

OVREDNOTENJE DOSTOPA DO SOCIALNE OSKRBE NA DOMU Z VIDIKA UPORABNIKOV**1

Povzetek. Slovenija se zaradi intenzivnih demografskih sprememb tako kot druge sodobne družbe sooča s pomembnimi izzivi na področju zagotavljanja kakovostne starosti in razvoja storitev za starejše. Socialna oskrba na domu je storitev, ki je namenjena starejšim ljudem, ki si želijo starost čim dlje preživeti v domačem okolju. V prispevku se ukvarjamo s percepcijo kakovosti socialne oskrbe na domu z vidika uporabnikov. Uporabili smo model vrednotenja dostopa do storitev, ki opredeljuje pet komponent presojanja kakovosti storitev (Penchansky in Thomas, 1981, 1984). Na podatkih prve reprezentativne slovenske raziskave uporabnikov pomoči na domu (2013) smo z razvrščanjem v skupine našli tri skupine uporabnikov glede na njihovo ovrednotenje dostopa. Z multinominalno regresijsko analizo smo ugotovili, da se zelo zadovoljni uporabniki od nezadovoljnih razlikujejo – glede na finančno dostopnost socialne oskrbe na domu – po dohodku in ceni socialne oskrbe na domu ter občutku, da bi potrebovali več pomoči. Zaskrbljujoče pa je, da so nezadovoljni intenzivni uporabniki socialne oskrbe na domu z veliko potrebo po oskrbi, težavami s spominom, oskrbujejo pa jih organizacije z večjim številom uporabnikov.

Ključni pojmi: socialna oskrba na domu, vrednotenje, dostop, razvrščanje v skupine, multinominalna regresijska analiza, anketa

* Dr. Valentina Hlebec, redna profesorica na Fakulteti za družbene vede in Zdravstveni fakulteti, Univerza v Ljubljani; dr. Maša Filipovič Hrast, docentka na Fakulteti za družbene vede, Univerza v Ljubljani.

** Izvirni znanstveni članek.

¹ Raziskavo so sofinancirali: J5-4080 (B) Oskrba starejših v skupnosti v Sloveniji, P5-0200 (B) Kakovost življenja družbenih skupin, in P3/14 Pomoč na domu in oskrba v oskrbovanih stanovanjih. Avtorici sta hvaležni Maji Mrzel za pomoč pri tehnični obdelavi podatkov.

Uvod

Slovenija se zaradi intenzivnih demografskih sprememb – tako kot druge sodobne družbe – srečuje s pomembnimi izzivi. Spremenjena demografska podoba s seboj prinaša potrebe po spremembi sistemov in politik na področju socialne varnosti, zdravstva, dolgotrajne oskrbe in drugih področjih. Socialna oskrba na domu spada med storitve, ki so izrednega pomena za zagotavljanje kakovosti življenja starejših, saj zagotavlja pomoč ranljivim starejšim ljudem na njihovem domu. S tem je ta storitev tudi pomembna opora družinskim članom, ki so (še vedno) primarni oskrbovalci starejših ljudi (Hlebec, 2003; Hvalič Touzery, 2009; Hlebec, 2010b; Hlebec et al., 2012).

Oskrba na domu v Sloveniji je razmeroma nov program oskrbe za starejše, saj se je začela sistemsko razvijati v devetdesetih letih prejšnjega stoletja. Predstavlja alternativo tradicionalno že zelo uveljavljeni institucionalni oskrbi starejših (Mali, 2006, 2008, 2009) ter patronažni negi, v preteklosti edini obliki formalne in javno organizirane oskrbe na domu (Nagode, 2012). Oskrba na domu je pomemben del dolgotrajne oskrbe starejših in tudi v svojih usmeritvah bolj sledi novejšim smernicam na tem področju, saj omogoča starejšim daljše bivanje v poznanem domačem okolju. S tem razbremenjuje tako zdravstveni sistem kot sistem institucionalne oskrbe (Prevolnik Rupel, Ogorevc in Majcen, 2010). Kljub temu da ima socialna oskrba na domu osrednje mesto v sistemu dolgotrajne oskrbe, ostaja manj raziskana in njena kakovost ni poglobljeno vrednotena, morda tudi zato, ker gre za relativno »novost«.

Program socialne oskrbe na domu se od leta 2003 sicer redno vrednoti na podlagi kvantitativnih pokazateljev o učinkovitosti programa, ki se nanašajo na razmerje med finančnimi vložki in proizvodi, tj. število uporabnikov in število obiskov (Nagode, 2009; Smolej et al., 2008a, 2008b; Smolej et al., 2010; Nagode et al., 2014). Vse dosedanje evalvacije dostopa socialne oskrbe na domu so bile narejene na podlagi podatkov, zbranih na ravni občin, ali pa so parcialno obsegale le uporabnike v posameznih občinah. Podatki, ki bodo uporabljeni v članku, temeljijo na raziskavi Oskrba starejših v skupnosti v Sloveniji (Hlebec J5-4080 (B)) in so reprezentativni glede uporabnikov socialne oskrbe na domu; na ta način omogočajo veljavnejše ovrednotenje dostopa do socialne oskrbe na domu in s tem kakovosti te storitve z vidika uporabnikov. Slednje je ključno za nadaljnji razvoj storitev na področju zagotavljanja kakovosti življenja starejšim. Z razvrščanjem v skupine si želimo najti skupine podobnih uporabnikov glede na ocene dostopnosti storitve ter ugotoviti, po katerih značilnostih se skupine uporabnikov razlikujejo med seboj, torej kateri dejavniki ključno vplivajo na oceno kakovosti in dostopnosti storitve. Rezultati so tako ključni za razumevanje pomanjkljivosti in razvojnih možnosti te storitve ter smernic za izboljševanje kakovosti te storitve.

Razvoj socialne oskrbe na domu v Sloveniji

Socialna oskrba na domu je primarno namenjena ljudem, ki živijo doma in zaradi bolezni ne morejo več v celoti skrbeti sami zase; kot kažejo podatki, je večina uporabnikov starejših (89% je starejših od 65 let, 60% starejših od 80 let (Nagode et al., 2014)). Starejšim se ponudi gospodinjsko pomoč (prinašanje enega pripravljene obroka ali nabava živil in priprava enega obroka hrane, pomivanje posode, osnovno čiščenje bivalnega dela prostorov z odnašanjem smeti, postiljanje in osnovno vzdrževanje spalnega prostora), pomoč pri vzdrževanju osebne higiene (pomoč pri oblačenju ali slačenju, pomoč pri umivanju, hranjenju, opravljanju osnovnih življenjskih potreb, vzdrževanje in nega osebnih ortopedskih pripomočkov) ter pomoč pri ohranjanju socialnih stikov (Smolej et al., 2008a).

Razvoj socialne oskrbe je v Sloveniji podpiralo več strateških dokumentov, npr. Nacionalni program socialnega varstva do leta 2005, Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2006–2010 in Strategija varstva starejših do leta 2010, pa tudi zadnja Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013–2020.

