

Kakovostna starost

REVIJA ZA GERONTOLOGIJO IN MEDGENERACIJSKO SOŽITJE
LETNIK 25 (2022), ŠTEVILKA 4



INŠTITUT ANTONA TRSTENJAKA

KAKOVOSTNA STAROST

letnik 25, številka 4, 2022

UVODNIK

ZNANSTVENI IN STROKOVNI ČLANKI

- 3 Carmen Rajer: Rešitve in izzivi dolgotrajne oskrbe v skupnosti
- 22 Sabina Ficko: Prehod v oskrbovalno ustanovo
- 32 Rok Stoševski, Urša Susman, Gordana Šokić, Mirko Prosen, Sabina Ličen: Znanje zaposlenih v zdravstveni negi o preprečevanju razjede zaradi pritiska v domovih starejših občanov
- 45 Mateja Berčan: Vpliv ZZZS na izvajanje paliativne zdravstvene nege v patronažnem varstvu
- 52 Marta Grčar: Korak na poti k starosti prijaznim skupnostim – TAAFE model kot inovacija projekta TAAFE

IZ GERONTOLOŠKE LITERATURE

- 59 Trk svetov (Tjaša Potočnik)

GERONTOLOŠKO IZRAZJE

- 61 Oskrbovalne organizacije in ustanove (Jože Ramovš)

SIMPOZIJ, DELAVNICE

- 62 Gerontologija in geriatrija v starajoči se Sloveniji (Dr. Božidar Voljč, dr. med.)
- 70 Evropi ni vseeno za starejše ljudi (Alenka Ogrin)

STAROSTI PRIJAZNA MESTA IN OBČINE

- 71 Za starosti prijazna mesta in občine je odločilno sodelovanje

DRUŽINSKI OSKRBOVALCI

- 75 Prvi mednarodni kongres o oskrbi (Ajda Cvelbar)

GOOD QUALITY OF OLD AGE

- 79 Good Quality of old age: Journal for Gerontology and Intergenerational Relations, Vol. 25, Num. 4, 2022

Uvedba sodobnega sistema dolgotrajne oskrbe v Sloveniji ostaja nerešena naloga – sprejeti zakon je odložen z vladno namero, da bo dopolnjen. Dolžnost gerontološke stroke je raziskovanje oskrbovalnih potreb in možnosti ter objavljanje dobrih izkušenj, zato tudi v pričujoči – to je zadnji številki 25. letnika slovenske gerontološko-medgeneracijske revije – prevladujejo članki o tej vsebini.

Doktorandka Carmen Rajer, ki je v času priprave zakona o dolgotrajni oskrbi vodila v Posavju pilotni projekt dolgotrajne oskrbe, je napisala obsežen članek o uvajanju oskrbovalnih programov v lokalni skupnosti. V njih je krška Občina videla toliko koristi, da tudi po koncu pilotnega projekta deloma nadaljuje s temi novimi programi na lastne stroške. Sabina Ficko, ki dela v domu, se je s kvalitativno raziskavo poglobila v eno najbolj perečih tem v oskrbi – v prehod iz domačega okolja v ustanovo. Hud problem pri oskrbi v ustanovi so razjede zaradi ležanja – magistrski študentje zdravstvene nege so s profesorji raziskovali, koliko znanja o preprečevanju te poškodbe imajo medicinske sestre v domovih. Izkušena patronažna sestra in profesorica Mateja Berčan je raziskala ovire, ki jih je treba preseči v slovenskem sistemu zdravstvenega zavarovanja, da bi patronažne medicinske sestre uspešneje opravljale paliativne storitve na domu. Marta Grčar, socialna pedagoginja, ki se posveča razvoju metod za delo v skupnosti, poroča o inovativnem modelu za razvoj starosti prijazne skupnosti; oblikovali so ga v evropskem projektu petih alpskih držav. Ob robu tega projekta je nastal krajši, vsebinsko bogat intervju s prof. dr. Thilbauldom Moulaert o razvoju starosti prijaznih mest in občin v Evropi in drugod. Za razvoj razbremenilnih programov za družinske oskrbovalce, ki so bistveni element sodobne integrirane lokalne dolgotrajne oskrbe, so pomembni podatki o težavah in možnostih pri usklajevanju službenega dela z domačo oskrbo; te izkušnje na Irskem med pandemijo covida povzema prikaz iz gerontološke literature *Trk svetov*. Opozorimo še na dve poročili s kongresov: o stanju gerontologije in geriatrije v Sloveniji in iz mednarodnega kongresa o oskrbi na Tenerifih novembra 2022.

Po vsej Evropi manjka oskrbovalnega kadra, Slovenija ima poleg tega težave pri uvedbi sodobnega sistema dolgotrajne oskrbe. Tradicionalna družinska in sosedska paradigma oskrbe je nezadostna, čeprav nosi še vedno tri četrtine oskrbovalnega bremena v Evropi. Nedavna industrijska paradigma storitvene oskrbe v velikih domovih ne odgovarja potrebam današnjega človeka – politična usmeritev EU je deinstitutionalizacija oskrbe. Na mestu je torej vprašanje o razvojnih perspektivah tega vitalnega področja vsake skupnosti. Kot perspektiva se kaže edino razvoj integrirane dolgotrajne oskrbe v lokalni skupnosti. V Sloveniji ta razvoj blokirata državna centralizacija in neznanje o sodobni oskrbi. Občine in mesta doživljajo oskrbovalne potrebe prebivalstva, za reševanje pa nimajo ne sredstev ne zakonske možnosti. Nov slovenski sistem bo razvojno perspektiven, če bo država prevzela svoje naloge: vzpostavitev sistema, vsem dostopno sofinanciranje oskrbe (bodisi zavarovalniško bodisi proračunsko), postavitve kriterijev za osnovno kakovost oskrbe in dosledno kontrolo nad njo ter razvoj novih oskrbovalnih programov in metod. Zakon mora s finančnimi in drugimi mehanizmi usmeriti lokalne skupnosti v pospešen razvoj lastne oskrbe, javnost pa v ozaveščanje o njej. To je pogoj, da bo volja občinske politike in uprave, da bi ljudem reševale oskrbovalne stiske, učinkovita; in da bo gerontologija v zdravstveni, psihosocialnih in drugih strokah dobila nujno potrebni polet.

Ob vstopu v leto 2023 želi revija *Kakovostna starost* svojim bralcem ustvarjalno leto! Tudi v 26. letniku izdajanja revije si bomo prizadevali za aktualne in kakovostne članke za slovenski gerontološki in medgeneracijski prostor.

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)

Ajda Svetelšek

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-antonatrstenjaka.si/tisk-kakovostna-starost-arhiv.asp>

E-pošta: info@inst-antonatrstenjaka.si

Revijo Kakovostna starost v letu 2021 in 2022 sofinancira ARRS na temelju javnega razpisa za sofinanciranje in izdajanje domačih znanstvenih periodičnih publikacij v letih 2021 in 2022 (pogodba št. 1000-21-1028); sofinanciranje v letu 2021 znaša 277,50 €.

Carmen Rajer

Rešitve in izzivi dolgotrajne oskrbe v skupnosti

POVZETEK

Dolgotrajna oskrba starejših ljudi v skupnosti postaja zadnja leta izziv, s katerim se sooča ne le Slovenija, temveč vsa Evropa, vendar pa Slovenija pri reševanju teh vprašanj močno zaostaja v primerjavi z drugimi evropskimi državami, saj po 20 let letih še vedno sprejema sistemsko ureditev tega področja. V letu 2021 smo sicer prišli do epiloga s sprejetjem Zakona o dolgotrajni oskrbi, vendar implementacija rešitev še vedno ni realizirana. Pristopi integrirane oskrbe morajo biti celostni in integrirani, kar je velik izziv tako za zdravstveno kot socialno stroko. Namen članka je predstaviti rešitve in izzive za dolgotrajno oskrbo v skupnosti, kot so jih identificirali strokovnjaki iz navedenega področja v času evropskega pilotnega projekta Integrirana oskrba v občini Krško Most ter občinskega projekta dolgotrajna oskrba v skupnosti Most v Mestni občini Krško.

Ključne besede: dolgotrajna oskrba, integrirana oskrba, starejši, domače okolje, pomoč na domu, reintegracija

AVTORICA:

Carmen Rajer, mag. sociologije, dipl. soc. del., je doktorska študentka na Alma Mater Europaea – ECM, smer Socialna gerontologija, kjer se raziskovalno ukvarja s področjem staranja, odnosom družbe do starejših ljudi, s socialno infrastrukturo in dolgotrajno oskrbo v skupnosti pod mentorstvom prof. ddr. Davida Bogataja. Poklicne izkušnje je pridobivala v različnih zdravstvenih in socialnih zavodih, zadnjih deset let je vodja pomoči na domu in mentorica prostovoljcem na Centru za socialno delo Posavje, enota Krško, kjer je bila vodja projekta Integrirana oskrba v občini Krško »Most« ter zadnje leto in pol projekta dolgotrajne oskrbe v skupnosti »Most«, podprt iz strani Mestne občine Krško. Je predsednica Sekcije za oskrbo na domu, ki deluje pod okriljem Socialne zbornice Slovenije. Bila je članica različnih delovnih skupin Ministrstva za zdravje, Inštituta RS za socialno varstvo, Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti. Je predavateljica na teme staranja, komunikacije s starejšimi osebami, dela z osebami z demenco v domačem okolju, na področju nasilja nad starejšimi ljudmi in drugo.

ABSTRACT

Solutions and challenges in community-based long-term care

In recent years, the long-term care of older people in the community has been a challenge faced not only by Slovenia, but by all of Europe; but in solving these issues, Slovenia is lagging behind European legislation. In the last 20 years it has not adopted the systemic regulation of this area yet. In 2021, we reached an epilogue

with the adoption of the Long-Term Care Act, but the implementation of the solutions has still not been defined. Integrated care approaches must be holistic and integrated, which represents a major challenge for both the health and social care professions. The purpose of the article is to present solutions and challenges for long-term care in the community, as identified by experts from the Integrated care in the municipality of Krško Most project (funded by EU) and the municipal project long-term care in the community of Most in the municipality of Krško.

Keywords: long-term care, integrated care, older people, home environment, help at home, reintegration

AUTHOR

Carmen Rajer, M.Sc. of sociology, B.Sc. soc. Work, is a doctoral student at Alma Mater Europaea – ECM, majoring in Social Gerontology, where she researches the field of ageing, society's attitude towards older people, social infrastructure and long-term care in the community under the mentorship of prof. dr. David Bogataj. She gained professional experience in various health and social institutions. For the past ten years she has been the manager of home help service and mentor to volunteers at the Center for Social Work Posavje, unit Krško. She was the manager of Integrated care in the municipality of Krško „Most“ project as well as of the „Most“ community project, supported by the Krško Municipality. She is also the president of the Section for care homes, which operates under the auspices of the Social Chamber of Slovenia, was a member of various working groups of the Ministry of Health, the Institute of Social Welfare of the Republic of Slovenia, the Ministry of Labour, Family, Social Affairs and Equal Opportunities. She is also a lecturer on ageing issues, communication with and violence against older persons, works with persons with dementia in the home environment, etc.

1 OSKRBA V SKUPNOSTI JE POTREBA V SEDANJOSTI, KI NE SME OSTATI LE VIZIJA PRIHODNOSTI

Demografske spremembe, tako v svetu kakor v Sloveniji, zahtevajo sistemske rešitve. Mlajše generacije ne zmorejo več poskrbeti za svoje družinske člane kakor so jih generacije pred leti. Beležimo znižano rodnost pri mladih družinah, podaljšan delovni čas v službah, v ospredje stopa koncept tekmovalnosti, ki se ga učijo že otroci v vrtcu. Srednje generacije se soočajo s skrbjo za svoje otroke, tako z vidika ekonomske preskrbljenosti kakor trenda vključenosti v različne priložnosti, kar zahteva dodatna prilagajanja in mobilnost. Ob tem skrbijo za lastno gospodinjstvo in osebni razvoj, kateremu sodobna družba daje vse več poudarka, od posameznikov in družin pa zahteva prevzemanje odgovornosti za kvaliteto življenja, ki ga živijo. Dodatno mora biti posameznik konkurenčen in nadpovprečno sposoben v svoji službi, kar pomeni biti dober delavec in sodelavec,

inovativen, iznajdljiv, ekonomičen, ob tem pa glede na rast cen podpovprečno plačan. V določenem obdobju se temu pridruži še skrb za enega ali več starejših družinskih članov ter njihovo oskrbo.

Ko se družina sooči s potrebo po pomoči starejšemu družinskemu članu, igra izredno vlogo razvitost socialne infrastrukture okolja, v katerem živi, oziroma socialna mreža družine, razvitost skupnostnih oblik pomoči, razvitost in dostopnost javne mreže za pomoč starejšim osebam, kot tudi finančna zmožnost družine, usklajevanje službe in prostega časa, demografska razpršenost kraja, kjer živi, ter viri moči za čim hitrejšo rehabilitacijo in reintegracijo v domače okolje ali namestitve v institucionalno oskrbo.

Sistemi, ki nudijo pomoč starejšim, so trenutno neenotni, razdrobljeni ter odvisni od socialne usmerjenosti kraja, kjer oseba živi. Svojci se čez noč srečajo z nenačrtovanim odpustom družinskega člana iz bolnišnice, prenapolnjenimi domovi za starejše občane, zasedenimi termini izvajalcev pomoči na domu, zasedenostjo zdravstvenih služb tako v primarnem kot v sekundarnem zdravstvu, s slabo informiranostjo o možnostih glede pomoči na domu, z visokimi cenami oskrbe ... Ob tem pa zakonodaja nalaga otrokom obvezo skrbi za starše, ne omogoča pa bolniške odsotnosti za čas oskrbe starejšega družinskega člana, temveč samo odsotnost za čas spremstva na preglede ali kontrole v zdravstvene ustanove, a le če živijo na istem naslovu.

Že leta 2014 je poročilo »Ustrezna socialna zaščita za potrebe po dolgotrajni oskrbi v starajoči se družbi« navajalo opažanja: nepovezanost storitev in prejemkov ter s tem oteženo dostopnost do storitev, kar zmanjšuje kakovost in preglednost, prevlado institucionalne oskrbe, ki temelji pretežno na medicinskem modelu, nepovezanost storitev socialnega in zdravstvenega varstva v primeru skupnostnih oblik dolgotrajne oskrbe in oskrbe v domačem okolju, pomanjkljivo uporabo informacijsko-komunikacijskih tehnologij in kurativno naravnost trenutne ureditve, ki ne daje dovolj poudarka na rehabilitaciji in preventivi (Adequate, 2014, str. 228).

Namen članka je zato predstaviti možne rešitve in izzive vezane na izvajanje dolgotrajne oskrbe v skupnosti ter koncept integrirane oskrbe v domačem okolju. Temelji na veljavni zakonodaji v Sloveniji, analizah evropskega projekta dolgotrajne oskrbe v skupnosti ter primeru dobre prakse, kjer je bil eden od ciljev deinstitutionalizacija in izenačitev pravic starejših z osnovno temeljno človekovo pravico do izbire, kje bo živel in na kakšen način. Namen deinstitutionalizacije je namreč zagotovitev vključevanja in odločanja na vseh ravneh ter zagotovitev podpore in pomoči pri spremembah (Rafaelič idr., 2017, str. 187).

V Sloveniji se vse bolj srečujemo s potrebo po celovitejši dolgotrajni oskrbi v skupnosti ter enovitejši zakonodaji, saj je le-ta trenutno urejena v okviru različnih zakonov oz. ločenih sistemov socialne varnosti. V članku bodo prikazani vidiki povezovanja različnih storitev skozi sodelovanje zdravstvenih in socialnih

strokovnjakov v domačem okolju. V empiričnem delu bodo analizirani objektivni in subjektivni pogledi na pravice starejših ljudi v Sloveniji in sicer z analizo obstoječe zakonodaje, strokovnih in znanstvenih člankov ter na primeru dobre prakse v Mestni občini Krško.

V prispevku so ponujeni odgovori na raziskovalna vprašanja kot: Kaj je integrirana dolgotrajna oskrba? Kakšne so pravice starejših ljudi, ki bivajo v domačem okolju? V kolikšni meri država omogoča starejšim pravico do izbire bivanja v željenem okolju in s tem dostopnost do storitev dolgotrajne oskrbe?

