

# Čezmejna PRIMERJALNA ŠTUDIJA socialno varstvenih storitev za starejše osebe

**Projekt STAR – Starost brez meja/Starost bez granica, aktivnost T1.1 –  
Izdelava čezmejne študije**

**Izdelal:** Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje  
**Raziskovalci:** prof. dr. Jože Ramovš, Tina Lipar, Marta Ramovš, mag. Ksenija Ramovš



**Ljubljana, januar 2017**



Občina  
**Hrpelje-Kozina**



Obalni dom upokojencev Koper -  
Casa costiera del pensionato Capodistria



Primorsko - goranska  
županija

## Kazalo

Povzetek	
1 Uvod.....	3
2 Pregled sodobnih oblik institucionalne in izven institucionalne dolgotrajne oskrbe v Evropi.....	4
2.1 Prilagajanje stanovanja za življenje v času pešanja moči.....	8
2.2 Pomoč na daljavo z informacijsko-komunikacijsko tehnologijo (IKT).....	8
2.3 Socialna oskrba na domu.....	9
2.4 Zdravstvena oskrba in nega na domu.....	9
2.5 Razbremenilna pomoč.....	10
2.6 Usposabljanje družinskih članov za oskrbovanje in za komuniciranje z oskrbovancem...	11
2.7 Dnevna oskrba.....	12
2.8 Nočna oskrba.....	12
2.9 Izobraževalne počitnice za družinske oskrbovalce in oskrbovance.....	12
2.10 Preselitev v oskrbovano stanovanje.....	12
2.11 Nastanitev v oskrbniški družini.....	13
2.12 Dom za stare ljudi.....	13
2.13 Krepitev sosedске in prostovoljske pomoči pri oskrbi.....	14
2.14 Hospic.....	15
3 Krajevno medgeneracijsko središče.....	15
4 Dolgotrajna oskrba in pomoč za kakovostno staranje na področju čezmejnega projekta STAR.....	19
4.1 Reka in Primorsko-goranska županija na Hrvaškem.....	19
4.2 Občina Hrpelje-Kozina v sodelovanju z Obalnim domom upokojencev v Kopru (Slovenija).....	23
5 Potrebe in razvojne možnosti dolgotrajne oskrbe in aktivnega staranja na področju čezmejnega projekta STAR.....	27
5.1 Reka in Primorsko-goranska županija na Hrvaškem.....	27
5.2 Občina Hrpelje-Kozina.....	31
6 Zaključek.....	35
Literatura.....	36

## **Povzetek**

Čezmejna primerjalna študija socialno varstvenih storitev za starejše osebe je del projekta *STAR – Starost brez meja, ki se izvaja v sklopu* Programa sodelovanja INTERREG V-A Slovenija-Hrvaška 2014-2020.

Prvi del študije (točki 2 in 3) prikaže sodobne oblike institucionalne in izven institucionalne dolgotrajne oskrbe v Evropi, zlasti z vidika njegove finančne, kadrovske in humane vzdržnosti v času naglega večanja starega prebivalstva in potreb po dolgotrajni oskrbi. To je tudi cilj sodobnega evropskega trenda deinstitucionalizacije. Prikazani so naslednji programi: prilagajanje stanovanj za življenje v času pešanja moči, pomoč na daljavo z informacijsko-komunikacijsko tehnologijo (IKT), socialna oskrba na domu, zdravstvena oskrba in nega na domu, razbremenilna pomoč družinskim oskrbovalcem, njihovo usposabljanje za oskrbovanje in za komuniciranje z oskrbovancem, dnevna in nočna oskrba, izobraževalne počitnice za družinske oskrbovalce in oskrbovance, preselitev v oskrbovano stanovanje, nastanitev v oskrbniški družini, dom za stare ljudi, krepitev sosedske in prostovoljske pomoči pri oskrbi ter hospic. Sledi prikaz sodobnega krajevnega medgeneracijskega središča, ki je model za povezano delovanje vseh oskrbovalnih programov v kraju ter za njihovo povezanost s programi za zdravo staranje in krepitev medgeneracijske solidarnosti.

Drugi del študije (točki 4 in 5) prikazuje najprej sedanje stanje dolgotrajne oskrbe in pomoči za kakovostno staranje na področju čezmejnega projekta STAR, to je na Reki in v Primorsko-goranski županiji na Hrvaškem ter v Občini Hrpelje-Kozina v sodelovanju z Obalnim domom upokojencev v Kopru v Sloveniji. Zadnji del študije so raziskovalni rezultati o potrebah in razvojnih možnostih dolgotrajne oskrbe in aktivnega staranja na tem področju. Pri tem so izpostavljeni nekateri delujoči primeri dobre prakse, npr. na Reki prizadevanje Doma za starije osebe Kantrida za sodobno notranjo in zunanjo deinstitucionalno oskrbo, v Občini Hrpelje-Kozina pa aktivna pripravljenost javnih političnih, upravnih in strokovnih služb ter civilnih organizacij za sodelovanje pri reševanju problematike staranja.

**Ključne besede:** EU projekt STAR, dolgotrajna oskrba, sodobni oskrbovalni programi, kakovostno staranje, deinstitucionalizacija, Rijeka, Hrpelje-Kozina

## 1 Uvod

Demografska kriza je eden najbolj perečih problemov našega časa. Evropska komisija je že leta 2005 izdala Zeleno knjigo z naslovom »*Odziv na demografske spremembe: nova solidarnost med generacijami*« (Svet EU, 2005). Dejstvo je, da tako za Evropo kakor za ostali svet velja, da se manjša delež mladih in odraslih, večja pa se delež starejših ljudi. Velik del od njih je še sorazmerno zdravih in aktivnih (okrog 75 %), ostali postajajo vse manj samostojni in sposobni skrbeti sami zase. Manjši del starostno onemoglih, kronično bolnih in invalidnih ljudi potrebuje dolgotrajno oskrbo – v celotni populaciji je takih sedaj okrog 4 %, v prihodnje pa se bo ta delež več kakor podvojil. Sodobni programi za kakovostno staranje upoštevajo in so prilagojeni obema skupinama ljudi, obenem pa je za reševanje demografske krize, ko se prazni rezerva socialnega kapitala iz tradicionalnih vzorcev sožitja, obvezno učenje celotnega prebivalstva za »novo solidarnost med generacijami«.

Zavedati se moramo, da staranje prebivalstva ni zgolj ekonomski problem. Z antropološko-zgodovinskega področja je pomembno spoznanje, da je oskrbovanje bolnih in onemoglih ljudi v skupnosti prvinska človeška potreba. 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 (Ramovš, 2015, str. 7).

Pričujoča študija je del projekta STAR, katerega glavni cilj je okrepitev partnerstva za razvoj novih oblik in nadgradnja obstoječih modelov in programov deinstitucionalizacije dolgotrajne oskrbe za povečanje vključenosti in opolnomočenja starejših oseb ter njihovega čim daljšega samostojnega življenja v domačem okolju.

V študiji so rezultati predstavljeni v dveh glavnih delih. V prvem (točki 2 in 3) so opredeljeni pojmi in prikazani sodobni programi dolgotrajne oskrbe v Evropi. V drugem delu (točki 4 in 5) je predstavljena situacija na tem področju v krajih partnerjev ter analiza potreb in možnosti sistemov institucionalne in izven institucionalne dolgotrajne oskrbe v obeh regijah ob meji – v Občini Hrpelje-Kozina v Sloveniji in v Primorsko-goranski županiji na Hrvaškem.

Prvi del študije je nastal kot rezultat dvajsetletnega raziskovalnega in znanstvenega publicističnega dela sodelavcev Inštituta Antona Trstenjaka na področju gerontologije in medgeneracijskega sožitja ter študija relevantne tuje znanstvene literature s tega področja. V drugem delu smo demografske podatke in podatke o programih na področju staranja v občinah in pokrajinah partnerjev zbirali iz javnih virov, pri partnerjih in z raziskovalno

fokusno skupino ključnih deležnikov na Reki (11.1.2017) in v Hrpeljah-Kozini (23.1.2017). Zbrane podatke smo enotno obdelali in strukturirali.

## **2 Pregled sodobnih oblik institucionalne in izven institucionalne dolgotrajne oskrbe v Evropi**

Sodobne oblike institucionalne in izven institucionalne oskrbe ter sodobni evropski trendi deinstucionalizacije dolgotrajne oskrbe so pregledno prikazani v članku *Deinstitucionalizacija dolgotrajne oskrbe* (Ramovš, 2015). Izčrpno delo o sistemih dolgotrajne oskrbe pa je monografija *Dolgotrajna oskrba v Evropi – Nadgradnja politik in praks* (Leichsenring in sod. ur., 2013). Na zgoraj navedeni deli se v naslednjem delu študije tudi večinoma opiramo.

**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 več deležnikov, glavni so: oskrbovanci, formalni in neformalni oskrbovalci, program za oskrbovanje, 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.

**V tradicionalni kmečko-obrtniško-stanovski družbi** je starim ljudem nudila materialno varnost njihova družina in deloma krajevna soseka ter sorodstvena mreža. V izjemnih primerih, ko so krvne in krajevne socialne mreže odpovedale, je blažila stisko starih ljudi solidarnost v širši skupnosti, zlasti dobrotelost verskih skupnosti, na primer z razdeljevanjem hrane in z ubožnicami. V tradicionalnih socialnih mrežah so stari ljudje zadovoljevali tudi svoje nematerialne socialne potrebe, seveda na ravni razmer tistega časa. Bili so vtankani v tesno medčloveško in medgeneracijsko povezanost, zlasti z vnuki, ki so jih varovali in jim s pripovedovanjem predajali svojo življenjsko izkušnjo, srednji generaciji pa svetovali pri njihovem delu. Življenje starih ljudi v tradicionalnih družbah – tako kot tudi danes – ni bilo samo rožnato, pa tudi samo temno ne (Ramovš, 2003, str. 195).

Razvita industrijska družba 20. stoletja je materialno varnost starih ljudi socializirala. Tudi pri oskrbi je, podobno kakor na drugih socialnih področjih, prišlo do institucionalizacije. **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. Z vidika človeških potreb je za razumevanje institucionaliziranosti pomembna dinamika med osnovnima človeškima potrebama *po individualnem osebnem razvoju in po sožitju z drugimi ljudmi*. Ti potrebi sta lahko sinergično komplementarni, pogosto pa se dogaja, da ena prevlada na račun druge. V tem primeru gre za patologijo. Institucionaliziranost je patološka prevlada skupnosti nad posameznikovo individualno osebo. Podroben pogled v vzgibe institucionaliziranosti pokaže, da to prevlado skupnostnih zahtev nad osebami, njihovo svobodo in potrebami poganja patološki individualistični interes ključnih subjektov institucije, pa naj so vidni ali v ozadju (Ramovš, 2015b).

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.

V zadnji tretjini 20. stoletja so v širšo zavest začele prihajati negativne posledice institucionaliziranosti za osebe, ki so bivale v ustanovah (marginalizacija, stagniranje itd.). Tako se je v 70. letih 20. stoletja pojavljala deinstitutionalizacija na različnih strokovnih področjih, zlasti v socialni pedagogiki, kjer so se namesto zavodov uveljavljale stanovanjske skupine, in psihiatriji, kjer je npr. naredil velik napredek hrvaški alkohololog Vladimir Hudolin s klubi zdravljenih alkoholikov po krajevnih skupnostih in podjetjih (Hudolin, 1991). Na področju staranja se uveljavlja deinstitutionalizacija zlasti od preloma stoletja. **Deinstitutionalizacija** je družbeni proces, preko katerega se preveč institucionalizirane življenjske dejavnosti organizacijsko in doživljajsko vračajo v življenje in sožitje celotne krajevne ali druge človeške skupnosti (Ramovš, 2015a).

Deinstitutionalizacija na področju dolgotrajne oskrbe je danes nujno potrebna zaradi humanizacije oskrbovanja, prav tako pa zaradi njene finančne in kadrovske vzdržnosti; ob naglem večanju potreb po oskrbi v času staranja prebivalstva ne more noben javni ali strokovni sistem prevzeti celotne oskrbe, ampak se mora nasloniti na obstoječo neformalno oskrbovalno socialno mrežo, ki danes pokriva tri četrtine potreb po oskrbi v Evropi in je po svoji naravi neinstitutionalna. Pri tem je, ob številnih prednostih, treba imeti pred očmi tudi nekaj pasti deinstitutionalizacije, ki ogrožajo najprej njen proces, pri njenem uveljavljanju pa njene dobre rezultate; navedli bomo glavne.

