

IZ GERONTOLOŠKE LITERATURE

Leichsenring Kai, Billings Jenny in Nies Henk, ur. (2013). *Long-Term Care in Europe. Improving Policy and Practice*. Hampshire: Palgrave Macmillan. 389 str.

PODROBEN PRIKAZ NEKATERIH POGLAVIJ IZ KNJIGE DOLGOTRAJNA OSKRBA V EVROPI

Knjiga *Long term care in Europe (Dolgotrajna oskrba v Evropi)* na sistematičen in pregleden način predstavlja najbolj relevantne teme in ključne izzive znotraj dolgotrajne oskrbe v Evropi ter napredek in izboljšave za politiko in prakso na tem področju. Prikazuje številne sodobne dobre prakse, na katerih naj bi temeljil nadaljnji razvoj dolgotrajne oskrbe v Evropi.

Je končni produkt raziskave, izvedene v sklopu 7. okvirnega programa Evropske skupnosti, *Health systems and long term care for older people in Europe – Modelling INTERfaces and LINKS between prevention, rehabilitation, quality of services and informal care (INTER-LINKS)*, kar v prevodu pomeni *Zdravstveni sistemi in dolgotrajna oskrba starejših ljudi v Evropi – Modeliranje stičišč in povezav med preventivo, rehabilitacijo, kakovostjo storitev in neformalno oskrbo*.

Razdeljena je na štiri poglavja: *Uvod, Premagovanje razkoraka med zdravstvenim in socialnovarstvenim sistemom ter razkoraka med formalno in neformalno oskrbo, Inovativni primeri in izgradnja dolgotrajne oskrbe v Evropi ter Zaključki*.

Zgoraj omenjena štiri poglavja so sestavljena iz 15 podpoglavij; vsako izmed njih je zaključena celota. Nekatera izmed njih bomo v tem prikazu podrobneje predstavili. Zaradi boljše preglednosti in števila avtorjev (30 jih je

vseh skupaj) smo se odločili, da jih pri prikazanih podpoglavjih poimensko ne navajamo. Kazalo knjige s poimensko navedenimi avtorji podpoglavij je namreč prosto dostopno na svetovnem spletu, zato bralce prikaza vabimo, da te podatke, v kolikor jih potrebujejo, poiščejo na naslednjem naslovu: https://books.google.si/books?hl=sl&lr=&id=HbDCxtke8QwC&oi=fnd&pg=PP1&dq=long+term+care+improving+policies+and+practice&ots=Xh7CBSOVwy&sig=mCCCh8LK-WsJd3v5CvSwanxnJR0&redir_esc=y#v=onepage&q=long%20term%20care%20improving%20policies%20and%20practice&f=false (sprejem: 10. 1. 2017).

IDENTITETA DOLGOTRAJNE OSKRBE V EVROPI

Dobro je znano, da veliko več ljudi prejema oskrbo na domu kot v institucijah. Neformalni oskrbovalci so hrbtenica dolgotrajne oskrbe, brez njih zdravstveni in socialni sistemi v Evropi ne bi mogli funkcionirati. Kljub temu znotraj sistemov dolgotrajne oskrbe formalna in neformalna oskrba še vedno ne delujeta z roko v roki. Pri soočanju z izzivi starajočih se družb pa je povezanost obeh polov oskrbe v smiselno celoto nujna zaradi vse večje obremenitve neformalnih oskrbovalcev in povečevanja stroškov oskrbe.

Kaj torej dolgotrajna oskrba sploh je? Njena identiteta se še le razvija, nahaja pa se neke na stičišču sociale in zdravstva. Vključuje aktivnosti za ljudi, ki potrebujejo kompleksnejšo oskrbo daljše obdobje. SZO opiše dolgotrajno oskrbo kot »sistem aktivnosti, ki jih izvajajo neformalni oskrbovalci pa tudi profesionalne službe, da se ljudem, ki ne zmorejo v celoti opravljati aktivnosti dnevnega življenja, omogoči ohraniti

najvišjo možno kakovost življenja, skladno z njihovimi željami, z najvišjo možno stopnjo samostojnosti, avtonomije, vključenosti, osebne izpolnitve in dostojanstva» (str. 20).

Poleg različnih sistemskih ureditev dolgotrajne oskrbe v evropskih državah so tudi stališča do dolgotrajne oskrbe med prebivalci različnih evropskih držav različna. Na Danskem, v Franciji, na Nizozemskem in na Švedskem manj kot 40 % prebivalstva meni, da je družinska oskrba najboljša možnost za starejšega človeka, ki živi sam in dolgotrajno oskrbo potrebuje, medtem ko je stališče nasprotno v vzhodnih (Bolgarija, Slovaška, Češka ...) in južnih (Portugalska, Španija in Malta) evropskih državah.

Kljub različnim stališčem in sistemskim ureditvam dolgotrajne oskrbe naravnost te vrste oskrbe v večini držav teži k premiku od pasivnega k aktivnemu in opolnomočenemu uporabniku storitev. Poudarja se, da oskrbo skupaj načrtujejo strokovnjak, uporabnik in njegov neformalni oskrbovalec. Na ta način v ospredju ni več oskrba, ampak človek, ohranjanje njegove samostojnosti, kvalitete življenja in dostojanstva.

Eden izmed izzivov v dolgotrajni oskrbi je tudi integracija storitev. V tradicionalno naravnani dolgotrajni oskrbi zdravstvene in socialne storitve med seboj niso povezane, prav tako ne družinska (neformalna) in profesionalna (formalna) oskrba. Človek, ki potrebuje različne oblike pomoči, se torej sooča z različnimi organizacijskimi strukturami,

statusi, postopki, načini financiranja in strokovnjaki. Informacije se v procesu oskrbe med vsemi udeleženi profili ne prenašajo, zato tudi oskrba ni celostna. V ospredju je storitev in ne človek (npr. medicinska sestra oskrbi rano, za njo pride fizioterapevt, ki bolniku pokaže dihalne vaje, za njim ga negovalka preobleče; vsak pride z določeno nalogo, nihče pa na človeka ne pogleda kot na celoto). Nepovezanost dolgotrajne oskrbe v Evropi prikazuje Tabela 1.

