

KAZALO

1	UVOD.....	7
2	OPREDELITEV OSKRBE V SKUPNOSTI.....	11
3	OSKRBA V SKUPNOSTI V SLOVENIJI.....	21
4	KVANTITATIVNA TIPOLOGIJA OSKRBE STAREJŠIH V SKUPNOSTI.....	35
5	ŠTUDIJE PRIMEROV OSKRBE V SKUPNOSTI.....	51
	5.1 KOMENDA IN MENGEŠ.....	52
	5.2 PUCONCI IN NAKLO.....	70
	5.3 LJUBLJANA.....	96
	5.4 SKLEPNA DISKUSIJA O DEJAVNIH RAZVOJA.....	121
6	SKUPNOSTNA DIMENZIJA INSTITUCIONALNE OSKRBE STAREJŠIH.....	127
7	PONUDBA IZOBRAŽEVANJA STAREJŠIH V LOKALNIH SKUPNOSTIH.....	145
8	SKLEP.....	169
9	LITERATURA.....	175
10	PREDSTAVITEV AVTORJEV.....	189
11	STVARNO IN IMENSKO KAZALO.....	191

UVOD

Eden glavnih izzivov sodobnih družb so demografske spremembe ter z njimi povezano staranje prebivalstva in organizacija skrbi za starejše. V Sloveniji se prebivalstvo intenzivno stara in ta demografska podoba s seboj prinaša potrebe po spremembi sistemov in politik na področju socialne varnosti, zdravstva in drugih. Za zagotavljanje kakovosti življenja starejših je ključen razvoj oskrbe v skupnosti, saj slednja sledi sodobnim skrbstvenim trendom, ki poudarjajo zmanjševanje institucionalizacije in čim daljše bivanje v domačem okolju. Socialne politike tako v Evropi kot tudi v Sloveniji poudarjajo oskrbo starejših v skupnosti kot zaželen in primeren način zagotavljanja kakovosti življenja starejših. Razvoj storitev v skupnostih poleg izboljšanja kakovosti življenja starih ljudi omogoča družinskim članom lažje usklajevanje dela, družine in oskrbe starih družinskih članov ter tako pomembno izboljšuje kakovost življenja ne le starejše osebe, ampak celotne družine.

Oskrbe ne smemo razumeti ozko,¹ tj. le v povezavi s skrbjo za starostno in bolezensko onemoglost, kot se pojem pogosto razume v socialnih in zdravstvenih strokah (Ramovš 2012). Oskrba označuje celovit pristop k različnim potrebam človeka in zajema različne oblike pomoči in storitev (zdravstveno oskrbo, socialno oskrbo, izobraževanje, stanovanjsko oskrbo ...). Termin oskrba se pogosto povezuje s pomočjo pri vsakdanjih opravilih (socialna oskrba), medtem ko je za zdravstveno in medicinsko oskrbo bolj običajen izraz nega (Ramovš 2012). Vendar pa zdravstvene in socialne oskrbe ne moremo popolnoma ločiti; pomembno je, da

¹ Means in Smith (1994, 2) izvor skupnostne oskrbe povezujeta s političnim premikom iz bolnic na storitve, locirane v skupnosti za duševno bolne. Termin se je pogosto uporabljal za ponudbo storitev za starejše in invalidne osebe.

so različne storitve povezane v enotno ponudbo, ki omogoča čim bolj kakovostno življenje ljudi v skupnosti.

Ko govorimo o oskrbi, ne moremo mimo termina dolgotrajna oskrba, ki je pomemben del celovite oskrbe starega človeka. Opredelitev storitev, ki jih zajema dolgotrajna oskrba, je težavna, saj dolgotrajna oskrba združuje različna področja – zdravstveno, stanovanjsko, socialno idr.² Kot poudarja Timonen (2008: 110), je dolgotrajna oskrba pogosto preveč usmerjena v zdravstvene in premalo v socialne vidike. Širše razumevanje dolgotrajne oskrbe vključuje tudi bolj instrumentalne vidike vsakodnevnega življenja (npr. gospodinjska pomoč), druge storitve vsakodnevnega življenja (nakupovanje ...) in blažje oblike, kot sta nadzor (npr. pri dementnih osebah) in druženje. Kot ključni del dolgotrajne oskrbe se običajno navajajo naslednje storitve: zdravstvena nega, delovna in govorna terapija, osebna in socialna oskrba, dostava kosil na dom, pomoč pri transportu, storitve nadzora (monitoring) in pomoči na daljavo ter gospodinjska pomoč (Kane in Kane 2005). Pogled na dolgotrajno oskrbo, ki vključuje širši nabor storitev, lahko apliciramo tudi na oskrbo v skupnosti.

