

Jože Ramovš

Deinstitucionalizacija dolgotrajne oskrbe

POVZETEK

Po uvodni definiciji pojmov institucionalizacija, deinstitucionalizacija in dolgotrajna oskrba se članek posveti antropološki dinamiki med osnovnima človeškima potrebama po individualnem osebnem razvoju (svobodi) in po sožitju z drugimi ljudmi v skupnosti (odgovornosti). Ti potrebi sta lahko sinergično komplementarni, pogosto pa ena prevlada nad drugo. Odgovori na ta vprašanja so osnova za razumevanje nihanj med institucionalizirano in prizadevanji za deinstitucionalizacijo v človeški zgodovini. Članek oriše razvoj tega dogajanja v preteklosti in danes. Prikaže današnji proces deinstitucionalizacije po svetu in v Sloveniji na področjih vzgoje, zdravstva in drugje.

Osrednji del članka razčleni deinstitucionalizacijo na področju dolgotrajne oskrbe kronično bolnih, starostno onemoglih in invalidnih ljudi. Sodobna krajevna mreža šestnajstih oskrbovalnih programov omogoča deinstitucionalizirano oskrbo v krajevni skupnosti. Domovi za stare ljudi, ki so eden od teh programov, se lahko notranje deinstitucionalizirajo tako, da se reorganizirajo iz klasičnega bolnišnično-hotelskega tipa v sodoben model gospodinjskih skupin. Tak dom lahko postane srce celotne mreže oskrbovalnih programov v skupnosti, zlasti če je organiziran kot krajevno medgeneracijsko središče za kakovostno staranje.

Ključne besede: institucionalizacija, deinstitucionalizacija, dolgotrajna oskrba, antropologija, oskrbovalni programi, dom za stare ljudi, krajevno medgeneracijsko središče

AVTOR: Dr. Jože Ramovš je leta 1975 diplomiral iz socialnega dela in leta 1986 doktoriral iz antropologije pri Antonu Trstenjaku na Teološki fakulteti. V Nemčiji je v letih od 1988 do 1992 pri Elisabeth Lukasovi opravil podiplomsko specializacijo iz Franklove eksistencialne analize in logoterapije, v letih od 1999 do 2003 se je v Münchnu usposobil za trenerja partnerske komunikacije. V ospredju njegove raziskovalne, pedagoške in akcijsko-razvojne 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; le-ta je preventivni koncept vsakdanje samopomoči in solidarnosti, ki ga razvija na osnovi celostnega antropološkega pojmovanja človeka in metodike socialnega učenja v skupinah. Izhaja iz načela neločljive povezanosti med raziskovalnim, pedagoškim in praktičnim akcijsko-razvojnimi delom na področju strok, ki se posvečajo delu z ljudmi. Njegova znanstvena in strokovna bibliografija obsega nad tisoč enot.

ABSTRACT

Deinstitutionalization in long term care

Articles defines terms of deinstitutionalization, institutionalization and long-term care and describes the anthropological dynamics between basic human needs for personal

development (freedom) and relations with other people in the community (responsibility). These two needs can be synergistically complementary, but one often prevails over the other. Addressing these issues is the basis for understanding the oscillations between the institutionalization and the efforts for de-institutionalization in human history. This article outlines the course of oscillations in the past and in the present. It describes present's de-institutionalization process in the world and in Slovenia in the fields of education, health system and elsewhere.

The main part of the article divides de-institutionalization among the following fields: long-term care of chronically ill, infirm elderly and disabled people. Modern local network of sixteen long term care programs enables de-institutionalized care in the local community. Residential care homes for old people, that are part of these programs, can be internally de-institutionalized by reorganization of a classic hospital-hotel type into a modern model of household groups. This modern type of residential care homes can become the centre of the entire network of care programs in the community, especially when it is organized as a local intergenerational centre for quality aging.

Key words: institutionalization, deinstitutionalization, long-term care, anthropology, long-term care programs, residential care homes, local intergenerational centre

AUTHOR: *Dr. Jože Ramovš graduated from social work in 1975 and in 1986 he took his PhD degree from anthropology at Anton Trstenjak at the Faculty of Theology; in the years from 1988 to 1992 he finished a post-graduate specialization from Frankl's logotherapy and existential analysis at Elisabeth Lukas in Germany, where in the years from 1999 to 2003 he qualified himself for the trainer of partners communication. At the forefront of his research, pedagogical and action-development focus are primarily: co-existence in solidarity; communication among young, middle and third generation; personal preparation for quality ageing and preparation of the society for large proportion of the older population; addictions and intoxications. In these areas, he develops and introduces new programmes based on anthropo-hygiene; this is the preventive concept of everyday self-help and solidarity, developed on the basis of holistic anthropological concept of a human and on the methodology of social learning in groups. He follows the principle of inseparable connectedness among research, pedagogical and practical action development work in the field of disciplines devoted to work with people. His scientific and professional bibliography includes over a thousand units.*

V tem članku uporabljamo gerontološke in medgeneracijske pojme v pomenih, kakor jih opredeljuje nastajajoči slovar slovenskega izrazja s tega področja (<http://www.institut-antontrstenjaka.si/gerontologija/slovar/>). Naslovna pojma pa imata naslednja pomena.

Institucionalizacija je družbeni proces, v katerem dejavnosti, ki so ljudem potrebne za življenje in sožitje, prehajajo v vedno bolj formalno, z normami določeno organizacijsko obliko ustanov ali institucij, zadovoljevanje teh potreb v skupnosti pa slabi; pri tem se večja pomen ustanov in sistemov za izvajanje teh dejavnosti, medtem ko ljudje, katerim so ustanove namenjene, in neposredni izvajalci dejavnosti v njih izgubljajo svobodo pobude, odločanja in ustvarjalnega ravnanja. **Deinstitucionalizacija** je družbeni

proces, s katerim se preveč institucionalizirane življenjske dejavnosti organizacijsko in doživljajsko vračajo v življenje in sožitje celotne krajevne ali druge človeške skupnosti.

Dolgotrajna oskrba je pomoč ljudem, ki zaradi starostne onemoglosti, kronične bolezni ali invalidnosti ne morejo sami opravljati (osnovnih in instrumentalnih) vsakodnevnih opravil. Dolgotrajna oskrba vključuje: oskrbovance; formalne in neformalne oskrbovalce; programe, ki oskrbo omogočajo ali olajšujejo; stroke, ki te programe razvijajo in izvajajo; ter javne, civilne in druge ustanove, ki organizacijsko, finančno, prostorsko in drugače omogočajo organizacijo, izvajanje in razvoj dolgotrajne oskrbe. Formalna oskrba obsega organizirane storitve, ki jih službeno nudijo strokovnjaki in službe po veljavnih predpisih, neformalna oskrba pa je pomoč družinskih oskrbovalcev, sosedov in prostovoljcev pri opravljanju vsakodnevnih opravil.

1 ANTROPOLOGIJA IN ZGODOVINA INSTITUCIONALIZACIJE

Kar se dogaja v družbi, izhaja iz človekovih potreb, zmožnosti in stališč, pa naj gre za zdrav razvoj ali za zlorabo potreb in zmožnosti, ki posameznikom povzročajo težave in stiske, skupnosti pa stagnacijo ali nazadovanje. Dogaja se v konkretnem času in zgodovinskih razmerah. Da bi torej družbene procese dojeli, jih moramo gledati v neločljivi povezanosti z antropologijo in zgodovinskim razvojem določenega procesa.

S tega vidika je pri iskanju odgovora na vprašanje institucionaliziranosti dolgotrajne oskrbe in njene deinstitucionalizacije naše izhodišče *prvinska človeška potreba po oskrbovanju bolnih in onemoglih ljudi v skupnosti*. Starostna onemoglost, bolezen in invalidnost so redni človeški pojavi v vsaki skupnosti; solidarna pomoč, ki jo zdravi člani skupnosti dajejo tem ljudem pri opravljanju osnovnih življenjskih opravil, pa je konstitutivni element obstoja in razvoja človeške vrste v vseh kulturah.

Drugo antropološko spoznanje, ki je odločilno pri iskanju odgovora na vprašanje institucionaliziranosti dolgotrajne oskrbe in njene deinstitucionalizacije, je *dinamika med osnovnima človeškima potrebama po individualnem osebnem razvoju in po sožitju z drugimi ljudmi*. Ti dve potrebi sta lahko sinergično komplementarni, pogosto pa se dogaja, da ena prevlada na račun druge. V tem primeru gre za patologijo.

Institucionalizacija se dogaja, ko je zanemarjen razvoj človekove osebne individualnosti, svobode in odgovornosti, od katerih je odvisen osebni razvoj. Nasprotna je patologija individualizma, ko si posameznik prilasti večjo vrednost od drugih ljudi ali več pravic, kakor jih daje drugim, pa najsi to počne samo v svojem doživljanju (narcizem, egoizem) ali na področju imetja (npr. sodobno »tajkunstvo«), moči, veljave ali oblasti (družbeni in družinski diktatorji, kult osebnosti). Ti dve vrsti patologije se lahko med seboj prepletata, čeprav izvirata iz nasprotnih človeških potreb in zmožnosti. Ko namreč človek psihosocialno oboleva, se motnja širi na celoto človekovanja in občestvovanja in ne ostaja na področju potrebe ali zmožnosti, kjer se je začela, podobno kakor se telesno obolenje z enega organa širi na celoto organizma. Institucionalizacija je zato navadno kombinacija patološke pomasovljenosti in individualističnega egoizma.

V zgodovini je nihanje med institucionalizacijo in njenim upadanjem vidno na vseh področjih človeškega udejstvovanja, npr. pri vzgoji, izobraževanju, kulturi, delu,

trgovanju, razvedrilu, zdravljenju, socialni oskrbi, duhovnem poglobljanju v zadnje skrivnosti življenja itd.

Za zgodnje človeške skupnosti v sto tisočletjih pred udomačitvijo živali in kultiviranjem rastlin se je v preteklosti menilo, da so živele v zelo spontani in svobodni naravni celovitosti življenja in sožitja v skupnosti, torej brez vsake institucionaliziranosti. Jasno je, da te skupine po nekaj deset ljudi, ki so se selili v nabiralniškem iskanju hrane, niso imele institucij, kakršne so nastajale v stacionarnih poljedelskih in mestnih kulturah zadnjih deset tisoč let. Zdi pa se, da so v teh skupnostih živeli po ustaljenih običajih in normah, te pa vse člane skupnosti usmerjajo z močjo, ki jo lahko primerjamo z instinktom živalskih združb. To bi pomenilo, da je bilo življenje v zgodnejših človeških skupnostih brez institucij zelo institucionalizirano. Kako je bilo, ne vemo, socialni razvoj človeštva je namreč neprimerno bolj zavil v meglo kakor biološki ali materialni (orodja) razvoj, zato misleci povezujejo odkrita fosilna dejstva in poznejše sorodne izkušnje v različne, pogosto med seboj nasprotujoče se konstrukte; med najnovejšimi avtorji, ki so s svojim konstruktom poskušali orisati socialno zgodovino človeštva, je Harari (2014).