Pomanjkljivosti tradicionalno organizirane dolgotrajne oskrbe so z razvojem inovativnih oblik pomoči uspešno odpravili v številnih evropskih državah. Na Nizozemskem so leta 2004 v 16 regijah poskusno uvedli t. i. *case managerje*, ki so nekakšni koordinatorji oskrbe. Namen pilotnega projekta je bil zagotovitev kakovostnejših storitev dolgotrajne oskrbe osebam z demenco. Nalogi *case managerjev* sta koordinacija oskrbe ter nudenje informacij in nasvetov neformalnemu oskrbovalcu in oskrbovancem. *Case manager* na lokalnem nivoju organizira oskrbo glede na ocenjene potrebe starejšega človeka, zato so storitve individualno prilagojene oskrbovancu in oskrbovalcu. Skupaj z oskrbovancem in neformalnim oskrbovalcem je v samem centru načrtovanja oskrbe, tesno pa sodeluje tudi s strokovnjaki z zdravstvenega in s socialnega področja. Pozitivni učinki tega načina so bili naslednji: izboljšanje počutja oskrbovanca, zmanjšanje bremena neformalnega oskrbovalca in odložen odhod v dom za ostarele. To storitev so na

Tabela 1: Tipologija režimov dolgotrajne oskrbe v Evropi (str. 21), (Lamura in sod., 2007)

Režim dolgotrajne oskrbe	Povpraševanje po oskrbi	Zagotavljanje neformalne oskrbe	Zagotavljanje formalne oskrbe	Država
Mešanica standardne oskrbe	Srednje/Veliko	Srednje/Majhno	Srednje	Nemčija, Avstrija, Francija, Italija, Združeno kraljestvo
Javna (Nordijska)	Srednje	Majhno	Veliko	Švedska, Danska, Nizozemska
Družinska	Veliko	Srednje	Majhno	Španija, Portugalska, Irska, Grčija
Tranzicijska	Majhno	Veliko	Srednje/Majhno	Madžarska, Poljska, Češka, Slovaška

Nizozemskem širili iz leta v leto; v letu 2010 so *case managerji* delovali že v 56 regijah.

Naslednji primer dobre prakse, ki ga velja omeniti, prihaja iz iste države, kjer je kot odgovor na ne celostno oskrbo nastala organizacija Buurtzorg (oskrba v skupnosti). Ustanovljena je bila s strani patronažnih medicinskih sester, ki niso bile zadovoljne s tradicionalno organizacijo dolgotrajne oskrbe (preveč birokracije, patronažne sestre niso imele stika z ostalimi ponudniki oskrbe, poleg tega so bile njihove profesionalne kompetence zapostavljene). Buurtzorgov organizacijski model predpostavlja majhne time, v katere je vključenih največ 12 profesionalnih oskrbovalcev, ki sami organizirajo in koordinirajo svoje delo. Trudijo se, da so organizacijski stroški čim nižji. Sistematično vzpostavljajo stike in se povezujejo z ostalimi lokalnimi oskrbovalci in neformalnimi oskrbovalci ter s spodbujanjem oskrbovančevih virov težijo k temu, da je nudenje oskrbe časovno čim krajše. Model omogoča na uporabnika orientirano oskrbo, spodbuja lokalno povezovanje, je finančno vzdržen, odgovarja potrebam oskrbovancev in ponuja iskanje rešitev skupaj z neformalnimi oskrbovalci in ostalimi deležniki. Tak način dela zagotavlja višje zadovoljstvo tako strokovnim delavcem kot oskrbovancem in za 50 % nižje stroške.

Dokumenti, ki urejajo področje dolgotrajne oskrbe, se pogosto osredotočajo samo na ljudi, ki oskrbo potrebujejo, spregledajo pa trikotnik oskrbe, ki združuje oskrbovanca, formalnega in neformalnega oskrbovalca. To lahko vodi do tega, da neformalni oskrbovalec oskrbovancu ne omogoči dostopa do formalnih storitev, ki mu pripadajo. Po drugi strani pa, če je oskrba deljena med formalnim in neformalnim oskrbovalcem, lahko pride do konflikta pri delitvi odgovornosti in pri nadzoruvanju procesa oskrbe. Takšni konflikti pogosto neformalnega oskrbovalca postavijo v vlogo *case managerja*

oskrbe. Pojavlja se tudi pogosto neopažen konflikt med željami in pričakovanji oskrbovanca in oskrbovalca, ko se želje in pričakovanja enega precej razlikujejo od želj in pričakovanj drugega. Ti konflikti lahko vodijo do zlorabe tako oskrbovanca kot oskrbovalca in do večjega povpraševanja po storitvah formalne oskrbe in po namestitvi oskrbovanca v institucije.

VLOGA NEFORMALNIH OSKRBOVALCEV IN PERSPEKTIVA UPORABNIKOV

Socialnovarstveni sistemi se v vseh evropskih državah srečujejo z izzivom, kako zadovoljiti naraščajoče potrebe po dolgotrajni oskrbi. V južnih in vzhodnih evropskih državah (v Španiji, Grčiji, Italiji in na Slovaškem) so javne storitve v dolgotrajni oskrbi slabo razvite, zato večino bremena prevzamejo družinski oskrbovalci. Vendar tudi v državah severne Evrope, kjer je javna oskrba dobro razvita, družinski oskrbovalci še vedno zagotavljajo velik del pomoči in podpore svojim onemoglim svojcem.

Spreminja se pogled na uporabnike, saj se vse bolj spodbuja njihova aktivna vloga pri načrtovanju oskrbe. To vodi do radikalne transformacije sistemov, ko pride do prehoda od sistemov, v katerih so dostop do storitev socialne in zdravstvene oskrbe in njihovo zagotavljanje urejali strokovnjaki in lokalne uprave, do sistemov, v katerih ima uporabnik možnost izbire.

Avtorji v nadaljevanju poglavja opozorijo na nujnost potrebnih ukrepov v sistemih dolgotrajne oskrbe v Evropi. Nekateri so navedeni spodaj.

- Izdelava protokola za oceno potreb po dolgotrajni oskrbi (prepoznavanje potreb in delitev informacij med vsemi deležniki v dolgotrajni oskrbi).
- Načrtno spodbujanje virov uporabnikov storitev dolgotrajne oskrbe (aktivacija

družinskih, socialnih in skupnostnih mrež in krepitev socialnih povezav v soseski).

- Zmanjšanje razdrobljenosti storitev na sistemskem nivoju.
- Informiranje in svetovanje starejšim ljudem in njihovim oskrbovalcem o možnostih dolgotrajne oskrbe.
- Zagotavljanje dostopnosti do storitev in odpravljanje neenakosti v zdravju.
- Izboljšanje in integracija zdravstvene in socialne oskrbe med bolnišnicami in domačo oskrbo. Vse evropske države se trudijo za skrajševanje bolnišničnih dni. Ob tem pa pozabljajo, da ljudje pogosto potrebujejo kontinuirano nego in oskrbo ter preventivne in rehabilitacijske aktivnosti tudi doma. Zgodnji odpusti iz bolnišnice so slabo načrtovani, kar vodi v slabo sodelovanje bolnišničnega osebja s strokovnjaki, ki delujejo v domačem okolju (patronažne medicinske sestre, socialni delavci in oskrba na domu). Poleg tega neformalni oskrbovalci prejmejo premalo informacij o bolezni, negi in oskrbi svojca, nova situacija pa jih potisne v vlogo *case managerjev*, ko morajo vse nadaljnje aktivnosti koordinirati sami. Vse to vodi do slabšega okrevanja bolnikov in pogostejših ponovnih hospitalizacij. Avtorji poudarjajo, da bi morali vzpostaviti boljšo koordinacijo

med ustanovami, saj bi tako omogočili boljši prenos informacij.