Uporabljene raziskovalne metode so pregled literature, oziroma neeksperimentalna metoda raziskovanja in nestrukturiran intervju s sedmimi zaposlenimi v projektu dolgotrajne oskrbe v Mestni občini Krško, ki so na podlagi delovnih izkušenj iskali prednosti in slabosti izvajanja storitev dolgotrajne oskrbe v domačem okolju.

2 IZZIVI OBSTOJEČEGA SISTEMA

Zakoni, ki se posredno ali neposredno dotikajo področja dolgotrajne oskrbe, so pokojninsko in invalidsko zavarovanje (po Zakonu o pokojninskem in invalidskem zavarovanju, ZPIZ-2 2), zdravstveno zavarovanje (po Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, ZVZZ3), zavarovanje za starševsko varstvo (po Zakonu o starševskem varstvu in družinskih prejemkih, ZSDP-1 4), socialni prejemki in socialnovarstvene storitve (po Zakonu o socialnem varstvu, ZSV5, Zakonu o socialnovarstvenih prejemkih, ZSVarPre6 in Zakonu o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev, ZUPJS7), skrb za vojne veterane (po Zakonu o vojnih veteranih, ZVV8 in Zakonu o vojnih invalidih, ZVojI9), Zakon o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih oseb (ZDVDTP10) ter leta 2021 sprejet Zakon o dolgotrajni oskrbi (ZDOsk). Izvajanje pomoči na domu natančneje določa Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev (2010), ki pa je glede na stanje socialne oskrbe vse bolj potreben temeljite prenove.

Žal obstoječe sistemske rešitve ne zadovoljujejo več vse bolj specifičnih potreb starejših oseb v skupnosti, ko so le-ti potrebni pomoči druge osebe in ne zmorejo več samostojnega življenja. Ležalni dnevi v bolnišnicah se zadnja leta podaljšujejo, saj skorajda ni več možnosti za domsko namestitev ali kvalitetno oskrbo v domačem okolju, še posebej pri osebah s šibko socialno mrežo. Zaradi tega prihaja do daljših ležalnih dob v bolnišnici ali odpustov v neurejene bivalne in socialne razmere ter posledično ponovnih hospitalizacij. Negativni učinki tradicionalnega odpusta oziroma nenačrtovanega odpusta pri starejših oseb povzročajo občutek zapuščenosti in tesnobo. Konflikti s svojci, nezaupanje in kaos pa so tisti vzroki, ki pripeljejo do neučinkovitega zagotavljanja oskrbe, podaljšanega bolnišničnega zdravljenja ali ponovnih sprejemov v bolnišnico (Mitchell idr., 2018). Svojci so namreč ob odpustu slabo obveščeni o pravicah, ki jim pripadajo, ne vedo, kako organizirati svoje življenje

ter ga uskladiti z vsemi obveznostmi, ki jih že tako imajo, kje nabaviti tehnične in ostale pripomočke, kaj vse bodo potrebovali za domačo oskrbo ter kdo jim pri tem lahko pomaga. Stiske so toliko večje pri osebah z demenco, ki na začetku bolezni zelo dobro prikrivajo kognitivne primanjkljaje (Lukič-Zlobec, 2017).

Dodatna težava so tudi neprilagojeni bivalni prostori. Če namreč želimo, da ostanejo starejši ljudje čim dlje v domačem okolju, je ključnega pomena prilagoditev bivalnih prostorov, saj mora npr. nad 50 let star prebivalec Slovenije prehoditi v povprečju 15 stopnic, da pride v svoje stanovanje (Ramovš, 2020, str. 67).

3 POMOČ NA DOMU V MESTNI OBČINI KRŠKO

Pod okriljem Centra za socialno delo Posavje, enota Krško, ki je javno socialno varstveni zavod, se že 31 let izvaja socialno varstvena storitev pomoč na domu. Prva leta je bila organizirana kot program, ki so ga izvajale osebe, vključene v javna dela, v začetku 1998 pa so ustanovili Enoto za pomoč na domu z redno zaposlenimi. Število uporabnikov je iz leta v leto rastlo, prav tako njihove potrebe in specifične.

V zadnjih letih se je tendenca potreb vse bolj nagnila v smer potrebe po pomoči pri temeljnih vsakdanjih opravilih, še vedno pa je ostajala potreba po dostavi toplega obroka. Slednji sicer v večini ne potrebujejo ostalih storitev, sodijo pa v delež uporabnikov, ki so rizični za padce v domačem okolju, zaradi česar so tudi vključeni v storitev pomoči na domu.

Starejše osebe se običajno v storitev vključijo na pobudo zdravstvenega ali socialnega osebja v bolnišnici, svojcev, patronažne službe, sosedov ali znancev, društev za samopomoč ali strokovnih delavk lokalnega centra za socialno delo; pomoč običajno potrebujejo v čim krajšem možnem času. Z naraščanjem kompleksnejših zdravstvenih stanj uporabnikov pomoči na domu tradicionalna socialna oskrba na domu ne zadošča več, saj potrebe uporabnikov presegajo kompetence socialnih oskrbovalk. Glede na to, da je pravica vsakega posameznika, da se odloča, kje bo živel in kakšne storitve bo prejemal, zadnjih dvajset let stopa vse bolj v ospredje potreba po sistemski ureditvi integrirane dolgotrajne oskrbe v skupnosti, ki bo v središče postavljala uporabnika in njegovo družino ter pravico do izbire.

4 ODGOVOR NA IZZIV CELOSTNE OSKRBE STAREJŠIH LJUDI V SKUPNOSTI – ZAKON O DOLGOTRAJNI OSKRBI

Center za socialno delo Posavje, enota Krško, se je leta 2018 na pobudo Mestne občine Krško prijavil na razpis za izbor operacij »Izvedba pilotnih projektov, ki bodo podpirali prehod v izvajanje sistemskega zakona o dolgotrajni oskrbi« (Ministrstvo za zdravje, 2018). Izbrani projekti na razpisu so potekali v treh različnih ustanovah in okoljih in sicer v Krškem, kjer je bil nosilec projekta Center za socialno delo Posavje, v Celju, kjer je bil nosilec Zdravstveni dom Celje, in v Dravogradu, kjer

je bil nosilec Koroški dom starostnikov. Mestna občina Krško z 25.996 prebivalci (Statistični urad RS, 2019) je v projektu zastopala ruralno okolje, za katerega je značilna geografska razpršenost ter pretežno tradicionalno podeželsko prebivalstvo.

Projektu so kot konzorcijski partnerji pristopili Mestna občina Krško, Splošna bolnišnica Brežice, Dom starejših občanov Krško, Zdravstveni dom Krško in Varstveno delovni center Krško-Leskovec; poleg navedenih pa so se kot podporni partnerji priključili tudi Društvo upokojencev, Društvo Sonček, Društvo gluhih in naglušnih Posavje, Društvo Sožitje in Društvo Hospic. Namen projekta je bil testirati različne rešitve, ki so bile kasneje implementirane v Zakonu o dolgotrajni oskrbi (2021); ta naj bi razbremenil in okreplil tako formalne kakor neformalne oskrbovalce v domačem okolju ter dodal nove manjkajoče storitve.

Mednarodna definicija pravi, da je dolgotrajna oskrba niz storitev, ki jih potrebujejo ljudje z zmanjšano stopnjo telesnih in kognitivnih sposobnosti ter so v daljšem časovnem obdobju odvisni od pomoči pri izvajanju osnovnih in podpornih vsakdanjih opravil (OECD, Eurostat, WHO). Cilj je zagotoviti osnovna vsakdanja opravila (ADL), oziroma storitve osebne oskrbe v kombinaciji z zdravstvenimi storitvami kot so zdravstvena nega, preventiva, rehabilitacija ter paliativna oskrba. Podporna vsakdanja opravila (IADL) so povezana s pomočjo v gospodinjstvu (Nagode idr., 2014).

4.1 INTEGRIRANA OSKRBA V OBČINI KRŠKO »MOST«

Ime projekta Integrirana oskrba v občini Krško »Most« je označevalo povezovanje različnih strok usmerjenih na upravičenca in njegove potrebe. Glede na navedeno so bili cilji projekta vzpostavitev enotne vstopne točke in testiranje postopkov ocenjevanja za ugotavljanje upravičenosti do dolgotrajne oskrbe, vzpostavitev učinkovite koordinacije med izvajalci socialnega in zdravstvenega varstva ter na novo vzpostavljeno vstopno točko s ciljem zagotavljanja integrirane oskrbe, ki v središče postavlja uporabnika. Projekt je po prvem delu storitve testiral tudi drugi del in sicer uvajanje novih storitev in mehanizmov podpore izvajalcem formalne in neformalne oskrbe za izvedbo kakovostne in varne obravnave na domu uporabnika. Celotno izvajanje projekta je spremljalo tudi testiranje novo vzpostavljenega elektronskega evidentiranja storitve od ocene upravičenosti do dolgotrajne oskrbe do izvajanja storitev na terenu. Projekt je vključeval populacijo staro nad 18 let. S projektom se je v dveh letih in pol vzpostavljala model oskrbe v domačem okolju (Ministrstvo za zdravje, 2022).

Naziv oskrba sicer ne gre vzeti preozko, saj oskrba označuje celovit pristop k različnim potrebam človeka in zajema različne oblike pomoči in storitev in sicer tako socialno kot zdravstveno oskrbo. Pojem oskrba se pogosto povezuje s pomočjo pri vsakdanjih opravilih (socialna oskrba), medtem ko je za zdravstveno in medicinsko oskrbo bolj običajen izraz zdravstvena nega, kar pa je v praksi pogosto drugače, saj se obe storitvi med seboj povezujeta in ju ne moremo ločiti

(Ramovš, 2012, v Filipovič Hrast idr., 2014). Grol in sodelavci ob tem opozarjajo tudi na vidik uskladitve skupne vizije z lokalno skupnostjo, saj menijo, da je multidisciplinarno povezovanje in sodelovanje lahko velik izziv, ko želimo izvesti tovrstne reforme (Grol idr., 2021).

Cilj projekta je bil predstaviti rešitve, ki bi sistemsko nudile upravičencem možnost izbire in celostni pristop, če se znajdejo v situaciji, ko potrebujejo pomoč druge osebe v daljšem časovnem obdobju. Na navedeno opozarjajo tudi različne študije, raziskave in listine vključno s 25. členom Listine o človekovih pravicah Evropske unije, ki priznava starim ljudem pravico do dostojnega in samostojnega življenja ter sodelovanje v družbenem in kulturnem življenju. To pomeni, da imajo ljudje pravico do oskrbe v domačem okolju kot tudi pravico odločati o oskrbi, ki jo bodo prejeli, katera temelji na dostojanstvu in dobrem počutju starih ljudi in predlaga smernice za njihovo zagotavljanje v skupnostnih oblikah oskrbe. Na ta način listina priznava pravico ljudem, da živijo bodisi v domačem okolju bodisi v institucionalni oskrbi, kar jim omogoča pravico izbirati kraj bivanja, ki je prilagojen njihovim potrebam (Mali idr., 2018).

4.1.1 ENOTNA VSTOPNA TOČKA

Vzpostavitev enotne vstopne točke (v nadaljevanju EVT) je nudila upravičencem in njihovim svojem informacije na enem mestu. Testiranje te storitve je izhajalo iz predpilotnega projekta Priprava podlag za izvedbo pilotnih projektov, ki bodo podpirali prehod v izvajanje systemskega zakona o dolgotrajni oskrbi (2017). Namen projekta je bil oblikovati orodje, postopke in metode, s katerimi bi lahko določili, ali so zavarovanci upravičeni do dolgotrajne oskrbe, kar naj bi bil pogoj za začetek izvajanja projekta dolgotrajne oskrbe. Razvita metodologija naj bi na podlagi enotnih kriterijev in postopka omogočala celostno ugotavljanje potreb uporabnika, obseg in vsebino pomoči, stopnjo upravičenosti ter postopek od oddaje vloge do izdaje mnenja. Orodje je bilo pripravljeno integrirano ter naj bi bilo kot takšno primerno tako za zdravstveno kakor za socialno stroko. V času projekta pa se je še dodatno prilagajalo slovenskemu sistemu in organiziranosti različnih služb.

Na EVT v Krškem so bile zaposlene strokovne delavke iz štirih različnih strokovnih področij in sicer diplomirana fizioterapevtka, diplomirana delovna terapevtka, univerzitetna diplomirana socialna delavka in diplomirana medicinska sestra. Ob oddaji vloge za oceno upravičenosti do dolgotrajne oskrbe se je strokovna delavka z upravičencem ali svojem pogovorila o situaciji, jih informirala o pravicah in možnih oblikah pomoči v lokalni skupnosti in širše ter se dogovorila za obisk na domu oziroma po potrebi v instituciji. Po prvem informativnem pogovoru z uporabnikom ali njegovim svojem je opravila obisk na domu, kjer je v njihovem domačem okolju ocenila osebo po vprašalniku NBA, povzetem po nemškem orodju ugotavljanja upravičenosti do dolgotrajne oskrbe

(Das neue Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit, 2011). Z navedenim vprašalnikom je strokovna delavka ugotavljala stopnjo samostojnosti in posledično odvisnosti od pomoči druge osebe v domačem okolju in sicer v osmih modulih. Moduli so bili glede na vsebino razdeljeni v sledeče sklope:

- modul 1: gibanje,
- modul 2: kognitivne in komunikacijske sposobnosti,
- modul 3: vedenje in duševno zdravje,
- modul 4: samooskrba,
- modul 5: sposobnost spopadanja z boleznijo ali z zdravljenjem povezanimi zahtevami in obremenitvami,
- modul 6: vsakdanje življenje in socialni stiki,
- modul 7: aktivnosti zunaj domačega okolja,
- modul 8: gospodinjstva opravila.

Glede na oceno je bila oseba umeščena v kategorije od 1 do 5 ali pa do storitev ni upravičena. Po opravljeni oceni na terenu je strokovna delavka napisala mnenje s priporočilom glede nadaljnjega izvajanja storitev oziroma pomoči v domačem okolju. Če je bila oseba upravičena do storitev dolgotrajne oskrbe, je mnenje s priporočilom strokovnih delavk poleg upravičenca prejela tudi koordinatorka dolgotrajne oskrbe, ki je bila po izobrazbi univerzitetna diplomirana socialna delavka. Po šestih mesecih, oziroma glede na potrebo, so strokovne delavke enotne vstopne točke opravile ponovno oceno stanja.

Pobuda za ugotavljanje upravičenosti do dolgotrajne oskrbe je bila lahko podana s strani upravičenca, neformalnih oskrbovalcev, ostalih družinskih članov kot tudi s strani drugih strokovnih služb kot npr. zaposlenih v rehabilitacijskih centrih, osebnih zdravnikov, patronažnih sester ter strokovnih delavk centra za socialno delo; v domačem okolju je namreč tudi velik delež oseb, ki nimajo svojcev, ki bi zanje skrbeli. Pobude so prihajale tudi od nevladnih organizacij. Tudi osebe, ki niso bile upravičene do storitev dolgotrajne oskrbe, so v mnenju, ki ga je izdala strokovna služba EVT, dobile priporočilo in usmeritev, na koga se lahko obrnejo v lokalni skupnosti za dodatno pomoč (pomoč na domu, društva, skupine za samopomoč ...). Interdisciplinarni pristop, ki se je pri tem uvajal, je bil vsekakor pomemben tudi pri ocenjevanju oseb z demenco, saj je omogočal celosten pogled na življenjsko situacijo upravičenca in njegove družine. Oceno je opravila ena od strokovnih delavk enotne vstopne točke, vendar pa so se v primeru dilem lahko posvetovala z ostalimi strokovnimi delavkami enotne vstopne točke.

