

# **DRUŽBENA SKRB ZA STAREJŠE**

## **Social care for elderly**

**prim.asist.Darinka Klančar dr. med. Katedra za družinsko medicino Ljubljana**

## **IZVLEČEK**

Slovenija sodi v krog držav z izrazito staro strukturo prebivalstva. Varstvo starejših oseb v Sloveniji ima stoletno tradicijo. Institucionalno varstvo starejših ureja v Sloveniji Zakon o socialnem varstvu. Danes prevladuje spoznanje, da je treba starega človeka čimdlje zadržati v njegovem bivalnem okolju in zato organizirati druge oblike pomoči. Vlada RS je sprejela Strategijo varstva starejših do l. 2010, ki temelji na temeljnih načelih: solidarnost, sožitje in kakovostno staranje. Izbrani osebni zdravnik je vodja zdravstvenega tima na primarni ravni in bo zdravstvene probleme starejših ljudi tudi v prihodnje reševal v interdisciplinarnem timu in se povezoval z drugimi službami s področja zdravstvenega in socialnega varstva starejših ljudi.

## **UVOD**

Leta 2000 je bilo kar 7% svetovnega prebivalstva starejšega od 65 let. Projekcije kažejo, da se bo do l. 2050 ta delež podvojil (1). Slovenija sodi v krog držav z izrazito staro strukturo prebivalstva. V obdobju 2001 do 2007 se je število starejših od 65 let v Sloveniji povečalo od 285.000 na 323.000, kar pomeni povečanje deleža starejših od 14,3 na 16%, ki gre v glavnem na račun povečanja deleža starejših od 80 let (od 2,2% 1998 na 3,3 2007) (2). V skrb za starajočo populacijo je vključenih več družbenih sfer, v nadaljevanju prikazujem vlogo države, zdravstvene službe in znotraj te zdravnik družinske medicine na primarnem nivoju.

## **Sedanje stanje na področju družbene skrbi za starejše**

### **DRŽAVA**

Varstvo starejših oseb v Sloveniji ima stoletno tradicijo in je v svojem razvoju doživelo številne spremembe. Že v prejšnjem stoletju so začeli graditi t.i. ubožnice (Občinsko zavetišče Franca Lambrechta v Slovenskih Konjicah l. 1870, ubožnica v Dravogradu pred prvo sv. vojno, dobrodela ustanova v Mengšu 1923, zavetišče za socialne podpirance na Jesenicah tik pred drugo sv. vojno; po drugi svetovni vojni dom za stare na Poljanski cesti v Ljubljani, zavetišče za reveže v Metliki, posebni socialni zavod v Ponikvah...) . V povojnem obdobju je število starejših močno presegalo razpoložljive kapacitete teh ustanov. Šele po l. 1960 se je pričelo intenzivno dogovarjanje, kako organizirati kvalitetno socialno in zdravstveno varstvo starejše populacije.

L 1962 je gerontološka komisija pri takratnem Sekretariatu za socialno varstvo SRS izdelala osnovna načela socialne gerontologije, ki so usmerjala nadaljni razvoj starostnega varstva.

Institucionalno varstvo starejših ureja v Sloveniji Zakon o socialnem varstvu (3) in obsega vse oblike pomoči v zavodu, v drugi družini ali drugi organizirani obliki, s katerimi se upravičencem nadomeščajo ali dopolnjujejo funkcije doma in lastne družine, zlasti pa bivanje, organizirana prehrana in varstvo ter zdravstveno varstvo (4).

Javno službo opravljajo javni socialno varstveni zavodi, na podlagi koncesije pa tudi druge pravne osebe oziroma zasebniki. L 1996 je bilo v socialnovarstvenih zavodih 10.763 mest za institucionalno oskrbo starejših oseb, kar pomeni kapacitete za 4% populacije starejših. Do leta 2005 se je to število povzpelo na 15.500 mest, kar pomeni še vedno kapacitete za le 5 % starejših. Dom za starejše opravlja tudi naloge, ki obsegajo priprave okolja, družine in posameznikov na starost. Dom za starejše lahko opravlja tudi gospodarsko dejavnost, če je ta namenjena višji kvaliteti življenja invarstva starejših občanov.