- Deinstitutionalizacijo ovirajo lobiji moči in dobička v velikih, zlasti zasebnih oskrbovalnih ustanovah, pa tudi v sistemih strok z ustaljenim načinom dela. Ti so bili po Evropi večinoma tudi glavni nasprotniki oblikovanja sodobnih nacionalnih sistemov in zakonov za dolgotrajno oskrbo.
- Deinstitutionalizirano dolgotrajno oskrbo zavirajo tudi 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.
- Pomemben vzrok, da naše vladajoče politike in državna uprava ne opravijo svojih nalog pri pripravi in sprejemu sodobnega deinstitutionaliziranega nacionalnega sistema dolgotrajne oskrbe, je neinformiranost ljudi o sodobnih možnostih in programih za oskrbo.

Deinstitutionalizacija dolgotrajne oskrbe se je v evropskih državah hitreje dogajala, ko so po letu 1990 države začele pripravljati in sprejemati nacionalne sisteme in zakonodajo o razvoju in vzdržnem delovanju sodobne dolgotrajne oskrbe, Slovenijo in Hrvaško ta razvojni korak še čaka. Od tega, kako kakovosten sistem in zakon o dolgotrajni oskrbi bosta sprejeli, je najbolj odvisen tudi razvoj deinstitutionalizacije na tem področju.

Poznamo dve obliki deinstitutionalizacije dolgotrajne oskrbe: notranjo, ki zajema oskrbovalne ustanove same, in zunanjo, ki vključuje celotno krajevno skupnost. Pri notranji deinstitutionalizaciji institucije postajajo uporabnikom bolj prijazne, programi zunanje deinstitutionalizacije pa krepijo krajevno skupnost, da oskrbuje in omogoča starostnikom, da čim dlje časa bivajo doma oz. v svojem okolju. Problema institucionalizacije se vsaka od njiju loteva iz svojega konca, med seboj pa se dopolnjujeta. Notranja deinstitutionalizacija med drugim odpira institucijo in jo povezuje z lokalno skupnostjo, pri programih zunanje se po navadi vključuje oskrbovalna ustanova kot osrednja strokovna izvajalka oz. organizatorka.

V notranjo deinstitutionalizacijo sodi razvoj domov četrte in pete generacije, ki so organizirani v manjše enote (t. i. gospodinjske skupnosti). Njihovo glavno organizacijsko načelo je prilagodljivost in naravnost na osebe oz. uporabnike v nasprotju z naravnostjo na ustanovo. Program, ki z razvojem in spremljanjem kakovosti v Sloveniji in tujini pospešuje notranjo deinstitutionalizacijo, je Equalin (Imperl, 2015, str. 51).

Taki domovi morajo biti po sodobnih smernicah v domačem kraju, da se človek počuti bolj domače in ga lahko mimogrede obišejo domači, ko gredo v trgovino, vnuki, ko gredo iz

šole. V tem smislu sledi tudi naslednjim smernicam: a) tesno sodeluje s svojci stanovalcev, b) vključuje mrežo zunanjih prostovoljcev za stanovalce, zlasti tiste, ki nimajo svojcev, c) v svoje prostore (vhodno avlo) vključuje nek lokal (slaščičarna, frizer, lekarna itd.), ki je namenjen celotni skupnosti.

Za zunanjo deinstitucionalizacijo na področju staranja se je velik premik zgodil po letu 2003 z mednarodnim raziskovalnim projektom *EUROFAMCARE* (<http://www.uke.de/extern/eurofamcare/>). Z njim je strokovna javnost začela usmerjati svoje sile v pomoč tistim trem četrtinam starih ljudi, ki jih oskrbujejo domači. Tudi pojem *družinski oskrbovalci* (ang. family carers) je nastal šele v tem času. Danes obstaja pestra paleta programov, ki so namenjeni tako ljudem, ki so v oskrbi doma, kakor razbremenitvi njihovih svojcev – družinskih oskrbovalcev.

Osnovni cilj deinstitucionalizacije je povečati kakovost in humanost oskrbe v skladu s potrebami in zmožnostmi ljudi in skupnosti. Ob dejstvu, da bo starega prebivalstva in z njim tudi starostno onemoglih ljudi vse več je drugi enako pomemben cilj zagotavljati finančno in kadrovsko vzdržen sistem dolgotrajne oskrbe v času demografske krize. Za to je odločilna integracija storitev: dejanska povezava zdravstvene nege in socialne oskrbe v enovito celoto ter dobro sodelovanje in delitev dela med neformalno in formalno oskrbo. 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.

Poleg povezanosti in ustrezne delitve dela je za dobro delovanje sistema dolgotrajne oskrbe potrebna 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. V Sloveniji sta do leta 2000 znanost in politika poznali samo ustanove (institucije) za oskrbo. Le-te še danes oskrbujejo komaj četrtino vseh oskrbovanih ljudi v tistih evropskih deželah, kjer ima javno oskrbo najbolj razvito, v drugih pa samo deset odstotkov (WeDO). Prav tako je še danes za večino ljudi klasični dom za stare ljudi edina ali pa vsaj najmočnejša predstava o dolgotrajni oskrbi.

Sodoben nacionalni sistem dolgotrajne oskrbe in njenega javnega sofinanciranja uveljavi postopnost uporabe javno sofinanciranih programov začeni od cenejših za samostojnejše ljudi do najdražjega institucionalnega varstva, ki pride na vrsto zadnji. Nacionalni sistem zagotavlja zlasti kriterije upravičenosti do sofinanciranja storitev, merila kakovosti za delovanje izvajalcev in javno kontrolo storitev. Pri tem upošteva princip enakopravnosti oskrbe v ustanovah in doma. Enakopravnost podpore oskrbe v ustanovah in



doma je eden od pglavitnih principov sodobnih evropskih sistemov in zakonodaj o dolgotrajni oskrbi. Plačilo upravičencu za izbrano storitev gre neposredno njemu, kar je pogoj za razvoj deinstitutionalizirane oskrbe; stari sistemi, kakršen je naš sedanji, so financirajo dolgotrajno oskrbo tako, da plačujejo oskrbovalne ustanove, kar krepi institucionalizacijo.

V nadaljevanju bomo najprej sistematično prikazali različne programe, nato pa predstavili možen model njihovega povezovanja.

## **2.1 Prilagajanje stanovanja za življenje v času pešanja moči**

Sodobno načelo gerontologije je, da naj človek, če je le mogoče, ostane na stara leta v svojem stanovanju, ki ga je vaje. Selitve v starosti sodijo med najhujše strese. Hiše in stanovanja pa niso bila grajena primerno za stare ljudi (stopnice, visoke kadi, pragovi, preozka vrata). Zadnja leta stroka in politika ozaveščata in informirata ljudi, kako naj prilagodijo svoje stanovanje za starost (Grdiša, 2010). V okviru ozaveščanja in informiranja je pomembno spodbujati starejše, da se sami poslužujejo preprostih ukrepov (npr. označevanje pragov, odstranitev preprog, avtomatske luči ...), ki zmanjšajo tveganje za poškodbe na domu (Lipar, 2014). V Nemčiji za prilagoditev individualnih bivališč delujejo posebne svetovalnice, ki poleg svetovanja nudijo tudi praktično pomoč, pomagajo pri načrtovanju in izvedbi adaptacijskih del (Pihlar, 2010). Sistemi za dolgotrajno oskrbo v nekaterih evropskih državah dodeljujejo starejšim ljudem določeno vsoto nepovratnega denarja, ki je namenjen za prilagoditev stanovanj na starost.

## **2.2 Pomoč na daljavo z informacijsko-komunikacijsko tehnologijo (IKT)**

Sodobni elektronski pripomočki lahko v marsičem pomagajo pri samostojnejšem življenju ljudi, ki potrebujejo oskrbo. Povečajo npr. varnost, če star človek živi sam. Kljub temu se je smiselno najprej posluževati preprostejših rešitev, in če le-te niso zadostne, poseči tudi po tehnoloških rešitvah. V Sloveniji je na primer znan *rdeči gumb* – enostaven telefon z alarmnim gumbom, s katerim star človek pokliče v organizacijski center za pomoč. Podoben sistem poznajo tudi na Hrvaškem. Pred leti je bila v ospredju IKT ponudbe možnost, da se stanovanje opremi z videokamerami ali da ima človek na obleki senzorje, ki sprožijo alarm na daljavo, če npr. pade, danes so v ospredju razvoja pametna bivališča. 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, težo in podobno, podatki pa gredo sproti elektronsko k njegovemu zdravniku. Ob tem pa ne smemo pozabiti, da je potrebno zagotoviti ustrezno usposabljanje za uporabo tehnologije, pa tudi stalno podporo z namenom, da

preprečimo opuščanje teh storitev po določenem času uporabe. Samozavest glede uporabe tehnologije starejših ljudi pa lahko učinkovito krepimo preko motiviranih skupin starejših ljudi, preko centrov za usposabljanje in izobraževanje o tehnologiji ter preko ljudi, ki jim starejši človek zaupa (predvsem otrok in vnukov).

### **2.3 Socialna oskrba na domu**

Več kakor tri četrtine ljudi, ki so deležni dolgotrajne oskrbe, živi doma in želi ostati na domu čim dlje. Da pa je to starejšim ljudem omogočeno, je potrebno v lokalnem okolju razvijati široko sodobno ponudbo storitev na domu. V okviru teh storitev je starejšim ljudem nudena pomoč pri opravljanju osnovnih in instrumentalnih vsakodnevnih opravil – pomoč pri pripravljanju hrane in samem hranjenju, pomoč pri zagotavljanju higiene, jemanju zdravil in podobno. Med servisno ponudbo je zelo pomemben dovoz hrane na dom. Ponekod je zelo razvita pestra ponudba servisne pomoči na domu, ki obsega še vrsto drugih uslug (frizer, pedikura, masaža ...) ter prostovoljska ali plačana pomoč pri različnih delih – od čiščenja stanovanja in nakupov do košnje zelenice. Primer dobre prakse v Sloveniji je Občina Ravne na Koroškem, ki uvaja sodobno krajevno medgeneracijsko središče v povezavi s srednjo šolo – dijaki pomagajo starim ljudem pri takih opravilih. Bielefeldski model v severni Nemčiji pa je svetovni primer deinstitucionalizirane oskrbe v polmilijonskem okolju, ki ponuja več sto storitev na domu, od nekaj deset brezplačnih prostovoljskih do zelo dragih, kakor je npr. zahtevna rehabilitacijska fizioterapija. Dobro razvita socialna oskrba na domu je med oskrbovalnimi programi najpomembnejši člen proti pretirani institucionalizaciji dolgotrajne oskrbe.

### **2.4 Zdravstvena oskrba in nega na domu**

Sodobni evropski nacionalni sistemi za dolgotrajno oskrbo so nastajali vzporedno s sistemskim povezovanjem socialne in zdravstvene oskrbe v celovit integriran sistem. Ob naglem večanju deleža najstarejših prebivalcev, ki so stari 85 let in več, in s tem povezanim naraščanjem zdravstvenih in socialnih potreb, je ta povezava pogoj, da je sistem finančno vzdržan. Celovit integriran pristop k ljudem je zanje najbolj ugoden. Primeri dobrih praks iz tujine jasno kažejo, da je pri zagotavljanju kakovostne in na uporabnika usmerjene dolgotrajne oskrbe možno in nujno povezovanje različnih strokovnjakov med seboj. Zdravstvena oskrba in nega na domu v okviru sodobne integrirane dolgotrajne oskrbe obsega vrsto storitev različnih zdravstvenih strokovnjakov, zlasti patronažnih medicinskih sester, fizioterapevtov in družinskih zdravnikov.

Obiski **patronažnih medicinskih sester** so v sistem zdravstvenega varstva dobro usidrani. Njihove storitve sestavlja tako zdravstvena nega sama, kakor uvajanje oskrbovanca in svojcev v ustrezen življenjski slog, ki najbolje ustreza zdravstvenemu stanju in boleznim oskrbovanca.

V sodobnem sistemu dolgotrajne oskrbe je tudi v patronažnem timu za delo na domu nepogrešljiva vloga **fizioterapevta**. Njegova pomoč je najbolj vidna pri rehabilitaciji po zlomu kolka in kapi, da ljudje znova hodijo, sami jedo in znova opravljajo druga osnovna vsakodnevna opravila, ki so jih zmožni. Ob neposredni pomoči oskrbovancu je prav tako pomembna fizioterapevtova pomoč svojcem, da z ustreznimi vajami ohranjajo svoje zdravje in kondicijo ter da se aktivno in pravilno vključijo v pomoč svojcu pri rehabilitacijski vadbi in gibanju.

