
Lidija Gradišnik in Tomaž Velnar

Razvoj in raznolikost institucionalne oskrbe starejših

POVZETEK

Življenjska doba se z napredkom sodobne medicine in višjega življenjskega standarda v zadnjih desetletjih podaljšuje, to pa pomeni večji delež starejšega prebivalstva. Ljudje iz generacije *baby boom* se počasi približujejo upokojitvi in se soočajo s številnimi izzivi starostnega življenjskega obdobja. Zaradi postopnega pešanja življenjskih moči ali bolezni v starosti se lahko zgodi, da človek potrebuje pomoč drugih. Ker starejši ljudje potrebujejo pomoč in skrb v različnem obsegu, je zanje potrebno ustrezno poskrbeti. Najlepše je, če lahko živijo samostojno doma in so enakovredno vključeni v družbo. Mnogokrat pa to ni mogoče, ker ostanejo sami ali domači zanje ne morejo več ustrezno skrbeti. Zato so se primorani vključiti v različne oblike institucionalnega varstva, kjer sta na voljo potrebna in ustrezna pomoč in oskrba. Predvsem slednja lahko z nudenjem posebnih oblik pomoči in storitev omogoči starejšim kvalitetnejše življenje. V prispevku predstavljamo zgodovinski pregled in razvoj institucionalne oskrbe starih ljudi ter današnje trende.

Ključne besede: stari ljudje, institucionalna oskrba, razvoj institucionalne oskrbe, integrirana dolgotrajna oskrba

AVTORJA

Lidija Gradišnik je magistrica socialne gerontologije in živilska tehnologinja, zaposlena kot raziskovalka na Inštitutu za biomedicinske vede na Medicinski fakulteti v Mariboru. Njeno primarno področje raziskovanja so celične kulture, ljubiteljsko pa študira tudi socialno gerontologijo. Sodeluje pri projektih, katerih cilj je zdrava in aktivna starost.

Tomaž Velnar je zaposlen kot zdravnik v UKC Ljubljana, aktiven je tudi na raziskovalnem področju. Raziskovalno sodeluje na kliničnem in predkliničnem področju ter na področju socialne gerontologije.

ABSTRACT

Development and diversity of institutional care for older people

Life expectancy has been increasing in recent decades. With modern medicine and higher living standard, life expectancy has been increasing in recent decades, resulting in higher proportion of elderly people. The so-called baby boom generation is slowly approaching retirement and its members are facing multiple challenges of old age. As older people need help and care to varying

degrees, an adequately care is essential. Often, the disability, illness or lack of resources aggravates the life of elderly people, forcing them to enter various forms of institutional support, where the necessary and appropriate help and care are available. This offers to elderly people a better quality of life by providing the specific forms of assistance and services. This article presents an overview of the history and development of institutional care for the elderly and the current trends.

Keywords: elderly people, institutional care, the development of institutional care, integrated long-term care.

AUTHORS

Lidija Gradišnik; *after getting a degree in food technology she obtained a master's degree in social gerontology. Currently she works as a researcher at the Institute of Biomedical Sciences, University of Maribor, where her main field of research are cell cultures. As she has a deep interest in ageing issues, she also studies social gerontology and takes part in various healthy and active ageing projects.*

Tomaž Velnar *works as a medical doctor at the University Medical Centre Ljubljana. He is also very active in research work - clinical and preclinical fields and in social gerontology.*

*Vrnitev v preteklost omogoči razumeti,
zakaj je skrb za stare ljudi v Sloveniji še danes izrazito institucionalno usmerjena.*

Jana Mali

1 UVOD

Sodobna medicina in splošna izboljšava življenjskega standarda sta v zadnjih desetletjih v zahodnem svetu pripomogla k zviševanju življenjske dobe prebivalstva. V družbi se zato zvišuje delež starejših ljudi, za katere bo potrebno v naslednjih letih posebej poskrbeti. Tudi v Sloveniji je trend podoben, zato je bistven razvoj ustreznih strategij, ki bodo starajočim omogočile kvalitetno preživljanje jeseni življenja. Podatki Statističnega urada Republike Slovenije, zbrani 1. julija 2021 kažejo, da je bilo v Sloveniji od 2.107.007 prebivalcev kar 20,9 % starih 65 ali več let. Zaradi trenda v naraščanju starejših po svetu in pri nas se bo po projekcijah prebivalstva, ki so bile narejene v letu 2019, ta delež čez deset let povečal na 24 %, čez petdeset let pa kar na 31 % (SURS, 2021). Večji delež starejših bo zahteval drugačno odgovornost predvsem od družbe, ki jim bo morala omogočiti čim bolj normalno življenje in funkcioniranje (Brodnik 2020; Partridge idr., 2018; Robbins idr., 2018; Urtamo idr., 2019).

V starostnem življenjskem obdobju se posameznik in njegovi bližnji, posledično pa tudi njegova okolica in družba, srečujejo z mnogoštevilnimi spremembami in izzivi, ki jih prinese tretje življenjsko obdobje. V tem obdobju nastopijo namreč različne spremembe, ki so najbolj opazne in težavne prav v zdravstvenem stanju in v splošni psihofizični kondiciji. Velikokrat so telesnim spremembam pridružene še spremembe na področju finančnega stanja, prihodkov in spremembe v socialnem statusu, ki za večino starejših ljudi niso zanemarljive (Mathers idr., 2015; McDonnell idr., 2015). To odpre vprašanja glede vzdrževanja in splošnih življenjskih stroškov, stroškov zdravstvenega zavarovanja in plačevanja oskrbe. Zato številni starejši ljudje, ki so bili pred upokojitvijo še zdravstveno, finančno in organizacijsko samostojni, v različnem obsegu potrebujejo pomoč in skrb. Družba je zato poklicana, da zanje dobro in ustrezno poskrbi in je zato potrebno najti alternativne oblike oskrbe, varstva ali namestitve. Iz raziskav je znano, da želi večina starejših ljudi ostati doma. Življenje v domačem okolju pa je v starosti odvisno ne le od samostojnosti in zdravstvenega stanja starejšega človeka, ampak tudi od funkcionalnih značilnosti in zmožnosti okolja, v katerem živi (Aronoff-Spencer idr., 2020; Morley, 2004).

V svetu je na razpolago mnogo različnih vrst institucionalne oskrbe in tudi različnih drugih oblik pomoči, ki so namenjene oskrbi starejših. V našem prostoru prevladuje institucionalna oblika oskrbe z namestitvijo v domove za starejše in izgleda, da bo institucionalna oblika prevladovala tudi v naslednjih letih. Razlogi za takšno politiko oskrbe starejših so zgodovinski, kulturni, tradicionalni, družbeni, politični in strokovni. Se pa stanje počasi spreminja in se vse bolj pojavljajo tudi alternativne oblike oskrbe, kar ponuja dobre možnosti za njeno raznolikost v prihodnosti. V Sloveniji so se starejši ljudje, ki ne morejo več živeti samostojno, mnogokrat primorani vključiti v institucionalno oskrbo, predvsem v domove za starejše (Brodnik, 2020; Fleming idr., 2017; Mali, 2008).

Za reševanje demografske krize staranja prebivalstva v 21. stoletju bo potrebno dobro opraviti štiri med seboj soodvisne demografske naloge. Poleg zdravega staranja tretje generacije, učinkovitega gospodarstva ob staranju zaposlenih in uspešnega učenja vsega prebivalstva za po-tradicionalno solidarnost, je na prvem mestu dolgotrajna oskrba bolnih, invalidnih in starostno onemoglih ljudi (Ramovš, 2020). Po podatkih raziskave Staranje v Sloveniji in raziskave SHARE danes v Sloveniji prejema dolgotrajno oskrbo 4 % prebivalstva, to je okrog 80.000 ljudi. Ta delež se bo povečal na 10 % prebivalstva in več. 1 % jih oskrbujejo ustanove, 3 % doma družinski in drugi neformalni oskrbovalci. V Sloveniji torej oskrbujejo oskrbovalne ustanove okrog 20.000 ljudi, neformalni oskrbovalci pa okrog 60.000. Poklicnih oskrbovalcev je blizu 15.000, neformalnih oskrbovalcev, ki redno tedensko pomagajo bolnemu, onemoglemu ali invalidnemu človeku, pa je v Sloveniji dobrih 200.000, torej okrog 10 % prebivalstva (Ramovš, 2013; SHARE, 2021). Sodobni nacionalni sistem dolgotrajne oskrbe je lahko human,

kadrovsko in finančno vzdržen le, če je integriran in se razvija v širino programov ob upoštevanju različnosti ljudi. Domovi za stare ljudi so tako v sodobnem evropskem naboru le eden od vsaj petnajstih programov dolgotrajne oskrbe. Integrirana dolgotrajna oskrba vključuje povezanost formalne in neformalne oskrbe, integracijo strokovnega znanja, samopomoči in solidarnosti, virov oskrbovanca, njegove družine, krajevne skupnosti in države, obenem pa povezanost oskrbovalnih storitev in človeškega odnosa (Ramovš, 2020).

