

Kakovostna starost

REVIJA ZA GERONTOLOGIJO IN MEDGENERACIJSKO SOŽITJE
LETNIK 13 (2010), ŠTEVILKA 1



INŠTITUT ANTONA TRSTENJAKA

KAKOVOSTNA STAROST

letnik 13, številka 1, marec 2010

KAZALO

UVODNIK (Introductory)

- 2 Jože Ramovš

ZNANSTVENI IN STROKOVNI ČLANKI (Scientific and expert articles)

- 3 Davor Dominkuš: Zakon o dolgotrajni oskrbi
11 Karin Kanc: Hipoglikemija – pomemben izziv sladkorne bolezni v starosti
16 Nada Irgolič: Zdravila v tretjem življenjskem obdobju
26 Martina Brandt, Christian Deindl: Pomoč ostarelim staršem v vzhodni in zahodni Evropi
38 Nevenka Bogataj: Lastnice gozda kot prezrt zgled

IZ GERONTOLOŠKE LITERATURE (Review of gerontological literature)

- 50 Dolgotrajna oskrba v razvitih evropskih državah (Božidar Voljč)
54 Dolgotrajna oskrba v Evropski uniji (Martina Starc)
57 Nasveti nemškega zveznega ministrstva za zdravje o negi in oskrbi (Tanja Pihlar)
61 Oskrba na domu (Anton Mlinar)
64 Avstrijski oskrbovalni sistem (Tanja Pihlar)
66 24-urno varstvo na domu v Avstriji (Tanja Pihlar)
67 Raziskava o kakovosti bivanja v eno- in dvoposteljnih sobah v domovih za stare ljudi (Tanja Pihlar)
70 Knjiga socioloških prispevkov o staranju v slovenski družbi (Klemen Jerinc, Mojca Slana)
73 Življenjske zgodbe starih ljudi (Blaž Podpečan)
76 **Drobci iz gerontološke literature**
82 **Gerontološki dogodki**

GERONTOLOŠKO IZRAZJE (Glossary of gerontology terms)

- 83 Jože Ramovš: Onemoglost

SIMPOZIJI, POSVETI (Symposiums, workshops)

- 85 Meta Mencej: 40. letnica obstoja in delovanja Gerontološkega društva Slovenije
87 Simona Hvalič Touzery: Prva znanstvena delavnica o družbenoekonomskih virih v okviru projekta FUTURAGE – A roadmap for ageing research

INTERVJU (Interview)

- 90 Hans-Peter Winter in Franc Imperl: Oskrba starejših – mora ali izziv jutrišnjega dne

IZ MEDGENERACIJSKIH PROGRAMOV (Reflections from the intergenerational programmes)

- 103 Ksenija Ramovš: Delo Inštituta Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje v letu 2009
109 Darinka Slanovec: Sveti Alojzij

KLASIKI O STARANJU IN SOŽITJU GENERACIJ (Classics on ageing and good intergenerational relations)

- 111 Citati o starosti (Anton Mlinar)

Slika na naslovnici: Hans-Peter Winter, arhitekt, Nemčija

KAKOVOSTNA STAROST *GOOD QUALITY OF OLD AGE*

Revija za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje

Izdajatelj in založnik / Publisher

Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje
Resljeva 11, p.p. 4443, 1001 Ljubljana

ISSN 1408 – 869X

UDK: 364.65-053.9

Uredniški odbor / Editors

dr. Jože Ramovš (urednik)
dr. Božidar Voljč (za medicinsko gerontologijo)
dr. Tanja Pihlar

Uredniški svet / Editorial Advisory Board

prof. dr. Vlado Dimovski (*Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta*)
dr. Simona Hvalič Touzery (*Inštitut Antona Trstenjaka*)
prof. dr. Zinka Kolarič (*Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede*)
prof. dr. Ana Krajnc (*Univerza za tretje življenjsko obdobje*)
Vida Milošević Arnold (*Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo*)
prof. dr. Vid Pečjak (*psiholog in pisatelj*)
mag. Ksenija Ramovš (*Inštitut Antona Trstenjaka*)
prof. dr. Jože Ramovš (*Inštitut Antona Trstenjaka*)
dr. Božidar Voljč (*Inštitut Antona Trstenjaka*)

Mednarodni uredniški svet / International Advisory Board

prof. dr. Mladen Davidović (*Center for geriatrics, KBC Zvezdara, Beograd, Srbija*)
prof. dr. David Guttmann (*Faculty of Welfare and Health Studies, School of Social Work, University of Haifa, Izrael*)
dr. Andreas Hoff (*Oxford Institute of Ageing, VB*)
dr. Iva Holmerová (*Centre of Gerontology, Češka*)
prof. dr. Ellen L. Idler (*Institute for Health, Health Care Policy and Aging Research, Rutgers University, ZDA*)
dr. Giovanni Lamura (*National Research Centre on Ageing – INRCA, Italija*)

Pregled besedila: Polona Marc

Povzetki člankov so vključeni v naslednjih podatkovnih bazah:
Sociological Abstracts, Social Services Abstracts, Cobiss, EBSCO.

Oblikovanje in priprava za tisk: Salve d.o.o. Ljubljana, Rakovniška 6

Tisk: Itagraf d.o.o. Ljubljana

Cena: letnik 20 €, posamezna številka 6€

Spletna stran: <http://www.inst-antonatrstenjaka.si/revija.html>

E-pošta: info@inst-antonatrstenjaka.si

Revija Kakovostna starost v letu 2010 sofinancira Javna agencija za raziskovalno dejavnost Republike Slovenije.

»Samo, da ne bi bil od drugih odvisen!«, »Nikomur ne bi bila rada v nadlego!« ... take želje slišim pogosto od starajočih se ljudi. Sami so še krepko pri močeh, toda leta in njihovi onemogli vrstniki jih opozarjajo, da človek prej ali slej potrebuje druge ljudi, da mu pomagajo opravljati vsakdanja opravila gospodinjstva in gospodarjenja, pri gibanju, prehranjevanju, osebni higieni ... Naše razvite družbe so prezrle, da sta človekova moč in nemoč dve strani istega zlatnika, ki je na svetu največ vreden – slehernega človeškega življenja. Kdor pozna in sprejema svojo moč in nemoč, bo zdravo usklajeval svoje zasebno življenje z dejavnim povezovanjem z drugimi, lastno skrb zase s pomočjo drugim. Dobro bo razvil in usklajeval samopomoč in solidarnost. To pa sta temeljna socialna imunska vzgiba zdravega človekovega osebnega in družbenega razvoja. Drži namreč zakonitost: *Če hočeš pomagati sebi, poskrbi za druge; če hočeš pomagati drugim, poskrbi zase*. V drugi polovici 20. stoletja smo se ob številčnem mladem prebivalstvu in nagli gospodarski rasti samozadostno zagledali v tisto plat zlatnika, ki odseva moč in neodvisnost posameznika, v začetku 21. stoletja pa že začenjamo doživljati gospodarske omejitve; predvsem pa, da se staramo, kot posamezniki in kot družba ob skoraj polovico manj mladih ljudi, kot je bilo nas, ki smo se rojevali po drugi svetovni vojni tja do leta 1980. Naša močna, dobro izobrazena in sorazmerno zdrava generacija, ki jo v povprečju čaka dve desetletji daljše življenje, kot je naše nedavne prednike, ima v zadnji tretjini svojega življenja dvoje izzivalnih nalog, ki sta neločljivo povezani.

Prva je osebna. Vsakdo od nas, ki se hoče mirno starati, mora v sebi rešiti nasprotje med samostojnostjo in odvisnostjo, tako da oboje sprejme kot enako pomembno stran svojega življenja. Svoje premoženje, zdravje, znanje, izkušnje ... bo varoval, krepil, razvijal in smiselno delil z bližnjimi in širšo družbo, vsega tega se bo veselil, na to bo ponosen in hvaležen, da ima. Prav tako pa bo se bo zavedal, da mu življenje poteka sorazmerno varno in udobno zato, ker je nenehno odvisen od nešteto drugih ljudi. Zato bo mlajše in starejše z zanimanjem poslušal in se z veseljem od njih učil. Ko ga bo doletela bolezen ali druga večja odvisnost od drugih, pa mu bo pomagala tudi zavest, da je njegova nemoč nenadomestljiva šola, v kateri se drugi učijo življenjskega menedžmenta. Kot je prej on svojo zdravo osebnost razvijal s tem, da je pomagal drugim v družini, v službi, v osebni in širši družbi, tako zdaj ob njegovi onemoglosti razvijajo svoje osebnosti drugi, zlasti njegovi najbližji, s tem, ko pomagajo njemu. Človek lahko razvija svojo solidarnost samo v praksi, ko pomaga drugim; razvita solidarnost pa je nosilni steber kakovostnega osebnega življenja in človeškega sožitja v družbi.

Druga izzivalna naloga, ki jo mora ustvarjalno rešiti sedanja srednja generacija, pa je dograditev sistemov javne socialne varnosti v razmerah starajočega se prebivalstva. Naš evropski sistem solidarnostnega zdravstvenega, pokojninskega in invalidskega zavarovanja je ena največjih dobrin človeštva v zadnjem stoletju. Po letu 1990 ga razvite socialno tržne evropske države z vso skrbjo in zavzetostjo dopolnjujejo, da bo pravičen in vzdržen v naslednjih desetletjih, ko bo starih in onemoglih ljudi nekajkrat več kot sedaj. Letos spomladi se je tudi slovenska politika končno odločila, da gre v klub dvajsetih držav, ki so v preteklih 15 letih že zakonsko regulirale svoje sisteme dolgotrajne oskrbe starih in drugih ljudi, ki potrebujejo dolgotrajno pomoč. Novo zavarovanje za dolgotrajno oskrbo, ki sinergično poveže razdrobljene strokovne, finančne in organizacijske in druge sile, se je v teh državah pokazalo kot uspešna rešitev.

Da bi pomagali v razpravi pri sprejemanju kakovostnega sistema za dolgotrajno oskrbo v Sloveniji, smo to številko revije v veliki meri posvetili prav tem vprašanjem. Pri tem bo marsikomu verjetno prijetna popestritev pogovor s Hansom Petrom Winterjem, enim najboljših poznavalcev *normalizacije* oskrbovalnih programov v Evropi.

J. Ramovš

Davor Dominkuš

Zakon o dolgotrajni oskrbi

POVZETEK

Slovenija v letu 2010 pripravlja sprejem Zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo; avtor članka je član ožje vladne skupine, ki zakon pripravlja. V članku predstavi demografsko stanje in druge razloge, ki narekujejo ureditev nacionalnega sistema za dolgotrajno oskrbo z novim solidarnostnim zavarovanjem. Nato opredeli dolgotrajno oskrbo in pregledno predstavi njeno ureditev v predlogu novega slovenskega zakona.

Ključne besede: dolgotrajna oskrba, zakon o dolgotrajni oskrbi, Slovenija, starostna onemoglost

AVTOR: Davor Dominkuš je univerzitetni diplomirani sociolog, ki je začel svojo poklicno pot v Kliničnem centru Ljubljana, nato pa večino svoje kariere opravljal najzahtevnejša strokovna in organizacijska dela na vodstvenih položajih na področju vzgoje in izobraževanja, zaposlitvene rehabilitacije in zaposlovanja ter socialnega varstva. Od leta 2001 opravlja odgovorne naloge na sektorju za socialno varstvo na Ministrstvu za delo, družino in socialne zadeve, kjer je od leta 2007 generalni direktor Direktorata za socialne zadeve.

ABSTRACT

Long term care law

The Long term care and long term care insurance law is being prepared in Slovenia in the year 2010. The author of the article is a member of the government group preparing the law. The article presents the demographic conditions and other reasons that are dictating the arrangements of the national system of long term care based on a new solidarity insurance scheme. It continues with the definition of long term care and presents an overview of the proposal of the new Slovene law.

Key words: long term care, long term care law, Slovenia, dependency in old age

AUTHOR: Davor Dominkuš is a university graduate in sociology who began his career at the University Medical Centre in Ljubljana. For the greater part of his career he has been carrying out the most demanding professional and organizational jobs in managerial positions in the fields of education, employment and social care. Since 2001 he has been in charge of important tasks at what is now the Social Assistance Services and Programmes Division of the Ministry of Labour, Family and Social Affairs becoming in 2007 the general director of the Social Affairs Directorate.

1. UVOD

Eden ključnih dosežkov modernih družb je podaljševanje življenjske dobe, kar ima za posledico hitro naraščanje deleža starejših ljudi oz. povečevanje deleža zelo starih ljudi. Demografske spremembe, ki smo jim priča, bodo v prihodnjih letih močno vplivale na človeške potrebe in strukture v družbi, tako da nekateri teoretiki že sedaj govorijo o revolucionarnih spremembah, ki bodo korenito posegle v obstoječe politične, socialne in ekonomske odnose (Beck, 2002).

V novih demografskih okoliščinah bo zelo pomembno zagotoviti pogoje, ki bodo omogočili ohranjanje dosežene ravni socialne zaščite oz. socialne varnosti posameznikov in družin. To še zlasti velja za sisteme, ki se nanašajo na področje pokojninskega in zdravstvenega varstva ter dolgotrajne oskrbe. Izdatki držav oz. različnih javnih blagajn za ta tri področja bodo v prihodnosti glede na vse večji delež starejših dodatno naraščali, zato bo treba poiskati nove rešitve, ki bodo po eni strani zagotovile primerne finančne vire, po drugi strani pa bo treba reformirati tudi storitvene sisteme, in sicer v smeri večje učinkovitosti ter nove delitve dela in odgovornosti med posameznimi deležniki.

Tudi naša država načrtuje izvedbo temeljitih reform na teh področjih. Ker bodo posegi v dosedanje rešitve in koncepte zelo veliki, bo treba iskati rešitve, ki se naslanjajo na dosedanje izkušnje in prakso ter hkrati vpeljujejo nove rešitve iz razvitejših držav.

Vzporedno bo treba ustrezno prepričati tudi najširšo javnost tako o nujnosti rešitev kot o najprimernejših načinih reševanja izzivov, povezanih z demografskimi spremembami, ter predloge argumentirati med drugim tudi s pozitivnimi izkušnjami tistih držav, ki nove pristope na teh področjih že uvajajo.

2. DEMOGRAFSKE SPREMEMBE IN SOCIALNA TVEGANJA, POVEZANA S STARANJEM PREBIVALSTVA

Ena ključnih značilnosti sodobnih razvitih družb je podaljševanje življenjske dobe, ki je povezano z napredkom medicine in znanosti ter v večini držav tudi z upadom števila rojstev. Povprečna pričakovana življenjska doba se je v razvitih državah od leta 1960 do konca prejšnjega stoletja podaljšala za povprečno osem let, do leta 2050 pa naj bi se podaljšala še za nadaljnjih šest let (podatki WHO, splet, 2009).

V letu 2006 je bila povprečna pričakovana življenjska doba za moške v Republiki Sloveniji 74,9 let, za ženske pa 82,3 leta. Pričakovana življenjska doba se je v RS v obdobju od leta 1980 do 2007 v povprečju povečala kar za 7 let, v obdobju od 2000 do 2006 pa za več kot dve leti (vsi podatki SURS, 2009). Glede na zadnje demografske projekcije, ki jih je objavil SURS poleti 2009, se bo število starejših od 65 let do leta 2020 v primerjavi z letom 2008 povečalo za 94.900 prebivalcev, skupina starejših od 80 let pa v istem obdobju za 40.100 prebivalcev (srednja projekcija).

Tabela 1: Projekcija rasti prebivalcev RS, starejših od 65 oz. 80 let, za obdobje 2008 do 2060

	Leto projekcije						
	2008	2010	2020	2030	2040	2050	2060
Število prebivalcev nad 65 let (EUROPOP2008)	325.300	338.200	420.200	511.500	569.400	610.400	594.700
Število prebivalcev nad 80 let (EUROPOP2008)	71.200	79.600	111.300	135.100	193.300	224.600	246.400

(Vir SURS, 2009)

Delež starejših od 65 let v državah članicah EU naj bi se do leta 2050 v primerjavi z današnjim stanjem povečal za 77%, tistih, ki so starejši od 80 let, pa za 50% (SURS, 2009).

V takšnih okoliščinah zahtevajo izzivi, ki jih prinaša staranje prebivalstva, takojšnje ukrepanje držav, in sicer tako, da bo tudi v novih razmerah možno zagotoviti trajnostni razvoj in ohraniti vzdržnost in kakovost dosežene ravni sistemov socialne zaščite, kar zlasti velja za pokojninski in zdravstveni sistem ter za sisteme dolgotrajne oskrbe. Čedalje več starejših ljudi kljub kronični bolezni ali invalidnosti oz. oslabeledosti doživi visoko starost, vendar v tej starosti potrebuje ustrezno podporo, pomoč in oskrbo drugih oseb.

Upravičeno lahko trdimo, da je čedalje več ljudi izpostavljeno tveganju, da pozna leta svojega življenja preživi v odvisnosti od stalne ali občasne pomoči druge osebe. To novo tveganje ima številne dimenzije, ki so povezane z zagotavljanjem človeških in finančnih virov in primerno organizacijo in koordinacijo pomoči, posega pa v prostor socialnega in zdravstvenega varstva, načrtovanja in urejanja prostora in številnih tehničnih disciplin. Zlasti pomembno je vprašanje zagotavljanja primernih finančnih virov in finančne vzdržnosti sistemov dolgotrajne oskrbe, ki jo bo treba zagotoviti ob upoštevanju dejstva, da se bo v prihodnjih letih delež starejših povečeval še hitreje kot v preteklosti, saj je prag 65 let prestopila po drugi svetovni vojni rojena, izredno številčna generacija.

V preteklosti je nego in oskrbo starejših članov zagotavljala predvsem družina. Tudi sicer so bili ostali vidiki socialne varnosti starejših povezani s pomembno vlogo in podporo družine. Statistični podatki kažejo, da se še vedno velik del dolgotrajne oskrbe starejših ljudi izvaja v družini. Dejstvo je, da se sodobna družina ob koncu dvajsetega in na začetku enaindvajsetega stoletja močno spreminja. Ker se čedalje več žensk odloča za poklicno kariero, ki jo opravljajo v enakem trajanju in intenziteti kot moški, to pomeni, da bodo v prihodnosti imele čedalje manj možnosti in časa nuditi nego in oskrbo družinskim članom. Zmanjševanje razmerja med tistimi člani družine, ki bodo pomoč potrebovali, in tistimi, ki jo bodo lahko izvajali, se že zaostruje in se bo v prihodnosti še bolj, in sicer tako pomoči, ki se izvaja znotraj neformalnih oblik, kot pomoči, ki poteka v formalnih oblikah.

V razmerah, ko se družina močno spreminja, je čedalje več starejših ljudi prepuščenih formalnim oblikam pomoči in podpore, ki jo zagotavljajo plačani profesionalci, zaposleni pretežno v javnih službah, ki so v pristojnosti lokalnih skupnosti oz. države.

Tveganja, ki jih prinaša staranje prebivalstva, bo zato možno reševati samo, če si bomo na novo razdelili njihovo breme ter učinkoviteje organizirali sisteme socialne zaščite. Pri

tem bo treba redefinirati vlogo in pristojnosti posameznika, družine in države (EK, 2008) ter na novo opredeliti področja preventive, zgodnje rehabilitacije in uporabe sodobnih informacijsko komunikacijskih tehnologij.

Izhajajoč iz dejstva, da bo treba v prihodnosti temeljito modernizirati sisteme zdravstvene varstva in dolgotrajne oskrbe, se zdi, da so razmišljanja o tveganjih, ki so povezana z izzivi dolgožive družbe, še vedno premalo prisotna. Vprašanja in dileme, ki izhajajo iz demografskih sprememb, so še vedno na robu javnega, političnega in akademskega interesa (Beck, 2002).

Za Slovenijo velja, da so ključne razprave v javnosti vezane predvsem na vprašanje vzdržnosti pokojninskega in občasno tudi zdravstvenega sistema. Razprave o dolgotrajni oskrbi pa se intenzivirajo samo ob določenih ekscesih, kot je bila na primer afera *Črni les*. V javnosti je treba zaradi tega nenehno opozarjati na potrebo po ustrezni obravnavi in koncipiranju rešitev, povezanih z demografskimi spremembami. Oblikovanje dostopnega, kakovostnega in finančno vzdržnega sistema zdravstvene in dolgotrajne oskrbe je pomembno vprašanje, ki zadeva vse generacije.

Z vidika posameznika se zdi, da starost ni nič več idilično obdobje življenja, ko človek v miru uživa plodove minulega dela. Številna tveganja, ki jih prinaša staranje prebivalstva oz. podaljšana življenjska doba, bodo zahtevala aktivno upravljanje starosti, na katero pa ne posamezniki ne sistemi še niso pripravljeni (Beck, 2002).

3. DEFINICIJA DOLGOTRAJNE OSKRBE

Področje dolgotrajne oskrbe je po posameznih državah različno definirano. Skupno izhodišče vseh definicij je, da gre pri dolgotrajni oskrbi za dalj časa trajajoče zagotavljanje storitev in podpore osebam, ki so zaradi različnih razlogov odvisne od tuje pomoči. Odvisnost pomeni stanje, ko oseba zaradi izgube ali odsotnosti telesne, psihične ali intelektualne samostojnosti potrebuje pomoč pri opravljanju temeljnih in podpornih življenjskih opravil.

Analize, ki so bile opravljene v državah članicah EU, kažejo, da potrebuje dolgotrajno oskrbo povprečno med 3 do 5% vsega prebivalstva posamezne države. Število potencialnih uporabnikov močno narašča s starostjo; tako naj bi v starosti nad 65 let stalno ali občasno podporo in pomoč pri dnevnih opravilih potrebovalo več kot 15% oseb, po 80. letu starosti pa skoraj tretjina (EK, 2008).

4. KLJUČNA IZHODIŠČA UREDITVE ZDRAVSTVENE IN DOLGOTRAJNE OSKRBE V EVROPSKI UNIJI IN REPUBLIKI SLOVENIJI

Starosti in procesov staranja nikakor ne smemo neposredno povezovati s slabšim zdravstvenim stanjem in invalidnostjo (Giddens, 2001), vsekakor pa velja, kot smo že povedali, da s staranjem naraščajo potrebe po zdravstveni obravnavi in dolgotrajni oskrbi. Zdravstveno stanje starejših in njihova odvisnost od pomoči drugih sta povezana z vrsto dejavnikov, ki so odvisni od posameznika in od okolja, v katerem živi.

Države članice EU se na področju zagotavljanja kakovostne in finančno vzdržne zdravstvene in dolgotrajne oskrbe srečujejo s podobnimi težavami.

Evropski parlament in Evropska komisija ugotavljata (EK, 2008), da morajo države članice v prihodnosti posebno pozornost nameniti osebam, ki potrebujejo zdravstvene storitve in dolgotrajno oskrbo. Posebej poudarjata, da je to področje bistvenega pomena za doseganje visoke stopnje socialne zaščite in vključenosti starejših oseb ter tistih, ki so odvisni od tuje pomoči.

Evropska komisija ugotavlja, da potrebe zlasti hitro naraščajo na področju dolgotrajne oskrbe in da je za zagotavljanje kakovostnih storitev na tem področju potrebno najti ravnotežje med javno in zasebno odgovornostjo ter formalno in neformalno oskrbo. V *Skupnem poročilu o socialni zaščiti in socialni vključenosti za leto 2008* komisija ugotavlja, da je treba za reševanje tega vprašanja finančne opcije oceniti hkrati s premikom v neinstitucionalno varstvo ter zagotoviti zadostno število primerno usposobljenih izvajalcev.

V Republiki Sloveniji že dalj časa ugotavljamo, da veljavni sistem dolgotrajne oskrbe zaradi različnih razlogov ni ustrezen (MDDSZ, 2008). Poglavitne ugotovitve v zvezi s tem so:

- obstoječe storitve in prejemki niso povezani v enovit sistem, obseg pravic se za primerljive potrebe bistveno razlikuje glede na formalno podlago za njihovo uveljavljanje, določene pravice niso formalno dostopne za posamezne kategorije prebivalstva;
- v praksi ni dobre koordinacije med službami, ki zagotavljajo različne oblike pomoči;
- mreža storitev ni enakomerno dostopna, tudi kakovost ni povsod enaka;
- storitve v bivalnem okolju so še vedno relativno nerazvite, kar dodatno povzroča pritisk na podaljševanje dragih hospitalizacij in širitev institucionalnih oblik dolgotrajne oskrbe;
- trenutni sistem financiranja ne zagotavlja dolgotrajne vzdržnosti in ustvarja razlike med uporabniki s primerljivimi potrebami.

Zaradi naštetih slabosti je bila že leta 2002 dana prva formalna pobuda za temeljito reformo sistema dolgotrajne oskrbe. Ključna izhodišča novega pristopa so bila nato zapisana v različnih strateških dokumentih, v nadaljevanju pa ključne cilje za prenovo sistema povzemamo iz *Nacionalnega poročila o socialnem vključevanju* (MDDSZ, 2008):

- omogočiti dostopnost storitev dolgotrajne oskrbe vsemu prebivalstvu, ki jih potrebuje, pri čemer naj bi imela prednost oskrba na domu;
- spodbujati odgovornost posameznika in njegove družine za zagotavljanje primerne ravni dolgotrajne oskrbe;
- doseči izenačenost pravic med vsemi upravičenci ne glede na kraj bivanja ali na vrsto pomoči (institucionalna ali na domu);
- doseči večjo učinkovitost in transparentnost sredstev, ki se vlagajo v dolgotrajno oskrbo;
- povezati izvajalce dolgotrajne oskrbe v funkcionalno celovit, racionalen in učinkovit sistem;
- uvesti solidarnostno financiranje področja dolgotrajne oskrbe na načelih socialnih zavarovanj in na ta način zagotoviti finančno vzdržen sistem dolgotrajne oskrbe;
- z uvedbo posebnega zavarovanja za dolgotrajno oskrbo povečati socialno varnost in kakovost življenja ljudi, ki imajo zmanjšano sposobnost lastne oskrbe in potrebujejo pomoč pri opravljanju dnevnih življenjskih aktivnosti;
- načrtno razvijati preventivno delovanje na tem področju in spodbujati rehabilitacijo v dolgotrajni oskrbi;
- spodbujati uporabo sodobnih tehnologij na področju dolgotrajne oskrbe.

5. NOVA UREDITEV DOLGOTRAJNE OSKRBE

Od leta 2005 je nastalo več predlogov besedil novega zakona, in sicer v sklopu delovnih skupin, ki so bile organizirane pri Ministrstvu za zdravje. V letu 2008 je vlogo koordinatorja za pripravo besedila novega zakona prevzelo Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve. Delovno skupino so sestavljali predstavniki Ministrstva za zdravje, Ministrstva za finance, Zavoda za zdravstveno zavarovanje RS, Urada za makroekonomske raziskave in razvoj, združenja izvajalcev prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja in Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve. Besedilo zakona, ki ga je skupina pripravila, je bilo v februarju 2010 posredovano v javno obravnavo.

5.1. PREDLOG ZAKONA ZA JAVNO OBRAVNAVO, MAREC 2010

Predlog zakona ureja celotni sistem dolgotrajne oskrbe, in sicer tako, da na eni strani definira področje zavarovanja za dolgotrajno oskrbo, na drugi strani pa dejavnost dolgotrajne oskrbe.

Izhodišče novega zakona je ugotovitev, da gre pri potrebi po dolgotrajni oskrbi za novo socialno tveganje, ki ga je treba zavarovati z uvedbo novega obveznega socialnega zavarovanja, podobno kot je vse prebivalstvo zavarovano za primer bolezni oz. poškodbe, invalidnosti in starosti (pokojsninsko zavarovanje), brezposelnosti in drugih socialnih tveganj.

Obvezno zavarovanje za dolgotrajno oskrbo (v nadaljevanju: obvezno zavarovanje), kot je predlagano v zakonu, je socialno zavarovanje, ki temelji na načelih solidarnosti in odgovornosti posameznika za zagotavljanje lastne socialne varnosti in socialne varnosti njegovih družinskih članov, in upravičencem zagotavlja plačilo storitev dolgotrajne oskrbe ter druge pravice v obsegu in v okviru standardov ter na način in pod pogoji, ki jih določa zakon. Predlog temelji na izhodišču, da je uvedba obveznega zavarovanja učinkovit način preprečevanja prevelikih finančnih bremen za vse osebe, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo, in jim vsekakor zagotavlja kakovostnejše življenje tudi v primeru, ko potrebujejo relativno velik obseg oskrbe. Obvezno zavarovanje se izvaja kot javna služba in nepridobitna dejavnost, njegovo izvajanje pa naj bi prevzel reorganizirani Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, ki naj bi se preimenoval v Zavod za zdravstveno zavarovanje in dolgotrajno oskrbo Slovenije.

Pomemben cilj, ki ga predlog zakona zasleduje, je povečati in zagotoviti stabilne vire financiranja dejavnosti dolgotrajne oskrbe. Za potrebe področja se ne bi koristila le javna sredstva, temveč v večjem deležu kot doslej tudi zasebna sredstva uporabnikov, njihovih svojcev oz. bi za ta namen uvedli možnost prostovoljnega zavarovanja, ki bi krilo predvidena doplačila in nadstandardne storitve.

Skladno z določili predloga zakona bi bili v obvezno zavarovanje vključeni vsi, ki so na območju Republike Slovenije tudi obvezno zdravstveno zavarovani. Zavarovanje bi se financiralo s prispevki, ki bi jih plačevali delodajalci in zavarovanci sami oz. drugi zavezanci, ki jih določa zakon.

Namen zakona je povezati izvajalce dolgotrajne oskrbe, ki sedaj delujejo na različnih področjih in v različnih organizacijskih oblikah (zdravstvo, sociala), v enoten in celovit sistem, s čimer bi dosegli večjo učinkovitost in kakovost storitev ter zadovoljstvo upravičencev.

Na podlagi obveznega zavarovanja bi bile zavarovane osebe, ki bi izpolnjevale kriterije upravičenosti do kritja stroškov storitev dolgotrajne oskrbe (temeljna in podporna dnevna opravila, storitve rehabilitacije in izobraževanje neformalnih izvajalcev), upravičene do denarnega nadomestila za dolgotrajno oskrbo, do kombinacije plačila storitev dolgotrajne oskrbe in denarnega nadomestila, do plačila pravic osebnega pomočnika, do kritja stroškov za prilagoditev stanovanja in do plačila pripomočkov za izvajanje dolgotrajne oskrbe.

Cilj zakona je tudi odpraviti razlike v možnostih uveljavljanja dolgotrajne oskrbe in omogočiti dostopnost do dolgotrajne oskrbe (to pomeni, da se bodo pravice iz dolgotrajne oskrbe uveljavljale na enem mestu) pod enakimi pogoji vsemu prebivalstvu Republike Slovenije, ki takšno pomoč potrebuje.

Pri ugotavljanju obsega odvisnosti od tuje pomoči se bo uvedel enoten postopek, ki bo temeljil na ugotavljanju potreb, ki se nanašajo na temeljna in podporna življenjska opravila.

Pogoj za uveljavljanje pravic po zakonu je potreba po vsaj štirih urah pomoči tedensko, ki traja več kot tri mesece. V primerih, ko oseba po akutni zdravstveni obravnavi ne bo dalj časa sposobna za samostojno življenje, pa lahko preide neposredno v sistem dolgotrajne oskrbe.

Skladno s predlogom zakona se bo postopek za pridobitev pravic iz obveznega zavarovanja začel z vložitvijo vloge (ki ji mora biti priloženo mnenje o zdravstvenem stanju zavarovane osebe, ki ga poda izbrani osebni zdravnik) neposredno pri nosilcu obveznega zavarovanja ali pa se pošlje po pošti. Zavod, ki je odgovoren za zavarovanje, bi takoj po vložitvi vloge določil koordinatorja za dolgotrajno oskrbo, ki na podlagi zbranih podatkov izdela predlog individualnega načrta. Ta vsebuje oceno potreb upravičenca, potrebne storitve dolgotrajne oskrbe po zakonu in njihov obseg, obliko dolgotrajne oskrbe, vrsto in obseg drugih pravic iz obveznega zavarovanja, priznано vrednost storitev in vrednost drugih pravic. Načrt bi vseboval tudi podatke o izvajalcu, ki ga zavarovana oseba izbere.

Nosilec zavarovanja na podlagi mnenja komisije I. stopnje dolgotrajne oskrbe izda odločbo, s katero odloči o pravicah, ki izhajajo iz individualnega načrta.

Zakon predvideva uvedbo doplačil ob uveljavljanju pravic iz obveznega zavarovanja, in sicer v obliki odbitnega zneska, ki bi znašal 230 EUR. Ta znesek bi poravnal uporabnik sam ali njegovi zavezanci za preživljanje glede na plačilno sposobnost.

Predvidene naloge nosilca zavarovanja za dolgotrajno oskrbo so izvajanje obveznega zavarovanja z evidentiranjem, vključevanjem in preverjanjem statusa zavarovancev in drugih zavarovanih oseb, zbiranjem sredstev za obvezno zavarovanje, sklepanjem pogodb z izvajalci za izvajanje dolgotrajne oskrbe in izvajanjem drugih pravic in dolžnosti, določenih z zakonom, ter odločanjem o pravicah iz obveznega zavarovanja po postopkih v skladu z zakonom.

V predlogu zakona so tudi predvideni prenosi sredstev od dosedanjih nosilcev posameznih nalog (ZZZS, ZPIZ, proračuni) na novega nosilca zavarovanja, datum prenosov in način zagotovitve zagonskih sredstev za začetek izvajanja zavarovanja za dolgotrajno oskrbo. S prenosom vseh že doslej razpoložljivih sredstev na enega nosilca javnega zavarovanja, bi se povečala preglednost in učinkovitost njihove porabe.

Predlog zakona predvideva tudi prehodno obdobje od njegovega sprejetja do začetka izvajanja, ki ne sme biti krajše od dveh let. V predlogu zakona je tudi predvideno, da lahko

vse tiste osebe, ki so na podlagi različnih predpisov že pridobile določene pravice v zvezi z dolgotrajno oskrbo, te pravice obdržijo še naprej, in sicer do nastanka spremembe, ki bi pomenila povečanje obsega potrebne pomoči.

6. ZAKLJUČEK

Staranje prebivalstva pomeni velik izziv za evropske države, v katerih delež prebivalstva, starejšega od 65 let, že sedaj v povprečju presega 16,5%. Številni strokovnjaki ocenjujejo, da se bodo izdatki za socialno zaščito v prihodnjih letih zaradi velikega deleža starejših močno povečali. Med temi izdatki naj bi bili v ospredju stroški za pokojninski sistem, zdravstveni sistem in za dolgotrajno oskrbo.

Slovenski koncept socialne zaščite oz. blaginjske politike se v marsičem naslanja na srednjeevropsko tradicijo oz. Bismarckov sistem socialnih zavarovanj. Tudi novi predlog ureditve področja dolgotrajne oskrbe se v marsičem navezuje na ta model in ga hkrati dopolnjuje s prenosom kakovostnih rešitev iz veljavnega sistema in z nekaterimi novimi rešitvami, ki so sprejete v prostoru Evropske unije. Z vidika demografskih sprememb, ki smo jim priča, pa bo treba v zvezi s predlaganimi rešitvami čim prej doseči medgeneracijski konsenz in poskrbeti za kakovostno implementacijo sprejetih rešitev.

LITERATURA

- Beck Ulrich, Beck-Gernsheim Elisabet (2002). *Individualization*. London: Sage.
- European Commission (2008). *Long Term Care in European Union*. Bruxelles.
- Giddens Antony (2001). *Sociology*. London: Polity.
- Huber M. in sodelavci. (2009). *Fact and Figures on Long-Term Care*. Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research.
- MDDSZ (2008). Nacionalno poročilo o strategijah socialne zaščite in socialnega vključevanja za obdobje 2008–2010. Ljubljana.
- SURS (2009). *Prebivalstvo Slovenije danes in jutri, 2008-2060*. Ljubljana.

Kontaktne informacije:

Davor Dominkuš

Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve
Kotnikova 5, 1000 Ljubljana
davor.dominkus@gov.si

Karin Kanc

Hipoglikemija – pomemben izziv sladkorne bolezni v starosti

POVZETEK

Hipoglikemija je pri zdravljenju sladkorne bolezni še danes, kljub moderni tehnologiji in različnim zdravilom/insulinom, ki jih imamo na voljo, pomemben izziv tako za človeka s sladkorno boleznijo kot tudi za terapevtski tim. V prispevku skušam osvetliti naravo hipoglikemije, kako se z leti spreminja ter kako se kaže v starosti.

Ključne besede: hipoglikemija, nezavedanje hipoglikemije, preprečevanje hipoglikemije, strah pred hipoglikemijo, hipoglikemija v starosti

AVTORICA: *Dr. Karin Kanc* je zdravnica, diabetologinja, specialistka interne medicine in doktorica znanosti. Doslej je s področja diabetologije objavila znanstvene članke v vseh pomembnejših svetovnih diabetoloških revijah. V Ljubljani vodi Jazindiabetes, prvo zasebno ambulantno za diabetes in zdravo življenje s koncesijo, kjer je delo z ljudmi s sladkorno boleznijo njena najpomembnejša dejavnost. Poleg tega raziskuje na področju hipoglikemije, psihosocialnih vidikov sladkorne bolezni in razvija nove pristope k edukaciji o sladkorni bolezni.

ABSTRACT

Hypoglycaemia – an important challenge of diabetes in old age

Hypoglycaemia represents a constant challenge in modern diabetology, from the point of view of the person with diabetes as well as from the therapeutic team's point of view. In my paper, various aspects of hypoglycaemia are being examined with special emphasis on hypoglycaemia in elderly people with type 2 diabetes.

Key words: hypoglycaemia, hypoglycaemia unawareness, strategy against hypoglycaemia, fear of hypoglycaemia, hypoglycaemia in the elderly

AUTHOR: *Karin Kanc* is a medical doctor, diabetologist, specialist in internal medicine and holds a PhD in endocrinology. She has published in the majority of most relevant journals in diabetology/endocrinology. She is the director of Jazindiabetes d.o.o. (IandDiabetes), the first private diabetes centre in Ljubljana, Slovenia, where providing care for people with diabetes is her main focus. Her research interest is hypoglycaemia, psychosocial aspects of diabetes and new educational approaches in diabetes.

KAKO JE PRI ZDRAVEM ČLOVEKU?

Normalna raven glukoze v krvi je med 4,0 in 5,6 mmol/l na tešče ter do 7,8 mmol/l po jedi. Pri zdravem človeku je nihanje ravni glukoze v krvi zelo majhno. Insulin je edini hormon v

telesu, ki zna glukozo v krvi znižati. Hipoglikemija se pojavi takrat, ko je zaradi zelo različnih razlogov delovanje insulina preveč izraženo. Insulin se vpleta v zapleteno medigro drugih hormonov, količino hrane, ki jo zaužijemo, pomembno je tudi, koliko je nekdo fizično aktiven in ali ima trenutno kako bolezen, ki bi vplivala na presnovo glukoze v krvi. Hipoglikemija po definiciji pomeni padec ravni glukoze pod 4,0 mmol/l, značilne znake hipoglikemije in izboljšanje počutja po zaužitju ogljikovih hidratov. Klinično je najbolj pomembna hipoglikemija z ravni glukoze, nižjo od 3,5 mmol/l (Amiel, 2008). Ob hipoglikemiji se v telesu prične sproščati protiregulatorni hormoni, kot so adrenalin, glukagon, rastni hormon in kortizol, ki s svojim delovanjem glukozo v krvi ponovno zvišajo v normalno območje (Pfeifer, 2001). Pri zdravem človeku jim to tudi uspeva in tak človek večinoma sploh ne ve, da mu je glukosa v krvi padla – morda le občuti blago lakoto ter slabše razpoloženje.

HIPOGLIKEMIJA PRI ČLOVEKU S SLADKORNO BOLEZNIJO

Ljudje s sladkorno boleznijo, ki se poleg zdrave hrane in redne fizične aktivnosti zdravijo s tabletami sulfanilsečnine in/ali z insulinom, hipoglikemijo poznajo, saj je neizogibna spremljevalka zdravljenja in se bolj ali manj pogosto pojavlja v njihovem vsakodnevem življenju. Po izidu rezultatov dveh velikih študij: ene pri ljudeh s sladkorno boleznijo tipa 1 (Diabetes Control and Complications Trial – DCCT, 1993), druge pa pri ljudeh s sladkorno boleznijo tipa 2 (United Kingdom Prospective Diabetes Study – UKPDS, 2008) vemo, da je dobra urejenost sladkorne bolezni pomembna, saj posameznika zaščiti pred poznimi zapleti sladkorne bolezni na malih in velikih žilah. Pri ljudeh, ki se pri uravnavanju sladkorne bolezni želijo čim bolj približati normalnim vrednostim glukoze ter imajo verjetno HbA1c (tj. merilo za urejenost sladkorne bolezni) med 6,5 do največ 7,0%, je nevarnost hipoglikemije največja.

Preučevanje hipoglikemije je bilo sprva usmerjeno predvsem v sladkorno bolezen tipa 1, kjer je ob različnih načinih zdravljenja z insulinom hipoglikemija kar pogosta (Kanc, 1998; Frier, 2000; Merbis, 1996; Holmberg, 2008; Heise, 2008; Cucinotta, 2009).

Pri ljudeh s sladkorno boleznijo tipa 2 hipoglikemija šele v zadnjem času postaja bolj pomembna in pogostejša. Zakaj? Ker vemo, da z dobro urejenostjo sladkorne bolezni ljudi ščitimo pred žilnimi zapleti te bolezni in prezgodnjo umrljivostjo, stremimo k intenzivnejšemu zdravljenju tudi pri starejših ljudeh, velikokrat kmalu po odkritju sladkorne bolezni tipa 2.

Sladkorno bolezen tipa 2 lahko zdravimo z zdravim načinom življenja, ki vključuje gibanje in zdravo prehrano, po potrebi dodamo peroralna zdravila. Če takšni načini niso dovolj učinkoviti, peroralnim zdravilom dodamo insulin ali se odločimo za samostojno terapijo z insulinom. Pomembno je, da se v telesu dvigne raven insulina in se tako ustvarijo pogoji za vzdrževanje glukoze v krvi, ki je čim bližje normalnim vrednostim med 4,0 in 8,0 mmol/l. Z insulinsko terapijo se lahko zgodi, da odmerek insulina ni točno prilagojen trenutnim potrebam po insulinu, in če ga je relativno preveč, se pojavi hipoglikemija. Poleg insulina lahko hipoglikemijo povzročijo zdravila iz skupine sulfanilsečnin. Take hipoglikemije so še posebej nevarne, ker se zdravilo zaradi dolge razpolovne dobe in počasnejšega izločanja zdravila pri starejših ponavadi v telesu zadržuje dlje, kar povzroči dolgotrajno hipoglikemijo (Campbell, 1985). Pojavnost hipoglikemije pri zdravljenju z metforminom, ki poveča občutljivost telesa

na razpoložljivi insulin, je zanemarljivo majhna (Amiel, 2008). Verjetno je podobno nizko tveganje za hipoglikemijo tudi pri najnovejših zdravilih, ki skrbijo za zadostno količino hormona GLP-1 iz prebavil – ta glede na količino glukoze iz hrane spodbudi ravno pravošnje izločanje insulina, obenem zavre pretirano izločanje glukagona, ki nastopi po zaužitju hrane, in omogočeno je dobro uravnavanje glukoze v krvi (Amiel, 2008).

ZNAKI HIPOGLIKEMIJE PRI LJUDEH S TIPOM 2 SLADKORNE BOLEZNI

Običajni znaki hipoglikemije so t. i. avtonomni: tresavica, potenje, nemir, razbijanje srca, občutek toplote, lakota in t. i. nevroglíkopenični – nejasen ali dvojni vid, motnje v govoru in koncentraciji, zmedenost. Pri starejših ljudeh so ti znaki veliko manj izraziti kot pri mlajših, prav tako svojci hipoglikemije nemalokrat ne prepoznajo in znake pripisujejo splošno slabemu počutju starejšega človeka ali celo nevrološkim dogajanjem, kot so prehodna ishemična motnja (TIA) in podobno (Pegg, 1991).

Daljše trajanje sladkorne bolezni pri mlajših in starejših ljudeh samo po sebi prispeva k temu, da znaki postanejo netipični. Tako stanje imenujemo nezavedanje hipoglikemije. Slabo zaznavanje hipoglikemije je zelo nevarno, če se hipoglikemija ne prepozna pravočasno, kar pomeni, da se stanje pogloblja in lahko nastopi hipoglikemična koma. Nezavedanje hipoglikemije se razvije zaradi prilagoditve možganov na ponavljajoče se hipoglikemije in tudi zaradi motenj v normalnem izločanju protiregulatornih hormonov. Telo kot da se na hipoglikemijo *navadi in dopusti*, da glukoza v krvi pade na vrednosti okoli 2,0 mmol/l, in vseeno deluje tako, kot da hipoglikemije ni. Tedaj je le še majhen korak do hude hipoglikemije in hipoglikemične kome, ko si človek ne more več pomagati sam. Kot hudo hipoglikemijo označujemo tisto, pri kateri si oseba ne more več sama pomagati, je po vsej verjetnosti nezavestna in nujno potrebuje pomoč druge osebe, ki priskoči z injekcijo glukagona ali pa z infuzijo glukoze. Pri starejših se hipoglikemija lahko poglobi in napreduje tudi iz povsem praktičnih razlogov, če je na primer oseba odvisna od tuje pomoči in kljub občutenju hipoglikemije ni nikogar, ki bi pravočasno prinesel odrešilni kozarec soka.

Posebej nevarno je ponoči, saj je spremembe v telesu ponoči veliko težje prepoznati kot v budnem stanju. Dokazali so, da človek znake hipoglikemije v stoječem položaju čuti bolje kot leže. Prav tako se ponoči potreba po insulinu spreminja in za normalno raven glukoze je v prvem delu noči potrebno manj insulina, od 3. ure zjutraj pa več, kar je precejšen izziv za ustrezno nočno insulinsko kritje in izogib hipoglikemiji. Na to, če se bo ponoči pojavila hipoglikemija, vpliva tudi, kakšna je bila fizična aktivnost predhodnega dne, raven glukoze v krvi pred spanjem, ali je človek užival alkohol in še kaj. V raziskavi, ki sem jo opravila na kliniki v Ljubljani (lastna opažanja, neobjavljeno, 1996), je na vprašanje, če se zavedajo nočne hipoglikemije, 37,4% ljudi, zdravljenih z insulinom (s tipom 1 in tipom 2 sladkorne bolezni), odgovorilo, da se je ne zavedajo in jo morda prespijo. Raziskave v svetu kažejo, da je pojavnost nočne hipoglikemije od 7 do 60%, kar velja za otroke in odrasle. Vsaka prespana hipoglikemija lahko pripomore k hitrejšemu razvoju nezavedanja hipoglikemije.

Še vedno ostaja odprto vprašanje, če pogoste hipoglikemije pri starejših povzročajo trajnejšo poškodbo možganov, ugotovljene pa so slabše kognitivne sposobnosti med in tik po hipoglikemiji pri različno starih odraslih ljudeh s sladkorno boleznijo tipa 1 (Fanelli, 1998).

Hipoglikemija pri ljudeh z obema tipoma sladkorne bolezni botruje avtomobilskim nesrečam, kot poročajo v Angliji (Hitchen, 2006).

Na hipoglikemijo se vsak odziva tudi čustveno, in razpoloženje se ob hipoglikemiji spremeni. Za svojce in terapevte je pomembno, da se tega zavedajo, saj je lahko sprememba razpoloženja ali pretirana čustvena reakcija eno prvih znamenj hipoglikemije pri človeku z dalj trajajočo sladkorno boleznijo. V eni od študij sem dokazala, da hipoglikemija negativno vpliva na razpoloženje pri ljudeh, ki imajo že sicer nekoliko agresivnejše značajske poteze – izzove izrazito jezo (Merbis, 1996).

STRAH PRED HIPOGLIKEMIJO

Strah pred hipoglikemijo se bo pri človeku s sladkorno boleznijo razvil, če so okoliščine ene ali več doživetih hipoglikemij še posebej mučne – strah bo botroval spremembi vedenja. Strah je hujši pri starejših ljudeh, ki živijo sami, zato je prava terapevtska dilema, ali predpisati takemu človeku insulin ali ne, če sladkorna bolezen ni tako slabo urejena, da bi ogrožala življenje.

Ljudje, ki jih zelo skrbi, da ne bi prišlo do hipoglikemije, pri kateri si ne bi mogli pomagati, so nenehno na preži in si zelo pogosto merijo glukozo v krvi. Nemalokrat se odločijo za vzdrževanje visokih vrednosti glukoze z namenom, da hipoglikemij ne bi bilo (Cox, 1987). Na tak način telo ogrožajo s previsoko ravniyo glukoze v krvi in z možnostjo pojavljanja poznih zapletov te bolezni na velikih žilah (možganska ali srčna kap). Strah pred hipoglikemijo pri starejših ljudeh z nedavno uvedenim insulinom je zelo močno izražen, pa čeprav hipoglikemije sploh še niso izkusili (lastna opažanja, neobjavljeno, 2009). Slednje nas je vodilo k iskanju novih načinov edukacije o sladkorni bolezni, kjer bi človek prejel dovolj informacij in (virtualno) izkušnjo hipoglikemije, obenem pa se mu ob tem ne bi razvil pretiran strah pred njo. Skupina znanstvenikov Hiše eksperimentov v Ljubljani in Jazindiabetes smo razvili Sladkolo, prvi eksperiment tipa *izvedi-sam* s področja sladkorne bolezni, kjer vsakdo dobi izkušnjo hipoglikemije in hiperglikemije v povezavi z zaužito hrano in insulinom ter natanko razume, kako do teh stanj pride (Sladkolo, 2009). Prvi odzivi ljudi so ohrabrujoči (lastna opažanja, neobjavljeno, 2010).

ZAKLJUČEK

Sladkorna bolezen v starosti človeku in terapevtu pomeni izziv. Največji in najzahtevnejši je hipoglikemija. V svojih prizadevanjih si želimo človeka s sladkorno boleznijo ohrabriti, da bi zase našel najboljši način, kako varno krmariti med hipo- in hiperglikemijo ter se ob tem veseliti življenja.

LITERATURA

- Amiel S. A., Dixon T., Mann R. in Jameson K. (2008). Hypoglycaemia in type 2 diabetes. V: *Diabetic Medicine*, 25, str. 245-254.
- Campbell I. W. (1985). Metformin and the sulphonylureas: the comparative risk. V: *Hormone and Metabolic Research Supplement*, 15, str. 105-111.
- Cox D. J., Irvine A., Gonder-Frederick L., Nowacek G., in Butterfield J. (1987). Fear of hypoglycaemia: quantification, validation and utilization. V: *Diabetes Care*, 10, str. 627-621.
- Cucinotta D., Smirnova O., Christiansen J. S., Kanc K., le Devehat C., Wojciechowska M., López de la Torre M. in Liebl A. (2009). Three different premixed combinations of biphasic insulin aspart – comparison of the efficacy and safety in a randomized controlled clinical trial in subjects with type 2 diabetes. V: *Diabetes, Obesity and Metabolism*, 11 (7), str. 700-708.
- DCCT: <http://content.nejm.org/cgi/content/full/329/14/977> (zadnji stik 15.1.2010).
- Fanelli C.G., Paramore D.S., Hershey T., Terkamp C., Ovalle F. in Craft S. (1998). Impact of nocturnal hypoglycaemia on hypoglycaemic cognitive dysfunction in type 1 diabetes. V: *Diabetes*, 46, str. 1920-1927.
- Frier B. M., Ewing F. M., Lindholm A., Hylleberg B. in Kanc K. (2000). Symptomatic and counterregulatory hormonal responses to acute hypoglycaemia induced by insulin aspart and soluble human insulin in Type 1 diabetes. V: *Diabetes/metabolism research and reviews*, 16(4), str. 262-268.
- Heise T., Eckers U., Kanc K., Nielsen J. N. in Nosek L. (2008). The pharmacokinetic and pharmacodynamic properties of different formulations of biphasic insulin aspart: a randomized, glucose clamp, cross-over study. V: *Diabetes Technology & Therapeutics*, 10 (6), str. 479-485.
- Hitchen L. (2006). Doctors are failing to tell diabetic people about UK driving rules. V: *BMJ*, 332, str. 812.
- Holmberg H., Mersebach H., Kanc K. in Ludvigsson J. (2008). Antibody response to insulin in children and adolescents with newly diagnosed type 1 diabetes. V: *Diabetic Medicine*, 25, str. 792-797.
- Kanc K., Janssen M. M., Keulen E. T., Jacobs M. A., Popp-Snijders C., Snoek F. J. in Heine R. J. (1998). Substitution of night-time continuous subcutaneous insulin infusion therapy for bedtime NPH insulin in a multiple injection regimen improves counterregulatory hormonal responses and warning symptoms of hypoglycaemia in IDDM. V: *Diabetologia*, 41(3), str. 322-329.
- Merbis M. A. E., Snoek F. J., Kanc K. in Heine R. J. (1996). Hypoglycaemia induces emotional disruption. V: *Patient education and counselling*, 29(1), str. 117-122.
- Pegg A., Fitzgerald D., Wise D., Singh B. M. in Wise P. H. (1991). A community-based study of diabetes-related skills and knowledge in elderly people with insulin-requiring diabetes. V: *Diabetic Medicine*, 8, str. 778-781.
- Pfeifer M., Kanc K., Verhovec R., Kocijancic A. (2001). Reproducibility of the insulin tolerance test (ITT) for assessment of growth hormone and cortisol secretion in normal and hypopituitary adult men. V: *Clinical endocrinology*, 54(1), str. 17-22.
- Sladkolo: www.jazindiabetes.si; www.h-e.si (zadnji stik 15.1.2010).
- UKPDS: <http://content.nejm.org/cgi/reprint/NEJMoa0806470v1.pdf> (zadnji stik 15.1.2010).

Kontaktne informacije:

dr. Karin Kanc

Jazindiabetes d.o.o.

