

Valentina Hlebec, Jana Mali

TIPOLOGIJA RAZVOJA INSTITUCIONALNE OSKRBE STAREJŠIH LJUDI V SLOVENIJI

UVOD

V zadnjem desetletju smo v Sloveniji intenzivno razvijali storitve in programe za starejše, ki potrebujejo pomoč pri vsakodnevni dejavnosti in opravilih. Oblikovali smo mrežo storitev in programov socialnega varstva za stare ljudi z izrazito medgeneracijsko komponento, saj so izvajalci omenjenih storitev predstavniki srednje generacije, mlajša generacija pa se v mrežo vključuje z različnimi oblikami prostovoljnega dela. Formalne oblike pomoči za stare ljudi obstajajo v treh sektorjih: javnem, zasebnem in prostovoljnem. V vseh obstajajo podobne oblike pomoči, le število izvajalcev se razlikuje.

Med ključnimi problemi, ki se kažejo že dalj časa in zavirajo razvoj oskrbe starejših, sta pomanjkanje skupnostnih oblik skrbi in pretirana institucionalizacija, skratka tog sistem oskrbe, ki ne odgovarja na potrebe starih ljudi kot izrazito heterogene skupine prebivalcev (Mali 2012). Svojevrsten problem je dostopnost pomoči tako v urbanem kot v ruralnem okolju, saj pogosto ni zagotovljena. Stari ljudje v ruralnem okolju imajo pogosto manj možnosti uporabe institucionalnih oblik pomoči (doma za stare) kot tudi skupnostnih oblik pomoči (denimo socialne oskrbe na domu), saj so se domovi za stare razvijali predvsem v urbanih okoljih (Mali, Ovčar 2010). Socialna oskrba na domu je sicer že dostopna skoraj v vseh občinah, vendar med njimi prav ruralne še nimajo razvite socialne oskrbe na domu ali pa nimajo uporabnikov. Čeprav v urbanih okoljih najdemo pestro ponudbo oblik pomoči, te pogosto ne zadoščajo v celoti za zadovoljitev potreb

starejših ljudi po pomoči, saj so njihove potrebe po institucionalni oskrbi in socialni oskrbi na domu večje v urbanih okoljih.

V prispevku se osredotočimo na institucionalni razvoj oskrbe starejših in prikažemo nekatere dejavnike, ki so vplivali na trenutne značilnosti institucionalnega varstva. Posebno pozornost namenimo analizi dostopnosti in kakovosti institucionalne oskrbe in vlogi skupnosti oziroma občin pri zagotavljanju institucionalne oskrbe. Domnevamo, da je razvoj storitev za starejše v lokalni skupnosti v Sloveniji raznovrsten in odvisen od velikosti občine, stopnje urbanizacije in gospodarske razvitosti ter tradicije oskrbe v posamezni občini¹. Zanima nas torej, kakšna tipologija institucionalne oskrbe obstaja v Sloveniji in kako se v posameznih tipih zagotavlja oskrba za starejše in v kakšnem položaju so uporabniki institucionalne oskrbe glede na tipologijo institucionalne oskrbe.

ZNAČILNOSTI RAZVOJA INSTITUCIONALNE OSKRBE STAREJŠIH LJUDI V SLOVENIJI

V Sloveniji smo v zadnjih desetletjih priče razvoju storitev in programov za starejše, ki potrebujejo pomoč pri vsakodnevni dejavnosti in opravilih. Takšne oblike pomoči, imenovane tudi formalne oblike pomoči, obstajajo v treh sektorjih socialnega varstva: (1) v javnem sektorju; tu izvajajo pomoč centri za

¹ Prispevek je nastal na podlagi temeljnega raziskovalnega projekta *Oskrba starejših v skupnosti v Sloveniji*, J5-4080.

socialno delo, domovi starejših občanov, centri za pomoč na domu, ponudniki drugih javnih storitev v bivalnem okolju – stanovanjske oblike, denimo oskrbovana stanovanja, (2) v zasebnem sektorju; tu prevladuje ponudba institucionalnega varstva in servisov pomoči na domu, in (3) v nevladnih in prostovoljskih organizacijah, denimo v društvih upokoencev, skupinah starih ljudi za samopomoč (Mali 2009 a: 249–250).

Z razdelitvijo socialnega varstva na več sektorjev si je država prizadevala za pluralnost oblik pomoči starejšim ljudem, vendar pa je to le delno uresničila. Že hiter pregled oblik pomoči po sektorjih nazorno pokaže, da med javnim in zasebnim sektorjem ni večje vsebinske razlike². Pravzaprav se po vrsti in vsebini pomoči zasebni sektor ne razlikuje od javnega. Drugačni so pogoji za opravljanje dejavnosti in načini financiranja, tako na primer zasebni domovi izvajajo institucionalno varstvo na način in po predpisih, ki veljajo za javne domove, za opravljanje te dejavnosti pa potrebujejo koncesijo Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve³. To pomeni, da izvajajo enake storitve in programe kot javni domovi.

Podobno velja za izvajalce socialne oskrbe na domu. Pri definiranju prostovoljnega sektorja obstaja veliko težav, saj je težko utemeljiti njegovo prostovoljnost. Ta se na področju oskrbe starejših skoraj v celoti financira z državnim denarjem (Flaker 2011, Flaker 2012), to pa ga uvršča v javni sektor. Po drugi strani pa uporabniki sami, torej stari ljudje, plačujejo storitve prostovoljnega sektorja (bodisi neposredno bodisi v obliki članarin), to pa je značilnost zasebnega sektorja. Sektorska delitev, zasnovana na finančni raznovrstnosti, pri prostovoljnem sektorju ni mogoča, odlikuje pa jo specifičnost storitev, ki je izrazito usmerjena v pomoč starim ljudem, ki živijo v svojem domačem okolju, ne v institucijah. Prostovoljni sektor se ukvarja ne s starimi ljudmi,

ki potrebujejo storitve javnega in zasebnega sektorja (ti so največkrat bolni, revni, zapostavljeni, stigmatizirani, zlorabljeni), temveč s preostalimi starimi ljudmi (Mali 2009 a). Pri tem nas opozarja na heterogenost starejše populacije in na najrazličnejše potrebe, ki jih imajo ljudje v starosti. Poudarja zmožnosti, sposobnosti starih ljudi, njihovo dejavno vlogo v družbi in je v tem pogledu nepogrešljiv in nenadomestljiv dejavnik pri preoblikovanju prevladujoče stigmatizirajoče podobe starosti v družbi. Najmočnejše je usmerjen v skupnost in pomeni dober potencial za razvoj skupnostnih oblik pomoči (Mali 2012).

Javni sektor ima že več let osrednje mesto v oskrbi starejših, zato tudi danes ponuja največjo paleto storitev, ki jih star človek lahko prejme v različnih institucijah (Mali 2009 a: 249). Čeprav obstajajo v svetu poleg domov za stare tudi različne druge oblike pomoči starejšim, je za Slovenijo značilna izrazito institucionalna oskrba – na to med drugim vpliva tudi zgodovina (Mali 2008). Institucionalna oskrba se je uveljavila po koncu druge svetovne vojne, ko so težave starejših ljudi z nizkim življenjskim standardom, neurejenim stanovanjskim vprašanjem, neurejenimi pravicami do socialnega in pokojninskega zavarovanja reševali tako, da so jih nameščali v institucije.

