

Kakovostna starost

REVIJA ZA GERONTOLOGIJO IN MEDGENERACIJSKO SOŽITJE
LETNIK 27 (2024), ŠTEVILKA 3



INŠTITUT ANTONA TRSTENJAKA

KAKOVOSTNA STAROST

letnik 27, številka 3, 2024

UVODNIK

ZNANSTVENI IN STROKOVNI ČLANKI

- 3 Ana Glavica: Povezovanje formalnih in neformalnih oskrbovalcev starostnikov v integrirano dolgotrajno oskrbo
- 45 Polona Maleš: Kakovost življenja starejših v stanovanjskih skupnostih in vloga delovne terapije
- 57 Alen Sajtl in Ana Ramovš: Digitalizacija in digitalna transformacija v ustanovah za dolgotrajno oskrbo

IZ GERONTOLOŠKE LITERATURE

- 79 Manifest za evropo za vse starosti (Prevod in priredba Alenka Ogrin)

GERONTOLOŠKO IZRAZJE

- 82 Vozniška sposobnost v starosti (J. Ramovš)

STAROSTI PRIJAZNA MESTA IN OBČINE

- 84 Svetovna zdravstvena organizacija in globalne mreže starosti prijaznih mest in občin o preprečevanju padcev (Ana Gorenc Vujović)

GOOD QUALITY OF OLD AGE

- 87 Good Quality of old age: Journal for Gerontology and Intergenerational Relations, Vol. 27, Num. 3, 2024

Na naslovnici: nomadka iz Mongolije (foto: Ksenija Ramovš)

Zapoznali Zakon za dolgotrajno oskrbo v Sloveniji stopa postopoma v veljavo; v primerjavi z boljšimi po Evropi, še zelo zaostaja v javnem sofinanciranju in sistemu. Rešitev za to bistveno področje socialnega sožitja v naši državi je razvoj zdravstvene in socialne stroke, ki sta v sodobnem integriranem sistemu dolgotrajne oskrbe odločilni. Čeprav je nad tri četrtine oskrbe na ramenih družinskih članov in drugih neformalnih oskrbovalcev, sta kakovost in vzdržnost njihovega oskrbovanja usodno odvisni od usposabljanja, ki jima ga nudita ti dve stroki, in od organizacije ostale razbremenilne pomoči, ki ga po spoznanjih socialne in zdravstvene stroke uzakoni država, ti dve stroki pa izvajata. Zdravstvena in socialna stroka v Sloveniji ne zaostajata v znanju o svojih storitvah pri dolgotrajni oskrbi, ampak v znanju o tem, kako povezati oskrbovalna znanja v celoto, da učinkovito odgovarja na to, kar sto tisoči oskrbovancev in njihovih svojcev v resnici potrebujejo, zmorejo in hočejo.

Ob uvajanju Zakona o dolgotrajni oskrbi v Sloveniji je ugoden trenutek, da se gerontološke stroke te svoje odločilne naloge zavejo in jo opravijo. To je naloga socialne gerontologije, zdravstvene nege, socialnega dela, fizioterapije, delovne terapije, arhitekture za starosti primerno gradnjo, javne uprave in drugih strok, ki so za področje oskrbe onemoglih nepogrešljive. Je naloga njihovih fakultet in poklicnih združenj. Zato tudi naša revija nadaljuje z objavljanim člankov o sodobni integrirani dolgotrajni oskrbi kot sistemu in o posameznih vkih tega sistema. Tudi v pričujoči številki večina prispevkov neposredno ali posredno obravnava dolgotrajno oskrbo. Izjemno dolg sistematični članek Ane Glavica, magistricе zdravstvene nege, prikaže pregled integrirane dolgotrajne oskrbe, njena obsežna raziskava strokovnega kadra v dolgotrajni oskrbi pa razkrije dejansko stanje: z ene strani njihovo željo, da bi sledili potrebam oskrbovancev in njihovih svojcev, z druge pa nizko znanje o sodobnem sistemu, slabo organizacijo in nezaupanje vanjo. To zadnje je še posebej zaskrbljujoče, saj kaže na resignacijo zaposlenih v dolgotrajni oskrbi; isto rano v sistemu kaže tudi današnje usodno pomanjkanje kadra in odhajanje ljudi iz teh služb na druga področja.

Stroke se konec prejšnjega stoletja niso odzvale na staranje prebivalstva in večanje potreb po oskrbi z ustvarjalnim raziskovanjem in sinergičnim sodelovanjem med seboj, ampak z zapiranjem v svoje oskrbovalne storitve. In prav tako naša državna in lokalne politike. Kjer po Evropi so se ustrezno odzvali, so prišli ob dobrih izkušnjah do naslednjih prioritet za humano, kadrovsko in finančno vzdržno dolgotrajno oskrbo v skupnosti.

1. Vse stroke, ki so pomembne za oskrbo, morajo poznati celoto tega sistema, da lahko razvijajo spoznanja in metode za svoje poklicne storitve – pogoj za to je sodelovanje med njimi, zlasti med zdravstvom in socialo.

2. Vse stroke, ki nudijo oskrbovalne storitve, morajo svoje znanje in metode zavestno razvijati tudi kot pomoč za osebno, družinsko in skupnostno samopomoč pri oskrbi, državna vlada in parlament pa uzakoniti sodoben sistem integrirane dolgotrajne oskrbe, ki pravično sofinancira oskrbo vsem, ki jo potrebujejo.

3. Šolski, vzgojni in medijski sistem mora poskrbeti, da je vsak državljan poučen o oskrbi in ključnem pomenu oskrbovanja nemočnih za razvoj družbe. To daje družbi dva nepogrešljiva rezultata: 1. ljudje osebno pomagajo nemočnim v svoji okolici in 2. poznajo, sprejemajo in skrbijo za svoj starostni razvoj v zdravju in za človeško zorenje ob pešanju svojih moči in predajanju razvoja naslednjemu rodu.

V Sloveniji so stroke po osamosvojitvi države spregledale svoje naloge ob staranju prebivalstva. Sedanja kriza oskrbe in uveljavljanje Zakona o dolgotrajni oskrbi je za nas drugi izpitni rok.

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)

mag. Tjaša Potočnik, Ana Ramovš dr. med., Marta Grčar, mag. Alen Sajtl, Alenka Ogrin

Uredniški svet / Editorial Advisory Board

prof. dr. Herman Berčič (*Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport*)

prof. dr. Vlado Dimovski (*Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta*)

dr. Simona Hvalič Touzery (*Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede*)

prof. dr. Zinka Kolarič (*Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede*)

prof. dr. Ana Krajnc (*Univerza za tretje življenjsko obdobje*)

prof. dr. Jana Mali (*Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo*)

mag. Ksenija Ramovš (*Inštitut Antona Trstenjaka*)

prof. dr. Jože Ramovš (*Inštitut Antona Trstenjaka*)

dr. Božidar Voljč (*zdravnik in bivši minister za zdravje*)

Mednarodni uredniški svet / International Advisory Board

prof. dr. Mladen Davidović (*Center for geriatrics, KBC Zvezdara, Beograd, Srbija*)

prof. dr. David Guttman (*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*)

Povzetki člankov so vključeni v naslednjih podatkovnih bazah:

Sociological Abstracts, Social Services Abstracts, Cobiss, EBSCO, ProQuest.

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

Tisk: Itagraf d.o.o. Ljubljana

Cena: letnik 44 €, posamezna številka 14 €, prostovoljci 24 €

Spletna stran: <http://www.inst-antontrstenjaka.si/tisk-kakovostna-starost-arhiv.asp>

E-pošta: info@inst-antontrstenjaka.si

Revijo Kakovostna starost v letu 2023 in 2024 sofinancira ARRS na temelju javnega razpisa za sofinanciranje in izdajanje domačih znanstvenih periodičnih publikacij v letih 2023 in 2024.

Ana Glavica

Povezovanje formalnih in neformalnih oskrbovalcev starostnikov v integrirano dolgotrajno oskrbo

POVZETEK

V članku smo se osredotočali na povezovanje formalnih in neformalnih oskrbovalcev starostnikov v integrirano dolgotrajno oskrbo kot ustrezen odgovor na sedanje staranje prebivalstva in povečane potrebe po oskrbi. V raziskavi, ki je bila narejena za magistrsko nalogo, sem med drugim ugotavljala, koliko so formalni oskrbovalci o tem informirani in ozaveščeni ter katere potrebe zaznavajo pri neformalnih domačih oskrbovalcih. Za zbiranje podatkov v kvalitativni raziskavi sem uporabila polstrukturiran intervju. Priložnostni vzorec je zajel 36 formalnih oskrbovalcev iz različnih zdravstvenih in socialnih institucij po Sloveniji. Obdelava podatkov je dala štiri velike kategorije: sodobni koncept oskrbe, interdisciplinarno sodelovanje, multidisciplinarna oskrba in doživljanje socialnega okolja. Raziskani formalni oskrbovalci izražajo zavedanje o nujnosti dobrega sodelovanja z neformalnimi oskrbovalci in prepoznavanja njihovih potreb, neredko pa doživljajo tudi socialno ogroženost starih ljudi v oskrbi.

Ključne besede: integrirana dolgotrajna oskrba, neformalni oskrbovalci, formalni oskrbovalci, kakovost in varnost obravnave starostnika, socialno ogroženi starostniki

AVTORICA

Ana Glavica, dipl. m. s., mag. zdr. in soc. osk., rojena 1989 v Ljubljani, je končala srednjo zdravstveno šolo in se zaposlila na Onkološkem inštitutu leta 2009. Kot medicinska sestra v oskrbi bolnikov prejema več, kot bi si lahko predstavljala – bolniki ji dajejo hvaležnost, navdih, življenjske lekcije, zaupanje, osebni razvoj in povezanost. Vse te izkušnje jo oblikujejo v boljšo osebo in strokovnjakinjo, ki je pripravljena dati vse od sebe za dobrobit tistih, ki jo potrebujejo. V želji po znanju je svojo pot nadaljevala na Fakulteti za zdravstvene vede Novo mesto in postala diplomirana medicinska sestra. Zaradi velikega števila starejših bolnikov na Onkološkem inštitutu se je odločila nadgraditi svoje znanje in se vpisala na magistrski študij, smer integrirana zdravstvena in socialna oskrba, saj so starostniki še posebej ranljiva skupina.

ABSTRACT

Connecting formal and informal carers of older people in integrated long-term care

In this paper we focus on the integration of formal and informal carers of older people into integrated long-term care as an appropriate response to the current ageing population and increased care needs. In the research carried out for author's master's thesis she investigated, among other things, to what extent formal carers are informed and aware of this and what needs they perceive in informal carers. In the qualitative research she used semi-structured interviews to collect data. The random sample included 36 formal carers from different health and social care institutions across Slovenia. Data processing has produced four broad categories: modern concept of care, interdisciplinary collaboration, multidisciplinary care and experiencing the social environment. The formal carers surveyed express awareness of the need for good cooperation with informal carers and awareness of their needs, but they also often experience social deprivation of the older people in their care.

Key words: integrated long-term care, informal carers, formal carers, quality and safety of care of older people, socially deprived older people

AUTHOR

Ana Glavica, M.Sc., of health and social sciences, born in 1989 in Ljubljana, graduated from secondary medical school and joined the Oncology Institute in 2009. As a nurse, in her care for patients she receives more than she could have imagined - patients give her gratitude, inspiration, life lessons, confidence, personal development and connection. All these experiences have shaped her into a better person and a professional who is willing to give her best for the well-being of those in need. Wanting to gain more knowledge, she pursued her studies at the Faculty of Health Sciences in Novo mesto and became a registered nurse. Due to the large number of older patients at the Oncology Institute, she decided to upgrade her knowledge and enrolled in a master's degree in integrated health and social care, as older people are a particularly vulnerable group.

1 STARANJE PREBIVALSTVA IN SODOBNA INTEGRIRANA DOLGOTRAJNA OSKRBA

1.1 POTREBA PO INTEGRIRANI DOLGOTRAJNI OSKRBI

Staranje po vsem svetu prinaša izzive glede oskrbe starejših. To še zlasti občutijo države z nizkimi in srednjimi dohodki, v katerih staranje prebivalstva presega razvoj politike in storitev oskrbe. Narašča potreba po formalni

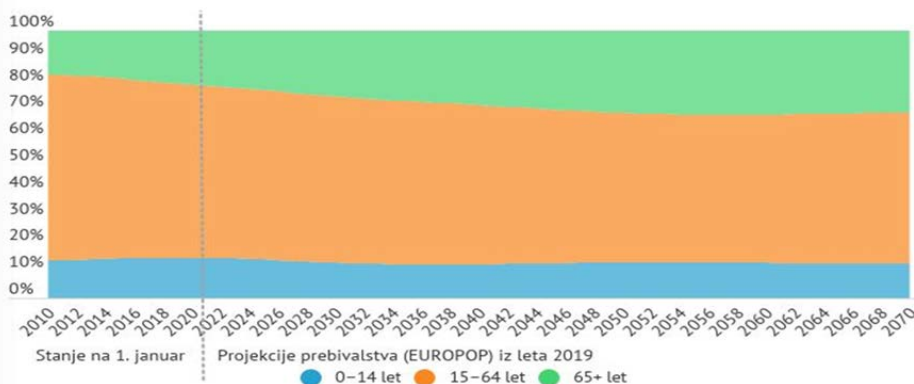
dolgotrajni oskrbi, saj neformalni oskrbovalci ne morejo več ustrezno skrbeti za družinskega člana. Narašča pritisk na politike, ker ne rešujejo tega perečega problema. Oblikovalci politik bi morali imeti proaktivno stališče, kar pomeni, da bi morala vlada takrat, ko družinsko varstvo starejših ne zmore več in so družinski oz. neformalni oskrbovalci pod vse večjim pritiskom, posredovati in okrepiti podporo za zapolnitev vrzeli z razvojem ustreznih politik in kontinuiranih oz. neprekinjenih storitev dolgotrajne oskrbe, ki so dostopne za večino starejših ljudi v stiski.

Svetovno prebivalstvo se hitro stara, saj se je rodnost v večini svetovnih regij znižala na zelo nizko raven; poleg tega ljudje živijo dlje. Ko je svetovno prebivalstvo leta 2012 doseglo 7 milijard, je bilo 562 milijonov ljudi (8,0 %) starih 65 let in več. Leta 2015, tri leta pozneje, se je starejše prebivalstvo povečalo za 55 milijonov, delež starejšega prebivalstva pa je dosegel 8,5 % celotnega prebivalstva (He, Goodkind in Kowal, 2016, str. 1).

Slovenija je gospodarsko razvita država z izjemno naglim staranjem prebivalstva (Ramovš, 2020). Skupina najstarejših prebivalcev, ki so stari 80 let in več, se bo med letom 2010 in 2050 potrojila. Prebivalci v starosti med 65 in 79 let tvorijo glavnino zdravega dela upokojenske generacije. Ta skupina se bo v tem obdobju skoraj podvojila, in sicer z 13 % na 19 %. V Sloveniji je upokojena več kot četrtina prebivalstva. Dolgotrajno oskrbo potrebuje sedaj okrog 4 % prebivalstva, v prihodnje se bo delež teh podvojil. Leta 2006 je bila povprečna pričakovana življenjska doba za moške v Sloveniji 74,9 leta, za ženske pa 82,3 leta. V Sloveniji se je pričakovana življenjska doba v obdobju od 1980 do 2007 v povprečju zvišala kar za 7 let (Rafaelič in Nagode, 2012, str. 47–58).

Slika 1: Delež prebivalcev po starostnih skupinah

Delež prebivalcev po starostnih skupinah, Slovenija



Vir: SURS. (2019). Eurostat: Pridobljeno <https://www.stat.si/StatWeb/News/Index/9076>.

1.2 DOLGOTRAJNA OSKRBA V EVROPI

Dolgotrajna oskrba (DO) velja za »neviden socialni sistem socialne varnosti« zaradi dveh glavnih razlogov. Prvič, v večini evropskih držav je financiranje in zagotavljanje DO prepleteno z zdravstvenim varstvom in socialno oskrbo. Drugič, DO se močno zanaša na neplačano »nevidno« oskrbo neformalnih oskrbovalcev, večinoma žensk, katerih socialne pravice so pogosto zapostavljene v socialnih zaščitnih sistemih.

DO pridobiva vidnost v političnem diskurzu in reformah, zlasti na nacionalni ravni in ravni EU. Razvoj gre v smeri oskrbe na domu in v skupnosti, kot je zapisano v Evropskem stebru socialnih pravic (Spasova, Baeten in Vanhercke, 2018, str.7-8).

Primerjalna analiza poročila nacionalnih strokovnjakov iz 35 evropskih držav kaže, da se vprašanja, povezana z DO, stopnjujejo zaradi staranja prebivalstva in spreminjajočih se vzorcev dela in družine. Zaradi večje udeležbe žensk na trgu dela in dvigovanja starostne meje za upokožitev se zmanjšuje število neformalnih oskrbovalcev, medtem ko povpraševanje po DO narašča. Delež državljanov EU, starih 80 let ali več, se bo do leta 2070 povečal s 4,9 % na 13 %.

V tem kontekstu se nacionalni sistemi socialne zaščite srečujejo s štirimi glavnimi izzivi glede DO za starejše ljudi:

1. dostopnost in zadostnost – tu je izziv nezadostno javno financiranje formalnih storitev ter nepovezanost med formalno in neformalno DO;
2. kakovost oskrbe, ki je ogrožena zaradi pomembnega naraščanja povpraševanja in pomanjkanja nadzora nad kakovostjo v mnogih državah;
3. zaposlovanje oskrbovalcev, predvsem žensk, ki pogosto delujejo kot neformalni oskrbovalci in se zaradi svojih oskrbovalnih odgovornosti morda morajo odpovedati svojim službam;
4. finančna vzdržnost ob staranju prebivalstva in naraščajočih javnih izdatkih za DO.

Dostopnost storitev lahko omeji fragmentacija DO. Na splošno se zagotavljanje in financiranje DO delita horizontalno in vertikalno, tj. med zdravstveno in socialno oskrbo ter med teritorialnimi enotami. Fragmentacija med zdravstvenimi in socialnimi storitvami pogosto vodi do pomanjkanja usklajenosti med enotami, kar vpliva na čakalne dobe in upravne postopke (npr. v Bolgariji, Cipru, Češki, Estoniji, Franciji, Litvi, Latviji, Srbiji, Sloveniji, Združenem kraljestvu). Poleg tega so regionalne odgovornosti za DO pogosto privedle do razlik v zagotavljanju DO v številnih državah. Kar zadeva oskrbo na domu, obstaja jasna delitev med evropskimi državami. Storitve na domu in v skupnosti so najbolj razvite v nordijskih državah (Danska, Finska, Islandija, Norveška,

Švedska) in nekaterih kontinentalnih evropskih državah (na primer Avstrija, Belgija, Nemčija, Francija, Luksemburg, Nizozemska). Nasprotno pa tisti, ki potrebujejo DO v južnih evropskih državah (Ciper, Grčija, Španija, Malta, Portugalska), v vzhodnih državah (primer Bolgarija, Češka, Estonija, Latvija, Litva, Severna Makedonija, Poljska, Romunija, Srbija, Slovenija, Slovaška) in v Združenem kraljestvu, pogosto naletijo na pomanjkanje razpoložljivih storitev na domu ali pa nudijo predvsem storitve za osebe z visoko stopnjo odvisnosti. Razvoj storitev na domu bi moral iti z roko v roki s trdnimi politikami za preprečevanje in rehabilitacijo, da bi ljudem zagotovili, da lahko živijo čim dlje v svojem domu. Oskrba na domu bi morala biti na voljo vsem osebam, ki potrebujejo DO, in ne le najbolj odvisnim starejšim (Spasova, Baeten in Vanhercke, 2018, str. 7-8).

1.3 RAZVOJ DOLGOTRAJNE OSKRBE V SLOVENIJI – RAZPRŠENOST IN NEUREJENOST

Leta 2002 je vlada na pobudo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije imenovala posebno delovno skupino, ki naj bi pripravila izhodišča za reforme sistema dolgotrajne oskrbe. Leta 2004 je sprejela poročilo s predlogom uvedbe sistema obveznega socialnega zavarovanja za DO in združitve izvajalcev, ki zagotavljajo različne storitve, povezane z DO znotraj zdravstvenega in socialnega sistema. Leta 2005 je bila v okviru ministrstva za zdravje imenovana prva delovna skupina za pripravo zakona. Leta 2007 je potekala javna obravnava predloga, vendar vlada predlaganih rešitev ni potrdila in jih ni posredovala državnemu zboru. Leta 2008 je vlada Zakon o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo prenesla na ministrstvo za delo, družbo in socialne zadeve.

Države članice EU se na tem področju srečujejo s podobnimi problemi kakor v Sloveniji. Evropski parlament in Evropska komisija sta leta 2008 ugotovila, da morajo države članice v prihodnosti posebno pozornost nameniti osebam, ki potrebujejo zdravstveno in dolgotrajno oskrbo. V Sloveniji so leta 2008 ugotovili, da veljavni sistem DO ni ustrezen. Poglavitne ugotovitve o neustreznosti so bile (Dominkuš, 2010, str. 159–162):

- mreža za izvajanje storitev ni enakomerno dostopna, s čimer se slabša kakovost oskrbe;
- sistem financiranja ne zagotavlja dolgoročne vzdržnosti in ustvarja razlike med uporabniki;
- storitve v bivalnem okolju so še vedno sorazmerno nerazvite, kar povzroča dodaten pritisk na podaljševanje dragega bolnišničnega zdravljenja;
- v praksi ne deluje koordinacija med službami, ki zagotavljajo različne oblike pomoči;

- obstoječe storitve in prejemniki niso povezani v enotni sistem, ker določene pravice posameznim kategorijam prebivalstva niso formalno dostopne.

Kljub temu, da je od leta 2010 minilo več kot desetletje, bistvenih sprememb na teh področjih ni bilo. Te težave še vedno ostajajo nerešene in vplivajo na učinkovitost ter kakovost oskrbe uporabnikov storitev. Obstoječi sistem zagotavljanja dolgotrajne oskrbe v Sloveniji ni sistemsko urejen in se odvija v okviru različnih zakonodaj. Usmerjen je v institucionalno varstvo, ne pa v skupnostno oskrbo.

Sodobni dostop do storitev DO v skupnosti zagotavlja varnost pred revščino in institucionalizacijo ter vključenost vseh ljudi ne glede na njihove vire in sredstva. Rafaelič in Nagode (2012, str. 47–58) navajata podatek, da je leta 2011 v domovih za starejše živelo 17.386 stanovalcev, pomoč na domu pa je prejemale 6.624 oseb; slednja storitev se od tedaj skorajda ni povečala. V Sloveniji je DO zagotovljena na različne načine: z institucionalnim varstvom, s pomočjo na domu, v vmesnih strukturah in z denarnimi prejemki. Poleg domov za stare ljudi zagotavljajo oskrbo tudi socialnovarstveni zavodi, zavodi za usposabljanje, varstveno delovni centri, dnevni centri in stanovanjske skupine. Skupnostno dolgotrajno oskrbo zagotavljajo patronažne službe, centri in drugi zavodi v obliki osebne pomoči in pomoči na domu, družinski pomočniki, z varovanjem na daljavo in osebno asistenco. Denarni prejemek pa je pri nas na voljo en sam, in sicer kot dodatek za pomoč in postrežbo oziroma za tujo nego in pomoč v okviru pokojninskega in invalidskega zavarovanja. Po podatkih Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje je te dodatek decembra 2011 prejemale 31.238 oseb, od tega jih je 498 prejelo znesek za najtežjo oskrbo (414,50 evra), 11.340 srednjega (290,15 evra) in 19.400 najnižjega (145,08 evra). Dodatek lahko prejemajo tako osebe, ki živijo doma in ne prejemajo nobene druge storitve dolgotrajne oskrbe, kakor tudi osebe, ki so v institucionalnem varstvu.

Pri snovanju systemske ureditve dolgotrajne oskrbe v Sloveniji imajo, vsaj načelno, pomembno vlogo (Nagode, Črnak Meglič, Ficko, Lebar, Pirec in Rafaelič, 2021, str. 29):

- integrirana dolgotrajna oskrba s središčno vlogo uporabnika,
- oskrba na domu kot prioriteta in
- povezovanje formalne in neformalne oskrbe.

3. avgusta 2023 je začel veljati Zakon o dolgotrajni oskrbi. Njegova blagajna pri Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije se bo napajala iz novega zavarovanja za dolgotrajno oskrbo, deloma pa iz proračuna RS in drugih virov. V obvezno zavarovanje za dolgotrajno oskrbo so po uradni dolžnosti prijavljeni vsi, ki so dopolnili 18 let in so že vključeni v obvezno zdravstveno zavarovanje kot zavarovanci ali kot družinski člani. Zakon o dolgotrajni oskrbi

določa kategorije, v katere se delijo upravičene osebe; glede nanje jim pripada določen obseg storitev DO. Obvezno zavarovanje za dolgotrajno oskrbo predstavlja eno izmed petih obveznih socialnih zavarovanj v Republiki Sloveniji, ki skupaj z obveznim pokojninskim in invalidskim zavarovanjem, obveznim zdravstvenim zavarovanjem, obveznim zavarovanjem za starševsko varstvo ter obveznim zavarovanjem za primer brezposelnosti tvorijo celovit sistem socialne varnosti v Republiki Sloveniji.

Pravice do dolgotrajne oskrbe so: oskrba na domu, oskrba v instituciji, oskrbovalec družinskega člana in denarni prejemek ter dodatni storitvi e-oskrbe in storitve za ohranjanje in krepitev samostojnosti, ki delujeta preventivno in omogočata, da človek ostaja čim dlje v domačem okolju. Z letom 2024 se je začela izvajati samo pravica do oskrbovalca družinskega člana, vse ostale pravice pa se bodo začele po 1. juliju 2025. Prav tako obveznost plačevanja prispevka za dolgotrajno oskrbo nastopi šele s 1. julijem 2025 (Pirs, 2024).

V Sloveniji je vlada zavlačevala z ureditvijo dolgotrajne oskrbe, kar je privedlo do resnih problemov na tem področju. Za uvedbo kakovostne in varne dolgotrajne oskrbe so pomembni naslednji pogoji:

- spoštovanje integritete in vrednot vsakega človeka ter njegovo aktivno sodelovanje,
- integracija ali povezovanje strokovnih služb in izvajalcev,
- enakomerna dostopnost do storitev,
- interdisciplinarni oskrbovalni tim vključuje poklicne in nepoklicne izvajalce DO,
- usklajevanje in učinkovit prenos informacij,
- izdelava smernic, kazalnikov kakovosti in varnosti ter standardov,
- ustrezna usposobljenost izvajalcev DO,
- preventivni ukrepi in rehabilitacija,
- laična javnost mora poznati pomen in namen DO ter njene koristi za večje zadovoljstvo posameznika, družine in družbe, kar je temelj za učinkovito vpeljavo integriranega sistema DO in tudi razumevanje zavarovanja za DO (Peternej, 2010, str. 170–172).

1.4 INTEGRIRANA DOLGOTRAJNA OSKRBA

Integrirana oskrba je širok koncept, ki se uporablja za opis povezanega niza kliničnih, organizacijskih in političnih sprememb s ciljem izboljšati učinkovitost storitev, izkušnje bolnikov in starostnikov ter rezultate.

Sistemi zdravstvenega varstva po vsem svetu se preoblikujejo. Staranje prebivalstva in s tem povezana multimorbidnost v državah z visokimi dohodki zahteva premik od epizodnega zdravljenja akutne bolezni k večji kontinuiteti

oskrbe kroničnih stanj. Potrebna je tudi večja usklajenost zdravstvene in socialne oskrbe, da se preprečijo nepotrebni sprejemi v bolnišnice in nevarnosti podvojene, razdrobljene in neusklajene oskrbe. Vodilno načelo za preoblikovanje sistema je integrirana oskrba ter zagotavljanje zdravstvenih in povezanih storitev ter medsebojno povezanih ciljev, ki prinesejo boljše rezultate in izkušnje. Integrirano oskrbo so proučevali na različne načine – na primer kot organizacijski in socialni proces, kot kazalnik učinkovitosti zdravstvenega sistema in glede na njegove učinke, kot je ekonomski učinek. Večina zagovarja cilje in vrednote, ki so »osredotočeni na pacienta«. Le malokdo oporeka načelu integracije. Skratka, integrirana oskrba je pomembna ideja, ki je trdno zapisana v zdravstveni politiki po vsem svetu. Vendar pa dokazi, deloma zaradi metodoloških izzivov, ne sledijo pričakovanjem politike glede tega, kaj lahko integrirana oskrba doseže. Opravljenega je bilo veliko dela za vrednotenje strategij in poenotenje konceptov integrirane oskrbe, manj pozornosti pa je bilo namenjene raznolikosti in napetostim, ki jih vsebuje tako obsežni projekt (Huges, Shaw in Greenhalgh, 2020, str. 446–448).

Dolgotrajno oskrbo sestavljajo storitve, ki jih izvajajo številni izvajalci na različnih področjih, zato je potrebna dobra medsebojna povezanost, koordinacija in sodelovanje. Povezovanje in sodelovanje med različnimi storitvami oziroma službami je ključno za vzpostavitev integrirane in celostne dolgotrajne oskrbe. Ena od bistvenih integracij v sodobni dolgotrajni oskrbi je sistemska povezava med neformalno in formalno oskrbo, zato sledi v nadaljevanju opis ene in druge.

1.5 NEFORMALNA OSKRBA IN NEFORMALNI OSKRBOVALCI

Neformalni oskrbovalci so ljudje, ki nepoklicno in neslužbeno pomagajo bolnemu ali staremu človeku opravljati vsakdanja opravila. Neformalni oskrbovalci so v 90 % primerov družinski člani, ostalo pa so sosede, prijatelji, znanci in prostovoljci. V Evropi prejema neformalno oskrbo povprečno 75 % od vseh ljudi, ki so v oskrbi (Ramovš, 2020, str. 64).

V nacionalnih in regionalnih zakonodajah poznamo različne definicije neformalne oskrbe. Ponekod se izraz neformalni oskrbovalec pokriva z izrazom **družinski oskrbovalec**. Neformalna oskrba je neprofesionalna oskrba, ki jo nudijo svojci, prijatelji, sosede in druge osebe, ki brez plačila dolgotrajno oskrbujejo ljudi vseh starosti, ki potrebujejo pomoč. Države prihranijo izdatke za formalno oskrbo, vendar na drugi strani nastajajo skriti izdatki, ki jih imajo neformalni oskrbovalci. Če ti nimajo ustrezne podpore pri opravljanju svojega dela, lahko trpi njihovo počutje in poklicno delo, saj so nekateri primorani zmanjšati obseg zaposlitve ali pa jo celo opustiti, kar lahko privede do revščine in socialne izključenosti. V zadnjih nekaj letih narašča število plačanih

neformalnih oskrbovalcev, ki nadomeščajo ali dopolnjujejo neformalne oskrbovalce, kot so družinski člani. V večini držav tako delo opravljajo predvsem ženske v zasebnih gospodinjstvih ter trajni ali začasni migranti brez kvalifikacij, ki so različno plačani. Oskrbovalci so predvsem iz vzhodne Evrope, Azije in Latinske Amerike (Ogrin, 2020, str. 58–60).

Neformalni oskrbovalci v svojem življenju zaradi prevzemanja oskrbe starostnika doživljajo omejitve. Lahko se srečujejo z izčrpanostjo, kar povzroči izgubo čustvenih in poklicnih odnosov ter omejitev družabnosti in prostega časa. To lahko vpliva na razvoj psihiatričnih, telesnih, čustvenih in socialnih simptomov in na uporabo zdravil. Poleg tega lahko skrb za svojca vpliva na finančno stanje oskrbovalca in ogrozi kakovost ponujene oskrbe. Stopnja obremenitve je neposredno povezana s stopnjo odvisnosti starejše osebe (Machado de Jesus, Santos Orlandi in Zazzetta, 2018, str. 195).

Lipar in Mravljak Andoljšek (2018) govorita o potrebah neformalnih oskrbovalcev. V članek sta vključili 14 študij in izluščili najbolj pomembne značilnosti neformalne oskrbe. Navajata, da je najpomembnejše informiranje in usposabljanje neformalnih oskrbovalcev, ki potrebujejo informacije o:

- storitvah, ki so jim na voljo,
- pripomočkah za lažje oskrbovanje,
- telesnih vajah za ohranjanje in povrnitev zdravja (rehabilitacija),
- bolezni, njeni prognozi, simptomih, poteku zdravljenja, prehrani,
- umiranju in spremljanju umirajočega svojca.

Neformalni oskrbovalci potrebujejo tudi nasvete glede dolgoročnega finančnega planiranja, ki jim nudi javno zavarovanje za dolgotrajno oskrbo.

V Sloveniji je organizirana pomoč na domu v okviru javne mreže; ceno ure te pomoči subvencionirajo občine v različnih deležih. Ekonomska situacija pri upokojencih je slaba, saj je bila leta 2015 stopnja tveganja revščine za starejšo populacijo 17,1 % (Hrženjak, 2018, str. 86).

Nizka raven formalnih storitev DO, ki so na voljo zlasti na podeželju, vodi do večje interakcije med sosedi in sorodniki, ki so glavni vir oskrbe in opore. Večja osamljenost je izražena pri ljudeh brez prijateljev in pri tistih, ki imajo večje telesne težave (Neuberg in Canjuga, 2016, str. 291).

Med neformalne oskrbovalce sodijo tudi **prostovoljci**; tradicionalno so to bili **sosedje**, ki tudi danes nudijo še veliko oskrbovalne pomoči onemoglim sosedom, zlasti tistim, ki so brez svojcev. Prostovoljci s svojim delom bogatijo tudi sebe, počutijo se boljše, zaradi opravljenega dobrega dela navezujejo nove stike in bogatijo notranje in socialno življenje (Mikuš Kos, 2020, str. 10–19).