- Krepitev vloge nevladnih organizacij.

V nadaljevanju je govora o neformalnih oskrbovalcih kot o prejemnikih in hkrati ponudnikih storitev dolgotrajne oskrbe. Znano je, da tudi v severnoevropskih državah, kjer je zagotavljanje oskrbe naloga države, družinska oskrba prekaša formalno oskrbo. Dostop do javne mreže storitev dolgotrajne oskrbe tako ne zmanjša vloge neformalnih oskrbovalcev, spremenijo se le naloge in aktivnosti, ki jih opravljajo. Poleg tega z razbremenitvijo družinskih oskrbovalcev delujemo tudi preventivno. Raziskava SHARE je namreč pokazala, da obstaja določen prag glede intenzitete, trajanja in frekvence oskrbovanja, ki napoveduje, ali bo imela skrb za družinskega člana pozitiven ali negativen vpliv na zdravje oskrbovalca. Nad tem pragom pa lahko oskrbovanje vodi do resnih socialnih, fizičnih in psihičnih bolezni.

Ustavimo se še pri podpornih storitvah za neformalne oskrbovalce, ki so prikazane v Tabeli 2.

Ukrepi, kot so zagotavljanje informacij za neformalne oskrbovalce, usposabljanja za lažje oskrbovanje in informacije o tem, kako poskrbeti za lastno zdravje, so v večini držav redki in nezadostni. Nekaj držav deluje v

Tabela 2: Specifični in nespecifični ukrepi za podporo neformalnim oskrbovalcem (str. 63–64)

Ukrepi		Primeri
Specifični	Neposredni (podpora in opolnomočenje neformalnih oskrbovalcev)	Informacije, usposabljanje, izobraževanje, priložnosti za izmenjavo izkušenj, usposabljanje formalnih oskrbovalcev o tem, kako sodelovati z neformalnimi oskrbovalci.
	Posredni (izboljšanje »okolja« za neformalne oskrbovalce)	Zakonodajno priznavanje pravic neformalnih oskrbovalcev, podpora pri lobiranju in zagovorništvu, fleksibilen delovni čas v službah, dopust za nego, pokojninsko in nezgodno zavarovanje, denarno nadomestilo.
Nespecifični	Neposredni (primarno se nanašajo na neformalne oskrbovalce)	Varstvo za oddih, podporne skupine in zmanjševanje stresa s prostovoljskim delom.
	Posredni (primarno se nanašajo na stare ljudi)	Storitve na domu ali domovi za ostarele, prilagoditev bivališč, naročanje obrokov na dom, tehnične storitve, dodatek za oskrbo.

smeri izobraževanja profesionalnega osebja, da bodo znali sistematično oceniti potrebe neformalnih oskrbovalcev, jim na ustrezen način pomagati in jih vključiti v oskrbo. Ob tem je treba opozoriti, da se velikokrat nanašajo na podporo družinskim oskrbovalcem, ki skrbijo za dementnega družinskega člana, spregleda pa se vse ostale.

Tudi usklajevanje poklicnega življenja z oskrbovanjem v številnih državah še ni dobilo zadostne pozornosti s strani političnih predstavnikov in delodajalcev. Le malo je namreč takšnih delodajalcev, ki verjamejo, da bi zaposlenim neformalnim oskrbovalcem prijazna politika v podjetju dejansko prinesla pozitivne rezultate. Toda nekatere dobro zasnovane študije kažejo, da kakovostno zastavljeni ukrepi dajo podjetju pozitivno podobo in lahko vodijo do pozitivnih učinkov (večja produktivnost, manjša fluktuacija zaposlenih, boljši odnosi in delovna klima).

Spregovorimo še nekaj besed o koristih finančne podpore za oskrbovalce in oskrbovance. Le-ta je lahko namenjena oskrbovalcem, oskrbovancem ali obojim. V knjigi sta predstavljena dva načina vključevanja možnosti finančne podpore v dolgotrajni oskrbi.

Prvi način zaobjema naslednje države: Francijo, Anglijo, Italijo, Nemčijo in Avstrijo. V tej skupini denarna nadomestila predstavljajo t. i. hrbtenico sistemov, ki se osredotočajo na starejše ljudi. Ti sistemi lahko vsebujejo zavarovanja za dolgotrajno oskrbo (Nemčija in Avstrija) ali obstajajo brez teh shem (Francija). V obeh primerih težijo k temu, da storitve formalne oskrbe približajo uporabnikom in jih naredijo finančno dostopne, čeprav starejši ljudje s temi nadomestili pogosto krijejo stroške neformalne oskrbe (migrantski delavci).

Drugi način je značilen za Švedsko in Nizozemsko, kjer so profesionalne storitve na voljo vsem prebivalcem. Denarna nadomestila so bila uvedena kot alternativa formalnim

storitvam. Primarni cilj je bil okrepiti samoodločanje starejših ljudi glede storitev dolgotrajne oskrbe in servisov, ki te storitve zagotavljajo. Poleg tega so želeli okrepiti vključenost uporabnikov v načrtovanje oskrbe.

V Nemčiji lahko starejši ljudje, ki potrebujejo oskrbo, izbirajo med storitvami, denarnim nadomestilom in mešanico obeh. Izbira denarnega nadomestila na prvi pogled omogoči človeku več svobode. Po drugi strani pa izkušnje iz Nemčije kažejo, da prejmejo tisti, ki izberejo denarno nadomestilo, 40 % manj storitev in podpore kot tisti, ki izberejo paket storitev že na samem začetku. Poleg tega se postavljata vprašanji o kakovosti nadzora porabe teh sredstev in o tem, ali izbrane storitve resnično odgovarjajo potrebam starega človeka. Ta sistem tudi ne doprinese k zmanjševanju socialne neenakosti. V Nemčiji namreč ugotavljajo, da premožnejši pogosteje izberejo storitve, revnejši pa denarna nadomestila.

V Franciji lahko starejši ljudje, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo, izbirajo med storitvami in denarnim nadomestilom, s katerim lahko financirajo osebnega pomočnika ali družinskega oskrbovalca, ki pa ne sme biti zakonski partner. To možnost izbere le 9 % družinskih oskrbovalcev. V Franciji sistem dolgotrajne oskrbe predvideva tudi doplačila s strani uporabnikov (celo 90 %, kadar je mesečni prihodek višji od 2850 EUR). Številna premožnejša gospodinjstva zato izstopijo iz te javne sheme in se raje poslužujejo drugih, zanje ugodnejših zakonskih možnosti, npr. odločijo se, da v lastni režiji v agenciji najamejo oskrbovalca, za katerega plačujejo polovico cene oskrbovalne ure, druga polovica pa se jim vrne v obliki davčnih olajšav in zmanjšanega zneska socialnega zavarovanja.

