

KONTEKSTUALNI DEJAVNIKI UPORABE OSKRBE NA DOMU V SLOVENIJI

CONTEXTUAL FACTORS OF HOME CARE UTILIZATION IN SLOVENIA

Valentina Hlebec¹

Prispelo: 4. 5. 2011 – Sprejeto: 23. 11. 2011

Izvorni znanstveni članek
UDK

Izvleček

Uvod: Andersenov behavioralni model za pojasnjevanje uporabe storitev zdravstvenega sistema se uporablja tudi za pojasnjevanje uporabe storitev oskrbe na domu in drugih storitev oskrbe, ki so v domeni skupnosti. V model so vključeni dispozicijski in kontekstualni dejavniki (družinski in skupnostni) ter potreba po storitvah. V prispevku bomo obravnavali skupnostne kontekstualne dejavnike in njihov vpliv na uporabo storitev oskrbe na domu.

Metode: V prispevku je uporabljena multipla klasifikacijska analiza na ravni občin. Odvisna spremenljivka je število uporabnikov oskrbe na domu glede na 1.000 prebivalcev v občini (oboje 65+). V model je vključenih več kontekstualnih spremenljivk, ki opisujejo značilnosti lokalnih skupnosti (občin) in prebivalcev.

Rezultati: Kontekstualni dejavniki pojasnjujejo 13 % variabilnosti števila uporabnikov oskrbe na domu. Uporabnikov je sorazmerno več v urbanih občinah, občinah z manjšo gostoto prebivalstva, v občinah z večjim deležem študentov in delovno aktivnih prebivalcev. Organizacijski dejavniki (cena storitev za uporabnika in ponudba oskrbe ob popoldnevih, koncih tedna in ob praznikih) nimajo statistično značilnega vpliva na število uporabnikov oskrbe na domu, prav tako ne delež prejemnikov denarnih socialnih pomoči.

Zaključek: Raziskava uporabe oskrbe na domu na sekundarnih agregiranih podatkih na ravni občin je dala zanimive, a omejene rezultate. Nepričakovane in statistično neznačilne povezave je mogoče pripisati sorazmerni novosti programa oskrbe na domu. Izpostavljamo tudi nujnost raziskovanja oskrbe na domu na individualni ravni oziroma ravni uporabnikov.

Ključne besede: oskrba na domu, multipla klasifikacijska analiza, občine, zdravje, starejši, Andersenov behavioralni model

Original scientific article
UDC

Abstract

Background: Andersen's behavioural model for predicting the use of health care services has already been used to explain the utilization of home care services or other community type services. The model includes predisposing and enabling factors and illness level. We will use the enabling factors to explain variability in the utilization of home care services across Slovenian municipalities.

Methods: Multiple classification analysis is performed on municipalities as units of analysis. The dependent variable is the number of users of home care among 1000 residents of the municipality (both 65+). Several enabling factors are included in the model, which measure the characteristics of municipalities and their residents.

Results: Enabling factors explain 13% of the variability in the number of home care users. Significantly more users are found in municipalities that are more urban, have a lower number of residents per km², have a higher proportion of students and percentage of active population. Organizational factors (the price of services and the provision of services during afternoons, weekends and holidays) are not related to the number of users, and nor is the number of residents receiving financial social assistance.

Conclusions: The study revealed important determinants of the utilization of home care services in Slovenian municipalities. The lack of a significant relationship between the number of users and organizational factors can

¹Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede, Kardeljeva ploščad 5, 1000 Ljubljana, Slovenija
Kontaktni naslov: e-pošta: valentina.hlebec@fdv.uni-lj.si

be attributed to the novelty of this program in Slovenia. We stress the need to conduct more research in this field, especially the collection of data on the individual level of users.

Key words: home care, multiple classification analysis, municipalities, health, older people, Andersen's behavioural model

1 UVOD

Socialna oskrba na domu je skladno s Pravilnikom o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev (Ur. l. RS, št. 52/95, 2/98, 19/99, 28/99 – popr., 127/03, 125/04, 120/05 – Odl. US: Ur. l. – 192/05-29, 60/05, 120/05, 2/06 – popr., 140/06, 120/07, 90/08, 121/08 in 53/09 v 22) namenjena osebam, ki imajo zagotovljene bivalne in druge pogoje za življenje v svojem bivalnem okolju, vendar se zaradi starosti ali hude invalidnosti 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 upravičencem vsaj za določen čas nadomesti potrebo po institucionalnem varstvu v zavodu, v drugi družini ali v drugi organizirani obliki (9, 16, 20–22). Starostna struktura uporabnikov kaže, da je program prvenstveno namenjen ohranjanju zdravja starejše populacije; večina uporabnikov je starejša od 65 let (16). Program socialne oskrbe na domu je pomemben za razbremenitev zdravstvenega sistema in sistema institucionalne oskrbe. Kaže, da bo postal eden ključnih programov sistema dolgotrajne oskrbe (19). Število uporabnikov narašča, npr. leta 2003 je bilo v 94 občinah 2.875 uporabnikov, v letu 2009 so na dan 1. 12. pomoč na domu izvajali v 201 občinah za 6.502 uporabnika (16, 22). Storitve vključuje (20) gospodinjsko pomoč (prinašanja enega pripravljenega obroka ali nakup živil in priprava enega obroka hrane, pomivanje uporabljene 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) in pomoč pri ohranjanju socialnih stikov (vzpostavljanje socialnega omrežja z okoljem, s prostovoljci in sorodstvom, spremljanje upravičenca pri opravljanju nujnih obveznosti, seznanjanje ustanov o stanju in potrebah upravičenca ter priprava upravičenca na institucionalno varstvo). V program oskrbe na domu v drugih državah lahko vključuje tudi zdravstvene storitve in je obravnavan kot del zdravstvenega sistema (6, 23, 27). V Sloveniji ima uporabnik pravico do 4 ur oskrbe dnevno ali do 20 ur tedensko. Organizacija in financiranje socialne oskrbe

