
Simona Hvalič

Ohranjanje dostojanstva starih oseb v sistemih socialnega varstva Evrope

POVZETEK:

Število starih ljudi v državah članicah Sveta Evrope se povečuje tako v absolutnem številu kot v relativnem deležu. Zdravje in blagostanje starih ljudi sta močno povezana z dostopnostjo in kvaliteto zdravstvenih in socialnih storitev. V vseh državah članicah priznavajo, da so potrebe ranljivih starih ljudi prioriteta naloga socialne politike. Vendar pa imajo nekatere države boljše nekatere pa manj razvite zdravstvene in socialne storitve za stare. Kakšne oblike pomoči so na voljo odvisnim starim ljudem v izbranih devetih državah, si bomo pogledali preko analize primera, ki smo ga dobili vsi udeleženci multilateralnega seminarja Sveta Evrope »Zagotavljanje dostojanstva starih oseb v formalnih in neformalnih sistemih socialnega varstva«, ki se je odvijal 7.-8. novembra 2002 v Budimpešti.

Ključne besede: stari ljudje, zdravstveno varstvo, socialno varstvo, študija primera v več državah

***AVTORICA:** mag. Simona Hvalič je univerzitetna diplomirana sociologinja. Po opravljenem mednarodnem podiplomskem študiju se je zaposlila na Inštitutu Antona Trstenjaka, kjer sodeluje pri različnih raziskovalnih projektih ter pri medgeneracijskih programih za kakovostno starost.*

SUMMARY:

Ensuring dignity of elderly persons in European care systems

Both the absolute number and the relative percentage of elderly people are growing in a number of Council of Europe member States. The availability and quality of health and social care services are important determinants of health and well-being for this group. The needs of vulnerable elderly people are being recognised as a priority in public policy-making and in the allocation of resources within all the Council of Europe countries. Yet there are some countries that are more successfully developing different services for elderly people than others. Services available for dependent elderly people in 9 chosen countries will be shown through the case, given at the multilateral seminar of Council in Europe »Ensuring dignity of elderly persons in formal and informal care systems«, held in Budapest on 7th-8th November, 2002.

Key words: old people, health care, social care, case study in few countries

***AUTHOR:** Simona Hvalic, M.A., is a sociologist. After international postgraduate study she started working at the Anton Trstenjak Institute where she co-operates at diverse research projects and at intergenerational programmes for quality ageing.*

Problematika staranja prebivalstva in z njo povezano naraščanje in spreminjanje potreb že dolgo časa zaposluje strokovnjake z vsega sveta. Svet se namreč naglo stara. Ne samo razvite države, ampak tudi manj razvite in nerazvite v naslednjih desetletjih čaka demografska eksplozija starega prebivalstva. Na nove in edinstvene razmere v zgodovini človeštva se je treba ustrezno pripraviti. V tem se države razlikujejo, čeprav je cilj vseh, da bodo čim bolj ustrezno pripravljene na socio-demografske spremembe.

Zavedati se je treba, da so ljudje v tretjem življenjskem obdobju zelo heterogeni. Tako je v razvitem svetu vsaj 75% ljudi, ki so stari nad 60 let in so zmožni skrbeti za svoje potrebe brez tuje pomoči (Redburn, 1998 v Ramovš, predvidoma 2003). Nadaljnjih deset in več odstotkov je povsem v skrbi domačih. Samostojno in ob delni pomoči družine ali pa neformalne mreže živi na svojem domu 90% starih ljudi. Večina starih ljudi ima torej možnost, da živi polno, samostojno in kvalitetno življenje (Ramovš, predvidoma 2003).

Imamo pa tudi takšne stare ljudi, ki so odvisni od pomoči drugih in brez različnih storitev ne morejo živeti kakovostnega življenja. Ta članek se ukvarja z zadnjima dvema skupinama starih ljudi, t.j. s tistimi, ki potrebujejo delno ali popolno pomoč pri opravljanju vsakdanjih življenjskih potreb. To so pogosto ljudje v visoki starosti, ki so hkrati tudi starostna skupina, ki najhitreje narašča.

V začetku novembra smo imeli predstavniki devetih držav ter Sveta Evrope seminar »Zagotavljanje dostojanstva starih oseb v formalnih in neformalnih sistemih socialnega varstva«. Seznanili smo se s trenutno situacijo na področju socialnega in zdravstvenega varstva starih ljudi v različnih državah ter s prizadevanji Združenih narodov in Sveta Evrope na tem področju.

Zdravje in blagostanje starih ljudi sta močno povezana z dostopnostjo in kvaliteto zdravstvenih in socialnih storitev. Nekatere države imajo bolj razvite zdravstvene in socialne storitve kot druge, kar je posledica ekonomske situacije, proračuna in prioritet, ki jih ima domača politika. Vendar pa so, kot bo pokazala nadaljnja analiza, ponekod obstoječe storitve za stare ljudi, ki ne morejo več živeti neodvisno, zelo raznovrstne, a včasih nezadostne. Pogledali si bomo primer, ki smo ga dobili vsi udeleženci multilateralne seminarja Sveta Evrope v Budimpešti in na podlagi katerega smo pripravili analizo stanja v naših državah:

»Gospod D. je poročen, star 81 let in ima dva otroke; hčerko, ki je poročena in živi v soseščini, medtem ko sin živi 100 kilometrov stran. Par prejme mesečno 500 evrov (cca. 115.000 SIT). Gospod ima že 20 let težave s povečanim krvnim pritiskom.

Pred kratkim ga je zadela kap in mu ohromila desno stran telesa ter povzročila nemost. Po 10-dnevnem bivanju na oddelku splošne medicine je bil prestavljen na rehabilitacijski oddelek. S pomočjo rehabilitacije si je delno opomogel, tako da je lahko prehodil nekaj metrov brez pomoči. Gibljivosti zgornjih okončin in govor se nista izboljšala. Tako je ostal odvisen od drugih ljudi pri opravljanju najosnovnejših stvari (oblačenje, higiena, itd.). Jedel je sicer lahko sam, vendar pa mu je moral hrano nekdo pripraviti. Razumel je vsak pogovor, komuniciral pa je preko pisanja, kljub težavam z levo roko. Ponoči je prihajalo do težav pri mišici zapiralki.

Njegova žena je vztrajala pri tem, da so ga odpustili v domačo oskrbo, vendar pa so morali okolje prilagoditi njegovi bolezni: namestiti bolniško posteljo, mobilno stranišče. Domov se je vrnil s pomočjo svoje hčerke, vendar pa je dvakrat dnevno potreboval pomoč pri higieni in trikrat tedensko fizioterapijo (vaje za pomoč pri hoji).

Pet mesecev pozneje je bil ponovno hospitaliziran zaradi kapi. Postal je popolnoma odvisen; ne more hoditi, ne zadrži vode ne blata (mišica zapiralka ne dela več). Z ženo želita, da bi ga vrnil domov, vendar pa si finančno ne moreta privoščiti 24-urne pomoči.

Načrtujejo institucionalizacijo. Pacient ne more izraziti pristanka na to; s svojim obnašanjem pa kaže, da meni, »naj naredijo kar želijo«. Žena je šokirana zaradi tega; je panična, ker imata premalo denarja za pomoč na domu in zaradi slabih razmer v instituciji. Njuno edino premoženje je hiša, v kateri živita in za katero želita, da jo bosta podedovala otroka.«

Naj pred nadaljevanjem opozorim, da sem analizo danega primera zaradi pomanjkljivosti podatkov v izvirniku spremenila in dopolnila. Le v primeru Madžarske, Litve in Malte je tekst ostal v veliki meri podoben predstavitvi, ki smo jo slišali udeleženci seminarja. Situacija v Latviji je opisana brez uporabe predstavljenega gradiva.

