

sociaino delo

S

Fakulteta za socialno delo, Univerza v Ljubljani

letnik 52 – februar 2013 – št. 1

Izdajatelj
Fakulteta za socialno delo Univerze v Ljubljani
Vse pravice pridržane

Urednik
Bogdan Lešnik

Uredniški odbor
Lena Dominelli, Srečo Dragoš
Tamara Rape Žiberna
Mojca Urek, Darja Zaviršek

Pomočnik uredništva
Borut Petrovič Jesenovec

In memoriam
Jo Campling

Uredniški svet
Gabi Čačinovič Vogrinčič, Bojan Dekleva
Vito Flaker, Andreja Kavar Vidmar, Zinka Kolarič
Anica Kos, Blaž Mesec, Zdravko Mlinar
Marija Ovsenik, Jože Ramovš, Tanja Rener
Bernard Stritih, Nada Stropnik

Naslov
Topniška 31, 1000 Ljubljana
tel. (01) 2809260, faks 2809270
socialno.delo@fsd.uni-lj.si
www.fsd.uni-lj.si/sd

Spletna stran
www.fsd.uni-lj.si/sd

Subvencije
Javna agencija za knjigo Republike Slovenije

Tisk
Tiskarna Pleško, Ljubljana

Naročnina (cena letnika)
za pravne osebe € 75,00
za fizične osebe € 36,22 (študentje € 31,69)

Oblikovanje
Jaka Modic

Vključenost v podatkovne baze
International Bibliography of the Social Sciences
Linguistics & Language Behavior Abstracts
Mental Health Abstracts
Social Planning/Policy & Development Abstracts
Sociological Abstracts
Studies on Women Abstracts

Časopis izhaja dvomesečno, začenši s februarjem.

Vodila, kako pripraviti in predložiti prispevek za objavo, se nahajajo na spletnih straneh časopisa.

TEMATSKA ŠTEVILKA:

OSKRBA STAREJŠIH V SKUPNOSTI V SLOVENIJI

Gostji urednici: Jana Mali, Valentina Hlebec

Publisher
University of Ljubljana Faculty of Social Work
All rights reserved

Editor
Bogdan Lešnik

Editorial Board
Lena Dominelli, Srečo Dragoš
Tamara Rape Žiberna
Mojca Urek, Darja Zaviršek

Assistant Editor
Borut Petrovič Jesenovec

In memoriam
Jo Campling

Advisory Board
Gabi Čačinovič Vogrinčič, Bojan Dekleva
Vito Flaker, Andreja Kavar Vidmar, Zinka Kolarič
Anica Kos, Blaž Mesec, Zdravko Mlinar
Marija Ovsenik, Jože Ramovš, Tanja Rener
Bernard Stritih, Nada Stropnik

Address
Topniška 31, 1000 Ljubljana, Slovenia
phone (+386 1) 2809260, fax 2809270
socialno.delo@fsd.uni-lj.si
www.fsd.uni-lj.si/sd eng

Web site
www.fsd.uni-lj.si/sd_eng

Subventions
Slovenian Book Agency

The Journal is issued bimonthly.

Guidelines for authors are published
on the Journal's web pages.

SOCIALNO DELO, Vol. 52, Issue 1
(February 2013)

CARE FOR THE ELDERLY
IN COMMUNITY IN SLOVENIA

Guest editors: Jana Mali, Valentina Hlebec

SELECTED CONTENTS

- 3 Valentina Hlebec – Development and changes in the typology of social home care
- 15 Mateja Nagode, Valentina Hlebec – Home care from the perspective of home care workers
- 29 Valentina Hlebec, Jana Mali – Typology of institutional care for older people in Slovenia from development perspective
- 43 Majda Černič Istenič – Intergenerational solidarity through the prism of organisation of care for the elderly in community
- 57 Jana Mali – Social work with older people as a specialization
- 94 English abstracts

ORGANIZACIJA OSKRBE ZA STAREJŠE KOT IZZIV ZA SODOBNO DRUŽBO

Demografske spremembe in z njimi povezano staranje prebivalstva ter organizacija oskrbe za starejše so prav gotovo eden večjih izzivov za sodobno družbo. Tematska številka »Oskrba starejših v skupnosti v Sloveniji« ponuja več prispevkov, ki prikazujejo konkretne odzive na demografske spremembe v Sloveniji, predvsem pa prve rezultate istoimenskega temeljnega raziskovalnega projekta J5-4080, ki ga izvajamo pod vodstvom Fakultete za družbene vede v letih 2011 do 2014 in s finančno podporo Javne agencije za raziskovalno dejavnost Republike Slovenije. V projektu sodelujejo še Filozofska fakulteta, Fakulteta za socialno delo in Znanstvenoraziskovalni center Slovenske akademije znanosti in umetnosti. V projektu odgovarjamo na vprašanja, ki jih demografske spremembe prinašajo na ravni lokalnih skupnosti, saj je skupnost prostor, v katerem organizacijsko in izvedbeno poteka velik del oskrbe za starejše. Pozornost namenjamo dvema raziskovalnima vprašanjema, in sicer: (1) kakšna je tipologija oskrbe za starejše v skupnosti v Sloveniji in (2) kako (s kakšno kombinacijo storitev in akterjev) je v posameznih občinah zagotovljena oskrba in kakšna je njena kakovost? Zanima nas torej, kako se zagotavlja kakovost oskrbe za starejše oziroma kakšne so podobnosti in razlike med posameznimi modeli oskrbe. V posebni številki *Socialnega dela* predstavljamo prve ugotovitve in zaznane tipologije oskrbe.

Pred dobrim desetletjem (leta 2000) smo na Fakulteti za socialno delo izdali tematsko številko revije *Socialno delo* o skrbi za stare ljudi in z njo začeli razprave o oskrbi starejših. Različni znanstveni in strokovni članki, poročila o raz-

iskavah, recenzije knjig s tega področja kakor tudi poročila z obiskov domačih in mednarodnih konferenc o oskrbi starejših so v naslednjih letih izhajali v posamičnih številkah. Če bi jih uspeli urediti v tematskem sklopu, kakršnega predstavljamo zdaj, bi zagotovo lahko oblikovali vsaj tri do štiri tematske številke. Tema oskrbe starejših je torej za socialno delo izjemno zanimiva, odzivnost strokovnjakov s številnimi objavami v reviji pa dokazuje, da oblikujemo dobre prakse in se na oskrbo starejših odzivamo aktivno, odgovorno in akcijsko usmerjeno.

Evropsko leto aktivnega staranja in medgeneracijske solidarnosti 2012 je resda že za nami, to pa ne pomeni, da se nam s staranjem ni treba več ukvarjati. Številka *Socialnega dela* je dober zgled zbirke besedil, s katerimi vas bomo prepričali, da je starost skupna tema nas vseh, ne glede na življenjsko obdobje, v katerem smo. Hkrati je ukvarjanje s starostjo skupna tema vseh socialnih delavcev in delavk, ne glede na področje, na katerem delamo. Prav tako je skupna teme različnih ved, raziskovalcev, strokovnjakinj, saj smo vsi potencialni uporabniki služb in storitev za starejše. Tematska številka, ki je pred vami, ponuja niz prispevkov, s katerimi vas seznanjamo o trenutnem stanju oskrbe starejših pri nas. Nekateri prispevki posegajo tudi čez državne meje in primerjajo našo oskrbo z mednarodne perspektive in to bralcu omogoča tudi kritičen pogled na obstoječe razmere v Sloveniji. V ospredju razprav je tudi socialno delo s starimi ljudmi, ki ga predstavimo po eni strani kot specifično področje socialnega dela in po drugi strani kot specifično znanje v družbi številnih ved, ki se ukvarjajo z oskrbo starih ljudi.

Zaporedje prispevkov smo oblikovali tako, da najprej predstavimo področje socialne oskrbe na domu. Urednici sva namreč prepričani, da poteka razvoj zunajinstitucionalnih oblik oskrbe starejših preveč sramežljivo, predvsem pa prepočasi, saj ne dosega zastavljenih ciljev socialne politike, zato že z razporeditvijo prispevkov želiva aktualizirati temo oskrbe starejših.

V prvem članku »Razvoj in spremembe v tipologiji socialne oskrbe na domu« Valentina Hlebec predstavi spremembe v modelih socialne oskrbe na domu v letih med 2008 in 2010. Z razvrščanjem socialne oskrbe v modele opozori na pomen sistematičnega zbiranja in analiziranja socialne oskrbe. Do zdaj ga še nismo uporabili, a ponuja dobre rezultate za načrtovanje socialne oskrbe na domu v prihodnje.

Še podrobnejši vpogled v socialno oskrbo na domu ponujata Mateja Nagode in Valentina Hlebec v članku »Socialna oskrba z vidika socialnih oskrbovalk«. Predstavita kritično metaanalizo kot metodo vrednotenja socialne oskrbe in nato ključne značilnosti izvajanja socialne oskrbe na domu z vidika socialnih oskrbovalk. Poklic socialne oskrbovalke je zelo feminiziran. Zaradi svoje narave dela sproža številna vprašanja o dejavnikih, ki vplivajo na kakovost socialne oskrbe.

Vprašanje kakovosti oskrbe pa ostaja osrednje tudi v članku Valentine Hlebec in Jane Mali »Tipologija razvoja institucionalne oskrbe starejših ljudi v Sloveniji«. Institucionalna oskrba v Sloveniji je najbolj razširjena in razvita oblika oskrbe starejših ljudi. Avtorici z analizo razvoja in dostopnosti institucionalne oskrbe z vidika mesta bivanja njenih uporabnikov opozorita, kako ti dejavniki določajo kakovost tako same oskrbe kakor tudi življenja v starosti.

Potem pa se vprašamo o kakovosti življenja vseh generacij, zato se v članku »Medgeneracijska solidarnost skozi prizmo organiziranosti oskrbe za starejše v skupnosti« Majda Černič Istenič ukvarja z analizo mnenj prebivalcev Slovenije do medgeneracijske solidarnosti. Ugotavlja, da so mnenja povezana z oblikami organiziranosti oskrbe za starejše, in sicer: čim slabša je organiziranost oskrbe za starejše

v občinah, tem večje je pričakovanje ljudi do oskrbe starejših v družini. Članek lepo sklene predstavitev oskrbe starejših in omogoči razmislek o vlogi socialnega dela na tem področju.

V članku »Socialno delo s starimi ljudmi kot specializacija stroke« se Jana Mali ukvarja z vprašanji, koliko se socialno delo sploh hoče ukvarjati z reševanjem stisk in težav starih ljudi, kakšne konceptualne podlage in možnosti ponuja za strokovno delo in kakšne možnosti imajo socialne delavke in delavci za pridobivanje ustreznega znanja za ravnanje s starejšo populacijo. Opozori na socialno delo s starimi ljudi kot na precej nevidno področje socialnega dela, čeprav se počasi in vztrajno odziva na aktualne demografske spremembe.

Posebno pozornost smo namenili tudi prispevkom, ki opisujejo praktične izkušnje in znanje socialnega dela s starimi ljudmi. Mateja Lah predstavi prilagojenost stanovanj za samostojno življenje starih ljudi, Mojca Pušnik pa pomen varovanja na daljavo za socialno delo s starimi ljudmi. Temi se nanašata na razvoj skupnostne oskrbe starih ljudi. Avtorici si prizadevata upoštevati že zdavnaj sprejeto, a še vedno veljavno načelo socialne politike v Sloveniji, da je treba starim ljudem čim dlje omogočiti bivanje v lastnem domačem okolju. Na to smo sicer bolj usmerjeno in poglobljeno opozarjale tudi Jana Mali, Vera Grebenc in Amra Šabić na 5. mednarodni konferenci v Trogirju od 10. do 12. oktobra 2012. Poročamo tudi o drugih vsebinah, predstavljenih na konferenci.

Tematsko številko sklenemo z recenzijama dveh zanimivih monografij, ki obravnavata ključni temi tokratne tematske številke: (1) dolgotrajno in kontinuirano oskrbo starih ljudi v skupnosti in (2) medgeneracijsko solidarnost. Urednici močno upava, da bosta recenziji obeh monografij spodbudili bralce tokratne številke k nadaljnjemu branju literature o oskrbi starejših kakor tudi interes in motivacijo za predstavitev dobrih praks oskrbe starejših v Sloveniji v naslednjih številkah *Socialnega dela*.

Jana Mali in Valentina Hlebec

Ljubljana, 1. 3. 2013

Valentina Hlebec

RAZVOJ IN SPREMEMBE V TIPOLOGIJI SOCIALNE OSKRBE NA DOMU

UVOD

Eden od pglavitnih izzivov sodobnih družb so zagotovo demografske spremembe in z njimi povezano staranje prebivalstva ter organizacija skrbi za starejše. Socialne politike tako v Evropi kot tudi v Sloveniji poudarjajo predvsem oskrbo starejših v skupnosti kot zaželen in primeren način zagotavljanja kakovosti življenja starejših (gl. npr. Commission of the European Communities 2005, MDDSZ 2006).

Program razvoja varstva starejših oseb na področju socialnega varstva v Sloveniji do leta 2005 (MDDSZ 1997) je določil razvoj skrbi za stare na dveh področjih, in sicer razvoj institucionalne mreže (s ciljem pokrivanja 5 % oseb, starejših od 65 let) in razvoj organiziranih storitev v bivalnem okolju (npr. oblikovanje dnevno-varstvenih centrov, centrov za pomoč na domu), ki naj bi pokrivali potrebe po oskrbi za 15 % starejših oseb.

Opredelitev programa socialne oskrbe na domu, namenjenega starim v domačem okolju, je omogočila razvoj storitev, ki zagotavljajo izboljšano kakovost življenja za stare, ki pomoč potrebujejo. Pomemben pa je tudi kot možnost, ki družinskim članom omogoča lažje usklajevanje dela, skrbi za družino in oskrbe starejšega svojca. Strategija varstva starejših do leta 2010 (MDDSZ 2006) kot cilj določa zagotovitev socialne oskrbe na domu za vsaj 10.000 oseb, starih vsaj 65 let, to je 3 % oseb v tej starostni skupini (*ibid.*: 24). Med globalnimi cilji strategije varstva starejših pa so tudi zahteva po zagotavljanju enakomernega dostopa do kakovostnih socialnih storitev in sinergistična odgovornost posameznika, njegove družine,

lokalne skupnosti in države za kakovostno staranje prebivalstva v Sloveniji (*ibid.*: 15).

V Sloveniji zaznavamo staranje prebivalstva in s staranjem povezane spremembe na ravni države skupaj s spremembami sistema blaginje (gl. Kolarič *et al.* 2009), ki bi jih lahko na splošno opisali kot postopno umikanje države iz sistema zagotavljanja storitev in kot zahteve po prenosu storitev na druge sektorje, kot so družina, trg in civilna družba. To pomeni, da se lahko pojavijo neenakosti dostopa do storitev, ki jih potrebujejo starejši. Na to opozarjajo številne domače raziskave (Mali 2007, Hvalič Touzery 2007, Hojnik Zupanc *et al.* 1996 a, b, Hlebec 2010 b, Hlebec *et al.* 2010).

Del oskrbe za starejše ljudi je v Sloveniji še vedno izrazito institucionaliziran, ne glede na starejše vire (Accetto 1968, Lajevec, Reja 1958, Perat 1969), ki so opozarjali, da imajo starejši pravico živeti v svojem domačem okolju (Mali 2008). Približno 5 % ljudi, starejših od 65 let, živi v domovih za starejše, vsi preostali pa v domačem okolju. Ključna sprememba v institucionalnem varstvu je pojav zasebnih domov za stare (Hlebec 2010 a). Čeprav se v zadnjih letih razvijajo nove oblike storitev, ki dopolnjujejo institucionalno varstvo (dnevni centri in program pomoči na domu), pa so nove vrste storitev še vedno prešibko razvite (*op. cit.*), njihova organizacija in financiranje pa sta preneseni na najnižjo skupnostno raven – na občine.

Največje spremembe pri oskrbi starejših, poleg razvoja institucionalne oskrbe (Mali 2009), so se po spremembi političnega sistema zgodile na področju zagotavljanja storitev, ki omogočajo vzdrževanje kakovostnega življenja

starejših ljudi v domačem okolju (Hlebec 2010 a). Med novjšimi storitvami nas v prispevku zanima razvoj socialne oskrbe na domu.

Namen članka je analiza sprememb v razvoju socialne oskrbe na domu, in sicer, kakšne spremembe v modelih socialne oskrbe na domu (Hlebec 2010 b) so se zgodile v dveh letih (2008–2010), saj smo v analizi socialne oskrbe na domu empirično ugotovili obstoj različnih modelov socialne oskrbe. Zanimalo nas bo, kakšni modeli socialne oskrbe na domu obstajajo v letu 2010 in kakšne so spremembe, kvantitativne in kvalitativne, glede na modele v letu 2008. Za ugotavljanje modelov socialne oskrbe na domu bomo uporabili razvrščanje v skupine, za vrednotenje sprememb pa kontingenčne preglednice.

V uvodnem delu bomo opisali značilnosti in razvoj socialne oskrbe na domu, s poudarkom na empiričnem preverjanju sprememb, ki so se zgodile v zadnjih letih. Nato bomo z metodo razvrščanja v skupine ugotovili modele socialne oskrbe na domu v letu 2010. Pričakujemo več modelov, povezanih z velikostjo občine, stopnjo urbanizacije in gospodarske razvitosti, ter tradicije oskrbe v posamezni občini (glede na Hlebec 2010 b). Pričakujemo tudi, da se bo tipska heterogenost nekoliko zmanjšala v dveh letih, saj so določeni vzvodi, s katerimi je država spodbujala razvoj socialne oskrbe, časovno omejeni (npr. sofinanciranje stroškov izvajanja socialne oskrbe na domu s programi aktivnega zaposlovanja).

SOCIALNA OSKRBA NA DOMU

V nadaljevanju bomo natančneje opisali značilnosti programa pomoči na domu kot programa, ki je namenjen starejšim, ki zaradi starosti ali zdravstvenih težav ne morejo več shajati brez tuje pomoči. Začeli bomo z namenom in ciljem programa ter opisom ciljnih skupin, ki jim je program namenjen. Nadaljevali bomo z opisom strukture programa, ki vključuje organizacijo storitev, financiranje in izvajalce storitve, ter opisom procesa, tj. opravljanjem programa.

Socialna oskrba na domu je v skladu s Pravilnikom o standardih in normativih socialno

varstvenih storitev (1995) namenjena osebam, ki imajo zagotovljene bivalne in druge pogoje za življenje v svojem bivalnem okolju, vendar se zaradi starosti ali hude invalidnosti ne morejo oskrbovati in negovati sami, njihovi svojci pa take oskrbe in nege ne zmorejo ali zanje nimajo možnosti.

Gre za različne organizirane oblike praktične pomoči na domu, s katerimi se upravičencem vsaj za določen čas nadomesti potrebo po institucionalnem varstvu v zavodu, v drugi družini ali v drugi organizirani obliki. Starostna struktura uporabnikov kaže, da je program namenjen predvsem ohranjanju zdravja starejše populacije, večina uporabnikov je starejših od 65 let.

Eden izmed ciljev programa socialne oskrbe na domu je tudi doseči, da bi starejši čim dlje ostali v domačem okolju in se čim pozneje odločili za odhod v institucionalno obliko bivanja. Namen programa je zagotoviti čim večjo kakovost življenja in vključenost starejših v socialno okolje ter preprečevanje socialne izoliranosti starejših.

Pomoč na domu je torej program socialnih storitev. Namenjena je izboljšanju kakovosti življenja ljudi, ki živijo doma in ki zaradi bolezni ne morejo v celoti skrbeti sami zase in ki jim družina ni zmožna zagotoviti potrebne oskrbe. Hkrati lahko z občasno organizirano pomočjo ohranjajo zadovoljivo duševno in telesno počutje ter lahko funkcionirajo v znanem bivalnem okolju, tako da jim vsaj za določen čas ni potrebno institucionalno varstvo v zavodu, v drugi družini ali v drugi organizirani obliki (Smolej *et al.* 2008). Med upravičenci so tudi stari ljudje (starost več kot 65 let), ki so zaradi starosti ali pojavov, ki spremljajo starost, nesposobni za samostojno življenje, in druge osebe, ki same ne zmorejo živeti samostojno.

Socialna oskrba na domu je organizirana oblika praktične pomoči in strokovno voden proces. Pri njej sodelujejo vodja in koordinator storitve, izvajalec storitve, upravičenec, ključni ali odgovorni družinski člani in prostovoljni sodelavci (*ibid.*: 6). Izvajanje programa se začne na zahtevo upravičenca ali njegovega zakonitega zastopnika in vsebuje (1) ugotavljanje upravičenosti do storitev, pripravo in sklenitev dogovora o obsegu, trajanju in načinu

opravljanja storitev, organiziranje ključnih članov okolja in izvedbo uvodnih srečanj med izvajalcem in upravičencem ali družino in (2) neposredno izvajanje storitev na domu upravičenca po dogovorjenih vsebinah in v dogovorjenem obsegu.

Posameznik ima pravico do štirih ur oskrbe na dan ali do 20 ur na teden. Izvajalci programa so strokovne delavke, strokovni sodelavci in laične delavke. Prvi del programa opravi strokovni delavec z najmanj višješolsko izobrazbo. Neposredno izvajanje storitev na domu upravičenca opravljajo strokovne sodelavke z najmanj srednjo poklicno ali srednjo strokovno šolo, ki se izobražujejo za socialno oskrbo ali nego. Pod vodstvom strokovnega delavca lahko opravljajo storitve na domu tudi laične delavke z najmanj osnovnošolsko izobrazbo in z opravljenim dodatnim usposabljanjem za socialno oskrbo; ta vključuje 120 ur teoretskega in praktičnega usposabljanja. Izvajalci oskrbe morajo biti starejši od 25 let in imeti najmanj 5 let profesionalnih ali neprofesionalnih izkušenj z oskrbo, na primer pomoč starim svojcem. Opredeljeni so tudi normativi pri izvajanju programa (uvodni del – 1 strokovni delavec na vsakih 200 upravičencev; vodenje programa in koordinacija – 1 strokovni delavec na vsakih 100 upravičencev; neposredno izvajanje storitev na domu upravičenca – izvajalec na vsakih 5 upravičencev).

Storitve vključuje (Smolej *et al.* 2008):

- gospodinjstvo pomoč: prinašanja enega pripravljene obroka ali nabava živil in priprava enega obroka hrane, pomivanje uporabljene posode, osnovno čiščenje bivalnega dela prostorov z odnašanjem smeti, postiljanje in osnovno vzdrževanje spalnega prostora,
- pomoč pri vzdrževanju osebne higiene: pomoč pri oblačenju ali slačenju, pomoč pri umivanju, hranjenju, opravljanju osnovnih življenjskih potreb, vzdrževanje in nega osebnih ortopedskih pripomočkov,
- pomoč pri ohranjanju socialnih stikov: vzpostavljane socialne mreže z okoljem, s prostovoljci in sorodstvom, spremljanje upravičenca pri opravljanju nujnih obveznosti, informiranje ustanov o stanju in potrebah upravičenca in priprava upravičenca na institucionalno varstvo.

Največje finančno breme za program naj bi imela občina. Po zakonu mora zagotavljati 50 % stroškov storitev. Cena storitev za uporabnika dodatno zmanjšuje država s subvencijo, ki je del politike aktivnega zaposlovanja – država delno pokriva stroške delavk, ki izvajajo storitve. Z letom 2012 je država finančno pomoč ukinila in financiranje oskrbe v celoti prepustila občinam. Nekateri uporabniki so deležni še dodatnih oprostitev pri plačilu storitev, če plačila ne zmorejo v celoti poravnati. Sredstva za financiranje pravic in prispevkov oziroma storitev in pomoči na domu se financirajo iz proračuna občine, na območju katere ima upravičenec do storitev in pomoči prijavljeno stalno prebivališče.

Kot ugotavlja Hlebec (2010 b), lahko poleg ugotovitev o raznovrstnosti med občinami govorimo tudi o podobnostmi med njimi. Kar zadeva učinkovitost in kakovost pomoči na domu je v Sloveniji je leta 2008 obstajalo pet skupin občin. Posamezne skupine so se razlikovale med seboj glede na to, kateri akter večinsko plačuje oskrbo na domu (država, občina ali uporabnik) in kolikšni sta ponudba in kakovost te oskrbe (trajanje obiskov in število uporabnikov).

V prvi skupini občin (35 občin, veliko denarja – veliko oskrbe) je občina prispevala za program izrazito veliko denarja (v povprečju 1600 evrov v šestih mesecih na uporabnika), država pa malo. Cena storitev je bila za uporabnika najbolj neugodna, saj so, primerjalno, plačali za uro oskrbe največ. Stroški oskrbe so bili v teh občinah torej večinoma v breme lokalne skupnosti in uporabnika, država pa je bila v financiranje vključena manj. Število uporabnikov je bilo podpovprečno, število obiskov na uporabnika pa nadpovprečno (čas obiska pa povprečen). Oskrba je bila tudi dosledno dostopna za konec tedna, praznike in popoldne. Ni izrazitega dodatnega povpraševanja po oskrbi.

Druga skupina občin je bila številčno največja (72 občin, veliko denarja – malo oskrbe). Za program je veliko prispevala država, še več pa občina, zato je bila cena za uporabnika zelo ugodna. V tej skupini je bilo izrazito malo uporabnikov, a tudi izvajalcev. Število obiskov

Preglednica 1: Občine glede denarja in oskrbe v 2008.

denar/oskrba	veliko	malo
veliko	skupina 1 – 35 občin (ruralno, 8459 preb.)	skupina 2 – 72 občin (ruralno, 5652, preb.)
malo	skupina 4 – 66 občin (urbano, 10.854, preb.)	skupina 3 – 22 občin (urbano, 8332, preb.)

je bilo povprečno, so pa bili nadpovprečno dolgi. Oskrba večinoma ni bila dostopna za konec tedna, praznike in popoldne. Dodatnega povpraševanja po oskrbi je bilo malo, prav tako je bilo malo potreb po dodatnih kadrih.

V tretji skupini (22 občin, malo denarja – malo oskrbe) je država prispevala izrazito malo denarja za program oskrbe na domu, razmeroma malo pa tudi občina. Cena oskrbe je bila za uporabnike visoka in neugodna, posledica je slabša dostopnost oskrbe za uporabnika. Število uporabnikov je bilo manjše, prav tako tudi število obiskov (so pa bili izrazito dolgi). Konsistentnost dostopa do oskrbe je bila slabša, saj je bila oskrba večinoma nedostopna za konec tedna, praznike in popoldne, hkrati pa so izrazili potrebe po dodatnih kadrih.

Četrta skupina je bila velika skupina s 66 občinami (malo denarja – veliko oskrbe). Občina je zagotavljala v povprečju najmanj sredstev, prav tako država. V tej skupini občin je bilo število uporabnikov nadpovprečno (če izvzamemo Ljubljano in Maribor), cena oskrbe za uporabnika pa je bila visoka. Glede teh značilnosti je četrta skupina občin podobna tretji skupini, vendar pa je bila v tej skupini ponudba oskrbe dobra (v nasprotju s tretjo skupino). Število obiskov je bilo namreč največje in zato trajanje obiska najmanjše. Oskrba je bila dostopna popoldne, za konec tedna in praznike, povpraševanja po dodatni oskrbi je bilo zelo malo, po dodatnih kadrih pa nekoliko večje.

Prva in druga skupina združujeta ruralne občine, za katere je torej značilno malo uporabnikov. Obstajata dva modela financiranja oskrbe na domu. V prvem imata odgovornost za stroške programa občina in uporabnik (cena oskrbe je v povprečju za uporabnika najvišja). Za drug model je značilna porazdelitev večine stroškov med občino in državo, uporabnik pa za oskrbo plača zelo malo. Ta model je najmanj

učinkovit glede števila uporabnikov in tudi najmanj kakovosten – oskrba je večinoma dostopna le dopoldne. Tretja in četrta skupina sta značilni za bolj urbane občine, ki so gospodarsko močnejše in imajo več uporabnikov. Na videz gre za večjo učinkovitost programa, če upoštevamo, da oskrbo večinoma financirata občina (vendar manj kot v ruralnih občinah) in uporabnik. Po drugi strani pa je oskrba dostopna popoldne, za konec tedna in praznike v približno polovici občin.

Ljubljana in Maribor sta posebni občini. Tam imamo zelo veliko uporabnikov, večji finančni vložek občine in države ter manjši vložek uporabnika (cena storitve je ugodna). Oskrba je konsistentno dostopna popoldne, za konec tedna in praznike. Vendar pa imamo v teh dveh občinah izrazito pomanjkanje kadra in veliko potrebo po dodatni oskrbi. To kaže na slabo odzivnost programa na izražene potrebe.

V uvodnem delu smo na kratko opisali značilnosti in razvoj socialne oskrbe na domu s poudarkom na empiričnem preverjanju sprememb, ki so se zgodile v zadnjih letih. Na podlagi kombinacije kvantitativnih kazalcev na ravni občin bomo v nadaljevanju preverjali dve raziskovalni vprašanji. Prvo je: kakšna je tipologija občin glede na razvoj socialne oskrbe na domu v letu 2010? Drugo pa je: kakšne so kvantitativne in kvalitativne spremembe glede na tipologijo iz leta 2008 (Hlebec 2010 b)? Pričakujemo več modelov, povezanih z velikostjo občine, stopnjo urbanizacije in gospodarske razvitosti ter tradicijo oskrbe v posamezni občini. Pričakujemo tudi, da se bo tipska heterogenost nekoliko zmanjšala v dveh letih, saj so določeni vzvodi, s katerimi je država spodbujala razvoj socialne oskrbe, časovno omejeni (npr. sofinanciranje stroškov izvajanja socialne oskrbe na domu s programi aktivnega zaposlovanja).

RAZVRŠČANJE V SKUPINE

V prispevku bomo analitsko preverili, kakšne so bile spremembe v razvoju socialne oskrbe na domu. Preveriti želimo, ali je tipologija pri podatkih iz leta 2008 stabilna po vsebini in razvrstitvi občin v posamezne skupine. Prikazali bomo rezultate razvrščanja v skupine za socialno oskrbo na domu za leto 2010 in jih primerjali z razvrstitvijo v pet tipov organizacije socialne oskrbe na domu, ki smo jih empirično določili za podatke za leto 2008. Seveda pa smo pri tem obravnavali metodološke omejitve pri vnovičnem razvrščanju zaradi nedostopnosti in kakovosti posameznih indikatorjev. Tako npr. pri podatkih iz leta 2010 nismo mogli uporabiti indikatorja št. oseb, ki bi še potrebovale storitve, ki meri odzivnost programa na potrebe ljudi. Razlog je metodološki, velika večina občin je namreč poročala, da ni potencialnih uporabnikov, ki bi potrebovali socialno oskrbo na domu. Interpretacija tega metodološkega razloga pa je tudi vsebinska, saj izvajanje socialne oskrbe na domu po podatkih iz leta 2010 večinoma zadošča potrebam potencialnih uporabnikov.

Pri določanju tipologije smo uporabili metodo razvrščanja v skupine (Ferligoj 1989) – najprej izberemo enote in relevantne lastnosti opazovanih enot. Enote opazovanja so občine. Pri razvrščanju iščemo skupine podobnih občin oziroma tipe občin (različni modeli financiranja programa, različna učinkovitost programa), pri tem pa upoštevamo naravno zgoščevanje enot v skupine podobnih enot. Pri tem upoštevamo več njihovih značilnosti in podobnosti oziroma različnosti.

V poročilu o izvajanju oskrbe je več objavljenih indikatorjev, izločili pa smo tiste, ki:

- so neštevilskega značaja (ponudba storitev popoldne, za konec tedna in praznike; pomanjkanje kadra),
- imajo veliko enakih vrednosti in zato ne razlikujejo med občinami (celotni stroški oskrbe na uro in število izvajalcev oskrbe, ki bi jih še potrebovali, št. oseb, ki bi še potrebovale storitve),
- so spremenljivke, ki so v visoki korelaciji z drugimi spremenljivkami (število uporabnikov, število izvajalk socialne oskrbe).

Pri razvrščanju nismo upoštevali občin, za katere ni bilo vseh podatkov ali pa nimajo organizirane oskrbe oziroma nimajo uporabnikov. Prav tako v razvrščanje nismo vključili mestnih občin Ljubljana in Maribor. Ti dve občini sta tako izrazito drugačni od drugih, da zelo vplivata na potek razvrščanja. Še več, v prvih poskusih razvrščanja sta vedno oblikovali svojo skupino, ta pa se je v zadnjem koraku združila s preostalimi občinami. Ne glede na to, da smo ju izločili iz razvrščanja, ju upoštevamo v izračunu povprečij po skupinah in pri preverjanju značilnih razlik med povprečnimi vrednostmi spremenljivk.

V razvrščanje smo vključili standardizirane vrednosti petih indikatorjev, s katerimi opredelimo finančni model oskrbe, nato pa še učinkovitost programa (razmerje med finančnimi vložki in proizvodi):

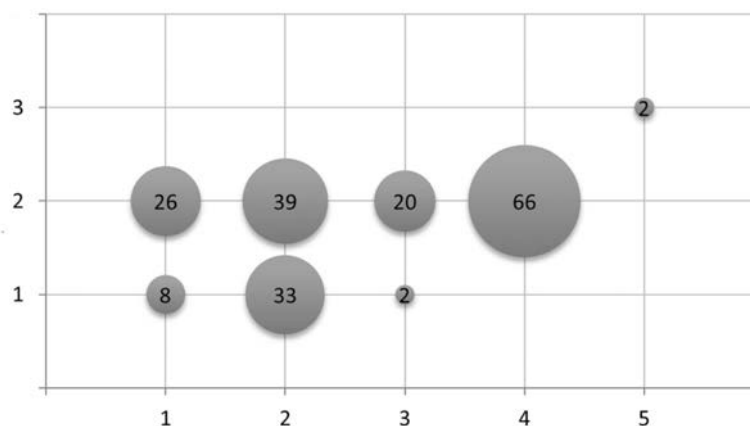
- višina sredstev za pomoč na domu, ki jih zagotavlja občina glede na število uporabnikov,
- višina sredstev za pomoč na domu, ki jih zagotavlja država glede na število uporabnikov,
- potrjena cena v €ura (cena, ki jo plača uporabnik),
- povprečno št. uporabnikov,
- št. obiskov izvajalke neposredne socialne oskrbe pri uporabniku/mesec.

Indikator, ki meri kakovost programa:

- efektivni čas enkratne oskrbe uporabnika – kakovost oskrbe.

V naslednjem koraku smo ocenili podobnost oziroma različnost med občinami in jih nato na podlagi podobnosti razvrstili. Med metodami razvrščanja smo izbrali hierarhično metodo, saj ta ne zahteva vnaprejšnje opredelitve števila skupin. Za nas je to še posebej pomembno, saj želimo odkriti naravno strukturo v podatkih, da ne bi arbitrarno odločali za število skupin – zanima nas tudi, koliko takih skupin se skriva v podatkih. Prav tako je možno potek razvrščanja opazovati z drevesom združevanja (dendrogramom), ki nazorna prikaže potek združevanja in olajša odločitev za primerno število skupin. Med metodami hierarhičnega razvrščanja smo se odločili za metodo združevanja – v vsakem koraku postopka združimo dve ali več skupin v novo skupino (Ferligoj 1989: 25–27). Vse izbrane spremenljivke, na podlagi katerih

Graf 1: Spremembe od leta 2008 do leta 2010



<p>Skupine občin leta 2008:</p> <p>1: veliko denarja – veliko oskrbe</p> <p>2: veliko denarja – malo oskrbe</p> <p>3: malo denarja – malo oskrbe</p> <p>4: malo denarja – veliko oskrbe</p> <p>5: veliko ponudbe – premalo oskrbe</p>	<p>Skupine občin leta 2010:</p> <p>1: veliko denarja – malo oskrbe</p> <p>2: malo denarja – veliko oskrbe</p> <p>3: veliko ponudbe – premalo oskrbe</p>
---	---

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.

SPREMEMBE V ORGANIZACIJI SOCIALNE OSKRBE NA DOMU

Dendrogram je pokazal kot najprimernejšo razvrstitev občin v dve ali štiri skupine. Naredili smo pregled značilnosti skupin in se na podlagi tega odločili za razvrstitev v dve skupini. Skupine, ki bi jih dobili dodatno, če bi sprejeli odločitev o končni razvrstitvi v štiri skupine, so si bile glede na vrednosti spremenljivk, vključenih v razvrščanje, precej podobne glede ključnih značilnosti oskrbe. Občini Ljubljana in Maribor sta bili iz empiričnega dela izključeni, saj premočno vplivata na potek razvrščanja. V zadnji fazi analize, pri ugotavljanju povprečij po občinah pa sta vključeni v prikaze kot posebna skupina.

Poglejmo si dinamiko sprememb od leta 2008 (Hlebec 2010 b) do leta 2010, najprej v

absolutnih vrednostih, izračunanih glede na stanje leta 2008.

Občine, ki so leta 2008 porabile za socialno oskrbo na domu veliko denarja (skupaj s subvencijo države) in imele veliko oskrbe (skupina 1 v letu 2008), so leta 2010 večinoma umeščene v skupino malo denarja – veliko oskrbe (skupina 2 v letu 2010). Zapišemo lahko, da je šel razvoj socialne oskrbe na domu v smeri učinkovitejše izrabe sredstev za večino občin. Skupina občin, ki so leta 2008 veliko vlagale v socialno oskrbo na domu skupaj z velikim finančnim vložkom države (skupina 2) in imele malo socialne oskrbe na domu, je v letu 2010 razpadla v dva, skoraj enaka dela. En del je ostal v skupini veliko denarja – malo socialne oskrbe na domu, en del pa je v letu 2010 v skupini malo denarja – veliko socialne oskrbe na domu. En del občin se je razvil v smeri učinkovitejše izrabe sredstev, drug del občin pa ima še vedno velike finančne vložke ob skromni ponudbi socialne oskrbe na domu.

Skupini 3 in 4 iz leta 2008 (malo denarja in malo/veliko oskrbe) sta skoraj v celoti v drugi skupini v letu 2010. Tu je stanje v letu 2010 stabilizirano, oskrba poteka ob povprečnem ali podpovprečnem finančnem vložku.

Preglednica 2: Značilnosti socialne oskrbe na domu po skupinah občin v letu 2010.

Sk.	Št. občin	Občina €/ up.	Država €/ up.	Cena	Št. upor. ¹	Št. obiskov	Čas	Povp.	Št. izv.	Pop. %	ViP %	Domovi (n / %)	Izvajalec: CSD (n / %)	Izvajalec: domovi (n / %)	Izvajalec: drugo (n / %)
1	43	3458	1594	3,91	11	18	93	3	3	26	30	8 / 19	37 / 86	4 / 9	2 / 5
2	156	1577	311	4,55	32	17	56	5	4	42	53	63 / 40	91 / 58	40 / 26	25 / 16
3	2	2278	180	3,98	535	14	74	114	86	100	100	2 / 100	0 / 0	0 / 0	2 / 100
SK.	201*	1986	584	4,4	32	17	64	7	5	38	48	73 / 36	128 / 64	44 / 22	29 / 14

Oznake:

Sk. – zaporedna številka skupine

Št. občin – število občin v posamezni skupini

Občina €/ up. – subvencija občine v letu 2010 (v evrih) / število uporabnikov

Država €/ up. – subvencija države v letu 2010 (v evrih) / število uporabnikov

Cena – potrjena cena v €/uro

Št. upor. – število uporabnikov (1. 12. 2010)

Št. obiskov – povprečno število obiskov izvajalke neposredne socialne oskrbe pri enem uporabniku/uporabnici na mesec v letu 2010 (dodana vrednost Hrastnik 2008)

Čas – efektivni čas, ki ga je izvajalka v povprečju porabila za enkratno oskrbo uporabnika/uporabnice (dodana vrednost Hrastnik in Izola 2008)

Povp. – št. oseb, ki bi potrebovale PND

Št. izv. – število socialnih oskrbovalk

Pop. % – izvajanje PND popoldne

ViP % – izvajanje PND za konec tedna in praznike

Domovi (n / %) – število in odstotek občin, ki imajo dom za ostarele

Izvajalec: CSD (n / %) – izvajalec oskrbe na domu: centri za socialno delo (število in odstotek)

Izvajalec: domovi (n / %) – izvajalec oskrbe na domu: domovi za stare (število in odstotek)

Izvajalec: drugo (n / %) – izvajalec oskrbe na domu: drugo (število in odstotek)

¹ Število uporabnikov, starejših od 65 let, je 9 v prvi skupini, 28 v drugi skupini ter 464 v Ljubljani in Mariboru.