Zadnja tisočletja se je počasi razvijala tradicionalna civilizacija. Zanja sta značilna poljedelsko-obrtniško in mestno-trgovsko sožitje, ki delujeta v mejah vojaške moči oblastnih struktur. Institucionaliziranost je v tem času dosegla grozljive razsežnosti v suženjstvu. Za njegov obstoj je tedanja znanost oblikovala »antropologijo«, po kateri človek preneha biti človek, čim postane suženj; spremeni se v govorečo žival. V 1. stoletju, ko sta bila rimsko cesarstvo in suženjski sistem, na katerem je temeljilo, na višku, je bilo za notranji (antropološki) razkroj tega sistema pomembno drobno Pavlovo pismo Filemonu, gospodarju pobeglega sužnja Onezima, ki se nahaja v Svetem pismu (Sveto pismo).

Institucija tlačanstva v srednjem veku je bila v primerjavi s suženjstvom blažja de-institucionalizacija.

Vzporedno z obema in vse do danes je togo navzoča patriarhalna institucionaliziranost večvrednosti moške vloge pred žensko. Tudi njej je tedanja znanost asistirala s teorijami o manjvrednosti ženskega spola, celo s trditvami, da ženska ni v polnosti človek. Že iz tega se kaže, kako je vsakokratna znanost služila tako institucionalizaciji kakor njenemu deinstitutionalizacijskemu zmanjševanju v smeri primernejšega sožitja v skupnosti. V izobraževanju je npr. metoda predavanja prilagojena institucionaliziranosti življenja, metoda skupinskega socialnega učenja z dialogom na osnovi izkušenj pa usmerja v deinstitutionaliziran razvoj sožitja v družini, skupinah in skupnostih.

V polpreteklem družbenem obdobju, za katerega je značilen industrijski razvoj, se je institucionalizacija stopnjevala na vseh družbenih področjih in je verjetno zaobjela vsa področja življenja in sožitja bolj kakor kdaj prej v zgodovini. Življenjske in preživetvene razmere delavca v tovarnah zgodnjega kapitalizma so zanj in za družino podobno rizične kakor v suženjstvu; delo in zaslužek za preživetje sta bila skrajno institucionalizirana po diktatu kapitalskega dobička. Težnja po učinkoviti serijski proizvodnji s pomočjo strojev in tehnične energije za njihov pogon je prešla v splošno miselnost. Na družbenem področju je to pomenilo oblikovanje ustanov za »serijsko« vzgojo, izobraževanje,

upravo skupnosti, socialno oskrbo onemoglih ... Pri taki miselnosti sta enkratnost in edinstvenost posameznega človeka podrejeni učinkovitemu delovanju vzgojne, upravne ali socialne ustanove za povprečnega uporabnika – torej za vse in za nikogar. Ustanova ima svoje hišne rede, pravilnike, normative, standarde in druge instrumente, ki se jim morajo prilagoditi vsi: uporabniki in tisti, ki v ustanovi delajo z njimi. Ti procesi so najbolj raziskani v totalnih ustanovah, v katerih je človek primoran na predpisan način dolgotrajno zadovoljevati vse svoje telesne, duševne in socialne potrebe (vzgojni zavodi, zapori in psihiatrične ustanove) ali se mu to godi vse do smrti (oskrbovalne ustanove). Na državni ravni so industrijska miselnost in njeni procesi institucionalizacije najvidnejši v prosvetljenih absolutizmih 19. stoletja in diktaturah 20. stoletja.

Paradigma industrijskega časa je bila torej univerzalna institucionalizacija človeškega življenja in sožitja. Njen vsakdanji simbol so izkaznice in kartice, s katerimi dokazujemo svojo identiteto, pripadnost številnim ustanovam in odvisnost od njih – od osebne izkaznice preko bančnih in članskih v civilnih organizacijah, do potrošniških kartic v »klubih« s točkami zvestobe za popust. Naš antropolog Anton Trstenjak se je rad pošalil: »Sodobni človek je poln izkaznic!«

Institucionalizirana družba je lahko – vsaj določen čas – organizacijsko in delovno učinkovita; hitre akcije reševanja, kakršna je npr. gašenje požara, zahtevajo visoko organizirano institucionaliziranost avtoritarnega vodenja. Splošno razširjena institucionaliziranost življenja in sožitja v vsakdanjem življenju družbe pa s svojo »Prokrustovo posteljo« pri vseh članih usodno utesnjuje in duši razvoj človeške ustvarjalnosti, osebno zorenje in kakovostno sožitje v družini ter v prijateljskih in drugih primarnih skupinah. Taka družba zato na daljši rok zaostaja. Iz svojih zdravih sil se od znotraj reformira v smeri večje osebne človeške svobode in odgovornosti ali propade. Razvoj je namreč rezultat ustvarjalnosti, ta pa je vedno osebna (Trstenjak, 1981), je vedno sad v razvoju osebne svobode in odgovornosti (Frankl, 2014).

Kakor sta potreba po osebni svobodi in potreba po sožitju z drugimi sinergično komplementarni za preživetje vsakega posameznega človeka, tako sta v družbi preživetveno komplementarna individualni razvoj vsakega posameznika in organizirano sožitje med vsemi ljudmi v skupnosti. Organiziranje urejenega sožitja v skupnosti je pristna potreba, celo več, je preživetvena in razvojna nuja, saj družbeni nered, še zlasti vojna, ogrozi obstoj vsakogar in zavre razvoj. Organiziranje v družbi se sprevrže v socialno patologijo institucionaliziranosti takrat, ko organizacija v celotni družbi ali v njenih posameznih delih postane samostojna sila, ki gospoduje nad potrebami ljudi.

1.1 SODOBNE TEŽJE PO DEINSTITUCIONALIZACIJI

Danes ob vsej institucionaliziranosti delujejo tako močne težnje po deinstitutionalizaciji kakor verjetno nikdar doslej. Izhajajo iz prevladujoče postmoderne usmeritve človeka v večanje individualne svobode. Informacijska tehnologija jo omogoča neprijetno bolj kakor katerokoli dosedanje orodje. Če bosta temu sledili tudi vzgoja zdrave in trdne človeške osebnosti ter vzgoja za kakovostno komuniciranje in sodelovanje, je morda človeški razvoj danes pred možnostjo, da vključi vse dosedanje funkcionalne izkušnje za učinkovito organiziranost dela in sožitja, ki so bile opravičilo pri uveljavljanju

institucionaliziranosti v dosedanji zgodovini, to učinkovitost družbe pa drži v stabilnem ravnotežju z osebno svobodo in zrelo osebno odgovornostjo posameznika.

Za sredino 20. stoletja so značilni eksistencialistični misleci, ki so se osredotočili predvsem na človekovo svobodo. Ravnotežje osebne svobode z dialoškim sožitjem z drugimi ljudmi je osnovna vsebina personalistične misli, ki se je prav tako razvijala v istem času in je imela svoj vpliv tudi v Sloveniji (Kovačič Peršin, 1998). Na področju medčloveškega sožitja je krenjeno iz filozofije, usmerjene na individualni subjekt, v filozofijo odnosov naredil Martin Buber (1878–1965) s svojimi spoznanji o dialogu, to je o osebem odnosu *jaz – ti* nasproti zgolj funkcionalnemu medčloveškemu razmerju *jaz – ono* (Buber, 1999). Z vidika človekove potrebe po varnosti in imetju je dotedanjo omejenost bodisi na individualistično tržno svobodo pridobivanja bodisi na kolektivistično enakost miselno uravnotežil Erich Fromm (1900–1980) z analizo potrebe *biti* (človek med ljudmi) kot nujno potrebnega drugega pola prevladujočemu *imeti* (materialno varnost, moč, oblast, znanje, »vse pod kontrolo«) (Fromm, 2004).

Napetost med svobodo posameznika in sožitjem, ki ga omogoča etično doživljanje in ravnanje, so kot konstitutivno človeško značilnost do globine prikazali nekateri genialni literarni ustvarjalci, najbolj pronicljivo Fjodor Mihajlovič Dostojevski (1821–1881).

Psihosocialne znanosti s področja neposrednega dela z ljudmi so postale pozorne na probleme enostranskega razvoja zaradi institucionaliziranosti v prvi polovici 20. stoletja. Poškodbe v osebnotnem razvoju zaradi zgodnje deprivacije osebne materinske ljubezni pri zavodskih otrocih so klinično zaznali okrog leta 1930, pojem hospitalizem ali domska poškodba pa je uvedel Rene Spitz leta 1945. Od tedaj so osebnotno in socialno patologijo, ki nastajata zaradi institucionaliziranosti vzgoje in zdravljenja, raziskovali in opisovali številni psihološki, sociološki in etnološki avtorji ter avtorji drugih znanstvenih smeri. Izhajali so zlasti iz psihoanalitičnih miselnih osnov, iz vedenjskega raziskovanja in iz socioloških teorij, pogosto z interdisciplinarno filozofsko posplošenostjo na celotno polje človeškega bivanja. V široki paleti antiinstitucionalnih avtorjev je npr. znan Ivan Illich (1926–2002), ki je v 70. letih pisal popularna antiinstitucionalna dela s področja vzgoje, šolstva in zdravstva ter z drugih področij družbenega sožitja v razvitem svetu.

V šestdesetih letih 20. stoletja je antiinstitucionalno gibanje zajelo psihiatrijo, psihologijo in socialno delo. Znano je pod pojmom antipsihiatrija. Usmerjeno je bilo proti biologističnemu pojmovanju duševnih motenj in njihovi sociologistični (represivni) obravnavi v zaprtih ustanovah. Antipsihiatrija se je zavzemala za vključenost teh bolnikov v skupnost. V Italiji je bil njen odmeven predstavnik psihiater Franco Basaglia (1924–1980), ki je bil protagonist »zapiranja« psihiatričnih bolnic oziroma njihovega odpiranja v skupnost (tudi v Trstu). Med antipsihiatri je dal pomemben antropološki prispevek k deinstitucionalizaciji Ronald D. Laing (1927–1989) s preučevanjem doživljanja (Laing, 1967) in medosebnega zaznavanja (Laing in sod., 1966), med eksistencialnimi psihoterapevti pa Viktor E. Frankl (1905–1997), ki se je posvetil vprašanju človekove svobode in smisla (Frankl, 2014).

Pomembna veja deinstitucionaliziranega zdravljenja alkoholikov in drugih zasvojenost je socialna psihiatrija. Njen predstavnik je Vladimir Hudolin (1922–1996) in njegova zagrebška alkoholološka šola (Hudolin, 1991).

