

RAZMERE V PATRONAŽNEM VARSTVU SLOVENIJE IN PREDLOGI ZA SPREMEMBE

Pripravila: Darinka Zavrl Džananović

Ljubljana, 2016

VSEBINA

1. NAJPOGOSTEJŠE UGOTOVITVE OPRAVLJENIH ANALIZ.....	3
2. DILEME, KI SE OB TEM PORAJAJO	5
3. PRIPOROČILA PATRONAŽNI STROKI	6
3.1. ZASTOPANOST IZVAJALCEV PATRONAŽNE ZDRAVSTVENE NEGE PO POKLICNI SKUPINI.....	6
3.2. DELITVE DELA PO POKLICNI SKUPINI IN PO POKLICNIH KOMPETENCAH	7
3.3. POENOTENJE OBRAVNAV V PATRONAŽNEM VARSTVU SLOVENIJE	8
3.4. DOLOČITEV ENOTNIH KAZALNIKOV KAKOVOSTI V PATRONAŽNEM VARSTVU SLOVENIJE	9
3.5. VSEBINSKA PRENOVA ZBIRKE PODATKOV O PATRONAŽNI ZDRAVSTVENI NEGI	9
3.6. UZAKONITEV TERITORIALNE OPREDELJENOSTI V PATRONAŽNEM VARSTVU	10
3.7. IZOBRAŽEVANJE ZAPOSLENIH V PATRONAŽNEM VARSTVU.....	10
3.8. SPREMLJANJE ZDRAVSTVENO STATISTIČNIH PODATKOV.....	10
ZAKLJUČEK.....	11

PATRONAŽNO ZDRAVSTVENO VARSTVO SLOVENIJE IN PREDLOGI ZA SPREMEMBE

V letu 2015 sta bili na NIJZ narejeni dve analizi iz področja patronažnega varstva. Poglavitne ugotovitve opravljenih analiz, petnajstletne primerjalne analize o delu patronažnih služb (1999-2013) in analize o kadrovski zasedenosti v patronažnem varstvu Slovenije leta 2014, se med seboj dopolnjujejo in potrjujejo (<http://www.nijz.si/sl/publikacije/patronazna-dejavnost-v-obdobju-od-1999-do-2013>, <http://www.nijz.si/sl/publikacije/zaposleni-v-patronaznem-varstvu-slovenije-leta-2014>). Ugotovitve kažejo, da imamo v Sloveniji neenotno in neenako patronažno zdravstveno nego in opozarjajo na velik razkorak med teoretičnimi smernicami patronažnega varstva ter razmerami v praksi. Prav slednje terja, da se patronažna stroka odzove, da preuči neskladja in ustrezno ukrepa. Potreben je sistematičen pristop in sodelovanje širše strokovne javnosti.

1. NAJPOGOSTEJŠE UGOTOVITVE OPRAVLJENIH ANALIZ

- 1.1. Regijska različnost je skupna in pomembna ugotovitev, ki hkrati dokazuje, da imamo v državi zelo različno organizirano in kadrovsko pokrito patronažno varstvo. Ugotovili smo, da obstajajo velike razlike v številu in kadrovski strukturi zaposlenih v patronažni dejavnosti. Patronažno zdravstveno nego izvaja različna paleta predstavnikov posameznih poklicnih skupin, kar že samo po sebi nakazuje, da gre tudi za razlike v vsebini in organizaciji dela. Ocenjujemo, da se ta ugotovitev navezuje na velike razlike v deležu preventivne oziroma kurativne dejavnosti po posameznih patronažnih varstvih in na velika odstopanja v številu obiskov na prebivalca po geografskih območjih.
- 1.2. Izrazito pomanjkanje zdravstvenih tehnikov je druga in pomembna ugotovitev obeh opravljenih analiz. Zaposlovanje zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti Slovenije je zelo različno, podatki kažejo, da obstajajo regije, kjer se zdravstvenih tehnikov v preteklosti niti ni zaposlovalo (ZR Koroška, Gorenjska, Nova Gorica, Novo mesto). Nasprotno pa imamo tudi patronažne dejavnosti, kjer so zdravstveni tehniki številčneje zastopani kot diplomirane medicinske sestre.
- 1.3. Razmerje med diplomiranimi medicinskimi sestrami in zdravstvenimi tehniki je v povprečju 5:1 v prid diplomiranih medicinskih sester, namesto 2:1 kot predvideva strokovni normativ. Petnajstletna analiza kaže na konstantno zmanjševanje števila

zaposlenih zdravstvenih tehnikov in povečevanje števila diplomiranih medicinskih sester. V opazovanem obdobju se je kadrovalo izključno diplomirane medicinske sestre, ki v povprečju predstavljajo dobrih 83% vseh zaposlenih.