Podrobneje si pogledimo rezultate razvrščanja glede na podatke iz leta 2010. V preglednici 2 so prikazane značilnosti občin, razvrščenih v dve skupini z dodano posebno skupino, v kateri sta Ljubljana in Maribor. Spremenljivke na levi strani preglednice (do spremenljivke Povp.) so bile vključene v postopek razvrščanja. Na desni strani preglednice pa so dodane spremenljivke o socialni oskrbi na domu. Povprečja po skupinah so izračunana na podlagi tipologije.

Prvo skupino občin imenujemo »veliko denarja – malo oskrbe« (43 občin). Občina in država sta finančno veliko vlagali v finančno oskrbo na domu, cena za uporabnika je bila kar ugodna, vendar le malo ugodnejša kot v Ljubljani in Mariboru. Število uporabnikov je bilo majhno, število obiskov povprečno, so pa bili nadpovprečno dolgi. Dodatnega povpraševanja po oskrbi je bilo malo. Število oskrbovalk je bilo majhno.

Oskrba pa večinoma ni bila dostopna popoldne in za konec tedna. V osmih občinah je dostopna tudi institucionalna oskrba. Izvajalci socialne oskrbe na domu so bili večinoma centri za socialno delo (86 %). To ne preseneča, ker v večini teh občin ni institucionalne oskrbe. Domovi za stare so v 22 % primerih organizatorji socialne oskrbe na domu, če gledamo vse občine skupaj.

Druga skupina občin (156 občin) zmore z občutno manjšim finančnim vložkom občine (v povprečju polovico sredstev občin prve skupine – vedno govorimo o znesku, ki ga občina porabi na uporabnika) in finančnim vložkom države (približno 20 % sredstev, ki jih je vložila država za izvajanje socialne oskrbe na domu v prvi skupini občin) in višjo ceno ure socialne oskrbe na domu za uporabnika (3,9 v prvi skupini občin in 4,55 v drugi skupini občin) oskrbeti v povprečju trikrat več uporabnikov

Preglednica 3: Značilnosti skupin občin.

Sk.	Št. občin	ŠT	ŠT65	POV	GPRES	NP	SSP	SP	STAR
1	43	5349,8	866,6	61,2	99,88	0,135	-0,086	0,044	41,191
2	156	8929,7	1456,9	107,3	107,44	1,065	4,625	5,687	41,085
3	2	195478,0	34837,0	211,5	888,00	0,650	9,100	9,750	42,750
SK.	201	10020,0	1662,8	98,5	113,59	0,862	3,662	4,520	41,124

ŠT – število prebivalcev, 1. 7. 2009*

ŠT65 – število prebivalcev, starih vsaj 65, 2010**

POV – površina (km²), 1. 1. 2010*

GPRES – gostota prebivalstva (preb./km²), 1. 7. 2009***

NP – naravni prirast (na 1000 prebivalcev), 1. 7. 2009***

SSP – skupni selitveni prirast (na 1000 prebivalcev), 1. 7. 2009***

SP – skupni prirast (na 1000 prebivalcev), 1. 7. 2009***

STAR – povprečna starost prebivalcev (leta), 1. 7. 2009***

Vir: * Statistični podatki 2009, ** Nagode et al. 2011, *** Statistični kazalniki 2009.

Preglednica 4: Značilnosti skupin občin, nadaljevanje.

Sk.	Št. občin	ŠTUD	DIP	PNPI	PNP	DSP	SRB
1	43	48,7	7,6	89,6	832,5	62,82	11,37
2	156	55,2	8,5	90,1	837,3	43,94	9,30
3	2	53,0	8,5	107,0	995,2	45,85	10,20
SK.	201	53,8	8,3	90,1	837,8	47,99	9,75

ŠTUD – število študentov (na 1000 prebivalcev), 2009*

DIP – število diplomantov (na 1000 prebivalcev), 2009*

PNPI – povprečna mesečna neto plača (indeks, SI=100), 2009*

PNP – povprečna mesečna neto plača na zaposleno osebo (EUR), 2009**

DSP – prejemniki denarnih socialnih pomoči (na 1000 prebivalcev), 2009**

SRB – stopnja registrirane brezposelnosti (%), 2009*

Vir: * Statistični kazalniki 2009, ** Statistični podatki 2009.

z v povprečju enakim številom obiskov (ki pa so seveda v povprečju krajši 93 minut v prvi skupini in 56 minut v drugi skupini). Oskrba sicer ni v vseh občinah dostopna popoldne (42 % občin) in za konec tedna (53 %), se pa nakazujeta boljša časovna dostopnost in organizacija socialne oskrbe na domu kot v prvi skupini občin. Med temi občinami jih ima 40 % organizirano institucionalno oskrbo. Organizatorji socialne oskrbe na domu so večinoma centri za socialno delo (58 %), sledijo jim domovi za stare (26 %) in drugi izvajalci (16 %). Skupino lahko imenujemo: »malo denarja – veliko oskrbe«.

Ljubljana in Maribor sta ohranila svoje značilnosti glede količine in kakovosti socialne oskrbe na domu, kot smo jih opazili leta 2008, nekoliko

se je povečalo število uporabnikov in zmanjšalo število potencialnih uporabnikov. Zdi se, da je ponudba nekoliko bolj prilagojena povpraševanju.

Nekatere občine še vedno ne izvajajo oskrbe na domu ali pa nimajo uporabnikov, druge pa nimajo dostopnih vseh podatkov za leto 2010.¹ Poglejmo, kakšne občine so v treh skupinah občin glede na demografske značilnosti prebivalcev, blaginjo prebivalcev ter značilnosti in blaginjo občin.

Povprečno število prebivalcev v občinah, vključenih v razvrščanje, je 10.020. V prvi in drugi skupini je število prebivalcev podpovprečno, posebej majhne občine so v prvi

¹ Gre za občine Cankova, Hodoš, Horjul, Izola, Jezersko, Kostel, Loški potok, Osilnica in Preddvor.

skupini (SK1 5350; SK2 8930). Te občine so majhne tudi glede na površino, so skoraj za polovico manjše kot občine v drugi skupini (SK1 61km²; SK2 107km²), glede gostote prebivalstva pa se skupini precej razlikujeta od Ljubljane in Maribora (SK1 100, SK2 107, SK3 888 prebivalcev na km²). Naravni prirast je največji v drugi skupini (SK1 0,135, SK2 1,065, SK3 0,650 na tisoč prebivalcev), selitveni prirast je v prvi skupini negativen, najvišji je seveda v Ljubljani in Mariboru (SK1 -0,086, SK2 4,625, SK3 9,100), povprečna starost prebivalcev je nekoliko višja v Ljubljani in Mariboru (SK1 41,2, SK2 41,1, SK3 42,8). V prvi skupini občin, ki imajo še vedno visoke finančne vložke v razvoj socialne oskrbe na domu s primerjalno majhnim učinkom glede količine in kakovosti oskrbe, gre torej za prebivalstveno in površinsko majhne občine, z majhno gostoto prebivalstva z zelo majhnim skupnim prirastom prebivalstva, ki gre na račun majhnega naravnega prirasta in negativnega selitvenega prirasta.

Poglejmo si še druge značilnosti prebivalcev občin. Po številu študentov in diplomantov je v občinah v prvi skupini najmanjše število študentov in diplomantov, v Ljubljani in Mariboru pa največje (število študentov SK1 49, SK2 55, SK3 53). Povprečna neto mesečna plača je najnižja v prvi skupini in najvišja v Ljubljani in Mariboru (SK1 832, SK2 837, SK3 995), je pa v prvi skupini občin največ prejemnikov denarnih socialnih pomoči na tisoč prebivalcev (SK1 63, SK2 44, SK3 46), tam je tudi najvišja

stopnja registrirane brezposelnosti (v %, SK1 11, SK2 9 in SK3 10). Omenjene značilnosti občin kažejo, da so prebivalci občin v prvi skupini glede izobrazbene ravni najšibkejši in da je življenjska raven prebivalcev najnižja.

Pri opisu tipa občin in njihovega razvoja smo upoštevali več klasifikacij. Podrobneje jih opisujemo ob predstavitvi posameznih kazalcev v preglednici št. 5.

Statistični urad Republike Slovenije (SURS) deli občine v mestne in nemestne, in sicer po tem merilu: mestna občina je občina, ki obsega večje mesto. V Sloveniji Zakon o lokalni samoupravi (1993) v 16. členu določa, da se na območju mesta zaradi enotnega prostorskega in urbanističnega urejanja, zadovoljevanja komunalnih potreb in planiranja razvoja ustanovi mestna občina. Mestna občina je gosto in strnjeno naselje ali več naselij, povezanih v enoten prostorski organizem in mestno okolico, ki jo povezuje dnevna migracija prebivalstva. Mesto lahko dobi status mestne občine, če ima najmanj 20.000 prebivalcev in najmanj 15.000 delovnih mest, od tega najmanj polovico v terciarnih in kvartarnih dejavnostih, in je geografsko, gospodarsko in kulturno središče svojega gravitacijskega območja. Mestno občino ustanovi Državni zbor z zakonom po prej opravljenem referendumu, s katerim se ugotovi volja prebivalcev na določenem območju in po postopku, ki ga določa poseben zakon. Z zakonom se določita območje in ime mestne občine. Ime mestne občine se določi po imenu mesta, na območju katerega se ustanovi mestna občina. V Sloveniji

Preglednica 5: Značilnosti skupin občin v letu 2010.

Sk.	Št. občin	M(SURS) %	U(OECD) %	MF %	SIDP	VR %	UB %	ZB %	NB %
1	43	2	9	40	87	5	7	49	39
2	156	5	21	63	81	7	36	36	22
3	2	100	100	100	70	100	0	0	0
SK.	201*	6	19	58	82	8	29	38	26

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 (Rovan *et al.* 2009)

ZB – odstotek občin zmerne blaginje (Rovan *et al.* 2009)

NB – odstotek občin majhne blaginje (Rovan *et al.* 2009)

je 11 mestnih občin (Ljubljana, Maribor, Ptuj, Celje, Kranj, Novo mesto, Nova Gorica, Koper, Murska Sobota, Slovenj Gradec in Velenje). V preglednici je prikazan odstotek mestnih občin.

Tipologija občin, ki jo uporablja OECD (Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj) za opredelitev urbanih in ruralnih občin, uporablja merilo 150 prebivalcev na km². V preglednici 5 prikazujemo odstotek urbanih občin.

Razvitost občin po tipologiji MF kot merilo upošteva koeficient razvitosti občin, glede na obseg sofinanciranja investicij iz državnega proračuna za leto 2011 in 2012 (24 a člen Zakona o financiranju občin (2006), ki ga je sprejel Državni zbor Republike Slovenije na seji 17. novembra 2006.) Občine so razdeljene na podlagi odstopanja od povprečne vrednosti 1 na povprečno in nadpovprečno razvite (1) in podpovprečno razvite (2). V preglednici 5 prikazujemo odstotek povprečno in nadpovprečno razvitih občin ter obseg sofinanciranja investicij iz državnega proračuna v odstotkih.

V preglednici 5 je predstavljen tudi odstotek občin po tipologiji² Rovan *et al.* (2009), ki občine delijo v štiri skupine; gospodarsko in družbeno visoko razvite občine³, občine uravnotežene blaginje⁴, občine zmerne bla-

ginje⁵ in občine majhne⁶ blaginje. Tipologija je narejena na podlagi razvrščanja v skupine z upoštevanjem 49 kazalcev razvoja občin, ki vključujejo demografske, ekonomske, socialne kazalce (življenjska raven, izobraževanje, zdravje, prosti čas, kriminaliteta, občinska uprava, individualna blaginja) in kazalce okolja (*op. cit.*: 75–77).

V prvi skupini občin gre za ruralne občine, večina (60 %) jih sodi po merilih MF v podpovprečno razvite občine, obseg sofinanciranja investicij iz državnega proračuna je največji. Če pogledamo tipologijo razvitosti po Rovan *et al.* (2009), je med temi občinami polovica občin z zmerno blaginjo in skoraj 40 % občin z majhno blaginjo. Slaba dostopnost socialne oskrbe na domu pripomore k majhni blaginji v teh občinah.

V drugi skupini gre sicer spet za večinoma ruralne občine (le 21 % je urbanih), vendar jih 63 % sodi med nadpovprečno ali povprečno razvite občine po merilu MF. Obseg sofinanciranja investicij iz državnega proračuna je manjši kot v prvi skupini občin, vendar višji kot v Ljubljani in Mariboru. Glede blaginje je enak odstotek (36 %) občin z uravnoteženo in zmerno blaginjo, le 22 % je občin z majhno blaginjo. Boljša organiziranost socialne oskrbe na domu pripomore k večji blaginji prebivalcev teh občin.

² V članku Rovan *et al.* (2009) predstavljajo štiri klasifikacije, izbrali smo klasifikacijo, narejeno na podlagi razvrščanja v skupine na vseh indikatorjih, ker je med vsemi štirimi klasifikacijami najbolj razlikovala med našimi skupinami občin.

³ Za gospodarsko in družbeno visoko razvite občine je značilno (*op. cit.* Rovan: 82), da imajo najvišje vrednosti vseh ekonomskih kazalcev, visoko stopnjo urbanizacije in visoko stopnjo dnevnih migracij. Prebivalci teh občin imajo visok življenjski standard in dobro dostopnost do dobrin, so v povprečju bolje izobraženi in imajo boljši dostop do komunalne infrastrukture. Stopnja registrirane brezposelnosti in število prejemnikov socialne pomoči na sto prebivalcev sta na ravni povprečja vseh občin. Stopnja celotne rodnosti je najnižja, število razvez na 10.000 prebivalcev najvišje, višja je tudi stopnja kaznivih dejanj.

⁴ Občine uravnotežene blaginje (*op. cit.*: 82, 84) so geografsko strnjene v vzhodnem delu Slovenije. Dostop do javne komunalne infrastrukture je ugoden, vendar te občine niso posebej gosto poseljene. Povprečna občina uravnotežene blaginje ima nadpovprečne vrednosti pri večini ekonomskih kazalcev in kazalcev življenjske ravni, vendar pa zaostaja za povprečjem skupine gospodarsko in družbeno visoko razvitih občin. Za skupino občin uravnotežene blaginje so značilne najvišje stopnje rasti

prebivalstva, najnižje stopnje registrirane brezposelnosti in prejemnikov socialne pomoči. Življenjska doba je za eno leto in devet mesecev daljša od občin v prvi skupini. K višji ravni blaginje prebivalcev pripomorejo tudi najvišja stopnja celotne rodnosti in najnižje število splavov na 100 živorojenih otrok. Prebivalci teh občin imajo boljšo kakovost življenja in okolja v primerjavi s prebivalci iz gospodarsko in družbeno visoko razvitih občin.

⁵ Za občine zmerne blaginje (*op. cit.*: 82) so značilne zmerne ekonomske razmere in življenjski standard, ki je za malenkost pod povprečjem. Vrednosti večine spremljivk so okrog povprečja, najmanjša pa sta stanovanjska površina in odstotek lastniških stanovanj na prebivalca. V povprečju je v teh občinah prebivalstvo najmlajše.

⁶ Občine majhne blaginje so številčno majhne (*op. cit.*: 84). V povprečju so gospodarsko slabo razvite, praviloma ruralne, z omejeno dostopnostjo do komunalne infrastrukture. V teh občinah sta največji tudi število samomorov na 10.000 prebivalcev in število splavov na 100 živorojenih otrok. Vendar pa je v teh občinah najmanj razvez in najmanj kaznivih dejanj na 10.000 prebivalcev.

SPREMEMBE V UČINKOVITOSTI IZRABE SREDSTEV PRI ORGANIZACIJI SOCIALNE OSKRBE NA DOMU IN HETEROGENOSTI OBČIN

V članku smo preverjali, ali je empirično ugotovljena tipologija občin glede na organizacijo socialne oskrbe na domu, učinkovitost izrabe sredstev in kakovost dostopa do socialne oskrbe na domu iz leta 2008 stabilna po vsebini in po razvrstitvi občin v posamezne skupine. Prikazali smo rezultate razvrščanja v skupine za socialno oskrbo na domu za leto 2010 in jih primerjali z razvrstitvijo v pet tipov organizacije socialne oskrbe na domu, ki smo jih empirično določili za podatke v letu 2008.

Ključna ugotovitev je, da se je heterogenost občin zmanjšala, to pomeni, da smo za podatke iz leta 2010 empirično dobili manjše število modelov organizacije socialne oskrbe na domu kot za podatke iz leta 2008. Podrobnejša analiza indikatorjev, ki smo jih vključili v razvrščanje, in indikatorjev, ki smo jih analizirali po modelu socialne oskrbe na domu, je pokazala, da je za večino občin možno reči, da je šel razvoj organizacije socialne oskrbe na domu v smeri večje učinkovitosti izrabe sredstev. Ob tem v analitskem delu nismo uporabili št. oseb, ki bi še potrebovale storitve (to meri odzivnost programa na potrebe ljudi), velika večina občin je namreč poročala, da ni potencialnih uporabnikov, ki bi potrebovali socialno oskrbo na domu.

Kot kaže, izvajanje socialne oskrbe na domu po podatkih iz leta 2010 večinoma zadošča potrebam potencialnih uporabnikov. To je kvalitativna sprememba glede na podatke iz leta 2008. Hkrati to vnaša dvom o ciljnih nacionalnih razvojnih programov s tega področja, ne samo o številskem doseganju teh ciljev (število uporabnikov socialne oskrbe na domu je manjše, kot je bilo načrtovano – Hlebec 2010 b, 2012), ampak tudi o ustreznosti programa za uporabnike. Sprašujemo se, ali je taka storitev primerna za vse potencialne uporabnike. Ali program socialne oskrbe na domu vsebuje storitve, ki jih uporabniki potrebujejo? Ne nazadnje se postavlja tudi vprašanje, kako bodo na število uporabnikov vplivali poslabšanje ekonomske blaginje prebivalstva, večja

stopnja brezposelnosti in ukinitve državne finančne podpore izvedbi programa ter prenos stroškov izključno na občine in uporabnike. Pričakujemo, da se bo število uporabnikov socialne oskrbe na domu zaradi teh dejavnikov nekoliko, če že ne precej zmanjšalo.

Približno 20 % občin sodi v prvo skupino, za katero je značilno manjše število uporabnikov in manjša učinkovitost pri organizaciji oskrbe. Te občine so manjše, večinoma ruralne in slabše razvite, z majhno ali zmerno blaginjo. Domnevamo, da sta manj učinkovita organizacija socialne skrbe na domu in slabša dostopnost socialne oskrbe za uporabnike del slabših življenjskih razmer za prebivalce teh občin.

Naša analiza je sicer pokazala pozitivne spremembe v razvoju socialne oskrbe na domu, predvsem zmanjševanje izjemne raznovrstnosti občin. Na to so opozarjale vse analize tega pojava (npr. Nagode *et al.* 2011, Hlebec 2010 b). Hkrati pa smo tudi opozorili na nedoseganje zastavljenih ciljev razvoja programa, ki bo verjetno v naslednjih letih še nekoliko počasnejši zaradi poslabšanja ekonomske blaginje prebivalstva, večje stopnje brezposelnosti in ukinitve državne finančne podpore pri izvedbi programa ter prenos stroškov z golj na občine in uporabnike.

Zaradi teh, zunanjih dejavnikov je treba razvoj socialne oskrbe na domu tudi v prihodnje pozorno spremljati. Prav tako je treba omeniti omejen doseg agregiranih podatkov na ravni občin, saj ne omogočajo spremljanja tega pojava na ravni posameznikov, predvsem njihovega zadovoljstva in potreb. V prihodnje bo torej nujno opazovati in analizirati socialno oskrbo na domu tudi na ravni posameznikov.

VIRI

- ACCETTO, B. (1968), *Staranje, starost in starostno varstvo*. Ljubljana: Republiški odbor Rdečega križa Slovenije.
- Commission of the European Communities (2005), *Confronting demographic change: a new solidarity between the generations (Green Paper)*. Dostopno na: http://ec.europa.eu/employment_social/social_situation/green_paper_en.html (20. 10. 2012).

- FERLIGOJ, A. (1989), *Razvrščanje v skupine: teorija in uporaba v družboslovju*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, Raziskovalni inštitut.
- HLEBEC, V., KAVČIČ, M., FILIPOVIČ HRAST, M., VEZOVNIK, A., TRBANC, M. (2010), *Samo da bo denar in zdravje: življenje starih revnih ljudi*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- HLEBEC, V. (2010 a), The post-socialist transition and care for older people in Slovenia. *European papers on the new welfare*, 15: 141–152.
- (2010 b), Oskrba starih med državo in družino: oskrba na domu. *Teorija in praksa*, 47, 4: 765–785.
- (2012), Kontekstualni dejavniki uporabe oskrbe na domu v Sloveniji = Contextual factors of home care utilization in Slovenia. *Zdravstveno varstvo: revija za teorijo in prakso preventivnega zdravstvenega varstva*, 51, 2: 120–127.
- HOJNIK-ZUPANC, I., LIČER, N., HLEBEC, V. (1996 a), Kdo so uporabniki alarmnega sistema v Ljubljani. *Firis: strokovno-pravni informator*, 4, 2: 22–39.
- (1996 b), Varovalni alarmni sistem kot socialna inovacija v slovenskem prostoru. *Zdravstveno varstvo*, 35, 9–10: 289–294.
- HVALIČ TOUZERY, S. (2007), *Družinska oskrba starih družinskih članov*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (doktorska disertacija).
- KOLARIČ, Z., RAKAR, T., KOPAČ, M. (2009), Slovenski sistem blaginje v procesu postopnega spreminjanja. V: Hlebec, V. (ur.), *Starejši ljudje v družbi sprememb*. Maribor: Aristej (45–75).
- LAJEVEC, S., REJA, D. (1958), *Delo, zdravje in starost*. Ljubljana: Prešernova družba.
- MALI, J. (2007), *Vloga in pomen socialnega dela v razvoju institucionalnega varstva starih ljudi v Sloveniji*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (doktorska disertacija).
- (2008), *Od hiralnic do domov za stare ljudi*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- (2009), Spremembe v institucionalnem varstvu starejših. V: Hlebec, V. (ur.), *Starejši ljudje v družbi sprememb* (Dialogi, letnik 10). Maribor: Aristej (95–107).
- MDDSZ (1997), Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, *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 (16. 7. 2010).
- (2006), Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, *Strategija varstva starejših do leta 2010 – solidarnost, sožitje in kakovostno staranje prebivalstva*. Dostopno na: http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti_pdf/strategija-SI-starejsi.pdf (16. 7. 2010).
- NAGODE, M., JAKOB KREJAN, P., SMOLEJ, S. (2011), *Izvajanje pomoči na domu: analiza stanja v letu 2010*. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo (končno poročilo).
- Pravilnik o standardih in normativih socialno varstvenih storitev (1995). *Ur. l. RS*, 52/1995: 4052–4058, 2/98, 19/99, 28/99 popr., 127/03, 125/04, 120/05 – Odl. US: U.I-192/05-29, 60/05, 120/05, 2/06 popr., 140/06, 120/07, 90/08, 121/08, 53/09 v 22.
- ROVAN, J., MALEŠIČ, K., BREGAR, L. (2009), Blaginja občin v Sloveniji: well-being of the municipalities in Slovenia. *Geodetski vestnik*, 53, 1: 70–91.
- PERAT, J. (1969), Socialni vidiki gerontologije. *Vestnik Sveta za socialno varstvo LRS*, 8, 6: 21–41.
- SMOLEJ, S., JAKOB, P., NAGODE, M., ŽIBERNA, V. (2008), *Analiza izvajanja pomoči na domu*. Ljubljana: Inštitut RS za socialno varstvo.
- Statistični kazalniki (2009), Statistični urad RS, Statistični kazalniki, občine, Slovenija. Dostopno na <http://pxweb.stat.si/pxweb/Database/Obcine/Obcine.asp> (22. 10. 2012).
- Statistični podatki (2009), Statistični urad RS, Statistični podatki, občine, Slovenija. Dostopno na: <http://pxweb.stat.si/pxweb/Database/Obcine/Obcine.asp> (22. 10. 2012).
- Zakon o financiranju občin (2006). *Ur. l. RS*, 123/2006: 13077–13083.
- Zakon o lokalni samoupravi (1993). *Ur. l. RS*, 72/1993: 3765–3772.

Mateja Nagode, Valentina Hlebec

SOCIALNA OSKRBA Z VIDIKA SOCIALNIH OSKRBOVALK

UVOD

Socialna oskrba na domu je temeljna socialnovarstvena storitev v Sloveniji. Izvaja se na domu posameznika in obsega pomoč pri temeljnih in podpornih dnevni opravilih. Je najbolj razširjena socialnovarstvena storitev javne mreže in ljudem omogoča, da čim dlje v svoji starosti ostanejo doma in tako preprečijo ali odložijo odhod v institucionalno varstvo, prevladujoč tip oskrbe starih ljudi (Mali 2008, 2009, Flaker, Nagode 2009, Hlebec 2010, Flaker *et al.* 2011). Ker gredo mednarodni trendi v smeri deinstitucionalizacije skrbi (na primer Mansell *et al.* 2007, Glendinning, Moran 2009, Oesterle 2011) in ker si tudi Slovenija že več let v okviru nacionalnih programov s področja socialnega varstva¹ prizadeva pospešiti ta proces, ima pri tem socialna oskrba na domu eno ključnih vlog.

Danes oskrbo na domu v Sloveniji prejema le 1,7 % oseb v starosti 65 let in več; zagotavlja jo 76 organizacij, izvaja pa več kot 900 socialnih oskrbovalk (Nagode *et al.* 2012: 10). Socialna oskrba na domu geografsko pokriva celotno Slovenijo. V zelo majhnem številu občin se oskrba (še) ne izvaja ali pa trenutno ni uporabnikov (Nagode *et al.* 2012). Čeprav je storitev dosegla skoraj popolno geografsko dostopnost, pa je število uporabnikov še vedno razmeroma majhno glede na potencialni načrtovani razvoj, kot ga opredeljujejo nacionalni programi socialnega varstva¹ (3 % oseb, starih več kot 65 let). Organizacija in izvajanje

storitve sta kompleksni dejavnosti, saj je storitev z različnimi zakonskimi predpisi regulirana na državni ravni, organizacija in sofinanciranje storitve pa sodita na občinsko raven. Izvajanje je odvisno od organizacije, ki je od občine prejela koncesijo za izvajanje storitve² (*op. cit.*).

Leta 2008 je Inštitut RS za socialno varstvo (Smolej *et al.* 2008 a) začel redno in sistematično spremljanje in vrednotenje izvajanja storitve na nacionalni ravni in s tem smo v Sloveniji pridobili dobro podatkovno oporo na nacionalni ravni in vpogled v splošne značilnosti izvajanja socialne oskrbe na domu. Poročila (Smolej *et al.* 2008 a, b, 2010, Nagode *et al.* 2011, 2012) vključujejo podatke, ki omogočajo redno spremljanje stanja na tem področju³.

Na podlagi teh podatkov so bile narejene dodatne analize (Hlebec 2010, 2012), ki identificirajo različne modele zagotavljanja storitve po celotni državi in pa kontekstualne dejavnike uporabe storitve. Ne glede na to pa zaradi specifičnega nabora kazalnikov, ki sicer zadostujejo za spremljanje razvoja storitve z institucionalnega vidika države in občine, poglobljena analiza tega pojava do zdaj ni bila možna (Smolej *et al.* 2008 b, Hlebec 2010, Nagode, Smolej 2011, Hlebec 2012), saj poročila ne vsebujejo poglobljenih kazalnikov, ki bi sočasno vključevali

¹ Nacionalni program socialnega varstva do 2005 (2000), Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2006–2010 (2006).

² To so centri za socialno delo, domovi za stare in posebni zavodi, specializirani zavodi za oskrbo na domu in zasebni izvajalci z dovoljenjem za delo.

³ Podatki o izvajalskih organizacijah, število uporabnikov, spol in starost uporabnikov, struktura storitve, število socialnih oskrbovalk, potrjena cena, ki jo plača uporabnik, ekonomska cena, delež državnih in občinskih sredstev, namenjenih izvajanju storitve ipd.

vse ključne akterje, vpete v zagotavljanje in izvajanje socialne oskrbe, od države, občine in izvajalskih organizacij do socialnih oskrbovalk, uporabnikov in njihovih svojcev.

Za zdaj imamo na voljo zgolj kakovostne kvantitativne podatke na nacionalni ravni, a so nezadostni za poglobljeno raziskovanje, ter nekatere delne raziskave, analize in študije. Menimo, da je bilo premalo raziskovalnega navora vloženega predvsem v mnenja prejemnikov pomoči in njihovih svojcev ter v izvajalsko raven. Pri tem še posebej mislimo na ključen kader, tj. socialne oskrbovalke, saj so pomemben člen pri izvajanju socialne oskrbe na domu in njihovo delo vpliva tako na kakovost opravljenega dela kot tudi na zadovoljstvo uporabnikov (in njihovih svojcev).

Ker so socialne oskrbovalke (in organizacije, v katerih so zaposlene) kot središčna točka na kontinuumu med državo in uporabniki, nas zanima njihov pogled in njihovo vrednotenje izvajanja socialne oskrbe na domu. Zato smo s kritično metaanalizo sistematično ovrednotili obstoječe raziskave na tem področju, povzeli njihove ključne ugotovitve ter opozorili na pomanjkljivosti vsebine raziskovanja in uporabljene metodologije. Najprej predstavimo pristop vrednotenja oziroma metodo, kritično metaanalizo, nato rezultate metodološke analize raziskav, ki so bile na tem področju narejene pred kratkim. Sledita predstavitev vsebinskih ugotovitev, tj. ključnih značilnosti izvajanja socialne oskrbe na domu z vidika socialnih oskrbovalk, in kritična razprava, v kateri poudarimo najpomembnejše ugotovitve in pomanjkljivosti raziskav ter možnosti nadaljnjega raziskovanja.

KRITIČNA METAANALIZA VREDNOTENJA SOCIALNE OSKRBE NA DOMU

Za pregled že obstoječih praks spremljanja in vrednotenja izvajanja socialne oskrbe na domu z vidika socialnih oskrbovalk smo uporabili pristop sistematične kritične metaanalize. Z uporabo tega pristopa smo lahko podali oceno metodološke in vsebinske kakovosti opravljenih raziskav in povzeli že predstavljene ključne

ugotovitve različnih obstoječih vrednotenj. Ob tem smo ustrezno upoštevali metodološke in vsebinske omejitve obravnavanih raziskav. Sistematični pregled in identifikacijo obstoječih praks vrednotenja socialne oskrbe, kritično metaanalizo, smo zasnovali v treh značilnih korakih (po Harden, Thomas 2010): vzorčenje (iskanje študij), zbiranje podatkov (kodiranje, nabor podatkov) ter analiza podatkov in interpretacija (sinteza). Enota analize tako niso posamezne izvajalke, pač pa že narejene raziskave o pogledu izvajalk na različne vidike izvajanja socialne oskrbe na domu.

Vzorčenje raziskav je potekalo dvofazno, saj smo skušali najti in upoštevati vse razpoložljive raziskave. Najprej je Inštitut RS za socialno varstvo vse izvajalce socialne oskrbe zaprosil⁴ za posredovanje kakršnegakoli vrednotenja kakovosti socialne oskrbe, ki so ga izvedli v svoji organizaciji v zadnjih treh letih. Sledil je pregled literature, kot jo opredeljuje Hart (2001), v okviru katerega smo pregledali bibliografski sistem COBISS. Pri izbiri gradiv oz. raziskav smo upoštevali dve merili, vsebinsko in metodološko.

Glede vsebine raziskav so nas zanimala vrednotenja, ki so se nanašala na zagotavljanje socialne oskrbe na domu⁵, metodološko merilo pa je zahtevalo, da ima vrednotenje značaj izvirnega raziskovalnega dela, tj. da vsebuje vrednotenje socialne oskrbe na primarni ravni⁶. Sledil je pregled pridobljenih poročil o raziskavah ter metodološka in vsebinska analiza značilnosti raziskav in njihovih ključnih ugotovitev. Izmed vseh 68 raziskav (50 po sistemu COBISS in 18 prejetih od izvajalcev socialne oskrbe na domu) smo jih z upoštevanjem obeh meril v vzorec lahko vključili 26 (13 diplomskih nalog in 13 vrednotenja izvajalcev). Najprej smo izločili raziskave iz sistema COBISS, ki se niso neposredno nanašale na socialno oskrbo na domu ali pa niso vsebovale empiričnega

⁴ Dne 3. februarja 2012.

⁵ V bibliografskem sistemu COBISS smo kot iskalne pojme uporabili te besede oziroma sintagme: pomoč na domu, socialna oskrba, potrebe, stari, socialne oskrbovalke.

⁶ Bodisi da je bil opravljen intervju z uporabniki, zaposlenimi ali svojci bodisi da je bilo izvedeno anketiranje uporabnikov, svojcev ali zaposlenih.

Preglednica 1: Uporabljeni merski instrumenti.

Kvantitativna metodologija	Kvalitativna metodologija	Kvantitativna/kvalitativna metodologija
Vprašalnik za socialne oskrbovalke (Vudrag 2009, Naglav 2010, Usar 2011)	Intervju z uporabniki, socialnimi oskrbovalkami in vodjo pomoči na domu (Kodrič 2011)	Vprašalnik za socialne oskrbovalke in intervju z uporabniki (Svetičič 2009)
Vprašalnik za uporabnike, socialne oskrbovalke in občine (Zemljak in Nagode 2011)	Intervju z uporabniki, svojci, socialnimi oskrbovalkami in koordinatorjem pomoči na domu (Volčini 2010)	

pristopa vrednotenja tega področja (39 raziskav). Med raziskavami, ki so jih posredovali izvajalci, smo izločili štiri, saj so vrednotile delovanje celotne organizacije (na primer poročila Eqalin) ali pa so posredovale zgolj pregled obstoječe dokumentacije izvajanja socialne oskrbe na domu. Ker pa se v našem besedilu osredotočamo zgolj na vidik socialnih oskrbovalk⁷, predstavljamo sistematično metaanalizo tistih vrednotenj, ki so obravnavale (tudi) to področje.

V analizo smo tako vključili sedem raziskav, ki so zadoščale merilom, od tega šest diplomskih nalog in eno vrednotenje izvajalca socialne oskrbe na domu. Temeljijo na različnih metodologijah in merskih instrumentih, kot je razvidno iz preglednice 1. Najprej smo torej sistematično pregledali metodološke značilnosti raziskav in ugotovitve primerjali s tem, katere metodološke zakonitosti bi raziskave morale upoštevati, da bi bili rezultati verodostojni in veljavni. Vzorčenje smo na primer ovrednotili po Kaltonu in Vehovarju (2001). Za vsebinski pregled smo zaradi majhnega števila raziskav in heterogenosti v merjenju konceptov uporabili sistematični pregled in deskriptivno analizo posameznih parametrov z metodami analize, kot so izračun povprečja, modalnega razreda, standardnega odklona bodisi iz primarno grupiranih (frekvenčna porazdelitev) ali negrupiranih podatkov.

V štirih raziskavah so uporabili zgolj kvantitativne merske instrumente, v dveh zgolj kvalitativne. Le ena raziskava je uporabila integri-

rane merske instrumente⁸. Merski instrumenti se med seboj razlikujejo, v nadaljevanju pa se bomo osredotočili le na tiste, ki se nanašajo na socialne oskrbovalke (pet vprašalnikov in dvakrat intervjuji).

METODOLOŠKE ZNAČILNOSTI RAZISKAV

V vseh petih kvantitativnih raziskavah skupaj je bilo v letu 2009 in 2010 anketiranih 158 socialnih oskrbovalk iz različnih regij Slovenije (CSD Murska Sobota, CSD Koper, CSD Tolmin, CPD Maribor in ZOD Ljubljana). Namen raziskav je bil predvsem pridobiti vpogled v delo socialnih oskrbovalk kot enega izmed pomembnih vidikov zagotavljanja kakovostne storitve (dve raziskavi) in ugotoviti kakovost delovnega življenja socialnih oskrbovalk (tri raziskave), pri tem pa je ena raziskava izrazito usmerjena na povratno informacijo socialnih oskrbovalk glede organizacije in vodenja programa, drugi dve pa predvsem na posamezne elemente kakovosti delovnega življenja in na zadovoljstvo z njimi. Štiri raziskave pri opredelitvi problema/namena še posebej poudarijo pomembnost vpogleda v delo socialnih oskrbovalk, saj njihovo kakovostno delovno življenje zato vpliva tudi na zadovoljstvo uporabnikov z njihovimi storitvami.

Kot je razvidno iz preglednice 2, vse raziskave opredelijo namen vrednotenja, nekatere pa poleg tega še hipoteze in raziskovalna vprašanja. Ker gre večinoma za diplomske naloge, je že zaradi narave dela smiselno pričakovati, da so kot del kvantitativnega raziskovalnega procesa opredelili konkreten (raziskovalni) cilj

⁷ Kritična metaanaliza je del magistrske naloge z naslovom Vrednotenje kakovosti socialne oskrbe na domu: pristopi in instrumenti (Nagode v delu). Tam so analizirani tudi preostali vidiki.

⁸ Tako kvalitativne kot kvantitativne.

Preglednica 2: Metodološke značilnosti raziskav.

Raziskava	Leto izvedbe	Namen (N), hipoteza (H), raziskovalno vprašanje (RV)	Vrsta anketiranja	Merski instrument
Zemljak, Nagode 2011	2010	N	Samoanketiranje	Vprašalnik
Usar 2011	2010	N+7H	Samoanketiranje	Vprašalnik
Naglav 2010	2010	N+10H+2RV	Samoanketiranje	Vprašalnik
Svetičič 2009	2009	N+14RV	Samoanketiranje	Vprašalnik
Vudrag 2009	2009	N	Samoanketiranje	Vprašalnik

in ga podkrepili bodisi s hipotezami bodisi z raziskovalnimi vprašanji. V dveh raziskavah so uporabili standardizirani vprašalnik z zaprtimi odgovori, v treh pa so v vprašalnik vključili tudi vprašanja z odprtimi odgovori. Vprašalnik je bil načelno anonimen, to so posebej poudarile štiri raziskave. V vseh petih raziskavah so izvedli samoanketiranje (preglednica 2): socialne oskrbovalke so same izpolnile vprašalnik, ki so ga prejele na internem sestanku. Izpolnile so ga med sestankom, po njem ali pozneje in ga oddale osebi, ki jim ga je razdelila. V dveh primerih je jasno, da so vprašalnike prejele vse zaposlene socialne oskrbovalke (tj. celotna opazovana populacija socialnih oskrbovalk), saj so bile vse na sestanku, v dveh primerih ni jasno, koliko od vseh zaposlenih je bilo navzočih, v enem primeru pa ni znan niti podatek o populaciji niti o razdeljenih anketah. Celotne populacije, tj. števila vseh zaposlenih socialnih oskrbovalk na anketiranem območju, iz opisa metodologije ne moremo opredeliti, saj nekatere raziskave niso (natančno) opisale celotne populacije oziroma postopka vzorčenja (preglednica 3). Podatek o populaciji (tj. število vseh socialnih oskrbovalk), razdeljenih in izpolnjenih anketah je nujen za izračun različnih stopenj (anketiranja, odgovora) in za razumevanje obravnavanega vzorca anketirancev. Kaže tudi (ne)represntativnost vzorca. Iz tega izhaja vsa nadaljnja obravnava podatkov, uporabe statističnih metod in interpretacije. Razlog neodgovora potencialnega anketiranca je pomembna informacija in, kot opozarjata Kalton in Vehovar (2001: 86), ne smemo podcenjevati tveganja, da je posledica neodgovorov pristranskost, saj so neodgovori pogosto porazdeljeni neenakomerno v določenih podskupinah ciljne populacije.