Obiski **družinskega zdravnika na domu** so za oskrbovanca in svojce najlažji in najboljši način, poleg tega pa zdravnik pri tem vidi domače življenjske razmere in domačim najbolje svetuje, kako naj skrbijo za zdravje onemoglega družinskega člana. Ob napetem delovnem tempu zdravnikov je potrebno, da svojci sami s svojim pristopom in z dobrim sodelovanjem poskrbijo, da bo družinski zdravnik prišel kdaj tudi na dom.

V sodobni dolgotrajni oskrbi delujejo v bolnišnicah in drugih oskrbovalnih ustanovah **odpustni timi**, ki skrbijo, da so svojci vključeni v proces zdravljenja in da so ob odpustu pripravljeni na domačo oskrbo in nadaljevanje zdravljenja.

V terminalnem obdobju bolezni so zelo pomembni **mobilni paliativni timi**, sestavljeni iz zdravnika, za paliativno zdravstveno pomoč usposobljene medicinske sestre ter po potrebi, psihologa, socialnega delavca in tudi duhovnika.

## **2.5 Razbremenilna pomoč**

Ob naraščanju potreb po dolgotrajni oskrbi je v zadnjih letih v ospredju politik razvoj in krepitev razbremenilne pomoči družinskim in drugim neformalnim oskrbovalcem, ki opravljajo v današnji Evropi tri četrtine vse oskrbe starostno onemoglih, kronično bolnih in invalidnih ljudi.

Vanjo sodijo socialni in zdravstveni programi pomoči oskrbovancu in svojcem na domu. Nekatere med njimi smo že omenili, druge bomo v nadaljevanju: ob usposabljanju družinskih in drugih neformalnih oskrbovalcev za kakovostno in lažje oskrbovanje, ki je osnovni razbremenilni program, sem sodijo še dnevna in nočna oskrba, prostovoljska pomoč pri oskrbi, uvajanje družinskih članov v enakomerno porazdelitev bremen oskrbe. Najbolj pereča potreba družinskih oskrbovalcev pa je pogosto njihova občasna razbremenitev samo za

nekaj ur ali za kak dan, da si oddahnejo in naberejo moči (Hvalič Touzery, 2007). Za to se v praksi zadnje čase uveljavlja program **začasne oskrbe za oddih**. Oskrbovanec gre ta čas v dom ali drugo oskrbovalno ustanovo. Običajno je to od nekaj dni do enega meseca. Razvijajo pa se tudi čedalje bolj funkcionalni programi, kakršne so izobraževalne počitnice za oskrbovalce in oskrbovance.

Razbremenilna pomoč družinskim oskrbovalcem je 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. Na Švedskem so vsi oskrbovalci upravičeni do štiri ure plačanih storitev za tedensko razbremenitev. Večina držav nima direktnega plačila za razbremenilno pomoč družinskim oskrbovalcem, temveč indirektno, preko storitev za razbremenitev. Za družinske oskrbovalce imajo dobro poskrbljeno tudi v Nemčiji, kjer imajo le-ti pravico do štirih tednov nadomestne oskrbe na leto, kar lahko izkoristijo za svoje počitnice. V Franciji so družinski oskrbovalci upravičeni do trimesečne neplačane odsotnosti z dela letno ali do enega leta odsotnosti v celotni delovni dobi zaradi nege onemoglega ali invalidnega svojca (Ramovš K., 2015).

V sklop razbremenilne pomoči sodijo tudi skupine za družinske oskrbovalce, kjer si na principu samopomoči izmenjujejo izkušnje, se usposabljujejo za oskrbo in imajo razne sprostivne dejavnosti, ki preprečujejo njihovo izgorelost.

## **2.6 Usposabljanje družinskih članov za oskrbovanje in komuniciranje z oskrbovancem**

Osnovna pravica je javno in strokovno usposabljanje družinskih oskrbovalcev za oskrbovanje, nego, razumevanje starostno onemoglega, kronično bolnega ali invalidnega družinskega člana ter za učinkovito komuniciranje z njim. Ta program bi moral biti redno na voljo v vsakem kraju, da bi ohranjali zdržnost delovanja glavne veje neformalne oskrbe, ki opravlja tri četrtine celotne oskrbe. Poleg zdržnosti sistemov za dolgotrajno oskrbovanje je opora družinskim oskrbovancem pomemben preventivni dejavnik proti njihovi izgorelosti in poškodbam, s tem pa posledično proti njihovemu, pogosto nehotenemu nasilju nad starejšim človekom (besednemu, psihičnemu in fizičnemu nasilju ter zanemarjanju). Hvalič Touzery (2010) v povzetku Pan-european background report opozarja, da je ključnega pomena, da imajo oskrbovalci dostop do informacij o različnih storitvah, ki so jim lahko v pomoč, vključno s svetovanjem. Več avtorjev tudi opozarja na pomen skupin za samopomoč za družinske oskrbovalce. Hughes in O'Sullivan (2016) ugotavljata, da družinski oskrbovalci, ki se skupaj usposabljujejo v za to namenjenih skupinah, po končanih usposabljanjih pogosto ostanejo povezani in srečanja nadaljujejo v formalnih ali neformalnih skupinah za

samopomoč. Kot najbolj uspešne pa so se izkazale tiste storitve za družinske oskrbovalce, ki so bile sestavljene iz več komponent – izobraževanje, podporne storitve, svetovanje, reševanje težav in podobno (Hughes in sod., 2008).

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 (Ramovš in Ramovš, 2012).

## **2.7 Dnevna oskrba**

Dnevna nastanitev oskrbovanca v oskrbovalni ustanovi omogoča nadaljevanje domače oskrbe v primerih, ko so domači čez dan v službi in šoli, star človek pa ne more biti sam. Pri nas v manjši meri ta program izvajajo domovi za stare ljudi, za bolj samostojne pa tudi druge organizacije, npr. dnevni centri za starejše. Ponekod v Evropi je bolj uveljavljen.

## **2.8 Nočna oskrba**

Ta program omogoči nadaljevanje domače oskrbe zlasti ob demenci, ko je oskrbovanec ponoči buden in nemiren, čez dan pa veliko spi. V tem primeru npr. ostareli sozakonec podnevi dobro obvlada zadeve, nujno pa potrebuje nočni mir in spanje. V domu za stare ljudi je za te vrste storitev že tako in tako poskrbljeno, ko se jim pridruži še kak človek iz okolice za nočno oskrbo, je rešitev celovita, ustanova pa se na deinstitutionaliziran način povezuje z okolico pri reševanju potreb, ki jih zna najbolj reševati. Ta program se postopoma uvaja in je Evropi manj razširjen kot dnevna oskrba.

## **2.9. 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). V primerni ustanovi so oskrbovalci udeleženi v rekreativnih, pa tudi izobraževalnih programih, skupina omogoča tudi intenzivno izmenjavo dobrih izkušenj in konstruktivno reševanje njihovih težav in stisk. Oskrbovanci pa so vključeni v zanje primerne turistične programe, pa tudi v rehabilitacijske in zdravstvene, in izobraževalne.

## **2.10 Preselitev v oskrbovano stanovanje**

Oskrbovana stanovanja so med programi dolgotrajne oskrbe vmesna oblika med oskrbo na domu in oskrbo v instituciji. Vanje se preselijo po navadi še dokaj samostojni starejši ljudje, katerih stanovanje ni prilagojeno za življenje v starosti, je preveliko ali iz

drugega razloga ne želijo več živeti sami. Oskrbovana stanovanja so zgrajena tako, da so primerna za ljudi, ki se jim zmanjšujejo zmožnosti za opravljanje vsakodnevnih opravil. V oskrbovanem stanovanju po navadi star človek živi v začetku povsem samostojno, čim bolj peša, več oskrbe in nege dobiva. Bistvo takih stanovanj je, da imajo stanovalci sistemsko na voljo servisno ponudbo pranja, kuhanja, pospravljanja in drugih uslug ter popolno oskrbo in nego, če jih pozneje potrebujejo. Na Finskem so oskrbovana stanovanja v lastništvu ali solastništvu države, občine, organizacij ali fizičnih oseb, storitve pa si ljudje najemajo sami od lokalnih ali zasebnih izvajalcev (Drole in Lebar, 2014). Ugodno je, če so oskrbovana stanovanja tesno povezana s krajevnim domom za stare ljudi in z drugimi organizacijami za oskrbo in nego. Ko stanovalci v njih obnemorejo, se nekaj sosednjih oskrbovanih stanovanj spremeni v oskrbovano gospodinjsko skupino v okviru sodobnega doma za stare ljudi.

### **2.11 Nastanitev v oskrbniški družini**

Nasanitev v oskrbniški družini je alternativa nastanitvi v domu za stare ljudi, podobno kakor je namestitev otroka v rejniški družini alternativa vzgojnemu zavodu. Oskrbniška 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 oskrbniške družine, da sprejmejo v oskrbo enega ali več starih ljudi. Organiziranje mreže oskrbniških 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.

### **2.12 Dom za stare ljudi**

Sodoben, notranje deinstitutionaliziran krajevni dom za stare ljudi je nepogrešljiv program celovite krajevne mreže za dolgotrajno oskrbo. Gre za **domove gospodinjskih skupin**, ki so imenovani tudi domovi četrte generacije (sedanji slovenski in hrvaški domovi sodijo po tej klasifikaciji večinoma 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 teh domovih 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 storitev, ko je potrebno. Način življenja

in sožitja v gospodinjstkih skupinah se dogaja predvsem okrog vsakdanjega gospodinjstva. Okrog velike bivalne kuhinje so sobe – 80 do 90 % je enoposteljnih z lastnimi sanitarijami, kar je za današnjega človeka osnova pravica po intimnosti in zasebnosti. V sobi imajo stanovalci praviloma vso opremo svojo – od omarice do zaves. Ustanova poskrbi le za sodobno negovalno posteljo, ki 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 gospodinjstkih 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. Potrebe in čas je zrel, da se naši domovi prestrukturirajo v sodobna središča za celovito oskrbo v kraju – tako prispevajo svoj delež h zunanji deinstitutionalizaciji. Z notranjo deinstitutionalizacijo pa prehajajo v sodobne oskrbovalne ustanove po meri potreb stanovalcev (Imperl, 2012; 2013; 2014).

### **2.13 Krepitev sosedске in prostovoljske pomoči pri oskrbi**

Sosedska pomoč pri oskrbovanju kot tradicionalni program in prostovoljska pomoč kot sodobna oblika solidarne pomoči ob družinskih oskrbovalcih ostajata manjši, toda nepogrešljivi veji neformalne oskrbe. Enako kakor družinski oskrbovalci potrebuje tudi ti dve skupini oporo v sistemskih mehanizmih nacionalnega sistema dolgotrajne oskrbe.

Na mesto tradicionalne sosedске pomoči vstopa sodobno prostovoljstvo. Razvija se bolj na področju pomoči pri zdravem in aktivnem staranju, manj pri oskrbovanju onemoglih. V Sloveniji 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, ter po svojih močeh civilno ukrepajo za njihovo reševanje. Na Nizozemskem usposobljeni prostovoljci omogočajo družinskim oskrbovalcem storitve vartsva za oddih, usposobijo pa se tudi za družabnike, ki nudijo socialno in čustveno podporo oskrbovalcem in oskrbovancem. V Franciji prostovoljci delujejo v okviru alarmnega sistema Equinoxe. Gre za to, da alarmni sistem, ko ga starejši človek sproži, tega poveže s prostovoljcem, ki živi v bližini. Prostovoljca predlaga starejši človek sam, njegova naloga pa je, da se odzove na klic po pomoči, oceni stanje in poskrbi za nadaljno pomoč, če je potrebna.

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.

Pri organizaciji kakovostnega prostovoljstva je potrebno poskrbeti za redno informiranje celotne skupnosti, potencialne prostovoljce dobro usposobiti in poskrbeti za njihovo organizirano delovanje in krepitev prostovoljske kondicije. Z njimi je treba gojiti odprto komunikacijo. Prostovoljci morajo imeti kontaktno osebo, na katero se lahko obračajo, kontinuirano vodenje in podporo, redna srečanja za izmenjavo izkušenj, npr. v intervizijski skupini, kjer se tudi trajno usposablja. Pomembna je ugotovitev, da se ljudje v odraslem obdobju pogosteje odločajo za prostovoljsko delo, če so se v prostovoljsko delo uvajali že v otroštvu ali najstniških letih.

## **2.14 Hospic**

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.