na domu sta v domeni občin, ki bi po zakonu morale zagotavljati 50 % stroškov storitev. Ceno storitev za uporabnika dodatno zmanjšuje država s subvencijo, ki je del politike aktivnega zaposlovanja – država deloma pokriva stroške zaposlenih, ki izvajajo storitve. Nekateri uporabniki so deležni še dodatnih oprostitev pri plačilu storitev. Sredstva za financiranje pomoči na domu se financirajo iz proračuna občine, na območju katere ima upravičenec do storitev prijavljeno stalno prebivališče (3). Ker je pomoč na domu organizirana na nivoju občin in je dostop do storitev za uporabnika tudi določen z občino stalnega prebivališča, je občina kot enota analize primerna raven proučevanja tega programa.

Spremljanje organizacije in izvedbe programa se izvaja vsako leto in vključuje številne kvantitativne indikatorje na ravni občine. Vključujejo podatke o učinkovitosti izvedbe programa (razmerje med finančnimi vložki in proizvodi – število uporabnikov in število obiskov) in kakovosti programa. Vse analize izvedbe programa oskrbe na domu (9, 16, 20–22) ugotavljajo velike razlike med občinami v učinkovitosti izvedbe programa in tudi v kakovosti storitev. Večina analiz programa oskrbe na domu je deskriptivnega značaja brez poizkusov analitičnega in sintetičnega raziskovanja in pojasnjevanja velikih razlik med občinami. V tem prispevku bomo podrobneje raziskali vpliv kontekstualnih dejavnikov (na ravni skupnosti oziroma občin, kjer je oskrba organizirana in izvajana) na uporabo storitev oskrbe na domu, izmerjene s številom uporabnikov, starejših od 65 let, na 1.000 prebivalcev, starejših od 65 let. V nadaljevanju bomo predstavili Andersenov behavioralni model za pojasnjevanje uporabe storitev zdravstvenega sistema in ga uporabili za pojasnjevanje razlik v številu uporabnikov na ravni občin. Model je pogosto uporabljen v študijah dostopa do zdravstvenih storitev, vključujoč tudi oskrbo na domu (12, 13, 25, 26), zato ga bomo uporabili za izhodišče tudi v tej raziskavi.

Andersenov behavioralni model (1, 3–5) vsebuje tri skupine dejavnikov, ki vplivajo na uporabo storitev (zdravstvenega sistema ali oskrbe na domu). To so dispozicijski dejavniki, posredujoči dejavniki in potrebe. Ko raziskovalci obravnavajo posameznika kot enoto analize, se uporaba storitev operacionalizira kot vedenje posameznika, ki je povezano s temi tremi vrstami dejavnikov. Na agregiranih ravneh

(skupnost, zdravstveni sistem, država) pa se uporablja agregirane kazalnike, ki so dostopni v statističnih letopisih, npr. število uporabnikov, število zdravnikov na 1.000 prebivalcev, odstotek proračunskih sredstev, namenjen zdravstvu, in podobno (3). Dispozicijski dejavniki se nadalje delijo na individualne¹ in družbeno strukturne² ter prepričanja³ in verovanja. Kontekstualni ali posredujoči dejavniki vključujejo družinske⁴ in skupnostne⁵ dejavnike. Potrebe pa so ločene glede na percepcijo (oviranost v vsakdanjem življenju zaradi bolezni, znaki in diagnoza, subjektivna percepcija zdravja) in diagnozo (znaki in diagnoza).

