

## IZ GERONTOLOŠKE LITERATURE

*European Commission (2013). Long-term care in ageing societies – Challenges and policy options. Commission staff working document. V: [http://www.google.si/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCYQFjAA&url=http%3A%2F%2Fec.europa.eu%2Fsocial%2FBlobServlet%3FdocId%3D9769%26langId%3Den&ei=8fp9VlibEcS9ygO9zoLQDQ&usg=AFQjCNExnfeouUwmaGMrM38\\_3q0e\\_FMRgw&sig2=fpQr6V3DDAjNaDG-gFeQRQ&bvm=bv.80642063,d.bGQ](http://www.google.si/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCYQFjAA&url=http%3A%2F%2Fec.europa.eu%2Fsocial%2FBlobServlet%3FdocId%3D9769%26langId%3Den&ei=8fp9VlibEcS9ygO9zoLQDQ&usg=AFQjCNExnfeouUwmaGMrM38_3q0e_FMRgw&sig2=fpQr6V3DDAjNaDG-gFeQRQ&bvm=bv.80642063,d.bGQ) (sprejem: avgust 2014)*

### **DOLGOTRAJNA OSKRBA V STARAJOČIH SE DRUŽBAH – IZZIVI IN POLITIČNE MOŽNOSTI**

Dokument *Dolgotrajna oskrba v starajočih se družbah – izzivi in politične možnosti*, je del *Socialno investicijskega paketa* (Social Investment Package). Njegova rdeča nit je socialna varnost pred tveganji za dolgotrajno oskrbo pri krhkih starejših ljudeh in pri starejših ljudeh z multimorbidnostjo. Avtorji dokumenta se usmerjajo samo na starejšo populacijo, čeprav se zavedajo, da storitve dolgotrajne oskrbe potrebujejo tudi otroci in ljudje v srednjem življenjskem obdobju, ki imajo težje telesne in duševne bolezni. Vendar pa bo zaradi naraščanja števila starih ljudi tudi v prihodnje večina storitev dolgotrajne oskrbe namenjena tej skupini prebivalstva.

Dokument nakazuje, da obstajajo močni argumenti za socialne naložbe in socialno varstvo tudi v pozni starosti. Če želijo države članice, v katerih se bo v naslednjih desetletjih število zelo starih ljudi potrojilo, zagotoviti zadostno socialno varstvo v primeru potreb po dolgotrajni oskrbi, bodo morale najti načine za

odgovarjanje na vedno večje potrebe po njenih storitvah, ob tem pa povečati tudi učinkovitost storitev oskrbe.

Za vzpostavitev vzdržnih sistemov dolgotrajne oskrbe bo potrebno delovati na treh področjih: zmanjševati invalidnost in nezmožnost v starosti, pospeševati sposobnost starejših ljudi za samostojno življenje kljub funkcionalnim omejitvam ter povečevati učinkovitost storitev oskrbe. Socialno varstvo za dolgotrajno oskrbo torej vključuje tudi ukrepe, ki preprečujejo, odlagajo ali blažijo potrebo po njej.

Obseg potreb po dolgotrajni oskrbi starejših ljudi bo v prihodnosti odvisen od treh dejavnikov:

- števila ljudi, ki bodo starejši od 80 let (ta starostna skupina najpogosteje potrebuje storitve dolgotrajne oskrbe),
- povprečnega zdravstvenega stanja starejših ljudi in
- stopnje neodvisnosti, ki jo starejši ljudje, kljub bolezni in omejitvam, še lahko vzdržujejo.

Na prvega izmed zgoraj opisanih dejavnikov ne moremo vplivati, trend naraščanja števila ljudi, starejših od 80 let, pa je v projekcijah prebivalstva dobro raziskan. S strateškimi dokumenti in programi lahko torej vplivamo le na preostala dva dejavnika. Zdravstveno stanje starejšega človeka je odvisno od življenjskega sloga, ki ga je živel v mladosti in odrasli dobi, od vedenjskih vzorcev, življenjskih razmer in učinkovitosti zdravstvene obravnave ob nastanku telesnih in duševnih bolezni. Zmožnost samostojnega življenja v starosti je odvisna od tega, koliko je okolje starosti prijazno, od

življenjskih okoliščin in od dostopnosti različnih tehnologij in pripomočkov. Javni programi in strategije naj se torej ne nanašajo samo na vprašanje, kako zadostiti naraščajočim potrebam po dolgotrajni oskrbi zaradi staranja prebivalstva, ampak naj se usmerjajo tudi k preventivnim dejavnostim, ki bi zmanjšale potrebo po tej vrsti oskrbe.

