DOLGOTRAJNA OSKRBA IN KRHKOST

Zbornik prispevkov srečanja

Ljubljana, 2026

Strokovno srečanje
»Dolgotrajna oskrba in krhkost«
Zbornik prispevkov srečanja

Kraj in čas dogodka:	Ljubljana, 18. junij 2026
Urednice:	Monika Robnik Levart, Maja Škrlj, Mojca Gabrijelčič Blenkuš
Izdajatelj:	Nacionalni inštitut za javno zdravje Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana, Slovenija
Kraj in leto izdaje:	Ljubljana, 2026
Elektronska izdaja	
Spletna stran: https://nijz.si/	

Za vsebino posameznega prispevka so odgovorni njegovi avtorji.
Gradivo ni lektorirano.

Objavljeno pod licenco Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)
https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/

© 2026 The Authors

Kataložni zapis o publikaciji (CIP) pripravili v Narodni in univerzitetni knjižnici v Ljubljani
COBISS.SI-ID 301766659
ISBN 978-961-7284-17-1 (PDF)

KAZALO

ZAHVALA 1
1 UVOD IN NAMEN SREČANJA 2
2 PRISPEVKI 4
2.1 Krhkost v Sloveniji v kontekstu evropskih usmeritev in priporočil 4
2.2 Dolgotrajna oskrba: vzpostavljanje sistema in izzivi s terena 7
2.3 Delovna skupina za statistiko dolgotrajne oskrbe na SURS 10
2.4 Dostopnost do dolgotrajne oskrbe v Sloveniji: pregled na podlagi mednarodnih kazalnikov 12
2.5 Dolgotrajna oskrba v luči SHARE podatkov 4
2.6 Vzpostavljanje dolgotrajne oskrbe: trenutno stanje in izzivi 10
2.7 Krhkost v kontekstu javnega zdravja: perspektive in delo NIJZ 11
2.8 Sistemska obravnava krhkosti s poudarkom na predkrhkosti za zdravo in kakovostno staranje 12
3 SKUPNA SPOROČILA IN RAZVOJNI IZZIVI 13
4 ZAKLJUČEK 15

ZAHVALA

Uspešno naslavljanje izzivov, povezanih z aktivnim in zdravim staranjem (AZS), temelji na povezovanju, izmenjavi znanj in skupnem iskanju rešitev. Člani skupine Javno zdravje v medsektorskih politikah (JZvMSP) na tematiko staranja se zato iskreno zahvaljujemo vsem, ki ste s svojimi pogledi in izkušnjami obogatili razpravo.

S skupnimi močmi smo prispevali k boljšemu razumevanju izzivov in priložnosti na področju dolgotrajne oskrbe in krhkosti v starosti ter okrepili izmenjavo pogledov, ki so pomembni za oblikovanje celostnih pristopov k ohranjanju zdravja, samostojnosti in kakovosti življenja starejših oseb.

1 UVOD IN NAMEN SREČANJA

Pripravila: Monika Robnik Levart, Nacionalni inštitut za javno zdravje

Staranje prebivalstva prinaša pomembne izzive za zdravstveni in socialni sistem ter povečuje potrebo po dostopni, kakovostni in dolgoročno vzdržni dolgotrajni oskrbi. Evropska komisija opozarja, da so med ključnimi izzivi na tem področju zagotavljanje dostopnosti in cenovne sprejemljivosti storitev, ustrezna kakovost oskrbe ter zagotavljanje zadostnega števila usposobljenih zaposlenih.[1] V Sloveniji se ti izzivi prepletajo s potrebo po nadaljnjem razvoju in učinkovitem izvajanju sistema dolgotrajne oskrbe ter zagotavljanju njegove dolgoročne finančne vzdržnosti.[2]

Pomemben vidik zdravega staranja je tudi krhkost, ki je povezana z večjo ranljivostjo posameznika in tveganjem za upad telesnih ter duševnih funkcionalnih sposobnosti. Svetovna zdravstvena organizacija poudarja, da zdravo staranje ni opredeljeno zgolj z odsotnostjo bolezni, temveč predvsem z ohranjanjem funkcionalnih sposobnosti, ki posamezniku omogočajo dobro počutje in samostojno življenje.[3] Zato sta zgodnje prepoznavanje predkrhkosti in krhkosti ter pravočasna, posamezniku prilagojena obravnava pomembna elementa preventivnega delovanja in ohranjanja kakovosti življenja v starosti. Smernice Svetovne zdravstvene organizacije izpostavljajo pomen povezane, interdisciplinarne in na posameznika osredotočene obravnave, ki upošteva njegove potrebe, zmožnosti in življenjsko okolje.[4]

Publikacija združuje osem prispevkov, ki področje dolgotrajne oskrbe in krhkosti v Sloveniji osvetljujejo z različnih strokovnih, raziskovalnih in sistemskih vidikov. Prispevki obravnavajo evropske usmeritve in priporočila, vzpostavljanje sistema dolgotrajne oskrbe ter izzive, ki se pojavljajo pri njegovem izvajanju. Posebna pozornost je namenjena tudi spremljanju sistema s kakovostnimi in mednarodno primerljivimi statističnimi podatki, ocenjevanju dostopnosti storitev ter uporabi podatkov raziskave SHARE za boljše razumevanje potreb in preferenc ljudi glede različnih oblik oskrbe.

Pomemben del publikacije predstavljata javnozdravstveni vidik krhkosti in razvoj sistemskih pristopov k njenemu zgodnjemu prepoznavanju ter obravnavi. Predstavljene so aktivnosti Nacionalnega

[1] Evropska komisija: Generalni direktorat za zaposlovanje, socialne zadeve in vključevanje, *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

[2] Country report – Slovenia; https://economy-finance.ec.europa.eu/economic-surveillance-eu-member-states/country-pages-including-country-reports/country-report-slovenia

[3] World Health Organization (WHO) (2021) - Decade of healthy ageing: baseline report; https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900

[4] World Health Organization (WHO) (2017). Integrated care for older people: Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. https://www.who.int/publications/i/item/9789241550109

inštituta za javno zdravje ter projektne usmeritve, namenjene zgodnjemu prepoznavanju in preprečevanju krhkosti, interdisciplinarni obravnavi ter povezovanju zdravstvenih in socialnih storitev v lokalnem okolju. Takšen pristop je skladen z mednarodnimi priporočili, ki poudarjajo pomen preventivnega delovanja, vključevanja skupnosti in usklajevanja različnih ravni obravnave.[3,4]

Namen tematskega srečanja je bil obravnavati področje dolgotrajne oskrbe v Sloveniji s poudarkom na krhkosti, staranju prebivalstva ter izzivih pri vzpostavljanju in zagotavljanju dostopnosti dolgotrajne oskrbe. Srečanje je bilo namenjeno izmenjavi strokovnih informacij in izkušenj med predstavniki različnih sektorjev, predstavitvi aktualnega stanja, mednarodnih kazalnikov in podatkovnih virov ter obravnavi možnosti za sistemsko prepoznavanje in obravnavo krhkosti, zlasti predkrhkosti, z namenom spodbujanja zdravega, aktivnega in kakovostnega staranja v Sloveniji.

2 PRISPEVKI

To poglavje predstavlja prispevke tematskega srečanja o dolgotrajni oskrbi poudarkom na krhkosti in staranju v Sloveniji. Na srečanju so bili predstavljeni ključni vidiki vzpostavljanja in dostopnosti sistema dolgotrajne oskrbe v Sloveniji, vključno z izzivi na področju financiranja, kadrov, statističnega spremljanja in izvajanja storitev. Poseben poudarek je bil namenjen krhkosti in predkrhkosti v kontekstu zdravega staranja, mednarodnim priporočilom ter možnostim zgodnjega prepoznavanja in preventivne obravnave. Predstavljeni so bili tudi podatki raziskave SHARE in mednarodni kazalniki, ki podpirajo načrtovanje uporabnikom prilagojene, dostopne in dolgoročno vzdržne dolgotrajne oskrbe. Prispevki so poudarili pomen medsektorskega sodelovanja ter ohranjanja samostojnosti in kakovosti življenja starejših.

2.1 Krhkost v Sloveniji v kontekstu evropskih usmeritev in priporočil

Pripravili: Mojca Gabrijelčič Blenkuš in Maja Škrlj, Nacionalni inštitut za javno zdravje

2.1.1 Zdravo staranje in krhkost

Zdravo staranje je proces, v katerem optimiziramo priložnosti za fizično, socialno in duševno zdravje ter s tem starejšim omogočimo aktivno sodelovanje v družbi brez diskriminacije, ohranjanje neodvisnosti in dobro kakovost življenja. V razmerah hitrega staranja prebivalstva postaja doseganje tega cilja vse pomembnejše, saj se s starostjo povečujejo različne dimenzije krhkosti. Te predstavljajo izziv tako za posameznika kot za zdravstveni in socialni sistem. Krhkost je povezana s slabšo kakovostjo življenja, večjo potrebo po dolgotrajni oskrbi in posledično tudi z večjimi finančnimi obremenitvami. Gre za progresivno stanje, ki povečuje ranljivost starejših ter med drugim tveganje za padce, poškodbe in hospitalizacijo.

Pomembno izhodišče za razumevanje telesne krhkosti je razvoj mišične mase in moči skozi celoten življenjski potek. V otroštvu in mladosti mišična masa praviloma narašča, pri čemer na dosežen vrh pomembno vpliva tudi življenjski slog. V odrasli dobi je cilj čim daljše vzdrževanje doseženih telesnih zmogljivosti, v starosti pa čim počasnejša izguba mišične mase in moči. Posamezniki se pri tem med seboj močno razlikujejo, zato upad funkcionalnih sposobnosti ni pri vseh enak. Koncept »človeškega oz. telesnega kapitala« tako opozarja, da je za preprečevanje razvoja predkrhkosti in krhkosti pomembno delovati skozi celoten življenjski potek, ne šele v starosti.

Z vidika klinične prehrane je krhkost umeščena v spekter bolezenskih stanj, ki jih opredeljujemo kot motnje prehranskega in/ali presnovnega stanja. Propadanje skeletne mišične mase je sicer del fiziološkega procesa staranja, vendar lahko postopoma vodi v sarkopenijo. Ta skupaj z osteoporozo zmanjšuje funkcionalno telesno maso in prispeva k razvoju krhkosti v starosti.

V okviru projekta Aktivo in zdravo staranje v Sloveniji (AHA.SI), ki je potekal med letoma 2014 in 2016, je bil postavljen okvir krhkosti, ki je razlikoval med zmogljivi, predkrhkim in krhkim posameznikom. Pri vseh treh skupinah je bistveno ohranjanje telesnih in kognitivnih funkcionalnih zmožnosti, vendar se cilji ukrepanja razlikujejo. Pri zmogljivem posamezniku razvijamo in spodbujamo koncept zdravega staranja, pri predkrhkem ga skušamo vzpostaviti oz. omogočiti, pri krhkem posamezniku pa je cilj predvsem preprečevanje »betežnega« staranja. Čeprav je bil ta okvir primarno osredotočen na telesno krhkost, je pomembno poudariti, da je krhkost večdimenzionalen pojav in se lahko izraža tudi na duševni in socialni ravni. Po zaključku projekta je bila tema nadalje strokovno razvijana. Med drugim je nastal prispevek za publikacijo Javno zdravje, v kateri je bila krhkost obravnavana z različnih strokovnih vidikov. Ta je predstavljal eno izmed podlag za nadaljnje aktivnost na področju obravnave krhkosti v Sloveniji.

2.1.2 Prevalenca sarkopenije in krhkosti

Po podatkih Evropske delovne skupine za sarkopenijo pri starejših (EWGSOP), je bila prevalenca v splošni populaciji, pri starejših od 60 let, ocenjena na 11 % pri moških in 9 % pri ženskah. V domovih za starejše je bila bistveno višja- 51 % pri moških in 31 % pri ženskah, med hospitaliziranimi pa 23 % pri moških in 24 % pri ženskah.

Pomemben javnozdravstveni izziv predstavlja tudi krhkost. Njena prevalenca je ocenjena na približno 10 % pri ljudeh, starejših od 60 let in 25 % pri starejših od 80 let. V Sloveniji je krhkost prisotna pri približno 14,9 % starejših, predkrhkost pa pri kar 42,5 % starejših. Visok delež predkrhkih starejših opozarja na velik potencial pravočasnega preventivnega ukrepanja, še preden pride do izrazitejšega funkcionalnega upada in večjih potreb po zdravstveni ali dolgotrajni oskrbi.

2.1.3 Dolgotrajna oskrba skozi priporočila evropskega semestra

Evropski semester predstavlja okvir usklajevanja ekonomskih, socialnih in drugih politik držav članic Evropske unije, v katerem Evropska komisija spremlja stanje v posameznih državah ter na podlagi tega pripravlja specifična priporočila. Pregled priporočil med letoma 2017 in 2026 nazorno prikazuje, kako so se skozi čas spreminjali ključni izzivi sistema dolgotrajne oskrbe.

