

# Timsko delo kot temeljna oblika integrirane dolgotrajne oskrbe ljudi z demenco

Vera GREBENC

## Uvod

Kakovostna oskrba ljudi z demenco je zahtevna naloga, s katero se ta hip spoprijemajo vse države sveta. V mednarodnih in nacionalnih zdravstvenih in socialnovarstvenih strateških dokumentih s tega področja je v ospredju pomen celovite, koordinirane oskrbe ljudi, ki naj se zagotavlja z interdisciplinarnostjo in integriranimi oblikami dela, med katere sodi tudi timsko delo (World Health Organization, 2019a). Že pol stoletja predvsem Svetovna zdravstvena organizacija poudarja pomen povezovanja in sodelovanja različnih disciplin na področju zdravstva in socialnega varstva in poziva države, da prilagodijo sisteme oskrbe integriranim pristopom, ki temeljijo na sodelovanju in timskem delu (World Health Organization, 2015).

Geslo integrirane oskrbe zajema tri kategorije oskrbe, in sicer da je vsem ljudem treba zagotoviti *pravo oskrbo, na pravem mestu, ob pravem času* (Organisation for Economic Cooperation and Development / World Health Organisation/World Bank Group, 2018).

Cilj integriranja storitev je celostna oskrba ljudi. Celostna oskrba je pristop, s katerim naj bi odpravili razdrobljeno izvajanje storitev med različnimi izvajalci in organizacijami in zagotovili usklajeno in neprekinjeno mrežo oskrbe, ki je osredotočena na posameznika (prav tam). Celostna oskrba naj bi pri oblikovanju storitev upoštevala potrebe ljudi, delo naj bi potekalo v sodelovanju različnih izvajalcev storitev, kar v praksi pomeni preseganje organizacijskih in sektorskih meja. Zahteva sodelovanje strokovnjakov različnih strok z različnih področij, na načine, ki jih tradicionalno

v institucionalnih praksah oskrbe v preteklosti niso uporabljali (Mali in Grebenc, 2021). Timsko delo, ki povezuje strokovnjake različnih disciplin, predstavlja ključni način delovanja za uresničevanje ciljev celostne oskrbe in integriranja storitev. Predstavlja tisto obliko dela, ki ga skupine različnih strokovnjakov opravljajo z neposrednim sodelovanjem v praksi. Delujejo skladno s poklicno etiko,<sup>1</sup> vrednotami in interesi in na podlagi mandatov in interesov organizacije, ki jo zastopajo (Kee, Nies, van Wieringen in Beersma, 2023). Namen takšnega sodelovanja je, da bi različni izvajalci uskladjili oskrbo s potrebami uporabnikov (prav tam).

## **Povezovanje izvajanja storitev za celostno obravnavo ljudi z demenco**

Na področju socialnega dela že desetletja poudarjamo pomen celostne oskrbe starih ljudi v skupnosti. Če želimo razvijati prakse timskega dela na področju celostne oskrbe, moramo razumeti pomen in organiziranost integrirane oskrbe in značilnosti sodelovanja med različnimi disciplinami in resorji oskrbe. Politike, ki si prizadevajo za stabilno oskrbo starih ljudi že več desetletij poudarjajo pomen paradigme »integrirana oskrba«. Z večanjem populacije starih ljudi, ki potrebujejo sočasno različne oblike zdravstvene in socialne pomoči v vsakdanjem življenju povsod po svetu, je koncept integrirane oskrbe postal eden glavnih elementov strategij, ki naj bi jih države in skupnosti razvijale tudi v 21. stoletju. Gre za uresničevanje socialnega modela razumevana zdravja, katerega temelji segajo vse od zgodovinsko prelomne deklaracije v Alma Ati leta 1978 (World Health Organisation, 1978), katere ključno sporočilo je bilo, da je zdravje več kot le odsotnost bolezni. Deklaracija iz Alma Ate je pomenila odmik od tradicionalnega pogleda na zdravje kot izključno ozkega vprašanja bolezni in razumevanja sistema zdravstva kot linearnega, epizodnega in kurativnega zdravljenja. Takrat so bili prvič opredeljeni ključni elementi kakovostne oskrbe, in sicer, da je treba »zdravstvene storitve pripeljati čim bližje ljudem, v okolja, kjer živijo in delajo« (prav tam). Že takrat je Svetovna zdravstvena organizacija kot osrednji cilj na področju zagotavljanja zdravja postavila razvoj integriranih storitev, ki temeljijo na interdisciplinarnem pristopu pri

---

1 Več o etiki si lahko preberete v poglavju Sobočan.

obravnavanju človekovega zdravja, in postavila temelje skupnostnemu in socialnemu modelu skrbi za zdravje ter zdravje opredelila kot človekovo pravico.

Kljub že več desetletij poudarjanja pomena celostne in integrirane oskrbe starih ljudi, je razkorak med potrebami in možnostmi oskrbe največji na področju dolgotrajne oskrbe starih ljudi in še posebej ljudi, ki imajo demenco (Mali in Grebenc, 2021, Mali, 2024a). Število ljudi, ki potrebujejo ali bodo potrebovali zdravljenje in oskrbo na domu, se povsod po svetu povečuje. Svetovna zdravstvena organizacija ocenjuje, da naj bi bil do leta 2030 vsak šesti prebivalec sveta star 60 let ali več, od tega naj bi dve tretjini starejših od 60 let živelo v državah z nizkimi in srednjimi dohodki (World Health Organization, 2022). Delež prebivalstva, starega 65 let in več, naj bi v državah, vključenih v organizacijo OECD, do leta 2030 znašal 20,9 % populacije (Organisation for Economic Cooperation and Development, 2021a). Svetovna zdravstvena organizacija ocenjuje, da naj bi se v svetu število ljudi, ki imajo demenco, do leta 2050 potrojilo, in sicer s 50 milijonov na 152 milijonov (World Health Organization, 2017a). Poleg demografske slike je težava pri oskrbi starih ljudi revščina (European Commission, 2015, str. 94). V Organizaciji za gospodarsko sodelovanje in razvoj (Organisation for Economic Cooperation and Development, 2023, str. 198) so ugotovili, da v svetu živi v relativni revščini 14,2 % oseb, starejših od 65 let. V skupini starih ljudi ogroženost zaradi revščine narašča s številom let po upokojitvi, bolj ogrožene so ženske (prav tam). Glavni oviri pri zagotavljanju kakovostne oskrbe starih ljudi sta predvsem zmanjševanje števila formalnih in neformalnih oskrbovalcev, kar je globalni trend, in zahtevnost oskrbe starih ljudi, ki imajo sočasno raznovrstne zdravstvene težave, bolezni in socialne potrebe (Organisation for Economic Cooperation and Development, 2016; World Health Organization, 2019a; 2019b). Po podatkih Organizacije za gospodarsko sodelovanje in razvoj (Organisation for Economic Cooperation and Development, 2019) živita danes skoraj dve tretjini starejših od 65 let z enim ali več kroničnimi obolenji. Za stare ljudi, ki imajo kombinirane zdravstvene in socialne težave, je zato treba vzpostaviti kombinirane sisteme oskrbe, podpore in pomoči pri njihovem vsakdanjem življenju.

Današnje strategije na področju zdravstvenega in socialnega varstva temeljijo na načelih spoštovanja človekovih pravic,

vzpostavljanje kakovostnega življenjskega okolja in večanja blaginje vseh prebivalcev. V ta okvir načel sodi tudi skrb za zdravje in socialno blaginjo ljudi z demenco. Svetovna zdravstvena organizacija uvršča demenco med javnozdravstvene teme, zato so v ospredju razprav vprašanja dejavnikov zdravja; socialne, okoljske in gospodarske vidike pa razume kot okoliščine, ki vplivajo na izide zdravja (World Health Organization, 2019a; 2019b). V akcijskem načrtu Desetletje zdravega staranja (World Health Organisation 2020) so za obvladovanje demence predvidene aktivnosti za *spodbujanje zmožnosti starih ljudi za življenje v skupnosti*, kar vključuje zagotavljanje celostne, celovite in integrirane zdravstvene in socialne oskrbe, osredotočene na posameznika, univerzalno dostopnost primarnih zdravstvenih storitev, zagotavljanje tehnične pomoči državam pri oblikovanju starosti prijaznih okolij in pobud in še posebej pomoč pri zagotavljanju storitev za najranljivejše skupine in posameznike, torej tudi pri zagotavljanju celostne oskrbe ljudi z demenco.

Slovenija je od leta 2016 do zdaj sprejela dve strategiji na področju obvladovanja demence.<sup>2</sup> V obeh dokumentih obljublja oblikovanje celostnega in usklajenega pristopa pri obvladovanju problema demence in demenci podobnih stanj in pri obvladovanju demence zasleduje cilj zdravega staranja (Ministrstvo za zdravje, 2016; 2023a). Prioritete slovenske strategije so destigmatizacija, zgodnje odkrivanje bolezni, dostopna obravnava in zdravljenje, paliativna oskrba, prilagajanje socialnovarstvenih programov, varstvo pravic ljudi z demenco, ustrezno izobraževanje strokovnih delavcev, podpora raziskovanju in vzpostavljanje epidemiološkega spremljanja pojava in celostna obravnava ljudi z demenco ter vzpostavitev regionalnih centrov za *multidisciplinarno*<sup>3</sup> obravnavo ljudi z demenco (Ministrstvo za zdravje, 2016; 2023a). S tem zapisom v strategiji se je država zavezala, da bo za uresničevanje temeljnih človekovih pravic, spoštovanje temeljnih svoboščin in človekovega dostojanstva ljudi z demenco poskrbela za integrirano, na človeka osredotočeno, cenovno in formalno dostopno zdravstveno in socialno oskrbo, vključno z zagotavljanjem dolgotrajne

---

2 V državi pa nismo v tem času sprejeli nobenega akcijskega načrta (Grebenc, 2024b).

3 Termin, ki ga za sodelovanje različnih disciplin na področju obravnave demence uporabljajo v strategiji.

oskrbe.<sup>4</sup> Ob tem pisci strategije ugotavljajo, da se je pri oblikovanju integriranega pristopa na področju demence treba osredotočiti na potrebe ljudi, poskrbeti za usklajeno in odzivno delovanje države in *multidisciplinarni* pristop obravnave (Ministrstvo za zdravje, 2016; 2023a). Da bi lahko uresničili ta temeljna načela integriranega pristopa, pa bi v državi morali vzpostaviti sisteme zdravstvene in socialne oskrbe, ki zagotavljajo neprekinjeno oskrbo ljudi z demenco in delujejo po načelih kontinuirane in koordinirane oskrbe. Vanjo so vključeni različni izvajalci storitev na več nivojih sistema, delo naj poteka s sodelovanjem strokovnjakov iz različnih disciplin in z dejavnim povezovanjem formalnih in neformalnih oskrbovalcev. S tem slovenska strategija na področju demence povzema ključna načela kakovostne oskrbe, ki naj temelji na krepitvi moči ljudi z demenco, spodbuja in ohranja življenje v skupnosti in predvideva etično zavezanost izvajalcev oskrbe, da oskrbo razvijajo na podlagi želja in potreb ljudi z demenco. Ta načela uveljavljajo spoštovanje avtonomije ljudi, ki imajo demenco, in upoštevanje potreb in želja ljudi z demenco ves čas, od trenutka, ko prejmejo diagnozo do konca življenja (World Health Organisation, 2017b, str. 22).

Slovenska strategija temelji na pravicah, ki jih za ljudi z demenco uveljavlja Glasgowska deklaracija<sup>5</sup> (Alzheimer Europe, 2014), kjer so še posebej zapisane pravica do individualne, na posameznika osredotočene, koordinirane in kakovostne oskrbe in pravica do ohranjanja dostojanstva in spoštovanja v lastni skupnosti.

Slovenska strategija na načelni ravni predstavlja dobro podlago za razvoj integriranih oblik dela, med katere lahko uvrstimo timsko delo. Model integrirane obravnave ljudi z demenco je v slovenski

---

4 S temi zavezami slovenska strategija na področju demence sledi dvema mednarodnima strateškima dokumentoma: Globalnemu akcijskemu načrtu o odzivu javnega zdravstva na demenco za obdobje 2017–2025 (World Health Organisation, 2017b) in Glasgowski deklaraciji (Alzheimer Europe, 2014).

