

Pregledni znanstveni članek/Review article

Izzivi pri opravljanju dolgotrajne oskrbe starejših oseb: vidik izvajalcev formalne in neformalne oskrbe: sistematični pregled literature

Challenges in providing long-term care for older people: The perspective of formal and informal care providers: A systematic review

Mateja Lorber¹, Sergej Kmetec¹, Stella Sekulić-Kelhar², Jožica Černe Kolarič^{1, *}

Ključne besede: staranje; oskrbovalci; dolgotrajna oskrba; zagotavljanje zdravstvene oskrbe; krhkost

Key words: aging; caregivers; long-term care; delivery of health care; frailty

¹ Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, Žitna ulica 15, 2000 Maribor, Slovenija

² Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva cesta 2, 1000 Ljubljana, Slovenija

* Corresponding author/
Korespondenčni avtor:
jozica.cerne1@um.si

IZVLEČEK

Uvod: Staranje prebivalstva in krhkost povečujeta potrebo po dolgotrajni oskrbi ter obremenjujeta zdravstvene in socialne sisteme. Namen pregleda je opredeliti izzive dolgotrajne oskrbe starejših oseb z vidika izvajalcev formalne (zdravstveno osebje) in neformalne oskrbe.

Metode: Izveden je bil sistematični pregled po priporočilih PRISMA. Iskanje je potekalo v bazah CINAHL Ultimate, MEDLINE, SAGE in Web of Science od začetka indeksiranja do marca 2025, brez omejitve leta objave; vključeni so bili izvirni članki v angleščini. Kakovost je bila ocenjena z orodjem JBI, raven dokazov pa razvrščena po Politu in Becku. Podatki so bili analizirani z narativno sintezo po Popayu et al. (kodiranje ugotovitev, tematsko združevanje, primerjava med raziskavami).

Rezultati: Identificirana sta bila 1802 zadetka; po odstranitvi 133 duplikatov je bilo pregledanih 1669 naslovov oziroma povzetkov in 43 celotnih besedil. Vključenih je bilo šest raziskav (pet kvalitativnih – raven 7; ena kvantitativna – raven 4). Ključne teme: nejasne oziroma nasprotujoče si smernice, vrzeli v koordinaciji in prehodih oskrbe, komunikacijske pomanjkljivosti ter visoka čustvena obremenitev neformalnih oskrbovalcev.

Diskusija in zaključek: Potrebni so integrirani modeli oskrbe, izvedljive smernice ter strukturirana podpora neformalnim oskrbovalcem, posebej v prehodu iz bolnišnice na dom.

ABSTRACT

Introduction: An ageing population and increasing frailty are heightening the demand for long-term care, placing additional pressure on health and social systems. The aim of this review was to identify the challenges of long-term care for older people from the perspectives of both formal (healthcare professionals) and informal care providers.

Methods: We conducted a systematic review following the PRISMA guidelines. The literature search was carried out in the CINAHL Ultimate, MEDLINE, SAGE, and Web of Science databases from their inception to March 2025; only original articles in English were included. Quality was assessed using the JBI tool and classified by level of evidence according to Polit and Beck. Data analysis was conducted using narrative synthesis following Popay et al., encompassing the coding of findings, thematic grouping, and comparison between studies.

Results: The search identified 1,802 records; after removing 133 duplicates, 1,669 titles and abstracts and 43 full texts were screened. Six studies were included in the systematic review: five qualitative (level 7), and one quantitative (level 4). The analysis revealed the following key themes: unclear or conflicting guidelines, gaps in coordination and care transitions, communication deficiencies, and a high emotional burden on informal caregivers.

Discussion and conclusion: The findings highlight the need for integrated care models, practical guidelines, and structured support for informal caregivers, particularly during the transition from hospital to home.



Prejeto/Received: 18. 7. 2025
Sprejeto/Accepted: 25. 5. 2026

© 2026 Avtorji/The Authors. Izdaja Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije./Published by Nurses and Midwives Association of Slovenia. To je članek z odprtim dostopom z licenco CC BY-NC-ND 4.0./This is an open access article under the CC BY-NC-ND 4.0 license.

Uvod

Staranje prebivalstva je globalni pojav, za katerega je značilno naraščajoče razmerje starejših oseb (65 let in več) v primerjavi z drugimi starostnimi skupinami. Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije (World Health Organization [WHO], 2022) naj bi do leta 2050 starejši od 65 let predstavljali približno 16 % svetovnega prebivalstva, kar pomeni skoraj 1,5 milijarde ljudi. Ta globalni pojav predstavlja pomemben izziv za zdravstvene in socialne sisteme, saj starajoča se populacija pogosteje živi z različnimi kroničnimi boleznimi, starostnimi spremembami in/ali invalidnostjo, kar pogosto vodi v potrebo po dolgotrajni oskrbi.

Zaradi povečanega povpraševanja po dolgotrajni oskrbi naraščajo tudi finančni in organizacijski pritiski na zdravstvene in socialne sisteme (Allen et al., 2022; Assander et al., 2022). Sočasno se povečujejo pričakovanja glede dostopnosti in kakovosti storitev dolgotrajne oskrbe (Allen et al., 2022). Eden izmed ključnih zdravstvenih problemov, povezanih s staranjem, je sindrom krhkosti, ki je povezan z večjo obolevnostjo, hospitalizacijami, institucionalizacijo, smrtnostjo ter s povečanimi stroški zdravstvenega varstva (Assander et al., 2022; Barbosa et al., 2020; Spasova et al., 2018).

Zaradi povečanega pojava sindroma krhkosti med starejšimi osebami se številne razvite države spopadajo z nujno po reformi sistemov dolgotrajne oskrbe. Te reforme vključujejo spremembe meril upravičenosti, modelov financiranja in organizacije storitev, kar vpliva na obseg in delovanje obstoječih sistemov (Spasova et al., 2018; Ofori-Asenso et al., 2019). Posledično se povečuje potreba po celovitih, na osebo osredotočenih pristopih, ki učinkovito naslavlja kompleksne potrebe starejših oseb. Dolgotrajna oskrba obsega storitve, namenjene ohranjanju zdravja, dobrega počutja in zaščite posameznika ter vključuje tako formalne kot neformalne oblike dolgotrajne oskrbe (Ahlin et al., 2014; Anderson et al., 2019; Ofori-Asenso et al., 2019). Neformalna oskrba predstavlja pomemben steber dolgotrajne oskrbe v številnih evropskih državah kot tudi po svetu. Po dostopnih podatkih Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj (OGSR) (Rocard & Llena-Nozal, 2022) v povprečju 13 % prebivalstva, starejšega od petdeset let, zagotavlja neformalno oskrbo vsaj enkrat tedensko. Delež se med državami razlikuje: v Avstriji in Belgiji presega 20 %, v Latviji znaša približno 6 %, na Slovaškem pa 3 %. Ramovš (2019) navaja, da v Sloveniji družinski in drugi izvajalci neformalne oskrbe nudijo oskrbo kar 75 % oseb, ki zaradi starostne onemoglosti, kroničnih bolezni ali invalidnosti potrebujejo oskrbo, ki je po vsebini primerljiva z vidiki dolgotrajne oskrbe. To predstavlja približno 3 % celotnega prebivalstva, medtem ko zdravstveno osebje v strokovnih programih zdravstvenega in socialnega varstva

pokriva preostalih 25 %, kar ustreza približno 1 % prebivalstva (Ramovš, 2019). Navedene razlike med zgoraj omenjenimi državami in znotraj posameznih sistemov odražajo vpliv kulturnih norm, dostopnosti formalnih storitev ter politik podpore izvajalcem neformalne oskrbe (Verbakel, 2018).

