

14. **Pri umiranju zaupajmo življenju.** Smrt preobremenjuje vse. Še posebno, če jo hočemo menedžirati in načrtovati. Verjetno se da bolje prenašati najavljačo se smrt s prepuščanjem in zaupanjem – tudi z zaupanjem v druge.
15. **Starost moramo nanovo iznajti – kot moški, ženska, politik.** Dodana leta naj bodo smiselna in ne le uživanje. K temu sodi tudi politična angažiranost in preizkušanje novih vlog v starem partnerskem odnosu. Oblikujemo scenarij za dodana leta življenja.

Jože Ramovš

Rodrigues Ricardo, Huber Manfred, Lamura Giovanni (2012). *Facts and Figures on Healthy Ageing and Long-term Care*. Dunaj: European Centre for Social Welfare Policy and Research. 122 str.

ŠTEVILKE IN DEJSTVA O ZDRAVEM STARANJU IN DOLGOTRAJNI OSKRBI

Demografija

Starostna meja, ki govori o vstopu v tretje življenjsko obdobje, je pogosto 65. let. V tej starosti je večina ljudi že upokojenih, velik odstotek le-teh pa je še vedno dobrega zdravja. V zadnjem času vse pogosteje slišimo, da ne narašča samo življenjska doba, ampak tudi leta zdravega življenja. To pomeni, da starejši ljudje tudi v starosti ohranjajo svoje zdravje in dobro počutje. Zato je starostno skupino med 65. in 79. letom starosti smiselno vključevati v aktivno skrb zase, v programe aktivnega staranja in v različne oblike neformalne dolgotrajne oskrbe.

Delež ljudi, ki imajo funkcionalne omejitve, začne naraščati šele po dopolnjenem 80. letu. 80-letniki pa so v zadnjem času postali najhitreje rastoča starostna skupina - govorimo o množičnem pojavu t. i. 'staranja starih'. Med predstavniki starejše generacije je več žensk kot moških, kar še posebej pride do izraza pri ljudeh,

starejših od 80 let. Ker pa imajo ženske daljšo življenjsko dobo in so v primerjavi z moškimi pogostejše slabšega zdravja, so ženske tudi številčnejše uporabnice storitev dolgotrajne oskrbe.

Socialna povezanost

Ljudje, stari med 65 in 79 let, pogosteje živijo v dvočlanskih gospodinjstvih, mlajši pa v veččlanskih. V Bolgariji in Španiji živi tretjina ljudi, starih med 65 in 79 let, v veččlanskih gospodinjstvih, v severnoevropskih državah pa je ta način sobivanja skoraj nepoznan.

Tudi pri ljudeh, starejših od 80 let, je slika podobna. V severnoevropskih državah 57 – 67 % ljudi, starejših od 80 let, živi samih. Ta trend je v državah južne Evrope manj opazen. V enočlanskih gospodinjstvih pogosteje živijo ženske kot moški, kar je pogosto posledica daljše življenjske dobe. Poleg tega se starejši moški v primeru izgube partnerja pogosteje ponovno poročajo.

Starejši ljudje se v primerjavi z mlajšo generacijo pogosteje srečujejo z osamljenostjo. Pomanjkanje socialnih stikov pri ljudeh, starejših od 65 let, niha od 3 do 4 % na Nizozemskem in Danskem, do več kot 40 % v Grčiji in na Madžarskem. Avtorji poročila ugotavljajo, da se v 11 izmed 26 držav vsaj ena petina starejših ljudi sooča s socialno izolacijo. Stopnja le-te se veča z naraščajočo starostjo ljudi. Podatki za Slovenijo kažejo, da naj bi bilo več kot 20 % ljudi, starejših od 65 let, osamljenih (to pomeni, da se s prijatelji, družinskimi člani ali sorodniki srečajo enkrat mesečno ali manj).

Poleg socialne izolacije se starejši ljudje pogosteje srečujejo tudi s pomanjkanjem čustvene opore. Takih je več kot 10 % starejših ljudi. Pomanjkanjem čustvene podpore pomeni, da starejši človek nima osebe, s katero bi se pogovoril o osebnih stvareh. V Sloveniji je takšnih skoraj 15 % starejših ljudi. Ob tem pa se je potrebno zavedati, da občutek osamljenosti in pomanjkanje čustvene opore ne gresta vedno z roko v roki. Pogosto se namreč zgodi, da ima starejši človek

okoli sebe veliko ljudi, pa vseeno pogreša nekoga, s katerim bi govoril tudi o bolj osebnih stvareh.

