

centrom. Sodelujejo z izbranimi zdravniki in ponoči obiskujejo nestabilne bolnike. Od reforme v letu 1992 so multidisciplinarne skupine za načrtovanje oskrbe postale polno odgovorne za vodenje oskrbe, izboljšala se je tudi vzgoja za vodenje primerov. Nov izziv je ločevanje kupca in izvajalca, ki lokalno pristojnost o primernosti in dostopnosti ločuje od storitev pogodbenega izvajalca.

Bivanje v stanovanju, podprto s storitvami, podpirajo lokalne in vladne službe, zato lahko oskrbovanci v večji meri ostajajo v svojem okolju. Posebne rešitve ali izvedbe se v posameznih okoljih lahko precej razlikujejo, in čeprav vlada namenja določena sredstva, običajno 90 % stroškov plačuje občina, 10 % pa stanovalec. Ponudba storitev je razdeljena med upravljalce bivanja in občino. Poskuša se tudi z neprofitnim lastništvom bivalnih kompleksov, ki poleg običajne ponujajo še zdravstvene storitve in pomoč na domu.

Zaključek. V Sloveniji prav zdaj sprejemamo dolgo pripravljani in še bolj dolgo pričakovani zakon o dolgotrajni oskrbi. Ko bo sprejet, bo zagotovo s poznejšimi dopolnili in popravki doživljal usodo vseh zakonov in rešitev, kot to lahko vidimo tudi na primeru vseh štirih predstavljenih držav. Slovenija bo z njim, ne oziraje se na vsebino predvidenih zakonskih določil, ki jih lahko primerjamo z rešitvami v drugih okoljih, vstopila v družbo držav, ki so že dolgo pred njo čutile potrebo, da to vrsto medgeneracijske solidarnosti uredijo na način, ki njihovim državljanom tudi v pozni starosti zagotavlja dostojno in človeka vredno življenje.

Božidar Voljč

European Commission: Employment, Social Affairs and Equal Opportunities DG. (2008). Long-term care in the European Union. 35 strani; http://ec.europa.eu/employment_social/news/2008/apr/long_term_care_en.pdf (sprejem 15. 3. 2010)

DOLGOTRAJNA OSKRBA V EVROPSKI UNIJI

Dokument Evropske komisije obravnava problematiko dolgotrajne oskrbe v Evropski uniji in združuje analizo trenutnega stanja z napovedjo sprememb in oceno možnih rešitev v prihodnosti.

Cilj sistemov socialnega varstva držav članic je zagotoviti kakovostne storitve in oskrbo vsem državljanom, kar pa v obstoječih sistemih zaradi demografskih sprememb postaja čedalje težja naloga. Višji življenjski standard, napredna tehnologija ter zdravstveno in socialno varstvo zagotavljajo daljšo življenjsko dobo, ki bistveno poveča tveganje za dolgotrajno oskrbo. Ocene kažejo, da trenutni sistemi ne bodo zmogli zadovoljevati prihodnjih potreb. Države članice so se zato zavezale modernizaciji sistemov socialnega varstva. Stališče Evropske unije je, da je dolgotrajna oskrba v osnovi odgovornost javnosti.

Napovedi družbenih in demografskih premikov omenjajo več ključnih sprememb v prihodnjih petdesetih letih. Delež starih in zelo starih ljudi v populaciji bo znatno narasel zaradi staranja populacije, daljše življenjske dobe in rodnosti pod obnovitvenim nivojem. Kako bodo omenjeni dejavniki vplivali na potrebo po dolgotrajni oskrbi, je odvisno od incidence kroničnih bolezni in onemoglosti. Pesimistični scenarij predpostavlja, da daljša življenjska doba pomeni tudi več let preživetih v bolezni in zato znatno višjo potrebo po dolgotrajni oskrbi. Optimistični scenarij pa predvideva tudi več pričakovanih let zdravega življenja in s tem le zmerno povečanje potrebe po dolgotrajni oskrbi. Trenutno v mnogih državah starejše oskrbujejo mlajše ženske sorodnice. V prihodnje se bo delež mlade, aktivne

populacije zmanjševal, ženske pa bodo vse bolj vključene v trg dela. Družine so manjše in živijo ločeno, vse pogostejše so enostarševske družine, kar zmanjšuje možnosti dolgotrajne oskrbe v družinskem krogu. Tovrstna oblika oskrbe torej ne bo več mogla zadovoljevati vseh potreb. Tudi po optimističnem scenariju, kjer se potreba po dolgotrajni oskrbi ne poveča v veliki meri, je torej mogoče pričakovati precejšen porast javnih stroškov dolgotrajne oskrbe.

