



DESDE-LTC

***OPIS, EVALVACIJA IN SEZNAMI SLUŽB
ZA DOLGOTRAJNO OSKRBO V EVROPI***

INSTRUMENT - DREVO RAZVRŠČANJA

Executive Agency for Health and Consumers (EAHC)

Ref. projekta 2007/116

www.edesdeproject.eu



DESDE-LTC je adaptacija »Evropskega obrazca za mapiranje služb« (ESMS-I; European Service Mapping Schedule, Johnson in sod., 2000) in vsebuje tudi spremembe, vključene v ESMS-II) in »Opisa in evalvacije storitev v Evropi za osebe z oviranostmi« (DESDE; Description and Evaluation of Services for Disabilities) (Salvador-Carulla in sod., 2006) ter sorodnih orodij (DESDAE in DESDE). Ta orodja je razvijala skupina EPCAT (Ocenjevalna skupina psihiatrične oskrbe v Evropi), ki sta jo je koordinirala Centro Studi e Ricerche in Psichiatria, Torino, Italija in združenje PSICOST v Španiji.

Johnson S, Kuhlmann R, EPCAT Group. European Psychiatric Assessment Team. The European Service Mapping Schedule (ESMS): development of an instrument for the description and classification of mental health services. Acta Psychiatr Scand Suppl. 2000;405:14-23.

Salvador-Carulla L, Poole M, González-Caballero JL, Romero C, Salinas JA, Lagares-Franco CM for RIRAG/PSICOST Group and DESDE Expert Panel. Usefulness of an instrument for the standard description and comparison of services for disabilities based on a mental healthcare assessment model (DESDE). Acta Psychiatr Scand 2006; 111(Suppl. 432): 19-28

Za nadaljnje informacije o ESMS prosimo kontaktirajte Sonio Johnson (s.johnson@ucl.ac.uk)

Za nadaljnje informacije o DESDE prosimo kontaktirajte Luisa Salvador-Carulla (luis.salvador@telefonica.net), *Asociación Científica Psicost* asociacionpsicost@telefonica.net, www.bridgingknowledge.net or <http://www.edesdeproject.eu/>

DESDE-LTC je so-financirala Izvršna agencija za zdravje in potrošnike (EAHC; Executive Agency for Health and Consumers (Ref. projekta 2007/116).

DESDE-LTC je razvil Evropski konzorcij, ki vključuje sledeče partnerje: ŠPANIJA: PSICOST (Luis Salvador-Carulla) in Fundació Caixa Catalunya (Josep Solans); VELIKA BRITANIJA: London School of Economics and Political Science (LSE) (Martin Knapp, David McDaid in Tihana Matosevic); AVSTRIJA: University of Vienna (UWIEN, Austria) (Germain Weber), SINTEF (Norveška) (Britt Venner); BOLGARIJA: PHA (Hristo Dimitrov); SLOVENIJA: Znanstvenoraziskovalni center Slovenske akademije znanosti in umetnosti (ZRC SAZU) (Lilijana Šprah) and IRI Ljubljana (Mojca Z. Dernovšek).

Ne-institucijski sodelujoči partnerji so bili: VELIKA BRITANIJA: Dept of Mental Health Sciences Royal Free and University College Medical Schools (Sonia Johnson); ITALIJA: Centro Studi e Ricerche in Psichiatria (CSRP) (Giuseppe Tibaldi); ŠPANIJA: ETEA (Carlos García). Institucijski sodelujoči partnerji so bili: OECD – Health División (Francesca Colombo), BOLGARIJA: Ministry of Health. National Center for Public Health Protection (Zahari Zarkov), ŠPANIJA: Departament de Salut, Direccio General d'Avaluació i Planificació, Generalitat de Catalunya (Josep Fusté); Department of Equity and Health, Jerez (Margarida Ledó).

KAZALO

PREDGOVOR	3
a. Splošna načela	3
b. Splošne smernice	4
Razporeditveno drevo dolgotrajne oskrbe	11
POGLAVJE A	12
Uvodna vprašanja	12
POGLAVJE B	13
a. Načela kodiranja dolgotrajne oskrbe	13
b. Smernice kodiranja dolgotrajne oskrbe	16
Informacijska oskrba – Veja kodiranja	17
Oskrba dostopnosti – Veja kodiranja	19
Samopomoč in prostovoljna oskrba – Veja kodiranja	21
Ambulantna oskrba - Veja kodiranja	23
Dnevna oskrba- Veja kodiranja	27
Bivalna oskrba - Veja kodiranja	32
POGLAVJE C	37
a. Načela štetja uporabe storitev dolgotrajne oskrbe	37
b. Smernice štetja dolgotrajne oskrbe	40
Informacijska oskrba – Veja štetja uporabe	40
Oskrba dostopnosti – Veja štetja uporabe.....	40
Ambulantna oskrba- Veja štetja uporabe	40
Dnevna oskrba- Veja štetja uporabe.....	41
Bivalna oskrba- Veja štetja uporabe.....	41
POGLAVJE D	48
a. Načela popisa služb	48
b. Smernice popisa služb	48
LITERATURA	51

PREGOVOR

a. SPLOŠNA NAČELA

Kaj je DOLGOTRAJNA OSKRBA (DO)?

Dolgotrajna oskrba (DO; LTC - Long Term Care) je krovni termin, ki »zajema vrsto storitev za osebe, ki potrebujejo pomoč za osnovne vsakodnevne dejavnosti v daljšem obdobju« (OECD, 2005). To vključuje 'zdravstvene in/ali socialno varstvene storitve, namenjene ljudem z oviranostmi ali z dolgotrajnimi potrebami po negi. Storitve so lahko kratko- ali dolgotrajne, lahko se izvajajo na domu posameznika, v skupnosti ali v bivalnih namestitvah (ZDA, Ministrstvo za zdravje). Trenutno države članice Evropske unije uporabljajo različne definicije DO, ki ne sovpadajo vedno (EC, 2008).

Kaj je DESDE-LTC?

»Opis, evalvacija in sezname služb za dolgotrajno oskrbo v Evropi« (DESDE-LTC) je orodje za standardiziran opis in razvrščanje služb za dolgotrajno oskrbo (DO) v Evropi.

Sledi postopku evalvacije služb, ki sta ga razvijali skupina EPCAT (Skupina za ocenjevanje psihiatričnih služb v Evropi) in PSICOST Znanstveno združenje od leta 1997, najprej z razvojem ESMS (European Service Mapping Schedule; Evropski obrazec za mapiranje služb), namenjenega evalvaciji služb in storitev na področju duševnega zdravja (Johnson in sodelavci, 2000¹) in povezanih prilagoditev pri evalvaciji storitev za starejše v Španiji

(DESDAE) (Salvador-Carulla in dr., 2005²) ter služb na področju oviranosti (Salvador-Carulla in dr., 2006³). To se imenuje tukaj »ESMS/DESDE« model/pristop raziskovanja (proučevanja) služb.

Ta instrument je namenjen zbiranju vhodnih informacij o storitvah in postopkih na mezo-ravni (zdravstveno/socialna zbirna območja) in mikro-ravni (individualne storitve), kot je opredeljeno v spremenjeni verziji Thornicroftove in Tansellove matrice, ki je bila razvita za ocenjevanje služb na področju duševnega zdravja (Tansella in Thornicroft, 1998).

DESDE-LTC omogoča standardizirano izvedbo sledečih aktivnosti:

- Izdelava standardiziranega seznama služb za dolgotrajno oskrbo na določenem zbirnem območju, v katerega je vključena ponudba služb socialnega in zdravstvenega varstva v okviru javnega ter prostovoljnega sektorja. Zasebni sektor je vključen izbirno, odvisno od namena analize.
- Beleženje sprememb v določenem časovnem obdobju v službah znotraj specifičnega zbirnega območja.
- Opis in primerjava **strukture** in **izbire** služb za DO med različnimi zbirnimi območji.
- Merjenje in primerjava stopenj **zagotavljanja / razpoložljivosti** in **uporabe Glavnih tipov oskrbe (GTO)** med različnimi zbirnimi območji z uporabo mednarodnega kodirnega sistema.

Katera je ciljna populacija DESDE-LTC?

»ESMS/DESDE« model razvršča oskrbo glede na specifično ciljno populacijo, ki se poslužuje sistema služb, ki so predmet ocenjevanja z EDSDE-LTC. Ta specifična verzija DESDE-LTC se osredotoča na službe, namenjene naslednjim skupinam: odrasli (18+) in starejše osebe šibkega zdravja (65+) z i) hudimi telesnimi oviranostmi

(registriranimi v uradnih nacionalnih, regionalnih in lokalnih registrih za to skupino populacije ali v ekvivaletnem sistemu, kjer registri niso na razpolago); ii) duševno manjrazvitostjo (ICD-10); iii) duševnimi motnjami (ICD-10); iv) starejši s hudimi oviranostmi (registriranimi v uradnih nacionalnih, regionalnih in lokalnih registrih za to skupino populacije ali v ekvivaletnem sistemu, kjer registri niso na razpolago). Natančen opis skupin s potrebami po DO se nahaja v poglavju »B«.

Kakšna je struktura DESDE-LTC?

DESDE-LTC uporablja drevesni sistem za opis razpoložljivosti in uporabe službe (Razporeditveno drevo dolgotrajne oskrbe). Njegova celotna struktura je ponazorjena na strani 11. DESDE-LTC instrument vsebuje štiri večja poglavja:

A. Uvodna vprašanja: Nanašajo se na značilnosti zbirnega območja in ciljne populacije.

B. Razvrščanje glavnih tipov oskrbe (GTO kodiranje): Omogoča standardizirano metodo razvrščanja in kodiranja osnovnih kategorij oskrbe / služb, namenjenih ciljni populaciji na določenem zbirnem območju, temelji pa na najpomembnejših (najvažnejših) aktivnostih, ki jih zagotavlja vsaka služba.

Opis GTO je dopolnjen s terminološkim slovarjem, s specifičnimi primeri oznak (kod), ki se določajo z instrumentom.

C. Razvrščanje uporabe oskrbe (GTO štetje): Omogoča standardizirano metodo merjenja stopnje uporabe glavnih tipov oskrbe, ki jih uporablja populacija na določenem zbirnem območju.

D. Popis služb: Omogoča podroben opis posameznih značilnosti služb za DO tako, da se pridobita dva tipa seznamov: razvrstitev služb glede na kode, ki so vpeljane v Poglavju B in drugič, seznam z značilnostmi posameznih služb, ki se popiše z običajnim pristopom (naštevane služb, imenik oz. seznam).

DESDE-LTC instrument je bil zasnovan tako, da omogoča **nacionalne in mednarodne primerjave**. Zato se najpomembnejšim tipom oskrbe znotraj vsakega zbirnega območja dodeli eno od specifičnih **kod**, ki vsebujejo velike črke (začetnice angleških izrazov): »I« - Informacijska oskrba (**I**nformation) »A« - Oskrba dostopnosti (**A**ccessibility); »S« - Oskrba s samopomočjo in prostovoljna oskrba (**S**elf-help); »D« - Dnevna oskrba (**D**ay Care); »O« - Ambulantna oskrba (**O**ut-Patient care) in »R« - Bivalna oskrba (**R**esidential care). DESDE-LTC je namenjen pridobivanju opisov služb za zdravstveno in socialno varstvo v določenem zbirnem območju. Instrument dovoljuje ločene analize služb socialnega in zdravstvenega varstva v kakršnem koli zemljepisnem področju, v kolikor se proučevana območja ujemajo v vseh zahtevah in kriterijih instrumenta.

Obrazec se lahko uporabi na dva načina: i) kot preprosti opis, ki razvršča službe in glavne tipe oskrbe, ki so na voljo v določenem zbirnem območju (z uporabo največ dveh znakov pri kodiranju); ii) kot kompleksno ali kvantitativno oceno, ki služi primerjavi tipov oskrbe in služb med več zbirnimi območji ali pa v istem tarčnem območju skozi določeno časovno obdobje. Preden se instrument DESDE-LTC uporabi na terenu, je potrebno opraviti osnovno usposabljanje za njegovo uporabo.

b. SPLOŠNE SMERNICE

Službe ki naj bodo vključene: »Privzeta« skupina služb, na kateri lahko uporabimo drevo razporejanja, predstavljajo razpoložljive službe socialno / zdravstvenega varstva na področju dolgotrajne oskrbe na določenem zbirnem območju.

Službe se vključi v analizo takrat, kadar zadostijo splošnemu pravilu t.j., da najmanj 20% njihovih uporabnikov predstavljajo ljudje s potrebami po dolgotrajni oskrbi. V analizo so vključene vse

zmogljivosti, ki jih omogočajo službe zdravstveno / socialnega varstva ter izvajalci nevladnega in zasebnega sektorja, razen v primerih, ko je v študiji specificirano drugače.

Treba je opozoriti, da obstajajo različne enote analize, ki se uporabljajo pri raziskovanju s tem instrumentom, zato so lahko primerjave podobnosti opravljene zgolj znotraj posamezne skupine »enot analize«. Enote analize lahko vključujejo: Makro- organizacije (npr. velike organizacije za ohranjanje zdravja), Mezo- organizacije (npr. bolnišnice), Mikro- organizacije (npr. služba) ali manjše enote znotraj oskrbe: Glavni tipi oskrbe, Vrste oskrbe, Enote oskrbe, Programi ukrepanja v okviru oskrbe, Paketi oskrbe, Aktivnosti, Mikro-aktivnosti ali Filozofija skrbi.

DESDE-LTC se osredotoča na evalvacijo **Služb (Poglavje D)** in **Glavnih tipov oskrbe (poglavji B in C)**. Vsaka posamezna služba je opisana z uporabo ene ali več kod, ki temeljijo na glavni strukturi / dejavnosti oskrbe, ki jo nudi služba (Glavni tip oskrbe), npr. ista služba lahko vključuje dnevno kot glavni tip oskrbe (kodirano v veji D) in še bivalni tip oskrbe (kodirano v veji R).

Vključujejo se tako službe, ki se nahajajo znotraj zbirnega območja, kot tudi tiste, ki so lokalizirane **izven** zbirnega območja, **če** jih uporablja vsaj pet prebivalcev na leto, na 100.000 prebivalcev (za bivalne in dnevne zmogljivosti). Službe, ki se nahajajo znotraj zbirnega območja, in ki ne zagotavljajo storitev lokalnim prebivalcem, se morajo vključiti in klasificirati z uporabo kode "0" v poglavju C (Uporaba).

Specifične službe za dolgotrajno oskrbo v zbirnem območju, ki ne zadostijo vključitvenim kriterijem DESDE-LTC se lahko navedejo v dodatku.

Operativna opredelitev služb ali »Osnovni Stabilni Input-i Oskrbe« (BSIC- Basic Stable Inputs of Care)

»Služba« ali »Osnovni Stabilni Input Oskrbe« (BSIC) je tukaj definiran kot minimalni sestav inputov, organiziranih v okviru nudenja oskrbe. Običajno ga sestavlja administrativna enota z organiziranim sestavom struktur in strokovnjakov, ki omogočajo oskrbo znotraj zbirnega območja. BSIC-ji so najmanjši funkcionalni sistemi na mikro ravni organiziranja oskrbe. Znotraj produkcijskega modela (input – proces - output) se BSIC nanaša zgolj na dejavnost oskrbe in ne na kakšne druge inpute (produkcijski in naprave) ali postopke (ukrepanja). Dejavnosti, ki jih izvaja služba »mikro-organizacije« se lahko opiše z manjšo enoto analize, imenovano »Glavni tipi oskrbe«, opisano v nadaljevanju.

Kriteriji vključitve BSIC

Da bi lahko kodirali določena okolja oskrbe kot BSIC, morajo izpolnjevati sledeče kriterije:

Kriterij »A«: Služba je registrirana kot neodvisni pravni subjekt (z lastno davčno številko podjetja ali vpisan v uradno evidenco). Ta evidenca je ločena in ni del mezo- organizacije (na primer: služba za rehabilitacijo znotraj splošne bolnišnice). **ČE NI IZPOLNJEN KRITERIJ A:**

Kriterij »B«: Služba ima svojo lastno administrativno enoto in/ali tajništvo ter izpolnjuje še 2 dodatna deskriptorja (glej spodaj C1-C5). **ČE NI IZPOLNJEN KRITERIJ B:**

Kriterij »C«: Služba izpolnjuje 4 dodatne deskriptorje:
C1. Ima svoje profesionalno osebje.
C2. Vse storitve uporabljajo isti uporabniki.

C3. Ima svoje lastne prostore in ni del druge ustanove (npr. bolnišnice).

C4. Ima ločeno financiranje (stroškovno mesto) in lastno računovodstvo (knjigovodstvo).

C5. Ima ločeno vodeno dokumentacijo, kadar se nahaja znotraj mezo-organizacije.

Vendar, splošne službe namenjene širši populaciji ali velikim skupinam znotraj nje (npr., starejši, migranti, itd), ki so sicer pomembne za mnoge uporabnike s potrebami po dolgotrajni oskrbi, vendar niso bile posebej načrtovane zanje se ne vključujejo v popis, z izjemo tistih služb, kjer več kot 50% uporabnikov predstavljajo osebe s potrebami po dolgotrajni oskrbi. Službe namenjene osnovnemu zdravstvenemu varstvu, ki lahko vključujejo tudi nekatere dejavnosti povezane z DO, ampak ne zagotavljajo strokovne oskrbe za DO, se prav tako ne vključuje v popis.

Kriteriji izključitve BSIC

Izključitveni kriteriji so pomembni pri razlikovanju BSIC od drugih sestavnih delov oskrbe ali drugih organizacij v sklopu sistema oskrbe.

1. Druge komponente produktov namenjenih oskrbi:

- *Produkti namenjeni negi, orodja, naprave,...* predstavljajo druge komponente inputa v okviru produkcijskega modela. Izdelki namenjeni zdravstveni negi, kot so injekcije, radiološki ali kirurški materiali se ne kodirajo z EDSDE-LTC.
- *Intervencije* so del procesa oskrbe in se ne kodirajo z EDSDE-LTC. Intervencije oskrbe so naštet v Mednarodni klasifikaciji zdravstvenih intervencij (International Classification of Health Interventions -ICHI)

2. Druge organizacije v sklopu sistema oskrbe:

- zmogljivosti na drugih ravneh organizacije. Organizacijski sistemi, ki obstajajo na mezo-ravni (združenja zmogljivosti

ali struktur, ki sestavljajo različne službe znotraj večje organizacije kot je Splošna bolnišnica) ali na makro-ravni (npr. večje nacionalne ali mednarodne organizacije za vzdrževanje zdravja) so izključene iz kodiranja.

- *splošne službe* namenjene širši populaciji ali večjim skupinam znotraj nje (npr. starejši, migranti, itd.), ki so sicer pomembne za mnoge uporabnike s potrebami po dolgotrajni oskrbi, vendar niso bile posebej načrtovane zanje, se ne vključujejo v popis, z izjemo tistih služb, kjer več kot 50% uporabnikov predstavljajo osebe s potrebami po dolgotrajni oskrbi. Službe namenjene osnovnemu zdravstvenemu varstvu, ki lahko vključujejo tudi nekatere dejavnosti povezane z DO, ampak ne zagotavljajo strokovne oskrbe za DO, se prav tako ne vključuje v popis razen, če je to posebej določeno v študiji.

Specifične službe za dolgotrajno oskrbo na zbirnem območju, ki ne zadostijo vključitvenim kriterijem DESDE-LTC so lahko navedene v dodatku.

Operativna opredelitev Glavnih tipov oskrbe (GTO)

Tipologija oskrbe, ki jo izvaja služba »mikro-organizacije« ali BSIC (Basic Stable Input of Care – »Osnovni Stabilni Input Oskrbe«) je tukaj opisana z manjšo enoto analize, ki se imenuje »Glavni tip oskrbe« (GTO).

GTO je glavni DESKRIPTOR »splošne dejavnosti oskrbe«, ki jo zagotavlja služba. Te splošne dejavnosti oskrbe opisujejo osnovno dejavnost (aktivnost), ki se izvaja v sklopu BSIC (npr. uporabnik spi v namestitvi), in so bile določene tekom iterativnega procesa s strani več Evropskih skupin strokovnjakov v sklopu izvajanja

ESMS/DESDE projektov¹ z namenom, da se omogoči primerjava služb med različnimi območji.