Dispozicijski dejavniki so dejavniki, ki so prisotni pred nastankom bolezni ali določenega stanja in opredeljujejo verjetnost nastanka potrebe po uporabi storitev. Kontekstualni dejavniki opisujejo sredstva, ki jih imajo posamezniki na voljo za uporabo storitev (oziroma ki olajšajo ali otežijo, mogoče celo preprečijo dostop do storitev). To so lahko finančna sredstva ali značilnosti organizacije storitev in dostopa do storitev. Kontekstualni dejavniki opisujejo značilnosti družine (ali gospodinjstva) in skupnosti, v kateri posameznik živi. Dohodki gospodinjstva lahko močno vplivajo na uporabo plačljivih storitev, prav tako vrsta zdravstvenega zavarovanja (npr. obvezno ali prostovoljno, javno ali zasebno). Podatek, ali ima starejša oseba še živečega partnerja, sorojenca ali že upokojenega odraslega otroka (s svojo družino ali brez svoje družine, ki živi v neposredni bližini) ali odraslega s polno zaposlitvijo in z lastno družino (v sosednjem mestu), lahko precej pojasni potrebo po storitvah oskrbe na domu in odločitev za uporabo oskrbe na domu. Skupnost, v kateri posameznik živi, lahko tudi močno vpliva na odločitev za uporabo storitev oskrbe na domu. Dejstvo, da oskrba je ali ni organizirana ob dopoldnevih, popoldnevih, koncih tedna in ob praznikih, da je potrebno na oskrbo na domu čakati dlje časa, lahko vpliva na uporabo oskrbe. Dejstvo, da je oskrba na domu plačljiva storitev, postavi ceno ure oskrbe tudi med posredujoče dejavnike. Med dejavniki, ki pogojujejo uporabo storitev, so tudi prevladujoče vrednote v skupnosti, npr., če je oskrba na domu v lokalni skupnosti percipirana kot uveljavljen način

oskrbe starejše osebe, se bo verjetno lažje odločiti za uporabo te storitve. Če je oskrba na domu percipirana kot znak nesposobnosti družine (najpogosteje ženskih članov družine), da bi sama poskrbela za starajočo se osebo, ki ne zmore več samostojno skrbeti sama zase, bo uporabnikov oskrbe na domu zelo malo ali pa v skupnosti niti ne bo zaznana potreba po razvoju takega programa. Med pomembnimi skupnostnimi dejavniki je tudi stopnja urbanizacije. Skoraj vse raziskave kažejo, da je oskrba manj dostopna v ruralnih krajih, kjer je ponudnik storitve geografsko bolj oddaljen od neposrednega kraja prebivanja posameznika in kjer so cestne povezave slabše in javni prevoz redkeje dostopen; podobno velja za skupnosti z redkejšo stopnjo poselitve. Številne raziskave (3, 5, 9, 12, 13, 26) potrjujejo pomen kontekstualnih dejavnikov na uporabo storitev zdravstvenega sistema, storitev sistema dolgotrajne oskrbe ali oskrbe na domu. Res pa je, da imajo skupnostni dejavniki na agregirani ravni v primerjavi z drugimi dejavniki manjšo pojasnjevalno moč pri pojasnjevanju razlik v uporabi storitev, kar pa ne velja za raziskave, narejene na ravni posameznikov – uporabnikov. V raziskavah, v katerih se analizira vedenje posameznikov na individualni ravni, so skupnostni dejavniki med pomembnejšimi pojasnjevalnimi dejavniki. Za potrebe socialne politike je zelo pomembno dejstvo, da je prav na kontekstualne dejavnike, družinske in skupnostne, mogoče odločilno vplivati z javnopolitičnimi ukrepi.

Ker je model pogosteje uporabljan na ravni posameznika za preučevanje uporabe storitev zdravstvenega sistema kot pa na agregirani ravni za proučevanje uporabe oskrbe na domu, bomo natančneje predstavili mogoče indikatorje uporabe storitev in indikatorje kontekstualnih dejavnikov.

Uporaba storitev zdravstvenega sistema se meri na zelo raznolike načine na ravni posameznika (obisk zdravnika, število obiskov v določenem časovnem obdobju, čas od zadnjega obiska, število dni v bolnišnici; 3, 5, 26) in tudi na agregiranih ravneh, npr. na ravni sistema ali raziskav v metaanalizah, ko se proučuje učinkovitost uporabe sredstev za dolgotrajno oskrbo (7, 8). V raziskavah, v katerih se proučuje uporabo oskrbe na domu z Andersenovim modelom, se uporaba oskrbe na domu meri z uporabo različnih storitev (da/ne) (13) ali s prisotnostjo oskrbe in številom storitev v določenem časovnem obdobju (25). Na agregirani ravni se za kazalnike uporabe oskrbe na domu uporablja število uporabnikov oskrbe, povprečno število obiskov in povprečni čas trajanja obiska (6, 10, 16, 20–22).

Med kontekstualnimi dejavniki, merjenimi na individualni ravni, se v raziskavah uporabljajo dohodek

1 Starost, spol, zakonski stan, pretekle bolezni.

2 Izobrazba, rasa, poklic, velikost družine, etničnost, vernost, geografska mobilnost.

3 Stališča in prepričanja glede zdravja in bolezni, stališča glede zdravstvenih storitev, poznavanje bolezni.

4 Družinski dohodki, tip zdravstvenega zavarovanja, obstoj rednega vira oskrbe in nege, tip rednega vira oskrbe in njegova dostopnost.