V raziskavah je bil neodgovor potencialnega anketiranca povezan z izostankom od sestanka ali zavrnitvijo sodelovanja⁹. Izostanek od sestanka je lahko pomemben razlog odsotnosti, če je oseba odsotna pogosteje, na primer zaradi bolezni. V tem primeru bi ta oseba lahko nekatere vidike delovnega življenja ocenila precej drugače (zaradi njenega zdravstvenega stanja) kot drugi. Sicer pa gre za populacijo, ki jo poznamo in pri kateri se po navadi pri raziskovanju ne srečujemo z manjkajočimi elementi vzorčnega okvira¹⁰, saj je ta primeren (je namenjen naši ciljni populaciji) in popoln (je ustrezen in vključuje vse elemente) (op. cit.). Prav tako za ta vzorčni okvir velja, da ne vsebuje neustreznih elementov ali podvojenih zapisov. To je še ena prednost. Hkrati pa gre tudi za specifično populacijo, za katero predvidevamo, da je motivirana za sodelovanje v raziskavi. Glede na to, da je bil cilj v vseh raziskavah anketirati vse socialne oskrbovalke, stopnjo odgovora izračunamo kot razmerje med številom rešenih anket in številom vseh zaposlenih socialnih oskrbovalk (populacija). Če s podatkom o populaciji ne razpolagamo, namesto tega podatka vzamemo podatek o številu razdeljenih anket in tako izračunamo stopnjo anketiranja.

Povprečna stopnja odgovora, izračunana na podlagi podatkov štirih raziskav, znaša 79,0 %, povprečna stopnja anketiranja, ki je izračunana na podlagi podatkov treh raziskav, pa 94,6 % (preglednica 3). Obravnavane raziskave dosega dovolj visoko stopnjo odgovora, glede na

⁹ Na primer oddan prazen vprašalnik ali vprašalnik ni bil vrnjen.

¹⁰ Vzorčni okvir je seznam vseh elementov ciljne populacije (Kalton, Vehovar 2001: 67). V našem primeru gre za seznam vseh socialnih oskrbovalk.

Preglednica 3: Populacija in vzorec – vprašalnik za socialne oskrbovalke.

Študija	Populacija	Razdeljene ankete	Rešene ankete	Stopnja odgovora (%)	Stopnja anketiranja (%)
Zemljak, Nagode (2011)	23	23	22	95,7	95,7
Usar (2011)	59	Ni znano	45	76,3	/
Naglav (2010)	17	17	15	88,2	88,2
Svetičič (2009)	Ni znano	12	12	/	100,0
Vudrag (2009)	115	Ni znano	64	55,7	/
Skupaj			158	Povprečna 79,0	Povprečna 94,6

specifičnost populacije (ki je motivirana¹¹) pa bi pričakovali, da stopnja doseže vsaj 90 %.

Zaradi majhnega števila raziskav, omejenih na večja mesta/območja, in ponekod pomanjkljivo opisanega vzorca oz. postopka vzorčenja (preglednica 3), naša kritična metaanaliza ni reprezentativna in omogoča le delno primerljivost vsebinskih ugotovitev. Na primerljivost rezultatov vplivajo tudi drugi metodološki dejavniki, predvsem merski instrument (vprašalnik), saj so vprašalniki obsegali različne vsebine ali pa so iste vsebine vrednotili na različne načine¹².

Poleg že analiziranih kvantitativnih raziskav predstavljamo še metodološke značilnosti dveh kvalitativnih raziskav. Obe raziskavi skupaj analizirata pet intervjujev (z vnaprej določenimi smernicami oz. vprašanji) s socialnimi oskrbovalkami, vse so bile v tistem času zaposlene na Zavodu za oskrbo na domu Ljubljana. Volčini (2010) je opravila intervjuje z oskrbovalkami, ki so prek koordinatorja pomoči na domu privolile v intervju. V raziskavo so bile vključene, ker so nepogrešljivi člen socialne oskrbe na domu. V raziskavi so želeli pridobiti mnenja socialnih oskrbovalk o njihovi usposobljenosti za delo z osebami z demenco, kje vidijo primanjkljaje, kaj bi pri njihovem delu potrebovale, kako se spoprijemajo s svojimi stiskami in občutki, ki jih doživljajo pri delu z uporabniki, in kako jih rešujejo. Raziskava

je osredinjena na oskrbo na domu oseb z demenco. Opravljen je bil tudi intervju s svojci in koordinatorjem pomoči na domu.

V drugi raziskavi (Kodrič 2011) je bil vzorec naključnostni, priložnostni, saj sta bili intervjuvani prvi dve oskrbovalki, ki sta prišli v pisarno in bili hkrati pripravljene na intervju. Študija se je osredotočila predvsem na raziskovanje zadovoljstva uporabnikov. V raziskavo so vključili tudi intervjuje s socialnimi oskrbovalkami z namenom, da pridobijo še njihov pogled na situacijo, saj so prav one z uporabniki v neposrednem stiku in lahko na podlagi lastnih izkušenj podajo svoje videnje in zaznavanje uporabnikovega zadovoljstva s prejeto socialno oskrbo. Opravili so tudi intervju z vodjo pomoči na domu.

V nasprotju s kvantitativnimi raziskavami je za kvalitativne značilno, da se pri njih odpovemo ideji reprezentativnega vzorčenja in statističnega posploševanja na širšo populacijo in se opredelimo za analitično indukcijo. Ne preučujemo večjega števila oseb (na primer populacije), da bi s preštevanjem prišli do posplošenih ugotovitev, ampak raziščemo posamezen primer ali majhno število primerov, ki jih med seboj primerjamo (Mesec 1998).

V nadaljevanju prispevka predstavljamo ključne ugotovitve raziskav po vsebinskih področjih, ki so bile zajete v raziskavah.

VSEBINSKE ZNAČILNOSTI RAZISKAV

Po podatkih pregledanih kvantitativnih raziskav lahko trdimo, da je poklic socialne

¹¹ Kalton in Vehovar (2001: 86) trdita, da lahko stopnja odgovorov v anketiranju po pošti celo presega 90 %, če anketiramo specifične populacije.

¹² Npr. z uporabo delno ali povsem neprimerljivih seznamov odgovorov.

oskrbovalke izjemno feminiziran, saj to delo opravljajo skoraj samo ženske (97,4 %). To sovпада s splošno znanim dejstvom, da v tem oz. v poklicih pomoči prevladujejo ženske. Tudi raziskava Inštituta RS za socialno varstvo (Smolej *et al.* 2010: 26) je pokazala, da socialno oskrbo na domu izvajajo predvsem ženske, in sicer v skoraj 97 %. Pokazala je tudi, da je dobra polovica (52 %) socialnih oskrbovalk v Sloveniji stara od 35 do 49 let, v povprečju pa 44 let. Do podobne številke, in sicer 43 let, pridemo tudi na podlagi kvantitativne analize podatkov obravnavanih raziskav.

Oblika zaposlitve in delovna doba socialnih oskrbovalk

Na podlagi analize (Zemljak, Nagode 2011, Naglav 2010, Svetičič 2009, Vudrag 2009) ugotavljamo, da sta približno dve tretjini socialnih oskrbovalk zaposleni za nedoločen čas (67 % oziroma 75 oskrbovalk), preostale pa za določen čas. Med temi so tudi zaposlene prek javnih del. Velik delež nestabilne zaposlitve je verjetno posledica narave razvoja storitve, ki se je začela prek programa javnih del in drugih programov aktivne politike zaposlovanja (APZ). Posledici tega sta bili enoletno vključevanje v delo in potem vrnitev med brezposelne.

Po drugi strani je Inštitut RS za socialno varstvo (Nagode *et al.* 2012) v letu 2011 zasledil povečanje rednih zaposlitev¹³ in zmanjšanje števila subvencioniranih zaposlitev v okviru APZ¹⁴. Kljub ukinitvi subvencioniranja zaposlitve APZ v letu 2011 se število socialnih oskrbovalk ni občutno zmanjšalo, pač pa se je spremenila struktura njihove zaposlitve iz zaposlitve za določen čas v redno zaposlitev. Po teh podatkih sta bili v Sloveniji leta 2011 približno dve tretjini socialnih oskrbovalk zaposleni za nedoločen čas – to sovпада z našo ugotovitvijo (67 %). Povprečna delovna doba socialnih oskrbovalk na delovnem mestu socialne oskrbovalke pa po podatkih dveh raziskav

(Zemljak, Nagode 2011, Svetičič 2009) znaša osem ali devet let¹⁵.

Dohodek, napredovanje in druge ugodnosti – finančni status

Ugotavljamo, da so socialne oskrbovalke s svojim plačilom za delo srednje zadovoljne oz. niso niti zadovoljne niti nezadovoljne; zadovoljstvo se nagiba bolj v smer nezadovoljstva (Naglav 2010, Vudrag 2009, Zemljak, Nagode 2011). V eni izmed raziskav (Vudrag 2009) večina socialnih oskrbovalk (52 tj. 81,3 %) meni, da je plača glede na težavnost dela, ki ga opravljajo, neprimerna. Le 14,1 % oskrbovalk (devet oskrbovalk) se zdi plača primerna. Naglav (2010) ugotavlja, da plača socialnih oskrbovalk v povprečju znaša 580 evrov na mesec (na začetku leta 2010) in da so zaposleni v povprečju dokaj nezadovoljni z ugodnostmi oziroma dodatki poleg plače ter s sistemom nagrajevanja. Da imajo možnosti napredovanja (Vudrag 2009), meni manj kot polovica socialnih oskrbovalk (48,4 % oz. 31 socialnih oskrbovalk). Z možnostmi napredovanja so socialne oskrbovalke po podatkih ene raziskave (Naglav 2010) v povprečju nezadovoljne, po podatkih druge (Zemljak, Nagode 2011) pa niti zadovoljne niti nezadovoljne.

Izobrazba in kvalifikacija socialnih oskrbovalk ter dodatna usposobljenost za poklic socialne oskrbovalke

Na splošno lahko glede izobrazbe rečemo, da prevladuje dokončana srednja ali poklicna šola. Na trgu dela je poleg formalne poklicne izobrazbe pomembna tudi poklicna kvalifikacija po konceptu certifikatnega sistema, ki smo ga s sprejetjem zakona v letu 2000¹⁶ umestili tudi v slovenski prostor. Izobrazba in kvalifikacija sta na trgu dela tako rekoč izenačeni, le poti

¹³ Iz 572 v letu 2010 na 822 v letu 2011.

¹⁴ Iz 240 v letu 2010 na 35 v letu 2011.

¹⁵ Skupna delovna doba socialnih oskrbovalk v povprečju znaša 17 let (Vudrag 2009, Naglav 2010), na obstoječem delovnem mestu pa v povprečju pet let (Zemljak, Nagode 2011).

¹⁶ Zakon o nacionalnih poklicnih kvalifikacijah (2000).

pridobivanja sta različni (Hrovatič 2010). Po podatkih ene izmed raziskav (Zemljak, Nagode 2011) ima 59 % oz. 13 socialnih oskrbovalk opravljen verificiran program usposabljanja za socialno oskrbo na domu, 23 % oz. pet pa pridobljen certifikat socialne oskrbovalke.

Hrovatič (2010: 148) poudarja, da so socialne oskrbovalke kader, ki ga je v to delo pripeljala specifična življenjska situacija¹⁷ in ki ni imel moči, da bi se ponovno vključil v formalen izobraževalni sistem, delu pa je bil predan in se je z njim učil. V tem kontekstu sta zanimiva podatek o predhodnih izkušnjah socialnih oskrbovalk s takim delom in navsezadnje tudi razlog za odločitev za poklic socialne oskrbovalke. V eni raziskavi (Zemljak, Nagode 2011) dobra polovica oskrbovalk (54,5 % oz. 12) ni imela predhodnih izkušenj s takim delom. Formalne izkušnje (delo v bolnišnici in begunskem centru) sta navedli dve socialni oskrbovalki, preostale so navedle neformalne izkušnje, kot so oskrba staršev, starih staršev in sosedov. Konkretno poklica socialne oskrbovalke ni opravljala nobena. Vse so bile pred tem tudi nezaposlene. Če bi socialne oskrbovalke imele drugo možnost zaposlitve, jih 64 % oz. 14 druge zaposlitve ne bi sprejelo. Največ (85 % oz. 17) jih to delo opravlja zato, ker jih to veseli, druge (15 % oz. tri) pa zato, ker nimajo druge možnosti. Podobno ugotavlja tudi Svetičič (2009), in sicer da gre predvsem za željo pomagati ljudem (75 % oz. devet), temu pa sledi izhod iz brezposelnosti (66,7 % oz. osem).

Dodatno usposabljanje in izobraževanje pomembno pripomoreta h kakovostnejšemu delu in to kot pomembno v delovnem življenju socialnih oskrbovalk prepoznajo vse raziskave. Dodatna usposabljanja so za kader pomembna, saj vzdržujejo delovno uspešnost in večjo kompetentnost dela. Zemljak in Nagode (2011) ugotavljata, da se skoraj tri četrtine oz. 16 socialnih oskrbovalk počuti usposobljeno in prav nobena neusposobljeno. V eni raziskavi (Vudrag 2009) 79,7 % oz. 51 socialnih oskrbovalk poroča, da jih delodajalec spodbuja k strokovnemu izobraževanju in jim ga tudi

omogoča, v drugi raziskavi (Zemljak, Nagode 2011) pa socialne oskrbovalke menijo, da imajo v povprečju malo do srednje veliko možnosti za dodatno usposabljanje in izobraževanje. V tretji raziskavi (Naglav 2010) polovica (sedem) socialnih oskrbovalk meni, da jim služba omogoča dodatno izobraževanje, polovica pa se s to trditvijo ne strinja. Med tistimi socialnimi oskrbovalkami, ki trdijo, da jim služba dodatnega izobraževanja ne omogoča, jih velika večina (85,7 % oz. šest) dodatno izobraževanje pogreša, med tistimi, ki jim služba izobraževanja omogoča, pa si vse želijo še več takih izobraževanj in usposabljanj.

Na pomanjkanje izobraževanja, usposabljanja in motiviranja socialnih oskrbovalk opozarja raziskava, v kateri obravnavajo socialno oskrbo za osebe z demenco (Volčini 2010). Socialne oskrbovalke se o oskrbi oseb z demenco učijo na podlagi svojih lastnih izkušenj pri delu z osebami z demenco, pogrešajo pa specifična izobraževanja o tej temi. Ko so socialne oskrbovalke ocenjevale zadovoljstvo z možnostmi izobraževanja (Zemljak, Nagode 2011, Usar 2011), se je pokazalo, da so v povprečju z možnostmi strokovnega izobraževanja in usposabljanja srednje zadovoljne. Glede pomena in koristnosti dodatnih izobraževanj in usposabljanj v povprečju menijo, da so za delo pomembna¹⁸ (Zemljak, Nagode 2011). Ocenile so tudi, koliko jim to pomaga pri boljšem izvajanju njihovega dela. Velika večina (59,1 % oz. 13) socialnih oskrbovalk je mnenja, da so jim dodatna izobraževanja v veliko pomoč, dobra četrtina (27,3 % oz. šest) pa da srednje. V drugi raziskavi (Naglav 2010) so oskrbovalke poročale o koristnosti pridobljenega znanja pri opravljanju dela, pri tem pa se vse strinjajo, da so izobraževanja zanje koristna. Večina (83,3 % oz. pet) je z izobraževanji zadovoljna, vse si jih želijo še več.

Delovni čas socialnih oskrbovalk

Po podatkih ene izmed raziskav (Zemljak, Nagode 2011) delajo v popoldanskem in večernem času ter ob sobotah, nedeljah in praznikih

¹⁷ Na primer, brezposelnost, tehnološki višek, stečaj tovarne, dolgotrajna skrb za družinskega člana, smrt v družini ipd.

¹⁸ 45,5 % oz. deset jih meni, da so pomembna in dobra tretjina oz. osem, da so zelo pomembna.

le nekatere socialne oskrbovalke, predvsem tiste, ki nimajo zakonskih omejitev zaradi starosti in majhnih otrok. Takšnih oskrbovalk je 68,2 % oz. 14. Naglav (2010) je ugotovila, da dobra polovica socialnih oskrbovalk (tj. osem) dela le dopoldne, druge (tj. sedem) pa dvoizmensko delo. Razen ene za konec tedna in praznike ne delajo. V povprečju so z delovnim časom dokaj zadovoljne (Zemljak, Nagode 2011, Naglav 2010, Usar 2011). Ob tem nam dejanski delovni čas v vseh primerih ni znan, očitno pa je, da v raziskavi z največjim povprečnim zadovoljstvom z delovnim časom le majhen odstotek anketiranih socialnih oskrbovalk (7,1 %) dela tudi za konec tedna in praznike.

Po podatkih raziskave Vudrag (2009) ugotavljamo, da je urnik dela eden izmed večjih stresnih dejavnikov v delovnem okolju socialnih oskrbovalk.

Odnosi s sodelavkami in z nadrejenimi

Raziskave opredeljujejo kolektiv predvsem skozi prizmo odnosa med socialno oskrbovalko in sodelavci ter med socialno oskrbovalko in nadrejenimi. Da je dober odnos v kolektivu potreben za uspešno delo, so si enotne vse socialne oskrbovalke iz raziskave Svetičič (2009). Kako pomembni so dobri medsebojni odnosi, so preverili tudi v drugi raziskavi (Zemljak, Nagode 2011) in ugotovili, da socialne oskrbovalke v povprečju medsebojne odnose ocenjujejo kot zelo pomembne in da so v povprečju z njimi zadovoljne.

Zadovoljstvo z odnosom nadrejenih sta preverili dve raziskavi (Usar 2011, Vudrag 2009) in ugotovili, da so socialne oskrbovalke v povprečju s temi odnosi (precej) zadovoljne. V eni raziskavi (Naglav 2010) se je pokazalo, da dve tretjini socialnih oskrbovalk ocenjuje odnos z nadrejenimi kot zelo dober, tretjina pa kot dober. Nobena odnosa z nadrejenimi ne ocenjuje kot slabega. Večina socialnih oskrbovalk v zadnjem letu ni bila v konfliktu z nadrejenimi in večini socialnih oskrbovalk so nadrejeni vedno pripravljene pomagati. Tudi v drugi raziskavi (Zemljak, Nagode 2011) so

socialne oskrbovalke sodelovanje z vodjo pomoči na domu v povprečju ocenile kot dobro.

Zadovoljstvo z odnosom s sodelavci sta preverili dve raziskavi (Usar 2011, Vudrag 2009). Socialne oskrbovalke so v povprečju zadovoljne z odnosom s sodelavci. V eni raziskavi (Naglav 2010) se je pokazalo, da slaba polovica socialnih oskrbovalk (tj. 7) ocenjuje odnos kot zelo dober, 40 % oz. šest pa kot dober. Ena socialna oskrbovalka ima slabe, ena pa zelo slabe odnose s sodelavci. V drugi raziskavi (Zemljak, Nagode 2011) so sodelovanje s preostalimi socialnimi oskrbovalkami anketirane v povprečju ocenile kot dobro. Prav tako se v povprečju počutijo dobro sprejete med socialnimi oskrbovalkami. Naglav (2010) je ugotovila, da 12 socialnih oskrbovalk v zadnjem letu ni bilo v konfliktu s sodelavci, tri pa so bile nekajkrat (vendar manj kot enkrat na mesec). Preverili so tudi, ali so jim sodelavci pripravljene pomagati, ko imajo težave. Tri četrtine (tj. enajst) jih je odgovorilo, da so jim pripravljene pomagati vsi sodelavci, tri socialne oskrbovalke, da so jim pripravljene pomagati samo nekateri, in ena, da s tem nikoli nima težav.

Odnosi z drugimi organizacijami ter uporabniki in njihovimi svojci

Socialne oskrbovalke, ki delujejo v domačem okolju posameznika, se pri svojem delu srečujejo in sodelujejo tudi z drugimi službami in izvajalci različnih storitev tako s področja sociale kot tudi zdravstva. Pokazalo se je (Zemljak, Nagode 2011), da najpogosteje sodelujejo z lekarniškimi delavci, saj uporabnikom redno prinašajo zdravila. S tem je povezano tudi pogosto sodelovanje z zdravniki, saj socialne oskrbovalke za uporabnike urejajo recepte za pripomočke ali zdravila. Kot intenzivno se je v raziskavi pokazalo tudi sodelovanje s patronažno službo. Z drugimi osebami in službami socialne oskrbovalke sodelujejo manj pogosto¹⁹.

Še pomembnejša segmenta pri delu socialnih oskrbovalk sta sodelovanje in odnos z uporabniki in njihovimi svojci. V eni raziskavi

¹⁹ Na primer Karitas, Rdeči križ, župnik, dom za starejše.

(Zemljak, Nagode 2011) se je izkazalo, da po mnenju socialnih oskrbovalk uporabniki in njihovi svojci v povprečju njihovo delo ocenjujejo kot dobro. Na podlagi intervjuja z dvema socialnima oskrbovalkama in vodjo pomoči na domu (Kodrič 2011) ima po njenem mnenju največji vpliv na zadovoljstvo uporabnikov odnos socialne oskrbovalke²⁰. Socialne oskrbovalke (Zemljak, Nagode 2011) so odnos z uporabniki ocenile kot zelo pomemben, v povprečju so z njim zadovoljne. Podobno sta ugotovili tudi drugi dve raziskavi (Usar 2011, Vudrag 2009); pokazalo se je, da so socialne oskrbovalke z odnosom z uporabniki zadovoljne.

Storitve in opravila, ki jih izvajajo socialne oskrbovalke

Svetičič (2009) se je podrobneje dotaknila nabora storitev, ki jih socialne oskrbovalke izvajajo²¹. Pokazalo se je, da uporabniki po mnenju socialnih oskrbovalk le delno (41,7 % oz. pet) razlikujejo storitve pomoči na domu od socialnega servisa ali pa sploh ne (58,3 % oz. sedem). Pokazalo se je tudi, da vse oskrbovalke opravljajo tudi servisne storitve in da osem oskrbovalk prinaša samo pripravljen obrok hrane na dan od devet do dvanajstim uporabnikom. V raziskavi poudarijo, da je to oblika storitve, ki sodi v gospodinjstvo pomoč in da se to izvaja v obliki javne službe. Glede na formulacijo zastavljenega vprašanja (»prinašate samo pripravljen obrok hrane«), lahko sklepamo, da gre v tem primeru za storitev socialnega servisa in ne za storitev pomoči na domu. Da razlikovanje storitev socialnega servisa od socialne oskrbe potrebuje več pozornosti in usmerjenega raziskovanja, ugotavljajo tudi na Inštitutu RS za socialno varstvo (Nagode *et al.* 2011). Z analizo podatkov o pomoči na domu v letu 2010 so ugotovili, da so med uporabniki pomoči na domu tudi takšni posamezniki (12 %), ki prejemajo zgolj pripravljen obrok. To pomeni, da formalno do storitve pomoči na

domu niso upravičeni. Razloge za takšno ravnanje je treba še raziskati, predpostavljamo pa, da s socialno oskrbo na domu ponekod pokrivajo primanjkljaj servisnih storitev.

Storitve in opravila, ki jih uporabniki ne prejmejo

Kodrič (2011) je ugotavljala, katerih storitev uporabniki ne prejmejo od izvajalca iz javne mreže in kako pokrijejo ta primanjkljaj. Po mnenju socialnih oskrbovalk uporabniki primanjkljaj storitev najpogosteje pokrijejo z zasebniki (»Čez vikend imajo privatnike«) in s svojci, pa tudi s pomočjo sosedov, vodja pomoči na domu pa omeni še dnevne centre. Po mnenju socialnih oskrbovalk si uporabniki predvsem želijo več socialnih stikov in pogostejše izvajanje osebne nege pa tudi nadstandardne storitve, kot so fizioterapija, frizer, generalno čiščenje ipd. Podobno ugotavlja tudi vodja pomoči na domu; poleg navedenih storitev omenja še spremstvo, med nadstandardnimi storitvami pa še pedikuro in zdravstvene storitve.

Stresne situacije in zdravstveno stanje

Stres, ki ga prinaša oskrba za oskrbovalke, so obravnavale tri raziskave (Zemljak, Nagode 2011, Usar 2011, Vudrag 2009). Zemljak in Nagode (2011) sta ugotovili, da se socialne oskrbovalke v povprečju s stresnimi situacijami srečujejo srednje pogosto, Vudrag (2009) pa, da se več kot polovica (54,7 % oz. 35) s stresnimi situacijami srečuje vedno, v povprečju pa med vedno in pogosto. Število uporabnikov je eden največjih stresnih dejavnikov v delovnem okolju anketiranih (50,8 % oz. 32). Sledita urnik dela in plačilo za delo (42,9 % oz. 27) ter odnos s svojci uporabnikov in čas, ki je na voljo do prihoda med uporabnike (39,7 % oz. 25). Ob tem je treba upoštevati, da gre za delovno organizacijo, ki deluje na območju Ljubljane, in da gre v tem pogledu za specifično okolje. Na primer, za Ljubljano in druga večja mesta je znano, da se kronično srečujejo s pomanjkanjem kadra za izvajanje socialne oskrbe.

²⁰ Kot so pozdrav, prijaznost, potrpežljivost, bližina, upoštevanje uporabnikov in komunikacija z uporabniki.

²¹ Pomoč pri temeljnih dnevnih opravilih, gospodinjstva pomoč in pomoč pri ohranjanju socialnih stikov.

Vudrag (2009) je ugotovila, da se anketiranci daleč najpogosteje srečujejo s pogosto utrujenostjo (61,1 % oz. 33) pa tudi z glavoboli (27,8 % oz. 15) in nespečnostjo (20,4 % oz. enajst). Podobno ugotavlja Usar (2011). Med pogostejšimi težavami identificira glavobol, nespečnost in razdražljivost, med najpogostejšimi pa težave s hrbtenico in utrujenost.

Kot najpogostejša oblika razbremenjevanja ali obvladovanja stresnih situacij se je pokazal (Vudrag 2009) pogovor s sodelavci²² (55,6 % oz. 35), sledita pogovor z nadrejenimi in pogovor s prijatelji (oba po 47,6 % oz. 30). Pogosta oblika je tudi rekreacija (38,1 % oz. 24), sprostivne tehnike (25,4 % oz. 16) in odmor (23,8 % oz. petnajst).

Vudrag (2009) je ugotovljala, kako organizacija skrbi za spoprijemanje s stresnimi situacijami, in ugotovila, da so to najpogosteje redni sestanki zaposlenih. Na vprašanje, ali je za njihovo varnost in zdravje pri delu dovolj dobro poskrbljeno, dobra polovica socialnih oskrbovalk (54,7 % oz. 35) odgovarja, da je poskrbljeno le delno²³. V eni raziskavi (Zemljak, Nagode 2011) se je pokazalo, da socialne oskrbovalke v povprečju srednje dobro prenašajo fizični napor, psihični napor pa prenašajo malenkost bolje oziroma dokaj dobro. Tudi svoje zdravstveno stanje ocenjujejo kot dokaj dobro. V isti raziskavi so izmerili tudi stanje fizičnega zdravja in pokazalo se je, da se socialne oskrbovalke počutijo dokaj fizično zdrave.

Motivacija za delo

Koncept motivacije za delo obravnavajo štiri raziskave (Naglav 2010, Vudrag 2009, Zemljak, Nagode 2011, Usar 2011), in sicer z dveh vidikov: koliko so socialne oskrbovalke motivirane za delo in kdo oziroma kaj jih za delo oziroma pri delu najbolj motivira. Stopnjo

motiviranosti sta izmerili dve raziskavi (Naglav 2010, Usar 2011); pokazalo se je, da so v povprečju socialne oskrbovalke precej motivirane za delo. Dve raziskavi (Vudrag 2009, Zemljak, Nagode 2011) sta preverili tudi dejavnike, ki vplivajo na motivacijo socialnih oskrbovalk pri delu. V obeh primerih izrazito prevladuje dejavnik zadovoljstva uporabnikov in njihovih svojcev (85,7 % in 92,3 %). Sledijo priznanje, pohvala, nagrada in dobri odnosi s sodelavci.

Želje v zvezi z opravljanjem dela in zadovoljstvo z delom

Svetičič (2009) je socialne oskrbovalke vprašala, kaj si želijo v zvezi z opravljanjem svojega dela. Vsem socialnim oskrbovalkam je skupna želja zaposlitev za nedoločen čas. To je pričakovano, saj so bile v tej raziskavi vse zaposlene za določen čas. Skoraj vse oz. 11 si jih želi podporo na centru, kjer so zaposlene, sledijo višji osebni dohodek (75,0 % oz. devet), želja, da bi bile dovolj cenjene (75,0 % oz. devet), in redne supervizije (58,3 % oz. sedem). Polovica oz. šest socialnih oskrbovalk želi imeti večji vpliv pri organizaciji dela, večje zanimanje zanje in izboljšanje odnosov med sodelavci, pet pa jih želi več usposabljanj in izobraževanj (41,7 %). Tudi v drugi raziskavi (Zemljak, Nagode 2011) si največ socialnih oskrbovalk (71,4 % oz. 15) želi boljše plačilo, 42,9 % oz. devet več usposabljanj in izobraževanj, 38,1 % oz. osem več skupnih srečanj s preostalimi delavci v organizaciji, tretjina pa več vpliva na organizacijo dela. Ali so socialne oskrbovalke v splošnem zadovoljne z delom, ki ga opravljajo, so preverili v treh raziskavah (Vudrag 2009, Zemljak, Nagode 2011, Naglav 2010) in ugotovili, da so z delom, ki ga opravljajo, zadovoljne.

SKLEP

Glede metodoloških značilnosti sistematično pregledanih raziskav vrednotenja ugotovljamo, da je med raziskavami bolj priljubljena raba kvantitativnih merskih instrumentov. To je glede na opisano problematiko in naravo zastavljenih ciljev pričakovano (izboljšanje

²² Tudi Usar (2011) ugotavlja, da socialne oskrbovalke pri obvladovanju stresa največ podpore najdejo pri sodelavcih.

²³ 15,6 % oz. deset jih meni, da je poskrbljeno, 29,7 % oz. 19 pa, da za njihovo varnost in zdravje pri delu ni dovolj dobro poskrbljeno.

organizacije dela, vodenja ipd.). Namen oz. cilji (hipoteze ali raziskovalna vprašanja) so v raziskavah ponekod opredeljeni precej splošno, drugje zelo specifično. V vseh kvantitativnih raziskavah so izvedli samoanketiranje. To je glede na izbrano populacijo in namen raziskovanja primerno. Zagotovljena je bila tudi anonimnost. Ključna pomanjkljivost, ki smo jo zasledili, pa je ne dovolj natančno opisan postopek vzorčenja in ne dovolj natančno opisana populacija, čeprav je to ključna informacija za razumevanje in nadaljnjo obravnavo vzorca anketiranja.

Raziskave so s svojo vsebino posegle v različne vidike kakovosti delovnega življenja socialnih oskrbovalk, kot so zaposlitev, finančni status, izobraževanje in usposabljanje, kolektiv in odnos z drugimi organizacijami, uporabniki in svojci, storitve in opravila, delovni čas, motivacija, stres in zdravstveno stanje.

Ugotavljamo, da poklic socialne oskrbovalke večinoma opravljajo ženske v starosti okrog 40 let s srednjo ali poklicno izobrazbo ter da so za delo večinoma dodatno usposobljene. Gre za feminiziran poklic pomoči. Na začetku so ga spodbujali predvsem z javnimi deli in drugimi oblikami APZ in to je vplivalo na velik delež nestabilnih zaposlitev.

V zadnjem času beležimo povečanje rednih oblik zaposlitev (Nagode *et al.* 2012), vendar kadrovanje zelo variira od ene organizacije do druge. Od odnosa organizacije sta odvisni tudi omogočanje in spodbujanje dodatnega in rednega izobraževanja ter usposabljanja, saj imajo do tega področja organizacije, po mnenju socialnih oskrbovalk, dokaj različen odnos. Ne glede na to pa socialne oskrbovalke soglašajo, da so dodatna izobraževanja in usposabljanja potrebna in koristna.

Tudi delovni čas zelo variira od organizacije do organizacije, to pa vpliva na različno stopnjo zadovoljstva socialnih oskrbovalk s svojim delovnim časom. Pokazalo se je, da je lahko urnik dela eden od pomembnih dejavnikov stresa, kot najpogostejši stresni dejavnik pa je veliko uporabnikov. Pogosto je to tudi plačilo za delo, saj so z njim socialne oskrbovalke dokaj nezadovoljne, omeniti pa je treba tudi odnos s svojci in čas, ki ga imajo

socialne oskrbovalke na voljo za prihod od enega uporabnika do drugega.

Med pogostejšimi (zdravstvenimi) težavami, ki jih imajo socialne oskrbovalke, lahko naštejemo utrujenost, glavobole, nespečnost in težave s hrbtenico. Pokazalo se je, da socialne oskrbovalke srednje prenašajo fizični napor, sicer pa se počutijo dokaj zdrave – telesno in psihično. Pomemben segment delovnega življenja je gotovo delovni kolektiv, sodelavci in nadrejeni, saj je dober odnos v kolektivu pogoj za uspešno delo. Večinoma se je pokazalo, da so socialne oskrbovalke s temi odnosi zadovoljne.

Podobno se je pokazalo v primeru odnosov z uporabniki – socialne oskrbovalke ta odnos ocenjujejo kot zelo pomemben, v povprečju so z njim zadovoljne. Ugotavljamo, da ponekod socialne oskrbovalke za uporabnike opravljajo tudi servisna opravila, ki ne sodijo v sklop socialne oskrbe. To lahko interpretiramo kot opozorilo na pomanjkanje nekaterih (servisnih) storitev v določenih okoljih.

Socialnim oskrbovalkam, ki so vsak dan v stiku z uporabniki in za katere lahko rečemo, da so ključen člen v izvajanju socialne oskrbe na domu, je bilo pri nas namenjenega zelo malo raziskovalnega truda. Obstajajo predvsem krajše parcialne analize, večinoma so to diplomske naloge Fakultete za socialno delo. Z našo raziskavo smo torej želeli predvsem preveriti, kaj in kako je bilo na tem področju že narejenega, raziskanega, problematiziranega in kaj lahko iz obstoječih raziskav ugotovimo. V zadnjih letih je bilo narejenih le malo takih študij in analiz, zato je tudi naša analiza s tega vidika razdrobljena in nereprezentativna. Raziskave so bile opravljene predvsem v večjih mestih, se pravi, da ne moremo iskati vzorcev podobnosti in različnosti na neki bolj splošni, nacionalni ravni.

Poleg tega pa so v raziskavah uporabili različne merske instrumente, zato koncepte težko primerjamo. Zaradi tega (različno merjenje) posameznih konceptov večinoma nismo mogli analizirati iz več raziskav hkrati, pač pa ugotovitve pogosto temeljijo na rezultatih ene posamezne raziskave.

Po drugi strani pa smo kljub vsem navedenim omejitvam lahko zaznali nekatere skupne

in očitne značilnosti ter poudarke. Ti so pomembna metodološka in vsebinska podlaga in izhodišče za nadaljnje raziskovanje in vrednotenje področja dela socialnih oskrbovalk. Ugotavljamo in pozivamo torej, da je treba to področje še intenzivneje in širše raziskati, in sicer na reprezentativni in nacionalni ravni.

VIRI

- FLAKER, V., NAGODE, M. (2009), Dolgotrajna oskrba: stanje, izzivi, eksperimenti in reforma. *Kakovostna starost*, 12, 3: 24–37.
- FLAKER, V., NAGODE, M., RAFAELIČ, A., UDOVIČ, N. (2011), *Nastajanje dolgotrajne oskrbe: ljudje in procesi – eksperiment in sistem*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- GLENDINNING, C., MORAN, N. (2009), *Reforming long-term care: recent lessons from other countries*. York: University of York (Working Paper No. DHP 2318).
- HARDEN, A., THOMAS, J. (2010), Mixed methods and systematic reviews: examples and emerging issues. V: Tashakkori, A., Teddlie, C. (ur.), *Sage handbook of mixed methods in social & behavioral research*. Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, Washington: Sage Publications (druga izdaja) (749–775).
- HART, C. (2001), *Doing a literature review: releasing the social science research imagination*. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications.
- HLEBEC, V. (2010), Oskrba starih med državo in družino: oskrba na domu. *Teorija in praksa*, 47, 4: 765–785.
- (2012), Kontekstualni dejavniki uporabe oskrbe na domu v Sloveniji. *Zdravstveno varstvo*, 51: 122–129.
- HROVATIČ, D. (2010), Perspektiva razvoja socialne oskrbe na domu z vidika organizacije storitve in strukture kadrov. V: Mencej, M. (ur.), *Bolezni in sindromi v starosti 4*. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije (137–157).
- KALTON, G., VEHOVAR, V. (2001), *Vzorčenje v anketah*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- KODRIČ, J. (2011), *Zadovoljstvo uporabnikov Zavoda za oskrbo na domu Ljubljana Šiška s prejeto socialno oskrbo*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (diplomska naloga).
- MANSELL, J., KNAPP, M., BEDALE-BROWN, J., BEECHAM, J. (2007), *Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs: report of a European Study*. Canterbury: Tizard Centre, University of Kent.
- MALI, J. (2008), *Od hiralnic do domov za stare ljudi*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- (2009), Spremembe v institucionalnem varstvu starejših. V: Hlebec, V. (ur.), *Starejši ljudje v družbi sprememb*. Maribor: Aristej (95–109).
- MESEC, B. (1998), *Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
- Nacionalni program socialnega varstva do 2005 (2000). *Ur. l. RS*, 31/2000: 3777–3787.
- NAGLAV, N. (2010), *Kakovost delovnega življenja socialnih oskrbovalk v občini Koper*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (diplomska naloga).
- NAGODE, M. (v delu), *Vrednotenje kakovosti socialne oskrbe na domu: pristopi in instrumenti*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede (magistrska naloga).
- NAGODE, M., SMOLEJ, S. (2011), Development and challenges of home help in Slovenia. *Journal of gerontological social work*, 3: 1–7.
- NAGODE, M., JAKOB KREJAN, P., SMOLEJ, S. (2011), *Izvajanje pomoči na domu: analiza stanja v letu 2010*. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo.
- (2012), *Izvajanje pomoči na domu: analiza stanja v letu 2011*. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo.
- OESTERLE, A. (ur.) (2011), *Long-term care in Central and South Eastern Europe*. Frankfurt: Peter Lang Publishing.
- Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2006–2010 (2006). *Ur. l. RS*, 39/2006: 4190–4209.
- SMOLEJ, S., JAKOB KREJAN, P., NAGODE, M. (2010), *Analiza izvajanja pomoči na domu: analiza stanja v letu 2009*. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo.
- SMOLEJ, S., JAKOB KREJAN, P., NAGODE, M., ŽIBERNA, V. (2008 a), *Analiza izvajanja pomoči na domu*. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo.
- SMOLEJ, S., NAGODE, M., JAKOB KREJAN, P., ŽIBERNA, V., JERINA, P., KENDA, A. (2008 b), *Izvajanje pomoči na domu: analiza stanja za obdobje januar-junij 2008*. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo.
- SVETIČIČ, V. (2009), *Kvaliteta življenja uporabnikov in uporabnic storitev programa Pomoči na domu v*

- Zgornjem Posočju. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (diplomska naloga).
- USAR, N. (2011), *Kvaliteta delovnega življenja socialnih oskrbovalk na Centru za pomoč na domu Maribor*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (diplomska naloga).
- VOLČINI, M. (2010), *Prilagajanje oskrbe na domu potrebam oseb z demenco*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (diplomska naloga).
- VUDRAG, D. (2009), *Kakovost delovnega življenja socialnih oskrbovalk Zavoda za oskrbo na domu Ljubljana*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Zakon o nacionalnih poklicnih kvalifikacijah (2000).
Ur. l. RS, 1/2007: 19–25, UPB2, 85/2009: 11359–11361.
- ZEMLJAK, S., NAGODE, M. (2011), *Poročilo o izvajanju socialnovarstvene storitve pomoč družini na domu Centra za socialno delo Murska Sobota*. Murska Sobota: Center za socialno delo (interno gradivo).

