
Franci Imperl

Zakon o dolgotrajni oskrbi – kritičen pregled

POVZETEK

Zakon o dolgotrajni oskrbi smo v zadnjih 20-tih letih videli že v treh osnutkih oz. predlogih za javno razpravo, ki so vsakič neslavno končali v predalih. Leta 2021 je bil v času prejšnje vlade Zakon o dolgotrajni oskrbi sprejet prvič, nato ga je sedanja vlada razveljavila in na njegovo mesto postavila zakon, ki je predmet pričujočega kritičnega pregleda. Avtor najprej analizira okvir, možnosti oz. pravice, ki jih prinaša Zakon o dolgotrajni oskrbi za bodočega uporabnika dolgotrajne oskrbe. Predstavi nekatere primerjalne podatke med rešitvami našega in avstrijskega ter nemškega zakona. Prav tako analizira nabor storitev dolgotrajne oskrbe in ugotavlja, da je zakon spregledal psihosocialno pomoč oz. podporo, ki bi predvsem za osebe z demenco pomenila okvir njim potrebnih storitev. Prav tako ugotavlja, da zakon ne nudi kriterijev in usmeritev za razvoj različnih alternativnih programov dolgotrajne oskrbe. Zakonodajalec je zanemaril idealno priložnost, da postavi okvir sodobnega koncepta bivanja v institucionalni oskrbi, kar je velika pomanjkljivost trenutno veljavnih predpisov. Zakon, kot je sprejet, ne nudi podpore lokalnemu konceptu delovanja in povezovanja na področju dolgotrajne oskrbe, kamor sodi tudi delovanje lokalnega koordinatorskega centra. Zakon opredeljuje, da je nosilec/izvajalec vstopne točke Center za socialno delo, kar pa je zelo dobra in daleč najustreznejša odločitev. Avtor pri tem navaja določene pomisleke in predlaga prerazporeditev nalog oz. pristojnosti. Avtor se prav tako ustavi pri uporabi termina »osebni načrt« in predlaga ustreznejšo poimenovanje. Ob koncu izpostavlja pomen področja podpore neformalnega sektorja oz. družinskih oskrbovalcev in v kolikšni meri je zakonodajalec to upošteval.

Ključne besede: uporabnik, pomoč na domu, institucionalno varstvo, oskrbovalec družinskega člana, denarni prejemek, alternativni programi DO, vstopna točka, center za socialno delo, lokalna skupnost, koordinator DO, osebni načrt.

AVTOR

Franci Imperl je psiholog, ki je med drugim opravljal službo direktorja centra za socialno delo ter bil namestnik ministra za družino in socialno varstvo. Leta 1993 je ustanovil izobraževalno in razvojno družbo na področju socialnega varstva FIRIS IMPERL d.o.o., leta 2003 še projektno družbo SENIORPROJEKT d.o.o. V sklopu evropskega projekta je skupaj s predstavniki šestih evropskih držav sooblikoval model upravljanja kakovosti v socialno varstvenih organizacijah E-Qalin. V vsem tem obdobju se je posebej posvečal razvoju konceptov na področju dolgotrajne oskrbe in humanizaciji bivalnih razmer v domovih za starejše.

ABSTRACT

Long-term care law – a critical review

We have seen three drafts or proposals for public debate of the Long-Term Care Act in the last 20 years, each time ending up in a drawer. In 2021, under the previous government, the Long-Term Care Act was finally adopted, but was later withdrawn by the current government and replaced by the modified version that is the subject of this critical review. The author first analyses the framework, the possibilities and the rights that the Long-Term Care Act brings for the future users of long-term care. He presents some comparative data between the solutions of Slovenian law and those of the Austrian and German laws. It also analyses the range of LTC services and notes that the law has overlooked psychosocial assistance or support, which, especially for people with dementia, would provide a framework for the services they need. One of the observations is that the law does not provide criteria and guidelines for the development of various alternative long term care programmes. The legislator has missed an ideal opportunity to set the framework for a modern concept of institutional care, which is a major drawback of the current legislation. The adopted law does not provide support for a local concept of action and networking in the field of LTC, including the local coordination of long-term care activities. The law defines the Centre for Social Work as the operator or implementer, which is a very good solution and by far the most appropriate decision. The author raises certain concerns and suggests a redistribution of tasks or responsibilities and expresses doubts about using the term 'personal plan' and suggests a more appropriate name. Finally, he highlights the importance of the area of support for the informal sector or family carers and the extent to which this has been considered by the legislator.

Key words: end-user, home care, institutional care, carer of a family member, cash benefit, alternative LTC programmes, entry point, social work centre, local community, LTC coordinator, personal plan.

AUTHOR

Franci Imperl is a psychologist who worked as Director of the Centre for Social Work and Deputy Minister for Family and Social Affairs. In 1993, he founded FIRIS IMPERL Ltd., an educational and development company in the field of social welfare, and in 2003 the project company SENIORPROJEKT Ltd. Within a European project, he co-developed the E-Qalin model of quality management in social care organisations together with representatives of six European countries. The focus of his work is on the development of concepts in the field of long-term care and the humanisation of living conditions in nursing homes.

1 UVOD

Zakon o dolgotrajni oskrbi (v nadaljevanju ZDO) ni produkt zadnjega obdobja, ustvarjalo se ga je več kot 20 let. Doživel je tri osnutke oz. predloge za javno razpravo, ki so vsakič neslavno končali v predalih.