V Sloveniji v razvoju oskrbe zaostajamo za mnogimi evropskimi državami. Razvita je predvsem oskrba v institucionalnem varstvu, medtem ko so se storitve na domu začele razvijati šele pred kratkim in zaenkrat še ne zagotavljajo celovite dolgotrajne oskrbe. Država je s svojo regulacijsko (zakoni ipd.) in produkcijsko vlogo (storitve) pomemben akter, ki zagotavlja oskrbo starejših v Sloveniji, hkrati pa dopolnjuje vlogo družine ter neprofitnega in zasebnega sektorja na tem področju. Oskrba starejših ljudi je del celovitega sistema oskrbe v državi ter del splošne kulture, norm in praks na področju skrbi. Oskrba je tako del širšega sistema, ki ga imenujemo tudi sistem blaginje, tj. sistema odnosov med državo, civilno družbo in zasebno sfero ter trgom, ki v različnih odnosih in razmerjih med akterji zagotavlja določeno raven blaginje (Kolarič in dr. 2009, Črnak - Meglič 2000, Filipovič Hrast in Rakar 2008).

V knjigi³ odgovarjamo na vprašanja, kaj je oskrba v skupnosti, kako se je razvijala v Sloveniji in kakšne so razlike v njeni razvitosti po posameznih obči-

² OECD (2011) dolgotrajno oskrbo opredeli kot »nabor različnih storitev, namenjenih osebam, ki potrebujejo pomoč pri aktivnostih vsakdanjega življenja v daljšem časovnem obdobju. Te aktivnosti so npr. hranjenje, umivanje, vstajanje in leganje ...«.

³ Raziskovanje, predstavljeno v monografiji, je del širšega projekta Oskrba starejših v skupnosti (ARRS, J5-4080, vodja V. Hlebec).

nah. V ospredju proučavanja sta institucionalna oskrba in oskrba na domu, kjer obstoječa literatura (Hlebec 2012, Hlebec in Mali 2013) ugotavlja pomembne razlike v razvitosti posameznih elementov oskrbe starih ljudi v posameznih občinah. Vendar pa so te študije opazovale elemente oskrbe starih posamezno in tako ne nudijo celovite slike.

V monografiji predstavljamo analizo razlik v organiziranosti oskrbe starih, upoštevajoč razvitost institucionalne oskrbe in oskrbe na domu, in oblikujemo tipologijo občin. Oskrbo podrobno analiziramo na podlagi različnih študij primerov posameznih občin, pri čemer smo preverili, kako se je oskrba starejših razvijala v posameznih občinah, kdo so bili ključni akterji in na kakšne ovire so pri tem naleteli. Predstavljamo primere izbranih občin: Mengeš, Komenda, Puconci, Naklo in Ljubljana. Ugotavljamo velik pomen regulativnega okvirja in zgodovinskega razvoja posamezne občine in različnih drugih vidikov, kot so finančni, vrednostni, organizacijski in strukturni vidik razvoja storitev, ki vplivajo na razlike med posameznimi občinami.

Natančno je predstavljen razvoj institucionalne oskrbe v Sloveniji in njegova vloga kot del oskrbe v nekoliko specifični skupnosti, saj slovensko institucionalno varstvo zagotavlja različne oblike oskrbe starejših v skupnosti (pomoč na domu, začasno varstvo in dnevno varstvo). V zadnjem poglavju predstavljamo poseben vidik storitev za starejše, in sicer izobraževalne storitve, za katere menimo, da so pomemben vidik storitev širšega sistema oskrbe starejših.

OPREDELITEV OSKRBE V SKUPNOSTI

V monografiji govorimo o oskrbi starejših v lokalnih skupnostih. V tem poglavju razložimo, zakaj je pomembno, da obstaja oskrba v okviru posameznih skupnosti, kaj skupnost pomeni za starega človeka in kako razumemo skupnostno oskrbo. Predstavimo tudi ključne akterje, ki izvajajo oskrbo v skupnosti.

Zakaj je za starejše skupnost pomembna?

Trend oskrbe starejših gre v smeri omogočanja starejšim čim daljše bivanje v njihovem domu in njihovi skupnosti, saj naj bi se po raziskavah večina starih ljudi želela postarati doma, v svoji skupnosti (Iecovich 2013). Skupnost torej predstavlja širše okolje, v katerem star človek biva. Temelj skupnosti je običajno prostorska bližina. Vendar pa skupnost ni opredeljena le geografsko oz. s prostorom, ampak so za njeno razumevanje ključna tudi omrežja in interakcije v tem prostoru (Evans 2009). Skupnost določata prostorska in psihična bližina in zanjo sta značilna izrazito močna kohezivnost in konsenz (Tonnie 1999). V povezavi z oskrbo razumemo skupnost kot geografsko oz. oz. prostorsko opredelitev območja, na katerem se starejšim zagotavlja oskrba; v večini primerov gre za jasno zamejena območja na podlagi meja med občinami in kraji, na ravni mest tudi med soseskami in četrtimi skupnostmi.