Bistvo ugotavljanja upravičenosti do dolgotrajne oskrbe je bilo, da se ocena opravi na domu uporabnika, saj je le to edino smiselno pri izoblikovanju celostne slike o življenjski situaciji uporabnika. Ob obisku na domu namreč najbolj spoznamo trenutno situacijo uporabnika, kje so njegove omejitve in kje prednosti; upoštevajo se pozitivni vidiki v uporabnikovem življenju, kar je sestavni del pogovora, saj na ta način družino že na začetku podpremo v prizadevanjih

za reševanje trenutne življenjske stiske (Milošević Arnold idr., 2009). Samo ugotavljanje upravičenosti je izhajalo iz samostojnosti uporabnika in identifikacije tistih aktivnosti, ki jih upravičenec ne zmore več sam. Namen je bil, da na ta način starejšemu človeku ne jemljemo samostojnosti, temveč ga podpremo v aktivnostih, kjer potrebujejo pomoč druge osebe.

4.1.2 KOORDINIRANJE DOLGOTRAJNE OSKRBE V SKUPNOSTI

Po izdaji mnenja strokovnih delavk je koordinatorka dolgotrajne oskrbe ponovno vzpostavila stik z upravičencem ali neformalnim oskrbovalcem ter se dogovorila za obisk na domu z namenom izdelave izvedbenega načrta glede na priporočene storitve dolgotrajne oskrbe. Koordinatorka dolgotrajne oskrbe je nato z upravičencem in svojci opredelila nadaljnji načrt pomoči ter vključila strokovnjake iz področja oskrbe ali enote za ohranjanje samostojnosti, po potrebi pa pomagala tudi urejati namestitve v institucionalno varstvo. Skupaj z družino je poiskala primerno rešitev za situacijo, v kateri se je družina znašla, s poudarkom na pravici do izbire pomoči. Naloge koordinatorja so nadalje bile spremljanje izvedbenega načrta, koordiniranje izvajalcev na terenu, sodelovanje z EVT in ostalimi organizacijami v lokalni skupnosti in širše, prav tako je koordinatorka obveščala strokovne delavke EVT o spremembah zdravstvenega stanja in potrebi po ponovni oceni, tako v primeru izboljšanja zdravstvenega stanja uporabnika kot v primeru poslabšanja, obenem pa je ves čas nudila pomoč in podporo uporabnikom, izvajalcem in neformalnim oskrbovalcem.

V zadnjih letih so se različne strokovne službe nemalokrat srečevale s situacijami, ko je izguba vpliva nad prejetimi socialnovarstvenimi in drugimi storitvami vsakodnevna izkušnja uporabnikov, kar se je odražalo v pokroviteljskih pristopih, pomanjkanju zavzetosti strokovnih delavcev in tudi razvrednotenju in ponižanju oseb, ki potrebujejo pomoč. Ob tem je bil vpliv uporabnika prezrt, zaradi česar ni imel možnosti izbire o pomembnih vprašanjih, temveč so o tem razpravljali in odločali drugi (Škerjanc, 2010). V izogib temu je bila v projektu ključnega pomena vključitev koordinatorice dolgotrajne oskrbe, ki je skupaj z uporabniki, svojci in izvajalci dolgotrajne oskrbe načrtovala vključevanje formalnih izvajalcev in v ospredje postavljala uporabnika s svojimi potrebami, željami in navadami.

4.1.3 IZVAJANJE DOLGOTRAJNE OSKRBE V SKUPNOSTI

Pomoč na domu je še vedno ostajala osnovna podporna storitev v skupnosti, ki je v okviru obstoječe zakonodaje izvajala socialno oskrbo na domu in sicer v treh sklopih opravil: pomoč pri osnovnih vsakdanjih opravilih, gospodinjska pomoč in pomoč pri ohranjanju socialnih stikov (Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev, 2010). Nadgrajevali pa so jo tehniki zdravstvene nege. Tim je bil poimenovan Enota za oskrbo, poleg njih pa so bili kot novi izvajalci na terenu v Enoti za ohranjanje samostojnosti zaposleni še diplomirani fizioterapevt,

univerzitetna diplomirana socialna delavka, diplomirana delovna terapevtka in magister kineziologije.

Tehniki zdravstvene nege so bili nadgradnja dela socialne oskrbovalke, kar je pomenilo, da so opravili vse storitve, ki jih je do sedaj izvajala socialna oskrbovalka, dodatno pa so izvajali tudi storitve, ki jih sme izvajati le tehnik zdravstvene nege v skladu s svojimi kompetencami (merjenje vitalnih funkcij, hranjenje uporabnikov z motnjami požiranja, preprečevanje razjed, priprava in aplikacij zdravil, idr.). Storitve pomoči na domu, ki so jih izvajale socialne oskrbovalke, so se še vedno izvajale v skladu z obstoječo zakonodajo, vendar pa so imeli uporabniki, ki so potrebovali dodatne zdravstvene storitve, možnost le-te prejeti tudi v okviru enote za oskrbo s strani tehnikov zdravstvene nege, vključno s storitvami zdravstvene nege.

Dodatno so imeli upravičenci možnost prejeti storitve izvajalcev enote za ohranjanje samostojnosti. Namen enote za ohranjanje samostojnosti je bil podpora uporabnikom po prihodu iz daljšega bolnišničnega zdravljenja ali rehabilitacije z nudenjem nadaljnje podpore v domačem okolju, kot tudi pri nenadni starostni oslabeledosti. Izvajalci navedene enote so se v življenje uporabnika vključili začasno s strnjeno obravnavo in z določenimi kratkoročnimi in dolgoročnimi cilji, usmerjeno na upravičenca in svojce. Namen je bil naučiti družino in upravičenca živeti čim samostojneje tudi z novimi omejitvami, ki so bile npr. posledica poškodbe, akutnih ali kroničnih obolenj, starostne oslabeledosti oziroma krhkosti in zaradi česar je potreboval upravičenec pomoč druge osebe. Prav tako so se vključevali pri osebah z demenco in sicer za ohranjanje obstoječih kognitivnih in fizičnih sposobnosti.

V okviru enote za ohranjanje samostojnosti je bila pomemben vezni člen univerzitetna diplomirana socialna delavka, ki je celostno pristopala družini, ji pomagala pri sprejemanju spremenjene življenjske situacije, iskala rešitve, jih podpirala ter pomagala pri reševanju zapletenih življenjskih situacij. Skupaj z njimi je načrtovala dnevne aktivnosti, svetovala pri uveljavljanju pravic iz storitev socialnega varstva, sodelovala z ostalimi strokovnimi delavci v lokalni skupnosti (center za socialno delo, bolnišnica, zdravstveni dom, patronažno varstvo, društva in drugi), pomagala pri ohranjanju ali širitvi socialne mreže ter pri socialnem vključevanju v lokalno skupnost. Poleg navedenega je sodelovala pri izvajanju načrtovanih odpustov v domače okolje, kar je bistveno zmanjšalo nevarne odpuste, saj je tesnejše sodelovanje med njo in bolnišnico omogočilo čas, da se pripravi domače okolje za prihod posameznika, ki je potreboval pomoč druge osebe. Socialna delavka je prav tako pomagala pri namestitvi v bolnišnico ali v dom starejših občanov za čas dopusta svojcev, kar je bila prav tako nova storitev, ki se je testirala v projektu in je omogočala neformalnim oskrbovalcem razbremenitev in nabiranje novih moči za nadaljnjo oskrbo svojega družinskega člana.

Magister kineziologije kot eden novih izvajalcev pomoči osebam z upravičenostjo do dolgotrajne oskrbe se je v okviru projekta izkazal kot izredno dragocen član tima. Njegova naloga je bila skrbeti za izboljšanje gibalnih sposobnosti z

vadbenimi aktivnostmi, katere so uporabniki v večji meri izvajali sami. Z upravičenci in skupinami je izvajal različne preventivne aktivnosti, dodatno pa je osveščal in opolnomočil neformalne in formalne izvajalce o pomembnosti varovanja lastnega zdravja in dobrega telesnega počutja za lažjo oskrbo druge osebe.

Tudi diplomirana delavna terapevtka se je v projektu izkazala kot ena manj prepoznanih oblik pomoči v domačem okolju, pa vendar zelo pomembna v timu za ohranjanje samostojnosti, saj je v procesu nudenja pomoči pomagala urediti bivalno okolje tako, da so lahko upravičenci funkcionirali varno in samostojno (klančine, osvetlitev, ročaji, prilagoditev kopalnic in drugih bivalnih prostorov, višina sedalnih površin ipd.). Poleg tega je uporabnike učila večšin samostojnega življenja v domačem okolju (oblačenje, slačenje, hranjenje, izvajanje prstočasnih aktivnosti in drugo) ter z njimi izvajala vaje za izboljšanje koordinacije gibov (motorika). Svetovala je pri izbiri medicinsko tehničnih pripomočkov (invalidski voziček, pripomočki za hojo, hranjenje ...) ter izobraževala neformalne oskrbovalce o primernih načinih oskrbe svojega bližjega. V procesu dolgotrajne oskrbe je postala izredno pomembna tudi pri delu z osebami z demenco, saj je z njimi ob domačih hišnih opravilih izvajala trening spomina, ohranjala kognitivne funkcije ter skozi vadbene aktivnosti preprečevala inkontinenco.

Najbolj prepoznan je bil diplomirani fizioterapevt, ki je z uporabniki delal na zagotavljanju optimalnih oziroma primernih položajev v postelji, preprečevanju posledic dolgotrajne nepomičnosti (posedanje v postelji, premeščanje iz postelje na invalidski voziček ali stol, hoja ...). Izvajal je dodatno rehabilitacijo oziroma reintegracijo po poškodbah ali drugih stanjih (poškodbe kolkov, zlomi, kapi ...), kjer je bila medicinska rehabilitacija zaključena, ter pomagal pri ponovnem vzpostavljanju določenih gibalnih vzorcev pri specifičnih zdravstvenih stanjih ali starostni oslabelosti. Vse aktivnosti so bile prilagojene bivanju v skupnosti, temeljile pa so na motivaciji po ponovni osamosvojitvi in reintegraciji v domače okolje.

4.1.4 PADCI V DOMAČEM OKOLJU

Padci v domačem okolju so ena od težav, s katerimi se zadnja leta srečujemo vse pogostejše, zato smo v projektu testirali tudi možnost e-oskrbe v domačem okolju in sicer:

- varovanje na daljavo,
- preventiva pri padcih v domačem okolju,
- senzorji za padec, dim, izliv vode,
- 24/7 klicni center,
- gumb za hitro klicanje,
- spremljanje zdravstvenega stanja na daljavo.

Starejše osebe, ki so v projektu uporabljale e-storitve, so le-te prepoznale kot uporabne in koristne, še posebej na področju lastne samostojnosti, občutku nadzora nad življenjem in splošne kakovosti življenja; to se je posebej pokazalo v

času epidemije covid-19. Navedeni storitvi so bili posebej naklonjeni neformalni oskrbovalci, kar dodatno kaže na to, kako je digitalizacija pomembna tudi iz vidika podpore družinskim članom (Ministrstvo za zdravje, 2022, str. 181-183).

V Mestni občini Krško so vlogo ključne osebe v pripravljenosti za informiranje o neželenih dogodkih pri osebah, ki niso imele svojcev, prevzeli tehniki zdravstvene nege, saj bi sicer te starejše osebe izpadle iz sistema e-oskrbe. Navedena težava se je izkazala kot ena pomembnejših pri implementaciji e-oskrbe pri osebah s šibko socialno mrežo.

Po podatkih Svetovne znanstvene organizacije so poškodbe, povezane s padci, najpogostejše pri starejših osebah in so glavni razlog za bolečine, invalidnost, izgubo neodvisnosti in prezgodnjo smrt. Zaradi tega smo v projekt vključili tudi testiranje e-oskrbe. Očitno dejstvo je, da imajo padci v starosti resne dolgoročne posledice za družino in prijatelje, kar postaja že svetovno zdravstveno vprašanje (Hvalič Touzery, 2010).

4.1.5 NEFORMALNI OSKRBOVALCI IN USPOSABLJANJE VSEH VKLJUČENIH V PROCES POMOČI

Vse navedene pilotne aktivnosti so bile zastavljene individualno, naravnane na upravičenca in neformalne oskrbovalce, saj je bilo ključnega pomena, da se že na začetku podpre osebo, ki potrebuje dolgotrajno oskrbo z namenom trajnejše implementacije rešitev samostojnejšega bivanja v domačem okolju.

Cilj je bil pomagati družini, da se njihov onemogli družinski član maksimalno osamosvoji, kot tudi, da so vsi družinski člani primerno ozaveščeni in usposobljeni. Zaradi tega so se v okviru projekta izvajale tudi delavnice za neformalne oskrbovalce, ustanovljena je bila skupina za samopomoč svojcem, formirala se je tudi skupina prostovoljcev, ki so želeli pomagati pri ponovnem socialnem vključevanju posameznikov v samostojno življenje, lajšati občutke osamljenosti ter pomagati pri različnih vsakdanjih opravilih.

Seveda pa se je kot izziv v projektu pokazala velika potreba po organiziranem prevozu neformalnih oskrbovalcev na tovrstna srečanja (starejše osebe, ki skrbijo za svoje partnerje), časovna prilagajanja (zaposleni družinski člani) ali zagotavljanja nadomestne oskrbe za njihove onemogle družinske člane (Ministrstvo za zdravje, 2022, str. 217).

Vsi izvajalci v projektu so imeli številna izobraževanja iz različnih področij, prav tako so se aktivno vključevali v delovne procese vseh partnerjev ter tako v teoriji in praksi spoznavali načine dela z različnimi ranljivim skupinami. V okviru projekta so se izvajalci povezovali tudi z ostalimi društvi in projekti, ki delujejo v lokalni skupnosti, saj so na ta način želeli doseči čim večje število oseb, ki potrebujejo storitve dolgotrajne oskrbe ter jih podpreti tam, kjer najbolj potrebujejo.

Kljub temu, da je bil projekt naravnan na populacijo starejšo od 18 let, je bil še vedno največji delež uporabnikov star nad 65 let; to kaže na rast deleža starejše

populacije, s katero se soočamo. Leta 2050 naj bi namreč število starejših v svetu preseglo število mlajših, kar pomeni vse bolj neugodno razmerje med ljudmi, ki bodo upravičeni do dolgotrajne oskrbe, in ljudmi, ki bodo zanjo prispevali, kakor tudi razmerje med tistimi, ki bodo pomoč potrebovali, in tistimi, ki jo lahko na neformalni način zagotovijo. V Sloveniji je tendenca razvoja oskrbe starejših še vedno izrazito institucionalno usmerjena, kar pa ne odgovarja več na izzive, s katerimi se zadnja leta srečujemo, zato so nujni novi pristopi usmerjeni v razvoj storitev izven institucij (Flaker idr., 2011).

5 KONCEPT INTEGRIRANE DOLGOTRAJNE OSKRBE V SKUPNOSTI

Projekt je dejansko selil storitve, ki so jih do sedaj izvajali izključno v institucijah, v domače okolje, s čimer je bilo upravičencem omogočeno, da ostajajo v znanem, domačem okolju in skupnosti.

Tudi sicer gre trend oskrbe starejših ljudi v zadnjem desetletju v smeri omogočanja, da so čim dlje v domačem okolju in v svoji skupnosti, pri tem pa je potrebno upoštevati, da je skupnost širše okolje, v katerem starejši človek biva. Raziskave kažejo, da je za starejše bivanje v svoji skupnosti bistveno pomembnejše kakor za ostale starostne skupine, saj potreba po tem izhaja iz dolgoletnega bivanja v tej skupnosti, preživetja prostega časa med znanimi domačimi ljudmi in manjše mobilnosti, ki jim onemogoča daljša potovanja (Filipovič Hrast idr., 2014).

Izkušnje iz projekta so pokazale, da je koordinator dolgotrajne oskrbe vez med različnimi timi, vendar pa so v procesu integrirane oskrbe vsi strokovnjaki enakovredni. Vsak, ki je vključen v proces pomoči, lahko vpliva na zastavljene cilje, zaradi česar je povezovanje, sodelovanje in skupno strmenje k istemu cilju ključnega pomena. Pri tem je praksa pokazala, da morajo biti cilji jasno in realno zastavljeni ter usklajeni tako z vsemi izvajalci kakor z družino in upravičencem.