Židovska ulica 1, Ljubljana

e-naslov: karin.kanc@h-e.si

www.jazindiabetes.si

Nada Irgolič

Zdravila v tretjem življenjskem obdobju

Sondiranje razmer glede uživanja zdravil med starejšimi v Sloveniji

POVZETEK

V članku predstavljamo rezultate raziskave, ki je potekala v okviru projekta Zdravila v tretjem življenjskem obdobju. Raziskovali smo razmere glede zdravljenja z zdravili pri osebah, starejših od 50 let. Z raziskavo smo želeli ugotoviti različne vplive na jemanje zdravil, navade starejših v zvezi z zdravili, njihov odnos do zdravljenja, kako ocenjujejo učinkovitost zdravil, ki jih jemljejo, in predvsem, kako ocenjujejo odnos med zdravnikom in bolnikom.

Rezultati, ki smo jih dobili, so pokazali statistično pomembne razlike pri jemanju zdravil glede na starost in izobrazbo.

Poleg pokazateljev, ki smo jih raziskovali, so se ob izvajanju naše raziskave izpostavila še nekatera druga vprašanja, ki bi jih bilo vredno podrobneje raziskati, in kar bi zagotovo prispevalo k racionalnejši uporabi zdravil, njihovi učinkovitosti in še posebej varnosti.

Ključne besede: starostniki, farmakoterapija, polifarmacija, interakcije, samozdravljenje, psihofizična sposobnost

AVTORICA: *Nada Irgolič, mag. farm., spec. je bila pred upokojitvijo direktorica Urada RS za zdravila pri Ministrstvu za zdravje Republike Slovenije.*

ABSTRACT

Medication in the third period of life – A study on the use of medication among older people in Slovenia

This article presents an overview of the results of the study, conducted within the project 'Medication in the third period of life', which examined the situation regarding medication use among Slovenes older than 50 years. The aim of the study was to examine factors determining older people's habits in relation to medication, their attitudes to pharmacological treatment, how they evaluate the *efficiency of their medications* and in particular their evaluation of the physician-patient relationship. The results obtained showed statistically significant differences related to taking medication according to age and education. In addition to the examined indicators, a number of new research questions evolved during the period of the study, which would be worth exploring further. This would certainly contribute to a more rational, efficient and safer use of medication by the older persons.

Key words: old people, pharmacotherapy, polipharmacy, interaction, self-medication, physical and mental abilities

AUTHOR: *Nada Irgolič, Mpharm, was before retiring the director of the Agency for Medicinal Products at the Ministry of Health of the Republic of Slovenia.*

1. UVOD

Da bi živeli dolgo in zdravo in da bi nam ob tem uspelo v čim večji meri ohranjati zmogljivosti sistema zdravstvenega varstva, hkrati pa upoštevati človekove pravice in njegovo dostojanstvo, se moramo soočiti z določenimi dejstvi, kot so trend naraščanja starajočega se prebivalstva, patologija staranja, fiziološke spremembe starajočega se organizma, kronične nenalezljive bolezni, posledična farmakoterapija in nenazadnje tudi možnosti polifarmacije in njenih posledic.

Doseganje tega cilja je možno zagotoviti s strateškim, dobro načrtovanim in dosledno izvajanim pristopom in upoštevanjem sodobnih spoznanj gerontološke stroke in sodobne farmakoterapije.

Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije je v Pismu o nameri, ki sta ga podpisala Ministrstvo za zdravje in Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje, vsebinsko opredelilo aktivnosti za zagotavljanje načrtovanega cilja in dobrega medgeneracijskega sožitja starih ljudi v Sloveniji. V program dela Inštituta Antona Trstenjaka v letu 2009 je bil vključen projekt Zdravila v tretjem življenjskem obdobju – Sondiranje razmer v uživanju zdravil med starejšimi v Sloveniji, ki ga je sofinanciral Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. V tem prispevku želimo predstaviti rezultate raziskave, ki je potekala v okviru omenjenega projekta.

2. NAMEN RAZISKAVE IN METODOLOGIJA

2.1. NAMEN STATISTIČNEGA RAZISKOVANJA

Z ozirom na številne podatke, ki so objavljeni tako v strokovni literaturi kot tudi v medijih in pričajo o velikem porastu uporabe zdravil v starosti in s tem povezanimi stroški, nas je zanimalo, v kolikšni meri se starejši ljudje zavedajo skrbi za svoje zdravje in koliko so pripravljeni vlagati v njegovo ohranitev.

Namen raziskave, ki smo jo izvedli, je bil ugotoviti, kakšne so navade med starejšimi ljudmi glede uživanja zdravil, njihov odnos do zdravljenja z zdravili, koliko zdravil, ki se izdajajo na zdravniški recept, trenutno jemljejo in kje kupujejo zdravila, ki se izdajajo brez zdravniškega recepta.

Zanimalo nas je, kdaj se odločajo za samozdravljenje, kako pri tem ravnajo ter kako so seznanjeni s prehranskimi dodatki in kje jih kupujejo. Želeli smo pridobiti podatke o tem, koliko se zavedajo pomena pravilnega jemanja zdravil in če pri tem upoštevajo navodila za uporabo, kako ocenjujejo učinkovitost zdravil, kako zaznavajo neželene učinke in kako na podlagi lastnih izkušenj ocenjujejo odnos med zdravnikom in bolnikom.

2.2. NAČIN ZBIRANJA PODATKOV

Našo raziskavo smo načrtovali in izvajali tako, da smo ob sodelovanju z Medgeneracijskimi društvi za kakovostno starost med februarjem in decembrom 2009 izvedli 8 predavanj

v različnih krajih Slovenije na temo: zdravila v tretjem življenjskem obdobju. Posameznemu predavanju je sledil pogovor s poslušalci, odgovarjanje na posamezna aktualna vprašanja in dileme ter pojasnjevanje področij, ki so poslušalce še dodatno motivirala za vprašanja.

Ob koncu vsakega predavanja smo med poslušalci izvedli pisno anketo, ki je vključevala 14 vprašanj. Z njimi smo poleg splošnih podatkov o starosti, spolu in izobrazbi poslušalcev pridobili tudi informacije o številu zdravil, ki se izdajajo na zdravniški recept in jih posamezniki trenutno jemljejo, ter o številu zdravil, ki se izdajajo brez recepta in se zanje odločajo po lastni presoji. Sledila so vprašanja v zvezi z uporabo prehranskih dodatkov. Navade anketirancev smo preverjali z vprašanji glede kraja in načina nakupa zdravil in prehranskih dodatkov.

Izpolnjevanje vprašalnika je bilo anonimno, ker smo želeli ohraniti integriteto poslušalcev in jih zavarovati pred razkritjem podatkov, ki se nanašajo na njihovo zdravje in navade.

Varnost uporabe zdravil smo ocenjevali iz odgovorov poslušalcev na vprašanja, ki so se nanašala na njihove navade v zvezi s prebiranjem navodil za uporabo ter upoštevanja varnostnih ukrepov in opozoril, ki jih le-ta vsebujejo. Poleg vprašanj o nakupu zdravil in prehranskih dopolnil prek interneta smo jih spraševali tudi o oceni učinkovitosti zdravil ter o njihovem počutju po jemanju zdravil. Končno vprašanje v anketi pa smo poslušalcem zastavili z namenom, da pridobimo njihovo mnenje o tem, kaj kot bolniki pričakujejo od svojega zdravnika in kaj bi radi v odnosu med zdravnikom in bolnikom spremenili oziroma izboljšali.

2.3. VZOREC

Število anketirancev, ki so zajeti v obdelavo podatkov, ni enako številu udeležencev predavanj. Nekateri niso izpolnili ankete, drugi so bili mlajši od postavljene starostne meje. V obdelavo smo namreč zajeli le anketirance, starejše od 50 let. Tako je bilo v našem končnem vzorcu 157 anketirancev, ki so ustrezali postavljenim kriterijem. Med anketiranci so močno prevladovale ženske. Povprečna starost anketiranih je znašala 65,16 let (najnižja je bila 50 let, najvišja pa 88 let).

Tudi iz podatkov, ki so bili objavljeni v Strategiji varstva starejših do leta 2010, je razvidno, da delež te skupine starostnikov med slovenskim prebivalstvom od leta 2004 enakomerno narašča za 0,1% – za razliko od prebivalstva, starega do 65 let (Strategija varstva starejših do leta 2010).

Največ anketirancev je imelo srednješolsko izobrazbo.

2.4. NAČRTOVANI REZULTATI RAZISKAVE IN PROJEKTA

Ker cilj naše raziskave ni bil samo pridobiti podatke o trenutni uporabi zdravil in zadovoljivi zdravstveni oskrbi prebivalstva, smo upoštevali tudi cilje na področju zdravstvenega varstva, ki temeljijo na preventivni krepitvi zdravja starih ljudi. To je še zlasti pomembno, ker lahko tudi starejši s pravilnim ravnanjem bistveno prispevamo k zmanjševanju izdatkov zdravstvenih zavarovalnic in k vzdržnosti zdravstvenega sistema (Medved, Tičar, 2008).

Ocenili smo, da lahko delujemo preventivno v smislu učenja za zdravo življenje, in sicer da ljudi ozaveščamo o načinih varovanja zdravja, jih seznanjamo z nujnimi osnovnimi

informacijami o zdravilih in da jim krepimo občutek odgovornosti za lastno zdravje. Zato smo vsebino predavanj pripravili z namenom, da bi poslušalce seznanili s pomenom zdravil, vrstami zdravil, z njihovimi učinki in različnimi vplivi na delovanje zdravil.

S prikazom fizioloških in morfoloških sprememb pri starejših ljudeh smo starost predstavili kot stanje in ne kot bolezen. V predstavitvi smo opisali najpogostejše bolezni, ki prizadenejo starejše ljudi, predvsem smo poudarili medsebojno učinkovanje zdravil v primerih, ko nam jih zdravnik predpiše več. Izpostavili smo nekatera nujna zdravila in njihove interakcije z drugimi zdravili, ki niso vedno nujno potrebna, še posebej pa smo prikazali pomen in posledice jemanja zdravil, ki zmanjšujejo naše psihofizične sposobnosti, kar je lahko v starosti včasih tudi usodno (Zorec Karlovšek, Pečar Čad, 2008).

Poslušalcem smo prikazali prednosti in slabosti samozdravljenja brez posveta s strokovnjakom, vpliv hrane na delovanje zdravil in vpliv prehranskih dopolnil na zdravje ter medsebojno delovanje z zdravili z vidika varnosti.

Predavanje smo zaključili z nasveti, kako zmanjšati tveganja pri uporabi zdravil in kaj je pomembno za uspešno zdravljenje.

3. REZULTATI RAZISKAVE IN SPOZNANJA

V nadaljevanju predstavljamo glavna spoznanja naše kvalitativne raziskave.

3.1. S STAROSTJO SE ŠTEVILO PREDPISANIH ZDRAVIL VEČA

Spearmanov koeficient korelacije kaže, da s starostjo statistično pomembno narašča število predpisovanih zdravil [$R=0,29$, $p<0,05$]. Iz tega sledi, da ljudje hkrati uživajo največ zdravil po 70. letu starosti (Tabela 1). O tem pričajo tudi podatki Inštituta za varovanje zdravja RS, iz katerih je razvidno, da prične krivulja naraščati s 50. letom starosti. (IVZ RS, 2007). Iz istih podatkov je tudi razvidno, da večji delež v strukturi predpisanih zdravil pripada ženskam. Tega podatka v naši raziskavi nismo izpostavili, vendar ga lahko potrdimo na podlagi dejstva, da je bila večina anketirancev ženskega spola.

Tabela 1: Število zdravil, ki se izdajajo na zdravniški recept in jih trenutno jemljejo, glede na starostne skupine (N, l. 2009)

Starostna skupina	Skupno št. anketirancev	Število zdravil na recept					Povprečno št. zdravil
		0	1	2	3	4<	
50-59	36	14	7	4	7	4	1,55
60-69	76	15	19	21	5	16	2,20
70-79	40	4	10	3	6	17	3,12
80 in več	5	0	1	0	1	3	4,40
70 in več	45	4	11	3	7	20	3,27

Dobljeni rezultati so primerljivi s podatki iz ZDA, o katerih poroča Jože Drinovec (2004). S staranjem se poleg fizioloških in morfoloških sprememb organizma povečuje tudi pogostnost nenalezljivih kroničnih bolezni, zaradi česar imajo starejši več simptomov bolezni in uporabljajo več zdravil kot mlajši. Po podatkih iz ZDA imajo štirje od petih starih ljudi vsaj eno kronično bolezen.

Tudi pri zdravilih, ki se izdajajo brez recepta v lekarnah in specializiranih prodajalnah, opazamo trend naraščanja s starostjo. Kljub temu je uporaba teh zdravil bistveno manjša od zdravil, predpisanih na zdravniški recept. Obliko zdravljenja z zdravili, ki se izdajajo brez recepta, imenujemo samozdravljenje. Ker se izvaja na lastno pobudo in odgovornost, se jih verjetno manj odloča za to možnost. Ljudje tudi niso dovolj seznanjeni s tem, da se lahko o zdravljenju s tovrstnimi zdravili posvetujejo s farmacevtom.

Tabela 2: Število vseh zdravil in prehranskih dodatkov, ki jih trenutno jemljejo, glede na starostne skupine (N= 157, l. 2009)

Starostna skupina	N (št. v starostni skupini)	Povprečna starost (let)	Povprečno št. Zdravil		Prehranski dodatki
			Zdravila na recept	Zdravila brez recepta	
50-59	36	55,42	1,94	0,36	0,67
60-69	76	64,10	2,39	0,59	0,58
70-79	40	73,70	3,22	0,75	0,27
80 in več	5	83,20	4,40	0,20	0,40
70+	45	74,75	3,35	0,69	0,31

Če se znova ozremo na starostne skupine, lahko vidimo naraščanje uporabe tako zdravil, ki se izdajajo na zdravniški recept, kot tudi tistih, ki se izdajajo brez recepta (Tabela 2). Iz rezultatov naše raziskave je razvidno, da je uporaba prehranskih dodatkov v starosti manjša, vendar tega rezultata ne moremo posploševati, niti potrditi, ker je bilo število tistih, ki uživajo prehranske dodatke, premajhno. Če bi rezultat lahko statistično potrdili, bi ga ocenili kot pozitivnega, ker se v tem starostnem obdobju poveča število predpisanih zdravil. Dodajanje raznih dopolnil lahko povzroči številne nepredvidljive reakcije med zdravilom in drugimi učinkovinami, ki jih ti dodatki vsebujejo.

Pokazalo se je, da anketiranci v povprečju uživajo 2,56 zdravil na recept, 0,55 zdravil brez recepta in 0,52 prehranskih dodatkov.

Podatek o številu zdravil in prehranskih dodatkov, ki jih anketiranci trenutno jemljejo, je razviden iz Tabele 3. Dobra petina anketirancev ne uživa nobenega zdravila na recept in dobra četrtina anketiranih uživa več kot 4 zdravila hkrati. Zdravil, ki se izdajajo brez recepta, ne uživa več kot 60% anketiranih, medtem ko uživa tri ali več zdravil brez recepta 3,18% anketiranih. Prehranskih dodatkov ne uživa skoraj 70% anketiranih, več kot štiri pa le 1,27%.

Tabela 3: Število zdravil (na recept in brez recepta) ter prehranskih dodatkov, ki jih uživajo anketiranci (N= 157, l. 2009)

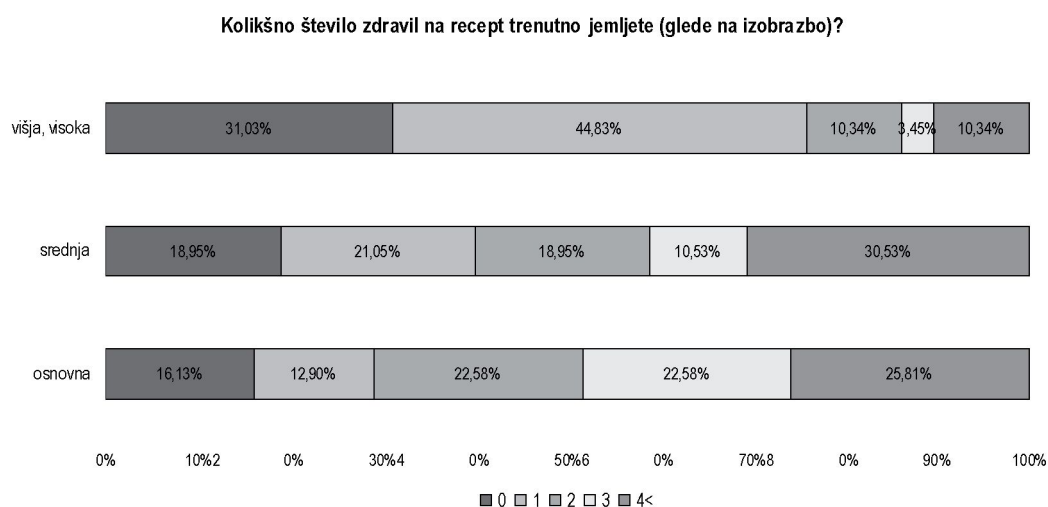
		Število zdravil oz. prehranskih dodatkov, ki jih uživajo					SUM
		0	1	2	3	4<	
Zdravila na recept	N	33	37	28	19	40	157
	v %	21,02	23,57	17,83	12,1	25,48	100
Zdravila brez recepta	N	99	35	18	5	0	157
	v %	63,06	22,29	11,46	3,18	0	100
Prehranski dodatki	N	109	25	16	5	2	157
	v %	69,43	15,92	10,19	3,18	1,27	100

Rezultati anketirancev, ki jemljejo zdravila na recept, kažejo, da jemlje povprečno eden 2,94 zdravil (pri tem ne upoštevamo tistih, ki zdravil sploh ne jemljejo). Če pa upoštevamo zdravila na recept in zdravila brez recepta, jemlje eden povprečno 3,31 zdravila (tudi v tem primeru nismo upoštevali tistih, ki ne jemljejo nobenega zdravila).

3.2. VPLIV IZOBRAZBE NA JEMANJE ZDRAVIL

Cilj naše raziskave je bil preveriti, koliko – in če – vpliva stopnja izobrazbe na pogostnost jemanja zdravil. Kruskal-Wallis ANOVA test je pokazal, da so razlike glede števila zdravil, ki jih udeleženci uživajo, statistično pomembne glede na izobrazbo udeležencev [$H(4, N=157)=12,67, p=0,0130$].

Graf 1: Število zdravil na recept glede na izobrazbo anketirancev (N=157, l. 2009)



V povprečju uživajo manj izobraženi ljudje večje število zdravil kot pa bolj izobraženi (Graf 1). Anketiranci z osnovnošolsko izobrazbo so tako v povprečju uživali 2,68 zdravil na recept, anketiranci z višjo ali visoko izobrazbo pa 1,20.

3.3. KUPOVANJE ZDRAVIL

Rezultati, ki se nanašajo na kupovanje zdravil brez recepta, so zadovoljivi, saj ta zdravila večina anketirancev kupuje v lekarnah in le manjše število v specializiranih prodajalnah. Internetne prodaje zdravil in prehranskih dodatkov, razen v enem primeru, ni bilo, kar v tej starostni skupini tudi ni bilo pričakovati.

3.4. (NE)UPOŠTEVANJE NAVODIL ZA UPORABO ZDRAVIL

Iz rezultatov v zvezi s prebiranjem navodil za uporabo zdravila in upoštevanjem vseh opozoril je razvidno, da še vedno določen del anketirancev (20%) ne upošteva dosledno priporočil o pomembnosti informacij o zdravilu. Razlogi za to so lahko različni, od tega, da so informacije pridobili pri zdravniku ali farmacevtu in jim to zadostuje, do tega, da so navodila težko berljiva ali celo nerazumljiva. Vsekakor pomanjkljiva informiranost o načinu jemanja zdravila povzroča vrsto neželenih učinkov zdravila in vrsto nepredvidljivih interakcij med zdravili, ki jih bolnik jemlje. To potrjujejo tudi rezultati naše raziskave glede ocenjevanja učinkovitosti zdravil in počutja po jemanju zdravil.

3.5. OCENJEVANJE UČINKOVITOSTI ZDRAVIL

Iz rezultatov raziskave je razviden zaskrbljujoč podatek, da je 34% anketiranih ocenilo, da jim zdravila, ki jih uživajo, le deloma pomagajo. Kar 45% anketiranih se je po jemanju zdravil občasno ali vedno počutilo slabše. Možno slabše delovanje zdravil je lahko posledica nepravilnega jemanja zdravil, kar kažejo rezultati o upoštevanju navodil za uporabo zdravil in vprašanja poslušalcev po predavanjih.

O možnostih slabšega delovanja zdravil je poročala Marija Petek Šter, ki je s sodelavci opravila raziskavo po Beersovih merilih (Petek Šter, 2009). Ugotovila je, da je 8,4% starih ljudi v domovih starejših občanov prejelo neprimerna zdravila glede na diagnozo. Še bolj zaskrbljujoč je podatek, da je 94,2% starostnikov prejelo vsaj dve zdravili hkrati, zaradi česar so bili izpostavljeni možnosti pojava interakcij.

3.6. PRIČAKOVANJA BOLNIKOV DO SVOJEGA ZDRAVNIKA

Navajamo nekaj mnenj poslušalk, ki predstavljajo precej splošno mnenje anketirancev: *»Naj zdravnik opozori bolnika na pravilno jemanje zdravil in naj poudari neželene učinke zdravila. Naj ne bo preveč radodaren z recepti, ampak z lepo besedo in dobrimi nasveti.«* (poslušalka iz Ljubljane)

»Da si vzamejo čas in poslušajo človeka, kaj jim pove o svojem počutju. Velikokrat je dober osebni pogovor boljši od novega recepta.« (poslušalka iz Komende)

»Predpisanih imam osem zdravil, ki jih jemljem skupaj, naenkrat, zjutraj. Počutim se slabo. Kaj naj storim, ker sem v domu upokojencev in nimam pri sebi navodil za uporabo zdravil. Zdravila mi pripravi sestra zjutraj na žlico ...« (oskrbovanka doma)

Iz odgovorov poslušalcev na anketno vprašanje, kaj pričakujejo od zdravnikov pri predpisovanju zdravil starejšim osebam, ter iz vprašanj, ki so jih zastavljali po predavanjih, je razvidno, da je bilo spoznanje o racionalni, pravilni in učinkoviti rabi zdravil sprejeto z razumevanjem. Starejši ljudje želijo predvsem več posluha in časa za pogovor pri zdravniku. Želijo se tudi pogovoriti o neželenih učinkih zdravila pred začetkom terapije in po njej. Zanimivo je, da si večina ne želi prevelikega števila predpisanih zdravil in poudarja pomen premišljenega odrejanja zdravil in tehtnega premisleka pri kombinaciji več zdravil.

4. SKLEPNA MISEL

Raziskava, ki smo jo izvedli v okviru našega projekta, je opozorila na določene že znane probleme, poleg teh pa tudi na probleme, ki morda niso dovolj izpostavljeni in bi jih bilo treba v smislu boljše zdravstvene oskrbe starejših ljudi podrobneje raziskati. Izsledke teh raziskav bi bilo smiselno vnesti v strategijo za zagotovitev večje učinkovitosti in varnosti sodobne farmakoterapije starejših ljudi.

Glavni spoznanji raziskave o zdravilih, ki sta bili statistično potrjeni, sta: 1. izobrazba in količina jemanja zdravil sta v obratnem sorazmerju; 2. predpisovanje zdravil se povečuje s starostjo.

Ad. 1.) Vpliv izobrazbene strukture prebivalstva na jemanje zdravil si lahko razlagamo z višjo stopnjo ozaveščenosti, kako varovati svoje zdravje in kako pravilno ravnati ob nastopu bolezni. Ozaveščenost ne temelji le na farmakološkem zdravljenju, temveč obsega tudi vrsto dejavnikov, kot je npr. fizična aktivnost, vrsta in način prehranjevanja, nega ... Ljudje z višjo stopnjo izobrazbe tudi lažje razvijejo pristnejši odnos z zdravnikom, kar dodatno pripomore k uspehu zdravljenja. Po eni strani gre za večje sodelovanje bolnika pri zdravljenju, večje upoštevanje zdravnikovih navodil in navodil za uporabo zdravila (komplianca), po drugi strani pa tudi za večjo zdravnikovo pripravljenost pojasnjevanja načina zdravljenja. Ocenjujemo, da lahko z edukacijo starejših bistveno prispevamo k racionalnejši uporabi zdravil, njihovi učinkovitosti in še posebej varnosti.

Ad. 2) Rezultati raziskave so potrdili povečanje predpisovanja zdravil, ki se prične že po 50. letu starosti, po 70. letu pa strmo narašča. To je posledica fizioloških in morfoloških sprememb starajočega se organizma ter vse pogostejšega pojava nenalezljivih kroničnih bolezni, kot sta npr. sladkorna bolezen in rak. Bremenu kroničnih bolezni se tako pridružijo še različni simptomi, ki so posledica oslabelega organizma. Vse to vodi v polifarmacijo. Posledice so neželeni učinki zdravil in interakcije med zdravili, ki se tako povečujejo in dodatno poslabšajo zdravstveno stanje bolnikov. Pri zdravljenju starejših ljudi bi se bilo razumno osredotočiti na osnovne bolezni ter skrbno načrtovati celotno farmakoterapijo. Posebej pomembno je prizadevanje zdravnikov in farmacevtov, da bi zmanjšali število zdravil, ki jih starejši jemljejo hkrati in da bi ljudje opustili zdravila, ki niso nujno potrebna. Pozornost je treba posvetiti tudi zdravilom, ki se v lekarnah izdajajo brez recepta, in prehranskim dopolnilom.

V času trajanja naše raziskave so poslušalci po predavanju nekajkrat zastavili vprašanje o zdravilih, ki vplivajo na psihofizične sposobnosti. V Sloveniji jim ne posvečamo dovolj pozornosti, če pa jo že, jo v glavnem v zvezi s sposobnostjo upravljanja z vozili. Ob tem se samo po sebi zastavlja vprašanje, koliko takih zdravil je bilo namenjeno starejšim (podatek je, da je bilo v Sloveniji leta 2006 predpisanih nekaj čez 2 milijona – Pečar, 2007). Delež teh bi lahko imel v veliki meri negativen vpliv predvsem na varnost starejših. Ta zdravila pretežno zmanjšujejo sposobnost vzdrževanja ravnotežja, posledično prihaja do padcev, ki so za starejše ljudi večkrat usodni.

Slabo počutje po jemanju zdravil, ki so ga navajali nekateri anketiranci, bi lahko pripisali tudi sočasnemu jemanju več zdravil. O pomembnosti in učinkovitosti ustrezne farmakoterapije v starosti, problematiki polifarmacije, možnih interakcijah, ki naraščajo s številom predpisanih zdravil, poroča Martin Wehling, klinični farmakolog z Univerze v Heidelbergu (Wehling, 2008). Za zmanjšanje nevarnosti nekontrolirane polifarmacije in posledičnih nepričakovanih neželenih interakcij med zdravili priporoča nov sistem ovrednotenja zdravil glede na njihovo sprejemljivost v starosti, kot jo predlagata Beer in Zhan s sodelavci (Wehling, 2008). Predlog obravnava zdravila, razdeljena v štiri skupine, od tistih, ki so v starosti dobro preizkušena, tistih, ki so izkazala visoko učinkovitost in varnost tudi v starosti, tistih, pri katerih je tehtanje med koristjo in tveganjem lahko vprašljivo, in končno do tistih, katerim se je v starosti bolje izogniti.

Predlagani sistem novega načina vrednotenja zdravil v starosti je pomemben korak v smeri nujnega zagotavljanja varne farmakoterapije. Zato menimo, da bi rezultati podrobnejše raziskave, kot je bila naša, lahko pripeljali do enakih ali podobnih zaključkov, kar bi s primerno in strokovno potrjeno strategijo vodilo k racionalnejšemu predpisovanju zdravil in večji učinkovitosti zdravljenja.

Iz raziskave je razvidno, da imajo starejši ljudje več problemov pri pravilni uporabi zdravil. Želijo, da bi bila navodila za uporabo zdravil bolj razumljiva in napisana posebej zanje. Rešitev tega problema je že nakazala evropska smernica *Guideline on the readability of the labelling and package leaflet of medicinal products for human use* (Bah, 2009), kar je tudi že upoštevano v slovenski zakonodaji – Pravilniku o označevanju zdravil in navodilu za uporabo (MZ, 2006).

S pravilnikom je določeno, da se mora v navodilih za uporabo upoštevati izsledke posvetovanja s ciljnim skupinami bolnikov, da bi zagotovili njihovo berljivost, jasnost, razumljivost in enostavnost. Vsa zdravila, ki so pridobila dovoljenje za promet pred uveljavitvijo tega pravilnika, morajo biti usklajena z njim najpozneje do 8. aprila 2011.

Izsledki izvedene raziskave vsekakor prinašajo določena koristna spoznanja, ki jih je moč uporabiti pri uresničevanju racionalnega zdravstvenega varstva starejših. Hkrati so se odprla mnoga nova vprašanja in pokazale potrebe po podrobnejši analizi uživanja zdravil med starejšimi ljudmi.

Zahvala

Ob zaključku svojega prispevka sem dolžna posebno zahvalo dr. Simoni Hvalič Touzery z Inštituta Antona Trstenjaka za nasvete in nesebično pomoč pri statistični obdelavi raziskave ter pripravi tabel in grafa.

LITERATURA

- Bah N. (2009). Navodila za uporabo zdravil in preverjanje njegove jasnosti in razumljivosti. V: *Lekarništvo*, št. 4, str. 49-52.
- Drinovec J. (2004). Družbeni in medicinski vidiki farmakoterapije v starosti. V: *Zdravniški vestnik*, letnik 73, št. 10, str. 757-761.
- IVZ RS (2009). *Ambulantno predpisovanje zdravil v letu 2007*, str. 10. V: <http://www.ivz.si/publikacije> (08.01.2010).
- Medved R., Tičar Z. (2008). Pogled Ministrstva za zdravje na staranje prebivalstva in ukrepi za zadovoljevanje potreb starostnikov. V: *Zdravniški vestnik*, letnik 77, št. 12, str. 799-801.
- MZ (2006). *Pravilnik o označevanju zdravil in navodilu za uporabo*. Ur. L. RS, št. 54/2006.
- Pečar-Čad S., Kasesnik K. (2007). Informacije o zdravilih: The pieces of information on drugs. V: Zorec-Karlovšek M. (ured.). *Zdravila in prometna varnost: zbirka prispevkov prikazanih na simpoziju 25. septembra 2008 v Ljubljani*. Ljubljana: Združenje za razvoj forenzične toksikologije in drugih forenzičnih ved – Fortox, 2007, str. 99-104.
- Petek Šter M., Cedilnik Gorup E., Klančič D. (2009). Polifarmacija in neprimerno predpisovanje zdravil pri starostnikih v domovih starejših občanov. V: *Zdravniški vestnik*, letnik 78, št. 5, str. 231-240.
- Vlada RS (2006). Strategija varstva starejših do leta 2010 – solidarnost, sožitje in kakovostno staranje prebivalstva. Ljubljana, str. 41.
- Wehling M. (2008). Arzneimitteltherapie im Alter: Zu viel und zu wenig, was tun? Ein neues Bewertungssystem: fit for the aged (FORTA). V: *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 133. zv., št. 44, str. 2289-2291.
- Zorec Karlovšek M., Pečar Čad S. (2008). *Zdravilne učinkovine, ki lahko zmanjšajo psihofizične sposobnosti*. Register zdravil Republike Slovenije XI. Ministrstvo za zdravje, Javna Agencija za zdravila in medicinske pripomočke, Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, str. 625-649.

Kontaktne informacije:

Nada Irgolič

e-naslov: nada.irgolic@over.net

Martina Brandt, Christian Deindl¹

Pomoč ostarelim staršem v vzhodni in zahodni Evropi

POVZETEK

Obseg in pomen praktične in finančne pomoči, ki jo ostarelim staršem nudijo njihovi otroci srednjih let, se med 14 proučevanimi evropskimi državami močno razlikujeta (Avstrija, Belgija, Češka, Danska, Francija, Grčija, Irska, Italija, Nizozemska, Poljska, Španija, Švedska in Švica). Praktično pomoč pri gospodinjskih opravilih in birokratskih zadevah bolj prakticirajo v severnih in zahodnoevropskih državah (Švedska, Danska, Belgija, Nizozemska in Irska), medtem ko je praktična pomoč v južni in vzhodni Evropi manj pogosta (Poljska, Španija, Grčija). Finančni transferji pa kažejo skoraj povsem nasproten trend razširjenosti, saj več otrok podpira starše v južnih in vzhodnih sistemih blaginje (predvsem Grčija in Poljska). Upoštevajoč sisteme držav na področju potreb, možnosti in družinskih struktur vidimo, da je socialna politika pomemben dejavnik za verjetnost medgeneracijskih transferjev starejšim ljudem: več, ko je javno zagotovljenih storitev in transferjev, več občasne pomoči nudijo svojim ostarelim staršem otroci, stari 50 let in več, hkrati pa jim manj finančno pomagajo, kar odraža *delitev dela* ali *specializacijo* med družino in državo.

Ključne besede: primerjalni, generacija, večnivojski, socialna politika, socialna država

AVTORJA: *Dr. Martina Brandt* je višja znanstvena raziskovalka na Raziskovalnem inštitutu za ekonomiko staranja prebivalstva v Mannheimu na Univerzi v Mannheimu in sodeluje v raziskovalni skupini SHARE. Študirala je na univerzah v Kölnu in Zürichu. Leta 2008 je zaključila doktorski študij medgeneracijske pomoči. Njeno raziskovalno področje obsega socialne mreže in medgeneracijsko sožitje, nezaposlenost, sociologijo življenjskega poteka, socialno politiko in empirične metode.

Christian Deindl je znanstveni asistent na Inštitutu za sociologijo na Univerzi v Kölnu. Študiral je na univerzah v Kölnu, Leuvenu in Zürichu. Njegovo trenutno raziskovalno delo vključuje medgeneracijske transferje in staranje prebivalstva v Evropi ter učinek dohodkovne neenakosti na blaginjo v starosti.

ABSTRACT

Support to Older Parents in Eastern and Western Europe

Practical and financial support to older parents by their middle-aged children differs strongly between the 14 European countries studied (Austria, Belgium, Czech Republic, Denmark, France, Germany, Greece, Italy, Ireland, Netherlands, Poland, Sweden, Switzerland and Spain), with a high likelihood of practical support with household chores and administrative issues in the Northern and Western European countries (Sweden, Denmark, Belgium,

¹ Naslov izvirnika: *Support to Older Parents in Eastern and Western Europe*. Prevedla Mojca Šinkovec.

the Netherlands and Ireland), and a low likelihood in Southern and Eastern Europe (Poland, Spain, Greece). Financial transfers show an almost opposite distribution, with more children supporting a parent in Southern and Eastern welfare regimes (primarily Greece and Poland). Controlling for the composition of the countries in terms of need-, opportunity- and family structures on the basis of the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe we find, that social policy is an important factor for the likelihood of intergenerational transfers to elders: The more services and transfers are provided publicly, the more children aged 50 and over provide sporadic help to their older parents, but the less financial support is given, indicating a *division of labour* or *specialisation* between family and state.

Keywords: Comparative, Generation, Multilevel, Social Policy, Welfare State

AUTHORS: *Martina Brandt, Ph.D. is Senior Researcher at the Mannheim Research Institute for the Economics of Ageing, University of Mannheim and working in the SHARE team. She studied at the Universities of Cologne and Zurich, and finished her PhD. on intergenerational support in 2008. Her research areas are social networks and intergenerational relations, unemployment, life course sociology, social policy and empirical methods.*

Christian Deindl is Scientific Assistant at the Institute of Sociology at the University of Zurich. He studied at the Universities of Cologne, Leuven and Zurich. His current research deals with intergenerational transfers and ageing in a European perspective as well as the impact of income inequality on wellbeing in old age.

1. UVOD

Staranje prebivalstva je eden izmed največjih sodobnih izzivov, s katerim se sooča Evropa. Starostna sestava prebivalstva se bo vedno hitreje spreminjala, kar bo imelo različne posledice za različne starostne skupine. Delovno aktivno prebivalstvo bo moralo ne le (vsaj delno) financirati pokojnine za naraščajoče število upokojencev, ampak tudi zagotoviti nujno praktično pomoč starim ljudem. Vendar lahko ljudje danes pričakujejo večje število zdravih let, ki jih bodo preživeli dejavno in brez potrebe po pomoči. Breme za mlade pa vseeno narašča vsaj relativno (BMFSFJ, 2006; Höpflinger in Hugentobler, 2003).

V socialnih in političnih raziskavah se kot glavni vir pomoči starejšim vedno bolj poudajajo medgeneracijski odnosi v družini ter njihov odziv na ukrepe socialne države. Predvsem intenzivna skrb za starše, ki obsega nego in oskrbo, je bila že večkrat raziskana (npr. Haberkern, 2008), manj pa vsakodnevna pomoč, čeprav ima praktična pomoč veliko večjo družbeno dimenzijo ter lahko služi kot zelo dober in fleksibilen kazalnik solidarnosti, saj izmenjava v vseh družbenih skupinah poteka v vseh smereh, oblikah in intenzivnosti (gl. tudi Brandt, 2009; Brandt in Szydlik, 2009; Walker idr., 1995). Finančna pomoč staršev otrokom je dobro raziskano področje (npr. Attias-Donfut, 1995), medtem ko je bila pomoč odraslih otrok ostarelim staršem v dosedanjih empiričnih raziskavah nekako zapostavljena (z izjemo npr. Reil-Held, 2006; Sloan idr., 2002).

Če primerjamo finančno ter praktično pomoč ostarelim staršem, dobimo podatek, ki je zelo informativnega značaja, potreben pa je za nujno prihodnjo prilagoditev socialnih držav v starajoči se Evropi. Vprašanje je, ali se družine odzivajo na različne sisteme znotraj

države blaginje. Če je temu tako, kako lahko razložimo in opišemo medsebojne odnose med socialnimi politikami ter medgeneracijskimi transferji?

Na vprašanje bomo odgovorili s pomočjo drugega dela Raziskave o zdravju, staranju in upokojevanju v Evropi, ki vsebuje podatke o medgeneracijskih transferjih v 14 evropskih državah vse od severa do juga ter od vzhoda do zahoda (Avstrija, Belgija, Češka, Danska, Francija, Grčija, Irska, Italija, Nizozemska, Poljska, Španija, Švedska in Švica). Transferje finančnih sredstev ter praktične pomoči od otrok, starih 50 let in več, k njihovim ostarelim staršem bomo primerjalno raziskali ter povezali s specifičnimi kazalniki socialne politike (gl. tudi samostojne analize Brandt, 2009; Deindl, 2009).

2. TEORETIČNO OZADJE

Medgeneracijska solidarnost je koncept, o katerem se mnenja pogosto razhajajo in ki ostaja trd oreh, ker gre za večdimenzionalen latenten konstrukt (van Gaalen in Dykstra, 2006). Osredotočili se bomo zgolj na kazalnike *funkcionalne solidarnosti*, izražene v obliki časa, ki ga otroci namenijo staršem (praktične pomoči), in denarne pomoči staršem (Szydlík, 2000, 2008). Normativne, čustvene in asociativne konotacije solidarnosti bomo pustili ob strani, strukturne vidike, kot npr. geografsko oddaljenost bivališč, pa bomo uporabili pri razlagi rezultata, pri medgeneracijskem transferju v razmerju otrok-roditev (več o konceptu in obravnavi: gl. Bengtson idr., 2002; za analize različnih kazalnikov solidarnosti s SHARE gl. npr. Attias-Donfut idr., 2005; Bonsang, 2007; Hank, 2007; Kalmijn in Saraceno, 2008; Hank in Buber, 2009; Igel idr., 2009). Možnosti in potrebe potencialnih dajalcev in prejemnikov, kot npr. finančna sredstva, stopnja izobrazbe, zdravstveno stanje ter starost, so znane strukture, ki vplivajo na mikro raven (Szydlík, 2000, 2008). Te so dobro vtakane v (mezo) strukture družin, npr. število bratov in/ali sester, otrok, sestava družine kot celote. Bistveno je, da ima lahko kontekst pomemben vpliv: družinske norme ter socialne in družinske politike so v medsebojni odvisnosti z vedenjem v družinah ter na ta način tudi z medgeneracijskimi transferji (npr. Hashimoto idr., 1992).

Pri finančnih transferjih, ki tečejo od mladih k starim, je bila teza o »izpodrivanju« večkrat potrjena (redko pa je bila empirično preverjena; za nadaljnjo obravnavo gl. Künemund in Rein, 1999): čim bolj sta razvita socialna država in še posebej pokojninski sistem, tem manj zasebne finančne pomoči potomcev potrebujejo starši. Po drugi strani pa imajo starejši, ki prejemajo državno pokojnino, tudi več finančnih sredstev, da lahko potomcem nudijo podporo (Deindl, 2009). Pri analizi medgeneracijske pomoči in oskrbe prav tako več avtorjev ugotovja, da zasebna pomoč *dopolnjuje* ali se celo *vriva* v razširjene ali razširjajoče se državne ukrepe, tako na podlagi navzkrižnih kot vzdolžnih podatkov (Lingsom, 1997; Attias-Donfut in Wolf, 2000; Daatland in Herlofson, 2003). Čim več socialnih storitev in transferjev država nudi, tem bolj intenzivna je izmenjava podpore med generacijami. Videti je, da v tem primeru država podpira in celo krepi zasebne vire.

Te konkurenčne ugotovitve lahko uskladimo s pomočjo hipoteze o *specializaciji*, po kateri obstaja specifična delitev nalog (*delitev dela, diferenciacija*) med družino in državo ali formalno organizacijo (Motel-Klingebiel idr., 2005; Motel-Klingebiel in Tesch-Römer, 2006; Litwak idr., 2003). Analiza različnih oblik nudenja pomoči (in/ali različnih medgeneracij-

skih smeri), kot npr. hkratna finančna in praktična pomoč ter specifični kazalniki blaginje, lahko natančno odkrijejo vzorce specializacije (gl. tudi Brandt, 2009; Brandt in Szydlík, 2009; Brandt idr., 2009): finančno pomoč mladim je postopoma nadomestila širitev socialne države v obliki pokojnin in socialnih transferjev ljudem v stiski. Hkrati pa je to omogočilo potomcem, da imajo več priložnosti za (prostovoljsko) zagotavljanje vsakodnevne praktične pomoči ostarelim svojcem. Javne storitve so namreč čedalje bolj prevzemale in pokrivale naloge, kot je npr. zahtevna oskrba, hkrati so zaradi javnih transferjev postajale cenovno vedno bolj dostopne starim ljudem.

Na podlagi teh ugotovitev ter z analizo prečnih primerljivih podatkov naj bi osebe srednjih let nudile manj denarne pomoči ostarelim v velikodušnih sistemih državne blaginje. V teh političnih okoljih je občasna praktična pomoč otrok ostarelim staršem bolj verjetna. Analiza lahko služi zgolj kot prvi pokazatelj *specializacije* med državo in družino – za pojasnitev povezave med kulturo, politiko in družino bi potrebovali vzdolžne podatke. To bodo omogočili prihodnji valovi raziskave SHARE; zaenkrat lahko podamo le informativen vpogled v medgeneracijske transferje v Evropi.

3. PODATKI IN METODA

Za opisano analizo smo uporabili podatke iz drugega vala Raziskave o zdravju, staranju in upokojevanju v Evropi (SHARE)². Podatkovna baza vsebuje informacije o okoli 45.000 anketiranih, starih 50 let in več, iz 14 evropskih držav (Avstrija, Belgija, Češka, Danska, Francija, Grčija, Irska, Italija, Nizozemska, Poljska, Španija, Švedska in Švica). Praktična pomoč pomeni pomoč staršem, ki ne živijo v skupnem gospodinjstvu z otroki, in sicer pri gospodinjstvih opravilih, delu na vrtu, popravilih in prevozi (instrumentalne dejavnosti v vsakdanjem življenju) ter kot pomoč pri papirnatih in birokratskih zadevah v zadnjih 12 mesecih. Za denarno pomoč staršem se šteje transfer v znesku najmanj 250 EUR v zadnjem letu.

Naš vzorec predstavljajo anketiranci z najmanj enim biološkim staršem, starih 64 let ali več. Da bi lahko analizirali denarne transferje in transferje pomoči ostarelim materam in očetom, smo sestavili specifične dvojice otrok-roditelj. Pri odnosih anketiranec/oče, anketiranec/mati uporabljamo večnivojske modele (za nadaljnje informacije gl. Hox, 2002; Snijders in Bosker, 2004). Ljudje, ki živijo v istem gospodinjstvu, si delijo podobne in do neke mere celo enake lastnosti, zato je gospodinjstvo vključeno kot tretja raven. Družine so nadalje vpete v državo, ki tako tvori četrto in zadnjo raven. Zanima nas, kako takšni konteksti vplivajo na verjetnost transferjev, če upoštevamo sisteme države glede na možnosti, potrebe in družinske strukture, ter nadalje prikažemo model multivariantne logistične regresije z uporabo programskega paketa Stata (Stata command *xtmelogit*) (Rabe-Hesketh in Skrondal, 2008).

2 V članku uporabljamo podatke raziskave SHARE, verzija 2.2.0 z dne 19. 8. 2009. Zbirko podatkov raziskave SHARE v letih 2004-2007 je v največji meri finančno podprla Evropska komisija v okviru petega in šestega okvirnega programa (številke projektov QLK6-CT-2001- 00360; RII-CT- 2006-062193; CIT5-CT-2005-028857). Dodatno financiranje so zagotovili ameriški Nacionalni inštitut za staranje (številke donacij U01 AG09740-13S2; P01 AG005842; P01 AG08291; P30 AG12815; Y1-AG-4553-01; OGHA 04-064; R21 AG025169) ter različni nacionalni viri (gl. <http://www.share-project.org> za popoln seznam ustanov, ki so zagotovile finančna sredstva).

4. TRANSFER PRAKTIČNE POMOČI IN DENARNI TRANSFERJI OSTARELIM STARŠEM

Kakšna je v Evropi medsebojna pomoč staršev in otrok? Tabela 1 prikazuje denarne tokove in praktično pomoč med otroki srednjih let ter njihovimi starši na ravni dvojic. Pomoč, ki jo otroci nudijo staršem, je bolj pogosta kot pomoč v obratni smeri. V 20% dvojic otrok-roditelj otroci nudijo pomoč roditelju pri gospodinjskih opravilih, medtem ko jih 12% pomaga pri urejanju papirjev.

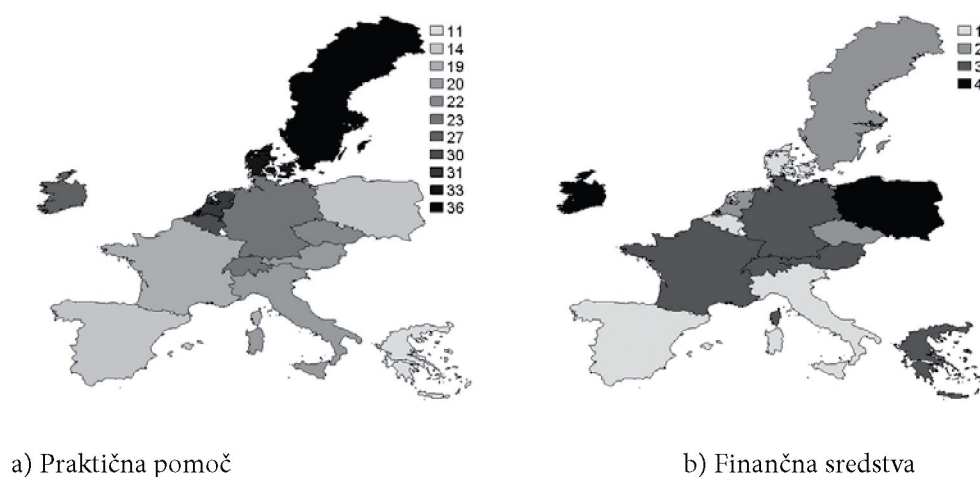
Tabela 1: Denarni transferji in transferji praktične pomoči med otroki in starši

	Od staršev k otrokom	Od otrok k staršem
Pomoč (gospodinjstvo)	1.1 %	20.0 %
Pomoč (urejanje papirjev)	0.4 %	12.3 %
Denar	4.3 %	2.1 %

Vir: SHARE, 2. del, verzija 2.2.0, lastni izračuni, neovrednoteno, $n = 8987$ dvojic.

Finančni transferji, ki tečejo od otrok k staršem, so zelo redki, in sicer jih najdemo le pri 2% dvojic otrok-roditelj. Podoba se spremeni, če upoštevamo pomoč, ki jo stari ljudje nudijo otrokom srednjih let. Finančni transferji (4,3%) so najbolj pogosti, sledita pomoč pri gospodinjskih opravilih (1,1%) in pri urejanju papirjev (0,4%). Praktična pomoč in finančni transferji tako kažejo obratni vzorec. Iz očitnih razlogov (krhkost, bolezen ipd.) ostareli starši ne morejo nuditi praktične pomoči potomcem in pogosteje prejemajo pomoč pri instrumentalnih dejavnostih v vsakdanjem življenju. Nasprotno velja za finančne transferje: starši dajejo denar pogosteje, kot pa ga sami prejemajo. To utegne kazati na to, da imajo dovolj finančnih sredstev za lastno preživljanje, po drugi strani pa se hočejo svojim otrokom zahvaliti za pomoč (prim. Brandt idr., 2008).

Slika 1: Praktična pomoč in finančna sredstva staršem (odstotek dvojic)



Vir: SHARE, 2. del, verzija 2.2.0, lastni izračuni, neovrednoteno, $n = 8987$ dvojice otrok-roditelj.

Pri primerjavi evropskih držav se pokažejo ogromne razlike v številu dvojic otrok-roditev, ki nudijo podporo (Slika 1). V primeru praktične pomoči pri instrumentalnih dejavnostih v vsakdanjem življenju pride do očitne delitve na sever-jug/zahod-vzhod, in sicer je več kot tretjina dvojic na Danskem, Švedskem, Nizozemskem, Irskem ter v Belgiji; v Španiji, Grčiji in na Poljskem pa jih je le 10%. Slika pa ni tako jasna v primeru finančne pomoči ostarelim staršem, saj variira med 1% in 4% pri vseh dvojicah otrok-roditev po Evropi. Najvišje stopnje transferjev so na Poljskem, v Grčiji in na Irskem.

Kako razložiti to razdelitev? Po hipotezi o specializaciji lahko razlike med državami pripisemo različnim socialnim politikam: čim več javne pomoči nudi država, več občasne pomoči nudijo svojim staršem otroci, hkrati pa starejši potrebujejo manj zasebne finančne pomoči.

5. SOCIALNA POLITIKA IN MEDGENERACIJSKA POMOČ

V nadaljevanju socialno politiko merimo na podlagi socialnih izdatkov, izraženih v ameriških dolarjih na osebo v letu 2004, pa tudi na podlagi odstotka zaposlenih v zdravstvenih in socialnih službah v letu 2004 – podatki so iz podatkovnih baz *OECD* (Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj) (2007a, b). Tabela 2 prikazuje razdelitev obeh kazalnikov ter ponovno kaže na delitev sever-jug. V severni in zahodni Evropi tako vidimo, da obstaja več javnih transferjev in storitev kot pa v državah vzhodne in južne Evrope, zajetih v raziskavo SHARE.

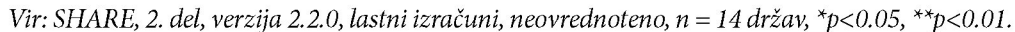
Tabela 2: Kazalniki socialne politike

	Socialni izdatki v letu 2004	Socialne storitve v letu 2004
SE	9585.4	18.7
DK	8946.3	18.0
NL	7004.9	14.7
BE	8270.0	12.1
FR	8241.5	10.1
DE	7982.0	10.4
AU	9039.4	8.6
CH	7015.0	10.7
ES	5496.3	5.6
IT	6770.5	6.1
GR	4788.0	4.6
CZ	3814.3	6.7
PL	2787.6	5.8
IR	5894.6	9.6

Vir: OECD 2007a, b.

Preden uporabimo multivariantne večnivojske modele, da bi ugotovili, s katero kombinacijo vplivov na ravni dvojic, posameznikov, družin ali države je mogoče pojasniti verjetnost pomoči ali denarnih transferjev staršem, bomo kazalnike postavili v soodvisnost z medge-

Slika 2: Socialna politika in transferji praktične pomoči ter denarni transferji staršem



Kar zadeva potrebe staršev, raziskava kaže, da se starejšim ljudem v slabem zdravstvenem stanju pogosteje nudita pomoč in denar kot pa njihovim bolj zdravim sovrstnikom. Z dvigom starosti je pomoč bolj pogosta, medtem ko starši, ki živijo s partnerjem, prejema manj praktične pomoči pri gospodinskih opravilih. Dediščina, ki jo anketiranci pričakujejo, ter darila, ki so jih prejeli od matere ali očeta, so nekakšen nadomestek za vire (možnosti) starša. Ta denarna sredstva imajo pozitiven učinek na praktično pomoč in negativnega na denar, ki ga otroci dajejo staršem: stari ljudje, ki imajo zadostna sredstva, lahko sicer spodbudijo svoje otroke, da jim nudijo pomoč, seveda pa finančne pomoči od svojih potomcev ne potrebujejo.

Tabela 3: Logistični večnivojski modeli: pomoč in denarni transfer staršem

	Pomoč	Denar
Možnosti in potrebe starša		
Slabo zdravstveno stanje	1.40***	1.28**
Starost	1.05***	1.00
Partnerstvo	0.36***	0.78
Pričakovana dediščina	2.28***	0.45***
Darilo otroku	1.78***	1.43
Možnosti in potrebe anketiranca		
Dobro zdravstveno stanje	1.18***	1.11
Zaposlitev	1.20	0.96
Migracija	0.68*	3.36***
Finančna preskrbljenost gospodinjstva	1.27*	1.15
Nizka stopnja izobrazbe		
Srednja stopnja izobrazbe	1.32**	2.38***
Visoka stopnja izobrazbe	1.61***	3.21***
Družina		
Število otrok	0.88***	0.83**
Število sester in/ali bratov	0.86***	0.96
Geografska oddaljenost bivališč	0.58***	1.17**
Hči-mati		
Sin-mati	0.39***	1.35
Sin-oče	0.27***	0.57
Hči-oče	0.30***	0.50*
Nudena pomoč	---	4.35***
Prejeti denar	3.57***	---
Kontekst (samostojni modeli)		
Socialne storitve	1.18***	0.88***
Socialni izdatki	1.36**	0.82**

Vir: SHARE 2. del, verzija 2.2.0, lastni izračuni, neovrednoteno. Razmerje verjetnosti, n (dvojice) = 8384, n (osebe) = 6794, n (gospodinjstva) = 5939, n (države) = 14; * $p < 0.10$, ** $p < 0.05$, *** $p < 0.01$.

