

**UNIVERZA NA PRIMORSKEM
VISOKA ŠOLA ZA ZDRAVSTVO IZOLA**

DIPLOMSKA NALOGA

Izola, februar, 2006

**UNIVERZA NA PRIMORSKEM
VISOKA ŠOLA ZA ZDRAVSTVO IZOLA**

**PROUČEVANJE VLOGE PATRONAŽNE
MEDICINSKE SESTRE PRI VZPODBUJANJU IN
OHRANJANJU KAKOVOSTNE STAROSTI**

**THE RESEARCH ON THE COMMUNITY NURSE'S ROLE IN THE
ENCOURAGEMENT AND PRESERVATION OF THE QUALITY OF
LIFE FOR THE ELDERLY POPULATION**

Študent: BOJANA URH

Mentor: pred. MARIJA NORČIČ SABADIN, prof. zdr. vzg.

**Študijski program: VISOKOŠOLSKI STROKOVNI ŠTUDIJSKI
PROGRAM**

Študijska smer: ZDRAVSTVENA NEGA

Izola, februar, 2006

KAZALO VSEBINE

1	UVOD	1
2	STARANJE PREBIVALSTVA.....	3
2.1	Vzroki staranja	3
2.2	Posledice staranja	4
2.2.1	Naraščanje števila upokojencev	4
2.2.2	Upadanje števila aktivnega prebivalstva	5
2.2.3	Posledice na trgu dela	6
2.2.4	Večanje javnih izdatkov za pokojninsko in invalidsko zavarovanje	8
2.2.5	Večanje izdatkov za zdravstvo	9
2.3	Analiza starostne sestave prebivalstva Slovenije	10
3	EKONOMSKI POLOŽAJ STARIH LJUDI	13
3.1	Ekonomska oziroma materialna varnost.....	13
3.2	Upokojitev.....	14
3.3	Dohodkovni položaj upokojencev v Sloveniji	15
3.3.1	Pokojnine.....	17
3.3.2	Prejemniki prejemkov iz naslova dodatnih pravic	20
3.3.3	Prejemniki prejemkov iz naslova drugih pravic	22
3.4	Denarne dajatve iz sistema socialnega varstva	22
3.4.1	Nadomestilo za invalidnost	24
4	SOCIALNA VARNOST	25
4.1	Financiranje socialne varnosti.....	25
4.2	Organizirane storitve, namenjene izvajanju v bivalnem okolju starih ljudi	27
4.2.1	Pomoč na daljavo.....	27
4.2.2	Pomoč na domu	28
4.2.3	Pomoč družini za dom	29
4.3	Institucionalna mreža storitev za stare ljudi.....	29
4.3.1	Dnevno varstvo.....	29
4.3.2	Varovana stanovanja.....	30
4.3.3	Domovi za stare ljudi	31
4.4	Dodatni in dopolnilni programi namenjeni starim ljudem	34
4.4.1	Skupine za samopomoč.....	34
4.4.2	Društva upokojencev	34
4.4.3	Univerza za tretje življenjsko obdobje.....	34
5	VLOGA PATRONAŽNE MEDICINSKE SESTRE PRI VZPODBUJANJU IN OHRANJANJU KAKOVOSTNE STAROSTI.....	36
5.1	Kakovost življenja in človekove potrebe.....	36
5.2	Patronažno varstvo	37
5.3	Patronažni obisk pri starem človeku.....	38
5.3.1	Vzpodbujanje fizične aktivnosti	38
5.3.2	Duševno zdravje starega človeka	39
5.3.3	Socialno zdravje starega človeka.....	40
5.4	Organiziranost patronažne službe v Zdravstvenem domu Postojna.....	40
5.5	Prilagoditev patronažne službe izzivom modernega časa	41

6	MATERIALI IN METODE	44
7	REZULTATI	45
8	RAZPRAVA.....	51
9	ZAKLJUČNE UGOTOVITVE	54
	SEZNAM VIROV	55

KAZALO SLIK

Slika 1: Struktura prejemnikov pokojnin v letu 2004.....	17
Slika 2: Naravno gibanje prebivalstva v Sloveniji	45
Slika 3: Najpogostejše odločitve za posamezne patronažne obiske	48
Slika 4: Načini vrednotenja uspešnosti patronažnega obiska.....	49
Slika 5: Vključevanje posameznih služb v celostno obravnavo starih ljudi	50

KAZALO PREGLEDNIC

Preglednica 1: Stopnja celotne rodosti v Sloveniji v obdobju 1991 –2004	3
Preglednica 2: Gibanje povprečnega števila prejemnikov pokojnin v obdobju 1990-2004	4
Preglednica 3: Povprečna stopnja rasti števila prejemnikov pokojnin (izraženo v %).....	5
Preglednica 4: Povprečno število zavarovancev ter razmerje med zavarovanci in upokojeanci za posamezna izbrana leta	6
Preglednica 5: Stopnja zaposlenosti prebivalstva, starejšega od 50 let (%)	7
Preglednica 6: Projekcija deleža izdatkov javnega pokojninskega in invalidskega zavarovanja (PIZ) Slovenije v bruto domačem proizvodu (%).....	8
Preglednica 7: Struktura prebivalstva v Sloveniji po starostnih skupinah kot % celotnega prebivalstva ter indeks staranja v obdobju 1910 – 2004	10
Preglednica 8: Struktura prebivalstva Slovenije po starostnih skupinah, povprečna starost ter indeks staranja v letu 2004 (31.12.2004)	11
Preglednica 9: Prebivalstvo po velikih starostnih skupinah, izraženo v %, povprečna starost ter indeks staranja v slovenskih regijah v letu 2004 (31.12.2004).....	11
Preglednica 10: Število in naravno gibanje prebivalstva v Sloveniji	12
Preglednica 11: Pričakovano trajanje življenja ob rojstvu v Sloveniji v obdobju 1981-2003 (v letih)	12
Preglednica 12: Starost upokojeencev ob upokojitvi pri starostnem in invalidskem upokojevanju v obdobju 1992-2003 (v letih)	14
Preglednica 13: Povprečna mesečna izplačila plač in pokojnin z varstvenim dodatkom v oziroma za leto 2004 ter izplačila za pretekla leta v SIT	15
Preglednica 14: Povprečne mesečne pokojnine z varstvenim dodatkom v razmerju do povprečnih plač na zaposlenega v obdobju 1992 – 2004 (izraženo v %)	16
Preglednica 15: Porazdelitev vseh oseb in upokojeencev glede na velikost gospodinjstev (izraženo v %).....	16
Preglednica 16: Povprečne stopnje rasti števila prejemnikov pokojnin od 1990–2004 izražene v %	18
Preglednica 17: Odstotek oseb, ki imajo pokojnino manjšo od 40 %, 50 %, 60 % in 70% povprečne neto plače v obdobju 1999-2001.....	19
Preglednica 18: Povprečno število prejemnikov varstvenega dodatka, invalidnin za telesno okvaro ter dodatka za pomoč in postrežbo od leta 1990-2004	21
Preglednica 19: Povprečno mesečno število prejemnikov denarne socialne pomoči in povprečna višina denarne socialne pomoči v letu 2002	23
Preglednica 20: Izdatki za socialno varnost v Sloveniji in v nekaterih državah EU (kot % BDP).....	26
Preglednica 21: Izdatki za socialno varnost v letu 2002 v Sloveniji	26
Preglednica 22: Viri financiranja socialne varnosti v letu 2002.....	27
Preglednica 23: Oskrbovanci po razlogih sprejema za leto 2003.....	31
Preglednica 24: Struktura celotnega prihodka zavodov v letih 1998 do 2004 (izraženo v %) 32	
Preglednica 25: Prikaz kapacitet ter števila domov za stare ljudi v Sloveniji (31.12.2004)....	33
Preglednica 26: Razmerje med preventivnimi in kurativnimi obiski v patronažni službi Zdravstvenega doma Postojna od leta 2003-2005	40
Preglednica 27: Število preventivnih obiskov po varovancih od leta 2003-2005	41
Preglednica 28: Prikaz kapacitet ter števila domov za stare ljudi v Sloveniji glede na število prebivalcev za leta 1998 do 2004.....	46

POVZETEK IN KLJUČNE BESEDE

Prebivalstvo Slovenije se stara. Z naraščanjem stare populacije rastejo prizadevanja za kakovostno življenje starih ljudi. Pri tem je pomembna vloga zdravstvene nege in patronažne medicinske sestre pri vzpodbujanju in ohranjanju kakovostne starosti.

Diplomsko delo obravnava problem staranja slovenskega prebivalstva, ekonomski položaj ter socialno varnost starih ljudi v Sloveniji. Naloga skuša ugotoviti ali se dohodkovni položaj starih ljudi v Sloveniji slabša, ali je zadostno število mest v domovih za stare ljudi ter ali se v poleg pomoči na domu vzpostavljajo tudi druge oblike socialnih storitev za stare in katere so te. Predstavljena je tudi vloga patronažne medicinske sestre pri vzpodbujanju in ohranjanju kakovostne starosti.

Pri izdelavi diplomskega dela je bila uporabljena zgodovinska ter deskriptivna ali opisna metoda dela. Med patronažnimi medicinskimi sestrami je bila izvedena anketa o vlogi patronažne medicinske sestre pri vzpodbujanju in ohranjanju kakovostne starosti.

S staranjem prebivalstva se vzpostavljajo različne oblike pomoči in storitve za stare ljudi. Širi se tudi obseg programov, ki jih izvajajo nevladne organizacije. Posteljne kapacitete v domovih za stare ljudi zadoščajo za načrtovanih 4,5% starejših od 65. let. Tudi dohodkovni položaj starih ljudi se v Sloveniji slabša. Rezultati ankete izvedene med patronažnimi medicinskimi sestrami kažejo, da preventivna patronažna dejavnost na terenu upada na račun kurativne dejavnosti, ki pa jo patronažna medicinska sestra izvaja po naročilu izbranega zdravnika varovanca, ki zdravstveno nego potrebuje. S tem je okrnjena pristojnost patronažne medicinske sestre za ugotavljanje potreb po zdravstveni negi in njeno izvajanje.

Vojna generacij je torej realna nevarnost, ki nam preti v naslednjih desetletjih. Zdravilo proti njej je osebna in družbena priprava sedanje srednje generacije na smiselno starost. Okostje materialne priprave so dobre pokojninske reforme. Na družbenem področju pa je potrebno hitro oblikovanje novih socialnih mrež za sožitje generacij v današnjih življenjskih razmerah ter oblikovanje ugodnih razmer za osebno pripravo na starost. Rezultati naloge predstavljajo izhodišče za usmeritev nadaljnjega dela patronažnega varstva, ki naj bi se tudi v prihodnje strokovno razvijalo po enotnem konceptu obravnave posameznika, družine in skupnosti s preventivnega, kurativnega in socialnega vidika.

Ključne besede: staranje prebivalstva, socialna varnost, kvaliteta življenja, stari ljudje, patronažna medicinska sestra, preventivni patronažni obisk

ABSTRACT AND KEYWORDS

The population in the Republic of Slovenia is aging. With the increase of the elderly in the population, endeavors for a better quality of life of the aged are also increasing. Nursing care and community nurses are important in order to achieve the goal of improving the quality of life of the elders.

This dissertation deals with the problems that occur with the increasing of the elderly population in the Republic of Slovenia. It focuses on the social and economic well-being of the elderly population. The dissertation tries to answer the following questions:

- Is the economic welfare of the elderly getting worse?
- Is there enough capacity in the old people's homes?
- Are, beside home aid, any other types of social security services that offer support to the elderly and which ones?

It also explains the role of the community nurses in the process of improving the quality of life for the elders.

In order to answer the previous questions different working methods, like the historical and descriptive, were used. The empirical part of the dissertation includes a questionnaire, answered by the community nurses, that tries to define the role of the community nurses in the process of improving the quality of life for the elders.

With the increase of the elderly in the population different kind of governmental and especially non-governmental aids and services are established in order to help elders. In the Republic of Slovenia there is enough capacity in the old people's homes only for 4,5% of population over 65. The results of the questionnaire, answered by community nurses, show that the preventive nursing care of the elderly is decreasing and the curative nursing care, prescribed by the chosen doctor, is increasing, which in turn results in the decreasing of the community nurse's competence of defining where and how nursing care is needed.

Disagreements between generations will be one of the crucial problem of the following decades. To prevent such disagreements people of the middle age has to be prepared for the old age. Reform of the pension funds is crucial for the economic welfare of the elderly. On the other side new social aids have to be initiated in order to help people in the process of preparing for the old age. The results of the dissertation present the starting-point for the following work on the nursing care in the Republic of Slovenia, which should develop a systematic approach to the individual, families and community from preventive, curative and social aspects.

Keywords: Aging of population, Social security, Quality of life, Elderly people, Community nurse, Preventive nursing care

1 UVOD

Staranje prebivalstva je reverzibilen proces, ki ga prikažemo z naraščanjem odstotka 65 in več ali 60 in več let starih med prebivalstvom, z rastjo indeksa staranja ali z naraščanjem srednje starosti prebivalstva. Povzročata ga predvsem zniževanje rodnosti in zniževanje smrtnosti starejšega prebivalstva. V odprtem prebivalstvu vplivajo nanj tudi migracije (1).

V Sloveniji se, podobno kot v drugih gospodarsko razvitih evropskih državah, starostna struktura prebivalstva spreminja. Narašča delež starih ljudi in se znižuje rodnost. Posledice so veliki premiki v demografski strukturi prebivalstva.

Posledice staranja prebivalstva so številne in zelo pomembne za posameznika in družbo. Staranje prebivalstva povzroča sociološke, socialne in ekonomske probleme. Posledice se kažejo tudi v zagotavljanju sredstev za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, saj se slabša tudi razmerje med zavarovanci in upokojenci, ki pri nas v letu 2004 znaša že 1,6 zavarovanca na 1 upokojenca. Zato je bila potrebna pokojninska reforma, ki je zaradi ekonomskih težav zmanjšala pravice iz obveznega zavarovanja in v zameno zagotovila druge oblike prostovoljnega zavarovanja za mlajše generacije. Staranje povzroča tudi finančne probleme v zdravstvenem zavarovanju in varstvu, saj so prav pri starostnikih obolenja pogostejša kakor pri drugih osebah. Vse večje število starih ljudi pomeni zanje tudi večjo družbeno in politično moč.

Proces staranja prebivalstva je premaknil vprašanje socialno-ekonomskega položaja starih ljudi proti vrhu političnih prioritet. Finančno ekonomsko stanje velikokrat odloča o kvaliteti in pestrosti življenja starega človeka. Če ima taka oseba zadovoljene osnovne življenjske potrebe, potem lahko preostala sredstva preusmeri v zagotavljanje drugih potreb. V razvitih modernih družbah so materialne potrebe starih ljudi dobro zadovoljene, vendar pa so stari ljudje bolj osamljeni, svojo starost pa doživljajo kot bolj brezciljno in nesmiselno, kakor je to bilo v preteklosti. Veliko starih ljudi išče pomoč v svojem okolju, del izmed njih pa se zanima za institucionalne oblike bivanja. Dejstvo je, da o odhodu v dom za stare ljudi razmišlja le zelo majhen del starih, predvsem tisti, ki so brez bližnjih sorodnikov, ki bi jim lahko pomagali pri njihovem nadaljnjem bivanju v njihovem domu. Tako v domu za stare ljudi potem pristanejo tisti, ki se po odpustu iz bolnišnice ne morejo vrniti na svoje domove, bodisi zato ker nimajo nikogar ali pa so njihovi svojci v službi, sami pa potrebujejo stalno pomoč. Izvajanje varstva starih ljudi v Sloveniji temelji na izhodišču, da je potrebno zagotoviti pogoje, da stari ljudje čim dlje ostanejo v okolju, v katerem so živeli oziroma, da se jim poleg socialnih in zdravstvenih storitev nudijo tudi najrazličnejše druge storitve, ki bodo zagotovile aktivno in polno življenje, še zlasti tistim, ki živijo sami in bi bili brez teh možnosti izolirani iz družbenega dogajanja. Prav nadaljevanje življenja v domačem okolju, ki ga je človek navajen, je za večino ljudi tako pomembna sestavina kakovostne starosti, da je ne more v drugem okolju povsem nadomestiti nobeno zvišanje telesnega udobja in materialne varnosti. Zato nastajajo zadnji dve desetletji v razvitem svetu kar naprej novi programi, ki pomagajo starim ljudem ohranjati relativno samostojnost v njihovem domačem okolju (2).

Če je v preteklosti veljalo prepričanje, da je dom za stare ljudi edina oblika reševanja stisk te populacije, je danes seveda možnosti bistveno več: od pomoči na domu, dnevnih centrov, varovanih stanovanj, do cele palete socialno varstvenih programov, ki jih opredeljujeta dva strateška dokumenta na tem področju: Nacionalni program socialnega varstva in Program razvoja varstva starejših oseb na področju socialnega varstva. Oba programa sta srednjeročna in dajeta smernice do leta 2005. V pripravi sta še dva dokumenta, to sta Nacionalni program

socialnega varstva do leta 2010 in Strategija varstva starejših do leta 2010. Namen vseh teh dokumentov je usmerjanje področja socialnega varstva nasploh, še posebej pa storitev, ustreznih za stare ljudi. Cilj je zagotoviti razvitost služb, ki bo ustrezala potrebam starih in jim zagotavljala kakovostno življenje (3).

Patronažna zdravstvena nega je integriran del primarne zdravstvene nege in s tem primarnega zdravstvenega varstva. Izvaja se na varovančevem domu, v lokalni skupnosti in na terenu. Patronažna medicinska sestra, ki je član negovalnega in zdravstvenega tima, deluje na vseh ravneh zdravstvene vzgoje (primarne, sekundarne in terciarne), ter promovira zdravje pri posamezniku, družini in celotni populaciji (4).

V skupino prebivalstva, ki potrebuje preventivno patronažno obravnavo, sodijo tudi stari ljudje, katerim je patronažna medicinska sestra negovalka, svetovalka, učiteljica in vzgojiteljica. Starega človeka obravnava individualno ter ga zajame celostno v okviru njegove družine in lokalne skupnosti.

Smernice zdravstvene politike "Zdravje za vse za 21. stoletje" narekujejo posebno skrb za ta segment populacije in ga opredelijo v 5. cilju strategije – zdravje starejših. Medicinske sestre imajo eno izmed ključnih vlog v strategiji "Zdravje za vse za 21. stoletje", še zlasti na področju primarnega zdravstvenega varstva, na področju zagotavljanja kakovosti in k rezultatom usmerjeni zdravstveni negi, na področju izobraževanja ter zagotavljanja ustreznih virov (5).

Potreba po patronažnem delu v zadnjem desetletju močno narašča. Število starih ljudi, ki živijo doma, raste, naraščajo tudi njihove potrebe, bolnišnice pa odpuščajo bolnike v domačo oskrbo mnogo prej, kot so jih odpuščale pred desetletjem.

Namen moje diplomske naloge je predstaviti problem staranja slovenskega prebivalstva, analizirati socialno varnost ter ekonomski položaj starih ljudi v Sloveniji. Skušala bom ugotoviti ali se dohodkovni položaj starih ljudi v Sloveniji slabša, ali je v Sloveniji zadostno število mest v domovih za stare ljudi ter, ali se v Sloveniji poleg pomoči na domu vzpostavljajo tudi druge oblike socialnih storitev za stare in katere so te. Predstavila bom vlogo patronažne medicinske sestre pri vzpodbujanju in ohranjanju kakovostne starosti.

2 STARANJE PREBIVALSTVA

Delež starih ljudi se hitro veča po vsem svetu, v deželah evropske ali zahodne kulture pa postaja ta delež tako visok, da prinaša s seboj izjemno zahtevne naloge za urejeno delovanje družbe in držav – celo za preživetje te kulture. Kot vsak problem in vsaka naloga pa prinaša staranje prebivalstva s seboj tudi nove možnosti (2).

Proces staranja prebivalstva lahko prikažemo z naraščanjem odstotka starega prebivalstva, povečevanjem indeksa staranja¹ ali rastjo srednje starosti prebivalstva. Ločimo mlada, zrela in stara prebivalstva. V literaturi so mlada prebivalstva opredeljena z odstotkom starega prebivalstva (nad 65) do 5 in z indeksom staranja do 15, zrela prebivalstva z odstotkom starih 5 do 7 in z indeksom staranja 15 do 25, stara prebivalstva pa z odstotkom starih nad 7 in z indeksom staranja nad 25 (6).

2.1 Vzroki staranja

Vzroki staranja zaprtega prebivalstva so povezani predvsem z zniževanjem rodnosti in smrtnosti.

Najpomembnejši dejavnik staranja prebivalstva je dolgoročno padanje rodnosti. Rodnost je z vidika problema staranja prebivalstva pomembna predvsem kot vir priliva v aktivno prebivalstvo, ki je producent ekonomske baze za vzdrževanje starega prebivalstva (7). Rodnost ima v Sloveniji tendenco zniževanja že vsaj 100 let, z različnimi nihanjmi in različnimi hitrostmi upadanja, vendar je šele po letu 1980 padla pod raven, ki še zagotavlja enostavno obnavljanje generacij.

Preglednica 1: Stopnja celotne rodnosti v Sloveniji v obdobju 1991 –2004

LETO	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
celotna rodnost	1.42	1.34	1.33	1.32	1.29	1.28	1.25	1.23	1.21	1.26	1.21	1.21	1.20	1.25

Vir: Statistični letopis RS 2004

Kakor je razvidno iz preglednice 1, se je nepretrgano upadanje stopnje celotne rodnosti do sedaj prekinilo le v letih 2000 in 2004. V letu 2003 je stopnja dosegla do sedaj najnižjo vrednost 1.20. Tako nizko stopnjo rodnosti ima le malokatera država v Evropi (Češka 1,14, Slovaška 1,20).

Zniževanje smrtnosti do 30. leta starosti prispeva k pomlajevanju prebivalstva. Šele zniževanje smrtnosti v starostnih razredih nad 30. letom prispeva k staranju prebivalstva. Po krajšem zastoju v prvi polovici devetdesetih let se umrljivost v Sloveniji relativno hitro zmanjšuje, pričakovano trajanje življenja pa podaljšuje in to pri moških celo nekoliko hitreje kot pri ženskah (7).

¹ Indeks staranja je definiran z razmerjem med številom starega prebivalstva in številom otrok. Izraža število starih 65 in več let v neki družbi na 100 otrok v starosti 0-14 let (6).

Pripombe dodal [u1]: Indeks staranja je definiran z razmerjem med številom starega prebivalstva in številom otrok. Izraža število starih 65 in več let v neki družbi na 100 otrok v starosti 0-14 let (Malačič, 2003, str.19).

Pripombe dodal [u2]:

Pripombe dodal [u3]:

V odprtih prebivalstvih pa so pomembne še migracije oziroma njihova selektivnost po starosti. Neto priseljevanje mladih prispeva k pomlajevanju, neto priseljevanje starih pa k staranju (6). Slovenija je bila v prvi polovici prejšnjega stoletja pretežno izselitvena regija in šele od konca petdesetih let dalje je število priseljenih začelo počasi presegati število odseljenih. Največji selitveni prirast je bil v sedemdesetih in v začetku osemdesetih let.

2.2 Posledice staranja

Posledice, ki jih prinaša staranje prebivalstva so številne in jih je treba vsekakor poznati, da lahko ustrezno ukrepa vsak sam za svoje lastno staranje, družine za staranje svojega člana, krajevne skupnosti, stroka, država in svetovna skupnost.

2.2.1 Naraščanje števila upokojencev

Staranje prebivalstva Slovenije, podaljševanje življenjske dobe in tranzicijska gospodarska kriza so povzročile hiter porast starejšega neaktivnega prebivalstva. V Sloveniji v 1980ih in 1990ih letih beležimo naraščanje števila upokojencev. S prvimi spremembami pokojninske zakonodaje leta 1993 se je pospešeno upokojevanje ustavilo, v zadnjih letih pa se je število upokojencev zopet močno povečalo predvsem zaradi uvedbe državnih pokojnin. Rast je bila dokaj hitra, saj se je število upokojencev povečalo z 274.000 v letu 1985 na 523.854 v letu 2004 (preglednica 2). Leta 2004 je bilo kar 26,2 vsega prebivalstva Slovenije upokojenega.

Preglednica 2: Gibanje povprečnega števila prejemnikov pokojnin v obdobju 1990-2004

Leto	Starostne	Invalidske	Družinske	Vdovske	Vojaške	Akontacij e	Kmečke- SZK	Državne	vse pokojnine SKUPAJ
1990	197.259	82.289	76.726	/	/	/	27.820	/	384.094
1991	227.524	87.194	78.482	/	/	/	25.727	/	418.927
1992	248.978	91.551	79.276	/	4.770	727	23.526	/	448.828
1993	255.985	93.867	80.439	/	4.996	741	21.517	/	457.545
1994	257.298	94.848	80.769	/	4.970	684	19.516	/	458.085
1995	259.253	96.058	81.740	/	4.917	623	17.671	/	460.262
1996	262.142	96.850	83.113	/	4.838	574	15.805	/	463.322
1997	266.854	97.369	84.530	/	4.783	538	14.142	/	468.216
1998	271.490	97.498	85.638	/	4.723	512	12.533	/	472.394
1999	276.255	97.382	86.643	/	4.632	478	11.059	/	476.449
2000	282.005	97.804	86.976	663	4.548	450	9.744	50	482.240
2001	287.926	97.704	84.260	4.617	4.459	421	8.560	4.538	492.485
2002	295.304	97.621	81.688	9.285	4.402	393	7.420	12.970	509.083
2003	302.365	97.433	78.818	13.295	4.299	353	6.345	14.843	517.751
2004	308.443	96.556	76.038	16.789	4.197	324	5.367	16.140	523.854

Vir: Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, letno poročilo 2004

Do leta 1992 je bila rast števila starostnih upokojencev visoka. Po izvedeni mali pokojninski reformi, to je po letu 1992 pa so stopnje rasti upokojevanja do leta 2000, z izjemo v letu 1993, znašale največ do 2%. Razlogi za to so bili zaostreni zakonski pogoji (višji pogoj za starost, odprava predčasnega upokojevanja), povečanje cen za dokup let in dejstvo, da je generacija "tik pred upokojitvijo" izkoristila možnosti predčasne upokojitve oziroma dokupa let pred uveljavitvijo zakona, torej še v letih 1991 in 1992. V letu 2004 se je število prejemnikov

starostnih pokojnin povečalo za 2% (preglednica 3). Razlog za stopnjo rasti 2% je še vedno dejstvo, da so se kljub zaostrenim pogojem upokojevanja po novem zakonu tudi v letu 2004 upokojevali zavarovanci, ki so še lahko izkoristili pogoje prejšnjega zakona oziroma ugodnejše pogoje prehodnega obdobja novega zakona.