V tem obdobju je bilo veliko taktiziranja med Ministrstvom za zdravje in Ministrstvom, pristojnim za socialne zadeve. Prvotno je bilo nosilec ZDO Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, nato Ministrstvo za zdravje, na koncu je prešel pod ingerenco novo ustanovljenega Ministrstva za solidarno prihodnost. Vzporedno sta bili v pogledih na normativne rešitve zakona v rivaliteti dve stroki: zdravstvena in socialna. Kot ministrstva, tudi stroki v vsem tem času nista našli skupnega jezika. Pravzaprav do izrazitejše izmenjave pogledov in konceptov dolgotrajne oskrbe med strokama sploh ni prišlo.

V zakulisju scenarija je bilo več ali manj vsakič Ministrstvo za finance, ki razen načelne »zahteve« EU po ureditvi dolgotrajne oskrbe (v nadaljevanju DO), ni bilo deležno opaznega pritiska za prižig zelene luči zakonu. Zaradi neangažirane stroke so tudi sestavljavci zakona imeli prosto pot do zakonskih norm. Le-te so zagovarjala predvsem ministrstva in ZZZS, ki so tako uveljavljali interese področja, ki ga zastopajo oz. so njegovi nosilci temu ustrezno oblikovali norme zakona. Seveda so rešitve »oblekli« oz. zagovarjali z dobrobitjo uporabnika, vendar kot so to dobrobit videli sami in ne kot jo vidimo sedanjí ali prihodnji uporabniki. Tudi stroka je odpovedala, saj če kdo, bi morala ona pripeljati dobrobit uporabnika v razmišljanje o rešitvah zakona. Uporabnik bi moral biti v določenem smislu neposredno prisoten pri nastajanju zakona (raziskave, ankete).

Sicer pa vsebino posameznega zakona pomembno opredeljujejo cilji, pogle-di, nameni »upravljalcev« oz. odločevalcev in izvajalcev storitev ter programov, opredeljenih v zakonu. Vsiljuje se vprašanje: *Katere so bile vodilne vrednote pri snovanju ZDO?*

Zakonodajalec načelno deklarira, da so pri zakonu upoštevali načela (1) univerzalnosti, (2) solidarnosti, (3) enakosti, (4) razpoložljivosti, (5) dostopnosti, (6) dosegljivosti, (7) kakovosti in (8) načela neodvisnega ter samostojnega življenja. Pri branju zakona pa se težko znajdeš, ko iščeš rešitve, skladne s temi načeli.

2 OCENA ZDO Z VIDIKA UPORABNIKA DO

Ključno je vprašanje kakšen okvir, možnosti oz. pravice opredeljuje ZDO za bodočega uporabnika DO? Ali drugače povedano, kako pomemben je bil za zakonodajalca, pri opredeljevanju pravic, uporabnik. Konkretno, kakšno težo je imel uporabnik, ko je zakonodajalec določal npr. % BDP za namene DO? Je zakonodajalec videl uporabnika kot fizično, duševno, duhovno, odnosno bitje in sorazmerno temu opredelil storitve DO? Kako je zakonodajalec upošteval potrebe

starejših pri izboru ustreznega fizičnega okolja bivanja oz. življenja v starosti s posebnim poudarkom na povezanosti z lokalnim okoljem? Kako zagotavlja, da bodo življenjske razmere bivalnega okolja in pogoji socialnega mreženja ustrezali osnovnim potrebam starejših, ki potrebujejo DO? Ali je opredelil skupine storitev tako, da je možna ponudba alternativnega programa sedanjim programom?

Za osvetlitev navedenih vprašanj pogledjmo rešitve, ki nam jih ponuja ZDO.

Po ZDO bo Slovenija leta 2026 iz javnih sredstev za DO namenila 1,27 % BDP, dodatno še po Zakonu o socialnem varstvu (v nadaljevanju: ZSV) za prejemnike, ki po oceni ne bodo prestopili praga za vstop v nov sistem DO in bodo še naprej prejeli socialno varstveno pomoč družini na domu s sofinanciranjem občin: 0,11 % BDP, skupaj torej po ZDO in ZSV **1,38 % BDP**. Že danes namenja npr. Nemčija za namen DO 1,6 %, Avstrija 1,9 %, Švedska 2,7 %, Nizozemska 3,5 %, Evropsko povprečje 1,7 %. To je relativna vrednost sredstev, namenjenih DO, ki govori o tem, kakšno težo daje posamezna država področju DO in koliko sredstev v primerjavi z drugimi izdatki mu namenja. Obenem je to merilo uresničevanja socialne države.

Še zgovornejši je podatek, ki upošteva višino BDP na prebivalca teh držav. Glede na to, da je BDP na prebivalca na Nizozemskem 51.372 EUR, Švedskem 58.491 EUR, Avstriji 51.306 EUR, Nemčiji 47.589 EUR in Sloveniji 24.019 EUR, namenjajo te države za namen DO na prebivalca na leto: Nizozemska 1.798 EUR, Švedska 1.479 EUR, Avstrija 975 EUR, Nemčija 761 EUR in Slovenija (po letu 2026) 331 EUR. Prebivalec Nizozemske in Švedske je tako deležen približno 5-kratne vrednosti, Avstrijec približno 3-kratne in Nemec približno 2-kratne vrednosti, ki jo bo dobil prebivalec Slovenije.

Podatki so zgovorni. Preizkusa razumevanja teže problemov in pripravljenosti za vzpostavljane evropsko primerljivega sistema DO nismo opravili zadovoljivo in skladno z načelnimi stališči slovenske družbe in politike.