Ko strokovnjaki skupno zastavijo cilje, jih koordinator predstavi družini ter jih z njimi dokončno uskladi. Pri tem je bilo pomembno, da cilji sledijo potrebam upravičenca. Bistvo integrirane oskrbe je torej partnerski odnos med vsemi deležniki procesa pomoči. Ob tem ne gre pozabiti na izredno pomembno vlogo neformalnih izvajalcev, ki so hrbtenica dolgotrajne oskrbe. Kot pravi Ramovš, je oskrbovanje bližnjih izvirna človeška oblika solidarnostne pomoči; v Sloveniji vsak peti prebivalec starejši od 50 let opravlja tudi vlogo neformalnega oskrbovalca, to je kar 150.000 oseb (Ramovš, 2020, str. 115).

6 NADALJEVANJE PROJEKTA DOLGOTRAJNE OSKRBE V MESTNI OBČINI KRŠKO

Zaradi pozitivnih učinkov, ki jih je pokazal projekt, se je Mestna občina Krško po zaključku odločila za nadaljevanje izvajanja tovrstnih storitev v domačem okolju.

Občinski svet Mestne občine Krško je na 18. seji, dne 14. 12. 2020, sprejel Sklep o sofinanciranju projekta dolgotrajne oskrbe v skupnosti »MOST« v Mestni občini Krško; s tem je podprl nadaljevanje izvajanja aktivnosti iz pilotnega projekta ter objavil javni razpis za izbiro izvajalca dopolnilnega socialnovarstvenega programa – Sofinanciranje projekta dolgotrajne oskrbe v skupnosti »MOST« za dobo dveh let oziroma do uveljavitve zakona, ki bo urejal dolgotrajno oskrbo. Center za socialno delo Posavje se je na razpis uspešno prijavil. V letu 2021 je del zaposlenih iz evropskega projekta nadaljeval izvajanje storitev na domu uporabnikov in sicer storitve zdravstvene nege ter storitve za ohranjanje in krepitev samostojnosti (Občina Krško, 2020).

Center za socialno delo Posavje, enota Krško, poleg že obstoječe pomoči na domu, od februarja 2021 še naprej nudi storitve fizioterapije, delovne terapije in zdravstvene nege, do februarja 2022 pa je bil v ekipi zaposlen tudi mag. kineziologije. Vstopna točka je trenutno pomoč na domu. Projekt tudi nadalje, kljub okrnjeni sestavi izvajalcev in plačljivosti, dosega izredne rezultate. Izvajalci se namreč med seboj dopolnjujejo in vstopajo v družino v najbolj kritičnih trenutkih po odpustu iz bolnišnice, zdravilišča ali v primerih starostne oslabelosti ter družino podprejo, ko je najbolj ranljiva in potrebna pomoči. Na ta način lahko pravočasno in ustrezno pomagajo starejši osebi, da se hitreje osamosvoji in reintegrira v domače okolje, svojci pa nimajo občutka, da so v takšnih ključnih trenutkih sami. Izvajalci se med seboj dogovorijo o pristopih, metodah dela in ciljih, katere želijo doseči, se povežejo s patronažno službo, osebnimi zdravniki in z ostalimi zdravstvenimi institucijami, da lahko pravočasno pripravijo bivalno okolje in podprejo družinske člane.

7 UGOTOVITVE ZAPOSLENIH NA PROJEKTU

Zaposleni na obeh projektih so strokovni delavci z večletnimi izkušnjami na področju dela s starejšimi, tako na področju institucionalnega varstva kakor v domačem okolju. Na vprašanje o prednostih in slabostih oskrbe v domačem okolju so bila njihova mnenja podobna.

Oskrba druge osebe pomeni upoštevanje osebe, ki je oskrbe deležen, kot tudi, da je oskrbovalcu dopuščena možnost samostojne presoje (Krstulović, 2014). Navedeno se je in se še vedno izkazuje, saj morajo biti izvajalci na terenu iznajdljivi, samostojni, asertivni in strokovni, z upoštevanjem starejše osebe kot celote in ne le skozi paradigmo diagnoze ali posamezne življenjske situacije.

Pri tem so zaposleni na projektu prišli do sledečih pozitivnih ključnih ugotovitev pri izvajanju dolgotrajne oskrbe v skupnosti:

»Delo na terenu nudi več izzivov in ustvarjalnosti, ni rutine, omogoča na uporabnika naravnano individualno delo.«

»V domačem okolju uporabnik ohranja svojo avtonomnost, delo je bolj smiselno, rezultati so vidnejši, stopnja fizičnih bolečin, s katerimi starejši občasno kompenzirajo psihične stiske, je v domačem okolju manjša.«

»Uporabnik ima večji vpliv na izvajanje storitev in je s tem bolj motiviran, kot tudi družina.«

»Bivanje doma starejšim osebam nudi možnost ohranjanja dnevnih ritualov.«

»Večji potencial ohranjanja samostojnosti, samostojno oblikovanje socialne mreže in stikov, individualno naravnana in organizirana oskrba, ki izhaja iz uporabnikovih potreb, želja in ciljev.«

»Kvaliteta nad kvantiteto.«

»Aktivno vključevanje neformalnih oskrbovalcev in širše socialne mreže.«

»Daljši čas neposredne oskrbe oziroma individualno delo.«

»Ohranjanje osebnih in družbenih vlog uporabnikov dolgotrajne oskrbe.«

»V primerih, ko funkcionalno stanje ni omogočalo nadaljnje rehabilitacije v instituciji, se z fizioterapijo na domu ponuja možnost izboljšanja funkcionalnega stanja, kar posledično omogoča uporabniku vključitev v nadaljnjo institucionalno rehabilitacijo.«

Kljub izrazito pozitivnim ugotovitvam pa se zaposleni pri izvajanju dolgotrajne oskrbe v skupnosti soočajo tudi z izzivi; navajamo nekaj pomembnejših:

»Slabši dostop do informacij o zdravstvenem stanju uporabnikov.«

»Potreba po večurnem in nočnem varstvu še vedno ni zadovoljena.«

»Neprilagojena bivalna okolja in finančne omejitve za prilagoditev le-teh.«

»Demografska razpršenost, izguba časa na poti, težja dostopnost zaradi neurejenih cest in dovozov, še posebej v zimskem času.«

»Finančna obremenitev pri plačilu tovrstnih storitev.«

Ko torej govorimo o dolgotrajni oskrbi, ne govorimo le o institucionalnem varstvu, temveč govorimo tudi o oskrbi v domačem okolju, ki je specifična, posebna in v vseh komponentah popolnoma drugačna od oskrbe v instituciji.

Tovrstno delo od zaposlenih namreč zahteva veliko mero prilagodljivosti, iznajdljivosti in samostojnosti, kot tudi primerne komunikacije, odnosa, spoštljivosti in razumevanja drugačnosti, saj vstopajo v najbolj intimen prostor posameznika in družin, v njihov dom. Vsak dom ima svoj hišni red, svojo družinsko dinamiko in svoja pravila, zaradi česar morajo biti zaposleni za takšno delo opremljeni z empatičnostjo, razumevanjem, ljubeznijo do dela s starejšimi ljudmi, potrpežljivostjo, strokovnostjo in sposobnostjo timskega sodelovanja z vsemi, ki so vključeni v proces pomoči. Kljub zahtevnosti in izzivom, s katerimi so se soočali, zaposleni še vedno izražajo veselje do opravljanja takšnega dela, še posebej, ker so ugotavljali, da so učinki prepoznani in vidni.

7.1 UČINKI IZVAJANJA STORITEV DOLGOTRAJNE OSKRBE V SKUPNOSTI

- Izboljšana zdravstvena stanja.
- Večja osveščenost lokalne skupnosti.
- Sodelovanje, povezovanje z različnimi deležniki v skupnosti – koncept integrirane oskrbe.

- Prilagojena bivalna okolja (bolniške postelje, pripomočki,...), podpora formalnim in neformalnim oskrbovalcem.
- Zadovoljstvo upravičencev nad tem, da so vse informacije na enem mestu.
- Razbremenitev in opolnomočenje starejših oseb.
- Razbremenitev svojcev ter posledično večja učinkovitost na delovnem mestu.
- Dvig kvalitete življenja vseh vključenih v proces pomoči.
- Izenačenje pravic starejših oseb, ki bivajo doma, z osebami, ki bivajo v institucionalni oskrbi.
- Dolgotrajnejša samostojnost v domačem okolju.
- Manj potreb po namestitvi v institucionalno oskrbo.
- Manj ponovnih sprejemov v bolnišnico.
- Hitrejši in varnejši odpusti v domače okolje iz bolnišnic.
- Manjše finančno breme lokalne skupnosti zaradi izboljšanih zdravstvenih stanj občanov.
- Manj intervencij urgentnih zdravstvenih služb.
- Vzpostavitev učne baze za dolgotrajno oskrbo v skupnosti.
- Promocija deficitarnih poklicev.

Tudi evalvacija evropskega projekta je pokazala visoko stopnjo zadovoljstva s prejetimi storitvami; 90,3 % uporabnikov se je strinjalo s tem, da so prejeli željene storitve. Kljub temu je nekaj potreb ostalo nezadovoljenih: 35,1 % uporabnikov je menilo, da niso prejeli dovolj pomoči, 39,6 % bi si želelo malo več pomoči, 22,1 % pa bi si želelo veliko več pomoči, kot so jo dejansko dobili (Ministrstvo za zdravje, 2021, str. 32-33). To kaže na nujnost uvedbe dolgotrajne oskrbe v skupnosti.

8 ZAKLJUČEK

Bivanje v domačem okolju in v znani lokalni skupnosti pomaga posamezniku ohranjanje njegovo identiteto, ki jo je gradil vse življenje ter ostajati del družine tudi v kasnejših življenjskih obdobjih; to mu omogoča ohranjanje samospoštovanja, občutek koristnosti ter ga motivira k temu, da ostaja samostojen. Vendar se ob soočenju s potrebo po dolgotrajni oskrbi življenje celotne družine postavi na glavo, kar zahteva celostni pristop ne le do osebe, ki pomoč potrebuje, temveč tudi do njegove družine. Prelaganje celotne odgovornosti za dolgotrajno oskrbo na družinske člane ob dinamiki, ki jo narekuje sodobni čas, je za družinske člane vse težje, saj otroci danes ne morejo nadomestiti vloge javnega sistema in mreže za oskrbo v starosti. Država mora svojcem omogočiti podporne mehanizme, ki bodo starejšim omogočali pravico do izbire ter razbremenitev neformalnih oskrbovalcev.

Je pa ob tem nujno potrebno upoštevati tudi pravico do kakovostne in celostne oskrbe. Temu zadnja leta sledijo tudi sistemi dela v institucionalni oskrbi, vendar pa izkušnje s terena kažejo na to, da je vsak najraje doma, če je to le možno. Storitve

v »nadstandardnem« domu sicer lahko zadovoljijo telesne potrebe, ponudijo dodatno strežbo, vendar bo lahko starejši človek slej ko prej nezadovoljen, če bodo ostale nezadovoljene njegove bistvene človeške potrebe v vseh šestih razsežnostih, čeprav se jih niti ne zaveda. To so poleg telesnih tudi duševne, duhovne, socialne, razvojne in bivanjske potrebe. Človek je nedeljiva celota, zato je nujno, da se razvija ter da je zadovoljen s sabo in z drugimi (Ramovš, 2020, str. 115).

Dom uporabnika je njegov osebni prostor, njegovo zatočišče, njegov varen kraj, kjer je lahko tak, kakršen je v resnici. Daje mu občutek pripadnosti, stalnosti in domačnosti in je prostor, ki mu pripada. Doma lahko človek zadovoljuje svoje potrebe po zasebnosti in neodvisnosti, po avtonomnosti in individualnosti, kar je ključnega pomena, ko delamo v domačem okolju (Peace, 1998, v Milošević Arnold, 2009). Seveda pa je pri tem potrebno upoštevati še dodatne okoliščine, kot je socialna mreža posameznika, dostopnost do storitev, nudenje pomoči v primeru potrebe po 24 urni oskrbi in nadzoru ipd. Vse tovrstne potrebe tudi dolgotrajna oskrba v skupnosti ne bo mogla rešiti, zaradi česar je nujno razmišljanje o dodatnih premostitvenih rešitvah, poleg institucionalnega varstva.

Študija demografskega stanja, stanja socialne infrastrukture na podeželju v Sloveniji in v tujini je pokazala nujnost razvoja podeželja in dodatnih stanovanjskih rešitev za starejše, krepitev povezanosti z mestnimi območji, izboljšanje življenja starejših oseb, digitalizacijo ter razvoj trga dela, izobraževanja in usposabljanja. Mestna občina Krško s tem namenom zadnja leta razvija projekt Pametne srebrne vasi katere cilj bo sobivanje in povezanost z lokalnim okoljem, vključenost starejših v družbo, ki imajo v tej skupnosti zagotovljeno socialno in zdravstveno oskrbo ter opremljenost z digitalnimi napravami v podporo večji mobilnosti starostnikov, hkrati pa bo omogočala ostalim občanom možnost izobraževanja in zaposlovanja za vstop v izvajanje teh storitev (Mestna občina Krško, 2022). Pojem »srebrna vas« ne gre razumeti kot področje bivanja izključno za starejše, temveč kot razpršene bivalne enote z močno podporno mrežo storitev in medsebojnega sodelovanja, ki ga dodatno omogoča tudi sodobna informacijsko-komunikacijska tehnologija in domotika. Tovrstna vas bi torej starejšim osebam omogočala prilagojena ali varovana stanovanja z organizirano pomočjo na domu, optimizacijo oskrbovalnih poti, usposabljanjem družinskih članov, medgeneracijskim sodelovanjem, centri za dnevno ali začasno nočno oskrbo (Bogataj idr., 2019). Navedena ureditev bi na ta način pokrila tudi odprte izzive, na katere opozarjajo tudi zaposleni v projektu.

Pričujoči podatki in ugotovitve torej kažejo, da je integrirana dolgotrajna oskrba v skupnosti, kot jo izvaja predstavljeni občinski projekt, možna že sedaj, prav tako pa dodatno kaže na nujnost sistemske ureditve dolgotrajne oskrbe v skupnosti, saj lahko le na ta način nudimo ustrezno, pravočasno in kvalitetno oskrbo ter posamezniku na nacionalni ravni ponudimo možnost izbire, kar je ena temeljnih človekovih pravic.

Opomba

Projekt HIERARHIČNA ZASNOVA IN FINANCIRANJE SOCIALNE INFRASTRUKTURE PAMETNIH SREBRNIH VASI (L7-3188) je sofinancirala Javna agencija za raziskovalno dejavnost Republike Slovenije iz državnega proračuna.