V Združenem kraljestvu je od leta 2006 do leta 2009 potekal pilotni projekt, imenovan *Proračun posameznika (Individual budget)*, ki je bil testiran v 13 okoljih. Ljudje, ki so

potrebovali oskrbo, so prejeli denarno nadomestilo, s katerim so plačali storitve oskrbe. Oskrbo so lahko načrtovali sami ali s *care managerji*. Evalvacija projekta je pokazala, da se veliko ljudem ta možnost ni zdela dobrodošla. Vseeno so projekt razširili po vsej državi in je dostopen vsem ljudem s potrebami po socialni oskrbi. Nadaljnje ocene projekta so tudi pokazale, da relativno veliko potrebam ni bilo zadoščeno. Ta negativni vpliv je verjetno povezan z dokaj nizko denarno vrednostjo (6000 EUR letno), ki je bila posameznemu človeku dodeljena. Na Nizozemskem je ta vrednost precej višja (17.000 EUR), zato imajo ljudje boljši dostop do storitev.

Na Nizozemskem je bila shema finančne podpore uvedena že leta 1991 in je imela v letu 2009 111.000 uporabnikov, kar predstavlja 15 % ljudi s potrebami po dolgotrajni oskrbi. 20 % zgoraj omenjenih uporabnikov je finančno podporo kombiniralo s paketi različnih storitev, kar nakazuje dejstvo, da je koriščenje storitev še vedno pogostejša izbira kot finančna podpora. Čeprav znanstvene ocene programa niso naredili, evalvacijsko poročilo nakazuje, da v okviru finančne podpore informiranje o storitvah ni bilo zadostno. Poleg tega so med ljudmi, ki so potrebovali dolgotrajno oskrbo, to možnost koristili večinoma mlajši.

Finančna podpora, namenjena neformalnim oskrbovalcem, je na voljo le v manjšem številu držav (v Združenem kraljestvu, na Nizozemskem in v manjšem obsegu na Švedskem). Plačilne sheme so mišljene kot simbolično priznanje opravljeni neformalni oskrbi ali kot dodaten prihodek, ki starejšim oskrbovalcem pomaga zmanjševati tveganje za revščino in socialno izolacijo. Ta denar je ponekod namenjen tudi neformalnim oskrbovalcem, ki so morali zaradi bremen oskrbe zapustiti trg dela, ali spodbujanju oskrbovanja ob zaposlitvi.

V nadaljevanju so opisane prednosti in pomanjkljivosti sheme finančne podpore za oskrbovance. Ena izmed prednosti je zmanjšanje javnih izdatkov za storitve formalne oskrbe, vendar avtorji opozarjajo, da je to pogosto na račun revnejših in nezadostno zaščitene neformalnih oskrbovalcev. Poleg tega se postavlja vprašanje kakovosti storitev oskrbe in nadzora nad porabljenimi sredstvi. Pojavlja se tudi deprofesionalizacija že sedaj slabo priznanega delovnega področja formalnih oskrbovalcev, ki delajo v težkih pogojih in so slabo plačani.

Avtorji opozorijo, da starejši ljudje, ki so se odločili za finančno podporo v okviru dolgotrajne oskrbe, poročajo o slabšem duševnem počutju kot mlajši ljudje (npr. ljudje z učnimi težavami, s fizičnimi omejitvami ali s težavami v duševnem zdravju), ki so izbrali isto podporo. Razlog morda leži v tem, da starejši ljudje občutijo proces načrtovanja oskrbe kot breme. Starejši ljudje morda potrebujejo več podpore in možnost za izbiro storitev, ki odgovarjajo njihovim potrebam in željam.

Države, kjer je uporabnikom dolgotrajne oskrbe že dlje časa na voljo tudi finančna podpora, poročajo o prednostih in pomanjkljivostih le-te v praksi. V Avstriji, kjer se finančna podpora zagotavlja iz vplačanih davkov, so opazili naslednje.

- Razmah »sivega« trga oskrbe, ker bližina držav z nizkimi dohodki omogoča priložnosti za poceni migrantsko delovno silo.
- Spodbuda za neformalne oskrbovalce, da zapustijo trg dela.
- Vrednost denarnega nadomestila se je med letoma 1996 in 2007 znižala, kar je vodilo do zmanjšanja kupne moči upravičencev.
- Denarno nadomestilo ne spodbuja povezovanja z zdravstvenim sistemom (osebni zdravnik, bolnišnice).
- Zagotavljanje denarnega nadomestila ni vodilo do večjega povpraševanja po formalnih storitvah dolgotrajne oskrbe.

ZDRAVSTVO IN SOCIALA Z ROKO V ROKI

Dolgotrajna oskrba sega tako na področje zdravstva kot sociale. Današnji sistemi oskrbe teh dveh sektorjev sistematično ne povezujejo. Tako so v ospredje pogosto postavljene storitve, ne človek. Proces oskrbe se prepogosto organizira na način, ki je pisan na kožo oskrbovalnim službam, spregleda pa se potrebe ljudi, ki oskrbo potrebujejo.

To poglavje govori o številnih obetavnih pristopih, ki presegajo zgoraj omenjene probleme.

1. Sodelovanje na individualnem nivoju. Gre za načrtovanje oskrbe, pri kateri je v središču oskrbovalnega procesa človek, storitve pa izhajajo iz njegovih potreb in so mu prilagojene. Sem sodijo tudi novi načini za spodbujanje strokovnjakov, da sodelujejo med seboj.

- *Case management* je individualno prilagojen pristop, pri katerem človek, ki potrebuje dolgotrajno oskrbo, skupaj s *case managerjem* le-to načrtuje. *Case manager* pomaga tako oskrbovancu kot neformalnemu oskrbovalcu krmariti med paleto storitev in organizacij. Zaenkrat gre samo za pilotne projekte na lokalnih ravneh.
- *Multidisciplinarni tim*, v katerega so vključeni strokovnjaki z različnih področij, ki med seboj sodelujejo z namenom zagotavljanja čim bolj kakovostne in človeku prilagojene oskrbe.
- *Personalizacija* podpira samostojno načrtovanje oskrbe s strani človeka, ki oskrbo potrebuje. To omogoča z dodeljevanjem finančne podpore tem ljudem. Cilj tega pristopa je opolnomočiti oskrbovance in jim omogočiti dostop do zanje najprimernejših storitev v lokalni skupnosti. Več o prednostih in slabostih takšnega pristopa je bilo napisano v prejšnjem poglavju.

2. Sodelovanje na lokalnem organizacijskem nivoju, kjer so se razvile nove strukture

ali protokoli, s katerimi se zapolnjuje vrzel med zdravstveno in socialno oskrbo.