Razvoj programa je bil do leta 2009 razmeroma linearen, saj je število uporabnikov sicer počasi, a vztrajno naraščalo, hkrati pa se je večala tudi geografska pokritost, s tem pa tudi geografska dostopnost te storitve. Leta 2003 je bilo tako v 94 občinah 2875 uporabnikov (Nagode, 2009), od 2006 do 2009 je število uporabnikov naraslo s 5328 na 6502, ko se je oskrba izvajala v 201 občini (Smolej et al., 2010). Po letu 2009 se je število uporabnikov ustalilo na približno. 6500 (6540 v letu 2013, Nagode et al., 2014). To predstavlja trenutno le 1,6% populacije, starejše od 65 let (Nagode et al., 2014), pri čemer je strateški cilj doseči 3,5-odstotno pokritost (vključno z drugimi oblikami oskrbe na domu; Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013–2020).

Poleg tega raziskave razkrivajo tudi precejšnje geografske razlike v razvoju socialne oskrbe na domu. Hlebec (2011) tako govori o velikih in sistematičnih razlikah v ponudbi oskrbe na domu med slovenskimi občinami. Razlike so tako v ceni storitev in časovni dostopnosti storitev kot tudi številu uporabnikov in potencialnih uporabnikov. Ugotavlja, da na primer višja cena oskrbe na domu za uporabnika ne prinese tudi boljše časovne dostopnosti oskrbe (ob popoldnevih, vikendih in praznikih). Dostopnost storitve torej glede na izrazito majhen delež populacije, ki jo storitev dosega, hkrati pa glede na velike geografske in druge razlike v dostopnosti, predstavlja ključen razvojni problem storitve, ki ga je treba analizirati in čemur se posvečamo v pričujočem članku.

Teoretična konceptualizacija dostopnosti storitev socialne oskrbe na domu

Vrednotenje socialnih storitev je ključno za nadaljnji razvoj, kar običajno poteka na podlagi analize njihove uporabe in sprejemljivosti s strani uporabnikov. Cilj vrednotenja je razvoj boljših storitev, ki odgovarjajo na potrebe posameznikov in delujejo tudi čim bolj učinkovito. O evalvaciji storitev za starejše je na voljo obsežna literatura; na voljo je gradivo o zdravstvenih storitvah, institucionalnih storitvah ter drugih storitvah dolgotrajne oskrbe za starejše. Pri tem so uporabljeni: različni znanstveni pristopi: od socialnega dela do analize socialne politike ter sociologije in antropologije; različne metode evalvacije – opazovanje, anketiranje, zbiranje objektivnih kazalcev; različni cilji evalvacije, kot je npr. izboljšanje upravljanja, učinkovitosti in kakovosti storitev ter opolnomočenje uporabnikov skozi participativno evalvacijo (Mandič in Filipovič, 2014). Kakovost storitev lahko vrednotimo tudi na različnih ravneh – sistemski, organizacijski, strokovni ter uporabniški (Nagode, 2014).

Evalvacije kakovosti storitev ter njihove učinkovitosti so ključne za izboljševanje storitev, izboljšanje zadovoljstva uporabnikov ter večanje učinkovitosti. Tako so na primer evalvacije učinkovitosti socialne oskrbe na domu v ZDA pokazale na pomembne prihranke, ki jih izvajanje oskrbe v skupnosti prinaša zdravstvenemu sistemu (Coyte, 2000; Grabowski, 2006; Hedrick in Inui, 1986; Shepperd et al., 1998), hkrati pa so opozorile na to, kako težko je dokazati vpliv oskrbe na domu na zmanjšanje stroškov oskrbe ter znižanje mortalitete in števila namestitev v domovih za stare ali hospitalizacij. Lažje je evalvirati druge posledice oskrbe na domu, kot je zadovoljstvo uporabnikov in njihovih svojcev. Vrednotenje zadovoljstva uporabnikov kot razsežnost vrednotenja kakovosti storitve postaja tudi vedno bolj razširjeno, čeprav ne obstajajo uveljavljene ali dogovorjene metode in instrumenti za vrednotenje kakovosti (Genet et al., 2012).

Enega od pomembnih modelov vrednotenja kakovosti gotovo predstavlja E-Qalin, ki s pomočjo samoocenjevanja preverja kakovost struktur, procesov in rezultatov ustanove/storitve. E-Qalin predstavlja evropski model upravljanja s kakovostjo, pri čemer obstajajo različice za posamezne storitve, npr. E-Qalin/A v domovih za starejše, E-Qalin/B v varstveno-delovnih centrih in socialnovarstvenih zavodih za usposabljanje, E-Qalin/C pri izvajalcih pomoči na domu (Nagode, 2014). Nekateri izvajalci oskrbe na domu uporabljajo ta pristop vrednotenja kakovosti.

V prispevku opazujemo kakovost socialne oskrbe na domu glede na dostopnost kot eno od specifičnih razsežnosti kakovosti storitev. Dostop do storitev so različni avtorji (Hartigan, 2001; Reis et al., 2007) prepoznali kot pomembno razsežnost kakovosti oskrbe in na nekaterih področjih, kot

je zdravstveno varstvo, je bilo slednje pomembno vodilo tudi za reforme sistema (Nagode, 2014). Dostop do storitev ni pomemben samo z vidika kakovosti, ampak tudi z vidika vprašanja (ne)enakosti med državljani, saj je cilj, da vsem omogočimo enak dostop do kakovostnih storitev.

Ključna avtorja na tem področju sta Penchansky in Thomas. Postavila sta model dostopa do storitev (Penchansky in Thomas, 1981; Thomas in Penchansky, 1984), kjer je dostop opredeljen kot splošni koncept, ki opredeljuje stopnjo ujemanja med uporabniki in sistemom oz. ponudbo storitve. Koncept je sestavljen iz petih razsežnosti:

1. Zaloga ali razpoložljivost storitev (angl. *availability*) označuje razmerje med količino in vrsto obstoječih in ponujenih storitev in virov ter količino in vrsto potreb uporabnikov; kaže na ustreznost celotne ponudbe storitev.
2. Stopnja dostopnosti ali prostorska dostopnost (angl. *accessibility*) označuje geografsko dostopnost storitev glede na razdaljo med uporabnikom in storitvijo, možnostjo prevoza do storitve in podobno.
3. Ustreznost organiziranosti (angl. *accomodation*) označuje primernost organiziranosti storitve in sprejem uporabnikov (npr. sistem naročanja, delovni čas, možnosti parkiranja, telefonske storitve ipd.) ter možnost uporabnikov, da se temu sistemu prilagodijo in ga sprejmejo kot primerne.
4. Cenovna dostopnost (angl. *affordability*) označuje razmerje med ceno storitev (polno oziroma neposredno plačano s strani uporabnika skupaj z dodatnimi pogoji, kot je zavarovanje) ter uporabnikovim dohodkom oz. zmožnostjo plačila. Vključuje tudi mnenje uporabnikov o cenovni primernosti storitve.
5. Raven sprejemljivosti (angl. *acceptability*) pa meri razmerje med tem, kako uporabniki vrednotijo osebne značilnosti izvajalcev storitev ter izvajanje storitev, pa tudi, kako izvajalci doživljajo sprejemljive osebne značilnosti uporabnikov.

Petrazsežnega modela za ovrednotenje dostopa do sedaj še niso prilagodili za vrednotenje socialne oskrbe na domu, zato prvi vzpostavljamo celovit model za vrednotenje socialne oskrbe na domu.