Prostovoljstvo opredeljujejo kot dejanje svobodne volje, ki prinaša koristi za druge posameznike, skupine ali okolje. Čeprav so ta merila splošno sprejeta,

obstaja precejšnja razprava o tem, ali je prostovoljstvo povezano s plačanimi ali drugimi koristmi za prostovoljca. Razširjenost prostovoljstva odraslih se po svetu močno razlikuje; po ocenah je v ZDA 27-odstotna, v Avstraliji 36 in v Evropi 22,5 odstotna. Čeprav je prostovoljstvo zelo razširjeno, obstajajo znatne socialne in zdravstvene neenakosti. Ljudje iz bolj prikrajšanih socialnih okolij ali ljudje, ki poročajo o dolgotrajnih kroničnih zdravstvenih težavah, so verjetno manj prostovoljno aktivni kot njihovi premožnejši in bolj zdravi vrstniki. Glavni razlog za prostovoljstvo je predvsem altruističen, ko človek želi »nekaj vrniti« svoji skupnosti, organizaciji ali dobrodelni organizaciji, ki ga je na nek način podprla. Drugi razlogi so lahko izboljšanje zaposlitvenih možnosti, širjenje družbenih krogov ali odvrčanje od težav v vsakdanjem življenju. Izboljšanje zdravja se le redko omenja kot motiv za prostovoljstvo, kljub temu pa je priljubljena politična percepcija, da je prostovoljstvo povezano z izboljšanim zdravjem in dobrim počutjem. Raziskav o možnih zdravstvenih koristih prostovoljstva je v zadnjem času vedno več. Sinteza narativnih dokazov je pokazala, da je prostovoljstvo povezano s podaljšano življenjsko dobo, izboljšano sposobnostjo opravljanja vsakdanjih dejavnosti, boljšimi mehanizmi obvladovanja zdravja, sprejemanjem zdravega načina življenja in izboljšano kakovostjo življenja, socialno podporo, interakcijo in samospoštovanjem. Poročali so tudi o zmanjšanju depresije, stresa, hospitalizacije, bolečine in psihične stiske pri prostovoljcih (E. Jenkinson idr., str. 2).

V Angliji je tri milijone ljudi, ki so redni prostovoljci v sistemu zdravstva in socialnega varstva. Ocenili so, da tvorijo 1 % delovne sile v zdravstvenih zavodih. V razvitem svetu prostovoljno delo postaja pomemben človeški vir v zdravstvu. Prostovoljci so lahko zdravstveni delavci, ki opravljajo svoje strokovne storitve pro bono, ali pa laični pomočniki, ki bolnikom nudijo podporo in praktično pomoč (lat. pro bono publico = za dobro ljudi). V Sloveniji imamo pro bono ambulate, v katerih delujejo zdravstveni delavci (zdravniki, zobozdravniki in medicinske sestre) in nudijo zdravstvene storitve, ki so podobne tistim v zdravstvenem sistemu, seveda v omejenem obsegu. Medicinsko pomoč nudijo osebam, ki nimajo zdravstvenega zavarovanja (na primer, begunci, osebe brez sredstev...) in ki v zdravstvenem sistemu ne morejo do potrebnih storitev.

Prostovoljno delo pro bono bolnikom sporoča, da je nekomu mar zanje, da obstaja dobro in da prinaša upanje, prispeva k zmanjšanju krivičnosti in neenakosti v dostopu do zdravja. Pozitivne učinke ima na vse deležnike, saj deluje v dobrobit bolnikom, lajša stiske svojcev in zmanjšuje obremenitve medicinskih sester; prostovoljsko delo prispeva k občutku varnosti ljudi. Prostovoljci so človeški kapital, ki prispeva k dobrobiti bolnikov in večjemu ugledu zavoda. Danes je v naši državi pomoč prostovoljcev zelo dobrodošla (Mikuš Kos, 2020, str. 15).

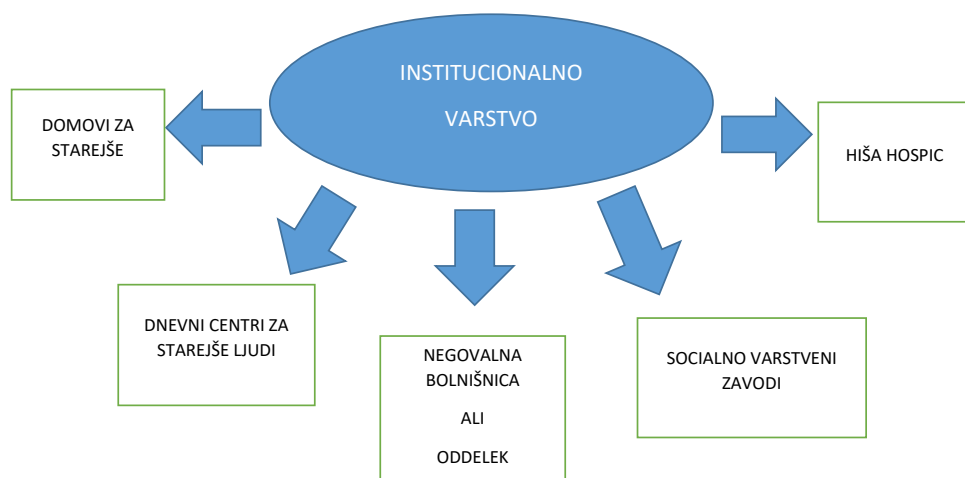
1.6 FORMALNA OSKRBA IN FORMALNI OSKRBOVALCI

Formalno oskrbo opravljajo razne poklicne strokovne službe v javni oskrbovalni mreži. Formalni oskrbovalci so strokovno usposobljeni ljudje, ki bolnemu ali ostarelemu človeku poklicno in službeno pomagajo opravljati vsakdanja opravila. To delo poteka v domovih za starejše, v rehabilitacijskih in negovalnih bolnišnicah, hospicij in drugih ustanovah za dolgotrajno oskrbo ali v organizacijah, ki oskrbujejo in negujejo ljudi na njihovem domu. Formalna oskrba v obliki nastanitve v domu dosega pri nas približno četrtno od vseh starostnikov, ki prejemajo redno pomoč pri osnovnih vsakdanjih opravilih (Ramovš, 2020, str. 64).

Institucionalna oskrba starejših ljudi v Sloveniji je od vseh oblik najbolj razvita. V svetu se domovi za stare ljudi delijo na specializirane, negovalne, oskrbovalne, na domove za ljudi z demenco in na domove za samostojne starejše ljudi. V Sloveniji poznamo splošne domove, ki zagotavljajo oskrbo vsem skupinam ljudi. Po podatkih raziskave iz leta 2012 izvaja poleg redne nastanitve 39 % domov tudi socialno pomoč na domu, 34 % začasno oskrbo in 34 % dnevno oskrbo. Domovi za stare ljudi, ki zagotavljajo tako institucionalno kot skupnostno oskrbo starejših, postajajo vedno pomembnejši izvajalci in nosilci dolgotrajne oskrbe (Mali, Flaker, Urek in Rafaelič, 2018, str. 7).

Dostopnost do domov za starejše je ovirana zaradi pomanjkanja kapacitet domov za starejše v lokalnem okolju in zaradi revščine, saj nekateri ne zmorejo plačevati nastanitve v domu. Cene oskrbe v domu se razlikujejo glede na zdravstvene potrebe posameznika. Nekateri gredo zaradi nižjih cen v dom za starejše na Hrvaško; to je tako zaradi oddaljenosti kakor tujega kulturnega okolja za kakovost staranja lahko huda ovira (Oprešnik, 2020, str. 108).

Slika 2: Shema možnosti formalne oskrbe



1.7 OSKRBA, NEGA IN POMOČ NA DOMU

Integracija in koordinacija storitev in služb pomenita, da je v središču oskrbe uporabnik z vsemi svojimi ambicijami, željami, potrebami in cilji. Umestiti uporabnika v središče oskrbe pomeni, da pri načrtovanju in izvajanju oskrbe gledamo na njegovo življenje celostno. Ko službe delujejo povezano in koordinirano, lahko izhajajo iz potreb uporabnika in mu zagotovijo oskrbo, ki je prilagojena njegovim potrebam (Nagode in sod., 2019, str. 15).

V sodobni integrirani DO je oskrba na domu prevladala nad institucionalno oskrbo, saj je v Evropi trikrat več starejših ljudi oskrbovanih na svojem domu, kakor jih je nastanjenih v domovih za starejše ljudi. Pri nas pa je ravno obratno, saj jih je trikrat več nastanjenih v domovih, kakor jih je v okviru javne mreža oskrbovanih na domu (Ramovš, 2010).

V knjigi o dolgotrajni oskrbi piše Kavšek M., da Inštitut RS za socialno varstvo vsako leto posreduje poročilo o stanju na področju izvajanja oskrbe na domu. Leta 2014 se je v okviru mreže javne službe pomoč na domu izvajala v 201 slovenski občini. Pomoč na domu je izvajalo 79 različnih izvajalcev, od tega 33 % CSD in 67 % domovi za starejše ter zasebniki s koncesijo občine. Vseh uporabnikov v letu 2014 je bilo 9.664. Med uporabniki pomoči na domu sta bili dve tretjini žensk in ena tretjina moških. Največ je bilo gospodinjske pomoči (38,9 %), sledi pomoč pri ohranjanju socialnih stikov (33,3 %), najnižji delež pa je bila pomoč pri osnovnih vsakdanjih opravilih – 27,8 % (Kavšek, M., 2021, str. 66).

Ob koncu leta 2022 je pomoč na domu prejemale 8.668 uporabnikov v 211 slovenskih občinah, izvajalo pa jo je 75 različnih izvajalcev, med njimi največ javnih domov za starejše. Uporabnik je za storitev v povprečju plačal nekoliko več kot leto prej, in sicer 6,02 EUR na uro. Strokovno pripravo, vodenje in koordiniranje je izvajalo 106 oseb, neposredno socialno oskrbo pa 1.140. Ugotovili so, da določen delež potreb po storitvi ostaja nezadovoljen ter da je bilo ob koncu leta 2022 na čakalnem seznamu najmanj 1.300 oseb (Inštitut RS za socialno varstvo, 2024).

Patronažno varstvo

»Svetovna zdravstvena organizacija opredeljuje patronažno varstvo kot posebno obliko zdravstvenega varstva, ki zajema aktivno zdravstveno in socialno varstvo posameznika, družine in skupnosti, ki so zaradi bioloških lastnosti ali določenih obolenj posebno občutljivi na vplive iz okolja. Organizirano je na primarni ravni zdravstvenega varstva kot samostojna služba v zdravstvenih domovih ali pa se izvaja tudi kot samostojna dejavnost (koncesija), vendar so izvajalci vključeni v mrežo javnega zdravstva.« Cilji patronažnega varstva so doseganje dobrega zdravja posameznika, družine in skupnosti, čim večja

samostojnost starejše osebe ter možnost, da bo do konca življenja ostala v domačem okolju. Za doseganje teh ciljev mora patronažna medicinska sestra sodelovati z izbranim zdravnikom in ostalimi zdravstvenimi delavci, povezovati pa se mora tudi z ustanovami, kot so centri za socialno delo, domovi starejših ter prostovoljne in humanitarne organizacije (Horvat, 2011, str. 19–22).

Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja določajo dva preventivna patronažna obiska na leto pri kronično bolnih osebah in težkih invalidih, ki so osameli in socialno ogroženi ter pri osebah z motnjami v razvoju. Pri socialni ogroženosti sta poudarjena dva vidika prikrajšanosti, in sicer distribucijski in relacijski. Pri relacijskem vidiku gre za udeležbo tako na medosebni ravni (npr. enostarševske družine, malo prijateljskih odnosov, socialna izolacija) kot tudi na družbeni ravni (npr. kulturna izključenost, apatičnost do družbenega dogajanja, nizka politična participacija). Pri distribucijskem vidiku pa gre za nizek življenjski slog, slabe stanovanjske razmere, nizek dohodek. S preventivnim obiskom želijo patronažne medicinske sestre izboljšati kakovost življenja starejših ljudi in ugotoviti še ohranjene vitalne funkcije, ki so povezane z vsakdanjimi aktivnostmi in stopnjo samostojnosti. Patronažna medicinska sestra lahko prepreči kronične zaplete, odkriva odstopanja in pomaga pri reševanju morebitnih težav. Stanje oceni z indirektnim zbiranjem informacij pred obiskom in direktno med obiskom. Starejšo osebo mora seznaniti z vsebino in namenom svojega obiska (Berčan in Krajnc, 2016, str. 55–57).

Pomoč družinam na domu

Ta socialnovarstvena storitev nudi socialno oskrbo v starosti, invalidnosti in podobnih primerih. Izvaja se na domu uporabnika. Konkretnе storitve pomoči na domu se prilagajajo glede na posameznikove potrebe. Na voljo so naslednje storitve:

- pomoč pri temeljnih dnevnih opravilih (preoblačenje, prehranjevanje, izvajanje osebnih nujnosti, skrb za ortopedske pripomočke, osebna higiena);
- gospodinjstva pomoč (nabava živil ali prinašanje enega toplega pripravljenega obroka, pomivanje posode, osnovno čiščenje stanovanja in odnašanje smeti, postiljanje postelje);
- pomoč pri ohranjanju socialnih stikov (vzpostavljanje druženja, aktivnosti skupaj z najbližjimi, spremstvo starostnika k zdravniku, na banko ipd.).

Za oslabele starejše ljudi, ki raje ostanejo v svojem domu z družinskimi člani, oskrbo običajno zagotavljajo podporne službe na domu, ki jih izvajajo uradne organizacije in neformalni oskrbovalci. Socialna oskrba je morda boljši izraz za ta vzorec oskrbe, ker obsega tako formalne kot neformalne mreže oskrbe, ki

obstajajo druga ob drugih in nudijo podporo za aktivnosti, ki so potrebne kot del vsakdanjega življenja. Za razliko od oskrbe, povezane z zdravjem, socialna oskrba zajema funkcionalno in afektivno pomoč v vsakdanjem življenju, kot odgovor na prevladujoče potrebe po dolgotrajni oskrbi. Z vse večjim številom starejših, ki živijo sami, se zdi, da njihovi odrasli sinovi in hčere, ki pogosto živijo ločeno, ne izpolnjujejo dobro njihovih čustvenih potreb, čeprav so lahko s prostovoljci in pomočniki na domu v rednih stikih (Ngan, 2011, str. 130).

Fizioterapija na domu

»Fizioterapija je metoda zdravljenja poškodb ali bolezni s fizioterapevtskimi metodami, s katerimi ohranjamo in obnovljamo gibljivost sklepov, krepimo mišice ter zmanjšujemo in lajšamo bolečine. Fizioterapija je namenjena hitrejši rehabilitaciji bolnika.« (Novak, 2019, str. 46).

Fizioterapevti opolnomočijo paciente ali njihove oskrbovalce za obvladovanje spremenjenega zdravstvenega stanja zunaj zdravstvenih ustanov. Fizioterapija mnogo bolj pospešuje okrevanje kakor samo počitek. V Sloveniji se fizioterapija izvaja tako v javnem kot tudi zasebnem sektorju. V zadnjih letih se fizioterapija iz organiziranih zdravstvenih inštitucij ali ambulant približuje tudi pacientovemu okolju (fizioterapija v skupnosti, fizioterapija na terenu, fizioterapija na domu pacienta, patronažna fizioterapija itd.) (Ravnik in Videnšek, 2019, str. 15).

Delovna terapija na domu

Delovna terapija je pomembna terapevtska intervencija v zdravstvu, še zlasti za posameznike s fizičnimi, kognitivnimi ali senzoričnimi težavami. Delovni terapevti izvajajo predvsem dejavnosti, ki izboljšujejo telesno in duševno zdravje bolnikov. Imajo ključno vlogo v sistemu zdravstvenega varstva, saj se srečujejo z bolniki in ustvarjajo načrte zdravljenja. Takšni načrti vključujejo uvedbo terapevtskih procesov za izboljšanje sposobnosti bolnikov in starostnikov za opravljanje osnovnih dejavnosti v vsakdanjem življenju. Intervencija, izbrana za posameznega bolnika, temelji na oceni njegovega stanja. Končni cilj delovnih terapevtov je izboljšati dobro počutje bolnikov in zagotoviti varnost. Pacientom pomaga pri prilaganju na življenje v domačem okolju. Intervencija lahko vključuje dejavnosti, kot so preurejanje pohištva in opreme v pacientovem domu, njihovo odstranjevanje in dodajanje posebnih pripomočkov. Starejši imajo običajno številne zdravstvene težave, ki segajo od zmanjšanih fizičnih in kognitivnih sposobnosti (gibanje, vid, motnje sluha, izguba spomina ...); zaradi tega potrebujejo posebno pozornost in nego. K takšnemu posegu lahko spada oskrba pacientovega okolja z uporabnimi pripomočki, ki olajšajo umivanje zob, ali s pohištvom, ki prispeva k udobnejšemu okolju in

možnosti sprostitve v različnih delih prostora. Ker imajo starejši ljudje gibalne težave, lahko terapevt prilagodi fizične predmete v hiši, da zagotovi več prostora za gibanje. Delovni terapevt mora učinkovito načrtovati, da prilagoditve ne obremenjujejo pacientove družine oziroma da ji ne povzročajo nepotrebnega stresa. Poleg tega mora terapevt zagotoviti vzdržen proces prilagajanja, v skladu z zdravstvenimi standardi (Amini in Furniss, 2018).

Družinski pomočnik

Leta 2004 je bil uveden institut družinskega pomočnika. Njegova vloga je ohranjati kakovostno starost starejših in invalidnih oseb. Družinski pomočnik je oseba, ki invalidni osebi nudi pomoč, ki jo potrebuje in izvaja različne naloge.

To je lahko eden od družinskih članov invalidne osebe (mati, oče, hči, brat, sestra, stric, teta, stara mama, stari oče ...). Po pravilniku o pogojih in postopkih za uveljavljanje pravice do izbire družinskega pomočnika je do te pomoči upravičena invalidna oseba, to je človek s težko motnjo v duševnem zdravju ali oseba, ki ima znižano splošno raven inteligentnosti na kognitivnem, motoričnem, govornem in socialnem področju ali polnoletna težko gibalno ovirana oseba. Taka oseba potrebuje stalno nego, varstvo, pomoč in vodenje.

Naloge družinskega pomočnika so:

- gospodinjstva pomoč (priprava hrane, likanje perila, vzdrževanje čistoče, ureditev bivalnega okolja, postiljanje in preoblačenje postelje),
- socialna oskrba (urejanje pošte invalidne osebe, organiziranje dejavnosti za prosti čas, pomoč pri vzpostavljanju in vzdrževanju socialne mreže),
- zdravstvena oskrba (pomoč pri gibanju in uporabi ter čiščenju pripomočkov, nabava zdravil po receptu in pripomočkov z napotnico, preprečevanje preležanin, skrb za jemanje predpisane terapije in pomoč pri jemanju zdravil, sodelovanje z osebnim zdravnikom invalidne osebe in organizacija dostopa do potrebnih zdravstvenih storitev),
- osebna oskrba, to je pomoč pri opravljanju osnovnih vsakdanjih opravil, kot so pomoč pri oblačenju in slačenju, hranjenje, pitje, vstajanje, uporaba stranišča in varovanje upravičenca. (Oven, 2019, str. 42–47).

Implementacija sprejetega Zakona o dolgotrajni oskrbi bo javni program družinskega pomočnika strukturno prenesla v sistemsko bolj integrirano celoto dolgotrajne oskrbe, to je v novo pravico *oskrbovalca družinskega člana*.

Osebna asistenca

Osebna asistenca je manjši, a ključen sistem socialnega varstva v sektorju dolgotrajne oskrbe. Opredeljena kot storitev, ki spodbuja opolnomočenje invalidov in povečuje njihove možnosti, da so aktivni v svojem življenju. Osebna

asistenca je model podpore, pri katerem invalidi prevzamejo nadzor nad zaposlovanjem, usposabljanjem in upravljanjem. Od drugih oblik oskrbe se razlikuje, saj invalid sam nadzoruje, kako, kdaj in kdo ga podpira. V tem pogledu osebna asistenca nasprotuje tradicionalnim oblikam oskrbe; te so raziskovalci opredelili kot obliko zatiranja in izraz predsodkov. Osebna asistenca je glavno orodje za premagovanje ovir, ki jih postavlja družba, in za opolnomočenje invalidov, da se odločajo, uveljavijo svojo avtonomijo in tvegajo na načine, ki bi jih mnogi neinvalidi vzeli za samoumevne. Domači prostor postane delovno mesto druge osebe, vsakdanja opravila vključujejo telesno intimnost, tipična delovna ureditev pa pomeni, da obe strani preživita daljša obdobja v družbi drug drugega. Tovrstna priznanja in razkritja pomenijo, da se odnosi razvijajo, saj osebni asistenti prevzamejo vlogo sodelavcev v skupnem prizadevanju za neodvisnost svojega delodajalca. Neformalnost pogosto cveti zaradi želje, a tudi nujnosti (Porter, Shakespeare in Stöckl, 2019).

Kot osebna asistenca se šteje pomoč pri osnovnih in podpornih vsakdanjih opravilih, pomoč na delovnem mestu in izobraževalnem procesu, spremstvo, pomoč pri komunikaciji ter pomoč pri drugih dejavnostih in aktivnostih, v katere je uporabnik vključen. Osebni asistent se mora obvezno izobraževati na podlagi programa, ki ga izda ministrstvo, pristojno za izvajanje osebne asistencije. Izvajajo jo lahko dobrodelne organizacije, organizacije za samopomoč in invalidske organizacije, zavodi s samostojnimi podjetniki, posamezniki z vpisom v register na podlagi odločbe ministrstva, pristojnega za invalidsko varstvo. Do nje je upravičen tisti uporabnik, ki izpolnjuje naslednje pogoje:

- potrebuje pomoč najmanj 30 ur tedensko,
- želi živeti v samostojnem bivališču izven celodnevne institucionalne oskrbe,
- je star 18–65 let,
- je državljan Republike Slovenije s stalnim bivališčem v naši državi ali tujec, ki ima stalno prebivališče v Republiki Sloveniji.

Osebnega asistenta usmerja koordinator – to je oseba, ki je z namenom koordiniranja in organiziranja za posameznega uporabnika zaposlena v centru za socialno delo. Koordinator spremlja izvajanje osebne asistencije (Oven, 2019, str. 55–64).

Mobilni paliativni tim

Paliativna oskrba zagotavlja celostno obravnavo bolnika z neozdravljivo boleznijo in nudi pomoč tudi svojcem bolnika. Ta vrsta oskrbe priznava umiranje kot naraven proces; smrti niti ne pospešuje niti je ne zavlačuje po nepotrebnem. Njen glavni cilj je čim večja kakovost bolnikovega življenja. Paliativna oskrba mora biti zagotovljena na vseh ravneh zdravstvene oskrbe (primarna, sekundarna in terciarna raven). Ravni obravnave bi potrebovale

ustrezno medsebojno povezavo in usklajevanje, ki naj bi ju izvajali regijski koordinatorji paliativne oskrbe. Taka oskrba mora potekati neprekinjeno in koordinirano, ne glede na to, kje je paliativni bolnik obravnavan. Oskrba mora zagotavljati celostno obravnavo fizičnih, psihičnih, socialnih in duhovnih potreb bolnika. Celostna paliativna oskrba je lahko zagotovljena zgolj z ustrezno strukturo paliativnih delovnih skupin. Jedro paliativne delovne skupine sestavljata zdravnik specialist in medicinska sestra z dodatnimi znanji iz paliativne oskrbe. Skupina pa lahko glede na potrebe vseh prizadetih vključuje še naslednje strokovne sodelavce: socialnega delavca, kliničnega psihologa, fizioterapevta, dietetika, farmacevta, delovnega terapevta, izvajalca duhovne oskrbe in prostovoljce (Ebert Moltara, 2014).

Vedno večji poudarek je na razvijanju možnosti paliativnega pristopa v domačem okolju. Bolnik lahko ostane doma, dejavno vlogo pomoči pa prevzamejo svojci. Organizirane so različne oblike pomoči na domu, ki svojem pomagajo v negovalnem smislu. Mobilne delovne skupine in stalna pripravljenost strokovnega osebja lahko svojem pomagajo v kritičnih trenutkih (Lopuh, 2015).

2 CILJI, METODA IN PUPULACIJA RAZISKAVE

2.1 NAMEN IN CILJI

Ker menimo, da se integrirana dolgotrajna oskrba v Sloveniji največ izvaja v institucijah, smo se v raziskavi osredotočili na formalne oskrbovalce. Želeli smo ugotoviti, ali se formalni oskrbovalci povezujejo z neformalnimi oskrbovalci na domu in v instituciji, kako se z njimi povezujejo, jim pomagajo in svetujejo pri oskrbi starostnika ter s katerimi ovirami se srečujejo na delovnem mestu.

Cilji raziskave so bili:

- ugotoviti mnenje formalnih oskrbovalcev o sistemu integrirane dolgotrajne oskrbe v Sloveniji,
- ugotoviti razlike med formalnimi oskrbovalci, zaposlenimi v instituciji, in formalnimi oskrbovalci, ki izvajajo oskrbo na domu oskrbovanca,
- ugotoviti, koliko se formalni oskrbovalci srečujejo s socialno ogroženimi družinami, ki skrbijo za starostnika,
- ugotoviti, kako formalni oskrbovalci doživljajo sodelovanje z neformalnimi oskrbovalci, tako na domu posameznika kot v instituciji.

Zbrani podatki bodo torej subjektivna samoocena formalnih oskrbovalcev na osnovi njihove izkušnje sodelovanja z neformalnimi oskrbovalci pri institucionalni oskrbi in pri oskrbi na domu. To je za namen naše raziskave dovolj, za celostno sliko pa bi bilo potrebno raziskati tudi subjektivne izkušnje neformalnih oskrbovalcev o tem ter objektivno ugotavljati to pomoč.

2.2 METODE ZBIRANJA PODATKOV IN OPIS INSTRUMENTA

Raziskava je temeljila na deskriptivni, kavzalno-neeksperimentalni metodi dela. Uporabljena je bila kvalitativna tehnika zbiranja podatkov. Primarne podatke smo pridobili s polstrukturiranim intervjujem z vnaprej pripravljeno predlogo vprašanj, za teoretični del pa smo uporabili primarne in sekundarne virov podatkov. Sekundarni viri so pridobljeni z pregledom strokovne domače in tuje literature ter iz podatkovnih baz CINAHL, COBBISS ter knjižnic.

Kot instrument za zbiranje podatkov smo izdelali predlogo za polstrukturirani intervju, ki je bil oblikovan na podlagi pregleda domače in tuje strokovne literature. Predloga za intervju zajema 19 vprašanj in je sestavljena iz dveh delov. Prvi del se nanaša na sociodemografske podatke, drugi del pa na raziskovalno temo. V drugem delu predloge za intervju smo ugotavljali, kako dobro formalni oskrbovalci poznajo integrirano dolgotrajno oskrbo ter kako pomagajo neformalnim oskrbovalcem pri oskrbi starejših; vprašanja za pogovor v drugem delu intervjuja so bila oblikovana v skladu z zgoraj navedenimi cilji raziskave. Ugotavljala so torej subjektivno stališče zaposlenih strokovnih delavcev v slovenskih ustanovah in organizacijah za dolgotrajno oskrbo.

2.3 VZOREC

Uporabili smo namenski vzorec. V raziskavo je bilo zajetih 36 formalnih oskrbovalcev iz različnih slovenskih regij, 31 žensk (86,1 %) in 5 moških (13,9 %). Starostni okvir je bil od 27 do 67 let, v povprečju je bila starost 41,6 let. Leta delovne dobe so se razpenjala od 3 do 49 let. V raziskavi so bili zajeti različni poklici zdravstvenega in socialnega varstva: srednje in diplomirane medicinske sestre v institucionalnem varstvu, diplomirane medicinske sestre, višje medicinske sestre in magistrica paliativne oskrbe v patronažnem varstvu, diplomirana medicinska sestra s terciarne ravni, ki opravlja delo v mobilni paliativni enoti, in srednja medicinska sestra, zaposlena v hospicu, ena oseba, ki izvaja osebno asistenco na domu, dve socialni oskrbovalki na domu, diplomirani delovni terapevti in fizioterapevti v institucionalnem varstvu ter fizioterapevt, ki opravlja delo na domu posameznika, tri diplomirane socialne delavke in ena magistrica socialnega dela zaposlene v institucionalnem varstvu, dve socialni delavki zaposleni v centru za pomoč na domu, bolničar zaposlen v institucionalnem varstvu, bolničarka negovalka zaposlena na zavodu za oskrbo na domu ter dve socialni oskrbovalki, zaposleni v domu starejših občanov. Največ intervjuvanih je diplomiranih medicinskih sester, in sicer 10 (27,7 %). V raziskavi je sodelovalo 8 različnih poklicev iz različnih regij v Sloveniji (Tabela 1).

Tabela 1: Osnovni podatki o intervjuvancih

intervjuvanec	starost, spol	izobrazba	del. doba	regija
1	53 let, ženska	dipl. med. sestra	33 let	prekmurska
2	67 let, ženska	sr. med. sestra	49 let	osrednjeslovenska
3	41 let, ženska	dipl. med. sestra	21 let	osrednjeslovenska
4	56 let, ženska	dipl. med. sestra	38 let	dolenjska
5	27 let, moški	bolničar negovalec	7 let	primorsko-notranjska
6	58 let, ženska	bolničarka negovalka	16 let	osrednjeslovenska
7	39 let, ženska	socialna oskrbovalka	10 let	JV – Bela Krajina
8	65 let, ženska	socialna oskrbovalka	9 let	osrednjeslovenska
9	34 let, ženska	mag. paliativne oskrbe; patronažna med. sestra	10 let	zasavska
10	58 let, ženska	višja med. sestra; patronažna med. sestra	36 let	osrednjeslovenska
11	30 let, ženska	patronažna med. sestra	5 let	goriška
12	50 let, ženska	višja med. sestra; patronažna med. sestra	25 let	gorenjska
13	46 let, ženska	dipl. med. sestra; patronažna med. sestra	20 let	savinjska
14	33 let, ženska	dipl. med. sestra	8 let	JV – Bela Krajina
15	48 let, ženska	dipl. med. sestra	25 let	goriška
16	44 let, ženska	višja med. sestra	12 let	primorsko-notranjska
17	27 let, ženska	dipl. med. sestra	4 leta	osrednjeslovenska
18	29 let, ženska	dipl. med. sestra	3 leta	primorsko-notranjska
19	28 let, ženska	dipl. med. sestra	8 let	koroška
20	41 let, ženska	dipl. med. sestra	18 let	gorenjska
21	31 let, ženska	tehnik zdr. nege	8 let	štajerska
22	43 let, ženska	srednja med. sestra	23 let	posavska
23	38 let, ženska	dipl. del. terapevtka	15 let	osrednjeslovenska
24	37 let, moški	dipl. del. terapevt	7 let	osrednjeslovenska
25	33 let, ženska	dipl. del. terapevtka	8 let	koroška
26	36 let, ženska	dipl. del. terapevtka	6 let	primorsko-notranjska
27	37 let, moški	dipl. fizioterapevt	6 let	koroška
28	44 let, moški	dipl. fizioterapevt	3, 5 let	gorenjska
29	39 let, ženska	dipl. fizioterapevtka	3 leta	osrednjeslovenska
30	30 let, moški	dipl. fizioterapevt	3 leta	osrednjeslovenska
31	40 let, ženska	mag. socialnega dela	20 let	osrednjeslovenska
32	43 let, ženska	dipl. sociologinja	17 let	osrednjeslovenska
33	43 let, ženska	uni. dipl. soc. delavka	10 let	goriška
34	40 let, ženska	dipl. soc. delavka	10 let	JV – Bela Krajina
35	33 let, ženska	uni. dipl. soc. delavka	9 let	primorsko-notranjska
36	46 let, ženska	uni. dipl. teologinja, soc. delavka	15 let	primorsko-notranjska

Vir: Lastni vir, 2023.

2.4 ZBIRANJE IN OBDELAVA PODATKOV

Udeleženci so v intervjuju sodelovali prostovoljno na podlagi predhodnega pogovora in pisnega soglasja za sodelovanje v raziskavi. Za magistrsko nalogo sem imela tudi soglasje za navedbo njihovih ustanov, za ta članek pa to navedbo ni pomembno, zato nismo iskali njihovih ponovnih soglasij za to.

Vsi pridobljeni podatki so varovani. Razgovor smo s predhodnim dovoljenjem sodelujočih posneli s pomočjo mobilnega aparata. V odgovorih, ki smo jih zapisali v obliki strnjenega teksta ali besed, smo iskali ključne pomeni – kode. V nadaljevanju smo kode, ki se nanašajo na podobne pojave, združili v kategorije, ki smo jih smiselno poimenovali. Intervjuvancem smo zagotovili pravico do neškodljivosti, polne pojasnitve, samoodločbe, zasebnosti, anonimnosti in zaupnosti.

3 REZUTATI RAZISKAVE

V tem članku smo prikaz rezultatov naše raziskave razporedili po nekaterih vprašanih iz intervjuja. Kažejo nam, kako strokovni delavci različnih poklicev, ki delajo v različnih oskrbovalnih ustanovah, razumejo integrirano dolgotrajno oskrbo, kako sodelujejo z neformalnimi oskrbovalci, kako doživljajo njihove potrebe itd. Pri vsakem od teh vprašanj bomo najprej povzeli glavna spoznanja anketirancev, nato pa navedli nekaj njihovih značilnih izjav o tem. Celotni rezultati raziskave so dostopni v obsežni magistrski nalogi (Glavica, 2023).