Potreba po oskrbi v onemoglosti je temeljna človeška potreba, ki jo tako potrebni pomoči kakor njihovi oskrbovalci zelo globoko doživljajo; empirične raziskave to potrjujejo (Ramovš, 2013). Človeška moč zdravih in nemoč oslabeledih sta komplementarna celota: šibki ob pomoči preživijo, močni se razvijajo v solidarne ljudi, ki so zmožni kakovostnega sožitja in sodelovanja. Zato je nagel razvoj sodobnih programov za dolgotrajno oskrbo ne le aktivnost za obvladovanje demografske krize, ampak tudi vzgib za nadaljnji skladen razvoj naše evropske kulture.

## **3 Krajevno medgeneracijsko središče**

Ostane nam vprašanje, kako v praksi vpeljati integracijo storitev, programov in akterjev, kar je ključnega pomena za kakovost in vzdržnost sistema za dolgotrajno oskrbo. Za integracijo lahko gotovo največ naredijo nacionalne systemske rešitve, ki so jih evropske države uvajale z nacionalnimi sistemi in zakoni o dolgotrajni oskrbi. Ponekod se je uveljavila



nova vloga, t. i. *case manager*, ki je skupaj z oskrbovancem in oskrbovalcem ključen pri načrtovanju storitev dolgotrajne oskrbe in odgovarja za njihovo kakovostno realizacijo.

Na Inštitutu Antona Trstenjaka smo po letu 2000 šli naproti lokalnim skupnostim pri reševanju demografskih izzivov s tem, da smo razvili model in metodologijo za vzpostavljanje in delovanje medgeneracijskih središč (Ramovš, 2008). Osnova so bila raziskovalna spoznanja in praktične izkušnje pri razvijanju in terenskem uvajanju socialne mreže programov za kakovostno staranje in solidarno sožitje med generacijami ([www.instantonatrstenjaka.si](http://www.instantonatrstenjaka.si)).

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

1. dolgotrajna oskrba, za tiste 4 % prebivalcev, ki jo potrebujejo zaradi starostne onemoglosti, kronične bolezni ali invalidnosti;
2. kakovostno, tj. aktivno, zdravo in dostojanstveno staranje; za okrog 20 % sorazmerno zdrave in aktivne tretje generacije;
3. pospešeno učenje celotnega prebivalstva za medgeneracijsko sožitje in *novo solidarnost med generacijami*, ki je pogoj za uspešno reševanje demografske krize.

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. Mladinski, upokojenski, sindikalni, delavski in podobni enogeneracijski centri ob istočasnem krhanju povezanosti vseh treh generacij v celovito družbo so ena od pokazateljev te krize. Sedanja socialna država živi iz socialnega kapitala tradicije, ni pa razvila mehanizmov za vzgojo v solidarnosti v razmerah moderne informacijske družbe. Pred nami je vitalna naloga evropske humane kulture, ki bo opravljena, ko bo kakovost sožitja v družinah, skupinah in skupnostih dosegla raven današnje materialne blaginje. Vsi programi krajevnega medgeneracijskega središča služijo temu cilju.

Ime krajevno medgeneracijsko središče izraža naslednje tri značilnosti.

1. **Krajevni princip.** Medgeneracijsko središče je namenjeno prebivalstvu zaokrožene krajevne skupnosti. 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 potreb in zmožnosti vseh družbenih resorjev in služb, strokovnjakov in aktivnih krajanov, programov in organizacij. Da bi dosegalo sinergijo 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.

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.

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.

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; ki je notranje deinstitucionaliziran in sooblikovalec zunanje deinstitucionalizacije.

Dosedanje 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. Seveda pa je obraz vsakega medgeneracijskega središča drugačen, tako kot so si med seboj različni kraji in ljudje.

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.

## 4. Dolgotrajna oskrba in pomoč za kakovostno staranje na področju čezmejnega projekta STAR

### 4.1 Reka in Primorsko-goranska županija na Hrvaškem

Primorsko-goranska županija obsega 3.582 km<sup>2</sup> kopenske površine in je ena izmed 21 županij na Hrvaškem. Zajema področje mesta Reka, ki je tudi središče županije, severni-vzhodni del Istrskega polotoka, Kvarnerske otoke, Hrvaško primorje in Gorski Kotar. Sestoji iz 14 mest in 22 občin. Skupno število prebivalcev znaša 296.195 ljudi, najgosteje je naseljena na področju mesta Reka (128.624 ljudi), ki je tretje največje mesto na Hrvaškem. Med prebivalci je delež starejših od 60 let precej večji od tistih, ki so mlajši od 19 let. Po popisu prebivalstva iz leta 2011 živi 31.503 ljudi samih v enočlanskem gospodinjstvu, med njimi jih je kar 59 % (18.546) starejših od 60 let.

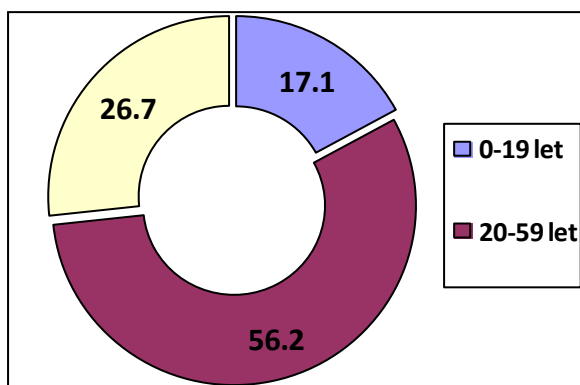
**Slika 1:** Primorsko-goranska županija



(Vir: [https://hr.wikipedia.org/wiki/Hrvatske\\_%C5%BEupanije#/media/File:Croatia,\\_Primorje-Gorski\\_Kotar\\_County.svg](https://hr.wikipedia.org/wiki/Hrvatske_%C5%BEupanije#/media/File:Croatia,_Primorje-Gorski_Kotar_County.svg))

**Tabela 1:** Število in odstotek ljudi v Primorsko-goranski županiji po 10-letnih kohortah, 2011

Starost	Število ljudi	%
0 - 9	24.279	8,2
10 - 19	26.480	8,9
20 - 29	36.901	12,5
30 - 39	40.935	13,8
40 - 49	40.389	13,6
50 - 59	48.380	16,3
60 - 69	37.110	12,5
70 - 79	28.960	9,8
80 - 90	11.716	4,0
91 in več	1045	0,4
skupaj	296.195	100



V županiji deluje vrsta programov in akterjev dolgotrajne oskrbe in aktivnega staranja. Skoncentrirani so predvsem v mestu Reka. Glavni so naslednji.

**Domovi za stare ljudi.** V županiji jih je 11, njihova skupna kapaciteta znaša 1.268 postelj. Županija je ustanoviteljica 4 domov (Kantrida v Reki, Mali Kartec na Krku, Volosko v Opatiji in Marko A. Stuparić na Velikem Lošinj) s skupno 774 posteljami. Ostali so privatni.

**Družinski domovi** so oblika oskrbe starih ljudi, ki se je zadnja leta na Hrvaškem zelo uveljavila. To je stalna namestitev v družinskem gospodinjstvu v družinski hiši. Tak dom lahko sprejme največ 20 starih ljudi. V županiji je 19 družinskih domov s skupno 335 posteljami.

**Organizirana stanovanja za stare ljudi.** To vrsto oskrbe za pokretne stare ljudi nudita v županiji 2 subjekta za skupno 22 uporabnikov.

**Pomoč na domu.** Ta program je dostopen po vsej županiji razen na otoku Rabu. Nudi ga 15 ponudnikov. Pomoč obsega organizacijo in zagotavljanje prehrane (nakupovanje in priprava hrane ali dostava obrokov na dom), hišna opravila (pospravljanje in čiščenje stanovanja, ogrevanje, pranje in likanje, nabavljanje ...), vzdrževanje osebne higiene, pa tudi pomoč pri oblačenju in slačenju, gibanju ter drugih vsakodnevnih opravilih (odmetavanje snega, urejanje okolice, mala popravila v hiši, spremljanje pri nujnih izhodih, npr. na zdravstveni pregled).

**Tehnologija.** Dom za starije osebe Kantrida nudi že vrsto let storitev *Halo pomoč* za organiziranje pomoči starejšim in invalidnim osebam v vsej županiji preko telefona in socialnih enot (alarmnih enot). Ljudem, ki se odločijo za to storitev, v stanovanju priklopijo napravo za 24-urno povezanost z dežurnim centrom v domu Kantrida. Dežurajo za to delo posebej usposobljene medicinske sestre. V primeru potrebe po pomoči starejši človek pritisne na gumb, ki ga na posebnem nosilcu ves čas nosi okoli vratu ali na zapestju. S tem se vzpostavi govorna komunikacija z operaterjem v dežurnem centru. Če je potrebno operater aktivira ustrezne oblike pomoči: svojce, pošlje oskrbovalko (gerntodomačico), pokliče nujno medicinsko pomoč, gasilce ali policijo. Uporabniki te storitve so starejši ljudje, ki živijo sami, imajo nižji socialno-ekonomski status, so v slabšem zdravstvenem stanju in ne koristijo drugih storitev dolgotrajne oskrbe. Zanja se odločajo predvsem zaradi občutka varnosti, da jim je v primeru težav vedno nekdo dosegljiv. V storitev Halo pomoč je vključenih 80 starejših ljudi. V povprečju kličejo mesečno 2 do 3 krat. Cena storitve je 200 kun na mesec (približno 26,8 €). Sistem samo z mesečnimi naročninami uporabnikov finančno ni vzdržan, zato del stroškov pokriva Primorsko-goranska županija.

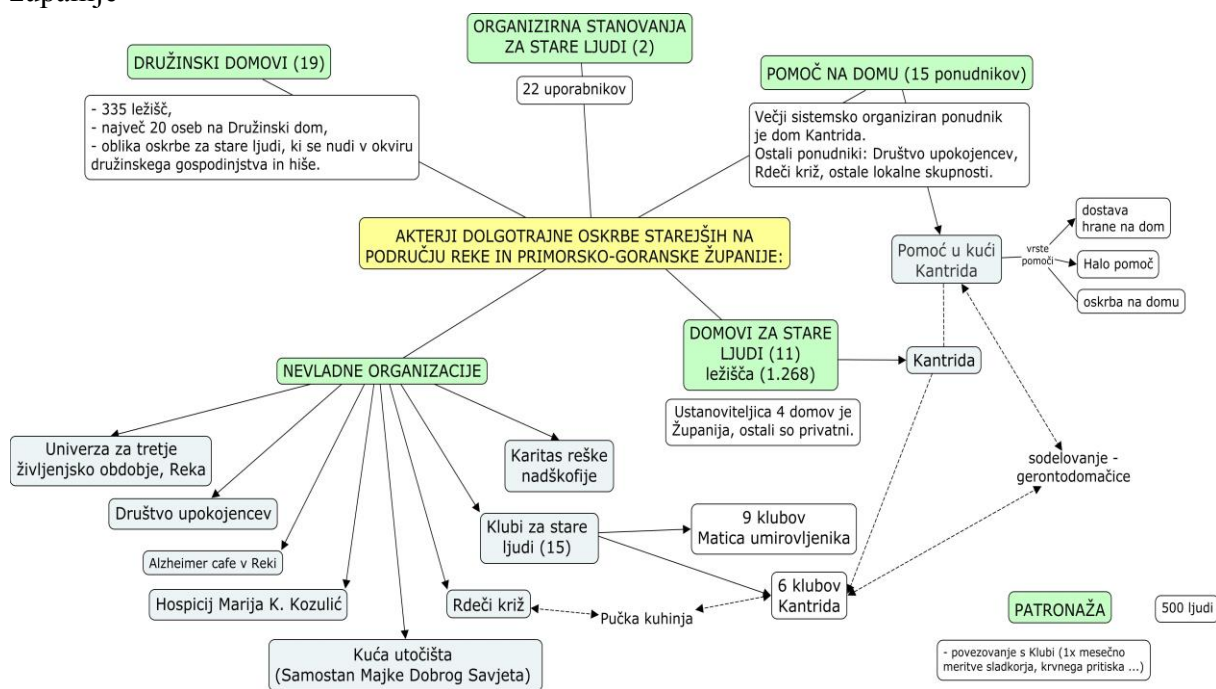
### **Neformalna oskrba za stare ljudi, nevladne organizacije:**