Dejavniki, ki vplivajo na dostopnost storitev, so različni in različne raziskave uporabljajo različne modele. Tu bomo predstavili Andersenov behavioralni model (Aday in Andersen, 1974; Andersen et al., 1980; Andersen, 1995; Andersen in Newman, 2005), ki se sicer uporablja predvsem pri analizi dostopnosti storitev zdravstvenega sistema in zdravstvenih storitev, med katere pa nekatere študije vključujejo tudi oskrbo na domu (Kuo in Torres-Gil, 2001; Iecovich in Carmel, 2009; Stoddart et al., 2002; Weinick, Zuvekas in Cohen, 2000). Predvsem v zadnjih letih je ta model uveljavljen

za konceptualizacijo in ovrednotenje vpliva različnih dejavnikov na oskrbo starih ljudi (Van Groneu et al., 2006; Suanet et al., 2012; Hlebec, 2014). Model vsebuje tri razsežnosti oz. skupine dejavnikov, ki opredeljujejo uporabo storitev:

1. *dispozicijski dejavniki*; te lahko razdelimo na individualne dejavnike, kot so starost, zdravstveno stanje, spol, zakonski stan; družbenostrukturalne dejavnike, kot so izobrazba, poklic, kraj bivanja, tip družine ter prepričanja in verovanja glede zdravja, zdravstvenih storitev;
2. *posredujoči dejavniki*; delimo jih na družinske dejavnike, kot so družinski dohodki, obstoj in dostopnost vira oskrbe, skupnostne dejavnike, kot so obstoj in količina zdravstvenih ustanov v skupnosti, stopnja urbaniziranosti, ter organizacijske dejavnike, kot je način organizacije storitev in značilnosti izvajalcev;
3. *potrebe*; sem sodijo zaznani in diagnosticirani simptomi bolezni.

Naš prispevek k razvoju tega znanstvenega področja je tudi konceptualna in empirična razširitev Andersenovega behavioralnega modela, saj v ta model dodajamo skupnostne in organizacijske dejavnike ter ovrednotenje zadostnosti socialne oskrbe na domu, ki jih druge študije na tem področju niso obravnavale (Kuo in Torres-Gil, 2001; Iecovich in Carmel, 2009; Stoddart et al., 2002; Weinick, Zuvekas in Cohen, 2000; Van Groneu et al., 2006; Suanet et al., 2012).

V nadaljevanju članka torej analiziramo dostopnost storitev na podlagi predstavljenega modela dostopnosti storitev (Penchansky in Thomas, 1981) ter ugotavljamo, kateri so pomembni dejavniki, ki vplivajo na dostopnost socialne oskrbe na domu pri nas. Andersenovemu modelu smo dodali še skupnostne in organizacijske dejavnike ter četrto komponento, in sicer subjektivno ovrednotenje zadostnosti zadovoljitve potreb. Uporabnike smo tudi vprašali, če prejemajo dovolj pomoči oziroma bi potrebovali še več pomoči.

Metodologija

Vzorčenje

Podatki so bili zbrani leta 2013. V prispevku obravnavamo uporabnike socialne oskrbe na domu. Na dan oblikovanja vzorca je bilo vseh uporabnikov skupaj 6624, prihajali so iz 201 občine, pomoč na domu je nudilo 75 organizacij. S slučajnim stratificiranim vzorčenjem smo opredelili začetni vzorec 4917 uporabnikov iz 154 občin. Povprečna stopnja odgovora je bila 37%, v realiziranem vzorcu imamo 1768 uporabnikov. Nekaj deloma izpolnjenih vprašalnikov smo zaradi slabe kakovosti odgovorov zavrgli.

Razvoj in validacija merskega instrumenta za vrednotenje dostopa do socialne oskrbe na domu

Dostop smo merili z 22 trditvami, ki so bile zasnovane na osnovi modela dostopa do storitev (Penchansky in Thomas, 1981; Thomas in Penchansky, 1984). Za vsako od razsežnosti smo oblikovali 4–7 trditve (ustreznost zaloge ali razpoložljivosti storitev, stopnja dostopnosti, ustreznost organiziranosti, cenovna dostopnost in raven sprejemljivosti izvajalcev storitev). Pri končnem oblikovanju seznama trditve so bile trditve pomešane med seboj, kar je povzročilo spremembo interpretacije splošnih trditve, če so sledile seriji specifičnih vprašanj (npr. o značilnostih oskrbovalk). Zaradi tega smo morali pri oblikovanju likertovih indeksov nekatere trditve zavreči, saj te trditve niso več merile ustreznih konceptov. Vse trditve in njihovo ujemanje s petimi komponentami dostopa smo raziskali najprej z metodo glavnih komponent, nato še s faktorško analizo, metodo glavnih osi, poševno obli-min rotacijo. Izločili smo vse trditve, ki so imele majhno komunaliteto ter so bile povezane z več faktorji, v končni rešitvi s štirimi faktorji. Namesto petih komponent dostopa, kot načrtovano, smo dobili le štiri, saj so bile trditve, ki naj bi merile ustreznost organiziranosti, empirično povezane z dvema različnima komponentama, in sicer z ustreznostjo razpoložljivosti storitev in ravno sprejemljivosti oskrbovalk. Ustreznost organiziranosti je tako del dveh komponent dostopa.

Ustreznost razpoložljivosti storitev se meri s tremi trditvami:

- Pomoč na domu prejemam dovolj pogosto.
- Prejemam zadostno število ur pomoči na domu, da zadostim svojim potrebam.
- Časovni termini, ko prejemam pomoč na domu, so primerni.²

*Stopnja dostopnosti*³ se meri s tremi trditvami:

- Informacije o tem, kje lahko pridobim pomoč na domu, so bile dostopne in jasne.
- Pomoč na domu je bilo enostavno pridobiti.
- V primeru, da nenadoma nujno potrebujem pomoč na domu, jo enostavno pridobim.

Cenovna dostopnost se meri s štirimi trditvami:

- Cena pomoči na domu je ustrezna.
- Pomoč na domu zmorem v celoti plačati sam/-a.
- Občina sofinancira pomoč na domu v dovolj velikem obsegu.
- Zmogel/-a bi plačati večji obseg pomoči na domu.

² Trditve meri ustreznost organiziranosti na splošni ravni.

³ Prostorsko dostopnost je v primeru socialne oskrbe na domu komaj smiselno meriti, saj se storitev izvaja na domu uporabnika. To razsežnost smo izmerili z bolj splošnim konceptom dostopnosti, ki ovrednoti, kako preprosto je pridobiti storitev, ko jo uporabnik potrebuje.

Raven sprejemljivosti se meri s šestimi trditvami:

- Socialna oskrbovalka prihaja točno.⁴
- Socialna oskrbovalka ostaja dovolj časa.
- Vedno sem seznanjen/-a s tem, katera oskrbovalka bo prišla.
- Socialni oskrbovalki lahko zaupam.
- Socialna oskrbovalka, ki izvaja pomoč na domu, ima dober odnos in dobro opravlja svoje delo.
- Socialna oskrbovalka pri oskrbi uporablja ustrezne pripomočke.

