
Jože Ramovš

Zakon o dolgotrajni oskrbi v Sloveniji in antropologija humane sodobne oskrbe

POVZETEK

Začetek izvajanja letos (2023) sprejetega zakona o dolgotrajni oskrbi v Sloveniji je največja prelomnica v razvoju tega področja. Njegovo sprejetje po evropskih državah je v zadnjih desetletjih omogočilo razvoj sodobnega javnega sistema integrirane dolgotrajne oskrbe, ki je nova veja socialne varnosti ljudi v skupnosti. V luči te prelomnice avtor prikaže antropolški okvir dolgotrajne oskrbe, katere bistvo je sinergija človeške samostojnosti in odvisnosti od pomoči drugih; to je osnovna vzmet za človeški razvoj posameznika in skupnosti. V tem okviru je prikazan oris zgodovinskega razvoja dolgotrajne oskrbe, njen sodobni integrirani sistem ter nekatera pomembna vprašanja za njen sedANJI razvoj: trpinčenje nemočnih ljudi pri oskrbi, zlasti nehoteno, razvoj oskrbovalnih pripomočkov s prihajajočimi oskrbovalnimi roboti ter institucionalizacija in deinstitutionaliziranje oskrbe. Zaključni del članka oriše večdesetletno pripravo na ta zakon v Sloveniji, rešitve, ki jih je prinesel, ter nerešene naloge, ki ostajajo in je njihova rešitev pogoj, da se bo dolgotrajna oskrba v Sloveniji razvijala humano, kadrovsko in finančno vzdržno ob sedanjih naraščajočih potrebah po njej ter ob ambivalentnosti sil, ki solidarnost krepijo, in sil, ki težijo v obratno smer.

Ključne besede: dolgotrajna oskrba, integrirana dolgotrajna oskrba, antropolške osnove oskrbovanja, trpinčenje starih ljudi, robotizacija oskrbovalnih storitev, deinstitutionalizacija, zakon o dolgotrajni oskrbi

AVTOR

Dr. Jože Ramovš je antropolog in socialni delavec. Zadnjega četrto stoletja dela predvsem na področju gerontologije. V ospredju njegove znanstvene, akcijske in pedagoške pozornosti so medgeneracijsko sožitje in komunikacija, osebna priprava na kakovostno staranje in družbena priprava na velik delež starega prebivalstva ter oblikovanje novih medgeneracijskih programov v sodobni socialni mreži. Gerontološka in medgeneracijska spoznanja išče z empiričnim psihosocialnim raziskovanjem in v drugih vejah današnjega in preteklega kulturnega ustvarjanja. Kot urednik revije *Kakovostna starost* je poskrbel, da je v četrto stoletja objavila okrog 700 člankov o dolgotrajni oskrbi. V bibliografski bazi COBISS ima nad tisoč člankov in drugih del, med njimi okrog osemdeset knjig: dvajset samostojnih (med njimi monografijo *Integrirana dolgotrajna oskrba*), dvajset v soavtorstvu s štirideset ponatisi in prevodi v tuje jezike.

ABSTRACT

The Long-Term Care Act in Slovenia and the Anthropology of Modern Human Care

The launch of implementation of the long-term care act in Slovenia, adopted in 2023, is the most significant turning point in this field. Its adoption across European countries over the past decades have enabled the development of modern public systems of integrated long-term care, a new branch of social security for people in the community. In the light of this milestone, the author presents the anthropological context of long-term care, the essence of which is the synergy of human autonomy and dependence on others. This is the basic activator for the human development of the individual and the community. The author outlines the historical development of long-term care, its modern integrated sistem and some important issues for its current development: abuse, especially unintentional, of helpless people in care, development of care aids including introduction of care robots, and the institutionalisation and deinstitutionalisation of care. The final part of the article outlines the decades-long preparation for this act in Slovenia, the solutions it has brought, and the tasks that remain to be solved; this is a prerequisite for the humane and financially sustainable development of long-term care in Slovenia, considering current growing need for it and the ambivalence between the forces that foster solidarity and those that tend in the opposite direction.

Key words: long-term care, integrated long-term care, anthropological principles of care, elder abuse, robotization of care, deinstitutionalization, long-term care act

AUTHOR

Dr. Jože Ramovš is an anthropologist and social worker. In the last 25 years he has been working mainly in the field of gerontology. In the forefront of his scientific, practical and pedagogical work is good intergenerational communication, personal preparation for quality ageing, societal preparation for the growth of old population and invention of new intergenerational programmes for quality ageing and good intergenerational relations. Besides the gerontology and intergenerational research in the field of psychology and sociology, his main research interests are in gerontological and intergenerational concepts in present and historic cultures. As a chief editor of Good Quality of old age journal, he has ensured that around 700 articles on long-term care were published over the last decades. In the bibliographic database COBISS he has over 1000 articles and other works listed, including over 80 books: 20 as a sole author (Integrated long-term care being one of them), 20 as a co-author, with 40 reprints and translations in foreign languages.

1 UVOD

V Sloveniji se z letom 2024 začne izvajati sprejeti Zakon o dolgotrajni oskrbi (Zakon, 2023). Ta odločilni korak v sodobnem socialnem razvoju delamo tri desetletja za drugimi evropskimi državami, kljub temu pa je največji razvojni mejnik na področju oskrbe starostno onemoglih in dolgotrajno bolnih ljudi. Tako pomemben je zato, ker se je skupaj z zakoni o dolgotrajni oskrbi po evropskih državah začel uvajati sodobni sistem integrirane dolgotrajne oskrbe. Ta se kaže kot edini ustrezen odgovor na izziv humanega razvoja družbe ob sedanjem staranju prebivalstva. Sama oskrba starostno onemoglih in bolnih ljudi pa je skozi vso zgodovino kultur značilna človeška zmožnost, po kateri se razlikuje človek od živali.

Po letu 1995, ko so prve evropske države sprejele svoj zakon o dolgotrajni oskrbi, se po Evropi razvija sodobni sistem integrirane dolgotrajne oskrbe v krajevni skupnosti. Tradicionalni sistem zgolj družinske in sosedske oskrbe v današnjih razmerah ni več mogoč, institucionaliziran industrijski sistem iz 20. stoletja pa ne odgovarja psihosocialnim potrebam današnjega človeka. Integrirana dolgotrajna oskrba v krajevni skupnosti odgovarja na današnjo ozaveščenost o individualni osebni vrednosti in enakih pravicah vsakega človeka, pri tem pa vključuje dobre izkušnje obeh prejšnjih sistemov oskrbe. Razvija se po evropskih državah, odkar so sprejele svoje zakone o dolgotrajni oskrbi; v EU je namreč to področje domena posamezne države, EU pa ga razvojno podpira.

Sodobni sistem dolgotrajne oskrbe je v današnji lokalni skupnosti nov steber javne socialne varnosti ob otroškem, zdravstvenem, pokojninskem, invalidskem in drugih že uveljavljenih sistemih socialne varnosti. Z njim se dviga zavest univerzalne človeške odgovornosti za solidarno sožitje, zato ne zagotavlja le oskrbe onemoglim članom skupnosti, ampak je korak v razvoju etično-sožitne ustvarjalnosti človeštva. Ta korak se dogaja v družbenem sožitju vzporedno s sodobno informacijsko-komunikacijsko tehnologijo na osnovi umetne inteligence, ki pa je nov korak znanstvene ustvarjalnosti pri dviganju materialne blaginje.

V naši reviji vse od njenega začetka pred četrto stoletje intenzivno spremljamo sodobni razvoj dolgotrajne oskrbe. V njej je izšlo okrog 700 domačih in tujih raziskovalnih člankov, poročil o dobrih praksah in političnih dokumentih ter o drugih vidikih dolgotrajne oskrbe. Sam spremljam razvoj sodobne dolgotrajne oskrbe, odkar so se ob zori staranja prebivalstva pojavile prve sodobne oskrbovalne ustanove in metode, prve evropske države pa začele uvajati nov, deinstitucionaliziran sistem z uzakonjeno javno blagajno za sofinanciranje oskrbe; poleg obsežene študijske monografije (Ramovš, 2020) sem napisal

vrsto raziskovalnih poročil o različnih vidikih dolgotrajne oskrbe. Tudi na Inštitutu Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje že nad tri desetletja razvijamo sodobne metode za usposabljanje in drugo strokovno pomoč neformalnim oskrbovalcem ter za celostno krepitev zdravja v starosti, ki preprečujejo prezigodnjo potrebo po oskrbi.

Ob začetku uveljavljanja slovenskega Zakona o dolgotrajni oskrbi skušam v tem članku pregledno strniti v celoto antropološke temelje dolgotrajne oskrbe in njeno sodobno stavbo, ki raste na njih. K prvemu sodi vprašanje o razvojni komplementarnosti človekove samostojnosti in njegove odvisnosti od pomoči drugih. Pri stavbi dolgotrajne oskrbe pa se bomo v luči spoznanj in dobrih izkušenj evropskih držav in oskrbovalnih organizacij, ki ta sodobni sistem razvijajo zadnja desetletja, ustavili ob vprašanjih o mestu dolgotrajne oskrbe v celoti socialne varnosti in socialnega varstva, o razvoju dolgotrajne oskrbe v zgodovini, vlogi razvoja oskrbovalnih pripomočkov, sodobni deinstitucionalizaciji oskrbe v krajevni skupnosti ter njeni akutni nalogi, da se preprečuje trpinčenje starih ljudi pri oskrbi. V zaključnem delu članka bomo orisali pot do sedanjega slovenskega zakona ter dodali nekaj ugotovitev, kaj rešuje in katere nerešene naloge nam ostajajo, da se bo ob naglem večanju potreb po dolgotrajni oskrbi le-ta v Sloveniji razvijala humano, finančno in kadrovsko vzdržno. Usmeritev članka je celostno antropološka, pri znanstvenem raziskovanju in v praksi izhajamo iz človeka v celoti njegove telesne, duševno-duhovne, socialne in razvojne razsežnosti; ta usmeritev interdisciplinarno povezuje sodobna spoznanja socialne, zdravstvene, ekonomske, arhitekturne, infrastrukturne in drugih vej gerontologije v enovito celoto.¹

2 ČLOVEŠKA RAZVOJNA DINAMIKA MED SAMOSTOJNOSTJO IN ODVISNOSTJO OD POMOČI DRUGIH

Človek v svojem razvoju teži k samostojnosti in neodvisnosti od drugih, enako nujno pa potrebuje pomoč drugih in je od njih odvisen. Samostojnost in odvisnost od drugih sta dve nogi za človeško razvojno pot od spočetja do njegovega pogreba. Celovita kakovost človekovega življenja in spomin nanj po njegovi smrti sta odvisna od tega, kako uravnoteženi ima ti dve temeljni človeški potrebi.

Stopnja človekove odvisnosti od drugih se spreminja skozi življenjska obdobja. V začetku življenja in večinoma tudi v visoki starosti je odvisnost največja

¹ Obsežna knjiga (600 strani) *Kakovostna starost – socialna gerontologija in gerontagogika* leta 2003 je bila v Sloveniji prvi poskus gerontologije na osnovi celostne antropologije; pri nas je v drugi polovici 20. stoletja celostno antropologijo razvijal na svetovni višini moj učitelj Anton Trstenjak (1906-1996).

– v teh dveh obdobjih življenja in v hudih boleznih se svoje odvisnosti zaveda človek sam in drugi ob njem. V zdravih srednjih letih je najsamostojnejši – s svojim delom in znanjem oskrbuje nemočne otroke, bolne vrstnike in onemogle stare ljudi. Pri tem se ne sam ne drugi skoraj ne zavedajo dejstva, da je medsebojna soodvisnost ljudi tudi pri največji samostojnosti vsakdanji pogoj za preživetje in razvoj. Kadar pa mora človek v bolezni sprejemati veliko pomoči od drugih ali če sam poklicno ali v družinskem sožitju oskrbuje drugega, je pogoj za njegovo psihosocialno trdnost zavestno sprejemanje **komplementarne sinergičnosti med človeško samostojnostjo in odvisnostjo**. Za tiste, ki trenutno niso soočeni niti z oskrbovanjem niti s prejemanjem oskrbe, pa je to zavedanje edino zdravo stališče pri usmerjanju svojega osebnega ravnanja v skupnosti.

Evropska kultura preživlja sedaj hudo krizo pomanjkanja oskrbovalnega kadra. Najvidnejša vzroka za to sta nizek družbeni ugled tega dela in slabo plačilo zanj. Odločilen nevidni antropološki izvir te krize pa je globlji; ta je vzrok tudi nizkega ugleda in slabega plačila za oskrbovalno delo. Ob njem se moramo ustaviti, saj ga je treba ozaveščati in se z njim soočiti. V sodobni družbi se je tradicionalni socialni kapital izčrpal, polpretekla industrijska družba pa ni razvijala ne spoznanj ne učinkovitih metod za osebno vsakdanje uresničevanje sinergične komplementarnosti med človeško močjo in nemočjo. Ta bistvena antropološka razvojna dinamika je bila v senci nagle materialne rasti, poleg tega pa so nekatere psihosocialne teorije gojile omamno iluzijo samozadostnega nadčloveka, idealne družbe, neomejenega zdravja in večne mladosti; teh iluzij niso s silo uveljavljale samo diktature 20. stoletja, ampak jih je prevzel tudi demokratični potrošniški in medijski trg.

Humano oskrbovanje bolnih in onemoglih ljudi se vso človeško zgodovino zdravo napaja iz notranje motivacije, ki se sproža ob komplementarni razvojni sinergiji človeške moči in nemoči. Zanimarjanje te človeške zmožnosti in razvoja (samo)vzgojnih metod zanj je notranji vzrok tako za kadrovsko krizo pri oskrbovanju kakor za uvid v nujnost solidarnega sožitja generacij ter za osebni uvid v smiselnost starosti, ki vključuje tudi pešanje moči in samostojnosti. Zaostanek v razvoju zmožnosti za komplementarno sinergijo človeške moči in nemoči ter sodobnih spoznanj o njej je tudi notranji vzrok za doživljajsko brezbržnost industrijske družbe do narave in za njeno opustošenje v 20. stoletju.

Tudi najboljši zakon o dolgotrajni oskrbi deluje lahko v praksi samo toliko, kolikor zadovoljuje ljudem njihovo temeljno človeško potrebo po pomoči drugemu in prejetju pomoči od drugih. Sistematičen vpogled v to dinamiko od začetka do konca človeškega življenja je zato pogoj za razvoj sodobne dolgotrajne oskrbe.

Otrok je od spočetja do rojstva v materinem telesu povsem odvisen od nje. Ob rojstvu zaduha s svojimi pljuči in začne jesti s svojimi usti. V prvem letu se uči samostojnosti tako hitro, kakor nikoli pozneje, zlasti gibanja, ki je temelj za delo in zdravje, ter materinega jezika, ki je glavni nosilec socialnega sožitja. Če uporabimo strokovne izraze sodobne dolgotrajne oskrbe, je majhen otrok odvisen od drugih v vseh sedmih **osnovnih vsakdanjih opravilih**: osebni higieni, oblačenju, hranjenju, gibanju, obvladovanju izločanja vode in blata iz telesa, v zagotavljanju varnega spanja in počitka ter v navezovanju medčloveškega stika. Čim bolj odrašča, samostojnejši je pri tem.

Dokler nima svoje službe, doma in družine, je odvisen od dohodka drugih. Pa tudi pozneje je vsak človek vse življenje odvisen od pomoči drugih pri tem ali onem vsakdanjem opravilu, ki se v dolgotrajni oskrbi imenujejo **podporna**: čiščenje stanovanja, pranje in likanje perila ter druga gospodinjska opravila, kuhanje in priprava hrane, nakupovanje hrane in drugih potrebščin za vsakdanje življenje, uporaba transportnih sredstev (vožnja avtomobila), upravljanje z denarjem, drobna popravila po stanovanju ali hiši, komuniciranje in uporaba pripomočkov zanj. Zadovoljevanje **višjih vsakdanjih dejavnosti** – od vseživljenjskega učenja preko kulturnega udejstvovanja do osebnostnega razvoja – pa je vedno odvisno od sodelovanja in sožitja z drugimi.

Odvisnost od drugih pri vsakdanjih domačih in specializiranih poklicnih opravilih je v resnici medsebojna človeška odvisnost – torej **soodvisnost**, ki nas povezuje v družine, v delovne, učne, razvedrilne in druge skupine ter v prijateljevanje in tovarištvo na življenjski poti osebnega in skupnega razvoja. Soodvisnost je podobna vezem okrog zdravega sklepa – povezuje človeško osebno samostojnost in medsebojno odvisnost ter omogoča razvoj posamezniku in skupnosti.