Raziskave kažejo, da je za starejše skupnost bolj pomembna kot za ostale starostne skupine. Njihova večja navezanost na skupnost izhaja iz daljšega bivanja v tej skupnosti, več prostega časa za preživljanje v njej in manjše mobilnosti. Zato ne preseneča, da se večina starejših želi postarati v svoji skupnosti. To je povezano s fizičnim poznavanjem in privajenostjo lokalnemu prostoru (skozi večkratno uporabo prostora in storitev v njem), v katerem lahko starejši tudi v času, ko njihove moči pešajo, dobro obvladujejo svoje okolje (Smith 2009, 14).

Večjo navezanost starejših na skupnost raziskovalci povezujejo tudi s tem, da poznani prostor predstavlja možnost obujanja spominov, reinterpretacije življenjskih dogodkov in »album«, v katerem so dokumentirani življenjski dosežki posameznika (Evans 2009, 23; Smith 2009, 16; Ekstrom 1994). Prostor je pomemben del identitete posameznika, kar se navezuje na t. i. avtobiografske pomeni prostora za starejše, kot to poimenuje Rowles (v Smith 2009). Avtobiografski pomeni prostora so povezani z osebno zgodovino posameznika v prostoru. Drugi pomen prostora pa je socialni (Smith 2009) in kaže na vpetost posameznika v odnose v skupnosti (družina in sosedje).⁴

V nekaterih primerih starejši ne želijo ostati v poznani skupnosti, ampak se selijo v skupnosti, ki so posebej prilagojene njihovim potrebam in nudijo širši nabor storitev. Nastajajo t. i. upokojske skupnosti, ki naj bi bile bolj prilagojene potrebam starejše populacije (Evans 2009, Smith 2009). Staranje v poznani skupnosti lahko s seboj prinese določene negativne značilnosti; kadar skupnosti niso prilagojene potrebam starega človeka, lahko postanejo vir nezadovoljstva in nižje kakovosti življenja (npr. če v njej ne obstajajo storitve za starejše, če so arhitekturno neprilagojene ipd.). Opazili smo tudi trend, da se skupnosti prilagajajo potrebam starejših in da različni programi in iniciative težijo k prilagajanju prostora potrebam starejših (npr. iniciativa *Starosti prijazno mesto* oz. angl. *Age-friendly city* v okviru Svetovne zdravstvene organizacije).

Ekološka teorija staranja (Lawton in Nahemow 1973 v Iecovich 2013) poudarja odnos med domom, širšim okoljem in starejšo osebo ter kako lahko okolje opolnomoči starejšo osebo. Za kakovostno staranje v skupnosti je torej pomemben odnos/ujemanje med posameznikom in njegovim okoljem oz. interakcija med posameznikovimi kompetencami ter družbenimi in fizičnimi značilnostmi okolja, ki določajo, kako uspešno bo lahko star človek živel v skupnosti⁵ (Iecovich 2013). Cutchin (v Iecovich 2013) tako poudarja prostorsko integracijo, ki jo razume kot dinamičen, časovno specifičen proces spreminjanja okolja in socio-kulturnih procesov, izkušenj in aktivnosti ljudi v tem prostoru. Podobno sta tudi Wahl in Oswald v svojem konceptualnem modelu o odnosu med osebo

⁴ Iecovich (2013) govori o naslednjih dimenzijah prostora, v katerem živijo starejši ljudje: fizični dimenziji (dom in soseska), socialni dimenziji (odnosi z drugimi), emocionalni in psihološki dimenzija (občutek pripadnosti, navezanosti) ter kulturni dimenziji (povezana z vrednotami starejše osebe, njenimi normami, prepričanji, etnično pripadnostjo in simbolnimi pomeni).

⁵ Gre za model kompetenca–okoljski pritiski, ki sta ga razvila Lawton in Nahemow (1973).

in okoljem poudarila izkušnje in doživljanje posameznika, ki so osnovane na poznavanju, odnosih s sosedi ter razvijajo pripadnost in obnašanje, ki vodi v aktivno prilagajanje okolja ali okolju (tudi s selitvami; Yin in dr. 2012).

Opredelitev oskrbe (v skupnosti)

V literaturi o skupnostni skrbi za starejše je ta pogosto opredeljena kot formalna pomoč starejšim s strani organizacij, ki so locirane v neki skupnosti – t. i. ang. *Home and Community Based Services* (Karner 1998, Muramatsu in Campbell 2002). Skupnostna skrb je oznaka za razvoj različnih storitev v skupnosti, ki bo npr. starejšim omogočila čim daljše in kakovostno bivanje doma (Alcock in dr. 2002), pri čemer je skupnost opredeljena na podlagi prostorskih kriterijev. Gre za različne storitve in programe, ki so locirani v določeni skupnosti in na podlagi katerih se izvaja skrb za stare ljudi (Loughran 2003). Skupnostna skrb (angl. *community care*) je tako npr. v Veliki Britaniji skupek političnih ciljev, ki teži k razvoju manjših, bolj »domačnih« enot v skupnosti namesto institucionalne oskrbe (Anheier in List 2005).