Adaptacija Andersenovega behavioralnega modela

Ker nas zanima tudi, kateri dejavniki vplivajo na zadovoljstvo z dostopnostjo, smo dejavnike strukturirali po Andersenovem behavioralnem modelu. Raziskali smo naslednje skupine dejavnikov, ki smo jim dodali skupnostni in organizacijski vidik, prilagojen socialni oskrbi na domu, in vidik ovrednotenja zadostnosti socialne oskrbe na domu:

Individualni in družbeni dispozicijski dejavniki:

- X1 – starost
- X2 – spol (0 – ženski, 1 moški)
- X3 – izobrazba (0 – osnovna šola ali manj, 1 srednja šola in več)

Posredujoči družinski, skupnostni in organizacijski dejavniki:

- X4 – shajanje z dohodki (0 – shajamo, 1 – (zelo) težko shajamo z dohodki)
- X5 – sestava gospodinjstva (0 – živi sam, 1 – ne živi sam)
- X6 – ima otroke (0 – nima otrok, 1 ima otroke)
- X7 – tip naselja (0 – urbano, 1 – ruralno)
- X8 – cena ure SOD za uporabnika
- X9 – celotni stroški ure SOD
- X10 – število uporabnikov SOD v izvajalski organizaciji
- X11 – časovna dostopnost SOD (0 – storitev se izvaja le dopoldne, 1 – storitev se izvaja tudi popoldne, ob vikendih ali praznikih)

Potreba po storitvi:

- X12 – potreba po storitvi (število dejavnosti vsakdanjega življenja, pri kateri uporabnik potrebuje pomoč 0–22)
- X13 – obstoj kronične (dolgotrajne) fizične ali psihične zdravstvene težave, bolezni ali invalidnosti, ki vas kakorkoli omejuje pri vsakodnevnih aktivnostih (0 – nič ali ena, 1 – dve ali več)
- X14 – težave s spominom (0 – nič ali nekoliko, 1 – precejšnje)

⁴ Prve tri trditve naj bi merile bolj ustreznost organiziranosti dela socialnih oskrbovalk, druge tri pa bolj raven sprejemljivosti socialnih oskrbovalk. Tako metoda glavnih komponent kot faktorska analiza sta trditve povezali.

Ovrednotenje zadostnosti pomoči:

- X15 - zadostnost pomoči (0 - prejmem dovolj pomoči, 1 - ne prejmem dovolj pomoči)

Metode analize

Štiri indekse dostopa smo uporabili pri razvrščanju v skupine, saj smo hoteli dobiti skupine podobnih uporabnikov glede na ovrednotenje dostopa. Zanima nas, po čem se zadovoljni uporabniki razlikujejo od nezadovoljnih in katere komponente dostopa so ovrednotene kot manj zadovoljive. Med metodami razvrščanja v skupine (Ferligoj, 1989) smo se odločili za metodo voditeljev, saj smo pričakovali majhno število skupin uporabnikov (2–3), prav tako smo s tem zmanjšali vpliv manjkajočih vrednosti posameznih spremenljivk.⁵ Pregledali smo več možnih rešitev in se na osnovi števila iteracij, razdalj med centriidi ter pregleda smiselnosti vrednosti komponent dostopa odločili za razvrstitev v tri skupine. Razlike med skupinami smo proučili z multinominalno regresijsko analizo na Andersenovem behavioralnem modelu.

Opis vzorca

Med uporabniki je po pričakovanjih več žensk (67,9%) kot moških. Večina je nizko izobraženih, 51% ima osnovnošolsko izobrazbo ali manj. Povprečna starost uporabnikov je 78 let, pri čemer je skoraj dve tretjini uporabnikov starih 80 let ali več (59,7%). Večina uporabnikov je ovdovelih (52,8%), 23,4% pa je poročenih, precejšen je tudi delež samskih (17,5%). Petina (21,4%) uporabnikov oskrbe na domu je brez otrok in tretjina (33,6%) nima več živečih bratov ali sester. Polovica uporabnikov živi samih (56,2%), 16,3% pa jih živi s svojim partnerjem/-ko. Zelo pogosto je tudi bivanje z otroki oziroma vnuki ali ene starejše osebe (14,1%) ali obeh partnerjev z otroki (7,5%). Polovica anketiranih (49,5%) je ocenila, da s sedanjimi dohodki še ravno shajajo, medtem ko se tretjina težko preživlja (32,5%). Tretjina (30,5%) ima mesečni dohodek gospodinjstva nižji kot 500€, tretjina (31,9%) pa med 500€ in 750€. Polovica uporabnikov živi v podeželskem naselju (50,2%), velik delež pa v manjšem mestu (23,8%). Manj kot desetina (11,8%) jih živi v večjem mestu, 14,2% pa v primestnem okolju. Skoraj polovica anketirancev (44,4%) je ocenila svoje zdravstveno stanje kot slabo ali zelo slabo. Skoraj dve tretjini vprašanih ima več kroničnih bolezni (59,6%)

⁵ Prvi pregled podatkov smo naredili z metodo hierarhičnega razvrščanja v skupine, kjer se je pokazalo, da je zaradi manjkajočih vrednosti posameznih spremenljivk v analizi ostalo le 550 enot. Pregled dendrograma pa je pokazal največji skok pri razporeditvi v dve skupini.

in malo manj kot tretjina eno kronično bolezen (29,9%). Veliko večino bolnikov s kronično boleznijo le-ta ovira pri vsakodnevnih aktivnostih (87,9% precej ali zelo ovira). Velik delež anketirancev ima tudi težave s spominom (26,7% precejšne, 47,4% pa delne). Velika večina anketirancev uporablja različne zdravstveno tehnične pripomočke (64,1%), pri čemer so med najpogostejšimi bergle in hodulje, slušni aparat, invalidski voziček pa tudi negovalna postelja.

Rezultati: Ovrednotenje dostopa do socialne oskrbe na domu v Sloveniji

V prispevku skušamo odgovoriti na dve vprašanji, in sicer katere komponente dostopa so ovrednotene bolje kot druge in kdo so (ne)zadovoljni uporabniki socialne oskrbe na domu. Radi bi ugotovili, kateri dispozicijski in kontekstualni dejavniki vplivajo na ovrednotenje dostopa ter klasifikacijo uporabnikov med zadovoljne in nezadovoljne. Med kontekstualnimi dejavniki nas zanimajo tako družinski kot skupnostni in organizacijski.

V preglednici 1 so predstavljene značilnosti skupin glede na komponente dostopa. V povprečju so uporabniki zadovoljni z vsemi komponentami dostopa, glede na to, da smo trditve merili s petstopenjsko lestvico in da je povprečje vseh komponent dostopa večje od 3. Uporabniki socialne oskrbe na domu najvišje vrednotijo delo socialnih oskrbovalk, sledita ustreznost razpoložljivosti socialne oskrbe in njena celovita dostopnost. Uporabniki so najmanj zadovoljni s finančno dostopnostjo storitve. Prva skupina uporabnikov je v povprečju zelo zadovoljna z vsemi razsežnostmi dostopa (povprečno zadovoljstvo s finančno dostopnostjo je najnižje). V drugi skupini so zadovoljni z vsemi razsežnostmi dostopa, razen s finančno dostopnostjo socialne oskrbe na domu. V primerjavi s prvo skupino »zelo zadovoljnih« so povprečne vrednosti nekoliko nižje. Tretjo skupino bi lahko imenovali »nezadovoljni«, saj so povprečne vrednosti komponent dostopa manjše od 3, razen sprejemljivost socialnih oskrbovalk, kjer je povprečna vrednost 3,7. Skupina zadovoljnih predstavlja 34% anketiranih, skupina nezadovoljnih s ceno 48%, skupina nezadovoljnih pa 18%.

