

IZ GERONTOLOŠKE LITERATURE

Lezovic M., Kovac R. (2008). *Comparison of long-term care in European developed countries to possible implementation in Slovakia. V: Bratislavské lekárske listy, letnik 109, št.1, str. 20-24.*

DOLGOTRAJNA OSKRBA V RAZVITIH EVROPSKIH DRŽAVAH

Z naraščajočo dolgoživostjo se povečuje prevalenca kroničnih nenalezljivih bolezni. Z njimi naraščajo zdravstveni izdatki, potrebe po bolnišničnih storitvah in dolgotrajni oskrbi. Razvite države se soočajo z vprašanjem, kako na primeren način zadovoljiti obstoječe potrebe in kako tudi v prihodnosti zagotavljati finančno vzdržnost sistema, saj bo oskrba kroničnih in geriatričnega zdravljenja potrebnih bolnikov nujna prioriteta.

Dolgotrajna oskrba kronično bolnih ali invalidnih oseb je izziv vsemu svetu. Finančno stanje zdravstvenih zavarovanj bi lahko izboljšali z nižjo prevalenco kroničnih bolezni. Pri načrtovanju ukrepov za doseg takega cilja je treba upoštevati razmere v vsaki državi posebej. Uvajanje z dolgotrajno oskrbo povezanih zdravstvenih in socialnih ukrepov pa traja vrsto let. Omogočiti je treba šolanje oskrbovalcev, vzpostaviti zavarovalne sklade za plačilo dolgotrajne oskrbe in tistih, ki bodo kadre vzgajali. Potrebe je zato treba predvideti že leta ali celo desetletja poprej.

Oprelitev dolgotrajne oskrbe. Dolgotrajno oskrbo potrebujejo posamezniki, ki so invalidni, kronično prizadeti, poškodovani oziroma bolni tako, da je njihova sposobnost za izvajanje osnovnih vsakodnevnih opravil omejena. Oskrba je pomoč pri teh opravilih osebam vseh starosti z dolgotrajno funkcionalno odvisnostjo. Bistvo oskrbe je največkrat pomoč pri vsakdanjih

opravilih in osnovni zdravstveni negi, kot je previjanje ran, blaženje bolečine, jemanje zdravil in podobno.

Ciljne skupine. Dolgotrajna oskrba je namenjena telesno ali duševno prizadetim osebam z zdravstvenimi težavami, katerih narava zahteva pomoč pri dnevni opravi. V to skupino sodijo pravilno odvisne osebe vseh starosti in njihovi oskrbovalci.

Reforme sistemov dolgotrajne oskrbe. Razvite države se pri povezovanju zdravstvenih in socialnih vidikov dolgotrajne oskrbe soočajo z odsotnostjo koordinacije, pomanjkanjem kontinuitete, slabimi rezultati in težavnim nadzorom nad stroški. Danska, Nemčija, Nizozemska in Švedska so uvedle ali uvajajo najbolj povezane sisteme dolgotrajne oskrbe. V nadaljevanju kot primer dobre prakse prikazujemo njihov razvoj. Čeprav se njihove rešitve nanašajo na starejše, v mnogočem veljajo tudi za mlajše prizadete osebe. Seveda se je pri tem treba zavedati poglobitnih razlik med starejšo in mlajšo generacijo odvisnih oseb, ki se kaže v različnem dojemanju odvisnosti in izvajanja oskrbe, kakor tudi v stopnji samoodločanja in neodvisnosti.

Danska. Danska je bila med razvitimi državami prva, ki je vpeljala sistem oskrbe. Velik poudarek je namenjen samoodločanju in nemnožičnosti, prioriteta je oskrba na domu. Imajo najbolj napredne programe za starejše. Od 5,3 milijona vseh prebivalcev jih je skoraj 15 % starejših od 65 let.

Zdravstvena oskrba je javna dejavnost in 85 % storitev je plačanih z javnimi sredstvi. Dostopnost do storitev je v vseh 16 provincah brezplačna. 275 občin je odgovornih za socialne storitve, ki vključujejo dolgotrajno oskrbo in

bivanje za starejše ter ostale starostne skupine. Zakon o socialnih storitvah je bil sprejet leta 1998, že leta 1987 pa zakon o bivanju starejših in invalidnih oseb, ki je prekinil gradnjo novih negovalnih ustanov. Oskrbovance razporejajo po posameznih stopnjah »posebnega bivanja«. Stroške storitev pokrivajo z lokalnimi davčniki, participacije uporabnikov so majhne, država pa pomaga z različnimi skladi in kompenzacijami.

