

POMEN OCENJEVANJA FUNKCIONIRANJA – OD AKUTNE FAZE DO POPOLNE REINTEGRACIJE – IZZIV ZA SOCIALNO DELO V MEDICINSKI REHABILITACIJI

THE IMPORTANCE OF FUNCTIONAL ASSESSMENT – FROM THE ACUTE PHASE TO COMPLETE REINTEGRATION – A CHALLENGE FOR SOCIAL WORK WITHIN MEDICAL REHABILITATION

Katja Ronchi, univ. dipl. soc. del., Jolanda Stevanovič, univ. dipl. soc. del., Vanja Skok, univ. dipl. soc. del., Brigita Pirnat, univ. dipl. soc. del.

Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Ljubljana

Povzetek

Ocenjevanje funkcioniranja z vidika socialne obravnave v medicinski rehabilitaciji se nanaša na želje, cilje, možnosti in zmožnosti pacienta ter njegove družine. Socialno delo je ena od najbolj zapletenih ved, ko skušamo meriti uspešnosti programov pomoči ali dejanj socialne delavke. Nujno je potrebno upoštevati spreminjanje človekove osebnosti, njegovih virov, priložnosti in njegovih odločitev skozi vse faze rehabilitacije.

V Sloveniji se pri socialnem delu v zdravstveni dejavnosti in rehabilitaciji ni uveljavil merski instrument, s katerim bi ocenjevali uspešnost socialne obravnave, stopnjo prilagajanja spremenjenim okoliščinam ter uspešnost (re)integracije pacientov in njihovih družin. Delo socialne delavke v rehabilitaciji poteka na visoki ravni in sledi vsem dokazano učinkovitim metodam dela in ravnanja s človekom in njegovim sistemom. Pri oblikovanju ustreznega ocenjevalnega instrumentarija, ki bi temeljil na študijah in raziskavah, pa smo kot stroka na področju zdravstvene dejavnosti in rehabilitacije še v fazi razvoja.

Ključne besede:

socialno delo; rehabilitacija; ocenjevanje; kakovost

Summary

Assessment of functioning from the perspective of social work in medical rehabilitation refers to the wishes, goals, possibilities and abilities (capacity) of the patient and his family. Social work is one of the most complicated fields when it comes to measuring the success of a program, which involves changing human nature, opportunities, resources and decision making. It is essential to take into account the changing human personality, sources, opportunities, and decision making throughout all the phases of the rehabilitation process. In Slovenia, social work within the health care system and rehabilitation has not established assessment instruments yet for evaluating the effectiveness of social programs and services, the degree of adaptation to the changed circumstances and the success of (re)integration of the patients and their families. While achieving high standards by following all national and international professional guidelines, social work as a profession within medical rehabilitation still needs to develop an appropriate research-based assessment tool.

Key words:

social work; rehabilitation; assessment; quality

UVOD

Svetovna zdravstvena organizacija opredeljuje zdravje kot popolno telesno, duševno in socialno blagostanje, zato umestitve socialne delavke¹ v celostno obravnavo pacienta ni potrebno posebej utemeljevati (1). V rehabilitacijski medicini postajajo ocenjevalne lestvice za ocenjevanje od zdravja odvisne kakovosti življenja sestavni del instrumentarija za oceno izida rehabilitacije. V najširšem pomenu zajema pojem kakovosti življenja, vrsto različnih življenjskih okoliščin in stanj, kot so socialno in fizikalno, telesno ter duševno stanje, vključno s posameznikovo perspektivo. Najpogosteje se omenja definicija, ki pravi, da gre za percepcijo ujemanja pričakovanj in teženj na eni strani ter dejanskih dosežkov na drugi strani (2).

OPREDELITEV POJMA OCENJEVANJA V SOCIALNI OBRAVNAVI

Ocenjevanje funkcioniranja s perspektive socialne obravnave v rehabilitaciji se nanaša na želje, cilje, možnosti in zmožnosti pacienta ter njegove družine oziroma pomembnih drugih na področju:

- postopnega ponovnega prevzemanja socialnih vlog, nalog in odgovornosti,
- prevzemanja novih, preoblikovanih in redefiniranih socialnih vlog, nalog in odgovornosti, upoštevajoč spremenjene okoliščine,
- vključevanja v vzgojno-izobraževalni sistem,
- vračanja na trg dela in zaposlitve,
- učenja novih strategij spoprijemanja kot posledice začasnih ali trajnih sprememb v zdravstvenem stanju in
- prilagoditve domačega in delovnega okolja.

