



Spolufinancovaný
Európskou úniou



BANSKOBYSŤRICKÝ
SAMOSPRÁVNÝ KRAJ

Katalóg príkladov dobrej praxe

Miroslava Tokovská & Andrea Seberíni

2023



Spolufinancovaný
Európskou úniou



**BANSKOBYSTRICKÝ
SAMOSPRÁVNÝ KRAJ**

Materiál vypracovaný v rámci projektu „Centrá sociálnych služieb ako nástroj viacúrovňového partnerstva pri poskytovaní dlhodobej starostlivosti na komunitnej úrovni na Slovensku“.

Partneri projektu:



Banská Bystrica 2023

Projekt spolufinancovaný Európskou úniou v rámci programu EaSI (výzva VP/2019/003/0152, číslo zmluvy VS/2020/0274).

OBSAH

ÚVOD.....	4
BELGICKO	6
ČESKÁ REPUBLIKA	9
DÁNSKO	13
ESTÓNSKO.....	16
FÍNSKO	18
FRANCÚZSKO	20
CHORVÁTSKO	24
JAPONSKO	26
LITVA	28
MAĎARSKO	30
NEMECKO	32
NÓRSKO	35
POLSKO	38
RAKÚSKO	40
ŠVÉDSKO.....	44
VEĽKÁ BRITÁNIA.....	47
ZHRNUTIE.....	52
ZOZNAM POUŽITÝCH ZDROJOV	58

ÚVOD

Svetová populácia rýchlo starne, čoho dôsledkom sú bezprecedentné výzvy v oblasti verejného zdravia pre väčšinu krajín sveta. Požiadavka na rôznorodé potreby zdravotnej starostlivosti sa rýchlo zvyšuje so zložitou poskytovania zdravotnej starostlivosti starším populáciám. Aj napriek demografickým zmenám sa na Slovensku systém sociálnej a zdravotnej starostlivosti prispôsobuje novým podmienkam pomaly. V dôsledku výziev v systéme formálnej starostlivosti rýchlo rastie počet neplatených opatrovateľov, ktorí tvoria takmer dve tretiny poskytovanej starostlivosti.

Kedže populácia rýchlo starne, v sektore dlhodobej starostlivosti sa zvyšuje dopyt po poskytovaní starostlivosti väčšiemu počtu starších ľudí s komplexnými ochoreniami a zvýšenými potrebami odbornej starostlivosti. Predstavuje to obrovskú záťaž pre systémy dlhodobej starostlivosti, ktorá sa podľa prognóz v nasledujúcich rokoch zvýši. Vo viac ako polovici krajín OECD starnutie obyvateľstva predbieha rast ponuky dlhodobej starostlivosti. Krajiny OECD v poslednom čase presadzujú politiku deinštitucionalizácie a komunitnej starostlivosti o starších dospelých. Tieto politiky reagujú na spoločný tlak na náklady spojené so starnutím populácie a na výzvu poskytovať lepšiu starostlivosť starším dospelým. Ich cieľom je nahradiť inštitucionálne služby menej nákladnými, zvýšiť spokojnosť občanov a znížiť výdavky. Počet pracovníkov v oblasti dlhodobej starostlivosti stagnuje alebo klesá, dokonca aj v krajinách, kde

je ponuka dlhodobej starostlivosti oveľa vyššia ako priemer OECD (napríklad v Nórsku a Švédsku). Keďže populácia naďalej starne, dopyt po pracovníkoch dlhodobej starostlivosti sa bude pravdepodobne zvyšovať (OECD, 2020).

Systém zdravotnej a sociálnej starostlivosti v Slovenskej republike má problémy a do určitej miery zlyháva pri napĺňaní potrieb starostlivosti a podpory samostatného života starších dospelých občanov. Zdravotné problémy starších ľudí sa často riešia nesúrodým a roztriešteným spôsobom medzi rôznymi poskytovateľmi starostlivosti. Neustále pretrváva malá koordinácia na úrovni samosprávy, komunity alebo na národnej úrovni. Zapojenie mnohých odborníkov v oblasti zdravotnej a sociálnej starostlivosti a implementácia viacerých klinických intervencií si vyžaduje vysoký stupeň koordinácie medzi odborníkmi, ako aj v rámci úrovni liečby, nastavení, prevencie a podpory zdravia. Podpora občanov odkázaných na starostlivosť a sociálnu pomoc je nevyhnutným opatrením, ktoré prináša dlhodobé výsledky. Pre Slovenskú republiku je jasnou výzvou naplňať potreby starostlivosti a podpory starnúcej populácie v súčasnosti aj v budúcnosti. V tejto príručke ponúkame príklady dobrej praxe z vybraných krajín sveta. Rôzne národné prístupy k integrácii zdravotnej a sociálnej starostlivosti sú analyzované v kontexte rôznych diskurzov integrovanej dlhodobej starostlivosti.

BELGICKO

Systém sociálnej ochrany pre starších ľudí je v Belgicku dobre rozvinutý. Náklady na zdravotnú starostlivosť v starobe môžu do budúcnosti predstavovať vysoké sumy, preto flámska vláda zaviedla v roku 2001 poistenie pre sociálnu starostlivosť. Táto forma poistenia neexistuje vo Valónsku. Od veku 26 rokov každá osoba, ktorá má bydlisko vo Flámsku, musí prispievať 25 eur ročne na financovanie systému. Poistenie pre sociálnu starostlivosť poskytuje príspevky, ktoré sa vzťahujú len na zdravotné výdavky. Príspevok sa môže použiť na domácu a komunitnú starostlivosť, kompenzácie pre jednotlivcov poskytujúcich pravidelnú pomoc inej osobe, ako aj na podporné opatrenia, ktoré potrebuje osoba vyžadujúca si starostlivosť. Belgicko poskytuje všetky druhy sociálnych služieb pre seniorov. Belgická vláda sa snaží posilňovať sociálnu pomoc orientovanú na seniorov tak, aby im zabezpečila možnosť zotrvať čo najdlhšie v ich rodinnom domácom prostredí. Existujú rôzne možnosti pomoci seniorom v domácnosti, napr. finančná pomoc a pomoc v rôznych typoch zdravotníckych zariadení (Správa o dlhodobej starostlivosti, 2021), ďalej služby na udržiavanie domácnosti seniora, upratovanie a zabezpečenie domácich prác, pobyt v sanatóriách pre seniorov (liečebný ústav, zariadenie slúžiace na doliečenie niektorých ochorení, prípadne na liečbu zdĺhavých chorôb), fyzioterapiu, sociálne pôžičky, paliatívnu starostlivosť, sociálnu pomoc, donášku dennej stravy, monitorovacie a signalizačné systémy pre domácnosti seniorov, zabezpečenie

kaderníckych služieb a pod. Seniori majú k dispozícii rozsiahlu sieť sociálnych centier pre miestnu a regionálnu pomoc v domácej starostlivosti.

Príkladom praxe v poskytovaní starostlivosti o starších obyvateľov na obecnej úrovni je Centrum pobytovej starostlivosti „*De Weister (Woonzorgcentrum De Weister) v Aalbeke*“ v Belgicku. Tento model je založený na poskytovaní služieb v zariadeniach domácej pobytovej sociálnej starostlivosti. Centrum pobytovej starostlivosti De Weister pozostáva zo 46 pobytových jednotiek v troch rezidenčných domoch. Dva z nich sú určené seniorom s demenciou a tretí ponúka domov seniorom, ktorí potrebujú fyzickú opateru. Uvedené centrum napomáha vytvoriť bezpečnú a pokojnú atmosféru s dôrazom na „obyčajné“ aspekty každodenného života. Vzniklo s cieľom udržať život v malých skupinách a čo najviac ho priblížiť pocitu života doma. Od decembra 2012 pracuje na základe princípov tzv. normalizovaného života v malom (World Bank, 2020).

Veľká časť nákladov na mnohé z uvedených služieb sa hradí z financií miestnych regiónov. Okrem verejného systému sa na poskytovaní sociálnych služieb pre seniorov podieľajú aj súkromné organizácie. V oboch prípadoch, t. j. vo verejnom aj súkromnom sektore, úhrada za pomoc zvyčajne závisí od príjmu seniora. Komunitnú starostlivosť pre seniorov môže zabezpečiť zodpovedná osoba, dobrovoľník, partner, rodič, dieťa, priateľ alebo sused. Poskytovatelia starostlivosti majú právo využiť sociálno-zdravotnú pomoc zo svojho vlastného poistenia (Európska únia, 2012). Belgicko má v rámci inštitucionálnej starostlivosti

o seniorov k dispozícii denné centrá, denné stacionáre alebo centrá na krátkodobé pobyty. V prípade, ak nepostačuje domáca starostlivosť o seniora, existuje možnosť umiestniť seniora do denného centra alebo stacionára. V spomínaných centrách sú pre seniorov zabezpečované služby ako napríklad personálny dohľad počas celého dňa, lekársky dohľad a organizácia voľnočasových aktivít. Tieto strediská sú vhodné pre seniorov po pobyte v nemocničnom zariadení, ktorí potrebujú podporu počas rekonvalescencie pred návratom domov. Seniori môžu byť v týchto zariadeniach umiestnení na krátkodobý pobyt, a to v intervale do troch mesiacov za jeden rok. Dom s opatrovateľskou službou alebo Dom seniorov poskytuje bezpečné a stabilné prostredie pre život seniora.

ČESKÁ REPUBLIKA

V Českej republike je rozšírená starostlivosť o seniorov v domácom prostredí. Vo všeobecnosti sú sociálne služby primárne pre ľudí, ktorých sebestačnosť a schopnosť starať sa o seba a svoju domácnosť je z nejakého dôvodu obmedzená. Sociálne služby sú určené pre rodiny s deťmi, ľudí s ťažkým zdravotným postihnutím, seniorov a sociálne znevýhodnené skupiny. Rozlišujú sa tri základné typy sociálnych služieb: i) sociálne poradenstvo, ii) služby sociálnej starostlivosti a iii) služby sociálnej prevencie. Majú tri základné formy: rezidenčné, ambulantné a terénne sociálne služby. Poskytovanie sociálnych služieb upravuje zákon č. 108/2006 Sb. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov. Sociálne služby môžu byť financované regionálne, vládou, obcami, grantmi EÚ. Starostlivosť o seniorov v domácom prostredí môže poskytovať aj neverejný poskytovateľ. Poskytovateľom teda môže byť akákoľvek právnická alebo fyzická osoba, ktorá je zaregistrovaná. S cieľom individualizácie a skvalitnenia sociálnych služieb vypracovalo v roku 2002 Ministerstvo práce a sociálnych vecí Českej republiky Standardy kvality sociálnych služieb, ktoré spĺňajú väčšinu odporúčaní z Dobrovoľného európskeho rámca pre kvalitu sociálnych služieb. Štandardy mali spočiatku iba odporúčací charakter, avšak od 1. 1. 2007 sa stali záväzným dokumentom ako príloha Vyhlášky MPSV č. 505/2006. Podľa tohto zákona bude poskytovaná sociálna pomoc dostupná, efektívna, kvalitná, bezpečná a hospodárna. Na zvýšenie informovanosti o dostupnosti poskytovateľov sociálnych služieb bol zriadený Registr

poskytovateľu sociálnych služieb. Sociálne služby sa poskytujú v troch formách – pobytovej, terénnej a ambulantnej. Dochádza aj k diverzifikácii a zvýšenej špecializácii sociálnych služieb. Zákon rozlíšil 20 rôznych druhov zariadení sociálnych služieb. V oblasti služieb sociálnej starostlivosti sa navyše poskytuje osobná asistencia, opatrovateľská služba, tiesňová starostlivosť, sprievodcovská a predčitateľská služba, podpora samostatného bývania a odľahčovacia služba. Azda ešte významnejším prvkom je zavedenie tzv. príspevku na starostlivosť. Príspevok sa vypláca vo výške od 2 000 Kč (ľahká závislosť) do 11 000 Kč (úplná závislosť) mesačne. Príspevok by mal finančne pomôcť zabezpečiť starostlivosť v rámci prirodzenej komunity a tým zvyšovať podiel ambulantných a terénnych služieb na úkor pobytových. Podstatnou zmenou je aj povinnosť spracovania strednodobých plánov rozvoja sociálnych služieb pre kraje a ministerstvo.

