

Jože Ramovš, Tina Lipar, Marta Ramovš

Oskrba onemoglih ljudi

POVZETEK

Kakovostna oskrba onemoglih starih ljudi in oblikovanje celovitega nacionalnega sistema za dolgotrajno oskrbo je ena od ključnih demografskih nalog ob staranju prebivalstva. Da bi omogočili vpogled v stanje in možnosti, smo v nacionalni raziskavi o zmožnostih, potrebah in stališčih prebivalcev Slovenije, ki so stari 50 in več let, imeli tudi obsežen sklop vprašanj o tem. V prispevku smo obdelali podatke za vse tri strani, ki omejujejo prostor oskrbe: oskrbovance, oskrbovalce in oskrbovalne programe. Od raziskane populacije jih je v zadnjega pol leta prejemale pomoč in oskrbo v svoji onemoglosti 13,5 %, druge ljudi je oskrbovalo 19,3 %. Od obojih smo imeli za analizo na voljo vrsto kvantitativnih in kvalitativnih podatkov ter stališč o oskrbovanju, prejemanju oskrbe in oskrbovalnih programih. Med ugotovitvami izstopa, da solidarnost in pomoč onemoglim v družini ni v krizi, ampak je le v hudih težavah, ki zahtevajo javno in strokovno pomoč družinskim oskrbovalcem. Ker le-ti oskrbujejo dve tretjini pomoči potrebnih starih ljudi, si brez njih ni mogoče zamisliti sistema za dolgotrajno oskrbo.

Ključne besede: raziskava 50+, oskrba, nega, družinski oskrbovalci, oskrbovanci, oskrbovalni programi

AVTORJI:

Dr. Jože Ramovš je socialni delavec in dr. antropologije. Zadnji dve desetletji dela predvsem na področju medgeneracijskega sožitja in gerontologije. V ospredju njegove znanstvene in akcijske pozornosti so zlasti: solidarno sožitje in komunikacija med mlado, srednjo in tretjo generacijo, osebna priprava na kakovostno staranje in družbena priprava na velik delež starega prebivalstva ter zasvojenosti in omame. Na teh področjih oblikuje in uvaja nove programe, ki temeljijo na antropohigieni – to je preventivni koncept vsakdanje samopomoči in solidarnosti, ki jo razvija na osnovi celostnega antropološkega pojmovanja človeka in metodike socialnega učenja v skupinah.

Tina Lipar je diplomirana medicinska sestra, ki je diplomirala na Zdravstveni fakulteti Univerze v Ljubljani. Dosedanja poklicna pot jo je vodila predvsem na področje prehranjevanja ljudi in preprečevanja kroničnih nenalezljivih bolezni. Na Inštitutu Antona Trstenjaka sodeluje pri izvajanju različnih preventivnih programov, pripravi revije Kakovostna starost in oblikovanju spletnih strani.

Marta Ramovš je študentka socialne pedagogike. Kot sodelavka pri raziskovanju na Inštitutu Antona Trstenjaka se posveča predvsem obdelavi kvalitativnih podatkov.

ABSTRACT

Elderly care and caregiving

Good quality care of the elderly and development of comprehensive national system for long-term care is one of the key demographic issues that population ageing brings along. In the questionnaire of the survey The standpoints, needs and potentials of Slovenian people aged 50+ the questions about long term care were placed, to enable an insight into the

status and opportunities in the field of elderly care. In this paper we analyzed the data of all three key parts in care giving: care recipient, caregiver and long term care programs. 13,5 % of the respondents received support and care in the last six months, while 19,3 % of them provided care to another person. Of both care receivers and care givers we analyzed a range of quantitative and qualitative data and observations about care giving, care receiving and care programs. Findings of the analysis show that solidarity and care giving within the family do not face serious crisis, but nevertheless they struggle with difficulties. Family care givers provide help and care for two thirds of elderly people so they are an essential part of long-term care systems. But they do require public and professional support.

Key words: research 50+, elderly care, nursing care, family carers, care receiver, elderly care programs

AUTHORS:

Dr. Jože Ramovš is an anthropologist and social worker. Since the last two decades he has been mainly working in the area of social gerontology. In the forefront of his scientific work are good intergenerational communication, personal preparation for quality ageing and social preparation for large share of old population, creation the new intergenerational programmes for quality ageing and good intergenerational relations. In these areas, he develops and introduces new programs based on anthropo-hygiene; this is the preventive concept of everyday self-help and solidarity, developed on the basis of an holistic anthropological conception of human and the methodology of social learning in groups.

Tina Lipar is a registered nurse who graduated on the Faculty of Health, University of Ljubljana. At the beginning of her career she worked in field of human nutrition and the prevention of chronic noncommunicable diseases. At Anton Trstenjak Institute she helps with implementation of various preventive programs and takes part in the preparation of the journal Good Quality of Old Age and web page design.

Marta Ramovš is a student of social pedagogics. She is an associate at the Institute Anton Trstenjak where she focuses on qualitative data analysis.

1. OSKRBOVANJE V STAROSTNI ONEMOGLOSTI JE POMEMBNA POTREBA

Človek potrebuje pomoč, oskrbo in nego drugih ljudi pri opravljanju vsakdanjih opravil v zgodnjem otroštvu, ko še ni dovolj razvit, ter v starostni oslabelosti in bolezni skozi vse življenje, ko mu odpovedo njegove sposobnosti za opravljanje teh opravil.

V socialnih in zdravstvenih strokah ter v socialni politiki se pojem oskrba nanaša na starostno in bolezensko onemoglost. Oskrba je temeljni pojem za to področje, pa vendar je treba upoštevati, da je odvisnost od oskrbe drugih nezaželena (Ramovš, 2010); nezaželeni pojavi pa radi menjajo strokovne izraze. V sociali in zdravstvu je v ospredju pozornosti predvsem *dolgotrajna oskrba* (Hvalič Touzery, 2007c). Vzpostavitev kakovostnega in finančno vzdržnega sistema za dolgotrajno oskrbo je v današnjih starajočih se družbah ključna naloga vsake države. V celotnem sistemu oskrbe ima svoje mesto tudi *kratkotrajna oskrba*, pri eni in drugi pa razlikujemo glede na količino potrebne pomoči *delno in popolno oskrbo*.

Pri strokovnih opredelitvah je pri pojmu oskrba socialni poudarek na pomoči pri vsakdanjih opravilih (*socialna oskrba*), medtem ko je *zdravstvena nega* osrednji strokovni pojem zdravstvenih poklicev, zlasti medicinskih sester in negovalcev (Lipar, 2011). Vsakdanji izraz za oskrbo je pomoč, ki obsega vsako obliko pomoči drugemu.

Pojem dolgotrajna oskrba natančno opredelijo v vsaki državi, ko uvajajo celovit sistem dolgotrajne oskrbe, s katerim zagotavljajo finančne pravice za posamezne primere in storitve. Opredelitve se v posameznih državah deloma razlikujejo, vse pa izhajajo iz stališča da je *dolgotrajna oskrba dalj časa trajajoče zagotavljanje različnih oblik podpore osebam, ki zaradi izgube ali odsotnosti telesne, duševne ali socialne samostojnosti potrebujejo pomoč pri opravljanju osnovnih ali temeljnih in podpornih ali instrumentalnih življenjskih ali vsakodnevnih opravil* (MDDSZ, 2010, Hvalič Touzery, 2007č; 2007d). Sistemi dolgotrajne oskrbe zagotavljajo širok razpon storitev, od pomoči v gospodinjstvu, pri transportu, skrbi za telo in higieno vse do pomoči pri vzdrževanju socialne mreže (Huber, 2007). Dolgotrajna oskrba je namenjena ljudem vseh starosti, vendar tri četrtine njenih storitev uporabljajo stari ljudje (*Health Council of Canada*, 2012).

Na Inštitutu Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje smo v preteklih letih objavili več deset člankov o dolgotrajni oskrbi v znanstveno-strokovni reviji (*Kakovostna starost*, od 1998 dalje) in na spletni strani (<http://www.inst-antonatrstenjaka.si>). Da bi prispevali svoj delež k pripravi kakovostnega nacionalnega sistema ter sprejetju zakona o dolgotrajni oskrbi, smo prikazali dobre sisteme drugih držav, domača in tuja raziskovalna poročila in preglede spoznanj o oskrbi, med drugim tudi o posebno perečih področjih, kot so oskrba v domovih za stare ljudi (Ramovš, 2004), oskrba in demenca (Hvalič Touzery in Ramovš, 2009) ter družinska oskrba (Ramovš, 2008; 2008a; Hvalič Touzery, 2007a, 2007b). O *družinskih oskrbovalcih* smo opravili prvo večjo raziskavo v Sloveniji (Hvalič Touzery, 2007), razvili tečaj za njihovo usposabljanje ter model skupine družinskih oskrbovalcev na principu samopomoči – *klub svojcev* (Ramovš K., 2005; Ramovš K. in J., 2006); za udeležence teh tečajev in klubov svojcev smo izdali priročnik (Ramovš K. in J., 2012). Tema oskrbovanje je izčrpno obdelana v naših poljudnoznanstvenih knjigah za množično informiranje prebivalstva (Ramovš, 2006; 2012) in v celostni gerontološki monografiji (Ramovš, 2003).

V raziskavo *Potrebe, zmožnosti in stališča prebivalstva Slovenije starega 50 let in več* (Ramovš 2011) smo dali vrsto vprašanj o oskrbovanju. Za posebno pozornost temu področju je več razlogov, vsi pa izhajajo iz potrebe, da v Sloveniji čim prej vzpostavimo sodoben nacionalni sistem dolgotrajne oskrbe, saj glede tega četrto stoletja zaostajamo za evropskimi sosedi. Ob današnjem staranju prebivalstva vsaka država in vsaka krajevna skupnost nujno potrebuje sodoben sistem dolgotrajne oskrbe, ki bo ljudem prijazen, za skupnost pa finančno vzdržan. Pri njegovem praktičnem oblikovanju in pravnem reguliranju je potrebno dobro poznavanje potreb, zmožnosti, stališč in izkušenj ljudi glede oskrbovanja v svoji onemoglosti in onemoglosti bližnjih. Ozadje naših raziskovalnih vprašanj o oskrbi je naslednje.

- **Pomoč in oskrba v onemoglosti sta ena izmed ključnih človeških potreb v starosti.**

V sodobnih evropskih družbah tri četrtine upokojenske generacije povsem samostojno opravlja svoja vsakodnevna opravila (Redburn, 1998), četrtina pa jih potrebuje oskrbo in nego: dobra polovica od njih malo pomoči, slaba polovica veliko. Okrog 5 % jih je nastanjenih v ustanovah za socialno oskrbo in zdravstveno nego.

- **Družina, ki je bila glavna oskrbovalka v vsej zgodovini in je tudi danes, zaradi načina današnjega življenja čedalje težje opravlja to nalogo.** Da bo lahko ohranila to svojo vlogo, ki je ne more enakovredno prevzeti nihče drug, potrebuje primerno strokovno in javno pomoč.
- Oskrbovanje onemoglih in bolnih ima poleg svoje primarne funkcije tudi drugo, ki ni za razvoj skupnosti nič manj pomembna: **poleg rojevanja, skrbi za otroke in njihove vzgoje je oskrbovanje bolnih in onemoglih glavno področje za razvoj človeške solidarnosti.** Solidarnost pa je bistvena človeška lastnost, brez katere ne preživi ne posameznik ne družba. Od tega, koliko je razvita solidarnost, je odvisna kakovost življenja in sožitja v določeni skupnosti. Solidarnost je človeku prirojena, njene oblike in delovanje pa so v celoti naučene, podobno kot jezik ali vožnja z avtomobilom. V današnjih življenjskih razmerah pretekli vzorci za učenje in uresničevanje solidarnosti (zlasti medgeneracijske) niso več učinkoviti. Zato je nujno oblikovati in vzpostaviti nove vzorce – take, ki bodo v današnjem načinu življenja kos povečanemu obsegu oskrbe onemoglih starih ljudi, ob tem pa bodo učinkovito razvijali in krepili človeško solidarnost pri večini prebivalcev vseh generacij v skupnostih.

Že prvi pogled na rezultate tega sklopa v naši raziskavi kaže, da se deleži ljudi, ki potrebuje oskrbo in ki oskrbujejo druge, ujema s tovrstnimi podatki iz nam primerljivih držav. V populaciji, stari 50 let in več, jih je malo nad 14 % odgovorilo, da jim je v zadnjega pol leta kdo pomagal in nudil oskrbo zaradi bolezni ali druge onemoglosti (13,8 % jih je bilo oskrbe deležnih, 0,6 % jo je potrebovalo, a ne dobilo). Če pogledamo samo tiste, ki so stari 65 let in več, jih je zadnjega pol leta potrebovalo oskrbo 18,9 %, med starimi 80 let in več let pa 43,4 %. Ti podatki dajo v kombinaciji s projekcijo prebivalstva orientacijo o obsegu potreb po oskrbi danes in v prihodnjih desetletjih. Izračune kaže Tabela 1 (v njej smo uporabili srednjo varianto projekcije prebivalstva in predpostavljali, da bo delež ljudi nad 65 let, ki potrebujejo oskrbo, ostal v populaciji enak). V dveh desetletjih se bo med prebivalci Slovenije po 65. letu starosti dvignilo število ljudi, ki bodo potrebovali oskrbo, iz sedanjih 60.000 na 100.000, med njimi jih bo skoraj 60.000 starih nad 80 let, ki večinoma potrebujejo veliko pomoči, oskrbe in nege. Nekoliko manjše številke lahko pričakujemo zaradi čedalje boljšega zdravja starih ljudi, obvladovanja kroničnih nenalezljivih bolezni in odmikanja le-teh v krajši čas pred koncem življenja (Voljč, 2008; 2011).

Tabela 1: Pričakovano število ljudi v Sloveniji, ki bodo potrebovali oskrbo

Starost	Delež ljudi, ki potrebujejo oskrbo	Leto 2010		Leto 2020		Leto 2030	
		Število prebivalcev	Število ljudi, potrebnih oskrbe	Pričakovano število ljudi	Pričakovano število ljudi, potrebnih oskrbe	Pričakovano število ljudi	Pričakovano število ljudi, potrebnih oskrbe
65 +	18,9	338.151	63.911	420.217	79.420	511.533	94.122
80 +	43,4	79.622	35.559	111.320	47.868	135.110	58.097

Vira: 1. Inštitut Antona Trstenjaka, 2010, N = 1047 (iz te raziskave so vzeti deleži ljudi v navedenih starostnih skupinah, ki potrebujejo oskrbo); 2. Eurostat, Europop2008, konvergentni scenarij, SURS.