Z napredkom tehnologije postaja uporaba interneta vse bolj pogost način vzdrževanja socialnih stikov, še posebej z mlajšo generacijo. Poleg tega je internet odličen vir vseh možnih informacij, tudi o zdravem staranju in oskrbi. Razlike med državami so glede uporabe interneta med starejšimi velike. Na Islandiji, na Norveškem, na Švedskem, na Danskem, v Luksemburgu in na Nizozemskem skoraj 70 % starejših ljudi uporablja internet. V državah vzhodne in južne Evrope je ta delež manjši od 20 %. Slovenija se giblje okoli 25 %, kar kaže, da je na tem področju potrebno še marsikaj postoriti.

Na področju družbenega udejstvovanja Slovenija med državami, vzetimi v vzorec, zaseda zadnje mesto, saj je v politične in družbene aktivnosti vključuje manj kot 5 % ljudi. Če se omejimo na populacijo, starejšo od 65 let, ta delež dosega skoraj 5 %. V državah severne Evrope (Danska, Nemčija, Švedska, Norveška, Finska) je ta delež več kot 25 %. Avtorji poročila opozarjajo, da so ljudje, ki se družbeno udeležujejo, manj ogroženi za socialno izolacijo, so bolj zaupljivi, pri ocenah subjektivnega počutja, pa le-tega ocenjujejo bolje.

Prihodki in bivalne razmere

Višina prihodkov starejših ljudi ima velik vpliv na njihov zdravje in dobro počutje, saj lahko odloča o tem, katere dobrine in zdravstvene storitve si človek lahko privošči. V Evropi je delež revščine med starejšimi ljudmi 18 %, kar pomeni, da ima eden izmed petih ljudi, starejših od 65 let, prihodke pod mejo revščine. Revščina med starejšimi je v primerjavi z mlajšimi v večini prisotna v višjem odstotku, nasprotno pa velja za Poljsko, Nemčijo, Luksemburg, Nizozemsko, Madžarsko, Francijo in Češko. Velik odstotek revščine je še posebej prisoten med najstarejšimi starejšimi (80 let in več), v Sloveniji le-ta znaša 25 %.

Avtorji poročila opozarjajo, naj višina prihodkov ne bo edino merilo za določanje stopnje revščine v posamezni državi. V skladu s tem je potrebno oceniti tudi druge dejavnike, kot npr., kakšne so bivalne razmere starejšega človeka, katere dobrine in storitve si lahko privošči, koliko je starejši človek vključen v družbene aktivnosti in dostopnost do družbenih storitev in programov.

Med starejšimi pa so glede revščine najbolj ogrožene ženske, ki živijo same. V povprečju je v Evropski Uniji glede revščine ogroženih 29 % žensk, kar predstavlja 5.7 milijona starejših žensk. V Sloveniji se ta odstotek povzpne na 50 %.

V luči ocenjevanja revščine se je potrebno vprašati tudi po stopnji materialne prikrajšanosti. Ta kazalnik kaže na delež posameznikov oz. članov gospodinjstev, ki si ne morejo privoščiti določenih dobrin, ki so v določeni državi pojmovane kot nujne. Stopnja materialne prikrajšanosti starejših ljudi je v primerjavi z državami zahodne Evrope znatno večja v državah vzhodne Evrope (str. 42). Če Slovenijo primerjamo z Dansko, vidimo, da je stopnja revščine starejših ljudi v obeh državah približno enaka, vendar je stopnja materialne prikrajšanosti v Sloveniji večja (Danska okoli 1 %, Slovenija okoli 7 %).

V nadaljevanju si bomo ogledali bivalne razmere starejših ljudi. Živeti v primerno urejenih bivališčih je človekova osnovna potreba, ključna za njegovo dobro počutje. Kakovost bivališč, ki je opredeljena z fizičnimi karakteristikami bivališča in je ocenjena s stopnjo stanovanjske prikrajšanosti, vpliva tako na fizično in psihično počutje ljudi kot tudi na socialna razmerja z drugimi ljudmi (str. 43). V večini držav je stopnja stanovanjske prikrajšanosti starejših ljudi nižja kot pri celotnem prebivalstvu (str. 43). Če pogledamo podatke za Slovenijo, vidimo, da smo uvrščeni med države, kjer je stopnja stanovanjske prikrajšanosti zelo visoka (17, 5 %). Višjo stopnjo imajo le Bolgarija (18 %), Latvija (22 %) in Romunija (29 %). Stopnja stanovanjske prikrajšanosti starejših ljudi je sicer nižja, vendar

je v Sloveniji le-ta še vedno precej višja (okoli 10 %), kot je evropsko povprečje (2,5 %). V tej starostni skupini torej sodimo v sam vrh (večjo stanovanjsko prikraščenost starejših najdemo v Romuniji – 14 % in Latviji – 16%, na Poljskem pa je le-ta primerljiva s stopnjo v Sloveniji).

