

## Prenova procesov dolgotrajne oskrbe v domačem okolju

Marija Milavec Kapun\*

Univerza v Ljubljani, Zdravstvena pot 5, 1000 Ljubljana, Slovenija  
marija.milavec@zf.uni-lj.si

Rok Drnovšek

Univerzitetni klinični center Ljubljana, Zaloška 7, 1000 Ljubljana, Slovenija  
rok.drnovsek@kclj.si

### Povzetek:

**Raziskovalno vprašanje (RV):** Kakšne so možnosti za integracijo procesov dolgotrajne oskrbe in kakšne so posledice za oskrbo starejših oseb v domačem okolju?

**Namen:** Raziskati možnosti za izboljšanje kakovosti in uspešnosti dolgotrajne oskrbe v domačem okolju z osredinjenostjo na prejemnika storitev. Cilj je analizirati obstoječe procese teh storitev, ki jih izvajajo formalni izvajalci. Prav tako na osnovi popisa procesov in analize oblikovati predloge za integracijo procesov ter podati hipotetično oceno učinkovitosti prenovljenega procesa.

**Metoda:** Narejen je predlog modela prenovljenega procesa dolgotrajne oskrbe z uporabo eEPC pristopa k modeliranju procesov.

**Rezultati:** Narejen je popis procesov za pomoč na domu in patronažno varstvo. Oblikovan je predlog prenovljenega procesa dolgotrajne oskrbe oseb v domačem okolju, ki vključuje tudi nekatere ključne usmeritve novega zakona na področju dolgotrajne oskrbe. Z integracijo in prenovo procesov se je zmanjšalo število začetnih in zaključnih dogodkov in dogodkov v procesu, število aktivnosti in odločitev. Ocena finančnega učinka integracije procesov oskrbe je narejena hipotetičnem primeru. Stroški oskrbe bi bili nižji skoraj za 20 %, število delovnih ur formalnih izvajalcev pa bi se zmanjšalo za 7 ur na mesec.

**Organizacija:** Z integracijo storitev oskrbe oseb v domačem okolju in prenovo procesov je možno dosežati višjo kakovost storitev, optimizacijo kadrovskih virov in večjo stroškovno učinkovitost.

**Družba:** S sistematičnim proučevanjem procesov dolgotrajne oskrbe, integracije in optimizacije se lahko zagotavlja kakovostna in kontinuirana oskrba, ki podpira samostojnost posameznika pri skrbi zase. To lahko pozitivno vpliva na kakovost življenja prejemnikov oskrbe in laičnih oskrbovalcev. Prenovljen proces lahko pozitivno vpliva na družbene izdatke.

**Originalnost:** Po našem najboljšem vedenju do sedaj ni bil narejen popis procesov v patronažnem varstvu ali v pomoči na domu. Z implementacijo Zakona o dolgotrajni oskrbi v domačem okolju se bo lahko predlog procesa dolgotrajne oskrbe preverjal in smiselno dopolnjeval.

**Omejitve/nadaljnje raziskovanje:** Model še ni preizkušen v praksi. S testiranjem in uporabo se bodo lahko razkrile pomanjkljivosti prenovljenega procesa. Njegovo kontinuirano nadgrajevanje, osnovano tudi na raziskovanju posameznih elementov modela procesa, bo lahko zagotavljalo dolgoročno uspešnost modela procesa. Za to je pomembno nadaljnje proučevanje dejanskih finančnih in drugih učinkov predlaganega modela procesa prek strukturnih kazalnikov učinkovitosti prenove procesa.

**Ključne besede:** dolgotrajna oskrba, starejši odrasli, pomoč na domu, patronažno varstvo, prenova procesov, integracija.

## 1 Uvod

Razvite družbe se soočajo s problematiko staranja prebivalstva. Povečuje se predvsem delež oseb, starejših od 80 let, in s tem stroški dolgotrajne oskrbe (DO) (He et al., 2016; Vogelsang et al., 2019; Xu & Chen, 2019). Tudi v Sloveniji delež starejših intenzivno narašča. V zadnji polovici leta 2021 je bilo starejših od 65 let 20,9 % prebivalcev in 5,5 % starejših od 80 let (Statistični urad Republike Slovenije, 2021). S staranjem prihaja do upada fizične moči posameznikov, kar slabša njihovo sposobnost samooskrbe. Večja prisotnost predvsem kroničnih zdravstvenih težav, tudi multimorbidnosti in posledične polifarmacije, s tem tudi slabše fizične zmožnosti, lahko vodijo v manjšanje socialne mreže in slabšanje psihofizičnega počutja.

Zaradi aktualnih demografskih sprememb in modernega načina življenja vedno več starejših oseb živi samih, kar pomeni odsotnost laičnih oskrbovalcev. Zagotavljanje formalnih storitev DO zato postaja pomembna naloga sodobnih družb.

V Sloveniji se področje DO sistemsko ureja s sprejetim zakonom v decembru 2021. Izvajanje DO v domačem okolju se bo skladno z zakonom pričelo 1. 7. 2024 (Zakon o dolgotrajni oskrbi, 2021). Storitve DO se do takrat izvajajo v ločenih sistemih socialne varnosti, ki jih ureja desetih področnih zakonskih in podzakonskih aktov (Nagode et al., 2014). V izvajanje DO na domu se vključujejo laični (npr. prostovoljci, svojci) in strokovni izvajalci s področja zdravstva in socialnega varstva.

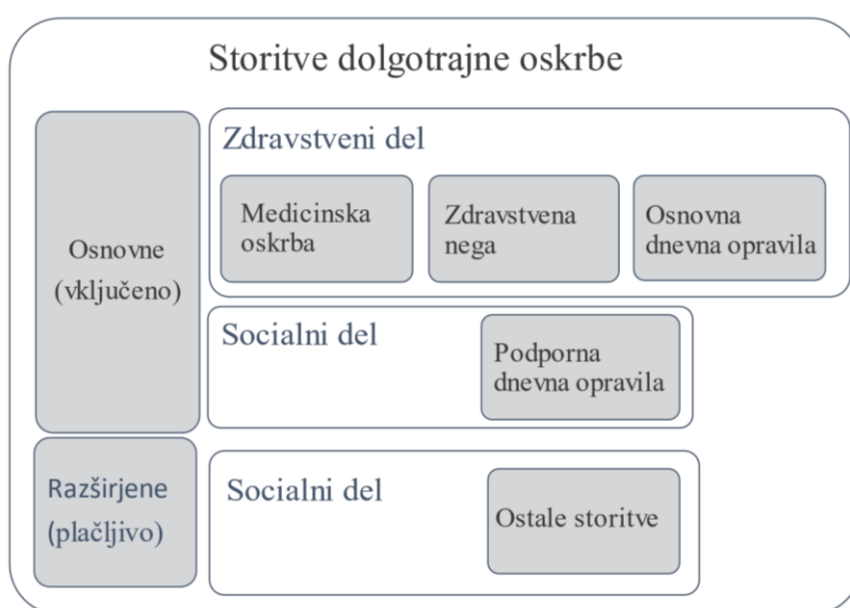
Cilj zdravstvenega in socialnega varstva mora biti večanje prilagodljivosti sistemov oskrbe, glede na potrebe ljudi, vrednote in tudi želje. Boljše prilagajanje sistemov oskrbe lahko izvajalcem omogoči, da se na potrebe ljudi odzovejo na različne načine, kar omogoča večjo individualizacijo oskrbe (Bridges et al., 2019). Z namenom boljšega in finančno učinkovitejšega prilagajanja storitev je smiselno raziskati procese DO in oblikovati možnosti za optimizacijo.

## 2 Teoretična izhodišča

Prvi slovenski zakon na področju DO opredeljuje to kot niz ukrepov, storitev in aktivnosti, namenjenih osebam, ki so zaradi posledic bolezni, starostne oslabelosti, poškodb, invalidnosti, pomanjkanja ali izgube intelektualnih sposobnosti v daljšem časovnem obdobju, ki ni krajše od treh mesecev, ali trajno odvisne od pomoči drugih oseb pri dnevnih opravilih (Zakon o dolgotrajni oskrbi, 2021). Aktualni zakon navaja, da se DO lahko izvaja v instituciji ali na domu. Poleg nezadostnega števila institucij za namestitve oseb, ki potrebujejo pomoč pri dnevnih opravilih, sta argumenta za spodbujanje DO na domu tudi preferenca starejših oseb za staranje v domačem okolju in njihova močna navezanost na domače okolje (Hvalič Touzery, 2007; Kerbler et al., 2017).