Na Danskem občine načrtujejo, organizirajo in plačujejo oskrbo in pomoč na domu, odgovorne so tudi za oskrbo, ki jo plačujeta zdravstveni in socialni sklad, za oskrbo v dnevni centrih, negovalnih ustanovah in za različne oblike bivanja za starejše. Center je domovišče skupnosti, v katerem izvajajo številne storitve ne samo za prizadete, ampak tudi za zdrave osebe. Uveden imajo celovit sistem presoje uporabnikov in vodenja oskrbe. Na občini zaposleni skrbnik za posameznike opravi najmanj dvakrat letno preventivni obisk pri starejših od 75 let, se seznanja z njihovimi potrebami in jim pomaga pri načrtovanju neodvisnega življenja v naslednjem obdobju. Potrebe po profesionalni oskrbi ocenijo odgovorni za domačo oskrbo in pripravijo načrt ustreznih storitev, ki jih izvajajo ekipe za domačo oskrbo. Če je treba, se posvetujejo z geriatričnimi ekipami. Za starejše na različnih stopnjah neodvisnosti gradijo neinstitucionalna, ustrezni pomoči prilagojena bivalna okolja, ki so običajno v bližini negovalnih ustanov ali skupnostnih domovišč. S tem znižajo stroške in povečujejo izkoriščenost osebja ter opreme.

Nemčija. Nemčija ima 82,2 milijona prebivalcev, od teh jih je 15,4 % starejših od 65 let. Pred letom 1994 je bil nemški sistem na ravni dežel ob upoštevanju premoženjskega stanja usmerjen v institucionalno oskrbo. Vzroki, zaradi katerih so se odločili za korenite spremembe, so bile vse večje proračunske težave in naraščanje potreb, ki jih obstoječi sistem ni zmožal dohajati, ogroženo je bilo nemško poj-

movanje socialne solidarnosti, pa tudi kakovost storitev ni bila primerna.

Z načrtom obveznega zavarovanja in plačevanja po višini dohodkov so uvedli dolgotrajni oskrbi namenjeno zavarovanje za socialno odgovornost. V javno zavarovanje je vključenih 70 milijonov oseb, v zasebno pa 8,5 milijona. Prispevki znašajo 1,7 % posameznikove plače, polovico tega plača delodajalec, za upokojene pa pokojninsko zavarovanje. Dostop do zavarovalnih pravic je v rokah odbora za ocenjevanje, ki upravičenca uvrsti v eno od treh kategorij. Vsaka kategorija ima tri vrste plačevanja. Plačilo upravičencu, ki je doma, plačilo izvajalcu za storitve na domu in plačilo izvajalcu za institucionalno oskrbo. Če pravice ne pokrivajo stroškov potrebne oskrbe, lahko posameznik po preverjanju njegovih dohodkov dobi kritje iz socialnega sklada. Oskrbo na domu so prenesli na zavarovalni sistem v aprilu 1995, institucionalno oskrbo pa julija 1995. Prioriteto namenjajo oskrbi na domu.

Administracija je prepuščena zdravstvenim zavarovalnicam. Zavarovanci morajo biti zavarovani pri isti zavarovalnici za akutno in dolgotrajno oskrbo. S sredstvi upravljajo komisije, ki storitve ocenjujejo s kriteriji, ki jih določa zakon, in sklepajo pogodbe z izvajalci. Koordinacija ne poteka brez težav, saj sta akutna in dolgotrajna oskrba ločeni, možni so prepleti med posameznimi skladi, še posebej pri rehabilitacijskih storitvah.

Od 1970-ih let dalje igrajo socialne postaje (nem. Sozialstation) pomembno vlogo pri organizaciji in izvajanju storitev skupnosti za starejše. Gradili so jih z namenom zmanjšati potrebo po hospitalni oskrbi. V njih delajo sestre in socialni delavci, ki usklajujejo široko mrežo neinstitucionalne oskrbe: svetovanje, prevoze, nakupovanje, najem pripomočkov, razdeljevanje hrane, skrb za bivališča, dnevno oskrbo. S soglasjem zavarovalnice lahko organizirajo tudi sestrsko in psiho-geriatrično oskrbo (ali jo izvajajo sami ali pa druge organizacije). V državi je približno

4000 socialnih postaj, v mestih na vsako odpade 20.000 do 50.000, na podeželju pa od 15.000 do 25.000 prebivalcev. Uvedba nove zakonodaje je spremenila vlogo postaj. Sredstva, ki so jih dobivale od države in županstev, so se zmanjšala. Pred tem so bila prednostno namenjena neprofitnim organizacijam, medtem ko uvedeno zavarovanje za socialno odvisnost enakopravno plačuje ne-profitne in zasebne izvajalce, da bi bila uporabnikom na voljo večja izbira med izvajalci. Socialne postaje se morajo prilagajati storitvam, ki so bliže uporabniku in biti bolj tržno usmerjene.