Značilnosti zgodovinskega razvoja domov in sprememb, ki so odločilno vplivale na današnjo podobo domov, lahko pojasnimo s tremi modeli, in sicer z začetnim socialnogerontološkim (1965–1990), vmesnim bolnišničnim (1991–2000) in današnjim, ki je na prehodu iz bolnišničnega v socialni model (od leta 2000). Ker vsak model odslkava za posamično obdobje značilno socialnopolitično usmeritev institucionalnega varstva in značilnosti strokovnega dela, jih v nadaljevanju podrobneje predstavljamo.

Obdobje 1965–1990: socialnogerontološki model domov za stare

V obdobju 1965–1990 je postalo vse pomembneje graditi domove v mestih in na podeželju, da bi starejši ljudje lahko kljub bivanju v instituciji živeli v podobnem okolju kot pred

² Več v Mali (2009 a).

³ Storitve, ki jih zakon (o socialnem varstvu) določa kot javno službo, opravljajo v okviru mreže javne službe pod enakimi pogoji javni socialnovarstveni zavodi ter druge pravne in fizične osebe, ki pridobijo koncesijo na javnem razpisu (Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve 2012).

odhodom v institucijo. Število domov se je v šestdesetih letih 20. stoletja v primerjavi s številom domov pred koncem druge svetovne vojne več kot prepolovilo. Število mest v obstoječih institucijah za stare ljudi so zmanjšali, ker so vanje naselili vojne sirote in invalide, starejše pa so namestili v starih gradovih⁴. Potem se je število domov počasi povečevalo, a se do leta 1990 ni približalo številu domov pred drugo svetovno vojno; tedaj je bilo institucij 63. Do leta 1990 je gradnjo domov financirala Skupnost pokojninskega in invalidskega zavarovanja iz Sklada za izgradnjo domov za upokojujence (Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve 1997).

Preglednica 1: Število domov v obdobju socialnogerontološkega modela domov za stare.

Leto	Število domov za stare ljudi	Število stanovalcev
1965	32	3756
1970	32	3971
1972	31	4127
1974	32	4620
1984	50	9259
1986	53	10.166
1988	52	10.604
1990	53	11.260

Viri: Mali (2008), Statistični urad RS: Statistični letopis RS (1971, 1974, 1975, 1995).

Razmere za bivanje v gradovih so bile podobne tistim kot pred drugo svetovno vojno in med njo v hiralnicah in ubožnicah. S sanacijami so izboljševali življenjske razmere, z novimi gradnjami ob gradovih standarde bivanja, z zaposlovanjem ustrezno usposobljenega kadra pa oskrbo stanovalcev. Ni jim pa uspelo odpraviti izločenosti stanovalcev iz

⁴ Vovk (1981) navaja zgradbe, ki niso bile zgrajene za izvajanje institucionalnega varstva, a so jih po vojni izbrali za domove za stare in so v osemdesetih letih v njih izvajali institucionalno varstvo za stare. Naštetimo le nekatere: samostan v Bokalcih: Dom starejših občanov Ljubljana Vič-Rudnik; kaznilnica v Izoli: Dom upokojujencev Izola; podeželski dvorec v Impoljci: Dom upokojujencev in oskrbovancev Impoljca; graščina v Lukavcih: Dom Lukavci; grad v Muretincih: enota Doma upokojujencev Ptuj.

družbenega dogajanja, njihove oddaljenosti od življenjskih središč, mest, njihove zapostavljenosti zaradi življenja v zgradbi, čeprav je v vseh zgodovinskih obdobjih opozarjala na to, da v njih živi posebna kategorija ljudi, le da »novi graščaki« v sodobni družbi niso uživali takšnega ugleda kot graščaki v preteklih zgodovinskih obdobjih.

V tem obdobju je socialna gerontologija zelo vplivala na delo in življenje v domovih. Domovi so dobili status institucije, namenjene starim in predvsem bolnim ljudem. V njih so se postopno zaposlovali delavci različnih profilov, po večini pa zdravstveni delavci različnih stopenj izobrazbe in specialnosti (bolničarji, zdravstveni tehniki, medicinske sestre z višjo in veliko pozneje tudi z visoko izobrazbo, fizioterapevti, delovne terapevtke, zdravniki). Te delavke in delavci so v domove vnašali svoje strokovne doktrine, največkrat kar bolnišnične. Od osemdesetih let zasledimo v domovih še socialne delavke. Te so začele vnašati v delovanje domov doktrino svojega področja, drugačno od medicinske. Socialno delo je poudarjalo pomen medsebojnih odnosov, medsebojno sodelovanje stanovalcev, osebja in svojcev, usmerjanje na osebne probleme stanovalcev, izražanje čustev stanovalcev in njihovo avtonomijo.

Obdobje 1991–2000: bolnišnični model domov za stare

V tem obdobju smo dograjevali institucionalno mrežo varstva starejših, da bi dosegli 4,5-odstotno vključenost ljudi, starejših od 65 let, v domove za stare. Država je doseganje zastavljenega cilja (širjenje mreže domov) spodbujala s podeljevanjem koncesij in vključevanjem zasebnih iniciativ, saj je še konec leta 1996 v domovih bivalo le 3,8 % te starostne skupine. Po letu 1992, ko je začel veljati Zakon o socialnem varstvu (1992), je upravljanje domov prešlo na Republiko Slovenijo, s tem pa tudi zagotavljanje sredstev za novogradnje, pri tem pa je vloga občin ostala minimalna.

Program razvoja varstva starejših oseb na področju socialnega varstva do leta 2005 (Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve 1997) je določal, da je treba institucionalno

varstvo začrtati celovito, tako da bo zagotovljena enakomernejša teritorialna razporeditev zmogljivosti, ki bo izenačila položaj oseb v socialnovarstvenih zavodih. Za določitev dodatnega števila mest po območnih enotah Zavoda za zdravstveno zavarovanje je država upoštevala merilo enakomerne teritorialne porazdelitve zmogljivosti, po katerem so imele prednost za gradnjo domov tiste območne enote, pri katerih je bilo obstoječih zavodskih zmogljivosti premalo. Primanjkljaja zavodskih zmogljivosti niso določili na podlagi potreb, želja in interesov starejše populacije, temveč korekcijskega faktorja, po katerem je višji delež mestnega prebivalstva pomenil večji delež potreb po institucionalnem varstvu.

Iz preglednice 2 je razvidno postopno, a počasno povečevanje mest v domovih, saj se je v desetletnem obdobju število stanovančev povečalo le za 645.

Kljub čedalje pogostejšemu zaposlovanju socialnih delavk so se domovi razvili v medicinsko usmerjene institucije, saj je njihovo dejavnost utemeljevala gerontologija, zasnovana na medicini. Podpirala pa jo je tudi spremenjena populacija stanovančev, saj so v domove prihajali stanovančev s čedalje bolj kompleksnimi zdravstvenimi težavami, za katere je uspešno lahko skrbelo prav zdravstveno osebje (Mali 2009 b: 110). Navzočnost socialnih delavk je bila v tem obdobju sicer res vedno pogostejša, a so v strukturi prevladujočega medicinskega osebja pomenile le manjši delež (1,32 %), saj

je na eno socialno delavko v domu prišlo kar 195,4 stanovančev.