Preglednica 3: Povprečna stopnja rasti števila prejemnikov pokojnin (izraženo v %)

Obdobje	Starostne	Invalid.	Družinske	Vdovske	Kmečke-SZK	Državne	SKUPAJ
1990-1991	15,3	6,0	2,3	/	-7,5	/	9,1
1991-1992	10,9	5,9	2,6	/	-8,6	/	7,1
1992-1993	2,8	2,6	1,5	/	-8,5	/	1,9
1993-1994	0,5	1,0	0,4	/	-9,3	/	0,1
1994-1995	0,7	1,2	1,2	/	-9,5	/	0,5
1995-1996	1,0	0,8	1,7	/	-10,6	/	0,7
1996-1997	1,7	0,5	1,7	/	-10,5	/	1,1
1997-1998	1,7	0,1	1,4	/	-11,4	/	0,9
1998-1999	1,7	-0,1	1,2	/	-11,8	/	0,9
1999-2000	2,0	0,4	0,4	/	-11,9	/	1,2
2000-2001	2,0	-0,1	-3,0	596,4	-12,2	8.976,0	2,1
2001-2002	2,6	-0,1	-2,9	101,1	-13,3	185,8	3,4
2002-2003	2,4	-0,2	-3,5	43,2	-14,5	14,4	1,7
2003-2004	2,0	-0,9	-3,5	26,3	-15,4	8,7	1,2

Vir: Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, letno poročilo 2004

Z rastjo števila upokojencev naraščajo potrebe po zagotavljanju sredstev za obveznosti iz pokojninskega zavarovanja in drugih socialnih obveznosti, ki vse bolj bremenijo delovno aktivne. Rastoče število upokojencev je privedlo do slabšanja razmerja med delovno aktivnimi in upokojenci. Številčno razmerje med tema dvema skupinama se zadnja desetletja vztrajno giblje v škodo aktivne populacije. Čim manjši je delež aktivnega prebivalstva, tem več morajo ti ustvariti, da lahko zagotovijo zadovoljivo življenjsko raven vzdrževanemu delu prebivalstva, to je prvemu in zadnjemu starostnemu razredu (2).

2.2.2 Upadanje števila aktivnega prebivalstva

Trend zmanjševanje števila mlajšega prebivalstva in napovedano zmanjševanje prebivalstva v delovno sposobni dobi lahko pripeljeta do upadanja števila aktivnega prebivalstva, kar bi lahko privedlo do pomanjkanja zaposlenega prebivalstva. Staranje prebivalstva je skupaj s tranzicijskimi spremembami v slovenskem gospodarstvu vplivalo na staranje zaposlenega prebivalstva v Sloveniji. V začetku devetdesetih let, v času največje ekonomske krize, so mlajši težko našli svojo prvo zaposlitev, zato se je delež mladih v delovni sili zmanjšal. Delež starih nad 50 let je stagniral oziroma upadal, ker so presežne delavce v propadajočih podjetjih delodajalci pogosto izbirali iz te starostne skupine. Nasprotno so bili delovno aktivni, stari od 35 do 49 let, za delodajalce dovolj mladi in produktivni, zato je njihov delež naraščal.

Pred letom 1990 je bilo število zavarovancev bistveno višje, ugodnejše pa je bilo tudi razmerje med zavarovanci in upokojenci. V letu 1988 je bilo 932.300 zavarovancev in 348.000 upokojencev. Razmerje je znašalo 2,6 :1, pred tem, v letu 1984, pa celo 3 : 1. V letu 2004 je bilo po zadnjih podatkih 812.995 zavarovancev (preglednica 4).

Preglednica 4: Povprečno število zavarovancev ter razmerje med zavarovanci in upokojenci za posamezna izbrana leta

LETO	Število zavarovancev	Število zavarov. na enega upokojenca
1988	932.300	2,6
1990	884.615	2,3
1991	816.902	2,0
1992	764.902	1,6
1993	782.570	1,7
1994	772.549	1,7
1995	768.961	1,7
1996	765.731	1,7
1997	783.196	1,7
1998	784.193	1,7
1999	800.467	1,7
2000	807.013	1,7
2001	814.170	1,7
2002	812.998	1,6
2003	813.979	1,6
2004	812.995	1,6

Vir: Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, letno poročilo 2004

Po projekciji Urada za makroekonomske analize in razvoj je pričakovati, da bo število zavarovancev v naslednjih letih naraščalo po povprečni letni stopnji 1,3%. Po podatkih Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje bo pa število upokojencev v tem obdobju naraščalo po stopnji 1,6%. Kljub ocenjeni višji stopnji rasti upokojencev v primerjavi z ocenjeno stopnjo rasti zavarovancev predvidevamo, da bo v letu 2005 razmerje med zavarovanci in upokojenci ostalo nespremenjeno in bo znašalo 1,6 zavarovanca na enega upokojenca (8).

2.2.3 Posledice na trgu dela

Tranzicijske spremembe v 1990ih so zaostriale položaj na trgu dela. Zaradi stečajev podjetij so postali številni delavci presežni. Za starejše delavce je bilo upokojevanje najugodnejša rešitev pred brezposelnostjo. Večina tistih, ki so imeli vsaj minimalne pogoje za upokojitev, jih je tudi izkoristila. Posebej velja izpostaviti predčasno upokojevanje (za moške pri 55, za ženske pa pri 50 letih starosti), ki je bilo še posebej pogosto uporabljeno. Za reševanje problema presežnih delavcev so se predčasnega upokojevanja posluževala številna podjetja. V tem obdobju je slovenska politika zaposlovanja z različnimi ukrepi še dodatno spodbujala upokojevanje presežnih delavcev, da bi tako preprečila socialne in ekonomske posledice naraščajoče brezposelnosti (sofinanciranje 50 % stroškov za dokup do treh let delovne dobe presežnih delavcev, možnost olajšanega upokojevanja za brezposelne). Usmeritev pokojninske in zaposlitvene politike k spodbujanju čim hitrejšega upokojevanja je tako med letoma 1990 in 1999 povečala število starostnih upokojencev kar za četrtno.

Preglednica 5: Stopnja zaposlenosti prebivalstva, starejšega od 50 let (%)

leto	1981	1991	2001
število prebivalstva (nad 50 let)	476.000	535.000	638.000
zaposlenost (%)	32,8	28,0	25,3

Vir: Stanovnik T, Kump N. Socialno – ekonomski položaj upokojencev in starejšega prebivalstva v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za ekonomska raziskovanja, 2003: str. 5

Stopnja zaposlenosti oseb starejših od 50 let se je postopoma zmanjševala. Tako je znašala leta 2001 le še 25,3% (preglednica 5).

V drugi polovici 1990 ih let je brezposelnost pričela upadati, vendar se je pojavil problem naraščanja števila upokojenega prebivalstva in s tem problem naraščajoče obremenjenosti delovno aktivnih z obveznostmi do pokojninskega in drugih socialnih sistemov. Slovenski sistem pokojninskega in invalidskega zavarovanja, ki je bil zasnovan v drugačnih ekonomskih in demografskih razmerah, je vse težje opravljal svojo temeljno funkcijo zagotavljanja socialne varnosti v starejšem življenjskem obdobju, zato se je pojavila potreba po reformi takratnega pokojninskega sistema. Le ta je bila izpeljana leta 1999 in je zaostriła pogoje upokojevanja. Pravico do starostne pokojnine pridobijo moški pri 58 letih starosti in s 40 leti delovne dobe, ženske pa pri enaki starosti in z 38 leti delovne dobe (9). Spremenjeni pogoji upokojevanja naj bi zagotovili pogoje za povečanje kontingenta delovno aktivnih, ki zagotavljajo sredstva, potrebna za pokojninske in druge socialne obveznosti do vse številnejše skupine upokojencev. Omejene so bile možnosti olajšanega upokojevanja brezposelnih ali presežnih delavcev, možnost sofinanciranja dokupa zavarovalne dobe za upokojitev je bila odpravljena, pogoji za določitev časa prejemanja denarnega nadomestila pa so se zaostriili.

Pokojninska reforma je tako z zaostrovanjem pogojev za upokojitev ustvarila formalne pogoje za podaljševanje zaposlenosti starejših v Sloveniji. Vendar izkušnje držav Evropske unije, ki so pokojninske reforme izpeljale pred dobrim desetletjem, kažejo, da s tem še niso zagotovljeni vsi pogoji za dejansko podaljševanje zaposlenosti starejših. Nekatere izmed teh pogojev oblikuje tudi aktivna politika zaposlovanja. Slovenska politika zaposlovanja je opredeljena v vrsti dokumentov. Eden izmed teh je Akcijski program zaposlovanja v Sloveniji za leti 2000 in 2001 (10), ki je usklajen s politiko zaposlovanja Evropske unije. Reševanju problema dolgotrajno brezposelnih, med katerimi so posebej izpostavljene brezposelne ženske, stare več kot 48 let, in moški, starejši od 53 let, je v Akcijskemu programu zaposlovanja namenjena cela vrsta ukrepov, kot so specializacija postopkov posredovanja zaposlitev, spodbude za odpiranje novih delovnih mest in prilagajanje programov izobraževanja. Program predvideva različne oblike spodbujanja razvoja izobraževalnih ustanov za odrasle ter spodbude za izobraževanje.

Glede na trend naraščanja brezposelnosti ljudi nad 50 let starosti bo potrebno ukrepe specializirati prav za to starostno skupino. Vsekakor pa je treba doseči odpravo vseh dejavnikov, ki spodbujajo ali olajšujejo odločanje za predčasno upokojitev. Delodajalci ne bodo vlagali v izobraževanje starejših delavcev, če bo država v obdobju presežne ponudbe dela radodarno (na primer z invalidskim upokojevanjem) omogočala predčasno upokojevanje. Pretirano ugodni pogoji za upokojitev vplivajo na obnašanje ne samo takratnih generacij, temveč tudi bodočih, ki tudi pričakujejo podobne možnosti in si zato ne prizadevajo preveč pri delu in se ne vključujejo v izobraževanje ob delu. Večja povprečna aktivnost prebivalstva

se bo odrazila na bruto domačem proizvodu in splošni življenjski ravni, saj se bodo povečali dohodki starih ljudi. To je toliko bolj pomembno, ker reforma pokojninskega sistema zmanjšuje pokojnine v primerjavi s plačami posameznika. Pokojnine bodo znašale manjši odstotek plač, osnova za izračun pa bo upoštevala plače v daljšem obdobju, torej bo v povprečju nižja. Ker so stari ljudje v vse boljši fizični in psihični kondiciji, in ker bo v Sloveniji čez 15 let začelo primanjkovati delovne sile, bodo imeli bodoči stari ljudje subjektivne in objektivne pogoje za podaljšanje aktivnega obdobja in s tem torej tudi priložnost, da bi izboljšali ekonomski položaj, ki jim ga bodo zagotavljale pokojnine (11).

2.2.4 Večanje javnih izdatkov za pokojninsko in invalidsko zavarovanje

Izdatki za pokojninsko in invalidsko zavarovanje zajemajo najpomembnejši del izdatkov za socialno varnost oziroma izdatkov socialnega zavarovanja. Pokojninski skladi osnovnega zavarovanja se sproti polnijo s prispevki aktivne srednje generacije za pokojninsko zavarovanje in istočasno praznijo za izplačevanje pokojnin prejšnji aktivni generaciji. Ta medgeneracijska pogodba deluje dobro, če so generacije med seboj kolikor toliko uravnotežene. Če pa se hitro poveča število upokojencev in zmanjša srednja generacija plačnikov pokojninskega zavarovanja, nastaja v pokojninskih skladih primanjkljaj za tekoče izplačevanje pokojnin. Rešitev je zmanjševanje pokojnin ali pa krpanje pokojninskega primanjkljaja iz državnega proračuna. Ta problem se pojavlja že danes, v naslednjih letih se bo stanje še bolj zaostrovalo. S pokojninsko reformo, katere rezultat je novi zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju, se postopoma podaljšujeta zavarovalna doba in najnižja starost potrebna za normalno upokožitev ter znižuje višina denarnih pravic. S sistemom bonitet se spodbuja čim kasnejše starostno upokojevanje, bodoče zmanjšanje denarnih pravic pa naj bi nadomestilo zavarovanje v okviru II. in III. stebra, ki nista vključena v javne finance.

Osnovni parametri javnih izdatkov za pokojnine so število posameznih vrst upravičencev ter povprečni izdatki za pokojnine in druge prejemke iz pokojninskega in invalidskega zavarovanja na upravičenca. Na število upokojencev vplivajo seveda demografski faktorji: obseg generacij, ki vstopajo v upokožitev, ter preostalo pričakovano trajanje življenja teh generacij (7).

Preglednica 6: Projekcija deleža izdatkov javnega pokojninskega in invalidskega zavarovanja (PIZ) Slovenije v bruto domačem proizvodu (%)

PARAMETRI OCENE						
LETO	2001	2010	2020	2030	2040	2050
Ugodna kombinacija	12,8	13,4	13,0	12,2	13,6	13,9
Neugodna kombinacija	12,8	14,7	15,4	16,8	19,8	21,5
Pri neugodnem indeksu odvisnosti prebival. v starosti 55 let in več ter nespremenjenih ostalih parametrih	12,8	15,5	19,6	24,0	28,3	30,8

Vir: Kraigher T. Vpliv različnih možnosti demografskega razvoja na ekonomsko vzdržnost staranja prebivalstva v Sloveniji. In: Statistika kot orodje in vir za kreiranje znanja uporabnikov. Radenci: Statistični urad Republike Slovenije, 2003: str.201

Javni izdatki pokojninskega in invalidskega zavarovanja so leta 2001 predstavljali 12,8% bruto domačega proizvoda. V preglednici 6 je prikazana projekcija možnega razpona deleža izdatkov pokojninskega in invalidskega zavarovanja v bruto domačem proizvodu Slovenije do leta 2050. Izračunana projekcija kaže, da delež BDP za pokojninsko in invalidsko zavarovanje v primeru ugodne kombinacije (visokega selitvenega prirasta, visoke stopnje zaposlenosti, relativno močnih znižanj stopnje upokojenosti in povprečne višine pravic v razmerju do produktivnosti) naj ne bi presegel niti 14%. V relativno najneugodnejši kombinaciji pa bi se ta delež konstantno povečeval in po letu 2040 presegel 20%.

2.2.5 Večanje izdatkov za zdravstvo

Zdravstveni sistemi se v zadnjem desetletju po vsem svetu soočajo s povečanim povpraševanjem državljanov po zdravstvenih storitvah in zdravilih, vzporedno s tem pa se povečujejo pritiski na boljšo dostopnost do zdravstvenih storitev in njihovo kakovost. Vse to povečuje pritisk na povečevanje sredstev za zdravstveno varstvo. Razlog za naraščanje stroškov je tudi naraščanje števila starejših prebivalcev, ki v bistveno večjem obsegu kot mlajši potrebujejo in uporabljajo zdravstveno varstvo, in naraščanje števila kroničnih bolnikov. Današnja zdravstvena obravnava teh bolnikov je mnogo bolj uspešna kot nekoč, zato se podaljšuje njihovo preživetje in njihov delež v prebivalstvu. V svetu danes veliko držav pripravlja zdravstveno reformo ali pa so sredi njenega izvajanja. Z reformo izvajanja, organizacije in financiranja zdravstvenega varstva želijo doseči, da bi se zmanjšal razkorak med povečanimi pričakovanji in omejenimi možnostmi in omogočiti svojim državljanom univerzalen in pravičen dostop do čim boljše zdravstvene oskrbe. Zaradi spreminjajočih se okoliščin so reforme v posamezni državi pogoste. Običajno so razdobja med njimi krajša od deset let (12).

V Sloveniji so zadnjo reformo zdravstvenega varstva izvedli leta 1992. Nova ureditev zdravstvenega varstva in njegovega financiranja je bila temeljita vsebinska in finančna reforma. Z reformo se je država delno umaknila s področja javnega financiranja zdravstvenega varstva in prenesla del izdatkov na zasebna sredstva v obliki doplačil in dopolnilnega zavarovanja zanje. V to dopolnilno zavarovanje so se v nekaj letih vključili vsi državljani; izjema so le tisti, ki jim zakon zagotavlja pokrivanje vseh stroškov v okviru obveznega zavarovanja (otroci, šolarji in invalidi).

V primerjavi z drugimi državami EU je delež, ki ga Slovenija namenja zdravstvenemu varstvu (približno 15% javnofinančnih odhodkov ali nekaj manj kot 7% BDP) največji.

Doslej sta porast stroškov zdravstvene dejavnosti povzročala uporaba vse boljših aparatov in metod dela ter splošno povečanje obsega zdravstvene oskrbe vseh starostnih skupin, kar je najbrž prispevalo k podaljšanju pričakovane življenjske dobe. Na zdravstveno dejavnost in stroške zdravstva pa bo v prihodnje imel največji vpliv povečanje števila zelo starih, saj je njihova poraba zdravstvenih storitev daleč nad povprečjem. Še zlasti se bodo povečali stroški zdravljenja kroničnih bolezni pri zelo starih. Zdaj ljudje živijo dovolj dolgo, da zbolijo za kroničnimi boleznimi, ki so v zvezi s starostjo, in s tem povzročajo višje zdravstvene izdatke. Nekatere najdražje kronične bolezni se pojavljajo prav v višji starosti.

Bodoče stroške zdravstvenega varstva je težko predvideti tudi zaradi negotovosti glede tehnološkega razvoja in produktivnosti v zdravstvu. Če bo rast zdravstvenih stroškov na prebivalca hitrejša od rasti BDP, bodo stroški zdravstvene nege višji tudi brez vpliva staranja prebivalstva.

Na obseg stroškov zdravstvenega varstva je možno vplivati (11):

- z zmanjšanjem pravic iz osnovnega zdravstvenega zavarovanja, kar bi imelo neželene negativne posledice za zdravstveno stanje in nego predvsem revnejših slojev prebivalstva,
- z izobraževanjem in obveščanjem prebivalstva o zdravem načinu življenja, s čemer bi se na daljši rok izboljšalo zdravstveno stanje prebivalstva,
- pa tudi z nekaterimi tehnološkimi izboljšavami in racionalizacijami. Stroške zdravstva je težko zmanjševati ne samo zaradi napredka v medicini in medicinski tehnologiji, temveč tudi zato, ker so ljudje za zdravstveno varstvo pripravljeni še več prispevati. Zdravje je očitno visoko na seznamu vrednot.

2.3 Analiza starostne sestave prebivalstva Slovenije

V zadnjih petnajstih letih se je pričelo prebivalstvo Slovenije hitreje starati. Socialni in ekonomski napredek je vplival na zmanjševanje umrljivosti, še posebej ljudi srednjih let in starejših. Upadanje rodnosti prebivalstva je tako izrazito, da je od leta 1997 naravni prirast prebivalstva Slovenije negativen (na leto več ljudi umre, kot se jih rodi). Staranje prebivalstva je dodatno pospešilo zmanjševanje priseljevanja, ki je običajno pomlajevalo prebivalstvo Slovenije.

Preglednica 7: Struktura prebivalstva v Sloveniji po starostnih skupinah kot % celotnega prebivalstva ter indeks staranja v obdobju 1910 – 2004

LETO	0-14 let	15-64 let	65 +	Indeks staranja
1910	34,8	58,5	6,7	19,3
1931	30,5	62,5	7,0	23,0
1953	27,7	65,0	7,3	26,4
1985	22,0	68,0	10,0	45,5
1991	20,6	68,5	10,9	53,1
1993	19,1	69,2	11,7	61,3
1995	17,9	69,6	12,5	69,8
1996	17,5	69,8	12,7	72,6
1997	17,1	69,8	13,1	76,6
1998	16,7	69,8	13,5	80,8
1999	16,2	70,0	13,8	85,2
2000	15,9	70,1	14,0	88,0
2001	15,5	70,2	14,3	92,2
2002	15,3	70,0	14,7	96,3
2003	14,7	70,4	14,9	101,9
2004	14,3	70,4	15,3	106,9

Vir: Prebivalstvo, Statistične informacije št. 54/2004

V Sloveniji se zaradi nizke stopnje rodnosti delež mlajše populacije zmanjšuje (0-14 let). Prebivalstvo starejših starostnih skupin (65 in več let) pa hitro narašča s trendom še intenzivnejše rasti v prihodnosti (preglednica 7). V obdobju od 1985 do 2004 se je delež prebivalstva, starega največ 14 let, torej starostne skupine, ki bo prerasla v delovno sposobno prebivalstvo, zmanjšal za 7,7 odstotne točke, delež prebivalstva v delovno sposobni življenjski dobi med 15. in 64-im letom starosti se je povečal za 2,4 odstotne točke, delež prebivalstva, starega 65 in več let, pa se je povečal kar za 5,3 odstotne točke (preglednica 8).

Slovenija torej spada med staro prebivalstvo, saj je indeks staranja že po letu 1950 presegel število 25 in od takrat strmo narašča. Tako je konec leta 2004 na sto prebivalcev iz starostne skupine 0 do 14 let prišlo 106,9 prebivalcev starejših od 65 let.

Preglednica 8: Struktura prebivalstva Slovenije po starostnih skupinah, povprečna starost ter indeks staranja v letu 2004 (31.12.2004)

	Število prebival.	Velike starostne skupine			Starostna struktura (%)			Povp. starost	Indeks staranja
		0-14	15-64	nad 65	0-14	15-64	nad 65		
vsi	1.997.590	286.678	1.404.428	306.484	14,3	70,4	15,3	40,3	106,9
M	977.052	147.317	713.718	116.017	15,1	73,0	11,9	38,6	78,8
Ž	1.020.538	139.361	690.710	190.467	13,6	67,8	18,6	41,9	136,7

Vir: Prebivalstvo, Statistične informacije št. 363/2004

Preglednica 9: Prebivalstvo po velikih starostnih skupinah, izraženo v %, povprečna starost ter indeks staranja v slovenskih regijah v letu 2004 (31.12.2004).

	število prebivalstva	0-14 let	15-64 let	nad 65 let	Povp. starost	indeks staranja
SLOVENIJA	1.997.590	14,3	70,4	15,3	40,3	106,9
Pomurska	122.717	13,8	70,8	15,4	40,6	111,9
Podravska	319.114	13,5	71,0	15,5	40,9	115,2
Koroška	73.839	14,7	71,4	13,9	39,5	94,3
Savinjska	256.752	14,8	70,9	14,3	39,6	96,4
Zasavska	45.547	13,1	71,0	15,9	41,2	122,1
Spodnje-posavska	69.826	14,4	69,5	16,1	40,4	111,7
Jugovzhodna Slov.	139.095	15,8	69,4	14,8	39,0	93,3
Osrednje-slovenska	496.675	14,7	70,1	15,2	40,1	103,7
Gorenjska	198.342	15,4	69,4	15,2	39,6	98,7
Notranjsko-kraška	51.032	14,1	69,5	16,4	40,7	116,1
Goriška	119.622	13,7	69,1	17,2	41,3	124,8
Obalno-kraška	105.029	12,2	71,2	16,6	41,8	136,6

Vir: Statistične informacije, št. 160/2005

Proces staranja prebivalstva je močan v vseh slovenskih regijah in ni omejen samo na nekatera področja, kot je bilo značilno v preteklosti, ko so se bolj starala ruralna območja, iz katerih se je mlajše prebivalstvo, v iskanju zaposlitve, preseljevalo v mesta. Kljub temu pa je opazen največji delež starejšega prebivalstva v Obalno Kraški ter Goriški regiji, najmanjši pa v Koroški, Savinjski ter jugovzhodni Sloveniji (preglednica 9).

Število živorojenih otrok nenehno pada, prav tako pa pada naravni prirast, ki ga definiramo kot razliko med številom živorojenih otrok in številom umrlih na določenem območju v koledarskem letu. Leta 1993 je bil naravni prirast prvič negativen, kar pomeni, da je umrlo več ljudi, kot se jih je v tem času rodilo. Leta 2004 je v Sloveniji umrlo 18.523 prebivalcev ali za 5% manj kot leta 2003. Naravni prirast je bil kljub višjemu številu živorojenih in nižjemu številu umrlih negativen (preglednica 10).