Neformalna oskrba je pogosto neplačana, poteka pretežno na domu in jo izvajajo osebe, ki imajo z oskrbovancem praviloma že obstoječ socialni odnos – najpogosteje gre za partnerje, otroke, druge sorodnike, prijatelje ali sosede (Ahlin et al., 2014; Anderson et al., 2019; Assander et al., 2022). OECD (Rocard & Llena-Nozal, 2022) opredeljuje izvajalce neformalne oskrbe kot tiste, ki vsaj eno uro tedensko nudijo pomoč pri temeljnih dnevni opravilih, medtem ko širša opredelitev vključuje tudi podporna dnevna opravila, ki jih posameznik opravlja vsakodnevno za zagotavljanje osnovnega funkcioniranja.

Hlebec et al. (2014) ugotavljajo, da družinski člani, še posebej otroci in partnerji, opravljajo večino podpornih nalog, pogosto tudi v večjem obsegu kot izvajalci formalne oskrbe, predvsem zdravstveno osebje in drugi strokovni delavci, ki so neposredno vključeni v izvajanje dolgotrajne oskrbe starejših oseb (npr. medicinske sestre, tehniki zdravstvene nege, socialni delavci in drugi strokovnjaki, ki so del multidisciplinarnih timov). Hvalič Touzery (2007) je ugotovila, da največ neformalne oskrbe nudijo hčere, sledijo partnerji in snahe. Podobne trende potrjuje tudi projekt Mapping professional home care (EURHOMAP) v Evropi, pri čemer so Genet et al. (2012) ocenili, da izvajalci neformalne oskrbe v večini držav opravijo približno 60 % vse oskrbe. Treba je poudariti, da v času nastajanja raziskave formalni sistemi dolgotrajne oskrbe v nekaterih državah še niso bili vzpostavljeni. Podatki zato odražajo predvsem razmerje med formalnimi in neformalnimi oblikami oskrbe na domu, ki jih literatura pogosto obravnava kot del dolgotrajne oskrbe, čeprav formalni okviri dolgotrajne oskrbe takrat še niso obstajali. Po podatkih poročila European Commission & Social Protection Committee (2014) je bilo izvajalcev neformalne oskrbe približno dvakrat več kot zdravstvenega osebja, kar kaže na njihovo ključno vlogo pri zagotavljanju dolgotrajne oskrbe starejših oseb.

Na življenja izvajalcev neformalne oskrbe pomembno vpliva dolgotrajna oskrba starejše osebe, saj izvajalci neformalne oskrbe pogosto doživljajo fizične in psihične obremenitve, socialno izolacijo ter omejitve v poklicnem življenju (Anderson et al., 2019; Ofori-Asenso et al., 2019; Spasova et al., 2018). Prehod iz vloge partnerja, otroka ali sorojenca v vlogo oskrbovalca lahko privede do nižje kakovosti življenja, depresije, izgorelosti in bolezni, zlasti ob pomanjkanju ustrezne podpore (Ofori-Asenso et al., 2019; Spasova et al., 2018).

Dolgotrajna oskrba, ki upošteva biološke, psihološke in socialne vidike staranja, je ključna za preprečevanje funkcionalnega upada, invalidnosti in neželenih

zdravstvenih dogodkov med hospitalizacijo in po njej (Allen et al., 2022; Assander et al., 2022; Bindels et al., 2014; Boman et al., 2019). Za učinkovito zagotavljanje kakovostne obravnave morajo biti strokovni delavci v zdravstvenem sistemu ustrezno usposobljeni za izvajanje promocije zdravja, preprečevanja bolezni, okrevanja in rehabilitacije (Allen et al., 2022; Assander et al., 2022). Sistem dolgotrajne oskrbe, kot ga določa ZDOsk-1 (Zakon o dolgotrajni oskrbi), vključuje širši nabor storitev – poleg zdravstvene oskrbe tudi pomoč pri osnovnih in podpornih dnevnih opravilih ter različne socialne storitve. Na osebo osredotočen pristop se je v obeh sistemih izkazal kot ključni element, saj prispeva k boljšim zdravstvenim izidom in večjemu zadovoljstvu tako starejših oseb kot izvajalcev dolgotrajne oskrbe (Allen et al., 2022; Bindels et al., 2014; Boman et al., 2019).

Namen in cilji

Namen pregleda je opredeliti izzive dolgotrajne oskrbe starejših oseb z vidika izvajalcev formalne (zdravstveno osebje) in neformalne oskrbe.

Metode

Metode pregleda

Izveden je bil sistematični pregled literature, ki obsega metodo analize, kompilacije, komparacije in sinteze. Pri pregledu literature smo strogo sledili smernicam The Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) (Page et al., 2021).

Za izvedbo pregleda literature smo oblikovali sistematično iskalno strategijo, ki je vključevala ključne besede v angleškem jeziku: »older people«, »care«, »challenges«, »providing«, »nurse« in »informal carers«, skupaj z njihovimi sopomenkami in Boolovimi operatorji (AND/OR). Končni iskalni niz je bil naslednji: (»older adult« OR »older people« OR »elderly« OR »geriatric« OR »older person« OR »aged«) AND (»care« OR »treatment«) AND (»challenges« OR »difficulties« OR »issues«) AND (»providing« OR »deliver« OR »provision«) AND (»nurse« OR »healthcare« OR »informal carers« OR »caregiver«).

Iskali smo zadetke v mednarodnih podatkovnih bazah CINAHL Ultimate, Medline, SAGE in Web of Science. Pri tem smo upoštevali določene iskalne omejitve; vključili smo objavljene raziskovalne članke v angleškem jeziku brez časovne omejitve, ki so se nanašali na raziskovalno tematiko. Kriteriji za vključitev v pregled literature so bili: (1) vključitev zdravstvenega osebja in/ali oskrbovalca, (2) ki nudi dolgotrajno oskrbo (3) starejšim osebam. Dodatno smo vključili članke, ki so obravnavali izzive pri nujenju dolgotrajne oskrbe. Uporabljena je bila

kvantitativna, kvalitativna ali mešana metodologija raziskovanja. Izključitveni kriteriji so bili usklajeni s kriteriji za vključitev.

Ocena kakovosti pregleda

Posamezne raziskave smo razvrstili po hierarhiji dokazov po Polit & Beck (2021), ki obsega osem ravni. Prvo raven predstavljajo sistematični pregledi in metaanalize randomiziranih raziskav, sledijo posamezne randomizirane in nerandomizirane raziskave, opazovalne raziskave, kvalitativne raziskave ter na osmi, najnižji ravni strokovna mnenja. Višja raven pomeni večjo raziskovalno relevantnost.