3.1 KAJ FORMALNIM OSKRBOVALCEM POMENI POJEM INTEGRIRANA DOLGOTRAJNA OSKRBA?

Pri odgovorih na to vprašanje izstopajo izjave o **neznanju** in **neozaveščenosti** na tem področju, zlasti pa **kritika slabega sistema**.

Kritike formalnih oskrbovalcev glede dolgotrajne oskrbe v Sloveniji se pogosto nanašajo na neurejenost sistema. Pomanjkanje jasnih smernic in standardov povzroča negotovost med oskrbovalci, kar vpliva na kakovost oskrbe. Nujno je povečati ozaveščenost javnosti o pomenu integrirane dolgotrajne oskrbe, saj le s širšim razumevanjem in podporo lahko dosežemo učinkovite in trajnostne rešitve za vse vpletene. Neznanje formalnih oskrbovalcev o integrirani dolgotrajni oskrbi v Sloveniji je posledica neurejenega in nepreglednega sistema. Trenutni sistem ne zagotavlja dovolj izobraževanja in usposabljanja, kar vodi do pomanjkanja razumevanja in spretnosti, potrebnih za učinkovito izvajanje integrirane dolgotrajne oskrbe. Ta situacija zahteva celovite reforme, ki bi izboljšale informiranost in pripravljenost oskrbovalcev za izzive na tem področju.

Intervjuvanci so zelo slabo seznanjeni z integrirano dolgotrajno oskrbo, nekateri na ta koncept gledajo odklonilno. Izražali so svoje videnje, mnenje in stališče o njej. Pomembno je, da so to njihovi pogledi iz časa priprav na sprejem sedanjega Zakona o dolgotrajni oskrbi. Ta je stopil v veljavo delno leta 2024, večinoma pa bo sredi leta 2025, intervjuji pa so potekali od leta 2021 do 2023, torej v času preden je bil julija 2023 zakon sprejet.

Intervjuvanki št. 2 in 8 navajata pomanjkljivosti in nedoslednosti sistema integrirane dolgotrajne oskrbe kljub dolgoletnim prizadevanjem na tem področju. Izpostavljata tudi, da je za doseg integrirane oskrbe nujno sodelovanje vseh deležnikov na trgu, vključno z zdravstvom, socialo, okoljem in družino. Ta celostni pristop je potreben za izboljšanje kakovosti oskrbe in zadovoljstva starostnikov ter za učinkovito in usklajeno delovanje v njihov prid.

»To je neka skovanka, ki jo 'rolajo' že 20 let, pa iz tega še nič ni. Integrirana zame pomeni, da bi res, če že govorimo o starostniku, morali sodelovati vsi deležniki na trgu, ki so dolžni, plačani in poklicani za to, da delajo za starostnike. Pri tem mislim zdravstvo, socialo, okolje, recimo to mikro okolje, absolutno družina. Torej vsi ti v dobro starostnika.« (int. 2)

»Integrirana dolgotrajna oskrba ...; zelo zanimivo, ker mislim, da pri nas zelo šepa tale integracija, je nimamo. Morale bi biti zraven razne službe, ki bi pomagale to izvajati domačim, da bi kolikor toliko dobro izvajali, ker to so pač neizobraženi v tej smeri. Ker ljudje, ki se niso srečevali pogosto s starostniki, ker niso videli potrebe in želje in kako se človek spreminja, tudi danes tega ne bodo hoteli opaziti in priznati, da so ti ljudje ostareli in onemogli in da potrebujejo pomoč, to je prva stopnja. Druga stopnja je potem lokalna pomoč pa skupnost, da lahko lokalne skupnosti pristopijo k vsemu temu. Tretja stopnja pa potem institucije, ko že tako daleč pride, da ne gre več, da bi bil v domači oskrbi, ko tudi prostovoljci niso več zmožni kvalitetno skrbeti za starostnika, da dobi hrano, da je pravočasno previt, skopan, obrit.« (int. 8)

Ta kritičnost je posledica desetletnega govorjenja o zakonu o dolgotrajni oskrbi in vsestranska nejasnost o njem. Že leta 2012 so pisali, da je predlog Zakona o dolgotrajni oskrbi preživel že tri vlade in štiri ministre ter da ga obravnavajo v mandatu četrte vlade in petega ministra. In da obstajata dva predloga Zakona o dolgotrajni oskrbi, enega je pripravila medresorska delovna skupina pod okriljem Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve (o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo), drugega Skupnost socialnih zavodov Slovenije (o dolgotrajni negi in pomoči) (Rafaelič in Nagode, 2012, str. 47–58).

Tudi patronažne medicinske sestre, ki imajo največ stika z neformalnimi oskrbovalci na domovih starih ljudi, imajo različna mnenja o integrirani

dolgotrajni oskrbi. Razmišljajo o pomenu obeh osnovnih pojmov: dolgotrajna in integrirana (int. 9 in 11).

»Dolgotrajno oskrbo starostnikov nekako razumem kot neprestano oz. neprekinjeno oskrbo.« (int. 9)

»Integrirano si jaz predstavljam kot povezano, multidisciplinarno, se pravi več strok, ki se med seboj prepletajo. Dolgotrajna pa ne vem, po pravici, ne vem točno.« (int.11)

Mnogi poudarjajo potrebo po celostni oskrbi, ki bi zajela različna področja potreb uporabnikov, vse stroke in neformalne oskrbovalce. Ob tem pa kritično ugotavljajo, da je glavna ovira nezrela mentaliteta od zgoraj navzdol, kot rešitev pa vidijo kakovostno koordinacijo in sodelovanje (int. 15, 6 in 13).

»Integrirana dolgotrajna oskrba je v bistvu to, da je pokritost uporabnika z vsemi področji, ki jih lahko neka socialna, zdravstvena država nudi, se pravi integrirano pomeni celostno in tukaj morajo vsi akterji vzajemno sodelovati, kar pa je v naši državi velik problem; že domovi: je krovno ministrstvo, sociala, oni so naši, vsi domovi v Sloveniji pa so postali že negovalne bolnišnice, se pravi, da imamo poudarek na zdravstvu in tukaj se krešeta ti dve smeri, ki se med seboj zelo težko povezuje. Mi smo še daleč od tega, ker mentalno nismo še zreli za to. Ne kot družba, ne kot država, ne kot naše bujno ministrstvo.« (int. 15)

»... absolutno bi morala biti neka služba, ki bi to vse koordinirala.« (int. 6)

»Zame to pomeni, da vsi deležniki v obravnavi med sabo sodelujejo, tako s področja zdravstva kot s področja socialnega varstva, da si med sabo tekoče izmenjujejo informacije, postavljajo neke skupne cilje skupaj z oskrbovanci in njihovo družino. Da so te informacije tekoče, da so cilji realni; da pač vsi stremimo k istemu cilju in da je ta cilj in center našega delovanja oskrbovanec in njegovi bližnji.« (int. 13)

»Nekateri razumejo dolgotrajno oskrbo bolj kot zakonsko ureditev področja, da bo zajelo celostno oskrbo starejših z vključitvijo fizioterapevtov in drugih strokovnih profilov.« (int. 19).

»Oskrba starostnika, nekoga, ki rabi neko pomoč, dolgotrajna oskrba malo bolj zakonsko urejena kot do sedaj, glede tega mislim sicer, da pomoč na domu kar »štima«, sploh pri nas je to kar razširjeno. Dolgotrajna oskrba pa mogoče, da malo več vključuje vse druge komponente, od fizioterapevta, delovne terapije, malo bolj dosegljivo starostnikom, neka taka celostna oskrba.« (int. 19)

V izjavah je poleg kritičnosti do tega, da se na tem področju stvari ne razvijajo, tudi precej resignacije, skozi katero pa odseva njihova izkušnja o tem, kaj v dolgotrajni oskrbi deluje in kaj ne, kdaj in kako se pripravljati na kakovostno življenje ob pešanju svojih moči ter o tem, da je pošteno plačilo ljudem za to delo osnovni pogoj (int. 30, 31).

»Vse te besede, ki so tako zelo popularne trenutno v rehabilitaciji, so meni zelo odveč, trajnost, integracija in te velike besede, jaz mislim, da je za pacienta pomembno to, da se začne že nekje v preventivi delati z njim, da je ozaveščen o samem procesu in pa da lahko tako vse življenje sledi nekemu zdravemu življenjskemu slogu.« (int. 30)

»Nekaj nedosegljivega, ker že sam zakon o dolgotrajni oskrbi se predolgo vleče, mislim tudi, da je realno glede integrirane dolgotrajne oskrbe skoraj nemogoče na kratki rok, ker prvič je več povpraševanja kot tistih, ki bi te potrebe zadovoljili. Mislim, da v prvi vrsti je treba urediti to: da vse te, ki bi opravljali te storitve, je treba ustrezno nagraditi, zvišati normative, ki so zelo stari, zvišati urne postavke oz. plačilo, mogoče to, no, nekaj, kar so še sanje zaenkrat.« (int. 31)

Pomembna rdeča nit pri izjavah anketirancev o tem, kaj je integrirana dolgotrajna oskrba, je povezanost služb, ustanov, javnih organov in vseh drugih deležnikov dolgotrajne oskrbe in sicer na krajevni ravni v majhnih ustanovah. Jasno vidijo, da je cilj tega, da bodo ljudje oskrbovani na svojem domu – ta cilj se najbolj uveljavlja v sodobni Evropi. Prav tako pa v izjavah vidimo temeljni pogoj integracijo in za kakovostno dolgotrajne oskrbe, to je celotno gledanje na človeka v vseh njegovih potrebah in zmožnostih ter skozi vse življenje (int. 33, 34, 35 in 36).

»Tako bom rekla: ker spadamo pod dom upokojencev, smo tukaj, ker sodelujemo z domom. Manjka nam sodelovanje s centrom za socialno delo, ali pa z zdravstvom. Bi bilo boljše, če bi bili bolj povezani, bi imeli recimo kakšno patronažno sestro. Kakšni timski sestanki bi lahko bili, včasih smo jih imeli, s centrom za soc. delo smo poskusili, da bi imeli redne sestanke, ampak se ni obneslo, ali ni bilo več želje, se je kar pozabilo na to.« (int. 33)

»Integrirana dolgotrajna oskrba generalno zame pomeni, da se oskrba starostnika (zdravstvena, socialna, kakršnakoli) uvede v njihove domove oz. tja, kjer živijo, kjer želijo biti, to je najbolj pomembno, in pa tudi to, kar me najbolj moti pri dolgotrajni oskrbi, se mi zdi, da človeka ne gledamo dosti celostno. Človek je holistično bitje in ni samo zdravstvo, ni treba samo umiti ga in podobno, ampak je treba marsikaj drugega.« (int. 34)

»Oskrba, v katero so vključeni oz. se trudimo vključevati vse ljudi oz. čim več socialne mreže človeka. Se pravi, da delamo tako na formalni ravni strokovnjaki skupno, bodisi od socialnega delavca do fizioterapije, delovne terapije, vsega tega na eni strani, na drugi strani pa neformalni oz. svojci, tudi prijatelji. Integrirana dolgotrajna oskrba je kompleksna, težava pa je v pomankanju časa. Časovno je kvalitetna integrirana dolgotrajna oskrba zelo težko dobavljiva. Je mogoča, če bi rekla, tako v nekih manjših domovih, v kakšnih stanovanjskih skupnostih, manjših domovih tam do 50 ljudi, če pa je kapaciteta 160 ljudi, recimo, je pa

to zelo težko. Integrirana dolgotrajna oskrba za mene je celostna oskrba, kjer je vključenih čim več različnih profilov.» (int. 35)

»Integrirana dolgotrajna oskrba, se pravi, da je treba za dolgotrajno oskrbo skrbeti že prej, tako razumem. Da bi se družba na to dolgotrajno oskrbo pripravljala ne šele na starost, ampak že prej, se pravi, in starostnik in strokovni delavci. Razumem tako, da je nekaj vključeno, da poteka razvojno.« (int. 36)

»Integrirana dolgotrajna oskrba je, da se počuti kot doma.« (int. 5)

3.2 MOTIVACIJA ZA POVEZOVANJE FORMALNIH OSKRBOVALCEV Z NEFORMALNIMI

Odgovori intervjuvanih formalnih oskrbovalcev kažejo, da večina vidi sodelovanje z neformalnimi oskrbovalci kot ključni pogoj zagotavljanja kakovostne oskrbe starejši osebi. Neformalni oskrbovalci najbolj poznajo svoje starejše, njihove želje, navade in razvade. Oni zanje skrbijo v domačem okolju in jim omogočajo tam tudi ostati. Pomagajo jim pri vsakdanjih opravilih, skrbijo za njihove zdravstvene potrebe in so jim čustvena podpora. Iz odgovorov smo razbrali 6 pomembnih komponent o povezovanju formalnih oskrbovalcev z neformalnimi.

1. Spoštovanje in priznavanje vloge neformalnih oskrbovalcev. Formalni oskrbovalci v domu za starejše in tisti, ki opravljajo delo na domu, morajo prepoznati in priznati vlogo ter pomembnost svojcev, prijateljev in prostovoljcev pri oskrbi starejših. To pomeni zavedanje, da neformalni oskrbovalci prinašajo svoje izkušnje, znanje in čustveno vez z njimi.

2. Komunikacija in sodelovanje. Pomembno je vzpostaviti odprt in spoštljiv dialog med formalnimi in neformalnimi oskrbovalci. Sodelovanje med enim in drugimi je ključno za usklajevanje potreb in želja starostnikov ter zagotavljanje optimalne oskrbe.

3. Načrtovanje in usklajevanje. Če oskrbo načrtujejo skupaj formalni in neformalni oskrbovalci, to omogoča boljšo organizacijo in usklajevanje storitev.

4. Izobraževanje in podpora. Formalni oskrbovalci lahko nudijo izobraževanje in podporo neformalnim oskrbovalcem pri izvajanju določenih nalog oskrbe. S tem se krepi varnost in kakovost oskrbe.

5. Spoštovanje meja in želja starostnika. Ključno je spoštovati želje in meje oskrbovanca, njegove potrebe postaviti v ospredje. To je mogoče doseči samo s sodelovanjem formalnih in neformalnih oskrbovalcev.

6. Razreševanje konfliktov. Občasno se lahko pojavijo konflikti med formalnimi in neformalnimi oskrbovalci. Pri njihovem reševanju je pomembno zavedanje, da vsi delajo za skupni cilj – dobrobit oskrbovancev. Razumevanje, strpnost ter iskanje kompromisov so ključni pri zagotavljanju kakovostne oskrbe za starostnike.

Navajamo nekaj citatov intervjuvancev o motivaciji za povezovanje in dobro sodelovanje formalnih oskrbovalcev z neformalnimi; vprašanje, o katerem smo se o tem pogovarjali z njimi, se je glasilo: *Zakaj se povezujete v procesu dela z neformalnimi oskrbovalci?*

»Sploh na začetku, ko pridejo novi, svojci vedo stvari o njih, povejo nam njihove življenjske navade, pa lahko kaj narediš. Povejo ti njihove razvade, povejo ti... mislim, vse ti povejo, kakšna je mama bila prej, kakšna je zdaj, kaj je imela rada, kaj ni imela rada, pa prosijo, ali bi ji lahko kaj dajali, pa se pogovorimo, si izmenjamo informacije, se mi zdi, da nikoli ni problema.« (int. 5)

»Prvič zato, ker delo poteka lažje, drugič pa zato, ker je to v korist oskrbovanca. To je absolutno dobro zanj, če mi dobro sodelujemo. Prvič, oni vidijo naš način dela, včasih se zgodi tudi, da ne znajo človeka v postelji obrniti, ne znajo pleničke zamenjati, ne vejo, kako bi mu dali piti. Take praktične nasvete dobijo od nas iz prve roke.« (int. 6)

»Imamo isti skupni cilj. Oskrba starejše osebe ali invalida, hudo bolnega, umirajočega človeka. Cilj nas povezuje.« (int. 10)

»Neformalni oskrbovalci so v bistvu glavni vir oz. steber oskrbe, menim, da formalni oskrbovalci samo pomagamo z nekimi svojimi aktivnostmi, ki so pač nujne za to, da oskrba poteka nemoteno. So pa neformalni oskrbovalci tisti, ki so najbolj vpeti v to oskrbo in je od njih največ tudi odvisno. Formalni oskrbovalci izvajamo samo tiste storitve, ki jih neformalni nekako niso sposobni oz. nimajo določenih znanj in spretnosti. Menim, da so zelo zelo pomembni, nenadomestljivi.« (int. 13)

»Oni so ključni deležniki obravnave starostnika, zato ker poznajo njegovo zgodovino, oni poznajo njegove odnose v ožji družini, širši družini, vedo za stvari, ki jih je rad počel oz. jih ni imel rad. In v bistvu od njih dobimo ogromno informacij, ta neformalnost pomaga nam, ki se pač formalno s tem ukvarjamo, da s tem človekom delamo človeka vredno, da poznamo njegovo zgodovino; imamo individualne načrte, ki jih naredimo en mesec po sprejemu posameznika, da se z njim pogovorimo o zgodovini oz. nam svojci povejo (če sam ne zmore) in je vsaka informacija zelo dobrodošla, ker njih že vsaka malenkost lahko spravi iz tira.« (int. 15)

»Veliko se povezujem glede usklajevanja pomoči na domu, veliko je vprašanj glede pomoči na domu, glede oskrbe, glede institucionalne nastanitve, malo pa tudi čisto iz osebnih razlogov.« (int. 19)

»... mi čisto za vsakega novega stanovalca skupaj z njim naredimo individualni načrt ter na podlagi njegovih potreb in želja določimo, kar bo. Zmeraj svojcem povem: ,Največ jim pomeni, da vi pridete k njim, jih pridete pogledat, da nimajo občutka zapuščenosti, največ jim pomenijo družina in obiski!« (int. 24)

»Ker se mi zdi zelo pomembno (ker imam dovolj izkušenj), da jim lahko pomagam s svetovanjem, da jim lahko posodim kakšen pripomoček, če ga potrebujejo, da jim nudim oporo, ker nekaterim je težko prositi za informacije.« (int. 31)

»Predvsem se povezujemo, ker nihče tako dobro ne pozna naših stanovalcev kot oni. Pri tistih, ki niso zmožni govoriti, nam dostikrat svojci že povejo, ali jim kaj ne ustreza (banalni primer: katera hrana). Predvsem ob sprejemih si vzamemo dosti časa za neformalne oskrbovalce, ker takrat gremo skozi vse. Kaj so imeli radi, kaj niso imeli radi, kaj so počeli, česa niso počeli, ali jih je česa strah, ali jih kaj pomiri, kakšno glasbo so poslušali ali so sploh kaj poslušali in tako naprej. Zaradi tega se povezujemo z njimi, ker so nam nepogrešljivi vir informacij. Jaz tudi vedno ob vsakem sprejemu povem kontaktnim osebam: Mi bomo že poskrbeli za stanovalce, ker je to naše delo, mi jih bomo previli, umili, nahranili, animirali, ampak da mi vemo, kako to delati, rabimo pa druge ljudi.« (int. 35)

3.3 KOLIČINA STIKOV FORMALNIH OSKRBOVALCEV Z NEFORMALNIMI

Rezultati odgovorov ob vprašanju, kolikokrat se srečujejo z neformalni oskrbovalci so v Tabeli 2. Od 36 intervjuvanih formalnih oskrbovalcev se jih 27 vsak dan sreča z neformalnimi oskrbovalci, samo eden se sreča enkrat na 14 dni.

Tabela 2: Pogostost stikov formalnih oskrbovalcev z neformalnimi

izobrazba	vsak dan	1–2-krat na teden	3–4-krat na teden	1-krat na 14 dni
osebna asistentka			×	
srednja med. sestra	×			
dipl. med. sestra v mobilni paliativni enoti	×			
dipl. med. sestra na negovalnem oddelku	×			
2 bolničarja negovalca	×			
2 socialni oskrbovalki	×	×		
5 dipl. patronažnih sester	×		×	×
7 dipl. med. sester v DSO	×		×	
2 srednji med. sestre v DSO	×	×		
4 delovne terapevtke	×			
4 fizioterapevti	×	×		
6 socialnih delavk	×		×	

Lastni vir, 2023

3.4 MNENJA O IZČRANOSTI NEFORMALNIH OSKRBOVALCEV

Intervju se je nadaljeval ob vprašanju: *Kolikokrat so vam neformalni oskrbovalci z verbalno in neverbalno komunikacijo povedali, da so utrujeni, izčrpani in nervozni, ko skrbijo za starejšega družinskega člana?*

Neformalni oskrbovalci z besedami ali z neverbalno komunikacijo pogosto izrazijo utrujenost, izčrpanost in nervozo pri skrbi za starejšega družinskega člana. Intervjuvanci št. 1, 5, 14 in 24 so odgovorili, da to redko povedo. Intervjuvanka št. 3, ki dela v mobilni paliativni enoti, meni, da to povedo vsakokrat, vedno pri prvem stiku na domu oskrbovanca. Trije intervjuvanci (št. 36, 23 in 26) so zelo poudarili svoja opažanja in izjave o izčrpanosti neformalnih oskrbovalcev; redko kdo ne pove, da ne zmore več (št. 36), nekateri pa skrivajo svojo utrujenost in izčrpanost (št. 23). Šest intervjuvancev je odgovorilo, da to povedo vsakodnevno (št. 4, 8, 9, 13, 30 in 35). Ob sprejemu svojca v domsko oskrbo neformalni oskrbovalci pogosto povedo, da so izčrpani, utrujeni in da ne zmorejo več, zato se odločijo za sprejem v dom starejših. To so potrdile medicinske sestre, zaposlene v domovih starejših občanov iz različnih regij po Sloveniji (št. 16, 17, 21 in 22). Tudi večina drugih intervjuvancev je govorilo, da pogosto slišijo o izčrpanosti in jo vidijo. Ena, ki dela v domu, meni, da se ne srečuje pogosto z izčrpanostjo svojcev, ker se neformalni oskrbovalci obrnejo nanje po nasvet, preden pride do tega (št. 14), druga, ki dela v hospicu pa je mnenja, da svojce razbremenijo fizičnega, psihičnega in duševnega napora, ko oskrbovanca sprejmejo v ustanovo (int. 2).

Nekaj izjav intervjuvancev:

»...Čisto vsakič, sploh pa največ pri prvih kontaktih...« (int. 3).

»...Vsem, ki skrbijo za onemoglega, se pozna utrujenost in izčrpanost. Brez spraševanja začnejo svojo zgodbo pripovedovati in ne morejo končati, saj smo jim mi pomemben člen pri razumevanju.« (int. 8)

»... natančno težko rečem, ampak od 10 primerov jih je polovica utrujenih in izčrpanih.« (int. 10)

»... Kar se pa izgorelosti tiče, je pa tudi s tem povezano, ali je urejena družina in se bodo uspeli organizirati kljub naporu ali pa družina, kjer jim je vse odveč in se veliko pritožujejo.« (int. 12)

»... Vsakodnevno, predvsem pa tam, kjer skrb in oskrba trajata dlje časa, se pojavi prež ali slej pri vseh.« (int. 13).

»... V večini primerov pridejo ob sprejemu ljudje tako psihično in fizično dekompenzirani, da se ti zasmilijo. Istočasno imajo občutke krivde, ko nameščajo svojega v dom. Ljudje so izčrpani, utrujeni in nemočni. Vendar po določenem času se razbremenijo, ko to sprejmejo in vidijo, da so

še zmeraj koristni, ker jih hodijo hraniti, peljejo jih na sprehod in so srečni skupaj.« (int. 15)

»Pred sprejemom velikokrat. Predvsem se zjočejo in po očeh se jim vidi izčrpanost. Opaziš ton glasu, to izčrpanost in utrujenost. Telesno niti ne pokažejo tako, bolj pokažejo na tej psihični ravni.« (int. 35)

»Ravno to je tisto, izčrpanost – tako telesna kot duševna, kar pa ni po naših merilih hospica, mi pravimo, naj se svojci posvečajo bolniku predvsem na tej odnosni ravni. In s tem, ko dajo v oskrbo bolnika k nam, jih razbremenimo tega fizičnega dela, te nenehne skrbi za nego, tega jih mi razbremenimo in stremimo k temu, da se res pri nas posvetijo zaključevanju tega odnosa, in mislim, da to je tisto, kar jim pomaga, ker so včasih res fizično popolnoma izgoreli v skrbi za svojca. Manjka pa potem seveda za tisto, kar pa umirajočemu in bi tudi nam samim največ pomenilo, da si neke stvari odpustijo, razbremenijo odhajajočega nekih pritiskov, ki jih mogoče še imajo na poti odhoda.« (int. 2)

3.5 KAKO FORMALNI OSKRBOVALCI DOŽIVLJAJO SVOJCE IN GRADIJO Z NJIMI PROFESIONALNI ODNOS?

Formalni oskrbovalci na to vprašanje najpogosteje odgovarjajo, da se trudijo spoštovati in razumeti vlogo svojcev in drugih neformalnih oskrbovalcev pri oskrbi in podpori starejših ali bolnih oseb. Razumejo, da je vključevanje svojcev ključno za celostno oskrbo. Spodbujajo jih k sodelovanju pri odločitvah glede oskrbe in pri načrtovanju terapije. Z njimi se pogosto posvetujejo in skupaj iščejo rešitve za različne izzive. Prizadevajo si, da jim dajejo jasne in razumljive informacije ter jim pojasnjujejo medicinske ali terapevtske postopke. Formalni oskrbovalci izražajo do svojcev empatijo. Ponujajo jim tudi podporo in nasvete glede oskrbe in preprečevanja izgo-relosti. Včasih organizirajo družinske sestanke, kjer se s svojci pogovorijo o napredku, izzivih in ciljih oskrbe ter skupaj najdejo rešitve. Trudijo se prilagoditi svoje prakse in oskrbo individualnim potrebam pacienta in željam svojcev – to je bistveno za zaupanje in dober odnos. Pomembno je, da formalni oskrbovalci delujejo transparentno in odprto ter se izogibajo skrivnostim. Nekateri svojci imajo nerealna pričakovanja ali pa nimajo istih ciljev kot oskrbovanec.

Prehod iz oskrbe na domu v dom starejših občanov je stresen tako za starejše osebe kot za njihove družinske člane. Srečujejo se z izzivi, ki segajo od prilagajanja na novo okolje in življenjski slog do občutkov krivde in celo neuspeha družinskih članov. Nekateri svojci imajo pomanjkljivo zaupanje v to, kako bo osebje skrbelo za svojca. V takih situacijah formalni oskrbovalci

ne igrajo le vloge skrbnika novega stanovalca, temveč morajo tudi koordinirati oskrbo z družinskimi člani.

Več študij je raziskalo komunikacijo med poklicnimi oz. formalnimi in družinskimi oz. neformalnimi oskrbovalci. Pokazale so, da družine potrebujejo več informacij o svojcu in večjo vključenost v proces oskrbe. Interakcija med osebjem in družino ter vrsta informacij, ki se izmenjujejo ali ne izmenjujejo, so pomembni za vključenost družinskih članov v proces oskrbe. Praktično pripomore pri izmenjavi informacij uporaba vizualnih pripomočkov. Orodja lahko delujejo kot vizualna kognitivna pomoč za izboljšanje razumevanja in komunikacije kompleksnih zdravstvenih primerov (Nurgalieva in sod., 2019, str. 173-174).

Še kratek izbor iz pripovedi anketirancev o tem, kako doživljajo sodelovanje s svojci oz. oskrbovalci starejših in kako skupaj gradijo profesionalni odnos, da bo oskrba starejšega kakovostna in varna.

»Na različne načine, veliko je odvisno od karakterja posameznika. Na nek način poskušamo priti v njihov intimni krog, kot temu rečemo, in pridobiti njihovo zaupanje. Ko se to doseže, načeloma steče normalna komunikacija in delo z njimi.« (int. 3)

»Včasih zelo slabo, ker imaš občutek, da ni cenjeno tvoje delo in se vmešavajo. Včasih zelo težko, ker si nekateri svojci ne dajo dopovedati, da ima mama 90 let, ne 60, torej ne sprevidijo realnosti oz. nekih realnih zmožnosti tega starostnika. Včasih pa tako lepo, da ti je res prijetno delati, ko vidiš, da je kakšen nasvet sprejet. Na nivoju se pogovarjava, izmenjujeva si mnenja, saj lahko tudi on meni kaj pove, predlaga, mogoče pa bi šlo takole lažje, jaz jo dobro poznam. Seveda, zakaj ne. Sicer se izogibamo velikim spremembam, ker to starostniki zelo težko sprejemajo, še težje svojci. Minimalne spremembe, ki pomenijo njemu olajšanje ali večjo varnost, to pa vsekakor je treba speljati. ... Pred korono smo tudi imeli delavnico za svojce dementnih oseb, potem recimo delavnice za previjanje, za premeščanje na posteljo, tako da jih povabimo v te manjše skupine, jih spodbujamo. Važno je, da ti njih stalno spodbujaš, predvsem pa to, da jim daš vedeti, da jih razumeš.« (int. 6)

»Nekateri svojci, moram reči, so zelo prijetni. So ljudje, ki jim ni žal nobene ure za nego svojcev ne glede na njihovo stanje in odziv, jih imajo radi in jim dajo vse, kar potrebujejo in še več. Nekateri svojci pa so zelo svojeglavi, ne poslušajo nasvetov nikogar, ne zdravnika ne stroke, mislijo, da so nad vsemi in oni odrejaajo, kako in kaj. Profesionalni odnos je zame ..., da ugotovijo, da je tebi mar zanje, kljub temu da nisi ne sorodnik ne znanec, da vidijo, da jih sprejemaš take, kot so, pa naj si bodo to svojci ali pa oskrbovanci. Profesionalni odnos v tej zadevi je težko graditi, ker nisi imun na trpljenje, ki ga vidiš pri teh ljudeh, a včasih se je pa res treba majčkeno ograditi, sicer je breme pretežko.« (int. 8)

»Ja, različno. Če je to hiter obisk, npr. odvzem krvi, prevez kronične rane, to na hitro narediš. Če je pa umirajoči človek, se bolj poglobiš in ti potem tudi več povejo. Če se ti mudi, se pa ne poglobljaš preveč.« (int. 11)

»Jaz to jemljem kot del službe; mi lahko zmeraj rečemo, da so svojci zahtevni, da prelagajo delo na nas, ampak jaz se vedno skušam postaviti v njihovo vlogo – oni se niso izučili za oskrbo, potrebujejo vse informacije, konec koncev tudi mojo psihično podporo. Tako da jih jaz jemljem kot enakovredne meni, ker tudi oni meni pomagajo. Oni meni, na primer, držijo starostnika, če mu moram sakralno oskrbeti preležanino, sama bi jo zelo težko, tako da jaz to zelo jemljem kot sodelovanje – vsak prispeva tisto, kar lahko. Zelo enakovredno jih vključujem, ker konec koncev mi oni podajo realne informacije, ker so 24 ur na dan ob starostniku, jaz pa prihajam redkeje, mogoče samo 2 do 3 krat na teden, lahko pa je to preventivni obisk, ki ga opravi samo 2 krat na leto in jaz težko ocenim dejansko stanje; in so mi taki neformalni oskrbovalci v veliko pomoč.« (int. 12)

»V večini primerov dobro in pozitivno, se pa najdejo tudi takšni, ki so negativno nastrojeni (že od začetka vse odbijajo, oni tega ne bi, oni tega ne bojo zmogli), še preden sploh poskusijo. Največkrat so nam pripravljeni pomagati, imamo pozitivne izkušnje, tudi zahvalijo se, ker smo tako dosegli ter jim pomagamo oz. jim gremo toliko naproti, da pač skušamo interese združiti. Zmeraj je tukaj individualni pristop, mi že zdaj delamo integrirano, pri nas se v pomoč na domu vključujeta tudi fizioterapija in delovna terapija. Trudimo se slediti smernicam in prva zadeva je, da delamo kakovostno in varno. Svojcem pomagamo tako, da jim pripravimo kakšno izobraževanje ali predavanje in jih povabimo v dom, da jim tukaj kaj praktično pokažemo.« (int. 14)

»Zame so svojci ključni deležniki obravnave, vedno si vzamem čas zanje, tudi če imam tisoč papirjev na mizi. Če pride do pritožbe s strani svojcev, naj bo to tehnična, ali zdravstvena, ali socialna, ali katera druga zadeva, da smo vsi pripravljeni tisto malenkost, kar je za nas malenkost, zanje pa mogoče ogromna stvar, rešiti. Komunikacija je bistvo.« (int. 15)

»Zelo različno, bom rekla, približno 50 % je svojcev z nerealnimi pričakovanji. Predvsem je to prisotno pri premestitvah iz bolnišnic. Mi lahko vzdržujemo stanje, ki je bilo pri odpustu oz. gremo po počasnih korakih, a ti svojci ne doumejo pacientovega zdravstvenega stanja in od nas pričakujejo veliko več, kot mi lahko nudimo. Čeprav gremo še čez standarde, ki jim pripadajo, želijo več in več, tako da z nekaterimi svojci nikoli ne pridemo čisto skupaj. Medtem so drugi svojci hvaležni za minimalne stvari, že za to, da mami oblečem roza majico, zato ker ji je veliko pomenila, se mi bodo zahvaljevali še pet dni. Res čisto odvisno od svojcev, njihovega karakterja in razumevanja, sploh razumevanja tega, da lahko pri starostniku pride do rapidnega poslabšanja. Za profesionalen odnos bi rekla

takole: nikoli ne »zapenjamo« konfliktno, vedno se trudimo razumeti ali pa vsaj dati občutek nekega razumevanja, čeprav vemo, da mogoče nima vedno prav, ampak prej mi stopimo en korak nazaj, delamo po občutku, v danem trenutku za dobro stanovalca, tako kot se nam tisti trenutek zdi najboljše. Profesionalno pa vsak posameznik z načinom svoje komunikacije, z načinom zaupanja v svoje delo in zavedanjem, do kam segajo njegove kompetence.« (int. 17)

»Načeloma so kar zadovoljni, je pa 1 % tistih, ki vedno iščejo oz. zahtevajo nekaj, kar ni možno, imajo nerealna pričakovanja ...« (int. 21)

»... čedalje bolj zahtevni so. Bolj so zahtevni kakor pacienti. Pa tudi z leti se je njihova ozaveščenost spremenila, bistveno bolj so ozaveščeni, več vedo in čedalje več pričakujejo od nas.« (int. 22)

»Včasih bolj naporno kot pa s stanovalci. Ker imajo včasih zelo nerealna pričakovanja in znajo biti včasih zelo kritični. Hvala bogu, je takšnih majhen procent, ostali so res v redu. Najboljši je pogovor, ker ti dejansko pomagajo, če je stanovalec odklonilen (užaljen, ker je v domu). Pomembno je, da svojci pridejo večkrat na obisk, tako se s z njimi lahko povežemo, da spravimo oskrbovanca iz sobe na noge oz. v družbo. Jaz predvsem individualno delam.« (int. 25)

»... kar dobro: so odprti, želijo poslušati, so precej zainteresirani za svoje starše. Imamo take, ki so vsak dan tukaj, imamo take ki so 2 do 3 krat na teden tukaj, drugi so redkeje. Načeloma se tudi s tistim 1 % bolj posebnih pogovorimo in kar upoštevajo, zaenkrat nimam težav. Sporočam informacije o potrebah in stanju oskrbovancev, svetujem, če vidim, da hočejo pretiravati ali počnejo kaj, kar ni varno.« (int. 28)

»Delam v privatni fizioterapiji, oskrba je bolj individualna. Vsi so zelo prijazni. Največja težava se po mojem pojavi, če svojci nimajo enakih ciljev kakor starostniki. Profesionalni odnos je odvisen od posameznika, torej fizioterapevta – on je tam zato, da vodi rehabilitacijski proces. Od mene je odvisno, kako uspešni bomo. Jaz moram motivirati svojce in uporabnika. Presoditi moram, kaj svojci zmorejo ter česa ne, in nekako poskrbeti, da vsi sodelujemo. Mislim, da je komunikacija ključnega pomena, zraven tega pa jasno postavljene meje in cilji.« (int. 30)

»Z nekaterimi izredno dobro, je pa majhen odstotek, ki zanika vse glede starosti, bolezni, umiranja. Z njimi je slabše, ker nekaterih stvari nikakor ne morejo sprejeti.« (int. 31)

»... Pri vsakem profesionalnem odnosu, naj gre za neformalno ali formalno mrežo uporabnika katere koli storitve, je pomembno držati se dogovora – to je najpomembnejše.« (int. 34)

»... Profesionalni odnos gradimo predvsem s pogovori, evalvacijami in tudi družinskimi sestanki. Ko pridejo svojci (malo težji v smislu dopovedovanja, ker so nerealni), takrat mi skličemo družinski sestanek, katerega se udeležimo jaz,

timska sestra, vodja zdravstva (ker ona nadzira tudi oskrbovano osebje), zdrav-nica, redko direktorica, svojci. Stanovalca običajno ne kličemo zraven, odvisno sicer, za kaj se gre, a po navadi mi to rešujemo brez njih.» (int. 35)

»... Predvsem se obračajo na nas ob težavah; pridejo vprašat k meni ali di-rektorici, kaj bi se dalo spremeniti, izboljšati, na koga naj se obrnejo. Tisti, ki so zadovoljni, sploh ne hodijo k meni, so samo hvaležni, prijazni. Torej tisti, ki so nezadovoljni z oskrbo, hodijo zelo pogosto in zelo veliko 'napak' najdejo v domu, predvsem so usmerjeni na tisto, česar ni, ne pa na tisto, kar je.» (int. 36)

3.6 KAKO FORMALNI OSKRBOVALCI POMAGAJO NEFORMALNIM?

Samooceno svojih izkušenj, ki so jo neformalni oskrbovalci povedali o tem, kako in na kakšen način pomagajo neformalnemu oskrbovalcu, smo povzeli v naslednje skupine njihove najpogostejše pomoči.