V obdobju 2017-2019 je bil poudarek predvsem na vzpostavitvi celovitega sistema ter sprejemu in izvedbi reforme dolgotrajne oskrbe. Leta 2017 je bilo izpostavljeno, da hitro staranje prebivalstva predstavlja pomembno tveganje za dolgoročno vzdržnost javnih financ in da Slovenija še nima celovitega sistema dolgotrajne oskrbe. Priporočilo je zato predlagalo reformo, ki bi izboljšala stroškovno učinkovitost, dostopnost in kakovost oskrbe. Podoben poudarek se je nadaljeval v letih 2018 in 2019.

Leta 2020 je pandemija Covid-19 dodatno razkrila ranljivosti obstoječega sistema. Evropska priporočila so izpostavila potrebo po odpornosti zdravstvenega sistema in sistema dolgotrajne oskrbe, ustrezni medicinski opremi ter reševanju kadrovskih primanjkljajev. Posebej je bila poudarjena potreba po kakovostnih storitvah dolgotrajne oskrbe.

Po letu 2021, ko posebnih priporočil ni bilo, se je v letih 2022 in 2023 v ospredje postavila predvsem dolgoročna finančna vzdržnost sistema. Ocenjeno je bilo, da bi se lahko stroški dolgotrajne oskrbe do leta 2055 podvojili, zato je priporočilo temeljilo na zagotavljanju dolgoročne javnofinančne vzdržnosti zdravstvenega varstva in dolgotrajne oskrbe. Leta 2023 je bilo ob tem ugotovljeno, da je izvajanje reforme odloženo in da njeno srednje in dolgoročno financiranje še ni zagotovljeno.

V obdobju 2024-2025 sta se ob vprašanju financiranja vse izraziteje izpostavljala tudi razpoložljivost in pomanjkanje kadra. Projekcije kažejo na znatno rast izdatkov, povezanih s staranjem prebivalstva, ki bodo v prihodnjih desetletjih povečali porabo za zdravstveno varstvo, dolgotrajno oskrbo in pokojnino. V letu 2025 je bilo ob tem izpostavljeno, da Načrt za okrevanje in odpornost že vsebuje več ukrepov za podporo fiskalni vzdržnosti teh sistemov.

Leta 2026 postaja pomanjkanje delovne sile eno ključnih tveganj za delovanje sistema dolgotrajne oskrbe. Kljub reformam in zvišanju plač v javnem sektorju ostaja pomanjkanje kadra v zdravstvu, socialnemu varstvu in dolgotrajni oskrbi, zaposleni pa se soočajo z zahtevnimi delovnimi pogoji in velikimi delovnimi obremenitvami. Priporočilo za leti 2026 in 2027 se zato osredotoča na izboljševanje delovnih pogojev, ki niso povezani zgolj s plačilom, zlasti v zdravstvenem varstvu, socialnih storitvah in dolgotrajni oskrbi.

2.1.4 Zaključek

Pregled priporočil evropskega semestra kaže, da so se izzivi na področju dolgotrajne oskrbe v Sloveniji skozi čas spreminjali, od potrebe po vzpostavitvi in reformi sistema, prek zagotavljanja njegove odpornosti in dolgoročne finančne vzdržnosti, do vse bolj izrazitega vprašanja pomanjkanja kadra in delovnih pogojev. Ob staranju prebivalstva in naraščanju prevalence krhkosti tako postajata pomembna tako pravočasno preprečevanje krhkosti kot tudi zagotavljanje dostopnega, kakovostnega in vzdržnega sistema dolgotrajne oskrbe.

2.2 Dolgotrajna oskrba: vzpostavljanje sistema in izzivi s terena

Pripravili: Tina Lipar in Meri Rožac, Ministrstvo za demografijo, družino in socialne zadeve

2.2.1 Sistem dolgotrajne oskrbe

Dolgotrajna oskrba je bila v Republiki Sloveniji vrsto let predmet strokovnih razprav, javnih polemik in iskanja ustreznih sistemskih rešitev. V zadnjih štirih letih pa se sistem dolgotrajne oskrbe postopoma vzpostavlja in implementira tudi v praksi. Gre za celovit sistem ukrepov, storitev in aktivnosti, namenjenih zagotavljanju podpore posameznikom pri opravljanju vsakodnevnih življenjskih aktivnosti ter ohranjanju njihove čim večje samostojnosti in kakovosti življenja.

Dolgotrajna oskrba je namenjena osebam, ki potrebujejo podporo v vsakdanjem življenju, zaradi bolezni, invalidnosti, starostne oslabelosti ali zmanjšanih intelektualnih sposobnosti. Pri tem gre lahko za krajše obdobje ali trajno stanje (MDDSZ, 2026).

Temeljno izhodišče sistema dolgotrajne oskrbe je krepitev in razvoj mreže skupnostnih ter drugih podpornih storitev, ki posameznikom omogočajo čim daljše samostojno življenje v domačem okolju, kadar je to glede na njihove potrebe mogoče in skladno z njihovimi željami.

Hkrati je eden izmed ključnih ciljev omenjenega sistema zagotoviti ustrezno, dostopno in kakovostno institucionalno oskrbo za posameznike, pri katerih bivanje v domačem okolju zaradi obsega potreb po podpori ni več mogoče oziroma ni več ustrezno. Sistem tako vzpostavlja povezavo med različnimi oblikami dolgotrajne oskrbe ter si prizadeva zagotavljati kontinuiteto obravnave glede na spreminjajoče se potrebe posameznika.

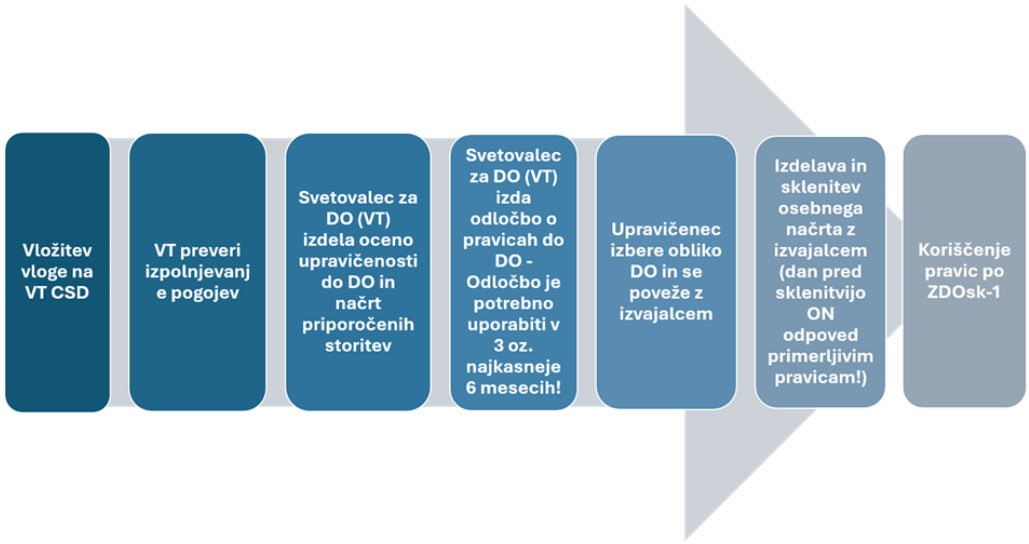
Upravičenci[5] do dolgotrajne oskrbe lahko danes izbirajo med petimi osnovnimi pravicami, ki so naslednje: pravica do oskrbovalca družinskega člana, pravica do dolgotrajne oskrbe na domu, dolgotrajne oskrbe v instituciji, dnevne dolgotrajne oskrbe in pravica do denarnega prejemka. Pri tem velja pozornost pri pravici do oskrbovalca družinskega člana, saj so do uveljavljanja le-te upravičene le osebe, ki so z odločbo centra za socialno delo uvrščene v 4. ali 5. kategorijo oskrbe.

Poleg navedenih osnovnih storitev je Zakon o dolgotrajni oskrbi (Uradni list RS, št. 84/23, 112/24 in 44/25, ZDOsk-1) uvedel tudi dve dodatni storitvi, in sicer storitev e-oskrbe[6] ter storitve za krepitev in ohranjanje samostojnosti.

[5] Po trenutno veljavni zakonodaji so do pravic iz dolgotrajne oskrbe upravičene osebe, stare 18 let ali več, ki so vključene v obvezno zdravstveno zavarovanje, so bile v zadnjih 36 mesecih najmanj 24 mesecev zavarovane za dolgotrajno oskrbo, imajo stalno ali začasno prebivališče v Sloveniji ter so na podlagi ocenjevalne lestvice ali zdravniškega izvida uvrščene v eno od kategorij dolgotrajne oskrbe. Poleg tega ne smejo prejemati primerljivih pravic iz drugih virov (npr. dodatka za pomoč in postrežbo, storitev osebne asistence ali storitve institucionalnega varstva po Zakonu o socialnem varstvu). Posebna določila veljajo za slovenske zavarovance, ki bivajo v tujini in izpolnjujejo ostale zgoraj zapisane vstopne pogoje.

[6] Storitev e-oskrbe lahko uveljavljajo upravičenci, ki bivajo v domačem okolju.

Upravičenec prične postopek uveljavljanja pravic do dolgotrajne oskrbe z oddajo vloge na krajevno pristojni center za socialno delo. Vloge so obravnavane na vstopnih točkah, ki delujejo pod okriljem 16 območnih centrov za socialno delo. Postopek do uveljavitve pravic iz naslova dolgotrajne oskrbe poteka, skladno s spodnjim grafičnim prikazom.



Slika 1 Grafični prikaz postopka uveljavljanja pravic do dolgotrajne oskrbe (Vir: MDDSZ)

Za učinkovito izvajanje sistema dolgotrajne oskrbe je ključnega pomena sodelovanje in usklajevanje različnih deležnikov na nacionalni, lokalni in izvajalski ravni. V sistem so vključeni predvsem centri za socialno delo (CSD), izvajalci dolgotrajne oskrbe, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS), Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), občine ter pristojno ministrstvo. Njihovo medsebojno povezovanje in jasno opredeljene pristojnosti predstavljajo pomemben temelj za zagotavljanje celovite, dostopne in k uporabniku usmerjene dolgotrajne oskrbe.

2.2.2 Kje smo trenutno in kaj potrebujemo za dolgoročno vzdržen sistem dolgotrajne oskrbe?

Nadaljnji razvoj sistema bo zahteval krepitev in stabilizacijo izvajanja pravic na celotni mreži dolgotrajne oskrbe, zagotavljanje ustreznih kadrovskih zmogljivosti ter izboljšanje pogojev za delo in večjo privlačnost poklicev na področju oskrbe. Pomembna bo tudi nadaljnja izboljšava organizacijskih procesov in informacijskih rešitev ter zagotavljanje jasnih in čim bolj poenotenih usmeritev za vse deležnike, vključene v izvajanje sistema.

Posebna pozornost bo morala biti namenjena nadaljnjemu razvoju skupnostnih oblik podpore, predvsem dolgotrajni oskrbi na domu, dnevnim oblikam oskrbe, e-oskrbi ter storitvam za krepitev in ohranjanje samostojnosti. S tem se lahko izboljšata dostopnost in odzivnost sistema ter posameznikom omogoči čim daljše kakovostno življenje v domačem okolju.

Za dolgoročno uspešnost sistema je ključnega pomena tudi vzpostavitev učinkovitega spremljanja njegovega izvajanja in učinkov. Sistem mora temeljiti na rednem spremljanju potreb uporabnikov, kakovosti in dostopnosti storitev, kadrovskih ter finančnih zmogljivosti in drugih ključnih kazalnikov, kar omogoča pravočasno prepoznavanje izzivov ter sprotno prilagajanje ukrepov in rešitev.

Dolgoročno vzdržen sistem dolgotrajne oskrbe bo moral zato hkrati zagotavljati finančno stabilnost, ustrezne kadrovske zmogljivosti, organizacijsko jasnost, kakovost storitev in dostopnost za uporabnike. Prehod od vzpostavitve sistema k njegovi dolgoročni vzdržnosti bo zahteval kontinuirano spremljanje, razvoj in prilagajanje sistema dejanskim potrebam prebivalstva ter demografskim in družbenim spremembam.

2.2.3 Literatura in viri

Zakon o dolgotrajni oskrbi (Uradni list RS, št. 84/23, 112/24 in 44/25, ZDOsk-1). MSP https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ZAKO8819

Povezava: https://www.gov.si/zbirke/projekti-in-programi/dolgotrajna-oskrba/ (MDDSZ, 2026)

2.2.4 Dodatne informacije o sistemu dolgotrajne oskrbe

Dodatne informacije o sistemu dolgotrajne oskrbe lahko pridobite na kontaktih Ministrstva za demografijo, družino in socialne zadeve (MDDSZ): TEL.: 01 369 77 00, E-NASLOV: gp.mddsz@gov.si .

Ali s klicem na številko 114, na kateri vam odgovore na vaša vprašanja in dileme podajo svetovalci klicnega centra, ki deluje pod okriljem Generalnega sekretariata Vlade Republike Slovenije.