- *Odpusti iz bolnišnic*. Povsod po Evropi se srečujemo s skrajševanjem ležalne dobe v bolnišnicah, vendar v mnogo državah za oskrbo po odpustu ni celovito poskrbljeno. To področje zahteva sistemsko ureditev, saj ljudje po odpustu pogosto potrebujejo zahtevnejše oblike oskrbe. V tem poglavju je opisan primer dobre prakse iz Berna v Švici, in sicer *The Express Service*. Gre za načrtovanje oskrbe, še preden je pacient odpuščen iz bolnišnice. V centru za oskrbo na domu lahko na enotni vstopni točki tako zdravnik kot bolnišnično osebje ali pacient sam odda vlogo za dodelitev storitev oskrbe na domu. Strokovnjak, ki bo v nadaljevanju vodil oskrbo na domu, skupaj z odpustnim zdravnikom in bolnikom naredi oceno stanja še v bolnišnici. Do ocene potreb lahko v zahtevnejših primerih pride že od 2 do 4 ure po oddani vlogi.

- *Ocena potreb*. V mnogo državah je človek, ki potrebuje dolgotrajno oskrbo, še vedno soočen s številnimi strokovnjaki, ki vsak zase delajo oceno stanja in potreb. Čedalje bolj se kaže potreba po eni, celoviti oceni, ki bi bila za pacienta tudi manj invazivna in bi prinesla s seboj manj zmede.

3. Sodelovanje na strukturnem, socialno-političnem in sistemskem nivoju. Tukaj gre predvsem za nacionalno zakonodajo za razvoj bolj integriranih struktur.

VLOGA INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE V DOLGOTRAJNI OSKRBI STAREJŠIH LJUDI

Na začetku poglavja avtorji razložijo nekaj pojmov, ki se pojavljajo v povezavi z informacijsko-komunikacijsko tehnologijo v dolgotrajni oskrbi. Te pojme in njihove razlage smo povzeli tudi v tem prikazu.

1. *E-zdravje* označuje orodja, ki temeljijo na informacijsko-komunikacijski tehnologiji z namenom izboljšanja kakovosti preventive, diagnostike, zdravljenja, spremljanja zdravstvenega stanja in življenjskega sloga.

2. *Teleoskrba* je sistem, ki preko telekomunikacijskih orodij omogoča zagotavljanje socialnih storitev na daljavo.

3. *Telemedicina* vključuje zagotavljanje zdravstvenih storitev tam, kjer je razdalja kritični faktor. To poteka s strani različnih zdravstvenih delavcev, ki si preko informacijsko-komunikacijske tehnologije izmenjujejo informacije za diagnosticiranje, zdravljenje in preventivo bolezni in poškodb, za raziskave in evalvacijo. Uporablja pa se tudi za kontinuirano izobraževanje zdravstvenih delavcev.

4. *Telezdravje*. Gre za zelo podoben koncept, kot je *telemedicina*, vendar se nanaša na širši spekter zagotavljanja podpore in pomoči, tako da ni omejen le na zdravstveni sektor.

5. *Telemonitoring* vključuje sistem in storitve, ki preko naprav omogočajo prenos podatkov o vitalnih znakih posameznika do kontrolne postaje, kjer se ti podatki interpretirajo. Gre za prenos podatkov o fiziološkem stanju posameznika od njegovega doma do bolnišnice.

6. *Tehnologija pametnih domov* je skupni izraz za informacijsko-komunikacijsko tehnologijo, ki v določenem prostoru/stanovanju/hiši komunicira preko lokalnega omrežja. Tehnologijo se lahko uporabi za spremljanje, opozarjanje ali izvršitev dejavnosti v skladu z določenimi kriteriji. Namen tehnologije pametnih domov je povečati varnost in neodvisnost starejših ljudi.

7. *Podporna tehnologija* je produkt ali storitev, razvita na način, da spodbuja neodvisnost invalidnih ali starejših ljudi. Označuje katerokoli napravo ali sistem (prilagojene tipkovnice, večja pisava na zaslonih idr.), ki

posameznikom omogoča, da izvajajo aktivnosti dnevnega življenja, ki jih drugače ne bi bili zmožni.

V naslednjih odstavkih bomo pogledali prednosti in slabosti prej omenjenih tehnologij. Ugotovitve kažejo, da so najuspešnejše in najučinkovitejše tehnologije tiste, ki omogočajo spremljanje vitalnih znakov na daljavo, in telefonski kontrolni pregledi, ki jih opravljajo medicinske sestre. *Telemonitoring* se je izkazal za uspešnega pri zmanjševanju ponovnih hospitalizacij pri bolnikih s srčnim popuščanjem. Poleg tega se je zmanjšalo tudi število bolnišničnih dni, če je do hospitalizacije vseeno prišlo.

Splošno se je pokazalo, da *telemonitoring* prinese največ koristi tistim bolnikom, pri katerih pogosteje pride do poslabšanja osnovne bolezni (diabetes, astma, srčno popuščanje, povišan krvni tlak ...), tistim, ki prevzamejo aktivno vlogo pri vodenju svoje bolezni, in tistim, ki jih nova tehnologija zanima. Iz napisanega izhaja, da verjetno obstaja povezava med motivacijo za lastno skrb in ugodnimi učinki tehnologije. Poleg nekaterih učinkov na izboljšanje zdravstvenega stanja lahko omenjena tehnologija doprinese k vzdržnosti zdravstveno-socialnega sistema (predvsem z vidika privarčevanih sredstev), spodbuja povezovanje zdravstva in sociale ter izboljša dostop in učinkovitost zdravstveno-socialnih sistemov.

Avtorji v nadaljevanju opozarjajo, da tehnologija prinaša tudi nekaj slabosti oziroma izzivov. Posebno pozornost je treba nameniti učenju starejših ljudi rokovanja s tehnologijo. Drugič: pripomočki, vmesniki in druga oprema morajo biti prilagojeni starejšim ljudem in njihovim težavam. Tretjič: še vedno ni dovolj informacij in raziskav, ki bi jasno pokazale učinkovitost te tehnologije.

V nadaljevanju je opisan vidik uporabnikov pri oblikovanju in uporabi IKT-rešitev. Avtorji

nakažejo, da je starejše ljudi pogosto strah, da bodo zaradi take tehnologije bolj nadzorovani. To občutijo kot vdor v njihovo zasebnost. Pri tem je treba paziti na ravnovesje med konceptom doma, ki z vhodnimi vrati ljudem omogoča, da se odločijo, koga želijo povabiti naprej in koga ne, in uporabo tehnologije, ki strokovnjakom omogoča, da vstopajo v intimne prostore starega človeka na način, da fizično sploh niso prisotni.