2 RAZVOJ INSTITUCIONALNE OSKRBE

Skrb za starejše in onemogle ljudi sega še v prazgodovinsko obdobje, saj so že od vsega začetka družbe za starajočega se človeka poskušale poskrbeti na čim boljši način. Starejši človek je bil spoštovan in cenjen, zato za institucionalno varstvo in oskrbo niti ni bilo potrebe. V preteklosti so starajoči se ljudje ostajali doma in so bili deležni skrbi družine; drugih oblik varstva tudi ni bilo na razpolago. Člani družine in sorodniki, ki so jih negovali, so zagotovili, da so se v svojem krogu počutili koristne in cenjene, na nek način pa so na starega človeka gledali tudi kot na starosto družine, ki je bil za njeno delovanje potreben. Različne kulture so imele in imajo tudi danes na staranje različne poglede; s spreminjanjem družbe in njenih vrednot ter s spremembami družinske strukture, predvsem v zadnjih sto letih, se je začela spreminjati tudi interpretacija starosti in pomen oskrbe v starajoči se družbi (Rogelj idr., 2019).

Razmišljanja o starosti in o oskrbi starejših so v 18. in 19. stoletju pritegnila malo znanstvene pozornosti, prvič zaradi majhnega števila tako starih ljudi in drugič zaradi drugačnega načina življenja in družbenih vrednot (Denham, 2006; Morley, 2004). Za starejše, ki jim je uspelo dočakati starost, so v preteklosti najprej skrbeli družinski člani. Domov za starejše, geriatričnih bolnišnic in podobnih institucij, kakršne poznamo danes, ni bilo, so se pa že pojavili zametki institucionalne oskrbe, ki so se predvsem v naslednjih stoletjih hitro razvijali. Prvi nastanki institucij, ki so skrbele za starejše, so sicer znani iz srednjega veka, vendar je bila takrat taka oskrba predvidena tudi za druge družbene sloje – brezdomce, revne, sirote, bolne in invalide. Starih ljudi je bila takrat manjšina in zato je bila osnovna dejavnost teh ustanov namenjena tistim, za katere nihče ni mogel ali želel poskrbeti. Seveda se je to v Evropi razlikovalo od države do države, glede na takratno pojmovanje oskrbe starejših, gospodarske zmožnosti in razvitost posameznih pokrajin ter nenazadnje na njihovo socialno in kulturno ozadje (Denham, 2006; Mali, 2008; Morilla-Herrera, 2015; Thomson, 2008).

2.1 ZAČETKI INSTITUCIONALNE OSKRBE ZA STAREJŠE LJUDI V EVROPI

V različnih državah so institucije, ki so bile predhodnice današnjih domov za starejše, dobile različna imena. V Angliji, ki je bila na tem področju najnaprednejša, so se imenovala *workhouses* (ubožnice, delavnice), v Nemčiji *Zuchthäuser* in v Franciji *hopitaux*. Tudi v teh ustanovah so bili v začetku stari ljudje v manjšini in se je njihovo število povečalo v naslednjih stoletjih, predvsem ob koncu 19. stoletja, ko se je institucionalna oskrba bolj razvila in specializirala do takšnih oblik, ki jih poznamo danes. V Veliki Britaniji so na socialno-gerontološkem področju med prvimi uvedli številne novosti in začeli z organizirano oskrbo in namestitvijo za stare ljudi v tako imenovanih *delavnicah* ali *delovnih hišah*, kakor so jih v tistem času imenovali (Thomson, 2008). V Angliji je bilo *delavnica* uradno ime za nekakšno ubožnico za starejše od začetka 19. in vse do dvajsetih let 20. stoletja. Take institucije so ustanovili že v 16. stoletju, ko so po Tudorskem pravu izdali odlok, da je potrebno poskrbeti za brezdomne in ubožne ostarele državljane po Angliji. Najprej so vanje sprejemali revne in invalide, torej ljudi brez strehe nad glavo, ki so bili brez družine ali pa ta zanje ni mogla prevzeti skrbi, kasneje pa tudi obubožane stare ljudi (British Geriatric Society, 2015; Warren, 1948). Bivanje je bilo prostovoljno. Starejši so se sami odločili, ali sprejmejo takšno vrsto oskrbe, saj takratni zakon ni dovoljeval, da bi jih tam zadrževali proti njihovi volji. V primerjavi z današnjimi institucijami, ki skrbijo za stare ljudi, so takrat v angleških ubožnicah skrbeli za popolnoma drugačne družbene skupine, tudi marginalizirane. Leta 1850 je bilo v Angliji 600 ustanov, ki so lahko sprejele v povprečju po 100 do 300 oskrbovancev. V velikih mestih je bilo na voljo več namestitev (Dellefield in Corazzini, 2015; Denham, 2016; Thomson, 2008).

Oskrbovanci so se razlikovali po starosti in razlogih, ki so botrovali oskrbi v teh ustanovah, ki so bile po funkciji pravzaprav domovi oziroma namestitve za starejše. Njihovo število je namreč daleč presevalo število ostalih oskrbovancev. Seveda pa se je njihova sestava skozi desetletja spreminjala. Tako so v drugi polovici 19. stoletja v nekaterih ustanovah večino oskrbovancev tvorili otroci in starejših od 65 let sploh ni bilo (British Geriatric Society, 2015; Morley, 2004; Thomson, 2008). V Londonu je bilo v tem času v oskrbi 20.000 ljudi s 30 % deležem starejših od 65 let. V začetku 20. stoletja se je sestava oskrbovancev začela izrazito spreminjati in so naključni obiskovalci, ki so v teh zavetiščih iskali pretežno hrano in streho nad glavo, pravzaprav izginili iz ubožnic. Manjšati se je začelo tudi število invalidov, ki so jih preselili v bolj specializirane institucije. Glavni oskrbovanci so postali stari ljudje in kronični bolniki in tako so te skupnosti začele postajati vse bolj podobne današnjim ustanovam za starejše ljudi. V letih od 1934 do 1948 so pomoč za ubožne v obliki *delavnic* začeli postopoma ukinjati in te namestitve imenovali *institucije za javno pomoč*. Po letu 1945 se je njihovo poslanstvo nadaljevalo v obliki domov za starejše, nekatere ustanove pa

so opremili za bolnišnice. Od leta 1950 dalje so se angleškemu vzoru pridružile še druge evropske države. Razmere v domovih so se začele izboljševati in postajati za stanovalce vedno bolj prijazne. Izboljšala se je namestitev, ponekod so uporabniki prejeli tudi tedensko rento. Preoblikovanje družbe in njenih vrednot ter novi trendi so od srede 20. stoletja naprej povzročili pomembne premike, ki so vplivali tudi na skrb za starejše ljudi (Denham, 2006; Morley, 2004; Thomson, 2008). Prišlo je do sprememb v velikosti družine in načinu družinskega življenja, novih upokojitvenih politik, povečane mobilnosti, novih poklicnih vzorcev in drugačnih materialnih teženj in pričakovanj glede zasebnosti. To je povzročalo širjenje institucionalne oskrbe za starejše ljudi, ki je postala pomemben način njihove namestitve, predvsem za tiste, za katere doma ni bilo mogoče skrbeti (British Geriatric Society, 2015; Dellefield in Corazzini, 2015).

Zaradi daljšanja življenjske dobe in naraščajočega števila starejših ter težnje po aktivnem in kakovostnem preživljanju starosti in po ustrezni namestitvi prihaja do razvoja novih modelov za nastanitev starejših ljudi. Zato postajajo danes institucionalne namestitve vedno bolj moderne, raznovrstne in prijazne uporabnikom ter svojcem. Za oskrbo starejših danes nimamo na voljo samo domske oskrbe, ampak tudi druge vrste namestitve, kot so oskrbovana stanovanja, življenje v vaseh za starejše in življenje v skupnosti. Njihov cilj je, da bi lahko starejši čim dlje bivali v prijaznem okolju, kjer bi jim bila zagotovljena tudi ustrezna pomoč in podpora specializirane oskrbe (Baltes in Carstensen, 1996; Kerbler in Filipovič Hrast, 2017; Thomson, 2008).