Česká cirkevná nezisková organizácia Slezská diakonie poskytuje vysokokvalitné služby a zameriava sa na implementáciu najlepšej praxe prostredníctvom medzinárodnej spolupráce. Okrem toho sa snaží zabezpečiť vysokokvalitné služby zamerané na podporu v komunite, a to prostredníctvom osobnej asistencie a respitnej starostlivosti. Jednou z aktivít je aj vzdelávanie opatrovateľov pri zabezpečovaní primeranej starostlivosti o fyzickú aj psychickú stránku odkázaných osôb. Táto podpora je založená na multidisciplinárnej a na mieru šitej starostlivosti v domácom prostredí (World bank, 2020).

Obce a kraje dbajú na vytváranie vhodných podmienok na rozvoj sociálnych služieb, najmä zisťovaním skutočných potrieb

ľudí a zdrojov potrebných na ich uspokojenie; okrem toho sami zriaďujú organizácie poskytujúce sociálne služby. Neštátne neziskové organizácie a fyzické osoby, ktoré ponúkajú široké spektrum služieb, sú tiež významnými poskytovateľmi sociálnych služieb.

Domáca starostlivosť je služba, ktorá sa okrem iného poskytuje aj osobám, ktoré pre svoj vek už nie sú sebestačné. Služba pomáha so špeciálnymi úlohami: pomoc pri každodenných činnostiach, pomoc s osobnou hygienou, pomoc so stravovaním a zabezpečovanie stravovania, pomoc s chodom domácnosti, zabezpečovanie kontaktu so sociálnym prostredím. Seniorom je v domácom prostredí možné poskytnúť nasledujúce druhy starostlivosti:

- Domáca starostlivosť. Služba poskytuje pomoc pri hygieny, zabezpečuje stravovanie a pomáha v domácnosti ľuďom s obmedzenou schopnosťou v oblasti osobnej hygieny a domácej starostlivosti. Poskytuje sa v domácnosti a užívateľ sa podieľa na financovaní služby.
- Osobná asistencia. Táto služba je určená ľuďom, ktorých schopnosti sú okrem iného z dôvodu veku obmedzené (napríklad v oblasti osobnej hygieny, využívania verejných priestorov, starostlivosti o domácnosť, kontaktu s rodinou alebo širšou spoločnosťou). Služba sa poskytuje v prostredí, kde osoba žije. Služby osobnej asistencie zahŕňajú aj čítanie, výklad a poradenstvo. Užívateľ sa podieľa na financovaní služby.

- **Respitná starostlivosť.** Tejto starostlivosti sa inak hovorí aj uľavujúca či odľahčujúca starostlivosť, je vlastne starostlivosťou o ošetrovateľov. Pomáha ľuďom dlhodobo starajúcim sa o osobu so zdravotným postihnutím alebo o seniora (často aj rodinného príslušníka). Jej cieľom je uľahčiť situáciu ošetrovateľom, poskytnúť im priestor na načerpanie nových síl a energie.



DÁNSKO

V Dánsku je zdravotná a sociálna starostlivosť dostupná na univerzálnom základe v závislosti od potrieb, a nie od veku alebo platobnej schopnosti. Zdravotné služby, nemocnice a sociálna starostlivosť sú pre starších ľudí bezplatné a financujú sa zo všeobecných daní. Konceptia dánskej politiky starnutia predpokladá, že starším ľuďom je k dispozícii široká a rozmanitá škála služieb a aktivít. Medzi služby týkajúce sa integrovanej zdravotnej a sociálnej starostlivosti patrí domáca pomoc, domáca ošetrovateľská starostlivosť, rehabilitácia a domovy dôchodcov. Okrem domovov dôchodcov Dánsko nemá takmer žiadne inštitúcie mimo nemocničného systému, ktoré by sa starali o najkrehkejších starších ľudí. Ich potreby sa uspokojujú prostredníctvom integrovanej zdravotnej a sociálnej starostlivosti v rámci obcí. Poskytovanie integrovanej zdravotnej a sociálnej starostlivosti o starších ľudí je založené na koncepcii sebaobsluhy. Konceptia sebaobsluhy zahŕňa akceptovanie človeka ako slobodného, samostatne mysliaceho a konajúceho jedinca so schopnosťou rozhodovať o svojom živote. Cieľom dánskej dlhodobej starostlivosti (LTC) je zvýšiť kvalitu života osôb, ktoré potrebujú starostlivosť, a zvýšiť ich schopnosť postarať sa o seba. Dlhodobú starostlivosť organizuje a poskytuje 98 obcí a 5 regiónov. Dlhodobá starostlivosť sa financuje prostredníctvom všeobecných daní a vo všeobecnosti sa poskytuje bezplatne. Tento systém je pravdepodobne najuniverzálnejším a najkomplexnejším systémom na svete. Väčšina dlhodobej starostlivosti

sa zabezpečuje formou pobytu v rezidenčnej starostlivosti alebo špeciálneho bývania s odborným personálom alebo pomocou v domácnosti. Organizácia a financovanie väčšiny systému prebieha na miestnej úrovni, kde 98 samospráv prijíma a poskytuje väčšinu služieb dlhodobej starostlivosti.

Regionálna úroveň je zodpovedná za primárne zdravie. Na centrálnej úrovni neexistujú žiadne politiky dlhodobej starostlivosti, hoci národní politici sa zhodujú na všeobecnej regulácii a často uzatvárajú rozpočtové dohody, ktoré stanovujú ekonomické podmienky pre miestne politiky. Zatiaľ čo národní politici definujú hlavné prvky dlhodobej starostlivosti, miestni politici definujú, koľko starostlivosti by sa malo poskytovať, kým a za akých podmienok. Ľudovo povedané to vedie k 98 komunálnym verziám dánskeho LTC systému (Kvist, 2018). Systém dlhodobej starostlivosti pozostáva z piatich prvkov (Kvist, 2018):

1. preventívne opatrenia
2. rehabilitácia
3. pomoc v domácnosti
4. domovy pre starších dospelých
5. iné opatrenia vrátane osobnej asistencie
a stravovacích služieb

Implementácia technológií asistovaného bývania v súkromných domoch a domovoch dôchodcov zohráva kľúčovú úlohu pri riešení tejto výzvy v spolupráci s občanmi a umožňuje riešenia, ktoré sú udržateľné, životaschopné a neohrozujú kvalitu starostlivosti. V Dánsku sa starostlivosť o starších ľudí zameriava

na zapojenie a posilnenie postavenia každého občana vzhľadom na jeho individuálne potreby a preferencie. Cieľom je, aby si starší občania zachovali nezávislosť, mali kontrolu nad vlastným životom a čo najdlhšie zostali zdraví vo svojich domovoch. Napríklad približne jedna tretina dánskych samospráv zaviedla elektronický občiansky záznam. Toto riešenie spĺňa potreby profesionálov súvisiace s mobilnou podporou v domácej starostlivosti a zapája občanov do ich liečby. Profesionáli domácej starostlivosti a občania spolupracujú na registrácii informácií o prebiehajúcej starostlivosti a liečbe, čo dáva odborníkom viac času na skutočnú starostlivosť, pričom občania sú viac zapojení do svojho zdravia a liečby (Elderly Care, Denmark, 2023).



ESTÓNSKO

Štát v zákone o sociálnej starostlivosti zaviazal miestne samosprávy poskytovať sociálne služby. Medzi tieto služby patrí aj domáca starostlivosť, ktorá je podľa tohto zákona sociálna služba organizovaná miestnymi samosprávami. Jej cieľom je zabezpečiť samostatné a bezpečné fungovanie dospelého človeka vo svojom domove udržiavaním a zlepšovaním kvality jeho života.

Miestna samospráva v spolupráci s príjemcom a poskytovateľom služby pripraví zmluvu, ktorá stanoví činnosti, pri ktorých prijímateľ služby potrebuje pomoc, aby dokázal samostatne fungovať vo svojom domove. Poskytovateľmi domácej starostlivosti môžu byť miestne samosprávy, súkromné a mimovládne organizácie, ako aj živnostníci. Podľa zákona o sociálnom zabezpečení má poskytovanie sociálnych služieb a ich financovanie na starosti každá samospráva. Služba domácej starostlivosti sa poskytuje v domácom prostredí a zahŕňa pomoc s vykonávaním každodenných činností, ktoré súvisia s domácim a osobným životom. Služby domácej starostlivosti zahŕňajú pomoc v domácnosti (upratovanie, donáška potravín, liekov...) a osobnú pomoc (pomoc pri praní, obliekaní sa, stravovaní, používaní toalety alebo výmena inkontinenčných plienok).

V závislosti od ekonomickej situácie klienta sa služby zabezpečujú za poplatok alebo čiastočne či úplne bezplatne. Služby domácej starostlivosti sú zadarmo pre osoby, ktorých príjem

je nižší ako minimálna mzda (500 eur v roku 2018). Každý prípad potreby domácej starostlivosti sa posudzuje individuálne. Pokiaľ ide o financovanie domácej starostlivosti, väčšina miestnych samospráv zhodnotí každý prípad individuálne, aby určila výšku spoluúčasti, ktorá závisí od príjmu príjemcu a jeho rodiny, alebo od iných možností platenia za službu. Niektoré miestne orgány nepožadujú žiadne spolufinancovanie. Táto záležitosť je teda v kompetencii miestnej samosprávy (Správa o dlhodobej starostlivosti, 2021).



FÍNSKO

Vo Fínsku sú služby domácej starostlivosti a ošetrovateľské služby určené seniorom v domácnosti v prípade zníženej funkčnej spôsobilosti alebo chorobe. V mnohých samosprávach sú tieto služby skombinované pod pojmom domáca starostlivosť, ktorú dopĺňajú aj podporné služby.

Sociálne a ošetrovateľské služby poskytované doma zahŕňajú:

- pomoc s každodennými činnosťami,
- pomoc so stravovaním, prepravou a sprievodné služby,
- domáce ošetrovateľské a lekárske služby,
- domáca rehabilitácia,
- pomoc sanatória v akútnych situáciách alebo na sklonku života.