Številke o tem, koliko ljudi potrebuje in bo potrebovalo oskrbo v Sloveniji, so prvi pomembni mejnik na poti do cilja tega prispevka. Naš cilj je prikazati stvarne podatke in spoznanja za oblikovanje kakovostnega in vsestransko zdržnega nacionalnega sistema dolgotrajne oskrbe – povedano z lepo besedo pesniške intuicije: *izmeriti nebesno stran in dalj* današnje in jutrišnje pomoči, ne **onemoglim**, ampak onemoglim **ljudem**. Zemljevid te razvojne poti tvori polje med tremi mejniki: oskrbovanci, oskrbovalci in oskrbovalnimi programi, ki si jih bomo drugega za drugim ogledali ob raziskovalnih podatkih naše raziskave.

2. OSKRBOVANCİ

Razprava o oskrbi poteka večinoma z vidika stroškov, programov in ustanov. Te vidike je nujno poznati in upoštevati pri razvoju sistema dolgotrajne oskrbe na nacionalni in krajevni ravni, ne smejo pa biti izhodišče. Da bo sistem dolgotrajne oskrbe učinkovit in po meri človeka, mora biti izhodišče in cilj človek, ki potrebuje pomoč, to je oskrbovanec. To je edina smiselna usmeritev in merilo pri oblikovanju pomoči, oskrbe in nege. Če je človek, ki potrebuje pomoč, izhodišče in cilj vsega načrtovanja oskrbe, usposabljanja za oskrbovanje ter oblikovanja socialnih mrež in oskrbovalnih programov, odigrajo svojo nepogrešljivo vlogo tudi vsi drugi dejavniki oskrbe v skupnosti. Materialne razmere, raven znanja in socialna mreža oskrbovalnih programov v skupnosti določajo meje, do katerih lahko v danem trenutku seže raven oskrbe, ne morejo pa usmerjati vizije in razvojne smeri oskrbovanja onemoglih in bolnih ljudi v skupnosti. Veliko bolj kot to troje jo usmerjajo oskrbovalci s svojimi stališči do človeške onemoglosti in do svoje vloge, to je do solidarnega oskrbovanja onemoglih. Med vsemi dejavniki oskrbe so samo oskrbovanci in oskrbovalci ljudje v medčloveškem odnosu.

Če se vizija oskrbovanja onemoglih v neki skupnosti ravna po meri tistih, ki jo potrebujejo, smo s tem samodejno tudi na poti iskanja boljših materialnih razmer za oskrbo, pridobivanja znanja o oskrbovanju in prizadevanj za razvoj socialne mreže oskrbovalnih programov. Če pa vizija oskrbovanja izhaja iz materialnih razmer, je vsako še tako slabo oskrbovanje »prevelik strošek«. V razpravi o sistemu dolgotrajne oskrbe prevladuje jadicovanje, da je *premalo sredstev zanj, premalo posluha države, preslab kader* ipd., oskrbovanci so le predmet. Isto se dogaja, če vizija oskrbovanja izhaja iz znanja ali iz oskrbovalnih programov, ustanov ali socialne mreže.

Če smo rekli, da so izhodišče in cilj vizije oskrbovanja oskrbovanci kot ljudje in oskrbovalci kot njihov človeški partner v oskrbovalnem dialogu, pojasnimo s par besedami še vlogo vizije v oblikovanju sistema in mreže oskrbovalnih programov. Ves človeški razvoj, od materialno tehničnega do kulturnega, socialnega in osebnostnega, kaže, da je odločilno gonilo razvoja vizija: kako na ta vidik življenja gledamo, koliko nam je pomemben in zanimiv, koliko časa, misli, čustev, druge energije in sredstev mu posvečamo, kako doživljamo njegov pomen in smisel. Človeški možgani se vse življenje razvijajo, smer njihovega razvoja pa določajo človekove in družbene vizije o določeni stvari in področju. Pri oblikovanju sistemov za oskrbovanje ljudi v njihovi onemoglosti naša tehnično razvita kultura najbolj potrebuje vizijo po meri človeka, njegovih potreb in zmožnosti. Vizije oskrbe nam ne more dati nihče od zunaj. Zavestno oblikovanje vizije o sprejemanju človeške onemoglosti in vlogi solidarnega odnosa s kakorkoli šibkejšimi ljudmi je naša osnovna človeška pravica

in dolžnost. Kolikor jo bomo ustrezno oblikovali, se nam bo uresničevala: možgani vseh, ki so odgovorni za sisteme oskrbovanja, za vzgojo v solidarnosti, ki oskrbujejo druge in ki prejemajo pomoč od drugih, so dovolj sposobno orodje, da izumljajo in vodijo ne le kakovostno oskrbovanje vse večje množice onemoglih v obdobju staranja prebivalstva, ampak da omogočijo tudi razvojni skok na višjo raven medčloveškega sožitja, podobno kot so v 20. st. z razvojem tehnične opreme omogočili preskok na višjo raven materialnega udobja. V zadnjih letih so novi programi oskrbe na domu in boljši koncepti starih programov (npr. domov za stare ljudi) po Evropi že dokazali, da je razvojni skok v kakovosti in humanosti oskrbe možen in dosegljiv ob enakih stroških (Imperl, 2012).

Pri oskrbovanju onemoglih starih ljudi, bolnikov, otrok in drugih nemočnih je odločilni vidik vizije pojmovanje ali gledanje na človeka, torej podoba človeka ali antropologija: kdo in kaj je človek v svoji moči in sposobnostih, prav tako pa v svoji nemoči in potrebah, ki si jih sam ne more zadovoljiti. Pri tem, ko na Inštitutu Antona Trstenjaka razvijamo gerontologijo in vedo o medgeneracijskem sožitju, smo posebej pozorni na njuno usklajenost s potrebami, zmožnostmi in stališči vseh šestih človeških razsežnosti celotne antropologije in na njej temelječe praktične antropohigijene (Ramovš, 2003, str. 63-202). Oskrbovanje mora upoštevati telesno-materialno, duševno, duhovno, sožitno-socialno, razvojno in bivanjsko razsežnost oskrbovanca in oskrbovalcev – torej njihovo zdravje in finančno zdržnost sistema, pametno organizacijo programa in zadovoljstvo obojih, svobodo in odgovornost, kakovost komuniciranja, pošteno razdeljene oskrbovalne vloge v družbi in vzdušje v oskrbovalnih ustanovah, vseživljenjski razvoj tako oskrbovalcev kot oskrbovancev, in nenazadnje potrebo po iskanju in odkrivanju odgovora na bivanjsko vprašanje, kaj je smisel prejetja oskrbe, oskrbovanja onemoglih in ustvarjanja oskrbovalnih socialnih mrež v skupnosti.

Ta orientacijski uvod je naše miselno izhodišče za uporabo raziskovalnih podatkov v tem poglavju o oskrbovancih in v naslednjih o oskrbovalcih in družbenem sistemu oskrbovanja.

Kdo potrebuje oskrbo, smo izvedeli iz vprašanja: »... ali vam je kdo zaradi vaše bolezni ali druge onemoglosti pomagal in nudil oskrbo zadnjega pol leta?« Vprašanje je bilo sestavljeno v obliki tabele: tiste, ki so oskrbo prejeli, smo vprašali tudi, približno koliko ur tedensko je pomoč trajala in koliko jih je to stalo. Pri odgovarjanju so anketiranci izbirali med vrsto sorodnikov in drugih; seveda je bilo možnih več odgovorov, saj onemoglega ali bolnega človeka ponavadi oskrbuje več različnih ljudi. Tabela 2 kaže potrebe po oskrbi pri prebivalcih Slovenije, ki so stari 50 let in več, ter spolno strukturo oskrbovancev.

Tabela 2: Ali vam je kdo pomagal zaradi vaše onemoglosti in bolezni?

	Moški (f)	Ženske (f)	Skupaj (f)	Moški (%)	Ženske (%)	Skupaj (%)
Da	41	100	141	9,5	16,3	13,5
Ne, nisem potreboval	376	500	876	87,0	81,3	83,6
Ne, čeprav sem potreboval	0	6	6	0	0,9	0,6
Brez odgovora	15	9	24	3,5	1,5	2,3
Skupaj	432	615	1047	100	100	100

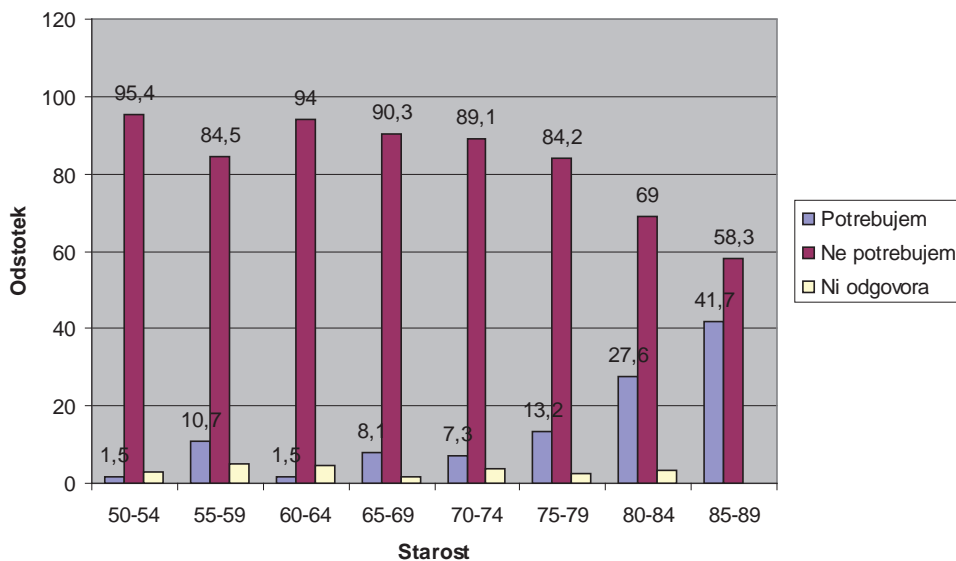
Vir: Inštitut Antona Trstenjaka, 2010

Velika večina od tistih, ki so oskrbo potrebovali (14,1 %), so jo tudi prejeli (13,5 %).

Opazen je podatek, da prejema oskrbo veliko več žensk (75 %) kot moških. Tudi druge podobne raziskave ugotavljajo, da je večina uporabnikov oskrbe na domu ženskega spola (*Health Council of Canada, 2012*). Razlog za prevlado oskrbovank nad oskrbovanci je v tem, da ženske živijo dlje in jih je med najstarejšimi veliko več. Povsem pa nas ta razlog ne zadovolji. Del odgovora bi lahko iskali tudi v patriarhalni kulturi, kjer so moški pri številnih vsakodnevnih opravilih vse življenje deležni pomoči drugih, predvsem žensk, zato to pomoč doživljajo tako samoumevno, da jim pri odgovarjanju na vprašalnik sploh ne pride na misel, da prejema pomoč.

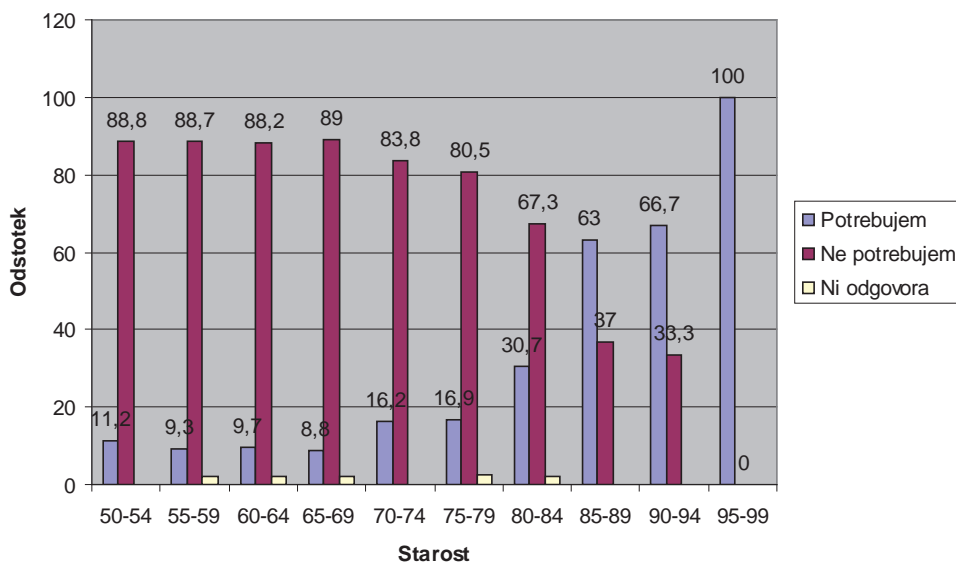
Na Slikah 1 in 2 so natančneje prikazani podatki o samostojnosti in oskrbovanosti po spolu in starosti.

Slika 1: Samostojnost in oskrbovanost moških po 50. letu starosti



Vir: Inštitut Antona Trstenjaka, 2010 (upoštevani so le moški, N = 432; v starostni skupini 90 – 94 let je bil le en moški, in ta je oskrbo potreboval)

Slika 2: Samostojnost in oskrbovanost žensk po 50. letu starosti



Vir: Inštitut Antona Trstenjaka, 2010 (upoštevane so le ženske, N = 615)

Starostna struktura oskrbovancev v naši raziskave kaže, da je največ starih nad 80 let (40,1 %), starih od 65 do 74 let je 31,2 %, od 50 in 64 let pa 28,4 %. Čim starejši so ljudje, tem več jih potrebuje oskrbo in nego. Glavni vzrok za to so kronične nenalezljive bolezni; če teh ni, se starostna opešanost pojavi pozneje in v blažji obliki. Kot smo že dejali, se zaradi dobrega zdravljenja kroničnih starostnih bolezni, zlasti pa preprečevanja z bolj zdravim življenjskim slogom, hujša onemoglost zaradi njih čedalje bolj odmika v krajši čas pred smrtjo – ta pojav imenujejo epidemiološka tranzicija (Voljč, 2011). Če se bo nadaljevala, se bo delež starih ljudi, ki bodo potrebovali oskrbo, večal počasneje kot delež starega prebivalstva. Vendar pa odločilnega upada ne smemo pričakovati, saj je starostno pešanje normalen naravni pojav.