ČEŠKA

prebivalstvo: **10.256.760** (2002)

delež prebivalstva, starega nad 65 let: **14%** (2002)

Vir: CIA-The World Factbook 2002

Češka do začetka 90-ih let ni imela težav s staranjem prebivalstva, zato so socialni programi še razmeroma slabo razširjeni. Vendar pa so v državi zaradi nedavnih družbenih in demografskih sprememb začeli s pripravo Nacionalnega programa priprave na staranje 2003-2007 v katerem med drugim predvidevajo povečanje in razširitev socialnih storitev za stare ljudi.

Vendar pa nas zanima, kaj čaka nekoga, kot je gospod D. v tem trenutku. **Geriatриčne bolnice** so dostopne za majhno število ostarelih pacientov, zato je večina sprejeta v oddelke splošne bolnice. Imajo le dve geriatриčni bolnici v Pragi in Brnu in nekaj **geriatриčnih oddelkov** v bol-

nicah v nekaterih manjših mestih. Tako je večja verjetnost, da bo gospod D. sprejet v splošno bolnico, kjer bodo poskrbeli zanj. Po končanem zdravljenju in rehabilitaciji v bolnici bo imel možnost fizioterapije na domu. Rehabilitaciji v bolnici in na domu se finančno pokrivata iz sredstev splošnega zdravstvenega zavarovanja. Vendar pa v državi nimajo specializiranih rehabilitacijskih oddelkov, temveč le splošne oddelke, kjer dobijo pomoč ljudje različnih starosti (Sedláčková, 2002).

Ekonomski standard starih ljudi na Češkem je nizek. S slabimi finančnimi razmerami se spoprijema tudi gospod D. iz našega primera. Zato so zanj dostopne le storitve, ki so v veliki meri ali popolnoma finančno krite iz javnih sredstev oziroma jih za minimalno plačilo zagotavljajo nevladne organizacije. Ker so **storitve na domu** omejene, bo ostal v veliki meri odvisen od svojih dveh otrok. Tovrstna pomoč je nekaj običajnega v državi, v kateri tri četrtine oskrbe starih ljudi zagotavlja neformalni sektor. Neformalno pomoč na domu prejema 90,8% ljudi starejših od 60 let, medtem ko je v profesionalno pomoč na domu zajeto 6,4% ljudi te starosti (CR-Core statistic, 2000). To pa je odstotek, ki kljub vsemu dopušča verjetnost, da bo gospod D. v času bivanja v domačem okolju prejemal pomoč na domu. Zagotavlja jo država, nevladne ali pa cerkvene organizacije. Pomoč na domu v glavnem nudijo patronažne sestre, socialni delavci in fizioterapevti in se v veliki meri financira iz splošnega socialnega zavarovanja.

Po drugi kapi bo imel gospod D. možnost bivanja v **domu za stare**. Teh imajo na Češkem 329, s kapaciteto 35.182 mest, ter 152 ustanov s kapaciteto 12.600 mest za starostne upokojenke. Skupno v vseh institucijah biva 2,9% starejših ljudi od 60 let; na sto tisoč ljudi pride 2565 postelj (CR-Core statistic, 2000). To pomeni, da so čakalne vrste velike. Institucije so financirane iz splošnega zdravstvenega in socialnega zavarovanja.

ESTONIJA

Prebivalstvo: **1.415.681** (2002)

delež prebivalstva, starega nad 65 let: **15,1%** (2002)

Vir: CIA-The World Factbook, 2002

Estonija je država s četrtno upokojenega prebivalstva, med katerim zaradi nizkih pokojnin mnogi živijo v slabih razmerah. Pod mejo revščine živi četrtna celotnega prebivalstva in tretjina starega prebivalstva. Za revščino starega prebivalstva obstajajo številni razlogi. Glavni pa so nizke pokojnine, ki so v letu 1998 v povprečju predstavljale 40% povprečne estonske plače. Stari ljudje v Estoniji tudi pogosto živijo sami, kar vodi v relativno visoke stroške za življenje. Po podatkih iz leta 1997 so samske upokojene osebe tvorile 49% vseh upokojenskih gospodinjstev. Skoraj polovica upokojenskih gospodinjstev porabi dobro četrtno pokojnine za stroške bivanja, za prehrano pa kar dobra polovica porabi pol pokojnine. Stari ljudje nimajo možnosti, da bi se izognili tem osnovnim stroškom, kar močno znižuje kvaliteto njihovega življenja (1999, Poverty reduction in Estonia). O majhnih možnostih za izboljšanje razmer starih ljudi priča tudi sledeča analiza primera.

V Estoniji **nimajo geriatričnih bolnic ali oddelkov**, zato bo gospod D. dobil pomoč v specializiranem oddelku splošne bolnice, kjer zdravijo bolnike z njegovo diagnozo. V začetku bo rehabilitacijo lahko dobil na poakutnem bolnišničnem oddelku, vendar pa ti oddelki še niso razširjeni po celotni državi. Možnost za nadaljevanje rehabilitacije po odhodu iz bolnice ni, saj v Estoniji nimajo razvite fizioterapije na domu.

V času bivanja na svojem domu bo lahko dobil **pomoč na domu**, ki je organizirana lokalno in jo zagotavljajo ter vodijo centri za socialno delo. Delež prejemnikov pomoči na domu je narasel iz 0,34% v letu 1997 na 0,41% v letu 2000. 80 % teh uporabnikov so stari ljudje (Piret, 2000).

Pomoč na domu včasih zagotavljajo ljudje, ki za tovrstno delo niso posebej usposobljeni ali pa so to ljudje, ki opravijo krajše tečaje s področja skrbi za stare ljudi. Financiranje te pomoči se razlikuje glede na regijo, vendar pa jo tistim, ki živijo sami in so brez otrok, praviloma financira občina. Imajo le nekaj agencij, ki ponujajo te storitve samoplačnikom (Saks, 2002).

Odgovornost za socialno skrb starih ljudi je v rokah lokalnih oblasti, vendar pa te nimajo zadostnih sredstev, da bi naglo razvile potrebno mrežo pomoči na domu ter domov za stare.

Glede na zdravstveno stanje po drugi kapi, bi imel gospod D. na voljo dve možnosti: nastanitev v **državnem domu za stare**, kjer v glavnem zagotavljajo le socialno-varstveno pomoč, ali pa v **negovalni bolnici**, kjer dobijo pomoč tisti, ki imajo poleg socialnih tudi zdravstvene potrebe (Saks, 2002). Do tovrstne »hospitalizacije na temelju socialnih potreb« pride v približno 20% do 25% primerov. Bivanje v negovalnih bolnicah se do dveh mesecev financira preko zdravstvenega zavarovanja, po tem času pa je ta storitev samoplačniška. Le v nekaj regijah bivanje (do dveh mesecev) v negovalnih bolnicah delno sofinancira tudi občina. To pomeni, da bi gospod D. glede na slabe finančne razmere nujno potreboval finančno pomoč obeh otrok, če bi želel bivati v tej instituciji. Sicer pa bo šel lahko tudi v dom za stare, kjer bo moral plačati stroške za nastanitev in prehrano. Bivanje v teh domovih le izjemoma financira občina in to le v primerih, ko oseba nima dovolj finančnih sredstev in je brez otrok. Če ima otroke, morajo ti plačati za oskrbo. V domovih za stare biva 1,5% ljudi, starih nad 65 let (Piret, 2000).

V Estoniji imajo samo **dva dnevna centra** za dementne osebe. Gospod D. zaradi drugačne narave bolezni ne bo mogel uporabljati te storitve.

Glede na omenjeno situacijo je očitno, da v tej državi skrb za stare ljudi še vedno v veliki meri leži na družinskih članih in da največjo varnost na stara leta ljudem predstavljajo otro-

ci. Če otrok nimajo, je njihova usoda še bolj negotova, saj so čakalne liste za sprejem v domove dolge. Gospod bo tako zaradi razmer v državi prisiljen, da za pomoč prosi tudi svoja otroka.