Zaposlovanje medicinsko izobraženega kadra je sčasoma vplivalo na delitev dela med zaposlenimi kakor tudi na jasno opredelitev funkcij posameznih profilov zaposlenih. Med različnimi profili zaposlenih kakor tudi med zaposlenimi in stanovančev je bila opazna natančno definirana delitev nalog. Omogočala je rutinsko opravljanje dela, zmanjševala pa je medsebojno pomoč, sodelovanje in podporo med osebjem in stanovančev (Mali 2008). Odnosi med stanovančev in osebjem so postali formalizirani in ceremonialni, potekali so v znamenju nekooperativnosti.

Obdobje od leta 2000: prehod v socialni model domov za stare

Več kot desetletje po sprejemu Zakona o socialnem varstvu (1992) – utemeljil je razvoj pluralnega sistema socialnega varstva – opazamo vstop zasebne sfere na področje institucionalnega varstva (preglednica 4). Prav tako je za to obdobje značilno načrtno povečevanje institucionalnih zmogljivosti, ki naj bi učinkovito odgovarjale na povečane potrebe starejše populacije po pomoči. Osrednja tema socialne politike ostaja oskrba starejših. V nobenem modelu institucionalnega varstva doslej nismo bili priče tolikšnemu številu socialnopolitičnih dokumentov, ki bi načrtovali in določali oskrbo starejših, kot prav v tem modelu. Med njimi najdemo: Program razvoja varstva starejših oseb na področju socialnega varstva do leta 2005 (1997), Nacionalni program socialnega varstva do 2005 (2000), Resolucijo o programu socialnega varstva za obdobje 2006–2010 (2006), Strategijo varstva starejših do 2010 – solidarnost, sožitje in kakovostno staranje prebivalstva (2006). Cilj je bil omogočiti petim odstotkom starejših od 65 let namestitvev v institucionalnem varstvu in v obdobju 2006–2010 dopolniti mrežo institucionalnega varstva in zagotoviti vsaj 16.600 mest – to smo presegli že leta 2010 (preglednica 3). Vloga občin ostaja kot do zdaj povezana z zagotavljanjem pomoči na domu, institucionalno varstvo pa ostaja vezano na upravne enote.

Preglednica 2: Domovi za stare ljudi in število stanovančev med letoma 1991 in 2000.

Leto	Število domov za stare ljudi	Število stanovančev
1991	Ni podatka	Ni podatka
1992	53	11.178
1993	Ni podatka	Ni podatka
1994	50	10.664
1995	47	10.757
1996	48	11.057
1997	47	11.500
1998	48	11.645
1999	50	11.951
2000	49	11.905

Vir: Hlebec (2010).

Preglednica 3: Domovi za stare ljudi in število stanovalcev od leta 2000.

Leto	Število domov za stare ljudi	Število stanovalcev
2000	49	11.905
2001	55	12.346
2002	58	13.051
2003	61	13.498
2004	63	13.098
2005	68	13.641
2006	69	13.699
2007	69	13.856
2008	84	15.235
2009	83	15.994
2010	89	17.571
2011	92	18.030

Vira: Hlebec (2010), Mali, Ovčar (2010).

V tem obdobju se zaposleni in stroke v domovih srečujejo s spremenjenimi značilnostmi in zahtevami stanovalcev. Spoznavajo, da so kljub prevladujočim zdravstvenim težavam stanovalcev njihove potrebe, zahteve in želje izrazito heterogene, zato pretekli vzorci obravnave današnjim ne ustrezajo več. Še posebej so te spremembe postale vidne ob vse večjem številu stanovalcev z demenco. Problemi, ob katere so trčili naši domovi zaradi povečanega števila stanovalcev z demenco, so pri osebju sprožili zavedanje, da zgolj uveljavljanje institucionalnih pravil dela in življenja v domu tej populaciji stanovalcev ne ustreza (Mali 2008: 234).

Medicinska usmerjenost domov in način dela v njej pri delu s stanovalci z demenco nista pokazala učinkovitih rezultatov. Stanovalci z demenco potrebujejo obravnavo, ki po dosedanjih raziskavah vključuje prav elemente socialne usmerjenosti doma in poudarja vlogo socialnega dela v domu. Poudarek je na individualiziranem pristopu do posameznika in zanj je socialno delo že razvilo ustrezno

prakso in metode dela. Socialni delavci in delavke v domovih lahko svoje izkušnje prenešajo na prevladujoče medicinsko osebje in ga usposobijo za individualiziran način dela, ki omogoča enakopravno sodelovanje zdravstva in socialnega varstva. Institucionalni oskrbi pa takšen pristop omogoča prožno delo s stanovalci, razvoj za uporabnike prilagojenih storitev in začetek procesov dezinstucionalizacije (*op. cit.*).

Modelska predstavitev razvoja domov je namenjena zgolj predstavitvi osrednje vloge domov, to je institucionalnemu varstvu z namestitvijo. Že več let pa so domovi tudi gonilna sila celostnega razvoja oskrbe za stare ljudi, torej tudi tistih, ki še živijo v skupnosti. Zagotavljajo ne le institucionalno varstvo v najozžjem pomenu (namestitvev in oskrbo v instituciji), temveč tudi pomoč starejšim v domačem okolju, v skupnosti (dnevno varstvo se najmočneje razvija prav v okviru domov za stare, tudi socialna oskrba na domu, socialni servisi, oskrbovana stanovanja, začasno varstvo).

Vloga, ki jo imajo domovi v skupnosti, je z vidika zagotavljanja oskrbe za starejše specifična za slovensko okolje in je med strokovnjaki, v medijskih prezentacijah in načrtovanju ali spreminjanju socialne politike premalo poudarjena, pogosto celo spregledana. Vendar neupravičeno. Uvrščanje domov zgolj v okvir institucionalnega varstva je neustrezno. Domovi so v resnici centri za zagotavljanje celostne oskrbe starih ljudi in v njih sta zdravstvena in socialna stroka oblikovali model medsebojnega delovanja, ki temelji na sodelovanju in dopolnjevanju (Mali 2012: 59).

K takemu razvoju institucionalnega varstva so brez dvoma pripomogle razmere na področju razvoja oskrbe za starejše v zadnjih desetletjih. Prav neenakomerna porazdeljenost skupnostnih oblik pomoči, pomanjkljiv razvoj sodobnih tehnologij za omogočanje

Preglednica 4: Število javnih in zasebnih domov za stare.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Zasebni	5	5	11	11	14	18	18	28	28	34	36
Javni	58	58	58	59	60	60	60	56	55	55	56

Vira: Hlebec (2010), Mali, Ovčar (2010).

samostojnega življenja, za čim daljše bivanje v domačem okolju, dobra prepoznavnost domov za stare med vsemi generacijami in drugi dejavniki že več let vplivajo na fenomen »čakalnih vrst«. Stari ljudje nikjer v Sloveniji ne morejo do prostega mesta v domu, ko si to želijo, saj je povsod treba na to obliko pomoči čakati. Skupnost socialnih zavodov Slovenije (2012 a, b) je na dan 13. 8. 2012 imela 17.586 prošenj za sprejem v dom. V danih razmerah je povsem razumljivo, da domovi kot centri znanja, izkušenj in strokovnjakov, usposobljenih za delo s starimi ljudmi, v številnih okoljih prevzemajo vodilno vlogo tudi pri oskrbi starejših ljudi, ki bivajo še v domačem okolju.