5 Glasgowska deklaracija (Alzheimer Europe, 2014) je bila sprejeta leta 2014 in govori o pravicah ljudi z demenco. V tej deklaraciji je objavljen poziv vladam držav in ustanovam, da v strategijah in zakonih upoštevajo pravice, dostojanstvo in avtonomijo ljudi z demenco. V Glasgowski deklaraciji (prav tam) so zapisane naslednje pravice:

- pravica do pravočasne diagnoze,
- pravica do kakovostne obravnave po postavljeni diagnozi,
- pravica do individualne, na posameznika osredotočene, koordinirane in kakovostne oskrbe,
- pravica do pravočasnega dostopa do zdravljenja in terapevtskih posegov,
- pravica do ohranjanja dostojanstva in do spoštovanja v lastni skupnosti.

strategiji predstavljen kot ključni model za uresničevanje ciljev za obvladovanje demence. Aktualna strategija prepoznava večdisciplinarnost kot bistveni element integriranega modela delovanja v skupnosti, saj predpostavlja povezovanje različnih akterjev za doseganje najugodnejšega načina oskrbe za uporabnike, ki imajo zahtevnejše in raznovrstne potrebe (Ministrstvo za zdravje, 2023a). Strategija zagovarja celostno obravnavo ljudi z demenco in za zagotavljanje celostne obravnave predvideva dosledno upoštevanje potreb ljudi z demenco in potreb oskrbovalcev ter vzpostavitev regionalnih centrov za *multidisciplinarno* obravnavo ljudi z demenco, s katerimi bi zagotovili enakomerno pokritost in dostopnost storitev (Ministrstvo za zdravje 2016; 2023a). Strategija predvideva, da naj bi se na področju skrbi za ljudi z demenco povezali vsi akterji, ki so dolžni poskrbeti za kakovostno oskrbo vseh ljudi z demenco od diagnoze do konca življenja po vsej državi (Ministrstvo za zdravje 2016; 2023a). S tem strateškim izhodiščem je v Sloveniji postavljena podlaga za uveljavljanje timskega dela na področju obvladovanje demence in z usmeritvami v slovenski strategiji so strokovna javnost in izvajalci oskrbe neposredno nagovarjani, da načrtujejo razvoj timskih praks na področju oskrbe ljudi z demenco.

### **Integrirana oskrba – izvajanje ljudem prilagojenih storitev ob pravem času in na pravem mestu**

Ideja skupnostnega in socialnega modela zdravja temelji na predpostavki, da je zdravje mogoče doseči le z vključevanjem ljudi in s povezovanjem socialnih in zdravstvenih politik (Organisation for Economic Cooperation and Development, 2021b). Z modelom integrirane oskrbe se uveljavljajo pristopi, ki zabišejo ostre meje med posameznimi akterji zdravstvenega sistema in drugimi akterji zagotavljanja kakovosti življenja ljudi z demenco. Še posebej na področju oskrbe starih ljudi, ki v naravnem toku staranja z leti potrebujejo več pomoči in podpore pri vsakdanjem življenju in zaradi sočasnih in različnih zdravstvenih težav potrebujejo tudi več režimov zdravljenja in oskrbe, je neizbežno, da se v interakciji v praksi znajdejo različni izvajalci pomoči in storitev, svojci in drugi akterji v lokalni skupnosti. Ključna okoliščina pri načrtovanju sistemov oskrbe starih ljudi je prepletenost zdravstvenih, ekonomskih in socialnih vidikov življenja starih ljudi. Integrirana oskrba pomeni povezovanje strokovnjakov in strokovnjakinj iz različnih

sektorjev, ki se povezujejo v time in delujejo skupaj pri zadovoljevanju potreb ljudi, njihovih družin in skupnosti. Delovanje v timu omogoča, da se skupine strokovnjakov, ki skrbijo za kompleksne potrebe ljudi, povezujejo na koordiniran in učinkovit način.

Če želimo postaviti zanesljive temelje za integrirano oskrbo in pogoje za razvoj timskega dela na področju dolgotrajne oskrbe ljudi z demenco v skupnosti, je treba vzpostaviti stabilno okolje, ki bo omogočalo razvoj meddisciplinarne oskrbe. Glavna težava pri oblikovanju integriranih praks oskrbe je ta hip razdrobljenost storitev med socialni in zdravstveni sektor oskrbe. V temeljnem dokumentu »*Framework on integrated, people-centred health services*« Svetovna zdravstvena organizacija izpostavlja nujnost, da se mora zdravstveni sektor nujno prilagoditi na izvajanje integrirane oskrbe in vzpostaviti sodelovanje z drugimi sektorji ter se povezati z ljudmi v skupnosti. Teh sprememb ne more biti, če se med seboj ne poveže pet prepletenih strategij, ki so ključne za razumevanje in uresničevanje integrirane oskrbe, osredotočene na ljudi in uveljavljanje timskega dela (World Health Organisation, 2016, str. 5–9):

- 1) *Vključevanje in krepitev moči ljudi in skupnosti*: krepitev moči in vključevanje ljudi pomeni zagotavljanje priložnosti, spretnosti in virov, ki jih ljudje potrebujejo, da postanejo ozaveščeni in odgovorni uporabniki in zagovorniki reformiranega zdravstvenega sistema. Cilj te strategije je okrepiti posameznike za sprejemanje učinkovitih odločitev o lastnem zdravju in omogočiti skupnostim, da se dejavno vključijo v soustvarjanje zdravih okolij, neformalnim oskrbovalcem pa zagotoviti potrebno izobraževanje za optimizacijo njihovega delovanja in podporo, da bodo lahko še naprej opravljali svojo vlogo. S to strategijo naj bi sprostili vire skupnosti in posameznikov za ukrepanje. Krepitev in vključevanje ljudi pomeni doseganje marginaliziranih skupin prebivalstva brez zadostnih sredstev, da bi lahko dostopali do kakovostnih storitev glede na svoje posebne potrebe.
- 2) *Krepitev upravljanja in odgovornosti*: ta strategija predpostavlja participativni pristop k oblikovanju politik, odločanju in ocenjevanju uspešnosti na vseh ravneh zdravstvenega sistema, od oblikovanja politik do ravni posegov v kliničnih praksah. Zagovarja upravljanje, ki je pregledno, vključujoče, zmanjšuje tveganja za korupcijo in omogoča najboljšo uporabo razpoložljivih virov in informacij za zagotavljanje najboljših možnih rezultatov. Dobro

- upravljanje se krepi z zanesljivim sistemom vzajemne odgovornosti med oblikovalci politik, vodstvenimi delavci, izvajalci in uporabniki ter s spodbudami, ki so usklajene s pristopom, osredotočenim na ljudi.
- 3) *Preoblikovanje modela oskrbe*: s to strategijo naj bi zagotovili oblikovanje učinkovitih zdravstvenih storitev, ki bi se zagotavljale z inovativnimi modeli oskrbe. Prednost v tej strategiji imajo storitve primarnega in skupnostnega zdravstvenega varstva in koncepti soustvarjanje zdravja. Prednost naj bi imelo ambulantno zdravljenje pred bolnišničnim in preventiva pred kurativo. Naložbe v zdravstvu naj bi se usmerjale v celostno in celovito oskrbo, vključno s strategijami za preprečevanje bolezni, ki podpirajo zdravje in dobro počutje ljudi. Model te strategije temelji na spolnih in kulturnih preferencah pri oblikovanju in delovanju zdravstvenih storitev.
  - 4) *Usklajevanje storitev znotraj sektorjev in med njimi*: ta element strategije narekuje, da je treba storitve usklajevati glede na potrebe in zahteve ljudi. Integracija mora potekati med izvajalci zdravstvenih storitev v zdravstvenih ustanovah in med drugimi sektorji, ob tem je treba razviti sisteme in mreže, ki omogočajo prehode med ravnmi oskrbe in vzpostaviti povezave med zdravstvenim in drugimi sektorji. Ta strategija vključuje medsektorsko ukrepanje v skupnosti, z upoštevanjem socialnih determinant zdravja in optimiziranje uporabe omejenih virov, če je treba, tudi v partnerstvih z zasebnim sektorjem. Ta strategija medsektorskega usklajevanja ne zahteva nujno združevanja različnih struktur, storitev ali delovnih postopkov, temveč se osredotoča na izboljšanje oskrbe z usklajevanjem in harmonizacijo procesov in informacij za zagotavljanje različnih storitev.
  - 5) *Ustvarjanje spodbudnega okolja*: kot pogoj, da se lahko uresničujejo vse štiri prej naštetje točke, so potrebni procesi, ki bodo omogočili potrebne spremembe v vodenju in upravljanju, informacijskih sistemih, metodah za izboljšanje kakovosti, preusmeritvi delovne sile in zakonodajnih okvirih, finančne ureditve in spodbude (World Health Organisation, 2016 str. 5–9).

Z integrirano oskrbo naj bi uresničevali sodobno globalno paradigmo upravljanja z zdravjem, ki zagovarja prehod od akutne, epizodične oskrbe k longitudinalni oskrbi, k učinkovitim, usklajenim in



integriranim modelom oskrbe, s katerimi naj danes države odgovorijo na naraščanje multimorbidnosti in kompleksnosti potreb (World Health Organisation, 2017c). Še več, Svetovna zdravstvena organizacija (World Health Organisation, 2008, str. 4) utemeljuje integrirano oskrbo kot najvišji standard kakovostne obravnave in predstavi integrirano oskrbo kot ljudem prijazen način izvajanja storitev. Pravi, da je integrirana oskrba:

»Način organiziranja in upravljanja zdravstvenih služb, ki vložena sredstva in rezultate dela uskladijo tako, da ljudje dobijo takšno oskrbo, kot jo potrebujejo, takrat, ko jo potrebujejo na prijazen in njim prilagojen način.«

Nedvomno koncept integrirane oskrbe predpostavlja sodelovanje več disciplin in več sektorjev za doseganje zdravja ljudi. Ali zapisano drugače, povezovanje različnih strokovnjakov v skupine za doseganje ciljev oskrbe je pogoj za uresničevanje integrirane oskrbe. Definicija integriranega opravljanja storitev, ki jo postavi Evropska regionalna pisarna Svetovne zdravstvene organizacije (World Health Organisation, Regional Office for Europe, 2016, str. 3), pravi, da je za celovito zagotavljanje kakovostnih storitev, ki so oblikovane glede na večdimenzionalne potrebe prebivalstva in posameznika, treba zagotoviti usklajeno delo *multidisciplinarne* skupine izvajalcev, ki delujejo v različnih okoljih in na različnih ravneh oskrbe.

Svetovna zdravstvena organizacija opredeljuje integrirane storitve kot storitve, ki so organizirane tako, da zagotavljajo koordiniran kontinuum storitev od spodbujanja zdravja ljudi, preprečevanja bolezni, do diagnosticiranja, zdravljenja, obvladovanja bolezni, rehabilitacije in paliativne oskrbe (World Health Organisation, 2018). Te storitve naj bi bile usklajene na različnih ravneh in mestih oskrbe znotraj in zunaj zdravstvenega sektorja ter glede na potrebe človeka v njegovem celotnem življenjskem obdobju (prav tam). V literaturi o integrirani oskrbi je v ospredju najpogosteje upravljavski vidik povezovanja. Poudarek je na prikazu organizacijskih modelov in umeščenosti v sisteme zdravstva in socialnega varstva. Integrirano sistemsko upravljanje poteka z mehanizmi povezovanja, ki omogočajo medsektorsko financiranje, urejanje ali izvajanje storitev (Barrenho, Haywood, Kendir in Klazinga, 2022, str. 63). Ti mehanizmi se lahko pojavljajo na različnih ravneh: na sistemski ravni, ko gre za pravila in predpise v določenem sistemu; na organizacijski ravni, ki se

nanaša na usklajevanje storitev med različnimi izvajalci in organizacijami; na strokovni ravni, ki se nanaša na usklajevanje ukrepov med različnimi strokovnjaki; in na ravni praks, kar se nanaša na oskrbo, usklajeno in osredotočeno na človeka.

Obstajajo številni modeli in politike integriranih služb in tudi številne težave in ovire, da bi se integrirano delo lahko uresničevalo v timski praksi (World Health Organisation, Regional Office for Europe, 2016). Različni avtorji, ki pišejo o integrirani oskrbi ljudi, omenjajo številne variante in razlike v pogledih na uresničevanje ideje integrirane oskrbe v praksi (Goodwin, 2016; Baxter idr., 2018; Goodwin, Stein in Amelung, 2021; González-Ortiz idr., 2018). Ugotavljajo, da so te razlike deloma rezultat povsem individualnih predstav o pojmu, kaj povezovanje sploh pomeni, in kako naj povezovanje, ki naj bi hkrati spodbudilo tudi sodelovanje, sploh prevajali v jezik prakse.<sup>6</sup> Razlike se pokažejo že pri uporabi terminologije, saj odkrijemo, da se ideja integrirane oskrbe skriva pod različnimi pojmi (Barrenho, Haywood, Kendir in Klazinga, 2022, str. 63): integrirana oskrba, koordinacija oskrbe, kontinuirana oskrba, celovita oskrba, usklajena oskrba, na bolnika osredotočena oskrba, brezšivna oskrba. V literaturi se ti pojmi včasih uporabljajo kot sinonimi, včasih pa odlikavajo tudi različne tipe obravnave. Predvsem ti pojmi odražajo poglede tistih, ki jih pišejo ali izrekajo, in kot ugotavljajo avtorji Barrenho, Haywood, Kendir in Klazinga (prav tam), so to običajno pogledi izvajalcev in oblikovalcev politik, v redkih primerih pa še pogledi bolnikov oziroma uporabnikov teh storitev. Z namenom, da bi se na področju integrirane oskrbe pogledi in modeli poenotili, je nastala ena od zadnjih iniciativ, ki naj bi pomagala pri opredeljevanju koncepta. Organizirana je na pobudo članov globalne mreže IFIC (The International Foundation for Integrated Care) iz leta 2017. Njihova definicija se glasi: »Integrirana oskrba so vse pobude, ki si prizadevajo izboljšati rezultate oskrbe z odpravljanjem razdrobljenosti s povezovanjem ali usklajevanjem storitev različnih izvajalcev vzdolž kontinuuma oskrbe« (European Union Expert Group on Health

---

6 Pojma integrirana oskrba ali integrirane službe sta pokrivna pojma, ki sta se pri nas uveljavila kot prevoda izrazov *integrated care* ali *integrated services*. V strokovni literaturi sta oba pojma uporabljena kot odgovor na razpršeno organizacijo služb pomoči za uporabnike, ki imajo številne in raznovrstne potrebe na način, da se različne službe ali izvajalci storitev povežejo med seboj pri načrtovanju in izvajanju pomoči tem uporabnikom.