2.3 Delovna skupina za statistiko dolgotrajne oskrbe na SURS

Pripravila: Irena Černič, Statistični urad Republike Slovenije

Dolgotrajna oskrba postaja zaradi staranja prebivalstva, podaljševanja življenjske dobe ter naraščajočega števila oseb, ki potrebujejo pomoč pri vsakodnevnih aktivnostih, eno ključnih področij socialnih in zdravstvenih politik. Učinkovito načrtovanje, spremljanje in vrednotenje sistema dolgotrajne oskrbe zahteva celovite, kakovostne, pravočasne in mednarodno primerljive statistične podatke. Ti predstavljajo podlago za oblikovanje javnih politik, spremljanje učinkov zakonodajnih sprememb, mednarodne primerjave ter pripravo dolgoročnih projekcij javnih izdatkov, povezanih s staranjem prebivalstva.

Statistični urad RS (SURS) že vrsto let spremlja področje dolgotrajne oskrbe v skladu z mednarodnimi metodološkimi priporočili OECD, Svetovne zdravstvene organizacije (WHO) in Eurostata. Sprejetje Zakona o dolgotrajni oskrbi (ZDOsk-1) in vzpostavitev novega sistema dolgotrajne oskrbe pa sta odprla novo pomembno nalogo – zagotoviti, da se novi sistem ustrezno prevede v uradno statistično spremljanje. Z namenom vzpostavitve celovitega, metodološko usklajenega in mednarodno primerljivega sistema statističnega spremljanja je SURS ustanovil medsektorsko delovno skupino za dolgotrajno oskrbo. Njena naloga je oblikovati strokovne podlage za vključitev novega sistema v uradno statistiko ter zagotoviti izpolnjevanje nacionalnih in mednarodnih zahtev po podatkih.

SURS na področju dolgotrajne oskrbe spremlja in pripravlja podatke o izdatkih za dolgotrajno oskrbo po virih financiranja, izvajalcih in oblikah oskrbe v okviru sistema zdravstvenih računov ter podatke o prejemnikih storitev glede na spol, starostne skupine in obliko oskrbe. Podatki so podlaga za mednarodno poročanje ter za pripravo dolgoročnih projekcij javnih izdatkov, povezanih s staranjem prebivalstva. Pri tem se SURS sooča z razpršenostjo podatkovnih virov med različnimi resorji, neenotnimi administrativnimi evidencami in pomanjkanjem podatkov za posamezna področja, zaradi česar je del podatkov še vedno treba metodološko ocenjevati.

Ključno izhodišče za ustanovitev delovne skupine je bilo zagotoviti, da se nov sistem dolgotrajne oskrbe, vzpostavljen z ZDOsk-1, ustrezno prenese v uradno statistično spremljanje ter da se hkrati zagotovi skladnost z mednarodnimi metodološkimi priporočili. Zakon predvideva vzpostavitev centralne zbirke podatkov o dolgotrajni oskrbi, katere uporabnik bo tudi SURS, zato je treba že v fazi vzpostavljanja sistema zagotoviti ustrezne podatkovne podlage in metodološke rešitve za pripravo uradne statistike. Dodatno izhodišče predstavlja dejstvo, da je nacionalni koncept dolgotrajne oskrbe ožji od mednarodne definicije, zato je treba pri statističnem spremljanju vključiti tudi pravice in storitve, ki jih ureja druga zakonodaja (npr. osebna asistenca, pomoč na domu, del patronažne

dejavnosti, hospitalizacija dementnih oseb, paliativna oskrba, dodatki za pomoč in postrežbo ter preostala področja, ki po metodologiji OECD, WHO in Eurostata sodijo v dolgotrajno oskrbo).

Med ključnimi nalogami delovne skupine in cilji so pregled nacionalnih in mednarodnih zahtev po podatkih, opredelitev vsebine dolgotrajne oskrbe z vidika nacionalne zakonodaje in mednarodnih priporočil, identifikacija razpoložljivih podatkovnih virov ter področij, kjer podatki še niso zagotovljeni, priprava metodoloških rešitev za ocenjevanje posameznih kategorij, kjer podatki niso na voljo ter sodelovanje in podpora pri dolgoročni ureditvi evidenc s področja dolgotrajne oskrbe. Posebna pozornost je namenjena tudi razmejitvi zdravstvenega in socialnega dela storitev, spremljanju kadrov in kapacitet ter vključevanju podatkov o osebni asistenci, patronažni dejavnosti in drugih pravicah oz. storitvah pomembnih za mednarodno poročanje.

Pomembno podporo nadaljnjemu razvoju statističnega spremljanja predstavlja tudi projekt DIGIDO – Digitalizacija sistema zapisovanja, shranjevanja in uporabe podatkov v dolgotrajni oskrbi in socialnem varstvu, ki ga vodi Inštitut RS za socialno varstvo (IRSSV) in katerega cilj je poenotenje evidenc, izboljšanje kakovosti podatkov, učinkovitejše povezovanje podatkovnih virov ter zmanjšanje administrativnih obremenitev.

Nosilec in koordinator delovne skupine je SURS. V skupini sodelujejo predstavniki Ministrstva za demografijo, družino, socialne zadeve in enke možnosti (MDDSZ), Ministrstva za zdravje (MZ), Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS), Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije (ZPIZ), Urada Republike Slovenije za makroekonomske analize in razvoj (UMAR), Inštituta Republike Slovenije za socialno varstvo (IRSSV), Skupnosti socialnih zavodov Slovenije (SSZS), Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ) ter Inštituta za ekonomska raziskovanja (IER). Delo poteka po časovnici, ki predvideva zaključek ključnih nalog do konca leta 2026.

2.4 Dostopnost do dolgotrajne oskrbe v Sloveniji: pregled na podlagi mednarodnih kazalnikov

Pripravila: Eva Šarec, Urad RS za makroekonomske analize in razvoj

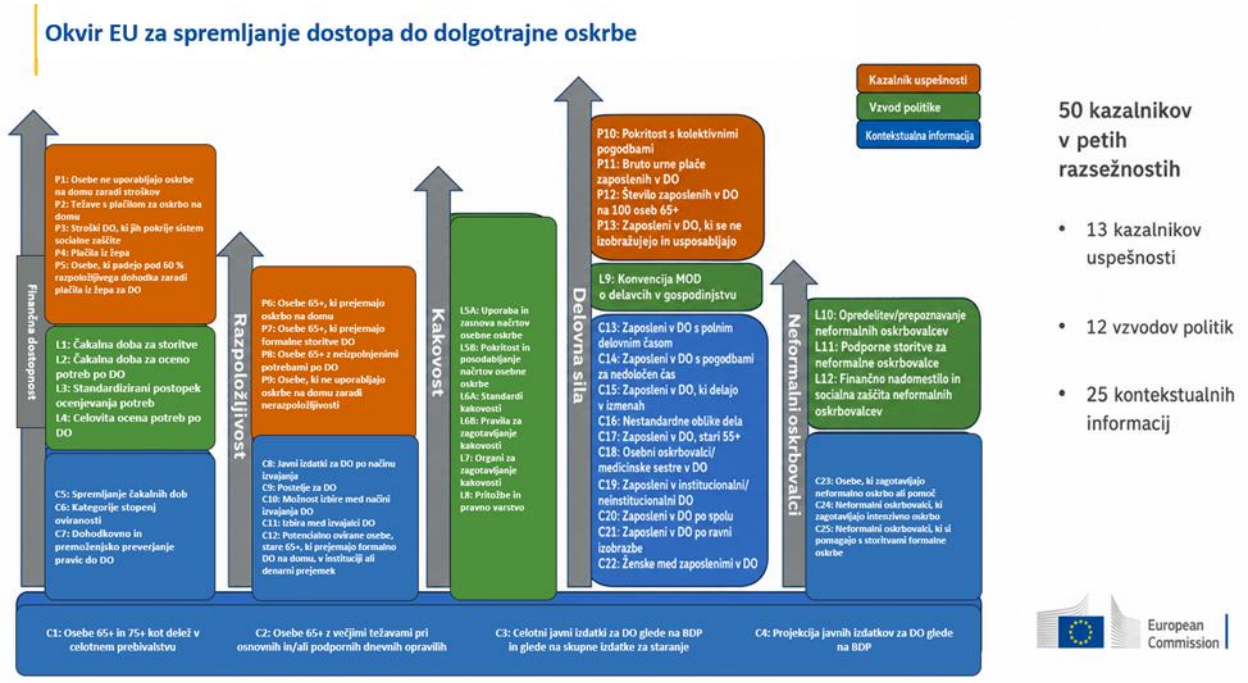
Staranje prebivalstva, daljše življenje s funkcionalnimi omejitvami in večja pojavnost krhkosti povečujejo potrebe po dolgotrajni oskrbi (DO). Prispevek umešča dostopnost DO v Sloveniji v mednarodni okvir ter jo obravnava skozi razpoložljivost storitev, njihovo finančno dostopnost, javno financiranje in kadrovske pogoje. Slovenija se po nekaterih kazalnikih uvršča ugodno: neizpolnjene potrebe po formalni oskrbi na domu so bile leta 2024 med najnižjimi v EU, delež gospodinjstev, ki prejema oskrbo na domu, pa se je od leta 2016 močno povečal. Hkrati so bili stroški oskrbe na domu za uporabnike pred uveljavitvijo novega sistema izjemno visoki, javni izdatki za DO pa so ostajali pod povprečjem EU. Sistemska prenova na podlagi Zakona o dolgotrajni oskrbi prvič uvaja namenski javni vir financiranja, širi pravice v oskrbi na domu in zmanjšuje neposredna plačila uporabnikov. Njeni učinki bodo odvisni predvsem od izvedbenih zmogljivosti, pravočasnih ocen upravičenosti ter razpoložljivosti ustrezno usposobljenih in primerno plačanih zaposlenih.

Ključne besede: dolgotrajna oskrba, dostopnost, krhkost, staranje, neizpolnjene potrebe, izdatki, kadri

2.4.1 Dostopnost DO v dolgoživi družbi

Dolgotrajna oskrba je sistem storitev in denarne podpore osebam, ki so zaradi bolezni, invalidnosti, starostne oslabelosti ali drugih razlogov daljše obdobje odvisne od pomoči pri osnovnih oziroma podpornih dnevnih opravilih. Krhkost povečuje verjetnost funkcionalnega upada in potrebe po pomoči, vendar so starejši zelo heterogena skupina; za načrtovanje sistema so pomembni dejanska oviranost, intenzivnost potreb in socialno okolje posameznika.

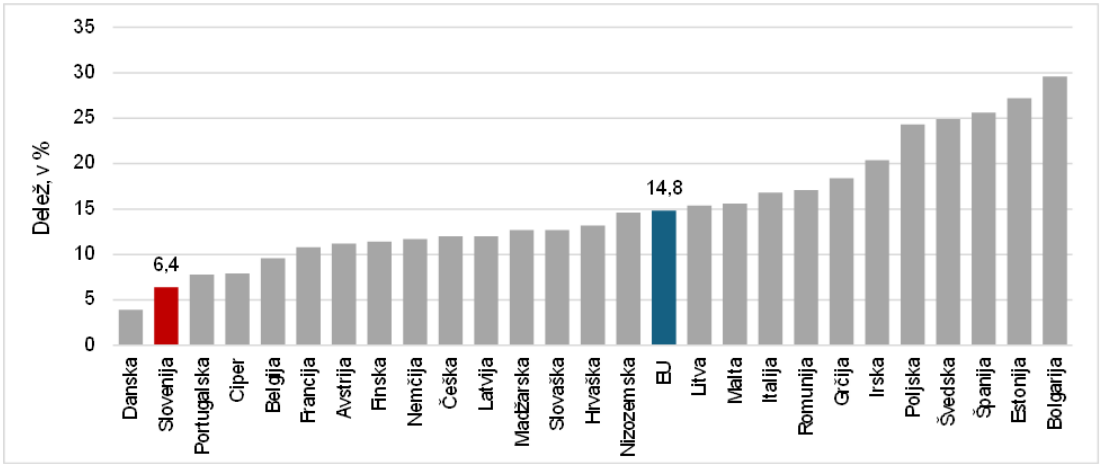
Priporočilo Sveta EU iz leta 2022 poziva države članice, naj vsem, ki potrebujejo pomoč druge osebe, izboljšajo dostop do cenovno sprejemljive in kakovostne DO v institucijah in na domu. Evropski okvir spremljanja zato dostopnosti ne meri le z enim kazalnikom, temveč zajema finančno dostopnost, časovno in krajevno dostopnost, kakovost, delovno silo in položaj neformalnih oskrbovalcev. Tak pristop je pomemben tudi za Slovenijo: visoka formalna upravičenost sama po sebi še ne pomeni dejanskega dostopa, če ni izvajalcev, če storitev ni mogoče dobiti pravočasno ali pa so za uporabnika finančno nedosegljive.