Institucionalno oskrbo v Sloveniji lahko analiziramo tudi drugače. V drugem delu prispevka prikazujemo analizo, v kateri smo prikazali dostopnost institucionalne oskrbe z vidika uporabnikov in vloge skupnosti oziroma občine pri zagotavljanju institucionalne oskrbe. Domnevamo, da je ne glede na razvojno usmeritev institucionalne oskrbe, ki poudarja regionalno in teritorialno razpršenost, razvoj institucionalne oskrbe za starejše v lokalni skupnosti v Sloveniji raznovrsten in povezan z velikostjo občine, stopnjo urbanizacije in gospodarske razvitosti ter tradicijo oskrbe v posamezni občini.

Ugotavljali bomo, kakšna je tipologija institucionalne oskrbe v Sloveniji, kako se v posameznih tipih zagotavlja institucionalna oskrba za starejše in kakšen položaj imajo uporabniki institucionalne oskrbe glede na tipologijo institucionalne oskrbe. Osredinili se bomo predvsem na dva vsebinska dejavnika, in sicer na obstoj institucionalne oskrbe v občini stalnega bivališča in na dostopnost javne institucionalne oskrbe v občini stalnega bivališča. Oba dejavnika vplivata na vidike kakovosti življenja uporabnikov institucionalne oskrbe (geografska razdalja med družino, prijatelji in sosedji in institucijo), na prilagajanje uporabnikov na novo lokalno okolje (preselitev iz občine stalnega bivališča v občino institucionalne oskrbe) in na izbiro med cenejšo (javno) in dražjo (zasebno) ponudbo institucionalne oskrbe v občini stalnega prebivališča.

METODOLOGIJA OBLIKOVANJA TIPOLOGIJE INSTITUCIONALNE OSKRBE

Za ustvarjanje tipologije, ki bo razlikovala občine med seboj glede na obstoj institucionalne oskrbe v občini stalnega bivališča in dostopnost javne institucionalne oskrbe v občini stalnega bivališča uporabnika institucionalne oskrbe, smo izbrali kvantitativno metodo, tj. razvrščanje v skupine (Ferligoj 1989). Metoda je hkrati tudi induktivna, saj omogoča iskanje podobnih enot opazovanja (v našem primeru občin) »od spodaj navzgor«, brez predpostavke o tem, koliko skupin občin bi želeli dobiti. Pri metodi razvrščanja v skupine iščemo skupine podobnih občin oziroma tipe občin (glede na dostopnost institucionalne oskrbe v občini stalnega prebivališča in dostopnost javne institucionalne oskrbe, institucionalna oskrba pa je lahko tudi zasebna) in pri tem upoštevamo naravno zgoščevanje enot v skupine podobnih enot. Med metodami razvrščanja smo izbrali hierarhično metodo, saj ne zahteva vnaprejšnje opredelitve števila skupin. Med metodami hierarhičnega razvrščanja smo se odločili za metodo združevanja, pri kateri v vsakem koraku postopka združimo dve ali več skupin v novo skupino (*op. cit.*: 25–27). Vse izbrane spremenljivke, na podlagi katerih smo enote razvrščali, so številske. Za mero podobnosti smo izbrali evklidsko razdaljo (*op. cit.*: 33–34), med metodami hierarhičnega razvrščanja pa Wardovo metodo združevanja. Razvrščanje je narejeno na standardiziranih vrednostih vključenih spremenljivk.

Pri razvrščanju smo hkrati upoštevali več značilnosti in podobnosti oziroma različnosti institucionalne oskrbe. Podatke je posredovala Skupnost socialnih zavodov, in sicer smo uporabili Kumulativno statistično poročilo za leto 2009 in podatke o občini stalnega bivališča pred odhodom v institucionalno oskrbo (Skupnost socialnih zavodov Slovenije 2009 b). Izbrali smo indikatorje, ki so bili vsebinsko primerni za analizo našega raziskovalnega problema, in hkrati nekatere izločili iz statističnih razlogov. Tako smo izločili vse spremenljivke neštevilskega značaja,

vse spremenljivke, ki imajo veliko enakih vrednosti in zato ne razlikujejo med občinami, in spremenljivke, ki so v visoki korelaciji z drugimi spremenljivkami.

Prav tako v razvrščanje nismo vključili Ljubljane in Maribora. Ti občini sta tako izrazito drugačni od preostalih, da zelo vplivata na potek razvrščanja. Še več, v prvih poskusih razvrščanja sta vedno tvorili svojo skupino, ki se je v zadnjem koraku združila s preostalimi občinami. A čeprav smo ju izločili iz razvrščanja, sta upoštevani v izračunu povprečij po skupinah in pri preverjanju značilnih razlik med povprečnimi vrednostmi spremenljivk.

V grafu najprej prikazujemo dendrogram (Priloga 1), ki kot najprimernejšo kaže razvrstitev v tri skupine. V nadaljevanju pa prikazujemo značilnosti tipologije občin glede na ponudbo institucionalne oskrbe.

V preglednici 5 prikazujemo značilnosti občin, razvrščenih v tri skupine z dodano posebno skupino, v kateri sta Ljubljana in Maribor. Pri razvrščanju občin glede na institucionalno oskrbo starejših smo se srečali z več metodološkimi težavami. Občine namreč niso organizacijski okvir za institucionalno oskrbo starejših in tudi podatki o institucionalni oskrbi niso pripravljene za analizo institucionalne oskrbe po občinah. Kljub temu pa obstajajo vsaj podatki za leto 2008 in 2009 o izvoru stanovalcev glede na občino stalnega prebivališča pred odhodom v dom za starejše občane (Skupnost socialnih zavodov Slovenije 2009 b). Za vsakega stanovalca je torej mogoče ugotoviti, ali je v institucionalni oskrbi v občini stalnega prebivališča ali je v institucionalni oskrbi v drugi občini. Podatki o občini stalnega prebivališča pred odhodom v institucionalno oskrbo so podlaga za aproksimacijo vseh drugih podatkov o stanovalcih domov za starejše občane. Matriko občine stalnega prebivališča in občine institucionalne oskrbe smo uporabili za prevedbo podatkov iz domov za starejše občane na občine. Vsi podatki so torej normirani na občino stalnega prebivališča osebe v institucionalni oskrbi. Seveda so ti podatki le skrbno pripravljeni

približki⁵, a nam omogočajo razvrstiti občine v skupine podobnih občin glede na značilnosti institucionalno oskrbe.

Za razvrščanje občin po postopku, ki je opisan v prejšnjem razdelku, smo uporabili te indikatorje:

- število oseb, starih 65 let in več, ki so v institucionalni oskrbi v občini stalnega bivališča,
- povprečno ceno institucionalne oskrbe,
- odstotek oseb, ki ima I. kategorijo oskrbe,
- odstotek oseb, ki ima II. kategorijo oskrbe,
- odstotek oskrbe, ki jo (glede na vse načine plačila oskrbe) plača občina (odstotek financiranja institucionalne oskrbe oseb),
- odstotek stanovalcev, ki je v institucionalni oskrbi v občini stalnega prebivališča,
- odstotek oseb, ki je v javni institucionalni oskrbi.