Medtem ko spol ne vpliva na vrednotenje dostopa, imata starost in izobrazba značilen vpliv na zadovoljstvo (preglednici z bivariatnimi povezavami sta v prilogi). Mlajši uporabniki socialne oskrbe na domu so v povprečju bolj kritični od starejših. Med manj izobraženimi je značilno manj zadovoljnih in značilno več zadovoljnih z vsem, razen s finančno dostopnostjo socialne oskrbe na domu. Med uporabniki, ki težko shajajo z dohodki, je značilno več nezadovoljnih tako z vsemi komponentami dostopa kot tudi samo s finančno dostopnostjo. Razpoložljivost neformalne oskrbe (sestava gospodinjstva in obstoj otrok) nima značilnega vpliva na ovrednotenje dostopa.

Preglednica 1: KOMPONENTE DOSTOPA

Komponente dostopa		N	Pov- prečje	Stand. odklon	F	p
Ustreznost razpoložljivosti SOD	1 Zelo zadovoljni	443	4,57	0,53	748,980	0,000
	2 Nezadovoljni s ceno oskrbe	632	3,99	0,39		
	3 Nezadovoljni	230	2,96	0,72		
	Skupaj	1305	4,00	0,75		
Stopnja do- stopnosti	1 Zelo zadovoljni	350	4,43	0,49	702,563	0,000
	2 Nezadovoljni s ceno oskrbe	484	3,87	0,45		
	3 Nezadovoljni	190	2,74	0,63		
	Skupaj	1024	3,85	0,77		
Cenovna do- stopnost SOD	1 Zelo zadovoljni	351	3,95	0,54	424,064	0,000
	2 Nezadovoljni s ceno oskrbe	448	2,70	0,66		
	3 Nezadovoljni	175	2,72	0,77		
	Skupaj	974	3,15	0,88		
Raven sprejemljivosti socialnih oskrbovalk	1 Zelo zadovoljni	379	4,65	0,42	262,465	0,000
	2 Nezadovoljni s ceno oskrbe	532	4,16	0,44		
	3 Nezadovoljni	193	3,72	0,65		
	Skupaj	1104	4,25	0,58		

SOD – socialna oskrba na domu

Tip okolja nima značilnega vpliva za ovrednotenje dostopa, so pa v povprečju bolj zadovoljni s socialno oskrbo na domu v občinah, ki imajo nižjo ceno socialne oskrbe na domu, najmanj pa so zadovoljni v občinah, ki imajo višjo ceno. Ravno obratno je pri celotnih stroških socialne oskrbe na domu, s socialno oskrbo na domu so najbolj zadovoljni v občinah, kjer so stroški izvajanja za organizacijo najvišji. Uporabniki so najmanj zadovoljni v občinah, kjer je število uporabnikov največje, in zadovoljni z vsem, razen s finančno dostopnostjo, v občinah, kjer je število uporabnikov najmanjše. To kaže na potencialno lažjo dostopnost pomoči v manjših občinah in morda tudi na večjo fleksibilnost manjših izvajalcev, kjer pa je zaradi večje razpršenosti in manjšega števila uporabnikov ekonomizacija stroškov morda manj mogoča. Časovna organizacija oskrbe nima značilnega vpliva na ovrednotenje dostopa.

Potreba po socialni oskrbi na domu značilno vpliva na ovrednotenje dostopa: tako najbolj zadovoljni uporabniki izražajov povprečju nižjo potrebo, najmanj zadovoljni pa v povprečju najvišjo. Uporabniki, ki imajo več kroničnih težav, so manj zadovoljni z dostopom (značilno manj jih je v prvi skupini in značilno več v drugi skupini). Podobno je pri težavah s

spominom – uporabniki, ki imajo večje težave s spominom, so manj zadovoljni (značilno več jih je v skupini nezadovoljnih). Podobno sliko kaže ovrednotenje primerne količine prejete pomoči. Med tistimi, ki menijo, da bi potrebovali več pomoči, je značilno več nezadovoljnih z dostopom.

Z multinominalno regresijsko analizo smo preverili, po čem se skupine uporabnikov razlikujejo med seboj, tako da smo hkrati upoštevali vse neodvisne spremenljivke po Andersenovem behavioralnem modelu. Čeprav je skupina nezadovoljnih zelo majhna, je vseeno potrebno ugotoviti, kaj loči nezadovoljne uporabnike od zadovoljnih. Kot referenčno skupino smo izbrali skupino zelo zadovoljnih uporabnikov socialne oskrbe na domu.

Preglednica 2: MULTINOMINALNA REGRESIJSKA ANALIZA

	Nezadovoljni s ceno SOD		Nezadovoljni	
	B	P	B	P
Intercept	0,225		-1,008	
Starost	0,001		-0,006	
Spol	0,012		-0,024	
Izobrazba	-0,248		-0,139	
Shajanje z dohodkom	0,0616	***	0,904	***
Sestava gospodinjstva	-0,199		0,070	
Ima otroke	0,176		-0,250	
Tip naselja	-0,211		0,283	
Cena SOD za uporabnika	0,173	**	0,167	*
Celotni stroški SOD	-0,053		-0,074	
Število uporabnikov SOD	-0,001		0,002	**
Časovna dostopnost SOD	-0,240		-0,349	
Potreba po storitvi	0,012		0,052	**
Dolgotrajne zdravstvene težave	0,249		-0,081	
Težave s spominom	0,085		0,511	*
Zadostnost pomoči	0,493	*	1,575	***

* $p < 0,050$, ** $p < 0,010$, *** $p < 0,001$

Zelo zadovoljne uporabnike socialne oskrbe na domu od nezadovoljnih s finančno dostopnostjo oskrbe na domu – skupina 2 – ločujejo predvsem njihov dohodek in cena socialne oskrbe na domu ter občutek, da ne prejmejo dovolj pomoči. Dispozicijski dejavniki in dejanska ter subjektivna potreba po oskrbi nimajo značilnega vpliva na zadovoljstvo z dostopom.

Če pa pogledamo nezadovoljne uporabnike socialne oskrbe na domu, vidimo, da težko shajajo z dohodkom gospodinjstva; so iz občin, kjer je cena socialne oskrbe na domu višja ter iz večjih občin oziroma jim socialno oskrbo na domu nudijo organizacije, ki imajo večje število uporabnikov. To so hkrati tudi uporabniki, ki imajo velike potrebe oziroma potrebujejo

pomoč pri večjem številu vsakdanjih aktivnosti ter imajo precejšnje težave s spominom. Hkrati tudi ocenjujejo, da bi potrebovali precej več pomoči, kot jo dobijo. Vsekakor je zaskrbljujoče, da so s socialno oskrbo na domu najmanj zadovoljni tisti, ki jo prejemajo največ, a bi jo očitno potrebovali še več.