Deskriptor je običajno (čeprav ne vedno) že vključen v opredelitev in cilje službe. Tukaj kodiranje temelji na dejanski aktivnosti ter izvedeni storitvi službe in ne na njenih teoretičnih namenih ali na njenem poimenovanju. Deskriptorji se ne prekrivajo in se ne morejo šteti dvojno.

Vsaka dejavnost oskrbe je opisana v preprostem jeziku in ima specifično alfanumerično kodo (npr. omogoča nočitev akutnim uporabnikom ter namestitve z 24-urno zdravniško oskrbo: R2). Kode so definirane z vrsto urejenih kvalifikatorjev, ki so hierarhično razvrščeni na 5 ravneh:

- Prva raven – **Status uporabnika**. Ta raven je povezana s kliničnim statusom uporabnikov oskrbe (npr. ali je prisotna krizna situacija ali ne): akutna ali ne-akutna oskrba.
- Druga raven – **Splošni tip oskrbe**. Ta raven opisuje siceršnji glavni (prevladujoč) tip oskrbe (na domu & mobilna/nemobilna, z zdravniško/brez zdravniške navzočnosti).
- Tretja raven – **Podtip oskrbe**. Ta raven se nanaša na intenziteto oskrbe, ki jo omogoča služba, razen v primeru akutne bivalne oskrbe, kjer se tretja stopnja nanaša na to, ali oskrbo zagotavlja registrirana bolnišnica, ali ne.
- Četrta raven – **Specifični kvalifikatorji**. Ta raven omogoča bolj specifičen opis tipa oskrbe službe.
- Peta raven – **Dodatni kvalifikatorji**. Ta raven vključuje dodatne kvalifikatorje, kadar je potrebno med seboj razmejiti podobna okolja (okolščine) oskrbe.

Da bi lahko kodirali GTO za posamezen BSIC je potrebno slediti naslednjim kriterijem:

Kriteriji vključitve GTO

A. OSNOVNI GTO. Definicija in opis, ki ga omogoča DESDE-LTC za posamezno kodo ustreza glavnemu namenu in cilju BSIC IN osnovni (rutinski) dejavnosti BSIC. V primeru, da se definirani cilji in aktualna aktivnost BSIC ne skladajo, se izbere za GTO kodo glavno (prevladujočo) aktivnost. Razmejitvene točke, ki so določene, omogočajo kodiranje prevladujočih aktivnosti/ storitev BSIC, kadar je to potrebno.

B. DODATNI GTO: Dodatni tipi oskrbe se uporabljajo pri opisovanju vrste glavnih aktivnosti, kadar se glavne karakteristike BSIC ne morejo označiti z eno DESDE-LTC kodo. V tem primeru se BSIC opiše z uporabo VEČ KOT ENEGA glavnega deskriptorja. Na primer oddelek za akutne primere v bolnišnici lahko omogoča tudi 24 urno urgentno oskrbo, ki je ne-mobilna, kar je popolnoma drugačen deskriptor kot R2 (osnovni glavni deskriptor) in je namenjena drugi vrsti uporabnikov. V takem primeru ima BSIC dva glavna tipa oskrbe –«GTO»: R2, O3.

Potrebno je upoštevati še sledeče kriterije, kadar se označuje z dodatnimi kodami:

a) Dodatna glavna aktivnost je odločilna pri razlikovanju ene BSIC od drugih sorodnih BSIC, tako iz perspektive uporabnikov kakor upraviteljev. Glede na predhodni primer (R2, O3), bi se akutna bivalna enota v splošni bolnišnici z ambulantno urgentno oskrbo jasno razlikovala od podobne enote brez urgentne oskrbe. Beleženje sekundarne GTO namesto uporabe dodatnega kvalifikatorja pojasni, da enota ustreza kriterijem uporabe GTO.

¹ EPCAT, MHEEN-II, DESDE-IMSERO, DESDE-LTC

b) Služba izpolnjuje kriterija A in B za BSIC, toda ima raznolike skupine uporabnikov. V tem primeru se lahko glavna skupina uporabnikov uporabi za določitev osnovne GTO in druge za dopolnilne GTO.

c) V sklopu službe so identificirane klinične enote, ki izpolnjujejo prve tri kriterije Poglavlja C, ki omogoča operativno opredelitev BSIC:

c1. Ima svoje profesionalno osebje.

c2. Vse storitve uporabljajo isti uporabniki, ki se pa očitno razlikujejo od ciljne skupine, ki je navzoča v BSIC.

c3. Ima svoje lastne prostore in ni del druge ustanove.

d. Pomemben del aktivnosti službe je poleg osnovne kode, povezan še z drugo DESDE-LTC kodo. Na primer: več kot 20% aktivnosti ne-akutne ne-mobilne ambulantne oskrbe službe je domača/mobilna oskrba. Takšen BSIC se lahko kodira kot O8,O6.

Kriteriji izključitve GTO

Kriteriji izključitve so pomembni za razlikovanje GTO od ostalih enot analize v proučevanju služb.

1.- *Oskrbovalne enote* (npr. klinične enote). Oskrbovalne enote, ki le delno zadostijo kriterijem in ne v celoti, da bi se lahko kodirale kot BSIC, se zaradi tega obravnava kot del službe (npr. enota za motnje hranjenja znotraj oddelka za nujno psihiatrično pomoč v splošni bolnišnici). GTO niso oskrbovalne enote. Vendar se oskrbovalni enoti lahko določi dodatni GTO, če zadosti kriteriju »c3« zgoraj.

2.- *Dejavnosti služb*: GTO niso preproste aktivnosti službe. Deskriptorji za GTO so osnovani na glavnih aktivnostih oz. dejavnostih, ki so ključne za primerjavo služb med različnimi področji (regijami). Službi (BSIC) navadno ustreza ena koda in

neobičajno bi bilo, če se službo opiše z več kot tremi kodami. Kadar služba zagotavlja isti skupini uporabnikov dve očitno različni storitvi (dejavnosti), se lahko le ena dejavnost kodira kot GTO, medtem ko bi se drugo moralo popisati glede na dejavnost in ne kot GTO. Zato je potrebno pred kodiranjem dejavnosti službe kot GTO pozorno preveriti predhodno opisane kriterije vključitve. Aktivnosti v sklopu BSIC se kodirajo s pomočjo drugih instrumentov, ki omogočajo popisovanje posameznih služb.

Posamezne dejavnosti službe se lahko uporabijo za določanje ostalih enot analize pri proučevanju služb, v glavnem z namenom opisovanja oskrbe, ki se zagotavlja v sklopu ene službe ali pri medsebojnih primerjavah različnih služb:

- *Način oskrbe* je glavna (prevladujoča) oblike ukrepanja (ali dejavnosti), ki jo je še možno uporabiti pri opredelitvi ene od omejenega števila nalog ter predstavlja del enotnega niza oskrbe, ki jo zagotavlja služba (De Jong, 2000). Opisuje 10 tipov aktivnosti, s pomočjo katerih je možno identificirati različne vzorce zagotavljanja oskrbe znotraj skupine podobnih služb.
- *Paketi oskrbe*. Skupina ali niz celovitih intervencij oskrbe, namenjenih isti skupini uporabnikov. Pakete oskrbe lahko zagotavlja ena služba ali pa skupina služb, povezanih v večjo enoto.
- *Programi ukrepanja*. Niz dejavnosti, načrtovanih za omejeno časovno obdobje (običajno za manj kot 1 leto in ne dlje od 3 let) brez stabilne časovne strukture. V nekaterih primerih se službe lahko razvijejo iz programov, ki so se izgrajevali več let.
- *Druge komponente produktov namenjenih oskrbi*: izdelki za nego, blago, pripomočki / naprave predstavljajo druge komponente inputa v okviru produkcijskega modela. Izdelki namenjeni zdravstveni negi, kot so injekcije, radiološki ali kirurški materiali se ne kodirajo z EDSDE-LTC.

Ciljna populacija

Ciljna populacija, ki ji je prvenstveno namenjen DESDE-LTC instrument je prebivalstvo določenega zbirnega območja s potrebami po dolgotrajni oskrbi. V aktualni verziji DESDE-LTC vključuje se nanaša na starejše osebe z duševno ali telesno oviranostjo, mlajše odrasle z duševnimi motnjami, osebe z duševno manjrazvitostjo in osebe s hudo telesno oviranostjo (stran 3,4).

Seveda pa ni potrebno vključiti vseh navedenih skupin ampak je to odvisno od fokusa raziskave. To je bolj podrobno opisano v Poglavlju A.

Glede na to, da se instrument lahko uporablja na različnih ciljnih skupinah, predstavlja izraz **ciljna skupina** ekvivalent za »osebe s potrebami po dolgotrajni oskrbi«.

Izbiranje posameznih delov DESDE-LTC instrumenta:

Izpolnitev celotnega instrumenta omogoča izčrpno preslikavo urejenosti in ravni zagotavljanja oskrbe na določenem zbirnem območju. Vendar pa ni vedno možno ali potrebno uporabiti celotnega obrazca instrumenta, zato lahko anketiranci izberejo samo tista poglavja Drevesa in posameznih delov DESDE-LTC-ja, ki najboljše zadostijo njihovim potrebam.

Na primer, instrument se lahko uporabi samo za razvrščanje uporabe bivalne oskrbe, če je v ospredju zanimanja samo ta vidik zagotavljanja storitve službe, ali pa se lahko uporabi celotno Poglavlje B (razpoložljivost) brez poglavja C (uporaba), v kolikor podrobnejše informacije niso dostopne. V primeru primerjalnih raziskav je pomembno, da se uporabijo isti deli obrazca na vsakem zbirnem območju.

Opredelitev zbirnih območij

DESDE-LTC je namenjen primerjavam med geografskimi območji. Pri tem je potrebno upoštevati meje območij socialno / zdravstvenega varstva in lokalnih administrativnih področij (razmejitve občin, statističnih regij). Če te informacije niso na voljo, bo morda potrebno predhodno pripraviti zemljevid zbirnih območij. DESDE-LTC se v glavnem nanaša na manjša zbirna območja znotraj posameznega področja na »H4« ravni (glej definicijo različnih ravni teritorializacije). Manjša področja socialnega varstva so lahko širša od področij zdravstvenega varstva in področja specializirane oskrbe (npr. za duševno zdravje) so lahko manjša od področij za dolgotrajno oskrbo, vendar večja od področij primarnega zdravstvenega varstva. Področja med 50.000 in 250.000 prebivalci so bila načrtovana v originalnem instrumentu, ki je bil namenjen službam na področju duševnega zdravja (ESMS; European Service Mapping Schedule). Primerjalna področja v DESDE-LTC se lahko razširijo na 50.000-500.000 prebivalcev, odvisno od vključene lokacije v državi ali v referenčni regiji ter od teritorialnih meja neke geografske regije, ki se jo ocenjuje.

Različna geografska območja so kodirana glede na sektor, ki ga opisujejo. Na primer področja zdravstvenega varstva se označujejo z črko »H«, socialnega varstva s »S in izobraževanja z »E«. Prikazan je primer nivojev, ki se nanašajo na območja zdravstvenega varstva »H«:

H0: Pan-nacionalna raven

Na primer: Evropska unija, WHO regije zdravstvenega varstva

H1: Nacionalna raven

Na primer nacionalni zdravstveni sistem v Španiji

H2: Regionalna raven

Na primer Dežela v Avstriji ali Nemčiji, Okrožje na Švedskem, Avtonomna skupnost v Španiji, Področje v Franciji, itd.

H3: Maksimalno administrativno teritorialno področje za specifično zdravstveno varstvo

Na primer obsežno območje za področje duševnega zdravja, ki ga pokriva splošna bolnišnica za akutno oskrbo.

H4: Osnovno administrativno teritorialno področje, specializirano za duševno zdravje

Na primer zbirno območje, ki ga pokriva center za duševno zdravje pri zdravstvenem domu

H5: Minimalna lokalna področja zdravstvenega varstva

Na primer, mestne občine, lokalna območja zdravstvenega varstva, področja ki jih pokrivajo zdravstveni domovi.

Referenčno obdobje za primerjavo

Referenčno obdobje za izpolnjevanje poglavja B (kodiranje) je en mesec. Lahko se uporabi povprečna mesečna uporaba v letu, če je ta podatek na voljo. Če podatek ni dosegljiv ali je nezanesljiv, je potrebno zbrati podatke znotraj določenega meseca. Februar in mesece, ki imajo daljša počitniška obdobja se izključi. Maj, oktober in november so še posebno primerni meseci za navzkrižne primerjave.

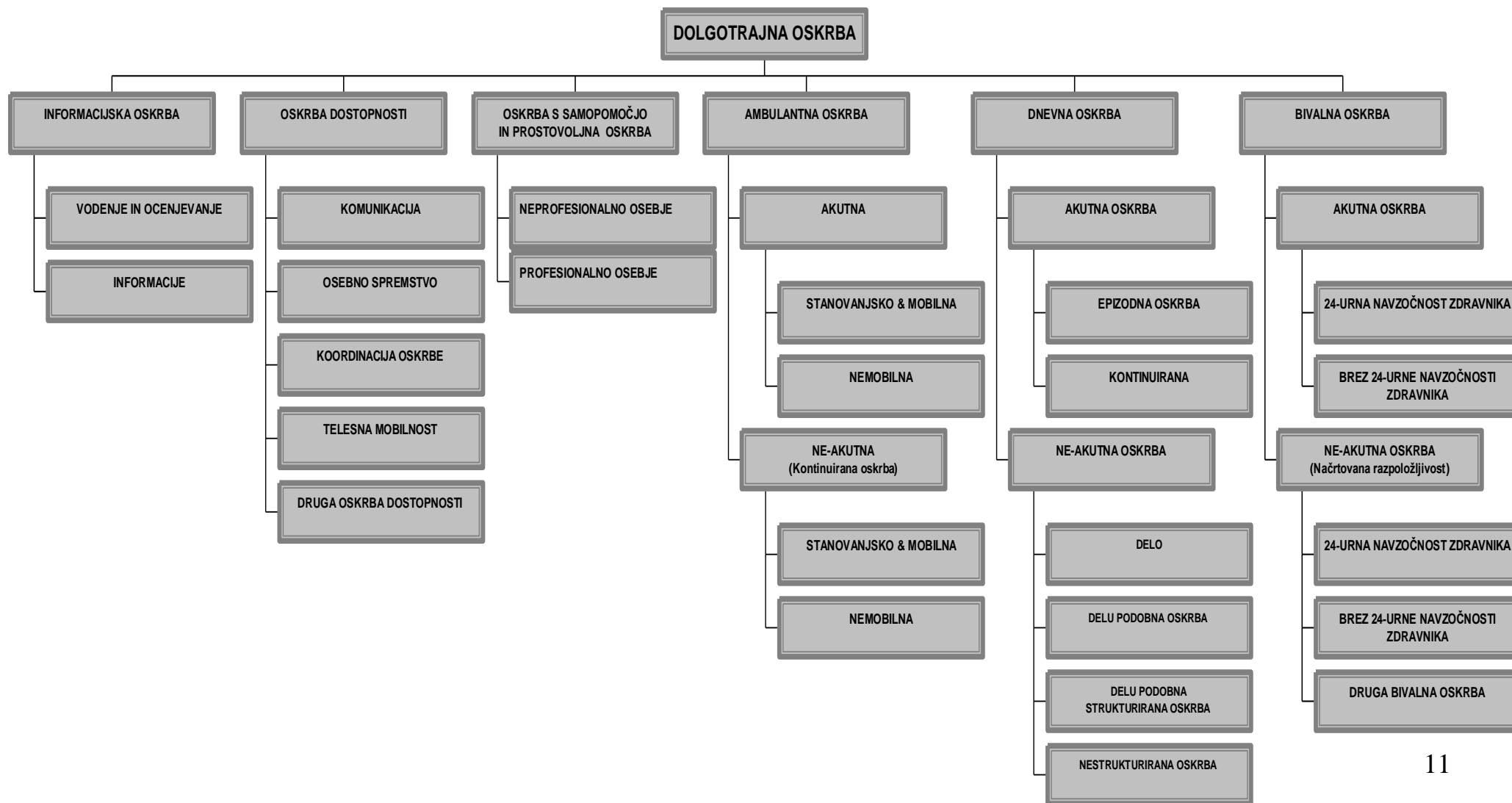
Zbiranje podatkov o uporabi služb v Poglavlju C mora biti opravljeno v istem referenčnem obdobju. Kadar te informacije niso razpoložljive, se lahko za zbiranje podatkov o uporabi služb uporabi enega od sledečih modelov:

1. Neposredno zbiranje podatkov s pomočjo dolgoročne ocene (prospektivni popis):

- za obdobje enega tedna za ambulantno in dnevno oskrbo
- za obdobje enega dneva za informacijsko, nujno, bivalno in oskrbo dostopa
- 2. Posredno zbiranje podatkov na osnovi povprečnega mesečnega obiska, izračunanega iz letne baze podatkov.

Vsa področja morajo imeti enaka referenčna obdobja, ki morajo biti zabeležena v Poglavlju A.

RAZPOREDITIVNO DREVO DOLGOTRAJNE OSKRBE



POGLAVJE A OPREDELITEV ZBIRNEGA OBMOČJA

UVODNA VPRAŠANJA (TEHNIČNI PODATKI RAZISKAVE)

1. Kdo je izpolnil obrazec?

Ime in priimek:

Poklic:

Elektronski naslov:

Datum izpolnjevanja:

2. Na katero referenčno obdobje (datum) se nanaša izpolnjen vprašalnik?:

Referenčni mesec (npr. od 1. do 30. novembra) oziroma
prospektivni popis

Od/.. Do/..

Prospektivni popis na dan: v/..

Prospektivni popis na teden:/.. do/..

Prospektivni popis na mesec:/.. do/..

3. Kateri viri informacij so bili uporabljeni pri izpolnjevanju obrazca?

4. Ime in lokacija zbirnega območja:

5. V katerem velemestu, mestu oziroma regiji (primerno označi) in v kateri državi se nahaja zbirno območje?

6. Koliko prebivalcev ima zbirno območje?

7. Kako je definirano zbirno območje? (npr. meje lokalne oblasti, regija zdravstvenega / socialnega varstva, itd.). Pojasniti je potrebno, ali zbirna območja sledijo popisu meja ali ne.

8. Ciljno populacijo, na katero se lahko aplicira DESDE-LTC predstavljajo uporabniki dolgotrajne oskrbe, ki so starejši od 18 let in so prebivalci določenega zbirnega območja, okarakterizirani na strani 4 (starejše ovirane osebe, osebe duševnimi motnjami, osebe z motnjo v duševnem razvoju ter osebe s hudo telesno oviranostjo).

Starostni interval ciljne skupine za vključitev v štetje služb (leta)	Od	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Do	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Diagnostične skupine, ki se vključujejo v aplikacijo instrumenta (označiti tiste, ki bodo vključene v štetje)

Odrasli s hudo telesno oviranostjo (registrirana)	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

Odrasli z duševno manjrazvitostjo (ICD-10)	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

Odrasli s hudo duševno motnjo (ICD-10)	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

Starejši s telesno oviranostjo ali duševno manjrazvitostjo (registrirani) ali starejši z duševno motnjo	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

Druge diagnostične kategorije (podrobno označiti z ICD-10, kadarkoli je to možno).....	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

POGLAVJE B OPREDELITEV GLAVNIH TIPOV OSKRBE (GTO KODIRANJE)

a. NAČELA KODIRANJA DOLGOTRAJNE OSKRBE

- Namen Poglavja B je ustvariti izčrpno klasifikacijo zmogljivosti, ki jih zagotavljajo službe določeni ciljni skupini lokalnega prebivalstva, in ki razvršča službe glede na njihovo delovanje, dostopnost in nastanitve.
- DESDE-LTC omogoča oblikovanje seznama služb (BSIC), identificiranih v posameznem zbirnem območju, ki jim določa ustrezne kode. To daje hiter pregled razpoložljivosti služb in tipov oskrbe. Lahko se jih poišče tudi v sestavi DESDE-LTC kompleta orodij (Toolkit) pod označbo »Predloge«.
- DESDE-LTC vsebuje slovar z definicijami vseh izrazov, ki se pojavljajo v drevesih razvrščanja dolgotrajne oskrbe v poglavju »Smernice kodiranja dolgotrajne oskrbe«. Pri vsaki definiciji so opisani primeri služb znotraj sleherne kategorije in smernice, katere kategorije se medsebojno izključujejo.
- Obstaja **šest razporeditvenih vej** za 1) Informacijsko oskrbo; 2) Oskrbo dostopnosti; 3) Oskrba s samopomočjo in prostovoljno oskrbo 4) Ambulantno oskrbo 5) Dnevno oskrbo in 6) Bivalno oskrbo. Vendar prostovoljna oskrba in oskrba s samopomočjo nista vključeni v drevesa štetja zaradi predpostavke, da obseg njihovih dejavnosti pogosto ni dovolj natančno dokumentiran.
- Za vsak BSIC se lahko določi lokacija na drevesu s kombinacijo črke in številke: (i) velika črka »I«, »A«, »S«, »O«, »D« in »R«, ki

označuje, ali je služba del informacijskega drevesa oskrbe (»I«), drevesa oskrbe dostopnosti (»A«), drevesa oskrbe s samopomočjo in prostovoljne oskrbe (»S«), drevesa dnevne oskrbe (»D«), drevesa ambulantne oskrbe »O« ali drevesa bivalne oskrbe (»R«); (ii) znotraj teh dreves ima vsaka končna veja oskrbe določeno tudi številko.