LITERATURA

- Adequate social protection for long-term care needs in an ageing society (2014). V: http://europa.eu/health/ageing/docs/ev_20140618_co=4_en.pdf (sprejem 6.6.2014).
- Bogataj D., Bogataj M., Kavšek M., Rogelj V. in Drobež E. (2019). *Socialna infrastruktura pametnih srebrnih vasi*. Trebnje: Zavod INRISK.
- Das neue Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit (2011). Dostopen na povezavi: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/service_1/publikationen/schriftenreihe/GKV-Schriftenreihe_Pflege_Band_2_18962.pdf (26.8.2022).
- Filipovič Hrast M., Hlebec V., Knežević Hočvar D., Černič Istenič M., Kavčič M., Jelenc Krašovec S., Kump S. in Mali J. (2014). *Oskrba starejših v skupnosti: Dejavnosti, akterji in predstave*. Fakulteta za družbene vede: Založba FDV.
- Flaker V., Nagode M., Rafaelič M. in Udovič N. (2011). *Nastajanje dolgotrajne oskrbe: ljudje in procesi-eksperiment in sistem*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo, Univerza v Ljubljani.
- Grol Sietske, Gerard Molleman, Nanne van Heumen, Maria van den Muijsenbergh, Nynke Scherpberde Haan, Henk Schers (2021). *General practitioners' views on the influence of long-term care reforms on integrated elderly care in the Netherlands: a qualitative interview study*, Health Policy, Volume 125, Issue 7, Pages 930-940.
- Hvalič Touzery S. (2010). Poročilo o preprečevanju padcev med starimi ljudmi. *Kakovostna starost*. Letnik 13, številka 3. Dostopno na: <http://www.inst-antonatrstenjaka.si/tisk/kakovostna-starost/clanek.html?ID=873> (28.8.2022).
- Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo (2017). *Priprava podlag za izvedbo pilotnih projektov, ki bodo podpirali prehod v izvajanje sistemskega zakona o dolgotrajni oskrbi*. Dostopno na: https://irssv.si/wpcontent/uploads/2021/10/Priprava_podlag_aktivnost1_koncno160318.pdf (18.1.2022).
- Krstulović Gašper (2014). *Nekateri vidiki oskrbe kot večplastna procesa in odzivi socialnega varstva na potrebe po oskrbi v Sloveniji*. Socialno delo, 53: 245-254.
- Lukič-Zlobec Štefanija, Krivec D., Pajk B., Virant A., Jurjevič M., Tratnik M. *Živeti z demenco doma: vodnik za svoje*. Spominčica – Alzheimer Slovenija.
- Mali J., Flaker V., Urek M. in Rafaelič A. (2018). *Inovacije v dolgotrajni oskrbi. Primer domov za stare ljudi*. Fakulteta za socialno delo. Univerza v Ljubljani.
- Mestna občina Krško (2022). Dostopno na: <https://www.krsko.si/objava/652796> (28.8.2022)
- Mitchell, Suzanne E., Vivian Laurens, Gabriela M. Weigel, Karen B. Hirschman, Allison M. Scott, Huong Q. Nguyen, Jessica Martin Howard, et al. (2018). Care Transitions From Patient and Caregiver Perspectives. *The Annals of Family Medicine* 16 (3): 225–31. <https://doi.org/10.1370/afm.2222>.
- Milošević Arnold V., Urh Š., Kladnik T., Križanič M., Grebenc V. in Neuvirt Bokan S. (2009). *Terensko delo. Institucionalni, javni in zasebni prostori socialnega dela*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo, Univerza v Ljubljani.
- Ministrstvo za zdravje (2018). Dostopno na: https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2018002400003/javni-razpis-za-izbor-operacij-izvedba-pilotnih-projektov-ki-bodo-podpirali-prehod-v-izvajanje-sistemskega-zakona-o-dolgotrajni-oskrbi-st--303-1201816-ob-198618?fbclid=IwAR3bzD9frezj5eL0jxeCWLPYjIVaSOi75slWRDoSfC97EXM_rSSqv7oV88U; https://www.gov.si/zbirke/projekti-in-programi/izvedba-pilotnih-projektov-ki-bodo-podpirali-prehod-v-izvajanje-sistemskega-zakona-o-dolgotrajni-oskrbi/ (18.1.2022).
- Ministrstvo za zdravje (2021). *Dolgotrajna oskrba – izziv in priložnost za jutri. Evalvacija pilotnih projektov s področja dolgotrajne oskrbe*. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo. Dostopno na: <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/Dolgotrajna/Evalvacija-pilotnih-projektov-s-podrocja-dolgotrajne-oskrbe.pdf> (18.1.2022).

- Ministrstvo za zdravje (2022). *Dolgotrajna oskrba – izziv ali priložnost za boljši jutri*. Dostopno na: <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/O-MINISTRSTVU/Sektor-za-dolgotrajno-oskrbo/Dolgotrajna-oskrba-izziv-in-priloznost-za-boljsi-jutri-monografija-marec-2022.pdf> (1.9.2022).
- Nagode M., Zver E., Marn S., Jacović A., Dominkuš D. (2014). *Dolgotrajna oskrba – uporaba mednarodne definicije v Sloveniji*. Dostopno na: https://www.umar.gov.si/fileadmin/user_upload/publikacije/dz/2014/DZ_02_14p.pdf.
- Občina Krško (2020). *Sklep o sofinanciranju projekta dolgotrajne oskrbe v skupnosti »MOST«*. Dostopno na: <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2020-01-3517/sklep-o-sofinanciranju-projekta-dolgotrajne-oskrbe-v-skupnosti-most> (18.1.2022).
- Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev* (Uradni list RS, št. 45/10, 28/11, 104/11, 111/13, 102/15, 76/17 in 54/19).
- Rafaelič, Andreja, Katarina Ficko in Vito Flaker (2017). *Prehod k skupnostnim oblikam oskrbe v Sloveniji*. Socialna pedagogika 21 (3-4): 183–210.
- Ramovš Jože (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.
- Statistični urad Republike Slovenije (2019). *Prebivalstvo po naseljih, podrobni podatki, Slovenija, 1. januar 2019; Statistični urad Republike Slovenije*. 6. junij 2019. Dostopno na: https://sl.wikipedia.org/wiki/Kr%C5%A1ko#cite_note-1 (22.10.2019).
- Škerjanc J. 2010. *Individualizacija storitev socialnega varstva*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo, Univerza v Ljubljani.
- Urad RS za makroekonomske analize in razvoj. 2014. Pridobljeno 22.10.2019 https://www.researchgate.net/publication/323309211_Dolgotrajna_oskrba_-_uporaba_mednarodne_definicije_v_Sloveniji.
- Zakon o dolgotrajni oskrbi* (Uradni list RS, št. 196/21) Dostopen na povezavi: <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2021-01-3898?sop=2021-01-3898>. Pridobljeno:18.5.2022. <https://www.gov.si/zbirke/projekti-in-programi/izvedba-pilotnih-projektov-ki-bodo-podpirali-prehod-v-izvajanje-sistemskega-zakona-o-dolgotrajni-oskrbi/> Dne: 18.5.2022.
- Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju* (Uradni list RS, št. 96/12, 39/13, 99/13 – ZSVarPre-C, 101/13 – ZIPRS1415, 44/14 – ORZPIZ206, 85/14 – ZUJF-B, 95/14 – ZUJF-C, 90/15 – ZIUPTD in 102/15).
- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju* (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUJF-C in 47/15 – ZZSDT).
- Zakon o starševskem varstvu in družinskih prejemkih* (Uradni list RS, št. 26/14 in 90/15).
- Zakon o socialnem varstvu* (Uradni list RS, št. 3/07 – uradno prečiščeno besedilo, 23/07 – popr., 41/07 – popr., 61/10 – ZSVarPre, 62/10 – ZUPJS, 57/12, 39/16, 52/16 – ZPPreb-1, 15/17 – DZ in 29/17).
- Zakon o socialno varstvenih prejemkih* (Uradni list RS, št. 61/10, 40/11, 14/13, 99/13, 90/15 in 88/16)
- Zakon o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev* (Uradni list RS, št. 62/10, 40/11, 40/12 – ZUJF, 57/12 – ZPCP-2D, 14/13, 56/13 – ZŠtip-1, 99/13, 14/15 – ZUUJFO, 57/15, 90/15, 38/16 – odl. US, 51/16 – odl. US in 88/16).
- Zakon o vojnih veteranih* (Uradni list RS, št. 59/06 – uradno prečiščeno besedilo, 61/06 – ZDru-1, 101/06 – odl. US, 40/12 – ZUJF in 32/14).
- Zakon o vojnih invalidih* (Uradni list RS, št. 63/95, 2/97 – odl. US, 19/97, 21/97 – popr., 75/97, 11/06 – odl. US, 61/06 – ZDru1, 114/06 – ZUTPG, 40/12 – ZUJF in 19/14).
- Zakon o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih oseb* (Uradni list RS, št. 41/83, Uradni list RS, št. 114/06 – ZUTPG, 122/07 – odl. US, 61/10 – ZSVarPre in 40/11 – ZSVarPre-A).

Naslov avtorice:

Carmen Rajer: kbaskovc@gmail.com

Sabina Ficko

Prehod v oskrbovalno ustanovo

POVZETEK

Domače okolje starostniku pomeni poznan in varen prostor, v katerem se dobro znajde. V zadnjih letih svojega življenja mora pogosto zaradi bolezni ali drugih okoliščin, na katere nima vpliva, svoj dom zapustiti in se preseliti v ustanovo, ki je zanj neznano okolje. Prehod v dom je za starega človeka velika čustvena in fizična sprememba. V prispevku je prikazano, kako so starostniki doživljali selitev v Dom starejših občanov Fužine, v kolikšni meri so v ustanovi zadovoljne njihove potrebe ter dejavniki tveganja in varovalni dejavniki za kakovostno selitev. V raziskavo je bilo vključenih 5 stanovalcev iz DSO Fužine, starih 85 ali več let. Dva sogovornika sta v domu krajši čas (1 leto), ostale tri sogovornice pa med 3,5 in 5 let. Raziskovalni instrument je bil polstrukturiran intervju, z vnaprej pripravljenimi opomniki za vprašanja. Pri raziskovanju nas je zanimalo, kako so starostniki doživljali selitev v oskrbovalno ustanovo in kako je selitev vplivala na njihovo vsakdanje življenje in socialno mrežo. Podatke smo obdelali po metodi kvalitativne analize, intervjuji pa so potekali od februarja do aprila 2022.

Z raziskavo smo ugotovili, da je selitev v dom za stare stresen dogodek za starega človeka, za katerega se bodisi ne odloči sam, bodisi se zanj odloči, ker je v stiski in ni seznanjen z drugimi možnostmi. S selitvijo se spremeni njegovo vsakdanje življenje, saj naenkrat ne poteka več v njegovem lastnem ritmu ampak se mora prilagoditi urniku oskrbovalne ustanove. Prav tako se spremeni njegova socialna mreža, saj pogosto izgubi stik s sosedi iz domačega okolja, s svojci pa se srečuje manj pogosto.

Dom za stare ljudi je najpogostejša oblika institucionalne dolgotrajne oskrbe v Sloveniji. Ta je usmerjena predvsem na telesne potrebe posameznika, medtem ko so duševne in socialne potrebe starostnikov pogosto zanemarjene. Za kakovostni prehod iz domačega okolja v dom za stare ljudi je ključnega pomena medgeneracijsko sožitje med mlajšim aktivnim človekom, ki pomoč daje, in starim človekom, ki jo sprejema, ter celostna oskrba po osebni meri starostnika.

Ključne besede: kakovostna starost, selitev, dom za stare, dolgotrajna oskrba, socialna mreža

AVTORICA

Sabina Ficko je diplomantka psihoterapevtske znanosti in specializantka analitične psihologije na SFU Ljubljana. Za zaključno nalogo je raziskovala prehod starostnikov iz domačega okolja v oskrbovalno ustanovo, raziskava je prikazana v pričujočem članku. Kot zaposlena v domu za stare ljudi je imela vpogled v vsakdanje

življenje starostnikov, med drugim pa je aktivno sodelovala pri medgeneracijskih delavnicah in družabništvu s starostniki v Društvu Modriš.

ABSTRACT

Relocation to a care facility

For an older person, home means a familiar and safe place where they feel comfortable. In the last years of life, often due to illness or other circumstances beyond their control, they have to leave their home and move to an institution, which is an unfamiliar environment for them. Relocation to a care home is a major emotional and physical change for an old person. This paper shows how the older people experienced the relocation to the Fužine Care Home, to what extent their needs are met in there and the risk and protective factors for a quality of this transition. The care home is the most common form of institutional long-term care in Slovenia. It focuses primarily on the physical needs of the individual, while the mental and social needs of their residents are often neglected. Intergenerational coexistence between the younger, active person who is providing and the older person who is receiving the help, and integrated care tailored to the older person's personal needs, are crucial for a good quality transition from the home environment to the care home.

Key words: quality ageing, relocation, care home, long term care, social network

AUTHOR

Sabina Ficko is a graduate in psychotherapeutic science and a specialist in analytical psychology at Sigmund Freud University in Ljubljana. For her final thesis she researched the transition of older people from their home environment to a care facility; the research is presented in this article. As an employee in a care home, she had insight into the everyday life of older people, and she actively participated in intergenerational workshops with older people in the Modriš Association.

1 PREHOD V DOM ZA STARE LJUDI JE ZAHTEVEN

Prehod v dom za stare ljudi je življenjska sprememba, ki vpliva na moč odločanja o življenju, na posameznikovo samozavest, edinstvenost in osebnost. Ljudje pogosto nimajo orodja in podpore za spoprijemanje s takšno situacijo, zato je ključnega pomena ozaveščanje starega človeka o življenju v domu, priprava na postopen prehod v dom (Mali, 2018) in priprava na sprejemanje pomoči v starosti. Prvo temeljno izhodišče za oblikovanje kakovostne starosti je namreč, da mora človek zanj poskrbeti sam, se nanjo pripravljati in skrbeti za krepitev ter vzdrževanje svojih zmožnosti. Drugi temelj je medčloveška solidarnost, saj smo ljudje že v svojem bistvu odvisni drug od drugega, v starosti pa to pride še posebej

do izraza, zato je za kvalitetno zadnje obdobje življenja pomembno sprejemanje soodvisnosti v svoji nemoči in onemoglosti (Ramovš, 2003; Imperl, 2012).

Verjetnost za potrebo po dolgotrajni oskrbi se s starostjo zelo povečuje. Dolgotrajna oskrba ponuja paket nefleksibilnih storitev, ki so sicer individualizirane (standardizirane), niso pa personalizirane, narejene po meri človeka, in ne upoštevajo njegove enkratnosti (Videmšek in Mali, 2018). Osebni človeški stik je najslabše upoštevana potreba v dolgotrajni oskrbi, ki pa je za starostnika in njegovo dostojanstvo bistvenega pomena (Ramovš, 2020).

Sodobni trendi oskrbe za stare ljudi temeljijo na zagotavljanju njihovega kakovostnega življenja ter na njihovem sodelovanju in vključevanju v skupnost. Mali (2018) poudarja, da je pri inovacijah dolgotrajne oskrbe na področju domov za stare pomembno, da se stanovalce vključuje v oblikovanje oskrbe, saj je na ta način presežen odnos do stanovalcev kot pasivnih prejemnikov pomoči. Kakovostna oskrba mora biti ustvarjena in prilagojena glede na osebno mero za vsakega stanovalca posebej. Pri tem je potrebno upoštevati tudi vsakdanjo rutino in življenjski ritem vsakega posameznika.

1.1 VSAKDANJE ŽIVLJENJE

Naukarinen (2015) glede vsakdanjega življenja piše, da ima vsak od nas svoje lastno vsakdanje življenje, katerega vsebine se skozi čas spreminjajo. Je osnova za vse drugo in sestoji iz določenih predmetov, dejavnosti, dogodkov ter odnosov do njih. Vsakdanji predmeti in dejavnosti so tisti, s katerimi človek redno in ponavljajoče preživi veliko časa. Navadno so ti dogodki povezani z našim delom, domom in hobiji. Vsakdanja področja so zlasti: hrana, stanovanje, druženje in iti ven (na delo in po opravkih). Vsakdanja drža pa se vzpostavi z rutinami, domačnostjo, navadami, počasnim procesom prilagajanja in kontinuiranostjo. Vsakdanje življenje je sfera življenja, ki jo dobro poznamo.

Flaker idr. (2008) prav tako ugotavljajo, da človeku vsakdanja rutina ustvarja socialni občutek življenjskega ritma, občutek sebe in pripadanja okolju, v katerem živi. Običajni potek dneva je razdeljen na časovne intervale, znotraj katerih skrbimo zase in prehajamo med različnimi dnevnimi opravili. Dan se začne z vstajanjem, nato navadno preide iz zasebne sfere v javno (opravki, služba, dnevni centri) in v čas kosila, ki prenese potek dneva v popoldanske aktivnosti. Večer se običajno zaključi s televizijo, družabnostjo in pripravami na spanje. Znotraj teh dejanj so vnaprej določene osebe, ki v dogodku nastopajo, njihova pozicija in intenzivnost. Vsaka novost lahko poruši rutino in vnese nemir.

Ramovš (2003) poudarja pomembnost zavestnega oblikovanja vsakdanjega urnika in rutin za človeka, ki se upokoji, saj s tem naenkrat izgubi veliko obveznosti in njegovo življenje lahko postane bolj kaotično. Posameznik, ki je bil vajen ob določenih urah hoditi v službo in se vračati iz nje ter imel čez dan goro opravkov, ima naenkrat preveč neorganiziranega časa in občutke zmedenosti. Vsakdanje

rutine pomagajo odpraviti občutke zmedenosti in strahu, saj vsebujejo elemente poznanega in stabilnosti. Krepijo nam občutke varnosti, orientiranosti, oblikujejo našo realnost in so tudi odgovor nanjo (Giddens, 1991, v Flaker idr., 2008).