Neprimerna bivališča starejših ljudi lahko pomembno ogrozijo možnost oskrbe na domu in pospešijo odhod v zavodsko oskrbo (str. 43).

Naslednji podatki govorijo stroških, povezanih s stanovanjem, in o lastnikih stanovanj. Iz podatkov je razvidno, da je Slovenija v evropskem vrhu glede starejših lastnikov stanovanj. Takih je nad 90 % ljudi, starejših od 65 let. Podatki po drugi strani kažejo, da v večini držav stroški, povezani z najemom, predstavljajo nad 30 % mesečnih dohodkov starih ljudi. Pri lastnikih stanovanj pa je ta odstotek nižji (le na Danskem je večji od 30 %).

Mreža javnega transporta v Sloveniji kar 25 % starejšim ljudem predstavlja določeno težavo. Na tem področju se Slovenija uvršča v zgornjo tretjino, več težav z dostopnostjo do javnega prevoza imajo le na Finskem, v Avstriji, na Norveškem, na Poljskem, v Latviji in na Irskem (do 35 %). V tej luči ima tudi v Sloveniji okoli 30 % ljudi, starih med 65 in 79 let, ter 38 % ljudi, starejših od 80 let, težave s fizično dostopnostjo do storitev primarne oskrbe.

Na področju javnega transporta je v Sloveniji potrebno narediti še veliko premikov, da bo le-ta starejšim bolj prijazen. Na tem področju ima velik potencial program Starosti prijazna mesta.

Zdravstveno stanje, dejavniki tveganja in preventiva

V Evropi se kažejo velika razhajanja v pričakovanih letih življenja po dopolnjenem 65. letu starosti pri ljudeh, ki imajo kronične bolezni. Pri ženskah s kroničnimi boleznimi se pričakuje še 12,4 leta življenja po dopolnjenem 65. letu, pri moških pa 9,6 leta. Ta razkorak je večji kot razkorak v pričakovani življenjski dobi moških in

žensk. Ti podatki nam kažejo, da ženske, ki imajo eno izmed kroničnih bolezni, s to boleznijo živijo več let kot moški (str. 48).

Pri starejših ljudeh je prisotnih 6 vodilnih vzrokov, ki vodijo v onemoglost. Ti so: demenca, izguba sluha, težave z vidom, osteoartritis, ishemična srčna bolezen in možganska kap. Kronične nenalezljive bolezni pa imajo pogosto zelo podobne dejavnike tveganja. Npr. tveganje tako za možgansko kot srčno kap se poveča pri ljudeh z visokim krvnim tlakom, pri tistih, ki so fizično manj aktivni, imajo visoke ravni krvnega holesterola, tvegano uživajo alkoholne pijače in so prekomerno prehranjeni (str. 49).

Stopnja manjše telesne in duševne zmožnosti, povezane z demenco, se med državami razlikuje, v vseh državah pa se z naraščajočo starostjo strmo dviguje. V številnih državah najhitreje narašča število najstarejših starih ljudi (nad 80 let starosti), zato nekatere izmed držav v politike in strategije aktivnega in zdravega staranja že vključujejo programe za pomoč ljudem z demenco, njihovim svojcem ter formalnim in neformalnim oskrbovalcem (str. 50). Druge države, med njimi je tudi Slovenija, pa morajo na tem področju še veliko narediti.

Delež ljudi z vsaj delno okvarjenim sluhom doseže vrh v starosti od 60. do 69. leta. Z namenom preventive slabšanja slušne funkcije, bi bilo potrebno v zdravstvene sisteme vpeljati ustrezne presejalne teste in več narediti na področju zgodnje diagnostike težav s sluhom, saj je dokazano da je mogoče precejšen delež teh težav preprečiti z ustreznimi preventivnimi ukrepi (str. 50).