Za presojo metodološke kakovosti izbranih raziskav je bilo uporabljeno standardizirano orodje za kritično ocenjevanje, ki ga je razvil Joanna Briggs Institute (JBI). Ocenjevanje je bilo izvedeno v skladu z vrsto raziskave: za kvalitativne raziskave (Lockwood et al., 2015) je bilo uporabljenih deset ocenjevalnih vprašanj, za presečne deskriptivne raziskave (Moola et al., 2020) pa osem. Vsako raziskavo smo ocenili z uporabo treh možnih odgovorov: »da«, »ne« in »nejasno«. Ocenjevalna vprašanja so zajemala ključne elemente raziskovalnega procesa, kot so jasnost raziskovalne zasnove, skladnost med metodologijo in postopki zbiranja podatkov, obvladovanje motečih dejavnikov, ustrezna predstavitev udeležencev ter etični vidiki raziskave. Po zaključenem ocenjevanju smo za vsako raziskavo izračunali vsoto in odstotek vseh doseženih točk. Na podlagi priporočil avtorjev Camp & Legge (2018) smo raziskave razvrstili v štiri kakovostne kategorije: nizka kakovost (60–69 %), srednja kakovost (70–79 %), visoka kakovost (80–90 %) in odlična kakovost (več kot 90 %). Postopek ocene kakovosti sta neodvisno izvedla dva avtorja. V primeru neskladij ali nejasnosti je bil vključen tretji avtor, ki je pripomogel k razrešitvi nesoglasij in vzpostavilvi soglasja. Podrobni rezultati ocenjevanja so predstavljeni v Tabeli 1.

Opis obdelave podatkov

V tabeli 2 so predstavljene vse raziskave, ki so bile vključene v končno analizo, informacije o avtorjih, raziskovalnem pristopu, namenu in ciljih, vzorcu ter ključnih rezultatih. Pri pridobivanju in sintezi podatkov smo dosledno sledili smernicam za izvajanje narativne sinteze avtorjev Popay et al. (2005). Ta pristop je omogočil celovito razumevanje in interpretacijo ključnih vidikov, predstavljenih v raziskavah, ter identifikacijo vzorcev in povezav med njimi.

Rezultati pregleda

Iz celotnega nabora zadetkov ($n = 1802$) smo z uporabo programa za citiranje in upravljanje z referencami EndNote 20 identificirali in odstranili podvojene zapise ($n = 133$). Po tem koraku smo

preostanek zadetkov ($n = 1669$) uvozili v datoteko Excel 2016, pri čemer sta dva avtorja neodvisno pregledala naslove in povzetke. Izločila sta tiste zadetke, ki niso ustrezali vključitvenim kriterijem ($n = 1626$).

Na podlagi vključitvenih in izključitvenih kriterijev sta avtorja nato pregledala polno besedilo člankov glede na njihovo primernost ($n = 43$). Med tem postopkom sta izključila 37 člankov, ki niso ustrezali vključitvenim kriterijem. Po konzultacijah z ostalimi avtorji smo v končno analizo in sintezo vključili šest člankov, od katerih je bilo pet kvalitativne narave (Ahlin et al., 2014, Akgun-Citak et al., 2020, Allen et al., 2022, Gregory et al., 2018, Siegel et al., 2014) in eden kvantitativne narave (Norman et al., 2018). Potek pregleda literature smo podrobno predstavili v diagramu PRISMA (Page et al., 2021) (glej sliko 1).

Rezultati

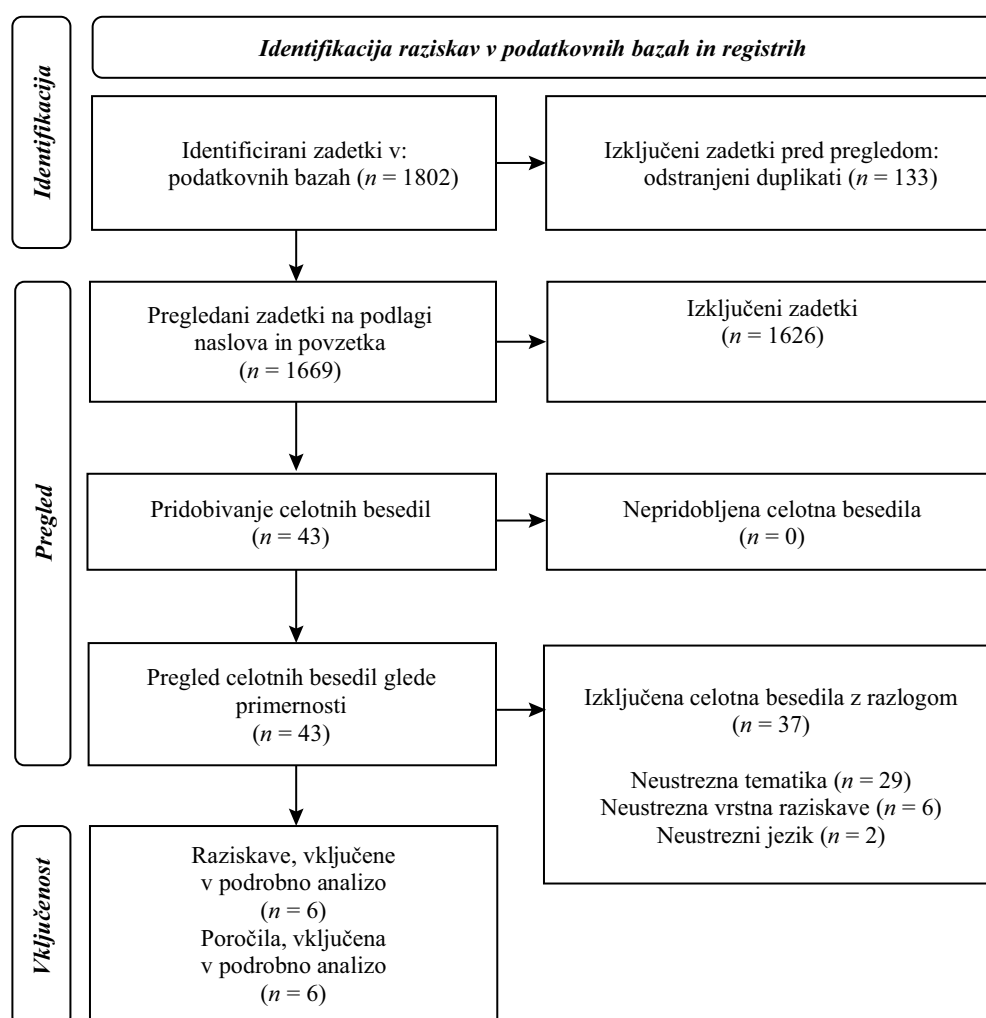
V končno analizo smo vključili šest raziskav, katerih značilnosti, metodološko kakovost in razvrstitev po

hierarhiji dokazov predstavljamo v nadaljevanju.