Pomenljivi so tudi podatki o oceni, **kolikšen procent prebivalstva uvrščamo med tiste, ki potrebujejo storitve dolgotrajne oskrbe**. V Avstriji in Nemčiji je upravičencev za dolgotrajno oskrbo evidentiranih okoli 9 % (Avstrija 8,9 %, Nemčija 9,1 %), naš zakon predvideva samo 3,8 % celotne populacije. To pomeni, da je slabih 60 % potencialnih uporabnikov DO enostavno črtal, oziroma jih preusmeril na pravice po ZSV, kjer so pravice in spremljajoči podporni mehanizmi neprimerljivo skromnejši oz. okrnjeni. Za CSD z njihovo vstopno točko to pomeni, da bo na njihova vrata trkalo ne 80.000 potencialnih upravičencev po ZDO, temveč še dodatnih 100.000, saj ne vedo, po katerem zakonu so upravičeni do DO oz. socialne oskrbe. Pri naboru potrebnih kadrov vstopnih točk na CSD zakonodajalec ni predvidel temu sorazmerno večjega števila zaposlenih.

Koliko je ZDO upošteval »interes« uporabnikov se vidi tudi po **opredeljenih urah storitev glede na kategorije DO**. Pri 1. kategoriji po ZDO je npr. za DO v instituciji opredeljeno za uporabnika 20 ur mesečno, vzporedno pa

npr. avstrijska zakonodaja nameni 1. kategoriji 65 ur, povrh vsega zajema 1. kategorija po avstrijski zakonodaji uporabnike s stopnjo potreb po DO, ki jo je slovenski zakonodajalec postavil pod prag upravičenja za DO. Glede na vse kategorije avstrijska zakonodaja namenja za primerljive kategorije potreb po DO malo več kot dva krat toliko kakor slovenska.

Zanimiva je tudi **primerjava višine denarnega prejema in vrednost storitve v institucionalni DO**. ZDO opredeljuje 4 skupine storitev: oskrba v instituciji, oskrba na domu, oskrbovalec družinskega člana in denarni prejemek. Denarni prejemek je namenjen uporabnikom DO, ki le-to organizirajo sami izven formalnih, predhodnih treh oblik oz. skupin storitev. To je edina možnost financiranja neformalnih oblik storitev DO. Od zakonodajalca bi pričakoval, da bo okrepil neformalno obliko izvajanja DO, saj je le-ta za družbo cenejša, predvsem pa rešuje izredno pereč problem nabora kadrov pri formalnih oblikah izvajanja storitev DO. Primerjalno z Nemčijo in Avstrijo je denarni prejemek za DO v Sloveniji daleč najnižji in znaša 26 % vrednosti storitev DO v instituciji, v Nemčiji 47 %, v Avstriji celo 89 %, saj dajo uporabnikom sredstva, da si lahko sami plačajo tako formalno kot neformalno pomoč na domu.

Namen dodatka za DO oz. denarnega prejema je zagotoviti potrebno oskrbo in omogočiti ljudem čim bolj samostojno in na potrebe usmerjeno življenje. V tem smislu mora biti odločitev o uporabi denarnega prejema in izbiri vrste oskrbe prepuščena zlasti osebi, ki potrebuje oskrbo. Hkrati denarni prejemek spodbuja neformalno družinsko oskrbo, v avstrijskem primeru pa tudi formalno oskrbo na domu, saj le-to plačuje uporabnik iz sredstev denarnega prejema.

Pri denarnem prejemu za DO gre še posebej za uresničevanje načela razpoložljivosti, dostopnosti in predvsem načela neodvisnega ter samostojnega življenja, kot ga sicer ZDO deklarira.

Zelo **problematičen je nabor storitev DO**. Le-ta pokrije predvsem telesne potrebe, povsem pa zanemarja duševne, duhovne, odnosne potrebe. V zakonu pogrešamo opredelitev psihosocialne pomoči oz. podpore, ki bi predvsem osobam z demenco pomenil okvir njim potrebnih storitev. Tu mislimo na pomoč na področju komunikacije, pomoč pri orientaciji, pomoč pri obvladovanju in preprečevanju tveganih situacij, pomoč na področju osebnega aktiviranja, primerne potrebam, pomoč pri obvladovanju čustev, kognitivno spodbujajoči ukrepi, prisotnost. Ta dopolnila spektra psihosocialne podpore je v nemškem Zakoniku o socialni varnosti (SGB XI) opredelil leta 2009 Strokovni odbor k uvedbi novega pojmovanja odvisnosti od pomoči in postrežbe.

Ugotavljamo, da zakon **ne nudi kriterijev in usmeritev za razvoj različnih alternativnih programov DO** in ne omogoča financiranje DO znotraj teh programov, kot so npr. samopomočne skupnosti več generacij, preventivno skupno bivanje v sklopu samoorganizirajočih skupnosti, najemne oblike gospodinske skupine, ki ohranja stanovalcem status najemnika. Vse te oblike temeljijo na samoaktivaciji

posameznika in skupine, ki se jo skladno s potrebami dopolnjuje s profesionalno-formalnim izvajanjem dolgotrajne oskrbe. Ciljna skupina so starostniki ali osebe z invalidnostjo, ki so pripravljene na solidarno medsebojno pomoč in **želi živeti v življenjskem okolju, primerljivim** z njihovim dosedanjim življenjem.