Samostojnost je najsamoumevnejša v srednjih letih življenja ob trdnem zdravju, službi in ustreznem družbenem položaju; najbolj jo uresničujemo v lastni družini in osebni družbi. Življenjski uspeh v vsem tem pa je v resnici tudi v srednjih letih povsem odvisen od dobrega medsebojnega sodelovanja, v katerem vsak svoje zmožnosti uporablja tudi za pomoč bližnjim in razvoj celotne skupnosti, drugi pa za pomoč njemu pri njegovem zdravem razvoju. Vsakdanje lepo sožitje med zdravimi družinskimi člani ter kakovostno sodelovanje v službi in družbi se napajata iz iste človeške zmožnosti kakor dolgotrajna oskrba onemoglih, to je iz razvite empatije.

Z upokojitvijo začne samostojnost zopet upadati. Pokojninski sistemi delujejo na principu medgeneracijske solidarnosti – glavni vir za pokojnine in sodobno javno sofinanciranje dolgotrajne oskrbe so prispevki zaposlenih in davki. V srednji starosti, to je med 76. in 85. letom življenja, narašča odvisnost

od drugih pri opravljanju podpornih vsakdanjih opravil, nato pa v zadnjem obdobju starosti vse bolj tudi pri opravljanju osnovnih vsakdanjih opravil (Rant, 2013). Skozi vse življenje pa se človekova odvisnost od drugih poveča ob hujši bolezni ali poškodbi. Oskrbo v otroštvu, pri pokojninskem in drugih sistemih socialnega varstva, v bolezni in onemoglosti omogoča medčloveška solidarnost, še posebej medgeneracijska.

Solidarnost je medsebojna človeška pomoč za razvoj vsakogar skozi vse življenje. Solidarnost ustvarja tako ravnotežje med človeško nemočjo in močjo, da se v skupnosti telesno, duševno in socialno kar najbolj zdravo razvijajo tisti, ki so trenutno nezmožni opravljati vsakdanja opravila; pri tem pa zdravi in močni s tem, ko pomagajo nemočnim, razvijajo svojo **empatijo**, to je zmožnost za **sočutenje, sodoživljanje, sodelovanje in sožitje z drugimi**. Vse to so izrazi za nekoliko različne vidike osnovne človeške zmožnosti, od katere je odvisen zdrav razvoj vsakega posameznika in vsake skupnosti. To zmožnost si razvijamo samo v praksi, ko drugemu v njegovi nemoči dejavno pomagamo. Sočutenje in sodoživljanje z drugim je tista človeška zmožnost, ki omogoča komuniciranje in sodelovanje med ljudmi; čim manj imajo ljudje v neki družini, skupnosti ali kulturi razvito to zmožnost, tem slabše je sožitje in sodelovanje, tem bolj se zaustavlja razvoj in se usmerja v psihosocialno patologijo.

Sodobni družbeni koncept dolgotrajne oskrbe lahko razumemo in kakovostno razvijamo samo v okviru zavedanja te **antropološke dinamike med človeško močjo in nemočjo**. To pomeni, da je oskrbovanje nemočnega dvosmerni, dialoški ali komplementarni odnos. Pri njem oba dajeta in oba prejemata – seveda vsak na drugačen način: onemogli prejema od oskrbovalca telesno ali drugo pomoč, oskrbovalec pa z oskrbovanjem lahko razvija tiste svoje osebne zmožnosti, ki mu omogočajo njegov lastni vseživljenjski razvoj; oboje skupaj pa omogoča preživetje skupnosti. Na antropološki ravni sta človeška moč in nemoč komplementarni polovici osebnega in skupnostnega razvoja. Brez njune sinergične povezanosti podivja človeška moč v nezavedno težnjo po premoči nad drugimi, nemoč pa se seseda v malodušje in obup. Solidarnost, ki izvira iz te dinamike med človeško močjo in nemočjo, je temeljna razvojna sila v vsaki človeški skupnosti. Osebna in institucionalizirana solidarnost v skupnosti in državi je odvisna od razvitosti človekove empatije.

Oskrba bolnih in onemoglih je torej bistvena značilnost človeka ne samo zato, ker se po njej človek razlikuje od drugih živih bitij, ampak zato, ker je empatična oskrba nemočnih otrok, bolnih in starostno opešanih ljudi edini način za razvijanje te človeške zmožnosti – od nje pa je odvisen celoten osebni in skupnostni razvoj ter varovanje naravnih pogojev za življenje.

3 OPREDELITEV DOLGOTRAJNE OSKRBE IN NJENI SOCIALNI OKVIRJI

Dolgotrajna oskrba je pomoč odraslemu človeku pri opravljanju osnovnih in podpornih vsakdanjih opravil zaradi njegove dolgotrajne bolezni, invalidnosti ali starostne onemoglosti. To je ena od njenih opredelitev na osnovi strokovnega razvoja na tem področju v začetku 21. stoletja (Ramovš, 2020, str. 9). Opredelitve dolgotrajne oskrbe so si večinoma podobne, razlikujejo se v demografskem, ekonomskem, psihosocialnem ali kakem drugem poudarku. V dolgotrajno oskrbo torej ne spada odvisnost otrok in skrb za njihov razvoj k samostojnosti. Prav tako ne spada vanjo pomoč človeku pri kratkotrajni bolezni v vseh obdobjih življenja. Mejo za vstop v javni sistem dolgotrajne oskrbe določa zakon posamezne države; poleg polnoletnosti je to večinoma kake tri mesece trajajoča odvisnost od pomoči drugih pri vsakdanjih opravilih.²

Dolgotrajna oskrba je sestavni del širšega gerontološkega in medgeneracijskega področja – **oskrbe**. Ta strokovni pojem pomeni vsako vedenje ali dejanje v medčloveškem sožitju, kjer zmožnejši pomaga zadovoljevati telesne, duševne, duhovne ali socialne potrebe drugemu, ker jih ta ne more sam.³ Osnovna slovenska beseda za vse vrste oskrbe je **pomoč**. Ker je sedaj zelo v ospredju pozornosti samozadostni individualizem, se beseda pomoč ne uporablja pogosto kot strokovni pojem na področju oskrbe. Njen pomen iz korena moč pa izraža dialoško opolnomočenje obeh: prejemnik pride do moči za svoje preživetje, oskrbovalec si krepi svojo moč empatije in solidarnosti.

Dolgotrajna in vse druge oskrbe so **del socialne varnosti**. Z njo ožja krajevna in širša državna skupnost poskrbi za človekovo preživetje in razvoj; zajema torej pomoč pri zadovoljevanju telesnih, duševnih, socialnih in vseh drugih človeških potreb. Pri oskrbi in nasploh v starosti so odločilne zlasti duhovne potrebe po integraciji vseh življenjskih izkušenj v smiselno celoto ter potreba po človeški bližini, ljubezni, zaupanju, odpuščanju in spravi s seboj in drugimi. V

² Prvi zakon o dolgotrajni oskrbi iz konca leta 2021 je v 1. členu opredelil dolgotrajno oskrbo: *Dolgotrajna oskrba predstavlja niz ukrepov, storitev in aktivnosti, namenjenih osebam, ki so zaradi posledic bolezni, starostne oslabelosti, poškodb, invalidnosti, pomanjkanja ali izgube intelektualnih sposobnosti v daljšem časovnem obdobju, ki ni krajše od treh mesecev, ali trajno odvisne od pomoči drugih oseb pri opravljanju osnovnih in podpornih dnevnih opravil.* Ista opredelitev je bila tudi v predlogu zakona leta 2017.

³ Strokovna pojma oskrba in oskrbovanje sta obširneje leksikonsko opredeljena v redni rubriki *Gerontološko in medgeneracijsko izrazje* v pričujoči reviji (*Kakovostna starost*, 2014, letnik 17, št. 4, str. 68 in 2018, letnik 21, št. 2, str. 39–40). V tej rubriki je bilo obdelanih še več deset drugih strokovnih pojmov v zvezi z dolgotrajno oskrbo, npr. oskrbovanje, osnovna vsakdanja opravila, podporna vsakdanja opravila, višje vsakdanje dejavnosti, institucionaliziranost, deinstitutionalizacija, razbremenilna pomoč, prilagajanje bivališč za starost, oskrbovana stanovanja, zaposleni družinski oskrbovalci, pomoč, dom za stare ljudi, dom četrte generacije, gospodinjska skupina, negovalna oaza, hospic, dnevna oskrba, nočna oskrba, kratkotrajna nastanitve, kongruentna odnosna nega, vizija dolgotrajne oskrbe, oskrbovanec, oskrbovalec, oskrbovalni sistem, oskrbovalne organizacije in ustanove, oskrbovalni programi, oskrbovalni pripomočki, IKT in roboti za kakovostno staranje in oskrbovanje, ponovna vzpostavitev samostojnosti v socialni oskrbi, integrirana dolgotrajna oskrba, zakon o dolgotrajni oskrbi.

socialno varnost danes sodi predvsem skrb za zdrav razvoj otroka od nosečnosti do samostojnosti z javno strokovno in drugo pomočjo družini, kakovost vzgoje, dostopnost in kakovost šolanja za vsakogar, zaposlitev s poštenim plačilom za delo, kakovosten zdravstveni sistem vključno z univerzalnim zdravstvenim in pokojninsko-invalidskim zavarovanjem, mreža civilnih humanitarnih organizacij v družbi za kakovostno sožitje ter za solidarno pomoč v vsakdanjih težavah in izjemnih ujmah itd. Po letu 1990 stopa ob staranju prebivalstva v ospredje sodobne socialne varnosti tudi nacionalna skrb za sodobni sistem dolgotrajne oskrbe.

Sodobni sistem dolgotrajne oskrbe in nacionalni zakoni o njej so zadnja veja na drevesu **javnega evropskega socialnega varstva** v okviru socialne države v centralni Evropi. Ta se razvija od konca 19. stoletja v obliki obveznih socialnih zavarovanj. Kot njen začetek velja govor nemškega kanclerja Otta von Bismarcka (1815-1895) v njihovem parlamentu 17. novembra 1881, v katerem je dejal, da je naloga države, da »s *primerno uporabo javnih institucij in virov pozitivno pripomore k blagostanju vseh svojih članov in zlasti najbolj prikrajšanih članov družbe*«. ⁴ Evropski sistem javnega socialnega varstva je v človeštvu socialna inovacija, ki je največ doprinesla k socialni varnosti ljudi v otroštvu, bolezni in starosti; današnje zdravje in dvakrat daljša povprečna življenjska doba sta njegov sadež. Sedaj razvija ta sistem predvsem naša EU, po njem pa se bolj ali manj zgledujejo države po vsem svetu.

Evropske države so se po letu 1980 začele pripravljati na uvedbo sodobnega sistema dolgotrajne oskrbe **na različne načine**: ene z obveznim zavarovanjem za dolgotrajno oskrbo (npr. Nemčija), druge s sofinanciranjem oskrbe iz državnega proračuna (npr. Avstrija) ali pa s kombinacijo obojega, kakor je to storil po zgledu našega pokojninskega sistema prvi slovenski zakon o dolgotrajni oskrbi leta 2021, ki pa po menjavi vlade ni bil uveljavljen.

Vzrok za pripravo zakonov o dolgotrajni oskrbi v evropskih državah je bilo bližajoče se **staranje poveljne generacije**, ki je v evropskem prebivalstvu najštevilčnejša; po drugi svetovni vojni je bila rodnost dvakrat večja, kakor je današnja, poleg tega pa sta zdravstvo in materialna preskrbljenost zelo podaljšala življenjsko dobo. V evropskih razmerah je bilo ob začetku 21. stoletja med stariimi ljudmi odvisnih od dolgotrajne oskrbi okrog petina upokojenih; to je bilo kake 4 % celotne populacije (v Sloveniji torej okrog 80.000 starih ljudi). Danes se ta delež naglo povečuje, v prihodnjih letih se bo še bolj, saj najhitreje narašča delež nad 85 let starih ljudi. Zakoni o dolgotrajni oskrbi po evropskih državah že danes zajemajo v javni sistem oskrbe blizu 10 % celotnega prebivalstva.

⁴ Citirano po: https://sl.wikipedia.org/wiki/Socialna_dr%C5%BEava.

Pereča sodobna naloga zdravstvene, socialne, arhitekturne, infrastrukturne, izobraževalne in drugih strok je, da za ta del prebivalstva razvijajo sodobne programe za dolgotrajno oskrbo, medtem ko je naloga politike, uprave in civilnih združenj, da te programe organizirajo na ravni države in v krajevnih skupnostih. Ker se potreba po humani, finančno in kadrovsko vzdržni dolgotrajni oskrbi v razvitem svetu naglo veča, se po letu 2000 programi in sistem dolgotrajne oskrbe razvijajo s tako naglico in takim uspehom, ki sta primerljiva razvoju informacijsko komunikacijske tehnologije.

Staranje prebivalstva bo v 21. stoletju za človeštvo ena od najtežjih nalog, prav tako pa tudi možnost za razvoj solidarnosti. V prvih desetletjih je akutna pri nas – v starajoči se Evropi in drugih državah z večjo blaginjo, nato pa bo nastopila v zaostreni obliki v Afriki, večini Azije in Južne Amerike. Konkretni modeli tradicionalne solidarnosti, ki je vzdrževala medčloveško pomoč in oskrbo zadnjih deset tisoč let, postajajo v poindustrijskih življenjskih razmerah neuporabni. Zahtevna naloga in priložnost za stroke, politiko in upravo, za vsako družino in posameznika je oblikovanje in učenje *nove solidarnosti med generacijami*, kot je že leta 2005 skupna evropska politika zgovorno naslovila svoj kakovosten dokument o odzivu na demografske razmere; poleg dolgotrajne oskrbe govori še o treh nujnih demografskih nalogah: zdravem staranju tretje generacije, gospodarski zdržnosti ob staranju zaposlenih in o vzgoji vsega prebivalstva za solidarnost (Svet EU, 2005).

Ko govorimo o dolgotrajni oskrbi, je nujno upoštevati celotno populacijo starih ljudi, pa naj zanje zaradi trenutne ageistične spornosti izrazja uporabljamo katero koli besedo.⁵

⁵ Za stare ljudi (v nasprotju z mladimi) se trenutno širi uporaba substancializiranega pridevnika na primerjalniški stopnji »starejši«; ta trend je tudi v angleščini in drugih jezikih evropske kulture. Razlog za to je doživljanje, da beseda star družbeno diskriminira in je subjektivno neprijetna. Jezikovno je ta raba manj primerna od običajnega osnovnega pridevnika »star«; primerjalnik *starejši* pove le to, da je ta, o komer govorimo, starejši od nekoga. Takšna raba ni izjema; v 19. stoletju so na primer začeli imenovati roditelje (mater in očeta) *stariši*, to je starejši – danes je iz tega nastal samostalniški starši. Današnja raba primerjalne oblike *starejši* za ljudi v tretjem življenjskem obdobju, za oskrbovalne ustanove (*dom za starejše*) in podobno je evfemizem. Ta se pojavi v jeziku zlasti takrat, ko ljudje nek pojav doživljajo kot nedostojen, nezaželen, odvrten, družbeno tabuiziran; nezavedno se izogibajo, da bi ga poimenovali s pravo besedo, ki ga v jeziku označuje, zato spontano »izumljajo« olepševalne izraze zanj (podoben »novorek« uvajajo diktature iz ideološko-političnih razlogov). Trenutno je nezaželen pojav starost, podobno pa se dogaja z besedami, s katerimi poimenujemo *ljudi s posebnimi potrebami*. Jezikovno sta izraz star in starostnik za ljudi v tretji tretjini življenja enako nevtralni besedi, kakor sta mlad in mladostnik za ljudi v prvi tretjini. Uporaba olepševalnega izraza za neprijetno stvar nič ne pomaga pri njenem reševanju ali preprečevanju. Zato je v znanosti in strokah važno dvoje: 1. da pri delu s človekom uporabljamo izraze, ki jih ta človek ne doživlja kot žalitev, vendar pa jasno povedo, o čem govorimo; 2. da v strokovno izraze ne vnašamo nepotrebnih evfemizmov, ki so manj natančni od osnovnih izrazov za ta pojav. Če pa to delamo, se isto dogaja z novim, domnevno »dostojnejšim strokovnim izrazom«; tudi ta potrebuje vedno nova opravičevanja, da ni diskriminatoren za nikogar, kljub temu pa hitro postane tudi sam neprijeten, zato je njegov rok trajanja v jeziku kratek. Vsekakor pa k pridevniku sodi samostalniški – torej *star človek* ali *stari ljudje* in prav tako *starejši človek* in *starejši ljudje*.

Upokojska generacija šteje danes v razvitem svetu dobro četrtno prebivalstva; tudi ta se naglo veča. Če odštejemo tiste, ki so v dolgotrajni oskrbi, imamo pri nas in drugod po Evropi okrog četrtno upokojenega prebivalstva v tretjem obdobju življenja, ki so sorazmerno samostojni in zdravi ljudje. Zgoraj navedene stroke, politika, uprava in civilne organizacije imajo nalogo razvijati in organizirati sodobne programe za telesno, duševno in socialno zdravo staranje tega dela prebivalstva. Ti programi so **preventiva na področju dolgotrajne oskrbe**.