Čeprav je deinstitucionalizacija še zelo v povojih, je na prehodu iz 20. v 21. stoletje ta proces opazen in spodbuden na več področjih, med drugim tudi pri dolgotrajni oskrbi. Preden se posvetimo temu področju, pogledimo bežno stanje v Sloveniji.

1.2 IZKUŠNJE V SLOVENIJI

Kakšen je bil odmev teoretičnih in praktičnih prizadevanj za deinstitucionalizacijo v Sloveniji?

Svetovna miselna gibanja, ki smo jih omenili v prejšnjem naslovu, so se večinoma sočasno odvijala tudi v Sloveniji. Personalizem med obema svetovnima vojnama je bil pri nas zelo odmeven (Kovačič Peršin, 1998). K celostni antropologiji je veliko prispeval interdisciplinarni mislec (psiholog, filozof, teolog) Anton Trstenjak (1906–1996), ki se je tudi sam napajal pri vidnih svetovnih mislecih s celostnim pogledom na človeka (Trstenjak, 1991).

Po letu 1971 je Slovenijo za nekaj let zajel odmeven val deinstitucionaliziranega zdravljenja in socialnega urejanja alkoholikov v krajevnih klubih zdravljenih alkoholikov in po podjetjih. Njegov protagonist je bil Janez Rugelj (1929–2008), ki je Hudolinovo socialnopsihiatrično alkoholologijo dopolnil v socialnoandragoško urejanje družin zasvojenec v ambulantnih terapevtskih skupinah ter v klubih zdravljenih alkoholikov v krajevnih skupnostih in podjetjih (Rugelj, 1983). Deinstitucionalizacija zdravljenja alkoholikov v okviru zdravstva je po letu 1990 zamirala, širiti pa so se začeli anonimni alkoholiki (AA) in druge skupine za samopomoč iz programa AA, ki glede na družbene ustanove in družbeno pomoč delujejo povsem samostojno.

Deloma vzporedno ali malo pozneje se je začela dogajati deinstitucionalizacija vzgojnih zavodov. Najprej je potekala na področju za vedenjske, čustvene in socialne motnje mladih; v 70. letih je bil znan »logaški eksperiment« deinstitucionalizacije prevzgojnega zavoda. Na tem področju so namesto zavodov nastajale stanovanjske skupine, ki so bolj ali manj vključene v krajevne skupnosti. Podoben proces se je odvijal v ustanovah za druge skupine otrok in mladine s posebnimi potrebami: za tiste z motnjami v duševnem razvoju, slepe in slabovidne, gluhe in naglušne, tiste z govornimi in jezikovnimi motnjami, gibalno ovirane itd. Razvoj v veliki meri podpirajo civilne organizacije za ta področja, ki deinstitucionalizirane stanovanjske skupine in druge oblike deloma tudi organizirajo.

Nevladne organizacije so v Sloveniji posebej aktivne in močne pri prizadevanju za deinstitucionalizacijo zdravljenja ljudi z duševnimi motnjami in za njihovo vključenost v skupnost. Na tem področju so tudi teoretično zelo dejavni številni strokovnjaki, še posebej s področja socialnega dela. Vito Flaker in sodelavci se v svojih delih in praktičnih prizadevanjih za skupnostno paradigmo socialnega varstva na področju duševnega zdravlja in duševnih motenj naslanjajo na kritične sociološke in druge svetovne mislece, zato je v njihovih delih slovenskemu bralcu na voljo izčrpen nabor sodobnih teorij s tega področja (Flaker, 1998; Flaker in sod., 2008; 2011).

V Sloveniji najbolj zaostaja za vsemi drugimi področju deinstitucionalizacija dolgotrajne oskrbe starostno onemoglih ljudi; začenja se štiri desetletja za deinstitucionalizacijo vzgojnih zavodov, varstveno delovnih centrov in zdravljenja alkoholikov.

2 DANAŠNJA DEINSTITUCIONALIZACIJA DOLGOTRAJNE OSKRBE

Starostno onemogle, kronično bolne in invalidne ljudi so v zgodovini oskrbovali družinski člani in soseska. Za tiste, ki niso imeli nikogar, so že v srednjem veku nastajali prvi *špitali* – predniki današnjih domov za stare ljudi. Na Ptujju je bil tak špital dokumentiran že leta 1315 (Dokl, 2007), v Komendi ga je s svojo zapuščino omogočil socialni genij slovenske preteklosti Peter Pavel Glavar (1721–1784), v Slovenskih Konjicah je bil na podoben način pred več kot sto petdesetimi leti osnovan prvi od sedanjih domov za stare ljudi v Sloveniji (Koropec in sod., 1998). Med letoma 1970 in 1990 je bila v Slove) niji zgrajena večina sedanjih domov za stare ljudi. Zasluga za to ima pionir slovenske gerontologije Bojan Accetto (1922–2007) s sodelavci, saj je med drugim dosegel tudi sistemsko sofinanciranje gradenj domov iz pokojninskega sklada.

Po vsej Evropi in razvitem svetu so bili domovi v tem času t.i. domovi druge in tretje generacije (Imperl, 2012), ki so se v arhitekturi in konceptu dela zgledovali po bolnišnici in hotelu. Njihova razvojna prednost je bila kakovostna strokovna obravnava, notranja nevarnost pa težnja po veliki institucionaliziranosti življenja oskrbovancev. Ta težnja se stopnjuje v hude oblike zlorabe zlasti tedaj, če z oskrbovanjem upravlja trg, ki ima hote ali nehote za glavni cilj dobiček, ali če je ustanova brez prave javne kontrole nad kakovostjo oskrbe in brez notranjih razvojnih vzgibov. Kjer se kakovost oskrbovalne ustanove ne razvija, gre za patologijo institucionalizacije: sistem skrbi, da ustanove preživijo, ker »morajo«, na račun ljudi, ki pri tem trpijo, in sicer vsi: onemogli stanovalci, njihovi svojci in zaposleni. V teh in podobnih razmerah lahko oskrbovalna ustanova dobi slabe lastnosti totalne institucije, ki skriva pravo sliko za fasado reklam, marketinga in promocije. Pri tem pa star človek še veliko težje prenaša institucionalizirano življenje v ustanovi kakor otroci, mladina in ljudje v srednjih letih.

Kako globoko v podzavest ljudi se je v drugi polovici 20. stoletja zajedla samoumevnost institucionalizirane dolgotrajne oskrbe v domovih za stare ljudi, kaže npr. dejstvo, da sta do leta 2000 znanost in politika poznali samo ustanove (institucije) za oskrbo, čeprav le-te še danes oskrbujejo komaj četrtno vseh oskrbovanih ljudi v tistih evropskih deželah, kjer ima javno oskrbo najbolj razvito, v drugih pa samo deset odstotkov (WeDO). Nezavedno brezbržnost do institucionalizacije na področju dolgotrajne oskrbe starih ljudi kaže tudi dejstvo, da je še danes za večino ljudi klasični dom za stare ljudi edina predstava o dolgotrajni oskrbi, čeprav uspešno delujejo sodobni manj institucionalizirani domovi, poleg njih pa še vsaj ducat drugih programov za dolgotrajno oskrbo.

Premik iz usmerjenosti na dom kot klasično oskrbovalno ustanovo na tiste tri četrtine ljudi, ki jih oskrbujejo domači, se je začel odvijati hitreje po mednarodnem raziskovalnem projektu *EUROFAMCARE* (<http://www.ukc.de/extern/eurofamcare/>), ki se je začel leta 2003; tudi pojem *družinski oskrbovalci* je nastal šele v tem času.

Danes se po vsem razvitem svetu ob institucionalizirani oskrbi telesno, duševno ali socialno kronično bolnih, starostno onemoglih in invalidnih ljudi naglo razvijajo novi modeli, ki njihovo oskrbo vračajo v svobodnejše in odgovornejše polje solidarnega sožitja v skupnosti.

Deinstitucionalizacija dolgotrajne oskrbe se je v evropskih državah hitreje dogajala, ko so po letu 1990 začele pripravljati in sprejemati nacionalne sisteme in zakonodajo o razvoju in vzdržnem delovanju sodobne dolgotrajne oskrbe. Slovenija tega še ni storila. Od tega, kako kakovosten sistem in zakon o dolgotrajni oskrbi bosta pri nas sprejeta, je najbolj odvisen tudi razvoj deinstitucionalizacije na tem področju.

Sodobni evropski sistemi in zakonodaje o dolgotrajni oskrbi zagotavljajo in podpirajo naslednje značilnosti.

1. Enakopravnost oskrbe v ustanovah in doma. To je celovita deinstitucionalizirana oskrba v skupnosti. Nacionalni sistem zagotavlja zlasti kriterije upravičenosti do sofinanciranja storitev ter merila kakovosti za delovanje izvajalcev in javno kontrolo storitev. Plačilo upravičencu za izbrano storitev sistem plačuje neposredno njemu, kar je pogoj za razvoj deinstitucionalizirane oskrbe; stari sistemi, kakršen je naš sedanji, sofinancirajo dolgotrajno oskrbo tako, da plačujejo oskrbovalne ustanove, kar krepi institucionalizacijo.
2. Zaradi konkurenčnega obstoja se dogaja notranja deinstitucionalizacija ustanov za oskrbo. Sredi 20. stoletja so se domovi za stare ljudi razvijali po zgledu bolnišnice in hotela; arhitekturno in po konceptu dela je bil to visoko institucionaliziran odraz industrijske dobe. Koncept domov za oskrbo, ki se razvija po letu 1980 je notranje deinstitucionaliziran po zgledu življenja v domačem gospodinjstvu.
3. Dom za stare ljudi je vključen v skupnost, kjer je središče tudi drugih programov za dolgotrajno oskrbo; je srce sodobnega krajevnega medgeneracijskega središča s številnimi programi za oskrbo, ki delujejo v neločljivi povezavi s programi za aktivno in zdravo staranje ter za vzgojo v medgeneracijski solidarnosti.
4. Za vzdržno delovanje kakovostne deinstitucionalizirane dolgotrajne oskrbe sta dva pogoja. Prvi pogoj je dejanska povezava zdravstvene nege in socialne oskrbe v enovito celoto. Dolgotrajna oskrba je draga, organizacijska celovitost vseh programov in služb v njej pa je glavna možnost za cenejše delovanje programov in nerivalsko sodelovanje vseh strok v korist uporabnikov. Drugi pogoj je informiranost skupnosti o uspešnem delovanju sodobnih oskrbovalnih programov, kakršni so razviti v naši evropski sosesčini in ostalem razvitem svetu. Informiranost prebivalstva o sodobnih programih je pri nas zelo nizka, mnogi poznajo poleg doma za stare komajda še en ali dva programa.

Sodoben nacionalni sistem dolgotrajne oskrbe in njenega javnega sofinanciranja prinese postopnost uporabe javno sofinanciranih programov od cenejših pri samostojnejših ljudeh do najdražjega institucionalnega varstva, ki pride zadnje na vrsto. V nadaljevanju bomo najprej prikazali celovito sodobno mrežo programov za dolgotrajno oskrbo v skupnosti, nato pa posebej deinstitucionalizacijo klasičnih domov za stare ljudi.