Starejši ljudje pogosto dvomijo, da je tehnologija zanje nujna z vidika ohranjanja ali izboljšanja zdravja in samostojnosti. Takšna tehnologija je tudi draga, starejši ljudje si je pogosto ne morejo privoščiti. Ob tem se postavljajo vprašanja, kdo bo ta nova tehnološka orodja inštaliral in vzdrževal ter nadzoroval njihovo uporabo. Mnogi starejši ljudje namreč v svoji socialni mreži nimajo nikogar, ki bi jim pri tem lahko pomagal. Predvsem pa je treba biti pozoren na potrebe starejšega človeka in narediti realno oceno trenutnega stanja in zmožnosti za uvedbo določene vrste tehnologije. Kroničnih bolezni namreč ne moremo nadzorovati izključno s pomočjo tehnologije, pri vsakem starejšem človeku je treba tudi pretehtati prednosti in slabosti uvedbe določene tehnologije v njegov vsakdan. Poleg tega se je smiselno najprej posluževati preprostejših rešitev, in če niso zadostne, poseči tudi po tehnoloških rešitvah. Ob tem ne smemo pozabiti, da je treba zagotoviti ustrezno usposabljanje za uporabo tehnologije in tudi stalno podporo z namenom, da preprečimo opuščanje teh storitev po določenem času uporabe. Samozavest glede uporabe tehnologije lahko pri starejših ljudeh učinkovito krepimo v motiviranih skupinah starejših ljudi, v centrih za usposabljanje in izobraževanje o tehnologiji in s pomočjo ljudi, ki jim starejši človek zaupa (predvsem otroci in vnuki). Pri uvajanju takšne vrste tehnologije je treba pridobiti soglasje s strani

uporabnikov in njihovih družinskih članov. Poleg tega naj se teh tehnologij ne oglašuje in prodaja samo starejšim ljudem brez podpore njihovih bližnjih, ker to povečuje možnost za nepravilno uporabo.

Ob koncu poglavja sta omenjeni še dve ciljni skupini potencialnih uporabnikov tehnologije v dolgotrajni oskrbi. Prva skupina so neformalni oskrbovalci. Avtorji opozorijo, da se je pri razvijanju novih tehnoloških rešitev treba zavedati, da potrebe, želje in stališča slednjih niso nujno enaki tistim, ki jih imajo njihovi oskrbovanci. Tretja skupina uporabnikov so strokovni in administrativni delavci v dolgotrajni oskrbi. Brez konkretnejših sistemskih sprememb dolgotrajne oskrbe v posamezni državi tehnologija sama po sebi ne bo dovolj za zagotavljanje kakovostne in na uporabnika usmerjene oskrbe.

OSTALE VSEBINE, KI JIH KNJIGA PONUJA

Kot smo omenili že v uvodu tega prikaza, smo podrobno prikazali le nekatera poglavja iz skoraj 400 strani dolgega učbenika o dolgotrajni oskrbi v Evropi. Ostalo je še precej zanimivih vsebin, ki s konkretnimi primeri dobre prakse prikazujejo obsežnost področja dolgotrajne oskrbe v evropskih državah. Eno izmed teh poglavij predstavlja prostovoljstvo v dolgotrajni oskrbi. Bralca, ki ga te vsebine zanimajo, pozivamo, da prebere strokovni in znanstveni članek avtorjev Jožeta Ramovša, Maje Rant in Tine Lipar z naslovom *Pripravljenost za medgeneracijsko prostovoljstvo*, ki je objavljen v zadnji številki 19. letnika revije *Kakovostna starost*. V članku so namreč povzete ugotovitve in primeri dobrih praks o prostovoljstvu iz te knjige.

Poglavje *Soočenje nordijskega in mediteranskega pristopa* med seboj primerja dva nova modela (Sustainable Socio-Health Model – SSHM v Španiji in model PALKO na Finskem)

za podporo in integracijo zdravstvenega in socialnega sistema za starejše ljudi.

Obe državi – pa tudi številne druge evropske države – se soočata s podobnimi izzivi. Težave se pojavljajo pri zagotavljanju kontinuitete oskrbe med bolnišnicami in oskrbo na domu, saj ni jasno določeno, kdo je po odpustu iz bolnišnice odgovoren za zagotavljanje nadaljnje oskrbe, pomanjkljiva pa je tudi integracija storitev, ki izhajajo iz dejanskih potreb oskrbovanca. Število bolnišničnih dni se iz leta v leto zmanjšuje, kar vodi do tega, da so ljudje ob odpustih krhkejši in slabšega zdravja. Če ob tem oskrba v skupnosti ni celostna in kakovostna, prihaja do ponovnih hospitalizacij. Še posebej kritično se je izkazalo obdobje dveh tednov po odpustu iz bolnišnice. Kot odgovor na zgoraj omenjene težave so širom po Evropi začeli razvijati nove modele odpustov in oskrbe v skupnosti. Pojavili so se posebej oblikovani multidisciplinarni timi, *case managerji*, ponekod tudi t. i. *discharge managerji* (ta nov profil bi lahko prevedli kot koordinatorji odpusta iz bolnišnic). Naloge teh profilov so podobne, in sicer zagotoviti kontinuirano oskrbo v skupnosti ob odpustu iz bolnišnice.

Vrnimo se v Španijo in na Finsko ter pogledimo njuna modela. Na Finskem kljub politikam, ki spodbujajo oskrbo na domu v čim večjem obsegu, 69 % denarja, namenjenega dolgotrajni oskrbi, pokriva institucionalno varstvo. V Španiji je ta delež 59 %. Iz tega sledi, da se velik delež denarja, namenjenega dolgotrajni oskrbi, porabi za pokrivanje stroškov institucionalnega varstva 4,8 % ljudi na Finskem in 4,1 % ljudi v Španiji, ki živijo v domovih za ostarele. Kljub temu je bila Finska z 11,4 % ljudi, ki so bili starejši od 75 let in so prejeli oskrbo na domu, v evropskem vrhu.

Kot odgovor na opisane izzive so v Španiji pilotno preizkusili model SSH, na Finskem pa model PALKO. Osnovna hipoteza obeh

modelov temelji na prepričanju, da je možno izboljšati učinkovitost struktur in procesov v dolgotrajni oskrbi, in sicer z zmanjševanjem podvajanja dela s strani različnih strokovnjakov, z zmanjševanjem števila bolnišničnih dni, z zmanjševanjem stopnje nepotrebnih sprejemov v bolnišnico in z izboljšanjem kakovosti življenja posameznika na domu.

Cilj modela SSH je bil razviti in spremljati realizacijo novih oskrbovalnih poti v primarnem zdravstvenem varstvu z namenom izboljšanja kakovosti socialne in zdravstvene oskrbe ljudi s potrebami po dolgotrajni oskrbi. Cilj modela PALKO pa je bil standardizirati prakse in napisati dogovore med bolnišnicami, organizacijami za oskrbo na domu in družinsko oskrbo z namenom definiranja praks, odgovornosti in podpornih orodij. Šlo je za določitev oskrbovalne verige od bolnišnice do vključno doma. V obeh modelih so uvedli metodologijo *case managementa* in multidisciplinarnih timov s ciljem zagotavljanja na uporabnika usmerjene oskrbe.

Učinki obeh modelov so bili testirani v skladu z načeli randomiziranih študij. Dokazali so, da oba modela pripomoreta k dvigu kakovosti oskrbe in k zmanjševanju stroškov, tudi preko manjše stopnje podvajanja dela. Žal sta bila modela uvedena le v manjšem številu občin, ponovitevna študija ni bila narejena, prav tako niso bila organizirana usposabljanja za osebje v občinah, ki so želele prevzeti omenjena modela.