1. **Društva upokojencev** so v vsakem večjem kraju županije. Organizirajo izlete, druženja, tečaje računalništva in tujih jezikov. Načeloma so njihovi programi za uporabnike brezplačni, financirani so preko EU projektov in projektov mesta Reka. Društvo upokojencev v Delnicah organizira tudi oskrbo na domu. (Več: <http://penzici.rijeka.hr/organizacija>)
2. **Klubi za stare ljudi.** Na področju Reke deluje 15 klubov, razpršenih po različnih delih mesta, da so dostopni čim večjemu številu upokojencev in starih oseb. Ustanovitelj šestih je Dom za starije osebe Kantrida, devetih pa Zveza upokojencev Reka. So popularna mesta za druženje starih ljudi. Posebej aktivni so v mestnih središčih. V vsakem klubu je prisotna gospodinja-oskrbovalka (gerontodomačica), ki pripravlja tople in hladne napitke po ugodni ceni, skrbi za čistočo prostorov in hišni red. Vsi klubi nudijo aktivnosti za kakovostno preživljanje prostega časa (dostop do interneta, možnost branja dnevnih časopisov, družabne igre, razne delavnice in predavanja ...). Klubi, ki so pod okriljem Doma Kantrida, nudijo tudi obroke hrane. Hrano dovaža Pučka kuhinja (tj. ljudska kuhinja) pod vodstvom Rdečega križa, v klubih jo razdelijo. V klubih tudi operejo in likajo perilo za tiste ljudi, ki še vedno živijo doma in tega sami ne zmorejo. Gerontodomačice, ki izvajajo storitev pomoči na domu, zberejo perilo pri starejših ljudeh, ga odpeljejo v klub in opranega vrnejo ljudem. (Več: <http://penzici.rijeka.hr/o-klubovima>)
3. **Rdeči križ (RK).** Organizacije RK delujejo v vsakem večjem kraju v županiji. Skrbijo za pripravo toplih obrokov za potrebe Pučke kuhinje. RK na Lošinj organizira storitve pomoči na domu. (Več: [http://www.ck-rijeka.hr/index.php?option=com\\_mad4joomla&jid=2&Itemid=45](http://www.ck-rijeka.hr/index.php?option=com_mad4joomla&jid=2&Itemid=45)).
4. **Karitas reške nadškofije.** Opravlja karitativno dejavnost, zlasti zbiranje hrane, obleke in ostalih pripomočkov za socialno ogrožene. (Več: <http://caritas.ri-nadbiskupija.com>)
5. **Univerza za tretje življenjsko obdobje.** Namenjena je prebivalcem, ki so starejši od 55 let in imajo končano srednjo šolo ali univerzo. Organizira programe neformalnega izobraževanja, ki starejšim omogočajo pridobivanje novih znanj in povezavo pridobljenih znanj z osebno življenjsko izkušnjo. (Več: [http://www.uniri.hr/index.php?option=com\\_content&view=article&id=192&Itemid=149&lang=hr](http://www.uniri.hr/index.php?option=com_content&view=article&id=192&Itemid=149&lang=hr))

6. **Kuća utočišta (Samostan Majke Dobrog Savjeta).** Nudi pomoč revnim, brezdomcem in drugim marginaliziranim skupinam ljudi. Pomoč je celostna: od zadovoljevanja osnovnih potreb (hrana, oblačila, pranje perila ...) in nujenja duhovne in psihološke pomoči do organiziranja prostovoljstva, delovne terapije in iskanja ustreznih delovnih mest. Uporabniki so ljudje iz socialno ogroženih skupin, predvsem mladi. Stroške dejavnosti krije večinoma samostan, deloma jih sofinancira mesto Reka in županija. (Več: [http://www.kuca-utocista.org/?page\\_id=11](http://www.kuca-utocista.org/?page_id=11))
7. **Hospicij Marije K. Kozulić** je ustanova za paliativno oskrbo v Reki. Imajo 9 sob, najemnih ljudem v terminalni fazi bolezni. Povprečna ležalna doba je 2 do 15 dni. Poleg tega imajo organizirane tudi mobilne paliativne time. (Več: <http://hospicij-marijakozulic.hr/index.html>)
8. **Alzheimer cafe v Reki.** Leta 2015 so Alzheimer cafe organizirali reški psihiatri. Podatkov o tem, ali Alzheimer cafe še poteka, ni. (Več: <http://www.alzheimer.hr/tv-emisije/prvi-alzheimer-cafe-u-rijeci/>)

**Integracija programov in storitev – primer dobre prakse Doma za starije osebe Kantrida.** Dom za starije osebe Kantrida na Reki nudi 405 postelj za stalno namestitev. Je dom, ki se na Hrvaškem arhitektonsko in strukturno najhitreje spreminja v sodoben dom za starejše ljudi (npr. gospodinjske skupine). Dom se odpira v skupnost preko Klubov za stare ljudi in organizacije storitev pomoči na domu – v storitev pomoči na domu ima vključenih okoli 450 ljudi. V Domu že več let deluje tudi *Halo pomoč*, ki preko informacijsko-komunikacijske tehnologije nudi varovanje na daljavo. Dom je uvedel tudi model za sodobno upravljanje s kakovostjo v ustanovah socialnega varstva (E-qualin). Integracija programov in storitev v Domu Kantrida je primer dobre prakse, ki s smiselnim povezovanjem vseh svojih organizacijskih enot in programov ustvarja učinkovit oskrbovalni sistem na principu sodobne notranje in zunanje deinstitutionalizirane dolgotrajne oskrbe.

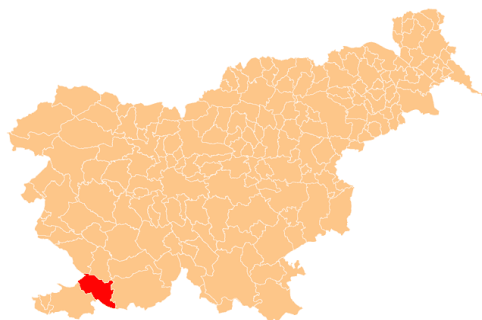
**Diagram 1:** Akterji dolgotrajne oskrbe starejših na področju Reke in Primorsko-goranske županije



## 4.2 Občina Hrpelje-Kozina v sodelovanju z Obalnim domom upokoencev Koper (Slovenija)

Občina Hrpelje-Kozina obsega 195 km<sup>2</sup> kopenske površine in je ena izmed 212 slovenskih občin. Leži na kraškem območju na jugozahodu Slovenije in meji tako na Hrvaško kot na Italijo. Naseljenost v občini je precej razpršena, gostota naseljenosti je 22,4 preb./km<sup>2</sup>, kar je veliko manj kakor je povprečje Slovenije (101,8 preb./km<sup>2</sup>). Med prebivalci občine delež najstarejših presega delež mladih, povprečna starost prebivalcev te občine se dviga hitreje kakor v celotni Sloveniji.<sup>1</sup> V začetku leta 2015 je v občini živelo v enočlanskem gospodinjstvu kar 248 oseb, ki so bile stare 60 let ali več.

**Slika 2:** Občina Hrpelje-Kozina



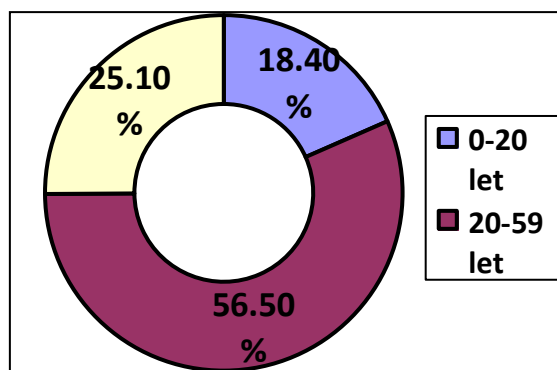
(Vir: [https://hr.wikipedia.org/wiki/Datoteka:Karte\\_Hrpelje\\_si.png](https://hr.wikipedia.org/wiki/Datoteka:Karte_Hrpelje_si.png))

<sup>1</sup> <http://www.stat.si/obcine/sl/2014/Municip/Index/51> (13.12.2016)



**Tabela 2:** Število in delež ljudi v občini Hrpelje-Kozina po 10-letnih kohortah

Starost	Število prebivalcev	%
0-10	452	10,3
11-20	351	8,1
21-30	446	10,2
31-40	657	15,0
41-50	681	15,6
51-60	684	15,6
61-70	581	13,3
71-80	348	8,0
81+	169	3,9
Skupaj	4369	100



V Občini Hrpelje-Kozina so na področju dolgotrajne oskrbe in aktivnega staranja dejavni zlasti naslednji programi in akterji.

**Zdravstveni dom Sežana, patronažna služba.** Zdravstvena postaja Hrpelje trenutno nima stalnega zdravnika.

**Center za socialno delo (CSD) Sežana.** Za občino Hrpelje-Kozina in še tri občine (Sežana, Divača, Komen) je pristojen CSD Sežana. V njegovem okviru od leta 2009 deluje dislocirana enota s programom *Kakovostno staranje in sožitje generacij*, ki jo vodi Klemen Mozetič in je v njej tudi edini redno zaposlen. Deluje na terenu, saj starejši najpogosteje sami ne pridejo po pomoč. Programi so namenjeni starejšim, ki se soočajo z osamljenostjo in izključenostjo, s hudimi zdravstvenimi težavami, z materialnim pomanjkanjem, s starostnimi spremembami in z izgubami. Poleg informiranja, razbremenilnih pogovorov in podobnega je poudarek dela predvsem na socialnem vključevanju starejših s krepitvijo in vzpostavljanjem neformalne mreže. (Več: <http://www.csd-sezana.si/>)

**Pomoč na domu – Zavod Pristan** (koncesija). Je zasebni zavod, ki se ukvarja z več socialnovarstvenimi storitvami, med drugim od leta 2004 izvaja pomoč družini na domu; za to storitev ima deset občinskih koncesij, med katerimi je tudi Občina Hrpelje-Kozina. V pomoč na domu spadajo: gospodinjska pomoč, pomoč pri vzdrževanju osebne higiene in pomoč pri ohranjanju socialnih stikov. Vodja pomoči na domu je trenutno Ivana Lavrenčič, pomoč izvajata dve socialni oskrbovalki. (Več: <http://www.pristan.si/>)

**Zavod Sopotniki – zavod za medgeneracijsko solidarnost.** Je neprofitni zasebni zavod, ki na podlagi prostovoljstva nudi brezplačne prevoze starejšim s področja Krasa in Brkinov. Trenutno je vključenih približno 25 prostovoljcev iz različnih starostih skupin in poklicev, na razpolago imajo eno osebno vozilo. Zavod Sopotniki je nastal z namenom pomagati starostnikom pri vključevanju v aktivno družbeno življenje, še posebej tistim, ki so

zaradi odročnosti bivališča izpostavljeni osamljenosti, prikrajšanosti in izoliranosti. Poleg nudenja brezplačnih prevozov do zelene lokacije (trgovine, zdravnika, prijatelja, kulturne prireditve, itd.) je pomemben del njihove dejavnosti tudi druženje s starim človekom. Pri tem prostovoljci starim ljudem predlagajo in jih spodbujajo, da se udeležijo kake prireditve ali dejavnosti. (Več: <http://www.sopotniki.org/>)

**Društvo upokojencev Kozina.** Ima približno 350 članov, predsednica društva je Nadja Žerjav. Organizirajo enega do dva izleta na leto in kako večerjo namenjeno druženju (npr. za 8. marec). Obiskujejo starostnike na domu (pred novim letom). Nekateri člani se srečujejo tudi ob dejavnostih kot so balinanje in kartanje.