Okrem toho môže samospráva poskytnúť podporu blízke-
mu, ktorý sa stará o staršiu, zdravotne postihnutú alebo chorú osobu odkázanú na starostlivosť inej osoby. Ide o službu podpory neoficiálnych opatrovateľov, ktorá sa skladá z akýchkoľvek služieb potrebných pre príjemcu starostlivosti, z príspevku na starostlivosť a dovolenku pre opatrovateľa a z podporných služieb. Iný spôsob podporovania domácej starostlivosti je starostlivosť v rámci inej rodiny. V takomto prípade sa senior presťahuje k opatrovateľovi v rámci rodiny. Títo opatrovatelia nemusia byť odborníci v sociálnej alebo zdravotnej starostlivosti, musia však absolvovať predbežný kurz, počas ktorého sa

posudzuje ich schopnosť vykonávať danú starostlivosť. Medzi opatrovateľom a samosprávou sa uzavrie dohoda o starostlivosti v rámci danej rodiny. Zdá sa však, že táto forma starostlivosti nie je dostatočne známa.

Vo Fínsku zodpovedá za organizáciu sociálnych služieb a služieb zdravotnej starostlivosti predovšetkým obec. Tieto služby zahŕňajú sociálne a zdravotné služby pre seniorov. Financuje ich prevažne verejný sektor. Financovanie sociálnej a zdravotnej starostlivosti je primárne zabezpečené z daní získaných obcami a transferov ústrednej štátnej správy. Okrem toho niektoré poplatky hradia aj samotní klienti/pacienti. Obce môžu slobodne rozhodovať o výške klientskych poplatkov v rozsahu stanovenom zákonom. Podľa zákona o plánovaní a štátnych dotáciách na sociálne zabezpečenie a zdravotnú starostlivosť môžu obce zabezpečiť sociálnu a zdravotnú starostlivosť osobitne, spolu s inými obcami, ako členovia spoločného obecného úradu, nákupom služieb od štátu, nákupom služieb od inej obce, nákupom služieb od spoločného obecného úradu alebo od súkromného poskytovateľa služieb schváleného obcou. Bez ohľadu na spôsob zabezpečenia musia byť tieto služby zabezpečené zo zákona. Všetky vyššie spomenuté služby teda možno zakúpiť u súkromného poskytovateľa služieb, ak sa tak obec rozhodne (Správa o dlhodobej starostlivosti, 2021).

FRANCÚZSKO

Posledných desať rokov sa vo Francúzsku vo významnej miere zvýšili verejné výdavky na dlhodobú starostlivosť. Pomocou týchto zdrojov sa zmodernizovali domy s opatrovateľskými službami a zvýšila sa úroveň domácej starostlivosti a sociálnych pracovníkov. Hlavným zámerom dlhodobej starostlivosti je dosiahnuť zvýšenie zamestnanosti, pretože dlhodobá starostlivosť, najmä domáca starostlivosť, sa považuje za najslubnejší sektor v zmysle svojho potenciálneho ďalšieho rastu. Táto stratégia sa spája so zavedením trhových mechanizmov, s cieľom posilniť kvalitu konkurenciou a možnosťou výberu pre užívateľov a ich rodiny. Počet poskytovateľov a najmä podiel súkromných ziskových organizácií sa podstatne zvýšil.

Vo Francúzsku vznikli centrá, ktoré prepájajú sociálnu a zdravotnú službu pre seniorov pod názvom: „Centres Locaux d'Information et de Co-ordination“ (CLIC). Miestne informačné a koordinačné centrá (CLIC) sú miesta, kde môžu starší ľudia, ich rodiny a odborníci pracujúci v oblasti gerontológie a domácej starostlivosti nájsť informácie a rady.

CLIC poskytujú bezplatné, dôverné a individuálne služby bez ohľadu na pôvod žiadosti, či pochádza od staršieho človeka, jeho rodiny, sociálnych služieb, ošetrojúceho lekára, zdravotnícko-sociálnej štruktúry alebo nemocnice. Pôvodne sa spustil na experimentálnej báze v roku 2000 s 25 pilotnými pracoviskami (Leichsenring, 2004). Prevažná väčšina starších ľudí chce zostať čo najdlhšie vo svojich domovoch. Na to potrebujú

ľahký prístup k informáciám o existujúcich aktivitách, pomoci a službách. Na splnenie tohto očakávania je CLIC miestnym koordináčnym centrom: na prvej úrovni musí byť CLIC miestom, ktoré ľudia identifikujú, ktoré je ľahko dostupné, ponúka prijatie, vypočutie a poskytuje čo najkomplexnejšie informácie o existujúcich službách vo všetkých oblastiach života. Okrem tohto prvého poslania musí byť CLIC schopné komplexne a individuálne posúdiť potreby osoby, poradiť jej a pomôcť jej pri vypracovaní a realizácii plánu podpory. To znamená, že CLIC by sa nemal obmedzovať len na osoby, ktoré strácajú svoju nezávislosť, ale mal by byť zameraný na všetkých občanov, ktorí sú zapojení do podporovaného projektu, na prístup k svojim právam. Ide o veľmi konkrétny a zároveň mimoriadne ambiciózny cieľ, ktorý si bude vyžadovať vypracovanie a šírenie nástrojov, ktoré bude možné zdieľať v rámci budúcej národnej siete CLIC (Le CLIC vous guide, 2023). Služby, ktoré poskytujú:

Bezplatné informácie o:

- združeníach domácej pomoci,
- typoch služieb (poskytovatelia služieb, sprostredkovatelia, priame zamestnanie),
- službách v domácnosti (pomoc na diaľku, donáška jedla, nočná starostlivosť atď.),
- zdravotníckych pomôckach (chodítka, lôžkový stolík, zdravotné lôžko atď.),
- úpravách v domácnosti (vaňa zmenená na sprchu, schodolez atď.),

- inštitúciách (vstupné haly, EHPAD...),
- odborníkoch (SSIAD, fyzioterapeuti, zdravotné sestry atď.),
- generálnej rade,
- dôchodkových fondoch,
- prípadnej pomoci (APA, sociálna pomoc, pomoc na zlepšenie bývania atď.),
- regresnom nároku na dedičstvo atď.

Posúdenie odkázanosti:

- posúdenie odkázanosti staršej osoby,
- navrhnutie plánu pomoci prispôsobeného zdravotnej, sociálnej a environmentálnej situácii osoby,
- vykonanie všetkých potrebných administratívnych postupov (alebo pomoc rodinám pri týchto postupoch), aby bolo možné financovať navrhovaný plán pomoci.

Monitorovanie a koordinácia:

- podpora výmeny informácií medzi rôznymi zúčastnenými stranami a užívateľmi,
- zlepšovanie súdržnosti činností zameraných na starších ľudí,
- podávanie správ o opatreniach prijatých na udržanie osoby doma v bezpečnom prostredí všetkým zdravotníckym pracovníkom, ktorí s danou osobou pracujú, a najmä odborníkovi, ktorý situáciu nahlásil C. L. I. C (Le CLIC vous guide, 2023).

Ako naznačujú Frossard et al. (2004), „... integrované služby sú súborom služieb, ktoré sú k dispozícii pre určitú skupinu obyvateľstva na danom geografickom území alebo pre obyvateľstvo danej geografickej oblasti, a to jednou spoločnosťou alebo organizáciou, zoskuppenou pod jedným rozhodovacím orgánom.“ Na to, aby došlo ku „skutočnej integrácii“, musí sa vytvoriť stabilná organizácia zabezpečujúca úplné pokrytie potrieb zdravotnej starostlivosti danej populácie, a to pravdepodobne v rámci systému zdravotníctva. Sprievodnou obavou je, že sociálne služby by buď stratili svoju identitu a autonómiu, alebo by sa ďalej „medikalizovali“. Vzhľadom na existujúcu roztrieštenosť systémov zdravotnej a sociálnej starostlivosti by jednotlivé jednotky sotva boli pripravené akceptovať jedinečnú, vertikálne integrovanú rozhodovaciu právomoc.

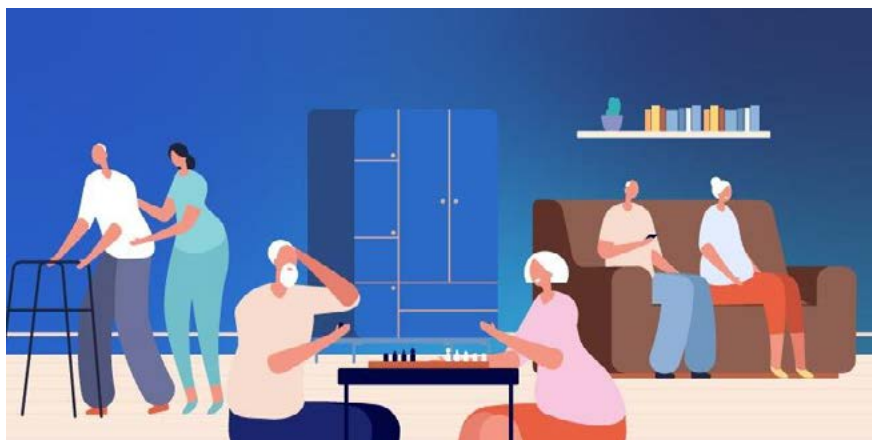
Preto je napríklad vo Francúzsku koncepcia integrácie v podobe „konsolidovaného modelu priamych služieb“ (Leichsenring, 2004) skôr nežiaduca. Namiesto toho môžeme v tejto krajine pozorovať dlhú históriu v teórii a praxi „gerontologickej koordinácie“ a vytvárania sietí: „Sieť alebo koordinácia znamená dobrovoľnú organizáciu profesionálnych ľudí (medzi ktorými môžu byť aj dobrovoľní pracovníci), ktorí spájajú svoje prostriedky a zdroje na rozvoj informačných, sociálnych a zdravotníckych služieb a služieb prevencie určených na riešenie zložitých alebo naliehavých problémov, ktoré boli určené ako prioritné na určitom geografickom území.“

CHORVÁTSKO

Domáca starostlivosť v Chorvátsku je podľa zákona o sociálnej starostlivosti sociálna služba pre seniorov, ktorí potrebujú pomoc od inej osoby. Služba domácej starostlivosti zahŕňa prípravu jedál, vykonávanie domácich prác, udržiavanie osobnej hygieny a plnenie ďalších každodenných činností.

Domáca starostlivosť sa poskytuje seniorovi, ktorý podľa sociálneho centra potrebuje pomoc od inej osoby. Právo na pomoc a starostlivosť sa poskytuje osobe, ktorá nie je schopná plniť si svoje základné potreby, v dôsledku čoho potrebuje okamžitú pomoc a starostlivosť od inej osoby pri príprave a konzumácii jedál, nákupe potravín, upratovaní domu, obliekaní a vyzliekaní, osobnej hygieny a ďalších životne dôležitých činnostiach.