2.1 CELOVITA MREŽA PROGRAMOV ZA DOLGOTRAJNO OSKRBO V KRAJEVNI SKUPNOSTI¹

Za celovito organiziranost dolgotrajne oskrbe v krajevni skupnosti je danes v evropski socialni razvitih in uveljavljenih vsaj petnajst oskrbovalnih programov. Praviloma so direktno ali posredno vključeni v nacionalne sisteme in pravne akte o dolgotrajni oskrbi, kar zagotavlja njihov razvoj, kakovost in javno kontrolo nad delovanjem.

1. Prilagajanje stanovanja za življenje v času pešanja moči. Sodobno načelo gerontologije je, naj človek, če je le mogoče, ostane na stara leta v svojem stanovanju, ki ga je varen; selitve v starosti sodijo med najhujše strese. Hiše in stanovanja niso bila grajena primerno za stare ljudi: nad 50 let star prebivalec Slovenije mora v povprečju prehoditi 15 stopnic (Ramovš, 2013, str. 298), da pride v svoje stanovanje; v kopalnici so večinoma visoke kadi, ki jih star človek ne more več uporabljati ali so zanj nevarne za padec; ni držal; po stanovanju so pragovi; vrata, zlasti v sanitarijih, so preozka za prehod z invalidskim vozičkom. Zadnja leta stroka in politika ozaveščata in informirata ljudi, kako naj prilagodijo svoje stanovanje za starost (Grdiša, 2010). Sistemi za dolgotrajno oskrbo po evropskih državah dajejo v ta namen starejšim ljudem določeno vsoto nepovratnega denarja.

2. Preselitev v oskrbovano stanovanje je možnost, ki je ugodna, če ima star človek preveliko ali neprimerno stanovanje, če nima oskrbovalcev ali če se za preselitev v oskrbovano stanovanje odloči iz drugega razloga. (Varovano stanovanje je za ta program neustrezen pojem, ker ne gre za varovanje ljudi v njih, ampak za možnost prejemanja potrebne oskrbe.) Če človek zaradi starostnega pešanja, kronične bolezni ali invalidnosti ne more živeti doma, naj bo sistem dolgotrajne oskrbe organiziran tako, da bo selitev v zanj čim primernejšo obliko stalnega bivanja ena sama. V nasprotju s sodobno gerontologijo je, če človeka ob stopnjevanju onemoglosti selijo iz ene ustanove v drugo ali iz enega oddelka v domu na drugega – to je tipičen znak visoke institucionaliziranosti. Oskrbovana stanovanja so zgrajena za ljudi, ki se jim zmanjšujejo zmožnosti za opravljanje vsakodnevnih opravil. Samoumevno je, da imajo nadpovprečen standard prilagojenosti za starost, njihovo bistvo pa je, da imajo stanovalci sistemsko na voljo servisno ponudbo pranja, kuhanja, pospravljanja in drugih uslug ter popolno oskrbo in nego, če ju pozneje potrebujejo. Ugodno je, če so oskrbovana stanovanja tesno povezana s krajevnim domom za stare ljudi in z drugimi organizacijami za oskrbo in nego. V oskrbovanem stanovanju ponavadi star človek živi v začetku povsem samostojno, čim bolj peša, več oskrbe in nege dobiva. Ko povsem obnemore, se nekaj sosednjih oskrbovanih stanovanj spremeni v oskrbovano gospodinjstvo skupino v okviru sodobnega doma za stare ljudi.

3. Servisna ponudba storitev na domu. Več kakor tri četrtine ljudi, ki so deležni dolgotrajne oskrbe, živi doma; v evropskih državah oskrbujejo neformalni družinski

¹ Mreža sodobnih programov krajevne mreže za dolgotrajno oskrbo je v poljudnoznanstveni obliki opisana npr. v knjigi J. Ramovš (2012). Za kakovostno staranje in lepše sožitje med generacijami (3. dopolnjena izdaja).

oskrbovalci od 70 do 90 % oskrbe potrebnih ljudi (WeDO). Mnogi se starajo sami ali živita skupaj starajoča se zakonca. Zanje in tudi za tiste, ki živijo z mlajšimi družinskimi člani, je nepogrešljiva široka sodobna servisna ponudba storitev na domu. Najpogostejša tovrstna storitev je dovoz obrokov hrane na dom; pri nas marsikje to dela dom za stare ljudi. Servisna pomoč obsega še vrsto drugih uslug (frizer, pedikura, masaža ...) ter prostovoljsko ali plačano pomoč pri različnih delih – od čiščenja stanovanja in nakupov do košnje zelenice. Občina Ravne na Koroškem npr. uvaja sodobno krajevno medgeneracijsko središče v povezavi s srednjo šolo – dijaki pomagajo starim ljudem pri takih opravilih. Bielefeldski model v severni Nemčiji, ki je svetovni primer deinstitutionalizirane oskrbe v polmilijonskem okolju, pozna ponudbo več sto storitev na domu, od nekaj deset brezplačnih prostovoljskih do zelo dragih, kakor je npr. zahtevna rehabilitacijska fizioterapija.

4. Usposabljanje družinskih članov za sožitje s starim človekom, za njegovo oskrbovanje in nego. Ta program bi moral biti redno na voljo v vsakem kraju, da bi ohranjali zdržnost delovanja glavne neformalne oskrbe, ki opravlja tri četrtine celotne oskrbe. Usposabljanje družinskih oskrbovalcev in druga razbremenilna pomoč zanje sta zadnja leta čedalje bolj v ospredju političnih in ekonomskih dokumentov ter strokovne literature. V Sloveniji kar 200.000 svojcev redno oskrbuje kronično bolnega, starostno onemoglega ali invalidnega družinskega člana.² Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje že od leta 2002 razvija in izvaja model tečaja za družinske oskrbovalce. Oblikovan je po meri najbolj perečih potreb oskrbovalcev. Poteka po metodi aktivnega socialnega učenja v srednje veliki skupini (od 15 do 20 ljudi). Na tedenskih srečanjih, ki trajajo po dve uri in pol, praktično obdelajo devet najbolj perečih tem oskrbovanja, nege in komuniciranja s starim človekom, v ospredju pa je tudi pereča naloga, kako poskrbeti za svoje lastne moči pri oskrbovanju. Poleg usvajanja nujnega znanja in veščin za oskrbovanje je njegov primarni cilj medsebojno opora in povezovanje oskrbovalcev, ki se po tečaju lahko nadaljuje na mesečnih srečanjih krajevnega kluba svojcev.

5. Sodobna krepitev sosedske in prostovoljske pomoči pri oskrbi. Sosedska pomoč pri oskrbovanju kot tradicionalni program in prostovoljska pomoč kot sodobna oblika solidarne pomoči sta ob družinskih oskrbovalcih ostali manjši, toda nepogrešljivi veji neformalne oskrbe. Enako kakor družinski oskrbovalci potrebujejo oporo v sistemskih mehanizmih nacionalnega sistema dolgotrajne oskrbe. Kljub temu da pride sosedska pomoč v današnjem načinu življenja čedalje težje do izraza, v Sloveniji 20.000 ljudi povprečno po dve uri tedensko pomaga pri oskrbi onemoglega soseda (Ramovš, 2013, str. 305 sl.).

Na mesto tradicionalne sosedske pomoči vstopa sodobno prostovoljstvo. Razvija se bolj na področju pomoči pri zdravem in aktivnem staranju, manj pri oskrbovanju onemoglih. Pri nas ima upokojenska zveza razvit program *Starejši za starejše*, s katerim v krajevni skupnosti odkrivajo oskrbovalne potrebe pri ljudeh, ki so stari 69 let in več,

² Podatki o družinskih in drugih neformalnih oskrbovalcih so vzeti iz raziskave o potrebah, zmožnostih in stališčih prebivalcev Slovenije, ki so stari 50 let in več, gl. Ramovš J., ured (2013). Staranje v Sloveniji.

ter po svojih močeh civilno ukrepajo za njihovo reševanje. Nemška izkušnja kaže, kako se da razvijati prostovoljsko oskrbovanje v sodobnem sistemu za dolgotrajno oskrbo. Z novelo zakona o dolgotrajni oskrbi so leta 2008 (Pflegezeitgesetz, 2008) uvedli, da lahko programi za oskrbo organizirano vključujejo pomoč usposobljenih prostovoljcev; če tak prostovoljec pri oskrbi naredi mesečno 40 ali več ur, dobi iz javne blagajne za dolgotrajno oskrbo nagrado 250 EUR. S tem so dosegli tri velike koristi: 1. zelo so izboljšali oskrbo v ustanovah in na domu (podoben učinek je bil v Sloveniji, ko so fantje opravljali civilno služenje vojaške obveznosti v domovih za stare ljudi); 2. za študente, upokojence, brezposelne in druge je to možnost, da pridejo do potrebnega denarja; 3. v družbi se s sistemskim mehanizmom dvigata zavest in dobra izkušnja o solidarnem oskrbovanju onemoglih.

6. Pomoč na daljavo z informacijsko-komunikacijsko tehnologijo (IKT). Sodobni elektronski pripomočki lahko v marsičem pomagajo pri samostojnejšem staranju ljudi, ki potrebujejo oskrbo. Povečajo npr. varnost, če star človek živi sam. Pri nas je znan *rdeči gumb* – enostaven telefon z alarmnim gumbom, s katerim star človek pokliče v organizacijski center za pomoč; pri nas ga je že sredi 90. let razvil Drago Rudel (2010). Pred leti je bila v ospredju IKT ponudba možnost, da se stanovanje opremi z videokamerami ali da ima človek na obleki senzorje, ki sprožijo alarm na daljavo, če npr. pade, danes se razvijajo sistemi za spremljanje vedenja onemoglega direktno z internetnim omrežjem. Zlasti Japonci razvijajo robote za oskrbovanje in varovanje človeka. Naglo se uveljavlja e-zdravstvo: star človek si redno meri pritisk, sladkor, nasičenost kisika v krvi, teža ..., podatki pa gredo sproti elektronsko k njegovemu zdravniku.

7. Družinski zdravnik na domu. Ta, od nekdaj uveljavljena zdravstvena storitev se je zadnje čase precej opuščala, danes pa jo družinska medicina za starejše ljudi spet poživlja. Družinski ali osebni zdravnik sprejme osnovno zdravniško oskrbo; kar more, rešuje sam, če je potrebno, pošlje bolnika naprej k specialistom ali v bolnišnico.

Če k onemoglemu staremu človeku pride zdravnik na dom, je to veliko lažje in bolje za oskrbovanca in svojce, zdravnik pa vidi življenje doma in zna domačim bolje svetovati, kako naj skrbijo za zdravje onemoglega družinskega člana. Ob napetem delovnem tempu zdravnikov je treba, da svojci s svojim pristopom in z dobrim sodelovanjem poskrbijo, da bo družinski zdravnik prišel kdaj tudi na dom k njihovemu onemoglemu družinskemu članu.

