



REPUBLIKA SLOVENIJA
DRŽAVNI SVET

Komisija za socialno varstvo, delo, zdravstvo in invalide

4

Številka: 543-01-2/2019/4
Ljubljana, 6. 6. 2019

Komisija za socialno varstvo, delo, zdravstvo in invalide je, na podlagi drugega odstavka 56. člena Zakona o Državnem svetu (Uradni list RS, št. 100/05 - uradno prečiščeno besedilo, 95/09 - odl. US in 21/13 - ZFDO-F in 81/18-odl. US) in 20. člena Poslovnika Državnega sveta (Uradni list RS, št. 70/08, 73/09, 101/10, 6/14 in 26/15), pripravila

Poročilo

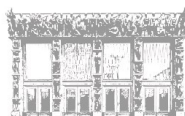
k Seznanitvi s pilotnim projektom uvajanja dolgotrajne oskrbe - Integrirana oskrba v občini Krško »MOST«

Komisija Državnega sveta za socialno varstvo, delo, zdravstvo in invalide se je na 20. seji, ki je potekala 9. maja 2019 v prostorih Občine Krško, podrobneje **seznanila** s pilotnim projektom uvajanja dolgotrajne oskrbe z naslovom *Integrirana oskrba v občini Krško »MOST«*.

Po uvodnem pozdravu predstavnika gostitelja - župana občine Krško Mirana Stanka, sta sledili predstavitvi izzivov dolgotrajne oskrbe s strani Ministrstva za zdravje, ki jih je orisala generalna direktorica Direktorata na Ministrstvu za zdravje mag. Klavdija Kobal Straus, ter projekta Integrirana oskrba v občini Krško »MOST«, ki ga je komisiji predstavila vodja projekta Carmen Rajer iz Centra za socialno delo Posavje, Enota Krško. Seje se je udeležilo tudi več kot dvajset vabljenih predstavnikov različnih institucij in interesnih združenj na nacionalni ravni ter predstavnikov lokalnih deležnikov, ki so vključeni v projekt MOST.

Kot je na seji komisije opozorilo Ministrstvo za zdravje, se naša družba sooča s številnimi izzivi, ki so posledica dolgožive družbe, zato je bila na nacionalni ravni kot podlaga za iskanje in oblikovanje rešitev sprejeta Strategija dolgožive družbe, katere pomemben del predstavlja tudi področje dolgotrajne oskrbe (v nadaljevanju: DO). Naloge priprave in implementacije zakonodaje s področja DO so od 2017 dalje v pristojnosti Direktorata za dolgotrajno oskrbo, ki deluje v okviru Ministrstva za zdravje.

Med ključnimi izzivi dolgožive družbe Ministrstvo za zdravje izpostavlja staranje prebivalstva (leta 2060 naj bi bilo kar 35 % starejših od 65 let, leta 2070 pa naj bi bila Slovenija peta država na svetu z najstarejšo populacijo, ki je najpogosteje tudi tista, ki v največji meri potrebuje storitve DO); povečevanje zasebnih in javnih izdatkov za DO (po tveganem scenariju se bodo izdatki za področje DO samo v segmentu zdravstvene oskrbe, v okviru katere naj bi najbolj eksponentno naraščal, do leta 2060



60
LET
STAVBE

zvišali z zdajšnjih 2,4 evra/osebo na 51,9 evrov/osebo); spremembe v socialni mreži (manj zagotavljanja tradicionalnih oblik podpore posamezniku s strani družine; veliko ljudi je samskih in brez otrok) itd. Obenem se je treba zavedati, da dolgoživost ne pomeni tudi večje število zdravih let življenja, zato so storitve DO v starajoči se družbi še toliko bolj aktualne.

DO je v okviru politik na nacionalni ravni definirana kot niz storitev, ki jih potrebujejo ljudje z zmanjšano stopnjo telesnih in kognitivnih sposobnosti, ki so v daljšem časovnem obdobju odvisni od pomoči pri izvajanju osnovnih in podpornih dnevnih opravil. S to definicijo, ki se jo uporablja pri pripravi zakonodajnih rešitev, Slovenija po pojasnilih Ministrstva za zdravje sledi mednarodni definiciji DO.

Ministrstvo za zdravje pojasnjuje, da se s storitvami DO želi slediti tudi spremembam v pričakovanih posameznika glede storitev pomoči, saj si slednji želi biti center obravnave in sodelovati pri načrtovanju ter izvajanju oskrbe. Kot potencialni upravičenci do DO naj bi bile v Sloveniji, v okviru zakonodaje s področja DO, zajete osebe, starejše od 18 let, ki bodo potrebovale tovrstno pomoč. Otroci so iz navedenega sistema izvzeti, saj imajo raznolike pravice dobro urejene že v okviru druge zakonodaje (s področja socialnega varstva, zdravstva, šolstva itd.).

Ministrstvo za zdravje posebej poudarja, da je DO področje, ki je oziroma bo aktualno za vsakega od prebivalcev Slovenije, saj se vsakdo lahko v kateremkoli trenutku znajde v položaju, ko bo potreboval pomoč oziroma storitve DO, glede na demografske premike v starajoči se populaciji pa zagotovo. Storitve DO so sicer v sistemu zdravstva in socialnega varstva že prisotne, a segmentirano (institucionalno varstvo, storitve pomoči na domu, storitve patronažne zdravstvene nege itd.) in zakonsko zelo razpršeno. Na voljo je precej posteljnih kapacitet v institucionalnih oblikah skrbi, za sprejem v katere je toliko več interesa, ker ni omogočenega primerljivega obsega storitev pomoči na domu za kompleksnejša zdravstvena stanja oziroma je na voljo omejen obseg t. i. storitev v skupnosti, med drugim storitev v zvezi s podpornimi dnevnimi opravili itd.

Kot pojasnjuje Ministrstvo za zdravje, se v Slovenijo ne prenaša neposredno tujih modelov DO, ki ne bi bili skladni z našimi že obstoječimi rešitvami, ampak zgolj nadgrajuje in izpopolnjuje že obstoječi sistem. Kot izhodišče novega sistema DO se tako postavlja poenotenje pravic in uvedbo enotnega ocenjevalnega orodja. Namen navedenega pristopa je vsem s primerljivimi potrebami omogočiti, da dostopajo do primerljivih pravic. Trenutno je namreč zaznati precejšnje razlike po posameznih področjih Slovenije tako v dostopnosti posameznih storitev po občinah kot v deležu participacije občin na področju različnih oblik pomoči na domu (nekateri občine npr. za plačilo storitev pomoči na domu prispevajo veliko več kot je zakonsko predvidenih 50 %, drugje plačilo storitev v večji meri bremeni posameznika, ki potrebuje DO ali njegove svojce).

Namen prihodnje zakonodajne ureditve področja DO je po pojasnilih Ministrstva za zdravje tudi oblikovanje enotne vstopne točke z namenom centralizacije vseh informacij in olajšanje dostopa do storitev DO potencialnim upravičencem in njihovim svojcem. Velik poudarek je dan koordinirani oskrbi, na podlagi prehajanja upravičencev med različnimi stebri pomoči (socialna pomoč, zdravstvena oskrba, sistem DO). Za učinkovito delovanje takšnega sistema pa je treba zagotoviti visoko stopnjo usklajenosti med njegovimi posameznimi elementi, da nihče od potencialnih upravičencev do DO ne izpade iz sistema pomoči (npr. oseba, ki je odpuščena iz bolnišnice, pa nima svojcev, da bi zanjo skrbeli, hkrati pa zanjo ni prostora v institucionalni oskrbi).