2.2 ZAČETKI INSTITUCIONALNE OSKRBE STAREJŠIH NA SLOVENSKEM

Prvi začetki in razvoj ustanov, ki so bile predhodnica današnjih domov za oskrbo starejših, izvirajo iz poznega srednjega veka in nato iz zgodnjega novega veka in so tako najstarejša oblika skrbi za starajočo se populacijo (Mali 2008). V srednjem veku, predvsem med 6. in 11. stoletjem, so medicino in skrb za bolne razvijali predvsem nemški redovi v samostanih, ki so bili takrat tudi središče verskega, posvetnega, kulturnega in zdravstvenega delovanja. Prav tako so v samostanih nastale lekarne in vrtovi zdravilnih zelišč. Oskrba starih in onemoglih ni bila prioriteta naloge teh ustanov, ki so bile zasedene predvsem z bolnimi in umirajočimi. To ni nič čudnega, saj je v tem obdobju po Evropi divjalo več epidemij kužnih bolezni in se je zato število bolnikov v teh epidemijah izjemno povečalo.

Takšne dobrodelne samostanske skupnosti so bile aktivne tudi na slovenskem ozemlju, kjer so začele nastajati nekoliko kasneje, šele v 12. in 13. stoletju. Tako je v 13. stoletju nemški viteški red ustanovil Zavod za neozdravljive bolnike v Ljubljani. Ta je bil nekakšen predhodnik današnjega Hospica, kjer so skrbeli tudi za stare ljudi. Kmalu so sledili drugi kraji po Slovenskem: azilski zavod v

Kamniku, v Mariboru in Celju, na Ptuj ter v Gorici. Službo so izvajali redovniki, ki so primarno zdravili plemstvo in veljake po mestih in trgih, krščanska etika in redovniška pravila pa so jim nalagala tudi dobrodelno skrb za preprosto ljudstvo, ki so ga zdravili brezplačno. Poleg bolnikov so tako pomoč nudili še brezdomcem, starejšim in onemoglim. Zanimiva ustanova je bil hospicij za popotnike v Špitaliču v kamniškem okraju, kjer so poleg popotnikov zdravili tudi onemogle in brezdomne stare ljudi.

V 14. in 15. stoletju so začeli po Evropi in tudi na našem ozemlju najprej nastajati špitali (Flaker, 1998). Ti so bili primarno namenjeni tujcem, prišlekom in popotnikom, ki so bili potrebni pomoči, vendar so sestavljali velik del oskrbovancev tudi stari in kronično bolni ljudje. Ko so se od poznega srednjega in zgodnjega novega veka dalje začele v Evropi družbene razmere spreminjati, se je začelo povečevati število prebivalstva, hkrati pa je naraslo število brezposelnih in revnih. Po izbruhih kužnih bolezni, vojnah, lakoti in naravnih nesrečah je število brezdomcev, beračev in revežev ter onemoglih starih ljudi naraslo (Anžič, 2002).

V obdobju hitro naraščajoče industrializacije se je meščanska družba odzvala z ustanavljanjem zaprtih ustanov za razne deprivilegirane družbene skupine. Pri nas jih zasledimo že pred 19. stoletjem, zlasti pa po drugi svetovni vojni (Mali, 2008). Zato tudi današnja pretežno institucionalna skrb za starejše ljudi pri nas ni presenetljiva, saj je vezana na značilnosti, ki izvirajo iz kulturnega in zgodovinskega okolja in je odraz že takrat ustaljene tradicionalne oskrbe za starejše. Institucije, kjer so v preteklosti skrbeli za stare ljudi, so vključevale ubožnice, hiralnice in špitale (Anžič, 2002; Flaker, 1998; Mali, 2008).

Ubožnice so bile institucije, kjer so skrbeli za ubožne ljudi, ki si kljub delu niso uspeli urediti osnovnih življenjskih razmer in priskrbeti ustreznih življenjskih potrebščin. Prve so začeli ustanavljati sredi 18. stoletja in so ponujale hrano in prenočišče revnim. Tukaj so brezplačno namestitev in hrano dobili odrasli in mladoletni, na razpolago pa je bila tudi zdravniška pomoč. Starost oskrbovancev ni bila določena, to pomeni, da so lahko sem prihajali tudi starejši. Stanovalci so v teh ustanovah lahko živeli različno dolgo. Prepovedano jim je bilo beračenje po mestu, v ubožnici pa so morali delovati v edinosti, si med seboj pomagati in sami opravljati hišna opravila (Anžič, 2002; Mali, 2008).

Oskrba v hiralnicah je bila namenjena neozdravljivo bolnim in onemoglim. V Ljubljani je bila hiralnica pod okriljem deželnih dobrodelnih zavodov ustanovljena že leta 1811; ti so pokrivali tudi njene finančne izdatke, njena lokacija pa se je po ustanovitvi večkrat spreminjala. V njej so bivali bolniki, ki zaradi neozdravljivih bolezni niso bili primerni za bolnišnično zdravljenje. Sprva so imeli namestitev v špitalu, vendar se je pritisk na špitale zaradi bolnih zelo povečal in so zato te ljudi preselili v hiralnice, da so lahko sprostili namestitve in zdravljenje bolnikov z ozdravljivimi obolenji. Bolnišnična oskrba je bila v špitalih mogoča le za tiste neozdravljivo bolne ljudi, ki se jim je zdravstveno stanje hitro slabšalo, saj

so bili špitali za takšno oskrbo vseeno bolj specializirani kakor hiralnice. Tukaj se že kaže prva segregacija in specializacija ustanov na takšne, kot jih poznamo danes (Anžič, 2002; Mali, 2008).

Špitali sodijo med najstarejše dobrodelne ustanove, ki so jih kot po Evropi začeli ustanavljati že v 12. stoletju. Zgrajeni so bili v bližini prometnih poti, v mestih, ob prelazih in romarskih poteh. Sprva so to bila zavetišča za telesno in duševno prizadete, nudili pa so prenočišče tudi revnim, romarjem in popotnikom. Njihova vloga se je skozi čas spreminjala. V visokem srednjem veku so bili namenjeni predvsem revnim, v poznem srednjem veku pa je bila glavna naloga poleg oskrbe revnih tudi nega bolnih in starejših ljudi ter sirot. Na razpolago je bila tudi občasna zdravstvena oskrba. Špitali so imeli z oskrbo svojih varovancev predvsem socialno funkcijo, od 16. stoletja dalje pa je zanje vse bolj postajala značilna večfunkcionalnost, nazadnje pa so svoje ime prepustili medicinskim ustanovam. Ustanovitelji špitalov so bili na začetku menihi, kasneje pa tudi posvetna oblast, vladarji, deželni gospodje, knezi in bogati posamezniki. Na Slovenskem je v večjih mestih delovalo več špitalov, najstarejši so bili v Škofji Loki, Ljubljani, Kamniku, Komendi, ki so skrbeli tudi za stare ljudi, predvsem obubožane stare meščane in starejše ljudi iz okoliških vasi, ki so gravitirale v večja mesta s špitali. Kljub zgodnjemu začetku dobrodelništva in nastanku samostanskih skupnosti v slovenskem prostoru pa prve prave predhodnike današnjih domov za starejše zasledimo v 19. stoletju. Te ustanove so trdno zaznamovale institucionalno oskrbo starejših ljudi do današnjih časov. Zato se je več kot stoletje oskrba starejših izvajala skoraj izključno v domovih in je v veliki meri tako še danes (Anžič, 2002; Flaker, 1998; Mali, 2008).

Proti koncu 19. stoletja so se dobrodelne ustanove vse bolj spreminjale in specializirale ter postajale podobne današnjim domovom za starejše. Spreminjala pa se je tudi sestava njihovih oskrbovancev. Socialno skrb so prevzemale občine in jim namenjale 6 do 8 % sredstev iz svojega proračuna, pri čemer je bil obseg sredstev odvisen od gospodarske razvitosti in velikosti občine, ki je imela take institucije pod svoji okriljem. Zato ni presenetljivo, da so imele podeželske občine, ki so imele velik delež kmečkega prebivalstva, več težav s financiranjem. Socialne težave starejših prebivalcev so reševali z dobrodelnimi dejavnostmi, saj je bila socialna podpora zelo nizka. Namestitve v zavetiščih za starejše in onemogle na podeželju so bile omejene. Nekatero podeželske občine takih namestitev niso imele, je pa bila razvita oskrba starejših ljudi po hišah. Zaradi nizkega življenjskega standarda so morali starejši velikokrat beračiti, tudi tisti, ki so bili nameščeni v institucije takratnega časa. Socialna podpora namreč ni zadoščala za preživetje. Občine so sicer nudile različne oblike socialne pomoči, tako starejšim, ki so bivali doma kakor tistim v institucijah. To je bila denarna podpora in pomoč v dobrinah – hrani, kurjavi in obleki ter namestiti v občinskih stanovanjih in

zavetiščih. Zavarovanje za starost in onemoglost pa so pri nas uvedli leta 1937 (Kavar Vidmar, 1985; Mali, 2008).