Preglednica 10: Število in naravno gibanje prebivalstva v Sloveniji

LETO	stanje prebivalstva	živorojeni	umrli	naravni prirast	naravni prirast (na 1000 prebivalcev)
1920	1301172	35246	26678	8568	6,6
1945	1408681	20239	28572	-8333	-5,9
1950	1474149	35992	17335	18657	12,7
1960	1588904	27825	15145	12680	8,0
1970	1731787	27432	17354	10078	5,8
1980	1909566	29902	18820	11082	5,8
1990	1999945	22368	18555	3813	1,9
1993	1989408	19793	20012	-219	-0,1
1995	1990266	18980	18968	12	0,0
1999	1987755	17533	18885	-1352	-0,7
2000	1990094	18180	18588	-408	-0,2
2001	1994026	17477	18508	-1031	-0,5
2002	1995033	17501	18701	-1200	-0,6
2003	1996433	17321	19451	-2130	-1,1
2004	1997590	17961	18523	-562	-0,3

Vir: Statistični letopis RS 2004
Prebivalstvo. Statistične informacije 2005

Preglednica 11: Pričakovano trajanje življenja ob rojstvu v Sloveniji v obdobju 1981-2003 (v letih)

Obdobje	Moški	Ženske
1981-1982	67,23	75,14
1991-1992	69,45	77,25
1995-1996	70,79	78,25
1996-1997	71,01	78,62
1997-1998	71,05	78,68
1998-1999	71,34	78,75
1999-2000	71,94	79,10
2000-2001	72,13	79,57
2001-2002	72,33	79,87
2002-2003	73,15	80,70

Vir: Statistični letopis RS 2004

Preglednica 11 prikazuje pričakovano trajanje življenja ob rojstvu v Sloveniji. Pričakovano trajanje življenja ob rojstvu predstavlja povprečno število let življenja, ki ga novorojeni otrok lahko pričakuje ob predpostavki, da bo od leta opazovanja dalje umrljivost po starosti ostala nespremenjena. V zadnjih dvajsetih letih se pričakovano trajanje življenja enakomerno podaljšuje za približno eno leto v štirih letih.

3 EKONOMSKI POLOŽAJ STARIH LJUDI

Človek kot družbeno bitje mora imeti poleg osnovnih življenjskih potreb, zadovoljene tudi socialne, kulturne, duhovne in druge potrebe, tudi tisto po socialni varnosti in socialni povezanosti. Ena od osnov socialne povezanosti je materialna varnost posameznika, na osnovi katere je mogoče izkoristiti priložnost za sodelovanje v družbi, za socialno vključenost, za razvoj osebnih potencialov.

3.1 Ekonomska oziroma materialna varnost

Materialna varnost pomeni zagotovitev določene ravni materialnih sredstev, ki jih posameznik potrebuje za svoje preživetje ali za preživetje svoje družine. Pomeni pa tudi zmožnost pokritja življenjskih stroškov z razpoložljivimi sredstvi. Človek se počuti varnega, ko je tudi ekonomsko neodvisen. Ekonomska odvisnost od drugih sili v ponižanje starega človeka, prizadene njegovo dostojanstvo, povzroči občutek družbene ter socialne zavrženosti.

Proces staranja prebivalstva je premaknil vprašanje socialno-ekonomskega položaja starih ljudi proti vrhu lestvice političnih priorit. To se ni zgodilo zaradi povečane zaskrbljenosti današnjih mlajših generacij za položaj starih ljudi, temveč zaradi naraščajočega deleža starih v volilnem telesu ter vse bolj izražene odločnosti in zmožnosti njihovega lobija, da vpliva na politično odločanje.

Stari ljudje so nedvomno številčna in potencialno ranljiva skupina prebivalstva. Njihov položaj se je v zadnjih desetletjih hitro spreminjal in terjal vedno nove načine političnega in praktičnega obravnavanja njihovih specifičnih problemov. Ne tako dolgo nazaj je bilo naravno in samoumevno, da so otroci (po)skrbeli za svoje ostarele starše ter da so finančne in druge podpore širše družbene skupnosti (države, občine) bili potrebni in deležni samo tisti starostniki, ki niso imeli svojih družin. Imeti otroke je pomenilo varnost na stara leta. Danes stari ljudje vse redkeje živijo v razširjenih gospodinjstvih, kjer bi bili deležni materialne blaginje, ki je posledica drugih virov dohodka.

Socialni položaj starih v današnjem času določajo predvsem:

- njihov ekonomski položaj, ki je v veliki meri odvisen od pravil pokojninskega zavarovanja in socialnovarstvene zakonodaje,
- stanovanjski pogoji,
- prostorska in cenovna dostopnost storitev za zadovoljevanje specifičnih potreb starih ljudi,
- vpletenost starih v socialne mreže.

Stari ljudje, ki jim lastni dohodki ne zadostujejo za kritje minimalnih življenjskih potreb ali pa so sploh brez kakršnegakoli rednega dohodka, se morajo zanašati na pomoč otrok ali drugih sorodnikov, oziroma na socialnovarstveno pomoč. Celotni, ki so bili vključeni v pokojninsko zavarovanje, so včasih upravičeni do tako nizke pokojnine, da ta ne dosega niti ravni življenjskega minimuma. Nimajo namreč vsi upokojenci polne zavarovalne dobe in posledično tudi ne prejema polne pokojnine, zato jim pokojnina ne zagotavlja zadostnih dohodkov.

Ekonomsko neodvisnost ni nujen, je pa zagotovo zelo pomemben dejavnik pri učinkovitem odpravljanju ali zmanjševanju tveganj za stare ljudi. Če jim lastni finančni viri omogočajo dostojno življenjsko raven, bodo stari ljudje lažje opravili z večino drugih problemov, ki so v

zvezi s starostjo, kot so zdravstvene težave, primerno stanovanje itd. Nihče ne mara občutka, da je nekomu v breme, pa čeprav gre za lastne otroke. Ekonomsko neodvisni posamezniki lahko prosto izbirajo in lahko plačajo dobrine in storitve, ki jih potrebujejo ali pa si jih želijo, kar nedvomno prispeva tudi k njihovi socialni blaginji in dobremu počutju (11).

3.2 Upokojitev

Upokojitev, ki čaka vsakogar v zrelih srednjih letih ali mlajši starosti, izjemoma tudi v srednji starosti, je za nekatere "blagoslov", posebno za ljudi, ki niso marali svojega dela, ali ki so delo občutili kot breme. Če imajo konjičke, jim pomeni upokojitev vstop v novo, prijetnejše življenje. Lahko se ukvarjajo z marsikatero dejavnostjo, za katero prej niso imeli dovolj časa in zbranosti. Za ljudi, ki so radi delali, pa je upokojitev težka frustracija, ena od najhujših v življenju, ki ji sledi huda in dolgotrajna depresija, lahko tudi upad duševnih funkcij (13).

Teorije o staranju poudarjajo, naj človek nadaljuje z aktivnim življenjem tudi po upokojitvi. Opravlja naj vse tiste dejavnosti, ki jih je že prej in ga zadovoljujejo, lahko pa si poišče tudi nove, ki mu prinesejo tudi nove znance in prijatelje. Že način življenja v srednjem življenjskem obdobju v veliki meri določa, kako bo posameznik občutil in preživel starost. Vendar za spremembe ni nikoli prepozno. Človek se uči in spreminja do konca življenja (14).

Preglednica 12: Starost upokojencev ob upokojitvi pri starostnem in invalidskem upokojevanju v obdobju 1992-2003 (v letih)

LETO	Starostni upokojenci			Invalidski upokojenci		
	Moški	Ženske	SKUPAJ	Moški	Ženske	SKUPAJ
1992	56 let 2 m	52 let 6 m	54 let 3 m	48 let 0 m	45 let 6 m	47 let 3 m
1993	56 let 2 m	53 let 3 m	55 let 1 m	49 let 6 m	45 let 2 m	48 let 1 m
1994	57 let 7 m	53 let 2 m	55 let 0 m	50 let 8 m	46 let 2 m	49 let 3 m
1995	57 let 6 m	53 let 1 m	55 let 7 m	48 let 8 m	44 let 1 m	47 let 1 m
1996	57 let 6 m	54 let 0 m	55 let 8 m	50 let 9 m	46 let 10 m	49 let 4 m
1997	58 let 3 m	54 let 11 m	56 let 6 m	51 let 8 m	48 let 1 m	50 let 5 m
1998	58 let 5 m	55 let 3 m	56 let 10 m	51 let 9 m	48 let 1 m	50 let 6 m
1999	58 let 2 m	54 let 10 m	56 let 7 m	51 let 3 m	47 let 3 m	49 let 10 m
2000	59 let 2 m	55 let 5 m	57 let 2 m	52 let 5 m	48 let 5 m	51 let 0 m
2001	59 let 3 m	55 let 5 m	57 let 2 m	52 let 9 m	48 let 9 m	51 let 3 m
2002	59 let 11 m	55 let 6 m	57 let 8 m	53 let 0 m	49 let 2 m	51 let 8 m
2003	59 let 11 m	55 let 8 m	57 let 8 m	52 let 11 m	49 let 6 m	51 let 8 m
2004	60 let 7 m	56 let 7 m	58 let 7 m	53 let 4 m	49 let 5 m	52 let 2 m

Vir: Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, letno poročilo 2004

Preglednica 12 prikazuje starost ob starostni upokojitvi po splošnih in posebnih predpisih za časovno obdobje od 1992 do 2004, iz katere sledi ugotovitev, da je starost ob upokojitvi porasla tako pri ženskah, kot pri moških. V obdobju 1992-2004 je pri ženskah narastla skupaj za 4 leta in 1 mesec. Pri moških pa je skupni porast v obdobju 1992-2004 za 4 leta in pol. Povprečna starost pri starostnem upokojevanju se torej povečuje in sicer zaradi zaostrovanja zakonskih pogojev za upokojevanje tako po zakonu do leta 1999 kot tudi s sprejetjem ZPIZ-1 z letom 2000. Učinki pokojninske reforme na osnovi zaostrenih zakonskih ukrepov se torej kažejo, vendar bodo intenzivno vplivali na zvišanje upokojitvene starosti skozi daljše časovno obdobje. Tudi pri invalidskem upokojevanju se povečuje povprečna starost. Na to prav gotovo vpliva spremenjena politika na področju zaposlovanja in upokojevanja, ki delovnim

invalidom v čim večji meri omogoča oziroma poizkuša zagotoviti možnost zaposlitve pod pogoji, ki ustrezajo njihovim preostalim delovnim zmožnostim.

3.3 Dohodkovni položaj upokojencev v Sloveniji

Zelo grob indikator relativnega dohodkovnega položaja upokojencev je razmerje med povprečno pokojnino in povprečno plačo (preglednica 13). Ker se obdavčitev plač in pokojnin precej razlikujeta, upoštevanje bruto zneskov ni smiselno; poleg tega, pokojnine v našem sistemu dohodnine večinoma niso obdavčene (15).

Relativni dohodkovni položaj upokojencev je glede na prejemnike plač v devetdesetih ostal precej stabilen, saj se je razmerje med povprečno pokojnino in povprečno neto plačo od leta 1993 do leta 2000 gibalo med 73 in 77 odstotki. Visoke vrednosti tega razmerja za leto 1992 so posledica indeksacijskega pravila oziroma visoke inflacije. Po letu 1999 pa razmerje pade, kar je posledica učinkov novega pokojninskega zakona iz leta 1999 in s tem posebnega načina usklajevanja (preglednica 14).

Preglednica 13: Povprečna mesečna izplačila plač in pokojnin z varstvenim dodatkom v oziroma za leto 2004 ter izplačila za pretekla leta v SIT

LETO	Plače	Starostne pokojnine	Invalidske pokojnine	Družinske in vdovske	Vse pokojnine
1992	30.811	24.140	19.891	17.070	21.883
1993	46.197	34.433	28.500	24.430	31.450
1994	59.274	45.787	37.666	32.315	41.494
1995	70.456	54.907	45.067	38.670	49.708
1996	80.239	61.586	50.278	43.241	55.660
1997	90.734	68.407	55.576	47.910	61.762
1998	99.425	75.172	60.788	52.452	67.808
1999	108.971	83.706	67.448	58.268	75.486
2000	120.560	91.806	73.970	64.033	82.868
2001	134.559	99.600	80.335	69.362	89.969
2002	148.089	108.553	87.669	75.717	98.187
2003	159.263	113.905	91.818	79.401	103.123
2004	168.302	118.864	95.655	82.805	107.732

* povprečna plača je ugotovljena tako, da je povprečna bruto plača zmanjšana za povprečne prispevke in davke

** upoštevana so povprečna izplačila skupaj z varstvenim dodatkom brez odtegljajev akontacij dohodnine

Vir: Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, letno poročilo 2004

Preglednica 14: Povprečne mesečne pokojnine z varstvenim dodatkom v razmerju do povprečnih plač na zaposlenega v obdobju 1992 – 2004 (izraženo v %)

LETO	starostne pokojnine	invalidske pokojnine	družinske in vdovske	vse pokojnine
1992	78,4	64,6	55,4	71,0
1993	74,5	61,7	52,9	68,1
1994	77,2	63,5	54,5	70,0
1995	77,9	64,0	54,9	70,6
1996	75,8	61,9	53,2	68,5
1997	75,4	61,3	52,8	68,1
1998	75,6	61,1	52,8	68,2
1999	76,8	61,9	53,5	69,3
2000	76,1	61,3	53,1	68,7
2001	73,8	59,5	51,3	66,7
2002	73,3	59,2	51,1	66,3
2003	71,5	57,7	49,9	64,8
2004	70,6	56,8	49,2	64,0

Vir: Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, letno poročilo 2004

Razmerje med pokojnino in plačo daje le zelo grobo in nenatančno informacijo o dohodkovnem položaju upokojencev. Potrebno je analizirati tudi socioekonomske značilnosti gospodinjstev, v katerih upokojenci živijo.

Preglednica 15: Porazdelitev vseh oseb in upokojencev glede na velikost gospodinjstev (izraženo v %)

LETO	1 oseba	2 osebi	3 osebe	4 osebe	5 in več
1983					
upokojenci	17,3	42,8	16,8	8,7	14,4
vse osebe	4,1	14,6	20,4	34,0	26,9
1993					
upokojenci	19,3	38,0	18,2	9,8	14,7
vse osebe	5,4	14,6	22,8	33,5	23,6
1999-2001					
upokojenci	18,0	38,6	19,3	9,9	14,2
vse osebe	5,6	16,2	22,0	33,6	22,6

Vir. Stanovnik T, Kump N. Socialno – ekonomski položaj upokojencev in starejšega prebivalstva v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za ekonomska raziskovanja, 2003: str.10

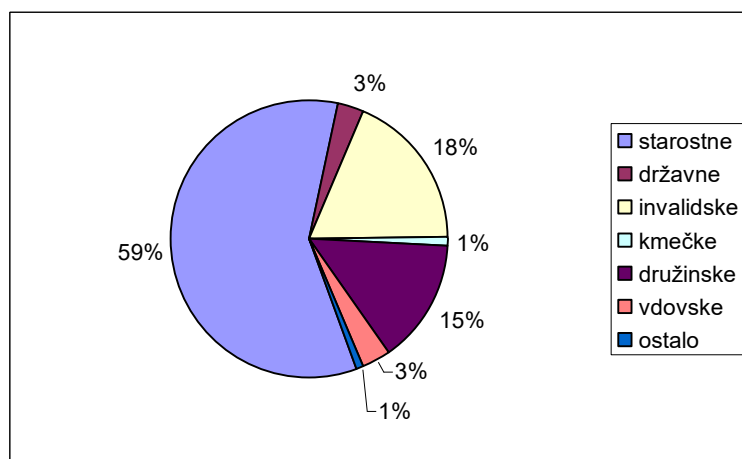
Kot je razvidno iz preglednice 15, več kot polovica upokojencev živi v gospodinjstvih, ki imajo enega ali dva člana. Tako je v obdobju 1999–2001 kar 18 % vseh upokojencev živelo v enočlanskih gospodinjstvih in 38,6 % vseh upokojencev v dvočlanskih gospodinjstvih. Ob dejstvu, da upokojenci pretežno živijo v majhnih gospodinjstvih, je izkazan dohodkovni položaj upokojencev slabši, kot bi bil, če tega ne bi upoštevali. Čeprav je delež upokojencev v eno in dvočlanskih gospodinjstvih kar velik, se Slovenija po tem kazalcu vmešča nekje pri dnu razporeditve evropskih držav. Zato je realno predvideti naraščanje tega deleža in sicer zaradi vpliva nižje rodnosti in smrtnosti, razlike v pričakovani življenjski dobi žensk in moških, pogostejšega odločanja starih ljudi za samostojno življenje ter naraščajoče ekonomske neodvisnosti starostnih upokojencev (11).

3.3.1 Pokojnine

Temeljne pravice iz pokojninskega in invalidskega zavarovanja v letu 2003 je Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, kot nosilec in izvajalec obveznega pokojninskega in invalidskega zavarovanja, izvajal na podlagi Zakona o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (16). Tako je Zavod zavarovancem in upokojencem zagotavljal pravice do pokojnin (starostne², invalidske³, vdovske, družinske in delne), pravice iz invalidskega zavarovanja (do poklicne rehabilitacije, do nadomestila za invalidnost, do premestitve in dela s krajšim delovnim časom od polnega, do drugih nadomestil iz invalidskega zavarovanja itd.), dodatne pravice (dodatek za pomoč in postrežbo, invalidnine, varstveni dodatek k pokojnini) in druge pravice (odpravnina, oskrbnina, pravica do dodatka za rekreacijo) ter razen teh pravic iz obveznega zavarovanja tudi pravico do državne pokojnine.

V letu 2004 je bilo v Sloveniji povprečno mesečno skupno 523.854 upokojencev. Od tega je bilo 308.443 starostnih, 96.556 invalidskih, 76.038 družinskih, 16.789 vdovskih, 5.367 kmečkih po Zakonu o starostnem zavarovanju kmetov, 16.140 prejemnikov državnih pokojnin in 4.521 prejemnikov akontacij in vojaških pokojnin (8). Delež posameznih upokojencev je prikazan na sliki 1.

Slika 1: Struktura prejemnikov pokojnin v letu 2004



Vir: Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, letno poročilo 2004

² Starostna pokojnina je pokojninska dajatev (pravica), ki pripada zavarovancu ob dopolnitvi določene starosti in pokojninske dobe, če izpolnjuje pogoje, določene v zakonu. Zakon določa, da zavarovanec pridobi pravico do starostne pokojnine pri starosti 58 let, če je dopolnil 40 let pokojninske dobe, zavarovanka pa 38 let pokojninske dobe. Pokojninska osnova je mesečno povprečje plač, ki jih je zavarovanec prejel oziroma zavarovalnih osnov, od katerih so mu bili obračunani prispevki v katerih koli zaporednih 18 letih zavarovanja po 1.1.1970, ki so za zavarovanca najugodnejša (17).

³ Invalidsko pokojnino pridobijo invalidi I., II. ali III. kategorije, ki brez poklicne rehabilitacije niso sposobni za drugo ustrezno delo pod pogoji, ki jih določa zakon. Invalidska pokojnina se odmeri od pokojninske osnove, izračunane na enak način kot pokojninska osnova za odmero starostne pokojnine (17).

Poleg že znanih pravic iz pokojninskega in invalidskega zavarovanja je novi zakon uvedel še dve novosti, ki v bistvu posegata na področje zboljšanja socialne varnosti starih oseb, to sta pravica do državne pokojnine in spremembe pri odmeri vdovske pokojnine. Državna pokojnina ni pravica iz obveznega zavarovanja temveč prejemek, ki ob dopolnitvi določene starosti zagotavlja osebam, ki niso dopolnile minimalne zavarovalne dobe za priznanje pravice do pokojnine niti po domačih niti po tujih predpisih (18). Pogoji za uveljavitev državne pokojnine so se postopno spreminjali. Tako so v letu 2004 bili prejemniki državne pokojnine vsi tisti, ki so dopolnili starost 67 let in so izpolnjevali pogoje iz 59. oziroma 419. člena navedenega zakona. V letu 2004 je bilo povprečno mesečno 16.140 prejemnikov državnih pokojnin, kar pomeni 8,7% več kot v letu 2003. Po določilih 422. člena ZPIZ-1 se od leta 2001 dalje kot posebna pravica upokojujencev izplačuje tudi del vdovske pokojnine po njegovem umrlem partnerju. To pravico lahko uveljavljajo upokojujenci, ki že prejema svojo starostno oziroma invalidsko pokojnino ob pogoju, da skupno izplačilo lastne in dela vdovske pokojnine v posameznem mesecu ne sme presežati povprečne mesečne pokojnine, izplačane v državi v preteklem koledarskem letu. Del vdovske pokojnine po umrlem partnerju je v letu 2004 znašal 10%. Skupno število starostnih in invalidskih pokojnin je bilo v letu 2004-404.999, od tega je bilo v povprečju mesečno 7.271 prejemnikov dela vdovske pokojnine ali 25,1% več kot v letu 2003.

Vdovska in državna pokojnina predstavljata novi statistični kategoriji. Stopnji rasti števila upravičencev obeh pokojnin sta se v letu 2004 glede na leto 2003 relativno umirili, saj so ju potencialni upravičenci v večini izkoristili že v prvih dveh letih po uveljavitvi zakona. Stopnja rasti števila teh pokojnin pa je v letu 2004 v primerjavi z ostalimi še vedno visoka, saj je rast državnih pokojnin glede na leto 2003 znašala 8,7%, pri vdovskih pa 26,3.

Preglednica 16: Povprečne stopnje rasti števila prejemnikov pokojnin od 1990–2004 izražene v %

Obdobje	Starostne (v %)	Invalidske (v %)	SKUPAJ (v %)
1990 -1991	15,3	6,0	9,1
1991 -1992	10,9	5,9	7,1
1992 -1993	2,8	2,6	1,9
1993 -1994	0,5	1,0	0,1
1994 -1995	0,7	1,2	0,5
1991 -1995	5,9	3,3	3,6
1995 -1996	1,0	0,8	0,7
1996 -1997	1,7	0,5	1,1
1997 -1998	1,7	0,1	0,9
1998 -1999	1,7	- 0,1	0,9
1999 -2000	2,0	0,4	1,2
1996 -2000	1,6	0,3	0,9
2000 -2001	2,0	-0,1	2,1
2001 -2002	2,5	-0,1	3,4
2002 - 2003	2,4	-0,2	1,7
2003 - 2004	2,0	-0,9	1,2

Vir: Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, letno poročilo 2004

V letu 2004 se je število vseh prejemnikov v primerjavi z letom 2003 povečalo za 1,2%. Porast je manjši, kot je bil v letu 2003, ko je v primerjavi z letom 2002 znašal 1,7%. Podatki o rasti upokojujencev za daljše časovno obdobje kažejo, da je bila do leta 1992 rast števila

starostnih upokojencev nadpovprečno visoka in sicer je leta 1991 znašala 15,3%, leta 1992 pa 10,9%. Po izvedeni mali pokojninski reformi 1992, so stopnje rasti upokojevanja do leta 2000, z izjemo v letu 1993, znašale največ do 2%. Razlogi za to so bili predvsem zaostreni zakonski pogoji (npr. višji pogoj za starost, odprava splošne možnosti predčasnega upokojevanja), povečanje cen za dokup let in dejstvo, da je generacija "tik pred upokojitvijo" izkoristila možnosti predčasne upokojitve oziroma dokupa let pred uveljavitvijo zakona, torej še v letih 1991 in 1992.

Število invalidskih upokojencev že od leta 1999 pada. Na to dinamiko vpliva velikost in gibanje populacije zaposlenih delavcev, stopnja organiziranosti in razvitosti zdravstva, varstva pri delu v najširšem smislu in vrste ter število bolezni in poškodb. Vzroki nastanka invalidnosti so predvsem bolezni in poškodbe izven dela, poškodbe pri delu in poklicne bolezni pa imajo na upokojevanje manjši vpliv. Letne stopnje rasti invalidskega upokojevanja so bile do leta 1995 višje od 1,0%, v naslednjih štirih letih pa so padle pod 1,0%. V letih 1999 do vključno leta 2004 je bila stopnja rasti nizka oziroma negativna.

Število družinskih pokojnin se še naprej niža, kar je značilno za zadnja štiri leta. V večji meri je to posledica delitve pravice družinske pokojnine po novem predpisu na dva dela, to je na družinsko pokojnino in vdovsko pokojnino. Zaradi uveljavitve vdovske pravice so se torej na ta račun znižale družinske pokojnine, do katere je upravičen preživeli partner. Če do te delitve ne bi prišlo, bi število družinskih pokojnin naraslo, kar je odraz starostne strukture prebivalstva.

V letu 2004 je bilo v povprečju mesečno 16.789 prejemnikov vdovske pokojnine. Če bi vdovske pokojnine prišeli k družinskim, bi bila skupna rast 0,8%, kar je za 0,5 odstotne točke manj kot v letu 2003 (preglednica 16).

Pokojnine in razlike med spoloma

Glede na dejstvo, da obstajajo precejšnje razlike med spoloma tako v prejetih dohodkih kot v doseženi zavarovalni dobi, lahko pričakujemo tudi precejšnje razlike v prejetih pokojninah. Čeprav obstaja celi niz instrumentov, s katerimi sistemi socialnega zavarovanja skušajo omiliti neenakosti v tovrstnih prejemkih, so dejanske neenakosti kljub temu precejšnje (15).

Preglednica 17: Odstotek oseb, ki imajo pokojnino manjšo od 40 %, 50 %, 60 % in 70 % povprečne neto plače v obdobju 1999-2001

povprečna vrednost	SKUPAJ	moški	ženske
< 40%	20,9	14,5	25,6
< 50%	34,5	23,5	42,5
< 60%	49,8	34,7	60,7
< 70%	62,1	48,6	71,9
< 100%	88,6	83,1	92,6

Vir: Stanovnik T, Kump N. Socialno – ekonomski položaj upokojencev in starejšega prebivalstva v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za ekonomska raziskovanja, 2003: str.22.

Povprečna pokojnina, ki jo prejme ženska, znaša le okoli 80 % povprečne pokojnine, ki jo prejme moški. Tudi porazdelitev pokojnin je pri ženskah bistveno slabša kot pri moških. Precej več žensk prejema nizko pokojnino. Kar 25,6 % vseh žensk je v letih 1999 - 2001

prejemalo pokojnino, ki je bila nižja od 40 % povprečne neto plače ter le 14,5 % vseh moških. Pokojnino, višjo od povprečne neto plače, pa je prejelo le 7,4% vseh žensk ter kar 16,9% vseh moških (preglednica 17).