5 Količina zdravstvenih ustanov in osebna v skupnosti, finančna dostopnost storitev, stopnja urbaniziranosti.

gospodinjstva, tip zdravstvenega zavarovanja, znesek plačila pri zadnji storitvi, obstoj stalnega (izbranega) ponudnika storitev, čas⁶, potreben za naročanje, čas, potreben za pot do izvajalca storitev, ter čakanje na dan storitve in čas izvajanja storitve, socialna opora in značilnosti omrežij socialne opore, stiki z družino in odraslimi otroki, število otrok, bivajočih v bližini, prebivanje v centru mesta ali ruralnem okolju (3, 13, 25, 26). Na agregirani ravni se za merjenje kontekstualnih skupnostnih dejavnikov uporablja naslednje indikatorje: odstotek prebivalstva pod pragom revščine, značilnosti regije, ruralni/urbani značaj skupnosti, prebivanje v središču mesta, povprečna cena storitev, prisotnost ponudbe storitev (kot odstotek izvajalcev storitev, npr. zdravnikov na prebivalca, ali odstotek zdravniških postelj na prebivalca). Andersen tudi poudarja, da so lahko značilnosti splošne populacije v določeni skupnosti, značilnosti potencialnih uporabnikov v skupnosti in značilnosti organizacije storitev v skupnosti merjene in opredeljene na individualni in tudi agregirani ravni. Agregirane spremenljivke so tudi lažje dostopne, npr. v statističnih letopisih, in lahko dobro pokažejo družbeni profil opazovane skupnosti. Če so spremenljivke merjene in opredeljene na ustrezni agregirani ravni, jih lahko uporabimo kot značilnosti skupnosti (3). Če torej opazujemo občino kot ustrezno organizacijsko in izvajalsko raven oskrbe na domu, so občine enote analize. Spremenljivke, agregirane na ravni občin, pa so operacionalizirane kot indikatorji kontekstualnih ali posredujočih skupnostnih dejavnikov.

V tem prispevku bomo skušali pojasniti vpliv kontekstualnih dejavnikov (na ravni skupnosti oziroma občin) na uporabo storitev oskrbe na domu, izmerjene s številom uporabnikov, starejših od 65 let, na 1.000 prebivalcev v slovenskih občinah v letu 2008. Cena oskrbe in ponudba oskrbe merita na organizacijo oskrbe v skupnosti. Domnevamo, da je v občinah, v katerih je cena višja in oskrba dostopna le ob dopoldnevih, uporabnikov manj (H 1). Gostota prebivalstva, podobno kot odstotek kmetijskih zemljišč v uporabi, merita ruralno/urbani značaj občine. Domnevamo, da je uporabnikov manj v ruralnih občinah in občinah, v katerih je gostota prebivalstva manjša (H 2). Ne glede na to, da je oskrba na domu organizirana na ravni občin, je mogoče, da je v občinah z redko poseljenostjo cena oskrbe višja zaradi daljše poti do oskrbovanca in večjih potnih stroškov oskrbovalk. Število študentov na 1.000 prebivalcev posredno meri izobrazbeno strukturo v občini. Domnevamo, da je uporabnikov manj v občinah, kjer je manj študentov (H 3). V občinah z več študenti

je lahko naklonjenost formalnim storitvam oskrbe večja. Stopnja delovne aktivnosti meri potencialno prisotnost neformalnih oskrbovalcev. Domnevamo, da je v občinah z višjo stopnjo delovne aktivnosti na voljo manj neformalnih oskrbovalcev, in je zato več uporabnikov oskrbe (H 4). Število prejemnikov denarnih socialnih pomoči meri finančno sposobnost prebivalcev, da plačajo oskrbo na domu. Domnevamo, da je v občinah, v katerih je več prejemnikov denarne socialne pomoči, manj uporabnikov oskrbe na domu (H 5).

V naslednjih razdelkih bomo najprej predstavili podatke in metodo analize, sledijo rezultati multiple klasifikacijske analize, interpretacija podatkov in ključne ugotovitve z razpravo.

2 METODE

V članku preverjamo, koliko variabilnosti v številu uporabnikov storitev oskrbe na domu je mogoče pojasniti s kontekstualnimi dejavniki na ravni skupnosti oziroma občine in kateri kontekstualni dejavniki imajo značilen vpliv na uporabo oskrbe na domu.