Oskrba v skupnosti zajema tako storitve pomoči na domu kot različne storitve, namenjene starejšim. Nekateri avtorji naštetu posebej razlikujejo. Timonen (2008, 142) loči med skupnostno oskrbo in oskrbo na domu (angl. *home and community care*), pri čemer socialna oskrba na domu (angl. *home or domiciliary care*) obsega storitve osebne nege in gospodinjsko pomoč. Bolj natančno socialno oskrbo na domu lahko delimo na praktične storitve (npr. čiščenje hiše, nakup), osebne storitve (npr. umivanje, oblačenje), nadzor (angl. *monitoring/supervision*, npr. pri bolnikih z demenco) in upravljanje (npr. opora pri koordiniranju zdravstvenih in drugih delavcev) (Cullen in dr. v Timonen 2008, 143). Skupnostna oskrba obsega storitve, kot so dnevni centri, zdravstvene storitve ipd.

Bolj običajna pa je širša opredelitev oskrbe v skupnosti. Iechovich (2013) kot ključen del oskrbe starejših v skupnosti navaja razvoj naslednjih storitev: socialna oskrba na domu, zdravstvena socialna oskrba na domu (patronaža), paliativna socialna oskrba na domu, dnevni centri, začasno varstvo (angl. *respite service*), društva starejših, zdravstveni in prehranski programi in podporne službe za družinske oskrbovalce. Razvoj tehnologije je omogočil številne tehnološke podporne storitve, kot so telemedicina (angl. *telehomecare*) in druge tehnološke rešitve (Iechovich 2013). Podobno I. Hojnik Zupanc (1999) kot ključno mrežo storitev v skupnosti navaja alternativne institucionalne ureditve (kot so dnevni centri), prilagojena stanovanja, mobilne storitve, socialno oskrbo na domu in telestoritve. Tudi Ramovš (2012) poudari, da v oskrbovalno mrežo v krajevni

skupnosti spadajo preventivni programi za aktivno staranje, oskrba in nega na domu, pomoč družini, varstvo za oddih, oskrbovana stanovanja in sodobni domovi za stare. Wacker in Roberto (2008) storitve (in programe) v skupnosti zajameta še nekoliko širše: informacijski programi, prostovoljstvo in medgeneracijski programi, izobraževalni programi, rekreacijski centri, zaposlitveni programi, programi, povezani s prehranjevanjem in nizkim dohodkom starejših, zdravstvo in programi za mentalno zdravje, programi pravne pomoči, transport, stanovanjski programi, programi pomoči na domu in programi dolgotrajne oskrbe. Naštete opredelitve in storitve lahko razumemo kot dele skupnostne oskrbe.

Na uporabo storitev v skupnosti vplivajo številni dejavniki, kot so npr. način organiziranosti storitve v skupnosti, njena dostopnost (cenovna, organizacijska ...), potrebe posameznika in družine, vrednote itd. (Hlebec 2011). Anderse-
nov behavioralni model (1995) razlikuje tri skupine dejavnikov, ki vplivajo na uporabo storitev, in sicer potrebe, dispozicijske dejavnike in kontekstualne dejavnike. Dispozicijski dejavniki se delijo na individualne (npr. starost, spol, zakonski stan, bolezni) in družbenostrukturne dejavnike (izobrazba, poklic, vera ipd.) ter prepričanja in vrednote (glede zdravja, zdravstvenih storitev ipd.). Kontekstualni dejavniki opisujejo sredstva, ki jih imajo posamezniki na voljo. Takšni dejavniki so npr. finančna sredstva gospodinjstva, organiziranost oskrbe v skupnosti, stopnja urbanizacije itd. (za aplikacijo modela na proučevanje oskrbe na domu pri nas gl. Hlebec 2011).

Pri razumevanju skupnostne oskrbe se lahko opremo na definicijo dolgotrajne oskrbe, saj sta koncepta med seboj neposredno povezana. Kane in Kane (2005) opredelita dolgotrajno oskrbo kot pomoč, ki traja dalj časa in je namenjena ljudem, ki imajo težave zaradi invalidnosti. Dolgotrajna oskrba zajema osebno, zdravstveno in socialno pomoč. Tudi v slovenskem predlogu *Zakona o dolgotrajni oskrbi* je bila dolgotrajna oskrba opredeljena kot dalj časa trajajoče zagotavljanje različnih oblik podpore osebam, ki zaradi izgube ali odsotnosti telesne, psihične ali intelektualne samostojnosti potrebujejo pomoč pri opravljanju temeljnih in podpornih življenjskih opravil. Definicija torej ne opredeljuje akterjev skrbi, ki so lahko tako formalni kot neformalni, niti lokacije izvajanja skrbi, ki je lahko tako v skupnosti kot v institucionalnem okolju. Vprašanje, ki se postavi, je, ali je oskrba v skupnosti nekaj povsem ločenega ali celo nasprotnega institucionalni oskrbi. Mnogi avtorji namreč opredeljujejo skupnostno oskrbo kot nekaj, kar je nasprotno oz. drugačno od institucionalne oskrbe. Novejša razumevanja skupnostne oskrbe ne ločujejo od institucionalne oskrbe; potencialno jo vključijo v eno od oblik skupnostne oskrbe. Kane in Kane (2005) zato poudarita, da je ločevanje oskrbe glede na prostor njenega izvajanja neproduktivno.