Systems Performance Assessment, 2017). Po mnenju avtorjev je ta definicija ozka, saj pokriva le upravljavski vidik integrirane oskrbe, a je ta hip tista definicija, ki je vendarle rdeča nit med različnimi pogledi na integrirano oskrbo. Raznovrstno razumevanje in interpretacije načinov sodelovanja in povezovanja pa prispevajo tudi k pestrosti oblik timskega dela. Različne predstave o tem, kaj povezovanje je in kako naj bi sodelovanje potekalo, se odražajo pri interpretiranju značilnosti timskega dela. A ne glede na posebnosti in različne interpretacije lahko ugotovimo, da je ideja integrirane oskrbe, ki se uresničuje s timskim delom,<sup>7</sup> zajeta v pojmih združevanje, povezovanje, sodelovanje in poenotenje. To so pozitivni pojmi in tovrstni jezik in pojasnila o integriranih storitvah pri ljudeh priključijo pozitivno predstavo o sistemih pomoči. Pri uporabnikih in izvajalcih vzbudijo pričakovanja, da je takšen sistem lahko učinkovita alternativa razdrobljenim, odtujenim načinom oskrbe ljudi.

## **Integrirana oskrba kot organizacijski okvir za izvajanje timskega dela**

Kako in na kakšne načine torej poteka povezovanje pri integrirani oskrbi ljudi v praksi? Kodner in Spreeuwenberg (2002) razlikujeta med integracijo in integrirano oskrbo. *Integrirano oskrbo* pojasnjujeta kot usklajen sklop metod in modelov na ravni financiranja, upravne, organizacijske, izvajalske in strokovne ravni, ki so namenjeni ustvarjanju *integracije*, to je povezanosti, usklajenosti in sodelovanja znotraj sektorjev zdravljenja in oskrbe ter med njimi. Cilj metod in modelov

---

7 To poglavje je namenjeno predstavitvi pomena integriranih oblik dela za razvoj timskega dela in ni namenjeno definiranju različnih oblik timskega dela. Več o definicijah timskega dela je zapisanega v poglavjih ostalih avtorjev in avtoric te monografije. Na tem mestu le opomba, da je integrirana oskrba model, ki omogoča razvoj in uveljavljanje timskega dela in spodbuja različne oblike in intenzitete povezovanja znotraj ene discipline ali med disciplinami. Na področju integrirane oskrbe je povezovanje odvisno od ciljev in organizacije dela ter ravni, oblik in intenzitet povezovanja med ali znotraj discipline. Glede na te dejavnike bodo nastajali različni pogoji, ki omogočajo različne vrste timskega dela: intradisciplinarno timsko delo (ko se v tim povežejo strokovnjaki iste discipline za izvajanje različnih storitev), multidisciplinarno timsko delo (ko izvajanje storitev poteka s sodelovanjem strokovnjakov različnih disciplin), intedisciplinarno (ko se pri izvajanju storitve povežejo strokovnjaki različnih disciplin) in transdisciplinarno (ko se znanje različnih disciplin poveže v novo, sinergično znanje in nastanejo nove oblike celostnih storitev, ki jih zagotavljajo timi strokovnjakov s transdisciplinarnim znanjem).

integrirane oskrbe je zagotoviti učinkovit sistem, ki zagotavlja kakovostno oskrbo za kakovostno življenje ljudi. Usklajeno delovanje v okviru več storitev in izvajalcev lahko imenujemo *integrirana oskrba*. Timsko delo, ki povezuje strokovnjake različnih disciplin, je bistveni mehanizem za uresničevanje integrirane oskrbe. Glavno načelo *integrirane oskrbe*, ki naj se v praksi odraža v timskem delu, je *partnerstvo*. V mednarodni fundaciji za integrirano oskrbo (The International Foundation for Integrated Care, b. d.), ki je globalna organizacija, ki si prizadeva za razvoj znanosti, znanja in sprejetja politike integrirane oskrbe,<sup>8</sup> poudarjajo pomen zavezanosti izboljšanju kakovosti in varnosti storitev oskrbe s stalnimi in aktivnimi partnerstvi, ki so bistvo integrirane oskrbe. Ne glede na vrsto, raven in obseg pobude za povezovanje lahko vsako integrirano oskrbo obravnavamo kot »delo ljudi z ljudmi«.

Izvajanje storitev integrirane oskrbe lahko že v osnovi obravnavamo kot *proces skupnega odločanja*, v katerem več akterjev z različnimi ozadji, interesi, vrednotami, perspektivami in strokovnim znanjem poskuša sprejeti skupne odločitve glede izvajanja storitev integrirane oskrbe (Kee, Nies, van Wieringen in Beersma, 2023). Procesi odločanja potekajo na različnih ravneh. Na primer strokovnjaki za oskrbo, uporabniki in neformalni oskrbovalci morajo usklajevati storitve oskrbe s potrebami uporabnikov in morajo zato sprejemati odločitve, prav tako poteka odločanje med oblikovalci lokalnih in nacionalnih politik in agencij za financiranje (npr. zdravstvenih zavarovalnic) ter vodstvenimi delavci v izvajalskih organizacijah (Kee, Nies, van Wieringen in Beersma, 2023). Usklajevanje stališč in interesov tako različnih akterjev je zahtevna naloga. Za opravljanje timskega dela je treba na področju integrirane oskrbe poskrbeti, da med različnimi akterji dosežemo vsaj minimalno stopnjo povezanosti in sodelovanja. Povezovanje poteka v obliki *sodelovanja*, *poenotenja* in/ali *združevanja*, in sicer na ravni akterjev, organizacij in sistema, torej na mikro, mezo in makro ravni. Povezovanje na mikro ravni vključuje akterje, ki so neposredno v stiku z ljudmi. Na mezo ravni povezovanje zajema organizacijske oblike izvajanja storitev in na makro ravni, ki jo imenujemo tudi sistemski raven, pa povezovanje vključuje strukture države, trga in politik. V strategijah celostne oskrbe je predvideno

8 Razvoj fundacije lahko zasledujemo od leta 2000, ko je na pobudo konzorcija treh nizozemskih univerz začel izhajati znanstveni časopis na področju integrirane oskrbe IJIC – The International Journal of Integrated Care (IJIC, b. d.).

povezovanje za zagotavljanje storitev na vseh treh ravneh (Lewis idr., 2010; Darker, 2013; Pahor, 2014; Goodwin, 2016; Goodwin, Stein in Amelung, 2021).

Organizacijski vidik integrirane oskrbe obravnavajo številni viri in študije (Leutz, 1999; Kodner in Spreeuwenberg, 2002; Suter idr., 2009; Lewis idr., 2010; Darker, 2013; Pahor, 2014; Goodwin, 2016; Baxter idr., 2018; Goodwin, Stein in Amelung, 2021). Avtorji in avtorice na področju povezovanja zdravstvene in socialne oskrbe ljudi ločijo različne ravni, stopnje in oblike oziroma tipe integrirane oskrbe. Ravni povezovanja ločijo na mikro, mezo in makro raven, na vsaki od teh ravni pa se pojavljajo oblike, za katere so značilne različne stopnje povezovanja (od šibkega do zelo intenzivnega) in različni tipi povezovanja (npr. ad-hoc, konzorciji, struktura dežnika).

### ***Mikro raven akterjev***

O povezovanju na mikro ravni govorimo takrat, ko povezovanje obravnavamo z vidika delovanja izvajalskih organizacij (služb) in individualne izkušnje posameznikov, ki se na tej ravni neposredno srečajo (uporabniki, zaposleni, svojci). Glavni cilj je v tem primeru z uporabo virov, ki so na razpolago, zagotavljati neprekinjeno oskrbo in skladnost storitev s potrebami in procesi oskrbe na individualni ravni. Namen integriranja storitev je, da bi proces oskrbe v izkušnji človeka, ki je uporabnik storitev, potekal gladko, enostavno in brezhibno. Organizacija timskega dela na mikro ravni naj bi zagotovila izvajanje oskrbe tako, da bi se izvajalci storitev lahko prilagodili vsakokratnim situacijam ljudi. Z usklajevanjem in kombiniranjem oskrbe naj bi zmanjšali število faz v procesu oskrbe in število ločenih obiskov različnih izvajalcev (zdravstvenih in/ali socialnih) storitev na minimum. Takšne oblike povezovanja so v praksi pogoste. Običajno potekajo kot utečeno delo članov in članic oskrbovalnega tima (npr. dnevna oskrba ljudi v skupnosti). Včasih se odvijajo tudi kot ad hoc timsko delo (na primer, ko gre za krizno intervencijo), ko se več izvajalcev poveže v izvajanje storitve za krajši čas.

### ***Mezo raven organiziranja in izvajanja storitev***

Druga raven povezovanja se odvija na mezo ravni. Na mezo raven integrirane oskrbe moramo pogledati na dva načina. Prvič kot

sodelovanje med *strokovnjaki* in drugič kot sodelovanje med *organizacijami*. O povezovanju med strokovnjaki na mezo ravni govorimo takrat, ko se osredotočamo na sodelovanje med različnimi disciplinami. To je tipična situacija, ki omogoča timsko sodelovanje, v katerem se povezujejo strokovnjaki istega ali različnih profilov in poteka kot pogodbeno ali strateško sodelovanje med različnimi strokami in strokovnjaki, običajno v okviru iste organizacije. Za tistega strokovnjaka, ki deluje v prvi liniji (*front line*) kot neposredni izvajalec oskrbe, to v praksi pomeni, da bo moral usklajevati naloge in opravila z različnimi strokovnjaki z drugih področij in sodelovati tako, da med disciplinami ne bo tradicionalnih, ostrih strokovnih meja (Lewis idr., 2010).

Druga oblika povezovanja na mezo ravni je povezovanje med organizacijami. V tem primeru se izvajanje integriranih storitev v obliki timskega dela odvija med strokovnjaki, ki prihajajo iz različnih organizacij. To pomeni, da si izvajalci prizadevajo storitve izvajati tako, da čim bolj usklajeno koordinirajo sodelovanje strokovnjakov, ki prihajajo iz ločenih služb oziroma organizacij. Takšno delo in povezovanje je zahtevno, saj je treba upoštevati številne posebnosti sodelujočih organizacij njim lastne načine vodenja in upravljanja, ob tem pa mora vsaka sodelujočega organizacija poskrbeti tudi, da ima zadostne lastne kadrovske in tehnične zmogljivosti. Povezovanje na mezo ravni med različnimi organizacijami, ki sodelujejo pri izvajanju oskrbe lahko v praksi poteka kot oblika pogodbenega ali strateškega zavezništva med zdravstvenimi in socialnimi organizacijami. Organizacija, ki sodeluje pri izvajanju oskrbe, mora z ukrepi, ki naj omogočijo upravljanje v veliki skupini različnih strokovnjakov, ki prihajajo iz različnih organizacij, poskrbeti za združevanje in usklajevanje delovnih nalog in rezultatov dela. Tovrstno sodelovanje med organizacijami nekateri avtorji opredeljujejo kot funkcionalno integracijo, ki seže na makro raven sistema oskrbe (Lewis idr., 2010). Okvir povezovanju na mezo ravni določajo načini financiranja in načini pravnega urejanja zdravstvene in socialne oskrbe (Lewis idr., 2010; Darker, 2013; Goodwin, 2016; Goodwin, Stein in Amelung, 2021). Ta oblika sodelovanja je za razvoj timskih praks dela manj ugodna, saj organizacija dela poteka predvsem administrativno (razporejanje ur in delovnih nalog) in v velikih organizacijah bodo sestavo timov prilagajali in oblikovali glede na trenutno razpoložljive kadre (na primer, v timu bo sodeloval tisti, ki je trenutno v delovni izmeni in ne nekdo, ki dobro pozna primer). Na organizacijo dela na

mezo ravni imajo velik vpliv oblikovalci politik, ki določajo višino razpoložljivih sredstev, prerazporejajo sredstva, združujejo ali združujejo proračune in z zakonodajo oblikujejo pravila sodelovanja med različnimi akterji. Sistem integriranja oskrbe je tako ves čas izpostavljen negotovosti, saj je podrejen arbitrarnim odločitvam in zmožnostim političnih odločevalcev, da v svojih političnih ocenah prepoznajo, na kakšne načine, s katerimi ukrepi in v kolikšnem obsegu je treba urediti pogoje delovanja sistema, saj ukrepi, sprejeti na enem področju, vplivajo na dogajanje na drugem (Lewis idr., 2010; Baxter idr., 2018). Politične odločitve so lahko ključni dejavnik pri oblikovanju timskega sodelovanja na mezo ravni. Povezovanje in sodelovanje pa sta odmev zmožnosti politične ocene in konsenza o tem, kako široko je treba oblikovati in razumeti sistem oskrbe.

