

Berlinska študija o starosti se je začela še pred združitvijo Nemčij pod naslovom *Staranje in družbeni razvoj* (*Altern und gesellschaftliche Entwicklung*, 1989). Pobudnik študije je bila Berlinska akademija znanosti, k njej pa so bili povabljeni tudi sodelavci onstran železne zaves. Ko je bila leta 1994 omenjena akademija preoblikovana in preimenovana v Berlinsko-Brandenburško akademijo znanosti, se je začela prva faza BASE (1994–1999). V letih med 2000 in 2006 se je kvantitativnim študijam pridružila kvalitativna raziskava. To od leta 2008 naprej podpira tudi zvezno resorno ministrstvo za izobraževanje in raziskovanje (BMBF). Tudi tretja (prvo poročilo je izšlo leta 1996, drugo 1999 v angleškem jeziku) redakcija obširne študije hoče biti predvsem »konsolidirano vmesno poročilo« (str. 17). Knjiga poleg predgovorov, zahval in dodatka obsega 25 strokovnih prispevkov, ki so sistematično razdeljeni v štiri poglavja (teoretska orientacija in metodologija, področnospecifična dognanja, transdisciplinarna spraševanja, sklepe usmeritve). Glede na navedeno je razumljivo, da je pri izdaji sodelovalo več deset raziskovalcev. Najobširnejše je tretje poglavje.

Čeprav je bila študija v začetku zamišljena kot statistična sociološka raziskava s poudarkom na reprezentativnosti te tematike v družboslovju, se je v teku let pokazalo, da bo vključevala tudi prej omenjena vprašanja novih oblik sožitja. Z vidika velemesta je bil to pravi izziv. V kvalitativnih raziskavah (doslej je bilo 8 faz takih raziskav) je sodelovalo skoraj 2000 oseb. Rezultate so primerjali s podobnimi raziskavami v tujini in že leta 1999 pripravili angleško izdajo BASE.

Kot rečeno, se je v teku let pokazalo, da prevladujoče raziskovanje zdravstvenega in socialnega stanja starih ljudi ne sme zamegliti perspektive mrežnega sožitja. V mestih so bolj kot drugod prisotne koncentracije starih ljudi v domovih, njihove premnoge diagnoze in njihova relativno velika odvisnost od pomoči strokovnega osebja. Velika je bila zlasti prisotnost demence

in depresije. Manj kot polovica intervjuvanih je omenjala, da imajo tudi lastno socialno zaledje, le dobrih 10 % pa je lahko potrdilo, da živijo v tesnejših stikih z domačimi oz. domačim družbenim okoljem. Večina slednjih je izhajala iz srednjega in višjega sloja. Nasprotno pa so tisti, ki so bolj odvisni od pomoči, pogosteje izražali svoje nezadovoljstvo z življenjem in so se čutili tudi bolj nadzorovane.

Širina študije, zlasti njenega medicinskega in sociološkega dela, je tolikšna, da kar kliče po tem, da bi jo dopolnili tudi projekti, ki bi vključevali nove oblike sožitja z elementi arhitekturnih oziroma urbanih prilagoditev. Če je klasična študija v preteklosti uživala velik ugled tudi zunaj nemških meja, pa se zdi, da bo potrebno v novi redakciji že pričakovati izsledke s področja novih načinov bivanja in novih spoznanj o življenjskih pogojih starih ljudi.

Anton Mlinar

Health Council of Canada, 2012. Seniors in need, caregivers in distress: What are home care priorities for seniors in Canada? V: http://www.healthcouncilcanada.ca/rpt_det_gen.php?id=348 (sprejem: 14. 8. 2012).

DRUŽINSKA OSKRBA V KANADI

Avtorji poročila Kanadskega odbora za zdravstvo, z naslovom *Potrebe starejših in izčrpanost oskrbovalcev* (*Seniors in need, caregivers in distress*), na 64 straneh odgovarjajo na vprašanje: Katere so prioritete starejših Kanadčanov glede oskrbe na domu? Poročilo je sestavljeno iz več delov, med katere sodijo Uvod, Domača oskrba in starejši ljudje: posnetek stanja v Kanadi, Družinski oskrbovalci, Povezovanje je pomembno, Izzivi družinske oskrbe in Sklepni komentarji. Na koncu so dodani še viri, zahvala in seznam inovativnih praks. Poročilo je obogateno s številnimi slikami, grafi in primeri dobre prakse. Posebni slogi pisave ključnih ugotovitev pa olajšajo branje in razumevanje napisanega.