Ko gre za merjenje uspešnosti programov pomoči ali dejanj, ki morajo vključevati spreminjanje človekove osebnosti, njegovih virov, priložnosti in njegovih odločitev, je socialno delo ena izmed najbolj kompleksnih in zapletenih ved v znanosti (3).

Na postavitev ciljev in soustvarjanje rešitev vpliva več dejavnikov:

- usposobljenost in strokovnost socialne delavke,
- možnosti, ki so dostopne v družbenem sistemu: različne oblike pomoči, dostopnost pomoči, neenakomerna razporejenost po različnih regijah, zakonska regulativa/predpisi,
- osebne okoliščine pacienta in njegove družine: sprejemanje zdravstvenega stanja/zmanjšane zmožnosti, prilagojenost domačega in delovnega okolja (4), viri moči, čustvena opora družine in/ali pomembnih drugih, socialno ekonomski status, stopnja pripravljenosti in sposobnosti spoprijemanja pacienta in pomembnih drugih s tiskami in težavami, in ne nazadnje zmožnosti pacientovega sprejemanja ponujenih oblik pomoči (3, 5, 6).

Rezultat dela v socialnem delu je odvisen od uspeha pri »pogajanjih« z vsemi akterji (7).

PRAVNE PODLAGE IN MOŽNOSTI ZA VZPOSTAVITEV SISTEMA OCENJEVANJA

Pravica do socialne varnosti in varovanja zdravja sodi med temeljne pravice posameznika (8). Socialni gradient v zdravju pomeni, da se zdravje postopno izboljšuje hkrati z izboljševanjem socialno-ekonomskega položaja ljudi in/ali skupnosti (9). Temeljna evropska izhodišča, Zdravje 2020, navajajo izboljšanje zdravja vsakogar in posledično zmanjšanje absolutnega učinka socialnih determinant na vse ljudi (9).

Zdravstveno varstvo v Republiki Sloveniji obsega sistem družbenih, skupinskih in individualnih dejavnosti, ukrepov in storitev za krepitev zdravja, preprečevanje bolezni, zgodnje odkrivanje, pravočasno zdravljenje, nego in rehabilitacijo zbolelih in poškodovanih (10). Človek je v svoji osnovi celostno bitje in tudi njegove zdravstvene in socialne potrebe so nedeljive. Dejavniki iz človekovega okolja lahko pospešijo ali pa ovirajo pojav bolezni ali zdravljenje in rehabilitacijo.

Socialno delo v zdravstveni dejavnosti je pomemben del zdravstvenega varstva, ki prispeva k celostnemu pristopu zdravstvene obravnave, vendar do sedaj ni bilo opredeljeno niti v Zakonu o zdravstveni dejavnosti (11) niti v drugih strateških dokumentih. Velik napredek za stroko socialnega dela pomeni v letu 2007 ustanovljen Razširjen strokovni kolegij za socialno delo v zdravstveni dejavnosti (v nadaljevanju RSK SDZD). Kot najvišje strokovno avtonomno telo za posamezno področje omogoča preučevanje in refleksijo temeljev socialnega dela v zdravstveni dejavnosti, kakor tudi razmišljanja, povezana s spremembami in procesi, ki se napovedujejo v zdravstvu. RSK SDZD je leta 2008 podal pobudo za definiranje standardov in normativov, brez katerih stroka socialnega dela v zdravstveni dejavnosti ne more voditi enotnih evidenc in standardov obravnave. Komisija je, upoštevajoč dokument (*Standardi za klinično socialno delo pri izvajanju socialnega dela, Standards for Clinical Social Work In Social Work Practice*), ki ga je sprejelo Nacionalno združenje socialnih delavcev v Združenih državah Amerike, (National Association of Social Workers NASW), pripravila izhodišče za izdelavo standardov in junija leta 2009 poslala predlog na Ministrstvo za zdravje (12). Sprejem standardov in normativov bi omogočil tudi izboljševanje storitev ter lažje spremljanje in ocenjevanje strokovnega dela.

V okviru RSK SDZD je bila pripravljena Strategija socialnega dela v zdravstveni dejavnosti v Republiki Sloveniji z namenom dopolnjevanja, nadgrajevanja in spreminjanja v skladu z nacionalno zakonodajo in strokovnimi ter evropskimi smernicami. Osutek Strategije socialnega dela v zdravstveni dejavnosti v Republiki Sloveniji za obdobje 2013 do 2020 je bil skupaj z Akcijskim načrtom za uresničevanje strateških ciljev socialnega dela v zdravstveni dejavnosti poslan na Ministrstvo za zdravje julija leta 2013 (13). Omenjeni dokument obravnava tudi področje kakovosti.

