

Carmen Rajer

Rešitve in izzivi dolgotrajne oskrbe v skupnosti

POVZETEK

Dolgotrajna oskrba starejših ljudi v skupnosti postaja zadnja leta izziv, s katerim se sooča ne le Slovenija, temveč vsa Evropa, vendar pa Slovenija pri reševanju teh vprašanj močno zaostaja v primerjavi z drugimi evropskimi državami, saj po 20 let letih še vedno sprejema sistemsko ureditev tega področja. V letu 2021 smo sicer prišli do epiloga s sprejetjem Zakona o dolgotrajni oskrbi, vendar implementacija rešitev še vedno ni realizirana. Pristopi integrirane oskrbe morajo biti celostni in integrirani, kar je velik izziv tako za zdravstveno kot socialno stroko. Namen članka je predstaviti rešitve in izzive za dolgotrajno oskrbo v skupnosti, kot so jih identificirali strokovnjaki iz navedenega področja v času evropskega pilotnega projekta Integrirana oskrba v občini Krško Most ter občinskega projekta dolgotrajna oskrba v skupnosti Most v Mestni občini Krško.

Ključne besede: dolgotrajna oskrba, integrirana oskrba, starejši, domače okolje, pomoč na domu, reintegracija

AVTORICA:

Carmen Rajer, mag. sociologije, dipl. soc. del., je doktorska študentka na Alma Mater Europaea – ECM, smer Socialna gerontologija, kjer se raziskovalno ukvarja s področjem staranja, odnosom družbe do starejših ljudi, s socialno infrastrukturo in dolgotrajno oskrbo v skupnosti pod mentorstvom prof. ddr. Davida Bogataja. Poklicne izkušnje je pridobivala v različnih zdravstvenih in socialnih zavodih, zadnjih deset let je vodja pomoči na domu in mentorica prostovoljcem na Centru za socialno delo Posavje, enota Krško, kjer je bila vodja projekta Integrirana oskrba v občini Krško »Most« ter zadnje leto in pol projekta dolgotrajne oskrbe v skupnosti »Most«, podprt iz strani Mestne občine Krško. Je predsednica Sekcije za oskrbo na domu, ki deluje pod okriljem Socialne zbornice Slovenije. Bila je članica različnih delovnih skupin Ministrstva za zdravje, Inštituta RS za socialno varstvo, Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti. Je predavateljica na teme staranja, komunikacije s starejšimi osebami, dela z osebami z demenco v domačem okolju, na področju nasilja nad starejšimi ljudmi in drugo.

ABSTRACT

Solutions and challenges in community-based long-term care

In recent years, the long-term care of older people in the community has been a challenge faced not only by Slovenia, but by all of Europe; but in solving these issues, Slovenia is lagging behind European legislation. In the last 20 years it has not adopted the systemic regulation of this area yet. In 2021, we reached an epilogue

with the adoption of the Long-Term Care Act, but the implementation of the solutions has still not been defined. Integrated care approaches must be holistic and integrated, which represents a major challenge for both the health and social care professions. The purpose of the article is to present solutions and challenges for long-term care in the community, as identified by experts from the Integrated care in the municipality of Krško Most project (funded by EU) and the municipal project long-term care in the community of Most in the municipality of Krško.

Keywords: long-term care, integrated care, older people, home environment, help at home, reintegration

AUTHOR

Carmen Rajer, M.Sc. of sociology, B.Sc. soc. Work, is a doctoral student at Alma Mater Europaea – ECM, majoring in Social Gerontology, where she researches the field of ageing, society's attitude towards older people, social infrastructure and long-term care in the community under the mentorship of prof. dr. David Bogataj. She gained professional experience in various health and social institutions. For the past ten years she has been the manager of home help service and mentor to volunteers at the Center for Social Work Posavje, unit Krško. She was the manager of Integrated care in the municipality of Krško „Most“ project as well as of the „Most“ community project, supported by the Krško Municipality. She is also the president of the Section for care homes, which operates under the auspices of the Social Chamber of Slovenia, was a member of various working groups of the Ministry of Health, the Institute of Social Welfare of the Republic of Slovenia, the Ministry of Labour, Family, Social Affairs and Equal Opportunities. She is also a lecturer on ageing issues, communication with and violence against older persons, works with persons with dementia in the home environment, etc.

1 OSKRBA V SKUPNOSTI JE POTREBA V SEDANJOSTI, KI NE SME OSTATI LE VIZIJA PRIHODNOSTI

Demografske spremembe, tako v svetu kakor v Sloveniji, zahtevajo sistemske rešitve. Mlajše generacije ne zmorejo več poskrbeti za svoje družinske člane kakor so jih generacije pred leti. Beležimo znižano rodnost pri mladih družinah, podaljšan delovni čas v službah, v ospredje stopa koncept tekmovalnosti, ki se ga učijo že otroci v vrtcu. Srednje generacije se soočajo s skrbjo za svoje otroke, tako z vidika ekonomske preskrbljenosti kakor trenda vključenosti v različne priložnosti, kar zahteva dodatna prilagajanja in mobilnost. Ob tem skrbijo za lastno gospodinjstvo in osebni razvoj, kateremu sodobna družba daje vse več poudarka, od posameznikov in družin pa zahteva prevzemanje odgovornosti za kvaliteto življenja, ki ga živijo. Dodatno mora biti posameznik konkurenčen in nadpovprečno sposoben v svoji službi, kar pomeni biti dober delavec in sodelavec,

inovativen, iznajdljiv, ekonomičen, ob tem pa glede na rast cen podpovprečno plačan. V določenem obdobju se temu pridruži še skrb za enega ali več starejših družinskih članov ter njihovo oskrbo.

Ko se družina sooči s potrebo po pomoči starejšemu družinskemu članu, igra izredno vlogo razvitost socialne infrastrukture okolja, v katerem živi, oziroma socialna mreža družine, razvitost skupnostnih oblik pomoči, razvitost in dostopnost javne mreže za pomoč starejšim osebam, kot tudi finančna zmožnost družine, usklajevanje službe in prostega časa, demografska razpršenost kraja, kjer živi, ter viri moči za čim hitrejšo rehabilitacijo in reintegracijo v domače okolje ali namestitve v institucionalno oskrbo.

Sistemi, ki nudijo pomoč starejšim, so trenutno neenotni, razdrobljeni ter odvisni od socialne usmerjenosti kraja, kjer oseba živi. Svojci se čez noč srečajo z nenačrtovanim odpustom družinskega člana iz bolnišnice, prenapolnjenimi domovi za starejše občane, zasedenimi termini izvajalcev pomoči na domu, zasedenostjo zdravstvenih služb tako v primarnem kot v sekundarnem zdravstvu, s slabo informiranostjo o možnostih glede pomoči na domu, z visokimi cenami oskrbe ... Ob tem pa zakonodaja nalaga otrokom obvezo skrbi za starše, ne omogoča pa bolniške odsotnosti za čas oskrbe starejšega družinskega člana, temveč samo odsotnost za čas spremstva na preglede ali kontrole v zdravstvene ustanove, a le če živijo na istem naslovu.

Že leta 2014 je poročilo »Ustrezna socialna zaščita za potrebe po dolgotrajni oskrbi v starajoči se družbi« navajalo opažanja: nepovezanost storitev in prejemkov ter s tem oteženo dostopnost do storitev, kar zmanjšuje kakovost in preglednost, prevlado institucionalne oskrbe, ki temelji pretežno na medicinskem modelu, nepovezanost storitev socialnega in zdravstvenega varstva v primeru skupnostnih oblik dolgotrajne oskrbe in oskrbe v domačem okolju, pomanjkljivo uporabo informacijsko-komunikacijskih tehnologij in kurativno naravnost trenutne ureditve, ki ne daje dovolj poudarka na rehabilitaciji in preventivi (Adequate, 2014, str. 228).

Namen članka je zato predstaviti možne rešitve in izzive vezane na izvajanje dolgotrajne oskrbe v skupnosti ter koncept integrirane oskrbe v domačem okolju. Temelji na veljavni zakonodaji v Sloveniji, analizah evropskega projekta dolgotrajne oskrbe v skupnosti ter primeru dobre prakse, kjer je bil eden od ciljev deinstitutionalizacija in izenačitev pravic starejših z osnovno temeljno človekovo pravico do izbire, kje bo živel in na kakšen način. Namen deinstitutionalizacije je namreč zagotovitev vključevanja in odločanja na vseh ravneh ter zagotovitev podpore in pomoči pri spremembah (Rafaelič idr., 2017, str. 187).