IZBIRNE KODE

EDSDE-LTC kodiranje se lahko dopolni z **izbirnimi kodami**, ki omogočajo dodatne informacije o značilnostih službe.

KODE ZA CILJNO POPULACIJO

Te kode opisujejo glavno ciljno skupino, ki ji pomaga služba, z uporabo velike začetnice pred glavno EDSDE-LTC kodo:

Starostne skupine

- **C** - Otroci & Mladostniki (npr. dnevna neakutna strukturirana oskrba za otroke C-D4)
- **A** - Odrasli
- **E** - Starejše osebe

Diagnostične skupine

Dve veliki začetnici po kodi starosti in pred DESDE-LTC kodo opredeljujejo diagnostične značilnosti posameznih skupin uporabnikov:

- **SP** - huda telesna oviranost
- **ID** - duševna manjrazvitost
- **MD** - duševna motnja (ICD-10)
- **ED** - ostareli /starejši z oviranostmi
- **MG** – oznaka se uporabi za uporabnike zdravstvenega varstva brez navajanje podrobnih diagnoz

Na primer: C[ID] – D1.1 za popis Dnevne akutne oskrbe, namenjene otrokom in mladostnikom z duševno manjrazvitostjo.

Službe namenjene ICD skupinam oz. določenim boleznim se lahko kodirajo z uporabo ustrezne ICD-10 kode pred glavno DESDE-LTC kodo.

KODE ZA OPISOVANJE DODATNIH ZNAČILNOSTI

Te izbirne kode so bile vključene za pospeševanje hitrega ocenjevanja tistih značilnosti GTO in z njimi povezanih BSIC, ki bi lahko bile relevantne za lokalne politike ali specifično raziskavo. Povezane so s splošnim opisom službe, ki je podan v Poglavju »D« in zaradi tega niso del hierarhične strukture drevesa eDESDE-LTC. Te izbirne kode so majhne črke, ki se lahko dodajo na konec numerične kode in omogočajo: dodaten opis lokacije kjer se zagotavlja oskrba; posebne značilnosti, ki so relevantne za raziskavo; načine zagotavljanja storitev oskrbe, kadar je to pomemben deskriptor (npr. eZdravje/tele-oskrba).

“a” Akutna oskrba (dopolnilna)

Ta koda opisuje akutno oskrbo, ki se omogoča znotraj ne-akutne, ne-bivalne oskrbe (veji »O« in »D«), vendar ne ustreza kriterijem za ločeno kodiranje GTO. Na primer, to bi lahko bilo pomembno pri posebnem proučevanju ambulantnih služb, kjer je relevanten podatek, ki omogoča razlikovanje med ambulantnimi zmogljivostmi s kapacitetami, ki omogočajo akutno oskrbo v sklopu vsakdanjih aktivnosti in tistimi ambulantami, ki ne omogočajo akutne oskrbe.

“c” Zaprta oskrba

Ta koda opisuje varovan BSIC z visoko stopnjo zavarovanja, ki ga omogočajo zaklenjena vrata. Običajno so to enote namenjene uporabnikom, ki so storilci / osumljenci kaznivih dejanj ali osebam z duševnimi boleznimi, pri katerih obstaja veliko tveganje ogrožanja sebe ali drugih.

“d” Domača oskrba

Ta koda opisuje BSIC, ki omogoča oskrbo uporabniku izključno na njegovem domu in nikjer drugje. Če služba

(BSIC) omogoča mobilno oskrbo na domu kot del širše oz. bolj splošne dejavnosti, potem ne sme biti kodirana kot “d”.

“e” eOskrba

eOskrba vključuje vse službe socialno zdravstvenega varstva in tehnologije, ki se opirajo na moderno informacijsko in komunikacijsko tehnologijo (IKT) (npr. tele-oskrba/nega, tele-medicina, tele-svetovanje, tele-radiologija, tele-opazovanje).

V to kodiranje se NE uvrščajo: posebne naprave, ki jih uporabljajo zdravstveni delavci (robotika in napredni sistemi za diagnosticiranje in kirurgijo; simulacijske naprave in naprave za modeliranje; omrežja zdravstvenega varstva (podatkovne mreže, medmrežni zdravstveni portali); orodja za usposabljanje).

“h” Oskrba, ki se zagotavlja v bolnišničnem okolju

Ta dodatna koda opisuje ne-bivalno oskrbo, ki se zagotavlja znotraj mezo-organizacije, registrirane kot »bolnišnica«. Vendar ni sorodna akutni bivalni oskrbi (nanaša se lahko npr. na ambulantno enoto ali dnevno bolnišnico, ki je locirana znotraj bolnišnic), ampak je namenjena predvsem razlikovanju tovrstnega BSIC od podobnih nastanitvenih enot (oddelkov), ki se lahko nahajajo v skupnosti.

Ta koda izključuje “dolgotrajno institucionalno oskrbo”, ki se kodira kot “i” (spodaj).

“i” Institucionalna oskrba

Ta koda je namenjena bivalni BSIC za katero je značilno časovno nedoločeno bivanje, namenjeno točno določeni skupini populacije. Običajno ima več kot 100 postelj in se jo opisuje kot »Institucionalna oskrba«. Ta koda je relevantna za boljše opisovanje bivalne oskrbe, kjer glavne ciljne skupine predstavljajo »C«, »E«, »ID« in »MD«.

Ta dodatna koda omogoča pridobivanje relevantnih informacij glede uravnoveženosti oskrbe na nekaterih specifičnih področjih, kot so duševno zdravje, duševna manjrazvitost in staranje, kjer je za obsežno dolgotrajno bivalna oskrbo značilen t.i. »institucionalni« model oskrbe (npr. akutno, časovno omejeno vendar nedoločeno bivanje: R2.i, R4.i, R6.i).

“j” Oskrba v okviru kazenskega pravosodja

BSIC katerega glavni namen je oskrba uporabnikov, ki so storilci / osumljenci kaznivih dejanj (zaporniška bolnišnica, varovani oddelki za paciente v pridržanju, oddelki za telesno ovirane in psihiatrični oddelki v zaporih in področni prostori za pridržanje). Te enote se lahko kodira v neodvisnem drevesu zaradi posebnih značilnosti ciljne populacije.

“l” Posvetovalna oskrba

Povezovanje BSIC z namenom specifičnega posvetovanja glede posebnih skupin uporabnikov, ki se nanaša na neko drugo področje (npr. ambulantno posvetovanje o duševni manjrazvitosti namenjeno službam osnovnega zdravstvenega varstva; posvetovanje o duševnih motnjah namenjeno bolnišničnim službam osnovnega zdravstvenega varstva).

“m” Vodenje (usmerjanje) primera

Vodenje (usmerjanje) primerov predstavljajo tisti BSIC, katerih glavni namen je koordinacija (usmerjanje) oskrbe, ki pa vključuje hkrati še več oblik klinične oskrbe kot sestavnega dela koordinacije procesa oskrbe. Ta oskrba lahko vključuje intenzivno usmerjanje oskrbe, intenzivno zdravljenje v skupnosti, obvladovanje bolezni in celo osebno nego. Posebno pozornost je potrebno nameniti oceni, ali te zmogljivosti izpolnjujejo kriterije BSIC ali GTO, in niso zgolj oddelki oz. programi oskrbe znotraj določene službe.

“r” Glavni območni napotitveni center

Črka opisuje glavni oz. uradni napotitveni center, ki zagotavlja GTO znotraj zbirnega območja. Ta izbirna koda je še zlasti pomembna na področju duševnega zdravja saj omogoča razlikovanje med napotitvenim dispanzerjem za mentalno higieno in ambulantnimi enotami v istem zbirnem območju, oz. med nujnimi napotitvenimi bolnišničnimi službami in drugimi akutnimi oddelki (enotami), ki jih uporabljajo iste ciljne skupine znotraj določenega zbirnega območja.

“s” Specializirana oskrba

BSIC za specifično skupino uporabnikov znotraj tarčne populacije, ki se nahaja v zbirnem območju (npr. službe za ostarele osebe z Alzheimerjevo boleznijo znotraj »E« skupine ali službe namenjene motnjam hranjenja znotraj »MD« skupine)

Ko je potrebno, se lahko dodajo še druge izbirne kode, odvisno od specifičnih ciljev raziskave.

- Nekateri BSIC lahko izpolnjujejo kriterije za uvrstitev v več kot eno vejo drevesa GTO. To se zlasti dogaja na področju z močno integriranimi službami oskrbe v skupnosti, kjer lahko na primer isti ekipa izvaja urgentno, kontinuirano in dnevno oskrbo - več podrobnosti je podanih v slovarju.

- Poglavje B je namenjeno opisu maksimalnega dejanskega izvajanja storitev v definiranem časovnem obdobju. Zato se ne uporablja za opis teoretičnih kapacitet služb oz. njihovih zmogljivosti visoke intenzite, ki običajno niso popolnoma izrabljene, in zaradi tega ne morejo predstavljati tipične razpoložljivosti oskrbe v referenčnem letu. DESDE-LTC kodiranje je osnovano na največji dejanske aktivnosti službe v določenem obdobju, kar ustreza obsegu minimalno zahtevanih storitev, ki so definirale v instrumentu in usklajene za vsako kodo.

b. SMERNICE KODIRANJA DOLGOTRAJNE OSKRBE

BSIC se razvrščajo glede na več deskriptorjev (tipi oskrbe in kvalifikatorji) kot so status uporabnika, tipologija oskrbe, intenziteta, čas bivanja in mobilnost. Omenjeni deskriptorji omogočajo razvrščanje, ki temelji na "Glavnih tipih oskrbe" (GTO) in vključuje: informacijsko oskrbo, oskrbo dostopnosti, samopomoč in prostovoljno oskrbo, dnevno oskrbo, ambulantno oskrbo in bivalno oskrbo. BSIC se lahko urejajo ali organizirajo v okviru ene GTO ali pa kot klaster različnih kombinacij GTO.

Navedenih je nekaj primerov tipov oskrbe, ki se lahko razvrščajo v okviru posamezne kode. Namen seznama primerov ni biti izčrpen. Nekaj navodil je na voljo za primere, kjer se veje medsebojno izključujejo in se določenih storitev ne sme uvrstiti v več vej istočasno.

Sistem kod sledi izvorni razvrstitvi, ki je bila uporabljena v »Evropskem obrazcu za mapiranje služb« (ESMS) (Johnson in sod., 2000), zasnovanem za popis služb na področju duševnega zdravja in njegovi priredbi služb na področju oviranosti (DESDE) (Salvador-Carulla in sod., 2006), vendar z nekaterimi modifikacijami, ki omogočajo bolj ustrezno razvrščanje dolgotrajne oskrbe na ravni deskriptorjev (stran 7). Zaradi tega pravila, kode ne sledijo logični ordinalni ureditvi v veji dnevne oskrbe (»D«).

Kodni sistem se izpolnjuje šele po izpolnjenem »Poglavju D«, saj je potrebno pri kodiranju upoštevati informacije iz tega poglavja.

I. INFORMACIJSKA OSKRBA – VEJA KODIRANJA

I INFORMACIJSKA OSKRBA

Zmogljivosti, katerih glavni namen je omogočiti uporabnikom definirane ciljne skupine dostop do informacij in ocenjevanje njihovih potreb. Ta storitev ne vsebuje kasnejšega nadziranja ali nadaljnjega spremljanja oz. neposrednega zagotavljanja oskrbe.

I1 Vodenje in ocenjevanje

Te službe ponujajo uporabnikom strokovno oceno in vodenje.

Npr. Center za ocenjevanje in vodenje, kjer strokovna pomoč vsebuje evalvacijo in individualni načrt podpore za uporabnika.

I1.1 Povezano z zdravjem

I1.2 Povezano z izobrazbo & usposabljanjem

I1.3 Povezano s kulturo in socialnim položajem

I1.4 Nepovezano z delom (povezano z ostalim)

I1.5 Povezano z delom

I2 Informacije

Zmogljivosti, namenjene izključno posredovanju informacij uporabnikom s potrebami po dolgotrajni oskrbi.

To vključuje informacije o dostopnosti. Storitve ocenjevanja se tukaj ne vključujejo.

I2.1 Interaktivne

Informacijske storitve, kjer izmenjava informacij ne zahteva neposrednega (»iz oči v oči«) kontakta med uporabnikom (osebo s potrebo po dolgotrajni oskrbi) in strokovnjakom.

I2.1.1 Neposreden kontakt

Storitve, namenjene informiranju uporabnikov s potrebo po dolgotrajni oskrbi na osnovi neposrednega (»iz oči v oči«) kontakta.

I2.1.2 Druge interaktivne

Zmogljivosti, namenjene obveščanju uporabnikov s potrebo po dolgotrajni oskrbi s pomočjo informacijske tehnologije (IT) ali po telefonu. Za kodiranje tukaj mora služba zadostiti vsem naštetim kriterijem:

-Ima posebno osebje za dolgotrajno oskrbo.

-Nudi uporabne informacije, ki so posebej namenjene dolgotrajni oskrbi.

-Na spletni strani se informacije posodablajo vsaj enkrat mesečno.

Da se uporabi ta koda, je potrebno identificirati osebo, ki skrbi za spletno stran in jo posodablja.

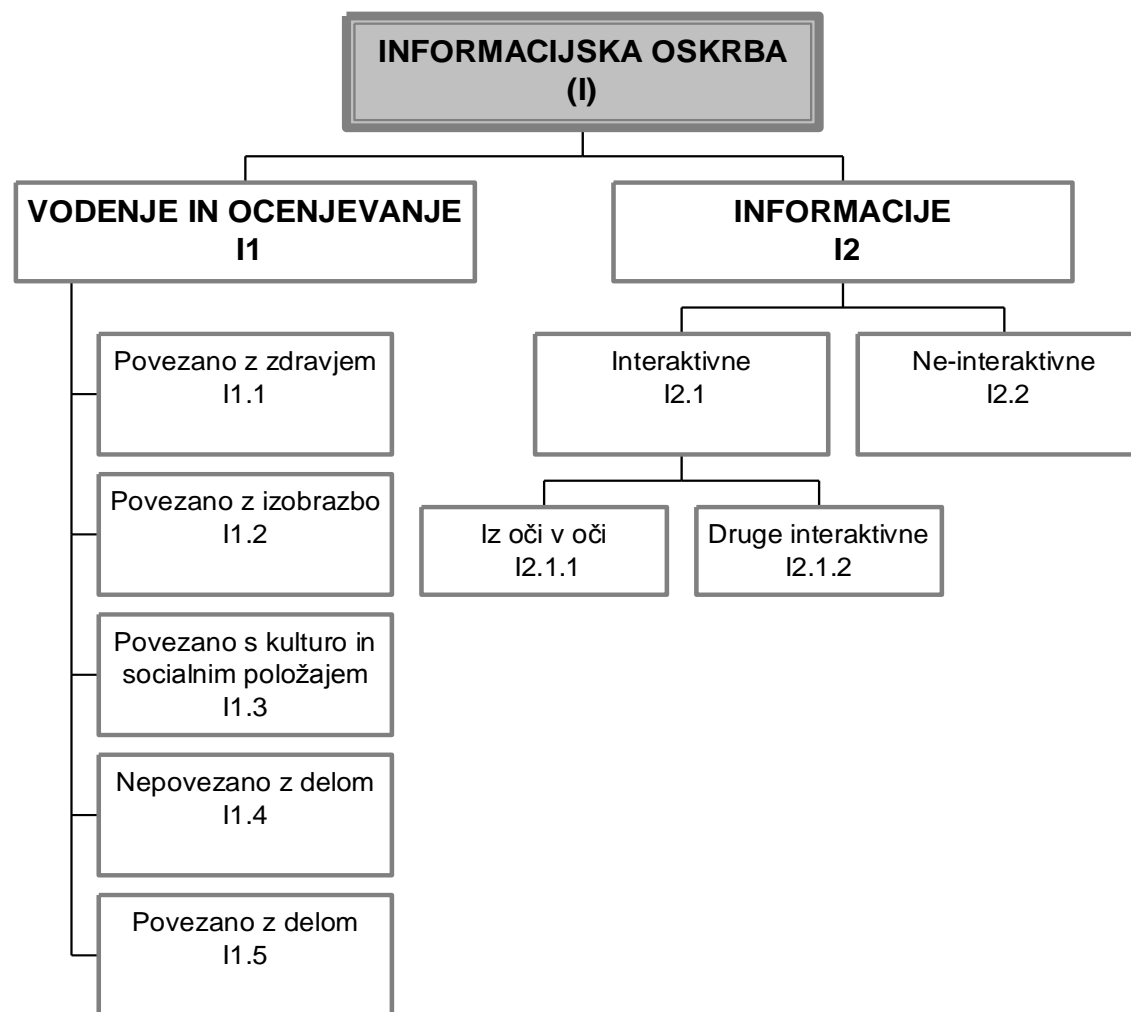
Sem se vključujejo storitve z interaktivnimi informacijami na spletu in preko telefona.

I2.2. Ne-interaktivne

Službe, namenjene informiranju uporabnikov s potrebo po dolgotrajni oskrbi, kjer ni interakcije z uporabnikom in/ali se informacije ne posodablajo mesečno.

Sem se vključujejo ne-interaktivne informativne spletne strani. Če je storitev medmrežna, je potrebno za uporabo te kode, identificirati osebo, ki skrbi za spletno stran in jo posodablja.

INFORMACIJSKA OSKRBA – VEJA KODIRANJA



A. OSKRBA DOSTOPNOSTI – VEJA KODIRANJA

A OSKRBA DOSTOPNOSTI

Zmogljivosti, katerih glavni namen je olajšati uporabnikom s potrebami po dolgotrajni oskrbi dosegljivost oskrbe. Te službe ne omogočajo direktnega zagotavljanja oskrbe.

A1 Komunikacija

Zmogljivosti, katerih glavni namen je olajšati uporabnikom dostop do informacij.

V to vejo se vključuje znakovni jezi in storitve povezane z interpretacijo (tolmačenjem) zdravstvenega varstva .

A2 Fizična mobilnost

Zmogljivosti, namenjene olajšani mobilnosti uporabnikov s potrebami po dolgotrajni oskrbi.

To vključuje službe, katerih glavni namen je izboljšati fizično dostopnost oseb s potrebami po dolgotrajni oskrbi (npr. transportni servisi). Ne vključuje mobilnostnih naprav (pripomočkov) kot je npr. invalidski voziček.

