



ANALIZA VPRAŠALNIKOV ZA VODJE PATRONAŽNIH SLUŽB

**Poročilo za člane in članice projektne skupine AHA.SI – DELOVNA
VERZIJA**

Pripravila: Janja Drole

Ljubljana, december 2015

KAZALO VSEBINE

| | |
|--|----|
| NAMEN IN METODOLOGIJA..... | 3 |
| OBSTOJEČE STANJE NA PODROČJU SKRBI ZA STAREJŠE IN PATRONAŽNEGA VARSTVA | 4 |
| UMEŠČENOST PATRONAŽNEGA VARSTVA V DO | 5 |
| ORGANIZIRANOST DEJAVNOSTI | 6 |
| STORITVE DOLGOTRAJNE OSKRBE..... | 9 |
| VKLJUČEVANJE NEFORMALNIH OSKRBOVALCEV | 10 |
| DOBRE PRAKSE IN POBUDE | 12 |
| SKLEPI IN ZAKLJUČKI..... | 13 |

KAZALO SLIK

| | |
|---|----|
| Slika 1: Predstavitev patronažnih služb, vključenih v vzorec (pripravljeno z maps.google.com) | 3 |
| Slika 2: Število prebivalcev, ki jih pokriva patronažna služba..... | 4 |
| Slika 3: Delež prebivalcev, ki bi potreboval storitve DO | 5 |
| Slika 4: Izvajalci dolgotrajne oskrbe..... | 7 |
| Slika 5: Povezovanje izvajalcev patronažne službe z drugimi izvajalci DO | 8 |
| Slika 6: Neformalna pomoč – sestavni del dejavnosti dolgotrajne oskrbe | 10 |

NAMEN IN METODOLOGIJA

Namen vprašalnika za izvajalce patronažnega varstva, ki smo ga pripravili v okviru delovnega sklopa za dolgotrajno oskrbo pri projektu AHA.SI (Active and Healthy Ageing in Slovenia), je bil **pridobiti predloge in stališča videnja razvoja dolgotrajne oskrbe in umeščenosti patronažnega varstva v to dejavnost**. Vprašalnik je vseboval naslednje ključne teme:

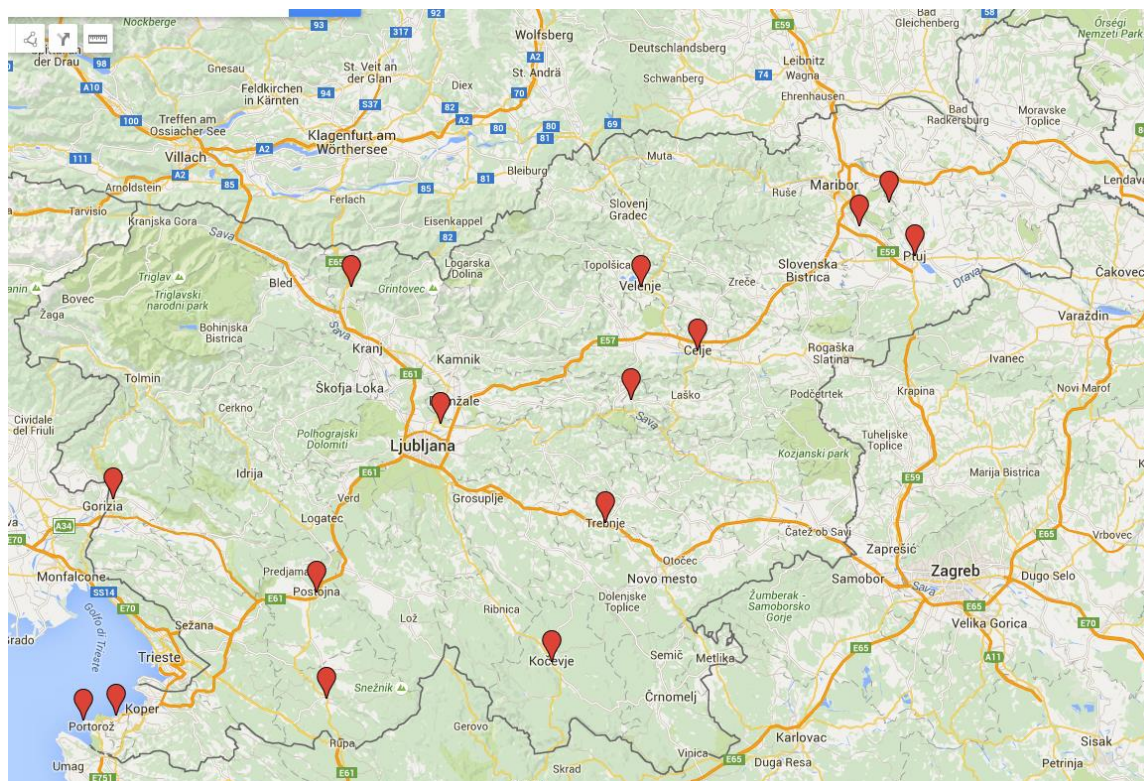
- umeščenost patronažnega varstva v dolgotrajno oskrbo;
- vključevanje patronažne medicinske sestre v dejavnost dolgotrajne oskrbe;
- organiziranost dejavnosti;
- storitve dolgotrajne oskrbe;
- zaznavanje pomembnosti neformalnih oskrbovalcev.

Najprej smo pripravili vzorec 73 vodij patronažnih služb; njihove kontakte smo prejeli na rednem letnem srečanju vodij patronažnih služb dne 18. 11. 2014, kjer jim je bil predstavljen projekt Aktivno in zdravo staranje v Sloveniji. Vodje patronažnih služb smo aktivno pozivali k izpolnjevanju vprašalnika preko elektronske pošte.