Trenutna situacija v Estoniji za stare ljudi torej ni lahka, vendar pa v državi v naslednjih letih načrtujejo spremembe na področju socialnega varstva starih ljudi. Načrtuje se večja integracija med socialnimi in zdravstvenimi delavci, razvoj geriatrije, negovalni dom za stare, večja podpora negovalcem, usposabljanje za patronažne sestre itd.

FRANCIJA

prebivalstvo: **59.190.625** (2001)

delež prebivalstva, starega nad 65 let: **16,3%** (2002)

Vir: 2002, France in facts and figures

V Franciji bo gospod D. po kapi sprejet na zdravstveni oddelek za urgentne primere. V mnogih regijah v državi ti oddelki niso prilagojeni starim ljudem. Število oddelkov, kjer nudijo **geriatrično pomoč**, je namreč močno omejeno. Sicer pa dajejo v Franciji močan poudarek geriatriji. V geriatričnih oddelkih nudijo zdravstveno pomoč in rehabilitacijo resno bolnim starim ljudem. Rehabilitacija v domačem okolju je v veliki meri odvisna od politike bolnic (Legrain, 2002).

Geriatrični oddelki v splošnih bolnicah delujejo na različnih nivojih. Če je oseba hospitalizirana, ne ostane na geriatričnem oddelku, temveč je premeščena v poseben oddelek, specializiran za njeno bolezen; v primeru gospoda D. na oddelek za bolnike po kapi. Kljub temu pa te osebe lahko dobijo tudi geriatrično pomoč, saj imajo bolnice mobilne geriatrične enote. To storitev krije samoplačniško 30% pacientov, revni ljudje pa dobijo socialno pomoč. Francija ima na voljo tudi posebno prilagojene **dnevne bolnice**. Na ta način se izognejo dolgoročnemu

bivanju pacientov v običajnih bolnicah (Legrain, 2002). To je možnost, ki bo verjetno na voljo gospodu D.

Pred odpustom pacienta iz bolnice posebna **postrehabilitacijska enota** preveri, ali domače okolje pacienta ustreza njegovemu zdravstvenemu stanju. Po potrebi, s privoljenjem pacienta in njegove družine, preuredijo stanovanje njegovim novim potrebam (če je oseba na primer na vozičku, se prilagodi dostop do dnevnih prostorov, toaletnega prostora itd.). (Legrain, 2002). Ta storitev bo na voljo tudi gospodu D.

Po odhodu iz dnevne bolnice se bo gospod D. vrnil na svoj dom. Težnja države je namreč bivanje v domačem okolju, dokler je to mogoče, zato tudi ni presenetljivo, da v domačem okolju živi 94,3% ljudi, starih nad 60 let, 87,8% nad 75 let ter 80,8% nad 80 let. Bivanje doma se podaljšuje s pomočjo storitev, kakršna je na primer **pomoč na domu**. Leta 1999 je ena tretjina (2,3 milijone gospodinjstev) vseh gospodinjstev z vsaj eno osebo staro, nad 65 let prejela zunanjo pomoč na domu, kar pomeni, da je to formalno pomoč v letu 1997 dobilo 6,1% vseh starih ljudi (Jacobsone, 1998: 68). Tovrstna pomoč je lahko brezplačna ali pa plačljiva, odvisno od finančnih razmer osebe, ki jo potrebuje. Gospod D. bo verjetno za stroške pomoči na domu plačal minimalni znesek. Sicer pa je takšnih ljudi skoraj milijon in pol (Christel, 2000). Poleg javne obstaja tudi privatna pomoč, vendar pa so v primerih, ko so storitve subvencionirane, običajno prva izbira javne službe. Pomoč na domu lahko zagotavljajo osebe, ki delajo za različna društva, dejavna na področju starih ljudi, in imajo certifikat kvalitete, ki ga izdaja ministrstvo. Te organizacije oziroma društva nudijo socialno oskrbo. Sicer pa obstaja možnost, da družinski člani (razen zakonski partner, ki ni upravičen do tovrstnega plačila) prejmejo pomoč za nego družinskega člana. Vendar pa je to finančno podpora težko

pridobiti, saj je težnja države, da bi pomoč na domu opravljalo le strokovno usposobljeno osebje.

Gospod D. bo lahko občasno uporabljal storitve **dnevnega centra** (accueil de jour), kjer potekajo različne dejavnosti; terapevtske in socialno-varstvene. Ti centri so namenjeni starim, dementnim in hendikepiranim ljudem in so financirani iz različnih virov. Glede na to je določeno tudi plačilo za storitve. Lahko so privatni, nevladni ali javni in podaljšujejo bivanje starih ljudi v domačem okolju. Sicer pa obstajajo tudi **posebni centri** (centre de jour), kjer stari ljudje v glavnem dobijo zdravstveno nego (predvsem psihoterapijo in odkrivanje demence). Vendar pa so ti centri, ki so delno kriti iz sredstev socialnega zavarovanja, maloštevilni, zato morda težje dostopni za našega gospoda (Durand-Gasselín, 2002).

Gospod in gospa D. bosta lahko za svojo varnost in poučenost o danih možnostih, uporabljala tudi storitve **informativnega centra Klik**. Teh je okoli 1000. Med drugim koordinirajo povezave med institucijami, ki s starimi ljudmi delujejo na različnih nivojih. Tovrstni centri uporabnikom omogočajo varnost na njihovem domu. Poleg centra Klik so starim ljudem na voljo tudi storitve na daljavo preko telekomunikacijskih sredstev, dostava dnevnih obrokov ter različne oblike stanovanj za stare ljudi. Od teh treh možnosti bi bila za gospoda in gospo D. še najbolj privlačna dostava hrane na dom.

Začasna možnost za gospoda po drugi kapi bi lahko bila dnevna bolnica, o kateri smo že govorili. Ker je popolnoma odvisen od drugih, bo zanj, dolgoročno gledano, še najboljša rešitev institucionalizacija. Institucionalna pomoč starim ljudem je zagotovljena v **negovalnih domovih** za stare ter v **starostnih domovih**. Prejema jo 6,5% ljudi, starih nad 65 let (Jacobzone, 1998). Star človek mora podpisati privolitev, da gre v dom, sicer se ga tja proti njegovi volji ne namesti.

LATVIJA

prebivalstvo: **2.366.515** (2002)

delež prebivalstva, starega nad 65 let: **15,6%** (2002)

Vir: CIA-The World Factbook 2002

Sistem socialne nege v lokalni skupnosti v Latviji, ki je bil v času sovjetske okupacije popolnoma porušen, je bil ponovno vzpostavljen z reformo socialnega sistema leta 1996 (Social care, 1996). Danes sta država in lokalna oblast tisti, ki v glavnem zagotavljata socialne storitve za odrasle, čeprav so dejavne tudi nevladne organizacije in je ohranjena pomembna vloga civilne družbe. Reforma socialnega sistema poteka počasi; alternativne oblike nege se počasi razvijajo, število mest v domovih za stare se ne povečuje.

Gospod D. bo hospitaliziran v splošni bolnici. V bolnicah imajo 17 geriatričnih oddelkov, kjer so dolge čakalne vrste.