A3 Osebno spremstvo

Zmogljivosti, katerih glavni namen je olajšati plačano osebno spremstvo uporabnikom s potrebami po dolgotrajni oskrbi. Zagotavljajo jo osebe, ki niso poklicni strokovnjaki na področju oskrbe. Osebno spremstvo ne vključuje nobene oblike direktne oskrbe (neplačano oz. prostovoljno spremstvo se klasificira v veji »S«)

A4 Usklajevanje oskrbe

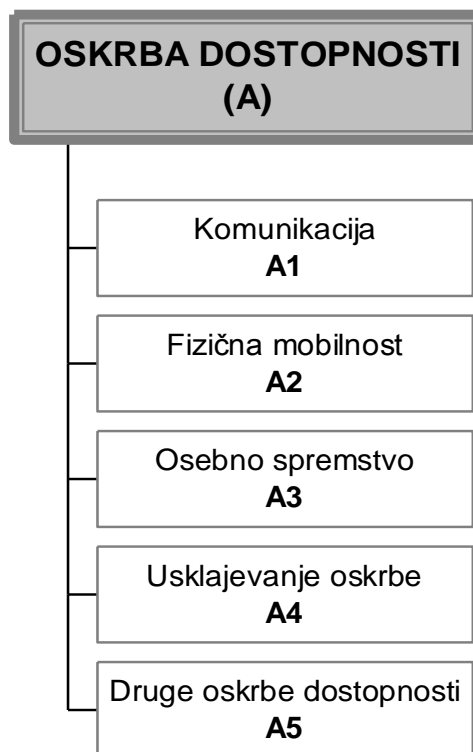
Zmogljivosti, katerih glavni namen je olajšati koordinacijo oskrbe in z njo povezane dostopnosti (dosegljivosti) do različnih tipov oskrbe, strokovnjakov in preiskav. Usklajevanje oskrbe ne vključuje nobene oblike direktne oskrbe (npr. vključuje usklajevanje mnenj, vendar ne intenzivnega upravljanja s primerom, ki bi

vključevalo intenzivno oskrbo v skupnosti na področju duševnega zdravja).

A5 Druge oskrbe dostopnosti

Druge zmogljivosti, katerih glavni namen je olajšati uporabnikom s potrebami po dolgotrajni oskrbi dosegljivost oskrbe in ne omogočajo direktnega zagotavljanja oskrbe.

OSKRBA DOSTOPNOSTI – VEJA KODIRANJA



S. SAMOPOMOČ IN PROSTOVOLJNA OSKRBA - VEJA KODIRANJA**S SAMOPOMOČ IN PROSTOVOLJNA OSKRBA**

Namen teh zmogljivosti je omogočiti uporabnikom s potrebami po dolgotrajni oskrbi podporo, samopomoč ali kontakt z neplačanim osebjem, ki nudi dostopnost do oskrbe, informacije, povezane z oskrbo ter bivalno, dnevno in ambulantno oskrbo (kot je opisano v ostalih vejah).

S1 NEPROFESIONALNO (NP) OSEBJE

Zmogljivosti, namenjene uporabnikom s potrebami po dolgotrajni oskrbi, kjer diplomirani strokovnjaki zagotavljajo oceno, intervencije ali podporo uporabnikom in predstavljajo manj kot 60% ekvivalenta osebja, zaposlenega za polni delovni čas. 100% osebja je neplačanega, administrativno in vodstveno osebje pa je lahko plačano.

Skupine za samopomoč, ki jih vodijo uporabniki, neformalna združenja vzajemne pomoči na področju oskrbe in storitve, ki jih, ki jih v celoti zagotavljajo prostovoljci se uvršča v to vejo kodiranja.

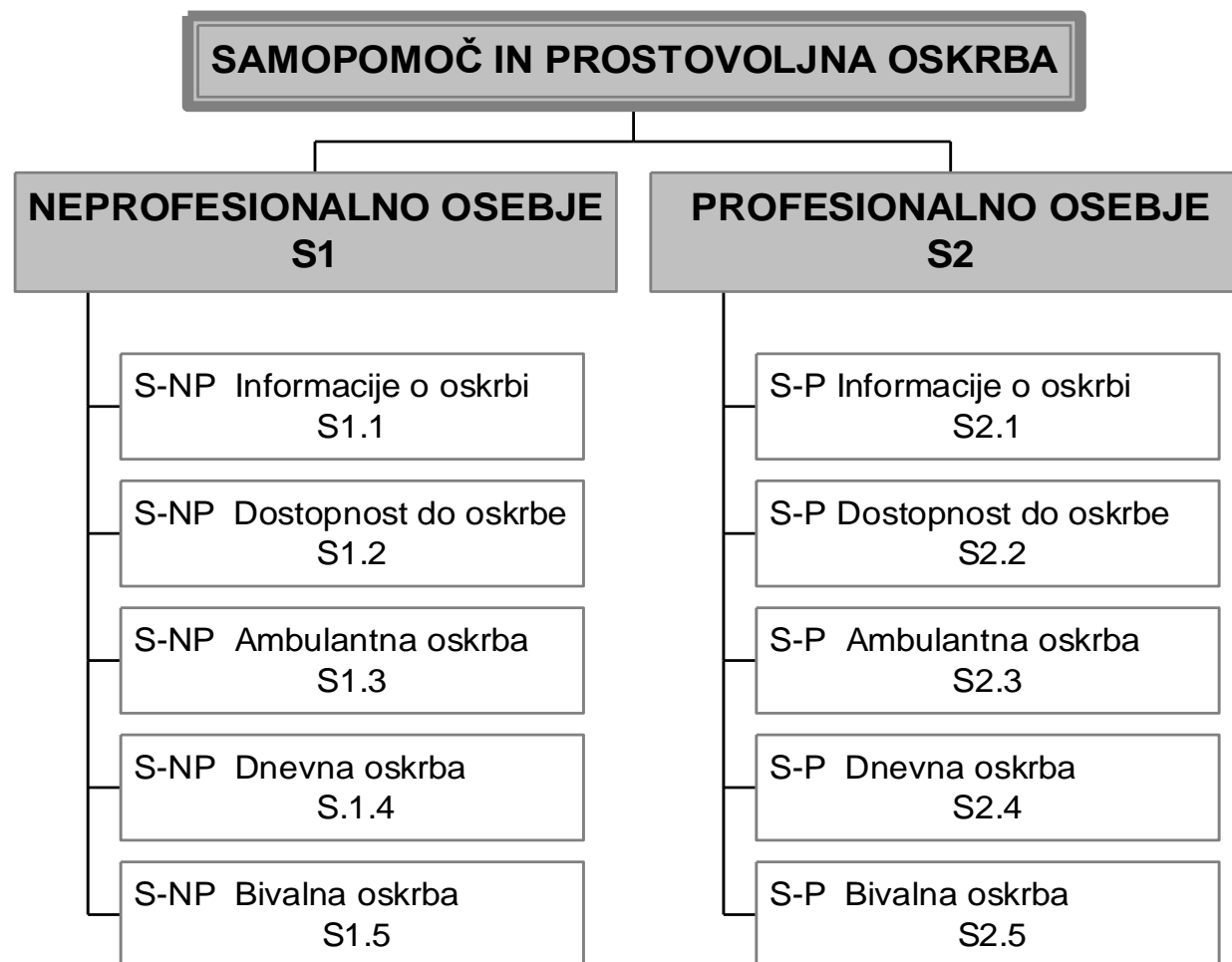
S1.1 **S-NP - Informacije o oskrbi**S1.2 **S-NP - Dostopnost do oskrbe**S1.3 **S-NP - Ambulantna oskrba**S1.4 **S-NP - Dnevna oskrba**S1.5 **S-NP - Bivalna oskrba****S2 PROFESIONALNO (P) OSEBJE**

Zmogljivosti, namenjene uporabnikom s potrebami po dolgotrajni oskrbi, kjer imajo običajno najmanj 60% diplomiranih strokovnjakov, usposobljenih oz. posebno posebej kvalificiranih za zagotavljanje ocene, intervencij in podpore uporabnikom s potrebami po dolgotrajni oskrbi. 100% osebja je neplačanega, čeprav je administrativno vodstveno osebje lahko plačano.

Storitve, ki jih redno ali stalno zagotavljajo neplačani strokovnjaki in specializirano prostovoljno osebje.

S2.1 **S-P - Informacije o oskrbi**S2.2 **S-P - Dostopnost do oskrbe**S2.3 **S-P- Ambulantna oskrba**S2.4 **S-P - Dnevna oskrba**S2.5 **S-P - Bivalna oskrba**

SAMOPOMOČ IN PROSTOVOLJNA OSKRBA– VEJA KODIRANJA



O. AMBULANTNA OSKRBA – VEJA KODIRANJA

O AMBULANTNA OSKRBA

To so zmožljivosti, ki (i) vključujejo kontakt med osebjem in uporabniki z namenom obvladovanja njihovega stanja in s tem povezanih kliničnih in socialnih težav (ii) se ne zagotavljajo v okviru bivalne ali dnevne in strukturirane oskrbe, kot je opredeljeno spodaj.

Akutna (O1-O4)

Urgentne (nujne) zmožljivosti (i) zagotavljajo oceno in začetno zdravljenje kot odziv na krizo, poslabšanega telesnega ali duševnega stanja, vedenja ali socialnega funkcioniranja, ki je povezano z nastalim stanjem; in (ii) običajno se odzovejo v okviru delovnega časa še na isti dan. Najmanj 20% uporabnikov v zadnjih 12 mesecih mora ustrezati kriterijem akutne ambulantne oskrbe v času krize.

Stanovanjsko & Mobilna (Stanovanjsko-Mobilna) (O1-O2)

Pri stanovanjsko & mobilni oskrbi prihaja do stika z uporabniki v različnih okoljih, kar je odvisno od ocene primernosti s strani strokovnjakov in uporabnikov. To lahko vključuje tudi uporabnikov dom (stanovanje). Da se služba klasificira kot »stanovanjsko & mobilna«, se mora vsaj 50% kontaktov zgoditi zunaj prostorov, kjer ima služba svoj sedež. Če je mobilna oskrba zagotovljena v najmanj 20% kontaktih, se doda sekundarna mobilna koda v sklopu GTO kode- »Nemobilna«. V primerih ambulantne mobilne oskrbe se lahko uporabi dodatni kvalifikator »d«, s katerim se opiše mobilna aktivnost. Pri nekaterih službah se lahko kraj oskrbovanja dnevno menjuje (npr. službe na podeželju, ki se selijo od vasi do vasi), kar jih še ne uvršča med »stanovanjsko & mobilne« razen, če osebje odhaja in opravlja delo izven glavne lokacije tistega dne.

Zmožljivosti se ne sme hkrati uvrščati med »stanovanjsko & mobilne« in »nemobilne«. Če se 50% obiskov opravi izven glavne lokacije, se takšna storitev uvršča zgolj med »stanovanjsko & mobilne«, čeprav se v poglavju C šteje

uporaba obeh vrst oskrbe, »stanovanjsko & mobilne« in »nemobilne«. Službe, ki niso posebej namenjene mobilni oskrbi pa vendar zagotavljajo mobilno oskrbo v sklopu svojih običajnih dejavnosti oskrbe, se lahko razlikuje od nemobilni služb z uporabo dodatnega kvalifikatorja »d« (npr. O8.1d).

- O1 24-urna**
24-urne so tiste akutne službe, ki so na razpolago 24 ur na dan, 7 dni na teden.
- O1.1 Povezana z zdravjem**
BSIC, katerih glavni namen je specifična klinična oskrba v obdobju, opisanem v kodi, in kjer je del osebja profesionalno usposobljen za zdravstveno oskrbo (medicina, zdravstvena nega, fizioterapija, rehabilitacijska medicina, psihologija).
- O1.2 Druga oskrba**
Zmožljivosti, ki ne izpolnjujejo kriterijev za z zdravjem povezane oskrbe.
- O2 Časovno omejena**
Te zmožljivosti niso vedno dostopne (delovni čas krajši od 24 ur, 7 dni na teden).

Primeri za veji O1 in O2: krizni in stanovanjsko & mobilni timi, ki zagotavljajo postopke obvladovanja krize v domovih za starejše. Ambulantne zmožljivosti lahko pokrivajo tudi urgentno oskrbo (poleg kontinuirane oskrbe), zato se jih uvrsti v obe veji.

Zmožljivosti se ne sme hkrati uvrstiti med »24 urne« in »časovno omejene« razen v primerih, če obstaja časovno obdobje med tednom, ko je služba zaprta in obiski niso dovoljeni, potem se jo uvrsti med »časovno omejeno«.
- O2.1 Povezana z zdravjem** (kot pri O1.1)
- O2.2 Druga oskrba** (kot pri O1.2)

Ta koda opisuje BSIC, katerih glavna funkcija oskrbe je podpora dnevnim aktivnostim (čiščenje, negovanje, kuhanje itd.) na domu samo v času kriznih situacij in traja le omejen čas med tednom (npr. zaradi bolezni glavnega skrbnika). To je marginalna koda.

Nemobilna (O3-O4)

Službe, ki ne izpolnjujejo kriterijev za »stanovanjsko & mobilna« storitev.

O3 24-urna (kot pri O1)

O3.1 Povezana z zdravjem (kot pri O1.1)

Urgentni oddelki v splošnih bolnišnicah, ki omogočajo specifično oskrbo uporabnikom s potrebami po dolgotrajni oskrbi. Službe zagotavljajo specifično obliko oskrbe za definirano posebno skupino populacije. Na primer oskrbo za uporabnike s težavami v duševnem zdravju izvajajo zdravstveni strokovnjaki, ki posebej usposobljeni za delo na področju duševnega zdravja.

O3.2 Druga oskrba (kot pri O1.2)

O4 Časovno omejena (kot pri O.2)

Zmogljivosti se ne sme uvrščati hkrati med »24 urne« in »časovno omejene«. Če obstaja časovno obdobje med tednom, ko je služba zaprta in obiski niso dovoljeni, se razvršča »časovno omejena«.

O4.1 Povezana z zdravjem (kot pri O1.1)

Zmogljivosti za nujne primere v okviru zdravstvenih domov in primarnega zdravstvenega varstva oz. dispanzerjev za mentalno higieno, ki zagotavljajo v omejenem obsegu ur specifično oskrbo v kriznih situacijah.

O4.2 Druga oskrba (kot pri O1.2)

Ne-akutna oskrba (O5-O10)

Te zmogljivosti zagotavljajo uporabnikom kontinuirano oskrbo, ki vključuje reden stik z zdravstvenimi delavci, ki je lahko dolgotrajne narave, če je to potrebno. Službe s kontinuirano oskrbo lahko zagotavljajo tudi akutno / nujno oskrbo v sklopu svoje redne dejavnosti. Le v primeru, da akutna oskrba predstavlja 20% običajne aktivnosti službe, se jo registrira tako v veji »akutna« kakor tudi »ne-akutna«.

Stanovanjsko & Mobilna (O5-O7) (kot Akutna / Stanovanjsko-Mobilna)

O5 Visoka intenziteta

Te zmogljivosti zagotavljajo v primerih klinične indikacije uporabnikom neposreden (»iz oči v oči«) kontakt vsaj trikrat tedensko.

O5.1 Povezana z zdravjem (kot pri O1.1)

O5.1.1 3 - 6 dni / teden

Zmogljivosti, katerih glavni namen je specifična klinična oskrba uporabnikov, s pogostostjo stika manj kot 7 dni na teden po 3 ure / dan.

O5.1.2 7 dni / teden; minimalno 3 ure / dan

Zmogljivosti, katerih glavni namen je specifična klinična oskrba uporabnikov, s pogostostjo stika 7 dni po 3 ure / dan.

O5.1.3 7 dni / teden; vključno čez noč

Zmogljivosti, katerih glavni namen je specifična klinična oskrba uporabnikov, s pogostostjo stika 7 dni, vključno z oskrbo preko noči.

O5.2 Druga oskrba

Zmogljivosti, ki ne izpolnjujejo kriterijev oskrbe, povezane z zdravjem.

O5.2.1 3 - 6 dni / teden

Zmogljivosti, katerih glavni namen je ne-klinična oskrba uporabnikov, s pogostostjo stika manj kot 7 dni na teden po 3 ure / dan.

O5.2.2 **7 dni / teden; minimalno 3 ure / dan**

Zmogljivosti, katerih glavni namen je ne-klinična oskrba uporabnikov, s pogostostjo stika 7 dni po 3 ure / dan.

O5.2.3 **7 dni / teden; vključno čez noč**

Zmogljivosti, katerih glavni namen je ne-klinična oskrba uporabnikov, s pogostostjo stika 7 dni, vključno z oskrbo preko noči.

O6 Srednja intenziteta

Te zmogljivosti nimajo kapacitet, da bi lahko zagotavljale stik z uporabnikom oskrbe 3 krat na teden, vendar pa lahko omogočijo najmanj en kontakt na 14 dni, kadar za to obstaja indikacija.

O6.1 **Povezana z zdravjem** (kot pri O5.1)

O6.2 **Druga oskrba** (kot pri O5.2)

O7 Nizka intenziteta

Te zmogljivosti nimajo kapacitet, da bi lahko omogočale stik z uporabnikom oskrbe pogosteje kot enkrat na 14 dni.

Primeri za veje O5 do O7: podporni timi in patronažne službe.

»Visoka intenziteta«, »Srednja intenziteta« in »Nizka intenziteta« se medsebojno izključujejo. Če je služba sposobna omogočiti kontakt 3 dni na teden, se bo uvrstila med "visoko intenzivno", četudi imajo nekateri uporabniki redkejšje stike. Če služba omogoča kontakt enkrat na štirinajst dni, vendar ne 3 dni na teden, se klasificira kot smatra za "srednjo intenzivno", četudi so kontakti redkejši.

Samo tiste službe, ki ne zmorejo nuditi stikov z uporabniki vsaj enkrat na 14 dni, se uvršča med "nizko intenzivne".

O7.1 **Povezana z zdravjem** (kot pri O5.1)

O7.2 **Druga oskrba** (kot pri O5.2)

Ne-mobilna (O8-O10)

O8 Visoka intenziteta (kot pri O.5)

O8.1 **Povezana z zdravjem** (kot pri O5.1)

O8.2 **Druga oskrba** (kot pri O5.2)

O9 Srednja intenziteta (kot pri O.6)

O9.1 **Povezana z zdravjem** (kot pri O5.1)

O9.2 **Druga oskrba** (kot pri O5.2)

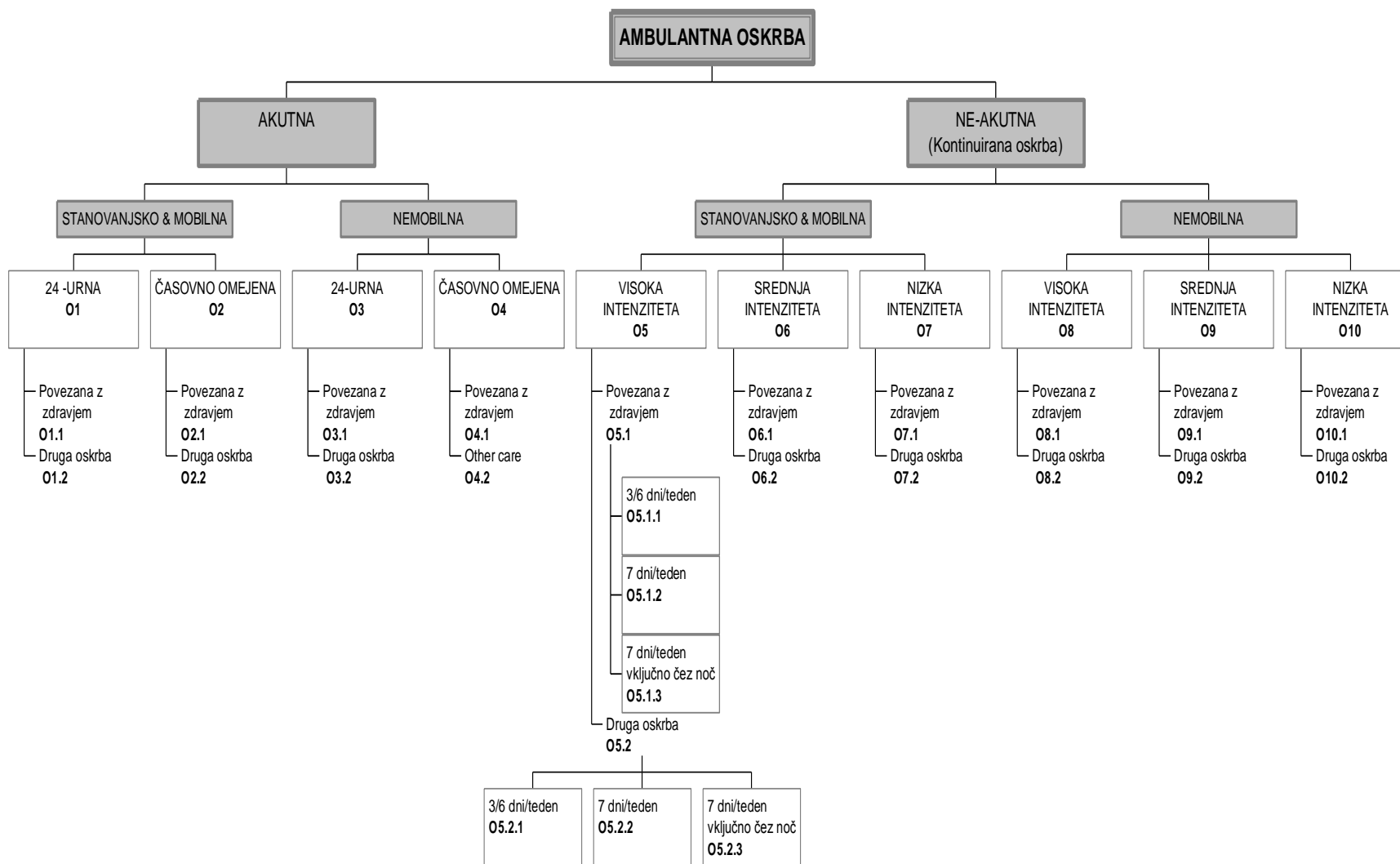
O10 Nizka intenziteta (kot pri O7)

Primeri za veje O8 do O10 – ambulante in dispanzerji za mentalno higieno, kjer se manj kot 20% stikov z uporabniki odvija zunaj prostorov, kjer ima služba svoj sedež.