Pomembno področje pri zagotavljanju kakovosti življenja starejših in invalidnih oseb v institucionalni oskrbi so **bivalne razmere in strukture, ki omogočajo normalizacijo življenja**. ZDO s podzakonskimi akti je idealna priložnost, da postavi okvir sodobnega koncepta bivanja v institucionalni oskrbi, kar je velika pomanjkljivost trenutno veljavnih predpisov. ZDO naj bi predpisal kriterije za vzpostavitev takih bivalnih razmer v institucionalni oskrbi, ki ustrezajo sodobnim konceptom in potrebam bivanja starejših ter invalidnih oseb. V ta sklop sodijo kriteriji o velikosti domov za starejše, ki naj pokrivajo potrebo po institucionalni oskrbi posamezne lokalne skupnosti. Arhitektura tovrstnih objektov naj odraža načela sodobnih konceptov institucionalne oskrbe, kjer gre za sobivanje v skupinah od 8 do največ 20 stanovalcev z avtonomnimi delovnimi timi. Z vidika zagotavljanja dostojanstva in osebne integritete potencialnih stanovalcev v institucionalni oskrbi mora biti zagotovljen izbor eno- ter v manjšem obsegu dvoposteljnih sob. Da bi to omogočili, morajo imeti na novo grajeni ali adaptirani objekti institucionalne DO za najmanj 80 % vseh stanovalcev na voljo enoposteljne sobe. Takšno je približno želeno razmerje eno- oz. dvoposteljnih sob pri novo sprejetih v slovenske domove, v velikem delu zahodno evropskih držav je procent zelenih enoposteljnih sob pomembno večji.

Da bi omogočili prosti izbor eno- oz. dvoposteljne sobe uporabniku institucionalne oskrbe, mora biti cena za eno- oz. dvoposteljno sobo enaka. Pravica do zasebnosti in intimnosti ne sme biti okrnjena s ceno namestitve. Eno- ali dvoposteljna soba je izbor uporabnika.

3 KONCEPT LOKALNE KOORDINACIJE

Zakon, kakršen je sprejet, **ne nudi podpore lokalnemu konceptu delovanja in povezovanja na področju DO**. To je pomembno predvsem z vidika uporabnikov DO. Živeti v poznih letih v kraju svojega siceršnjega bivanja je praviloma velika boniteta. Večji del biografije je pri starejših osebah vezan na domači kraj, na lokalno skupnost. Tudi vključenost svojcev in prijateljev pri skupni skrbi za starejše in invalidne osebe se pomembno poveča, če se programi DO izvajajo v lokalni skupnosti. Enako je za optimalizacijo življenja starejših potreben razvoj integrirane dolgotrajne oskrbe v lokalni skupnosti, ki temelji na celovitem krajevnem reševanju dolgotrajne oskrbe. Ta model intenzivno povezuje podsisteme z lokalnim okoljem ter integrira občane v skupno skrb za kakovostno in dostojanstveno staranje. Celovita povezava vključuje krajevno politiko in stroko, nevladne organizacije in podjetja, povezava več programskih

podsystemov pa omogoča strokovni razvoj v naslednjih letih, ko se bo zaradi staranja prebivalstva več kot podvojil delež ljudi, ki bodo potrebovali DO.

Globalno gledano je za opredelitev osnovnih strateških ciljev DO odgovorna država. Država in njeni zakonodajni ter izvršni organi morajo vzpostaviti potrebne zakonske okvirje delovanja DO, način in vire njenega financiranja, izvajati kontrolo zakonitosti delovanja in opredeliti elemente upravljanja kakovosti pri izvajalcih DO.

Vsaka občina oz. lokalna skupnost pa mora imeti za potrebe starejših občanov oz. občanov s potrebo po DO svoje lokalne skupnosti ustrezno število oz. obseg programskih podsystemov DO.

Da bi sistem skrbi za starejše in invalidne osebe na nivoju lokalne skupnosti deloval, mora biti vzpostavljen sistem delovanja lokalnega koordinatorskega, kot točke prijave in umestitve potrebe potencialnega uporabnika v ponudbe mreže integrirane DO v lokalni skupnosti. Lokalno koordinatorsko pomeni tudi organizacijo in koordinacijo aktivnosti v okviru občinske akcijske skupine za integrirano DO, lokalna skupnost pa skupaj z njim in pristojnimi strokovnimi osebami in institucijami (Dom starejših, Center za socialno delo, Zdravstveni dom, Območne enote zavoda za zaposlovanje idr.) planira potrebne aktivnosti in ukrepe.

4 VSTOPNA TOČKA IN KOORDINACIJA DO V LOKALNI SKUPNOSTI

V prejšnjih osnutkih ZDO so bile za vstopno točko (v nadaljevanju VT) in oceno upravičenosti opredeljene Območne enote zavoda za zdravstveno zavarovanje. Takrat smo mnogi pripominjali, da je nesprejemljivo odločanje Zavoda o pravicah iz obveznega zavarovanja za DO. To bi pomenilo veliko nevarnost pristranskega pristopa k dodeljevanju pravic, mimo interesov uporabnika. Sedaj je veljavni ZDO to normo spremenil in opredeljuje, **da je nosilec oziroma izvajalec vstopne točke Center za socialno delo** (v nadaljevanju CSD). CSD je gotovo strokovno najbolj kompetenten subjekt sistema socialnega varstva z izredno bogatimi izkušnjami in prakso na področju svetovanja, nudenja podpore, sooblikovanja socialnih mrež in vzpostavljanja komunikacijskih kanalov znotraj referenčnih oseb v družinskem krogu in drugih primarnih oblikah sobivanja. Zato je bila ta odločitev zelo dobra in daleč najustreznejša. Drugo pa je vprašanje, ali naj CSD kot VT izdeluje tudi **oceno upravičenosti**, ki skladno z 36. členom ZDO obsega oceno preostalih sposobnosti za izvajanje osnovnih in podpornih dnevnih opravil zavarovane osebe. Svetovalec za DO na vstopni točki naj bi preveril, ali oseba zaradi posledic bolezni, starostne oslabelosti, poškodb, invalidnosti, pomanjkanja ali izgube intelektualnih sposobnosti potrebuje pomoč drugih oseb pri opravljanju osnovnih in podpornih dnevnih opravil.