V Sloveniji se vse bolj srečujemo s potrebo po celovitejši dolgotrajni oskrbi v skupnosti ter enovitejši zakonodaji, saj je le-ta trenutno urejena v okviru različnih zakonov oz. ločenih sistemov socialne varnosti. V članku bodo prikazani vidiki povezovanja različnih storitev skozi sodelovanje zdravstvenih in socialnih

strokovnjakov v domačem okolju. V empiričnem delu bodo analizirani objektivni in subjektivni pogledi na pravice starejših ljudi v Sloveniji in sicer z analizo obstoječe zakonodaje, strokovnih in znanstvenih člankov ter na primeru dobre prakse v Mestni občini Krško.

V prispevku so ponujeni odgovori na raziskovalna vprašanja kot: Kaj je integrirana dolgotrajna oskrba? Kakšne so pravice starejših ljudi, ki bivajo v domačem okolju? V kolikšni meri država omogoča starejšim pravico do izbire bivanja v željenem okolju in s tem dostopnost do storitev dolgotrajne oskrbe?

Uporabljene raziskovalne metode so pregled literature, oziroma neeksperimentalna metoda raziskovanja in nestrukturiran intervju s sedmimi zaposlenimi v projektu dolgotrajne oskrbe v Mestni občini Krško, ki so na podlagi delovnih izkušenj iskali prednosti in slabosti izvajanja storitev dolgotrajne oskrbe v domačem okolju.

2 IZZIVI OBSTOJEČEGA SISTEMA

Zakoni, ki se posredno ali neposredno dotikajo področja dolgotrajne oskrbe, so pokojninsko in invalidsko zavarovanje (po Zakonu o pokojninskem in invalidskem zavarovanju, ZPIZ-2 2), zdravstveno zavarovanje (po Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, ZVZZ3), zavarovanje za starševsko varstvo (po Zakonu o starševskem varstvu in družinskih prejemkih, ZSDP-1 4), socialni prejemki in socialnovarstvene storitve (po Zakonu o socialnem varstvu, ZSV5, Zakonu o socialnovarstvenih prejemkih, ZSVarPre6 in Zakonu o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev, ZUPJS7), skrb za vojne veterane (po Zakonu o vojnih veteranih, ZVV8 in Zakonu o vojnih invalidih, ZVojI9), Zakon o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih oseb (ZDVDTP10) ter leta 2021 sprejet Zakon o dolgotrajni oskrbi (ZDOsk). Izvajanje pomoči na domu natančneje določa Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev (2010), ki pa je glede na stanje socialne oskrbe vse bolj potreben temeljite prenove.

Žal obstoječe sistemske rešitve ne zadovoljujejo več vse bolj specifičnih potreb starejših oseb v skupnosti, ko so le-ti potrebni pomoči druge osebe in ne zmorejo več samostojnega življenja. Ležalni dnevi v bolnišnicah se zadnja leta podaljšujejo, saj skorajda ni več možnosti za domsko namestitev ali kvalitetno oskrbo v domačem okolju, še posebej pri osebah s šibko socialno mrežo. Zaradi tega prihaja do daljših ležalnih dob v bolnišnici ali odpustov v neurejene bivalne in socialne razmere ter posledično ponovnih hospitalizacij. Negativni učinki tradicionalnega odpusta oziroma nenačrtovanega odpusta pri starejših oseb povzročajo občutek zapuščenosti in tesnobo. Konflikti s svojci, nezaupanje in kaos pa so tisti vzroki, ki pripeljejo do neučinkovitega zagotavljanja oskrbe, podaljšanega bolnišničnega zdravljenja ali ponovnih sprejemov v bolnišnico (Mitchell idr., 2018). Svojci so namreč ob odpustu slabo obveščeni o pravicah, ki jim pripadajo, ne vedo, kako organizirati svoje življenje

ter ga uskladiti z vsemi obveznostmi, ki jih že tako imajo, kje nabaviti tehnične in ostale pripomočke, kaj vse bodo potrebovali za domačo oskrbo ter kdo jim pri tem lahko pomaga. Stiske so toliko večje pri osebah z demenco, ki na začetku bolezni zelo dobro prikrivajo kognitivne primanjkljaje (Lukič-Zlobec, 2017).

Dodatna težava so tudi neprilagojeni bivalni prostori. Če namreč želimo, da ostanejo starejši ljudje čim dlje v domačem okolju, je ključnega pomena prilagoditev bivalnih prostorov, saj mora npr. nad 50 let star prebivalec Slovenije prehoditi v povprečju 15 stopnic, da pride v svoje stanovanje (Ramovš, 2020, str. 67).

3 POMOČ NA DOMU V MESTNI OBČINI KRŠKO

Pod okriljem Centra za socialno delo Posavje, enota Krško, ki je javno socialno varstveni zavod, se že 31 let izvaja socialno varstvena storitev pomoč na domu. Prva leta je bila organizirana kot program, ki so ga izvajale osebe, vključene v javna dela, v začetku 1998 pa so ustanovili Enoto za pomoč na domu z redno zaposlenimi. Število uporabnikov je iz leta v leto rastlo, prav tako njihove potrebe in specifične.

V zadnjih letih se je tendenca potreb vse bolj nagnila v smer potrebe po pomoči pri temeljnih vsakdanjih opravilih, še vedno pa je ostajala potreba po dostavi toplega obroka. Slednji sicer v večini ne potrebujejo ostalih storitev, sodijo pa v delež uporabnikov, ki so rizični za padce v domačem okolju, zaradi česar so tudi vključeni v storitev pomoči na domu.

Starejše osebe se običajno v storitev vključijo na pobudo zdravstvenega ali socialnega osebja v bolnišnici, svojcev, patronažne službe, sosedov ali znancev, društev za samopomoč ali strokovnih delavk lokalnega centra za socialno delo; pomoč običajno potrebujejo v čim krajšem možnem času. Z naraščanjem kompleksnejših zdravstvenih stanj uporabnikov pomoči na domu tradicionalna socialna oskrba na domu ne zadošča več, saj potrebe uporabnikov presegajo kompetence socialnih oskrbovalk. Glede na to, da je pravica vsakega posameznika, da se odloča, kje bo živel in kakšne storitve bo prejemal, zadnjih dvajset let stopa vse bolj v ospredje potreba po sistemski ureditvi integrirane dolgotrajne oskrbe v skupnosti, ki bo v središče postavljala uporabnika in njegovo družino ter pravico do izbire.

4 ODGOVOR NA IZZIV CELOSTNE OSKRBE STAREJŠIH LJUDI V SKUPNOSTI – ZAKON O DOLGOTRAJNI OSKRBI

Center za socialno delo Posavje, enota Krško, se je leta 2018 na pobudo Mestne občine Krško prijavil na razpis za izbor operacij »Izvedba pilotnih projektov, ki bodo podpirali prehod v izvajanje sistemskega zakona o dolgotrajni oskrbi« (Ministrstvo za zdravje, 2018). Izbrani projekti na razpisu so potekali v treh različnih ustanovah in okoljih in sicer v Krškem, kjer je bil nosilec projekta Center za socialno delo Posavje, v Celju, kjer je bil nosilec Zdravstveni dom Celje, in v Dravogradu, kjer

je bil nosilec Koroški dom starostnikov. Mestna občina Krško z 25.996 prebivalci (Statistični urad RS, 2019) je v projektu zastopala ruralno okolje, za katerega je značilna geografska razpršenost ter pretežno tradicionalno podeželsko prebivalstvo.

Projektu so kot konzorcijski partnerji pristopili Mestna občina Krško, Splošna bolnišnica Brežice, Dom starejših občanov Krško, Zdravstveni dom Krško in Varstveno delovni center Krško-Leskovec; poleg navedenih pa so se kot podporni partnerji priključili tudi Društvo upokojencev, Društvo Sonček, Društvo gluhih in naglušnih Posavje, Društvo Sožitje in Društvo Hospic. Namen projekta je bil testirati različne rešitve, ki so bile kasneje implementirane v Zakonu o dolgotrajni oskrbi (2021); ta naj bi razbremenil in okreplil tako formalne kakor neformalne oskrbovalce v domačem okolju ter dodal nove manjkajoče storitve.