Glede na hierarhijo dokazov po Polit & Beck (2021) je bilo pet raziskav uvrščenih na raven sedem (Ahlin et al., 2014, Akgun-Citak et al., 2020, Allen et al., 2022, Gregory et al., 2018, Siegel et al., 2014), ena pa na raven štiri (Norman et al., 2018).

Vse raziskave so dosegle oceno 80 % (8/10 ali 6/8), kar pomeni visoko metodološko kakovost. Najpogosteje se je kot šibkost izkazalo pomanjkanje jasnosti glede umeščenosti raziskovalca v raziskovalni kontekst in glede vpliva raziskovalca na potek raziskave (tabela 1). Kljub posameznim pomanjkljivostim so vse raziskave zadostile kriterijem za vključitev.

Raziskava Norman et al. (2018) je bila izvedena v Združenih državah Amerike, medtem ko je bila raziskava Ahlin et al. (2014) izvedena na Švedskem. Raziskave Allen et al. (2022), Gregory et al. (2018) in Siegel et al. (2014) so bile izvedene v Avstraliji. Raziskava Akgun-Citak et al. (2020) pa je zajemala podatke iz Turčije, Nizozemske, Italije in Litve. Skupen vzorec, pridobljen iz šestih člankov, zajema



Slika 1: Prikaz diagrama poteka iskanja virov po priporočilih PRISMA

Tabela 1: Kritična ocena vključenih člankov

Številka vprašanja												Ocenjevana kakovost
Vključeni članek (n = 6)	Metoda	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Åhlin et al. (2014)	Kvalitativna raziskava	Y	Y	Y	Y	Y	U	N	Y	Y	Y	8/10 (80 %); Visoka kakovost
Akgun-Citak et al. (2020)	Kvalitativna raziskava	Y	Y	Y	Y	Y	N	U	Y	Y	Y	8/10 (80 %); Visoka kakovost
Allen et al. (2022)	Kvalitativna raziskava	Y	Y	Y	Y	Y	U	N	Y	Y	Y	8/10 (80 %); Visoka kakovost
Gregory et al. (2018)	Kvalitativna raziskava	Y	Y	Y	Y	Y	U	N	Y	Y	Y	8/10 (80 %) Visoka kakovost
Norman et al. (2018)	Presečna deskriptivna raziskava	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	—	—	6/8 (80 %) Visoka kakovost
Siegel et al. (2014)	Kvalitativna raziskava	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y	8/10 (80 %); Visoka kakovost

Legenda: Y – da; N – ne; U – nejasno; Presečna raziskava: 1. – Ali so bili kriteriji za vključitev v vzorec jasno opredeljeni?; 2. – Ali so bili udeleženci raziskave in okolje raziskave podrobno opisani?; 3. – Ali je bila izpostavljenost izmerjena veljavno in zanesljivo?; 4. – Ali so bili za merjenje stanja uporabljeni objektivni, standardni kriteriji?; 5. – Ali so bili moteči dejavniki prepoznani?; 6. – Ali so bile navedene strategije za obvladovanje motečih dejavnikov?; 7. – Ali so bili izidi izmerjeni veljavno in zanesljivo?; 8. – Ali je bila uporabljena ustrezna statistična analiza?; Kvalitativna raziskava: 1. – Ali obstaja skladnost med navedeno filozofsko perspektivo in raziskovalno metodologijo?; 2. – Ali obstaja skladnost med raziskovalno metodologijo in raziskovalnim vprašanjem oziroma cilji?; 3. – Ali obstaja skladnost med raziskovalno metodologijo in metodami zbiranja podatkov?; 4. – Ali obstaja skladnost med raziskovalno metodologijo ter prikazom in analizo podatkov?; 5. – Ali obstaja skladnost med raziskovalno metodologijo in interpretacijo rezultatov?; 6. – Ali obstaja izjava, ki raziskovalca umešča v kulturni ali teoretski kontekst?; 7. – Ali je naslovljen vpliv raziskovalca na raziskavo in obratno?; 8. – Ali so udeleženci in njihovi glasovi ustrezno predstavljeni?; 9. – Ali je raziskava skladna z etičnimi merili glede na trenutne standarde oziroma ali v primeru novejših študij obstaja dokaz o etičnem soglasju ustreznega organa?; 10. – Ali sklepi, navedeni v raziskovalnem poročilu, izhajajo iz analize oziroma interpretacije podatkov?

165 predstavnikov zdravstvenega osebja, sedem starejših oseb in 110 izvajalcev neformalne oskrbe. Vse vključene raziskave in njihove značilnosti so prikazane v tabeli 2.

Na podlagi narativne sinteze ugotavljamo, da so izzivi pri zagotavljanju dolgotrajne oskrbe starejših oseb odvisni od dinamičnega odnosa med izvajalci neformalne oskrbe in zdravstvenim osebjem. Ti izzivi niso le logistični ali praktični, temveč so globoko zakoreninjeni v čustvenih, institucionalnih in strukturnih pogojih, ki različno vplivajo na obe strani, vendar imajo prekrivajoče se posledice.

Izvajalci neformalne oskrbe, najpogosteje družinski člani, se spopadajo z nenehnim bremenom, ki vključuje čustvene stiske, socialno izolacijo in fizično izčrpanost. Napredovanje s starostjo povezanih bolezni, zlasti demence in kroničnih obolenj, ustvarja dolgoročne stresne dejavnike, ki pogosto spodbujajo občutek identitete in dobrega počutja starejše osebe. Čeprav je skrbstveni odnos pogosto utemeljen na ljubezni in dolžnosti, se zaplete v ponavljajoči se krog čustvene utrujenosti. To stanje še okrepi odsotnost institucionalne podpore, zaradi česar imajo starejše osebe občutek, da je njihov prispevek neviden in podcenjen (Akgun-Citak et al., 2020; Gregory et al., 2018).

Številni izvajalci neformalne oskrbe se v to vlogo podajo brez potrebnega znanja ali usposabljanja za obvladovanje vsakodnevne realnosti kompleksne dolgotrajne oskrbe. Izvajalci neformalne oskrbe se soočajo s težavami pri

aplikaciji zdravil, pomoči pri osebni higieni, podpori pri gibanju in vedenjskih potrebah. Te težave še povečuje sistem, ki ponuja omejen dostop do svetovanja in finančne pomoči. Izvajalci neformalne oskrbe pogosto ne vedo, kam se obrniti po pomoč ali kako uskladiti različne potrebe osebe, za katero skrbijo (Norman et al., 2018; Siegel et al., 2014).