Pri prejšnjih osnutkih ZDO smo ugotavljali, da so Območne enote zavoda za zdravstveno zavarovanje neustrezen subjekt za ocenjevanje upravičenosti,

ker bi to pomenilo, da isti subjekt, ki financira (ZZZS), izdeluje tudi oceno upravičenosti (Območne enote ZZZS), kar je nedvoumno velika nevarnost za pristranskost. Če pa CSD na VT izdeluje tudi oceno upravičenosti, pa imamo drug problem. Centrom za socialno delo kot VT se namreč nalagajo naloge, ki jih kot socialno varstvena strokovna ustanova ne obvladuje. Mislim na zgoraj omenjeno preverjanje, ki zahteva medicinsko znanje, ki ga pa nimajo.

Po drugi strani, če želimo, da je VT v podporo osebam z različno stopnjo omejitve samostojnosti ali sposobnosti samooskrbe, da nudi podporo dostojnemu iskanju rešitev osebnih stisk in težav, da prispeva k vzpostavljanju pozitivne komunikacijske in oblikovanju ustrezne odnosne mreže med upravičencem DO in referenčnim okoljem, da nastopa kot svetovalec in tisti, ki nudi podporo pri iskanju najustreznejših rešitev, potem te naloge ne sodijo v isti »koš« kot je izdelava ocene upravičenosti s točkovanjem in umeščanjem v kategorije financiranja.

Zanimivo je videti, kako so problem ocenjevanja in razvrščanja v kategorije DO rešili v Nemčiji in Avstriji, nam najbolj primerljivima državama.

V Nemčiji je bilo zavarovanje za dolgotrajno oskrbo uvedeno 1. januarja 1995 kot samostojno področje socialne varnosti. Da bi bilo financiranje DO in odločanje o individualnih upravičenjih ločeno, so v Nemčiji ustanovili samostojni javno pravni subjekt, tako imenovano Zdravstveno službo (Medizinischer Dienst). Zdravstvena služba (v nadaljevanju ZS) je neodvisna ustanova, ki zagotavlja preglednost svetovalnih in ocenjevalnih nalog, da je za zavarovance poskrbljeno v skladu z njihovimi potrebami ter da se sredstva uporabljajo za storitve, katerih uporabnost in kakovost sta bili dokazani. ZS je torej neodvisen javni pravni subjekt, ki deluje neodvisno od morebitnih interesov zavarovalnice za dolgotrajno oskrbo. S tem se zagotovi, da je zavarovanec ocenjen pravično ter da prejme vso pomoč in dajatve, do katerih je glede na svoj položaj upravičen.

V Nemčiji je 15 ZS, ki so člani Skupnosti ZS. Skupnost ZS usklajuje in spodbuja sodelovanje po vsej državi ter izdaja smernice za dejavnosti ZS. To vključuje na primer enotna merila za ocenjevanje na nacionalni ravni. Prav tako skupne delovne skupine Skupnosti ZS spremljajo novosti v medicini in zdravstveni negi. Zato so ocenjevalci vedno na tekočem.

Na nivoju zveznih dežel obstajajo Centri za pomoč pri oskrbi, kjer se lahko zavarovanec prijavi, če potrebuje pomoč. Osebe na Centrih za pomoč pri oskrbi nato pomagajo pri urejanju uradnih zadev in vzpostavijo kontakt z Zavarovalnico za dolgotrajno oskrbo, posredujejo v domovih za starejše itd.

Se pa osebe v stiski praviloma obrnejo neposredno na Zavarovalnico za dolgotrajno oskrbo, ki tudi svetuje. Tudi bolnišnice imajo socialne službe, ki prav tako svetujejo in posredujejo informacije naprej Zavarovalnici za dolgotrajno oskrbo. Domovi za starejše ne svetujejo zunanjim ljudem, razen če se želijo preseliti v dom.

Ko prejme Zavarovalnica za dolgotrajno oskrbo vlogo, obvesti ZS, da opravi oceno upravičenosti in da jo posreduje zavarovalnici. Ocenjevalci pri ZS so izkušeni strokovnjaki medicinske in drugih strok.

Po vložitvi vloge pri Zavarovalnici za dolgotrajno oskrbo mora ZS osebo oceniti v 3 tednih, tako da ni dolgih čakalnih dob.

ZS ima osrednjo vlogo pri določanju stopnje oskrbe za osebe, ki potrebujejo oskrbo. Kljub temu je Zavarovalnica za dolgotrajno oskrbo tista, ki pri ZS naroči oceno, in na koncu zavarovalnica odloči o stopnji oskrbe.

Najpozneje v petih tednih po vložitvi vloge prejme oseba pisno odločbo od Zavarovalnice za dolgotrajno oskrbo.

Če analiziramo rešitev, ki jo opredeljuje naš ZDO, ugotavljamo, da smo sicer proces ocenjevanja in odločanja o pravicah do DO še bolj oddaljili od vpliva financerja (Zavarovalnice za dolgotrajno oskrbo), kot je v nemškem primeru. Pri tem smo napravili usodno napako, da smo v VT na CSD združili tako oddajo vloge, ki jo na vstopno točko vloži zavarovana oseba (35. člen), kot oceno upravičenosti (37. člen), načrt priporočenih storitev (39. člen) in izrek odločbe, s katero se zavarovani osebi priznajo pravice do DO (38. člen). Kot sem že prej ugotavljal, obstajata vsaj dva razloga, zakaj ocena upravičenosti ne sodi na VT na CSD.