Gospod D. bo imel po odpustu iz bolnice na voljo kar nekaj storitev, ki mu bodo olajšale bivanje na njegovem domu. Prva takšna storitev je **patronažna zdravstvena služba**, ki je dobro razvita. Druga storitev je **pomoč na domu**, ki se je razvila šele v zadnjih letih. Zagotavljajo jo na lokalnem nivoju, namenjena pa je vsem osebam, ki ne zmorejo skrbeti same zase; poleg bolnih starih ljudi jo lahko prejemajo tudi otroci in odrasle osebe s posebnimi potrebami. Število uporabnikov se povečuje, tako da jih je bilo leta 2000 kar 6.818, od tega tretjina upokojencev in upokojenk. V ta namen je bilo porabljenega 22,2% celotnega občinskega proračuna. Sicer pa je drastično naraslo tudi število ljudi, ki prejemajo **denarno nadomestilo za nego**; v letu 1999 so jih občine odobrile 1.979 ljudem, leta 2000 pa že 5.608. Do tovrstnega finančnega nadomestila bo imel verjetno pravico tudi gospod D., vendar pa bo na pridobitev nadomestila močno vplivalo, v katerem območju države živi. Večino odobrenih prošenj namreč dobijo ljudje, ki živijo v glavnem mestu (Social report, 2001:39).

Sicer pa v državi razvijajo tudi mobilne enote ter posebna stanovanja, v katerih dobijo pomoč na domu iz bližnjih institucij. Tovrstna oblika pomoči je zelo priljubljena.

Še ena oblika storitev, ki bi lahko bila po prvi kapi občasno uporabna za gospoda in gospo D., so **dnevni centri**, ki so prav tako novejšega datuma in so v pristojnosti občin, ki jih hkrati financirajo. V letu 2000 so imeli le 15 dnevnih centrov, namenjenih izključno starim ljudem, ter še 18 centrov za ljudi z različnimi potrebami. Pomoč na domu in dnevni centri kot alternativa institucionalni obliki pomoči ne zadovoljujejo povpraševanja (Social report, 1998, 2001).

Omeniti je treba še dve obliki pomoči, ki sicer nista namenjeni ljudem z diagnozo gospoda D., vendar imajo pomembno vlogo pri socialnem varstvu starih ljudi. Gre za **29 negovalnih institucij za duševno bolne ljudi ter socialnih centrov za osebe s posebnimi potrebami**, ki so prenapolnjeni. Za vstop v tovrstne institucije je treba dolgo čakati, zato je potreba po razvoju alternativnih oblik pomoči za ljudi s posebnimi potrebami še veliko večja. Financirani so iz državnega proračuna.

Velika je verjetnost, da bodo gospoda D. po drugi kapi poskusili namestiti v **dom za stare ljudi**. Besedo »poskusili« uporabljamo zato, ker je težko dobiti prosto mesto v njih. Zelo zgovoren je podatek, da so imeli v letu 2000 v domovih 4.709 oskrbovancev. V istem letu pa so jih vanje sprejeli le 1.434. Sicer imajo v državi 62 tovrstnih domov, kjer nudijo socialno pomoč starim ljudem. Financirajo jih občine, vendar morajo oskrbovanci, če to zmorejo, sami plačati bivanje in storitve (Social report, 1998, 2001).

Gospod D. bo imel vse omenjene možnosti na voljo, če živi v večjem mestu. Sicer bodo storitve precej bolj omejene. Dejstvo namreč je, da je v Latviji socialna pomoč neproporcionalno razporejena v ruralnih in mestnih okoljih. V ruralnih območjih se soočajo s pomanjkanjem

denarja, osebja, socialnih delavcev, nerazvito infrastrukturo, z nezadostno alternativo in dopolnilom institucionalni oskrbi. Tako so v takšnih območjih ostareli starši zelo odvisni od svoje družine in neformalne mreže.

LITVA

prebivalstvo: **3.475.586** (2002)

delež prebivalstva, starega nad 65 let: **14,2%** (2002)

Vir: Statistic-Population of Lithuania, 2002

Litva je država, ki od svoje samostojnosti naprej daje poseben poudarek razvoju socialne politike za stare ljudi. Zanj je značilno, da podpira in vzpodbuja sodelovanje med državo in nevladnimi organizacijami. To se nazorno vidi tudi na lokalni ravni.

V državi imajo le **nekaj geriatričnih oddelkov**, ki so financirani kot oddelki splošne medicine. Ti niso enakomerno porazdeljeni po državi, tako da bi območje, kjer gospod D. živi, ključno vplivalo na to, ali bo lahko dobil pomoč v geriatričnih oddelkih ali pa na splošnem oddelku. Sicer pa je v državnem programu o geriatrični medicini 2003-2006 predviden tudi njen nadaljnji razvoj.

Življenje v domačem okolju po rehabilitaciji mu bo s široko paletto storitev, ki omogočajo staremu človeku, da kljub onemoglosti še naprej živi v svojem stanovanju (svetovanje, osebna nega, priprava hrane, socialne storitve, pogovor, hišna opravila, organizacija socialnih in zdravstvenih storitev itd.), olajšala **pomoč na domu**. Vpeljana je bila leta 1999 in je financirana ter organizirana s strani občin. Zagotavljajo jo negovalke-strežnice, specialist-i/ke za zdravstveno nego in prostovolj-ci/ke. V letu 2001 je to storitev prejemale sedem tisoč oseb, kar pomeni 0,5% starih ljudi, oziroma 1,2% ljudi, ki so odvisni od tuje pomoči. Osnovne storitve so financirane s strani občin, medtem ko morajo družinski

člani ali sorodniki plačati za dodatne storitve, ki jih stara oseba glede na svoje razmere nujno ne potrebuje, a jih vseeno želi (Buivydaite, Macijauskiene, 2002).

Resna zdravstvena situacija, ki ne omogoča več življenja v domačem okolju, je omejila izbiro storitev, primernih za gospoda D. Ponovno bo odvisno od območja, kjer živi, ali bo imel na voljo bivanje v domu za stare ali pa v negovalni bolnici. Socialna oskrba je zagotovljena v 93-ih **domovih za stare ljudi**; 8 jih je pod nadzorstvom okrožij, 55 je občinskih in 30 nevladnih ter župnijskih domov. Skupno je v domovih kapacitet za 4500 starih ljudi, oziroma za 1,2% vseh starih ljudi. Domovi za stare, ki so pod nadzorstvom okrožij, so trenutno financirani iz državnega proračuna, vendar pa namerava država v prihodnosti na občine prenesti finančno in organizacijsko odgovornost zanje. Država naj bi v prihodnosti organizacijsko in finančno skrbela za socialno oskrbo invalidnih in resno obolenih starih ljudi (Buivydaite, Macijauskiene, 2002).

V okrožjih, kjer nimajo domov za stare, je starim ljudem omogočeno bivanje v negovalnih oddelkih v lokalnih bolnicah. Ta negovalna mesta so odkupljena s strani občin.

V Litvi so leta 1996 reorganizirali nekatere bolnišnice in tako oblikovali **negovalne bolnice**, v katerih je postelj za 0,1% vseh starih oseb. Te negovalne bolnice so v pristojnosti občin ali okrožij. Pacienti pridejo vanje na priporočilo splošnega zdravnika neposredno iz domačega okolja ali pa iz bolnice. Stroške za bivanje do 120 dni krije Državna fundacija za paciente. Če pacient ostane dlje časa od predvidenih 120 dni, krijeta stroške za skrb družina ali pa občina, ki zakupi mesto v bolnici. Negovalne bolnice zagotavljajo zdravstveno nego, rehabilitacijo, zaposlene pa imajo tudi socialne delavce (Buivydaite, Macijauskiene, 2002).

MADŽARSKA

prebivalstvo: **10.175.000** (januar 2002)

delež prebivalstva, starega nad 65 let: **14,8%** (2002)

Vir: Hungary in figures 2002; CIA-The World Factbook 2002

Starim ljudem so glede na kraj bivanja na voljo različne oblike pomoči. Največji problem predstavlja pomanjkanje sredstev za storitve za stare ljudi, zato tudi prihaja do neenakomerne porazdelitve storitev v državi. Problem predstavlja tudi nepoučenost o storitvah, ki so starim ljudem na voljo. Razvoj dodatnih oblik pomoči in izgradnja novih domov za stare ljudi poteka počasi in ne v skladu s potrebami. Pri pridobivanju finančnih sredstev je stopnja tekmovalnosti med zdravstvenim in socialnim sektorjem visoka, saj je sredstev za oba sektorja premalo. Na državnem nivoju je premajhen interes za potrebe stare populacije, zato je pri zagotavljanju pomoči starim pomemben nevladni sektor: cerkvene organizacije, fundacije, društva, privatne organizacije.