Slika 2 Okvir EU za spremljanje dostopa do cenovno sprejemljive kakovostne dolgotrajne oskrbe (Vir: Evropska komisija in ISG (2025))

2.4.2 Neizpolnjene potrebe: kazalniki kažejo izboljšanje dostopnosti

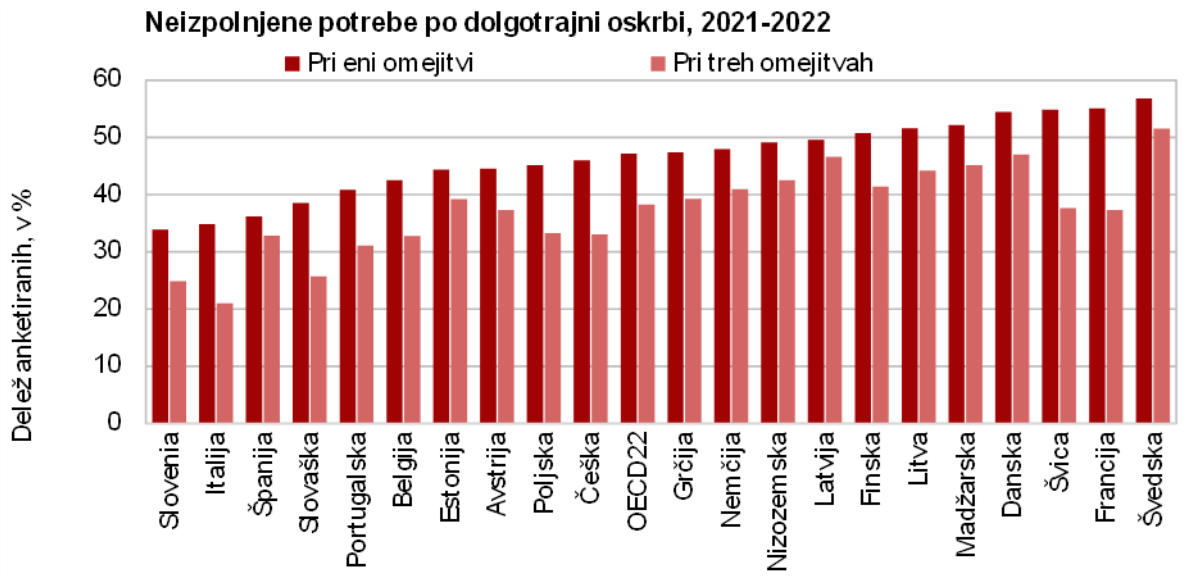
Delež neizpolnjenih potreb po DO v državah EU merimo z več anketami. Po raziskavi EU-SILC je leta 2024 delež oseb v gospodinjstvih z zelo ali zmerno ovirano osebo, ki je formalno oskrbo na domu nujno potrebovala, a je ni prejemala oziroma je ni prejemala v zadostnem obsegu, v Sloveniji znašal 6,4 %. To je bil drugi najnižji delež v EU, takoj za Dansko, in bistveno nižji od povprečja EU (14,8 %) (UMAR, 2026). Rezultat kaže, da je bila leta 2024, torej še pred uvedbo novega sistema, DO na domu v Sloveniji relativno dobro dosegljiva glede na druge države EU. Glavni razlog za to je uvedba novega sistema osebne asistence v letu 2019, ki je zapolnil veliko vrzel v storitvah DO na domu zlasti za osebe z invalidnostjo.



Slika 3 Neizpolnjene potrebe po formalni dolgotrajni oskrbi na domu, 2024 (Vir: Eurostat (2026), povzeto po UMAR (2026))

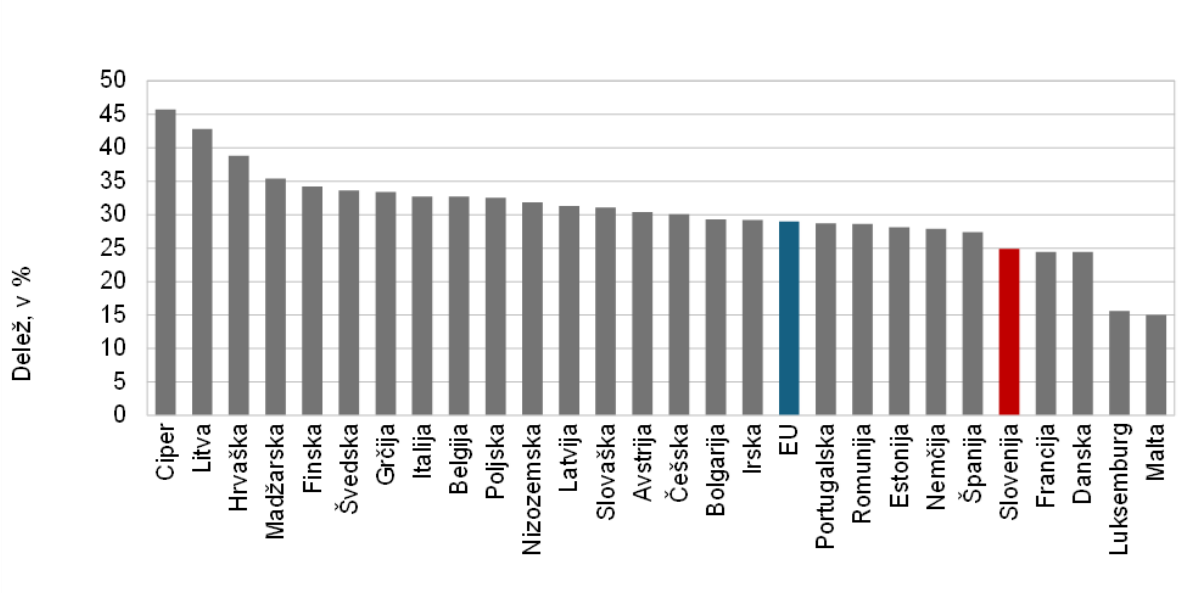
Opomba: Prikazan je delež oseb v vseh gospodinjstvih z vsaj eno osebo, ki je potrebovala formalno oskrbo na domu, a je ni prejemala (oz. je ni prejemala v zadostnem obsegu).

Podobno sliko kažejo podatki raziskave SHARE za osebe, stare 65 let ali več, z omejitvami pri osnovnih dnevnih aktivnostih (ADL) : Slovenija je imela v letih 2021–2022 med prikazanimi državami najnižji delež neizpolnjenih potreb pri eni omejitvi (okoli 34 %) in enega najnižjih pri treh omejitvah (okoli 25 %). Kazalnik zajema vse vrste prejete pomoči in zajema le starejšo populacijo, ki je v Sloveniji v večjem deležu vključena v oskrbo v domovih za starejše



Slika 4 Neizpolnjene potrebe po DO pri osebah 65+ pri eni ali treh omejitvah, 2021–2022 (Vir: OECD (2025) in SHARE, 9. val (2021-2022))

Tudi med prejemniki neformalne oskrbe ostajajo dodatne potrebe po formalnih storitvah. Po posebni anketi EIGE je leta 2024 v Sloveniji 24,9 % prejemnikov neformalne oskrbe poročalo, da so v zadnjih treh mesecih potrebovali formalno oskrbo, vendar je niso prejeli. Tudi ta delež je bil nižji od povprečja EU (29,0 %), vendar kaže, da bi približno vsak četrti anketirani prejemnik neformalne pomoči potreboval dodatno strokovno podporo. To potrjuje, da formalna in neformalna oskrba nista nadomestka, ampak se dopolnjujeta; pomanjkanje formalnih storitev pa povečuje obremenitev svojcev.

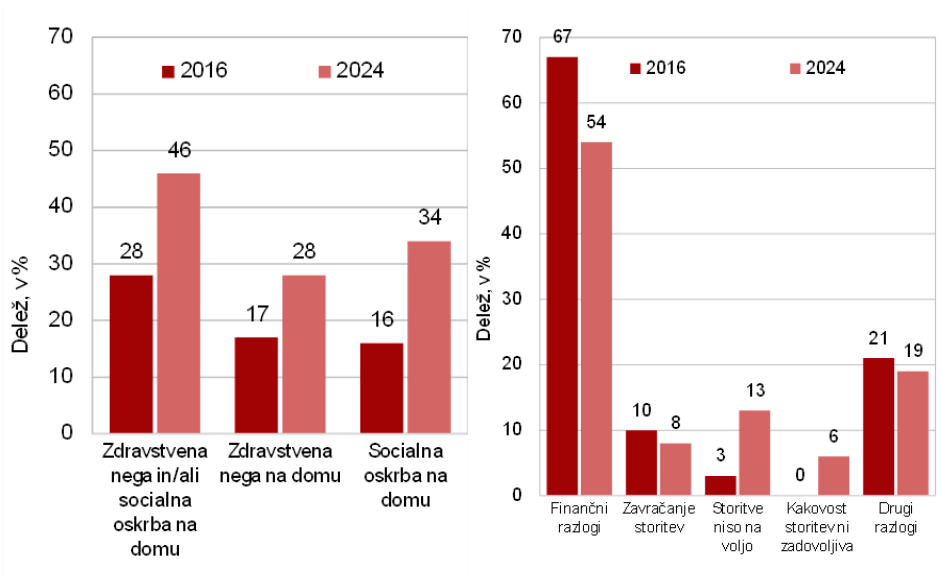


Slika 5 Prejemniki neformalne oskrbe, ki so potrebovali formalno oskrbo, a je niso prejeli, 2024 (Vir: European Institute for Gender Equality- EIGE (2024), raziskava CARE, 2. val.)

Opomba: Gre za posebno evropsko anketo, ki jo je EIGE izvedel za spremljanje izvajanja European Care Strategy in Strategije za enakost spolov.

2.4.3 Krepitev oskrbe na domu in deinstitucionalizacija

Delež vključenih v dolgotrajno oskrbo na domu se je v zadnjem desetletju občutno povečal. Leta 2023 je bila vključenost v formalno DO po administrativnih virih 11,3-odstotna (OECD: 12-odstotna), podobno kot leta 2013, vendar se je močno povečal zlasti delež prejemnikov formalne oskrbe na domu, in sicer s 57 % na 63 %. K temu je pomembno prispevala uveljavitev novega Zakona o osebni asistenci z letom 2019. Tudi EU-SILC kaže močno rast deleža gospodinjstev z osebo, ki potrebuje pomoč in prejema zdravstveno nego in/ali socialno oskrbo na domu: z 28 % leta 2016 na 46 % leta 2024. Najizraziteje se je povečal delež prejemnikov socialne oskrbe na domu.



Slika 6 Delež gospodinjstev, ki prejemajo formalno oskrbo na domu (Vir: SURS (2025c, EU-SILC; UMAR (2026))

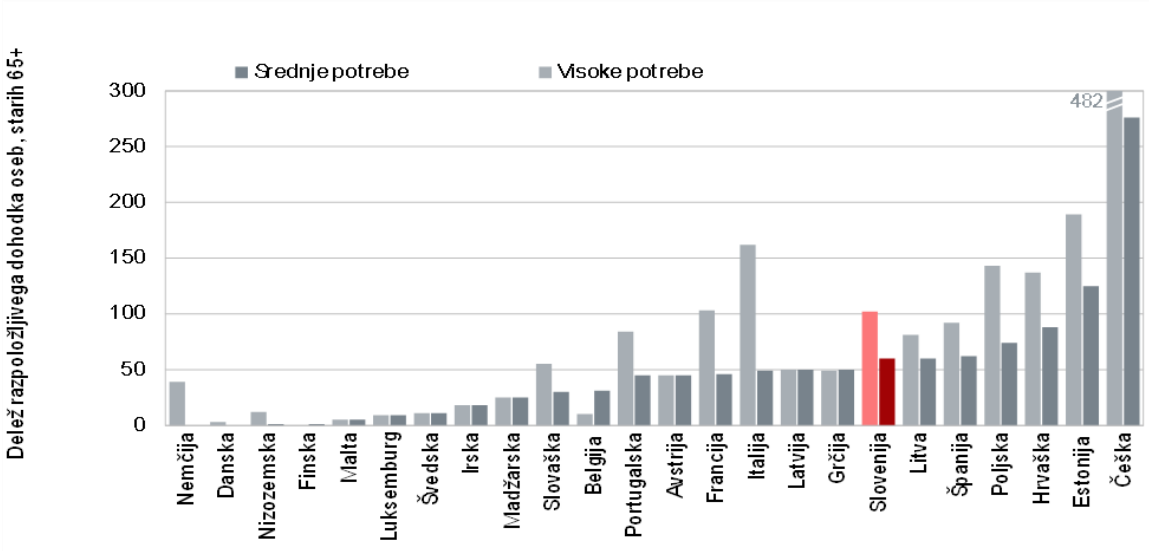
Opomba:

- *Graf levo: Prikazani so deleži gospodinjstev, v katerih živi najmanj ena oseba, ki potrebuje pomoč oz. oskrbo na domu, glede na to, ali prejemajo zdravstveno nego in/ali socialno oskrbo na domu.*
- *Graf desno: Prikazani so deleži gospodinjstev, v katerih živi najmanj ena oseba, ki potrebuje pomoč oz. oskrbo na domu, glede na to, ali prejemajo zdravstveno nego in/ali socialno oskrbo na domu.*

Deinstitucionalizacija in krepitev skupnostnih oblik podpore ostajata osrednji usmeritvi socialnega varstva. Zakon o osebni asistenci je izboljšal možnosti za življenje invalidov v domačem okolju, po polni uveljavitvi Zakona o dolgotrajni oskrbi (ZDOsk-1) pa bo treba razmejitev med sistemoma urediti tako, da bodo primerljive potrebe obravnavane pregledno in brez podvajanja pravic. Razvoj mreže oskrbe na domu je pomemben tudi z vidika krhkosti: pravočasna, dovolj intenzivna in usklajena podpora lahko preprečuje ali odlaga funkcionalni upad, nepotrebne hospitalizacije in prezgodnji prehod v institucionalno varstvo. Po ocenah OECD skupnostna oskrba prispeva tudi k stroškovno učinkovitejši strukturi oskrbe.