Končni vzorec je vseboval 16 patronažnih služb. Ocenjujemo, da lahko s pripravljeno analizo odgovorimo na ključna vprašanja, ki so povezana z umestitvijo patronažnega varstva v sistem dolgotrajne oskrbe.

Pri izpolnitvi vprašalnika so sodelovale patronažne službe iz naslednjih slovenskih krajev: Celje, Tržič, Kočevje, Postojna, Nova Gorica, Piran, Hrastnik, Ilirska Bistrica, Črnuče, Ptuj, Izola, Trebnje, Maribor, Velenje, Žikarce

SLIKA 1: PREDSTAVITEV PATRONAŽNIH SLUŽB, VKLJUČENIH V VZOREC (PRIPRAVLJENO Z MAPS.GOOGLE.COM)

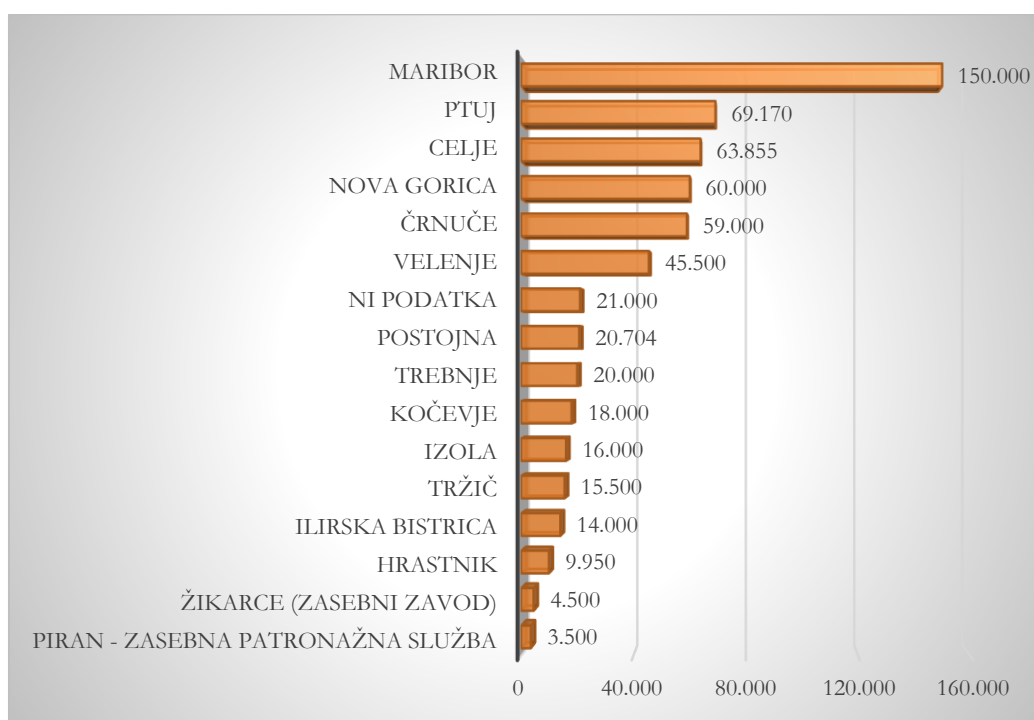


OBSTOJEČE STANJE NA PODROČJU SKRBI ZA STAREJŠE IN PATRONAŽNEGA VARSTVA

V tem poglavju bomo pregledali, **koliko prebivalcev pokriva posamezna patronažna služba (slika 2)**, ki je sodelovala v raziskavi in **kolikšen je delež ljudi, ki potrebuje, ali bi potreboval storitve dolgotrajne oskrbe (ocena je podana za celotno področje, ki ga posamezna patronažna služba pokriva) – slika 3.**