Potrebe oseb, vključenih v DO, lahko definiramo v okviru primanjkljaja na področju osnovnih dnevnih opravil (ODO) in na področju podpornih dnevnih opravil (PDO). PDO so tiste aktivnosti, ki posamezniku omogočajo neodvisno življenje znotraj skupnosti in so npr. kuhanje, čiščenje, pranje perila in urejanje administrativnih zadev. ODO pa zajema aktivnosti, ki so nujno potrebne za funkcionalno življenje, primanjkljaj v njihovem samostojnem izvajanju pa je največkrat razlog za iskanje strokovne pomoči ali koriščenje institucionalnih storitev (Guo & Sapra, 2020).

Sistem zdravstvenih računov (OECD et al., 2017) deli storitve, ki so zagotovljene v okviru DO, na zdravstveni in socialni del (Slika 1). Dokument navaja, da se storitve, usmerjene v podporo, pri ODO izvajajo v okviru zdravstvenega dela DO. PDO pa se zagotavlja s strani socialnega varstva, prav tako dodatne storitve (razširjeni program), ki pa jih plača prejemnik storitve.



Slika 1. Razmejitev dolgotrajne oskrbe. Povzeto po *System of Health Accounts 2011*, OECD et al., 2017, str. 92.

V slovenskem okolju se formalne storitve DO v domačem okolju v večini zagotavljajo v okviru patronažnega varstva (zdravstvo) in pomoči na domu z izvajanjem socialne oskrbe.

Patronažno varstvo je del primarne ravni zdravstva. Nosilec dejavnosti in izvajalec v patronažnem varstvu je medicinska sestra (PMS), ki je zaključila najmanj visokošolski strokovni študij zdravstvene nege (Kramar & Bregar, 2021) in deluje na terenu, predvsem na domovih posameznikov in družin. Patronažno varstvo je lahko organizirano kot samostojna služba ali kot organizacijska enota osnovnega zdravstvenega varstva v zdravstvenih domovih (Zakon o zdravstveni dejavnosti, 2005; Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, 2021). V javno mrežo izvajalcev, ki je geografsko opredeljena, so vključeni tudi zasebni izvajalci s koncesijo (Albreht et al., 2016). Naloga PMS je tako preventivna kot kurativna zdravstveno-socialna obravnava posameznika, družine in skupnosti (Krajnc, 2016). Cilji patronažne dejavnosti so telesno, duševno, duhovno in socialno zdravje ter dobro počutje

subjektov obravnave v socialnem in ekološkem okolju; ohranjeno in izboljšano zdravje; zdrav način življenja; zdravo in izboljšano okolje; povečan človekov potencial za samooskrbo in spodbujanje sosedске pomoči. S tem se želi doseči zmanjšano zbolevanje; preprečiti ali zmanjšati posledice bolezni in dejavnike tveganja ter prepoznati človekove telesne, duševne, duhovne, kulturne in socialne potrebe v času zdravja in bolezni, človekove nezmožnosti in umiranja (Šušteršič, Rajkovič, & Kljajić, 2000; Zavrl Džananović, 2016).

Socialna oskrba na domu je po Zakonu o socialnem varstvu (2019) ena izmed oblik pomoči družini na domu, namenjena osebam, ki imajo zagotovljene bivalne in druge pogoje za življenje v svojem bivalnem okolju, vendar se zaradi starosti, hude invalidnosti, kroničnih nenalezljivih 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. Gre za različne organizirane oblike praktične pomoči na domu, s katerimi se osebam vsaj za določen čas nadomesti institucionalno varstvo v zavodu, v drugi organizirani obliki ali družini (Lebar et al., 2017). Del te storitve je socialna oskrba na domu, ki obsega več sklopov opravil (Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev, 2021). Sklop A je pomoč pri ODO: pomoč pri oblačenju ali slačenju, pri umivanju, hranjenju, opravljanju osnovnih življenjskih potreb ter vzdrževanje in nega osebnih ortopedskih pripomočkov. Sklop B vključuje gospodinjstvo pomoč: skrb za obroke in osnovno čiščenje bivalnega prostora. Sklop C vsebuje storitve pomoči pri ohranjanju socialnih stikov: vzpostavljanje socialne mreže, spremstvo pri opravljanju nujnih obveznosti, informiranje ustanov o stanju in potrebah osebe in priprava na institucionalno varstvo. Izvajalci socialne oskrbe so socialni oskrbovalci, ki po najmanj končani osnovi šoli opravijo še nacionalno poklicno kvalifikacijo za socialnega oskrbovalca.

V okviru Zakona o dolgotrajni oskrbi (2021) se predvideva, da se za izvajanje storitev DO sklene pogodba z enim izvajalcem (42. člen), če je izvajalec DO oskrbovalec družinskega člana ali koristi denarni prejemek. Izvajalci so po zakonu lahko (57. člen): javni zavodi ali druge pravne in fizične osebe, ki samostojno opravljajo dejavnost. DO na domu vključuje pomoč pri ODO (izvajalec ima najmanj izobrazbo socialnega oskrbovalca) in PDO (zaključena najmanj osnovna šola), zdravstveno nego, vezano na ODO (izvajanje skladno s kompetencami), ter storitve za krepitev in ohranjanje samostojnosti (socialni delavec, delovni terapevt, fizioterapevt itd.) (14., 58. in 59. člen). Koordinator DO pa ima zaključeno najmanj prvo stopnjo študija s področja zdravstva, socialne gerontologije ali socialnega dela (65. člen).

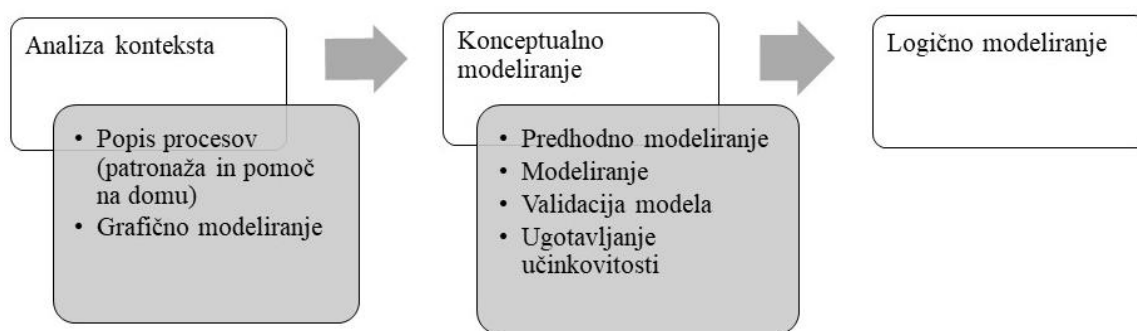
Za vzpostavitev vzdržnega, kakovostnega in na osebo osredinjenega sistema storitev integrirane DO, ki bo vključeval usklajeno delovanje vseh sektorjev na nacionalnem in lokalnem nivoju, sodelovanje med izvajalci in ustrezno razporeditev odgovornosti med njimi (Črnak Meglič et al., 2014), je treba zagotoviti tudi integracijo procesov. Obstoječa organizacija DO izvajalcev ne povezuje, temelji pa na različnih strokovnih (zdravstvo in socialno varstvo) ter pravnih osnovah, kar se deloma rešuje z novo zakonodajo.