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 upokojencev, 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 pomembnejše 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. Naštejemo 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 stanovančevci 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 stanovančevci je bila opazna natančno definirana delitev nalog. Omogočala je rutinsko opravljanje dela, zmanjševala pa je medsebojno pomoč, sodelovanje in podporo med osebjem in stanovančevci (Mali 2008). Odnosi med stanovančevci 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 prenesajo 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 dezinstitutionalizacije (*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 najozjem 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.

Majda Černič Istenič

MEDGENERACIJSKA SOLIDARNOST SKOZI PRIZMO ORGANIZIRANOSTI OSKRBE ZA STAREJŠE V SKUPNOSTI

UVOD

Pod vplivom nizke stopnje rodnosti in daljšanja življenjskega obdobja se prebivalstvo Slovenije vse bolj stara, ob tem pa se spreminja sistem blaginje. Zmanjšujejo se prispevki države pri zagotavljanju storitev za starejše, povečujejo pa se zahteve po prenosu storitev na druge sektorje, kot so družina, trg in civilna družba (Kolarič *et al.* 2009). Hkrati pa se spreminjajo tudi oblike storitev pri oskrbi starejših; poleg teženj po nadaljnem zagotavljanju institucionalne oskrbe (Mali 2009) se uveljavljajo tudi druge oblike, povezane z vzdrževanjem kakovostnega življenja starih ljudi v domačem okolju (Hlebec 2010).

Po novejših klasifikacijah sistema dolgotrajne oskrbe v EU (Reimat 2009) Slovenijo ob Bolgariji, Grčiji, Madžarski, Italiji, Romuniji in Slovaški uvrščajo v skupino držav s prevladujočim družinskim sistemom oskrbe ob elementih obveznega socialnega zavarovanja. Za ta sistem je značilno zlasti to, da oskrba starejših temelji na skrbi neplačanega dela žensk, ki živijo skupaj z starejšimi. V EU-27 je delež žensk, starih več kot 75 let, ki živijo v skupnem gospodinjstvu s svojimi otroki, 17,9 %, delež moških pa 13,6 %. V državah z omenjenim prevladujočim družinskim sistemom, med katere se uvršča tudi Slovenija, pa se ti deleži gibljejo prek 30 % za ženske in 20 % za moške, stare vsaj 75 let (*op. cit.*: 15).

Bolj k družini usmerjena družbena ureditev oskrbe starejših se kaže tudi v novejših meritvah javnega mnenja; 78 % prebivalcev Slovenije namreč meni, da je za skrb starejših odgovorna predvsem družina. To mnenje se ujema z zakonsko opredelitvijo, da so otroci

dolžni finančno pokrivati oskrbo svojih staršev, če njihov dohodek ni dovolj visok, da bi jo lahko pokrili sami. S 60 % tistih, ki se strinjajo s to izjavo, se prebivalci Slovenije uvrščajo nad povprečje EU-27; tam je takega mnenja le 48 % anketirancev (Eurobarometer 2007).

Takšna stališča so brez dvoma izraz dejstva, da so v slovenski zakonodaji obveznosti med starši in otroki opredeljene kot vzajemnost. Po Zakonu o zakonski zvezi in družinskih razmerjih (1976, spremenjen 2004) so starši dolžni skrbeti za svoje otroke, prav tako pa so odrasli otroci dolžni skrbeti za svoje starše, če so ti nesposobni za delo in nimajo dovolj sredstev za življenje. Po 124. členu tega zakona otroci niso dolžni preživljati tistega od staršev, ki iz neopravičenih razlogov ni izpolnjeval preživninskih obveznosti (Hlebec *et al.* 2012)¹.

Vendar pa so hkrati med slovenskim prebivalstvom zelo ukoreninjena pričakovanja, da bo za ranljive in starejše poskrbela država, saj jim zagotavlja pokojnine ter storitve socialnega in zdravstvenega varstva. Po podatkih slovenskega javnega mnenja namreč velika večina

¹ V drugih evropskih državah je pravna ureditev na tem področju dokaj pestra. Na primer, brez kakršnihkoli zakonskih obveznosti so starši in odrasli otroci na Norveškem. Na Madžarskem in v Bolgariji tudi ni določenih zakonskih obveznosti otrok do staršev, obveznosti staršev do odraslih otrok pa veljajo le, če se ti še šolajo. Na Nizozemskem obstajajo pravne norme do otrok, ne pa tudi do staršev, nasprotno pa velja za Rusijo in Gruzijo. Nemčija, Francija in Romunija so države z najširše določenimi obveznostmi, posamezniki so pravno odgovorni tako kot starši kakor tudi kot odrasli otroci skrbeti drug za drugega (Herlofson *et al.* 2011).

prebivalstva (79 %) meni, da je država dolžna skrbeti za starejše in njihov življenjski standard (Malnar, Kurdija 2012). To pomeni, da prebivalci Slovenije pripisujejo tako družini kakor tudi državi pomembno odgovornost skrbeti za starejše.

Navedeni podatki prikazujejo zelo grobo podobo medgeneracijske solidarnosti za celotno Slovenijo. Ob tem se postavlja vprašanje, kako proces staranja družbe in spremembe v sistemu blaginje doživljajo prebivalci posameznih delov Slovenije. Geografsko in po številu prebivalstva je Slovenija majhna država. Vendar pa se splošna blaginja med območji precej razlikuje (denimo vzhod od zahoda), to pa ne nazadnje zavira družbeni razvoj države kot celote. Poznavanje razlik v stopnji blaginje na nižjih, lokalnih ravneh pa je ključno za učinkovito načrtovanje in izvedbo ukrepov preprečevanja neenakosti dostopa do dobrin in storitev tako na regionalni ravni kakor tudi na ravni celotne države, saj prostorski vidik na več različnih načinov vpliva na individualno in družbeno blaginjo (Rovan *et al.* 2009), med drugim tudi na dostopnost do javnih storitev za starejše.

Upošteva taka izhodišča v prispevku obravnavamo medgeneracijsko solidarnost na ravni posameznih skupnosti oz. občin. Raziskovalno vprašanje je, kakšna je medgeneracijska solidarnost, če jo opazujemo na podlagi izraženih mnenj o odgovornosti družine in države za skrb za starejše, ki so jih izrazili prebivalci občin z različno ureditvijo skrbi za starejše. Kontekstualni okvir našega preučevanja so trije modeli oz. tipologija ureditve oskrbe starejših po občinah v Sloveniji (Hlebec 2013, Hlebec, Mali 2013, Hlebec, Filipovič Hrast 2013). Ob tem predpostavljamo, da so mnenja prebivalcev do medgeneracijske solidarnosti povezana z oblikami organiziranosti skrbi za starejše, ki prevladujejo v določeni skupini občin.

IZHODIŠČA PREUČEVANJA

Dosedanja preučevanja medgeneracijske solidarnosti z vidika mnenj in zaznav v različnih evropskih državah

Dosedanje, geografsko usmerjene primerjalne analize stališč prebivalstva do zagotavljanja medgeneracijske solidarnosti so

bile izvedene v okviru razprav o prednostnih nalogah družine in države v različnih modelih države blaginje. Preučevanje javnomnenjskih izjav na podlagi podatkov Eurobarometra o tem, ali radodarna socialna država bolj krepi ali onemogoča družinsko solidarnost (Kalmijn, Saraceno 2008), je pokazalo, da so pričakovanja ljudi do odgovornosti družine (odraslih otrok do staršev, ki potrebujejo pomoč) večja v državah z bolj družinsko usmerjeno ureditvijo države blaginje kot med prebivalstvom držav s prevladujočim deležem javne ponudbe oskrbe in finančnih transferjev za starejše.

Pri tem se je pokazala jasna ločnica med severom in jugom Evrope; prebivalci držav na jugu (Grčija, Španija, Italija) so precej bolj naklonjeni odgovornosti odraslih otrok do svojih pomoči potrebnih staršev kot prebivalci držav na severu (Švedska, Danska, Nizozemska). Tudi javno mnenje na Norveškem v primerjavi z javnim mnenjem v Nemčiji in Španiji veliko bolj podpira odgovornost države kot družine pri skrbi za starejše (Daatland, Herlofson 2003). Kontrast med severom in jugom v podpori odgovornosti države za skrb za starejše potrjuje tudi študija Haberkerna in Szydlika (2010); le 9 % Grkov meni, da je država najbolj odgovorna skrbeti za starejše, nasprotno pa tako meni 90 % Dancev.

Herlofson in sodelavci (2011) so v svoje preučevanje mnenj o odgovornosti med družino in državo poleg držav severa in juga vključili tudi tiste na črti vzhod-zahod. Tudi njihovo preučevanje – temeljilo je na podatkih mednarodne raziskave Odnosi med generacijami in spoloma² – je pokazalo precejšnje razlike med državami: raven podpore odgovornosti tako odraslih otrok za skrb za svoje pomoči potrebne starše kakor tudi staršev za skrb za svoje odrasle otroke je najvišja v vzhodnih (Romunija, Bolgarija, Rusija in Gruzija) in najnižja v zahodnih evropskih državah (Norveška,

² The Generations and Gender Survey (GGG) je del programa Generations and Gender Programme pri United Nations Economic Commission for Europe (UNECE). Tudi podatki za Slovenijo, analizirani v tem prispevku, so bili pridobljeni z vprašalnikom, oblikovanim v okviru omenjenega programa. Več o celotnem programu na: <http://www.unece.org/pau/ggp/welcome.html>.

Nizozemska, Francija, Nemčija). Pri tem pa je na Norveškem in Nizozemskem podpora odgovornosti družine občutno manj izražena kot v Franciji in Nemčiji. Te razlike avtorji pojasnjujejo z razlikami v dejanski stopnji podpore s storitvami in transferji države starejšim.

Avtorje iste študije je tudi zanimalo, ali so mnenja o odgovornosti odraslih otrok za skrb za svoje starše in odgovornost staršev za skrb za svoje odrasle otroke bolj izraz norme ali pa bolj izraz stališč³. Ugotovili so, da ima na vzhodu Evrope odgovornost za skrb za starše, ki zaradi starosti potrebujejo pomoč, bolj značaj norme (majhna variabilnost v odgovorih) kot na zahodu Evrope. V slednji skupini držav se med prebivalstvom kažejo velike razlike v ravni podpore – nekateri ljudje izražajo veliko podporo odgovornosti otrok do svojih staršev in staršev do otrok, precej pa je tudi takih, ki te podpore ne izražajo. Razloge preučevalci vidijo ne le v organiziranosti storitev države blaginje, ampak tudi v zakonskih opredelitvah medsebojnih obveznosti med starši in otroki.

Kljub očitnim razlikam med državami glede izraženih izjav o odgovornosti odraslih otrok do staršev in staršev do odraslih otrok teh ugotovitev (Herlofson *et al.* 2011) ne bi smeli razlagati kot popuščanje moči in trdnosti družine na črti sever-jug in zahod-vzhod. Primernejšo razlago vidijo v tem, da alternativne ali dopolnilne storitve v bolj radodarnih državah blaginje v zahodni Evropi pripomorejo k družini, manj obremenjeni z obveznostmi, in k razvoju vrednot medgeneracijske »intimnosti na daljavo«, avtonomije in neodvisnosti.

Kot menijo navedeni avtorji, se z manjšimi obremenitvami družine zmanjšuje podpora obveznostim družine, to pa ne pomeni, da je družinska solidarnost »izgubljena«. Nasprotno, storitve države blaginje lahko, kot menijo, precej olajšajo izpolnjevanje obveznosti med člani družine. Pojasnimo s primerom: Norvežani, ki izražajo najmanjše strinjanje z izjavami o družinskih obveznostih (tako odraslih otrok kot

staršev), najbolj prejemajo in posredujejo medgeneracijsko pomoč in podporo. Kot se zdi, stališča neposredno ne odslkavajo nujno dejanskega ravnanja ljudi. Vendar pa je njihovo preučevanje ne glede na to pomembno. Kot pravijo Daatland in sodelavci (2012: 143), je preučevanje mnenj o medgeneracijskih obveznostih v družbah, v katerih se prebivalstva hitro stara, nujno, saj razkriva možnosti in smeri medsebojnega razumevanja ali konfliktov med generacijami, ki jih je treba upoštevati pri oblikovanju politik za zagotavljanje sožitja med generacijami.

Po zgledu predstavljenih izsledkov na ravni držav za namene naše analize domnevamo, da so pričakovanja ljudi do odgovornosti družine (odraslih otrok do staršev, ki zaradi starosti potrebujejo pomoč otrok) večja v tistih občinah, v katerih država oz. občina manj pripomore k organiziranosti in financiranju oskrbe starejših.

Mnenja o medgeneracijski solidarnosti

Medgeneracijsko solidarnost Bengtson in Oyama (2007) opredeljujeta kot socialno povezanost med generacijami. Zajema odnose med ljudmi in vezi, ki povezujejo posameznike s skupinami in skupine med seboj. Preučujemo jo na različnih ravneh: makro-, mezo- in mikroravni (Hlebec *et al.* 2012).

Makroraven opazovanja medgeneracijske solidarnosti se nanaša na (javno) sistemsko raven oz. sistem blaginje na ravni države (npr. pokojninski sistem, ki ga podpirajo mlajše aktivne generacije v obliki družbene pogodbe med generacijami). Poleg institucionalnih struktur makroraven vključuje tudi kulturne norme, vrednote in stališča, na podlagi katerih je moč zaznavati napetosti oz. konflikte med generacijami. Mezoraven je skupnost, ki vključuje socialno delo v skupnosti (centri za socialno delo, domovi za starejše, centri za pomoč na domu) in medgeneracijsko sodelovanje, ki poleg javnih vključuje tudi prostovoljski in nevladni sektor ter neformalne in neorganizirane oblike, kot so medsosedski odnosi. Mikroraven medgeneracijske solidarnosti pa zajema odnose med generacijami v eni družini; opazujemo odnos med odraslimi otroki in njihovimi starši.

³ Razlika med normami in stališči je v tem, da so norme standardi določenega pojava na ravni skupine, ki zahtevajo soglasje in vključujejo element družbenega nadzora. Stališča pa so individualna ocena določenega pojava (Herlofson *et al.* 2011: 23).

V naši analizi upoštevamo mnenja ljudi, ki se nanašajo na ravnovesje med družinsko in družbeno solidarnostjo, z vidika skupnosti oz. občine, v kateri ljudje živijo. Torej, glede na povedano gre za opazovanje medgeneracijske solidarnosti na makroravni ob upoštevanju mezoravni – družbenega konteksta, ki se izraža v treh tipologijah ureditve skrbi za starejše na ravni občin.

Preučevanje mnenj o ravnovesju med družinsko in družbeno solidarnostjo so spodbudile razprave med številnimi avtorji (cf. Ward 2001: 180) o morebitnem povečevanju napetosti med generacijami ob povečevanju javnih sredstev, namenjenih pokrivanju storitev in transferjev za starejše skupine prebivalcev v starajočih se družbah, kakor tudi razprave o morebitni slabitvi norm medgeneracijskih obveznostih tako v širši družbi kot v družini. Te razprave so pokazale, da se ob spremenjenih individualnih in družinskih okoliščinah, povezanih z demografskimi trendi, lahko spreminjajo stališča do družinskih obveznosti in socialne politike. Pokazale so tudi, da se pričakovanja in obveznosti, povezane s staranjem družbe, nanašajo tako na mikroraven posameznikov in njihovih družin, to je na odnose med starši in otroki, kakor tudi na makroraven socialnih politik in programov, s poudarkom na odnosih med različnimi starostnimi kohortami. Preučevanje takih pričakovanj in obveznosti pa je pomembno za razumevanje »osebne« in »javne« dimenzije medgeneracijskih pričakovanj, pripravljenosti tako posameznikov kot njihovih družin ter družbe za zagotavljanje podpore starejšim.

PODATKI, VZOREC IN METODE

Podatki, ki jih analiziramo v prispevku, so bili zbrani s pilotno raziskavo »Odnosi med generacijami in spoloma na kmetijah v Sloveniji leta 2007«. Vprašalnik je bil oblikovan po vzoru programa »Odnosi med generacijami in spoloma« (Vikat *et al.* 2007). Oblikovalci tega programa so pod vplivom omenjene razprave v vprašalnik longitudinalne raziskave vnesli tudi nabor vprašanj, namenjenih ugotavljanju mnenj o primerni delitvi odgovornosti med družino in

državo pri skrbi in finančni podpori starejših. Hkrati so v vprašalnik vključili tudi specifična vidika družinskih obveznosti: odgovornost odraslih otrok za skrb za starše, potrebne pomoči, in odgovornost staršev do odraslih otrok.

Prvi sklop vprašanj je tudi predmet analize v tem prispevku. Omenjena pilotna raziskava je temeljila na vzorcu anketirancev, starih med 18 in 83 let. Pilotni vprašalnik je bil prilagojen zahtevam naročnikov, t. j. Javne agencije za raziskovalno dejavnost RS in Ministrstva za kmetijstvo, gozdarstvo in prehrano. Vsebinam mednarodnega vprašalnika so bila namreč dodane še take, ki so se posebej nanašale na kmečko populacijo. Vzorec je vključeval 407 anketirancev s kmetij, ki so bili izbrani s seznama prejemnikov dveh ukrepov Programa razvoja podeželja 2004–2006, in sicer: (1) pomoč mladim prevzemnikom kmetij in (2) zgodnje upokojevanje kmetov. Splošni del populacije v vzorcu je zastopan s 410 anketiranci po merilu statistične reprezentativnosti. Enote opazovanja v naši analizi niso neposredno anketiranci, ampak občine, v katerih ti živijo.

Podatki so obdelani z bivariatno statistično metodo. Statistična značilnost rezultatov je merjena s testom hi-kvadrat.

Tipologija občin kot podlaga preučevanja mnenj prebivalcev Slovenije o medgeneracijski solidarnosti

Že sami trije modeli oz. tipologije oskrbe za starejše (Hlebec 2013, Hlebec, Mali 2013, Hlebec, Filipovič Hrast 2013) pokažejo, da se občine v zagotavljanju skrbi za starejše med seboj razlikujejo (kakor tudi, da so si podobne) ne glede na enotne zakonske in programske določbe, ki jim nalagajo obveznosti organiziranja in financiranja skrbi za starejše. V občinah so se tako uveljavili/se uveljavljajo različni modeli oskrbe za starejše. Ob institucionalni oskrbi, ki ima že dolgoletno tradicijo, se v zadnjih dvajsetih letih z namenom izboljšati kakovost življenja starejših v domačem okolju kakor tudi njihovih svojcev, ki skrbijo zanje, razvijajo tudi storitve v bivalnem okolju, kot so

dnevno-varstveni centri in centri za pomoč na domu. Delež teh storitev je 1,7 %. To Slovenijo umešča daleč za drugimi državami Evropske unije, kajti tam se primerljivi deleži gibljejo med 8 in 12 % (Rečnik 2012).

Prva tipologija – »institucionalna oskrba« (Hlebec, Mali 2013) – ki jo upoštevamo v naši analizi, razlikuje občine po institucionalni urejenosti oskrbe: občine deli na tiste, ki imajo organizirano javno institucionalno oskrbo, in na tiste, ki teh storitev ne omogočajo. V drugih (zasebna institucionalna oskrba in javna institucionalna oskrba) se storitve za starejše bolj ali manj pokrivajo z zasebnimi viri.

Druga tipologija – »pomoč na domu« (Hlebec 2013) – razlikuje občine po organiziranosti socialne oskrbe starejših ljudi na domu. V tem primeru se občine delijo na tiste, v katere država in občina vlagata veliko denarnih sredstev v pomenu zagotovitve ugodne cene oz. razmeroma nizke participacije za uporabnika, v drugo skupino pa se uvrščajo občine, v katere sta država in občina namenili manjša sredstva za pokrivanje stroškov storitev oskrbe na domu, vendar te storitve uporablja precej več uporabnikov.

Tretja tipologija – »kombinacija institucionalne oskrbe in oskrbe na domu« (Hlebec, Filipovič Hrast 2013) – pa je sinteza prvih dveh z razvrščanjem občin v pet skupin. V prvi dve skupini se uvrščajo občine, v katerih je malo uporabnikov socialne oskrbe na domu, prav tako pa tudi malo uporabnikov oskrbe v domovih za starejše oz. take storitve prebivalci uporabljajo v drugih občinah. V prvi skupini je finančni vložek občine za storitve oskrbe na domu zelo velik, v drugi skupini občin pa zelo majhen. Skupini občin se razlikujeta tudi glede odstotka doplačila, ki ga te zagotavljajo za institucionalno oskrbo; v prvi skupini je ta prispevek v povprečju večji, v drugi skupini pa manjši. Poleg tega je glede na število oseb v institucionalni oskrbi v prvi skupini število uporabnikov socialne oskrbe manjše kot v drugi skupini.

Prva skupina je poimenovana kot »veliko denarja – malo oskrbe«, druga skupina pa »malo denarja – veliko oskrbe«. V tretjo in četrto skupino se uvrščajo precej večje in

gospodarsko razvitejše občine, ki v primerjavi s prvima dvema skupinama prispevajo več sredstev tako za socialno oskrbo na domu kakor tudi za storitve v domovih za starejše. Ti skupini se med seboj razlikujeta po številu in razmerju uporabnikov storitev oskrbe tako na domu kakor tudi v domovih za starejše. Tretja skupina občin ima manj uporabnikov in se imenuje »zmerno denarja – manj oskrbe«, četrta skupina občin pa jih ima več in se imenuje »zmerno denarja – več oskrbe«. Pri vseh štirih skupinah občin gre še za eno razlikovanje; prve tri skupine sodijo v skupino ruralnih občin, četrta pa vključuje bolj mestne občine.

Vse tri tipologije občin vključujejo tudi Ljubljano in Maribor. Obravnavana sta kot posebna skupina, ker so storitve za starejše, ki jih upoštevajo navedene tipologije, med vsemi občinami najbolj dostopne.

Namen našega prispevka je na podlagi omenjene tipologije preučiti, od koga prebivalci različnih občin pričakujejo, da bo skrbel za starejše: ali naj bo to družina ali skupnost (država) ali obe hkrati. Ob tem predpostavljamo, da so v občinah, v katerih imajo bolj urejeno institucionalno pomoč za starejše (v večjih urbanih in ruralnih občinah), pričakovanja prebivalcev do družine kot primarne nosilke skrbi za starejše in pomoči potrebne odrasle otroke manjša kot pa v manjših ruralnih občinah. V njih je, kot kažejo tipologije občin, pokritost storitev, ki jih zagotavlja skupnost, za starejše slabša.

Izmed 210 slovenskih občin smo v vzorec raziskave zajeli 123 občin (to je 59 % vseh občin v Sloveniji). Njihova razporeditev v okviru izbranih treh tipologij je razvidna iz spodnjih treh slik. Med neupoštevanimi občinami pri prvi tipologiji, ki se nanaša na institucionalno pomoč, so to večinoma občine z javno institucionalno oskrbo (57), v manjši meri pa občine z zasebno institucionalno oskrbo (20) in organizirano javno institucionalno oskrbo (10). Pri drugi tipologiji, ki upošteva oblike pomoči na domu, prevladujejo občine z »veliko denarja« (64). Pri tretji tipologiji, kombinaciji prvih dveh, pa prevladujejo majhne ruralne občine z zmerno blaginjo (59), manj pa so iz analize izpadle majhne ruralne občine z nizko

blaginjo (20) in večje ruralne občine z zmerno/uravnoteženo blaginjo (17). Iz te tipologije so v vzorec vključene vse urbane občine.

Značilnosti vzorca: sociodemografske značilnosti anketirancev v posameznih skupinah občin po posameznih tipologijah oskrbe starejših

Po posameznih tipih oskrbe (institucionalna oskrba, pomoč na domu in kombinacija institucionalne oskrbe in oskrbe na domu) se gledano z vidika spola med občinami ne kažejo statistično značilne razlike.

Statistično značilne razlike med občinami z različnim režimom institucionalne pomoči pa se kažejo po starosti ($F = 4,301$, $p = 0.005$): najmlajše anketirance najdemo v Ljubljani in Mariboru (povp. = 40,19; st. odklon = 16,046), najstarejše pa v občinah s prevladujočo zasebno institucionalno oskrbo (povp. = 46,74; st. odklon = 15,840); to pomeni, čim bolj je oskrba urejena na zasebni ravni, tem starejši anketiranci prevladujejo v vzorcu.

Statistično značilne razlike po starosti ($F = 6,602$, $p = 0.001$) se kažejo tudi med občinami z različno ureditvijo pomoči na domu: anketiranci so značilno starejši v občinah, v katerih je malo denarja in veliko oskrbe (povp. = 46,77; st. odklon = 13,839), in značilno mlajši v občinah, v katerih je veliko denarja in malo oskrbe oz. veliko ponudbe (povp. = 44,80; st. odklon = 15,640) in premalo oskrbe (Ljubljana in Maribor).

Enaka smer statistično značilnih razlik po starosti se kaže tudi pri kombinaciji institucionalne oskrbe in oskrbe na domu: najstarejše anketirance najdemo v ruralnih občinah z manj oskrbe (bodisi z veliko bodisi z zmerno veliko denarja), mlajše v ruralnih občinah z veliko oz. več oskrbe, najmlajše pa v Mariboru in Ljubljani.

Statistično značilne razlike med občinami z različno ureditvijo oskrbe za starejše se kažejo tudi po izobrazbi. Anketiranci iz občin, v katerih prevladuje zasebna institucionalna oskrba, imajo v značilno večjem ($Hi^2 = 44,469$, $sig. = 0.000$) deležu nižjo izobrazbo (nedokončano ali dokončano le osnovno šolo) (42 %) kot anketiranci iz občin z organizirano javno institucionalno oskrbo (22 %) ter iz Ljubljane in Maribora (11 %)

ter v značilno manjšem deležu višjo izobrazbo (univerzitetno ali več) (11 %) kot anketiranci iz občin z organizirano javno institucionalno oskrbo (16 %) ter iz Ljubljane in Maribora (28 %).

Značilne razlike po izobrazbi se kažejo tudi glede ureditve pomoči na domu ($Hi^2 = 26,245$, $sig. = 0.000$): nižja izobrazba med anketiranci prevladuje v občinah z malo denarja in veliko oskrbe (31 %) ter z veliko denarja in malo oskrbe (28 %) v primerjavi z Ljubljano in Mariborom (11 %), višje izobraženi (z vsaj univerzitetno izobrazbo) pa prevladujejo v Mariboru in Ljubljani (28 %), v drugih občinah pa se ta delež giblje med 11 in 14 %.

Enako težnjo v razlikah med občinami je opaziti tudi pri kombinaciji institucionalne oskrbe in oskrbe na domu ($Hi^2 = 57,028$, $sig. = 0.000$): čim bolj so občine majhne in ruralne, še posebej z nizko blaginjo (veliko denarja – malo oskrbe), tem večji delež anketirancev je neizobraženih (40 %) oz. tem manjši delež je višje izobraženih (z vsaj univerzitetno izobrazbo) (10 %). Zato pa obratno sorazmerne deleže najdemo v urbanih občinah: v velikih gospodarsko in družbeno razvitih urbanih občinah ter v Mariboru in Ljubljani prevladujejo anketiranci z višjo izobrazbo (21 oz. 28 %).

Tudi število članov gospodinjstva je spremenljivka, pri kateri se med občinami kažejo statistično značilne razlike. Pri vseh treh režimih se kaže enaka težnja: čim bolj so občine majhne in ruralne, slabše imajo organizirano institucionalno skrb za starejše ter večji je obseg sofinanciranja investicij iz državnega proračuna pri njihovi oskrbi starih na domu, tem pogostejša so večja gospodinjstva v njih. Denimo, v občinah s prevladujočo zasebno institucionalno oskrbo so gospodinjstva značilno večja (4,2 člana) kot v občinah z organizirano javno institucionalno oskrbo (3,58 članov) ter v Mariboru in Ljubljani (2,61 članov); prav tako so značilno večja gospodinjstva v občinah z malo denarja in veliko oskrbe (4,16 članov) kot v občinah z veliko denarja in malo oskrbe (3,74 članov) ter v manjših ruralnih občinah (4,58 članov) v primerjavi z večjimi ruralnimi (3,94 članov) in urbanih občinami (3,09 članov), ki ne vključujejo Maribora in Ljubljane.

Pomembno pri tem je poudariti, da so vse omenjene razlike, ki so sicer statistično značilne, med vključenimi slovenskimi občinami manjše, kot so razlike med njimi ter Ljubljano in Mariborom.

Zelo signifikantne razlike po občinah v vzorcu pa se kažejo tudi glede deleža kmečkega prebivalstva. Čim slabše je organizirana institucionalna oskrba ($H_i^2 = 267,844$, sig. = 0.000), tem večji delež kmečkega prebivalstva prevladuje v vzorcu (72 % zasebna institucionalna oskrba, 44 % organizirana javna institucionalna oskrba, 7 % Ljubljana in Maribor) in čim manj je denarja ob veliki oskrbi (67 %) v primerjavi z občinami z veliko denarja in malo oskrbe (55 %) ($H_i^2 = 189,392$ sig. = 0.000).

Skratka, prebivalci občin, v katerih je skrb za starejše slabše razvita (prevladujoča zasebna institucionalna oskrba, malo denarja – veliko oskrbe in majhne ruralne občine z nizko blaginjo), so starejši, manj izobraženi, živijo v gospodinjstvih z več člani in so pogostejše kmetje.

ANALIZA MNENJ

V nadaljevanju predstavljamo rezultate analize mnenj anketirancev iz izbranih občin v Sloveniji o odgovornosti za skrb za starejše (ravnovesje med družino in družbo) in o odgovornosti staršev do odraslih otrok. Vsako posamezno mnenje opazujemo v kontekstu treh tipologij različnih oblik oskrbe starejših v občinah: institucionalna oskrba, pomoč na domu in kombinacija institucionalne oskrbe in oskrbe na domu.

Odgovornost za skrb za starejše – ravnovesje med družino in družbo

Polovica anketirancev (slika 1) pri skrbi (negi) starejših pričakuje tako pomoč družine kot družbe, tretjina pa samo pomoč družine. Ob tem pri vseh modelih oskrbe starejših rezultati testov hi-kvadrata (H^2) kažejo statistično pomembno povezanost pričakovanj anketirancev, da bo za starejše skrbela družina in manj družba, s kakovostjo organiziranosti oskrbe starejših. Tako so pričakovanja anketirancev, da bo za starejše skrbela družina in da

bo za to manj odgovorna družba, tem večja, čim slabše je organizirana institucionalna oskrba (kjer prevladujeta javna in zasebna neorganizirana oskrba). Prav tako je delež anketirancev s pričakovanji, da bo za starejše skrbela družina, večji, kjer je malo oskrbe na domu.

Pomembno večji delež anketirancev, ki pričakujejo, da bo družina skrbela za starejše, se kaže tudi tam, kjer je manj organizirane oskrbe v občinah tako v domovih kot tudi na domu. V tej smeri se statistično pomembne razlike kažejo med majhnimi ruralnimi občinami z nizko blaginjo in velikimi urbanimi občinami ter Ljubljano in Mariborom in majhnimi in večjimi ruralnimi občinami z zmerno oz. uravnoteženo blaginjo. Vendar pa rezultati za zadnji dve navedeni skupini občin takšnih razlik ne potrjujejo, med obema skupinama ni ugotovljenih pomembnih razlik.

V urbanih središčih, kot sta Ljubljana in Maribor, so pričakovanja, da bo družina skrbela za starejše, izražena v manjšem deležu (18 %), so pa v teh dveh mestih v največjem deležu izražena pričakovanja, da bosta za starejše skrbeli družina in družba (62 %).

Glede odgovornosti družine oziroma družbe za denarno podporo starejših ljudi se med anketiranci iz izbranih občin pri vseh treh modelih ne kažejo statistično značilne razlike (slika 2). Večina (70 %) anketirancev pričakuje, da bo denarno podporo za starejše zagotovila družba. Četrtna anketirancev pa meni, da sta družba in družina v enaki meri dolžni zagotoviti denarno podporo starejšim. Le zelo majhen delež anketirancev (5 %) pri tem pričakuje pomoč družine.

Kljub statistično neznačilnim rezultatom pa se med občinami z različnimi modeli oskrbe za starejše kažejo določene težnje. Tako je največji delež tistih, ki pričakujejo, da bo denarno podporo za starejše zagotovila družba, najti v skupini občin z javno neorganizirano institucionalno oskrbo.

Tudi med skupinami z različno organizirano oskrbo na domu je zaznana težnja: čim manj oskrbe oz. čim slabše stanje blaginje je v neki občini, večji je delež anketirancev s pričakovanji, da bo starejšim finančne vire zagotovila družba.

Tudi med skupinami občin, opazovanimi z vidika kombinacije institucionalne oskrbe in oskrbe na domu, so zaznana večja pričakovanja, da bo za finančne vire starejših poskrbela družba.

Odgovornosti otrok do staršev

V tem delu predstavimo strinjanja anketirancev s trditvami, ki se nanašajo na odgovornost odraslih otrok do svojih staršev, ki zaradi svoje starosti in onemoglosti potrebujejo pomoč.

Večina (70 %) anketirancev se strinja (slika 3), da so otroci dolžni skrbeti za svoje starše. Vendar pa so ta pričakovanja izražena v tem večjem deležu, čim slabše je organizirana institucionalna oskrba za starejše. Statistično značilne razlike se tako kažejo med občinami s prevladujočo zasebno institucionalno oskrbo in drugimi občinami.

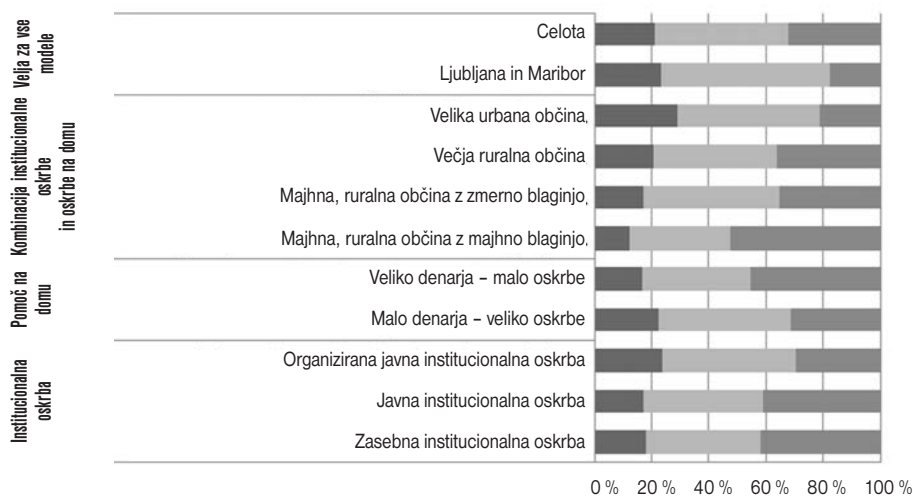
Mnenje, da so otroci dolžni skrbeti za svoje starše, pa ni statistično povezano z organizirano oskrbo na domu. Kljub temu je opaziti, da so taka pričakovanja bolj izražena v tistih občinah, v katerih je malo denarja, a veliko oskrbe.

Tudi med skupinami občin z vidika kombinacije organizirane oskrbe na domu in v domovih ni opaziti statistično značilnih razlik v mnenju, da so otroci dolžni skrbeti za svoje starše, kadar jih ti potrebujejo. Znova pa zaznamo, da so pričakovanja do odgovornosti otrok izražena manj v tistih občinah, v katerih je veliko oskrbe, ter v Ljubljani in Mariboru.

Statistično značilne razlike med skupinami občin se kažejo tudi pri pričakovanjih, da bodo otroci prilagodili svoje delo potrebam svojih staršev (slika 4). Najpogosteje (41 %) se anketiranci s tem ne strinjajo, in sicer tem bolj, kolikor je v njihovem okolju dobro organizirana oskrba starejših. Tako se s tem stališčem najbolj ne strinjajo v Mariboru in Ljubljani (52 %), pomembno manjši delež nestrinjanja (38 %) pa je zaznati v občinah s slabšo institucionalno oskrbo (javna institucionalna oskrba).

Statistično značilni rezultati se kažejo, tudi ko opazujemo razlike med anketiranci glede organizirane pomoči na domu. Tako je tam, kjer je boljša oskrba (malo denarja in veliko oskrbe), značilno manjši delež (11 %)

Slika 1: Skrb za starejše, ki potrebujejo nego in varstvo na svojem domu (deleži v %).



H_i^2 Institucionalna oskrba: 26,297***

H_i^2 Pomoč na domu: 26,887***

H_i^2 Kombinacija institucionalne oskrbe in oskrbe na domu: 45,343***

*** $p < 0,001$ ** $p < 0,005$ * $p < 0,010$

■ Naloga družbe
 ■ Naloga družbe in družine
 ■ Naloga družine

anketirancev, ki se strinjajo, da so otroci dolžni prilagoditi svoje delo potrebam svojih staršev, kot v občinah s slabšo oskrbo (veliko denarja in malo oskrbe) (22 %).

Pričakovanja, da bodo otroci prilagodili svoje delo potrebam svojih staršev, so statistično značilna tudi z vidika kombinacije oskrbe. Značilno manjši deleži glede strinjanja se poleg anketirancev iz Ljubljane in Maribora kažejo v večjih in manjših ruralnih občinah z zmerno veliko denarja in manj ali več oskrbe kot pa v manjših ruralnih občinah z majhno blaginjo oskrbe za starejše.

Večina anketirancev (65 %) se ne strinja s trditvijo, da so hčere bolj kot sinovi odgovorni za skrb za starše (slika 5).

V primeru institucionalne oskrbe so razlike med občinami glede odgovornosti hčer/sinov za skrb za starše na meji statistične značilnosti ($\text{sig} = ,049$), zaznamo pa, da se strinjanje s tem stališčem povečuje, čim manjše so ruralne občine in čim manjšo blaginjo imajo.

Statistično značilne razlike pa se kažejo pri modelu pomoči na domu. Kjer je veliko denarja in malo oskrbe na domu (slabša oskrba), je strinjanje s trditvijo, da so hčere bolj kot

sinovi odgovorne za skrb za starše, statistično pomembno večje kot v drugem tipu občin.

Pri različnih kombinacijah institucionalne oskrbe in oskrbe na domu pa se statistično značilne razlike ne kažejo.

Polovica anketirancev se strinja, da bi morali otroci denarno pomagati staršem, kadar imajo ti denarne težave (slika 6). Čim slabše je organizirana institucionalna oskrba – to je brez dvoma dejstvo v majhnih in nekoliko manj očitno dejstvo v večjih ruralnih območjih (veliko oz. zmerno veliko denarja – malo oskrbe) – tem bolj se anketiranci strinjajo s to trditvijo.