Zdravstvena vzgoja. Formalni oskrbovalci nudijo zdravstveno vzgojo neformalnemu z namenom, da jih seznani z osnovnimi zdravstvenimi potrebami in postopki za oskrbo pacienta. To vključuje učenje pravilne higiene, prepoznavanje simptomov bolezni, pravilno dajanje zdravil in osnovne prve pomoči.

Opolnomočenje. Formalni oskrbovalci spodbujajo neformalne, da se počutijo bolj samozavestne in kompetentne v svoji vlogi. To dosežejo s pomočjo nasvetov, izobraževanja in čustvene podpore, kar povečuje njihovo sposobnost za oskrbo pacienta in zmanjšuje stres ter občutek preobremenjenosti.

Učenje. Formalni oskrbovalci izvajajo različne učne programe in delavnice za neformalne oskrbovalce, kjer jih poučujejo o specifičnih boleznih, oskrbi pri določeni zdravstveni situaciji ter uporabi medicinskih pripomočkov. To vključuje praktične nasvete in demonstracije, ki pomagajo neformalnemu oskrbovalcu pridobiti potrebne veščine.

Podpora. Formalni oskrbovalci nudijo čustveno in psihološko podporo neformalnemu oskrbovalcu. Razumevanje in empatija formalnih oskrbovalcev pomagata neformalnemu oskrbovalcu premagovati izzive in se soočati s težavami, ki jih prinaša dolgotrajna oskrba.

Prenos znanja. Formalni oskrbovalci delijo svoje strokovno znanje in izkušnje z neformalnimi oskrbovalci. To vključuje informiranje o najnovejših zdravstvenih praksah, inovacijah v medicinski oskrbi in učinkovitih tehnikah za izboljšanje kakovosti življenja oskrbovanca.

Iskanje informacij. Formalni oskrbovalci pomagajo neformalnemu pri iskanju in pridobivanju informacij o razpoložljivih zdravstvenih storitvah, socialni podpori in drugih virih pomoči. To lahko vključuje napotitve na ustrezne

zdravstvene ustanove, svetovalce ali podporne skupine, ki lahko dodatno podprejo oskrbovance in njihove družine.

S temi aktivnostmi formalni oskrbovalci izboljšujejo kakovost oskrbe za paciente, prav tako pa krepijo njihove sposobnosti in dobro počutje neformalnih oskrbovalcev, kar je ključnega pomena za trajnostno in učinkovito oskrbo.

Navedene načine pomoči ponazarjajo izbrani odgovori intervjuvancev.

»Predvsem s pogovori, v naši hiši se veliko posvečamo pogovorom, imamo tudi družinske konference, kjer sodeluje naša zdravnica, tukaj gre predvsem za razčiščevanje ali pa razreševanje dilem svojcev v smislu zdravstva oz. bolezni. Mi se pa posvečamo predvsem razbremenjevanju svojcev oz. skrbnikov pri stiskah, ki se porajajo ob odhodu svojcev. Absolutno smo zagovorniki tega, da bi morali biti svojci ob svojem umirajočem do zadnjega diha. Seveda če pristanejo na to oz. če se čutijo sposobne, tako da to je bilo pri nas pravilo, da so lahko svojci tudi prespali v naši hiši ob svojcu.« (int. 2)

»To je profesionalno predajanje znanja in neke vrste izobraževanje teh ljudi. Praktični prenos tega profesionalnega znanja, ki ga jaz imam, njim pa pomaga in tudi spoštujejo moje delo.« (int. 6)

»Večkrat jih potolažimo, ko se zjočejo pred nami, iščemo pozitivne stvari. Radi imajo to prijaznost, lepo besedo pa praktične prikaze dela, kako se umiva, neguje. Dobiš pa nekaj od njih, zadovoljstvo.« (int. 7)

»Najprej tako, da jih opolnomočim, da potrdim, da to, kar delajo, delajo prav in dobro, potem da jih poslušam, da jih dodatno še kaj izobrazim, da jim predlagam dodatno pomoč, formalno ali neformalno, glede na potrebo.« (int. 10)

»Skušaš jim predati čim več informacij, pa to, kar jim pripada (dodatek, da ne kupujejo plenice, da to dobijo vse na zavarovalnico, podloge, trapez, ograjice, vse to). Glede prehrane, glede nege, obračanja. Treba je veliko razlaganja.« (int. 11)

»Največkrat so to informacije in pa prikaz določenih stvari. Opravim tudi marsikateri telefonski klic ali pogovor z osebnim zdravnikom, ali pa uredim namesto njih kaj, pošljem izvide po e-mailu zdravniku.« (int. 12)

»Predvsem s pogovorom in z zdravstveno vzgojnim delovanjem... « (int. 13)

»Ko pride do spremembe, svojce nanjo vedno pripravimo, ko opažamo pri stanovalcu slabšanje zdravstvenega stanja, jih tudi vedno obvestimo, tudi povemo, da bodo predstavljeni domskemu zdravniku, da dobimo neki okvir, kar je razlog za poslabšanje, vedno jim stojimo ob strani in nudimo jim možnost obiska, če gre za paliativno oskrbo, tudi v nočnih urah, pomagamo pri urejanju formalnih zadev, kakšnih podpisnih soglasij in pa urejanja ob koncu življenja, vedno nas lahko pokličejo, tudi ko se že življenje stanovalca v domu zaključi, če bi radi samo bili slišani, nikoli ne končamo, ko se stanovalec poslovil, vedno smo na voljo, tudi samo za kavico.« (int. 17)

»Največkrat je kaka psihična podpora, ker ima kdo slabo vest, da je dal mamo v dom, pa čeprav ne more drugače; da mu poveš, da se je lepo vključila, da napreduje.« (int. 25)

»Pomagam samo z razlago in predajo informacij. Svojcem pokažemo vaje ali pa jim dajemo vaje napisane na list, ki jih potem lahko izvajajo.« (int. 27)

»Jaz najraje pomagam tako, da jih naučim stvari, ki jih jaz delam, pač menim, da je prenašanje znanja ključ. Moj cilj je, da jih naučim čim več stvari, to so majhne stvari, ki lahko pomagajo pri oskrbi in udobju starejših oz. onemoglih.« (int. 30)

»Pomagamo izpolniti formularje, veliko je tudi usmerjanja in svetovanja.« (int. 35)

3.7 FORMALNI OSKRBOVALCI PREPOZNAVAJO TEŽAVE NEFORMALNIH OSKRBOVALCEV IN STAROSTNIKOV

Ob sodelovanju formalnih oskrbovalcev z neformalnimi je za celovito oskrbo pomembno, da formalni kot strokovnjaki prepoznajo socialno ogroženost in druge težave družinskih in drugih neformalnih oskrbovancev. Pri analizi odgovorov o tem smo bili pozorni od kod je posamezni anketiranec; velja namreč, da je socialna ogroženost različna po slovenskih regijah. Tabela 4 kaže odgovore, pri čemer navedba regije v naši raziskavi ne more odkrivati povezave med blagostanjem v določeni regiji in pozornostjo strokovnjakov na socialno ogroženost svojih uporabnikov. Več pa pove o neenakosti glede dostopa do oskrbovalnih storitev, finančne podpore in družbene vključenosti. Večja dostopnost do storitev zmanjšuje ogroženost in socialne težave oskrbovancev in oskrbovalcev.

V istem kraju različni poklici različno zaznavajo socialno ogroženost starejših ljudi in oskrbovalcev. Nekateri strokovnjaki, kot so socialni in zdravstveni delavci, neposredno delajo z njimi in so bolj občutljivi na njihove potrebe in socialno ogroženost. Nasprotno pa lahko poklici, ki nimajo tesnega stika s starejšimi, teh težav ne opazijo tako hitro ali jasno. Odgovori intervjuvancev kažejo, da 12 zaposlenih (33,3 %) iz osrednje Slovenije različno ocenjuje socialno ogroženost. Dve socialni delavki imata nasprotni izjavi glede srečevanja s socialno ogroženimi oskrbovalci in oskrbovanci, medtem ko sta dva fizioterapevta in dva delovna terapevta enakega mnenja, da se z njimi ne srečujejo pogosto. Ena dipl. med. sestra, ki dela v domu, pravi, da se s socialno ogroženimi oskrbovanci ne srečuje pogosto, medtem ko dipl. med. sestra v patronažni službi trdi nasprotno in prav tako bolničarka v zavodu za oskrbo na domu. Od petih intervjuvancev (13,8 %) iz primorsko-notranjske regije, so štirje zaposleni v istem zavodu, vendar različnih poklicev in tudi različnih

mnenj. Socialna delavka, dipl. med. sestra in bolničar pravijo, da se srečujejo z ogroženimi oskrbovanci in oskrbovalci, a ne pogosto, višja medicinska sestra pa pravi, da se z njimi srečuje pogosto. V dolenjski regiji se s socialno ogroženimi oskrbovalci in oskrbovanci srečujejo pogosto. Anketirana patronažna medicinska sestra iz zasavske regije meni, da se dostikrat srečuje z ogroženimi oskrbovalci in oskrbovanci; skoraj enako tista iz savinjske regije. Medicinska sestra, ki je zaposlena v domu v posavski regiji, pa pravi, da je čedalje več socialno ogroženih družin.

Tabela 3: Prepoznavanje socialne ogroženosti neformalnih oskrbovalcev s strani formalnih

intervjuvanec	izobrazba	regija	pogosta socialna ogroženost
1	dipl. med. sestra	prekmurska	Pogosto ne, občasno pa.
2	sr. med. sestra	osrednjeslovenska	Zelo pogosto.
3	dipl. med. sestra	osrednjeslovenska	Velikokrat.
4	dipl. med. sestra	dolenjska	Pogosto.
5	bolničar negovalec	primorsko-notranjska	Zelo redki primeri.
6	bolničarka negovalka	osrednjeslovenska	Tega je veliko, pogosto.
7	socialna oskrbovalka	jugovzhodna – Bela krajina	Ne pogosto, redko.
8	socialna oskrbovalka	osrednjeslovenska	V naši občini ne prav pogosto.
9	mag. paliativne oskrbe	zasavska	Dosti.
10	višja med. sestra	osrednjeslovenska	Pogosto.
11	dipl. med. sestra	goriška	Ne redko.
12	višja med. sestra	gorenjska	Občasno se srečujemo, a ne bi mogla reči, da pogosto.
13	dipl. med. sestra	savinjska	Pogosto.
14	dipl. med. sestra	jugovzhodna – Bela krajina	Se srečujemo, ampak to so redki primeri.
15	dipl. med. sestra	goriška	Redko; velike socialne ogroženosti v našem domu ni zaradi regije same.
16	višja med. sestra	primorsko-notranjska	Pogosto.
17	dipl. med. sestra	osrednjeslovenska	Ne pogosto.
18	dipl. med. sestra	primorsko-notranjska	Niti ne.
19	dipl. med. sestra	koroška	Niti ne.
20	dipl. med. sestra	gorenjska	Najde se, a so redki primeri.
21	tehnik zdr. nege	štajerska	Redko.
22	sr. med. sestra	posavska	Čedalje več je takih, ki so socialno ogroženi.
23	dipl. del. terapevt	osrednjeslovenska	Imamo kar nekaj takih stanovalcev. Ni pogosto.
24	dipl. del. terapevt	osrednjeslovenska	Redko, ni pogosto.
25	dipl. del. terapevt	koroška	Meni se zdi, da zmeraj bolj pogosto.
26	dipl. del. terapevt	primorsko-notranjska	Pogosto.
27	dipl. fizioterapevt	koroška	Pogosto.
28	dipl. fizioterapevt	gorenjska	Nimamo socialno ogroženih.
29	dipl. fizioterapevt	osrednjeslovenska	Redki primeri.

intervjuvanec	izobrazba	regija	pogosta socialna ogroženost
30	dipl. fizioterapevt	osrednjeslovenska	Redko.
31	mag. soc. dela	osrednjeslovenska	Pogosto.
32	dipl. sociologinja	osrednjeslovenska	Moram reči, da ni pogosto.
33	univ. dipl. soc. delavka	goriška	Včasih, ne pogosto.
34	dipl. soc. delavka	jugovzhodna – Bela Krajina	Pogosto.
35	univ. dipl. soc. delavka	primorsko-notranjska	Socialno ogrožene srečujemo, a ne pogosto.
36	univ. dipl. teologinja, socialna delavka	primorsko-notranjska	Ja, ne sicer pogosto, a so.

Lastni vir, 2023.

Intervjuvanci so pripovedovali **kako prepoznavajo socialne ogrožene oskrbovance in oskrbovalce**. Četrtnina (9) jih pravi, da izvedo zanje iz centra za socialno delo, kjer išče nastanitev v domu ali pomoč na domu, 5 jih dejalo, da svojo finančno stisko omenijo sami oskrbovanci ali njihovi svojci. Omenjajo še problem prevoza do zdravstvene oskrbe, težave zaradi nizkih pokojnin, zaposlitve in šolanja otroka in podobnega. Kar precej (5) jih je poudarilo osamljenost in pomanjkanje stikov s svojci; 7 jih opisuje slabe bivalne razmere, prazen hladilnik, neurejena prehrana, nezadostno ogrevanje ter težave z dostopom do pripomočkov, predvsem brisač, pleníc in rjuh. Skoraj tretjina je poudarila, da prepoznajo socialno ogrožene po njihovem videzu in slabem higienskem stanju, ena pa meni, da so socialno ogroženi tisti, ki zavračajo pomoč drugih.

Navajamo nekaj izjav anketirancev o tem.

»Srečujemo jih na terenu s hudimi socialnimi stiskami, v nemogočih bivalnih razmerah, nekateri resnično pozabljeni od vseh. Smo že imeli bolnika, ki je živel v neregistriranem avtomobilu, brez socialne mreže.« (int. 2)

»Ko pride k nam, se vidi, kako je živel, recimo higiena je slaba, kljub pokretnosti nočejo pod tuš. (int. 5)

»...ne veš, kam bi stopil, toliko je smeti povsod.« (int. 7)

»Ob sprejemu opazimo nivo nege oz. po vonju oblačil. Nekateri prinesejo zelo veliko oblačil in pripomočkov, drugim pa še mi oblačila iščemo.« (int. 21)

»Nimam pravega odgovora, ker ne poznam situacije. Vem pa, da je nekaj takih primerov, ko si recimo ne morejo privoščiti, ampak s tem neposredno nimam opravka.« (int. 24)

»Kakor opažam v naši ustanovi, socialno ogroženi pogosto nimajo svojcev ali pa imajo malo stikov z njimi.« (int. 29)

»Že na prvem obisku vidiš, ali si ti prišel v vilo ali v majhno stanovanje, veliko 20 kvadratov, kjer se stiskajo hčerka, mama pa sin. Takoj opaziš njihov socialni razred. Ali pa potem ko oskrbovalke začnejo delati in poročajo: joj, tukaj pa ni niti dovolj hrane, ni dovolj pleníc, rjuh, brisač, joj, sem kar nekaj od doma

vzela, da sem lahko pomagala in uredila uporabnico. Že potem vidimo socialno ogroženost.» (int. 32)

»Po navadi sami povejo oz. center za socialno delo nas kontaktira, patronažna služba, svojci ali pa znanci pokličejo in povejo. Navadno je najbolj pereča prehrana – nimajo urejene prehrane. Pomoč na domu vključuje tudi dostavo enega toplega obroka na dan. Tako zaznamo takoj, da gre za ogrožene osebe. In potem povejo, da si niso iskali pomoči zaradi pomanjkanja financ, je pa pri tem tudi precej psihiatričnih primerov in alkoholizma.» (int. 34)

Intervjuvanci so govorili tudi o tem, **kako pomagajo socialno ogroženim starostnikom in njihovim svojcem**. Pri tem je v ospredju njihova izkušnja, da pri njihovi obravnavi vključujejo tudi druge oziroma iščejo pomoč na različne načine. Obrnejo se na center za socialno delo, ki ima širok spekter storitev in programov za socialno in finančno pomoč. Računajo na neposredno pomoč patronažnih medicinskih sester. Sodelujejo z različnimi neprofitnimi organizacijami, ki nudijo pomoč socialno ogroženim v obliki hrane, oblačil in druge materialne pomoči. Povezujejo se s službo pomoči na domu, ki zagotavlja podporo in oskrbo socialno ogroženim starostnikom v njihovem domačem okolju. Spodbujajo sodelovanje s sosedi in prostovoljci, ki lahko pomagajo s socialnimi stiki, obiski in praktično pomočjo v vsakdanjem življenju. Iščejo pomoč pri drugih institucijah, kot so občine, zdravstveni domovi, centri za duševno zdravje in druge strokovne službe, ki lahko prispevajo k celostni obravnavi starostnikov. Vključiti skušajo tudi druge svojce starostnikov, če je to mogoče. Pred očmi imajo torej široko paleto socialnih mrež, ki lahko pomagaj ogroženim družinam in starim ljudem, ki živijo sami. Delo s socialnimi mrežami je pomembna sestavina integrirane dolgotrajne oskrbe.

Navajamo še nekaj izjav intervjuvancev o tem.

»...Tudi patronažna sestra me pokliče. Imeli smo, recimo, gospoda, starega 52 let, ki je zbolel in bil v bolnišnici, živel je v stari razpadajoči hiši ... in me kliče patronažna in pravi: tukaj imamo gospoda, ki je na mrzlem in lačen, kaj naj naredim? Rekla sem, naloži ga v avto in ga k meni pripelji. Potem sem šla v kuhinjo kosilo naročit in smo urejali papirje. Gospod je bil 8 ur na toplem in 3 krat na dan je dobil jesti.» (int. 8)

»Po navadi kličemo center za socialno delo, ampak imamo zelo slabe izkušnje, po našem mnenju ne naredijo dosti; čeprav oni mislijo, da naredijo veliko, jaz pa mislim, da ne. Izkoristimo pa naš center za duševno zdravje in osebnega zdravnika. Vprašamo sosede, če kaj vedo o osebi. Načeloma vedno skušamo angažirati svojce in jih obvestimo, da je pacient prišel iz bolnišnice ter potrebuje pomoč.» (int. 9)

»... Dobrodelno organizacijo, Karitas, Rdeči križ. Sosedska pomoč je ponekod zelo razvita. Sem že doživela, da je soseda vzela pacientko k sebi v stanovanje.« (int. 10)

»Kar se tiče socialnih stikov, paciente spodbujamo, naj se pogovarjajo s sorodniki, prijatelji, sodelavci, za katere vedo, da jim bodo s psihološkega, družabnega vidika pomagali. Kar se tiče pa materialnih stvari, vključimo center za socialno delo, neprofitne organizacije (Rdeči križ in Karitas) – zelo pogosto poskušamo tako finančno ali materialno pomagati, kjer je največja stiska. Jaz pokličem Karitas, pa tudi službo za pomoč na domu, ker nekateri ne morejo dati svojca v domsko varstvo zaradi finančnih razlogov, pri takšnih pač poskušamo s pomočjo na domu ter da občina plača te storitve, da nimajo finančnih stisk. Občina je »dolžna« to narediti, no dolžna ... lahko ugodi vlogi in posameznik dobi v celoti financirano oskrbo na domu.« (int. 13)

»Pri nas delamo zelo timsko – vključeni smo zdravstveni tehniki, socialni delavci, delovni terapevti, fizioterapevti, socialni animatorji. Se mi zdi, da je zelo pomemben interdisciplinarni tim. Mi imamo gospodinjske enote (nismo tipičen dom starostnikov) in se socialno ogroženi tudi vključujejo v skupine.« (int. 22)

»Povežemo se s socialno službo oz. centrom za socialno delo, da prosimo socialno delavko za kakšno izredno pomoč socialno ogroženim, mogoče denarno pomoč za nakup kakšnih pripomočkov. K doniranju pritegnemo Rdeči križ in svojce. Veliko ljudi tudi kliče in nam ponudijo npr. bolniško posteljo, ki jo ne potrebujejo več (za znižano ceno ali pa brezplačno). Tudi fizične osebe donirajo. Ali pa veliko prijaznih ljudi, katerim po smrti svojca ostanejo plenice, oblačila, rjuhe, podloge in to radi donirajo.« (int. 32)

Rezultati naše raziskave o povezovanju formalnih oskrbovalcev z neformalnimi, ki smo jih prikazali v tem članku, so pomembni za razvoj in šolanje formalnih oskrbovalcev ter za realistično načrtovanje razvoja naše dolgotrajne oskrbe na osnovi virov, ki jih imamo. Na koncu ponovno poudarjamo glavno omejitev naše raziskave. Zbrani podatki so subjektivna samoocena formalnih oskrbovalcev na osnovi njihove izkušnje pri sodelovanju z neformalnimi oskrbovalci pri institucionalni oskrbi in pri oskrbi na domu. Za celostno sliko bi bilo potrebno raziskati še vsaj subjektivne izkušnje neformalnih oskrbovalcev o tem, po možnosti pa tudi ugotoviti objektivno merljivo povezanost med formalnimi in neformalnimi oskrbovalci.

4 ZAKLJUČEK

Staranje prebivalstva in velike demografske spremembe se odražajo na celotni družbi oziroma populaciji ljudi. Življenjska doba se daljša, s tem pa se povečujejo potrebe starejših ljudi. V starosti se kopičijo različne kronične bolezni, zaradi katerih se poslabšuje funkcionalno stanje organizma, upadajo telesne in duševne sposobnosti in se zmanjšuje kakovost in varnost življenja. Dolgotrajna oskrba ima v svetu in tudi v Sloveniji vedno večji pomen.

V Sloveniji vlada vse do zadnjih let ni naredila odločilnega koraka, ki so ga druge evropske države naredile pred več kakor četrto stoletja, to je sprejem zakona o dolgotrajni oskrbi, ki bi uvajal sodobni sistem integrirane dolgotrajne oskrbe. Občine in drugi deležniki se soočajo s hudimi problemi dolgotrajne oskrbe in čakajo na konkretne ukrepe in rešitve, ki bi olajšali njihovo delo ter izboljšali kakovost življenja starejših ljudi in drugih, ki potrebujejo oskrbo. Kljub številnim obljubam in načrtom ni bilo vidnih premikov v smeri izboljšanja infrastrukture, storitev ali financiranja dolgotrajne oskrbe. Pogoj za razvoj integrirane oskrbe je povezanost med formalnimi in neformalnimi oskrbovalci ter krepitev sodelovanja med različnimi sektorji, kot so zdravstvo, socialno varstvo in prostovoljstvo.

Storitve integrirane dolgotrajne oskrbe vključujejo tradicionalne zdravstvene storitve, kot so obvladovanje kroničnih geriatričnih stanj, rehabilitacijo, paliativno oskrbo, promocijo in preventivne storitve, prav tako pa storitve nege in socialne podpore. Vse te storitve morajo biti integrirane in kontinuirano zagotovljene v skladu z osnovnimi načeli oskrbe, osredotočene na osebo. Podpora neformalnim oskrbovalcem velja za učinkovito strategijo za izboljšanje dobrega počutja oskrbovalcev in oskrbovancev ter za odložitev namestitve v domove za starejše.

Formalna in neformalna oskrbovalka sta dve ključni komponenti dolgotrajne oskrbe (DO), ki se lahko dopolnjujeta na različne načine pri zagotavljanju celovite oskrbe posameznikom, ki jo potrebujejo. Formalna in neformalna oskrbovalka se lahko dopolnjujeta tako, da formalna prevzame bolj specializirane ali tehnične naloge, medtem ko neformalna zagotavlja čustveno in socialno podporo. Neformalna oskrbovalka lahko pomaga pri izvajanju navodil formalne oskrbovalke, ki se nanašajo na nego in zdravstvene postopke. Sodelovanje med njima lahko izboljša kakovost oskrbe in omogoči bolniku, da ostane dlje časa v domačem okolju.

Pomembno je razumeti, da je optimalna kombinacija formalne in neformalne oskrbe odvisna od specifičnih potreb posameznika in njihove družine ter razpoložljivosti virov in storitev v določenem okolju. Dopolnjevanje teh

dveh vrst oskrbe lahko prispeva k zagotavljanju celovite in učinkovite oskrbe za tiste, ki jo potrebujejo.

Neformalni oskrbovalci večinoma niso strokovno usposobljeni, delo opravljajo brez pogodbenega razmerja, brez plačila in socialnih pravic iz dela. Kakšen obseg del naj bi opravili neformalni oskrbovalci, ni opredeljeno; prav tako ne, koliko časa imajo za počitek. Neformalni in formalni sistem oskrbe ne obstajata ločeno drug ob drugem, ampak sta v interakciji, odnosi med njima pa so lahko različni: hierarhični, komplementarni, dopolnitveni, nadomestitveni in drugi (Hrženjak, 2018, str. 77).

Šola in izobraževanja lahko nudijo teoretično podlago za razumevanje sodelovanja s svojci starostnikov, vendar se resnično učenje sodelovanja večinoma zgodi s prakso in izkušnjami v delovnem okolju. Šolski programi naj bi vključevali praktične vaje, vodenje razgovorov s starostniki in njihovimi svojci ter simulacijo situacij, s katerimi se srečujejo formalni oskrbovalci. To bi omogočilo študentom pridobivanje izkušenj, razvijanje komunikacijskih veščin in razumevanje raznolikih potreb družin. V Sloveniji je danes veliko različnih kultur, zato bi bilo treba poskrbeti, da šole in univerze študente seznanijo z različnimi kulturami, verovanji in vrednotami svojcev, saj to vpliva na način vzpostavljanja sodelovanja in komunikacije. Z izboljšanim šolskim programom, ki bi vključeval praktične izkušnje in izobraževanje o vključujočem pristopu ter bi poudarjal medosebne odnose, bi lahko formalni oskrbovalci razvili veščine sodelovanja s svojci starostnikov, kar bi izboljšalo kakovost oskrbe in podpore, ki jo prejmejo starostniki v njihovi oskrbi. V okviru katere od zdravstvenih in socialnih šol oz. univerz bi bilo treba narediti raziskavo med študenti in ugotoviti, koliko se ti med študijem vključujejo v odnos s svojci starostnika in kaj primanjkuje šolskemu sistemu v Sloveniji. Dobro bi bilo, da bi se programi osredotočali na izobraževanje študentov o pomenu vključevanja svojcev v oskrbo in o njihovi vlogi pri zagotavljanju celostne podpore starostnikom. Programi naj bi prav tako spodbujali k aktivnemu poslušanju, empatiji in prilagajanju pristopov glede na potrebe vsake družine.

Sprejemanje sprememb in zadovoljstvo v starosti nista odvisna le od socialno-ekonomskega statusa, ampak predvsem od kakovosti socialne mreže. Ta vpliva na socialno integracijo posameznika v njegovo okolje preko rednih in kakovostnih socialnih stikov ter odnosov, kar preprečuje osamljenost in socialno izolacijo. Mlajše generacije je treba spodbujati k interakciji s starejšimi, razvijati zanimanje za njihove potrebe in vlogo ter vključiti starejše v družbene dejavnosti. Poleg družine in formalnih organizacij so pri podpori starejšim pomembne nevladne organizacije. Patronažne medicinske sestre so ključne pri zagotavljanju primarne zdravstvene nege in spodbujanju starejših k aktivni

skrbi za svoje zdravje, kar izboljšuje kakovost njihovega življenja v domačem okolju. Patronažna zdravstvena nega mora upoštevati celotno zdravje starejših, vključno s telesnim, duševnim, duhovnim in socialnim področjem ter izkoristiti njihov potencial za samopomoč in sosedsko pomoč (Maček, Skela Savič in Zurc, 2011, str. 186-187).