Varna in visoko kakovostna zdravstvena obravnava vsakega pacienta je temelj uspešnega zdravljenja. Zagotavljanje kakovosti

v zdravstvu temelji na sodelovanju multidisciplinarnih znanj, na spodbujanju timskega dela ter povezovanju članov tima s pacienti ter njihovimi težavami. Pomembno je spremljanje kazalcev kakovosti. Osnova za izboljševanje kakovosti in varnosti je merjenje in dokumentiranje kakovosti (14).

Izhodišče za kakovostno opravljanje socialnih storitev na področju socialnega dela v zdravstveni dejavnosti je lahko *Evropski okvir kakovosti za socialne storitve*, ki ga je sprejel Svet evropske skupnosti, Odbor za socialno zaščito (15, 16). Cilj tega nezavezujočega dokumenta je enotno razumevanje kakovosti socialnih storitev v EU z določitvijo načel kakovosti in podlaga za oblikovanje orodij za merjenje in vrednotenje kakovosti socialnih storitev (13, 15, 16). Za merjenje in spremljanje kakovosti storitev socialnega dela v rehabilitaciji bi bilo potrebno določiti ustrezne kazalnike, s čimer bi omogočili spremljanje kakovosti, merjenje in evalvacijo storitev socialnega dela.

OČENJEVANJE FUNKCIONIRANJA IN MERJENJE KAKOVOSTI NA PODROČJU SOCIALNE OBRAVNAVE

Na področju socialnega dela v socialnem varstvu se vpeljuje Vseevropski model upravljanja s kakovostjo, European quality-improving learning (E-Qalin). Uporablja se v domovih za starejše, posebnih socialnih zavodih, zavodih za usposabljanje, varstveno-delovnih centrih in centrih za socialno delo. Predvideni učinki so predvsem boljša kakovost storitev za uporabnike, večja motiviranost in zadovoljstvo zaposlenih, pomoč vodstvom ter zaposlenim v ustanovah pri zagotavljanju in izpolnjevanju kakovostnih storitev, nacionalna ter mednarodna primerljivost ustanov in certificiranje specifične dejavnosti ter blagovnih znamk. Sistem je orientiran na potrebe in zadovoljstvo uporabnikov, pomembnih drugih in zaposlenih v ustanovah. E-Qalin ciljno raziskuje kakovost že uvedenih storitev in njihove rezultate (17, 18).

Center za poklicno rehabilitacijo Univerzitetnega rehabilitacijskega inštituta Soča (URI - Soča) je za področje zaposlitvene in poklicne

rehabilitacije uvedel Evropski sistem kakovosti na področju socialnih storitev, European Quality in Social Services, (EQUASS) in pri tem dosega merila odličnosti (certifikat EQUASS Excellence). EQUASS združuje poglede izvajalcev storitev, socialnih partnerjev, plačnikov in uporabnikov. Ti ocenjujejo in vrednotijo svoje zadovoljstvo in kakovost življenja skozi samoocenjevanje s pomočjo vprašalnikov, kot na primer: vprašalnik o zadovoljstvu s programom rehabilitacijske ocene, vprašalnik o kakovosti življenja, lastna ocena delovnega vedenja, na razumljiv način predstavljena listina pravic uporabnikov socialnih storitev zaposlitvene in poklicne rehabilitacije (19).

Brez dvoma mora v medicinski rehabilitaciji socialna delavka zagotavljati kakovostne storitve in prepoznati možnosti za izboljševanje kakovosti in varnosti pacienta v obravnavi. Po dostopnih podatkih socialne delavke v zdravstveni dejavnosti in rehabilitaciji ne uporabljamo ocenjevalnih lestvic ali drugih merskih instrumentov, s katerimi bi ocenjevali uspešnost socialne obravnave, stopnjo prilagajanja spremenjenim okoliščinam ter uspešnost (re)integracije pacientov in njihovih družin. Brez razvitega sistema evalvacije in ustreznih merskih instrumentov je ocenjevanje kakovosti in varnosti opravljenih storitev socialnega dela zaenkrat neizvedljivo. Evidentiranje kakovosti in določitev kazalnikov kakovosti še ni bilo mogoče realizirati zaradi nedoločenih standardov in normativov storitev.