Sklepna diskusija

V članku smo obravnavali dve pomembni temi, ki sta v novejših študijah o oskrbi starih ljudi v skupnosti izrazito poudarjeni. S teoretsko in empirično konceptualizacijo dostopa, ki ju razvijemo v prispevku, zapolnjujemo vrzel na področju raziskovanja kakovosti socialne oskrbe na domu, ki jo poudarjajo Genet in drugi (2012) z ugotovitvijo, da se metodologija vrednotenja kakovosti na ravni uporabnikov šele razvija. Penchansky in Thomas (1981, 1984) sta koncept dostopa definirala za vrednotenje kakovosti storitev zdravstvenega sistema. Ne glede na težave pri izvedbi terenskega dela raziskave smo uspeli oblikovati štiri komponente dostopa, z ustreznostjo organiziranosti kot komponento, ki je vključena v dve drugi komponenti dostopa, predvsem v raven sprejemljivosti socialnih oskrbovalk.

Prav tako gre v članku za konceptualno in empirično razširitev Anderse-novega behavioralnega modela, ki je doslej najbolj kompleksen model za proučevanje determinant oskrbe starih ljudi in se uporablja tako v nacionalnih kot tudi v primerjalnih študijah (Kuo in Torres-Gil, 2001; Iecovich in Carmel, 2009; Stoddart et al., 2002; Weinick, Zuvekas in Cohen, 2000; Van Groneu et al., 2006; Suanet et al., 2012). V ta model smo dodali skupnostne in organizacijske dejavnike, ki so povezani s socialno oskrbo na domu, ter ovrednotenje zadostnosti socialne oskrbe na domu. To so dejavniki, ki imajo pomemben vpliv na kakovost različnih vrst storitev za starejše, ki jih druge študije na tem področju niso ustrezno obravnavale.

V Sloveniji je bila socialna oskrba na domu doslej raziskana le na sistemski ravni (Nagode, 2009; Smolej et al., 2008a, 2008b; Smolej et al., 2010; Nagode et al., 2014) ter na ravni občin (Hlebec, 2010; 2011; 2012; 2013; Hlebec et al., 2014). Ker je ta populacija starih ljudi v Sloveniji še povsem neraziskana na nivoju uporabnikov, smo raziskali dostop do socialne oskrbe na domu, in s tem pripomogli k razpravi o kakovosti oskrbovalnih storitev za starejše v Sloveniji. Naša raziskava je prva, ki vključuje reprezentativne podatke o uporabnikih socialne oskrbe na domu in njihovo percepcijo kakovosti socialne oskrbe na domu z vidika dostopa.

Z razvrščanjem v skupine smo empirično določili tri skupine uporabnikov, in sicer zelo zadovoljne uporabnike, ki predstavljajo tretjino uporabnikov, zadovoljne z vsemi komponentami dostopa, razen s finančno dostopnostjo, ki predstavljajo polovico uporabnikov, in nezadovoljne uporabnike, ki predstavljajo petino uporabnikov socialne oskrbe na domu. Osnovni

ugotovitvi sta torej, da je oskrba na domu načeloma kakovostna in da je večina uporabnikov z njo zadovoljnih. Ne glede na pomen socialne oskrbe na domu za uporabnike in njihove svojce, saj omogoča kakovostnejše staranje v domačem okolju, za svojce pa enostavnejše usklajevanje družinskih in morda tudi službenih obveznosti, pa ugotavljamo, da ima storitev tudi pomembne omejitve, vsaj v trenutnem načinu organizacije in izvedbe, in da obstaja precej velika skupina uporabnikov, ki so s storitvijo manj zadovoljni.

Ne preseneča, da je ovrednotenje kakovosti socialne oskrbe na domu pokazalo negativno oceno finančne dostopnosti, ki je pomembna za skoraj sedemdeset odstotkov uporabnikov socialne oskrbe na domu, če upoštevamo tako tiste uporabnike, ki so nezadovoljni le s ceno storitve, kot tudi tiste, ki so nezadovoljni nasploh. Posebej zaskrbljujoče je, da so tisti, ki so nezadovoljni s cenovno dostopnostjo storitve, tudi tisti, ki menijo, da bi potrebovali več pomoči, kar lahko pomeni, da sta njihovo finančno stanje in cena oviri za doseganje primerne ravni pomoči. Sicer drži, da je na sistemski ravni zagotovljeno sofinanciranje socialne oskrbe na domu za uporabnike, ki zaradi slabega finančnega stanja ne zmorejo stroškov socialne oskrbe na domu (Smolej et al., 2008a, 2008b; Smolej et al., 2010), vendar nimamo podatkov o tem, koliko uporabnikov prejema tovrstno olajšavo. V okviru širših negativnih družbenih trendov na tem področju, predvsem kar zadeva visoko stopnjo revščine starejšega prebivalstva, lahko pričakujemo še bolj otežen dostop do te storitve zaradi finančnega položaja starejše populacije. Slednje bo lahko posledično prineslo izrazito nižanje kakovosti življenja tako starejših kot tudi njihovih svojcev, ki bodo še bolj obremenjeni s skrbjo za ostarele družinske člane.

Še bolj zaskrbljujoče je nezadovoljstvo z dostopnostjo pri sicer manjši skupini starejših uporabnikov, ki najbolj potrebuje pomoč, ima več zdravstvenih težav (težave s spominom) in bi potrebovala dodatno še več pomoči.

Naše ugotovitve torej kažejo, da tisti, ki pomoč uporabljajo v večjem obsegu, še vedno ne prejemajo zadostne količine pomoči in da torej storitev ne omogoča dovolj kakovostne oskrbe starejših z večjimi potrebami. Tu se zdi ključna ovira cena oskrbe, kar govori v prid obstoječim diskusijam, da je nujno sprejeti zakon o dolgotrajni oskrbi ter razvoju morda novih oblik zavarovanj, ki bi zmanjšale stroške socialne oskrbe starejšim, še posebej tistim z najnižjimi dohodki. Tu se gre morda zgledovati po sistemu zdravstvene oskrbe, ki zavaruje posameznika pred tem, da bi se mu s slabšanjem zdravstvenega stanja in večanjem potreb po pomoči izrazilo večali tudi stroški (Timonen, 2008). Po drugi strani pa je število ur socialne oskrbe na domu, ki jo uporabnik lahko prejme, omejena tudi navzgor na 20 ur tedensko. Za osebe, ki imajo precejšnje težave s spominom (in njihove svojce), to najbrž pomeni premajhno količino oskrbe, kar bi morala socialna politika pri načrtovanju storitev za starejše upoštevati.

Vprašanje, ki se odpira, je tudi, ali socialna oskrba na domu lahko zadovolji vse potrebe starejših, še tistih z visokimi potrebami (tj. ob njihovem slabem zdravstvenem stanju), ali pa nemara obstaja tudi pomanjkanje storitev, ki so s tem povezane in jih ločeno izvaja npr. zdravstveno osebje (patronažna nega). Za visoko kakovost oskrbe na domu in celotno dolgotrajno oskrbo je zagotovo pomembno čim boljše usklajevanje storitev. Sodelovanje med različnimi izvajalci oskrbe je sicer lahko del političnih dokumentov in načrtov razvoja storitev, vendar pa obstajajo hkrati tudi pomembne ovire, kot so premalo resursov, potencialna izguba avtonomije posameznih izvajalcev, kar lahko vodi v manjšo pripravljenost na sodelovanje (Means and Smith, 1994). Zato je ključno, da gre razvoj storitev tudi v smeri njihove integracije ali vsaj sodelovanja, kjer so lahko strategije za spodbujanje slednjega različne: od spodbujanja sodelovanja do zapovedi (Hudson v Means in Smith, 1994). Pri tem sta koordinacija in integracija storitev le sredstvi za doseganje ključnega cilja, tj. kakovostne storitve, ki zadovolji potrebe vseh skupin uporabnikov.