Opozorimo še na en zanimiv podatek. Pri moških pred upokojitvijo med 55. in 60. letom v primerjavi prejšnjimi petimi leti sedemkrat poskoči delež tistih, ki potrebujejo pomoč, nato spet pade na prejšnjo raven ter se postopoma dviga tako, da šele pri 75. letih doseže raven iz let pred upokojitvijo. Leta pred upokojitvijo so zdravstveno zelo ogrožena. V tej luči je organizirana priprava na upokožitev pri tej starosti pomemben prispevek h kakovosti življenja, obenem pa tudi finančno rentabilna, saj npr. kratek tečaj priprave na upokožitev, kakršnega smo razvili na Inštitutu Antona Trstenjaka, stane za enega delavca manj, kakor so stroški za en dan odsotnosti z dela in zdravstveni pregled za bolniški stalež.

Pri ženskah je gornja slika nekoliko drugačna: od 50. do 70. leta starosti pada potreba po pomoči in oskrbi, nato do 80. leta narašča počasi, po 85. letu pa skokovito. Zakaj pri njih ni kratkotrajnega skoka v petdesetih letih, kot je pri moških, bi tudi iz celote naših podatkov težko ugotovili, ker nismo raziskovali mlajše populacije. Med domnevami bi bila možna ta, da je ta skok že pred petdesetim letom zaradi zgodnejšega upokojevanja ženk in zaradi začetka mene ali pa, da ta skok ni tako opazen, ker moški doživljajo obdobje pred upokojitvijo bolj stresno. Vsekakor pa se tudi pri ženskah potreba po oskrbovanju od 50. do 70. leta starosti manjša.

Zgoraj smo opozorili na majhen delček anketirancev (skupno 6 žensk), ki so odgovorili, da so v zadnjega pol leta potrebovali pomoč in oskrbo, pa je niso prejeli. Ker je to za sistem dolgotrajne oskrbe pomemben jeziček na tehtnici njene kakovosti, smo te vprašali tudi, *zakaj jim ni nihče pomagal*. Trije (to je polovica od vseh) so odgovorili, da zato, ker nočejo biti od nikogar odvisni; dva nista nikogar prosila, in samo eden, da zato, ker nima nikogar, ki bi ga lahko prosil. Seveda zaradi majhnega števila odgovorov tukaj ne moremo ničesar posploševati. Vredno pa je pomisliti dvoje.

Prvo. Podatka o 0,6 % zapuščenih in zanemarjenih starih ljudeh v njihovi bolezni ali onemoglosti ne smemo prezreti. Med tistimi, ki so pomoč potrebovali, je to skoraj vsak dvajseti (4,25 %). Preračunano na celotno prebivalstvo Slovenije nad 50 let je to kar 4500 ljudi – množica, ki bi napolnila četrtno kapacitet vseh naših domov za stare ljudi. Seveda ta podatek nič ne pove o tem, koliko pomoči ti ljudje potrebujejo. Predpostavljamo lahko, da sorazmerno malo in morda predvsem pri instrumentalnih vsakodnevnih opravilih; pri preučevanju tega vprašanja je to mogoče v naši raziskavi preveriti ob vprašanju, česa ti ljudje ne morejo opravljati sami.

In drugo. Ne prositi za pomoč ali je ne hoteti, ker človek noče prestopiti svojega občutka samozadostnosti, ne pomeni samo, da mu v trenutku, ko potrebuje pomoč, verjetno nihče ne bo pomagal, ker za njegovo potrebo niti vedel ne bo. To njegovo stališče pomeni tudi, da

bo potem, ko bo zaradi sile razmer morda prišlo do oskrbe, temu človeku pomoč zelo težko nuditi, ker je notranje ni pripravljen sprejeti. Sprejemanje in dajanje pomoči je vedno zahtevna človeška naloga. Najbolj jo olajša in naredi za obe strani plodno stališče oskrbovanca in oskrbovalca, da je to naravna dialoška komplementarnost človeške nemoči in pomoči. Ta dialog je obojestransko ploden, če oskrbovanec z veseljem in hvaležno prejema pomoč za svoje preživetje, oskrbovalec pa pomaga v zavesti, da pri tem bolj kot kjerkoli drugje uči nepogrešljive človeške lastnosti – solidarnosti (Ramovš, v pripravi).

Ta oris starejših oskrbovancev (podobno velja za oskrbovalce in oskrbovalne programe v naslednjih poglavjih) bi bil lahko še obsežnejši, saj smo v naši raziskavi oskrbovanju posvetili veliko pozornosti. Tukaj dodamo le še, da bi večina tistih, ki bi se odločili v svoji onemoglosti za oskrbo na domu – teh pa je seveda tudi večina, želela, da jih oskrbujejo partnerji oziroma otroci (Slana, Ramovš J., Ramovš K., 2011). Celovit prikaz raziskovalnih podatkov o oskrbovanju v onemoglosti pa zahteva samostojno publikacijo.

3. OSKRBOVALCI

Oskrbovalce bomo spoznavali iz dveh zornih kotov. Najprej, kdo iz slovenskega prebivalstva, starega 50 let in več, oskrbuje bolne in onemogle, koga oskrbuje in koliko ur tedensko opravlja to delo; tu so torej naši anketiranci domači oskrbovalci, ki oskrbujejo svojce vseh starosti. V drugem delu poglavja je pregled tistih oskrbovalcev iz celotne slovenske populacije, ki pomagajo populaciji naših anketirancev; torej, kdo in koliko ur na teden oskrbuje bolne in onemogle prebivalce Slovenije, stare 50 let in več.

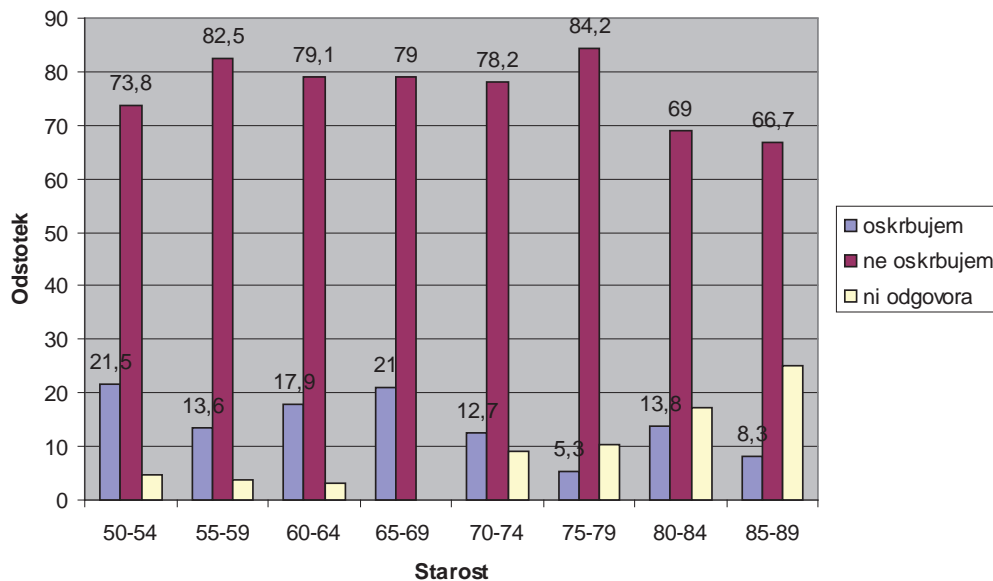
Kdo v slovenskem prebivalstvu po 50. letu starosti je v zadnjega pol leta nudil pomoč in oskrbo kakemu staremu, invalidnemu ali dolgotrajno bolnemu človeku; komu in koliko časa tedensko? Pregled odgovorov na to vprašanje pokaže, da ima vsak peti prebivalec Slovenije, ki je star 50 let in več, poleg drugih svojih vlog tudi vlogo družinskega oskrbovalca. Tabela 3 prikazuje to stanje po spolih, Sliki 3 in 4 pa pri obeh spolih po starostnih skupinah.

Tabela 3: Stari 50 let in več, ki (ne) oskrbujejo

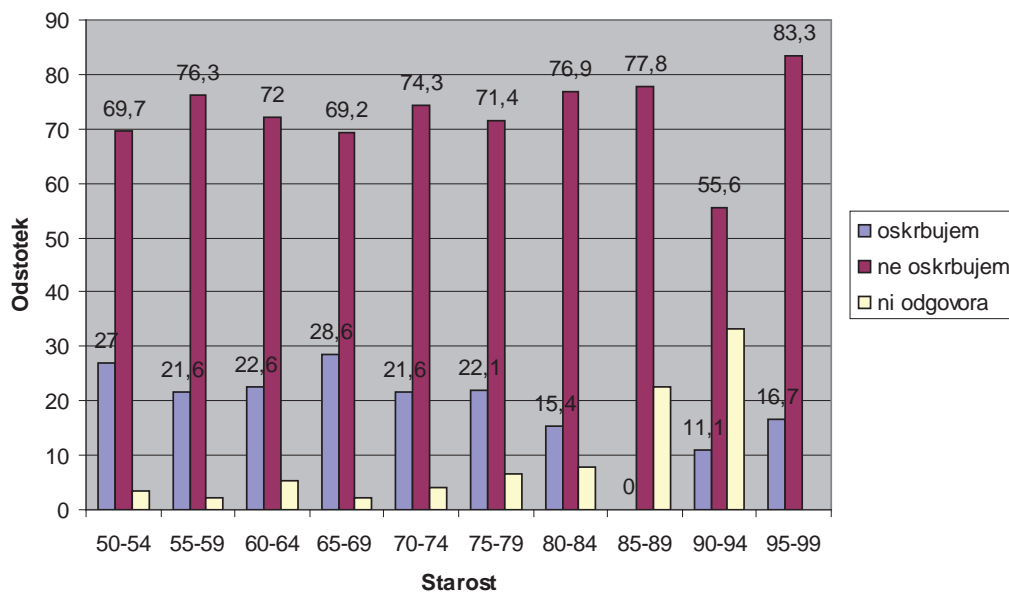
	M (f)	Ž (f)	Skupaj (f)	M (%)	Ž (%)	Skupaj (%)
Da	68	134	202	15,8	22,0	19,3
Ne	338	447	785	78,2	72,6	75,0
Brez odgovora	26	34	60	6,0	5,4	5,7
Skupaj	432	615	1047	100	100	100

Vir: Inštitut Antona Trstenjaka, 2010

Da je med starejšimi oskrbovalci dve tretjini žensk, med tistimi, ki ne oskrbujejo pa večji delež moških, je verjetno predvsem posledica patriarhalnega vzorca, v katerem opravljajo to vlogo pretežno ženske. Glede na današnje dogajanje lahko domnevamo, da je bila slika oskrbovalcev pred 25 leti še bolj nagnjena na žensko stran in da bo čez 25 let bolj izenačena med spoloma.

Slika 3: Moški, stari 50 let in več, ki (ne) oskrbujejo

Vir: Inštitut Antona Trstenjaka, 2010 (upoštevani so le moški, N = 432; v starostni skupini 90-94 let je bil le en moški in ta naj bi oskrbo nudil)

Slika 4: Ženske, stare 50 let in več, ki (ne) oskrbujejo

Vir: Inštitut Antona Trstenjaka, 2010 (upoštevane so le ženske, N= 615)

Pri pogledu na sliko 5-letnih starostnih skupin izstopa upad oskrbovanja pri obeh spolih med 55. in 60. letom starosti, torej v času pred upokojitvijo in takoj po njej. V prejšnjem poglavju so podatki za to starostno obdobje kazali porast potrebe po oskrbovanju (zlasti pri moških) – ko pa človek sam potrebuje oskrbo zaradi bolezni, ne more oskrbovati drugih. Verjetno je pomemben vzrok, da družinski oskrbovalci v tej starostni dobi oskrbujejo manj kot prej in pozneje, umiranje prejšnje generacije, njihova generacija pa še ne potrebuje oskrbe.

Slika povečane potrebe po oskrbi v času pred upokojitvijo in njen upad po njej, ki smo si jo ogledali v prejšnjem poglavju, in ta o zmanjšanju oskrbovanja v tem

času pa opozarjata tudi na upokojitveni prag, ki človekovo življenje bolj spremeni, kot ponavadi mislimo. Ne spremeni samo dohodkov in socialne vloge, ampak tudi pogled nase, človekovo notranjo trdnost, življenjsko usmeritev, odnos z drugimi in nenazadnje tudi človekovo zdravje. Pred upokojitvijo se poveča njegova krhkost. Po upokojitvi, če ta življenjski prehod opravi dobro, začne človek oblikovati svojo identiteto zadnjega večjega življenjskega obdobja. Pri zdravi psihosocialni usmerjenosti človek s starostnim zorenjem čedalje bolj vidi tudi potrebe drugih in jim po svojih močeh pomaga; nenazadnje po upokojitvi svobodneje razpolaga s tisto polovico budnega časa, ki ga je prej porabil za službo. Podatki na teh slikah kažejo, da po upokojitvi delež družinskih oskrbovalcev narašča in pri 69. letu doseže ali celo preseže delež starostne skupine 50 do 55 let. Po 70. letu začne število družinskih oskrbovalcev padati, pri ženskah počasneje kot pri moških, ker ženske živijo dlje in so pri teh starostih vitalnejše od moških. Podatki kažejo, da stari ljudje oskrbujejo svoje bližnje tako rekoč do konca svojega življenja, seveda v skladu z svojimi zmožnostmi. Sliki sicer kažeta povečanje deleža moških družinskih oskrbovalcev po 80. letu starosti in oskrbovalk po 95. letu, toda iz teh podatkov ne moremo delati spoznanj, ker je bilo v raziskavi v teh starostnih skupinah že zelo majhno število anketirancev. Vsekakor pa iz celotne slike sledi za sistem dolgotrajne oskrbe jasen napotek, da je usposabljanje starejših družinskih oskrbovalcev v krajevni skupnosti dobro naložen javni denar, ki zmanjša potrebe po javni oskrbi, poveča kakovost oskrbe v domači družini in pripravlja starejše ljudi, da bodo, ko sami obnemorejo, od drugih prejeli oskrbo na tak način, da jih bo čim lažje oskrbovati. Kot je navedeno v uvodnem poglavju, smo na Inštitutu razvili primeren kratek tečaj za družinske oskrbovalce, ki ga izvajamo na terenu in je zelo dobro sprejet.