2.4.4 Finančna dostopnost

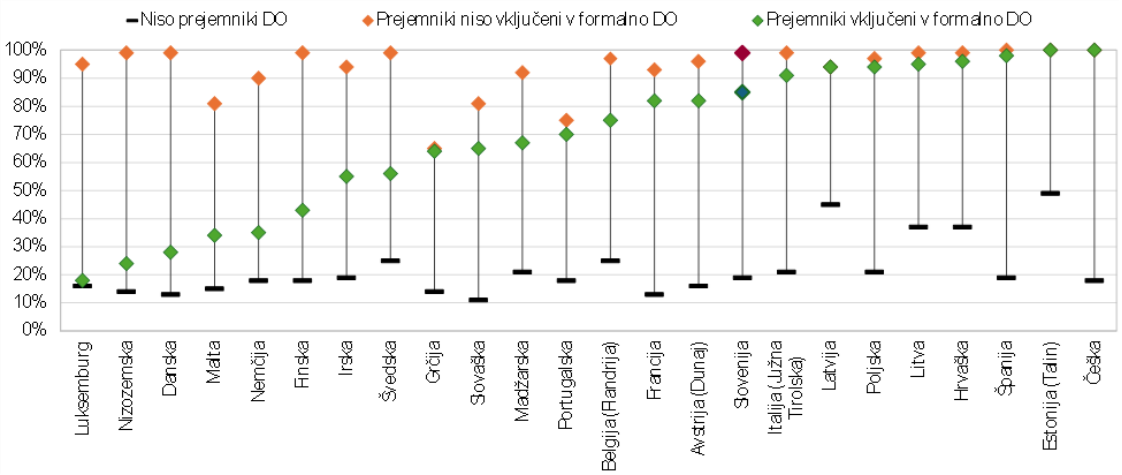
Pred uveljavitvijo novega sistema DO je bila finančna dostopnost oskrbe na domu v Sloveniji izrazito neugodna. Oseba, stara 65 let ali več, s srednjimi potrebami in ob prejemu formalne podpore je leta 2024 za oskrbo na domu plačala znesek, ki je za 60 % presegal njen povprečni razpoložljivi dohodek; pri visokih potrebah je strošek presegal dohodek za 102 %. Takšna razmerja kažejo, da si posameznik brez dodatnih virov, podpore družine ali zmanjšanja obsega storitev potrebne oskrbe na domu ni mogel financirati.



Slika 7 Izdatki iz žepa za oskrbo na domu za osebe, stare 65+, ki prejemajo formalno oskrbo, 2024 (Vir: OECD (2025), raziskava Social Protection for LTC; povzeto po UMAR (2026))

Opomba: v Sloveniji je leta 2024 oseba stara 65 let ali več, s srednjimi potrebami oskrbe in ob prejemu formalne pomoči (npr. dodatek za pomoč in postrežbo in/ali pomoč na domu), za oskrbo na domu plačala znesek, ki je za 60 % presegal njen povprečni razpoložljiv dohodek. Pri visokih potrebah pa je strošek presegal 100 % dohodka.

Finančno breme se odraža tudi v tveganju revščine. Simulacije evropskega okvira spremljanja kažejo, da bi bil brez socialne zaščite oziroma brez uporabe formalne DO velik del starejših po plačilu oskrbe izpostavljen tveganju revščine. Za Slovenijo je pri osebah s srednjimi potrebami prikazano, da socialna zaščita tveganje pomembno zmanjša, vendar ga ne odpravi. Kazalnik opozarja, da mora biti pri vrednotenju reforme poleg števila upravičencev spremljan tudi preostali strošek za uporabnika in njegov vpliv na razpoložljivi dohodek.



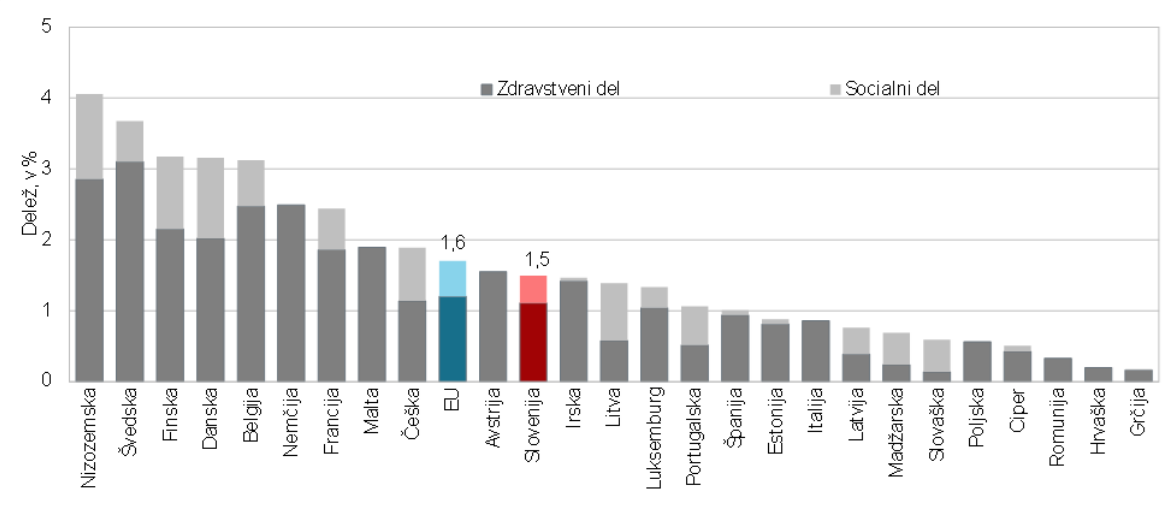
Slika 8 Delež prebivalcev, starih 65 let in več, ki so izpostavljeni tveganju revščine zaradi izdatkov iz žepa za oskrbo na domu (Vir: OECD (2024))

ZDOsk-1 je prvič uvedel namenski javni vir financiranja storitev DO, znižal neposredna plačila uporabnikov institucionalne oskrbe in razširil nabor pravic v oskrbi na domu. To naj bi dolgoročno prispevalo k dohodkovni dostopnosti in deinstitucionalizaciji. V začetni fazi pa se zaradi velikega števila vlog ter pomanjkanja kadra pojavljajo čakalne dobe za oceno upravičenosti in sklenitev osebnega načrta; polni učinki na dejansko dostopnost in finančno zaščito bodo zato razvidni šele v naslednjih letih.

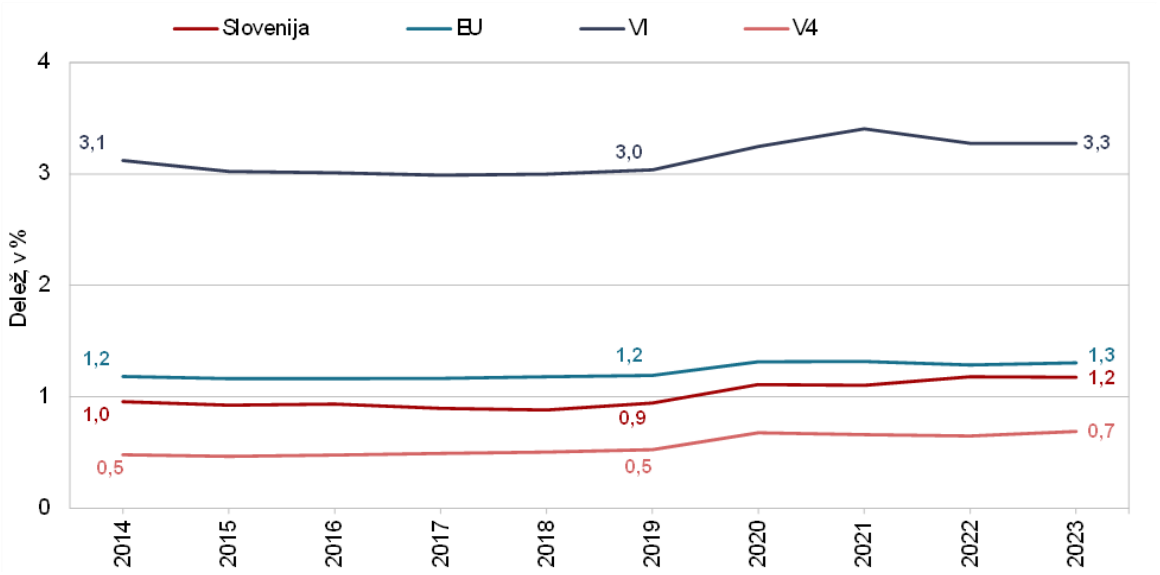
2.4.5 Izdatki za dolgotrajno oskrbo

Javni izdatki za DO glede na BDP so se po letu 2019 povečali predvsem zaradi uvedbe in hitre širitve storitev osebne asistence[7] , vendar so bili leta 2023 še pod povprečjem EU in izrazito pod ravnjo povprečja Danske, Švedske, Finske in Nizozemske (države štejemo k vodilnim inovatorkam). Pri mednarodni primerjavi je potrebna previdnost zaradi razlik v razmejitvi zdravstvenega in socialnega dela DO ter v statističnem zajemu. Kljub temu podatki kažejo, da je skupni delež v Sloveniji znašal približno 1,5 % BDP, v EU okoli 1,7 %, pri vodilnih inovatorkah pa praviloma precej več.

[7] Po mednarodni metodologiji sistema zdravstvenih računov (angl. System of health accounts) se izdatki za osebno asistenco prištevajo k izdatkom za dolgotrajno oskrbo. Glavni razlog je v tem, da po slovenskem Zakonu o osebni asistenci prejemniki niso zgolj osebe z invalidnostjo, ki so delovno aktivne in mlajše od 65 let ampak so prejemniki tudi vse ostale osebe, ki potrebujejo pomoč pri osnovnih in podpornih dnevnih aktivnostih.

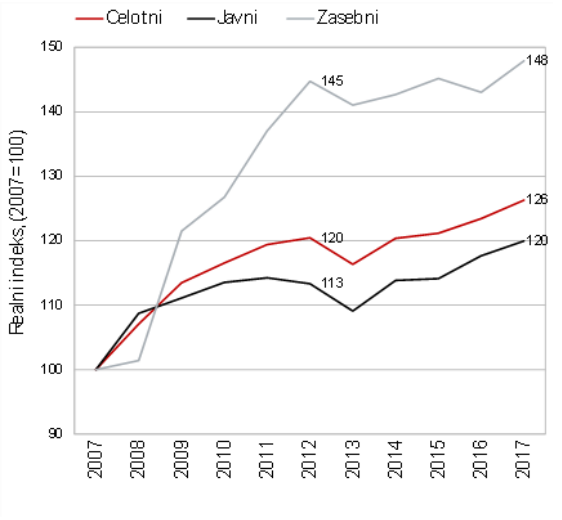


Slika 9 Izdatki za dolgotrajno oskrbo glede na BDP, 2023 (Vir: OECD (2026); UMAR (2026))

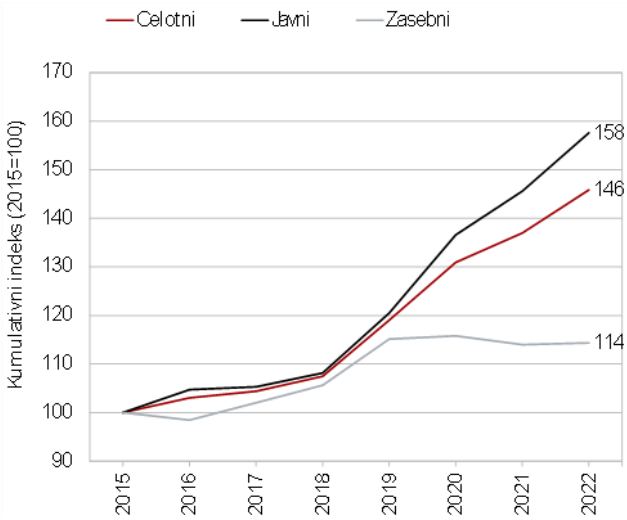


Slika 10 Javni izdatki za DO glede na BDP, 2014–2023 (Vir: OECD (2026d); preračuni UMAR; Šarec (2026))

V obdobju 2015–2022 (Slika 12) so se celotni izdatki za DO realno povečali za približno 46 %, javni za 58 %, zasebni pa za 14 %. Struktura rasti se je s tem obrnila glede na obdobje 2007–2017 (Slika 11), ko so bistveno hitreje rasli zasebni izdatki. Povečana vloga javnega financiranja izboljšuje razpoložljivost storitev DO, vendar dolgoročne projekcije zaradi staranja prebivalstva kažejo nadaljnjo rast potreb. Vzdržnost javnega financiranja DO zato ni le vprašanje obsega virov, temveč tudi učinkovite organizacije, preventive, povezovanja zdravstva in sociale ter strukture storitev v korist oskrbe na domu in v skupnosti.