Kot smo že omenili, za medgeneracijske transferje niso pomembne zgolj potrebe in možnosti potencialnih prejemnikov, ampak tudi potrebe in možnosti potencialnih dajalcev. Če so anketiranci, starejši od 50 let, dobrega zdravja, obstaja večja verjetnost, da bodo nudili praktično pomoč ostarelim staršem. Ker je za praktično pomoč pogoj fizična navzočnost, je ta veliko redkejša v družinah, kjer so se otroci preselili v drugo državo. Zadostna finančna sredstva (preskrbljenost) ter višja izobrazba (višji socialno-ekonomski položaj) povečujeta verjetnost, da bodo otroci pomagali svojim staršem.

Pri transferju denarnih sredstev je pomemben dejavnik migracija: otroci imigrantov veliko pogosteje dajejo denar ostarelim staršem kot ostali. Pomembnost denarne pomoči je dobro znana (npr. Poirine, 2006), zato rezultat ni presenetljiv: če starši živijo v neugodnih

finančnih razmerah (npr. nizke starostne pokojnine ali pa so brez njih), se otroci po svojih najboljših močeh trudijo, da bi jim pomagali s pošiljanjem denarja v domovino. To je seveda odvisno tudi od sredstev, ki jih imajo na razpolago, zato otroci z višjo stopnjo izobrazbe pogosteje pošiljajo denar svojim staršem.

Vsi ti dejavniki, ki so vključeni v družinske strukture, imajo pomemben vpliv na transfer pomoči (časa) in denarja med generacijami. Še posebej v primeru pomoči se jasno pokaže njihova pomembnost. Čim več otrok imajo anketiranci, tem manj pogosto pomagajo svojim staršem, kar kaže na to, da so otroci pri nudenju časa in pomoči *konkurenčna obveznost*. Če ima nekdo več bratov in/ali sester, se lahko pomoč staršem porazdeli, zato ima vsak od njih manjšo možnost za nudenje pomoči (vendar to ne velja za transfer denarja). Geografska oddaljenost med starši in otroki je pomemben dejavnik pri obeh oblikah transferjev, saj zmanjšuje verjetnost za praktično pomoč, kolikor mora biti otrok fizično navzoč, da lahko nudi pomoč pri gospodinjstvih opravilih. Po drugi strani pa se poveča verjetnost za denarno pomoč, kar je deloma neke vrste kompenzacija za odsotnost praktične pomoči zaradi večje geografske oddaljenosti med otroki in starši. Praktična pomoč je najpogostejša v odnosih hči-mati, manj pogosta pa je v odnosih sin-mati, sin-oče in hči-oče, in sicer v tem vrstnem redu. Pri kombinacijah različnih vrst transferjev je mogoče opaziti hkratno nudenje denarne in praktične pomoči, kar kaže na altruizem otrok: če starši potrebujejo pomoč, jim bodo ti pomagali na različne načine, ne da bi karkoli pričakovali v zameno. Po drugi strani pa starši, ki otrokom nudijo finančno pomoč, lahko pričakujejo, da jim bodo ti pomagali. Zato je pri medgeneracijskih odnosih prav tako pomembna vzajemnost, naj bo ta tekom časa posredna ali neposredna (otroci vračajo, kar so dobili pred mnogimi leti).

V zadnjem času vlada zanimanje za vplive socialne politike na medgeneracijske transferje. Hipoteze o *izpodrivanju* in *vrivanju* ter o *dopolnjevanju* in *specializaciji* podpirajo medsebojni odnosi med različnimi medgeneracijskimi in javnimi transferji. V primeru občasne praktične pomoči najdemo ob pregledu obravnavanih posameznikovih in družinskih dejavnikov podporo tezi o *vrivanju*: čim večja je javna poraba za socialne storitve, čim večje je število javnih socialnih storitev, tem bolj otroci pomagajo svojim staršem. V primeru, ko država zagotavlja zadostno javno pomoč, je denarna pomoč staršem manjša, kar kaže na to, da državni transferji starim ljudem *izpodrivajo* zasebne transferje. Če združimo obe ugotovitvi, lahko govorimo o *specializaciji*, kjer država in družina (otroci) prevzameta različni vlogi nudenja pomoči in dopolnjujeta druga drugo. Čim več storitev in transferjev nudi socialna država, tem manj morajo otroci finančno pomagati staršem, vendar pa le-ti prevzamejo obveznosti do družine in jim raje nudijo manj intenzivno spontano praktično pomoč, ki je država ne zagotavlja (in je ne more zagotoviti).

6. ZAKLJUČEK

Praktična in denarna pomoč ostarelim staršem sta pomembni obliki vsakdanje medgeneracijske pomoči, ki pa v nasprotju z intenzivno oskrbo in nego dosedaj nista bili deležni večjih raziskav. Na podlagi podatkov iz raziskave SHARE smo ugotovili, da so individualne potrebe in možnosti ter družinske strukture pomembni dejavniki pri razlagi medgenera-

cijskih transferjev po vsej Evropi. Čim večje so potrebe staršev in čim več možnosti imajo otroci srednjih let, tem večja je verjetnost za nudenje pomoči in/ali denarja, kar je odvisno od vpetih družinskih struktur, kot so število bratov in/ali sester, geografska oddaljenost med starši in otroki itd.

V času, ko se prebivalstvo stara, je še bolj pomembno ugotoviti, kakšni so možni kontekstualni vplivi na pomoč starim ljudem. Z drugimi besedami: ali lahko zasebno pomoč vsaj delno urejajo javne politike? Na podlagi primerjalnih navzkrižnih podatkov ugotavljamo, da je socialna politika ključni dejavnik pri razlagi medgeneracijske pomoči, ki se močno razlikuje od države do države. V državah z velikodušnimi socialnimi storitvami in transferji več otrok prostovoljsko pomaga svojim staršem, manj pa jim pomaga (mora pomagati) finančno.

Te ugotovitve veljajo za vzorec zelo različnih političnih, verskih in družinskih kultur: od severnih socialno-demokratskih sistemov do družinsko usmerjenih sredozemskih sistemov, pa tudi srednjeevropskih držav v tranziciji in držav s katoliškim, protestantskim, pravoslavnim in/ali mešanim ozadjem. Ne glede na kulturo ali veroizpoved ne velja niti hipoteza o *izpodrivanju* niti hipoteza o *vrivanju*, ampak smo ugotovili, da gre za spremembo zasebnih transferjev glede na javne (ali obratno), kar kaže na *specializacijo* (ali *funkcionalno diferenciacijo*, *razdelitev dela* ipd.) med državo in družino. To vzajemno in dopolnjujoče delovanje bi moralo razbremeniti otroke ter količinsko povečati transferje k starejšim, hkrati pa izboljšati splošno kakovost pomoči.

Še posebej v času, ko je vedno več starega prebivalstva, lahko celostna zagotovitev javne pomoči pomaga ohraniti osnovno pomoč vse večjemu številu starejših ljudi. Pri tem se družine ne obremenjuje prekomerno, pomaga pa se ustvarjati nova delovna mesta v socialnih storitvah ter mogoče celo zmanjšati stroške za nego in oskrbo. Stari ljudje lahko dlje živijo samostojno, če prejemajo dovolj javne in zasebne pomoči pri instrumentalnih dejavnostih v vsakdanjem življenju.

LITERATURA

- Attias-Donfut C. (1995). *Les solidarités entre générations. Vieillesse, familles, état*. Paris: Nathan.
- Attias-Donfut C. in Wolff F.-C. (2000). Complementarity Between Private and Public Transfers. V: Arber S. in Attias-Donfut C. (ured.). *The Myth of Generational Conflict: The Family and State in Ageing Societies* (str. 47-68). London: Routledge
- Attias-Donfut C., Ogg J. in Wolff F.-C. (2005). European Patterns of Intergenerational Financial and Time Transfers. V: *European Journal of Ageing*, letnik 2, št. 3, str. 161-173.
- Bengtson V. L., Giarrusso R., Mabry J. B. in Silverstein M. (2002). Solidarity, Conflict, and Ambivalence: Complementary or Competing Perspectives on Intergenerational Relationships? V: *Journal of Marriage and Family*, letnik 64, št. 3, str. 568-576.
- BMFSFJ (2006). *Familie zwischen Flexibilität und Verlässlichkeit. Perspektiven für eine lebenslaufbezogene Familienpolitik. Siebter Familienbericht*. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Brandt M. (2009). *Hilfe zwischen Generationen. Ein europäischer Vergleich*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Brandt M. in Szydlik M. (2008). Soziale Dienste und Hilfe zwischen Generationen in Europa. V: *Zeitschrift für Soziologie*, letnik 37, št. 4, str. 301-320.
- Brandt M., Deindl C., Haberkern K. in Szydlik M. (2008). Reziprozität zwischen erwachsenen Generationen: Familiäre Transfers im Lebenslauf. V: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, letnik 41, št. 5374-381.
- Brandt M., Haberkern K. in Szydlik M. (2009). Intergenerational Help and Care in Europe. V: *European*

- Sociological Review*, doi: 10.1093/esr/jcn076.
- Bonsang E. (2007). How do Middle-Aged Children Allocate Time and Money Transfers to Their Older Parents in Europe? V: *Empirica*, letnik 34, št. 2, str. 171-188.
- Daatland S. O., Herlofson K. (2003). Families and Welfare States: Substitution or Complementarity. V: Lowenstein A. in Ogg J. (ured.) *OASIS: Old Age and Autonomy The Role of Service Systems and Intergenerational Family Solidarity. The Final Report* (str. 281-305). Haifa: University of Haifa.
- Deindl C. (2009). *Finanzielle Transfers zwischen Generationen. Ein europäischer Vergleich*. Ph.D Thesis, Zürich: University of Zurich.
- Hank K. (2007). Proximity and Contacts between Elderly Parents and Their Adult Children: A European Comparison. V: *Journal of Marriage and Family*, letnik 69, št.1, str. 157-173.
- Hank K., Buber I. (2009). Grandparents Caring for Their Grandchildren: Findings from the 2004 Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. V: *Journal of Family Issues*, letnik 30, št. 1, str. 53-73.
- Haberkern K., Szydlik M. (2008). Pflege der Eltern. Ein europäischer Vergleich. V: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, letnik 60, št. 1, str. 78-101.
- Hashimoto A., Kendig H. L., Coppard L. C. (1992). Family Support to the Elders in International Perspective. V: Kendig H. L., Hashimoto A., Coppard L. C. (ured.) *Family Support for the Elders. The International Experience* (str. 293-308). Oxford: Oxford University Press.
- Igel C., Brandt M., Haberkern K., Szydlik M. (2009). Specialization Between Family and State. Intergenerational Time Transfers in Western Europe. V: *Journal of Comparative Family Studies*, letnik 40, št. 2, str. 203-227.
- Höpflinger F., Hugentobler V. (2003). *Pflegebedürftigkeit in der Schweiz. Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert*. Bern et al.: Hans Huber.
- Hox J. J. (2002). *Multilevel Analysis Techniques and Applications*. Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Kalmijn M., Saraceno C. (2008). A Comparative Perspective on Intergenerational Support: Responsiveness to Parental Needs in Individualistic and Familialistic Countries. V: *European Societies*, letnik 10, št. 3, str. 479-508.
- Künemund H., Rein M. (1999). There is More to Receiving than Needing: Theoretical Arguments and Empirical Explorations of Crowding in and Crowding out. V: *Ageing and Society*, letnik 19, št. 1, str. 93-121.
- Lingsom S. (1997). *The Substitution Issue. Care Policies and Their Consequences for Family Care* Oslo: Norwegian Social Research.
- Litwak E., Silverstein M., Bengtson V. L., Wilson Hirst Y. (2003). Theories About Families, Organizations and Social Supports. V: Bengtson V. L., Lowenstein A. (ured.) *Global Aging and Challenges to Families* (str. 27-53). New York: Aldine de Gruyter.
- Motel-Klingebiel A., Tesch-Römer C., von Kondratowitz H.-J. (2005). Welfare States Do not Crowd out the Family: Evidence for Mixed Responsibility from Comparative Analyses. V: *Ageing and Society*, letnik 25, str. 863-882.
- Motel-Klingebiel A., Tesch-Römer C. (2006). Familie im Wohlfahrtsstaat – Zwischen Verdrängung und gemischter Verantwortung. V: *Zeitschrift für Familienforschung*, letnik 18, št. 3, str. 290-314.
- OECD, Organisation for Economic Cooperation and Development (2007a). OECD Social Expenditure Data Base (SOCX). V: stats.oecd.org/wbos/default.aspx?datasetcode=SOCX_AGG (pridobljeno 11.05.2007),
- OECD, Organisation for Economic Cooperation and Development (2007b). Annual Labour Force Statistics. V: oecd.org/document/48/0,3343,en_21571361_33915056_39095792_1_1_1_1,00.html#EmpDB (pridobljeno: 07.11.2007); [prenos podatkov: 11.10. 2006].
- Poirine B. (2006). Remittances Sent by a Growing Altruistic Diaspora: How Do They Grow Over Time? V: *Asia Pacific Viewpoint*, letnik 47, št. 1, str. 93-108.
- Rabe-Hesketh S., Skrondal A. (2008). *Multilevel and Longitudinal Modeling Using Stata*. College Station, TX: Stata Press.
- Reil-Held A. (2006). Crowding out or Crowding in? Public and Private Transfers in Germany. V: *European Journal of Population*, letnik 22, št. 3, str. 263-280.
- Sloan F. A., Zhang H. H., Wang J. (2002). Upstream Intergenerational Transfers. V: *Southern Economic Journal*, letnik 69, št. 2, str. 363-380.

- Snijders T. A. B., Bosker R. J. (2004). *Multilevel Analysis. An Introduction to Basic and Advanced Multilevel Modeling* (ponatis). London: Sage.
- Szydlík M. (2000). *Lebenslange Solidarität? Generationenbeziehungen zwischen erwachsenen Kindern und Eltern* (1. izdaja). Opladen: Leske + Budrich.
- Szydlík M. (2008). Intergenerational Solidarity and Conflict. V: *Journal of Comparative Family Studies*, letnik 39, št. 1, str. 97-114.
- van Gaalen R. I., Dykstra P. A. (2006). Solidarity and Conflict Between Adult Children and Parents: A Latent Class Analysis. V: *Journal of Marriage and Family*, letnik 68, št. 4, str. 947-960.
- Walker A. J., Pratt C. C., Eddy L. (1995). Informal Caregiving to Aging Family Members: A Critical Review. V: *Family Relations*, letnik 44, št. 4 (*Helping Contemporary Families*), str. 402-411.

Kontaktne informacije:

dr. Martina Brandt

University of Mannheim

MEA SHARE, L13, 17

68131 Mannheim, Nemčija

E-naslov: brandt@mea.uni.mannheim.de

Christian Deindl

University of Köln

Forschungsinstitut für Soziologie (FIS)

Greinstr. 2

50939 Köln, Nemčija

E-naslov: deindl@wiso.uni-koeln.de

Nevenka Bogataj

Lastnice gozda kot prezrt zgled Prispevek k celovitejšemu razumevanju starih ljudi v Sloveniji

POVZETEK

V pestri skupini starih ljudi posebej slabo poznamo izobraževalno nedejavne. Iskali smo jih ob spremljanju študijskih krožkov in preučevanju ciljne skupine lastnic gozda, katerih formalna izobrazba pogosto zaostaja za ravno izobraženosti moških iste starosti. Stik z njimi na oddaljenem podežlju je bil težak, ker so same slabo vključene v širšo družbeno skupnost, javna skrb zanje pa je šibka, npr. infrastruktura za učenje odraslih na oddaljenem podežlju ni razvita.

Nabor prvih kvantitativnih in kvalitativnih podatkov o tistih, ki smo jih z raziskavo omejenega dosega sploh lahko analizirali, kaže, da jih poleg izbranih kriterijev povezujejo določene skupne značilnosti, med njimi to, da so v javnosti prezrte, a ne brez vpliva. Njihov status jim ne daje ugleda. Čeprav omogočajo prost dostop v gozd, njihov prispevek k razvoju in kakovosti bivanja nista vrednotena. Predstavljamo vtis o njihovih značilnostih in njihovo oceno lastnega položaja. Stik s starejšimi ženskami smo poskusili interpretirati z vidika moči te družbene skupine.

Lastnice gozda so po našem mnenju obsežen, a prezrt vir znanja in vrednot. Kljub jasnim načelom ekonomskega razvoja uporno vztrajajo v omejevanju skrbi zase v dobro skupnih in dolgoročnih koristih. Za prihodnost so spoznanja in vtisi o starejših ženskah na podežlju pomembna, ker izhajajo iz lokalnega okolja in so hkrati primer širše uporabnega življenjskega vzorca, npr. za čas ekonomske recesije. Predstavitev lastnic gozda, čeprav na podlagi nereprezentativnega vzorca, obenem daje vpogled v življenje starih ljudi na slovenskem podežlju in tako prispeva k njihovem celovitejšemu spoznavanju in razumevanju.

Ključne besede: stari ljudje, ženske, Slovenija, podeželje, gozd, razvoj, lastnica gozda

AVTORICA: *Dr. Nevenka Bogataj je po diplomu na Biotehnični fakulteti na Gozdarskem inštitutu Slovenije spremljala propadanje gozdov in zastopala Slovenijo v UN ECE. Po magistraturi na Oddelku za geografijo Filozofske fakultete se je zaposlila na Andragoškem centru Slovenije in se posvetila področju neformalnega izobraževanja. Spodbuja odzivnost tistih, ki so za učenje manj motivirani, razvija konceptualne rešitve (Centri VŽU 2007, Celostni model izobraževanja stari ljudi 2008), redno publicira (Lline, Learning Centres in Europe), z disertacijo na matični fakulteti pa je spojila naravoslovno in sociološko področje svojega dela. Dejavnost je v mednarodnih projektih in na konferencah (Leonardo da Vinci, Grundtvig, FAO, IUFRO), vse bolj tudi na znanstveni ravni (IRSA).*

ABSTRACT

Female forest owners as an overlooked model. Contribution to the complex understanding of old people in Slovenia

There is particular lack of knowledge of educationally passive old people in generally diverse group of old people. We were looking at this segment during our study circle mo-

monitoring by focusing to the female forest owners, who usually have lower formal education than men of the same age. It was not easy to get in touch with them as the most live in distant rural areas, their social inclusion is weak while public care for this segment of society lacks e.g. educational infrastructure for adult learning is not developed.

The first quantitative and qualitative data of those, who we were able to address with this pilot research, show certain common characteristics along classic criteria e.g. their role in society. Their status does not offer any public reputation. Despite they let us use their property as access to forests in Slovenia is free their contribution to the development and life quality is not valued. However, we present an impression about their characteristics and their own judgement of their situation. We tried to interpret position of this social group from the point of view of their strength.

Female forest owners are according our opinion a huge, but overlooked source of knowledge and values. Despite clear principles of economic development they resist in self limitation to support common and long-term benefits of society. Findings about old rural women are important for the future as they root in local environment and may serve as an example of broadly useful living style e.g. for the economic crisis period. Presentation of female forest owners, despite they base in a non-representative sample, gives us an insight into the Slovenian rural practice of old people what contributes to their more complex cognition and understanding.

Key words: old people, women, Slovenia, rural areas, forest, development, female forest owner

AUTHOR: Nevenka Bogataj, Ph.D. is a graduate of the Faculty of Biotechnics. Upon graduation, she represented Slovenia on issue of the demise of forestry in the United Nations ECE. Upon completion of a masters degree in the Geography department at the Faculty of Arts she was employed by the The Slovenian Institute for Adult Education where she worked in the area of informal education encouraging those for whom formal education is less motivating, and developing conceptual resolutions to this complex issue (Centers for Life-long Learning 2007, Integrated Model of Education 2008). She publishes regularly (Lline, Learning Centres in Europe), and with her dissertation at her Alma Mater she expanded the natural and social sciences aspect of her work. She is currently involved in international projects and conferences (Leonardo da Vinci, Grundtvig, FAO, IUFRO), and increasingly, in the area of research (IRSA).

1. UVOD

Tudi stari ljudje so izpostavljeni novim izzivom razvoja Slovenije in njenemu umeščanju v evropski in globalni razvoj. V času materialne blaginje je mogoč pluralizem vrednot in z njim individualizacija življenjskih stilov. Socialna kohezija je zato manjša, skupni cilji težje opredeljivi, težje je organizirati povezujoče dogodke. Tako stanje je za posameznika osvobajajoče, za družbo kot celoto pa zahtevno, saj je težje uskladiti različne interese in jih povezati v enotno smer razvoja. Recesija, s katero se soočamo tudi v Sloveniji, kaže na ogroženost modela blaginje, v katerem živimo.

V teh okoliščinah poteka razprava o položaju starih ljudi. Večinoma so obravnavani kot vzdrževani del družbe, obravnavano pa je zlasti razmerje med njihovim številom in pokojninskim sistemom. V nadaljevanju uporabljamo pojem *stari ljudje*, ki ga utemeljuje Ramovš (2003), razumemo pa jih ne le kot vzdrževani del družbe, ampak kot rastočo družbeno skupino, ki je temeljna sestavina narodnega telesa ter s svojo prisotnostjo v različnih socialnih okoljih omogoča in bogati bivanje vsakogar med nami, zato lahko družbi ob iskanju novih modelov sobivanja predstavlja elementaren zgled.

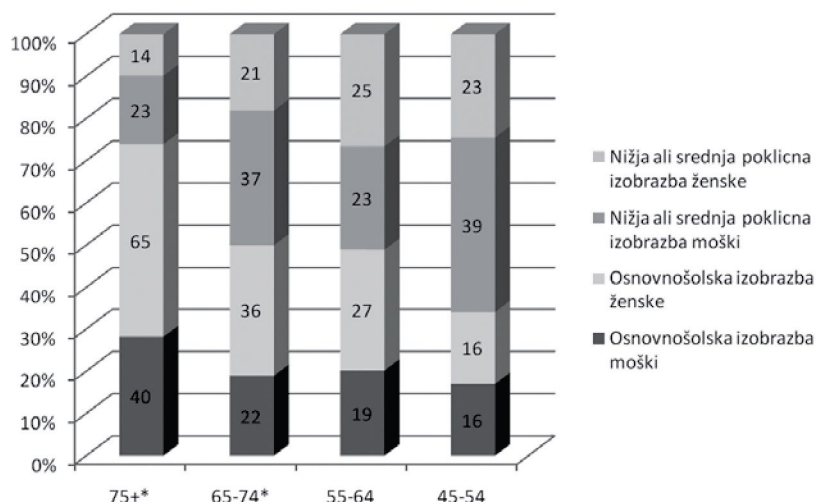
Slovenija je v relativno kratkem času prešla iz agrarne družbe v družbo znanja (Ravbar, 2000), hkrati je kot kulturno okolje ostala z gozdom povezana vsaj v prostem času. Stari ljudje so izkušnje in znanje nabirali v času, ko sta bila vir preživetja in blagostanja obdelava zemlje in industrijska proizvodnja, zato poznajo drug model blaginje, in sicer tisti, ki izhaja iz samooskrbnosti in katerega viri so predvsem lokalni. Njihova znanja in izkušnje pogosto navajamo kot njihovo temeljno moč (Bogataj in Findeisen, 2007), čeprav dejansko znanjem starih ljudi s podeželja ne dajemo posebne vloge in pomena, razen npr. za popestritev turističnih prireditev. Zlasti ženske so na podeželju včasih svoje življenje večinoma posvetile skrbi za dom in družino ter so se šolanju ali zaposlitvi odpovedale. O njih vemo zelo malo ter niti ne skušamo spoznavati tistih, ki tudi danes živijo skladno z nekdanjim življenjskim stilom. Zato je odnos do njih kot posameznic ali celo družbenih skupin lahko prezirljiv ali idealiziran, vsekakor pa ne prepoznan z vidika novih okoliščin – ogroženega modela blaginje, s katerim se soočamo.

Ob spremljanju študijskih krožkov, katerih tri četrtine udeležencev že desetletje predstavljajo ženske, smo se srečali tudi s starimi ženskami na bolj ali manj oddaljenem podeželju. Zaradi zgodovinskih okoliščin so se mnoge učile tujega jezika vsaj na osnovni ravni, sicer je bil temeljni vir znanja zanje osebni stik med družinskimi člani. Njihov položaj je pomembno zaznamovala začasna ali trajna izguba moških zaradi vojne (npr. kot delovne sile in nosilcev odločanja) ter oddaljenost od urbanih okolij. Bile so delovna sila, pogosto tudi nosilke odločanja; v starosti ostajajo pogosto same, ker so otroci (številnejši kot danes) zaradi šolanja ali zaposlitve odšli od doma. Nizka gostota poselitve na podeželju jih dodatno izpostavlja odsotnosti socialnih mrež in osamljenosti. V množici življenjskih stilov svoje vloge niti ne skušajo uveljavljati, spreminjanju življenjskih vzorcev in odnosov pa se prilagajajo le nekatere. Te procese strokovne službe pogosto spremljajo le prek statističnih podatkov. Ti kažejo, da se npr. raven formalne izobrazbe postopoma dviga ter se ob tem spreminja razmerje med spoloma (prim. Dobnikar, 2009 po AES) (Slika 1).

Za starejše generacije so razlike v izobrazbenosti moških in žensk bolj izrazite kot za mlajše. Ženske v večini starostnih razredov v glavnem dosegajo višji delež na nižjih izobrazbenih ravneh. Razlike so tako velike, da jih lahko potrdimo kljub majhnim vzorcem v teh starostnih skupinah.

Mnogi stari ljudje, zlasti mnoge stare žene, so torej razmeroma nepripravljeni na delovanje družbe, ki svojo blaginjo črpa s pomočjo storitev iz ne-lokalnih virov. Za blaginjo danes so potrebna druga in drugačna znanja kot nekoč, nujna je mobilnost, IKT pismenost. Osebno življenje je organizirano drugače, družba je v primerjavi z nekdanjo potratna tako z viri kot z energijo, dom je vse manj vir znanja, saj njegovo vlogo prevzemajo institucije in drugi viri, zmanjkuje časa za izgradnjo odnosov. Delež učno dejavnih starih ljudi se povečuje, a k temu

Slika 1: Deleži starostnih skupin po izobrazbi in spolu (Dobnikar, 2009)



* manj natančna ocena, previdnost ob interpretaciji

prispevajo predvsem bolj izobraženi, zlasti ženske (Mirčeva, 2005). Vseeno je v Sloveniji izobraževalno nedejavna večina ljudi (60 %), starih od 25 do 64 let. Poleg tega 80 % odraslih med 16. in 65. letom dosega najnižjo stopnjo pismenosti (Mohorčič Špolar s sod., 2005).

Pozornost smo torej namenili tistim ženskam, ki povezujejo preteklost s sedanjostjo in prihodnostjo. Določa jih lastništvo gozda, pri čemer smo se posvetili opazovanju njihovih značilnosti in predvsem njihovim lastnim stališčem. Za njihovo prostorsko klasifikacijo smo uporabili literaturo (Kovačič s sod., 2002). Zanimalo nas je, ali je skupino sploh mogoče povezati s skupnimi značilnostmi in ali nam je katera od značilnosti lahko uporaben zgled v prelomnem trenutku krize.

2. METODOLOGIJA

Statistično utemeljen pristop nam ni bil dosegljiv, zato smo se naslonili na triangulacijo virov in metod, primerljivo z analizami v drugih evropskih državah (Turunen in Toivonen, 2006: 30; Secco in Peruch, 2006: 47). Vire smo torej zbirali z različnimi metodami (opazovanje z udeležbo, anketa, fokusna skupina, vođeni intervjuji, analiza sekundarnih podatkov, literatura). Tudi podatke smo obdelovali na različne načine (kvantitativno, kvalitativno). Preverjali smo naslednje tri hipoteze:

- ženske, povezane z gozdom, so manjšinska družbena skupina;
- ženske, povezane z gozdom, so prezrta družbena skupina;
- ženske, povezane z gozdom, imajo določene skupne značilnosti.

Na podlagi analize literature in terenskih opazovanj ob spremljanju delovanja študijskih krožkov v zadnjih desetih letih smo pripravili vprašalnik z osemindvajsetimi vprašanji. Anketiranje smo izvajali marca 2009 s pomočjo različnih infrastruktur, ki so bodisi poklicno, interesno ali prek neformalnega izobraževanja v stiku z ženskami, povezanimi z

gozdom (lastnice gozda, gozdarske strokovnjakinje). Ključna pri tem sta bila Zavod za gozdove po vsej Sloveniji (14 območnih enot) in slovenska mreža Središč za samostojno učenje (33 središč). Oba sta v okviru rednega dela v času ankete vabila lastnice gozda k izpolnjevanju vprašanj na spletu ali pa sta jim osebno posredovala tiskan vprašalnik ter poskrbela za zbiranje izpolnjenih vprašalnikov. Ob pilotnem preizkušanju vprašalnika so gozdarski praktiki vključili tudi kategorijo bodočih lastnic gozda, v katero smo vključili tiste, ki bodo gozd zagotovo podedovale ali z njim že gospodarijo, čeprav formalno niso njegov lastnik. Argument za tako odstopanje od temeljnih kriterijev za izbiro enot v vzorec je bil predvsem strokovna praksa, ki kaže zaostajanje zemljiškoknjižnih in pravnih razmerij za prakso ter želja Zavoda za gozdove, da ugotovi tudi potencial med mlajšimi gozdnimi posestnicami, ki bi bile v nasprotnem primeru iz analize izključene. K sodelovanju smo povabili tudi medije (npr. *Kmečki glas*), Zvezo lastnikov gozdov, Zvezo lastnikov razlaščenega premoženja in nekatere spletne strani (Siol.net). Zbrali smo 185 anket, med katerimi smo jih za opredelitev starostne strukture anketiranih upoštevali 177, podrobneje pa smo jih analizirali le 142, saj nekatere niso bile izpolnjene v celoti. Na ženske, lastnice gozda, se jih od tega nanaša 62. Z anketo smo zbirali različne tipe podatkov: poleg demografskih in splošnih podatkov o prebivališču smo iskali tudi podatke o izvoru vloge lastnice gozda, značilnosti pretoka znanja (o gozdu) in ravnanja (z gozdom) ter stališča o sebi in o lastnicah gozda kot družbeni skupini.

Druga metoda, s katero smo zbirali iste podatke, je bila fokusna skupina. Izpeljali smo dve fokusni skupini, in sicer v Radljah ob Dravi marca 2009 (14 udeleženk) in avgusta v Vimolju ob Kolpi (5 udeleženk). V postopku načrtovanju fokusnih skupin smo upoštevali strokovno stališče gozdarskih strokovnjakinj krajevne enote Zavoda za gozdove Radlje ob Dravi. Slednja se znotraj strokovne gozdarske službe edina že več desetletij sistematično ukvarja z lastnicami gozda in je bila prav zato tudi izbrana za izvedbo fokusne skupine.

Tretja metoda zbiranja podatkov je potekala med marcem in oktobrom 2009 v Ljubljani, in sicer je bil to polstrukturiran individualni intervju z vsaj visoko izobraženimi poklicnimi gozdarskimi strokovnjakinjami (4 intervjuji: 1. marec, 2. avgust, 1. september).

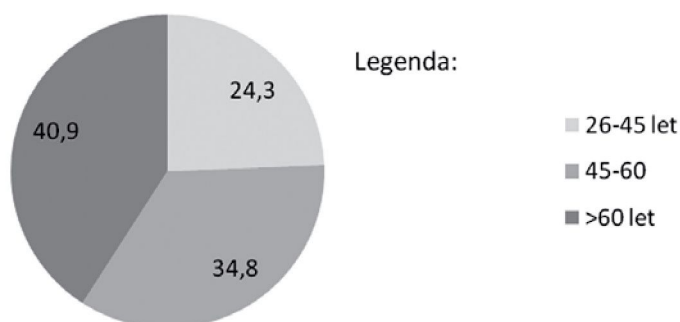
Obdelava podatkov je potekala s programom SPSS, kvalitativna analiza odprtih vprašanj, npr. grupiranje primerljivih in njihova tipizacija, ter dodatno zbiranje podatkov še potekata.

3. REZULTATI

3.1. STAROSTNA STRUKTURA VZORCEV

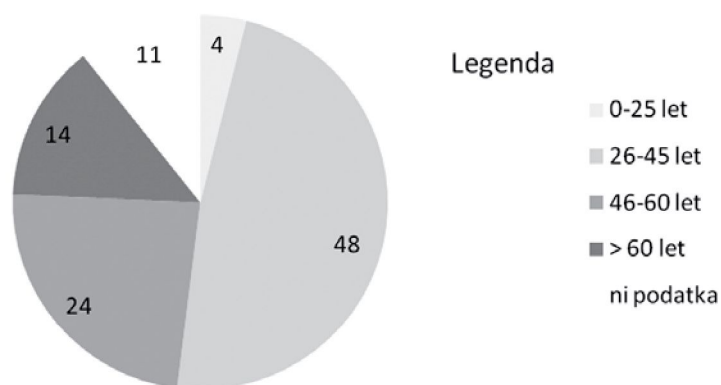
Skupno velikost ciljne skupine lastnic gozda opredeljujejo podatki Zavoda za gozdove (2009): za leto 2007 je bilo od skupnega števila lastnikov več kot 120.000 izključno žensk, dodatnih nekaj deset tisoč pa solastnic z moškimi. Točnega števila ne navajamo zaradi narave vira, ki vključuje tudi neurejena zemljiškoknjižna stanja, zaradi česar so podatki delno popačeni. Po dostopnih podatkih torej prevladujejo lastnice, starejše od 45 let. Lastnic gozda, mlajših od 26 let, je manj kot 1 %. Starostno strukturo lastnic gozda v Sloveniji v letu 2007 opisuje Slika 2.

Slika 2: Delež posameznih starostnih skupin lastnic gozda ($n > 120.000$, vir: Zavod za gozdove, 2009)



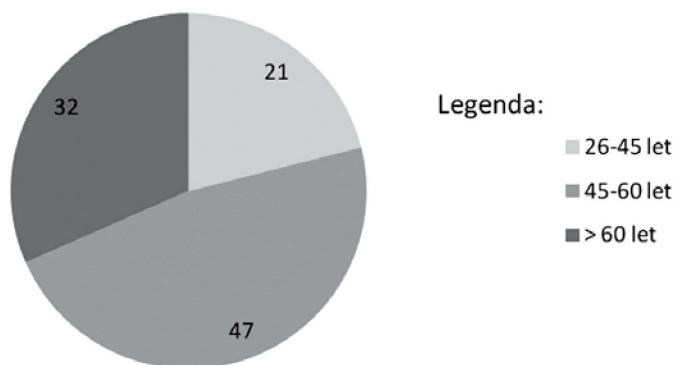
Z anketo smo dosegli komaj omembe vreden del lastnic ($< 0,1\%$), pa vendarle predstavnice vseh starostnih skupin. Za opredelitev njihove družbene vloge je pomembno, da smo dosegli različna socialna okolja: lastnice oziroma solastnice večjih kmetij (gorskih, v velikem delu koroških), predstavnice manjših kmetij v nižini, zaposlene ženske z manjšo posestjo, s katero gospodarijo v svojem prostem času, ter bodoče (!) lastnice. Njihovo starostno porazdelitev prikazuje Slika 3. V primerjavi s prej navedeno starostno strukturo je delež mlajših večji, obenem je opazen delež tistih, ki niso navedle starosti. Glede na možnost elektronskega zbiranja podatkov se zdi tak rezultat logičen in kaže na uporabnost komunikacijskih kanalov za stik z obravnavano ciljno skupino. Starejše ženske namreč niso uporabljale možnosti elektronskega izpolnjevanja ankete, ki je bila pri mlajših prevladujoča oblika odziva.

Slika 3: Starostna porazdelitev anketiranih ($n=177$)



Starostna sestava udeleženk fokusnih skupin je kljub majhnemu vzorcu ($n=19$) primerljiva s splošno sliko oziroma je verjetno bližja realni (Slika 4).

Slika 4: Deleži starostnih skupin lastnic gozda iz fokusnih skupin (n=19)



Ženske med lastniki v Sloveniji torej niso manjšina, njihova starostna sestava pa ni simetrična ali piramidalna, ampak obratno, asimetrična v korist deleža tistih, z višjo starostjo.

3.2. ZNAČILNOSTI LASTNIC GOZDA, S KATERIMI SMO PRIŠLI V STIK

Lastnice gozda, s katerimi smo prišli v stik, je naše zanimanje, ne glede na obliko tega stika, presenetilo in so ga bile vesele. V nobenem primeru nismo naleteli na zavrnilni komentar, prejeli smo vsaj desetino spodbudnih in odobravajočih pripomb. Nekatere so se zahvaljevale za pomoč pri izpolnjevanju vprašalnika (npr. uslužbencem Zavoda za gozdove) zaradi težav z branjem ali mobilnostjo (npr. nedostopnost pošte). Le dve bi vlogo lastnice gozda sedaj zavrnila, 60 % anketiranih bi to vlogo sprejelo ponovno, 42 % jih na to vprašanje ni odgovorilo.

Evidentirali smo posameznice, ki razpolagajo z veliko posestjo, so izobražene in so z namenom gospodarjenja z gozdom pustile redno službo, pa tudi take, ki živijo v tujini in so postale gozdne posestnice v procesu denacionalizacije. V splošnem posedujejo pretežno manjše posesti, ki so manjše tudi v primerjavi z moškimi lastniki. Izvor posesti je večinoma dedovanje ali prisojitev, kar pomeni, da so posest sprejele in ne načrtno izbrale! Dohodkovno so pogosto odvisne od dohodka iz gozda, kmečke ali vdovske pokojnine, redkeje od plačane službe.

Večina živi v okviru družine, pretežno na kmetiji, čisti ali mešani, in sicer različnih velikostnih kategorij. To pomeni, da jih pogosto najdemo v manjših zaselkih ali na osamljenih lokacijah, nekatere živijo same (!). Tudi to je razlog, da smo jih zelo težko dosegli, hkrati pa nas obvešča o družbeni skrbi za to skupino prebivalcev. Vloge ženske na oddaljenem podežlju sicer nismo posebej preučevali, vendar jo neposredno opisuje izjava iz intervjujev:

»Ženska vloga je dati pričakovanja, želje, vsebino. Tudi rešitve problemov gredo prek žensk, in sicer zato, ker jih prva občuti. Kjer je v družini dobra gospodinja, poka od razvoja in v naših krajih je veliko žena takih.« (I1, 15. marec 2009).

Za večino so bili vir znanja o gozdu sorodniki. V anketi je struktura virov znanja sledeča: sorodniki (50,7 %), čemur sledi šola (38 %) in z velikim zaostankom strokovnjaki (7,4 %), literatura (2,9 %) in mediji (0,7 %). Bodoče lastnice so mlajše in bolj zaupajo znanju

strokovnjakov, vendar je lastnic, ki bi bile mlajše od 25 let, po podatkih Zavoda za gozdove manj kot 1 %!

O delu se soudeleženi usklajujejo sproti ter opravila, povezana z gozdom, običajno delijo s partnerjem, sorodnikom ali znotraj družine. Kriterij delitve dela, povezanega z gozdom, običajno ni tipična delitev med spoloma po fizični težavnosti dela, ampak so kriterij prej konkretne okoliščine, npr. zdravje, razpoložljivost družinskih članov ali midsosedske pomoči.

Izrazita in enotna so njihova stališča do javne izpostavljenosti. V prvi fokusni skupini so udeleženke podčrtale, da ne želijo biti izpostavljene, zavračajo diferenciranje zaradi spola, svojo odsotnost v javnem življenju pa pojasnjujejo z negativnim odnosom javnosti do njih kot predstavnic kmečkega življenja ali nizko formalno izobraženih. Status lastnice gozda jim prinaša zadovoljstvo, stik s koreninami in tudi veliko znanja o gozdu in gospodarjenju z njim.

V svojem okolju se tako anketiranke kot udeleženke fokusnih skupin večinoma počutijo dobro sprejete. Kljub različnim razlogom za stik z gozdom (gospodarjenje, rekreacija, lastništvo kot obveznost) čutijo, da so njihova stališča, argumenti ali pobuda v ožjem okolju sprejeti, v javnosti pa ne. Slednje interpretirajo v luči dejstva, da javnost zanje niti ne ve. 45 % anketiranih svojega znanja ne ohranja le zase, temveč ga posreduje drugim, zlasti v krogu družine in ožje socialne mreže.

Mnoge zmorejo neutečene poti življenja ali se zanje namenoma odločijo (npr. izključno od dohodka iz gozda odvisna mati in vdova vztraja v nelahkem socialnem položaju, brezposelna mlajša mati postane gozdna delavka, bodoča lastnica iz mesta se odloči za študij ženski netipičnega poklica). Pripisujejo si »komunikativnost, sposobnost organizacije in določen osebni stil« (I2, 2009). Udeleženke prve fokusne skupine so svoje značilnosti podrobno opredelile, skupni imenovalci teh značilnosti pa so:

- taka raba vseh gozdnih dobrin (lesa, stelje, gozdnih sadežev ter vseh drugih vlog gozda npr. zadrževanje vode, omogočanje rekreacije itd.), ki omogoča uresničevanje vseh vlog gozda v enaki ali celo večji meri tudi bodočim rodovom (načelo trajnosti);
- varovanje gozda, zlasti mladega;
- skrb za bližnje in gozd hkrati ter vizija razvoja v zvezi s tem.

Vse uporabljene metode zbiranja podatkov so pokazale, da lastnice gozda moti nemir v gozdu, zavračajo smeti in hrup, pri soočanju z odgovornostjo za gozd pa se čutijo tudi nemočne. Izpostavljene so namreč samovolji lokalnih podjetnikov glede obsega sečnje in določanja cene lesa, kar ob bogatih izkušnjah na tem področju zlasti starejše lastnice občutijo kot žalitev. Obiskovalci, ki prihajajo v njihov gozd, jih motijo le, kadar spuščajo pse, za seboj puščajo sledi in smeti, pretirano nabirajo gozdne sadeže ali se izogibajo stiku z lastnikom kot npr. divji lovci, motoristi. Ker je lastnik gozda sam odgovoren za vzdrževanje gozdne infrastrukture, gre torej pri teh navedbah poleg neposredne škode na posesti predvsem za kritiko nespoštljivega odnosa do gozda ali njih ter za nemoč uresničevanja svoje odgovornosti. V drugi fokusni skupini so udeleženke izrazile občutek družbene obrobnosti ter odvisnost od sosedske ali družinske pomoči, vendar so ga interpretirale s pozitivnega zornega kota in celo začinile z anekdoto o nekdanji potrebi po krajih lesa v lastnem gozdu. Iskale so predvsem pozitivne vidike lastnega položaja, kot npr. umeščenost v socialno okolje, zadovoljstvo tako z njim kot z materialno skromnostjo, nadaljevanje naklonjenosti gozdu ter čustvene navezanosti nanj.

»Meni bo najbolj žal, ko ne bom mogla v gozd. Tega bi zadnjega pustila. /.../ Pa nam je lepo, nič ne jamramo, smo se navadili. Pa lepo je tu pri nas; vsako jutro se dobimo za pol ure na kavo, pa klepetamo. Čeprav se poznamo že 60 let. Nam nikoli ni dolgčas kot drugi pravijo. Si sami naredimo. /.../ Če kaj pride vmes, si pač povemo in potem živimo naprej ... » (I2, 3. 8. 2009).

4. RAZPRAVA IN ZAKLJUČKI

Stanje danes je posledica preteklega razvoja. V Sloveniji je dostop v gozd javen in brezplačen, odgovornosti lastnikov gozda so zakonsko predpisane. Številčnost žensk med lastniki gozda preseneča, prav tako njihova starostna porazdelitev, ob kateri pa kaže biti previden zaradi izvornih slabosti podatkov (njihova realnost zaradi neurejenih lastninskih razmerij, dvojna lastništva ipd.). Eno ključnih spoznanj pilotne raziskave je zavrnitev hipoteze, da so lastnice gozda manjšina. Prišli smo v stik s tistim njihovim delom, ki v javnosti ni zastopan in se sam tudi ne želi izpostavljati. Tudi za nas je bilo iskanje stika s starejšimi lastnicami gozda izziv posebne vrste, saj nismo pričakovali, da je ob obilici strokovnih služb, podatkovnih zbirk in ostale infrastrukture del ljudi tako težko doseči.

O ženskah, povezanih z gozdom, so podatki redki, razpršeni in navezani na posamezne vidike, npr. na tradicionalni vidik upravljanja z gozdom kot virom pridelave lesa, na preučevanje delovanja družbe z vidika enakosti spolov in rodnostnega vedenja, formalne izobraženosti ali udeležbe v izobraževalni ponudbi (Medved, 2004; Černič Istenič, 2003 in 2007; Mohorčič Špolar s sod., 2005). Podrobneje in dlje se posvečajo lastnicam gozdov v Skandinaviji (Lidestav, 1998 in 2007; Folo, 2002 idr.), kjer so ob paleti raziskovalnih rezultatov razvili tudi bogato mrežo institucij za uveljavljanje glasu in koristi žensk, lastnic gozda. Nekateri podatki med Slovenijo in Švedsko so primerljivi, npr. delež žensk med gozdnimi posestniki. V Sloveniji smo trenutno na ravni vstopanja žensk v ekipe za tekmovanja v gozdnih delih, feminizacije gozdarskega študija oz. poklica ter pilotnih analiz.

S triangulacijo metod, podatkov in analiz smo tako ugotovili, da so lastnice gozda v Sloveniji:

- številne, večinoma starejše od 45 let in slabo prilagojene na nove zahteve družbe;
- dejansko niso homogena skupina ljudi, npr. kmečke gospodinje, temveč notranje raznolika skupina, ki je še ne poznamo. Celo merljiv in spremljan kazalnik, njihova starost, je zaradi neurejenih lastniško pravnih razmerij najverjetneje sistematično precenjen;
- večinoma ekonomsko šibke (dohodkovno pogosto odvisne od dohodka iz gozda, kmečke ali vdovske pokojnine, redkeje od plačane službe);
- večinoma formalno neizobražene in družbeno prezrte, vsaj tiste z majhno posestjo – h temu je prispevalo najprej vojno obdobje, nato večdesetletno preziranje njihovega statusa (kmet kot zmerljivka), v zadnjem času pa njihovo vztrajanje na podežlju, zlasti oddaljenem, kjer dostopnost infrastrukture ni enaka kot v mestu;
- v starosti prepuščene opori družine in soseske – tudi zato jih je bilo izjemno težko doseči;
- del svoje volje in energije za več let, ponekod tudi večji del življenja, usmerile v gozd, na kar sta po njihovem mnenju vplivala zlasti njihov način življenja doma in uporabnost gozda, le v zanemarljivi meri pa različne strokovne službe;

- vesele zanimanja zanje, kar potrjuje njihovo oceno, da so v družbi obrobna skupina, ki svojo vlogo, potrditev in smisel najde v domačem okolju in v z gozdom povezanih odločitvah;
- vir neposredne koristi za nas kot posameznike in kot družbo, saj ne omejujejo rekreacijske rabe gozda in razvijajoče se gospodarske veje turizma, še več, njihovi otroci, točneje kmečki otroci, so v povprečju številnejši (Černič Istenič, 2003) ter študijsko nadpovprečni (Bevc, 2002).

Ali torej skupino, s katero smo prišli v stik, lahko imenujemo za posebno družbeno skupino? Pilotna analiza nakazuje, da je to mogoče, s ponovitvijo na reprezentativnih podatkih pa kot drugo hipotezo postavljamo dve razločevalnici med njo in družbenim okoljem: vrednote prostora in družine. Čeprav neposredno vrednot nismo preučevali, s svojim načinom življenja in svojimi stališči o sebi in gozdu izražajo usmerjenost v družino in (svoj) gozd oziroma lokalni prostor. Kljub družbeni prezrtosti in nizki materialni blaginji so namreč še vedno prisotne in z močno življenjsko voljo. Imajo stališča o sebi in svoji vlogi, javno uveljavljanje jih ne zanima. Njihovo konkurenčno prednost oziroma moč razumemo v naslednjih značilnostih:

- mnogo jih živi v omejenih materialnih razmerah in družbeni prezrtosti, a po naših podatkih ne pričakujejo vlaganj skupnih proračunskih virov vase;
- niso odvisne od storitev, temveč od svoje lastnine in socialne mreže, zato so sposobne samo-organizacije in tudi kritičnega vrednotenja odnosa do njih in gozda kot njihove lastnine;
- njihovi otroci so pomemben vir slovenskega prebivalstva;
- omogočajo brezplačno uporabo svoje lastnine, gozda, kar pomeni državi možnost trgovanja s ponori ogljika in razvoj nove, rastoče gospodarske veje – turizma, prebivalcem pa brezplačno rekreacijo;
- razpolagajo s funkcionalnimi znanji za neodvisno preživetje iz lokalnih virov, a jih ne promovirajo in ne tržijo, temveč jih delijo brezplačno;
- mnoge razpolagajo z osebnim smislom, iz katerega izvira njihova življenjska volja, zato vplivajo na kakovost odnosov v skupnosti v širšem smislu.

Navedene značilnosti se zdijo v današnjem času preživete ali vsaj prezrte. Možnost zmanjševanja blaginje vsaj usmerja v razmislek, kako bi bilo mogoče živeti tudi drugače, za kar so v Sloveniji še na voljo zgledi. V mnogih evropskih državah je delež podeželskega prebivalstva nizek, zato tovrstnih zgledov primanjkuje. Poleg tega se kaže zavedati, da je z vidika znanja obravnavana skupina šibka in bi ji bilo treba tudi zaradi družbene pravičnosti vsaj na tem področju ponuditi bistveno več.

5. SKLEP

V Sloveniji in v Evropi se v družbi povečujeta delež starih ljudi in delež nekmečkega prebivalstva. Vrednote prostora, ki so bile zadnja desetletja izrinjene v zasebni in individualni prostor (Demšar, 2007)¹, postajajo bolj aktualne. Z ekonomskega vidika je sicer razdrobljena

¹ Preobrazba držav centralne in vzhodne Evrope iz državnega načrtovanja v tržno ekonomijo ter iz enopartijskih sistemov v parlamentarne demokracije je prostorske vrednote zanemarila, javnosti pa omejila dostop do odločanja, tudi o vrednotah prostora (cit. Demšar, 2007).

posest 15 milijonov evropskih lastnikov, zlasti malih kmetov, slaba (Niskanen s sod., 2007), vendar je ekonomski vidik le eden od razvojnih vidikov.

V tem kontekstu interpretiramo slovenske lastnice gozda kot ključen in (še) neviden zgled, trenutno preglašen z agresivnim in necelovitim razumevanjem razvoja, ki že kaže svoje negativne plati (npr. razgradnjo skupnosti, onesnaženje okolja, podnebne spremembe).

Zaključna misel naj torej preusmeri našo dosedanjo usmeritev iz preučevanja in spodbujanja samoiniciativno dejavnih proti tistim, ki potrebujejo spodbudo in skrb, iz enoplastnega razumevanja blaginje v njen kompleksnejši model, iz kratkoročnega v dolgoročno, iz usmerjenosti v korist posameznika v delovanje v korist skupnosti. Taka načela so hkrati tudi ekonomsko bolj učinkovita (Ostrom, 1990). Vse to nam sporočajo tudi lastnice gozda, s katerimi smo prišli v stik in ki so ob soočanju subjektivnega sveta s kulturnimi vzorci družbenega okolja za svojo ohranitev uporabile vse tri oblike komunikacije: prilagoditev, kljubovanje in pogajanja (Suoparjarvi, 2009). S tem so dokazale svojo vitalnost in hkrati razvojni pomen. Njihovo udejstvovanje v socialnih in ekoloških vlogah (oskrba družinskih članov, urejanje krajine) je trenutno sicer še razumljeno le kot ekonomska eksternalija oziroma neplačana korist, kar jih potiska v nezavidljiv položaj. Omenjeni vlogi namreč finančno nista ovrednoteni, ker se cene ekoloških in socialnih storitev v obstoječem modelu blaginje ne upoštevajo. Posledica je razkrajanje struktur in procesov, povezanih z njimi, uveljavljanje tržno ovrednotenih dobrin ter družbenih skupin, ki iz tega procesa črpajo svojo lastno blaginjo. Slednje seveda niso zainteresirane za preseganje družbene izrinjenosti tistih, na račun katerih živijo, prav tako ne za upoštevanje visokih transakcijskih stroškov, ki bi jih prineslo upoštevanje cene ekoloških in socialnih vlog, npr. gozda.

Lastnice gozda, s katerimi smo prišli v stik, vztrajajo v omejevanju skrbi zase v dobro skupnih in dolgoročnih koristih. Zato jih razumemo kot obsežen, a prezrt vir znanja in vrednot ter zlasti v času recesije upoštevanja vreden zgled. Njihovega položaja ne posplošujemo na položaj podeželja, niti oddaljenega ne, ampak jih navajamo kot primer, vreden podrobnejšega preučevanja in bistveno večjih javnih vlaganj. Njihova predstavitev, čeprav na podlagi nereprezentativnega vzorca, obenem daje vpogled v življenje starih ljudi na slovenskem podeželju in tako prispeva k njihovemu celovitejšemu spoznavanju in razumevanju.

LITERATURA

- Bogataj Nevenka in Findeisen Dušana (2008). *Celostni model izobraževanja starejših odraslih v Sloveniji*. Ljubljana: Andragoški center Slovenije.
- Bevc Milena (2002). *Učinkovitost dodiplomskega študija v Sloveniji: druga longitudinalna analiza (generacija študentov 1991/1992): predstavitev raziskovalnega projekta in vprašanja za razpravo, seminar šolskega polja na Centru za študij edukacijskih strategij*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta, 26.3.2002.
- Črnič Istenič Majda s sod. (2003). Socio-ekonomski kontekst kot pojasnjevalni dejavnik razlik v rodnostnem vedenju. Statistični dnevi, Radenci, 28. - 26. november 2003. V: <http://www.stat.si/radenci/referat/CERNIC,KVEDER,PERPAR.doc> (28.3.2006).
- Črnič Istenič Majda (2007). Attitudes Towards Gender Roles and Gender Role Behaviour Among Urban, Rural, and Farm Populations in Slovenia. V: *Journal of Comparative Family Studies*, 37, št. 3, str. 477-496.
- Demšar Mitrovič Polona (2007). *R.A. V.E. Space, project final report: raising awareness of values of space through the education process*. Ljubljana: Ministry of the Environment and Spatial Planning.
- Dobnikar Majda (2007). interno neobjavljeno gradivo, Andragoški center Slovenije.