Mednarodna definicija pravi, da je dolgotrajna oskrba niz storitev, ki jih potrebujejo ljudje z zmanjšano stopnjo telesnih in kognitivnih sposobnosti ter so v daljšem časovnem obdobju odvisni od pomoči pri izvajanju osnovnih in podpornih vsakdanjih opravil (OECD, Eurostat, WHO). Cilj je zagotoviti osnovna vsakdanja opravila (ADL), oziroma storitve osebne oskrbe v kombinaciji z zdravstvenimi storitvami kot so zdravstvena nega, preventiva, rehabilitacija ter paliativna oskrba. Podporna vsakdanja opravila (IADL) so povezana s pomočjo v gospodinjstvu (Nagode idr., 2014).

4.1 INTEGRIRANA OSKRBA V OBČINI KRŠKO »MOST«

Ime projekta Integrirana oskrba v občini Krško »Most« je označevalo povezovanje različnih strok usmerjenih na upravičenca in njegove potrebe. Glede na navedeno so bili cilji projekta vzpostavitev enotne vstopne točke in testiranje postopkov ocenjevanja za ugotavljanje upravičenosti do dolgotrajne oskrbe, vzpostavitev učinkovite koordinacije med izvajalci socialnega in zdravstvenega varstva ter na novo vzpostavljeno vstopno točko s ciljem zagotavljanja integrirane oskrbe, ki v središče postavlja uporabnika. Projekt je po prvem delu storitve testiral tudi drugi del in sicer uvajanje novih storitev in mehanizmov podpore izvajalcem formalne in neformalne oskrbe za izvedbo kakovostne in varne obravnave na domu uporabnika. Celotno izvajanje projekta je spremljalo tudi testiranje novo vzpostavljenega elektronskega evidentiranja storitve od ocene upravičenosti do dolgotrajne oskrbe do izvajanja storitev na terenu. Projekt je vključeval populacijo staro nad 18 let. S projektom se je v dveh letih in pol vzpostavljala model oskrbe v domačem okolju (Ministrstvo za zdravje, 2022).

Naziv oskrba sicer ne gre vzeti preozko, saj oskrba označuje celovit pristop k različnim potrebam človeka in zajema različne oblike pomoči in storitev in sicer tako socialno kot zdravstveno oskrbo. Pojem oskrba se pogosto povezuje s pomočjo pri vsakdanjih opravilih (socialna oskrba), medtem ko je za zdravstveno in medicinsko oskrbo bolj običajen izraz zdravstvena nega, kar pa je v praksi pogosto drugače, saj se obe storitvi med seboj povezujeta in ju ne moremo ločiti

(Ramovš, 2012, v Filipovič Hrast idr., 2014). Grol in sodelavci ob tem opozarjajo tudi na vidik uskladitve skupne vizije z lokalno skupnostjo, saj menijo, da je multidisciplinarno povezovanje in sodelovanje lahko velik izziv, ko želimo izvesti tovrstne reforme (Grol idr., 2021).

Cilj projekta je bil predstaviti rešitve, ki bi sistemsko nudile upravičencem možnost izbire in celostni pristop, če se znajdejo v situaciji, ko potrebujejo pomoč druge osebe v daljšem časovnem obdobju. Na navedeno opozarjajo tudi različne študije, raziskave in listine vključno s 25. členom Listine o človekovih pravicah Evropske unije, ki priznava starim ljudem pravico do dostojnega in samostojnega življenja ter sodelovanje v družbenem in kulturnem življenju. To pomeni, da imajo ljudje pravico do oskrbe v domačem okolju kot tudi pravico odločati o oskrbi, ki jo bodo prejeli, katera temelji na dostojanstvu in dobrem počutju starih ljudi in predlaga smernice za njihovo zagotavljanje v skupnostnih oblikah oskrbe. Na ta način listina priznava pravico ljudem, da živijo bodisi v domačem okolju bodisi v institucionalni oskrbi, kar jim omogoča pravico izbirati kraj bivanja, ki je prilagojen njihovim potrebam (Mali idr., 2018).

4.1.1 ENOTNA VSTOPNA TOČKA

Vzpostavitev enotne vstopne točke (v nadaljevanju EVT) je nudila upravičencem in njihovim svojem informacije na enem mestu. Testiranje te storitve je izhajalo iz predpilotnega projekta Priprava podlag za izvedbo pilotnih projektov, ki bodo podpirali prehod v izvajanje systemskega zakona o dolgotrajni oskrbi (2017). Namen projekta je bil oblikovati orodje, postopke in metode, s katerimi bi lahko določili, ali so zavarovanci upravičeni do dolgotrajne oskrbe, kar naj bi bil pogoj za začetek izvajanja projekta dolgotrajne oskrbe. Razvita metodologija naj bi na podlagi enotnih kriterijev in postopka omogočala celostno ugotavljanje potreb uporabnika, obseg in vsebino pomoči, stopnjo upravičenosti ter postopek od oddaje vloge do izdaje mnenja. Orodje je bilo pripravljeno integrirano ter naj bi bilo kot takšno primerno tako za zdravstveno kakor za socialno stroko. V času projekta pa se je še dodatno prilagajalo slovenskemu sistemu in organiziranosti različnih služb.

Na EVT v Krškem so bile zaposlene strokovne delavke iz štirih različnih strokovnih področij in sicer diplomirana fizioterapevtka, diplomirana delovna terapevtka, univerzitetna diplomirana socialna delavka in diplomirana medicinska sestra. Ob oddaji vloge za oceno upravičenosti do dolgotrajne oskrbe se je strokovna delavka z upravičencem ali svojem pogovorila o situaciji, jih informirala o pravicah in možnih oblikah pomoči v lokalni skupnosti in širše ter se dogovorila za obisk na domu oziroma po potrebi v instituciji. Po prvem informativnem pogovoru z uporabnikom ali njegovim svojem je opravila obisk na domu, kjer je v njihovem domačem okolju ocenila osebo po vprašalniku NBA, povzetem po nemškem orodju ugotavljanja upravičenosti do dolgotrajne oskrbe

(Das neue Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit, 2011). Z navedenim vprašalnikom je strokovna delavka ugotavljala stopnjo samostojnosti in posledično odvisnosti od pomoči druge osebe v domačem okolju in sicer v osmih modulih. Moduli so bili glede na vsebino razdeljeni v sledeče sklope:

- modul 1: gibanje,
- modul 2: kognitivne in komunikacijske sposobnosti,
- modul 3: vedenje in duševno zdravje,
- modul 4: samooskrba,
- modul 5: sposobnost spopadanja z boleznijo ali z zdravljenjem povezanimi zahtevami in obremenitvami,
- modul 6: vsakdanje življenje in socialni stiki,
- modul 7: aktivnosti zunaj domačega okolja,
- modul 8: gospodinjstva opravila.

Glede na oceno je bila oseba umeščena v kategorije od 1 do 5 ali pa do storitev ni upravičena. Po opravljeni oceni na terenu je strokovna delavka napisala mnenje s priporočilom glede nadaljnjega izvajanja storitev oziroma pomoči v domačem okolju. Če je bila oseba upravičena do storitev dolgotrajne oskrbe, je mnenje s priporočilom strokovnih delavk poleg upravičenca prejela tudi koordinatorka dolgotrajne oskrbe, ki je bila po izobrazbi univerzitetna diplomirana socialna delavka. Po šestih mesecih, oziroma glede na potrebo, so strokovne delavke enotne vstopne točke opravile ponovno oceno stanja.

Pobuda za ugotavljanje upravičenosti do dolgotrajne oskrbe je bila lahko podana s strani upravičenca, neformalnih oskrbovalcev, ostalih družinskih članov kot tudi s strani drugih strokovnih služb kot npr. zaposlenih v rehabilitacijskih centrih, osebnih zdravnikov, patronažnih sester ter strokovnih delavk centra za socialno delo; v domačem okolju je namreč tudi velik delež oseb, ki nimajo svojcev, ki bi zanje skrbeli. Pobude so prihajale tudi od nevladnih organizacij. Tudi osebe, ki niso bile upravičene do storitev dolgotrajne oskrbe, so v mnenju, ki ga je izdala strokovna služba EVT, dobile priporočilo in usmeritev, na koga se lahko obrnejo v lokalni skupnosti za dodatno pomoč (pomoč na domu, društva, skupine za samopomoč ...). Interdisciplinarni pristop, ki se je pri tem uvajal, je bil vsekakor pomemben tudi pri ocenjevanju oseb z demenco, saj je omogočal celosten pogled na življenjsko situacijo upravičenca in njegove družine. Oceno je opravila ena od strokovnih delavk enotne vstopne točke, vendar pa so se v primeru dilem lahko posvetovala z ostalimi strokovnimi delavkami enotne vstopne točke.