Podaljševanje življenjske dobe spremlja tudi povečanje pojavnosti kroničnih bolezni, kar lahko vpliva na zmanjšanje samostojnosti pri opravljanju nekaterih vsakodnevnih opravil. Potreba po dolgotrajni oskrbi ne izhaja iz samega staranja, ampak je posledica onemoglosti in multimorbidnosti.

Možnost staranja v kraju bivanja (ang. *age in place*) pogosto pozitivno vpliva na mentalno in telesno zdravje starejšega človeka. Ostati v domačem kraju, v lastni hiši pa si stari ljudje tudi najpogosteje želijo. V primeru onemoglosti in odvisnosti od pomoči drugega človeka, si velika večina starejših ljudi želi, da bi prejeli oskrbo na lastnem domu. O tem pa odločajo štirje ključni dejavniki.

1. Zmožnost starejših ljudi, da ostanejo doma, je odvisna od tega, ali živijo sami ali ne. Možnost vzajemne podpore, ki jo starejšemu človeku nudijo ostali člani gospodinjstva, ima velik vpliv na sposobnost starejšega onemoglega človeka pri spoprijemanju z dejavnostmi vsakdanjega življenja.
2. Prilagoditev stanovanj na način, da so starosti bolj prijazna, igra zelo pomembno vlogo pri tem, da lahko starejši človek tudi v starostni in bolezenski onemoglosti živi v domačem okolju. Tako je potrebno zmanjšati tveganje za poškodbe, ki nastajajo zaradi arhitekture in ureditve prostorov, in vgraditi razne pripomočke, ki olajšajo opravljanje vsakodnevnih dejavnosti. Pomembno je tudi spodbujati starejše, da se sami poslužujejo preprostih ukrepov, ki zmanjšajo tveganje za poškodbe na domu.

3. Podporna in moderna informacijsko komunikacijska tehnologija ponuja obetajoče se možnosti, ki bi omogočale samostojno življenje starejšemu človeku in bile v pomoč neformalnim oskrbovalcem pri usklajevanju poklicnega in družinskega življenja. Danes so na voljo avtomatizirana stranišča, pripomočki za hojo in dviganje človeka, naprave za komunikacijo in spremljanje starejšega človeka; tehnologija na tem področju se zelo hitro razvija. Moderna tehnologija omogoča, da se del oskrbe odvija tudi preko oddaljenega dostopa, pomaga pri izboljšanju kognitivnega zdravja, pri zmanjševanju osamljenosti, pripomore pa tudi k lajšanju številnih opravil v stanovanju.

4. Dostopnost do neformalne in formalne oskrbe, če starejši človek ni več samostojen.

Način, preko katerega je dolgotrajna oskrba umeščena znotraj socialnovarstvenih sistemov v državah Evropske unije, se od države do države razlikuje. To je še posebej razvidno v razmejitvi deleža med formalno in neformalno oskrbo. Velike razlike so v organizaciji formalne oskrbe (zagotavljajo jo javni zavodi, profitne organizacije, nevladne organizacije). Razlikuje se njeno financiranje (preko davkov, obveznega socialnega zavarovanja, prostovoljnega zavarovanja, iz lastnih žepov ljudi, ki potrebujejo oskrbo). Prav tako so razlike v tem, kje ljudje prejema oskrbo (domovi za ostarele ali oskrba na domu).

V vseh državah Evropske unije ima neformalna oskrba pomembno mesto v celotni dolgotrajni oskrbi. Med državami pa so velike razlike v dostopnosti in razvitosti formalne oskrbe. Nekatere izmed držav ponujajo denarna nadomestila ali posebne kupone za plačilo formalnih storitev dolgotrajne oskrbe, ponekod pa tudi neformalnih. V državah, kjer neformalni oskrbovalci za svoje delo

prejemajo določeno plačilo, je pogosto meja med formalnim in neformalnim oskrbovanjem zabrisana.