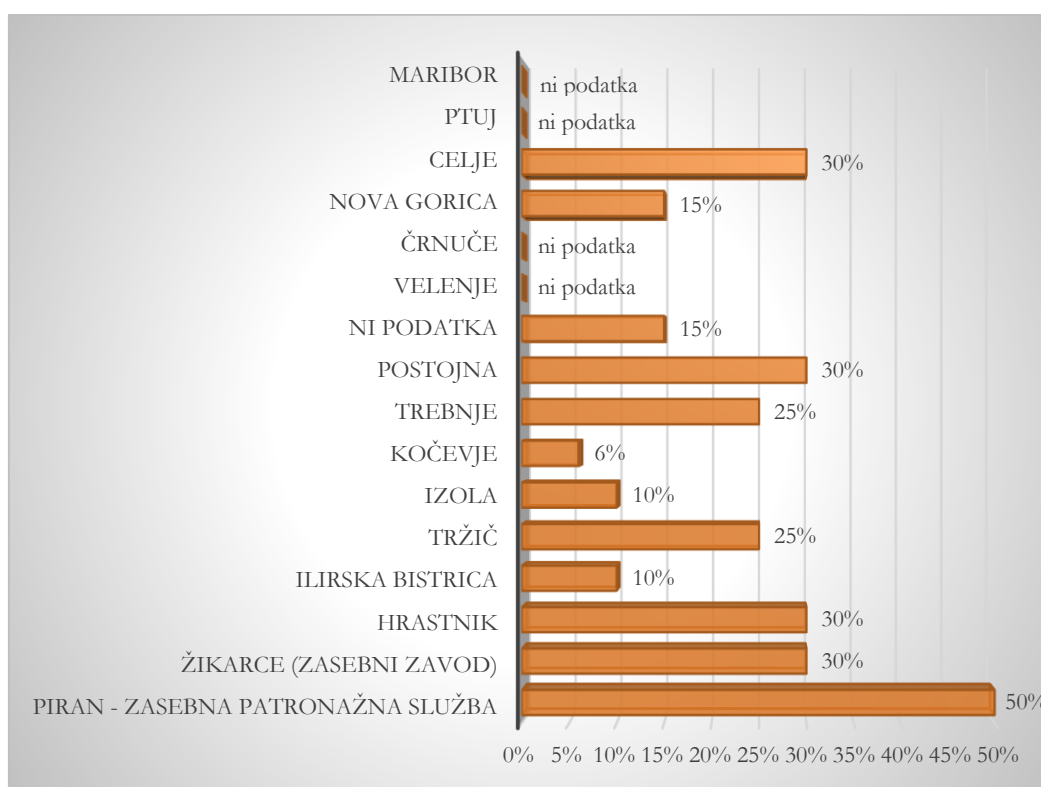
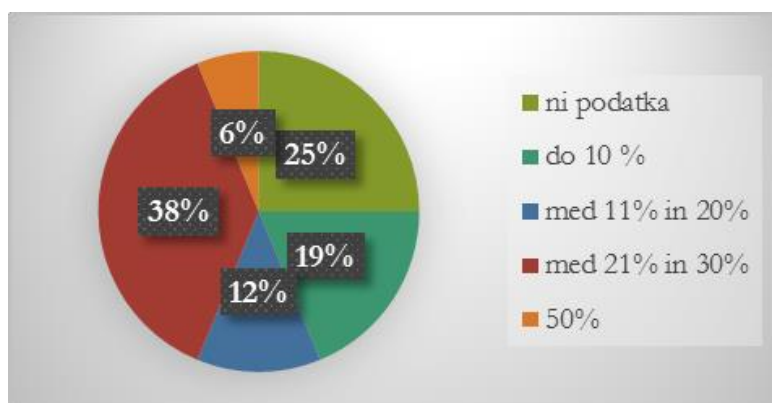
Iz slike 2 je razvidno, da so pri raziskavi sodelovala območja/občine z zelo majhno pokritostjo (Piran – 3.500 prebivalcev in Žikarce – 4.500 prebivalcev) in območja, kjer je pokritost zelo velika (Maribor 150.000 prebivalcev).

SLIKA 2: ŠTEVILO PREBIVALCEV, KI JIH POKRIVA PATRONAŽNA SLUŽBA



Izvajalci so podali oceno (delež), koliko ljudi na njihovem območju, ki ga pokrivajo, bi potrebovalo storitve dolgotrajne oskrbe. 19 % izvajalcev (3 izvajalci) ocenjujejo, da bi storitve dolgotrajne oskrbe potrebovalo do 10 % prebivalcev, 2 izvajalca poročata, da bi te storitve potrebovalo 15 % prebivalcev, največ (tj. 6 izvajalcev) pa ocenjuje, da bi storitve potrebovalo nekje med 21 in 30 % prebivalcev.

SLIKA 3: DELEŽ PREBIVALCEV, KI BI POTREBOVAL STORITVE DO



16 občin je enotnih, da **potrebe prebivalstva po dolgotrajni oskrbi na njihovem območju niso ustrezno pokrite**, zgolj ena patronažna služba (ki pa ni podala podatka, iz katere občine prihaja) je poročala o ustrezni pokritosti.

UMEŠČENOST PATRONAŽNEGA VARSTVA V DO

Na vprašanje, ali menite, da **mora biti patronažno varstvo sestavni del dolgotrajne oskrbe**, je vseh 16 **patronažnih služb odgovorilo pritrdilno**. Načini vključevanja patronažne medicinske sestre pa naj bi bili po mnenju izvajalcev, ki so sodelovali v raziskavi, naslednji:

- ugotavljanje in definiranje potreb upravičenca do DO, poročanje o ugotovljenih potrebah,
- sodelovanje v multidisciplinarnem timu,
- koordinacija vseh izvajalcev DO,
- izvajanje zdravstvene nege,
- strokovna pomoč neformalnim oskrbovalcem,
- izvajanje nadzora,
- povezovanje z osnovnim zdravstvenim varstvom - osebnim zdravnikom in specialističnimi ambulantami, kontrole zdravstvenega stanja, obvladovanje kroničnih bolezni - poučevanje klienta, neformalnih oskrbovalcev, družine (nega, pomoč pri nabavi in pravilni uporabi medicinsko tehničnih pripomočkov),
- preventivni obiski.

Od vseh naštetih načinov se **največkrat pojavlja koordinacija dolgotrajne oskrbe** (13 izvajalcev meni, da je patronažna medicinska sestra primerna za koordinatorko vseh oblik pomoči za starejše v lokalnem okolju), nekateri izvajalci so podali naslednje utemeljitve:

»Patronažna medicinska sestra je strokovnjakinja na področju zdravstvene nege, ki deluje na domovih družin in pacientov, ter v lokalni skupnosti. Hkrati je mreža pokritosti patronažne službe popolna, kar pomeni, da ima sleherna družina in posameznik, ne glede na to kje živi »dodeljeno PMS« (npr. zadnja biša oz. družina ali pacient na vrhu Pobjorja in biša oz. družina ali pacient v središču Maribora sta v smislu možnosti izvajanja dolgotrajne oskrbe v popolnoma enakopravnem položaju). Vključenost patronažne medicinske sestre vidimo tako v vlogi koordinatorja, kot v vlogi izvajalca pomoči v družini in izvajalca tistih intervencij zdravstvene nege, ki bodo (če bodo?) financirane iz dolgotrajne oskrbe.«

»Usposobljene smo za ugotavljanje bolnikovih potreb, za zdravstveno vzgojo, izvajanje zahtevnejših medicinsko tehničnih posegov na domu, prisotne smo v družinah na našem terenu in uživamo zaupanje ljudi.«