Domácu starostlivosť zabezpečujú centrá domácej starostlivosti, sociálne zariadenia, centrá komunitných služieb, združenia, náboženské spoločenstvá, iné právnické osoby a malé podniky poskytujúce sociálne služby, ale aj fyzické osoby poskytujúce domácu starostlivosť ako profesionálnu činnosť. Udeľovanie práv na poskytovanie domácej starostlivosti vykonáva zodpovedné centrum sociálnej starostlivosti podľa sídla príjemcu služby. Sociálna starostlivosť prebieha v súlade so všeobecnými právnymi predpismi miestnych samospráv a Záhrebu, ktoré na svojom území vymedzujú sociálne programy a ich obsah, rozsah a financovanie (Správa o dlhodobej starostlivosti, 2021).



JAPONSKO

V roku 2000 zaviedlo Japonsko nový systém sociálneho poistenia pre slabých a starších ľudí – poistenie dlhodobej starostlivosti. Ide o epochálnu udalosť v histórii japonskej verejnej zdravotnej politiky, pretože krajina sa posunula smerom k socializácii starostlivosti a zmenila svoju tradíciu rodinnej starostlivosti o starších ľudí. Jedna z hlavných myšlienok vzniku poistenia dlhodobej starostlivosti spočívala v „odmedikalizovaní“ a v racionalizácii starostlivosti o staršie osoby s postihnutím, čo je charakteristické pre proces starnutia. Z dôvodu starnutia spoločnosti japonský systém sociálneho poistenia potrebuje zásadnú reformu. Zavedenie dlhodobého sociálneho poistenia bolo prvým krokom v ďalšej reforme zdravotníctva v krajine. Systém poistenia dlhodobej starostlivosti vyžaduje, aby každý občan prevzal väčšiu zodpovednosť za financovanie a rozhodovanie v rámci sociálneho zabezpečenia. Kľúčovými pojmami systému dlhodobej starostlivosti o seniorov sú sebaurčenie a sebestačnosť, posúdenie oprávnenosti, riadenie starostlivosti, spotrebiteľský prístup, integrácia sociálnych a zdravotných služieb. Služby, na ktoré sa daný systém vzťahuje, sú podľa Matsuda, Yamamoto (2001) nasledovné:

- domáca starostlivosť: služby domácej pomoci, služby návštevnjej sestry, služby návštevnjej kúpeľnej služby, služby návštevnjej rehabilitácie atď.

- odľahčovacia starostlivosť: služby dennej starostlivosti, služby dennej zdravotnej starostlivosti, služby krátkodobého pobytu;
- ústavná starostlivosť: opatrovateľský domov, zdravotnícke zariadenie pre seniorov (rehabilitačné zariadenie) a geriatrické oddelenie v rámci systému integrovanej starostlivosti o seniorov.

Na základe uvedených príkladov môžeme povedať, že integrovaná starostlivosť sa už dlho ukazuje ako životaschopný prístup na prekonanie nedostatkov v riadení starostlivosti o ľudí s komplexnými potrebami zdravotnej a sociálnej starostlivosti. Ukázalo sa však, že na to, aby sa poskytovali služby skutočne zamerané na obyvateľstvo, ktoré zlepšia jeho zdravie, treba rozšíriť rozsah integrovanej starostlivosti tak, aby sa preklenuli rozdiely nielen v rámci systému zdravotníctva, ale aj medzi zdravotným a sociálnym systémom. V dôsledku toho sa na medzinárodnej úrovni objavujú iniciatívy, ktoré majú širšie zameranie, než je integrácia zdravotnej starostlivosti. Tieto iniciatívy sa orientujú na zlučovanie služieb v oblasti zdravotnej starostlivosti, prevencie, sociálnej starostlivosti a sociálneho zabezpečenia a často sa označujú ako populačný, resp. zdravotný manažment (Struijs et al., 2015).

LITVA

V Litve môže domácu starostlivosť poskytovať verejný poskytovateľ (obec), ale aj iní poskytovatelia. Sociálne služby môžu poskytovať licencovaní poskytovatelia z Litvy či akejkolvek inej krajiny EÚ alebo krajiny EHP. Zákon o sociálnych službách bližšie nešpecifikuje právnu formu neverejného poskytovateľa. Služby poskytované neverejnými poskytovateľmi sú rovnaké ako služby poskytované verejnými poskytovateľmi, to znamená všeobecné sociálne služby alebo špeciálne sociálne služby. Všeobecné sociálne služby sú určené pre tie osoby, ktoré nepotrebujú stálu pomoc personálu sociálnych služieb. Špeciálne sociálne služby sú určené pre tie osoby, ktoré sa nedokážu o seba postarať a ktoré potrebujú dočasnú alebo stálu pomoc personálu sociálnych služieb. Špeciálne sociálne služby sa ďalej rozdeľujú na sociálnu návštevu (socialin? prieži?ra) a sociálnu starostlivosť (socialin? globa) (Správa o dlhodobej starostlivosti, 2021).

Stupeň samostatnosti osoby závisí od hodnotiacich kritérií stanovených metodikou vypracovanou Ministerstvom sociálnych vecí a práce. Pozornosť sa venuje bytovej situácii, prispôsobivosti prostrediu, schopnosti prijímať akúkoľvek pomoc (od príbuzných a iných ľudí), zdravotnému stavu osoby a potrebám danej osoby. Seniorom, ktorí sa zdržiavajú doma, môže byť pridelená špeciálna trvalá starostlivosť a môžu im byť priznané špeciálne náklady na prepravu. Taktiež im môžu byť pridelené aj prostriedky špeciálnej technickej pomoci a špeciálne prostriedky zdravotnej pomoci. Ak je potrebná denná

sociálna starostlivosť v domácom prostredí, môže im byť pridelená celková starostlivosť (ošetrovateľská a sociálna).

Sociálne služby môžu financovať obce, štát (cez štátne dotácie obciam) a osoby, ktoré potrebujú služby. Avšak v prípade financovania služby príjemcom tejto služby, suma platená príjemcom služby nesmie presiahnuť 20 % jeho príjmu v prípade sociálnej návštevy alebo 80 % jeho príjmu v prípade sociálnej starostlivosti. Domáca starostlivosť sa financuje z rozpočtu samosprávy a v určitých prípadoch (v závislosti od zdravotného stavu) zo špecializovaných príspevkov štátneho rozpočtu.



MAĎARSKO

V Maďarsku starostlivosť o seniorov v domácom prostredí upravuje zákon o sociálnej správe a sociálnych dávkach. Poskytovateľom domácej starostlivosti môže byť miestna samospráva, ale aj neverejný poskytovateľ, ako napríklad živnostník, súkromné a mimovládne organizácie, cirkev, združenia alebo nadácie. Rozdiel je iba v tom, že miestne orgány sú povinné zabezpečovať sociálne služby, zatiaľ čo mimovládne organizácie a cirkvi sa môžu rozhodnúť, či sa chcú do poskytovania týchto služieb tiež zapojiť. Domáca starostlivosť je základnou službou, ktorú poskytujú miestne samosprávy obyvateľom s potrebou starostlivosti na zabezpečenie toho, aby príjemcovia tejto služby zostali žiť vo svojom vlastnom domácom prostredí. Starostlivosť je prispôsobená na základe veku a zdravia dotyčnej osoby. Pomoc v domácnosti je sociálna služba, ktorá zahŕňa starostlivosť a ošetrovatelstvo.

Od 1. januára 2008 je v Maďarsku nárok na ústavnú starostlivosť obmedzený na osoby, ktoré potrebujú starostlivosť viac ako 4 hodiny denne. Osoby, ktoré vyžadujú starostlivosť 2 – 4 hodiny denne, majú nárok na služby domácej starostlivosti. Starostlivosť, ktorá je potrebná na menej ako 2 hodiny denne, sa nefinancuje z verejných zdrojov. Potreba starostlivosti sa hodnotí veľmi komplexne. Žiadatelia o starostlivosť sú hodnotení v

16 rôznych činnostiach a sú hodnotení na základe 8 väčších hodnotiacich kritérií. Hodnotí sa napríklad samostatnosť pri každodenných činnostiach (stravovanie, umývanie sa,

obliekanie sa, používanie toalety), sebestačnosť (zaobchádzanie s nástrojmi v domácnosti a peniazmi), chôdza, mentálna stránka (orientácia v čase a priestore, komunikácia), zrak a sluch, potreba zdravotnej starostlivosti atď. Tieto schopnosti a zručnosti sa merajú na stupnici od 0 do 5 a algoritmus premieňa výsledné hodnoty na dĺžku času, počas ktorého osoba potrebuje starostlivosť. Toto hodnotenie znížilo počet osôb, ktoré túto pomoc dostanú o 10 %.

Domáca starostlivosť zahŕňa širokú škálu činností, ktoré naplňajú fyzické, duševné a sociálne potreby príjemcu. Domáca starostlivosť má príjemcovi zabezpečiť udržiavanie hygieny, pomoc s domácnosťou, pomoc pri predchádzaní núdzových situácií a pomoc pri vzniku núdzových situácií a, ak je to potrebné, pomoc pri sťahovaní do rezidenčnej sociálnej inštitúcie a pod. (Správa o dlhodobej starostlivosti, 2021).

Sociálne služby sa môžu financovať regionálne, vládou, obcami, grantmi EÚ. Miestne samosprávy sú povinné poskytovať alebo organizovať službu domácej starostlivosti prevažne zo svojho rozpočtu. Čo sa týka sociálnych dávok, miestne samosprávy dostávajú podporu. Konkrétne formy, rozsah a podmienky tejto podpory sú stanovené v príslušnom rozpočtovom zákone. Podpora miestnych samospráv závisí od počtu príjemcov tejto služby v danej samospráve. Miestne samosprávy túto podporu často dopĺňajú vlastnými príjmami v závislosti od dostupných zdrojov. Miestne samosprávy majú právo požiadať o spolufinancovanie aj príjemcu.

NEMECKO

Medzinárodne uznávaný model integrovanej starostlivosti „Gesundes Kinzigtal“ prevádzkuje regionálny integrovaný systém starostlivosti v meste Haslach im Kinzigtal v juhozápadnom Nemecku. Jeho hlavnou filozofiou je vytvoriť a udržať zdravú populáciu v regionálnom meradle. Gesundes Kinzigtal v súčasnosti spolupracuje s viac ako 260 inštitúciami a organizáciami vrátane lekárskejších ordinácií, nemocníc, domovov dôchodcov, miestnych samospráv a miestnych malých a stredných podnikov. Poskytovatelia starostlivosti sú vyzývaní, aby identifikovali pacientov, ktorí sú ohrození určitými chorobami a zaradili ich do vhodných zdravotných programov. Intervencia spoločnosti Gesundes Kinzigtal zahŕňa približne 20 preventívnych zdravotných programov pre konkrétne ochorenia. Hlavným cieľom je zlepšiť celkový zdravotný stav pacientov a kvalitu ich života. Integrovaná starostlivosť uplatňovaná v Gesundes Kinzigtal sa javí ako sľubný prístup na dosiahnutie dvojakejšo cieľa, ktorým je na jednej strane výrazný prínos pre zdravie obyvateľstva a na druhej strane podstatné komparatívne úspory v porovnaní s tradičnejšími formami starostlivosti (World Bank, 2020).