Pregled ocenjevalnih lestvic in merskih instrumentov po svetu nam pokaže, da obstajajo protokoli/algoritmi, ki odstirajo tudi socialno problematiko. Vezani so na specifično diagnozo pacienta in/ali fazo v procesu zdravljenja (npr. nizozemski klinični algoritem za oceno pacientovih potreb v srčni rehabilitaciji in za sekundarno preventivo - *Dutch Clinical algorithm for assessment of patient needs in CRSP* (20). Kot osnova fizikalne in rehabilitacijske medicine se je pri nas uveljavila Mednarodna klasifikacija funkcioniranja (MKF) in se lahko uporablja tako v klinični praksi kot v raziskovalne namene (21). Za obstoječe klasifikacije, klinične poti in algoritme, ki so uveljavljeni na področju zdravstvene dejavnosti in upoštevajo faktor kakovost življenja pacienta, lahko rečemo, da so delno senzibilizirani za težave na področju socialnega

Tabela 1: Primer ocenjevanja po MKF za oceno medosebnih stikov in odnosov (D7) in oceno glavnih življenjskih področij (D8) – osnutek.

D7	MEDOSEBNI STIKI IN ODNOSI	
D710	Osnovni medosebni stiki	O-ni problema ; 1-majhen do zmeren problem; 2-velik problem
D740	Uradni odnosi	O-ni problema ; 1-majhen do zmeren problem; 2-velik problem
D750	Neuradni odnosi	O-ni problema ; 1-majhen do zmeren problem; 2-velik problem
D760	Družinski odnosi	O-ni problema ; 1-majhen do zmeren problem; 2-velik problem
D8	GLAVNA ŽIVLJENJSKA PODROČJA	
D815	Predšolsko izobraževanje (DODANO)	O-ni problema ; 1-majhen do zmeren problem; 2-velik problem
D820	Šolsko izobraževanje	O-ni problema ; 1-majhen do zmeren problem; 2-velik problem
D830	Visokošolsko izobraževanje	O-ni problema ; 1-majhen do zmeren problem; 2-velik problem
D850	Plačana zaposlitev	O-ni problema ; 1-majhen do zmeren problem; 2-velik problem
D870	Ekonomska samozadostnost	O-ni problema ; 1-majhen do zmeren problem; 2-velik problem

funkcioniranja in pomenijo vstopno točko za socialno obravnavo oziroma intervenco.

Razlaga pojmov:

¹Izrazi, zapisani v ženski spolni slovnični obliki, se uporabljajo za moške in ženske.

²Uporabnik je na področju socialne obravnave v medicinski rehabilitaciji pacient in zanj pomembni drugi.

Za ocenjevanje socialnega funkcioniranja pacienta v zdravstvenih programih URI – Soča smo socialne delavke v letu 2013 sodelovale pri pripravi delovnega osnutka oblikovanja kliničnih poti po MKF (22) za naše področje. Predlagale smo 3-stopenjsko ocenjevalno lestvico za različna področja (glej tabelo 1), ki bi lahko odstrla človekove varovalne dejavnike (ocena 0 - ni problema) in dejavnike tveganja (ocena 1 - majhen do zmeren problem ali 2 - velik problem).

Podatki, ki jih pridobimo po sistemu MKF, se skozi proces rehabilitacije lahko nenehno spreminjajo, s čimer se spreminjajo, prilagajajo in na novo oblikujejo tudi intervence s strani socialne delavke. Na primer, ob sprejemu v proces rehabilitacije pacient ne izrazi težave na področju osebnih odnosov. Ob svetovanju, informiranju in podpori s strani socialne delavke pa se med rehabilitacijo pojavi sum na nasilje v partnerskem odnosu. Postaviti je potrebno nov sistem reševanja, kratkoročni in dolgoročni cilji se (odvisno od pacientove zaznave) spremenijo. Nato ob zaključevanju rehabilitacije pacient sam prepozna obstoj nasilja in je pripravljen ukrepati (prijava nasilja). S tem se zopet spremeni način reševanja in sistem pomoči, saj je potrebno v že koordinirane socialne storitve na terenu in pomoči neformalne socialne mreže vključiti tudi presojevalne organe (policija, sodstvo).