»Pri dolgotrajni oskrbi, kjer bo verjetno vključenih še več oblik pomoči, bi bila potrebna dobra koordinacija vseh sodelujočih, obenem pa tudi nadzor.«

ORGANIZIRANOST DEJAVNOSTI

Na vprašanje, **»kako menite, bi morala biti organizirana dejavnost dolgotrajne oskrbe, da bo ta dostopna vsem in pravočasna v okolju, ki si ga želi uporabnik?«**, so v odprtem vprašanju podali naslednje odgovore:

- umestitev občinskega ali regijskega koordinatorja in dobra povezava z njim;
- dejavnost dolgotrajne oskrbe umestiti 'pod okrilje' ene od pomembnih ustanov v občini (največkrat je omenjen zdravstveni dom);
- vzpostaviti mrežo izvajalcev oz. vzpostavitev koordinacijskega tima
 - o mreža bi morala omogočiti kontinuirano oskrbo
 - o koordinacijski tim naj bi sestavljali člani različnih profilov (zdravstvena in socialna stroka)
- omogočiti 24-urno dostopnost;
- omogočiti dostopnost do storitev vsem, ne glede na okolje, v katerem živijo (vidik ruralnosti in oddaljenosti);
- skupna ocena patronažne medicinske sestre in koordinatorja pri postavljanju prioritet;
- promocija dolgotrajne oskrbe v lokalnem okolju;
- iskanje in vključevanje novih oblik pomoči, glede na potrebe dolgotrajne oskrbe;
- uvedba zavarovanja za dolgotrajno oskrbo;

- urediti ustrezno financiranje (eden izmed izvajalcev navaja, da se »že sedaj se srečujemo s težavami plačil, tako kosil kot tudi gospodinjske pomoči. Večina uporabnikov nima dovolj prihodkov za vsakdanje potrebe, tako jim le te storitve predstavljajo dodaten strošek, ki je sicer nujno potreben, vendar težko dostopen.«).

Izvajalci so podali tudi nekaj rešitev (iz prakse), kako naj bo sama dejavnost organizirana:

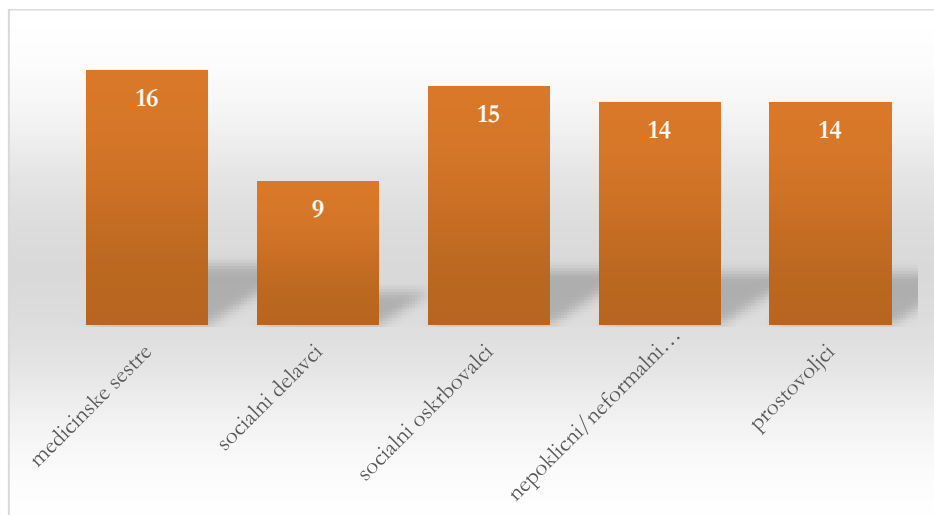
»Najlažje odgovorimo za svoje okolje, ki ga dobro poznamo; naš ZD pokriva območje naše občine, zato bi po našem mnenju morala biti dejavnost dolgotrajne oskrbe pod okriljem ene od pomembnih ustanov v občini, lahko tudi pod okriljem zdravstvenega doma. Tu bi kot koordinatorice delovale patronažne medicinske sestre, sodelovale pa bi z ekipo srednjih medicinskih sester, socialnih oskrbovalcev, gospodinj, prostovoljcev, neformalnih oskrbovalcev. Organizirali bi izobraževanja za neformalne oskrbovalce in prostovoljce, ki so v sedanjih situaciji pogosto precej neboljani zaradi pomanjkanja znanja in veščin potrebnih za izvajanje dejavnosti dolgotrajne oskrbe. Tako kot patronažne sestre obiščemo vse ne glede na okoliščine tako bi tudi ostala pomoč lahko prišla do bolnikov in pomoči potrebnih.«

»Organizirana na podoben način kot Pomoč na domu ali oskrba v domu starejših, vendar veliko bolj fleksibilna in vključevati mora tudi svoje in jih primerno stimulirati, da bodo oskrbovali svoje najbližje. Komunikacija med vsemi udeleženci mora biti zelo dobra in učinkovita.«

»Dolgotrajna oskrba naj bo cenovno in časovno dostopna vsem uporabnikom. Formalni izvajalci morajo biti primerno usposobljeni (oskrbovalci, bolničarji, tehniki zdravstvene nege) Organizirana v okviru primarnega zdravstvenega varstva, kjer sta osebni zdravnik in patronažna medicinska sestra obveščena in vključena v obravnavo ter da PMS obrani stik z družino in svoji in ima ključno vlogo pri organiziranju oskrbe na domu.«