Vsi ti dejavniki vplivajo na to, kakšen bo prevladujoči način organiziranja timskega dela in ali bo prevladujoča organizacijska kultura spodbujala ali pa zavirala timsko sodelovanje. V praksi sodelovanja različnih strokovnjakov v ali med organizacijami se kaj lahko zgodi, da se bodo v nekem organizacijskem okolju odločili le za minimalno usklajevanje nalog v timu (recimo le z vidika urnika oskrbe), medtem ko se bo v drugih okoljih razvila pozitivna sodelovalna kultura in se bodo sodelujoči pri oskrbi lahko povezali v usklajen tim, ki pozna naloge drug drugega in se prilagaja vsakokratni situaciji dela »na primeru«.

### ***Makro raven integracije ali sistemska integracija***

Makro raven integracije opredeljujemo kot sistemsko integracijo (Suter idr., 2009; Darker, 2013). Integracijo na makro ravni razumemo kot obliko povezovanja, s katero se povečajo učinkovitost izvajanja storitev, kakovost oskrbe, kakovost življenja in zadovoljstvo uporabnikov (Suter idr., 2009). Sistemsko integracijo opazujemo na dveh oseh: horizontalni in vertikalni. Prva združuje storitve med organizacijami na isti stopnji v procesu izvajanja (npr. združevanje storitev akutnih bolnišnic, združevanje storitev izvajalcev oskrbe na domu in podobno). Druga združuje organizacije na različnih ravneh storitev. Najbolj poznano je povezovanje na primarni in sekundarni ravni zdravstvenega varstva, torej povezovanje med osnovnimi storitvami in specialistično obravnavo (Kodner in Spreeuwenberg, 2002). Makro raven integrirane oskrbe torej opredeljujemo glede na načine

horizontalnega in vertikalnega povezovanja (Leutz, 1999; Suter idr., 2009; Darker, 2013). Povezovanje na *horizontalni ravni* pomeni povezovanje *podobnih ravni oskrbe*. V praksi bi to pomenilo povezovanje različnih strokovnjakov, zaposlenih na isti ravni sistema. Vertikalna integracija pa vključuje povezovanje med različnimi ravni oskrbe. Usmerjena je v povezovanje sektorjev na primarni, sekundarni in terciarni ravni in se ukvarja z vzpostavljanjem sistema prehoda med službami v vertikalni liniji. Vertikalna integracija temelji na povsem praktični potrebi izvajalcev storitev in uporabnikov teh storitev, da se uskladi fragmentaren sistem specialističnih obravnav. Ta način povezovanja temelji na ideji celostnega pogleda na zdravje človeka in s tem načinom naj bi se povezale ločene oblike obravnave in oskrbe ljudi. Tudi horizontalna integracija poudarja pomen celostne obravnave človeka. Za doseganje cilja izboljšanja splošnega zdravja in počutja ljudi pa predvideva povezovanje tudi med različnimi sektorji, vsaj med zdravstvom in socialnim varstvom (Pahor, 2014). Cilj vertikalnega in horizontalnega povezovanja je izboljšanje delovanja služb po celotnem kontinuumu na podlagi kontinuiranega in obsežnega koordiniranja izvajanja storitev. Za doseganje takšnega cilja je treba vzpostaviti partnerstva med prej (tradicionalno) ločenimi organizacijami, področji in disciplinami (prav tam).

Timske oblike dela se lahko organizirajo po obeh oseh povezovanja, odvisno od ciljev dela in možnosti za povezovanje. Pri horizontalnem in vertikalnem povezovanju na področju integrirane oskrbe ločimo tri vrste povezovanja (Darker, 2013, str. 27):

- 1) *Povezovanje primarnega in sekundarnega nivoja oskrbe*: s to obliko povezovanja naj bi dosegli, da bi bile vse *storitve dostopne na enem mestu*. Cilj takšnega povezovanja je predvsem boljše koordiniranje oskrbe ljudi, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo, vključno s kronično bolnimi (kot je na primer demenca) in starimi ljudmi. Namen te oblike povezovanja je bolj smotrna uporaba razpoložljivih virov za socialno in zdravstveno varstvo.
- 2) *Združevanje oskrbe v skupnosti*: s to obliko naj bi zdravstvene in socialne ustanove zagotavljale oskrbe v skupnosti. Ta oblika integracije oskrbe zajema koordinacijo široke skupine služb, ki so prisotne v skupnosti in izvajajo različne storitve.
- 3) *Povezovanje med financerji in izvajalci storitev*: ta oblika povezovanja stremi k usklajenemu načrtovanju oskrbe, usklajenem procesu naročanja (npr. z določenimi kriteriji upravičenosti ali



napotitve) in izvedbo. Ideja povezave plačnika in izvajalca temelji na predpostavki, da bo tako v sistemu lažje spodbuditi racionalno porabo virov in prepričati izvajalce, da z minimalnimi stroški maksimizirajo kakovost oskrbe.

Sistemska integracija je za izvajanje timskega dela velikega pomena, saj določa sistemske pogoje za povezovanje. To je sistemski okvir za izvajanje timskega dela v praksi in določa bistvene pogoje dela. To pomeni, da je v sistemih, kjer obstajajo dorečene poti povezovanja, lažje uresničevali timske prakse sodelovanja med organizacijsko ločenimi strukturami na horizontalni ali vertikalni osi sistema. Integrirana oskrba namreč neizogibno prečka meje oskrbe in vpliva na širok spekter stroškov in izidov obravnave (Rocks idr., 2020).

Cilj sistemske integracije je zato tudi prizadevanje za preglednejšo sliko porazdelitve nalog med izvajalci storitev in s tem povezano financiranje storitev. S povezovanjem služb ali storitev naj bi se izboljšalo tudi zadovoljstvo z delom med izvajalci storitev, smiselna integracija pa naj bi se tudi dolgoročno ekonomsko splačala (Razpotnik, 2020, str. 169). A kot zapiše Razpotnik (prav tam), je ekonomski argument vedno dvorezen, saj je z ekonomsko računico sicer možno hitro in lažje prepričati financerje programov, da podprejo nek program, a ekonomska računica še zdaleč ni zagotovilo strokovnosti in resnične koristi na dolgi rok.

V razpravi o povezanih storitvah je vedno pomembno vprašanje, v čigavem interesu se povezovanje izvaja in kakšni so cilji in učinki tega povezovanja. Za razumevanje koncepta integracije je pomembno vprašanje, katere vrednote in etika nas pri tem vodijo (Zonneveld idr., 2018). Normativno povezovanje pomeni etos skupnih vrednot in zavezanost k usklajevanju dela, to omogoča zaupanje in sodelovanje pri zagotavljanju storitev (Lewis idr., 2010, str. 12). Normativna integracija se zgodi takrat, kadar povezovanje temelji na skupnih vrednotah, ki podpirajo usklajevanje in sodelovanje. Ideja integrirane, povezane oskrbe ljudi še zdaleč ni brez »napak«. Napaka pa ni v sami ideji povezovanja, ampak je posledica tekmovalnosti med strokami ali organizacijami in poskusov dominacije ene stroke ali organizacije nad ostalimi (Razpotnik, 2020, str. 173). Ista avtorica opozori na škodljivo prakso politik, ki na področje socialnega varstva in zdravstva vnašajo logiko tekmovanja, uvajajo neoliberalno logiko prostega trga in širitev zasebnega sektorja na račun javnih storitev,

povzročajo nadaljnje drobljenje oskrbe in zavirajo povezovanje in sodelovanje akterjev v razpršeni mreži storitev.

## Stopnje povezovanja in povezanosti

Integrirano oskrbo lahko ločimo po stopnji, do katere povezovanje poteka (Leutz, 1999; Suter idr., Lewis, 2010; Darker, 2013). Leutz (1999) ugotavlja, da je ključni predpogoj, da se sistem integriranih storitev lahko vzpostavi, politična in upravljavška podpora ideji in izvajalcem. Če želimo izvajati timske oblike sodelovanja, je treba poskrbeti za pogoje dela in zagotoviti dovolj virov strokovnim delavcem v zdravstvenih in socialnih službah, da lahko preoblikujejo in prilagodijo svojo vlogo v timsko prakso, predvsem pa je treba kritično ovrednotiti medicinske in socialne paradigme bolezni in oskrbe. Ločimo med tremi stopnjami povezovanja služb in strokovnjakov, ki so tam zaposleni (Leutz, 1999; Darker, 2013, Lewis idr., 2010). Najosnovnejša stopnja povezovanja temelji na vsakodnevnih ad-hoc stikih med zaposlenimi znotraj organizacije ali med organizacijami in vključuje prenos informacij med službami in poročanje o poteku dela. Značilnost te oblike povezovanja je, da izvajalci oskrbe poskušajo vzpostaviti kontinuiteto dela v okviru sistemskih omejitev. Tak način povezovanja temelji na osebnem angažiranju in etiki posameznih strokovnjakov in strokovnjakinj,<sup>9</sup> a mu ne sledi prilagajanje na ravni sistema. Do takšne situacije pride, ko tisti, ki vodijo in upravljajo organizacije, nimajo uvida, ki bi spodbudil spremembo sistema, in nimajo podpore politike, ki bi spodbudila spremembo procesov načrtovanja in izvajanja storitev. Nekateri strokovnjaki se bodo kljub pomanjkanju organizacijske in politične podpore za sodelovanje pri svojem delu tesneje povezali z drugimi strokovnjaki, saj razumejo pomen in etiko usklajene in celostne podpore ljudem. V tem primeru ne moremo govoriti, da gre za formalizirano timsko prakso, prej za sekundarne in neformalne povezave in prilagajanja na omejitve razpršenih sistemov oskrbe. Naslednja stopnja povezovanja je oblika strukturiranega razmerja med različnimi organizacijami. Sodelovanje temelji na dogovorjenih in postavljenih pravilih, utečenih mehanizmih za olajšanje komunikacije in izmenjavo informacij, pri čemer vsaka organizacija ohranja svoja ločena merila za ugotavljanje

---

9 Več o etiki v poglavju Ane M. Sobočan.

upravičenosti pacientov ali uporabnikov do storitev, ločene so odgovornosti izvajalcev in financiranje (Darker, 2013). Takšno sodelovanje pa je dovolj trdno okolje, da se oblikujejo timski načini dela. Stopnja popolne integracije pa predpostavlja najbolj transformativen pristop. Nanaša se na popolno preobrazbo politik, upravljanja in vodenja (Flaker idr., 2011). Predpostavlja oblikovanje povsem novega subjekta, ki združuje odgovornosti, sredstva in financiranje dveh ali več subjektov v eno samo organizacijsko strukturo oziroma sistem. Tak sistem skrbi za usklajeno izvajanje dela in plačilo storitev v skladu s postavljenim kontinuumom oskrbe. Povezanost izvajalcev v sistemu oskrbe, ki lahko določa ali vpliva na vse elemente povezovanja, je lahko stabilen okvir za izvajanje timskih praks dela. Kodner in Spreeuwenberg (2002) poleg povezovanja po ravneh (ko gre za horizontalno ali vertikalno integracijo) pojasnjujeta še dva mehanizma povezovanja, in sicer glede na časovni razpon oskrbe (npr. neprekinjena oskrba), saj je lahko obravnava usmerjena v določeno epizodo oskrbe (npr. spremljanje po operaciji), fazo v življenjskem ciklu osebe (npr. oskrba novorojenčka) ali v poteku življenja (npr. kronična stanja, kot sta sladkorna bolezen ali težave v duševnem zdravju, demenca in podobno). Ločita povezovanje glede na intenzivnost oskrbe, ki je lahko v razponu od delne integracije z nezavezujočimi povezavami ali vezmi med dvema sektorjema do popolne integracije, ki vključuje proces vključevanja zdravstvenega in socialnega sektorja v nov organizacijski model.