Zdravstveno osebje sodeluje v dolgotrajni oskrbi, za katero so značilni časovni pritiski, cilji učinkovitosti in omejeni viri. Prehodi iz bolnišnice v domače okolje so še posebej težavni, saj so zanje pogosto značilni hiter odpust, slaba komunikacija in neustrezna priprava za življenje v domačem okolju. Zdravstveno osebje priznava, da ti procesi pogosto ne upoštevajo v celoti pripravljenosti ali zmogljivosti izvajalcev neformalne oskrbe za obvladovanje odgovornosti po odpustu starejših oseb (Allen et al., 2022; Norman et al., 2018). Tako izvajalci neformalne oskrbe kot starejše osebe so pogosto obravnavani kot pasivni prejemniki in ne kot aktivni sodelavci pri načrtovanju dolgotrajne oskrbe. Proces odločanja so običajno usmerjeni od zgoraj navzdol in jih oblikujejo institucionalne, ne pa individualne potrebe starejših oseb. To zmanjšuje zaupanje in vodi do neusklajenih pričakovanj, kar ustvarja napetosti med zdravstvenim osebjem in izvajalci neformalne oskrbe (Allen et al., 2022; Gregory et al., 2018). Zdravstveno osebje in izvajalci neformalne oskrbe ugotavljajo potrebo po bolj integriranih modelih dolgotrajne oskrbe, ki

Tabela 2: Karakteristike vključenih raziskav

<i>Avtor (leto); država</i>	<i>Namen/cilji raziskave</i>	<i>Raziskovalna metodologija</i>	<i>Vzorec</i>	<i>Glavne ugotovitve</i>
Ahlin et al. (2014) Švedska	Opisati izkušnje zdravstvenega osebja glede smernic za vsakodnevno oskrbo starejših oseb v domovih za starejše.	Kvalitativna metodologija.	$n = 12$ predstavnikov zdravstvenega osebja.	Raziskava je pokazala, da je zdravstveno osebje v domovih za starejše strokovne smernice pogosto doživljalo kot obremenjujoče in slabo povezane s prakso. Videli so jih kot vsiljene, nadzorne, premalo pojasnjene in težko izvedljive. Pogosto so jim jemale čas za neposredno oskrbo stanovalcev, nekatere pa so si celo nasprotovale, na primer smernice za ravnanje s hrano in smernice za oskrbo, osredotočeno na osebo. Po mnenju osebja številne smernice niso bile praktično uporabne, saj so oteževale delo, ne da bi izboljšale kakovost oskrbe. Pogosto so se znašli v dilemi, ker je bilo upoštevanje smernic v nasprotju s potrebami starejših oseb, zato so se morali zanašati na lastno presojo. To je povzročalo moralni stres, izčrpanost, pri nekaterih tudi izgorelost. Kljub temu je zdravstveno osebje pred strogim formalnim upoštevanjem smernic dosledno dajalo prednost potrebam starejših. Njihova izkušnja je bila, da morajo kakovostno oskrbo zagotavljati ob hkratnem soočanju z zapletenimi, včasih protislovnimi in nepraktičnimi strokovnimi priporočili.
Akgun-Citak et al. (2020) Turčija, Nizozemska, Italija in Litva	Raziskati izkušnje in potrebe izvajalcev neformalne oskrbe v Turčiji, Nizozemski, Italiji in Litvi.	Kvalitativna metodologija.	$n = 72$ izvajalcev neformalne oskrbe (od tega 16 iz Italije, 12 iz Litve, 20 iz Nizozemske in 24 iz Turčije).	Raziskava je pokazala, da se izvajalci neformalne oskrbe starejših oseb s kroničnimi boleznimi v Italiji, Litvi, na Nizozemskem in v Turčiji soočajo z dvema ključnima sklopoma izzivov: z zahtevami same oskrbe in z lastnimi osebnimi potrebami. Med najpogostejšimi težavami so navajali fizično zahtevne naloge oskrbe, obvladovanje vedenjskih in psiholoških simptomov ter soočanje z žalovanjem in izgubo. Ti izzivi so pogosto vodili v čustvene obremenitve, kot so krivda, jeza, žalost in izgorelost, ter pomembno vplivali na njihov življenjski slog, spanje, družabno življenje in družinske odnose. Vsi oskrbovalci so poročali tudi o težavah pri ohranjanju lastnega dobrega počutja, predvsem zaradi čustvene izčrpanosti in pomanjkanja časa zase. V vseh državah se je pokazala stalna potreba po psihološki podpori, krepitevi komunikacijskih spretnosti, zlasti pri oskrbi oseb z demenco, podpori pri nalogah dolgotrajne oskrbe ter prilagoditvah domačega okolja, kot so pomoč pri higieni, preprečevanje padcev in uporaba pripomočkov.
Allen et al. (2022) Avstralija	Raziskati potrebe izvajalcev neformalne oskrbe med prehodom starejših oseb iz bolnišnične v domačo oskrbo.	Kvalitativna metodologija.	$n = 30$ izvajalcev neformalne oskrbe in 30 predstavnikov zdravstvenega osebja.	Izvajalci neformalne oskrbe so poudarili čustvene in logistične izzive ohranjanja družinskih vlog ob prevzemanju skrbstvenih dolžnosti, zlasti v stresnih obdobjih odpusta iz bolnišnice. Pojavilo se je pet ključnih tem podpore: vključevanje izvajalcev neformalne oskrbe v sprejemanje odločitev, dostop do usklajene multidisciplinarne oskrbe, zagotavljanje ustreznega časa odpusta in načrtov oskrbe, ustrezno izobraževanje o zagotavljanju dolgotrajne oskrbe ter dostop do nadaljnjih storitev v skupnosti in pomoč pri navigaciji. Ovire so vključevale premajhno vključenost v načrtovanje odpusta, slabo komunikacijo, neusklajeno nadaljnjo oskrbo v domačem okolju in nezadostno pripravo na dolgotrajno oskrbo, kar je včasih vodilo do ponovnih sprejemov. Zdravstveno osebje se je zavedalo potrebe po vključevanju izvajalcev neformalne oskrbe, vendar so se spopadali s sistemskimi ovirami, kot so časovne omejitve, in velikim številom starejših oseb. Komunikacijo, načrtovanje oskrbe in izobraževanje so opredelili kot ključne, vendar pogosto nedosledno izvajane elemente.