Nekatere izmed držav članic Evropske unije še vedno večino bremena dolgotrajne oskrbe prelagajo na družino. Družine tako same prevzamejo oskrbo ali pa poiščejo zunanjo pomoč, ki jo plačajo iz lastnega žepa. Številne države pa so zagotovile vsaj majhen delež storitev formalne dolgotrajne oskrbe, ki jo financirajo iz državnega proračuna ali preko socialnih zavarovanj. Med temi državami pa se močno razlikujeta dostopnost (tudi cenovna) in kakovost teh storitev.

Javni izdatki za dolgotrajno oskrbo nihajo med 4,5 % BDP na Danskem in 0,2 % na Cipru. Povprečje EU-27 pa je 1,8 % BDP. Slovenija je z 1,4 % BDP pod evropskim povprečjem. Ob tem je potrebno poudariti, da je v te številke všteta samo formalna oskrba, neformalna oskrba se ni štela kot strošek za državne blagajne. Razlike v javnih izdatkih za dolgotrajno oskrbo so odsev razlik v pokritosti formalne in neformalne oskrbe v državah.

Stroški javne dolgotrajne oskrbe v posamezni državi so v veliki meri odvisni od deleža neformalne oskrbe. Formalna in neformalna oskrba se lahko med seboj dopolnjujeta ali pa ena vrsta oskrbe nadomešča drugo. Formalne storitve dolgotrajne oskrbe so velik strošek za državne blagajne, neformalna družinska oskrba pa vključuje oportunitetne in redne stroške družin. Poleg tega neformalna oskrba pomeni tudi strošek za državno blagajno, saj neformalni oskrbovalci pogosto ne morejo ostati na trgu dela in zato ne plačujejo davkov in socialnih prispevkov.

## **NEFORMALNA OSKRBA**

V večini evropskih držav je večinski del oskrbe na plečih neformalnih oskrbovalcev. Tudi v državah, kjer so storitve formalne oskrbe dobro razvite, je ocenjeno število

neformalnih oskrbovancev vsaj dvakrat večje od števila formalnih.

Več kot 90 % ljudi, ki nudijo neformalno oskrbo, je s človekom, za katerega skrbijo, v sorodstvenem razmerju. Neformalni oskrbovalci so najpogosteje žene, hčere v srednjih letih ali snahe. Delež ljudi, ki nudijo vsaj nekaj oskrbe, je večji v severnih državah Evropske unije, manjši pa v južnih. Toda v južnih državah Evropske unije je neformalna oskrba dosti težja, saj se osredotoča predvsem na pomoč pri osnovnih vsakodnevnih opravilih (osebna higiena, oblačenje, hranjenje, pomoč pri gibanju, pomoč pri ohranjanju kontinence in pri uporabi stranišča). Na severu neformalni oskrbovalci pomagajo predvsem pri instrumentalnih vsakodnevnih opravilih (gospodinjska opravila, kuhanje, nakupovanje, pomoč pri uporabi transportnih sredstev, pomoč pri upravljanju z denarjem, pomoč pri jemanju zdravil in uporabi telefona in računalnika). Ekonomska vrednost neformalne oskrbe v državah Evropske unije je ocenjena na 50 do 90 % vseh stroškov za dolgotrajno oskrbo.

Neformalni oskrbovalci se pogosto soočajo s stresom, ko skušajo uskladiti poklicne in družinske obveznosti, številni med njimi pa tudi nimajo potrebnih znanj za oskrbovanje starejših. Družinska oskrba pogosto pomeni tudi veliko finančno breme, ker so oskrbovalci primorani zmanjšati število delovnih ur ali povsem zapustiti trg dela. To lahko vodi v revščino oskrbovalcev v času oskrbovanja, pa tudi v starosti, saj imajo manjše pokojnine zaradi krajšega časa vključenosti na trg dela.

V državah severne Evrope neformalni oskrbovalci v večini primerov ostanejo v svojih službah. V teh državah je formalna oskrba dobro razvita, kar neformalnim oskrbovalcem omogoča dobro usklajevati službo in družinske obveznosti. V državah južne Evrope morajo

neformalni oskrbovalci zaradi obsežnih obveznosti neformalne oskrbe pogosto zapustiti trg dela, se zaposliti z delnim delovnim časom ali prezgodaj upokojiti. Podoben vzorec, čeprav manj izrazit, je mogoče opaziti tudi v nekaterih državah centralne Evrope.