Dolgotrajna oskrba je skupaj z rojevanjem in vzgojo otrok ter poštenim sodelovanjem pri proizvodnji dobrin maternica **etično-sožitne ustvarjalnosti**; to je njen najširši človeški okvir. V dosedanjem razvoju človeštva sta bili v ospredju materialna in lepotna ustvarjalnost. Najvidnejši predstavnik prve so znanosti, druge pa umetnosti; o njima je Anton Trstenjak napisal obsežno psihološko monografijo (Trstenjak, 1981), ob tem pa rad poudaril, da je etična ustvarjalnost najvišja in da edina ustvarja res nekaj novega, medtem kot druge uporabljajo že obstoječo lepoto in materiale, da jih ustvarjalno preoblikujejo in dopolnjujejo. Vse tri veje ustvarjalnosti so bistvena značilnost človeškega razvoja posameznika in človeštva – čedalje boljša oskrba nemočnih ljudi enako, kakor znanstvena odkritja in tehnični izumi; enako, kakor ustvarjalno izražanje lepote in radosti z glasbo, sliko, kipom, besedo, ureditvijo prostora ali z gibanjem telesa v plesu.

Razvoj človeštva poganja čedalje boljše poznavanje fizikalnih, kemijskih, bioloških, socialnih in drugih zakonitosti ter uporaba tega znanja za dviganje materialne kakovosti življenja; poganja ga čedalje pronicljivejše doživljanje lepote in skladnosti v svetu in človeku ter umetniško izražanje tega; poganja ga čedalje globlje etično dožemanje človeške svobode za smiselno uporabo znanja in doživljanje lepote. Končni cilj vsega znanja in vse umetnosti je vseživljenjsko osebno zorenje ljudi ter oblikovanje lepšega sožitja med vsemi ljudmi in z naravo. Trstenjak je pronicljivo vedel, da je etično-sožitna ustvarjalnost vrh vse ustvarjalnosti – sodobni razvoj dolgotrajne oskrbe sodi vanj.

Vsaka ustvarjalnost ima tudi svojo senčno možnost – to je uničevanje in razdiralnost, toda pri vsakem uničevanju je vžigalnik etično-sožitna razdiralnost. Razdiralno uporabo znanja razgaljajo zlasti vojne, razdiralno moč umetnosti zavajajoča reklama. Pri oskrbovanju se uničevalna možnost dogaja pri trpinčenju nemočnih ljudi, to je v zanemarjanju njihovih potreb, vseh vrstah nasilja, institucionalizaciji oskrbe in podobnem, posledica tega na zdravem delu prebivalstva pa je zakrnevanje razvoja empatičnosti, kakovostnega sožitja in sodelovanja v celotni skupnosti; v nadaljevanju bomo posebej govorili o teh oblikah razdiralnosti v dolgotrajni oskrbi.

V razvoju človeka in skupnosti so vse izvirne človeške zmožnosti med seboj neločljivo povezane; zaostanek v razvoju ene uniči razvojni dosežek pri katerikoli izmed ostalih. Prav tako pa izjemen razvojni korak vsake potegne za seboj razvoj drugih. V sedanjem razvojnem trenutku človeštva je prednostna naloga etično-sožitna ustvarjalnost, največje polje za njeno uresničevanje pa je ob staranju prebivalstva dolgotrajna oskrba. Potrebam današnjega človeka in razmeram v sedanji Evropi odgovarja integrirana dolgotrajna oskrba – ta je za današnjo slovensko in vso evropsko kulturo razvojno polje, ki ga ni mogoče obiti. Njen prikaz je osrednji del tega članka.

4 RAZVOJ DOLGOTRAJNE OSKRBE

Pomoč pri zdravljenju bolnih in oskrba vseh vrst nemočnih, ki ne morejo sami opravljati vsakdanjih opravil, je stalnica človeštva v vseh kulturah. Njene oblike in orodja ter celoten sistem oskrbe pa se spreminjajo z rastjo znanja in z življenjskimi razmerami.

Oskrbovalni sistem sestavljajo vsi dejavniki, ki v določenem času, kraju ali skupnosti omogočajo, razvijajo ali ovirajo kakovostno oskrbovanje ljudi, ki ne morejo sami opravljati vsakdanjih opravil. Sestavljajo ga:

- oskrbovanci in vsi njihovi oskrbovalci,
- načini, metode in pripomočki pri oskrbovanju,
- razvijanje človeških zmožnosti za pomoč drugim v skupnosti ter pridobivanje posebnih znanj za oskrbovanje družinskega člana, ljudi v soseski ali v oskrbovalnih ustanovah,
- vrsta različnih oskrbovalnih programov za oskrbo na domu, za razbremenilno pomoč družinskim in drugim neformalnim oskrbovalcem, za oskrbo v ustanovah ter kombinacijo domače in institucionalne oskrbe,
- oskrbovalne ustanove in organizacije za oskrbovanje na domu in v ustanovah,
- današnji nacionalni zakoni o dolgotrajni oskrbi, ki zagotavljajo sofinanciranje in organizacijo oskrbe, določajo minimalne standarde pri oskrbi in skrbijo za kontrolo pri njihovem izvajanju, skrbijo za razvoj oskrbovalnega sistema ter uresničujejo določeno vizijo dolgotrajne oskrbe,
- zavestna in nezavedna vizija ali gledanje na oskrbo onemoglih ljudi, ki prevladuje v doživljanju ljudi in v javnem mnenju določene skupnosti, je najodločilnejši dejavnik v razvoju dolgotrajne oskrbe v njej, temelji pa na znanju, vzgoji in kulturi te skupnosti.

V dosedanji zgodovini lahko razlikujemo tri sisteme oskrbe: tradicionalno, industrijsko in sodobno integrirano. V vseh sistemih se nenehno razvijajo

pripomočki za čedalje boljše in lažje oskrbovanje, pri oskrbi pa se nenehno pojavlja tudi osebna in skupnostna patologija.

4.1 TRADICIONALNI IN INDUSTRIJSKI SISTEM OSKRBE

Iz preteklosti smo podedovali tradicionalni in industrijski oskrbovalni sistem. Na začetku 21. stoletja poteka večina oskrbe po njima. Nobeden od njiju ne sam ne v kombinaciji obeh ne odgovarja današnjim življenjskim razmeram in potrebam ljudi, njune dobre izkušnje in dosežki pa se vgrajujejo v nov sistem, ki pravkar nastaja.

Tradicionalna domača oskrba je bila skoraj edina možnost vsa tisočletja človeške zgodovine do industrializacije v 19. in 20. stoletju. Starostno onemogle, bolne in invalidne ljudi so oskrbovali domači v razširjeni družini, tiste redke, ki so živeli sami, pa sosedje. Za popotnike in berače so ponekod v hospicijah ali špitalih poskrbeli menihi, verske skupnosti in bogataši; pri nas je bil meščanski špital za 12 oskrbovancev na Ptuju že leta 1315 (Dokl, 2007, str. 30), komendski župnik, kulturnik, čebelar in sadjar Peter Pavel Glavar (1721-1784) – eden od slovenskih socialnih genijev – je imetje zapustil svoji skupnosti za gradnjo krajevnega špitala ter za redno zdravstveno in socialno oskrbo revežev v njem; ta prvi »dom« za stare ljudi v Komendi je na osnovi zapuščine Petra Pavla Glavarja deloval do prve svetovne vojne, ko je premoženje zasegla država za vojne namene.

Za tradicionalno domačo oskrbo je značilno, da so onemogli ljudje vključeni v sožitje družine, soseske in celotne skupnosti. Pri tej oskrbi prevladuje odnos nad obvladovanjem večšin o oskrbovalnih storitvah. O boleznih, zdravljenju in pomoči je bilo med prebivalstvom malo kakovostnega znanja, močan vpliv na oskrbovanje so imela verovanja in praznoverske vraže. Če so bili ljudje etično oblikovani, je bilo oskrbovanje za obstoječe življenjske razmere zelo humano in je etično oblikovalo vso družino in skupnost, če pa niso bili in je vladala huda materialna revščina, se je dogajalo tudi veliko trpinčenja onemoglih ljudi.

Industrijska oskrba v ustanovah. V 20. stoletju so začele delovati oskrbovalne ustanove tudi za ljudi, ki jih zaradi zaposlitve, preselitve iz tradicionalnega okolja in drugih razlogov niso mogli oskrbovati domači in sosedje. To so veliki domovi za stare ljudi. Njihova arhitektura in potek dneva oskrbovancev se zgledujeta po bolnišnici in hotelu. Nudenje oskrbovalnih storitev poteka po industrijski paradigmi uravntimerke za vse uporabnike, specializirane delitve dela in tekočega traku, kjer vsak zaposleni opravlja svojo storitev čim hitreje po vrsti od enega do drugega uporabnika. V Evropi je bilo na prelomu v 21. stoletje v takih oskrbovalnih ustanovah nastanjenih okrog 1 % prebivalstva, to je okrog četrtnine vseh, ki so v oskrbi.

Industrijski sistem oskrbe je zelo izpopolnil oskrbovalno znanje, delovne metode in veščine ter pripomočke, zanemaril pa medčloveški odnos med oskrbovancem in oskrbovalcem, pa tudi med lastniki ustanove in izvajalci oskrbe ter med samimi oskrbovalci. Njegova značilnost je institucionaliziranost. Industrijski sistem oskrbe iz 20. stoletja je današnjemu človeku z razvito zavestjo individualnosti zelo nezaželen, do institucionaliziranosti vlada odpor. Na osnovi novega znanja o človeku in družbi ter o boleznih in njihovem zdravljenju pa je ta sistem prinesel velik razvoj oskrbovalnih pripomočkov za opravljanje oskrbovalnih storitev, ki jih tradicionalni sistem ni imel.

4.2 SODOBNI INTEGRIRANI SISTEM OSKRBE

Danes se v Evropi na izkušnjah tradicionalne in industrijske oskrbe razvija sodobni sistem integrirane dolgotrajne oskrbe v krajevni skupnosti. Ta sistem razvijajo evropske države s tem, da so v preteklih desetletjih z zakonom o dolgotrajni oskrbi zagotovile njegovo financiranje in organizacijo na nacionalni ravni. Njegova novost v primerjavi s prejšnjima dvema sistemoma je **individualiziranost oskrbe** – izhaja iz osebne zgodovine in potreb posameznega oskrbovanca ter znova vključuje v oskrbo vso skupnost. To dosega toliko, kolikor mu uspeva **integrirati, to je sistemsko povezovati v sinergično komplementarno celoto osebne, družinske, civilne in državne vire tako, da vsi deležniki zavestno skrbijo za humano, finančno in kadrovsko vzdržno sodobno oskrbo vseh ljudi v skupnosti**, ki potrebujejo pomoč pri opravljanju vsakdanjih opravil zaradi bolezni, invalidnosti ali starostne onemoglosti.

Integracija sodobnega sistema dolgotrajne oskrbe se razvija na naslednjih področjih.

1. Integracija neformalne in formalne oskrbe. Formalna oskrba je organizirano službeno in poklicno delo ljudi, ki so za oskrbo usposobljeni, medtem ko neformalno oskrbo opravljajo družinski oskrbovalci (oskrbovančevi domači), sosedje in prostovoljci kot nepoklicno in neslužbeno solidarno pomoč človeku, ki v njihovi družini ali soseski odvisen od pomoči drugih pri opravljanju vsakdanjih opravil. Neformalna oskrba dosega danes v Evropi povprečno 75 % ljudi, ki prejemajo redno pomoč pri vsakdanjih opravilih, formalna oskrbuje le preostalih 25 %. Formalno oskrbo opravljajo negovalne in oskrbovalne stroke poklicno v obliki storitev, neformalno pa v veliki večini družinski člani (okrog 90 %), sosedje (do 10 %) ter nekaj malega prostovoljci, znanci in prijatelji.

Ob povečanih potrebah po oskrbi in pešanju tradicionalne solidarnosti prihaja v formalni oskrbi do čedalje hujšega pomanjkanja oskrbovalnega kadra. Tudi neformalna oskrba ob modernem načinu življenja in staranju prebivalstva ni vzdržna: družinskih članov je za oskrbovanje manj, so poklicno prezaposleni

ali oddaljeni, tradicionalna sosedska pomoč usiha, sodobno prostovoljstvo je lahko le poživljajoče dopolnilo v integralnem sistemu oskrbe, pa tudi za to je potrebna močna sistemska zavzetost v celotni skupnosti. Najakutnejša današnja potreba je usposabljanje neformalnih oskrbovalcev na njim primeren način in sicer takoj, ko se v družini začne kazati potreba po oskrbi, nato pa njihovo organiziranje v krajevne skupine za stalno usposabljanje in medsebojno oporo. Sodobni evropski zakoni imajo v ospredju strokovno in drugo razbremenilno pomoč družinskim oskrbovalcem.

Integracija formalne in neformalne oskrbe v sinergično krajevno celoto se kaže kot najperspektivnejša gerontološka rešitev za razvoj kadrovske in finančno vzdržne ter humane dolgotrajne oskrbe v času povečanih potreb po njej v naslednjih desetletjih. Neformalnim oskrbovalcem daje znanje in razbremenilno pomoč, formalna oskrba se pri tem deinstitucionalizira in humanizira svoje storitve z bolj celostnim psihosocialnim človeškim odnosom, vsem oskrbovalcem pa integracija omogoči preprečevanje izgorelosti in krepitev pristne solidarnosti.

2. Integracija socialne oskrbe in zdravstvene nege ter drugih oskrbovalnih storitev, ki ju dopolnjujejo zlasti arhitekturno urejanje prostora in infrastrukture ter informacijsko-komunikacijska in druga tehnična pomoč. Dosedanje šolanje zdravstvenih, socialnih in drugih strokovnjakov, ki delajo v dolgotrajni oskrbi, je bilo ozko specializirano za izvajanje svojih storitev; zdravstveniki in medicinske sestre niso poznali socialnih vidikov oskrbovanja, socialni delavci niso bili seznanjeni z zdravstvenimi vidiki, ne eni ne drugi niso imeli vpogleda v vzgibe in delovanje domače družinske oskrbe. Česar pa človek v svojem delovnem okolju ne pozna, mu vzbuja nezaveden strah in odpor. Pri oskrbi se zato v socialni in zdravstvu pojavlja stereotipno omalovaževanje drug drugega, to pa vodi v oblikovanje lobijev, ki zastavljajo svojo intelektualno in družbeno moč v to, da bi njihov poklic ali interesna skupina imela večjo korist v sistemu dolgotrajne oskrbe. Ta socialna patologija preprečuje razvoj sodobne integrirane dolgotrajne oskrbe.

Strokovni pogoj za integracijo socialne oskrbe in zdravstvene nege ter drugih znanj je sodobno šolanje za integrirano dolgotrajno oskrbo vseh v teh poklicih. Po Evropi se usposabljanje oskrbovalnih kadrov naglo usmerja v integracijo znanj, ki so potrebna za oskrbovanje, pomembno mesto pri tem dobivajo sodobna spoznanja in urjenje veščin za sodelovanje in komuniciranje. V politiki in javni upravi pa je pogoj za sodobno integrirano oskrbo povezava zdravstvenega in socialnega resorja za področje oskrbe tako na državni kakor na lokalni ravni.

3. Integracija celovitega nabora sodobnih oskrbovalnih in negovalnih programov. Oskrbovalni programi se naglo razvijajo z vidika novih znanj,

metod in oskrbovalnih pripomočkov – ti prehajajo na stopnjo robotizacije. V sodobni evropski krajevni skupnosti deluje nad 15 oskrbovalnih programov; glavni so: usposabljanje družinskih članov za sožitje s starim človekom, za njegovo oskrbovanje in nego; prilagajanje stanovanj za življenje v starostni onemoglosti; sodobno uvajanje prostovoljstva pri oskrbi (npr. pri Nemcih s fondom v zakonu o dolgotrajni oskrbi za njihovo redno nagrajevanje in usposabljanje); socialna oskrba in pomoč na domu ter paleta servisne ponudbe storitev na domu; patronažna zdravstvena nega, fizioterapija in obiski družinskega zdravnika na domu; zdravstvena in psihosocialna pomoč na daljavo z informacijsko komunikacijsko tehnologijo; razne oblike alternativnega skupnostnega in skupinskega bivanja: preselitev v oskrbovano stanovanje, začasna namestitve v ustanovi za oddih svojcev, dnevna oskrba in nočna oskrba (pri demenci); rehabilitacija po kapi, zlomu kolka in akutni bolezni, nastanitev v oskrbniški družini, dom za stare ljudi ter paliativna oskrba in hospic.

Sodobno težišče je na programih oskrbe na domu. Usposabljanje neformalnih oskrbovalcev ter formalna oskrba na domu komplementarno povežeta v oskrbovalno celoto svojce in poklicne oskrbovalce. Šele ko oskrba na domu ni (več) mogoča, je na voljo oskrbovalna ustanova; ta pa naj bo čim bližje v domačem kraju. Dom za stare ljudi je najprimernejše krajevno matično središče za vso oskrbo v kraju, saj v njem dela največ usposobljenih strokovnih oskrbovalcev.