Po drugi svetovni vojni so v ospredje prišla številna socialna vprašanja, ki so se dotikala tudi starejših in jih je država reševala bolj ali manj uspešno. Predvsem po letu 1960 so po načelih socialne gerontologije, ki je takrat vse bolj prihajala v ospredje, organizirali službe socialno-zdravstvenega varstva s ciljem, da bi starejše ljudi bolj integrirali v družbo. Priporočili so, da naj bi zdravljenje starejših potekalo v zdravstvenih ustanovah, na katere se nanaša njihova narava bolezni. Naslednji cilj je bil, da bi družba na različne načine lahko poskrbela za svoje starejše, da bi lahko ti čim dlje ostali v svojem okolju, v gospodinjstvih, kjer so do sedaj delali in živeli (Acceto, 1968; Mali, 2008). Vidimo, da je bil namen skladen z usmeritvami Svetovne zdravstvene organizacije (WHO, 2016). Ostalim, za katere to ni bilo mogoče, pa bi priskrbeli namestitev v domovih za starejše. V Sloveniji je bilo leta 1965 v domovih prostora za 1,3 % ljudi starejših od 65 let, po mednarodnih standardih pa je bil ta odstotek takrat določen na 5 %. To je bila majhna številka in bi zadoščala le v primeru dobro razvite službe, ki bi starejšim lahko pomagala izven domov, torej v skupnosti.

Ker pa je bila po vojni pri nas populacija zelo raznovrstna, v domovih niso bivali le stari ljudje, ampak pripadniki različnih starostnih skupin, ki niso imeli sredstev za preživetje (Bregant in Lončar, 2005; Mali, 2008). Po vojni je bilo brez oskrbe tudi veliko sirot, brezposelnih, bolnih, nepreskrbljenih otrok in vojnih invalidov, ki so potrebovali pomoč države. Zato takrat domovi niso reševali le geriatrične problematike, ampak tudi socialno in zdravstveno. Oblasti so njihovo stisko poskusile rešiti hitro in učinkovito, tako da so jih namestile v že obstoječe institucije, ki so bile takrat pri roki. Življenjske razmere za takratne standarde niso bile dobre, za današnje pa nesprijemljive. Nastanitve so bile urejene v starih objektih, velikokrat v graščinah in dvorcih, ki so jih preuredili za ta namen. Bivališča so bila na hitro preurejena in skromna ter le deloma adaptirana. Ponekod so si stanovalci morali sami priskrbeti posteljnino, posodo in pribor. Večina namestitev je bila lociranih daleč od mesta, na podeželju, in že s tega vidika so bili težko dostopni za oskrbo in za svojce oskrbovancev (Antlejš, 2005; Mali, 2003).

Ključni premiki na področju institucionalnega varstva starih ljudi so nastopili po drugi svetovni vojni, čemur je botrovalo več dejavnikov. Prvi je vključeval tradicijo institucionalne namestitve, ki sega več stoletij nazaj in je zato bistveno vplivala na način oskrbe starejših pri nas. Stari ljudje so že mnogo pred tem bivali v zavetiščih in ubožnicah ali v ustanovah, ki so bile podobne domovom za starejše. Drugi razlog je vpliv urbanizacije, modernizacije in hitre industrializacije, kar je spremenilo življenjski slog populacije. Tretji pomemben moment je vpliv druge svetovne vojne, ki je močno posegla v življenjski standard vseh ljudi, tudi starejših. Pri tej skupini je prišlo še posebej do znižanja življenjskega standarda, stanovanjskih težav in nerešenih vprašanj glede pravic invalidskega, socialnega

in pokojninskega zavarovanja. Četrty dejavnik pa je razvoj socialne gerontologije in izboljšav v zdravstvenem ter socialnem varstvu. Vsi ti elementi so vplivali na razvoj institucionalnega varstva za starejše ter na odnos družbe do staranja in starosti (Berger in Luckmann, 1998; Mali, 2008).

Obdobje po drugi svetovni vojni je bilo ključno za nastanek domov za starejše, kot jih poznamo danes. 70 % domov je bilo takih, ki so opravljali svojo dejavnost v obdobju 1946 do 1966, 30 % pa jih je bilo zgrajenih med letoma 1967 in 1991. Primerjava odnosov zaposlenih do uporabnikov je pokazala, da so bili odnosi pristnejši in bolj domači v prvem povojnem obdobju, kot pa v kasnejših, namensko zgrajenih domovih, ko so bili že zaposleni delavci z medicinsko in socialno izobrazbo. Domače vzdušje opisujejo celo kot pomembnejše od kvalitetne prehrane in zdravniške oskrbe. V preteklosti so prevladovala prepovedi, pravice so bile zapostavljene. Prepovedi so zajemale stanovalce in svojce. Obiskov svojcev ni bilo veliko, omejeno je bilo njihovo gibanje, čas obiska, ogled prostorov je bil možen le z dovoljenjem upravnika doma. Obiskovalci gibalno sposobnih stanovalcev pa so lahko obiskovali svojce le v dnevnem prostoru ali jedilnici. Če so bili odsotni več kot tri dni, so morali sporočiti odsotnost. Med pravicami je bila le pravica do obleke in obutve, pa še to je dodeljevala uprava na podlagi lastne presoje o tem, koliko in kakšno obleko stanovalec potrebuje. Prav tako je bil strogo prepovedan vstop v kuhinjo in druge prostore, če v njih ni bilo zaposlenih. Poudarjeno je bilo dostojno obnašanje do sostanovalcev. Prepovedano je bilo tudi kaljenje miru, prepiranje in pretepanje, najstrožja prepoved pa je veljala za čezmerno uživanje alkoholnih pijač. V današnjih domovih najdemo različne aktivnosti za stanovalce, skupinske oblike druženja in organizirane kulturne prireditve, med katerimi lahko stanovalci samostojno izbirajo glede na lastne želje in interese (Mali, 2003; 2008).

3 SODOBNI DOMOVI STAREJŠIH OBČANOV

V Sloveniji je tradicionalna družinska oskrba starejših še vedno osnovni način pomoči, saj večina starejših, ki potrebuje oskrbo in nego, živi doma (Božič Verbič, 2019). Ker pa se sodobna družina spreminja, se tudi njena vloga pri skrbi za starejše družinske člane zmanjšuje in posledično vedno več starejših ljudi živi samih. Zaradi večanja deleža starih ljudi pa se povečuje tudi potreba po njihovi namestitvi v socialne in zdravstvene ustanove.

Po drugi strani pa je v zadnjih letih ena izmed glavnih tem številnih programov po vsem svetu koncept staranja v domačem okolju, saj ima bivanje v lastnem domu številne pozitivne učinke na počutje starejših, kar lahko odloži prehod starejših v institucionalno obliko bivanja (Goriup in Lahe, 2018; Kerbler in Černič Mali, 2018). Na varno in kakovostno staranje v domačem okolju pa bi se morali tudi dobro pripraviti, saj ga je možno uresničiti le z ustrezno grajenim

bivalnim okoljem in dostopnimi podpornimi storitvami v skupnosti. Tako pa se veliko starejših sooča s številnimi ovirami, kot so previsoki pragovi v stanovanju, preozki prehodi, večnadstropne stavbe brez dvigal in oddaljenost od podpornih storitev (Model za staranje starejših v domačem bivalnem okolju v Sloveniji, 2021).

Odločitev za namestitev v institucionalno varstvo ni lahka ne za bodočega uporabnika oskrbe ne za njegove najbližje. Velikokrat je povezana z dvomi, ali je ta odločitev res nujno potrebna in najboljša rešitev. Domovi za stare ljudi so bili namreč v preteklosti in so pogosto marsikje še danes, opredeljeni kot institucije, v katerih je dobro poskrbljeno za zdravstveni in materialni vidik, zanemarjena pa sta socialno gerontološki in socialni vidik oskrbe starejših. Današnji domovi za starejše so postavljeni pred nove naloge, saj koncepti domov iz preteklosti ne ustrezajo današnjim potrebam, željam in zahtevam uporabnikov. Govorimo lahko o pojavu nove filozofije na področju opravljanja socialnih storitev, kot so pomembne posebnosti vsakega posameznika, njegove potrebe, želje, interesi, zlasti pa pravica uporabnika do izbire (Mali, 2008).