V nadaljevanju si bomo bolj podrobno ogledali delež prekomerno prehranjenih in debelih ljudi v Evropi. Iz podatkov je razvidno, da je v Sloveniji okoli 40 % ljudi prekomerno prehranjenih in 17 % debelih. Če se omejimo na populacijo, staro med 65 in 84 let, opazimo, da se delež prekomerno prehranjenih poveča (skoraj 50 %), delež debelih pa se sprva poveča (debelih je 25 % ljudi, starih med 65 in 74 let), po

75. letu pa se približa 17 %. Slovenija po deležu prekomerno prehranjenih starih ljudi sodi v sam vrh. Zanimivo je tudi to, da se v ostalih, v vzorec zajetih državah, delež prekomerno prehranjenih ljudi začne zniževati po dopolnjenem 75. letu. Med vsemi državami je ta trend najmanj opazen ravno v Sloveniji. Če pa se omejimo na debelost, opazimo, da Slovenija po deležu debelih starih ljudi spada v spodnjo polovico.

Spodbudni rezultati se kažejo tudi na področju kajenja. V primerjavi z ostalimi državami se lahko v Sloveniji pohvalimo z najnižjim deležem kadilcev (18,5 %). V Grčiji, ki ima najvišji delež kadilcev, le-ta znaša več kot 30 %. Tudi v starostni skupini med 65. in 74. letom imamo v primerjavi z ostalimi državami nizek odstotek kadilcev (okoli 6 %). Vse to pa ne velja za ljudi, stare med 75 in 84 let. Slovenija je edina država, kjer se delež ljudi, ki kadijo, po dopolnjenem 75 letu opazno ne zniža. Le-ta ostane pri več kot 5 %. Te podatke si je v luči preventive zadnjega desetletja moč razlagati s tem, da so programi preventive učinkoviti pri ljudeh, starih do 75 let, v višji starosti pa se ljudje ponavadi ne odločajo za prenehanje kajenja.

Tudi fizična aktivnost se z naraščajočo starostjo začne zmanjševati. To zmanjševanje je še posebej opazno pri ljudeh po 65. letu, ko jih je večina že upokojenih (str. 55). V Sloveniji je fizično aktivnih (vsaj 30 minut telesne aktivnosti na dan) okoli 55 % celotne populacije. Ta delež se pri ljudeh, starih med 65 in 74 let, zmanjša na okoli 46 %, pri ljudeh, starih med 75 in 85 let, pa je telesno aktiven vsak tretji človek.

Neformalna oskrba

Med neformalnimi oskrbovalci prevladujejo ženske, ki so z oskrbovanim človekom pogosto v sorodstvenem razmerju (žene, hčere ali snahe). To pa ne velja za najstarejšo starostno skupino (nad 75 let), ko se število moških izenači ali celo preseže število žensk pri nujenju storitev neformalne dolgotrajne oskrbe. Ta

pojav lahko delno razloži dejstvo, da v pozni starosti moški pogosteje kot ženske živijo s partnerjem, za partnerje pa je značilno, da v primeru bolezni in onemoglosti drug drugemu nudijo oskrbo. Iz povedanega lahko potegnemo 2 zaključka: ženske bodo v vseh starostnih skupinah tudi v prihodnosti opravile večino neformalne oskrbe. Ob tem pa se je potrebno zavedati, da so tudi moški dovzetni za nudenje oskrbe, vendar le-to najpogosteje nudijo svojim partnerjem (str. 61).

Ženske v primerjavi z moškimi preživijo večji del svojega tretjega življenjskega obdobja z eno ali več kroničnimi boleznimi. Iz tega sledi, da so ženske ne le tiste, ki najpogosteje nudijo pomoč, ampak so tudi večinske prejemnice le-te (str. 62).

Zanimiva je primerjava med deležem neformalnih oskrbovalcev v določeni populaciji in težavnostjo oskrbe, ki jo le-ti nudijo. Če se ustavimo pri oskrbovalcih, starejših od 50 let, vidimo, da je v državah severne Evrope (Danska, Švedska, Nizozemska, Belgija) število družinskih oskrbovalcev največje v Evropi. Ta pojav lahko pojasnimo s komplementarnim dopolnjevanjem med neformalno in formalno oskrbo. V teh državah bolj zahtevno oskrbo opravijo formalni oskrbovalci, družinski člani in prijatelji pa kot neformalni oskrbovalci opravijo telesno manj obremenjujoče naloge, za katere si lahko vzamejo čas v popoldanskih urah. Po drugi strani pa v Italiji, Španiji in Grčiji le majhen delež ljudi, starejših od 50 let, oskrbuje svoje družinske člane. Toda tisti, ki oskrbujejo, oskrbovanju namenijo več ur kot ljudje iz držav severne Evrope (str. 64).