1.4. Trenutna zastopanost diplomiranih medicinskih sester v patronažnem varstvu Slovenije je v povprečju zelo blizu strokovnemu normativu, čeprav so izrazite razlike po statističnih regijah.

1.5. Petnajstletna analiza je pokazala, da je med obravnavanimi pacienti v patronažni dejavnosti zelo visok delež starostnikov. Te ugotovitve smo v analizi o kadrovske zasedenosti dopolnili s podatki o starostni strukturi prebivalcev po občini bivanja. Rezultati kažejo na teritorialne razlike v deležu najstarejših prebivalcev. Ocenjujemo, da povečevanje števila starejših pacientov posredno spreminja vsebino patronažne zdravstvene nege, ker se le ta prilagaja njihovim, specifičnim potrebam. Hkrati se soočamo z vesplošnim trendom po zagotavljanju dolgotrajne zdravstvene nege in oskrbe kot tudi paliativne zdravstvene nege na domu.

1.6. Kljub povečanju števila obiskov (+11%) v patronažni dejavnosti, le ti niso rastle sorazmerno s kadrovske rastjo (+19%). To posredno potrjuje ugotovitev, da večje število zaposlenih v patronažnem varstvu Slovenije opravi manj obiskov kot pred petnajstimi leti. Vse od leta 1999 beležimo upad deleža preventivne dejavnosti, kljub številčno okrepljeni poklicni skupini diplomiranih medicinskih sester, ki predstavljajo pretežni del zaposlenih v patronažni dejavnosti.

1.7. Ocenjujemo, da so velike razlike, ki so razvidne iz ugotovitev opravljenih analiz, tudi odraz vodenja in organizacije dela. Zato je potrebno, da stroka pripravi enoten nabor potrebnih znanj, veščin in zadožitvev predvsem za vodje patronažnih dejavnosti, kot tudi za vse ostale izvajalce patronažne zdravstvene nege.

1.8. Rezultati kažejo, da od leta 2006, ko so bile oblikovane strokovne smernice za prilagajanje novonastalim spremembam, se vodstvo patronažne stroke ni odzivalo na slabe zdravstveno statistične kazalnike, ni ukrepalo in aktivno pristopilo k izvajanju ukrepov za obvladovanje novonastalih potreb. Spremenila se ni niti politika kadrovanja, zaposlovalo se je predvsem diplomirane medicinske sestre.

2. DILEME, KI SE OB TEM PORAJAJO

Nekatere ugotovitve so diametralno nasprotno teoretičnim smernicam patronažne stroke, zato se ob tem spontano porajajo vprašanja in pomisleki. Na primer:

- katerim poklicnim skupinam dati prednost pri zaposlovanju, saj delež obiskov v patronažni dejavnosti, ki jih izvaja lahko le diplomirana medicinska sestra, to so vsi prvi kurativni obiski in vsi preventivni obiski, znaša v povprečju zgolj 25%,
- kljub kadrovske krepitvi poklicne skupine diplomiranih medicinskih sester, se število preventivnih obiskov v patronažnem varstvu ni povečalo, nasprotno, delež preventivne dejavnosti se, po podatkih, ki jih spremljamo na nacionalnem nivoju, vsako leto znižuje,
- kljub povečanju števila zaposlenih je število obiskov na zaposlenega manjše kot pred 15 leti. Opaziti je, da število prvih kurativnih obiskov po letu 2010 ne narašča več.
- glede na kadrovske normativ je v letu 2014 v patronažnem varstvu Slovenije primanjkovalo 150 diplomiranih medicinskih sester in 269 tehnikov zdravstvene nege: Postavlja se vprašanje, kaj bi pomenila dodatna zaposlitev 419 oseb glede na trenutne razmere v patronažnem varstvu Slovenije. Potrebno je poudariti, da je v dokumentih za patronažno varstvo predviden za izvajanje dolgotrajne zdravstvene nege tudi bolničar negovalec, kar bi za patronažno varstvo pomenilo še dodatnih 412 oseb.
- sprašujemo se, zakaj je prišlo do tako velikega razhajanja med negovalnim timom v praksi (1ZT/5DMS) in negovalnim timom, kot je opisan v strokovnih smernicah (1ZT/2DMS: Resolucija 2008 do 2013, Strategija 2010 do 2020),
- glede na evidentno povečevanje starejših pacientov v patronažni dejavnosti in dinamiko staranja ter naraščanja števila ljudi s kroničnimi obolenji oziroma stanji, se povečuje tudi potreba po osnovni zdravstveni negi na domu, zato se sprašujemo o ustreznosti kadrovskega normativa (1ZT/5000 prebivalcev in 1DMS/2500 prebivalcev),
- soočamo se z naraščanjem dolgoživosti prebivalcev, ob tem pa ugotavljamo, da temu ne ustrežata trenutna kadrovska zasedenost in organizacija dela, stroka nima izdelane razdelitve del in nalog po poklicni skupini v patronažnem varstvu,
- prav tako se poraja vprašanje glede obvladovanja vse večjih potreb po dolgotrajni in paliativni zdravstveni negi na domu v sklopu patronažnega varstva,
- na osnovi ugotovitev petnajstletne primerjalne analize se postavlja tudi vprašanje ali je model tako imenovane "polivalentne" patronažne dejavnosti res učinkovit in ustrezen, saj diplomiranim medicinskim sestram, ki predstavljajo večinski delež med

zaposlenimi, ni uspelo obdržati preventivne dejavnosti na nivoju kot ga patronažna stroka zagovarja.

3. PRIPOROČILA PATRONAŽNI STROKI

Več kot očitno je, da je med teoretičnimi smernicami patronažnega varstva in prakso velik razkorak, saj smo priča nasprotujočim se dejstvom. Naj omenimo, da je v dokumentih, ki opisujejo delovanje patronažnega varstva, za izvajanje dolgotrajne zdravstvene nege in oskrbe na domu, predviden poleg zdravstvenega tehnika tudi bolničar negovalec (Resolucija 2008 do 2013, Strategija 2010 do 2020). Enostransko kadrovanje in krepitev zgolj poklicne skupine diplomiranih medicinskih sester v patronažnem varstvu, se je izkazalo za neučinkovito. Zato je nujno, da stroka zavzame jasno stališče glede zaposlovanja zdravstvenih tehnikov in bolničarjev negovalcev v patronažnem varstvu.

Neugodni rezultati in spremenjene razmere s katerimi se v praksi soočamo, terjajo, da se stroka ponovno in temeljito loti kadrovske strukture izvajalcev patronažne zdravstvene nege. Prav tako je potrebno ponovno opredeliti področja delovanja v patronažnem varstvu in naloge diplomirane medicinske sestre. Ne smemo prezreti, da poleg patronažne medicinske sestre na pacientov dom vse pogosteje vstopajo tudi drugi predstavniki strokovnih področij zdravstvene nege (paliativna zdravstvena nega, onkološka zdravstvena nega, psihiatrična zdravstvena nega, enterostomalna zdravstvena nega, babiška zdravstvena nega, nega pulmološkega bolnika, ..). Priporočamo, da stroka ponovno prouči obstoječe teoretične smernice v patronažnem varstvu in se po strokovni doktrini opredeli glede:

- strukture izvajalcev patronažne zdravstvene nege po poklicni skupini,
- delitve dela po poklicnih kompetencah,
- oblikovanja standardov obravnav in postopkov v patronažnem varstvu,
- poenotenja patronažne zdravstvene nege,
- posodobitve dokumentiranja in vsebinskega nabora podatkov zbirke o patronažni zdravstveni negi.

3.1. ZASTOPANOST IZVAJALCEV PATRONAŽNE ZDRAVSTVENE NEGE PO POKLICNI SKUPINI

V patronažnem varstvu Slovenije trenutno izvaja patronažno zdravstveno nego deset različnih poklicnih skupin. Smatramo, da sta neenotnost in neenakost v patronažni zdravstveni negi delno tudi posledica pestre strukture zaposlenih. Zato predlagamo, da

stroka ponovno preuči negovalni tim in se opredeli glede strukture zaposlenih v patronažnem varstvu. Stroka naj:

- ponovno preuči in po strokovni doktrini opredeli sestavo negovalnega tima po poklicni skupini,
- stroka naj čim prej pripravi nabor aktivnosti – storitev po poklicni skupini,
- ponovno je potrebno je določiti razmerja med posameznimi poklicnimi skupinami,
- kadrovska krepitev naj se izvaja postopno, upoštevajoč trenutne kadrovske razmere,
- prednostno naj se zaposluje predstavnike deficitarnih poklicnih skupin ob upoštevanju vseh ostalih kriterijev,
- potrebno je doreči vlogo in zadolžitve odgovorne patronažne medicinske sestre.