Stališče evropske javnosti je, da naj bi stroške dolgotrajne oskrbe poravnala država preko ustreznega sistema zavarovanja. Dolgotrajna oskrba je obči družbeni problem in se ne nanaša le na starejšo populacijo, kljub temu da jo starejši največkrat potrebujejo. Evropejci menijo, da dolgotrajna oskrba v trenutni ureditvi od družinskih članov zahteva preveč, vendar si večinoma želijo čim večji del svoje starosti preživeti doma, izven institucij. V prihodnje naj bi se tako dolgotrajna oskrba premaknila iz formalnih institucij v posamezniku prilagojeno domačo ali skupnostno oskrbo. Slednje je z ustrežno izobraženimi kadri in organiziranimi oblikami podpore družinskim članom mogoče tako v formalni kot neformalni obliki. Cilj je ljudi čim dlje zadržati na lastnih domovih in zagotoviti institucionalizirano oskrbo le v primerih, ko je to nujno potrebno.

Države članice so zavezane zagotavljanju dosegljivega, kakovostnega in finančno vzdržnega sistema zdravstva ter dolgotrajne oskrbe. To pomeni, da se zmanjšajo neenakosti v dosegljivosti storitev, da se poveča kakovost storitev in preventive ter racionalizira porabo financ in virov. Slednje zahteva predvsem boljše upravljanje in usklajevanje različnih sistemov oskrbe v javni in zasebni sferi ter sočasno spodbujanje zdravega življenjskega sloga.

Splošna pravica do oskrbe ne pomeni nujno tudi resnične izenačenosti vseh državljanov. Pravični in solidarnostni sistemi financiranja v osnovi preprečujejo, da bi potreba po zdravstvu ali oskrbi vodila v revščino in finančno odvisnost.

Vendar pa lahko neenakost povečujejo številni dejavniki kot so nepopolno kritje stroškov, nepopolna ponudba oskrbe, visoki stroški v zasebnem sektorju, neenakomerna geografska pokritost z oskrbo, dolgotrajne čakalne dobe zaradi pomanjkanja javno financiranih storitev in kompleksni administrativni postopki. Navedeni dejavniki lahko še posebno prizadenejo skupine z nižjimi dohodki. Poleg solidarnostnega sistema zavarovanja je zato potrebno zagotoviti dodatne možnosti kot so dopolnilno zavarovanje, določanje višine dodatnih plačil glede na prihodek, možnost oprostitve ali dodatnih subvencij, dodatkov in podobno. Nasloviti pa je potrebno tudi morebitna pomanjkanja ustreznega osebja, njihove plače, delovne razmere in infrastrukturo.

Variacije v dostopnosti storitev so lahko posledica slabega usklajevanja različnih nivojev oskrbe (državnih, regionalnih, lokalnih, zasebnih, prostovoljskih). Posamezniku prilagojena oskrba v domačem okolju zahteva celostno obravnavo in večjo integracijo storitev. Pri tem nam lahko pomaga informacijska tehnologija. V prihodnje naj bi sistem vključeval več koordinatorjev oziroma svetovalcev oskrbe, ki bi skrbeli za zastopanost posameznika, njegovo dostojanstvo in možnost izbire. Olajšali bi usklajevanje in skrbeli za gladke prehode iz bolnišnične v dolgotrajno oskrbo.

Kakovost storitev se precej razlikuje tako med državami kot znotraj držav. Zaskrbljujoča so predvsem poročila o nizkem zadovoljstvu in nizki kakovosti storitev (neprimerna namestitvev, pomanjkanje zasebnosti, slabi socialni odnosi, privezovanje oskrbovancev). Za ohranjanje kakovosti so ključnega pomena ustrezna poročila in ocenjevanja. Slednje ob upoštevanju razširjenosti in vseobsegajoče narave dolgotrajne oskrbe postaja vse bolj zahtevna naloga.

Upoštevali lahko več različnih kazalnikov kakovosti. Med njimi so tako strukturni in procesni kazalniki kot tudi kazalniki izidov. V novejšem času se ocenjevanje kakovosti usmerja

v izide in dejanski vpliv na zdravje uporabnikov. Kompleksna ocena kakovosti vključuje tudi izobraževanje osebja, varovanje pravic oskrbovancev in njihovo vključenost v odločanje o storitvah. Kakovost lahko močno dvigne oskrba, ki je individualizirana in usmerjena na pacienta.