Pri razvrščanju smo za odločitev o številu skupin upoštevali razvrstitev v tri skupine. To se kaže tudi v dendrogramu. V prvih dveh skupinah so občine, v katerih imamo v povprečju manjše število stanovalcev (SK1 34, SK2 31). Skupini občin se razlikujeta po odstotku sredstev, ki jih občina prispeva za oskrbnino, namreč v prvi skupini je ta odstotek skoraj 39, v drugi pa 30. V prvi skupini so občine, ki v povprečju nimajo organizirane institucionalne oskrbe, saj v občini stalnega prebivališča ostane le 20 % oseb. Če želijo institucionalno oskrbo, morajo stari ljudje iz teh občin zapustiti občino stalnega prebivališča. To so tudi občine, v katerih so prebivalci večinoma v zasebni institucionalni oskrbi (le 30 % stanovalcev je v javni institucionalni oskrbi).

Druga skupina občin prav tako nima organizirane institucionalne oskrbe, saj je v povpre-

⁵ Za ponazoritev vzemimo občino Žirovnica in spremenljivki število in odstotek oseb v domu, ki ima določeno kategorijo oskrbe. Na voljo imamo podatke o številu oseb iz te občine v domovih za stare. Poleg tega imamo na voljo podatke o številu oseb v posameznih domovih glede na določen tip oskrbe. Iz občine Žirovnica je bilo konec leta 2009 21 oseb v domu za stare: trije v Domu svetega Martina (tam je bilo skupaj 67 stanovalcev), 12 v domu na Jesenicah (od skupno 195 stanovalcev) in šest v domu v Radovljici (od skupaj 208 stanovalcev). V Domu svetega Martina je imelo v tem času 16 stanovalcev oskrbo I. kategorije, v domu na Jesenicah je bilo takih 65, v domu v Radovljici pa 74. Podatki za druge kategorije so dostopni v preglednici 5.

Preglednica 5: Značilnosti institucionalne oskrbe po razvrstitvi občin v tri skupine.

Sk.	Št. občin	A	B	C	D	E	F	G
1	50	33,69	16,25	27,22	19,91	39,49	20,25	29,55
2	115	30,72	15,97	26,35	19,45	29,71	1,84	74,30
3	43	147,31	15,67	27,88	19,45	28,60	69,43	79,93
4	2	1.962,57	15,42	29,83	18,40	24,45	62,98	60,08
SK.	210	73,70	15,97	26,90	19,55	31,76	20,64	64,66

A – število stanovalcev, starih vsaj 65 let*

B – povprečna vrednost na storitev v EUR*

C – odstotek stanovalcev I. kategorija N*

D – odstotek stanovalcev II. kategorija N*

E – odstotek doplačila občine N*

F – odstotek stanovalcev v občini, ki je hkrati občina njihovega stalnega prebivališča**

G – odstotek stanovalcev v javnih domovih*

Vir: * Skupnost socialnih zavodov Slovenije 2009 a; ** Skupnost socialnih zavodov Slovenije 2009 b.

čju le 2 odstotka stanovalcev v institucionalni oskrbi⁶ v občini stalnega prebivališča, vendar so stanovalci večinoma (74 %) v javni institucionalni oskrbi, se pravi, da so v institucionalni oskrbi zunaj občine stalnega prebivališča pred odhodom v institucionalno oskrbo.

Tretja skupina občin je podobna občinama Ljubljana in Maribor. Obe sta dodani kot četrta skupina. Za to skupino občin je značilno precejšnje število stanovalcev v institucionalni oskrbi, večina (69 %) je v institucionalni oskrbi v občini stalnega prebivališča ter večina je v javni institucionalni oskrbi (80 %). Ljubljana in Maribor imata seveda neprimerljivo veliko število stanovalcev v institucionalni oskrbi, odstotek doplačila občine je najmanjši (24 %), približno 60 % stanovalcev je v občini stalnega prebivališča in 60 % je v javni institucionalni oskrbi.

Če povzamemo, občine lahko delimo glede na to, ali imajo organizirano institucionalno oskrbo ali ne. Potem pa jih lahko delimo na občine, ki nimajo organizirane institucionalne oskrbe, njihovi občani pa so nameščeni v javno in zasebno institucionalno oskrbo zunaj občine stalnega prebivališča. Poglejmo si še druge značilnosti občin.

V prvih dveh skupinah gre za manjše občine, z manjšim številom prebivalcev (SK1 5470, SK2 4866), manjšo površino (SK1 77, SK2 75) in gostoto prebivalstva (SK1 86, SK2 90). Tretja skupina občin je sestavljena iz občin, ki so večje (19.028 prebivalcev, 172 km² površine) in imajo gostejšo poselitev (164 prebivalcev na km²). Prva skupina občin ima negativen naravni prirast (-0,304), druga pa največjega (0,933), ima pa hkrati najmanjši selitveni prirast in skupni prirast. Glede selitvenega in skupnega prirasta ter povprečne starosti prebivalcev nekoliko odstopata Ljubljana in Maribor.

Glede na druge značilnosti občin lahko ugotovimo, da gre v prvih dveh skupinah za občine z manjšim številom študentov in diplomantov, prebivalci imajo nižjo plačo, v povprečju večji odstotek prejemnikov denarnih socialnih pomoči in za malenkost višjo stopnjo brezposelnosti. Tretja skupina občin je nekoliko bolj podobna Ljubljani in Mariboru.

Po tipologiji Statističnega urada Republike Slovenije (SURS) v prvih dveh skupinah občin ni mestnih občin, po klasifikaciji OECD pa je 13–14 % urbanih. Med njimi bi le polovico lahko uvrstili med povprečno ali nadpovprečno razvite občine po tipologiji MF. Obseg sofinanciranja investicij iz državnega proračuna je za 10–15 % večji kot v tretji skupini občin ter v Ljubljani in Mariboru. Približno dve tretjini občin v prvih dveh skupinah bi po klasifikaciji

⁶ Pri razvrščanju v skupine smo upoštevali več indikatorjev, zato so v isti skupini lahko tudi občine, ki imajo organizirano institucionalno oskrbo, kot tudi take, ki je nimajo. Za opis skupine upoštevamo povprečje posameznega indikatorja v skupini.

Preglednica 6: Značilnosti skupin občin.

Sk.	Št. občin	ŠT	ŠT65	POV	GPRES	NP	SSP	SP	STAR
1	50	5.470,1	911,4	77,0	88,52	-0,304	4,660	4,354	41,082
2	115	4.866,7	796,3	74,9	90,26	0,933	2,550	3,475	41,205
3	43	19.027,8	3.078,8	171,9	164,33	0,565	4,791	5,363	41,400
4	2	195.478,0	34.837,0	211,5	888,00	0,650	9,100	9,750	42,750
SK.	210	9.725,4	1.615,3	96,6	112,61	0,560	3,573	4,130	41,230

ŠT – število prebivalcev*

ŠT65 – število prebivalcev, starih vsaj 65 let**

POV – površina (km²)*

GPRES – gostota prebivalstva (preb/km²***

NP – naravni prirast (na 1000 prebivalcev)***

SSP – skupni selitveni prirast (na 1000 prebivalcev)***

SP – skupni prirast (na 1000 prebivalcev)***

STAR – povprečna starost prebivalcev (leta)***

Vir: * Statistični urad RS 2009 a, ** Nagode et al. (2011), *** Statistični urad RS 2009 b.

Rovan *et al.* (2009) lahko opisali kot občine majhne ali zmerne blaginje. V tretji skupini občin ni občin z majhno blaginjo.