Novost, ki dopolnjuje zavarovalni sistem, je *zadruga starejših državljanov*, ki izmenjuje prostovoljce in plačano osebje. Vključujejo sosedsko pomoč za gospodinjska dela, prevoze, obiske, tolažbo po telefonu in skupine za samopomoč. Širijo se tudi bivališča, ki imajo zagotovljene potrebne storitve. Stroški se financirajo z vladnimi sredstvi ali se ta sredstva dopolnjujejo z državno socialno pomočjo. Drug način s storitvami obogatene bivanja je namenjen srednjemu ali višjemu sloju med starejšimi. Ta stanovanja upravljajo neprofitne organizacije, ker pa stanovalci ne prejemajo sredstev za bivanje, jih prispevajo sami. Na voljo jim je široka izbira storitev od skromnih internetnih storitev do širokih socialnih aktivnosti in oskrbovalnih storitev.

Glavne cilje zavarovalne reforme so uresničili. Leta 2001 je manj kot 5% oseb v domači oskrbi prejelo sredstva od države in manj kot 25% tistih, ki so prebivali v ustanovah. Prihranili so pomembna proračunska sredstva. Upravičenost do sredstev in do plačila je okrepila vpliv urejanja, zavarovalnic in izvajalcev. Ker imata standardizacija in konsolidacija zavarovalnih stroškov prednost pred iskanjem najbolj ustreznih metod za izvajanje storitev, je še vedno v prevladi precej rigidni sistem.

Nizozemska. Na Nizozemskem reformirajo dolgotrajno oskrbo že 20 let. Leta 1994 je komisija za posodobitev oskrbe starejših pripravila

dokument z naslovom *Skrb za starejše v prihodnosti*, v katerem je predlagala boljši in bolj koordiniran sistem, ki bi izhajajoč iz skupnosti nudil bolj individualne storitve. Vlada je kasneje sprejela precej predlogov komisije. V skladu z nizozemsko konsenzualno naravo pa sodelovanja ne uveljavlja, ampak ga podpira s skladi, subvencijami in posebnimi sredstvi.

Državljeni Nizozemske so v 64% obvezno zdravstveno zavarovani za posamezne storitve. Upokojenci plačujejo nižje prispevke. 36% prebivalcev je zasebno zavarovanih. Ne oziraje se na višino plače ali zaposlitveno stanje, je vsak državljan zavarovan za katastrofična zdravstvena tveganja z zakonom o izrednih izdatkih za zdravstvo, ki so ga sprejeli leta 1968.

Ta zakon ima poseben pomen za starejše in ostale, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo, saj zavaruje tudi za visoke stroške domske oskrbe in od leta 1997 tudi za bivanje v upokojenskih domovih in ustanovah za invalide, kakor tudi za hospitalizacije, ki so daljše od enega leta. Prispevki znašajo od 8,8% do 9,6%, od katerih večji del plača delodajalec, upokojenci pa ne plačujejo ničesar. Financiranje programa se pokriva tudi iz proračuna in s sofinanciranjem. Posebnost nizozemskega sistema je pričakovanje, da se posamezniki vključijo v lokalno organizacijo, ki izvaja oskrbo na domu. Druga posebnost je *osebni proračun*, ki posameznim invalidnim skupinam od leta 1985 omogoča nakup potrebne oskrbe.

Sprememba oskrbovalnega sistema je povezana z vse večjo horizontalno in vertikalno integracijo zdravstva in sociale. V zadnjem času je nekaj primerov povezovanja bolnišnic, upokojenskih domov, organizacij za oskrbo na domu in celo izvajalcev oskrbe v eno krovno organizacijo. Običajno se združujejo organizacije istega tipa. Pred desetimi leti se je nacionalna sestrška organizacija združila z oskrbo na domu, kar je v vse bolj tekmovalno okolje vneslo bolj stalno in učinkovito oskrbo.