Številne razvite družbe so zaznale hitre socialne spremembe v smislu staranja populacije, njihovih naraščajočih potreb in pomena vključevanja vseh družbenih sfer v oskrbo te ranljive populacije (5). Raziskave so potrdile, da institucionalno varstvo v velikih centrih ne pomeni vedno kvalitete bivanja, ampak, da tudi starejši potrebujejo predvsem občutek vrednosti, ki ga lahko doživijo le v domačem okolju ali v manjših skupnostih s poudarkom na individualni oskrbi, ki posnema domače okolje (6)

Zakon o socialnem varstvu iz l 1992 je prinesel pravno podlago za pomoč posameznikom in družinam za oskrbo na domu - neinstitucionalne oblike pomoči. Prevladalo je spoznanje, da je treba starega človeka čimdlje zadržati v njegovem bivalnem okolju in zato organizirati razne oblike pomoči. Omenjeni zakon z dopolnitvami prinaša uporabnikom poleg dnevne in celodnevne oblike institucionalnega varstva, še storitve (socialne) pomoči na domu, pravico do družinskega pomočnika, oskrbo v oskrbovanih stanovanjih ter različne socialnovarstvene programe osebne asistencije za invalidne osebe. Osebe, za katere se ugotovi, da potrebujejo tujo pomoč, lahko iz tega naslova dobijo tudi denarne prejemke, s katerimi si zagotavljajo neformalne oblike pomoči oziroma si s temi sredstvi (do)plačujejo prej naštetih storitev.

Pomoč družini na domu obsega socialno oskrbo upravičenca v primeru invalidnosti, starosti ter v drugih primerih, ko socialna oskrba na domu lahko nadomesti institucionalno varstvo. Pomoč na domu je organizirana v okviru domov za starejše, centrov za socialno delo ter v okviru javnih del. Gre za organiziranje prehrane na domu, pomoč pri negi in gospodinjstvu, dnevno varstvo, fizioterapija na domu...

Od leta 1992 so se začeli pojavljati razni zasebni centri za pomoč na domu (Ljubljana, Celje, Slovenj Gradec, Maribor).

Poleg prejemov z naslova socialnega varstva je starostnik upravičen tudi do t.i. dodatka za tujo pomoč (7), kadar zaradi trajnih sprememb v zdravstvenem stanju ne more zadovoljevati

osnovnih življenjskih potreb, ker se niti ob osebnih prizadevanjih in ob pomoči ortopedskih pripomočkov ne more samostojno gibati v stanovanju in izven njega, samostojno hraniti, oblačiti in slačiti, se obuvati in sezuvati, skrbeti za osebno higieno, kakor tudi ne opravljati drugih življenjskih opravil, neogibno potrebnih za ohranjanje življenja.

Dejstvo je, da obstoječe storitve in prejemki niso povezani v enovit sistem in da v praksi tudi ni najboljše koordinacije med službami, ki jih zagotavljajo, kar otežuje dostopnost do storitev in zmanjšuje njihovo kakovost. Storitve v bivalnem okolju so še vedno relativno nerazvite, kar dodatno povzroča pritisk na podaljševanje dragih hospitalizacij in širitev institucionalnih oblik oskrbe. Trenutne potrebe po dolgotrajni oskrbi v Sloveniji presegajo razpoložljive kapacitete, ki jih zagotavljata javni mreži na področju zdravstvenega in socialnega varstva.

L. 2006 je vlada RS sprejela Strategijo varstva starejših do l. 2010, ki temelji na temeljnih načelih: solidarnost, sožitje in kakovostno staranje(8),(9).

Gre za odgovor države na staranje prebivalstva in na evropske zahteve po skrbi za novo solidarnost med generacijami. Osnovni namen strategije je uskladiti in povezati delo pristojnih vladnih resorjev z gospodarstvom in civilnim tretjim sektorjem, tako da se povečata solidarnost in kakovost medčloveškega sožitja med tretjo, srednjo in mlado generacijo ter zagotovita kakovostno staranje in oskrbo naglo rastočega deleža tretje generacije.

## ***ZDRAVSTVENA SLUŽBA***

Zdravje in zdravstveno varstvo sta pomemben del socialne varnosti vsakega človeka. To še posebej velja za stare ljudi, ki jim je treba zaradi njihovih specifičnih potreb, povezanih s naraščajočo številčnostjo omogočiti zdravo življenje in zagotoviti ustrezno zdravstveno varstvo ter s tem prispevati h kakovosti življenja tudi v poznih letih. Starostna struktura bolnikov se spreminja. Raste delež bolnikov, starejših od 75 let: (39,4 % l. 1997 in 45,7 % l. 2002) (2). Po številu bolnišničnih obravnav starejših od 65 let so na prvem mestu bolezni obtočil, sledijo neoplazme in bolezni prebavil. Med bolnišničnimi obravnavami zaradi poškodb in zastrupitev so bile v starostni skupini 65let in več najpogostejše poškodbe kolka in stegna, po zunanjih vzrokih so najpogostejši padci. Poškodbam so bolj izpostavljene ženske po 75. letu starosti.