Dlhodobá starostlivosť v Nemecku sa poskytuje na základe poistenia. Všetci obyvatelia s trvalým pobytom v krajine sú povinní platiť povinné poistné príspevky na dlhodobú starostlivosť. Dávky na dlhodobú starostlivosť sa v prípade potrebnej starostlivosti, resp. závislosti, poskytujú v rámci zákonného systému pre oblasť dlhodobej starostlivosti. Sociálne poistenie

dlhodobej starostlivosti je nezávislou súčasťou sociálneho zabezpečenia, ktoré sa týka rizika dlhodobej starostlivosti, podobne ako poistenie proti chorobám, úrazom, nezamestnanosti a starobné poistenie. Rozsiahly zoznam dávok v dlhodobej starostlivosti má za cieľ pomôcť pri zmierňovaní fyzickej, duševnej aj finančnej záťaže osôb, ktoré potrebujú starostlivosť, ale aj ich rodinných príslušníkov, a pomôcť im viesť dôstojný život podľa ich predstáv napriek tomu, že potrebujú starostlivosť. Každý, kto je krytý zákonným alebo súkromným zdravotným poistením, je automaticky a povinne krytý aj zákonným alebo súkromným opatrovateľským poistením pre prípad dlhodobej starostlivosti. Na získanie nároku na dávky v rámci zákonného poistenia v oblasti dlhodobej starostlivosti sa vyžaduje kvalifikačné obdobie dvoch rokov. Na základe požiadaviek zákonného poistenia pre prípad dlhodobej starostlivosti túto starostlivosť potrebuje osoba, ktorá v dôsledku telesného, emocionálneho alebo duševného ochorenia či postihnutia vyžaduje dlhodobú opateru v dĺžke minimálne 6 mesiacov na vykonávanie každodenných činností. Príslušná potreba pomoci sa rozširuje aj na oblasti osobnej hygieny, jedla, pohyblivosti, ako aj všeobecnej starostlivosti a pomoci v domácnosti. Výška dávok v dlhodobej starostlivosti sa neurčuje na základe veku ani príjmu, ale na základe rozsahu potrebnej starostlivosti, ktorý určí lekársky odbor zdravotnej poisťovne. Osoby s menej náročnými požiadavkami na starostlivosť (do 90 minút denne) alebo osoby s čiastočným poisťným krytím (Teilkaskoversicherung), ktorým stanovené výšky dávok nepostačujú na pokrytie skutočných nákladov,

môžu v osobitných prípadoch poberať dávky v starostlivosti v rámci systému sociálnej pomoci (Správa o dlhodobej starostlivosti, 2021).

NÓRSKO

Za dlhodobú starostlivosť v Nórsku sú zodpovedné obce a právo na poskytnutie starostlivosti upravuje zákon o mestských zdravotníckych službách. Obce financujú tieto služby zo svojich všeobecných daňových príjmov, blokových grantov od štátu a tiež prostredníctvom užívateľských platieb za niektoré služby. Štát ovplyvňuje legislatívu, štandardy, predpisy a smernice a používa aj tzv. „mäkkú silu“, ako napr. odporúčania, vzdelávanie, dohľad a ciele granty na dosiahnutie poskytovania primeranej starostlivosti. V rámci toho sa môžu služby v jednotlivých obciach líšiť. Dlhodobá starostlivosť sa zvyčajne spája so starostlivosťou o starších ľudí, ale dlhodobá potreba starostlivosti sa môže vyskytnúť a poskytovať v každom veku. Opatrovateľské služby v Nórsku sa zameriavajú na celú populáciu staršiu ako 18,1 rokov. Medzi prijímateľmi sociálnych služieb sú nadmerne zastúpení starší ľudia, ale počet užívateľov mladších ako 67 rokov sa tiež výrazne zvyšuje. Nórsko nemá „sektor starostlivosti o seniorov“, ale opatrovateľské služby pre všetkých obyvateľov, ktorí potrebujú dlhodobú starostlivosť (Gautun a Grodem, 2015).

Diskriminácia alebo nerovnaké zaobchádzanie na základe veku sú protizákonné, ale existuje niekoľko rozdielov súvisiacich s vekom:

- je veľmi zriedkavé udeliť osobe staršej ako 67 rokov osobného asistenta na základe potrieb sociálneho kontaktu;

- na rozdiel od starších ľudí, osoby mladšie ako 67 rokov s potrebami rozsiahlej starostlivosti majú zákonné právo na osobného asistenta riadeného užívateľom;
- domovy s opatrovateľskou službou sú v zásade vyhradené pre seniorov.

Hranice medzi štátnymi špecializovanými zdravotníckymi službami (nemocnice) a mestskými zdravotníckymi a opatrovateľskými službami sa v priebehu času menili, hlavne v roku 2012 po zavedení Koordinačnej reformy (Samhandlingsreformen). Cieľom tejto reformy bolo dosiahnuť lepšiu koordináciu medzi primárnymi a sekundárnymi zdravotnými službami, okrem iného aj posilnením úloh obcí v celkovom systéme. Pre obce je najdôležitejším aspektom reformy to, že za pacientov nesú plnú zodpovednosť po ich prepustení z nemocnice. Ak samosprávy nedokážu ponúkať služby „prepusteným“ pacientom, môže sa od nich vyžadovať spolufinancovanie ďalšieho pobytu v nemocnici. Toto motivovalo samosprávy, aby rozšírili svoje služby pre somatických pacientov so signifikantnou potrebou starostlivosti, a podnietilo ich to systematickejšie komunikovať s nemocnicami. Užívatelia platia za niektoré z poskytovaných služieb, ale nie za všetky. Platby užívateľov regulujú národné smernice. Obecným pravidlom je, že užívateľské platby nesmú prekročiť náklady na poskytovanie služby a že „stropy“ platia pre užívateľov s nízkymi príjmami. Asi 90 % opatrovateľských domov prevádzkujú obce a 97 % nákladov za starostlivosť v domácom prostredí je za služby, ktoré poskytujú obce (Sivesind, 2016).

Starostlivosť v domácnosti je v Nórsku dominantným prístupom v opatrovateľských službách od začiatku 90. rokov minulého storočia. Pomoc príjemcom služieb dlhodobej starostlivosti a podpory, aby mohli zostať vo svojich domovoch tak dlho, ako je to možné, a žiť nezávislý život, sa stala dominantným cieľom poskytovania sociálnych služieb. Uzatváranie zmlúv, najmä s komerčnými aktérmi, je stále kontroverzná téma na politickej úrovni.

POLSKO

V Poľsku starostlivosť o seniorov v domácnosti poskytujú štátne aj súkromné inštitúcie. Právne formy neverejných poskytovateľov môžu byť živnostník, súkromné spoločnosti zamestnávajúce opatrovateľov s rôznou špecializáciou (vrátane lekárskej starostlivosti), nadácie, pracovné agentúry spájajúce osoby, ktoré potrebujú starostlivosť, a osoby, ktoré poskytujú takúto starostlivosť. Náklady na starostlivosť znáša osoba, ktorá potrebuje starostlivosť, alebo rodina tejto osoby, takisto prispieva aj samospráva.

Starostlivosť o seniorov v domácom prostredí zahŕňa nasledujúce služby:

- robenie spoločnosti, čítanie, chodenie na prechádzku,
- pomoc pri každodenných činnostiach,
- pomoc s osobnou hygienou,
- starostlivosť odporúčaná lekárom,
- špeciálna starostlivosť prispôbená osobitným potrebám, vyplývajúcim z choroby alebo zdravotného postihnutia, ktorá je poskytovaná osobami s odbornou špecializáciou.

Osoba, ktorá nie je schopná pracovať a žiť samostatne, alebo dosiahla vek 75 rokov, dostáva príspevok na starostlivosť spolu so starobným dôchodkom. Finančnú podporu seniorom poskytujú aj nadácie pôsobiace v tejto oblasti (Správa o dlhodobej starostlivosti, 2021).

Príkladom dobrej praxe je Rodzinny Dom Pomocy v Krakove, ktorý prevádzkuje Arcidiecézna charita Krakov. Je to pobytová služba určená pre seniorov, ktorí potrebujú podporu v činnostiach bežného života, bez potreby neustálej starostlivosti lekára či sestry. Kapacita zariadenia je 8 seniorov, o ktorých sa nepretržite stará rodina, ktorá dom prevádzkuje. Obyvatelia majú zabezpečený pobyt vo veľmi dobrých podmienkach.

Rodina, ktorá dom vedie, pomáha s prístupom k zdravotníckym službám a nákupom liekov, organizovaním spoločných osláv, výletov a trávením voľného času. Obyvateľov navštevujú ich rodiny, udržiavajú s nimi telefonický kontakt a chodia na návštevy. Pokiaľ je to možné, rodinní príslušníci sú pozývaní podieľať sa na každodennom živote domova (príprava jedla, nakupovanie, upratovanie, záhradkárčenie). So zariadením spolupracujú aj dobrovoľníci. Prevádzka je financovaná Magistrátom mesta Krakov a z úhrad klientov. Je to sociálna služba v zariadení s malou kapacitou rodinného charakteru, ktorá nie je náročná na personálne zabezpečenie a je to forma zdieľania domácnosti seniormi, pod dohľadom rodiny, ktorá dom prevádzkuje a priamo v dome aj žije.

RAKÚSKO

Rakúsky systém dlhodobej starostlivosti má dve časti, pozostáva z peňažných dávok na jednej strane a z verejne organizovaných služieb na druhej strane. Systém starostlivosti je založený najmä na troch pilieroch. Prvý pilier poskytuje príspevky na starostlivosť, druhý pilier pozostáva z opatrení na podporu opatrovateľov a tretí pilier tvoria služby starostlivosti. Prvé dva piliere sú v kompetencii federálnej vlády a rezidenčné, mobilné a iné služby sociálnej starostlivosti sú v kompetencii deviatich federálnych provincií nazývaných „Länder“.

Systém dlhodobej starostlivosti by mal osobám, ktoré potrebujú starostlivosť, umožniť viesť samostatný život, ktorý bude spĺňať ich potreby. Väčšina osôb, ktoré potrebujú starostlivosť, uprednostňuje pobyt v súkromnom prostredí a neformálnu starostlivosť od príbuzných alebo rodinných príslušníkov pred formálnou starostlivosťou. Práve preto približne 80 % osôb, ktoré potrebujú starostlivosť, dostáva neformálnu starostlivosť v rôznych prostrediach. V Rakúsku sa v oblasti dlhodobej starostlivosti, na základe zákona o dávkach na podporu dlhodobej starostlivosti, poskytujú aj peňažné dávky. Dávka sa poskytuje v siedmich úrovniach (od 157,30 eur do 1 688,90 eur), podľa rozsahu požadovanej starostlivosti a bez ohľadu na príčinu potreby starostlivosti, tiež bez ohľadu na príjem alebo majetok osoby, ktorá potrebuje starostlivosť. Tieto peňažné dávky v oblasti dlhodobej starostlivosti sa financujú výlučne z daňových príjmov a platí ich federálny štát.