3.1 OSNOVNE ZNAČILNOSTI DANAŠNJIH DOMOV ZA STAREJŠE

Zakon o socialnem varstvu opredeljuje socialnovarstveno dejavnost preprečevanja in reševanja socialne problematike starejših v Sloveniji. Institucionalna oskrba spada med socialno varstvene storitve, ki so namenjene preprečevanju socialnih stisk in težav ter obsega vse oblike pomoči v zavodu, v drugi družini ali drugi organizirani obliki, s katerimi se upravičencem nadomeščajo funkcije doma in lastne družine. Domovi za starejše sodijo med institucionalno obliko varstva, ki starejšim omogoča bivanje, organizirano prehrano, varstvo in zdravstveno varstvo. Starejšim od 65 let, ki zaradi starosti, kroničnih bolezni, oviranosti ali nizkih finančnih prihodkov ne morejo živeti doma, pomenijo nadomestni dom. Domovi za starejše pa izvajajo tudi pomoč posamezniku in družini na domu ter naloge, ki obsegajo pripravo okolja, družine in posameznikov na starost. V domovih so na voljo tudi dodatne dejavnosti: dnevna oskrba do osem ur za starejše, ki živijo doma, oskrba in zdravstvene storitve za stanovalce oskrbovanih stanovanj, pomoč na domu in dostava hrane posameznikom, ki živijo v domačem okolju. Po podatkih Skupnosti socialnih zavodov Slovenije je bilo 1. januarja 2021 v Sloveniji 97 domov za starejše (javnih in zasebnih) s kapaciteto 19.729 mest (Domovi za starejše, 2021; Skupnost socialnih zavodov Slovenije, 2021a; Skupnost socialnih zavodov Slovenije, 2021b).

Pri želenem zavodu mora bodoči stanovalec najprej vložiti prošnjo za sprejem v institucionalno oskrbo. Ob sprejemu v oskrbo stanovalec ali njegov zastopnik in dom določita obseg in vrsto storitev oskrbe ter skleneta dogovor. Vse poteka v soglasju med njimi. Stanovalci lahko plačujejo storitve oskrbe sami ali pa s pomočjo svojcev, drugih zavezancev in občin. Cene oskrbe so oblikovane na osnovi Pravilnika o metodologiji za oblikovanje cen socialnovarstvenih storitev.

Cena oskrbnega dne je odvisna od potreb stanovalca, vrste nastanitve in dodatnih storitev. Zdravstvene storitve v domovih pa stanovalcem zagotavlja obvezno zdravstveno zavarovanje (Domovi za starejše, 2021; Skupnost socialnih zavodov Slovenije, 2021a).

Domovi morajo zagotavljati osnovne storitve, ki obsegajo bivanje, vzdrževanje prostorov in perila, organizirano prehrano in tehnično oskrbo, osebno pomoč, socialno oskrbo ter varstvo, zdravstveno nego in rehabilitacijo, osnovno zdravstveno in specialistično konziliarno dejavnost, ki jo v domovih izvajajo zdravstveni domovi ali zasebni zdravniki (Skupnost socialnih zavodov Slovenije, 2021a).

Oskrba starejših v domu je razdeljena na štiri kategorije, ki se razlikujejo glede na zdravstveno stanje ter na potrebo po pomoči in nadzoru. Oskrba I je namenjena starejšim, ki niso sposobni za popolnoma samostojno življenje in potrebujejo le manjši obseg neposredne osebne pomoči. Za osebe z zmernimi starostnimi in zdravstvenimi težavami, ki potrebujejo večji obseg neposredne osebne pomoči, je namenjena oskrba II. Osebe z najzahtevnejšimi starostnimi in zdravstvenimi težavami, ki v celoti potrebujejo neposredno osebno pomoč, so deležne oskrbe III. Ta kategorija se deli na oskrbo III a, ko osebe potrebujejo pomoč za opravljanje vseh osnovnih življenjskih potreb in III b za najtežje prizadete osebe. Oskrbo IV (oskrba oseb z demenco) potrebujejo osebe z zahtevnejšimi dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju, ki potrebujejo delno ali popolno osebno pomoč in nadzor zaradi demence ali sorodnih stanj (Skupnost socialnih zavodov Slovenije, 2021a).

3.2 MULTIDISCIPLINARNI TIM V SODOBNEM DOMU ZA STAREJŠE

Oskrba uporabnikov v domovih za starejše postaja vse bolj multidisciplinarno usmerjena in specializirana, kar zahteva sestavo ekipe, ki bo lahko uporabnikom zagotovila kakovostno nego, oskrbo in preživljanje časa v domu. Vključuje vse več inovacij in uporabo novih tehnologij, ki timu olajšajo delo, uporabnikom pa zagotavljajo kakovostnejšo oskrbo. Pri vzpostavitvi tima za oskrbo se postavlja veliko vprašanj, od strokovnih do organizacijskih. Eno od pomembnih vprašanj je velikost tima oziroma število potrebnega osebja, ki bo na razpolago za kvaliteto oskrbo in za izpolnitev posebnih potreb oskrbovancev, od katerih ima vsak drugačne želje in potrebe (de Castro Villas Bôas in Shimizu, 2015; Thorsell idr., 2010).

Zdravstvena nega vključuje skrb za ohranjanje zdravja, preprečevanje bolezni ter skrb za fizično in duševno bolne in invalide. V okviru zdravstvene dejavnosti izvajajo domovi upokojencev zdravstveno nego, oskrbo in rehabilitacijo. Delo poteka 24 ur na dan vse dni v letu. Stanovalci imajo zagotovljeno individualno zdravstveno nego in oskrbo. Medicinska sestra načrtuje proces zdravstvene nege. Negovalni tim je sestavljen iz diplomiranih medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov, bolničarjev in bolniških strežnic. Zdravnik v domu navadno ni prisoten

in ga pokličejo glede na potrebe stanovalcev. So pa stalno prisotne medicinske sestre in tehniki, ki lahko poskrbijo za tekoče zdravstvene težave. Znano je namreč, da ima večina starejših stanovalcev tudi kronične bolezni, zaradi katerih je potrebno stalno spremljanje in zdravljenje (De Castro Villas Bôas in Shimizu, 2015; Mali, 2008).

V rehabilitacijske postopke se skupinsko in individualno vključujejo delovni terapevti in fizioterapevti. Glavni cilj fizioterapevtske obravnave je motorična rehabilitacija za zdravljenje večjih posledic številnih bolezni, ki so pogoste v obdobju staranja, kot so posledice možganske kapi, osteoartritisa, bolezni srca in ožilja, dihalnih težav in zlomov, predvsem tistih, ki nastanejo kot posledica poškodbe. Respiratorni fizioterapevti sodelujejo pri aktivaciji in spodbujanju dihalnih aktivnosti predvsem pri uporabnikih, ki so vezani na posteljo. Dietetiki skrbijo za ustrezen vnos hranil in dnevno kalorično pokritost, saj je znano, da se s staranjem kalorične potrebe organizma spreminjajo, absorpcija hranil v prebavilih se zmanjša, spremeni se tudi občutek za lahkoto in žejo in zato je nedohranjenost pri starejši populaciji velik problem, tudi pri tistih, ki so vključeni v domsko oskrbo. Delovna terapija skrbi za rehabilitacijo in aktivacijo tistih starejših, ki so se zdravili zaradi različnih poškodb lokomotornega aparata ali po boleznih živčevja. Namen je ponovno priučiti oskrbovance, da bi lahko čim bolj samostojno opravljali vsakdanja opravila ali vsaj nekatera od njih. To področje sodi sicer bolj na rehabilitacijski nivo in je izjemnega pomena v rehabilitacijskih ustanovah, v domovih za starejše pa koncept delovnega terapevta šele uvajajo in se bo najverjetneje razvil v prihodnjih letih (Loganathan idr., 2011; Thorsell idr., 2010).

Psihologi in psihoterapevti so prav tako del multidisciplinarnega tima, vendar sta ta dva profila precej specializirana in ju vsi domovi nimajo. Najbrž bosta postala stalen del skupine v prihodnosti, saj se potreba po teh strokovnjakih pri delu s starejšimi povečuje. Ker se struktura stanovalcev nenehno spreminja, se kaže potreba po čedalje zahtevnejši oskrbi in negi (Loganathan idr., 2011).