Sistem usklajevanja pokojnin

Tudi po veljavnem sistemu ima najpomembnejši vpliv na spremembo ravni pokojnin po njihovi uveljavitvi predpisani način usklajevanja pokojnin. Ta je od konca leta 2001 znova v celoti določen v sistemskem zakonu. Po 150. členu ZPIZ-1 se pokojnine usklajujejo na podlagi statističnih podatkov o gibanju povprečnih plač na zaposlenega v Republiki Sloveniji. Stopnja rasti pokojnin sme v posameznem koledarskem letu doseči največ stopnjo rasti plač. Zakon pa jamči tudi minimalno stopnjo rasti, ki je enaka stopnji rasti cen življenjskih potrebščin. Navedeno jamstvo pa ne velja, če je bila tudi stopnja rasti povprečnih plač nižja od stopnje rasti cen življenjskih potrebščin. Po zakonski spremembi, sprejeti konec leta 2002, se uskladitev pokojnin praviloma opravi v februarju in v septembru. Izvedba uskladitve v navedenih rokih pa je odvisna od predhodne izpolnitve pogojev, določenih v 150. a členu zakona. Uskladitev pokojnin velja od prvega dne meseca, v katerem je bila izvedena.

V skladu s pogoji, podrobno določenimi v zakonu, je Zavod v letu 2004 izvedel dve uskladitvi pokojnin:

- Pri prvi, izvedeni z veljavnostjo od 1. februarja 2004, so bile pokojnine po 150. in 150. a členu zakona, povečane za 3,2%, pokojnine, ki so bile hkrati usklajene tudi po 151. členu zakona, pa so se povečale za 2,6%.
- Pri drugi uskladitvi pokojnin, ki je bila zaradi izjemno skromne rasti plač v tem letu izvedena šele decembra, pa so se vse pokojnine povečale za 0,4%.

Upošteva merilo, določeno za ugotavljanje stopnje rasti pokojnin v zakonu, to je spremembe, nastale v višini najnižje pokojninske osnove, veljavne v navedenih obdobjih, se je mesečno povprečje pokojnin, izplačano v letu 2004, v primerjavi s predhodnim letom, povečalo v povprečju za 4,9%, decembrsko povprečje pokojnin pa je bilo na tej podlagi višje od povprečja pokojnin za december 2003 za 3,6%. Glede na tako ugotovljena gibanja pokojnin in cen življenjskih potrebščin je bilo povprečje pokojnin, izplačano v letu 2004, realno višje od povprečja predhodnega leta za 1,3%, medtem ko so bile decembrske pokojnine realno višje za 0,4%.

Take razmere so povsem skladne z veljavno zakonsko ureditvijo usklajevanja pokojnin. Zakon namreč omejuje višino možnega porasta pokojnin v posameznem koledarskem letu "največ na stopnjo rasti povprečnih plač", ne zahteva pa tudi tolikšne rasti, kar seveda pomeni, da je ta lahko nižja, vendar pa nikakor ne nižja od rasti cen življenjskih potrebščin; razen v primeru, če bi bila tudi rast povprečnih plač, izplačanih za to obdobje, nižja od rasti cen življenjskih potrebščin. Ker je bila dosežena stopnja rasti pokojnin tudi nižja od stopnje rasti cen, je bil prejemnikom pokojnin naknadno februarja 2004 izplačan z zakonom določen enkratni znesek, s katerim je bila vzpostavljena realna vrednost pokojnin, izplačanih v minulem letu (8).

3.3.2 Prejemniki prejemkov iz naslova dodatnih pravic

Poleg pokojnin in nadomestil delovnim invalidom Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje priznava in izplačuje tudi druge denarne prejemke, kot so varstveni dodatek, invalidnina za telesno okvaro in dodatek za pomoč in postrežbo.

Za socialno varnost starih ljudi so pomembne tudi pravice do varstvenega dodatka. Gre za pravico, ki jo je poznal tudi že prej veljavni zakon. Varstveni dodatek k pokojnini je socialni korektiv, namenjen izboljšanju materialnega položaja starih ljudi z najnižjimi pokojninami. Do te dajatve so upravičeni določeni prejemniki pokojnin, ki se jim izplačuje nižji znesek pokojnine od osnove za odmero dodatnih pravic in izpolnjujejo tudi določene premoženjske pogoje. Od leta 2001 dalje je pravica do te dajatve pogojena tudi s premoženjem upravičenca in njegovih družinskih članov. Po ZPIZ-1 in po sprejetih spremembah in dopolnitvah zakona, se preverjanje upravičenosti nadaljnega uživanja varstvenega dodatka izvaja vsaki dve leti. Do leta 1991 je število prejemnikov varstvenega dodatka naraščalo, nato pa se je začelo nižati. V letih 1998, 1999 in 2000 se je število prejemnikov varstvenega dodatka zopet povečalo. V letu 2001, v katerem je Zavod preverjal izpolnjevanje pogojev do izplačila varstvenega dodatka, se je število prejemnikov te dajatve zmanjšalo za 3,4%, v letu 2002 pa se je ponovno povečalo za 5,7%. V letu 2003, ko je Zavod po uradni dolžnosti ponovno preverjal izpolnjevanje pogojev do izplačila varstvenega dodatka, je povprečno število prejemnikov praktično ostalo na ravni leta 2002. V letu 2004 pa se je število ponovno povečalo za 1,3% (preglednica 18). Povprečni mesečni varstveni dodatek, izplačan v letu 2004, je znašal 17.212 SIT.

Preglednica 18: Povprečno število prejemnikov varstvenega dodatka, invalidnin za telesno okvaro ter dodatka za pomoč in postrežbo od leta 1990-2004

Leto	Varstveni dodatek	Invalidnina	Dodatek za pomoč in postrežbo
1990	55.355	42.332	19.381
1991	57.166	43.673	19.301
1992	56.852	44.457	19.322
1993	54.039	45.074	19.455
1994	53.936	46.072	19.822
1995	53.565	47.211	20.442
1996	47.797	47.784	20.855
1997	45.265	48.918	21.652
1998	45.296	49.712	22.177
1999	45.524	50.383	22.471
2000	46.418	49.769	22.662
2001	44.832	50.611	23.506
2002	47.386	51.712	24.360
2003	47.391	52.678	25.211
2004	48.017	53.738	26.241

Vir: Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, letno poročilo 2003

Invalidnina je denarni prejemek, do katerega je zavarovanec upravičen v primeru telesne okvare. Višina invalidnine je odvisna od vzroka za nastanek in stopnje telesne okvare. Invalidnine, izplačane za telesne okvare, ki so posledica poškodbe pri delu ali poklicne bolezni, so v letu 2004 znašale v povprečju od največ 19.663,86 SIT do najmanj 8.180,78 SIT na mesec ali 4,2% več, kot v predhodnem letu. Višina izplačanih invalidnin za telesne okvare, ki so posledica poškodb izven dela ali bolezni, pa se je gibala na ravni 70% teh zneskov, kot to zahteva zakon. Število prejemnikov invalidnin za telesno okvaro se je v letu 2004 v primerjavi z letom 2003 povečalo za 2,0%.

Uživalcem pokojnine in nekaterim zavarovancem, pri katerih je bila ugotovljena potreba po tuji negi in pomoči, pripada dodatek za pomoč in postrežbo. Z zakonom sta neposredno določeni dve možni višini dodatka za pomoč in postrežbo. Višji znesek znaša 70% osnove za odmero dodatnih pravic in pripada upravičencem, ki jim je tuja pomoč in postrežba potrebna za opravljanje vseh osnovnih življenjskih potreb. Nižji znesek dodatka za pomoč in postrežbo pa gre upravičencem, ki jim je tuja pomoč in postrežba potrebna za opravljanje večine osnovnih življenjskih potreb in znaša polovico višjega zneska. Višji znesek dodatka za pomoč in postrežbo, izplačan v letu 2004, je znašal v povprečju 54.933,97 SIT, nižji pa 27.466,98 SIT, kar za oba zneska pomeni v povprečju 4,2% več, kot v letu 2003. ZPIZ-1 prav tako kot prejšnji predpisi dopušča tudi možnost določitve še tretje višine dodatka za pomoč in postrežbo in sicer za najtežje prizadete kategorije upravičencev (19). Za določitev zneska dodatka za najtežje prizadete kategorije upravičencev je pooblaščen Zavod. Po sklepu Skupščine Zavoda ta dodatek znaša toliko kot osnova za odmero dodatnih pravic. Navedeni dodatek je v letu 2004 znašal v povprečju 81.807,77 SIT na mesec, kar je 4,2% več od povprečja v letu 2003.

3.3.3 Prejemniki prejemkov iz naslova drugih pravic

Pravica do odpravnine in pravica do oskrbnine sta pravici, ki zagotavljata socialno varnost vdovi oziroma vdovcu v prehodnem obdobju po partnerjevi smrti, če le-ta ne izpolnjuje pogojev za pridobitev pravice do vdovske pokojnine. V letu 2004 je odpravnino prejemale povprečno mesečno 5 prejemnikov (v letu 2003 so bili štirje prejemniki), oskrbnino je v letu 2004 v povprečju mesečno prejemale 25 prejemnikov, leta 2003 pa 19.

Del prejemnikov pokojnin ima po ZPIZ-1 (te pravice nimajo prejemniki pokojnin, ki so pridobili pravico kot zavarovanci za ožji obseg pravic in upravičenci do pokojnin po prejšnjem zakonu o starostnem zavarovanju kmetov) pravico tudi do dodatka za rekreacijo. Višina navedene dajatve pa v zakonu ni neposredno določena. Posredno je opredeljena le višina potrebnih sredstev, saj zakon določa, da se ta dodatek v vsakem koledarskem letu uskladi za toliko, kot je za uskladitev regresa za letni dopust določeno s kolektivno pogodbo. Krog upravičencev, merila in kriterije za obliko in višino te dajatve pa je pooblaščen določiti Skupščina Zavoda. Skupščina Zavoda je ostala tudi v letu 2003 pri že nekaj časa veljavnih kriterijih. Sklenila je, da se dodatek izplača v dveh različnih višinah v razmerju 1 : 2, tako da so bili: prejemniki pokojnin v znesku, enakem ali nižjem od zneska osnove za odmero dodatnih pravic, upravičeni do dodatka v višini 71.140 SIT ali 5,1% več kot v letu 2002; ostali prejemniki pokojnin in uživalci nadomestil iz invalidskega zavarovanja, ki ne prejemale plače, pa v višini 35.570 SIT, kar je prav tako 5,1% več kot leto poprej (19). Dodatek za rekreacijo je bil izplačan skupaj s pokojnino v mesecu maju 2004 501.790 prejemnikom, kar je 0,9% več kot v maju 2003. Od maja do konca leta je to pravico naknadno uveljavilo še 18.411 prejemnikov, tako, da jih je bilo v letu 2004 skupaj 520.201.

3.4 Denarne dajatve iz sistema socialnega varstva

Vsakdo je po svojih sposobnostih dolžan skrbeti za dostojno preživetje sebe in svojih družinskih članov. Kdor si ne more preživetja zagotoviti sam z delom, s pravicami iz dela ali zavarovanja, z dohodki iz premoženja in iz drugih virov oziroma z nadomestili ali prejemki po drugih predpisih ali s pomočjo tistih, ki so ga dolžni preživljati, ali na drug način, ima pravico do denarne socialne pomoči (20).

Denarna socialna pomoč je bila uvedena z Zakonom o spremembah in dopolnitvah zakona o socialnem varstvu in je v celoti nadomestila dotedanje socialnovarstvene dajatve kot so denarna pomoč kot edini vir preživetja, denarni dodatek in enkratni denarni dodatek (21).

Zakon o socialnem varstvu je predvidel naslednje denarne socialne pomoči:

a) denarna socialna pomoč - za obdobje

Ta pomoč se dodeli za določen čas, in sicer glede na okoliščine, ki so podlaga za dodelitev in določitev višine denarne socialne pomoči. Prvič se dodeli največ za tri mesece, ponovno pa se lahko dodeli največ za obdobje šestih mesecev (odvisno od okoliščin; presodi jih uradna oseba na centru za socialno delo). Ko ni mogoče pričakovati izboljšanja socialnega položaja upravičenca (starost nad 60 let, bolezen ali invalidnost), pa se lahko dodeli največ za obdobje enega leta.

b) trajna denarna socialna pomoč

Upravičencu nad 60 let in tistemu, ki je trajno nezmožen za delo in je brez vsakršnih dohodkov oziroma prejemkov ter brez premoženja in nima nikogar, ki bi ga bil dolžan in sposoben preživljati, in živi doma, se dodeli trajna denarna socialna pomoč. Trajno nezmožnost za delo ugotavlja invalidska komisija po predpisih o pokojninskem in invalidskem zavarovanju.

Izredna denarna socialna pomoč se lahko dodeli v izrednih okoliščinah. To pomoč se lahko dodeli tudi v primerih, ko upravičenec sicer presega "cenzus" za dodelitev denarne socialne pomoči, a se je iz razlogov, na katere ni mogel vplivati, znašel v položaju materialne ogroženosti (22).

Poznamo dve kategoriji izredne denarne socialne pomoči:

a) za obdobje - dodeli se za obdobje, torej za ublažitev materialne ogroženost, ki bo trajala več kot dva meseca

b) enkratna - podeli se v enkratnem znesku, ker gre za trenutno materialno ogroženost.

Denarna socialna pomoč se lahko poveča za dodatek za pomoč in postrežbo, če je upravičencu za opravljanje osnovnih življenjskih potreb nujna pomoč druge osebe in te pomoči ne prejema iz drugega naslova ter za najemnino, če je upravičenec dolžan plačevati najemnino za stanovanje, vendar največ za višino 25% osnovnega zneska minimalnega dohodka (preglednica 19).

Preglednica 19: Povprečno mesečno število prejemnikov denarne socialne pomoči in povprečna višina denarne socialne pomoči v letu 2002

Denarna socialna pomoč	povprečno mesečno število prejemnikov		povprečna višina v SIT	
	2002	2003	2002	2003
Denarna socialna pomoč za obdobje	37.421	47.800	36.657	43.779
trajna	361	452	33.820	43.056
Izredna denarna socialna pomoč za obdobje	368	817	34.465	42.564
enkratna	1831	2729	35.172	43.795

VIR: Statistični letopis RS 2004

3.4.1 Nadomestilo za invalidnost

Nadomestilo za invalidnost pridobi invalidna oseba ne glede na socialno stanje oziroma cenzus na družinskega člana. Prvi pogoj je, da invalidna oseba, če lahko uveljavi pravice iz naslova invalidnosti po drugih predpisih (na primer po predpisih pokojninskega in invalidskega zavarovanja), to pravico najprej uveljavi iz tega naslova. Šele če je višina sredstev nižja od višine nadomestila za invalidnost, lahko uveljavi razliko do nadomestila za invalidnost. Višina nadomestila za invalidnost znaša 35% povprečnega neto dohodka na zaposlenega v RS v minulem letu in se vsako leto na osnovi uradno ugotovljenega porasta osebnega dohodka valorizira s 1. aprilom. Če invalidna oseba, ki prejema nadomestilo za invalidnost, potrebuje pomoč druge osebe pri opravljanju osnovnih življenjskih funkcij, lahko uveljavlja tudi pravico do dodatka za tujo nego in pomoč.

4 SOCIALNA VARNOST

Pravice iz socialnega varstva obsegajo storitve in ukrepe, namenjene preprečevanju in odpravljanju socialnih stisk in težav posameznikov, družin in skupin prebivalstva ter denarno socialno pomoč, namenjeno tistim posameznikom, ki si sami materialne varnosti ne morejo zagotoviti zaradi okoliščin, na katere ne morejo vplivati (20).

Izvajanje socialnega varstva starih ljudi pri nas temelji poleg zakonskih osnov na Programu razvoja varstva starejših oseb na področju socialnega varstva v Sloveniji do leta 2005 in na Nacionalnem programu socialnega varstva do leta 2005. Prvega je vlada RS sprejela leta 1997, drugega je leta 2000 sprejel Državni zbor RS. Namen teh dokumentov je usmerjanje področja socialnega varstva nasploh, še posebej pa storitev ustreznih za stare ljudi. Programa zagovarjata kakovost življenja starih ljudi, ki jih moramo sprejemati kot polnopravne člane družbe, s številnimi izkušnjami in znanji, ki so koristna in uporabna za ostale starostne skupine. Pomoči in storitve morajo biti prilagojene njihovim specifičnim potrebam, željam in zahtevam. Programa poudarjata pomen usklajenega načrtovanja storitev v bivalnem okolju in storitev institucionalnega varstva, pri čemer dajeta prednost razvijanju novih, v slovenskem prostoru še ne uveljavljenih oblik socialnih storitev za stare ljudi. Kakovostne in polne starosti si ni možno predstavljati le z mrežo ustreznih zasnovanih rešitev s področja socialne varnosti, ampak tudi tistih, ki zadevajo zdravstveno varstvo, izobraževanje, stanovanjske razmere, kulturo in se nenazadnje dotikajo tudi drugih možnosti za čim širše družbeno udejstvovanje. Le celovito reševanje različnih zadev z naštetih področij bo namreč starim ljudem dejansko omogočalo, da ostanejo aktivni in integrirani v svojem domačem okolju. Potrebno je torej vzpostaviti ravnotežje med reševanjem materialnih in nematerialnih potreb starih ljudi, zlasti na področju medčloveških odnosov in družbene vključenosti. Pomembna sestavina načrtovane in organizirane skrbi za stare ljudi pa je tudi ustrezna priprava mlajših generacij na starost.

Ključnega pomena za uspeh obeh programov, ki sta bila pripravljena za celotno področje države in za katerega zagotavljajo materialne pogoje država in lokalne skupnosti, je njihova izvedba v določenem lokalnem okolju in pripravljenost ter usposobljenost vseh nosilcev in izvajalcev, ki so odgovorni za njuno izvedbo.

4.1 Financiranje socialne varnosti

Glavna načina financiranja socialne varnosti sta financiranje s prispevki in financiranje z davki (iz proračuna).

Financiranje s prispevki je značilno za socialna zavarovanja. Prispevke plačujejo zavarovanci. Če so zavarovanci delavci/delojemalci, so zavezanci za plačevanje prispevkov tudi njihovi delodajalci. Razmerje med obveznostmi enih ali drugih je lahko različno. Delodajalci so zavezani k večjim prispevkom predvsem za tiste zavarovane socialne primere, na katere lahko vplivajo oziroma za tiste, za katere so objektivno odgovorni. To so npr. poškodbe pri delu. Za financiranje socialnega zavarovanja velja načelo vzajemnosti in solidarnosti. Vsakdo prispeva v odstotkih enak delež, toda glede na različne dohodke v različnih absolutnih zneskih (23). Zaradi gospodarskih in ekonomskih gibanj nastajajo težave pri financiranju socialnih zavarovanj. Prispevke plačujejo zavarovanci, katerih število se je zaradi visoke brezposelnosti zmanjšalo. Manjše število zaposlenih pomeni manj prispevkov za vse panoge socialnega zavarovanja. Izdatki za socialno varnost pa rastejo, ker narašča delež brezposelnih, ker

naraščata število upokojencev in čas prejemanja pokojnine in ker se povečujejo pričakovanja na področju zdravstvenega standarda.

Slovenija je leta 2002 za socialno varnost namenila 1.318.705 mio SIT oz. 25,4% BDP. Sredstva za te namene se v Sloveniji od leta 1996 počasi povečujejo. Preglednica 20 kaže najbolj opazen upad sredstev za socialno varnost na Finskem, Nizozemskem in Irskem. Zlasti za Irsko velja, da je to posledica hitre rasti BDP. Delež sredstev za socialno varnost kot % BDP narašča le v Grčiji in na Portugalskem. Raven izdatkov za socialno varnost kaže tudi skrb države za revne, zato imajo države EU z nizkim deležem izdatkov za socialno varnost praviloma visoko stopnjo revščine (Irska, Španija in Portugalska). Ob relativno visokem deležu izdatkov za socialno varnost je stopnja revščine v Sloveniji relativno nizka.

Preglednica 20: Izdatki za socialno varnost v Sloveniji in v nekaterih državah EU (kot % BDP)

	1996	1998	1999	2000	2001
SLOVENIJA	24,4	26,5	26,6	26,6	25,5
EU-15	28,4	27,6	27,5	27,3	27,5
Belgija	28,6	27,6	27,4	26,7	27,5
Danska	31,4	30,2	29,8	28,8	29,5
Nemčija	29,9	29,3	29,6	29,5	29,8
Grčija	22,9	24,2	25,5	26,4	27,2
Španija	21,9	20,6	20,2	20,1	20,1
Francija	31,0	30,5	30,2	29,7	30,0
Irska	17,8	15,5	14,8	14,1	14,6
Italija	24,8	25,0	25,3	25,2	25,6
Luksemburg	24,0	21,7	21,8	21,0	21,2
Nizozemska	30,1	28,4	28,0	27,4	27,6
Avstrija	29,5	28,4	28,8	28,7	28,4
Portugalska	21,2	22,1	22,6	22,7	23,9
Finska	31,6	27,3	26,7	25,2	25,8
Švedska	34,7	33,4	32,9	32,3	31,3
Velika Britanija	28,1	26,9	26,5	26,8	27,2

Vir: European social statistics, 2003, str.14

Preglednica 21: Izdatki za socialno varnost v letu 2002 v Sloveniji

	v mio SIT	v %
Bolezen/zdravstveno varstvo	413.242	31,3
Invalidnost	112.429	8,5
Starost	589.380	44,7
Smrt hranitelja družine	24.095	1,8
Družina/otroci	112.241	8,5
Brezposelnost	41.765	3,2
Druge oblike socialne izključenosti	25.553	1,9
SKUPAJ	1.318.705	100,0

Vir: Statistične informacije št. 245/2004

Slovenija namenja največ za prejemke in programe za stare (44,7%), na drugem mestu pa so izdatki za primere bolezní in zdravstveno varstvo (31,3%) (preglednica 21).

Preglednica 22: Viri financiranja socialne varnosti v letu 2002

LETO 2001	socialni prispevki		SKUPAJ socialni prispevki	prispevki države	drugi viri
	prispevki delodajalcev	prispevki zavarovancev			
v mio SIT	354.166	529.396	883.562	423.558	21.511
v %	26,7	39,8	66,5	31,9	1,6

Vir. Statistične informacije št. 245/2004

Socialno varstvena dejavnost se financira predvsem iz proračuna republike in občine. Sredstva za financiranje socialno varstvene dejavnosti se zagotavljajo tudi s plačili storitev, s prispevki dobrodelnih organizacij in organizacij za samopomoč ter invalidskih organizacij, s prispevki donatorjev in iz drugih virov (glej preglednico 22). Glavni del financiranja je zagotovljen iz republiških sredstev. Iz proračuna Republike Slovenije se financirajo dejavnosti, potrebne za delovanje in razvoj sistema socialnega varstva, socialna preventiva, prva socialna pomoč, pomoč družini za dom, institucionalno varstvo itn. Iz proračuna občine pa se financirajo pomoč družini na domu, najmanj v višini 50% subvencije k ceni storitve in v višini, za katero je upravičenec oproščen plačila ter stroški storitev v zavodih za odrasle, kadar je upravičenec oproščen plačila (20).

4.2 Organizirane storitve, namenjene izvajanju v bivalnem okolju starih ljudi

Program razvoja varstva starejših oseb v Sloveniji do leta 2005 daje poseben poudarek organiziranim storitvam v bivalnem okolju, saj je potrebno usklajeno načrtovati tako razvoj institucionalnega varstva kot tudi mrežo pomoči v bivalnem okolju. S slednjo je možno z novimi organizacijskimi oblikami, metodami in tehničnimi rešitvami doseči številne cilje varstva in pomoči starejšim osebam. Z delno socialno oskrbo je možno zagotoviti, da stari ljudje sami, njihovo okolje ter solidarnost v bivalnem okolju poskrbijo, da popolna socialna oskrba v ustanovi ni potrebna.

Organizirane oblike pomoči na domu naj bi zadržale v domačem okolju čim večje število prebivalcev, starih 65 let in več; tako bi se približali cilju, zapisanem v predlogu nacionalnega programa socialnega varstva, t.j. zagotoviti tovrstne oblike pomoči za 15% starih oseb.

4.2.1 Pomoč na daljavo

Sistem elektronske pomoči na daljavo je sodoben program za pomoč starim ljudem, zlasti tistim, ki živijo sami – teh pa je čedalje več. Po svoji funkciji je lahko namenjen nujnemu klicu, pozitivni socialni kontroli ali informacijsko koordinatorski vlogi. Centri naj bi temeljili na enotni tehnični infrastrukturi. Za vzpostavitev njihovega delovanja naj bi poskrbele občine. Pri tem naj bi država sodelovala pri zagotavljanju zagonskih sredstev za nabavo osnovnih sredstev in izobrazbo strokovnih delavcev v programu, in sicer v razmerju 30% proračun RS ter 70% občinski proračun. Sredstva za izvajanje dejavnosti naj bi se zagotavljala s prispevkom uporabnikov in iz sredstev občine.

Trenutno v državi deluje šest centrov. Nobeden od šestih centrov formalno sicer ne deluje kot regijski center, čeprav večinoma pokrivajo širše območje. Le ti opravljajo svojo dejavnost v relativno majhnem obsegu ter z različno tehnično infrastrukturo. Tudi finančni prispevek uporabnikov je različen, čeprav večina centrov uporabnikom storitev zaračunava. Osnovna omejitve pri širitvi pomoči na daljavo je slabo poznavanje te storitve med potencialnimi uporabniki, po drugi strani pa verjetno tudi relativno draga oprema in nepripravljenost lokalnih skupnosti, da bi se pri izvajanju dejavnosti povezovale, s tem bolje izkoristile drago tehnično opremo in na ta način storitev za uporabnike pocenile. Glede na nizko stopnjo pripravljenosti občin za sodelovanje in sofinanciranje vzpostavitve regijskih centrov je finančno breme največkrat na občini v kateri je sedež centra.