Z vidika oskrbe na domu pa rezultati ne kažejo statistično značilnih razlik v strinjanju s trditvijo, da bi otroci morali denarno pomagati staršem, kadar imajo ti denarne težave.

Tudi z vidika kombinacije institucionalne oskrbe in oskrbe na domu se ne kažejo statistično značilne razlike v strinjanju s to trditvijo.

Slaba četrtina anketirancev soglaša, da bi se morali starši, ko niso več sposobni skrbeti zase, preseliti k svojim otrokom, tretjina anketirancev pa se s to trditvijo ne strinja, še zlasti anketiranci iz Ljubljane in Maribora (slika 7).

Slika 2: Denarna podpora starejšim ljudem, ki živijo pod eksistenčnim minimumom (deleži v %).



H_i^2 Institucionalna oskrba:

9,733

■ Naloga družbe

H_i^2 Pomoč na domu:

4,095

■ Naloga družbe in družine

H_i^2 Kombinacija institucionalne oskrbe in oskrbe na domu:

6,968

■ Naloga družine

*** $p < 0,001$ ** $p < 0,005$ * $p < 0,010$

Čim bolj je občina majhna in ruralna in čim manj je v njej organizirane institucionalne oskrbe, tem bolj se anketiranci strinjajo s to trditvijo.

Statistično značilno se s to trditvijo bolj strinjajo tudi anketiranci, ki živijo v občinah z organizirano oskrbo na domu po vzorcu malo denarja – veliko oskrbe, kot pa anketiranci iz občin, v katerih je veliko denarja, a malo oskrbe.

Upošteva je kombinacijo institucionalne oskrbe in oskrbe na domu se značilne razlike kažejo tako: čim bolj je občina ruralna in majhna, tem manjši je delež anketirancev, ki se ne strinjajo, da bi se straši, ki niso več sposobni skrbeti zase, morali preseliti k svojim otrokom.

UGOTOVITVE IN SKLEPI

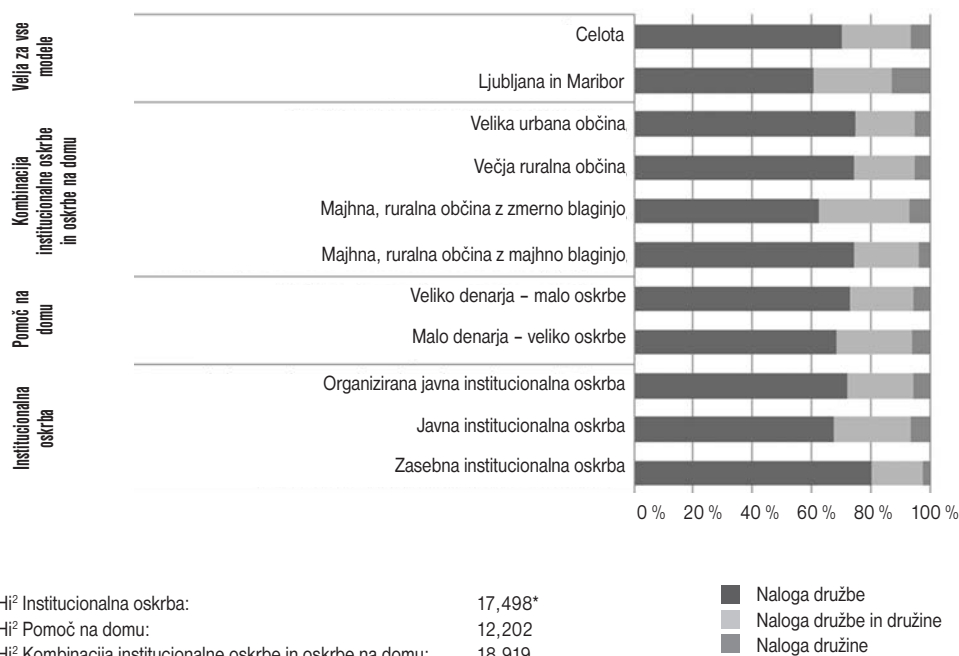
Podobno kot v uvodu omenjena raziskava slovenskega javnega mnenja (Malnar, Kurdija 2012) tudi naša analiza pokaže, da velika večina anketirancev pričakuje, da bo denarno pomoč starejšim zagotavlja predvsem država. Takšno mnenje izraža večina anketirancev v vseh občinah. Na podlagi tega je moč sklepati, da je obstoječi sistem pretoka blaginje v obliki denarnih transferjev od delovno aktivne k upokojenski

generaciji v Sloveniji splošno sprejet ne glede na model oskrbe v skupnosti oz. občini.

Drugačno, bolj raznovrstno sliko pa kaže mnenje anketirancev o tem, kdo je odgovoren za skrb oz. nego starejših. Tu rezultati na splošno kažejo, da večina anketirancev pričakuje, da si bosta to odgovornost družina in družba delili. Z vidika modelov oskrbe v skupnosti pa rezultati kažejo pomembne razlike v pričakovanih med anketiranci v občinah z različno ureditvijo oskrbe za starejše. Potrdili smo namreč to predpostavko: čim slabše je organizirana oskrba za starejše v občinah tako na ravni domov za starejše kakor tudi na ravni zagotovljene oskrbe na domu, tem pogostejša so pričakovanja ljudi, da bo največjo odgovornost za oskrbo starejših prevzela družina. Zaradi velike variabilnosti v odgovorih med anketiranci različnih občin je tako mnenje izraženo bolj kot stališče in ne kot splošno sprejeta družbena norma.

Tudi mnenja o želenem ravnanju odraslih otrok do svojih staršev izražajo bolj značaj osebnih stališč, pri tem pa gre lahko za določeno mero medsebojnega dogovarjanja in pogajanja med družinskimi člani, kot nakazujejo rezultati pri naslednjih mnenjih:

Slika 3: Otroci bi morali prevzeti odgovornost za skrb svojih staršev, kadar jih ti potrebujejo (deleži v %).



Hi² Institucionalna oskrba: 17,498*

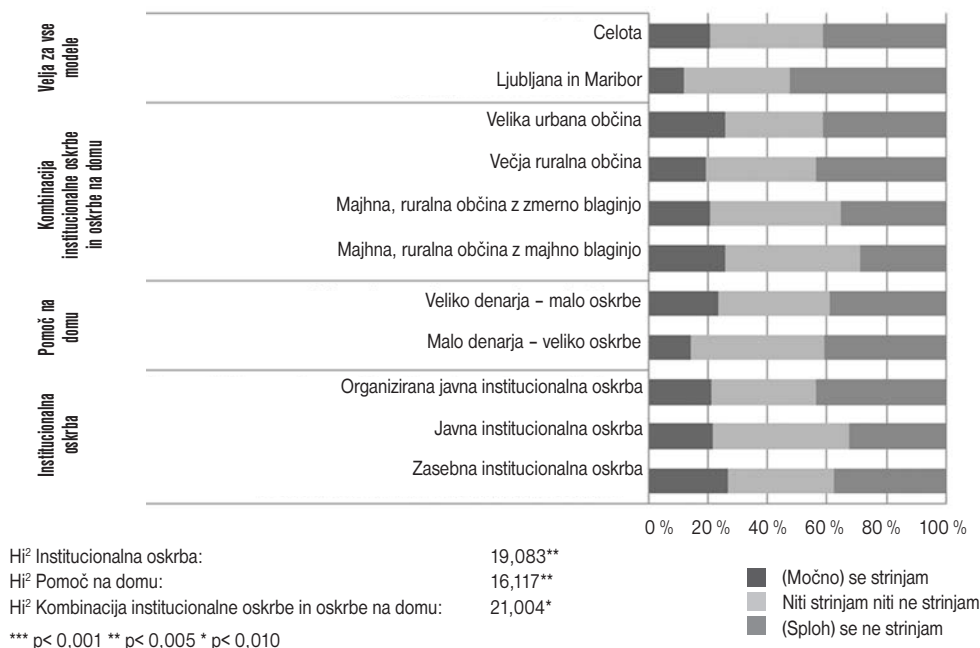
Hi² Pomoč na domu: 12,202

Hi² Kombinacija institucionalne oskrbe in oskrbe na domu: 18,919

*** p < 0,001 ** p < 0,005 * p < 0,010

■ Naloga družbe
 ■ Naloga družbe in družine
 ■ Naloga družine

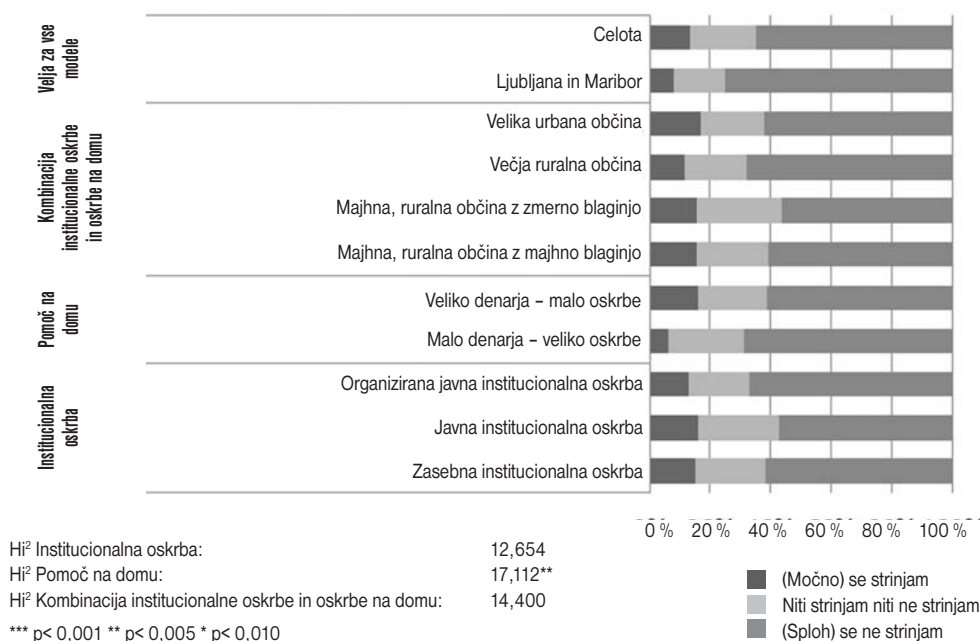
Slika 4: Otroci bi morali svoje delo prilagoditi potrebam svojih staršev (deleži v %).



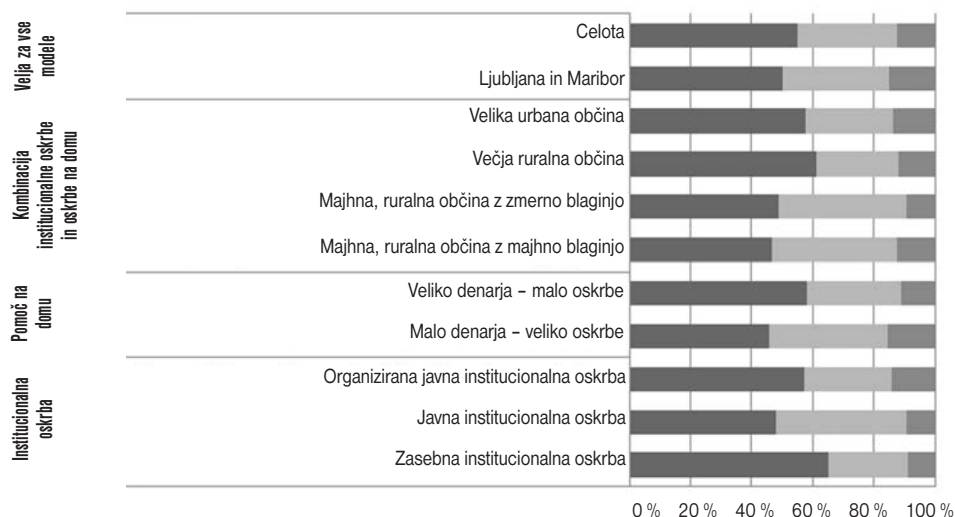
»Otroci naj prilagodijo svoje delo potrebam svojih staršev« in »Starši, ki niso več sposobni skrbeti zase, naj se preselijo k svojim otrokom«. Čim boljša je organiziranost oskrbe za starejše v skupnosti, tem manjše je strinjanje s takimi mnenji.

Bolj enotni, normativni pogledi pa so izraženi pri bolj splošnem mnenju, kot je: »Otroci so dolžni skrbeti za svoje starše«. Takšni rezultati nakazujejo, da je ob načelni sprejetosti pod vplivom zakonodaje, ki od otrok pričakuje, da bodo skrbeli za svoje starše, med prebivalstvom

Slika 5: Kadar starši potrebujejo pomoč, bi morale bolj hčere kot sinovi prevzeti odgovornost za skrb (deleži v %).



Slika 6: Otroci bi morali denarno pomagati staršem, kadar imajo ti denarne težave (deleži v %).



Hi² Institucionalna oskrba: 18,464**

Hi² Pomoč na domu: 8,646

Hi² Kombinacija institucionalne oskrbe in oskrbe na domu: 16,633

*** p < 0,001 ** p < 0,005 * p < 0,010

■ (Močno) se strinjam
 ■ Niti strinjam niti ne strinjam
 ■ (Sploh) se ne strinjam

različnih slovenskih občin obveznost družine oz. otrok za skrb za starše različno pojmovana: v nekaterih občinah je izražena večja podpora odgovornosti otrok do svojih staršev, v nekaterih, zlasti urbanih občinah, tam so storitve bolj organizirane, pa prebivalstvo izraža precej manjšo podporo družini.

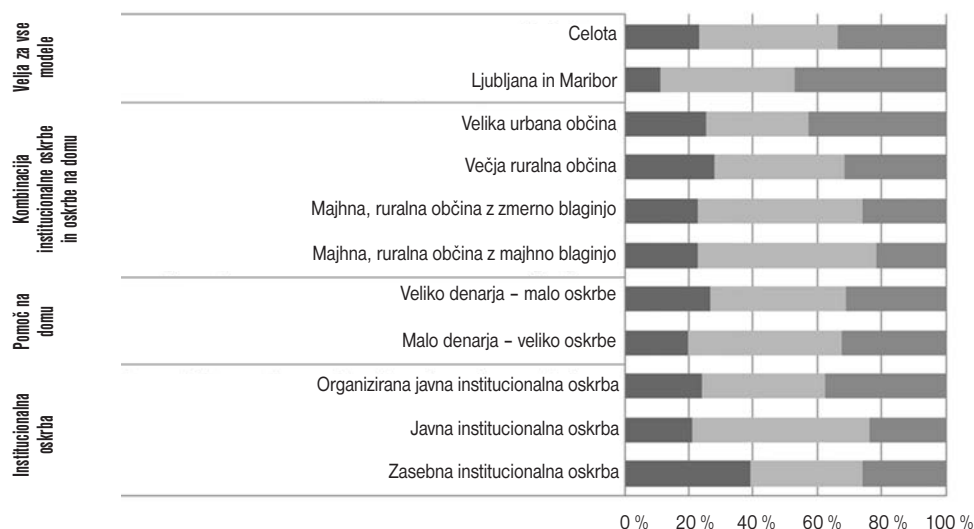
Vendar, kot ugotavljajo Herlofson in sodelavci (2011) za Norveško, tudi za Slovenijo lahko predpostavimo, da se manjša podpora obveznostim družine do starejših v urbanih občinah lahko interpretira ne kot izginjanje družinske solidarnosti, ampak kot znamenje razvoja vrednot večje avtonomije in neodvisnosti v odnosih med generacijami ter manjše obremenjenosti družine z obveznostmi zaradi večje podpore razpoložljivih storitev za starejše v teh okoljih. Po drugi strani pa je manjše zanašanje na oporo družine lahko razumeti tudi kot posledico demografskih dejavnikov - manjšega števila otrok v družini, na katere se lahko opirajo starejši v mestnem okolju v primerjavi z starejšimi v ruralnem okolju.

Domnevno manjša solidarnost družine v mestnem okolju pa je morda manjši problem, kot je neustrezna organiziranost oskrbe za

starejše v majhnih ruralnih občinah. Namreč, večjih pričakovanj do družine v teh občinah ne gre nujno pripisati neki večji, »tradicionalni« zavezanosti podeželskega in kmečkega prebivalstva družini, čeprav o posebnem načinu življenja podeželske in še zlasti kmečke družine (enotnost dela, potrošnje in družinskega življenja) v primerjavi z drugimi družbenimi skupinami v Sloveniji še vedno lahko govorimo (Černič Istenič 2007, Knežević Hočvar, Černič Istenič 2010).

Izraženo strinjanje z mnenjem, da je za starejše dolžna skrbeti predvsem družina, pa še ne pove, kako anketiranci to odgovornost tudi zares razumejo in jo udeležajo; ali kot neko navado, običaj ali pa kot nujnost, ki jih lahko ovira pri opravljanju drugih dejavnosti (zlasti ženske pri poklicnem delu). Ob tem lahko predpostavimo, da se je prebivalstvo teh manjših ruralnih občin v Sloveniji zaradi pomanjkanja drugih virov (npr. precej nižjih pokojnin ali med določenim deležem kmečkega prebivalstva celo odsotnosti pokojnin) (Mali, Ovčar 2010), s katerimi bi lahko pokrivali stroške storitev oskrbe starejših, prisiljeno bolj opreti na pomoč družine, to pa samo po sebi še ne

Slika 7: Ko starši sami ne morejo več skrbeti zase, bi se morali preseliti k otrokom (deleži v %).



H^2 Institucionalna oskrba: 47,521***

H^2 Pomoč na domu: 19,851***

H^2 Kombinacija institucionalne oskrbe in oskrbe na domu: 38,561***

*** $p < 0,001$ ** $p < 0,005$ * $p < 0,010$

■ (Močno) se strinjam
 ■ Niti strinjam niti ne strinjam
 ■ (Sploh) se ne strinjam

omogoča večjega medgeneracijskega sožitja.

Ob tem se velja vprašati, ali so oblike, ki so se razvile v urbanih okoljih, najustrenejše tudi za potrebe starega človeka v ruralnem, še zlasti kmečkem okolju in ali ne bi veljalo zanje poiskati nekih drugih, zanje dostopnejših rešitev. Ena od takih možnosti se prav gotovo kaže v t. i. zelenih programih socialnega varstva, ki povezujejo večnamensko kmetijstvo s podeželskimi skupnostmi pri razvijanju in pospeševanju različnih načinov in oblik solidarnosti, socialne pomoči in socialnega vključevanja (Vadnal 2001).

Kmetijska dejavnost z že uveljavljenimi dopolnilnimi dejavnostmi, kot je turizem na kmetiji, nakazuje tudi možnosti za razvoj socialnih storitev kot dopolnilne dejavnosti na kmetiji za izvajanje storitev varstva starejših kakor tudi drugih ranljivih skupin (otrok in odraslih z motnjami v duševnem razvoju in zdravju) (Vadnal 2007). V okviru takih oblik bi se lahko v okolju, ki je podeželskemu in kmečkemu staremu človeku blizu, zagotavljala kakovostna pomoč starejšim kmetom ob vrsti še drugih priložnosti za razvoj podeželja (nova delovna mesta, ohranjanje majhnih kmetij,

povečevanje socialne vključenosti, razvijanje solidarnosti in strpnosti).

Tako bi se lahko dosegla boljša in dostopnejša organiziranost oskrbe starejših v skupnosti v Sloveniji. V tem pogledu bi se lahko izravnale razlike v blaginji med mestom in podeželjem, ki, kot kažejo nekatere raziskave o kakovosti življenja na podeželju (Shucksmith *et al.* 2006), v razvitih evropskih državah že precej izginjajo.

VIRI

- BENGTSON, V. L., OYAMA, P. S. (2007), *Intergenerational solidarity: strengthening economic and social ties*. New York: United Nations Headquarters.
- ČERNIČ IŠTENIČ, M. (2007), Attitudes towards gender roles and gender role behaviour among urban, rural, and farm populations in Slovenia. *Journal of Comparative Family Studies*, 38, 3: 477-496.
- DAATLAND, S. O., HERLOFSON, K. (2003), "Lost solidarity" or "changed solidarity": a comparative European view of normative family solidarity. *Ageing & Society*, 23: 537-560.
- DAATLAND, S. O., VEENSTRA, M., HERLOFSON, K. (2012), Age and intergenerational attitudes in the family

- and the welfare state. *Advances in Life Course Research*, 17: 133–144.
- Eurobarometer (2007), *Health and long-term care in the European Union*. Special Eurobarometer 283. Bruselj: Evropska komisija.
- HLEBEC, V. (2010), Oskrba starih med državo in družino: oskrba na domu. *Teorija in praksa*, 47, 4: 137–157.
- HLEBEC, V. (2013), Razvoj in spremembe v tipologiji oskrbe na domu. *Socialno delo*, 53, 1: 3–14.
- HLEBEC, V., FILIPOVIČ HRAST, M. (2013), Tipologija oskrbe starih v Sloveniji. Prispevek v pripravi.
- HLEBEC, V., FILIPOVIČ HRAST, M., KUMP, S., JELENC KRAŠEVEC, S., PAHOR, M., DOMANJKO, B. (2012), *Medgeneracijska solidarnost v Sloveniji*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- HLEBEC, V., MALI, J. (2013), Tipologija razvoja institucionalne oskrbe starejših ljudi v Sloveniji. *Socialno delo*, 53, 1: 29–40.
- HABERKERN, K., SZYDLIK, M. (2010), State care provision, societal opinion and children's care of older parents in 11 European countries. *Ageing & Society*, 30: 299–323.
- HERLOFSON, K., HAGESTAD, G., SLAGSVOLD, B., SØRENSEN, A. M. (2011), *Intergenerational family responsibility and solidarity in Europe*. Multilinks deliverable 4.3. Dostopno na: http://www.multilinks-project.eu/uploads/papers/0000/0038/herlofson_deliverable.pdf (1. 10. 2012).
- KALMIJN, M., SARACENO, C. (2008), A comparative perspective on intergenerational support. Responsiveness to parental needs in individualistic and familialistic countries. *European Societies*, 10, 3: 479–508.
- KNEŽEVIČ HOČEVAR, D., ČERNIČ ISTENIČ, M. (2010), *Dom in delo na kmetiji: raziskava odnosov med generacijami in spolom*. Ljubljana: Založba ZRC SAZU.
- KOLARIČ, Z., RAKAR, T., KOPAČ MRAK, A. (2009), Slovenski sistem blaginje v procesu postopnega spreminjanja. V: Hlebec, V. (ur.), *Starejši ljudje v družbi sprememb*. Maribor: Aristej (45–75).
- MALI, J. (2009), The sources of intergenerational collaboration within social work. *Teorija in praksa*, 47, 6: 1238–1252.
- MALI, J., OVČAR, L. (2010), Življenjski svet starejšega kmečkega prebivalstva. *Socialno delo*, 49, 4: 229–238.
- MALNAR, B., KURDIJA, S. (2012), Zasnova in razvoj Evropske družboslovne raziskave. V: Toš, N. (ur.), *Vrednote v prehodu V: Slovenija v evropskih primerjavah: evropska družboslovna raziskava 2002–2010* (Dokumenti SJM, 19). Dunaj: Echoraum; Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, IDV-CJMMK, 2012 (25–44).
- REČNIK, G. (2012), V domovih za starejše je vse več praznih postelj. Val 202, Kje pa vas čevelj žuli. Pogovor s predsednikom upravnega odbora Skupnosti socialnih zavodov Slovenije Borisom Koprivnikarjem. Dostopno na: <http://tvslo.si/predvajaj/postelje-v-domovih-za-starejse-se-praznijo/ava2.149274143/> (31. 11. 2012).
- REIMAT, A. (2009), *Welfare regimes and long-term care for elderly people in Europe. The European Social Model in a Global Perspective*. IMPALLA-ESPAnet Joint conference, Neumünster, Luksemburg. 6.–7. 3. 2009.
- ROVAN, J., MALEŠIČ, K., BREGAR, L. (2009), Blaginja občin v Sloveniji. *Geodetski vestnik*, 53, 1: 70–91.
- SHUCKSMITH, M., CAMERON, S., MERRIDEW, T. (2006), *First European quality of life survey: urban-rural differences*. Luksemburg: Office for Official Publications of the European Communities.
- VADNAL, K. (2001), Izzivi in problemi uveljavljanja zasnove večnamenskega kmetijstva v Sloveniji. V: Erjavec, E., Juvančič, L. (ur.), *Učinki reforme slovenske kmetijske politike*. Ljubljana: Društvo agrarnih ekonomistov Slovenije - DAES (245–256).
- (2007) Model participativnega odločanja na primeru razvoja zelenih programov socialnega varstva: »Da bi na kmetiji še naprej delal, pa kdo drug - pa ne na isti kmetiji«. V: Kavčič, S. (ur.), *Slovensko kmetijstvo in podeželje v Evropi, ki se širi in spreminja*. Ljubljana: Društvo agrarnih ekonomistov Slovenije - DAES (195–208).
- VIKAT, A., SPÉDER, Z., BEETS, G., BILLARI, F.C., BÜHLER, C., DÉSESQUELLES, A., FOKKEMA, T., HOEM, J. M., MACDONALD, A., NEYER, G., PAILHÉ, A., PINNELLI, A., SOLAZ, A. (2007), Generations and gender survey (GGS): towards a better understanding of relationships and processes in the life course. *Demographic Research*, 17, 14: 389–440.
- WARD, R. A. (2001), Linkages between family and societal-level intergenerational attitudes. *Research on Aging*, 23, 2: 179–208.
- Zakon o zakonski zvezi in družinskih razmerjih (1976). *Ur. l. RS*, št. 15/1976. Dostopno na: http://zakonodaja.gov.si/rpsi/r00/predpis_ZAKO40.html (5. 1. 2013).

Jana Mali

SOCIALNO DELO S STARIMI LJUDMI KOT SPECIALIZACIJA STROKE

UVOD

Hitro staranje prebivalstva in sočasno zmanjševanje deleža mladega prebivalstva v sodobnem zahodnem svetu povzročata številne spremembe v (do) zdaj dokaj stabilnih ureditvah. Hkrati s podaljševanjem življenja, napredkom medicine, zmanjševanjem deleža aktivnega prebivalstva in večanjem deleža od pomoči odvisnih oseb smo priče spremembam v družinskih razmerah in medgeneracijskih odnosih. Ko dandanes javno govorimo o starosti, pogosto omenjamo demografske spremembe. Povečevanje deleža starejših med prebivalstvom posameznih držav sveta je posledica specifičnega pojava moderne družbe, to je demografskega prehoda z visokih na nizke stopnje rodnosti in smrtnosti.

Po predvidevanjih bo do leta 2050 prvič v zgodovini število starejših v svetu preseglo število mladih. Vsaka deseta oseba je danes že stara 60 let ali starejša; do leta 2050 bo po napovedih OZN toliko star vsak peti človek, do leta 2150 pa vsak tretji. (Vertot 2008: 10.)

Demografske spremembe, ki jih nekateri poimenujejo tudi demografski preplah, so v javnosti pogosto prikazane kot grožnja mlajšemu prebivalstvu, pa čeprav je daljšanje življenjske dobe kvečjemu dosežek naše civilizacije, saj v zgodovini človeštva tega pojava še nismo doživeli (Mali 2009, Lymbery 2005, Wilson 2001). Spremembe razmerij med starim in mladim prebivalstvom so po mnenju nekaterih tragične, vendar jih lahko razumemo tudi kot možnost za iskanje novih oblik sožitja in solidarnosti v družbi. V socialnem delu znamo razbrati možnosti in

priložnosti za pozitivno vrednotenje starosti in vidimo izziv za razvoj specializiranega področja socialnega dela, torej socialnega dela s starimi ljudmi. V prihodnje bo imelo ključno vlogo pri zagotavljanju družbene stabilnosti.

S povečanjem deleža starejšega prebivalstva smo postali pozorni na pojave, ki spremljajo starost, staranje in stare ljudi. Na prehodu iz 19. v 20. stoletje je bilo najpomembnejše »socialno vprašanje« industrijskih držav reševanje položaja delavskega razreda. Urejanje položaja delavcev na prehodu iz 20. v 21. ni bila več najpomembnejša politična in družbena tema. Nadomestilo jo je vprašanje odzivov na demografske spremembe (Payne 2005, Lymbery 2005, McDonald 2010), zlasti povečanega deleža starejše populacije in vzpostavljanja nove solidarnosti v družbi, pogosto poimenovane medgeneracijska solidarnost in sožitje. V novih družbenih razmerah je poudarek socialnega dela čedalje bolj na delu s starejšo populacijo. Hkrati je narava področja socialnega dela s starimi ljudmi takšna, da prizadeva vse socialne delavke in delavci, torej je univerzalna vsem socialnim delavkam in delavcem, ne glede na to, za katero področje socialnega dela se specializirajo. Kajti vsi se staramo in smo potencialni uporabniki služb in storitev, ki jih zagotavljajo socialne delavke in delavce. Tega se pri delu z drugimi starostnimi skupinami uporabnikov v socialnem delu mogoče manj zavedamo, a zato ni nič manj pomembno.

Naslednja značilnost socialnega dela s starimi ljudmi se nanaša na njegovo specializiranost. Specifične teme, povezane z znanjem in vedenjem o starosti in spremembah, ki jih v življenje ljudi prinaša starost, zahtevajo

specializirano področje socialnega dela. V nekaterih kontekstih ga označujejo s sintagmo gerontološko socialno delo, v drugih socialno delo s starimi ljudmi. Razlogi za različno poimenovanje niti niso ključni za opredelitev specializiranosti socialnega dela. Vsebina in predmet področja socialnega dela s starimi ljudmi zahtevata specializirano znanje za ravnanje, naloge in spretnosti, ki socialnim delavkam in delavcem določajo specializirano vlogo tudi znotraj samega socialnega dela.

V prispevku želimo opozoriti na aktualnost socialnega dela s starimi ljudmi, ki je posledica demografskih družbenih sprememb. Pri tem pa se postavljajo vprašanja, koliko je socialno delo pripravljeno na spoprijem z vprašanji reševanja stisk in težav starih ljudi, kakšne možnosti imajo socialne delavke in delavci za pridobivanje ustreznega znanja za ravnanje s starejšimi in kakšne konceptualne podlage in možnosti socialno delo ponuja za strokovno delo na tem področju. Odgovore bomo poiskali z analizo relevantnih znanstvenih besedil s področja socialnega dela s starimi ljudmi.

Pri tem velja opozoriti, da se z omenjenimi vprašanji v slovenskem okolju ukvarjamo prvič, da torej nimamo razprav o tej temi, upamo pa, da jih bomo s prispevkom spodbudili. Članek smo oblikovali tako, da najprej prikažemo razloge za nastanek specializiranega socialno-delovnega znanja za delo s starimi ljudmi, predstavimo razvoj socialnega dela s starimi ljudmi in razmerja do drugih ved, ki se ukvarjajo s staranjem in starostjo. V nadaljevanju predstavimo ključne značilnosti in dileme v izobraževanju za socialno delo s starimi ljudmi. Predstavimo razmerja med splošnim, generičnim socialnim delom in specializiranim področjem socialnega dela, in to tako, da opišemo specifičnost socialnega dela s starimi ljudmi na treh ravneh (mikro-, mezo- in makroravni), predstavimo načela, teme, področja dela in metode.

ODZIVI SOCIALNEGA DELA NA POVEČAN DELEŽ STAREJŠE POPULACIJE

Socialno delo s starimi ljudmi je specifično področje socialnega dela, vendar pa ga številni

avtorji socialnega dela pogosto povezujejo z gerontologijo. Povezanost gerontologije utemeljujejo z razlago, da socialne delavke in delavci potrebujejo znanje o staranju, tega pa podajajo tri ključne vede za razvoj gerontologije: medicina, psihologija in sociologija. Vsaka od navedenih ved obravnava staranje na ravni posameznika (na osebni ravni) in na družbeni ravni (položaj in potrebe starejše populacije). Gerontologija je multidisciplinarna veda, ki obsega teorije, sposojene ali izpeljane iz ved, ki jo sestavljajo, in producira spoznanja, ki se na nekaterih mestih dopolnjujejo, na drugih pa izključujejo. Zato jo prepoznamo po izredno raznovrstnem znanju, ki daje videz neenotne teoretske usmeritve. Prav to je za socialno delo poseben izziv, saj je tudi socialno delo veda, ki jo prežema množica teorij.

Mesec (2007: 1–3) navaja takšno delitev: (1) teorije, ki utemeljujejo socialno delo s sklicevanjem na njegovo etično upravičenost in nujnost ali s sklicevanjem na njegovo empirično ugotovljivo pozitivno družbeno funkcijo, in (2) teorije, ki odgovarjajo na vprašanje, kako ravnati v socialnem delu, kako delati socialno delo. Prve teorije so zelo povezane s filozofijo in etičnimi vprašanji na eni strani in s sociologijo kot vedo o delovanju družbe na drugi strani. Druge teorije pa se v iskanju odgovorov na akcijsko usmerjenost socialnega dela po eni strani opirajo na teorije drugih ved (psihologije, sociologije, pedagogike, organizacije idr.) in po drugi strani na teorije, izpeljane iz empiričnega raziskovanja socialnega dela samega in izkušenj socialnih delavk in delavcev.

McDonald (2010: 42–46) na seznam ved, uporabnih za socialno delo na kateremkoli področju, torej tudi na področju socialnega dela s starimi ljudmi, uvršča medicino, ekonomijo, pravo, psihologijo in sociologijo. Katero teoretsko izhodišče bo prevladujoče v ravnanju socialne delavke, je odvisno od osebne izbire vsakega posameznika kakor tudi od usmerjenosti organizacije, v kateri je zaposlena. Tako bo na primer socialni delavec v zdravstvu pri svojem delu zagotovo medicinsko usmerjen.

Za praktično delovanje in reševanje stisk starih ljudi potrebujejo socialne delavke in delavci jasno konceptualno polje socialnega

dela s starimi ljudmi. Potrebujemo dvojje: (1) znanje in izkušnje o staranju ter (2) posebne spretnosti in znanje za raziskovanje in iskanje odgovorov na potrebe starih ljudi. Vendar pa konceptualna razdrobljenost socialnega dela (ali gerontologije) lahko vpliva na neprepoznavnost socialnega dela s starimi ljudmi kot specializiranega področja socialnega dela. Socialno delo na področje staranja in dela s starimi ljudmi vstopa na svojevrsten način, a ni edina veda, ki se ukvarja z ljudmi v starejšem življenjskem obdobju (McDonald 2010: 3). Ne le, da je starost kompleksen pojav in da je starejša populacija izrazito heterogena populacija, iskanje rešitev na stiske starih ljudi od socialnih delavk in delavcev zahteva kritično presojo stališč, ki jih zavzemajo predstavniki različnih strok in politik na področju oskrbe starih ljudi. Zato je toliko pomembnejše, da je polje socialnega dela s starimi ljudmi natančno definirano. Razmerje in odnos med socialnim delom in gerontologijo je pomembno opredeliti, saj na usmeritev socialnega dela lahko vpliva določena perspektiva v gerontologiji. Tako lahko biomedicinska perspektiva gerontologije zahteva biomedicinsko usmeritev socialnega dela. Če pa je gerontologija zgolj pomožna veda socialnega dela, lahko pričakujemo tudi manjšo stopnjo njenega vpliva na socialno delo.

To tezo potrjujejo izkušnje iz preteklosti, zato bomo v nadaljevanju prikazali značilnosti razvoja socialnega dela s starimi ljudmi. Je pa pred tem pomembno opozoriti na doslednost pri rabi sintagme gerontološko socialno delo. Številni avtorji (Koskinen 1997, Milošević-Arnold 1999, Ramovš 2003, Nathanson, Tirrito 1998, Phillips *et al.* 2006, McDonald 2010) namreč uporabljajo pojem gerontološko socialno delo. Vprašanje pa je, ali s takim poimenovanjem želijo zgolj označiti specializiranost področja socialnega dela (da se torej ukvarja s starostjo) ali v resnici sinergijo obeh ved. Sinergijski učinki so lahko dvojni: (1) lahko ponazarjajo socialno delo kot posebno področje gerontologije ali pa (2) definirajo posebno področje socialnega dela z elementi gerontologije. V obeh primerih gre za interdisciplinarno področje, to pa je za razvoj tako ene kot druge

vede bolj prednost kot pomanjkljivost. Po drugi strani pa uporaba izraza gerontološko socialno delo ni prevladujoča in se pogosto kombinira z izrazom socialno delo s starimi ljudmi, tako da se oba izraza uporabljata kot sinonima. Če razmerja med eno in drugo vedo niso definirana, lahko uporaba obeh vrst izrazov povzroča zmedo. To se dogaja na primer v Sloveniji.

V slovenskem prostoru je na področju socialnega dela s starimi ljudmi do pred kratkim prevladovalo dokaj nepovezano znanje. Nedefinirano razmerje med gerontologijo in socialnim delom je ustvarjalo konceptualno zmedo in tekmovanje za prevlado posamezne vede na področju oskrbe starih ljudi. Na področju socialnega dela je Milošević-Arnold (2004) zagovarjala gerontološko socialno delo in ga označila kot specialno socialno delo. Mesec (2003) je uporabljal izraz gerontoboetika kot nadomestilo za izraz socialno delo s starimi ljudmi. Oba sta sicer poudarjala, da je vloga gerontologije zgolj informativne narave (da socialnim delavkam in delavcem ponudi temeljna znanja o staranju), in se zavzemala za definiranje posebnega področja socialnega dela.

Ramovš (2003) pa je znotraj gerontologije razvil idejo o socialnodelavni gerontologiji, ki ponazarja sinergijski odnos med socialnim delom in gerontologijo. Vendar avtor o njenem samostojnem mestu znotraj gerontologije ni povsem prepričan, zato meni, da v Sloveniji obstaja zgolj socialna gerontologija. Torej v slovenskem prostoru ne gre zgolj za različno poimenovanje tega področja, temveč tudi za konceptualno zmedo, ta pa vnaša dvom o specializiranosti tega področja socialnega dela oziroma o njegovi umeščenosti v druge znanosti.

Verjetno je na konceptualno zmedo vplival tudi sam razvoj obeh ved. V Sloveniji se je socialna gerontologija pojavila po drugi svetovni vojni. Pospešen razvoj je doživela po letu 1965 z definiranjem socialnogerontoloških načel. Ta so vse do danes tudi zahtevala razvoj oskrbe starih ljudi. Zelo so vplivala na institucionalno usmerjenost oskrbe (Mali 2012). Ta je bila prvotno gerontološko-geriatrično zaznamovana. Dejavnost domov za stare je utemeljevala medicina oziroma takratna gerontologija, ki je temeljila na medicini. Eden ključnih razlogov

za to, da vodilne vloge pri razvoju domov v šestdesetih letih 20. stoletja ni prevzelo socialno delo, je v tem, da se je socialno delo takrat šele začelo razvijati, saj je bila Višja šola za socialne delavce ustanovljena leta 1955.

Mali (2010) opisuje, kako je institucionalno varstvo pod vplivom razvoja socialnega dela s starimi prehajalo od začetnega socialnogerontološkega modela (1965–1990), v katerem socialno delo v domovih še ni bilo navzoče, prek vmesnega bolnišničnega modela (1991–2000), v katerem se je socialno delo začelo krepiti, do današnjega socialnega modela (od leta 2000), v katerem ima ključno vlogo socialno delo.