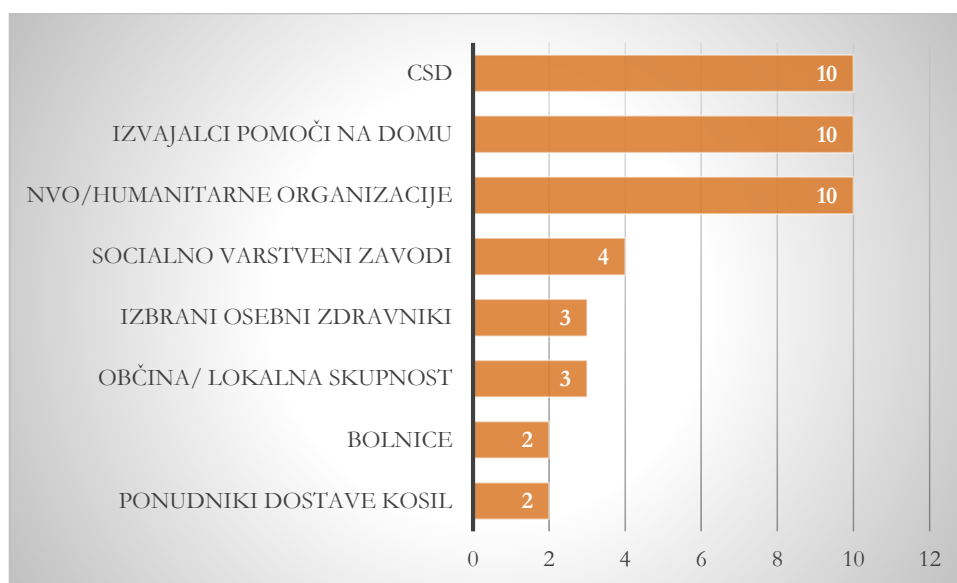
Izvajalce smo vprašali, kdo naj bi bil po njihovem mnenju **izvajalec dejavnosti dolgotrajne oskrbe**. Izvajalci so izbirali med naslednjimi možnostmi: medicinske sestre, socialni delavci, socialni oskrbovalci, nepoklicni/neformalni oskrbovalci, prostovoljci. Od vseh naštetih so bili skoraj vsi prepoznani pomembni izvajalci, nekoliko manj (7 izvajalcev) pa socialne delavce ni prepoznalo kot izvajalce dolgotrajne oskrbe. Eden izmed njih je podal tudi obrazložitev: »Socialni delavec bi se vključeval v reševanje socialnih stisk in tistih strokovnih področij, za katere kompetentni in odgovorni.«

SLIKA 4: IZVAJALCI DOLGOTRAJNE OSKRBE



Izvajalcem patronažne službe smo postavili vprašanje, s katerimi službami (javni, privatni sektor in nevladne organizacije) se povezujejo za zagotovitev storitev dolgotrajne oskrbe pri njihovih pacientih?

SLIKA 5: POVEZOVANJE IZVAJALCEV PATRONAŽNE SLUŽBE Z DRUGIMI IZVAJALCI DO



Patronažne službe **se najbolj povezujejo s centri za socialno delo, izvajalci pomoči na domu in nevladnimi organizacijami** (ta tri skupine deležnikov se pojavljajo pri 10 od 16 izvajalcev). Od nevladnih organizacij so največkrat omenjeni Rdeči križ, Karitas, društva upokojencev in Hospic.

Pri svojem delu se patronaža povezuje tudi s socialno-varstvenimi zavodi (4 izvajalci), izbranimi osebnimi zdravniki (3 izvajalci), lokalno skupnostjo (3 izvajalci), bolnicami (3 izvajalci) in ponudniki dostave kosil (2 izvajalca). Na seznam so bile uvrščeni tudi drugi subjekti, ki pa so se v vprašalniku pojavili zgolj pri enem izvajalcu, in sicer: policisti, gasilci, šole in vrtci, neformalni izvajalci in medgeneracijsko središče.

Pri navedbi odgovorov je vsekakor zaznati fleksibilnost izvajalcev glede na potrebe njihovih pacientov: *»Glede na aktualne probleme pacienta se povežemo s tisto ustanovo, katere storitve pacient potrebuje v danem trenutku.«*

Zanimalo nas je na **kakšne načine se izvajalci patronažne službe povezujejo s službami, ki so potrebne za zagotavljanje storitev dolgotrajne oskrbe**. Vseh 17 izvajalcev se z drugimi izvajalci povezujejo glede na zaznane potrebe, **in sicer po telefonu, preko elektronskih medijev oz. osebno**:

»Dogovarjanje, informiranje svojce o službah in možnostih oskrbe, pomoč pri vzpostavitvi prvega stika z izvajalci, koordinacija pri istočasnem obisku pri uporabniku.«

»Povezujemo se prek telefona in elektronskih medijev ter povezav, občasno opravimo skupni obisk s koordinatorjem oskrbe ali s socialno delavko,Naročimo hrano na dom, uredimo dostavo plenjic na dom, Informiramo svojce o možnosti sodelovanja v skupinah za medgeneracijsko sodelovanje, napišemo obvestila različnim službam, predvsem pa se veliko povežujemo z osebnimi/ družinskimi zdravniki.«

»Glede na individualne okoliščine in potrebe, ki jih ima posameznik, kontaktiramo posamezne službe in se dogovarjamo, sodelujemo, vključujemo svojce, rešujemo financiranje pomoči na domu, družabništvo itd.«

3 izvajalci (Maribor, Celje in Hrastnik) pa navajajo, da se srečujejo **preko vzpostavljene koordinacije oz. timskih sestankov**.