Bistvo ugotavljanja upravičenosti do dolgotrajne oskrbe je bilo, da se ocena opravi na domu uporabnika, saj je le to edino smiselno pri izoblikovanju celostne slike o življenjski situaciji uporabnika. Ob obisku na domu namreč najbolj spoznamo trenutno situacijo uporabnika, kje so njegove omejitve in kje prednosti; upoštevajo se pozitivni vidiki v uporabnikovem življenju, kar je sestavni del pogovora, saj na ta način družino že na začetku podpremo v prizadevanjih

za reševanje trenutne življenjske stiske (Milošević Arnold idr., 2009). Samo ugotavljanje upravičenosti je izhajalo iz samostojnosti uporabnika in identifikacije tistih aktivnosti, ki jih upravičenec ne zmore več sam. Namen je bil, da na ta način starejšemu človeku ne jemljemo samostojnosti, temveč ga podpremo v aktivnostih, kjer potrebujejo pomoč druge osebe.

4.1.2 KOORDINIRANJE DOLGOTRAJNE OSKRBE V SKUPNOSTI

Po izdaji mnenja strokovnih delavk je koordinatorka dolgotrajne oskrbe ponovno vzpostavila stik z upravičencem ali neformalnim oskrbovalcem ter se dogovorila za obisk na domu z namenom izdelave izvedbenega načrta glede na priporočene storitve dolgotrajne oskrbe. Koordinatorka dolgotrajne oskrbe je nato z upravičencem in svojci opredelila nadaljnji načrt pomoči ter vključila strokovnjake iz področja oskrbe ali enote za ohranjanje samostojnosti, po potrebi pa pomagala tudi urejati namestitve v institucionalno varstvo. Skupaj z družino je poiskala primerno rešitev za situacijo, v kateri se je družina znašla, s poudarkom na pravici do izbire pomoči. Naloge koordinatorja so nadalje bile spremljanje izvedbenega načrta, koordiniranje izvajalcev na terenu, sodelovanje z EVT in ostalimi organizacijami v lokalni skupnosti in širše, prav tako je koordinatorka obveščala strokovne delavke EVT o spremembah zdravstvenega stanja in potrebi po ponovni oceni, tako v primeru izboljšanja zdravstvenega stanja uporabnika kot v primeru poslabšanja, obenem pa je ves čas nudila pomoč in podporo uporabnikom, izvajalcem in neformalnim oskrbovalcem.

V zadnjih letih so se različne strokovne službe nemalokrat srečevale s situacijami, ko je izguba vpliva nad prejetimi socialnovarstvenimi in drugimi storitvami vsakodnevna izkušnja uporabnikov, kar se je odražalo v pokroviteljskih pristopih, pomanjkanju zavzetosti strokovnih delavcev in tudi razvrednotenju in ponižanju oseb, ki potrebujejo pomoč. Ob tem je bil vpliv uporabnika prezrt, zaradi česar ni imel možnosti izbire o pomembnih vprašanjih, temveč so o tem razpravljali in odločali drugi (Škerjanc, 2010). V izogib temu je bila v projektu ključnega pomena vključitev koordinatorice dolgotrajne oskrbe, ki je skupaj z uporabniki, svojci in izvajalci dolgotrajne oskrbe načrtovala vključevanje formalnih izvajalcev in v ospredje postavljala uporabnika s svojimi potrebami, željami in navadami.

4.1.3 IZVAJANJE DOLGOTRAJNE OSKRBE V SKUPNOSTI

Pomoč na domu je še vedno ostajala osnovna podporna storitev v skupnosti, ki je v okviru obstoječe zakonodaje izvajala socialno oskrbo na domu in sicer v treh sklopih opravil: pomoč pri osnovnih vsakdanjih opravilih, gospodinjstva pomoč in pomoč pri ohranjanju socialnih stikov (Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev, 2010). Nadgrajevali pa so jo tehniki zdravstvene nege. Tim je bil poimenovan Enota za oskrbo, poleg njih pa so bili kot novi izvajalci na terenu v Enoti za ohranjanje samostojnosti zaposleni še diplomirani fizioterapevt,

univerzitetna diplomirana socialna delavka, diplomirana delovna terapevtka in magister kineziologije.

Tehniki zdravstvene nege so bili nadgradnja dela socialne oskrbovalke, kar je pomenilo, da so opravili vse storitve, ki jih je do sedaj izvajala socialna oskrbovalka, dodatno pa so izvajali tudi storitve, ki jih sme izvajati le tehnik zdravstvene nege v skladu s svojimi kompetencami (merjenje vitalnih funkcij, hranjenje uporabnikov z motnjami požiranja, preprečevanje razjed, priprava in aplikacij zdravil, idr.). Storitve pomoči na domu, ki so jih izvajale socialne oskrbovalke, so se še vedno izvajale v skladu z obstoječo zakonodajo, vendar pa so imeli uporabniki, ki so potrebovali dodatne zdravstvene storitve, možnost le-te prejeti tudi v okviru enote za oskrbo s strani tehnikov zdravstvene nege, vključno s storitvami zdravstvene nege.

Dodatno so imeli upravičenci možnost prejeti storitve izvajalcev enote za ohranjanje samostojnosti. Namen enote za ohranjanje samostojnosti je bil podpora uporabnikom po prihodu iz daljšega bolnišničnega zdravljenja ali rehabilitacije z nudenjem nadaljnje podpore v domačem okolju, kot tudi pri nenadni starostni oslabeledosti. Izvajalci navedene enote so se v življenje uporabnika vključili začasno s strnjeno obravnavo in z določenimi kratkoročnimi in dolgoročnimi cilji, usmerjeno na upravičenca in svojce. Namen je bil naučiti družino in upravičenca živeti čim samostojneje tudi z novimi omejitvami, ki so bile npr. posledica poškodbe, akutnih ali kroničnih obolenj, starostne oslabeledosti oziroma krhkosti in zaradi česar je potreboval upravičenec pomoč druge osebe. Prav tako so se vključevali pri osebah z demenco in sicer za ohranjanje obstoječih kognitivnih in fizičnih sposobnosti.

V okviru enote za ohranjanje samostojnosti je bila pomemben vezni člen univerzitetna diplomirana socialna delavka, ki je celostno pristopala družini, ji pomagala pri sprejemanju spremenjene življenjske situacije, iskala rešitve, jih podpirala ter pomagala pri reševanju zapletenih življenjskih situacij. Skupaj z njimi je načrtovala dnevne aktivnosti, svetovala pri uveljavljanju pravic iz storitev socialnega varstva, sodelovala z ostalimi strokovnimi delavci v lokalni skupnosti (center za socialno delo, bolnišnica, zdravstveni dom, patronažno varstvo, društva in drugi), pomagala pri ohranjanju ali širitvi socialne mreže ter pri socialnem vključevanju v lokalno skupnost. Poleg navedenega je sodelovala pri izvajanju načrtovanih odpustov v domače okolje, kar je bistveno zmanjšalo nevarne odpuste, saj je tesnejše sodelovanje med njo in bolnišnico omogočilo čas, da se pripravi domače okolje za prihod posameznika, ki je potreboval pomoč druge osebe. Socialna delavka je prav tako pomagala pri namestitvi v bolnišnico ali v dom starejših občanov za čas dopusta svojcev, kar je bila prav tako nova storitev, ki se je testirala v projektu in je omogočala neformalnim oskrbovalcem razbremenitev in nabiranje novih moči za nadaljnjo oskrbo svojega družinskega člana.