Sedmo poglavje govori o preventivi in rehabilitaciji v dolgotrajni oskrbi. Avtorji povedo, da je bila preventiva dolgo rezervirana za mlajše starejše ljudi, ki so bili še relativno zdravi. Ljudem z obstoječimi potrebami po dolgotrajni oskrbi pa je bilo z vidika preventive in rehabilitacije v večini evropskih držav namenjene le malo pozornosti.

Analiza literature, ki so jo izvedli v projektu INTERLINKS, je pokazala, da je bil v okviru

raziskav preventive in rehabilitacije v dolgotrajni oskrbi velik poudarek na raziskovanju bolj razširjenih intervencij in programov, kot so programi za preprečevanje padcev, različni programi za fizično aktivnost, nekatera specifična geriatrična ocenjevalna orodja in preventivni obiski na domu, s poudarkom na kohortah zdravih in mlajših starejših ljudi. V kar nekaj državah, ki so jih zajeli, je še močno zasidrana tradicionalna medicinska paradigma, ki ovira razvoj celostne, na bolnika in njegove potrebe usmerjene dolgotrajne oskrbe. Tradicionalni medicinski model je usmerjen v zagotavljanje linearnih, na bolezen usmerjenih intervencij, kar v političnih agendah v ospredje postavlja akutno zdravljenje, dolgotrajno oskrbo pa potiska na rob. Dolgotrajna oskrba, ki zaobjema celovit koncept skrbi, ne vključuje le posebnih rehabilitacijskih in preventivnih ukrepov, ki spodbujajo povrnitev zdravja, ampak ima preventivno delovanje prepleteno skozi celoten proces oskrbe.

Poglavje *Vrzel v oskrbi in migranti kot oskrbovalci* govori o zapolnjevanju vrzeli v oskrbi, ki jo za seboj puščata nezadostna javna ponudba storitev dolgotrajne oskrbe in manjša zmožnost družin, da poskrbijo za svoje ostarele in obnemogle svojce. V raziskavi EUROFAMCARE so že pred 10 leti ugotavljali, da se v 17 od 23 držav družine vsaj kratkoročno zanašajo na pomoč migrantskih oskrbovalcev. Natančne podatke o tem, koliko migrantov v določeni državi nudi storitve dolgotrajne oskrbe, je težko dobiti, ker številni izmed njih niso vodeni v uradnih evidencah. Med temi državami pa zagotovo vodi Italija, kjer najmanj 700.000 migrantov opravlja delo oskrbovalcev. Delež migrantskih delavcev je visok tudi v Španiji, kjer le-ti predstavljajo 30 % plačane delovne sile v dolgotrajni oskrbi. V Avstriji za okoli 5–10 % starejših ljudi skrbijo t. i. 24-urni asistenti, ki prihajajo iz sosednjih centralnih in vzhodnih evropskih držav. Zaradi geografske

bližine držav to obliko oskrbe ponavadi organizirajo vmesne agencije, ki imajo sedež v Avstriji ali v sosednjih državah. Za enega starejšega človeka ponavadi skrbita dva migrantska delavca, ki se izmenjavata na 14 dni. Kljub temu da je v Nemčiji zakonsko urejeno legalno zaposlovanje migrantskih delavcev iz Slovenije, Slovaške, Poljske, Češke, Madžarske, Romunije in Bolgarije, 200.000 družin še vedno nelegalno zaposluje migrantske delavce za pomoč v gospodinjstvu in za nudenje dolgotrajne oskrbe.

V nadaljevanju je podrobno opisana vloga migrantov pri zagotavljanju dolgotrajne oskrbe v Italiji. Migrantski družinski oskrbovalci so v veliki večini ženske, med njimi pa je veliko visoko izobraženih. Kar 70 % žensk iz Moldavije, ki v Italiji starejšim ljudem nudijo pomoč in podporo, ima univerzitetno izobrazbo. V preteklosti je bilo pogosto 24-urno sobivanje migrantskega oskrbovalca z oskrbovanim. V zadnjem času pa se vse bolj uveljavlja trend, ko je določen oskrbovalec pri človeku, ki potrebuje pomoč, prisoten le nekaj ur dnevno. Ta oblika je še posebej ugodna za tiste migrante, ki želijo ostati in živeti v Italiji, saj jim ostane več časa za tkanje socialne mreže in boljšo integracijo v družbo. Ocene kažejo, da migrantska delovna sila v dolgotrajni oskrbi v Italiji prihrani okoli 45 milijard javnega denarja. Namestitev starejšega človeka v domu za ostarele bi namreč državo letno stala 26.000 evrov, 18.000 pa bi moral dodati sam oziroma njegova družina. Kljub temu država letno izgublja okoli 800 milijonov evrov zaradi nepobranih prispevkov in davkov, ker večina teh oskrbovalcev ni formalno zaposlenih.

Ker se v večini evropskih držav politika, zdravstvo in sociala niso lotili systemskega urejanja položaja migrantskih delavcev v dolgotrajni oskrbi, so ponekod sprejeli določene lokalne ukrepe za izboljšanje kakovosti oskrbe, ki jo nudijo migrantski oskrbovalci v privatnih

gospodinjstvih. Med te ukrepe sodijo: uravnavanje povpraševanja po storitvah dolgotrajne oskrbe in njihove ponudbe, usposabljanja za oskrbovalce, finančna podpora, vzpostavljanje registrov migrantskih oskrbovalcev in mentorstvo. Kot primer dobre prakse je opisan italijanski projekt ROSA – mreža za spodbujanje formalne zaposlitve migrantskih delavcev v dolgotrajni oskrbi. V okviru projekta so na voljo naslednje aktivnosti:

- programi usposabljanja za migrantske oskrbovalce za osvajanje veščin, potrebnih za oskrbovanje;
- vključevanje lokalnih deležnikov pri razvoju sistema storitev, ki ženskam olajšujejo uravnavanje oskrbovanja s preostalimi družinskimi aktivnostmi;
- spodbujanje družin, da migrantske delavce z veljavnimi pogodbami formalno zaposlijo. Te spodbude so ponavadi v obliki vavčerjev in informiranja.

Na koncu poglavja je opisan še primer Slovaške kot ene izmed držav, iz katerih prihajajo migrantski delavci. Te države se prav tako kot tiste, ki migrantske delavce sprejemajo, soočajo z demografskimi spremembami. Vendar so v teh državah razmere na trgu dela slabše in tudi povprečne plače so precej nižje. Ker predvsem ženske v srednjih letih (30–50 let) odhajajo na bolje plačano delo oskrbovalk v druge evropske države, se za njimi pogloblja vrzel med povpraševanjem po storitvah dolgotrajne oskrbe in ponudbo v lastnih državah.