## ***ZDRAVNIKI DRUŽINSKE MEDICINE***

Obiski bolnikov, starejših od 64 let v Sloveniji predstavljajo skoraj tretjino vseh obiskov v dejavnosti splošne medicine (10). Zdravnik družinske medicine oskrbuje svojo populacijo opredeljenih bolnikov v skladu z veščinami, ki so specifične za družinsko medicino: vodenje primarne zdravstvene oskrbe, v osebo usmerjena oskrba, specifičen način reševanja problemov,

celostni pristop, usmerjenost vs skupnost (11). Pri tem pa je nujno, da v svoje delo neprestano vključuje etična merila in vzdržuje profesionalni odnos.

Izoobraževalni proces v sklopu specializacije iz družinske medicine zagotavlja, da se bodoči specialisti seznanijo s specifično vodenja starejših bolnikov. Osvojijo znanja in veščine, ki jim olajšajo delo s to populacijo.

Za starostnike je značilna prisotnost kroničnih bolezni (kardiovaskularni, lokomotorni sistem, velika sočasna obolevnost, upadanje osnovnih življenjskih funkcij, izguba občutka za higieno, težave pri hranjenju, omejena gibljivost in prisotnost demence ozr drugih duševnih motenj: depresija, nespečnost). Dobra tretjina starostnikov ima vsaj tri bolezni, s starostjo pa delež oseb z več boleznimi narašča, pridružijo pa se še za starost specifične težave (inkontinenca urina in blata, motnje ravnotežja, obstipacija, naglušnost, slab vid, sinkope, preležanine, slaba prehranjenost, izguba mišične mase, prekanceroze kože, vnetja kože pod pleniciami...) (12).

Zdravnik včasih težko prepozna razlog prihoda starejšega bolnika v ambulanto. Bolnik ima ponavadi povsem druge prioritete kot zdravnik. Pregled starostnika se ne razlikuje bistveno od pregleda drugih odraslih, le metode so prilagojene in nekoliko dopolnjene (13, 14).

Pri napotitvah je zdravnik družinske medicine dokaj omejen, večino problemov rešuje sam, saj hospitalno okolje dodatno ogroža starejšega bolnika. Paziti mora na prilagajanje odmerkov zdravil. Realizacija poslanstva vodenja primarnega zdravstvenega varstva ni možna brez timskega dela, sodelovanja s patronažno sestro, fizioterapevtom in nezdravstvenimi strokovnjaki na lokalnem nivoju (15).

Eden od najpomembnejših elementov v zdravljenju in negi je dobro sporazumevanje (16), ki podpira zdravljenje in gradi zadovoljstvo med starejšim bolnikom in zdravnikom, lahko pa ga tudi ruši in izčrpava (17).

Pri tem so glavna ovira upadle kognitivne funkcije, strah in depresivno razpoloženje (18). Posebnost vodenja starejšega bolnika je zdravljenje na domu, uporaba hišnega obiska kot posebnosti v medicini. Nujno je vključevanje bolnikove družine (19) in iskanje podpornih programov na lokalnem nivoju.

Zdravnik DM se srečuje s številnimi dilemami ob bolniku, ki nima več pogojev za bivanje na svojem domu. Posebnost je spremljanje umirajočega bolnika. Zdravnik, ki dela v domu za starejše pa se sreča še z vrsto posebnosti, ki so značilne za oskrbo te ranljive populacije. Nujno potrebuje dodatna znanja in obvladovanje veščin, s katerimi se sicer pri rednem delu v ambulanti le redko sreča. Obolevnost v domovih za starejše je kompleksna, umrljivost pa visoka (20).

## **Strateške usmeritve**

## ***DRŽAVA***

Povečevanje potreb in zahtev po dolgotrajni oskrbi je svetovni pojav, ki je še zlasti opazen od druge polovice prejšnjega stoletja.