Eden od argumentov za vključitev institucionalne oskrbe med storitve skupnostne oskrbe je dejstvo, da so domovi za stare pogosto (npr. v Sloveniji) ponudniki različnih storitev pomoči na domu, dnevnih centrov in drugih t. i. skupnostnih storitev; so ključni del skupnostnih storitev. Drugi argument za vključevanje institucionalnega varstva kot potencialno širše razumevanje celovite oskrbe v skupnosti je dejstvo, da si starejši želijo ob odhodu v institucionalno oskrbo ostati v svoji skupnosti. V primeru, ko je taka oblike oskrbe organizirana v domačem kraju, s tako selitvijo ohranijo občutek domačnosti, poznanega kraja in okolice (Hlebec in dr. 2013 a).

Meja med institucionalnim in domačim varstvom je vedno bolj zamegljena, saj se moderno institucionalno varstvo poskuša približati domačemu varstvu (primer domov za stare po principu gospodinjskih skupin). V tem smislu se spreminja tudi institucionalna oskrba, ki se skuša približati modelu domače oskrbe (manjše skupine, večja avtonomija posameznika) in omogočiti staranje na mestu tudi znotraj institucije (brez spreminjanja mesta v okviru institucije glede na spreminjanje potreb).

Timonen (2008, 136) meni, da je razlika med institucionalno oskrbo in oskrbo v skupnosti nejasna, kar npr. predstavljajo različne upokojske skupnosti, oskrbovana stanovanja ipd., kjer posameznik živi v stanovanju/hiši kot lastnem domu, ki je hkrati oblika institucionalizirane oskrbe starejših (kjer posameznik stopnjo storitev oskrbe prilagaja svojim potrebam). Obstoje vmesnih oblik med skupnostjo in institucionalno ureditvijo je dodaten argument, da institucionalne oskrbe in oskrbe v skupnosti ne moremo popolnoma ločiti. Pri tem je treba opozoriti, da je bila – gledano skozi čas – institucionalna oskrba razumljena kot del skupnostne oskrbe (nasproti bolnišnični oskrbi) (Means in Smith 1994, 2).⁶

Kdo so izvajalci oskrbe

Izvajalce oskrbe gerontološka literatura deli v dve veliki skupini, in sicer na formalne in neformalne izvajalce oskrbe starejših. Formalni izvajalci oskrbe oz. plačani oskrbovalci predstavljajo storitve, ki so organizirane v skupnostih, katerih namen je podpora starejši osebi pri bivanju v skupnosti, ali pa izvajajo oskrbo v

⁶ V Veliki Britaniji se je razlika začela problematizirati v 70. letih prejšnjega stoletja s kritiki institucionalne oskrbe storitev kot dragih storitev, ki zmanjšujejo finančne investicije drugim skupnostnim storitvam (kot so socialna oskrba na domu, dnevni centri in varovana stanovanja).

institucionalnem kontekstu, medtem ko so neformalni izvajalci oskrbe oz. neplačani oskrbovalci najpogosteje družinski člani, prijatelji in sosedje, ki običajno izvajajo oskrbo na domu starega človeka (Timonen 2008, 111). Pri tem se formalni izvajalci lahko razlikujejo med javnimi in zasebnimi ponudniki storitev. V Sloveniji pri ponudbi storitev oskrbe starejših prevladujejo javni ponudniki.

Veliko avtorjev opozarja, da je meja med formalnimi in neformalnimi izvajalci vedno bolj zabrisana. Tako npr. neformalni izvajalci v nekaterih primerih dobijo finančno kompenzacijo za izvajanje skrbstvene storitve (npr. v Sloveniji je primer tega institut družinskega pomočnika), hkrati pa t. i. formalna ali plačljiva oskrba obstaja v okviru družinske oskrbe (primer je oskrba starejšega človeka v rejniški družini, ki pa je v Sloveniji zelo redka). Prav tako je meja vedno bolj zabrisana med zasebnimi in javnimi izvajalci (Timonen 2008).

Preglednica 1: Razlika med formalnimi in neformalnimi oskrbovalci.