## **Timsko delo kot ideal na področju dolgotrajne in integrirane oskrbe ljudi z demenco**

Pri oskrbi ljudi z demenco je treba upoštevati najsodobnejše smernice, ki poudarjajo oskrbo na domu in pomen timskih oblik dela pri zagotavljanju integrirane oskrbe v skupnosti (Flaker idr., 2011; Galvin, Valois in Zweig, 2014; Mali in Kejžar, 2017; Ramovš, 2020; Mali in Grebenc, 2021). Sodobni koncept dolgotrajne oskrbe predpostavlja integrirane oblike dela ne glede na to, ali se ta izvaja na domu uporabnika, ali v obliki institucionalne oskrbe v ustreznem zavodu oziroma domu (Drole in Lebar, 2014). Integrirane oskrbe pa ni brez timskega sodelovanja. Še več, integrirano oskrbo lahko razumemo kot organizacijski okvir za izvajanje timskega dela. Etika

socialnega dela nas zavezuje, da na področju dolgotrajne oskrbe ljudi z demenco delujemo skladno s potrebami ljudi, upoštevajoč načela socialnega dela, s katerimi ščitimo pravice ljudi in spoštujemo človekovo dostojanstvo. Ideja dolgotrajne oskrbe temelji na človekovi pravici do celostne oskrbe v skupnosti in pravici starih ljudi do bivanja v domačem okolju (United Nations General Assembly, 1991; 2007). Namen dolgotrajne oskrbe ljudi z demenco v skupnosti je zagotavljanje vse potrebne strokovne pomoči, da človek lahko ostane v domačem okolju in ne potrebuje selitve v institucijo (Flaker idr., 2008; Genet idr., 2012). Takšna oskrba upošteva avtonomno pravico človeka, da svobodno odloča o svojem življenju. Ljudje, če bi imeli možnost, bi namesto institucionalnih oblik bivanja izbrali bivanje v lastnem domu, z možnostjo oskrbe, ki bi bila prilagojena njihovim potrebam (Flaker idr., 2005; Flaker idr., 2008; Mali idr., 2017). Zato je treba prizadevanja za uveljavljanje dolgotrajne oskrbe v skupnosti razumeti tudi kot prizadevanje za spoštovanje človekovih pravic in humano oskrbo starih ljudi.

Timsko delo na področju dolgotrajne oskrbe ljudi z demenco lahko zagovarjamo kot obliko povezovanja in sodelovanja, ki naj omogoči najboljšo možno oskrbo ljudi. Koristi, ki naj bi jih prineslo povezovanje izvajalcev oskrbe v time, naj bi v prvi vrsti občutili uporabniki teh povezanih služb, saj bi zdaj dobili celovito pomoč na enem mestu, oziroma z usklajenim delom različnih pomočnikov in oskrbovalcev (Liljas idr., 2018; Amelung idr., 2021). Z vidika uporabnikov je pri organizaciji in izvajanju timskega dela ključno vprašanje, kako poteka oskrba (kakšna je človekova izkušnja z oskrbo), in ne le, katera oskrba je izvedena (katera storitev) in kateri strokovnjak jo izvaja. Uporabniški kriterij učinkovite oskrbe je uporabniška izkušnja s prejemanjem oskrbe. Na ravni refleksije izkušnje to pomeni razumeti, kaj človeku oskrba pomeni, in kako si integrirano oskrbo, ki jo zagotavlja tim strokovnjakov in strokovnjakinj, predstavlja (Hughes idr., 2020, str. 453). Prav zaradi osebnih predstav o tem, kaj je integrirana oskrba in kako bi moralo timsko delo potekati, so ideje in pričakovanja, kako naj timsko delo pri izvajanju integriranih storitev poteka, pri ljudeh različna. Podobno je pri perspektivi strokovnjakov. Pregledna študija<sup>10</sup> o timskem delu pri oskrbi bolnikov na domu,

---

10 Pregledali so več znanstvenih baz v obdobju od 2010 do 2020 in zadetkom, ki so sočasno upoštevali kriterije oskrbe na domu in timskega dela, je na koncu ustrezalo 32 člankov.

ki so jo opravili Larsson, Erlingsdóttir, Persson in Rydenfält (2022), je pokazala, da strokovni delavci timsko delo najpogosteje opredeljujejo kot vez med strokovnjaki, pacienti/uporabniki in svojci. Pri tem se najpogosteje sprašujejo o učinkovitosti timskega dela, o vlogi tima pri izvrševanju delovnih nalog ali obravnavanju problema ter o organizacijskih vprašanjih, povezanih z organizacijo dela v timu in organiziranosti služb, ki izvajajo timsko delo ter v zvezi z opisovanjem spretnosti, ki jih člani tima uporabljajo pri delu, in o njihovih znanjih za uspešno sodelovanje v timu (Larsson, Erlingsdóttir, Persson in Rydenfält, 2022, str. e3320–e3321). Različne percepcije oskrbe in različne predstave in pričakovanja strokovnjakov in uporabnikov o timskem delu ustvarijo situacijo, v kateri se uporabniške ocene in ocene strokovnjakov glede oskrbe nujno razlikujejo. Medtem ko so ocene strokovnjakov pogosto utemeljene s kriteriji stroškovne in organizacijske učinkovitosti in strokovnih smernic, prejemniki storitev v zvezi s celotno oskrbo cenijo druge vidike oskrbe (npr. cenijo čustveno podporo, odzivnost in dostopnost oskrbovalcev, prilagodljivo izvajanje, praktično in materialno pomoč in podobno). Uporabniki lahko različno od strokovnjakov razumejo pravice, ki jim pripadajo iz naslova upravičenosti do storitev, in imajo različna pričakovanja do izvajalcev storitev. Pomemben dejavnik ocene zadovoljstva so pri obeh skupinah predvsem izkušnje. Na primer, za razumevanje in oceno zadovoljstva z izvajalci storitev so pomembne izkušnje, ki jih imajo uporabniki s posameznimi člani tima, s koordinacijo in vodenjem njihovega primera (prav tam). Ljudje, ki jim pri vsakdanjem življenju pomagajo različni oskrbovalci in strokovnjaki, težko razumejo, zakaj jim na primer socialna oskrbovalka ne more prevezati rane ali pomaga vzeti zdravil (medtem ko družinski član kot neformalni oskrbovalec to lahko naredi), ali zakaj patronažna sestra ne more pomagati pri izpolnjevanju obrazcev za denarno pomoč (Mali in Grebenc, 2021). Ljudje od vseh članov tima pričakujejo, da bo oskrba potekala gladko in po možnosti tako, da se pri oskrbi spoštuje njihov zasebni (in osebni) prostor. Želijo si, da bi izvajalci storitev na različnih ravneh sistema dobro komunicirali med seboj. Želijo si kontinuirane in z njihovimi pričakovanji skladne oskrbe ter zanesljivih, zaupanja vrednih oskrbovalcev, ki imajo čas za njih (Mali, 2013; Grebenc, 2014; Mali in Grebenc, 2021; Grebenc, 2024a).

Timsko delo na področju dolgotrajne oskrbe ljudi z demenco je nujno načrtovati in izvajati tako, da ustvarimo gladko in logično

povezovanje dela. Z vidika timskega sodelovanja je raziskovanje in definiranje potreb ključno za vsak nadaljnji korak pri izvedbi (Mali in Grebenc, 2021). Dobrega načrta ni mogoče izdelati, če ne razumemo okoliščin vsakdanjega življenja ljudi z demenco in njihovih potreb in želja. Brez poznavanja potreb ljudi in njihovih oskrbovalcev se tudi ne moremo dogovoriti, kdo in kako bo v timu poskrbel za posamezno strokovno specifično nalogo, da bomo lahko uresničili pričakovanja uporabnikov in izvajanje uskladili z neformalnimi oskrbovalci, če so ti vključeni v oskrbo.<sup>11</sup> Osredotočenost na potrebe ljudi nam omogoča oceniti situacijo na podlagi uporabniške perspektive in upoštevanje širšega, socialnega modela razumevanja zdravja, ki vključuje telesne, psihološke, družbene in ekološke dejavnike zdravja in kakovosti življenja (Grebenc, 2024a). Vedeti moramo, da lahko potrebe ljudi razumemo le v širokem in sočasnem družbenem, ekonomskem, kulturnem, prostorskem in političnem okviru, ki vpliva na definiranje, zaznavanje in zadovoljevanje potreb (Doyal in Gough, 1992; Dover, 2016; Stopp idr., 2019; Mali in Grebenc, 2021). Z vidika timskega sodelovanja je te različne vidike treba upoštevati pri zajemanju informacij, ki nam pomagajo oblikovati načrt oskrbe.<sup>12</sup> Kot ugotavljajo različni avtorji (Lebar, idr., 2017; Stopp idr., 2019; Mali in Grebenc, 2021), je namreč v programih, ki delujejo na področju integrirane oskrbe, pomembno, kako potrebe razumejo različni strokovnjaki in kakšne instrumente in metodologije ocenjevanja potreb pri tem uporabljajo. Pri načrtovanju in izvajanju timskega dela, pri katerem sodelujejo strokovnjaki iz različnih disciplin, je pomembno, da izvajalci v timu soglašajo o kriterijih za ocenjevanje potreb in prilagodijo metodologije ocenjevanja potreb za oblikovanje celostne slike, ki upošteva različne vidike vsakdanjega življenja (Briggs idr., 2018; Grebenc, 2014; Mali idr., 2017; Mali in Grebenc, 2019; Mali in Grebenc, 2021). Za praktično uporabo pri organizaciji timskega dela se je med strokami treba dogovoriti o konceptu potreb, posamezne stroke pa morajo svoja orodja

- 
- 11 Edine storitve, kjer ni polivalentnosti pri izvajanju, so posamične storitve, ki jih zagotavljajo posamezni izvajalci, ki delujejo v okviru specializiranih servisov oziroma organizacij, ali fizične osebe (gospodinjske pomočnice) (Flaker idr., 2011).
  - 12 Več o ocenjevanju potreb in načrtovanju odgovorov v skupnosti v knjigi *Strategije raziskovanja in razvoja dolgotrajne oskrbe starih ljudi v skupnosti* avtoric Mali in Grebenc (2021).

ocenjevanja<sup>13</sup> tudi smiselno kombinirati in prilagoditi (Flaker idr., 2005; Flaker idr., 2008; Grebenc, 2014; Mali in Grebenc, 2021).<sup>14</sup> Z vidika izvajalskih praks timskega dela, ki upošteva uporabniško perspektivo, je zato treba razumeti specifično posamezne sodelujoče discipline, ki za pomoč pri ocenjevanju stanj in iz njih izhajajočih potreb razvijajo različna orodja (primer ocenjevalnih lestvic na področju dolgotrajne oskrbe). Kombiniranje specifičnih pogledov različnih disciplin nam šele lahko pomaga doseči sinergični učinek dojemanja potreb in sinergični učinek pri zagotavljanju oskrbe (Mali in Grebenc, 2021; Grebenc, 2024a).

Timsko delo je pogosto ideal, ki si ga zdravstvene in socialno-varstvene organizacije prizadevajo doseči z zagotavljanjem ustreznih kombinacij različnega znanja v timu (Smith idr., 2018; Maslin-Prothero in Burton, 2010). Operativna delovna sila v zdravstvu in socialnem varstvu je vedno poklicno mešana. Več avtorjev in avtoric ugotavlja, da je timsko delo, v katerem se povezujejo strokovnjaki z različnimi ekspertizami, znanjem in spretnostmi, zahteven proces (Flaker, Mali, Rafaelič, Ratajč, 2013; Pahor, 2014; Rape Žiberna, 2019; Maslin-Prothero in Burton, 2010). Koordinacija in povezovanje strokovnjakov v gladko delujoč tim temelji na dobrem vodenju skupine.<sup>15</sup> Obstajajo nekateri elementi vodstvene prakse, ki so lahko še posebej učinkoviti v disciplinarno mešanih timih (Smith idr. 2018, str. 463). Ko v integrirani oskrbi med seboj sodelujejo različni strokovnjaki, ki so pri delovanju enakovredni, se spremenijo tudi razmerja moči, oblike vodenja in porazdelitev odgovornosti (Smith idr. 2018, str. 463). Medtem ko bi v tradicionalni instituciji operativno vodenje potekalo vezano na poklic, kar pomeni, da bi svojo

- 
- 13 Npr. različne lestvice za ocenjevanje samostojnosti ali zmožnosti: ADL – dejavnosti vsakodnevnega življenja (angl. *activities of daily living*), ki jo pogosto uporabljajo v zdravstveni negi, ali lestvica LOSS – Lestvica ocene sposobnosti samooskrbe, ki je razvita posebej za ocenjevanje upravičenosti do dolgotrajne oskrbe.
  - 14 Glej tudi Priprava podlag za izvedbo pilotnih projektov, ki bodo podpirali prehod v izvajanje systemskega zakona o dolgotrajni oskrbi (Lebar idr., 2017). Flaker v sklepnem poglavju poročila (Lebar idr., 2017, str. 143) predlaga, da se pri zakonskih definicijah in taksonomijah opusti izraze in pojmovanja »temeljnih življenjskih« in »podpornih (instrumentalnih)« dejavnosti (opravil) in se jih nadomesti s pomensko bolj ustreznimi dejavnostmi osebne oskrbe ali nege in vsakdanjimi (gospodinjskimi) opravili.
  - 15 Več o vodenju in skupinski dinamiki si lahko preberete v poglavjih Lee Šugman Bohinc.

poklicno skupino vodil strokovnjak s priznanim strokovnim znanjem (tj. zdravnike vodijo zdravniki, zdravstveno nego zdravstveni negovalci in podobno), je takšno delitev vodenja na izvršilni ravni v večdisciplinarnem timu nemogoče vzdrževati (prav tam). Vodja je lahko kvečjemu samo iz enega poklica ali discipline in zato ne more izkazovati večjega strokovnega znanja v drugih poklicih. Zaradi tega je vodenje v timih, ki delujejo na področju integrirane oskrbe, zahtevnejše, saj mora vodja tima najti način, kako voditi raznovrstno strokovno delovno silo, ne da bi se pri tem lahko oprl na strokovno verodostojnost kot vir avtoritete. Poleg tega mora vodja takšnega tima znati najti načine, kako prepričati večdisciplinarno skupino, da se odreče določeni neodvisnosti, poveže svoje prakse in deluje kot tim<sup>16</sup> (prav tam). Podobno Twomey idr. (2013, str. 53) ugotavljajo, da je timsko delo vedno proces in da mora skupina ljudi v timu nujno opraviti delo v več korakih. Zato, da se različni sodelavci lahko organizirajo v tim, se mora tim najprej »oblikovati«. Za prvi korak je potreben čas, da se sodelujoči spoznajo. Sledi »viharjenje«, ko se med sodelujočimi pokažejo podobnosti in razlike v pristopih in mišljenju. V tej fazi se lahko pojavijo odkrite ali prikrite napetosti, povezane z dinamiko moči v skupini in konflikti o porazdelitvi odgovornosti. Tej fazi sledi »normiranje«. To je obdobje, ko se skupina povezuje, a je nevarnost, da se v preveč navznoter usmerjenih skupinah pozornost odvrne od ključnih vprašanj in ne gradi partnerstev z zunanjimi akterji. Sledi faza »delovanja«, ki je stabilno. Pri vzdrževanju stabilnosti je ključno spremljanje dogajanja, predvidevati dogodke v prihodnosti in skrbeti za dovolj časa in prostora za vse člane tima, da lahko opravijo svoje delo in razvijajo lastno strokovnost.