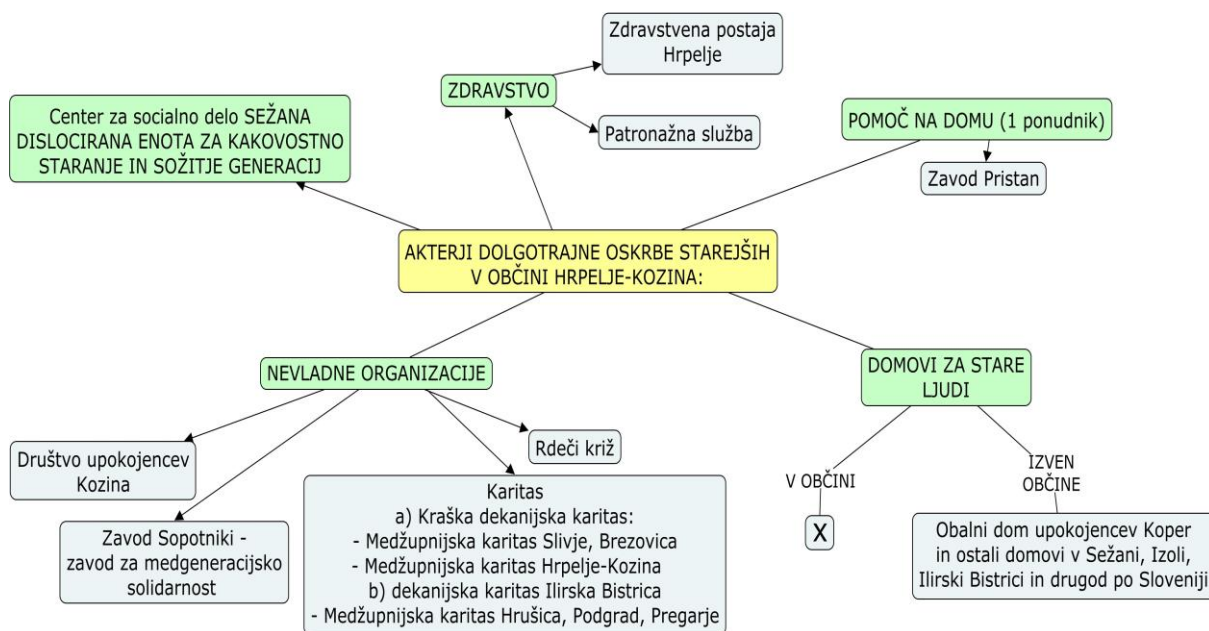
**Rdeči križ (RK).** Prostovoljci obiskujejo občane, ki so stari nad osemdeset let; tako na domu kakor v domovih upokojencev; praviloma enkrat letno, izjemoma dvakrat. Na območju občine imajo okoli 20 prostovoljcev (aktivnih približno 10), večinoma so to upokojenke. V letu 2015 so obiskali 212 ostarelih občanov, v letu 2016 pa 230.

**Karitas in cerkveni dogodki namenjeni starejšim.** Območje občine Hrpelje-Kozina je razdeljeno med Medžupnijsko karitas Hrpelje-Kozina in Medžupnijsko karitas Slivje, Brezovica (ki sta del Kraške dekanijske karitas) ter Medžupnijsko karitas Hrušica, Podgrad in Pregarje (ki je del dekanijske karitas Ilirska Bistrica), kamor spada južni del občine (Obrov in Golac). Vodja Kraške dekanijske karitas in obenem tudi Karitas Hrpelje-Kozina je Nataša Godina. S tega področja je uradno vpisanih 15 prostovoljk (aktivnih je manj), ki vsaka dva tedna nosijo ljudem pakete hrane, tudi starejših ljudi, ki večinoma živijo sami. Prostovoljke so včasih poleg dostave paketov hrane povezane z ljudmi tudi preko telefonskih pogovorov. Kraška karitas tretjo nedeljo v maju organizira v Vremah srečanje za bolne, invalidne in stare ljudi. Pet župnij (Brezovica, Hrpelje-Kozina, Klanec, Rodik in Slivje) poleti organizira enodnevno srečanje starejših, na katerega pride okoli 25 ljudi. Področje občine Hrpelje-Kozina spada z vidika cerkvene ureditve pod koprsko škofijo.

**Doma za upokojence** v občini ni, občani so stanovalci predvsem v domovih v Sežani, Izoli, Ilirski Bistrici in Koprju. Partner projekta, **Obalni dom upokojecev Koper**, uvaja program kakovosti E-qualin, s katerim se trudi za notranjo deinstitucionalizacijo. Obenem nudi tudi storitve pomoči na domu in razbremenitve svojcev (priprava kosil; pranje, sušenje in likanje perila; dnevno varstvo za osebe z demenco). (Več: <http://www.odu-koper.si/>)

**Ostala društva v občini** so na spletu: <http://www.hrpelje-kozina.si/obcina/drustva/>.

**Diagram 2:** Akterji dolgotrajne oskrbe starejših na področju občine Hrpelje-Kozina



**Sodelovanje med akterji – primer dobre prakse s področja občine Hrpelje-Kozina.** Med tako rekoč vsemi akterji v občini Hrpelje-Kozina smo v raziskavi naleteli na veliko pripravljenost za medsebojno povezovanje in pomoč, mnogi se tudi sedaj med seboj smiselno povezujejo in redno sodelujejo. Primer zelo uspešnega obojestranskega sodelovanja je med *Dislocirano enoto za Kakovostno staranje in sožitje generacij CSD Sežana in drugimi akterji, zlasti Rdečim križem, Zavodom Pristan in Zavodom Sopotniki*. Ko kdo na terenu naleti na situacijo, za katero je pristojen socialni delavec, ga obvesti, prav tako pa se socialni delavec pri svojem delu za pomoč obrača na vse te organizacije. S takim načinom dela so akterji uspeli rešiti kar nekaj, sicer težko rešljivih primerov. *Društvo Upokojencev in Rdeči križ* med seboj sodelujeta in si pomagata tudi pri izpeljavi določenih akcij. Med različnimi akterji se na nekem področju pogosto pojavljajo tekmovalnost, nezaupanje in brezbrižnost, zato je navedeno sodelovanje in pripravljenost zanj pomemben vir za razvoj deinstitucionaliziranih programov za kakovostno staranje in dolgotrajno oskrbo na tem področju.

## **5. Potrebe in razvojne možnosti dolgotrajne oskrbe in aktivnega staranja na področju čezmejnega projekta STAR**

### **5.1 Reka in Primorsko-goranska županija na Hrvaškem**

Za poglobljen vpogled v potrebe in razvojne možnosti dolgotrajne oskrbe smo 11.1.2017 v Domu za starije osebe Kantridana izvedli poizvedno (fokusno) raziskovalno skupino s strukturiranim intervjujem in anonimnim vprašalnikom o potrebah ter o možnih in želenih spremembah. Pridobljene podatke smo razporedili v kategorije, po kriteriju kdo je prisojen za uresničevanje določene potrebe in za kakšne potrebe gre. Pri vsaki kategoriji je izpisanih nekaj najbolj relevantnih ali najpogosteje izraženih potreb. Sledi komentar, v katerem bomo odgovore akterjev s področja dolgotrajne oskrbe in aktivnega staranja povezali s spoznanji teorije in tako razmislili o razvojnih možnostih lokalnega območja.

#### **Potrebe, ki jih je potrebno reševati na ravni politike in uprave:**

- *pripraviti novo zakonodajo in pravilnike za dolgotrajno oskrbo;*
- *zagotoviti javno sofinanciranje, če ne zadoščajo lastna sredstva;*
- *vzpostaviti kontrolo nad kakovostjo dela domov (zlasti privatnih).*

Demografska kriza z naraščanjem deleža starega prebivalstva je nacionalni problem, zato je nujno, da se ga rešuje na nacionalni ravni, zlasti s sodobnim nacionalnim sistemom in zakonom o dolgotrajni oskrbi. Obseg projekta STAR ne vključuje reševanja problematike na tej ravni, treba pa jo je upoštevati pri iskanju konkretnih rešitev, prav tako pa rešitve v projektu izvajati pod vidikom vzorčnih modelov pri pripravi bodočih nacionalnih sistemov za dolgotrajno oskrbo v obeh državah partnerjev projekta STAR. Inštitut Antona Trstenjaka se na strokovni in znanstveni ravni že dve desetletji prizadeva za pomoč slovenski državi pri pripravi tega sistema. V projektu STAR pa je v aktivnosti T1.2.1 (izdelava čezmejnega programa deinstitucionalizacije) obvezno upoštevati obstoječe lokalne in državne regulacije.

#### **Potrebe ki jih je potrebno reševati na ravni lokalne skupnosti:**

- *dostopnost informacij in uslug na celotnem področju;*
- *sodelovanje vseh deležnikov (politike, uprave, civilnih organizacij, uporabnikov ...);*
- *uvajanje novih, sodobnih programov oskrbe;*
- *ozaveščanje o demografskih nalogah in rešitvah;*
- *vzgoja za medgeneracijsko solidarnost;*
- *usposabljanje starejših za sprejemanje svojega stanja, bolezni in pomoči;*
- *izobraževanje za boljše razumevanje potreb starih ljudi in za odnose z njimi;*
- *razvoj prostovoljstva.*

Znanstvena spoznanja kažejo, da lahko lokalna skupnost uspešno rešuje problematike povezane z večanjem starejšega prebivalstva le s sistematičnim pristopom. Ta obsega

1. zagotoviti dolgotrajno oskrbo za tiste 4 % prebivalcev, ki jo potrebujejo zaradi starostne onemoglosti, kronične bolezni ali invalidnosti;
2. zboljševati razmere za kakovostno staranje okrog 20 % sorazmerno zdrave in aktivne tretje generacije;
3. ustvarjati razmere, da bo celotno prebivalstvo pospešeno osvajalo *ново solidarnost med generacijami*, ki je pogoj za uspešno reševanje demografske krize.

Iz odgovorov vidimo, da akterji s področja dolgotrajne oskrbe in aktivnega staranja na Reki prepoznavajo potrebe na vseh teh treh področjih. Glede na to, da gre za pereče in ključne potrebe, se bomo nekoliko temeljiteje ustavili pri pogojih za njihovo uresničevanje.

Leta 2011 je bilo v Primorsko-goranski županiji 26,7 % prebivalcev starejših od 60 let, kar je nad evropskim povprečjem; ta delež narašča. Obstoječe, zgoraj navedene kapacitete institucionalne oskrbe ter pomoči na domu, ne zadostujejo naraščajočim potrebam. V Evropi se je pokazala kot edina rešitev integrirana oskrba, v kateri sinergično sodelujejo vsi deležniki ter sistemsko spremljanje stanja na celotnem področju, ki sproti spodbuja uvajanje novih programov glede na potrebe in možnosti. Udeleženci fokusne skupine so bili jasno opredeljeni za to usmeritev v svoji lokalni skupnosti. To ilustrirajo odgovori, ki govorijo o potrebi in želji po »dostopnosti informacij in uslug na celotnem področju«, »sodelovanje vseh deležnikov (politike, uprave, civilnih organizacij, uporabnikov ...)« in »uvajanje novih, sodobnih programov oskrbe«.

Primer integrirane oskrbe, ki smo ga zgoraj že navedli kot primer dobre prakse na tem področju je Dom za starije osebe Kantrida, ki z organizacijskega združevanja različnih storitev in programov dosega učinkovitost in kvaliteto.

Nadalje medsebojno povezovanje in sodelovanje različnih politično-upravnih, strokovnih in civilnih akterjev (javnih in privatnih, neprofitnih in tržnih, formalnih in neformalnih) na področju mesta Reka in županije daje še velike možnosti za zboljšanje in racionalizacijo dolgotrajne oskrbe in aktivnega staranja. S tem se doseže, da se storitve za neko skupino ljudi (ali pa za neko področje) ne podvajajo, medtem ko druga skupina ljudi ostaja brez pomoči. Nagel razvoj na tem področju bo v naslednjih letih nujno potreben. Odločilno je skupno stališče vseh, da je dobrodošel vsak akter, ki doprinese h kakovostni dolgotrajni oskrbi in kakovostnemu staranju. Nekaj zdrave tekmovalnosti med različnimi akterji je pomembna razvojna spodbuda za vse. Medsebojno oviranje akterjev, nezaupanje

med njimi, prevlada enih nad drugimi je v najboljšem primeru izguba dragocenih možnosti, običajno pa resno škoduje lokalni skupnosti in ljudem pri zadovoljevanju akutnih potreb.

Še ena poteza ki se je po Evropi pokazala kot nujno za obvladovanje večanja starejšega prebivalstva je uvajanje novih programov dolgotrajne oskrbe. Narekuje jih analiza stanja prebivalstva Primorso-goranske županije. Tudi heterogenost starostnikov zahteva, da je na voljo več različnih programov. Sodobni človek je navajen svobodno izbirati, zato je tudi za oskrbo in zdravo staranje v kraju potrebnih več možnosti, da se lahko ljudje odločajo za tisto, ki je njim in njihovim družinskim članom najbolj smiselna.