Rešitev je seveda v tem, da se ocena upravičenosti izloči iz nalog VT na CSD in **se opredeli nov samostojen pravni subjekt (javni ali zasebni s koncesijo) za izvedbo ocene upravičenosti**. Izdelovanje ocene upravičenosti je strokovno, tudi z medicinskega vidika zahtevno delo in zahteva široko znanje specializiranih ocenjevalcev. Zaradi poenotenja postopka in upoštevanja kriterijev za ocenjevanje pravic iz DO ter strokovnega izpopolnjevanja izvajalca ocene upravičenosti, bi moral te naloge prevzeti en subjekt za celotno državo, izvajanje pa razpršiti po regijah. V nasprotnem primeru se lahko zgodi to, kar se je pred leti na področju osebne asistencije, ko je prišlo do različnih ocen ocenjevalcev po regijah, zaradi česar je bil pozneje ustanovljen centralni organ za ocenjevanje pri IRSSV.

Financiranje samostojnega in neodvisnega pravnega subjekta za izvajanje ocene upravičenosti ne pomeni dodatna finančna sredstva. Te naloge so sedaj vključene v delovanje VT na CSD. Del kadra, ki je predviden za izvajanje VT na CSD se tako izloči in preusmeri v delovanje novega pravnega subjekta.

Vse drugo v ZDO, kar zadeva postopek za uveljavljanje pravic do DO, bi ohranili. To pomeni, da VT na CSD sprejema najave bodočih uporabnikov DO, opravi prve pogovore, pregleda vlogo in izpolni predpisano dokumentacijo, ki jo posreduje ustanovi za izvedbo ocene upravičenosti. Ta ustanova ali organ opravi oceno upravičenosti skladno s 36. členom ZDO.

Na osnovi te ocene naredi VT na CSD načrt priporočenih storitev in zaključi postopek z izdajo odločbe (38. člen ZDO).

V ZDO pa bi lahko naredili tudi korak naprej pri razvoju lokalno umeščene skrbi in koordinacije DO. S tem je povezan tudi koordinator DO kot nov profil pri izvajalcih DO (65. člen).

Opredelitev koordinatorja DO je po ZDO zelo problematična. Tak profil prinaša sicer pri DO na domu in oskrbovalcu družinskega člana (v nadaljevanju: ODC) nove možnosti in pomeni dodano vrednost sedanjemu sistemu npr. izvajanja pomoči na domu. Naloge koordinatorja DO, kot jih opredeljuje ZDO pri celodnevni ali dnevni DO v sklopu institucionalne oskrbe, so v glavnem podvajanje že sedanjih nalog, ki jih izvajajo praviloma trije profili, vsak v določenem delu: vodja zdravstvene nege in oskrbe (v nadaljevanju VZNO), socialni delavec (v nadaljevanju SD) in direktor. Če bi zakon opredeljeval zgolj naloge in ne nov profil zaposlenega, bi to pomenilo osvežitev strokovnega dela že obstoječih profilov, tako pa profil koordinator DO prinaša precej nemira in negativnih učinkov. Če bo ta profil nadomestil sedanjega VZNO, se bo pomembno spremenilo že ustaljeno delo SD; enako, če bo ta profil nadomestil sedanja profil SD, se bodo pomembno spremenile že ustaljene naloge VZNO. Ne morem si predstavljati, da bi ob hudem pomanjkanju kadrov na trgu delovne sile in ob skopih finančnih sredstvih domov za starejše pomenil koordinator DO nov oz. dodaten profil, ki bi ga morale zaposliti institucije za DO.

Ideja o koordinatorju DO je dobra in bi lahko pomenila ne samo pridobitev v strokovnem, temveč tudi v organizacijskem ter sistemskem smislu. **Spremeniti bi se moralo območje in v določenem smislu tudi vsebina delovanja.** Koordinator DO bi lahko bil z rahlo spremembo delovanja ne samo svetovalec, spremljevalec, spodbujevalec in usklajevalec znotraj izvajalske organizacije na področju DO, temveč tudi povezovalec vseh izvajalcev DO (formalnih in neformalnih) na nivoju posamezne lokalne skupnosti oz. občine. Gre za **podporo lokalnemu konceptu delovanja in povezovanja na področju DO**, kot sem že omenil.

S tem bi sistemsko podprli razvoj integrirane dolgotrajne oskrbe, kar je perspektiva oz. smer razvoja sodobne DO. Koordinator DO bi postal **lokalni koordinator DO** in ne bi bil zaposlen pri izvajalcu, temveč bi **deloval v sklopu VT na CSD**.

Delo in naloge koordinatorja DO, kot jih opredeljuje ZDO bi skladno s tem konceptom razdelili v tri dele:

- naloge, opredeljene v 65. členu, 3. odstavek, točka 1 in 13 (priprava in sklenitev osebnega načrta – v smislu opredelitev pravic in storitev DO, pojasnujem v 5. poglavju – o sklenitvi osebnega načrta obvestiti ZZZS) bi opravljala **VT na CSD**;
- delo in naloge, opredeljene v 65. členu, 3. odstavek, točke 2., 3., 10. in 11. (vodenje in organiziranje timskega dela; skrb za usklajenost in strokovnost opravljanja DO za uporabnika v skladu z osebnim načrtom; vodenje dokumentacije v zvezi z opravljanjem storitev DO; načrtovanje in organiziranje supervizije za zaposlene) bi opravljal **izvajalec DO**;

- vsa ostala dela in naloge, navedene v 3. odstavku 65. člena (spremljanje ustreznosti izvajanja DO; dajanje mnenja glede doseganja pričakovanega namena storitev e-oskrbe; svetovanje oskrbovalcu družinskega člana in zagotavljanje razbremenilnih pogovorov; sodelovanje z oskrbovalcem družinskega člana pri pripravi osebnega načrta in mesečnih poročil; sodelovanje in povezovanje s socialno mrežo uporabnika, družino uporabnika in drugimi izvajalci na področju DO, zdravstvenega in socialnega varstva; sodelovanje z zaposlenimi na vstopni točki in CSD; spremljanje, da uporabnik DO ves čas upravičenosti do DO izpolnjuje pogoje iz prvega odstavka 11. člena tega zakona) pa opravlja **lokalni koordinator DO**.