O10.1 **Povezana z zdravjem** (kot pri O5.1)

O10.2 **Druga oskrba** (kot pri O5.2)

AMBULANTNA OSKRBA – VEJA KODIRANJA



D. DNEVNA OSKRBA – VEJA KODIRANJA

Kode v tej veji kodiranja oskrbe ne sledijo logični ordinalni razvrstitvi (glej stran 31).

D DNEVNA OSKRBA

To so zmogljivosti, ki so (i) običajno na voljo več uporabnikom hkrati (kot pa nudenje storitev posameznikom); (ii) nudijo kakšno od kombinacij obravnavanja problemov, povezanih s potrebami po dolgotrajni oskrbi, npr. zagotavljanje strukturiranih dejavnosti ali socialnih stikov in/ali podpore; (iii) imajo urejen delovni čas, med katerim so običajno dosegljivi in (iv) pričakujejo od uporabnikov, da se zadržijo v prostorih še izven časa, v katerem so imeli neposredni kontakt z osebjem (npr. služba ne temelji zgolj na tem, da uporabniki pridejo na naročeno srečanje z osebjem in nato po srečanju takoj odidejo). Oskrba je običajno načrtovana vnaprej.

AKUTNA OSKRBA (D0, D1)

Namestitve (i) kamor so uporabniki praviloma sprejeti zaradi krize ali poslabšanja fizičnega ali duševnega stanja, vedenja ali socialnega funkcioniranja, ki je povezano z njihovim zdravstvenim stanjem; (ii) katerih glavni namen oskrbe je zmanjšanje (lajšanje) krize/poslabšanja stanja. Vsaj 20% njihovih uporabnikov v zadnjih dvanajstih mesecih izpolnjuje merila (kriterije) za akutno oskrbo krize.

D0 EPIZODNA OSKRBA

Namestitve, ki običajno zagotavljajo dnevno oskrbo uporabnikom v času poslabšanja njihovega zdravstvenega stanja, v okviru ene ali omejenega števila epizod oskrbe v določenem časovnem obdobju.

D0.1 Visoka intenziteta

Namestitve, ki običajno zagotavljajo dnevno oskrbo visoke intenzitete uporabnikom v času poslabšanja njihovega zdravstvenega stanja, v okviru ene ali omejenega števila epizod oskrbe v določenem časovnem obdobju. Epizodna oskrba traja manj kot 24 ur in uporabnik je sprejet ter odpuščen še isti dan. Epizodna oskrba vključuje kompleksne in koordinirane aktivnosti oskrbe kot so diagnoza, ocena, programe ukrepanja in še druge oblike zdravstvenega varstva, ki zahtevajo visoko usposobljeno profesionalno osebje in se ne omejuje zgolj na individualni »iz oči v

oči« kontakt, kot pri načrtovani ambulantni oskrbi. Kompleksnost intervencije je takšna, da se lahko izenači z oskrbo krizne situacije.

Primer za akutno epizodno oskrbo: dnevni oddelek za kemoterapijo na onkologiji ali ambulantna elektrokonvulzivna terapija na področju duševnega zdravja.

D0.2 Druga intenziteta

Namestitve, ki običajno zagotavljajo akutno epizodno oskrbo, vendar ne izpolnjujejo kriterijev za visoko intenziteto.

D1 KONTINUIRANA OSKRBA

Namestitve (i) kamor so uporabniki praviloma sprejeti zaradi krize ali poslabšanja fizičnega ali duševnega stanja, vedenja ali socialnega funkcioniranja, ki je povezano z njihovim zdravstvenim stanjem; (ii) glavni namen oskrbe je zmanjšanje (lajšanje) krize/poslabšanja stanja; (iii) zagotavljajo kontinuirano (ne-epizodno) oskrbo, vsaj 5 dni na teden v določenem časovnem obdobju. Te dnevne namestitve so organizirane z namenom omogočanja alternative hospitalizaciji ali pospešenemu odpuščanju bolnikov iz bolnišničnih enot, preden se je njihova kriza končala oz. je uporabnikovo stanje stabilno.

V to vejo se običajno uvrščajo dnevne bolnišnice.

Sprejetje v namestitev je navadno možna v manj kot v 4 tednih od nastopa krize za uporabnike, ki so bili odpuščeni iz akutne bivalne enote (R2 ali R3). Najmanj 80% uporabnikov v zadnjih 12 mesecih je bilo sprejetih v manj kot v 4 tednih po nastopu krize (v vsakem drugem primeru se storitev klasificira kot D4.2).

D1.1 Visoka intenziteta

Sprejetje v namestitev je običajno možna v roku 72 ur. Najmanj 20% uporabnikov je bilo v zadnjih 12 mesecih je bilo sprejetih v roku 72 ur.

Dnevne bolnišnice, ki se vključujejo v to kodo, so osredotočajo na oskrbo uporabnikov, ki potrebujejo takojšnjo oskrbo zaradi krize ali bistvenega poslabšanja zdravstvenega statusa zaradi katerega so ogroženi sami ali njihove družine. Te službe predstavljajo

alternativo napotitvam v bolnišnico. Uporabnik bi v zbirnem območju brez te namestitve potreboval hospitalizacijo.

D1.2 Druga intenziteta

Vse tiste namestitve z akutno dnevno kontinuirano oskrbo, ki ne izpolnjujejo kriterijev za akutno oskrbo krize.

Dnevne bolnišnice, ki se vključujejo v to kodo, so osredotočajo na takojšnjo oskrbo uporabnikov z bistveno poslabšanim zdravstvenim statusom zaradi katerega so ogroženi sami ali njihove družine. Te službe NISO načrtovane kot alternativa napotitev v bolnišnico ampak kot komplementarni sistem hospitalizaciji, ki omogoča zgodnje odpuščanje iz bolnišnic še preden je kriza končana. Uporabnik bi v zbirnem območju brez te namestitve potreboval daljše bivanje v bolnišnici. Službe za intenzivno vodenje primerov se lahko kodirajo tukaj.

NE-AKUTNA OSKRBA (D2-D9)

Vključuje tiste oblike dnevne oskrbe, ki ne zadostijo kriterijem za akutno oskrbo krize.

DELO (D2, D6)

Zmogljivosti dnevne oskrbe, povezane z delom, ki zagotavljajo uporabnikom možnost, da imajo plačano delo. To so npr. Invalidska podjetja ali priložnosti na odprtem trgu dela.

D2 Visoka intenziteta

Zmogljivosti visoke intenzitete so na voljo uporabnikom, ki so navzoči najmanj v ekvivalentu 4 polovice dneva na teden. Ni nujno, da so vsi uporabniki tako pogosto navzoči, da se storitev uvrsti v visoko intenzivne, vendar morajo imeti vsaj možnost obiskovati jo tako pogosto.

D2.1 Redna zaposlitev

Uporabniki z registrirano oviranostjo zaslužijo vsaj zajamčen minimalni osebni dohodek in organizacija sledi standardnim delovnim predpisom na odprtem trgu dela. V kolikor ni predviden zajamčen minimalni osebni dohodek DESDE-LTC priporoča izračun pričakovane ravni dohodka glede na izhodiščne plače za podobna dela, ki so oglaševana v lokalnem tisku v zadnjem

mesecu. Ni nujno, da zaposleni z registrirano oviranostjo dobijo delo preko povsem javnega razpisa – njihove službe so lahko do neke mere posebej rezervirane za osebe z oviranostmi, odvisno od nacionalnih/ regionalnih in lokalnih predpisov.

D2.2 Drugo delo

Organizacija sledi posebnim delovnim predpisom za uporabnike z registriranimi oviranostmi. Zaposleni dobijo vsaj 50% običajne lokalne minimalne plače za tovrstno delo. V kolikor ni predviden zajamčen minimalni osebni dohodek se izračuna pričakovana raven dohodka glede na izhodiščne plače za podobna dela, ki so oglaševana v lokalnem tisku v zadnjem mesecu. Delo je lahko v posebnem okolju ali pa v okolju, kjer drugi delavci niso uporabniki s potrebami po dolgotrajni oskrbi.

D6 Nizka intenziteta

Namestitve, kjer so uporabniki navzoči običajno manj kot ekvivalent 4 polovic dneva na teden.

D6.1. Redna zaposlitev (kot pri D2.1)

D6.2. Drugo delo (kot pri D2.2)

DELU PODOBNA OSKRBA (D3, D7)

Gre za zmogljivosti, ki omogočajo uporabnikom, da izvajajo aktivnosti, ki so zelo podobne delu za katera bi se pričakovalo plačilo na odprtem trgu, vendar pa uporabniki niso plačani ali pa dobijo manj kot 50% običajne lokalne pričakovane plače za tovrstno delo. V kolikor ni predviden zajamčen minimalni osebni dohodek se izračuna pričakovana raven dohodka glede na izhodiščne plače za podobna dela, ki so oglaševana v lokalnem tisku v zadnjem mesecu.

D3 Visoka intenziteta (kot pri D2)

D3.1 Časovno omejeno

Zmogljivosti, kjer uporabniki opravljajo delu podobne dejavnosti, ki so časovno omejene.

Veja vključuje centre, ki izvajajo poklicno usposabljanje in potekajo s časovno stalnostjo, npr. 2 leti.

D3.2 Časovno nedoločeno

Zmogljivosti, kjer uporabniki opravljajo delu podobno dejavnost, in ki niso časovno omejene.

Vključuje ostale zaposlitvene centre in delavnice katerih namen je vključevanje uporabnikov v socialno in delovno okolje.

Kadar center nudi trening ali kontinuirano delovno oskrbo isti skupini ljudi za daljše obdobje (več kot 2 leti), se storitev ne uvrsti med »časovno omejene«, četudi ima različne programe s časovno omejitvijo (npr. uporabniki ostajajo določeno obdobje v centru dlje, kot traja program).

D7 Nizka intenziteta (kot pri D6)

D71 Časovno omejeno (kot pri D3.1)

D72 Časovno nedoločeno (kot pri D3.2)

DELU PODOBNA STRUKTURIRANA OSKRBA (D4, D8)

Te zmogljivosti omogočajo strukturirane aktivnosti, ki se razlikujejo od dela in delu podobnih dejavnosti. Lahko vključujejo trening veščin, kreativne dejavnosti, kot so umetnost ali glasba, in skupinsko delo. Te dejavnosti morajo biti na voljo vsaj 25% obratovalnega časa službe.

D4 Visoka intenziteta (kot pri D2)

D4.1 Povezana z zdravjem

Zmogljivosti, ki ustrezajo kriterijem dostopnosti do programirane dnevne oskrbe, katerih glavna funkcija je zagotavljanje klinične dolgotrajne oskrbe (telesne, psihološke in/ali socialne). Najmanj 20% osebja so usposobljeni strokovnjaki iz zdravstvenega področja.

V to vejo se vključujejo storitve namenjene telesni, socialni ali psihološki rehabilitaciji. Prav tako se vključujejo storitve,

namenjene izboljševanju socialnega vidika dolgotrajne oskrbe, ki jih izvajajo zdravstveni strokovnjaki (npr. delavnice socialnih veščin).

D4.2 Povezana z izobraževanjem

Zmogljivosti, ki nudijo svojim uporabnikom izobraževanje, ki je bilo registrirano in odobreno s strani uradnega organa (nacionalnega, regionalnega ali lokalnega) za usposabljanje in izobraževanje. Tovrstna oskrba ima uradni izobraževalni program.

Vključuje centre za posebno izobraževanje in poklicno usposabljanje.

D4.3 Povezana s socialo in kulturno

Zmogljivosti, ki nudijo strukturirane dejavnosti, povezane socialnim in kulturnim udejstvovanjem.

To vključuje centre, ki nudijo dopolnilno neformalno izobraževanje in trening, kakor tudi pomoč pri izobraževanju. Prav tako so vključene športne dejavnosti, družabni klubi, ki omogočajo strukturiran socialni kontakt. Delavnice, katerih glavni namen ni vključevanje v socialno in delovno okolje so prav tako vključene.

D4.4 Druga strukturirana oskrba

Zmogljivosti, ki ne dosegajo kriterijev za »promocijo zdravja, izobraževanje ali dejavnosti s socialno in kulturno udeležbo«, vendar nudijo določeno vrsto strukturirane dejavnosti.

Vključuje službe, ki so namenjene preventivni dejavnosti.

D8 Nizka intenziteta (kot pri D6)

D8.1 Povezana z zdravjem (kot pri D4.1)

D8.2 Povezana z izobraževanjem (kot pri D4.2)

D8.3 Povezana s socialo in kulturno (kot pri D4.3)

D8.4 Druga strukturirana oskrba (kot pri D4.4)

NESTRUKTURIRANA OSKRBA (D5, D9)

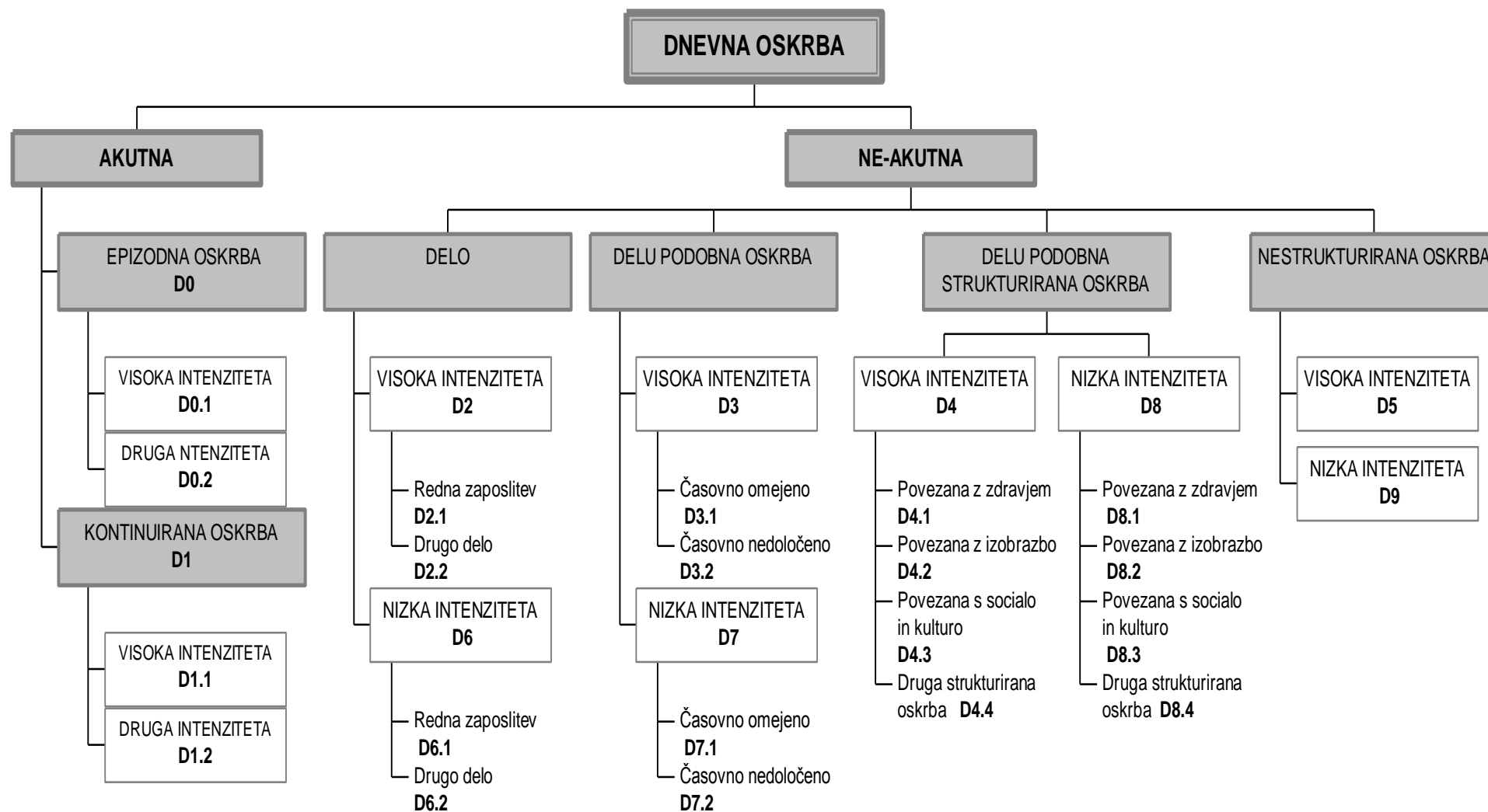
Zmogljivosti, ki izpolnjujejo kriterije ne-akutne dnevne oskrbe, vendar v njih ni na voljo dela ali ostalih strukturiranih dejavnosti, oziroma so le te na voljo manj kot 25% obratovalnega časa tako, da so glavne naloge te službe skrb za socialne stike, praktični nasveti in/ali podpora.

Pod to kodo se lahko vključijo družabni klubi (društva s plačanim osebjem), ki izpolnjujejo merila za »nestrukturirano oskrbo«.

D5 Visoka intenziteta (kot pri D2)

D9 Nizka intenziteta (kot pri D6)

DNEVNA OSKRBA – VEJA KODIRANJA



R. BIVALNA OSKRBA – VEJA KODIRANJA

R BIVALNA OSKRBA:

Namestitve, ki zagotavljajo uporabnikom postelje za prenočitev zaradi lažjega obvladovanja njihovega kliničnega in socialnega stanja. Pri tem ni mišljeno, da uporabniki uporabljajo te službe preprosto zato, ker ne bi imeli svojega doma ali bi bili predaleč od doma.

Običajno se bivalne nastanitve uvrščajo samo pod eno kodo, čeprav bo potrebno tu in tam namestitev uvrstiti pod več kot eno kodo, npr. bivalna oskrba, ki vključuje tako ležišča za sprejeme v slučaju krize kakor tudi ležišča za načrtovane sprejeme za nedoločen čas.

AKUTNA (R0-R3)

Namestitve (i) kjer sprejemajo uporabnike zaradi poslabšanja njihovega duševnega ali telesnega stanja, vedenja ali socialnega funkcioniranja, ki je povezano z njihovim zdravstvenim stanjem; (ii) sprejemi so navadno možni v 24 urah; (iii) uporabniki tekom sprejema praviloma obdržijo svojo nastanitev. Vsaj 20% njihovih uporabnikov v zadnjih dvanajstih mesecih izpolnjuje merila (kriterije) za akutno bivalno oskrbo krize.

24-urna navzočnost zdravnika

Namestitve znotraj bolnišnic ali znotraj drugih bivalnih mezo-organizacij, kjer je zagotovljena 24-urna navzočnost zdravnika z uradno priznano diplomom (vključno z zdravniki specializanti). Službe, kjer je zagotovljena zgolj navzočnost medicinskih dodiplomskih študentov so izključene.