Gospod D. bo po kapi sprejet v **bolnico**. Vendar pa so te prenapolnjene in v njih primanjkuje osebja, finančnih sredstev in postelj, zato je postala praksa, da se ljudi kar najhitreje odpušča nazaj v domačo oskrbo. Poleg tega ima samo nekaj bolnic oddelke za bolnike, ki jih je zadela kap, in oddelke za rehabilitacijo. Gospoda in gospo D. bo obiskala socialna delavka in se pogovorila o pomoči, ki jo potrebujeta, ter bo na podlagi tega pripravila socialni načrt. Nekateri socialni delavci opravljajo administrativno službo, ki koordinira različne storitve za bolne stare ljudi. Ta paket storitev je kombinacija dolgoročnih storitev in neformalnih storitev, ki jih zagotavljajo država, družina ali prostovoljci. Svetujejo jo tistim z različnimi težavami (Tal-yigás, 2002).

Po prihodu domov bo imel gospod D. pravo do obiskov **patronažne sestre**. Vendar pa sta pogostost in trajanje obiskov omejeni, saj je ta storitev financirana iz splošnega zdravstve-

nega zavarovanja. Sicer je mogoče dobiti tudi nadaljnjo zdravstveno oskrbo na domu, vendar pa je ta zelo draga. Poleg tega tovrstne službe niso dostopne v majhnih mestih.

Pomoč na domu zagotavlja paleto storitev; od zdravstvenih pa do socialnih, osebnih, zakonskih, finančnih itd. Dostop do teh storitev je omejen, potrebe pa so velike, saj bolnice zmanjšujejo število dni, ki jih bolna oseba preživi v bolnici. Pomoč na domu je časovno omejena. Plačilo za storitve se določa na podlagi prihodkov stare osebe. Vendar pa med vikendom te storitve niso dostopne (Talyigás, 2002).

Najboljša rešitev po drugi kapi za gospoda D. bo namestitev v institucijo, kar pa ima kar nekaj slabosti. V institucionalno oskrbo je vključenih le 2% starih ljudi (Hegyesi-Óros, 2002), kar je občutno premalo glede na naraščajoče število starega prebivalstva in ob tem tudi deleža bolnih starih ljudi. Poleg tega kvaliteta institucionalne oskrbe/nege v večini ne dosega standardov Evropske unije. Na Madžarskem imajo le nekaj institucij, kjer je omogočeno krajše bivanje za stare ljudi. Gre za obliko pomoči, ki je v veliki meri namenjena družinskim negovalcem, saj jih začasno razbremenijo odgovornosti za stare ljudi. Prejemnik pomoči začasno, od dveh do treh mesecev, maksimalno eno leto, biva v bolnici ali v negovalnem domu. Glede na omejen dostop do domov za stare bi bila začasna možnost za gospoda D. tudi tovrstna oblika pomoči, vendar pa so realne možnosti, da bi jo prejemal, precej majhne. Tovrstna pomoč namreč ni širše dostopna, prav tako ne hospic institucije (Talyigás, 2002).

Sicer na Madžarskem razvijajo tudi druge oblike pomoči, kot so na primer centri za dolgoročno oskrbo, ki med drugim zagotavljajo dovoz kosil. Pri tem sodelujejo nevladne organizacije. Cena za storitve je odvisna od prihodka uporabnika. V državi imajo razvite tudi dnevne centre za stare ljudi.

Zaradi premajhne razvitosti storitev za stare je vloga družine izjemno pomembna. Zato je pogosto **družinsko negovanje starih ljudi**. Osebe brez otrok se zanašajo na pomoč drugih sorodnikov, sosedov, prijateljev. Hčerka, ki bi negovala očeta, gospoda D., je upravičena do določenega finančnega nadomestila, vendar pa to znaša največ 21.000 SIT. Poleg tega upokojeni družinski člani, ki negujejo staro osebo, nimajo pravice do finančnega nadomestila (Talyigás, 2002).

MALTA

prebivalstvo: **397.499** (2002)

delež prebivalstva, starega nad 65 let: **12,8%** (2002)

Vir: CIA-The World Factbook 2002

Zadnja desetletja je na Malti eno osrednjih področij socialne politike staranje prebivalstva in z njim povezane spremembe ter potrebe. Na Malti je obdobje starosti določeno s 60-imi leti. Takrat dobi oseba pravico do številnih storitev in ugodnosti. Ponudba storitev je heterogena in sega od pomoči v domačem okolju do storitev v lokalni skupnosti in institucionalne oskrbe. Storitve za stare ljudi ne zagotavlja le država, temveč imata pomembno vlogo tudi Cerkev in privatni sektor. V zadnjih letih prihaja pri skrbi za stare ljudi do sodelovanja med državo in privatnim sektorjem. V zadnjem obdobju so oblikovali mrežo storitev na domu, ki omogoča, da stari ljudje čim dlje ostajajo doma. Ker so stari ljudem na voljo različne oblike pomoči in dobro organiziran sistem socialne pomoči, v zadnjih letih pomoč družine pri skrbi za stare ljudi vse bolj izgublja pomembnost (Bonnici, 2002; Fiorentino, 2002).

Stari ljudje dobijo pomoč v **splošnih bolnicah**, saj nimajo geriatričnih bolnic. Vendar pa imajo **bolnice, kjer nudijo rehabilitacijo stariim osebam**. Vodijo jo geriatri in ostalo osebje, specializirano na področju geriatrične nege.

Pacienti, kot je gospod D., dobijo zdravstveno pomoč v splošni akutni bolnici. Po diagnozi in določitvi poteka zdravljenja, običajno v prvih 48-urah, fizioterapevti ocenijo situacijo in začnejo s terapijo. Ko se pacientovo zdravstveno stanje stabilizira, pacienta običajno pošljejo v bolnico, ki je specializirana za rehabilitacijo starih ljudi. Tam pacient nadaljuje z rehabilitacijo. Oblikuje se program za nadaljnje zdravljenje in življenje po odhodu iz bolnice. Običajno socialni delavci ocenijo razmere tudi na domu pacienta. Po tej oceni, ko so identificirani potencialni problemi, zaprosijo enote Oddelka za stare ljudi in za javne službe, da ustrezno prilagodijo domače okolje pacienta (če je to potrebno). Če je ocenjeno, da se pacient lahko vrne nazaj na svoj dom, bo rehabilitacijo nadalje prejemal v domačem okolju. Pacienti imajo tudi redne preglede v dnevni bolnici, saj se na ta način spremlja njihovo zdravstveno stanje (Fiorentino, 2002).

Če se pacient iz zdravstvenih razlogov ne more več vrniti domov, njegovo družino obvestijo o možnosti dolgoročnega bivanja v domovih za stare. Geriater je tisti, ki mora predstaviti možnosti bivanja, ki jih ima na voljo pacient, in potem običajno uredi premestitev. Vsa omenjena zdravstvena pomoč se financira iz državnih sredstev in vsak državljan Malte ima pravico do brezplačne zdravstvene pomoči.