Strokovni normativ naj temelji na argumentih, dejanskih potrebah in realnih razmerah. Vsekakor je potrebno upoštevati tudi vizijo razvoja patronažnega varstva. Za opredelitev negovalnega tima in za načrtovanje zaposlovanja so ključnega pomena tudi podatki o vrsti negovalne problematike, s katero se srečujejo izvajalke patronažne zdravstvene nege na domu. Za oblikovanje negovalnega tima so prav tako pomembne informacija o vrsti zdravstvenih storitev in o tem, kakšna je funkcionalna neodvisnost obravnavanih pacientov. Na osnovi ugotovitev predlagamo, da se ponovno preuči in določi število prebivalcev na člana negovalnega tima po poklicni skupini. Na nivoju države je potrebno določiti kriterije in pogoje za delo v patronažnem varstvu (izobrazba, dodatna znanja, delovne izkušnje). Zaposlovanje naj se izvaja načrtovano in argumentirano ob upoštevanju vseh navedenih kriterijev. Izvaja naj se postopno s prioriteto zaposlovanja deficitarnih poklicnih skupin.

3.1. DELITVE DELA PO POKLICNI SKUPINI IN PO POKLICNIH KOMPETENCAH

Za učinkovito reševanje razmer v patronažnem varstvu je eden pomembnejših ukrepov vertikalna delitev dela med zaposlenimi, ki bo pripomogla k povečanju obsega preventivne dejavnosti. Za preventivne aktivnosti je neobhodno potrebno izdelati plan preventivnih aktivnosti. Ob zaključku leta je obvezna evalvacija izvedenega plana, s sanacijo in nadaljnjim načrtovanjem. Z vertikalno delitvijo dela bo omogočeno vključevanje dolgotrajne in paliativne zdravstvene nege v patronažno dejavnost.

Za izvedbo vertikalne delitve dela mora patronažna stroka nujno pripraviti nabor aktivnosti in storitev po poklicni skupini, šele nato bo možna realizacija v praksi.

3.2. POENOTENJE OBRAVNAV V PATRONAŽNEM VARSTVU SLOVENIJE

V patronažnem varstvu Slovenije ni enotnih standardov za izvajanje patronažne zdravstvene nege. Na problem smo opozorili v sklopu prenove zajema podatkov za Zbirko podatkov o patronažni zdravstveni negi. Prav tako smo izpostavili problem neenotnega opredeljevanja ocene funkcionalne neodvisnosti pacienta, ki se v praksi izvaja na osnovi subjektivne ocene, brez rabe standardizirane lestvice. Prav tako smo opozorili na preohlapno oziroma zgolj subjektivno oceno kategoriziranja v patronažni zdravstveni negi..

Dokumentiranje v patronažni zdravstveni negi, opredelitev negovalnega problema, vrste zdravstvenih storitev, ocenjevanje pacientovega stanja, kategoriziranje itd. naj se izvajajo po enotnih, objektivnih kriterijih. Za objektivno ocenjevanje pacientove samooskrbe oziroma funkcionalne neodvisnosti, je potrebno, da stroka določi standardizirano lestvico za oceno funkcionalne neodvisnosti.

Raba standardizirane lestvice je v patronažni dejavnosti več namenska, predvsem pa nujno potrebna za verodostojno:

- opredelitev negovalnega problema,
- opredelitev stopnje zahtevnosti obravnave,
- oceno dolgotrajne zdravstvene nege.

Izbor in opredelitev standardizirane lestvice za oceno stopnje funkcionalne neodvisnosti za področje patronažnega varstva je nujen. Samo na ta način bodo podatki o opredelitvi negovalnega problema, stopnje zahtevnosti obravnave in oceni dolgotrajne zdravstvene nege, verodostojni in uporabni. Raba standardizirane lestvice v praksi terja izobraževanje patronažnih medicinskih sester (učne delavnice).