Magister kineziologije kot eden novih izvajalcev pomoči osebam z upravičenostjo do dolgotrajne oskrbe se je v okviru projekta izkazal kot izredno dragocen član tima. Njegova naloga je bila skrbeti za izboljšanje gibalnih sposobnosti z

vadbenimi aktivnostmi, katere so uporabniki v večji meri izvajali sami. Z upravičenci in skupinami je izvajal različne preventivne aktivnosti, dodatno pa je osveščal in opolnomočil neformalne in formalne izvajalce o pomembnosti varovanja lastnega zdravja in dobrega telesnega počutja za lažjo oskrbo druge osebe.

Tudi diplomirana delavna terapevtka se je v projektu izkazala kot ena manj prepoznanih oblik pomoči v domačem okolju, pa vendar zelo pomembna v timu za ohranjanje samostojnosti, saj je v procesu nudenja pomoči pomagala urediti bivalno okolje tako, da so lahko upravičenci funkcionirali varno in samostojno (klančine, osvetlitev, ročaji, prilagoditev kopalnic in drugih bivalnih prostorov, višina sedalnih površin ipd.). Poleg tega je uporabnike učila večšin samostojnega življenja v domačem okolju (oblačenje, slačenje, hranjenje, izvajanje prstočasnih aktivnosti in drugo) ter z njimi izvajala vaje za izboljšanje koordinacije gibov (motorika). Svetovala je pri izbiri medicinsko tehničnih pripomočkov (invalidski voziček, pripomočki za hojo, hranjenje ...) ter izobraževala neformalne oskrbovalce o primernih načinih oskrbe svojega bližjega. V procesu dolgotrajne oskrbe je postala izredno pomembna tudi pri delu z osebami z demenco, saj je z njimi ob domačih hišnih opravilih izvajala trening spomina, ohranjala kognitivne funkcije ter skozi vadbene aktivnosti preprečevala inkontinenco.

Najbolj prepoznan je bil diplomirani fizioterapevt, ki je z uporabniki delal na zagotavljanju optimalnih oziroma primernih položajev v postelji, preprečevanju posledic dolgotrajne nepomičnosti (posedanje v postelji, premeščanje iz postelje na invalidski voziček ali stol, hoja ...). Izvajal je dodatno rehabilitacijo oziroma reintegracijo po poškodbah ali drugih stanjih (poškodbe kolkov, zlomi, kapi ...), kjer je bila medicinska rehabilitacija zaključena, ter pomagal pri ponovnem vzpostavljanju določenih gibalnih vzorcev pri specifičnih zdravstvenih stanjih ali starostni oslabelosti. Vse aktivnosti so bile prilagojene bivanju v skupnosti, temeljile pa so na motivaciji po ponovni osamosvojitvi in reintegraciji v domače okolje.

4.1.4 PADCI V DOMAČEM OKOLJU

Padci v domačem okolju so ena od težav, s katerimi se zadnja leta srečujemo vse pogostejše, zato smo v projektu testirali tudi možnost e-oskrbe v domačem okolju in sicer:

- varovanje na daljavo,
- preventiva pri padcih v domačem okolju,
- senzorji za padec, dim, izliv vode,
- 24/7 klicni center,
- gumb za hitro klicanje,
- spremljanje zdravstvenega stanja na daljavo.

Starejše osebe, ki so v projektu uporabljale e-storitve, so le-te prepoznale kot uporabne in koristne, še posebej na področju lastne samostojnosti, občutku nadzora nad življenjem in splošne kakovosti življenja; to se je posebej pokazalo v

času epidemije covid-19. Navedeni storitvi so bili posebej naklonjeni neformalni oskrbovalci, kar dodatno kaže na to, kako je digitalizacija pomembna tudi iz vidika podpore družinskim članom (Ministrstvo za zdravje, 2022, str. 181-183).

V Mestni občini Krško so vlogo ključne osebe v pripravljenosti za informiranje o neželenih dogodkih pri osebah, ki niso imele svojcev, prevzeli tehniki zdravstvene nege, saj bi sicer te starejše osebe izpadle iz sistema e-oskrbe. Navedena težava se je izkazala kot ena pomembnejših pri implementaciji e-oskrbe pri osebah s šibko socialno mrežo.

Po podatkih Svetovne znanstvene organizacije so poškodbe, povezane s padci, najpogostejše pri starejših osebah in so glavni razlog za bolečine, invalidnost, izgubo neodvisnosti in prezgodnjo smrt. Zaradi tega smo v projekt vključili tudi testiranje e-oskrbe. Očitno dejstvo je, da imajo padci v starosti resne dolgoročne posledice za družino in prijatelje, kar postaja že svetovno zdravstveno vprašanje (Hvalič Touzery, 2010).

4.1.5 NEFORMALNI OSKRBOVALCI IN USPOSABLJANJE VSEH VKLJUČENIH V PROCES POMOČI

Vse navedene pilotne aktivnosti so bile zastavljene individualno, naravnane na upravičenca in neformalne oskrbovalce, saj je bilo ključnega pomena, da se že na začetku podpre osebo, ki potrebuje dolgotrajno oskrbo z namenom trajnejše implementacije rešitev samostojnejšega bivanja v domačem okolju.

Cilj je bil pomagati družini, da se njihov onemogli družinski član maksimalno osamosvoji, kot tudi, da so vsi družinski člani primerno ozaveščeni in usposobljeni. Zaradi tega so se v okviru projekta izvajale tudi delavnice za neformalne oskrbovalce, ustanovljena je bila skupina za samopomoč svojcem, formirala se je tudi skupina prostovoljcev, ki so želeli pomagati pri ponovnem socialnem vključevanju posameznikov v samostojno življenje, lajšati občutke osamljenosti ter pomagati pri različnih vsakdanjih opravilih.

Seveda pa se je kot izziv v projektu pokazala velika potreba po organiziranem prevozu neformalnih oskrbovalcev na tovrstna srečanja (starejše osebe, ki skrbijo za svoje partnerje), časovna prilagajanja (zaposleni družinski člani) ali zagotavljanja nadomestne oskrbe za njihove onemogle družinske člane (Ministrstvo za zdravje, 2022, str. 217).

Vsi izvajalci v projektu so imeli številna izobraževanja iz različnih področij, prav tako so se aktivno vključevali v delovne procese vseh partnerjev ter tako v teoriji in praksi spoznavali načine dela z različnimi ranljivim skupinami. V okviru projekta so se izvajalci povezovali tudi z ostalimi društvi in projekti, ki delujejo v lokalni skupnosti, saj so na ta način želeli doseči čim večje število oseb, ki potrebujejo storitve dolgotrajne oskrbe ter jih podpreti tam, kjer najbolj potrebujejo.

Kljub temu, da je bil projekt naravnan na populacijo starejšo od 18 let, je bil še vedno največji delež uporabnikov star nad 65 let; to kaže na rast deleža starejše

populacije, s katero se soočamo. Leta 2050 naj bi namreč število starejših v svetu preseglo število mlajših, kar pomeni vse bolj neugodno razmerje med ljudmi, ki bodo upravičeni do dolgotrajne oskrbe, in ljudmi, ki bodo zanj prispevali, kakor tudi razmerje med tistimi, ki bodo pomoč potrebovali, in tistimi, ki jo lahko na neformalni način zagotovijo. V Sloveniji je tendenca razvoja oskrbe starejših še vedno izrazito institucionalno usmerjena, kar pa ne odgovarja več na izzive, s katerimi se zadnja leta srečujemo, zato so nujni novi pristopi usmerjeni v razvoj storitev izven institucij (Flaker idr., 2011).

5 KONCEPT INTEGRIRANE DOLGOTRAJNE OSKRBE V SKUPNOSTI

Projekt je dejansko selil storitve, ki so jih do sedaj izvajali izključno v institucijah, v domače okolje, s čimer je bilo upravičencem omogočeno, da ostajajo v znanem, domačem okolju in skupnosti.

Tudi sicer gre trend oskrbe starejših ljudi v zadnjem desetletju v smeri omogočanja, da so čim dlje v domačem okolju in v svoji skupnosti, pri tem pa je potrebno upoštevati, da je skupnost širše okolje, v katerem starejši človek biva. Raziskave kažejo, da je za starejše bivanje v svoji skupnosti bistveno pomembnejše kakor za ostale starostne skupine, saj potreba po tem izhaja iz dolgoletnega bivanja v tej skupnosti, preživljanja prostega časa med znanimi domačimi ljudmi in manjše mobilnosti, ki jim onemogoča daljša potovanja (Filipovič Hrast idr., 2014).