Koskinen (1997: 1) je na podlagi študije, v kateri je primerjal razvoj socialnega dela s starimi v Veliki Britaniji, Nemčiji, ZDA in na Finskem, ugotovil, da je gerontološko socialno delo sledilo profesionalizaciji socialnega dela in danes pomeni pomembno specialnost socialnega dela. Na začetku 20. stoletja zasledimo med socialnimi delavkami in delavci nenavaden odpor do dela s starimi ljudmi, saj so ocenjevali, da je delo s starimi ljudmi nepomembno, nekoristno in potratno. Potrebe in zahteve starih ljudi so povezovali z revščino, odvisnostjo in dobronostjo. Stare ljudi so prezirali, jih obravnavali stereotipno in razumeli kot homogeno populacijo. To za tiste čase ni bilo nenavadno, saj so imele takšno stališče tudi druge vede (Payne 2005: 132). Opravičilo za njihovo ravnanje je možno videti v takratni usmerjenosti socialnega dela na delo z mladimi in družinami. Ti so veliko bolj kot stari ljudje občutili posledice industrializacije. Ukvarjanje s starejšo populacijo je postalo domena poznejše postindustrijske družbe (Payne *ibid.*).

Povečanje števila starih ljudi in razvoj politik upokojevanja, socialnih in zdravstvenih služb, gerontologije in drugih ved v šestdesetih letih 20. stoletja so ključni dejavniki, ki so vplivali na postopen preobrat v odnosu do starih ljudi v socialnem delu. Milošević Arnold (2004: 9) ugotavlja, da je preobrat potekal počasi, saj tudi v šestdesetih in sedemdesetih letih zanimanje socialnih delavk in delavcev za delo s starimi ljudmi ni bilo veliko. Prav tako pa področja socialnega dela s starimi ljudmi

tudi niso pozitivno vrednotili, saj so lahko ljudje brez strokovne izobrazbe opravili vse potrebne postopke v zvezi z namestitvijo starega človeka v dom, nasprotno pa je bila izobrazba socialnih delavk in delavcev za delo z otroki izrecno določena v standardih in normativih.

Means and Smith (1994) opisujeta, da je na razvoj oskrbe za stare ljudi vplivala splošna negativna podoba o starosti v družbi. Zavirala je razvoj skupnostnih oblik oskrbe in poudarjala institucionalno oskrbo. Zgolj zavedanje o vse večjem številu starih ljudi ni bila dovolj velika spodbuda za razvoj oskrbe. Spremembe je spodbudila zakonodaja, sprejeta pred desetletji, ki je določila legitimne okvire za razvoj antidiskriminatorne prakse in reševanje osebnih stisk starih ljudi (McDonald 2010). Pred tem pa starosti niso pojmovali kot ene od razvojnih stopenj človekovega življenja, ampak kot problem, na katerega morajo ustrezno odgovoriti socialne politike. Stari ljudje so bili pasivni prejemniki pomoči, ne pa aktivni oblikovalci oskrbe. Socialno delo ni bilo specializirano, ampak generično in zelo prežeto z metodo dela s posameznikom (*op. cit.*: 25). Socialna politika, ki je v osemdesetih letih poudarjala razvoj skupnostne oskrbe in v devetdesetih razvoj socialnega menedžmenta, je vplivala na to, da so se socialne delavke in delavci bolj kot s starimi ljudmi ukvarjali z vprašanji lastne eksistence. Zato je usmeritev v individualizirane oblike financiranja oskrbe v skupnosti v zadnjem desetletju toliko bolj spodbudna za razvoj socialnega dela s starimi ljudmi. Zagotavljanje osebnih paketov neposredno starim ljudem bo zagotovo spremenilo dosedanje prakso. Ne le, da bodo stari ljudje lahko izrazili, katere storitve potrebujejo, tudi tisti, ki težje izražajo lastne potrebe, bodo deležni storitev po njihovi meri, saj jih bodo izvajalci dolžni izvajati na tak način (*op. cit.*: 171).

IZOBRAŽEVANJE ZA SOCIALNO DELO S STARIMI LJUDMI

Potrebe po zaposlovanju socialnih delavk in delavcev so v vseh deželah, ki doživljajo skokovito povečanje starejše populacije, vedno bolj izrazite. Rosenberg (2009: 17) ocenjuje,

da v ZDA že danes potrebujejo 70.000 specializiranih socialnih delavk in delavcev za delo s starimi ljudmi. Žal pa je zanimanje med študenti socialnega dela majhno, saj si jih le 3 % želi delovati na tem področju. Verjetno na njihovo odločitev vplivajo tudi razmere na trgu dela, saj so socialne delavke in delavci v ZDA na tem področju manj plačani, pri delu pa bolj obremenjeni z individualiziranimi obravnavami uporabnikov in razvojnimi spremembami področja.

Hooyman (2006: 6) analizira številne študije, ki ugotavljajo, zakaj se študentje socialnega dela ne odločajo za študij socialnega dela s starimi ljudmi. Študentje navajajo, da jih delo s starimi ljudmi ne zanima, ker raje delajo z mladimi, z družinami; ker so stari ljudje nemočni, ranljivi in pogosto bolni; ker pri odločanju za specialistični študij na magistrskih programih socialnega dela prevladuje konkurenca, ki ne spodbuja dela s starimi ljudmi (Hooyman, Peter 2007: 12). Med dejavniki, ki vplivajo na odločitev za delo s starimi ljudmi, so: predhodne pozitivne izkušnje s starimi ljudmi, ki so jih študentje pridobili bodisi v družini bodisi med praktičnim usposabljanjem; močna, osebna navezanost na stare ljudi, predvsem družinske člane; dobre izkušnje pri delu s starimi ljudmi v domačem ali delovnem okolju.

Tompkins in Rosen (2007: 2) podajata različne študije, ki kažejo, da je socialno delo slabo pripravljeno na povečan delež starejših v sodobni družbi. Fakultet ne zanima specialistično izobraževanje o socialnem delu s starimi ljudmi, med študenti pa je le manjšina takšnih, ki samoiniciativno poglobljajo znanje in prakticirajo spretnosti za delo s starimi ljudmi, bodisi v učilnici bodisi na terenu, v neposrednem stiku s starimi ljudmi.

Hooyman (2006), Tompkins, Rosen (2007), Singleton (2007) ugotavljajo, da številne izobraževalne institucije za socialno delo ne ponujajo specializiranih programov za študij socialnega dela s starimi ljudmi, niti na dodiplomski niti na podiplomski stopnji študija. Zavzemajo se za to, da bi vsi študentje socialnega dela pridobili osnovna znanja za delo s starimi ljudmi in da bi imeli možnost pridobivanja tudi specializiranega znanja za

delo s starimi ljudmi. Podobno stališče smo zavzeli tudi na Fakulteti za socialno delo na Univerzi v Ljubljani, zato smo ob bolonjski prenovi programa pred leti temeljito predelali učne vsebine.

Milošević-Arnold (1999: 16) navaja, da so bila vprašanja, povezana s starostjo, del izobraževanja za socialno delo v Sloveniji vse od sedemdesetih let. Pozneje je Fakulteta za socialno delo v predmetniku med obvezne študijske vsebine uvedla predmet socialno delo s starimi. Kljub razvijanju specializiranega znanja na področju organizacije, duševnega zdravlja, psihosocialne pomoči, skupnostne oskrbe in dela z mladimi v devetdesetih letih se je področje socialnega dela s starimi ljudmi pojavilo na fakulteti šele z bolonjsko prenovno študija pred tremi leti.

Bolonjska prenova študijskega programa socialno delo omogoča na dodiplomskem študiju poleg obveznega predmeta socialno delo s starimi ljudmi tudi specializirano smer študija, saj je modul socialno delo s starimi ljudmi eden od šestih izbirnih modulov na fakulteti. Na podiplomski stopnji smo prvič v zgodovini izobraževanja za socialno delo vpeljali študij socialno delo s starimi ljudmi. Z vnosom specializiranega znanja v kurikulum socialnega dela želimo vpeljati študente v poglobljen in samostojen študij socialnega dela s starimi ljudmi, jih usposobiti za specializirano socialno delo s starimi ljudmi v skupnosti, v institucijah za stare in za svetovanje pri pripravi na starost. Študij študentom omogoča spoznavanje in razumevanje sodobnih teoretskih konceptov in praks na področju socialnega dela s starimi ljudmi in njihov prenos v konkretno praktično delo. Program omogoča pridobivanje znanja za delo z ljudmi z demenco in delo z ljudmi, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo na domu oziroma v institucijah, namenjenim starim ljudem. Diplomanti podiplomskega programa so usposobljeni, da v praksi prepoznajo, analizirajo in poiščejo rešitve ter razvijajo inovativne pristope pri reševanju stisk starih ljudi na specifičen, socialnodeloven način.

Izobraževanje za specifično področje socialnega dela že samo po sebi omogoča razvoj tega specializiranega področja. Ne le, da za

izobraževanje potrebujemo ustrezne teoretske podlage, z izobraževanjem ustvarjamo razmere za razvoj prakse na področju socialnega dela s starimi ljudmi, velja pa tudi obrnjeno: primere obstoječe dobre prakse vnašamo v izobraževanje. Tako ustvarjamo razmere za dinamično razmerje med teorijo in prakso, to pa je za vedo socialnega dela ena ključnih značilnosti.

POSEBNOSTI SOCIALNEGA DELA S STARIMI LJUDMI

Področje socialnega dela s starimi ljudmi postaja vedno bolj raznovrstno. Prav tako socialne delavke in delavci čedalje bolj razumejo raznovrstnost in heterogenost vsakdanjega življenja starih ljudi in njihove specifične probleme, ki se pojavljajo tako zaradi posebnosti starejšega obdobja življenja kot tudi zaradi družbene konstrukcije staranja. Prizadevajo si poiskati in mobilizirati moči in vire starih ljudi in niso usmerjeni zgolj na njihovo šibkost. Prav to je specifično za socialnodelovno ravnanje, prepoznavno za stroko socialnega dela, in ključen dejavnik, ki razumevanje starih ljudi in ravnanje z njimi razlikuje od razumevanja in ravnanja drugih strok.

Specifičnosti socialnega dela s starimi ljudmi izhajajo iz sodobnega razumevanja fenomena staranja kot kombinacije bioloških, psiholoških in družbenih procesov, ki prinašajo določene življenjske spremembe, zaradi katerih stari ljudje potrebujejo posebno pomoč. Socialne delavke in delavci potrebujejo za delo s starimi ljudmi znanje o staranju, socialni politiki do starih ljudi, o različnih praktičnih pristopih in metodah. Potrebujejo tudi različne strokovne spretnosti, denimo sposobnost za komuniciranje, presojanje, sodelovanje v multidisciplinarnih timih, povezovanje različnih generacij. Pri oceni situacije, v kateri se je znašel star človek, potrebuje socialni delavec veliko specifičnega znanja, drugačnega od znanja na drugih področjih socialnega dela. Ocenjuje psihične, čustvene, kognitivne in socialne zmožnosti starega človeka, preverja možnosti samooskrbe, išče različne vire moči tako v starem človeku kot v njegovem okolju in možne ovire v podpornem okolju. Po tem

se socialno delo s starimi ljudmi razlikuje od socialnega dela z ljudmi iz drugih starostnih skupin. Stari ljudje imajo zahteve po drugačnih vrednotah, znanju in praktični usposobljenosti socialnih delavk in delavcev. Po drugi strani pa lahko socialna delavka zaradi močne družbene konstrukcije starosti in prevladujočih predsodkov do staranja in starih ravna v nasprotju z etičnimi normami stroke, to pa prinaša v socialno delo etične dileme, vprašanja in probleme.

Socialno delo s starimi ljudmi ne glede na okolje, v katerem poteka, deluje na mikroravni (ravni posameznika), na mezoravni (ravni skupnosti in institucij) in na makroravni (družbeni ravni). Po Koskinenu (1997) socialni delavec pomaga starim ljudem tako, da skupaj z njimi povečuje njihovo sposobnost za spoprijemanje s težavami in premagovanje problemov. Pri tem se socialne delavke in delavci srečujejo z različnimi situacijami: ranljivostjo starih ljudi, demenco, zelo starimi ljudmi, osamljenostjo, družinami v stiski, medgeneracijskimi odnosi, različno narodnostjo starih ljudi, starimi osebami s posebnimi potrebami, slepimi starimi ljudmi, alkoholizmom pri starih ljudeh, starimi ljudmi, ki živijo sami, stresom v starosti, samomorilnostjo med starimi ljudmi, nasiljem, različno spolno usmerjenostjo starih ljudi, posledicami holokavsta in drugimi značilnostmi.

Naštete situacije kažejo, da so stari ljudje izrazito heterogena skupina posameznikov. To je za socialno delo na mikroravni pomembno spoznanje.

Kljub razvejeni mreži različnih formalnih oblik pomoči za stare ljudi pa večino oskrbe še vedno opravijo svojci. Pomembno vlogo ima pri oskrbi tudi skupnost, v kateri stari ljudje živijo, ki jo sooblikujejo in v kateri uveljavljajo svoje interese. Za socialno delo s starimi ljudmi na mezoravni je pomembno, kako lahko v skupnosti okrepimo medgeneracijsko povezanost, kaj pri tem lahko storijo organizacije v skupnosti in kako lahko skupnost aktiviramo. Socialna delavka pomaga staremu človeku in njegovi družini dobiti pomoč različnih služb, ki so na voljo v njihovem okolju, in storitve koordinira. Na podlagi poznavanja potreb starih ljudi pripomore k razvijanju in povezovanju raznih služb in storitev (Mali 2008: 65).

Na makroravni govorimo o povezanosti ukrepov države s prvima dvema ravnema. Naloga socialnih delavcev je pomagati pri oblikovanju takšnih političnih struktur, ki bodo na lokalni in nacionalni ravni temeljile na potrebah starih ljudi, ki bodo krepile moč starih ljudi in njihovo vlogo v družbi. Socialne delavke in delavci si prizadevajo odpraviti diskriminatorski odnos do starih ljudi (za diskriminacijo starih ljudi pogosto zasledimo angleški izraz *ageism*, pri nas se še uveljavlja prevod starizem) in stare ljudi okrepiti za pridobivanje socialnih, ekonomskih in političnih pravic (Mali 2008: 65).

Socialno delo s svojim specifičnim znanjem in védenjem o pomoči starim ljudem deluje na vseh treh ravneh: mikro-, makro- in mezoravni. Delo s starimi ljudmi najpogosteje izvajamo v službah socialnega varstva, delamo s posamezniki, družinami, družbenimi skupinami, v skupnosti in s skupnostjo, praviloma v tesnem sodelovanju z državo. Nemogoče je opravljati socialno delo zgolj na eni ravni. Socialno delo ni le interdisciplinarno, ampak povezuje več različnih ravni bivanja (Flaker @ Boj za 2012). Ne moremo ga omejiti le na eno samo dimenzijo ali reducirati na en prostor. Vsaka sprememba, ki jo sproži posameznik (s pomočjo socialne delavke), se kaže na preostalih ravneh. Kaže pa se tudi v odnosu do drugih strok in strokovnjakov, ki delajo s starimi ljudmi, pri tem pa se pokažejo zlasti tiste, ki jih socialno delo pri svojem delovanju še posebej poudarja. Ena teh je, da stari ljudje niso zgolj pasivni prejemniki pomoči, temveč so oblikovalci in ustvarjalci kakovostnega življenja v zadnjem obdobju človekovega življenja.

Socialno delo s starimi ljudmi, ki ga razvijamo na Fakulteti za socialno delo, je povezano z nekaterimi načeli, ki tvorijo generično, splošno socialno delo in so vplivala na razvoj posebnih metod in spretnosti, značilnih prav za slovensko okolje. V nadaljevanju predstavljamo povzetek najpomembnejših načel socialnega dela in jih prenesemo na področje dela s starimi ljudmi:

Partnerstvo. Partnerski odnos v socialnem delu pomeni, da uporabnik in socialna delavka enakopravno sodelujeta pri definiranju in

reševanju problema, da strokovnjak verjame v sposobnost uporabnice za uspešno rešitev težave, v njeno kompetentnost za prevzem odgovornosti in kontrole nad svojim življenjem. Socialni delavec in star človek skupaj določita take cilje medsebojnega delovanja, ki so skladni z življenjskimi okoliščinami in željami starega človeka. Izhajajo iz dejanskega stanja posameznikove življenjske situacije in hkrati motivirajo uporabnika za optimalno aktivnost pri doseganju zastavljenih ciljev.

Perspektiva moči. V sodobnem socialnem delu je perspektiva moči paradigmatiski premik, saj nas usmeri k iskanju virov in moči uporabnikov. Na področju socialnega dela s starimi ljudmi je eden temeljnih konceptov. Perspektiva moči zahteva od socialne delavke, da vidi uporabnike na drugačen način, to pa povzroči premik od usmeritve na posameznikov problem k iskanju novih možnosti in priložnosti. Zaradi poznavanja družbene konstrukcije starejšega obdobja življenja lahko socialne delavke in delavci prepoznajo različne stiske, s katerimi se srečujejo stari ljudje v sodobni družbi. Različni programi in organizacije za stare ljudi prav tako temeljijo na definiranju teh problemov. Njihovi strokovnjaki z diagnosticiranjem problemov starih ljudi izvajajo ukrepe, ki zmanjšujejo njihove probleme. Poslanstvo socialnega dela s starimi ljudmi je drugačno. Ravnanje socialnih delavk in delavcev presega zgolj identificiranje problemov. Je v pomoč in podporo staremu človeku, da iz svojih bogatih življenjskih izkušenj črpa moč za premaganje težav v sedanosti. V ospredju je star človek, njegove sposobnosti in zmožnosti, ne pa zgolj problemi.

Antidiskriminacijska usmeritev. Praksa socialnega dela je usmerjena proti predsodkom, negativnemu odnosu in neustreznim obravnavi ljudi glede na njihove značilnosti, kot so rasa, spol, religija, etnična pripadnost, starost ipd. Načelo antidiskriminacijske usmerjenosti nas opozarja, da pri delu s starimi ljudmi ne spregledamo dveh temeljnih etičnih načel – spoštovanja in ohranjanja dostojanstva starih ljudi. Le tako bomo lahko z njimi vzpostavili delovni odnos, na katerem temelji naše strokovno delo, in ne bomo spregledali njihovih pravic.

Skupine za samopomoč. Pri nas so na področju socialnega varstva najbolj razširjene skupine starih ljudi za samopomoč. Namen skupin je reševati osebno osamljenost starih ljudi, zato zmanjšujejo izoliranost starih ljudi in medgeneracijsko nepovezanost. Posebnost teh skupin v slovenskem okolju je v tem, da je pobudnik za njihov nastanek navadno socialna stroka, ne pa stari ljudje sami. Dolgoletne izkušnje starih ljudi v skupinah za samopomoč bi lahko bile dober zgled za razvoj skupin za samopomoč oskrbovalcev starejših, ki potrebujejo razbremenitev pri delu. Na področju oskrbe ljudi z demenco že opažamo povečevanje skupin za samopomoč svojcev, ki skrbijo za družinskega člana z demenco.

Socialne mreže. Posebnost socialnega dela je, da stopa v interakcije med posamezniki in okoljem, v katerem posamezniki živijo. Ukvarjanje s socialnim kapitalom posameznika je pri socialnem delu s starimi ljudmi še posebej pomembno, saj so stari ljudje pogosto odvisni od pomoči, ki jo dobijo v socialnem okolju, v katerem živijo, bodisi na neformalen (pomoč družine, svojcev, sosedov, prijateljev, znancev) bodisi na formalen način (pomoč strokovnjakov različnih organizacij, institucij). Pri socialnem delu s starimi ljudmi upoštevamo potrebe in želje starega človeka in jih usklajujemo z različnimi sistemi, v katere je vpjet.

Skupnostna skrb. Skupnostna skrb je kolektivno zasnovana in ima za cilj povečanje kakovosti življenja v skupnosti, vzpostavljanje raznih fleksibilnih mrež pomoči, ki so na voljo različnim potencialnim uporabnikom v njihovem življenjskem okolju. Posameznik ima pravico, da živi samostojno v takem okolju in na tak način, da ne ogroža svojega življenja in življenja drugih. Stare ljudi ogrožajo različne izgube. Naloga socialnega delavca je, da oceni vpliv bioloških, psiholoških, socioloških, kulturnih, organizacijskih in drugih dejavnikov na življenje starih ljudi in mobilizira razpoložljive vire moči v posamezniku in njegovi socialni mreži za samostojno življenje v domačem okolju (Mali 2008).

V socialnem delu s starimi ljudmi smo osredotočeni na specifičnost življenjskega sveta starega človeka, da bi skupaj z njim

odkrili, raziskali in spoznali družbeni, kulturni in socialni kontekst, v katerem živi in bolj ali manj aktivno deluje. V sodobnem socialnem delu govorimo o raziskovanju življenjskega sveta uporabnika. Raziskovanje je usmerjeno v načrtovanje rešitev, v odkrivanje in mobilizacijo virov in potencialov, ki jih najdemo v življenjskem svetu uporabnika, pri tem pa je poudarek na skupnem iskanju in soustvarjanju rešitev in ciljev, ki jih ob pomoči socialne delavke želi doseči uporabnik (Rapoša Tajnšek 2007: 8–9). V tem kontekstu socialne delavke in delavci zbiramo življenjske zgodbe starih ljudi, njihove pripovedi, saj za intervencijo in pomoč posamezniku potrebujemo znanje in védenje o socialni realnosti posameznika.

Z osredotočenostjo načel socialnega dela s starimi ljudmi na slovensko okolje smo želeli poudariti, da na socialno delo vedno vplivajo vzvodi pomoči, in sicer od vzpostavljenih formalnih do neformalnih oblik pomoči. Treba je kritično poznati dispozitive pomoči, kot jih določajo kulturni obrazci, institucionalne ureditve ter politična in ideološka pooblastila (Flaker 2003 b: 241). V Sloveniji je očitno, da si prizadevamo za vzpostavitev partnerskega odnosa s starim človekom, ki vodi v dialoško reševanje stisk in iskanje novih rešitev, ki bi ustreznejše kot dosedanje zadovoljevale potrebe starih ljudi. Glede na to, da imamo pretirano razvit sistem institucionalne oskrbe in zelo podhranjene skupnostne oblike pomoči (Mali 2012), takšna usmeritev ni presenetljiva. Je pomemben prispevek k iskanju ustreznih odzivov na aktualne demografske razmere.

Socialno delo kot specializacijo stroke v tuji literaturi zasledimo bodisi v opisih področij, v katerih se socialni delavci in delavke pogosteje srečujejo s starimi ljudmi, bodisi kot opis metod in spretnosti, ki jih za delo s starejšo populacijo potrebujejo. Ledbetter Hancock (1990), avtorica ene izmed prvih knjig o socialnem delu s starimi ljudmi, predstavi teme, ki so pomembne za delo z njimi. Za preventivno socialno delo s starimi ljudmi naj bi socialne delavke in delavci poznali te vsebine: duševno in fizično zdravje (bolezni srca, rak, kap, kronične bolezni, senilnost, Alzheimerjeva bolezen, depresija, samomor,

alkoholizem, paranoja), prehranjevanje in rekreacija v starosti, spolnost, socialno delo v domovih in bolnišnicah, pomoč in podpora v skupnosti. Vsebine predstavi kot priročnik za učinkovito pomoč starim ljudem.

Nathanson in Tirrito (1998) navajata štiri področja socialnega dela s starimi ljudmi: gerontološko socialno delo v psihiatriji, gerontološko socialno delo v zdravstvu, gerontološko socialno delo v socialnih službah (npr. centrih za starejše, agencijah za stare ljudi) in gerontološko socialno delo, ki posega na delo v različna okolja (npr. delovanje političnih strank, verskih uradov, uradov za zaposlovanje, za delo). Lymbery (2005) navaja ključna področja, ki definirajo socialno delo s starimi ljudmi na podlagi specifičnih potreb starejše populacije: bolezen, ranljivost, demenca, depresija in druge kognitivne spremembe, delo z oskrbovalci, spremembe v starosti, izgube, zlorabe, izzivi v starosti.

Burack-Weiss in Brennan (1991) navajata metode socialnega dela s starimi ljudmi, in sicer metodo dela s posameznikom, z družino in skupinami in skupnostno socialno delo. Prav te metode McDonald (2010: 111–170) opiše kot področja, znotraj katerih obstajajo specifične metode: delo s posameznikom – ugotavljanje duševnih zmožnosti, zagovornišтво, svetovanje, izdelovanje življenjske bilance; delo z družinami in skupinami – delo s partnerji, družinska terapija, skupinska pomoč in podpora; skupnostno delo – razvijanje skupnosti, delo s sosedi, usposabljanje starih ljudi za aktivno udeležbo v medsebojnih odnosih.

Socialne delavke s konkretnimi metodami dela odpravljajo predsodke do starih ljudi (eden od njih je, da so zgolj zajedavci družbene blaginje) in opozarjajo na morebitne nove oblike sožitja različnih starostnih skupin v družbi. Ob vse večjem zavedanju povečevanja starejšega prebivalstva postajajo vprašanja solidarnosti in sožitja ljudi v sodobni družbi čedalje bolj aktualna. Zanimivo je, da smo šele s podaljševanjem življenjske dobe postali pozorni na vzpostavljanje in ohranjanje solidarnosti, enega ključnih fenomenov človeške civilizacije. Ne glede na razloge, zaradi katerih se zavedamo pomena medčloveške solidarnosti, je pomembno, da

razvijamo različne oblike solidarnosti in z njimi skrbimo za obstoj naše civilizacije.

SKLEP

Zaradi povečanja deleža starejšega prebivalstva tudi v socialnem delu vse večjo pozornost namenjamo pojavam, ki spremljajo starost, staranje in stare ljudi. Stari ljudje so v 21. stoletju ključen izziv za razvoj konceptov, metod in spretnosti socialnega dela. Vendar pa socialno delo s starimi ljudmi v razmerah povečanega deleža starih ljudi v družbi ostaja precej nevidno področje socialnega dela. Pravzaprav je paradoks, da se socialno delo na povečano potrebo po ukvarjanju s starejšo populacijo odziva tako počasi. Na splošno v razpravah o prihodnji vlogi socialnega dela zasledimo precej podpore za razvoj specializacije na področju socialnega dela s starimi ljudmi, konkretno pa lahko najdemo le malo literature, raziskav in izobraževalnih programov, ki bi razvijali specialistično znanje za ravnanje na tem področju. Vendar upanje obstaja, saj, kot menita Nathanson in Tirrito (1998), je socialno delo dinamična veda in se odziva na razmere v družbi. Phillips (1996: 149) namenja socialnemu delu s starimi ljudmi prav posebno vlogo, saj meni, da je obstoj socialnega dela odvisen prav od tega področja. Starejša populacija je torej velik izziv tudi za socialno delo.

V prispevku smo želeli opozoriti, da je socialno delo s starimi ljudmi specializirano področje socialnega dela, ki za svoje delovanje potrebuje tako generično znanje s področja socialnega dela kot tudi drugih ved, ki razvijajo znanje za razumevanje starejšega obdobja življenja. S prikazom konceptualnih izhodišč za socialno delo s starimi ljudmi smo prikazali neločljivo povezanost generičnega socialnega dela in specialističnega socialnega dela s starimi ljudmi. Vendar pa naveza generičnega in specialističnega socialnega dela ni nujno enosmerna, saj lahko specialistično znanje vpliva na generično in znanje med njima prehaja od enega do drugega.

Prav intenzivnejše vključevanje starejše populacije v socialno delo in odzivanje na potrebe starih ljudi lahko sprožita val novih metod in

spretnosti za ravnanje v socialnem delu. Kajti meje med teorijo in metodo so v socialnem delu fluidne. V socialnem delu gre za teorije o tem, kako v situaciji ravnamo, ne pa za substancionalne teorije o tem, kaj je narava nekega predmeta (v primeru socialnega dela – človeka in družbe), da bi lahko z njim »ravnali«, ga obravnavali (Flaker 2003 a: 8). Dinamičnost socialnega dela se torej ne le kaže v odzivnosti na družbene spremembe, temveč obstaja tudi znotraj socialnega dela dinamika med teorijo in metodiko. Možno je, da teorije socialnega dela povedo, kako ravnati in delovati v praksi, prav tako pa je možno, da metode oblikujejo ali prilagajajo teorije. Prav na to značilnost kaže pregled literature s področja socialnega dela s starimi ljudmi, ki smo ga podali v prispevku.

Socialno delo s starimi ljudmi se kot specializacija poraja v različnih družbenopolitičnih ureditvah in kulturnih kontekstih, ti pa pomembno vplivajo na njene značilnosti. Na značilnosti socialnega dela kot specializacije stroke vpliva tudi zgodovinski razvoj socialnega dela. Govorimo lahko torej o socialnem delu s starimi ljudmi kot specializaciji v različnih kulturnih okoljih, na globalni ravni pa je tej specializaciji skupna le usmerjenost na starejšo populacijo. Na kakšnih konceptih je socialno delo s starimi ljudmi zasnovano, kakšne metode in spretnosti razvija, pa določajo zgodovinske in trenutne razmere, v katerih je socialno delo.

VIRI

- BURACK-WEISS, A., BRENNAN, F. C. (1991), *Gerontological social work supervision*. New York: The Haworth Press.
- FLAKER, V. (2003 a), *Oris metod socialnega dela: uvod v katalog nalog centrov za socialno delo*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo, Skupnost centrov za socialno delo.
- FLAKER, V. (2003 b), Temeljne in nujne spretnosti socialnega dela. *Socialno delo*, 42, 4/5: 237–257.
- FLAKER, V. @ Boj za (2012), *Direktno socialno delo*. Ljubljana: */cf.
- HOOYMAN, N. R. (2006), *Achieving curricular and organizational change. Impact of CSWE geriatric enrichment in social work education project*. Alexandria, VA: Council of social work education.
- HOOYMAN, N., PETER, S. (2007), Creating aging – enriched social work education: a process of curricular and organizational change. V: Tompkins, C. J., Rosen, A. L. (ur.), *Fostering social work gerontology competence: a collection of papers from first national gerontological social work conference*. New York: The Harworth Press (9–29).
- KOSKINEN, S. (1997), Aging and social work: the development of gerontological social work. V: Stropnik, N. (ur.), *Social and economic aspects of ageing societies: European Inter-University Consortium for International Social Development – European Branch*. Ljubljana: Institute for Economic Research (1–16).
- LEDBETTER HANCOCK, B. (1990), *Social work with old people*. London: Prentice – Hall Inc.
- LYMBERY, M. (2005), *Social work with older people: context, policy and practice*. London: Sage.
- MALI, J. (2008), *Od hiralnic do domov za stare*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- (2009), Sožitje med generacijami kot ga razumemo v socialnem delu: sožitje generacij. V: Bezjak, S. (ur.), *Vloga starejših v sodobni slovenski družbi: zbornik*. Ljubljana: Inštitut Hevrek! (70–76).
- (2010), Social work in the development of institutional care for older people in Slovenia = Razvoj socialnega dela v slovenskih domovih za stare ljudi. *European Journal of Social Work*, 13, 4: 545–559.
- (2012), Deinstitutionalisation as a challenge for the development of community-based care for older people = Dezinstitucionalizacija kot izziv za razvoj skupnostne oskrbe starih ljudi. *Dialogue in praxis*, 1 (14), 1/2 (22–23): 57–69.
- MCDONALD, A. (2010), *Social work with older people*. Cambridge: Polity Press.
- MILOŠEVIČ-ARNOLD, V. (1999), Razvoj in značilnosti socialnega dela s starimi ljudmi. *Kaljenje*, 1: 8–24.
- (2004), *Socialno delo s starimi ljudmi (izbrani članki in referati)*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- NATHANSON, I. L., TIRRITO, T. T. (1998), *Gerontological social work: theory into practice*. New York: Springer Publishing Company.
- MEANS, R., SMITH, R. (1994), *Community care: policy and practice*. London: Macmillan.
- MESEC, B. (2003), *Izbrani članki iz gerontoboetike: študijsko gradivo*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

- (ur.) (2007), *Teorije pomoči socialnega dela II. Študijsko gradivo*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- PAYNE, M. (2005), *The origins of social work: continuity and change*. New York: Palgrave.
- PHILLIPS, J. (1996), The future of social work with older people in a changing world. V: Parton, N. (ur.), *Social theory, social change and social work*. London: Routledge (135–151).
- PHILLIPS, J., RAY, M., MARSHALL, M. (2006), *Social work with older people*. London: Palgrave.
- RAMOVŠ, J. (2003), *Kakovostna starost: socialna gerontologija in gerontagogika*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka, SAZU.
- RAPOŠA TAJNŠEK, P. (2007), Raziskovanje življenjskega sveta uporabnika v širšem kontekstu socialnega dela. V: Šugman Bohinc, L., Rapoša Tajnšek, P., Škerjanc, J., *Raziskovanje, ocenjevanje in načrtovanje uporabe virov za doseganje zelenih razpletov*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (7–24).
- ROSENBERG, J. (2009), *Working in social work: the real world guide to practice settings*. London: Routledge.
- SINGLETON, J. L. (2007), Infusing gerontology through the BSW Curriculum. V: Tompkins, C. J., Rosen, A. L. (ur.), *Fostering social work gerontology competence: a collection of papers from first national gerontological social work conference*. New York: The Harworth Press (31–46).
- TOMPKINS, C. J., ROSEN, A. L. (2007), Developing visibility for aging in social work: the first NGSWC. V: Tompkins, C. J., Rosen, A. L. (ur.), *Fostering social work gerontology competence: a collection of papers from first national gerontological social work conference*. New York: The Harworth Press (1–8).
- VERTOT, N. (2008), *Prebivalstvo Slovenije se stara – potrebno je medgeneracijsko sožitje*. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije.
- WILSON, G. (2001), *Understanding old age*. London: Sage.

PRILAGOJENOST STANOVANJ ZA SAMOSTOJNO ŽIVLJENJE STARIH LJUDI

Starim ljudem ustrezno prilagojeno stanovanje omogoča samostojno življenje tudi v visoki starosti. Neustrezno oziroma neprilagojeno stanovanje pa pogosto povzroča odvisnost od osebne pomoči drugih in opuščanje različnih dejavnosti. Prilagojenost stanovanj za samostojno življenje starih ljudi sem raziskovala v svoji diplomski nalogi. Predstaviti želim ključne ugotovitve.

Potrebe po zamenjavi stanovanja ali prilagoditvi obstoječega nastanejo zaradi različnih sprememb v starosti. To so lahko, na primer, spremenjena struktura družine (smrt partnerja), zmanjšane telesne zmožnosti, zmanjšana gibljivost. Neprilagojenost stanovanja povečuje nesamostojnost, zato so se stari ljudje včasih prisiljeni preseliti v institucijo. Raziskave kažejo, da stari ljudje večinoma želijo ostati na svojem domu. Ker pa so nove oblike bivanja za stare ljudi usmerjene predvsem v obstoječo institucionalno oskrbo starih ljudi, se selitev v ustreznejše stanovanje oziroma drugačno obliko bivanja lahko pokaže kot dobra rešitev za samostojnejše življenje.

Specifičnost slovenskega prostora je velik delež lastniških stanovanj, zato so se ljudje verjetno manj pripravljene seliti. Posledica tega je, da se nekatere nove oblike bivanja za

stare ljudi težje razvijajo. Glede na povečevanje števila starih ljudi in gospodarske razmere predvidevamo, da bo v prihodnosti težko zagotoviti dovolj služb, ki bi skrbele za čedalje več starih ljudi, zato bo treba zagotavljati samostojno življenje starih ljudi v domačem okolju. Skrb za zdravje, dobri medsebojni odnosi in vodenje gospodinjstva ohranjajo človekovo samostojnost, in narobe, samostojnost povečuje kakovost življenja.

V raziskovalnem delu diplomske naloge sem želela ugotoviti, kako obstoječe stanovanje starim ljudem omogoča samostojnost oz. opravljanje vsakodnevnih opravil. Zanimalo me je prilagajanje, ugotoviti pa sem želela tudi pripravljenost za selitev v ustreznejše stanovanje. Opravila sem kvalitativno raziskavo. Intervjuvala sem osem oseb; štiri stare ljudi, ki bivajo doma, dva svojca, socialno oskrbovalko, ki izvaja pomoč na domu, in socialno delavko, ki je koordinatorka pomoči na domu. Za te osebe sem menila, da poznajo stanovanja starih ljudi in stanovanja tudi prilagajajo. Izbrala sem osebe, ki živijo v mestu, na podeželju, v hiši, stanovanju, sami ali z družino. V raziskavi sem se omejila na arhitektonske ovire, opremljenost stanovanja ter uporabo tehničnih pripomočkov in naprav. Zaradi različnih razvrstitev in poimenovanj možnih prilagoditev stanovanja sem na podlagi analize relevantne literature naredila seznam možnih prilagoditev. Seznam mi je pomagal tudi pri raziskovalnem delu. Obsega predvsem različne možnosti odprave arhitektonskih ovir, načine prilagoditve in poenostavitve opreme, načine razporeditve predmetov in tehnične pripomočke.

Zanimalo me je, kako obstoječe stanovanje staremu človeku omogoča samostojno življenje. Ljudje, ki težko hodijo, uporabljajo voziček ali druga pomagala pri hoji, potrebujejo pomoč pri premagovanju stopnic ali pri premikanju po stanovanju ob preozkih vratih ali prostorih. Ustrezen vhod starim ljudem omogoča žive socialne stike in izvajanje interesnih dejavnosti zunaj stanovanja.

Starim ljudem večinoma ustreza razporeditev prostorov s sobami na kupu, brez hodnikov, pomembna je bližina sobe, kopalnice

in stranišča. Večfunkcionalnost prostora (npr. da je prostor kuhinja, dnevna soba in spalnica hkrati) pa ne ustreza vsem, predvsem samostojnejšim osebam ne. Z raziskavo sem ugotovila, da je pomembno upoštevati potrebe posameznikov.

Opravila, povezana z ogrevanjem, postanejo v starosti zahtevna, zato starim ljudem, vključenim v raziskavo, pri ogrevanju stanovanja pomagajo drugi, predvsem svojci.

Stari ljudje potrebujejo veliko pomoči predvsem v kuhinji zaradi kompleksnosti kuhinjskih opravil. Sami zmorejo določena opravila, če jih prej delno pripravijo drugi. Osebam, ki slabo vidijo, je težje fizično prilagoditi gospodinjstvo, zato se bolj zanašajo na svoja čutila.

Trdna oprema in pohištvo sta namenjena za oporo pri vstajanju in zagotovitvi varnosti. Nizka ležišča in sedišča so neugodna za vstajanje, zato jih osebe prilagodijo večinoma tako, da jih zvišajo.

Pomoč potrebujejo tudi pri osebni higieni. Tudi ob pripomočkih v kopalnici so zaradi zdravstvenih težav težko popolnoma samostojni.

Zanimalo me je tudi zaznavanje (ne)prilagojenosti stanovanj potrebam starih ljudi. Stari ljudje in svojci stanovanja večinoma opisujejo kot zelo ustrezna, zavedajo se tudi ustreznosti že narejenih izboljšav. Oskrbovalka ugotavlja splošno zadovoljstvo s stanovanjem, a si ga lahko razlagamo tudi kot sprijaznjenost z obstoječim stanjem. Skleпам, da stari ljudje nimajo zelo visokih meril glede ustreznosti stanovanja. Stari ljudje in svojci ne navajajo veliko potrebnih izboljšav. V več primerih so stanovanja resnično že do določene mere prilagojena. Pogoste neprilagojenosti se nanašajo predvsem na dostopnost vhoda, širino vrat, uporabnost kopalnice in postelje.