- Folo Gro (2002). A hero's journey: young women among males in forestry education. V: *Journal of Rural Studies*, 18 letnik, 3. št., str. 293-306.
- Informatorika 1, marec 2009.
- Informatorika št. 2, 3. avgust 2009.
- Kovačič Matija, Perpar Andrej, Gosar Lojze (2002). Členitev podeželja v Sloveniji. V: *Sodobno kmetijstvo*, letnik 35, št. 2, str. 62-66.
- Lidestav Gun in Wästerlund Dianne (1998). *Skogsutbildade kvinnor och mäns villkor i arbetslivet-resultat från en enkätundersökning*. (Arbetsdokument 4). Umea: Sveriges lantbruksuniversitet, Institutionen för skogteknik, Umea.
- Lidestav Gun (2007). The gender situation in European and North American Forestry – state-of-art and how to bring about real changes. V: *IUFRO Division VI Symposium 14-20.8*, Saarelskå, Finland.
- Medved Mirko (2004). Changes of the private forest property structure in Slovenia influence on management by forests, V: *Human dimensions of family, farm and community forestry*: March 29-April 1, 2004 symposium. Pullman (Washington): Washington State University, str. 43-49.
- Mirčeva Jasmina (2005). Vključenost odraslih v izobraževanje. V: *Andragoška spoznanja*, letnik 11, št. 4, str. 10-21.
- Mohorčič Špolar Vida Alenka s sod. (2005). *Pismenost in ključne življenjske veščine v družbi znanja: družbeno skupinski vplivi udeležbe odraslih v izobraževanju kot dejavniki razvoja družbe znanja. Ciljni raziskovalni program Konkurenčnost Slovenije 2001-2006, zaključno poročilo*. Ljubljana, Andragoški center Slovenije, 157 str.
- Niskanen, Anssi, Slee, Bill, Ollonqvist, P., Pettenella B. (2007). *Entrepreneurship in the forest sector in Europe*. University of Joensuu, Faculty of Forestry, Silva Carelica 52, 2007.
- Ostrom Elinor (1990). *Governing the Commons: The Evolution of Institutions for Collective Action (Political Economy of Institutions and Decisions)*. Cambridge: Cambridge University Press, 280 str.
- Ramovš Jože (2003). *Kakovostna starost. Socialna gerontologija in gerontologika*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka in Slovenska akademija znanosti in umetnosti, 582 str.
- Ravbar Marjan (2000). Regionalni razvoj slovenskih pokrajin. V: *Geographica Slovenica*, letnik 33, št. 2, str. 9-81.
- Secco Laura in Peruch Laura (2006): Italy. V: *Time for action. Changing the gender situation in forestry. Report of the team of specialists on gender and forestry*, FAO, Rome 2006, str. 39-49.
- Suopajarvi Tiina (2009). Negotiating gender in Finnish forestry. V: *Making a difference through cooperation, networking and the establishments of role models*. Making a difference in theory and practice, 2nd Gender and Forestry Conference, Umeå, Sweden, June 15 – 18, 2009.
- Turunen Katja in Toivonen Ritja (2006). Finnish female foresters' employment and career development. V: *Time for action. Changing the gender situation in forestry*. Report of the team of specialists on gender and forestry, FAO, Rome 2006, str. 29-33.
- Zavod za gozdove, interno neobjavljeno gradivo; preglednice pripravila Matijašič D., in Pisek R.

Kontaktne informacije:

dr. Nevenka Bogataj

Andragoški center Slovenije

Šmartinska 134 a

1000 Ljubljana

E-naslov: nevenka.bogataj@acs.si

IZ GERONTOLOŠKE LITERATURE

Lezovic M., Kovac R. (2008). *Comparison of long-term care in European developed countries to possible implementation in Slovakia. V: Bratislavské lekárske listy, letnik 109, št.1, str. 20-24.*

DOLGOTRAJNA OSKRBA V RAZVITIH EVROPSKIH DRŽAVAH

Z naraščajočo dolgoživostjo se povečuje prevalenca kroničnih nenalezljivih bolezni. Z njimi naraščajo zdravstveni izdatki, potrebe po bolnišničnih storitvah in dolgotrajni oskrbi. Razvite države se soočajo z vprašanjem, kako na primeren način zadovoljiti obstoječe potrebe in kako tudi v prihodnosti zagotavljati finančno vzdržnost sistema, saj bo oskrba kroničnih in geriatričnega zdravljenja potrebnih bolnikov nujna prioriteta.

Dolgotrajna oskrba kronično bolnih ali invalidnih oseb je izziv vsemu svetu. Finančno stanje zdravstvenih zavarovanj bi lahko izboljšali z nižjo prevalenco kroničnih bolezni. Pri načrtovanju ukrepov za doseg takega cilja je treba upoštevati razmere v vsaki državi posebej. Uvajanje z dolgotrajno oskrbo povezanih zdravstvenih in socialnih ukrepov pa traja vrsto let. Omogočiti je treba šolanje oskrbovalcev, vzpostaviti zavarovalne sklade za plačilo dolgotrajne oskrbe in tistih, ki bodo kadre vzgajali. Potrebe je zato treba predvideti že leta ali celo desetletja poprej.

Opredelitev dolgotrajne oskrbe. Dolgotrajno oskrbo potrebujejo posamezniki, ki so invalidni, kronično prizadeti, poškodovani oziroma bolni tako, da je njihova sposobnost za izvajanje osnovnih vsakodnevnih opravil omejena. Oskrba je pomoč pri teh opravilih osebam vseh starosti z dolgotrajno funkcionalno odvisnostjo. Bistvo oskrbe je največkrat pomoč pri vsakdanjih

opravilih in osnovni zdravstveni negi, kot je previjanje ran, blaženje bolečine, jemanje zdravil in podobno.

Ciljne skupine. Dolgotrajna oskrba je namenjena telesno ali duševno prizadetim osebam z zdravstvenimi težavami, katerih narava zahteva pomoč pri dnevnih opravilih. V to skupino sodijo opravilno odvisne osebe vseh starosti in njihovi oskrbovalci.

Reforme sistemov dolgotrajne oskrbe. Razvite države se pri povezovanju zdravstvenih in socialnih vidikov dolgotrajne oskrbe soočajo z odsotnostjo koordinacije, pomanjkanjem kontinuitete, slabimi rezultati in težavnim nadzorom nad stroški. Danska, Nemčija, Nizozemska in Švedska so uvedle ali uvajajo najbolj povezane sisteme dolgotrajne oskrbe. V nadaljevanju kot primer dobre prakse prikazujemo njihov razvoj. Čeprav se njihove rešitve nanašajo na starejše, v mnogočem veljajo tudi za mlajše prizadete osebe. Seveda se je pri tem treba zavedati poglobitnih razlik med starejšo in mlajšo generacijo odvisnih oseb, ki se kaže v različnem dojemanju odvisnosti in izvajanja oskrbe, kakor tudi v stopnji samoodločanja in neodvisnosti.

Danska. Danska je bila med razvitimi državami prva, ki je vpeljala sistem oskrbe. Velik poudarek je namenjen samoodločanju in nemnožičnosti, prioriteta je oskrba na domu. Imajo najbolj napredne programe za starejše. Od 5,3 milijona vseh prebivalcev jih je skoraj 15 % starejših od 65 let.

Zdravstvena oskrba je javna dejavnost in 85 % storitev je plačanih z javnimi sredstvi. Dostopnost do storitev je v vseh 16 provincah brezplačna. 275 občin je odgovornih za socialne storitve, ki vključujejo dolgotrajno oskrbo in

bivanje za starejše ter ostale starostne skupine. Zakon o socialnih storitvah je bil sprejet leta 1998, že leta 1987 pa zakon o bivanju starejših in invalidnih oseb, ki je prekinil gradnjo novih negovalnih ustanov. Oskrbovance razporejajo po posameznih stopnjah »posebnega bivanja«. Stroške storitev pokrivajo z lokalnimi davščinami, participacije uporabnikov so majhne, država pa pomaga z različnimi skladi in kompenzacijami.

Na Danskem občine načrtujejo, organizirajo in plačujejo oskrbo in pomoč na domu, odgovorne so tudi za oskrbo, ki jo plačujeta zdravstveni in socialni sklad, za oskrbo v dnevnih centrih, negovalnih ustanovah in za različne oblike bivanja za starejše. Center je domovišče skupnosti, v katerem izvajajo številne storitve ne samo za prizadete, ampak tudi za zdrave osebe. Uveden imajo celovit sistem presoje uporabnikov in vodenja oskrbe. Na občini zaposleni skrbnik za posameznike opravi najmanj dvakrat letno preventivni obisk pri starejših od 75 let, se seznani z njihovimi potrebami in jim pomaga pri načrtovanju neodvisnega življenja v naslednjem obdobju. Potrebe po profesionalni oskrbi ocenijo odgovorni za domačo oskrbo in pripravijo načrt ustreznih storitev, ki jih izvajajo ekipe za domačo oskrbo. Če je treba, se posvetujejo z geriatričnimi ekipami. Za starejše na različnih stopnjah neodvisnosti gradijo neinstitucionalna, ustrezni pomoči prilagojena bivalna okolja, ki so običajno v bližini negovalnih ustanov ali skupnostnih domovišč. S tem znižajo stroške in povečujejo izkoriščenost osebja ter opreme.

Nemčija. Nemčija ima 82,2 milijona prebivalcev, od teh jih je 15,4 % starejših od 65 let. Pred letom 1994 je bil nemški sistem na ravni dežel ob upoštevanju premoženjskega stanja usmerjen v institucionalno oskrbo. Vzroki, zaradi katerih so se odločili za korenite spremembe, so bile vse večje proračunske težave in naraščanje potreb, ki jih obstoječi sistem ni zmozel dohajati, ogroženo je bilo nemško poj-

movanje socialne solidarnosti, pa tudi kakovost storitev ni bila primerna.

Z načrtom obveznega zavarovanja in plačevanja po višini dohodkov so uvedli dolgotrajni oskrbi namenjeno zavarovanje za socialno odgovornost. V javno zavarovanje je vključenih 70 milijonov oseb, v zasebno pa 8,5 milijona. Prispevki znašajo 1,7 % posameznikove plače, polovico tega plača delodajalec, za upokojene pa pokojninsko zavarovanje. Dostop do zavarovalnih pravic je v rokah odbora za ocenjevanje, ki upravičenca uvrsti v eno od treh kategorij. Vsaka kategorija ima tri vrste plačevanja. Plačilo upravičencu, ki je doma, plačilo izvajalcu za storitve na domu in plačilo izvajalcu za institucionalno oskrbo. Če pravice ne pokrivajo stroškov potrebne oskrbe, lahko posameznik po preverjanju njegovih dohodkov dobi kritje iz socialnega sklada. Oskrbo na domu so prenesli na zavarovalni sistem v aprilu 1995, institucionalno oskrbo pa julija 1995. Prioriteto namenjajo oskrbi na domu.

Administracija je prepuščena zdravstvenim zavarovalnicam. Zavarovanci morajo biti zavarovani pri isti zavarovalnici za akutno in dolgotrajno oskrbo. S sredstvi upravljajo komisije, ki storitve ocenjujejo s kriteriji, ki jih določa zakon, in sklepajo pogodbe z izvajalci. Koordinacija ne poteka brez težav, saj sta akutna in dolgotrajna oskrba ločeni, možni so prepleti med posameznimi skladi, še posebej pri rehabilitacijskih storitvah.

Od 1970-ih let dalje igrajo socialne postaje (nem. Sozialstation) pomembno vlogo pri organizaciji in izvajanju storitev skupnosti za starejše. Gradili so jih z namenom zmanjšati potrebo po hospitalni oskrbi. V njih delajo sestre in socialni delavci, ki usklajujejo široko mrežo neinstitucionalne oskrbe: svetovanje, prevoze, nakupovanje, najem pripomočkov, razdeljevanje hrane, skrb za bivališča, dnevno oskrbo. S soglasjem zavarovalnice lahko organizirajo tudi sestrsko in psiho-geriatrično oskrbo (ali jo izvajajo sami ali pa druge organizacije). V državi je približno

4000 socialnih postaj, v mestih na vsako odpade 20.000 do 50.000, na podeželju pa od 15.000 do 25.000 prebivalcev. Uvedba nove zakonodaje je spremenila vlogo postaj. Sredstva, ki so jih dobivale od države in županstev, so se zmanjšala. Pred tem so bila prednostno namenjena neprofitnim organizacijam, medtem ko uvedeno zavarovanje za socialno odvisnost enakopravno plačuje ne-profitne in zasebne izvajalce, da bi bila uporabnikom na voljo večja izbira med izvajalci. Socialne postaje se morajo prilagajati storitvam, ki so bliže uporabniku in biti bolj tržno usmerjene.

Novost, ki dopolnjuje zavarovalni sistem, je *zadruga starejših državljanov*, ki izmenjuje prostovoljce in plačano osebje. Vključujejo sosedsko pomoč za gospodinjska dela, prevoze, obiske, tolažbo po telefonu in skupine za samopomoč. Širijo se tudi bivališča, ki imajo zagotovljene potrebne storitve. Stroški se sofinancirajo z vladnimi sredstvi ali se ta sredstva dopolnjujejo z državno socialno pomočjo. Drug način s storitvami obogatene bivanja je namenjen srednjemu ali višjemu sloju med starejšimi. Ta stanovanja upravljajo neprofitne organizacije, ker pa stanovalci ne prejema sredstev za bivanje, jih prispevajo sami. Na voljo jim je široka izbira storitev od skromnih internetnih storitev do širokih socialnih aktivnosti in oskrbovalnih storitev.

Glavne cilje zavarovalne reforme so uresničili. Leta 2001 je manj kot 5 % oseb v domači oskrbi prejelo sredstva od države in manj kot 25 % tistih, ki so prebivali v ustanovah. Prihranili so pomembna proračunska sredstva. Upravičenost do sredstev in do plačila je okrepila vpliv urejanja, zavarovalnic in izvajalcev. Ker imata standardizacija in konsolidacija zavarovalnih stroškov prednost pred iskanjem najbolj ustreznih metod za izvajanje storitev, je še vedno v prevladi precej rigidni sistem.

Nizozemska. Na Nizozemskem reformirajo dolgotrajno oskrbo že 20 let. Leta 1994 je komisija za posodobitev oskrbe starejših pripravila

dokument z naslovom *Skrb za starejše v prihodnosti*, v katerem je predlagala boljši in bolj koordiniran sistem, ki bi izhajajoč iz skupnosti nudil bolj individualne storitve. Vlada je kasneje sprejela precej predlogov komisije. V skladu z nizozemsko konsenzualno naravo pa sodelovanja ne uveljavlja, ampak ga podpira s skladi, subvencijami in posebnimi sredstvi.

Državljeni Nizozemske so v 64 % obvezno zdravstveno zavarovani za posamezne storitve. Upokojenci plačujejo nižje prispevke. 36 % prebivalcev je zasebno zavarovanih. Ne oziraje se na višino plače ali zaposlitveno stanje, je vsak državljan zavarovan za katastrofična zdravstvena tveganja z zakonom o izrednih izdatkih za zdravstvo, ki so ga sprejeli leta 1968.

Ta zakon ima poseben pomen za starejše in ostale, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo, saj zavaruje tudi za visoke stroške domske oskrbe in od leta 1997 tudi za bivanje v upokojenskih domovih in ustanovah za invalide, kakor tudi za hospitalizacije, ki so daljše od enega leta. Prispevki znašajo od 8,8 % do 9,6 %, od katerih večji del plača delodajalec, upokojenci pa ne plačujejo ničesar. Financiranje programa se pokriva tudi iz proračuna in s sofinanciranjem. Posebnost nizozemskega sistema je pričakovanje, da se posamezniki vključijo v lokalno organizacijo, ki izvaja oskrbo na domu. Druga posebnost je *osebni proračun*, ki posameznim invalidnim skupinam od leta 1985 omogoča nakup potrebne oskrbe.

Sprememba oskrbovalnega sistema je povezana z vse večjo horizontalno in vertikalno integracijo zdravstva in sociale. V zadnjem času je nekaj primerov povezovanja bolnišnic, upokojenskih domov, organizacij za oskrbo na domu in celo izvajalcev oskrbe v eno krovno organizacijo. Običajno se združujejo organizacije istega tipa. Pred desetimi leti se je nacionalna sestrška organizacija združila z oskrbo na domu, kar je v vse bolj tekmovalno okolje vneslo bolj stalno in učinkovito oskrbo.

Vodenje primerov so Nizozemci pred deseti-mi leti prevzeli od Velike Britanije in Združenih držav in veliko organizacij ga danes sprejema kot osnovo njihovih dejavnosti. Nizozemska mreža oskrbe ne povezuje le ustanov, povezovanje je usmerjeno v potrebe oskrbovancev, oskrbo pa izvajajo v sodelovanju in usklajevanju med splošnimi in specializiranimi izvajalci oskrbe, z natančno opredeljenimi in ločenimi zadolžitva-mi. Oskrbovalni centri delujejo v partnerstvu med izvajalci zdravstvene in socialne oskrbe, vključujejo tudi bolnike, ki niso v bolnišnicah. Pričakuje se, da bo nadaljni razvoj namenjen predvsem dolgotrajnim bolnikom ali invalidom. Drug model oskrbe je v sodelovanju pri izvajanju specifičnih paketnih storitev, vendar so pozna-valci pesimistični, ker pokrivanje stroškov še ni usklajeno.

Nenavadno visok odstotek starejših, približno 10%, živi na Nizozemskem v upokojenskih ali negovalnih ustanovah, vendar vlada že od 1970-ih let dalje podpira deinstitucionalno politiko. Podpirajo domačo in skupnostno oskrbo, širijo dostopnost do najemniških ali lastnih stanovanj, v katerih so stanovalci deležni zunanje pomoči. Na tem področju so predvsem aktivna neprofitna stanovanjska podjetja, vendar pa vanj vstopajo tudi podjetniki.

Poskušajo tudi z različnimi kombinacijami bivanja in storitev v prilagodljivih oskrbovalnih hišah.

Švedska. Švedska je svetovno znana po svoji široki podpori javnega financiranja zdravstvenih in socialnih storitev za državljane vseh starosti. Leta 1992 je reforma skrbi za starejše prenesla plačevanje in vodenje oskrbovalnih ustanov od okrožij na občine, ki so že imele oskrbovalne in socialne storitve. Hkrati so občine prevzele tudi odgovornost za dolgotrajno oskrbo bolnikov v ustanovah. Namen teh ukrepov je bil utrditi zdravstveno in socialno oskrbo na lokalni ravni, demedikalizirati oskrbo starejših in uskladiti storitve. Cilj osvobajanja bolniških postelj in

povečevanja postelj v ustanovah za dolgotrajno oskrbo ali postelj v domačem okolju, je bil v glavnem dosežen.

Leta 1998 je bil sprejet nacionalni akcijski na-črt politike do starejših, po katerem je 21 izbranih okrožij odgovornih za plačevanje, vodenje in iz-vajanje zdravstvenih storitev. Večina izvajalcev je javnih. Mesto prvega stika je okrožni zdravstveni center. Organiziranost bolnišnic je hierarhična. Močan poudarek je na geriatrični medicini, bol-nišnice geriatrično in rehabilitacijsko ocenjujejo tudi storitve v zvezi s kroničnimi stanji.

Po zakonu o socialnih storitvah iz leta 1992 je socialno skrbstvo poverjeno 289 občinam, ki so odgovorne za plačevanje, organiziranost, preskrbo in izvajanje oskrbe. So razmeroma samostojne na področju preskrbe in izvajanja, nekatere so se za izvajanje pogodile z neprofi-tnimi ali profitnimi izvajalci. 80-85% stroškov je pokritih z lokalnimi davščinami, za ostanek poskrbi osrednja vlada. Občine postopoma uvajajo doplačila oskrbovancev.

Švedski sistem se razlikuje od univerzalnega modela socialne skrbi za starejše. Dolgoživost med Švedi narašča, 17% jih je starejših od 65 let in vse težje je najti zadostna sredstva zgolj z davki. Eden od predlogov je, naj bi se ustvarilo nekakšen kvazi-trg, ki bi ga vodila vlada, na kate-rem bi oskrbovanci z vavčerji prišli do potrebnih storitev, ki bi jih ponujali med seboj tekmujoči izvajalci. Švedska je dolgotrajno oskrbo prenesla na samoupravne občine. Glavni dosežki tega so bili: zmanjšanje zasedenosti postelj v bolnišnicah za polovico, ustrenejše in pravočasne premesti-tve v ustanove za dolgotrajno oskrbo, povečana ponudba bivanja v posebnih pogojih in povečanje tako kapacitet kot kakovosti tistih storitev na domu, ki jih zagotavljajo občine.

Problemi so tudi v usklajevanju z občinami, ki še niso prevzele nobene negovalne ustanove. Tudi prepletanje akutne oskrbe s kronično še ni rešeno. V nekaterih skupnostih so sestre za domačo nego dodeljene lokalnim zdravstvenim

centrom. Sodelujejo z izbranimi zdravniki in ponoči obiskujejo nestabilne bolnike. Od reforme v letu 1992 so multidisciplinarne skupine za načrtovanje oskrbe postale polno odgovorne za vodenje oskrbe, izboljšala se je tudi vzgoja za vodenje primerov. Nov izziv je ločevanje kupca in izvajalca, ki lokalno pristojnost o primernosti in dostopnosti ločuje od storitev pogodbenega izvajalca.

Bivanje v stanovanju, podprto s storitvami, podpirajo lokalne in vladne službe, zato lahko oskrbovanci v večji meri ostajajo v svojem okolju. Posebne rešitve ali izvedbe se v posameznih okoljih lahko precej razlikujejo, in čeprav vlada namenja določena sredstva, običajno 90 % stroškov plačuje občina, 10 % pa stanovalec. Ponudba storitev je razdeljena med upravljalce bivanja in občino. Poskuša se tudi z neprofitnim lastništvom bivalnih kompleksov, ki poleg običajne ponujajo še zdravstvene storitve in pomoč na domu.

Zaključek. V Sloveniji prav zdaj sprejemamo dolgo pripravljani in še bolj dolgo pričakovani zakon o dolgotrajni oskrbi. Ko bo sprejet, bo zagotovo s poznejšimi dopolnili in popravki doživljal usodo vseh zakonov in rešitev, kot to lahko vidimo tudi na primeru vseh štirih predstavljenih držav. Slovenija bo z njim, ne oziraje se na vsebino predvidenih zakonskih določil, ki jih lahko primerjamo z rešitvami v drugih okoljih, vstopila v družbo držav, ki so že dolgo pred njo čutile potrebo, da to vrsto medgeneracijske solidarnosti uredijo na način, ki njihovim državljanom tudi v pozni starosti zagotavlja dostojno in človeka vredno življenje.

Božidar Voljč

European Commission: Employment, Social Affairs and Equal Opportunities DG. (2008). Long-term care in the European Union. 35 strani; http://ec.europa.eu/employment_social/news/2008/apr/long_term_care_en.pdf (sprejem 15. 3. 2010)

DOLGOTRAJNA OSKRBA V EVROPSKI UNIJI

Dokument Evropske komisije obravnava problematiko dolgotrajne oskrbe v Evropski uniji in združuje analizo trenutnega stanja z napovedjo sprememb in oceno možnih rešitev v prihodnosti.

Cilj sistemov socialnega varstva držav članic je zagotoviti kakovostne storitve in oskrbo vsem državljanom, kar pa v obstoječih sistemih zaradi demografskih sprememb postaja čedalje težja naloga. Višji življenjski standard, napredna tehnologija ter zdravstveno in socialno varstvo zagotavljajo daljšo življenjsko dobo, ki bistveno poveča tveganje za dolgotrajno oskrbo. Ocene kažejo, da trenutni sistemi ne bodo zmogli zadovoljevati prihodnjih potreb. Države članice so se zato zavezale modernizaciji sistemov socialnega varstva. Stališče Evropske unije je, da je dolgotrajna oskrba v osnovi odgovornost javnosti.

Napovedi družbenih in demografskih premikov omenjajo več ključnih sprememb v prihodnjih petdesetih letih. Delež starih in zelo starih ljudi v populaciji bo znatno narasel zaradi staranja populacije, daljše življenjske dobe in rodnosti pod obnovitvenim nivojem. Kako bodo omenjeni dejavniki vplivali na potrebo po dolgotrajni oskrbi, je odvisno od incidence kroničnih bolezni in onemoglosti. Pesimistični scenarij predpostavlja, da daljša življenjska doba pomeni tudi več let preživetih v bolezni in zato znatno višjo potrebo po dolgotrajni oskrbi. Optimistični scenarij pa predvideva tudi več pričakovanih let zdravega življenja in s tem le zmerno povečanje potrebe po dolgotrajni oskrbi. Trenutno v mnogih državah starejše oskrbujejo mlajše ženske sorodnice. V prihodnje se bo delež mlade, aktivne

populacije zmanjševal, ženske pa bodo vse bolj vključene v trg dela. Družine so manjše in živijo ločeno, vse pogostejše so enostarševske družine, kar zmanjšuje možnosti dolgotrajne oskrbe v družinskem krogu. Tovrstna oblika oskrbe torej ne bo več mogla zadovoljevati vseh potreb. Tudi po optimističnem scenariju, kjer se potreba po dolgotrajni oskrbi ne poveča v veliki meri, je torej mogoče pričakovati precejšen porast javnih stroškov dolgotrajne oskrbe.

Stališče evropske javnosti je, da naj bi stroške dolgotrajne oskrbe poravnala država preko ustreznega sistema zavarovanja. Dolgotrajna oskrba je obči družbeni problem in se ne nanaša le na starejšo populacijo, kljub temu da jo starejši največkrat potrebujejo. Evropejci menijo, da dolgotrajna oskrba v trenutni ureditvi od družinskih članov zahteva preveč, vendar si večinoma želijo čim večji del svoje starosti preživeti doma, izven institucij. V prihodnje naj bi se tako dolgotrajna oskrba premaknila iz formalnih institucij v posamezniku prilagojeno domačo ali skupnostno oskrbo. Slednje je z ustrežno izobraženimi kadri in organiziranimi oblikami podpore družinskim članom mogoče tako v formalni kot neformalni obliki. Cilj je ljudi čim dlje zadržati na lastnih domovih in zagotoviti institucionalizirano oskrbo le v primerih, ko je to nujno potrebno.

Države članice so zavezane zagotavljanju dosegljivega, kakovostnega in finančno vzdržnega sistema zdravstva ter dolgotrajne oskrbe. To pomeni, da se zmanjšajo neenakosti v dosegljivosti storitev, da se poveča kakovost storitev in preventive ter racionalizira porabo financ in virov. Slednje zahteva predvsem boljše upravljanje in usklajevanje različnih sistemov oskrbe v javni in zasebni sferi ter sočasno spodbujanje zdravega življenjskega sloga.

Splošna pravica do oskrbe ne pomeni nujno tudi resnične izenačenosti vseh državljanov. Pravični in solidarnostni sistemi financiranja v osnovi preprečujejo, da bi potreba po zdravstvu ali oskrbi vodila v revščino in finančno odvisnost.

Vendar pa lahko neenakost povečujejo številni dejavniki kot so nepopolno kritje stroškov, nepopolna ponudba oskrbe, visoki stroški v zasebnem sektorju, neenakomerna geografska pokritost z oskrbo, dolgotrajne čakalne dobe zaradi pomanjkanja javno financiranih storitev in kompleksni administrativni postopki. Navedeni dejavniki lahko še posebno prizadenejo skupine z nižjimi dohodki. Poleg solidarnostnega sistema zavarovanja je zato potrebno zagotoviti dodatne možnosti kot so dopolnilno zavarovanje, določanje višine dodatnih plačil glede na prihodek, možnost oprostitve ali dodatnih subvencij, dodatkov in podobno. Nasloviti pa je potrebno tudi morebitna pomanjkanja ustreznega osebja, njihove plače, delovne razmere in infrastrukturo.

Variacije v dostopnosti storitev so lahko posledica slabega usklajevanja različnih nivojev oskrbe (državnih, regionalnih, lokalnih, zasebnih, prostovoljskih). Posamezniku prilagojena oskrba v domačem okolju zahteva celostno obravnavo in večjo integracijo storitev. Pri tem nam lahko pomaga informacijska tehnologija. V prihodnje naj bi sistem vključeval več koordinatorjev oziroma svetovalcev oskrbe, ki bi skrbeli za zastopanost posameznika, njegovo dostojanstvo in možnost izbire. Olajšali bi usklajevanje in skrbeli za gladke prehode iz bolnišnične v dolgotrajno oskrbo.

Kakovost storitev se precej razlikuje tako med državami kot znotraj držav. Zaskrbljujoča so predvsem poročila o nizkem zadovoljstvu in nizki kakovosti storitev (neprimerna namestitve, pomanjkanje zasebnosti, slabi socialni odnosi, privezovanje oskrbovancev). Za ohranjanje kakovosti so ključnega pomena ustrezna poročila in ocenjevanja. Slednje ob upoštevanju razširjenosti in vseobsegajoče narave dolgotrajne oskrbe postaja vse bolj zahtevna naloga.

Upoštevamo lahko več različnih kazalnikov kakovosti. Med njimi so tako strukturni in procesni kazalniki kot tudi kazalniki izidov. V novem času se ocenjevanje kakovosti usmerja

v izide in dejanski vpliv na zdravje uporabnikov. Kompleksna ocena kakovosti vključuje tudi izobraževanje osebja, varovanje pravic oskrbovancev in njihovo vključenost v odločanje o storitvah. Kakovost lahko močno dvigne oskrba, ki je individualizirana in usmerjena na pacienta.

V neformalnih okoljih je ocenjevanje kakovosti še večji izziv, povezano pa je tudi s sistemom podpore in izobraževanja domačih oskrbnikov. Strukturni in procesni kazalniki so tu pogosto nezadostni, kazalniki izida pa še niso dovolj uveljavljeni. Pogosto se ocene kakovosti pomikajo k posrednim meram, kot so zadovoljstvo in stopnja nezadovoljenih potreb. Ocenjevanje kakovosti na vseh ravneh oskrbe je nujno potrebno tudi zato, da bi preprečili zanemarjanje in zlorabe ter ohranjali dostojanstvo starejših.

Potrebujemo sistem, ki bo dostopen, kakovosten in dolgoročno vzdržen. O vzdržnosti lahko govorimo z več vidikov, in sicer s finančnega, systemskega in kadrovskega.

Znotraj EU obstaja precejšnja variabilnost v financiranju dolgotrajne oskrbe. Pri primerjanju držav so pomembni predvsem štirje elementi: populacijsko kritje, kritje v okviru socialnega varstva, vključenost zasebnih in javnih virov financiranja in razmejitev javne in zasebne sfere. Različni načini financiranja vsebujejo sisteme socialnega zavarovanja, denarne dodatke, namenske proračune, financiranje preko davkov ali pa mešanico različnih virov. Tako EU kot ZDA priznavajo, da je nujna primerna mešanica javnih in zasebnih virov financiranja. Sistem socialnega zavarovanja ali davčno osnovan sistem naj bi bil bolj učinkovit kot financiranje izključno iz zasebnih virov (zasebno zdravstveno zavarovanje na dopolnilni ravni, participacije, plačila iz lastnega žepa brez povračil). Brez ustreznih mehanizmov zaščite zasebni viri financiranja privilegirajo družbene skupine z višjimi dohodki. Razlike med državami izhajajo tudi iz nerazvitosti sistemov dolgotrajne oskrbe, saj se nekatere države veliko bolj zanašajo na neformalne oblike oskrbe.

Na ravni sistema je potrebno predvsem boljše usklajevanje z namenom zagotavljanja kakovosti, enotnega vrednotenja in kontinuuma med medicinskimi, socialnimi in neformalnimi oblikami oskrbe. Boljša koordinacija pomeni učinkovitejšo izrabo virov, preprečuje možnost podvajanja storitev in omogoča lažje prehode. Vodilo pri integraciji je posameznik v celostni obravnavi z zagotovljenim celotnim spektrom storitev, ki jih potrebuje. Nekatere države članice uvajajo nacionalne strategije, ki lahko zagotovijo, da so storitve v državi razporejene bolj uniformno, in da obstaja večji pretok informacij med različnimi storitvami. Še posebno koristne so enojne vstopne točke, kjer se lahko posameznik na enem mestu odloči in dogovori za različne nivoje oskrbe in storitev.

Pretirano naraščanje stroškov bi lahko vsaj deloma preprečili s promocijo zdravega in aktivnega življenjskega sloga. Slednje je smiselno tudi zato, da bi ohranili delovno silo in njeno produktivnost. Kadar je to mogoče, naj se posameznika ustrezno rehabilitira in ponovno vključi v trg delovne sile, okolje pa prilagodi potrebam starejših.

Dostopnost delovne sile, ki je v oskrbi starejših največji strošek, lahko postane problem v državah z že obstoječimi kadrovske primanjkljaji v medicini, negi in socialnem varstvu. Ustrezna politika spodbujanja izobraževanja in zaposlovanja v teh sektorjih je nujna za uspešno in dolgoročno rešitev izziva dolgotrajne oskrbe v prihodnosti, kombinirana pa mora biti tudi s sistemom podpore in izobraževanja neformalnih oskrbovalcev, ki bi zmanjšal razlike med formalno in neformalno oskrbo.

Države članice iščejo nove rešitve v sistemu dolgotrajne oskrbe, saj bodo sedanji sistemi po predvidenih demografskih spremembah kmalu nezmožni zadovoljiti vseh potreb. Nacionalna poročila poudarjajo pomen domače ali rezi-denčne oskrbe pred institucionalno, opozarjajo pa tudi na povišano potrebo po delovni sili in

podpori družinskim članom in neformalnim oskrbovalcem.

Vzdržen sistem financiranja vključuje tako javne kot zasebne vire. Številne države članice tak sistem šele oblikujejo. Druga potrebna sprememba je uskladitev različnih nivojev oskrbe, ki služi tako finančni in sistemski vzdržnosti kot tudi kakovosti in dostopnosti storitev. Zaželen je splošen dostop do dolgotrajne oskrbe, ki ni odvisen od posameznikove plačilne zmožnosti.

Dolgotrajna oskrba naj bi se premaknila iz formalnih institucij v domačo ali skupnostno oskrbo. Različni nivoji oskrbe naj bi se poenotili z vidika standardov, kakovosti in ocenjevanja. Dodatni izziv predstavlja tudi zagotavljanje ustrezne delovne sile, še posebno v državah, kjer podobnih kadrov že primanjkuje. S tem pa je povezano tudi urejanje neformalnih oblik oskrbe in izobraževanje neformalnih oskrbovalcev.

Martina Starc

Bundesministerium für Gesundheit (2009). Ratgeber Pflege: Alles, was Sie zur Pflege wissen müssen. <http://www.bmg.bund.de/>

NASVETI NEMŠKEGA ZVEZNEGA MINISTRSTVA ZA ZDRAVJE O NEGI IN OSKRBI

Nemško zvezno ministrstvo za zdravje je izdalo več publikacij o negi in oskrbi. Namenjene so vsem, ki potrebujejo nego, in pa družinskim in poklicnim oskrbovalcem. Za našo revijo bomo predstavili knjižico Nasveti o negi: vse, kar morate vedeti o negi (*Ratgeber Pflege: Alles, was Sie zur Pflege wissen müssen*), ki je izšla lanske leto. Prinaša splošne informacije o dolgotrajnem zavarovanju za oskrbo, nasvete, kam se lahko obrnemo v primeru, ko potrebujemo pomoč, informacije za družinske oskrbovalce ipd.

Knjižica, ki obsega 108 strani, je razdeljena na šest poglavij. Prvo poglavje je namenjeno zavarovanju za dolgotrajno oskrbo: kaj pomeni, kdo je upravičen do zavarovanja, kako se to financira.

V Nemčiji so zakon o zavarovanju za dolgotrajno oskrbo uvedli 1. januarja 1995 kot peti steber socialnega zavarovanja (poleg zdravstvenega, nezgodnega, pokojninskega in zavarovanja v primeru brezposelnosti). Leta 2008 je bila uvedena njegova reforma (*das Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung*), ki prinaša številne novosti, kot npr. postopno zvišanje prispevkov do leta 2012; možnost, da imajo osebe v domovih, ki potrebujejo posebno nego in oskrbo, osebnega pomočnika; zakonska pravica do individualnega svetovanja o oskrbi; družinski oskrbovalci imajo pravico do uveljavljanja dopusta za oskrbo za največ šest mesecev ipd. V Nemčiji število ljudi, ki koristijo tovrstno zavarovanje, narašča. Leta 2009 je bilo okoli 2,25 milijona upravičencev, pri čemer jih je večina (okoli 1,53 milijona) koristila ambulantne storitve, stacionarno nego in oskrbo pa jih je koristilo okoli 0,72 milijona. Cilj zakona je bil omogočiti starim ljudem, da čim dlje ostanejo na svojem domu; od njegove uvedbe se je število ljudi, ki koristijo institucionalno oskrbo, zmanjšalo.

Oseba, ki potrebuje nego in oskrbo, je v zakonu o dolgotrajni oskrbi opredeljena kot oseba, ki je zaradi telesne ali duševne bolezni ali nezmožnosti pri osebni higieni, prehrani, mobilnosti ali gospodinjskih opravilih – najmanj za šest mesecev – odvisna od pomoči drugih oseb. Potreba po negi lahko načeloma nastopi v vseh obdobjih življenja, ne le v starosti.

Zavarovanje za dolgotrajno oskrbo je obvezno za vse, ki imajo sklenjeno javno obvezno zdravstveno zavarovanje. Vsakdo, ki ima urejeno tovrstno zavarovanje, je avtomatično zavarovan tudi za dolgotrajno oskrbo. Po njem so zavarovani tudi družinski člani (otroci, ki imajo pravico do preživitve, zakonski in zunajzakonski partnerji, katerih redni mesečni prihodki ne presegajo 360 oz. 400 EUR). Zavarovanci, ki imajo sklenjeno zasebno obvezno zdravstveno zavarovanje, morajo skleniti zasebno obvezno zavarovanje za dolgotrajno oskrbo. Višina

prispevkov zanj se odmerja glede na prihodke oz. zmogljivosti zavarovanca. Javno obvezno zavarovanje krije le stroške za osnovno oskrbo, zato je smiselna sklenitev zasebnega dodatnega zavarovanja za dolgotrajno oskrbo, ki ga ponujajo številne zdravstvene zavarovalnice in zavarovalne družbe. To je možno na več načinov: v obliki rentnega zavarovanja, zavarovanja za stroške oskrbe in kot zavarovanje dnevnega nadomestila.

Zavarovanje za dolgotrajno oskrbo je paritetno financirano. Od 1. julija 2008 znaša prispevek za zavarovanje 1,95 % bruto dohodka. Osebe brez otrok morajo plačevati doplačilo (z izjemami zavarovancev, ki so rojeni pred 1. januarjem 1941, zavarovancev do dopolnjenega 23. leta, prejemnikov nadomestila za brezposelne, oseb, ki služijo vojaški rok oz. so na civilnem služenju vojaškega roka). Plačevanje doplačila se upošteva pri eksistenčnem minimumu, saj socialno ogroženi v tem primeru prejmejo višjo socialno pomoč. Za osebe, ki prejemajo nadomestilo za brezposelne, preživnino ipd., zvezni urad za delo plačuje doplačilo, za kar ima na voljo pavšalno 20 milijonov EUR sredstev.

Poseben razdelek govori o tem, kako v Nemčiji poteka postopek za uveljavljanje storitev za dolgotrajno oskrbo. Zavarovanec izpolnjuje pogoj za to, če je v zadnjih desetih letih pred vložitvijo vloge dve leti zavarovan za dolgotrajno oskrbo (ali zavarovan kot družinski član). Zavarovanec mora pri svoji zavarovalnici vložiti vlogo (namesto njega to lahko stori tudi pooblaščen oseba), medicinska služba zdravstvenega zavarovanja (Medizinische Dienst der Krankenversicherung – MDK) pa nato ugotavlja upravičenost do dolgotrajne oskrbe. Rok za izdelavo izvedenskega mnenja je pet tednov; v primeru, da je zavarovanec v bolnišnici, v hospicu ali v ambulantni paliativni oskrbi, se skrajša na teden dni. Izvedenec – praviloma pri najavljenem obisku na domu – oceni potrebe zavarovanca po oskrbi in ga uvrsti v eno izmed treh negovalnih stopenj. Te se razlikujejo med seboj glede na potrebo po oskrbi:

- 1. stopnja: osebe, ki potrebuje pomoč najmanj enkrat dnevno pri osnovni negi (osebna higiena, prehranjevanje, gibanje ipd. – več kot 45 minut) in večkrat na teden pri gospodinjskih in drugih opravilih (najmanj 90 minut dnevno);
- 2. stopnja: osebe, ki najmanj trikrat dnevno ob različnem času potrebujejo pomoč pri osnovni negi (najmanj 2 uri) in večkrat na teden pri gospodinjskih in drugih opravilih (najmanj 3 ure dnevno);
- 3. stopnja: osebe, ki potrebujejo pomoč 24 ur na dan (najmanj 4 ure dnevno) in večkrat na teden pomoč pri gospodinjskih in drugih opravilih (najmanj 5 ur dnevno).

Osebe, ki so v omejeni meri zmožne opravljati osnovna vsakodnevna opravila in ne sodijo v nobeno od omenjenih stopenj – gre za t. i. »0. stopnjo« – lahko po novem zaprosijo za denarno pomoč pri oskrbovanju. Na koncu poglavja najdemo nekaj priporočil za tiste, ki nameravajo zaprositi za storitve dolgotrajne oskrbe. Avtorji jim priporočajo, naj sami vodijo dnevnik o tem, pri katerih opravilih potrebujejo pomoč in za koliko časa; naj sami presodijo, ali naj se oskrba izvaja na njihovem domu ali v negovalni ustanovi, presodijo naj, ali bodo oskrbo lahko v celoti izvajali svojci ali bo potrebna pomoč ambulantne negovalne službe ipd.

Drugo poglavje govori o oblikah dolgotrajne oskrbe, kar je odvisno tudi od tega, kakšno obliko oskrbe onemogla oseba potrebuje in v kakšni meri ji lahko nudijo pomoč svojci. Pri dolgotrajni oskrbi na domu nudi pomoč ambulantna negovalna služba, in sicer pri osnovni negi (osebna higiena, prehrana ipd.), domači bolniški negi (dajanje zdravil, oskrbovanje ran, dajanje injekcij ipd.), svetovanju in posredovanju drugih storitev (prinašanje hrane na dom, prevozi v bolnišnico, nakupovanje, čiščenje ipd.). Oseba, ki potrebuje oskrbo, sama odloča o tem, kdo ji bo nudil oskrbo; višina oskrbovalnine se določa glede na negovalno stopnjo. Poleg tega ima pravico

koristiti oskrbovalnino v obliki plačila storitev dolgotrajne oskrbe ali denarnega nadomestila ali pa kombinira oboje. Do denarnega nadomestila je upravičena v primeru, če ima zagotovljeno oskrbo na domu in sama odloča o tem, kako ga bo porabila za storitve dolgotrajne oskrbe; lahko ga kot nagrado nameni svojcu, ki ji nudi oskrbo. V času, ko je družinski oskrbovalec na dopustu ali na bolniški, zavarovalnica prevzame stroške za nadomestno nego (za največ štiri tedne v koledarskem letu); oskrbovalec lahko uveljavlja pravico v primeru, če vsaj šest mesecev oskrbuje onemoglega človeka.

Vedno več ljudi se odloča za to, da v starosti biva skupaj s sovrstniki, npr. v stanovanjskih skupnostih za stare, kjer imajo tudi svoje lastne prostore. Mogoče je, da stanovalci koristijo storitve pri isti negovalni službi, kar pomeni prihranek časa in denarja. Kadar oskrba na domu ali delna stacionarna oskrba nista mogoči, je zavarovanec upravičen do kritja stroškov za polno stacionarno oskrbo, pri čemer zavarovalnica plačuje pavšalni znesek za storitve neposredno negovalnemu domu. Druge oblike dolgotrajne oskrbe so: a) delna stacionarna oskrba, ki je lahko dnevna ali nočna – običajno jo koristijo oskrbovanci, katerih svojci so čez dan v službi; b) začasna oskrba: oskrbovanci potrebujejo oskrbo le začasno, kot npr. po odpustitvi iz bolnišnice; c) institucionalno varstvo: oskrba v domovih za stare, stanovanjskih domovih za stare in negovalnih domovih. Reforma zakona dopušča, da domovi zaposlujejo zdravnike, če zadovoljive oskrbe v domu ni mogoče zagotoviti s sodelovanjem konziliarnih zdravnikov.

Posebej je poskrbljeno tudi za bolnike z demenco, ki lahko zaprosijo za dodatna sredstva za varstvo (nem. Betreuungsgeld), kar velja tudi za osebe, ki imajo omejeno zmožnost opravljanja osnovnih vsakodnevnih opravil (»0. negovalna stopnja«). Pravico imajo tudi do obiskov svetovalca na domu, in sicer vsakih šest mesecev. Prav tako se je izboljšala tudi oskrba dementnih ljudi

v negovalnih domovih, ki imajo po novi reformi zakona možnost zaposliti dodatno oskrbovalno osebje – oskrbovalec skrbi za okoli 25 bolnikov (kritje stroškov prevzamejo javne in zasebne zavarovalnice za oskrbo). Negovalne domove, ki si še posebej prizadevajo za aktiviranje in rehabilitacijo oskrbovancev, zavarovalnica nagraduje z bonitetnimi plačili.

Zavarovalnica za oskrbo krije tudi stroške za plačilo pripomočkov, ki so potrebni za izvajanje dolgotrajne oskrbe; večje si je mogoče izposoditi, za manjše prispeva zavarovanec delež v višini 10%. Poleg tega je zavarovanec upravičen tudi do enkratne subvencije za prilagoditev stanovanja za izvajanje oskrbe, kot je npr. razširitev vrat, namestitve stopniščnega dvigala, prilagoditev kopalnice in WC-ja ipd. Zdravstvena zavarovalnica pa prevzame kritje stroškov za zdravstveno oskrbo na domu (osnovno in bolniško nego) v času do štirih tednov, če to zavarovancu omogoča, da se izogne bivanju v bolnišnici ali se le-to skrajša oz. če bivanje v bolnišnici iz določenih razlogov ni mogoče. Pri odpustitvi iz bolnišnice lahko zdravstveno oskrbo na domu predpiše pogodbeni zdravnik oz. bolnišnični zdravnik, ki lahko bolniku za največ tri dni po odpustitvi iz bolnišnice predpiše zdravstveno oskrbo na domu in zdravila. Pri odpustitvi iz bolnišnice je za organizacijo oskrbe bolnika pristojno usposobljeno negovalno osebje, pomagajo pa tudi svetovalci za oskrbo. Po novi reformi zakona zavarovalnica za oskrbo krije tudi stroške rehabilitacije, če je ta potrebna.

Posebno poglavje v knjižici je namenjeno družinskim oskrbovalcem. Oskrbovalnina se ne izplačuje oskrbovalcem, ampak oskrbovancem, ki jo lahko kot nagrado namenijo svojcem, ki jim nudijo pomoč. Oskrbovalcu, ki najmanj 14 ur tedensko oskrbuje svojca in je zaposlen manj kot 30 ur tedensko, zavarovalnica plačuje prispevke za pokojninsko zavarovanje – višina je odvisna od obsega oskrbovanja in od negovalne stopnje oskrbovanca. Prav tako krije tudi stroške

za nadomestno oskrbo, če oskrbovalec zboli ali ima dopust, in sicer največ do štiri tedne na leto. Nadalje organizira tudi tečaje za družinske oskrbovalce, na katerih dobijo praktična navodila in informacije, nudi pa jim tudi svetovanje in podporo.

Osebe, ki so v delovnem razmerju, imajo pravico do neplačanega dopusta za oskrbo (v tem času so socialno zavarovani) za dobo šest mesecev, in sicer v primeru, če oskrbujejo svojca, ki sodi najmanj v 1. negovalno stopnjo – zakonskega oz. zunajzakonskega partnerja, starše, stare starše, sestre ali brate, otroke oz. posvojene otroke, vnuke, tasta/taščo ali zeta/snaho. Prav tako imajo možnost, da delajo krajši delovni čas ali da si ga same razporedijo. Dopust za oskrbo je mogoče predčasno končati le s privolitvijo delodajalca (z izjemo v primeru, če oskrbovanec umre, če je premeščen v javno ustanovo ali če ga oskrbovalec iz določenih razlogov ne more več oskrbovati). V primeru, da svojec za krajši čas potrebuje oskrbo, ima oskrbovalec pravico do desetdnevne odsotnosti z dela. V času dopusta za oskrbo ima oskrbovanec krite stroške za pokojninsko zavarovanje (če oskrbuje vsaj 14 ur na teden), za zdravstveno zavarovanje in za zavarovanje za dolgotrajno oskrbo pa, če je zavarovan kot družinski član, sicer mora skleniti prostovoljno zavarovanje.

Tretje poglavje govori o tem, kam se je mogoče obrniti po nasvete o oskrbovanju. Z reformo zakona o dolgotrajni oskrbi so bile ustanovljene oskrbne svetovalnice, ki na enem mestu nudijo celotno svetovanje o oskrbovalnih, zdravstvenih in socialnih storitvah. V Nemčiji od 1. januarja 2009 obstaja zakonska pravica do svetovanja za oskrbo. Usposobljeni svetovalci nudijo oskrbovancem individualno svetovanje in skrbijo za koordinacijo storitev, ki jih potrebujejo. Svetovanje je neodvisno in brezplačno. Prizadevajo si, da bi bile svetovalnice čim lažje dostopne, zato je bil namen zgraditi njihovo čim gostejšo mrežo. Svetovalci pridejo po potrebi tudi na dom. So

sodelavci zavarovalnice za oskrbo in imajo znanja s področja socialnega prava, oskrbe in socialnega dela. Za zagotavljanje kakovostne oskrbe na domu imajo zavarovanci, ki prejemajo oskrbnino in sodijo v 1. ali 3. negovalno stopnjo, enkrat na šest mesecev pravico do svetovanja na domu.

V okviru reforme so bili sprejeti tudi ukrepi za izboljšanje kakovosti in transparentnosti oskrbe. Pomemben instrument pri zagotavljanju kakovosti so strokovni standardi. Pri preverjanju kakovosti, ki je praviloma nenapovedano, se ne ocenjuje le osebna dokumentacija, ampak se preverja tudi zdravstveno stanje oskrbovanca: ali je oskrba pomanjkljiva, ali je podhranjen ipd. Za preverjanje oskrbe v ambulantnih in stacionarnih negovalnih ustanovah je pristojna medicinska služba zdravstvenega zavarovanja. Do sedaj so preverjanja potekala v povprečju vsakih pet let, od leta 2011 pa bodo pogostejša, in sicer enkrat letno. Od leta 2008 je uvedeno ocenjevanje z ocenami, s katerimi se ocenjuje nega in zdravstvena oskrba zavarovanca, ravnanje z bolniki z demenco, socialno varstvo in organizacija vsakdanjika, kakovost bivanja, oskrbe, gospodinjstskih opravil in higiene.

Zadnji del knjižice prinaša slovar najpomembnejših izrazov s področja oskrbe. Omenjena knjižica je zelo informativna in vsebuje koristne informacije o zavarovanju za dolgotrajno oskrbo v Nemčiji.

Tanja Pihlar

Reibnitz Christine von, ured. (2009). *Homecare*. Bern: Hans Huber Verlag. 208 str.; Franke Luitgard (2006). *Demenz in der Ehe. Über die verwirrende Gleichzeitigkeit von Ehe- und Pflegebeziehung*. Frankfurt: Mabuse Verlag. 454 str.

OSKRBA NA DOMU

Knjigi *Oskrba na domu* in *Dementnost v zakonu: begajoča sočasnost zakonskega razmerja in negovanja* povezujejo številne podrobnosti, čeprav pristopata k domači oskrbi z dokaj različnih zornih kotov. Christine von Reibnitz z Univerze Wittgen/Herdecke, na kateri raziskuje mednarodne zdravstvene sisteme in o tem tudi predava, skupaj s sodelavci obravnava domačo oskrbo kot model oskrbe, ki se spreminja tako geografsko kot tudi strokovno in kulturno, Luitgard Francke z Visoke šole v Dortmundu (University of Applied Sciences and Arts) pa domačo oskrbo dementnih ljudi. Povezuje ju predvsem zavest o nujnosti novih izobraževalnih pristopov kot tudi upoštevanje gospodarskih, kulturnih in socialnih okolij, v katerih delujeta.

Oskrba na domu (angl. *homecare*), kot jo razume Christine von Reibnitz, je hkrati znano in specifično vprašanje: na domačo oskrbo gleda z vidika pobud v ZDA. Tam se je oskrba na domu pojavila kot socialna ustanova spričo sistema, ki ne omogoča oskrbe kroničnih bolnikov v bolnišnicah, in z vidika izkušenj v nekaterih drugih državah, v katerih se je oskrba na domu začela pojavljati kot bolj ustrezen način skrbi za stare ljudi s posebnimi potrebami in z več možnostmi, kot jih lahko ponudi stacionarna oskrba. Če ta oblika oskrbe v ZDA izpostavlja predvsem problem financiranja in tako odpira dileme, ki so znane večini današnjih razvitih držav po svetu, da se namreč zdravstveni sistemi nahajajo pred robom krize in da je nujno treba najti novo obliko oskrbe (npr. oskrbovalna bolnišnica), pa se je model oskrbe na domu – in varovanih stanovanj, ki je podobna oblika – izkazal tudi v nekaterih drugih smereh. Avtorica omenja

predvsem družbeno ustreznost modela (ta večinoma sledi tudi rezultatom raziskav med starimi ljudmi) in bolj normalno alokacijo medicinske tehnike (Nemčija in Švica), kolikor gre zanjo, ker oskrba v bolnišnicah in stacionarna oskrba bolj zahtevnih pacientov pomeni vse večje finančno breme. Oskrba na domu se tako ponuja kot bolj ustrezna oblika oskrbe in tudi kot bistveno cenejša varianta oskrbe.