Namen raziskave je ugotoviti možnosti za izboljšanje kakovosti in uspešnosti DO v domačem okolju z osredinjenostjo na osebo. Cilja raziskave sta analizirati obstoječe procese storitev za

osebe, ki potrebujejo pomoč pri dnevnih opravilih in bivajo v domačem okolju, ter na osnovi rezultatov analize oblikovati predlog modela procesa integrirane DO. Pri tem smo ugotavljali, kateri procesi oskrbe oseb, glede na obstoječo organiziranost zagotavljanja oskrbe, tečejo vzporedno ali se podvajajo, in poiskati možnosti za integracijo obstoječih procesov DO, s tem utemeljiti prednosti integracije DO za paciente, njihove družine, okolje in družbo ter podati nekatere ocene učinkovitosti in uspešnosti predlaganega modela, ki bi se lahko implementiral v izvajanje v okviru pravnih podlag nove zakonodaje.

### 3 Metoda

Prenova procesov je potekala v skladu z metodologijo modeliranja procesov v zdravstvu do druge faze (Ferrante et al., 2016). Tretja faza, ki je logično modeliranje in vključuje implementacijo, ni bila izvedena. Potek raziskave prikazuje Slika 2.



Slika 2. Model raziskave

Izdelali smo popis obstoječih procesov oskrbe pacientov v domačem okolju v okviru socialnega in zdravstvenega varstva. S ciljem validacije ustreznosti popisa obstoječih procesov smo k sodelovanju povabili različne strokovnjake, s katerimi smo se individualno srečali in skupaj dopolnili popis posameznih procesov. Vključene so bile vodje in izvajalke storitev v patronažnem varstvu (tri PMS, zaposlene v Zdravstvenem domu Ljubljana, PMS zasebnica, ki deluje v Osrednji Sloveniji), koordinatorke pomoči na domu (dve socialni delavki: ena na območju Ljubljane in ena iz primestnega območja Ljubljane) ter štiri izvajalke socialne oskrbe na območju Škofje Loke, Ljubljane in predmestja Ljubljane. Cilj te aktivnosti je bil celovit popis obstoječih procesov, ki temelji na konsenzu vključenih strokovnjakov. Srečanja so potekala od aprila do avgusta 2015 ter v juliju 2019.

Na osnovi popisa obstoječih procesov smo izvedli analizo obstoječih procesov in nato oblikovali predlog modela integrirane DO osebe v domačem okolju. Pri tem smo upoštevali tudi novo zakonodajo na področju DO. Vsak gradnik novega procesa smo ustrezno poimenovali, določili povezave, zaporedje dogodkov in aktivnosti ter pri tem uporabili logične operatorje. Pri gradnji modela smo upoštevali priporočila za modeliranje procesov 7G (Mendling et al., 2010).

Za modeliranje procesov je bil uporabljen EPC jezik, ki je prevladujoče orodje za modeliranje poslovnih procesov (EPC standard, 2017; Karhof et al., 2016). K modeliranju smo pristopili z uporabo razširjene oblike procesnega modela (extended Event-driven Process Chain – eEPC), ki omogoča natančen zapis zaporedij dogodkov, povezav in aktivnosti. Vključuje tudi evidentiranje drugih gradnikov procesa (organizacijske enote, informacijska podpora itd.) in podrobnejšo razgradnjo posamezne funkcije (EPC standard, 2021). Za to smo uporabili program ARIS Express 2.4e (ARIS Community, n. d.).

Uspešnost prenove procesov smo ugotavljali s pomočjo izbranih strukturnih kazalnikov. Osredotočili smo se na nekatere ključne indikatorje poteka procesa (Urh et al., 2018, 2019). Pri oceni učinkovitosti predlaganega modela smo upoštevali tudi finančni vidik, ki je poleg kakovosti, časa, prilagodljivosti, zanesljivosti, zadovoljstva strank in človeških virov eden izmed indikatorjev za oceno uspešnosti prenove procesov. Vključuje tako material kot stroške dela (Vujica Hercog, 2010).

## **4 Rezultati**

### **4.1 Popis procesa kurativne obravnave v patronažnem varstvu**

Začetek procesa kurativne obravnave oseb v patronažnem varstvu se začne z identifikacijo potreb po izvajanju kurativne obravnave v domačem okolju. Informacija o potrebah osebe je posredovana v ambulantno družinske medicine (ADM). Informacijo lahko zdravnik pridobi ob obravnavi/stiku z osebo in/ali njegovimi svojci, iz zdravstvenih ustanov, kjer je bila oseba obravnavana, ali s strani PMS. Patronažna služba prejme informacijo o potrebah po storitvah z delovnim nalogom, ki ga izda osebni oziroma lečeči zdravnik in je del diagnostično-terapevtskega načrta obravnavane osebe.

Po prejemu delovnega naloga vodja patronažne službe dodeli delovni nalog področni PMS ali njeni namestnici. Sledi priprava PMS na izvedbo patronažnega obiska, ki vključuje pripravo materiala in zbiranje dodatnih informacij o pacientu. PMS izvede prvi patronažni obisk. Ob patronažnem obisku naredi z osebo in/ali družino celostno oceno stanja, kar PMS opredeli v obliki negovalnih diagnoz. Sledi načrtovanje storitev zdravstvene nege. Oblikovan načrt zajema intervencije zdravstvene nege v sklopu posameznih patronažnih obiskov. V izvajanje načrtovanih storitev se lahko vključujejo tudi drugi člani negovalnega tima (npr. tehnik zdravstvene nege). PMS poleg vrednotenja izvedenih storitev ugotavlja tudi doseganje ciljev v skladu z načrtom zdravstvene nege. O spremembah zdravstvenega stanja obvešča zdravnika, ki lahko spremeni obseg in vrsto storitev zdravstvene nege. Proces obravnave v patronažnem varstvu se zaključi, ko so doseženi cilji ali oseba iz različnih razlogov storitev ne potrebuje več (odhod v bolnišnico ali v institucionalno varstvo ipd.).

Izvedene storitve se sproti dokumentirajo, najprej v pisni obliki na terenu, nato pa se v zdravstveni instituciji vnesejo podatki še v informacijski sistem, in v pisni obliki v Patronažni karton družine in v List bolnika (oziroma interni dokument). Na osnovi evidentiranih storitev

se oblikujejo statistična poročila in obračun storitev za plačnika (to je običajno Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije).

#### **4.2 Popis procesa storitev pomoč na domu**

Pomoč na domu se začne izvajati na prošnjo osebe ali njegovih svojcev, ko se pojavi potreba oziroma upravičenost do storitev, glede na primanjkljaj v samostojnosti izvajanja ODO in/ali PDO. Informacijo o možnih storitvah lahko potencialni prejemnik storitev dobi od PMS, v zdravstvenih in socialnih organizacijah ali drugje. Za začetek mora oseba oziroma svojci/bližnji (plačnik) kontaktirati z izvajalcem storitev. Po vzpostavitvi kontakta ga koordinator obišče na domu, da preveri upravičenost do storitev (starost nad 65 let, prisotnost kronične bolezni, invalidnost) ter pogoje za delo socialnih oskrbovalcev. Sledi priprava osebnega načrta, ki vključuje določitev vrste, obsega in terminov izvajanja storitev, temu sledi oblikovanje pisnega dogovora o izvajanju storitev. S strani izvajalca pisni dogovor podpiše koordinator, z druge strani pa prejemnik ali svojci, ki poskrbijo tudi za plačilo izvedenih storitev v skladu s socialnim položajem. Po podpisu dogovora se oblikuje izvedbeni načrt izvajanja storitev.