Kritični pogled na uporabo MKF na področju socialne obravnave torej sporoča, da MKF lahko zazna težave na področju socialnega funkcioniranja, ne zadosti pa vsem vidikom kakovostne in strokovne socialne obravnave pacienta. Po mnenju Flakerja in sodelavcev lahko mehanična metoda, kot je MKF, kljub celostnemu pristopu postavi posameznika v pasiven položaj prejemnika storitev. Menijo, da mehanične metode izhajajo iz primanjkljajev in problemov, ki jih je treba nadomestiti. Potrebe so že določene, uporabnik ali strokovnjak le odključka, ali uporabnik potrebuje pomoč na določenem področju (23).

Način dela socialne delavke v rehabilitaciji je najbližje metodi osebnega načrtovanja, ki se uporablja v slovenskem prostoru v socialnem varstvu pri koordinirani obravnavi v skupnosti in zanjo obstaja ustrezna zakonska podlaga (24, 25). Razvila se je iz vodenja primera (case management) in načrtovanja ter izvajanja oskrbe (care planning and management) (23). Metoda nam omogoča, da na podlagi raziskovanja življenjskega sveta uporabnika² socialna delavka skupaj z njim oblikuje cilje in načrtuje uporabo tako tistih sredstev, ki jih človek ima na voljo, kot tistih, ki jih mora še pridobiti, da bi svoje cilje dosegel. V nenehnem dialogu in delovnem odnosu z uporabnikom dosledno upošteva njegovo voljo, in sicer tako, da krepi njegovo moč, pa tudi tako, da ob sprejemljivih tveganjih širi možnosti človeka, ki mu je

načrt namenjen (24). Za dosledno izpeljavo takega načina dela na področju rehabilitacije socialne delavke žal nimamo ustrezne zakonske podlage in pogojev dela.

Socialne delavke v rehabilitaciji smo pred strokovnim izzivom: kako učinkovito združiti v rehabilitacijski medicini uveljavljeno MKF z metodo osebnega načrtovanja, ki vsebuje nujne elemente za strokovno in kakovostno opravljanje socialnega dela.

ZAKLJUČEK

Delo socialne delavke je preplet v družino usmerjene socialne obravnave in individualnega načrtovanja (case management). Vanj je vključeno ocenjevanje življenjskih situacij, družinskih razmerij, ocenjevanje potreb, ocenjevanje tveganja, funkcionalnih sposobnosti, ocenjevanje moči in ocenjevanje resursov. Čeprav socialna obravnavna v zdravstveni dejavnosti že vsebuje veliko elementov metode osebnega načrtovanja, pa zanj nimamo zakonske podlage in ustreznih delovnih pogojev za spremljanje primera. Ključni okvir za kakovostno, strokovno in odgovorno opravljanje storitev socialnega dela, ki bi omogočil lažje spremljanje in ocenjevanje na področju socialne obravnave v medicinski rehabilitaciji, predstavljajo strokovni standardi, ki jih stroka socialnega dela v zdravstveni dejavnosti do sedaj še nima. Zato tudi evidentiranje kakovosti in določitev kazalnikov kakovosti (uspešnosti) na področju socialnega dela v zdravstveni dejavnosti še ni mogoče realizirati. Na področju zdravstvene dejavnosti se niso uveljavili merski instrumenti, orodja, lestvice, ki bi zaobjeli kompleksnost socialne obravnave v rehabilitaciji. Postavitev merskega instrumenta, ki bo v pomoč tako rehabilitacijski stroki kot pacientu in njegovemu sistemu, je vsekakor izziv.

Literatura

1. Pogačnik M. Socialno delo v zdravstvu. Obzor Zdrav Neg. 1984; 18 (6): 379–409.
2. Jamnik H. Ocenjevanje kakovosti življenja v rehabilitaciji – pregled. V: Burger H, Goljar N, ur. Ocenjevanje izida v medicinski rehabilitaciji. 14. dnevi rehabilitacijske medicine: zbornik predavanj, Ljubljana, 4. in 5. april 2003. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo, 2003: 281–8.
3. How to measure success in social work. Actforlibraries.org. Dostopno na <http://www.actforlibraries.org/how-to-measure-success-in-social-work/> (citirano 9. 1. 2016).
4. Ocepek J, Pihlar Z. Ocenjevanje okolja in dokazi o vplivu in prilagoditev domačega okolja na kakovost življenja ljudi z različnimi okvarami. V: Burger H, Goljar N, ur. Novejše diagnostične in terapevtske metode v celostni rehabilitaciji. 24. dnevi rehabilitacijske medicine: zbornik predavanj, Ljubljana, 22. in 23. marec 2013. Ljubljana: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije - Soča, 2013: 45–51.
5. Cameron JI, Naglie G, Silver FL, Gignac MA. Stroke family caregivers' support needs change across the care continuum: a