Pre niektorých príbuzných zaberá starostlivosť o blízkeho rodinného príslušníka čas, v ktorom by inak mohli pracovať, či už úplne alebo vo veľkej miere. V týchto prípadoch existuje možnosť započítať dĺžku starostlivosti o rodinného príslušníka na dôchodkové a zdravotné poistenie bez platenia poistného. V tomto prípade ho zaplatí federálna vláda. Blízki rodinní príslušníci, ktorí sú hlavnými opatrovateľmi osoby, ktorá potrebuje starostlivosť, môžu za určitých podmienok získať aj podporu na náklady na náhradného opatrovateľa či príspevok na opatrovateľskú dovolenku. Avšak domácu starostlivosť o seniorov vo vlastných domoch môžu poskytovať aj neverejní poskytovatelia. Právna forma neverejných poskytovateľov domácej starostlivosti sa líši. Môžu to byť napríklad inštitúcie cirkevného práva, ale aj (neziskové) združenia alebo (neziskové) spoločnosti s ručením obmedzeným. Na účely podpory 24-hodinovej starostlivosti vyvinulo Federálne ministerstvo práce, sociálnych vecí, zdravia a ochrany spotrebiteľa model financovania, ktorý možno použiť na podporu služieb starostlivosti o osoby, ktoré potrebujú starostlivosť a podporu (z Fondu na podporu zdravotného postihnutia). Tento model podporujúci 24-hodinovú starostlivosť v súkromných domácnostiach, ktorý existuje od roku 2007, dotknuté osoby veľmi dobre prijali. 24-hodinovú starostlivosť poskytujú opatrovatelia, najmä živnostníci. Peňažné dávky dlhodobej starostlivosti a opatrenia na podporu opatrovateľov v rámci rodiny financuje spolková vláda, zatiaľ čo rezidenčné, mobilné a iné služby sociálnej starostlivosti financujú spolkové krajiny. 24-hodinovú

starostlivosť hradia spoločne spolková vláda a spolkové krajiny (v pomere 60:40).

V roku 1990 rakúska vláda vyhlásila zavedenie integrovaných okresov zdravotnej a sociálnej starostlivosti („Integrierte Gesundheits- und Sozialsprengel“, ďalej len IGSS) za hlavný cieľ budúcej zdravotnej politiky. Rakúsky spolkový inštitút pre zdravie (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG)) vypracoval príslušnú teoretickú koncepciu (ÖBIG, 1993) s myšlienkou, že IGSS by mali byť regionálnymi organizáciami na koordináciu a spoluprácu organizácií zdravotnej a sociálnej starostlivosti v rámci vymedzenej geografickej oblasti. Konkrétne činnosť IGSS by sa mala riadiť regionálnou situáciou. Taktiež mali analyzovať existujúce ustanovenia, garantovať existenciu organizácií zdravotnej a sociálnej starostlivosti a pôsobiť ako partneri pre pacientov a ich rodiny tým, že im pomôžu nájsť organizácie, ktoré budú spĺňať ich špecifické potreby. IGSS malo byť zložené z časti mesta alebo viacerých samospráv s počtom obyvateľov od 10 000 do 20 000 osôb vo všetkých 9 obvodoch. Obvody zdravotnej a sociálnej starostlivosti musia spolupracovať s verejnými službami v oblasti financovania, kontroly a strategických opatrení (Wolf a kol., 2003).

Ciele koncepcie sú:

- o zlepšiť a zaručiť poskytovanie zdravotnej a sociálnej starostlivosti v okrese,
- o koordinovať a zosúladiť služby organizácií zdravotnej a sociálnej starostlivosti,

- o optimalizovať spoluprácu a výmenu medzi organizáciami zdravotnej a sociálnej starostlivosti,
- o zvýšiť efektívnu výkonnosť organizácií zdravotnej a sociálnej starostlivosti v okrese,
- o pomôcť pacientom a ich rodinám nájsť vhodnú organizáciu na ich potreby,
- o iniciovať a rozvíjať zdravotné programy.

Koncepcia IGSS zlepšuje a rozširuje systémy zdravotnej a sociálnej starostlivosti v regióne. To tiež zlepšuje situáciu starších ľudí, ktorí potrebujú starostlivosť v domácom prostredí. Umožní im nájsť najlepšiu organizáciu (organizácie), spĺňajúcu ich osobitné potreby a požiadavky. Takisto pomáha zlepšiť kvalitu starostlivosti tým, že zabezpečí jej kontinuitu a zabráni nadmernému poskytovaniu zdvojených služieb. Mali by sa vypracovať preventívne a rehabilitačné zdravotné programy s cieľom predchádzať a/alebo oddialiť vznik chorôb alebo zdravotného postihnutia, ktoré sú zodpovedné za zvýšenú potrebu starostlivosti.

ŠVÉDSKO

Vo Švédsku existuje niekoľko možností, týkajúcich sa starostlivosti o seniorov, napríklad služby domácej starostlivosti alebo služby domácej zdravotnej starostlivosti. Seniori, ktorí potrebujú domácu starostlivosť, môžu o ňu požiadať svoju samosprávu. Domáca starostlivosť umožňuje osobám zostať vo svojich domovoch, aj keď potrebujú pomoc s každodennými činnosťami alebo hygienou. Osoby, ktoré majú na starosti domácu starostlivosť, môžu seniorov navštevovať aj v noci, ak je potrebná nepretržitá starostlivosť. Seniori, ktorí potrebujú lekársku starostlivosť a chcú zostať doma, môžu dostávať domácu zdravotnú starostlivosť. V niektorých častiach krajiny má na starosti domácu zdravotnú starostlivosť samospráva, v iných častiach za túto službu zodpovedná krajská rada. Starostlivosť zabezpečujú lekári, zdravotné sestry alebo iný zdravotnícky personál a môže zahŕňať aj špecializovanú starostlivosť, ktorá by inak prebehla v nemocnici. Keď senior už ďalej nezvláda každodenné činnosti, môže požiadať o domácu starostlivosť, ktorú financuje obec. Rozsah tejto starostlivosti sa posudzuje podľa potrieb jednotlivých osôb. Seniori so zdravotným postihnutím môžu dostávať nepretržitú starostlivosť, čo znamená, že mnoho z nich môže svoj život prežiť doma. Ťažko chorým osobám môže byť poskytnutá zdravotná a sociálna starostlivosť priamo u nich doma. Obce a okresné úrady alebo kraje sú oprávnené poskytovať veľkú časť všetkých verejných služieb. Okresné úrady a kraje sú zodpovedné za to, aby každý, kto žije vo Švédsku,

mal rovnaký prístup k dobrej zdravotnej starostlivosti (Správa o dlhodobej starostlivosti, 2021).

Za dlhodobú starostlivosť vo Švédsku nesú zodpovednosť obce a právo na poskytnutie starostlivosti upravuje zákon o mestských zdravotníckych službách. Obce financujú tieto služby zo svojich všeobecných daňových príjmov a blokových grantov od štátu, a tiež prostredníctvom užívateľských platieb za niektoré služby. Starostlivosť o seniorov a zdravotne postihnuté osoby patrí medzi dôležité úlohy obce. Obce majú v tejto oblasti značnú mieru autonómie a nezávislé daňové kompetencie. Môžu zaobstarávať služby aj od súkromných poskytovateľov. Súkromní a pritom verejne financovaní poskytovatelia, známi aj ako neverejní poskytovatelia sociálnych služieb, musia poskytovať príslušnú službu občanom za rovnakých podmienok ako verejní poskytovatelia. Avšak vo Švédsku môžu prijímať rozhodnutia, týkajúce sa posúdenia potreby sociálnej starostlivosti, iba obce. Iné subjekty, po prijatí tohto rozhodnutia obcou, môžu poskytovať domácu starostlivosť. Neverejný poskytovateľ sociálnych služieb môže mať rozličné právne formy. Obec môže poveriť súkromné spoločnosti (ako napríklad s. r. o.) a nadácie poskytovaním sociálnej starostlivosti na základe zmluvy s danou obcou. To isté platí aj pre zdravotnú starostlivosť. Obce a okresné/krajské úrady nesú hlavnú zodpovednosť za zdravotnú starostlivosť, ale spoločnosti a nadácie môžu túto službu vykonávať. Bez ohľadu na to, kto je zodpovedný za poskytovanie zdravotnej a sociálnej starostlivosti, pre všetkých platia rovnaké pravidlá týkajúce sa diskretnosti, mlčanlivosti a dohľadu. Obce

a okresné/krajské úrady sú zodpovedné za poskytovanie veľkej časti verejných služieb vo Švédsku, ktoré sa financujú prostredníctvom daní miestnych a krajských samospráv, medzivládnych dotácií a poplatkov, zaplatených občanmi za rôzne služby. Každá obec sama rozhoduje o svojich príspevkoch na starostlivosť pre seniorov. Výška príspevku závisí napríklad od úrovne alebo druhu poskytovanej pomoci a príjmu osôb.



VEĽKÁ BRITÁNIA

Vo Veľkej Británii existuje niekoľko príkladov integrovaného poskytovania služieb presne „šitých na mieru“ starších ľudí vo forme multidisciplinárnych tímov ošetrovateľského personálu v praktickej rovine so spoločným rozpočtom a spoločnou riadiacou štruktúrou. V praxi boli navrhnuté aktivity zamerané na konkrétne ciele:

- uľahčiť koordináciu siete zdravotníckych a sociálnych služieb, čo umožňuje pružne reagovať na všetky nedostatky v poskytovaní starostlivosti,
- zabezpečiť najlepšie využitie zdrojov znížením duplicit a dosiahnutím vyšších úspor,
- umožniť poskytovateľom služieb, aby vedeli lepšie reagovať na potreby a názory užívateľov, bez skreslenia, zapríčineného rozdielnymi finančnými zdrojmi na rôzne služby.

Vo Veľkej Británii je príkladom integrovanej starostlivosti o seniorov „**Community Assessment and Rehabilitation Teams**“ (CART), ktoré funguje od roku 2011. Hodnotenie rizík a liečebných stratégií v komunite (CARTS) je rozvíjajúci sa integrovaný postup starostlivosti o starších ľudí žijúcich v komunite, ktorý je určený na skríning a prevenciu prostredníctvom inovatívnych, nových cielených nástrojov na skríning rizík, komplexného geriatrického hodnotenia, intervencií šitých na mieru a integrovaného multidisciplinárneho monitorovania zameraného

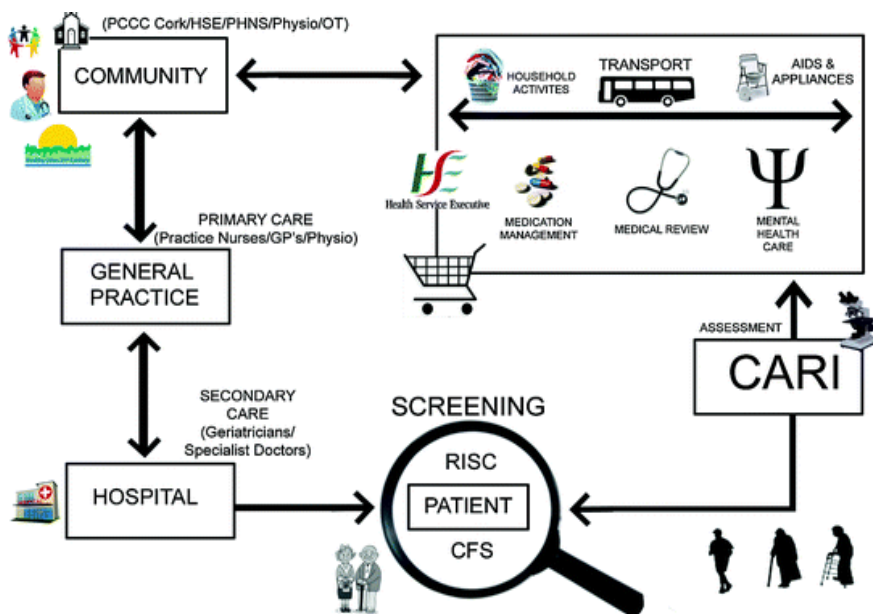
na pacienta. Nástroje CARTS sa pilotne zaviedli v Írsku, ako aj v Portugalsku, Španielsku a Austrálii.