Tabela 4 kaže pregled, koga oskrbujejo slovenski prebivalci, ki so stari 50 let in več; podatki kažejo, da nekateri od njih oskrbujejo več ljudi. Odstotki v srednjem stolpcu kažejo, kolikšen delež oskrbovalcev v raziskavi oskrbuje določenega svojca; ta podatek kaže povezave med oskrbovalci in oskrbovanci. Odstotki v tretjem stolpcu pa kažejo delež oskrbovalcev iz celotnega raziskanega vzorca, ki predstavlja 750.000 prebivalcev Slovenije, ki so stari 50 let in več. Za orientacijo nam kratek izračun pokaže, da v Sloveniji nudi oskrbo svoji materi nad 55.000 ljudi, ki so stari 50 let in več, svojemu bolnemu ali onemoglemu zakoncu nad 50.000. Celo zeta, snaho ali vnuka, kjer so deleži najmanjši, je v zadnjega pol leta oskrbovalo okrog 30.000 tašč, tastov, babic in dedkov. Pred seboj imamo torej številke družinskih oskrbovalcev, ki v Sloveniji redno oskrbujejo svojce – te številke desetkrat presegajo vse službene oskrbovalce v domovih za stare in na domu. Si lahko kak politik ali drug načrtovalec socialne politike predstavlja, da bi ta skupina oskrbovalcev v skupnostih odpovedala? Ker pa so pogoji za njihovo oskrbovanje čedalje težji, lahko ohrani njihovo nenadomestljivo delo samo organizirana pomoč socialne politike in strok. Pomoč družinskim oskrbovalcem je največja notranja rezerva za nove nacionalne sisteme kakovostne in vzdržne dolgotrajne oskrbe. Večina evropskih držav je pomoč družinskim oskrbovalcem sprejela v zadnjem desetletju 20. stoletja v okviru svojih novih sistemov za dolgotrajno oskrbo, Slovenijo oblikovanje tega sistema in njegov sprejem v obliki zakona še čaka.

Tabela 4: Koga in koliko časa na teden oskrbujejo slovenski prebivalci, stari 50 let in več?

	Število	% N = 202	% N = 1047	Povpr. št. ur na teden
Očeta	56	27,7	5,3	9,44
Mater	77	38,1	7,4	22,59
Tasta ali taščo	56	27,7	5,3	6,34
Zakonskega partnerja	71	35,1	6,8	30,61
Brata ali sestro	53	26,2	5,1	7,85
Sina ali hči	48	23,8	4,6	7,15
Zeta ali snaho	42	20,8	4,0	4,00
Vnuka	41	20,3	3,9	0,02
Soseda	65	32,2	6,2	1,70
Drugega (koga?): ...	80	39,6	7,6	9,35

Vir: Inštitut Antona Trstenjaka, 2010 (odgovarjali so samo tisti, ki so oskrbo nudili, N = 202)

V Tabeli 4 preseneča podatek o pomoči sosedu – ta je na tretjem mestu takoj za pomočjo materi in zakonskemu partnerju. Ali ste že slišali, da bi politika in stroka računali z dejstvom, da skoraj 50.000 slovenskih ljudi, ki so stari 50 let in več, pomaga svojim bolnim ali onemoglim sosedom? Stroka in politika sta družinske oskrbovalce »opazili« šele v zadnjih letih (večinoma po letu 2005): o njih sta začeli govoriti, jih raziskovati ter načrtovati njihovo usposabljanje in drugo pomoč zanje. O sosedski pomoči pa se sliši, če se sploh kaj, le kaka nostalgичna ugotovitev o »nekoč« ali pa moraliziranje »moralizirajte bi ..., lahko bi ...«. Naši raziskovalni podatki kažejo, da v resnici sosedje pomagajo mnogim bolnim in onemoglim ljudem. Verjetno pomagajo predvsem pri instrumentalnih opravilih, ki jih starajoči se ljudje več ne zmorejo sami. To je njihov velik prispevek pri ohranjanju naravne socialne mreže v skupnosti, lahko pa bi izračunali tudi v denarju, za koliko razbremenijo javne blagajne in oskrbovalne službe. Ker torej sosedska oskrba v Sloveniji deluje, je logična posledica, da prihodnji slovenski nacionalni sistem dolgotrajne oskrbe to dobro možnost upošteva in nameni ustrezno pozornost tudi krepitevi sosedske pomoči – seveda ne s spodbudnimi besedami moraliziranja, ampak z ukrepi smiselne stvarne pomoči, npr. z redno ponudbo zastonskega usposabljanja o oskrbovanju starih ljudi v skupnosti.

Pri vprašanju je bilo poleg naštetih sorodnikov in sosedov možno navesti tudi pomoč »drugemu«. Navedlo jo je zelo veliko anketirancev, še nekoliko več, kot jih oskrbuje mater. Večinoma so dejali, da pomagajo sorodnikom, ki niso bili našteti (sestrični, teti, stričevi ženi, daljni sorodnici ...), sokrajanom, sodelavcem, bolnikom, znancem in prijateljem. K visokim številkam starejših domačih oskrbovalcev, ki v Sloveniji tačas pomagajo bolnim in onemoglim v domačem okolju, sodi torej tudi teh skoraj 60.000 ljudi.

Slika visoke vrednosti – človeške in finančne, ki jo ima danes domača oskrba v Sloveniji, postane še bolj jasna, ko upoštevamo tudi povprečni čas, ki ga domači oskrbovalci porabijo za pomoč in oskrbovanje bližnjih (Tabela 4).

Naslednje raziskovalno vprašanje nam daje podatke o oskrbovalcih iz celotne slovenske populacije, ki pomagajo bolnim in onemoglim ljudem, starim 50 let in več. Podatke o tem

smo dobili z istim vprašanjem, ki smo ga deloma prikazali v prvem delu tega poglavja: »Ali vam je kdo zaradi vaše bolezni ali druge onemoglosti pomagal in nudil oskrbo zadnjega pol leta? Pomembno je tudi, približno koliko ur tedensko in koliko vas je to tedensko stalo.« Naštete so bile vse vrste bližnjih sorodnikov, sosedje in poklicni oskrbovalci ter odprta možnost – »drugi«. Seveda je bilo možnih več odgovorov.

Že v začetku smo omenili, da velika večina starejših (tri četrtine) sama opravlja vsakodnevna opravila. Naši podatki potrjujejo oceno, da starejši pri vsakdanjih opravilih v povprečju več pomagajo mlajšima generacijama kot onidve njim. Četrtnina prebivalstva po 65. letu starosti pa potrebuje manj ali več pomoči in oskrbe.

V naši raziskavi, ki je zajela tudi zadnje desetletje pred upokojitvijo, jih je odgovorilo 141, to je 13,5 % od vzorca, da so v zadnjega pol leta prejeli kako pomoč ali oskrbo zaradi bolezni ali onemoglosti. V prejšnjem poglavju smo razčlenjevali značilnosti teh oskrbovancev, tukaj pa si bomo ogledali, od koga so pomoč prejeli – torej sliko, kdo oskrbuje slovenske prebivalce, ki so stari 50 let in več (Tabela 5). Tudi tu so v drugem stolpcu navedeni deleži posamezne kategorije oskrbovalcev, ki oskrbujejo 141 oskrbovancev med našimi anketiranci. V tretjem stolpcu so deleži posameznih kategorij oskrbovancev izračunani za celoten vzorec slovenskega prebivalstva, ki je staro 50 let in več. Ob dejstvu, da ta vzorec predstavlja 750.000 slovenskih prebivalcev te starosti, zlahka računamo, koliko oskrbovalcev iz posamezne kategorije v Sloveniji dejansko oskrbuje starejše ljudi. Tu imamo seveda pred očmi oskrbovalce vseh starosti, domače in poklicne, ki oskrbuje starejše ljudi v Sloveniji.

Tabela 5: Kdo oskrbuje slovenske prebivalce, stare 50 let in več?

	Število	% N = 141	% N = 1047
Zakonski partner	68	48,2	6,5
Hči	67	47,5	6,4
Sin	42	30,5	4,0
Vnuki	32	22,7	3,1
Snaha	32	22,7	3,1
Sestra ali brat	26	18,4	2,5
Sosedje	31	22,0	3,0
Poklicni oskrbovalci iz javne službe	29	20,6	2,8
Zasebno najeti oskrbovalci	27	19,1	2,6
Bival sem v dnevnem varstvu	24	17,0	2,3
Sem v domu za stare ljudi	39	27,7	3,7
Drugo	37	26,2	3,5

Vir: Inštitut Antona Trstenjaka, 2010

Tudi v naši raziskavi se torej potrjuje, da so najpogostejši družinski oskrbovalci zakonski partnerji in hčerke; skoraj vsakemu drugemu, ki po 50. letu starosti potrebuje pomoč in oskrbo, le-to nudi zakonski partner ali hči. Računamo lahko, da trenutno v Sloveniji oskrbuje svoje partnerje okrog 50.000 sozakoncev in okrog 50.000 hčera. Sinov je že za dobro tretjino manj, vendar pa nikakor ne malo, saj tudi pri vsaki drugi od navedenih kategorij

družinskih oskrbovalcev (vnuki, snahe, sestre in bratje) ocena presega število 20.000. Isto velja tudi za sosede. Potrjuje se torej, kar smo glede družinske oskrbe in sosedske pomoči pri oskrbi ugotavljali iz obratne smeri že pri prejšnjem vprašanju.

Če primerjamo številke iz prvega dela tega poglavja o starejših družinskih oskrbovalcih, ki oskrbujejo potrebne iz vseh generacij, in številke oskrbovalcev iz vseh generacij, ki nudijo pomoč in oskrbo starejšim od 50 let, vidimo, da so te druge nekoliko manjše. To pomeni, da več starejših ljudi oskrbuje in pomaga drugim, kot jih prejema pomoč in oskrbo od drugih. Pomisleki, da tega podatka ne bi dokončno potrdili preden bi ga poglobljeno raziskali, so zlasti psihološki. Ker je današnji miselnosti zelo neprijetna misel na onemoglost, odvisnost in sprejemanje pomoči, je bolj verjetno, da ob vprašanju »pozabimo« svoje prejemanje pomoči, kakor to, da smo sami pomagali drugim. Nedvomno pa drži, da ogromno ljudi iz tretje generacije pomaga in oskrbuje svojce in celo sosede. Tudi druge raziskave družinskih oskrbovalcev (navajali smo jih v začetku tega prispevka) ugotavljajo veliko motiviranost družinskih oskrbovalcev za oskrbovanje svojcev. Starejše ljudi, kot so tudi v naši raziskavi, verjetno dodatno nagiba k oskrbovanju bližnjih tudi zavest, da bodo prej ali slej sami potrebovali oskrbo v bolezni ali onemoglosti, glavna motivacija pa je gotovo njihova razvita humana zmožnost solidarnosti s človekom v potrebi ali stiski.

V Tabeli 5 imamo tudi podatke o poklicnih oskrbovalcih: iz javne službe, zasebno najete, v dnevnem varstvu in v domovih za stare ljudi. Pri vsakem od teh primerov so številke pod polovico onih pri zakoncu in hčerki, nekatere so pri tretjini. Tudi naši raziskovalni podatki torej kažejo, da okrog dve tretjini oskrbe starejših in bolnih ljudi opravijo družinski oskrbovalci v domačem okolju.

Iz navedenih podatkov o strokovni in javni oskrbi močno bije slovenska stranpot v dosežanju razvoju javne oskrbovalne mreže. Normalna je postopnost vključevanja v oskrbovalne programe (nekateri imajo celo uzakonjeno): da se javna pomoč začne pri pomoči in usposabljanju družinskih oskrbovalcev ter oskrbi na domu, da ob poslabšanju lahko sledi dnevno varstvo ali oskrbovano stanovanje in da kot zadnja možnost pride na vrsto namestitvev v dom za stare ljudi. Ker smo v Sloveniji skoraj pol stoletja – vse do zdaj – dajali javno (finančno, organizacijsko, medijsko ...) pozornost skoraj samo domovom za stare ljudi, imamo sliko javne mreže za oskrbo na domu in v ustanovi obratno, kot je danes normalno. Sosednja Avstrija ima v javni oskrbi na domu štiri ljudi na enega v ustanovi, pri nas skoraj obratno: tri ljudi imamo v ustanovi na enega, ki je deležen javne oskrbe na domu. Dober zakon o dolgotrajni oskrbi je edina možnost, da začenjamo na tem področju dohitevati četrstoletni zaostanek za sosedi v Evropi. Ta podatek govori že o mreži ustanov in programov za oskrbo in nego v onemoglosti, ki ji je posvečeno naslednje poglavje.

4. OSKRBOVALNI PROGRAMI

V bolezni in onemoglosti se zmanjša človekova samostojnost za opravljanje vsakodnevnih opravil. Zdravstvene službe skušajo ozdraviti ali vsaj izboljšati akutna in kronična obolenja s programi zdravljenja, zdravstvene nege in rehabilitacije v bolnišnicah za akutno zdravljenje, v negovalnih in rehabilitacijskih bolnišnicah ter zdraviliščih, v

primarnih in specialističnih zdravniških ambulantah, z obiski in zdravstveno nego na domu, s fizioterapijo, delovno terapijo, v primeru neozdravljivosti in v terminalnem obdobju bolezni pa s paliativno timsko oskrbo v bolnišnici ali na domu, pri čemer ima danes pomembno mesto civilno-strokovni program hospic. Vzporedno z zdravljenjem in zdravstveno nego poteka socialna oskrba in pomoč pri opravljanju vsakodnevnih opravil. Največji del pomoči in oskrbe pri vsakodnevnih opravilih opravijo bližnji – to so potrdili tudi prej navedeni podatki te raziskave. Kolikor potrebe po oskrbi presegajo možnosti domačega okolja, vstopajo javna socialna mreža in zasebni ponudniki s svojimi oskrbovalnimi programi in storitvami.