CSD z VT kot koordinatorjem dolgotrajne oskrbe na nivoju lokalne skupnosti bi moral prevzeti tudi odgovornost za nabor in izobraževanje prostovoljcev oz. za razvoj prostovoljske mreže za zdravo staranje in pomoč pri dolgotrajni oskrbi v občini. Seveda bi lahko namesto CSD z VT to nalogo na nivoju lokalne skupnosti prevzel kateri koli drugi subjekt oz. organizacija, društvo, če se tako dogovorijo na lokalnem nivoju.

Sicer je v tem trenutku, ko imamo zakon, ne pa tudi podzakonskih aktov, težko kompetentno ocenjevati celoten zakonski okvir, saj je veliko pomembnih »kamenčkov v mozaiku« prestavljenih na podzakonske akte, za katere pa ne vemo, kakšni bodo.

5 OSEBNI NAČRT ALI OPREDELITEV PRAVIC IN STORITEV DO

ZDO uporablja v različnih členih, predvsem v 42., termin »osebni načrt«, kar je s strokovnega kot tudi praktičnega vidika zelo vprašljivo. V Sloveniji namreč uporabljamo izraz »osebni načrt« in »osebno načrtovanje« že od srede devetdesetih let 20. stoletja in pomeni uvod v paradigmatske spremembe socialnega dela, ki se kažejo v uveljavljanju uporabniške perspektive v procesu pomoči. Termin »osebni načrt«, »osebno načrtovanje« je pri delu z različnimi skupinami hendikepiranih oseb in prav tako pri oskrbi starejših danes ustaljena metoda dela. Sicer se v praksi pojavljajo različne oblike zapisov, ki jih strokovni delavci štejejo za osebne načrte, vendar gre npr. le za rehabilitacijske načrte, individualizirane načrte o opredelitvi storitev oskrbe ipd.

Pri osebnem načrtu, namenjenemu npr. uporabniku institucionalne oskrbe, gre za raziskovanje biografije uporabnika in poustvarjanje elementov njegove življenjske situacije in njegovih življenjskih zgodb v okviru institucionalnega bivanja, na novo vzpostavljenih odnosov, oblikovanja komunikacije, da bi na ta način odkrili in aktivirali vire, ki mu bodo omogočili bolj kakovostno življenje. Vsak osebni načrt je unikat in je torej tesno povezan z življenjsko zgodbo posameznika. Poudarjena so posameznikova močna področja in področja, na

katerih je posebej občutljiv. Ta dokument zaposlene usmerja k upoštevanju individualnosti posameznika in k enotnemu ravnanju v različnih situacijah.

Termin »osebni načrt« kot ga uporablja ZDO pomeni nekaj povsem drugega. V njem se določi le katero od **pravic DO** bo upravičenec koristil. Le-te so našteje predvsem v 10. členu, ki opredeljuje nedenarne pravice (celodnevna DO v instituciji, dnevna DO pri izvajalcu DO, DO na domu, oskrbovalec družinskega člana) ali denarne pravice v obliki denarnega prejemka. Poleg teh pravic ima uporabnik še možnost koriščenja dodatnih pravic in sicer do storitev za krepitev in ohranjanje samostojnosti ter sofinanciranja storitev e-oskrbe. Kot zadnjo pravico navaja alternativno izvajanje pravic do DO.

Po ZDO se v »osebnem načrtu« opredelijo tudi **storitve DO**, ki jih navaja 14. člen. Storitve DO so: pomoč pri osnovnih dnevnih opravilih, pomoč pri podpor- nih dnevnih opravilih in zdravstvena nega, vezana na osnovna dnevna opravila.

To je povsem drugo kot razumemo pod pojmom »osebni načrt« že nekaj desetletij tako v teoriji kot praksi. Kar opredeljuje ZDO kot »osebni načrt« ni nič drugega kot »**opredelitev pravic in storitev DO**«.

Ta dikcija ZDO pa pomeni veliko nevarnost za nadaljnji razvoj »filozofije« dolgotrajne oskrbe, saj bodo lahko (ali morali) tako pojmovanje prevzeli iz- vajalci DO, kar bi strokovno pomenilo korak nazaj vsaj za 30 let.

6 NEFORMALNI/DRUŽINSKI OSKRBOVALCI

Ena od velikih slepih peg ZDO je tudi področje podpore neformalnega sektorja oz. družinskih oskrbovalcev. V ZDO je dobro opredeljena podpora družinskim oz. neformalnim oskrbovalcem, če pravico po DO uporabnika izberemo v obliki oskrbovalca družinskega člana. Vendar je možen izbor oskrbovalca družinskega člana samo v primeru oskrbe uporabnika 4. in 5. kategorije. Družinski oskrbovalci uporabnikov iz 1., 2. in 3. kategorije DO pa nimajo nobene systemske podpore.

Družinski oz. neformalni oskrbovalci, ne glede na uporabnike katere koli kategorije DO, se pogosto počutijo psihično obremenjene, pri čemer so odgovornost za družinskega člana, ki potrebuje oskrbo, odrekanje in omejitve ter pretirane zahteve oskrbe še posebej utesnjujoči. Zato pogrešam podporne ukrepe tudi za družinske oskrbovalce, ki oskrbujejo svoje, uvrščene v 1., 2. ali 3. kategorijo DO. Avstrijska zakonodaja npr. opredeljuje »pogovore z dru- žinskimi oskrbovalci«, ki jih vodijo psihologi in so namenjeni družinskim oz. neformalnim oskrbovalcem uporabnikov vseh kategorij DO. V ospredju takega pogovora so praktični nasveti za oskrbo (npr. pravilne spremembe položaja, osebna higiena itd.), tudi specifične informacije, na primer o zagotavljanju pripomočkov ali ponudbi socialnih storitev in kratkotrajne oskrbe. Po potrebi se lahko družinski oskrbovalec v Avstriji dogovori za do deset srečanj na leto.