Sistem elektronske pomoči na daljavo se bo v Sloveniji prej ali slej moral uveljaviti, toda to se bo zgodilo šele, ko bo narejen racionalen načrt, da bo sistem poslovno rentabilen zaradi široke dostopnosti ter interdisciplinarno strokovno zastavljen, da bodo enakopravni delovni partnerji socialna, zdravstvena, storitvene, ekonomska in elektronska stroka (24).

4.2.2 Pomoč na domu

Pomoč na domu je socialnovarstvena storitev iz okvira javne službe, ki jo zagotavlja občina. Pomoč družini na domu obsega socialno oskrbo upravičenca v primeru invalidnosti, starosti ter v drugih primerih, ko taka pomoč na domu lahko nadomesti institucionalno varstvo (20).

Število prošenj za sprejem v domove za stare ljudi nenehno narašča, daljšajo se tudi čakalne dobe. Zato se uveljavljajo različne oblike pomoči na domu, ki naj bi ljudem omogočile čim več časa ostati v domačem okolju. Pomoč na domu je urejena zlasti prek centrov za socialno delo, opravljajo pa jo tudi domovi za stare ljudi in zasebniki, ki so na matični občini pridobili ustrezno koncesijo za to dejavnost. Pomoč na domu je bila pri nas ponekod uveljavljena še pred sprejetjem Zakona o socialnem varstvu, močnejše pa se je začela uvajati z uvedbo programov javnih del, in sicer že v prvi polovici devetdesetih let. Z možnostjo usposabljanja in zaposlovanja javnih delavcev, ki so program izvajali predvsem preko centrov za socialno delo oziroma domov za stare ljudi, se je obseg izvajanja storitve razširil do te mere, da je omogočil dostop do njene uporabe relativno velikemu delu starih ljudi. Seveda potrebe po tej obliki pomoči naraščajo v skladu z večanjem števila starih ljudi, po drugi strani pa se vse več uporabnikov odloča za to obliko tudi zaradi dobrih izkušenj tistih, ki so pomoč na domu že preizkusili. Med storitvami za stare ljudi prav pri pomoči na domu opažajo največje pozitivne premike. Verjetno je prav poseben splet okoliščin po osamosvojitvi (naraščanje brezposelnosti, prestrukturiranje socialnih služb ipd.) na tem področju prinesel pozitivne spremembe. Večina oskrbovalk je danes redno zaposlenih, kar nedvomno za uporabnike storitev pomeni večjo varnost in tudi kakovost storitev (3).

Po podatkih iz leta 2002 je to dejavnost opravljalo 52 centrov za socialno delo in 5 domov za starejše in trije privatni izvajalci (Domžale, Vrnsko in Kočevje), ki so pridobili koncesijo za opravljanje pomoči na domu v štirih občinah.⁴ Skupno se je pomoč na domu kot javna služba izvajala za 4600 uporabnikov. Glede na zastavljeni cilj, da naj bi do leta 2005 izvajanje storitve zagotovili za 5000 uporabnikov, doseženo stanje pomeni 92% realizacijo cilja (25). Sma pa v Sloveniji komaj na začetku izvajanja organizirane pomoči starejšim na domu, saj je

⁴ Podatki so se med letom spremenili, saj sta bila na primer v Ljubljani in Mariboru ustanovljena mestna zavoda za oskrbo na domu, ki sta prevzela tudi zaposlene in uporabnike od predhodnih izvajalcev. Pa tudi na nekaterih drugih lokacijah so se izvajalci zamenjali

pomoči zdaj deležen komaj odstotek ljudi, v nekaterih evropskih državah (Švedska, Danska) pomoč na domu zajema že 17 odstotkov 65 let in več starih ljudi.

4.2.3 Pomoč družini za dom

Pomoč družini za dom obsega strokovno svetovanje in pomoč pri urejanju odnosov med družinskimi člani ter pri skrbi za otroke in usposabljanje družine za opravljanje njene vloge v vsakdanjem življenju (20).

Ko družina pride po pomoč, ker ne more več sama poskrbeti za starega človeka, potrebuje tako pomoč, v kateri bo tudi sama udeležena. Pomoč družini pomeni usposobitev družinskih članov za boljše sožitje in funkcioniranje družine kot primarne človeške skupnosti. Glede na to, da ima družina v življenju starega človeka zelo pomembno mesto, jo je treba v primeru, če bremena oskrbovanja starega človeka sama iz kakršnihkoli razlogov ne zmore, podpreti z ustreznimi storitvami. Storitve opravljajo centri za socialno delo.

4.3 Institucionalna mreža storitev za stare ljudi

Institucionalno varstvo 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 (20).

V praksi obstaja več možnosti institucionalnega varstva za stare ljudi, vse pa morajo izhajati iz potreb starega človeka in zagotavljati največjo možno mero njegove samostojnosti, neodvisnosti, zasebnosti in dostojanstva.

4.3.1 Dnevno varstvo

Dnevno varstvo je zaradi čedalje večje odsotnosti družinskih članov nujnost in obenem dobra možnost za mnoge stare ljudi, da ostanejo v domačem okolju (24). Z dnevnim varstvom imajo uporabniki zagotovljeno socialno oskrbo, nego, zdravstveno varstvo in interesne dejavnosti za nekaj ur dnevno. Uporabniki so najpogosteje stari ljudje, ki zaradi različnih pojavov, ki spremljajo staranje, ne morejo ostati sami v času, ko so svojci odsotni. Dnevno varstvo se praviloma izvaja v instituciji – domu za stare ljudi, ki lahko zaradi svoje organiziranosti strokovno in finančno smotrno zagotovi vse potrebne storitve. Sredstva za izvajanje storitve pa zagotavljajo uporabniki in lokalne skupnosti. Različne oblike dnevnega varstva so se v okviru posameznih domov za stare ljudi izvajale že pred sprejemom programa razvoja varstva starejših oseb do leta 2005. Sistematično in načrtno pa so se začele izvajati po letu 1998. Do leta 2005 je bilo zgrajenih vseh 5 načrtovanih dnevnih centrov. Vzporedno s tem programom so v obstoječih domovih za stare ljudi nastali še številni dnevni centri (skupaj 23), tako da je v vseh dnevnih centrih v letu 2005 skupaj na voljo 215 mest (načrt 300 mest), ki pa so različno zasedena (25). Tudi za dnevne centre, ki nastajajo predvsem v domovih je značilno, da gre za relativno novo obliko, ki med potencialnimi uporabniki ni še zadosti znana, pa tudi izvajalci ne kažejo zadostne pripravljenosti, da bi novo obliko varstva primerno predstavili v javnosti in ji zagotovili njeno večjo popularnost. Glede na nezasedene kapacitete njihova nadaljnja širitev iz javnih sredstev ni smotrna, ampak je potrebno aktivnost usmeriti v odpravo nekaterih vzrokov za slabo povpraševanje.

Dom za stare ljudi doživlja večina ljudi preveč s strahom, da bi ostali v njem, zato do skrajne sile ne poseže po njegovih uslugah, razen v primerih, ko je dom živo vključen v socialno okolje. Program za dnevno varstvo ne sme biti podoben domskemu, zdravstveno hospitalnemu ali modelu vrtca. Biti mora individualiziran socialni model s številnimi življenjskimi dejavnostmi, usmerjen medgeneracijsko in v krajevno okolje. Dobra možnost za uvajanje dnevnega varstva se kaže v okviru medgeneracijskih središč, s pomočjo socialne mreže številnih prostovoljskih, strokovnih, izobraževalnih in servisnih programov za stare ljudi, njihove svojce in ostalo krajevno prebivalstvo. Krajevno medgeneracijsko središče pa mora pri tem tesno sodelovati z domom za stare ljudi, od koder prejema hrano in razne servisne usluge (24).

V tujini so poznani centri za dnevno bivanje s strokovno oskrbo, t.i. dnevno bivanje, in gerontološki centri (senior centers). V takih centrih običajno veliko pomagajo prostovoljci. Omenjene oblike posameznik izbere ali prostovoljno, da si obogati življenje in se socialno integrira v vrstniško skupino (gerontološki centri), ali pa jih izbere družina, ki skrbi za starejšega družinskega člana (dnevno varstvo). Dnevni centri v ZDA so večinoma locirani v domovih za stare ljudi, v gerontoloških centrih ali v župniščih v enem ali več prostorih. Odprti so nekaj ur na dan pet dni v tednu. Povprečno oskrbujejo 20-22 starih ljudi, lahko pa tudi mlajših ljudi, ki potrebujejo pomoč. Dnevni centri nudijo vsaj štiri osnovne oblike pomoči: hrano, prevoz do centra, zdravstveno oskrbo in telesno nego, lahko pa tudi razne oblike svetovanja in izobraževanja in posebne terapije (npr. govorna terapija). Osebe običajno sestavljajo medicinska sestra, socialni delavec, bolničarji in administrativno osebje. V povprečju je vsaj eden od polno zaposlenega osebja prostovoljec. Gerontološki centri v ZDA zagotavljajo možnosti prehrane, rekreacije, prosto-časovnih aktivnosti, socializacije in so vir različnih informacij. Obiskujejo jih pretežno pokretni stari ljudje. Okrog tri četrtine takih centrov ima manj kot štiri zaposlene plačane osebe, pomembno vlogo pa imajo prostovoljci (26).

4.3.2 Varovana stanovanja

Varovana (oskrbovana) stanovanja za stare ljudi so stanovanja, ki so lokacijsko in funkcionalno prilagojena potrebam starih in invalidnih oseb v njih pa stanovalci lahko dobijo socialno in zdravstveno oskrbo 24 ur dnevno preko vsega leta (ponavadi iz doma za stare ljudi ali drugega izvajalca v neposredni bližini). Varovana stanovanja so novost, ki naj bi na področju institucionalnega varstva prinesla alternativo obstoječim domovom, povečala pestrost v ponudbi in omogočila tudi tistim starim ljudem, ki imajo določene težave in potrebe, da ostanejo čim dlje v svojem bivalnem okolju. Velikost stanovanj naj bi segala v razponu od garsonjere do eno in pol sobnega stanovanja, poleg stanovanjskih prostorov za individualno uporabo pa naj bi bili uporabnikom na voljo tudi skupni prostori. Varovana stanovanja je možno kupiti ali najeti. Osnovno in dodatno socialno oskrbo plačujejo uporabniki oziroma svojci, zdravstvene storitve pa se zagotavljajo preko patronažne službe.

Gradnja varovanih stanovanj se je do sedaj financirala iz sredstev stanovanjskega sklada RS, Nepremičninskega sklada PIZ, občinskih stanovanjskih skladov in sredstev privatnih investitorjev. Vsa varovana stanovanja, ki so bila v preteklih letih zgrajena v Sloveniji, stojijo v neposredni bližini domov za stare ljudi oziroma imajo z njimi sklenjene pogodbe o izvajanju socialne oskrbe. V začetku leta 2005 je bilo v skupno 177 stanovanjskih enotah na razpolago 392 mest za bivanje (27). Potrebe po varovanih stanovanjih so relativno velike zlasti v urbanih okoljih, kar še zlasti velja za območje mesta Ljubljana. Ker so varovana stanovanja v Sloveniji povsem nova oblika bivanja, ki je med starimi ljudmi še relativno malo

poznana in se še ni uveljavila, se kapacitete kljub naraščanju deleža starih ljudi polnijo počasi. V številnih primerih je vzrok za slabo zasedenost tudi visoka cena nakupa ali najema stanovanj, nedorečen pa je tudi način zagotavljanja storitev zdravstvene nege.

Varovana stanovanja so razširjena predvsem v skandinavskih deželah in v Veliki Britaniji. V Ameriki pa so podobna t.i. "vmesna" stanovanja (intermediate housing), ki so samostojne stanovanjske enote, opremljene s telefonom za nujni klic in priključenih geriatrični ustanovi. Dostopna je gospodinjska pomoč, lahko tudi zamrznjen dnevni obrok, zdravstvene storitve pa so na razpolago v splošnem zdravstvenem domu (26).

4.3.3 Domovi za stare ljudi

Domovi za stare ljudi so med naštetimi oblikami institucionalnega varstva najbolj uveljavljeni in imajo najdaljšo tradicijo. Celodnevna oskrba v domovih za stare ljudi je namenjena predvsem starim ljudem, ki imajo določene zdravstvene težave ali pa so se iz različnih drugih razlogov odločili, da se preselijo v dom. Bivanje v domu je oblika življenja v zavodu, ki uporabnikom nadomešča ali dopolnjuje funkcijo doma ali lastne družine, zlasti bivanje, organizirano prehrano, socialno oskrbo ter zdravstveno varstvo. Institucionalno varstvo v domovih je organizirano in se izvaja tako, da zagotavlja uporabniku glede na njegove psihofizične sposobnosti čim večjo zasebnost, samostojnost, avtonomnost in neodvisnost. Domovi za stare ljudi opravljajo tudi pomoč posamezniku in družini na domu, ter naloge, ki obsegajo priprave okolja, družine in posameznikov na starost. V posebni enoti lahko organizirajo tudi institucionalno varstvo za mlajše invalidne osebe ter opravljajo gospodarsko dejavnost, namenjeno višji kakovosti življenja in varstva starih oseb.

Preglednica 23: Oskrbovanci po razlogih sprejema za leto 2003

STAROST	zdravi	1.543	11,4%
	bolni	6.495	48,1%
neurejene družinske razmere		597	4,4%
neurejene stanovanjske razmere		613	4,6%
Hujša duševna obolenja		1.476	11%
Hujša telesna obolenja		2.116	15,7%
drugi razlogi		658	4,8%
SKUPAJ		13.498	100%

Vir: Statistične informacije št. 147/2004

Navadno stari ljudje razmišljajo o odhodu v dom za stare ljudi, ko zaradi bolezni ne zmorejo več poskrbeti sami za sebe. Torej je odločujoč dejavnik za prihod v dom slabo zdravstveno stanje posameznika (preglednica 23). Večkrat, posebno po izgubi zakonca oziroma partnerja pa jih v to sili osamljenost. Vendar je odločitev za odhod v dom za stare ljudi zelo težka. Veliko ljudi še vedno nima zaupanja v domove za stare ljudi, ki so v očeh ljudi še vedno nekakšne hiralnice. Stari ljudje dom za stare ljudi velikokrat doživljajo kot nekakšno končno ali zadnjo postajo, kjer bodo le še životarili in čakali na smrt. Domovi so se od takratnih časov zelo spremenili. Ne samo, da so sodobne stavbe, tudi bivanjski standard je na evropski ravni. Predvsem pa se je spremenila vsebina življenja. Domovi za stare ljudi danes ponujajo zelo kakovostne socialne in zdravstvene storitve. Osebe je bolje strokovno usposobljeno, zaposleni skušajo čim bolj upoštevati življenjske navade stanovalcev. V domovih so skupine za samopomoč, stanovalci se pogovarjajo o svojem življenju, obujajo spomine, hkrati pa spletajo nove odnose. V domovih nenehno potekajo različne dejavnosti, tako da vsak

stanovalec najde kaj zase. Včasih ima človek, ki se pripravlja na odhod v dom za stare ljudi, pomisleke in strah lažje premaga, če si dom prej ogleda, se pogovori s stanovalci in spozna osebe. Najbolje in najlažje je, da stanovalec biva v domu v svojem domačem kraju ali kje blizu, saj pozna okolje, pa tudi stike s svojci tako najbolj ohrani. Velikokrat pa to žal, zaradi hude prostorske stiske v domovih, ni mogoče.

Storitve institucionalnega varstva so po zakonu zagotovljena pravica. Upravičenci so jih dolžni plačevati skladno s svojimi možnostmi; v primerih, ko je upravičenec oziroma drug zavezanec delno ali v celoti oproščen plačila, stroške krije domača občina. Merila za oprostitev predpiše Vlada RS. Storitve institucionalnega varstva sodijo v področje socialnega varstva, ki ga zakon opredeljuje kot nepridobitno. Enota storitve je oskrbni dan. Zdravstvene storitve pa se zagotavljajo iz sredstev Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Zdravljenje in nega v domu za stare ljudi sta v celoti zagotovljena pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (28).

V okviru osnovne zdravstvene dejavnosti domovi za stare ljudi izvajajo zdravstveno nego in zdravstveno rehabilitacijo za svoje stanovalce. Organizirajo lahko tudi drugo osnovno zdravstveno dejavnost in specialistično konziliarno dejavnost. Zdravljenje v domovih za stare ljudi opravljajo izvajalci osnovne zdravstvene dejavnosti (javni zavodi ali zasebniki). Domovi povezani v Skupnost sodelujejo pri oblikovanju izhodišč za določanje cen storitev in sklepanje letnih pogodb z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije o izvajanju in financiranju zdravstvene dejavnosti (letni dogovori). Enota storitve je dan zdravstvene nege (preglednica 24).

Preglednica 24: Struktura celotnega prihodka zavodov v letih 1998 do 2004 (izraženo v %)

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Celotni prihodek (v sit)	21.808.517	24.804.285	28.079.367	32.315.792	36.304.880	39.493.600	43.386.065
Celotni prihodek na oskrbni dan	4.548	5.133	5.697	6.482	6.988	7.371	7.828
STRUKTURA CELOTNEGA PRIHODKA PO DEJAVNOSTIH (V %)							
Oskrba	54,52	53,48	53,15	51,86	52,21	52,58	52,69
Zdrav.dejavnost	37,26	37,24	37,76	39,27	38,42	38,12	38,22
Drugo	8,23	9,28	9,09	8,87	9,37	9,30	9,09
SKUPAJ	100	100	100	100	100	100	100
PO PLAČNIKIH STORITEV (V %)							
Uporabniki občani	46,34	45,04	45,65	45,57	47,27	47,72	45,64
Proračuni	13,65	13,78	13,19	11,92	10,18	10,43	10,58
ZZZS	37,26	37,24	37,76	39,27	38,42	38,12	38,22
Drugi	2,75	3,94	3,40	3,24	4,14	3,72	5,56
SKUPAJ	100	100	100	100	100	100	100
število zavodov	53	53	55	58	62	65	69
ŠTEVILO REALIZIRANIH OSKRBNIH DNI							
letno	4.795.646	4.832.061	4.928.469	4.985.164	5.195.410	5.357.707	5.542.222
povp. dnevno	13.139	13.239	13.503	13.658	14.234	15.126	15.152

VIR: Kaučič Z. Skupnost socialnih zavodov, 2005

Država je načrtala, da bo do leta 2005 zagotovila mesta v institucionalnem varstvu za 4,5% ljudi starejših od 65 let. Za takšen cilj naj bi zadostovalo 3800 novih mest, ki naj bi jih pridobili z novimi mesti v treh oblikah: z dopolnjevanjem javnih zavodov (1.500 mest), podelitvijo koncesij (1.500 mest) ter z zasebnimi domovi z dovoljenjem za delo (800 mest). V obdobju od leta 1998 do 2003 je država skupaj z občinami povečala število kapacitet za stare ljudi za 830 mest in z novo zgrajenimi sodobnimi domovi bistveno izboljšala ponudbo kakovostnih nastanitvenih kapacitet. Slovenija je sedaj bolj enakomerno pokrita, novi izvajalci pa poleg standardnih storitev ponujajo tudi nadstandardne oblike za zahtevnejše uporabnike (25).

Preglednica 25: Prikaz kapacitet ter števila domov za stare ljudi v Sloveniji (31.12.2004)

Območna enota ZZZS	prebivalci skupaj	Prebivalci, stari 65 in več	%	Št. domov	Št. mest	Potrebno št. mest za 4,5% ciljne skupine	Indeks pokritosti potreb
CELJE	195.172	28.866	14,79	9	1.325	1.299	102,00
KOPER	139.906	23.061	16,48	6	935	1.038	90,10
KRANJ	198.342	30.082	15,17	6	1.182	1.354	87,32
KRŠKO	70.421	11.344	16,11	4	622	510	121,85
LJUBLJANA	606.698	93.447	15,40	26	4.709	4.205	111,98
MARIBOR	319.114	49.597	15,54	9	2.211	2.232	99,07
MURSKA SOBOTA	122.717	18.912	15,41	3	597	851	70,15
NOVA GORICA	102.625	17.735	17,28	5	781	798	97,86
NOVO MESTO	108.182	15.386	14,22	5	841	692	121,47
RAVNE NA KOROŠKEM	135.413	18.054	13,33	5	824	812	101,42
SLOVENIJA	1.998.590	306.484	15,34	78	14.027	13.792	101,71

Vir: Kaučič Z. Skupnost socialnih zavodov, 2005

Ob začetku izvajanja programa razvoja varstva starejših oseb so med regijami obstajale izredno velike razlike, saj se nekatere regije imele za stare prebivalce s svojega področja skoraj preveč kapacitet, druge pa bistveno premalo. Današnje stanje kaže bistveno bolj uravnoteženo sliko (preglednica 25). Praktično odpravljena je najhujša deficitarnost, ki je obstajala v severovzhodni Sloveniji, kar daje možnosti, da v nadaljevanju bolj enakomerno skrbi za širitev kapacitet tudi na vseh področjih in sledi po trendom staranja, po drugi strani pa povpraševanju, ki je zlasti v mestnih okoljih, še posebej v ljubljanski regiji, večje. Večina regij se je v letu 2005 približala 100%-ni pokritosti potreb, pri čemer 100%-na pokritost pomeni takšno število mest v domovih, da zadostuje za načrtovanih 4,5% starejših od 65 let. Nad tem odstotkom ostajajo tiste regije, ki so že pred začetkom izvajanja programa imele višjo stopnjo pokritosti.

Slovenija ima posteljno kapaciteto v domovih za stare ljudi na evropski ravni (za skoraj 5% prebivalstva nad 65 let). Zgradbe so relativno nove ali temeljito prenovljene, tudi normativi in standardi za materialno oskrbo so na visoki evropski ravni. Tudi v prihodnjih letih bo zaradi številčnega naraščanja starih ljudi nujno potrebno graditi nove kapacitete domov za stare ljudi, da bodo zmožne sprejeti približno ta relativni delež starega prebivalstva

4.4 Dodatni in dopolnilni programi namenjeni starim ljudem

Socialno preventivni programi na področju dela s starimi ljudmi imajo pomembno poslanstvo in skupni cilj – prispevati k temu, da se bodo ljudje zdravo starali in si zagotovili kakovostno življenje tudi v poznih letih (3). V socialnem smislu pomeni zdravje sposobnost polnega socialnega funkcioniranja, ne glede na morebitne fizične ali druge omejitve. S preventivnimi programi lahko dosežemo, da se sposobnosti starih ljudi čimbolj aktivirajo, da najdejo v življenju in ob druženju z drugimi nov smisel, s tem pa se preprečuje njihova socialna izolacija.

Starim osebam naj bi bili namenjeni programi medgeneracijskih in drugih skupin za pomoč ter programi, ki v bivalnem okolju skrbijo za preprečevanje socialne izključenosti starih oseb. Sredstva za izvajanje teh programov se zagotavljajo iz republiškega proračuna, proračunov občin in drugih nejavnih virov, izvajanje teh programov pa v veliki meri temelji tudi na prostovoljnem delu (25).

4.4.1 Skupine za samopomoč

So specifična oblika preventivnega dela s starimi ljudmi, ki so postopoma prerasle v pravo gibanje za dobre medgeneracijske odnose. Danes v Sloveniji deluje že preko 500 skupin, v katere je vključenih nad 8000 članov, vodijo pa jih usposobljeni voditelji. To svoje delo opravljajo prostovoljno. Skupine delujejo v domovih za stare ljudi, kakor tudi v bivalnem okolju. Te skupine članom omogočajo vzpostavljati pristne medosebne odnose z drugimi starimi ljudmi – člani skupine in z voditelji. S svojo vsebino, naravnostjo in rezultati delovanja te skupine pomembno prispevajo k dobremu psihofizičnemu počutju vseh udeležencev.

4.4.2 Društva upokojencev

Že pred pol stoletja so posamezniki videli, da imajo stari ljudje še veliko ustvarjalnih zmogljivosti, znanja in sposobnosti, ki jih družba vedno ne zna uporabiti in vrednotiti. Prvo društvo upokojencev v Sloveniji so ustanovili 15. decembra 1946. V dobrih dveh letih so se jim pridružila društva po vsej Sloveniji. Že leta 1947 so izdali prvo glasilo Upokojenec. V vseh teh letih so društva prerasla v močno organizacijo Zvezo društev upokojencev Slovenije, ki je zaživela tako široko in dejavno prav zaradi dejavnosti svojih članov. Člani v društvih so zelo dejavni pri pripravi različnih izletov, športnih prireditev, razstav, kulturnih večerov, okroglih miz. V društvih deluje kar 95 pevskih zborov. Dejavni so tudi v političnem življenju, sodelujejo pri varstvu okolja, sodelujejo s človekoljubnimi organizacijami. Ne pozabijo tudi na bolne sočlane, ki jih redno obiskujejo, prav tako člane v domovih za stare ljudi. V svojih projektih sodelujejo z domačimi in tujimi nevladnimi organizacijami ter spodbujajo raziskovalno dejavnost na področjih, ki zadevajo stare ljudi.