3.3 GOSPODINJSKE SKUPINE

Najsodobnejša oblika oskrbe in nege v domovih poteka po principu gospodinjskih skupin. Gospodinjske skupine so manjše skupine za sobivanje starostnikov v zaokroženem bivalnem prostoru. Posamezniki si delijo dnevna opravila in skrbijo drug za drugega, istočasno pa imajo ohranjeno svojo individualnost in zasebnost. Pomen gospodinjskih skupin je v aktivnem in organiziranem preživljanju prostega časa ter boljšem povezovanju stanovalcev, ki bivajo v določeni skupini. Tak način dela omogoča individualni pristop, upošteva želje, potrebe in sposobnosti posameznika. V gospodinjski skupini je ves čas prisotna gospodinja, ki ustvarja občutek domačnosti med stanovalci, jim pomaga pri jutranjem urejanju in aktivnostih. Pri vseh dnevni opravilih lahko stanovalci sodelujejo glede

na svoje zmožnosti in želje. V gospodinjske skupine se vključujejo tudi ostali zdravstveni in strokovni delavci, svojci, prostovoljci. Medicinska sestra skrbi za terapijo in zdravstvene ter negovalne postopke. Zdravstveno-negovalna služba je povezana z vsemi ostalimi službami v domu. Stanovalci imajo zagotovljeno osnovno zdravstveno varstvo, ki ga navadno izvaja bližnji zdravstveni dom, občasno prisotnost zdravnika v domu in zdravniško pomoč dežurnega zdravnika. V dom redno prihajajo tudi drugi specialisti (psihiater, fiziater ...). Gospodinjske skupine so prijaznejša oblika bivanja in oskrbe starejših ljudi v instituciji (Mali, 2008; Winter in Imperl, 2010).

3.4 MEDICINSKA IN SOCIALNA USMERJENOSTI DOMOV

Socialno in medicinsko usmerjenost doma za starejše sestavlja več dimenzij: 1.) splošne in strukturne značilnosti ustanove (velikost ustanove, notranja ureditev, lokacija, zaprtost pred zunanjim svetom), 2.) medsebojni odnosi med subjekti, ki v ustanovi živijo, delajo ali stopajo vanjo za določen čas (sodelovanje, podpora, spontanost), 3.) osebni razvoj stanovalcev (avtonomija, praktična usmeritev, izražanje čustev, usmeritev na osebne probleme) in 4.) ohranjanje ter spreminjanje sistema delovanja ustanove (red in organizacija, jasnost programa, kontrola zaposlenih). Za današnje domove je značilno prehajanje med medicinsko in socialno usmerjenostjo.

Splošne in strukturne značilnosti: glavna značilnost domov za starejše je, da je življenje velikega števila ljudi omejeno na en sam prostor. Velikokrat so domovi grajeni kot bolnišnice, z dolgimi hodniki, različnimi oddelki, večposteljnimi sobami, ločenimi prostori za osebje in stanovalce ter skupnimi prostori. V interesu institucionalne oskrbe je ekonomična izraba prostora in zadovoljitev osrednjega cilja – skrb za množico ljudi. Takšna podoba kaže na medicinsko usmerjenost doma. V instituciji je večina prostorov večfunkcionalnih. V svoji sobi stanovalec spi, sprejema obiske, opravlja higienske potrebe. Tudi skupni prostori so večfunkcionalni. Jedilnica ni namenjena le prehranjevanju, v njej se odvijajo tudi prireditve, praznovanja, obiski in podobno. Uporaba manjših prostorov in njihovo ustrezno poimenovanje kaže na socialno usmerjenost domov. V socialno usmerjenih domovih je bivanje prilagojeno posameznikovemu odločanju o videzu sobe, opremi, čiščenju in pospravljanju. Zelo pomembna je lokacija institucije. Domovi za starejše, ki so slabo dostopni in oddaljeni od večjih mest, ali pa so celo v starih in slabo vzdrževanih objektih, odražajo zapostavljenost stanovalcev (Mali, 2008).

Medsebojni odnosi odražajo pričakovanja stanovalcev in osebja do življenja v instituciji. Za medicinsko usmerjene domove niso bistveni medsebojni odnosi, ampak generaliziranje medicinske oskrbe in medicinska doktrina, ki za svojo dejavnost ne potrebuje sodelovanja in podpore v medsebojnih odnosih. Na drugi strani pa socialna usmeritev institucije temelji na medsebojnih odnosih

in sodelovanju. Stanovalci pridejo v dom s subjektivnimi problemi in družbeno definirano vlogo, naletijo pa na institucionalni sistem oskrbe, ki jim ni blizu. Ena izmed prilagoditev posameznika je, da postane povsem pasiven, kar je lahko sprejemljivo za institucijo in osebje, saj ustreza profesionalnim zahtevam osebja in institucionalni usmerjenosti doma. V hierarhiji moči je osebje nadrejeno stanovalcem in od njih pričakuje prilagajanje zahtevam institucije in osebja. Kadar lahko stanovalci živijo čim bolj neodvisno od pravil institucionalne ureditve, je več priložnosti za navezovanje medčloveških odnosov, sožitje, ljubezen in sodelovanje med stanovalci in zaposlenimi. Med stanovalci, delavci in svojci je potrebno vzpostaviti dialog, ki je varen za vsakogar in v katerem je mogoče izraziti nezadovoljstvo brez strahu pred posledicami. V današnjih domovih za starejše je kljub pravilom hišnega reda življenje dokaj prilagojeno individualnim zahtevam posameznika. Razen uveljavljenih časovnih razporeditev obrokov hrane, izvajanja oskrbe, plačevanja storitev in oblike bivanja, se lahko uporabnik dogovarja z osebjem. Samostojna skrb za samega sebe je zaželeno, saj razbremeni osebje in ohranja stanovalce čim dlje aktivne (Mali, 2003; Milošević Arnold, 2004).

Posameznik lahko doživlja življenje v instituciji kot smiselno, če ima kontrolo nad svojim življenjem. V domovih za starejše pa je vprašanje kontrole nad ravnanjem pogosto v rokah osebja, ki vidi svojo vlogo v nadziranju in kontroliranju stanovalcev. Tako so pogosto zanemarjene pravice stanovalcev do zasebnosti, avtonomnega sprejemanja odločitev in osebne odgovornosti, v ospredju pa je zadovoljevanje medicinskih ciljev oskrbe, kot so hranjenje, odvajanje, kopanje. Stari ljudje potrebo po avtonomiji velikokrat uravnotežijo z zadovoljstvom z oskrbo (Mali, 2008; Peace, 1998).

Ohranjanje in spreminjanje sistema za dobro sožitje stanovalcev in zaposlenih je pomembna filozofija institucije. Ta lahko obravnava posameznika kot objekt, ki ga je treba nahraniti in urediti, ali pa uporablja individualni in na uporabnike osredotočen model oskrbe. Za boljšega se je izkazal slednji, saj daje starejšim možnost izbire in samostojnega odločanja o svojem življenju, s tem pa je omejena tudi moč zaposlenih nad življenjem stanovalcev. Pomembno je, da imajo stanovalci vpliv na dogajanje v domu in na tiste dejavnike, ki oblikujejo njihovo življenje. Za medicinsko usmeritev doma je značilna prevlada institucionalnih pravil nad potrebami stanovalcev, medtem ko socialna usmeritev med njimi vzpostavlja ravnovesje. Dnevna rutina osebja je omejena na določena opravila, na doseganje objektivnih kazalcev dela, ne glede na želje, interese in potrebe stanovalcev. Delo temelji na hierarhični strukturi zaposlenih in je organizirano po načelih birokratskega dela. V socialno usmerjenih institucijah je velik poudarek na delitvi moči med strokovnjakom in stanovalcem, strokovnjaki so predvsem pozorni na uporabo svoje strokovne in institucionalne moči, še posebej v smislu zlorabe. Na ravni medosebnih odnosov pa so pozorni na poseganje v avtonomijo stanovalcev in preprečevanje teh posegov ter ustvarjajo razmere za

zagotavljanje avtonomije. Kadar je institucija usmerjena le na skrb in pomoč za stare ljudi, temelji na predpostavki, da je obstoječa pomoč najprimernejša, da so starejši zaradi bolezni nesamostojni in da niso sposobni sprejemati odločitev. S tem razvrednotijo znanje in izkušnje starejših, strokovna pomoč pa temelji le še na definiranju potreb starega človeka in določanju paketa storitev (Agich, 2003; Mali, 2008).

4 INOVACIJE V DOMOVIH ZA STARE LJUDI

V Sloveniji je sistem oskrbe kljub dolgi tradiciji prizadevanj za prehod v skupnost še vedno izrazito institucionalen. Sistem financiranja, kultura oskrbe in pomanjkljivo integriran sistem storitev omogočajo skupnostno oskrbo predvsem tistim z manj intenzivnimi potrebami. Intenzivne storitve po osebni meri so bodisi premalo razvite (osebna asistenca, osebni načrti in paketi storitev) bodisi neustrezno regulirane in premalo intenzivne (oskrba na domu, terensko delo). Tudi pri skupnostnih storitvah je zaslediti pomanjkanje raznovrstnosti (prevladujejo dnevni centri in stanovanjske skupine) (Flaker, 2015; Mali idr., 2018).