V tem delu se bomo posvetili kratkemu pregledu sodobne mreže programov za pomoč in oskrbo pri vsakdanjih opravilih ter našim raziskovalnim podatkom o tem. Pred tem pa moramo poudariti ključno spoznanje in izkušnjo evropskih držav, ki so uvajale sodobne nacionalne sisteme za dolgotrajno oskrbo in nego: javna mreža oskrbe lahko uspešno deluje le, če sta zdravstvena nega in socialna oskrba neločljivo povezani v enoten sistem. Ta povezanost pa ni samoumevna in je ni lahko doseči. Zdravstveni in socialni sistemi težijo k čim večji samostojnosti in s tem ločenosti drug od drugega. Ta težnja je močna tako pri strokovnih zdravstvenih in socialnih ustanovah kakor pri političnih resorjih. V Sloveniji je bilo do prvih let po osamosvojitvi nekaj več povezanosti, ker sta bili zdravstveno in socialno področje združeni v enem političnem resorju v okviru ministrstva za zdravstvo. Po delitvi v dva resorja se je dvotirnost oskrbe in nege stopnjevala, pri čemer sta strašljivo zaostajali v razvoju tako patronažna zdravstvena nega kakor programi socialne oskrbe; danes Slovenija zaostaja v razvoju mreže, programov in sistema dolgotrajne oskrbe za evropskimi sosedi četrto stoletja. Prvi, verjetno najtežji korak pri vzpostavljanju nacionalnega sistema za dolgotrajno oskrbo je smiselna povezava socialnega in zdravstvenega resorja ter obeh strok v en sam celovit sistem.

Danes postaja nujno potrebna že nova povezava obeh z okoljsko-prostorskim za sistematično oblikovanje starosti prijaznih mest in občin ter z vzgojno-izobraževalnim za sistematično vseživljenjsko učenje kakovostnega staranja in medgeneracijskega sožitja.

Osnova za delovanje sodobne socialne mreže za dolgotrajno oskrbo in nego je preventivno izobraževanje vseh generacij o starosti, njenih možnostih, težavah in motnjah ter o pomenu zavestne krepitve medgeneracijske solidarnosti. Sama oskrbovalna mreža v krajevni skupnosti pa obsega vrsto komplementarnih programov za vse stopnje onemoglosti. Ker so ti programi podrobno predstavljeni v dostopni literaturi (Ramovš, 2012; 2003, str. 279-364), navajamo tukaj le pregled glavnih.

- Preventivni programi za aktivno in zdravo staranje, da ostajajo ljudje čim dlje in čim bolj samostojni. Sem sodijo številne organizirane športne, rekreacijske in kulture dejavnosti upokojenskih organizacij, izobraževalni programi (npr. univerze za 3. življenjsko obdobje), tečaji za preprečevanje padcev v starosti, za kakovostno življenje po upokojitvi, za boljše sožitje in sodelovanje med mlajšimi in starejšimi ipd. Pretežni del teh programov se odvija v okviru civilne organiziranosti in samoorganizacije na principu samopomoči in prostovoljstva. Stroka z znanjem in država z javno pomočjo naj pri tem služita po sodobnem principu pomoči za samopomoč, da preventiva zdravega in aktivnega staranja v skupnosti dobro deluje z relativno nizkimi javnimi stroški.

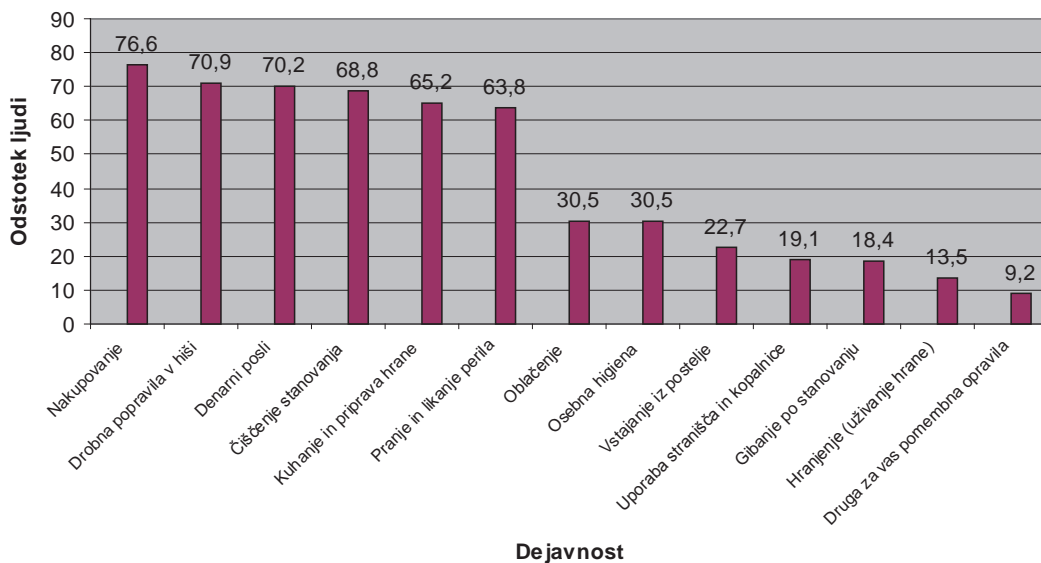
- Pomoč družini, ki doma oskrbuje starega človeka: tečajji za usposabljanje v oskrbi, razumevanju starega in bolnega človeka (npr. demence), dostopnost programov oskrbe na domu, varstva za oddih, prostovoljstva ...).
- Oskrba in nega na domu; gre za enovito in samostojno delovanje socialne oskrbe in zdravstvene ali patronažne nege.
- Dnevno in nočno varstvo; dnevno za tiste, ki potrebujejo pomoč v času dnevne delovne odsotnosti domačih, nočno pa predvsem za obolele za demenco, da imajo domači miren nočni počitek.
- Varstvo za oddih je zelo potreben in v Sloveniji skoraj nedostopen program, saj družinske oskrbovalce to delo izčrpava; če lahko dajo svojca za nekaj dni v primerno ustanovo, da si odpočijejo (dopust) ali pozdravijo, ko sami obolijo (gripa), je njihovo nadaljevanje oskrbovanja svojcev veliko verjetnejše.
- Oskrbovana stanovanja, v katera se preselijo ljudje iz svojih, za njihove potrebe in moči prevelikih ali za starost neprimernih stanovanj (npr. brez dvigala, z neustrezno opremo kopalnice). Poleg primerne ureditve in opreme za starostno onemoglost je bistvo oskrbovanih stanovanj tudi ponudba vseh potrebnih storitev stanovalcem.
- Sodobni domovi za stare ljudi. Po sodobni strokovni opredelitvi sodijo slovenski domovi za stare ljudi v t.i. drugo in tretjo generacijo domov; njihova značilnost je koncept arhitekture in organizacije po zgledu bolnišnice in hotela. Ta tip je bil uveljavljen na višku industrijske miselnosti pred pol stoletja. Današnji koncept je stanovalcem, negovalcem in krajevni skupnosti prijazen dom, organiziran v središču krajevne skupnosti v obliki gospodinjskih skupin po deset oskrbovancev v individualnih sobicah z veliko skupno bivalno kuhinjo v sredini in stalno prisotnostjo gospodinje (to je nov osnovni in celostni oskrbovalni poklic). Tako je poskrbljeno za zasebnost vsakega in za resnično druženje ob kuhanju in primernih dejavnostih (Imperl, 2012). Zaposleni v takem domu imajo četrtno več časa za delo z ljudmi, ker ga morajo v domovih druge in tretje generacije porabiti za hojo po hodnikih. Če k temu prištejemo še pomoč domačih in prostovoljcev, kjer je dom (morda sestavljen iz dveh ali treh gospodinjskih skupin) sredi krajevne skupnosti, in organizacijsko povezavo številnih gospodinjskih domov v pokrajini v en sistem, je razumljivo, da si ljudje želijo samo v take domove, kjer seveda so, in da ti niso nič dražji kot oni iz prejšnje razvojne generacije teh ustanov.
- Drugi krajevni programi, ki podpirajo kakovostno oskrbo in sobivanje onemoglih in zdravih; med njimi sta zelo koristna medgeneracijsko prostovoljstvo za stare ljudi in hospic za spremljanje onemoglega in svojcev v zadnjem obdobju življenja in pri umiranju ter pri žalovanju.

Vsi ti programi so učinkoviti in dovolj poceni, če so v krajevnem okolju, kjer jih ljudje potrebujejo, saj je med večjimi stroški oskrbe čas, izgubljen za poti (npr. oskrbovalcev na domu, svojcev za obiske v domu, prostovoljcev ...). Poleg tega je odločilni dejavnik pri nihanju stroškov oskrbe dobra sodobna organizacija, ki povezuje vse programe v eno celoto; eden od največjih dosežkov pri tem je bielefeldski model na severu Nemčije, kjer ob istih stroških oskrbe ostaja do smrti v oskrbi na domu tri četrtine ljudi, ki morajo drugod v dom za stare ljudi (Hvalič Touzery in Pihlar, 2009; Winter in Imperl, 2010; Imperl in Ramovš, 2010; Imperl, 2012).

Oskrbovalni programi so sestavljeni iz storitev za pomoč bolnemu ali onemoglemu človeku pri opravljanju *dejavnosti vsakdanjega življenja (ADL)*. Te delimo na osnovne in instrumentalne. Med *osnovne* spadajo: hranjenje, oblačenje in slačenje, osebna higiena, sposobnost spreminjanja lege telesa (vstajanje iz postelje, s stranišča ...), kontinenca in sposobnost hoje (s pripomočki ali brez njih, uporaba invalidskega vozička) (http://en.wikipedia.org/wiki/Activities_of_daily_living). *Instrumentalne vsakodnevne dejavnosti* zajemajo kompleksnejše dejavnosti, ki so potrebne za vsakodnevno življenje v specifičnem kulturnem okolju. Mednje prištevamo: vožnjo avtomobila, uporabo telefona, plačevanje računov, pripravo hrane, pranje perila, čiščenje, uporabo transportnih sredstev, jemanje zdravil, nakupovanje, upravljanje z denarjem ipd. O osnovnih in funkcionalnih oz. instrumentalnih vsakodневnih opravilih ali dejavnostih je bilo v reviji *Kakovostna starost* več različnih prispevkov (večina je dostopnih na spletni strani Inštituta <http://www.inst-antonatrstenjaka.si>, nekatere smo navedli v uvodnem delu tega prispevka), o raziskovalnih rezultatih glede njih posebej govori drugi prispevek (Rant, 2012).

V našem raziskanem vzorcu smo pogledali, katere vsakodnevne dejavnosti pomagajo drugi opravljati tistim, ki so odgovorili, da prejemajo pomoč (Slika 5). Teh je bilo 141.

Slika 5: Vsakodnevne dejavnosti, pri katerih ljudje prejemajo pomoč



Vir: Inštitut Antona Trstenjaka, 2010 (upoštevani so samo tisti, ki prejemajo oskrbo N= 141)

Pri instrumentalnih vsakodnevni dejavnostih prejema pomoč tri- do šestkrat več ljudi kot pri osnovnih. To je razumljivo, saj človek potrebuje pomoč pri gibanju po stanovanju ali da ga drugi hranijo šele v najhujši bolezni ali onemoglosti, medtem ko tudi marsikateri zdrav človek v srednjih letih ne kuha, pere, lika ali ne opravlja sam drobnih popravil v hiši, ampak te vsakodnevne potrebe zadovoljuje s pomočjo drugih v družini ali tržnih servisov. Navedeni podatki so pomembni za usposabljanje oskrbovalcev in za oblikovanje različnih oskrbovalnih programov, da čim boljše odgovarjajo dejanskim potrebam bolnih in onemoglih ljudi.

Ljudje doživljajo vse storitve oskrbe in oskrbovalce kot celoto določenega oskrbovalnega programa ali oskrbovalne ustanove, in sicer v obliki, ki jo poznajo iz izkušenj v svojem

kraju, iz njim znanih informacij ali celo po svojih predstavah. Zato smo jih v raziskavi vprašali: »Predstavljajte si, da ne morete skrbeti sami zase niti s pomočjo svojcev, dosegljive pa so vam vse naslednje možnosti; katero bi izbrali? (izberite en sam odgovor – program, ki vam je najbolj všeč).« Našteto je bilo šest značilnih sodobnih oskrbovalnih programov in dodatna možnost (Drugo: ...). Rezultati v Tabeli 6 so odraz dosedanjega stanja oskrbovalnih programov v Sloveniji, ki jih ljudje poznajo kot edino možnost. Ta je velika prevlada domov za stare ljudi pred vsemi drugimi programi. V začetku leta 2010 je bilo 6575 uporabnikov pomoči na domu (Nagode in sod., 2011), ob tem imamo domove za stare ljudi v 112 krajih s skupno kapaciteto preko 19.000 mest (http://www.varnastarost.si/skupnost_socialnih_zavodov_slovenije/). Razmerje 3:1 med nastanjenimi v ustanovi in oskrbo na domu v škodo slednje ostaja še naprej. V letu 2010 je tako formalno pomoč in oskrbo prejelo dobrih 25.000 ljudi, potrebovalo jo je nad 60.000 ljudi.

Tabela 6: Kateri oskrbovalni program bi izbrali, če bi ne mogli doma skrbeti zase niti sami niti s pomočjo svojcev?

Možnosti	Število	%
Namestitev v domu za stare ljudi	394	37,6
Pomoč na domu s krajevno javno službo za oskrbo na domu	223	21,3
Pomoč, oskrbo ali nego na svojem domu s plačano osebo, ki bi si jo našel sam	186	17,8
Kupil ali najel bi oskrbovano stanovanje, kjer živijo starejši ljudje vsak v svojem stanovanju	127	12,1
Dnevno varstvo v krajevni ustanovi, kamor pripeljejo starejše ljudi zjutraj in so z vsem preskrbljeni do popoldneva, ko jih svojci spet odpeljejo domov	36	3,4
Namestitev v oskrbniški družini, ki poklicno oskrbuje starejše	6	0,6
Drugo	59	5,6
Ni odgovoril	16	1,5
Skupaj	1.047	100

Vir: Inštitut Antona Trstenjaka, 2010, N = 1047

Gornjo sliko izbora oskrbovalnega programa današnjih prebivalcev Sloveniji, ki so stari 50 let in več, dopolnjujejo njihovi odgovori na vprašanje, kjer so imeli samo tri izbire: »V primeru, da ne bi mogli skrbeti sami zase, kaj bi raje: 1. da skrbi za vas nekdo od vaših domačih; 2. da se preselite v dom za stare ljudi?; 3. Drugo.« Oskrbo domačih je izbralo 60,7 %, dom za stare ljudi 28,3 %, drugo 5,5 % odstotka anketirancev (preostalih 5,5 % ni odgovorilo). Razmerje dve tretjini domače oskrbe in ena tretjina v domu za stare ljudi niso samo želje ljudi, ampak je tudi sedanja resničnost oskrbe v Sloveniji (okrog 60.000, ki potrebujejo in prejemaajo oskrbo, in blizu 20.000 nastanjenih v domovih za stare ljudi).