Raziskovalno vprašanje bomo preverili z multiplo klasifikacijsko analizo, ki je posebna oblika analize variance s številsko odvisno spremenljivko in z nominalnimi neodvisnimi spremenljivkami in nima predpostavljene linearnih povezav med odvisno in neodvisnimi spremenljivkami (2). Multipla klasifikacijska analiza pokaže, koliko vrednost odvisne spremenljivke odstopa od skupnega povprečja zaradi vpliva pojasnjevalnih spremenljivk. Koeficient eta pokaže na moč bivariatne povezave med odvisno spremenljivko in posameznimi neodvisnimi spremenljivkami. Koeficient beta pa kaže moč povezave med odvisno spremenljivko in posamezno neodvisno spremenljivko, če pri tem kontroliramo tudi vse preostale spremenljivke, vključene v model. Vrstni red koeficientov beta pokaže na sorazmerno pomembnost vsake pojasnjevalne spremenljivke. Čim višja je vrednost, tem pomembnejša je spremenljivka pri pojasnjevanju variabilnosti v ocenah zanesljivosti. Multipli R^2 pokaže odstotek variance odvisne spremenljivke, ki je pojasnjen z vsemi pojasnjevalnimi spremenljivkami skupaj.

Uporabljamo podatke o številu uporabnikov oskrbe na domu leta 2008 (21) in podatke o značilnostih občin Statističnega urada RS (21). Podatke iz leta 2008 uporabljamo zaradi dveh razlogov. Prvič – te podatke smo že raziskovali in imamo dodatne vpogled v značilnosti oskrbe in razlike med občinami (9, 10). Drugič – spremenljivke, ki merijo skupnostne kontekstualne dejavnike, naj bi se časovno čim bolj

6 Čas, potreben za dostop, se uporablja tudi kot indikator ovir dostopa do storitev (11).

ujemale s podatki o oskrbi. Podatki za kontekstualne dejavnike iz Statističnega urada SR so dostopni za leto 2008. Časovno ujemanje podatkov je še posebej pomembno v obdobju hitrih gospodarskih sprememb, saj bi bilo nesmiselno uporabljati stare podatke o značilnostih občin (npr. o odstotku delovno aktivnega prebivalstva ali številu prejemnikov denarnih socialnih pomoči). Iz analize so izključene občine, ki niso posredovale podatkov o oskrbi na domu. Prav tako smo iz analize izključili občini Ljubljana in Maribor, in sicer zaradi specifičnih značilnosti oskrbe v teh občinah (9). Odvisna spremenljivka je število uporabnikov oskrbe na domu, starejših od 65 let, na 1.000 prebivalcev občine, starejših od 65 let. Neodvisne spremenljivke so dihotomizirane glede na mediano zaradi asimetrične porazdelitve nekaterih spremenljivk: Cena oskrbe za uporabnika za uro oskrbe (0/1 – cena je manjša/večja od 4 EUR). Ponudba oskrbe (0 – oskrba je mogoča le ob dopoldnevih, 1 – oskrba je mogoča tudi ob popoldnevih in/ali koncih tedna in ob praznikih).

Gostota prebivalstva (0/1 – gostota prebivalstva je manjša/večja od 79). Odstotek kmetijskih zemljišč v uporabi (0/1 – odstotek je manjši/večji od 27). Število študentov na 1.000 prebivalcev (0/1 – število je manjše/večje od 55). Stopnja delovne aktivnosti (0/1 – stopnja delovne aktivnosti je manjša/večja od 61). Prejemniki denarnih socialnih pomoči na 1.000 prebivalcev (0/1 – prejemnikov je manj/več od 38).

Model, ki ga ocenjujemo:

$$Y_{ij\dots n} = \bar{Y} + a_i + b_j + \dots + e_{ij\dots n}$$

$\bar{Y}_{ij\dots n}$ = Število uporabnikov, starejših od 65, let na 1.000 prebivalcev občine, starejših od 65 let

Y = Skupna aritmetična sredina odvisne spremenljivke po vseh občinah skupaj

a_i = Učinek članstva v i-ti kategoriji neodvisne spremenljivke a

b_j = Učinek članstva v j-ti kategoriji neodvisne spremenljivke b

$e_{ij\dots n}$ = slučajna napaka

Tabela 1. Deskriptivne statistike.

Table 1. Descriptive statistics.

	N	Povprečje Mean	Mediana Median	St. odklon St. Dev.	Minimum Min	Maksimum Max
Število uporabnikov Number of users	204	24,98	11	52,28	0	586
Cena Price	204	4,20	4	1,71	0	12,14
Ponudba Availability	201	41,79	0	49,44	0	100
Odstotek KZU Percentage of farm land in use	210	0,31	0,27	0,22	0,02	2,48
Gostota prebivalstva Density of residents	210	112,06	79	122,73	5	1004
Število študentov Number of students (per 1000)	210	53,39	55	9,03	15	73
Stopnja DAP Percentage of active residents	210	61,10	60,8	4,01	40,6	73
Prejemniki DSP Number of recipients of financial social aid (per 1.000)	210	39,91	38,05	23,31	3,5	103,7

3 REZULTATI

S sedmimi kontekstualnimi dejavniki na ravni skupnosti pojasnimo le majhen odstotek variabilnosti v relativnem številu uporabnikov oskrbe na domu – 13 %. Ponudba in cena storitve (organizacijski del oskrbe na domu) nimata statistično značilnega vpliva na število uporabnikov.