Večina teh programov je organiziranih formalno in sofinanciranih z zakoni o dolgotrajni oskrbi, drugi pa so tržni (npr. dovoz hrane na dom), civilni ali organizirani v partnerstvu med lokalno skupnostjo in civilno organizacijo; taki so na primer prevozi ljudi v domači oskrbi (v Sloveniji se zadnja leta razvijata dve tovrstni organizaciji). V nekaterih starosti prijaznih občinah gojijo vzgojno-oskrbovalne programe, da dijaki pomagajo starim ljudem pri priložnostnih delih, kot je košnja trave okrog hiše, priprava kurjave in podobna dela. Vsi oskrbovalni programi tvorijo v sodobnem integriranem sistemu dolgotrajne oskrbe celovito krajevno socialno mrežo.

Poleg oskrbovalnih programov deluje v krajevni skupnosti enako pester nabor sodobnih programov za telesno, duševno in socialno zdravo staranje. Med njimi zadnja leta EU zaradi finančne in kadrovske razbremenitve sistema dolgotrajne oskrbe zelo spodbuja prilagajanje stanovanj za starostno pešanje. Za varovanje in krepitev zdravja v starosti se naglo razvijajo učinkoviti programi za preprečevanje poškodb ob padcih, za preprečevanje in blažitev kroničnih bolezni ter za kakovostno medgeneracijsko komuniciranje in vključevanje v socialne mreže za preprečevanje osamljenosti.

Kot dobra rešitev se kaže sodobna organizacijska povezava vseh oskrbovalnih programov v lokalni skupnosti. V Nemčiji sta izjemna tovrstna pionirska

modela Bielefeld za polmilijonsko mesto z okolico in majhna podeželska občina Eichstetten (Imperl, 2022). Tudi pri nas že več kakor desetletje razvijamo ta koncept kot krajevno medgeneracijsko središče (Ramovš, 2008), ki je informacijska točka in organizacijsko matično središče za vse programe integrirane dolgotrajne oskrbe v kraju (vključno z občinskim domom za stare ljudi) in deluje v tesni povezavi s programi za zdravo staranje ter za vzgojo vsega prebivalstva za novo solidarnost med generacijami. Posamezne dele tega koncepta učinkovito uresničujejo nekatere starosti prijazne občine, v vzorčni obliki na svetovni ravni pa ga je že v prvem desetletju tega stoletja imela tik pred uresničitvijo občina Komenda.⁶

4. Integracija nalog občine in države. Naloga krajevne skupnosti je organizirati celovito dolgotrajno oskrbo za vse potrebne občane. To je osnovna dolžnost občine ali mesta – enako kakor organiziranje otroškega varstva, osnovnega šolstva, cestne in druge infrastrukture, zbiranja in predelave odpadkov ter drugih nalog za osnovno kakovost življenja v kraju. Država ima na področju dolgotrajne oskrbe pet neodtujljivih nalog: 1) vzpostavitev sodobnega sistema dolgotrajne oskrbe, 2) zakonodajno urejeno vzdržno in enakopravno dostopno sofinanciranje oskrbovanja, 3) določitev minimalnih kriterijev kakovosti pri oskrbovanju ter meril za posamezne oskrbovalne programe, 4) zagotovitev nevtralne in učinkovite kontrole nad izvajanjem minimalne kakovosti pri oskrbi, 5) razvoj sistema dolgotrajne oskrbe, spoznanj za oskrbovanje, oskrbovalnih programov in metod. Teh pet svojih nalog so si evropske države zadale s sprejemom zakona o dolgotrajni oskrbi.

5. Integracija kakovostne oskrbovalne storitve in človeškega odnosa. Učinkovita storitev in čuteč človeški odnos ob njej sta neločljiva elementa vsake humane pomoči človeku. Njuna integracija je po stoletju, ko je prevladovala industrijska paradigma storitev v oskrbi, zahtevna in hkrati nepogrešljiva naloga pri vzpostavljanju integrirane dolgotrajne oskrbe. Sodobna integrirana oskrba povezuje osebni odnos in oskrbovalno storitev sistemsko z mehanizmi, kot so: sodelovanje formalnih in neformalnih oskrbovalcev, deinstitucionalizacija in zmanjševanje administriranja pri oskrbi na minimum, glavni pa

⁶ Občina Komenda je pri tem šla v zelo obetavno partnerstvo s svojimi nevladnimi humanitarnimi organizacijami. Zavod medgeneracijsko središče Komenda je že imel koncesijo in gradbeno dovoljenje za medgeneracijsko središče z izjemno sodobnim domom, zdravstveno postajo, nekaj oddelki vrtca in drugimi programi. Denar je zagotovila občina, gradbena dela so se že začela. V okviru skupnostne priprave je občinski svet sprejel srednjeročni razvojni program za področje staranja in oskrbe, občina je organizirala usposabljanje domačinov za zaposlitev v bodočem krajevnem domu (končalo jih je okrog 40, to je dvakrat več, kakor bi se jih bilo lahko zaposlilo); za ozaveščanje skupnosti je izdala za vsa gospodinjstva knjižico o staranju, oskrbi in sožitju generacij na osnovi obsežne empirične raziskave (Ramovš, 2006, *Kakovostno staranje in sožitje generacij v Komendi*). Vzrok, da ta modelni projekt ni bil uresničen, je bilo nesodelovanje med deležniki občinske politike.

je, da z usposabljanjem ozavešča formalne in neformalne oskrbovalce o tem, da odnos ni dodatna storitev, ki potrebuje svoj čas, ampak istočasna človeška kakovost storitve.

6. Integrirana pozornost na vseh šest razsežnosti človeka, ki je odvisen od pomoči drugih. Integrirana oskrba enakovredno zajema telesne, duševne, duhovne, socialno-sožitne, razvojne in bivanjske potrebe in zmožnosti oskrbovanca, prav tako pa oskrbovalca. To, da izhaja iz človeka, ne razglaša samo v reklamnih besedah, ampak dejansko v doživljanju in ravnanju (reklamno razglašanje, kako je oskrba usmerjena na oskrbovanca, je značilno za industrijsko paradigmo oskrbe).

Sodobna integracija dolgotrajne oskrbe izhaja iz spoznanja, da vsa oskrba stoji na treh stebrih: 1) oskrbovancih, 2) oskrbovalcih in 3) oskrbovalnem sistemu, njegovih programih, storitvah in ustanovah. Pogoj za integracijo in za kakovostno izvajanje dolgotrajne oskrbe je jasen in smiseln odgovor na to, kaj prvi, drugi in tretji od njih **potrebujejo, zmorejo in hočejo**. Pri tem je odločilno zaporedje: oskrba je kakovostna le, če se odgovarjanje začne pri oskrbovancih in vzporedno s tem išče ustrezne rešitve za oskrbovalce. Industrijska paradigma dolgotrajne oskrbe pa najprej odgovarja na to, kaj potrebujeta, zmoreta in hočeta ustanova in sistem, zato je ta oskrba institucionalizirana, oskrbovalna ustanova ali program pa neprijazna in nepoštena do oskrbovancev; takšna je ne glede na svoje reklamno govorjenje o »pravicah uporabnikov in o upoštevanju njihovih želja«. Industrijska paradigma oskrbe je prav tako neprijazna do zaposlenih oskrbovalcev, medtem ko se za neformalne oskrbovalce sploh ne zanima. Upravljavci takih ustanov ne doživljajo, kako težko je biti odvisen od pomoči drugih pri opravljanju osnovnih vsakdanjih opravil, niti ne, kako velik telesni, duševni in socialni napor je poklicno oskrbovanje v domovih, oskrbi na domu, patronažni zdravstveni negi, negovalni bolnici ali hospicu.

Povečan obseg dolgotrajne oskrbe je ena od najbolj perečih nalog človeštva v 21. stoletju. Rešitev te naloge je integrirana dolgotrajna oskrba. Pogoj zanjo je sistematična vzgoja vsega prebivalstva v zavesti, da mora biti vsak človek, ki je pri močeh, redno v osebnem stiku z nekom, ki potrebuje dolgotrajno pomoč, in da mu pri tem tako ali drugače osebno pomaga. Ob tej zavesti si evropske države v širšem okviru sodobnega integriranega sistema dolgotrajne oskrbe prizadevajo tudi za sistematično vzgojo za oskrbovanje. Poleg že omenjenega nagrajevanja obsežnejšega prostovoljskega dela v formalni oskrbi, uvajajo socialno služenje, socialno leto in podobne organizirane oblike, da mladi v dijaških in študentskih letih praktično delajo določen čas v oskrbovalnih programih in ustanovah.

Za sodobno integrirano oskrbo sta torej poleg navedenih integracij značilni deinstitutionalizacija ter zavest, da je za psihosocialno kondicijo oskrbovanca in oskrbovalca odločilen osebni človeški odnos.

4.3 PSIHOSOCIALNA PATOLOGIJA PRI OSKRBI

Oskrbovanje nemočnih ljudi vso zgodovino spremlja senca, ki razdiralno zavira humano oskrbovanje – to je **trpinčenje**. Zanj so se pretežno uporabljali izrazi zloraba, nasilje in zanemarjanje. Sedaj se uveljavlja ustrežnejši izraz trpinčenje, ker izhaja iz žrtve, ki ob nasilju ali zanemarjanju trpi; ta prenos pozornosti iz storilca na žrtev je pomemben zlasti za preprečevanje, medtem ko mora biti sankcioniranje že storjenega nasilja ali zanemarjanja pozorno najprej na storilca, da se trpljenje žrtve konča, ob tem pa na okrevanje žrtve.

Glavna pobudnica za raziskovanje trpinčenja starih ljudi ter za njegovo preprečevanje in ozaveščanje o njem je Svetovna zdravstvena organizacija (WHO). Po njenem poročilu povzemamo naslednjo opredelitev: trpinčenje starejših ljudi je enkratno ali ponavljajoče se dejanje ali opustitev primerneга ukrepanja, ki starejši osebi (nad 60 let) povzroča škodo ali stisko in se dogaja v medčloveškem razmerju, kjer obstaja pričakovanje zaupanja. Vključuje telesno in duševno nasilje, spolno, finančno in drugo zlorabo ter zanemarjanje in zapustitev. Trpinčenje povzroča resno izgubo dostojanstva in spoštovanja starejšega človeka (WHO, 2017).

Po tem poročilu, ki povzema svetovne podatke, je trpinčenja deležnih 16 % starih ljudi na svetu. Poročilo za Evropo pa je navajalo naslednje ocene na podlagi raziskav: telesno trpinčenih je bilo 2,7 % nad 60 let starih ljudi (to je štiri milijone), finančno 3,8 %, duševno 19,4 % in spolno 0,7 % (WHO, 2011). V raziskavi reprezentativnega vzorca nad 50 let starih prebivalcev Slovenije je bilo vprašanje, *ali so v zadnjem letu kdaj trpeli zaradi nasilja nad seboj* (v vprašanju je bilo tudi opredeljeno, da so *nasilje besede in dejanja, ki nekomu povzročijo kakršnokoli škodo in trpljenje*). Tisti, ki so odgovorili pritrdilno, so povedali, katere vrste nasilja so doživeli. Dve tretjini je navedlo, da so utrpeli besedno nasilje (69,3 %), telesno nasilje slabih 15 %, ekonomsko dobrih 10 %, vse druge vrste pa tvorijo po tej raziskavi manj kakor desetino celote nasilja nad starejšimi ljudmi; po tej raziskavi doživlja trpinčenje v Sloveniji okoli 60.000 starejših ljudi (Ramovš K., 2013).

Zloraba starejših je splošen izraz, ki – enako kakor trpinčenje starejših – vključuje vse oblike in načine nehumanega ravnanja s starimi ljudmi. Šibka stran izraza zloraba je, da vsebuje brezosebni poudarek na »zli rabi« v povezavi s starejšimi ljudmi, kar pomensko zavaja v predmetno mišljenje. Predmete rabimo in uporabljamo, človek pa je vedno – naj je še tako

onemogel in odvisen – osebni subjekt, s katerim sodelujemo, smo v sožitju, mu pomagamo, zanj skrbimo – ali pa ga zanemarjamo in smo do njega nasilni, da trpi. Nasilje nad starejšimi in njihovo zanemarjanje sta dve veji trpinčenja starejših ljudi.

Nasilje nad starejšimi obsega vse oblike dejanj, s katerimi nekdo starejšemu človeku iz kakršnegakoli vzroka ali povoda povzroča trpljenje. To so zlasti: telesno ali fizično nasilje, besedno ali verbalno nasilje, ekonomsko nasilje ali zloraba starostnikovega imetja proti njegovi volji ali proti njegovim interesom, spolno nasilje. Z vidika kraja, kjer se dogaja, pa govorimo o institucionalnem nasilju nad starim človekom, ki se dogaja v oskrbovalnih ustanovah in programih, o domačem nasilju, ki ga povzročajo človekovi najbližji, ter o nasilju na ulici. Za nasilje nad starimi ljudmi ni opravičila. Za ničelno toleranco je treba delati z odkrivanjem in s kaznovanjem storilcev, zlasti pa trpinčenje preprečevati z ozaveščanjem, usposabljanjem in razbremenilno pomočjo oskrbovalcem v sodobnih sistemih dolgotrajne oskrbe; to zahtevajo tudi osnovni socialni dokumenti EU (European Pillar, 2017).

Zanemarjanje starejših obsega vse pojave, ko bi nekdo moral in mogel zadovoljiti neko potrebo starega človeka, ki je sam ne more, pa tega iz kateregakoli vzroka ne stori. Najhujše oblike zanemarjanja so tedaj, ko onemoglemu staremu človeku nihče ne pomaga opraviti osnovnih vsakdanjih opravil: vstati, se obleči, opraviti higieno, se gibati, izločati, se hraniti in uživati zdravila ter biti v človeškem stiku.

Vzroki za trpinčenje starih ljudi so v družbenem okolju, v človeku in življenjskih razmerah. Ljudje so skozi vso zgodovino uveljavljali svoja upravičena in neupravičena hotenja tudi z nasiljem nad drugimi; tega do danes ni uspela povsem izkoreniniti nobena skupnost, ampak le posamezniki s smiselno vzgojo in samovzgojo od začetka do konca življenja. Nasilno vedenje narašča, če prevladuje v skupnosti strpno stališče do njega, če ljudje niso ozaveščeni o ničelni toleranci do trpinčenja, če nista uveljavljeni vseživljenjska vzgoja in samovzgoja za spoštovanje sebe in vsakega človeka, če se ljudje znajdejo v revščini in drugih stresnih razmerah brez pomoči skupnosti, če človek ni razvijal svoje frustracijske odpornosti za smiselno doživljanje in ravnanje v neprijetnem in težavnem položaju in podobno. Med dejavniki za nasilje so tudi človekova krhkost in nemoč za obrambo, bolezni, ki jih spremlja nelogično vedenje (npr. demenca) in se ga drugi niso naučili razumeti, starostno okrnjeno vedenje, komuniciranje, ki izziva nasilno odzivanje, slaba organizacija dolgotrajne oskrbe in zastareli oskrbovalni programi. Med današnjimi vzroki za povečanje trpinčenja starih ljudi sta tudi odpor do starosti (staromrznišvo ali ageizem) ter nagla rast števila starih ljudi, ki potrebujejo oskrbo, ob manjšanju

števila ljudi, ki so na voljo za oskrbovanje, kar povzroča preobremenjenost oskrbovalcev (WHO, 2017).

Najpogosteje povzročajo trpljenje starejšemu človeku njegovi domači, od katerih je odvisen na svojem domu, ter poklicni oskrbovalci, ki izvajajo nego in oskrbo v ustanovah ali na domu. Iz raziskovalnih podatkov lahko ocenjujemo, da se do tri četrtine duševnega, zlasti verbalnega, telesnega in ekonomskega nasilja nad starimi ljudmi ter njihovega zanemarjanja dogaja v domačem okolju od najbližjih. Ta visok podatek je treba gledati v luči dejstva, da nad 95 % ljudi, ki so stari 65 let in več, živi doma, ter da 75 odstotkom tistih, ki potrebujejo pomoč pri opravljanju vsakdanjih opravil, le-to nudijo domači. Pri oskrbi svojca so pogosto brez podpore, brez znanja o starosti in značilnostih starostnih boleznih, brez veščin za komuniciranje s starim človekom in brez oskrbovalnega znanja. Svojca oskrbujejo ob drugih družinskih, službenih ali lastnih starostnih obremenitvah, neredko so tudi sami bolniki. Stresna preobremenjenost družinskih oskrbovalcev je eden največjih dejavnikov tveganja za trpinčenje starih ljudi.