Potrebno se je zavedati, da neformalni oskrbovalci pogosto trpijo za različnimi zdravstvenimi težavami, še posebej v državah, kjer sistem formalne dolgotrajne oskrbe ni vzpostavljen. Poleg fizičnih težav se oskrbovalci srečujejo tudi z mentalnimi težavami, v večjem odstotku tisti, ki oskrbovanju posvečajo tedensko več ur. Z namenom preventive, da bi sedanji oskrbovalci

predčasno tudi sami ne potrebovali oskrbe, bi morali znotraj sistemov dolgotrajne oskrbe načrtno iskati oskrbovalce, ki so tako ali drugače preobremenjeni in jim ustrezno pomagati (str. 67).

Znotraj sistemov dolgotrajne oskrbe je potrebno poskrbeti, da imajo oskrbovalci tudi v času intenzivnega oskrbovanja še vedno stik z delovnim okoljem. V Nemčiji npr. oskrbovalec v času delne ali popolne odsotnosti z dela še vedno prejema 75 % plače. Ko le-ta spet prične s polnim delavnikom, prejema 75 % plače toliko časa, dokler ne povrne vsote denarja, ki jo je prejemal v času oskrbovanja. Na Nizozemskem, v Franciji in Luksemburgu oskrbovalce spodbujajo naj raje zmanjšajo število delovnih ur, kot da bi s službo popolnoma prenehali (str. 72 in 73).

Priseljenci kot oskrbovalci

V številnih evropskih državah, kot tudi drugje po svetu, priseljenci opravijo znaten delež storitev dolgotrajne oskrbe. V mediteranskih državah (izjema je Portugalska) priseljence za oskrbo najemajo posamezna gospodinjstva, v bolj liberalnih (Irska in Združeno kraljestvo) ter kontinentalnih (Avstrija, Nemčija, Švica) sistemih dolgotrajne oskrbe pa so priseljenci vključeni v storitve formalne oskrbe (str. 76).

V zadnjem času raziskovalci opazajo pojav t. i. 'toka oskrbovalcev'. Gre za preseljevanje tujih oskrbovalcev, ki se v določeno državo preselijo, ker se potrebe po oskrbovanju povečajo. Novi oskrbovalci, ki se v tej državi zaposlijo, pogosto zapolnijo vrzel, ki je nastala, ker so se prejšnji oskrbovalci preselili v druge države. Razložimo to na primeru. Ljudje iz Romunije se preselijo na Madžarsko, da bi se tam zaposlili kot oskrbovalci. Otroci le-teh pa se pogosto preseljujejo v Avstrijo, kjer prevzamejo naloge oskrbovalcev. Tako se na Madžarskem pokažejo potrebe po oskrbovalcih, katere zapolnijo novi priseljenci iz Romunije. Podoben vzorec je moč opaziti pri Ukrajincih, ki nudijo oskrbo na Poljskem, oskrbovalci iz Poljske pa se selijo v Italijo in Nemčijo (str. 80).

Storitve dolgotrajne oskrbe

Med državami iz UNECE regije se kaže velika razlika v dostopnosti do storitev oskrbe. V Izraelu, v Avstriji, na Islandiji in na Nizozemskem črtina starejših ljudi prejema storitve javne formalne dolgotrajne oskrbe oz. prejema določene denarne prejemke, s katerimi krije stroške oskrbe. V številnih državah vzhodne in južne Evrope pa je takšnih le 5 % starejših ljudi (str. 84). Podatki kažejo, da v Sloveniji 6 - 7 % starejših ljudi prejema storitve dolgotrajne oskrbe, med njimi večina v zavodski oskrbi. V primerjavi z drugimi, Sloveniji primerljivo razvitimi državami, Slovenija dvakratno zaostaja. Pri nas je opaziti izredno nizek delež starejših ljudi, ki prejema storitve formalne oskrbe. To ne pomeni, da oskrbo ljudje manj potrebujejo, pač pa, da je sistem dolgotrajne oskrbe slabo organiziran, storitve pa so za marsikoga predrage. Poleg tega imamo zelo slabo razmerje med zavodsko oskrbo in oskrbo na domu. Večina ljudi, ki oskrbo prejema, le-to prejema v institucijah, formalne oskrbe na domu je le za vzorec. V državah kot so Islandija, Nizozemska, Norveška in Danska več kot 50 % onemoglih starejših ljudi prejema storitve javne oskrbe (str. 85). V Sloveniji je takšnih slabih 15 %.