Naslednji cilj je integriran upravni, strokovni in finančni nadzor, ki je trenutno ocenjen kot preveč razpršen in nepovezan, kar obremenjuje tako izvajalce kot uporabnike sistema. Eden od ciljev novega sistema DO je tudi integrirano financiranje, pri čemer bo treba zagotoviti nova, dodatna sredstva, da bo sistem stabilen, upravičenci pa bodo lahko dostopali do pravic.

Pilotni projekt uvajanja dolgotrajne oskrbe z naslovom »Integrirana oskrba v občini Krško MOST« predstavlja enega od treh izbranih pilotnih projektov na nacionalni ravni, s katerimi se skuša preveriti ustreznost predlaganih rešitev, ki naj bi vodile do enotne systemske ureditve dolgotrajne oskrbe (v nadaljevanju DO). Testira se tako predloge rešitev, ki so bili že v osnovi zapisani v predlog zakona s področja DO, ki je bil dan v javno obravnavo novembra 2017, kot tudi predloge rešitev, prejetih med javno obravnavo.

Skupna vrednost vseh treh projektov, ki bodo potekali do junija 2020 (v praksi pa so se začeli izvajati 1. 1. 2019), znaša 6,1 milijona evrov. Umeščeni so v tri različna okolja – ruralno, semi-ruralno in urbano, pri čemer pilotni projekt v Krškem deluje v ruralnem okolju.

Komisija se je, kot je bilo že omenjeno, natančneje seznanila z enim od navedenih treh projektov z naslovom Projekt integrirane oskrbe v občini Krško, na kratko poimenovanim »MOST«. Ime projekta je bilo namerno izbrano tako, da nakazuje na povezavo med različnimi institucijami, organizacijami in tudi ljudmi v sistemu DO (izvajalci, neformalni oskrbovalci in uporabniki oz. osebe, ki potrebujejo pomoč drugih ljudi). V Krškem so se tako v okviru projekta povezali t. i. konzorcijski partnerji (Center za socialno delo Posavje – Enota Krško kot nosilec projekta, Občina Krško, Dom starejših občanov Krško, Zdravstveni dom Krško, Varstveno delovni center Krško Leskovec (zaradi stika z osebami s posebnimi potrebami, ki imajo kronična ali druga obolenja) in Splošna bolnišnica Brežice, v kateri se stikajo vse poti DO). Skratka vsi ključni deležniki, katerih delovanje se dotika oseb, starejših od 18 let. Z željo, da bi zajeli čim večji krog ljudi, ki bi potencialno potrebovali storitve DO, so k sodelovanju pri projektu povabili tudi različna društva in ostale organizacije v skupnosti (lokalno društvo upokojencev, društvo Sonček, društvo gluhih in naglušnih, društvo Sožitje in društvo Hospic), pa tudi OŠ Mihajlo Rostohar, ki otroke v času šolanja spremlja do 26. leta starosti.

S projektom MOST so v Krškem želeli vzpostaviti učinkovito koordinacijo med izvajalci socialnega in zdravstvenega varstva ter na novo vzpostavljenimi vstopnimi točkami s ciljem zagotavljanja integriranih storitev za uporabnika. Pilotni projekti namreč ponujajo priložnost za testiranje različnih vrst storitev, za katere je bilo na primer že pri izvajanju storitev pomoči na domu ocenjeno, da bi jih bilo dobro vpeljati v sistem, pa za to in za testiranje njihove ustreznosti v praksi ni bilo priložnosti.

Namen pilotnega projekta je tudi preverjanje ustreznosti postopkov ocenjevanja za ugotavljanje upravičenosti do DO in novih storitev ter mehanizmov podpore izvajalcem formalne in neformalne oskrbe za izvedbo kakovostne in varne obravnave na domu uporabnika; testiranje elektronskega dokumentiranja postopkov od ocene upravičenosti do beleženja izvajanja storitev. Slednje sicer v Krškem že uporabljajo pri izvajanju storitev pomoči na domu že nekaj let in ugotavljajo, da gre za dober pripomoček, ki olajša izvajanje storitev izvajalcem in hkrati zagotavlja hitrejšo pomoč uporabnikom.

Koncept pilotnega projekta MOST temelji na uporabniku, ki potrebuje storitve DO in je postavljen v center vseh aktivnosti. Okrog uporabnika pa deluje mreža izvajalcev različnih storitev in pomoči, ki jih potrebuje. Enotna vstopna točka predstavlja začetek uporabnikove poti v sistemu, koordinator oskrbe pa povezuje uporabnika z vsemi storitvami, ki mu jih lahko nudijo različni izvajalci, vključenih v sistem (CSD, prostovoljci, enota za oskrbo, enota za ohranjanje samostojnosti, neformalni oskrbovalci, lokalna skupnost, zdravstvene ustanove).

Komisija je bila seznanjena, da so vsi pilotni projekti zastavljeni tako, da njihovo jedro predstavlja enotna vstopna točka, ki povezuje vse strokovne delavce, ki sodelujejo pri pripravi ocene upravičenosti do storitev DO. V okviru projekta MOST to vstopno točko predstavlja pisarna, v kateri so zaposlene štiri osebe z znanjem z različnih strokovnih področij (fizioterapevt, socialni delavec, delovni terapevt in diplomirana medicinska sestra). Namen njihovega skupnega delovanja je, da se učijo ena od druge, da dobijo širino, da izstopijo iz ozkih okvirjev svoje stroke in da znajo sprejeti tudi širino socialnega, zdravstvenega, delovno-terapevtskega in fizioterapevtskega dela. Dobra usposobljenost kadra je namreč temelj za dobro izvedbo prve ocene potreb po DO ter kompetentno opravljanje dela. Zato je bilo od 1. 10. 2018, ko se je začel izvajati projekt MOST, usposabljanju zaposlenih v projektu namenjenega veliko časa, v katerem so se zaposleni v projektu neposredno na terenu seznanili z delom podpornih in konzorcijskih partnerjev v projektu, spoznali različne komponente njihovega dela in uporabnike.

V okviru projekta MOST delo na vstopni točki poteka tako, da oseba, ki sama izrazi potrebo po pomoči oziroma jo izrazijo njeni svojci ali pa osebno na to pomoč napoti s kakšne od institucij, poda vlogo za pomoč in privoli v prejemanje storitev. Po prejeti vlogi se izvede ocena upravičenosti na domu uporabnika, v primeru projekta MOST pa so bile navedene ocene opravljene tudi na negovalnem oddelku bolnišnice z namenom koordiniranega in varnega odpusta bolnika v domače okolje.

To, da proces ocenjevanja upravičenosti poteka na domu upravičenca, je pomembna novost, saj se s tem želi sistem čim bolj razbremeniti administrativnih postopkov in čim bolj približati storitve uporabnikom (npr. starejšim, ki so gibalno ovirani). Vstopna točka ima tudi namen informiranja tako o storitvah DO v okviru pilotnega projekta, kakor tudi o storitvah socialnega in zdravstvenega varstva. Proces ocenjevanja vključuje tudi oceno kakovosti življenja upravičencev do DO, ki predstavlja pomemben element evalvacije in postopkov nadaljnjega urejanja.