Bolnišnica

Bolnišnice so mezo-organizacije, ki imajo v večini držav pravni status, kar predstavlja osnovo, da se jih identificira kot BSIC. V tistih državah, kjer ne obstaja pravna podlaga za ugotavljanje kaj je bolnišnična oskrba in kaj ne in tam, kjer se pojavlja dvom, se službo klasificira kot bolnišnično dejavnost oz. BSIC v kolikor zagotavlja 24-urno navzočnost hišnega zdravnika. Za nasvet, katere dejavnosti se lahko obravnavajo kot bolnišnične, se lahko vpraša tudi interesno skupino in/ali uslužbenca regionalne zdravstvene službe.

R0 Nebolnišnična

Zmogljivosti namenjene akutni oskrbi z 24-urno navzočnostjo zdravnika zunaj lokacije, kjer je registrirana bolnišnica (npr. negovalni domovi ali domovi za starejše z 24-urno medicinsko oskrbo, z manj kot 20 posteljami in, ki niso registrirani kot bolnišnica).

V vejo R0 se uvrščajo službe za posebna akutna stanja z 24-urno navzočnostjo zdravnika, vendar niso registrirane bolnišnične na nacionalni, regionalni ali lokalni ravni. To je npr. bivalna oskrba z omejenim obsegom zagotavljanja oskrbe, namenjena osebam z duševnimi boleznimi, geriatričnim bolnikom ali osebam z možganskimi poškodbami.

To je rezidualna koda, zato se priporoča njena uporaba šele po natančni presoji značilnosti oskrbe.

Bolnišnična

R1 Visoka intenziteta (varovana)

Namestitve, kamor so napoteni uporabniki zaradi tako resnega poslabšanja njihovega duševnega ali telesnega stanja, da je potreben kontinuiran (24 ur/dan) nadzor in/ali posebni ukrepi izolacije.

***Primer veje R1** – Te namestitve omogočajo intenzivno oskrbo oseb s potrebami po dolgotrajni oskrbi. Na področju duševnega zdravja »kontinuiran nadzor« vključuje tudi varovano oskrbo, kamor so napoteni uporabniki, ki so jih zdravniki ocenili kot prenevarne sebi ali drugim, da bi jih lahko ustrezno oskrbeli v običajnih sprejemnih oddelkih. Vključuje tudi namestitve za tiste uporabnike, ki so zaradi posebne pravne presoje (obsodbe) in varnostnih razlogov preferenčno napoteni v točno v to oskrbo, in ne v kakšno od lokalnih splošnih namestitev. Namestitve s posteljami, ki so posebej namenjene zagotavljanju večje stopnje nadzora in/ali varnosti v primerjavi z namestitvami kamor so rutinsko napoteni uporabniki iz določenega zbirnega območja, se uvrstijo v vejo »visoke intenzitete«.*

R2 Srednja intenziteta

Namestitve namenjene akutni oskrbi z 24-urno navzočnostjo zdravnika v registrirani bolnišnici (i) kamor so napoteni uporabniki zaradi poslabšanja njihovega duševnega ali telesnega stanja, vedenja ali socialnega funkcioniranja, povezanega z njihovim zdravstvenim stanjem; (ii) sprejemi so navadno možni v 24 urah; (iii) uporabniki tekom sprejema praviloma obdržijo svojo nastanitev. Te zmogljivosti zagotavljajo stalno oskrbo (srednje intenzitete) z nadzorom in/ali varovanjem za bolnišnični sprejem.

Primer veje R2 – Bolnišnične enote, kamor se navadno vršijo rutinski sprejemi iz določenega zbirnega območja. Sem se vključuje akutne enote splošnih, psihiatričnih in drugih specializiranih bolnišnic. Bolnišnični oddelek, ki se nahaja znotraj mezo-organizacije in ne omogoča svoje (direktno) 24-urne zdravniške navzočnosti, se kodira v tej veji v primeru, če je 24-urna zdravniška navzočnost dosegljiva v okviru mezo-organizacije, ki lahko zagotovi akutno zdravljenje, kadar je to potrebno.

Tovrstne bivalne zmogljivosti običajno nudijo tudi urgentno (nujno) ambulantno oskrbo (poleg akutne bivalne oskrbe) tako, da se jih lahko uvrsti v obe veji (R2 & O3) v kolikor je urgentna oskrba, namenjena specifični populaciji zagotovljena znotraj iste bolnišnici in z osebjem kot je opisano zgoraj.

R3 Brez 24-urne navzočnosti zdravnika

Zmogljivosti, ki ne zagotavljajo 24-urno navzočnosti zdravnika in (i) kamor so uporabniki sprejeti zaradi krize, poslabšanja njihovega fizičnega ali duševnega stanja, vedenja ali socialnega delovanja, povezanega z njihovim stanjem; (ii) so sprejemi navadno možni v 24 urah; (iii) uporabniki tekom sprejema praviloma obdržijo svojo nastanitev.

R3.0 Bolnišnična

Namestitve v registrirani bolnišnici, ki so namenjene akutni oskrbi, vendar brez 24-urne navzočnosti zdravnika.

Primer kode R3.0: nekatere registrirane bolnišnice lahko zagotavljajo akutno oskrbo nizke intenzitete brez 24-urne navzočnosti zdravnika (npr. nekateri bolnišnični oddelki za akutno oskrbo v specializiranih psihiatričnih bolnišnicah, bolnišnice

namenjene geriatričnim uporabnikom ali bolnišnice namenjene uporabnikom z možganskimi poškodbami). Bolnišnični oddelek, ki nima navzočega zdravnika 24-ur, vendar njegovo prisotnost zagotavlja mezo-organizacija v okviru katere se služba nahaja, se NE kodira tukaj.

To je rezidualna koda, zato se priporoča njena uporaba šele po natančni presoji značilnosti oskrbe.

R3.1 Nebolnišnična

Namestitve namenjene akutni oskrbi, ne omogočajo 24-urne navzočnosti zdravnika in se nahajajo zunaj registrirane bolnišnice.

R3.1.1 Povezana z zdravjem

Bivalne zmogljivosti, ki zagotavljajo specifično klinično oskrbo v obdobju, opisanem v kodi, brez 24-urne navzočnosti zdravnika vendar je del osebja usposobljen oziroma ekvivalentno izurjen na področju zdravstvene oskrbe (psihologija, medicina, fizioterapija, zdravstvena nega).

Primer veje R3.1.1 – Vključuje vrsto ne-bolnišničnih ležišč, ki se jih lahko uporablja kot alternativo bolnišničnemu sprejemu. Sem se uvrščajo: varne hiše in domovi, ležišča za nujne primere v zdravstvenih domovih ali dispanzerjih za mentalno higieno. V to vejo se vključujejo tudi bivalne zmogljivosti visoke intenzitete z zdravstvenim osebjem, toda brez 24-urne navzočnosti zdravnika kot so npr. domovi za bolniško nego, sanatoriji, domovi za starejše občane.

R3.1.2 Druga oskrba

Zmogljivosti, ki ne izpolnjujejo kriterijev za akutno nebolnišnično bivalno oskrbo, povezano z zdravjem.

NE-AKUTNA (NAČRTOVANA RAZPOLOŽLJIVOST) (R4-R13)

Bivalne zmogljivosti, ki ne zadostijo kriterijem akutne oskrbe. Krizni sprejemi se rutinsko napotijo v drugo vrsto bivalne oskrbe.

24-urna navzočnost zdravnika (R4-R7)**Bolnišnična**

Bivalne zmogljivosti, ki so uradno registrirane kot »bolnišnica« na nacionalni, regionalni ali lokalni ravni.

R4 Časovno omejeno

To so zmogljivosti, kjer se rutinsko določi ustaljeno maksimalno dolžino bivanja (začasno bivanje). Zmogljivost se uvrsti med časovno omejene, če je maksimalna dolžina bivanja določena za vsaj 80% tistih, ki so nastanjeni v njej.

Primer veje R4: Vključuje rehabilitacijske enote ali terapevtske programe v skupnostni, ki imajo opredeljeno trajanje programa v mesecih ali letih.

R6 Časovno nedoločeno

Te zmogljivosti ne izpolnjuje kriterijev za »časovno omejene« storitve.

Nebolnišnična (kot pri R3.1)

Bivalne zmogljivosti, z 24-urno oskrbo, ki NISO uradno registrirane kot »bolnišnica« na nacionalni, regionalni ali lokalni ravni.

R5 Časovno omejeno (kot pri R4)**R7 Časovno nedoločeno (kot pri R6)****Brez 24-urne navzočnosti zdravnika (R8-R13)****Časovno omejeno (R8-R13) (kot pri R4)****R8 24-urna podpora**

Zmogljivosti, ki omogočajo bivalno oskrbo med nedelovnim časom, vendar imajo postopek, ki uporabnikom zagotavlja 24-urno oskrbo.

Primer veje R8 – Vključuje bivalne enote, ki nudijo ne-akutno oskrbo od 15. ure popoldan do 8. ure zjutraj, ker so vsi uporabniki na delovnem mestu med 8. in 16. uro. Če npr. kdo od uporabnikov

zboli, lahko izvajalci oskrbe po potrebi ostanejo v bivalni enoti cel dan.

R8.1 Enomesečno bivanje ali manj

Bivanje je omejeno na kratek čas, običajno na manj kot en mesec (npr. enote za oddih oz. odmor, ki sprejemajo uporabnike s hudimi problemi).

R8.2 Več kot enomesečno bivanje**R9 Dnevna podpora**

Člani osebja so v namestitvi redno prisotni v določenem delu dneva, najmanj 5 dni na teden in odgovorni za nadzor in spremljanje klinične ter socialne oskrbe uporabnikov.

R9.1 Enomesečno bivanje ali manj (kot pri R8.1)**R9.2 Več kot enomesečno bivanje (kot pri R8.2)****R10 Nižja podpora**

To so bivalne zmogljivosti, kjer uporabnik storitve prebiva z določenim namenom, ki je povezan z obvladovanjem njegovega/njenega zdravstvenega stanja, in kjer obstaja neposredna povezava med prebivanjem v namestitvi in določeno obliko podpore osebja, vendar pa je osebje redno prisotno manj kot pet dni v tednu.

R10.1 Enomesečno bivanje ali manj (kot pri R8.1)**R10.2 Več kot enomesečno bivanje (kot pri R8.2)**

Primeri za veje R8-R10: Stanovanjske in terapevtske skupine ter druga posebej načrtovana oskrba za uporabnike s potrebo po dolgotrajni oskrbi se uvrsti pod to kodo, v kolikor imajo ustaljen čas bivanja. Npr. službe, ki nudijo rehabilitacijske programe z ustaljenim časom oz. obdobjem bivanja in tiste, ki nudijo začasno bivanje.

Časovno nedoločeno (R11-R13) (kot pri R6)

R11 24-urna podpora (kot pri R8)

R12 Dnevna podpora (kot pri R9)

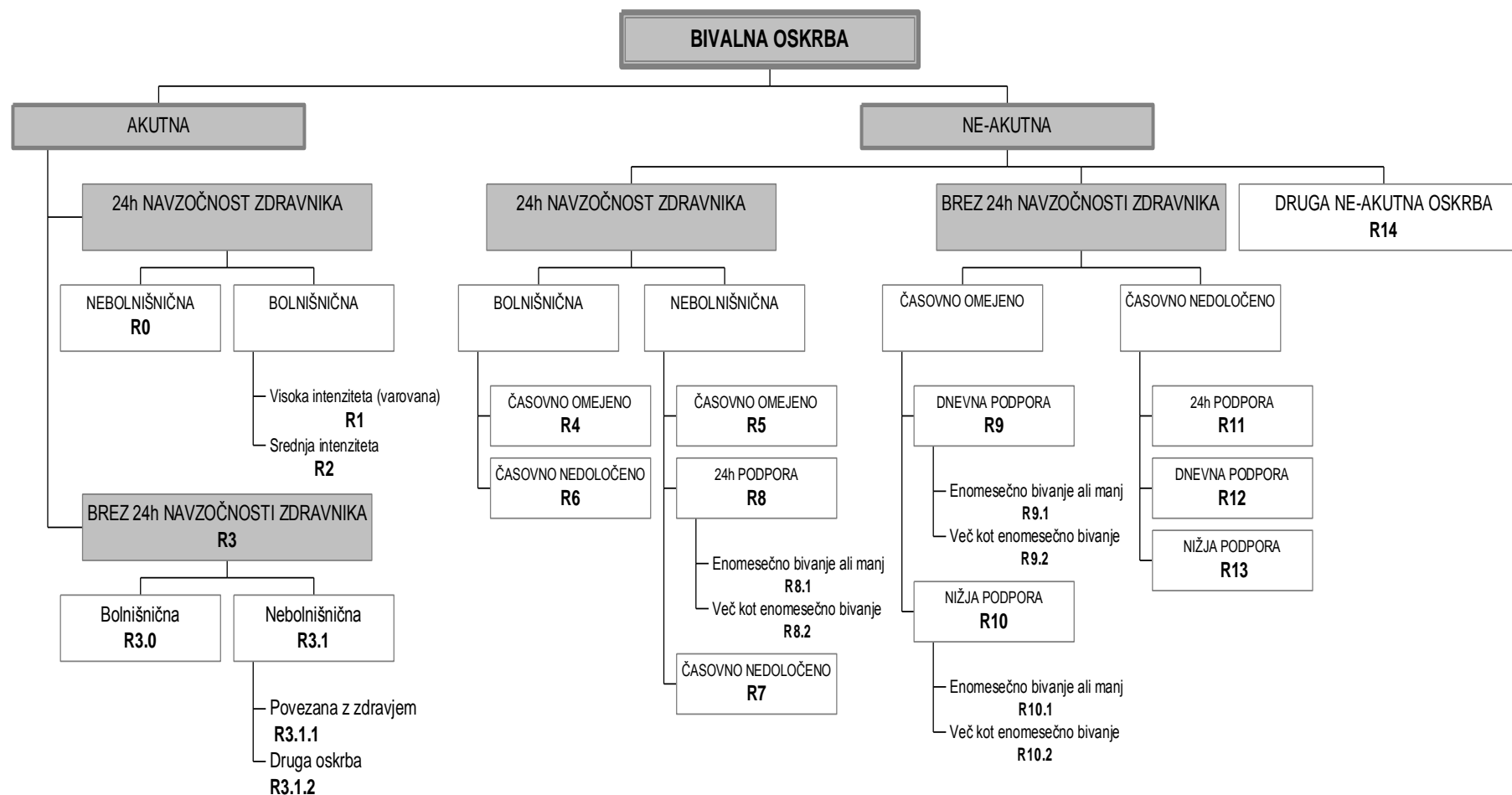
R13 Nižja podpora (kot pri R10)

R14 Druga ne-akutna oskrba

Bivalne ne-akutne zmogljivosti, ki se jih ne more klasificirati nikjer drugje.

Ta koda se uporablja za bivalne zmogljivosti, ki jih ni možno klasificirati nikjer drugje in običajno zahtevajo podrobnejšo razlago njihovih značilnosti v poglavju »D« in/ali druge kode iz vej ne-bivalne oskrbe, da se lahko dobi vpogled in razume značilnosti GTO. Možen primer je mladinski hotel (hostel) v bližini oskrbovalne enote (običajno bolnišnice), katerega glavni cilj ni zagotavljanje oskrbe ampak le namestitve uporabnikov, ki se udeležujejo oskrbe. V kolikor lokalni uslužbenec oceni, da je služba financirana iz javnih sredstev in predstavlja pomemben del sistema oskrbe v zbirnem območju, jo je vključiti v lokalno preslikavo služb in storitev na področju dolgotrajne oskrbe.

BIVALNA OSKRBA – VEJA KODIRANJA



POGLAVJE C OPREDELITEV UPORABE OSKRBE (GTO ŠTETJE)

a. NAČELA ŠTETJA UPORABE STORITEV DOLGOTRAJNE OSKRBE

Drevesa oskrbe v tem poglavju omogočajo štetje ravni zagotavljanja večjih oblik storitev (BSIC) znotraj zbirnega območja. Potrebno je upoštevati naslednja splošna načela:

- **Populacija zbirnega območja:** Osnovna enota je ponovno populacija referenčnega zbirnega območja. Štetje naj torej zajame vso uporabo zmogljivosti, namenjenih uporabnikom s potrebami po dolgotrajni oskrbi, ki so se jih posluževali pripadniki te populacije. To vključuje vse tiste, katerih stalni naslov je na zbirnem območju in tiste, ki so imeli zadnji ne-institucionalni stalni naslov pred vključitvijo v bivalno oskrbo na tem območju.

- **Ciljna skupina:** Da bi lahko šteli stike s službo, je treba identificirati ciljne skupine, katerih kontakti se bodo šteli. Osnovna ciljna skupina za aplikacijo obrazca so uporabniki s potrebami po dolgotrajni oskrbi. Vendar se ti kriteriji lahko tudi prilagodijo glede na potrebe posameznih raziskav ali glede na strukturo posameznih služb.

V Poglavju A so podrobno opisane značilnosti ciljne skupine, ki se lahko vključijo v študijo.

- **Da bi se omogočila primerjava med regijami,** se mora izračunati uporaba oskrbe na 100.000 prebivalcev za vsako štetje v okviru vsakega zbirnega območja. To se naredi z

deljenjem surove vsote s skupnim številom prebivalcev na zbirnem območju in nato množi s številom 100.000.

Pri določanju uporabe oskrbe je potrebno prednostno upoštevati število vseh prebivalcev zbirnega območja. Vendar se lahko izbere tudi druga možnost, kjer se upošteva kot »ciljno skupino« specifičen del populacije (npr. odrasli nad 18 let) na 100.000. To mora biti podrobno opisano v značilnostih raziskave.

- Z uporabo te metode se lahko pojavi dvojno štetje, npr. uporabniki, ki so v bivalni oskrbi in hkrati obiskujejo tudi dnevne centre, se bodo tako šteli v dveh kategorijah. Zato DESDE-LTC ni veljavna metoda za določanje skupnega števila uporabnikov služb za dolgotrajno oskrbo na zbirnem območju.

- Vendar, medtem ko se lahko uporabnik udeležuje več tipov oskrbe in je to šteto v različnih poglavjih obrazca, pa se stiki s službo naj ne štejejo v več kot eni veji oskrbe. Spodaj določena pravila omogočajo, da se vsak stik med posameznikom in določeno storitvijo, namenjeno osebam s potrebami po dolgotrajni oskrbi, šteje samo enkrat.

- Štetja naj temeljijo na zgoraj osnovani tarčni populaciji. V primerjalnih študijah je pomembna uporaba istih ciljnih skupin v vsakem centru.

- Zaključna veja vsake glavne veje oskrbe povzema raven uporabe različnih tipov oskrbe v posamezni veji. Okenca pri vsaki zaključni veji so namenjena seštevku ravni uporabe za vsako zaključno vejo posebej. S seštevanjem sosednjih vej dobimo seštevek za večje kategorije uporabe (npr. seštejemo lahko vsote za visoko, srednjo in nizko intenziteto kontinuirane

oskrbe kar nam da skupen seštevek kontinuirane oskrbe, za katerega je predvideno posebno okence).

- Kjer so informacije omejene in zato ni mogoče izpolniti določene končne veje, je možno izračunati podatke le za višje ravni razporeditvenega drevesa (npr. če ni možno razlikovati v drevesu štetja stikov glede na intenziteto, se lahko izračun naredi le za »stanovanjsko & mobilno« [O5 do O7] in za nemobilne kontakte [O8 to O10].

Glede na dostopnost in razpoložljivost podatkov dobimo tako v končni informaciji razrede, ki vsebujejo različne podrobnosti:

- **Razred I:** splošne informacije na ravni Glavnih vej – npr. 90 uporabnikov ambulantne oskrbe, vendar brez podrobnega opisa glede »stanovanjsko & mobilno / nemobilno« ali ravni intenzitete. To se razvršča kot »O«.
- **Razred II:** razširjene splošne informacije na ravni podvej – npr. 20 mest v ambulantni »stanovanjsko & mobilni« kontinuirani oskrbi »srednje intenzitete« - se uvršča pod O6; 70 mest za »nemobilno« in »nizko intenzivno« ambulantno oskrbo – se uvršča pod O10.
- **Razred III:** Obsežno zbiranje podatkov z zunanjimi ocenjevalci:
 - retrospektivna uporaba podatkovnih baz in prospektivno ocenjevanje, omejeno na *en dan* (npr. urgentna oskrba);
 - retrospektivna uporaba podatkovnih baz in prospektivno ocenjevanje, omejeno *na en teden* (npr. dnevna oskrba).