Razširjenost neformalne oskrbe v določeni državi je pogosto v obratnem sorazmerju z razširjenostjo formalne oskrbe. V Španiji, na Poljskem in v Italiji se je neformalna oskrba razširila kot posledica slabo organiziranih in nedostopnih storitev formalne oskrbe, v Nemčiji in Avstriji pa je neformalna oskrba na domu del celovitega sistema oskrbe in se jo kot tako tudi spodbuja.

Na Norveškem in posebej na Švedskem so že v sredini 90. let prejšnjega stoletja začeli zmanjševati institucionalno oskrbo ter se intenzivneje usmerili v formalno oskrbo na domu. Večina ostalih razvitih držav je z gradnjo domov in drugih institucij nadaljevala, vendar pa so nekatere med njimi zelo povečale storitve formalne oskrbe na domu (Anglija, Italija, Izrael). Za Slovenijo v poročilu o tem ni podatkov. Če pa na razvoj

dolgotrajne oskrbe V Sloveniji pogledamo realistično, vidimo, da so domovi do nedavnega rasli kot gobe po dežju, razvoj oskrbe na domu pa je ostal daleč zadaj. Podatki iz drugih držav (Kanada, Islandija, Francija, Nemčija, Irska ...) kažejo, da se kljub zmanjševanju institucionalne oskrbe in naraščanju števila 80-letnikov potrebe po bolj zahtevnih oblikah oskrbe in zdravstvene nege in s tem po institucionalnem varstvu niso povečale (str. 89).

Zanimiva je tudi primerjava deleža ljudi, starejših od 80 let, ki prejemajo oskrbo na domu ali v institucijah. Ugotovitve kažejo, da so ljudje, ki živijo v ustanovah za dolgotrajno oskrbo v Sloveniji, v Estoniji, na Madžarskem, na Poljskem in v Litvi, v primerjavi z ostalimi državami precej mlajši. To lahko nakazuje na pojav institucionalizacije ljudi zaradi vzrokov, ki niso izključno potrebe po oskrbi (npr. socialna izolacija, slabe bivalne razmere, revščina) (str. 90).

Izdatki, namenjeni dolgotrajni oskrbi

Večina držav iz UNECE regije nameni relativno majhen delež lastnega BDP-ja za storitve javne dolgotrajne oskrbe (str. 98). Večina tega deleža je namenjenega storitvam institucionalne oskrbe, kljub temu da večina starejših ljudi prejema domačo oskrbo. Švedska in Norveška v primerjavi z ostalimi državami namenita storitvam oskrbe precej večji delež BDP-ja (3,5 %).

Povprečje je nekje pri 1,25 % BDP-ja, Slovenija pa dolgotrajni oskrbi nameni le 0,75 % BDP-ja, od tega 80 % institucionalnemu varstvu starejših. V Sloveniji skoraj 25 % BDP-ja namenimo javnim socialnim izdatkom, znotraj teh pa je manj kot 4 % namenjenih dolgotrajni oskrbi. Razmerja med vsemi socialnimi izdatki in izdatki za dolgotrajno oskrbo v Sloveniji je približno enako kot v večini ostalih držav, seveda pa obstajajo nekatere izjeme. Švedska in Norveška namenjata veliko večji delež za dolgotrajno oskrbo, Romunija in Portugalska pa znotraj izdatkov za socialno varnost storitvam dolgotrajne oskrbe namenjata le boren delež.

Zanimivi so tudi podatki, ki prikazujejo delež ljudi v določeni populaciji, ki menijo, da bi se pri financiranju dolgotrajne oskrbe starejšega človeka, kadar le-ta nima zadosti lastnih sredstev, v obračun morala všteti tudi vrednost njegove nepremičnine. V večini držav se od 15 do 35 % ljudi strinja s tem, da bi se vrednost nepremičnine vštela v lasten prispevek ljudi pri financiranju oskrbe in nege v primeru, da bi le-to potrebovali. Slovenija je med državami, vzetimi v vzorec, edina, ki močno štrli iz povprečja. Raziskava namreč kaže, da se več kot polovica ljudi strinja, da bi se storitve dolgotrajne oskrbe financirale tudi iz dejanske vrednosti nepremičnine, katere lastnik je človek, ki prejema storitve dolgotrajne oskrbe.

Tina Lipar