Ocena na domu uporabnika se opravi na podlagi posebnega orodja za oceno upravičenosti do DO, ki je povzeto po nemškem sistemu DO in obsega osem modulov, ki zajemajo kognitivne in komunikacijske sposobnosti uporabnika, njegove zdravstvene značilnosti, zmožnosti socialnega in gibalnega vključevanje uporabnika v skupnost (ali je zmožen iti po stopnicah, iz hiše itd.). Ocenjevalno orodje torej zajema vse aspekte uporabnikovega življenja, tudi njegovo življenjsko zgodbo, analizo socialne mreže in z njo povezan potencialni obseg pomoči (kolikokrat na teden lahko npr. svojci priskočijo na pomoč uporabniku), ter posledično daje podlage za ugotovitev, na katerih področjih je oseba samostojna in na katerih potrebuje podporo ter v kakšnem obsegu (oseb se ne ocenjuje, da so nesamostojne, če potrebujejo zgolj nek gibalni pripomoček, da se lahko same gibljejo).

Izvajalci projekta MOST na podlagi uporabe navedenega orodja ocenjujejo, da je učinkovito, saj ponuja odgovor na to, kje je tista prelomna točka, v kateri oseba res ne zmore v celoti sama poskrbeti zase in potrebuje določeno obliko pomoči.

Na podlagi navedenega orodja se nato določi, v katero kategorijo pomoči (5-stopenjska lestvica) se lahko uvrsti uporabnika. V poročilu o opravljeni oceni se zapiše mnenje o storitvah, ki bi morale biti na dnevni bazi vključene v DO posameznega uporabnika. Po šestih mesecih, po potrebi pa tudi prej, je predvidena evalvacija ocene, ki ji lahko sledi sprememba strukture in obsega pomoči uporabniku, glede na zaznano spremenjeno stanje. V primeru, da se na podlagi uporabe ocenjevalnega orodja ugotovi, da osebe ni možno uvrstiti v nobeno od kategorij storitev DO, se jo lahko usmeri v kakšne druge oblike pomoči ali ustanove. Namen enotne vstopne točke je namreč tudi ta, da osebe, ne glede na to, ali so upravičene do DO, dobijo na enem mestu vse informacije, ki jih potrebujejo.

Enega od pomembnih elementov testiranja sistema DO v okviru pilotnih projektov predstavlja koordinator DO, ki je strokovni delavec, katerega ključna naloga je medsebojno povezovanje različnih služb in priprava individualnega izvedbenega načrta DO, skupaj z upravičencem. Koordinator DO skupaj z uporabniki išče možnosti in rešitve za izvajanje storitev, spremlja izvajanje storitev, koordinira izvajalce storitev in predstavlja podporno točko za svojce, ki pomagajo uporabniku. Koordinira torej delovanje celotnega sistema (koordinacija enote dolgotrajne oskrbe, koordinacija med socialnim in zdravstvenim varstvom (partnerji), koordinacija med vstopno točko, uporabniki in neformalnimi oskrbovalci (svojci, prostovoljci), spremljanje izvedbenega načrta uporabnika dolgotrajne oskrbe, pomoč pri urejanju varnih odpustov iz bolnišnice v domače okolje (namen je preprečiti, da bi oseba, ki ne more dobiti druge pomoči, po odpustu iz bolnišnice ostala brez DO).

Po izvedbi ocene upravičenosti do DO in izdaji poročila, s katerim se seznanijo tako uporabnika sistema kot koordinatorja DO, se slednji ponovno zgleda na domu uporabnika z namenom podrobnejšega dogovora o izvajanju pomoči (pogovor, načrtovanje, iskanje ustreznih rešitev, izbiranje izvajalcev in dogovor o možnih storitvah, spremljanje izvajanja storitev, koordiniranje izvajalcev, pomoč in podpora uporabnikom ter svojcem). S tem se oblikuje izvedbeni načrt, ki se lahko nato sproti prilagaja, glede na potrebe upravičenca in v sodelovanju s strokovnim timom.

V okviru pilotnih projektov se testira tudi nove storitve, predvsem v povezavi z osnovnimi dnevnimi opravili, podpornimi dnevnimi opravili, kakor tudi storitvami zdravstvene nege kot dela osnovnih dnevnih opravil. V sistemu trenutno manjka predvsem ta segment pomoči (npr. priprava zdravil, dajanje zdravil, hranjenje po sondah itd.). Pri tem Ministrstvo za zdravje posebej poudarja, da pri vključevanju storitev zdravstvene nege v proces pomoči na domu ne gre za medikalizacijo področja, ampak za integrirano oskrbo, povezano s področjem osnovnih dnevnih opravil, podpornih dnevnih opravil in zdravstvene nege v okviru DO, v kar so ustrezno vključeni tudi kadri, ki delujejo na teh področjih.

Zelo pomemben segment storitev DO, ki se testira v okviru pilotnih projektov, so storitve za ohranjanje samostojnosti. Gre za storitve podpore upravičencu do DO z namenom, da čim dlje ohrani svojo samostojnost, jo ponovno pridobi oziroma čim dlje ostane v domačem okolju. Navedeni segment storitev predstavlja pomemben del preventivnih aktivnosti na področju DO.

Tudi v okviru projekta MOST v Krškem delujeta posebna enota za ohranjanje samostojnosti, ki jo sestavljajo diplomirani delovni terapevt, diplomirani socialni delavec, diplomirani fizioterapevt in mag. kineziologije, ter enota oskrbe, sestavljena iz štirih zdravstvenih tehnikov. Slednji v sistemu opravljajo naslednje naloge: merijo vitalne funkcije, krvni sladkor, spremljajo psihofizično stanje uporabnika, pripravljajo in aplicirajo zdravila ter inzulin, opravljajo zdravstveno nego bolnika s sondo, stomo,

katetri; hranijo uporabnike z motnjami požiranja, izvajajo storitve kompresijskega obvezovanja, preprečevanja razjed, opravljajo temeljna dnevna opravila pri osebah s specifičnimi zdravstvenimi stanji (kontrakture, razjede,...) ter izvajajo ostala opravila socialne oskrbe.

V okviru projekta MOST niso dodatno zaposlovali socialnih oskrbovalcev, ker slednji predstavlja nadgradnjo že obstoječega in uveljavljenega sistema pomoči na domu, v katerem že deluje 23 socialnih oskrbovalk, za katere se zakonsko določene naloge ne spreminjajo. Ker pa med slednje ne spadajo storitve zdravstvene nege, ki jih oskrbovanci potrebujejo bodisi na dnevni, tedenski ali mesečni bazi, se je v preteklosti vseskozi iskalo rešitev za izvajanje navedenih storitev na sistematičen način. Patronažno varstvo namreč omenjenih nalog ni moglo prevzeti, zato se je prenos navedenih nalog v okviru pilotnih projektov na profil zdravstvenega tehnika izkazal kot dobra odločitev. Uporabniki pilotnega projekta MOST so praviloma vsi tisti dosedanji uporabniki sistema pomoči na domu, ki so potrebovali nadgradnjo socialne oskrbe na domu, in so torej trenutno delno vključeni v obstoječi sistem pomoči na domu, delno pa v pilotni projekt.

Pri tem se naloge prej navedenih dveh profilov ne podvajajo, saj tehnik zdravstvene nege predstavlja nadgradnjo vloge socialne oskrbovalke in ob obisku uporabnika sistema DO opravi vse storitve, ki bi jih sicer v okviru storitve pomoči na domu opravila socialna oskrbovalka, obenem pa tudi vse ostale storitve, ki jih socialna oskrbovalka ni pristojna izvajati.