LITERATURA

- Amini D. in Furniss J. (2018). *Environmental Adaptation in Occupational Therapy Essay*. Pridobljeno s <https://ivypanda.com/essays/environmental-adaptation-in-occupational-therapy/>.
- Berčan M. in Krajnc A. (2016). Priporočila obravnave pacientov v patronažnem varstvu za diplomirane medicinske sestre. V: *Zbornik povzetkov: Preventivni obisk pri starostniku, ki je osamel in socialno ogrožen* (str. 55–57). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- Dominkuš D. (2010). Predlog nove ureditve dolgotrajne oskrbe v Republiki Sloveniji. V: M. Mencej (ur.), *Bolezni in sindromi v starosti 4*. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije, str. 159-166.
- Ebert Moltara M. (2014). Uvod v šolo o paliativni oskrbi. V: N. Krčevski-Skvarč (ur.). 3. *Mariborska šola paliativne oskrbe*. Maribor: Univerzitetni klinični center Maribor, str. 11–16.
- He W., Goodkind D. in Kowal P. (2016). Aging Trends. An Aging World, International Population Reports (2015), 1-2. Pridobljeno s: https://www.researchgate.net/publication/317400495_An_Aging_World.
- Mrzljak M. (2018). Neformalno skrbstveno delo. V: T. Velegić (ur.). *Razsežnosti skrbstvenega dela*. Ljubljana: Založba Sophia, zavod za založniško dejavnost, str. 75–111.
- Hughes G., Shaw S. in Greenhalgh T. (2020). Rethinking Integrated Care: A Systematic Hermeneutic Review of the Literature on Integrated Care Strategies and Concepts. V: *The Milbank Quarterly. Multidisciplinary journal of population health and health policy*, 98, 446–492; <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12459>.
- Horvat M. (2011). Obravnava starostnika v domačem okolju. V: R. Medved (ur.), *Geriatrja in zdravstvena gerontologija v Slovenskem prostoru*. Brdo: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje, str. 15–29.
- Jenkinson E. C., Dickens P. A., Jones K., Thompson-Coon J., Taylor S. R., Rogers M. idr. (23. 8. 2013). Is volunteering a public health intervention? A systematic review and meta-analysis of the health and survival of volunteers. V: *BMC Public Health*, 13, 1–10. Pridobljeno s <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-773/metrics>.
- Kavšek M. (2021). *Dolgotrajna oskrba*. Novo mesto: Fakulteta za organizacijske študije v Novem mestu.
- Lipar T. In Mravljak Andoljšek V. (2018). Potrebe in podpora neformalnim oskrbovalcem. V: *Kakovostna starost 21*, str. 3-19; <https://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:DOC-QJNT7DDP/bcb9fa47-e2b8-4e22-89ca-e57100afd05e/PDF>.
- Lopuh M. (2015). Oris načrta državne koordinacije paliativne oskrbe – kje smo, kam gremo? V: M. Ebert Moltara (ured.). *Slovenski kongres paliativne oskrbe »V luči dostojanstva življenja«*. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana, Slovensko združenje paliativne medicine SZD, str. 22–26.
- Maček B., Skela Savič B. in Zurc J. (2011). Dejavniki socialne integracije starostnika v domačem okolju. V: *Obzornik zdravstvene nege*, 3, 181-187. Pridobljeno s <https://obzornik.zbornica-zveza.si/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/2835>.
- Mali J., Flaker V., Urek M. in Rafaelič A. (2018). *Inovacije v dolgotrajni oskrbi: Primer domov za stare ljudi*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo, Univerza v Ljubljani.
- Likuš Kos A. (2020). Prostovoljno delo v zdravstvu – celostni prikaz. V: Z. Čebašek-Travnik (ured.). *Torta za prostovoljce, prikaz prostovoljnega dela v zdravstvenem sistemu*. Ljubljana: Zdravniška zbornica Slovenije, str. 10–19.
- Rafaelič A. In Nagode M. (2012). Uvajanje dolgotrajne oskrbe. V: *Časopis za kritiko in znanost*, 40, 47-58. Pridobljeno s: <https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-ALR5LMEF>.

- Nagode M., Kovač N., Lebar L., in Rafaelič A. (2019). Socialna oskrba na domu v luči dolgotrajne oskrbe. V: M. Nagode (ured.). *Razvoj socialne oskrbe na domu: od besed k dejanju*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo, Univerza v Ljubljani, str. 13–26.
- Nagode M., Črnak Meglič A., Ficko K., Lebar L., Pirc S. in Rafaelič A. (2021). *Dolgotrajna oskrba: potrebe in izzivi v Domžalah*. Domžale: Inštitut RS za socialno varstvo.
- Neuberg M. in Canjuga (2016). Procjena kvalitete života starijih osoba (Ocena kakovosti življenja starejših). V: N. Kregar Velikonja (ured.). *Celostna obravnava pacienta: starostnik v zdravstvenem in socialnem varstvu*. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto str. 289–297.
- Ngan R. (2011). Social care and older people. V: I. Stusrt-Hamilton (ured.). *An introduction to gerontology*. New York: In the United States of America by Cambridge University Press, str. 126–159.
- Novak G. (2019). Fizioterapija. V: G. Novak (ured.). *Kaj mi pripada v jeseni življenja?* Ljubljana: Blaginja, str. 46–50.
- Nurgalieva L., Baez M., Adamo G., Casati F. in Marchese M. (2019). Designing Interactive Systems to Mediate Communication Between Formal and Informal Caregivers in Aged Care. V: *Journals & Magazines*, (7), 173–194. DOI: 10.1109/ACCESS.2019.2954327.
- Ogrin A. (2020). Družinski oskrbovalci. V: *Kakovostna starost, Revija za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje*, (23), str. 52–62.
- Oprešnik D. (2020). *Oskrba starejših prebivalcev in vprašanje integracije v zdravstvu, sociali in skupnost* (Raziskovalno poročilo). Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Oven A. (2019a). Institucionalno varstvo in onemoglost družinskega člana. V: U. Krašovec (ured.). *Potrebujem oskrbo, kaj pa sedaj?* Ljubljana: Inštitut za dolgotrajno oskrbo, str. 18–39.
- Oven A. (2019b). Osebna asistenca. V: U. Krašovec (ured.). *Potrebujem oskrbo, kaj pa sedaj?* Ljubljana: Inštitut za dolgotrajno oskrbo, str. 55–64.
- Porter T., Shakespeare T. in Stöckl A. (27. 11. 2019). Performance management: a qualitative study of relational boundaries in personal assistance. V: *Sociology of Health & Illness*, 42, 191–206. Pridobljeno s <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1467-9566.12996>.
- Ramovš J. (2010). *Gerontologija*. Pridobljeno s <http://www.inst-antonatrstenjaka.si/gerontologija/slovar/1369.html>.
- Ramovš J. (2020). *Integrirana dolgotrajna oskrba*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje; v sodelovanju s Fakulteto za zdravstvene vede Univerze v Novem mestu in Alma mater Europaea.
- Ravnik D. in Videnšek S. (2019). Fizioterapija na domu – patronažna fizioterapija. V: D. Ravnik (ured.). *5. strokovno srečanje Akademije Arhimed: »svobodna in lahkotna korak in dih«*. Ljubljana: Akademija Arhimed, Zavod za izobraževanje, rehabilitacijo in dizajn, str. 15, 16.
- Spasova S., Baeten R. in Vanhercke B. (2018). Challenges in long-term care in Europe. V: *Eurohealth Observer*, 4, 7–12. Pridobljeno s <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332533/Eurohealth-24-4-7-12-eng.pdf>.
- Struktura in staranje prebivalstva. (1.8.2020). Evropska komisija. Pridobljeno s https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Archive:Struktura_in_staranje_prebivalstva.
- Zakon o dolgotrajni oskrbi. Pridobljeno s <https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ZAKO7621>.
- Inštitut RS za socialno varstvo.(2024). Pridobljeno s <https://irsv.si/evalvacijska-porocila-posamicna-in-skupna-pregled/>.

Naslov avtorice:

Mag. Ana Glavica: anabatkovic14@gmail.com

Polona Maleš

Kakovost življenja starejših v stanovanjskih skupnostih in vloga delovne terapije

POVZETEK

Na kakovost življenja starejših vpliva več dejavnikov, med katerimi so tudi bivalne razmere. Te pogosto negativno vplivajo na kakovost življenja starejših in njihovih svojcev. Stanovanjske skupnosti so v Sloveniji manj poznana oblika bivanja, ponekod pa je ta oblika bivanja že uveljavljena in tudi raziskovana. Del raziskovanja je usmerjen v kakovost življenja starejših, ki živijo v njih. Izvedli smo pregled literature, s katerim smo preko tematske analize želeli odgovoriti na raziskovalni vprašanji »Kakšna je kakovost življenja starejših oseb v stanovanjskih skupnostih?« in »Kakšna je vloga delovnih terapevtov v stanovanjskih skupnostih?« Iz sinteze rezultatov sta izšli temi »Dejavniki, ki se pojavljajo v stanovanjskih skupnostih in vplivajo na kakovost življenja starejših« in »Ohranjanje okupacijske kompetence starejših v stanovanjski skupnosti«. Pregled literature je pokazal, da se v omenjenih skupnostih pojavlja več dejavnikov, ki pozitivno vplivajo na kakovost življenja starejših. V Sloveniji delovni terapevti vanje še niso vključeni, iz pregleda literature pa je razvidno, da bi se vanje lahko vključevali pri zasnovi, kjer bi s svojim znanjem o univerzalnem oblikovanju prispevali k bolj dostopnemu okolju za vse stanovalce, ki so del stanovanjske skupnosti. Sodelovali bi lahko tudi pri edukaciji starejših in njihovih svojcev o njih kot alternativni obliki bivanja. Potreba po edukaciji pa se je pokazala tudi znotraj stanovanjskih skupnosti, kjer starejši potrebujejo pomoč pri reševanju konfliktov. Nenazadnje pa bi se delovni terapevti lahko vključevali tudi kot del dodatne zdravstvene pomoči, kjer bi z delovnoterapevtskimi intervencijami prispevali k ohranjanju čim večje samostojnosti starejših.

Gljučne besede: sobivanje starejših, delovni terapevt, kakovost življenja

AVTORICA

Polona Maleš je diplomirana delovna terapevtka, ki se je v okviru diplomskega dela usmerila v raziskovanje sobivanja starejših.

ABSTRACT

Quality of life of older people in residential communities and the role of occupational therapy

The quality of life of older people is influenced by several factors, including living conditions. These often negatively impact the quality of their lives and lives of their families. Residential communities are a lesser-known form of living in Slovenia; but in some countries, this form of living is already established and researched. Part of the research is focused on the quality of life of older people living in these communities. We conducted a literature review, aiming to answer the research questions, "What is the quality of life of older individuals living in residential communities?" and "What is the role of occupational therapists in residential communities?" The synthesis of the results yielded two themes: "Factors present in residential communities influencing the quality of life of older people" and "Preservation of occupational competence of older people in residential communities." The literature review showed that several factors present in these communities positively influence the quality of life of older people. There are only few such communities in Slovenia so far and occupational therapists are not yet involved. However, the literature review indicates that they could be involved in their design, contributing with their knowledge of universal design of living spaces to create a more accessible environment for all residents of residential communities. They could also participate in educating older people and their families about this alternative form of living. The need for education is also evident within residential communities, where older people require assistance in conflict resolution. Lastly, occupational therapists could be involved as part of additional healthcare support, using occupational therapy interventions to contribute to maintaining the independence of older people.

Keywords: community housing, co-housing of older people, occupational therapist, quality of life.

AUTHOR

***Polona Maleš** is a licensed occupational therapist who, as part of her graduate thesis, specialized in researching the cohabitation of older people.*

1 UVOD

V Sloveniji je skoraj ena tretjina gospodinjstev enočlanskih. V njih pogosto živijo starejši (Razpotnik et al., 2021). Življenje v enočlanskem gospodinjstvu je eden od dejavnikov tveganja za socialno izključenost in življenje pod pragom revščine (Dolenc, 2021). Kerbler in sodelavci (2019) ugotavljajo, da bivalne razmere pogosto negativno vplivajo na kakovost življenja starejših in njihovih svojcev. Nasprotno pa imajo pozitiven vpliv univerzalno oblikovano okolje in izboljšanje socialnih vezi (Raggi et al., 2016). Višja kakovost življenja je tudi

eden od ciljev obravnav delovnih terapevtov (American Occupational Therapy Association, 2020).

Dejavnike, ki spodbujajo boljšo kakovost življenja, ponuja bivanje v stanovanjskih skupnostih starejših (Carrere et al., 2020). To so skupnosti vsaj dveh starejših, za katere je značilno deljenje stroškov, pomoč med stanovalci, pridobivanje novih izkušenj in širjenje socialne mreže (Bivalna problematika – ZDUS, n.d.). Znanstveno raziskovanje sobivanja starejših se je začelo močneje razvijati pred 25 leti. Literatura s tega področja se deli na dva dela. Eden se ukvarja s kakovostjo življenja, drugi pa z vlogo konteksta pri razvoju stanovanjskih skupnosti. (Labit, 2015).

Kerbler et al. (2019) so v raziskavi, katere namen je bil predstaviti mnenje starejših glede različnih oblik bivanja, ugotovili, da je skoraj tretjina starejših udeleženi v raziskavi sobivanje označila za sprejemljivo obliko bivanja. Vendar pa v literaturi ni dokazov, ki bi povezovali stanovanjske skupnosti, delovno terapijo in kakovost življenja. Zato smo naredili pregled literature, s katerim smo želeli odgovoriti na raziskovalni vprašanje: »Kakšna je kakovost življenja starejših oseb v stanovanjskih skupnostih?« in »Kakšna je v njih vloga delovnih terapevtov?«

2 TEORETIČNA IZHODIŠČA

Ločnica, ki ločuje »odrasle« od »starejših« ni točno opredeljena (Vertot, 2010). Gvozdnikov (2019) piše, da se osebe v določenih primerih obravnava kot starejše že pri 55. letu starosti. To je prisotno predvsem pri zaposlenih osebah, ki s 55. letom pridobijo dodatne pravice in ugodnosti. V Evropi so v letu 2018 skoraj tretjino prebivalstva sestavljale osebe, starejše od 55 let, do leta 2050 pa pričakujejo, da jih bo za skoraj polovico evropskega prebivalstva (Gvozdnikov, 2019). Starost 55 let je tudi meja, ki osebi omogoča vključevanje v bivalne skupnosti starejših (Hoyt, 2021). Pri osebah starih med 55 in 65 let se pri več kot dveh tretjinah pojavi vsaj ena kronična bolezen (Centers for Disease, Control and Prevention, 2009). Z leti le te vplivajo na vedno večjo potrebo po pomoči pri osnovnih in podpornih vsakdanjih opravilih (Maresova et al., 2019). Pri iskanju informacije, kje v Sloveniji lahko starejši, ki niso več samostojni pri teh opravilih dobijo pomoč, smo naleteli tudi na možnost sobivanja v skupnosti (Ministrstvo za okolje in prostor, 2020).

Sobivanje je skupinska oblika bivanja, sestavljena iz individualnih domov ali prostorov, ki so razporejeni okrog skupnih prostorov in površin. Stanovanjsko skupnost vodijo in upravljajo njeni člani. Upravljanje temelji na medsebojni podpori, samoupravljanju in aktivnem sodelovanju. Okolje je zasnovano tako, da vzpodbuja in omogoča socialno interakcijo med člani in ima skupen prostor ali hišo,

namenjeno skupnim obrokom in dogodkom. Starost oseb, vključenih v to obliko bivanja, se med državami in skupnostmi razlikuje (Community led homes, n.d.).

Delovni terapevti se z obravnavo starejših srečujejo v bolnišnicah in rehabilitacijskih centrih, v domačem okolju ali v okviru socialnovarstvenih zavodov. Vsako okolje ima svoje posebnosti, ki vplivajo na delo delovnega terapevta (Occupational therapy Australia, n. d.). Steultjens in sodelavci (2004) so izvedli sistematični pregled literature, s katerim so prišli do zaključka, da ima delovnoterapevtska intervencija za starejše, ki živijo v domačem okolju, pozitiven vpliv na njihovo kakovost življenja.

3 METODE DELA

Poglobljeno smo pregledali literaturo in izbrali 10 raziskav, ki smo jih vključili v tematsko analizo, nazadnje pa smo odgovorili na raziskovalni vprašanje. Iskanje literature je potekalo med januarjem in marcem v letu 2022, in sicer v 4 bazah: Web of Science, CINAHL, Medline in ProQuest. Do nekaj zadetkov smo prišli tudi z ročnim pregledom referenc.

Pri iskanju literature smo upoštevali naslednje vključitvene kriterije:

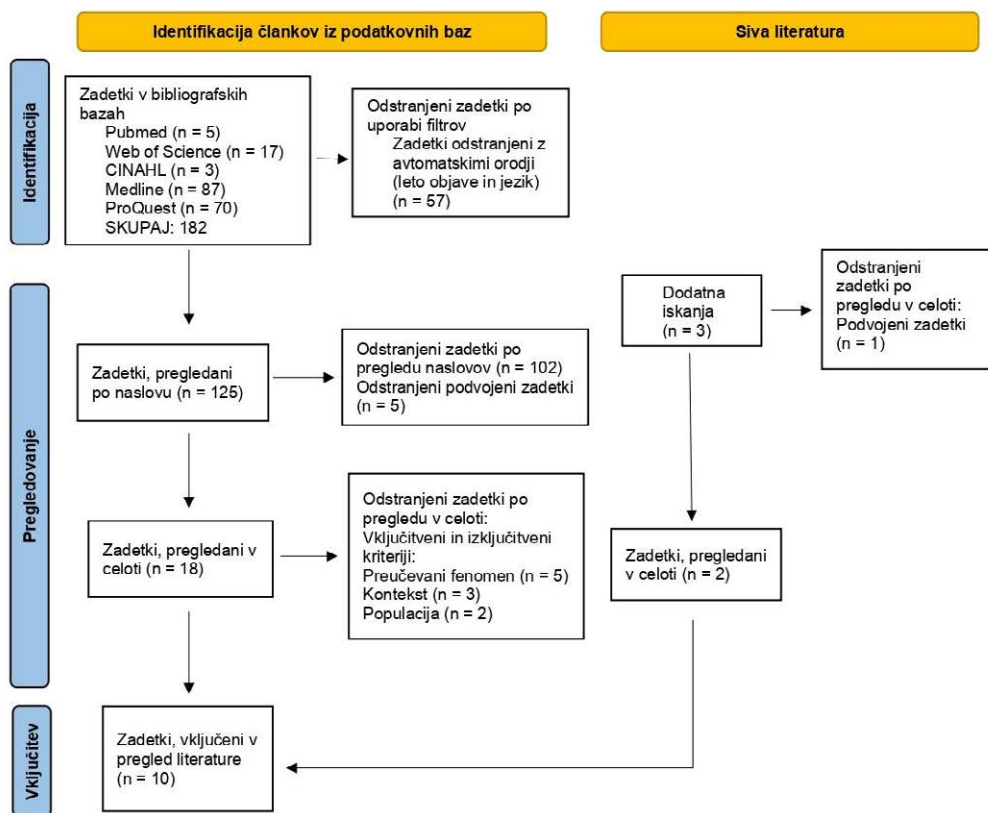
- Raziskava je bila objavljena med letoma 2012 in 2022.
- V raziskavo so vključene osebe, starejše od 55 let, ki so člani stanovanjskih skupnosti starejših.
- Raziskava proučuje kakovost življenja ali blagostanje oseb.
- Raziskava je objavljena v slovenskem ali angleškem jeziku.
- Raziskava je v celoti dostopna članom Univerze v Ljubljani.

V podatkovnih bazah smo pri iskanju v različnih kombinacijah uporabili ključne besede, ki so izhajale iz glavnih konceptov raziskovanja:

- Kakovost življenja: »quality of life«, »well being«, »well-being«, »life satisfaction«,
- delovna terapija: »occupational therapy*«, »OT«, »occupation*«, »activity based«,
- sobivalne skupnosti starejših: »cohousing community«, »cohousing«, »senior cohousing«,
- starejši: »senior*«, »older adult*«, »elder*«, »geriatric*«, »aged*«.

Ključne besede smo združevali z logičnima Boolovima operatorjema »AND« in »OR«. Nato smo s pomočjo vključitvenih in izključitvenih kriterijev in diagrama PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis) (Moher et al., 2009) izbrali članke ter raziskave, ki smo jih vključili v tematsko analizo. Proces zbiranja raziskav je podrobneje prikazan na sliki 1, ki prikazuje PRISMA diagram.

Slika 1: PRISMA diagram



4 REZULTATI

Raziskavam, vključenim v pregled literature, smo določili raven dokazov (Lieberman & Scheer, 2002). V celoti smo raven dokazov določili 3 raziskavam, izmed katerih je bila pri eni uporabljena kvantitativna metoda raziskovanja (Glass, 2019), pri drugih dveh pa je bil narejen pregled literature (Carrere et al., 2020; Chum et al., 2020). Štirim raziskavam, v katerih je uporabljena integracija kvalitativne in kvantitativne metode, smo določili raven dokazov samo za kvantitativni del (Glass, 2013; Glass & Vander Plaats, 2013; Mandelman, 2021; Puplampu et al., 2020), trem raziskavam pa ravni dokazov nismo določili, saj so bile v njih uporabljene kvalitativne metode raziskovanja (Labit, 2015; Pfaff & Trentham, 2020; Puplampu, 2019). Tabela 1 podrobneje prikazuje osnovne podatke raziskav, vključenih v kvalitativno analizo.

Tabela 1: Raziskave, vključene v kvalitativno analizo

Avtor, leto objave	Revija, v kateri je bila raziskava objavljena	Država, v kateri je bila izvedena raziskava	Vsaj eden od avtorjev je delovni terapevt	Starost ljudi, vključenih v raziskavo	Ocena ravni dokazov
Carrere J. et al. (2020)	Public Health Reviews	Španija	Ne	/	I
Chum K. et al. (2020)	/ (diplomsko delo)	Velika Britanija	Da	/	I
Glass A. P. (2013)	Journal of Housing for the Elderly	Združene države Amerike	Ne	63–84 let	Kvantitativni del: V
Glass A. P. (2019)	Journal of Women and Aging	Združene države Amerike	Ne	58–90 let	IV
Glass A. P., & Vander Plaats R. S. (2013)	Journal of Aging studies	Združene države Amerike	Ne	64–87 let	Kvantitativni del: IV
Labit A. (2015)	Urban Research & Practice	Nemčija, VB, Švedska	Da	55–83 let	/
Mandelman M. D. (2021)	/	Združene države Amerike	Ne	60–94 let	Kvantitativni del: IV
Pfaff R. & Trentham B. (2020)	Journal of Occupational Science	Švedska	Da	55–92 let	/
Puplampu V. (2019)	Journal of Aging and Environment	Kanada	Ne	55–85 let	/
Puplampu V. et al. (2020)	Canadian Journal on aging	Kanada	Ne	55–94 let	Kvantitativni del: V

Po združevanju desetih virov sta izšli dve temi, in sicer: »Dejavniki, ki se pojavljajo v stanovanjskih skupnostih in vplivajo na kakovost življenja starejših« ter »Ohranjanje okupacijske kompetence starejših v stanovanjskih skupnostih«. Temi smo naprej razdelili na podteme, ki so napisane v tabeli 2.

Tabela 2: Združevanje pregleda literature po temah

TEMA	PODTEMA	OPIS	AVTORJI
Dejavniki, ki se pojavljajo v stanovanjskih skupnostih in vplivajo na kakovost življenja starejših.	duševno zdravje	Starejši v stanovanjskih skupnostih kažejo večjo odpornost ob soočanju z izzivi, ki jih prinaša staranje.	Glass & Vander Plaats, 2013; Mandelman, 2021; Puplampu, 2019
		Starejši v stanovanjskih skupnostih svoje duševno zdravje ocenjujejo visoko.	Mandelman, 2021; Puplampu, 2019; Puplampu et al., 2020
	socialni odnosi	Starejši v stanovanjskih skupnostih so del skupine ljudi, v kateri imajo veliko priložnosti za socializacijo.	Carrere et al., 2020; Chum et al., 2020; Mandelman, 2021; Puplampu, 2019; Puplampu et al., 2020
		V stanovanjskih skupnostih imajo starejši s sosedi in sostanovalci tesne prijateljske odnose, v katerih se dobro počutijo.	Glass, 2013; Glass, 2019; Puplampu, 2019
		Starejši se v stanovanjskih skupnostih redkeje počutijo izolirane in osamljene.	Glass, 2019; Puplampu, 2019; Puplampu et al., 2020
		Starejši v sobivalnih skupnostih čutijo močno pripadnost skupini, v kateri staranje ni stigmatizirano.	Carrere et al., 2020; Chum et al., 2020; Glass, 2013; Glass, 2019; Glass & Vander Plaats, 2013; Labit, 2015; Mandelman, 2021; Puplampu, 2019; Puplampu et al., 2020
	nadzor nad svojim življenjem	Starejši pravijo, da imajo občutek svobode pri odločanju o izbiri aktivnosti, v katere se bodo vključevali.	Chum et al., 2020; Labit, 2015; Mandelman, 2021; Pfaff & Trentham, 2020; Puplampu et al., 2020
		Starejši imajo občutek avtonomije in nadzora nad svojim delom v stanovanjski skupnosti.	Carrere et al., 2020; Chum et al., 2020; Glass, 2013; Glass, 2019; Mandelman, 2021; Puplampu, 2019; Puplampu et al., 2020
Ohranjanje okupacijske kompetence starejših v stanovanjski skupnosti	okolje	Zasnova upošteva individualne potrebe stanovalcev, da jim je grajeno okolje prilagojeno in dostopno.	Carrere et al., 2020; Chum et al., 2020; Mandelman, 2021; Puplampu, 2019
		Deljenje stroškov v skupnosti omogoči občutek večje finančne varnosti ter neodvisnosti.	Carrere et al., 2020; Labit, 2015; Puplampu, 2019; Puplampu et al., 2020
	okolje v stanovanjski skupnosti podpira vključenost v okupacije	Skupni prostori so oblikovani tako, da spodbujajo aktivno vključevanje starejših v okupacije.	Chum et al., 2020; Glass, 2013; Puplampu et al., 2020
		Priložnosti za vključevanje v skupinske dejavnosti.	Carrere et al., 2020; Chum et al., 2020; Pfaff & Trentham, 2020; Puplampu, 2019; Puplampu et al., 2020
	pridobivanje novih in ohranjanje starih vlog v skupnosti	Starejši dobijo svojo odgovornost in funkcijo, ki jo morajo opravljati.	Glass, 2013; Glass, 2019; Pfaff & Trentham, 2020; Puplampu et al., 2020
		Starejši postanejo člani nove skupnosti, v kateri so z ostalimi med seboj soodvisni in drug drugemu nudijo podporo.	Carrere et al., 2020; Chum et al., 2020; Glass, 2013; Glass, 2019; Glass & Vander Plaats, 2013; Labit, 2015; Mandelman, 2021; Pfaff & Trentham, 2020; Puplampu, 2019; Puplampu et al., 2020
		Starejši v čim večji meri samostojno izvajajo osnovna vsakdanja opravila.	Chum et al., 2020; Mandelman, 2021; Puplampu et al., 2020
		Ohranjanje stikov s širšim zunanjim okoljem.	Pfaff & Trentham, 2020; Puplampu et al., 2020

5 RAZPRAVA

Pregled literature je pokazal, da se v stanovanjskih skupnostih pojavljajo dejavniki, ki glede na definicijo kakovosti življenja Svetovne zdravstvene organizacije (World Health Organization, 2012), pozitivno vplivajo na kakovost življenja. Izpostavljamo predvsem socialne odnose, duševno zdravje, nadzor nad svojim življenjem in okolje.

Ustavimo se najprej pri socialnih odnosih. Starejši imajo pogosto zelo ozko socialno mrežo. Pri tem vidimo priložnost v stanovanjskih skupnostih, kjer osebe čutijo močno pripadnost skupini ljudi, s katerimi živijo. Hkrati se pojavlja tudi več priložnosti za socializacijo in manjša stopnja osamljenosti (Mandelman, 2021; Puplampu, 2019; Puplampu et al., 2020). Puplampu in sodelavci ugotavljajo, da je razlog pogosto v podobnih prepričanjih, vrednotah in podobni starosti, ki v skupnosti ni stigmatizirana. Na tem mestu bi opozorili, da je potrebno biti že pri sami zasnovi stanovanjske skupnosti pozoren, saj so si starejši kljub vsemu med seboj različni in je potrebno dobro poznati njihove interese, prepričanja in življenjsko zgodbo ter jih združiti v skupino, v kateri zaradi drugačnosti ne bodo več družbeno zaznamovani. V družbi je namreč še vedno zelo prisoten starizem, za katerega Svetovna zdravstvena organizacija (2021) pravi, da ima velik negativen vpliv na kakovost življenja in tudi na duševno zdravje starejših.

Socialni odnosi in duševno zdravje sta dva tesno povezana pojma. Iz rezultatov lahko razberemo, da starejši v stanovanjskih skupnostih svoje duševno zdravje ocenjujejo kot dobro (Mandelman, 2021; Puplampu, 2019; Puplampu et al., 2020). Kot glavne razloge za boljše duševno zdravje navajajo: več priložnosti za socializacijo, manjšo osamljenost (Mandelman, 2021; Puplampu, 2019; Puplampu et al., 2020) in vključevanje v različne aktivnosti (Puplampu, 2019; Puplampu et al., 2020). Tudi Valadez et al. (2006) so preko intervjujev s starejšimi prišli do zaključka, da starejšim pogovor s sovrstniki pomaga ohranjati duševno zdravje. Duševno zdravje starejših v stanovanjskih skupnostih se kaže tudi v večji odpornosti ob srečevanju z izzivi, ki jih prinaša staranje, in soočanju z novimi situacijami (Glass & Vander Plaats, 2013; Mandelman, 2021; Puplampu, 2019).

Kljub temu, da je priložnosti za socializacijo v stanovanjskih skupnostih veliko, Puplampu et al. (2020) v svoji raziskavi ugotavljajo, da je socialno področje najnižje ocenjeno področje kakovosti življenja znotraj omenjenih skupnosti. Kot glavni razlog za nizko oceno pa je navedena izguba stikov s prijatelji in svojci izven bivalnih skupnosti. Do podobnih ugotovitev so prišli tudi Pfaff & Trentham (2020) ter Puplampu et al. (2020). Kang (2017) piše, da

je to tudi eden od razlogov za pojavljanje osamljenosti starejših v stanovanjskih skupnostih, pri čemer gre za pomanjkanje tesnih osebnih vezi. Iz omenjenih rezultatov lahko razberemo, da bi bilo smiselno stanovanjske skupnosti organizirati v domačem okolju oziroma vsaj v bližini doma, kjer bi starejše osebe lažje ohranjale stike s svojimi prijatelji in svojci. Tako bi se starejši mogoče tudi v naši kulturi lažje odločili za vključevanje vanje.

Iz pregleda smo razbrali, da se znotraj stanovanjskih skupnosti pojavlja avtonomija. Ta je eden od glavnih ciljev oskrbe starejših in je zelo odvisna od razmer, v katerih živijo (Darvishpour Kakhakiet al., 2010). Zato je še toliko pomembnejše, da so stanovanjske skupnosti urejene tako, da starejšim omogočijo samostojnost na vseh področjih življenja. Raziskave izpostavljajo še pomembnost urejenosti in dostopnosti skupnih prostorov, saj se tako starejši lažje in pogosteje vključujejo v skupinske dejavnosti (Chum et al., 2020; Glass, 2013; Puplampu et al., 2020). Tyvimaa (2011) ugotavlja, da tudi ustrezno urejene skupne površine in prostori igrajo pomembno vlogo pri aktivnem vključevanju starejših v dejavnosti. Tu vidimo priložnost za delovne terapevte, ki imajo znanje o univerzalnem oblikovanju okolja na način, ki omogoča avtonomijo (Canadian Association of Occupational Therapists, n. d.). Okolje pozitivno vpliva tudi na aktivno vključevanje starejših v dejavnosti (Carrere et al., 2020; Chum et al., 2020; Glass, 2013; Pfaff & Trentham, 2020; Puplampu, 2019; Puplampu et al., 2020), kar vzpodbuja ohranjanje okupacijske kompetence. Ta pojem Kielhofner (2002) opisuje kot sposobnost ohranjanja svoje okupacijske identitete. Ta je povezana z izpolnjevanjem pričakovanj, ki jih prinašajo vloge in vrednote, ohranjanjem rutine, vključevanjem v okupacije in aktivnim prizadevanjem za doseganje željenih ciljev.

Še ena možnost za delovanje delovnih terapevtov na področju oskrbe starejših je ozaveščanje o možnih alternativnih oblikah bivanja, med katerimi so tudi stanovanjske skupnosti ter predstavitev možnih rešitev za nadaljnjo oskrbo starejših v njih (Cleghorn et al., 2020).

Naleteli smo tudi na možne nevarnosti, ki se pojavljajo v stanovanjskih skupnostih. Glass (2013) izpostavlja, da starejši v skupnostih z leti potrebujejo vedno več pomoči, ki je drug drugemu ne morejo nuditi v zadostni meri, če v skupnost ne prihajajo nove generacije. Chum et al. (2020) so ugotovili, da stanovalci omenjeno težavo želijo rešiti preko cenovno dostopne zdravstvene oskrbe znotraj stanovanjske skupnosti. Ker obstajajo močni dokazi, da imajo delovnoterapevtske intervencije za starejše v domačem okolju pozitiven vpliv na njihovo življenje in na njihovo samostojnost (Steultjens et al., 2004), tudi tukaj vidimo priložnost za vključevanje delovnih terapevtov.

Druga izpostavljena nevarnost stanovanjskih skupnosti pa je pojavljanje konfliktov med starejšimi (Labit, 2015; Mandelman, 2021; Pfaff & Trentham, 2020; Puplampu, 2019; Puplampu et al., 2020). Raziskovalci navajajo potrebo po pomoči ali izobraževanju o najboljšem načinu reševanja sporov (Pfaff & Trentham, 2020; Puplampu, 2019; Puplampu et al., 2020). Reševanje konfliktov je vedno pogostejše področje obravnave delovnih terapevtov, ker je njihovo delo usmerjeno na uporabnika, nanj gleda celostno in bolje razume dejavnike, ki vplivajo na nastajanje konflikta (OTFocus, 2021).

6 ZAKLJUČEK

Namen pregleda literature je bil ugotoviti, kakšna je kakovost življenja starejših v stanovanjskih skupnostih in predstaviti vlogo delovnega terapevta v njih. Trdimo lahko, da ima ta oblika bivanja določene lastnosti, ki vplivajo tudi na kakovost življenja. Izpostavili smo štiri področja, ki vplivajo na kakovost življenja starejših, in sicer duševno zdravje, socialne odnose, avtonomijo in okolje. Ugotovili smo, da so vsi naštetih dejavniki med seboj zelo prepleteni in vplivajo drug na drugega.