To vprašanje je bilo zelo ozko omejeno, saj ni ponudilo oskrbe na domu. Odgovori nanj nam v kombinaciji z izbirami programov tuje oskrbe (Tabela 6) nakazujejo, da je pomanjkljivost v dosedanjem razvoju slovenske mreže za dolgotrajno oskrbo ne samo objektivna v resničnosti, ampak tudi internalizirana v zavesti ljudi: izbirali so tisto možnost, ki jo bolj poznajo. Stvarni zaostanek razvoja oskrbe na domu odseva v zavesti ljudi. To domnevo nakazuje množični izbor doma za stare ljudi. Čeprav je bivanje na starost v

ustanovi zelo nezaželeno ljudem tako pri nas kot po Evropi, so ljudje, stari nad 50 let, to možnost izbrali več kot sedemkrat pogosteje (37,6%), kot je po današnjih kriterijih običajni delež nastanjenih v domovih (5 % starih nad 65 let). Domnevo, da se izbire ljudi ravnajo po tem, kar poznajo iz naše stvarne javne mreže oskrbovalnih programov, še jasneje potrjuje dejstvo, da je med javnimi programi izbralo odhod v dom za stare ljudi skoraj enako število anketirancev kakor obe vrsti oskrbe na domu skupaj (subvencionirano iz javne mreže in zasebno s polnim plačilom storitve). Oskrbovano stanovanje, dnevno varstvo in oskrbniško družino je izbralo skupaj komaj 16 % anketirancev, med temi le 6 ljudi (0,6 %) oskrbniško družino. Te ne poznajo niti iz prakse niti po imenu; čeprav ime programa nakazuje družinsko in ne institucionalno bivanje in oskrbo v starostni onemoglosti, se zanj niso odločali. Že stari Rimljani so imeli pregovor, da si ni mogoče želeti, česar ne poznamo. Tu se jasno kaže pomanjkljivost poudarjanja, da je za naglo gradnjo domov odločilno povpraševanje po njih. Stroka in država na globalni ravni ter občinska vodstva na lokalni imajo razvojno dolžnost, da iz tujine k nam prenašajo nove učinkovite modele za oskrbovanje, da se ti prilagajajo našim razmeram ter da se ustvarjajo izvirni domači programi in se z njimi seznanja tujino.

Izčrpna analiza velike izbire domov za stare ljudi bi verjetno pokazale še druge vzroke. Eden bi morda bil nerazumna razmerja v cenah, ko je cena ene ure oskrbe na domu pri nas enaka celotni dnevni oskrbi v domu za stare ljudi. Del odgovorov za izbor odhoda v dom bi verjetno pojasnilo tudi znano stališče mnogih, da ne bi hoteli obremenjevati prezaposlenih domačih.

Še opomba o stališču do oskrbniške družine. Po njem smo povprašali s posebnim vprašanjem, ki je prejšnjemu sledilo, toda v njem je bilo pojasnjeno, kaj je oskrbniška družina: *»Ponekod imajo poleg domov za stare tudi možnost nastanitve starega človeka v tuji (oskrbniški) družini, ki pod strokovnim nadzorom poklicno oskrbuje starega človeka za isto plačilo kot dom za stare ljudi. Kaj menite o tej obliki oskrbe starih ljudi?«* Če odgovore na to vprašanje primerjamo s predhodnim, je očiten premik stališča proti oskrbniški družini:

1. meni se zdi boljša kakor dom za stare ljudi: 19,8 %,
2. meni se zdi slabša kakor dom za stare ljudi: 48,2 %,
3. meni se zdi enako dobra kakor dom za stare ljudi: 23,9 %.

Naj pojasnimo, da smo vprašanje o oskrbniških družinah dali v raziskavo tudi zato, ker je program namestitve v tuji družini med drugimi načrtovanimi oblikami oskrbe v nacionalnem programu. Sam od sebe tak program ne more steči, tem manj dobro delovati. Vladni resor ga je propagiral, ni pa spodbudil eksperimentalnega razvoja tega modela za slovensko prakso. Celokupni odgovori naše raziskave so dali politiki in stroki dobro osnovo za oblikovanje in vodenje tega in drugih razvojnih modelov za sodobno oskrbo onemoglih starih ljudi.

Kot sklepna misel v poglavju o mreži oskrbovalnih programov se vsiljuje pereča potreba Slovenije po vzpostavitvi sodobnega nacionalnega sistema za dolgotrajno oskrbo, ki bo primerljivo s sistemi sosednjih evropskih držav odgovarjal na te potrebe. Javna statistika o današnjih programih javne mreže za oskrbo onemoglih kaže, da oskrbo na domu prejema dobrih 6000 starih ljudi, v domovih za stare ljudi pa je nastanjenih slabih 20.000 starih ljudi; naši domovi so arhitekturno in konceptualno (normativi in standardi) izdelani po preživelem konceptu izpred pol stoletja. Cenitve in naši raziskovalni podatki govore, da v

Sloveniji pomoč potrebuje in prejema skoraj trikrat več ljudi, kot jih zajema javna mreža oskrbe; skoraj dve tretjini jih oskrbujejo domači. V luči današnjega razvoja kakovosti oskrbe v starostni onemoglosti kažejo ti in drugi podatki, ki smo jih razčlenjevali v tem prispevku, da mora slovenska socialna politika narediti tri odločne razvoje zasuke za večjo kakovost in vzdržnost oskrbovalne mreže v prihodnjih letih, ko bo potrebovalo oskrbo več ljudi kot danes, finančne blaginje pa ni na obzorju:

1. poskrbeti za usposabljanje in podporo družinskim oskrbovalcem, da bodo ob svoji veliki motiviranosti za oskrbovanje svojcev to svojo vlogo zmogli opravljati;
2. obrniti trend iz gradnje domov v oskrbo in nego na domu;
3. javno in zasebno mrežo domov za stare ljudi konceptualno (z arhitekturo, usposabljanjem kadra, normativi in standardi) preusmeriti v sodobno obliko gospodinjskih skupin z enopostelnimi sobami v domačem kraju, kjer je učinkovita sinergija svojcev in prostovoljcev; nacionalno mrežo pa usmeriti v obsežnejše organizacijske celote, ki imajo notranji potencial za strokovni razvoj.

5. OSKRBOVANJE ONEMOGLIH – RODOVITNO POLJE ČLOVEČNOSTI

Oskrbovanje in nega bolnih in onemoglih je izvirno človeška oblika solidarne pomoči. Prvinska oblika medgeneracijske solidarnosti je tudi skrb za otroke. Prednostna skrb za potomstvo ima pri živalih vzporednico v instinktivno dovršenih vzgibih oskrbovanja mladicev do njihove samostojnosti, oskrba onemoglih in bolnih pa je izvirno človeška. Zdi se, da je pri človeški vrsti osebno doživeta potreba po oskrbi otrok, bolnih in onemoglih starih ljudi ter zadovoljstvo ob odgovornem uresničevanju teh življenjskih nalog glavno polje za razvijanje in krepitev osebne in skupnostne solidarnosti, ta pa je nesporni temelj za preživetje in kakovost življenja vsakega posameznika in vsake človeške skupnosti.

Ob sedANJI demografski krizi staranja prebivalstva celo evropska politika opozarja na nujnost krepitev medgeneracijske solidarnosti – pomislimo na zeleno knjigo o odzivu na demografske spremembe, ki ima naslov *Nova solidarnost med generacijami* (Svet EU, 2005), in na razglasitev leta 2012 za *Evropsko leto aktivnega staranja in medgeneracijske solidarnosti*. V tej luči je za oblikovanje nacionalnega sistema dolgotrajne oskrbe odločilno vprašanje, kako doživlja današnji človek prejetje oskrbe in oskrbovanje drugih, kaj ga pri tem človeško razvija in katere težave doživlja.

Oskrbovanje bolnih in onemoglih ima torej dvojno vlogo. Prva je oskrbovanje bolnih in onemoglih, ki brez oskrbovanja ne bi mogli preživeti, druga pa praktično učenje in krepitev solidarnosti, to je počlovečevanje (humanizacija) zdravih in močnih, ki pomagajo šibkim soljudem, prav tako pa bolnih in onemoglih, saj ljudje neredko šele v svoji onemoglosti in ob tem, ko nam drugi čuteče pomagajo, sprejemamo in uresničimo svoje celovito človeško bivanje. Celovito človeško bivanje in kakovostno sožitje je sestavljeno iz celovitega loka, ki se razteza med človekovo ustvarjalno močjo in njegovim hvaležnim sprejemanjem daru od drugega v nemoči. Celovito človeško bivanje in kakovostno sožitje je torej zdravo ravnotežje med samostojnostjo in odvisnostjo.

V naši raziskavi se nam je zdelo pomembno iskati pristne odgovore na ta vprašanja. »Kaj jim je ostalo v lepem spominu« in »katere težave so doživljali, ko so prejeli pomoč v svoji bolezni ali onemoglosti« in »ko so sami oskrbovali bolnega ali onemoglega«? S temi štirimi odprtimi vprašanji smo prosili anketirance, da povedo svoje pristne izkušnje. Po lepem spominu so bili vprašani vsi anketiranci raziskave, po težavah pa samo tisti, ki so navedli, da so bili v zadnjega pol leta oskrbovani oziroma so sami koga oskrbovali. Razlog za to je antropološka dinamika dobrih izkušenj in težav. Dobre izkušnje oblikujejo človekovo osebnost in se pri normalnem razvoju človeka trajno nalagajo v njem; sodobna nevroznanstvena spoznanja o plastičnosti možganov kažejo, kako pomembno je zavestno graditi razvoj osebnosti in sožitja na dobrih izkušnjah. Težave in stiske pa imajo sproti, ko se pojavljajo, energetski naboj in močno motivacijo za osebnostne in sožitne spremembe neustreznega doživljanja, ravnanja, odnosov in razmer; njihova energija je na voljo za smiselno takojšnjo porabo. To je eden od osnovnih obrambnih vzgibov socialnega imunskega sistema (Ramovš, 2003, str. 367-396). Če je človek socialno imunsko energijo slabe izkušnje porabil za reševanje težave, se je v zavest vgradila kot dobra izkušnja. Če pa se to ni zgodilo, njegova podzavest slabo izkušnjo racionalizira, da dobiva v njegovi zavesti čedalje bolj zverženo podobo. Iz raziskovanja oddaljenih težav v preteklosti ne more biti kaj prida koristi za oblikovanje ustreznega nacionalnega sistema dolgotrajne oskrbe, iz dobrih izkušenj pa lahko dobimo odločilne pobude. To je bil glavni namen tega področja naše raziskave. Z odgovori na štiri vprašanja o doživljanju oskrbovanja in prejemanju oskrbe smo dobili obilje vsebinskih podatkov, ki smo jih obdelali z dveh vidikov.

Prvi je vsebinska analiza pristnih življenjskih izkušenj, ki razvrsti odgovore v kategorije in podkategorije, te pa ilustrira z značilnimi izjavami ali zgodbami anketirancev. Pri analizi teh štirih metodološko podobnih vprašanj so se pokazale štiri smiselne kategorije:

1. izkušnje, povezane z drugim,
2. izkušnje, povezane s seboj,
3. izkušnje, povezane z oskrbovanjem,
4. izkušnje, povezane z odnosom med oskrbovalcem in oskrbovancem.

Drugi vidik naše obdelave je bil ugotavljanje pogostosti kategorij in podkategorij – torej delna kvantifikacija kvalitativnih odgovorov. Pri tem je treba pripomniti, da so nekateri odgovori anketirancev sestavljeni iz več izkušenj; v tem primeru je bila pri analizi umeščena vsaka od njih v svojo podkategorijo.

V tem članku bomo prikazali le povzetek obojne analize: najprej v tabeli, nato v sliki, narejeni v programu *Wordle* (www.wordle.net), ter s par spoznanji. Izčrpen prikaz celotne kvalitativne analize (definicije podkategorij, navajanje značilnih primerov ter obsežnejša vsebinska analiza) presegajo obseg tega članka. Skupaj s temeljito analizo raziskovalnih podatkov, ki jih nudijo vsa vprašanja o oskrbovanju in njim sorodna, bo ta prikaz možen v samostojni monografiji o oskrbovanju.

Vprašanje, s katerim smo prosili vse anketirance, da povedo svoje lepe izkušnje kot oskrbovanci, se je glasilo: »Verjetno ste bili tudi vi že kdaj zaradi bolezni ali kako drugače onemogli, da so vam drugi pomagali pri vsakdanji oskrbi in negi. Kaj vam je ostalo najlepše v spominu o tem, ko ste prejeli njihovo pomoč?«

Na vprašanje je odgovorilo 909 ljudi, to je kar 86,8 % raziskanega vzorca. Kot običajno pri tovrstnih kvalitativnih vprašanjih je nekaj odgovorov vsebinsko neustreznih: skoraj četrtina (240) je odgovorila, da pomoči niso potrebovali, nekaj (7) jih je navedlo slabo izkušnjo, nekaj deset (70) odgovorov pa je nejasnih, nepopolnih ali drugače neustreznih (»ne vem«, »ne«, »nihče mi ni pomagal«); sem sodijo tudi odgovori, ki so neustrezno zapisani v anketi (»0«, »/«). Vsebinsko ustrezni so torej odgovori 592 anketirancev; ker so nekateri povedali več različnih lepih izkušenj, je seštevek vsebinskih izjav v vseh kategorijah 880.

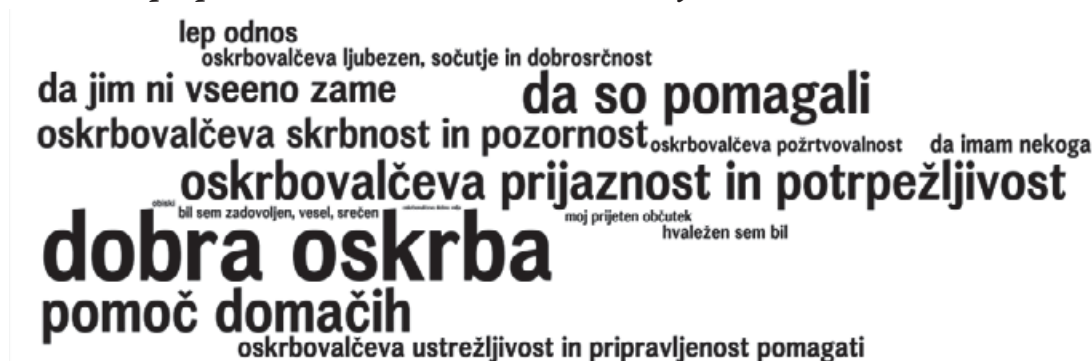
Lepe spomine oskrbovancev na oskrbovanje kažeta Tabela 7 in Slika 6.