Christine von Reibnitz je tudi svetovalka podjetjem, ki se ukvarjajo z razvojem medicinskih pripomočkov za oskrbo na domu. V knjigi se večkrat omenja alokacija medicinske tehnike in pripomočkov. Znano je, da so nekatere evropske države, postopno tudi Slovenija, na tem področju odkrile tako rekoč novo gospodarsko panogo, ki bo z bolj diferenciranim razvojem in proizvodnjo pocenila pripomočke, ki so v današnjih razmerah – povezanih z oskrbo v bolnišnicah, stacionarni oskrbi ali na domovih – cenovno še vedno izredno velik zalogaj. Oskrbe na domu ne gre primerjati z ambulantno oskrbo. Oskrba na domu je kompleksen pojem, ki postaja vse bolj tudi samostojna gospodarska panoga; uveljavlja se tudi zaradi težav, ki jih ima javno zdravje. Christine von Reibnitz in drugi avtorji poudarjajo, da je prav zato potrebna skrbna priprava ustrezne pravne podlage za to dejavnost kot tudi priprava ustreznih kurikulumov izobraževanja. Doslej se je namreč zdelo, kot da gre pri domači oskrbi predvsem za prostovoljstvo oz. za vključitev (širše) družine. Panoga, ki se na tem področju poraja, tega vidika ne bo ukinila.

Christine von Reibnitz je to področje prepoznala kot strokovno pomembno in začela okrog sebe zbirati ljudi, ki bi to področje začeli oblikovati tudi z ustreznim znanjem. Že v knjigi, ki jo berem, se predstavlja cela vrsta avtorjev in avtoric, ki osvetljujejo domačo oskrbo z družbenega, zdravstvenopolitičnega in izobraževalnega zornega kota. Knjiga pa je namenjena tistim, ki se zanimajo za to področje oskrbe in imajo podjetniški talent, da bi to področje pokrili tudi

z vidika vodenja in upravljanja. Gre za interdisciplinarno področje, ki izpostavlja oz. izziva danes prevladujoče statusne družbene razmere.

Knjiga se lahko razume tudi kot navdih pri oblikovanju strokovnih in pravnih podlag tega področja, tako glede financiranja, usmerjanja pacientov v domačo oskrbo, integralne oskrbe kot tudi glede perspektive tega vprašanja v izobraževanju. Posamezni avtorji obravnavajo tudi specifična vprašanja, kot so pravni vidiki umetnega hranjenja na domu, upravljanje primerov s težkimi bolniki in umirajočimi, preusmerjanje pacientov, aplikacije sredstev, ki zahtevajo večje znanje, različna socialna 'mrežna' vprašanja (nem. Retinität), avtonomija bolnikov oz. oskrbovancev, vloga sorodnikov itn. Avtorica se s sodelavci tudi vprašuje, če ta pristop morda ne pomeni tudi že temeljne strukture neke prihodnje ureditve ambulantne oskrbe oz. večjih sprememb na področju (urbanega) bivanja.

Oskrbo na domu avtorica razume kot »domačo terapijo in s tem pomoč, ki jo predpisujejo zdravniki, pomoč, ki se financira iz zdravstvene blagajne in ne iz socialne« (str. 11). Očitno gre za iniciativo, v kateri so terapevtske metode tako vsebinsko kot tudi formalno bolj pomembne kot zgolj oskrba, čeprav so postopki bistveno cenejši, oz. da gre, kot je bilo rečeno, tudi za oblikovanje novega gospodarskega področja, ki bo uveljavilo razvoj in tudi pocenilo medicinsko opremo oz. zdravstvene pripomočke. Oskrba na domu ne konkurira z ambulantno oskrbo, pojasnjuje pa nekatere vidike na vmesnem področju, kot npr. interdisciplinarni pristop, zahteve po novih znanjih, aplikacijo novih učnih metod, e-izobraževanje, način usposabljanja pomočnikov ipd.

V nemškem govornem prostoru se vprašanja, ki jih odpira ta knjiga, pojavljajo predvsem v primeru, ko en zakonec oskrbuje bolnega zakonca ali ko širša družina skrbi za starejše, ki jih je prizadela demenca. Christine von Reibnitz take primere ne le pojasnjuje, pač pa tudi kaže naprej v smeri sodobnega zdravstvenega pristopa k

dementnosti. Čeprav za mnoge kronične bolezni prevladuje prepričanje, da se ne da nič več storiti, je včasih hujša ovira tudi v glavah zdravih, ker se s tem ne ukvarjajo na ustrezen način. Avtorici se zdi pomembno, da oskrba na domu doseže ustrezno zdravstveno raven, ne le raven oskrbe.

Na tej točki nadaljuje s temo Luitgard Franke, ki v knjigi *Dementnost v zakonu* (2006) celovito predstavi problematiko domače oskrbe dementnih ljudi. Tudi Luitgard Franke se sooča z vprašanjem, ali gre za zdravstvene standarde ali zgolj za oskrbo. Ugotavlja, da ima v Nemčiji le 6% dementnih ljudi stacionarno oskrbo, pri čemer je cena oskrbe večja ovira kot razpoložljivost kapacitet. Ugotavlja tudi, da je ovira v glavah zdravih ljudi, ki stacionarne oskrbe ne razumejo kot terapije v širšem pomenu besede, pač pa kot oskrbo ali celo kot hiranje. Danes prevladuje mnenje, ugotavlja, da je dementnost bolezen cele družine. Zato se ljudje branijo, da bi imeli dementne ljudi doma, dokler jih o nasprotnem ne prepriča njihova plačilna nesposobnost. Avtorica vidi kot pomembno dejstvo, da dementnost v današnji medicini ni več zgolj zadnja faza nekega stanja, pač pa postaja bolezen z možnostjo zdravljenja, čeprav ne v istem smislu kot druge ozdravljive bolezni; s tem se premikajo tudi meje razumevanja v laičnem svetu. Po drugi strani paradigma demence kot bolezni družine vpliva tudi na raziskovanje bolezni in njeno vplivanje na zdrave ljudi ter na temeljne družbene strukture (družina). Luitgard Franke vidi, da to drugo vpliva tudi na medicinsko razumevanje in intenzivnost raziskav dementnosti, izpostavlja pa sorodnike (veliko tradicionalno družino) zaradi spremembe razumevanja medgeneracijskih odnosov ter zaradi dejstva, ker so ti v prvi vrsti poklicani, da se tako rekoč kot prva generacija v novih razmerah preizkusijo na tem področju.

Avtorico pri tem zanima, če bodo nove razmere prinesle tudi nove vsebinske poudarke. Zdi se, da ohranjanje tradicionalne terminologije (sinovi, snahe, svaki, nečaki itn.) pomeni tudi

ohranjanje predstave, da z dementnimi bolniki ni mogoče komunicirati, ampak da so breme. Toda v strokovnih krogih se uveljavlja prepričanje, da komunikacija z dementnimi ni povsem nesmiselno vprašanje.

Prebuditi človeške vire v krogu družine ni preprosto. Današnja popularna kultura gradi na velikih pričakovanjih, ki v nobenem primeru niso okužena z boleznimi. Zato ljudje odnos s starimi, ki so zboleli, razumejo kot breme; tako stanje spremeniti v pogoj boljše oskrbe je zares težka naloga. Nič lažji ni položaj med zakonci, čeprav je, kot ugotavlja avtorica, pripravljenost pomagati eden najpomembnejših sadov zakona. Ni pa se mogoče izogniti težavi, ki jo dementnost prinese v razmerje kot popoln dolgčas, sočasno nesočasnost in čustveno obremenitev.

Luitgard Franke je dementnost raziskovala s tega zornega kota. Izhajala je iz dejstva, da imajo zakonci nekako prednost, in sicer zaradi razsežnosti zakonskega življenja, kot npr. partnerstva in intimnosti, lojalnosti in zaupanja, suverenosti zveze, enakopravnosti, oblikovanja vsakdanjega življenja, skupnega odločanja, pravičnosti in ljubezni, časovne razsežnosti razmerja in partnerske dinamike. Prednost lahko izniči katerakoli od večjih sprememb v teh razsežnostih, če ta prekine kontinuiteto doživljanja skupnosti in če ima za posledico destabilizacijo čustvenega življenja. Avtorica je v kvalitativni raziskavi ugotovila, da je dementnost prizadela vse razsežnosti skupnega življenja in je redno pomenila tudi krizo zakona. Če imajo zakonci prednost v običajnih razmerah, postane zakonska vez v tem primeru še dodatno čustveno breme. Nastopijo lahko izrazitejša močnejša medsebojnega doživljanja in dodeljevanja vlog. Luitgard Franke si je pomagala z dvosmiselnimi slikami (nem. Kippfiguren), ki do nerazpoznavnosti upodabljajo dve stvari hkrati – in s tem hotela pokazati, da ljudi ne gledamo z očmi, pač pa po očeh oz. da so oči organ, po katerem se izraža cel človek. Ne gledamo z očmi, ampak z možgani, pravi Franke. Spoznanje, ki je rezultat

uvida (videnja), je vedno redukcija kompleksnosti dogodka. Pomeni jasnost. Spoznanje lahko odpo-ve, če ne pride do redukcije kompleksnosti, ampak se človek fiksira na pojav in ga ne more razvozlati (t. i. Schröderjeve stopnice gredo npr. nenehno gor ali dol in nikamor ne pripeljejo). Fiksacija pogleda na dementnost zato iritira, ker se prikazujeta dve podobi in ker občasno v pogledu prevladuje podoba, ki zavaja (vaza ali obraza), oz. ker se pogled fiksira na dvosmiselnost primera. Bolj kot se kdo fiksira na dvosmiselnost podobo, bolj verjetno je, da slike ne bo mogel opredeliti, ker druga podoba ne izgine. Zakonci živijo v podobni situaciji: ne vedo, katera slika prevladuje. Vedno znova si morajo prizadevati, da bi v dvosmiselni sliki videli pravo (je zakonski partner neki ne-bodi-ga-treba, zgolj negovalni primer, ali je zakonski partner?).

Franke vidi v teh vsakdanjih situacijskih nepetostih močan vzgib za iritacije, ki pomoč bolni osebi otežijo in jih je mogoče v svetovanju le deloma pomiriti. Dejansko gre za nenehna pogajanja, kaj se dogaja ter kaj je res in kaj ni. Franke je na primerih, ki jih je raziskovala, ugotovila, v čem se mora spremeniti tudi svetovanje. Ne svetuje se le zdravemu partnerju, pač pa se upošteva oba, predvsem tudi *ti* obolelega partnerja in drugih članov družine, celotno socialno podobo, bodisi, da so del zgodbe, bodisi, da v zgodbi manjkajo. Skupno življenje torej, ki dvosmiselnost sliko popravi v točki, ki zavaja, fiksira pogled in vznemirja. Ta del knjige je posebej nazoren in dragocen.

Obe avtorici sta nekemu sicer znanemu vprašanju – modelu obvladovanja težkih situacij – dodali pomembno dimenzijo strukturiranja pomoči, ki vključuje tudi moment učenja iz resničnih primerov. Svetovanje zanju ni enosmerno delovanje, pač pa je dialoško področje in vedno znova učna pot razločevanja težkih družbenih situacij in dvoumnih odzivov nanje. V življenjskih zgodbah ni samo trpljenje, pač pa tudi moč partnerjev, ki sicer v težkih situacijah ohranjajo jasen pogled in nedvoumno sliko.

Anton Mlinar

BMSK (2008). *15 Jahre österreichische Pflegevorsorge: Eine soziale Erfolgsbilanz im chronologischen Überblick*. Wien.

AVSTRIJSKI OSKRBOVALNI SISTEM

Knjižica z naslovom Petnajsta obletnica avstrijskega oskrbovalnega sistema: pregled socialnega uspeha v kronološkem zaporedju (*15 Jahre österreichische Pflegevorsorge: Eine soziale Erfolgsbilanz im chronologischen Überblick*), ki jo je leta 2008 izdalo avstrijsko Zvezno ministrstvo za socialo in varstvo potrošnikov, prinaša informacije o avstrijskem oskrbovalnem sistemu. Zadeve v zvezi z dolgotrajno oskrbo v Avstriji ureja zvezni zakon o oskrbovalnini (nem. Bundespflegegeldgesetz), ki je bil sprejet leta 1993 (analogno obstajajo ustrezni deželni zakoni), sledili so mu nadaljnji ukrepi. Zakon zagotavlja socialno varstvo vsem osebam, ki potrebujejo pomoč drugih, ne glede na njihove individualne potrebe ter neodvisno od starosti, prihodka in vzroka onemoglosti. Od uvedbe zakona število upravičencev kontinuirano narašča; leta 2008 je oskrbovalnino prejelo že več kot 400.000 oseb.

Do prejemanja oskrbovalnine so upravičene osebe, ki so zaradi telesnih, duhovnih ali duševnih ali drugih vzrokov za daljši čas – najmanj šest mesecev – odvisne od pomoči drugih, in sicer v povprečju več kot 50 ur mesečno. Pravico lahko uveljavljajo osebe, ki med drugim prejema pokojnino iz obveznega socialnega zavarovanja, uradniško pokojnino, polno rento iz nezgodnega zavarovanja ali rento/dodatek za vojne žrtve. Višina oskrbovalnine, ki se izplačuje mesečno, je odvisna od negovalne stopnje. Obstaja sedem stopenj, ki se razlikujejo glede na to, v kolikšni meri oskrbovanec potrebuje pomoč – 1. stopnja: več kot 50 ur mesečno, 7. stopnja: več kot 180 ur mesečno. Oskrbovalnina oskrbovancu omogoča, da ostane na svojem domu in prilagodi oskrbo svojim potrebam in željam – lahko jo uporabi za sofinanciranje bivanja v domu, pa tudi kot nagrado svojcem, ki ga oskrbujejo.

Leta 1993 je bil na zvezni in deželni ravni sklenjen sporazum o skupnih ukrepih za ljudi, ki potrebujejo oskrbo: dežele so se zavezale za vzpostavitev in razvoj decentralizirane javne mreže oskrbe (mobilnih, ambulantnih, deloma stacionarnih in stacionarnih služb). Eden od ciljev je bil tudi dati prednost ambulantni oskrbi pred stacionarno. Med letoma 1999 in 2006 se je število uporabnikov mobilnih in ambulantnih služb povečalo za 21 %. Zaradi razvoja socialnih služb se je povečalo tudi število oskrbovalnega osebja, trend se na splošno nagiba k boljše kvalificiranemu osebju.

Leta 1998 je ministrstvo za socialo uvedlo brezplačni svetovalni telefon za vse, ki potrebujejo informacije o oskrbovanju – o oskrbovalnini, socialnem zavarovanju družinskih oskrbovalcev, finančni pomoči in podporah, začasnih oskrbi, ponudbah za razbremenitev družinskih oskrbovalcev ipd. Telefon je naletel v javnosti na dober odziv. Leta 2006 so uvedli internetno platformo o oskrbi na domu (www.pflegedaheim.at), na kateri so na voljo koristne informacije o svetovalnicah, socialnih službah, o različnih tematikah, kot npr. o demenci, 24-urnem varstvu na domu, rehabilitaciji, tečajih ipd.

Prav tako so bili sprejeti različni ukrepi za izboljšanje položaja družinskih oskrbovalcev, da bi jim olajšali usklajevanje med službenimi obveznostmi in oskrbovanjem. Leta 2002 so uvedli dopust za spremljanje svojcev (življenjskega partnerja, staršev, starih staršev, tašče in tasta, bioloških in posvojenih otrok, vnukov ipd.) v terminalnem obdobju, ki dopušča delojemalcu spremembo delovnega časa ali odsotnost z dela. V tem času imajo oskrbovalci zagotovljeno zdravstveno in pokojninsko zavarovanje, vendar so brez prihodka (v posebnih primerih se jim prizna socialna podpora). Spremljanje umirajočih se lahko podaljša do največ 6 mesecev, v primeru spremljanja umirajočega otroka pa do devet mesecev. Oskrbovalec ima nadalje tudi pravico do dopusta, da si lahko odpočije in na-

bere novih moči; v tem času ima oskrbovanec pravico do nadomestne oskrbe. Kritje stroškov zanj prevzame država, če oskrbovanec vsaj eno leto prejema oskrbovalnino, če ga oskrbovalec oskrbuje najmanj eno leto in mora prekiniti oskrbovanje (za največ 1-4 tedne) zaradi bolezni, bolezni otroka, dopusta, službene poti ipd. in v primeru socialne stiske. Oskrbovalec, ki dlje časa oskrbuje družinskega člana, je zdravstveno zavarovan; po spremembi zakona o socialnem zavarovanju iz leta 2005 pa se tistim, ki so zaradi oskrbovanja prekinili delovno razmerje, krije tudi pokojninsko zavarovanje (delodajalčev delež krije država, ostanek se krije iz prostovoljnega zavarovanja). Nov zakon za varstvo na domu iz leta 2007 zagotavlja osebam, ki potrebujejo pomoč drugih, 24-urno varstvo na domu, in sicer mu lahko varstvo nudijo osebe, ki jih sam zaposli kot delodajalec, samozaposlene osebe za varstvo na domu ali osebe, ki so zaposlene v neprofitnih organizacijah (Karitas, Rdeči križ ipd.).

Ker narašča število starih ljudi, ki bivajo v domovih za stare oz. v negovalnih domovih, je še zlasti pomembno, da se jim zagotovi pravna varnost, tj. jasni in transparentni pravni odnosi. Leta 2004 je stopil v veljavo novi zakon o pogodbi z domovi, ki ureja pravne odnose med stanovalci in domovi ter velja za zasebne in javne domove. Domovi so še pred sklenitvijo pogodbe zavezani, da interesantom zagotovijo zadovoljive pisne informacije o storitvah in stroških; ustne pogodbe niso več dovoljene, treba jih je sklepati v pisni obliki. V pogodbi mora biti med drugim tudi določilo, da ima oskrbovanec pravico do obiska svojcev, do verske in politične svobode in do zdravstvene oskrbe. Oskrbovanec mora imeti tudi pravico do zaupne osebe, ki v zvezi s civilno-pravnimi zadevami obvešča dom. Omenjeni zakon prav tako ureja občutljivo področje ravnanja s stanovalci, ki imajo zaradi telesnega ali duševnega stanja omejeno prostost, in jim zagotavlja človekovo dostojanstvo in pravni položaj.

Pri oskrbi na domu ima pomembno vlogo zagotavljanje kakovosti. Leta 2001 je ministrstvo za socialo začelo s projektom Zagotavljanje kakovosti pri oskrbi na domu, ki ga koordinira Zavod za socialno zavarovanje kmetov. V njegovem okviru usposobljeno negovalno osebje obiskuje oskrbovance na domu in oceni konkretni položaj oskrbovanca. Cilj projekta je s pomočjo praktičnih nasvetov in informacij svojcem, ki nudijo oskrbo, izboljšati kakovost oskrbe. Obiski na domu kot ukrep za zagotavljanje kakovosti so bili institucionalizirani in so jih razširili na celotno državo; v prihodnosti naj bi na leto zagotovili najmanj 15.000 obiskov.

Kot ugotavljajo avtorji v knjižici, so se v času od uvedbe zakona o oskrbovalnem sistemu vidno in kontinuirano izboljšale življenjske razmere oskrbovancev in njihovih svojcev, ki jim nudijo oskrbo. Dodatni ukrepi in izpopolnitve so omogočile dober razvoj socialnega sistema, ki zagotavlja razvejano finančno podporo, kakovost oskrbe, pravno varstvo in nudi podporo oskrbovalcem. Reforma zakona o oskrbovalnem sistemu iz leta 2008 je prinesla nove izboljšave, med drugim zvišanje oskrbovalnine, in nove ugodnosti za oskrbovalce. Na koncu knjižice najdemo pregled položaja, napovedi o stroških in potrebah po oskrbovanju v prihodnosti ter analize družbene vloge oskrbovanja. Avtorji ugotavljajo, da se bo v prihodnosti povečala potreba po javnih izdatkih za oskrbo, ker se bo povečal delež oseb, starih med 60 in 70 let, ki bodo potrebovale oskrbo, in ker se bo zmanjšal delež neformalnih oskrbovalcev. Za zaključek naj navedemo nekaj misli iz knjižice: »Oskrba je veliko več kot storitev s področja sociale, pa tudi več kot gospodarski dejavnik. Moralno in etično vprašanje za družbo in posameznike je, kako ravnati z ljudmi, ki potrebujejo oskrbo. Oskrba je izraz in preizkusni kamen solidarnosti med generacijami in med spoloma. Je merilo za to, v kolikšni meri se spoštuje neplačano delo« (str. 45).

Tanja Pihlar

BMSK (2008). 24-Stunden-Betreuung zu Hause: Neues und Wissenswertes. Wien.

24-URNO VARSTVO NA DOMU V AVSTRIJI

Vedno več starih ljudi želi ostati na svojem domu, tudi ko potrebuje nego in oskrbo. Zato je leta 2007 avstrijsko Zvezno ministrstvo za gospodarstvo, družino in mladino v sodelovanju z Zveznim ministrstvom za delo, socialo in zaščito potrošnikov razvilo model, ki uvaja in legalizira 24-urno varstvo na domu. Svojci, ki sami ne morejo 24 ur oskrbovati onemolega družinskega člana, lahko poiščejo pri tem pomoč. Hkrati so določili tudi standarde za zagotavljanje kakovosti varstva na domu, kot je npr. nadzorovanje kakovosti z obiski na domu, ki jih izvajajo usposobljeni negovalci.

Za varstvo na domu obstajajo tri možnosti: oseba, ki potrebuje varstvo, ali njeni svojci, lahko kot delodajalec zaposli osebo za varstvo; varstvo lahko nudi oseba, ki je zaposlena v neprofitni organizaciji (npr. Karitas, Rdeči križ ipd.) ali samozaposlena oseba za varstvo na domu. Oseba, ki varstvo potrebuje, sklene pogodbo z osebo, ki varstvo nudi. Samozaposlena oseba mora biti prijavljena za opravljanje varstva, pri varstvu nima konkretno predpisanih opravil (delovni čas, delovno mesto in potek dela si razporeja sama), v primeru bolezni, dopusta ali zdravljenja jo lahko pri varstvu nadomesti druga oseba. Po drugi strani pa ima oseba, ki je v delovnem razmerju, predpisana opravila, njeno delo se redno nadzoruje, pri varstvu je ne more nadomestiti kaka druga oseba. Jasno so določene tudi naloge, ki jih opravlja oseba za varstvo, in so razmejene od nalog, ki jih opravlja usposobljena negovalna oseba. Varstvo na domu zajema pomoč pri vsakodnevnih opravilih in pri organizaciji vsakdana, lahko pa opravlja tudi naslednje naloge: pomoč pri osebni higieni, oblačenju, hranjenju in jemanju zdravil, pri opravljanju potrebe, pri hoji, sedanju ipd. Če tako predpiše zdravnik, lahko v posameznem primeru daje tudi zdravila, previjane, daje subkuntane injekcije insulina ipd. Za zagotavljanje kakovosti oskrbe morajo imeti osebe, ki

nudijo varstvo na domu, vsaj teoretično izobrazbo, ki ustreza izobrazbi pomočnika v domu za stare; po novem oskrbovalnem zakonu pa zadošča vsaj šest mesecev ustreznih izkušenj.

Oseba, ki zaprosi za 24-urno varstvo na domu, mora prejemati oskrbovalnino najmanj za tretjo negovalno stopnjo; oseba, ki nudi varstvo, mora v tem času bivati pri oskrbovancu. Varstvo lahko traja neprekinjeno največ 14 dni, nato mora imeti oskrbovalec odmor (npr. 7 dni varstva in 7 dni odmora). Oseba, ki nudi varstvo in je v delovnem razmerju, ima določen delovni čas, samozaposlena oseba pa si ga lahko prosto razporeja. Prav tako so različni tudi stroški varstva. Če je oseba, ki oskrbo potrebuje, delodajalec osebi, ki varstvo nudi, se njen dohodek odmerja po najnižji plači za gospodinjske pomočnice (delodajalec krije tudi stroške zdravstvenega in socialnega zavarovanja); če pa gre za samozaposleno osebo, je honorar stvar dogovora med njima. Oseba, ki prejema 24-urno varstvo na domu, lahko poleg oskrbovalnine zaprosi za dodatna finančna sredstva, ki se jih izplačuje 12-krat na leto; njihova dodelitev ni odvisna od premoženja upravičenca.

Kakovost varstva se nadzoruje: oseba, ki varstvo nudi, mora med drugim voditi dokumentacijo o opravljenih storitvah, dokumentacijo in informacije o stanju oskrbovanca, upoštevati mora navodila za ravnanje v skrajnih primerih (npr. obveščanje svojcev o poslabšanju zdravstvenega stanja oskrbovanca); samozaposleni morajo med drugim voditi evidenco o gospodinjskih izdatkih. Nadzor kakovosti izvaja tudi negovalno osebje v obliki brezplačnih obiskov na domu v okviru projekta Zagotavljanje kakovosti pri oskrbi na domu, ki ga koordinira Zavod za socialno zavarovanje kmetov (Die Sozialversicherungsanstalt der Bauern) in so ga razširili na celotno Avstrijo. Legaliziranje varstva na domu je bilo pomembno tudi za ureditev pravnih odnosov, do sredine septembra 2008 so namreč legalizirali nudenje varstva za okoli 12.500 oseb, ki so prej to delo opravljele na črno.

Tanja Pihlar

Frieder R. Lang, Sabine A. Engel, Roland Rupprecht, Magdalena Sonnenberg in Anna Szymanska (2008). *Das Einzelzimmer im Alten- und Pflegeheim. Bestandsaufnahme, Literaturüberblick und Feldstudie zu den Qualitätsstandards von Einzel- und Doppelzimmern in Alten- und Pflegeheimen in Deutschland und in Bayern*. Erlangen: Institut für Psychogerontologie, Universität Erlangen-Nürnberg. 85. str.

RAZISKAVA O KAKOVOSTI BIVANJA V ENO- IN DVOPOSTELJNIH SOBAH V DOMOVIH ZA STARE LJUDI

Avtorji Frieder R. Lang, Sabine A. Engel, Roland Rupprecht, Magdalena Sonnenberg in Anna Szymanska z Inštituta za psihogerontologijo na Univerzi Erlangen-Nürnberg so leta 2007 po naročilu Bavarskega ministrstva za delo, socialne zadeve, družine in ženske naredili terensko študijo o prednostih in slabostih namestitve oskrbovancev v eno- in dvoposteljne sobe v domovih za stare in negovalnih domovih v Nemčiji in na Bavarskem. Zaključno poročilo z naslovom Enoposteljne sobe v domu za stare in negovalnem domu (*Das Einzelzimmer im Alten- und Pflegeheim*), ki obsega 85 strani, je bilo objavljeno leta 2008.

Stari ljudje imajo v domovih za stare in negovalnih domovih pravico do ohranitve zasebnosti in do svojega prostora, kamor se lahko umaknejo. Avtorji menijo, da vprašanje, ali naj se na splošno daje prednost namestitvi v enoposteljnih sobah, ni povsem neproblematično. V zvezi s tem je treba npr. raziskati, kakšna so tveganja namestitve v enoposteljno sobo, kakšne so prednosti namestitve v dvoposteljno sobo, kakšno bi bilo povpraševanje po dvoposteljnih sobah, če bi lahko stanovalci sami izbirali, ipd.

Prvi del poročila prinaša pregled novejše svetovne literature, zlasti ameriške, ki se ukvarja s tovrstno problematiko. Čeprav večina študij govori v prid višji kakovosti življenja v enoposteljnih sobah, pa po mnenju avtorjev ne dajejo povsem enotne podobe. Po nekaterih študijah

je pod določenimi pogoji tudi v dvoposteljnih sobah zagotovljena dobra oskrba in bivanje je prav tako kakovostno. Glavno pomanjkljivost vidijo v tem, da se opirajo na ankete, v katerih je praviloma sodelovalo manjše število ljudi; anketiranci so bili bodisi oskrbovanci, njihovi svojci ali negovalno osebje, vendar pa ni bilo raziskave, ki bi upoštevala vse tri skupine. Prav tako so obravnavale le psihosocialne vidike namestitve v eno- in dvoposteljnih sobah, le manjši del raziskav je zajel tudi tveganje in stroške z medicinskega vidika, zelo majhen del pa se je ukvarjal tudi z organizacijskim in finančnim vidikom namestitve.

V drugem delu študije so avtorji predstavili svojo terensko raziskavo, ki so jo oktobra leta 2007 izvedli v 12 domovih za stare na Bavarskem. Te so izbrali po naslednjih kriterijih: število eno- in dvoposteljnih sob, regija, nosilec in glede na to, ali imajo poseben oddelek za dementne. V raziskavo je bilo vključenih 120 oskrbovancev (27 moških in 93 žensk, večinoma starih več kot 80 let, z omejeno mobilnostjo in demenco), 270 svojcev (ožji člani družine), 39 negovalcev (v povprečju 2-4 izsolane negovalce z oddelka) in vodstvo iz vsakega doma. Svojo raziskavo so oprli na več virov informacij: anketo vodstva, intervjuje z oskrbovalnim osebjem, intervjuje z oskrbovanci in anketo njihovih svojcev (ta anketa je bila izvedena po pošti, ostale so bile ustne). Poleg tega so analizirali tudi dokumentacijo z oddelka o oskrbovancih. Opazovali so tudi negovalno osebje in oskrbovance, in sicer so osebje opazovali po eno uro med izvajanjem oskrbe po sobah (v jutranjem, popoldanskem času, v času pred oz. po popoldanskem počitku), oskrbovance pa dvakrat dnevno (v njihovih sobah in v skupnih prostorih).

Oskrbovance v eno- in dvoposteljnih sobah so povprašali o njihovem zadovoljstvu z bivalnimi razmerami, z ureditvijo njihovih sob, o njihovem občutku varnosti in o kakovosti spanja. Več kot polovica vprašanih je svojo sobo, varnost

in kakovost spanja ocenjevala kot dobro ali zelo dobro; med oskrbovanci, nameščenimi v eno- in dvoposteljnih sobah, v tem pogledu ni bilo signifikantnih razlik. Slaba tretjina se je pritoževala zaradi motenj spanja, za kar so osebe, nameščene v eno- in dvoposteljnih sobah, navajale različne razloge. Pri prvih so to bili bolezen, nemir in / ali bolečine, prostorska situacija, navade; osebe, nameščene v dvoposteljnih sobah, pa so med razlogi navajale zbujanje zaradi sestanovca ali zaradi nočnega obiska negovalnega osebja pri sstanovcu. Večina vprašanih (81 %) je nadalje menila, da niso sami odločali o tem, v kakšni sobi bodo nameščeni v domu (o tem je lahko odločalo le 21 % vprašanih). Pokazalo se je, da je to odvisno tudi od socialnoekonomskega položaja oskrbovancev: med prejemniki socialne pomoči okoli dve tretjini oseb (65 %) biva v dvoposteljnih sobah in le ena tretjina (35 %) v enoposteljni. V domovih so tudi pogoste selitve oskrbovancev: v raziskavi se je skoraj polovica vprašanih preselila iz dvoposteljne sobe v enoposteljno, za kar so bili v dokumentaciji oddelka zabeleženi različni vzroki. V številnih domovih so imeli oskrbovanci ob prihodu na voljo le dvoposteljno sobo in so se v enoposteljno preselili takoj, ko je bilo mogoče, v nekaterih primerih je šlo za spor med sstanovcema.

Večja razlika med oskrbovanci, nameščenimi v eno- in dvoposteljnih sobah, je bila pri ocenjevanju zasebnosti v sobah: pokazalo se je, da imajo oskrbovanci v enoposteljnih sobah pogosteje svoje pohištvo in osebne predmete kot pa oskrbovanci v dvoposteljnih. Povprečna velikost enoposteljnih sob je bila 20 m², dvoposteljnih pa 21 m². Tretjina sob je imela balkon, večinoma so to bile enoposteljne sobe. Večina sob je bila urejenih, v dvoposteljnih sobah se je ponekod pojavil slab vonj – raziskovalci so ga zaznali v 33 % sob (v enoposteljnih sobah je bilo to le pri 6 % sob). Avtorji so nadalje ugotovili, da med osebami, nameščenimi v eno- in dvoposteljnih sobah, ni bilo signifikantnih razlik glede pogostnosti

padcev. Prav tako se je pokazalo, da napake pri razdeljevanju zdravil v dvoposteljnih sobah niso pogostejše.

Nadaljnja vprašanja so se nanašala na socialne stike oskrbovancev. Za večino oseb, nameščenih v enoposteljnih sobah (80 %), je bilo pomembno, da v domu ohranijo zasebnost; pri osebah, nameščenih v dvoposteljnih sobah, pa je to menilo le 60 %. Zasebnost so povezovali s trditvami, kot so npr. *»da se lahko umaknejo in so sami«*, *»da nemoteno lahko opravljajo telesno nego in potrebo na WC-ju«*. Pri osebah, nameščenih v dvoposteljnih sobah, je pomembno tudi, kakšen odnos imajo s sstanovcem: okoli 40 % vprašanih je ocenjevalo, da je njun odnos dober in se ne prepirata. Tisti, ki so poročali o sporih, so med najpogostejšimi razlogi zanje navajali: motenje miru čez dan in ponoči, zamenjevanje oblačil in predmetov, različne navade in osebnostne značilnosti. Glede pogostnosti stikov z drugimi osebami med oskrbovanci v eno- in dvoposteljnih sobah ni bilo signifikantnih razlik. Zunanji obiski so redkejši kot pa so medsebojni obiski oskrbovancev v domu; med zunanjimi obiski so najpogostejši obiski svojcev (praviloma mesečno, tedensko ali večkrat na teden), manj pogosti so obiski prijateljev in znancev, ki živijo v drugem kraju ali niso več dovolj mobilni, da bi jih lahko obiskovali. Pri opazovanju oskrbovancev v njihovih sobah in skupnih prostorih se je pokazalo, da so oskrbovanci v dvoposteljnih sobah sicer manj pogosto sami v sobi, vendar niso bolj dejavni. Po drugi strani pa se med seboj ne družijo pogosto v skupnih prostorih: od okoli 43 % oseb so le 3 % navezali stike z drugimi v prostoru, medtem ko so se ostali ukvarjali sami s seboj.

Nekoliko drugačno podobo so pokazale ankete svojcev, oskrbovalcev in vodstva. Mnenja svojcev oskrbovancev, nameščenih v eno- in dvoposteljnih sobah, se niso razlikovala glede pripravljenosti za obiskovanje, očitne razlike med njimi so bile pri ocenjevanju drugih dejavnikov. Na splošno so kakovost bivanja v dvoposteljnih

sobah ocenjevali slabše od kakovosti bivanja v enoposteljnih sobah. Pokazalo se je, da se 68 % svojcev zadržuje v sobah oskrbovancev, ki so nameščeni v enoposteljnih sobah, pri osebah, nameščenih v dvoposteljnih sobah, pa le 32 %. Med razlogi, zakaj se radi zadržujejo v enoposteljnih sobah, so navajali: svetlost, udobnost in prijetnost in zasebnost. Med razlogi, zakaj se ne zadržujejo radi v dvoposteljnih sobah, pa so najpogostejše omenjali navzočnost sostanovalec, pomanjkanje zasebnosti, premajhno sobo in neudobnost.

Pri negovalnem osebju so raziskovalci ocenjevali njihovo mnenje o prednostih namestitve v eno- in dvoposteljne sobe. 32,7 % vprašanih je dalo prednost enoposteljnimi sobam, 12,2 % dvoposteljnimi, medtem ko večina (54,6 %) med obema oblikama namestitve ni videla bistvenih razlik. Kot prednost enoposteljnih sob so navajali večjo zasebnost in individualnost, vendar so menili, da je pri njih večje tveganje za socialno izolacijo in osamljenost. Med drugimi prednostmi so navajali še: manj je motenj spanja, lažja je oskrba oskrbovancev z boleznimi in vedenjskimi motnjami, lažja je tudi paliativna oskrba. Prednosti dvoposteljnih sob so po njihovem: večja možnost za socialne stike, primerne so tudi za posebne skupine oskrbovancev, kot npr. za zakonske pare ali oskrbovance z demenco. Opazovanje negovalcev med delom ni povsem potrdilo njihovih trditev: avtorji so ugotovili, da ni bilo razlik glede časa, ki ga negovalci porabijo za oskrbo in nego (telesna higiena, psihosocialna oskrba, pospravljanje ipd.) v eno- in dvoposteljnih sobah.

Raziskovalci so primerjali med seboj tudi stroške namestitve v eno- in dvoposteljnih sobah, pri čemer so se opirali tudi na podatke, ki so jih dobili v anketi vodstva domov. Po njihovem mnenju je treba pri oceni upoštevati tako stroške, ki nastanejo pri gradnji domov, kot tudi posledične stroške, ki npr. nastanejo zaradi nezasedenosti sob. Investicijski stroški namestitve so v enoposteljnih sobah v povprečju za okoli

140 eurov višji kot pa v dvoposteljnih. Na voljo je tudi manj prostih enoposteljnih sob: čakalna doba za enoposteljno sobo je v desetih domovih, ki so sodelovali v raziskavi, v povprečju znašala 6 mesecev, za dvoposteljno sobo pa v petih domovih le 2 meseca. Velik del stroškov nastane tudi zaradi selitev oskrbovancev znotraj doma: v raziskavi so ugotovili, da so bile najpogostejše selitve med dvoposteljnimi sobami, sledile so selitve iz dvoposteljne v enoposteljno sobo, najmanj je bilo selitev iz enoposteljnih sob v dvoposteljne. Stroški nastajajo tudi zaradi nezasedenih postelj: leta 2006 je bilo največ nezasedenih enoposteljnih sob (47,3 %), sledile so nezasedene dvoposteljne sobe (40,4 %) in samo delno zasedene dvoposteljne sobe (12,3 %). Avtorji so na podlagi podatkov ugotovili, da so stroški za dvoposteljne sobe višji, če upoštevamo tudi stroške selitve in stroške, povezane z nezasedenostjo postelj.

Raziskava je pokazala, da so izsledki analize močno odvisni od tega, katero skupino anketiranih oseb se upošteva. Negovalno osebje in vodstvo domov so prednosti namestitve v eno- in dvoposteljne sobe deloma povsem drugače ocenjevali od oskrbovancev in njihovih svojcev. Negovalci so npr. videli prednost dvoposteljnih sob v lažjem oskrbovanju in boljših socialnih stikih, vendar opazovanje njihovega dela pokazalo, da za oskrbo v eno- in dvoposteljnih sobah porabijo približno enako časa. Podobno se je pokazalo tudi glede socialnih stikov: oskrbovanci v dvoposteljnih sobah so sicer manj pogosto sami, vendar pa v skupnih prostorih preživijo enako dolgo časa kot oskrbovanci v enoposteljnih sobah. Poleg tega so avtorji ugotovili, da ima za večino oskrbovancev in njihovih svojcev namestitve v enoposteljnih sobah nedvomno prednost s psihosocialnega in zdravstvenega vidika. V nekaterih primerih še naprej ostajajo tehtni razlogi za namestitve v dvoposteljnih sobah – zlasti če med oskrbovanci obstajajo tesni odnosi, kot npr. pri zakonskih parih. Če so enakega zdravstvenega stanja in imajo enake kognitivne sposobnosti, je

priporočljivo, da bivajo v dvoposteljnih sobah. Po mnenju avtorjev odločitev starih ljudi za nastanitev v eno- ali dvoposteljni sobi ne sme biti odvisna od finančnih zmožnosti in mora biti v skladu z njihovimi željami: dana jim mora biti možnost, da svojo odločitev lahko tudi spremenijo. To bo pripomoglo k boljši kakovosti življenja v domovih.

Tanja Pihlar

Valentina Hlebec, ured. (2009). Starejši ljudje v družbi sprememb. Ljubljana: Aristej, 279 strani.

KNJIGA SOCIOLOŠKIH PRISPEVKOV O STARANJU V SLOVENSKI DRUŽBI

Pričujoča knjiga je v pretežni meri rezultat večletnega dela na raziskovalnem projektu Socialna integracija starostnikov v Sloveniji. V njej so prispevki osemnajstih avtoric iz sedmih različnih inštitucij. Vsaka od njih predstavi nekoliko drugačen pogled na starost, stare ljudi in njihovo socialno vključenost v družbo. Urednica knjige **Valentina Hlebec** v uvodnem poglavju knjigo razdeli na dva dela: prvi govori o spremembah v slovenski družbi v zadnjih dvajsetih letih, ki so vplivale na starejše ljudi, drugi o socialni opori starejšim in njenih spremembah v zadnjih dvajsetih letih.

Milivoja Šircelj v drugem poglavju govori o staranju prebivalstva v Sloveniji. Gre za dogajanje, ko se povečuje delež starih ljudi. Demografska stroka to različne prikazuje. Glavni vzroki za staranje prebivalstva so manjša rodnost, daljša življenjska doba in selitve. Rodnost se v Sloveniji znižuje že preko sto let. Trenutno se Slovenija uvršča med države z najnižjo rodnostjo. Nizka rodnost je tesno povezana s prelaganjem rojevanja žensk v kasnejša leta, s tem pa se skrajša njihova rodna doba. Podaljševanje življenja pa je posledica izboljševanja življenjskih razmer. Pričakovana življenjska doba je danes 78 let, medtem ko je bila v tridesetih letih 20. stoletja le 52 let. K podaljševanju življenja je zelo pri-

pomogel razvoj medicine, predvsem razvoj in uporaba antibiotikov in cepiv. Pomembno vlogo pri staranju prebivalstva igrajo tudi selitve, saj se mladi pogosto odseljujejo v večje kraje in v druge države. V Sloveniji se staranje prebivalstva stopnjuje, kar se bo nadaljevalo tudi v prihodnje. Zelo pomembno je, da to sprejmemo in začnemo čim boljše uporabljati potenciale tretje generacije.

Slovenski sistem blaginje v procesu postopnega spreminjanja je naslov naslednjega poglavja avtoric **Zinke Kolarič, Tatjane Rakar** in **Anje Kopač Mrak**. V njem predstavijo razvoj sistema blaginje od druge svetovne vojne do danes. Pozornost namenjajo spremembam na socialnopolitičnih področjih, zlasti zaposlovanju, usklajevanju dela in družinskih obveznosti, pokojninam, poškodbam pri delu, zdravstvu in dolgotrajni oskrbi, izobraževanju in stanovanjski politiki. Ena glavnih ugotovitev je, da slovenski sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja tvori jedro socialne varnosti za zaposlene in njihove družinske člane. V sistemu blaginje ima najpomembnejšo vlogo javni sektor. Dopolnjujejo ga neprofitne organizacije s storitvami, ki jih javni sektor ne nudi ali pa ne v zadostni meri. S privatizacijo se je začel razvijati tudi zasebni profitni sektor. To je zelo vidno na področju zavarovanja, kjer se poleg obveznega zavarovanja razvija vrsta tržnih profitnih zavarovanj. V zaključku poglavja so navedene možne smeri nadaljnjega razvoja slovenskega sistema blaginje, pri katerem so spremembe vsekakor potrebne, vendar je treba biti pozoren, da se pri spreminjanju upoštevajo dobre in slabe izkušnje iz preteklosti.

Nataša Kump in **Nada Stropnik** predstavita socialnoekonomski položaj starejšega prebivalstva, ki tvori čedalje večji odstotek prebivalstva. Predstavljena je socialnoekonomska struktura prebivalstva v letih 1997 do 1999 in 2003 do 2005. Delež aktivnega prebivalstva se je malo povečal, delež upokojenskega prebivalstva pa veliko bolj. Povečal se je tudi delež delavno aktivnih med 50. in 59. letom starosti. To poveča finančno

varnost, saj se ta s prehodom v upokojitev precej zmanjša, manjša finančna varnost pa pomeni manjšo socialno varnost. S starostjo se socialna varnost manjša, kar pogosto starejše vodi na rob revščine. Ekonomski položaj stare ljudi postavlja na družbeni rob in v starajoči se družbi bo starejših na družbenem robu čedalje več, zato je potrebno nameniti veliko pozornosti reševanju te problematike.

Jana Mali opisuje spremembe v institucionalnem varstvu starejših ljudi. Predstavi razvoj slovenskih ustanov institucionalnega varstva. V Sloveniji je bilo institucionalno varstvo starejših prevladujoča oblika javne skrbi za oskrbo starih ljudi. V preteklih desetletjih se je pozornost posvečalo gradnji in obnovam domov za stare ljudi. Pomemben poudarek so nova izobraževanja za delo s starejšimi. Avtorica meni, da se v domove namesto prejšnjega medicinskega modela uvaja socialni model, kar pomeni, da tudi socialno delo pridobiva na ugledu. Vendar socialni delavci tvorijo zelo majhen delež zaposlenih v teh institucijah. Na nadaljnji razvoj institucionalnega varstva bo imel vpliv sistem dolgotrajne oskrbe in privatizacija institucionalnega varstva.

Družinsko oskrbo starih bolnih družinskih članov predstavi **Simona Hvalič Touzery**. Glede na staranje prebivalstva je čedalje več ljudi, ki potrebujejo ali bodo oskrbo potrebovali. Ob različnih opredelitvah družinskih oskrbovalcev avtorica pravi, da so to osebe, ki so krvno ali sorodstveni povezane z osebo, ki jo oskrbujejo – to je, da ji nudijo paleto različnih storitev, ki jih imenujemo družinska oskrba. Primarni družinski oskrbovalci nosijo glavno breme negovanja in oskrbovanja, sekundarni pa pri oskrbovanju primarnemu oskrbovalcu pomagajo. Večino družinskih oskrbovalcev tvorijo ženske. Najpogostejše so oskrbovalci otroci oskrbovancev, sledijo partnerji in snahe. Ker je večina oskrbovalcev zaposlenih, ima svojo družino ali so že tudi sami stari in oslabei, ne bodo več zmogli nositi bremena oskrbovanja brez javne pomoči

države, zato je njihovo delo potrebo podpreti z zakonodajo o sistemu dolgotrajne oskrbe.

Mateja Nagode je avtorica poglavja o organizirani pomoči za stare ljudi, ki živijo na domu: pomoč na domu in varovanje na daljavo. Med oblikami pomoči starejšim se je v zadnjem času najbolj razširila pomoč na domu, varovanje na daljavo pa kljub močni začetni podpori še ni doseglo večjega kroga ljudi. V preteklosti je bila skoraj vsa javna pozornost namenjena institucionalnemu varstvu. Danes lahko z gotovostjo trdimo, da se s storitvami na domu kakovost življenja starejših ljudi izboljša in lahko dlje ali trajno ostanejo doma. To hkrati razbremeni pritisk na institucije. V Sloveniji je pomoč na domu v primerjavi z institucionalnim varstvom še vedno manj razvita in dostopna. Različne občine jo sofinancirajo v različni višini in jo nudijo v različnem obsegu. Varovanje na daljavo pa ni vključeno v okvir javnih služb, kar pomeni, da ni sistemsko urejeno, in bi ga bilo treba sistemsko urediti.

Srna Mandič govori o medgeneracijskem zavezništvu in izmenjavi virov blaginje. Staranje prebivalstva postavlja nove izzive tudi pred sisteme pokojninskega in zdravstvenega zavarovanja na eni strani, na drugi pa smo priča mnogo večji zaposlenosti žensk, zaradi česar le-te veliko manj oskrbe in nege nudijo otrokom in onemoglim starim ljudem. Članek obravnava izmenjavo različnih virov blaginje med starejšimi in njihovimi odraslimi otroci. Rezultati po različnih državah kažejo, da starejši veliko pomoči dajejo. Drugi del članka predstavi sistem blaginjske oskrbe. Ta sistem povezuje javni in zasebni sektor, zato se v njem prepleta celotno medgeneracijsko zavezništvo. Prav tega pa je treba v prihodnje bolj promovirati in razvijati, da bi vse generacije čutile potrebo in dolžnost delati za skupno dobro.

V poglavju *Kako misliti, opazovati in razumeti omrežja starejših ljudi v Sloveniji* avtorice **Valentina Hlebec, Tina Kogovšek, Barbara Domajnko** in **Majda Pahor** najprej predstavijo

pojme socialna opora, omrežje in omrežje socialne opore, nato pa se posvetijo najpomembnejšim metodološkim značilnostim raziskovalnega načrta Socialna integracija starostnikov v Sloveniji. V njem so »z analizo subjektivnih izkušenj intervjuvancev razkrili značilnosti pojmovanja in doživljanja vpetosti v omrežja socialne opore, tako v smislu njenega prejetanja kot dajanja ter v določeni meri tudi razloge za to« (str. 166). V zadnjem delu poglavja se avtorice osredotočijo predvsem na pomen ter prednosti in slabosti združevanja kvalitativnih in kvantitativnih metodoloških pristopov ter na kaj je ob tem treba biti pozoren. V raziskavi so namreč najprej uporabili dostopne sekundarne podatke o omrežjih socialne opore, nato pa so jih dopolnili z lastnimi kvalitativnimi in kvantitativnimi podatki.

Pomen lokalne skupnosti in sosedov v življenju starejših ljudi v zadnjih dvajsetih letih prikazuje **Maša Filipovič Hrast**. S pomočjo primerjave stanja pred tranzicijo in po tranziciji ugotavlja odnos starejših do soseske pri nas, kakšna je vloga sosedov v njihovem omrežju ter kakšne spremembe se kažejo v času. Avtorice ne zanima le dejanska opora, ki jo nudijo sosede starejšim, temveč tudi širše razumevanje pomoči v skupnosti; zanima jo odnos do skupnosti in zaznavanje opore, ki bi jo lahko v primeru potrebe dobili. Analiza omrežij socialne opore kaže, da se je nekoliko povečala odtujenost in zmanjšalo zaupanje, vendar pa potencial skupnosti, da skrbi za starejše, še vedno obstaja, kajti »mnogi intervjuvanci še vedno omenjajo sosede kot osebe, na katere se lahko obrnejo in ki so jim v pomoč« (str. 180).

Sonja Kump in **Sabino Jelenc Krašovec** je zanimalo, v kakšni meri so starejši ljudje vpeti v svojo sosesko, kakšna so njihova socialna omrežja in kakšne posledice ima to na njihovo učenje. Izobraževanje je namreč pomemben element zmanjševanja družbene izključenosti starejših. Pomeni namreč tudi »priložnost za vzpostavljjanje socialnih omrežij starejših, ki lahko

omogoča različne oblike socialne opore, predvsem instrumentalno in emocionalno oporo ter druženje« (str. 184). Avtorici sta s pomočjo analize primerov identificirali značilnosti učnih dejavnosti odraslih v treh tipih bivalnih naselij. Primerjali sta dve generaciji (starše in stare starše) v dveh časovnih točkah (1987 in 2005). Izkazalo se je, da se pripravljenost starejših za sodelovanje v dejavnostih in tudi njihova dejanska vključenost ne glede na možnosti, ki jih ponuja določeno okolje, s starostjo zmanjšuje.

Naslednje poglavje govori o udeležbi starejših v izobraževanju v Sloveniji. Avtorici **Sabina Jelenc Krašovec** in **Sonja Kump** sta s pomočjo sekundarne analize treh preteklih raziskav (iz let 1987, 1998 ter 2004) in novo pridobljenih podatkov ugotovili, da se starejši največ vključujejo v programe neformalnega izobraževanja (v raznih društvih, klubih in drugih družbenih ter verskih organizacijah), bistveno manj pa se izobražujejo na ljudskih univerzah. Na splošno se odrasli s staranjem vse manj izobražujejo. Tisti, ki se izobražujejo, lažje premagujejo ovire, so zelo motivirani in si sami poiščejo možnosti za izobraževanje. Motivira jih predvsem povečanje uspešnosti svojega delovanja, osebna rast, druženje ter lažje soočanje s spremembami in novostmi. V nasprotju s temi, ugotavljata avtorici, da »velika večina starejših odraslih na izobraževanje gleda odklonilno, navaja veliko ovir in za izobraževanje na splošno ni motivirana« (str. 216). Kot glavne ovire navajajo prezaoptenost, starost, bolehnost, pozabljivost, nezainteresiranost, pa tudi stroške izobraževanja in neustrezno ponudbo programov.

Število ljudi z zelo hudimi zdravstvenimi težavami se povečuje. Velikokrat so te težave kombinirane s slabim socialnim položajem, kar ogroža kakovost njihovega življenja. **Majda Pahor**, **Barbara Domajnko** in **Valentina Hlebec** so obravnavale zdravje starejših ljudi v povezavi z njihovo vključenostjo v socialna omrežja, pri čemer se je izkazalo, da je aktivnost ključni pojem

pri opredeljevanju zdravja v povezavi s socialnim omrežjem. Socialno omrežje vpliva na zdravje z zagotavljanjem različnih oblik opore. Primerjava podatkov iz let 1987 ter 2002 kaže, da najpomembnejši dajalec opore ostaja najožja družina, povečala pa se je vloga bolj oddaljenih vezi. Glede splošne smeri sprememb med spoloma ni razlik. Kot pomembna značilnost socialne opore v primeru bolezni se je izkazala vzajemnost, ki je ena izmed temeljnih oblik socialnega veziva, kajti *»bolj zdrave se počutijo tisti, ki lahko skrbijo zase in delajo, in ki posledično lahko dajejo, nudijo oporo. Ti bodo tudi sami lahko brez zadržkov prosili in sprejeli pomoč«* (str. 234).

V raziskavi, ki je zajela dve časovni perspektivi (leti 1987 in 2005), sta avtorici **Zdenka Šadl** in **Valentina Hlebec** ugotovili, da so se viri socialne opore pri generacijah staršev in starih staršev skrčili na družinska oz. sorodstvena omrežja. Sorodniki najbolj kontinuirano nudijo emocionalno oporo v daljšem obdobju življenja opazovanih oseb – njihova pomembnost se v času celo povečuje. Avtorice razlagajo, da se *»s povečevanjem nezaupanja v druge povečuje tudi zaznavanje družine kot vira medsebojne skrbi, zaupanja in čustvenega zadovoljevanja«* (str. 245). Vendar pa tesne vezi zmeraj ne pomenijo pozitivnih učinkov. Pozitivna in negativna opora sta lahko prisotni tudi sočasno in učinkujeta na pozitivne in negativne vidike dobrega počutja. Učinki emocionalne opore so lahko takojšnji ali pa s časovnim zamikom, njihova glavna vrednost pa je predvsem v razbremenitvi posameznika.