Se nadaljuje

Avtor (leto); država	Namen/cilji raziskave	Raziskovalna metodologija	Vzorec	Glavne ugotovitve
Gregory et al. (2018) Avstralija	Raziskovati, kaj je povezano z zagotavljanjem kakovostne zdravstvene oskrbe za starejšo osebo, ki potrebuje podporo za življenje v domačem okolju.	Kvalitativna metodologija.	$n = 8$ izvajalcev neformalne oskrbe, 7 starejših oseb in 11 predstavnikov zdravstvenega osebja.	Raziskava, ki je temeljila na intervjujih s starejšimi osebami, neformalnimi oskrbovalci in zdravstvenim osebjem, je pokazala, da so starejše osebe v zdravstvenem sistemu pogosto obravnavane kot nevidne. Partnerstvo v oskrbi so udeleženci povezovali z enakopravno obravnavo, vključevanjem v odločanje in možnostjo smiselnega prispevka k zdravstvenemu varstvu. Neformalni oskrbovalci so pogosto delovali kot zagovorniki starejših, vendar so jih strokovnjaki pogosto spregledali. Čeprav so bili navedeni tudi primeri dobre prakse, je večina opozorila na sistemske pomanjkljivosti pri spoštovanju osebnosti starejših in njihove pravice do odločanja. Raziskava zato poudarja potrebo po opolnomočenju starejših oseb kot aktivnih partnerjev pri načrtovanju oskrbe, sprejemanju odločitev in oblikovanju storitev.
Norman et al. (2018) Združene države Amerike	Raziskati, kako so socialne potrebe starejših oseb, ki so »vezane« na dom, ocenjene in obravnavane v okviru primarnega zdravstvenega varstva, ter ugotavljanje ovir pri usklajevanju oskrbe na domu.	Kvantitativna metodologija.	$n = 101$ predstavnik zdravstvenega osebja na primarnem nivoju.	Skoraj vse zdravstveno osebe (98 %) je ocenilo potrebe starejših oseb, povezane z vsakodnevnim življenjem (npr. osebna higiena, prehrana, mobilnost), največkrat ob prvem obisku (78 %) in nato redno (88 %). Večina starejših oseb je v zadnjem letu potrebovala storitve, kot so osebna higiena (84 %), aplikacija terapije (40 %) in podpora izvajalcev neformalne oskrbe (38 %). Kljub temu je več kot polovica zdravstvenega osebja (57 %) ocenila, da je koordinacija storitev dolgotrajne oskrbe zahtevna. Najpogostejše ovire so bili stroški za starejše osebe (65 %), pogoji za upravičenost do pomoči (63 %) in težave z zdravstvenim zavarovanjem (60 %). Te ovire so pomenile dodatne obremenitve za zdravstveno osebo, ki oteževale učinkovito usklajevanje storitev dolgotrajne oskrbe.
Siegel et al. (2014); Avstralija	Raziskati potrebe starejših oseb, odvisnih od pomoči, in raziskati, kako lahko različne rešitve prispevajo k zdravju in kakovosti življenja starejše osebe.	Kvalitativna metodologija.	$n = 11$ predstavnikov zdravstvenega osebja.	Ugotovitve, strukturirane po biopsihosocialnem modelu, kažejo, da lahko podporne tehnologije pozitivno vplivajo na telesne, duševne in socialne razsežnosti zdravja. Udeleženci so poudarili, da si starejše osebe prizadevajo za samostojnost, dostojanstvo in socialno interakcijo ter da lahko rešitve, kot so preprosti pripomočki (ročaji in sistemi za opominjanje), napredne tehnologije (telesoskrba in spremljanje) zadovoljijo te potrebe s povečanjem neodvisnosti in varnosti. Tehnologije, kot so detektorji padcev, dozatorji zdravil, pripomočki za mobilnost in sistemi za klic v sili, so bile ocenjene kot posebej pomembne za podporo vsakdanjemu življenju in izboljšanje učinkovitosti oskrbe v domačem okolju. Koristi so vključevale večjo samostojnost, manjšo izoliranost, boljše upoštevanje režima zdravil in večjo osebno varnost. Vendar so bili izraženi tudi pomisleki glede pretiranega nadzora, morebitnih posegov v zasebnost ter možnih zdravstvenih tveganj zaradi večje izpostavljenosti elektronskim napravam.

Legenda: n – število

priznavajo in podpirajo soodvisnost med formalno in neformalno oskrbo starejše osebe. V praksi bi to zahtevalo prožnejše komunikacijske strategije, celovite programe izobraževanja zdravstvenega osebja in izvajalcev neformalne oskrbe ter vključevanje tehnologij, ki lahko olajšajo vsakodnevno delovno obremenitev ter hkrati izboljšajo nadzor in odzivnost (Norman et al., 2018; Siegel et al., 2014).

Dolgotrajna oskrba mora temeljiti na priznavanju izvajalcev neformalne oskrbe kot enakovrednih partnerjev, ki so podprti s proaktivnim sodelovanjem, prilagojenim usposabljanjem in sistemsko vključitvijo v načrtovanje dolgotrajne oskrbe. Le z reševanjem teh globoko povezanih izzivov se lahko dolgotrajna oskrba starejših oseb premakne k pravičnejšemu in bolj odzivnemu okviru za vse udeležence.

Diskusija

Rezultati pregleda kažejo, da se zdravstveno osebje in izvajalci neformalne oskrbe pri oskrbi starejših oseb v domačem okolju soočajo s številnimi izzivi, ki se nanašajo tako na organizacijo kot tudi na izvedbo dolgotrajne oskrbe. Najpogostejše izpostavljajo pomanjkanje časa, čustveno obremenitev, slabo koordinacijo storitev in nejasne strokovne smernice za izvajanje dolgotrajne oskrbe. Analiza potrjuje, da kakovostna dolgotrajna oskrba presega klasični zdravstveni model in zahteva integriran, celosten ter na osebo osredotočen pristop. Ena izmed osrednjih ugotovitev je potreba po boljši usklajenosti in sodelovanju med zdravstvenim osebjem in izvajalci neformalne oskrbe (Allen et al., 2022; Gregory et al., 2018; Norman et al., 2018). Allen et al. (2022) so ugotovili, da se izvajalci neformalne oskrbe ob prehodu starejših oseb iz bolnišnice v domače okolje pogosto počutijo negotovo in brez zadostne podpore. Hkrati Norman et al. (2018) poudarjajo, da kljub rednim ocenam potreb starejših oseb koordinacijo storitev pogosto otežujejo administrativne in organizacijske ovire ter pomanjkanje informacijske podpore.

Åhlin et al. (2014) ugotavljajo, da so bile smernice za izvajanje dolgotrajne oskrbe pogosto doživljane kot vsiljene, neuporabne v praksi in celo nasprotujoče si, kar je izvajalce neformalne oskrbe postavljalo v položaj moralnega stresa in povečalo tveganje za izgorelost. Ob tem ne gre spregledati, da Gregory et al. (2018) navajajo, da starejše osebe pogosto ostajajo nevidne v procesih odločanja, kar zmanjšuje njihovo avtonomijo in občutek vključenosti.

Siegel et al. (2014) so ugotovili, da lahko telemedicina, senzorni sistemi in drugi digitalni pripomočki izboljšajo varnost, samostojnost in kakovost življenja uporabnikov dolgotrajne oskrbe ter zmanjšajo obremenitev izvajalcev neformalne oskrbe. Kljub temu se je treba zavedati, da tehnologija ne more nadomestiti osebnega stika, temveč ga lahko le dopolnjuje. Ugotovljeno je bilo tudi, da se izvajalci neformalne oskrbe prav tako soočajo z dolgoročnimi posledicami, kot so socialna izolacija, izgorelost, depresija in omejitve v poklicnem življenju (Akgun-Citak et al., 2020; Anderson et al., 2019). Pomanjkanje institucionalne podpore spodbuja občutek, da njihov prispevek ni dovolj prepoznan, kar zmanjšuje trajnost celotnega sistema dolgotrajne oskrbe.

Skupna ugotovitev vseh raziskav je, da dolgotrajna oskrba ni zgolj zdravstveni proces, temveč vključuje tudi socialne, psihološke in etične dimenzije. Načela celostne in na osebo osredotočene obravnave niso le priporočilo, temveč nujen pogoj za zagotavljanje višje kakovosti življenja in dostojanstva v starosti (Allen et al., 2022; Boman et al., 2019). Ob tem je pomembno dodati, da starost sama po sebi še ne pomeni potrebe po dolgotrajni oskrbi, čeprav se verjetnost te potrebe s staranjem povečuje. Za terminološko

jasnost smo se oprli na Zakon o dolgotrajni oskrbi (ZDOsk-1), ki določa, da dolgotrajna oskrba vključuje tako zdravstvene kot socialne storitve za osebe, ki zaradi starosti, bolezni ali invalidnosti potrebujejo dolgotrajno podporo.