Pomoč na domu od njenih začetkov leta 1987 organizira Oddelek za blaginjo starih ljudi in za javne službe. Izvajalci se za to delo usposabljaajo na tečaju o negi starih ljudi. Ta pomoč je razširjena po vsej državi in jo je leta 2002 prejelo 3.180 gospodinjstev. Do nje ima pravico vsaka oseba, starejša od 60 let, ter osebe s posebnimi potrebami, ne glede na njihovo starost. Vendar pa imajo prednost osebe, stare nad 85 let, stare osebe, ki živijo same in nimajo družinske podpore, osebe s posebnimi potrebami, ki s tovrstno pomočjo lahko relativno neodvisno živijo v domačem okolju, ter kronično

bolne osebe. Plačilo storitev se avtomatično odtrga od uporabnikove pokojnine (Fiorentino, 2002).

Vpeljali so tudi **dnevne centre**; teh je bilo v letu 2002 pet. Še ena, dobro razvita oblika varnosti in pomoči za stare je **life-line sistem**, ki deluje od leta 1991. Tovrstna pomoč je dostopna vsem, ki so starejši od 60 let in tistim s posebnimi potrebami, hkrati pa imajo prioriteto starejši od 80 let, tisti, ki živijo sami, ter ljudje z resnimi boleznimi. Zanimiva je storitev imenovana »Handyman Service«, v okviru katere se starim ljudem pomaga pri manjših popravilih v hiši (Bonnici, 2002).

Gospod D. in njegova žena bosta lahko uporabljala storitev imenovano »**kosilo na kolesih**«, preko katere bosta po znižani ceni vsakodnevno prejemala hrano na dom. Tudi sicer imajo stari ljudje popuste pri številnih javnih storitvah (cenejši prevoz, telefon, predstave itd).

Domovi za stare so privatni, državni ter cerkveni. Stari ljudje, ki bivajo v državnih domovih, morajo plačati za bivanje 60% svoje pokojnine. Pri tem je določena maksimalna vrednost, ki jo prispevajo, in tudi minimalna vsota denarja, ki jo mora ohraniti stara oseba za svoje lastne potrebe. Cerkveni in privatni domovi za stare ljudi niso regulirani glede plačila, tako da lahko ljudje v cerkvenih domovih bivajo brezplačno (Fiorentino, 2002).

NORVEŠKA

prebivalstvo: **4.525.116** (2002)

delež prebivalstva, starega nad 65 let: **15%** (2002)

Vir: CIA-The World Factbook 2002

Norveška, ena od skandinavskih držav, je zaradi svoje socialne politike pogosto postavljena za vzgled drugim državam. Res pa je, da tako uspešno zadovoljuje potrebe stare populacije tudi zato, ker ji finančni viri in posebna davčna zakonodaja to omogočajo. Mnoge druge države namreč že zaradi premajhnega proračuna države

ne morejo slediti njenemu zgledu. Vendar pa to ne pomeni, da je Norveška izvzeta iz novih izvivov, s katerimi se sooča ves razviti svet – kako kljub upadu števila aktivne populacije in otrok zagotoviti zdravstveno in socialno nego naraščajočemu številu starih ljudi. Prednost Norveške je, da se je na ta problem osredotočila prej kot večina držav in ima zato tudi razvito široko mrežo storitev za stare ljudi, ki jo konstantno dopolnjuje. Kljub temu se tudi ona sooča z nezadostnostjo kapacitet.

Zdravstveno in socialno varstvo ljudi sta regulirana z dvema zakonoma, ki dajeta občinam visoko stopnjo svobode pri organizaciji lastnih projektov. V nacionalnem programu je določeno, da mora imeti vsak državljan enak dostop do storitev, ne glede na osebni dohodek in bivališče. Kljub temu pa prihaja do razlik v stopnji storitev za stare ljudi v različnih občinah. Občine so odgovorne za osnovno nego, ki je v veliki meri finančno krita s strani nacionalnega zdravstvenega zavarovanja in je vsem državljanom enako dostopna (Blom, 2002).

Specializirane zdravstvene storitve, ki so bile do letošnjega leta odgovornost občin, so postale odgovornost države. Te specializirane storitve bo koristil gospod D. in sicer zdravljenje v bolnici ter obiske zdravnika na domu, itd. Bivanje v bolnici je brezplačno. Vendar pa prejemnikom starostne pokojnine po štirih mesecih bivanja zmanjšajo pokojnino (Blom, 2002). Gospod D. bo lahko prejemal rehabilitacijo v oddelkih za rehabilitacijo v lokalnem negovalnem domu ali pa kar na svojem domu.

Več kot 14% starih ljudi prejema **pomoč na domu** (Bettio, Prechal in drugi, 1998:35), kar zagotavlja, da bo gospod D. deležen te pomoči, če bo zaprosil zanjo. Razviti sta tudi **dve obliki dnevnih centrov** in sicer za vse stare ljudi, ki želijo priti v center, ter tiste, ki so prilagojeni dementnim ljudem. To je še ena oblika storitev, ki bi bila morda zanimiva in sprejemljiva za gospoda D.

Dolga tradicija na Norveškem je, da v veliki meri za institucionalno nego skrbijo neprofitne humanitarne organizacije, ki jih financirajo občine. Tako je malo privatnih institucij. V institucijah biva 7,1% starih ljudi (Bettio, Prechal in drugi, 1998:35). **Domovi za stare** nudijo dolgotrajno in kratkotrajno nego za stare ljudi. V njih je bilo leta 2000 prostora za 4.007 ljudi. Sicer pa imajo več kapacitet v **negovalnih domovih**, kjer so imeli leta 2000 30.971 postelj (SY, 2002). Stanovalci negovalnih domov sami plačujejo to storitev; cena se oblikuje glede na njihove dohodke.

Za našega gospoda D. bi bila najboljša izbira dom za stare. Treba je poudariti, da ima kar 95% starih oseb v institucijah svojo sobo, kar je daleč boljše od razmer v mnogih razvitih državah, tudi v Sloveniji.

V državi imajo razvita specializirana **stanovanja za stare**, v katerih je starim ljudem 24-ur dnevno na voljo pomoč. V njih so imeli v letu 2000 594 prostih mest, v **kombiniranih socialnovarstvenih domovih** pa 7.304 (SY, 2002). Na Norveškem so izoblikovali tudi institucije, ki so posebno prilagojene dementnim starim ljudem. Velik izziv za državo je namreč poskrbeti za potrebe dementnih starih ljudi, ki jih je približno 60 tisoč. Poleg dodatnega izpopolnjevanja osebja, ki dela v splošnih zdravstvenih domovih, je pomemben razvoj posebnih domov in centrov za dementne ljudi (cilj države je ena ekipa, specializirana za dementnost, na vsako okrožje).

SLOVENIJA

Prebivalstvo: **1.948.250** (2002)

Delež prebivalstva, starega nad 65 let: **14,6%** (2002)

Vir: SL, 2002

Sedaj, ko smo si pogledali, kaj bi se z gospodom D. dogajalo v nekaterih evropskih državah, se ustavimo še pri Sloveniji. Gospoda

D. bi sprejeli v zdravstvenem domu oziroma glede na resnost njegove bolezni verjetno v **kliničnem centru**, kjer bi ga hospitalizirali. V Sloveniji nimamo geriatričnih oddelkov ali bolnic zato, ker je težnja strokovnjakov, da se preprečuje segregacija starih ljudi.

V času zdravljenja bo gospod vključen v rehabilitacijo, ki bi se morda lahko nadaljevala z dvema do tremi tedni bivanja v **zdravilišču**. O tem odloči zdravniška komisija. Ta možnost bivanja je vse manjša, saj so potrebe velike, denarja pa premalo. Stroški za to storitev bi bili tako kot v primeru hospitalizacij kriti iz sistema zdravstvenega zavarovanja. Sicer pa je v manjšem obsegu v okviru zdravstvenih domov organizirana tudi fizioterapija na domu (Hvalič, Ramovš, 2002).