V neformalnih okoljih je ocenjevanje kakovosti še večji izziv, povezano pa je tudi s sistemom podpore in izobraževanja domačih oskrbnikov. Strukturni in procesni kazalniki so tu pogosto nezadostni, kazalniki izida pa še niso dovolj uveljavljeni. Pogosto se ocene kakovosti pomikajo k posrednim meram, kot so zadovoljstvo in stopnja nezadovoljenih potreb. Ocenjevanje kakovosti na vseh ravneh oskrbe je nujno potrebno tudi zato, da bi preprečili zanemarjanje in zlorabe ter ohranjali dostojanstvo starejših.

Potrebujemo sistem, ki bo dostopen, kakovosten in dolgoročno vzdržen. O vzdržnosti lahko govorimo z več vidikov, in sicer s finančnega, systemskega in kadrovskega.

Znotraj EU obstaja precejšnja variabilnost v financiranju dolgotrajne oskrbe. Pri primerjanju držav so pomembni predvsem štirje elementi: populacijsko kritje, kritje v okviru socialnega varstva, vključenost zasebnih in javnih virov financiranja in razmejitev javne in zasebne sfere. Različni načini financiranja vsebujejo sisteme socialnega zavarovanja, denarne dodatke, namenske proračune, financiranje preko davkov ali pa mešanico različnih virov. Tako EU kot ZDA priznavajo, da je nujna primerna mešanica javnih in zasebnih virov financiranja. Sistem socialnega zavarovanja ali davčno osnovan sistem naj bi bil bolj učinkovit kot financiranje izključno iz zasebnih virov (zasebno zdravstveno zavarovanje na dopolnilni ravni, participacije, plačila iz lastnega žepa brez povračil). Brez ustreznih mehanizmov zaščite zasebni viri financiranja privilegirajo družbene skupine z višjimi dohodki. Razlike med državami izhajajo tudi iz nerazvitosti sistemov dolgotrajne oskrbe, saj se nekatere države veliko bolj zanašajo na neformalne oblike oskrbe.

Na ravni sistema je potrebno predvsem boljše usklajevanje z namenom zagotavljanja kakovosti, enotnega vrednotenja in kontinuuma med medicinskimi, socialnimi in neformalnimi oblikami oskrbe. Boljša koordinacija pomeni učinkovitejšo izrabo virov, preprečuje možnost podvajanja storitev in omogoča lažje prehode. Vodilo pri integraciji je posameznik v celostni obravnavi z zagotovljenim celotnim spektrom storitev, ki jih potrebuje. Nekatere države članice uvajajo nacionalne strategije, ki lahko zagotovijo, da so storitve v državi razporejene bolj uniformno, in da obstaja večji pretok informacij med različnimi storitvami. Še posebno koristne so enojne vstopne točke, kjer se lahko posameznik na enem mestu odloči in dogovori za različne nivoje oskrbe in storitev.

Pretirano naraščanje stroškov bi lahko vsaj deloma preprečili s promocijo zdravega in aktivnega življenjskega sloga. Slednje je smiselno tudi zato, da bi ohranili delovno silo in njeno produktivnost. Kadar je to mogoče, naj se posameznika ustrezno rehabilitira in ponovno vključi v trg delovne sile, okolje pa prilagodi potrebam starejših.

Dostopnost delovne sile, ki je v oskrbi starejših največji strošek, lahko postane problem v državah z že obstoječimi kadrovske primanjkljaji v medicini, negi in socialnem varstvu. Ustrezna politika spodbujanja izobraževanja in zaposlovanja v teh sektorjih je nujna za uspešno in dolgoročno rešitev izziva dolgotrajne oskrbe v prihodnosti, kombinirana pa mora biti tudi s sistemom podpore in izobraževanja neformalnih oskrbovalcev, ki bi zmanjšal razlike med formalno in neformalno oskrbo.

Države članice iščejo nove rešitve v sistemu dolgotrajne oskrbe, saj bodo sedanji sistemi po predvidenih demografskih spremembah kmalu nezmožni zadovoljiti vseh potreb. Nacionalna poročila poudarjajo pomen domače ali rezidenčne oskrbe pred institucionalno, opozarjajo pa tudi na povišano potrebo po delovni sili in

podpori družinskim članom in neformalnim oskrbovalcem.