V Celju imajo **vzpostavljeno koordinacijo** na sledeč način:

- »1 x mesečna koordinacija s csd in cpd
- 4 x letno koordinacija vseh, ki se srečujemo z isto klientelo
- sodelovanje tudi z regijskimi bolnišnicami ob odpustu pacienta
- sodelovanje z domovi za starejše glede namestitev v varovanih stanovanjih in v dnevnem varstvu
- po telefonu, po potrebi osebno in s pisnimi poročili«.

V Hrastniku pa se **mesečno srečujejo na timskih sestankih, kjer** »kjer obravnavamo težave s katerimi se srečujemo posamezni profili, skupno iščemo optimalne rešitve s predhodno privolitvijo pacienta. Po potrebi skupaj obiščemo pacienta na domu. Akutne težave rešujemo z vsakodnevnim sodelovanjem. ...Redno sodelujemo s CSD, DSO, Društvom upokoencev, RK«.

STORITVE DOLGOTRAJNE OSKRBE

Izvajalce patronažnega varstva smo vprašali, katere storitve (zdravstvene, socialne) bi morale biti vključene v dejavnost dolgotrajne oskrbe?

Posamezne storitve, ki so jih navajali izvajalci, smo umestili v osnovnih pet kategorij, ki so opredeljene v predlogu Zakona o dolgotrajni oskrbi (verzija: julij 2015):

- **zdravstvene storitve in storitve zdravstvene nege po tem zakonu**

Izvajalci so na področju zdravstvenih storitev in storitev zdr. nege navajali naslednje:

- storitve zdravstvene nege na domu (npr. nadzor nad jemanjem terapije v sodelovanju s patronažno medicinsko sestro, namestitev kompresije spodnjih okončin in za to primerna edukacija sodelavcev v dolgotrajni oskrbi)
- obiski izbranega osebnega zdravnika in patronažne medicinske sestre na domu in s tem povezane storitve (diagnostične preiskave, odvzemi krvi, aplikacije zdravil, infuzije, protibolečinska tb,...),
- zdravstvena vzgoja uporabnikov in svojcev pri obravnavi kroničnih bolezni in tudi neformalnih oskrbovalcev, svetovanje in pomoč pri nabavi in uporabi med. teh. pripomočkov
- intervencije zdravstvene nege po naročilu osebnega izbranega zdravnika, ki zahtevajo dolgotrajno izvajanje (npr. aplikacija insulina pri pacientu, ki si ga sam ni sposoben aplicirati, svojcev nima ali jih ni blizu in želi ostati v domačem okolju), izvajanje osebne nege...
- fizioterapija, delovna terapija.

- **storitve, namenjene pomoči pri opravljanju temeljnih dnevnih opravil (osebna oskrba),**

- pomoč pri opravljanju/izvajanju osnovnih/temeljnih življenjskih aktivnosti
 - pomoč pri osebni higieni
 - pomoč pri branjenju
 - ureditev bolnikovega bivalnega okolja
 - priprava hrane in pomoč pri branjenju
 - pomoč pri oblačenju, slačenju, obuvanju ...ter gibanju

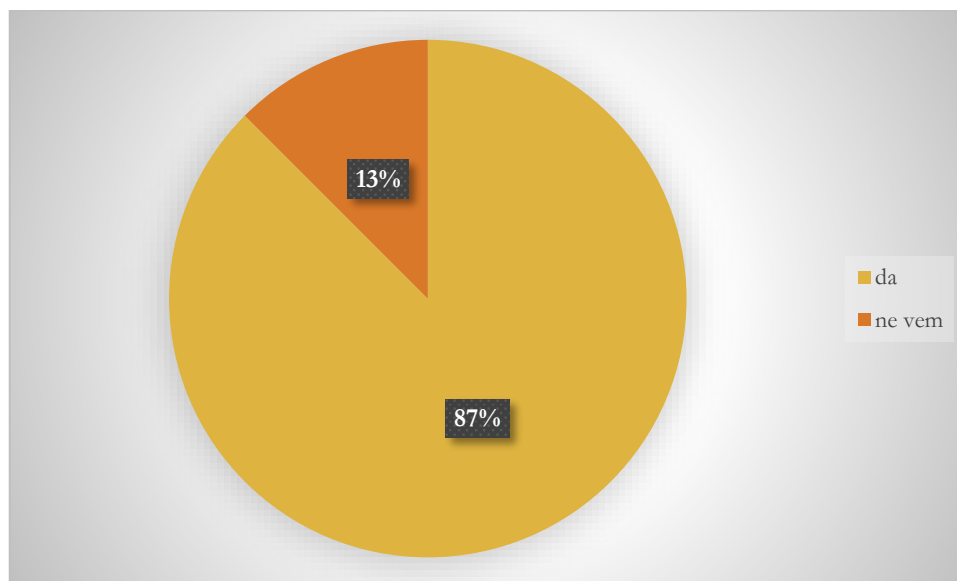
- menjava plenične podloge, večerna toaleta
- pridobitev in namestitvev pomagal, ki pacientom omogočajo večjo samostojnost v domačem okolju
- storitve, namenjene pomoči pri opravljanju podpornih dnevnih opravil, vključno s storitvami socialnega vključevanja (podporna oskrba),
 - pomoč pri organizaciji prevozov po opravkih oz. do ambulante ali na spec. preglede.
 - hišna in gospodinjska opravila (*pospravljanje, čiščenje, skrb za perilo – pranje, likanje*)
 - nakupovanje osnovnih življenjskih potrebščin (*oskerba s prebrano*);
 - priprava in postrežba obrokov (*dostava obrokov*,
 - pomoč pri opravljanju bančnih poslov (*sistem plačevanja računov*,
 - storitve socialnega vključevanja (*pomoč pri vzpostavitvi socialne mreže in mobilizaciji pacienta v lokalnem okolju; krepitev socialne mreže; pomoč, kot je projekt »Matija«; mobilna knjižnica; vključevanje prostovoljcev za pomoč in družabništvo; povezovanje s svojci; duhovna, duševna in socialna oskerba*)

Rehabilitacijo in preventivne programe, ki so tudi del storitev dolgotrajne oskrbe, izvajalci patronažnega varstva niso posebej izpostavljali.