8. Patronažna zdravstvena nega na domu. Obiski patronažne zdravstvene sestre na domu starega človeka so zelo cenjeni. Tam opravljajo zdravstveno nego kroničnih ran in preležanin; dajejo injekcije in učijo pravilno uporabljati zdravila; učijo svojce tehnik za čim boljše in čim lažje vzdrževanje osebne higiene onemoglega; svetujejo o prehrani; pomagajo se orientirati pri nabavi primerne blazine, postelje, vozička, hoduljice, plenice ter številnih drugih pripomočkov in materialov za zdravstveno nego kronično bolnega, starostno onemoglega ali invalidnega družinskega člana. Pri tem znajo tudi dobro svetovati o pravicah do vsega tega iz zdravstvenega zavarovanja, kje in kako se stvari

nabavljajo, kako se jih uporablja. Domače znajo naučiti, da premagajo strah pred nego, zlasti intimno, ter jo opravljajo s finim človeškim čutom in spoštovanjem.

V sodobnem sistemu dolgotrajne oskrbe sodi v sklop patronažne zdravstvene pomoči na domu tudi pomoč **fizioterapevta**. Njegov prispevek je odločilen zlasti po kapi in zlomih, da starega človeka pomaga znova postaviti »na noge«, svojce pa nauči, kako vztrajno vaditi gibljivost in zmožnost za opravljanje vsakdanjih dejavnosti. Nenadomestljiva vloga fizioterapevta je tudi ta, da družinske oskrbovalce nauči, kako z redno vadbo ohranjati svoje zdravje, ki je pri oskrbi in negi nepokretnega svojca zelo ogroženo, zlasti hrbtenico in medenično dno (Bižal, 2015).

9. Socialna oskrba na domu. V sodobni Evropi se najhitreje razvija javna pomoč pri oskrbi in negi na domu starega človeka. Avstrijski javni sistem dolgotrajne oskrbe omogoča, da dobiva pomoč na domu štirikrat več upravičencev, kakor jih je oskrbovanih v domovih za stare ljudi. Slovenija v razvoju oskrbe na domu zelo zaostaja za Evropo: v domovih imamo nad 18.000 ljudi, v javni mreži socialne oskrbe na domu pa okrog 6.000. Ta se je pri nas začela razvijati po osamosvojitvi preko javnih del. Zdaj je organizirana kot javna socialna služba, večinoma pri domovih za stare ljudi, centrih za socialno delo in zasebnih koncesionarjih. Ker še nimamo sprejetega zakona o dolgotrajni oskrbi, je za njeno organizacijo in sofinanciranje zadolžena občina. Socialne oskrbovalke hodijo na dom, kjer staremu človeku pomagajo pri vsakodnevnih opravilih – od prehrane in higiene do jemanja zdravil in nabavljanja. Ker ljudje socialne oskrbe na domu ne poznajo, si je ne zagotovijo, čeprav bi jim bila v veliko pomoč. Ovira je tudi visoka cena (ena ura oskrbe na domu stane skoraj enako kakor popolna oskrba v domu za en dan); znosne cene kakovostne oskrbe je mogoče doseči samo s celovito organiziranostjo vseh potrebnih programov za dolgotrajno oskrbo.

Dobro razvita socialna oskrba na domu je med oskrbovalnimi programi najpomembnejši člen proti institucionalizaciji dolgotrajne oskrbe. Mnogim pomaga, da jim ni potrebno oditi v dom za stare ljudi ali da odidejo veliko pozneje. Potrebna bi bila dobra analiza, zakaj je v Sloveniji oskrba na domu tako slabo razvita v primerjavi z nam podobnimi evropskimi državami.

10. Razbremenilna pomoč družinskim oskrbovalcem so storitve, programi in druge organizirane možnosti v skupnosti, ki družinskim in drugim neformalnim oskrbovalcem omogočijo razbremenitev ali oddih pri njihovem oskrbovanju starostno onemoglih, kronično bolnih in invalidnih svojcev (Ramovš J., 2015).

V raziskavi so slovenski družinski oskrbovalci dejali, da bi najbolj potrebovali to, da za nekaj dni, včasih le za nekaj ur, nekdo prevzame oskrbo (Hvalič Touzery, 2007). Pojmi in storitve, ki jih na tem področju poznamo, npr. *dnevno varstvo, začasna oskrba in kratkotrajna (začasna) nastanitev*, kažejo na storitev, namenjeno oskrbovancu. Razbremenilna pomoč pa meri predvsem na pomoč oskrbovalcu, da bi lažje in bolje opravljal oskrbovanje, da se oddahne od izčrpavajočega vsakodnevnega oskrbovanja, da se na dopustu temeljito odpočije, da lahko opravi svoje druge naloge in zadovolji svoje lastne potrebe, da se lahko mirno zdravi, ko sam zboli ipd.; to izraža pojem *varstvo za oddih*.

Storitve za razbremenilno pomoč družinskim oskrbovalcem so po letu 2010 čedalje bolj v ospredju pozornosti ne samo evropskih držav in njihovih socialnih sistemov dolgotrajne oskrbe, ampak tudi držav, ki niso socialno usmerjene, npr. ZDA (Ramovš K., 2015).

Programi za razbremenilno pomoč se razvijajo v tri smeri: 1. usposabljanje družinskega oskrbovalca, da pridobi znanje in veščine za oskrbo in nego, za razumevanje oskrbovanca in komuniciranje z njim, za varovanje in krepitev lastnega zdravja pri oskrbovalnem delu ter za to, da zna poskrbeti za lastno sprostitev in razvedrilo; 2. razbremenitev družinskega oskrbovalca pri oskrbovanju in negovanju – temu služijo organizirana javna *oskrba in nega na domu*, sistemska podpora *neformalnim oskrbovalcem* (prostovoljcem, sosedom) za nekajurno razbremenitev in *ozaveščanje prebivalstva* o oskrbi, kar motivira vključevanje več družinskih članov v oskrbo svojca; 3. delno vključevanje oskrbovanca v oskrbo in nego v oskrbovalni ustanovi, tj. *dnevna* ali *nočna oskrba* ter *začasna* ali *kratkotrajna namestitvev* za čas kratkotrajnega oddiha (za kak dan) ali (do štirih tednov v letu) zaradi dopusta ali bolezni.

Nemčija in druge evropske države ter ZDA imajo pri intenzivnem uvajanju razbremenilne pomoči družinskim oskrbovalcem izkušnjo, da le-ti težko posegajo po njej pravočasno, ko bi jim koristila za preprečevanje izgorelosti, ampak šele »prepozno«, ko že skoraj niso več zmožni kakovostno oskrbovati svojca. Vzrokov za to je več: nimajo časa, nerodno jim je, da bi iskali pomoč, ker to ni v navadi tradicionalnega vedenjskega vzorca, zavest samozadostnosti jim preprečuje prositi za pomoč ipd., glavni vzrok pa je neinformiranost javnosti o oskrbovanju in možnostih razbremenilne pomoči družinskim oskrbovalcem.

Razbremenilna pomoč družinskim oskrbovalcem je tudi najučinkovitejši način za *preprečevanje trpinčenja in zanemarjanja* oskrbovanih ljudi, saj se tri četrtine nasilja nad starejšimi zgodi v družinskem okolju, od tega velik del nehote zaradi preutrujenosti oskrbovalcev. Tečaj za usposabljanje družinskih oskrbovalcev, ki ga je razvil in ga izvaja Inštitut Antona Trstenjaka, vsebuje tudi intenzivno usposabljanje za preprečevanje nasilja nad starimi ljudmi.

11. Izobraževalne počitnice za družinske oskrbovalce in oskrbovance. Ta program združuje kakovosten oddih in usposabljanje družinskih oskrbovalcev ob hkratni »počitniški« oskrbi njihovih oskrbovancev. Izvaja se za srednje veliko skupino oskrbovalcev (okrog 12), kar omogoča tudi intenzivno izmenjavo dobrih izkušenj in konstruktivno reševanje njihovih težav in stisk.

12. Dnevno varstvo pri nas v manjši meri uvajajo domovi za stare ljudi, ljudje mu rečejo kar »vrtec za stare ljudi«. Ponekod v Evropi je bolj uveljavljeno. Ta program zelo pomaga družinam, če so vsi domači v službi in šoli, star človek pa ne more biti sam.

13. Nočno varstvo je program za ljudi z demenco. Ti čez dan pogosto spijo, zato npr. ostareli zakonec kar dobro obvlada zadeve. Ponoči pa so pogosto nemirni, da se svojci ne morejo naspati. Nočno varstvo v domu za stare ljudi omogoči, da star človek lahko vsaj podnevi ostaja doma.

14. Dom za stare ljudi. Sodoben, notranje deinstitutionaliziran krajevni dom za stare ljudi je nepogrešljiv program celovite krajevne mreže za dolgotrajno oskrbo. Ker pa so domovi po konceptu iz preteklosti značilni predstavniki institucionalizirane oskrbovalne ustanove, bomo obe alternativni opisali v naslednjem poglavju.

15. Nastanitev v oskrbniški družini je alternativa namestitvi v domu za stare ljudi, podobno kakor je namestitev otroka v rejniški družini alternativa vzgojnemu zavodu. Oskrbeniška družina ima isto vlogo kakor dom za stare ljudi, v kraju pa deluje kot manj institucionalizirana ponudba. Kakor so rejniške družine usposobljene in organizirane, da sprejemajo v svojo družino tuje otroke, ki bi sicer morali v zavod, tako je mogoče poiskati, usposobiti in strokovno organizirati oskrbeniške družine, da sprejmejo v oskrbo enega ali več starih ljudi. Organiziranje mreže oskrbeniških družin, njihovo usposabljanje ter strokovna pomoč in nadzor bi lahko bili zelo mikavna oblika oskrbe starih ljudi v okrilju krajevnega medgeneracijskega središča ali doma za stare ljudi. Ta program bi bilo možno uvajati na malih kmetijah, ki izgubljajo svoj skromni zaslužek od kmetovanja, in v velikih delavskih stanovanjih, kjer vlada brezposelnost.

16. Hospic je program za spremljanje človeka v zadnjem obdobju življenja. Pomaga tudi svojcem v tem zahtevnem obdobju in pri žalovanju po smrti. Pomoč nudijo usposobljeni prostovoljci in poklicni strokovnjaki, in sicer na domu ali v hišah hospica za umirajoče. V nekaterih evropskih državah, tudi tranzicijskih (npr. na Poljskem), so v zadnjem desetletju vzpostavili gosto mrežo hiš hospica za umirajoče, saj v bolnišnicah, kjer danes umira večina starih ljudi, niso niti usposobljeni za spremljanje umirajočih niti ni to intimno človeško dogajanje združljivo z njihovo dejavnostjo zdravljenja. Zelo primerno bi bilo uvajanje hospicovske sobe v krajevnem domu za stare ljudi, če je le-ta glavni izvajalec celote programov v okviru krajevnega medgeneracijskega središča.