Trinajsto poglavje *Paliativna oskrba znotraj sistemov za dolgotrajno oskrbo* na začetku govori o terminologiji in razvoju paliativne oskrbe. V različnih evropskih državah je za opis oskrbe ob koncu življenja v uporabi različna terminologija. Poleg tega ne obstaja nobena sprejeta definicija obdobja ob koncu življenja; lahko obsega ure, dneve, tedne, mesece ali celo leta. Paliativna oskrba najpogosteje nastopi, ko je pri bolniku jasno, da je

vstopil v terminalno obdobje svojega življenja, ko ozdravitev ni več možna. To obdobje je pri bolnikih z rakom veliko lažje določiti kot pri krhkih starejših ljudeh s kroničnimi boleznimi, pri katerih se zdravstveno stanje postopoma slabša. Starejšim ljudem storitve paliativne oskrbe še vedno niso na voljo v zadovoljivem obsegu, zato je nujna brezšivna integracija paliativne oskrbe v sisteme za dolgotrajno oskrbo.

Avtorji v nadaljevanju spregovorijo o medikalizaciji smrti, o pomenu konceptualizacije smrti kot socialnega dogodka, o tabujih, ki so povezani s smrtjo in z umiranjem. Omenijo, da se strokovnjaki paliativne oskrbe pogosto poslužujejo t. i. načrtovanja oskrbe vnaprej. Gre za proces, v katerem strokovnjaki skupaj z bolniki ali njihovimi predstavniki določijo cilje in potek oskrbe za takrat, ko bolnik ne bo več zmož sam sprejemati odločitev. Takšno načrtovanje je še posebej pomembno za ljudi z demenco. V zgodnejših fazah je namreč človek še sposoben povedati svoje želje in preference glede oskrbe, ki postanejo kašipot za načrtovanje oskrbe v času, ko je demenca pri človeku že zelo napredovala.

V poglavju so opisani dva primera paliativnih mobilnih timov (v pokrajini Umbrija v Italiji in v Avstriji) in bolnišnica na domu v Franciji. Multidisciplinarni timi v Umbriji so koordinatorji oskrbe v skupnosti in skrbijo za gladek prehod iz oskrbe v bolnišnici v oskrbo na domu. V mobilne time v Avstriji so vključeni zdravniki, medicinske sestre, fizioterapevti, psihologi, logopedi, delovni terapevti, dietetiki in duhovniki. Mobilni paliativni timi so obetajoč model mobilnih timov v skupnosti tudi za krhke starejše ljudi. Oskrba in rehabilitacija starejših bolnikov po zaključenem akutnem zdravljenju sta namreč na domu prijaznejši tako za starejšega človeka kot za finančno vzdržnost zdravstvenega sistema. Seveda morata biti celostni in kakovostni, vanju pa

morajo biti v največji možni meri vključeni opolnomočeni, informirani in usposobljeni neformalni oskrbovalci.

Avtorji poglavja spregovorijo tudi o hospicijih in paliativni oskrbi znotraj institucij za dolgotrajno oskrbo. Navkljub težnjam po deinstitutionalizaciji v dolgotrajni oskrbi bo določen odstotek ljudi namreč še vedno potreboval zahtevnejše oblike nege in oskrbe, ki se ponavadi zagotavljajo znotraj različnih institucij. Tudi v Sloveniji obstajajo primeri dobre prakse pri vpeljevanju hospic sob in paliativne oskrbe v domove za ostarele; eden izmed njih je Dom starejših Šentjur (glej: <http://www.institut-antontrstenjaka.si/tisk/kakovostna-starost/clanek.html?ID=1584>). Njihove izkušnje so bogat vir informacij o tem, kako vpeljati to vrsto storitve tudi v druge domove po Sloveniji in s tem dati priložnost stanovalcem, da zadnje dni življenja preživijo v miru, obdani z bližnjimi in podprti s strani negovalnega in drugega osebja.

Tina Lipar

Ergo inštitut, d. o. o., 2015. Dnevni centri za starejše v EU. Mednarodno-primerjalna raziskava. E-izdaja: Inštitut Hevrekla!, 77 strani. V: <http://asso-projekt.si/wp-content/uploads/ASSO-Raziskava-SI.pdf> (sprejem: 21. 3. 2017).

RAZISKAVA O DNEVNIH CENTRIH ZA STAREJŠE V EU

Revija *Kakovostna starost* že vrsto let spremlja dobre prakse celostne deinstitutionalizacije dolgotrajne oskrbe, in sicer tako notranje (institucije postajajo uporabnikom prijaznejše in bolj povezane s skupnostjo) kot zunanje (programi, ki krepijo krajevno skupnost, da oskrbuje in omogoča starostnikom, da čim dlje časa bivajo doma oz. v svojem okolju). Eden izmed programov, namenjenih čim daljšemu bivanju starejših v svojem okolju, so tudi dnevni centri za starejše. O njih govori raziskava, ki jo bomo predstavili. Izvedel jo je

Ergo inštitut (inštitut za uporabno znanost) v okviru projekta *Avstrijsko-slovensko socialno omrežje*. Cilj raziskave je »pregled različnih konceptov dnevnih centrov, njihovih podobnosti in razlik ter njihove razširjenosti v EU«, ne pa toliko »ugotavljanje profila uporabnikov storitev dnevnih centrov ali vpliva dnevnih centrov na uporabnike« (str. 15). V prvem poglavju raziskava odgovarja na vprašanje, kaj so dnevni centri za starejše in kako so organizirani. V drugem in tretjem poglavju pa se raziskovanje geografsko omeji na 28 držav članic EU. V drugem poglavju je uporabljena metoda iskanja in analize informacij in podatkov o konceptih in razširjenosti dnevnih centrov aktivnosti. Raziskovalci so se pri tem oprli na elektronske baze podatkov digitalne knjižnice Univerze v Ljubljani in svetovnega spleta. V tretjem poglavju je uporabljena mednarodno-primerjalna analiza.

KONCEPT DNEVNEGA CENTRA ZA STAREJŠE – KAJ SO DNEVNI CENTRI IN KAKO SO ORGANIZIRANI?

Oprelitev pojma se začne z definicijo Johna Krouta, znanega raziskovalca s tega področja, ki dnevni center opredeli kot »stičišče, kjer se zbirajo starejši ljudje z namenom, da bi koristili storitve in aktivnosti, ki odražajo njihove izkušnje in znanje, ustrezajo njihovim raznolikim potrebam in interesom, krepijo njihovo dostojanstvo, podpirajo njihovo neodvisnost in spodbujajo njihovo vključenost« (Krout, 1996), (str. 17).

Vendar avtorji skozi celotno študijo večkrat poudarijo, da se razumevanje pojma dnevni center v različnih državah zelo razlikuje. Koncept dnevnega varstva se je namreč v posameznih državah razvijal neodvisno in v tesni povezavi z razvojem nacionalnih smernic s področja socialnega varstva starejših, sistemov dolgotrajne oskrbe in skrbi za starejše v lokalnih skupnostih. Raziskovalci