Stanovanja za potrebe starih ljudi prilagajajo na različne načine. Stari ljudje večkrat le izrazijo svoje težave ali pa dajo konkretno pobudo za izboljšave v stanovanju. Velikokrat potrebo po prilagoditvi stanovanja prepoznajo svojci ali oskrbovalke in ti posredujejo informacije o prilagoditvah. Pripomočke, naprave ali pohištvo (predvsem svojci) kupijo, naročijo po meri, izdelajo doma ali pridobijo na podlagi upravičenosti

(npr. do negovalne opreme za potrebe izvajanja pomoči na domu, do pripomočkov iz zdravstvenega zavarovanja, do naprav prek Zavoda za slepe in slabovidne). Nato pripomočke namestijo ali stanovanje prenovijo. Pomembne so tudi praktične ideje, ki izhajajo iz potreb posameznika, na primer specifična postavitve pohištva ali predmetov. Ljudje večinoma potrebujejo pomoč pri učenju uporabe pripomočkov. Za neovirano hojo in preprečitev poškodb je pomembno ovire odstraniti. Predmeti so razporejeni tako, da so dostopni, so na dosegu rok ali postavljeni vedno na istem mestu. Nekateri ljudje načrtujejo prilagoditev stanovanja že, ko teh prilagoditev ne potrebujejo. Ko so še samostojni, na primer, spremenijo način ogrevanja stanovanja tako, da uporabljajo kurilno olje namesto drv.

Prilagoditve stanovanj lahko spremljajo različne ovire. Drugačne razporeditve prostora ponekod niso možne. Zlasti financiranje večjih prenov je pogosto težava. Večini vprašanim so finančno pomoč zagotovili svojci. Za prenovu stanovanja se stari ljudje ne odločajo, ker jih moti razbijanje, ker je prenova dolgotrajna ali pa imajo zdravstvene težave, pogosto pa imajo občutek, da zaradi bližnje smrti prenova sploh nima smisla. Stari ljudje pogosto tudi ne izrazijo svojih potreb, saj z njimi ne želijo obremenjevati drugih. O možnih prilagoditvah nimajo informacij in predlaganih sprememb pogosto niso pripravljeni sprejeti. Potrebo po spremembi pogosto opazijo zelo pozno ali šele po opravljeni prilagoditvi. Premalo je tudi povezav med različnimi službami, služb, ki bi se s tem področjem specifično ukvarjale, pa ni.

Raziskovala sem tudi vpliv svojcev na prilagoditev stanovanja staremu človeku. Ugotovila sem, da svojci zelo pogosto in v veliki meri prilagajajo stanovanje in so v več primerih edini, ki to počnejo. Oskrbovalka in socialna delavka pa ugotavljata razlike v interesih svojcev. Nekateri se za prilagoditve zanimajo, sprejemajo predloge, so pripravljeni financirati, drugi pa ne kažejo zanimanja, menijo, da sprememb ne potrebujejo. Menim, da sem v raziskavo vključila primere, ko so bili svojci v veliki meri vir pomoči pri prilagoditvah stanovanja. Možno pa je, da stari ljudje niso dovolj kritično ocenjevali

svojcev, zato je pomembno raziskati še vidike drugih oseb, da dobimo celotno sliko in morebiti ugotovimo tudi negativen vpliv svojcev.

Ugotavljala sem še pripravljenost za selitev v stanovanja, prilagojena starim ljudem. Ljudje se niso pripravljene preseliti v ustrežnejše stanovanje. Na svoj dom so navezani in navajeni. Pripravljene pa so se preseliti, če doma ne bi mogli več bivati sami oziroma prejemati potrebne nege. Za takšen primer razmišljajo o odhodu v dom za stare ljudi in tudi že predhodno oddajo vlogo za sprejem. Sklepam, da je to edina možnost, ki jo dobro poznajo. Selitve v nove oblike bivanja (npr. selitev z drugimi starimi ljudmi v novo stanovanje; selitev v družino, ki bi skrbelo zanje) si ne želijo, ob ustreznih pogojih pa so pripravljene sprejeti sostanovalca. Rezultati o nepripravljenosti za selitev niso presenetljivi, saj je zaradi zelo visoke starosti intervjuvanih oseb (večina več kot 85 let), načrtovanje selitve težje.

Na podlagi raziskave lahko naštejemo nekaj predlogov. Dosledno bi bilo treba upoštevati gradbena pravila, ki so prilagojena funkcionalno oviranim ljudem. To bi lahko preverjala pristojna inšpekcija. Dostopnost objektov starim ljudem, ki imajo težave z gibanjem in uporabljajo različna pomagala pri hoji, povečuje samostojnost. Ljudje naj pri načrtovanju hiš razmišljajo o potrebah v prihodnosti, pri tem bi jim lahko pomagali arhitekti, ali stanovanje prilagodijo že pred zmanjšanjem samostojnosti.

Treba je ohranjati obstoječa sredstva za primere upravičenosti do izposoje ali pridobitve različnih zdravstvenih in tehničnih pripomočkov in pridobiti sredstva za večje prenove, na primer, z zavarovanjem za dolgotrajno oskrbo.

Ljudi je treba seznaniti z možnimi prilagoditvami stanovanj, na primer tako, da o tem izdajamo brošure in za ta namen ustanovimo posebne svetovalnice. Te bi lahko ponujale informacije o možnih prilagoditvah, tehničnih pripomočkih in pravicah, ki se nanašajo na prilagoditve; svetovanje strokovnjakov v stanovanju posameznika; lahko pa tudi seznam izvajalcev prilagoditev.

Različne službe, ki imajo stik s starimi ljudmi (npr. socialna, zdravstvena, patronažna

služba, domovi za stare ljudi, tudi različna društva), bi morale bolj sodelovati. Med seboj bi se informirale o potrebah po prilagoditvah stanovanj in zagotavljale uresničevanje prilagoditev.

Kljub potrebni osebni pomoči v gospodinjstvu naj izvajalci take pomoči upoštevajo zmožnosti starega človeka in ga podprejo pri prizadevanjih za čim večjo samostojnost. Stari ljudje naj bodo udeleženi pri prilagajanju, predvsem je pomembno upoštevati njihove želje in jih obveščati o možnostih prilagoditev in poteku prilagajanja.

Ob pisanju naloge in izvajanju raziskave sem ugotovila, da nam primanjkuje literature, ki bi se s tem področjem posebej ukvarjala. Tudi zato ni nenavadno, da ljudje niso seznanjeni z možnostmi prilagoditve stanovanj potrebam starih ljudi, da stari ljudje, svojci in oskrbovalke vsak po svojih zmožnostih in prizadevanjih iščejo informacije in praktične ideje. Manjka tudi združevanje znanja različnih ved, na primer socialnega dela, arhitekture in zdravstvene vede.

Raziskava je pokazala, da stanovanja najbolj prilagodijo tisti, ki imajo neposreden stik s človekom in njegovim stanovanjem in tako prepoznavajo potrebe starih ljudi po prilagoditvi. Zato menim, da mora socialno delo razvijati in vključevati veliko terenskega dela, krepiti je treba medgeneracijsko sožitje, ohranjati tudi neformalno pomoč. Službe socialnega dela in različni projekti morajo skrbeti za to, da dosežejo tudi tiste ljudi, ki sicer nikoli ne bi prišli »v pisarno« po pomoč.

Mateja Lah

POMEN VAROVANJA NA DALJAVO ZA SOCIALNO DELO S STARIMI LJUDMI

UVOD

Poročilo je plod raziskovanja, ki sem ga za diplomsko nalogo opravila v Centru za pomoč na domu Celje.

Varovanje na daljavo je tema, ki ji strokovna javnost ne namenja dovolj pozornosti, primanjkuje pa tudi raziskovalnih nalog s tega področja. Ker sem prepričana, da je varovanje na daljavo ena od ključnih oblik za razvoj skupnostne oskrbe starih ljudi, sem izvedla raziskavo, v kateri sem raziskovala, zakaj se stari ljudje odločajo za varovanje na daljavo, kje so pridobili informacije o tem in kako so zadovoljni z njim. Izvedla sem kvalitativno raziskavo in empirično gradivo obdelala na besedni način, brez uporabe merskih postopkov. Prvo načelo takega raziskovalnega pristopa je poslušati ljudi in raziskovati, kaj je pomembno zanje.

VAROVANJE NA DALJAVO

Od leta 1990 imamo v Sloveniji mrežo regijskih centrov za pomoč na domu. Center za pomoč na domu je organizirana storitev za starejše, bolne in invalidne ljudi na njihovih domovih (Milošević Arnold 2003: 28–29). Storitve potekajo s pomočjo sodobne telekomu-

nikacijske tehnologije, center pa je koordinator vseh oblik pomoči, ki so posamezniku na voljo.

Pomoč na daljavo je s svojimi uporabniki, ki živijo doma, leta 1992 prvič vzpostavil Center za pomoč na domu v Ljubljani (danes Zavod za oskrbo na domu). Varovanje na daljavo sodi v okvir socialnega servisa; poleg v Sloveniji bolj razvite pomoči na domu se tudi varovanje na daljavo izvaja neposredno v domačem okolju stare osebe (Nagode 2009: 132). Ker socialni servis ne sodi v javno mrežo, ga občine in država niso dolžne zagotavljati. Nosilci izvajanja varovanja na daljavo so centri za pomoč na domu/daljavo.

Posebni telefon za varovanje na daljavo v Sloveniji poznamo kot »telefon z rdečim gumbom«. Starejša oseba ga uporablja v domačem okolju zelo preprosto, v kombinaciji z običajnim telefonom. Uporabnik s pritiskom na gumb pokliče skrbnika. Ta zagotovi ustrezno neposredno pomoč v obliki nasveta, informacije, pogovora ali organizira pomoč različnih izvajalcev pomoči na konkretnem domu uporabnika.

Gre za storitev, ki se v Sloveniji v zadnjih 20 letih ni dovolj razvila in razširila, saj jo prejema le nekaj sto starejših oseb. V primerjavi z nekaterimi drugimi evropskimi državami je varovalni alarmni sistem v Sloveniji slabše razvit in manj razširjen. Evropski projekt ICT & Ageing (2010) je objavil te podatke: v nekaterih državah (Združeno kraljestvo, Irska) ta sistem uporablja razmeroma velik del (14–16 %) starejših ljudi (65+), v nekaterih (Danska, Finska, Švedska) malo manj, vendar še vedno veliko (med 6 in 10 %). V večini držav je odstotek uporabnikov varovanja na daljavo med 1 in 3 %, v manjšem številu držav, mednje sodi tudi Slovenija, je ta delež manjši od 1 %.

Nagode *et al.* (2010) med strukturne dejavnike, ki zavirajo razvoj podpornih tehnologij v Sloveniji, navajajo:

- neenake možnosti dostopa in različne cene storitve,
- slabo poznavanje storitev v strokovni in laični javnosti,
- pomanjkanje sodelovanja med različnimi ravnimi (odločanja, izvajanja, uporabe ipd.),

- pomanjkanje sredstev,
- pomanjkanje politične volje.

Spremembe na bolje se v Sloveniji obetajo z že delujočim enotnim klicnim centrom in mobilno storitvijo varovanja na daljavo, poimenoвано SOS MOBILNI. Od leta 2012 podjetje Pacient izvaja SOS DOMA, storitev, ki se bo prek nacionalnega klicnega centra zagotavljala po precej ugodnejši ceni po vsej državi. Pri projektu sodelujejo Pacient (dovoljenje mu je podelilo Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve), Telekom Slovenije in Prva zdravstvena asistenca (PZA). Občine, ki so storitev v preteklosti svojim občanom sofinancirale, so zdaj finančno razbremenjene. Cena, ki je bila prej 125 evrov (občina je pokrila približno 100 evrov), je zdaj z enotnim klicnim centrom 19,17 evra. To je posledica optimizacije delovanja in pokrivanja večjega števila uporabnikov po državi (Žibert 2012).

METODOLOGIJA IN REZULTATI RAZISKAVE

Za raziskavo sem se odločila, ker vedno več starih ljudi potrebuje oskrbo, ne poznajo pa različnih oblik pomoči v domačem okolju. Izvedla sem kvalitativno raziskavo in intervjuvala osem uporabnic storitve varovanja na daljavo in dva strokovnjaka, vodjo Centra za pomoč na domu in operaterja v klicnem centru. Starost uporabnic je od 66 do 94 let. Štiri živijo na svojih domovih, štiri pa v oskrbovanih stanovanjih. Vse so večletne uporabnice varovanja na daljavo, vdove in matere, razen ene gospe, ki ni imela otrok. Vse sogovornice so bile zaposlene in na starost prejemale pokojnino. Z njo lahko poravnajo mesečne stroške tako za oskrbovana stanovanja in socialno oskrbo kot tudi za varovanje na daljavo. Tri uporabnice ne živijo same.

Oblikovala sem takšna raziskovalna vprašanja: kako se je spremenilo življenje ljudi, ki imajo varovanje na daljavo? Kdaj in v katerih situacijah uporabnica pritisne na rdeči gumb? Kako dolgo je lahko varovanje na daljavo učinkovito? Katere so slabosti oziroma pomanjkljivosti varovanja na daljavo po mnenju

uporabnic? Kako, kje so se seznanile s to storitvijo? Zakaj so se odločile za varovanje oz. s kakšnimi težavami so se srečevale, preden so se odločile zanj? Je varovanje na daljavo medicinska, zdravstvena ali socialnovarstvena storitev? Je to zgolj rdeči gumb? Je za uporabnice varovanje na daljavo dokaz samostojnosti ali oblika nadzora? Na katerem delu telesa imajo rdeči gumb, ga skrivajo pod oblačili, si želijo, da je viden okolici ali ne? Kako pogosto imajo uporabnice stike s klicnim centrom? Odgovore na ta vprašanja sem razdelila v pet sklopov.

1. *Razlogi za varovanje na daljavo.* Stari ljudje so uporabniki varovanja na daljavo predvsem zaradi zdravstvenih razlogov. Želijo si večjega občutka varnosti v domačem okolju. Rdeči gumb vidijo nekatere sogovornice kot naložbo za prihodnost: »Imam ga danes, ker ga bom mogoče potrebovala jutri.«
2. *Spremembe v življenju uporabnic.* Čutijo razbremenitev, olajšanje, zadovoljstvo in cenijo samostojnost, ki jim jo omogoča. Stanovalke oskrbovanih stanovanj občutijo večje spremembe zaradi menjave okolja, povezane s preselitvijo iz domačega okolja. Varovanje na daljavo jim pomaga pri spoprijemanju s temi spremembami. Uporabnice, ki živijo doma, pa z uporabo rdečega gumba občutijo večji občutek varnosti in samostojnosti.
3. *Obseg storitve.* Rdeči gumb imajo doma živče uporabnice brez izjeme na telesu, okrog vratu. Občutek odvisnosti je veliko večji pri uporabnicah, ki živijo v domačem okolju. Menijo, da rdeči gumb morajo imeti na telesu.
4. *Razumevanje varovanja na daljavo.* Takšno pomoč opišejo kot koristno in dragoceno. Večini je varovanje na daljavo nujna pomoč. Ena uporabnica rdeči gumb opiše kot breme, ker obešen okoli vratu okolici sporoča, da je star človek šibek in odvisen od tuje pomoči. Varovanje uporabnice vidijo kot dokaz samostojnosti in ne kot obliko nadzora. Ponosne in vesele so, da lahko vrstnikom razložijo, kaj je naprava okrog njihovega vratu in kako deluje. Uporabnice širijo dober glas o varovanju na daljavo.
5. *Socialna razsežnost.* Rdeči gumb omogoča ohranjanje in širjenje socialne mreže. Z

varovanjem na daljavo uporabnica vzpostavi kontaktno mrežo. Ta pred tem ni bila tako izrazita ali pa je sploh ni bilo. Najpomembnejša socialna mreža so družina, otroci uporabnic in njihove družine ter sosedje in prijatelji. Intervjuvanke aktivno preživljajo prosti čas. Dve uporabljata računalnik, večina rada bere in so na tekočem z aktualnim družbenopolitičnim dogajanjem. V dveh primerih smo zaznali potrtost uporabnic zaradi izgube partnerjev in najbližjih prijateljev.

Ugotovila sem, da se stari ljudje odločajo za varovanje na daljavo zaradi zdravstvenih razlogov in ker si želijo povečati občutek varnosti v domačem okolju. Uporabnice razumejo varovanje na daljavo kot zdravstveno storitev, saj so tudi razlogi za vzpostavitev storitve večinoma zdravstvene narave. Razlika med uporabnicami varovanja na daljavo, ki živijo v oskrbovanih stanovanjih, in tistih, ki živijo doma, je v dostopnosti socialne mreže. Ta je šibkejša v oskrbovanih stanovanjih. V domačem okolju je socialna mreža raznovrstna, blizu so družina in sosedje, v oskrbovanih stanovanjih pa podobno nemočni in ostareli sostanovalci, ki navadno ne zmorejo pomagati.

Uporabnice, ki živijo v oskrbovanih stanovanjih, bodo večji obseg pomoči, kot ga zagotavlja varovanje na daljavo, iskale v institucionalnem varstvu, uporabnice, ki živijo doma, pa bodo iskale pomoč na domu. Doma živeče uporabnice poudarjajo pomen neodvisnosti, samostojnosti, miru in tudi želje po smrti v domačem okolju. Mnenje uporabnic o varovanju na daljavo je izrazito pozitivno. Izrazile so zadovoljstvo z odnosom in odzivom klicnega centra v primeru nujnega klica. Nujni klic uporabnice najpogosteje uporabijo zaradi padcev ali poslabšanja zdravstvenega stanja. Storitve varovanja na daljavo je uporabnicam cenovno dostopna in sprejemljiva.

V čem se uporabniki varovanja na daljavo razlikujejo od drugih starih ljudi, ki te storitve ne uporabljajo, je drzno ugibati. Če poskusim to razbrati iz intervjujev, ki sem jih opravila, gre za stare ljudi, ki so v dovolj dobri finančni situaciji, so sorazmerno dobrega zdravja ter imajo izrazitejšo željo po varnosti in samostojnosti.

SKLEPI

Storitev varovanja na daljavo bi bilo treba umestiti v okvir javne službe, saj bi le tako storitev lahko standardizirali in jo zagotovili veliko uporabnikom. V lokalno okolje, v katerem prebiva uporabnik varovanja na daljavo s šibko socialno mrežo, bi se lahko vključili prostovoljci. Druženje z uporabniki varovanja na daljavo bi lahko potekalo v javnih prostorih ali kje na prostem in ne nujno na domu starega človeka.

Uporabniki rdečega gumba bi lahko bile tudi žrtve nasilja v družini. To pomeni širše možnosti uporabe varovanja na daljavo, potencialni razvoj storitve in širitev profila uporabnikov. Potrebna bi bila povezava z varnimi hišami in centri za socialno delo. Varovanje na daljavo daje uporabnikom splošen občutek varnosti. V primeru vloma ali ropa v stanovanje, v katerem stari ljudje živijo sami, se ob pritisku na rdeči gumb sproži takojšen klic na pomoč. Operater na klicnem centru lahko hitro organizira nadaljnjo pomoč in zagotovi hitrejši prihod policije.

Varovanje na daljavo se lahko razvije v skupnostno obliko socialnega dela in postane dobra alternativa institucionalnemu varstvu. Stari ljudje bi kot izrazito heterogena skupina ljudi morali imeti na voljo prav tako heterogene oblike socialnovarstvenih pomoči, to pa lahko dosežemo zgolj z razvojem skupnostnih oblik pomoči, ne pa z graditvijo novih domov za stare.

Varovanje na daljavo je lahko vmesna rešitev za čakajoče na institucionalno oskrbo. S tem bi se povečalo število uporabnikov storitve, nekateri stari ljudje pa bi ob tem utegnili spoznati, da ob takšni podpori zmorejo tudi samostojno živeti v domačem okolju. Treba bi bilo vzpostaviti sistem intervencij, službo enote za mobilno oskrbo na domu s primerno usposobljenimi zaposlenimi. Ti bi lahko v primerih šibke ali neobstoječe socialne mreže uporabnikov varovanja na daljavo vsak hip odšli pomagat starim ljudem na teren.

Tehnologija ne more in ne sme nadomestiti pomoči, ki jo zagotavlja uporabnikova socialna mreža, saj lahko zgolj tehnološka pomoč poveča izolacijo starih ljudi. Ljudje smo vendarle psihosocialna bitja in smo odvisni od človeških odnosov. Mesto socialnega dela je v skupnosti,

med ljudmi, zato potrebujemo razvoj služb, ki bi uporabnike podprle v okolju, ki je zanje varno in v katerem želijo živeti.

Mojca Pušnik

VIRI

ICT & Ageing (2010), *European study on users, markets and technologies*. Final report. Dostopno na: http://ec.europa.eu/information_society/activities/einclusion/library/studies/docs/ict_ageing_final_report.pdf (12. 11. 2012).

MILOŠEVIČ ARNOLD, V. (2003), *Socialno delo s starimi. Izbrani članki in referati: študijsko gradivo*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

NAGODE, M. (2009), Organizirana pomoč za stare ljudi, ki živijo na domu: pomoč na domu in varovanje na daljavo. V: Hlebec, V. (ur.), *Starejši ljudje v družbi sprememb*. Ljubljana: Aristej, (125–138).

NAGODE, M., JAKOB KREJAN, P., SMOLEJ, S. (2010), *Izvajanje pomoči na domu*. Analiza stanja v letu 2009: končno poročilo. Dostopno na: http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti__pdf/pomoc_na_domu_2009.pdf (5. 11. 2012).

ŽIBERT, A. (2012), *SOS DOMA po Sloveniji nekoliko zamuja*. Delo. Dostopno na: <http://www.delo.si/novice/slovenija/sos-doma-po-sloveniji-nekoliko-zamuja.html> (12. 11. 2012).

PETA MEDNARODNA KONFERENCA SOCIALNEGA DELA V TROGIRJU

Konferenca z naslovom »Medgeneracijsko povezovanje in aktivno staranje: izzivi za socialno delo« je potekala od 10. do 12. oktobra 2012 v Trogirju. V evropskem letu aktivnega staranja in medgeneracijske solidarnosti je organizator, Hrvaško združenje socialnih delavcev, želel opozoriti na izzive, pred katerimi je socialno delo zaradi povečanega deleža starih ljudi v sodobni družbi. V treh dneh se je zvrstilo več kot petdeset prispevkov v obliki predavanj, delavnic, okroglih miz in razprav o vlogi socialnega dela na šestih področjih: (1) razvoj socialnih storitev za stare ljudi v institucijah in skupnostnih, (2) spodbujanje medgeneracijske solidarnosti in podpore v družbi, (3) skrb za dobro telesno in duševno zdravje, (4) uveljavljanje pravic in zaščita integritete starih ljudi v družbi, (5) ravnanje s starimi ljudmi, žrtvami nasilja, problemi revščine, socialne izključenosti ljudi in druga tveganja v starosti, (6) prostovoljstvo za aktivno in dostojno staranje z elementi medgeneracijskega sožitja.

Svetovna zdravstvena organizacija je leta 1990 uvedla izraz »aktivno staranje« (Ostwald, Dyer 2011: 49). Izraz naj bi nadomestil in dopolnil do takrat prevladujoča izraza zdravo in uspešno staranje. Po takratni in še vedno veljavni definiciji je aktivno staranje

proces optimalnega uresničevanja danih možnosti za doseganje posameznikovega zdravja, sodelovanja v družbi in zagotavljanja varnosti z namenom povečanja kakovosti življenja v starosti. (*Ibid.*)

Sama definicija pojasni, da ne gre zgolj za aktivno skrb posameznika za zdravje, ki omogoča podaljševanje fizične aktivnosti v starosti ali čim daljšo udeležbo na trgu delovne sile. Sodelovanje starejših v družbi poudarja trajno udeležbo starih ljudi v vseh oblikah družbenega delovanja, v socialnem, gospodarskem, kulturnem, duhovnem in civilnem življenju. Predvideni učinki naj bi se kazali v večji kakovosti življenja starih ljudi. To vsekakor ne more (p)ostati domena zgolj ene stroke, ene znanosti, ene politične strategije, temveč zgolj usmerjenega celostnega ravnanja vseh ljudi. Seveda ima socialno delo pri tem posebno mesto in prispevki na konferenci so to potrdili.

Konferenca je bila za predstavnice Fakultete za socialno delo tudi svojevrsten izziv, saj si je hrvaško okolje obetal predstavitev dobrih izkušenj pri delu s starimi ljudmi v Sloveniji, a na ta izziv smo se z veseljem odzvale. Predstavile smo tri teme: vlogo socialnega dela v luči nove solidarnosti v družbi, raziskovanje potreb in odgovorov na potrebe starih ljudi in primer projekta medgeneracijskega sodelovanja. Poudarile smo, da je v socialnem delu najpomembnejše celostno razumeti starega človeka in njegove potrebe, s poudarkom na uveljavljanju uporabnika kot partnerja v procesu pomoči, da bi bila v ospredju njegova pravica do izbire različnih vrst pomoči. Tak pristop omogoča razvoj novih oblik oskrbe za stare ljudi v domačem okolju in spremembe v institucionalnih oblikah oskrbe za ljudi.

Socialno delo stopa na področje aktivnega staranja in medgeneracijskega sodelovanja z iskanjem odgovorov na vprašanja, kako vzpostaviti in okrepiti sožitje med generacijami na ravni posameznika, znotraj družine, skupnosti in družbe kot celote in kje so viri za presejanje pomanjkljive medsebojne solidarnosti. Ugotavljamo, da krepitev medgeneracijskega sožitja lahko poteka na več ravneh. Prvič, na mikroravni, ko govorimo o medgeneracijskem

sožitju v družinah in socialnih omrežjih. Drugič, na mezoravni, ki vključuje sožitje v skupnosti in institucijah. In tretjič, na makroravni, ko govorimo o sožitju celotne družbe. Razmislek o treh ravneh delovanja socialnega dela nam pomaga pri raziskovanju in odkrivanju možnega sožitja med generacijami. Socialno delo posega na vse tri omenjene ravni s svojim specifičnim znanjem in vedenjem o medgeneracijskem sodelovanju.

Ko govorimo o socialnem delu s starimi ljudmi, lahko zatrdimo, da socialni delavci najpogosteje uresničujejo svoje poslanstvo v službah na področju socialnega varstva in tam soustvarjajo rešitve s posamezniki, družinami, družbenimi skupinami, v skupnosti in v razmerju do države. Nemogoče je delati socialno delo zgolj na eni ravni. Vsaka sprememba, ki jo s pomočjo strokovnjaka, socialne delavke, posameznik udejanji sam, se kaže na preostalih dveh ravneh. Kaže pa se tudi v odnosu do drugih strok in strokovnjakov, ki delajo s starimi ljudmi. Pri tem si v socialnem delu prizadevamo za sodelovanje in partnerstvo s predstavniki teh strok, saj lahko le skupaj delujemo za blaginjo starega človeka in za medgeneracijsko povezovanje.

Raziskovanje je pri iskanju takšnih odgovorov, ki upoštevajo spremembe v družbi in konkretne potrebe ljudi, eden temeljnih korakov, brez katerega ne moremo uresničevati temeljne paradigme socialnega dela, in sicer upoštevati perspektivo uporabnikov in krepitev njihove moči na podlagi razvoja storitev. Raziskovanje potreb starejših na način, ki vključuje perspektive starejših v raziskovanje in načrtovanje svojih odgovorov na vsakdanje življenjske situacije in potrebe, je način delovanja na mikroravni. Tako lahko že med raziskovanjem omogočimo, da stari ljudje postanejo akterji na področju socialnega varstva, in jih pravzaprav vključimo v dialog načrtovanja storitev in odzivov na njihove potrebe. Raziskovanje potreb in načrtovanje odzivov po načelu »od spodaj navzgor« pomenita, da izhajamo iz posameznikove ocene situacije in iz njegove ocene potreb po storitvah, s katerimi si bo človek izboljšal kakovost življenja.

V preteklih letih smo na Fakulteti za socialno delo izvedli več raziskav, ki opozarjajo na

potrebe starejših in pojasnjujejo možne in smiselne odgovore na potrebe starejšega prebivalstva, s poudarkom na odgovorih in intervencijah v skupnosti. Pokazali smo pomen raziskovanja potreb na način, ki omogoča razumevanje potreb v kontekstu vsakdanjega življenja. V raziskavi *Oblikovanje sistema indikatorjev za ugotavljanje potreb ljudi po vrsti in količini posameznih storitev in razvoja novih oblik storitev/pomoči na področju socialnega varstva* (Flaker *et al.* 2005) smo že pri oblikovanju raziskovalne strategije upoštevali vključevanje tako osebnih stališč ljudi in njihovih interpretacij potreb kot tudi oceno obstoječih storitev ter odnos družbe do starih ljudi. Katalog potreb, ki je nastal na podlagi analize gradiva, zbranega v pogovorih s starimi ljudmi, prikazuje osnovne informacije o kontekstu, v katerem se porajajo različne potrebe. To pomeni, da katalog prikazuje vsakdanje življenje kot kontekst, v katerem se potrebe pojavljajo.

Ugotovili smo, da je v socialnem delu pri načrtovanju odzivov na potrebe starejših ljudi treba upoštevati značilnosti in posebnosti vsakodnevnega življenja ljudi, njihove vrednote, želje in interese. Ugotovili smo, da so potrebe in želje povezane z neodvisnim in samostojnim življenjem. Kot značilne indikatorje potreb starih ljudi smo prepoznali materialne razmere, v katerih živijo, socialno mrežo (izgube pomembnih vlog) in zdravje (poslabšanje zdravja, gibljivost, kronične bolezni ...).

Obstoječe službe, ki so na voljo starim ljudem in zagotavljajo formalne oblike pomoči, so usmerjene predvsem na zadovoljevanje osnovnih in življenjsko nujnih potreb. Pri tem pa je dostopnost njihovih storitev povezana z materialnim stanjem posameznika, predvsem ko gre za plačljive storitve, npr. oskrbo na domu, v zadnjem času pa tudi za nastanitve v domovih za stare. Stari ljudje navajajo, da jih strokovnjaki ne poslušajo zares, da pogrešajo pestrost izbire pomoči, da ne morejo vplivati na izbor storitev in da imajo na voljo premalo konkretnih in natančnih, zanje razumljivih informacij o pravicah in ponudbi obstoječih služb. Stari ljudje si bolj kot novih institucionaliziranih oblik pomoči želijo, da se odzovemo

na njihove potrebe v skupnosti oziroma tam, kjer živijo. Lahko rečemo, da potrebe, ki jih izražajo, temeljijo na dveh oseh, in sicer, na osi dnevnih aktivnosti (pomoč pri vsakdanjem življenju) in osi družbene moči in vpliva (pri tem gre na eni strani za odnos družbe do starih ljudi in na drugi za vpliv ljudi na načrtovanje svoje prihodnosti).

Ugotovili smo, da je pri načrtovanju odgovorov treba upoštevati lokalne značilnosti (npr. slog življenja, vrednote, značilnosti okolja, prostor, infrastrukturo, materialne možnosti, formalne in neformalne vire, socialne mreže ...), ukrepe (odgovore) prilagoditi potrebam ljudi, se o načinih in metodah dela dogovoriti z uporabniki (osebni pristop), vsebino dela določiti glede na tematiko, ki jo uporabniki občutijo kot problem, oviro ali težavo (npr. osamljenost, nasilje, mobilnost). V socialnem delu s kombinacijo različnih pristopov do raziskovanja in različnih pristopov do dela v skupnosti krepimo razvoj takšnih oblik pomoči, ki jih stari ljudje resnično želijo, in tako upoštevamo dobre prakse in opozorimo na to, kaj bi še lahko razvili v sistemske storitve.

Ugotovitve raziskovanja potreb starih ljudi so spodbudile naše razmišljanje o oblikovanju alternativnih načinov iskanja odzivov na potrebe ljudi in medgeneracijskega povezovanja. Rezultat je model, ki smo ga oblikovali s študenti Fakultete za socialno delo v okviru predmeta socialno delo s starimi ljudmi in katerega izkupiček je 165 projektov, ki so jih študentje izvedli v različnih lokalnih okoljih med letoma 2010 in 2012. S projekti usmerjamo študente k ravnanju na vseh treh ravneh socialnega dela (mikro-, mezo-, makroravni), pri tem pa je pomembno, da so izhodišče potrebe, ki jih stari ljudje opredelijo sami, rešitve (odgovore) pa iščejo študentje skupaj z njimi in pomembnimi ljudmi v njihovem socialnem okolju.

Projekti odgovarjajo na konkretne potrebe starih ljudi. Hkrati so primer dobre prakse, ki lahko z minimalnimi finančnimi vložki doseže medgeneracijsko sožitje (Mali 2011). V njih prevladuje sodelovanje, v katerem se dogajajo prenos znanja med generacijami, vzajemna pomoč in premostitev vrzeli med predstavniki različnih generacij. Študentje pa se v projektih

usposabljujejo tako za socialno delo na mikro-ravni (ki temelji na individualiziranem pristopu) kot za socialno delo v skupnosti.

Na podlagi raziskovanja potreb starejših smo izvedli projekte, ki na inovativen način zadovoljujejo potrebe starejšega prebivalstva, hkrati pa mladim omogočajo razumevanje njim tako oddaljene populacije kot pomembnega vira za sožitje v skupnosti. Vsebinsko projekte lahko razdelimo na štiri sklope.

Prvi so usmerjeni v medgeneracijsko povezovanje; sodelovanje temelji na pomoči starim ljudem. Drugi sklop so projekti, usmerjeni v prenos znanja. Tretji temeljijo na povezovanju več generacij (mladih, srednje generacije in starih). Pri četrtem sklopu pa gre za ozaveščanje širše javnosti o družbenem položaju in življenjskem svetu starih ljudi.

V prvem sklopu prevladujejo projekti, v katerih mladi pomagajo starim ljudem pri različnih fizičnih dejavnostih (npr. preskrba drv za ogrevanje, čiščenje, preurejanje stanovanja, gibanje, aktiviranje skupnosti za trajno solidarnostno pomoč pri vsakdanjih opravilih posameznika), pri iskanju različnih načinov pridobivanja finančnih sredstev (npr. dobrodelne akcije, izdelava različnih izdelkov za prodajo) in različne tehnološke opreme (računalnikov, invalidskega vozička) in pri aktivaciji skupnosti ali posameznikov v skupnosti z namenom zadovoljevanja potreb (npr. šola vožnje, učenje tujih jezikov, računalniško opismenjevanje, izdaja knjižice pesmi, širjenje socialne mreže).

V drugem sklopu imamo dejavnosti, v katerih mladi učijo stare ljudi novih spretnosti (npr. uporaba mobilnega telefona, bankomata, terapija z živalmi, uporaba sodobnih spletnih aplikacij z namenom povezovanja z družinskimi člani v zamejstvu), dejavnosti, v katerih stari ljudje podajajo znanje mladim ljudem (npr. kuhanje, ročna dela, spretnosti, potopisne delavnice) in projekte vzajemne izmenjave znanja (npr. delavnice kuhanja, plesne delavnice, kuharske in računalniške delavnice).

Tretji sklop vključuje projekte vzpostavljanja povezav vrtcev in šol z domovi za stare, starši in zaposlenimi v institucijah (npr. božična

zabava s skupino starih ljudskih pevcev, otrok iz vrtca, zaposlenih in študentov; organiziranje družinskega srečanja v zamejstvu; lov na zaklad in projekte povezovanja v skupnosti, katerih namen je ohranjanje kulturne dediščine (npr. prenos običaja blagoslova velikonočnih jedi iz skupnosti v dom starejšega zakonskega para).

Zadnji sklop projektov smo oblikovali v sodelovanju s Slovensko filantropijo, rezultat pa so trije krajši filmi o aktualnih problemih starih ljudi. Enega od njih smo predstavili tudi na konferenci v Trogirju. Za ta namen smo na fakulteti organizirali tudi festival generacija 2050. Z njim smo študente in zaposlene na fakulteti opozorili na zavedanje lastnega staranja.

Avtorice prispevkov smo na konferenci pojasnile koncepte socialnega dela s starimi ljudmi, ki jih razvijamo na fakulteti (Grebenc 2012, Mali 2012, Šabić 2012). Poudarile smo pomembnost raziskovanja potreb in iskanja odgovorov na potrebe starih ljudi ter predstavile primere dobre prakse medgeneracijskega sodelovanja. Tako smo predstavile zaokroženo celoto uporabe teorije socialnega dela v praksi in socialnodelovni pristop, ki upošteva perspektivo uporabnika.

Jana Mali, Vera Grebenc, Amra Šabić

VIRI

- FLAKER, V., GREBENC, V., RIHTER, L., RODE, N., MILOŠEVIĆ-ARNOLD, V., VIDEMŠEK, P., DAJČMAN, B., ŽAGAR, A. (2005), *Oblikovanje sistema indikatorjev za ugotavljanje potreb ljudi po vrsti in količini posameznih storitev in razvoja novih oblik storitev/pomoči na področju socialnega varstva*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- GREBENC, V. (2012), *Istraživanje potreba starijih osoba i upućivanje odgovora u zajednici*. V: *Međugeneracijsko povezivanje i aktivno starenje: izazovi za socijalni rad – Zbornik sažetaka*. Zagreb: Hrvatska udruga socijalnih radnika (25).
- MALI, J. (2011), *Projektno delo na področju socialnega dela s starimi ljudmi*. V: Arko, T., Goričan, B., Kovač, J., Novak, T., Fiksl, M. (ur.), *Sadeži družbe: priročnik za izvajanje medgeneracijskih aktivnosti*. Ljubljana: Slovenska filantropija, Združenje za promocijo prostovoljstva (48–51).

MALI, J. (2012), *Uloga socijalnog rada u doba nove solidarnosti u društvu*. V: *Međugeneracijsko povezivanje i aktivno starenje: izazovi za socijalni rad – Zbornik sažetaka*. Zagreb: Hrvatska udruga socijalnih radnika (12).

OSTWALD, S., DYER, C. (2011), *Fostering resilience, promoting health and preventing disease in older adults*. V: Stuart-Hamilton, I. (ur.), *An introduction to derontology*. Cambridge: Cambridge University Press (47–86).

ŠABIĆ, A. (2012), *Primjer dobre prakse međugeneracijskog povezivanja*. V: *Međugeneracijsko povezivanje i aktivno starenje: izazovi za socijalni rad – Zbornik sažetaka*. Zagreb: Hrvatska udruga socijalnih radnika (45).

Vito Flaker, Mateja Nagode, Andreja Rafaelič,
Nataša Udovič (2011)

NASTAJANJE DOLGOTRAJNE OSKRBE: LJUDJE IN PROCESI – EKSPERIMENT IN SISTEM

Ljubljana: Fakulteta za socialno delo. 372 strani.
ISBN 978-961-6569-36-1.



Ob čedalje pogostejše omenjenih demografskih spremembah postajamo vse pozornejši tudi na izraz dolgotrajna oskrba. Med strokovnjaki je dolgotrajna oskrba že kar uveljavljen in prepoznaven fenomen, več dvomov in skrbi povzročajo razprave o uvajanju in sistemskem vzpostavljanju takšne oskrbe. V monografiji *Nastajanje dolgotrajne oskrbe: ljudje in procesi – eksperiment in sistem* avtorji Vito Flaker, Mateja Nagode, Andreja Rafaelič in Nataša Udovič pojasnjujejo uvajanje dolgotrajne oskrbe na podlagi eksperimenta z uvajanjem neposrednega financiranja dolgotrajne oskrbe. Več kot šest let trajajoči projekt spremlja obsežno gradivo petih poročil, pred leti objavljana monografija, v tokratni pa bralec najde tako informacije o poteku projekta kot tudi empirične in praktične podatke o uvajanju dolgotrajne oskrbe v Sloveniji.