V domovih za starejše je danes poudarek na zagotavljanju kakovosti storitev in uresničevanju nacionalne strategije socialnega varstva v smislu individualizirane obravnave uporabnikov in njihovem vključevanju v izvajanje in načrtovanje oskrbe ter povečanju njihove samostojnosti. V socialnem varstvu morajo biti inovacije zasnovane tako, da vključijo uporabnike, okrepijo njihov vpliv in moč v samem procesu inoviranja in delovanju inovacije kot tudi nasploh v življenju. Lahko se pojavljajo na mikro (osebni) ravni kot spreminjanje shem osebnih storitev ali uvajanje novih storitev, na mezo ravni kot nove oblike organiziranja dejavnosti socialnega varstva (npr. skupnostnih), in na makro ravni kot systemske inovacije oziroma spremembe, ki spreminjajo sistem (npr. uvajanje dolgotrajne oskrbe). V tem trenutku so zlasti pomembne systemske inovacije uvajanja novih paradig, zlasti dolgotrajne oskrbe in prehoda v skupnost (deinstitucionalizacija). Individualizacija obravnave posameznikov, pomen inovativnosti in stalnega uvajanja izboljšav v programih in storitvah socialnega varstva, spodbujanje usmerjenosti na rezultate, ki koristijo posameznikom, pomen aktivne vloge uporabnikov pri definiranju lastnih potreb, njihovo sodelovanje pri razvoju, načrtovanju in izvajanju programov in storitev, so glavne opredelitve nacionalne strategije socialnega varstva (Mali, 2008; Mali idr., 2018).

Splošen političen trend v Evropi je preoblikovanje tradicionalnih institucionalnih oblik oskrbe starih ljudi v skupnostne. Dejstvo je, da morata v 21. stoletju obstajati obe obliki. Institucionalna oskrba kot oblika dolgotrajne oskrbe z namestitvijo ne more zadovoljiti vseh potreb starih ljudi, zato potrebujemo v Sloveniji vlaganje v razvoj skupnostne oskrbe. Prehod k skupnostnim oblikam oskrbe zahtevajo tudi slovenski programski dokumenti. Že Strategija varstva starejših

do 2010 je predvidevala razvoj dnevnega varstva, oskrbovanih stanovanj, oskrbe na domu, začasnih namestitvev in medgeneracijskega sodelovanja. Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva 2013-2020 še bolj eksplicitno zahteva prehod k skupnostnim oblikam oskrbe. Resolucija med načeli izvajanja socialnega varstva predvideva individualizirano obravnavo, med vodili za izvajanje programov in storitev pa izpostavlja razpoložljivost (širok nabor storitev), dostopnost, povezovanje s skupnostjo, prilagojenost potrebam uporabnikov, spoštovanje pravic in dostojanstva uporabnikov, vključevanje uporabnikov v odločanje in krepitev moči (Mali idr., 2018).

Tudi prihodnost oskrbe v današnjih domovih za starejše je v zagotavljanju poteka deinstitutionalizacije, vendar ne v smislu popolne izpraznitve ustanov, saj pri nas zaradi kompleksnosti in intenzivnosti oskrbe, ki jo povzročajo težave v starosti, pa tudi zaradi manj izkušenj z inovacijami na tem področju, vsaj za zdaj potrebujemo tudi oskrbo z nastanitvijo. Zato bo potrebno okrepiti skupnostno oskrbo in omejiti institucionalizacijo ob sočasnem spreminjanju oblik nastanitvene oskrbe starih ljudi. Tako številni domovi že danes skrbijo za celostno oskrbo starih ljudi, jim zagotavljajo pomoč v domačem okolju, omogočajo dnevno varstvo, v nekaterih lokalnih okoljih pa že postajajo gerontološki centri za zagotavljanje celostne oskrbe starih ljudi. V izvajanju institucionalne oskrbe je viden premik iz velikih oddelkov v manjše bivalne enote in gospodinjske skupine, s čimer se uvaja socialno usmerjen koncept oskrbe (Flaker idr., 2015; Mali idr., 2018).

5 INOVATIVNE DOBRE PRAKSE

Razvoj sodobne dolgotrajne oskrbe v Evropi in tudi že pri nas se kaže v inovativnih dobrih praksah. Za sodobne modele je značilno, da je sistem dolgotrajne oskrbe integriran in skupnosten, predvsem pa se razvija v smeri skupinskega sožitja.

Izmed različnih primerov uspešnih modelov sodobnega razvoja dolgotrajne oskrbe v Evropi izstopa bielefeldski model v severni Nemčiji. Bielefeld z okolico, ki šteje pol milijona prebivalcev, je v zadnjega četrto stoletja razvil celostni model integrirane oskrbe na domu in v majhnih oskrbovalnih enotah po mestnih soseskah. Zaradi ekonomičnosti stroškov, vključevanja skupnosti, številnih programov in arhitekturnega razvoja sosesk je postal prijazen ne le starejšim, temveč tudi mladim družinam. Za osebe, ki rabijo pomoč in postrežbo, so zgradili čez 500 servisiranih stanovanj, grajenih brez ovir. V enem izmed stanovanjskih objektov je v krogih s premerom 1.000 metrov ambulanta služba, ki nudi nego in oskrbo stanovalcem servisiranih stanovanj 24 ur na dan. Celoten razvoj gre v smeri deinstitutionalizacije, vendar ne z odpravo institucij, temveč s povezovanjem vseh generacij (Winter in Imperl, 2010).

Pri nas se je začel od leta 2017, ob razpisu za koncesije domov za stare ljudi, uresničevati model Grozd majhnih občinskih domov v okviru projekta Model dolgotrajne oskrbe v lokalni skupnosti. Oblikujejo ga družba FIRIS IMPERL d.o.o. in Inštitut Antona Trstenjaka v sodelovanju z ducatom slovenskih občin. Model integrirane dolgotrajne oskrbe v lokalni skupnosti se vzpostavlja po konceptu krajevnega medgeneracijskega središča. Celovita krajevna mreža za dolgotrajno oskrbo in preventivna pomoč za čim daljše samostojno življenje sta osredotočena ob majhnem krajevnem domu, ki deluje v organizacijski celoti velikega grozda ducata takih občinskih domov po Sloveniji. Koncept njihovega delovanja sta četrta generacija domov, ki deluje na principu majhnih gospodinjskih skupin, in peta generacija, ki deluje na principu intenzivne vključenosti v skupnost ter vključevanja skupnosti v delovanje doma. Sistem vključuje polno institucionalno oskrbo, pomoč na domu, storitve javne mreže, vodenje krajevne mreže neformalnih oskrbovalcev ter delovanje organizirane prostovoljske mreže (Ramovš, 2020).

6 ZAKLJUČEK

Institucionalna oskrba starejših ljudi je zapleten sistem, ki se bo moral z razvojem družbe in spreminjanjem razmer v prihodnosti še bolj temeljito preoblikovati, da bo lahko postal do uporabnikov prijazen in raznolik, tako kakor so raznolike njihove potrebe in življenjske poti. Zato je pri iskanju rešitev potrebno upoštevati čim širši spekter mnenj in pogledov, tudi tistih s strani uporabnikov. Demografske spremembe in raznolikost družbenega življenja namreč ne dopuščajo, da bi lahko še naprej vztrajali pri sistemih, ki ne omogočajo učinkovitega in kvalitetnega izvajanja storitev oskrbe starejših. Poraja se vse več izzivov za varno, kvalitetno in aktivno starost, zato je čas za dogovor o rešitvah, ki bi omogočale dostopen, vzdržen in prilagodljiv sistem, ki bi lahko zadovoljil širok spekter potreb starejših. Za tak sistem, ki bo prijazen do uporabnikov in izvajalcev, pa bodo potrebna skupna prizadevanja vseh udeležениh v institucionalnem varstvu.

LITERATURA

- Acceto, B. 1968. *Starost, staranje in starostno varstvo*. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije.
- Agich, G. J. 2003. *Dependence and Autonomy in Old Age*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Antlejš, U. 2005. *Razvoj doma za stare ljudi v Velenju*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Anžič, Sonja. 2002. *Skrb za uboge v deželi Kranjski*: socialna politika na Kranjskem od srede 18. stoletja do leta 1918. Ljubljana: Zgodovinski arhiv Ljubljana.
- Aronoff-Spencer, Eliah, Padideh Asgari, Tracy L. Finlayson, Joseph Gavin, Melinda Forstey, Gregory J. Norman, Ian Pierce, Carlos Ochoa, Paul Downey, Karen Becerra in Zia Agha. 2020. A comprehensive assessment for community-based, person-centered care for older adults. *BMC Geriatr* 20(1): 193. Dostopno na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7275322/pdf/12877_2020_Article_1502.pdf (10. april 2021).
- Baltes, Maragret M. in Laura L. Carstensen. 1996. The process of successful aging. *Aging and Society* 16: 397-422.
- Berger, P. L. in T. Luckmann. 1998. *Družbena konstrukcija realnosti*. Ljubljana: Cankarjeva založba.