Izpostavili smo nekaj priložnosti za vključevanje delovnih terapevtov v stanovanjske skupnosti. Pregled literature je namreč pokazal, da obstaja nekaj področij, pri katerih bi lahko delovni terapevti s svojim znanjem v njih dosegli višjo kakovost življenja. Glede na znanja, ki jih imajo, bi se lahko vanje vključevali že pri samem načrtovanju, kjer bi prispevali svoje znanje o univerzalnem oblikovanju okolja. Poleg tega bi delovni terapevti lahko izobraževali in informirali starejše o alternativnih oblikah bivanja, med katerimi so tudi stanovanjske skupnosti starejših. Ko so le te vzpostavljene, pa bi se delovni terapevti vanje lahko vključili takrat, ko bi člani stanovanjske skupnosti potrebovali dodatno zdravstveno oskrbo in ko v skupnosti ne bi bilo več takih, ki bi lahko pomagali pri osnovnih in podpornih vsakdanjih opravilih. Nenazadnje pa bi delovni terapevti lahko odgovarjali tudi na potrebe starejših po izobraževanju in pomoči pri reševanju konfliktov.

Ugotovitve so lahko temelj za nadaljnje raziskovanje življenja starejših v stanovanjskih skupnostih v Sloveniji in vključevanja delovnih terapevtov vanje. Priporočljivo bi bilo izvesti še kakšno raziskavo o kakovosti življenja v njih in jo primerjati s splošno kakovostjo življenja starejših.

LITERATURA

Canadian Association of Occupational Therapists (n. d.). *CAOT Position Statement: Universal design and occupational therapy*. V: <https://caot.in1touch.org/document/3718/U> (4.5.2022).

- Carrere J., Reyes A., Oliveras L., Fernández A., Peralta A., Novoa A. M., Pérez K. & Borrell C. (2020). The effects of cohousing model on people's health and wellbeing: a scoping review. V: *Public Health Reviews*, letnik 41, št. 1. <https://doi.org/10.1186/s40985-020-00138-1> (4.5.2022).
- Chum K., Fitzhenry G., Robinson K., Murphy M., Phan D., Alvarez J., Hand C., Laliberte Rudman D. & McGrath C. (2020). Examining Community-Based Housing Models to Support Aging in Place: A Scoping Review. V: *The Gerontologist*, letnik 62, št. 3, str. 187- 192. <https://doi.org/10.1093/geront/gnaa142> (4.5.2022).
- Cleghorn S., Coleman A., Goolsby L., Lurvey K., Veverica H. & VonAchen E. (2020). Older Adults' Perspectives on occupational supports in alternative housing. V: *The American Journal of Occupational Therapy*, letnik 74, št. 4. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.74S1-PO9611> (4.5.2022).
- Community led homes (n.d). What is cohousing? V: <https://www.communityledhomes.org.uk/what-cohousing> (4.5.2022).
- Darvishpour Kakhaki A., Abed Saeidi Z., Delavar A. & Saeid Alzakerin M. (2010). Autonomy In The Elderly: A Phenomenological Study. V: *Hakim research journal*, letnik 12, št. 4, str. 1–10. <https://www.sid.ir/en/Journal/ViewPaper.aspx?ID=185933> (4.5.2022).
- Dolenc D. (23. 9. 2021). Vsaka sedma družina v Sloveniji je zunajzakonska skupnost, med družinami z otroki, starimi do 6 let, vsaka tretja. SURS. V: <https://www.stat.si/statweb/news/index/5465> (4.5.2022).
- Glass A. P. (2013). Lessons Learned From a New Elder Cohousing Community. V: *Journal of Housing for the Elderly*, letnik 27, št. 4, str. 348–368. <https://doi.org/10.1080/02763893.2013.813426> (4.5.2022).
- Glass A. P. (2019). Sense of community, loneliness, and satisfaction in five elder cohousing neighborhoods. V: *Journal of Women & Aging*, letnik 32, št. 1, str. 3–27. <https://doi.org/10.1080/08952841.2019.1681888> (4.5.2022).
- Glass A. P. & Vander Plaats R. S. (2013). A conceptual model for aging better together intentionally. V: *Journal of Aging Studies*, letnik 27, št. 4, str. 428–442. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2013.10.001> (4.5.2022).
- Gvozdnikov A. (2019). Population developments. In H. Strandell & P. Wolff (Eds.), *Ageing Europe: Looking at the lives of older people in the EU* (pp. 13–31). Eurostat. V: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/10166544/KS-02-19%E2%80%91EN-N.pdf/c701972f-6b4e-b432-57d2-91898ca94893> (4.5.2022).
- Hoyt J. (2021). 55+ Senior Living Community. Senior living. V: <https://www.seniorliving.org/retirement/55-plus/> (4.5.2022).
- Kang M., Lyon M. & Kramp J. (2012). Older Adults' Motivations and Expectations Toward Senior Cohousing in a Rural Community. V: *Housing and Society*, letnik 39, št. 2, str. 187–202. <https://doi.org/10.1080/08882746.2012.11430606> (4.5.2022).
- Kang M., Peek G. & Roberts E. (2017). *Senior Cohousing: Creating Connections and Maintaining Autonomy*. Oklahoma state university. V: <https://extension.okstate.edu/fact-sheets/senior-cohousing-creating-connections-and-maintaining-autonomy.html> (4.5.2022).
- Kerbler B., Sendi R. & Filipovič Hrast M. (2019). Trajnostne oblike stanovanjske oskrbe starejših v Sloveniji. V: *Urbani Izziv*, letnik 9, št. 1, str. 81–89. https://urbaniizziv.uisr.si/Portals/urbaniizziv/Clanki/2019/uizziv-30-2019-strokovna_15.pdf (4.5.2022).
- Kielhofner G. (2002). A model of human occupation: theory and application. Lippincott Williams & Wilkins. V: <https://books.google.si/books?id=iNKSuVWytKYC&printsec=copyright&hl=sl#v=onepage&q&f=false=copyright&hl=sl#v=onepage&q&f=false> (4.5.2022).
- Labit A. (2015). Self-managed co-housing in the context of an ageing population in Europe. V: *Urban Research & Practice*, letnik 8, št. 1, str. 32–45. <https://doi.org/10.1080/17535069.2015.1011425> (4.5.2022).
- Lieberman D., Scheer J. (2002). AOTA's evidence-based literature review project: an overview. V: *American Journal of Occupational Therapy*, letnik 56, št. 3, str. 344–349. <https://doi.org/10.5014/ajot.56.3.344> (4.5.2022).
- Mandelman M. D. (2021). *Senior Cohousing: The Social Architecture of Cohousing Community Design & Well Being* [Doktorsko delo]. V: <http://nukweb.nuk.uni-lj.si/login?url=https://www.proquest.com/dissertations-theses/senior-cohousing-social-architecture-community/docview/2539878954/se-2?accountid=16468> (4.5.2022).

- Maresova P., Javanmardi E., Barakovic S., Barakovic Husic J., Tomsone S., Krejcar O. & Kuca K. (2019). Consequences of chronic diseases and other limitations associated with old age – a scoping review. V: *BMC Public Health*, letnik 19, št. 1. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7762-5> (4.5.2022).
- Moher D., Liberati A., Tetzlaff J., Altman D. G. & The PRISMA Group. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: the PRISMA Statement. V: *PLoS Medicine*, letnik 6, št. 7. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097> (4.5.2022).
- Occupational therapy Australia. (n. d.). *Aged care*. V: <https://aboutoccupationaltherapy.com.au/aged-care/> (4.5.2022).
- OTFocus. (3.5.2021). *An Occupational Therapy Approach to Conflict Resolution*. V: <https://otfocus.com/occupational-therapy-conflict-resolution/> (4.5.2022).
- Pfaff R. & Trentham B. (2020). Rethinking home: Exploring older adults' occupational engagement in senior cohousing. *Journal of Occupational Science*, 1–15. V: <https://doi.org/10.1080/14427591.2020.1821755> (4.5.2022).
- Puplampu V. (2019). Forming and Living in a Seniors' Cohousing: The Impact on Older Adults' Healthy Aging in Place. V: *Journal of Housing for the Elderly*, letnik 34, št. 3, str. 1–18. <https://doi.org/10.1080/02763893.2019.1656134> (4.5.2022).
- Puplampu V., Matthews E., Puplampu G., Gross M., Pathak S. & Peters S. (2020). The Impact of Cohousing on Older Adults' Quality of Life. V: *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne Du Vieillessement*, letnik 39, št. 3, str. 406–420. <https://doi.org/10.1017/S0714980819000448> (4.5.2022).
- Raggi A., Corso B., Minicuci N., Quintas R., Sattin D., De Torres L., Chatterji S., Frisoni G. B., Haro J. M., Koskinen S., Martinuzzi A., Miret M., Tobiasz-Adamczyk B. & Leonardi M. (2016). Determinants of Quality of Life in Ageing Populations: Results from a Cross-Sectional Study in Finland, Poland and Spain. V: *PLOS ONE*, letnik 11, št. 7. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0159293> (4.5.2022).
- Razpotnik D. & Žnidaršič M. (8. 12. 2021). Število gospodinjstev in družin se je povečalo. V: <https://www.stat.si/StatWeb/News/Index/9973> (4.5.2022).
- Stultjens E. M. J., Dekker J., Bouter L. M., Jellema S., Bakker E. B. & van den Ende C. H. M. (2004). Occupational therapy for community dwelling elderly people: a systematic review. V: *Age and Ageing*, letnik 33, št. 5, str. 453–460. <https://doi.org/10.1093/ageing/afh174> (4.5.2022).
- Tyvima T. (2011). Social and physical environments in senior communities: the Finnish experience. V: *International Journal of Housing Markets and Analysis*, letnik 4, št. 3, str. 197–209. <https://doi.org/10.1108/17538271111152997> (4.5.2022).
- Valadez A. A., Lumadue C., Gutierrez B. & de Vries-Kell S. (2006). Las Comadres and adult day care centers: The perceived impact of socialization on mental wellness. V: *Journal of Aging Studies*, letnik 20, št. 1, str. 39–53. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2005.02.003> (4.5.2022).
- Vertot N. (2010). *Starejše prebivalstvo v Sloveniji*. Statistični urad Republike Slovenije (SURS). V: <https://www.stat.si/doc/StarejsePrebivalstvo.pdf> (4.5.2022).
- World Health Organization (WHO). (1. 3. 2012). *WHOQOL - measuring quality of life*. World Health Organization. V: <https://www.who.int/tools/whoqol> (4.5.2022).
- World Health Organization (2021). *Ageism is a global challenge*. V: <https://www.who.int/news/item/18-03-2021-ageism-is-a-global-challenge-un> (4.5.2022).

Naslov avtorice:

Polona Maleš: polona.males@gmail.com

Alen Sajtl in Ana Ramovš

Digitalizacija in digitalna transformacija v ustanovah za dolgotrajno oskrbo – sistematični pregled literature

POVZETEK

S staranjem prebivalstva se večja tudi povpraševanje po storitvah dolgotrajne oskrbe, a število usposobljenih zaposlenih v tem sektorju ne sledi potrebam. Trenutno sta med najbolj obetavnimi rešitvami digitalizacija in digitalna transformacija dolgotrajne oskrbe. O tem smo opravili raziskovalni pregled člankov v okviru projekta DigiCare4CE, ki ga financira program Interreg Srednja Evropa. Za sistematični pregled ključnih dejavnikov za uspešno digitalizacijo in digitalno transformacijo v ustanovah za dolgotrajno oskrbo sva pregledala podatkovne baze Pubmed in Web of science Core Collection. Pri pregledu sta bila uporabljena metoda PICO in diagram PRISMA. Vključitveni kriteriji so bile raziskave, ki so se osredotočale na institucionalno okolje v dolgotrajni oskrbi, populacija zaposlenih v dolgotrajni oskrbi, rezultat v obliki dejavnikov, ki spodbujajo ali ovirajo digitalizacijo ali digitalno transformacijo ter članki objavljeni v angleščini in dostopni v polni obliki. Iskalna strategija je ponudila 165 zadetkov, od tega je 10 člankov izpolnjevalo vse vključitvene kriterije. Za potrebe pregleda sva oblikovala 7 dejavnikov, v katere je bilo možno umestiti kar največ izsledkov vključenih raziskav. Rezultati so pokazali, da se osebni dejavniki (možnost soustvarjanja, zaznavanje koristi in možnost usposabljanja) najpogosteje pojavljajo tako kot spodbujevalci ali ovire pri digitalizaciji. To kaže, kako pomembno je, da izhajajo digitalne rešitve iz realnih, prepoznanih potreb. Izstopa pa *nuja*, ki je edini dejavnik, ki se pojavlja samo kot spodbuda in ne tudi ovira; ta dejavnik kaže največji vpliv. Najin sistematični pregled literature je pokazal, da obstaja veliko raznolikih dejavnikov, ki lahko spodbujajo ali ovirajo digitalizacijo dolgotrajne oskrbe. Prav tako se je izkazalo, da so tako spodbujevalci kot ovire le različni plati istega kovanca. Priča smo postopnemu prehodu iz fokusa na tehnične in organizacijske dejavnike proti etičnim ter osebnim dejavnikom.

Ključne besede: digitalizacija, digitalna transformacija, dolgotrajna oskrba

AVTORJA

Alen Sajtl (1984) je univerzitetni diplomirani psiholog in doktorski študent socialne gerontologije (AMEU), zaposlen na Inštitutu Antona Trstenjaka za

gerontologijo in medgeneracijsko sožitje. Po končanem študiju je delal kot koordinator aktivnosti na področju duševnega zdravja in dela s starejšimi ljudmi. Na Inštitutu se posveča raziskovanju, razvoju starosti prijaznih skupnosti ter socialno varstvenemu programu Staranje brez nasilja.

Ana Ramovš (1986), dr. med., spec. urgentne medicine. Na Inštitutu Antona Trstenjaka opravlja razvojno in raziskovalno delo na področjih dolgotrajne oskrbe, zdravega staranja, preventivne medicine, digitalnih rešitev, javnega zdravja, geriatrije in etike. Je vodja programa Slovenske mreže starosti prijaznih mest in občin. Koordinirala je več slovenskih in mednarodnih projektov, vključno s projektom DigiCare4CE, s katerim je povezan ta prispevek. Delo Inštituta redno predstavlja tudi v mednarodnem prostoru, med drugim z aktivno udeležbo na svetovnih IAGG kongresih, in sicer leta 2013 v Seulu, 2017 v Kaliforniji ter leta 2023 na IFA kongresu v Bangkoku.

ABSTRACT

Digitalisation and digital transformation in long-term care facilities (LTC) - a systematic literature review

As the population ages, demand for long-term care services is also increasing, but the number of qualified staff in the sector is not keeping pace with demand. Currently, one of the most promising solutions is the digitalisation and digital transformation of LTC. We conducted a systematic review of articles on this topic in the framework of the DigiCare4CE project funded by the Interreg Central Europe programme. To systematically review the key factors for successful digitalisation and digital transformation in LTC settings, we consulted the Pubmed and Web of science Core Collection databases. The PICO method and the PRISMA diagram were used in the review. The inclusion criteria were research focusing on the institutional setting in LTC, the LTC workforce population, the outcome in the form of factors that promote or hinder digitalisation or digital transformation, and articles published in English and available in full text. The search strategy yielded 165 hits, of which 10 articles met all inclusion criteria. For the purposes of the review, we developed 7 factors in which it was possible to fit as many of the included research findings as possible. The results showed that personal factors (co-creation opportunity, perceived benefits and training opportunity) emerged most frequently as both facilitators and barriers to digitalisation. This shows how important it is to derive digital solutions from real, identified needs. What stands out, however, is necessity, which is the only factor that appears only as an enabler and not as a barrier; this factor shows the greatest impact. Our systematic literature review has shown that there are a wide variety of factors that can promote or hinder the digitalisation of long-term

care. It has also shown that both facilitators and barriers are just different sides of the same coin. We are witnessing a gradual shift from a focus on technical and organisational factors towards ethical and personal factors.

Keywords: digitalisation, digital transformation, long-term care

AUTHORS

Alen Sajtl (1984) is a university graduated psychologist and doctoral student of Social Gerontology (AMEU), working at the Anton Trstenjak Institute for Gerontology and Intergenerational Relations. After graduation, he worked as a coordinator of activities in the field of mental health and work with older people. At the Institute, he focuses on research, the development of age-friendly communities and preventive social care programme Ageing without Violence.

Ana Ramovš (1986), MD., Specialist in Emergency Medicine, carries out research and development work at the Anton Trstenjak Institute in the fields of long-term care, healthy ageing, preventive medicine, digital solutions, public health, geriatrics and ethics. She is the programme manager of the Slovenian Network of Age-Friendly Cities and Municipalities. She has coordinated several Slovenian and international projects, including the DigiCare4CE project addressed in this paper. She has also regularly presented the Institute's work internationally, including by actively participating in the IAGG World Congresses in Seoul in 2013, California in 2017, and the IFA Congress in Bangkok in 2023.

1 UVOD

Svetovno prebivalstvo se stara, s tem pa tudi povpraševanje po zdravstvenem in socialnem varstvu. Vendar pa število zaposlenih v tem sektorju ne sledi spremembam, ljudje, ki tradicionalno zagotavljajo neformalno in prostovoljno oskrbo, pa so pod vse večjim pritiskom. Vse večja vrzel med potrebami in viri je izziv za države v Evropi, vse pa si prizadevajo za ureditev oskrbe in podpore, ki bi bila prilagojena in bolje pripravljena na prihodnost (*Digital change in health and social care* | *The King's Fund*, b. d.).

V luči pomanjkanja usposobljenih oskrbovalcev in vse večjega povpraševanja po dolgotrajni oskrbi digitalne tehnologije obetajo velike priložnosti za premagovanje obstoječih težav in izzivov v sektorju dolgotrajne oskrbe (Krick idr., 2019).

Raziskovalna dejavnost na področju digitalnih tehnologij in oskrbe je v razcvetu, saj jo spodbuja pričakovanje, da lahko informacijske tehnologije pomagajo oskrbe potrebnim ljudem ohraniti samostojnost ter izboljšati kakovost življenja in zdravja, podpirajo pa tudi formalne in neformalne oskrbovalce. Prve študije poudarjajo pozitivne učinke elektronskih sistemov, na primer na varnost

uporabnikov in izboljšanje procesa oskrbe, kar bi lahko pripomoglo k najboljši možni uporabi razpoložljivih virov. Raziskave in praksa dokazujejo, da lahko tehnologija pomaga pri reševanju tega izziva. Vendar pa je še vedno redko mogoče najti dobro usklajenost med tehnologijo in potrebami, številne potencialno koristne tehnične rešitve pa ne pridejo do tistih, ki bi jim lahko koristile (Krick idr., 2019).

Prihod novih tehnologij ponuja priložnosti za preoblikovanje storitev, da bi se te lahko bolje spopadale s temi pritiski. Poleg tega izvajalci in tisti potrebni oskrbe iščejo načine uporabe digitalne tehnologije za boljše načrtovanje storitev, zagotavljanje bolj informirane oskrbe na kraju izvajanja in večjo varnost zapisov (*Digital change in health and social care | The King's Fund*, b. d.).

V okviru dolgotrajne oskrbe izrazi digitizacija, digitalizacija in digitalna preobrazba pomenijo različna področja in globine vključevanja tehnologije v oskrbo, zato sledijo opredelitve.

Digitizacija (ang. digitization) se nanaša na proces pretvorbe informacij iz analogne v digitalno obliko. Na primer, zdravniško anamnezo s skeniranjem spremenimo v obliko PDF ter jo arhiviramo na računalniku.

Digitalizacija vključuje uporabo digitalnih orodij in tehnologij za lažje opravljanje že obstoječih dejavnosti. Če nadaljujemo s prejšnjim primerom, lahko to anamnezo v elektronski obliki sedaj pošiljamo preko spleta vsem potrebnim deležnikom, ki jo lahko tudi dopolnijo ali spreminjajo. Digitalizacija se izvaja na podlagi podatkov, pridobljenih s pomočjo digitalnih tehnologij: digitizacija torej omogoča digitalizacijo. Digitalizacija je v celoti povezana z zagotavljanjem storitev, ki jih zagotavlja zdravstvena oskrba. Digitalizacija v dolgotrajni oskrbi se osredotoča na izboljšanje učinkovitosti in natančnosti delovnih procesov s pomočjo tehnologije (Meißner & McNair, 2021).

Digitalna preobrazba (ang. digital transformation) presega digitalizacijo, saj temeljito spreminja način zagotavljanja in upravljanja oskrbe. Cilj digitalne preobrazbe je izkoriščanje tehnologije za inovacije in celostno izboljšanje vseh vidikov oskrbe. Je proces, ki vključuje veliko število zaposlenih in od njih zahteva, da bistveno spremenijo način opravljanja svojih nalog (Meißner & McNair, 2021).

Naš cilj sistematičnega pregleda je bil najti dejavnike, ki spodbujajo digitalizacijo ali digitalno transformacijo ustanov dolgotrajne oskrbe, in dejavnike, ki to ovirajo.

2 METODE

Sistematičen pregled literature sva izvedla preko podatkovnih baz PubMed in Web Of Science Core Collections do vključno 8. 3. 2024. Uporabljen

specifičen iskalni niz ob pomoči Boleanovih operaterjev je bil: ((*digital transformation*) AND (*long term care*)).

Tabela 1: Vključitveni in izključitveni kriteriji

Kriterij	Vključitev	Izključitev
populacija	zaposleni v dolgotrajni oskrbi ali uporabniki;	neopredeljena ali splošna populacija
primerjava	spmembe, pred in po digitalizaciji ali digitalni transformaciji;	brez primerjave
rezultat	nabor spodbujevalnih ali zaviralnih dejavnikov;	brez spodbujevalnih dejavnikov ali ovir
jezik	angleščina;	ostali jeziki
dostop	polni članki	povzetki, ni dostopa

3 REZULTATI

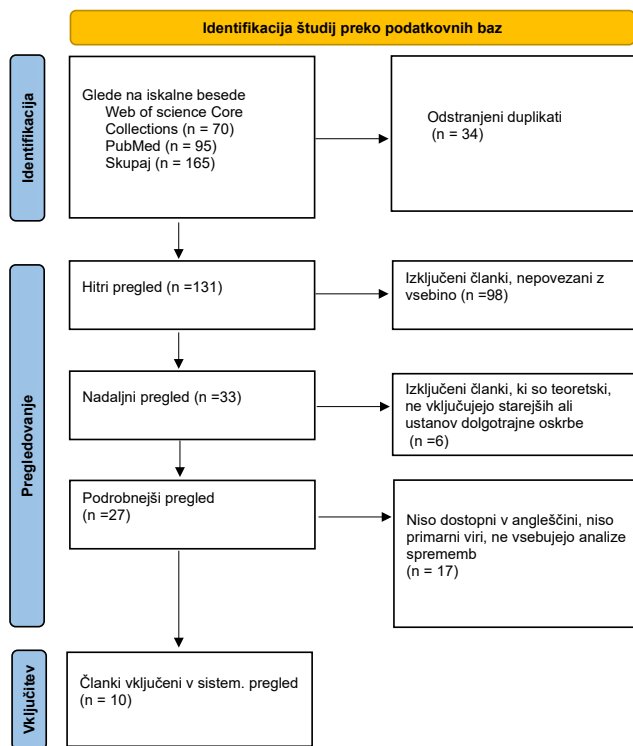
Rezultat raziskovalne strategije je bilo 165 člankov, od tega jih je bilo 34 podvojenih. Pregled naslovov je izločil 98, pregled povzetkov pa še nadaljnjih 6 člankov. Podrobnejše branje preostalih 27 člankov je izluščilo 10 člankov, ki izpolnjujejo vse vključitvene kriterije (glej slika 1).

3.1 IZBRANE ŠTUDIJE

Študije obravnavajo različne vidike dolgotrajne oskrbe. Podatke sva naprej razdelila na dejavnike, ki digitalizacijo spodbujajo ter dejavnike, ki digitalizacijo zavirajo. Poleg tega sva za potrebe pregleda oblikovala 7 kategorij dejavnikov. Šest kategorij je skupnih spodbujevalnim in zaviralnim dejavnikom: *osebni, organizacijski, pravnoetični, tehnični, ekonomski in podatkovni dejavniki*. Kategorija *nuja* pa se pojavlja le kot spodbujevalni dejavnik.

Osebni dejavniki vključujejo dejavnosti, spretnosti ali lastnosti, ki se nanašajo na posameznikovo osebno rast, učno pot in izobraževalna prizadevanja. Ta kategorija vključuje na primer priložnosti za usposabljanje za uporabo informacijsko komunikacijske tehnologije (IKT), zmožnosti za sooblikovanje in zaznavanje koristi.

Organizacijski dejavniki se nanašajo na prakse ali lastnosti, ki so povezane z vrednotami, normami in splošno kulturo organizacije. Ta kategorija zajema vidike, povezane s tem, kako je organizacija strukturirana, kako je vodena ter skupna prepričanja in vedenja, ki oblikujejo njeno identiteto. Sem spada na primer učinkovitost vodenja, za spremembe odprto organizacijo in komunikacijska strategija.



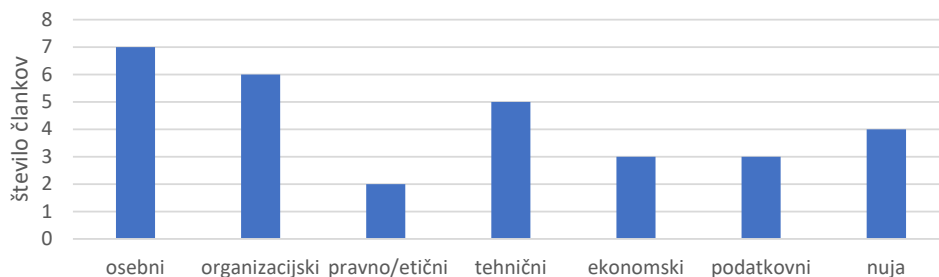
Slika 1: Prisma Flow chart diagram

Pravnoetični dejavniki vsebujejo načela povezana s pravnimi zahtevami in etičnimi standardi. Ta kategorija zajema vidike, povezane z zagotavljanjem skladnosti odločitev z zakonodajo. Sem spadajo na primer politike in zakonodaja, spremljanje in odgovornost (varnost, zaščita, zasebnost), medsebojna združljivost ter moralno sprejemljiva vedenja.

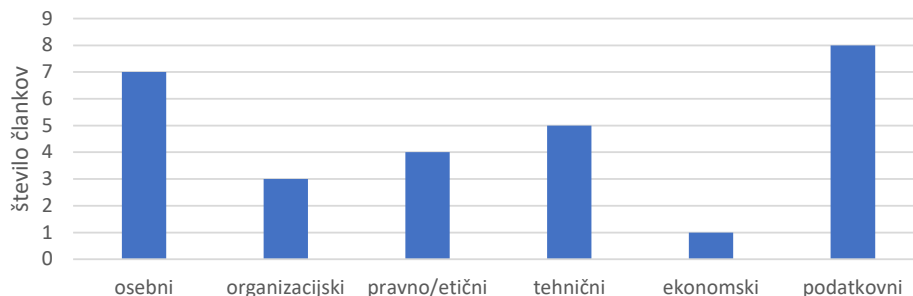
Tehnični dejavniki se nanašajo na prakse, orodja in vidike povezane s tehnologijo, računalniškimi sistemi, programsko opremo, strojno opremo in upravljanjem digitalnih informacij. Ta kategorija zajema različne vidike, ki prispevajo k razvoju, vzdrževanju in varnemu delovanju tehnoloških sistemov. Sem spadajo na primer primerna infrastruktura, možnosti razširitev, medsebojna združljivost ter zanesljivost tehnologije.

Ekonomski dejavniki so ključni pri oblikovanju politik in strategij za digitalizacijo dolgotrajne oskrbe ter za zagotavljanje, da so koristi teh tehnologij čim bolj dostopne vsem, ki jih potrebujejo. Vključujejo investicijske in operativne stroške ter izboljšanje dobička ali zmanjšanje stroškov na račun optimizacije.

Podatki kot dejavnik omogočajo boljšo in bolj prilagojeno oskrbo, povečuje učinkovitost, varnost in dostopnost storitev ter podpirajo stalni razvoj in inovacije v tem pomembnem sektorju. Sem spadajo na primer analiza stanja pred, med in po digitalizaciji storitev, ki usmerjajo nadaljnji razvoj.



Slika 2: Delež izbranih člankov, ki vsebuje dejavnike, ki spodbujajo digitalizacijo



Slika 3: Delež izbranih člankov, ki vsebujejo dejavnike, ki zavirajo digitalizacijo

3.2 DEJAVNIKI, KI SPODBUJAJO DIGITALIZACIJO

3.2.1 OSEBNI DEJAVNIKI

Možnost soustvarjanja

Najpogosteje omenjeni dejavniki, ki spodbujajo digitalizacijo, so osebni dejavniki, ki so prisotni v sedmih od desetih vključenih raziskav. Pri tem še posebej izstopa *možnost soustvarjanja*, ki je izpostavljena v šestih raziskavah.

V eni od raziskav ugotavljajo, da aktivna vključenost zaposlenih v soustvarjanje procesa digitalizacije in priznanje vodstva znatno olajšata proces. Oblikovanje storitev se nanaša na vse dele storitve, vključno z načrtovanjem in organizacijo ljudi, infrastrukture in komunikacije (Dugstad idr., 2019).

V drugi raziskavi ugotavljajo, da se je zavezanost k digitalizaciji povečala, če so različni sodelujoči uporabniki začutili, da so bile njihove zamisli upoštevane in ko je proces soustvarjanja pregledno odražal kako in zakaj so bile zamisli udeležencev upoštevane (Kuoppakangas idr., 2023).

Podobno ugotavljata tudi Valk-Draad in Bohnet-Joschko (2022), da neposredna vključenost uporabnikov, povračilo njihovih prizadevanj in enostaven dostop igrajo pomembno vlogo pri uspešnem izvajanju telemedicine v zdravstveni oskrbi.

Pri tem je pomembno poudariti, da možnost soustvarjanja vključuje vse predvidene uporabnike, torej ne samo zaposlene v dolgotrajni oskrbi ampak

tudi oskrbovance. Med epidemijo covida-19 se je kot učinkovito izkazalo tudi vključevanje oskrbovancev v soustvarjanje njihovih lastnih storitev dolgotrajne oskrbe (Kuoppakangas idr., 2023). Tudi v drugi raziskavi ugotavljajo, da uporabniki lahko prispevajo svoje znanje in izkušnje povezane z oskrbo. Hkrati pa zaradi vključenosti v proces vedo, kaj lahko pričakujejo na celotni poti, in dobijo oporo za ponovno vzpostavitev večjega nadzora (de Mooij idr., 2022). Vseeno je pri tem pomembno, da se potrebe uporabnikov opredelijo in oblikujejo v tehnološko podprtih storitvah (Dyb & Kvam, 2022).

Poleg tega, da tehnološki razvoj služi širšemu namenu, mora izpolnjevati tudi potrebe uporabnikov. Uporabniki morajo prepoznati smiselnost v soustvarjanju. Digitalni transformaciji lahko koristi skupinsko socialno učenje, ki podpira smiselno soustvarjalno delo med uporabniki (Kuoppakangas idr., 2023).

Cilj postopkov oblikovanja storitev je izboljšati kakovost zdravstva in socialnega varstva ter razviti storitve, ki so koristne in uporabne z vidika uporabnikov. Želja po soustvarjanju nastopi le, če uporabniki zaznavajo koristi ali smisel v digitalizaciji (Dugstad idr., 2019).

Zaznavanje koristi

Proces digitalizacije olajša tudi pozitivno dožemanje (potencialnega) uporabnika tehnologije, zlasti dožemanje koristi inovacije. Ključno je prepričanje, da je nova tehnologija boljša od tradicionalnih metod, da je potek dela optimiziran. O pomembnosti zaznave koristi poroča več vključenih raziskav. V eni od njih so uporabniki, ki so bili zadovoljni s tehnologijami in enostavnostjo njihove uporabe, bolj verjetno podpirali njen razvoj (Rigby idr., 2023).

Tudi Valk-Draad & Bohnet-Joschko (2022) poudarjata, da sta dejavnika, ki najbolj olajšujeta sprejetje IKT v kliničnih okoljih, uporabnost in enostavnost uporabe teh storitev, kot ju zaznavajo zaposleni (Valk-Draad & Bohnet-Joschko, 2022).

Več raziskav pa izpostavlja, da se z razvojem novih praks v digitalnem okolju spreminja tudi zaznana smiselnost teh praks, te pa lahko podpirajo uspešno digitalno transformacijo. Korist in smisel prakse sta torej prepletena. V praksi je mogoče zaznано smiselnost uspešno graditi in krepiti (Dugstad idr., 2019; Kuoppakangas idr., 2023).

Možnost usposabljanja

Gre za enega najpogostejše omenjenih dejavnikov. Temelji na tem, da osebe, ki ima možnost pridobiti ustrezna znanja in spretnosti za dostop do naprav, bolje sprejema uvajanje digitalnih sprememb (Rigby idr., 2023).

Tudi drugi raziskovalci ugotavljajo, da priprava, usposabljanje in izobraževanje zdravstvenega osebja lahko poveča vključenost zainteresiranih deležnikov v digitalno transformacijo (Valk-Draad & Bohnet-Joschko, 2022).

Možnosti usposabljanja vključujejo usposabljanje povezano s tehnologijo, kot so usposabljanje osebja, podpora uvajalcev sprememb (ang. change agents, change champions, slov. *super uporabnik, ambasador sprememb, prvak organizacijskih sprememb* ...) ali posebno tehnično podporo (Rigby idr., 2023).

Uvajalec sprememb je posameznik, ki aktivno spodbuja in pospešuje spremembe v organizaciji. Gre za osebo, ki formalno prevzame odgovornost za vodenje drugih skozi prehode in pomaga pri uvajanju novih procesov ali kulturnih sprememb. Običajno gre za zaposlenega ali celo vodjo v organizaciji, ki najbolj razume dinamiko v organizaciji in je strokovnjak za področje, na katerem se uvajajo spremembe.