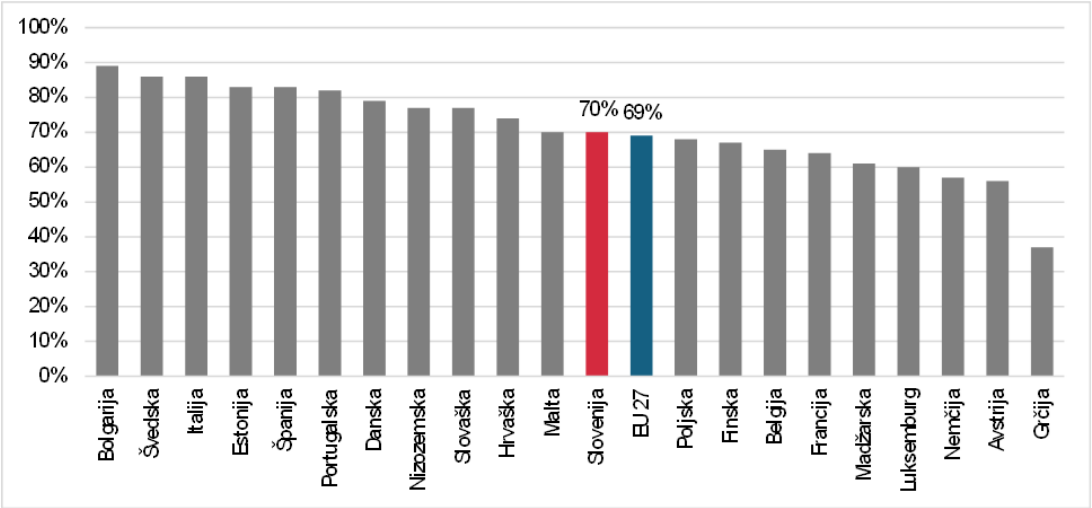
Slika 11 Realna rast izdatkov za DO, 2007–2017 (Vir: SURS; OECD (2026d); preračuni UMAR)



Slika 12 Realna rast izdatkov za DO, 2015-2022 (Vir: SURS; UMAR (2019a); Šarec (2026))

2.4.6 Kadri in plačni položaj zaposlenih

Dostopnost DO je neposredno odvisna od razpoložljivosti kadra. Leta 2023 je v Sloveniji skoraj 70 % zaposlenih v DO prejemalo dohodek, ki je bil nižji ali enak mediani dohodka vseh zaposlenih v državi, kar je bilo zelo blizu povprečju EU (69,3 %). Kazalnik ne meri absolutne ravni plač in ne upošteva vseh razlik v delovnem času, poklicni strukturi in dodatkih, jasno pa kaže močno koncentracijo zaposlenih v spodnji polovici nacionalne porazdelitve dohodkov.



Slika 13 Delež zaposlenih v DO z dohodkom, nižjim ali enakim mediani dohodka zaposlenih, 2023 (Vir: DG EMPL, posebna obdelava podatkov Eurostat EU-LFS 2024 (2026))

Nizke plače so strukturna značilnost sektorja in ne le slovenska posebnost. Evropska komisija ocenjuje, da so povprečne bruto plače v DO približno 20 % nižje od povprečja vseh dejavnosti; nizke plače skupaj z zahtevnimi delovnimi pogoji sodijo med glavne vzroke pomanjkanja kadra. OECD ugotavlja, da je četrtina oskrbovalcev v DO plačana pod 53 % povprečne plače, le desetina pa dosega najmanj povprečno plačo; tudi primerjava z bolnišničnim sektorjem je neugodna. Eurofound opozarja, da so

zaposleni v dolgotrajni oskrbiv EU prejemali približno 80 % povprečne plače, zaposleni v zdravstvu pa 111 %. Ker ženske predstavljajo več kot 85 % zaposlenih v sektorju, ima pocenjenost skrbstvenega dela tudi izrazito dimenzijo enakosti spolov. Za Slovenijo visoka pokritost s kolektivno pogodbo predstavlja pomembno institucionalno osnovo, vendar sama po sebi ne zagotavlja konkurenčnosti plač. Ukrepi morajo zato hkrati izboljšati osnovne plače, dodatke za obremenitve in neugoden delovni čas, možnosti napredovanja, varnost in zdravje pri delu, stabilnost zaposlitev ter dostop do usposabljanja. Če se kakovost delovnih mest ne bo izboljšala, širitev zakonskih pravic ne bo nujno pomenila tudi večje dostopnosti storitev. Zaradi vse večjih potreb se bo hkrati povečeval pritisk na vzdržnost javnega financiranja, javna mreža pa zaradi pomanjkanja kadra ne bo mogla ustrezno širiti svojih zmogljivosti. Posledično se bodo lahko podaljševale čakalne dobe za storitve v javnem sistemu, del upravičencev pa si bo oskrbo zagotavljal pri zasebnih ponudnikih z denarnim prejemkom in dodatnimi plačili iz žepa, kar bi lahko še povečalo obremenjenost neformalnih oskrbovalcev, poglobilo dohodkovne neenakosti v dostopnosti ter poslabšalo kakovost oskrbe.(EK, 2024; Eurofound, 2020; OECD, 2026).

2.4.7 Sklep

Mednarodni kazalniki za Slovenijo kažejo dvojno sliko. Po kazalnikih neizpolnjenih potrebah in povečanju deleža prejemnikov oskrbe na domu je položaj Slovenije glede dostopnosti do DO razmeroma dober, kar je predvsem povezano s hitro širitvijo pravic do osebne asistence po letu 2019. Hkrati so bila leta 2022 neposredna plačila prejemnikov pomoči na domu relativno zelo visoka, celotni javni izdatki za DO pa pod povprečjem EU. Nov sistem DO lahko izboljša dohodkovno dostopnost in pospeši deinstitucionalizacijo, a bo uspešen le, če bodo formalne pravice podprte z zadostnimi izvajalskimi zmogljivostmi.

Pri nadaljnjem spremljanju je smiselno povezati kazalnike potreb (vključno s krhkostjo in omejitvami pri dnevnih aktivnostih), upravičenosti, čakalnih dob, dejansko prejetega obsega storitev, plačil iz žepa in bremena neformalnih oskrbovalcev. Posebno pozornost je treba nameniti razlikam po dohodku, spolu, regiji in intenzivnosti potreb. Ključni razvojni izziv ostaja kader: dostopna in kakovostna DO zahteva zadostno število primerno usposobljenih zaposlenih, njihovo boljše plačilo in kakovostnejše delovne pogoje. Le tako bo mogoče zakonske pravice prevesti v pravočasno, kontinuirano in na posameznika osredotočeno oskrbo.

2.4.8 Literatura in viri

EIGE. (2024). Survey on gender gaps in unpaid care, individual and social activities (CARE), 2. val. Evropski inštitut za enakost spolov.

EK – Evropska komisija. (2024). Mutual learning workshop on long-term care workforce. Bruselj: Evropska komisija.

Eurofound. (2020). Long-term care workforce: Employment and working conditions. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Eurostat. (2026). Eurostat [podatkovna baza]. Luxembourg: Eurostat. https://ec.europa.eu/eurostat/data/database

Evropska komisija in ISG. (2025). The EU Monitoring Framework on the Council Recommendation on access to affordable high-quality long-term care, version 0. Bruselj: Evropska komisija in Indicator Sub-Group Social Protection Committee.

OECD. (2024). Please cite this publication as: OECD (2024), Is Care Affordable for Older People?, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/450ea778-en.

OECD. (2025a). Health at a Glance 2025: OECD Indicators. Pariz: OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en

OECD. (2025b). The Economic Benefit of Promoting Healthy Ageing and Community Care. Pariz: OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/0f7bc62b-en

OECD. (2026). Beyond Applause? Improving Working Conditions in Long-Term Care. Pariz: OECD Publishing.

OECD. (2026d). OECD Statistics. Pariz: Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj. https://stats.oecd.org/

SURS. (2025c). Dostopnost do storitev, 2024. https://www.stat.si/StatWeb/news/Index/13643

Šarec, E. (2026). Dostopnost do dolgotrajne oskrbe v Sloveniji: pregled na podlagi mednarodnih kazalnikov [predstavitev]. Tematsko srečanje JZvMSP Dolgotrajna oskrba s poudarkom na krhkosti in staranju v Sloveniji, NIJZ, 18. 6. 2026.

UMAR. (2019a). Ekonomski izzivi 2019. Ljubljana: Urad RS za makroekonomske analize in razvoj.

UMAR. (2026). Poročilo o razvoju 2026 (poglavji 3.1.4 in 3.1.5; gradivo v pripravi). Ljubljana: Urad RS za makroekonomske analize in razvoj.

WHO. (2020). Decade of healthy ageing: baseline report. https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900

ZDOsk – Zakon o dolgotrajni oskrbi. (2023). Ur. l. RS, št. 84/23 in 81/24. http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO8819

ZZUKDPSS – Zakon o začasnih ukrepih za izboljšanje kadrovskih in delovnih pogojev ter zmogljivosti pri izvajalcih socialnovarstvenih storitev in dolgotrajne oskrbe. (2024). Ur. l. RS, št. 62/24. https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ZAKO8926

2.5 Dolgotrajna oskrba v luči SHARE podatkov

Pripravila: Boris Majcen in Sonja Uršič, Inštitut za ekonomska raziskovanja

2.5.1 Raziskava SHARE

Staranje prebivalstva je za države EU eden ključnih družbenih izzivov 21. stoletja. Za kakovostno načrtovanje javnih politik potrebujemo zanesljive podatke o tem, kako se s staranjem spreminjajo zdravje, ekonomski položaj, delo in upokojevanje, družinske vezi, socialna omrežja ter potrebe po zdravstveni in dolgotrajni oskrbi. Prav temu je namenjena Raziskava o zdravju, procesu staranja in upokojevanju v Evropi – SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe), ki se neprekinjeno izvaja od leta 2004, praviloma v približno dvoletnih razmikih. Do danes je bilo opravljenih 690.000 poglobljenih intervjujev s 175.000 posamezniki, starimi 50 let in več, v 27 evropskih državah in Izraelu.

SHARE je največja vseevropska družboslovna panelna raziskava, ki zagotavlja mednarodno primerljivo longitudinalno bazo mikropodatkov. Longitudinalna zasnova omogoča spremljanje istih oseb skozi čas in s tem vpogled v dinamiko procesa staranja, multidisciplinarnost pa povezovanje zdravstvenih, socialnih in ekonomskih vidikov življenja. Mednarodno harmonizirana zasnova vzorčenja, vprašalnika in zbiranja podatkov zagotavlja primerljivost rezultatov med sodelujočimi državami. SHARE je obenem vsebinsko povezan s sorodnimi longitudinalnimi raziskavami staranja po svetu, med drugim z ameriško raziskavo Health and Retirement Study (HRS) in angleško English Longitudinal Study of Ageing (ELSA).

V raziskavi se zbirajo mikropodatki o fizičnem in duševnem zdravju, kognitivnih funkcijah in vedenjskih tveganjih, uporabi zdravstvenih storitev in oskrbe, zaposlitvi in upokojevanju, dohodkih in premoženju, bivalnih razmerah, družinskih odnosih, socialni opori, socialnih omrežjih in aktivnostih. V posameznih valovih so vključeni tudi objektivni kazalniki zdravja, na primer moč stiska pesti, meritve telesne aktivnosti in biomarkerji. Takšna širina podatkov omogoča preučevanje medsebojnega vpliva zdravja, socialnega okolja in ekonomskega položaja ter zagotavlja pomembno empirično podlago za oblikovanje politik na področju pokojninskega sistema, zdravstva, dolgotrajne oskrbe, trga dela in socialnega varstva. Podatki SHARE so ob predhodni registraciji brezplačno na voljo celotni raziskovalni skupnosti pod pogojem, da se uporabljajo za nekomercialne namene.

Slovenija se je raziskavi SHARE pridružila v 4. valu, ki je potekal v letih 2010/2011. Od takrat sodeluje pri rednem panelnem zbiranju podatkov in tako prispeva k mednarodno primerljivi zbirki mikropodatkov o prebivalstvu, starem 50 let in več. Nacionalni del raziskave omogoča, da vprašanja staranja v Sloveniji obravnavamo v širšem evropskem kontekstu in hkrati spremljamo spremembe skozi čas. V 10. valu je glavno terensko zbiranje podatkov potekalo od jeseni 2024 do poletja 2025. Na

mednarodni ravni SHARE danes predstavlja največjo evropsko družboslovno panelno raziskavo staranja. Raziskovalne analize na njeni podlagi omogočajo nova znanstvena spoznanja ter z dokazi podprto oblikovanje javnih politik.