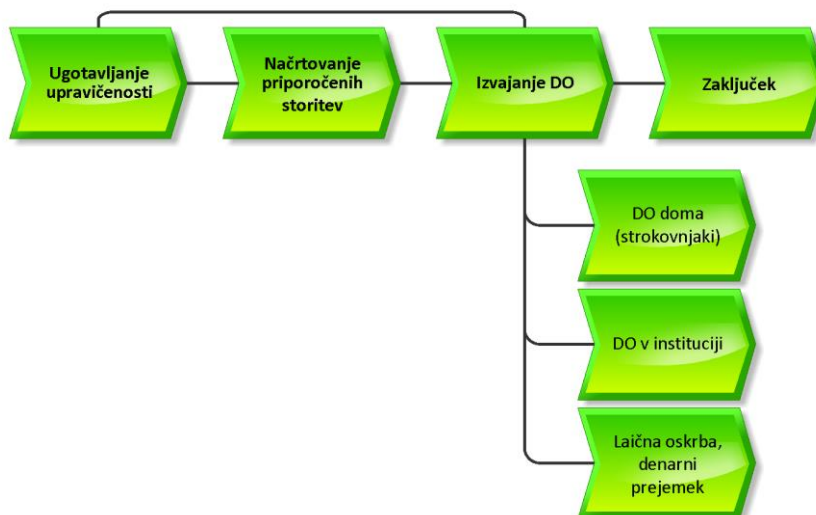
Sledi izvajanje dogovorjenega obsega storitev s strani socialnih oskrbovalcev. Vrsta in obseg storitev se izvaja, glede na izvedbeni načrt oziroma v skladu s potrebami in željami osebe in/ali svojcev. V primeru sprememb zdravstvenega stanja in/ali drugih sprememb življenjskih okoliščin, ki lahko vplivajo na vrsto in obseg storitev socialne oskrbe na domu, oseba sama, svojci ali socialni oskrbovalci te spremembe sporočijo koordinatorju. Ta potem obvešča ustrezne zdravstvene službe ter se dogovori za spremembo obsega in/ali vrste storitev. Koordinator se, glede na življenjsko situacijo osebe, lahko usmeri tudi v iskanje drugih ustrežnejših rešitev za izvajanje socialne oskrbe. Vzporedno z izvajanjem socialne oskrbe poteka nadzor nad storitvami s strani koordinatorja. Na osnovi evidenc izvedenih storitev, ki jih vodijo socialni oskrbovalci, se mesečno pripravi obračun storitev plačniku (oseba oziroma svojci in/ali občina). Izvajanje storitev se zaključi na željo osebe/svojcev ali če oseba ne potrebuje več pomoči.

#### **4.3 Predlog prenove procesa dolgotrajne oskrbe**

Na osnovi popisov in analize obeh procesov predlagamo prenovljen proces integrirane obravnave v DO osebe v domačem okolju. Glede na pridobljene podatke, se vsebinsko in organizacijsko delovanje različnih izvajalcev oskrbe oseb v domačem okolju deloma podvajajo. Storitve bi lahko pri istih osebah izvajali tako zdravstveni delavci kot tudi socialni oskrbovalci. Med izvajalci, ki prihajajo iz različnih sektorjev, ni ustrezne koordinacije, ni skupnega načrta in ciljev.

V prenovljenem procesu DO se proces začne na vstopni točki, kjer se ugotavlja upravičenost do storitev DO, glede na potrebe osebe po podpori pri ODO in PDO. Na osnovi ocene se izdelata načrt priporočenih storitev, do katerih je oseba upravičena na osnovi ocene. Če do teh storitev ni upravičena, se obravnava izven sistema DO (npr. socialni servis, tržne storitve). DO se lahko izvaja v instituciji ali v domačem okolju. V domačem okolju storitve lahko izvajajo strokovnjaki ali druge osebe. To je lahko oskrbovalec družinskega člana ali si oseba zagotovi

storitve na trgu s prejetim denarnim prejemkom. Pregled ključnih procesov DO je razviden iz Slike 3.

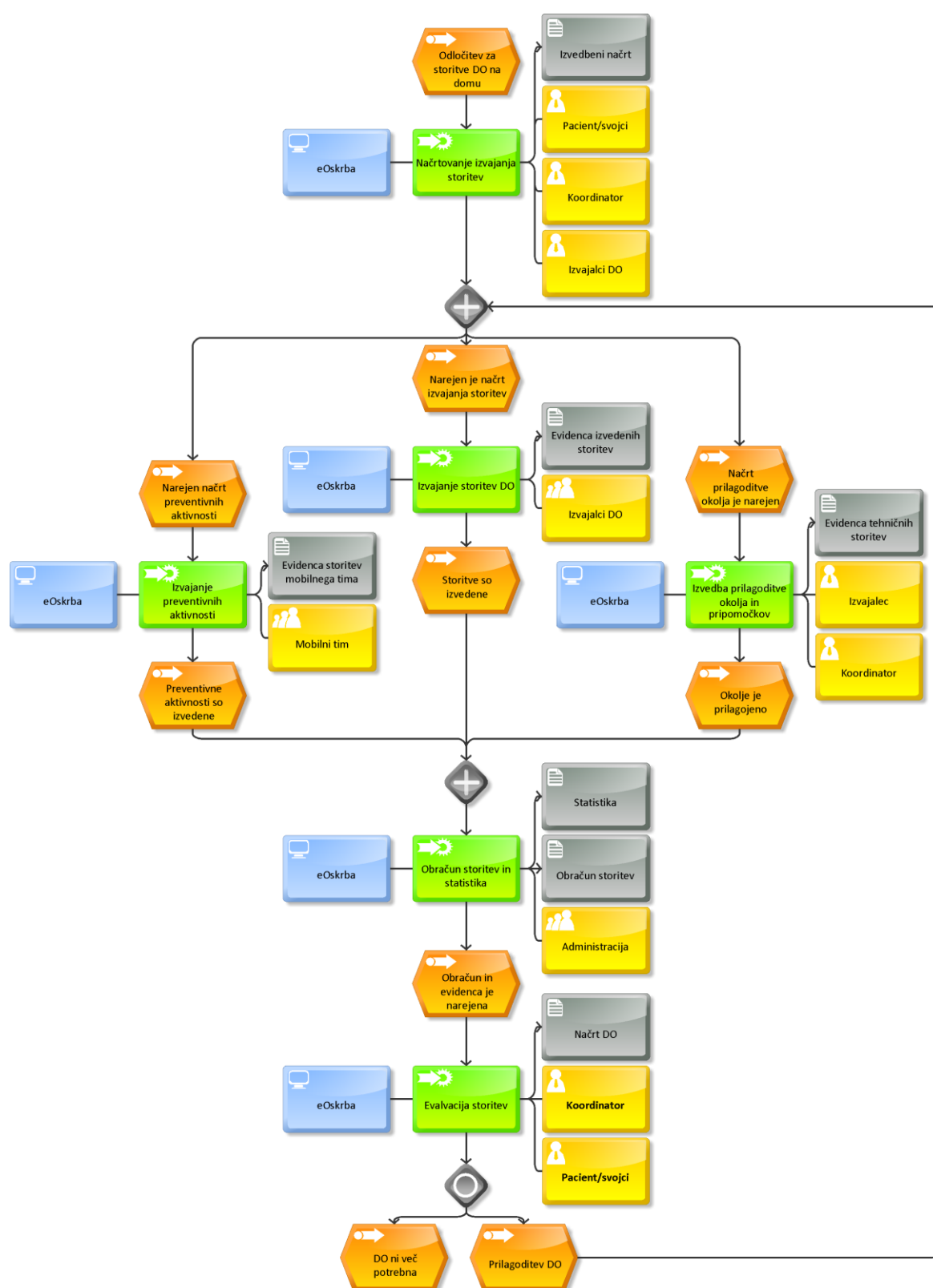


Slika 3. Pregled procesov v dolgotrajni oskrbi

V nadaljevanju podrobneje prikazujemo del procesa, ki prikazuje izvajanje DO v domačem okolju s strani strokovnih izvajalcev (Slika 4). Izhodišče za izdelavo modela procesa integrirane DO deloma predstavlja razpis za izvedbo pilotnih projektov DO (Ministrstvo za zdravje, 2020) in aktualni zakon na področju DO (Zakon o dolgotrajni oskrbi, 2021).

Na osnovi prejetega sklepa o upravičenosti odločitve za zagotavljanje DO na domu koordinator z osebo in/ali svojci naredi izvedbeni načrt storitev DO. Ta vsebuje tako prilagoditev okolja kot tudi preventivno dejavnost mobilnega tima. Vlogo koordinatorja lahko prevzame PMS, ki je že dejavna v skupnosti in je kompetentna za celostno obravnavo ljudi z zdravstvenimi težavami, ki so prevladujoč vzrok za odvisnost oseb pri dnevnih opravilih. Izvajalci storitev lahko izhajajo iz različnih pravnih statusov, zato je pomembno dobro načrtovanje storitev, oblikovanje skupnih ciljev, koordinacija izvajalcev, njihovo povezovanje in dopolnjevanje.