	Neformalni oskrbovalci	Formalni oskrbovalci
Lokacija izvajanja oskrbe	običajno na domu prejemnika oskrbe	na domu prejemnika oskrbe, v skupnostnih prostorih (npr. dnevni centri), v instituciji
Izvajalec oskrbe	družinski član, prijatelj, sosed	oskrbovalec, zaposlen v enem od sektorjev (javni, zasebni, neprofitni)
Financiranje oskrbe	običajno neplačano delo, v nekaterih primerih (so)financirano (primer družinski pomočnik)	kontinuum uporabnik–občina–država.
Profesionalizacija	običajno neprofesionalni oskrbovalci (brez znanja oskrbe)	običajno profesionalni oskrbovalci (training, izobrazba na področju oskrbe)

Vir: Prirejeno po Timonen (2008, 112), dodana zadnja vrstica.

Formalni izvajalci izvajajo profesionalno oskrbo, zanjo so plačani, skrb pa lahko izvajajo na domu oskrbovanca (npr. v primeru pomoči na domu), v skupnosti (npr. dnevni centri) ali v instituciji. Neformalni oskrbovalci so običajno neplačani in neprofesionalni, in sicer gre za družinske člane, prijatelje, sosede. Družinski oskrbovalci so najpogostejši izvajalci oskrbe starejših. Po nekaterih ocenah naj bi bilo družinskih oskrbovalcev še enkrat toliko kot formalnih, po drugih pa celo desetkrat več (OECD 2011, 44). Pri tem so opredelitve družinskih oskrbovalcev različne: glede na določeno količino ur izvedene oskrbe starejšega človeka (ponekod postavljajo mejo 20 ali 35 ur na teden), po tipu opravljenih storitev (kjer so lahko opredelitve širše ali ožje) ali glede na obdobje trajanja izvajanja oskrbe (OECD 2011, 43).

Čeprav običajno govorimo o družinskih oskrbovalcih, se je treba zavedati, da vsi družinski člani niso enako obremenjeni z oskrbovanjem. Timonen (2008) poudari, da še vedno velja, da so oskrbovalke večinoma ženske, vsaj ko gre za intenzivnejšo in bolj osebno oskrbo; mnoge izvajalke intenzivnejše oskrbe so nezaposlene, pogosto revne in socialno izključene. Veliko oskrbovalk (in oskrbovalcev) je dvojno obremenjenih z zaposlitvijo in oskrbo starejših (Timonen 2008).

Na spreminjanje vloge družinskih oskrbovalcev v sodobnih družbah pomembno vplivajo spremenjene delovne obveznosti (in daljšanje delovne dobe), spremenjena mobilnost (več selitev, redkejša večgeneracijske družine, večje geografske razdalje med družinskimi člani) in spremenjene družinske strukture (večje število samskih in parov brez otrok, pogostejše ločitve), ki vplivajo na zmožnosti družine za izvajanje oskrbe starejšega družinskega člana oz. na številčnost virov pomoči in izvajalcev oskrbe (Timonen 2008, Leichsenring 2013 in Hvalič Touzery 2007). Hkrati pa z daljšanjem življenjske dobe oskrbovalna vloga traja dalj časa, zaradi česar se večja potreba po formalni oskrbi.

Modeli odnosa med formalnimi in neformalnimi oskrbovalci

Skupnostna oskrba se dogaja v razmerju med opisanimi akterji, torej neformalnimi (predvsem družina, pa tudi prijatelji, sosedje) in formalnimi oskrbovalci (predvsem javne storitve, kot so socialna oskrba na domu in druge oblike oskrbe starejših). Porazdeljenost skrbi med formalne in neformalne oskrbovalce je odvisna od preferenc starih ljudi (in njihovih družin), razlikuje se med državami in med posameznimi družinami.

Družina je ključni in preferenčni izvajalec oskrbe starejšega človeka, čeprav se v nekateri evropskih državah (npr. Nizozemska, Danska, Finska, Švedska) kaže preferenca tudi za formalne oskrbovalce (Alber in Kohler 2004, 75). Vloga družinskih oskrbovalcev naj se ne bi zmanjševala, ampak razširjala, tudi na storitve, ki so bile nekoč domena zdravstvenih delavcev, kot je npr. skrb za jemanje zdravil, pomoč pri uporabi pripomočkov, skrb za rane, upravljanje medicinske opreme ipd. (Reinhard in dr. v Iecovich 2013). Pri tem naj bi bil v centralno evropskih državah pomen družine kot oskrbovalca še močnejši kot v preostalih delih Evrope (Alber in Kohler 2004), saj naj bi bile družinske vrednote močnejše (storitve pa šibkejše razvite).

Razliko glede družinskih povezav med državami je proučeval Hank (2007), ki meni, da so se na podlagi zgodovinskega razvoja v Evropi razvila različna kulturna območja, za katera je značilen poseben tip družinskih struktur in povezanosti.