## **Za timsko delo si je treba prizadevati**

Večina avtorjev izpostavlja, da je timsko delo v praksi težko uresničevati (Thylefors idr., 2005; Sicotte idr., 2002; Maslin-Prothero in Burton, 2010; Smith idr., 2018; Twomey idr., 2013). Še posebej na področju integrirane oskrbe ljudi z demenco je sodelovanje zahtevno, saj je treba zagotoviti sodelovanje velikemu številu strokovnjakov, ki sicer ne sodelujejo pogosto. Na področju oskrbe ljudi z demenco je

---

16 Več o fazah timskega dela in skupinski dinamiki v poglavjih Primoža Rakovca in Lee Šugman Bohinc.



treba zagotoviti, da so v time povezani zdravniki, medicinske sestre, zdravniški pomočniki, socialni delavci, psihologi, terapevti, drugi zdravstveni sodelavci in podporno osebje. Vsi, ki stopajo v dolgotrajno oskrbo ljudi, morajo tvoriti povezan in usklajen tim, ki mora uskladiti vsebinski, organizacijski in časovni vidik sodelovanja<sup>17</sup> (Flaker idr., 2011). Prvi in ključni korak za dobro koordinacijo dela med vsemi je dober osebni načrt, ki temelji na oceni potreb in razumevanju konteksta situacije vsakdanjega življenja ljudi z demenco (Mali in Grebenc, 2021). Če je večina storitev združenih v enem osebnem načrtu, je možnost, da človeka obišče manj strokovnjakov in da človek kot uporabnik ali uporabnica storitev ve, na koga se lahko obrne (Lebar idr., 2017, str.100). Tudi Flaker in sodelavci (2011, str. 104) pojasnjujejo, da je za dobro koordinacijo oskrbe potrebno dobro načrtovanje. Načrt je potreben vedno, ko gre za celovito reševanje kompleksne situacije in ko hočemo vsaj deloma storitve individualizirati, saj z načrtom uporabnik izrazi svojo voljo in oceni svoje potrebe. Z vidika integriranih storitev je načrt nujen, ko gre za storitve po meri in ko gre za kombinirane pakete storitev, ki jih zagotavljajo različni strokovnjaki. V tem primeru gre vedno za več različnih izvajalcev in usklajevanje med njimi je nujno potrebno. Naj gre za več izvajalcev, ki se povezujejo v tim, ali le za enega izvajalca, vsak mora vedeti, kakšen je cilj izvajanja in katere storitve uporabnik potrebuje in kako naj poteka usklajevanje dela (prav tam).

Pri timskem delu potrebujemo praktična orodja in smiselne načine dela, v katerih se lahko sodelujoči v timu povežejo. V pregledni študiji avtorjev Smith idr. (2018, str. 462–463) je analiza virov o sodelovanju strokovnjakov z različnih področij pokazala, da timi, ki delujejo na področju integriranega izvajanja storitev, potrebujejo osebo, ki zmore spodbujati preoblikovanje (transformacijo) prej ločenih vlog, dopušča spremembe, podpira ustvarjalnost in inovativnost. Ugotovili so tudi, da je v literaturi o upravljanju in vodenju timov, v katerih so meje med sodelujočimi disciplinami ostre, naloga vodenja pojasnjena kot oblika krepitve sodelavcev za strokovno delo, medtem ko je v literaturi, ki se osredotoča na pomen sodelovanja v timih, kjer so meje med različnimi disciplinami bolj zabrisane, v ospredju

---

17 Zakon o dolgotrajni oskrbi opredeljuje organizacijo in način koordinacije posameznih formalnih in neformalnih izvajalcev s področja zdravstvene, socialne ali drugih dejavnosti, ki se srečujejo in medsebojno dopolnjujejo pri oskrbi posameznika (Zakon o dolgotrajni oskrbi, 2023).

sodelovanje in zlasti kolektivno vodenje (Smith idr., 2018, str. 462–463). Glede na trdnost ali fluidnost meja med strokami, ki sodelujejo v timu, lahko ločimo dva tipa timskega dela – v prvem primeru v timu sodelujejo strokovnjaki različnih disciplin, oskrba pa se nanaša na izvajanje vzporednih storitev brez neposredne interakcije med izvajalci, v drugem primeru pa oskrba poteka tako, da različni izvajalci skupaj ugotavljajo, kakšne potrebe ima oseba in njegova ali njena družina in skupaj sodelujejo pri zadovoljevanju teh (Galvin, Valois in Zweig, 2014). Ta oblika tima ima bolj fluidne meje in ga nekateri avtorji definirajo kot transdisciplinarni tim, medtem ko naj bi prvi primer sodil med druge oblike povezovanja v time (na primer interdisciplinarne in multidisciplinarne). Za delo na področju demence so bolj primerni timi s fluidnimi mejami, saj prav individualizirana oskrba predpostavlja kontinuiran stik med vsemi izvajalci oskrbe. V teh primerih pride med sodelujočimi v timskem delu do vedno več mešanja kompetenc, znanj in spretnosti, pa naj gre za doseganje rezultatov pri oskrbi ljudi ali pa za doseganje ciljev dela in tako se ustvarja nova kategorija vednosti, ko prej disciplinarno ločeni poklici vzpostavijo skupno, transdisciplinarno znanje<sup>18</sup> (Scholz idr. 2024).

Kljub nedvomnim prednostim sodelovanja med strokami obstajajo številne ovire za izvajanje integriranih storitev s timskim delom. Thylefors in drugi (2005) pojasnjujejo, da se razlika v praksah timskega dela pokaže predvsem v stopnji integracije delovnih praks različnih disciplin, ki sodelujejo v timih. Tudi ti avtorji ugotavljajo, da lahko v praksi odkrijemo time, v katerih ni osredotočenosti na kolektivno delo, ampak vsak član tima delo opravi ločeno od ostalih članov skupine, ki človeka obravnava. V takšnem timu strokovnjaki obravnavajo pacienta/uporabnika samostojno in brez poznavanja prispevka drugih članov tima (uporabnik je v procesu ločenih korakov obravnav). Ta oblika tima je pogosta v ustanovah, kjer predstavniki matične stroke (na primer zdravniki v bolnišnicah) tradicionalno prevzemajo odgovornost za vodenje in usklajevanje neodvisnih prispevkov ostalih sodelujočih strokovnjakov pri oskrbi bolnikov (prav tam).

---

18 Avtorica poglavja sem skupaj s kolegicami z Zdravstvene fakultete Univerze v Ljubljani Katarino Galof, Uršo Bratun in Alenko Oven oblikovala izbirni predmet Integrirane storitve v skupnosti, pri katerem bodo sodelovale študentke in študenti Fakultete za socialno delo in Zdravstvene fakultete, smer delovna terapija, z namenom razvijanja skupnih oblik dela in razvoja skupnih modelov raziskovanja potreb in načrtovanja odgovorov v skupnosti.

## **Naloge in ovire pri uveljavljanju timskega dela pri integrirani oskrbi ljudi z demenco**

Danes celostna integrirana oskrba ljudi z demenco temelji na ideji zdravega staranja in zagotavljanju kakovosti življenja v starosti (samostojno in neodvisno življenje starih ljudi v skupnosti, zagotavljanje smisla življenja), predvsem pa se na demenco ne sme gledati le kot na zdravstveni problem, ampak na pojav, ki ga določajo biološki, psihološki, socialni in okoljski dejavniki (Mali in Grebenc, 2021; Podgorski, Anderson in Parmar, 2021). Integrirana oskrba je od vsega začetka konceptualno utemeljena kot odziv na probleme, ki jih ne more obvladovati le ena disciplina. Toda kljub desetletja trajajočim pobudam za nujno uresničevanje integrirane oskrbe ta storitev ostaja razdrobljena, kar je posledica organizacijskih prijemov pri delu, ki poteka na več nivojih, in pri delu, v katerega so vključeni različni izvajalci. Večina držav ne uspe zagotoviti dovolj kadrovskih in finančnih virov, da bi lahko oblikovala pogoje za integrirano oskrbo in timske prakse dela (Organisation for Economic Cooperation and Development, 2017). Še naprej se povsod v svetu razpršeni sistemi ne zmorejo hitro in skladno prilagajali spreminjajočim se potrebam prebivalstva, kar se neposredno odraža v nezadostni oskrbi ljudi, ki imajo več kroničnih bolezni, in mednje se uvrščajo tudi ljudje z demenco (Goodwin, 2016; Lennox-Chhugani, 2021). Celostna obravnava v večini držav ostaja le zaželen ideal.

V nacionalnem programu socialnega varstva (Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, 2022) je zapisano, da mora država zagotavljati k posamezniku usmerjen in posamezniku prilagojen način storitev, in da je ljudem z demenco, ki živijo doma, treba zagotoviti storitve<sup>19</sup> za krepitev in ohranjanje kognitivnih sposobnosti, samostojnosti in avtonomnosti ter vključenosti v skupnost in družbo (prav tam). Nacionalni program socialnega varstva in nacionalna strategija na področju obravnave demence zagovarjata medsektorsko sodelovanje in integracijo storitev s povezovanjem vseh ključnih akterjev sistema v procesu izvajanja storitev: usklajeno izvajanje socialnih in zdravstvenih storitev, vključevanje svojcev, drugih neformalnih oskrbovalcev in ostalih ključnih akterjev,

---

19 Socialnovarstvene storitve in servisi bi morali biti ustrezno zagotovljeni tudi za mlajše od 65 let z demenco. Po ocenah Alzheimer Europe (2023) je bilo v Sloveniji leta 2018 kar 1.939 oseb z demenco v starostni skupini od 30 do 64 let.

kot so na primer skupine za samopomoč in humanitarne organizacije z ustreznimi usposobljenimi kadrom in denarnimi sredstvi za izvajanje dejavnosti (Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, 2022, str. 20). To pomeni, da nacionalni strateški dokumenti implicitno in eksplicitno poudarjajo pomen sodelovanja med disciplinami in povezovanje različnih izvajalcev in drugih akterjev, kar so vse elementi timskega dela. Nastajajo tudi pobude (npr. v obliki javno-zasebnih partnerstev), ki poskušajo uveljaviti model mreže storitev<sup>20</sup> in bi lahko omogočile razvoj timskih praks dela. Toda kljub smelim idejam, kako bi bilo treba poskrbeti za ljudi z demenco, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo, v Sloveniji situacija ni urejena (Ministrstvo za zdravje, 2016, str. 10–11): bolnišnice in socialnovarstveni zavodi nimajo enotnih pristopov niti pogojev dela, obstajajo velike razlike med regijami, primanjkuje ustrezno izobraženih strokovnjakov, epidemiološko spremljanje ljudi z demenco je slabo in ne omogoča dobrega vpogleda v potrebe ljudi in načrtovanje obsega primerne obravnave in oskrbe. V Sloveniji je oskrba ljudi z demenco razpršena med izvajalce skupnostnih storitev, ki izvajajo oskrbo v skupnosti: javne službe, zasebnike, zasebnike s koncesijo, svojce in nevladne organizacije (Flaker idr., 2008; Flaker idr., 2011; Ramovš, 2020). Takšna razpršenost je rezultat sistemske razpršenosti in sporadičnosti ter ovira povezovanje na mikro in mezo nivojih zagotavljanja integriranih storitev.