Skratka, v prvih dveh skupinah so manjše občine, v poprečju večinoma ruralnega značaja in s slabšo gospodarsko razvitostjo in manjšo kakovostjo življenja. Ti skupini občin v poprečju nimata organizirane institucionalne oskrbe za starejše ljudi, občini razlikuje odstotek prebivalcev v zasebni institucionalni oskrbi. Tretja skupina občin je v poprečju večja, bolj gospodarsko razvita, prebivalci imajo boljšo kakovost življenja, v katero lahko uvrstimo tudi organizacijo institucionalne oskrbe.

KAKOVOST ŽIVLJENJA V INSTITUCIONALNI OSKRBI GLEDE NA TIPOLOGIJO SLOVENSКИH OBČIN

Z dvema ločenima pristopoma analize institucionalne oskrbe starejših smo opozorili na pomembnost analitičnega pristopa k razumevanju zagotavljanja kakovosti življenja starih ljudi. Prvi pristop, zasnovan na zgodovinskem pregledu ustanavljanja domov in razvoja strokovnih konceptov dela v domovih, pokaže, da na institucionalno oskrbo zelo vpliva prevladujoča socialna politika. Cilj socialne politike zadnjih dvajsetih let je zagotoviti teritorialno razporeditev institucionalnih zmogljivosti in zadostiti merilu 5-odstotne vključitve starejših od 65 let v to obli-

Preglednica 7: Značilnosti skupin občin, nadaljevanje.

Sk.	Št. občin	ŠTUD	DIP	PNPI	PNP	DSP	SRB
1	50	50,4	7,6	87,5	812,8	52,27	10,47
2	115	54,1	8,3	90,3	839,4	47,54	9,65
3	43	56,0	8,8	91,3	848,9	43,62	9,24
4	2	53,0	8,5	107,0	995,2	45,85	10,20
SK.	210	53,6	8,2	90,0	836,5	47,85	9,77

ŠTUD – število študentov (na 1000 prebivalcev)*

DIP – število diplomantov (na 1000 prebivalcev) *

PNPI – povprečna mesečna neto plača (indeks, SI=100)*

PNP – povprečna mesečna neto plača na zaposleno osebo (€)**

DSP – prejemniki denarnih socialnih pomoči (na 1000 prebivalcev)**

SRB – stopnja registrirane brezposelnosti (%)*

Vir: * Statistični urad RS 2009 b, ** Statistični urad RS 2009 a.

Preglednica 8: Značilnosti skupin občin, nadaljevanje.

Sk.	Št. občin	M(SURS) %	U(OECD) %	MF %	SIDP	VR %	UB %	ZB %	NB %
1	50	0	14	54	85	2	29	31	38
2	115	0	13	47	85	2	30	35	34
3	43	21	35	84	74	24	29	48	0
4	2	100	100	100	70	100	0	0	0
SK.	210	5	19	57	83	8	29	36	27

M(SURS) – mestne in nemestne občine, SURS

U(OECD) – urbane in neurbane občine, OECD

MF – razvitost občin po tipologiji MF (odstotek povprečno in nadpovprečno razvitih občin)

SIDP – obseg sofinanciranja investicij iz državnega proračuna v odstotkih

VR – odstotek gospodarsko in družbeno visoko razvitih občin (Rovan *et al.* 2009)

UB – odstotek občin uravnotežene blaginje (*ibid.*)

ZB – odstotek občin zmerne blaginje (*ibid.*)

NB – odstotek občin majhne blaginje (*ibid.*)

ko oskrbe. Strokovni koncepti dela se oblikujejo glede na značilnosti stanovalcev in opozarjajo na zagotavljanje njihove kakovosti življenja.

Drugi pristop izhaja iz navzočnosti in dostopnosti institucionalne oskrbe v občini stalnega bivališča stanovalcev. Pokaže, da kljub izpolnjenemu merilu 5-odstotne vključitve starejših od 65 let v institucionalno oskrbo na nacionalni ravni, na lokalni ravni, med občinami, obstajajo pomembne razlike. Razlike se kažejo v navzočnosti institucionalne oskrbe v posamezni občini, glede na njeno velikost, stopnjo urbanizacije in gospodarsko razvitost občine.

Ugotovljamo, da kljub izpolnjenim socialnopolitičnim predpostavkam starejši od 65 let nimajo enakih možnosti za institucionalno oskrbo. V večinioma ruralnih in manj razvitih občinah institucionalna oskrba ni zagotovljena, saj v 115 občinah ni organizirane institucionalne oskrbe, v 50 občinah pa ima v povprečju 20 % uporabnikov organizirano institucionalno oskrbo znotraj občine. To pomeni, da morajo starejši ljudje zapustiti občino stalnega prebivališča, da bi lahko uporabili institucionalno oskrbo. Selitev v novo okolje povzroči občutek diskontinuitete z lokalnim okoljem, oteži stike s prijatelji in sosedi, če so ti starejši in manj mobilni, in seveda oteži stike z otroki, čeprav zanje sicer predvidevamo, da imajo boljšo možnost prevoza. Kljub temu pa vzdrževanje stikov s stanovalci v institucionalni oskrbi zahteva več časa, če gre za večje geografske razdalje.

Evropski center za socialne politike in raziskovanje (European Centre for Social Welfare Policy and Research 2010) omenja več klasifikacij razsežnosti kakovosti življenja za uporabnike institucionalne oskrbe za starejše ljudi. Med njimi omenjajo tudi ohranjanje medosebnih odnosov (odnosi s sostanovalci, osebjem, z družino, prijatelji in sosedi) ter ohranjanje in ustvarjanje občutka povezanosti v skupnosti. Prav tako na omenjene dejavnike kakovosti življenja opozarjajo tudi strokovnjaki, zaposleni v domovih, zlasti socialne delavke in delavci, in sicer že od najzgodnejšega razvojnega modela domov.

Čeprav so v zadnjih dvajsetih letih domove za stare ljudi gradili po načelu večje teritorialne razpršenosti, pa so večinoma gradili zasebne domove, tam pa je oskrba dražja. Tako so se zmanjševale geografske razdalje in sočasno večale finančne ovire pri dostopu do institucionalne oskrbe. Pluralizacija socialnega varstva na področju institucionalne oskrbe starejših ljudi ni dovolj poskrbela za večjo kakovost življenja starih ljudi.

VIRI

European Centre for Social Welfare Policy and Research (2010), *Measuring progress: indicators for care homes*. Dunaj: European Centre for Social Welfare Policy and Research. Dostopno na: http://www.euro.centre.org/data/progress/PROGRESS_ENGLISH.pdf (22. 10. 2012).