Vsakdanje rutine ljudi, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo, se precej razlikujejo od rutin ostalih ljudi, in sicer že pri osnovnih opravilih, kot so pot do stranišča, oblačenje, hranjenje. Vse to so opravila, v katera navadno niso vključeni drugi ljudje ali posebni pripomočki. Tako se ljudem, ki uporabljajo storitve DO, pri njihovi vsakdanji rutini pridružijo oskrbovalci, strežniki, sorodniki ... (Flaker idr., 2009). Meja med javnim in zasebnim se začne lomiti. Dnevi navadno potekajo po formalnem in neformalnem hišnem redu ustanove, rutine se spremenijo, saj zjutraj čakajo, da jih negovalno osebje zbudi in jim pomaga, nimajo opravkov, ker jih namesto njih opravljajo drugi, svojega gospodinjstva nimajo, da bi skrbeli zanj (pogosto tudi pozabijo veliko spretnosti, ki bi jim omogočale skrbeti zase), družbene in kulturne aktivnosti pa organizira ustanova (Rafaelič, 2015).

Veliko ljudi in osebnih zgodb, ki so jih zbrali Flaker idr. (2005) govori o tem, da je njihovo vsakdanje življenje postalo »niz podobnih dni«, da so si vsi dnevi med seboj podobni, kot da življenje beži mimo njih. Ugotavljajo, da težava ni v samem ponavljanju dogodkov, temveč v tem, da zmanjka pomembnih dogodkov v dnevu, ki bi zasebnim rutinam dali pomen.

Imperl (2013) poudarja, da bi moral nadomestni prostor, v katerega je posameznik preseljen, nuditi socialno okolje, kjer bi se odvijalo vsakdanje življenje v podobnem ritmu, kakor ga človek pozna od prej, in ki bi mu pomagal ohraniti dostojanstvo in vlogo v zanj pomembni družbeni sredini. Za starega človeka, ki že leta živi po svoji rutini, med svojimi sosedi, in ki svobodno odloča o svojem vsakdanu, je takšna sprememba »čez noč« lahko zelo stresna.

1.2 PREHOD V DOM

Velik pomen je življenjskim preходом pripisoval že Levinson (1979). Prehod je definiral kot proces, ki ustvari spremembo in je most med dvema točkama. Biti v prehodu pomeni, da si v procesu zapuščanja nečesa in hkrati vstopanja v nekaj novega. To prehajanje spremljajo spremembe v dožemanju, ločevanju, razjasnjevanju nasprotij, gre za čas preobrazbe in nestabilnosti. Nekateri prehodi se odvijajo gladko, brez večjega stresa ali motenj, drugi pa z veliko teže. Razvojna kriza se pojavi, ko ima posameznik velike težave pri obvladovanju nalog v obdobju, v katerem se nahaja.

Preselitev v dom za stare ljudi je eden takšnih stresnih prehodov. Človek se naenkrat znajde v situaciji, ko več ne more sam skrbeti zase in potrebuje vsakdanjo pomoč in oskrbo. Pogosto pravzaprav nima druge izbire, kakor je selitev v dom, ker drugih alternativ niti ne pozna ali pa jih izključijo njegovi bližnji. Človek se zaveda, da bo, če bo šel živeti v dom, s tem zadovoljil svoje primarne telesne potrebe, da bo dobro poskrbljeno za njegovo telesno zdravje, hkrati pa se

zaveda, da se bo moral sprijazniti tudi z negativnimi vidiki preselitve. Staremu človeku ni lahko sprejeti takšne odločitve (Cafuta, 1997).

Imperl (2013) pravi, da je starejšega človeka, ki je vedno bolj osamljen, pogosto tudi strah, da bi bil v starosti odvisen od pomoči neznancev, da bi moral zapustiti svoj varni prostor, svoj dom, ter se preseliti v institucijo. Prostor, v katerem človek biva večji del življenja, namreč ni le fizični prostor, temveč pokriva tudi potrebe po druženju, shranjevanju stvari, varnosti in zasebnosti (Kornhauser in Mali, 2014). Bivalno zadovoljstvo v starosti ima tako pglavitno vlogo za socialni kapital starostnikov, zdravje, duševno dobro počutje in raven kakovosti življenja, ter se prekriva s potrebami po materialni preskrbljenosti in medčloveškimi odnosi (Evans idr., 2002, v Seljak, 2020). Seljak (2020) poroča, da starejši nad 60 let, ki bivajo v domačem okolju, zelo visoko vrednotijo sosede, pri katerih jim je pomembno, da se z njimi dobro razumejo; znana soseska jim krepi občutke varnosti. Z raziskavo prikaže pomembnost domačega okolja za samostojno in neodvisno bivanje starejših ljudi.

Mali (2013) v članku »Priprava starega človeka na življenje v domu za stare ljudi« ugotavlja, da je prehod v dom za starega človeka velika sprememba na čustvenem in fizičnem področju. Spremeni se njegova socialna mreža, saj mora zapustiti svojo družino, sosede, okolje, spremenijo se osebne rutine, usmerjanje financ ... Prehod je lahko še posebej težaven, če se starostnik zanj ne odloči sam, temveč ga v to silijo drugi. Velikokrat se pojavijo tudi zunanji dejavniki, na katere človek ne more vplivati, npr. poslabšanje zdravstvenega stanja in bolezen, ko človek ne pozna ali ne najde druge rešitve zase.

Ko je človek vzet iz svojega domačega okolja, se velikokrat prekinejo njegovi stiki z družino, sosedi, prijatelji in znanci. Če se v novo obliko bivanja ne vključi uspešno, je lahko posledica globoka osamljenost (Postružnik, 2000). Ramovš (2020) pojasnjuje, da se po prihodu v dom nadpovprečno dvigne smrtnost ljudi, kar se dogaja tako s tistimi, ki tja prispejo skoraj umirajoči, kakor s tistimi, ki so bili prej dokaj zdravi. Veliko število specializiranega osebja (tujcev) lahko človeku zadovoljuje vse telesne potrebe, a zanemari njegovo duševno in socialno razsežnost, njegovo duševno in socialno zdravje. Človek se počuti osamljenega v neznanem okolju, odpornost mu pade in zboli. Poudarja, da je za starega človeka osamljenost enako nevarna kakor na primer telesna podhranjenost.

Starostnik ima na dnevni ravni največ stika z zaposlenimi, odnosi z njimi pa so pogosto hierarhični in temeljijo na pokroviteljskem ali celo zatiralskem odnosu (Flaker idr., 2018). Starostnik, ki pride v dom za stare, se mora hitro prilagoditi hišnemu redu, urniku in delovanju doma ter s tem spremeniti svoje rutine in vsakdanje življenje. Prilagajanje ni enostavno, za nekatere je izjemno težavno (Mali, 2003).

Šumenjak (1969) pojasnjuje, da se prilagajanje na okolico odvija in razvija skozi celotno življenje človeka. Ljudje se od rojstva do smrti bodisi prilagajamo

okolju, bodisi okolico prilagajamo sebi in svojim potrebam, saj le tako napredujemo in uveljavljamo lastno osebnost. Prilagajanje je pomembno pravilno razvijati zlasti v visoki starosti, saj se nam s tem povečuje vsebina in smisel življenja. Ena od življenjskih nalog starostnika je, da poleg inventure preteklih dejanj zavzame tudi smiselno stališče do sedanjega trenutka. Kar ne pomeni sprejemanja nepričakovanih udarcev življenja, temveč iskanje ugodnih možnosti, pozitivne naravnosti do sebe in sveta (Peale, 1992, v Ramovš, 2020), še toliko bolj, če se okolja ne da spremeniti.

2 RAZISKAVA O PREHODU V DOM FUŽINE V LJUBLJANI

V kvalitativno raziskavo je bilo vključenih 5 stanovalcev iz Doma starejših občanov Fužine (DSO Fužine), starih 85 let ali več. Dva sogovornika sta v domu krajši čas (1 leto), ostale tri sogovornice pa med 3,5 in 5 let. Raziskovalni instrument je bil polstrukturiran intervju z vnaprej pripravljenimi vprašanji. Intervjuji so potekali od februarja do aprila 2022.

2.1 SELITEV JE STRESEN DOGODEK

Z raziskavo smo ugotovili, da so intervjuvanci doživljali selitev v dom starejših občanov kot izjemno stresen dogodek. Vsi intervjuvanci so se v dom preselili zaradi enega od treh razlogov: bolezen, smrt partnerja ali finančna stiska. To pomeni, da so na selitev vplivali predvsem zunanji dejavniki. Zunanji dejavniki, na katere človek ne more vplivati, pa situacijo poslabšajo, saj se človek za dom ne odloči zares svobodno, ampak je nekako prisiljen v spremembo (Mali, 2013). Intervjuvani starostniki so doživljanje selitve opisali z besedami *neprijeten, skrb vzbujajoč dogodek, poln negotovosti*.

Domače okolje starostnikom pomeni varen prostor, kjer se domačnost soustvari z občutkom poznane soseske in sosedov, prostor, kjer se dobro znajdejo (Seljak, 2020). Za starostnika je tak prehod v neznano okolje lahko neugoden, četudi se je nanj pripravljal. *»Je bilo stresno, da sem na tak način morala it. Sem pa tako ali tako imela namen, da bi prišla sem, ker sem si pripravila stvari ...«* pravi intervjuvanka 1.

Selitev je bila za vse sogovornike neprijeten dogodek, je pa prilagajanje novemu načinu življenja, ki je dolgotrajen proces, lahko nekoliko olajšano s pripravami in vnaprejšnjim razmišljanjem o njej. V današnjih življenjskih razmerah obstaja nekaj možnosti, da bo človek svoje zadnje obdobje preživel v domu za stare ljudi, zato je smiselno, da to možnost sprejme v svojo zavest in jo spoznava, da ga v primeru, če do tega pride, situacija ne prizadene prehudo (Ramovš, 2003). Intervjuvanci so poudarili obžalovanje, da niso bili bolje seznanjeni z drugimi možnostmi oskrbe v starosti. *»Marsikdaj mi je žal. Takrat ni bilo še veliko govora o drugačni, kako se reče, dolgotrajni oskrbi. Če bi to vedela prej, bi se najprej za to*

odločila ...» pravi intervjuvanka 2. Pri nas v povprečju pozna človek le domove kljub širokemu sodobnemu naboru raznolikih oskrbovalnih programov (Ramovš, 2020). Pomembno je, da se starostnik in njegovi bližnji pozanimajo o vseh možnostih oskrbe, da čimbolj načrtovano in po osebni meri starostnika naredijo ta prelomni korak v njegovem življenju.

Za večino doma živčih starih ljudi je značilno, da si ne želijo bivati v domu za stare ljudi kljub temu, da se zavedajo, da potrebujejo pomoč pri vsakdanjih opravilih. Starostniki, ki so se v preselili v dom, prepoznavajo selitev kot prelomni življenjski dogodek, ki je popolnoma spremenil njihov življenjski slog (Nagode idr., 2021) in je kot tretji najpomembnejši dogodek v njihovem življenju, poleg odločitve za porod in ločitve (Kornhauser in Mali, 2013).

2.2 VSAKDANJE ŽIVLJENJE SE ZELO SPREMEMI

Življenjski slog se oblikuje skozi vse življenje in čim starejši je človek, težje mu ga je spreminjati (Ramovš, 2011). Ob primerjavi vsakdanjega življenja starostnikov v domačem in institucionalnem okolju DSO Fužine ugotavljamo, da se je njihov vsakdanjik s selitvijo precej spremenil. Največ sprememb je na področju gospodinjskih opravkov (nakupovanje, priprava hrane, kuhanje, čiščenje, pranje, likanje), osebne higiene in prostega časa.

Sogovorniki so doma živeli samostojno in so v veliki večini sami, s pomočjo družine ter sosedov, skrbeli so za svoj dom, gospodinjstvo in opravke. Glede na svoje želje in zmožnosti so si oblikovali dan. V domu, kamor so se preselili, se morajo prilagoditi domskemu urniku. To pomeni, da stanovalcem drugi odredajo, kdaj bodo vstali in kdaj bodo jedli ter celo kdaj se bodo umivali, kot pravi intervjuvanka 3: *»Sama sem se kopala vedno. Zdaj pridejo, direkt iz postelje včeraj, gremo se kopat.«* Sprejemanje pomoči pri vsakdanjih opravilih nekaterim ljudem povzroča hudo stisko, saj ne želijo biti drugim v breme, se ob tem počutijo nemočno in nesposobno ali celo doživljajo sram, ugotavljajo v reprezentativni terenski raziskavi o potrebah, zmožnostih in stališčih prebivalcev Slovenije, ki so stari 50 let ali več (Ramovš, 2020). *»Nerodno ti je, nisi vaje, da te nekdo tako streže ...«* pravi intervjuvanka 3. Pomembno je omeniti, da je ta intervjuvanka v domu krajši čas. Intervjuvanka 1, ki je v domu že 4 leta, pomoč pri vsakdanjih opravilih opiše kot samoumeven del dneva: *»Zbudijo me in oblečejo, se dvignem pred zajtrkom, potem čakam kolo.«*

Stanovalce najbolj moti nezmožnost časovnega prilagajanja urnikov in hrana, ki ni domača. Soodločanje o svojih dnevnih ritualih krepi občutek samostojnosti in samoodločanja (Nagode idr., 2021); ta je v ravnotežju s soodvisnostjo temelj za kakovostno sožitje (Ramovš, 2020). Vsakdanje življenje starostnikov v domu za stare ljudi otežuje nefleksibilen urnik, ki ljudem določa uro vstajanja, obrokov, dnevnih aktivnosti in izvajanje pomoči pri osebni higieni. Programi oskrbe ne odgovarjajo učinkovito na potrebe stanovalcev – to izhaja iz značilnosti domov

kot institucij, za katere je značilno zmanjšanje zasebnosti, nespoštovanje volje in izbire stanovalcev (Mali, 2018). Pri raziskavi se je pokazala potreba po inovacijah v domu na področju vsakdanjih in podpornih opravil.

Selitev je pozitivno vplivala na skrb za telesno zdravje, ker imajo za to več prostega časa. Vsi intervjuvanci dnevno obiskujejo telovadbo, kjer skrbijo za svojo kondicijo in gibljivost. Selitev v dom je pozitivno vplivala še na udejstvovanje pri kulturnih prireditvah v domu. Drugih velikih sprememb pri preživljanju prostega časa ni bilo zaznati. Intervjuvanci starostniki najraje berejo, rešujejo križanke in gledajo televizijo.

2.3 SOCIALNA MREŽA SE ZELO SPREMENI

Naša raziskava ugotavlja, da je selitev v dom pri večini intervjuvanih stanovalcev vplivala na izgubo osebnih odnosov s sosedi iz domačega okolja, na zmanjšanje stikov s svojci, pri nekaterih pa tudi na ustvarjanje novih prijateljstev.

Za starostnika je reden osebni stik z nekom, ki ga ima za svojega, bistvenega pomena. Včasih so mu potrebo po osebnem medčloveškem odnosu zadovoljevali sosede, družinski člani ali sorodniki, danes lahko to do neke mere nadomeščajo medgeneracijske skupine za kakovostno starost in osebno družabništvo s starim človekom (Ramovš, 2003).

Glede na primerjavo socialne mreže starostnikov pred in po prihodu v DSO Fužine ugotavljamo, da so se starostniki v domačem okolju najpogosteje videvali s sosedi in svojci (otroci in vnuki). S svojci so se pred prihodom v dom srečevali pogosteje, pravi intervjuvanka 1: *»Prej sem bila čisto vsak vikend pri njih.«* Velik pomen so pripisali sosedskim odnosom, saj so sosede vedno priskočili na pomoč ali kaj prinesli. Odkar so se preselili, skorajda nimajo več stikov s sosedi. To je negativna posledica selitve na njihovo socialno mrežo, saj so bili vzeti iz socialnega okolja, ki jim je omogočalo občutke varnosti in domačnosti ob znanih ljudeh ter preseljeni v ustanovo, kjer je veliko ljudi, vendar pa kljub temu, da dnevno obiskujejo skupinske dejavnosti telovadbe in kulturne prireditve, poudarjajo pomanjkanje kakovostnih odnosov. Dve osebi od petih sta v domu navezali stik z novo osebo, s katero radi preživljata prosti čas in se pogovarjata.