4.4.3 Univerza za tretje življenjsko obdobje

Začetki razvoja univerze za tretje življenjsko obdobje segajo v leto 1984. Sprva so bile to eksperimentalne učne skupine, leta 1986 pa je bila ustanovljena prva univerza za tretje življenjsko obdobje. Izobraževanje na univerzi je namenjeno starim ljudem oziroma ljudem v tretjem življenjskem obdobju. Število slušateljev stalno narašča, zdaj je vključenih že več kot 2000 slušateljev, ki delujejo v 137 študijskih skupinah z različnimi študijskimi vsebinami: književnost, splošna zgodovina, zgodovina umetnosti, geografija, psihologija osebnosti,

ohranjanje in razumevanje zdravja, izobraževanje za demokracijo, astronomija, čudoviti svet ugank, računalništvo, umetniško ustvarjanje, jezikovno izobraževanje. Njihovo šolsko leto traja od oktobra do maja, srečujejo se enkrat ali dvakrat na teden. Ne srečujejo se samo pri študiju, ampak tudi sicer. Mnogi so si našli družbo, prijatelje. Srečujejo se, si pomagajo pri premagovanju različnih težav. Zelo so zadovoljni s tako obliko izobraževanja in druženja. Univerzi v Ljubljani so se pridružile še univerze po celi Sloveniji, kjer število slušateljev tudi nenehno narašča. Univerza za tretje življenjsko obdobje je dejavnost, ki sicer ni neposredno povezana s področjem socialnega varstva, vendar se njeni številni programi odvijajo v institucijah socialnega varstva. V programih že sedaj uspešno sodelujejo številni socialni in socialnovarstveni delavci. Nedvomno pa se bodo takšni programi v bodoče še bolj razširili in zajeli vse več starih ljudi iz vseh slojev, tako da bo to postala pomembna aktivnost in priložnost za druženje številnih starih ljudi. V okviru Univerze za tretje življenjsko obdobje so se v Sloveniji že v zgodnjih osemdesetih letih začeli razvijati tudi programi priprave na upokožitev.

Trenutno na področju programov namenjenih starim ljudem sofinancira ministrstvo več enoletnih programov in od leta 2000 tudi dva večletna programa na področju medgeneracijskih in drugih skupin za samopomoč ter drugih programov, ki v bivalnem okolju skrbijo za zmanjšanje socialne izključenosti starih. Oba izvajalca večletnih programov zagotavljata široko mrežo na tem področju (25). To sta:

- Združenje za socialno gerontologijo in gerontagogiko s programom: Medgeneracijske skupine starih ljudi za samopomoč v nacionalnih in lokalnih mrežah
- Inštitut Antona Trstenjaka za psihologijo, logopedijo in antropohigieno s programom: Razvoj in širjenje programov samopomoči za pripravo in kakovostno starost

Ker so za stare ljudi poleg storitev, ki jih izvajajo javne strokovne službe, pomembne tudi storitve, ki jih lahko ponudijo nevladne organizacije, je potrebno dejavnost teh organizacij v bodoče še bolj upoštevati in izboljšati možnosti za izvajanje njihovih programov. Podpreti je treba zlasti tiste nove programe, ki humanizirajo prehod iz zaposlitve v upokožitev z uvedbo priprave na upokožitev in omogočiti nadaljnjo aktivnost po upokožitvi.

5 VLOGA PATRONAŽNE MEDICINSKE SESTRE PRI VZPODBUJANJU IN OHRANJANJU KAKOVOSTNE STAROSTI

5.1 Kakovost življenja in človekove potrebe

S pojmom kakovost življenja označujemo stopnjo razvitosti celotnih življenjskih pogojev v določeni družbi (29). Kakovost življenja ni odvisna le od sredstev, ki jih imajo ljudje na voljo, temveč tudi od tega, kako jih uporabljajo, če jih znajo in morejo uporabljati.

Pojem kakovost življenja vse bolj dobiva nove razsežnosti in ne pomeni več samo potrebe po večjem materialnem blagostanju, ampak pomeni vedno bolj poudarjeno zahtevo po zadovoljevanju potreb, ki so duhovne narave. O kakovosti življenja torej lahko govorimo šele takrat, kadar so posamezniki in družba z njim zadovoljni, za kar pa so navadno potrebne vsaj tri stvari:

- Dobro telesno zdravje
- Dobro duševno zdravje in ravnotežje s samim seboj
- Dobri medosebni odnosi

Za dosego cilja, živeti kot posameznik polno in s kakovostjo prežeto življenje je predpogoj celostna vzgoja posameznika.

V zdravstveni negi se pri opredeljevanju kakovosti življenja pogosto uporablja Allardtova klasifikacija. Temeljni stebri, na katere se navezujejo pogoji, ki zagotavljajo obstoj in razvoj človeka, so: »imeti«, »ljubiti« in »biti« (29).

Materialne razmere v smislu »imeti« se merijo kot gmotni viri, bivalne razmere, zaposlitev, delovne razmere, zdravje in izobrazba. Za stare ljudi so v tej kategoriji pomembni zdravje, gmotni viri in bivalne razmere. Znano je, da se nekatere bolezni značilne oz. pogostejše v starostnem obdobju (sladkorna bolezen, cerebrovaskularne bolezni, arterioskleroza,...). Glede gmotnih virov in bivalnih razmer je pomembno, da nekateri stari ljudje nimajo lastne pokojnine ali pa je zelo nizka, da živijo v neustreznih stanovanjih. Materialna raven je v veliki meri povezana tudi s šolsko izobrazbo in poklicno kvalifikacijo. Nižja šolska izobrazba in nizka poklicna kvalifikacija se zrcalita z nižjo materialno ravno posameznika, ki vpliva na pričakovano dolžino življenja.

Pojem »ljubiti« se navezuje na stike z drugimi ljudmi in na oblikovanje družbene identitete. Tu se merijo oz. ocenjujejo odnosi v družini, sorodstvu, prijateljstvu, lokalni skupnosti, med člani različnih združenj in organizacij. Ta pojem je pri starih ljudeh izredno pomemben in mnogokrat privede v slabo kakovost življenja, ki se odraza v poslabšanju zdravstvenega stanja in pospeševanju fizičnega, psihičnega in socialnega propadanja.

Pojem »biti« opredeljuje potrebo po vključenosti v družbo in skladnem življenju z naravo. Kaže se v osebnostnem razvoju ali odtujenosti. Za stare ljudi je zelo pomembna upokojitev. To je velik mejnik, pri katerem pride do nove socialne vloge, preoblikovanja odnosov v skupini (delovnem okolju, iz katerega posameznik odhaja), družini in tudi v širšem okolju. Posamezniki imajo lahko občutek manjše vrednosti in sposobnosti, kar lahko privede do malodušja, dolgočasja, nemira, skrbi, osamljenosti, obupa. Za tiste, ki se na ta korak pripravijo, pa je to lahko čas prijetnih in težko pričakovanih sprememb, ko se lahko posvetijo svojim najbližjim, zadovoljivim svojim interesov, raznim konjičkom ter vsemu, za kar v preteklosti ni bilo časa (29).

Allardtova klasifikacija spominja na Maslowo hierarhijo potreb. Izrazi »imeti«, »ljubiti« in »biti« označujejo tri skupine potreb. V prvo skupino spadajo fiziološke potrebe in potrebe po varnosti. V drugo skupino sodijo potrebe po pripadnosti in v tretjo potrebe po samouresničevanju. To so temeljne življenjske potrebe, ki naj bi jih bil sposoben zadovoljevati vsak posameznik. V življenju so obdobja (rojstvo, otroštvo, starost), spremenjene življenjske okoliščine, bolezen, zmanjšana sposobnost ali zmožnost, nesposobnost ter nezmožnost, ki privedejo do tega, da potrebujejo pomoč ali so v celoti odvisni od zadovoljevanja teh potreb po drugih osebah. Takšno pomoč pa, poleg svojcev in drugih za posameznika pomembnih oseb, izvajajo medicinske sestre. Svojci in pomembni drugi izvajajo laično pomoč, medicinske sestre in zdravstveni tehniki pa zdravstveno nego.

5.2 Patronažno varstvo

Patronažno varstvo je posebna oblika zdravstvenega varstva, ki opravlja aktivno zdravstveno in socialno varovanje posameznika, družine in skupnosti, ki so zaradi svojih bioloških lastnosti ali posamezne bolezni bolj izpostavljeni škodljivim vplivom okolja. Organizirano je kot samostojna služba ali kot organizacijska enota osnovnega zdravstvenega varstva v zdravstvenih domovih (30).

Patronažna zdravstvena nega združuje zdravstveno in socialno obravnavo varovancev zdravstvene nege, družin in skupnosti, zdravstveno nego otročnice in novorojenčka in zdravstveno nego bolnika na domu. Patronažna medicinska sestra opravlja patronažno varstvo zavarovancev na njihovem domu in lokalni skupnosti, kar pomeni, da aktivno skrbi za zdravstveno stanje varovancev v določenem območju in razvija programe promocije zdravja ter tako vzpodbuja zavarovance k čim večji skrbi za lastno zdravje in zdravje družin. Poglobljeno individualno in družinsko obravnavo zahtevajo predvsem prednostne skupine prebivalstva zaradi svojih bioloških lastnosti (dojenčki, šolarji, nosečnice, stari ljudje itd.), zaradi spremenjenih pogojev življenja in socialne ogroženosti (priseljenci, brezdomci itd.) ter zaradi zdravstvene ogroženosti (invalidi in kronični bolniki itd.) in drugo (31).

Mrežo javne zdravstvene službe (javne in zasebne) na primarni ravni določajo in zagotavljajo občine na podlagi kadrovskih standardov in normativov za področje patronažnega varstva zavarovancev. Za to področje so kadrovski standardi določeni v predlogu Nacionalnega programa zdravstvenega varstva RS – Zdravje za vse do leta 2000⁴. Ti kadrovski standardi izhajajo iz normativov in standardov objavljenih v prilogah k planu zdravstvenega varstva RS do leta 2000. V tem dokumentu so navedeni naslednji normativi, ki naj bi bili osnova za načrtovanje zdravstvenega varstva odraslih:

- ciljni 1650 zavarovancev ali 515 družin na medicinsko sestro, usposobljeno za patronažno delo
- minimalni 3000 zavarovancev ali 930 družin na medicinsko sestro, usposobljeno za patronažno delo.

Pravico do patronažnega varstva na primarni ravni, uveljavljajo zavarovanci v pooblaščenih patronažni službi zdravstvenega zavoda svojega določenega zdravstvenega območja (31).

Pri svojem delu uporablja patronažna medicinska sestra procesno metodo dela, poleg te pa še druge metode, ki so značilne za primarno raven zdravstvenega varstva: dispanzersko metodo dela, timsko metodo dela, zdravstveno-vzgojno, epidemiološko ter statistične metode (32).

Proces patronažne zdravstvene nege je sodobna metoda dela, ki jo odlikuje visoka stopnja organiziranosti. Omogoča sistematičen in individualen pristop k posamezniku, družini in skupnosti. V celotnem procesu je varovanec subjekt in ne objekt, je o vsem informiran, pripravljen za aktivno sodelovanje in zaupa v delo patronažne medicinske sestre. Patronažna medicinska sestra skupaj z varovancem ugotavlja, kaj lahko varovanec sam stori zase. Varovanca, zdravega ali bolnega, je potrebno obravnavati holistično kot psihofizično in socialno celoto v njegovem ožjem in širšem okolju.

5.3 Patronažni obisk pri starem človeku

Stari ljudje zaradi svojih bioloških lastnosti, spremenjenih pogojev življenja, socialne in zdravstvene ogroženosti potrebujejo poglobljeno individualno in družinsko obravnavo. Poleg zdravstvene nege bolnika na domu, ki jo patronažna medicinska sestra izvaja po naročilu zdravnika na podlagi delovnega naloga, patronažna medicinska sestra izvaja tudi patronažne obiske starega človeka po Navodilih za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Patronažna medicinska sestra obišče stare ljudi, ki so osamljeni in socialno ogroženi dvakrat letno z namenom ohranitve zdravja in nudenja pomoči posamezniku in njegovi družini za čim kakovostnejše življenje v domačem okolju. Patronažna medicinska sestra prihaja na domove svojih varovancev in je na začetku tujka, neznanka. Največkrat je potrebnih več obiskov, da pridobi zaupanje starega človeka. Ker pa Navodilo za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni dovoljuje obisk patronažne medicinske sestre pri starem človeku samo dvakrat na leto, se je nujno povezovati z lečečim zdravnikom, ki izda delovni nalog za več obiskov. Patronažna medicinska sestra se tudi sicer povezuje z zdravnikom zaradi posvetovanja o zdravstvenem stanju varovanca, o jemanju predpisanih zdravil, poroča zdravniku o njegovi prehrani, socialnih razmerah in življenju nasploh. Veliko starih ljudi namreč ne obiskuje zdravnika in ostajajo v svojih domovih, njihovo zdravstveno stanje pa tudi ni tako težko, da bi bil nujen obisk zdravnika na domu. Tako je patronažna medicinska sestra pomembna vez med starim človekom in njegovim lečečim zdravnikom. Na hišnem obisku se patronažna medicinska sestra sreča z ostalimi člani družine in oceni medsebojne odnose v družini. Družina je pomemben dejavnik pri načrtovanju patronažne zdravstvene nege starega človeka: ljubeči, razumevajoči odnosi v družini pozitivno vplivajo na starega člana, ga motivirajo k ohranitvi sposobnosti samooskrbe čim dlje in mu nudijo varnost in pomoč ob opešanju ali bolezni. Skrhani, nerazumevajoči odnosi pa lahko vsa prizadevanja patronažne medicinske sestre za izboljšanje ali vsaj ohranitev stanja poslabšajo. Patronažna medicinska sestra oceni pogoje, v katerih živi star človek, ugotovi, kdo je njegov glavni oskrbovalec in kakšne so možnosti za oskrbo bolnika na domu. Predlaga ustrezne izboljšave v stanovanju, ki povečajo varnost starega človeka ter ugotovi potrebo po tehničnih pripomočkih. Poslabšanje zdravstvenega stanja, ki preseže možnosti oskrbe na domu, je lahko razlog za premestitev v dom za stare ljudi, ki je socialno varstveni zavod, vendar po vsebini dela prevladuje zdravljenje in zdravstvena nega.

5.3.1 Vzpodbujanje fizične aktivnosti

Osnova za samostojno opravljanje dnevnih življenjskih aktivnosti (od najpreprostejših kot je hranjenje do kompleksnejših kot je priprava obrokov hrane) je fizična sposobnost starega človeka. Pod pojmom fizična aktivnost so opredeljene tako sposobnosti opravljanja dnevnih življenjskih aktivnosti kot tudi aktivnosti za ohranjanje teh sposobnosti (telesna rekreacija). Način reševanja težav pri opravljanju dnevnih življenjskih aktivnosti je odvisen od njihove vrste in stopnje. Včasih je potrebna pomoč druge osebe, včasih pa zadostuje že uporaba primerne pripomočka (33).

Pri opravljanju dnevnih življenjskih aktivnosti je potrebno zagotoviti varnost. Patronažna medicinska sestra pomaga staremu človeku s svetovanjem ter razgovorom s svojci. Svetuje mu primerno urejeno stanovanje, prilagojeno njegovim omejitvam in zmožnostim ter uporabo številnih pripomočkov za lažje kopanje, hojo in opravljanje drugih dnevnih življenjskih aktivnosti. Velikokrat je za starejše ljudi, bolj kot oskrba s pripomočki, potrebna ustrezna adaptacija stanovanja oziroma opreme v stanovanju.

Tudi stari ljudje potrebujejo telesno rekreacijo, da bodo ostali čim dlje sposobni za samostojno življenje (34). Samo tisti, ki je v vseh obdobjih življenja aktiven, ki živi dinamično, se nenehno izobražuje in tudi športno rekreira, ostane tudi v starosti čil, zdrav in ustvarjalen. Patronažna medicinska sestra naj bi vse bolj upoštevala tudi preventivne in rekreativne potrebe starih ljudi. Omogočiti jim mora, da se bodo navadili na bolj zdrav način življenja in tudi na telesno gibanje v obliki hoje, določene gimnastike in športa vsak dan in v vseh letnih časih. Potrebna je torej zdravstvena vzgoja, ki daje posebno vrednost telesni aktivnosti starega človeka.

5.3.2 Duševno zdravje starega človeka

Duševno zdravje starih ljudi pomembno vpliva na splošno zdravje. Kronične somatske bolezni so vir stresa pri bolniku in osebah, ki zanje skrbijo, in so dejavniki tveganja za pojav depresije. Depresija je med starimi ljudmi zelo pogosta, v povprečju je depresivnih 15% starih ljudi, pri ljudeh z resnimi zdravstvenimi težavami je delež še višji. Pri bolnikih po možganski kapi 40%, pri bolnikih z rakom 35% in ob prisotni srčno-žilni bolezni 20% (35). Prepoznavna in zdravljenje depresije pri starih ljudeh in njihovih negovalcih pomembno izboljša kakovost življenja enih in drugih. Depresija se pri starih ljudeh kaže z zelo različno in drugačno simptomatiko kot pri mlajših: navidezen upad intelektualnih sposobnosti, nepojasnjene somatske težave, motnje spanja, neupoštevanje dietnih navodil in opustitev jemanja zdravil. Zaradi pogosto neznačilne klinične slike ostaja depresija med najpogostejše neprepoznanimi geriatričnimi sindromi, kar še poveča funkcionalno oviranost starega človeka. Depresijo se da uspešno zdraviti tudi v starosti, manj uspehov pa je pri zdravljenju raznih demenc. Vendar je tudi tu zdravljenje smiselno, saj pogosto vsaj začasni izboljša kakovost življenja ne le bolnikov, temveč tudi njihovih družin.

Vzdrževanje duševne aktivnosti je torej prav tako pomembno kot vzdrževanje telesne aktivnosti. Patronažna medicinska sestra starim ljudem svetuje izvajanje številnih aktivnosti, kot so npr. razne ročne spretnosti, udeležba na različnih tečajih, vrtnarjenje, ples, poslušanje glasbe ter zbiranje različnih stvari. Take aktivnosti pomagajo staremu človeku ohranjati bistro razmišljanje. Posameznik ohranja navade, ki jih je pridobil tekom življenja. Med starimi ljudmi je priljubljeno opravilo tudi skrb za pse, mačke in podobno (36).

Izobraževanje ima v starostnem obdobju velik pomen. Različne oblike izobraževanja tudi v Sloveniji potekajo v obliki študijskih krožkov pod okriljem Univerze za tretje življenjsko obdobje. Organizirane oblike vzdrževanja duševne aktivnosti v starostnem obdobju so zelo dobrodošle in kažejo na zavedanje družbe o pomenu ohranjanja aktivnosti v starostnem obdobju. Ne smemo pa pozabiti, da lahko star človek že sam v svojem okolju veliko naredi v tej smeri, z branjem časopisov, knjig, reševanjem križank, igranjem šaha, kart, obiski gledališča.

5.3.3 Socialno zdravje starega človeka

Stari ljudje se ne potegujejo več za razne življenjske odgovornosti, ker so jih imeli dovolj v prejšnjih življenjskih obdobjih. Njihova socialna aktivnost je dosežena, če ostanejo drugim potrebni, pripadajo novim socialnim skupinam in tako naprej uspevajo sami zadovoljevati svoje osnovne življenjske potrebe – ekonomske, socialne, biološke in psihične. Zelo pomembno in upoštevanja vredno je dejstvo, da tudi star človek potrebuje družbo ljudi (33).

Možni načini druženja so številni od vključevanja v skupine ljudi z enakimi interesi, študijskih krožkov, centrov za dnevno varstvo starih ljudi, do obiskov kina, gledališča, sorodnikov ter prijateljev.

Možnosti včlanjevanja v različna društva, prostovoljne organizacije, kulturne ustanove in razne socialne institucije znatno povečajo samostojnost. Skupine ljudi z enakimi težavami se lahko povezujejo osebno, preko radia ali drugih medijev. Tako lahko najdejo prave rešitve in so drug drugemu v oporo (37).

5.4 Organiziranost patronažne službe v Zdravstvenem domu Postojna

V Zdravstvenem domu Postojna je zaposlenih 7 diplomiranih ali višjih medicinskih sester. Patronažna služba pokriva območje dveh občin Postojne in Pivke. Del območja občine Pivka pokriva še patronažna medicinska sestra, ki ima koncesijo za izvajanje patronažne dejavnosti na svojem terenu. S tem številom patronažnih medicinskih sester je pokrito geografsko področje s približno 20.507 prebivalci (Statistični urad RS, Popis prebivalstva, gospodinjstev in stanovanj 2002). Delovni čas poteka med 7. in 15. uro, ob nedeljah in praznikih po načrtu. Delo je večinoma terensko. Patronažna služba je organizirana na podlagi terenske razdelitve prebivalcev. Posamezna patronažna medicinska sestra pokriva teren z 2560 prebivalci, kar je daleč od začrtanega ciljnega normativa 1650 prebivalcev. Dejavnost patronažne službe je v osnovi vezana na Pravila osnovnega zdravstvenega zavarovanja. Delo je razdeljeno na tri področja:

- obravnava nosečnic, otročnic, novorojenčkov, dojenčkov ter malih otrok do tretjega leta starosti,
- preventivni obiski invalidov in kroničnih bolnikov,
- obiski bolnikov po delovnem nalogu osebne izbranega zdravnika.

Preglednica 26: Razmerje med preventivnimi in kurativnimi obiski v patronažni službi Zdravstvenega doma Postojna od leta 2003-2005

	Leto 2003	Leto 2004	Leto 2005
Št. prev. obiskov	1653	1479	1582
(izraženo v %)	18,6	15,7	15,6
Št. kurat. obiskov	7223	7970	8546
(izraženo v %)	81,4	84,3	84,4

Vir. Statistično poročilo o delu patronažnega varstva

Preglednica 26 prikazuje razmerje med številom preventivnih in kurativnih obiskov v patronažni službi ZD Postojna. Kakor je razvidno iz preglednice, je razmerje v zadnjih treh

letih približno enako. V letu 2005 je število preventivnih obiskov v najslabšem razmerju s kurativno zdravstveno nego.

V preventivni del patronažne zdravstvene nege sodi obravnava nosečnic, otročnic, novorojenčkov, dojenčkov ter malih otrok do tretjega leta starosti, obiski patronažne medicinske sestre pri kroničnem bolniku ter obiski pri starih ljudeh, starih nad 65 let, ki so osameli in socialno ogroženi. Pri vnašanju patronažnih obiskov patronažna medicinska sestra označi vrsto varovanca. Ker so stari ljudje pogosto tudi kronični bolniki, patronažna medicinska sestra največkrat označi starega človeka kot varovanca »kronični bolnik« in ne »starostnik«. Tako iz statističnega poročila o delu patronažnega varstva ni mogoče razbrati dejanskega števila obiskov le pri ljudeh, starih nad 65 let, saj je pod postavko »kronični bolnik« tudi nekaj mlajših kroničnih bolnikov (pod 65 let starosti).

Preglednica 27: Število preventivnih obiskov po varovancih od leta 2003-2005

	Leto 2003	Leto 2004	Leto 2005
VSI PATRONAŽNI OBISKI	1653	1479	1582
Obiski noseč., otročnic, novorojenčkov, dojenčkov, malih otrok	1278	1112	1181
Izraženo v %	77,3	75,2	74,7
Obiski kroničnih bolnikov in starih ljudi	375	367	401
Izraženo v %	22,7	24,8	25,3

Vir: Statistično poročilo o delu patronažnega varstva

V preglednici 27 je prikazano število patronažnih obiskov po posameznih varovancih. Opazen je bistveno večji delež patronažnih obiskov nosečnic, otročnic, novorojenčkov, dojenčkov ter malih otrok do 3 leta starosti (74,7% v letu 2005) kot pa obiskov kroničnih bolnikov in starih ljudi (25,3% v letu 2005). Čeprav se v zadnjih letih število preventivnih obiskov v primerjavi s številom kurativnih obiskov niža, se pa delež obiskov kroničnih bolnikov in starih ljudi povečuje. To je posledica staranja slovenskega prebivalstva, rodnost upada, število starih ljudi pa izrazito narašča.

5.5 Prilagoditev patronažne službe izzivom modernega časa

V številnih anketah in javnih pogovorih s starimi se v zadnjem desetletju vedno pogosteje pojavlja potreba starih ljudi po obiskih patronažne medicinske sestre.

Strokovnjaki Oddelka za zdravstvo Mestne občine Ljubljana, podprti s strani Odbora za zdravstveno in socialno varstvo so se leta 2004 odločili za izvedbo projekta, v katerem naj bi izdelali analizo trenutnega stanja v patronažnem varstvu v Ljubljani ter na podlagi te pripravili izvedbeni projekt, katerega namen je:

- na 6 izbranih področjih v Ljubljani raziskati potrebe po zdravstveni in socialni oskrbi starejših, bolnih in invalidnih ljudi,
- z ustanovitvijo lokalnih akcijskih skupin povezati strokovnjake vladnih in nevladnih organizacij v skrbi za celostno oskrbo starejših, bolnih in invalidnih na njihovih domovih,
- z dodatnim izobraževanjem in z uvedbo modernejše tehnologije dela izboljšati delovne pogoje patronažnih medicinskih sester ter jih usposobiti za zagovornice ljudi, ki potrebujejo zdravstveno pomoč na domu,

- z javno predstavitvijo njihovega dela in težav, s katerimi se ubadajo, vzpostaviti boljšo komunikacijo med to pomembno zdravstveno službo in prebivalstvom,
- z rezultati projekta vzpodbuditi zdravstvene politike k izdelavi dolgoročnega načrta dela te dejavnosti v Sloveniji.