Prav tako finančna dobrobit prebivalcev nima vpliva na število uporabnikov. Na število uporabnikov pa statistično značilno vplivajo odstotek kmetijskih zemljišč v uporabi, gostota prebivalstva, število študentov in stopnja delovne aktivnosti. V občinah, ki jih lahko označimo za bolj ruralne, je manj uporabnikov oskrbe na domu (če gledamo odstotek kmetijskih zemljišč

Tabela 2. Rezultati multiple klasifikacijske analize.
Table 2. The results of multiple classification analysis.

	Število uporabnikov						
	Sk. ar. sr. = 15,34 Grand mean			Pričak. ar. sr. Expected mean		St. odkl. St. Dev	
		N	Eta	Beta	Multivariatna	Multivariatni	
Cena Price	0 1	103 98			14,95 15,69	-0,358 0,376	
Ponudba Availability	0 1	105 96	0,153 0,131	0,038 0,100	14,40 16,31	-0,911 0,996	
Odstotek KZU Percentage of farm land	0 1	99 102			16,55 14,11	1,241 -1,205	*
Gostota prebivalstva Density	0 1	100 101	0,145	0,128	16,54 14,10	1,225 -1,213	*
Število študentov N. of students	0 1	104 97			13,60 17,15	-1,716 1,839	**
Stopnja DAP % active residents	0 1	102 99	0,238 0,223	0,186 0,161	13,80 16,87	-1,514 1,559	**
Prejemniki DSP % social financial aid	0 1	100 101			14,27 16,34	-1,037 1,027	
Multipli R ²				0,128			

* 0,10 < p < 0,05; ** 0,05 < p < 0,01

v uporabi, če upoštevamo gostoto prebivalstva, pa je ravno nasprotno). Večje število študentov in večji odstotek delovno aktivnega prebivalstva pa pomenita večje število uporabnikov oskrbe na domu.

V povprečju je bilo v slovenskih občinah 15 uporabnikov oskrbe na domu. V Tabeli 1 so prikazana odstopanja od skupnega povprečja zaradi vpliva posameznih spremenljivk. Sočasni vpliv neodvisnih spremenljivk lahko ugotovimo kar tako, da standardne odklone prištejemo ali odštejemo od skupnega povprečja. Denimo, če nas zanima, koliko uporabnikov bi v povprečju pričakovali v ruralnih občinah z majhnim številom študentov in nizko stopnjo delovne aktivnosti, bomo povprečno število uporabnikov dobili na naslednji način:

Št. uporabnikov = 15,34 – 1,205 – 1,716 – 1,514 = 10,90

Število uporabnikov v bolj urbanih občinah z večjim številom študentov in visoko stopnjo delovne aktivnosti lahko izračunamo takole:

Št. uporabnikov = 15,34 + 1,241 + 1,839 + 1,559 = 19,98

4 RAZPRAVA

Ključna ugotovitev študije s konceptualnim in tudi z operacionalnim in empiričnim premislekom je, da

je variabilnost uporabe storitev na domu mogoče raziskovati in pojasnjevati tudi na agregirani ravni ne le na ravni posameznikov. Na ravni posameznikov so kontekstualni dejavniki na ravni družine in skupnosti med najpomembnejšimi pojasnjevalnimi dejavniki, kot kažejo študije v ZDA, Izraelu in v Angliji (3, 5, 12, 13, 25), na agregirani ravni pa so med manj pomembnimi (3, 5). Ne glede na to, kljub majhni pojasnjeni variabilnosti, smo analitično dokazali sistematične in statistično značilne razlike v uporabi storitev oskrbe na domu. Ključni pojasnjevalni dejavniki za zdaj niso organizacijske narave (cena oskrbe in ponudba storitev), ampak so to značilnosti skupnosti (ruralnost občin, gostota prebivalstva) in značilnosti posameznikov v skupnosti (odstotek delovno aktivnih prebivalcev in odstotek študentov).

Presenetljivo je, da organizacijski dejavniki, ki bi morali precej neposredno vplivati na število uporabnikov, niso značilno povezani s številom uporabnikov. Dejavniki, ki so povezani, pa so zares kontekstualni; v določenih okoliščinah (npr. ko je ponudba storitev slaba) vplivajo, v določenih pa verjetno ne. Denimo, druge raziskave o omrežjih socialne opore (11, 14, 15, 17, 18, 28) kažejo izjemen pomen družine in sosedov pri oskrbi starih ljudi ter na pomembno vlogo neformalne plačane pomoči. Dejstvo, da cena in ponudba oskrbe še ne vplivata