V času bivanja doma bo gospoda D. obiskala **patronažna sestra**. Pogostost obiskov je odvisna od resnosti bolnikove bolezni in od njegovih potreb. Patronažna nega se organizira po predlogu lokalnega zdravnika. Tudi v tem primeru se stroški v celoti krijejo iz splošnega zdravstvenega zavarovanja (Hvalič, Ramovš, 2002).

Gospa D. bo verjetno potrebovala pomoč pri negi svojega moža. To bo dobila s storitvijo **socialna pomoč na domu**. Pomoč na domu se je začela uvajati z uvedbo programov javnih del v prvi polovici devetdesetih let in se je do danes že dobro uveljavila. Po podatkih iz konca leta 2001 je to dejavnost izvajalo 52 centrov za socialno delo, 5 domov za starejše in 3 privatni izvajalci s pridobljeno koncesijo. Skupno naj bi v pomoči na domu sodelovalo 572 delavk, ki so nudile pomoč 3.906 oskrbovancem. V skladu z zakonom je za financiranje in organizacijo te storitve odgovorna občina. Pomočniki na domu so lahko strokovnjaki ali pa osebe, ki so končale enoletno usposabljanje za socialne oskrbovalce na domu, ki je potrjen pri Socialni zbornici Slovenije (MDDSZ, 2002; Hvalič, Ramovš, 2002).

V obdobju po prvi kapi bo za gospoda D. primerna še ena oblika storitev, ki pa se v Sloveniji počasi razvija. Gre za 23 **dnevnih centrov**, v katere je vključeno 300 uporabnikov. Vsi dnevni centri delujejo v okviru domov za stare. Gospa D. bi bila lahko s pomočjo dnevnega centra občasno razbremenjena nege svojega moža, hkrati pa bi gospod D. še vedno lahko bival doma.

V Sloveniji se razvijata še dve storitvi, ki sta za stare ljudi zanimivi, a žal neustrezni za gospoda iz našega primera. Govorimo o šestih **centrih za pomoč na daljavo**, ki delujejo s pomočjo telekomunikacijske tehnologije, ter o **varovanih stanovanjih**. Centri v večini primerov zaračunavajo storitve, čeprav je finančni prispevek uporabnikov različen. Centri v državi niso zaživel, prav tako ne varna stanovanja, saj so zelo draga. Varovana stanovanja, ki so bila v preteklih letih zgrajena, stojijo v neposredni bližini domov za stare ali pa imajo z njimi pogodbo o izvajanju socialne oskrbe. V skupno 187 stanovanjskih enotah je na razpolago 278 mest za bivanje (MDDSZ, 2002; Hvalič, Ramovš, 2002).

Možnosti izbire storitev po drugi kapi in skoraj popolni ohromelosti in odvisnosti so se za gospoda D močno skrčile. Zanj še najbolj primerna storitev bo **dom za stare ljudi**. Pri organizaciji takojšnje preselitve iz bolnice v dom bo pomagala socialna delavka v zdravstvenem domu. To je pomembno, saj so čakalne vrste za v dom velike. Pri drugih državah smo lahko videli, da obstajajo domovi, kjer stari ljudje prejema socialno pomoč ter negovalni domovi, kjer je primarna naloga zdravstvena pomoč starim ljudem. Naši domovi vključujejo obe obliki pomoči, čeprav je opazno, da se na škodo bivalnih oddelkov vse bolj povečujejo oddelki z nepokretnimi ljudmi. Oskrbovanci sami plačujejo za storitve, razen če si tega finančno ne morejo privoščiti. V tem primeru jim je zakonsko obve-

zana pomagati družina in šele nato občina. V domovih biva 3,8% starih ljudi, javnih je 62, 9 pa privatnih s koncesijo (MDDSZ, 2002; Hvalič, Ramovš, 2002; Hvalič, 2001).

Ne smemo pozabiti, da imajo pri skrbi za stare ljudi pomembno vlogo tudi organizacije tretjega sektorja, družinski člani in neformalne skupine. Država namreč ne more pokriti vseh naraščajočih potreb stare populacije s posebnimi potrebami. Število starih nad 80 let se namreč naglo povečuje, s tem pa tudi število tistih, ki potrebujejo različne storitve za izboljševanje kvalitete življenja.

V zadnjem desetletju se v Sloveniji razvijajo **medgeneracijski programi za kakovostno starost**. Ne smemo pozabiti na gospo D., ki bo verjetno zelo osamljena, ko bo gospod D. odšel v dom za stare. Tovrstni programi so se izkazali za učinkovite tudi pri odpravljanju osamljenosti. Sicer bi se lahko oba otroka vključila v krajši tečaj, ob koncu katerega bi lažje razumela, kaj se dogaja z očetom in materjo. Tako bi se izboljšala komunikacija in razumevanje med njimi. Poleg tega bi bil to uvod v pripravo na lastno starost.

Zaključek

V Berlinski ministrski deklaraciji o družbi za ljudi vseh starosti so ministri opozorili na to, kar smo lahko videli tudi v naši analizi, in sicer, da se stopnja ekonomske in socialne razvitosti držav UNECE močno razlikuje ter da so številne države po obdobju ekonomske tranzicije slabše pripravljene na izziv, ki ga prinaša starajoča populacija. Ministri so posebno poudarili vključevanje problematike, vezane na starajočo populacijo v glavna področja politike. Še posebej so izpostavili sledeča področja: povečanje participacije starih ljudi v družbi, socialno vključevanje in samostojno življenje; promocija ekonomske rasti v luči vpliva starajoče populacije nanjo; utrjevanje ustrezne so-

cialne varnosti za sedanje in prihodnje generacije; vzpodbujanje trga delovne sile, da se bo pozitivno odzval na staranje družbe in bo izkoristil potencial starih ljudi; promocijo vseživljenjskega učenja; vzpodbujanje zdravega načina življenja in blagostanja; zagotavljanje enakega dostopa do visokega nivoja zdravstvene in socialne nege; upoštevanje problematike spola v vseh socialnih politikah, povezanih s starimi ljudmi; podpiranje starih ljudi, njihovih družin in skupnosti pri njihovem negovanju; promocija medgeneracijske solidarnosti (Berlin ministerial declaration, 2002).

Ministrska deklaracija je bila usmerjena na celotno staro populacijo, »Skupina ekspertov za izboljšanje kvalitete življenja starih odvisnih ljudi (CS-QV)« pa se je v svojem poročilu osredotočila le na potrebe tistega dela stare populacije, ki pri zagotavljanju svojih vsakdanjih potreb potrebuje pomoč drugih. Eksperti so pripravili 12 predlogov za izboljšanje kvalitete življenja te populacije, ki jih na kratko povzemamo: spoštovanje avtonomije in dostojanstva starih oseb; povezovanje med različnimi ponudniki storitev za stare ljudi; pomoč na domu, organizirano na lokalnem nivoju, naj na fleksibilen način zagotavlja strokovno usposobljeno osebje; dnevni centri in krajša oblika bivanja v institucijah morajo biti dostopni tudi dementnim ljudem; dementni ljudje morajo imeti na voljo njim prilagojene storitve; družinskim negovalcem starih ljudi je treba dati priznanje za njihovo delo, pravice in pomoč; vzpodbujanje razvoja geriatričnih ustanov za stare ljudi; omogočanje rehabilitacije v negovalnih ustanovah; visoka kvaliteta nege v institucijah, ki naj jo zagotavlja strokovno usposobljeno osebje; preventiva skozi celotno življenjsko obdobje (O'Shea, 2002).

Cilji, ki so si jih zadali ministri, ter priporočila ekspertne skupine CS-QV so pomembni, kompleksni, in glede na socio-demografske spremembe v družbi nujno potrebni. Njihovo uresničenje bo vsekakor velik izziv in preizkušnja za mnoge države.