Tabela 7: Lepi spomini oskrbovancev na oskrbovanje

Kategorije	Št. zapisov	Podkategorije	Št. zapisov
Lepi spomini na oskrbovalca	281	Oskrbovalčeva prijaznost in potrpežljivost	86
		Oskrbovalčeva skrbnost in pozornost	67
		Oskrbovalčeva ustrežljivost in pripravljenost pomagati	47
		Oskrbovalčeva ljubezen, sočutje in dobrosrčnost	38
		Oskrbovalčeva požrtvovalnost	34
		Oskrbovalčeva dobra volja	9
Lepi spomini nase kot oskrbovanca	81	Hvaležen sem bil	31
		Bil sem zadovoljen, vesel, srečen	25
		Moj prijeten občutek	25
Lepi spomini na oskrbovanje	250	Dobra oskrba	156
		Da so pomagali	94
Lepi spomini na odnos med obema	268	Pomoč domačih	96
		Da jim ni vseeno zame	66
		Lep odnos	50
		Da imam nekoga	40
		Obiski	16

Vir: Inštitut Antona Trstenjaka 2010 (upoštevano je 880 odgovorov)

Slika 6: Lepi spomini oskrbovancev na oskrbovanje



Vir: Inštitut Antona Trstenjaka 2010 (upoštevanih je 880 odgovorov)

Iz slike in tabele najmočneje svetijo **lepi spomini oskrbovancev na človeka, ki jim je nudil solidarno pomoč**. Največ ljudem pride v spomin nekaj lepega o človeku, ki jih je oskrboval: njegova prijaznost, potrpežljivost, skrbnost, pozornost, ustrežljivost, pripravljenost pomagati, ljubezen, sočutje, dobrosrčnost, požrtvovalnost, dobra volja, trud ipd.

Le malo manjši po številu so **lepi spomini na odnos med oskrbovalcem in seboj** (kot oskrbovancem). Tu ljudem v spominu največkrat zasveti pomoč domačih – družina je vse-kakor prva domovina človeške solidarnosti. Odgovori drugih podkategorij, ki smo jih dali v okviru lepih spominov na odnos, govorijo o tem, kako pomembno je človeku, da drugim ni vseeno zanj, da ga sprejemajo, ostajajo s takim, kakršen trenutno je, trdno v odnosu. Psiho-socialno spoznanje govori, da tovrstno socialno ogledalo človeku krepi njegovo spoštovanje sebe, še posebej ko je v svoji zmanjšani samostojnosti bolj ranljiv; spoštovanje sebe pa ravno tu najbolj potrebuje za svoj človeški razvoj do konca življenja.

Tretja po številu odgovorov je kategorija **lepih spominov na oskrbovanje**, kjer ljudem v zavesti zasveti dobra oskrba, vključno s konkretnimi dejanji oskrbe, ter globlja etična usmerjenost drugih v pomoč človeku v potrebi; kot posamezna podkategorija je *dobra oskrba* na prvem mestu.

Izkušnje, ki smo jih dali v kategorijo **lepih spominov nase kot oskrbovanca**, so sicer po številu najmanjše in so bile pogosto navedene na drugem mestu za to ali ono iz prejšnjih podkategorij, povedo pa tudi zelo veliko. Ljudem ostane v lepem spominu lastna izkušnja, da so bili hvaležni, zadovoljni, veseli, srečni in da so imeli prijeten občutek ob sprejemanju pomoči v svoji bolezni ali onemoglosti. Kaj je v taki življenjski situaciji duševno, socialno, duhovno in tudi telesno bolj zdravo kot ti občutki?! Pomislimo, kako takšno doživljanje oskrbovancev olajša oskrbovalcem njihovo težko delo oskrbe.

Navedeni odgovori nakazujejo, kaj pomeni trditev v uvodu v to poglavje, da se človek tudi kot nemočan oskrbovanec uči solidarnosti, to je počlovečenega sožitja.

Nabor lepih spominov, ki smo ga pravkar bežno prikazali, je tako idealen in spodbuden, da bo tisti, ki oskrbuje onemoglega, morda dejal: »*Realnost je drugačna, oskrbovanci so neredko zelo neprijetni.*« Oboje je res. Ko je človek nemočan in odvisen od drugih, se njegova krhkost najbolj pokaže prav v neprimernem obnašanju in besedah do tistih, ki mu pomagajo. Toda pri tem govori iz njega njegova človeška šibkost, duševna nemoč in komunikacijska nesposobnost za pravi odziv na pomoč drugih; ta pojav je v naši literaturi neprekosljivo opisal Cankar v *Skodelici kave*. Toda človek ni predvsem to, kar kaže njegovo trenutno obnašanje, ampak to, kar je v svojem človeškem jedru. Navedeni lepi spomini, ki so jih navajali naši anketiranci, so odsev najboljšega v njihovi izkušnji ob sprejemanju pomoči skozi vse njihovo življenje; ti lepi spomini so del njihove osebne identitete, zato jim ostajajo sveži v nevronske mrežah njihovega spomina in jih človeško oblikujejo.

Z naslednjim vprašanjem smo skušali dobiti temno stran doživljajske slike ob sprejemanju oskrbe. Anketirance, ki so odgovorili, da jim je v zadnjega pol leta zaradi njihove bolezni ali druge onemoglosti kdo pomagal in nudil oskrbo, smo vprašali, »*katera je bila njihova največja težava pri sprejemanju oskrbe od drugih?*«

Od 141, ki so prejeli pomoč, jih 46 ni odgovorilo, 70 jih pri analizi nismo upoštevali (podobno kot zgoraj pri lepem spominu), ker so odgovorili, da ni bilo težav (51), navedli lep spomin (5), ker niso bili direktni odgovori na vprašanje, so bili nejasni, nepopolni ali drugače neustrezni; med njimi izstopa eden: »*Ne morem odgovoriti.*« V kategorije in podkategorije smo torej razporedili 25 vsebinsko bogatih in ustreznih odgovorov (Tabela 8 in Slika 7), ki so vsebovali 27 težav.

Tabela 8: Največja težava oskrbovancev pri sprejemanju oskrbe

Kategorije	Število zapisov	Podkategorije	Število zapisov
Težave povezane z mano kot oskrbovancem	16	Da nisem samostojen	9
		Občutek nemoči in nesposobnosti	4
		Sram – osebna higiena	3
Težave povezane z oskrbovalci	6	Biti drugim v breme	6
Težave v odnosu	5		5

Vir: Inštitut Antona Trstenjaka 2010 (upoštevano je 27 odgovorov)

Slika 7: Največja težava oskrbovancev pri sprejemanju oskrbe

težko sprejemanje pomoči od drugih
da nisem samostojen
občutek nemoči in nesposobnosti
biti breme drugim
 sram – osebna higiena

Vir: Inštitut Antona Trstenjaka 2010 (upoštevano je 27 odgovorov)

V oči najprej pade podatek, kako malo oskrbovancev je navedlo svojo težavo pri sprejemanju oskrbe. Res je tudi populacija oskrbovancev (141) najmanjša od vseh štirih vsebinskih vprašanj, klub temu pa je tukaj delež ustreznih odgovorov daleč najmanjši: 17,7 % od populacije, ki je odgovarjala; pri težavah oskrbovalcev je ta odstotek 55,9, pri lepih spominih oskrbovancev, o katerih smo pravkar govorili, 64,9 %, pri lepih spominih oskrbovalcev – o njih bomo govorili za tem – pa kar 77,5 %. Poleg majhnega števila odgovorov ob velikem deležu neustreznih, izstopa tukaj še dejstvo, da so nekateri najprej rekli, da ni težav, nato so jo navedli (*»Ni težave, včasih se pač počutim, kot da sem v breme družini.«*) ali pa je njegovo težavo navedel prisotni svojec (*»Ni se hotela sleči zaradi sramu.«*). Vse to govori v prid misli, da oskrbovanci težko govorijo o svojem položaju, še posebej o težavah.

Med navedenimi izkušnjami prevladujejo *težave, povezane z mano kot oskrbovancem*: da nisem samostojen, občutek nemoči in nesposobnosti ter sram v zvezi z osebno higieno. Tudi druge izjave so blizu temu (tipična je npr. *»Težko je sprejeti pomoč, ker si prej navajen sam poskrbeti zase.«*). Sprejeti svojo onemoglost in doživljati, da je človek v breme drugim, je bilo vedno težko, v današnji miselnosti pa je verjetno to ena najtežjih nalog pri starostnem pešanju moči.

Anketirance smo z enakima vprašanjema prosili za njihove pristne lepe izkušnje in težave, ko so bili v vlogi oskrbovalcev. Prvo izmed obeh vprašanj se je glasilo: *»Kaj vam je ostalo v lepem spominu ob tem, ko ste kdaj v življenju nudili pomoč ali nego bolnemu ali onemoglemu človeku?«*

Nanj je odgovorilo 89,1 % celotne raziskane populacije, to je 933 anketirancev. Vsebinsko neustrezni odgovori, ki jih nismo obdelovali, so bili: da niso oskrbovali (96), negativne, grenke ali žalostne izkušnje (53) ter nejasni, nepopolni ali drugače neustrezni (*»ne vem«, »ne«, »/«,*

»0« »se ne spomnim«, »nič posebnega« ipd.) – teh je bilo 61. Obdelali smo torej odgovore 723 anketirancev, ki vsebujejo 932 izjav. Kot pri prejšnjih dveh vprašanjih prikazujemo tudi tu povzetek analize odgovorov (Tabela 9 in Slika 8).

Tabela 9: Lepi spomini oskrbovalcev na oskrbovanje

Kategorije	Število zapisov	Podkategorije	Število zapisov
Lepi spomini na oskrbovanca	357	Oskrbovančeva hvaležnost	238
		Oskrbovančevo zadovoljstvo	61
		Oskrbovančeva prijaznost, potrpežljivost, pogum	23
		Oskrbovančevo veselje	21
		Oskrbovanec je lahko ostal doma	14
Lepi spomini nase kot oskrbovalca	214	Moje zadovoljstvo	79
		Moj dober občutek	69
		Naložba za lastno starost in osebnost	29
		Moje veselje in sreča	28
		Občutek, da sem koristen	9
Lepi spomini na oskrbovanje	290	Da sem pomagal, naredil nekaj dobrega	188
		Dobra in uspela oskrba	84
		Opravljena dolžnost	18
Lepi spomini na odnos med obema	62	Lep odnos	62
Drugo	9	Vse, veliko pozitivnega	7
		Materialno plačilo	2

Vir: Inštitut Antona Trstenjaka 2010 (upoštevano je 932 odgovorov)

Slika 8: Lepi spomini oskrbovalcev na oskrbovanje



Vir: Inštitut Antona Trstenjaka 2010 (upoštevano je 932 odgovorov)

Med lepimi spomini oskrbovalcev najbolj izstopa *oskrbovančeva hvaležnost*. Ta je verjetno res vrh zdravega doživljanja, ki dobro vpliva na oskrbovalca in na oskrbovanca samega.

Po številu izjav se hvaležnosti približuje samo še izrazito etična podkategorija – *da sem pomagal, naredil nekaj dobrega*. Tej je vsebinsko blizu manjša podkategorija – *opravljena dolžnost*. Doživljanje človeške plemenitosti – eden od anketirancev je lepo rekel: »*občutek človeške moči in si srečen, da jo lahko nudiš nemočnemu*« – je velik človeški potencial in gonilna sila pri oskrbovanju. Tudi druge raziskave družinskih oskrbovalcev (Hvalič Touzery, 2007) so odkrivale, da je etična motivacija pri oskrbovanju bližnjih ena od najmočnejših.

Zelo doživeta dobra izkušnja družinskih oskrbovalcev je ta, da je njihov svojec lahko ostal doma: »... *da je lahko bila mama do zadnjega doma*«, »... *da mu ni bilo treba iti v dom*«. Iz teh izjav veje nekakšno ozračje, da je bilo tako bolje za oba, za oskrbovanca in oskrbovalca. Tudi mnogi drugi odgovori, ki so razvrščeni v različne kategorije in podkategorije, posredno izražajo zadovoljstvo, da se je lahko to zgodilo (npr. »*da sem lahko pomagal/a*«, »*da sem imela to možnost, čas*«). To situacijo vidijo kot priložnost, možnost, celo dar.

Kategorija *lepi spomini nase kot na oskrbovalca* je veliko večja, kot je ta kategorija njihovih izkušenj, ko so bili v vlogi oskrbovancev (tam 9,2 % vseh izjav, tukaj 25 %). Oskrbovalcem je v spominu ostalo njihovo *zadovoljstvo, zadoščenje, veselje, sreča, spokojnost v duši, dober, lep ali čudovit občutek, toplota pri srcu ob tem, ko so oskrbovali*. Nekdo je navedel, da je zelo užival, več jih je navedlo, da so se počutili koristne oziroma potrebne.

Ne gre pa prezreti odgovorov, ki smo jih s skupnim imenom poimenovali *naložba za lastno starost in osebnost*. Skupina je relativno majhna, izjave pa raznolike, toda pri kvalitativnem raziskovanju gre za kakovost povedanega. Te izjave kažejo, da se ob oskrbovanju drugega nekateri zavedajo ne le svojega osebnostnega zorenja, ampak tudi priprave na lastno starost in onemoglost, npr. v izjavi: »*ugotovitev, da kot človek obstajaš, da tudi drugi potrebujejo pomoč, ki jo boš nekoč sam potreboval*«, »*če pomagaš, boš lahko pomoč tudi kdaj prejemal*«.

Ostane nam še kategorija *lepi spomini na odnos med obema*. Oskrbovalcem ostaja v spominu lep odnos, ki so ga doživljali med oskrbovanjem, izboljšanje odnosa v času oskrbovanja, globoka doživetja v odnosu, lepa čustva, pogovori in spoznanja, obiski in druženje.