Za preprečevanje trpinčenja starejših ljudi je odločilno spoznanje, da ga je večina **nehotenega**, tako doma kakor v ustanovah.⁷ Nenamerno trpinčenje so Dyer in sodelavci v svoji raziskavi ugotavljali že leta 2003 (Dyer in sod., 2003). Naše četrto stoletne izkušnje na Inštitutu Antona Trstenjaka pri delu z družinskimi oskrbovalci kažejo, kako v zgoraj navedenih stresnih okoliščinah svojci nehoti izrečejo grde besede ali storijo dejanja, ki njihovemu onemoglemu družinskemu članu povzročajo trpljenje; to storijo, ker se ne zavedajo, da povzročajo oskrbovancu trpljenje, ali pa se tega zavedajo, toda zaradi stresa, svoje izgorelosti ali druge osebnostne omejitve ne zmorejo ravnati pravilno. To jih pogosto bremeni še potem, ko je njihov svojec že pokojni. Njihovo nehoteno nasilje preprečujemo zlasti z razbremenilno pomočjo v sodobnem sistemu oskrbe na domu, z njihovim usposabljanjem, da oskrbujejo svojca lažje in boljše, ter z njihovim medsebojnim povezovanjem, da si izmenjujejo izkušnje pri oskrbovanju; na tem področju imamo na Inštitutu veliko dobrih izkušenj tako pri razvoju programov kakor njihovem izvajanju v praksi (Grebenšek in sod., 2018; Ramovš in Ramovš, 2018).

V podobnih stresnih okoliščinah storijo nasilje ali zanemarjajo potrebe oskrbovancev tudi zaposleni v oskrbovalnih ustanovah. Največ nehotenega trpinčenja, ki se ga vodstva in zaposleni v ustanovah večinoma niti ne zavedajo,

⁷ Spoznanja o nehotenem trpinčenju starih ljudi so nova, obenem pa odločilna za preprečevanje nasilja nad starimi ljudmi; temeljiteje so obdelana v leksikonskem opisu v reviji *Kakovostna starost*, let. 22, št. 1, 2019, str. 68–73; <https://www.inst-antontrstenjaka.si/izdelki/147.pdf#search=%22nehoteno%20trpin%C4%8Denje%20starih%20ljudi%22>

pa se dogaja pri neustreznem hranjenju onemoglih v naglici ob pomanjkanju časa, pri zanemarjanju njihovega gibanja ob slabi pokretnosti ter s tem, da živijo v večposteljnih sobah z ljudmi, ki imajo povsem drugačne navade. Enoposteljna soba v domu je danes osnovna človeška pravica in ne nadstandard, ki je v naših domovih za večino nedosegljiv tudi z doplačilom.

Sodobni integriran sistem dolgotrajne oskrbe ima velike potencialne za zmanjševanje trpinčenja starih ljudi. Sistemski mehanizmi za to morajo biti v zakonu o dolgotrajni oskrbi, še zlasti s tem, da je zagotovljena možnost za usposabljanje družinskih oskrbovalcev takoj, ko se v družini pojavlja potreba po oskrbi onemoglega člana, da so opredeljeni minimalni standardi oskrbe ter redna, nepristranska in dosledna kontrola njihovega izvajanja.

Poudariti je treba tudi dejstvo, da pri vsakem trpinčenju, naj je hoteno ali nehoteno, žrtev trpi, storilec pa je kot človek bivanjsko poškodovan, zato je edino etično izhodišče ničelna toleranca do nasilja nad starimi ljudmi. Po nastalem trpinčenju so vedno potrebni trije ukrepi: 1. zaščita žrtve pred nadaljevanjem trpinčenja ali njegovo ponovitvijo, 2. pomoč žrtvi za njeno duševno, socialno in duhovno rehabilitacijo ter 3. pomoč storilcu za njegovo osebno preusmeritev v razvoj njegovih zmožnosti za sočutje, empatijo, solidarnost in zavedanje svojih dolžnosti do soljudi.

Spoznanja o nehotenem trpinčenju starih ljudi s strani oskrbovalcev so odločilna osnova za preprečevanje tega tragičnega pojava. Med problemi starih ljudi je nehoteno trpinčenje lažje preprečiti kakor večino starostnih bolezni ali revščino. Tu ima gerontološka stroka izjemno priložnost, da razvija učinkovite metode.

4.4 RAZVOJ PRIPOMOČKOV ZA OSKRBO

Oskrbovalni pripomočki so tehnična sredstva, ki oskrbovalcu olajšajo oskrbovalno delo, povečajo kakovost oskrbe in samostojno življenje oskrbovanca. Človek od začetka svojega razvoja izdeluje orodja in pripomočke za delo, da ga opravi lažje, bolje ali hitreje – kar izumi, uporablja s strahom in z drznostjo, v korist in tudi v škodo drugim, naravi in sebi. Delovni pripomočki so **podaljški človekove moči, njegovih zmožnosti in čutil**, je pred več kakor pol stoletja izvirno ugotavljal pionir v raziskovanju komuniciranja, McLuhan (1964). S delovnimi pripomočki se poveča človekova moč in izostri njegovo zaznavanje, poveča in zboljša se njegova zmogljivost in delovni rezultati. Čim napornejše je delo, tem večje je človeško prizadevanje za izdelavo pripomočkov za njegovo opravljanje. Oskrbovanje je zelo naporno delo – naporno je telesno, duševno in socialno, pa tudi eksistencialno, saj se ob njem človeku postavljajo vprašanja: *Bom tudi jaz tako onemogel? Kako bo takrat z menoj?*

Oskrbovalni pripomočki se razvijajo predvsem za olajšanje telesnega napora oskrbovalcev ter za izboljšanje telesnih oskrbovalnih storitev. Ti pripomočki so v zadnjih desetletjih doživeli izjemen razvoj, pravkar pa doživljajo največji razvojni vzpon s pametno tehnologijo za opravljanje oskrbovalnih storitev.

Največji razvoj je bil pri pripomočkih za gibanje – od palice in preprostih bergel so se razvili v današnje elegantne hodulje in vozičke, rolatorje in motorne skuterje. Oskrbovalno delo zelo olajšajo dvigala za premeščanje oskrbovanca iz postelje na voziček ali v kopalno kad. Neprecenljiva pomoč so sodobna negovalna postelja, plenice in drugi pripomočki za obvladovanje inkontinence in številni drugi pripomočki, ki se nenehno izpopolnjujejo. Sveže informacije o oskrbovalnih pripomočkih so v katalogih specializiranih trgovin ali zdravstvene zavarovalnice. V večini evropskih zdravstvenih sistemov, ki delujejo na principu solidarnosti, je nabava ali izposoja glavnih oskrbovalnih pripomočkov pravica, medtem ko so novi in nadstandardni pripomočki na voljo po tržnih cenah.

K dvigu kakovosti življenja v starosti so odločilno doprinesli zdravstveni pripomočki: očala ob pešanju vida, slušni aparati ob pešanju sluha, zobne proteze in proteze ob poškodbi gibal, udov in tkiv vse do njihove povezave na živčni sistem; in prav tako pripomočki pri težkih kroničnih obolenjih, na primer kisik za ljudi s hudo dihalno težavo ali insulin ob sladkorni bolezni. Večina starih ljudi živi s pomočjo teh zdravstvenih pripomočkov sorazmerno samostojno v domačem okolju.

Največji razmah se pravkar dogaja pri razvoju **elektronskih oskrbovalnih pripomočkov in robotike** na osnovi informacijsko-komunikacijske tehnologije (IKT) in pametne inteligence. To so: e-zdravje na daljavo, e-oskrba na daljavo, opozorilni sistemi za gibanje, samostojno življenje, jemanje zdravil in podobno ter oskrbovalni roboti. Razvoj IKT oskrbovalnih pripomočkov za lažje, boljše in hitrejše opravljanje oskrbovalnih storitev se prepleta z razvojem pripomočkov za zdravo samostojno življenje na svojem domu, ki jih na principu samopomoči uporablja človek sam. Sodobni vrh obojih je razvoj oskrbovalnih robotov, ki s svojo strojno inteligenco osvojijo življenjski slog oskrbovanca, njegovo okolje in stvarne razmere, v katerih se oskrbovanje dogaja, ter opravljajo oskrbovalne storitve z maksimalno natančnostjo dosedanjih spoznanj in izkušenj, po katerih so bili programirani. Isto velja za razvoj robotov za vsakdanjo gospodinjsko in drugo pomoč pri zdravem staranju.

Sodobni sistem integrirane dolgotrajne oskrbe vključuje vse možne oskrbovalne pripomočke. Zakoni o dolgotrajni oskrbi spodbujajo njihov razvoj in sofinancirajo njihovo nabavo. Že leta 2010 je obsežna študija EU o IKT pri staranju in oskrbovanju analizirala spekter potreb in možnosti za tovrstne

tehnološke rešitve (EU, 2010). Od tedaj je razvoj tega področja izredno nagel. Rešitve gredo v smeri večnamenskih pripomočkov. Oskrbovalni roboti so pravkar v razvojni fazi, da lahko prevzamejo večino telesno, duševno in socialno napornih storitev; ob večanju potreb po oskrbi bodo eden od glavnih stebrov za njeno kadrovsko in finančno vzdržnost.

Uporaba IKT na področju dolgotrajne oskrbe, zlasti oskrbovalna robotika, vzbuja mnogim strahove in odpor, da bi jih robot hranil, umival, oblačil, sprehajal, jim meril krvni tlak in podobno. Nujen je stvaren antropološki razmislek o tem, kako lahko robot smiselno pomaga, česa pa ne more. Glavni pomislek je, da je oskrbovalna storitev robota brezosebna. To je res. Za tiste vidike oskrbe, pri katerih je odločilen osebni odnos, IKT ni uporabna. Pri oskrbovalnem in negovalnem delu, kjer gre pretežno za kvalitetno opravljeno storitev, pa je ta nevarnost manjša, kakor je pri človeškem oskrbovanju; tudi poklicni in družinski oskrbovalci lahko izvajajo oskrbovalne in negovalne storitve brezosebno, s trpinčenjem oskrbovalca ter delajo napake. Pri opravljanju storitev imajo roboti nekatere prednosti pred človekom: niso utrujeni ali v stresu, do oskrbovanca ne morejo biti nevljudni, nestrpni in nasilni; pri IKT je zavestno trpinčenje nemogoče, možne pa so tehnične napake.

Glavna ovira pri uporabi tehnologije je neznanje; to povzroča največ škode. Ovira so tudi bolestne duševne zavore v ljudeh, npr. fobije, ki jih do neke mere rešuje psihoterapija. Nesmiselni strah pred uporabo IKT v dolgotrajni oskrbi se zmanjšuje s stvarnimi informacijami, nevarnosti pa je treba preprečevati z odgovornim multidisciplinarnim delom pri razvoju teh oskrbovalnih pripomočkov, pri njihovem uvajanju in usposabljanju za njihovo smiselno uporabljanje.

Z vidika človekovega doživljanja, etičnosti in varnosti prinaša uporaba IKT in robotike v oskrbovanje enake možnosti in nevarnosti, kakor njihova uporaba v izobraževanju, gospodinjstvu, proizvodnji in na drugih področjih življenja in sožitja. Bistveno je posvetiti sistematično pozornost etičnim in pravnim vprašanjem pri njeni uporabi ter vzgoji vseh generacij za zavest, da je v medčloveškem sožitju in sodelovanju vsako storitev treba zavestno povezati s človeškim odnosom. Smiselna meja pri uporabi robotizirane IKT v oskrbovanju je etična – nikomur ne sme škoditi. Te meje se ni lahko držati; vso zgodovino tehniko tudi zlorablamo za škodovanje sebi, drugim in naravi, vendar pa smiselna raba prevladuje nad zlorabo.

Vsi oskrbovalni pripomočki, vključno z razvijajočimi se roboti, so in bodo vedno **samo pripomoček za lažje, boljše in hitrejšo opravljanje oskrbovalne storitve**. Nikakor ne morejo imeti osebnega človeškega odnosa – tega še tako dobri oskrbovalni storitvi ne morejo dodati. Nikoli ne bodo mogli nadomestiti

oskrbovalca – človeka. Čeprav uspešno tržijo družabne robote za komuniciranje in razvedrilo starih ljudi, zlasti tistih, ki bolehajo za demenco, to ni človeški odnos, ampak nadomestni psevdo-odnos, ki do neke mere lahko umiri in zamoti bolnika s to boleznijo. Nikakršen robot, naj bo še tako mehek za božanje, prikupen za oči, pameten za pogovor ali potrpežljiv poslušalec, ne more imeti z oskrbovalcem človeškega odnosa. Pristen človeški odnos in oskrbovalna storitev sta dve enakovredni nogi, po katerih pri sleherni medčloveški pomoči hodi zdrav razvoj tistega, ki pomaga, in tistega, ki prejema pomoč. Naj se v prihodnje možnosti za razbremenilno uporabo robotike pri oskrbovanju še tako razširijo, bodo pravo delovno polje robotov samo neosebne oskrbovalne storitve; osebnega odnosa in nujno potrebne človeške bližine zdravih z bolnimi ne bo nikoli nadomestila nobena tehnologija, nobeno orodje in nobena stvar.

Prispevek vseh današnjih in bodočih oskrbovalnih pripomočkov je to, da oskrbovalcu olajšajo težko oskrbovalno delo ter mu prihranijo čas in moči. Ali bo ta prihranek vložil v zavestno izboljšanje kakovosti odnosa med seboj in oskrbovancem, ali ne, ni odvisno od pripomočkov, ampak izključno od njega samega in usmeritve oskrbovalnega sistema. Ob velikih današnjih možnostih, ki jih dajejo oskrbovalni pripomočki za razvoj kakovosti, humanosti ter kadrovske in finančne vzdržnosti oskrbovanja, sta nujni nalogi usposabljanje vseh generacij za osebni človeški odnos ter pravna in etična regulacija za uporabo robotike pri oskrbovanju.

4.5 INSTITUCIONALIZACIJA IN DEINSTITUCIONALIZACIJA OSKRBE

Institucionalizacija je družbeni proces, v katerem dejavnosti, ki so ljudem potrebne za življenje in sožitje, prehajajo v vedno bolj formalno, z normami določeno organizacijsko obliko ustanov ali institucij, zadovoljevanje teh potreb v skupnosti pa slabi. Pri tem dobivajo ustanove in sistemi družbeno premoč, medtem ko ljudje, katerim so namenjeni, in tisti, ki v njih izvajajo dejavnosti, izgubljajo svobodo pobude, odločanja in ustvarjalnega ravnanja. V polpreteklem industrijskem obdobju se je institucionalizacija stopnjevala in zaobjela vsa področja življenja in sožitja. Težnja po učinkoviti serijski proizvodnji in po maksimiranju dobička je prešla v splošno miselnost.

Sociološke, psihosocialne, etnološke in druge analize odkrivajo vzvode za nastajanje in širjenje institucionaliziranosti ter poškodbe, ki jih povzroča na ljudeh in v skupnosti. Skrajno institucionalizirane ustanove so poimenovane **totalne ustanove**. V njih so ljudje nastanjeni in od njih (dolgo)trajno odvisni pri zadovoljevanju večine svojih vsakdanjih potreb. Te ustanove so organizirane tako, da ohranjajo same sebe. Za kontrolo kakovosti svojih storitev in za

ugotavljanje dejanskih potreb svojih uporabnikov in neposrednih izvajalcev imajo malo mehanizmov.

Tudi v razvoju dolgotrajne oskrbe je institucionalizacija značilnost polpretekle industrijske paradigme. Današnji človek ima zaradi ozaveščenosti o svojih individualnih pravicah in osebne svobode do nje odpor. Tej potrebi ljudi sledi evropska politika, ki se usmerja v deinstitutionalizacijo s svojimi političnimi cilji in zakonodajo, v praksi pa s podporo oskrbe na domu.

Deinstitutionalizacija dolgotrajne oskrbe je proces, s katerim se javna družbena pozornost iz oskrbovalnih ustanov prenaša na izenačen razvoj različnih oskrbovalnih programov v domačem okolju krajevne skupnosti, razvojni poudarek pa imajo tisti, ki so podobnejši življenjskemu slogu ljudi pred nastopom potrebe po oskrbi. Ponekod po Evropi se je za ta proces uveljavilo poimenovanje **normalizacija oskrbe** v skupnosti. Vzpostavljane ravnotežja med osebnim dostojanstvom človeka in razvojem skupnosti izhajajo iz etične paradigme, da je vsak človek enkraten in edinstven, svoboden in odgovoren, da ima svoje potrebe, zmožnosti in stališča ter da so za kakovostno sožitje vseh v skupnosti nujni organizacijski red, poštenost v dajanju in prejemanju ter solidarna empatičnost z drugimi.

Družboslovne razlage so dobro pojasnile institucionaliziranost, kar je v zadnji četrtini 20. stoletja doprineslo k razvoju deinstitutionaliziranih oblik v vzgoji, zlasti mladine s posebnimi potrebami. Deinstitutionalizirani programi za dolgotrajno oskrbo pa se razvijajo v praksi šele odkar to omogočajo zakoni o dolgotrajni oskrbi. Pri vlogi znanosti je treba upoštevati dejstvo, da ima znanost ključno vlogo pri deinstitutionalizaciji, prav tako pa služi institucionalizaciji, če je družba usmerjena avtokratsko – znanje je in bo vedno samo orodje, ki ga je mogoče uporabiti tako za razvoj kakor za uničevanje.