- Božič Verbič, Ana. 2019. *Mednarodni dan starejših. Skoraj vsak peti prebivalec Slovenije je starejši od 65 let*. Dostopno na: Mednarodni dan starejših (stat.si) (1. maj 2021).
- Bregant, V. in M. Lončar. 2005. *Zgodovina socialnega dela v domu upokojenцев Dr. Franceta Bergelja Jesenice*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- British Geriatric Society. 2015. *The Elderly and the Workhouse*. Dostopno na: <https://www.bgs.org.uk/resources/the-elderly-and-the-workhouse> (13. april 2021).
- Brodnik, Martina. 2020. *Mednarodni dan starejših*. Čedalje več starejših (65+) ocenjuje svoje zdravstveno stanje kot dobro. Dostopno na: Mednarodni dan starejših (stat.si) (28. april 2021).
- De Castro Villas Bôas, Maria Leopoldina in Helena Eri Shimizu. 2015. Time spent by the multidisciplinary team in home care: subsidy for the sizing of staff. *Acta Paul Enferm* 28(1): 32-40.
- Dellefield, Mary Ellen in Kirsten Corazzini. 2015. Comprehensive Care Plan Development Using Resident Assessment Instrument Framework: Past, Present, and Future Practices. *Healthcare* 3: 1031-1053.
- Denham, Michael. 2006. The Surveys of Birmingham 'Chronic Sick' Hospitals 1948-1961. *Social History of Medicine* 19: 279-293.
- Denham, Michael. 2016. *A Brief History of the Care of the Elderly*. British Geriatric Society. Dostopno na: <https://www.bgs.org.uk/resources/a-brief-history-of-the-care-of-the-elderly> (25. april 2021).
- Domovi za starejše*. 2021. Dostopno na: Domovi za starejše | GOV.SI (2. maj 2021).
- Flaker, Vito. 1998. *Hrastovski anali za leto 1988*. Ljubljana: RK ZSM.
- Flaker, Vito. 2015. *Prispevki k taksonomiji socialnega dela in varstva*. 1. del. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Flaker, Vito, A. Rafaelič, S. Bezjak, V. Dimovski, K. Ficko, D. Fojan, V. Grebenc, A. Kastelic, J. Mali, A. Ošljaj, J. Pfeiffer, J. Ramovš, S. Ratajc, I. Suhadolnik, M. Urek in N. Žitek. 2015. *Priprava izhodišč dezinstitutionalizacije v Republiki Sloveniji*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Fleming, Anne, Angela Kydd in Sally Stewar. 2017. Care homes: The developing ideology of a homelike place to live. *Maturitas* 99: 92-97.
- Goriup, Jana in Danijela Lahe, 2018. *Poglavja iz socialne gerontologije*. Maribor: AMEU – ECM, Alma Mater Press.
- Kavar Vidmar, A. 1985. *Socialna politika in socialno delo v samoupravni socialistično družbi: Poročilo o delu za leto 1985*. Ljubljana: Univerza Edvarda Kardelja v Ljubljani, Višja šola za socialne delavce v Ljubljani.
- Kerbler, Boštjan in Barbara Črnič Mali. 2018. Bivanje starejših ljudi in prilagajanje grajenega okolja za funkcionalno ovirane. *Kakovostna starost* 21(1): 1-9.
- Loganathan, M., S. Singh, B. D. Franklin, A. Bottle in A. Majeed. 2011. Interventions to optimise prescribing in care homes: systematic review. *Age Ageing* 40(2): 150-2.
- Mali, Jana. 2003. *Domovi za stare kot totalne institucije*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede in Fakulteta za socialno delo.
- Mali, Jana. 2008. *Od hiralnic do domov za stare ljudi*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Mali, Jana, Vito Flaker, Mojca Urek in Andreja Rafaelič. 2018. *Inovacije v dolgotrajni oskrbi: primer domov za stare ljudi*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Mathers, Colin D., Gretchen A. Stevens, Ties Boerma, Richard A. White in Martin I. Tobias. 2015. Causes of international increases in older age life expectancy. *Lancet* 385(9967): 540-548.
- McDonnell, Lorenzo, Brian Ros, David Bogataj in Marta Kavšek. 2015. *Dolgotrajna oskrba: izzivi in priložnosti*. Ljubljana: MEDIFAS in Skupnost socialnih zavodov. Dostopno na: http://www.ssz-slo.si/wp-content/uploads/2017/05/Dolgotrajna_oskrba_MEORL_19.pdf (28. april 2021).
- Milošević Arnold, Vida. 2004. *Socialno delo s starimi ljudmi*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Model za staranje starejših v domačem bivalnem okolju v Sloveniji*. 2021. Dostopno na: Domov (uirs.si) (6. maj 2021).
- Morilla-Herrera, Juan Carlos, Silvia Garcia-Mayor, Francisco Javier Martí 'n-Santos, Shakira Kaknani Uttumchandani, A 'lvoro Leon Campos, Jorge Caro Bautista in Jose ' Miguel Morales-Asencio. A systematic review of the effectiveness and roles of advanced practice nursing in older people. *Int J Nurs Stud* 53: 290-307.
- Morley, John E. 2004. A Brief History of Geriatrics. *Journal of Gerontology* 59(11): 1132-1152.

- Partridge, Linda, Joris Deelen in P. Eline Slagboom. 2018. Facing up to the global challenges of ageing. *Nature* 561(7721): 45-56.
- Peace, S. M. 1998. *Caring in place*. V Care Matters, ur. A. Brechin, J. Walmsley, J. Katz in S. Peace, 107-125. London: Sage Publications.
- Ramovš, Jože. 2020. *Integrirana dolgotrajna oskrba*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje.
- Ramovš, Jože. 2013. *Staranje v Sloveniji: raziskava o potrebah, zmožnostih in stališčih nad 50 let starih prebivalcev Slovenije*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje.
- Robbins, Timothy David, Sarah N. Lim Choi Keung in Theodoros N. Arvanitis. 2018. E-health for active ageing; A systematic review. *Maturitas* 114: 34-40.
- Rogelj, Valerija, Eneja Drobež, Marta Kavšek in David Bogataj. 2019. Capacity Planning for Ambient Assisted Living. *IFAC-PapersOnLine* 52(19): 265-270.
- SHARE – Raziskava o zdravju, procesu staranja in upokojevanja v Evropi. Dostopno na: SHARE - Raziskava o zdravju, procesu staranja in upokojevanju v Evropi (share-slovenija.si) (1. november 2021).
- Skupnost socialnih zavodov Slovenije. 2021a. *Splošno o domovih za starejše*. Dostopno na: <http://www.ssz-slo.si/splosno-o-domovih-in-posebnih-zavodih/> (28. april 2021).
- Skupnost socialnih zavodov Slovenije. 2021b. *Pregled kapacitet in pokritost institucionalnega varstva starejših in posebnih skupin odraslih*. Dostopno na: Pregled kapacitet in pokritost institucionalnega varstva starejših in posebnih skupin odraslih - SSZ (ssz-slo.si) (28. april 2021).
- SURS. 2021. Dostopno na: <https://www.stat.si/statweb> (15. november 2021).
- Thomson, David. 1983. *Workhouse to nursing home: residential care of elderly people in England since 1840*. Dostopno na: <https://www.cambridge.org/core/terms>. <https://doi.org/10.1017/S0144686X00009831> (25. april 2021).
- Thorsell, K. B., B. M. Nordstrom, L. Fagerstrom in B. V. Sivberg. 2010. Time in care for older people living in nursing homes. *Nurs Res Pract*. Dostopno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21994810/> (25. april 2021).
- Urtamo, Annele, Satu K. Jyväkorpi in Timo E. Strandberg. 2019. Definitions of successful ageing: a brief review of a multidimensional concept. *Acta Biomed* 90(2): 359-363.
- Warren, Marjory W. 1948. The Evolution of a Geriatric Unit. *Geriatrics* 3: 42-50.
- Winter, Hans-Peter in Franc Imperl. 2010. Oskrba starejših – mora ali izziv jutrišnjega dne. *Kakovostna starost* 13(1): 90-102.
- World Health Organization. 2016. World Health Organization & UN-Habitat. Global report on urban health: equitable healthier cities for sustainable development. Dostopno na: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/204715> (28. april 2021).

Naslov avtorjev:

Lidija Gradišnik, Inštitut za biomedicinske vede, Medicinska fakulteta Maribor, Taborska 8, 2000 Maribor in AMEU-ECM, Slovenska 17, 2000 Maribor. E-naslov: lidija.gradisnik@um.si

Tomaž Velnar, Klinični oddelek za nevrokirurgijo, UKC Ljubljana, Zaloška 7, 1000 Ljubljana. E-naslov: tvelnar@hotmail.com