Loči med: 1) severozahodno in centralno Evropo, kjer naj bi družinski člani pogosteje živeli bolj oddaljeno; 2) vzhodno in jugovzhodno Evropo, za katero so značilne kompleksne družinske strukture, vključno s trigeneracijskimi gospodinjstvi, ter 3) južno Evropo, za katero so značilne zelo močne vezi, čeprav razširjeni družinski vzorci niso pogosti. Podobno je sta Alber in Kohler (2004) pokazala na veliko razliko med državami srednje in vzhodne Evrope ter delno južnih evropskih držav, kjer je pogostejše izvajanje neformalne oskrbe v okviru lastnega gospodinjstva, medtem ko je v severni in kontinentalni Evropi pogostejša skrb za starejše zunaj njihovega gospodinjstva.⁷ Kar je povezano tudi s tem, kako razvite so storitve, predvsem tiste, ki jih nudi država.

Sodobna država blaginje s širjenjem svojih storitev za starejše slednjim omogoča kakovostno staranje, hkrati pa s tem vpliva na potrebe po oskrbi, ki jo izvajajo drugi, predvsem družina. O odnosu med državo blaginje in družino obstajata dve nasprotujoči hipotezi. Prva je hipoteza izrivanja (angl. *crowding out*), ki predpostavlja, da je velikodušna država blaginje (z dobrim sistemom pokojnin in zdravstvom) izrinila družinsko pomoč starejšim, saj posameznike pasivizira in zmanjšuje potrebo po družinski pomoči. Druga pa je hipoteza vrinjanja (angl. *crowding-in*), ki predpostavlja, da država in njeni sistemi na meddružinske transferje ne vplivajo negativno, ampak nasprotno, jih celo okrepijo; pokojninski sistemi npr. omogočajo starejšim, da finančno in praktično pomagajo svojim otrokom, hkrati pa naj bi možnost povrnitve (prejete pomoči) povečala pripravljenost sprejeti pomoč otrok (Saraceno 2008, Albertini in dr. 2007).

Kot povzema raziskave in različne argumente Kunemund (2008), je več dokazov za t. i. hipotezo vrinjanja. Tako je npr. v skandinavskih državah, za katere je značilna velikodušna država blaginje, medgeneracijska opora (v smislu transferjev časa in denarja) bolj pogosta, vendar manj intenzivna kot v južneevropskih državah (Albertini in dr. 2007, Kholi in Albertini 2008, Kunemund 2008). Podobno Igel in dr. (2009) ugotavljajo, da kulturne norme in institucionalne strukture oskrbe za starejše (izhajajoč iz države blaginje) oblikujejo vzorce oskrbe in medgeneracijskih odnosov. Tako je v državah z močno razvitimi socialnimi

⁷

Razlike v tem, kako se organizira oskrba za starejše, niso samo med državami, ampak tudi med družinami. Pyke in Bengston (1996) sta analizirala različne normativne pristope do oskrbe in ugotovila, da obstajata dve družinski tipologiji oskrbe, in sicer t. i. individualistične družine ter t. i. kolektivistične družine. Pri individualističnih družinah je oskrba minimalizirana in v okviru formalnih storitev, v kolektivističnih družinah pa je porazdeljena med družinske člane kot oblika vzpostavljanja družinskih vezi in solidarnosti.

servisi manj pogosta intenzivna oskrba, bolj pogosta pa občasna pomoč. Pri tem se družine razlikuje po tem, kako pristopajo k vlogi oskrbovanja družinskega člana in kako močne so »družinske« norme, ki vplivajo na pripravljenost otrok ponuditi oporo staršem (Silverstein in dr. 2006).

O odnosu in razmerjih med družinskimi in formalnimi oskrbovalci je bilo razvitih več modelov. Razumevanje odnosa med temi akterji je namreč ključno, če želimo vzpostaviti oskrbo, ki bo starejšemu človeku zagotavljala optimalno kakovost življenja. Patsios in Davey (2005) sta predstavila naslednje modele:

1. hierarhični kompenzacijski model (angl. *hierarchical compensatory model*, npr. Cantor 1975),
2. substitucijski model/model zamenjave (angl. *substitution model*, npr. Green 1983),
3. model delitev nalog (angl. *task specific model*, npr. Litwak 1985),
4. model dopolnitve (angl. *supplementation model*) in
5. komplementarni model (angl. *complementarity model*).

Hierarhični kompenzacijski model predpostavlja, da imajo stare osebe preference glede oskrbovalca, in sicer pomoč naj bi najraje prejeli najprej od partnerja, nato od otrok, sledijo drugi družinski člani, na koncu so formalni oskrbovalci. Tako v primeru, da preferenčni oskrbovalec ne obstaja oz. ne more zagotavljati oskrbe, oskrbo prevzame naslednji oskrbovalec. Med formalno in neformalno oskrbo tako obstaja negativna povezanost. Raziskave tega modela niso potrdile.