Za retrospektivno zbiranje podatkov se lahko uporabi povprečna *mesečna ocena uporabe*, ki je zavedena v podatkovni bazi za določen mesec predhodnega leta, brez upoštevanja mesecev s počitnicami (december, januar, februar, april, junij, julij in avgust).

- Prospektivno zbiranje podatkov je omejeno na obdobje enega meseca.

Pomembno je, da sta raven natančnosti in referenčno obdobje zbiranja podatkov enaka za vsa ocenjevana geografska področja in zabeležena v Poglavju A, pod splošni podatki.

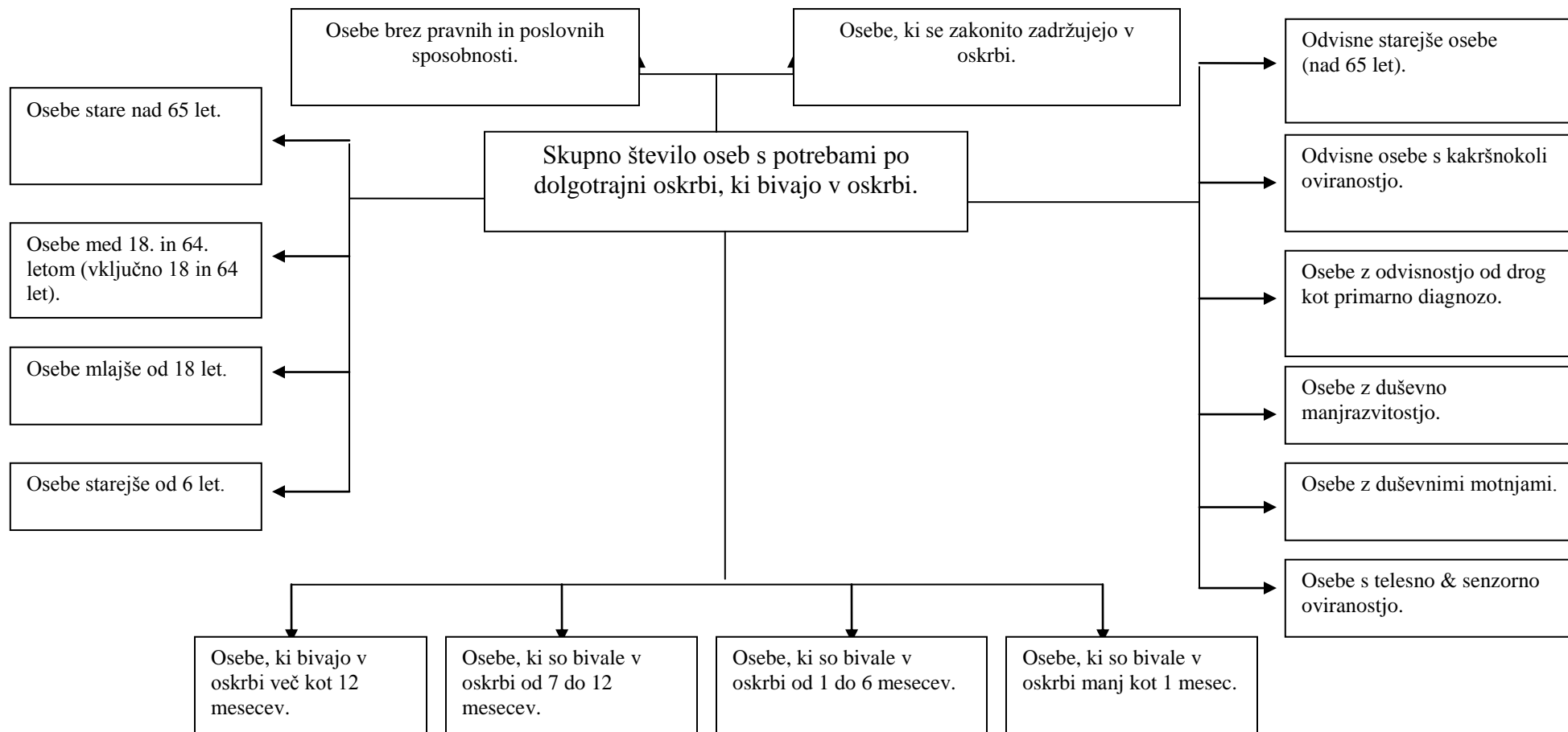
- Kjer so informacije omejene, se lahko izbere zgolj določene dele dreves in uporabi samostojno npr., kjer manjkajo informacije o uporabi storitve, se izpolni samo Poglavje B - razvrščanje in kodiranje oskrbe, vendar brez štetja uporabe oskrbe (Poglavje C). Treba je še enkrat poudariti, da se mora pri primerjalnih študijah skladati izpolnjevanje istih delov dreves štetja oskrbe za isto ciljno populacijo.

- Veje štetja oskrbe so bile določene tako, da je tudi tam kjer podatki niso dostopni, vseeno možno pridobiti zahtevane informacije s pomočjo prospektivnega zbiranja podatkov o uporabi storitev oskrbe s strani tarčne populacije referenčnega območja.

- Službe za samopomoč niso vključene v obrazec štetja uporabe oskrbe, ker bodo verjetno težko natančno ocenile obseg njihovih aktivnosti. Zato je uporaba izračunov v vejah »Informacijska oskrba« in »Oskrba dostopnosti« zgolj opcijaska.

V primeru uporabe prospektivnega pridobivanja podatkov, se bodo podatki o uporabi oskrbe porazdelili, kot je prikazano spodaj v sliki Uporaba oskrbe:

UPORABA OSKRBE



b. SMERNICE ŠTETJA UPORABE STORITEV DOLGOTRAJNE OSKRBE

Definicije Glavnih tipov oskrbe se nahajajo v slovarju za Poglavlje B (Razvrščanje glavnih tipov oskrbe, GTO Kodiranje).

Informacijska oskrba - veja štetja uporabe

Seštevek se pridobi z izračunom povprečnega števila kontaktov s službo zaradi pridobivanja informacij povezanih z oskrbo, ki jih je vzpostavila ciljna skupina na zbirnem območju v zadnjem mesecu. V primeru nedostopnosti tovrstnih podatkov, se pridobijo podatki na drugi ravni kot je razloženo v poglavju »Načela štetja uporabe storitev dolgotrajne oskrbe«.

Oskrba dostopnosti - veja štetja uporabe

Seštevek se pridobi tako, da se izračuna povprečje kontaktov za oskrbo dostopnosti, ki jih je vzpostavila služba v zadnjem mesecu s tarčno skupino iz zbirnega območja. V primeru nedosegljivosti tovrstnih podatkov se lahko uporabijo druge ravni podatkov, kot je razloženo v poglavju »Načela štetja uporabe storitev dolgotrajne oskrbe«.

Ambulantna oskrba - veja štetja uporabe

Akutna oskrba (kriza) - število uporabe urgentnih storitev oskrbe se pridobi z izračunom skupnega števila urgentnih kontaktov v preteklem mesecu.

- **Kontakti stanovanjsko & mobilne akutne oskrbe** – Tisti urgentni kontakti, ki se odvijajo izven okolja kjer se osebje, vpleteno v oskrbo običajno nahaja.

- **Kontakti nemobilne akutne oskrbe** – Tisti urgentni kontakti, ki se odvijajo v okolju kjer se osebje vpleteno v oskrbo, običajno nahaja na tisti dan.

(Opomba: Nemobilni kontakti se lahko odvijajo tudi v službah, ki so bile klasificirane v Poglavlju B kot stanovanjsko & mobilne)

- **24-urni kontakti** - urgentni kontakti, ki se odvijajo v službah, ki so dostopne 24 ur na dan vseh sedem dni na teden.
- **Časovno omejeni kontakti** - urgentni kontakti, ki se odvijajo v službah, ki niso dostopne 24 ur na dan vseh sedem dni na teden.

Ne-akutna (kontinuirana) oskrba - Prešteje se število uporabnikov kontinuirane oskrbe v zadnjem mesecu. Število naj vključuje vse uporabnike, ki so imeli kakršenkoli kontakt z osebjem oskrbe, pri čemer (i) kontakt ni bil urgenten kontakt; (ii) kontakt ni bil sestavni del storitev, ki jih nudi služba v sklopu bivalne in dnevne oskrbe.

- **Štetje uporabnikov ne-akutne stanovanjsko & mobilne oskrbe** - Uporabniki oskrbe se štejejo kot uporabniki stanovanjsko & mobilne oskrbe, če je odvijal vsaj eden od njihovih kontaktov v preteklem mesecu izven prostorov namenjenih uporabnikom s potrebo po dolgotrajni oskrbi, ali okolja v katerem se navadno zagotavlja klinična oskrba.

- **Štetje uporabnikov ne-akutne oskrbe visoke intenzitete** - Med uporabnike kontinuirane oskrbe visoke intenzitete se uvrščajo tisti, ki so v preteklem mesecu, vsaj na neki stopnji oskrbe koristili storitev trikrat ali več v roku enega tedna. Na primer, če je uporabnik uporabljal storitev v ponedeljek, sredo in petek v enem izmed tednov v preteklem mesecu, se

ga/jo uvrsti med uporabnike visoke intenzitete, četudi ni imel več nobenih drugih kontaktov tekom tega meseca.

- **Štetje uporabnikov ne-akutne oskrbe srednje intenzitete** - To so uporabniki storitev kontinuirane oskrbe, ki so se pojavili na katerikoli stopnji oskrbe vsaj dvakrat v mesecu, vendar manj kot trikrat v tednu preteklega meseca.

- **Štetje uporabnikov ne-akutne oskrbe nizke intenzitete** – Upošteva se tiste uporabnike oskrbe, ki so v zadnjih treh mesecih uporabljali storitev zgolj enkrat ali dvakrat, in s katerimi je bil jasno načrtovan nadaljnji kontakt v prihodnjih treh mesecih.

(Opomba: Nekateri uporabniki ambulantnih storitev oskrbe se bodo v tej veji štetja uvrstili med »nizko intenzitetne«, v veji štetja dnevni storitev oskrbe pa med »visoko intenzitetne« uporabnike oskrbe. Če člani osebja pridejo v stik z uporabnikom enkrat mesečno, je tak uporabnik-ca uvrščen med uporabnike oskrbe »nizke intenzitete«, četudi je osebje v kontaktu z nekaterimi drugimi uporabniki večkrat na teden).

Dnevna oskrba - veja štetja uporabe

Akutna dnevna oskrba: se nanaša na takojšnjo (neodložljivo) uporabo storitev dnevne oskrbe s strani tarčne populacije v zadnjem mesecu zaradi kriznih dogodkov.

- **Uporabniki visoke intenzitete** – uporabniki, ki so bili sprejeti v oskrbo znotraj 72 ur.
- **Uporabniki nizke intenzitete** – posamezniki, katerih vzorec sprejema v akutno bivalno oskrbo ne dosega kriterijev za uporabnika visoke intenzitete.

V primeru, da tovrstne informacije niso dostopne, se uporabijo druge ravni podatkov, kot je razloženo v poglavju »Načela štetja uporabe storitev dolgotrajne oskrbe«.

Ne-akutna dnevna oskrba: za vse ostale storitve dnevne oskrbe se prešteje število oseb, ki so uporabljale katerikoli tip oskrbe v zadnjem mesecu, pri čemer se posameznike razdeli na dve skupini:

- **Uporabniki visoke intenzitete** – uporabniki oskrbe, ki so obiskovali dnevno strukturirane zmogljivosti vsaj v ekvivalentu štirih polovičnih dni na teden, najmanj 3 tedne od zadnjih štirih tednih (mesecu).
- **Nizko intenzivni uporabniki** – posamezniki, ki so v zadnjem mesecu obiskovali dnevno oskrbo po potrebi, vendar pa njihov vzorec sprejema v bivalno oskrbo ne dosega kriterijev za visoko intenzivne uporabnike.

V primeru, da tovrstne informacije niso dostopne, se uporabijo druge ravni podatkov, kot je razloženo v poglavju »Načela štetja uporabe storitev dolgotrajne oskrbe«.

(Opomba: pomembno je poudariti, da je bilo Poglavje B zasnovano za merjenje običajne maksimalne dejansko izvedene storitve oskrbe in ne teoretičnih maksimalnih kapacitet oskrbe. Za merjenje aktualnih ravni uporabe oskrbe populacije se uporabi Poglavje C. Zato se z uporabo te metode štetja nekateri uporabniki oskrbe, ki se v razporeditvenih drevesih dolgotrajne oskrbe klasificirajo kot »uporabniki visoke intenzitete«, na tem mestu klasificirajo kot »uporabniki nizke intenzitete«).

Bivalna oskrba - veja štetja uporabe

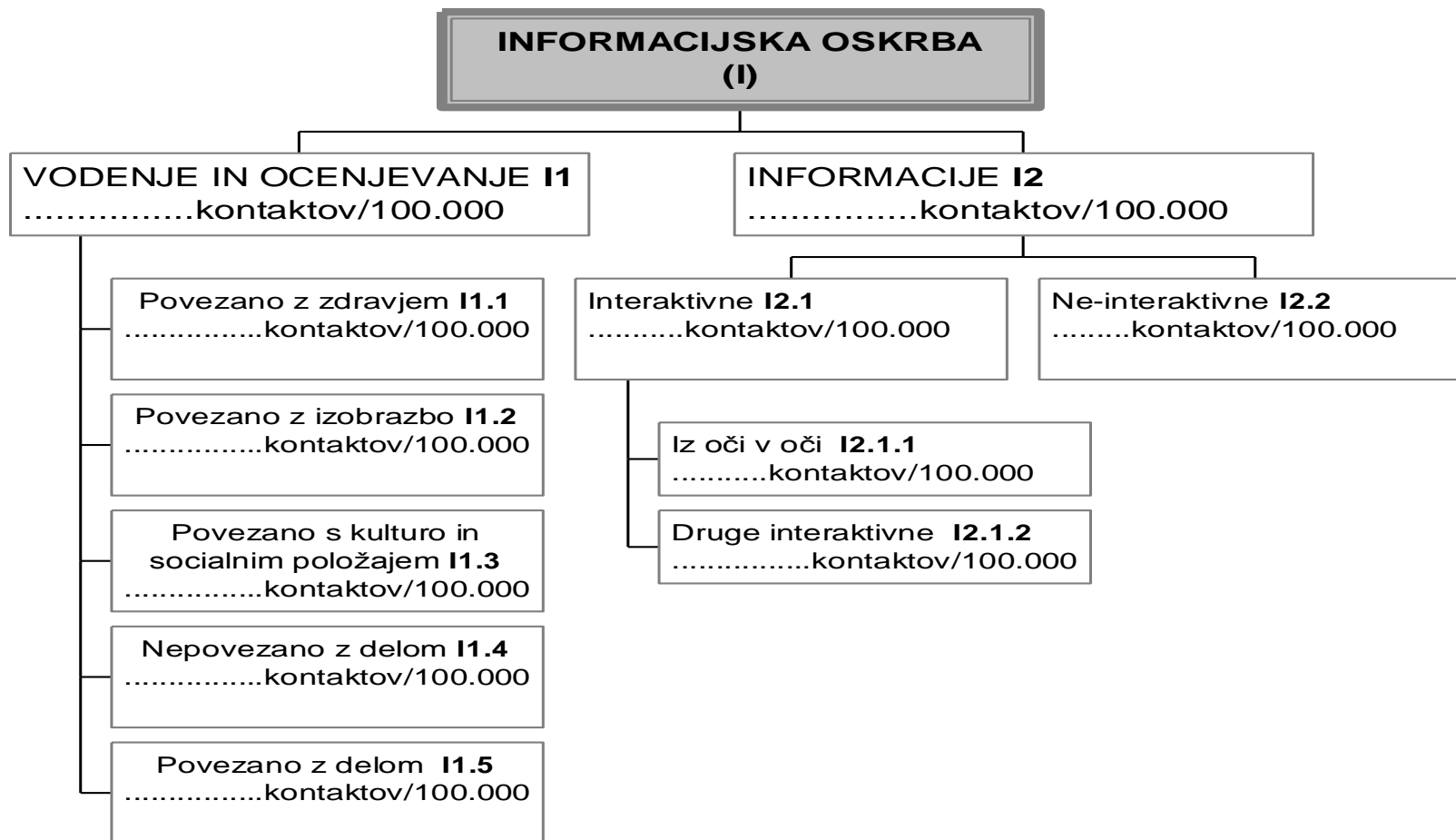
Vsak tip bivalne oskrbe je opredeljen v slovarju za Poglavje B (razporeditvena drevesa dolgotrajne oskrbe).

Število uporabe za vsak tip bivalne oskrbe se pridobi z izračunom povprečnega števila ljudi iz zbirnega območja, ki so ostali preko noči v katerikoli namestitvi v preteklem mesecu.

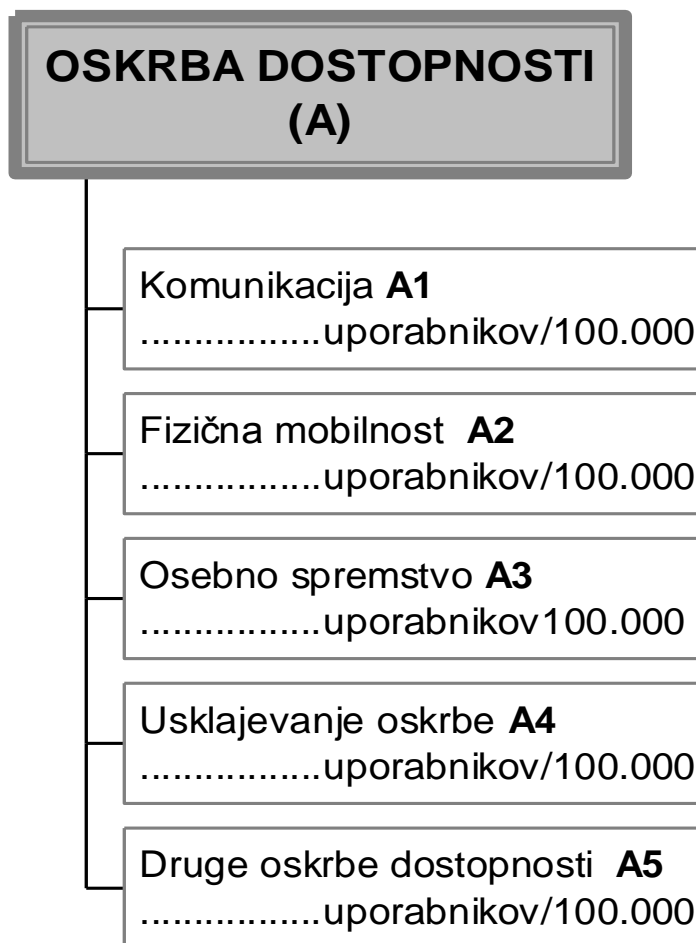
Uporabnikov se ne sme šteti kot da zasedajo dve postelji hkrati v isti noči. Če so uporabniki sicer nameščeni v bivalni oskrbi, vendar so v času popisa nameščeni na ležišče v zmogljivostih akutne oskrbe, se v tem primeru šteje samo uporaba akutne namestitve.

(Če se je število ljudi na zbirnem območju, ki so uporabljali določeno vrsto bivalne oskrbe, spreminjalo v zadnjem mesecu, se izračuna povprečje tako, da se seštevek noči ko so člani populacije zbirnega območja zasedali ležišča v enem mesecu, deli s številom dni tega meseca).