Klemen Jerinc in Mojca Slana

Žitek Nina in Tomažič Matjaž (2009). Nova zgodba v stari zgodbi življenja. Pivka: samozaložba, 107 strani.

ŽIVLJENJSKE ZGODBE STARIH LJUDI

Knjižica *Nova zgodba v stari zgodbi življenja* je končni rezultat raziskovalnega projekta, v katerem sta bodoča diplomanta socialnega dela Nina Žitek in Matjaž Tomažič predstavila 90 kratkih življenjskih zgodb stanovalcev domov za stare ljudi širom Slovenije. Izvedba njunega projekta je potekala na način, da sta obiskala 30 domov za stare ljudi ter v vsakem od njih opravila tri intervjuje s tamkajšnjimi stanovalci.

Kot glavno vodilo pri zbiranju življenjskih zgodb sta avtorja poudarila predvsem pomen lastnih virov moči stanovalcev domov za stare ljudi. Te sta ugotavljala tako, da sta se v pogovorih z intervjuvanci osredotočila na pomemben dogodek v njihovem življenju ter na spremembe, ki so nastale kot posledica tega dogodka. V povedanih življenjskih zgodbah sta odkrila, da so bili pri intervjuvancih prisotni naslednji viri moči: 1. samota; 2. solze, jok; 3. vera; 4. otroci, partnerji in bližnji; 5. prijatelji. Omenjeni viri so stanovalcem domov za stare ljudi pomagali, da so se lažje soočili z življenjskimi preizkušnjami, težave uspešno premag(ov)ali ter posledično tudi osebnostno zoreli.

V osrednjem delu knjižice avtorja predstavljata življenjske zgodbe stanovalcev domov za stare ljudi v izbranih domovih. Za bralca bi bil dobrodošel podatek, po kakšnem ključu sta avtorja izbrala intervjuvance v posameznem domu, vendar tega ne navajata. Nanizane življenjske zgodbe se med seboj razlikujejo glede na dolžino ter tudi glede na izpovedno moč povedanega, ki je v nekaterih zgodbah izražena zelo plastično. *»Moja tašča je z mano zelo grdo ravnala. Pred vsemi me je vedno znova potlačila, me poniževala. Delati sem morala vse, moje delo pa zanjo nikoli ni bilo dovolj dobro opravljeno. No, in potem je tašča zbolela, in potrebovala je mojo pomoč. Bila*

je sama, zato sem jaz skrbela zanjo. Kako se vse obrne, kajne?» (str. 68)

Avtorja sta v svojem projektu želela predstaviti življenjske zgodbe predvsem kot zgodbe s terapevtskim namenom. Opredeljujeta jih kot »zgodbe, ki jih socialni delavci, uporabniki, potencialni stanovalci in njihovi bližnji lahko uporabijo bodisi v svetovalnem procesu bodisi kot oporo pri vključevanju v dom« (str. 103). Opozarjata na pomanjkljivost oz. celo odsotnost uporabe zgodb s terapevtskim namenom v socialnem svetovanju starih ljudi, ki so v institucionalnem varstvu. V slovenskem prostoru je pomanjkljivost zbiranja in publiciranja življenjskih zgodb stanovalcev domov za stare ljudi očitna. Razlog je potrebno iskati predvsem v prezaposlenosti strokovnega osebja, ki se v preobilici birokratskih opravkov ne utegne posvečati tudi temu vidiku, četudi bi si morda kdo to želel početi. Seveda pa obstajajo tudi primeri objavljenih življenjskih zgodb starih ljudi s prevladujočim terapevtskim namenom. Mednje sodijo nekateri zapisi v domskih glasilih ali celo posebne publikacije v knjižni obliki (npr. *Spominčice* – življenjske zgodbe, ki so jih zapisale članice lokalne skupine za samopomoč). Potrebno pa je poudariti, da sta življenjske zgodbe v knjižici *Nova zgodba v stari zgodbi življenja* zbrala (bodoča) strokovna delavca. Večina zapisov v prej omenjenih publikacijah (*Spominčice*) ali prispevkov v domskih glasilih je prišla izpod peresa tistih starih ljudi (stanovalcev domov za stare ljudi, članov skupine za samopomoč), ki so (bili) sposobni pisnega izražanja. Pomembna novost knjižice *Nova zgodba v stari zgodbi življenja* je v tem, da so v njej prišli do besede tudi tisti stanovalci domov za stare ljudi, ki ne (z)morejo pisno izražati svojih misli. Brez truda Nine Žitek in Matjaža Tomažiča njihove življenjske zgodbe verjetno ne bi nikoli zagledale belega dne.

Večjo previdnost zahteva poudarjeni *terapevtski namen* zbranih življenjskih zgodb, ki je v knjižici večkrat omenjen. Tukaj si lahko zastavimo vprašanje: katera življenjska zgodba ima terapevtski namen? Gotovo bo imela večjo

terapevtsko vrednost tista življenjska zgodba, ki temelji na precizno izraženih virih moči posameznika, ki so pripomogli pri reševanju njegovih težav. A terapevtsko vrednost ima lahko tudi življenjska zgodba, iz katere na prvi pogled ne moremo ugotoviti, ali bi lahko služila tudi v terapevtske namene, pa vendar lahko na posameznika blagodejno učinkuje. To vrednost lahko življenjska zgodba pridobi že z izraženo pozitivno sporočilnostjo, prijetnim humorjem, življenjskimi nauki in podobnim.

Avtorja ugotavljata, da uporaba zgodb v socialnem svetovanju ni razširjena. Poudarjata, da je še vedno močno prisotno prepričanje, da »socialni delavec govori, posluša in potem svetuje, kako naj uporabnik svoj problem reši. Toda to je vsekakor napačna pot. Zakaj? Se zavedamo, da je vsak sam strokovnjak za svoje življenje? Če se, potem vemo, da poslanstvo socialnih delavcev in vseh nas, ki še bomo, ni v tem, da rešujemo probleme uporabnikov skozi lastne oči« (str. 104). Avtorja navajata, da sta zbrane zgodbe namenila tudi socialnim delavcem v domovih za stare ljudi, da jih lahko uporabljajo pri potencialnih in sedanjih stanovalcih. V tem primeru bi življenjske zgodbe služile kot zgled (eksempel). Pri tem se je potrebno zavedati določenih omejitev tovrstnega uvajanja. Eksempel je sicer eden od najstarejših argumentativnih pripomočkov in se je razvil v srednjeveški nabožni književnosti. Njegova funkcija je (bila) predvsem prepričevalna, z namenom doseči želeni, vnaprej znani učinek. Nekritično uvajanje ali celo precejevanje življenjske zgodbe kot eksempla pri terapevtskem delu s starimi ljudmi bi lahko pripeljalo točno na tisto mesto, ki ga avtorja knjižice *Nova zgodba v stari zgodbi življenja* vidita kot še vedno prevladujočo, a napačno usmeritev socialnega svetovanja: v stereotipizacijo gledanja na posameznikove težave z vnaprej zaželenim učinkom, v zanemarjanje posameznikove enkratnosti.

Seveda pa zbrane življenjske zgodbe nimajo zgolj terapevtskega namena. Nina Žitek v uvodu poudarja, da so v knjižici zbrane zgodbe, ki »imajo

terapevtski namen. Odkrivajo vire moči stanovalcev domov, hkrati pa nam ponudijo pisan svet vsakega od njih« (str. 4). V tej plastično izraženi opredelitvi je zajet tako socialnodelavski (»terapevtski«) kot tudi osebnotni vidik življenjskih zgodb intervjuvancev. Slednji odkriva notranji svet intervjuvanca in njegovo vpetost v njemu lastni socialni in družbeni kontekst. Ob tem moramo omeniti še tretji vidik življenjskih zgodb. Gre za t. i. zgodovinsko-etnografski vidik. Ko stari ljudje pripovedujejo zgodbo svojega življenja, vede ali nevede posegajo v (pol)preteklo zgodovino, ki so jo pomagali oblikovati kot aktivni udeleženci ali vsaj opazovalci dogodkov. Njihovo udejstvovanje na prizorišču svetovne zgodovine resda ni igralo pomembnejše vloge, vendar s svojim razkrivanjem lastne vpetosti v preteklo dogajanje pripomorejo k boljšemu poznavanju določenega zgodovinskega dogodka ali obdobja. Življenjske zgodbe predstavljajo tisto vrsto zgodovine, ki je v angloameriškem zgodovinopisju poznana kot *oral history* in ji tudi zgodovinarji v slovenskem prostoru zadnje desetletje posvečajo vedno večjo pozornost. Tudi v knjižici *Nova zgodba v stari zgodbi življenja* najdemo v zapisanih življenjskih zgodbah kar nekaj takih poudarkov. »Veliko mojih spominov je vezano na vojno, pod italijansko okupacijo in predvsem na delo, ki smo ga morali opravljati v tovarnah. Bil sem v tovarni blizu švicarske meje, tam je bilo delo zelo grdo in naporno, delali smo arzenat« (str. 29).

Želimo si, da bi knjižica *Nova zgodba v stari zgodbi življenja* prebila led in na stežaj odprla vrata nadaljnji vrsti publikacij, v katerih bi strokovni delavci, ki se ukvarjajo s starimi ljudmi v institucionalnem varstvu, začeli zapisovati in objavljati njihove življenjske zgodbe. Opozoriti moramo še na dve značilnosti, ki ju je moč opaziti v knjižici in zahtevata kritično vrednotenje. Prva je ta, da v knjižici ne zasledimo nobenega osebne- ga podatka o intervjuvancih. Vsak intervjuvanec, oz. njegova življenjska zgodba, je predstavljen le s številko (od I do III za posamezni dom). Na dlani je, da sta se avtorja s tovrstnim označevanjem

skušala izogniti problemom, ki bi lahko nastali kot posledica vsesplošne obsesije v zvezi z (zlo) rabo osebnih podatkov. Toda s takšnim načinom podajanja življenjskih zgodb se izgubijo prav tiste osebne značilnosti, ki predstavljajo konkretnega, edinstvenega starega človeka, ki pripoveduje svo- jo življenjsko zgodbo. Poleg tega označevanje ži- vljenjskih zgodb (oz. intervjuvancev) s številkami hote ali nehote vzbuja neprijetne asociacije. Pri tem se lahko spomnimo na znameniti Kajuhov verz: »... zato ker nismo le številke/ smo ljudje!«, za katerega se zdi, da je aktualen v vsakem času in družbeni situaciji. S problemom osebnih po- datkov se bo srečal vsakdo, ki se bo ukvarjal z zapisovanjem življenjskih zgodb. Kako ga rešiti? Ena od možnih rešitev bi bila avtorizacija teksta (ali njegovih posameznih delov), ki bi ga predlo- žili intervjuvancem, od njih pa pridobili izjavo o njihovi privolitvi za objavo besedila. Morebitna (za intervjuvance ali kogarkoli drugega) sporna mesta, ki bi kljub intervjuvančevemu dovoljenju ostala v besedilu, bi avtor po lastni presoji izločil ter grafično prikazal izpust.

Druga pripomba je terminološke narave. Avtorja skozi vso knjižico uporabljata (sicer socialnodelavsko strokovno uveljavljen) termin *domovi za stare*, pri čemer se zdi umestnejši izraz *domovi za stare ljudi*. Življenjske zgodbe govorijo o *ljudih*, pripovedovali so jih stari *ljudje*, name- njene so starim – in malo manj starim – *ljudem* in ne komur- ali čemurkoli, ki je pač star, - a, -o. »Za človeka gre!« To življenjsko vodilo prof. Trstenjaka se zdi umestno imeti pred očmi tudi v primeru življenjskih zgodb, ki so jih pripove- dovali stari ljudje, a v sebi nosijo univerzalna sporočila za vse generacije. Najdemo jih tudi v knjižici *Nova zgodba v stari zgodbi življenja*: »Vrednote, ki so zame pomembne, so optimizem, ljubezen, družina, svoboda, zaupanje in upanje. To so tiste najpomembnejše stvari v življenju, in če se jih držiš, lahko živiš. Sama pravim: „Nikoli ni tako hudo, da ne bi moglo biti še huje.“« (str. 55)

Blaž Podpečan

DROBCI IZ GERONTOLOŠKE LITERATURE

Zbrali: dr. Tanja Pihlar, dr. Simona Hvalič Touzery, Klemen Jerinc,

SLOVENIJA: VAJE PROTI BOLEČINAM V KRIŽU

Z bolečinami v križu se danes srečuje čedalje več ljudi. Veliko k temu pripomoreta vrsta in način dela, ki ga ljudje opravljajo. V pomoč nam je lahko knjižica z naslovom *Vaje proti v bolečinam v križu* iz leta 2007, ki so jo pripravili Vesna Grizold (diplomirana fizioterapevtka) in sodelavci z Ortopedske klinike – Fizioterapija Poliklinike v Ljubljani.

Na začetku knjižice, ki obsega 19 strani vaj, so navedeni dejavniki, po katerih prepoznamo nepravilno držo. Slednja je namreč zelo pogosto eden od glavnih vzrokov za bolečine v križu. Avtorji dajejo pomemben poudarek učenju krčenja globoke trebušne mišice. Osnovne vaje so navedene v nadaljevanju in so nazorno prikazane. Priporočajo, da se osnovnih vaj naučimo pod nadzorom fizioterapevta, saj bomo tako prepričani, da jih pravilno izvajamo. Sledijo še vaje za raztezanje mišic in vaje za krepitev mišic. Pri vseh vajah je dodano tudi slikovno gradivo in nasveti, na kaj moramo biti pri izvajanju posameznih vaj pozorni. Na koncu brošure najdemo nasvete za preprečevanje čezmernih obremenitev, s katerimi lahko zmanjšamo možnosti za nastanek bolečin v križu.

NEMČIJA: TRGOVINA Z ŽIVILI, KI JE V LASTI SKUPNOSTI

Stari ljudje si želijo čim dlje živeti doma. Za to pa ni dovolj le, da je njihovo bivališče brez arhitektonskih ovir, ampak mora imeti tudi okolica ustrezno infrastrukturo in biti prilagojena njihovim potrebam. To pomeni tudi omogočiti starejšim ljudem, da čim več vsakodnevnih opravkov opravijo peš – se odpravijo v trgovino z živili, na pošto, banko, k zdravniku ipd., dobro

mora biti poskrbljeno tudi za javni prevoz. Vse to je pomembno, da bi stari ljudje čim dlje ostali mobilni in se dejavno udeleževali življenja v skupnosti, kar zmanjšuje tudi tveganje za socialno izolacijo.

S problemom dostopnosti se srečujejo stari ljudje predvsem v manjših naseljih in na podeželju, kjer se nemalokrat dogaja, da manjši trgovci zapirajo svoje trgovine, ker se na obrobju mest gradijo velika trgovska središča. Za takšne težave so našli dobro rešitev prebivalci naselja Pfrondorf v Nemčiji, ki ima okoli 3300 prebivalcev, ko je trgovec v njihovem kraju zaprl trgovino z živili. V njem sta bili sicer pekarna in mesnica, vendar so vaščani pogrešali trgovino, ki bi imela v svoji ponudbi večjo izbiro živil, saj so se morali po nakupih odpraviti v sosednji kraj. Zato so se odločili vzeti stvari v svoje roke in so novembra 2002 ustanovili zadrugo, ki je imela 80 ustanovnih članov. Naslednje leto so odprli zadržno trgovino, ki ima površino 100 m² (leta 2005 je bilo vanjo vključenih 280 zadržnikov, ki so imeli skupaj delež v višini 45.000 evrov; posamezni deleži so v višini 100 evrov). Zadržna trgovina ima številne prednosti: je v lasti skupnosti, člani lahko soodločajo o ponudbi trgovine, finančno tveganje je porazdeljeno na več oseb, motiviranost za nakupovanje v trgovini je velika, trgovina je središče življenja v skupnosti ipd. Opremo za trgovino so nabavili po zelo ugodni ceni, ker se zapira veliko majhnih trgovin; pri opremljanju so s prostovoljskim delom pomagali člani zadruge. Med vaščani so naredili anketo in jih povprašali po njihovih željah in potrebah. Trgovina ima v svoji ponudbi med drugim tudi ekološke izdelke, pisarniške potrebščine, galanterijo, časopise in fotokopirni stroj. Ponudbo zaokrožujejo tudi domači, vaški pridelki. Cene izdelkov so primerljive s cenami

v supermarketih. V trgovini sta zaposlena dva uslužbenca, veliko prostovoljskega dela opravijo tudi člani zadruge – delajo pri blagajni, zlagajo izdelke na police, prenašajo kartonske škatle ipd. Zadružna trgovina je postala projekt, v katerem sodeluje celotna vas, je središče srečevanj in poživlja dogajanje v vasi. Da bi bil vsakdo seznanjen z njenim poslovanjem, jih o prometu redno obveščajo na oglasni deski. Tako se vsakdo zaveda, da je soodgovoren in da s svojim nakupovanjem pripomore k njenemu pozitivnemu poslovanju.

Vir: URL=<http://www.dorfladen.pfrondorf.net/> (4.12.09)

FRANCIJA: ZAČETEK PROGRAMA LEPO STARANJE – SKUPNO ŽIVLJENJE

V Franciji so 15. julija 2009 uradno začeli nacionalni program Lepo staranje 2007–2009, katerega geslo je *lepo staranje–skupno življenje* (fr. bien-vieillir-vivre ensemble). Izvajajo ga ministrstva za zdravje, mladino in šport, ministrstvo za zaposlovanje, za socialne zadeve, za družino in solidarnost ter ministrstvo za urbane zadeve. S programom, ki je odgovor na izzive starajočega se prebivalstva, želijo vzpodbuditi francoska mesta, da bi postala starosti bolj prijazna ter vzpodbuditi aktivno staranje. Predvsem želijo, da bi lokalne politike upoštevale specifične potrebe starih ljudi in spodbujale medgeneracijsko povezovanje.

Vir: AGE Newsflash, 30.6.2009

NEMČIJA: SVETOVANJE, KAKO PRILAGODITI BIVALIŠČE ZA STAROST

Večina starih ljudi želi živeti doma, četudi je zaradi izselitve otrok, smrti partnerja ipd. postalo stanovanje preveliko ali pa je arhitektonsko neustrezno. Zato je zelo pomembno prilagoditi bivališče tako, da bodo stari ljudje v njem kakovostno bivali. Na to je dobro misliti tudi pri

novogradnjah. Prav tako mora biti starim ljudem zagotovljeno, da dobijo nego in oskrbo na domu, ko ju potrebujejo.

V Nemčiji obstaja vrsta projektov in pobud, da bi stari ljudje čim dlje živeli doma. Leta 1994 so v okviru Zveznega konzorcija za prilagoditev stanovanj (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungsanpassung – BAG) po državi ustanovili svetovalnice, ki nudijo strokovno pomoč pri adaptaciji bivališč za stare ljudi in invalidne osebe, in sicer tako svetovanje pri načrtovanju kot tudi praktično pomoč, pomoč pri organizaciji del in spremljanje izvajanja del. Danes obstaja že več kot 200 svetovalnic, v katerih delujejo večdisciplinarni timi, npr. arhitekti, socialni pedagogi in logoterapevti. Po potrebi pomagajo pri posredovanju storitev drugih služb (npr. negovalne službe), pomoč nudijo tudi pri iskanju ustreznega doma za stare oz. alternativnih oblik bivališč. Naloga svetovalnice je senzibilizirati javnost za gradnjo stanovanj in hiš brez arhitektonskih ovir. Ukvarjajo se tudi z usposabljanjem in izobraževanjem svetovalcev, posebno pozornost namenjajo izmenjavi izkušenj med svetovalnicami na zvezni in lokalni ravni.

Vir: BMFSFJ (2009). *Leben und Wohnen für alle Lebensalter*. Berlin; http://www.wohnungsanpassung.de/wir/die_BAG.htm (11.11.09)

ZDA: TELOVADBA ZA STAREJŠE

Na spletnih straneh NIHSeniorHealth, ki jih ureja ameriški Nacionalni inštitut za zdravje, najdemo številne koristne informacije o zdravju in dobrem počutju za stare ljudi. Posebnost te strani je, da so tematski prispevki opremljeni tudi z video posnetki, ki so v veliko pomoč pri razumevanju. Za našo revijo bomo povzeli prispevek, ki govori o koristnosti telesne vadbe, in vključuje navodila za vadbo. Za lažje izvajanje vaj je na voljo tudi več kratkih video posnetkov.

Priporočljivo je, da se odločimo za redno enomesečno vadbo – če se nam posreči, je to

dober znak, da nam bo prišla telesna aktivnost v navado. Novejše raziskave so pokazale, da sta fizična aktivnost in vadba koristni za ljudi vseh starosti, ne glede na njihovo fizično kondicijo, saj lahko preprečita oz. upočasnita nastanek marsikaterih bolezni, izboljšata razpoloženje in preprečita depresijo. Redna vadba ima pozitiven vpliv na kakovost življenja v starosti. Nekateri starejši ljudje se bojijo, da bo vadba prenaporna zanje in bo škodovala njihovem zdravju. Vendar so raziskave pokazale, da je vadba varna za ljudi vseh starosti in da se več starih ljudi poškoduje zaradi tega, ker ne vadi, kot pa med vadbo. Če nismo fizično aktivni, se poslabšajo moč, ravnotežje, gibljivost in vzdržljivost, ki so pomembni za ohranitev zdravja in samostojnosti v starosti. Redna vadba lahko pripomore k temu, da se stari ljudje bolje počutijo, kar velja tudi za tiste, ki so prepričani, da so prestari zanjo ali da niso v dobri kondiciji.

Avtorji nadalje priporočajo, da starejši ljudje pred začetkom vadbe obiščejo svojega zdravnika, kar še zlasti velja za bolnike, ki imajo katero od kroničnih nenalezljivih bolezni, za kadilce in za tiste, ki so prekomerno težki. Obisk priporočajo posebno v primeru, če opazijo pri sebi nov simptom, imajo bolečine v prsih, nepravilen in hiter srčni utrip ali so hitro zadihani, če trajno in nenadzorovano izgubljajo težo, če imajo okužbe, ki jih spremlja povečana telesna temperatura, če imajo na nogah ali gležnjih rane, ki se slabo celijo. Prav tako naj zdravnika obiščejo v primeru, če so padli in imajo trajnejše bolečine ali težave s hojo, saj je mogoče, da so se poškodovali. Pred vadbo se je dobro posvetovati z zdravnikom, če imajo krvavitev v mrežnici ali njeno odstopanje, po operaciji sive mrene, implantaciji leče ali katere druge očesne operacije ter po operaciji kolka. Na splošno pa je priporočljivo, da ga obiščejo moški po 40. in ženske po 50. letu, ko se želijo ukvarjati z intenzivnejšo fizično aktivnostjo.

Za starejše ljudi je priporočljivo zlasti izvajanje naslednjih štirih tipov vaj: vaje za

moč, za ravnotežje, za raztezanje in za vzdržljivost – prikaz posameznih vaj si je mogoče na spletni strani ogledati na video posnetkih. Vaje za moč, kot je npr. dvigovanje teže, krepijo mišice in pospešijo presnovo v organizmu, kar ugodno vpliva na težo in raven sladkorja v krvi. Vaje za ravnotežje, kot npr. stoja na eni nogi, krepijo mišice nog in pomagajo pri preprečevanju padcev. Z vajami za raztezanje, kot je npr. raztezanje telesa, ohranjamo gibčnost telesa. Tovrstne vaje pomagajo pri preprečevanju poškodb in padcev ter pospešijo okrevanje po poškodbah. Vaje za vzdržljivost, kot so npr. hoja, tek, plavanje, povečajo srčni utrip in pospešijo dihanje. Priporočljivo je, da se posamezne vaje izvaja postopoma, in sicer naj bo to odvisno od telesne pripravljenosti. Na začetku naj se jih izvaja vsaj po 5 minut, cilj naj bo 30 minut dnevno (namesto tega se jih lahko izvaja tudi večkrat po 10 minut). Starejši ljudje, ki daljše obdobje niso bili fizično aktivni, naj se z vadbo začnejo postopoma ukvarjati. Zelo dober motiv za nadaljevanje vadbe je, da redno beležimo napredek. Tako lahko npr. merimo, koliko metrov prehodimo v 6 minutah, koliko minut lahko stojimo na eni nogi (pri tem stojmo ob trdni opori, za katero se lahko oprimemo v primeru, če izgubimo ravnotežje), kako hitro se lahko povzpne po stopnicah ipd. Test opravljajmo mesečno in si zapisujemo rezultate. Da bi nam vadba prešla v navado, je priporočljivo razmišljati o njenih ugodnih učinkih, da vaje pravilno in varno izvajamo in jih vključimo v naš vsakdanjik. Pomembno je tudi, da uživamo v vadbi in da lahko vadimo v družbi. Dobro je, da si postavimo cilje in se nagradimo, ko jih uspemo doseči, da si za domačo nalogo zadamo biti naslednja dva tedna fizično aktivni, da si termine za vadbo označimo na koledarju in da si sproti beležimo, kakšne vrste vaje smo izvajali in kakšen napredek smo dosegli.

Vir: URL= <http://nihseniorhealth.gov/exercise/toc.html> (20.07.09).

AVSTRIJA: INICIATIVA 50 ZA STAREJŠE DELAVCE

Iniciativa 50 je avstrijsko neprofitno društvo, katerega namen je pomagati starejšim delavcem pri iskanju trajne zaposlitve. Namenjeno je ženskam, starim več kot 45 let, in moškim, starim več kot 50 let, ki imajo stalno bivališče v Spodnji Avstriji in so prijavljeni na zavodu za zaposlovanje. Društvo je bilo ustanovljeno leta 1994 in ima poslovalnice v Korneuburgu, St. Pöltnu in Mödlingu. Finančno ga podpirata Urad za delo Spodnja Avstrija in deželna vlada, upravni odbor pa sestavljajo člani Gospodarske zbornice Spodnja Avstrija in Delavske zbornice Spodnja Avstrija.

Društvo je povezano z regionalnimi uradi za delo; njihovi svetovalci starejše iskalce zaposlitve napotijo na društvo. V osebnem pogovoru s sodelavci društva se seznanijo z možnostmi zaposlitve in skupaj izdelajo individualni načrt za uspešno iskanje zaposlitve. Društvo ima v svoji ponudbi med drugim pomoč in podporo pri iskanju zaposlitve in dodatnem poklicnem usposabljanju, navezovanju stikov s potencialnimi delodajalci, psihološko svetovanje. Med glavnimi ponodbami društva je najem delovne sile: če iskalec zaposlitve najde primerno ponudbo za prosto delovno mesto, ga društvo za določen čas (od treh do šestih mesecev, v izjemnih primerih je možno podaljšanje do enega leta) zaposli, delavec pa opravlja delo v izbranem podjetju. To pomeni, da je v tem času njegov delodajalec društvo, sredstva za plačo so iz treh virov: podjetje krije dve tretjini plače, eno tretjino krijeta Urad za delo in deželna vlada Spodnje Avstrije. V času takšnega »najema« ima delodajalec možnost, da bolj spozna delavca in se lažje odloči za njegovo stalno zaposlitev. Podatki društva govorijo o uspehu: kar 65% »najetih« delavcev dobi zaposlitev za nedoločen čas.

Vir: URL=<http://www.initiative50.or.at/> (12.10.09)

AVSTRALIJA: ŠTUDIJA POKAZALA POZITIVEN VPLIV TAI CHI-JA NA ARTRITIS

Nova študija inštituta The George Institute for International Health je pokazala, da ima starodavna veščina tai chi pozitiven vpliv na bolečino ob kostno-mišičnih obolenjih. Z uporabo tai chi veščine se zmanjša bolečina in poveča zmogljivost obolelih za artritisom, kažejo se tudi pozitivni vplivi na splošno fizično zdravje. Te ugotovitve so pomembne zato, ker je v Avstraliji artritis glavni razlog za nezmožnost in kronične bolezni: obolelih je kar 3,85 milijona Avstralcev. Raziskovalci bodo sedaj proučili še vpliv tai chi-ja na težave s kroničnimi bolečinami v križu, ki je v Avstraliji najpogostejša in najdražja oblika kostno-mišičnih obolenj. Uporaba tai chi veščine pri zmanjševanju bolečin je cenovno ugodna, ustrezna in prijetna oblika vadbe, ki ima pozitiven učinek tudi na psihološki in socialni ravni, še ugotavljajo strokovnjaki.

Vir: *EurekAlert*, 16. junij 2009, v: <http://www.thegeorgeinstitute.org>

VELIKA BRITANIJA: ROCK OPERA O STAROSTI IN STARANJU

64-letni Pete Townshend, znani kitarist angleške rock skupine The Who, ki je nekoč napisal znane besede – »Upam, da bom umrl, preden se postaram (angl. Hope I die before I get old)« piše rock opero z naslovom *Floss*, ki bo govorila o staranju. V njej bo poudarjena problematika, s katero se sooča baby boom generacija. Govorila bo o starosti, medgeneracijskih odnosih in smrti. Townshend načrtuje, da bodo rock opero v celoti izvajali na turneji leta 2011, sicer pa bodo nekatere pesmi iz omenjene rock opere na novem CD-ju skupine The Who, ki je predviden v letu 2010.

Vir: *Global action on aging Newsletter*, 31.8.-4.9. 2009, *NYDailyNews.com* (25.8.2009)

ŠPANJA: TERAPEVTSKA MOČ SMEHA IN KOMUNIKACIJE

Razdrobljenost in staranje prebivalstva sta problema, ki starim ljudem na podeželju otežujeta vsakdanje življenje. Depresija, tesnoba in žalost vplivajo na to, da se zgodi najhujše: ljudje nimajo več volje, da bi odšli iz hiše. V vaškem okolju Amoeiro, ki šteje 2400 prebivalcev, živi 200 ljudi, starih nad 65 let, samih. Zato je to špansko mesto začelo s programom, ki je namenjen zmanjšanju izolacije starih ljudi. V vsaki od osmih župnij, ki so vključene v projekt, deluje skupina od 10 do 15 starih ljudi. V njej poskrbijo za različne dejavnosti in oblike razvedril. Kot ugotavljajo, je t. i. terapija s smehom in komunikacijo zelo uspešna, saj razbija podeželsko rutino in razveseljuje ljudi, ki so vse življenje skrbeli in živeli za druge, sedaj pa so se naučili misliti tudi nase. Ob začetku projekta so udeleženci opravili teste za merjenje njihove stopnje tesnobe. Testi ob koncu projekta so pokazali, da se je stanje izboljšalo pri 60 % ljudi, pri ostalih pa je situacija ostala enaka, torej ni šlo na slabše.

Vir: Global action on aging, 20. september 2009

FRANCIJA: RAZLOGI ZA UPOKOJEVANJE V EVROPI

Francoski Inštitut za raziskovanje in dokumentacijo v zdravstveni ekonomiji (Institut de recherche et documentation en économie de la santé – IRDES) je objavil študijo o razlogih za upokojevanje v Evropi. Cilj te raziskave je bilo razumevanje procesa upokojevanja starejših in boljše razumevanje razlik med evropskimi državami z vidika različnih razsežnosti – osebne, kontekstualne in institucionalne –, ki lahko vplivajo na ponudbo dela. Cilj je bil dvojen. Prvič, poiskati razloge za upokojevanje v Evropi, in drugič, razumeti razlike med evropskimi državami. Študijo so izvedli s pomočjo longitudinalnih podatkov iz raziskave SHARE (2004, 2006) na populaciji

50-64 let, ki je potencialno še lahko zaposlena.

Rezultati glede razsežnosti kažejo, da pri tistih, ki jih zadeva osebna razsežnost – starost, zdravstveno stanje, stopnja izobrazbe ali struktura gospodinjstev –, ta pomembno vpliva na odločitev o upokojitvi. Za kontekstualne razsežnosti se je pokazalo, da delovne razmere in status partnerja na trgu dela vplivajo na odločitev, da se upokojijo. Tri področja socialne zaščite (zaposlitev, upokojitev, bolezni) prav tako pomembno vplivajo na odločitev za upokojitev. Ti uvodni rezultati torej podpirajo obstoj številnih dejavnikov za upokojitev.

Drugi del študije je bil usmerjen v boljše razumevanje razlik med evropskimi državami. Individualne in kontekstualne razsežnosti kažejo na majhne razlike med državami. To pomeni, da je vedenje na prehodu v upokojitev primerljivo med evropskimi državami, če upoštevamo starost, spol, stopnjo izobrazbe, zdravje, družinsko in poklicno ozadje. Glavni razlog za večino razlik med državami leži v značilnostih sistemov socialne zaščite. Ti sistemi imajo manj vpliva na upokojevanje, če se jih jemlje posamično; največji vpliv znotraj njih imajo sistemi, povezani z upokojitvijo in invalidnostjo. Kadar pa pride do tega, da je skupni učinek treh sistemov višji od vsote posameznih učinkov, lahko sklepamo, da obstaja komplementarnost med sistemi socialne zaščite. Zato se razlike med državami ne smejo iskati v razlikah med socialno-ekonomskimi značilnostmi posameznikov, ampak v institucionalnih ali sistemskih razlikah med državami.

Raziskovalci na podlagi dobljenih rezultatov menijo, da bi morale vse javne politike v Evropi, katerih cilj je povečanje stopnje zaposlenosti starejših ljudi, temeljiti na dveh stebrih: prvič, mora se upoštevati kompleksnost dejavnikov, ki vplivajo na odločitev posameznikov in njihove interakcije, ter drugič, glavni dejavnik zbliževanja v Evropi je heterogenost institucionalnih sistemov v državah EU ob upoštevanju vseh sistemov socialne zaščite in ne le pokojninskih sistemov.

Javne politike, katerih cilj je povečanje stopnje zaposlenosti starejših delavcev, bi torej morale predlagati reformo vseh sistemov znotraj socialne zaščite, in ne le enega od njih, še ugotavljajo raziskovalci.

Študija je napisana v francoskem jeziku in jo dobite na strani: <http://www.globalaging.org/pension/world/2009/MotivationRetraiteEurope.pdf>.

Vir: *Global action on aging, junij 2009*

AVSTRALIJA: POMOČ STARIM LJUDEM PRI OHRANJANJU STIKOV Z NJIHOVIMI SVOJCI

Za stare ljudi, ki živijo v domovih za stare v podeželskem okolju, so v Avstraliji organizirali projekt Virtualni obiski (the Virtual Visiting). Gre za pobudo, ki omogoča stanovalcem v domovih za stare, zlasti tistim, ki imajo probleme s sluhom, da s pomočjo tehnologije za videokonference in interneta vzdržujejo stike s svojci in prijatelji, ne glede na to, kje ti živijo. Uvedla ga je Zdravstvena služba v zahodnem okrožju (Western District Health Service) v Virginiji, finančno pa ga je podprla avstralska vlada. Ministrica za stare ljudi Justine Elliot je o tem dejala: »S pomočjo računalnika, internetne kamere in tehnologije za video konference lahko družine ostanejo povezane. Starejši Avstralci, ki jih od svojcev ločujejo ogromne razdalje, bodo od

projekta imeli veliko koristi. To je boljše od klasičnega klica po telefonu. Starim ljudem pomaga, da ostanejo povezani z družino in prijatelji«.

Zgodba Kylie Jeffares: Pred dobrim letom ji je za rakom umrla mama, kar je bila težka izguba zanjo in za 92-letno staro mamo Sylvio, ki je izgubila edino hčerko. Ta je živela samostojno na svojem domu, pomoč ji je nudila hčerka, ki jo je obiskovala večkrat na teden. Po njeni smrti se je Sylvia odločila, da se iz Melbournu preseli v dom za stare v Penshurstu, ki je blizu kraja, kjer živi sin z družino. Po preselitvi jo je vnukinja zaradi velike razdalje lahko le redko obiskala. Veselja je bila, ko je izvedela je za omenjeni program, saj je vedela, kako njena stara mama pogreša njo in pravnuke. Za Kylio pa je bilo tudi pomembno, da njeni otroci poznajo prababico. Pogovori po telefonu so postajali vedno težji, ker je stara mama začela izgubljati sluh. Komunikacijo je olajšala nova tehnologijo, s pomočjo katere se lahko sedaj pogovarjajo v »živo«. Sylvia je še zlasti vesela pravnukov, in da lahko vidi stvari, ki so jih izdelali zanjo, kako ji pojejo in se razveselijo, ko vidijo njen odziv. Kylija je povedala: »Mislim, da bi se je težko spomnili, če je ne bi videvali v 'živo', kot to omogoča Virtualni obisk. Sedaj se počutim manj krivo, da je ne obiskujem pogosteje. Kako čudovita pobuda – znova je združila družino.«

Vir: URL= <http://www.health.gov.au/internet/ministers/publishing.nsf/Content/mr-yr08-je-je231.htm> (27.9.09)

GERONTOLOŠKI DOGODKI

Zbrali dr. Tanja Pihlar in dr. Simona Hvalič-Touzery

VTUJINI

IFA 10th Global Conference on Ageing: Climate for change: Ageing into the Future.

Organizira: International Federation on Ageing

3.– 6. maj 2010, Melbourne, Avstralija

Spletni naslov: <http://www.ifa2010.org/>

Osmi nacionalni gerontološki kongres sa inostranim učešćem »Kvalitet života u starosti – izazovi XXI veka«

Organizira: Gerontološko društvo Srbije

21.– 23. maj 2010, Vrnjačka Banja, Republika Srbija

Spletni naslov: <http://www.gds.org.rs/>

International Society for Gerontechnology 7th World Conference

Organizira: International Society for Gerontechnology

27.– 30. maj 2010, Vancouver, BC, Kanada

Spletni naslov: <http://www.sfu.ca/isg2010/>

Transforming care: Provision, quality and inequalities in late life

Organizirajo: the Danish National Centre for Social Research, København; the Research Centre for Ageing and Society, University of Vechta; University of Hamburg

21.–23. junij 2010, København, Danska

Spletni naslov: <http://www.sfi.dk/transformingcare2010>

1st International Congress on Controversies in Longevity, Health and Aging (CoLONGY)

Organizira: ComtecMed

24.– 17. junij 2010, Barcelona, Španija

Spletni naslov: <http://www.comtecmed.com/CoLONGY/2010/welcome.aspx>

IAGG European Social Research (ESR) conference: Gerontology Without Borders Diversity in European & Transnational Ageing Research

Organizira: International Association of Gerontology and Geriatrics

1.– 3. julij 2010, Swansea, Velika Britanija

Spletni naslov: <http://www.gerontology2010.swansea.ac.uk/>

5th International Carers Conference: New Frontiers in caring: 2010 and beyond

Organizira: Carers UK

8.– 11. julij 2010, Leeds, Velika Britanija

Spletni naslov: <http://www.neilstewartassociates.com/>

GERONTOLOŠKO IZRAZJE

Onemoglost *

angleško: *frailty, dependency, disability*

nemško: *Schwäche, Behinderung, Abhängigkeit*

Onemoglost je nesposobnost odraslega človeka, da brez pomoči drugih opravlja vsakdanja življenjska opravila, kot so gibanje, hranjenje, umivanje in druga osebna higiena, komuniciranje z okolico in podobno. V visoki starosti pride pogosto do starostne onemoglosti zaradi pešanja organizma, prej v življenju pa kadarkoli zaradi bolezni ali poškodbe. Tudi majhen otrok je pri zadovoljevanju svojih osnovnih potreb odvisen od pomoči drugih, toda otroška nemoč za samostojno opravljanje vsakdanjih življenjskih opravil ni onemoglost, kajti otrok se še ni razvil do samostojnosti.

Beseda onemoglost govori, da človek *ne more* opravljati samostojno opravil, ki bi jih lahko, če bi bil telesno, duševno, duhovno ali socialno (bolj) zdrav. Sorodne slovenske besede so oslabeledost, ostarelost, opešanost, betežnost, zdelanost, dotrajanost, pa tudi neboljzenost, nemoč, odvisnost in podobne.

Onemoglost je pri ljudeh od nekdaj nekaj nezaželenega, tragičnega, bolečega. Današnja miselnost evropske in še posebej ameriške kulture pa izstopa po izrazitem odporu do človeške nemoči in odvisnosti. Čeprav imamo v teh družbah s socialno državo vgrajene v dosedANJI človeški zgodovini najbolj popolne mehanizme za pomoč in oskrbo onemoglim ljudem, ti ljudje globoko v svojem človeškem dostojanstvu

doživljajo prikrajšanost, če že ne krivico, in so v družbi socialno bolj marginalizirani, kot v drugih današnjih ali preteklih družbah je bilo v, kjer ljudje lažje najdejo ali so našli smisel človeške onemoglosti in odvisnosti.

Zdi se, da je danes večini ljudi skrajno težko najti smisel svoje onemoglosti in odvisnosti, vsekakor družba ne pomaga k temu. Vse besede, ki govorijo o človeški nemoči in odvisnosti, so v javnem mnenju težke, odvratne, skoraj nedostojne za izrekanje, zato se jih ljudje izogibajo in jih prezirajo. Tako je celo z besedo star, čeprav je sama po sebi povsem nevtralna, enako kot beseda mlad. Če pa nemočan človek ne doživlja smisla svoje nemoči, bo sam sebi neprijeten in v nadlego, drugim ljudem ob sebi pa zelo oteževal kakovostno pomoč, oskrbo in nego. Poleg tega, da je socialno neprijeten, bo njegovo odklonilno stališče do svoje nemoči in odvisnosti druge oviralo, da bi doživljali smiselnost svoje pomoči onemoglim in potrebnim. Če se to dogaja, zakrneva medčloveška solidarnost, ta pa je pogoj za razvoj in preživetje vsakega posameznika in družbe. Ko slabi medčloveška solidarnost, so v svojem doživljanju in v kakovosti oskrbe prikrajšani onemogli, nič manj pa niso prikrajšani – pa naj se to zdi še tako nelogično – krepki, zdravi, čili, mladostni, živahni, sveži, spretni, sposobni, močni, neodvisni ljudje; v njih namreč hira doživljanje smisla njihove moči. Ker je človek v najglobljem bistvu socialno bitje, sta človeška moč in nemoč komplementarna pola: moč se ob izzivih nemoči drugega človeka ustvarjalno razvija, nemoč pa preživi in se dvigne v novo moč mnogokrat le s pomočjo solidarne človeške pomoči drugih. Pri raziskovanju temeljnih socialnih imunskih zmoglosti človeške ustvarjalne samopomoči in humane solidarnosti smo prišli do spoznanj o

* V tej rubriki naše revije smo pojem onemoglosti in njemu sorodne že obdelovali (2007, št. 3, str. 74; 2009, št. 4, str. 112); zaradi aktualnosti vsebine z današnjim prispevkom dodajamo še antropološki vidik komplementarne povezanosti med človeško onemoglostjo in zdravo močjo.

njuni neločljivi komplementarnosti, ki smo jih izrazili s geslom: *Če hočeš pomagati sebi, poskrbi za druge; če hočeš pomagati drugim, poskrbi zase.* Tudi zato, ker je naša razvita družba pozabila na neločljivo komplementarnost človeške moči in nemoči, je v njej toliko bivanjske praznote med bogatimi in sposobnimi, med vsemi pa kljub relativni blaginji in zdravju toliko malodušja, depresivnosti in druge psihosocialne patologije, ki izhaja iz bivanjske praznote.

Onemoglost prinaša večjo odvisnost od drugih ljudi. Zato vodi pot do sprejemanja nemoči in onemoglosti preko uvida, da smo vsi ljudje odvisni: drug od drugega, od narave, razmer in še česa. Današnja miselnost skrajno poudarja vrednost človekove samostojnosti, ki je v resnici velika vrednota. Samostojnost pa ne pomeni neodvisnosti, kot to doživlja sodobni človek. Čim bolj je človek zrel, ustvarjal in samostojen, tem bolj se zaveda, da je sleherni trenutek soodvisen od nešteti ljudi. Ta zavest ga ne ovira, ampak je glavna pobuda za kakovostno sožitje z drugimi. Sproščeno zavedanje in sprejemanje medčloveške soodvisnosti je vstopnica do človeško dostojanstvenega, humanega oskrbovanja onemoglih in prav tako do sprejemanja pomoči, oskrbe in nege od drugih. Kakovostno prejetje pomoči v onemoglosti in kakovostna pomoč onemoglemu človeku sta neločljivo soodvisen par. Nemogoče je dobro dajati, da ne bi pri tem tudi prejemal, in nemogoče je kaj smiselno človeško prejeti, da ne bi pri tem tudi dajal darovalcu to, kar potrebuje in česar si sam ne more dati. Onemogel človek prejema od oskrbovalcev oskrbo, nego, prijaznost, družbo ..., oskrbovalci, ki mu to dajejo, pa s tem razvijajo in krepijo svojo zdravo človeško solidarnost, sočutje in druge svoje sposobnosti, ki jim omogočajo, da kakovostno skrbijo za vse svoje pristne človeške potrebe.

Človekova socialna imunska vzgiba solidarnost in samopomoč se namreč lahko razvijata samo v praksi, ko pomagamo sebi in drugim v

pristnih potrebah na pravi način. Glavni možnosti za razvijanje solidarnosti sta rojevanje in negovanje otrok ter oskrbovanje in negovanje onemoglih bolnih in starih ljudi. Prvo je lažje in prijetneje tudi zato, ker otroci pristno in s hvaležnostjo sprejemajo oskrbo, medtem ko odrasli to zmoremo le, če doživljamo zdravo soodvisnost od drugih ljudi in vsaj deloma smisel svoje onemoglosti.

V preteklosti sta se tako sprejemanje onemoglosti kakor pomoč in oskrba onemoglih dogajali dokaj spontano po utečenih družbenih vzorcih izročila ali tradicije, ki se je počasi oblikovala in spreminjala skozi stoletja in celo tisočletja. Večina posameznikov ni imela večjega vpliva na to, niti se ni veliko zavedala teh procesov, čeprav so jih v vsakdanji praksi izvajali. Danes živimo v družbi, kjer tradicionalni vzorci življenja in sožitja ne delujejo, ampak mora tako rekoč vsak posameznik osebno dojeti pomembne zakonitosti, se za njihovo izvajanje osebno odločiti, se jih učiti učinkovito uresničevati in se tega zavestno navaditi do nove spontanosti. To velja tudi za dojetje in sprejemanje človeške onemoglosti ter za opravljanje solidarne človeške oskrbe in nege onemoglih.

V starajoči se Evropi imajo danes psihosocialne znanosti – v sodelovanju z biološkimi kot je sodobna znanost o možganih – pomembno nalogo, da nanovo utemeljijo in razširijo zavedanje o človeškem dostojanstvu in smislu onemoglosti v njeni neločljivi komplementarnosti z zdravo človeško močjo in ustvarjalnostjo. Pa tudi nalogo, da razvijajo in širijo današnjim razmeram primerne načine za kakovostno sožitje zdravih in onemoglih ljudi v korist obojih. Poglobljeno antropološko razumevanje človeške onemoglosti je pogoj za reševanje nalog oskrbe množice starajočih se ljudi, še posebej pa vzgoje vseh za novo krepitev človeške solidarnosti. Novi učinkoviti načini sožitja in oskrbovanja pa olajšajo oskrbovanje.

J. Ramovš

SIMPOZIJI, POSVETI

Meta Mencej

40. letnica obstoja in delovanja Gerontološkega društva Slovenije

**Ljubljana, velika dvorana Krke d.d.,
1. in 2. december 2009**

Sredi decembra 2009 je Gerontološko društvo Slovenije dopolnilo 40 let svojega obstoja in delovanja v slovenskem prostoru. Kot se za takšno visoko obletnico spodobi, je pripravilo dvodnevni program, sestavljen iz strokovnega in društvenega dela. Za to slavlje nam je KRKA, d.d. prijazno odstopila svojo dvorano na Dunajski cesti 65 v Ljubljani.

Prvi dan, to je v torek 1. decembra 2009, je bilo strokovno srečanje z naslovom Starejši bolnik in medsebojno delovanje zdravil – kaj ukiniti?, ki ga je sooblikoval in tudi vodil prof. dr. Jože Drinovec. Srečanje je bilo namenjeno zlasti zdravnikom, pa tudi medicinskim sestram in drugemu osebju, ki se pri svojem delu srečuje s starejšimi bolniki. Predavali so domači strokovnjaki s področja medicine in farmacije, ki so v svojih prispevkih in razpravah opozorili na pomembnost problematike in posebnosti uporabe zdravil v starosti, nezadostnost raziskav o delovanju in vplivih zdravil pri starejšem človeku, potrebo po boljšem poznavanju tega področja ipd. Vse to je potrdilo, da smo za tokratno strokovno srečanje izbrali zelo aktualno in koristno vsebino.

Udeležence je uvodoma s stanjem glede uporabe zdravil pri starejših bolnikih pri nas seznanil prim. mag. Jurij Fürst. Poudaril je, da se

poraba zdravil s starostjo in tudi sicer povečuje, tako po številu prejemnikov kot tudi količini predpisanih zdravil posamezniku. V zadnjem času se je namreč zmanjšalo število starejših oseb, ki dobivajo po 1 do 4 zdravila, povečalo pa število tistih, ki hkrati prejemajo od 5 do 15 in več zdravil. V letu 2009 je bilo v Sloveniji nad 2000 starejših, ki so hkrati prejeli 15 in več zdravil. Opozoril je tudi na pomanjkanje neodvisnega izobraževanja zdravnikov o farmakoterapiji. O posebnostih starejšega organizma (fiziologiji, farmakokinetičnih in farmakodinamskih posebnostih, stranskih pojavih), ki vplivajo na uporabo zdravil, je predaval prof. dr. Mišo Šabovič. Navedel je tudi najpomembnejša osnovna načela, ki jih je treba upoštevati pri predpisovanju zdravil starejšim. O interakcijah med zdravili ter med zdravili in boleznijo starejšega (te se pojavljajo v 8 do 30 %) je govoril prof. dr. Jože Drinovec. Povedal je, da verjetnost za nastanek interakcij obstaja že pri hkratnem jemanju več kot 4 zdravil. O vlogi hrane, prehranskih nadomestkov in dodatkov ter alkohola na delovanje zdravil je govorila mag. Nada Rotovnik Kozjek. Jemanje nekaterih zdravil lahko vpliva tudi na duševne motnje in obratno. O tem je spregovoril doc. dr. Aleš Kogoj, ki je med drugim opozoril, da kompleksna medicinska obravnava določenega dela starejših bolnikov kaže, da bi zanje potrebovali tudi primerneje izobražene strokovnjake – geriatre. Na tem mestu je bil v program uvrščen tudi pomemben prispevek mag. Urbana Grolegerja o sodelovanju bolnika pri zdravljenju, ki ga zaradi upravičene odsotnosti predavatelja žal ni bilo in so udeleženci dobili le pisni povzetek. Ta vsebina bo v obliki članka (kot tudi vsa druga predavanja s tega srečanja) objavljena v četrti knjigi iz zbirke

Bolezni in sindromi v starosti v prvi polovici leta 2010. Za usklajevanje zdravljenja in predlogov posameznih specialistov ter s tem tudi obvladovanje (zlasti zmanjševanje) polifarmacije je glede na svojo vlogo in položaj v zdravstvenem sistemu odgovoren predvsem izbrani osebni zdravnik, ki mora biti za to nalogo ustrezno usposobljen. O tem je govorila asist. mag. Nena Kopčavar Guček in med drugim poudarila nujnost sodelovanja bolnika, ki so mu lahko pri tem v koristno pomoč različni pisni pripomočki (lističi, opomniki). V zadnjem delu programa sta bila še dva prispevka farmacevtov. O svetovanju starejšemu bolniku v lekarni, vlogi farmacevta pri tem, izkušnjah in pogledih na to, vsebinskih vprašanjih možnih interakcij in stranskih pojavov, vključno z uporabo prehranskih dopolnil, ter o potrebnosti sodelovanja med zdravnikom in farmacevtom je predaval Boštjan Martinc. Prispevek je sprožil tudi nekoliko polemično razpravo o pristojnostih v procesu zdravljenja. O uvedenih in še načrtovanih aktivnostih Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za racionalizacijo nekaterih postopkov pri predpisovanju in izdajanju zdravil je poročala Majda Povše Konda.

V razpravi, ki je sledila, so udeleženci srečanja predvsem opozorili na pomanjkljivosti v ustreznem (neodvisnem) izobraževanju zdravnikov glede uporabe in predpisovanja zdravil, pa tudi o drugih geriatričnih vprašanjih. Znova je bilo poudarjeno, da bi potrebovali splošen učbenik za to področje, pa tudi inštitucijo, ki bi sledila potrebam (tudi raziskovalnim) na področju geriatrije, saj je uporaba zdravil le del celovitega zdravljenja starejšega bolnika. Opozorili so tudi na pomen zaupanja med zdravnikom in bolnikom za potek in uspeh zdravljenja.

Več udeležencev (11 zdravnikov, 6 medicinskih sester, 2 farmacevta in 6 drugih) je na koncu srečanja oddalo izpolnjene vprašalnike in po svoji presoji ocenilo vsebino in izvedbo programa. Splošna ocena praktično vseh je bila, da je bil program zelo primeren oziroma primeren ter

koristen. Nekateri bi si želeli tudi bolj praktičen pristop, predlagali so organiziranje učnih delavnic na to temo s konkretnimi primeri. Udeleženci so dali tudi več predlogov za vsebino naslednjih predavanj in drugih strokovnih srečanj.

Drugi dan (2. decembra 2009) je bila slavnostna seja skupščine društva, ki jo je uvedel lep koncert slovenskih in drugih ljudskih pesmi mešanega pevskega zbora SCT pod dirigentskim vodstvom Aleksandra Spasića. Po kratkem spominu na nekdanje zaslužne častne člane društva, ki smo jih v minulih letih izgubili, je sledilo uvodno predavanje akademika prof. dr. Jožeta Trontlja, predsednika SAZU, o pogledih na starost in staranje v 21. stoletju. Izjemno lepo, bogato in odmevno predavanje je dvorano napolnilo z nekim posebnim razpoloženjem. Spodbudilo je številne prisotne, da so se oglasili in v imenu različnih zavodov, organov in organizacij pozdravili naše srečanje, čeprav tega prvotno niso nameravali.

V nadaljevanju je skupščina imenovala tri nove častne člane društva, se zahvalila prizadevnim članicam in članom za njihov delovni prispevek v zadnjem desetletju, posebne zahvalne listine pa smo izročili tudi nekaterim državnim organom, zavodom in organizacijam za vsestransko podporo in pomoč pri delu društva v preteklem obdobju.