V Sloveniji smo zastavljene usmeritve sprejeli in jih potrdili v ključnih razvojnih strateških dokumentih (8). S spremembami v zakonodaji in praksi naj bi v RS Sloveniji zagotovili boljšo in enakomernejšo dostopnost storitev, pri čemer naj bi imela prednost oskrba na domu. Dosegli naj bi večjo transparentnost sredstev in zagotovili finančno vzdržnost sistema;Povezati je treba izvajalce dolgotrajne oskrbe v funkcionalno celovit, racionalen in učinkovit system.Na potezi sta Ministrstvo za zdravje in Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, ki bosta v sodelovanju z Ministrstvom za finance, Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije in Zavodom za pokojninsko in invalidsko zavarovanje pripravili predlog Zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo

Poskrbeti je treba za ustvarjanje novih socialnih znanj o starosti, staranju in sožitju generacij, ozaveščati celotno prebivalstvo o nalogah in možnostih za kakovostno staranje in sožitje med generacijami v današnjih razmerah ter zagotavljati ugodne pogoje za pozitivno gledanje na starost in na povezovanje vseh treh generacij v družbi.

Ministrstvo za zdravje bo spodbujalo in v okviru proračunskih možnosti tudi v prihodnje podpiralo dejavnost humanitarnih in drugih organizacij, ki dopolnjuje obstoječe programe na področju preventive. Okrepiti je treba druge oblike zdravstvenega varstva, namenjenih ohranjanju samostojnosti starejših ljudi, povečevanju kakovosti njihovega življenja, prostovoljnemu delu in izrabi znanja, izkušenj in delovnih potencialov starejših ljudi.

## ***ZDRAVSTVENA SLUŽBA***

Pri doseganju ciljev na področju zdravstvenega varstva starejših oseb je treba upoštevati predvsem načela odgovornosti za lastno zdravje, dostopnosti do zdravstvenega varstva in obravnave, svobodne izbire zdravnika in zdravstvenega zavoda. Prav tako je treba upoštevati pravico do obveščeniosti in odločanja o posegih, dostojne obravnave ter zagotavljanja zasebnosti in dostojanstva, pravico do pomoči pri urejanju in izvajanju zdravstvenega varstva ter dostojnega konca življenja.Potrebna je krepitev preventivnih programov v lokalnih skupnostih, to pa zahteva poznavanje značilnosti ljudi v skupnosti, njihovih življenjskih pogojev, dejavnikov tveganja za pojav bolezni, ki so jim izpostavljeni, porazdelitev sredstev za promocijo zdravja in zdravstveno varstvo. Patronažno varstvo kot posebna oblika zdravstvenega varstva na domu zavarovanca in v lokalni skupnosti mora v določenem zdravstvenem območju v večji meri razvijati programe promocije zdravja ter tako spodbujati starejše k čim večji skrbi za lastno zdravje in zdravje družin.

Globalni cilj patronažnega varstva je doseganje pozitivnega zdravja posameznika, družine, skupnosti s pomočjo storitev zdravstvene nege, ki so preventivne, kurativne in socialne narave in dostopne glede na potrebe posameznika.

## ***ZDRAVNIKI DRUŽINSKE MEDICINE***

Mreža primarne ravni trenutno ne zagotavlja zadostnih kapacitet. Nujno je zapolniti zdravniška delovna mesta s specialisti družinske medicine, ki obvladajo znanja in veščine za vodenje kakovostne oskrbe starih. Izbrani osebni zdravnik je vodja zdravstvenega tima na primarni ravni in bo zdravstvene probleme starih ljudi tudi v prihodnje reševal v interdisciplinarnem timu in se povezoval z drugimi službami s področja zdravstvenega in socialnega varstva starih ljudi.

Povečevanje števila oseb z napredujočimi kroničnimi in rakavimi boleznimi zaradi staranja prebivalstva ter spremenjeni način življenja povečujeta potrebe po paliativni oskrbi ter podpori in pomoči na bolnikovem domu in terjata vzpostavitev organizirane paliativne oskrbe.

V okviru izobraževanja zdravnikov so nujna srečanja, na katerih zdravniki osvojijo ali obnovijo znanja, ki jih potrebujejo pri delu s starejšimi. Osnovno vodilo so teme, ki govorijo o veščinah zdravnika po evropski definiciji družinske medicine.

## **ZAKLJUČEK**

Zdravstveno varstvo ostarelih postaja vedno večji segment dela na ravni osnovne zdravstvene dejavnosti. Dokler je funkcionalno stanje ostarelih takšno, da zmorejo sami skrbeti zase, zadošča obdoben nadzor s strani patronažne službe in obisk zdravnika v ambulanti ali na domu. Ko pa se njihovo funkcionalno stanje poslabša, pa je potrebna bistveno večja angažiranost tima zdravnika družinske medicine, socialne službe, humanitarnih in verskih organizacij ter prostovoljcev. Skupine starih prebivalcev se bodo v prihodnosti večale in zahtevale bolj organiziran pristop. Zato je sprejem zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo več kot nujen.