- FERLIGOJ, A. (1989), *Razvrščanje v skupine: teorija in uporaba v družboslovju*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, Raziskovalni inštitut.
- FLAKER, V. (2011), *K taksonomiji (storitev) socialnega varstva* (delovno gradivo), Varianta 1.2.4, 28.4.2011. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- (2012), *Direktno socialno delo*. Ljubljana: */ cf.
- HLEBEC, V. (2010), The post-socialist transition and care for older people in Slovenia. *European papers on the new Welfare*, 15: 141–152.
- MALI, J. (2008), *Od hiralnic do domov za stare ljudi*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- (2009 a), Medgeneracijska solidarnost v obstoječih oblikah skrbi za stare ljudi. V: Tašner, V., Lesar, I., Antić, M. G., Hlebec, V., Pušnik, M. (ur.), *Brez spopada: kultur, spolov, generacij*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta (243–256).
- (2009 b), Spremembe v institucionalnem varstvu starejših. V: Hlebec, V. (ur.), *Starejši ljudje v družbi sprememb* (Dialogi, letnik 10). Maribor: Aristej (95–107).
- (2012), Deinstitutionalisation as a challenge for the development of community-based care for older people = Dez institucionalizacija kot izziv za razvoj skupnostne oskrbe starih ljudi. *Dialogue in praxis*, 1 (14), 1/2 (22–23): 57–69.
- MALI, J., OVČAR, L. (2010), Življenjski svet starejšega kmečkega prebivalstva. *Socialno delo*, 49, 4: 229–238.
- Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve (1997), *Program razvoja varstva starejših oseb na področju socialnega varstva v Sloveniji do leta 2005*. Dostopno na: http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti_pdf/program_starejsi_2005.pdf (15. 8. 2012).
- (2012). *Delovna področja: sociala – socialnovarstvene storitve*. Dostopno na: http://www.mddsz.gov.si/si/delovna_podrocja/sociala/socialnovarstvene_storitve/ (20. 9. 2012).
- Nacionalni program socialnega varstva do 2005 (2000), *Ur. l. RS*, št. 31/2000.
- NAGODE, M., JAKOB KREJAN, P., SMOLEJ, S. (2011), *Izvajanje pomoči na domu: analiza stanja v letu 2010 (končno poročilo)*. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo.
- Program razvoja varstva starejših oseb na področju socialnega varstva do leta 2005 (1997). Dostopno na: http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti_pdf/program_starejsi_2005.pdf (15. 2. 2013).
- Resolucija o programu socialnega varstva za obdobje 2006–2010 (2006), *Ur. l. RS*, 39/2006.
- ROVAN, J., MALEŠIČ, K., BREGAR, L. (2009), Blaginja občin v Sloveniji: Well-being of the municipalities in Slovenia. *Geodetski vestnik*, 53, 1: 70–91.
- Skupnost socialnih zavodov Slovenije (2009 a), *Kumulativno statistično poročilo za leto 2009* (interno gradivo).
- (2009 b), *Oskrbovanci po občini stalnega bivališča: Obrazci SOC-DOM, SOC-POS 2009*, stanje 31. 12. 2009 (interno gradivo).
- Skupnost socialnih zavodov Slovenije (2012 a), Splošno o domovih in posebnih zavodih. Dostopno na: <http://www.ssz-slo.si/slo/main.asp?id=2361E17F> (13. 8. 2012).
- (2012 b), *Pregled prošenj in prostih mest v domovih za starejše in posebnih socialno varstvenih zavodih*. Dostopno na: <https://servis.ssz-slo.si/porocilo.pdf> (13. 8. 2012).
- Statistični urad RS: *Statistični letopis Republike Slovenije (1971), Socialno varstvo*. Dostopno na: http://www.stat.si/letopis/1971/1971_29.pdf (22. 10. 2012).
- (1974), *Socialno varstvo*. Dostopno na: http://www.stat.si/letopis/1974/1974_29.pdf (22. 10. 2012).
- (1975), *Socialno varstvo*. Dostopno na: http://www.stat.si/letopis/1975/1975_29.pdf (22. 10. 2012).
- (1995), *Socialna varnost*. Dostopno na: http://www.stat.si/letopis/1995/1995_10.pdf (22. 10. 2012).
- Statistični urad RS (2009 a), Statistični podatki, občine, Slovenija. Dostopno na: <http://pxweb.stat.si/pxweb/Databse/Obcine/Obcine.asp> (22. 10. 2012).
- (2009 b), Statistični kazalniki, občine, Slovenija. Dostopno na: <http://pxweb.stat.si/pxweb/Databse/Obcine/Obcine.asp> (22. 10. 2012).
- Strategija varstva starejših do 2010 – solidarnost, sožitje in kakovostno staranje prebivalstva (2006). Dostopno na: http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti_pdf/strategija_varstva_starejsih_splet_041006.pdf (15. 2. 2013).
- VOVK, M. (1981), *Slovenski domovi za stare ljudi*. Ljubljana: Urbanistični inštitut SRS.
- Zakon o socialnem varstvu (1992), *Ur. l. RS*, 54/1992, 56/1992 popr., *Ur. l. RS* 42/1994 Odl. US: U-I-137/93-24, 1/1999-ZNIDC, 41/1999, 60/1999 Odl. US: U-I-273/98, 36/2000-ZPDZC, 54/2000-ZUOPP, 26/2001, 110/2002-ZIRD, 2/2004 (7/2004 popr.), 36/2004-UPB1, 21/2006 Odl. US: U-I-116/03-22, 105/2006, 114/2006-ZUTPG, 3/2007-UPB2 (23/2007 popr., 41/2007 popr.), 122/2007 Odl. US: U-I-11/07-45, 61/2010-ZSVarPre, 62/2010-ZUPJS, 57/2012.

Preglednica 1: Preračun razmerij – izračuni za Žirovnico (1. del).

	Dom sv. Martina	Dom na Jesenicah	Dom v Radovljici	Skupaj
Iz Žirovnice*	3	12	6	21
Vsi oskrbovanci v domu**	67	195	208	
I. kategorija**	16	65	74	
II. kategorija**	20	26	24	
III. kategorija**	20	85	92	
IV. kategorija**	11	19	18	
Vsi oskrbovanci	3*67 = 201	12*195 = 2340	6*208 = 1248	Skupaj = 3789
I. kategorija	3*16 = 48	12*65 = 780	6*74 = 444	Skupaj = 1272
II. kategorija	3*20 = 60	12*26 = 312	6*24 = 144	Skupaj = 516
III. kategorija	3*20 = 60	12*85 = 1020	6*92 = 552	Skupaj = 1632
IV. kategorija	3*11 = 33	12*19 = 228	6*18 = 108	Skupaj = 369

Vira: * Skupnost socialnih zavodov Slovenije 2009 b; ** Skupnost socialnih zavodov Slovenije 2009 a.

Koeficient za pretvorbo: št. oskrbovancev iz Žirovnice/vsi oskrbovanci skupaj po preračunih: $21/3789=0,00554$.

Preglednica 2: Preračun razmerij – izračuni za Žirovnico (2. del).

	Število oskrb. iz Žirovnice	Odstotek oskrb. iz Žirovnice
Vsi oskrbovanci	Koef*3789 = 21	21/21 = 100 %
I. kategorija	Koef*1272 = 7	7/21 = 33 %
II. kategorija	Koef*516 = 3	3/21 = 14 %
III. kategorija	Koef*1632 = 9	9/21 = 43 %
IV. kategorija	Koef*369 = 2	2/21 = 10 %

Končni rezultati pretvorbe pokažejo število oseb iz občine Žirovnica, ki so v domovih za stare glede na določeno kategorijo oskrbe: I. kategorijo oskrbe ima 33 %, II. kategorijo 14 %, III. kategorijo 43 % in IV. kategorijo 10 % oskrbovancev iz občine Žirovnica. Take preračune smo uporabili v vsaki občini posebej in za vsako spremenljivko posebej.