- qualitative study using the timing it right framework. *Disabil Rehabil.* 2013; 35 (4): 315–24.
6. Davidson JE. Family-centered care: meeting the needs of patients' families and helping families adapt to critical illness. *Crit Care Nurse.* 2009; 29 (3): 28–34.
 7. Kvaternik I, Grebenc V. Vrzeli med medicino in socialnim delom: primer »dvojnih diagnoz«. *Teor praksa.* 2008; 45 (1-2): 129–43.
 8. Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2015–2025: skupaj za družbo zdravja: (ResNPZV 2015 - 2025): (predlog za javno razpravo). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje; 2015. Dostopno na http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/PPT_13.6._Resolucija/ResNPZV.pdf (citirano 10. 2. 2016).
 9. Ivanuša M, Kerstin Petrič V, ur. *Zdravje 2020: temeljna evropska izhodišča za vseladno in vsedružbeno akcijo za zdravje in blagostanje.* Slovenska izd. Ljubljana: Urad Svetovne zdravstvene organizacije v Sloveniji; 2014. Dostopno na <http://czr.si/files/zdravje-2020.pdf> (citirano 10. 2. 2016).
 10. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ). Ur l RS 72/2006.
 11. Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej). Ur l RS 9/1992.
 12. NASW standards for clinical social work in social work practice. Washington: National Association of Social Workers; 2005. Dostopno na <http://www.socialworkers.org/practice/standards/NASWClinicalSWStandards.pdf> (citirano 10. 2. 2016).
 13. Strategija socialnega dela v zdravstveni dejavnosti (predlog). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje; 2013: 1–41.
 14. Kiauta M, Poldrugovac M, Rems M, Robida A, Simčič B. Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010–2015). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje; 2010. Dostopno na http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/kakovost/nacionalna_strategija_kakov_in_varn_2010-2015/Nacionalna_strategija_kakovosti_in_varnosti_v_zdravstvu_2010-2015.pdf (citirano 10. 2. 2016).
 15. Common quality framework for social services of general interest. Brussels: European Platform for Rehabilitation; 2010. Dostopno na: <http://www.epr.eu/images/EPR/documents/projects/prometheus/CQF%20for%20SSGI%20-%20FINAL%20VERSION.pdf> (citirano 10. 2. 2016).
 16. Sporočilo Komisije Evropskemu parlamentu, Svetu, Evropskemu ekonomsko-socialnemu odboru in Odboru regij: okvir kakovosti za storitve splošnega pomena v Evropi. Bruselj: Evropska komisija; 2011. Dostopno na http://ec.europa.eu/services_general_interest/docs/comm_quality_framework_sl.pdf (citirano 10. 2. 2016).
 17. E-QUALIN. Logatec: FIRIS IMPERL razvojni inženiring socialnega varstva. Dostopno na <http://www.firis-imperl.si/izobrazevanje/e-qalin/> (citirano 10. 2. 2016).
 18. E-Qalin. Maribor: Dom starejših občanov Tezno; c.2014. Dostopno na <http://www.dso-tezno.si/aktivnosti/e-qalin> (citirano 10. 2. 2016).
 19. EQUASS Excellence. Brussels: European Platform for Rehabilitation; c2015. Dostopno na <http://equass.be/equass/index.php/equass-certification-system/excellence> (citirano 10. 2. 2016).
 20. van Engen-Verheul MM, Kemps HM, de Keizer NF, Hellemans IM, Goud R, Kraaijenhagen RA, Peek N. Revision of the Dutch clinical algorithm for assessing patient needs in cardiac rehabilitation based on identified implementation problems. *Eur J Prev Cardiol.* 2012; 19 (3): 504–14.
 21. International classification of functioning, disability and health: ICF. Geneva: World Health Organization; 2001.
 22. Mednarodna klasifikacija funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in zdravja: MKF. Ženeva: Svetovna zdravstvena organizacija; Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije: Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo; 2006.
 23. Flaker V, Nagode M, Rafaelič A, Udovič N. Nastajanje dolgotrajne oskrbe: ljudje in procesi - eksperiment in sistem. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo; 2011: 111–3.
 24. Flaker V, Mali J, Rafaelič A, Ratajc S. Osebno načrtovanje in izvajanje storitev. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo; 2013: 19.
 25. Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr). Ur l RS 77/2008.