Vodenje primerov so Nizozemci pred deseti- mi leti prevzeli od Velike Britanije in Združenih držav in veliko organizacij ga danes sprejema kot osnovo njihovih dejavnosti. Nizozemska mreža oskrbe ne povezuje le ustanov, povezovanje je usmerjeno v potrebe oskrbovancev, oskrbo pa izvajajo v sodelovanju in usklajevanju med splošnimi in specializiranimi izvajalci oskrbe, z natančno opredeljenimi in ločenimi zadolžitvami. Oskrbovalni centri delujejo v partnerstvu med izvajalci zdravstvene in socialne oskrbe, vključujejo tudi bolnike, ki niso v bolnišnicah. Pričakuje se, da bo nadaljni razvoj namenjen predvsem dolgotrajnim bolnikom ali invalidom. Drug model oskrbe je v sodelovanju pri izvajanju specifičnih paketnih storitev, vendar so poznavalci pesimistični, ker pokrivanje stroškov še ni usklajeno.

Nenavadno visok odstotek starejših, približno 10%, živi na Nizozemskem v upokojenskih ali negovalnih ustanovah, vendar vlada že od 1970-ih let dalje podpira deinstitucionalno politiko. Podpirajo domačo in skupnostno oskrbo, širijo dostopnost do najemniških ali lastnih stanovanj, v katerih so stanovalci deležni zunanje pomoči. Na tem področju so predvsem aktivna neprofitna stanovanjska podjetja, vendar pa vanj vstopajo tudi podjetniki.

Poskušajo tudi z različnimi kombinacijami bivanja in storitev v prilagodljivih oskrbovalnih hišah.

Švedska. Švedska je svetovno znana po svoji široki podpori javnega financiranja zdravstvenih in socialnih storitev za državljane vseh starosti. Leta 1992 je reforma skrbi za starejše prenesla plačevanje in vodenje oskrbovalnih ustanov od okrožij na občine, ki so že imele oskrbovalne in socialne storitve. Hkrati so občine prevzele tudi odgovornost za dolgotrajno oskrbo bolnikov v ustanovah. Namen teh ukrepov je bil utrditi zdravstveno in socialno oskrbo na lokalni ravni, demedikalizirati oskrbo starejših in uskladiti storitve. Cilj osvobajanja bolniških postelj in

povečevanja postelj v ustanovah za dolgotrajno oskrbo ali postelj v domačem okolju, je bil v glavnem dosežen.

Leta 1998 je bil sprejet nacionalni akcijski načrt politike do starejših, po katerem je 21 izbranih okrožij odgovornih za plačevanje, vodenje in izvajanje zdravstvenih storitev. Večina izvajalcev je javnih. Mesto prvega stika je okrožni zdravstveni center. Organiziranost bolnišnic je hierarhična. Močan poudarek je na geriatrični medicini, bolnišnice geriatrično in rehabilitacijsko ocenjujejo tudi storitve v zvezi s kroničnimi stanji.

Po zakonu o socialnih storitvah iz leta 1992 je socialno skrbstvo poverjeno 289 občinam, ki so odgovorne za plačevanje, organiziranost, preskrbo in izvajanje oskrbe. So razmeroma samostojne na področju preskrbe in izvajanja, nekatere so se za izvajanje pogodile z neprofitnimi ali profitnimi izvajalci. 80-85% stroškov je pokritih z lokalnimi davščinami, za ostanek poskrbi osrednja vlada. Občine postopoma uvajajo doplačila oskrbovancev.

Švedski sistem se razlikuje od univerzalnega modela socialne skrbi za starejše. Dolgoživost med Švedi narašča, 17% jih je starejših od 65 let in vse težje je najti zadostna sredstva zgolj z davki. Eden od predlogov je, naj bi se ustvarilo nekakšen kvazi-trg, ki bi ga vodila vlada, na katerem bi oskrbovanci z vavčerji prišli do potrebnih storitev, ki bi jih ponujali med seboj tekmujoči izvajalci. Švedska je dolgotrajno oskrbo prenesla na samoupravne občine. Glavni dosežki tega so bili: zmanjšanje zasedenosti postelj v bolnišnicah za polovico, ustrežnejše in pravočasne premestitve v ustanove za dolgotrajno oskrbo, povečana ponudba bivanja v posebnih pogojih in povečanje tako kapacitet kot kakovosti tistih storitev na domu, ki jih zagotavljajo občine.