Več anketirancem je ostalo v lepem spominu to, da so spremljali oskrbovanca v smrt, mu delali družbo pri umiranju. Sorodni odgovori so tudi v podkategoriji *lepih spominov na oskrbovanca*: *da je oskrbovanec lahko ostal doma*, kjer je v ospredju *lepih spominov oskrbovalca* to, da je lahko svojec umrl doma. V času, ko je umiranje za mnoge tabu in se širi sodobno gibanje za rehumaniziranje umiranja (hospic), kažejo navedene spontane izkušnje, da so spremljanje umirajočih, dostojno pokopavanje mrtvih, žalovanje za njimi ter ohranjanje lepega spomina na prednike pristna človeška potreba, ki je vtkana v temeljna etična izročila vseh človeških kultur.

Pri branju množice teh *lepih spominov* se zdi, da celotna slika navedenih izkušenj daje optimistični ton in da potrjuje v uvodu navedeni trditvi, da je smiselno opravljanje oskrbe poleg pomoči bližnjemu tudi lastna osebnostna rast. In prav tako drugi spodbudni ton, da živi v temeljnem sožitju družine in bližnjih krepka, visoko razvita solidarnost.

Ostaja nam še zadnje med štirimi vprašanji po *lepih in težavnih izkušnjah pri sprejemanju pomoči in oskrbovanju*. Tistih 19,3 % raziskanega vzorca, to sta 202 anketiranca, ki so zadnjega pol leta nudili pomoč in oskrbo kakemu staremu, invalidnemu ali dolgotrajno bolnemu človeku, smo vprašali še, »*katera je bila njihova največja težava pri oskrbovanju onemoglega človeka?*« Na vprašanje ni odgovorilo 25 anketirancev, vsebinsko neustreznih in neveljavnih odgovorov je bilo 64 (njihovi odgovori so: *da nima težav* (46), *0* (14), *ne*, navedba dobre izkušnje). Obdelali smo torej 113 vsebinsko ustreznih odgovorov, ki vsebujejo 132 različnih izkušenj (Tabela 10 in Slika 9).

Tabela 10: Težave oskrbovalcev pri oskrbovanju

Kategorije	Število zapisov	Podkategorije	Število zapisov
Težave povezane z oskrbovancem	26	Težavnost oskrbovanca	14
		Oskrbovančeva težavna bolezen	8
		Odklanja pomoč	4
Težave povezane z mano kot oskrbovalcem	34	Pomanjkanje časa in oddaljenost	13
		Moja nemoč	9
		Stiske pri oskrbovanju	7
		Moja bolezen	5
Težave povezane z oskrbovanjem	68	Dvigovanje, negibljivost	32
		Osebna higiena in hranjenje	19
		Nezmožnost hoje	8
		Nedostopnost javne oskrbe	5
		Pomanjkanje denarja	4
Težave v odnosih med oskrbovancem in oskrbovalcem	4	Slab odnos	4

Vir: Inštitut Antona Trstenjaka 2010 (upoštevano je 132 odgovorov)

Slika 9: Težave oskrbovalcev pri oskrbovanju



Vir: Inštitut Antona Trstenjaka 2010 (upoštevano je 132 odgovorov)

Domače oskrbovanje bolnega ali onemoglega svojca je izjemen napor. Navedene težave kažejo, da bi oskrbovalcem veliko pomagalo dvoje.

1. Usposabljanje za domačo oskrbo: učenje tehnike dviganja, obračanja, umivanja in preoblačenja, zlasti pri težko pokretnih, učenje komuniciranja s človekom, ko je trenutno težaven v odnosu ali odklanja pomoč ter spoznavanje težavnih bolezni, npr. demence.
2. Organizirana javna pomoč, oskrba in nega na domu. Navajali so pomanjkanje časa in oddaljenost, pri mnogih oskrbovalcih pa je pereč problem preobremenjenost, izčrpanost, potreba po oddihu. V naši prejšnji raziskavi so družinski oskrbovanci navedli možnost začasne oskrbe (za oddih, v času svoje bolezni) kot najbolj perečo potrebo oziroma zanje najbolj potreben program (Hvalič Touzery, 2007a).

Naši raziskovalni podatki se torej v celoti ujemajo z izsledki drugih raziskav družinskih oskrbovalcev v tem, kako potrebni so v skupnosti sodobni programi za pomoč družini,

ki ima onemoglega starega človeka, zlasti usposabljanje družine za oskrbovanje in nego onemoglega, za razumevanje starega in bolnega človeka, za komuniciranje z njim, za povezovanje družinskih oskrbovalcev v krajevne skupine (klube svojcev), dnevno in nočno varstvo, programi socialne oskrbe in zdravstvene nege na domu, začasna oskrba v ustanovi, organizirano prostovoljstvo in hospic.

Na koncu tega obsežnega prikaza podatkov o oskrbi in oskrbovanju iz naše raziskave prebivalcev Slovenije, ki so stari 50 let in več, lahko izluščimo v tri pomembne ugotovitve.

1. Solidarnost v družini ni v krizi, ampak v hudih težavah. Analiza pomoči drugim v njihovi bolezni ali onemoglosti in sprejemanja pomoči od drugih v svoji bolezni ali onemoglosti kaže, da je te pomoči veliko več, kot je poklicne in službene v javnih programih, da se kaže kot zdrava solidarnost. V današnjih življenjskih razmerah družine in sosedstva jo je čedalje težje izvajati, rastoče število onemoglih jo bo v prihodnjih letih zelo ogrozilo, zato domači oskrbovalci nujno potrebujejo javno in strokovno pomoč.
2. Nacionalni sistem za dolgotrajno oskrbo in nego je v Sloveniji nujno potrebno urediti in uzakoniti podobno, kot imajo to urejeno pri nam primerljivih evropskih sosedih, saj pri tem zaostajamo za njimi več desetletij. Naša zaostalost za potrebami in sodobnimi možnostmi na tem področju je odločilna ovira za krepitev javne solidarnosti pri nas.
3. Za oskrbovanje in prejemanje oskrbe v onemoglosti je danes potrebno tehnično usposabljanje, da znamo onemoglemu prav in učinkovito pomagati, prav tako pa osebno usposabljanje, da razumemo in sprejemamo svojo odvisnost od pomoči drugih, kakor tudi smisel solidarne pomoči drugemu, da obvladamo komuniciranje med oskrbovalcem in oskrbovancem ter da znamo pomoč drugemu in sprejemanje pomoči od drugega uporabiti za svoje osebno zorenje in zorenje sožitja.

LITERATURA

Health Council of Canada (2012). Seniors in need, caregivers in distress. What are home care priorities for seniors in Canada? V: http://www.healthcouncilcanada.ca/rpt_det_gen.php?id=348 (sprejem: 14. 8. 2012).

http://en.wikipedia.org/wiki/Activities_of_daily_living

<http://www.inst-antontrstenjaka.si>

http://www.varnastarost.si/skupnost_socialnih_zavodov_slovenije

<http://www.wordle.net>

Huber Manfred (2007). Long-term care for older people. The future of Social Services of General Interest in the European Union. Discussion Paper. European Centre for Social Welfare Policy and Research. V: http://www.google.si/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CD0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.peer-review-social-inclusion.eu%2Fpeer-reviews%2F2007%2Fthe-future-of-social-services-of-general-interest%2Fpr_be_07_discussion-paper&ei=-wUqUJH3OKXe4QSTvICwAg&usq=AFQjCNGOuTYjtcVxScZrg7-amvGg2asmsQ&sig2=h-bT0JSJOLN1Uhat96J5uw (sprejem 14. 8. 2012).

Hvalič Touzery, Simona (2007). Družinska oskrba starih družinskih članov : doktorska disertacija. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo.

Hvalič Touzery Simona (2007a). »Tukaj smo! Opazite naše delo! Pomagajte nam!« Raziskva o oskrbi starega človeka v družini. V: *Kakovostna starost*, letnik 10, št. 3, str. 4-27.

Hvalič Touzery Simona (2007b). Primeri inovativnih in dobrih praks pomoči onemoglim starim ljudem in njihovim oskrbovalcem v državah Evropske unije. V: *Kakovostna starost*, letnik 10, št. 4, str. 35-52.

Hvalič Touzery Simona (2007c). Dolgotrajna oskrba. V: *Kakovostna starost*, letnik 10, št. 3, str. 72.

- Hvalič Touzery Simona (2007č). Osnovna vsakodnevna opravila / dnevne življenjske aktivnosti. V: *Kakovostna starost*, letnik 10, št. 4, str. 69-70.
- Hvalič Touzery Simona (2007d). Instrumentalna vsakodnevna opravila / instrumentalne dnevne življenjske aktivnosti. V: *Kakovostna starost*, letnik 10, št. 4, str. 70.
- Hvalič Touzery Simona, Ramovš Jože (2009). Oskrba dementnega človeka v družini. V: *Kakovostna starost*, letnik 12, št. 4, str. 52-72.
- Hvalič Touzery Simona, Pihlar Tanja (2009). Strokovna ekskurzija v Nemčijo. V: *Kakovostna starost*, letnik 12, št. 4, str. 113-117.
- Imperl Franc in Ramovš Jože (2010). Dolgotrajna oskrba z očmi poznavalca slovenske in evropske sociale. V: *Kakovostna starost*, letnik 13, št. 2, str. 102-125.
- Imperl Franc (2012). *Kakovost oskrbe starejših – izziv za prihodnost*. Logatec: Firis Imperl & Co., Seniorprojekt.
- Kakovostna starost (od 1998 dalje)*. Revija za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje.
- Lipar Tina (2011). Dolgotrajna zdravstvena nega. V: *Kakovostna starost*, letnik 14, št. 2, str. 71.
- MDDSZ (2010). Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo. Republika Slovenija. V: http://www.google.si/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CEAQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.planetgv.si%2Fupload%2Fhtmlarea%2Ffiles%2F8.Globalna_varnost%2FToth_%2520Martin.pdf&ei=MwAqUN2QBKik4gShuoCQBg&usg=AFQjCNH_f_rbOhCaac1lAqFIx3L2rkHxpg&sig2=hh7NOn4aWSMQciPfcZ4RXQ (sprejem: 14. 8. 2012).
- Nagode M., Jakob Krejan P., Smolej S. (2011). Izvajanje pomoči na domu, analiza stanja v letu 2010. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo. V: http://www.mddsz.gov.si/si/zakonodaja_in_dokumenti/pomembni_dokumenti/ (sprejem: 10.7.2012).
- Ramovš Jože (2003): *Kakovostna starost. Socialna gerontologija in gerontagogika*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka in SAZU.
- Ramovš Jože (2004). Dom za stare ljudi z vidika kakovosti osebnega življenja in medčloveškega sožitja. V: *Kakovostna starost*, letnik 7, št. 2, str. 11-22.
- Ramovš Jože (2006). *Kakovostno staranje in sožitje generacij v Komendi*. Komenda: Občina in Inštitut Antona Trstenjaka.
- Ramovš Jože (2008). Družina, ki doma oskrbuje starega človeka. Vodenje okrogle mize in prispevek na 7. festivalu za tretje življenjsko obdobje, Ljubljana 2.10.2007. V: *7. Festival za tretje življenjsko obdobje*. Zbornik. Ljubljana: Inštitut Hevrek, 2008, str. 45-48.
- Ramovš Jože (2008a). Človeški okvir za oskrbo starega človeka v družini in v ustanovah. V: *7. Festival za tretje življenjsko obdobje*. Zbornik. Ljubljana: Inštitut Hevrek, str. 49-57.
- Ramovš Jože (2010). Onemoglost. V: *Kakovostna starost*, letnik 13, št. 1, str. 83-84.
- Ramovš Jože (2011). Potrebe zmožnosti in stališča starejših ljudi v Sloveniji. Predstavitev raziskave prebivalstva v Sloveniji, starega 50 let in več. V: *Kakovostna starost*, letnik 14, št. 2, str. 3-21.
- Ramovš Jože (2012). *Za kakovostno staranje in lepše sožitje med generacijami*. 3., dopolnjena izd. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje.
- Ramovš Jože (v pripravi za tisk). *Poskrbi zase – pomagaj drugim*.
- Ramovš Ksenija (2005). Klubi svojcev kot sredstvo za večanje kakovosti bivanja v domovih za stare ljudi. V: Lešnik Bogdan (ur.). *Tradicije, prelomi, vizije : zbornik abstraktov*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo, str. 113.
- Ramovš Ksenija, Ramovš Jože (2006). Klubi svojcev kot sredstvo za povečanje kakovosti bivanja v domovih za stare ljudi. *Soc. delo*, letn. 45, št. 3/5, str. 279-282.
- Ramovš Ksenija, Ramovš Jože (2012). *Družinska oskrba starejšega svojca*. Priročnik na tečaju za družinske oskrbovalce. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje.
- Rant Maja (2012). Samostojnost in pomoč starim ljudem pri vsakdanjih dejavnostih. V: *Kakovostna starost*, letnik 15, št. 3, str. 33-42.
- Redburn E. David, McNamara P. Robert, Edit. (1998). *Social gerontology*. Westport, Connecticut-London: Auburn House.

- Slana Mojca, Ramovš Jože in Ramovš Ksenija (2011). Dependency and care in old age – preferences of older slovenians. Poster presented at IAGG, Bologna. [Http://www.inst-antonatrstenjaka.si/gerontologija/slovar/1039.html](http://www.inst-antonatrstenjaka.si/gerontologija/slovar/1039.html).
- Svet EU (2005). Zelena knjiga Odziv na demografske spremembe: nova solidarnost med generacijami. Bruselj.
- Voljč Božidar (2008). Kaj so kronične nenalozljive bolezni in kaj lahko storimo za njihovo preprečevanje in zdravljenje? V: Kakovostna starost, letnik 11, št. 1, str. 3-10.
- Voljč Božidar (2011). Epidemiološka tranzicija in spremenjena narava staranja. V: Kakovostna starost, letnik 14, št. 2, str. 22-26.
- Winter Hans-Peter in Imepri Franc (2010). Oskrba starejših – mora ali izziv jutrišnjega dne. V: Kakovostna starost, letnik 13, št. 1, str. 90-102.

Kontaktne informacije:

Jože Ramovš, Tina Lipar, Marta Ramovš

Inštitut Antona Trstenjaka

Resljeva 11

1000 Ljubljana

e- naslov: info@inst-antonatrstenjaka.si