Slika 4. Predlog modela procesa integrirane dolgotrajne oskrbe na domu

Izvedene storitve tako izvajalcev preventivnih dejavnosti, prilagoditve okolja kot tudi izvajalcev pomoči osebi pri ODO in PDO so osnova za pripravo obračuna storitev in statistike.

Izvajalci podatke o izvedenih storitvah sproti evidentirajo s pomočjo informacijskega sistema DO. Koordinator v sodelovanju s prejemnikom storitev oziroma svojci po potrebi ali obdobjno evalvira storitve. Evalvacija izvedenih storitev je osnova za zaključek izvajanja storitev DO, če jih oseba več ne potrebuje zaradi različnih vzrokov (sprememba kraja bivanja pacienta, izboljšanje zdravstvenega stanja, smrt itd.). Lahko pa se storitve DO nadaljujejo po spremenjenem načrtu.

#### 4.4 Analiza učinkovitosti predlaganega modela

Za ugotavljanje učinkovitosti modela procesa DO smo izbrali in analizirali nekatere ključne indikatorje poteka procesa DO in njihovo število primerjali pred prenovo in po njej.

Tabela 1. Nekateri strukturni kazalniki učinkovitosti prenove procesa

Kazalnik	Pred prenovo	Po prenovi
Število začetnih dogodkov procesa	1 + 1	1
Število zaključnih in/ali ponornih dogodkov procesa	1 + 1	1
Število aktivnosti v procesu (funkcije in procesni vmesniki)	11 + 12	14
Število odločitev med izvajanjem procesa	5 + 3	2
Število dogodkov v procesu	16 + 18	22

Tabela 1 prikazuje posamezne strukturne kazalnike, število posameznega kazalnika pred prenovo in po njej. Iz Tabele 1 je razvidno, da se je po prenovi procesa zmanjšalo število aktivnosti, odločitev in dogodkov v procesu.

Finančni učinek prenove in integracije procesov DO z vidika stroškov dela prikazujemo na hipotetičnem primeru, ki ima golenjo razjedo in potrebuje pomoč pri dnevni opravi. Oseba prejema storitve pomoči na domu vsak delovnik (45 minut zjutraj in 30 minut v času kosila – pomoč pri osebni higieni, pomoč pri hranjenju (sklop A) in storitve iz sklopa C (ohranjanje socialnih stikov) ter oskrbo s strani patronažne službe trikrat tedensko (zdravstvena nega golenje razjede, kontrola zdravstvenega stanja). Cena storitev je bila pridobljena za leto 2016 iz končnega poročila o izvajanju pomoči na domu in je znašala 16,68 €/uro (Lebar et al., 2017). Za področje patronažnega varstva pa iz Splošnega dogovora za pogodbeno leto 2017 za kurativne storitve. Iz dokumenta je razvidno, da je bila konec leta 2016 urna postavka za storitve diplomirane medicinske sestre v patronažni dejavnosti 26,28 €/h in za tehnika zdravstvene nege 19,89 €/h (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2017).

Tabela 2. Ocena stroškov mesečne oskrbe pacienta pred prenovo procesov in po njej

Izvajalci	Cena (€/h)	Pred prenovo		Po prenovi	
		Število ur/mesec	Znesek	Število ur/mesec	Znesek
Socialni oskrbovalci	16,89	25	422,25 €	10	168,90 €
Diplomirane medicinske sestre	26,28	12	315,36 €	4	105,12 €
Tehniki zdravstvene nege	19,89	0	0,00 €	16	318,24 €
<b>Skupaj</b>		<b>37</b>	<b>737,61 €</b>	<b>30</b>	<b>592,26 €</b>

Tabela 2 prikazuje urno postavko po posameznih izvajalcih, predvideno število ur na mesec in mesečno po posameznih izvajalcih ter ocena mesečnega stroška oskrbe pred prenovo in po njej.

Predlog integracije storitev je bil narejen v smislu, da en izvajalec oskrbe z optimalnim obsegom kompetenc izvede vse storitve v skladu z načrtom oskrbe. Znesek oskrbe se s prenovo zniža za 145,35 €, število ur formalnih izvajalcev pa za 7. Optimizacija storitev DO je dosežena s tem, da tehnik zdravstvene nege ob jutranjem obisku osebo umije, ji oskrbi rano, da zdravila, izmeri vitalne funkcije in pomaga pri hranjenju v času zajtrka. Enkrat tedensko osebo obišče diplomirana medicinska sestra, ki lahko izvede enak obseg storitev kot tehnik zdravstvene nege. Poleg tega še oceni zdravstveno in socialno stanje osebe in svojcev, deluje preventivno, z osebo preveri načrt oskrbe in ga po potrebi prilagodi ter osebo spodbuja in opolnomoča za samooskrbo. V času kosila pa socialni oskrbovalec pomaga osebi pri hranjenju.

## 5 Razprava

Z naraščanjem deleža starejših se povečujejo tudi potrebe po različnih storitvah v domačem okolju, kjer želijo starostniki preživeti jesen življenja. Obstoječi izvajalci ne zmorejo več slediti naraščajočim potrebam starostnikov in njihovih družin. Njihova dejavnost ni strateško usmerjena, ampak se v skladu z zmožnostmi stihijsko odzivajo na naraščajoče potrebe starajoče populacije. Deloma se to rešuje z novo zakonodajo na področju DO. Trenutno strokovni in laični izvajalci se med seboj premalo usklajujejo in povezujejo. Organizacijo oskrbe najpogosteje prevzame kar oskrbovana oseba ali svojci v skladu z možnostmi in sposobnosti. S prenovljenim modelom procesa integrirane DO se podpira uspešna implementacija področnega zakona, s tem tudi celosten pristop k prejemniku storitev, transparentno delovanje in sodelovanje interdisciplinarnega tima ter posledično racionalizacija stroškov.

Glede na popis obstoječih procesov v Sloveniji, ni zagotovljenega celostnega in integriranega pristopa za obravnavo kompleksnih zdravstvenih in psihosocialnih stanj starostnikov (tudi invalidov in drugih oseb s kroničnim obolenjem) v domačem okolju. Obstoječa razdelitev storitev je lahko opredeljena s specifičnim strokovnim znanjem in pristopi strokovnjakov posameznih strokovnih disciplin. Z novo zakonodajo in razvijajočim se področjem DO se delovanje obstoječih strokovnjakov, ki delujejo na domovih ljudi, bistveno ne spreminja. Pričakuje se dopolnjevanje in zapolnjevanje vrzeli v storitvah za osebe, ki potrebujejo pomoč v vsakdanjem življenju. Izdelani model prenove procesa integrirane DO predstavlja prvi osnutek, ki se bo lahko skozi prakso nadgrajeval in dopolnjeval tudi s podprocesi.

Izvajalci socialne oskrbe v skladu s priporočili Sistema zdravstvenih računov (OECD et al., 2017) lahko izvajajo storitve pomoči pri ODO kot del socialne oskrbe v primeru, če potrebe po pomoči pri ODO niso prevladujoče. Glede na poročila o izvajanju pomoči na domu v Sloveniji, več kot polovica prejemnikov potrebuje pomoč pri ODO (Lebar et al., 2017). Na osnovi tega sklepamo, da ima večina težave pri izvajanju ODO zaradi slabega zdravja. Neustrezna razdelitev področja delovanja je razvidna iz stiske različnih vrst, ki so jo izpostavili nekateri koordinatorji pomoči na domu in socialni oskrbovalci vključeni v popis procesov. Navedli so, da jim »primanjkuje znanj s področja zdravstva«. Glede na podatke iz poročila o izvajanju pomoči na domu za leto 2016 zavzemajo velik delež storitev iz sklopa pomoč pri osebnih higieni (45 %) (Lebar et al., 2017). Socialni oskrbovalci, vključeni v popis procesov, povedo:

*»Pogledam in pokrijem tudi kakšno rano, če že umivam človeka.«* Prav tako zaznavajo potrebe po storitvah, ki jih ne smejo izvajati: *»S temi inzulinimi je vedno križ, ker jih ne smemo dajat, patronažna pa ne sme več prit, ker zavarovalnica ne plača [patronažnih obiskov]. Ljudem pa se trese roka in si ne morejo več sami dajat [injekcij].«* Dileme nastajajo tudi pri deljenju zdravil osebam, ki jih oskrbujejo socialni oskrbovalci in jih na terenu različno rešujejo. To se za osebe, ki bodo vključene v sistem DO (Zakon o dolgotrajni oskrbi, 2021) rešuje, za vse druge pa ostaja problem še vedno aktualen.