V okviru projekta MOST se izvaja tudi nekatere do sedaj neobstoječe storitve, ki vključujejo:

- delo dipl. delovnega terapevta, katerega naloge so učenje veščin samostojnega funkcioniranja v domačem okolju (oblačenje, slačenje, hranjenje), pomoč pri prilagajanju bivalnega okolja (klančine, ročaji, pragovi, primerna osvetlitev prostorov in stopnišč, prilagoditev kopalnice, višina sedalnih površin,...), izvajanje vaj za izboljšanje koordinacije gibov (motorika), svetovanje pri izbiri medicinsko tehničnih pripomočkov (inv. voziček, pripomočki za hojo, hranjenje,...), svetovanje neformalnim oskrbovalcem; gre za pomoč pri prilagoditvi okolja, kako posteljo postaviti, kako urediti kopalnico, kjer je največ poškodb, kako prilagoditi jedilni pribor (debelejši ročaj) itd., uči oblačenja, preoblačenja, hranjenja.
- Delo dipl. fizioterapevta, katerega naloge so: zagotavljanje optimalnih oz. primernih položajev, preprečevanje posledic dolgotrajne nepomičnosti (posedanje v postelji, premeščanje iz postelje na inv. voziček ali stol, hoja,...), rehabilitacija po poškodbah ali drugih akutnih stanjih (poškodbe kolkov, zlomi, kapi, ...), ponovno vzpostavljanje določenih gibalnih vzorcev po specifičnem akutnem stanju in svetovanje neformalnim oskrbovalcem. Z navedenimi storitvami se ne posega na področje medicinske rehabilitacije, ampak se jih izvaja kasneje, ko so vse aktivnosti v okviru zdravstvenega sistema zaključene in se oseba vrne v domače okolje. Ključnega pomena pri izvajanju navedenih aktivnosti je, da se osebo nauči samostojno izvajati vse aktivnosti, ki jih je sicer izvajal pod nadzorom v kliničnem okolju, v domačem okolju pa je nato soočen z drugačnimi razmerami in preprekami (neprimerni prostori, pohišstvo itd.)).
- Delo diplomirane socialne delavke, ki v okviru DO opravlja drugačno, nadgrajeno vlogo v primerjavi z njenimi osnovnimi nalogami. Skrbi namreč za skupno reševanje problemov, s katerimi se uporabnik vsakodnevno srečuje (nudenje psihosocialne podpore, opolnomočenje uporabnikov in njihovih svojcev, pomoč pri načrtovanju dnevnih aktivnosti, pomoč pri socialnem vključevanju v lokalno okolje, ohranjanje in širitev socialne mreže, informiranje o obstoječih storitvah v lokalni skupnosti).

- Delo magistra kineziologije, ki je eden izmed kadrov, ki se ga do sedaj ni vključevalo v delo s starostniki, čeprav se je pri izvajanju projekta MOST izkazalo, da predstavlja dodano vrednost sistemu DO. Kineziolog izvaja naslednje naloge: preventivne aktivnosti (vadba, učenje pravilne izvedbe določenih gibalnih vzorcev z namenom izboljšati gibalne aktivnosti in sposobnosti uporabnika preko vaj, ki jih starostnik v večji meri lahko izvaja sam itd.), osveščanje svojcev o pomembnosti varovanja lastnega zdravja in dobrega telesnega počutja z namenom lažje oskrbe svojca ter svetovanje neformalnim oskrbovalcem).

V okviru pilotnih projektov se testira tudi storitve e-oskrbe (senzorji za padce, merjenje vitalnih funkcij na daljavo...), vse z namenom večje kakovosti in varnosti življenja upravičencev, pa tudi razbremenitve zaposlenih, ki se jih lahko potem toliko bolj usmerja k neposredni izvedbi storitev za uporabnika.

V okviru projekta MOST tako testirajo naslednje storitve e-oskrbe: varovanje na daljavo; preventiva pri padcih v domačem okolju; senzorje za padec, dim, izliv vode (če se osebi ne nudi takojšnje pravilne oskrbe in pomoči so posledice padca lahko hude in dolgotrajne); gumb za hitro klicanje (gre za storitev, ki je v tujini že dobro uveljavljena, v Sloveniji pa gre za še vedno zelo slabo razširjeno storitev, ker še ni vzpostavljene dovolj velike stopnje zaupanja uporabnikov v navedeno storitev), spremljanje vitalnih funkcij na daljavo ter 24/7 klicni center, v katerem je vseskozi na voljo oseba, ki uporabnika povpraša o tem, kaj potrebuje in nato po potrebi kliče urgenco ali osebe v radiju petih minut, ki lahko pomagajo uporabniku. V okviru projekta MOST ugotavljajo, da uporabniki sistema začenjajo sprejemati navedene novitete že malo bolj odprtih rok kot na začetku, ko so bili do njih še nezaupljivi. Komisija v zvezi s tem prepoznava nujnost čim bolj podrobnega informiranja uporabnikov sistema DO glede posameznih storitev, ki so jim na voljo. Uvajanje sistema DO bo namreč terjalo spremembo miselnosti celotne družbe.

Z namenom vsaj začasne razbremenitve neformalnih oskrbovalcem, ki so pogosto fizično in psihično preobremenjeni in izgorevajo, so v okviru projekta MOST zagotovljene posebne podporne storitve, ki jih ponujata Splošna bolnišnica Brežice in Dom starejših občanov Krško tako, da omogočata namestitvev uporabnikov za čas dopustov svojcev za največ 14 dni. V času projekta MOST bodo navedene storitve omogočene 10 uporabnikom oziroma njihovim svojcem. Interes za uveljavitev navedene pravice v projektu MOST že zaznavajo, zato menijo, da se bo navedeni segment storitev prepoznal kot zelo pomemben.

V ozadju pilotnega projekta MOST vseskozi deluje projektni koordinator, katerega naloge so spremljanje vseh aktivnosti: vodenje vseh organizacijskih in administrativnih nalog v zvezi s pilotnim projektom, poročanje in tehnično sodelovanje z ekipo na ministrstvu, spremljanje in vrednotenje dodatnih kazalnikov, ki bodo dopolnjeni v času trajanja pilota s strani ministrstva ter bodo osnova za vzpostavitev podatkovne baze, namenjene evalvacijski študiji. Evalvacija bo zajela vse elemente delovanja sistema, ker je izrednega pomena, da se vse ugotovitve podrobno in sproti beleži, saj bodo lahko predstavljale pomembno podlago za uvajanje novega sistema DO na nacionalni ravni.

Izvajalci projekta MOST poročajo, da so v obdobju od 1. 1. 2019 do 30. 4. 2019 prejeli 201 vlogo za storitve DO, na podlagi česar je bilo izvedenih 189 ocen (nekatero bodo iz različnih razlogov na strani uporabnikov izvedene s krajšim zamikom), pri čemer je bilo 165 oseb ocenjenih kot upravičenih do dolgotrajne oskrbe, kot neupravičenih pa 12 oseb v domačem okolju (večinoma zaradi tega, ker so nekateri zgolj poskusili, če so morebiti upravičeni do katere od storitev, brez da bi

jih resnično potrebovali) in 11 oseb v institucionalni oskrbi. Ocene upravičenosti do DO se je namreč opravljalo tudi v okviru institucionalnega varstva, saj je bil eden od namenov projekta preveriti tudi to, koliko oseb, ki so trenutno v institucionalni oskrbi, bi bilo upravičeni do skupnostne skrbi v obliki DO. Preveriti se je želelo tudi učinkovitost ocenjevalnega orodja in v katere kategorije DO bi se ob njegovi uporabi uvrščale osebe, ki so trenutno nastanjene v institucijah. Izkazalo se je, da je ocenjevalno orodje dobro oblikovano, saj so bile razvrstitve uporabnikov v posamezne kategorije DO primerljive z obstoječo razvrstitvijo teh istih oseb v različne ravni oskrbe v institucionalnem varstvu. Navedeni rezultati kažejo na to, da se osebe, ki potrebujejo pomoč, zajame v sistem pomoči bodisi preko ene bodisi preko druge možnosti dostopa do pomoči in torej v družbi ne ostanejo prezrte, kar je zelo pomembno.

