zgublajo motivacijo za delo.

Na Inštitutu RS za socialno varstvo že več let ugotavljajo, da so cene (tako za uporabnika kot tudi ekonomska) med občinami zelo različne, od tega da nekatere občine storitev za svoje občane zagotavljajo zastonj (Brezovica, Ig, Odranci in Škofljica), do tega, da je ob koncu leta 2013 uporabnika stala storitev tudi do 9,69 EUR na uro. Povprečna potrjena cena za uporabnika je na dan 31. 12. 2013 v Sloveniji znašala 5,12 EUR ob delavnikih, 5,33 EUR ob sobotah, 6,48 EUR ob nedeljah in 6,76 EUR ob praznikih. Celotni stroški pomoči na domu na uro so v povprečju znašali 16,91 EUR.

Glede na veliko razdrobljenost slovenskih občin in posledično glede na različne pristope k organiziranju socialne oskrbe na domu (občine so dolžne zagotoviti storitev in jo v pretežnem delu tudi sofinancirati), so z vidika uporabnika problematični predvsem različni vidiki dostopnosti storitve, še posebej cenovna. Na to opozarjajo vse dosedanje analize (Smolej in dr. 2008a, 2008b; Nagode in dr. 2011; Hlebec 2011; Nagode in Lebar 2013; Nagode in dr. 2014a), poleg tega opozarjajo tudi na velike razlike med občinami v učinkovitosti izvedbe in kakovosti storitve.

VREDNOTENJE KAKOVOSTI OSKRBE

Kot smo povedali že v drugem poglavju, dolgotrajna oskrba v Sloveniji ni opredeljena oz. ni sprejeta kot nova paradigma ter se še vedno izvaja v ločenih sistemih in podsistemih socialne varnosti in zaščite. Posledično tudi kakovost za to področje ni posebej sistemsko predpisana. Kakovost je različno opredeljena po posameznih sektorjih, npr. na področju zdravstva je opredeljena z Nacionalno strategijo kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010–2015). Na področju socialnega varstva podobna strategija ne obstaja, je pa kakovost npr. opredeljena v okviru Resolucije o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013–2020, ki tej temi v primerjavi s prejšnjimi nacionalnimi programi posveča bistveno več pozornosti – v smislu izboljšanja kakovosti storitev in programov na področju socialnega varstva. Ob tem velja izpostaviti podatek iz resolucije, da je v letu 2011 20 % izvajalcev socialnovarstvenih storitev in 3,6 % izvajalcev socialnovarstvenih programov uporabljajo certificiran način upravljanja s kakovostjo.

V nadaljevanju bomo glede na to, da v Sloveniji na področju dolgotrajne oskrbe in še zlasti na področju zagotavljanja socialne oskrbe na domu ne obstajajo posebni predpisi vrednotenja kakovosti, predstavili, kako se je mogoče ukvarjati s kakovostjo na konceptualni in empirični ravni. Poglavje je povzeto po *Vrednotenje kakovosti socialne oskrbe na domu: pristopi in instrumenti* (Nagode 2014), kjer je bilo prvič v Sloveniji opravljeno vrednotenje kakovosti socialne oskrbe na domu na način sinteze obstoječih raziskav in njihovega metavrednotenja.

Teorije in pristopi

Upravljanje s kakovostjo (angl. *total quality management* – TQM) je v razvojno-zgodovinskem smislu nadgradnja in naslednica pristopov kontrole kakovosti (angl. *quality control* – QC) in zagotavljanja kakovosti (angl. *quality assurance* – QA) (več o posameznih pristopih v Možina 2003). Pri upravljanju s kakovostjo