Prav tako je potrebno objektivizirati kriterije za določitev zahtevnosti posamezne obravnave v patronažni dejavnosti. Obstoječe kriterije je potrebno ponovno preučiti in jim zagotoviti transparentnost in enotnost. Določitev funkcionalne neodvisnosti na osnovi subjektivne ocene kot na primer:

pacient je delno samostojen, pacient potrebuje celotno pomoč, podporo opazovanje in nadzor ali pa pacient potrebuje stalno pomoč, podporo, opazovanje in nadzor, ne zagotavlja in ne omogoča enotne ocene. Da gre za velika razhajanja v postavljanju in opredeljevanju funkcionalne neodvisnosti v praksi, je bilo ugotovljeno s primerjanjem podatkov o kategoriziranju, ki so ga izvedle patronažne medicinske sestre. Zato je nujno, da se stroka opredeli glede izbora standardizirane lestvice ocene funkcionalne neodvisnosti posameznika kot tudi družine. Izbor in natančna opredelitev kriterijev za vsako kategorijo posebej, je nujen. Postopek kategoriziranja naj bo sestavni del obveznega izobraževanja vseh patronažnih

medicinskih sester. Izobraževanje patronažnih medicinskih sester mora biti izvedeno v sklopu učnih delavnic. Beleženje in zbiranje podatkov o stopnji zahtevnosti obravnave, ki so pridobljeni na podlagi subjektivne ocene, je nesmiselno, časovno potratno in neracionalno.

3.3. DOLOČITEV ENOTNIH KAZALNIKOV KAKOVOSTI V PATRONAŽNEM VARSTVU SLOVENIJE

Strokovni razvoj, dvig kvalitete dela in zmanjšanje razlik v izvajanju patronažne zdravstvene nege bo možen le s spremljanjem enotnih kazalnikov kakovosti. Trenutno se v slovenskem patronažnem varstvu beležijo in spremljajo »vsebinsko različni kazalniki kakovosti«. Ob dejstvu, da se v slovenskem prostoru srečujemo z neenotno in neenako patronažno zdravstveno nego, je to nedopustno in terja čim hitrejše ukrepanje.

3.4. VSEBINSKA PRENOVA ZBIRKE PODATKOV O PATRONAŽNI ZDRAVSTVENI NEGI

Na NIJZ poteka prenova zajema in spremljanja podatkov za Zbirko podatkov o patronažni zdravstveni negi. Vsebinski koncept zbirke je bil pripravljen že leta 2009, leta 2010 enoglasno potrjen s strani RSKZN in IO sekcije za patronažo.

Prenova vključuje aktivno sodelovanje stroke v pripravi metodoloških navodil in pri izvedbi pilotne študije (izobraževanje, evaluacija, ukrepanje). Posodobitev Evidence o patronažni zdravstveni negi temelji na procesni metodi dela in bo zagotovila vpogled v vsebino dela patronažne zdravstvene nege. Transparentnost bo dosežena z opredelitvijo negovalnega problema, naborom opravljenih storitev in z oceno zahtevnosti obravnave posameznega pacienta. Prenovljena zbirka bo omogočila vpogled v aktivnosti patronažne medicinske sestre v sklopu obravnave družine in v lokalni skupnosti.

V procesu prenove zajema in spremljanja podatkov o aktivnostih v patronažni zdravstveni negi smo naleteli na številne pomanjkljivosti, ki zavirajo razvoj stroke in jih je potrebno čim prej odpraviti. Patronažna stroka nima izdelanega:

- nabora aktivnosti po poklicni skupini v patronažni zdravstveni negi,
- nabora standardov obravnav v patronažni zdravstveni negi,
- dokončanega nabora storitev v patronažni zdravstveni negi,
- enotnega načina kategoriziranja v patronažni zdravstveni negi,

- ni opredeljena standardizirana lestvica za oceno funkcionalne neodvisnosti pacienta, družine,
- enotnega nabora kazalnikov kakovosti.

Odprava navedenih pomanjkljivosti bo doprinesla k dvigu kvalitete dela patronažnih medicinskih sester in večji uporabnosti zbranih podatkov. Samo na ta način bo možen strokovni razvoj in zmanjšanje razlik v patronažnem varstvu Slovenije.