Pri institucionalizaciji in deinstitutionalizaciji se dogaja antropološka dinamika med potrebo po individualnem razvoju – to je po osebni svobodi, ter potrebo po organiziranem sožitju z drugimi ljudmi v skupnosti – to je po odgovornosti za druge; obe sta enako osnovni človeški potrebi. Svoboden osebni razvoj in odgovorno sožitje v skupnosti sta sinergično komplementarni človeški potrebi. Pogosto pa **ena prevlada nad drugo in socialni razvoj krene v patologijo**; razvoj človeških skupnosti vso zgodovino niha med naraščanjem institucionaliziranosti in njenim upadanjem. Institucionalizacija je družbena patologija, ki se dogaja, ko je zapostavljena potreba po razvoju človekove osebe in njene svobode ter možnost, da je vsakdo s svojim izvirnim prispevkom soodgovoren za skupnost. Njej nasprotna patologija je individualizem, pri katerem imajo ljudje občutek svoje samozadostnosti, zanemarjajo pa skrb za sožitje. Podroben pogled v vzgibe institucionaliziranosti pa pokaže, da tudi

njo povzroča patološki individualistični interes ključnih subjektov institucije, pa naj so vidni ali v ozadju. Težave v današnji dolgotrajni oskrbi so v veliki meri posledica tako dosedanje institucionaliziranosti oskrbovalnih ustanov, kakor današnje osredotočenosti ljudi na svoje pravice ob nerazvitem čutu odgovornosti za dogajanje v skupnosti.

Nanizali bomo še nekaj ugotovitev o institucionaliziranosti in deinstitutionalizaciji v sodobni dolgotrajni oskrbi, saj je to področje odločilno za razvoj tega sistema in za uspešnost zakona o dolgotrajni oskrbi.⁸

- **Institucionaliziranost oskrbe je dosegla višek ob koncu 20. stoletja**, ko so se začele zaostrovati potrebe ljudi po sodobni dolgotrajni oskrbi ob staranju prebivalstva. Po Evropi in pri nas so zidali velike domove za stare ljudi, pogosto odmaknjene od socialnega dogajanja na obrobje, življenje in oskrba v njih je organizirana po industrijski paradigmi.
- Danes se težnja po institucionaliziranosti oskrbovalnih ustanov trdovratno nadaljuje po njeni **lastni inerciji**, zaradi **težnje politike** po cenemem reševanju oskrbe ob novih perečih potrebah in zaradi **potrebe kapitala po dobičku**. Ti vzroki institucionalizacije oskrbe so tudi pomembni vzroki za sedanje pomanjkanje oskrbovalnega kadra.
- Oskrbovalne ustanove potiska v institucionaliziranost tudi dejstvo, da so **v njih dosmrtno nastanjeni telesno, duševno in socialno zelo ranljivi in nemočni ljudje**, ki ne morejo uveljavljati svoje pobude in svobode; pri demenci je npr. možno, da se ne zavedajo niti svoje identitete.
- Sodobni zakoni o dolgotrajni oskrbi po evropskih državah so sprožili **notranjo deinstitutionalizacijo** v obstoječih domovih z njihovim preurejanjem v majhne enote s samostojnim oskrbovalnim timom. Ker življenje oskrbovancev in oskrbovalcev v ustanovi določa predvsem gospodinjenje, so te enote imenovali **gospodinske skupine**. V njih je oskrba vsakega individualizirano prilagojena njegovim navadam in potrebam. Velika večina ima lastno sobo (to si danes želi devet od desetih oskrbovancev), oskrbovalna skupina pa ima veliko skupno dnevno sobo s kuhinjo. V razvoju domov za stare ljudi imenujejo ta model četrto generacijo, ki s konceptom integrirane dolgotrajne oskrbe dobiva novo kakovost v tem, da s svojimi programi tesno sodeluje z lokalno skupnostjo.
- Notranja deinstitutionalizacija domov je odvisna od **zunanje deinstitutionalizacije**, ki jo sprožajo sodobni zakoni o dolgotrajni oskrbi s pravico

⁸ Spoznanja o dinamiki med individualnim razvojem in sožitjem v skupnosti so pomembna za razumevanje organizacije sodobne dolgotrajne oskrbe; obširneje so prikazana v članku o njeni deinstitutionalizaciji (Ramovš Jože; Deinstitutionalizacija dolgotrajne oskrbe, v: *Kakovostna starost*, 2015, let. 18, št. 3, str. 3-25). Pojma institucionaliziranost in deinstitutionalizacija sta v reviji obdelana leksikonsko (letnik 18, 2015, št. 2, str. 68-70).

do oskrbe na domu in drugimi programi oskrbe v krajevni skupnosti. Majhen krajevni dom za stare ljudi – po načelu: *Kjer je potreben vrtec za otroke, je potreben tudi dom za stare ljudi* – postane pri tem idealno strokovno in organizacijsko središče za celotno integrirano dolgotrajno oskrbo v kraju.

- Pri delu za zmanjševanje institucionaliziranosti in za njeno preprečevanje je treba **razlikovati med skupnostno in skupinsko metodiko**. Obe sta enako potrebni in med seboj komplementarno sinergični, vendar pa zelo različni. Za sožitje v skupini je značilen osebni odnos z ustrezno delitvijo vlog ter komuniciranje na osnovi dobrih osebnih izkušenj in pozornost na ustvarjanje lepega vzdušja. Zaradi tega lahko skupina šteje od dveh do največ trideset ljudi. Za skupnost pa so značilna brezosebno organizirana razmerja med nedoločenim številom ljudi, da so zadovoljene osnovne potrebe vseh. Pri skupnostni metodiki je glavni organizacijski menedžment, ki upošteva dejstvo, da je pogoj za razvoj skupnosti to, da je sestavljena iz kakovostnih skupin. V današnji evropski družbi so skupine veliko bolj zanemarjene kakor skupnosti. Osnovna skupina je od nekdanje družine, danes so odločilne tudi delovne in prijateljske skupine. Za kakovostno delovanje skupin oblikujemo izvirno metodo, imenovano **skupinsko socialno učenje** po načelu: *v skupini smo vsi učitelji in vsi učenci, razlike pa nas bogatijo*. Ta metoda se dobro obnese tako v programih za usposabljanje oskrbovalcev kakor v programih za kakovostno in zdravo staranje ter za preprečevanje osamljenosti. Kjer prevlada skupnostna metodika na račun skupinske, se krepi institucionalizacija. Pri skupnostni metodiki so v ospredju brezosebne informacije, znanje, kritična analiza, teoretična razprava, organizacijski menedžment, storilnost in tekmovanje; pri teh metodah je odločilna vsebina dogajanja, osebnih odnosov ne morejo krepiti. Deinstitutionalizirana dolgotrajna oskrba je uravnoteženost med skupinami (gospodinjske skupine, samostojni timi oskrbovalcev v njih, strokovni timi za specializirane storitve ...) in skupnostno organizacijo (povezava številnih stanovanjskih skupin v enem domu, številnih domovih v grozd s skupnim vodstvom, nabavo, izobraževanjem, razvojem ...).
- Institucionaliziranost ustanov za dolgotrajno oskrbo se zmanjšuje s tem, da zakon o dolgotrajni oskrbi pospešuje razvoj čim celovitejše mreže sodobnih oskrbovalnih programov v krajevni skupnosti, da enakopravno sofinancira oskrbovalne potrebe ljudi v vsakem od strokovno primernih programov, za katerega se uporabnik odloči, ter da zagotovi pravičen način za vstop v pravice do oskrbe, učinkovito kontrolo nad izvajanjem

minimalne kakovosti oskrbe v vseh programih ter da skrbi razvoj oskrbovalnih programov na nacionalni ravni z nenehnimi pilotnimi projekti.

- Mehanizem za deinstitucionalizacijo oskrbovalne ustanove je tudi vzpostavljanje **sistema kakovosti**. Z njim ustanova zavestno usmeri svoje cilje in dejavnosti v razvoj, ki ga sproti preverja po merljivih kazalnikih.
- Nepogrešljiv dejavnik uspešne deinstitucionalizacije oskrbovalne ustanove je njena **tesna povezanost s krajevno skupnostjo**. Kaže se v rednem, aktivnem sodelovanju krajanov pri delovanju ustanove, ustanove pa pri življenju kraja. Motivacija za sodelovanje mora izhajati iz obeh strani: iz ustanove in krajevne skupnosti, v kateri deluje. Če skuša z oskrbovalno ustanovo sodelovati samo njeno okolje in posamezniki iz skupnosti, se bo ustanova čutila ogroženo, češ da ne zaupajo stroki, da motijo njeno delovanje ipd. Sama ustanova pa brez zavzetosti krajevnega okolja težko privabi ljudi k aktivnemu sodelovanju. Za sodelovanje med oskrbovalno ustanovo in krajevnim okoljem so najpomembnejši svojci stanovalcev in zaposlenih, prostovoljci ter krajevne zdravstvene, vzgojno-izobraževalne, kulturne in socialne ustanove. Svetovni model, ki lahko vzpostavi in razvija to povezanost, je **program starosti prijaznih mest in občin**, ki ga učinkovito izvajajo tudi nekatere slovenske občine.
- Institucionaliziranost deluje na industrijskem principu specializirane »serijske« proizvodnje, pa naj gre za vzgojo, izobraževanje, upravljanje v skupnosti ali oskrbo onemoglih. Pri taki miselnosti sta enkratnost in edinstvenost posameznega človeka podrejeni učinkovitosti ustanove za povprečnega uporabnika – specializirana je torej **za vse in za nikogar**. Ustanova ima svoj hišni red, pravilnike, normative, standarde in druge instrumente, ki se jim morajo prilagoditi vsi: »uporabniki« in tisti, ki v ustanovi delajo z njimi. Ob vsej kritičnosti pa se je treba zavedati, da je institucionalizirana družba lahko za določen čas organizacijsko in delovno učinkovita. Nekatere naloge, npr. hitre akcije reševanja, kakršno je gašenje požara, zahtevajo visoko organizirano institucionaliziranost avtoritarnega vodenja. Splošno razširjena institucionaliziranost življenja in sožitja v vsakdanjem življenju pa s svojo »prokrustovo posteljo« pri vseh članih usodno utesnjuje in duši razvoj človeške ustvarjalnosti, osebnostno zorenje in kakovostno sožitje. Taka družba zato na daljši rok zaostaja in propade ali pa se v njej – kot bolj ali manj nevidna opozicija – krepijo zdrave moči osebne človeške svobode in odgovornosti, iz katerih zraste nov razvojni cikelus.
- Deinstitucionalizacija dolgotrajne oskrbe je pogoj za **sinergično integracijo vseh oskrbovalnih virov v sodobni skupnosti**; sinergična

integracija virov pa je pogoj za ohranitev in razvoj humane, finančno in kadrovsko vzdržne dolgotrajne oskrbe v času staranja prebivalstva – za to danes ni druge dobre alternative. Informacijska tehnologija jo lahko zelo olajša, prav tako pa je lahko močno orodje institucionalizacije. Če bosta današnji živi potrebi po svobodnem in odgovornem razvoju sledili tudi vzgoja zdrave in trdne človeške osebnosti ter vzgoja za kakovostno komuniciranje in sodelovanje, se zdi, da je človeški razvoj danes pred možnostjo, da vključi vse dosedanje funkcionalne izkušnje za učinkovito organiziranost dela in sožitja, ki so bile v preteklosti opravičilo pri uveljavljanju institucionaliziranosti, učinkovitost v družbi pa drži v stabilnem ravnotežju z osebno svobodo in odgovornostjo posameznika.

- Odločilni dejavnik notranje deinstitutionalizacije oskrbovalne ustanove – torej normalizacije življenja in sožitja v njej – je **vodstvo ustanove z zaposlenimi**. Od vodstva in zaposlenih je odvisno skoraj vse. Sodobna arhitekturna ureditev doma za stare ljudi je sicer velika prednost, vendar pa je tudi v zelo zastareli stavbi življenje stanovalcev in delo oskrbovalcev človeško navdihujoče, če so vodstvo in kader usmerjeni v ustvarjalno odnosno oskrbo; pa tudi obratno: rigidna institucionaliziranost v najsoodobnejše in nadstandardno zgrajenem domu. Za investitorje je odločilno zavedanje, da gradnja doma in stroški oskrbe v njem stanejo enako, če je dom arhitekturno in organizacijsko ugoden za življenje in ima lep videz v kraju ali če je po konceptu zastarel in grdega videza; huda zloraba javnega denarja je graditi zastarele domove po modelu izpred več kakor pol stoletja in v njih delati po konceptih, metodah in slogu, ki so bili sodobni takrat, ko so bili današnji oskrbovanci še otroci.
- Za razumevanje institucionalizacije in za oblikovanje učinkovitih programov deinstitutionalizirane dolgotrajne oskrbe je potreben celosten antropološki pristop. Ta vključuje poleg spoznanj družboslovnih ved tudi ekonomske, biološke, zgodovinske, kulturne in druge vidike, ki določajo medčloveško sožitje, pri čemer pa je bistveno, da so njihova spoznanja povezana v enovit celostni pogled na človeka. 20. stoletje je dalo vrsto spoznanj za tak pristop, npr. spoznanje Martina Bubra o komplementarnosti brezosebnega človekovega razmerja (*jaz – ono*) in osebnega odnosa (*jaz – ti*) do ljudi ter tudi do narave in sebe (institucionalizacija se dogaja povsod, kjer pri usposabljanju in organizaciji oskrbe prevlada pozornost na brezosebno razmerje oskrbovalnih storitev nad osebnim odnosom). Na isto zakonitost opozarja spoznanje Ericha Fromma o prevladi principa *imeti vse potrebno za preživetje* na račun principa *biti človek med ljudmi*. Slovenski celostni antropolog pa je bil Anton Trstenjak.

Prikaz razvoja dolgotrajne oskrbe odraslih ljudi, ki ne morejo opravljati vsakdanjih opravil za svoje preživetje, zaključujemo z dejstvom, da je ta temeljna človeška značilnost v zadnjih sto letih doživela dva prehoda, ki sta večja kakor spremembe v razvoju oskrbe vsa tisočletja doslej. Prvi je prehod iz tradicionalne družinsko-sosedske oskrbe v institucionalno oskrbo za tisto četrtno oskrbovancev, ki jih v industrijski družbi niso več mogli oskrbovati doma svojci. Drugi je sedanji prehod iz industrijske paradigme v univerzalno integrirano oskrbo v skupnosti za vse, ki jo potrebujejo. Mejniki v ta sistem je sprejemanje sodobnih zakonov o dolgotrajni oskrbi v evropskih državah po letu 1990.

Sedanji prehod spremlja tretja novost, to je vstopanje kapitalskega trga na področje dolgotrajne oskrbe, ki je po letu 2000 zelo agresiven. Dolgotrajna oskrba je zanj vabljava: to je veliko področje, skoraj vsak človek jo prej ali slej potrebuje, njena javna blagajna je velika, prav tako osebna pripravljenost ljudi, da jo plačajo; vse to za kapital pomeni stabilno naložbo, ki je zanj neprimerno častnejša kakor orožarska industrija. Motivacija trga pa je vedno dobiček – zanj sprejema vsak posel. Ker denar ne pozna ne etike ne humanosti, kapital kot organizator oskrbe stopnjuje slabosti institucionalizirane industrijske paradigme pri oskrbi in je edina konkurenca razvoju integrirane skupnostne paradigme; pri tem ima močno podporo v današnjem javnem in osebem odporu do starosti. Edina varovalka za humano oskrbo v prihodnosti je etična regulacija socialno-tržne države.

5 SLOVENSKA PRIPRAVA NA ZAKON DOLGOTRAJNI OSKRBI

Kakovosten zakon o dolgotrajni oskrbi je po letu 2000 pogoj za razvoj humane oskrbe za vse prebivalce, to je za uvajanje sodobnega sistema integrirane dolgotrajne oskrbe. Tri desetletja izkušenj s tem razvojem po evropskih državah daje dovolj dobrih izkušenj, da ta sistem deluje, da se v njem naglo razvijajo novi oskrbovalni programi, ki odговarjajo potrebam današnjih ljudi, prav tako pa je dovolj izkušenj, kje so pri pripravi zakona in uvajanju sodobnega sistema slepe ulice.

Evropske socialno-tržne države so se začele pripravljati na nov sistem dolgotrajne oskrbe ob prvih demografskih kazalcih staranja prebivalstva po letu 1980. Te priprave so potekale v zdravstveni, socialni in drugih relevantnih strokah, v politiki in s širokim družbenim ozaveščanjem. Po petih do desetih letih intenzivne priprave in pilotnih preizkušanj modelov v praksi so države sprejemale svoje zakone o dolgotrajni oskrbi, naši severna soseda Avstrija in Nemčija sredi 90-ih let. Od tedaj so na temelju izkušenj, novih potreb in možnosti svoje zakone že večkrat dopolnile.

Orientacija pri razvoju dolgotrajne oskrbe je tudi redno raziskovanje stanja. Največji tovrstni projekt je longitudinalna mednarodna raziskava SHARE (<http://www.share-project.org/>), ki od leta 2004 zbira podatke o zdravju in oskrbi, ekonomskem stanju, socialni in družinski mreži, zaposlitvenem statusu in upokojevanju, stopnji sreče in drugih vidikih Evropejcev, ki so stari 50 let in več.