Prav na koncu sporeda tega dne je skupščina sklenila dati popolno podporo pobudi četrtne skupnosti Trnovo, da bi postavili spominsko obeležje v čast pokojnemu prof. dr. Bojanu Accettu v parku novega Centra starejših Trnovo, ki stoji na prostoru nekdanjega Inštituta za geriatrijo in gerontologijo in ga je profesor zasnoval ter dolgo tudi vodil.

Vsi članki na podlagi predavanj s strokovnega srečanja bodo objavljeni v četrti knjigi iz zbirke *Bolezni in sindromi v starosti*, predavanje predsednika SAZU pa bo uvodni članek k tej knjigi. Vsem zainteresiranim je v Gerontološkem društvu Slovenije (gds@siol.net) na voljo tudi še nekaj izvodov prvih treh knjig iz te zbirke.

Simona Hvalič Touzery

Prva znanstvena delavnica o družbenoekonomskih virih v okviru projekta FUTURAGE – A roadmap for ageing research

Ancona, Italija, 24. do 26. februar 2010

Prva znanstvena delavnica o družbenoekonomskih virih je potekala v okviru projekta FUTURAGE (A Roadmap for Ageing Research), katerega cilj je oblikovanje načrta evropskega raziskovanja na področju starosti in staranja v naslednjih 10 do 15 letih. Dvoletni projekt financira Evropska komisija v okviru 7. okvirnega programa. Dejstvo je, da so sredstva za raziskovanje v EU precej nižja kot v primerljivih razvitih državah drugih kontinentov. Poleg tega je raziskovanje na področju staranja v Evropi slabo koordinirano. V zvezi s to problematiko so v okviru projekta že zbrali enajst nacionalnih poročil, načrtovana pa je tudi vrsta znanstvenih delavnic z različnih tematskih področij, na katerih bodo strokovnjaki z različnih področij dosegli dogovor o prioritetnih raziskovalnih področjih ter potrebah, povezanih z njimi.

V okviru znanstvene delavnice so v Anconi potekala predavanja strokovnjakinj iz petih držav. O vplivu življenjske dobe in življenjskega poteka je prva spregovorila **Toni Antonucci** z Univerze v Michiganu (ZDA). Poudarila je, da je sprememba življenjske dobe problematika družbe in ne problematika staranja. Vsi se namreč soočamo z novo družbo, zato se je treba izogniti predsodkom o staranju. Problematiko življenjske dobe (angl. life span perspective), ki zadeva mikro perspektivo (posameznika, endogene vplive), ter problematiko poteka življenja (angl. life course perspective), ki se usmerja na makro perspektivo (skupina, socialne vloge, eksogeni

vplivi), je po njenem treba raziskovati skupaj, saj vplivata druga na drugo. Antonuccijska se ukvarja predvsem z vplivom obeh na družbenoekonomske vire starajočega se prebivalstva. Ljudje se starajo in tekom življenja pridobijo izkušnje, na katere vpliva njihov biološki, socialni in kognitivni razvoj. Njihove izkušnje iz življenja, npr. izkušnje skupin ali organizacij, ki so jim pripadali (npr. šole, podjetja, družine), prav tako vplivajo nanje v obdobju, ko se soočajo s starostjo. Staranje samo je dinamičen proces, vendar je bilo dokazano, da ima družbenoekonomski status na kakovost staranja posameznika močan vpliv. Zato ob demografskih spremembah, ki smo jim priča, vidi kot prednostno nalogo vprašanje, kako izboljšati izkušnje staranja vseh posameznikov, tudi tistih z omejenimi viri. Potrjena je namreč močna povezava med družbenoekonomskim statusom ter zdravjem, ki kaže, da so ljudje z nižjim družbenoekonomskim statusom običajno slabšega zdravja in umrejo prej kot tisti z višjim. Novejše raziskave kažejo, da obstajajo ključni družbeni viri, ki lahko to ranljivost izravnajo. Po njenem mnenju je zato treba sprejeti ustrezne ukrepe za najbolj ranljive, razviti interdisciplinarne pristope, ki bodo vključevali družbene, zdravstvene, tehnične in okoljske vede. Antonuccijska je ob koncu predavanja pozvala k uporabi terminologije *nova družba do 2030* in ne starajoča se družba, pozvala je k družbi vseh generacij ter k miselnosti, da k družbi prispeva vsak.

Kalyani Mehta z Nacionalne univerze v Singapurju nam je predstavila trende pri raziskovanju področja, ki se ukvarja s starimi ljudmi, in družbenoekonomske vire v jugovzhodnih in vzhodnih azijskih državah. Ugotovila je, da primanjkuje literature o partnerjih oskrbovalcih med starejšo populacijo ter da je poudarek le na odraslih otrocih, ki nudijo oskrbo. V azijskih državah opažajo, da je prišlo do premika v odnosu družbe do starih ljudi – iz *bremena za družbo* v *pomemben vir znanja*. Ob tem je zanimivo spoznanje študije Tajvanskih stoletnikov, ki sami sebe

še vedno vidijo kot pomemben družbenoekonomski vir v družini. Velik prispevek starejših generacij v J in JV Aziji je finančna podpora, ki jo nudijo odraslim otrokom, še posebej v času finančne krize; duševna in fizična podpora vnukom; vodenje ob pomembnih življenjskih spremembah, kot je npr. rojstvo otroka; socialni most med generacijami, predvsem ob konfliktnih in stresu. Sposobnost za medosebno povezovanje, ki jo je skozi življenjske izkušnje razvilo mnogo starih oseb, se kaže kot lepilo, ki drži družine skupaj. Nekatere kvalitativne raziskave so pokazale, da je v družini ključni prispevek starejših generacij posredovanje duhovnosti in vrednot mlajšim. Na ravni skupnosti je prispevek starejših priznan predvsem v njihovem prostovoljskem delu v verskih in civilnih organizacijah. Je pa zanimivo, da v Hong Kongu ugotavljajo nizko stopnjo prostovoljstva med starimi ljudmi, saj ti raje preživljajo prosti čas s svojimi družinami. Nekatere azijske države imajo visok odstotek starejših ljudi še vedno na trgu delovne sile (npr. na Japonskem do 70-ih let), medtem ko je v Singapurju nad polovico ljudi, starejših od 65 let, zunaj trga delovne sile. V državah z veliko kmečkega prebivalstva, kot sta Tajska in Kitajska, starejši ljudje nadaljujejo s kmetovanjem, dokler jim zdravje to omogoča. Narava prispevka starih ljudi je odvisna od njihovega spola, zakonskega stanu in življenjskih razmer. Najbolj ogroženi sta dve skupini ljudi, in sicer tisti, ki živijo sami in imajo nizke socialne vire, ter revni ljudje, ki so običajno slabega zdravja.

Isabella Aboderin z Oxfordske univerze je govorila o prispevku starih ljudi v Podsaharski Afriki, ki je regija z najhitreje naraščajočim številom starejših oseb. Regija bo sicer ostala najmlajša regija sveta, vendar z visokim absolutnim številom starih ljudi. Hkrati je to tudi najbolj revna in najmanj razvita regija sveta. Aboderinova glede na ta dejstva kot najbolj ključno potrebo vidi potrebo po ustreznih politikah, ki bodo zmanjšale revščino in ranljivost

med današnjimi in prihodnjimi kohortami starih ljudi. Države Podsaharske Afrike se soočajo z majhnimi možnostmi za zaposlitev, pomanjkanjem prihrankov, vse večjim bremenom za oskrbovanje onemoglih (mladih in starih ljudi), pomanjkanjem socialne in zdravstvene politike. V Podsaharski Afriki so poleg otrok stari ljudje najbolj ranljiva skupina ljudi. Dajejo pa pomemben prispevek k družbenemu razvoju; nudijo pomoč vnukom, kjer njihovi starši niso prisotni (migracije, HIV/AIDS), kar je velik stres zanje, ter zagotavljajo finančna sredstva mlajšim generacijam. Ta njihov prispevek bi morala vlada ustrezno ovrednotiti in priznati. Zato je potrebno jasno določiti obseg pomoči, ki jo nudijo stari ljudje, preučiti vpliv prispevka starih ljudi na družbo ter raziskati možnosti medgeneracijskega sodelovanja. Aboderinova je opozorila tudi na to, da morajo vlade kot prioriteto področje obravnavati ukrepe, namenjene starim ljudem. Več držav je že pripravilo nacionalne politike, ki obravnavajo staranje, vendar te niso zaživele v praksi.

Zsuzsa Széman z Madžarske akademije znanosti je predavala o raziskovanju na področju starosti in staranja v vzhodni Evropi. Podatki WHO, ActivAGE, SHARE in Eurostata kažejo, da so, razen na Češkem in v Sloveniji, pričakovana leta zdravega življenja ob rojstvu, zlasti za moške, zelo nizka, kar pomeni, da so enaka ali nižja od starosti ob upokojitvi. Razlog za to vidi delno v starostni diskriminaciji in predčasnem odhodu s trga delovne sile. Madžarske študije namreč kažejo jasno povezavo med diskriminacijo s strani delodajalcev, izključenostjo starejših delavcev ter slabim zdravjem, kar je pri moških še posebej izrazito. Starostno diskriminacijo je raziskoval tudi poseben Eurobarometer 2008, vendar so kljub starostni diskriminaciji na Češkem pričakovana leta zdravega življenja veliko višja. Zato bo potrebno več pozornosti nameniti interpretaciji in proučevanju starostne diskriminacije. Szémanova se je dotaknila tudi problematike oskrbe in

trga delovne sile. V vzhodnoevropskih državah je stopnja zaposlenosti žensk starih od 55 do 64 let, majhna, družinska oskrba starejših ima pomembno vlogo, še posebno ob dejstvu, da je povpraševanje po formalni oskrbi večje od ponudbe. Ob sicer skupih podatkih za vzhodno Evropo zaključuje, da je formalno varstvo starejših v teh državah slabše razvito kot v večini starih držav članic EU, zato je vloga neformalne oskrbe, ki jo v glavnem nudijo ženske, zelo pomembna. Enega velikih prihodnjih izzivov vidi v vprašanju, kako zapolniti vrzel na področju neformalne oskrbe, ki bo nastala zaradi večje udeležbe žensk na trgu delovne sile v starosti nad 55 let.

Alexandra Lopes z Univerze v Portu na Portugalskem je obravnavala družbenoekonomsko dimenzijo staranja v južni Evropi. Že v začetku predavanja je poudarila, da je južna Evropa – v nasprotju s tem, kar kažejo tipologije držav blaginje – zelo heterogeno območje, ki odraža vrsto političnih in družbenoekonomskih kontekstov, demografskih trendov in političnih odzivov na staranje prebivalstva. S tem je povezana tudi raznovrstnost v raziskovalnih problematikah v državah omenjene regije. S primeri raziskav je pokazala, da raziskovanje staranja v južni Evropi trdno temelji na družbenoekonomskem kontekstu, v katerem se izvaja, a hkrati prispeva k spreminjanju istega družbenoekonomskega konteksta.

Poleg predavanj smo udeleženci znanstvene delavnice sodelovali v delovnih skupinah: 1. Stari ljudje kot oskrbovalci, 2. Stari ljudje, potrebni pomoči, 3. Aktivno staranje in družba, 4. Družbenoekonomske potrebe starih ljudi. Avtorica tega prispevka sem se udeležila prve skupine. Pokazalo se je, da strokovnjaki različno definiramo pojma oskrba in star človek ter da je zelo težko doseči konsenz, saj so definicije odvisne tudi od nacionalnega konteksta. Vsi člani skupine smo ugotavljali potrebo po skupnem evropskem podiplomskem študiju gerontologije, opozorili smo na majhno zanimanje študentov za geron-

tološke teme; na nujnost večjega povezovanja kvalitativnega in kvantitativnega raziskovanja (izvedeti je treba, kdo so oskrbovalci, kaj pomenijo pridobljeni kvantitativni podatki); na nujnost raziskav, ki so praktično usmerjene in akcijske; na problem neprimerljivosti podatkov na evropskem nivoju; na potrebo po raziskovanju ne le problematike starih ljudi, ampak ljudi z vseživljenjske perspektive (staranje je vseživljenjski proces); na potrebo po oblikovanju raziskovalne agencije na evropskem nivoju, ki bi bila vezni člen med strokovnjaki s področja gerontologije v posameznih evropskih državah in ki bi povezovala, koordinirala ter pomagala pri zbiranju sredstev. Strokovnjaki so omenili vrsto prioritarnih raziskovalnih področij, med njimi: 1. raziskati, kdo so oskrbovalci, koga, kako in zakaj oskrbujejo in njihove potencialne potrebe ter zmožnosti; 2. narediti primerjavo med različnimi evropskimi politikami, ki zadevajo starejše oskrbovalce, ter oblikami formalne in neformalne oskrbe, ki so na voljo; 3. raziskati kulturne razlike med odnosom in pričakovanji do neformalne oskrbe, medgeneracijsko solidarnost, spremembe v družbenih normah; 4. pogledati, kakšen je finančni doprinos neformalne oskrbe ter ekonomske posledice oskrbovanja (izguba dohodka, možnosti v službi, izguba službe, vpliv na višino pokojnine ipd.); 5. raziskati možnosti za usklajevanje zaposlitve in oskrbe.

Srečanje strokovnjakov iz različnih znanstvenih disciplin, ki se ukvarjajo z gerontološkim področjem, je bilo prvo v sklopu že omenjenega projekta FUTURAGE. Potrdilo se je, da je področje starosti in staranja zelo obsežno, da so prioritete naloge različne glede na razvitost, kulturo in lokacijsko ter politično situacijo v državah. Predvsem je jasno, da lahko le s skupnimi prizadevanji in konsenzom dosežemo boljšo kakovost, primerljivost in uporabnost raziskav, ki bodo podlaga prihodnjim politikam in ukrepom na področju starosti in staranja tako na evropskem kot na nacionalnem nivoju.

INTERVJU

Hans-Peter Winter in Franc Imperl

Oskrba starejših – mora ali izziv jutrišnjega dne

Ključne besede: arhitektura za stare ljudi, bivanje v starosti, gospodinjске skupine, nega in oskrba

AVTORJA: *Hans-Peter Winter* je arhitekt, ki je s svojimi sodelavci kakovost in humanost bivanja v starostni onemoglosti dvignil na novo razvojno stopnjo: domove za stare ljudi v smer gospodinj-skih skupin, v domačem okolju pa je pobudnik številnih novih primernih oblik bivanja in oskrbe. Opreделil je štiri generacije domov za starejše. V Nemčiji je prejel najvišje priznanje na tem področju. Danes je aktiven upokojenec ter svetovalec na področju arhitekture domov za starejše v več državah.

Franc Imperl je psiholog, ki je med drugim opravljal službo direktorja centra za socialno delo, bil namestnik ministra za družino in socialno varstvo. Leta 1992 je ustanovil izobraževalno in razvojno družbo na področju socialnega varstva FIRIS IMPERL & CO. d.n.o., pozneje pa še hčerinsko projektno družbo SENIORPROJEKT, d.o.o. Njegova številna izobraževanja in plodno sodelovanje z uspešnimi programi po Evropi ga postavljajo za vodilnega strokovnjaka na področju razvoja oskrbe in nege onemoglih starih ljudi v Sloveniji.

IMPERL: Gospod Winter, večina bralcev revije Kakovostna starost vas ne pozna. Bi se lahko na kratko predstavili?

WINTER: Da, z veseljem. Skoraj vse svoje poklicno življenje sem se kot arhitekt posvečal bivanju in življenju ter življenjski situaciji starostnikov. Petintrideset let sem delal v ustanovi Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA). To je nepridobitna ustanova s sedežem v Kölnu. Vodil sem skupino skoraj tridesetih arhitektov, ki smo znotraj KDA in tudi drugače sodelovali s sociologi, psihologi in domskimi zdravniki. Težišče našega dela je bil izključno bivalni svet starejših in nege potrebnih oseb, pa tudi invalidov. Posvečali smo se različnim oblikam bivanja, npr. samostojnemu življenju, življenju v ustanovah, življenju z različnimi oblikami socialne pomoči. Naša naloga je bila razvijati nove programe, ki so bili rezultat raziskav. Na osnovi programov smo svetovali politiki na zvezni in deželni ravni.

Svetovali smo trem socialnim združenjem, tudi s konkretnimi projekti. Prirejali smo predavanja. Tudi sam sem predaval na različnih univerzah.

Pred petimi leti sem pri petinšestdesetih letih prenehal delati v KDA. Od takrat dalje delam kot samostojni arhitekt svetovalec, med drugim tudi že 16 let za družbo FIRIS IMPERL & CO. in v zadnjih letih z njeno hčerinsko družbo SENIORPROJEKT iz Logatca. Zdaj sem v Sloveniji prav zato, ker sem znova svetoval pri nekem projektu. Pri svojih sedemdesetih letih sem morda dober zgled za to, da pri petinšestdesetih letih ni treba prenehati delati.

IMPERL: Dovolite, da začnem z nekoliko bolj splošnim vprašanjem. Vaše življenje in delo je močno povezano s starejšo generacijo in razvojem ideje o dostojnem staranju. Kaj je za vas v kontekstu družbeno organizirane oskrbe starejših dostojno staranje?

WINTER: Vprašanje, ki ste mi ga zastavili, dragi gospod Imperl, je seveda zelo kompleksno. Kaj pomeni dostojno staranje? Kot arhitekt, ki sem bil socialnodružbeno vedno aktiven, vidim prav številne vidike. Začne se na primer s tem, da se nekoga pri starosti 60 ali 65 let ne odslovi iz aktivnega delovnega življenja. Delovne procese in delovno dobo bi morali individualizirati, prilagoditi starejšemu človeku. Nekdo, ki lahko dela naprej in to tudi hoče, naj bi delal do sedemdesetih let. Tisti, ki tega ne zmore, naj bi prenehal pri petinšestdesetih ali še prej. Vse to je povezano s kakovostjo življenja in dostojanstvom v starosti.

Sem spadajo tudi spodobne pokojnine. Da prejemamo takšne pokojnine, od katerih lahko živimo. Veliko ljudi v Evropi tega ne more. V revščini živi na sto tisoče ali milijone ljudi, večinoma starih žensk, ki prejemajo samo 60 % pokojnine po svojem možu. Nedostojno je, da naša družba ne more poskrbeti, da ljudje v starosti ne bi živeli v revščini. Vprašati se moramo, zakaj ne obstajajo možnosti za dodatni zaslužek.

Starost je zelo stigmatizirana. Nekdo pri šestdesetih ali petinšestdesetih letih pravzaprav ni več polnovreden član naše družbe. Komaj se upokojimo, že nam pišejo pogrebni zavodi in zavarovalnice, ki bi financirali pogreb. To, da smo izrinjeni proti svoji volji, čeprav imamo še povsem bistro glavo, da nimamo več veliko dela ali da nismo več potrebni, vse to je povezano z dostojanstvom v starosti.

Biti potreben lahko pomeni tudi, da sem zaželen kot strokovnjak starostnik. V Evropi je veliko primerov, ko so stari managerji kot strokovnjaki dejavni po vsem svetu. Zanimiv je projekt Prihodnost starost fundacije Bosch. Ta fundacija je v minulem letu razpisala nagrade za dobre primere aktivnega življenja v starosti. Vedno znova nas preseneča raznovrstnost dejavnosti, ki so se jih sposobni lotiti starostniki. Izkazalo se je, da jih družba potrebuje, da so lahko dostojno dejavni v starosti. Celo osemdesetletniki še nastopajo v gledališču.

To so splošne usmeritve, kaj pomeni dostojno staranje. Dostojno staranje pomeni tudi to, da takrat, ko se pojavijo starostne težave, lahko ostanemo v svojem stanovanju. Stanovanja naj bodo prilagojena našim potrebam. Dostojno staranje zajema zelo veliko področij. Več o tem kot arhitekt ne bi govoril.

IMPERL: V Evropi je v porastu število starih oz. oseb, ki rabijo pomoč, prav tako pa upad srednje generacije in ljudi, ki lahko nudijo pomoč. Vse življenje ste bili strateg razvoja konceptov različnih oblik oskrbe starih ljudi. Kakšno perspektivo ima glede na omenjeno dejstvo ta razvoj v prihodnje?

WINTER: Da, to je zelo dobro vprašanje. Kar nemočni se počutimo, kadar o tem razmišljamo. V Nemčiji in v mnogo drugih evropskih državah se danes soočamo z dejstvom, da ni dovolj mladih ljudi, ki bi skrbeli za starejše. Prirastek mladih se v naši družbi zmanjšuje in vse več je starostnikov. Vse to je povezano z demografskim razvojem. Domnevamo, da država v prihodnje ne bo več zmogla financirati, kar trenutno še lahko.

IMPERL: Kaj to pomeni?

WINTER: Starostniki bodo morali sami dati več pobud, kar se danes že dogaja. Potencial samopomoči je danes mnogo večji, kot je bil še pred nekaj leti. Tako imamo starostnike, ki so pri petinšestdesetih, sedemdesetih ali petinšedemdesetih letih aktivni v svojih soseskah, ponujajo svetovalne storitve v svojih stanovanjskih četrtih ali so se povezali v stanovanjske skupnosti.

Gerontologi v Nemčiji celo priporočajo zmanjšanje državne pomoči in omejitev le-te na osebe, ki potrebujejo nego. Za osamljene v lastnem stanovanju naj bi zagotovili več možnosti samopomoči, v stanovanjskih četrtih naj bi uredili sosedske kavarne – preprosto naj bi zagotovili več potencialov za samopomoč. Profesor Gröntgen iz Nemčije zagovarja stališče, da naj bi v

prihodnje celo za osebe, potrebne nege in oskrbe, v večji meri kot zdaj poskrbeli v soseskah in s »profesionalizacijo« laikov. Država v prihodnje finančno ne bo več zmogla zagotoviti vseh storitev, ki jih zdaj za stare ljudi še opravlja. Prisiljeni smo vzpostaviti več potencialov samopomoči. Na splošno je Evropa, ne samo Nemčija, na tej poti že veliko storila.

IMPERL: Pri tem je zanimivo vprašanje, kakšno vlogo imajo pri razvoju človeku prijazne oskrbe starih ljudi izvajalske organizacije, inštituti na področju socialnega varstva oz. oskrbe starejših in kakšno politika, oz. vladni resorji, ki so zadolženi za to področje?

WINTER: Vsaj v Nemčiji ima politika pri razvijanju strategij pomoči manjšo vlogo, nove ideje razvijajo predvsem izvajalske organizacije, dobrodelna združenja ali prihajajo pobude iz baze, torej od generacij starejših. Prav te pobude in ideje prevzamejo ter razvijajo izvajalske organizacije.

Pri KDA smo imeli odlično situacijo, da smo bili svetovalni in raziskovalni institut, delali smo z bazo ter imeli možnost svetovati politiki in izvajalskim organizacijam. Naši nasveti so bili deloma tudi sprejeti. Vendar samo takrat, ko je država to hotela. Tako so nastajali projekti modelov, ki so pozneje postali standard. Takšen primer so gospodinjske skupine znotraj domov četrte generacije. Tega modela ni razvila politika, temveč izvira zamisel iz neke organizacije. Traja štiri ali pet let, včasih tudi dlje, da politika prevzame in sprejme takšne ideje in jih, če je možno, tudi sofinancira.

IMPERL: Država je torej pri tem pomembna, ima pa svojo specifično držo.

WINTER: Država je seveda samostojna in nemalokrat zelo samovoljna ter ne reagira vedno na potrebe ljudi. Odziva se predvsem na politično relevantne ideje. Zdaj počasi prehajamo v situacijo, ko državi zmanjkuje denarja in pravzaprav ne

more več kar tako določati dogajanja na področju oskrbe starejših.

Koncepti se bodo vse bolj razvijali v bazi, predvsem na osnovi potreb in želja starostnikov. Sedemdeset- in osemdesetletniki bodo postali aktivni in bodo artikulirali politiko za starostnike preprosto z geslom: »Kolikor manjši bo vpliv države na oskrbo starostnikov, toliko boljša bo.« Kakšna naj bo ta oskrba, kako naj bo organizirano življenje starostnikov, tega ne more definirati izključno in samo država. To je potrebno prepustiti civilni družbi, dobrodelnim združenjem in starostnikom. Le-ti bodo vedno bolj postajali strokovnjaki za svoj položaj in država bo morala dobro prisluhniti, kaj hoče baza. Če bo to vnesla v zakone, bo izvajala dobro politiko. Oskrba starostnikov zgolj na osnovi diktata države pa zagotovo nima prave človeške podobe.

IMPERL: Nič niste omenili vloge gerontologov in gerontologije. Kakšna je po vašem mnenju njena vloga pri človeku prijazni oskrbi starih ljudi?

WINTER: Vloga gerontologije žal ni tako velika. Sam sem včasih mislil, da je drugače. Pri nas danes gerontologi predvsem svetujejo oz. nudijo odgovore politiki, ti pa potrebujejo poglede na demografski razvoj, tematiko pokojnin in zdravlja. Gerontologija tako ne raziskuje življenjskih svetov starih ljudi. Zato na »neposredni vsakdanjik« starostnika, po moji presoji, nima skoraj nobenega vpliva.

IMPERL: Pa pojdiva na vaše ožje strokovno področje: arhitekturo sodobnih domov za stare ljudi. Kje je danes na tem področju Evropa?

WINTER: Nedvomno so na tem področju v Evropi veliko bolj razvite države Beneluksa – Nizozemska, Belgija in Luksemburg – in skandinavske države kot pa denimo države južne Evrope, npr. Italija, Francija itd. To velja tudi za Nemčijo. V državah Beneluksa in v Skandinaviji je razumevanje starostnikov mnogo večje. V teh

družbah so le-ti veliko bolj spoštovani, tudi invalidi, ne samo starostniki. Tu so deležni večjega razumevanja in samorazumevanja kot v Nemčiji, kjer se vedno zgledujemo po tem, kaj se dogaja na Nizozemskem in v Skandinaviji. Modeli, ki jih zdaj poskušamo uresničiti v Nemčiji – npr. na področju stacionarne nege, gospodinjskih skupin ali življenja v stanovanjskih četrtih, v katerih si starostniki lahko bolje uredijo življenje – vse to so impulzi, ki prihajajo z Nizozemske in iz Skandinavije. Za njimi vedno nekoliko zaostajamo. Več denarja namenjamo zdravljenju delovno aktivnih ljudi. Nemci v bolnišnice investiramo trikrat več denarja kot Nizozemci. Le-ti pa porabijo trikrat več denarja za oskrbo starejših in invalidnih oseb kot mi v Nemčiji ter v drugih sosednjih državah. Starostniki in invalidi imajo v Nemčiji manjšo družbeno veljavo kot v državah Beneluksa in v Skandinaviji. To moramo nadoknaditi.

IMPERL: Omenjate gospodinjske skupine. Kaj so bistvene značilnosti sodobnega modela gospodinjskih skupin za oskrbo in nego starih ljudi?

WINTER: Prehod s konvencionalnih domov za starejše na t. i. gospodinjske skupine je pravzaprav evropska ideja. V ustanovi KDA smo jo uvozili iz Francije oz. že bolj konkretizirano iz Nizozemske in jo uresnili v Nemčiji in drugih evropskih državah. Lahko rečemo, da je zelo pomembna sprememba miselnosti v tem, da se nega in oskrba starih ljudi odmikata od medicinskega modela. Domove sem razdelil v generacije. Domovi druge generacije so bili bolj usmerjeni na medicinski model. V ospredju so bili nega oz. kakovost nege, medicinske sestre in zdravnik. Zdaj pa prehajamo na socialni model, kjer je v ospredju človek kot socialno bitje. V izhodišču so odnosi, počutje in kakovostno bivanje, kar v celoti omogoča dostojno življenje. To je odmik od totalne ustanove oz. modela ustanove in usmeritev k stanovanjskemu modelu. Danes že govorimo, da je to gibanje v večjem delu

Evrope spremenilo življenje v institucijah, da je življenje v domovih postalo bolj človeško in bistveno bolj dostojanstveno. Nekatere države to spremembo težko sprejemajo, tudi nekateri ustanovitelj domov v državi. Toda razvoja ni več mogoče zaustaviti. Napočil je čas, ko bodo stari konvencionalni domovi starejših, organizirani podobno kot bolnišnice, le še preteklost, pa če nam je to prav ali ne.

IMPERL: Sta model in arhitektura gospodinjske skupine zadnji model razvoja znotraj negovalnih domov?

WINTER: Torej, govorimo o modelih in generacijah. Razvoj domov za starejše po drugi svetovni vojni sem razdelil v t. i. generacije: prvo, drugo, tretjo in četrto generacijo. Četrta generacija so gospodinjske skupine, ki jih poznate tudi v Sloveniji. Pogosto me sprašujejo, ali je to zadnji model ali obstaja še peti model domov za nego. Kolikor vem, ne. Bolj verjetno je, da so domovi v sedanji obliki pravzaprav iztekajoči se model in bomo v mestu raje poskusili organizirati stanovanjske četrti tako, da se v primeru potrebe po negi in oskrbi ne bo treba nikomur več iz svoje četrti izseliti. Te storitve bodo zagotovljene ambulantno v stanovanju oz. v obliki pomoči na domu. V stanovanjskih četrtih bodo organizirane v okviru stanovanjskih hiš ali blokov tudi posamezne gospodinjske skupine, kot to že prakticirajo v Švici. Nizozemci so tu znova korak pred nami. Govorijo o oskrbovanih stanovanjskih četrtih. To ni več oskrbovano bivanje v posamezni hiši, temveč nameravajo kar celotno četrt ali vas urediti tako, da bodo pomoči in postrežbe potrebne osebe ter mlajši invalidi v takšni četrti ostali. To pomeni, da bodo prilagodili stanovanja, uredili četrtne kavarne in stanovanjske skupine za premične starostnike. Le-ti bodo lahko ostali v svojem znanem kraju in ne bodo osamljeni. V Švici razen zgoraj omenjenih posameznih gospodinjskih skupin v stanovanjskih četrtih urejajo majhna negovalnega gnezda,

ki omogočajo fleksibilno uporabo. V njih danes prebivajo starejši, ki potrebujejo nego in oskrbo, pojutrišnjem bi jih lahko uporabljale študentske stanovanjske skupnosti. Mislimo, da starejše osebe ne bodo več hotele živeti v velikih domovih za nego, kot je bilo to v preteklosti, četudi bi to bile gospodinjske skupine. To se bo zgodilo v tolikšni meri, kolikor bodo starostniki sami artikulirali svoje potrebe, kot sem že večkrat povedal, in sami postali strokovnjaki za svojo vsakokratno situacijo. Stiske v starosti se kažejo v različnih oblikah in treba je ohraniti raznolikost. Takšno je moje mnenje. Toda trend kaže, da pete generacije ne bo in da so domovi starejših pravzaprav model, ki se opušča. Nega se bo skoraj v celoti izvajala ambulantno. Stacionarne ustanove bodo nato v glavnem le še preteklost.

IMPERL: V Sloveniji smo še daleč od teh modelov. Veseli bi bili, če bi našim starostnikom lahko ponudili bivanje v gospodinjskih skupinah s sprejemljivim številom stanovalcev. Kaj je za vas »sprejemljivo« št看ilo stanovalcev znotraj gospodinjske skupine? Od 6 do 8 ali tja do 12 stanovalcev. Katero je maksimalno število stanovalcev, da še lahko govorimo o gospodinjski skupini?

WINTER: Pred slabimi desetimi leti smo začeli s 6 do 8 stanovalci. To izhaja iz psihologije, ki uči, da skupina optimalno funkcionira, če v njej ne živi skupaj več kot 6 ali 8 oseb. Prvi projekti so bili v praksi tako tudi realizirani. Vendar so ekonomisti in tisti, ki se ukvarjajo s stroški, prav kmalu ugotovili, da so skupine premajhne in jih je treba povečati. Sledile so skupine z 10 stanovalci. Medtem so zgolj zaradi stroškov prešli tudi na 12 oseb. Rekli bi lahko, da zaradi prisile gospodarnega poslovanja. Takšno število nima več veliko opraviti s skupino v psihološkem smislu. Uklo-niti se pač moramo prisili poslovne ekonomije. Razen tega menim, da je gospodinjska skupina dejansko uresničena v primeru samostojnega gospodinjstva, v katerem potekajo vse dejavnosti

normalnega gospodinjstva: kuhanje, pranje perila in kjer ima glavno besedo gospodinjsko in ne negovalno osebje. Takrat je navsezadnje vseeno, če je v skupini stanovalec več ali manj. Še posebej, če ta pozitivni razvoj, ki se imenuje gospodinjska skupina, primerjamo s klasičnimi domovi za nego, kjer živi 20 ali več oseb na »oddelku« in niso niti približno deležni takšne kakovosti kot 10 ali 12 oseb v gospodinjski skupini.

IMPERL: Omejitev števila znotraj gospodinjske skupine je pogojeno tudi s t. i. »normalnostjo« bivanja in življenja. Zakaj govorimo o normalizaciji bivanja starih ljudi v gospodinjskih skupinah? Kaj vse normalizacija pomeni in obsega?

WINTER: Če govorimo o normalnosti bivanja, bi lahko dejal, da je to nekaj, kar imamo v sodobnih domovih: vsak ima svojo sobo, svojo kopalnico s prho. Če vse poteka gladko, sme stanovalec postaviti v sobo celo nekaj svojega pohištva ali pa je to postavljeno v skupnem prostoru. Za normalnost bivanja se že potrudimo in smo pogosto tudi uspešni.

Važnejša pa je normalnost življenja. Torej gre za normalen način življenja. Tu moram vprašanje obrniti: Kako ste živeli doma? Ste to občutili kot normalno? Se pravi, normalnost z vsemi dobrinami in tudi pomanjkljivostmi, npr. zaradi premajhnih sob, slabe lege stanovanja, neogrevanega stanovanja in ne vem česa vsega še. Skratka vse, kar doživljam doma, je normalnost. To normalnost domačega bivanja hočemo prenesti v dom.

IMPERL: Kaj pa vsakdanjik?

WINTER: Vsakdanjik, kot sem ga doživljal v svojem domačem okolju, je normalnost. Tega v domu ne bomo nikoli dosegli, saj je tu vsakdanjik nekaj umetnega. Tudi gospodinjska skupina je samo poskus, da bi se kar najbolj približali normalnosti. Popolnoma nenormalno je npr., da moram živeti skupaj z osmimi ali desetimi

popolnoma tujimi osebami, ki so prav tako potrebne nege in oskrbe ali so celo dementne. Lahko pa se potrudimo, da bi vnesli kar največ normalnosti v takšen vsakdanjik. In prav to je vodenje gospodinjstva, prisotnost gospodinje ali kot ji pravimo v Nemčiji »prezenčne osebe« in zagotavljanje t. i. ambulantne nege. Če hočemo več normalnosti v vsakdanjiku, potem proč od medicinskega modela. Ni normalno, da zame stalno skrbi medicinska sestra ali negovalka, temveč mora biti to nekdo iz socialnih poklicev ali gospodinja. Skratka, normalnost z vsemi nerodnostmi, ki jih moramo dopustiti in jih biti sposobni zdržati. Tisti, ki so odgovorni za poslovanje domov, v večini primerov normalnosti ne zdržijo in to je velik problem. Zanje je preveč naporna. Zato postavijo pravila, ki se jim moramo ukloniti. To pa je največja nenormalnost življenja, ki si jo sploh lahko zamislimo. Potreben je pogum dopustiti starostnikom, da tudi v domu lahko živijo kar najbolj normalno in skladno s svojo biografijo.

IMPERL: Te stvari se mi zdijo izredno pomembne, z vidika izvedbe pa, kot rečeno, zelo problematične. Govorimo o različnem številu stanovalcev v skupini, različni stopnji samostojnosti skupine, različnem razumevanju vloge in nalog gospodinje, različni organiziranosti negovalne službe itd. V katerih primerih ali v kolikšni stopnji so te variante odgovor na prilagajanje potrebam starostnikov?

WINTER: Da, to je problem, s katerim se srečujem vsak dan. To žal ni prilagajanje različnim potrebam starejših ljudi, temveč so spremembe, ki se odmikajo od prvotnega koncepta in je vse bolj prilagajanje potrebam ustanove. Kadar osnovni koncept gospodinjskih skupin, ki naj bi vsebinsko zagotovil bonitete normalnosti in kakovost življenja ni dobro realiziran, je vedno tako, da se odgovorne osebe praviloma ravna po potrebah ustanove, manj pa po potrebah ljudi. To je alfa in omega. Ko se starostnik vseli

v ustanovo, se ji mora prilagajati od začetka in slediti njenemu utripu: kdaj je zajtrk, kdaj kosilo, v katere aktivnosti se naj vključuje, kdaj se mora odpraviti v posteljo ali kdaj je večerja. Vse se ravna po potrebah ustanove. Prav tako tudi v zabrisanih primerih, ko kuhajo centralno, nato pa hrano razvažajo v gospodinjske skupine – torej malo po konceptu gospodinjskih skupin in malo po konceptu centralne ustanove. Tu ni v ospredju počutje starostnikov, temveč bolj skrb, da bi ustanova zanesljivo opravila svoje delo, da ne bi prihajalo do neskladnosti, ki v resnici pomenijo neko normalnost. V naših družinah, družbi, v naši sooseski se stalno dogajajo nesmiselnosti, kakršne hoče ustanova izključiti. To je problem, ki je v ozadju Vašega vprašanja. Vse, kar je drugače, vse raznolikosti niso združljive s strukturami ustanov, ki so zatrdele in se še niso zmehčale. V tem smislu za tovrstne ustanove pravim, da v njih še vedno vlada ledena doba.

Vendar smo na dobri poti. Vedno znova se porajajo reformna gibanja. Seveda bi bilo nerealno trditi, da bi spremembe lahko dosegli z danes na jutri. Vendar moramo gledati pozitivno. Kadar so bili koncepti spremenjeni in izboljšani, je bila vedno izbrana prava pot. Mislim, da boste tudi v Sloveniji potrebovali pet ali deset let, da bodo koncepti zares zaživi v praksi. Za to se moramo zavzemati in ne smemo obupavati.

IMPERL: Pri nas v Sloveniji je osrednji pomislek do gospodinjskih skupin in koncepta četrte generacije domov za starejše finančna vzdržnost oz. domnevno višji stroški. Se strinjate s tem? Kakšne so glede tega izkušnje v Nemčiji oz. v drugih evropskih državah?

WINTER: Vprašanje je upravičeno. Pred kratkim sem se ukvarjal s projektom za sedem gospodinjskih skupin z desetimi stanovalci. Zaradi previsokih stroškov najbrž ne bo realiziran. V številnih primerih so načrtovani takšni projekti gospodinjskih skupin, kjer so previsoki tako investicijski kot obratovalni stroški. Morda je to

povezano tudi s tem, da koncept gospodinjskih skupin ni dosledno izveden. Vse preveč je še zakoreninjeno institucionalno razmišljanje, kot sem že omenil. Manjka poguma za velik korak in naredijo samo majhnega. To pomeni, da na eni strani zgradijo model gospodinjskih skupin za majhne skupine – to še prav dobro opravijo – vendar zgradijo na drugi strani tudi klasično ustanovo s centralno kuhinjo, veliko sprejemnico in vsemi deli, ki vse znova spremeni v klasično ustanovo za nego.

Naj navedem primer, ki to dobro ponazori. Ne moremo na eni strani zgraditi velike centralne kuhinje in na drugi strani še šest kuhinj za šest gospodinjskih skupin. To preprosto ne gre. Pri projektiranju je potrebna večja disciplina. Gospodinjske skupine moramo projektirati skromneje. Ne načrtujemo več velike kavarne, nobene skupne jedilnice, oddelka oz. posebnih prostorov za terapijo, saj se vsa terapija izvaja v gospodinjskih skupinah. Tudi to je košček normalnosti. Prav tako je velika nevarnost za stroške poslovanja dejstvo, da se še vedno zaposluje preveč negovalnega osebja, ki je po kolektivni pogodbi bolje plačano kot gospodinjsko osebje. Tako moramo zmanjšati število bolje plačanega negovalnega osebja, da je njihov delež morda celo manjši od 50 %. O takih številkah se pogovarjamo v Nemčiji. Omenja se celo zmanjšanje na 30 %, da bi lahko angažirali več gospodinjskega osebja in bi postal koncept tudi stroškovno ugoden, kolikor je le mogoče. Vendar ne gre samo za ugodno gospodarnost. Če koncept gospodinjskih skupin realiziramo tako, kot smo ga razvili v ustanovi KDA, če bi bili tako pogumni, potem zagotovo ne bi bil dražji od klasičnih domov za nego. Če pa realiziramo mešanico modela gospodinjskih skupin in klasične ustanove z vsemi reprezentančnimi deli, ki prav nič ne spadajo v gospodinjske skupine v smislu normalnosti, potem se lahko zgodi, da so tako investicijski stroški kot tudi obratovalni stroški višji kot pri klasičnih domovih, kjer vemo, kaj moramo storiti, da se stroški ne povečajo.

IMPERL: Arhitektura domov za starejše v Sloveniji je razen izjem »od včera«. V glavnem gre za arhitekturo, ki omogoča izvedbo medicinskega in hotelskega koncepta dela v domu. Kaj bi lahko, oz. kaj bi po vašem mnenju morala storiti Slovenija na področju posodabljanja teh objektov?

WINTER: Na to vprašanje je težko odgovoriti. V pogovoru z Vami sem včeraj izvedel, da je bilo v Sloveniji v zadnjem času zgrajenih 26 domov. Sicer je velik del vaših domov iz prejšnjega obdobja. Kolikor vem, je takšnih domov približno 60. Verjetno je večina teh po arhitekturi bližje bolnišnicam kot sodobnim domovom. Zastavlja se vprašanje, kaj s temi domovi narediti. Nekateri so najbrž še vedno takšni, kot so bili takrat, ko so bili zgrajeni, pred dvajsetimi, tridesetimi ali štiridesetimi leti. Kar koli bi naredili, bi pomenilo veliko finančnih sredstev, pa tudi intelektualni napor. Narediti bi morali sistematično raziskavo o tem, kako bi zgradbe prilagodili današnjim potrebam. Morda imajo nekateri tipi domov ozke notranje hodnike, preveliko število postelj in sobe s premajhno površino. V tem primeru bi morda predlagal, da se jih zruši. Pri drugih domovih je morda izhodiščni položaj boljši, sobe so prostornejše. V teh primerih bi morda ugotovili, da se objekt lahko modernizira, vendar ne v čiste domove za starejše, del bi preuredili v stanovanja brez ovir, del pa v moderne gospodinjske skupine.

Mislim, da bi morali narediti raziskavo, ki bi pokazala, ali je te domove možno modernizirati, jih preurediti za drugo dejavnost ali jih je treba podreti. Raziskave seveda ni treba narediti za vseh 60 domov; izmed njih bi izbrali le nekatere in na teh sistematično prikazali, kako bi veljalo ravnati. Kot arhitekt, ki se že več kot 35 let ukvarjam z gradnjo domov, lahko načeloma povem: posodobitev, če je zares dobro izvedena, tako da se približa standardom novogradenj, stane skoraj toliko kot novogradnja. Velika napaka, ki sem jo naredil v svoji praksi, je bila prepogosto

priporočilo, naj se dom posodobi. Če bi vedeli, kako visoki bodo pozneje obratovalni stroški, kot npr. ogrevanje, bi domove podrli in raje zgradili nove. Domovi druge generacije, o katerih pravzaprav govorimo, so praviloma tako grajeni, da bodo vedno videti kot domovi druge generacije, čeprav so posodobljeni. Nikoli ne bodo izžarevali normalnosti, ki je bistvena značilnost novogradnje. Torej, stare domove je eventualno bolje podreti ali deloma podreti, uporabiti za druge oblike, npr. za oskrbovana stanovanja brez ovir ali za družinska stanovanja, domove za starejše pa zgraditi na novo.

IMPERL: Glede na stanje razumevanja tovrstnih problemov v Sloveniji se mi zdi taka »projektna« izvedba modernizacije domov za starejše malo verjetna. Pa ne glede na to, – ali menite, da bi v smislu tovrstne realizacije potrebovali »nacionalni«, strokovno kompetentni subjekt, ki bi usmerjal posodabljanje domov za starejše?

WINTER: V najboljšem primeru bi lahko tak nacionalni, strokovno kompetentni subjekt nadzoroval doseganje ustrezne kakovosti. Sicer bi morala obstajati komisija (ena ali več), ki ne bi bila podrejena vladi, sestavljati pa bi jo morali strokovno kompetentni arhitekti (poznavalci sodobne arhitekture domov in objektov brez ovir), sociologi ter strokovnjaki za nego in oskrbo; torej neodvisna interdisciplinarna skupina. Nacionalni kompetentni subjekt pa bi moral preverjati delo te komisije, predvsem, za kakšno kakovost bivanja se odločajo oz. ali bo možno na tej osnovi izvajati sodobne koncepte institucionalne oskrbe.

Ponovno želim poudariti, da bi morala biti komisija povsem neodvisna, tako od politike kot tudi drugih lobijev, ki primarno ne pokrivajo interesov uporabnikov. Če bi komisijo imenoval politični subjekt, je nevarnost, da bi se vrinili številni politični (lokalni ali državni) interesi, ki ne bi bili skladni s potrebami in interesi starostnikov.

Tudi v Sloveniji imate veliko združenj, nevladnih organizacij in ustanov, ki pokrivajo to interesno področje, zato ne dvomim, da se ne bi mogli dogovoriti za primerno rešitev pri imenovanju komisije oz. komisij.

IMPERL: Kakšne izkušnje imate s posodabljanjem arhitekturno zastarelih domov za starejše v Nemčiji?

WINTER: Pravzaprav so naše izkušnje takšne kot v Sloveniji. Predvsem smo imeli pereč problem z velikimi domovi za starejše v bivši Vzhodni Nemčiji (NDR). V glavnem so bile to dobro delujoče organizacije, ki so še leta po združitvi delovale kot prej. Seveda je bila prednost NDR v obstoju Zahodne Nemčije, ki je močno vplivala na potek prenove domov v bivši NDR. Ne glede na to smo potrebovali najmanj 10 do 15 let, da se je uveljavila nova ozaveščenost, drugačno prepričanje med prebivalstvom, še posebej pri vodilnih v domovih za starejše, da so ugotovili: s tem bivalno zastarelim domom ne moremo več upravljati.

Izvedena je bila študija. Iz starih socialističnih časov se je ohranila le peščica domov, druge so preuredili, spremenili v stanovanja ali podrli. Lahko bi naštel nekaj projektov, kjer so v montažnih zgradbah uredili zelo dobre gospodinske skupine. Vselej je treba znova in posamično preveriti, ali obstoječa zgradba to omogoča. Nobenega kompromisa ne sme biti; v takšnem primeru je bolje dom podreti. Če trenutno ni denarja, pustimo, da dom še nekaj časa deluje. Ne smemo narediti napake, da v prihodnosti domovi kazali naše zgrešene investicije.

IMPERL: V Sloveniji imamo še en problem ali posebnost. Kljub temu, da nam je znano in da v naših strateških dokumentih omenjamo načelo deinstitucionalizacije, razvijamo pretežno institucionalno obliko oskrbe starejših. Kakšna pa je praksa v Evropi, v Nemčiji? Kateri programi za oskrbo starejših se uveljavljajo poleg

domov za starejše?

WINTER: Deinstitutionalizacija v Nemčiji in v več deželah Evrope napreduje z velikimi koraki. Nad tem dogajanjem imam dober pregled. V zadnjih letih dela za KDA sem razvil koncept gospodinjskih skupin. Kot sem že omenil, je to najsodobnejša oblika oskrbe starejših, ki se izvaja v domovih za starejše v okviru dolgotrajne nege v Nemčiji. Toda uporabniki se vse bolj odločajo za neinstitutionalne oblike oskrbe. Ustanavljajo denimo stanovanjske skupnosti za osebe, ki potrebujejo pomoč in postrežbo ter jih oskrbujejo ambulantno. Vse več je projektov, kjer zagotavljajo ambulantno oskrbo za stanovanjske skupnosti, ki štejejo 12 oseb. Na to se navezujejo dnevna nega, svetovanje, ambulantne storitve, bivanje v stanovanju brez ovir ipd., kar običajno označujemo kot oskrbovano stanovanje, zadnje čase tudi kot servisirano stanovanje. Nastajajo konstelacije, ki nimajo prav ničesar več opraviti s stacionarnimi ustanovami po starem vzorcu.

IMPERL: Kdo so akterji, ki stojijo za tem razvojem?

WINTER: Vse več je stanovanjskih oz. stanovanjskogospodarskih družb, ki proklamirajo medgeneracijska stanovanja. Takšne družbe so v Dortmundu v Porurju. Torej ne samo dobrodelna združenja, zdaj govorijo o deinstitutionalizaciji tudi velike stanovanjskogospodarske družbe. V Bielefeldu so razvili t. i. bielefeldski model, kjer vzajemno delujeta Bielefeldska stanovanjska družba (BGW), ki jo sofinancira zvezna dežela in mesto Bielefeld ter socialna služba pomoči na domu (Alt und Jung e.V.). BGW je v zadnjih letih v Bielefeldu zgradil že čez 500 servisiranih stanovanj, grajenih brez ovir, za osebe, ki rabijo pomoč in postrežbo. V krogih s premerom približno 1.000 metrov je v enem od stanovanjskih objektov ambulantna služba, ki nudi nego in oskrbo stanovalcem servisiranih stanovanj na tem teritoriju 24 ur na dan, vse dni v tednu. Urejeno imajo večjo kuhinjo, ki po potrebi oskrbuje

s hrano, skupni »klubski« prostor za srečanja oseb različnih generacij. Vse se razvija v smeri deinstitutionalizacije. Ne gre samo za odpravo institucij, temveč za povezavo generacij, ki zavestno sprejmejo medse starostnike, invalide in osebe, potrebne pomoči in postrežbe.

To je resnično fantastičen razvoj, ki pa se, kar je bistveno, ne uresničuje zgolj na pobudo starostnikov. Pri tem smo znova odkrili zadržniško miselnost.

V Franciji in Nemčiji sta Ferdinand Lasalle in Hermann Schulze-Delitzsch povezala različne poklicne skupine v zadrge in razvila zadržniško misel z geslom »skupaj smo močni«. Te zamisli so se oprijeli tudi starostniki. Obstajajo graditeljske skupnosti. Sestavlja jih 10, 12 ali 20 ljudi, starih šestdeset ali sedemdeset let, ki so se povezali in si sami zgradili hišo. V njej ima vsak svoje stanovanje, vsi pa skupne prostore. Sprejmejo tudi mlajše ljudi, torej, deinstitutionalizacija na celi črti.

IMPERL: Kaj pomeni ta razvoj glede na dosežek četrte generacije domov za starejše oz. koncept gospodinjskih skupin?

WINTER: Glede na novejšie trende v Nemčiji prihajajo v ozadju že gospodinjske skupine, ki so sicer zadnja oblika in najbolj primeren koncept domov za starejše. Takole mi pravijo: Veste, gospod Winter, to je dobra ideja, vendar zdaj razvijamo servisirana stanovanja, oskrbovane stanovanjske skupnosti za starejše osebe in urejamo stanovanjske skupine za osebe z demenco v lokalni skupnosti. Zlasti za osebe z demenco rabimo manjše prostore, normalnost, ki se tako pogosto citira, bližino do znanih socialnih struktur, v katerih so živele itd.

Upravljavci stacionarnih ustanov že povešajo glavo, saj jim postaja neprijetno, da še vedno upravljajo stacionarno ustanovo. Seveda v Nemčiji ne razmišljajo vsi tako, saj obstajajo podjetja oz. ustanovitelji, ki imajo po 18.000 negovalnih mest. Razmišljajo pa tisti, ki hočejo v družbi

nekaj premakniti in so zazrti v prihodnost. Kot sem že povedal, družba in država ne bosta mogli več poskrbeti za starejše osebe in invalide tako kot v preteklosti. Zato potrebujemo in že imamo gibanja, ki izhajajo iz baze, lokalne skupnosti in iz sosesk. To je trenutno najpomembnejši vidik pri skrbi za starejše ljudi.

IMPERL: Poleg Nemčije ste omenili še Francijo. Kakšen razvoj se kaže v drugih delih Evrope? Ali bi lahko rekli, da gre Skandinavija v eno smer, Nemčija in srednja Evropa v drugo, južna Evropa – Španija, Portugalska, Italija pa v tretjo smer?

WINTER: Da, lahko rečemo tako. Dolga leta sem spremljal razvoj in bil udeležen v njem, zato to lahko potrdim. Pred 30 leti sem se peljal na Dansko. Takrat so bile na Danskem na oblasti socialno zelo prodorne stranke, ki so zastavile velike spremembe, s katerimi so hoteli odpraviti klasične domove za starejše. V velikem delu so koncept tudi uresničili. Mnoge domove za starejše so zaprli, podrli in zgradili stanovanjska naselja s pritličnimi stavbami, v katerih živijo nege in postrežbe potrebne osebe. Stanovanjske hiše so povezali s pokritimi hodniki, da negovalnemu osebju ob slabem vremenu ni treba hoditi zunaj. Ogladal sem si projekte, kjer so osebe, potrebne pomoči in postrežbe, živele v majhnih stanovanjih. To je 20 do 30 let star program in prihaja iz Skandinavije. Naravnost nekompromisno izpeljana deinstitutionalizacija, bi lahko rekli. Po zamenjavi vlade so nekoliko popustili, ni se pa spremenila usmeritev, kar velja za celotno Skandinavijo. Podobna situacija je na Nizozemskem.

IMPERL: Kako pa je v ostalem delu Evrope?

WINTER: Če gledamo geografsko od severa proti jugu, je Nemčija nekje v sredini. Nemci in Avstrijci se vedno nekoliko ravna po tem, kar se dogaja v Skandinaviji, nimajo pa dovolj poguma, da bi povsem sledili. So nekakšen hermafrodit med severno in južno Evropo. Italijani se v glav-

nem »držijo« stacionarne oskrbe, kot da veliko tega, kar se dogaja v Skandinaviji, ne poznajo oz. se jih ne »prime«. Južna Evropa in Skandinavija sta očitno preveč oddaljeni, tudi v kulturnem smislu oz. načinu življenja. Slovenija z določenim zamikom sledi trendom v Avstriji in Nemčiji. V okviru vaših izobraževalnih programov ste obiskali tudi Dansko in druge skandinavske države, zato boste lahko potrdili pravkar povedano.