Po substitucijskem modelu formalna oskrba lahko nadomesti neformalno oskrbo; v primeru, ko so dostopne formalne storitve, neformalni oskrbovalci (družina, prijatelji) lahko zmanjšajo svoj delež skrbi. Med formalno in neformalno oskrbo tako obstaja negativna povezanost. Tudi tega modela raziskave niso potrdile, saj se je pokazalo, da je učinek take substitucije zelo majhen in pogosto le začasen.

Model delitev nalog predpostavlja, da se formalna in neformalna oskrba dopolnjujeta, in sicer tako, da se vsak oskrbovalec specializira za določene naloge oskrbe starejše osebe. Med formalno in neformalno oskrbo v tem primeru ni povezanosti. Tudi tega modela študije niso popolnoma potrdile.

Po modelu dopolnitve formalna oskrba dopolnjuje neformalno oskrbo, še posebej v primerih, ko so potrebe stare osebe velike in presegajo vire in zmožnosti neformalnega omrežja. Model predpostavlja pozitivno povezanost med formalno in neformalno oskrbo.

Komplementarni model povezuje predpostavke kompenzacijskega modela in modela dopolnitve ter predpostavlja, da se formalna oskrba mobilizira, ko ne obstaja neformalna mreža ali ko se pojavi velika potreba. Model predpostavlja pozitivno povezanost med formalno in neformalno oskrbo.

Modeli predvidijo različne odnose med formalnimi in neformalnimi oskrbovalci, pri čemer bi lahko rekli, da je razumevanje tega odnosa vedno bolj usmerjeno k prepričanju o komplementarnosti različnih oskrbovalcev pri izvajanju oskrbe starejšega človeka. Formalni in neformalni oskrbovalci ne glede na to, na kakšen način sodelujejo, predstavljajo preplet dejavnikov, ki zagotavljajo oskrbo staremu človeku in mu omogočajo kakovostno življenje v skupnosti. Pomembno je, da je čim širši nabor teh oskrbovalcev, saj sta tako staremu človeku omogočeni široka izbira in samostojno odločanje.

V nadaljevanju predstavljamo stanje v Sloveniji – kakšna je ponudba formalnih in vloga neformalnih oskrbovalcev v skupnosti. Predstavimo akterje, ki delujejo v Sloveniji na področju oskrbe starejših in kakšen je v posameznih občinah preplet specifičnih formalnih akterjev (socialna oskrba na domu in institucionalna oskrba).

OSKRBA V SKUPNOSTI V SLOVENIJI

Na področju oskrbe v skupnosti je v Sloveniji s tranzicijo prišlo do pomembnih sprememb. V preteklosti (Kolarič 1992) je bila oskrba starih ljudi porazdeljena med dva sektorja, in sicer na javni in neformalni sektor (skrb za stare v družini), delno podprt s sivo produkcijo storitev v javnem sektorju za neposredno plačilo. V okviru javnega sektorja so bile zagotovljene zdravstvene in socialnovarstvene storitve, najpogosteje v obliki institucionalnega varstva – domov za stare (Nagode in dr. 2004). Drugih storitev za stare, ki bi delovali v skupnosti, v tistem obdobju v okviru javnih služb ni bilo. Redke storitve za starejše, ki bivajo v domačem okolju, so zagotavljali nekateri domovi za starejše ali centri za socialno delo, ki so že sredi osemdesetih ponujali razvažanje kosil na dom starejših oseb (Hlebec in dr. 2010). Ker je le manjšina starejših imela podporo javnih služb, je bila večina bremena skrbi za stare na njihovih družinskih članih (predvsem ženskah) in širšem socialnem omrežju.

V devetdesetih je prišlo do korenitih sprememb na pokojninskem, zdravstvenem, izobraževalnem, stanovanjskem, zaposlitvenem idr. področjih (Kolarič in dr. 2009). Za starejše sta bili najbolj pomembni zdravstvena in pokojninska reforma ter vrsta dokumentov, ki so opredeljevali skrb za stare ljudi (npr. *Zakon o socialnem varstvu* 1992, *Nacionalni program socialnega varstva za obdobje 2006–2010*, *Program razvoja varstva starejših oseb na področju socialnega varstva v Sloveniji do leta 2005* (MDDSZ 1997), *Strategija varstva starejših do leta 2010* (MDDSZ 2006)). Ena najpomembnejših sprememb je povečanje oskrbe v skupnosti, in sicer razvoj pomoči družini na domu, pa tudi razvoj dnevnovarstvenih centrov, oskrbovanih stanovanj, varovanja na daljavo, začasnega varstva itd. Pomembna je tudi dodatna podpora družinam, ki skrbijo za starejšo osebo, in sicer z možnostjo, da tak družinski član postane družinski oskrbovalec.⁸

⁸ Z možnostjo delnega nadomestila za izgubljeni dohodek v višini minimalne plače oz. proporcionalno nadomestilo, če je šlo za zaposlitev za krajši delovni čas, v veljavi od leta 2004 (*Zakon o socialnem varstvu 1992*).