VKLJUČEVANJE NEFORMALNIH OSKRBOVALCEV

Izvajalci patronažnega varstva so tudi mnenja, da je neformalna pomoč potreben sestavni del dejavnosti dolgotrajne oskrbe (14 izvajalcev se s tem popolnoma strinja, medtem ko 2 izvajalca o tem nista najbolj prepričana).

SLIKA 6: NEFORMALNA POMOČ – SESTAVNI DEL DEJAVNOSTI DOLGOTRAJNE OSKRBE



Zanimalo nas je, kaj po njihovi oceni **potrebujejo neformalni oskrbovalci, da izvajanje oskrbe ne bo imelo negativnih učinkov na njihovo kakovost življenja.**

Izvajalci so se **osredotočili na profil ljudi, ki bi bil primeren za opravljanje neformalne oskrbe, ter podporo, ki jim je potrebno zagotoviti za opravljanje neformalne oskrbe.**

Ljudje, ki izvajajo neformalno oskrbo, morajo imeti:

- **Ustrezno izobrazbo/znanja – »...ki jim bo nudila podporo pri delu«**

- **Določene lastnosti** (npr. empatičnost, komunikativnost) – *»izbira predvsem med ljudmi, ki imajo za takšno delo empatijo«*
- **Nadzor** (*»stalno spremljanje njihovega dela«*; *»...bo pomenilo za uporabnika dolgotrajne oskrbe visoko mero varnosti«*)
- **Vzpostaviti register »neformalnih sodelavcev«**, ki mora biti časovno reguliran in dostopen

Podpora, ki naj bi bila zagotovljena neformalnim oskrbovalcem:

- Možnost izobraževanja (*»edukacija s strani zdravstvenih delavcev, poučevanje o negi in pomoči bolnih oseb«, »Edukacijo glede obravnave kroničnih bolezni«*)
- Socialno varnost
- Pravico do prostega časa in dopusta (*»...občasna razbremenitev s strani prostovoljcev ali nadomestnih oskrbovalcev«*)
- Psihično in duhovno podporo
- Finančna podpora
- Informacijska podpora (*»Dosegljiva št. za vprašanja in pomoč«*)

»Neformalni oskrbovalci potrebujejo nekatera znanja v zvezi z izvajanjem oskrbe (poznati morajo posebnosti tega starostnega obdobja, varovanje osebnih podatkov, način komunikacije, ohranjanje svoje integritete, preprečevanje izgorelosti-velja tudi in predvsem za svoje«.

»Neformalni oskrbovalci bi morali imeti osnovna znanja o tem kakšno delo bodo opravljali, kajti to delo zahteva predanost, etične norme in predvsem sposobnost empatije, saj brez tega ne moreš delati z ljudmi. Kadar je človek pripravljen na delo z ljudmi mu to ne predstavlja težave.«

Izvajalci so poudarili, da je pomembno tudi dobro sodelovanje neformalnih izvajalcev z drugimi službami, ki izvajajo storitve dolgotrajne oskrbe. Vprašali smo jih, **kako zagotoviti aktivno vlogo neformalnih izvajalcev pri kombinaciji izvajanja formalne in neformalne oskrbe.**

Njihovi opisne odgovori smo strnili v nekaj ključnih poudarkov:

- zagotoviti jim je treba ustrezno izobraževanje, ki mora biti kontinuirano;
- omogočiti njihovo sodelovanje na timskih sestankih/srečanjih; tesno sodelovanje z vsemi izvajalci; dobra medsebojna komunikacija in koordinacija;
- vodenje evidence o neformalnih izvajalcih;
- ustrezna motivacija pri primernih kandidatih;
- izvajanje nadzora nad izvajanjem;
- zagotoviti ustrezno pomoč/podporo, da ne pride do izgorevanja; imeti morajo možnost počitka, dopusta in preživljanja prostega časa, ki je namenjen njim samim in takrat jim formalni izvajalci dolgotrajne oskrbe bolj intenzivno priskočijo na pomoč;
- povezovanje med samimi neformalnimi oskrbovalci (društva, kot je npr. Spominčica) oz. vzpostavitev mreže neformalnih oskrbovalcev po posameznih področjih, da ne bi prihajalo do izkoriščanja varovancev;
- sodelovanje s srednjimi šolami, da bi zainteresirani dijaki opravljali dela v sklopi kakšnih izbirnih vsebin;
- razmisliti tudi, kako jim dati za njihovo delo formalno ali neformalno zahvalo.

Vključevanje različnih deležnikov v dejavnost dolgotrajne oskrbe sta lepo povzeli dve izvajalki:

»Potrebna in pomembna bo podrobna razmejitev izvajanja storitev dolgotrajne oskrbe glede na izvajalca in njegovo strokovno usposobljenost in kompetence. Načrt ugotavljanja, načrtovanja in izvajanja storitev dolgotrajne oskrbe naj bo v delokrogu koordinatorja, ki izvaja tudi nadzor nad izvedenim delom.«

»Skupno definiranje potreb, planiranje, dogovarjanje, podpora neformalni oskrbi z rednimi obiski po dogovoru.«

Opozorili so tudi, da je *»Finančni vidik vedno motiv tudi ljudem, ki ne opravljajo tega dela iz altruističnih in osebnostnih prepričanj in ljubezni do svojca. V takšnih primerih je toliko bolj pomembna vključitev patronažne in socialne službe, ki lahko obenem ugotavljata morebitne nepravilnosti in motivirata za kakovostno oskrbo tudi v bodoče.«*