LITERATURA

- Aday, L. A. in R. M. Andersen (1974): A Framework for the Study of Access to Medical Care. *Health Services Res* 9: 208–20.
- Andersen, Ronald M. (1995): Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter?. *J Health Soc Behav* 36: 1–10.
- Andersen, Ronald M., A. McCutcheon, L. A. Aday, G. Y. Chiu in R. Bell (1980): Exploring Dimension of Access to Medical Care. *Health Services Research* 18: 49–74.
- Andersen, Ronald M. in J. F. Newman (2005): Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. *Milbank Q* 83: 1–28.
- Coyte, P. C. (2000): *Home Care in Canada: Passing the Buck*. Toronto, Ontario: University of Toronto.
- Ferligoj, Anuška (1989): *Razvrščanje v skupine*. Metodološki zvezki, Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Genet, Nadine, Wienke Boerma, Madelon Kroneman, Allen Hutchinson, Richard B. Saltman (ur). (2012): *Home Care across Europe. Current structure and future challenges*. European Observatory on Health Systems and Policies, Nivel.
- Grabowski, D. C. (2006): The Cost-Effectiveness of Noninstitutional Long-Term Care Services: Review and Synthesis of the Most Recent Evidence. *Med Care Res Rev* 3: 3–28.
- Hartigan, Pamela (2001): The importance of gender in defining and improving quality of care: some conceptual issues. *Health Policy and Planning* 16 (1): 7–12.
- Hedrick, S. C. in T. S. Inui (1986): The Effectiveness and Cost of Home Care: An Information Synthesis. *Health Services Res* 20: 851–80.
- Hlebec, Valentina (2003): Socialna omrežja starostnikov v Sloveniji. *Družboslovne razprave* 19 (43): 171–182.
- Hlebec, Valentina (2009): Starejši ljudje v družbi sprememb, *Dialogi* 10. Maribor: Aristej.

- Hlebec, Valentina (2010): Oskrba starih med državo in družino: oskrba na domu. *Teorija in praksa* 47: 765–85.
- Hlebec, Valentina (2010b): The post-socialist transition and care for older people in Slovenia. *European papers on the new Welfare* (15): 141–152.
- Hlebec, Valentina (2011): Kakovost oskrbe na domu v Sloveniji: finančna in časovna dostopnost oskrbe na domu. V: Brigita Skela-Savič (ur.) in drugi, *Evidence-based health care- opportunities for linking health care professions, patient needs and knowledge: proceedings of lectures with peer review = Na dokazih podprta zdravstvena obravnava – priložnosti za povezovanje zdravstvenih strok, potreb pacientov in znanj: zbornik predavanj z recenzijo*, 74–84. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.
- Hlebec, Valentina (2012): Kontekstualni dejavniki uporabe oskrbe na domu v Sloveniji = Contextual factors of home care utilization in Slovenia. *Zdravstveno varstvo* 51 (2): 120–127.
- Hlebec, Valentina (2013): Razvoj in spremembe v tipologiji socialne oskrbe na domu. *Socialno delo* 52 (1): 3–14.
- Hlebec, Valentina (2014): Individual and contextual determinants of social home care usage in Slovenia. *Zdravstveno varstvo*. In press.
- Hlebec, Valentina, Maša Filipovič Hrast, Sonja Kump, Sabina Jelenc-Krašovec, Majda Pahor in Barbara Domajnko (2012): *Medgeneracijska solidarnost v Sloveniji*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Hlebec, Valentina, Jana Mali in Maša Filipovič Hrast (2014): Community care for older people in Slovenia. *Anthropological notebooks* 20 (1): 5–20.
- Hvalič Touzery, Simona (2009): Družinska oskrba bolnih starih družinskih članov. V Valentina Hlebec (ed.), *Starejši ljudje v družbi sprememb*, 109–124. Maribor: Aristej.
- Iecovich, E. in S. Carmel (2009): Differences in Accessibility, Affordability, and Availability (AAA): of Medical Specialists Among Three Age-Groups of Elderly People in Israel. *J Aging Health* 21: 776–97.
- Kuo, T. in Torres-Gil FM (2001): Factors Affecting Utilization of Health Services and Home and Community-Based Care Programs by Older Taiwanese in the United States. *Res Ageing* 23: 14–36.
- Mali, Jana (2006): Institucionalno varstvo starih ljudi po drugi svetovni vojni. V: D. Zaviršek in V. Leskošek (ur.), *Zgodovina socialnega dela v Sloveniji*, 281–94. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Mali, Jana (2008): *Od hiralnic do domov za stare ljudi*. Ljubljana: The Faculty of Social Work.
- Mali, Jana (2009): Spremembe v institucionalnem varstvu starejših. V: Valentina Hlebec (ur.), *Starejši ljudje v družbi sprememb*. Maribor: Aristej.
- Mandič, Srna in Maša Filipovič Hrast (2014): Evaluation in care homes and empowerment of residents: a case study from Slovenia. *Anthropological notebooks* 20 (1): 69–85.
- Means, Robin in Randall Smith (1994): *Community care: policy and practice*. London: Macmillan.
- Nagode, Mateja (2009): *Organizirana pomoč za stare ljudi, ki živijo na domu*:

- Pomoč na domu in varovanje na daljavo. V: Valentina Hlebec (ur.), *Starejši ljudje v družbi sprememb*. Maribor: Aristej.
- Nagode, Mateja (2012): Dvajset let izvajanja socialnovarstvene storitve pomoč na domu v Sloveniji (1991–2011). V: Darja Kuzmanič Korva (ur.), *Čas beži, a pušča sledi: 50 let centrov za socialno delo in 15 let Skupnosti centrov za socialno delo*, 230–237. Ljubljana: Skupnost centrov za socialno delo Slovenije.
- Nagode, Mateja (2012): Dvajset let izvajanja socialno varstvene storitve pomoč na domu v Sloveniji (1991–2011). V: Darja Kuzmanič Korva (ur.), *Čas beži, a pušča sledi: 50 let centrov za socialno delo in 15 let Skupnosti centrov za socialno delo*, 189–212. Ljubljana: Skupnost centrov za socialno delo Slovenije.
- Nagode, Mateja (2014): Vrednotenje kakovosti socialne oskrbe na domu: pristopi in instrumenti. Magistrsko delo. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Nagode, Mateja, Lea Lebar in Polonca Jakob Krejan (2014): Izvajanje pomoči na domu. Analiza stanja v letu 2013. Ljubljana: IRSSV.
- Nagode, Mateja in Lea Lebar (2013): Izvajanje pomoči na domu: Analiza stanja v letu 2012. Vmesno poročilo. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo.
- Penchansky, Roy in J. W. Thomas (1981): The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. *Med Care* 19: 127–40.
- Prevolnik Rupel, Valentina, Marko Ogorevc in Boris Majcen (2010): Long-term care system in Slovenia. Institute for economic research. Report no. 87 – contribution to wp1 of the ancien project.
- Reis, van der Leo, Qian Xiao in Grant Savage (2007): A retrospective on access to health care. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 20 (6): 494–505.
- Shepperd, S., D. Harwood, C. Jenkinson, A. Gray, M. Vessey in P. Morgan (1998): Randomised controlled trial comparing hospital at home care with inpatient hospital care. I: three month follow up of health outcomes. *Br Med J* 316: 1786–91.
- Smolej, Simona, Polonca Jakob, Mateja Nagode in Vid Žiberna (2008a): Analiza izvajanja pomoči na domu. Ljubljana: Inštitut RS za socialno varstvo.
- Smolej, Simona, Mateja Nagode, Polonca Jakob, Vid Žiberna, Petra Jerina in Aleš Kenda (2008b): Izvajanje pomoči na domu. Analiza stanja za obdobje januar–junij 2008. Ljubljana: Inštitut RS za socialno varstvo.
- Smolej, Simona, Mateja Nagode in Polonca Jakob Krejan (2010): Izvajanje pomoči na domu. Analiza stanja v letu 2009. Končno poročilo. Ljubljana: IRSSV.
- Suanet, Bianca Broese van Groenou, M. I., & Van Tilburg, T. G. (2012): Informal and formal home care use among older adults in Europe: Can country-differences be explained by societal context and composition? *Ageing & Society*, 32, 491–515.
- Stoddart, H., E. Withley, I. Harvey in D. Sharp (2002): What determine the use of home care services by elderly people. *Health Soc Care Comm* 10: 348–60.
- Timonen, Virpi (2008): *Ageing societies: a comparative introduction*. Maidenhead: McGraw-Hill: Open University Press.
- Thomas, J. W. in R. Penchansky (1984): Relating Satisfaction with Access to Utilization of Services. *Med Care* 22: 553–68.

Van Groenou, Marjolein Broese, Glaser Karen, Tomassini Cecilia, Jacobs Therese (2006): Socio-economic status difference in older people's use of informal and formal help: a comparison of four European countries. *Ageing and Society*. 26: 745-766.

Weinick, R. M., S. H. Zuvekas in J. W. Cohen (2000): Racial and Ethnic Differences in Access to and Use of Health Care Services 1977 to 1996. *Med Care Res Rev* 57: 36-54.

Dodatek

Tabela 3: POVPREČJA NEODVISNIH SPREMENLJIVK PO SKUPINAH

		N	Pov- prečje	Stand. odklon	F	P
X1 - starost	1 Zelo zadovoljni	463	78,22	12,20	4,069	0,017
	2 Nezadovoljni s ceno oskrbe	659	77,76	12,94		
	3 Nezadovoljni	242	75,36	15,01		
	Skupaj	1364	77,49	13,12		
X8 - cena ure SOD za uporabnika	1 Zelo zadovoljni	475	4,50	1,20	19,576	0,000
	2 Nezadovoljni s ceno oskrbe	669	4,99	1,40		
	3 Nezadovoljni	247	4,88	1,31		
	Skupaj	1391	4,80	1,34		
X9 - celotni stroški ure SOD	1 Zelo zadovoljni	475	17,98	2,03	3,146	0,043
	2 Nezadovoljni s ceno oskrbe	669	17,72	2,01		
	3 Nezadovoljni	247	17,66	1,86		
	Skupaj	1391	17,80	2,00		
X10 - število uporabnikov SOD v izvajal- ski organizaciji	1 Zelo zadovoljni	475	136,36	180,63	6,326	0,002
	2 Nezadovoljni s ceno oskrbe	669	108,27	150,00		
	3 Nezadovoljni	247	146,63	195,73		
	Skupaj	1391	124,68	170,24		
X12 - potreba po storitvi (šte- vilo dejavnosti vsakdanjega življenja pri kateri uporab- nik potrebuje pomoč 0-22)	1 Zelo zadovoljni	468	13,59	5,35	8,521	0,000
	2 Nezadovoljni s ceno oskrbe	664	14,27	5,14		
	3 Nezadovoljni	241	15,29	5,08		
	Skupaj	1373	14,22	5,23		

Tabela 4: KONTINGENČNE TABELE NEODVISNIH SPREMENLJIVK S SKUPINAMI

		1 Zelo zadovoljni	2 Neza-dovoljni s cenovno oskrbo	3 Neza-dovoljni	X ²	P
X2 - spol	0 Ženski	33,2%	49,1%	17,7%	1,068	0,586
	1 Moški	35,9%	46,5%	17,6%		
Skupaj		34,1%	48,3%	17,7%		
X3 - izobrazba	0 osnovna šola ali manj	30,1%*	50,6%*	19,3%	11,951	0,003
	1 srednja šola in več	39,0%*	44,7%*	16,3%		
Skupaj		34,5%	47,7%	17,8%		
X4 - shajanje z dohodki	0 shajamo	40,9%*	44,3%*	14,8%*	46,829	0,000
	1 (Zelo) težko shajamo z dohodki	22,6%*	53,2%*	24,2%*		
Skupaj		35,0%	47,2%	17,8%		
X5 - sestava gospodinjstva	0 živi sam	34,8%	49,1%	16,1%	2,841	0,242
	1 ne živi sam	33,4%	47,1%	19,5%		
Skupaj		34,1%	48,1%	17,7%		
X6 - ima otroke	0 nima otrok	33,9%	45,3%	20,8%	2,587	0,274
	1 ima otroke	33,9%	49,1%	17,0%		
Skupaj		33,9%	48,3%	17,8%		
X7 - tip naselja	0 Urbano	35,5%	48,6%	15,9%	3,788	0,435
	1 Ruralno	32,5%	47,9%	19,6%		
Skupaj		34,0%	48,2%	17,7%		
X11 - časovna dostopnost SOD	0 dopoldne	29,9%	52,2%	17,9%	3,310	0,191
	1 vse drugo	35,3%	47,0%	17,7%		
Skupaj		34,1%	48,1%	17,7%		
X13 - obstoj dolgotrajnih omejitev	0 nič ali ena	39,4%*	44,2%*	16,4%	9,721	0,008
	1 dve ali več	31,1%*	50,2%*	18,7%		
Skupaj		34,3%	47,9%	17,8%		
X14 - težave s spominom	0 nič ali nekoliko	35,7%*	47,7%	16,6%*	7,162	0,028
	1 precejšnje	29,2%*	49,3%	21,4%*		
Skupaj		34,0%	48,1%	17,9%		
X15 - zadostnost pomoči	0 dovolj pomoči	35,7%*	49,3%	13,3%*	91,572	0,000
	1 ni dovolj pomoči	17,5%*	43,1%	39,3%*		
Skupaj		34,3%	48,3%	17,4%		

X-13 obstoj kronične (dolgotrajne) fizične ali psihične zdravstvene težave, bolezni ali invalidnosti, ki vas kakorkoli omejuje pri vsakodnevnih aktivnostih.