Knjigo sestavlja pet poglavij. V prvem poglavju *Ljudje* nas avtorji seznanijo z ljudmi, vključenimi v eksperiment. Na zanimiv, predvsem pa preprost in lahko razumljiv način opišejo življenjske zgodbe šestnajstih

ljudi. Njihove težave in uspehi nas spremljajo skozi celotno gradivo tako, da smo sproti seznanjeni z učinki, ki jih je uvajanje dolgotrajne oskrbe prinašalo v njihovo življenje. Spoznamo, da življenjska usoda ni dokončna, da jo je možno preoblikovati, izboljšati. Vsako od predstavljenih življenjskih zgodb ob koncu projekta lahko povzamemo s stavkom:

Sem človek, ki je imel nesrečo v življenju, z denarjem, ki sem ga dobil v projektu, sem s pomočjo drugih uresničil nekatere svoje cilje, in zdaj živim bolje. (Str. 110.)

Kako je eksperiment to v resnici omogočil, avtorji pojasnjujejo v drugem poglavju *Procesi*. V njem predstavijo metodo individualnega načrtovanja in izvajanja storitev. Metoda individualnega načrtovanja ni mehanična metoda, kakršne poznamo v drugih sistemih dolgotrajne oskrbe in s katerimi merimo probleme in primanjkljaje v življenju ljudi. Z individualnim načrtovanjem vključimo posameznika kot

aktivnega sodelavca pri oblikovanju podpore, ki jo potrebuje za samostojno življenje. (Str. 113.)

Izhajamo iz želja in potreb posameznika, ne iz problemov, ki jih opredeli strokovnjak. Metodo sestavljata dva procesa: načrtovanje in izvajanje. Spoznamo načela načrtovanja, primer načrta, značilnosti izvajanja načrta v samem eksperimentu in številne ovire, ki jih zdajšnja sistema socialnega in zdravstvenega varstva pomenita za uvajanje metode individualnega načrtovanja in izvajanja storitev dolgotrajne oskrbe. Iz opisa postopkov, konkretnih korakov in dejanj spoznamo, kako so potekale življenjske spremembe šestnajstih udeležencev eksperimenta. Poleg formalnih postopkov, ki temeljijo na obstoječi zakonodaji, nas avtorji seznanijo tudi s postopki strokovnjakov, ki uporabnikom zagotavljajo preobrazbo, jih krepijo in ustvarijo možnosti za spreminjanje lastne življenjske usode. Pokazalo pa se je tudi, da je za uspešno uvajanje sistema dolgotrajne oskrbe treba izdelati metode, ki bodo sistem ne le uvedle, ampak ga tudi vzdrževale, razvijale, posodabljale, prilagajale po meri ljudi. V opisanem eksperimentu se je metoda individualnega načrtovanja in izvajanja storitev dobro obnesla, verjetno pa bo šele uvajanje celotnega sistema dolgotrajne oskrbe pokazalo, ali bo dovolj zgolj ena.

V tretjem poglavju *Eksperiment* z analizo zastojev, težav in problemov med izvajanjem eksperimenta ugotovimo, da obstoječa zakonodaja ni naklonjena

spodbujanju aktivne vloge uporabnikov pri reševanju osebnih stisk, prav tako pa metode in pristopi strokovnjakov delujejo bolj v podporo zakonodaji kot pa za preobrazbo uporabnikov v posameznike, ki lahko vplivajo na spremembe v svojem življenju. Dolgotrajna oskrba je ne le nova oblika zavarovanja za čas, ko bomo potrebovali pomoč drugih. Je ne le zavarovanje za brezskrbno starost, ampak veliko več. Dolgotrajna oskrba je fenomen, ki v življenje sodobnega človeka vnaša številne spremembe. Opozarja na vzpostavljanje drugačnega sistema, ki ljudem z dolgotrajnimi stiskami omogoča življenje doma, v skupnosti, onkraj zidov institucij.

Z uvajanjem dolgotrajne oskrbe vsekakor potrebujemo – poleg nove zakonodaje, ki bo prijaznejša za uporabnike – tudi takšen pristop strokovnjakov, ki si bo v izhodišču prizadeval za doseganje pozitivnih sprememb v življenju posameznika. Vključevanje v sistem dolgotrajne oskrbe ne sme temeljiti na birokratski držbi, na tem, da uporabnik prosi državo za uslugo. Nasprotno, uporabnik ima pravico do dolgotrajne oskrbe, določa in narekuje tempo izvajanja postopka, je v središču postopka, njegov regulator in vodilni člen (str. 169–170). Vsi udeleženci v postopku (poleg strokovnjakov tudi sorodniki, prijatelji, znanci) se morajo zavedati, da so vanj vključeni zato, da uporabniku pomagajo izraziti njegovo voljo, potrebe in cilje.

Četrto poglavje *Sistem* predstavlja pogled na dolgotrajno oskrbo s ptičje perspektive. Bralca seznanja s sistemi dolgotrajne oskrbe drugod po Evropi, s posebnim poudarkom na neposrednem financiranju, ki omogoča kupovanje storitev po lastni izbiri. S kratko predstavitevjo dolgotrajne oskrbe v šestih evropskih državah (Avstrija, Združeno kraljestvo, Švedska, Nizozemska, Nemčija in Luksemburg) dobimo vpogled v financiranje dolgotrajne oskrbe in v probleme pri uvajanju dolgotrajne oskrbe ter v prilagajanje sistema in neposrednega financiranja potrebam vse številčnejše populacije (v Sloveniji že danes potrebuje dolgotrajno oskrbo okoli 50.000 ljudi).

V nadaljevanju avtorji analizirajo obstoječo ureditev v Sloveniji in ugotovijo, da področje dolgotrajne oskrbe sistemsko ni urejeno. To pomeni, da ljudje prejemajo storitve in prejemke za dolgotrajno oskrbo na način, ki ga urejajo ločeni sistemi socialne varnosti in ločeni sistemi zagotavljanja oskrbe (socialno in zdravstveno varstvo) (str. 244). Druga značilnost obstoječega siste-

ma je izrazita institucionaliziranost. Kaže se v zagotavljanju oskrbe v institucijah (ne torej v domačem okolju uporabnikov), temu pa je prilagojeno tudi financiranje oskrbe. Najslabše razmerje med institucionalno in skupnostno oskrbo obstaja na področju oskrbe starejših. V domovih za stare živi skoraj trikrat več ljudi, kot jih prejema pomoč na domu, torej oskrbo doma (str. 247). Avtorji ugotavljajo, da je obstoječ sistem drag, zastarel in onemogoča, da bi uporabniki prejeli ustrezne storitve in živeli čim dostojnejše življenje. Uporabnike sicer spodbuja k uporabi neformalnih virov pomoči, a na način, ki dobesedno izčrpa sorodnike, prijatelje in znance, saj ne ponuja niti ustreznih razbremenjevalnih oblik pomoči niti izobraževanja in usposabljanja za oskrbo družinskih članov.

Na podlagi eksperimenta, številnih analiz in projekcij, ki jih v knjigi avtorji tudi predstavijo in utemeljijo, predlagajo sistem, ki ne bo dražji od zdajšnjega, a bo zagotavljal individualizacijo storitev, skupnostno oskrbo in dajal prednost tako življenju v domačem okolju kakor tudi neposrednemu financiranju in plačevanju storitev.

Sklepno, peto poglavje *Med zgodbami in predlogi* je sinteza prejšnjih in poskuša analizirati medsebojno delovanje različnih ravni dolgotrajne oskrbe. Zveni politično aktualno, saj ponuja uvajanje dolgotrajne oskrbe kot enega od kriznih ukrepov, kot investicijo v nove zaposlitve, izobraževanje, ustvarjanje nove tehnologije in paradigme oskrbe, predvsem pa je ukrep za spodbujanje solidarnosti med ljudmi. Dolgotrajno oskrbo je moč razumeti ne zgolj kot strošek socialne države, je tudi večkratna investicija, in sicer: (1) v drugačne načine bivanja ljudi, ki potrebujejo pomoč in podporo drugih, (2) v krepitev odnosov med ljudmi, predvsem priložnost za vzpostavljanje drugačnih odnosov, (3) v razvijanje neformalnih načinov solidarnosti na lokalni in osebni ravni, (4) v razvijanje drugačnih načinov zaposlovanja in vrednotenja dela (str. 328).

Vsekakor je uvajanje dolgotrajne oskrbe, kot jo predstavijo avtorji monografije, smiselno. Z njihovo pomočjo si zdaj uvajanje tudi lažje predstavljamo, saj so nam podali jasnejšo sliko o tem, kaj za uvajanje sistema dolgotrajne oskrbe še potrebujemo. V tem pogledu je monografija tudi ravno pravšnji pripomoček za vse, ki bodo v nov sistem dolgotrajne oskrbe vstopili (upamo, da čim prej) in ga vpeljali v naše življenje.

Jana Mali

Valentina Hlebec, Maša Filipovič Hrast, Sonja Kump, Sabina Jelenc Krašovec, Majda Pahor, Barbara Domajnko (2012)

MEDGENERACIJSKA SOLIDARNOST V SLOVENIJI

Ljubljana: Fakulteta za družbene vede. 160 strani.
ISBN 978-961-235-586-9.



Znanstvena monografija z naslovom *Medgeneracijska solidarnost v Sloveniji* je bila objavljena v evropskem letu aktivnega staranja in medgeneracijske solidarnosti (2012). Bralstvo obvešča o večplastnosti odnosov med generacijami, ki je leporečna skovanka »sožitje med generacijami« po navadi ne zajema. Avtorice že uvodoma (prvo poglavje) poudarijo, da je monografija rezultat temeljnega raziskovalnega projekta z istim naslovom, ki so se ga lotile z interdisciplinarnim pristopom. Ta jim je omogočil, da so oblikovale celovito delo, ki prepleta več ravni odnosov med generacijami v državi, skupnosti in družini, in tako pokazale, da se lahko

z medgeneracijsko izmenjavo dobrin in virov (...) med različnimi generacijami v družini, dopolnjuje in podpira ter ohranja ravnovesje med finančno stabilnostjo in načeli socialne pravičnosti v javni sferi. (Str. 5.)

Avtorice najprej podrobneje pojasnijo tri ravni obravnave medgeneracijske solidarnosti v

družboslovni znanstveni produkciji (drugo poglavje). Bralce opozorijo, da se na makroravni opazovanja pogosteje uporablja izraz »medgeneracijska pogodba« (str. 7). Znanstvena literatura jo največkrat presoja v okviru delovanja državnih sistemov blaginje, kot so pokojninski, zdravstveni in izobraževalni sistemi. S predstavitvijo dveh nasprotujočih si hipotez o odnosu med državo in družino avtorice poudarijo, da se z aktualnega vidika staranja prebivalstva tudi v akademskih krogih pojavlja dilema, ali državni sistemi blaginje zmanjšujejo nekatere oblike družinske medgeneracijske opore ali pa z večjo ponudbo institucionalnih oblik pomoči celo krepijo druge oblike solidarnosti (str. 9). Ob tem opozorijo na pomen skupnosti, ki je s pestrimi oblikami storitev in programov, delovanjem nevladnih organizacij in že »tradicionalnimi« medsosledskimi oblikami pomoči čedalje pomembnejši prostor za opazovanje medgeneracijske solidarnosti.

Mikroraven opazovanja medgeneracijske družinske solidarnosti avtorice povezujejo zlasti s predstavitvijo razlagalnega modela (teorije) odnosov med starši in njihovimi odraslimi otroki, ki so ga ameriški sociologi družine oblikovali in razvijali od sedemdesetih let 20. stoletja. Ta model še vedno velja za enega bolj uveljavljenih orodij empiričnega preučevanja medgeneracijske solidarnosti v kontekstu družinske skupnosti, hkrati pa so njegovi nasledniki z analizo nekaterih njegovih pomanjklivosti aktualizirali razpravo o merjenju vrste odnosov med generacijami. Te jih doživljajo kot solidarne, konfliktno ali pa ambivalentne (str. 21–24).

S tega vidika avtorice pregledajo pomembnejše novejša obsežna mednarodna anketna raziskava, ki vsaj delno zajemajo podatke o medgeneracijski solidarnosti (tretje poglavje). Pri tem se osredotočijo na operacionalizacijo koncepta generacije in indikatorjev za merjenje medgeneracijske solidarnosti po zgledu prej omenjenega modela. Potem konceptualno in operacionalno navežejo presojo medgeneracijske solidarnosti na študije o socialnih omrežjih kot virih socialne opore na ravni zaupnih odnosov opazovane osebe kot tudi odnosov na ravni skupnosti. Pri tem prepoznajo oblike (funkcije) socialne opore in jih pozneje analizirajo v okviru svoje raziskave in skušajo odgovoriti na vprašanje, kako lahko v omrežju socialne opore opazujemo

medgeneracijsko solidarnost (str. 38). Odgovor ponudijo z izračunom medgeneracijskih vezi v omrežju socialne opore na primeru deset let stare raziskave o socialnih omrežjih prebivalcev Slovenije. Pri tem presojujejo medgeneracijsko solidarnost v ožji ali razširjeni družini, med prijatelji, sosedi in sodelavci (str. 39–49).

Avtorice največ pozornosti namenijo prostoru družine (četrto poglavje), saj se je pokazal tako v domačih kot tujih raziskavah za temeljni vir medgeneracijskih opor. V tem poglavju bo bralstvo izvedelo, koliko opor si med seboj izmenjujejo starši in odrasli otroci v Sloveniji v primeru bolezni, druženja, materialnih, denarnih in čustvenih pomoči, v katerih primerih je opazovana generacija neto prejemnik ali neto dajalec opore in kateri dejavniki (spol, starost, izobrazba, kraj bivanja) pomembno vplivajo na določene razsežnosti solidarnosti opazovanih diad odnosov med starši in odraslimi otroki.

Ker pa omenjena kvantitativno zasnovana raziskava v Sloveniji metodološko ne dopušča odkrivanja kakovosti odnosov, so avtorice raziskavo odlično dogradile s kvalitativno zasnovanima študijama o medgeneracijski solidarnosti v družini v primeru bolezni in o medgeneracijskem učenju v družini. Z induktivnim pristopom in upoštevanje načela utemeljivne teorije študiji presojata, kako medgeneracijsko solidarnost v primeru bolezni doživljajo tisti, ki jo prejemajo in dajejo (prva študija, str. 62–76), in kako razumejo pomen medgeneracijskega učenja, sodelovanja in vzajemne pomoči v družini in v lokalni skupnosti predstavniki treh generacij sogovornic in sogovornikov (druga študija, str. 76–99).

Pri presoji medgeneracijske solidarnosti v skupnosti (peto poglavje) avtorice najprej komentirajo različne teorije in koncepte o vlogi sodobne skupnosti v družbi in o njenem pomenu kot prostoru medgeneracijske solidarnosti in skrbi za starejše ljudi. Pri tem posebej poudarjajo pomen izobraževanja za izmenjavo raznovrstnih izobraževalnih praks med generacijami določene skupnosti (str. 107).

V okviru raziskave so avtorice opravile študijo primera o razumevanju različno starih sogovornic in sogovornikov o potekajočih dejavnostih v skupnostih in njihovem sodelovanju v njih, da bi lažje ocenile obstoječe pogoje za uvajanje in izvajanje medgeneracijskih programov oziroma izobraževanja v skupnosti. V drugem delu tega poglavja pa so na

podlagi analize omrežij socialne opore v Sloveniji predstavile stopnjo medgeneracijske in znotrajgeneracijske solidarnosti med sosedi, čeprav so podatki prej omenjene kvantitativne študije pokazali, da je delež vezi s sosedi manj kot 10 % vseh vezi v omrežju socialne opore (str. 118). Ker pa se s starostjo povečuje pomen vezi s sosedi (str. 119), so podobno kot v primeru družine (četrto poglavje) opazovale stopnje teh vezi po posameznih vrstah opore. Tako so hotele ugotoviti, v katerih primerih so sosedje najpomembnejši vir opore starejšim ljudem.

Sklepno poglavje razvaja bralstvo, saj ga v razmeroma kratkem delu besedila (str. 127–133) s povzetki opisa dela vseh posamičnih stopenj (poglavij) raziskovanja in splošnim sklepom (str. 133) jedrnato obvešča o poteku in izvedbi celotne raziskave *Medgeneracijska solidarnost v Sloveniji*.

Monografija je prav gotovo temeljno delo, ki sledi zgledu uveljavljenega modela (teorije) medgeneracijske solidarnosti, oblikovanega v tradiciji ameriške sociologije družine od Burgessa naprej. Delo odlikuje metodološko zahtevna obravnava razpoložljivih virov podatkovnih zbirk v Sloveniji. Avtorice so izluščile primerljive indikatorje medgeneracijske solidarnosti, kakršne najdemo v znamenitem modelu. Pokazale so zrelost takega raziskovanja tudi z izvedbo kvalitativnih študij primerov v tistih delih projekta, ki zaradi metodoloških omejitev kvantitativno zasnovanih raziskav niso dopuščali bolj kompleksne presoje medgeneracijske solidarnosti, zlasti doživljanj in razumevanj določenih vrst odnosov.

Tak preplet metodoloških pristopov so kot obetavnega za prihodnje preučevanje medgeneracijske solidarnosti samokritično predlagali tudi sami avtorji modela in njegovi številni konstruktivni kritiki. S tega vidika je monografija zgled plodnega združevanja raziskovalk različnih družboslovnih metodoloških specializacij. Hkrati pa njen izid aktualizira že obstoječe študije v Sloveniji, ki presojujejo medgeneracijske odnose v različnih obdobjih in prostorih v okviru zgodovinske demografije, gerontologije, socialne zgodovine, etnologije, geografije, pedagogike, antropologije.

Monografija je akademska pridobitev za raziskovalke in raziskovalce ter študentke in študente družboslovja in humanistike. S knjigo so dobili zgled izpeljave metodološko zahtevnega projekta. Monografija je uporabna za bralstvo, ki se strokovno ali pa prostovoljno ukvarja z dejavnostmi, povezanimi z raznovrstnimi

medgeneracijskimi izmenjavami. Ne nazadnje prav z razpiranjem številnih vidikov presoje medgeneracijske solidarnosti knjiga pripomore tudi k problematiziranju v javnosti tako pogosto predstavljenih poenostavljenih predstav o medgeneracijski solidarnosti.

Duška Knežević Hočevar

INDEKS

SOCIALNO DELO, LETNIK 51 (2012)

ČLANKI

- BOŠKIČ, R. (& Rakar, T., Kuhar, M., Nagode, M.) – Potrebe sodobnih družin in državni vidik družinskih centrov v Sloveniji, 4: 259
- BOŠKIČ, R. (Dremelj, P. & Kuhar, M.) – Viri pomoči in opore družinam v okoliščinah pozne moderne, 4: 223
- COLLINS, D. (Odro, A. B., Dadzie, L. K. & Lodoiska, R., Ryan, P.) – Zdravstvena nega in promocija duševnega zdravja: študija primera v Združenem kraljestvu, 5: 337
- DA SILVA, K. – Evalvacija Promise-ovih smernic izobraževanja strokovnjakov na področju preventive pred samomorilnostjo in depresijo, 5: 327
- DA SILVA, K. (& Zager Kocjan, G.) – Smernice za izobraževanje strokovnjakov na področju preventive depresivnosti in samomorilnosti ter model izobraževalnega programa, 5: 317
- DADZIE, L. K. (Odro, A. B. & Collins, D., Lodoiska, R., Ryan, P.) – Zdravstvena nega in promocija duševnega zdravja: študija primera v Združenem kraljestvu, 5: 337
- DOMITER PROTNER, K. – Težavnost opredelitev različnih oblik zlorabe otrok v družini, 6: 379
- DREMELJ, P. (& Boškič, R., Kuhar, M.) – Viri pomoči in opore družinam v okoliščinah pozne moderne, 4: 223
- DRGLIN, Z. – Izmera poklica: od vodništva k sopotništvu, 1–3: 27
- ERŽEN, I. – Socialno delo v zdravstveni dejavnosti, 1–3: 15
- FLORA, L. (Jouet, E., Las Vergnas, O. &) – Priznavanje izkustvenega znanja bolnikov in bolnic: Pregled stanja, 1–3: 87
- GREBENC, V. – Uporabnost evropskih smernic Promise za izobraževanje v socialnem delu, 5: 301
- JOUET, E. (& Las Vergnas, O., Flora, L.) – Priznavanje izkustvenega znanja bolnikov in bolnic: Pregled stanja, 1–3: 87
- KOBAL TOMC, B. (& Narat, T., Žiberna, V.) – Družinski centri v Sloveniji: Analiza delovanja in predlog koncepta enotnega modela evalviranja, 4: 247
- KOVAČ, N. (Narat, T., Kuhar, M. &) – Razvoj družinskih centrov v Sloveniji: Občinski vidik, 4: 271
- KRSTULOVIČ, G. – Družbena konstrukcija starševstva in skrb za otroke z ovirami, 6: 405
- KUHAR, M. – Podaljšano sobivanje staršev in mladih odraslih v Sloveniji: razsežnosti, dejavniki in implikacije, 6: 365
- KUHAR, M. (Boškič, R., Rakar, T. & Nagode, M.) – Potrebe sodobnih družin in državni vidik družinskih centrov v Sloveniji, 4: 259
- KUHAR, M. (Dremelj, P., Boškič, R. &) – Viri pomoči in opore družinam v okoliščinah pozne moderne, 4: 223
- KUHAR, M. (Narat, T. & Kovač, N.) – Razvoj družinskih centrov v Sloveniji: Občinski vidik, 4: 271
- LAS VERGNAS, O., (Jouet, E. & Flora, L.) – Priznavanje izkustvenega znanja bolnikov in bolnic: Pregled stanja, 1–3: 87
- LIČER, Z. – Spolno zdravje, reproduktivno zdravje in varno materinstvo, 1–3: 55
- LODOISKA, R. (Odro, A. B., Dadzie, L. K., Collins, D. & Ryan, P.) – Zdravstvena nega in promocija duševnega zdravja: študija primera v Združenem kraljestvu, 5: 337
- NAGODE, M. (Boškič, R., Rakar, T., Kuhar, M. &) – Potrebe sodobnih družin in državni vidik družinskih centrov v Sloveniji, 4: 259
- NARAT, T. (Kobal Tomc, B. & Žiberna, V.) – Družinski centri v Sloveniji: Analiza delovanja in predlog koncepta enotnega modela evalviranja, 4: 247
- NARAT, T. (Kuhar, M., Kovač, N.) – Razvoj družinskih centrov v Sloveniji: Občinski vidik, 4: 271
- NOVAK, B. – Bolečina zaradi zavrženosti: afektivna dinamika nezvestobe in relacijska družinska paradigma, 6: 389
- ODRO, A. B. (& Dadzie, L. K., Collins, D., Lodoiska, R., Ryan, P.) – Zdravstvena nega in promocija duševnega zdravja: študija primera v Združenem kraljestvu, 5: 337
- RAKAR, T. (Boškič, R. & Kuhar, M., Nagode, M.) – Potrebe sodobnih družin in državni vidik družinskih centrov v Sloveniji, 4: 259

- RAMON, S. (Shears, J. &) – Vrstniške podporne delavke in delavci, 1–3: 103
- RISTIČ KOVAČIČ, S. – Bolnišnično socialno delo na Kliničnem inštitutu za klinično nevrofiziologijo, 1–3: 135
- RYAN, P. (Odro, A. B., Dadzie, L. K., Collins, D., Lodoiska, R. &) – Zdravstvena nega in promocija duševnega zdravja: študija primera v Združenem kraljestvu, 5: 337
- SHEARS, J. (& Ramon, S.) – Vrstniške podporne delavke in delavci, 1–3: 103
- STRŽINAR, D. – Socialno delo z mladostniki v psihiatrični obravnavi, 1–3: 127
- ŠABIČ, A. – Koncept promocije duševnega zdravja kot izhodišče preventivnih akcij na področju zasvojenosti, 5: 293
- ŠIMARA SAJE, M. – Diskurzivna analiza ženskih izkušenj menopavze, 1–3: 65
- ŠPRAH, L. – Funkcionalna remediacija oseb z motnjami razpoloženja, 1–3: 143
- ŠRIBAR, R. – Spoli v poljudnoznanstvenem govoru in vrednostnem zaznavanju bolezni in zdravstvenih težav, 1–3: 77
- ULE, M. – Družbeni vidiki zdravja in medicine, 1–3: 5
- VIDEMŠEK, P. – Uporabniško raziskovanje kot produkcija znanja, 1–3: 115
- ZAGER KOČJAN, G. (da Silva, K. &) – Smernice za izobraževanje strokovnjakov na področju preventive depresivnosti in samomorilnosti ter model izobraževalnega programa, 5: 317
- ZAVIRŠEK, D. – Reproductivna medicina in socialno delo, 1–3: 39
- ŽIBERNA, V. (Kobal Tomc, B., Narat, T. &) – Družinski centri v Sloveniji: Analiza delovanja in predlog koncepta enotnega modela evalviranja, 4: 247

UVODNIKI

- GREBENC, V. (Šabič, A. &) – Izobraževanje za dobro promocijo duševnega zdravja, 5: 289
- KOBAL TOMC, B. (Kuhar, M. &) – Razvoj družinskih centrov v Sloveniji, 4: 217
- KUHAR, M. (& Kobal Tomc, B.) – Razvoj družinskih centrov v Sloveniji, 4: 217
- ŠABIČ, A. (& Grebenc, V.) – Izobraževanje za dobro promocijo duševnega zdravja, 5: 289
- UREK, M. – Zdravje med neenakostmi, socialnim delom in participacijo, 1–3: 1

POROČILA

- GRAECEN, T. (Moineville, M. Jouet, E. &) – Ukrep za destigmatizacijo oseb s težavami z duševnim zdravjem med zaposlitvenimi svetovalci in svetovalkami, 5: 347
- JOUET, E. (Moineville, M. & Graecen, T.) – Ukrep za destigmatizacijo oseb s težavami z duševnim zdravjem med zaposlitvenimi svetovalci in svetovalkami, 5: 347
- MOINEVILLE, M. (& Jouet, E., Graecen, T.) – Ukrep za destigmatizacijo oseb s težavami z duševnim zdravjem med zaposlitvenimi svetovalci in svetovalkami, 5: 347
- PLETTE, R. – Vloga madžarskega Inštituta za varnost in zdravje pri delu v projektu Promise, 5: 353

POROČILA IZ PRAKSE

- CIGOJ KUZMA, N. (Videmšek, P. &) – Teden dni zagovorništva na daljavo, 1–3: 185
- KADILNIK, T. – Delovna terapija v terapevtski skupnosti Spring Lake Ranch, 6: 419
- KAURIČ, A. (& Stolc Jež, A., Širaj Mažgon, K.) – Evalvacija programa skupnostnega psihiatričnega zdravljenja v Psihiatrični bolnišnici Idrija, 1–3: 177
- KOTNIK GRČAR, T. – Vloga socialne delavke pri zdravljenju s transplantacijo srca, 1–3: 153
- MUHIČ, S. – Socialno delo na Dispanzerju za pedopsihatrijo v Zdravstvenem domu Maribor, 1–3: 159
- STEVANOVIČ, J. – Socialno delo v Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu Republike Slovenije – Soča, 1–3: 165
- STOLC JEŽ, A. (Kaurič, A. & Širaj Mažgon, K.) – Evalvacija programa skupnostnega psihiatričnega zdravljenja v Psihiatrični bolnišnici Idrija, 1–3: 177
- ŠIRAJ MAŽGON, K. (Kaurič, A., Stolc Jež, A. &) – Evalvacija programa skupnostnega psihiatričnega zdravljenja v Psihiatrični bolnišnici Idrija, 1–3: 177
- URANKAR, N. – Socialno delo pri obravnavi pediatričnih pacientov, 1–3: 181
- VIDEMŠEK, P. (& Cigoj Kuzma, N.) – Teden dni zagovorništva na daljavo, 1–3: 185
- ZEMLJAK, S. – Vloga koordinatorja v lokalni mreži programov socialnega varstva v Prekmurju, 6: 415
- ŽAJDELA, B. – Skupnostna psihiatrična obravnava v Psihiatrični kliniki v Ljubljani, 1–3: 171

POROČILO S POTI

LEŠNIK, B. – Konferenca »Breaking the mould: humanitarian aid and empowering local communities« (Razbijanje kalupa: humanitarna pomoč in krepitev lokalnih skupnosti), 6: 425

ESEJ

PETELINEK, T. – Med mojo in tvojo resničnostjo, 1–3: 191

RECENZIJE

KUHAR, M. – Darja Zaviršek (2012), *Od krvi do skrbi: socialno starševstvo v globalnem svetu*, 6: 427

KUSTEC, K. – Elisabeth Jensen, Helle Jensen (2011), *Dialogi s starši*, 6: 431

SOBOČAN, A. M. – Kim Strom-Gottfried (2007), *Straight talk about professional ethics*, 6: 429

ZORN, J. – Darja Zaviršek, Ana M. Sobočan (2012), *Mavrične družine grejo v šolo: perspektive otrok, staršev in učiteljic*, 1–3: 199

DOKUMENT

Indeks avtoric in avtorjev v letniku 50 (2011), 1–3: 201

UREDNIČE TEMATSKIH ŠTEVILK

GREBENC, V. (Šabić, A. &) – Promocija duševnega zdravja, 5

KOBAL TOMC, B. (Kuhar, M. &) – Družinski centri v Sloveniji, 4

KUHAR, M. (& Kobal Tomc, B.) – Družinski centri v Sloveniji, 4

ŠABIĆ, A. (& Grebenc, V.) – Promocija duševnega zdravja, 5

UREK, M. – Socialno delo v zdravstvu, 1–3

Valentina Hlebec

RAZVOJ IN SPREMEMBE V TIPOLOGIJI SOCIALNE OSKRBE NA DOMU

Socialna oskrba na domu je izjemno pomemben program za zagotavljanje kakovosti življenja starejših, ki živijo v domačem okolju. Analize razvoja tega programa kažejo na izjemno veliko raznovrstnost med občinami v organizaciji in dostopnosti socialne oskrbe. Tipologija občin kaže, da obstajajo med občinami tudi podobnosti. V Sloveniji je leta 2008 obstajalo pet tipov občin, ki se razlikujejo po učinkovitosti in kakovosti pomoči na domu. Posamezni tipi se med seboj razlikujejo glede na to, kateri akter večinsko plačuje oskrbo na domu (država ali občina ali uporabnik) in kolikšna je ponudba in kakovost te oskrbe (trajanje obiskov in število uporabnikov). V prispevku preverjamo razvoj programa in spremembe v tipologiji občin. Ključna ugotovitev je, da se je heterogenost občin zmanjšala, se pravi, da smo za podatke iz leta 2010 empirično dobili manjše število modelov organizacije socialne oskrbe na domu kot za podatke iz leta 2008. Podrobnejša analiza indikatorjev, ki smo jih vključili v razvrščanje, in indikatorjev, ki smo jih analizirali, je pokazala, da je za večino občin možno reči, da je šel razvoj organizacije socialne oskrbe na domu v smeri večje učinkovitosti izrabe sredstev.

KLJUČNE BESEDE: socialna oskrba na domu, razvrščanje v skupine, modeli oskrbe.

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.

Mateja Nagode, Valentina Hlebec

SOCIALNA OSKRBA Z VIDIKA SOCIALNIH OSKRBOVALK

Socialna oskrba na domu je temeljna socialnovarstvena storitev, ki se dogaja na domu posameznika, vendar se glede na načrtovan obseg razvija občutno prepočasi. Gre za področje, ki zahteva več sistematične raziskovalne pozornosti z vseh vidikov delovanja – systemskega, izvajalskega in uporabniškega. V članku se osredotočamo na izvajalsko raven, saj je bila doslej najmanj raziskana. Sistematično, s kritično metaanalizo ovrednotimo raziskave, ki obravnavajo delo in položaj socialnih oskrbovalk, tj. ključnega kadra pri zagotavljanju in organiziranju socialne oskrbe na domu. Ker je raziskav o tem v Sloveniji zelo malo in ker menimo, da je področje treba temeljiteje raziskati, smo za začetek povzeli ključne vsebinske ugotovitve že obstoječih raziskav. Hkrati smo kritično ovrednotili uporabljene metodologije, povzeli njihove pomembne značilnosti in poudarili ključne pomanjkljivosti. Ugotovitve so pomembna metodološka in vsebinska podlaga za nadaljnje raziskovanje in vrednotenje področja dela socialnih oskrbovalk. V članku posebej poudarimo, da je treba to področje temeljiteje raziskati na reprezentativni in nacionalni ravni.

KLJUČNE BESEDE: socialna oskrba na domu, socialne oskrbovalke, kakovost delovnega življenja.

Mateja Nagode je univerzitetna diplomirana sociologinja, višja raziskovalka Inštituta RS za socialno varstvo. Ukvarja se s socialno politiko, s poudarkom na socialnovarstvenih storitvah in programih, in s področjem dolgotrajne oskrbe. Je podiplomska študentka statistike na Univerzi v Ljubljani. Kontakt: mateja.nagode@guest.arnes.si. Tel.: 01/2000 257.

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.

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.

Jana Mali

SOCIALNO DELO S STARIMI LJUDMI KOT SPECIALIZACIJA STROKE

Povečanje deleža starejšega prebivalstva tudi v socialnem delu usmerja pozornost na pojave, ki spremljajo starost, staranje in stare ljudi. Stari ljudje so v 21. stoletju ključni izziv za razvoj konceptov, metod in spretnosti socialnega dela. V prispevku se ukvarjamo z vprašanji, koliko je socialno delo pripravljeno na reševanje stisk in težav starih ljudi, kakšne konceptualne osnove in možnosti ponuja za strokovno delo in kakšne možnosti imajo socialne delavke in delavci za pridobivanje ustreznega znanja za ravnanje s starejšo populacijo. Opozarjamo, da kljub zavedanju pomembnosti razvoja specializiranega socialnodelovnega znanja nimamo dovolj literature, raziskav s tega področja, prav tako pa tudi zanemarjamo izobraževanje socialnih delavcev in delavk za delo s starejšo populacijo. V prispevku prikažemo dobre konceptualne zasnove za razvoj socialnega dela kot specializacije. Poudarimo dinamičnost socialnega dela kot posebno značilnost, ki omogoča odzivnost socialnega dela na aktualne družbene razmere, kakor tudi pretočnost med teorijo in metodiko socialnega dela, ki se pri delu s starimi ljudmi že kaže kot prednost za učinkovito pomoč starim ljudem.

KLJUČNE BESEDE: stari ljudje, metode in načela socialnega dela, izobraževanje, gerontologija.

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.

Valentina Hlebec

DEVELOPMENT AND CHANGES IN THE TYPOLOGY OF SOCIAL HOME CARE

Social home care is an important programme for maintaining quality of life of older people living at home. Analysis of the development of this programme in Slovenia shows enormous diversity between municipalities in organization and accessibility of social care. However, typology of municipalities also shows some similarities between them. In Slovenia in 2008 there were five types of municipalities that differ in efficiency and quality of home care. Individual types differed on who mainly pays for the home care (either the government, the municipality or the user) and what is the extent of the offer and the quality of home care (duration of visits and number of users). The development of the programme and changes in the typology of municipalities are investigated. The key finding is that the heterogeneity of municipalities decreased, as smaller number of models of organizations of social home care were found in 2010 than in 2008. Our more detailed analysis showed that the majority of municipalities used the funding more efficiently.

KEY WORDS: social home care, clustering, models of care.

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.

Mateja Nagode, Valentina Hlebec

HOME CARE FROM THE PERSPECTIVE OF HOME CARE WORKERS

Home care is a fundamental social care service provided at home of individuals, but according to the planned scope its development is significantly slow. This is an area that requires more planned research and particular attention paid to all aspects of its functions – system, provider and user. The focus in the paper is on the providers, which was hitherto less studied. Systematic, critical meta-analysis has been used to evaluate the research addressing the work and social position of home care workers, ie. key personnel in the provision and organization of social care at home. Since the research on this topic in Slovenia is very poor and because it is believed that this area needs to be thoroughly investigated, the key substantive findings of existing research have been summarised. At the same time a critical approach was used to evaluate methodologies, summarize their important features and highlight key shortcomings. The findings form an important methodological and substantive basis for further exploration and evaluation of home care workers in the field. The fact that it is necessary to explore this area more thoroughly on a representative and national level is stressed.

KEY WORDS: home care, home care workers, quality of working life.

Mateja Nagode, BA in sociology, is a senior researcher at the Social protection institute of the Republic of Slovenia. Her work focuses on social policy, especially on social care and programmes and long-term care. She's a postgraduate student of statistics, University of Ljubljana. Contact: mateja.nagode@guest.arnes.si. Phone: + 386 1 2000 257.

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.

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 of 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.

Jana Mali

**SOCIAL WORK WITH OLDER PEOPLE
AS A SPECIALIZATION**

The increase in the share of older population has also increased social workers' and general attention to the phenomena that accompany old age, aging and older people. In the 21st century, the older generation represents a major challenge for social work in terms of concepts, methods and skills required for work with older people. In this paper we seek to answer several questions. How well is social work prepared for dealing with older people's crises and problems? Which conceptual basis and possibilities for professional work are available? What options do social workers have to acquire knowledge needed to deal with older population? We draw attention to the fact that despite greater awareness of the importance of specialization within social work, both the literature and research on this subject are insufficient, and education for work with older people is neglected. We further present conceptual bases that are good for the development of social work as a specialization, while emphasizing the dynamic nature of social work and fluidity between its theory and methodology, which in the area of work with older people has proved to be an advantage that enables the provision of effective assistance to older people.

KEY WORDS: old age, methods and principles of social work, education, gerontology.

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.

SOCIALNO DELO
LETNIK 52
FEBRUAR 2013
ŠTEVILKA 1

ISSN 0352-7956
UDK 304+36

2013 • 1

TEMATSKA STEVILKA – OSKRBA STAREJSIH V SKUPNOSTI V SLOVENIJI

- UVODNIK** Jana Mali, Valentina Hlebec – ORGANIZACIJA OSKRBE ZA STAREJŠE KOT IZZIV ZA SODOBNO DRUŽBO – 1
- CLANKI**
- Valentina Hlebec – RAZVOJ IN SPREMEMBE V TIPOLOGIJI SOCIALNE OSKRBE NA DOMU – 3
- Mateja Nagode, Valentina Hlebec – SOCIALNA OSKRBA Z VIDIKA SOCIALNIH OSKRBOVALK – 15
- Valentina Hlebec, Jana Mali – TIPOLOGIJA RAZVOJA INSTITUCIONALNE OSKRBE STAREJŠIH LJUDI V SLOVENIJI – 29
- Majda Čermič istenič – MEDGENERACIJSKA SOLIDARNOST SKOZI PRIZMO ORGANIZIRANOSTI OSKRBE ZA STAREJŠE V SKUPNOSTI – 43
- Jana Mali – SOCIALNO DELO S STARIMI LJUDMI KOT SPECIALIZACIJA STROKE – 57
- POROČILI**
- Mateja Lah – PRILAGOJENOST STANOVANJ ZA SAMOSTOJNO ŽIVLJENJE STARIH LJUDI – 69
- Mojca Pušnik – POMEN VAROVANJA NA DALJAVO ZA SOCIALNO DELO S STARIMI LJUDMI – 73
- POROČILO S POTI** Jana Mali, Vera Grebenc, Amra Šabič – PETA MEDNARODNA KONFERENCA SOCIALNEGA DELA V TROGIRJU – 77
- RECENZIJI**
- Jana Mali – Vito Flaker, Mateja Nagode, Andreja Rafaellč, Nataša Udovč (2011), *Nastajanje dolgotrajne oskrbe: ljudje in procesi – eksperiment in sistem* – 81
- Duška Knežević Hočevar – Valentina Hlebec, Maša Fillpovlč Hrast, Sonja Kump, Sabina Jelenc Krašovec, Majda Pahor, Barbara Domajnko (2012), *Medgeneracijska solidarnost v Sloveniji* – 83
- DOKUMENT** INDEKS – SOCIALNO DELO – LETNIK 50 (2011) – 87
- POVZETKI** SLOVENSKI – 91
ANGLEŠKI – 94

ISSN 0352-7956
3 1770352 795008

socialno delo