Izvedba projekta je pričela 1. septembra 2004, ko je pričelo šest patronažnih medicinskih sester obiskovati vse družine na svojem terenu z željo, predstaviti se družinam na svojem terenu, da bodo lahko poiskali pomoč patronažne medicinske sestre, ko jo bodo potrebovali, ugotoviti dejanske potrebe po zdravstveni negi in predstaviti družinam aktivnosti za izboljšanje zdravja, ki potekajo v Ljubljani in bi se vanje lahko vključili. Obiskati so nameravale vse družine na svojem terenu. Po izračunih je na povprečnem terenu okoli 700 družin (vključno z ljudmi, ki živijo sami). Ob tem, da patronažne medicinske sestre, ki 'češejo' teren, polovico svojega časa porabijo za kurativno delo in obisk dojenčkov in porodnic naj bi svoj teren prečesale v enem letu (38).

V projektu je sodelovalo vsega skupaj 14 patronažnih medicinskih sester ZD Ljubljana. Projekt je vodil Projektni svet, v katerem so bili predstavniki Ministrstva za zdravje, Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve, Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Zavoda za pokojninsko zavarovanje Slovenije, Mestne občine Slovenije, Zveze upokojencev Slovenije in Mestna občina Ljubljana.

Pri delu na projektu se je razkrila cela vrsta problemov patronažne dejavnosti, ki bi jih morala reševati stroka v sodelovanju z vsemi, ki so jo pripravljene podpreti.

1. Ob naraščanju bolnikov, ki potrebujejo nego na domu, patronažno zdravstveno varstvo drsi zgolj v zdravstveno nego bolnika na domu. V kolikor si stroka ne bo izborila 50% časa za preventivno delo na terenu, se utegne zgoditi, da bodo počasi večino zdravstvene nege na terenu prevzeli "cenejši" zdravstveni tehniki.
2. V projektu se je jasno pokazalo, da delo med patronažno medicinsko sestro in socialno oskrbovalko ni jasno razdeljeno. To odpira možnosti socialni oskrbi, da si zagotovi sredstva na Zavodu za zdravstveno zavarovanje iz fonda, ki pripada patronažnemu varstvu. Če hoče stroka patronažne dejavnosti ohraniti suverenost, se mora takoj lotiti natančne razmejitve, kdaj mora oskrba bolnika in onemoglega ostati v rokah patronažne medicinske sestre.
3. Stroka patronažne zdravstvene nege se bo morala naučiti principov odprtega tržnega prostora. Strokovnjakinja, ki bi morala prevzeti nadzor na tem, kdo obiskuje bolne in onemogle ljudi, bi morala biti edino patronažna medicinska sestra. Ta status patronažni medicinski sestri ne bo priznan, če si ga ne bo izborila sama ob močni podpori vrha zdravstvene nege. Če se hoče to doseči, je potrebno dokazati, da dejansko patronažna medicinska sestra pokriva celoten teren, ki ji pripada, kar pa pomeni, da mora prevzeti način dela, kot je bil zastavljen v projektu – da ima vsaka družina v Sloveniji svojo patronažno medicinsko sestro, ki jo pozna. To je mogočen izziv za samostojnost stroke zdravstvene nege, ki ga ne velja pustiti ob strani.
4. Preden pride do večje privatizacije v patronažni zdravstveni negi, morajo patronažne medicinske sestre doseči, da bo ostala patronažna služba v javni mreži povezovalka dejavnosti na terenu, da sedanja mreža, ki je v nekaterih okoljih že precej načeta, ne bo razpadla. Doseči morajo:
 - da bo natančno določeno, kako velik teren posamezna patronažna medicinska sestra pokriva,

- da bodo potekali redni tedenski sestanki vseh izvajalk patronažne službe na določenem terenu, da bo stroka dejansko imela pregled nad celotnim terenom, ne samo na papirju;
 - da bo vzpostavljen interni nadzor v smislu dobre kvalitete dela.
5. Smiselno je, da za ohranjanje mreže in skrb za kakovost patronažne zdravstvene nege prevzame služba patronažne zdravstvene nege v javnem zavodu, ki je manj usmerjena v ustvarjanje dobička kot privatne službe. V interesu stroke zdravstvene nege mora biti, da poteka na področju patronažnega varstva stalen interni nadzor kakovosti dela (38).

6 MATERIALI IN METODE

Pri izdelavi diplomskega dela sem uporabila zgodovinsko ter deskriptivno ali opisno metodo dela.

V nalogi sem analizirala staranje prebivalstva v zadnjih petnajstih letih v Sloveniji. Analizirala sem denarne prejeme starih ljudi ter skušala ugotoviti ali obstaja povezava med višino denarnih prejemkov starega človeka ter koriščenjem oblik pomoči s področja socialne varnosti. Skušala sem tudi ugotoviti, ali se z večanjem števila starih ljudi širi mreža organiziranih storitev, ki se izvajajo v bivalnem okolju starih ljudi, institucionalna mreža storitev za stare ljudi ter dodatni in dopolnilni programi namenjeni starim ljudem.

V zadnjem poglavju sem izvedla raziskavo o razmerju med preventivno in kurativno zdravstveno nego v patronažnem varstvu ZD Postojna v zadnjih treh letih. Prikazala sem kolikšen delež vseh preventivnih obiskov predstavljajo patronažni obiski pri starem človeku. Med patronažnimi medicinskimi sestrami sem izvedla tudi anketo, s pomočjo katere sem skušala ugotoviti kakšna je vloga patronažne medicinske sestre pri vzpodbujanju in ohranjanju kakovostne starosti. Za raziskavo sem uporabila:

- podatke o številu zaposlenih v patronažnem varstvu Zdravstvenega doma Postojna in Ilirska Bistrica, ki so mi ga posredovale vodje patronažnega varstva posameznih organizacijskih enot,
- demografske podatke o številu prebivalcev v občini Postojna in Pivka, ki mi jih je posredoval Zavod za statistiko Slovenije,
- statistične podatke o številu in vrsti opravljenih preventivnih in kurativnih obiskov, ki sem ga prejela od sodelavke, zaposlene v službi za analizo in planiranje v Zdravstvenem domu Postojna.

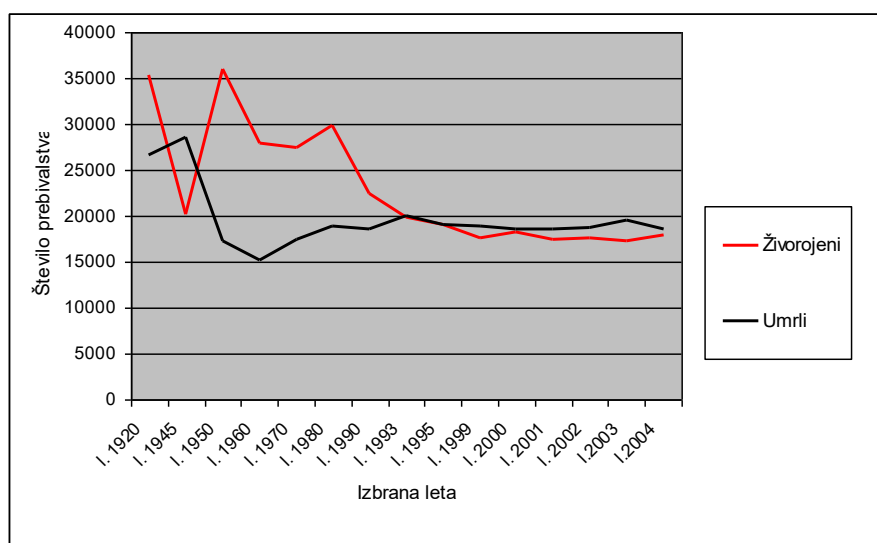
Anketo sem razdelila dvanajstim patronažnim medicinskim sestram. V anketi so bila uporabljena vprašanja izbirnega tipa z možnostjo izbire enega ali več odgovorov, vprašanja, kjer je bilo potrebno odgovore rangirati od najpomembnejšega k manj pomembnim ter prosta vprašanja, kjer so anketirane patronažne medicinske sestre same oblikovale svoje odgovore. Baza podatkov za statistično obdelavo je oblikovana in grafično prikazana s pomočjo računalniškega programa Excel for Windows.

Uporabila sem tudi strokovno literaturo tujih in domačih avtorjev, vire, prispevke in članke z najnovejšimi teoretičnimi spoznanji o zagotavljanju kakovostnega življenja v starosti. Teorijo pridobljeno iz številnih virov sem prenesla v svojo nalogo, pri tem pa sem vključila tudi znanje iz svojega delovnega področja, to je patronažna medicinska sestra na terenu, ter znanje pridobljeno tekom študija na višješolskem ter visokošolskem strokovnem programu.

7 REZULTATI

V Sloveniji se, podobno kot v drugih gospodarsko razvitih evropskih državah, starostna struktura prebivalstva spreminja. Narašča delež starih ljudi in se znižuje rodnost. Pri tem je treba poudariti, da najizraziteje narašča število ljudi v pozni starosti, to je tistih nad 85 let, ki praviloma potrebujejo zelo veliko socialne oskrbe in zdravstvene nege.

Slika 2: Naravno gibanje prebivalstva v Sloveniji



Vir: Statistični letopis RS 2004

Slika 2 prikazuje naravno gibanje prebivalstva Slovenije. Vidimo, da število živorojenih otrok nenehno pada, prav tako pa pada tudi naravni prirast.

Proces staranja prebivalstva je premaknil vprašanje socialno – ekonomskega položaja starih proti vrhu političnih prioritet. Eden izmed indikatorjev dohodkovnega položaja upokojencev je razmerje med povprečno pokojnino in povprečno plačo. Iz raziskave za zadnjih 13 let (glej preglednico 14) je razvidno, da se povprečna pokojnina v primerjavi s povprečno plačo iz leta v leto znižuje. Tako je leta 2004 povprečna pokojnina znašala le 64 odstotkov povprečne plače (leta 1992 pa 71 odstotkov). Ker pa upokojenci živijo pretežno v majhnih gospodinjstvih, je izkazan dohodkovni položaj upokojencev še slabši, kot bi bil, če tega ne bi upoštevali.

V Sloveniji se zavedamo pomena ustvarjanja pogojev za kakovostno življenje starih ljudi. V preteklih letih so v Sloveniji podpirali predvsem razvoj institucionalnega varstva, premalo pa vzpodbujali ohranjanje samostojnega življenja starega človeka v domačem okolju.

S staranjem prebivalstva se v Sloveniji vzpostavljajo različne oblike pomoči in storitve za stare ljudi. Mreža pomoči se stopnjuje od tistih oblik, ki so namenjene starim ljudem z manjšim obsegom posebnih potreb in težav, do tistih, ki potrebujejo štiriindvajset urno nego in pomoč.

Širi se tudi obseg programov, ki jih izvajajo nevladne organizacije. Značilno je, da na področju skrbi za starejše pridobivajo na pomenu že tradicionalne nevladne organizacije, zlasti društva upokojencev in nekatere druge organizacije, ki delujejo že dalj časa, za razliko od drugih področij socialnega varstva pa se v manjši meri kot ponudniki pojavljajo nove organizacije. Verjetno je tak razvoj v precejšnji meri možno pripisati temu, da so upokojenska društva zelo aktivna in skrbijo za široko polje potreb, po drugi strani pa tudi temu, da je javna mreža storitev za stare ljudi zelo razvita in je pridobila tudi na pestrosti.

Slovenija je imela ob sprejemu Programa razvoja varstva starejših oseb na področju socialnega varstva do leta 2005 že široko razvejano mrežo izvajalcev, za katero pa je bila značilna neenakomerna razporejenost po posameznih področjih. Sedaj je Slovenija kar enakomerno pokrita s številom kapacitet po posameznih regijah. Večina regij se je v letu 2005 približala 100% - ni pokritosti potreb (tolikemu številu mest v domovih, da zadostuje za načrtovanih 4,5% starejših od 65 let) (preglednica 26).

Preglednica 28: Prikaz kapacitet ter števila domov za stare ljudi v Sloveniji glede na število prebivalcev za leta 1998 do 2004

LETO	stanje prebivalstva	stari 65 in več let		vključenost 4,5%	dejansko stanje vključenosti
		Število	%		
1998	1.978.334	267.075	13,5	12.018	11.645
1999	1.987.755	274.310	13,8	12.344	11.832
2000	1.990.094	278.613	14,0	12.538	11.905
2001	1.994.026	285.146	14,3	12.832	12.346
2002	1.995.033	293.270	14,7	13.197	13.051
2003	1.997.919	298.692	14,9	13.441	13.498
2004	1.998.590	306.484	15,34	13.792	14.027

Vir: Statistični letopis 2004

V Sloveniji torej živi v domovih za stare ljudi po najnovejših podatkih nekaj več kot 4,5% prebivalcev, starejših od 65 let. Zanimivo je, da je približno petina oseb, nameščenih v domovih, mlajših od 65 let; tam so zato, ker ni ustreznih služb in servisov, ki bi jim nudili potrebne storitve na domu (3).

V zadnjih letih so bili pomembni premiki glede na širitev kapacitet, boljše regionalno pokritost in večjo pestrost ponudbe doseženi tudi pri zagotavljanju možnosti izbire med različnimi storitvami za stare ljudi. Le ti se lahko v posameznih okoljih že odločajo ne samo o obliki storitve, ki jo potrebujejo v primeru starostnih oziroma zdravstvenih težav, ampak tudi o njenem izvajalcu (odločitev med pomočjo na domu ali institucionalnim varstvom, izbira med javnim zavodom ali privatnim izvajalcem, izbira med standardno ali nadstandardno storitvijo). Cilj – zagotoviti starim ljudem možnost izbire – pa bo v večji meri možno uresničiti le z uresničitvijo drugih ciljev: nadaljnje pluralizacije, regionalne pokritosti in širitve ponudbe.

Zaposlovanje v patronažnem varstvu ZD Postojna se približuje usmeritvam razvoja patronažne zdravstvene nege, saj ni notranje delitve dela in je patronažna medicinska sestra nosilka patronažne zdravstvene nege. Patronažna medicinska sestra prevzema tudi zdravstveno nego otročnice in novorojenčka na domu. Področja dela patronažne zdravstvene nege predstavlja preventivna in kurativna zdravstvena nega. V obdobju od leta 2003 - 2005 so rezultati pokazali zmanjšanje obsega preventivnega dela na račun večjega števila opravljenih kurativnih obiskov. Leta 2005 je preventivna zdravstvena nega predstavljala le 15,6%, kurativna pa 84,4% celotne patronažne zdravstvene nege.

Med patronažnimi medicinskimi sestrami ZD Postojna, Pivka in Ilirska Bistrica je bila izvedena anketa o vlogi patronažne medicinske sestre pri vzpodbujanju in ohranjanju kakovostne starosti. Vrnjenih je bilo 11 izmed 12 anketnih vprašalnikov.

Štiri anketirane patronažne medicinske sestre sodijo v starostno skupino 40-50 let, štiri v starostno skupino 30-40 let, ena v 20-30 let ter ena v 50-60 let.

V vseh zdravstvenih domovih so zaposlene patronažne medicinske sestre z višjo (45% oz. 5 patronažnih medicinskih sester) ali visoko izobrazbo (55% oz. 6 patronažnih medicinskih sester). Anketirane patronažne medicinske sestre imajo v povprečju 15 let delovne dobe v patronažni službi. Najmanjše število let, ko je medicinska sestra zaposlena v patronažni službi je 1 leto, največ pa 32 let.

Vse anketirane patronažne medicinske sestre so mnenja, da je redno strokovno izpopolnjevanje pogoj za kakovost zdravstvene nege ter, da se pri svojem delu s starimi ljudmi včasih srečajo z nalogami, za katere se niso izobrazile. Osem (72,7%) patronažnih medicinskih sester meni, da so dovolj izobražene za promocijo zdravja na terenu, ena ni, dve sta pa neopredeljeni.

Za kakovostno izvajanje patronažne zdravstvene nege je kar pri osmih (72,7%) patronažnih medicinskih sestrah najpomembnejša lastnost patronažne medicinske sestre zanesljivost. Tej lastnosti sledijo prijaznost, empatija, dostopnost ter šele nato urejenost in ustrežljivost.

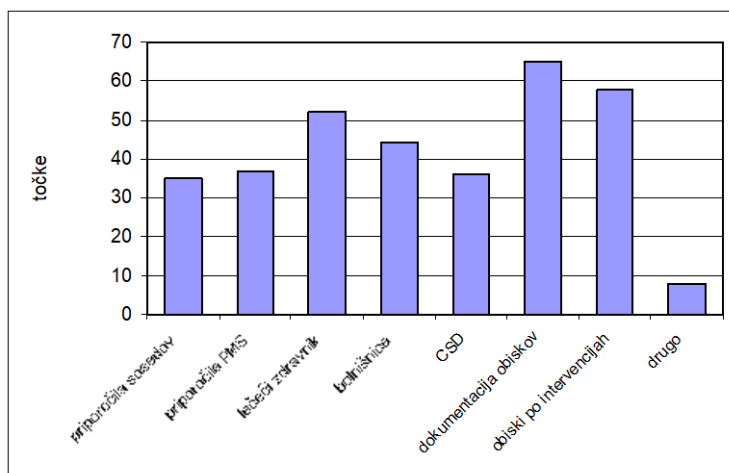
Patronažne medicinske sestre pri delu najbolj motivira samostojnost, odgovornost za svoje delo ter pohvale bolnikov oz. varovancev. Slabši motivacijski dejavnik pa sta pohvale nadrejenih ter ustrezno plačilo.

Določene patronažne službe imajo pregled nad številom starih ljudi na posameznem terenu, nekatere pa tudi poimenskega. V patronažni službi ZD Postojna nimajo patronažne medicinske sestre nikakršnega pregleda in se za posamezne patronažne obiske odločajo na podlagi drugih virov. Tako je 7 (63,6%) anketiranih patronažnih medicinskih sester odgovorilo, da pregleda nad številom starih ljudi nimajo, 4 (36,4%) patronažne medicinske sestre pa imajo številčni ter poimenski pregled starih ljudi po posameznih terenih. Razlika v odgovorih je utemeljena s tem, da je bila anketa razdeljena tudi v ZD Ilirska Bistrica, ki ima po odgovorih sodeč drugačno organizacijo dela.

Največ patronažnih medicinskih sester se najpogosteje odloča za posamezne patronažne obiske pri starih ljudeh na podlagi predhodnih obiskov, pri katerih so bili potrebni določeni posegi patronažne medicinske sestre (npr. po zacelitvi rane na nogi, po aplikaciji protibolečinske terapije, itd.). Pogosto se patronažne medicinske sestre odločajo tudi na podlagi dokumentacije patronažnih obiskov iz prejšnjih let ter glede na priporočila lečečega

zdravnika. Manj pa se odločajo za patronažne obiske na podlagi priporočila bolnišnice, druge patronažne medicinske sestre, centra za socialno delo, priporočil sosedov, vaščanov ter lečečega zdravnika (slika 3).

Slika 3: Najpogostejše odločitve za posamezne patronažne obiske



Kar 8 (72,7%) anketiranih patronažnih medicinskih sester je odgovorilo, da dva patronažna obiska pri starih ljudeh, ki jih predvideva Navodilo za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni le včasih zadoščata za celostno ter kakovostno obravnavo starih ljudi na njihovem domu, 3 (27,3%) patronažne medicinske sestre pa so mnenja, da dva obiska ne zadoščata nikoli.

Delovni čas ter veliko število kurativnih obiskov le včasih dopušča izvajanje patronažnih obiskov pri starih ljudeh. Takega mnenja je 7 (63,6%) anketiranih patronažnih medicinskih sester. Tri menijo, da delovni čas pogosto dopušča izvajanje patronažnih obiskov, ena pa je mnenja da nikoli.

Stari ljudje, ki jih patronažne medicinske sestre obiskujejo, živijo po mnenju anketirank v 50% sami, v 50% pa s svojci. Največkrat se dogaja, da živijo v svojem gospodinjstvu, vendar v bližini svojcev (sina, hčere).

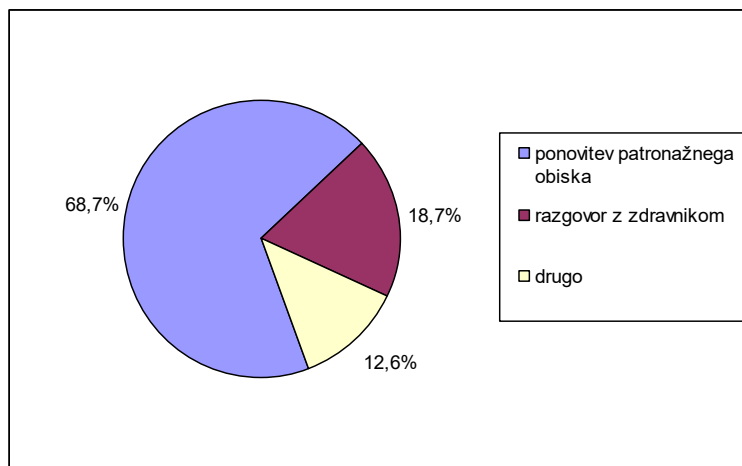
Skoraj vse anketirane patronažne medicinske sestre porabijo 30-60 minut časa za prvi patronažni obisk pri starem človeku, le dve sta mnenja, da je poraba časa le 15-30 minut.

Stari ljudje patronažno medicinsko sestro na terenu lepo sprejemajo. Zadovoljni so, da jih je nekdo obiskal in želijo si še ponovnih obiskov. Najboljši odgovor na to pa bi dobili, če bi o tem povprašali kar varovance same ali med njimi izvedli anonimno anketo.

Kar 9 (81,8%) patronažnih medicinskih sester pravi, da stari ljudje pogosto upoštevajo nasvete patronažne medicinske sestre, dve pa menita da le včasih.

Uspešnost obiska pri starem človeku vrednoti 68,7% anketiranih patronažnih medicinskih sester s ponovnim patronažnim obiskom, 18,7% z razgovorom z izbranim zdravnikom in 12,6% s pogovorom s svojci (slika 4).

Slika 4: Načini vrednotenja uspešnosti patronažnega obiska



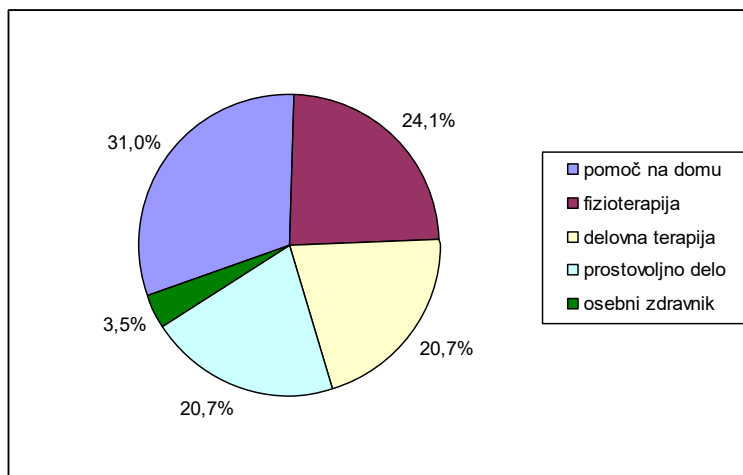
Družine posameznega območja, ki ga pokriva patronažna medicinska sestra poznajo »svojo« patronažno medicinsko sestro, da lahko poiščejo pomoč, ko jo potrebujejo. To meni 5 (45,5%) anketiranih medicinskih sester. Šest patronažnih medicinskih sester (54,5%) pa meni, da le nekatere družine poznajo »svojo« patronažno medicinsko sestro.

Patronažne medicinske sestre ne opazijo kakšne večje razlike v stopnji samooskrbe starih ljudi v mestu in na podeželju. Menijo, da v mestu ljudje pogosteje naročajo dostavo hrane na dom, ter se pogosteje odločajo za pomoč pri gospodinjskih opravilih.

V celostno obravnavo starih ljudi na njihovem domu bi bilo potrebno vključiti tudi druge službe. Kar v 31% bi bilo potrebno vključiti pomoč na domu (preko CSD), poleg te pa tudi fizioterapijo, delovno terapijo, prostovoljno delo ter ob zdravstvenih težavah še sodelovanje osebnega zdravnika (glej sliko 5).

Prispevek patronažne zdravstvene nege h kakovosti življenja starih ljudi v njihovem domačem okolju je velik. S sistematičnimi obiski starih ljudi na njihovem domu jim patronažna medicinska sestra pomaga, da čim dlje ostanejo aktivni v svojem okolju. Starim ljudem patronažna medicinska sestra svetuje, kontaktira s svojci, osebnim zdravnikom in po potrebi tudi z drugimi službami. Ljudje se počutijo zadovoljni in varni, saj vedo, da imajo nekoga na katerega se lahko obrnejo, ko potrebujejo pomoč. Prispevek patronažne zdravstvene nege bi bil nedvomno še večji, če bi bilo pri starem človeku dovoljenih ter tudi izvedenih več patronažnih obiskov.

Slika 5: Vključevanje posameznih služb v celotno obravnavo starih ljudi



Kar se tiče sprememb s strani patronažne službe v dosedanjem načinu obravnave starih ljudi na njihovem domu so anketirane patronažne medicinske sestre omenile pogostejše ter bolj sistematične patronažne obiske. Da bi bilo pa to izvedljivo, bi morala vsaka patronažna medicinska sestra imeti seznam starih ljudi, ki živijo na njenem terenu. Vloga patronažne medicinske sestre bi morala biti bolj organizatorska, še več bi se morala patronažna služba povezovati in sodelovati z drugimi službami. Znotraj patronažne službe bi bilo potrebno organizirati tudi številna strokovna predavanja glede na specifično pojavnost zdravstvenih problemov v lokalni skupnosti.

Rezultati ankete bodo predstavljali izhodišče za usmeritev nadaljnjega dela patronažnega varstva v Zdravstvenem domu Postojna, ki naj bi se tudi v prihodnje strokovno razvijalo po enotnem konceptu obravnave posameznika, družine in skupnosti s preventivnega, kurativnega in socialnega vidika. Ta cilj bo dosežen le, če bo program patronažnega varstva v Zdravstvenem domu Postojna oblikovan po sodobnih usmeritvah razvoja zdravstvene nege, ki predvideva, da ostaja nosilka in izvajalka zdravstvene nege višja oz. diplomirana medicinska sestra.