Uvod

V nadaljevanju prikaza se bomo osredotočili le na ključne ugotovitve posameznega poglavja. Na začetku Uvoda je z velikimi črkami zapisano, da večina Kanadčanov živi doma in želi na domu ostati, kolikor dolgo bo mogoče. Kljub temu, da so številni starejši ljudje zmožni živeti na svojem domu, pa narašča število tistih, ki potrebujejo pomoč različnih servisov ali družinskih oskrbovalcev, da zmorejo opraviti vsakodnevne aktivnosti in skrbeti za svoje zdravstveno stanje.

V nadaljevanju avtorji opozarjajo na veliko število bolnikov v bolnišnicah, ki ne potrebujejo več akutnega zdravljenja, niso pa še zmožni povsem skrbeti zase. Ti ljudje bi potrebovali nadaljnjo nego in oskrbo na domu ali v za to namenjeni ustanovi (rehabilitacijske bolnišnice, ustanove za dolgotrajno oskrbo), ker pa jim le-ta ni dosegljiva, ostajajo v bolnišnicah in zasedajo prostor tistim, ki potrebujejo akutno obravnavo. Mnogi izmed teh bolnikov bi lahko ob primerni podpori prejeli oskrbo na domu.

V primeru onemoglosti in odvisnosti lahko starejši ljudje v Kanadi izbirajo med pomočjo raznih servisov na domu, ustanovami za dolgotrajno oskrbo in neke vrste oskrbovanimi stanovanji, v okviru katerih imajo zagotovljen prostor za bivanje in razne storitve (čiščenje stanovanja, priprava kosila,...), če jih potrebujejo. Katero vrsto pomoči bodo izbrali, ni odvisno samo od zdravstvenega stanja starejšega človeka, ampak tudi od finančnega stanja, kulturnih vrednot in zmožnosti družinskih članov, da se vključijo v oskrbovanje. Družinski oskrbovalci so ključnega pomena, zato je tudi organizirana oskrba in nega na domu le dodatek k družinski oskrbi in ne njeno popolno nadomestilo.

Domača oskrba in starejši ljudje

Poglavje z naslovom Domača oskrba in starejši ljudje: posnetek stanja v Kanadi prikazuje profil starejših ljudi, ki potrebujejo pomoč in oskrbo, katero vrsto pomoči potrebujejo in vrste

storitev, ki so jim na voljo. Že na začetku avtorji poudarijo, ima v Kanadi približno 20 % ljudi, ki prejemajo oskrbo, diagnosticirano demenco. Družinski oskrbovalci dementnih ljudi se pogosto srečujejo z vedenjskimi spremembami starostnika, celo agresivnostjo, kar oskrbo otežuje. Avtorji poročila ob tem prepoznajo potrebo po izobraževanju o demenci in spoprijemanju z agresivnim ravnanjem starostnikov.

Poleg demence je pri številnih starostnikih hkrati prisotnih več bolezni oziroma bolezenskih stanj, kot so npr. sladkorna bolezen, možganska kap, srčno popuščanje, kronična obstruktivna pljučna bolezen, rak ali različna psihiatrična stanja. Več kot 30 % ljudi, ki prejemajo oskrbo v Kanadi, ima kompleksne zdravstvene težave, kot so spremembe v vedenju ali slabša fizična zmožnost, ki jih spremlja zmanjšana kognitivna funkcija. Družinskim oskrbovalcem teh ljudi grozi izgorelost, starostniki pa se morajo zato bolj zgodaj preseliti v ustanove za starejše.

Po drugi strani pa avtorji poročila ugotavljajo, da starostniki z večjimi potrebami po negi in oskrbi le-te ne prejemajo v primerno višjem odstotku. Starostniki z visokimi potrebami prejemajo tedensko kvečjemu nekaj ur oskrbe več kot starostniki z zmernimi potrebami. 95 do 98 % starostnikov, ki prejemajo oskrbo na domu, potrebuje vsaj nekaj pomoči pri instrumentalnih aktivnostih vsakdanjega življenja (čiščenje, kuhanje, nakupovanje,...), 23 do 41 % pa je takih, ki potrebujejo pomoč tudi pri osnovnih aktivnostih (uživanje hrane, uporaba stranišča in kopalnice,...).