Problemi so tudi v usklajevanju z občinami, ki še niso prevzele nobene negovalne ustanove. Tudi prepletanje akutne oskrbe s kronično še ni rešeno. V nekaterih skupnostih so sestre za domačo nego dodeljene lokalnim zdravstvenim

centrom. Sodelujejo z izbranimi zdravniki in ponoči obiskujejo nestabilne bolnike. Od reforme v letu 1992 so multidisciplinarnе skupine za načrtovanje oskrbe postale polno odgovorne za vodenje oskrbe, izboljšala se je tudi vzgoja za vodenje primerov. Nov izziv je ločevanje kupca in izvajalca, ki lokalno pristojnost o primernosti in dostopnosti ločuje od storitev pogodbenega izvajalca.

Bivanje v stanovanju, podprto s storitvami, podpirajo lokalne in vladne službe, zato lahko oskrbovanci v večji meri ostajajo v svojem okolju. Posebne rešitve ali izvedbe se v posameznih okoljih lahko precej razlikujejo, in čeprav vlada namenja določena sredstva, običajno 90 % stroškov plačuje občina, 10 % pa stanovalec. Ponudba storitev je razdeljena med upravljalce bivanja in občino. Poskuša se tudi z neprofitnim lastništvom bivalnih kompleksov, ki poleg običajne ponujajo še zdravstvene storitve in pomoč na domu.

Zaključek. V Sloveniji prav zdaj sprejemamo dolgo pripravljani in še bolj dolgo pričakovani zakon o dolgotrajni oskrbi. Ko bo sprejet, bo zagotovo s poznejšimi dopolnili in popravki doživljal usodo vseh zakonov in rešitev, kot to lahko vidimo tudi na primeru vseh štirih predstavljenih držav. Slovenija bo z njim, ne oziraje se na vsebino predvidenih zakonskih določil, ki jih lahko primerjamo z rešitvami v drugih okoljih, vstopila v družbo držav, ki so že dolgo pred njo čutile potrebo, da to vrsto medgeneracijske solidarnosti uredijo na način, ki njihovim državljanom tudi v pozni starosti zagotavlja dostojno in človeka vredno življenje.

Božidar Voljč

European Commission: Employment, Social Affairs and Equal Opportunities DG. (2008). Long-term care in the European Union. 35 strani; http://ec.europa.eu/employment_social/news/2008/apr/long_term_care_en.pdf (sprejem 15. 3. 2010)

DOLGOTRAJNA OSKRBA V EVROPSKI UNIJI

Dokument Evropske komisije obravnava problematiko dolgotrajne oskrbe v Evropski uniji in združuje analizo trenutnega stanja z napovedjo sprememb in oceno možnih rešitev v prihodnosti.

Cilj sistemov socialnega varstva držav članic je zagotoviti kakovostne storitve in oskrbo vsem državljanom, kar pa v obstoječih sistemih zaradi demografskih sprememb postaja čedalje težja naloga. Višji življenjski standard, napredna tehnologija ter zdravstveno in socialno varstvo zagotavljajo daljšo življenjsko dobo, ki bistveno poveča tveganje za dolgotrajno oskrbo. Ocene kažejo, da trenutni sistemi ne bodo zmogli zadovoljevati prihodnjih potreb. Države članice so se zato zavezale modernizaciji sistemov socialnega varstva. Stališče Evropske unije je, da je dolgotrajna oskrba v osnovi odgovornost javnosti.

Napovedi družbenih in demografskih premikov omenjajo več ključnih sprememb v prihodnjih petdesetih letih. Delež starih in zelo starih ljudi v populaciji bo znatno narasel zaradi staranja populacije, daljše življenjske dobe in rodnosti pod obnovitvenim nivojem. Kako bodo omenjeni dejavniki vplivali na potrebo po dolgotrajni oskrbi, je odvisno od incidence kroničnih bolezni in onemoglosti. Pesimistični scenarij predpostavlja, da daljša življenjska doba pomeni tudi več let preživetih v bolezni in zato znatno višjo potrebo po dolgotrajni oskrbi. Optimistični scenarij pa predvideva tudi več pričakovanih let zdravega življenja in s tem le zmerno povečanje potrebe po dolgotrajni oskrbi. Trenutno v mnogih državah starejše oskrbujejo mlajše ženske sorodnice. V prihodnje se bo delež mlade, aktivne