Medčloveške odnose v domu starostnikom nadomeščajo tudi prostovoljci. Odnos s prostovoljci dojemajo kot *»krajšanje časa«*, kot je povedala intervjuvanka 3, ne pa kot osebni odnos. Imperl (v Ramovš, 2020, str. 250) zelo nazorno opiše socialno situacijo ob prihodu v dom za stare, na primeru 85-letne gospe, ki na poti od recepcije do svoje sobe sreča ogromno novih, neznanih ljudi, ki jim rečejo negovalke, sestre, bolničarke, delovne terapevtke, vodje te in one službe. Ljudje hodijo mimo nje, vsak nekaj opravi in odide svojo pot, ona pa si v svojih zadnjih letih želi le toplino in bližine.

Redni osebni stik z drugim človekom, ki ga doživljajo za svojega, je za intervjuvane stanovalce omejen na svojce, ki prihajajo v dom približno enkrat na mesec.

Prej so to vlogo opravljali tudi sosede v domačem okolju, s katerimi stanovalci med selitvijo običajno izgubijo stik. V domu primanjkuje rednih osebnih stikov. S pomanjkanjem osebnih odnosov pa so okrnjene tudi druge človekove potrebe v starosti, npr. potreba po predajanju znanja mlajšim generacijam, ki starajočemu se človeku lahko prispeva k doživljanju smisla starosti kot življenjskega obdobja, ki je enako pomembno, kakor so bila prejšnja. Dom stanovalcem ponuja individualno prostovoljsko druženje, ki naj bi nekako nadomeščalo druženje z družinskimi člani ali sosedi. Prostovoljce so anketirani stanovalci doživeli kot ljudi za krajšanje časa in ne toliko kot »svoje« ljudi.

3 ZAKLJUČEK

Z raziskavo smo ugotovili, da so intervjuvani starostniki doživljali selitev v dom za stare kot izjemno stresen dogodek. Izpostavili so obžalovanje, da niso bili bolje seznanjeni z drugimi oblikami oskrbe v obdobju starosti. Dobra informiranost glede življenja v domu in drugih programih dolgotrajne oskrbe je ključnega pomena za kakovostni prehod v dom. S pripravo in vnaprejšnjim razmišljanjem o prehodu bi olajšali stisko ob selitvi.

Vsakdanje življenje starejših se je ob prehodu v ustanovo zelo spremenilo. Svoj življenjski ritem so morali prilagoditi urniku in dejavnostim oskrbovalne ustanove. V domačem okolju so sami in s pomočjo sosedov ter svojcev skrbeli zase in za gospodinjstvo, kar jim je omogočalo večjo možnost izbire in avtonomnosti. Starostniki so bili s selitvijo premeščeni iz socialnega okolja, ki jim je dajalo občutke varnosti in domačnosti ob znanih ljudeh. V novem okolju preživijo največ časa z zaposlenimi, ki so usposobljeni in skrbijo zgolj za njihove telesne potrebe.

Z raziskavo ugotavljamo, da so za kakovosten prehod v dom za stare poleg telesnih enakovredno pomembne, a pogosto zanemarjene, duševne in socialne potrebe starostnikov.

LITERATURA

- Cafuta J. (1997). Starost in starostniki v domovih za stare. *Socialno delo*, 36(2), 141-146.
- Flaker V., Nagode M., Rafaelič A., Udovič N. (2011). *Nastajanje dolgotrajne oskrbe: ljudje in procesi – eksperiment in sistem*. Ljubljana: FSD.
- Hojnik Zupanc I. (1994). *Institucionalno bivanje starih ljudi*. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije.
- Imperl F. (2012). *Kakovost oskrbe starejših – izziv za prihodnost*. Logatec: Firis Imperl&Co.
- Kerbler B., Filipovič Hrast M., Sendi R. (2021). *Bivanje v skupnosti*. Ljubljana: Urbanistični inštitut RS.
- Kobentar R. (2008). Socialni odnosi v starosti. *Socialna pedagogika*, 12(2), 145-160.
- Kornhauser A., Mali J. (2013). Priprava starega človeka na življenje v domu za stare ljudi. *Socialno delo*, 52(5), 321-350.
- Kobal Grum D., Seničar M. (2011). Psihološki vidiki prehranjevalnega vedenja. *Anthropos*, 3-4(223-224), 153-177.
- Križaj T., Warren A. in Slade A. (2018). "Holding on to What I Do": Experiences of Older Slovenians Moving into a Care Home. *Gerontologist*, 58, 512-520.
- Levinson J. D. (1979). *The seasons of a man's life*. New York: Ballantine books.

- Mali J. (2017). Medgeneracijska dimenzija dolgotrajne oskrbe. V: Šorn M., ured. *Starost - izzivi historičnega raziskovanja*. Ljubljana: Inštitut za novejšo zgodovino, str. 233-250.
- Mali J., Milošević Arnold V. (2006). Nekatere značilnosti razvoja domov za stare ljudi v Sloveniji po drugi svetovni vojni. *Socialno delo*, 45(3/5), 169-181.
- Možina M. (2020). Uvodnik o korona- in gero-transcendenci. *Slovenska revija za psihoterapijo Kairos*. 14(1-2), 9-32.
- Naukkarinen O. (2015). Kaj je "vsakdanje" v estetiki vsakdanjosti. *Filozofski vestnik*, 36(1), 25-39.
- Rafaelič A. (2015). *Pomen povezovanja in vključevanja pri oskrbi po meri človeka in procesih dezinstitutionalizacije*. Doktorska disertacija. Ljubljana: FSD.
- Ramovš J. (2003). *Kakovostna starost: socialna gerontologija in gerontagogika*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.
- Ramovš J. (2009). Medgeneracijska solidarnost in celostna gerontologija. *Kakovostna starost*, 12(1), 22-30.
- Ramovš J. (2013). *Staranje v Sloveniji: raziskava o potrebah, zmožnostih in stališčih nad 50 let starih prebivalcev Slovenije*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.
- Ramovš J. (2020). *Integrirana dolgotrajna oskrba*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.
- Russi Zagožen I. (2001). *Živeti s staranjem in smrtjo: priročnik za voditelje skupin starih za samopomoč*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.
- Seljak P. (2020). Bivalno zadovoljstvo in socialni kapital starejših ljudi. *Kakovostna starost*, 23(2), 3-19.
- Šumenjak K. (1969). *Da bi ostali mladi in zdravi*. Ljubljana: Prešernova družba.
- Tančič Grum A., Poštuvan V., Roškar S. (2010). *Spregovorimo o depresiji in samomoru med starejšimi*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.

Naslov avtorice:

Sabina Ficko: ficko.sabina@gmail.com

Rok Stoševski, Urša Susman, Gordana Šokić, Mirko Prosen, Sabina Ličen

Znanje zaposlenih v zdravstveni negi o preprečevanju razjede zaradi pritiska v domovih starejših občanov

POVZETEK

Z raziskavo smo želeli ugotoviti poznavanje preventivnih ukrepov pri preprečevanju razjed zaradi pritiska med zaposlenimi v zdravstveni negi domov starejših občanov po Sloveniji. Uporabljena je bila kvantitativna, opisna neeksperimentalna raziskovalna metoda. Anketiranje je potekalo na priložnostnem vzorcu 98 oseb, zaposlenih v zdravstveni negi v domovih starejših občanov. Ugotovili smo statistično pomembne razlike v znanju preprečevanja razjede zaradi pritiska med starostnimi skupinami, v dolžini delovne dobe ter izobrazbi. Med tistimi zaposlenimi, ki se udeležujejo dodatnih izobraževanj o obravnavani temi, in tistimi, ki se izobraževanj niso udeležili, rezultati niso pokazali statistično značilnih razlik. V raziskavi smo ugotovili dobro znanje o preprečevanju razjede zaradi pritiska med zaposlenimi v zdravstveni negi v domovih starejših.

Ključne besede: preležanine, ukrepi za preprečevanje, zdravstvena nega, medicinske sestre, dom starejših

AVTORJI

Rok Stoševski je po končani Srednji zdravstveni šoli v Ljubljani nadaljeval šolanje na Fakulteti za vede o zdravju Izola Univerze na Primorskem, kjer je diplomiral leta 2021 in nadaljeval šolanje na magistrskem programu zdravstvene nege. Kot študent že 3 leta opravlja delo reševalca iz vode, v zadnjem letu pa tudi na enoti COVID intenzivne in internistične intenzivne terapije.

Urša Susman je srednješolsko izobraževanje na Srednji zdravstveni šoli v Ljubljani nadaljevala na Zdravstveni fakulteti v Ljubljani, kjer je leta 2018 diplomirala na področju zdravstvene nege. Po diplomi dela kot vodja tima v DEOS centru starejših v Notranjih Goricah. Leta 2021 je pričela študij na magistrskem programu Zdravstvene nege na Fakulteti za vede o zdravju Univerze na Primorskem.

Gordana Šokić je diplomirana medicinska sestra in študentka magistrskega študija Zdravstvene nege na Fakulteti za vede o zdravju Izola Univerze na Primorskem. Zadnjih 14 let je zaposlena v Zdravstvenem domu Koper. V Zdravstveno vzgojnem centru je od leta 2016 aktivno delovala v lokalni skupnosti, kjer je zdravstveno vzgojne vsebine približala širši javnosti, predvsem ranljivim skupinam prebivalstva.

Dr. Mirko Prosen je raziskovalec in izredni profesor na Fakulteti za vede o zdravju Univerze na Primorskem. Doktoriral je na Filozofski fakulteti Univerze v Mariboru. Raziskuje na področju sociologije zdravja in bolezni, zdravje žensk in družin, transkulturno zdravstveno nego ter se posveča kvalitativnim metodam raziskovanja. Sodeluje pri številnih domačih in evropskih projektih.

Dr. Sabina Ličen je raziskovalka in izredna profesorica za področje zdravstvene nege na Fakulteti za vede o zdravju Univerzi na Primorskem. Raziskuje neenakosti v zdravju, transkulturno zdravstveno nego in globalno zdravje, profesionalne kompetence zaposlenih v zdravstveni negi in rabo inovativnih metod v izobraževanju za zdravstveno nego. Je avtorica številnih znanstvenih in strokovnih publikacij.

ABSTRACT

Nursing staff knowledge on pressure ulcer prevention in care homes

The aim of this study was to determine the knowledge of preventive measures for pressure ulcers among nursing home staff in Slovenia. A quantitative, descriptive, nonexperimental research method was used. The survey was administered to a random sample of 98 nursing home staff. Data were collected using an online questionnaire based on the National Pressure Ulcer Prevention Guidelines. We found statistically significant differences in knowledge regarding pressure ulcer prevention between age groups, length of service, and level of education. Among employees who participated in additional training on this topic and those who did not, the results showed no statistically significant differences. The study shows that nursing staff in nursing homes are well informed about the prevention of pressure ulcer.

Key words: pressure ulcers; bedsores; prevention measures; nursing care; nurses; nursing home

AUTHORS

After graduating from the Secondary School of Nursing in Ljubljana, **Rok Stoševski** continued his studies at the Faculty of Health Sciences at the University of Primorska, where he graduated in 2021. In 2021, he continued his studies at the same faculty in the master's programme in Nursing. As a student he worked as a water rescuer for 3 years, and in the last year he also worked in the COVID intensive care unit.

Urša Susman attended the Secondary School of Nursing in Ljubljana and graduated from the Faculty of Health Sciences in Ljubljana in 2018 with a degree in nursing. After graduation, she began working as a team leader at the DEOS Centre for the Elderly in Notranje Gorice, where she still works today. In 2021, she began her studies in the master's programme in Nursing at the Faculty of Health Sciences at the University of Primorska.

Gordana Šokić is a registered nurse and a student of the master's degree in Nursing at the Faculty of Health Sciences, University of Primorska. For the past 14 years, she

has worked at the Koper Health Centre. Since 2016, she has been actively working in the local community at the Health Education Centre to bring health education content to the general public, especially to vulnerable groups of the population.

Mirko Prosen is a researcher and associate professor at the Faculty of Health Sciences, University of Primorska. He holds a PhD from the Faculty of Arts, University of Maribor. His research interests include sociology of health and illness, women's and family health, transcultural nursing and qualitative research methods. He is involved in several national and European projects.

Sabina Ličen is a researcher and associate professor of nursing at the Faculty of Health Sciences, University of Primorska. Her research interests include health inequalities, transcultural nursing and global health, professional competencies, and the use of innovative methods in nursing education. She is the author of numerous scientific and professional publications.

1 UVOD

Razjeda zaradi pritiska je po mednarodni definiciji lokalizirana poškodba na koži in/ali spodaj ležečem tkivu, običajno nad kostno štrlino. Razjedo povzroči pritisk ali kombinacija pritiska in strižnih sil (Evropsko združenje za razjedo zaradi pritiska – EPUAP, Nacionalno združenje za razjedo zaradi pritiska – NPUAP, Pacifiško združenje za razjedo zaradi pritiska – PPPIA, 2014). Taka poškodba se pogosteje razvijejo pri težje pomičnih bolnikih, ki dalj časa preživijo sede ali leže. Razvoj poteka od rdečine, boleče kože do globokih ran, ki se dolgo časa celijo (Mayo Clinic, 2020). Stopnja prevalence razjed zaradi pritiska v Evropi je po ugotovitvah Moore idr. (2019) razmeroma visoka in se giba med 4,6 % in 27,2 %, pri dolgotrajni oskrbi v različnih državah pa od 3,4 % do 32,4 %, pri čemer moramo upoštevati, da je dostopnost zanesljivih podatkov med državami različna (Anthony idr., 2019). Za posameznika, svojce in skupnost pomeni vsaka razjeda zaradi pritiska slabšo kakovost življenja, zdravljenje pa prinaša tudi visoke stroške (Righi idr., 2020).

Lah (2011) omenja, da so starejši ljudje bolj nagnjeni k nastanku razjede zaradi pritiska, ker imajo tanjšo in krhkejšo kožo, tanjše podkožje, slabšo lokalno imunost in se jim počasnejše celijo rane. Visoka starost, kronične in akutne bolezni ter zdravljenje povečujejo tveganje za nastanek kožnih sprememb, kakršne so razjede zaradi pritiska (Beeckman in sod., 2019). Poleg že omenjenih dejavnikov so oskrbovanci domov za starejše izpostavljeni tveganju tudi zaradi neustrezne prehranjenosti in inkontinence (Coleman in sod., 2013).

Z nacionalnimi smernicami in priporočili za preprečevanje razjed zaradi pritiska je stroka razvila pomemben pripomoček, ki omogoča, da medicinske sestre strokovno obravnavamo to področje, spremljamo novosti in raziskave ter nadgrajujemo znanje (EPUAP/NPIAP/PPPIA, 2019). Pri oskrbi starejših (npr. v

domovih za starejše občane) lahko tim zdravstvene nege predstavlja pomemben člen za preprečevanje nastanka le teh. Pri oskrbi ogroženega posameznika je pomembno, da so vsi sodelujoči dobro informirani. Potrebno je razumeti, kakšne informacije zdravstveno osebje potrebuje, kako jim te informacije zagotoviti in koliko izobraževanje vpliva na preprečitev nastanka razjed zaradi pritiska (Porter-Armstrong in sod., 2018). Ob tem se moramo zavedati, da so za učinkovito preventivo in zdravljenje razjede zaradi pritiska poleg poznavanja nacionalnih smernic pomembni tudi drugi dejavniki, kot so znanje, veščine, socialni vpliv, razmere in sredstva v okolju, sodelovanje in komunikacija, prepričanja o možnostih in posledicah, socialna in profesionalna vloga ter identiteta (Lavallée in sod., 2018). V samem procesu zdravstvene nege ne smemo spregledati, da preprečevanje razjed zaradi pritiska pri ljudeh v domovih za starejše zahteva sistematično načrtovanje oskrbe, ki temelji na dobrem razumevanju tveganj z rednim spremljanjem in ocenjevanjem ter določanjem potreb za vsakega posameznika. Pri tem lahko tim zdravstvene nege s kritično presojo ter prizadevanjem za izboljšanje lastne prakse pripomore, da do razjede sploh ne bo prišlo (Ellis, 2017).