Očakávané výsledky CARTS pre staršieho dospelého žijúceho v komunite sú:

- Predĺženie doby relatívnej funkčnej nezávislosti v preferovanom domácom prostredí alebo v prostredí poskytovania starostlivosti (zníženie výskytu inštitucionalizácie).
- Udržanie bezpečnej úrovne ADL (Activities of Daily Living) a pohybu, čo vedie k zníženiu počtu pádov, a tým aj úrazov.
- Znížená náchylnosť na akútne ochorenia, ktoré môžu viesť k nepriaznivým následkom (napr. pády, hospitalizácia, hospitalizácia a úmrtie).
- Poznanie pravdepodobných následkov a následné vhodné plánovanie (pacientom vo všetkých skupinách bude poskytnuté poradenstvo v oblasti životného štýlu).
- Lepšie zvládanie a zníženie počtu viacnásobných komorbidít.
- Posilnenie postavenia pacientov a opatrovateľov tým, že ich upozorníme na ich rizikový profil a možné intervencie na minimalizáciu rizika. Pacienti a opatrovatelia budú informovaní o svojom skóre RISC (Risk Instrument for Screening in the Community) a stave zraniteľnosti.

- Zvýšenie spokojnosti a kvality života (QOL); kľúčové výsledné ukazovatele úspešnosti ICP (Integrated Care Pathways) (O' Caoimh, 2015).

Dlhodobá starostlivosť je kombináciou zdravotnej a sociálnej starostlivosti poskytovanej spolu s rezidenčnou starostlivosťou a starostlivosťou poskytovanou v komunite. Určitú starostlivosť poskytuje národný zdravotnícky systém, avšak veľkú časť z nej zabezpečuje súkromný a dobrovoľnícky sektor. Financovanie je kombináciou verejných a súkromných zdrojov.



Obrázok 1: Grafické znázornenie modelu skríningu a hodnotenia komunitného hodnotenia rizík a stratégií liečby.

Zdroj: O' Caoimh, 2015.

Poskytovanie integrovanej starostlivosti prostredníctvom systému CARTS vo Veľkej Británii má potenciál:

- ukázať potenciál, ktorý majú jednoduché systémy IKT pri poskytovaní integrovanej starostlivosti a znižovaní organizačných bariér.
- zvýšiť vhodnejšie cielené posudzovanie v rôznych prostrediach; uľahčiť väčšiu integráciu medzi komunitnými službami a nemocnicami.
- umožniť rýchle a presné odoslanie klienta na posúdenie odkázanosti na sociálnu službu, čím sa potenciálne znížia čakacie listiny, dĺžka pobytu a oneskorené prepustenie; potenciálne znížiť dopyt po domovoch pre seniorov a nemocniciach zo strany tejto vysoko rizikovej skupiny.
- zvýšiť včasné využívanie rehabilitačných služieb (napr. kognitívnej rehabilitácie, pracovnej a fyzikálnej terapie).
- podporovať inštitucionálne politiky/programy, ktoré podporujú funkčnosť, napr. vzdelávacie aktivity pre opatrovateľov atď. (O' Caoimh, 2015).
- poskytnúť dôkazy o pokračujúcich interdisciplinárnych hodnoteniach a hodnotení starostlivosti.

Uvedené príklady z praxe sľubne naznačujú, že spoločné rozpočty prinášajú pre užívateľov služieb pozitívne výsledky. Integrácia na miestnej úrovni sa vo Veľkej Británii veľmi odporúča a znamená zlepšenie dostupnosti sprostredkovateľskej starostlivosti, pracovnej terapie, rehabilitácie a okresných sestier poskytujúcich ošetrovateľskú starostlivosť. Znamená

tiež rýchlejšie procesy posudzovania, rýchlejšie poskytovanie starostlivosti a zabudovanie do systému domácich podporných zariadení, ako aj zníženie akútnych nemocničných služieb.



ZHRNUTIE

Systémy dlhodobej starostlivosti v Európe sa posledných 50 rokov vyvíjali postupne, hoci v mnohých krajinách je ťažké identifikovať jasné a koordinované stratégie smerujúce k jednotnému návrhu príslušných štruktúr a politik. Všeobecný vývojový model by sa dal opísať takto: po uznaní sociálneho problému, ktorý nemožno považovať výlučne za záležitosť rodiny, sa väčšina krajín riadila modelom „inštitucionalizácie“, ktorý potom doplnili služby komunitnej starostlivosti a vznikajúca diferenciácia ďalších služieb. Je zrejmé, že tento model sa začal vyvíjať v rôznych momentoch a v rôznych kontextoch v jednotlivých krajinách. Zatiaľ čo severské krajiny definovali služby dlhodobej starostlivosti už v 50. rokoch 20. storočia ako neoddeliteľnú súčasť sociálneho a zdravotného systému, v južnej Európe sa tieto služby stali témou až v 80. rokoch 20. storočia. Vysvetľuje sa to ako dôsledok rôznych faktorov, ako sú napríklad rozdielne režimy sociálneho zabezpečenia (Leichsenring, 2004), odlišná rodinná etika a politika v oblasti staroby (Leichsenring, 2004; Walker, 1998; Philip, 2001; Pijl, 2003; Pa-colet, 1999) alebo povaha „rozdelenia sociálnej a zdravotnej starostlivosti“. Okrem toho treba zohľadniť všeobecné sociálne trendy, ako je starnutie obyvateľstva, zníženie neformálnej podpory zo strany rodín v dôsledku zvýšenej ekonomickej migrácie a zvýšená účasť žien na trhu práce, pričom muži – živitelia rodín – nedokážu preklenúť rastúcu „priepasť v starostlivosti“.

V skutočnosti môžeme rozlíšiť niekoľko „diskurzov“ alebo súborov akademických a politických pohľadov a prístupov k integrovanej starostlivosti ako koncepcii poskytovania služieb starostlivosti, v ktorej jednotlivé jednotky pôsobia koordinovane a ktorej cieľom je zabezpečiť nákladovú efektívnosť, zlepšiť kvalitu a zvýšiť úroveň spokojnosti užívateľov aj poskytovateľov starostlivosti. K prostriedkom na dosiahnutie tohto cieľa patrí zníženie neefektívnosti v rámci systémov, posilnenie kontinuity, prispôsobenie služieb v rámci procesu poskytovania starostlivosti a posilnenie postavenia užívateľov služieb.

Cieľom procesu integrácie môže byť prepojenie častí v rámci jednej úrovne starostlivosti, napr. vytvorenie multiprofesionálnych tímov (horizontálna integrácia), alebo prepojenie rôznych úrovní starostlivosti, napr. primárnej, sekundárnej a terciárnej starostlivosti (vertikálna integrácia).

Starší pacienti sú zvyčajne chronicky chorí a trpia viacerými ochoreniami súčasne (multimorbidita), preto treba dlhodobo uspokojovať široké spektrum potrieb týchto pacientov. Na splnenie tejto úlohy existuje viacero možností, z ktorých si možno vybrať: zdravotná a/alebo sociálna starostlivosť, formálni a/alebo neformálni poskytovatelia starostlivosti, služby poskytované v domácom prostredí (Wendt, 2001, AUDIT COMMISSION FOR LOCAL AUTHORITIES AND THE NATIONAL HEALTH SERVICE IN ENGLAND AND WALES, 2002). Vzhľadom na tento scenár sa nevyhnutnosť integrácie, ako aj rôznorodosť prístupov k jej dosiahnutiu, stáva nevyhnutnou.

Koncepciu integrovanej starostlivosti možno nájsť v rôznych krajinách a pod rôznymi názvami, ako sme uviedli v texte vyššie, napr. bezproblémová starostlivosť, transmurálna starostlivosť, prípadový manažment, manažment starostlivosti a sieťovanie (Gröne, 2001; Delnoij, 2002). Vo všeobecnosti môžeme v rámci diskurzu integrovanej starostlivosti pozorovať dva väčšie prúdy. Na jednej strane sa začal vývoj v oblasti zdravotnej starostlivosti, najmä „diskurz riadenej starostlivosti“ a „diskurz verejného zdravia“. Na druhej strane existuje širší prístup, ktorý kladie čoraz väčší dôraz na sociálne služby a sociálnu integráciu, ako napríklad „prístup zameraný na človeka“ a „prístup celého systému“. Tieto prístupy dopĺňa „inštitucionálny diskurz“, ktorý sa zameriava najmä na organizačné stratégie na realizáciu integrácie a/alebo koordinácie služieb.

Pojmy koordinácia, spolupráca a vytváranie sietí sa bežne používajú na opis spôsobov spolupráce v rámci rôznych sektorov, ako aj medzi nimi. Rozdiel medzi týmito tromi výrazmi je v rozsahu spolupráce, ktorý sa zvyšuje od koordinácie cez spoluprácu až po vytváranie sietí: zatiaľ čo koordinácia môže stále znamenať existenciu hierarchie, spolupráca naznačuje o niečo viac spoluprácu na rovnakej úrovni, zatiaľ čo vytváranie sietí si navyše vyžaduje určitú blízkosť a kontinuitu (Leutz, 1999; Mutschler, 1998).

Na tomto mieste treba spomenúť, že ani „bezproblémová starostlivosť“, ani prístupy „orientované na človeka“ nesmerujú k „nepriateľskému prevzatiu“ sociálneho sektora zdravotným systémom. V skutočnosti sa aj koordinácia zameriava na

určitú úroveň štrukturálnej integrácie, napr. jednotné kontaktné miesto alebo front office s funkciami manažmentu prípadov (sprostredkovateľská agentúra).

Ďalší aspekt inštitucionálnej (horizontálnej) integrácie sa týka integrácie alebo koordinácie rôznych typov poskytovateľov, čo je otázka, o ktorej sa vo väčšine krajín diskutuje pod názvom „zmiešaná ekonomika sociálnej starostlivosti“ (Evers, 2013). Je to zrejmé najmä v tých krajinách, kde sú súčasťou rovnice trhové mechanizmy a možnosť voľby (napr. Rakúsko, Nemecko, čoraz viac Spojené kráľovstvo, Taliansko), a existuje silný argument, že početné rôzne typy poskytovateľov len zvyšujú zložitosť sféry, ktorá už bola opísaná ako „jedna z najzložitejších a vzájomne závislých entít, aké spoločnosť pozná“ (Leichsenring, 2004). Mechanizmy riadenia vo vzťahu k tretiemu sektoru a ďalším súkromným poskytovateľom sa v posledných rokoch vyvíjali, napr. v Taliansku (Nesti, 2019).