Navedena mreža sodobnih programov omogoča, da star človek živi in je oskrbovan na svojem domu ali vsaj v domačem kraju, kjer je zakoreninjen in navajen živeti. To mu v starostni onemoglosti pomaga ohranjati zavest človeškega dostojanstva, mlajši krajan pa ob živi izkušnji oskrbe razvijajo solidarno sočutje in veščine za učinkovito pomoč nemočnim ljudem.

Menimo, da je v Sloveniji glavna ovira pri uvajanju sodobne organizacije celovite mreže programov za dolgotrajno oskrbo v krajevni skupnosti zelo nizka informiranost ljudi o večini od navedenih sodobnih programov; večina ljudi – vključno s politiki in z ljudmi v javni upravi – našteje kake tri: dom za stare, pomoč na domu in oskrbovana stanovanja. Pogoji za uvajanje sistema dolgotrajne oskrbe pa je, da ljudje poznajo sodobne oskrbovalne programe in njihovo organiziranost v celoviti mreži na nacionalni ravni in na ravni krajevne skupnosti. Informiranje javnosti o tem je v Sloveniji prednostna naloga.

Isto velja tudi za notranjo deinstitutionalizacijo v domovih za stare ljudi in njihovo organizacijsko, konceptualno in arhitekturno posodabljanje na sodobno evropsko razvojno raven, o kateri govorimo v naslednjem poglavju.

2.2 NOTRANJA DEINSTITUCIONALIZACIJA OSKRBOVALNIH USTANOV

V razvitem delu Evrope, kamor sodi tudi Slovenija, se je zadnja desetletja pet odstotkov ljudi, starejših od 65 let, preselilo v dom za stare ljudi ali v podobno ustanovo za stalno nastanitev, dolgotrajno socialno oskrbo in zdravstveno nego. Danes se je ponekod, kjer so sistematično razvijali sodobne programe krajevne mreže za oskrbo, ta delež zmanjšal že celo na manj kot polovico.

V Sloveniji smo po letu 1970 veliko vlagali v gradnjo in obnovo domov za stare ljudi in v dviganje strokovne ravni oskrbovanja v njih. Po tedanjem strokovnem gledanju naj bi bil dom za stare ljudi kombinacija hotela in bolnišnice. To pojmovanje in stroški so bili vzrok za gradnjo velikih domov z več sto oskrbovanci. Običajno imajo oddelke za starejše, ki se še samostojno gibljejo, za nepomične in za ljudi z demenco. Pred starim človekom se dnevno zvrsti cela vrsta tujih ljudi, od čistilke, negovalk, medicinskih sester, strežnic, fizioterapevta, delovnega terapevta do obiskovalcev človeka na sosednji postelji. Enoposteljnih sob, ki si jih ljudje na starost najbolj želijo in jih res zaslužijo, je malo, pri nas so kar pogoste še tri- in večposteljne, kjer človek izgubi vso svojo zasebnost in intimnost. Star človek s svojimi navadami, ki mora živeti tik ob postelji drugih z drugačnimi navadami in s svojimi težavami, se ne le slabo počuti, ampak je to zanj pravo trpinčenje. Ko se mu zdravstveno stanje spremeni, ga preselijo na drug oddelek, ki je zanj spet povsem tuj svet. Po današnjem strokovnem gledanju naj bi se v starosti zgodila največ ena selitev, če je že nujno potrebna. Življenje v tovrstni ustanovi je kaj malo podobno normalnemu življenju doma. Nič čudnega ni, da se marsikateri oskrbovavec ali stanovalec v takem domu počuti osamljeno in zgubljeno med množico starih ljudi, uslužbencev in strokovnjakov. Za večino starih ljudi je zelo hudo tudi to, da so nastanjeni v domu, predaleč od domačega kraja. Pri teh starih ljudeh slišimo njihove skromne želje: »Da bi še kdaj videl iz postelje skozi okno svoj domači kraj, da bi slišal domači zvon ...« Če je dom za stare ljudi sredi domačega kraja, se pri stari mami ustavi vnuk mimogrede iz šole, hči ali sin ali soseda, ko gre v trgovino ali na pošto.

Te samoumevne potrebe, hude stiske starih ljudi in strokovni razvoj so po letu 1990 omogočili razvoj novega modela domov za stare ljudi, ki so veliko prijaznejši za življenje. To so sodobni **domovi gospodinjskih skupin**, imenovani tudi domovi četrte generacije (sedanji slovenski domovi sodijo po tej klasifikaciji v 2. in 3. generacijo, ki sta bili preseženi okrog leta 1990). Človeško sožitje in oskrba sta v njih organizirana po načelu čim večje vsakdanje normalnosti v domačem gospodinjstvu. V njih ni oddelkov, ampak so gospodinjske skupine po kakih deset starih ljudi, za katere neposredno skrbijo stalne hišne gospodinje, drugi strokovnjaki pridejo k posameznemu človeku opraviti svojo storitev, ko je potrebno. Način življenja in sožitja v gospodinjskih skupinah se dogaja predvsem okrog vsakdanjega gospodinjstva. Človeku namreč ostanejo do konca življenja najbolj ohranjene sposobnosti, ki so povezane z gospodinjstvom. Za počutje, tek in zdravo prebavo je pomemben zlasti vonj, ko se hrana kuha in deli. Vsaka gospodinjska skupina ima zato veliko dnevno sobo s kuhinjo, kjer je večino dneva živo dogajanje, največ pri pripravi hrane. Okrog velike bivalne kuhinje so sobe, seveda je vsaj 80 % enoposteljnih z lastnimi sanitarijami. V njih imajo stanovalci vso opremo svojo – od omarice do zaves, domska je le sodobna postelja, ki je prirejena za vsa potrebna dvigovanja in je na kolesih

zaradi stalnih prevozov iz sobe v veliko bivalno kuhinjo, če je človek nepomičen in kaže voljo do družbe v skupini. Velika prednost doma gospodinjskih skupin je tudi ta, da v njih ni selitev iz enega oddelka na drugega, saj so v skupini ljudje različnih zmožnosti skupaj, kakor je to doma.

Ko pride človek prvič na obisk v tak sodobni dom za stare ljudi, to je v gospodinjsko skupino, je res prijetno presenečen. V bivalni kuhinji pripravljajo kosilo – vse je v živem dogajanju: eni so na vozičkih, drugi sedijo ali stojijo, nekateri hodijo, nekdo leži na postelji, hišni gospodinji pa vse vodita. Človek vidi sproščen obraz gospe, ki z veseljem na obrazu zavzeto in natančno lupi krompir, čeprav zaradi demence ne ve svojega imena. Na postelji sredi dnevne kuhinje gleda onemoglo staro gospo, ki so jo pripeljali iz njene sobe, kako spokojno leži, gleda dogajanje in vdihava vonj kuhanja. Vidi gospo pri šestdesetih – to je hčerka one na postelji, ki je prišla na obisk: s hišno gospodinjjo pripravlja kosilo, nato pa hrani svojo mamo na postelji. Med kosilom, ki izgleda tako domače kakor pri skupni družinski mizi, vidi živ lesk v očeh teh starih ljudi. Pogosto vidi prostovoljce, ki se pogovarjajo z enim ali z malo skupinico stanovalcev ...

Ko človek vse to vidi, se zave, kakšen dom za stare ljudi bi hotel zase, za svoje domače in za svoj kraj. Sodoben dom gospodinjskih skupin za stare ljudi je res delček doma, podobnega domači hiši. Ko sem v Nemčiji prvič videl tak dom in skupno pripravljane kosila v eni od gospodinjskih skupin, mi je misel brez grenkega priokusa splavala domov k svoji skoraj devetdesetletni materi, ki je tedaj najbrž tudi kuhala kosilo. Pri ohranjanju moči in svežine v visoki starosti niti moji materi niti tem ljudem v sodobnem domu za stare ljudi ne bi bilo mogoče njihovih počasnih in težavnih delovnih gibov pri gospodinjstvu nadomestiti z ničemer boljšim. Nobena stroka nima »terapije«, ki bi bila učinkovitejša od normalnega vsakdanjega življenja in lepega sožitja. Zato ne čudi, da v Nemčiji za deinstitucionalizacijo prejšnjega tipa domov za stare ljudi v sodoben tip gospodinjskih skupin uporabljajo zgovoren pojem *normalizacija*.

Gradnja doma in stroški oskrbe v njem stanejo enako, če je dom arhitekturno in organizacijsko ugoden za življenje in ima lep videz v kraju ali če je po konceptu zastarel in grdega videza. Arhitektura domov za stare ljudi in organizacija dela v njih sta zadnja leta bolj napredovali kakor prej trideset let. Napredek v arhitekturi in organizaciji dela v domovih za stare ljudi je doživel epohalni skok zlasti po mednarodnem letu starih ljudi 1999, zato je huda zloraba javnega denarja graditi zastarele domove po modelu izpred tridesetih let.

Po Evropi, kjer so že v precejšnjem delu uvedli nove domove gospodinjskih skupin, se kaže, da stroški oskrbe v njih niso nič višji kakor v domovih prejšnjega tipa, saj tam eni in drugi poslujejo po istih kriterijih na osnovi sofinanciranja iz sistema dolgotrajne oskrbe. Boljša organizacija v novem tipu domov omogoči višji osebni standard. Tudi razpršenost domov po krajevnih skupnostih in majhno število oskrbovancev v vsakem od njih ohranjata zdržnost cen in poslovanja. Če ima vsaka krajevna skupnost svoj dom s tremi gospodinjskimi skupinami, seveda ta dom še ni sposoben poslovati finančno zdržno in delovati razvojno. Ko pa je več deset takih domov povezanih v en sistem upravljanja, nabave in razvoja, je vse to možno ob istih stroških, kakor jih ima klasičen dom. Poleg tega imajo zaposleni v sodobnem domu nekajkrat manj jalove hoje po hodnikih,

kar pri istih stroških pomeni bistveno več neposrednega stika z ljudmi. Zahtevno delo oskrbovanja jih v gospodinjstvih skupinah manj izčrpa kakor v klasičnem domu.

V Sloveniji ima največ strokovnega znanja o sodobni organizaciji in delu ustanov za oskrbo in nego podjetje Firis Imperl (Imperl, 2012; 2013; 2014), ki izobražuje kadre od oskrbovalk do direktorjev domov za stare ljudi, prav tako pa svetuje pri arhitekturnem in finančnem načrtovanju gradnje in obnove domov za stare ljudi.