Kadar starejši človek za domačo oskrbo potrebuje storitve različnih servisov, se skupaj s svojim družinskim oskrbovalcem sreča s t. i. *case managerjem*, ki je v bistvu koordinator oskrbe na domu. *Case manager* na začetku načrtovanja oskrbe na domu skupaj s starostnikom in družinskim oskrbovalcem naredi oceno potreb, na podlagi katere nato koordinira oskrbo. Skozi sam proces oskrbovanja pa vseskozi spremlja in

ocenjuje spremembe v potrebah starostnika in v skladu z njimi spreminja oskrbo. Poleg *case manager-jev*, ki so koordinatorji, pa za neposredno izvajanje oskrbe na domu skrbijo t. i. podporne službe (*personal support workers*). V Sloveniji so to socialni oskrbovalci. Njihove naloge so pomoč pri osnovnih in instrumentalnih vsakdanjih aktivnostih, obravnavo in spremljanje zdravstvenih stanj (kot je npr. oskrba rane, različnih katetrov, ...) pa prevzame medicinska sestra. V Kanadi se v oskrbo na domu po potrebi vključujejo tudi delovni terapevti, fizioterapevti, farmacevti, dietetiki in zdravniki, kar je v Sloveniji prej izjema kot pravilo.

50 do 69 % ljudi, ki prejemajo oskrbo na domu, zadostuje pomoč socialnih oskrbovalcev, 15 do 24 % potrebuje nadzor zdravstvenega stanja s strani medicinske sestre, manj ljudi pa potrebuje druge vrste medicinske oskrbe. Storitve rehabilitacije prejema manjši odstotek ljudi, okoli 10 % v kanadski provinci Ontario, v ostalih provincah pa še v manjšem deležu. Majhna vključenost fizioterapevtov in delovnih terapevtov je zaskrbljujoča glede na pojavnost padcev in stopnjo odvisnosti, ki jo imajo starejši pri izvajanju osnovnih in instrumentalnih dnevnih aktivnostih. Ostale storitve, kot je govorna terapija ali obisk socialnega delavca, so v Kanadi še bolj redke.

Družinski oskrbovalci

Družinski oskrbovalci so pogosto označeni kot hrbtenica zdravstvenih sistemov. S svojim doprinosom k oskrbi starejših ljudi pomembno razbremenijo zdravstvene sisteme, v sistemu oskrbe pa so precej neviden in pogosto ranljiv člen. Družinski član ponavadi prevzame vlogo družinskega oskrbovalca iznenada, npr. po nepričakovani bolezni ali poškodbi starejšega človeka, ne da bi se za to vnaprej pripravljaj.

Družinski člani, ki prevzamejo bremena oskrbovanja na svoja ramena, pogosto potrebujejo pomoč različnih socialnih servisov. Servisi in

storitve oskrbe na domu morajo biti zasnovani tako, da dopolnjujejo družinsko oskrbo, in ne, da jo v celoti nadomestijo. Izrednega pomena je namreč dobro sodelovanje med družinskim in socialnim oskrbovalcem. Socialni oskrbovalci zagotavljajo pomoč pri izvajanju tako instrumentalnih kot osnovnih življenjskih aktivnosti (umivanje, hranjenje, pospravljanje, ...), zagotavljajo nemoteno oskrbo, kadar družinski oskrbovalec ni dosegljiv (v času službe, opravkov in dopusta). Družinski oskrbovalec pa je po drugi strani socialnemu oskrbovalcu lahko v veliko pomoč. Letega namreč seznanj z rutino starejšega človeka, njegovimi željami, potrebami in ga orientira v prostoru. Družinski oskrbovalec lahko pomaga zagotoviti pravočasno in pravilno aplikacijo medikamentozne terapije, pomaga npr. pri dviganju in oblačenju starejšega človeka. Pomemben pa je tudi pri nadzorovanju procesa oskrbe, kjer skrbi, da so čim bolj zadovoljene potrebe in želje tako oskrbovanca kot socialnega oskrbovalca.

Ena izmed raziskav, opravljenih v Kanadi v letu 2007, kaže, da je približno tri četrtine družinskih oskrbovalcev starih med 45 in 64 let, medtem ko jih je ena četrtnina starejših od 65 let. Med vsemi oskrbovalci je približno 60 % žensk, 57 % družinskih oskrbovalcev je zaposlenih. Če je starejši človek, ki potrebuje oskrbo, še poročen, potem ga v 74 % oskrbuje partner, v 23 % pa otrok. Če starejši človek ni poročen, ga v najvišjem odstotku (74 %) oskrbuje odrasel otrok, njim sledijo ostali sorodniki s 13 %. Med 39 in 50 % družinskih oskrbovalcev živi s svojim oskrbovancem.