Možnost njihovega uvajanja potrjuje začeta praksa Doma za starije osebe Kantrida in nekaterih drugih aktivnih deležnikov. V projektu STAR bo Inštitut Antona Trstenjaka uvajal tri nove programe: usposabljanje družinskih oskrbovalcev, ki se zdi, da je na tem področju pomembna novost, usposabljanje prostovoljcev za zdravo staranje, ki bodo že v času projekta ustanovili in vodili medgeneracijske skupine po programu za preprečevanje padcev v starosti, ter usposabljanje organizatorja mreže medgeneracijskih programov za kakovostno staranje. Slednji bo dobil kompetence za uspešno integriranje teh dveh programov med že obstoječe programe deinstitucionalizacije ki jih izvaja Kantrida ter njuno nadaljevanje, za kompetence koordinacije obstoječih in uvajanje novih programov v kraju. Ta tri usposabljanja so pomembna za uresničevanje zgoraj navedenih potreb in nalog, zlasti: *vzgoja za medgeneracijsko solidarnost, »usposabljanje starejših za sprejemanje svojega stanja, bolezni in pomoči ter izobraževanje za boljše razumevanje potreb starih ljudi in za odnose z njimi.* Solidarnosti in ostalih socialnih veščin se namreč lahko učimo samo iz prakse. V okviru projekta bo potekalo tudi čezmejno sodelovanje med Slovenijo in Hrvaško preko izmenjave dobrih praks.

#### **Potrebe s področja zunanje deinstitucionalizacije:**

- *prilagoditev stanovanja in okolice za starostno onemoglost;*
- *graditi stanovanja brez arhitektonskih ovir;*
- *zagotoviti negovalne postelje (na domovih in v ustanovah);*
- *nadaljnji razvoj izveninstitucionalne oskrbe na domu, dostava hrane, e-pomoč;*
- *razbremenilna pomoč svojcem, ki oskrbujejo;*
- *možnost, da svojci iz drugih krajev ostanejo kak dan pri svojcu v domu na Reki;*
- *razvoj dnevne oskrbe;*
- *več vključevanja in pomoči svojcem;*
- *usposabljanje družine za oskrbovanje in nego onemoglih in bolnih družinskih članov.*

Slika prebivalstva županije je leta 2011 kazala, da je kapaciteta oskrbovalnih ustanov zadoščala le za 2 % ljudi, starih nad 60 let. Ker je institucionalna oskrba najdražja in večinoma najmanj zaželeno, je važno, da je v kraju na voljo dovolj sodobnih sistemov za samostojno življenje ob delni onemoglosti ter za razbremenilno pomoč družinskim in drugim neformalnim oskrbovalcem. Ta cilj dosega vrsta potreb, ki se nanašajo na različne storitve na domu in so bile izražene v poizvedni raziskovalni skupini. Nadaljnji razvoj v tej smeri je torej smiseln in nujen.

Pri tem je treba upoštevati različen položaj tistih, ki živijo sami in tistih ki živijo s svojci. Leta 2011 je v enočlanskem gospodinjstvu živelo 18.546 ali 24 % ljudi, starih nad 60 let. Dobre tri četrtine jih je torej živelo z drugimi, verjetno večinoma s svojimi domačimi. Ti so njihovi že dejanski ali potencialni prihodnji družinski oskrbovalci, ki v začetku nudijo le nekaj malega pomoči pri vsakdanjih opravilih, ki jih star človek več ne zmore sam, z napredovanjem njegove onemoglosti pa vse več. V zadnjem obdobju življenja oskrba mnogokrat zahteva veliko energije in časa domačih. Pomoč na domu je storitev, ki tistim, ki živijo sami, omogoči poznejši odhod v oskrbovalno ustanovo, pri tistih, ki jih oskrbujejo domači, pa pomeni pomembno razbremenilno pomoč. Pri načrtovanju programov za dolgotrajno oskrbo je treba upoštevati tudi dejstvo, da poleg onemoglih starih ljudi potrebujejo dolgotrajno oskrbo tudi mlajši kronični bolniki in invalidi.

Preko domače oskrbe se prenaša in utrjuje temeljna socialna vrednota solidarnosti in praktične veščine za humano oskrbovanje nemočnih, tudi na mlajše generacije. Ljudje večinoma ne obvladajo teh veščin, zato je potrebno stalno usposabljanje o tem v kraju za vse, ki jih trenutno potrebujejo. S tem usposabljanjem lahko rešujemo še drugo bistvo potrebo domačih oskrbovalcev. Pri telesno, duševno in socialno zahtevnem delu oskrbovanja se namreč svojci pogosto počutijo osamljeni in nemočni. To povzroči, da se izčrpajo in izgorevajo ter se pri njih namesto solidarnosti, oblikujejo vzorci nehotenega zanemarjanja in trpinčenja starejšega svojca. Njihovo medsebojno povezovanje za izmenjavo dobrih izkušenj in oporo, ki ga uvajamo ob njihovem skupinskem usposabljanju, je najboljši način za preprečevanje teh neželenih pojavov; pomembna pa je vsaka pomoč za razbremenitev, ki jo dobijo neformalni oskrbovalci od ustanov, strok in prostovoljcev. V okviru projekta STAR, bi bila lahko občutljivost Primorsko-goranske županije in Doma za starije osebe Kantrida za to problematiko začetek naprednih in za lokalno skupnost pomembnih korakov.

**S področja notranje deinstitutionalizacije so bile izražene naslednje potrebe:**

- *graditi domove po krajevnih skupnostih;*
- *razvoj sodobnih domov;*

- *čim več enoposteljnih sob;*
- *nadaljnji razvoj gospodinjskih skupin z družinskim ozračjem v domu;*
- *upoštevanje individualnih želja glede dnevnega reda.*

Notranja deinstitucionalizacija oskrbovalnih ustanov je pogoj za razvoj sodobne celostne deinstitucionalizirane oskrbe v kraju. Dobro umeščen dom za stare ljudi v krajevni skupnosti, je lahko osrednja ustanova za celotno dolgotrajno oskrbo in njen razvoj. Dom in vrtec v središču vsakega kraja je danes osnovni socialni standard kraja v Evropi. Prav tako tudi enoposteljna soba v domu za stare ljudi, ki za sodobnega človeka ni nadstandardno udobje, ampak osnovna pravica do intimnosti v starostni onemoglosti, ki omogoča ohranitev človeškega dostojanstva. To velja tudi za organiziranost doma v obliki gospodinjskih skupin, ki daje ljudem nepogrešljivo domačnost, ki je hotelsko-bolnišnični model ne more nuditi.

Za razvoj deinstitucionalizirane dolgotrajne oskrbe na Reki in v Primorsko-goranski županiji je ugodno to, da Dom za starije osebe Kantrida v okviru projekta E-qualin že izvaja notranjo deinstitucionalizacijo in širi mrežo drugih oskrbovalnih programov v širšem mestnem okolju. S svojimi rezultati pri tem in s svojo pripravljenostjo, da ostaja učeča se ustanova v projektu STAR, je pomemben vir za prenos dobrih izkušenj za druge partnerje projekta in na ostale subjekte v regiji.

## **5.2 Občina Hrpelje-Kozina**

V poizvedni (fokusni) raziskovalni skupini za ugotavljanje potreb in razvojnih možnosti dolgotrajne oskrbe in aktivnega staranja v občini Hrpelje-Kozina se je 23.1.2017 zbralo večina glavnih akterjev, od katerih imajo nekateri sedež zunaj občine. Poleg tega smo podatke za ta del raziskave pridobili tudi s pol strukturiranim telefonskim intervjujem.

Rezultati narekujejo, da je smiselno razdeliti potrebe v dve veliki skupini, prva so potrebe ljudi in občine (kot lokalne skupnosti), druga pa potrebe organizacij oziroma akterjev, ki delajo s starimi ljudmi. V raziskavi so se pokazale številne razvojne možnosti za izboljšanje dolgotrajne oskrbe in aktivnega staranja, ki jih bomo opisali za potrebami.

### **Potrebe ljudi in lokalne skupnosti**

Različni akterji opažajo, da je hud problem osamljenost starih ljudi. Čutijo ga tako nevladne organizacije (Karitas, Sopotniki, Rdeči križ, Društvo upokojencev), kaže se v naraščajočem povpraševanju po storitvi pomoči na domu, ki pomeni tudi »socialno kontrolo« in stik ljudem, ki živijo povsem osamljeno. Akterji pri ljudeh prepoznavajo potrebo po pogovoru in človeškem stiku. V občini je leta 2015 živelo samih 248 oseb, ki so bile stare več



60 let ali več. Zanje še posebej, pa tudi za druge, je pereča potreba reden človeški stik (ne samo priložnostni), ki jim daje varnost.

Za Občino Hrpelje-Kozina je značilna razpršena naseljenost. Precejšen del občine je hribovit, med drugim Brkini, in prav v teh odmaknjenih naseljih živijo predvsem starejši ljudje; na območju Golaca na primer živijo skoraj samo starejši. Še posebej v primerih, ko niso zmožni voziti avtomobila, je nevarnost, da ostanejo izključeni tudi iz storitev, ki so potrebne za vsakdanje preživljanje (dostop do trgovine, zdravstvenih storitev ipd.), zlasti pa od prav tako potrebnih socialnih stikov in možnosti za kulturno udejstvovanje.

Fizična in socialna izoliranost starejših ljudi lahko pripelje do razraščanja revščine, zanemarjanja ali trpinčenja, ne da bi za to kdo vedel in bi lahko ustrezno ukrepal.

Občani imajo veliko potrebo po večji dostopnosti zdravstvenih storitev v kraju. Zdravstvena postaja Hrpelje-Kozina namreč trenutno nima stalnega zdravnika, problem pa ni le lokalnega značaja, ampak izvira iz nacionalne zdravstvene ureditve.

H kakovosti in varnosti bivanja na domu bi po mnenju akterjev lahko prispevali tudi starosti primerna ureditev stanovanj in IKT pomoč.

V občini Hrpelje-Kozina bi nujno potrebovali primeren dom za stare ljudi, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo in ne morejo živeti doma. Ta potreba, izražena v poizvedni skupini, se povsem ujema s sodobnimi strokovnimi spoznanji, da je odhajanje v oskrbovalno ustanovo iz svojega kraja neprimerna rešitev, ki škodi oskrbovancem in kraju; dom za stare ljudi ne daje le novih zaposlitev, ampak je središče celotne oskrbe, ozaveščanja prebivalstva o starostni oskrbi in krajevna šola za humano solidarnost do nemočnih krajanov.

V poizvedni skupini je bila izražena tudi potreba po ustanovi, ki bi nudila dnevno (in po možnosti nočno) oskrbo, namenjeno tistim starejšim ljudem, ki sicer živijo doma s svojci, vendar pa v času, ko so svojci odsotni ali se ne zmorejo posvečati oskrbi, potrebujejo okolje za varno in kvalitetno bivanje in oskrbo. Ti dve storitvi nudi najbolje in najceneje krajevni dom za stare ljudi.

Udeleženci so izpostavili tudi potrebo po boljšem medgeneracijskem sodelovanju v občini, od katerega bi imeli korist tako starejša kot mlajša generacija.

Naslednja stvar, ki jo občani potrebujejo, so informacije o oskrbi in kakovostnem staranju. Svojci niso pripravljeni na oskrbo starejših, ne vedo, kateri programi in kakšne oblike pomoči obstajajo, kakšne so njihove pravice in podobno.

### **Potrebe akterjev, vključenih v delo s starimi ljudmi**

Skupen izziv akterjev na območju občine Hrpelje-Kozina je, kako doseči, da bi več ljudi sprejelo pomoč. Zanj namreč stari ljudje sami težko prosijo, ker tega niso vajeni. Pomoč težko sprejmejo, tudi ko jim jo kdo ponudi. Ilustrativen primer tega je to, da je Občina Zavodu Pristan še povečala subvencioniranje storitve pomoči na domu, Zavod je ponudbo oglaševal, vendar se kljub številu uporabnikov ni znatno povečalo.

Akterji opažajo, da so ljudje v tem krajevnem območju zelo občutljivi na to, kar rečejo sosodje. V primeru oglaševanja svoje dejavnosti je to za akterje lahko tako problem kakor prednost; problem, ker se zaradi strahu pred obsojanjem posamezniki ne odločijo za pomoč, prednost pa zato, ker dober glas o neki dejavnosti znatno pripomore k odločitvi za vključiv v neko dejavnost ali storitev. Pri vsakem delu s starimi ljudmi v Občini Hrpelje-Kozina je to dejstvo potrebno upoštevati.

Predvsem nekatere nevladne in prostovoljske organizacije čutijo potrebo po novih prostovoljcih in poživitvi dejavnosti. Zgodi se, da so isti ljudje prostovoljci v več različnih organizacijah, kjer izvajajo podobne ali pa iste dejavnosti, poleg tega pa so prostovoljci večinoma upokoјenci, ki se tudi sami vse bolj starajo. V poizvedni skupini je bil izpostavljen tudi problem, da je večina prostovoljk ženskega spola, kar kaže na potrebo po vključevanju moških v njim primerne prostovoljske dejavnosti.