na uporabo, je mogoče pojasniti s tem, da je oskrba na domu sorazmerno nov program in da bo najbrž trajalo več let, da se potencialni uporabniki navadijo na program in da ga začnejo tudi racionalno uporabljati. Stabilizirati se mora tudi financiranje programa oskrbe na domu, saj so med občinami velike razlike glede deleža, ki ga za program prispevata občina in država (9). Mogoče ključno vprašanje ni finančno, ker uporabniki nimajo možnosti izbire finančno in časovno ugodnejšega ponudnika storitev, ampak so vezani na občino stalnega prebivališča. Če uporabnik nujno potrebuje oskrbo na domu, se ji ne more odreči kljub visoki ceni ali omejeni časovni ponudbi ali slabšemu finančnemu stanju družine. Ker je program plačljiv, se lahko zgodi, da bo oskrba na domu postala nov dejavnik razlikovanja in neenakosti med prebivalstvom Slovenije. Res je sicer, da so uporabniki zaradi finančnega stanja lahko tudi oproščeni plačila storitev, vendarle pa je finančna sposobnost upokojencev sorazmerno slaba. Relativna novost oskrbe na domu mogoče pojasnjuje tudi to, da je v nasprotju s pričakovanjem relativno število uporabnikov (glede na potencialne uporabnike) manjše v gosteje poseljenih krajih. Mogoče je, da je ponudba v gosteje poseljenih občinah za zdaj premajhna, da bi v celoti zadostila potrebam po oskrbi. Na primer Hlebec ugotavlja, da je potencialnih novih uporabnikov in potreba po dodatnih oskrbovalkah večja v bolj urbanih občinah (9). V bolj urbanih občinah in občinah z večjim deležem delovno aktivnega prebivalstva je uporabnikov več, najbrž zaradi pomanjkanja potencialnih neformalnih oskrbovalcev pa tudi zaradi načina življenja in vrednot. Dejstvo je, da smo pri uporabi podatkov na agregirani ravni v analizi in spoznanjih zelo omejeni. Prav tako smo pri interpretaciji rezultatov omejeni z načinom organizacije oskrbe na domu, ki je organizirana in izvajana na ravni občin. Lahko si zastavimo vprašanje, ali značilnosti občin res sistematično sooblikujejo pogoje življenja ljudi in oskrbe na domu oziroma ali ni njihov nastanek bolj naključen in zaradi tega ni mogoče predvideti podobne organizacije oskrbe na domu in podobnega obnašanja uporabnikov v dveh občinah, ki sta si po določenih značilnostih zelo podobni. Dozdajšnje analize kažejo, da razlik v oskrbi na domu ni mogoče pojasnjevati z linearnimi modeli, saj v občinah s podobnimi značilnostmi najdemo različne modele oskrbe na domu in zato smo v analizi uporabili metodo, ki ne predpostavlja linearnih povezav (9, 10).

5 ZAKLJUČEK

Na osnovi multiple klasifikacijske analize ugotavljamo, da je število uporabnikov oskrbe na domu mogoče

deloma pojasniti s kontekstualnimi dejavniki na ravni občine. Kljub majhnemu odstotku pojasnjene variabilnosti pa se nakazujejo sistematične razlike glede na urbanost/ruralnost občin, gostoto prebivalstva in na razpoložljivost neformalnih oskrbovalcev. Cena in ponudba oskrbe ne vplivata statistično značilno na število uporabnikov oskrbe na domu, prav tako ne finančna dobrobit prebivalcev občin. Če bi raziskavo nadaljevali na agregirani ravni, bi bili v analizi dobrodošli še drugi indikatorji razvitosti oskrbe, kot je npr. število oskrbovalcev glede na dejansko ali potencialno število uporabnikov, zdravstveno stanje prebivalcev občinah ali povprečna velikost družin v občini. Ocenjenega modela ne moremo uporabiti za napovedovanje potreb po oskrbi, saj sta njegov namen in domet omejena na raziskovanje vpliva kontekstualnih dejavnikov na sorazmerno število uporabnikov.

Ugotavljamo tudi, da so analize dostopnih sekundarnih podatkov na agregirani ravni občin premalo poglobljene, da bi lahko sistematično proučevali uporabo oskrbe na domu. Potrebne so dodatne raziskave na individualni ravni, da bi razumeli, kateri dispozicijski in kontekstualni dejavniki ter potrebe vplivajo na uporabo storitev oskrbe na domu v Sloveniji.

Opozarjamo tudi na to, da formalna oskrba zadovoljuje le del potreb po oskrbi na domu. Poleg nje verjetno povsod delujeta tudi družinska oskrba (neformalna, neplačana) in medsosedska oskrba (neformalna, delno plačana, delno neplačana) in ponudba plačljivih, a ne formalno organiziranih storitev (npr. oskrbovalke, ki delajo »na črno«; 27). Vsekakor je treba oskrbo starejših dodatno poglobljeno opazovati, mogoče s študijami primerov v posameznih občinah.