V aktualni zakonodaji (Zakon o dolgotrajni oskrbi, 2021) je predvideno, da koordinacijo storitev DO prevzame v prvi vrsti strokovnjak zdravstva. Zato je smiselno, da koordinacijo DO v domačem okolju prevzame PMS, ki že deluje na terenu, predvsem ko oseba potrebuje pomoč pri ODO, in sicer jo potrebuje zaradi zdravstvenih težav. Tako bi bilo zagotovljeno, da v dom vstopa en izvajalec z ustreznim obsegom kompetenc za izvedbo vseh storitev v načrtu DO, ki jih oseba in bližnji potrebujejo. S tem bi se dosegla večja optimizacija DO.

Prenova procesov zasleduje temeljne, vzajemno povezane cilje, kot so zmanjšanje stroškov, krajši čas obravnave, večja kakovost storitev itd. (Harika et al., 2020). Pri tem je pomembna prilagoditev procesov potrebam oseb, vključenih v DO (in svojcev), in njihova vključitev v proces oskrbe. Hkrati se zagotavlja transparentnost delovanja, izkorišča potencial vključenih akterjev in zagotovi uspešnost delovanja (ARIS, n. d.). Oblikovani predlog prenove procesa integrirane DO zagotavlja ustrezno koriščenje razpoložljivih oskrbovalcev. S tem se dosegajo optimalni rezultati oskrbe pacientov v domačem okolju.

Glede na analizo strukturnih kazalnikov je predlog prenovljenega procesa integrirane DO enostavnejši, njegova struktura je bolj jasna, ima le en začetni in en končni dogodek, vključuje manj dogodkov, aktivnosti in odločitev. Predvidevamo, da bodo z uporabo v praksi lahko identificirani dodatni elementi procesa.

Z izračunom stroškov oskrbe na hipotetičnem primeru, ki temelji na integraciji procesov v DO, smo prišli do 19,72 % nižjih stroškov oskrbe hipotetičnega pacienta za en mesec. Za 18,92 % manj ur prisotnosti formalnih oskrbovalcev bi lahko opredelili kot negativni vidik prenove procesa. Vendar se lahko del te prisotnosti nadomestiti z uporabo sodobnih komunikacijskih poti (npr. virtualni obisk strokovnjaka) in s spodbujanjem stikov z bližnjimi. Ni smiselno, da pomanjkanje osebnih stikov nadomeščajo strokovnjaki. Usmerjamo jih lahko v iskanje virov socialne opore v družini in z družabništvom v obliki prostovoljstva in s spodbujanjem gradnje in vzdrževanja socialnih omrežij starostnikov, ker sta osamljenost in socialna izolacija povezana z večjim pojavom srčno-žilnih dogodkov (Bu et al., 2020), ki so najpogostejši vzrok smrti. Prav tako se povezujeta s povišanim krvnim tlakom, holesterolom in glukozo v krvi, kar prispeva k pojavu in slabšanju prisotnih kroničnih bolezni (Christiansen et al., 2021). S tem se stroki socialnega varstva daje priložnost za oblikovanje storitev socialne preventive, predvsem v smeri krepitve posameznika za oblikovanje omrežij socialne opore.

Stroški oskrbe hipotetičnega prejemnika oskrbe se znižajo, če je koordinator PMS, kot je predlagano v našem predlogu prenove modela procesa. Raziskovalci so ugotovili, da so medicinske sestre kompetentne za prevzem vloge koordinatorja DO oseb v domačem okolju (Duncan, 2019). Uspešno lahko zagotavljajo celostno, integrirano in kontinuirano DO, kjer je ključno vertikalno in horizontalno povezovanje med različnimi izvajalci in sektorji (Monaro et al., 2015). Prenovljen model integriranega procesa DO podpira na osebo osredinjeno oskrbo in poenotenje zbiranja podatkov, kar je po ugotovitvah Corazzini in sodelavcev (2019) ključno tudi za vzdržnost sistema DO. Uporaba informacijskega sistema DO, ki podpira vse izvajalce DO, vključno strokovnjake, laike, osebo in druge, lahko pomembno prispeva tudi k transparentnosti in integraciji storitev.

Prenovljen model procesa DO vključuje tudi prilagoditev okolja, kar lahko pozitivno vpliva na samostojnost osebe pri samooskrbi in na zdravje izvajalcev storitev. Te prilagoditve vključujejo tudi uporabo digitalnih tehnologij, s pomočjo katerih se lahko v bodoče zagotavljajo storitve oskrbe na daljavo.

Velik delež pomoči osebam v domačem okolju zagotavljajo tudi laični oskrbovalci, ki nimajo sistematične strokovne podpore in strukturiranih načinov vključevanja v oskrbo. Predlog modela procesa integrirane DO povezuje vse akterje na področju oskrbe, tudi laične oskrbovalce. Medicinske sestre lahko v sodelovanju z drugimi člani interdisciplinarnega tima delujejo preventivno in sistematično ter tako pozitivno vplivajo na samostojnost posameznika pri samooskrbi in pravočasnost ukrepanja v primeru poslabšanja zdravstvenega stanja. Hkrati pa aktivno skrbijo za opolnomočenje tudi laičnih oskrbovalcev ter jim dajejo potrebno podporo, kar zagotavlja njihovo dolgoročno delovanje.

Predlog procesa zagotavlja transparentnost delovanja, stroškovno učinkovitost in povezljivost z drugimi procesi. Predstavlja osnovo za nadaljnji razvoj v skladu s spoznanji, pridobljenimi z uporabo v praksi in po nadaljnjem interdisciplinarnem raziskovanju področja.

## 6 Zaključek

S staranjem prebivalstva naraščajo potrebe po storitvah tako DO kot tudi drugih oblik oskrbe predvsem starejših ljudi. Zagotavljanje celostne in ekonomsko vzdržne oskrbe starajočega se prebivalstva je zato izjemno aktualna tematika tudi v Sloveniji. Zaradi trendov deinstitutionalizacije se ta oskrba vse bolj usmerja v domače okolje. Ob tem pa se sodobne družbe, vključno s Slovenijo, soočajo z vse večjo problematiko pomanjkanja negovalnega in oskrbnega kadra.

Konec leta 2021 sprejeti zakon na področju DO v Sloveniji odpira prostor za delovanje in sodelovanje različnih izvajalcev na tem področju. V raziskavi smo razvili prenovljen proces integrirane DO za izboljšano sodelovanje različnih izvajalcev na tem področju. Po našem najboljšem vedenju do sedaj ni bil narejen popis procesov v patronažnem varstvu in v pomoči na domu v Sloveniji, ki do implementacije področnega zakona izvajata večino storitev DO v

domačem okolju. Z uporabo Zakona o dolgotrajni oskrbi v domačem okolju prejemnikov storitev se bo predlagani modela procesa lahko preverjal in smiselno dopolnjeval. S tem se v večini rešuje problem oskrbe oseb, ki potrebujejo pomoč pri dnevnih opravilih. Predlagani model procesa DO vključuje tudi oskrbo oseb, ki niso upravičene do storitev DO, vendar so zaradi različnih vzrokov odvisne od pomoči drugih v vsakdanjem življenju.

S sistematičnim proučevanjem procesov oskrbe v domačem okolju, ob tem tudi integracije in optimizacije se lahko zagotavlja bolj kakovostna, kontinuirana in stroškovno učinkovita DO, ki podpira samostojnost posameznika v domačem okolju pri aktivni skrbi zase. To lahko pozitivno vpliva na večjo samostojnost in kakovost življenja ljudi v tretjem življenjskem obdobju ter tudi njihovih laičnih oskrbovalcev. Z vključevanjem laičnih oskrbovalcev v DO, z osredotočenostjo na opolnomočenje in preventivo se lahko vpliva na manjše družbene izdatke za oskrbo starejšega prebivalstva in drugih oseb, ki so v vsakodnevnem življenju odvisne od pomoči drugih.