Kakšni so sistemi financiranja dolgotrajne oskrbe v različnih državah članicah Evropske unije? Lahko so del javnih zdravstvenih in socialnih sistemov, ki so financirani preko davkov, storitve dolgotrajne oskrbe pa opravljajo javni uslužbenci (Danska, Švedska). V Nemčiji in Avstriji so uvedli obvezno socialno zavarovanje, preko katerega financirajo storitve dolgotrajne oskrbe v obliki direktnih plačil izvajalcem (v večini so to neprofitne organizacije) ali preko denarnih nadomestil in posebnih bonov, ki jih prejmejo oskrbovanci. Neposredno plačevanje iz lastnih finančnih sredstev uporabnikov je bolj značilno za storitve institucionalne dolgotrajne oskrbe kot za oskrbo na domu. V večini držav Evropske unije storitve dolgotrajne oskrbe izvajajo tudi profitne organizacije, ki pa imajo vidnejšo vlogo samo v Združenem kraljestvu. Približno polovica držav članic Evropske unije ima vzpostavljen nacionalni sistem dolgotrajne oskrbe, ostale pa imajo dolgotrajno oskrbo organizirano na lokalnih ali še nižjih organizacijskih nivojih.

Nerazvitost storitev dolgotrajne oskrbe v južnejših državah članicah Evropske unije je vodila do povečanega zaposlovanja migrantov (pogosto nelegalnega). Neformalni oskrbovalci – migranti ponavadi živijo skupaj s človekom, kateremu nudijo oskrbo. Ta način zagotavljanja neformalne oskrbe je značilen tudi za nekatere države centralne Evrope (Avstrija, Nemčija), vendar v veliko manjšem obsegu, kot je to značilno za Italijo, kjer migranti zagotavljajo do 75 % vseh storitev dolgotrajne oskrbe.

## **POLITIČNE MOŽNOSTI ZA REŠEVANJE PRIHODNIH IZZIVOV DOLGOTRAJNE OSKRBE**

V naslednjih desetletjih se bo manjšalo število delovno sposobnih ljudi, kar bo lahko vplivalo na ekonomsko rast in otežilo zaposlovanje formalnih oskrbovalcev. Spremembe v bivalnem okolju, organizaciji družinskega življenja, povečevanje ženske delovne sile na trgu dela in dvigovanje upokojitvene starosti bodo zmanjšali bazen neformalnih oskrbovalcev. Ob tem pa je predvideno trikratno povišanje števila tistih, ki storitve dolgotrajne oskrbe najbolj potrebujejo.

Poročilo o staranju iz leta 2012 (*The Ageing Report 2012*) napoveduje strmo rast števila ljudi, starejših od 80 let, kar bo posledično povečalo potrebe po dolgotrajni oskrbi in s tem izdatke. Staranje prebivalstva bo tako vplivalo na podvojitev javnih izdatkov, namenjenih za dolgotrajno oskrbo, tj. iz 1,8 % BDP v letu 2010 na 3,6 % BDP v letu 2060.

Iz tega sledi, da je potrebno omejiti naraščanje javnih izdatkov, ob tem pa zmanjševati vrzel med potrebami po dolgotrajni oskrbi in storitvami, ki so na voljo.

## **ODZIVI POLITIKE, POTREBNI ZA REŠEVANJE IZZIVOV**

Da bi zmanjševali vrzel med potrebami po dolgotrajni oskrbi in storitvami, ki so na voljo, se je potrebno usmeriti v:

- spodbujanje učinkovitosti in produktivnosti storitev oskrbe,
- zmanjševanje incidence in splošne prevallence krhkosti in nezmožnosti,
- zmanjševanje odvisnosti; spodbujanje starejših ljudi, da čim dlje v starost ohranjajo neodvisno življenje, čeprav se soočajo s funkcionalnimi omejitvami.