Možnost usposabljanja je še posebej pomembna za uvajalce sprememb, saj bodo le tako lahko zagotavljali strokovno znanje o tehnologiji, zagovarjali poseg pri drugih ter izvajali dejavnosti usposabljanja in pomagali pri odpravljanju težav (S idr., 2019).

3.2.2 ORGANIZACIJSKO KULTURNI DEJAVNIKI

Učinkovito vodstvo

Organizacijsko kulturni dejavniki so se izkazali za zelo pomemben dejavnik in so bili prisotni v šestih od desetih vključenih člankov. Med njimi izstopa predvsem vloga vodstva pri učinkoviti digitalni transformaciji in zavedanje, da se digitalizacija ali digitalna preobrazba začne pri vodjih.

V eni od raziskav avtorji ugotavljajo, da samo poglobljeno razumevanje rabe digitalnih orodij in tehnologije vključenih v zdravstvene in oskrbovalne procese, omogoča trajnost učinkov in ne samo začasnih lokalnih (Fletcher idr., 2023)

A vodstvo ni le vrh piramide, ampak je prisotno na različnih nivojih od tistih na vodilnih položajih v izvršnih odborih, klinično vodstvo odgovorno za uvajanje digitalnih inovacij, do tistih, ki bodo inovacije vsakodnevno uporabljali (Fletcher idr., 2023).

Medicinske sestre, oskrbovalci ali zdravniki so v tem pogledu ključnega pomena, saj lahko izkušnje, pridobljene z uspešnim (in neuspešnim) izvajanjem digitalnih pobud prenesejo do višjih ravni vodstva, njihovo znanje pa se lahko vključi v predpise, ki usmerjajo prihodnje posege (Fletcher idr., 2023).

To zahteva porazdelitev vodenja v celotnem sistemu zdravstvenega varstva, tako da bodo vodje na vseh ravneh dejavno vključeni v cilje strategije digitalnih inovacij in preobrazbe ter si delili odgovornost zanje (Fletcher idr., 2023).

Ključno vlogo tu igrajo že omenjeni uvajalci sprememb. Njihovo vključevanje je pogosta strategija za podporo končnim uporabnikom pri sprejemanju novih tehnologij. Gre za nosilce sprememb v organizaciji, ki med končnimi

uporabniki olajšajo izmenjavo znanja, pomagajo premagati odpor ter spodbujajo zaupanje in motivacijo med skupinami pri sprejemanju novih posegov (Rigby idr., 2023; S idr., 2019).

Uvajalci sprememb so z vidika kolegov prepoznani kot verodostojni in opremljeni s strokovnim znanjem. Njihova vloga je spodbujanje sprememb preko zagotavljanja smernic, strokovne podpore pri uvajanju nove tehnologije in izvajanje usposabljanja. Dragoceni so tudi pri vzdrževanju tehnologije ter odpravljanju in odzivanju na težave (Rigby idr., 2023; S idr., 2019).

Uspeh uvajalcev sprememb je odvisen tudi od podpore vodstva, ki podpira ali zavrača spremembe, ter vloge uvajalca sprememb. V organizacijah, kjer skrbno načrtujejo vlogo uvajalcev sprememb, se je mogoče izogniti zmedi pri vlogi, če so njene značilnosti dobro opisane in opredeljene (Rigby idr., 2023).

Jasna komunikacijska strategija

Vodstvo je pomembno, a je učinkovito le, če je sposobno prihajajoče spremembe ustrezno skomunicirati (Rigby idr., 2023). V eni od raziskav poročajo, da aktivno ozaveščanje zdravnikov o telemedicini poveča zaupanje zdravnikov v pozitiven učinek telemedicine (Valk-Draad & Bohnet-Joschko, 2022).

Interno komunikacijo pa lahko uspešno dopolnjuje tudi komunikacija izven institucije, kot so na primer kampanje za obveščanje o zdravju, ki so jih začele vlade ali zdravniška združenja (Meskó, 2022).

A komunikacija ne sme biti le enosmerna; ena od raziskav posebej poudarja, da uvajanje digitalnih sprememb spodbuja predvsem dvosmerna in proaktivna komunikacija (de Mooij idr., 2022).

3.2.3 TEHNIČNI DEJAVNIKI

Enostavnost rabe

Polovico izbranih člankov je izpostavilo tehnične dejavnike kot spodbujevalce digitalizacije v ustanovah dolgotrajne oskrbe. Najpogosteje je omenjeno dobro oblikovanje oziroma enostavnost rabe, ki izhaja iz dobrega oblikovanja. Ena od raziskav navaja tehnične spodbujevalce, ki so vključevali enostavnost rabe tehnologije, usposabljanje za uporabo tehnologije ter posebno tehnično podporo (Rigby idr., 2023). Podobno tudi v drugi raziskavi opisujejo kot odločilne dejavnike tiste, ki olajšujejo sprejetje informacijske in komunikacijske tehnologije v kliničnih okoljih ter uporabnost in enostavnost uporabe teh storitev (Valk-Draad & Bohnet-Joschko, 2022).

Primerna infrastruktura

Več raziskav potrjuje, da je primerna tehnična infrastruktura pogoj pri načrtovanju učinkovitega sistema digitalizacije zdravstvenih informacij in da bi morale bolnišnice in druge ustanove vložiti precej sredstev v začetne stroške, predvsem v infrastrukturo sistema, v tekoče vzdrževanje, shranjevanje in stroške analize podatkov (Lu idr., 2021), s tem pa se olajša vzpostavitev novih kliničnih postopkov (Valk-Draad & Bohnet-Joschko, 2022).

Če je infrastruktura dobro zasnovana, lahko uporabnikom omogoči, da smiselno prispevajo k svoji oskrbi kot aktivni partnerji. Pomembno je, da so za dostop do oskrbovalnega osebja jasne poti, hkrati pa možno tudi samostojno reševanje in odkrivanje težav (de Mooij idr., 2022).

Most k zahtevnejšim infrastrukturnim rešitvam je lahko uporaba preproste infrastrukture. Rezultati ene od študij kažejo, da je v tehničnem smislu že možnost video pogovora okrepila vključenost in učenje uporabnikov med procesom soustvarjanja ter jim pomagala vzpostaviti pozitiven odnos do same tehnologije (Kuoppakangas idr., 2023).

3.2.4 PODATKOVNI DEJAVNIKI

Obstajajo različne vrste podatkov, ki lahko olajšajo uvajanje sprememb. Različni avtorji izpostavijo nekaj potencialno najkoristnejših.

Podatki za analizo potreb

Velika količina podatkov in sodobna tehnologija sta obetavna kombinacija v smislu analiz, ki presegajo človeške zmožnosti, na primer pri določanju problematičnih področij ali analiz neizpolnjenih potreb. Z izkoriščanjem velike količine podatkov so povezane številne priložnosti; zato se vse več organizacij zavzema za izgradnjo sistema velikih podatkov. S shranjevanjem in analizo podatkov pa so povezani tudi precejšnji stroški (Lu idr., 2021).

Zato je eno glavnih vprašanj kako zagotoviti in uporabiti veliko količino zaupnih podatkov o uporabnikih. Na splošno organizacija, ki zagotavlja zdravstvene informacije in podatke uporabnikov, pričakuje, da bodo informacije strogo zaupne. Zato je treba velike količine podatkov iz različnih virov filtrirati in integrirati, a hkrati zaščititi pravice bolnikov (Lu idr., 2021).

Merjenje rezultatov v sistemu, ki ga omogoča višja raven znanja in integracije procesov, bi lahko pomagalo uskladiti razpršene spodbude, spodbudilo preoblikovanje ter prineslo boljše izdelke in storitve, ki izboljšujejo uporabnost za uporabnika (Fletcher idr., 2023).

Podatki o uvajalcih sprememb

Pomembni so tudi podatki o uvajalcih sprememb opisanih v okviru raziskovanja, priprave, izvajanja ali vzdrževanja. Kako in kdaj so bili uvajalci sprememb zaposleni, izbrani ali imenovani (npr. prostovoljsko ali izbrano, neformalno ali formalno priznано delovno mesto); ali je imel uvajalec sprememb za to namenjen čas ali je bila vloga vključena v njegovo običajno vlogo; količina časa, ki ga je tedensko posvečal tej vlogi in njegova priprava nanjo; veščine, potrebne za to vlogo in vrsta vpliva, ki ga je uporabil, npr. socialne veščine, interes in/ali sposobnost usposabljanja (Rigby idr., 2023).

3.2.5 EKONOMSKI DEJAVNIKI

Ekonomski dejavniki vključujejo analizo stroškov in koristi (cost – benefit), ki se izraža na različne načine. V eni od vključenih študij zaključujejo, da digitalizacija medicinskih informacij vodi v izboljšanje dobička in zmanjšanje potratnih splošnih stroškov (Lu idr., 2021). Zmanjšanje skupne porabe za zdravstveno varstvo sta izpostavila tudi Dyb & Kvam (2022), saj je le to bistveno za trajnost prihodnjih zdravstvenih storitev. Pri tem poudarita, da je potrebno okrepiti tudi zaupanje strokovnjakov v digitalno oskrbo.

V eni od raziskav avtorji ugotavljajo, da ima pomembno vlogo pri uspešnem izvajanju telemedicine v dolgotrajni oskrbi tudi ekonomsko povračilo za trud vseh vpletenih (Valk-Draad & Bohnet-Joschko, 2022).

3.2.6 PRAVNI IN ETIČNI DEJAVNIKI

Zakonodaja in predpisi imajo pomembno vlogo pri uspehu sistema digitalizacije medicinskih informacij (Lu idr., 2021).

Dokazana so bila tudi prizadevanja politike in zdravniških združenj, ki zagotavljajo smernice za uporabo digitalnih zdravstvenih tehnologij ter podpirajo storitve oskrbe na daljavo in tako olajšujejo proces digitalizacije (Meskó, 2022).

3.2.7 NUJA KOT DEJAVNIK

Več raziskav poudarja pomen covida-19 pri uvajanju sprememb. Ko se je pojavil covid-19, je sprejemanje digitalnih zdravstvenih tehnologij skokovito naraslo. Tehnološka revolucija v zdravstvu in sociali se je zaradi pandemije zgodila v nekaj mesecih, vendar kulturni prehod zaostaja (Meskó, 2022).

Podobno ugotavljajo, da je pandemija povečala željo zdravstvenih delavcev po digitalni preobrazbi. Hkrati je ustvarila dodatne pritiske za soustvarjanje novih storitev v dolgotrajni oskrbi hitreje, kakor je to omogočala digitalna platforma, zlasti glede na potrebe starejših in časovne omejitve, ki jih je povzročila pandemija covida-19 (Kuoppakangas idr., 2023).

Ena od posledic je bila hitra in razširjena uvedba številnih digitalnih orodij, rešitev in pobud. Telemedicina in telezdravje se tako vse pogosteje uporabljata v zdravstvenem sistemu, deloma tudi zaradi pandemije covida-19 (Valk-Draad & Bohnet-Joschko, 2022).

3.3. DEJAVNIKI, KI ZAVIRAJO DIGITALIZACIJO

Odprava ovir je postala ključna za uspešno izvedbo digitalizacije medicinskih informacij. Tako nekatere avtorje še vedno preseneča, da je ob zakoninjenih kulturnih, infrastrukturnih in organizacijskih ovirah do digitalne preobrazbe sploh prišlo (Fletcher idr., 2023).

3.3.1 PODATKOVNI DEJAVNIKI

Pomanjkanje podatkov, ki temeljijo na raziskavah

Žal se večina organizacijskih procesov uvajanja informacijske tehnologije konča s testiranjem sistema in usposabljanjem uporabnikov, pri čemer je malo nadaljnjih revizij, s katerimi bi ocenili, v kolikšni meri sistem dejansko pomaga ali otežuje delo uporabnikom (S idr., 2019).

Zdravstvene ustanove, ki so nove v tem sistemu, ki temelji na podatkih in nimajo natančne strategije uvajanja, imajo težave zaradi začetnega pomanjkanja ustreznih izkušenj. Z drugimi besedami, majhne zdravstvene ustanove običajno niso sposobne uporabljati in analizirati digitalizacije medicinskih podatkov, kar vodi v neučinkovito izvajanje sistema (Lu idr., 2021).

Pomanjkanje standardizacije nabora podatkov in ogromna količina podatkov, ki nastajajo vsak dan, presega omejitve tradicionalnega izvajanja in shranjevanja relacijskih podatkov. Zato se pričakuje, da bo sistem množičnega shranjevanja izboljšal zmožnost razširitve (Lu idr., 2021).

Tehnološka infrastruktura, ki temelji na modelu bolniške oskrbe, omejuje vrednosti in povečuje stroške neučinkovitost in obremenitev zdravstvenih timov. Da bi nadgradili zagon, ki ga je pripeljal covid-19 in izkoristili vse prednosti digitalizacije prakse, mora priti do preoblikovanja modela oskrbe (de Mooij idr., 2022).

3.3.2 OSEBNI DEJAVNIKI

Pomanjkanje znanja in izobraževanja

Osebni dejavniki so med najpogostejše zabeleženimi ovirami, še posebej izstopa pomanjkanje potrebnih veščin. V eni od raziskav ugotavljajo, da so številni zdravstveni delavci in storitvene organizacije zadržani pri uvajanju takih tehnologij. Vzrokov za to zadržanost je več, prevladujeta pa splošno pomanjkanje znanja in spretnosti v zvezi z digitalnim zdravjem (Dugstad idr., 2019).

Ovire so vključevale precejšnje razlike v digitalni zrelosti različnih ustanov, neenakomerno porazdelitev uporabnikov po različnih delih zdravstvenega sistema, zaupanja osebja in uporabnikov v tehnologije in njihove pripravljenosti za uporabo ter spretnosti in talentov, ki so potrebni za izvajanje prepotrebnih digitalnih posegov (Fletcher idr., 2023). Osebe mora imeti dovolj izkušenj in sposobnosti pri delovanju, poseganju v napravo, pregledovanju podatkov in interakciji z uporabnikom pri zbiranju zdravstvenih informacij v digitalni obliki, kar pogosto pomeni dodatno obremenitev za klinično osebje (Lu idr., 2021).

Empirični podatki so razkrili, da se bodo uporabniki v primeru razočaranja nad digitalno platformo za soustvarjanje, kadar na primer ocenijo, da se ne morejo naučiti novih tehničnih veščin, obrnili k že znanim digitalnim orodjem, kot so videotelefon ali digitalne platforme, kot sta WhatsApp in Skype (Kuoppakangas idr., 2023).

Negativen odnos do tehnologije

Informacijska tehnologija (IT) ima tudi nenamerne škodljive posledice, kot so večja zapletenost upravljanja informacij in dokumentacije, zmanjšana neposredna komunikacija in večje težave pri usklajevanju oskrbe. Zaradi teh negativnih posledic številni uslužbenci gledajo nanjo kot na oviro pri svojem delu (S idr., 2019).

Raziskovalci opozarjajo tudi na pomembnost prepoznavanja in odpravljanja protislovij, ki sicer lahko povzročijo odpor uporabnikov do IT. Nasprotja zmanjšujejo motivacijo za izboljšave, razvoj in inovacije pri delu z ljudmi. Na primer neskladje med orodjem in naravo dela lahko zmanjšajo motivacijo ljudi za uporabo teh orodij pri njihovih delovnih aktivnostih ter ustvari odpor do orodij (S idr., 2019).

Eden od raziskovalcev poudarja pomembno dejstvo, da uporabniki zaznavajo nemoten dostop ne le do svojih negovalnih ekip, temveč tudi do odgovorov, ki jih iščejo. Če začutijo ovire, bodisi zaradi slabo zasnovanih orodij bodisi zaradi pretiranega obvoza sistema, to zmanjšuje zaupanje v tehnološke rešitve (de Mooij idr., 2022).

Spet drugi ugotavljajo, da so odpor sprožile zaznane grožnje stabilnosti in predvidljivosti identitetam vlog in skupin ter osnovnim vrednotam zdravstvenega varstva (Valk-Draad & Bohnet-Joschko, 2022).

Povečan obseg dela

Pri preoblikovanju velikih količin neobdelanih podatkov v smiselne informacije se pojavi tudi vprašanje dodeljevanja kapitala in človeških virov. Ta pojav povzroča večje delovne obremenitve osebja, zlasti če ni usposobljenih

kadrov, ki bi se ukvarjali z velikimi količinami medicinskih podatkov (Fletcher idr., 2023).

Špet drug vir pravi, da so v nekaterih primerih povzročili zapletene rešitve in povečali obseg papirnatega dela. To je tipičen rezultat poskusov uvajanja novih orodij, ne da bi hkrati spremenili prakse; če je proces pred avtomatizacijo neoptimalen, bo ostal neoptimalen, priložnost za izboljšanje procesa pa bo zamujena (Meskó, 2022).

Zapletenost upravljanja vodi v to, da veliko osebja IT obravnava kot motnjo pri svojem delu (S idr., 2019).

3.3.3 TEHNIČNI DEJAVNIKI

Neustrezna infrastruktura

Številni zdravstveni delavci in storitvene organizacije so nenaklonjeni uvajanju takšnih tehnologij zaradi pomanjkanja ustrezne infrastrukture (Dugstad idr., 2019).

Infrastruktura ustanov za dolgotrajno oskrbo je bila pogosto neprimerna za uporabo telemedicine (Valk-Draad & Bohnet-Joschko, 2022).

Infrastrukturni viri so vprašanje, ki ga je treba nadalje obravnavati; te ovire vključujejo nezadostne zmogljivosti in nezadostno delovno silo za vzpostavitev digitalnih sprememb (Lu idr., 2021).

Iz tega izhaja več problemov, eden od njih je slaba integracija med obstoječo infrastrukturo IT in funkcionalnostjo digitalnega zdravstva, pri čemer je morda najbolj pereče povezovanje podatkov o pacientih s sistemskimi stiki (de Mooij idr., 2022).

Nestabilnost sistema

Po mnenju ene raziskovalne skupine je bila kombinacija nestabilnosti infrastrukture IT in nepripravljenosti podporne službe IT, da bi prispevala k soustvarjanju vrednosti z zdravstvenimi in oskrbovalnimi službami, najtrdo-vratnejša ovira (Dugstad idr., 2019).

Podobno vidijo neodgovorjena vprašanja o razvoju sistema kot glavni vzrok za težave, s katerimi se srečujejo zdravstvene ustanove pri prvi uvedbi sistema (Lu idr., 2021).

Eden od raziskovalcev pa ugotavlja, da je nedokončanost digitalne platforme negativno vplivala na stopnjo zadovoljstva uporabnikov in ogrozila njihov zaznani občutek samouresničevanja in učenja (Kuoppakangas idr., 2023).

Pomanjkanje povezljivosti

Raziskovalci ugotavljajo, da pomanjkanje povezljivosti še povečuje težave pri izvajanju tehnologije digitalizacije medicinskih informacij (Lu idr., 2021).

Pomemben dejavnik je tudi hitrost predstavitve in iskanja podatkov na trenutnih zdravstveno-oskrbovalnih platformah. Težave pri analizi in uporabi podatkov pa povečujejo tudi različni pogoji in zahteve glede kakovosti uporabe podatkov na različnih oddelkih (Lu idr., 2021).

Poleg tega tesno sodelovanje med vključevanjem in povratnimi informacijami bolnikov, kliničnimi izvajalci in vodstvom zdravstveno-oskrbovalnega sistema zagotavlja, da je znanje o ustvarjanju podatkov vključeno v analizo za pridobitev smiselnih kliničnih rezultatov. V zvezi s tem je pri zbiranju, analizi in uporabi digitalizacije medicinskih podatkov potrebno sodelovanje med deležniki iz različnih oddelkov in celo različnih strok (Lu idr., 2021).

3.3.4 PRAVNI IN ETIČNI DEJAVNIKI

Zakonske zahteve

Spremembe v predpisih in politikah so še ena ključna dejanska ovira, ki preprečuje nemoteno digitalno preobrazbo. Pravila za ustvarjanje in uporabo podatkov v obstoječih predpisih pogosto niso jasno in ustrezno opredeljena. Velika težava je zlasti nerazumevanje v zvezi z zakoni in predpisi, zlasti tistimi, ki so povezani z varstvom zasebnosti uporabnikov (Lu idr., 2021).

Varnost podatkov in zasebnost

Gre za eno najpomembnejših vprašanj pri digitalizaciji medicinskih informacij. Neskladna uporaba osebnih zdravstvenih podatkov je omejena, kar povzroča neučinkovito vključevanje in težave. Poleg tega pravne težave in spori, ki jih povzročajo napake pri zbiranju in uporabi digitalizacije medicinskih podatkov, povzročajo težave pri dodeljevanju odgovornosti zaradi nejasnih predpisov. Koristi digitalizacije medicinskih informacij morajo temeljiti na zaupanju in varnosti izvajalcev in uporabnikov. Vendar je preglednost in kakovost podatkov težko nadzorovati zaradi prikrivanja in posebnosti zdravstveno-oskrbovalnih procesov (Lu idr., 2021).

O trenutnem okolju, ki obdaja digitalno zajemanje in shranjevanje podatkov, potekajo burne razprave, saj si zdravstveno-oskrbovalne organizacije, oblikovalci politik in pravni sistem prizadevajo razviti ustrezne strukture in varovala za zaščito zasebnosti uporabnikov. Med temi neločljivimi razmerami sta zasebnost in varnost uporabnikovih podatkov eden od najpomembnejših dejavnikov za zmanjšanje pripravljenosti uporabnikov, da so del sistema. Uporabniki menijo, da je njihova zdravstvena dokumentacija lahko kršena

zaradi zmožnosti uporabe aplikacij za digitalizacijo medicinskih podatkov v nosečih napravah v zdravstvu (Lu idr., 2021).

Etični pomisleki

Številni zdravstveni delavci in storitvene organizacije neradi uvajajo takšne tehnologije. Razlogov za to zadržanost je več, med drugim etični pomisleki, strah, da bo tehnologija povzročila oslabitev odnosa oskrbe ter splošno pomanjkanje znanja in veščin v zvezi z digitalnim zdravjem (Dugstad idr., 2019).

Ustvarja se nevarna vrzel med tem, kar je tehnološko možno z oskrbo na daljavo, laboratorijskimi preiskavami na domu ali zdravstvenimi senzorji, in tem, česar si uporabniki in zdravniki dejansko želijo. In čeprav pri teh podatkih vsekakor obstaja tveganje za zlorabo, lahko ob ustrezni in etični uporabi koristijo večini bolnikov (de Mooij idr., 2022).

3.3.5 ORGANIZACIJSKI DEJAVNIKI

Nejasnost vlog

Med večjimi ovirami za uspešno izvedbo digitalizacije so negotovost in nejasna pričakovanja glede vloge uvajalcev sprememb ter pozna vključitev v proces izvajanja digitalizacije. Da bi pripomogli k uspešnemu uvajanju novih tehnologij, lahko uvajalci sprememb v organizacijah dejavno podpirajo posameznike ali delovne skupine v procesu sprememb, kar pa je onemogočeno, kadar so v spremembe vključeni pozno in niso podprti pri izvajanju sprememb. Zato je treba vlogo uvajalcev spremembe obravnavati kot bistveno in jim v podpornem organizacijskem okolju zagotoviti ustrezna sredstva (Rigby idr., 2023).

Podobno menijo tudi drugi avtorji, ki ugotavljajo, da so nejasne vloge in postopki uvajalcev sprememb pri soustvarjanju digitalne platforme, čeprav nenamerno, upočasnili proces digitalizacije (Kuoppakangas idr., 2023).

Kultura brez soustvarjanja

Možnost soustvarjanja je med najmočnejšimi dejavniki, ki pospešujejo digitalizacijo in izhaja iz osebne potrebe po soustvarjanju. Kadar pa je soustvarjanje onemogočeno, je to običajno plod organizacijske kulture, ki soustvarjanju ni naklonjena, zato jo prištevava k organizacijskim omejitvam.

Avtorji ene od raziskav ugotavljajo, da je nepripravljenost podporne IT službe, da bi prispevala k soustvarjanju skupaj z zdravstvenimi službami, bila najbolj pereča ovira pri digitalni preobrazbi (Dugstad idr., 2019). Vendar pa mora biti tudi soustvarjanje učinkovito.

Glede na empirične podatke se udeležencem ene od raziskav soustvarjanje digitalne platforme ni zdela privlačna ideja in so menili, da zagotavlja malo

dodane vrednosti pri delu strokovnjakov za oskrbo. Udeleženci so poročali, da je proces digitalnega soustvarjanja tog in počasen ter da se je veliko predlaganih idej izgubilo, kar pomeni, da niso mogli videti, ali so njihove ideje sploh vključene v digitalno platformo. Negotovost glede tega, ali bodo njihove ideje vidne, je očitno ogrozila občutek samouresničitve in pripravljenost za vključevanje in sodelovanje v takšnih dejavnostih v prihodnosti. Zaznana smiselnost digitalne preobrazbe se zmanjša, kadar potrebe in pričakovanja deležnikov niso razumljene in izpolnjene (Kuoppakangas idr., 2023).

3.3.6 EKONOMSKI DEJAVNIKI

Večina prejšnjih študij je pokazala, da so zdravstvene ustanove prenehale z uvajanjem velikih podatkovnih skladišč predvsem zaradi časa in stroškov, povezanih z razvojem sistema digitalizacije medicinskih informacij. S shranjevanjem in analizo podatkov so namreč povezani tudi precejšnji stroški. Natančneje, stroški integracije so običajno visoki, stroški razvoja vmesnikov pa še večji (Lu idr., 2021).

Pomanjkanje finančnih sredstev je glavna ovira pri izvajanju ukrepov e-zdravja in e-oskrbe, vključno s tehnologijami za spremljanje (Dugstad idr., 2019).

Digitalni posegi so odvisni tudi od finančnih sredstev, ki so na voljo za naložbe v informacijsko infrastrukturo. Vprašanje zagotavljanja virov vzbuja pomisleke glede tega, ali je doseženi napredek lahko trajnosten. Zaradi višine dolga, ki se je nabral med bojem proti covidu-19 ter trenutnega in predvidenega stanja britanskega gospodarstva, se pojavljajo tudi dvomi o sredstvih, ki bi jih bilo mogoče v prihodnjih letih nameniti nadaljnjim pobudam za digitalne inovacije (Fletcher idr., 2023).

4 RAZPRAVA

Prvo, kar je iz pregleda razvidno, je številčnost in raznolikost dejavnikov, ki pospešujejo ali ovirajo digitalizacijo, kar kaže na kompleksnost področja in potrjuje ugotovitve predhodnih raziskav (Bail idr., 2022; De Leeuw idr., 2020., Gagnon idr., 2012). Relativna pomembnost dejavnikov je pri različnih avtorjih različno izražena, v vsi opažajo zelo podobne dejavnike kot raziskovalci vključeni v sistematični pregled.

Drugo izstopajoče dejstvo je, da so si dejavniki, ki pospešujejo ali zavirajo digitalizacijo v dolgotrajni oskrbi, zelo podobni. Tako gre pravzaprav za kontinuum, kjer na primer transformacijsko vodenje digitalne spremembe olajšuje, na drugi strani pa so bolj tradicionalne strukture nadzora, ki krepijo

razlike med delovnimi skupinami in laissez-faire vodenje, ovira pri izvajanju digitalizacije (Trenerry idr., 2021).

Pri dejavnikih še posebej izstopa »nuja«, edini dejavnik, ki je samo spodbujevalni in ne tudi ovira. Nuja kaže na to, da kljub velikemu številu dejavnikov lahko izreden primer, v tem primeru epidemija covida-19, spremembe znatno pospeši. Kaže torej, da je tudi sistem dolgotrajne oskrbe sposoben reorganizacije in hitrega odziva na spremembe.

Tehnologijo zlahka zamenjamo za vrsto tehničnih sprememb, saj je tehnologija tehnična, v resnici pa na različne načine sodeluje z ljudmi in je zato prilagodljiva (*Digital change in health and social care | The King's Fund*, b. d.). Pri digitalnih spremembah gre torej tako za ljudi kot za tehnologijo, zato ni presenetljivo, da so se osebni/individualni dejavniki, kot so spretnosti in dostopnost do digitalnega znanja (digitalna pismenost) ter možnost soustvarjanja, izkazali za enega najpomembnejših dejavnikov, ki olajšuje (ali ovira) proces digitalizacije.

Sodobna literatura temu pritrjuje, hkrati pa še bolj izpostavlja, kako raznoliki so osebni dejavniki. Poleg že naštetih so ti lahko povezani s pogosto menjavo in nezadostnim številom osebja in virov v ustanovah za oskrbo ali pomanjkanjem časa za oskrbovalce (Lapp idr., 2022); pogoste ovire so tudi rotacije delovnih mest, delovna mesta s krajšim delovnim časom ter pogosta uporaba nadomestnega osebja in osebja v dežurstvu, ker izvajalci oskrbe niso bili dovolj seznanjeni s tehnologijo. Sem sodi tudi pomanjkanje podpore sodelavcev in drugih zdravstvenih delavcev pri uporabi tehnologije (de Veer idr., 2011). Morebitne spremembe so zamudne, povečana delovna obremenitev pa je glavna skrb zdravstvenih delavcev in oskrbovalcev (Gagnon idr., 2012).

Ustavimo se na kratko še pri dojemanju koristnosti uvajanja digitalne rešitve. Poleg možnosti soustvarjanja je dojemanje koristi najpomembnejši izmed osebnih dejavnikov za uspešno digitalizacijo ali za zaviranje le-te. Podatek iz osebnega vidika potrjuje dejstvo, da morajo biti vodilo digitalizacije v ustanovah dolgotrajne oskrbe realne potrebe, ki jih digitalna rešitev na smiseln in učinkovit rešuje. Smiselnost in učinkovitost pa bo praviloma večja ali vsaj boljše prepoznana, če bodo ljudje vključeni v proces sooblikovanja ali vsaj uvajanja rešitve.

Ob pregledu obstoječe literature za ovire pri digitalizaciji lahko opazimo, da pri ovirah prevladujejo organizacijski dejavniki. Sem spadajo na primer tradicionalno upravljanje, odsotnost kulture soustvarjanja ali organizacijski spomin, ki opisuje organizacijsko pomanjkanje izkušenj pri obsežnih spremembah, neustrezno komuniciranje. Eden od virov navaja, da je neustrezna

organizacijska kultura ena od glavnih ovir pri 60 % neuspešnih poskusov (*Digital change in health and social care | The King's Fund*, b. d.).

Že samo s komuniciranjem je povezanih veliko izzivov, na primer ustrezna uporaba sistemov pri komuniciranju z drugimi izvajalci zdravstveno-oskrbovalnih storitev, napačno obveščanje o posodobitvah in spremembah ter napačno obveščanje zaradi dokumentacije na različnih mestih (Iyanna idr., 2022).

V našem pregledu tega ne moremo potrditi, saj so se vsi ostali dejavniki (z izjemo ekonomskega) izkazali za pomembnejše. Razliko lahko deloma pojasnimo tudi s trendom. Raziskave, ki poudarjajo organizacijske in tehnične dejavnike, so resda najštevilčnejše, niso pa več najbolj aktualne.

V ospredje raziskovanja stopajo osebno individualni ter pravno etični dejavniki. Skladnost z obstoječo zakonodajo in zavezanost k etičnemu ravnanju sta v tem procesu bistvenega pomena, vendar lahko različne politike olajšujejo ali ovirajo digitalizacijo.

Pristojni regulativni organi izdajajo posebne smernice in sprejemajo ustrezne zakone, ki so v skladu z naravo sektorja zdravstvenega in socialnega varstva ter zagotavljajo pravno zaščito izvajalcem zdravstvenih storitev pred neupravičenimi sodnimi postopki in odgovornostjo, ki izhaja iz njihove uporabe inovacij na področju e-zdravja. (Meißner & McNair, 2021).

Naraščajoči so predvsem etični pomisleki. Ena od ovir so pomisleki glede dojemanja stanovalcev o delu osebja pri uporabi tehnologije in negotovost glede vplivov na oskrbo (Bail idr., 2022). Cilj je stanovalcem ponuditi čim udobnejše bivalno okolje, zbiranje podatkov bi moralo biti omejeno le na primere, ko so stanovalci bolni ali jim grozi bolezen. Ustanove za dolgotrajno oskrbo, kot so domovi za nego in oskrbo, so v bistvu domovi stanovalcev, kar pomeni, da je treba za zagotavljanje domačega in udobnega okolja doseči uravnotežen pristop glede zbiranja podatkov. Kljub prizadevanjem vseh vpletenih, da bi jih prepričali, se pri vsakodnevnem izvajanju pametnih sistemov oskrbe pri demenci še vedno lahko pojavijo dodatni etični izzivi (Hine idr., 2022).

Vprašanje zasebnosti in varnosti je ovira, ki predstavlja etični, pravni in tehnični problem ter je poglobljena skrb uporabnikov (Granja idr., 2018). Zagotavljanje zasebnosti in varnosti pacientovih elektronskih zdravstvenih zapisov in osebnih podatkov je najpomembnejše, vendar bi se z njimi v bolnišnično oskrbovalnem okolju odprle možnosti za več orodij za podporo odločanju, ki bi lahko potencialno zmanjšale delovno obremenitev osebja in pomagala izboljšati kakovost oskrbe (Lapp idr., 2022).

Sistematični pregled ima tudi svoje omejitve. Ena očitnejših je, da se raziskovalci področja pogosto ne strinjajo, kje je meja med digitalizacijo in digitalno preobrazbo, kar pogosto otežuje primerjavo različnih prispevkov.