Izkušnje iz projekta so pokazale, da je koordinator dolgotrajne oskrbe vez med različnimi timi, vendar pa so v procesu integrirane oskrbe vsi strokovnjaki enakovredni. Vsak, ki je vključen v proces pomoči, lahko vpliva na zastavljene cilje, zaradi česar je povezovanje, sodelovanje in skupno strmenje k istemu cilju ključnega pomena. Pri tem je praksa pokazala, da morajo biti cilji jasno in realno zastavljeni ter usklajeni tako z vsemi izvajalci kakor z družino in upravičencem.

Ko strokovnjaki skupno zastavijo cilje, jih koordinator predstavi družini ter jih z njimi dokončno uskladi. Pri tem je bilo pomembno, da cilji sledijo potrebam upravičenca. Bistvo integrirane oskrbe je torej partnerski odnos med vsemi deležniki procesa pomoči. Ob tem ne gre pozabiti na izredno pomembno vlogo neformalnih izvajalcev, ki so hrbtenica dolgotrajne oskrbe. Kot pravi Ramovš, je oskrbovanje bližnjih izvirna človeška oblika solidarnostne pomoči; v Sloveniji vsak peti prebivalec starejši od 50 let opravlja tudi vlogo neformalnega oskrbovalca, to je kar 150.000 oseb (Ramovš, 2020, str. 115).

6 NADALJEVANJE PROJEKTA DOLGOTRAJNE OSKRBE V MESTNI OBČINI KRŠKO

Zaradi pozitivnih učinkov, ki jih je pokazal projekt, se je Mestna občina Krško po zaključku odločila za nadaljevanje izvajanja tovrstnih storitev v domačem okolju.

Občinski svet Mestne občine Krško je na 18. seji, dne 14. 12. 2020, sprejel Sklep o sofinanciranju projekta dolgotrajne oskrbe v skupnosti »MOST« v Mestni občini Krško; s tem je podprl nadaljevanje izvajanja aktivnosti iz pilotnega projekta ter objavil javni razpis za izbiro izvajalca dopolnilnega socialnovarstvenega programa – Sofinanciranje projekta dolgotrajne oskrbe v skupnosti »MOST« za dobo dveh let oziroma do uveljavitve zakona, ki bo urejal dolgotrajno oskrbo. Center za socialno delo Posavje se je na razpis uspešno prijavil. V letu 2021 je del zaposlenih iz evropskega projekta nadaljeval izvajanje storitev na domu uporabnikov in sicer storitve zdravstvene nege ter storitve za ohranjanje in krepitev samostojnosti (Občina Krško, 2020).

Center za socialno delo Posavje, enota Krško, poleg že obstoječe pomoči na domu, od februarja 2021 še naprej nudi storitve fizioterapije, delovne terapije in zdravstvene nege, do februarja 2022 pa je bil v ekipi zaposlen tudi mag. kineziologije. Vstopna točka je trenutno pomoč na domu. Projekt tudi nadalje, kljub okrnjeni sestavi izvajalcev in plačljivosti, dosega izredne rezultate. Izvajalci se namreč med seboj dopolnjujejo in vstopajo v družino v najbolj kritičnih trenutkih po odpustu iz bolnišnice, zdravilišča ali v primerih starostne oslabelosti ter družino podprejo, ko je najbolj ranljiva in potrebna pomoči. Na ta način lahko pravočasno in ustrezno pomagajo starejši osebi, da se hitreje osamosvoji in reintegrira v domače okolje, svojci pa nimajo občutka, da so v takšnih ključnih trenutkih sami. Izvajalci se med seboj dogovorijo o pristopih, metodah dela in ciljih, katere želijo doseči, se povežejo s patronažno službo, osebnimi zdravniki in z ostalimi zdravstvenimi institucijami, da lahko pravočasno pripravijo bivalno okolje in podprejo družinske člane.

7 UGOTOVITVE ZAPOSLENIH NA PROJEKTU

Zaposleni na obeh projektih so strokovni delavci z večletnimi izkušnjami na področju dela s starejšimi, tako na področju institucionalnega varstva kakor v domačem okolju. Na vprašanje o prednostih in slabostih oskrbe v domačem okolju so bila njihova mnenja podobna.

Oskrba druge osebe pomeni upoštevanje osebe, ki je oskrbe deležen, kot tudi, da je oskrbovalcu dopuščena možnost samostojne presoje (Krstulović, 2014). Navedeno se je in se še vedno izkazuje, saj morajo biti izvajalci na terenu iznajdljivi, samostojni, asertivni in strokovni, z upoštevanjem starejše osebe kot celote in ne le skozi paradigmo diagnoze ali posamezne življenjske situacije.

Pri tem so zaposleni na projektu prišli do sledečih pozitivnih ključnih ugotovitev pri izvajanju dolgotrajne oskrbe v skupnosti:

»Delo na terenu nudi več izzivov in ustvarjalnosti, ni rutine, omogoča na uporabnika naravnano individualno delo.«

»V domačem okolju uporabnik ohranja svojo avtonomnost, delo je bolj smiselno, rezultati so vidnejši, stopnja fizičnih bolečin, s katerimi starejši občasno kompenzirajo psihične stiske, je v domačem okolju manjša.«

»Uporabnik ima večji vpliv na izvajanje storitev in je s tem bolj motiviran, kot tudi družina.«

»Bivanje doma starejšim osebam nudi možnost ohranjanja dnevnih ritualov.«

»Večji potencial ohranjanja samostojnosti, samostojno oblikovanje socialne mreže in stikov, individualno naravnana in organizirana oskrba, ki izhaja iz uporabnikovih potreb, želja in ciljev.«

»Kvaliteta nad kvantiteto.«

»Aktivno vključevanje neformalnih oskrbovalcev in širše socialne mreže.«

»Daljši čas neposredne oskrbe oziroma individualno delo.«

»Ohranjanje osebnih in družbenih vlog uporabnikov dolgotrajne oskrbe.«

»V primerih, ko funkcionalno stanje ni omogočalo nadaljnje rehabilitacije v instituciji, se z fizioterapijo na domu ponuja možnost izboljšanja funkcionalnega stanja, kar posledično omogoča uporabniku vključitev v nadaljnjo institucionalno rehabilitacijo.«

Kljub izrazito pozitivnim ugotovitvam pa se zaposleni pri izvajanju dolgotrajne oskrbe v skupnosti soočajo tudi z izzivi; navajamo nekaj pomembnejših:

»Slabši dostop do informacij o zdravstvenem stanju uporabnikov.«

»Potreba po večurnem in nočnem varstvu še vedno ni zadovoljena.«

»Neprilagojena bivalna okolja in finančne omejitve za prilagoditev le-teh.«

»Demografska razpršenost, izguba časa na poti, težja dostopnost zaradi neurejenih cest in dovozov, še posebej v zimskem času.«

»Finančna obremenitev pri plačilu tovrstnih storitev.«

Ko torej govorimo o dolgotrajni oskrbi, ne govorimo le o institucionalnem varstvu, temveč govorimo tudi o oskrbi v domačem okolju, ki je specifična, posebna in v vseh komponentah popolnoma drugačna od oskrbe v instituciji.

Tovrstno delo od zaposlenih namreč zahteva veliko mero prilagodljivosti, iznajdljivosti in samostojnosti, kot tudi primerne komunikacije, odnosa, spoštljivosti in razumevanja drugačnosti, saj vstopajo v najbolj intimen prostor posameznika in družin, v njihov dom. Vsak dom ima svoj hišni red, svojo družinsko dinamiko in svoja pravila, zaradi česar morajo biti zaposleni za takšno delo opremljeni z empatičnostjo, razumevanjem, ljubeznijo do dela s starejšimi ljudmi, potrpežljivostjo, strokovnostjo in sposobnostjo timskega sodelovanja z vsemi, ki so vključeni v proces pomoči. Kljub zahtevnosti in izzivom, s katerimi so se soočali, zaposleni še vedno izražajo veselje do opravljanja takšnega dela, še posebej, ker so ugotavljali, da so učinki prepoznani in vidni.

7.1 UČINKI IZVAJANJA STORITEV DOLGOTRAJNE OSKRBE V SKUPNOSTI

- Izboljšana zdravstvena stanja.
- Večja osveščenost lokalne skupnosti.
- Sodelovanje, povezovanje z različnimi deležniki v skupnosti – koncept integrirane oskrbe.