Prvi element, spodbujanje učinkovitosti in produktivnosti storitev oskrbe, se osredotoča na možnosti zagotavljanja boljše oskrbe



z manj viri (tako v smislu delovne sile kot denarnih stroškov). Preostala dva elementa se osredotočata na rast potreb po dolgotrajni oskrbi in na ukrepe preprečevanja obolevnosti in upočasnjevanja poteka bolezni ter hkrati spodbujanja starejših ljudi, da kljub funkcionalnim omejitvam čim dlje ohranjajo neodvisno življenje. Aktivno in zdravo staranje ter usmerjen poudarek na preventivo in rehabilitacijo lahko zmanjšata incidenco krhkosti, odložita nastanek krhkosti ali ublažita simptome, funkcionalne omejitve in invalidnosti, povezane s krhkostjo. Ljudje, ki tudi v starosti ohranjajo dobro telesno in duševno kondicijo, nimajo samo boljših možnosti, da se krhkosti v starosti izognejo ali jo odložijo v kasnejši čas, ampak se pogosto tudi lažje in bolj učinkovito soočajo s funkcionalnimi omejitvami, kadar se pojavijo.

Splošne preventivne in zdravstvene sheme za ljudi vseh starosti, s posebnim poudarkom na programih za ljudi, starejše od 50 let, ki imajo funkcionalne omejitve, bi lahko vgradili v sisteme socialnega varstva. Preprečevanje prezgodnjega upada fizičnih in duševnih zmognosti, povzročenih s polifarmacijo, stranskimi učinki zdravil in poškodbami (npr. padci) bi pripomoglo k zmanjševanju stroškov in izboljšanju kvalitete življenja. Pomembno je, da se v preventivne strategije zajame najpogostejše bolezni in stanja, ki vodijo do izgube neodvisnosti. Naslednja prioriteta je spodbujanje zgodnjega prepoznavanja nastajajočih omejitev in krhkosti pri posamezniku.

Padec, ki povzroči zlom kolka ali niz resnih obolenj, lahko pahne starejšega človeka, ki je sicer v dobri telesni kondiciji, v pospešen upad telesnih in duševnih sposobnosti, ki zahtevajo obsežno oskrbo. Toda tudi pri zelo starih ljudeh se je zgodnja rehabilitacija pokazala kot stroškovno učinkovita.

Telesnih in duševnih omejitev starejših ljudi ni smiselno označiti za bolezensko stanje in

kot grožnjo neodvisnosti starejšega človeka, dokler ima možnosti, da kompenzira te svoje primanjkljaje. V prihodnosti bo potrebno več vlagati v prilagajanje stanovanj starejših ljudi in v podporno tehnologijo, ki bo spodbujala njihovo neodvisno življenje.

## **DOBRE PRAKSE DRŽAV ČLANIC EVROPSKE UNIJE**

Švedski program *ACTION* je usmerjen na slabotne starejše ljudi, ki potrebujejo pomoč in podporo in si želijo ostati v domačem okolju. Namenjen je krepitvi tako njihovih zmognosti kot zmognosti njihovih oskrbovalcev. Program jim nudi informacije, usposabljanja in podporo (o oskrbovanju in vsakodnevnih dejavnostih, o storitvah, ki so na voljo, telesno in duševno vadbo, programe relaksacije, podporo in druženje z drugimi preko video-telefonskega sistema, svetovanje s strani izkušenih zdravstvenih delavcev in oskrbovalcev v klicnem centru, individualno in skupinsko izobraževanje o uporabi informacijsko-komunikacijske tehnologije, supervizijo, programe certifikacije profesionalnih delavcev, ki delajo v klicnem centru ipd.). Ugotovili so, da program *ACTION* znatno izboljša kakovost življenja in zmanjša osamljenost tako oskrbovancev kot njihovih oskrbovalcev. Zmanjšala se je tudi potreba po storitvah oskrbe na domu in odložil se je čas odhoda v dom za ostarele. Storitve je oskrbovalcem na voljo v številnih občinah in za nizko ceno.