Do sedaj je bilo v projekt MOST vključenih vsega skupaj 86 uporabnikov, trenutno jih storitve DO prejema 66. Število aktualnih uporabnikov sistema DO namreč v času variira, saj so potrebe uporabnikov različne, storitve DO pa se posledično izvaja različno časovno obdobje. Storitve enote oskrbe so praviloma dolgotrajnejšega značaja, medtem ko so storitve enote za ohranjanje samostojnosti tiste, ki se jih izvaja v začetni fazi, ko se ljudje iz bolnišnične ali druge oskrbe vrnejo v domače okolje. Obsegajo omejeno število ur storitev DO (storitve fizioterapevta, delovnega in socialnega terapevta in kineziologa), namenjenih osamosvojitvi posameznika, ki nato lahko samostojno zaživi dalje. Če se kasneje ali vmes izkaže potreba po storitvah enote za oskrbo, slednja nadaljuje oskrbo upravičenca do DO.

Kar se tiče starostne strukture uporabnikov sistema integrirane oskrbe MOST, je starostni razpon precejšen, saj je najmlajša uporabnica v sistemu stara 24 let, najstarejši uporabnik pa 95 let. Zaradi navedenega izvajalci projekta MOST ocenjujejo, da je dobro, da se v sistemu DO omogoči čim večji starostni razpon potencialnih uporabnikov sistema, torej osebe od 18. leta starosti dalje. Kot je bilo večkrat poudarjeno, je treba razmišljati širše in se zavedati, da pomoči drugih ne potrebujejo zgolj osebe po 65. letu starosti.

Na podlagi ocene upravičenosti do DO so bili uporabniki storitev DO iz projekta MOST razvrščeni v pet različnih kategorij, glede na raven oskrbe, ki jo potrebujejo. Od skupaj 86 oseb, jih je bilo v 1. kategorijo uvrščenih 21, ki so v instituciji, in 15, ki so v domači oskrbi; v 2. kategoriji 30 v instituciji in 14 doma; v 3. kategoriji 18 v instituciji in 27 doma; v 4. kategoriji 8 v instituciji in 22 doma in v 5. kategoriji pa dve osebi v instituciji ter kar 8 v domači oskrbi. Vključene DO so torej na podlagi projekta MOST vključene tudi osebe, ki so zelo potrebne pomoči, pa so v domači, ne institucionalni oskrbi. Za takšne osebe so storitve DO in obseg podpore, ki jo nudi projekt MOST, zelo dobrodošle.

Izvajalci projekta MOST poročajo tudi o najbolj pogosto izvajanih storitvah. To so storitve za ohranjanje gibalne samostojnosti; storitve za krepitev zdravja in zdravega načina življenja ter svetovanje uporabniku in neformalnemu izvajalcu; svetovanje za prilagoditev okolja; svetovanje in učenje izvajalcev neformalne oskrbe za zagotavljanje kakovostne in varne oskrbe uporabnika; storitve oskrbe; pomoč pri jemanju že pripravljenih zdravil in nadzor nad jemanjem zdravil; spremljanje vitalnih funkcij pri stabilnem kroničnem obolenju, umivanje uporabnika pri specifičnem zdravstvenem stanju (kontraktura, razjede, patološki zlomi).

V projektu MOST opažajo tudi to, da želje po izvajanju storitev fizioterapije ne izstopajo več tako zelo kot na začetku, saj so se ljudje že uspeli bolj podrobno seznaniti tudi s storitvami kineziologov in delovnih terapevtov in se večkrat odločajo za te vrste pomoči. Tudi na splošno so se potrebe po posameznih storitvah v času

izvajanja projekta MOST precej uravnotežile ali porazdelile. Pri tem storitve tehnikov zdravstvene nege ostajajo na voljo vse dni v tednu in v vseh časovnih obdobjih dneva, s čimer se resnično skuša v čim večji meri zadostiti potrebam uporabnikov.

V projektu MOST dodatno ugotavljajo, da so se uravnotežile tudi potrebe po storitvah posameznih poklicnih skupin. Socialne delavke se v sistem vključujejo pretežno pri osebah z demenco ter osebah s slabšo socialno mrežo, tehniki zdravstvene nege pa opravljajo zdravstvene storitve pri kar 21 uporabnikih DO v okviru MOST. Pri tem je veliko povpraševanja po dajanju in nadzoru nad jemanjem zdravil, kar je dolgo predstavljalo šibko točko sistema, saj navedenih nalog niso mogle opravljati socialne oskrbovalke. Izkušnje iz projekta MOST kažejo, da se z vzpostavitvijo reda pri prehrani in jemanju zdravil izboljša psihofizično stanje uporabnikov, pa tudi njihove vitalne ter kognitivne sposobnosti. Od 1. 1. 2019 pa do danes so na tem področju že vidni rezultati. Ostale pogostejše zaželenne storitve se nanašajo na kontrolo sladkorja v krvi in ostalih vitalnih funkcij, na aplikacijo inzulina, pomoč pri temeljnih dnevni opravih pri specifičnih zdravstvenih stanjih uporabnikov (osebe z ranami, kontrakturami, stanji po poškodbah, kapeh, osebe z motnjo požiralnega refleksa, idr.).

Izvajalci projekta MOST poudarjajo, da veliko prednost sistema, ki se ga uvaja preko pilotnih projektov, predstavlja zagotavljanje višje kvalitete življenja ljudem, na podlagi oskrbe v domačem okolju. Uporabniki so deležni tako individualne obravnave z vidika razpona različnih storitev, ki jih lahko prejemajo, po drugi strani pa tudi timske obravnave različnih poklicnih profilov. Strokovnjaki, ki delujejo v okviru pilotnega projekta MOST, se namreč tedensko, po potrebi pa tudi bolj pogosto, srečujejo zato, da uskladijo pristope pomoči posameznemu uporabniku in ugotavljajo, kako bi lahko bili pri svojem delu čim bolj učinkoviti. Pri tem se posebej poudarja, da sta za kakovostno skrb za prebivalce pomembna tako integrirana oskrba kot tudi institucionalno okolje. Pri vključitvi v slednje, če se oceni, da je to za uporabnika najboljše, lahko pomaga tudi koordinator DO. Delovnih nalog je namreč dovolj tako za institucionalni del oskrbe kot za skupnostne oblike skrbi.

Ministrstvo za zdravje ocenjuje, da se pilotni projekt DO v Krškem zelo dobro izvaja. Po mnenju ministrstva je okolje, v katerem se izvaja projekt, proaktivno in zna prepoznati velik doprinos storitev DO. Dodano vrednost predstavljajo izvajalci projekt, ki aktivno dajejo pobude za spremembe obsega storitev v posamezni kategoriji in jasno podajo povratne informacije o elementih sistema, ki niso ustrezni, oziroma o pretiranem obsegu posamezne vrste storitev.