Poleg oteženega predvidevanja učinkov prenove procesa na socialno mrežo oseb, vključenih v DO, je pomembna omejitev naše raziskave predvsem nepreizkušena predlaganega modela. Testiranje in uporaba modela v praksi bo lahko razkrila morebitne pomanjkljivosti prenovljenega modela procesa DO in pokazala potrebo po njegovi nadgradnji, ki je v tej fazi razvoja še nismo predvideli. To bo možno s poglobljenim raziskovanjem, tudi posameznih delov procesa. Kljub temu lahko na osnovi analize hipotetičnega primera sklepamo na zmanjšanje stroškov DO ob hkratnem zagotavljanju kakovosti storitev. To bo v procesu DO zagotovljeno s strateškim vključevanjem PMS v oskrbo, ki so glede na ugotovitve drugih raziskav kompetentne za načrtovanje in izvajanje DO. V prihodnje bo smiselno poglobljeno sistematično proučevanje finančnih in drugih učinkov predlaganega modela in njegovih nadgradenj prek strukturnih kazalnikov ter tako spremljanje učinkovitosti prenove oziroma integracije procesa DO.

\*\*\*

**Marija Milavec Kapun** je višja predavateljica na Zdravstveni fakulteti Univerze v Ljubljani, na Oddelku za zdravstveno nego. Poučuje vsebine s področja zdravstvene nege na primarni ravni zdravstva. Raziskuje zdravstveno obravnavo ranljivih skupin prebivalstva in dostopnost zdravstvenih storitev. Ob tem se osredotoča na integracijo in interdisciplinarni pristop k zagotavljanju storitev ter na osebe osredinjeno zdravstveno obravnavo.

\*\*\*

**Rok Drnovšek** je zaposlen kot diplomirani zdravstvenik v intenzivni terapiji na Nevrološki kliniki Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana. Zaključil je bolonjski magistrski študij zdravstvene nege na Zdravstveni fakulteti Univerze v Ljubljani. Med študijem in zaposlitvijo se ukvarja z organizacijo in dokumentiranjem dela v zdravstvu.

\*\*\*

## **Abstract:** **Renovation of Long-term Care Processes in the Home Environment**

**Research Question (RQ):** What are the possibilities for the integration of long-term care processes, and what are their implications for the care of older adults in their home environment?

**Purpose:** The purpose is to identify opportunities to improve the quality and effectiveness of long-term care in the home environment through providing person-centred services. The aim is to analyse existing processes performed by formal caregivers. Based on the process inventory and analysis, opportunities for process integration will be created, and a hypothetical evaluation of the efficiency of the new process will be made.

**Method:** An inventory of processes was taken, and a proposal for an integrated long-term care process model was developed using the eEPC approach to process modelling.

**Results:** An inventory of home help and community health care processes was developed. A proposal for an integrated process of long-term care for people in their home environment was drafted, including some important orientations of the new law in the field of long-term care in Slovenia. With the integration of the processes, there has been a decrease in the number of initial and final events and events in the process, the number of activities and decisions. The evaluation of the financial impact of the integration of care processes is estimated based on a hypothetical case. The cost of care would decrease by almost 20% and the number of working hours of formal providers would decrease by 7 hours per month.

**Organization:** By integrating care services in the home environment and process renovation, it is possible to achieve higher quality of services, optimization of human resources, and greater cost efficiency.

**Society:** With a systematic approach to the research of care processes, integration, and optimization, it is possible to provide high-quality and continuous care that supports the independence of individuals in caring for themselves. This can have a positive impact on the quality of life of care recipients and their lay caregivers. This may also have a positive impact on social spending.

**Originality:** To the best of our knowledge, no inventory of community health nursing or home care processes has been conducted yet. With the implementation of the Long Term Care Act in home settings in Slovenia, the proposal for the care process will be able to be verified and may be improved in the future.

**Limitations/Future Research:** The model has not been tested in practice. Its testing and use may reveal the shortcomings of the process model. Its continuous improvement, based in part on the exploration of individual elements of the process model, will ensure the long-term success of the model. It will also be useful to explore the actual financial and other implications of the proposed process model through structural indicators of the effectiveness of process renovation.

**Keywords:** long-term care, older adults, home care, community health care, process renovation, integration.

## **Reference**

1. Albrecht, T., Pribaković Brinovec, R., Jošar, D., Poldrugovac, M., Kostnapfel, T., Zaletel, M., ... Maresso, A. (2016). Slovenia: Health system review. *Health Systems in Transition*, 18(3), 1–207. Pridobljeno na <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330245/HiT-18-3-2016-eng.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
2. ARIS Community. (n.d.). *ARIS Express*. Pridobljeno na <https://www.ariscommunity.com/>
3. Bridges, J., Pope, C., & Braithwaite, J. (2019). Making health care responsive to the needs of older people. *Age and Ageing*, 48(6), 785–788. doi: 10.1093/AGEING/AFZ085
4. Bu, F., Zaninotto, P., & Fancourt, D. (2020). Longitudinal associations between loneliness, social isolation and cardiovascular events. *Heart*, 106(18), 1394–1399. doi: 10.1136/heartjnl-2020-316614

5. Christiansen, J., Lund, R., Qualter, P., Andersen, C. M., Pedersen, S. S., & Lasgaard, M. (2021). Loneliness, social isolation, and chronic disease outcomes. *Annals of Behavioral Medicine*, 55(3), 203–215. doi: 10.1093/abm/kaaa044
6. Corazzini, K. N., Anderson, R. A., Bowers, B. J., Chu, C. H., Edvardsson, D., Fagertun, A., ... Lepore, M. J. (2019). Toward common data elements for international research in long-term care homes: advancing person-centered care. *Journal of the American Medical Directors Association*, 20(5), 598–603. doi: 10.1016/j.jamda.2019.01.123
7. Črnak Meglič, A., Drole, J., Kobal Tomc, B., Koprivnikar, B., Lebar, L., Nagode, M., ... Toth, M. (2014). *Podpora samostojnemu bivanju v domačem okolju in dolgotrajna oskrba: Analitsko poročilo DP5 projekta AHA.SI*. Pridobljeno na [http://www.staranje.si/files/upload/images/aha.si\\_dolgotrajna\\_oskrba\\_porocilo\\_v1.pdf](http://www.staranje.si/files/upload/images/aha.si_dolgotrajna_oskrba_porocilo_v1.pdf)
8. Duncan, M. (2019). Integrated care systems and nurse leadership. *British Journal of Community Nursing*, 24(11), 538–542. doi: 10.12968/bjcn.2019.24.11.538
9. EPC standard. (2021). *Towards EPC standardization - EPC Standard*. Pridobljeno na [https://www.epc-standard.org/collaborate/index.php?title=Towards\\_EPC\\_standardization](https://www.epc-standard.org/collaborate/index.php?title=Towards_EPC_standardization)
10. Ferrante, S., Bonacina, S., Pozzi, G., Pinciroli, F., & Marceglia, S. (2016). A design methodology for medical processes. *Applied Clinical Informatics*, 7(1), 191–210. doi: 10.4338/ACI-2015-08-RA-0111
11. Guo, H. J., & Sapra, A. (2020). Instrumental Activity of Daily Living. V *StatPearls*. Treasure Island: StatPearls Publishing. Pridobljeno na <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553126/>
12. Harika, A., Sunil Kumar, M., Anantha Natarajan, V., & Kallam, S. (2020). Business process reengineering: Issues and challenges. V D. Goyal, P. Chaturvedi, A. K. Nagar, & S. D. Purohit (ur.), *Proceedings of Second International Conference on Smart Energy and Communication* (str. 363–382). Singapore: Springer. doi: 10.1007/978-981-15-6707-0
13. He, W., Goodkind, D., & Kowal, P. (2016). *An aging world: 2015: International population reports*. Washington: U.S. Government Publishing Office. Pridobljeno na <https://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2016/demo/p95-16-1.pdf>
14. Hvalič Touzery, S. (2007). *Družinska oskrba starih družinskih članov* (Doktorska disertacija). Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo, Ljubljana.
15. Karhof, A., Jannaber, S., Riehle, D. M., Thomas, O., Delfmann, P., & Becker, J. (2016). On the de-facto standard of event-driven process chains: Reviewing EPC implementations in process modelling tools. *Lecture Notes in Informatics (LNI), Proceedings - Series of the Gesellschaft Fur Informatik (GI), P254*, 77–91. Pridobljeno na <https://www.omg.org/spec/BPMN/2.0/PDF>
16. Kerbler, B., Sendi, R., & Filipovič Hrast, M. (2017). Odnos starejših ljudi do doma in domačega bivalnega okolja. *Urbani izziv*, 28(2), 18–31. doi: 10.5379/urbani-izziv-2017-28-02-002
17. Krajnc, A. (2016). Preventivna in kurativna dejavnost v patronažnem varstvu. V J. Ramšak-Pajk & A. Ljubič (ur.), *Priporočila obravnave pacientov v patronažnem varstvu za diplomirane medicinske sestre* (str. 22–27). Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Strokovna sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti. Pridobljeno na <https://www.zbornica-zveza.si/publikacija/priporocila-obravnave-pacientov-v-patronaznem-varstvu-za-diplomirane-medicinske-sestre/>
18. Kramar, Z., & Bregar, B. (ur.). (2021). *Kadrovski standardi in normativi v zdravstveni in babiški negi*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
19. Lebar, L., Ramović, S., Vidrih, N., & Nagode, M. (2017). *Izvajanje pomoči na domu: Analiza*