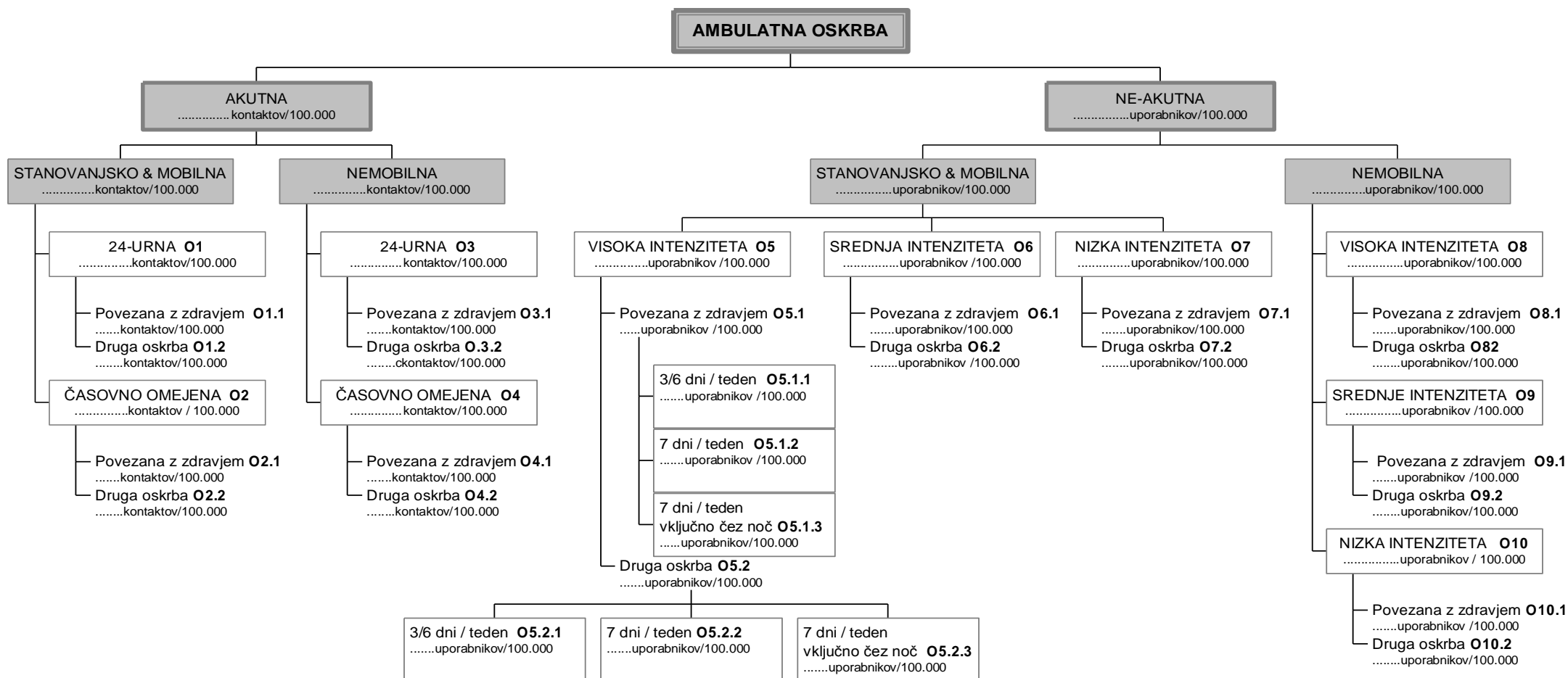
INFORMACIJSKA OSKRBA – VEJA ŠTETJA UPORABE



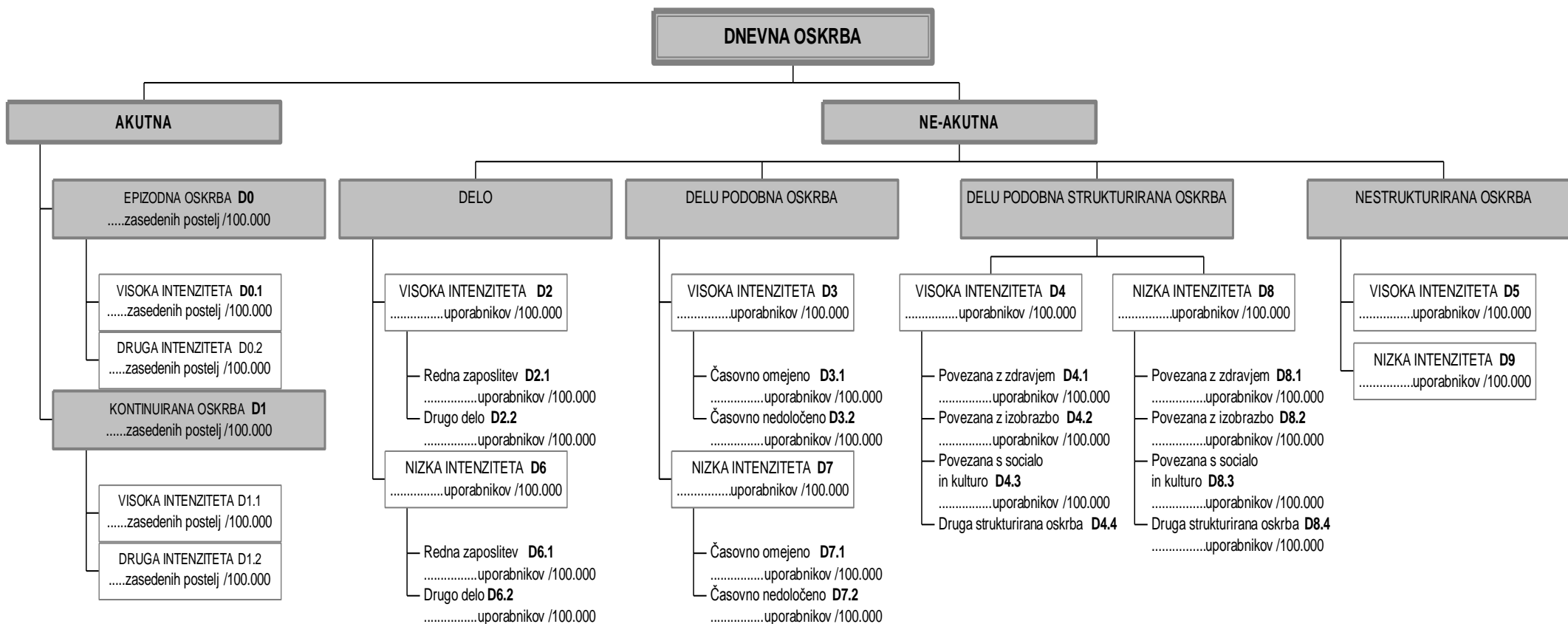
OSKRBA DOSTOPNOSTI – VEJA ŠTETJA UPORABE



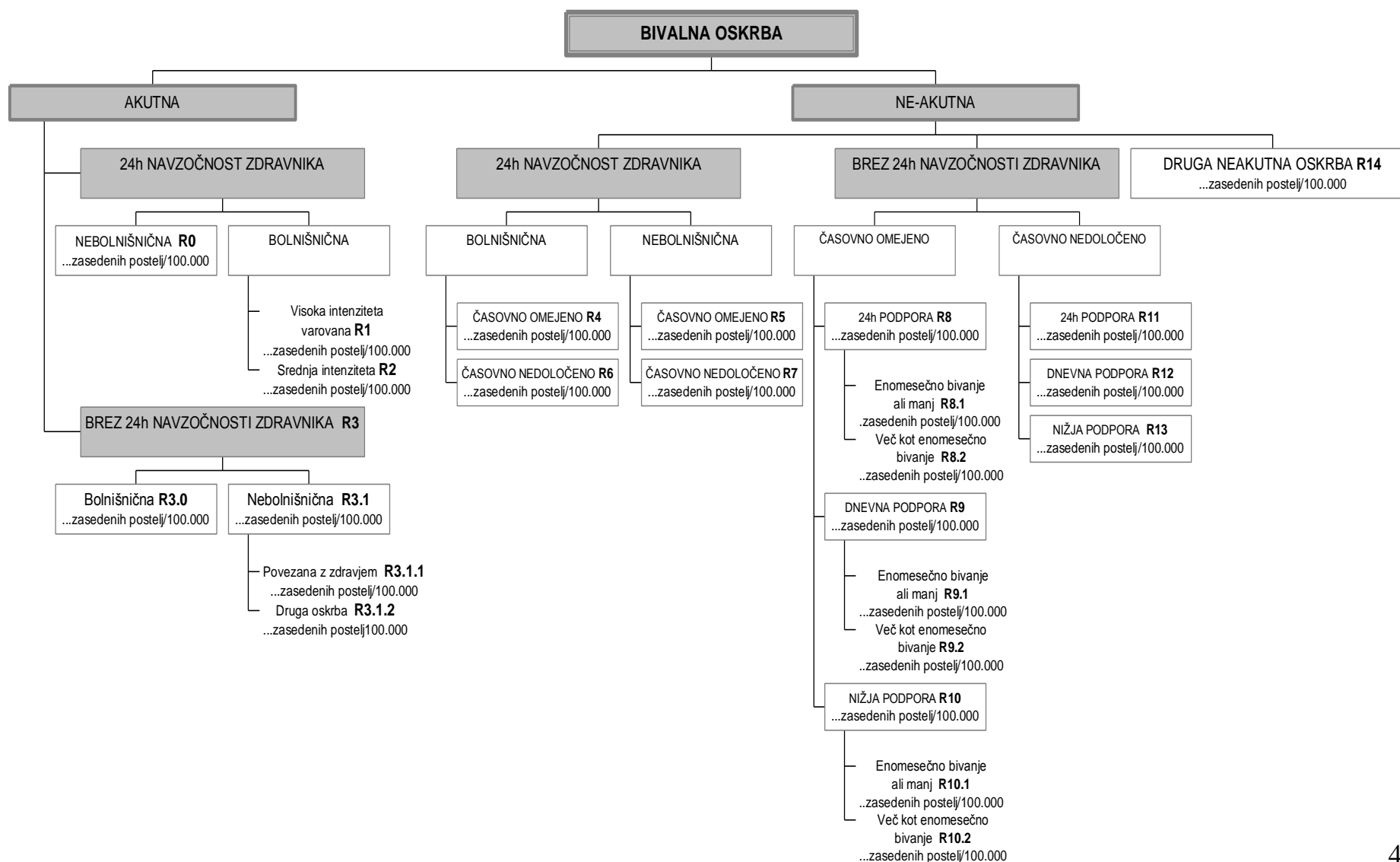
AMBULANTNA OSKRBA – VEJA ŠTETJA UPORABE



DNEVNA OSKRBA – VEJA ŠTETJA UPORABE



BIVALNA OSKRBA – VEJA ŠTETJA UPORABE



POGLAVJE D POPIS SLUŽB

a. NAČELA POPISA SLUŽB

To poglavje dopolnjuje Poglavje B, saj omogoča bolj natančen popis lokalnih služb (BSIC) in opis njihovih značilnosti (seznam služb ali katalog).

Obrazec Poglavlja D (popis storitev oskrbe) se nahaja v Prilogi III DESDE-LTC obrazcev in predlog.

Obrazec popisa storitev oskrbe se razmnoži tolikokrat, kolikor jih je potrebnih za pregled vseh lokalnih služb, zato popisni listi niso oštevilčeni.

Poleg DESDE-LTC obrazcev in predlog je na voljo predloga 1 (Opredelitev dostopnosti storitev v območju – seznam storitev), s katero se lahko zbere seznam vseh služb, ki se nahajajo v referenčnem območju.

b. SMERNICE POPISA SLUŽB

Spodaj je podrobneje opisanih nekaj navodil za izpolnjevanje posameznih postavk vprašalnika:

1. IME SLUŽBE

Polno ime službe (BSIC).

2. KODE

- DESDE-LTC KODA

Vnese se koda službe za dolgotrajno oskrbo glede na smernice opisane v Poglavju B.

- ICF KODA

Vnese se koda službe iz Mednarodne klasifikacije funkcioniranja, invalidnosti in zdravja (ICF- International Classification of Functioning, Disability and Health)

<http://www.who.int/classifications/icf/en/>.

- ICHA KODA

Vnese se koda službe iz Mednarodne klasifikacije zdravstvenih računov (ICHA - International Classification for Health Accounts)

http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/hsis/hsis_10_en.htm.

- ICHI KODA

Vnese se koda službe iz Mednarodne klasifikacije zdravstvenih intervenc (ICHI - International Classification of Health Interventions)

<http://www.who.int/classifications/ichi/en/>

3. OKOLJE

Navedejo se sledeči podatki o službi:

- Regija v federalni državi (če je primerno), pokrajina, občina in poštna številka službe.
- Naslov, telefon, faks, e-pošta, spletni naslov službe. Davčna številka, donacijska registracija itd. službe kot pravnega subjekta.
- URADNI DATUM ZAČETKA DELOVANJA SLUŽBE
- LOKACIJA. Ali je služba samostojna ali locirana znotraj večje organizacije (mezo-organizacija)?

4. LOKALNA DEFINICIJA SLUŽBE

Kot na primer: dnevni center, dispanzer za mentalno higieno, podjetje za zaposlovanje invalidov, dom za starejše občane, psihiatrična bolnišnica, idr.

5. SEKTOR

Potrebno je opredeliti ali je služba socialna / zdravstvena / izobraževalna / pravna / druga.

6. LASTNIŠTVO, UPRAVLJANJE IN VIRI FINANCIRANJA

Lastništvo: Navesti ime lastnika službe.

Direkcija: Navesti ime odgovornega, ki skrbi za zaposlovanje osebja in celotno vodenje službe.

Glavni vir financiranja: Opredeliti ali je financiranje službe javno, zasebno ali drugo.

Pravni status: Opiše se pravni status službe (registrirana dobrodelna, fundacija, združenje, socialno podjetje, javna družba, privatna družba ali drugo).

7. RAZPOLOŽLJIVOST

Navede se razpoložljivost storitev glede na kriterije posameznih tipov oskrbe:

- Telefonska pomoč

Navede se število telefonskih priključkov in opredeli število zasedenih in razpoložljivih priključkov.

- Pomoč na domu

Navede se skupno število uporabnikov in opredeli število zasedenih ter razpoložljivih ur uporabnikov/mesec.

- Dnevna oskrba

Navede se skupno število mest, ki jih nudi služba in opredeli zasedena ter razpoložljiva mesta.

- Bivalna oskrba

Navede se skupno število mest/ležišč, ki jih nudi služba in opredeli zasedena ter razpoložljiva mesta.

ČE JE DOSTOPNA BIVALNA / DNEVNAOSKRBA:

Se navede skupno število ležišč/mest, ki so na razpolago v okviru SLUŽBE in število ležišč/mest, namenjenih dolgotrajni oskrbi, tako zasedenih kakor razpoložljivih.

- Časovno omejeno bivanje

Navede se število časovno omejenih ležišč/mest, ki so na razpolago za dolgotrajno oskrbo.

8. CENA (TARIFA)

▪ Samo za telefonsko pomoč

Navede se mesečni strošek/uporabnika in letni strošek/uporabnika.

▪ Samo za pomoč na domu

Navede se javna cena, strošek uporabnika na mesec in dogovorjena cena.

▪ Samo za službe z bivalno in dnevno oskrbo

Navede se javna cena ležišč/mest, dogovorjena ter privatna cena in interval cen na posteljo.

9. SPECIFIČNE DEJAVNOSTI

Navede se, ali služba nudi specifične ali stalne dejavnosti za uporabnike s potrebo po dolgotrajni oskrbi, kako se dejavnosti imenujejo, ali so individualne ali skupinske, število ur in dni na teden, ko so na razpolago. Navaja se tudi, ali ima ta dejavnost namenski proračun in drugo okolje (različno od lokacije storitve), in ali jo je odobril ustrezen organ.

PROGRAMI UKREPANJA, KI JIH NUDI SLUŽBA. Opiše se, ali služba nudi specifične programe za osebe s potrebo po dolgotrajni oskrbi, urnik razpoložljivosti (ure in dneve na teden), dolžino in ali jih je odobril ustrezen organ ali ne.

OSTALE SPECIFIČNE DEJAVNOSTI

Zabeleži se, ali obstaja kakšna specifična dejavnost za uporabnike s potrebo po dolgotrajni oskrbi, pri čemer se izključi prevoz in obroke.

10. OSEBJE

Navede se koda iz Mednarodne standardne klasifikacije poklicev (ISCO-08 - International Standard Classification of Occupations)

<http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco/index.htm>

Navedite se dejanski poklic osebja, ne njihovega študijskega usposabljanja in/ali kvalifikacije.

11. ZBIRNO OBMOČJE UPORABNIKOV SLUŽBE

Navede se, če je služba na razpolago uporabnikom bodisi na občinski / državni / deželni / regionalni / nacionalni / ali drugi območni ravni (npr. območja duševnega zdravja, zdravstvene regije).

12. ZAHTEVE OB SPREJEMU

Specifični kriteriji službe za sprejem novih uporabnikov: starost, spol in tip dolgotrajne oskrbe uporabnika, ki je vanjo vključen.

13. PROFIL UPORABNIKA

Opiše se značilnosti glavnih ciljnih skupin, ki jim je storitev namenjena:

- Tip dolgotrajne oskrbe. V primerih, ko oseba izpolnjuje kriterije za več kot eno tarčno skupino (npr. starost nad 65 let in duševna motnja), jih je potrebno podrobneje razložiti.
- Starostni razpon.
- Število uporabnikov/kontaktov za vsak tip zdravstvenega stanja.

14. DELOVNI ČAS

Navede se ure in dneve ob katerih je storitev na razpolago.

15. MAKSIMALNA FREKVENCA UDELEŽBE/KONTAKTOV (maksimalna dejanska izvedba)

Navede se maksimalno število storitev oskrbe, ki se uporabniku lahko dejansko nudijo v kolikor jih potrebuje, v okviru običajnih pogojev oskrbe. Frekvenca oskrbe je lahko: dnevna (navesti ali je 1, 2 ali 3 krat na dan), tedenska (navesti ali je več ali manj kot 3 krat na teden), štirinajstdnevna ali mesečna.

16. SPECIFIČNI DATUM, KO JE BILA INFORMACIJA ZABELEŽENA

Navede se datum, ko so bili podatki pridobljeni.

17. POVEZAVE Z DRUGIMI SLUŽBAMI

Vsako skupno delo ali izmenjave osebja, ki se redno odvija z kakšno drugo službo za dolgotrajno oskrbo se mora opisati – npr. obiski hostela članov lokalne skupnosti ekipe za duševno zdravje.

18. IME OCENJEVALCA

19. OPOMBE

To zaključno poglavje daje priložnost za dokumentiranje dodatnih podrobnosti ali značilnosti evalvirane službe, ki niso bile zajete v predhodnih razdelkih orodja, in za katere ocenjevalec meni, da jih je pomembno dokumentirati.

LITERATURA

De Jong A. Development of the International Classification of Mental Health Care (ICMHC). *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2000; 405: 8-13.

European Commission. Long-Term Care in the European Union. European Commission. Employment, Social Affairs and Equal Opportunities Dg [online] 2008 April 28 [cited 2009, January the 22nd]; 46 (26). URL available from: http://ec.europa.eu/employment_social/emplweb/news/news_en.cfm?id=388.

Johnson S, Kuhlmann R and the EPCAT Group. The European Service Mapping Schedule (ESMS): development of an instrument for the description and classification of mental health services. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102 (Suppl. 405): 14-23.

OECD. The OECD Health Project: Long Term Care for Older People. Paris: OECD Publishing; 2005.

Office of Disability, Aging, and Long-Term Care Policy. Glossary of Terms. United States. Department of Health & Human Services [on line] 12 November 2003 [cited 2009, January the 18th] URL available from: <http://aspe.hhs.gov/daltcp/diction.shtml>.

Salvador-Carulla L. Descripción estandarizada de los servicios de discapacidad para ancianos en España. IMSERSO [en línea] 12/07/2005 [cited 2009, January the 18th]: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-estudiosidi-24.pdf>.

Salvador-Carulla L, Poole M, González-Caballero JL, Romero C, Salinas JA, Lagares-Franco CM, for RIRAG/PSICOST Group and DESDE Consensus Panel. Development and usefulness of an instrument for the standard description and comparison of services for disabilities (DESDE). *Acta Psychiatr Scand*. 2006; 114 (Supp.432): 19–28.

Tansella M, Thornicroft G. A conceptual framework for mental health services: the matrix model. *Psychol Med* 1998; 28: 503-508.

World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth edition ICD-10. Who Library Cataloguing-in-Publication Data. Geneva, 2004.