**Literatura:**

- (1) United Nations, Population Division, Department of Economic and Social Affairs. Population ageing 2002. Second World Assembly on Ageing; 8-12 April 2002: Madrid, Spain.
- (2) Zdravstveno statistični letopis, Slovenija 2005. Inštitut za varovanje zdravja RS Slovenije.
- (3) [http://zakonodaja.gov.si/rpsi/r09/predpis\\_ZAKO869.html](http://zakonodaja.gov.si/rpsi/r09/predpis_ZAKO869.html)
- (4) [http://zakonodaja.gov.si/rpsi/r04/predpis\\_ZAKO214.html](http://zakonodaja.gov.si/rpsi/r04/predpis_ZAKO214.html)
- (5) Kathryn Sabrena Elliott<sup>1</sup> and Ruth Campbell. Changing ideas about family care for the elderly in Japan. *Journal of Cross-Cultural Gerontology* 8:119-135, 1993.
- (6) Rosalie A. Kane, PhD; Terry Y. Lum, PhD; Lois J. Cutler, PhD; Howard B. Degenholtz, PhD; Tzy-Chyi Yu, MHA. Resident Outcomes in Small-House Nursing Homes: A Longitudinal Evaluation of the Initial Green House Program. *J Am Geriatr Soc.* 2007;55(6):832-839.
- (7) [http://zakonodaja.gov.si/rpsi/r01/predpis\\_ZAKO1431.html](http://zakonodaja.gov.si/rpsi/r01/predpis_ZAKO1431.html)
- (8) Dimovski V. Izhodišča za pripravo strategije varstva starejših v obdobju 2006-2010. In: festival za trtje življenjsko obdobje. Zbirka prispevkov okroglih miz in predavanj. Zveza društev upokojencev Slovenije in Ifos d.o.o., 2004. Ljubljana.
- (9) [http://www.mdds.gov.si/si/zakonodaja\\_in\\_dokumenti/pomembni\\_dokumenti/](http://www.mdds.gov.si/si/zakonodaja_in_dokumenti/pomembni_dokumenti/)
- (10) Šelb-Šemerl J, Rok-Simon M, Kelšin N, Ivas N. Staranje prebivalstva v Sloveniji: Demografske spremembe in nekaj posledic za zdravstveno varstvo. *Zdrav Vestn* 2004; 73: 527-31.
- (11) The European definition of general practice/family medicine. *WONCA* 2002; 1-35.
- (12) Šabovič M. Sodobna načela internistične geriatrije. *ISIS* 2004; 13 (8-9): 37-40.
- (13) Kocijan M. Obravnava starostnika. In: Švab I, Rotar Pavlič D, eds. *Družinska medicina*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD; 2002: 678-82.
- (14) Kocijan M. Preventiva pri starostniku. In: Švab I, Rotar Pavlič D, eds. *Družinska medicina*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD; 2002: 663-77.
- (15) Nutting P, Rost K, Dickinson M, Werner JJ, Dickinson P, Smith J, Gallovic B. Barriers to initiating depression treatment in primary care practice. *JGIM* 2002; 17: 103-11.
- (16) Stewart M. Effective physician – patient communication and health outcomes: A review. *Can Med Ass J* 1995; 152: 1423-33.
- (17) NHS Executive. Patient partnership: Building a collaborative strategy. Leeds: NHS Executive; 1996.
- (18) D'Ath P, Katona P, Mullan E, Evans S, Katona C. Screening, detection and management of depression in elderly primary care attenders. In: The acceptability and performance of the 15 item Geriatric Depression Scale (GDS15) and the development of short versions. *Fam Pract* 1994; 11: p. 260-6.

(19) Reuser CE, Matingly S. Family involvement in medical decision making. *Fam Med* 1996; 28: 39–45.

(20) Klančar D. Zdravnik družinske medicine v domu za ostarele. V: KERT, Suzana (ur.), Tušek-Bunc K, Dermatologija, ORL, gastroenterologija, psihiatrija, postopki na ZK in IK, kronična bolečina : zbornik. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2008, 2008, letn. 6, suppl. 5, str. 61-68.