V zahodni in severni Evropi je oskrba v domovih za stare ljudi zelo draga. Velika večina ljudi si tudi zelo želi biti do smrti doma, kjer jim je vse domače in znano, zato gredo v domove samo tisti, ki to res potrebujejo ali hočejo. Za vse druge imajo široko paleto programov in ponudb, ki starim ljudem in njihovim svojcem pomagajo živeti v domačem okolju. S celovito organizacijo sodobne mreže oskrbovalnih programov dosegajo pri tem znosne stroške.

Vsekakor mora biti sodoben dom za stare ljudi tudi tesno povezan s krajem, da je prijaznejši za življenje v njem. Stati mora čim bolj sredi kraja, blizu šole, vrtca, javnega parka, cerkve in drugih krajevnih ustanov. Svojci, znanci, prostovoljci in drugi prinašajo vanj svežino od zunaj. Z domom morajo tesno sodelovati šola, vrtec, zdravstveni dom, vse druge pomembne krajevne ustanove in društva. Sodoben dom ne more biti kvaliteten, če nima dobro organiziranega sodelovanja s svojci (*klubi svojcev*) in mreže prostovoljcev, ki se s stanovalci družijo v skupinah in posamično pri raznih dejavnostih v domu ali jih odpeljejo ven; tistim stanovalcem, ki nimajo svojcev ali jih nihče ne obiskuje, pa postanejo edina povezava z zunanjim svetom.

Sodoben dom za stare ljudi bo boljše povezan s krajem, če je v povezavi z njim organizirana tudi ostala mreža programov za oskrbo v krajevni skupnosti; v tem primeru je sam dom središče krajevnega medgeneracijskega središča, o katerem bomo spregovorili v zadnjem poglavju.

Sodoben dom za stare ljudi mora torej imeti naslednje tri značilnosti, da je kakovosten:

1. biti mora v domačem kraju, da se človek počuti bolj domače in ga lahko mimogrede obišejo domači, ko gredo v trgovino, vnuki, ko gredo iz šole;
2. vsak stanovalec mora imeti svojo sobico s sanitarijami, da ohranja intimno zasebnost, ki je bistvena za doživljanje svojega človeškega dostojanstva, celotna skupina pa mora imeti veliko bivalno kuhinjo, da niso stanovalci osamljeni;
3. način življenja, oskrbe in nege mora biti čim bolj podoben normalnemu, vsakdanjemu življenju v domačem gospodinjstvu.

2.3 PASTI PRI PROCESU DEINSTITUCIONALIZIJE DOLGOTRAJNE OSKRBE

Današnja deinstitutionalizacija dolgotrajne oskrbe ima ob številnih prednostih tudi nekaj pasti. Nekatere od njih ovirajo njeno napredovanje, druge jo ogrožajo, ko do nje pride, da se dogaja na način, ki razvojno ni vzdržen, zato hitro zaniha v novo institucionaliziranost ali druge patologije dela z ljudmi in za ljudi (Ramovš, 2003, str. 406 sl.). V nadaljevanju bomo naštel nekaj glavnih pasti, ki se jim je treba pri pripravi in sprejemanju bodočega slovenskega sistema in zakona o dolgotrajni oskrbi izogniti, da bosta lahko delovala uspešno in vzdržno.

- Sprejem sodobnega nacionalnega sistema zavirajo lobiji moči in dobička. Ustajene oskrbovalne institucije se težko izognejo inerciji in varovanju svojih interesov. Po osamosvojitvi Slovenije so razdvojili zdravstveni in socialni resor, ki od tedaj delujeta upravno, politično in strokovno nepovezano. Močne sile na eni in drugi strani se izogibajo sistemski partnerski povezavi, ki je pogoj za kakovostno in finančno vzdržno delovanje sistema dolgotrajne oskrbe na nacionalni in lokalni ravni. Dodatna ovira so težave v zdravstvenem sistemu in nerešena razvojna vprašanja patronažne zdravstvene nege znotraj zdravstva. V zadnjih petnajstih letih se je pri oskrbi v Sloveniji uveljavil dokaj močan delež tržnega kapitala. Neposrečena kombinacija neprofitnega s profitnim, ki ni nikjer v Evropi pokazala dobrih izkušenj pri razvoju dolgotrajne oskrbe, je pomemben zaviralni dejavnik razvoja kakovosti in celovitosti sistema dolgotrajne oskrbe. Če pri pripravi in sprejemanju slovenskega nacionalnega sistema dolgotrajne oskrbe prevlada zdravniški, zdravstveno negovalni, socialni, profitno tržni ali katerikoli drug lobi, sistem ne bo mogel biti niti celosten, niti kakovosten, niti sodoben, niti finančno vzdržen.
- Pripravo in poznejše kakovostno delovanje sodobnega nacionalnega sistema zavirajo utopično-anarhični navdušenci brez čuta za realne možnosti. Ta skupina se glasno zavzema za deinstitutionalizirane in ljudem prijazne programe oskrbe. Njihove ideje se napajajo predvsem iz antiinstitucionalnih teorij in želja, ki jih imamo ljudje o zdravju in sožitju, sami pa večinoma nimajo praktičnih izkušenj z oskrbo. V besedah je ta skupina navdušujoče vabljava, v realnosti pa so njihove ideje mnogokrat neizvedljive.
- V Sloveniji je pomemben vzrok, da politika in uprava še nista opravili svojih nalog pri pripravi in sprejemu nacionalnega sistema dolgotrajne oskrbe, tudi neinformiranost ljudi o sodobnih možnostih in programih za oskrbo. Nenavadno je, da so ljudje sproti informirani o vseh novostih, ki so na voljo v Evropi, sodobnih programov in sistema za dolgotrajno oskrbo pa ne poznajo. O tem je zelo malo stvarnih informacij v medijih, celo seniorske organizacije v preteklih dveh desetletjih na tem področju niso odigrale vloge družbenega informatorja in vlečne sile pri uvajanju in razvoju teh programov; starostna onemoglost je relativen tabu tudi za samo tretjo generacijo.

3 KRAJEVNO MEDGENERACIJSKO SREDIŠČE KOT MODEL DEINSTITUCIONALIZIRANE DOLGOTRAJNE OSKRBE

Krajevno medgeneracijsko središče je kompleksen model skupnostnega menedžmenta za sinergično povezavo vseh političnih, civilnih in drugih programov, služb, organizacij in drugih subjektov, ki so v skupnosti potrebni za organiziranje vseh treh vitalnih področij sožitja. Ta so:

1. **dolgotrajna oskrba** dobrih 4 % starostno onemoglih, kronično bolnih in invalidnih ljudi;
2. kakovostno, tj. **aktivno, zdravo in dostojanstveno staranje** okrog 20 % sorazmerno zdrave tretje generacije, stare nad 60 let, pred in po upokojitvi;
3. pospešeno **učenje celotnega prebivalstva za »novo solidarnost med generacijami«** ko se prazni rezerva socialnega kapitala tradicionalnih vzorcev sožitja, enoumne ugotovitve pa kažejo, da je živa solidarnost nenadomestljiv način za reševanje sedanje demografske krize (EU, 2005).

Model krajevnega medgeneracijskega središča je celostni odziv na čedalje jasnejši antropološki, socialni in politični uvid, da bo v prvi polovici 21. stoletja odgovarjanje na demografske naloge staranja prioriteta naloga Slovenije in ostalega razvitega sveta. Model krajevnega medgeneracijskega središča je obenem tudi celosten odgovor na potrebe po deinstucionalizirani dolgotrajni oskrbi, zato tukaj povzemamo njegov osnovni oris.

Bistvo modela medgeneracijskih središč tvorijo naslednje naloge.

- **Sinergično sistemsko povezovanje vseh subjektov**, ki so s svojimi programi, službami, organizacijami ali ugledom v krajevni skupnosti pomembni za dolgotrajno oskrbo, za kakovostno staranje in za solidarno sožitje med mlado, srednjo in tretjo generacijo. To so zlasti: krajevna politična oblast in uprava; javne strokovne ustanove na področju informiranja, sociale, zdravstva, vzgoje in šolstva, urejanja infrastrukture in prostora ter kulture; civilne humanitarne, seniorske in mladinske organizacije ter dejavni posamezniki na tem področju.
- **Stalno informiranje, ozaveščanje in izobraževanje** odgovornih subjektov, družin, organizacij in celotne skupnosti o nalogah in možnostih na področju staranja in medgeneracijskega sožitja v skupnosti.
- **Bazično ugotavljanje potreb, zmožnosti in stališč prebivalstva** na tem področju.
- **Sinergično organiziranje vseh programov** na področju staranja in medgeneracijskega sožitja ter **uvajanje in vodenje novih programov** na temelju ugotovljenih potreb in možnosti. Zlasti pomembni so programi za čim daljše samostojno življenje starih ljudi v svojem okolju, za razbremenilno pomoč družinam pri oskrbi starega človeka in za vzdrževanje razvejane mreže medgeneracijskega prostovoljstva.

Ime krajevno medgeneracijsko središče izraža naslednje tri značilnosti.

1. **Krajevni princip.** Medgeneracijsko središče je namenjeno prebivalstvu zaokrožene krajevne skupnosti, kakršne so sedanje slovenske občine. Možno pa ga je razvijati tudi v kaki drugi skupnosti, npr. verski ali narodni v razmerah manjšine v tuji državi.
2. **Medgeneracijski princip.** Medgeneracijsko središče zajema vse tri generacije, toda ne kot linearni seštevek organizacij ali programov za mladino, srednjo in tretjo generacijo, ampak kot dejavno sodelovanje, aktivno vzpostavljanje povezav in odnosov med njimi, njihovo komplementarno dopolnjevanje in preseganje napetosti med posamezniki, skupinami, organizacijami in programi, ki jih ima posamezna generacijska skupina.
3. **Sinergično iskanje presežnega socialnega kapitala v skupnosti** z namenskim povezovanjem ali osredinjanjem potreb in zmožnosti vseh družbenih resorjev in služb, strokovnjakov in aktivnih krajanov, programov in organizacij. Da se dosega sinergija presežnega socialnega kapitala v skupnosti, medgeneracijsko središče ne sme igrati vloge moči; ne sme biti podobno mirujočemu središču kroga, ampak dinamičnemu središču dvigajoče se spirale. Preko njega vsa skupnost, vključno s strokovnjaki, ki so zaposleni v medgeneracijskem središču, razvojno išče odgovore na potrebe kakovostnega staranja in solidarnega sožitja vseh generacij v skupnosti v razmerah demografske krize.