Pomembno se je ozreti tudi na zdravstveno stanje družinskih oskrbovalcev. V Kanadi jih tretjina navaja vsaj eno kronično bolezen, četrtnina pa ima dve ali več kroničnih bolezni. Pri družinskih oskrbovalcih z različnimi kroničnimi boleznimi in stanji obstaja večje tveganje za poslabšanje zdravstvenega stanja do te mere, da za oskrbovanje niso več sposobni oziroma, da celo sami potrebujejo oskrbovalca. Snovalci

zdravstvenih in socialnih politik in programov oskrbe bi se morali v prvi vrsti zavedati, da utrujen, preobremenjen in bolan oskrbovalec ne koristi nikomur.

Bremena družinskih oskrbovalcev in dolgo trajajoči stres, povezan z oskrbovanjem, pa ne vodijo samo do slabšanja zdravstvenega stanja oskrbovalca, ampak lahko izzovejo tudi zlorabe starejših ljudi. Zato je pomembno, da je družinski oskrbovalec na voljo dovolj storitev in servisov, na katere se lahko obrnejo. Po drugi strani pa je potrebno zagotoviti tudi načrtno iskanje primerov zlorab v lokalnem okolju, nuditi pomoč zlorabljenim osebam in skrbeti za konstantno izobraževanje o zlorabah in zanemarjanju starejših ljudi.

Kaj družinski oskrbovalci starejših ljudi pravzaprav potrebujejo? Poleg pomoči pri neposredni oskrbi starejšega človeka vsekakor potrebujejo znanje in informacije o oskrbovanju, imeti morajo občutek aktivne vloge pri načrtovanju procesa oskrbe, potrebujejo oddih od napornih nalog oskrbovanja in pomoč pri krmarjenju znotraj socialnega in zdravstvenega sistema.

Povezovanje je pomembno

Vključevanje družinske oskrbe v širši sistem zdravstvenega in socialnega varstva vodi do bolj kakovostne in učinkovite oskrbe ter povečuje stabilnost sistemov oskrbe. Povezovanje družinske oskrbe v širše sisteme zagotavlja boljšo komunikacijo med domačo oskrbo, bolnišnicami in primarnim zdravstvenim varstvom. Večja povezanost doprinese tudi k temu, da se prepozna starejše ljudi, ki oskrbo potrebujejo, vendar je zaradi različnih vzrokov ne prejemajo.

Starejši ljudje se s storitvami socialnih servisov srečajo na različne načine, najpogosteje pa ob odpustu iz bolnišnice. Povezovanje med bolnišnicami, socialnimi servisi in ustanovami v primarnem zdravstvenem varstvu (zdravstveni domovi) je tako izrednega pomena, saj na ta način zagotovimo nadaljnjo nego in oskrbo ter

varen prehod v domače okolje. Družinski člani se ob odpustu starejšega človeka iz bolnišnične oskrbe pogosto sprašujejo, ali je čim hitrejša vrnitev v domače okolje sploh varna. Ob tem se je potrebno zavedati, da tudi bolnišnice niso povsem varen kraj. Bolniki so v bolnišnicah namreč izpostavljeni bolnišničnim infekcijam, zaradi večjega števila medikamentozne terapije pa lahko pride do neželenih interakcij. Poleg tega daljše ležalne dobe podaljšujejo čas do začetka rehabilitacije, zmanjša pa se tudi verjetnost, da se bo starostnik vrnil v domače okolje, saj lahko z vsakim dnevom postaja bolj odvisen od pomoči. Pri bolnikih z demenco pa lahko daljše bivanje v bolnišnici vodi v depresijo in delirij.

Številne bolnišnice v Kanadi imajo tako že geriatrične time in oddelke, ki pripravljajo pacienta na vrnitev v domače okolje in pomagajo starejšemu človeku k čim bolj samostojni skrbi za samega sebe.

Avtorji poročila opozarjajo na pomen nepretrgane komunikacije med zdravstvenim in oskrbovalnim timom. Pogosto se namreč zgodi, da zdravstveni delavci na lokalnem nivoju (npr. osebni zdravniki, patronažne medicinske sestre) nimajo vpogleda v bolnišnično zdravstveno dokumentacijo, tako da vez med njimi in bolnišnico predstavlja pacient sam. Tudi socialne oskrbovalce bi bilo potrebno seznaniti z zdravstvenim stanjem oskrbovanca, mu pojasniti, na kaj naj bo pri določenem oskrbovancu pozoren. Sedanja praksa je žal takšna, da morajo socialni oskrbovalci podatke o pacientu, ki so pomembni za kakovostno izvajanje oskrbovanja, pridobivati od starejšega človeka ali njegovega družinskega oskrbovalca. Avtorji poročila verjamejo, da lahko vrzel v komunikaciji med različnimi zdravstvenimi in socialnimi ustanovami zapolni sodobna informacijska tehnologija.