V času, ko so se drugi pripravljali na staranje prebivalstva in na sprejem svojih zakonov o dolgotrajni oskrbi, je slovensko politiko in civilno družbo zaposlovala kriza Jugoslavije kot zveze narodov, ki je sovpadala s svetovno krizo komunističnega socializma. Oboje je doseglo vrelišče z razpadom skupne države, osamosvajanjem Slovenije s kratko vojno in z vzpostavljanjem večstrankarskega političnega sistema. Sledilo je intenzivno delo za mednarodno priznanje in konstituiranje samostojne slovenske države. Ohranitev in razvoj dobrih strani iz socialističnih socialnih sistemov je v tem tranzicijskem obdobju zavrla privatizacija večine skupnega premoženja; na nepoštenost v tem procesu kaže uporaba hrvaške ironične besedne novotvorbe »prihvatizacija«. Hudo organizacijsko krizo doživljata sociala in zdravstvo kot državni sistem; ne pa zdravništvo in zdravstvena nega kot stroki. Vlada je v prvih letih samostojne države razdvojila do tedaj skupni zdravstveni in socialno varstveni ministrski resor, medtem ko so istočasno evropske države v pripravi na uvedbo integriranega sistema dolgotrajne oskrbe ta dva resorja povezovala, ker je to pogoj za delovanje integrirane oskrbe.

Ob osamosvojitvi smo imeli mrežo velikih pokrajinskih domov za stare ljudi, njihovo število je bilo podobno številu tedanjih velikih občin (okrog 60). To je bila edina javna mreža oskrbe, po načinu dela je bila primerljiva tedanjemu stanju po Evropi. Zakon o socialnem varstvu je leta 1992 te domove podržaval. To je bila edina odtujitev od osnovnih nalog lokalne skupnosti; otroški vrtci, osnovna šolstva in osnovno zdravstvo ter komunala so ostali v domeni občin. Vzrok zanjo je bil strah zakonodajalca, da bodo ljudje, ki potrebujejo preselitev v dom, v nastajajočih malih občinah ostali brez te možnosti. Osamosvojitveni Zakon o socialnem varstvu je bil prehodne narave, veljati bi bil moral največ pet let, da bi bila uvedena vmesna upravna stopnja med državo in občinami (okraji, pokrajine). V državnem zboru je bilo rečeno, da bodo po reformi občin domovi za starejše vrnjeni občinam. Tedanja zavest, da je oskrba z domovi vred občinska pristojnost, je bila skladna s sodobnimi evropskimi rešitvami – v sodobnem sistemu dolgotrajne oskrbe gradijo majhne domove za krajevne potrebe, ti pa so organizacijsko povezani v velike grozde. Žal poteka dogajanje v Sloveniji vse do danes v obratni smeri. Ker politika ni vzpostavila regij ali okrajev, velja tranzicijski Zakon o socialnem varstvu še danes, nenehno ga krpajo z dopolnitvami. Vse to so odločilne hipoteke, ki botrujejo temu, da

tudi Zakon o dolgotrajni oskrbi dobivamo s četrstoletno zamudo, ta pa dela le prve otroške korake na tem področju v primerjavi s tistimi, ki so si jih naredili evropski sosede že pred tremi desetletji.

Danes je očitno, kako usodno škodljiv vpliv je imelo poddržavljenje dolgotrajne oskrbe. V teh treh desetletjih je v lokalni politiki zakrnela odgovornost za stare občane. V skoraj dveh tretjinah občin, ki nimajo svojega doma, so županski kandidati ob volitvah večinoma obljubljali gradnjo doma in si nato prizadevali za izpolnitev obljube. Ker pa nimajo zakonite možnosti za lastno gradnjo, ne znanja o sodobnem sistemu oskrbe, ne razvojnih smernic v sodobnem zakonu o dolgotrajni oskrbi in ne finančnih virov za to, prelagajo odgovornost in krivdo na državo; če pa uspejo izpolniti obljubo po domu, je ta večinoma arhitekturno in po konceptu izpred pol stoletja.

Do leta 2010 je vladal skoraj popolni molk o uvajanju sodobnega sistema dolgotrajne oskrbe in o pripravi sodobnega slovenskega zakona o njej. O potrebah na tem področju je bilo napisanega nekaj več, med drugim tudi o dejstvu, da je bil obstoječi sistem financiranja oskrbe v domovih protiustaven. Starostnik, ki se je lahko v domu nastanil ne glede na svojo potrebo po oskrbi, je bil namreč deležen neprimerno več zdravstvenih storitev iz javne blagajne kakor državljani, ki so bili v oskrbi doma; imel je noč in dan na voljo zdravstveno nego, medtem ko je onega na domu kvečjemu tu in tam obiskala patronažna sestra. Po letu 2000 smo občasno slišali kako osamljeno pobudo, da bi morali tudi mi sprejeti sodoben zakon o dolgotrajni oskrbi, o tem je kaj rekel ali napisal le ta ali oni posameznik – mag. Martin Toth prvi v zdravstveni državni upravi, Davor Dominkuš pa je bil vlečna moč pri predlogu zakona leta 2010 na ministrstvu za socialno varstvo. V javnem mnenju, v upravi in politiki, pa tudi v relevantnih strokah pa je glede tega večinoma vladal molk in zastarele predstave iz 70-ih let prejšnjega stoletja, ko je bila Slovenija na področju zdravstveno-socialne oskrbe v domovih za stare ljudi med vodilnimi na svetu po zaslugi pionirja v geriatriji in gerontologiji, dr. Bojana Accetta.

Z letom 2010 so se začeli vrstiti predlogi zakona o dolgotrajni oskrbi v Sloveniji; pri predlogih je ostalo do leta 2021. Prvi predlog je marca 2010 pripravilo Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve. Predvideval je obvezno zavarovanje za dolgotrajno oskrbo na načelih solidarnosti in odgovornosti posameznika za zagotavljanje lastne socialne varnosti in socialne varnosti njegovih družinskih članov (Predlog, 2010). Njegove rešitve so zelo zaostajale za zakoni drugih evropskih držav, vendar pa so za neformalne oskrbovalce prekašale sedaj sprejeti zakon.

Leta 2017 je bil v javni razpravi nov predlog zakona o dolgotrajni oskrbi in obveznem zavarovanju za dolgotrajno oskrbo (Zakon, 2017). Revija za

gerontologijo in medgeneracijsko sožitje. Kakovostna starost je skoraj celotno številko posvetila temu predlogu (Kakovostna starost, 2017). Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje in Firis Imperl sta podala Izjavo ob sprejemanju sistema za dolgotrajno oskrbo v Sloveniji (Inštitut idr., 2017);⁹ v njej sta podprla sprejem zakona ter jasno opredelila, v čem je treba predlog dopolniti z vidika izkušenj drugih evropskih držav. Na 70 straneh revije so sledili članki ob predlogu Jožeta Ramovša iz Inštituta Antona Trstenjaka, Francija Imperla iz Firisa, Jaka Bizjaka iz Skupnosti socialnih zavodov Slovenije, Tilke Klančar iz Mestne občine Ljubljana, izkušenega javnega zdravstvenika Martina Totha, Vita Flakerja iz Fakultete za socialno delo, ki si prizadeva za deinstitutionalizacijo ustanov, ter Sabine Petek z dolgoletnimi izkušnjami pri delu v socialnih ustanovah.

Kakor prejšnjemu, se je tudi temu predlogu zgodilo, da je vlada padla preden je bil sprejet. Še slabšo usodo je imel naslednji predlog leta 2019, ko je nepričakovano odstopil predsednik vlade, preden je šel novi predlog v javno obravnavo.

Naslednji predlog je bil v javni obravnavi leta 2021 (Predlog, 2021). Ta je šel v parlament in bil sprejet 9. decembra 2021, veljati je začel 18. decembra 2021 (Zakon, 2021). V praksi pa se ni začel izvajati, ker je nova vlada hotela iskati svoje rešitve.

Vsi predlogi od začetka do danes so gradili drug na drugem. Leta 2021 sprejeti je naredil največji korak proti uvajanju sodobne integrirane dolgotrajne oskrbe v Sloveniji, med drugim je odprl vrata občinam za lastne majhne domove; tudi pri njem pa je ostalo precej nerešenega, da bi lahko Slovenija pospešeno sledila evropskemu razvoju na tem področju. V javnosti so mu očitali predvsem finančno nedorečenost, ker ni uzakonil novega zavarovanja, ampak do političnega soglasja o njem uzakonil mešani sistem, kakršen se nam ves čas dobro obnese pri pokojninskem zavarovanju; iz zdravstvenega in pokojninskega zavarovanja je izločil tisti del, ki je šel doslej za potrebe dolgotrajne oskrbe (ta je tvoril večji del potrebne nove javne blagajne za dolgotrajno oskrbo), za preostali del pa je obremenil državni proračun (Avstrija napaja celotno dolgotrajno oskrbo iz državnega proračuna). Dobre rešitve in nerešene naloge tega predloga (in sprejetega zakona) je v reviji izpostavila

⁹ Ti dve slovenski razvojni ustanovi imata največ znanja o razvoju dolgotrajne oskrbe v Evropi; Firis Imperl o sodobni organizaciji in delu deinstitutionaliziranih ustanov za oskrbo in nego ter o vodenju kakovosti, o izobraževanju vodstva in oskrbovalnega kadra ter o svetovanju pri arhitekturnem in finančnem načrtovanju gradnje ali obnove domov za stare ljudi ([Http://www.firis-imperl.si](http://www.firis-imperl.si)), Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje pa z integrirano dolgotrajno oskrbo v krajevni skupnosti, z usposabljanjem družinskih in drugih neformalnih oskrbovalcev ter z razvojem novih programov za zdravo staranje ([Http://www.inst-antonatrstenjaka.si](http://www.inst-antonatrstenjaka.si)).

obsežna Izjava, ki so jo pripravili Inštitut Antona Trstenjaka, Firis in Konzorcij 17 – neformalna skupina več deset slovenskih občin, ki so se dejavno trudile za vzpostavitev sodobne integrirane dolgotrajne oskrbe s majhnim krajevnim domov kot njenim matičnim središčem (Inštitut idr., 2020).

Nova vlade je po razveljavitvi sprejetega zakona začela pripravljati svojega in 21. julija 2023 je bil sprejet nov Zakon o dolgotrajni oskrbi, ki je od 3. avgusta 2023 v veljavi (Zakon, 2023); z letom 2024 se bo začelo njegovo postopno izvajanje v praksi.

Ob več desetletnem neuspehu na tem področju se vsiljuje vprašanje: *Zakaj je Slovenija v svoji operativni politiki, v razvoju strok in izobraževanja ter javnem mnenju ostala zaprt mehurček v srednji Evropi, kakor da bi ne doživljala staranja prebivalstva in perečih nalog dolgotrajne oskrbe enako pereče ali še bolj kakor drugi?*

Ob pogledu nazaj je jasno, da bi bili leta 1995 brez težav sprejeli nam prilagojen nemški ali avstrijski zakon o dolgotrajni oskrbi in ga nato dopolnjevali, če bi si bila tedanja politika to zadala kot tekočo nalogo. Čim bolj so se leta odmikala, trši je bil ta oreh z vseh plati: politično, finančno, strokovno in javnomnenjsko. Toda to je jalovo modrovanje za nazaj; odločilen je razmislek, koliko novi zakon rešuje zaostalo nalogo, v čem pa bo potreboval nujne dopolnitve.

6 DOSEŽKI IN NEREŠENE NALOGE OB UVELJAVITVI ZAKONA O DOLGOTRAJNI OSKRBI V SLOVENIJI

Zakon o dolgotrajni oskrbi v Sloveniji je z začetkom njegovega izvajanja največja prelomnica v razvoju dolgotrajne oskrbe v Sloveniji. Ob njej sem želel s tem člankom povzeti rdečo nit spoznanj iz svojega več desetletnega dela na tem področju, zlasti antropološke osnove, na katerih stoji in pade stavba humanega oskrbovanja nemočnih ljudi.¹⁰ Kot zaključek bom strnil svoja glavna stališča o tem, kaj je z novim zakonom doseženo, kaj pa ostaja kot nujne naloge za human, finančno in kadrovsko vzdržan razvoj sistema dolgotrajne oskrbe v Sloveniji. Podrobnejša kritična analiza ter primerjava našega zakona z nam najprimerljivejšimi evropskimi sosedi je v članku Franca Imperla v tej številki (Imperl, 2024); za razvoj institucionalne oskrbe pa pomenijo sintezo sodobnih

¹⁰ V socialni delam v praksi, raziskovalno in pri razvoju delovnih metod, publicistično in pedagoško že skoraj pol stoletja, od slovenske osamosvojitve predvsem na področju staranja in dolgotrajne oskrbe. Poleg monografij *Integrirana dolgotrajna oskrba* in *Kakovostna starost – socialna gerontologija in gerontagogika* ter urejanja pričujoče revije je bila večje delo na tem področju tik pred politično tranzicijo knjiga *Slovenska socialna med včeraj in jutri* (1991; 2. razširjena izdaja 1995).

spoznanj in izkušenj tudi njegovi članki, ki so izhajali v tej reviji,¹¹ ter njegova monografija *Kakovost oskrbe starejših – izziv za prihodnost* (Imperl, 2012).

Zakon o dolgotrajni oskrbi je naredil tri pomembne razvojne korake.

1. Prelomni korak je samo dejstvo, da smo po desetletjih zaostanka za potrebami in evropskimi sosedi **ta zakon sprejeli**.

2. Odločilen organizacijski korak je **skupni državni resor za dolgotrajno oskrbo**. Ko se je v preteklih desetletjih pristojnost za sprejem zakona o dolgotrajni oskrbi selila iz ministrstva za zdravje na ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve ter obratno, je vsak, ki pozna razvoj tega področja po evropskih državah, vedel, da brez tesne povezave obeh resorjev dejanski razvoj na tem področju ni možen. To trditev sem slišal tudi od državnih uradnikov, ki so sodelovali pri pripravi prejšnjih predlogov tega zakona. Dolgotrajna oskrba je po svoji naravi enako bistveno zdravstvena in socialna dejavnost. Poskusi njenega urejanja z ene ali z druge strani nezavedno ustvarjajo namesto protagonista za skupno rešitev problema dva konkurenčna antagonist, ki zgubljata izpred oči realnost perečega in razvojno perspektivnega izziva evropske kulture. Pri tem nehoti postajata pomočnika tistih lobijev, ki stiske ljudi ob potrebi po oskrbi uporabljajo za svoj finančni dobiček, za politično pometanje oskrbovalne naloge pod preprogo ali starostne težave ljudi uporabljajo za svoje družbeno eksperimentiranje z rešitvami, ki so v nasprotju z etično smerjo štiritisočletnega razvoja evropske kulture.

Pogoj, da bo novi ministrski resor po sprejemu zakona učinkovit v razvoju slovenske dolgotrajne oskrbe, je njegova avtonomija na tem področju; če bo avtonomen samo formalno, dejansko pa bosta to področje krojila vsak po svoje veliko močnejši zdravstveni in socialni resor, kakor je to bilo doslej, bo dolgotrajna oskrba v Sloveniji zahajala v čedalje hujšo krizo. Enak pogoj kakor njegova avtonomija pa je za novi ministrski resor njegovo učinkovito partnersko sodelovanje s tema dvema ministrstvom, ki na državni ravni upravljata z glavnimi viri, od katerih je odvisna dolgotrajna oskrba. To sodelovanje zahteva od vseh treh resorjev veliko etično zrelost in obvladovanje večšin za partnerski dialog; samo vsi trije skupaj so lahko kos finančnim in drugim pritiskom po obrobem ali nehumanem reševanju oskrbe onemoglih ljudi.

3. Zakon je **odklenil vrata integraciji neformalne oskrbe v nacionalni sistem**. To je bila – skupaj z javnim sofinanciranjem oskrbe – osnovna pridobitev vseh zakonov o dolgotrajni oskrbi po Evropi. Slovenski zakon je

¹¹ V reviji *Kakovostna starost* so izšli poleg že navedenih še naslednji Imperlovi članki o institucionalni dolgotrajni oskrbi v Sloveniji: *Javni domovi na razpotju* v letniku 16 (2013), št. 3, str. 3–18; *Možne strategije razvoja domov za starejše* v letniku 17 (2014), št. 4, str. 3–22; *Tudi v starosti graditi življenje po lastnih merilih* v letniku 22 (2019), št. 3, str. 3–13; leta 2010 pa obsežen strokovni intervju: Imperl Franc in Ramovš Jože, *Dolgotrajna oskrba z očmi poznavalca slovenske in evropske sociale* v letniku 13, št. 2, str. 102–125.

pri tem naredil komaj opazen korakec v primerjavi z drugimi, toda vrata v integracijo neformalne in formalne oskrbe je odklenil. Iz dosedanje socialne pomoči na domu se bo začela razvijati celovitejša oskrba na domu, to sproži deinstitucionaliziranje domov, za oskrbo v lastni režiji doma bodo ljudje lahko izbrali denarno pravico (čeprav po tem zakonu neprimerno manjšo, kakor je pri drugih po Evropi), družinski oskrbovalci se bodo lahko pri najtežji oskrbi zaposlili, nova vloga koordinatorja bo morda (če bodo pravilniki šli v smeri vključevanja) zajela tudi nekaj usposabljanja, svetovanja, povezovanja in pomoči družinskim in drugim neformalnim oskrbovalcem v kraju, v ustanovi pa sistemsko vključevanje svojcev in prostovoljcev. Nedvomno ostaja na področju nujno potrebne integracije neformalne in formalne oskrbe neprimerno več nalog, kakor ima sedanji zakon rešitev, toda vrata je odklenil.