Ministrstvo za zdravje dodatno ugotavlja, da se od začetka izvajanja vseh treh pilotnih projektov DO (januarja 2019) povsod že kažejo prvi pozitivni rezultati, in sicer: skozi pilotne projekte so bila izvedena dodatna izobraževanja kadra in s tem pridobljeno znanje, ki bo ostalo v lokalnem okolju; prepoznane so bile potrebe po dodatnih znanjih na posameznih področjih in s tem nove zaposlitve; dana je možnost testiranja rešitev iz javne razprave in s tem ocena njihove ustreznosti; predčasno se bo izboljšalo elemente sistema, ki ne delujejo, in s tem prihranilo veliko časa in energije pri končni uvedbi rešitev; razvija se elektronska podpora procesu od vstopne točke do izvedbe z namenom zmanjšanja administrativne obremenitve zaposlenih (trenutno zaposleni 30 % časa porabijo za večinoma neproduktivno beleženje). Pilotni projekti ponujajo tudi možnost dodatne pomoči neformalnih oskrbovalcev, ki v sistemu pogosto ostajajo prezrti.

Sistem izvajanja pilotnih projektov omogoča tudi neodvisno in objektivno zunanjo evalvacijo, ki bo enotna za vsa tri pilotna okolja. Kar se tiče neskladja med trajanjem

projektov (do junija 2020) in predvideno predložitvijo predloga zakonskih rešitev na področju DO Vladi Republike Slovenije (v skladu z Normativnimi programom dela Vlade RS naj bi se to zgodilo novembra 2019), Ministrstvo za zdravje pojasnjuje, da izvajanje projektov ne bo zamaknilo ali celo ustavilo sprejema zakonodajnih rešitev, saj se na podlagi ugotovitev iz prakse pilotnih projektov predlog zakonskih rešitev sproti popravlja in nadgrajuje. Projekti dajejo tudi pomemben vpogled v dolgoročno načrtovanje potreb po kadrih ter stopnjo fleksibilnosti pri prilagajanju posameznih storitev dejanskim potrebam.

Izzivi systemskega urejanja področja DO se po mnenju Ministrstva za zdravje ne dotikajo samo zagotavljanja finančnih sredstev (po ocenah naj bi potrebovali 180 milijonov evrov na letni ravni), ampak tudi kadrov (tako glede števila kot ustrezne strukture). Posledično bo treba preiščeno prenašati kompetence in usposabljanje primerne kadre, da se bodo lahko storitve izvajale kakovostno in varno.

Ministrstvo za zdravje dodatno ugotavlja, da je bil v državi v zadnjih letih narejen velik napredek tudi pri prepoznavanju nujnosti systemskega urejanja DO, kar ni več vprašanje, ampak dejstvo. Pri tem ministrstvo, tako kot izvajalci projekt MOST, posebej poudarja, da se DO ne dotika samo starejše populacije, ampak vseh v družbi, saj se lahko hitro zgodi neljubi dogodek, zaradi katerega (p)ostanemo odvisni od pomoči in oskrbe drugih. Zato je ključnega pomena, da je sistem zastavljen tako, da bodo vanj zajeti vsi, ki bi potencialno potrebovali tovrstno obliko oskrbe.

Komisija se strinja z Ministrstvom za zdravje, da se mora čim prej vzpostaviti sistem, ki bo zagotovil, da bo imel posameznik, kadar bo potreboval storitve DO, do slednjih ustrezen, hiter in učinkovit dostop. Trenutno marsikje temu ni tako (npr. v Ljubljani je trenutno zelo težko zagotoviti kakršnokoli obliko pomoči za osebe, ki bo potrebovale DO, saj so tako javne kot zasebne institucionalne kapacitete zapolnjene, kar pogosto vpliva tudi na visoko ceno različnih oblik storitev izven institucionalne oskrbe). Komisija zato podpira izvajanje pilotnih projektov s katerimi se preveri ustreznost načrtovanih zakonodajnih rešitev z namenom zagotovitve njihove čim bolj učinkovite implementacije. Vse prepogosto se namreč dogaja, da se sprejme določeno zakonodajo, nato pa šele post festum ugotavlja, da slednja v praksi sploh ni izvedljiva in se jo nato skuša naknadno popravljati, kar se pogosto ne izkaže kot najboljši pristop k urejanju posameznega področja.

Komisija projekt integrirane oskrbe v Krškem ocenjuje kot pomembno dodano vrednost v procesu vzpostavljanja izboljšane sistema DO in kot zagotovilo, da bo DO, ko bo dokončno urejena, lahko resnično učinkovito delovala in predstavljala velik doprinos za posameznika, njegove bližnje in družbo kot celoto. S systemskim pristopom k urejanju področja DO se bo po mnenju komisije v pomembni meri zmanjšal obstoječi velik pritisk na institucionalno oskrbo, zmanjšalo se bo stroške oskrbe in uporabnikom sistema zagotovilo, da čim dlje ostanejo v domačem okolju, kar je s psihološkega vidika zanje lahko izrednega pomena. Skupnostnim oblikam skrbi bi morali dati v družbi več veljave in tudi več podlage za njihov razvoj. Nadgrajen sistem DO bo to lahko zagotovil.

Komisija se na podlagi izkušenj iz tujine (npr. Nemčije) zaveda, da uvajanje sistema DO terja kar nekaj časa, lahko tudi par desetletij, pri čemer pomemben element predstavlja financiranje sistema DO, zlasti način obremenitve posameznika s prispevkom za DO (dilema med dodatno obremenitvijo plač in uvedbo nove oblike davka), kjer se razlikujejo zlasti pogledi predstavnikov delodajalcev in delojemalcev. V zvezi s slednjim je bilo precej polemik sproženih že v času javne razprave o predlogu zakona o dolgotrajni oskrbi, ki nato ni bil vložen v zakonodajno proceduro.

Komisija meni, da bosta učinkovita razporeditev in poraba finančnih sredstev v končni fazi celo pomembnejša od tega, kako in iz katerih virov se bo ta sredstva zagotovilo.

Komisija ugotavlja, da bi bila, če bo tudi na področju DO obveljal solidarnostni pristop, obremenitev posameznika s prispevkom za DO relativno majhna in primerljiva z višino RTV prispevka, medtem ko sta pomena posamezne storitve za posameznika z vidika kvalitete življenja posameznika neprimerljiva. Komisija ob tem dodatno poudarja kako pomembno je, da vsi skupaj sprejmemo odgovornost za varno starost in večjo kakovost življenja v starosti za vsakega izmed nas.

Komisija poziva Ministrstvo za zdravje k čimprejšnji predložitvi predloga zakonodaje o dolgotrajni oskrbi v javno obravnavo, glede na to, da je slednja že v pripravi in naj bi bila predložena v obravnavo Vladi RS že v novembru 2019. Ob tem komisija poziva vse ključne deležnike v sistemu, da so pri iskanju finančnih podlag za izvedbo zakonskih rešitev na področju DO konstruktivni, saj bi bilo škoda, da bi, navkljub dobro zastavljenemu načrtu vsebine in izvedbe storitev DO, zakonodajne rešitve s tega področja ponovno obstale v fazi javne obravnave. Komisija je ob tem prepoznala tudi odgovornost Državnega sveta in politike, ki tega, da se s sprejemom zakonodaje na področju DO še naprej odlaša, ne bi smela več dopustiti. Po mnenju komisije bi bilo treba vztrajati, da se nov sistem DO vzpostavi na teritoriju celotne države že v 2020, kot je trenutno predvideno z vladnim programom dela.