Primerna organizacijska oblika medgeneracijskega središča je zavod, ki ga na principu javno-zasebnega partnerstva ustanovijo občina in ustrezne civilne organizacije

tretje, srednje in mlade generacije. Medgeneracijsko središče vodi strokovna služba, ki je specializirana za organizacijo medgeneracijske socialne mreže v skupnosti. V sedanjih razmerah je finančno in organizacijsko najugodnejše, če se krajevni dom za stare ljudi razvojno prestrukturira v sodobni dom gospodinjskih skupin in začne izvajati tudi ostale oskrbovalne programe v skupnosti, kakor smo govorili zgoraj. Ob tem se bolj povezuje s celotno skupnostjo, saj sicer ne uspeva pri vodenju in kakovostnem izvajanju celote oskrbovalnih programov. Povezovanje na področju oskrbe, ki je usmerjeno v razvoj in kakovost, se po notranji zakonitosti širi tudi na področje kakovostnega staranja tiste večine, ki ne potrebuje oskrbe, ter strokovnih ustanov in civilnih organizacij, ki so odločilne za vzgojo vseh prebivalcev v medgeneracijski solidarnosti. Na ta način sodoben krajevni dom za stare ljudi najlažje postane nosilno jedro krajevnega medgeneracijskega središča. Ovira za to je nesmiselna in toga organizacija domov pod okriljem države, namesto krajevne skupnosti, kot je to pri oskrbi otrok v vrtcih.

Vzpostavljanje medgeneracijskega središča ima štiri sestavine ali delovne stopnje. Prva sestavina je odločitev vodstva občine, da ob dobri informiranosti in podpori vsega prebivalstva posveti prednostno skrb kakovostnemu staranju in solidarnemu sožitju med generacijami. Sledi raziskovanje potreb in virov ter načrtovanje konkretne podobe krajevnega medgeneracijskega središča. Tretja sestavina je uvajanje novih programov za kakovostno staranje in solidarno sožitje generacij ter povezovanje vseh dejavnikov v sinergično delovanje. Krajevno medgeneracijsko središče je vzpostavljeno, ko so dobro opravljene tudi naloge menedžmenta za njegovo samostojno delovanje in razvoj.

Krajevno medgeneracijsko središče je razvojni odgovor na stanje in krizne razmere v začetku 21. stoletja, ki so zrasle iz individualizma, modernizma in drugih prevladujočih silnic polpreteklosti. Pozornost je bila usmerjena na posamezne sestavine, medtem ko so sistemske zakonitosti celote in bistvenih odnosov v njej ostale v ozadju. Družbeni odraz tega so mladinski, upokojski, sindikalni, delavski in podobni enogeneracijski centri po krajevnih skupnostih ob istočasnem krhanju povezanosti vseh treh generacij v celovito družbo. Ta polpreteklost, ki je mnoge vidike visoko razvila, je pustila sedanosti neodložljivo nalogo, da razvije medčloveško sožitje in sodelovanje med posamezniki v družini, delovni skupini in drugih temeljnih človeških skupinah, med skupinami v krajevni skupnosti in med velikimi nacionalnimi, gospodarskimi in verskimi skupnostmi v svetu. Sedanja socialna država živi iz socialnega kapitala tradicije, ni pa razvila mehanizmov za vzgojo v solidarnosti v modernih in informacijskih družbenih razmerah. Ta naloga bo opravljena, ko bo kakovost sožitja v družinah, skupinah in skupnostih dosegla raven današnje materialne blaginje. Vsi programi krajevnega medgeneracijskega središča služijo tej nalogi.

Osnova modela krajevnega medgeneracijskega središča je celostna antropologija: holistično gledanje na človeka v njegovi telesni, duševni, socialni, duhovno-eksistencialni in razvojni razsežnosti. Gre torej za neločljivo dopolnjevanje telesnega, duševnega in socialnega zdravja, za komplementarno povezanost vseh treh generacij ter življenjsko ravnotežje med posameznikom in skupnostjo. Medgeneracijsko središče se pri svojem delu najbolj posveča veznim členom med posamezniki in skupnostjo, to je družini in

drugim skupinam, zlasti tistim, ki jih ljudje oblikujejo po lastni izbiri na principu samopomoči in solidarnosti.

Zamisel in metodologijo za vzpostavljanje in delovanje medgeneracijskih središč smo po letu 2000 razvili na Inštitutu Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje (Ramovš, 2008). Osnova so bila naša raziskovalna spoznanja in praktične izkušnje pri razvijanju in terenskem uvajanju socialne mreže programov za kakovostno staranje in solidarno sožitje med generacijami (www.inst-antonatrstenjaka.si). Doseganje izkušnje pri vzpostavljanju krajevnih medgeneracijskih središč kažejo, da gre za povsem realističen model, ki je primeren za vsako krajevno in drugo skupnost, vendar pa je njegovo uvajanje zahtevna strokovna naloga socialnega menedžmenta, ki je ne morejo izpeljati niti politika in uprave brez povezave z vsemi ostalimi deležniki niti nobeden od njih sam.

Model krajevnega medgeneracijskega središča se povsem ujema z vodilno svetovno strategijo, ki jo v zadnjih letih širi Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) kot odgovor na globalno staranje prebivalstva, to je program Starosti prijaznih mest in podeželskih skupnosti (WHO, 2007; Federal, 2006). Slovenska mreža starosti prijaznih mest in občin v okviru svetovne mreže pri SZO velja za eno od najbolj inovativnih ravno zaradi vsebin iz modela krajevnega medgeneracijskega središča.

LITERATURA

- Bižal Ivanka, Ramovš Ksenija (2015). Fizioterapija postavi starega človeka ponovno na noge. V: *Kakovostna starost*, letnik 18, št. 2, str. 65–82.
- Buber Martin (1999). *Dialoški princip*. Ljubljana: Društvo 2000.
- Dokl Kristina, ured. (2007). *Dom – 80 let delovanja doma upokojenecv Ptuj*. Ptuj: Dom upokojenecv.
- Federal/Provincial/Territorial Ministers Responsible for Seniors (2006). *Age-Friendly Rural and Remote Communities: A Guide*. V: www.health.gov.nl.ca/health/publications/afrc_en.pdf (sprejem 26.11.2012).
- Flaker Vito (1998). *Odpiranje norosti. Vzpon in padec totalnih ustanov*. Ljubljana: Založba I*cf.
- Flaker Vito, Mali Jana, Kodele Tadeja, Grebenc Vera, Škerjanc Jelka, Urek Mojca (2008). *Dolgotrajna oskrba. Očrt potrebe in odgovorov nanje*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Flaker Vito, Nagode Mateja, Rafaelič Andreja, Udovič Nataša (2011). *Nastajanje dolgotrajne oskrbe. Ljudje in procesi – eksperiment in sistem*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Frankl Viktor Emil (2014). *Volja do smisla*. Celje: Mohorjeva družba.
- Fromm Erich (2004). *Imeti ali biti*. Ljubljana: Vale-Novak.
- Grdiša Rok (2010). *Priročnik za načrtovanje sodobnih oblik bivanja starih ljudi*. Ljubljana: Fakulteta za arhitekturo.
- Harari Yuval Noah (2014). *Sapiens. Kratka zgodovina človeštva*. Ljubljana: Mladinska knjiga.
- Hudolin Vladimir (1991). *Alkohološki priručnik*. Zagreb: Medicinska naklada.
- Hvalič Touzery Simona (2007). *Družinska oskrba starih družinskih članov*. Doktorska disertacija. Ljubljana: Univerza v Ljubljani.
- <http://www.inst-antonatrstenjaka.si/gerontologija/slovar/>
- <http://www.uke.de/extern/eurofamcare>.
- Imperl Franc (2012). *Kakovost oskrbe starejših – izziv za prihodnost*. Logatec: Firis Imperl & Co., Seniorprojekt.
- Imperl Franc (2013). Javni domovi na razpotju. V: *Kakovostna starost*, letnik 16, št. 3, str. 3–18.
- Imperl Franc (2014). Možne strategije razvoja domov za starejše. V: *Kakovostna starost*, letnik 17, št. 4, str. 3–22.
- Koropec Jože, Zdovc Vinko, Leban Anton (1998). *Lambrechtov dom Slovenske Konjice*. Slovenske Konjice: Lambrechtov dom.

- Kovačič Peršin Peter, ured. (1998). *Personalizem in odmevi na Slovenskem*. Ljubljana: Društvo 2000.
- Laing D. Roland, Phillipson H. and Lee A. R. (1966) *Interpersonal Perception: A Theory and a Method of Research*. London: Tavistock.
- Laing D. Roland (1967) *The Politics of Experience and the Bird of Paradise*. Harmondsworth: Penguin.
- Pflegezeitgesetz vom 28. Mai 2008. V: http://www.beck-shop.de/fachbuch/inhaltsverzeichnis/SGB-XI-Soziale-Pflegeversicherung-9783406653582_0705201306151616_ihv.pdf.
- Ramovš Jože (2003). *Kakovostna starost. Socialna gerontologija in gerontagogika*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka in SAZU.
- Ramovš Jože (2008). Krajevno medgeneracijsko središče. V: *Kakovostna starost*, letnik 11, št. 1, str. 26–45.
- Ramovš Jože (2012). *Za kakovostno staranje in lepše sožitje med generacijami*. 3. dopolnjena izdaja. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.
- Ramovš Jože, ured. (2013). *Staranje v Sloveniji. Raziskava o potrebah, zmožnostih in stališčih nad 50 let starih prebivalcev Slovenije*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.
- Ramovš Jože (2015). Razbremenilna pomoč (družinskim oskrbovalcem). V: *Kakovostna starost*, letnik 18, št. 2, str. 58–60.
- Ramovš Ksenija (2015). Razbremenitev družinskih oskrbovalcev z vidika ZDA in nekaterih evropskih držav. V: *Kakovostna starost*, letnik 18, št. 2, str. 22–33.
- Rudel Drago, Ličer Nina, Oberžan Darko (2010). *Telemedicinske storitve v okviru oskrbe na domu na daljavo – storitve »rdeči gumb«?* V: *Informatica Medica Slovenica 2010*; 15 (supl): [http://ims.mf.uni-lj.si/archive/15\(supl\)/13.pdf](http://ims.mf.uni-lj.si/archive/15(supl)/13.pdf).
- Rugelj Janez (1983). *Uspešna pot. Partnersko zdravljenje alkoholizma in bolnih odnosov v družini*. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije.
- Svet EU (2005). *Zelena knjiga »Odziv na demografske spremembe: nova solidarnost med generacijami«*. Bruselj, 2005, uradni slovenski prevod.
- Sveto pismo. *Slovenski standardni prevod iz izvornih jezikov*. Ljubljana: Svetopisemska družba Slovenije 1996.
- Trstenjak Anton (1981). *Psihologija ustvarjalnosti*. Ljubljana: Slovenska matica.
- Trstenjak Anton (1992). *Pet velikih*. Ljubljana: Slovenska matica.
- WeDO. Za dobro počutje in dostojanstvo starejših. Evropski okvir kakovosti storitev dolgotrajne oskrbe; www.wedo-partnership.eu.
- WHO (2007). *Global Age-friendly Cities: A Guide*. Geneva: World Health Organization. www.inst-antonatrstenjaka.si.

Kontaktne informacije:

Jože Ramovš

Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje
Resljeva 11, p. p. 4443, 1001 Ljubljana
joze.ramovs@guest.arnes.si