### **Nekatere razvojne možnosti**

Problematika in potrebe, ki so se v raziskavi pokazali, kažejo nekatere smernice za razvoj sistema dolgotrajne oskrbe in aktivnega staranja v občini. Razvojne možnosti so se prav tako pokazale iz dobrih praks, ki jih razvijajo posamezni akterji, iz njihovih konkretnih predlogov in iz njihove velike pripravljenosti za medsebojno sodelovanje, ki se je pokazala v raziskovalni skupini. Dobra osnova za ustrezno odgovarjanje na problematiko demografske krize je tudi zavzetost Občine za reševanje socialnih problematik.

Načrtovani programi v sklopu projekta STAR se ujemajo z izraženimi potrebami in predlogi. Direktni odgovor nanje so programi usposabljanja, ki ju bo izvedel v tem projektu Inštitut Antona Trstenjaka. Tečaj za družinske oskrbovalce je namenjen svojcem in ostalim neformalnim oskrbovalcem, ki vsaj pet ur tedensko skrbijo za starega človeka na domu. Na njem dobijo praktična znanja in se med seboj povežejo. Usposabljanje prostovoljcev za ustanavljanje in vodenje medgeneracijskih skupin za kakovostno staranje omogoči, da v kraju kakih dvajset prostovoljcev s skupinskim tedenskim druženjem učinkovito preprečuje osamljenost starih ljudi ter jih uvaja v zdravo staranje. Te skupine delujejo po metodiki

skupinskega socialnega učenja na osnovi dobrih izkušenj vseh članov. Program, ki ga bodo izvedli že v času trajanja projekta STAR v svojih skupinah, bo preprečevanje padcev v starosti. Pomembno je, da se bodo v usposabljanje vključili ljudje iz različnih krajev občine in iz različnih subjektov, ki delajo na tem področju, da bo problematika osamljenosti čim bolj rešena na celotnem področju občine. Usposabljanje organizatorja krajevne socialne mreže za kakovostno staranje in solidarno sožitje med generacijami pa bo omogočilo, da bo Občina začete programe v času projekta STAR sistematično nadaljevala in razvijala, v skladu s svojimi potrebami in možnostmi, tudi po zaključku projekta

Dnevni center, ki ga bo v projektu STAR razvijal Obalni dom Koper, bo lahko zasnova bodoče celostne dolgotrajne oskrbe v kraju. Odgovarjal bo namreč lahko na različne potrebe tako s področja izboljševanja dolgotrajne oskrbe kakor s področja aktivnega staranja in učenja medgeneracijske solidarnosti. Pomembno bo, da bo imel jasno vizijo področij in oblik svojega dela, ki bodo v skladu z realnimi potrebami in možnostmi ljudi, funkcionalno in vzdržno strategijo delovanja ter dober načrt za promocijo. Tako se lahko uspešno izogne potencialni oviri, ki jo je ena od občank v poizvedni skupini izrazila s stavkom: *»Težko bo, če se bo o centru razširil slab glas.«*

To velja tudi za uvajanje novega programa za varovanje starejših s pomočjo novih tehnologij, ki je tudi predvideno v projektu STAR. Po izkušnjah partnerja, hrvaškega Doma za starije osebe Kantrida, lahko tak program precej doprinese k varnejšemu bivanju starejših doma pod pogojem, da dobijo uporabniki programa ustrezno izobraževanje, da je tehnologija finančno dostopna in vzdržna, delovanje programa pa organizirano učinkovito. Program je za občino še posebej primeren zaradi velike naselitvene razpršenosti, vendar pa je pri njegovem razvoju in uvajanju potrebno upoštevati kulturne značilnosti in zmožnosti lokalnega prebivalstva.

V poizvedni skupini je tekel pogovor o tem, da bi bilo dobro imeti gerontološko info točko, kjer bi nekdo, ki dobro pozna vse programe in možnosti pomoči starejšim in njihovim svojcem v občini, svetoval ljudem kaj lahko storijo in kam se lahko obrnejo. Ob tem predlogu je bilo zastavljeno tudi vprašanje, ali bo takšna točka res obiskana (glede na kulturne značilnosti lokalnega prebivalstva) in če ne bi bilo torej smiselno, da info točka deluje vsaj deloma na terenu in po možnosti istočasno opravlja še kakšno drugo nalogo. Za večjo razpršenost storitev po celotni skupnosti bi bilo morda smiselno izkoristiti tudi posamezne krajevne centre (npr. Vaški dom Rodik, Gasilsko društvo Materija ipd.).

Ena od udeleženk poizvedne skupine je predlagala možnost razvoja potujočih trgovin z živili in pripomnila, da so pred nekaj časa ukinili kombi pekarno.

Velika razvojna možnost je medsebojno sodelovanje vseh akterjev, ki delujejo v občini. Sad takšnega sodelovanja so lahko konkretne povezave med njimi. Od tega imajo korist tako sami akterji kakor uporabniki njihovih uslug: medsebojno učenje in opora pri delu, ker *več glav več ve*; večja se verjetnost, da bo pomoč dosegla več pomoči potrebnih ljudi in skupin ljudi; možnost, da se neka vrsta pomoči neki skupini ljudi ali na nekem lokalnem območju podvaja, pa se zmanjša. Povezovanje in sodelovanje spodbuja tudi razvoj programov in uvajanje tistih novih, ki so potrebni. Nekaj dobrih možnosti za sodelovanje med akterji je bilo navedenih že v poizvedni skupini. Zavod Pristan in Zavod Sopotniki, pa morda tudi Rdeči Križ in kaka druga nevladna organizacija, so se odločili, da bodo promovirali svojo dejavnost tako, da bodo nekajkrat skupaj objavili članek. Prav tako so se različni akterji strinjali, da bodo pri uporabnikih, kjer že imajo zaupanje, spodbujali koriščenje tistih uslug drugih akterjev, ki jih sami ne nudijo, starostnik pa bi jih po njihovem mnenju potreboval. Pojavila se je tudi ideja, da bi bilo vsaj za rešitev nekaterih težjih primerov smiselno izoblikovati terenske delavne time različnih strokovnih delavcev (zdravstvo, sociala ipd.). Da bi se takšno sodelovanje lahko nadaljevalo, so potrebni ne pogosti, vendar pa redni sestanki čim več glavnih akterjev. Organizator mreže, ki ga bo v projektu STAR usposobil Inštitut, bo lahko organiziral tudi to in podobne pobude.

Zelo potreben je manjši sodoben krajevni dom za stare ljudi, organiziran po principu gospodinjskih skupin; ta potreba je bila izražena tudi v poizvedni skupini. Namera, da to izvede Obalni dom upokojencev Koper, kot svojo dislocirano enoto v sodelovanju z Občino Hrpelje-Kozina, je zelo dobro nadaljevanje projekta STAR. Obalni dom upokojencev dela tudi na lastni notranji deinstitucionalizaciji s tem, da uvaja sodoben sistem kakovosti in zunanji s tem da širi v okoliških krajih svoje oskrbovalne storitve za potrebe ljudi v domačem okolju. Te razvojne usmeritve Obalnega doma upokojencev so ugodna možnost za vzpostavljanje celostne deinstitucionalizirane dolgotrajne oskrbe v občini v tem projektu.

## **6. Zaključek**

Podatki, informacije in spoznanja v tej študiji so osnova za izdelavo strateškega čezmejnega načrta deinstitucionalizirane dolgotrajne oskrbe, ki je del projekta STAR. Oboje skupaj pa je nujno potrebno orodje, da bodo vsi akterji tega projekta pri vseh partnerjih lahko uspešneje sodelovali in izvedli vse cilje projekta.

## Literatura

- Drole in Lebar ur. (2014). Podpora samostojnemu bivanju v domačem okolju in dolgotrajna oskrba. V: [http://www.staranje.si/files/upload/images/aha.si\\_dolgotrajna\\_oskrba\\_porocilo\\_v1.pdf](http://www.staranje.si/files/upload/images/aha.si_dolgotrajna_oskrba_porocilo_v1.pdf) (sprejem: 20. 12. 2016).
- 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](http://www.health.gov.nl.ca/health/publications/afrc_en.pdf) (sprejem 26.11.2012).
- Grdiša Rok (2010). Priročnik za načrtovanje sodobnih oblik bivanja starih ljudi. Ljubljana: Fakulteta za arhitekturo.
- Hughes in O'Sullivan (2016). Family carer training. A resource for those working with Family Carers. V: [https://www.iasw.ie/attachments/Family\\_Carer\\_Training\\_Booklet\\_for\\_Professionals\\_19th\\_Dec.pdf](https://www.iasw.ie/attachments/Family_Carer_Training_Booklet_for_Professionals_19th_Dec.pdf) (sprejem: 3. 1. 2016)
- Hughes RG (2008). Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. . AHRQ Publication št. 08-0043. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality. V: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2665/>
- Hudolin Vladimir (1991). *Alkohološki priručnik*. Zagreb: Medicinska naklada.
- Hvalič Touzery Simona (2007). *Družinska oskrba starih družinskih članov*. Doktorska disertacija. Ljubljana: Univerza v Ljubljani.
- Hvalič Touzery (2010) po Mestheneos Elizabeth, Triantafyllou Judy (2005). Družinski oskrbovalci starih ljudi v Evropi. V: *Kakovostna starost*, letnik 8, št. 4. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka. <http://www.inst-antonatrstenjaka.si/tisk/kakovostna-starost/clanek.html?ID=590>.
- <http://www.inst-antonatrstenjaka.si>.
- <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.
- Imperl Franc (2015). E-Qualin. V: *Kakovostna starost*, letnik 18, št. 4. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka. <http://www.inst-antonatrstenjaka.si/tisk/kakovostna-starost/clanek.html?ID=1563>.
- Leichsenring Kai, Billings Jenny in Nies Henk (ur.) (2013). *Long-Term Care in Europe. Improving Policy and Practice*. Hampshire: Palgrave Macmillan.
- Lipar Tina (2014) po European Commission (2013). Dolgotrajna oskrba v starajočih se družbah – izzivi in politične možnosti. V: *Kakovostna starost*, letnik 17, št. 4. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka. <http://www.inst-antonatrstenjaka.si/tisk/kakovostna-starost/clanek.html?ID=1474>.
- Pihlar Tanja (2010) po Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2008). *Kakovostno bivanje v starosti*. V: *Kakovostna starost*, letnik 13, št. 2. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka. <http://www.inst-antonatrstenjaka.si/tisk/kakovostna-starost/clanek.html?ID=840>.
- Ramovš Jože (2003). *Kakovostna starost*. Socialna gerontologija in gerontagogika. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka in Slovenska akademija znanosti in umetnosti.
- Ramovš Jože (2008). Krajevno medgeneracijsko središče. V: *Kakovostna starost*, letnik 11, št. 1, str. 26–45.
- Ramovš Jože (2015). Deinstitutionalizacija dolgotrajne oskrbe. V: *Kakovostna starost*, letnik 18, št. 3. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka. <http://www.inst-antonatrstenjaka.si/slike/1535-1.pdf#search=%22deinstitutionalizacija%20dolgotrajne%20oskrbe%22>.
- Ramovš Jože (2015a). Deinstitutionalizacija. V: *Kakovostna starost*, letnik 18, št. 3. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka. <http://www.inst-antonatrstenjaka.si/tisk/kakovostna-starost/clanek.html?ID=1545>.
- Ramovš Jože (2015b). Institucionaliziranost. V: *Kakovostna starost*, letnik 18, št. 3. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka. <http://www.inst-antonatrstenjaka.si/tisk/kakovostna-starost/clanek.html?ID=1544>.

- Ramovš Jože in Ramovš Ksenija (2012). *Družinska oskrba starejšega svojca. Priročnik na tečaju za družinske oskrbovalce*. 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 Ksenija (2015). Razbremenitev družinskih oskrbovalcev z vidika ZDA in nekaterih evropskih držav. V: *Kakovostna starost*, letnik 18, št. 2, str. 22–33.
- Svet EU (2005). Zelena knjiga »Odziv na demografske spremembe: nova solidarnost med generacijami«*. Bruselj, 2005, uradni slovenski prevod.
- WeDO. Za dobro počutje in dostojanstvo starejših. Evropski okvir kakovosti storitev dolgotrajne oskrbe; [www.wedo-partnership.eu](http://www.wedo-partnership.eu).
- WHO (2007). *Global Age-friendly Cities: A Guide*. Geneva: World Health Organization.