*Department for Work and Pensions (DWP)* v Združenem kraljestvu izvaja program *Link-Age Plus*, ki je vreden 10 milijonov £. Namen programa je izboljšati počutje starejših ljudi preko spodbujanja okrepljenega partnerstva, boljšega dostopa do informacij in storitev ter preko oblikovanja storitev, ki so po meri starejšega človeka. Študije primerov izkazujejo velik potencial programa. Če se osredotočimo samo na padce pri starejših, opazimo, da zlom

kolka ob padcu davkoplačevalce stane 20.000 £. Dokazano je, da 15-tedenska vadba za izboljševanje ravnotežja zmanjša tveganje za padce za 50 %. To pomeni, da vsak funt, porabljen za delavnice za izboljšanje ravnotežja, lahko prihrani 1.35 £ v zdravstveni in socialni oskrbi. 0.9 £ pa se prihrani na individualni ravni zaradi izboljšane kvalitete življenja. Torej bi za vsak vložen funt v teoriji lahko prihranili 2.65 £.

*CARITAS Bremen* v Nemčiji je razvil poseben rehabilitacijski pristop kot del programa, ki spodbuja vrnitev v domače okolje s pomočjo »premostitvene« osebe. Pristop zagotavlja podaljšano rehabilitacijo, npr. po odpustu iz akutne bolnišnice, da se ponovno vzpostavi zmožnost gibanja in neodvisnosti starejšega človeka. Ko posameznik program zaključi, lahko še do 7 dni prejema oskrbo na domu.

*Telecare* na Škotskem pokriva številne tehnološke naprave in storitve, ki starejšim ljudem, ki živijo v lastnem domu, omogočajo večjo neodvisnost in varnost. Vključuje podporno tehnologijo, ki se v primeru nepričakovanega dogodka poveže s klicnim centrom (npr. senzorji gibanja in padcev). Klicni center se potem ustrezno odzove; pokliče starejšo osebo, njegovega oskrbovalca, sosede ali storitvene servise dolgotrajne oskrbe, ki temu človeku nudijo oskrbo. Ena izmed možnosti vključuje tehnologije, ki starejšega človeka opozorijo na tveganja v bivališču (npr. senzor dima, senzor nivoja vode v kadi ...). V program *Telecare* je bilo v 5 letih (2006-2011) vloženih 20 milijonov £, ocene pa nakazujejo, da naj bi z njim prihranili okoli 80 milijonov £. Približno polovica prihrankov je na račun manj pogostih sprejemov v domove za ostarele in bolnišnice. Oskrbovanci in oskrbovalci do storitev *Telecare* dostopajo preko socialne službe, socialnih in zdravstvenih delavcev.

## PRISPEVEK S STRANI EVROPSKE UNIJE

Evropska unija lahko državam članicam ponudi podporo v prizadevanjih pri soočanju s sedanji in prihajajočimi izzivi dolgotrajne oskrbe. Raznolikost sistemov dolgotrajne oskrbe med državami nudi priložnost za izmenjavo izkušenj in učenje, Evropska unija pa lahko pri tem prevzame vlogo posrednika.

Promocija zdravega staranja in samostojnega življenja v starosti je bila v ospredju Evropskega leta aktivnega staranja in solidarnosti med generacijami v letu 2012. Na podlagi skupnega predloga Odbora za socialno varstvo (*Social Protection Committee*) in Odbora za zaposlovanje (*Employment Committee*) je Svet Evropske unije 6. decembra 2012 sprejel vodilna načela za aktivno staranje (*Guiding Principles for Active Ageing*), ki poudarjajo naslednje ključne usmeritve za samostojno in neodvisno življenje v starosti: promocija zdravja in preprečevanje bolezni, starajočim se ljudem prilagojena stanovanja in storitve, cenovno in krajevno dostopen javni prevoz, starosti prijazno okolje, dobrine in storitve, maksimiranje avtonomnosti v dolgotrajni oskrbi.

*European Centre Vienna* je v sodelovanju z Ekonomsko komisijo Združenih narodov za Evropo (*UNECE*) in oddelkom za zaposlovanje, socialne zadeve in vključevanje pri Evropski komisiji (*European Commission's DG Employment, Social Affairs and Inclusion*) razvil novo orodje za monitoring – *Indeks aktivnega staranja*. Indeks meri uspešnost držav na štirih področjih, ki skupaj določajo potencial aktivnega staranja:

1. zaposlenost starejših ljudi,
2. socialno aktivnost in vključenost starejših ljudi,
3. neodvisno in avtonomno življenje starejših ljudi,
4. okolje, ki spodbuja aktivno staranje.

Indeks bo pripomogel k oblikovanju prihodnjih raziskav in političnih programov ter k iskanju ustreznih rešitev glede staranja prebivalstva.