- Prilagojena bivalna okolja (bolniške postelje, pripomočki,...), podpora formalnim in neformalnim oskrbovalcem.
- Zadovoljstvo upravičencev nad tem, da so vse informacije na enem mestu.
- Razbremenitev in opolnomočenje starejših oseb.
- Razbremenitev svojcev ter posledično večja učinkovitost na delovnem mestu.
- Dvig kvalitete življenja vseh vključenih v proces pomoči.
- Izenačenje pravic starejših oseb, ki bivajo doma, z osebami, ki bivajo v institucionalni oskrbi.
- Dolgotrajnejša samostojnost v domačem okolju.
- Manj potreb po namestitvi v institucionalno oskrbo.
- Manj ponovnih sprejemov v bolnišnico.
- Hitrejši in varnejši odpusti v domače okolje iz bolnišnic.
- Manjše finančno breme lokalne skupnosti zaradi izboljšanih zdravstvenih stanj občanov.
- Manj intervencij urgentnih zdravstvenih služb.
- Vzpostavitev učne baze za dolgotrajno oskrbo v skupnosti.
- Promocija deficitarnih poklicev.

Tudi evalvacija evropskega projekta je pokazala visoko stopnjo zadovoljstva s prejetimi storitvami; 90,3 % uporabnikov se je strinjalo s tem, da so prejeli željene storitve. Kljub temu je nekaj potreb ostalo nezadovoljenih: 35,1 % uporabnikov je menilo, da niso prejeli dovolj pomoči, 39,6 % bi si želelo malo več pomoči, 22,1 % pa bi si želelo veliko več pomoči, kot so jo dejansko dobili (Ministrstvo za zdravje, 2021, str. 32-33). To kaže na nujnost uvedbe dolgotrajne oskrbe v skupnosti.

8 ZAKLJUČEK

Bivanje v domačem okolju in v znani lokalni skupnosti pomaga posamezniku ohranjanje njegovo identiteto, ki jo je gradil vse življenje ter ostajati del družine tudi v kasnejših življenjskih obdobjih; to mu omogoča ohranjanje samospoštovanja, občutek koristnosti ter ga motivira k temu, da ostaja samostojen. Vendar se ob soočenju s potrebo po dolgotrajni oskrbi življenje celotne družine postavi na glavo, kar zahteva celostni pristop ne le do osebe, ki pomoč potrebuje, temveč tudi do njegove družine. Prelaganje celotne odgovornosti za dolgotrajno oskrbo na družinske člane ob dinamiki, ki jo narekuje sodobni čas, je za družinske člane vse težje, saj otroci danes ne morejo nadomestiti vloge javnega sistema in mreže za oskrbo v starosti. Država mora svojcem omogočiti podporne mehanizme, ki bodo starejšim omogočali pravico do izbire ter razbremenitev neformalnih oskrbovalcev.

Je pa ob tem nujno potrebno upoštevati tudi pravico do kakovostne in celostne oskrbe. Temu zadnja leta sledijo tudi sistemi dela v institucionalni oskrbi, vendar pa izkušnje s terena kažejo na to, da je vsak najraje doma, če je to le možno. Storitve

v »nadstandardnem« domu sicer lahko zadovoljijo telesne potrebe, ponudijo dodatno strežbo, vendar bo lahko starejši človek slej ko prej nezadovoljen, če bodo ostale nezadovoljene njegove bistvene človeške potrebe v vseh šestih razsežnostih, čeprav se jih niti ne zaveda. To so poleg telesnih tudi duševne, duhovne, socialne, razvojne in bivanjske potrebe. Človek je nedeljiva celota, zato je nujno, da se razvija ter da je zadovoljen s sabo in z drugimi (Ramovš, 2020, str. 115).

Dom uporabnika je njegov osebni prostor, njegovo zatočišče, njegov varen kraj, kjer je lahko tak, kakršen je v resnici. Daje mu občutek pripadnosti, stalnosti in domačnosti in je prostor, ki mu pripada. Doma lahko človek zadovoljuje svoje potrebe po zasebnosti in neodvisnosti, po avtonomnosti in individualnosti, kar je ključnega pomena, ko delamo v domačem okolju (Peace, 1998, v Milošević Arnold, 2009). Seveda pa je pri tem potrebno upoštevati še dodatne okoliščine, kot je socialna mreža posameznika, dostopnost do storitev, nudenje pomoči v primeru potrebe po 24 urni oskrbi in nadzoru ipd. Vse tovrstne potrebe tudi dolgotrajna oskrba v skupnosti ne bo mogla rešiti, zaradi česar je nujno razmišljanje o dodatnih premostitvenih rešitvah, poleg institucionalnega varstva.

Študija demografskega stanja, stanja socialne infrastrukture na podeželju v Sloveniji in v tujini je pokazala nujnost razvoja podeželja in dodatnih stanovanjskih rešitev za starejše, krepitev povezanosti z mestnimi območji, izboljšanje življenja starejših oseb, digitalizacijo ter razvoj trga dela, izobraževanja in usposabljanja. Mestna občina Krško s tem namenom zadnja leta razvija projekt Pametne srebrne vasi katere cilj bo sobivanje in povezanost z lokalnim okoljem, vključenost starejših v družbo, ki imajo v tej skupnosti zagotovljeno socialno in zdravstveno oskrbo ter opremljenost z digitalnimi napravami v podporo večji mobilnosti starostnikov, hkrati pa bo omogočala ostalim občanom možnost izobraževanja in zaposlovanja za vstop v izvajanje teh storitev (Mestna občina Krško, 2022). Pojem »srebrna vas« ne gre razumeti kot področje bivanja izključno za starejše, temveč kot razpršene bivalne enote z močno podporno mrežo storitev in medsebojnega sodelovanja, ki ga dodatno omogoča tudi sodobna informacijsko-komunikacijska tehnologija in domotika. Tovrstna vas bi torej starejšim osebam omogočala prilagojena ali varovana stanovanja z organizirano pomočjo na domu, optimizacijo oskrbovalnih poti, usposabljanjem družinskih članov, medgeneracijskim sodelovanjem, centri za dnevno ali začasno nočno oskrbo (Bogataj idr., 2019). Navedena ureditev bi na ta način pokrila tudi odprte izzive, na katere opozarjajo tudi zaposleni v projektu.

Pričujoči podatki in ugotovitve torej kažejo, da je integrirana dolgotrajna oskrba v skupnosti, kot jo izvaja predstavljeni občinski projekt, možna že sedaj, prav tako pa dodatno kaže na nujnost sistemske ureditve dolgotrajne oskrbe v skupnosti, saj lahko le na ta način nudimo ustrezno, pravočasno in kvalitetno oskrbo ter posamezniku na nacionalni ravni ponudimo možnost izbire, kar je ena temeljnih človekovih pravic.

Opomba

Projekt HIERARHIČNA ZASNOVA IN FINANCIRANJE SOCIALNE INFRASTRUKTURE PAMETNIH SREBRNIH VASI (L7-3188) je sofinancirala Javna agencija za raziskovalno dejavnost Republike Slovenije iz državnega proračuna.