- stanja v letu 2016, končno poročilo. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo. Pridobljeno na [https://www.irssv.si/upload2/Izvajanje%20PND%20za%20leto%202016\\_3.pdf](https://www.irssv.si/upload2/Izvajanje%20PND%20za%20leto%202016_3.pdf)
20. Mendling, J., Reijers, H. A., & van der Aalst, W. M. P. (2010). Seven process modeling guidelines (7PMG). *Information and Software Technology*, 52(2), 127–136. doi: 10.1016/j.infsof.2009.08.004
  21. Ministrstvo za zdravje. (2020). *Izvedba pilotnih projektov, ki bodo podpirali prehod v izvajanje sistemskega zakona o dolgotrajni oskrbi*. Pridobljeno na <https://www.gov.si/zbirke/projekti-in-programi/izvedba-pilotnih-projektov-ki-bodo-podpirali-prehod-v-izvajanje-sistemskega-zakona-o-dolgotrajni-oskrbi/>
  22. Monaro, S., White, M., & West, S. (2015). A community of practice as a model of nurse-led wound prevention and management. *Wound Practice & Research*, 23(4), 167–174.
  23. Nagode, M., Zver, E., Marn, S., Jacovič, A., & Dominkuš, D. (2014). Dolgotrajna oskrba - uporaba mednarodne definicije v Sloveniji. *Delovni zvezki UMAR*, 23(2), 49. Pridobljeno na [https://www.umar.gov.si/fileadmin/user\\_upload/publikacije/dz/2014/DZ\\_02\\_14p.pdf](https://www.umar.gov.si/fileadmin/user_upload/publikacije/dz/2014/DZ_02_14p.pdf)
  24. OECD, Eurostat, & WHO. (2017). *A System of Health Accounts: Revised edition*. Paris: OECD Publishing. doi: 10.1787/9789264270985-en.
  25. Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev. (2021, 24. december). *Uradni List RS št. št. 45/10, 28/11, 104/11, 111/13, 102/15, 76/17, 54/19, 81/19, 203/21*. Pridobljeno na <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=PRAV10060>
  26. Statistični urad republike Slovenije (2021). *Prebivalstvo po starosti in spolu, občine, Slovenija, polletno*. Pridobljeno na <https://pxweb.stat.si/pxweb/dialog/statfile2.asp>
  27. Šušteršič, O., Rajkovič, V., & Kljajić, M. (2000). Nova kakovost, ki jo prinaša strukturiran zapis v dokumentiranju zdravstvene nege. *Obzornik zdravstvene nege*, 34(5–6), 185–192. Pridobljeno na [http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Celoten\\_clanek.aspx?ID=6a6a1614-1085-46ba-b82a-04c47ca92947](http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Celoten_clanek.aspx?ID=6a6a1614-1085-46ba-b82a-04c47ca92947)
  28. Urh, B., Krhač, E., Roblek, M., & Kern, T. (2018). Ocena učinkovitosti prenove procesa na podlagi strukture procesa. *Uporabna informatika*, 26(1), 3–14. doi: 10.18690/978-961-286-020-2.97
  29. Urh, B., Zajec, M., Kern, T., & Krhač, E. (2019). Structural indicators for business process redesign efficiency assessment. V A. Hamrol, M. Grabowsk, D. Maletic, & R. Woll (ur.), *Advances in Manufacturing II. MANUFACTURING 2019. Lecture Notes in Mechanical Engineering* (str. 14–32). Cham: Springer. doi: 10.1080/10798587.2001.10642807
  30. Vogelsang, E. M., Raymo, J. M., Liang, J., Kobayashi, E., & Fukaya, T. (2019). Population aging and health trajectories at older ages. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 74(7), 1245–1255. doi: 10.1093/GERONB/GBX071
  31. Vujica Hercog, N. (2010). Business process reengineering and measuring of company operations efficiency. V A. Gunasekaran & M. Sandhu (ur.), *Handbook on Business Information Systems* (str. 117–145). World Scientific Publishing. doi: 10.1142/9789812836069\_0006
  32. Xu, X., & Chen, L. (2019). Projection of long-term care costs in China, 2020–2050: based on the Bayesian quantile regression method. *Sustainability*, 11(13), 3530. doi:10.3390/su11133530
  33. Zakon o dolgotrajni oskrbi. (2021, 9. december). *Uradni list RS, št. 196/2021*. Pridobljeno na <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2021-01-3898?sop=2021-01-3898>
  34. Zakon o socialnem varstvu. (2019, 25. april). *Uradni list RS, št. 3/07 – UPB, 23/07, 41/07, 61/10 – ZSVarPre, 62/10 – ZUPJS, 57/12, 39/16, 52/16 – ZPPreb-1, 15/17 – DZ, 29/17, 54/17, 21/18 – ZNOrg, 31/18 – ZOA-A, 28/19*. Pridobljeno na <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO869&d-49683-s=1&d-49683-p=1&d->

49683-o=2&d-49685-p=2

35. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. (2021, 30. september). Uradni list RS, št. 72/06 – UPB, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUJF-C, 47/15 – ZZSDT, 61/17 – ZUPŠ, 64/17 – ZZDej-K, 36/19, 189/20 – ZFRO, 51/21, 159/21. Pridobljeno na <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO213>
36. Zakon o zdravstveni dejavnosti. (2020, 4. junij). Uradni list RS, št. 23/05 – UPB, 15/08 – ZPacP, 23/08, 58/08 – ZZdrS-E, 77/08 – ZDZdr, 40/12 – ZUJF, 14/13, 88/16 – ZdZPZD, 64/17, 1/19 – odl. US, 73/19, 82/20. Pridobljeno na <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2020-01-1233?sop=2020-01-1233>
37. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2017). *Splošni dogovor za pogodbeno leto 2017*. Pridobljeno na <https://www.zzzs.si/zzzs/info/egradiva.nsf/o/82D005B0A48C9A75C1258164002781BA>
38. Zavrl Džananović, D. (2016). *Razmere v patronažnem varstvu Slovenije in predlogi za spremembe*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Pridobljeno na [https://nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/podatki/podatkovne\\_zbirke\\_raziskave/pv\\_ugotovitev\\_2\\_analiz\\_in\\_predlogi\\_za\\_spremembe.pdf](https://nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/podatki/podatkovne_zbirke_raziskave/pv_ugotovitev_2_analiz_in_predlogi_za_spremembe.pdf)

Copyright (c) Marija MILAVEC KAPUN, Rok DRNOVŠEK



Creative Commons License

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License.