V nadaljevanju dokumenta so opisani številni projekti in programi, s katerimi želi Evropska unija odgovoriti na naraščajoče potrebe po dolgotrajni oskrbi. Omenili bomo le nekatere med njimi. *ALIAS (AAL Joint Programme)* je razvil mobilni robotski sistem, ki komunicira s starejšimi ljudmi in nudi pomoč pri izvajanju vsakodnevnih dejavnosti, spodbuja zdravo staranje in neodvisno življenje. *EIP AHA (The European Innovation Partnership Pilot on Active and Healthy Ageing)* iniciativa je namenjena identificiranju in odstranjevanju ovir pri inovacijah v zagotavljanju zdravstvene in dolgotrajne oskrbe. S krepitvijo sodelovanja vseh deležnikov pri iskanju inovativnih rešitev si prizadeva pospeševati širjenje dobrih praks in zagotoviti hitreje uvajanje novih znanj in tehnologij v praktično delo. Cilj perspektive je podaljšati leta zdravega življenja prebivalcev Evropske unije za 2 leti do leta 2020. *The ambient Assisted Living Joint Programme (AAL)* je potekal med leti 2008 in 2013 in je bil usmerjen v spodbujanje kakovostnega življenja starejših ljudi. Financiral je projekte, ki temeljijo na »inteligentnih« izdelkih in zagotavljanju storitev na daljavo, z namenom izboljšanja življenja starejših ljudi na lastnem domu, na delovnem mestu ali v družbi na splošno.

Evropski parlament posveča posebno pozornost zlorabi starejših ljudi, ki je povezana s prejetjem storitev dolgotrajne oskrbe. Z namenom preventive in soočanja z zlorabami slabotnih starejših ljudi finančno podpira programe številnih nevladnih organizacij. Ena izmed vidnejših organizacij na tem področju je tudi *AGE Platform*, ki je z *WEDO* projektom razvila predloge različnih preventivnih pristopov.

Tina Lipar

Lučka Ažman Momirski (2012). *Medgeneracijsko središče Žiri*. Ljubljana: Fakulteta za arhitekturo, 72 strani.

## URBANISTIČNE ZASNOVE ZA KRAJEVNO MEDGENERACIJSKO SREDIŠČE ŽIRI

Arhitekti so izmed vseh strok, ki delajo za stare ljudi, v zadnjih dveh desetletjih 20. stoletja dosegli največji ustvarjalni preboj v novo paradigmo pri oskrbi onemoglih in načinu bivanja v starosti. Med najbolj vidnimi je npr. Hans Peter Winter iz Nemčije, s katerim smo v naši reviji imeli obsežen strokovni intervju (*Kakovostna starosti*, 2010, št. 1, str. 90-102). Zasnovali so manjše oskrbovalne enote – imenovane gospodinjске skupine po meri potreb starih ljudi. V tesni povezavi z njimi pa se uveljavljajo številni drugi programi za oskrbo na domu, za zdravo, aktivno in dostojanstveno staranje, za čim večjo samostojnost v času pešanja ter za povezovanje med krajevnim vrtcem, šolo, zdravstvom, svojci, prostovoljci in drugimi krajanji.

Tudi nekateri slovenski arhitekti odločno stopajo na to področje. V zadnjih dveh številkah naše revije je npr. Vera Turnšek Klepej objavila dva članka s tega področja, objavljen je bil obsežen pogovor z njo o njenih izkušnjah in spoznanjih pri ustvarjanju arhitekture za stare ljudi in za medgeneracijsko sožitje. Arhitekt Gašper Kociper je izdal monografijo *Medgeneracijsko središče Zgornja Šiška v Ljubljani – urbanistična zasnova in idejni načrt* (2011). Arhitekt Rok Grdiša je leta 2010 napisal *Priročnik za načrtovanje sodobnih oblik bivanja starih ljudi*. Tu ne bomo nadaljevali z izčrpnim naštevanjem tovrstnih del, ampak se ustavili ob zanimivem delu arhitektke, prof. dr. Lučke Ažman Momirski, *Medgeneracijsko središče Žiri*.

S študenti arhitekture in različnimi strokovnjaki s področja staranja in medgeneracijskega sožitja so organizirali enotedenski mednarodni