Izzivi družinske oskrbe

Avtorji poročila so se osredotočili na 3 izzive v družinski oskrbi. Sem spada zagotovitev podpore

za družinske oskrbovalce, zaposlovanje socialnih oskrbovalcev in stroškovna učinkovitost oskrbe na domu.

Raziskave kažejo, da se bodo v naslednjih 30 letih potrebe po oskrbi povečevale, saj se bo delež starejših od 80 let znatno povečal. Po drugi strani pa se bo zmanjšalo število starejših, ki bodo imeli na voljo družinsko oskrbo. Zmanjšuje se namreč število družinskih članov v posamezni družini, stara se vse več ljudi, ki nimajo otrok, poleg tega pa so potencialni družinski oskrbovalci vse bolj zaposleni s svojimi lastnimi družinami in službenimi obveznostmi. Vse več ljudi bo torej potrebovalo organizirane oblike oskrbe na domu.

Problem, ki se pojavlja, je tudi v tem, da poklic socialnih oskrbovalcev ljudem ni privlačen. V primerjavi z delom v bolnišnicah je pogosto slabše plačan, razdeljen na več delov preko celotnega dne in pogosto tudi negotov, saj je precej odvisen od povpraševanja po oskrbi v lokalnih skupnostih. Na nacionalni ravni bi se moral vzpostaviti sistem izobraževanja, ki bi bil enak za vse socialne oskrbovalce v določeni državi. Urediti bi bilo potrebno tudi delovne pogoje, da bi ljudje videli socialno oskrbo kot možnost za ustvarjanje kariere in ne le kot začasno rešitev zaposlitvenega problema.

Na koncu pa je treba premisliti tudi o stroškovni učinkovitosti oskrbe na domu. Izkušnje iz tujine in številne raziskave kažejo, da je oskrba na domu stroškovno učinkovita, če je ustrezno umeščena v sistem socialnega in zdravstvenega varstva, in da je enakopravna nadomestitev zavodske oskrbe in podaljšanega bolnišničnega zdravljenja

Sklepne misli

Okoli tretjina ljudi v Kanadi, ki prejema oskrbo na domu, zaradi zdravstvenih omejitev potrebuje bolj intenzivne oblike pomoči. Kljub temu ti ljudje prejemajo na teden le nekaj ur organizirane oskrbe več, kot tisti, ki imajo zmerne potrebe po oskrbi. Takšni primeri jasno kažejo

na pomen družinskih oskrbovalcev, ki morajo v procesu oskrbovanja nemalokrat delovati celo na račun lastnega zdravja. Še posebej je treba opozoriti na oskrbovalce ljudi z demenco, ki naj bi izkusili večjo raven stresa, socialne izolacije, depresije in kroničnih zdravstvenih težav kot oskrbovalci starejših, ki nimajo demence.

Sistemi zdravstvenega in socialnega varstva morajo družinske oskrbovalce videti kot temeljni kamen, na katerem naj bi gradili proces oskrbovanja. Potrebno se je zavedati, da družinski oskrbovalci za opravljanje te svoje naloge pogosto potrebujejo pomoč. Tako zagotovitev stalne pomoči in podpore družinskim oskrbovalcem ni samo velika potreba, ampak celo nuja. Prav tako bi morali snovalci politik zaposlovanja upoštevati vse večjo potrebo po družinski oskrbi in omogočiti ljudem, ki oskrbujejo družinskega člana, fleksibilen delovni čas in možnost prostih dni, namenjenih oskrbovanju, kadar je to potrebno. Poleg tega svetujejo, da se pri organizaciji oskrbe na domu snovalci politik pozanimajo o dobrih praksah drugje po svetu in jih poskušajo prenesti v svoje okolje. Vsekakor pa naj velja, da je starosti bolj prijazna domača oskrba kakor oskrba v domovih za ostarele, zato naj temu sledita tudi razvoj in financiranje.

Tina Lipar

Bolte Taylor Jill (2009). Kap spoznanja. Moja pot okrevanja po možganski kapi. Ljubljana: Mladinska knjiga, 210 strani.

O OKREVANJU PO KAPI

Na usposabljanju za prostovoljce v Kostelu sem spoznala veliko čudovitih ljudi, od pastorja in njegove žene iz Kočevja do domačinov in *gerontodomačic*, kakor oskrbovalke na domu imenujejo Hrvati. Vsi udeleženci tečaja so imeli skupno željo, in sicer kakovostne odnose s starejšimi ljudmi v svojem kraju. Na tem tečaju sem spoznala tudi gospo Ivanko, fizioterapevtko, ki se je pred kratkim upokojila, vendar svoje znanje