Druga omejitev je, da je v pregled vključenih vsaj toliko raziskav iz zdravstvenega kot iz oskrbovalnega sektorja. Prekrivanja je sicer veliko, so pa tudi velike razlike, ki niso zajete. Pri zdravstvu gre na primer običajno za enkratne ali občasne stike z osebjem in tehnologijo, medtem ko gre pri oskrbi za reden, nenehen stik.

Nenazadnje je določena težava tudi majhno število eksperimentalnih študij, ki bi temeljile na podatkih in ne na kvalitativnih študijah ali celo predvidevanjih. Pomanjkanje uporabnih podatkov se je pokazalo za pomembno omejitev tudi pri digitalizaciji.

5 ZAKLJUČKI

Rezultati raziskovalne faze evropskega projekta DigiCare4CE so pokazali, da je napredek neizogiben. Digitalizacija in digitalna transformacija dolgotrajne oskrbe že potekata in je le še vprašanje časa in velikosti obsega. Tehnologija je že zrela, implementacija in humanistični vidik pa zaostajata. Pri tem se odpira predvsem vprašanje realnih potreb, možnosti za njihovo reševanje s pomočjo tehnologije in kako tehnologijo integrirati s človeškim vidikom storitev, pomembna pa so tudi etična vprašanja. Zato gre raziskovanje pospeševalcev in ovir pospešeno v smeri pravno etičnih pomislekov; kako prilagoditi zakonodajo in predpise, kako omiliti potencialne strahove pred izgubo varnosti in zasebnosti.

Zdi se, da so prednosti številčnejše in močnejše od omejitev, a pomembno je, da se opozarja tako na vse pasti, ki jih tehnologija skriva, kot na primere dobrih praks, ki jih ne manjka. Samo tako bomo premostili oviro tradicije, ki je močna v oskrbovalnem sektorju. Napredek pa je možen na vseh področjih, tako pri posameznikih, organizacijah kot pri državni regulaciji.

LITERATURA

- Bail K., Gibson D., Acharya P., Blackburn J., Kaak V., Kozlovskaja M., Turner M. & Redley B. (2022). Using health information technology in residential aged care homes: An integrative review to identify service and quality outcomes. V: *International Journal of Medical Informatics*, 165, 104824. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2022.104824>
- De Mooij M., Foss O. & Brost B. (2022). Integrating the experience: Principles for digital transformation across the patient journey. V: *Digital Health*, 8, 20552076221089100. <https://doi.org/10.1177/20552076221089100>
- De Veer A. J., Fleuren M. A., Bekkema N. & Francke A. L. (2011). Successful implementation of new technologies in nursing care: A questionnaire survey of nurse-users. V: *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 11(1), 67. <https://doi.org/10.1186/1472-6947-11-67>
- Digital change in health and social care | *The King's Fund*. (b. d.). Pridobljeno 2. avgust 2023, s <https://www.kingsfund.org.uk/publications/digital-change-health-social-care>
- Dugstad J., Eide T., Nilsen E. R. & Eide H. (2019). Towards successful digital transformation through co-creation: A longitudinal study of a four-year implementation of digital monitoring technology in

- residential care for persons with dementia. V: *BMC Health Services Research*, 19(1), 366. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4191-1>
- Dyb K. & Kvam L. (2022). Beyond the Point of No Return: A Discourse Analysis of Healthcare Professionals' Perceptions of Digitally Supported Person-Centred, Integrated, and Proactive Care. V: *International Journal of Integrated Care*, 22(4), 5. <https://doi.org/10.5334/ijic.6446>
- Fletcher M., Read C. & D-Adderio L. (2023). Nurse Leadership Post COVID Pandemic-A Framework for Digital Healthcare Innovation and Transformation. V: *SAGE Open Nursing*, 9, 23779608231160465. <https://doi.org/10.1177/23779608231160465>
- Gagnon M.-P., Desmartis M., Labrecque M., Car J., Pagliari C., Pluye P., Frémont P., Gagnon J., Tremblay N. & Légaré F. (2012). Systematic Review of Factors Influencing the Adoption of Information and Communication Technologies by Healthcare Professionals. V: *Journal of Medical Systems*, 36(1), 241–277. <https://doi.org/10.1007/s10916-010-9473-4>
- Granja C., Janssen W. & Johansen M. A. (2018). Factors Determining the Success and Failure of eHealth Interventions: Systematic Review of the Literature. V: *Journal of Medical Internet Research*, 20(5), e10235. <https://doi.org/10.2196/10235>
- Hine C., Nilforooshan R. & Barnaghi P. (2022). Ethical considerations in design and implementation of home-based smart care for dementia. V: *Nursing Ethics*, 29(4), 1035–1046. <https://doi.org/10.1177/09697330211062980>
- Krick T., Huter K., Domhoff D., Schmidt A., Rothgang H. & Wolf-Ostermann K. (2019). Digital technology and nursing care: A scoping review on acceptance, effectiveness and efficiency studies of informal and formal care technologies. V: *BMC Health Services Research*, 19(1), 400. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4238-3>
- Kuoppakangas P., Stenvall J., Kinder T., Lindfors J. & Talonen A. (2023). Detecting and managing the mechanism of perceived meaningfulness of work and digital transformation in public sector health and social care services. V: *Technological Forecasting and Social Change*, 194, 122663. <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2023.122663>
- Lapp L., Egan K., McCann L., Mackenzie M., Wales A. & Maguire R. (2022). Decision Support Tools in Adult Long-term Care Facilities: Scoping Review. V: *Journal of Medical Internet Research*, 24(9), e39681. <https://doi.org/10.2196/39681>
- Lu W.-C., Tsai I.-C., Wang K.-C., Tang T.-A., Li K.-C., Ke Y.-C. & Chen P.-T. (2021). Innovation Resistance and Resource Allocation Strategy of Medical Information Digitalization. V: *Sustainability*, 13(14), Article 14. <https://doi.org/10.3390/su13147888>
- Meißner A. & McNair S. (2021). AGEING AND TECHNOLOGIES. *Creating a vision of care in times of digitisation. A paper for policymakers*. <https://doi.org/10.25528/062>
- Meskó B. (2022). COVID-19's Impact on Digital Health Adoption: The Growing Gap Between a Technological and a Cultural Transformation. V: *JMIR Human Factors*, 9(3), e38926. <https://doi.org/10.2196/38926>
- Rigby K., Redley B. & Hutchinson A. M. (2023). Change agent's role in facilitating use of technology in residential aged care: A systematic review. V: *International Journal of Medical Informatics*, 179, 105216. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2023.105216>
- S. Q., P. Y., & A. B. (2019). Contradictions in information technology mediated work in long-term care: An activity theoretic ethnographic study. V: *International Journal of Nursing Studies*, 98. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.05.017>
- Valk-Draad M. P. & Bohnet-Joschko S. (2022). Nursing Home-Sensitive Hospitalizations and the Relevance of Telemedicine: A Scoping Review. V: *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19), 12944. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912944>

Naslava avtorjev:

Alen Sajtl: alen@iat.si

Ana Ramovš: ana.ramovs@iat.si

IZ GERONTOLOŠKE LITERATURE

<https://www.age-platform.eu/age-manifesto-2024-the-europe-we-want-is-for-all-ages/>

MANIFEST ZA EVROPO ZA VSE STAROSTI

Pred volitvami v Evropski parlament junija 2024 je AGE Platform Europe v svojem manifestu pozvala k Evropi za vse starosti. Jedro manifesta so trije pozivi bodočim poslancem Evropskega parlamenta:

1. spodbujanje enakpravnosti spolov,
2. spodbujanje sodelovanja in aktivnega staranja,
3. zagotavljanje samostojnosti in dobrega počutja.

V tem manifestu AGE platform Europe prihodnjim uradnikom EU podaja priporočila za spremembe, povezane s staranjem prebivalstva in prizadevanjem za družbo za vse starosti.

V manifestu pozivajo vse zainteresirane strani in kandidate za evropski parlament, da podprejo ta manifest in se pridružijo kampanji za Evropo za vse starosti.

Ageizem dejansko vpliva na ljudi in družbo. Vpliva na to, kako gledamo na svoje staranje, zmanjšuje solidarnost med generacijami, vpliva na naše zdravje in dobro počutje ter ima daljnosežne gospodarske posledice. Ageizem lahko povzroča slabše telesno in duševno zdravje, večjo socialno izolacijo in osamljenost, večjo finančno negotovost, slabšo kakovost življenja in prezgodnjo smrt (v povprečju

za 7,5 leta!). Zaradi ageizma se povečujejo tudi tvegana zdravstvena vedenja, kot so nezdrava prehrana, prekomerno pitje alkohola ali kajenje, s čimer se zmanjšuje kakovost življenja. Ocenjuje se, da je na svetu 6,3 milijona primerov depresije, ki jih je povzročil ageizem. Prepleta in pogloblja tudi druge oblike prikrajšanosti, vključno s tistimi, povezanimi s spolom, raso in invalidnostjo, kar še bolj negativno vpliva na zdravje in dobro počutje ljudi.

Ponotranjeni stereotipi posameznikom preprečujejo, da bi polno živeli in uveljavljali svoje pravice. Sodišča in nadzorni organi odražajo enake predsodke, kakor jih imamo mi kot družba, in sprejemajo različne razlage in utemeljitve neenakosti, ki se dojemajo kot nevtralne ali nujne. Zaradi tega je veliko težje odkriti in prijaviti diskriminacijo na podlagi starosti, kar povzroča »vrzel v pravičnosti«; veliko število primerov diskriminacije na podlagi starosti je lahko zavrženih ali pa sploh niso prijavljeni.

Starostna enakopravnost pomeni tudi vzpostavitev sistemov, ki vsem ne glede na starost omogočajo enako obravnavo in uživanje enakih pravic. Zagotavlja, da lahko ljudje vseh starosti živijo dostojanstveno. Prizadevati si za enakost v starosti pomeni uporabljati načela in norme človekovih pravic, zato da bi v starosti lahko živeli pošteno, svobodno in enakopravno.

Zakaj je starostna enakopravnost pomembna?

Živimo v Evropi, v kateri je v zadnjih desetletjih zelo razširjena retorika o enakosti in aktivnem staranju. Do leta 2050 naj bi bilo skoraj 30 % evropskega prebivalstva starejšega od 65 let. Ta evropska demografska realnost pomeni, da bo vse več politik in zakonodajnih instrumentov upoštevalo staranje. EU si dejansko prizadeva za polno udeležbo vseh starostnih skupin v družbi ter za spodbujanje aktivnega in zdravega staranja, zato se bori proti temu, da bi bili posamezniki zgolj zaradi svoje starosti neenakopravno finančno, socialno ali kakovostno obravnavani (glej sklepe Sveta iz let 2020 in 2021 ali ministrsko izjavo UNECE iz leta 2022).

Pandemija covida-19 je poslabšala že obstoječe kršitve človekovih pravic in nesorazmerno vplivala na življenje starejših; odrekli so jim zdravstvene storitve, bili so fizično in socialno izolirani, njihove potrebe so bile zanemarjene, postali so žrtve diskriminatornega odnosa in zlorab. Kljub temu, da gre za zelo raznoliko skupino, so starejši kot celota označeni za ranljive in v breme družbi. Pandemija je zelo jasno pokazala človeško in družbeno ceno stigmatizacije in starostne diskriminacije.

Pozablja se, da starejši ljudje prispevajo k družbi in gospodarstvu, saj mnogi svoje izkušnje, spretnosti in znanje uporabljajo v različnih oblikah plačanega in prostovoljskega dela, v neformalni oskrbi ter se družbeno ali politično angažirajo; in to dandanes počnejo bistveno dlje kot kdaj

koli prej! Vse večjemu številu starejših je treba nujno omogočiti polno, zdravo in neodvisno življenje.

Kaj potrebujemo na ravni EU, da bi to dosegli?

Evropske volitve leta 2024 so pomemben trenutek, da EU ponovno potrdi svojo zavezanost ustvarjanju družb, v katerih imajo vsi možnost za dobro življenje. EU obnavlja svojo institucionalno strukturo za uresničevanje enakosti v praksi, ob tem pa mora okrepiti zagotavljanje enake obravnave v starosti.

- Strategija EU za starostno enakopravnost je bistvenega pomena za spoštovanje človekovih pravic v vseh starostnih obdobjih in izkoriščanje priložnosti, ki jih prinaša daljše življenje. Trenutno ni celovitega političnega okvira EU o staranju, kar pomeni, da so obstoječe politike razpršene in zato lahko ohranjajo predsodke ter nimajo zelenega učinka.
- Izboljšati in razširiti pravno varstvo pred diskriminacijo na podlagi starosti na ravni EU: sedanja direktiva EU zajema le področje zaposlovanja in dopušča preveč izjem in vrzeli v pravnem varstvu. Pravni okvir EU je treba razširiti, da se odpravi diskriminacija zaradi starosti na vseh družbenih področjih. Izvajanje okvirne direktive o zaposlovanju mora biti v skladu s standardi človekovih pravic, da se odpravijo dejanske ovire za zaposlovanje starejših.
- Spodbujati pozitiven diskurz o staranju in ozaveščajte o ageizmu s

pravnimi in političnimi pobudami za odpravo diskriminatornih praks ter izobraževalnimi kampanjami za odpravo stereotipov o starosti.

- Obravnavati številne in prepletajoče se oblike diskriminacije, ki jih ljudje doživljajo zaradi kombinacije dejavnikov, kot so starost, spol ali invalidnost, ter kumulativne oblike diskriminacije, z vključevanjem enakopravnosti starejših v obstoječe strategije, akcijske načrte in druge pobude za enakost.
- Zagotoviti, da se presečišča s starostjo preučijo v drugih strategijah EU za enakost, kot so strategije za enakost spolov, rasno enakost ali invalidnost.
- Eurostat bi moral zbirati in objavljati še bolj vključujoče podatke, razčlenjene po starosti, brez starostnih omejitev, da bi ocenil morebitni učinek politik in programov, zagotovil učinkovite politike in spremljal njihovo izvajanje.
- V okviru zaščite človekovih pravic morajo države EU podpreti pripravo konvencije Združenih narodov o

pravica starejših, ki bi sprožila pravne reforme in družbene spremembe za spodbujanje enakopravnosti starejših v vseh vidikih življenja.

- Krepitev služb Komisije za spodbujanje enakopravnosti starejših: ustanovitev posebne enote v okviru generalnega direktorata za pravosodje, ki se bo ukvarjala z diskriminacijo na podlagi starosti, je prvi pozitiven korak. Pri usklajevanju strategije za enakopravnost starejših ljudi bi se morali intenzivno posvetovati vsi ustrezni generalni direktorati. Službe Komisije morajo biti ustrezno kadrovske zastopane in usposobljene za vključevanje enakopravnosti starejših v vse politike EU.
- Razširiti delo Agencije za temeljne pravice na področje staranja: še naprej naj izvaja raziskave in daje politična priporočila za zagotavljanje temeljnih pravic v starosti in obravnavanje medsektorskih izzivov.

Prevod in priredba Alenka Ogrin

GERONTOLOŠKO IZRAZJE

VOZNIŠKA SPOSOBNOST V STAROSTI

angleško: *Driving ability at old age*

Avtomobil in voznika sposobnost sta za večino odraslih ljudi v naših razmerah vsakdanja potreba in del osebne identitete. Avtomobil je najpogostejši in najpomembnejši sodobni »podaljšek« človekovih nog, ki je tako povečal našo gibljivost, da si tega generacija prastarih staršev pred sto leti ni mogla predstavljati niti v sanjah.

S staranjem pešajo zaznavne in odzivne zmožnosti, ki so odločilne za varno vožnjo. Ob nekaterih boleznih in v visoki starosti človek izgubi voznika dovoljenje. To je eden večjih skokov v odvisnost od drugih: skokovito se zmanjšajo socialni stiki, mnogim zelo pade samozavest in samospoštovanje. Vprašanje o vožnji starejših ljudi in o prenehanju le-te v primeren trenutku je pomembna raziskovalna in metodična tema gerontologije. Znanje o tem za smiselno ravnanje je nujno tako za osebno kakovostno staranje kakor za vsakdanje sožitje med generacijami v družini in družbi.

Podatki obsežne reprezentativne raziskave o tem, kaj nad 50 let stari prebivalci Sloveniji potrebujejo, zmorejo in hočejo za kakovostno staranje in sožitje med generacijami (Staranje v Sloveniji, 2013), kažejo o voznikem izpitu in vožnji z avtomobilom pomembne podatke. Vozniški izpit jih ima dve tretjini (65,1

%); ženske skoraj pol manj kakor moški. Od njih dnevno vozi avtomobil dobra tretjina (37,3 %), tedensko vsak šesti, mesečno vsak dvajseti, manj kakor en odstotek nekajkrat letno, skoraj vsak deseti ni vozil že leta. Ženske tudi v dejanskem vsakdanjiku vozijo pol manj kakor moški. Ta razlika med spoloma se bo pri vožnji avtomobila v prihodnje naglo manjšala, današnje gerontološko delo za aktivno in zdravo staranje jo mora upoštevati. Z zavestnimi dejavniki v skupinskih in skupnostnih programih lahko ne le preprečimo, da ženske, ki ne vozijo avta, niso prikrajšane, ampak s komplementarnim sodelovanjem dosežemo koristne stranske učinke, npr. vključevanje moških voznikov v prostovoljstvo, širjenje socialne mreže za moške in ženske, povečanje peš hoje moških v programih, kjer skupni vožnji sledi skupna hoja ipd.

Pomembna naloga gerontoloških programov je tudi priprava na upadanje voznika sposobnosti. Podatki iz navedene raziskave kažejo, da dnevna vožnja po 50. letu starosti ves čas upada in preneha v osemdesetih letih starosti pri moških; ženske nehajo voziti avtomobil 5 let prej kakor moški. Da vozijo občasno (tedensko ali mesečno), se starejši trudijo, dokler morejo; pri moških strmo upade ta pomembna dejavnost po 85. letu. Ker ženske živijo dlje od moških in niso manj zdrave, bi pri iskanju vzrokov, da prej prenehajo voziti avtomobil, morali

upoštevati različne dejavnike; med njimi so življenjska navada voziti se ali peš hoditi po opravkih v okolici, ki je različna pri moških in ženskah, simbolna vrednost vožnje avtomobila za osebno samospoštovanje in kot statusni simbol v družbi pri moških, morda pa bi se pokazalo, da ima nekaj vloge pri tem tudi večji življenjski realizem žensk in jim ta pomaga prenehati z vožnjo avtomobila takrat, ko postane to zanje in okolico manj varno.

Kljub temu, da s starostjo pešajo senzorne in odzivne zmožnosti, ki so potrebne za vožnjo avtomobila, pa podatki v redni statistiki prometne varnosti

kažejo, da so starejši vozniki med bolj varnimi; poleg izkušenj vpliva na to tudi previdnost, ki lahko s starostjo zori. Ta in druga spoznanja o vožnji avtomobila v starosti kažejo, da se tudi pri tej dejavnosti izraža človekov celostni razvoj: od telesne potrebe po gibljivosti in zmožnosti za varno vožnjo, do duševnih, duhovnih, socialnih in bivanjskih potreb in zmožnosti. Upoštevanje te celote odpira vrata v vzgojo za varno vožnjo v starosti in za smiselno izpuščanje te dejavnosti, ko je človek ne more več opravljati tako, da je relativno varno zanj in za druge.

J. Ramovš

STAROSTI PRIJAZNA MESTA IN OBČINE

SVETOVNA ZDRAVSTVENA ORGANIZACIJA IN GLOBALNE MREŽE STAROSTI PRIJAZNIH MEST IN OBČIN O PREPREČEVANJU PADCEV

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) je zelo dejavna na področju preprečevanja padcev. Leta 2021 je izdala publikacijo »Step safely« (Varen korak), ki vsebuje strategije za preprečevanje in obvladovanje padcev skozi celotno življenjsko obdobje.

Vsako leto padci povzročijo smrt 684.000 ljudi in kratkotrajno ali dolgotrajno invalidnost 172 milijonov (ocena) po vsem svetu. To so velike statistične številke, ki naj bi se v prihodnjih desetletjih še povečevale s staranjem svetovnega prebivalstva. Zaradi demografskih gibanj in dejstva, da so padci neizogiben del življenja, še zlasti v starosti, je ukrepanje nujno potrebno za reševanje tega premalo prepoznanega problema javnega zdravja na lokalni, regionalni, nacionalni in svetovni ravni. Le s sistematičnim pristopom lahko omejimo naraščajoče breme padcev, ki škodi posamezniku, družini, zdravstvenim sistemom in gospodarstvu.

Večino padcev je mogoče preprečiti z ustreznimi ukrepi. Praksa po različnih državah kaže, da obstajajo učinkovite in obetavne intervencije za preprečevanje padcev. Čeprav je potrebno še naprej raziskovati kaj deluje, zlasti v državah z nizkimi in srednjimi dohodki, je SZO pripravila povzetek razpoložljivih ukrepov za tri ključne ogrožene skupine prebivalstva. Ukrepanje je prilagojeno

sistemskemu pristopu, ki lahko poveča varnost starejših, prispeva k varnejšemu okolju, politiki in zakonodaji.

Obstaja veliko vrst padcev, zato princip njihovega preprečevanja ne more biti enoten skozi celotno življenjsko dobo, niti za vse različne sektorje v državi ali različne države. Oblikujejo pa se skupna ključna načela, kot je spodbujanje in omogočanje vseživljenjske telesne dejavnosti, zmanjševanje nevarnosti v okolju in uveljavljanje politik, ki spodbujajo kulturo ter varnost v okolju.

Do sedaj pridobljeni podatki kažejo, da bolje organizirani sistemi travmatologije in zdravstvene oskrbe zmanjšujejo smrti, ki so posledica padcev in bi jih bilo mogoče preprečiti. Poleg tega vplivajo tudi na izboljšanje funkcionalnih rezultatov okrevanja med tistimi, ki so preživeli hujše padce.

Vedno večji obseg znanja je torej velikega pomena za preprečevanje in obvladovanje padcev, vendar to ni dovolj. Za preprečevanje padcev potrebujemo tudi spremembo prioritet: preprečevanje padcev je treba postaviti med stalne prednostne naloge vlade, zaposlovanja, zdravja in oskrbe objektov, šol in gospodinjstev. Zato SZO spodbuja deležnike k razmisleku o tem, katere praktične korake lahko sprejmejo za preprečevanje in obvladovanje padcev kot tudi k ustvarjalnemu razmišljanju o partnerstvih in razpoložljivih virih.

Ne glede na to, katero ciljno skupino postavimo v središče, je treba izhajati

iz trenutne situacije, definirati cilje in sprejeti ciljno usmerjene ukrepe za preprečevanje padcev, ki temeljijo na zbranih informacijah. Takšna prizadevanja za preprečevanje padcev bodo prispevala tudi k doseganju treh ključnih ciljev trajnostnega razvoja: zdravo življenje in dobro počutje, trajnostno naravnana gospodarska rast, dostojno življenje in delo ter varna in trajnostna mesta. Predstavljen dokument SZO ponuja na podlagi do sedaj zbranih informacij načine za reševanje nepotrebne bremena, ki ga povzročajo padci.

PRIPOROČILA

1 FIZIČNA AKTIVNOST – spodbujanje in omogočanje telesne aktivnosti skozi vse življenje za izboljšanje telesne moči, spretnosti in ravnotežja obsega zlasti naslednje:

- Redna telesna dejavnost od zgodnjega otroštva naprej za razvoj gibalne sposobnosti ter krepitev kosti in mišic.
- Učenje že od otroštva naprej, kako pasti na načine, ki zmanjšajo možnost poškodb ter izboljševati ozaveščanje o nevarnostih na izobraževanjih.
- Zagotavljanje možnosti za aktivno telesno vadbo in rekreacijo z različnimi dejavnostmi, ki razvijajo ravnotežje, moč, nadzor ter koordinacijo.
- Zagotavljanje telesne vzgoje v institucijah in spodbujanje dobrega pozitivnega pristopa do dejavnosti.
- Spodbujanje aktivnega transporta – npr. hoja in kolesarjenje.
- Zagotavljanje dostopa do kakovostnih zelenih površin za vse.
- Vadba za izboljšanje ravnotežja, krepitev moči in gostote kosti za starejše ljudi; programi

vadbe, ki so posebej zasnovani za izboljševanje hoje in krepitev notranje odpornosti.

2 VARNO OKOLJE – ustvariti varno okolje, ki spodbuja in omogoča telesno dejavnost.

- Zmanjšanje nevarnosti padcev v domačem okolju in sosesčini; s pregledom obstoječega stanja domačega okolja, odstranitvijo nevarnosti in namestitvijo oprijemal, varoval za stopnice, nedrsečih površin in izboljšano osvetlitvijo.
- Zagotavljanje mehkih površin za padec in varne višine opreme, ki lahko zmanjša tveganje za poškodbe.
- Zagotavljanje odrov z zaščitnimi ograjami za delavce na višini, deske za stabilno oporo nogam in varne dostopne točke.
- Namestitev ovir, kjer je nevarnost padca (ograje, okenska varovala, varovala za stopnice itd.).
- Informiranje in ozaveščanje o ustreznih prilagoditvah v domačem okolju ter dostop do cenovno ugodnih izdelkov in storitev v ta namen (na primer subvencioniranje izdelkov za preprečevanje padcev ljudem z nizkimi dohodki ali zagotavljanje obiskov na domu za ozaveščanje ljudi o nevarnostih padcev za krhke in onemogle).

3 ZAKONODAJA – okrepiti zakonodajo in izvajanje le-te.

- Varnost gradnje, vključno z zakonodajo, ki zahteva uporabo varnih gradbenih odrov, varnostnih pasov in zaščitnih čelad.
- Zahteva za najemodajalce, da na okna v stolpnica namestijo okenska varovala.
- Predpisi, ki določajo uporabo nedrsečih površin v skupnih prostorih zgradbe.

4 ZBIRANJE PODATKOV O PADCIH IN POŠKODBAH – izboljšanje podatkov

o poškodbah ob padcih na globalni, nacionalni in lokalni ravni, za spremljanje in vrednotenje.

- Vzpostavitev in izboljšanje podatkov o nadzoru poškodb na ravni prebivalstva ter omogočiti spremljanje poškodb pri padcih in oceno preventivnih posegov.
- Kjer sistemi s podatki o poškodbah ne obstajajo, bi morali strokovnjaki in oblikovalci politik razmisliti, katere možnosti so na voljo za zbiranje podatkov za ugotavljanje učinkovitosti neke intervencije.
- Zbiranje podatkov o padcih v bolnišnicah in drugih zdravstvenih ustanovah, šolah, dnevnih centrih, športnih klubih in drugih organizacijah.
- Zbiranje podatkov o padcih iz drugih virov: npr. iz zavarovalne evidence, evidence podjetij (to vključuje raziskave delovne sile in sisteme nadzora javnega zdravja).
- Zbiranje podatkov o poškodbah pri padcih med starejšimi, ki živijo sami, evidence odpustov iz bolnišnic in urgentnih ambulant, ankete gospodinjstev, podatki o zavarovanju.

5 PROGRAMI VAJ – razvijati ciljne programe za populacijo z visokim tveganjem za padce.

- Programi vadbe za ravnotežje, hojo in funkcionalno gibljivost starejših ljudi.
- Ocene varnosti domov in spremembe za starejše ljudi, zlasti za tiste z motnjami gibanja ali vida.
- Revizija oziroma pregled jemanja zdravil za starejše ljudi.
- Ciljni programi za preprečevanje padcev na delovnem mestu za delovno aktivne – npr. programi za preprečevanje zdrsa, spotika in padcev, ter programi za

preprečevanje in obvladovanje padcev med delom na višini.

- Prilagojeni obiski za ocenjevanje ogroženosti za padce na domu v ranljivih gospodinjstvih, kot npr. družine z nizkimi dohodki in s tem povezani ukrepi - podarjeni ali subvencionirani posegi, ki so jim sicer težko dostopni (npr. vhodna vrata, okna itd.).

V juniju je potekal spletni posvet na temo Preprečevanje padcev v Starosti prijaznih mestih in občinah, ki ga je organizirala SZO. Predstavljen je bil priročnik *Step safely* (Varen korak) in nekatere dobre prakse iz različnih držav mreže Starosti prijaznih mest in občin, med drugimi tudi iz Norveške. Na Norveškem sistematično posvečajo veliko pozornosti preprečevanju padcev. Še posebej dejavna je njihova organizacija *Norway Safety Forum*, ki sodeluje z različnimi deležniki, tudi občinami. Finančno jih podpirata ministrstvo in zavarovalnica. Ugotavljajo, da se večina padcev zgodi doma, zato se je potrebno močno angažirati pri preprečevanju teh v domačem okolju. Na spletni strani zbirajo podatke o številu padcev po občinah in nudijo nasvete za preprečevanje (www.fallbarometer.no). Razvili so: informativne kartice o varnosti za starejše, varnostne kontrolne sezname, predloge za varne sprehode (majhna sprememba lahko naredi veliko razliko), nahrbtnik z varnostnimi pripomočki, »norveški smerokaz za varno skupnost« (korake, ki jih je treba upoštevati za preprečevanje padcev).

VIR:

Step safely: strategies for preventing and managing falls across the life-course. V: <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/safety-and-mobility/step-safely>

Ana Gorenc Vujović

GOOD QUALITY OF OLD AGE

Good Quality of old age: Journal for Gerontology and Intergenerational Relations, Vol. 27, Num. 3, 2024

INDEX

Editorial (Jože Ramovš)

1. Scientific and expert articles

- 1.1. Ana Glavica: Connecting formal and informal carers of older people in integrated long-term care
- 1.2. Polona Maleš: Quality of life of older people in residential communities and the role of occupational therapy
- 1.3. Alen Sajtl in Ana Ramovš: Digitalisation and digital transformation in long-term care facilities (LTC) - a systematic literature review

2. Review of gerontological literature

- 2.1. AGE Manifesto 2024 – The Europe we want is for all ages (Alenka Ogrin)

3. Glossary of gerontology terms

- 3.1. Driving ability at old age (Jože Ramovš)

4. Age-friendly cities and rural communities

- 4.1. WHO and the Global Network of Age-Friendly Cities and Municipalities tackle falls among older people (Ana Gorenc Vujović)

Slovenia is gradually implementing the overdue Long-Term Care Act, which is still lagging behind in public co-financing and the system compared to developed countries. The solution is to accelerate the development of the health and social sectors, crucial in a modern integrated long-term care system. More than three-quarters of care is provided by family members and other informal carers, but support by the health and social care sector are indispensable. The two sectors are not lagging behind because of their knowledge of their services in long-term care, but in knowing how to integrate them into a whole that responds effectively to what thousands of care recipients and their relatives really need, can and want.

Introduction of the Long-Term Care Act it is a perfect moment for the gerontological sector to fulfil its crucial task. This is the task of social gerontology, nursing, social work, physiotherapy, occupational therapy, age-friendly architecture and construction, public administration etc.

A very long systematic article by Ana Glavica, M. Sc. in nursing, gives an overview of integrated long-term care. However, her extensive research on the professional staff in long-term care reveals not only their desire to respond to the needs of the people they care for and their families, but also their limited knowledge of the modern system, bad organisation and lack of trust. The latter is particularly worrying, as it shows the resignation of long-term care staff, which is evident in today's devastating staff shortages and the departure of people from this to other sectors.

Experiences that responded to ageing populations across Europe identified the following priorities for humane, staffed and financially sustainable long-term care in the community.

1. All the sectors relevant to care need to understand the whole system to develop knowledge and methods for their professional services - this requires cooperation, especially between health and social care.

2. All the professions in care services must consciously develop their knowledge and methods to support personal, family and community self-care. The national government and parliament are responsible for a modern system of integrated long-term care.

3. Every citizen should be educated about care and the crucial importance of caring for the helpless. People should provide help, but also be able to accept and care for their own age-related development in health while losing strengths and handing over development to the next generation.

After Slovenia's independence in 1991, the professions have overlooked their tasks in the context of an ageing population. The current care crisis and the implementation of the Long-Term Care Act give them a second chance.

Complete journal together with abstracts in English is published on the Anton Trstenjak Institute's website.

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, krajevnosti, 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. Vodena 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 vrst 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-antonatrstenjaka.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 v 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-antonatrstenjaka.si. Objave izvirnih in preglednih znanstvenih in strokovnih člankov v reviji praviloma niso honorirane.

Kakovostna starost

LET. 27, ŠT. 3, 2024

Good quality of old age

VOL. 27, NUM. 3, 2024

ZNANSTVENI ČLANKI

SCIENTIFIC ARTICLES

Ana Glavica

Povezovanje formalnih in neformalnih oskrbovalcev
starostnikov v integrirano dolgotrajno oskrbo

3

Connecting formal and informal carers of older people
in integrated long-term care

Polona Maleš

Kakovost življenja starejših v stanovanjskih skupnostih in
vloga delovne terapije

45

Quality of life of older people in residential
communities and the role of occupational therapy

Alen Sajtl in Ana Ramovš

Digitalizacija in digitalna transformacija v ustanovah za
dolgotrajno oskrbo

57

Digitalisation and digital transformation in long-term
care facilities (LTC) - a systematic literature review

IZ GERONTOLOŠKE LITERATURE

79

REVIEW OF GERONTOLOGICAL LITERATURE

GERONTOLOŠKO IZRAZJE

82

GLOSSARY OF GERONTOLOGICAL TERMS

STAROSTI PRIJAZNA MESTA IN OBČINE

84

AGE-FRIENDLY CITIES AND RURAL COMMUNITIES

GOOD QUALITY OF OLD AGE

87

KAKOVOSTNA STAROST



INŠTITUT
ANTONA TRSTENJAKA

RESLJEVA 11, p.p. 4443,

1000 Ljubljana, Slovenija

Tel.: + 386 1 433 93 01

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