Komisija ugotavlja, da se je z uvedbo Zakona o osebni asistenci že omogočilo določene storitve pomoči invalidom pri vseh tistih opravilih in dejavnostih, ki jih slednji ne morejo izvajati sami zaradi vrste in stopnje invalidnosti, a jih vsakodnevno potrebujejo doma in izven doma, da lahko živijo neodvisno, aktivno in so enakopravno vključeni v družbo. Na podlagi uvajanja omenjenega sistema storitev v prakso v 2019 je bilo pridobljenih že veliko izkušenj, ki bi jih kazalo upoštevati tudi pri izvajanju DO. V okviru izvajanja osebne asistencije so tako npr. že predvideni koordinatorji storitev v skupnosti, v okviru DO pa se omenja nove profile koordinatorjev, zato komisija poziva k čim večji racionalizaciji sistema in k izogibanju nepotrebnemu podvajanju kadra in storitev. Po mnenju komisije bi bilo zato smiselno pred končno opredelitvijo potreb po dodatnih finančnih sredstvih, temeljito proučiti možnost prerazporeditve določenega dela sredstev in kadrov znotraj različnih že obstoječih sistemov skrbi za posamezne skupine prebivalcev, ki potrebujejo različne oblike pomoči (invalidi, starejši ...).

Komisija kot pomemben element sistema, poleg financiranja, prepoznava tudi zagotavljanje ustreznih kadrov za izvajanje storitev DO. Zgolj zagotovitev teoretičnih podlag za izvajanje DO namreč ne bo zadoščala. Komisija meni, da brez načrtnih aktivnosti in sprememb na področju izobraževalnega sistema ne bo možno zagotoviti dovolj usposobljenih in ustrezno izobraženih kadrov za izvajanje storitev DO (trenutno število vpisanih na oddelke Zdravstvene fakultete na smereh fizioterapije in delovne terapije je prenizko). Komisija zato poziva k takojšnjemu začetku aktivnosti v smislu prilagoditve kurikulumov ocenjenim potrebam po tovrstnih znanjih in veščinah ter k povečanju števila mest za vpis na programe, povezane s poklicnimi profili, ki bodo vključeni v izvajanje storitev DO. Dobro bi bilo razvijati takšne izobraževalne programe, ki se jih lahko dopolnjuje z različnimi znanji.

Ministrstvo za zdravje pojasnjuje, da so bili prvi koraki na tem področju že narejeni, saj bo prenovljen poklicni standard tehnika zdravstvene nege. V 2019/2020 bo že možen vpis v izobraževalni program zdravstveno-socialni asistent, ki je oblikovan tako, da udeleženci programa krepijo socialne veščine ter pridobijo tudi znanja s

področja komunikacije, varnosti pri delu. Ta profil kadra je bil oblikovan z mislijo na to, da bo uporaben v vseh okoljih, tako v okviru DO kot zdravstvenem sistemu. Kar se tiče prenosa kompetenc Ministrstvo za zdravje ocenjuje, da bo ta nujen, ampak na način, da se prepozna aktualno znanje posameznika na področju DO in se mu omogoči formalna pridobitev novih znanj, četudi znotraj dosedanjega formalnega izobraževanja ni bil usposobljen za neko specifično aktivnost, povezano z DO.

Ministrstvo za zdravje izpostavlja tudi dejstvo, da v Sloveniji izobrazimo kar precej kadrov na področjih, ki so v tesni povezavi s storitvami DO, a jih velikokrat ne uspemo zadržati v Sloveniji ali javni mreži. Pomembno vprašanje v zvezi s tem je, na kakšen način bo družba dobila povrnjene vse te vložke v izobraževanje tovrstnih kadrov, ki nato ne opravljajo svojega poklica v dejavnostih, kjer bi jih potrebovali.

Komisija dodatno poudarja, da bi morali na vlaganja v zagotavljanje ustreznih kadrov v okviru DO gledati kot na investicijo in ne dodaten strošek. Kot pomembna deležnika na tem področju komisija prepoznava Ministrstvo za izobraževanje, znanost in šport ter Zavod RS za zaposlovanje (iskanje kadrov), kot potencialne izvajalce storitev DO pa tudi socialna podjetja.

Komisija ocenjuje, da bo v prehodnem času, dokler se ne zagotovi ustrezno formalno izobraženih kadrov za izvajanje storitev DO, večji poudarek dan izvajanju storitev s strani oseb, ki so del socialne mreže posameznika, možna pot je tudi prekvalifikacija ali dodatno izobraževanje oseb, ki so že v stiku s posameznim uporabnikom in lahko prevzamejo opravljanje dela na področju DO za daljše časovno obdobje. V tem segmentu lahko lokalne skupnosti po mnenju komisije odigrajo pomembno vlogo pri prepoznavi potencialnih izvajalcev DO v lokalnem okolju.

Komisija v povezavi z navedenim izpostavlja trend več-poklicnosti, ki je v sedanjem hitro spreminjajočem se delovnem okolju zelo aktualen pojav. Velikokrat se da namreč že z zgolj manjšimi dodatnimi formalnimi izobraževanji zagotoviti ustrezno usposobljen kader za posamezno področje dela. Tako bo npr. predvsem v ruralnih okoljih zaradi čedalje manjše konkurenčnosti za področju kmetijstva treba iskati določene oblike dopolnilnih aktivnosti na kmetiji, pri čemer komisija slednje izpostavlja tudi kot opcijo pri zagotavljanju kadra za izvajanje storitev DO na podeželju. Dobro podlago bi lahko predstavljala projekt Munera 3, v okviru katerega naj bi se do-izobrazilo več kot 17.000 oseb.

Komisija ob tem kot posebno pomemben element usposobljenosti izvajalcev za opravljanje storitev DO prepoznava empatijo, ki pa ni odvisna od stopnje dosežene formalne izobrazbe. Že pri izvajanju storitve pomoči na domu se namreč kot izredno pomembnega za uspešno in kvalitetno izvajanje storitev prepoznava zaupanje med izvajalcem storitve in uporabnikom sistema. Zato bi bilo pri oblikovanju seznama kompetenc pri poklicnih profilih, ki bodo vključeni v DO, nujno upoštevati tudi to komponento in posledično pustiti dovolj manevrskega prostora za določeno stopnjo deregulacije področja. Ministrstvo za zdravje se strinja, da bo treba pri izbiri kadrov za izvajanje storitev DO oblikovati določene kriterije, ki ne bodo zajemali samo preverjanje izpolnjevanja formalnih pogojev, saj delo v skupnosti predstavlja poseben izziv. Pomembno bo tudi, kakšen bo vodstveni kader, klima v delovnem okolju, plačilo za delo itd. Zato se namerava veliko pozornosti posvetiti tudi managementu v sistemu DO.

Komisija posebej opozarja, da je treba poskrbeti, da področje izvajanja storitev DO ne bi postalo prostor iskanja zaslužka, zato meni, da je ključnega pomena, da jedro sistema DO predstavlja javna mreža izvajalcev različnih vrst storitev, ki se jih lahko

ustrezno in pod ustreznim nadzorom po potrebi tudi dopolnjuje. Pomembno je namreč, da se vzpostavi zaupanje uporabnikov v sistem, kar pa se ne doseže zgolj z objavo zakonodaje, ampak na dolgi rok, z zaznavo sistema kot stabilnega in zanesljivega. Ministrstvo za zdravje ob tem poudarja, da trenutno vse rešitve temeljijo na obstoječi mreži in javnih izvajalcih, hkrati se pušča odprte možnosti vključevanja novih profilov izvajalcev tako iz socialnega kot zdravstvenega varstva.