LITERATURA

- Berlin ministerial declaration (2002): Berlin ministerial declaration A society for all ages in the UNECE region. UNECE Ministerial Conference on Ageing. Berlin, 11-13 September, 2002. ECE/AC.23/2002/3/Rev.2
- Bettio F., Prechal S. in drugi (1998): Care in Europe – Joint report of the »Gender and Employment« and the »Gender and Law« groups of experts. Medium-term Community Action Programme on Equal Opportunities for women and men (1996-2000). European Commission.
- Blom, M. (2002): Health and care services for the elderly and disabled in Norway. Prispevek na multilateralnem seminarju »Ensuring dignity of elderly persons in formal and informal care systems«. Budimpešta, 7-8. November.
- Bonnici, Mifsud (2002): Malta - Statement by Hon. Dr. A. Mifsud Bonnici Head of Delegation at the Second World Assembly on Ageing Madrid, Spain 10th April 2002 <http://www.un.org/ageing/coverage/maltaE.htm>
- Buivydaite D. in Macijauskiene, J. (2002): Case study - Lithuania. Prispevek na multilateralnem seminarju »Ensuring dignity of elderly persons in formal and informal care systems«. Budimpešta, 7-8. November.
- Christel, Aliaga (2000): Home help for the aged. Insee Premiere. October, 2000. http://www.insee.fr/en/ffc/Liste_theme.asp?theme_id=660
- CR-Core statistic (2000): Czech Republic, Core Statistics on Ageing. Policies and programmes on ageing – towards a society for all ages. United Nations / Division for Social Policy and Development http://www.coe.int/t/e/social_cohesion/population/demographic_year_book/2001_Edition/default.asp
- Durand- Gasselin (2002): Capacites de Geropntologie Franciliennes – 1ere anne. Feb. 2002.
- DY (2001): Demographic yearbook 2001 Population. Council of Europe, Social Cohesion and quality of life. <http://www.seniorweb.nl/un/memberstates/countryprofilestatistics.asp?CountryCode=203>
- Farquhar, D. (2001): Medicine for elderly in Norway.Scottish BGS Newsletter. <http://www.bgs.org.uk/scottish/scotnews4a.htm>
- Fiorentino R. (2002): Case study – Malta. Prispevek na multilateralnem seminarju »Ensuring dignity of elderly persons in formal and informal care systems«. Budimpešta, 7-8. November.
- Hejtná, Bela (2002): Czech Republic, Statement by H.E. Ms. Bela Hejtná Deputy Minister of Labour and Social Affairs at the Second World Assembly on Ageing Madrid, Spain 8th-12th April 2002. <http://www.un.org/ageing/coverage/czechE.htm>
- Hegyesi-Óros, Éva (2002) – uvodni pozdrav na multilateralnem seminarju »Ensuring dignity of elderly persons in formal and informal care systems«. Budimpešta, 7-8. November.
- Hungary in figures (2002): Hungary in figures. Hungarian central statistic office. <http://www.ksh.hu/pls/ksh/docs/eng/free/table.html>
- Hvalič, S. in Ramovš, J. (2002): Case study – Slovenia. Prispevek na multilateralnem seminarju »Ensuring dignity of elderly persons in formal and informal care systems«. Budimpešta, 7-8. November.
- Hvalič Simona (2001): Care of the elderly between family and the state – A comparative analysis of Denmark, Italy and Slovenia; dissertation; University in Ljubljana, Faculty of Social Science.
- Jacobsone, S. (1998): An overview of international perspectives in the field of ageing and care for frail elderly person. Modernizing and improving EU Social Protection – Conference on long-term care of elderly dependent people in the EU and Norway. June 1998. London.
- Juklestad, O. (2001): Elderly at risk. Developing elderly protective services in Norway. http://www.hio.no/vos/Publikasjoner/Artikler/Eng-Eld_ServiceNorway.htm
- Legrain, S. (2002): Système français de prise en charge des personnes âgées. Prispevek na multilateralnem seminarju »Ensuring dignity of elderly persons in formal and informal care systems«. Budimpešta, 7-8. November.
- MDDSZ (2002): Realizacija ciljev v obdobju 1998-2002 - interno gradivo Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve.Ljubljana, 26.10.2002.
- Misconiová, B.: Comprehensive Home Care in Czech Republic Past - Present - Future. Motto : Home is Home. <http://www.cs-ch.ch/Europa/homeca-recz.htm>

- Mormiche Pierre (2001): *The disabled in institutions: the fate of residents from 1998 to 2000*. Insee Premiere. Sept. 2002 http://www.insee.fr/en/ffc/Liste_theme.asp?theme_id=660
- O'Shea, E. (2002) *Improving the Quality of Life of Elderly Persons in Situations of Dependency*" Council of Europe Editions, August 2002.
- Piret, Laur (2000): *The State as an Environment for Health*. V: *Health in Estonia 1991-2000* <http://www.arth.ut.ee/ERT2000/eng/Default.htm>
- Policies and Programmes on Ageing: National policies- Country Profiles – Statistic United nations/Division of Social policy and development. <http://www.seniorweb.nl/un/memberstates/countryprofilefocal.asp?CountryCode=203>
- Ramovš, J. (200_): *Kakovostna starost – Integralna socialna gerontologija in gerontagogika*. knjiga v izdaji.
- Saks, Kai (2002): *Case study in Estonia. Prispevek na multilateralnem seminarju »Ensuring dignity of elderly persons in formal and informal care systems«*. Budimpešta, 7-8. November.
- Sedláčková, J. (2002): *Answers to case study questions – Czech Republic. Prispevek na multilateralnem seminarju »Ensuring dignity of elderly persons in formal and informal care systems«*. Budimpešta, 7-8. November.
- SL (2002): *Statistični letopis. Statistični urad RS*. <http://www.sigov.si/zrs/leto02/04-02.pdf>
- Social report (2001): *Social report*. Riga: Ministry of welfare - Republic Latvia.
- Social report (1998): *Social report*. Riga: Ministry of welfare - Republic Latvia.
- Social care (1996) *Social Care. Health care systems in transition – Latvia*. Copenhagen: WHO, Regional office.
- Statistic (2002): *Statistics – Population of Lithuania*. Dept. Of Statistic by the Government of the Republic of Lithuania. http://www.stdlt/STATISTIKA/Gyventojai/Liet_gyventojai_e.htm
- SY (2002): *Statistical Yearbook*. Statistic Norway. <http://www.ssb.no/english/yearbook/tab/t-030320-145.html>
- Talyigás K. (2002): *Case study - Hungary. Prispevek na multilateralnem seminarju »Ensuring dignity of elderly persons in formal and informal care systems«*. Budimpešta, 7-8. November.
- Tomasberg A. (2002): *Estonia, Statement made by H. E. Mr. Andres Tomasberg Head of the delegation at the Second World Assembly on Ageing Madrid, Spain 12th April 2002* <http://www.un.org/ageing/coverage/estoniaE.htm>
- The Structure of Social Services – current status in the Czech Republic. Ministry of labour and social affairs, Czech Republic. <http://www.mpsv.cz/files/clanky/2646/2646.doc>
- (2002): *CIA - The world factbook 2002* (<http://www.odci.gov/cia/publications/factbook/geos/en.html>)
- (2002): *France in facts and figures – The French population*. Insee. France http://www.insee.fr/en/ffc/pop_age3.htm
- (1999): *Poverty reduction in Estonia: Background and guidelines*, University of Tartu. (<http://www.undp.ee/poverty.html>)
- (1996): *Assistance for Seniors & Disabled Persons Living at Home*. American Women's club of Oslo. http://www.awcoslo.org/Sections/LivingInOslo/senior_citizens.htm

Kontaktne informacije:

mag. Simona Hvalič

Inštitut Antona Trstenjaka

Resljeva 11, p.p. 4443, 1001 Ljubljana

e-pošta: simona@inst-antonatrstenjaka.si