8 RAZPRAVA

Po letu 1999 se je razviti svet zavedel, da se naglo stara, zato bo v naslednjih desetletjih reševanje tega problema prednostna naloga. Vprašanju o oskrbi velikega števila starih ljudi se pridružuje spoznanje, da je treba poskrbeti za boljše sožitje med mlado, srednjo in tretjo generacijo, sicer bo kakovostno staranje za sedanjo srednjo generacijo nedosegljiva utopija.

Sedanji socialno varstveni sistem zagotavlja tretji generaciji v Sloveniji dokaj visoko raven materialne socialne varnosti. Ta sistem tvorijo pokojninsko in invalidsko zavarovanje, storitve in dajatve po Zakonu o socialnem varstvu, normativi in standardi za socialno varstvene storitve ter ostale socialne pravice. Stabilnost pokojninskega sistema je zagotovljena z letnim pokrivanjem primanjkljaja iz proračuna, prav tako se proračunsko financira celotna javna mreža socialno varstvenih pravic. Ob naraščanju deleža upokojenega prebivalstva se mesečni pokojninski primanjkljaj vztrajno večja, gospodarska in politična usmeritev Evrope pa krči socialne izdatke države. Da bi ohranili kakovostno materialno socialno varnost v starosti, je potrebno pripraviti ustrezne sistemske prilagoditve pokojninske, delovne in ostale zakonodaje ter drugih sistemov (24).

Sodobna slovenska družba se torej mora pravočasno prilagoditi spremenjeni starostni strukturi s celovito prebivalstveno politiko, s socialno, razvojno in drugimi politikami, da bi bile spremembe obvladljive. Kajti daljša življenjska doba ima močan vpliv na pokojninsko, zdravstveno in socialno politiko, na svetovne migracijske tokove, na kakovost življenjskih razmer na lokalni, regionalni in tudi nacionalni ravni, vpliv ima tudi na celovit gospodarski razvoj. Staranje prebivalstva povzroča velike premike v strukturi slovenskega prebivalstva, kar določa tudi pogoje razvoja. Zato je ta dejstva nujno upoštevati pri vseh razvojnih programih in načrtih. Na Ministrstvu v skladu s sprejeto strategijo razvijajo in spodbujajo tudi že uveljavljene storitve in dejavnosti na področju varovanja starih ljudi.

Obstoječi programi socialnega varstva so danes pod hudim pritiskom naglo spreminjajočih se družbenih razmer in potreb tretje generacije. Pritisk se kaže posebej pri naraščanju povpraševanja po institucionalnem varstvu povsem nesamostojnih starih ljudi. Zavedati se je treba, da se bo povprečna starost višala in da se bo zdravstveno stanje stanovalcev domov slabšalo. Po drugi strani pa se bo zaradi razvoja storitev v domačem okolju čedalje manj starih ljudi odločalo za odhod v domove kmalu po svojem 65. letu. Ti bodo ostajali v svojem okolju in bivali bodisi v lastnem stanovanju bodisi v varovanih stanovanjih. V domove bodo prihajali predvsem stanovalci po 75. ali celo 80. letu, ki bodo imeli tudi različne izrazite zdravstvene težave. Prevelika koncentracija tovrstnih stanovalcev v institucijah, ki štejejo 200 do 300 postelj seveda ne bo več ustrezna in prijetna za bivanje. Kapacitete v večini domov bi zato kazalo zmanjšati in jih prilagoditi potrebam čedalje starejših uporabnikov, ki pa so tudi vse zahtevnejši. Posebej pa bo treba poskrbeti tudi za nekatera nujna investicijska vlaganja za potrebe ureditve oddelkov za stanovalce s starostno demenco in sorodnimi obolenji, saj se njihovo število v vseh domovih povečuje.

Stari ljudje si želijo ostati doma, v okolju ki ga poznajo, kjer imajo vzpostavljene socialne mreže, v stanovanju na katerega jih vežejo spomini in v katerem so preživeli velik del svojega življenja. To je še toliko bolj značilno za Slovenijo, kjer zelo velik odstotek starih ljudi živi v lastniškem stanovanju, za razliko od zahodnih držav, kjer so selitve bolj pogoste in več ljudi živi v najemniških stanovanjih. Zaradi tega bi stari ljudje naredili vse, da bi lahko čim dlje živeli v tem, njim znanem okolju. Le zelo majhen odstotek starih ljudi se želi preseliti v dom za stare ljudi. Menim, da je naloga države, da to njihovo željo upošteva in da naredi vse, kar

je v njeni moči, da jo tudi uresniči. Prvo dejstvo, ki ga je pri tem potrebno upoštevati je, da stari niso homogena skupina, ki ima neke skupne značilnosti in potrebe. Potreben je individualen pristop, reševanje problemov od primera do primera. Država bi morala vzpostaviti ustrezne pogoje za delovanje različnih služb pomoči na domu. Že danes na trgu obstaja kopica služb, ki se ukvarjajo s tovrstno dejavnostjo, problema ki se tukaj izpostavljata, pa sta dva. Prvi je ta, da stari niso v zadostni meri informirani o tovrstni pomoči, drugi pa je finančne narave. Stari ljudje preprosto nimajo dovolj denarja, da bi si lahko privoščili usluge raznih zasebnih služb pomoči, ki so se pojavile na tržišču. Javne službe pomoči na domu pa so pri opravljanju svoje dejavnosti tudi omejene, saj lahko njihovi delavci pomagajo samo določenemu številu starih ljudi, ki so pomoči potrebni. Na žalost se vse prevečkrat zgodi, da ravno tisti najbolj pomoči potrebni, izpadejo iz tega kroga, saj ponavadi prihajajo iz nižjih socialnih slojev prebivalstva, nimajo materialnih sredstev, ne poznajo svojih pravic, prav tako pa ne poznajo niti poti, po kateri bi si lahko poiskali pomoč.

V prihodnosti bo v Sloveniji torej potrebno več pozornosti posvetiti razvoju organiziranih storitev v bivalnem okolju, s katerimi bo tudi možno zagotoviti, da popolna socialna oskrba v ustanovi ne bo potrebna. Glede na to, da se življenjsko pričakovanje ob rojstvu viša in da je velik del starega prebivalstva še zelo vitalen, sposoben skrbeti za sebe, bi bilo potrebno intenzivno razmišljati o novih možnostih družbene integriranosti starih ljudi ter intenzivneje ukrepati v tej smeri. Povečati bi bilo potrebno število programov za stare ljudi, ki jih izvajajo različne nevladne organizacije, med njimi zlasti tiste za pripravo na starost ter za preprečevanje socialne izključenosti starih ljudi, ter razvijati tudi nove oblike storitev, kot so oskrba v stanovanjski skupini za stare in v drugi družini. Zagotoviti bi bilo potrebno, da bo mreža izvajalcev čim bolj enakomerno razporejena po Sloveniji in da bodo kakovostni programi, ki so skladni s potrebami uporabnikov, dolgoročno tudi sofinancirani.

Kar se tiče varovanih stanovanj bi bilo potrebno sproti ugotavljati dejanske potrebe v lokalnem okolju ter število stanovanj prilagoditi lokalnim potrebam. Veliko bi se dalo narediti tudi na področju adaptacije obstoječih stanovanj, saj večina teh stanovanj ni primerna za bivanje starega človeka. Arhitektonske ovire, kot so razne stopnice in pragovi, nadalje vlaga v stanovanju, velikokrat tudi odsotnost centralnega ogrevanja, vse to so dejavniki, ki staremu človeku iz dneva v dan otežujejo življenje in ga vedno znova spominjajo na njegovo starost in vedno večjo nesamostojnost in odvisnost od drugih. Že samo oprijemalo na stopnišču, za katerega ser lahko star človek oprime, lahko v njegovo življenje vnese čisto novo dimenzijo, saj je zopet odvisen sam od sebe in ne potrebuje pomoči drugega vsakič, ko gre po stopnicah.

Patronažna medicinska sestra v družini starega človeka ugotavlja in zbira podatke o zdravstvenih in socialnih stanjih ter razmerah, ki vplivajo na njegovo sposobnost, da bi sam skrbel za svoje osnovne življenjske dejavnosti. Pomembni so podatki o družini, predvsem odnosu do starega človeka in njegovi vlogi v družini. Zelo pomembni so tudi sosedski odnosi, stanovanjske, higienske in ekonomske razmere. Na kakovost življenja v družini vpliva tudi zdravstveno stanje družinskih članov in njihova zdravstvena vzgojenost (30).

Pri zdravem starem človeku in urejenih socialno-ekonomskih razmerah je intervencija usmerjena v krepitev in ohranitev zdravja starega človeka in družine, pri bolnem pa medicinska sestra izvaja tiste aktivnosti, ki jih ne more sam, uči ga samooskrbe, svoje ali pomembne druge pa izobražuje, da mu bodo pomagali, da se ravnotežje v sposobnosti samooskrbe vzpostavi in vzdržuje.

Zaskrbljujoč je podatek, da preventivna patronažna dejavnost na terenu upada na račun kurativne dejavnosti, ki pa jo medicinska sestra izvaja po naročilu izbranega zdravnika varovanca, ki zdravstveno nego potrebuje. S tem je okrnjena samostojna pristojnost medicinske sestre za ugotavljanje potreb po ZN in njeno izvajanje.

Kar se tiče vloge patronažne medicinske sestre v modernem konceptu primarnega zdravstvenega varstva, bo potrebno doseči naslednje:

- da bo patronažna služba ena od samostojnih dejavnosti v zdravstvenem domu, ki pa seveda tesno sodeluje z drugimi oddelki;
- da bodo imele vodilne patronažne medicinske sestre čas za nadzor, to pa pomeni zmanjšanje normativov za njih;
- da se bo ponovno uvedlo stalno mesečno interno izobraževanje s sistemom certifikatov;
- da bodo patronažne medicinske sestre obnovile izdelavo načrta zdravstvene nege ob bolniku skupaj z njim, kjer mu bodo vnaprej povedale, koliko časa ga bodo obiskovale in kdaj bodo lahko skrb za nego prevzeli sorodniki ali drugi laični delavci;
- patronažna medicinska sestra je edina strokovnjakinja zdravstvene nege, ki prihaja samostojno v stik z uporabniki. Patronažna medicinska sestra mora biti vidna na terenu in to ne samo med bolniki in onemoglimi. Zato je tako pomembna iniciativa, da vsak slovenski dom pozna svojo patronažno medicinsko sestro;
- problem patronažnih medicinskih sester je, da pri svojem delu pogosto
- naletijo na kompleksne probleme, ki imajo vsi vpliv na zdravstveno stanje posameznika in družine. Ker so patronažne medicinske sestre nemočne pri reševanju kompleksnih problemov (revščina, neznanje, stanovanjska stiska, duševne stiske in bolezni, neurejen državljski status, nasilje v družini) imajo tendenco prevzemanja samo naročenih obiskov od zdravnika – ti so najlažji, ker je jasno, kaj morajo narediti in ker jih bolniki željno pričakujejo – s tem pa izgubljajo samostojnost pri svojem delu. Še hujše pa je, da prehitro izgorevajo, ker so stiske, s katerimi se srečujejo vsak dan, prehude;
- Če hoče patronažna zdravstvena nega ohraniti 50% preventivnega dela, bo treba doseči spremenjen način plačevanja. Za preventivne aktivnosti bo morala biti patronažna medicinska sestra plačana pavšalno glede na letni načrt svojega dela, da bo lahko sama racionalno razdelila svoj delovni čas med tiste, ki bodo njenega obiska najbolj potrebni. V projektu se bodo začeli pogovori z ZZZS o spremembah načina plačevanja dela patronažne medicinske sestre. Dogovor bo stroka bistveno lažje dosegla, če se bo samokritično in strokovno lotila racionalizacije svojega dela;
- Pred patronažnimi medicinskimi sestrami je nov izziv, ki ga prinaša demokracija. Če bodo sprejele izziv in dejansko postale edine strokovnjakinje v Sloveniji, ki poznajo vse družine, za katere so odgovorne, bo njihova pomembna funkcija zagovorništvo prebivalstvenih skupin, ki se v tekmovalni družbi ne znajdejo ali pa za to nimajo možnosti;
- Za pridobivanje suverenosti stroke je zelo pomembno, da je stroka bolj aktivna pri urejanju obveščanja o bolnišničnih odpustih bolnikov, ki potrebujejo zdravstveno nego na domu (38).

9 ZAKLJUČNE UGOTOVITVE

Diplomsko delo obravnava problem staranja prebivalstva, ekonomski položaj ter socialno varnost starih ljudi v Sloveniji. Podrobno so opisane socialne storitve, namenjene izvajanju v bivalnem okolju starih ljudi, institucionalna mreža storitev za stare ter dodatni in dopolnilni programi namenjeni starim ljudem. Z naraščanjem stare populacije rastejo prizadevanja za kakovostno življenje starih ljudi. Pri tem je pomembna vloga zdravstvene nege in patronažne medicinske sestre pri vzpodbujanju in ohranjanju kakovostne starosti.

- Prebivalstvo Slovenije se stara. Narašča delež starih ljudi in se znižuje rodnost.
- Ekonomski položaj starih ljudi se v Sloveniji iz leta v leto slabša.
- Posteljne kapacitete v domovih za stare ljudi zadoščajo za načrtovanih 4,5% starejših od 65 let.
- S staranjem prebivalstva se v Sloveniji vzpostavljajo različne oblike pomoči in storitve za stare ljudi. Sem sodijo sistemi elektronske pomoči na daljavo, pomoč družini za dom, programi medgeneracijskih in drugih skupin za pomoč ter programi, ki v bivalnem okolju skrbijo za preprečevanje socialne izključenosti starih oseb.
- Rezultati raziskave izvedene med patronažnimi medicinskimi sestrami, zaposlenimi v ZD Postojna, prikazujejo upad obsega preventivnega dela na račun večjega števila opravljenih kurativnih obiskov.
- Vse patronažne medicinske sestre so mnenja, da dva patronažna obiska pri starih ljudeh, ki jih predvideva Navodilo za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni ne zadostujeta za celostno ter kakovostno obravnavo starih ljudi na njihovem domu.
- Prispevek patronažne zdravstvene nege h kvaliteti življenja starih ljudi v njihovem domačem okolju je velik. S sistematičnimi obiski starih ljudi na njihovem domu jim patronažna medicinska sestra pomaga, da čim dlje ostanejo aktivni v svojem okolju. Starim ljudem patronažna medicinska sestra svetuje, kontaktira s svojci, osebnim zdravnikom in po potrebi tudi z drugimi službami. Ljudje se počutijo zadovoljni in varni saj vedo, da imajo nekoga na katerega se lahko obrnejo, ko potrebujejo pomoč. Prispevek patronažne zdravstvene nege bi bil nedvomno še večji, če bi bilo pri starem človeku dovoljenih ter tudi izvedenih več patronažnih obiskov.
- Kar se tiče sprememb s strani patronažne službe v dosedanem načinu obravnave starih ljudi na njihovem domu so anketirane patronažne medicinske sestre omenile predvsem pogostejše ter bolj sistematične patronažne obiske. Da bi bilo pa to izvedljivo, bi morala vsaka patronažna medicinska sestra imeti seznam starih ljudi, ki živijo na njenem terenu. Vloga patronažne medicinske sestre bi morala biti bolj organizatorska, še več bi se morala patronažna služba povezovati in sodelovati z drugimi službami.

SEZNAM VIROV

- 1 Malačič J. *Staranje prebivalstva Slovenije po projekcijah prebivalstva 2001 – 2036: naravna rast nasproti celotni rasti prebivalstva*. In: *Statistika kot orodje in vir za kreiranje znanja uporabnikov*. Radenci: Statistični urad Republike Slovenije, 2003: 174–184.
- 2 Ramovš J. *Kakovostna starost: Socialna gerontologija in gerontagogika*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka in Slovenska akademija znanosti in umetnosti, 2003: 1-582.
- 3 Milošević Arnold V. *Socialno delo s starimi ljudmi*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo, 2003: 1- 54.
- 4 Šušteršič O, Rajkovič V. *Informacijski sistem patronažne zdravstvene nege*. Kranj: Moderna organizacija, 2000: 18 – 56.
- 5 Filej B. *Zdravje za vse za 21.stoletje*. *Obzor Zdr N* 1999; 33:165 – 70.
- 6 Malačič J. *Demografija: teorija, analiza, metode in modeli*. 5.izd. Ljubljana: Ekonomska fakulteta, 2003: 19-24.
- 7 Kraigher T. *Vpliv različnih možnosti demografskega razvoja na ekonomsko vzdržnost staranja prebivalstva v Sloveniji*. In: *Statistika kot orodje in vir za kreiranje znanja uporabnikov*. Radenci: Statistični urad Republike Slovenije, 2003:194–203.
- 8 *Letno poročilo o poslovanju zavoda 2004*. Ljubljana: ZPIZ, 2004.
http://www.zpiz.si/iso/letno_porocilo/02.html <15.9.2004>
- 9 Stanovnik T, Kump N. *Socialno – ekonomski položaj upokojencev in starejšega prebivalstva v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za ekonomska raziskovanja, 2003: 1- 32.
- 10 *Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju*. Uradni list RS, št. 109. Ljubljana, 1999.
- 11 *Akcijski program zaposlovanja 2001*
http://www.ess.gov.si/html/predstavitev/letna_poročila/lp0o/pogl4.html <15.9.2004>
- 12 Stropnik N. *Socialna varnost v luči vključitve Slovenije v EU*. Ljubljana: Inštitut za ekonomska raziskovanja, 2004.
- 13 Keber D, Albreht T, Brcar P et al. *Zdravstvena reforma: pravičnost, dostopnost, kakovost, učinkovitost: osnutek*. Ljubljana: Vlada Republike Slovenije, Ministrstvo za zdravje, 2003: 137-221.

- 14 *Pečjak V. Psihologija tretjega življenjskega obdobja. Ljubljana: Znanstveni inštitut filozofske fakultete, 1998: 1-195.*
- 15 *Hojnik Zupanc I. Dodajmo življenje letom. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije, 1997: 1- 168.*
- 16 *Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju vključno z novelo ZPIZ-1C: prečiščeno besedilo z obrazložitvijo sprememb in dopolnitev. Ljubljana: Bonex založba, 2002:1-294.*
- 17 *Cvetko A. Pravice iz pokojninskega in invalidskega zavarovanja po novem zakonu in zakonu o pokojninskem in invalidskem zavarovanju. Ljubljana: Bonex založba, 2000: 122-258.*
- 18 *Izvajanje strategije socialnega vključevanja s poročilom o uresničevanju programa boja proti revščini in socialni izključenosti. Ljubljana: Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, 2002: 1-93.*
- 19 *Letno poročilo o poslovanju zavoda 2003. Ljubljana: ZPIZ, 2003.
http://www.zpiz.si/iso/letno_porocilo/02.html <10.2.2004>*
- 20 *Zakon o socialnem varstvu. Uradni list RS, št. 36. Ljubljana, 2004.*
- 21 *Zakon o spremembah in dopolnitvah zakona o socialnem varstvu. Uradni list RS, št. 2. Ljubljana, 2004.*
- 22 *Statistični letopis RS 2004. Ljubljana: Zavod RS za statistiko, 2004: 1- 687.*
- 23 *Kavar Vidmar A. Socialna varnost (študijsko gradivo). Ljubljana: Visoka šola za socialno delo, 2000: 1- 25.*
- 24 *Ramovš J. Izhodišča in predlogi za nacionalni program socialnega varstva starih ljudi v obdobju 2006 do 2010 ter za nacionalno strategijo razvoja družbe z velikim deležem starega prebivalstva. In: Kakovostna starost. Ljubljana. Inštitut Antona Trstenjaka, 2005; 3: 2-38.*
- 25 *Poročilo o izvajanju Programa razvoja varstva starejših oseb na področju socialnega varstva v Sloveniji do leta 2005 in Nacionalnega programa socialnega varstva do leta 2005. Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, 2002: 1-31.*
- 26 *Hojnik Zupanc I. Samostojnost starega človeka v družbeno – prostorskem kontekstu. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, 1999: 1-244.*

- 27 *Kaučič Z. Skupnost socialnih zavodov, 2005.*
- 28 *Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Uradni list RS, št. 99 Ljubljana, 2001.*
- 29 *Zaletel M. Kakovost življenja starostnikov in zdravstvena nega. Zdrav var 1999; 38: 45 – 49.*
- 30 *Šušteršič O. Vloga patronažne medicinske sestre pri varstvu starostnika na domu. In: Star človek in družina. Brdo pri Kranju: Gerontološko društvo Slovenije, 1994: 110 – 118.*
- 31 *Navodilo za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Uradni list RS 19/1998.*
- 32 *Stražar D, Šušteršič O. razmerje med preventivno in kurativno zdravstveno nego v patronažnem varstvu od leta 1984 do 1993 v Ljubljani. Obzor Zdr N 1996, 30: 79-88.*
- 33 *Siebers MJ, Gunter-Hunt G, Farrell-Holtan J. Coping with loss of independence. Coping with aging series. San Diego: Singular publishing group INC, 1993: 1-52.*
- 34 *Uлага D. Telesna aktivnost starejših ljudi. In: Zdravo staranje – prva nacionalna konferenca o promociji zdravja v Sloveniji. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije in Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 1995. 41 – 8.*
- 35 *Gallo JJ, Gonzales J. Depression and other mood disorders. In: Adelman AM, Daly MP, Weiss BD et al. 20 common problems in geriatrics. New York: McGraw Hill 2001: 205-35.*
- 36 *Eliopoulos C. Gerontological nursing. Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1987: 23 – 142.*
- 37 *Kranjc A. Tretje življenjsko obdobje. In: kako smo snovali Slovensko univerzo za tretje življenjsko obdobje. Ljubljana. Slovenska univerza za tretje življenjsko obdobje, 1992: 9 – 31.*
- 38 *Kožuh Novak M. Prilagoditev patronažne službe izzivom modernega časa, 2005.*
- 39 *Thaler D, Šušteršič O. Možnosti in potrebe po uvajanju supervizije v programe na področju zdravstvene nege. In: XII. Posvetovanje organizatorjev dela. Moderna organizacija Kranj, 1994: 182-8.*

SEZNAM UPORABLJENIH KRATIC

BDP- Bruto domači proizvod
RS- Republika Slovenija
ZPIZ- Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje
EU- Evropska unija
ZD- Zdravstveni dom
ZZZS – Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije
CSD – Center za socialno delo

PRILOGE

Priloga A - Anketni vprašalnik

ANKETNI VPRAŠALNIK

SPOŠTOVANA KOLEGICA

Prosim za sodelovanje v anketi, s katero želim proučiti vlogo patronažne medicinske sestre pri vzpodbujanju in ohranjanju kakovostne starosti. Anketa je anonimna. Rezultati ankete bodo uporabljeni za prikaz v diplomskem delu na visoki šoli za zdravstvo v Izoli.

Za odgovore se najlepše zahvaljujem.

Urh Bojana

1. Starost (obkrožite ustrezen odgovor):
a) 20-30 let
b) 30-40 let
c) 40-50 let
d) 50-60 let
2. Dosežena stopnja izobrazbe (obkrožite ustrezen odgovor):
a) višja
b) visoka
c) univerzitetna
3. Število let delovne dobe v patronažni službi (napišite): _____
4. Ali mislite, da je redno strokovno izpopolnjevanje pogoj za kakovost zdravstvene nege?
a) DA
b) NE
c) ne vem
5. Ali se pri svojem delu s starimi ljudmi srečujete z nalogami za katere se niste izobrazili?
a) vedno
b) pogosto
c) včasih
d) nikoli
6. Menite, da ste dovolj izobraženi za promocijo zdravja pri starem človeku na terenu?
a) Da
b) Ne
c) Ne vem
7. Katera izmed naštetih lastnosti patronažne medicinske sestre se vam zdi za kakovostno zdravstveno nego najbolj pomembna? (z 1 ocenite najbolj pomembno lastnost ter jih nato razvrstite po vrsti k manj pomembnim)
___ dostopnost
___ empatija
___ urejenost
___ ustrežljivost
___ zanesljivost
___ prijaznost
___ drugo (napišite): _____

15. Kako vas stari ljudje na terenu sprejemajo? _____

16. Ali stari ljudje upoštevajo nasvete patronažne medicinske sestre?

- a) Vedno
- b) Nikoli
- c) Včasih
- d) Pogosto

17. Kako najpogosteje vrednotite uspešnost vašega obiska pri starem človeku?

- a) s ponovnim patronažnim obiskom
- b) z razgovorom z izbranim zdravnikom
- c) drugo (napišite): _____

18. Ali družine vašega območja, katerega pokrivata poznajo »svojo« PMS, da lahko poiščejo pomoč, ko jo potrebujejo?

- a) Da
- b) Ne
- c) Nekateri
- d) Ne vem

19. Ali opazate razlike v stopnji samooskrbe starih ljudi v mestu in na podeželju?

- a) Da – Katere? _____
- b) Ne
- c) Ne vem

20. Katere službe bi bilo še potrebno vključiti v celostno obravnavo starih ljudi na njihovem domu (obkrožite enega ali več odgovorov)?

- a) pomoč na domu (preko CSD)
- b) fizioterapijo
- c) delovno terapijo
- d) prostovoljno delo
- e) drugo (napišite): _____

21. Kakšen je po vašem mnenju prispevek patronažne zdravstvene nege h kvaliteti življenja starih ljudi v njihovem domačem okolju? _____

22. Ali menite, da so potrebne kakšne spremembe (s strani patronažne službe) v dosedanjem načinu obravnave starih ljudi na njihovem domu?

- a) Da – Katere? _____
- b) Ne
- c) Ne vem