Družinski oskrbovalci bi morali imeti, ne glede na kategorijo DO uporabnika, pravico do nadomestila za dopust, ki ga vzame zaradi nege svojca. V Avstriji je možen tak dopust v obsegu dveh tednov, v primeru zahtevnejše oskrbe do štirih tednov. Plačilo dopusta namesto delodajalca prevzema država. Izplačan je v višini 55 % siceršnjega neto prihodka (plače).

V ZDO je za oskrbovalca družinskega člana opredeljeno kritje stroškov osnovnega usposabljanja za opravljanje DO v obsegu 30 ur in obnovitveno usposabljanje za opravljanje DO v obsegu 20 ur. Oskrbovalec družinskega člana se obnovitvenega usposabljanja udeleži najmanj na tri leta. Zakon pa ne opredeljuje usposabljanja ali izvedbe tečajev za oskrbovalce družinskih članov, ki so uvrščeni v 1., 2. ali 3. kategorijo DO.

Za upravičence do DO, ki bivajo doma, so pomembne tudi finančne spodbude iz sredstev zavarovanja za dolgotrajno oskrbo za prilagoditev bivalnih prostorov pogojem njihove mobilnosti. Največkrat gre za adaptacijo kopalnice ali dostopa do stanovanja. Nemški zakon o zavarovanju za dolgotrajno oskrbo predvideva npr. za prilagoditev stanovanja upravičenca ukrep v višini 4.000 EUR, če pa prebiva v stanovanju več oseb, upravičenih do DO, pa največ štirikratnik tega zneska, to je do 16.000 EUR. Naš ZDO teh finančnih spodbud za prilagoditev prostorov bivalno oviranih starejših oseb ne pozna.

Brez ustrezne podpore neformalnega sektorja se nam bo skozi naslednja leta, ko bo vse več prosilcev po DO in po drugi strani na voljo vse manj zaposlenih v formalnem sektorju, začel sistem DO podirati oz. bo »invaliden«.

7 SISTEM VODENJA KAKOVOSTI

Za vzdrževanje strokovne kondicije izvajalca DO, njegove občutljivosti na spremembe potreb in počutja uporabnikov DO ter naravnosti na razvoj, je izrednega pomena vzpostavitev **sistema vodenja kakovosti**. ZDO je temu namenil 8. člen, v katerem pa ne opredeljuje toliko procesa vodenja kakovosti, navaja le določene elemente managementa kakovosti (načrtovanje ukrepov, opravljanje nalog, povezanih s strokovnim razvojem, oblikovanje kataloga izobraževanj in usposabljanj).

Kaj je bistvo modela upravljanja kakovosti? Najprej je to pot in ne cilj. Doseganje ciljev je posledica izvajanja v modelu predvidenih poti (procesov), ki nam pomagajo, da sistematično, z opredeljenimi instrumenti, vnaprej izbranimi resursi (kadrovskimi, časovnimi, prostorskimi) spremljamo dogovorjene poteke (procesne) in strukture dela, jih v danih časovnih intervalih analiziramo ter na tej osnovi korigiramo oz. izboljšujemo. Pri tem moramo vključiti praktično vse zaposlene in v ključnih primerih za uporabnike, tudi njih. Zaradi vključenosti vseh zaposlenih v razmišljanja o tem, kako bi lahko bilo še boljše

in v tem sklopu doseganja kongruence tako med negovalci/oskrbovalci kot tudi negovalci/oskrbovalci ter uporabniki, govorimo o učeči se organizaciji. Tako model upravljanja kakovosti posledično prispeva k pozitivnejši in ustvarjalnejši kulturi socialno varstvenih organizacije.

8 ZAKLJUČEK

Ob koncu želim poudariti, da ne glede na številne pomanjkljivosti oz. vprašljive rešitve, je ZDO sam po sebi velik korak naprej v koncipiranju in organizaciji DO v Sloveniji. Kot vsak zakon, je tudi ZDO odprta karta, ki omogoča nove možnosti. Pričujoči kritični prikaz zakona s predstavitvijo novih rešitev je lahko eden od napotkov in usmeritev njenega nadaljnega razvoja.

LITERATURA

https://sl.wikipedia.org/wiki/Seznam_drzav_po_BDP_na_prebivalca

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/.../die-pflegeversicherung>

<https://www.md-rlp.de/aktuelles-presse/meldungen/artikel/mdk-rheinland-pfalz-heisst-jetzt-medizinischer-dienst-rheinland-pfalz>

<https://www.promedica24.de/häusliche/betreuung>

Imperl F. (2012). *Kakovost oskrbe starejših – izziv za prihodnost*. Logatec.

Imperl F., Ramovš J. (2017). *Projektna skupina, Grozd majhnih domov – središč za kakovostno sožitje*. Logatec.

Osnutek predloga Zakona o dolgotrajni oskrbi, 16. 5. 2021

Videmšek in Mali (2018). *Od načrta skrbi in programa oskrbe do osebnega načrtovanja in izvajanja storitev*.

Zakon o dolgotrajni oskrbi. Uradni list RS, Št. 84/23.

Avtor:

Franci Imperl: franc@firis-imperl.si