2.5.2 Vprašalniki za samoizpolnjevanje (»drop-off« vprašalniki

Poleg standardnega, mednarodno harmoniziranega vprašalnika lahko posamezne države v raziskavo SHARE vključijo tudi vprašalnik za samoizpolnjevanje oziroma »drop-off« vprašalnik. Gre za izbirni nacionalni modul, namenjen vprašanjem, ki so povezana s tematiko glavnega vprašalnika in so za posamezno državo posebej relevantna. V Sloveniji smo s temi vprašalniki v različnih valovih obravnavali naslednje teme: v 6. valu stališča in preference glede različnih oblik dolgotrajne oskrbe, v 7. valu dnevno porabo časa ter medsebojno (neformalno) pomoč, v 8. valu nezadovoljene potrebe po dolgotrajni oskrbi ter značilnosti zadnje zaposlitve in upokojevanja, v 9. valu poznavanje pokojninskega sistema in mnenja o potrebnih spremembah, vire financiranja zdravstva in dolgotrajne oskrbe ter zdravstvene storitve in telemedicino. V 10. valu smo se ponovno osredotočili na dolgotrajno oskrbo in na preference posameznikov glede oblike oskrbe ob različnih stopnjah oviranosti. Ta vprašalnik 10. vala, ki smo ga predstavili na tematskem sestanku skupine JZvMSP na temo staranja (Dolgotrajna oskrba s poudarkom na krhkosti in staranju v Sloveniji), podrobneje predstavljamo v nadaljevanju, skupaj z nekaterimi prvimi vsebinskimi ugotovitvami, ki izhajajo iz preliminarnih podatkov.

2.5.3 Preference glede dolgotrajne oskrbe ob različnih stopnjah oviranosti

Slovenski drop-off vprašalnik v 10. valu SHARE je namenjen proučevanju preferenc posameznikov glede dolgotrajne oskrbe. Izhaja iz dejstva, da so lahko posamezniki zaradi dolgotrajne bolezni, invalidnosti, starosti ali drugih razlogov odvisni od pomoči druge osebe pri osnovnih dnevnih aktivnostih (npr. hranjenje, osebna higiena, oblačenje, vstajanje in leganje v posteljo, uporaba stranišča, obvladovanje inkontinence in jemanje zdravil) in/ali pri podpornih dnevnih aktivnostih (npr. nakupovanje, kuhanje, gospodinjska opravila, vodenje financ in uporaba telefona). S pomočjo vprašalnika smo želeli proučiti, katero obliko formalne dolgotrajne oskrbe bi posamezniki želeli prejemati pri različnih stopnjah oviranosti.

2.5.3.1 Stopnja oviranosti pri vsakodnevnih aktivnostih

V vprašalniku anketiranci najprej ocenijo svojo trenutno stopnjo oviranosti pri opravljanju vsakodnevnih aktivnosti zaradi dolgotrajne bolezni, invalidnosti, starosti ali drugih razlogov, pri čemer ne upoštevajo omejitev, za katere pričakujejo, da bodo trajale manj kot tri mesece. Vprašalnik razlikuje štiri stopnje: (1) samostojnost ali lažje omejitve, ko oseba vsakodnevne aktivnosti lahko izvede sama oziroma potrebuje le delno ali občasno pomoč pri podpornih aktivnostih; (2) zmerne omejitve, ko je delno ali občasno odvisna od pomoči pri podpornih in osnovnih aktivnostih; (3) težje omejitve, ko

pomoč pri osnovnih in podpornih aktivnostih potrebuje v večji meri oziroma pogosteje; ter (4) najtežje omejitve, ko je od pomoči druge osebe večinoma ali popolnoma odvisna.

To vprašanje nam omogoča preučevanje, ali in kako na oblikovanje predstav o želenih oblikah dolgotrajne oskrbe vpliva posameznikovo trenutno zdravstveno stanje oziroma njegova samoocena lastne oviranosti.

2.5.3.2 Želene oblike formalne oskrbe

Jedro vprašalnika predstavljajo trije hipotetični scenariji – zmerne, težje in najtežje oviranosti. Pri vsakem scenariju anketiranec označi eno ali več oblik oskrbe, ki bi jih želel prejemati. Nabor možnosti omogoča primerjavo med institucionalno oskrbo, različnimi oblikami oskrbe na domu ter denarnim prejemkom, s katerim bi si oseba oskrbo organizirala sama. Anketiranci lahko izbirajo med naslednjimi oblikami oskrbe:

- bivanje v ustrezni instituciji (npr. dom za starejše);
- bivanje doma ob dnevni oskrbi v ustrezni instituciji;
- bivanje doma z oskrbo izključno strokovnih delavcev (npr. patronažna služba, socialna oskrbovalka);
- bivanje doma ob kombinaciji oskrbe družine oziroma sorodnikov in strokovnih delavcev;
- mesečni denarni prejemek, s katerim bi si oseba oskrbo organizirala sama v krogu družine;
- mesečni denarni prejemek, s katerim bi si oseba oskrbo organizirala sama zunaj družine.

Pri scenariju najtežjih omejitev je na voljo tudi možnost oskrbovalca družinskega člana: oseba bi ostala doma, zanjo pa bi skrbel družinski član ali sorodnik, ki bi v primeru prekinitve zaposlitve zaradi oskrbe prejemal nadomestilo za izgubljeni dohodek.

2.5.3.3 Razvrščanje izbranih možnostih

Ker je pri posamezni stopnji oviranosti mogoče izbrati več sprejemljivih oblik oskrbe, vprašalnik ne meri le tega, katere možnosti so za posameznika sprejemljive, temveč tudi njihovo relativno zaželenost. Če anketiranec izbere več možnosti, jih v naslednjem koraku razvrsti od najbolj do najmanj želene. Takšna zasnova omogoča razlikovanje med prvo izbiro posameznika in alternativami, ki bi jih bil pripravljen sprejeti, če njegova najprimernejša možnost ne bi bila na voljo.

2.5.3.4 Razlogi za ne izbiro formalne oskrbe

Vprašalnik posebej naslavlja tudi možnost, da posameznik kljub upravičenosti ne bi želel prejemati formalne oskrbe. V takem primeru ga vpraša po razlogih za takšno odločitev. Ta sklop je pomemben, ker omogoča razlikovanje med dejansko preferenco po neformalni oskrbi in odklanjanjem formalne oskrbe zaradi informacijskih, finančnih ali drugih zaznanih ovir.

2.5.3.5 E-oskrba kot dopolnitev drugih oblik neinstitucionalne oskrbe

Za vsako od treh stopenj oviranosti vprašalnik preverja še zanimanje za uporabo storitev e-oskrbe. Gre za storitve na daljavo, namenjene zagotavljanju večje samostojnosti in varnosti v domačem okolju, na primer osebni alarmi, detektorji padca ter senzorji za zaznavanje dima ali plinov. Vključitev e-oskrbe v vprašalnik omogoča oceno, v kolikšni meri bi prebivalci takšne tehnološke rešitve sprejeli kot dopolnitev oskrbe na domu pri naraščajoči odvisnosti od pomoči.

2.5.3.6 Pomen podatkov za načrtovanje sistema dolgotrajne oskrbe

Vprašalnik omogoča analizo, kako se preference glede dolgotrajne oskrbe spreminjajo z zamišljeno stopnjo oviranosti in kako so povezane s samooceno stopnje oviranosti v času anketiranja. Poleg tega lahko preference glede dolgotrajne oskrbe primerjamo tudi z zdravstvenim, socialnim in ekonomskim položajem anketirancev, ki ga podrobno meri glavni vprašalnik SHARE. Tako lahko preference na primer povežemo z informacijami o zdravju, družinskih in socialnih omrežjih, bivalnih razmerah, dohodkih in premoženju ter z izkušnjami z oskrbo. Tako lahko bolje razumemo, katere oblike oskrbe prebivalci 50+ vidijo kot zaželene v različnih okoliščinah ter kje se lahko med željami uporabnikov in dejansko razpoložljivostjo storitev pojavijo vrzeli. Ti podatki so zato zelo uporabni pri načrtovanju dostopnega, uporabnikom prilagojenega in dolgoročno vzdržnega sistema dolgotrajne oskrbe.

2.5.3.7 Preliminarni rezultati

Preliminarni rezultati kažejo nekaj razmeroma jasnih vzorcev. Ker podatki v času priprave prispevka še niso uradno objavljeni, saj še niso v celoti očiščeni in uteženi, na tem mestu izpostavljamo le smeri ugotovitev, brez številčnih ocen.

Preference glede oblike oskrbe se izrazito spreminjajo glede na hipotetično stopnjo oviranosti. Pri predpostavljenih zmernih omejitvah prevladuje želja po oskrbi v domačem okolju, medtem ko se z naraščanjem pričakovane oviranosti in odvisnosti od pomoči povečuje delež tistih, ki bi izbrali institucionalno oskrbo. Pri najtežjih omejitvah ta postane najpogostejša prva izbira.

Med oblikami oskrbe na domu je pri predpostavljenih zmernih in težjih omejitvah posebej pomembna kombinacija pomoči družine oziroma sorodnikov ter strokovnih delavcev. Rezultati nakazujejo, da si številni posamezniki oskrbe ne predstavljajo kot izključno formalne ali izključno neformalne (s strani družine oziroma sorodnikov), temveč kot kombinacijo obeh oblik pomoči.

Denarni prejemek, s katerim bi si posameznik oskrbo organiziral sam, predstavlja pomembno alternativo predvsem pri predpostavljenih nižjih stopnjah oviranosti. Ko se pričakovane omejitve stopnjujejo, njegova relativna privlačnost upada, večji pomen pa dobijo organizirane storitve in institucionalna oskrba.

Pri predpostavljenih najtežjih omejitvah, kjer je kot dodatna oblika oskrbe na voljo tudi **oskrbovalec družinskega člana**, bi si določen odstotek posameznikov želel ostati doma in koristiti to obliko oskrbe. Delež takšnih posameznikov približno sovpada z deležem tistih, ki bi želeli imeti izključno strokovno oskrbo na domu. Vendar pa sta ti dve obliki oskrbe izbrani bistveno redkeje kot institucionalna oskrba ali kombinacija strokovne in neformalne oskrbe na domu.

Primerjave med anketiranci z različnimi trenutnimi samoocenjenimi stopnjami oviranosti kažejo, da je osnovni vzorec preferenc podoben: z naraščanjem zamišljene stopnje oviranosti se izbira premika od oskrbe na domu proti institucionalni oskrbi. Vendar se, v primerjavi s posamezniki, ki so še samostojni oziroma imajo le manjše omejitve pri podpornih aktivnostih, osebe z zmernimi, težjimi ali najtežjimi omejitvami ob naraščanju hipotetične stopnje oviranosti redkeje odločajo za institucionalno oskrbo ter pogosteje za različne oblike oskrbe na domu oziroma denarni prejemek. Pri najtežji stopnji oviranosti pogosteje izražajo tudi preferenco za oskrbovalca družinskega člana.

Prvi rezultati torej kažejo, da pri oblikovanju predstav o prihodnjih potrebah po dolgotrajni oskrbi pomembne vloge ne igra le pričakovana intenzivnost potrebne pomoči, temveč tudi posameznikovo trenutno zdravstveno stanje oziroma njegova lastna izkušnja z oviranostjo. Osebe, ki se že danes soočajo z večjimi funkcionalnimi omejitvami, očitno pogosteje dajejo prednost oblikam oskrbe, ki omogočajo bivanje v domačem okolju in večjo vključenost družinskih članov v oskrbo.

2.5.4 Sklep

Pri načrtovanju dolgotrajne oskrbe ni pomembno le, koliko ljudi bo pomoč potrebovalo, temveč tudi, kakšno pomoč si bodo želeli pri različnih stopnjah oviranosti. Vpogled v preference posameznikov po različnih oblikah dolgotrajne oskrbe omogoča slovenski drop-off vprašalnik 10. vala SHARE. Posebna vrednost raziskave SHARE je v tem, da te preference postavlja v širši kontekst življenjskih okoliščin posameznika. S tem dobimo podlago za boljše razumevanje pričakovanj uporabnikov in oblikovanje sistema dolgotrajne oskrbe, ki bo poleg formalne upravičenosti upošteval tudi sprejemljivost, dostopnost in želje ljudi, ki jim je sistem namenjen.

2.5.5 Viri in literatura

Börsch-Supan, A. idr. (2013). Data Resource Profile: The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). International Journal of Epidemiology, 42(4), 992–1001.

Majcen, B. (ur.) (2015). Značilnosti starejšega prebivalstva v Sloveniji – prvi rezultati raziskave SHARE. Ljubljana: Inštitut za ekonomska raziskovanja.

SHARE-ERIC. The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. https://share-eric.eu/ (dostop avgust 2026).

SHARE Slovenija. https://www.share-slovenija.si/ (dostop avgust 2026).