Valentina Hlebec, Jana Mali

TIPOLOGIJA RAZVOJA INSTITUCIONALNE OSKRBE STAREJŠIH LJUDI V SLOVENIJI

Institucionalna oskrba v Sloveniji je najbolj razširjena in razvita oblika oskrbe starejših ljudi. Analiziramo njen razvoj in dostopnost institucionalne oskrbe z vidika mesta bivanja njenih uporabnikov. To posredno vpliva tudi na kakovost same oskrbe. V prvem delu predstavimo zgodovinski oris javne institucionalne oskrbe in pokažemo, da nanjo zelo vpliva vladajoča socialna politika. V drugem delu presojamo dostopnost javne institucionalne oskrbe z vidika uporabnikovega kraja bivanja, bodisi občine stalnega bivanja bodisi zunaj nje. Pokažemo, da kljub izpolnjenemu merilu 5-odstotne vključitve starejših od 65 let v institucionalno oskrbo na nacionalni ravni obstajajo na lokalni ravni, med občinami pomembne razlike. Razlike se kažejo v navzočnosti institucionalne oskrbe v posamezni občini glede na njeno velikost, stopnjo urbanizacije in gospodarsko razvitost občine. Tipologija razvoja institucionalne oskrbe starejših v Sloveniji pokaže tudi, da starejši od 65 let nimajo enakih možnosti za institucionalno oskrbo. Z gradnjo domov po načelu večje teritorialne razpršenosti in uvajanjem načela pluralnosti pomoči starim ljudem smo spodbudili gradnjo zasebnih domov, v njih pa je oskrba dražja in zato nedosegljiva vsem, ki jo potrebujejo.

KLJUČNE BESEDE: socialno varstvo, tipologija oskrbe, institucije, razvrščanje v skupine.

Red. prof. dr. Valentina Hlebec je profesorica sociologije na Fakulteti za družbene vede Univerze v Ljubljani. Raziskovalno se ukvarja s sociologijo staranja, še posebej z oskrbo starejših, družboslovno metodologijo in statistiko. Kontakt: valentina.hlebec@fdv.uni-lj.si. Tel.: 01/5805 112.

Jana Mali je doktorica znanosti socialnega dela, zaposlena na Fakulteti za socialno delo Univerze v Ljubljani kot docentka za področje socialnega dela. Raziskovalno in pedagoško se ukvarja s socialnim delom s starimi ljudmi, socialnim delom z osebami z demenco, supervizijo v socialnem delu, metodami socialnega dela, dolgotrajno oskrbo. Kontakt: jana.mali@fsd.uni-lj.si. Tel.: 01/300 6232.

Majda Černič Istenič

MEDGENERACIJSKA SOLIDARNOST SKOZI PRIZMO ORGANIZIRANOSTI OSKRBE ZA STAREJŠE V SKUPNOSTI

Avtorica obravnava medgeneracijsko solidarnost z vidika subjektivnih zaznav oz. mnenj, predstavljenih na ravni posameznih skupnosti oz. občin. Kontekstualni okvir preučevanja so trije modeli oz. tipologija ureditve oskrbe starejših po občinah v Sloveniji. Ob tem avtorica predpostavlja, da so mnenja prebivalcev do medgeneracijske solidarnosti povezana z oblikami organiziranosti skrbi za starejše, ki prevladujejo v določeni skupini občin. Rezultati preučevanja, ki temeljijo na podatkih raziskave »Odnosi med generacijami in spoloma na kmetijah v Sloveniji 2007«, kažejo, da večina anketirancev pričakuje tako od družine kakor tudi od družbe, da bosta skrbeli za starejše. Vendar pa se mnenja o uravnoteženi odgovornosti med družino in družbo razlikujejo: čim slabša je organiziranost oskrbe za starejše v občinah, tem večje je pričakovanje ljudi, da bo družina prevzela večino odgovornosti pri skrbi za starejše. Ta usmerjenost je še zlasti izrazita v manjših ruralnih občinah.

KLJUČNE BESEDE: oskrba starejših, družina, družba, subjektivne zaznave, tipologija organiziranosti oskrbe.

Majda Černič Istenič je doktorica sociologije, izredna profesorica za področje sociologije, predavateljica in raziskovalka na Biotehniški fakulteti Univerze v Ljubljani in višja znanstvena sodelavka, raziskovalka na Družbenomedicinskem inštitutu Znanstvenoraziskovalnega centra Slovenske akademije znanosti in umetnosti. Njeno raziskovalno delovanje sega v domeno različnih socioloških poddisciplin, kot so sociologija družine, študij spolov, povezava sociologije in demografskih tematik in ruralna sociologija. Kontakt: majda.cernic-istenic@guest.arnes.si.

Valentina Hlebec, Jana Mali

TIPOLOGY OF INSTITUTIONAL CARE FOR OLDER PEOPLE IN SLOVENIA FROM DEVELOPMENT PERSPECTIVE

Institutional care for older people is the most developed and spread form of care for older people in Slovenia. The institutional care for older people is analysed from historical development and local residence access perspective, which has indirect effects on quality of care. In the first part of the paper, the historical outline of public institutional care and the impact of social policy on its' development is presented. In the second part of the paper, the access of institutional care is estimated from the users' permanent residence or outside the municipality of users' permanent residence. Though we have achieved the criterion of providing institutional care for 5% people older than 65 years on national level, on the level of municipalities there are significant differences. Differences refer to the presence of institutional care in particular municipality, the largeness, degree of urbanisation and economical development of municipality. With the typology of institutional care for older people in Slovenia from development perspective, it is demonstrated that people over 65 years do not have the same possibilities for institutional care. The principle of territorial building of institutions and the principle of plural social care stimulate the entrance of private sphere in institutional care for older people. Private homes are more expensive than public ones and therefore inaccessible for all older people in need for institutional care.

KEY WORDS: social care, typology of care, institutions, clustering.

Valentina Hlebec is a professor of sociology at Faculty of social sciences, University of Ljubljana. She focuses on sociology of aging, especially on the care for the elderly, on social science methodology and statistics. Contact: valentina.hlebec@fdv.uni-lj.si. Phone: + 386 1 5805 112.

Jana Mali, PhD, is senior lecturer at Faculty of social work, University of Ljubljana. Her areas of research and teaching include social work with older people, social work with people with dementia, supervision and methods of social work, long - term care. Contact: jana.mali@fsd.uni-lj.si. Phone: +386 1 300 6232..

Majda Černič Istenič

INTERGENERATIONAL SOLIDARITY THROUGH THE PRISM OF ORGANISATION OF CARE FOR THE ELDERLY IN COMMUNITY

The focus is on intergenerational solidarity in terms of subjective perceptions/opinions observed from the level of individual municipalities. Three models, i.e. typologies of care arrangements for older people in Slovenian municipalities denote the contextual framework of the study. The author assumes that public opinion on intergenerational solidarity is associated with the organizational forms of care for the older people dominated by a certain group of municipalities. Results of the study, based on the data from the survey 'Generations and gender relations on Slovenian farms 2007', show that the majority of respondents expect commitment from both the family as well as society to take care for the older people. However, views on the balance of responsibility between the family and society differ in the following direction: the worse the organization of care for the older people in the municipalities, the greater the expectations of the respondents towards the family to take over the bulk of responsibilities in caring for the older people. This orientation is particularly pronounced in small rural municipalities.

KEY WORDS: care for the older people, family, society, subjective perceptions, typology of organized care.

Majda Černič Istenič, PhD, is an associate professor of sociology at Biotechnical faculty, University Ljubljana, and a senior research fellow at Research centre of the Slovene Academy of Sciences and Arts. Her research work encompasses topics from the domain of sociology related to various cross-cutting subjects such as sociology of family and gender studies, demographic topics and rural sociology. Contact: majda.cernic-istenic@guest.arnes.si.