Pregled je bil omejen na objave v angleškem jeziku, kar pomeni, da so bile lahko izključene relevantne raziskave v drugih jezikih. Časovni okvir vključenih raziskav je razmeroma širok, pri čemer so nekatere raziskave starejše in zato ne odražajo sodobnih pristopov, zlasti pri uporabi digitalnih tehnologij in podpornih pripomočkov v dolgotrajni oskrbi. Ugotovitev je dodatno oteževalo dejstvo, da so raziskave uporabljale različne metodološke pristope, kar zmanjša neposredno primerljivost med njimi. Pri interpretaciji rezultatov je prav tako treba poudariti, da v času izvedbe nekaterih vključenih raziskav formalni sistemi dolgotrajne oskrbe v posameznih državah še niso bili vzpostavljeni. Te raziskave obravnavajo oblike oskrbe starejših oseb, kot so prehodna oskrba, oskrba na domu in institucionalna oskrba, ki so po vsebini primerljive z elementi dolgotrajne oskrbe, vendar jih ni mogoče neposredno enačiti s sistemsko ureditvijo dolgotrajne oskrbe. Zato v članku jasno ločujemo med raziskavami, ki obravnavajo posamezne elemente oskrbe starejših oseb, ter raziskavami, ki obravnavajo dolgotrajno oskrbo kot sistem.

Pomembna omejitev je tudi raznolikost uporabljenih pojmov, saj posamezne raziskave uporabljajo izraze, kot so *home care*, *transitional care* ali *long-term care*, kar lahko vpliva na enotnost interpretacije. Poleg tega so bili vzorci večine raziskav majhni in specifični, pogosto omejeni na posamezne skupine zdravstvenega osebja ali izvajalcev neformalne oskrbe. Zaradi kulturnih in sistemskih razlik med državami ugotovitve tudi niso neposredno prenosljive v slovenski prostor, temveč jih je treba razumeti kot širši okvir izzivov, ki lahko služijo kot dragoceno izhodišče za razpravo o razvoju dolgotrajne oskrbe v Sloveniji.

Na podlagi ugotovitev predlagamo, da je prihodnji razvoj sistemov dolgotrajne oskrbe nujno vezan na naslednje štiri vidike: strukturirano sodelovanje med zdravstvenim osebjem in izvajalci neformalne oskrbe, psihosocialno podporo za oskrbovalce, smiselno uporabo podporne tehnologije kot pomoč človeški oskrbi in dosledno vključevanje starejših oseb kot aktivnih udeležencev v načrtovanje in izvajanje dolgotrajne oskrbe.

Prispevek ima pomembne implikacije tudi za slovenski prostor. Slovenija je z ZDOsk-1 naredila korak k oblikovanju celovitega sistema dolgotrajne oskrbe, ki združuje zdravstvene in socialne storitve ter določa pravice uporabnikov. Rezultati pregleda nakazujejo, da bodo ključni izzivi v implementaciji sistema predvsem zagotavljanje ustrezne psihosocialne podpore izvajalcem neformalne oskrbe, izboljšanje koordinacije med zdravstvenim osebjem in izvajalci socialnih storitev, večja dostopnost podpornih

tehnologij ter aktivno vključevanje uporabnikov dolgotrajne oskrbe v načrtovanje in izvajanje storitev. Ugotovitve pregleda zato dopolnjujejo razumevanje potreb in vrzeli na področju dolgotrajne oskrbe v Sloveniji ter lahko služijo kot podlaga za nadaljnje raziskave in oblikovanje politik.

Zaključek

Naraščajoče potrebe po dolgotrajni oskrbi starejših oseb zaradi staranja prebivalstva predstavljajo pomemben javnozdravstveni in družbeni izziv. Pregled literature kaže, da je kakovostna dolgotrajna oskrba izvedljiva predvsem ob celostnem, interdisciplinarnem in na osebo osredotočenem pristopu, ki vključuje aktivno sodelovanje uporabnikov, izvajalcev neformalne oskrbe ter zdravstvenega osebja. Ključni izzivi, ki slabšajo kakovost oskrbe, so nejasne smernice, razdrobljenost storitev, nezadostna koordinacija med izvajalci ter omejena podpora neformalnim oskrbovalcem. Posledično se povečujejo moralni stres, preobremenjenost in tveganje za izgorelost pri zdravstvenem osebju in neformalnih oskrbovalcih, obenem pa je načelo na osebo osredotočene oskrbe težje uresničljivo.

Slovenska ureditev dolgotrajne oskrbe (ZDOsk-1) je pomemben korak k povezovanju zdravstvenih in socialnih storitev ter k opredelitvi pravic uporabnikov, vendar ostajajo vrzeli pri psihosocialni podpori neformalnim oskrbovalcem, pri učinkoviti koordinaciji storitev, pri dostopnosti podpornih tehnologij ter pri vključevanju uporabnikov v soodločanje. Za nadaljnji razvoj sistema so ključni: sistematična podpora neformalnim oskrbovalcem, okrepljena medresorska koordinacija, premišljena integracija tehnologij kot dopolnilo (ne nadomestilo) človeški oskrbi ter dosledno partnersko vključevanje uporabnikov v načrtovanje in izvajanje oskrbe.

Nasprotje interesov

Avtorji izjavljajo, da ni nasprotja interesov.

Financiranje

Projekt sofinancirata Republika Slovenija, Ministrstvo za zdravje in Evropska unija – NextGenerationEU. Projekt se izvaja skladno z načrtom v okviru razvojnega področja: Zdravstvo in socialna varnost, komponente 1: Zdravstvo (C4 K1); naložbe: Krepitev kompetenc kadrov v zdravstvu za zagotavljanje kakovosti oskrbe; projekt: Integracija geriatrične oskrbe starejših.

Etika raziskovanja

Za izvedbo raziskave glede na izbrano metodologijo raziskovanja soglasje komisije za etiko ni bilo

potrebno./Due to the selected research methodology, no approval by the Ethics Committee was necessary to conduct the study.

Prispevek avtorjev

Vsi avtorji so sodelovali pri zasnovi, zbiranju, analizi in interpretaciji podatkov ter pisanju in urejanju znanstvenega članka. ML, SK in JČK so sodelovali pri zasnovi in zbiranju podatkov ter pri pripravi prvega osnutka članka in grafičnih prikazov. ML, SSK in JČK so izvedli analizo podatkov in sodelovali pri pregledu ter končnem urejanju besedila. Vsi avtorji so pregledali in potrdili končno različico članka.