LITERATURA

- Adequate social protection for long-term care needs in an ageing society (2014). V: http://europa.eu/health/ageing/docs/ev_20140618_co=4_en.pdf (sprejem 6.6.2014).
- Bogataj D., Bogataj M., Kavšek M., Rogelj V. in Drobež E. (2019). *Socialna infrastruktura pametnih srebrnih vasi*. Trebnje: Zavod INRISK.
- Das neue Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit (2011). Dostopen na povezavi: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/service_1/publikationen/schriftenreihe/GKV-Schriftenreihe_Pflege_Band_2_18962.pdf (26.8.2022).
- Filipovič Hrast M., Hlebec V., Knežević Hočvar D., Černič Istenič M., Kavčič M., Jelenc Krašovec S., Kump S. in Mali J. (2014). *Oskrba starejših v skupnosti: Dejavnosti, akterji in predstave*. Fakulteta za družbene vede: Založba FDV.
- Flaker V., Nagode M., Rafaelič M. in Udovič N. (2011). *Nastajanje dolgotrajne oskrbe: ljudje in procesi-eksperiment in sistem*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo, Univerza v Ljubljani.
- Grol Sietske, Gerard Molleman, Nanne van Heumen, Maria van den Muijsenbergh, Nynke Scherpberde Haan, Henk Schers (2021). *General practitioners' views on the influence of long-term care reforms on integrated elderly care in the Netherlands: a qualitative interview study*, Health Policy, Volume 125, Issue 7, Pages 930-940.
- Hvalič Touzery S. (2010). Poročilo o preprečevanju padcev med starimi ljudmi. *Kakovostna starost*. Letnik 13, številka 3. Dostopno na: <http://www.inst-antonatrstenjaka.si/tisk/kakovostna-starost/clanek.html?ID=873> (28.8.2022).
- Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo (2017). *Priprava podlag za izvedbo pilotnih projektov, ki bodo podpirali prehod v izvajanje sistemskega zakona o dolgotrajni oskrbi*. Dostopno na: https://irssv.si/wpcontent/uploads/2021/10/Priprava_podlag_aktivnost1_koncno160318.pdf (18.1.2022).
- Krstulović Gašper (2014). *Nekateri vidiki oskrbe kot večplastna procesa in odzivi socialnega varstva na potrebe po oskrbi v Sloveniji*. Socialno delo, 53: 245-254.
- Lukič-Zlobec Štefanija, Krivec D., Pajk B., Virant A., Jurjevič M., Tratnik M. *Živeti z demenco doma: vodnik za svoje*. Spominčica – Alzheimer Slovenija.
- Mali J., Flaker V., Urek M. in Rafaelič A. (2018). *Inovacije v dolgotrajni oskrbi. Primer domov za stare ljudi*. Fakulteta za socialno delo. Univerza v Ljubljani.
- Mestna občina Krško (2022). Dostopno na: <https://www.krsko.si/objava/652796> (28.8.2022)
- Mitchell, Suzanne E., Vivian Laurens, Gabriela M. Weigel, Karen B. Hirschman, Allison M. Scott, Huong Q. Nguyen, Jessica Martin Howard, et al. (2018). Care Transitions From Patient and Caregiver Perspectives. *The Annals of Family Medicine* 16 (3): 225–31. <https://doi.org/10.1370/afm.2222>.
- Milošević Arnold V., Urh Š., Kladnik T., Križanič M., Grebenc V. in Neuvirt Bokan S. (2009). *Terensko delo. Institucionalni, javni in zasebni prostori socialnega dela*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo, Univerza v Ljubljani.
- Ministrstvo za zdravje (2018). Dostopno na: https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2018002400003/javni-razpis-za-izbor-operacij-izvedba-pilotnih-projektov-ki-bodo-podpirali-prehod-v-izvajanje-sistemskega-zakona-o-dolgotrajni-oskrbi-st--303-1201816-ob-198618?fbclid=IwAR3bzD9frezj5eL0jxeCWLpYjIVaSOi75slWRDoSfC97EXM_rSSQv7oV88U; https://www.gov.si/zbirke/projekti-in-programi/izvedba-pilotnih-projektov-ki-bodo-podpirali-prehod-v-izvajanje-sistemskega-zakona-o-dolgotrajni-oskrbi/ (18.1.2022).
- Ministrstvo za zdravje (2021). *Dolgotrajna oskrba – izziv in priložnost za jutri. Evalvacija pilotnih projektov s področja dolgotrajne oskrbe*. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo. Dostopno na: <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/Dolgotrajna/Evalvacija-pilotnih-projektov-s-podrocja-dolgotrajne-oskrbe.pdf> (18.1.2022).

- Ministrstvo za zdravje (2022). *Dolgotrajna oskrba – izziv ali priložnost za boljši jutri*. Dostopno na: <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/O-MINISTRSTVU/Sektor-za-dolgotrajno-oskrbo/Dolgotrajna-oskrba-izziv-in-priloznost-za-boljsi-jutri-monografija-marec-2022.pdf> (1.9.2022).
- Nagode M., Zver E., Marn S., Jacović A., Dominkuš D. (2014). *Dolgotrajna oskrba – uporaba mednarodne definicije v Sloveniji*. Dostopno na: https://www.umar.gov.si/fileadmin/user_upload/publikacije/dz/2014/DZ_02_14p.pdf.
- Občina Krško (2020). *Sklep o sofinanciranju projekta dolgotrajne oskrbe v skupnosti »MOST«*. Dostopno na: <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2020-01-3517/sklep-o-sofinanciranju-projekta-dolgotrajne-oskrbe-v-skupnosti-most> (18.1.2022).
- Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev* (Uradni list RS, št. 45/10, 28/11, 104/11, 111/13, 102/15, 76/17 in 54/19).
- Rafaelič, Andreja, Katarina Ficko in Vito Flaker (2017). *Prehod k skupnostnim oblikam oskrbe v Sloveniji*. Socialna pedagogika 21 (3-4): 183–210.
- Ramovš Jože (2020). *Integrirana dolgotrajna oskrba*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje; v sodelovanju s Fakulteto za zdravstvene vede Univerze v Novem mestu in Alma mater Europaea.
- Statistični urad Republike Slovenije (2019). *Prebivalstvo po naseljih, podrobni podatki, Slovenija, 1. januar 2019; Statistični urad Republike Slovenije*. 6. junij 2019. Dostopno na: https://sl.wikipedia.org/wiki/Kr%C5%A1ko#cite_note-1 (22.10.2019).
- Škerjanc J. 2010. *Individualizacija storitev socialnega varstva*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo, Univerza v Ljubljani.
- Urad RS za makroekonomske analize in razvoj. 2014. Pridobljeno 22.10.2019 https://www.researchgate.net/publication/323309211_Dolgotrajna_oskrba_-_uporaba_mednarodne_definicije_v_Sloveniji.
- Zakon o dolgotrajni oskrbi* (Uradni list RS, št. 196/21) Dostopen na povezavi: <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2021-01-3898?sop=2021-01-3898>. Pridobljeno:18.5.2022. <https://www.gov.si/zbirke/projekti-in-programi/izvedba-pilotnih-projektov-ki-bodo-podpirali-prehod-v-izvajanje-sistemskega-zakona-o-dolgotrajni-oskrbi/> Dne: 18.5.2022.
- Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju* (Uradni list RS, št. 96/12, 39/13, 99/13 – ZSVarPre-C, 101/13 – ZIPRS1415, 44/14 – ORZPIZ206, 85/14 – ZUJF-B, 95/14 – ZUJF-C, 90/15 – ZIUPTD in 102/15).
- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju* (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUJF-C in 47/15 – ZZSDT).
- Zakon o starševskem varstvu in družinskih prejemkih* (Uradni list RS, št. 26/14 in 90/15).
- Zakon o socialnem varstvu* (Uradni list RS, št. 3/07 – uradno prečiščeno besedilo, 23/07 – popr., 41/07 – popr., 61/10 – ZSVarPre, 62/10 – ZUPJS, 57/12, 39/16, 52/16 – ZPPreb-1, 15/17 – DZ in 29/17).
- Zakon o socialno varstvenih prejemkih* (Uradni list RS, št. 61/10, 40/11, 14/13, 99/13, 90/15 in 88/16)
- Zakon o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev* (Uradni list RS, št. 62/10, 40/11, 40/12 – ZUJF, 57/12 – ZPCP-2D, 14/13, 56/13 – ZŠtip-1, 99/13, 14/15 – ZUUJFO, 57/15, 90/15, 38/16 – odl. US, 51/16 – odl. US in 88/16).
- Zakon o vojnih veteranih* (Uradni list RS, št. 59/06 – uradno prečiščeno besedilo, 61/06 – ZDru-1, 101/06 – odl. US, 40/12 – ZUJF in 32/14).
- Zakon o vojnih invalidih* (Uradni list RS, št. 63/95, 2/97 – odl. US, 19/97, 21/97 – popr., 75/97, 11/06 – odl. US, 61/06 – ZDru1, 114/06 – ZUTPG, 40/12 – ZUJF in 19/14).
- Zakon o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih oseb* (Uradni list RS, št. 41/83, Uradni list RS, št. 114/06 – ZUTPG, 122/07 – odl. US, 61/10 – ZSVarPre in 40/11 – ZSVarPre-A).

Naslov avtorice:

Carmen Rajer: kbaskovc@gmail.com