IMPERL: Vsekakor. Obenem smo prepoznali, da bo razvoj namenjal domovom za starejše pretežno dementne in drugače zelo onemogle stare ljudi, za vse druge pa gre razvoj v smeri prilaganja stanovanj in oskrbe na domu. Nemčija s sistemom zavarovanja za dolgotrajno oskrbo ljudem omogoča tudi potrebno adaptacijo lastnega stanovanja za bivanje v starosti. Kakšni so uspehi pri tem?

WINTER: Če vemo, da država ne more oz. ne more več poskrbeti za vse, hkrati pa se vse bolj oddaljujemo od stacionarnih ustanov, postaja možnost, ki ste jo pravkar omenili, vse bolj pomembna. Gre za prilagajanje stanovanj spreminjajočim se potrebam starih ljudi oz. za adaptacijo, kot ste rekli. To temo je KDA sprožil v javnosti že na začetku osemdesetih let. Adaptacije se trenutno tudi financirajo. Enako pomembno je omogočiti starim ljudem svetovanje, kot predhodnico vsakega tehničnega in prostorskega prilagajanja, česar v Nemčiji dlje časa ni bilo. Nato so v vseh zveznih deželah ustanovili svetovalne službe za prilagajanje domačih stanovanj potrebam starih ljudi.

V zvezni deželi Severno Porenje Westfalija, ki šteje med 16 in 18 milijonov prebivalcev, je, denimo, več kot 30 služb, ki izvajajo stanovanjsko svetovanje. Financirajo jih občine, ne samo v fizičnem smislu, temveč tudi glede na morebitne posledice zaradi psihičnih stanj oseb, ki bivajo v teh stanovanjih. Tako npr. svetujejo lastniku zavarovanje stanovanj, namenjenih osebam z demenco. Demenca se začne s pozabljivostjo, ko

denimo nekdo prižge grelno ploščo in jo pozabi ugasniti. Štedilnik ima zato vgrajeno indukcijsko zanko in se izključi najkasneje po 15 minutah. Tako se prepreči v stanovanju požar zaradi razbeljene grelne plošče. Z drugimi besedami, tako lahko stanovanje v veliki meri prilagodimo potrebam oseb z demenco. Prilagajanje stanovanj je v Nemčiji trenutno zelo cenjeno.

IMPERL: Glede samostojnega bivanja oseb z demenco je najbrž kar veliko pomislekov.

WINTER: Da, bili so časi, ko so se spraševali: kaj storiti v primeru osebe z demenco? Še do nedavnega je prevladovalo mnenje, da dementna oseba, ki nad svojim okoljem vedno bolj izgublja nadzor, vendarle ne more ostati v stanovanju, čeprav je bilo prilagojeno njihovim potrebam in so bili vgrajeni varovalni mehanizmi proti poškodbam. To gledanje se je medtem spremenilo. Obstajajo modeli, ki dokazujejo nasprotno. Ne samo prilagoditev stanovanja dementni osebi, pripraviti je treba tudi njeno neposredno sosesčino. Za osebo, ki občasno zapušča stanovanje in ne zna več sama nazaj, lahko poskrbijo tudi sosedje in ljudje v njeni četrti. Takšen model poznajo v že omenjenem Bielefeldu. Sosedje, prodajalci na tržnici ... vsi vedo: to je gospod Winter (za primer sem uporabil kar svoj priimek), ki mentalno ali kognitivno ni več v dobrem stanju in ne bo sam našel poti domov, sedi na ulici ali se pelje v drugo mestno četrt. Sosed, pek za vogalom ali prodajalec v kiosku bo takoj sporočil svojcem, če le-teh ni, pa policiji, kje je gospod Winter. Prišel je denimo kupit žemljice in ne zna več nazaj. Družba poskrbi, da bo stari gospod Winter, ki je v glavi že nekoliko zmeden, vendarle prišel domov.

IMPERL: Vključevanje policije v teh primerih verjetno zahteva določeno poznavanje značilnosti te populacije?

WINTER: Gotovo! Policija je ustrezno izobrazena. Gospoda Winterja ne odpelje z

vklučeno modro lučjo takoj v najbližji dom starejših, temveč se pri peku ali prodajalcu v kiosku pozanima, če morda ve, kje gospod stanuje, ali pa pokliče v dom starejših: »Ali morda stanuje gospod Winter pri vas?« Nato ga ljubezni policiisti pripeljejo nazaj v stanovanje ali v dom.

IMPERL: Vendar so to okoliščine, kjer se sprašujemo, do kje dopuščati svobodo oz. ali ni zaradi varnosti primerneje namestiti osebe z demenco v določena varovana območja?

WINTER: Težko je odgovoriti črno-belo. Potruditi se moramo za humano skrb za stare ljudi. To pomeni, da ima tudi oseba z demenco svoj košček svobode. Nihče, tudi oseba, ki ni dementna, ne more brez tveganja živeti svobodno. Ni absolutne svobode in situacij brez tveganj, temveč sta svoboda in tveganje povezana. Menim, da bi morali izbrati svobodo, čeprav je tveganje nekoliko večje. Nič ne bi pretiraval, če bi npr. rekel, da se prav lahko zgodi padec pod tramvaj. To de facto spada zraven. V Kölnu so vsak teden ponesrečeni ljudje, ki jih povozi tramvaj. Preprosto, niso ga slišali prihajati. To je pač tveganje človeka, ki živi na svobodi. Enako velja za osebe z demenco.

Moram reči, da so izkušnje v tej smeri zelo dobre. Družba je mnogo bolj pripravljena takšnim ljudem prisluhniti, jim pomagati oz. zanje kaj storiti, kot navadno mislimo. Problem je pomanjkanje poguma, da bi to dopustili.

IMPERL: Postaviti vam želim še vprašanje, povezano z zakonom o zavarovanju za dolgotrajno oskrbo, ki ga v Sloveniji trenutno sprejemamo. Nemčija ga ima že dolga leta. Kaj vse spremlja uvajanje in izvajanje zavarovanja za dolgotrajno oskrbo?

WINTER: Na to vprašanje kot arhitekt težko odgovorim. Vem, da zavarovanje za dolgotrajno oskrbo obstaja v Nemčiji že od leta 1995. Uvedeno oz. izpeljano je bilo v dveh fazah. Najprej

za ambulantno in delno stacionarno, nato za stacionarno področje. Nekaj let je dobro funkcioniralo, potem se je pokazalo, da ne sledi več novim razmeram in potrebam. Zato se zavarovanje vedno znova vsebinsko prilagaja, saj skladno z demografskim razvojem vse več ljudi prihaja v starostno obdobje, ko potrebuje nego in oskrbo, ter uveljavlja zavarovanje za dolgotrajno oskrbo. Prilagoditi in povečati smo morali prispevke za zavarovanje za dolgotrajno oskrbo, ki jih plačuje delovno aktivno prebivalstvo, ter vsebino zavarovanja.

IMPERL: Kot vem, zakon dolgo časa ni ustrezno obravnaval potreb oseb z demenco v institucionalni oskrbi?

WINTER: Ravno na tem področju je bilo največ problemov in negotovanja. Oseb z demenco je vse več, ne glede na vrsto demence. Glede na stopnje obolenosti ali stadije demence ugotavljajo, da jih je vse več v višjem stadiju. Naj ostanem pri lažje oboleli osebi z demenco, ki zgubljeno bega naokoli. Še bolj je zbegana, kot bi bila sicer, če ne bi bila v ustanovi. Oskrba takšnih oseb je zelo zahtevna. Nepremično ležeči v postelji potrebuje nego in postrežbo, vendar je zanj z več vidikov lažje skrbeti kot za dementnega, ki tava naokoli, potegne z mize prt skupaj s pogrinjkom itd. Oskrba takih oseb v sklopu zavarovanja za dolgotrajno oskrbo ni bila ustrezno plačana. Končno se je to spremenilo. Sedaj plačuje zavarovalnica za osebe z demenco večji obseg storitev, kar pomeni, da se mora zavarovanje za dolgotrajno oskrbo mora prilagajati pritiskom in ugotovitvam, ki prihajajo iz prakse.

V Nemčiji obstaja več različnih skupnosti, ki združujejo posamezne domove za starejše. V skupnostih se zbirajo informacije o potrebah in novih zahtevah iz baze. Kot vem, imate tudi v Sloveniji skupnost domov za starejše. Takšne grupacije med drugim vplivajo na prilagajanje zavarovanja za dolgotrajno oskrbo novim potrebam.

IMPERL: Zavarovanje za dolgotrajno oskrbo je torej moralo prisluhniti potrebi po povečanju kadra pri delu z osebami z demenco?

WINTER: Seveda. In to so dodatni stroški. Pri tem ne gre zgolj za potrebo po več kadra, temveč tudi za to, da za spremljanje oseb z demenco v večji meri angažiramo osebje iz socialnooskrbovalnih in manj iz negovalnih poklicev. V Nemčiji je trenutno med stanovalci v domovih kar 60–70 % ali celo več oseb z demenco. Na to stanje že reagiramo. Pripravljajo se ustrezne spremembe.

IMPERL: Že 15 let prihajate v Slovenijo, v prvih letih kot predavatelj, zadnjih nekaj let pa kot svetovalec za arhitekturo. V tem obdobju smo skupaj ustvarili nekaj sodobnih konceptov oz. zasnov. Kaj vam je pomenilo to sodelovanje? Kakšni so vaši vtisi? Ste pri tem opazili kakšne specifičnosti?

WINTER: Ja, že kar lep čas prihajam v Slovenijo in se v tej deželi zelo dobro počutim. Vedno sem bil prijazno sprejet in užival gostoljubje. Zato zelo težko izrečem kaj kritičnega. Rekli ste, da smo skupaj zastavili nekaj projektov, nekateri so bili tudi realizirani. Največji uspeh zame kot arhitekta je bil z vidika projektiranja gotovo Pegazov dom v Rogaški Slatini, ki je bil zasnovan po konceptu gospodinjskih skupin, z dobro arhitekturo, pri kateri smo bili udeleženi. Realizacija pa je bila posebna. Morda je v Sloveniji specifična, za katero ste me vprašali prav po tem. Pogumno so postavili stavbo, ki po svoji prostorski strukturi oz. organiziranosti ustreza konceptu gospodinjskih skupin in omogoča normalnost. Vendar je ustanovitelj v določenih elementih spremenil zasnovo in nastal je konvencionalni dom za starejše, v katerem obstajata centralna kuhinja in centralna pralnica ter se tako vsakdanjik v domu pravzaprav uravnava po tradicionalnih strukturah oz. se jim podreja. Pomeni, da imajo začetni pogum za izvedbo projekta, v praksi pa koncepta ne udejanijo.

IMPERL: Nam manjka ...

WINTER: ... poguma in vzdržljivosti za upiranje konvencionalnim silam. Verjetno gre v Sloveniji za širši kontekst, ki ne podpira tovrstne usmeritve in razvoja. Povezano je tudi s kadri, ki so se naučili delovati drugače. Težko je prodreti posamezniku ali le peščici ljudi. V primeru Rogaške sem prepričan, da se je direktorica doma, kot zagovornica gospodinjiskih skupin, po zgraditvi doma zelo angažirala, vendar je najbrž trčila ob zid. Tako ni mogla uveljaviti zamisli v celoti oz. se je le-ta de facto nekoliko porušila. Pomeni, da imamo prečudovito ogroddje za gospodinske skupine, kar pa se dogaja znotraj, je nekaj drugega.

Vedno znova sem doživljal, da so številne projekte, ki smo se jih v številnih krajih vaše države skupaj lotevali, sprejeli zelo ljubeznivo in odprto. Zanimalo so jih novosti, kaj se da narediti iz takega doma. Zasnovali smo koncept, vendar ste mi pozneje, ko sem vas vprašal, kaj je s tem ali onim projektom, pogosto odgovarjali: žal koncepta nismo mogli uresničiti, trenutno primanjkuje denarja, manjka poguma ... Obstaja velika pripravljenost za spremembe, očitno pa je ovir preveč. Imam vtis, da se spreminja primarno na zasebnem sektorju, ki ni tako odvisen od države. Rekli ste, da so novi domovi nastali na pobudo zasebnih organizacij, ki seveda potrebujejo soglasje države, manj pa so se spremenili državni domovi. Zgodi se, da vodi dom direktorica, ki nas prijazno in odprto sprejme. Ko pa po enem, dveh ali treh letih povprašam, kaj se je zgodilo s projektom ...

IMPERL: ... sledi podoben odgovor.

WINTER: Da. Zelo dobro se spominjam, da ste pred leti nameravali zgraditi prizidek oz. mali dom v parku obstoječega doma za 4 gospodinske skupine. Tako bi imeli dva tipa doma. Ohranili bi klasično strukturo doma in jo nekoliko osvežili s prizidkom za štiri gospodinske skupine. Zelo dobre načrte je skrbno pripravila kolegica arhitektka iz Ljubljane. Ko sem se pozanimal, kaj je s tem,

sem izvedel, da se z izgradnjo ni niti začelo. Zdi se mi, da je to značilno za sedanjo situacijo pri vas.

IMPERL: Pa vendar se lahko pohvalimo. Ravno kar je bil poleg obstoječega državnega doma odprt mali dom četrte generacije v Lendavi.

WINTER: Morda sem izbral napačen projekt. Hotel sem samo povedati, da je to simptomatično in da je treba še veliko nadoknaditi. Gradijo se novi domovi, toda premalo se dogaja v velikih domovih, ki so bili zgrajeni v drugih časih in v drugačnih razmerah. Menim, da na to odločilno vplivajo toge državne strukture. Verjetno so posamezni predstavniki državnih institucij zelo odprti in ne zavračajo novih zamisli. Ko se vrnejo na svoja ministrstva, med kolege, ki še nikoli niso slišali o tem, je zamisel blokirana. Želel bi, da bi se te strukture zrahljale, da bi se led ledene dobe – če lahko tako rečem – odtajal in bi bili bolj odprti, da bi bolj zaupali družbi ter združenjem in ne bi vztrajali pri togem sistemu. To ne pelje v lepo prihodnost.

Vzljubil sem Slovenijo in mi je žal, da znam po slovensko samo dober dan in nasvidenje. Dobro je, da veliko Slovencev govori nemško in tudi prevajalke mi pomagajo. Vse, kar sem povedal, je bilo mišljeno zelo ljubeznivo in le kot pozitivna kritika. Včasih obžalujem obstoječo situacijo. Skupaj z našimi partnerji ugotavljamo, da se še vedno zaletavamo v zidove, ki jih je postavila politika. To je tisto, kar moram ob vsem spoštovanju vašega dela kritično pripomniti.

IMPERL: Hvala lepa, gospod Winter!

IZ MEDGENERACIJSKIH PROGRAMOV

DELO INŠTITUTA ANTONA TRSTENJAKA ZA GERONTOLOGIJO IN MEDGENERACIJSKO SOŽITJE V LETU 2009

Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje deluje na treh glavnih področjih: 1. gerontologija in medgeneracijsko sožitje, ki je najobsežnejše, 2. zasvojenosti in omame, 3. celostna antropologija, antropohigiena in logoterapija. Na vseh opravlja svoje poslanstvo z znanstvenim raziskovanjem, akcijsko razvojnimi projekti ter z izobraževanjem in organizacijskim svetovanjem.

Najobsežnejše delovno področje Inštituta lahko vsebinsko razčlenimo v tri sklope, to je gerontologija in pomoč pri ponovnem uvajanju zdravstvene geriatrije v Sloveniji, drugi sklop je medčloveško sožitje (povezano s 3. temeljnim področjem dela Inštituta to je z razvijanjem celostne gerontologije, antropohigiene in logoterapije); tretji sklop, ki je medgeneracijsko sožitje, pa se kaže čedalje bolj jasno kot teoretična in praktična osnova za reševanje sodobnih gerontoloških in drugih demografskih vprašanj.

Ko govorimo o gerontologiji, to pomeni celostno gerontologijo, pri kateri imamo najbolj v ospredju psihosocialne, javnozdravstvene ter zdravstveno gerontološke in geriatrične, prostorske in poklicno-delovne vidike. Naša spoznanja, da je reševanje sodobnih gerontoloških in demografskih vprašanj neločljivo povezano z medgeneracijsko solidarnostjo in dviganjem kakovosti medčloveškega sožitja, so po letu 2000 dobila potrditev v političnih dokumentih Evrope in Slovenije, zato je celotno delo Inštituta na področju gerontologije neločljivo povezano s

praktičnim akcijskim in raziskovalnim delom na področju medčloveškega sožitja in medgeneracijske solidarnosti.

Od ustanovitve Inštituta leta 1992 se posvečamo največ pozornosti **psihosocialnim vidikom staranja in starosti**. Na tem področju smo opravili odmevne raziskave, zlasti pa razvili nove programe in jih razširili v praksi po vsej Sloveniji.

Zadnja leta se to delo čedalje bolj širi na vprašanja **starosti primernemu in prijaznemu bivalnemu, delovnemu in urbanemu okolju**: zasebna stanovanja in hiše, institucije za oskrbo starih ljudi in ureditev urbanega in ruralnega okolja za potrebe starajočega se prebivalstva, prav tako pa ustvarjanje boljših **delovnih razmer v podjetjih za vse več starejših delavcev in za boljše sodelovanje med mlajšimi in starejšimi delavci**.

Zdravstveni gerontologiji posvečamo na željo dr. Bojana Accetta – pionirja slovenske gerontologije in geriatrije – na Inštitutu več pozornosti zadnja tri leta, ko je prevzel njeno vodenje dr. Božidar Voljč in je slovensko zdravništvo (Zdravniško društvo in Zdravniška zbornica) zavzelo pozitivno stališče do tega poslanstva Inštituta ter mu zaupalo usklajevalno nalogo na področju ponovnega uvajanja zdravstvene gerontologije in geriatrije. Z vključitvijo zdravstvene gerontologije je postal Inštitut **celostna nacionalna znanstvena gerontološka ustanova**.

V naslednjih točkah prikazujemo pregled našega dela na področju gerontologije in medgeneracijskega sožitja v letu 2009.

1. Po soustanovitvi Inštituta s strani Vlade RS leta 2004 je postala temeljna stalna naloga Inštituta **zbiranje sodobnih domačih in tujih spoznanj s področja gerontologije in medgeneracijskega sožitja ter njihova sprotna distribucija v slovenski prostor**.

Vse leto smo redno spremljali in zbirali gerontološka in medgeneracijska spoznanja v strokovnih revijah, knjigah, na svetovnem spletu in v drugih virih. Zbrana spoznanja in podatke smo sproti obdelovali, jih po potrebi prevajali iz tujih jezikov v slovenščino in obratno ter jih pripravljali za distribuiranje v slovenski strokovni in ostali družbeni prostor.

Distribuiranje znanja je potekalo na več načinov. Vsako četrletje smo izdali **znanstveno-strokovno revijo *Kakovostna starost***. V letu 2009 smo v reviji objavili 23 domačih in tujih izvirnih in preglednih znanstvenih člankov, 100 daljših in krajših povzetkov tujih in domačih raziskovalnih poročil, monografij in drugih večjih gerontoloških del, 8 poročil s tujih in domačih gerontoloških kongresov in konferenc. V vsaki številki objavljamo seznam kongresov in drugih gerontoloških dogodkov po svetu v naslednjih mesecih (38 tujih in 5 slovenskih), obdelamo nekaj slovenskih gerontoloških izrazov v leksikonski obliki, objavimo nekaj aktualnih prispevkov in poročil iz medgeneracijskih programov ter prispevek *klasiki o staranju in sožitju generacij* (v letu 2009: Aristotel, Seneka, Platon). V reviji objavljamo tudi prikaze in ocene naših strokovnih revij pod vidikom njihovega pisanja o staranju in sožitju med generacijami. Revijo smo v letu 2009 izdajali v nakladi 750 izvodov. Naročeno jo imajo številne knjižnice in večji del socialno varstvenih ustanov, del zdravstvenih, nekaj prostovoljskih, humanitarnih in drugih organizacij ter posameznikov, prav tako so njeni redni bralci udeleženci naših izobraževalnih programov na področju gerontologije, geriatrije in medgeneracijskega sožitja, MDDSZ in MZ prejmeta vsako po 10 izvodov. Gerontološka spoznanja smo objavljali tudi v drugih domačih in tujih revijah in knjigah tako na znanstveni in strokovni kakor tudi na poljudni ravni.

Skozi vse leto smo imeli številna javna predavanja in okrogle mize po različnih krajih Slovenije in ob najrazličnejših priložnostih. Z

več prispevki, stojnico in kot soorganizatorji smo tudi v letu 2009 sodelovali na Festivalu za 3. življenjsko obdobje, kjer smo organizirali in sodelovali pri dveh odmevnih okroglih mizah (o medgeneracijskih središčih in o prizadevanjih v slovenski vojski za starosti in družini prijazno organizacijo). Vodili smo delavnico o medgeneracijskem sožitju na konferenci Zavoda za zdravstveno varstvo Celje. Z referati smo sodelovali na Cvahtetovih dnevih javnega zdravja, na kongresu medicinskih sester Slovenije, posvetu o duševnem zdravju in več manjših delavnic. Poleg rednega poročanja na svoji spletni strani www.inst-antontrstenjaka.si, ki jo temeljito prenavljamo, sodelujemo z zelo obiskano spletno stranjo za starejše www.seniorji.info, kjer tudi distribuiramo spoznanja o kakovostnem staranju in solidarnem sožitju med generacijami.

V počastitev 1. evropskega dneva medgeneracijske solidarnosti 29. aprila 2009 smo organizirali prireditev s strokovnim in kulturnim programom.

2. Inštitut je preko Ministrstva za zdravje (MZ) in Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve (MDDSZ) nudil **strokovno podporo Vladí RS na področju zdravega in kakovostnega staranja ter solidarnega sožitja med generacijami**. Pretežni del tega dela je bil orientiran na pomoč pri izvajanju *Strategije za varstvo starejših do leta 2010 – solidarnost, sožitje in kakovostno staranje prebivalstva* ter drugih sprejetih dokumentov države s tega področja. Predstojnik Inštituta prof. dr. Jože Ramovš opravlja vlogo podpredsednika vladnega *Sveta za solidarno sožitje generacij in za kakovostno staranje prebivalstva v Sloveniji*; Inštitut sodeluje pri pripravi in vsebinski izvedbi sej tega odbora (pripravlja posamezne točke dnevnega reda). Z MDDSZ smo aktivno sodelovali v delovni skupini za pripravo sprememb zakona o socialnem varstvu, zlasti za področje, ki se nanaša na staranje in solidarno sožitje generacij, z MZ pa v delovnih skupinah za pripravo nekaterih zakonov (npr. Zakon o

psihoterapiji) in strategij – zelo veliko smo delali na pripravi gradiv za nacionalni program duševnega zdravja. Obema ministrstvoma smo skozi vse leto pomagali tudi pri raznih manjših tekočih nalogah in delih, pri katerih so potrebovali našo svetovalno in informativno pomoč pri svojem tekočem delu doma in v sodelovanju z Evropo ali s tujino.

Za širšo znanstveno podporo in javno verifikacijo gerontološkega in medgeneracijskega področja je pomembno delovanje interdisciplinarnega Odbora za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje, katerega ustanoviteljica je poleg Inštituta tudi Slovenska akademija znanosti in umetnosti, v okrilju katere se tudi sestaja. Odbor je sestavljen iz članov SAZU, drugih vidnih strokovnjakov s področij, ki so pomembna za staranje in sožitje generacij, politikov iz relevantnih vladnih resorjev in tistih, ki niso v vladi, ter vidnih strokovnjakov iz javnih občil in drugih. Predseduje mu predsednik SAZU. V letu 2009 je bilo delo tega Odbora usmerjeno na ponovno uvajanje pouka gerontologije in geriatrije v izobraževanje na področju zdravstva v Sloveniji.

3. Organiziranje, uvajanje in vodenje zdravstvene gerontologije v Sloveniji. Glavna pozornost je bila v letu 2009 usmerjena v raziskovanje stanja na področju pouka gerontologije in geriatrije na srednjih, višjih in visokih zdravstvenih šolah ter na zdravstvenih in medicinskih fakultetah. V ta namen poteka zbiranje informacij o stanju po vseh omenjenih izobraževalnih ustanovah in številni usklajevalni pogovori z vodstvi šol in poklicnih zbornic. 17. marca je bil v SAZU v okviru razširjene seje Odbora za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje *Posvet o uvedbi geriatrije v slovenskem zdravstvu* – večina referatov, poročilo o posvetu in povzetek razprave je bil objavljen v reviji *Kakovostna starost*, št. 3.

Po pogovorih s predstavniki zdravstvenih visokih šol in fakultet ter s predsednico Zbornice zdravstvene nege je bilo očitno, da bo na tej stopnji konsenz o skupnih vsebinah pouka

gerontologije lažje doseči s podporo Ministrstva za zdravje. Državni sekretar dr. Eržen je sklical sestanek ravnateljev, dekanov in Zbornice zdravstvene nege. Udeleženci so imenovali skupino, ki naj pripravi predlog programa; skupina že deluje. Isto naloga na področju srednješolskega zdravstvenega šolanja poteka dobro in bo v letu 2010 končana. Tudi na področju medicinskega študija na obeh medicinskih fakultetah poteka ugotavljanje stanja gerontološko-geriatričnega pouka in oblikovanju meril za njegovo uvajanje glede na današnje potrebe.

Na evropski konferenci o zdravem staranju v Stockholmu, oktobra 2009, je dr. Voljč v imenu Inštituta predlagal pripravo skupnih evropskih izobraževalnih vsebin, ki bi jih vsaka država dopolnjevala v skladu s svojimi potrebami in socialno-kulturnim okoljem. Udeleženci konference so predlog podprli.

4. Raziskava Stališča, potrebe in potenciali tretje generacije. Ker Slovenija nima sistematične raziskave o dejanskih potrebah, zmožnostih in stališčih tretje generacije do socialnih, zdravstvenih in drugih storitev, ki so namenjene njej, in tudi v nobeno mednarodno tovrstno raziskavo (npr. SHARE) se ni vključila, je Inštitut v preteklih dveh letih pripravljaval izvedbo temeljite tovrstne terenske raziskave statistično reprezentativnega vzorca 1.800 prebivalcev Slovenije, ki so stari 50 in več let. Težave s financiranjem tako velike raziskave so omogočile začetek anketiranja na terenu šele v novembru 2009, ko smo prejeli prvi denar v ta namen. Od tedaj uspešno poteka anketiranje, pripravlja se sistem za vnašanje in obdelavo podatkov v letu 2010. Obširni anketni vprašalnik (183 vprašanj z različnih področij staranja) je potrdila tudi etična komisija kot nesporno in kakovostno raziskovalno orodje.

Največji problem te obširne in pomembne raziskave je njeno sofinanciranje, zato bomo v letu 2010 nadaljevali iskanje novih domačih in mednarodnih virov tako na javnih razpisih kakor sponzorska in donatorska.

5. Vzpostavljanje slovenske mreže staranju prijaznih mest in njihovo vključevanje v svetovno mrežo Svetovne zdravstvene organizacije.

Program Svetovne zdravstvene organizacije (WHO) *Starosti prijazna mesta*, ki velja za enega najbolj uspešnih in cenovno učinkovitih na področju dvigovanja kakovosti življenja starih ljudi, smo začeli v Sloveniji pripravljati v letu 2008. V letu 2009 so se dejavnosti v vseh treh vključenih mestih (Ljubljana, Maribor in Celje) nadaljevale, pridružilo se je tudi Velenje. Pripravili smo knjižico *Vademecum, starosti prijazno mesto* s 84 priporočili WHO in drugimi pomembnimi informacijami kot priročnik in delovni zvezek za občane vključenih mest. Njihova opažanja in zapise zbiramo na sestankih z njimi in vodstvu vključenih mest. V Ljubljani smo izvedli po predpisnem Vancouverskem protokolu zahtevno raziskavo stališč starejših meščanov, njihovih oskrbovalcev in ponudnikov storitev. Delo na programu uvajanja *Starosti prijaznih mest* v Sloveniji poteka zelo uspešno. O dosežkih poročamo WHO v Ženevo, ki je glede tega posebej pohvalila Slovenijo tudi javno na svetovnem kongresu gerontologije in geriatrije v Parizu.

6. Partnerstvo primarne preventive za 3. življenjsko obdobje – PPP za 3. PPP za 3 je program za celostni in partnerski način primarne preventive starostnih bolezni – oziroma za varovanje in krepitev celostnega telesnega, duševnega, socialnega in ostalega zdravja. Inštitut je program pripravljal s prvimi poskusi v letu 2008, leta 2009 pa ga je redno uvedel in razvil. PPP za 3 združuje izvajanje primarne preventive s praktičnim razvojnim raziskovanjem. Z njim je začel Inštitut v letu 2009 intenzivneje zbirati in razvijati slovensko gerontološko in geriatrično znanje ter pripravljati pogoje za sprotne dolgoročne kvalitativne raziskave posameznih pomembnih področij (aktivno in zdravo življenje, dejavniki tveganja, padci, duševno zdravje, socialno zdravje itd). S tem želi na področju zdravstvene gerontologije izpolnjevati svoje poslanstvo in ublažiti pomanj-

kanje gerontoloških in geriatričnih iniciativ v slovenskem prostoru.

Program je potekal na organiziranih tedenskih izobraževalnih srečanjih s starejšimi na Inštitutu – bilo jih je 36. Na vsakem je strokovnjak za določeno področje ljudem predstavil temo, odgovarjal na njihova vprašanja ter v večini primerov dal udeležencem anketo z nekaj vprašanji, na katera je želel dobiti njihove odgovore. Predavatelj je pozneje vsa vprašanja udeležencev ter njihove odgovore na vprašalnik obdelal za izvirno objavo v reviji *Kakovostna starost* ter v drugih domačih in tujih revijah. V letu 2009 sta bili najbolj izčrpno obdelani temi *Uživanje zdravil v starosti* in *Padci v starosti*. Za nekatere vsebine so se predavanja ponavljala po različnih krajih Slovenije (Komendi, Trbovljah, Laškem, Vrhniki, Ribnici, Igu in Kočevju).

Program ni namenjen izključno starejšim, ampak vsem, ki želijo živeti zdravo in aktivno. V letu 2009 smo pri izvajanju programa pozornost usmerili predvsem v dejavnike tveganja, z nekaterimi temami pa smo že nakazali tudi usmeritev v socialna, duševna in duhovna področja, ki prav tako vplivajo na aktivnost in zdravje v starosti. S tem v zvezi smo pripravili seznam preventivnih vsebin z različnih področij zdravja. Vsak udeleženec je na seznamu označil pet vsebin, ki ga najbolj zanimajo, kar bo Inštitutu služilo za vodilo pri pripravi programa srečanj v letu 2010.

Program PPP za 3 dosega več pomembnih ciljev: 1. po slovenskih krajih širi evropska načela aktivnega in zdravega staranja oziroma njegove posamezne preventivne vsebine na vsakomur dostopen in razumljiv način, ki bi ga lahko označili kot *ljudsko preventivo*; 2. ustvarja nova uporabna gerontološka znanja in jih širi v slovenski prostor; 3. oblikuje partnerstvo organizacij pri izvajanju; v začetku leta 2009 smo ponudili partnerstvo petim nevladnim organizacijam, pozitivno so se odzvali Gerontološko društvo Slovenije, Univerza za tretje življenjsko obdobje in Zveza upokojenskih društev iz Ljubljane.

7. Razvoj in vzpostavljanje krajevnih medgeneracijskih središč v Sloveniji. Inštitut kot začetnik ideje in koncepta krajevnih medgeneracijskih središč je v letu 2009 nadaljeval z razvijanjem konceptualne in metodološke osnove za delovanje krajevnih medgeneracijskih središč in pomagal pri njihovem uvajanju v praksi v različnih okoljih, kjer delajo v tej smeri, zlasti v Komendi kot najbolj razvejanem medgeneracijskem središču za majhen razvit podeželski kraj, v Mariboru v obliki vzorčnega pokrajinskega tipa z ustanovami od vrtca, preko dijaškega doma in gimnazije, telovadnice in drugih ustanov do doma za stare ljudi, v manjših mestih pa mestno-podeželski tip, pripravljamo pa tudi poseben mestni tip medgeneracijskega središča v Ljubljani. Delo pri gradnji prostorov in razvoju programov na terenu je v letu 2009 zelo zavrla gospodarska kriza. Na festivalu za 3. življenjsko obdobje je Zveza društev upokojencev organizirala o medgeneracijskih središčih posebno okroglo mizo, kjer je Inštitut imel obširen uvodni referat (objavljen je v celoti v zborniku).

8. Mednarodni EU konzorcij nas je proti koncu leta 2009 povabil k sodelovanju pri izvažanju **projekta RELAIS plus**, ki ugotavlja stanje in potrebe med zapuščenimi otroci, mladostniki in starimi ljudmi v udeleženi evropskih državah ter oblikuje učni kurikulum za usposabljanje socialnih delavcev za delo s temi skupinami ljudi. Projekt bo trajal 2 leti.

9. Razvijanje **socialne mreže programov za kakovostno staranje in sožitje med generacijami** in njeno praktično uvajanje na terenu po Sloveniji je izviren razvojni gerontološki program Inštituta, ki je najstarejši in najbolj razvejan. Obsega petindvajset med seboj povezanih programov, ki so razporejeni v štiri vsebinske sklope. 1. sklop tvorijo programi za informiranje in ozaveščanje celotne skupnosti o kakovostnem staranju in solidarnem sožitju med generacijami, svetovanje njenemu vodstvu pri uvajanju medgeneracijske socialne mreže

ter načrtovanje uvajanja programov v skupnosti ali organizaciji. V letu 2009 smo imeli 61 javnih predavanj v 23 krajih po Sloveniji (udeležilo se jih je 3.430 poslušalcev), 22 TV in radijskih oddaj, objavili smo 41 člankov v različnih časopisih (ne upoštevajoč naše revije *Kakovostna starost*) ter izdali knjigo za brezplačno ozaveščanje prebivalstva o kakovostnem staranju in solidarnem medgeneracijskem sožitju v nakladi preko 2.000 izvodov. Tečaje praktičnega socialnega učenja za sožitje med generacijami – to so programi 2. sklopa – je v letu 2009 opravilo 134 ljudi vseh treh generacij. V okviru 3., to je prostovoljskega sklopa programov smo skozi vse leto usposabljali 122 novih prostovoljcev za osebno medgeneracijsko družabništvo in za vodenje medgeneracijskih skupin ter 13 gimnazijcev, ki so skozi šolsko leto vsak v svojem družabniškem paru računalniško usposabljali po enega upokojenca. 4. sklop programov tvorijo programi za samoorganizacijo krajevnih socialnih mrež za kakovostno staranje in sožitje generacij, pri čemer smo nudili oporo in supervizijo lokalnim društvom, uvajali smo nove intervizijske skupine in klube svojcev. Ljubljansko medgeneracijsko društvo smo skoraj v celoti oskrbovali s prostori in strokovno pomočjo.

Uvajanje mreže medgeneracijskih programov sofinancira MDDSZ s petletnim programom. Z letom 2009 se je izteklo 5-letno obdobje in za naslednje 5-letno obdobje smo kandidirali s programom mreže, ki bo obogaten s spoznanji in izkušnjami zadnjih let.

Poleg že omenjenih mednarodnih projektov, našega aktivnega sodelovanja na svetovnih kongresih in konferencah v letu 2009 izstopajo še:

a. dvodnevni obisk aprila 2009 dr. Johna Bearda, direktorja oddelka za starost in staranje na WHO v Ženevi na Inštitutu in s tem v Sloveniji. Prišel je na povabilo Inštituta, se sestal s seniorji v Ljubljani, Mariboru in Celju v okviru našega dela na programu starosti prijaznih mest. Obiskal je nastajajoči

medgeneracijski središči v Mariboru in Komendi, kjer je pokazal izredno zanimanje za ta projekt. Poleg poročil o njegovem obisku je izšel tudi obsežen pogovor z njim v upokojenški reviji Vzajemnost.

- b. Generalna skupščina **AGE-The European Older People's Platform** je v maju 2009 Inštitut Antona Trstenjaka sprejela med svoje redne člane. Dr. Božidar Voljč je bil povabljen v Odbor zdravstvenih ekspertov pri AGE.
- c. Predstavniki Inštituta smo **aktivno sodelovali s 3 prispevki na 19. svetovnem kongresu gerontologije in geriatrije v Parizu**, ki je bil največje strokovno srečanje na tem področju doslej (okrog 6.000 udeležencev).
- d. Kot predstavnik AGE je Božidar Voljč z referatom o stališčih AGE o zdravem staranju aktivno sodeloval na evropski konferenci *Zdravo staranje*, ki jo je v okviru predsedovanja Evropski uniji oktobra v Stockholmu pripravila švedska vlada. V razpravi je v imenu IAT predlagal, da se na evropski ravni pripravi skupen geriatrični kurikulum za vse stopnje zdravstvenega izobraževanja. Potrebo je utemeljil z naraščajočo starostjo prebivalcev Unije in vse večjo migracijo zdravstvenega kadra med državami članicami. Predlog je bil soglasno podprt, Voljč bo

na njem vztrajal tudi na sestankih Odbora ekspertov pri AGE.

- e. Na prošnjo AGE je IAT po končanih evropskih volitvah vzpostavil internetne stike z vsemi na novo izvoljenimi slovenskimi poslanci v Evropskem parlamentu s prošnjo, da podprejo delovanje Interparlamentarne skupine o starosti tudi v novem sklicu parlamenta. Večina poslancev se je pozitivno odzvala, dva (Jordan-Cizljeva in Peterle) sta izrazila pripravljenost, da v skupini sodelujeta kot člana.

V letu 2009 se je nadaljevalo delo pri adaptaciji stanovanjsko-poslovnega objekta za razvojni center Inštituta v Komendi. Končana so bila gradbena dela: utrditev temeljev in izolacija kletne etaže, gradbena dela za hišno dvigalo in prerazporeditev prostorov ter nova okna.

Ko se veselimo rezultatov dela Inštituta Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje, se zahvaljujemo vsem, ki so z nami sodelovali, nas podpirali ali nam pomagali pri našem delu. Tudi v prihodnje se priporočamo za njihovo sodelovanje, da bi bili skupaj kos izzivom in nalogam, ki jih pred nas postavlja staranje prebivalstva.

Ksenija Ramovš

Darinka Slanovec

SVETI ALOJZIJ *

Kakšno leto potem, ko mu je umrla žena,
se je začel po malo izgubljati. Kot da je nenadoma
izgubil občutek za čas, se je sredi noči oblekel in šel
pripravljat zajtrk ali pospravljat kuhinjo. Ah, saj je že prej
velikokrat ponoči vstajal, ko ni mogel spati, sem mislila,
ampak vse večkrat je trajalo do jutra, da ga je popustilo.
Zdravnica je ugotovila, da gre za starostno demenco
s psihotičnimi komponentami. Opazovala sem ga, kako neutrudno
teka po hiši in premika stole, premešča odeje, časopise,
knjige, kuhinjsko posodo ...
In tudi on je zjutraj pri zajtrku
vse bolj zamišljeno drobil kruh v mleko.
Vsega se je zavedal, ko se mu je zbistnilo.
Hodil je vse bolj upognjen, kot da rešuje kako uganko.
Kakor nekdo, ki ne prenese tujosti sveta, v katerem prebiva,
se je vedno pogosteje odpravljaj domov,
nazaj v dom iz svojega otroštva,
kjer pa že dolgo ni bilo več nobenega od njegovih,
pravzaprav tudi tiste hiše ni bilo več ...
ampak on da mora tja, ker je tam ona,
da ne bo sama, saj vendar ona ne more biti sama,
ker ne more hoditi in on mora iti pogledat, če kaj potrebuje,
saj potem se bo vrnil, ne bo se izgubil, saj pozna pot,
je ure in ure moledoval pri zaklenjenih vratih.
Večkrat me sploh ni več prepoznal.

* *Literarna izpoved gospe Darinke Slanovec je poglobljen duhovni odziv na bogato življenjsko izkušnjo, ki je nastal ob njenem dialoškem prebiranju revije Kakovostna starost.*

A vse več je glasno molil: za pokojno ženo, zame,
za vse sorodnike, žive in pokojne,
za vse negovalke in pomočnike,
za zdajšnje in nekdanje prijatelje,
za vse duhovnike, redovnike in redovnice,
za brezdomce, za lačne in bolne,
za umirajoče ...

Takrat sem opazila, da sploh ne prosi zase,
Boga ni ničesar prosil zase.

Kolikor bolj je telo propadalo in um slabel in je
od njega odpadalo vse naučeno, toliko bolj sta izstopali
mehkoba in krhkost in čisto duhovna nedolžnost.
Seveda je bila tudi muka: ponoči sem se včasih zaklenila
v spalnico, da me ne bi poškodoval, kajti začel se je bati
neznancev in jih je hotel odgnati,
svoje lastne podobe v ogledalu se je prestrašil ...

Ampak kolikor bolj je trpel,
tako ponižan v svojem dostojanstvu
in tako razpoložljivo izročen tujim očem in rokam, ki so ga negovale,
toliko bolj mi je šel do živega in toliko jasneje sem razpoznavala v njem
(tako nelogično, ker ga je ubijalo)
nekaj po božje ... in toliko bolj in bliže sem čutila
senco smrti.

Neverjetno, da je pljučnico prebolel ... sključeno telo,
kosti in kite in zmeden um ... svetopisemsko velik,
kajti zdaj je postal tisti, ki sliši govoriti rože in preroke,
rojen istočasno s svojim patronom, svetim Alojzijem ...
»Bogu vsa čast in slava vekomaj«, je potem samo še molil,
slavil Boga,

začuden nad mano, ko sem kričala, naj me razume ...

»Bogu vsa čast in slava vekomaj«, je komaj razumljivo jecljal,
ko je padel s postelje in ni več mogel vstati.

KLASIKI O STARANJU IN SOŽITJU GENERACIJ

IZBOR CITATOV O STAROSTI¹

Kar naprej se staram, nikoli se tega ne bom naučil. (*Solon*)

Kar pridobiš v svoji mladosti, služi v boju proti tegobam v starosti. In če hočeš, da se boš v starosti hranil s svojo modrostjo, potem v mladosti poskrbi za to, da ti v starosti ne bo primanjkovalo hrane. (*Leonardo da Vinci*)

Postati star je bolj naloga kot stanje. Če se jo reši, je lahko starost prav tako lepa kot mladost, pa tudi smrt potem ni konec, temveč sad. (*Eugen Diederichs*)

Starost ali pojasnjuje ali okameni. (*Marie von Ebner-Eschenbach*)

V starosti se naučiš mnogih reči, ki jih v mladosti nisi hotel razumeti. (*Karl Julius Weber*)

Bolj ko se učim, bolj mi je jasno, kako lahko le dober temelj v mladosti priključ v starosti srečo. (*Gottfried Keller*)

Verujem v starost, moj prijatelj. Delati in postarati se, to je tisto, kar od nas pričakuje življenje. In to, da si nekega dne star in še vedno ne razumeš vsega, ampak da šele spet začenjaš, da spet začenjaš ljubiti, upati, hrepeneti, da poskušaš vse povezovati z oddaljenim in neizrekljivim, vse tja do zvezd. (*Rainer Maria Rilke*)

Z vidika mladosti je življenje neskončno dolga prihodnost; z vidika starosti je zelo kratka preteklost. Treba se je postarati, se pravi dolgo živeti, da spoznaš, kako kratko je življenje. (*Arthur Schopenhauer*)

Postati starejši pomeni začeti nov posel. Vsa razmerja se spremenijo. Treba je bodisi povsem prenehati delati bodisi z voljo in zavestjo prevzeti novo vlogo. (*Wolfgang Goethe*)

Starost je kot prijazen človek. Nekoč pa je, da bi vstopil, trkal na vso moč. A nihče ni prišel odpreti mu vrat. A ker pred vrati ni hotel ostati, je spet začel trkati, razbijati. Na silo je vstopil. Zdaj pa mu pravijo, da je zoprna rihta. (*Wolfgang Goethe*)

Starost zame ni nikakršna ječa, pač pa balkon, od koder vidim daleč in razločno. (*Marie Luise Kaschnitz*)

Stari ljudje vendar niso vsi enaki, morda so še manj enaki kot predstavniki katere koli druge starostne skupine. Kajti njihovo dolgo življenje jih je vtisnilo osebne razlike. Eden naših trenutnih problemov je, da družba noče razumeti tega in vse stare ljudi obravnava kot enake. (*Lily Pincus*)

¹ Vir: domača spletna stran Françoisa Höpflingerja: <http://www.hoepflinger.com/fhtop/fhalter1C.html> (12.5.08). Prevdel dr. Anton Mlinar.

- Dokler si radoveden, se lahko upiraš svoji starosti. (*L. Lencester*)
- S štiridesetimi leti človek začne iskati dragocene reči, s petdesetimi pa jih začenja najdevati. (*Thornton Wilder*)
- Starost ni turobna zato, ker bi v njej prenehalo veselje, pač pa zato in tedaj, ko v njej ni več upanja. (*Jean Paul*)
- V našem življenju ne štejejo leta, pač pa šteje življenje v naših letih. (*Adlai E. Stevenson*)
- Ne gre za to, koliko je človek star, ampak za to, kako se postara. (*Ursula Lehr*)
- Skrivnost lepe starosti je dostojen odnos s samoto. (*Gabriel Garcia Marquez*)
- Mladost je čas učenja modrosti; starost je čas njenega uresničevanja. (*Jean-Jacques Rousseau*)
- Ne nehamo se igrati zato, ker smo stari, pač pa postanemo stari zato, ker se ne igramo več. (*Helen Hayes*)
- Tisti, ki bi bili radi mladi, ko so se postarali, so morali biti stari takrat, ko so bili mladi. (*John Ray*)
- Življenje je kot spretno puljenje zoba. Kar naprej misliš na to, kar naj bi prišlo, dokler nenadoma ne ugotoviš, da je že mimo. (*Otto von Bismark*)
- Sodobni človek se ni učil, kako vzljubiti starost, pač pa se je učil, kako v starosti ostati mlad. (*F. Höpflinger*)
- Nečesa takega, kot je starostna modrost, ni. S starostjo človek ne postaja modrejši, ampak samo previdnejši. (*Ernest Hemingway*)
- Življenje je huda naloga. Prvih sto let je najtežjih. (*Wilson Mizner*)
- Nikoli ne bi smeli zaupati ženski, ki pove po pravici, koliko je stara. Ženska, ki bi povedala kaj takega, lahko pove še kaj hujšega. (*Oscar Wilde*)
- Petintrideset let je zelo privlačna starost. Londonska družba je polna žensk zelo visokega rodu, ki so po svoji lastni izbiri ostale stare petintrideset let. (*Oscar Wilde*)
- Bala sem se staranja, ker sem mislila, da ne bom mogla storiti vseh stvari, ki sem jih nameravala. Toda sedaj, ko sem stara, ugotavljam, da teh stvari nisem hotela storiti. (*Nancy Astor*)
- Zelo malo ljudi umre pri dvaindevetdesetih. Zato se mi zdi, da bom še bolj varen pri triindevetdesetih. (*Willard R. Espy*)
- Različnost starostnih skupin je znana pri vseh ljudstvih in kulturah na tem svetu. Stari ljudje navadno pozabijo, da so bili mladi, ali pa pozabljajo, da so stari, pa tudi mladi nikoli ne ugotovijo, da bodo enkrat stari. (*Kurt Tucholsky*)
- Stari ljudje vse verjamejo, ljudje srednjih let nad vsem dvomijo, mladi ljudje pa vse vedo. (*Oscar Wilde*)
- Če bi mladost vedela, če bi starost mogla! (*francoski rek*)

POSŁANSTVO REVİJE Z NAVODILI AVTORJEM

Poslanstvo revije *Kakovostna starost* je zbiranje sodobnega znanja o starosti, staranju in medgeneracijskem sožitju ter posredovanje teh znanj vsem, ki jih v slovenskem prostoru potrebujejo.

Revija je vsebinsko znanstvena in strokovna, jezikovno pa si posebej prizadeva, da so prispevki napisani v lepi in vsem razumljivi slovenščini. Pri tem so nam vzor jezik, znanstveno in strokovno delo Antona Trstenjaka, enega največjih slovenskih duhov v dvajsetem stoletju.

Revija je usmerjena v **celostno gerontologijo**, ki upošteva pri znanstvenem in praktičnem delu za kakovostno staranje in solidarno sožitje naslednja štiri izhodišča.

1. Celostna antropološka podoba človeka v njegovi telesni, duševni, duhovni, sožitno-socialni, razvojni in eksistencialni razsežnosti ob nedeljivi sistemski celoti vseh teh razsežnosti.
2. Celovit človekov razvoj skozi vsa življenjska obdobja od spočetja do smrti, isto dostojanstvo in smiselnost človekove mladosti, srednjih let in starosti ter povezanost vseh treh generacij v solidarnem družbenem sožitju.
3. Interdisciplinarno dopolnjevanje vseh znanstvenih ved in kulturnih panog, katerih znanja in tehnologije prispevajo h kakovostnemu staranju in solidarnemu sožitju; v reviji prevladujejo gerontološki in medgeneracijski prispevki iz psihosocialnega, zdravstvenega, vzgojno-izobraževalnega ter okoljsko-prostorskega področja.
4. Intersektorsko sodelovanje vseh družbenih in političnih resorjev, ki so pomembni za kakovostno staranje in solidarno sožitje; posebna pozornost je posvečena medsebojnemu dopolnjevanju družine, krajeвне skupnosti, civilne družbe in države.

Posamezni prispevki naj obravnavajo svoje področje tako, da so usklajeni z navedeno jezikovno in antropološko usmeritvijo celostne gerontologije.

Revija izhaja štirikrat letno. Vodená je v domačih in mednarodnih znanstvenih bazah.

Prvi del revije je namenjen izvirnim in preglednim člankom; ti so recenzirani. Praviloma vsebujejo s presledki od 10.000 do 30.000 znakov. Prispevki v drugem delu revije povzemajo informacije o novih tujih in domačih spoznanjih in izkušnjah na področju starosti, staranja in medgeneracijskega sožitja. Njihova dolžina se razteza od kratke zabeleške z nekaj sto besedami do obširnejših prispevkov o gerontoloških dogodkih ter spoznanjih in izkušnjah iz literature in prakse. Prispevki so objavljeni v slovenščini.

Uporabljene vire in literaturo se v člankih praviloma navaja sproti v tekstu v oklepaju na sledeči način: (priimek prvega avtorja, letnica izida: stran) ali pa v opombah pod črto. Uporabljena literatura se navaja na koncu članka po abecedi priimkov prvega avtorja. Primeri za navajanje posameznih zvrsti uporabljene literature:

- knjiga: Trstenjak Anton (1989). *Skozi prizmo besede*. Ljubljana: Slovenska matica;
- članek iz revije: Trstenjak Anton (1998). Štirje letni časi življenja. V: *Kakovostna starost*, letnik 1, št. 1, str. 4–7 (če je več avtorjev, se navajajo vsi, loči jih vejica);
- samostojni prispevek iz zbornika ali avtorsko poglavje v knjigi drugega avtorja: Trstenjak Anton, Ramovš Jože (1997). Sciences as a global problem. V: Pejovnik Stane in Komac Miloš (ured.). *From the global to the roots: learning – the treasure within*. Forum Bled '96, 13 – 15 October, 1996. Ljubljana: Ministry of Science and Technology of the Republic of Slovenia, str. 134–139;
- če je avtor organizacija: World Health Organization (2007). *Global Age-friendly Cities: A Guide*.
- spletno besedilo: Trstenjak Anton. *Skozi prizmo besede*. V: <http://www.inst-antontrstenjaka.si> (datum sprejema besedila na spletu).

Izvirni in pregledni znanstveni in strokovni članki imajo naslednjo obliko: ime avtorja oziroma avtorjev, naslov članka, povzetek (do 250 besed) v slovenščini in v angleščini, ključne besede (2–5) v slovenščini in v angleščini, avtorjevi biografski podatki (do 100 besed v tretji osebi), kontaktni naslov avtorja ali avtorjev (poslovni in elektronski). Besedilo naj bo smiselno razčlenjeno v uvodni del, osrednji prikaz spoznanj, sklepne misli ter navedbo uporabljene literature. Napisano naj bo urejevalniku besedila Word s standardno pisavo brez dodatnih slogovnih določil, velikost črk 12 pt z razmakom med vrsticami 1,5. Rokopis se pošlje v elektronski in pisni obliki na naslov revije Inštitut Antona Trstenjaka, Resljeva cesta 11, p.p. 4443, 1001 Ljubljana ali kot priponko v e-pismu na: info@inst-antontrstenjaka.si. Objave izvirnih in preglednih znanstvenih in strokovnih člankov v reviji praviloma niso honorirane.

Kakovostna starost

LET. 13, ŠT. 1, 2010

Good quality of old age

VOL. 13, NUM. 1, 2010

ZNANSTVENI IN STROKOVNI ČLANKI

SCIENTIFIC AND EXPERT ARTICLES

Davor Dominkuš

Zakon o dolgotrajni oskrbi 3 Long term care law

Karin Kanc

Hipoglikemija – 11 Hypoglycaemia –
pomemben izziv sladkorne bolezni v starosti an important challenge of diabetes in old age

Nada Irgolič

Zdravila v tretjem življenjskem obdobju 16 Medication in the third period of life

Martina Brandt, Christian Deindl

Pomoč ostarelim staršem v vzhodni in zahodni Evropi 26 Support to Older Parents in Eastern and Western Europe

Nevenka Bogataj

Lastnice gozda kot prezrt zgled 38 Female forest owners as an overlooked model

IZ GERONTOLOŠKE LITERATURE 50 REVIEW OF
GERONTOLOGICAL LITERATURE

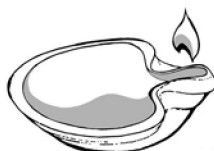
GERONTOLOŠKO IZRAZJE 83 GLOSSARY OF GERONTOLOGY TERMS

SIMPOZIJI, POSVETI 85 SYMPOSIUMS, WORKSHOPS

INTERVJU 90 INTERVIEW

IZ MEDGENERACIJSKIH PROGRAMOV 103 REFLECTIONS FROM THE
INTERGENERATIONAL PROGRAMMES

KLASIKI O STARANJU IN SOŽITJU GENERACIJ 111 CLASSICS ON AGEING AND GOOD
INTERGENERATIONAL RELATIONS



INŠTITUT
ANTONA TRSTENJAKA

RESLJEVA 11, p.p. 4443,
1000 Ljubljana, Slovenija
Tel.: + 386 1 433 93 01

<http://www.inst-antontrstenjaka.si>