Literatura

- Ahlin, J., Ericson-Lidman, E., Norberg, A., & Strandberg, G. (2014). Care providers' experiences of guidelines in daily work at a municipal residential care facility for older people. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(2), 355–363. <https://doi.org/10.1111/scs.12065> PMid:23865824
- Akgun-Citak, E., Attepe-Ozden, S., Vaskelyte, A., van Bruchem-Visser, R. L., Pompili, S., Kav, S., & Mattace-Raso, F. U. S. (2020). Challenges and needs of informal caregivers in elderly care: Qualitative research in four European countries, the TRACE project. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 87, Article 103971. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.103971> PMid:31756568
- Allen, J., Lobchuk, M., Livingston, P. M., Layton, N., & Hutchinson, A. M. (2022). Informal carers' support needs, facilitators and barriers in the transitional care of older adults: A qualitative study. *Health Expectations*, 25(6), 2876–2892. <https://doi.org/10.1111/hex.13596> PMid:36069335; PMCID:PMC9700166
- Anderson, J. E., Ross, A. J., Lim, R., Kodate, N., Thompson, K., Jensen, H., & Cooney, K. (2019). Nursing teamwork in the care of older people: A mixed methods study. *Applied Ergonomics*, 80, 119–129. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2019.05.012> PMid:31280795
- Assander, S., Bergström, A., Eriksson, C., Meijer, S., & Guidetti, S. (2022). ASSIST: A reablement program for older adults in Sweden: A feasibility study. *BMC Geriatrics*, 22(1), Article 618. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03185-2> PMid:35879678; PMCID:PMC9316332
- Barbosa, F., Voss, G., & Delerue Matos, A. (2020). Do European co-residential caregivers aged 50+ have an increased risk of frailty? *Health & Social Care in the Community*, 28(6), 2418–2430. <https://doi.org/10.1111/hsc.13064> PMid:32557977; PMCID:PMC7818189

- Bindels, J., Cox, K., Widdershoven, G., van Schayck, O. C., & Abma, T. A. (2014). Care for community-dwelling frail older people: A practice nurse perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 23(15/16), 2313–2322.
<https://doi.org/10.1111/jocn.12513>
PMid:24354508
- Boman, E., Glasberg, A. L., Levy-Malmberg, R., & Fagerstrom, L. (2019). "Thinking outside the box": Advanced geriatric nursing in primary health care in Scandinavia. *BMC Nursing*, 18, Article 25.
<https://doi.org/10.1186/s12912-019-0350-2>
PMid:31303862; PMCID:PMC6604267
- Camp S & Legge T. (2018) Simulation as a tool for clinical remediation: An integrative review. *Clinical Simulation in Nursing*, 16, 48–61.
<https://doi.org/10.1016/j.ecns.2017.11.003>
- European Commission & Social Protection Committee (2014). *Adequate social protection for long-term care needs in an ageing society*. European Union.
- Genet, N., Boerman, W., Kroneman, M. Hutchinson, A., & Saltman, R. P. (2012) *Homecare across Europe: Current structure and future challenges*. World Health Organization Regional office for Europe.
- Gregory, A., Mackintosh, S., Kumar, S., & Grech, C. (2018). Visibility and meanings of partnership in health care for older people who need support to live at home. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(3), 1027–1037.
<https://doi.org/10.1111/scs.12545>
PMid:29171678
- Hlebec, V., Nagode, M. & Filipovič Hrast, M. (2014). *Kakovost socialne oskrbe na domu: vrednotenje, podatki in poročila*. Fakulteta za družbene vede.
- Hvalič Touzery, S. (2014). Zdravje, počutje in zadovoljstvo z življenjem najstarejših starih v Sloveniji. *Teorija in praksa*, 51(2/3), 458–474.
- Lockwood C, Munn Z, Porritt K., (2015). Qualitative research synthesis: Methodological guidance for systematic reviewers utilizing meta-aggregation. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 13(3), 179–187.
<https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000062>
PMid:26262565
- Moola, S., Munn, Z., Tufanaru, C., Aromataris, E., Sears, K., Sfetcu, R., Currie, M., Qureshi, R., Mattis, P., Lisy, K., & Mu, P.-F. (2020). Chapter 7: Systematic reviews of etiology and risk. In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *JBI Manual for Evidence Synthesis*.
<https://doi.org/10.46658/JBIRM-17-06>
PMCID:PMC6429893
- Norman, G. J., Wade, A. J., Morris, A. M., & Slaboda, J. C. (2018). Home and community: Based services coordination for homebound older adults in home-based primary care. *BMC Geriatrics*, 18(1), Article 241.
<https://doi.org/10.1186/s12877-018-0931-z>
PMid:30305053; PMCID:PMC6180527
- Ofori-Asenso, R., Chin, K. L., Mazidi, M., Zomer, E., Ilomaki, J., Zullo, A. R., Gasevic, D., Ademi, Z., Korhonen, M. J., LoGiudice, D., Bell, J. S., & Liew, D. (2019). Global incidence of frailty and prefrailty among community-dwelling older adults: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Network Open*, 2(8), Article e198398.
<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.8398>
PMid:31373653; PMCID:PMC6681553
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, Article n71.
<https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
PMid:33782057; PMCID:PMC8005924
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11th ed.). Wolters Kluwer.
- Popay, J., Roberts, H., Sowden, A., Petticrew, M., Britten, N., Arai, L., & Rodgers, M. (2006). *Guidance on the conduct of narrative synthesis in systematic reviews: A product from the ESRC Methods Programme*. University of Lancaster.
- Ramovš, J. (2019). Slovenska Strategija dolgožive družbe. *Kakovostna starost*, 22(4), 27–47.
- Rocard, E. & Llana-Nozal, A. (2022), "Supporting informal carers of older people: Policies to leave no carer behind", *OECD Health Working Papers*, No. 140, OECD Publishing.
<https://doi.org/10.1787/0f0c0d52-en>
- Siegel, C., Hochgatterer, A., & Dorner, T. E. (2014). Contributions of ambient assisted living for health and quality of life in the elderly and care services: A qualitative analysis from the experts' perspective of care service professionals. *BMC Geriatrics*, 14(1), Article 112.
<https://doi.org/10.1186/1471-2318-14-112>
PMid:25326149; PMCID:PMC4210571
- Spasova, S., Baeten, R., Coster, S., Ghailani, D., Peña-Casas, R., & Vanhercke, B. (2018). *Challenges in long-term care in Europe: a study of national policies 2018*. European Commission.

Verbakel E. (2018). How to understand informal caregiving patterns in Europe: The role of formal long-term care provisions and family care norms. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(4), 436–447.

<https://doi.org/10.1177/1403494817726197>

PMid:28823224; PMCID:PMC5989248

Zakon o dolgotrajni oskrbi (ZDOsk-1). (2021). Uradni list Republike Slovenije, št. 196/21. <https://www.pisrs.si/pis/web/pregledPredpisa?id=ZAKO8819>

World Health Organization. (2022). *Ageing and health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Citirajte kot/Cite as:

Lorber, M., Kmetec, S., Sekulić-Kelhar, J., & Černe Kolarič, J. (2026). Izzivi pri opravljanju dolgotrajne oskrbe starejših oseb: vidik izvajalcev formalne in neformalne oskrbe: sistematični pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 60(2), 224–234. <https://doi.org/10.14528/snr.2026.60.2.3344>