SHARE Slovenija (2024/25). Elektronski vprašalnik za samoizpolnjevanje, 10. val: dolgotrajna oskrba. Interno raziskovalno gradivo.

2.6 Vzpostavljanje dolgotrajne oskrbe: trenutno stanje in izzivi

Pripravila: Lea Lebar, Inštitut RS za socialno varstvo

Z uveljavitvijo Zakona o dolgotrajni oskrbi je Slovenija vzpostavila nov sistem dolgotrajne oskrbe, katerega pomembna usmeritev je krepitev oskrbe na domu in v skupnosti ter zagotavljanje možnosti, da ljudje ob ustrezni podpori čim dlje ostanejo v svojem domačem okolju. Takšna usmeritev sledi tudi Evropski strategiji oskrbe, ki hkrati poudarja tudi dostopnost in kakovost dolgotrajne oskrbe, zlasti storitev na domu in v skupnosti. Krepitev teh oblik oskrbe izven institucij je pomembna za ohranjanje samostojnosti in možnosti izbire uporabnikov in uporabnic ter za zmanjševanje prevelike odvisnosti sistema od neformalne oskrbe družinskih članov in članic.

Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo v okviru projekta Kakovostna dolgotrajna oskrba spremlja vzpostavljanje sistema ter pri tem podpira ključne deležnike na terenu, predvsem svetovalke na vstopnih točkah in koordinatorke dolgotrajne oskrbe pri izvajalcih. Sočasno zagotavlja podatkovno podporo vzpostavljanju in spremljanju sistema. Namen predstavitve je prikazati ključne podatke o dosedanjem izvajanju dolgotrajne oskrbe ter na njihovi podlagi osvetliti nekatere izzive pri vzpostavljanju sistema.

Podatki do sredine junija 2026 kažejo velik obseg vključevanja v novi sistem. Do 17. junija je bilo evidentiranih skoraj 31.000 splošnih vlog za dolgotrajno oskrbo, izvedenih pa je bilo več kot 9.000 ocen upravičenosti, velika večina na domu uporabnikov in uporabnic. Posamezne pravice se vzpostavljajo različno hitro. Relativno dobro se vzpostavljajo oblike, ki imajo že razvito izvajalsko oziroma organizacijsko podlago, predvsem dolgotrajna oskrba v instituciji in oskrbovalec oziroma oskrbovalka družinskega člana ali članice. Počasneje se vzpostavlja dolgotrajna oskrba na domu, kar je povezano tudi s pomanjkanjem kadra, potrebo po reorganizaciji dela ter zahtevnostjo vzpostavljanja povsem novega sistema storitev.

V naslednjem obdobju bo zato ključno okrepiti kadrovske in izvajalske zmogljivosti za dolgotrajno oskrbo na domu. Hkrati bo treba več pozornosti nameniti temu, v kolikšnem obsegu uporabniki in uporabnice priznan obseg storitev dejansko prejemajo in ali se razmerje med posameznimi oblikami oskrbe razvija v smeri zastavljenega cilja, torej večje dostopnosti oskrbe na domu in v skupnosti.

2.7 Krhkost v kontekstu javnega zdravja: perspektive in delo NIJZ

Pripravil: Branko Gabrovec, Nacionalni inštitut za javno zdravje

Krhkost je s starostjo povezan progresiven upad fizioloških sistemov, ki rezultira v zmanjšanih intrizničnih kapacitetah, to pa vodi v večjo ranljivost za stresorje in v negativne zdravstvene izide.

Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ) je področje krhkosti pričel naslavljati že v okviru projekta *»Aktivno in zdravo staranje v Sloveniji (Active and Healthy Ageing in Slovenia – AHA.SI)«,* ki je potekal v letih 2013 – 2016. Nadalje je v okviru tretjega zdravstvenega programa (2014–2020), sodeloval v projektu skupnega ukrepanja o preprečevanju krhkosti (JA-ADVANTAGE), ki je potekal v letih 2017 – 2019. NIJZ-ju je bilo zaupano vodenje delovnega področja obvladovanja krhkosti na ravni posameznika. Oba projekta (AHA.SI in JA-ADVANTAGE) sta prispevala k oblikovanju enotnega stališča na področju krhkosti v vseh državah članicah Evropske unije in prispevala k pripravi predloga za celovito in celostno obravnavo krhkosti na populacijski ravni za projekt "*Sistemska obravnava krhkosti s poudarkom na predkrhkosti za zdravo in kakovostno staranje"*.

Projekt bo potekal od leta 2024 do 2028 in je namenjen razvoju in implementaciji interdisciplinarne, preventivne obravnave predkrhkosti in krhkosti na primarni ravni zdravstvenega varstva ter oblikovanju integrirane poti obravnave. Cilj je izboljšati zdravstveno in digitalno pismenost, povečati ozaveščenost ter okrepiti telesno in duševno zdravje starejših odraslih.

Projekt spodbuja povezovanje zdravstvenega sistema z drugimi deležniki v skupnosti, zmanjševanje neenakosti v zdravju in izboljšanje bivalnega okolja z multidisciplinarnim in trajnostnim pristopom.

2.8 Sistemska obravnava krhkosti s poudarkom na predkrhkosti za zdravo in kakovostno staranje

Pripravil: Branko Bregar, Nacionalni inštitut za javno zdravje

Projekt *Sistemska obravnava krhkosti s poudarkom na predkrhkosti za zdravo in kakovostno staranje (2024–2028)* predstavlja enega ključnih razvojnih projektov na področju zdravega staranja v Sloveniji. Njegov cilj je vzpostaviti celovit in trajnosten sistem zgodnjega prepoznavanja ter obravnave predkrhkosti in krhkosti na primarni ravni zdravstvenega varstva ter v lokalnih skupnostih.

V okviru projekta je bila vzpostavljena projektna infrastruktura, izbrana pilotna okolja po Sloveniji ter oblikovana pot osebe s predkrhkostjo oziroma krhkostjo z vidika navigacijske zdravstvene pismenosti. Na področju telesne krhkosti so bili pripravljeni pregled literature, presejalna orodja, model ocenjevanja telesne krhkosti, klinična pot obravnave ter se pripravljajo nove intervencije za krepitev zdravja in preprečevanje napredovanja krhkosti. Trenutno potekajo priprave na pilotno izvajanje in klinično raziskavo. Na področju duševne in socialne krhkosti poteka longitudinalna raziskava o povezanosti duševnega zdravja, socialnih dejavnikov in krhkosti ter kvalitativna raziskava izobraževalnih potreb strokovnjakov za prepoznavanje in obravnavo duševne krhkosti. Pomemben del projekta predstavlja tudi sodelovanje z nevladnimi organizacijami, kjer je bilo izvedeno nacionalno mapiranje organizacij in vzpostavljen sistem rednega prenosa znanj ter informacij. Projekt vključuje tudi razvoj starosti prijaznega bivalnega okolja, pripravo modela skupnostne obravnave predkrhkih oseb ter prilagoditev digitalnih zdravstvenih rešitev, zlasti sistema zVEM, potrebam starejših in drugih ranljivih skupin. Posebna pozornost je namenjena tudi varnostnim vidikom krhkosti, predvsem preprečevanju nasilja nad starejšimi.

Končni cilj projekta je prispevati k ohranjanju samostojnosti, funkcionalnih sposobnosti in kakovosti življenja starejših odraslih ter pripraviti podlage za nacionalno implementacijo celostne obravnave krhkosti v Sloveniji.

3 SKUPNA SPOROČILA IN RAZVOJNI IZZIVI

Pripravila: Monika Robnik Levart, Nacionalni inštitut za javno zdravje

Prispevki v publikaciji osvetljujejo dolgotrajno oskrbo in krhkost kot medsebojno povezani področji, ki zahtevata usklajeno delovanje zdravstvenega in socialnega sistema ter širšega okolja, v katerem živijo starejši. Njihovo skupno sporočilo je, da se ob staranju prebivalstva ne povečujejo le potrebe po oskrbi, temveč tudi pomen pravočasnega prepoznavanja tveganj, ohranjanja funkcionalnih sposobnosti in zagotavljanja pogojev za čim daljše samostojno življenje.

Na področju dolgotrajne oskrbe Slovenija prehaja od vzpostavljanja zakonodajnega in organizacijskega okvira k zahtevnejšim vprašanjem njegovega izvajanja. Pri tem se kot ključni izzivi kažejo zagotavljanje zadostnih kadrovskih zmogljivosti, razvoj dostopnih storitev v domačem okolju in skupnosti, učinkovito povezovanje izvajalcev ter vzpostavitev zanesljivega spremljanja izvajanja in učinkov sistema. Formalno priznane pravice so pomemben temelj, vendar njihova vrednost za uporabnike v praksi temelji predvsem na tem, ali so storitve pravočasno dosegljive, kakovostne in prilagojene njihovim dejanskim potrebam.

Pomembno dopolnitev sistemskemu razvoju predstavlja področje krhkosti. Zgodnje prepoznavanje predkrhkosti in krhkosti odpira možnosti za pravočasno ukrepanje, ohranjanje samostojnosti in preprečevanje oziroma upočasnjevanje funkcionalnega upada. Za doseganje teh ciljev je treba povezovati preventivne dejavnosti, zdravstveno obravnavo, socialno podporo in vire pomoči v lokalnem okolju. Pri tem je pomembno upoštevati, da se potrebe posameznikov razlikujejo ter da krhkost vključuje telesne, duševne in socialne razsežnosti.

Prispevki opozarjajo tudi na pomen perspektive uporabnika. Razumevanje potreb, življenjskih okoliščin in preferenc starejših omogoča načrtovanje storitev, ki niso usmerjene zgolj v zagotavljanje formalnih pravic, temveč tudi v ohranjanje kakovosti življenja in upoštevanje želja posameznika. Krepitev oskrbe na domu in v skupnosti je zato pomembna razvojna usmeritev, ki pa zahteva ustrezno organizirano mrežo storitev, podporo neformalnim oskrbovalcem in možnost izbire drugih oblik oskrbe, kadar jih narekujejo potrebe posameznika.

Za nadaljnji razvoj obeh področij so bistveni tudi kakovostni in primerljivi podatki. Spremljanje upravičenosti, dejansko prejetih storitev, neizpolnjenih potreb, kadrovskih zmogljivosti, stroškov ter učinkov preventivnih ukrepov omogoča boljše razumevanje delovanja sistema in prepoznavanje področij, ki zahtevajo dodatne ukrepe. Povezovanje statističnih podatkov, raziskovalnih ugotovitev in

izkušenj iz prakse je zato pomembna podlaga za načrtovanje politik, ki se odzivajo na dejanske potrebe prebivalstva.

Skupna ugotovitev predstavljenih prispevkov je, da dolgoročni razvoj dolgotrajne oskrbe in obravnave krhkosti zahteva več kot posamezne zakonodajne, organizacijske ali strokovne rešitve. Potrebni so trajno sodelovanje med sektorji, ustrezni kadri, dostopne storitve, zgodnje preventivno delovanje ter sistematično spremljanje rezultatov. Prav povezovanje teh elementov predstavlja pomembno izhodišče za spodbujanje zdravega in aktivnega staranja ter ohranjanje samostojnosti in kakovosti življenja starejših v Sloveniji.

4 ZAKLJUČEK

Pripravili: Monika Robnik Levart in Mojca Gabrijelčič, Nacionalni inštitut za javno zdravje

Učinkovito varovanje in krepitev javnega zdravja zahtevata usklajeno, dolgoročno in sistematično sodelovanje različnih sektorjev, saj številni dejavniki, ki vplivajo na zdravje prebivalstva, presegajo področje zdravstvenega sistema. Prav zato je pomembno, da se načela zdravja v vseh politikah dosledno vključujejo v načrtovanje, izvajanje in vrednotenje javnih politik ter da se krepijo povezovanje, izmenjava znanj in skupno iskanje rešitev med različnimi deležniki.

Pri tem predstavlja pomembno priložnost tudi tematsko srečanje skupine Javno zdravje v medsektorskih politikah, ki lahko prispeva k nadaljnji razpravi o konkretnih izzivih, prepoznavanju skupnih prednostnih nalog ter opredelitvi možnosti za učinkovitejše medsektorsko sodelovanje. Srečanje naj bo izhodišče za nadaljnje usklajevanje, poglabljanje vsebinskih izhodišč in pripravo konkretnih predlogov za nadaljnje delo.

Za doseganje trajnostnih rezultatov bo ključno, da se sodelovanje nadaljuje tudi po srečanju, z jasno opredeljenimi cilji, odgovornostmi in naslednjimi koraki. Pomembno je zagotoviti prostor za redno izmenjavo izkušenj, skupno pripravo strokovnih podlag ter razvoj izvedljivih ukrepov, ki bodo omogočili sistematično vključevanje vidika zdravja v različna področja politik. Le z vztrajnim sodelovanjem, skupno pripravo in povezovanjem znanja različnih sektorjev bomo lahko ustvarili pogoje za bolj usklajene javne politike ter dolgoročno izboljšanje zdravja in blaginje prebivalstva.

Več o delovanju skupine JZvMSP je dostopno na spletni strani www.staranje.si , pod rubriko aktualno.