3.5. UZAKONITEV TERITORIALNE OPREDELJENOSTI V PATRONAŽNEM VARSTVU

V praksi smo priča sporadičnim primerom, kjer se brez terenske opredelitve, v sklopu drugih zdravstvenih dejavnosti, izvaja zdravstvena nega na domu in se poroča kot patronažna zdravstvena nega. Zato predlagamo, da patronažna stroka pripravi predlog glede uzakonitve geografske opredeljenosti za področje patronažne dejavnosti..

3.6. IZOBRAŽEVANJE ZAPOSLENIH V PATRONAŽNEM VARSTVU

Vsebina patronažne zdravstvene nege se neprestano spreminja, zato je kontinuirano izobraževanje zaposlenih nujno. Poleg tega mora patronažna stroka določiti vsebino in področje nujno potrebnih specialnih znanj. Ponovno je potrebno vpeljati klinično specializacijo iz patronažne zdravstvene nege. Odgovorne patronažne medicinske sestre pa morajo sistemsko zagotoviti pravočasno usposabljanje novih kadrov v patronažnem varstvu.

3.8. SPREMLJANJE ZDRAVSTVENO STATISTIČNIH PODATKOV

Za planiranje in delovanje patronažne dejavnosti je nujno potrebno redno spremljanje in preverjanje zdravstveno statističnih kazalnikov in demografskih podatkov. Le ti so podlaga za načrtovanje kadrovanja in planiranja preventivnih aktivnosti.

Z naraščanjem starejše populacije se spreminja tudi patologija prebivalstva. Povečuje se število kroničnih obolenj in stanj, potrebe po zdravstveni negi na domu se spreminjajo. Vsi opisani dejavniki vplivajo in neposredno spreminjajo vsebino patronažne zdravstvene nege. Ob dejstvu, da dolgoživost še ni dosegla vrha in se »boom starostnikov« šele pričakuje, je za

stroko zelo pomembno poznavanje starostne strukture prebivalcev posameznega geografskega območja.

Da bi se razmere čim hitreje in čim bolj učinkovito sanirale, predlagamo, da se po 5 letih ponovi posnetek kadrovske mreže in se ugotovitve dopolni s podatki prenovljene zbirke o patronažni zdravstveni negi. Predvidevamo, da bomo z vsebinsko prenovo zbirke o patronažni zdravstveni negi pridobili podatke o obremenjenosti patronažnih medicinskih sester, ki so ključnega pomena za dopolnitev strokovnih izhodišč in za izračun projekcije potreb po kadru.

Predlagamo, da se v sklopu patronažnega varstva vzpostavi sistem obveščanja, tako, da bo z novostmi, odločitvami in s sprejetimi sklepi stroke seznanjena vsaka izvajalka patronažne dejavnosti. V tem okviru se pričakuje proaktivno delovanje Zbornice-Zveze in IO sekcije.

Predlagamo, da stroka pripravi akcijski načrt delovanja v izrednih razmerah. Multidisciplinarno delovanje patronažne medicinske sestre terja, da stroka na nivoju države določi smernice v primeru izrednih razmer. V preteklosti smo že bili priča vremenskim ujmam, s katerimi se bomo po ocenah strokovnjakov v prihodnosti še srečevali. Tudi begunski krizi še ni videti konca. Pred časom (ob naravni katastrofi, ko je Slovenijo prizadel žled), smo predsednico IO sekcije že pozvali, da za primer izrednih razmer, pripravi navodila o aktivnostih in delovanju patronažnih medicinskih sester.

ZAKLJUČEK

Razmere v patronažnem varstvu Slovenije niso od včeraj, saj so opisane ugotovitve rezultat petnajstletnega delovanja patronažne dejavnosti in kadrovanja v preteklosti. Ne nazadnje so zdravstveno statistični podatki o delu patronažnih služb letno objavljeni v zdravstveno statističnem letopisu NIJZ. Na odstopanja kazalnikov in zbranih statističnih podatkov v daljšem časovnem obdobju smo stroko tudi večkrat opozarjali.

Ker je primarno vodilo patronažnega varstva »še posebna skrb do ranljivih predstavnikov družbe«, med katere starostnik vsekakor sodi, se dejstva, da so med obravnavanimi pacienti v patronažni dejavnosti starostniki najpogostejša zastopani, nikakor ne sme prezreti. Zato je nujno, da se na hitro dinamiko staranja prebivalstva patronažna stroka odzove. S predlaganimi ukrepi bo možno lažje in hitreje izpeljati potrebne spremembe in hkrati zagotoviti strokovno rast patronažnega varstva.