Ostaja še vprašanje, kako strniti nujne naloge za human, finančno in kadrovsko vzdržan sistem dolgotrajne oskrbe v Sloveniji, ki jih sprejeti zakon ni vključil ali celo šel v obratni smeri, kakor kažejo dobre prakse po Evropi. Njihovo sistematično naštevanje in analiza bi konec tega članka spremenila v njemu protislovno antropološko resignacijo, ki je danes zelo razširjena, psihosocialno pa patogena.

Prva nerešena naloga je vsekakor politična odločitev slovenske vlade in parlamenta, da si dejansko postavi sodobno reševanje dolgotrajne oskrbe za prednostno nalogo – ta odločitev se kaže **v deležu javnega denarja za dolgotrajno oskrbo**. Podatek OECD o porabi BDP zanj 2020 za Slovenijo je 1,3 %. Pod nami so večinoma vzhodnoevropske in južnoevropske države, za katere je značilna neformalna družinska oskrba in njihov javni sistem gradi na finančni podpori domačim oskrbovalcem; izrazit primer je Italija. Naši severni sosedi Avstrija in Nemčija imata našemu primerljiv sistem dolgotrajne oskrbe, tudi naš zakon prevzema nekaj njihovih rešitev (npr. ocenjevalno lestvico); nobena od njiju nima pri razvoju sistema dolgotrajne oskrbe zaostanka, ki bi zahteval velike prehodne stroške za dohitevanje, kakor je to pri nas – in vendar namenjata za dolgotrajno oskrbo bistveno več, kakor je Slovenija doslej in bo v prihodnje po Zakonu o dolgotrajni oskrbi; podatek za Avstrijo je 1,5 % BDP (enak je za Češko), za Nemčijo pa 2,2 %. Severne in zahodne evropske države imajo ta delež še veliko večji: Anglija 2,3 %, Finska, Francija, Belgija in Švica 2,4 %, Švedska, 3,4 %, Danska 3,6 %, Norveška 3,7 % in Nizozemska, ki je glede tega v vrhu, 4,1 % (OECD, 2021, str. 268). Tudi Imperlova kritična analiza govori, da slovenski zakon ni izpolnil finančnih pogojev, ki so nujni za razvoj dolgotrajne oskrbe pri nas (Imperl, 2024). Menim da našega zaostanka za evropskimi državami na tem področju ne moremo zmanjševati, če ne namenimo nad 3 % BDB za dolgotrajno oskrbo.

Druga povsem nerešena naloga ostaja **prenos kompetenc za organiziranje dolgotrajne oskrbe na lokalno raven**, to je ponovno opolnomočenje občin za to nalogo ob nacionalnem sofinanciranju oskrbe in investicij. Dokler država ne bo sistemsko razdržavila – deetatizirala organiziranja in upravljanja oskrbe, bo krajevna politika prelagala to nalogo na državo, ta pa je v principu ni zmožna dobro opravljati. Dokler krajevnih politik z župani, sveti, lokalnim informiranjem ter s svojo lokalno vzgojo in kulturo, ki jo upravljajo, ne bodo sistemsko prevzeli dolgotrajne oskrbe onemoglih za svojo nalogo, bo zavest ljudi o pomenu te temeljne človeške potrebe in zmožnosti upadala. Do tedaj pri še takem dvigu plač ne bo oskrbovalnega kadra.

Prenos kompetenc za organizacijo in upravljanje oskrbe na lokalno skupnost potegne za seboj tudi reševanje drugega perečega problema oskrbe – njeno **birokratiziranost**. Država ali EU je oddaljena od ljudi, zato vidi varovalko za kakovostno opravljanje oskrbovalnih storitev, ki jih plačuje, v tem, da jih oskrbovalci natančno beležijo in o njih poročajo. Izkušnje kažejo, da birokratiziranje in poročanje lahko vzame več časa in moči, kakor jo ostane za ustvarjalno delo na nekem projektu. To ni samo nesmiselno izgubljanje časa in ubijanje ustvarjalnosti, ampak predvsem demotiviranje ljudi za to delo – tudi to je ena od korenin kadrovske krize pri oskrbovanju.

Sedanja raztrganost sistema med državo, ki ustanavlja in vodi institucionalno oskrbo, in občino, ki organizira in vodi oskrbo na domu, je sistemski prepad, ki onemogoča razvoj sodobnega integriranega sistema dolgotrajne oskrbe. Premoščanje tega prepada v spremembah zakona je za politiko podobno zahtevna in akutna naloga, kakor je bilo njegovo sprejetje.

Tretja stvar, pri kateri je sedanji zakon odpovedal, je **integracija večinske neformalne oskrbe in strokovnega znanja**, ki ga imajo formalni oskrbovalci. Ljudi je treba usposabljanje za oskrbovanje, čim se ta naloga pri njihovih bližnjih pojavlja ali bliža. Neformalne oskrbovalce je treba pri njihovem delu psihosocialno podpirati s svetovanjem in jih v kraju povezovati po načelu strokovne pomoči za samopomoč. V sistemu je treba sinergično sestavljati formalno oskrbo na domu z neformalno oskrbo domačih, ne pa to dvojje postavljati v nasprotje kot alternativni. Te, v sedanjem zakonu zamujene rešitve, so v sodobnem sistemu oskrbe najcenejše in najučinkovitejše. Imajo pa še vrsto dobrih učinkov: krepijo solidarnost v skupnosti, prispevajo pri reševanju kadrovske krize oskrbovanja, ob njih začno ljudje spontano sprejemati svojo realnost staranja in pešanja. Brezbrižnost zakona do usposabljanja neformalnih oskrbovalcev in do razbremenilne pomoči pri njihovem delu sodi med najusodnejše slabosti sedanjega zakona.

Lahko bi nadaljevali z naštevanjem nalog, ki po sprejemu zakona ostajajo slovenski državi, da bomo v naslednjih letih ob staranju prebivalstva in drugih

krizah naredili razvojni korak naprej in ne nazadovali. Žarek svetlobe v novem zakonu je obsežni 104. člen o razvojnih ukrepih; smer daje njegov uvodni stavek z namenom: *razvijati nove storitve in programe za področje dolgotrajne oskrbe, deinstitucionalizacija in krepitev obstoječih storitev*.

7. SKLEP

V evropskem okviru je razvoj dolgotrajne oskrbe v Sloveniji naš prispevek pri reševanju skupnega problema evropske kulture. Ta naloga zahteva ustvarjalnost in notranjo človeško motivacijo – dve človeški zmožnosti, ki se porajata, ko navdušenje za reševanje prevlada nad doživljanjem stiske. Med številnimi ljudmi, ki že leta zavzeto in uspešno delajo v dolgotrajni in sem z njimi govoril, nihče ni navdušen na slovenskim zakonom. Tudi mene bolijo zamujene priložnosti ob njem. Po vseh letih dela na socialnem področju ohranja in krepi moje zaupanje naslednji antropološki razmislek.

Povečane potrebe po sodobni dolgotrajni oskrbi so akutno dejstvo današnje Slovenije in Evrope. Zaostruje ga pomanjkanje odgovora na bivanjsko vprašanje o smislu starosti in starostne nemoči, ki se z njim prej ali slej sreča vsak človek. **Reševanje poteka v senci dveh nasprotujočih sil v naši evropski in slovenski kulturi.**

Prva je notranja moč empatične solidarnosti. Ta je v ljudeh zelo živa pri reševanju vsakdanjih težav posameznikov, družin in skupnosti. Izjemni domet sočutne pomoči doživljamo ob reševanju v velikih poplavah, ob gozdnem požaru, po žledolomu ... Množičnost in sodobna organiziranost slovenskega gasilstva je s svojo stoletno tradicijo ob geslu *Na pomoč!* očiten izraz notranje človeške volje in zmožnosti za pomoč soljudem. V podobne plime je solidarna pomoč narasla ob vojni v Bosni in sedaj v Ukrajini ali ob radodarni pomoči delu slovenskega socialnega genija Petra Opeke na daljnem Madagaskarju. Ko pa človek zavestno odpre svoje oči in srce za doživljanje dobrega v ljudeh, vidi na vsakem koraku čudovite miniature solidarne pomoči, s katero se nemočnemu človeku rešuje njegova stiska, da živi in se razvija, pri tem pa tisti, ki mu pomaga, sam osebnostno raste, je zadovoljen in srečen, da je prav pomagal.

Druga sila so finančno in politično vplivni lobiji, ki obračajo štiritisočletni etični razvoj evropske kulture iz smeri brezpogojnega spoštovanja človeka in empatične solidarnosti v obratno smer; ti lobiji imajo v rokah večino medijev in financiranja kulture. Vso dolgo zgodovino so bili tudi grobi odstopi od temeljnih vrednot (od nasilja, zapostavljanja žensk, suženjstva, tlačanstva, preganjanja čarovnic in bede ljudi ob izkoriščanju njihovega dela ..., do ponavljajočih se vojn, zatiranja političnih nasprotnikov in smrtne kazni),

toda evtanazijo za ljudi, ki naj ne bi imeli zadostne človeške vrednosti, je sistemsko uzakonil in izvajal samo nacistični režim, ta pa je v nekaj letih ob tej in drugih antropoloških zablodah propadel. Ob današnjem staranju prebivalstva in staromznštvu ter brezobzirni moči kapitala se politika v nekaterih evropskih državah nagiba v to, da širi sprejemanje evtanazije kot družbeni eksperiment pri reševanju človeške nemoči. Pri tem odvrne zdravstveno stroko od njene tisočletne etične zaveze zdravljenju v ubijanje onemoglih ljudi ali v asistiranje pri samomoru človeka, ki v stiski ne doživlja vrednosti svojega življenja. Poleg evtanazije tudi na drugih področjih te vplivne skupine vsiljujejo teorije za eksperimentalni razvoj kulture v obratni smeri od skupne človeške etike, ki se je oblikovala na osnovi fizičnih, bioloških in psihosocialnih zakonitosti razvoja narave, človeških skupnosti in svobodne osebe. Eksperimentiranje z evtanazijo, z omalovaževanjem biologije pri spolu in podobni družbeni eksperimenti se nam v Evropi dogajajo v kontekstu dejstev, da rojevamo za tretjino manj svojih potomcev, kakor je potrebno za ohranjanje istega števila avtohtonih prebivalcev naše kulture in da smo edina kultura na svetu, ki se izkoreninja iz svoje tisočletne razvojne tradicije.

Temeljno upanje, da bo evropska in slovenska kultura šla iz tega križišča v nov razvojni korak – in se ne utopila v vitalnejših, kakor se je to zgodilo z dvema od njenih korenin, z grško in rimsko ob selitvi narodov, – mi daje zgodovina, v kateri smo evropski narodi doživljali hude krize in iz njih šli v nov razvoj. Konkretno zaupanje, da bo tudi razvoj slovenske dolgotrajne oskrbe v naslednjih desetletjih šel ustvarjalno v smeri brezpogojnega spoštovanja človeka in krepitev empatične solidarnosti, pa mi dajejo dobre izkušnje o prvinski solidarnosti v ljudeh; ta je v današnjih ujmah in vojnah ter v vsakdanjih težavah posameznika, družine in skupnosti močnejša in učinkovitejša kakor pred stoletji.

LITERATURA

- Dokl Kristina (2007). Zgodovina institucionalnega varstva starejših ljudi na širšem ptujskem območju do leta 1955. V: Dokl Kristina, ured. DOM – 80 let delovanja Doma upokoencev Ptuj. Ptuj: Dom upokoencev, str. 30-40.
- Dyer C. B., Connolly M. T., McFeeley P. (2003). The clinical and medical forensics of elder abuse and neglect. V: Wallace R. B., Bonnie R. J. (ured.) *Elder mistreatment: abuse, neglect and exploitation in an aging America*. Washington, D. C.: National Academies Press, 339–381.
- EU (2010). *ICT and Ageing: European Study on Users, Markets and Technologies – Final Report*. <http://healthliteracycentre.eu/wp-content/uploads/2015/11/ICT-and-Ageing.pdf>.
- European Pillar of Social Rights (2017). European Parliament, Council and Commission.
- Grebenček Tjaša, Mravljak Andoljšek Veronika, Ramovš Jože, Ramovš Ksenija in Gorenc Vujović Ana (2018). *Varno staranje. Priročnik za člane skupin*. 2. dopolnjena izdaja Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje.
- [Http://www.firis-imperl.si](http://www.firis-imperl.si)
- [Http://www.inst-antonatrstenjaka.si](http://www.inst-antonatrstenjaka.si)

[Http://www.share-project.org](http://www.share-project.org)

Imperl Franc (2012). *Kakovost oskrbe starejših – izziv za prihodnost*. Logatec: Firis Imperl & Co., Seniorprojekt.

Imperl Franc (2022). Kaj smo se pri delovanju ustanov socialnega varstva naučili iz praks v Zahodni Evropi. V: *Kakovostna starost*, let. 25, št. 3, str. 3-37.

Imperl Franc (2024). Zakon o dolgotrajni oskrbi – kritičen pregled. V: *Kakovostna starost*, let. 26, št. 4, str. 44-57.

Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje in Firis Imperl (2017). Izjava ob sprejemanju sistema za dolgotrajno oskrbo v Sloveniji. V: *Kakovostna starost*, letnik 20, št. 4, str. 3-4.

Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje, Firis Imperl in Konzorcij 17 (2020). Izjava o Predlogu zakona za dolgotrajno oskrbo v Sloveniji. V: *Kakovostna starost*, letnik 23, št. 3, str. 3-9.

Kakovostna starost. Revija za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje (2017). Letnik 20, št. 4.

McLuhan H. Marshall (1964). *Understanding Media: The Extensions of Man*. New York: The New American Library.

OECD (2021). Health at a Glance 2021: OECD Indicators. OECD Publishing: Paris, <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>.

Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo (2010): Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve: http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti__pdf/ZDO_dokumenti__pdf/ZDO_uvod__cleni_in_obrazlozitev_-_12.03.2010.pdf (28.03.2011).

Predlog Zakona o dolgotrajni oskrbi (2021). Generalni sekretariat Vlade Republike Slovenije (14.6.2021).

Ramovš Jože (2008). Krajevno medgeneracijsko središče. V: *Kakovostna starost*, let. 11, št. 1, str. 26-45.

Ramovš Jože (2020). *Integrirana dolgotrajna oskrba*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje v sodelovanju s Fakulteto za zdravstvene vede Univerze v Novem mestu in Alma Mater Europaea.

Ramovš Ksenija (2013). Nasilje nad starejšimi. V: Ramovš Jože (ured.), *Staranje v Sloveniji*, str. 342-533.

Ramovš Jože, Ramovš Ksenija (2018). *Družinska oskrba starejšega svojca*. Priročnik na tečaju za družinske oskrbovalce 8. izdaja. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.

Rant Maja (2013). Samostojnost in pomoč pri vsakdanjih opravilih. V: Ramovš Jože, ured. *Staranje v Sloveniji. Raziskava o potrebah, zmožnostih in stališčih nad 50 let starih prebivalcev Slovenije*, str. 269-278.

Trstenjak Anton (1981). *Psihologija ustvarjalnosti*. Ljubljana: Slovenska matica.

Svet EU (2005). *Zelena knjiga »Odziv na demografske spremembe: nova solidarnost med generacijami*. Bruselj.

WHO – World Health Organization (2011). *European report on preventing elder maltreatment*. Copenhagen. Na: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/144676/e95110.pdf.

WHO – World Health Organization (2017). *Elder abuse fact sheet*. Na: <http://apps.who.int/violence-info/elder-abuse>.

Zakon o dolgotrajni oskrbi in obveznem zavarovanju za dolgotrajno oskrbo (2017). Ljubljana, dne 20. oktober 2017, EVA 2017 – 2711 – 0013; <https://e-uprava.gov.si/download/edemokracija/datotekaVseBina/316566?disposition=inline>

Zakon o dolgotrajni oskrbi (ZDOsk) (2021). Državni zbor Republike Slovenije: 9. december 2021; <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO7621>

Zakon o dolgotrajni oskrbi (ZDOsk-1) (2023). V: Uradni list Republike Slovenije, št. 84, str. 7215-7246.

Avtor:

Ramovš Jože: joze@iat.si