Zaradi zelo različnih stopenj pokritosti posameznih (zlasti ruralnih) področij Slovenije s posameznimi skupnostnimi ali institucionalnimi storitvami (npr. v Kobaridu in na Tolminskem so zaradi specifične naselitve na omenjenih področjih že sedaj bolj razvite storitve patronažne službe in manj je dostopa do institucionalne oskrbe), naj bi se pri nadgradnji sistema DO izhajalo predvsem iz že obstoječe mreže izvajalcev (npr. izvajalci pomoči na domu, pri čemer npr. domovi za starejše že danes zagotavljajo več kot 50 % navedene pomoči, patronažna služba itd.), poskrbeti pa bo treba tudi za ustrezno stopnjo nadzora nad izvajanjem storitev in porabo finančnih sredstev iz naslova DO. Starejši, ki bodo povečini uporabniki sistema DO, so že tako ranljiva skupina prebivalstva, ki je zelo izpostavljena tveganju revščine, zato je treba pri iskanju načinov financiranja DO skrbeti tudi za to, da se jim ne bo dodatno obremenilo dohodkov, ki so povprečno že tako in tako nizki.

Starejše generacije se že v osnovi težje prilagajajo spremembam v okolju in so posledično tudi manj zaupljive do novosti, zato bi bilo po mnenju komisije treba več napora usmeriti tudi v podrobnejše informiranje potencialnih bodočih uporabnikov sistema o njegovem predvidenem delovanju. Pri uvajanju sistema osebne asistencije so npr. invalidske organizacije, ki so v bolj tesnem stiku z invalidi, prevzele pomemben del informiranja. Na področju DO pa bodo lahko pomembno vlogo odigrali mediji, lokalne skupnosti in tudi politika. Ministrstvo za zdravje v zvezi s tem poroča, da že sedaj v okviru pilotnih okolij skušajo čim bolj intenzivno informirati o storitvah DO, pripravljene pa so se odzvati tudi povabilom iz drugih lokalnih okolij in predstaviti trenutne aktivnosti na tem področju. Prav tako bo zagotovljeno, da bodo javno dostopna vsa poročila o evalvacijah pilotnih projektov, tako da bo javnost o vsebini teh projektov čim bolj informirana.

Komisija dodatno opozarja na pomembno vlogo lokalnih skupnosti v sistemu DO oziroma pri izvajanju različnih oblik skupnostne pomoči. Občine namreč na različne načine zagotavljajo pomoč svojim občanom, tudi izven zakonsko določenega okvira nalog, saj mnoge med njimi želijo nuditi svojim občanom višjo kvaliteto življenja kot jim jo lahko nudijo zgolj na podlagi povprečnine, ki v 2019 znaša 537 evrov. V primeru, ko želijo občine učinkovito in na ustrezni kakovostni zagotavljati npr. storitve pomoči na domu, morajo slednje financirati nad zakonsko določeno mejo 50 % (npr. v sevniški občini vsaj 70 % zaradi specifične poseljenosti področja in socialne strukture prebivalstva). Komisija ugotavlja, da zaradi navedenega tudi občine pričakujejo čimprejšnji sprejem in implementacijo zakonodaje s področja DO.

Komisija izpostavlja tudi pomen zdravja pri delu za izvajalce storitev DO, saj izkušnje iz tujine (npr. na Danskem) kažejo, da se izvajalci DO pogosto soočajo s kostno-mišičnimi obolenji in drugimi zdravstvenimi težavami zaradi specifičnosti obremenitev pri delu. Pomembna sta tudi toksikološka zaščita in ergonomija pri delu, zato bi bilo treba bodoče izvajalce storitev DO dobro usposobiti za delo tudi s tega vidika, zato da se prepreči, da bi zaradi nudenja pomoči drugim na koncu škodovali sami sebi.

Ministrstvo za zdravje v zvezi z navedenim pojasnjuje, da se v okviru izvajanja pilotnih projektov proaktivno pristopa k vprašanju varnosti in zdravja pri delu izvajalcev DO. Pozitivna plat pilotnih projektov je ta, da so kadri, ki dobro poznajo

tematike varnosti in zdravja pri delu in lahko ta znanja prenašajo tudi drugim udeležencem v sistemu, že v osnovi vključeni v time DO (npr. fizioterapevti in kineziologi). Znanja s področja kinestetike, ergonomije, kakovosti in varnosti pri delu se med izvajalce DO prenaša tudi v okviru izobraževalnih vsebin, ki so jih deležni vsi zaposleni v pilotnih projektih.

Komisija poudarja, da je pomembno, da se izkušnje iz pilotnih projektov, ki se bodo izvajali do 2020, vključi v končno verzijo zakonodajnih rešitev, zato izraža skrb, da ne bi navedeni projekti po eni strani zadržali sprejem zakonskih rešitev, po drugi strani pa, da bi se zakonodajo sprejemalo prej, kot bodo znani njihovih rezultati. Ministrstvo za zdravje v zvezi s tem pojasnjuje, da je navedena skrb odveč, saj evalvacija pilotnih projektov poteka že med njihovim izvajanjem, sprotno pa se korigira tudi predlog zakonskih rešitev na podlagi ugotovitev iz prakse navedenih projektov.

Komisija za doseganje zadanih ciljev v okviru DO poziva k intenzivnemu medresorskemu sodelovanju vseh ministrstev, ki lahko pripomorejo h končni uveljavitvi zadanih ciljev na področju DO. Poleg Ministrstva za zdravje kot nosilca projektov, lahko po oceni komisije k temu veliko pripomorejo tudi Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, Ministrstvo za finance, Ministrstvo za izobraževanje, znanost in šport ter Ministrstvo za okolje in prostor.

Ministrstvo za zdravje že zdaj poroča o dobrem sodelovanju med ministrstvi, saj skupaj iščejo rešitve na posameznih področjih. Posebej poudarja, da je vsebina DO medresorska, zato so pregovarjanja o tem, katero resorno ministrstvo ima pri tem več veljave, brezpredmetno in lahko zgolj ustavi nadaljnji proces oblikovanja sistemskih rešitev na tem področju.

Komisija je na podlagi razprave sprejela naslednje *s k l e p e*:

- 1. Komisija za socialno varstvo, delo, zdravstvo in invalide se je seznanila s pilotnim projektom Integrirana oskrba v občini Krško »MOST«.**
- 2. Komisija podpira pilotni način preizkušanja načrtovanih zakonodajnih rešitev z namenom zagotovitve njihove čim bolj učinkovite implementacije.**
- 3. Komisija poziva Ministrstvo za zdravje, da čim prej predloži v javno obravnavo predlog zakonodajne ureditve dolgotrajne oskrbe.**
- 4. Komisija poziva vse ključne deležnike, da naj bodo pri iskanju finančnih podlag za izvedbo zakonskih rešitev na področju dolgotrajne oskrbe konstruktivni.**
- 5. Komisija predlaga, da se v okviru izobraževalnega sistema že zdaj pristopi k prilagoditvam kurikulumov kot podlage za zagotovitev ustreznega števila posebej usposobljenih kadrov za izvajanje storitev dolgotrajne oskrbe.**
- 6. Komisija predlaga, da se Državni svet na eni izmed prihodnjih sej seznanji z izvajanjem in dosedanjimi rezultati projekta Integrirana oskrba v občini Krško »MOST«.**

* * *

Za poročevalca je bil določen predsednik komisije mag. Peter Požun.

Sekretarka komisije
mag. Nuša Zupanec, l.r.

Predsednik komisije
mag. Peter Požun, l.r.

Prilogi:

- Power Point predstavitev Ministrstva za zdravje *Izzivi na področju dolgotrajne oskrbe v Sloveniji in pilotni projekti* z dne 9. 5. 2019
- Power Point predstavitev Centra za socialno delo Posavje, Enota Krško, *Integrirana oskrba v občini Krško »MOST«* z dne 9. 5. 2019