Integrirana oskrba temelji na ideji timskega dela, ki za učinkovito oskrbo predvideva prizadevanje vseh strokovnih delavcev v timu za medsebojno sodelovanje (Thylefors idr., 2005). Timsko delo v integrirani oskrbi naj poteka tako, da člani skupine poznajo naloge drug drugega in ker so nekatere odgovornosti deljene, je ključno skupno načrtovanje in odločanje (Sicotte idr., 2002; Maslin-Prothero in Burton, 2010). Če želimo slediti etiki humane oskrbe ljudi z demenco, moramo upoštevati ključne kriterije integrirane dolgotrajne

---

20 V Sloveniji obstaja pobuda za vzpostavitev mreže integrirane dolgotrajne oskrbe v lokalni skupnosti (Konzorcij 17, 2020, str. 4). Idejo pojasnjujejo v opisu projekta z naslovom Strategija in model vzpostavitve integrirane dolgotrajne oskrbe v lokalni skupnosti, zaključil naj bi se leta 2027 (2020, str. 7–8). Tam zapišejo, da mora model integrirane dolgotrajne oskrbe v lokalni skupnosti temeljiti na celovitem krajevnem reševanju dolgotrajne oskrbe in povezati krajevno politiko in stroko, nevladne organizacije in podjetja. Njihova vizija modela temelji na predpostavki, da naj *dosedanje življenje poteka normalno naprej*, saj mora model omogočiti izvedbo potrebnih storitev v lokalni skupnosti.

oskrbe. Več avtorjev izpostavlja naslednje kriterije integrirane oskrbe (Kodner in Spreuwenberg, 2002; Flaker idr., 2008; Flaker idr., 2011; De Bruin idr., 2012; Hopman idr., 2016; Mali in Kejžar, 2017; Stopp idr., 2019; Mali idr., 2017; Lebar idr., 2017; Mali idr., 2018; Mali in Grebenc, 2021):

- a) *celovitost*: osredotočenost na vsakdanje življenje ljudi in upoštevanje telesne, duševne in duhovne razsežnosti človeškega življenja in materialne prisotnosti človeka v okolju (telesne, kognitivne, psihološke, socialne, družbene, kulturne, ekonomske, prostorske, okoljske dejavnike bivanja);
- b) *osredotočenost na ljudi, upoštevanje njihovih potreb in preference po oskrbi, individualizirana obravnava*: aktivno vključevanje ljudi pri oceni potreb in načrtovanju storitev, upoštevati kontekstualne metode ugotavljanja potreb, zagotavljati kontinuiran stik z ljudmi z demenco za razumevanje njihovih želja in potreb, z uporabo različnih taktik in tehnik sporazumevanja in osebne bližine;
- c) *omogočanje bivanja v domačem okolju in delovanje v skupnosti*: ob tem podpreti in razbremenjevati neformalne skrbnike pri odločanju, načrtovanju in izvajanju oskrbe ter upoštevati zmogljivosti, potrebe in želje neformalnih oskrbovalcev;
- d) *večdisciplinarnost*: timsko delovanje na področju zdravstvenih in socialnovarstvenih strok in sektorjev, s skrbjo za delavce in delavke na teh področjih (omogočanje pridobivanja in razvijanja znanja in veščin, zagotavljanje delavskih pravic in kakovostnih pogojev dela);
- e) *sinergija*: sinergija je rezultat učinkovitega timskega dela. V timu sinergija nastane, ko člani tima lahko pokažejo in izkoristijo svoje različne sposobnosti, prednosti in perspektive. Ta dinamika sodelovanja ustvarja rezultate, ki so večji od vsote posameznih prispevkov posameznikov.

V Svetovni zdravstveni organizaciji ugotavljajo, da integriranih storitev, ki se bodo izvajale s timskim delom, ni mogoče doseči brez izboljšav na področju zagotavljanja storitev, zato nenehno pozivajo k reformam za preobrazbo zdravstvenih sistemov. Sistemi bi se morali preusmeriti od razdrobljenih storitev in razdrobljenih modelov, osredotočenih le na ponudbo zdravstvenih produktov ali socialnovarstvenih paketov, k storitvam, ki v središče postavljajo ljudi

in skupnosti (World Health Organization, 2015). Storitve, ki bi jih zagotavljali integrirani modeli oskrbe, bi morale biti usklajene tako v zdravstvenem sektorju kot v sektorjih zunaj njega, ne glede na okolje in razvojni status države (prav tam). Kot je zapisano v strategiji (World Health Organization, 2015, str. 10), bi si morali danes vsi prizadevati za »prihodnost, v kateri bodo imeli vsi ljudje dostop do zdravstvenih storitev, ki bodo zagotovljene na način, ki ustreza njihovim življenjskim potrebam in željam, in bodo usklajene v celotnem kontinuumu oskrbe ter varne, učinkovite, pravočasne, uspešne in sprejemljive kakovosti«.

## Viri

- Alzheimer Europe (2023). *European Dementia Monitor 2023 – Comparing and benchmarking national dementia strategies and policies*. Luxembourg, Alzheimer Europe. ISBN 978-2-919811-12-0
- Alzheimer Europe (2014). *Glasgow Declaration*. Pridobljeno 5. 7. 2024 s [https://www.alzheimer-europe.org/policy/campaign/glasgow-declaration-2014?language\\_content\\_entity=en](https://www.alzheimer-europe.org/policy/campaign/glasgow-declaration-2014?language_content_entity=en)
- Amelung, V., Stein, V., Suter, E., Goodwin, N., Nolte, E., & Balicer, R. (ur.) (2021). *Handbook Integrated Care*; Springer International Publishing.
- Barrenho E., Haywood P., Kendir C., & Klazinga, N. S. (2022). *International comparisons of the quality and outcomes of integrated care: Findings of the OECD pilot on stroke and chronic heart failure*. OECD Health Working Papers 142, OECD Publishing.
- Baxter, S. K., Johnson, M., Chambers, D., Sutton, A., Goyder, E., & Booth, A. (2018). Understanding new models of integrated care in developed countries: a systematic review. *Health Services and Delivery Research*. 6(29). 1–132.
- Briggs, A. M., Valentijn, P. P., & Thiyagarajan, J. A. (2018). Elements of integrated care approaches for older people: a review of reviews. *BMJ Open*. 8: e021194. doi: 10.1136/bmjopen-2017-021194
- Darker, C. (2013). *Integrated Healthcare in Ireland – A Critical Analysis and a Way Forward*. An Adelaide Health Foundation Policy Paper. The Adelaide Health Foundation in Trinity College Dublin. Pridobljeno 30. 6. 2024 s <https://adelaide.ie/wp-content/uploads/2023/04/Integrated-Healthcare-in-Ireland.pdf>
- Dover, M. A. (2016). Human needs: overview. V *Encyclopedia of social work*. Pridobljeno 13. 3. 2018 s <http://socialwork.oxfordre.com/view/10.1093/acrefore/9780199975839.001.0001/acrefore-9780199975839-e-554>
- Doyal, L., & Gough, I. (1992). *A theory of human need*. Houndmills: MacMillan.

- Drole, J., & Lebar, L. (ur.), 2014. *Podpora samostojnemu bivanju v domačem okolju in dolgotrajna oskrba*. Analitsko poročilo DP5 projekta AHA.SI. Pridobljeno 30. 6. 2024 s [https://www.staranje.si/sites/www.staranje.si/files/upload/images/wp5\\_analitsko\\_porocilo.pdf](https://www.staranje.si/sites/www.staranje.si/files/upload/images/wp5_analitsko_porocilo.pdf)
- European Commission (2015). *The 2015 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013–2060)* (European Economy 3) European Union. Pridobljeno 11. 7. 2024 s [https://ec.europa.eu/economy\\_finance/publications/european\\_economy/2015/pdf/ee3\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2015/pdf/ee3_en.pdf)
- European Union Expert Group on Health Systems Performance Assessment (2017). *Tools and methodologies to assess integrated care across Europe*. European Union. Report of the HSPA Expert Group on Integrated Care. EU Monitor General Secretariat of the Council Pridobljeno 2. 7. 2024 s <https://www.eumonitor.eu/9353000/1/j9vvik7m1c3gyxp/vkb5aqgfbdym>
- Flaker, V., Grebenc, V., Rihter, L., Rode, N., Milošević-Arnold, V., Videmšek, P., Dajčman, B., & Žagar, A. (2005). *Oblikovanje sistema indikatorjev za ugotavljanje potreb ljudi po vrsti in količini posameznih storitev in razvoja novih oblik storitev/pomoči na področju socialnega varstva v Ljubljani: končno poročilo*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Flaker, V., Mali J., Kodele, T., Grebenc V., Škerjanc J., & Urek, M. (2008). *Dolgotrajna oskrba: očrt potreb in odgovorov nanje*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Flaker, V., Nagode, M., Rafaelič, A., & Udovič, N. (2011). *Nastajanje dolgotrajne oskrbe: ljudje in procesi, eksperiment in sistem*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Flaker, V., Mali, J., Rafaelič, A., Ratajč, S., & Balantič, K. (2013). *Osebnostno načrtovanje in izvajanje storitev*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Flaker, V., Ficko, K., Grebenc, V., Mali, J., Nagode, M., & Rafaelič, A. (2019). *Hitra ocena potreb in storitev*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Galvin, J. E., Valois, L., & Zweig, Y. (2014) Collaborative transdisciplinary team approach for dementia care. *Neurodegener Dis Manag*, 4(6), 455–469. DOI: 10.2217/nmt.14.47. PMID: 25531688; PMCID: PMC4308691
- Genet, N., Boerma, W. G. W., Kroneman, M., Hutchinson, A., & Saltman, R. B. (2012). *Home care across Europe: Current structure and future challenges*. World Health Organization.
- Goodwin, N., Stein, V., & Amelung, V. (2021). What is integrated care? V Amelung, V. Stein, E. Suter, N. Goodwin, E. Nolte, & R. Balicer, (ur.). *Handbook Integrated Care*, druga izdaja, (str. 3–25) Springer International Publishing. DOI: 10.1007/978-3-319-56103-5
- Goodwin N. (2016). Understanding Integrated Care. *International Journal of Integrated Care*, 16(4): 6. DOI:10.5334/ijic.2530

- González-Ortiz, L. G., Calciolari, S., Goodwin, N., & Stein, V. (2018). The Core Dimensions of Integrated Care: A Literature Review to Support the Development of a Comprehensive Framework for Implementing Integrated Care. *International journal of integrated care*, 18(3), 10. <https://doi.org/10.5334/ijic.4198>
- Grebenc, V. (2024a). Research principles in social work for sustainable human in long-term care for older people. V. Klimczuk (ur.). *Intergenerational relations – contemporary theories, studies and policies*. (str. 317–343). London: IntechOpen.
- Grebenc, V. (2024b). Naloge socialnega dela pri oblikovanju odgovorov na potrebe ljudi z demenco v perspektivi globalnih politik na področju staranja in trajnostnega razvoja. V: J. Mali (ur.), *Dolgotrajna oskrba ljudi z demenco v Sloveniji v teoriji in praksi socialnega dela*. Ljubljana. (str. 121–149). Založba Univerze v Ljubljani.
- Grebenc, V. (2014). Understanding the needs of older people: shifting toward more community based responses. *Revija za socialnu politiku*, 21(2), 133–160.
- Grebenc, V., & Šabić, A. (2013). *Ljubljanske zgodbe: biografije navadnih ljudi*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Hughes, G., Shaw, S. E., & Greenhalgh, T. (2020). Rethinking Integrated Care: A Systematic Hermeneutic Review of the Literature on Integrated Care Strategies and Concepts. *The Milbank Quarterly*, 98(2), 446–492. <https://www.jstor.org/stable/48585625>
- International Foundation for Integrated Care (b. d.). History of IFIC. Pridobljeno 27. 7. 2024 s <https://integratedcarefoundation.org/about-ific/history-of-ific>
- Kee, K., Nies, H., van Wieringen, M., & Beersma, B. (2023). From Integrated Care to Integrating Care: A Conceptual Framework of Behavioural Processes Underlying Effective Collaboration in Care. *International journal of integrated care*, 23(4), 4. <https://doi.org/10.5334/ijic.7446>
- Kodner, D., & Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated care: meanings, logic, applications, and implications – a discussion paper. *International Journal of Integrated Care*, e12(2), 1–6.
- Larsson, R., Erlingsdóttir, G., Persson, J., & Rydenfält, C. (2022). Teamwork in home care nursing: A scoping literature review. *Health & Social Care in the Community*, 30, e3309–e3327. <https://doi.org/10.1111/hsc.13910>
- Lebar, L., Dremelj, P., Flaker, V., Rode, N., Mali, J., Peternelj, A., Smolej Jež, S., Rajer, C., Zadnikar, M., Krajnc, A., Galof, K., Milavec Kapun, M., Topolovec, N., & Kobal Tomc, B., (2017). *Priprava podlag za izvedbo pilotnih projektov, ki bodo podpirali prehod v izvajanje sistemskega zakona o dolgotrajni oskrbi: aktivnost 1: priprava orodij za ugotavljanje potreb uporabnikov, metodika postopka ter ugotavljanje upravičenosti do storitev dolgotrajne oskrbe*. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo.