Mnohé krajiny zaviedli interdisciplinárne hodnotiace tímy a/alebo agentúry zodpovedné za hodnotenie poskytovateľov sociálnych služieb. Multidimenzionálne „geriatrické hodnotiace jednotky“ v rámci talianskeho systému zdravotníctva sú jedným z príkladov, ale v skutočnosti často začínajú svoju činnosť až vtedy, keď starší ľudia žiadajú o umiestnenie v pobytovom zariadení a na základe odporúčania iných zdravotníckych alebo sociálnych pracovníkov. V Holandsku sú najdôležitejším východiskom pre stratégie integrovanej starostlivosti regionálne hodnotiace rady (RIO): ich interdisciplinárni členovia rozhodujú o tom, na aký druh starostlivosti, zariadenia alebo

podpory má osoba nárok. Podobnú funkciu má jednotný proces posudzovania v Spojenom kráľovstve, ktorého príkladom je vylepšená verzia pod názvom „Community Assessment and Rehabilitation Teams (CART)“ (Ex, 2019) a „Centres Locaux d'Information et de Co-ordination“ (CLIC) vo Francúzsku (Frossard, 2019).

Vo väčšine ostatných krajín zostávajú procesy posudzovania, týkajúce sa potrieb dlhodobej starostlivosti, pomerne roztrieštené a založené na lekárskej expertíze. Napríklad v Rakúsku a Nemecku vykonávajú posúdenie potrieb, t. j. kontrolu nárokov na dávky poistenia dlhodobej starostlivosti (Nemecko) alebo rakúsky príspevok na dlhodobú starostlivosť, špeciálne vyškolení lekári. Oprávnené osoby, ktoré si vyberú služby ako podporu rodinnej starostlivosti, tak často musia absolvovať ďalšie „duplicitné“ posúdenie, týkajúce sa potrieb služieb a individuálneho plánovania. Integrovaný prístup, t. j. „jednotný proces posudzovania“, by mohol slúžiť na obmedzenie tohto druhu „paralelných činností“.

V praxi môžeme pozorovať pomerne odlišné prístupy na úrovni financovania, ako aj vo vzťahu k nárokom, ktoré sa pohybujú od paušálnych súm 150 eur až po 1 700 eur mesačne, v závislosti od posúdených potrieb, druhu služieb, alebo využívaných inštitúcií. V Nemecku si oprávnené osoby môžu vybrať medzi peňažnými príspevkami, vecnými službami alebo kombináciou oboch; väčšina užívateľov si vyberá peňažné príspevky. V Rakúsku je úplne na rozhodnutí príjemcov, či príspevok použijú na nákup služieb alebo na „zaplatenie“ neformálnych alebo

rodinných opatrovateľov. Vo Francúzsku APA pripomína skôr systém poukážok, keďže príspevok sa musí použiť na zaplatenie (neformálnych) opatrovateľov alebo na spolufinancovanie ústavnej starostlivosti. Aj rôzne formy holandského „individuálneho rozpočtu“ sú viac-menej určené na starostlivosť – len malá časť tohto individuálneho rozpočtu sa môže použiť podľa uváženia príjemcu, zatiaľ čo hlavná časť by sa mala použiť na nákup služieb, zvyčajne s podporou poisťovne. Napriek tomu má táto forma príspevku zvýšiť možnosť voľby užívateľa a jeho nezávislosť.

S ohľadom na integrovanú starostlivosť o staršie osoby by tento mechanizmus mohol zjavne viesť k situácii, v ktorej sa osoba, ktorá potrebuje starostlivosť (a/alebo jej rodinný opatrovateľ), stane akýmsi manažérom prípadu, čím sa prenesie bremeno na rodinu. Ďalším dôsledkom by mohlo byť to, že príspevok skončí ako súčasť bežného príjmu domácnosti, takže jeho konkrétne použitie na výdavky spojené s opatrovaním nebude možné vysledovať, a tak vznikne údajné „zneužívanie“ verejných prostriedkov, možno dokonca podporou „čiernej práce“. Zároveň by peňažné príspevky mohli byť prvým krokom k všeobecnejšiemu prístupu orientovanému na dopyt a väčšiu diferenciáciu, a nie na orientáciu na údajne homogénne cieľové skupiny, ako sú „staršie osoby“.

ZOZNAM POUŽITÝCH ZDROJOV

1. AUDIT COMMISSION FOR LOCAL AUTHORITIES AND THE NATIONAL HEALTH SERVICE IN ENGLAND AND WALES. 2002. Integrated services for older people: building a whole system approach in England. Audit Commission, 2002.
2. DELNOIJ, Diana; KLAZINGA, Niek; GLASGOW, I. 1999. Kulu. Integrated care in an international perspective. International Journal of Integrated Care, 2002, 2.2.
3. Európska únia: Informácie o fungovaní EÚ, Členské krajiny – Belgicko [online]. 2012. Internetový portál Európskej únie. [cit.03.12.2022]. Dostupné na internete: http://europa.eu/about-eu/countries/member-countries/belgium/index_sk.htm
4. EVERS, Adalbert; OLK, 2013. Thomas (ed.). Wohlfahrt-spluralismus: vom Wohlfahrtsstaat zur Wohlfahrtsgesellschaft. Springer-Verlag, 2013.
5. EX, Carine; GORTER, Klaas; JANSSEN, Uschi. 2019. Providing integrated health and social care for older persons in the Netherlands. In: Providing integrated health and social care for older persons. Routledge, 2019. p. 415 – 454.
6. FROSSARD, Michel, et al. 2019. Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons in France – An Old Idea with a Great Future 1. In: Providing integrated health and social care for older persons. Routledge, 2019. p. 229 – 268.

7. GAUTUN, H., GRODEM, A.S. (2015), Prioritising care services: Do the oldest users lose out? *International Journal of Social Welfare*, 24(1): 73 – 80. DOI 10.1111/ijsw.12116
8. GRÖNE, Oliver; GARCIA-BARBERO, Mila. Integrated care: a position paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services. *International journal of integrated care*, 2001, 1.
9. KVIST, J. 2018. ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care: Denmark 2018. European Commission. Available online: <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=19844&langId=en>
10. Le CLIC vous guide, 2023. Centre Local d'Information et de Coordination. Dostupné na: <https://www.amelis-services.com/conseils/organismes/clic/>
11. LEICHSENDRING, K., 2004. Developing integrated health and social care services for older persons in Europe. *International Journal of Integrated Care*. 2004. Vol. 4, pp. e10. DOI 10.5334/ijic.107.
12. LEUTZ, Walter N. Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *The Milbank Quarterly*, 1999, 77.1: 77 – 110.
13. MATSUDA, Shinya a YAMAMOTO, Mieko, 2001. Long-term care insurance and integrated care for the aged in Japan. *International Journal of Integrated Care*. Vol. 1, číslo 3. DOI 10.5334/ijic.39.

14. MUTSCHLER, 1998. Roland. Kooperation ist eine Aufgabe Sozialer Arbeit. Zusammenarbeit und Vernetzung als professionelle Verpflichtung. Regionale Arbeitsgruppen als Standard beruflicher Sozialarbeit. 1998.
15. NESTI, Giorgia, et al. 2019. Providing integrated health and social care for older persons in Italy. In: Providing integrated health and social care for older persons. Routledge, 2019. p. 371 – 414.
16. O' CAOIMH, R. et al. 2015. The Community Assessment of Risk and Treatment Strategies (CARTS): An Integrated Care Pathway to Manage Frailty and Functional Decline in Community Dwelling Older Adults. In: Helfert, M., Holzinger, A., Ziefle, M., Fred, A., O'Donoghue, J., Röcker, C. (eds) Information and Communication Technologies for Ageing Well and e-Health. ICT4AWE 2015. Communications in Computer and Information Science, vol 578. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-27695-3_1
17. OECD, 2020. Economic Outlook, Volume 2020 Issue 1. OECD Publishing. ISBN 978-92-64-63940-9.
18. PACOLET, J, Bouten R, Lanoye H, Versieck K. 1999. Social protection for dependency in old age in the 15 EU member states and Norway. Leuven: HIVA; 1999.
19. PHILP, I., editor. 2001. Family care of older persons. Amsterdam: IOS Press; 2001

20. PIJL M., 2003. The support of carers and their organizations in some Northern and Western European countries. In: Brodsky J, Habib J, Hirschfeld M, editors. Key policy issues in long-term care. Geneva: World Health Organization collection on long-term care; 2003. pp. 25 – 60.
21. SIVESIND, K.H. 2016. Endring av fordelingen mellom ideelle, kommersielle og offentlige velferdstjenester i Skandinavia, in Sivesind, K.H. (ed.), Mot en ny skandinavisk velferdsmodell? Konsekvenser av ideell, kommersiell og offentlig tjenesteyting for aktivt medborgerskap. Institutt for samfunnsforskning.
22. Správa o dlhodobej starostlivosti. 2021. European Commission, Directorate- General for Employment, Social Affairs and Inclusion, Long-term care report : trends, challenges and opportunities in an ageing society. Volume II, Country profiles, Publications Office, 2021, <https://data.europa.eu/doi/10.2767/183997>
23. STRUIJS, Jeroen N. et al., 2015. How to evaluate population management? Transforming the Care Continuum Alliance population health guide toward a broadly applicable analytical framework. Health Policy. Vol. 119, číslo 4, s. 522 –529. DOI 10.1016/j.healthpol.2014.12.003.
24. WALKER A, NAEGELE, G. 1999. The politics of old age in Europe. Buckingham: Open University Press; 1999.

25. WOLF, M.G. STRUMPEL, CH., LEICHSENRING, K., KOMP, K., 2003. PRACARE Providing integrated health and social care for older persons. The European Comission, 2003. [cit.08.02.2023]. Dostupné na: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/procare-providingaustria-01.pdf>
26. World Bank, 2020. Integrated Elderly Care Model for the South Gerner Functional Grouping of Municipalities. FINAL REPORT PHASE 1. Slovakia Catching-up Regions Initiative. International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, Washington DC. (PDF) Integrative Elderly Care Model as a Part of a Changing Long-Term Care and Welfare State in Slovakia. [cit.03.01.2023]. Dostupné online: https://www.researchgate.net/publication/361305954_Integrative_Elderly_Care_Model_as_a_Part_of_a_Changing_Long-Term_Care_and_Welfare_State_in_Slovakia (október, 2022).

Katalóg príkladov dobrej praxe

Autori: Miroslava Tokovská & Andrea Seberíni

Vydavateľ: BBSK

Rok vydania: 2023

Zalomenie a tlač: DALI-BB, s.r.o.



Spolufinancovaný
Európskou úniou

Materiál bol vypracovaný v rámci projektu „Centrá sociálnych služieb ako nástroj viacúrovňového partnerstva pri poskytovaní dlhodobej starostlivosti na komunitnej úrovni na Slovensku“. Projekt realizoval Banskobystrický samosprávny kraj s podporou Európskej únie.

Projekt spolufinancovaný Európskou úniou v rámci programu EaSI (výzva VP/2019/003/0152, číslo zmluvy VS/2020/0274).