DOBRE PRAKSE IN POBUDE

Predstavniki patronažnih služb so navedli različne dobre prakse, ki se izvajajo v njihovih občinah/lokalnih okoljih, npr.:

- Dobro sodelovanje z drugimi izvajalci (formalnimi) in NVO-ji
 - »Primer dobre prakse je dobro sodelovanje z Zavodom za pomoč in nego na domu Jutro.«*
 - »Medsebojna prostovoljska pomoč v okviru društev upokojencev, pomoč starejšim in bolnim v okviru župnij«*
 - »Sodelovanje s prostovoljci društva Hospic«*
- Dobra organiziranost v preteklosti:
 - »Kot primer dobre prakse vidimo organiziranost Patronažnega varstva Maribor v sredini osemdesetih let. Na določenem terenskem področju je delovala takrat še višja medicinska sestra kot terenska patronažna medicinska sestra, ki je imela vlogo koordinatorja, zahtevne postopke in posege je izvajala sama, določene posege in postopke je predala(po strokovni presoji) zdravstvenemu tehniku oz. srednji medicinski sestri, bolničarju postopke osebne higiene. Gospodinje so izvajale gospodinjsko pomoč.«*
- Dobra organiziranost danes:
 - »Pogosto izve za tovrstne potrebe in stiske prva patronažna med. sestra. Seznanim jih z možnostjo pomoči na domu, posredujem kontakt, če bi imela možnost, bi jim zagotovila in organizirala pomoč takoj, naša prednost je tudi, da dobro poznamo svoje varovance, okolje in razmere v katerih živijo, vstopamo v družine v vseh njenih življenjskih obdobjih, in ljudje nam zaupajo.«*

Za delo v prihodnje (pobude) patronažne službe navajajo naslednje:

- zagotoviti ustrezno **financiranje**:
 - »Vsi, ki že dolgo let opravljamo delo na terenu vidimo da je največji problem pomanjkanje denarja s katerim bi plačali ljudi, ki bi opravljali vse potrebne storitve.«*
- Zagotoviti **redno srečevanje vseh izvajalcev/vzpostaviti koordinacijo**
 - »Redna srečanja vseh, ki se srečujemo pri delu z našimi pacienti in njihovimi družinami, sprotno obveščanje z ene in druge strani o poslabšanih zdravstvenega stanja ali o pobolšanju ...«*

»Tedenski ali mesečni timski sestanki in kontinuirano sodelovanje vseh sodelujočih.«

- **Seznanjanje lokalne skupnosti** o izzivih, ki jih prinaša starajoča se družba in o **težavah**, s katerimi se **soočajo v lokalnem okolju**
»Seznanjanje lokalne skupnosti o boleznih in zdravstveno negovalnih odstopanjih, ki so pogostejši v starosti (predavanja o demenci, posebnostih antikoagulantne terapije, ustrezen dietno higienski režim pri določenih obolenjih, težave z lokomotornim sistemom v starosti,...) mlajšo, še aktivno populacijo pripravljati na posebnosti staranja patronažna medicinska sestra redno mesečno na sedežu njene mestne četrti ali krajevne skupnosti.«
- **Kadrovska okrepitev** določenih profilov (socialne oskrbovalke)
»Sodelovanje z socialnimi oskrbovalkami je že sedaj solidno, le premalo jih je, zato so njihove usluge kratke in res najbolj osnovne.«

SKLEPI IN ZAKLJUČKI

V zadnjih letih se veliko ukvarjamo z izzivi starajoče se družbe, veliko beremo o hitro naraščajočih demografskih spremembah, o podaljševanju pričakovane življenjske dobe, upadu števila rojstev, o posledičnem zmanjševanju deleža delovno aktivnega prebivalstva ter na drugi strani povečevanju deleža starejših. Staranje prebivalstva je na eni strani pokazatelj družbenega napredka, na drugi strani pa predstavlja predvsem finančni izziv, ki zahteva določene spremembe in rešitve in s katerim se bo treba aktivno spopasti ter vzpostaviti nove mehanizme socialne varnosti ter nove organizacijske oblike in načine zagotavljanja skrbi za starejše, in sicer tako na nacionalni ravni, kot tudi na lokalnih ravneh.

Dobre prakse, identificirane tekom izvajanja projekta AHA.SI, so pokazale, da je povezovanje izvajalcev dolgotrajne oskrbe, ki delujejo na različnih področjih in v okviru različnih institucij (formalnih in neformalnih) ključno, na ta način pa bi dosegli večjo učinkovitost in uspešnost njihovega dela; večje pa bi bilo tudi zadovoljstvo med prejemniki storitev dolgotrajne oskrbe in njihovimi svojci.

Izvajalci patronažnega varstva (patronažno varstvo je organizirano kot samostojna služba ali organizacijska enota osnovnega zdravstvenega varstva v zdravstvenih domovih), so izjemno pomemben člen na področju izvajanja storitev dolgotrajne oskrbe, hkrati pa bi bila po njihovi oceni vloga patronažnega varstva bistveno širša, kot je danes. Patronažno varstvo bi lahko prevzelo koordinacijo vseh oblik pomoči starejšim v lokalnem okolju, ugotavljali in definirali bi potrebe upravičencev, izvajali bi nadzor nad izvajanjem storitev, nudili pomoč neformalnim oskrbovalcem.

Prednost patronažne medicinske sestre pa je tudi v tem, »da dobro poznamo svoje varovance, okolje in razmere v katerih živijo, vstopamo v družine v vseh njenih življenjskih obdobjih, in ljudje nam zaupajo.«