- Lennox-Chhugani, N. (2021). Integrated care—defining for the future through the eye of the beholder. *International Journal of Integrated Care*, 21(3), 1–4.
- Lewis, R., Rosen, R., Goodwin, N., & Dixon, J. (2010). *Where next for integrated care organizations in the English NHS?* London: The King's Fund.
- Leutz, W. N. (1999). Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *The Milbank quarterly*, 77(1), 77–110, iv–v.
- Liljas, A. E. M., Brattström, F., Burström, B., Schön, P., & Agerholm, J. (2019). Impact of Integrated Care on Patient-Related Outcomes Among Older People – A Systematic Review. *International journal of integrated care*, 19(3), 6. <https://doi.org/10.5334/ijic.4632>
- Mali, J. (2009). Social work with people with dementia: the case of Slovenia. V V. Leskošek (ur.), *Theories and methods of social work: exploring different perspectives* (str. 151–159). Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Mali, J. (2010). Social work in the development of institutional care for older people in Slovenia. *European journal of social work: the forum for the social professions*, 13(4), 545–559.
- Mali, J. (2011). An example of qualitative research in social work with older people: the history of social work in old people's homes in Slovenia. *Collegium antropologicum*, 35(3), 657–664.
- Mali, J. (2012). Deinstitutionalisation as a challenge for the development of community-based care for older people. *Dialogue in praxis*, 1(1–2), 57–69. Pridobljeno 1. 2. 2021 s <http://dialogueinpraxis.fsd.uni-lj.si/index.php?id=5&a=archive>
- Mali, J. (2013). *Dolgotrajna oskrba v Mestni občini Ljubljana*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Mali, J. (2018). Razumevanje socialne infrastrukture dolgotrajne oskrbe v kontekstu socialnega dela s starimi ljudmi = The understanding of long-term care social infrastructure in the context of social work with older people. V S. Drobne, & B. Grum (ur.). *Uvod v socialno infrastrukturo za stanovanjsko oskrbo starostnikov* (str. 19–29). Trebnje: Zavod Inrisk – Inštitut za raziskavo sistemov, izpostavljenih rizikom.
- Mali, J. (2019). Innovations in long-term care: the case of old people's homes in Slovenia. *Revija za socialnu politiku*, 26(2), 207–225.
- Mali, J. (ur.) (2024a). *Dolgotrajna oskrba ljudi z demenco v Sloveniji v teoriji in praksi socialnega dela*. Ljubljana: Založba Univerze v Ljubljani.
- Mali, J. (2024b). The possibilities for human-rights-based approach in long-term care for people with dementia in Slovenia. V J. Mali (ur.). *Human rights in contemporary society: challenges from an international perspective*, (str. 43–59). London: IntechOpen.
- Mali, J., & Grebenc, V. (2019). Rapid assessment of needs and services in long-term care. *Revija za socialnu politiku*, 26(2), 171–187.

- Mali, J., Flaker, V., Urek, M., & Rafaelič, A. (2018). *Inovacije v dolgotrajni oskrbi: primer domov za stare ljudi*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Mali, J., Grebenc, V., Flaker, V., Rafaelič, A., Filipović, T., Šabič, A., Peršič, M. L., & Zaplatar, T. (2017). *Hitra ocena potreb in storitev dolgotrajne oskrbe v Občini Straža: končno poročilo*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Mali, J., & Kejžar, A. (2017). Celostna oskrba stanovalcev z demenco: Primer uvajanja inovativne oskrbe v Domu Petra Uzarja Tržič. *Socialno delo*, 56(3), 179–196.
- Maslin-Prothero, S., & Burton, A. (2010). Integrated team working: A literature review. *International journal of integrated care*, 10(2): e043 DOI: 10.5334/ijic.529
- Ministrstvo za zdravje (2016). Strategija obvladovanja demence v Sloveniji do leta 2020. Pridobljeno 24. 7. 2024: //www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/Preventiva-in-skrb-za-zdravje/nenalezljive-bolezni/Strategija\_obvladovanja\_demence.pdf
- Milošević Arnold V. (2000). Profesionalne vloge socialnih delavcev pri delu s starimi ljudmi. *Socialno delo*, 39(4–5), 253–263.
- Ministrstvo za zdravje (2023a). Strategija za obvladovanje demence v Sloveniji do 2030. Pridobljeno 30. 6. 2024 s <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/NOVICE/Strategija-obvladovanja-demence-v-Sloveniji-do leta-2030.pdf>
- Ministrstvo za zdravje (2023b). Akcijski načrt za izvajanje Strategije obvladovanja demence v Sloveniji do leta 2030 za obdobje 2024–2025 – predlog za obravnavo.
- Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (2022). Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2022–2030 (ReNPSV22–30). Uradni list RS, št. 49/22.
- Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) (2016). Health workforce policies in OECD countries: right jobs, right skills, right places. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development. Pridobljeno 30. 6. 2024 s [https://www.oecd.org/en/publications/health-workforce-policies-in-oecd-countries\\_9789264239517-en.html](https://www.oecd.org/en/publications/health-workforce-policies-in-oecd-countries_9789264239517-en.html)
- Organisation for Economic Cooperation and Development / World Health Organisation/World Bank Group (OECD/WHO/WBG) (2018). *Delivering Quality Health Services: A Global Imperative*. Geneva: WHO. Pridobljeno 30. 6. 2024 s [https://www.oecd.org/en/publications/2018/07/delivering-quality-health-services-a-global-imperative\\_g1g8d7ed.html](https://www.oecd.org/en/publications/2018/07/delivering-quality-health-services-a-global-imperative_g1g8d7ed.html)
- Organisation for Economic Cooperation and Development OECD (2023). Pensions at a Glance 2023: OECD and G20 Indicators. Paris: OECD Publishing. Pridobljeno 29. 10. 2024 s [https://www.oecd.org/en/publications/pensions-at-a-glance-2023\\_678055dd-en.html](https://www.oecd.org/en/publications/pensions-at-a-glance-2023_678055dd-en.html)

- Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) (2021a), *OECD Health Statistics 2021*. Pridobljeno 12. 6. 2023 s <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=POPPROJ#>
- Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) (2021b), *Health for the People, by the People*, OECD Publishing, Paris. Pridobljeno 12. 6. 2023 s <https://dx.doi.org/10.1787/2074319x>
- Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) (2019), *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris. Pridobljeno 11. 6. 2023 s [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019\\_4dd50c09-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019_4dd50c09-en)
- Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) (2017), *Caring for Quality in Health: Lessons Learnt from 15 Reviews of Health Care Quality*, OECD Reviews of Health Care Quality, OECD Publishing, Paris. Pridobljeno 12. 6. 2023 s <https://dx.doi.org/10.1787/9789264267787-en>
- Pahor, M. (ur.) (2014). *Zavezniki za zdravje: Medpoklicno sodelovanje v zdravstvenih timih*. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.
- Podgorski C. A., Anderson, S. D., & Parmar, J. (2021). A Biopsychosocial-Ecological Framework for Family-Framed Dementia Care. *Front. Psychiatry* 12:744806. doi: 10.3389/fpsy.2021.744806
- Rape Žiberna, T. (2019). *Konceptualizacija timskega dela v socialnem delu v Sloveniji* (Doktorsko delo). Fakulteta za socialno delo Univerze v Ljubljani, Ljubljana.
- Ramovš, J. (2020). *Integrirana dolgotrajna oskrba*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje.
- Razpotnik, Š. (2020). Integrirane službe kot možen odziv na izzive odprte scene v Ljubljani. V V. Grebenc & A. Šabić, (ur.), *Odprta scena: zmanjševanje škode med brezdomnimi uporabniki drog v Ljubljani* (str. 165-178). Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Rocks, S., Berntson, D., & Gil-Salmerón, A. (2020). Cost and effects of integrated care: a systematic literature review and meta-analysis. *The European Journal of Health Economics*, (21), 1211–1221. Pridobljeno 30. 6. 2024 s <https://doi.org/10.1007/s10198-020-01217-5>
- Sicotte, C., Amour, D., & Moreault, M. P. (2002). Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centres. *Social Science & Medicine*, 55(6), 991–1003.
- Smith, T., Fowler-Davis, S., Nancarrow, S., Ariss, S. M. B., & Enderby, P. (2018). Leadership in interprofessional health and social care teams: a literature review. *Leadership in health services (Bradford, England)*, 31(4), 452–467.
- Scholz, R. W., Zscheischler, J., Köckler, H., Czichos, R., Hofmann, K. M., & Sindermann, C. (2024). Transdisciplinary knowledge integration – Part I: Theoretical foundations and an organizational structure, *Technological*

- Forecasting and Social Change*, (202), 1–17 <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2024.123281>
- Suter, E., Oelke, N. D., Adair, C. E., & Armitage, G. D. (2009). Ten key principles for successful health systems integration. *Healthcare Quarterly*, 13(SpecNo), 16–23.
- Thylefors, I., Persson, O., & Hellstrom, D. (2005). Team types, perceived efficiency and team climate in Swedish cross-professional teamwork, *Journal of Interprofessional Care*, 19(2), 102–116.
- Twomey, C., Byrne, M., & Leahy, T. (2013) Steps towards effective teamworking in Community Mental Health Teams. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 31, 51–59.
- United Nations General Assembly (1991). The United Nations Principles for Older Persons Resolution 46/91 [Internet]. Geneva, New York: United Nations General Assembly; Pridobljeno 3. 6. 2023 s <https://olderpeople.wales/about/publication-scheme/our-policies/un-principles/>
- United Nations General Assembly (2019). *World population Ageing 2019*. New York: United Nations.
- Walker, A. (2016). Poulation Ageing from Global and Theoretical Perspective: European Lessons on Active Ageing. V T. Moulart, & S. Garon, (ur.) *Age-Friendly Cities and Communities in International Comparison: Political Lessons, Scientific Avenues, and Democratic Issues* (str. 47–64). New York: Springer.
- World Health Organization. Ageing and Health (2022). [S.l.] World Health Organization. Pridobljeno 3. 7. 2023 s <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- World Health Organization (2020). Decade of Healthy Ageing: Baseline Report [Internet]. Geneva: WHO. Pridobljeno 15. 7. 2023 s <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>
- World Health Organization (2019a). Integrated care for older people. Geneva: WHO Pridobljeno 3. 11. 2020 s <https://www.who.int/ageing/health-systems/icope/en/>
- World Health Organization (2019b). Risk reduction of cognitive decline and dementia. WHO guidelines. Geneva: World Health Organization; pridobljeno 23. 8. 2024 s <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550543>
- World Health Organization (2018) Continuity and Coordination of Care: A Practice Brief to Support Implementation of the WHO Framework on Integrated People-Centred Health Services. Pridobljeno 18. 7. 2024 s <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/274628/9789241514033-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- World Health Organization (2017a). Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health [Internet]. Geneva: World Health Organization. Pridobljeno 28. 7. 2023 s <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329960>

- World Health Organization (2017b). Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025, Geneva: WHO. Pridobljeno 3. 7. 2024 s <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1092215/retrieve>
- World Health Organization (2017c). Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organisation (2016). Framework on integrated, people-centred health services. World Health Assembly, 69/39. Pridobljeno 2. 7. 2024 s [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69/A69\\_39-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf)
- World Health Organisation, Regional Office for Europe, (2016). Integrated care models: an overview. Copenhagen: WHO Pridobljeno 11. 7. 2023 s <https://who-sandbox.squiz.cloud/en/health-topics/Health-systems/health-services-delivery/publications/2016/integrated-care-models-an-overview-2016>
- World Health Organization (2015). WHO Global Strategy on Integrated People-Centred Health Services 2016–2026. World Health Organization, Geneva. Pridobljeno 2. 7. 2024 s <https://interprofessional.global/wp-content/uploads/2019/11/WHO-2015-Global-strategy-on-integrated-people-centred-health-services-2016-2026.pdf>
- World Health Organization (2008). Integrated health services – what and why? Technical Brief No. 1. Geneva: WHO. Pridobljeno 2. 2. 2023 s [https://terrance.who.int/mediacentre/data/sage/SAGE\\_Docs\\_Ppt\\_Apr2014/10\\_session\\_child\\_health\\_services/Apr2014\\_session10\\_integrated\\_health\\_services.pdf](https://terrance.who.int/mediacentre/data/sage/SAGE_Docs_Ppt_Apr2014/10_session_child_health_services/Apr2014_session10_integrated_health_services.pdf)
- World Health Organization. Regional Office for Europe. (1978). Declaration of Alma-Ata. World Health Organization. Regional Office for Europe. Pridobljeno 15. 7. 2023 s <https://iris.who.int/handle/10665/347879>
- World Health Organization & United Nations Children's Fund (1978). International Conference on Primary Health Care (1978: Alma-Ata, USSR), Primary health care: report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR. Pridobljeno 30. 7. 2023 s <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/39228/9241800011.pdf?sequence=1>
- Zakon o dolgotrajni oskrbi (2023). Uradni list RS, št. 84/23. Pridobljeno 2. 7. 2024 s <https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ZAKO8819>
- Zonneveld, N., Driessen, N., Stüssgen, R. A. J., & Minkman, M. M. N. (2018). Values of Integrated Care: A Systematic Review. *International journal of integrated care*, 18(4), 9. <https://doi.org/10.5334/ijic.4172>