Vzdržen sistem financiranja vključuje tako javne kot zasebne vire. Številne države članice tak sistem šele oblikujejo. Druga potrebna sprememba je uskladitev različnih nivojev oskrbe, ki služi tako finančni in sistemski vzdržnosti kot tudi kakovosti in dostopnosti storitev. Zaželen je splošen dostop do dolgotrajne oskrbe, ki ni odvisen od posameznikove plačilne zmožnosti.

Dolgotrajna oskrba naj bi se premaknila iz formalnih institucij v domačo ali skupnostno oskrbo. Različni nivoji oskrbe naj bi se poenotili z vidika standardov, kakovosti in ocenjevanja. Dodatni izziv predstavlja tudi zagotavljanje ustrezne delovne sile, še posebno v državah, kjer podobnih kadrov že primanjkuje. S tem pa je povezano tudi urejanje neformalnih oblik oskrbe in izobraževanje neformalnih oskrbovalcev.

Martina Starc

Bundesministerium für Gesundheit (2009). Ratgeber Pflege: Alles, was Sie zur Pflege wissen müssen. <http://www.bmg.bund.de/>

NASVETI NEMŠKEGA ZVEZNEGA MINISTRSTVA ZA ZDRAVJE O NEGI IN OSKRBI

Nemško zvezno ministrstvo za zdravje je izdalo več publikacij o negi in oskrbi. Namenjene so vsem, ki potrebujejo nego, in pa družinskim in poklicnim oskrbovalcem. Za našo revijo bomo predstavili knjižico Nasveti o negi: vse, kar morate vedeti o negi (*Ratgeber Pflege: Alles, was Sie zur Pflege wissen müssen*), ki je izšla lansko leto. Prinaša splošne informacije o dolgotrajnem zavarovanju za oskrbo, nasvete, kam se lahko obrnemo v primeru, ko potrebujemo pomoč, informacije za družinske oskrbovalce ipd.

Knjižica, ki obsega 108 strani, je razdeljena na šest poglavij. Prvo poglavje je namenjeno zavarovanju za dolgotrajno oskrbo: kaj pomeni, kdo je upravičen do zavarovanja, kako se to financira.

V Nemčiji so zakon o zavarovanju za dolgotrajno oskrbo uvedli 1. januarja 1995 kot peti steber socialnega zavarovanja (poleg zdravstvenega, nezgodnega, pokojninskega in zavarovanja v primeru brezposelnosti). Leta 2008 je bila uvedena njegova reforma (*das Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung*), ki prinaša številne novosti, kot npr. postopno zvišanje prispevkov do leta 2012; možnost, da imajo osebe v domovih, ki potrebujejo posebno nego in oskrbo, osebne pomočnike; zakonska pravica do individualnega svetovanja o oskrbi; družinski oskrbovalci imajo pravico do uveljavljanja dopusta za oskrbo za največ šest mesecev ipd. V Nemčiji število ljudi, ki koristijo tovrstno zavarovanje, narašča. Leta 2009 je bilo okoli 2,25 milijona upravičencev, pri čemer jih je večina (okoli 1,53 milijona) koristila ambulantne storitve, stacionarno nego in oskrbo pa jih je koristilo okoli 0,72 milijona. Cilj zakona je bil omogočiti starim ljudem, da čim dlje ostanejo na svojem domu; od njegove uvedbe se je število ljudi, ki koristijo institucionalno oskrbo, zmanjšalo.

Oseba, ki potrebuje nego in oskrbo, je v zakonu o dolgotrajni oskrbi opredeljena kot oseba, ki je zaradi telesne ali duševne bolezni ali nezmožnosti pri osebni higieni, prehrani, mobilnosti ali gospodinjskih opravilih – najmanj za šest mesecev – odvisna od pomoči drugih oseb. Potreba po negi lahko načeloma nastopi v vseh obdobjih življenja, ne le v starosti.

Zavarovanje za dolgotrajno oskrbo je obvezno za vse, ki imajo sklenjeno javno obvezno zdravstveno zavarovanje. Vsakdo, ki ima urejeno tovrstno zavarovanje, je avtomatično zavarovan tudi za dolgotrajno oskrbo. Po njem so zavarovani tudi družinski člani (otroci, ki imajo pravico do preživitve, zakonski in zunajzakonski partnerji, katerih redni mesečni prihodki ne presegajo 360 oz. 400 EUR). Zavarovanci, ki imajo sklenjeno zasebno obvezno zdravstveno zavarovanje, morajo skleniti zasebno obvezno zavarovanje za dolgotrajno oskrbo. Višina