Literatura

1. Aday LA, Andersen RM. A Framework for the study of access to medical care. *Health Services Res* 1974; 9: 208-20.
2. Andrews FM, Morgan JN, Sonquist JA, Klem L. Multiple alassifications analysis. Ann Arbor: Institute for Social Research, 1973.
3. Andersen RM, McCutcheon A, Aday LA, Chiu GY, Bell R. Exploring dimension of access to medical care. *Health Services Res* 1983; 18: 49-74.
4. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav* 1995; 36: 1-10.
5. Andersen RM, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Q* 2005; 83: 1-28.
6. Coyte PC. Home care in Canada: passing the buck. Toronto: Home Care Evaluation and Research Centre, 2002.
7. Grabowski DC. The cost-effectiveness of noninstitutional long-term care services: review and synthesis of the most recent evidence. *Med Care Res Rev* 2006; 3: 3-28.
8. Hedrick SC, Inui TS. The effectiveness and cost of home care: an information synthesis. *Health Services Res* 1986; 20: 851-80.
9. Hlebec V. Oskrba starih med državo in družino: oskrba na domu. *Teorija in praksa* 2010; 47: 765-85.

10. Hlebec V. Kakovost oskrbe na domu v Sloveniji: finančna in časovna dostopnost oskrbe na domu. V: Skela – Savič B, Hvalič Touzery S, Zorc J, Skinder Savič K, editors. 4th International Scientific Conference on Research in Nursing and Health Care. Evidence-based health care - opportunities for linking health care professions, patient needs and knowledge. Jesenice: College of Nursing, 2011; 74-84.
11. Hlebec V, Filipovič Hrast M, Kogovšek T. Social networks in Slovenia: changes during the transition period. *Europ Societies* 2010; 12: 697-717.
12. Iecovich E, Carmel S. Differences in Accessibility, Affordability, and Availability (AAA) of medical specialists among three age-groups of elderly people in Israel. *J Aging Health* 2009; 21: 776-97.
13. Kuo T, Torres-Gil FM. Factors affecting utilization of health services and home and community-based care programs by older taiwanese in the United States. *Res Ageing* 2001; 23: 14-36.
14. Lah I, Pahor M, Hlebec V. Zdravje starejših ljudi kot element kakovosti življenja v Evropi. *Obzor Zdrav Neg* 2008; 42: 87-97.
15. Mandič S, Hlebec V. Socialno omrežje kot okvir upravljanja s kakovostjo življenja in spemembe v Sloveniji med letoma 1987 in 2002. *Družbosl Razpr* 2005; 21: 263-85.
16. Nagode M. Organizirana pomoč za stare ljudi, ki živijo na domu: pomoč na domu in varovanje na daljavo. In: Hlebec V, editor. *Starejši ljudje v družbi sprememb*. Maribor: Aristej, 2009.
17. Pahor M, Hlebec V. Socialna omrežja in zdravje: spremembe v Sloveniji. *Zdrav Var* 2006; 45: 175-85.
18. Pahor M, Domanjko B, Hlebec V. Social support in the case of illness: intergenerational solidarity. *Zdrav Vestn* 2011; 80: 75-83.
19. Prevolnik Rupel V, Ogorevc M, Majcen B. Long-term care system in Slovenia. Institute for economic research. Report no. 87 - contribution to wp1 of the ancien project, 2010.
20. Smolej S, Jakob P, Nagode M, Žiberna V. Analiza izvajanja pomoči na domu. Ljubljana: Inštitut RS za socialno varstvo, 2008.
21. Smolej S, Nagode M, Jakob P, Žiberna V, Jerina P, Kenda A. Izvajanje pomoči na domu: analiza stanja za obdobje januar-junij 2008. Ljubljana: Inštitut RS za socialno varstvo, 2008.
22. Smolej S, Nagode M, Jakob Krejan P. Izvajanje pomoči na domu: analiza stanja v letu 2009: končno poročilo. Ljubljana: Inštitut RS za socialno varstvo, 2010.
23. Sharkey S, Larsen L, Mildon B. An overview of home care in Canada: its past, present, and potential. *Home Helath Care Manag Pract* 2003; 15: 382-90.
24. Statistični podatki, občine, Slovenija, 2008; Statistični kazalniki, občine, Slovenija, 2008. Statistični urad RS, 2008.
25. Stoddart H, Withley E, Harvey I, Sharp D. What determine the use of home care services by elderly people. *Health Soc Care Comm* 2002; 10: 348-60.
26. Weinick RM, Zuvekas SH, Cohen JW. Racial and ethnic differences in access to and use of health care services 1977 to 1996. *Med Care Res Rev* 2000; 57: 36-54.
27. Woodward CA, Abelson J, Tedford S, Hutchison B. What is important to continuity in home care?: perspectives of key stakeholders. *Soc Sci Med* 2004; 58 :177-192.
28. Žerjal Ž, Hlebec V. Neformalno delo dnevnik migrantk v tržaških zasebnih gospodinjstvih starejših ljudi. *Teor Praksa* 2010; 47: 172-89. Trust in an Individual Physician.