Galvão in sod. (2017) ugotavljajo, da je o preventivi nastanka razjed zaradi pritiska med medicinskimi sestrami in zdravstvenimi delavci zaznan primanjkljaj znanja, kar zahteva usposabljanje teh strokovnjakov. Podobno tudi Dalvand in sod. (2018), ki poročajo o nižjem splošnem znanju medicinskih sester od priporočenega. Pomanjkljivo znanje lahko prispeva k slabši kakovosti zdravstvene nege in povečanemu tveganju za razvoj razjed zaradi pritiska pri pacientih. Gabbalah in Sallah (2021) ugotavljata, da so se znanje in prakse medicinskih sester pri izvajanju oskrbe razjed zaradi pritiska bistveno izboljšale po izobraževalnem programu, saj je prišlo pri bolnikih do znatnega izboljšanja celjenja ran.

Redna usposabljanja in upoštevanje smernic za preprečevanje nastanka razjede zaradi pritiska so lahko koristni pri izboljšanju znanja medicinskih sester in posledično pri zmanjšanju nastajanja razjed zaradi pritiska pri pacientih oz. varovancih.

Ker je znanje zaposlenih v domovih sestavni del dobre oskrbe starostnikov, smo z raziskavo želeli preučiti poznavanje preprečevanja razjed zaradi pritiska. Cilji naše raziskave so bili ugotoviti, kakšno znanje imajo zaposleni v zdravstveni negi domov starejših občanov v Sloveniji na področju preprečevanja razjede zaradi pritiska, ter prepoznati dejavnike, ki vplivajo na znanje o preventivi in ukrepih glede razjed zaradi pritiska.

2 RAZISKAVA

2.1 OPIS INSTRUMENTA

V raziskavi smo uporabili kvantitativno metodologijo z anketiranjem. Spletni vprašalnik smo zasnovali na podlagi izkušenj avtorjev iz prakse in nacionalnih

smernic za obravnavo razjed zaradi pritiska (EPUAP/NPIAP/PPPIA, 2019). Za vsebinsko veljavnost anketnega vprašalnika smo izvedli pilotno raziskavo. Anketiranci so ugotovili, da so vprašanja in trditve v osnovi jasne in razumljive. Z nekaj manjšimi popravki besedila smo oblikovali končno različico.

Vprašalnik je razdeljen na tri sklope (skupno 40 vprašanj in trditev). Prvi sklop vprašalnika vključuje demografske in druge podatke anketirancev. V drugem sklopu se vprašanja in trditve nanašajo na splošno znanje o razjedi zaradi pritiska. Tretji sklop vprašanj zajema 30 trditev, in jih ga anketiranci ocenjevali na podlagi 4-stopenjske Likertove lestvice. Vrednost koeficienta Cronbach alfa znaša 0,825, kar kaže na dobro stopnjo zanesljivosti oziroma dobro notranjo konsistentnost vprašalnika.

Tabela 1: Demografske značilnosti vzorca in pogostost izobraževanj

Spremenljivka	n	%
Spol		
moški	9	9,2
ženski	89	90,8
Starostna skupina		
do 30 let	18	18,4
30–39 let	30	30,6
40–49 let	29	29,6
50 let in več	21	21,4
Dolžina delovne dobe v domu starejših občanov		
manj kot eno leto	3	3,1
1 – 10 let	41	41,8
11 – 20 let	24	24,5
21 – 30 let	19	19,4
več kot 31 let	11	11,2
Izobrazba		
srednješolska poklicna izobrazba / srednješolska strokovna izobrazba	37	37,8
višješolska izobrazba oz. visoka strokovna / univerzitetna dodiplomska izobrazba / 1. bolonjska stopnja	50	51
strokovni magisterij / 2. bolonjska stopnja	11	11,2
Pogostost udeležbe simpozijev, seminarjev, dodatnih izobraževanj na temo preprečevanja in oskrbe razjede zaradi pritiska		
Se še nisem udeležil.	12	12,2
Občasno, manj kot enkrat na leto.	34	34,7
Enkrat na leto.	31	31,6
Vsaj dvakrat na leto.	21	21,4

Legenda: n – število; % – odstotek

2.2 UDELEŽENCI

Za analizo podatkov smo uporabili 98 anket. V tabeli 1 so prikazani podrobnejši demografski podatki anketirancev.

2.3 POSTOPEK ZBIRANJA IN OBDELAVE PODATKOV

Spletni vprašalnik, ki mu je bilo dodano pojasnilo o namenu in načinu izpolnjevanja, je bilo mogoče izpolniti v odprtokodni aplikaciji za spletno anketiranje lka.si v novembru in decembru 2021. Pri izvedbi anketiranja smo za pomoč prosili kontaktne osebe domov starejših občanov in jim na elektronske naslove, ki so dostopni na spletni strani skupnosti socialnih zavodov Slovenije, poslali elektronsko sporočilo, ti pa so ga posredovali zaposlenim v zdravstveni negi.

V procesu zbiranja podatkov se je oblikovala podatkovna baza z odgovori anketirancev brez njihovih imen in priimkov ter elektronskih naslovov, s čimer je bila zagotovljena anonimnost. Pridobljene podatke v celoti izpolnjenih anketnih vprašalnikov smo pozneje uvozili v program IBM SPSS, verzija 22.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, ZDA).

Uporabljene so naslednje statistične metode: deskriptivna statistika (frekvenca, minimum, maksimum, povprečje, standardni odklon), hi-kvadrat test ter zaradi nenormalne porazdelitve podatkov (Kolmogorov - Smirnov test, $p < 0,05$) še Mann-Whitneyev U-test in Kruskal-Wallisov test. Upoštevana stopnja statistične značilnosti je bila 0,05.

3 REZULTATI

3.1 SPLOŠNO ZNANJE IN OBRAVNAVA RAZJED ZARADI PRITISKA

Povprečna ocena anketirancev o znanju o preprečevanju razjed zaradi pritiska je dobra ($= 111,59$, $s = 7,437$), saj so v povprečju dosegli 89,27 %; kar 51 anketirancev je doseglo od 90 do 100 %, 37 anketirancev med 80 % in 89 %, 10 anketirancev pa med 70 % in 79 % točk.

V Tabeli 2 prikazujemo opisno statistiko vprašanj o splošnem znanju glede razjede zaradi pritiska (točkovanje glede na število pravih odgovorov, npr. 1 točka pomeni 1 pravilni odgovor) ter trditve glede zdravstvene nege in oskrbe varovanca s tveganjem za nastanek razjede zaradi pritiska – Obravnavanje razjede

Tabela 2: Opisne značilnosti, rezultati povprečnih vrednosti Likertove lestvice in celotnega vprašalnika

Podskupina	n	Min	Maks		s
vprašalnik o splošnem znanju o RZP	98	2	5	4,09	0,627
obravnavanje RZP	98	89	120	107,50	7,444
celotni vprašalnik	98	93	124	111,59	7,437

Legenda: n – število; Min – minimum; Maks – maksimum; – povprečje; s – standardni odklon

zaradi pritiska (točkovanje glede na Likertovo lestvico, kjer nižje število točk pomeni pomanjkanje znanja o zdravstveni negi in oskrbi varovanca s tveganjem za nastanek razjede zaradi pritiska, višje točke pa obratno).

Rezultati vprašalnika o splošnem znanju o razjedi zaradi pritiska kažejo na dobro znanje ($\bar{x} = 4,09$, $s = 0,627$). Tudi s trditvami glede zdravstvene nege in oskrbe varovanca s tveganjem za nastanek razjede zaradi pritiska so anketiranci pokazali dobro znanje o preprečevanju razjede zaradi pritiska ($\bar{x} = 107,50$, $s = 7,444$).

3.2 VPLIV DEMOGRAFSKIH IN DRUGIH DEJAVNIKOV NA ZNANJE ZAPOSLENIH

V Tabeli 3 smo s pomočjo Mann–Whitneyevega U–testa ugotavljali, ali obstajajo statistično pomembne razlike pri znanju o preprečevanju razjede zaradi pritiska v povezavi z demografskimi podatki.

Tabela 3: Ocena znanja o poznavanju preprečevanja razjede zaradi pritiska v domovih starejših občanov glede na demografske in druge podatke: Mann–Whitneyev U–test

Spremenljivka		<i>s</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Spol				
moški	110,11	6,864	325,500	0,356
ženski	111,74	7,513		

Legenda: – povprečje; s – standardni odklon; U – U vrednost; p – statistična značilnost

Med zaposlenimi v domovih starejših občanov (Tabela 3) ni opaziti statistično značilnih razlik med spoloma ($p = 0,356$) v povezavi s celotnim vprašalnikom o znanju o preprečevanju razjede zaradi pritiska. Povprečne vrednosti odgovorov sicer kažejo, da so ženske ($\bar{x} = 111,74$, $s = 7,513$) v povprečju bolje odgovarjale od moških ($\bar{x} = 110,11$, $s = 6,864$).

V Tabeli 4 smo s pomočjo Kruskal–Wallisovega testa primerjali starostne skupine, dolžino delovne dobe v domu starejših občanov, izobrazbo in pogostost udeležbe simpozijev, seminarjev, dodatnih izobraževanj na temo preprečevanja in oskrbe razjede zaradi pritiska. Ugotavljali smo, med katerimi skupinami se pojavljajo statistično pomembne razlike v znanju preprečevanja nastanka razjede zaradi pritiska.

Ugotovili smo (Tabela 4), da obstajajo statistično pomembne razlike v znanju preprečevanja razjede zaradi pritiska med starostnimi skupinami ($p = 0,018$): boljše rezultate so dosegli starejši zaposleni. Na znanje o preprečevanju razjede zaradi pritiska vpliva tudi dolžina delovne dobe v domu starejših občanov ($p = 0,027$): boljše so odgovarjali dlje časa zaposleni anketiranci. Ravno tako izobrazba vpliva na znanje o preprečevanju razjede zaradi pritiska ($p = 0,041$): boljše rezultate so pokazali zaposleni s strokovnim magisterijem iz zdravstvene nege.

Nismo pa ugotovili statistično pomembnih razlik med anketiranci, ki se udeležujejo simpozijev, seminarjev, dodatnih izobraževanj na temo preprečevanja in oskrbe razjede zaradi pritiska in tistimi, ki se ne ($p = 0,167$).

Tabela 4: Ocena znanja o poznavanju preprečevanja razjede zaradi pritiska v domovih starejših občanov glede na demografske in druge podatke: Kruskal-Wallis test

Spremenljivka		s	H	p
Starostna skupina			10,090	0,018
do 30 let	108,78	6,385		
30 – 39 let	111,20	8,536		
40 – 49 let	111,97	7,683		
50 let in več	114,90	4,504		
Dolžina delovne dobe v domu starejših občanov			10,922	0,027
manj kot eno leto	109,00	8,660		
1 – 10 let	108,63	8,363		
11 – 20 let	114,54	5,778		
21 – 30 let	112,74	5,989		
več kot 31 let	114,91	5,205		
Izobrazba			6,383	0,041
srednješolska poklicna izobrazba / srednješolska strokovna izobrazba	110,24	7,061		
višješolska izobrazba oz. visoka strokovna / univerzitetna dodiplomska izobrazba / 1. bolonjska stopnja	111,82	7,436		
strokovni magisterij / 2. bolonjska stopnja	115,09	8,105		
Pogostost udeležbe simpozijev, seminarjev, dodatnih izobraževanj na temo preprečevanja in oskrbe razjede zaradi pritiska			5,062	0,167
Se še nisem udeležil.	110,86	7,709		
Občasno, manj kot enkrat na leto.	113,71	7,489		
Enkrat na leto.	110,21	7,611		
Vsaj dvakrat na leto.	111,33	5,774		

Legenda: – povprečje; s – standardni odklon; H – H vrednost; p – statistična značilnost

3.3 OBRAVNAVA RAZJED ZARADI PRITISKA

Anketiranci so v 95,9 % (94 anketirancev) potrdili, da imajo varovanci narejen individualiziran načrt za preprečevanje razjede zaradi pritiska. V 99 % (97 anketirancev) so bili enotni, da je pri oskrbovancu, kjer obstaja večja možnost za nastanek razjede zaradi pritiska potrebno obveščati svojce, v 96,9 % (95 anketirancev), da bi se oskrba lahko izboljšala, če bi v zdravstveni negi imeli na razpolago več zaposlenih in v 92,9 % (91 anketirancev), če bi imeli več časa za oskrbo varovancev. Pri vprašanju o oceni zadostnega znanja glede ukrepov za preprečevanje razjede

zaradi pritiska je 80,6 % anketirancev (79) ocenilo, da njihovo znanje ni zadostno, le 19,4 % (19) pa je bilo takih, ki so ocenili, da imajo znanja dovolj.

4 RAZPRAVA

V raziskavi smo ugotavljali kakšno je poznavanje preprečevanja razjede zaradi pritiska med zaposlenimi v zdravstveni negi v domovih za starejše občane. Rezultati kažejo, da imajo sodelujoči v raziskavi dobro znanje o preprečevanju razjede zaradi pritiska.

Saleh in sod. (2019) razkrivajo nezadovoljivo znanje o preprečevanju in zdravljenju ter neustrezno izvajanje preventive in zdravljenja razjed zaradi pritiska pri medicinskih sestrah v bolnišničnem okolju. Pri oskrbi razjed zaradi pritiska se kaže vrzel med znanjem in implementacijo le-tega, saj je skoraj tri četrtine anketirancev imelo znanje o preventivi razjede zaradi pritiska, a le malenkost manj kot polovica medicinskih sester to znanje uporablja v praksi. Še nekoliko manj pa je bilo takih, ki znanje o oskrbi in zdravljenju razjed zaradi pritiska sicer imajo, pa ga v prakso ne aplicirajo. Nizko znanje o preprečevanju razjede zaradi pritiska pri medicinskih sestrah in negovalcih v domovih starejših občanov so ugotovili Demarre in sod. (2011), Gedamu in sod. (2021) pa predvsem nizko raven splošnega znanja glede preventive nastanka razjede zaradi pritiska med etiopskimi medicinskimi sestrami. Teh ugotovitev v naši raziskavi ne moremo potrditi, saj je bilo iz rezultatov razvidno dobro poznavanje ukrepov za preprečevanje razjed zaradi pritiska. Kako je z dejansko implementacijo v praksi naša raziskava ni ugotavljala. Sengul in Taradag (2020) so zaznali višjo povprečno stopnjo znanja pri medicinskih sestrah, ki spremljajo razvoj preventive razjede zaradi pritiska, več kot polovica pa je izpostavila, da se izobraževanj ter drugih načinov pridobivanja znanja, kot so branje knjig, prispevkov in člankov na tem področju, ne poslužuje.

Pomemben podatek je tudi ta, da se večina anketirancev izobražuje na temo preprečevanja razjede zaradi pritiska; več kot polovica je takih, ki se simpozijev in seminarjev udeležuje vsaj enkrat letno in pogosteje. Proti pričakovanjem pa pomembnih razlik med anketiranci, ki se udeležujejo seminarjev in se dodatno izobražujejo v naši raziskavi nismo zaznali, prav tako ne med spoloma. Upoštevati moramo, da je bilo udeležencev, ki se izobraževanj še niso udeležili, dejansko zelo malo, vzrok za ta rezultat pa je lahko tudi v majhnem vzorcu, kjer se razlika statistično ni pokazala. Z vprašalnikom morda tudi nismo najboljše pokrili povezave med tema dvema področjema. Že osvojena in na izobraževanjih pridobljena nova znanja zaposleni pogosto prenašajo na ostale zaposlene, kar v praksi pomeni, da določen del znanj pridobijo tudi tisti, ki se izobraževanja ne udeležijo. Wubante in sod. (2022) pravijo, da je praksa izmenjave znanja odvisna od ozaveščenosti, pripravljenosti, dostopa do informacijske tehnologije, priložnosti in motivacije,

zato morajo po njihovem mnenju oblikovalci politik svoja prizadevanja usmeriti v ozaveščanje, razvoj motivacijskih programov in izvajanje celovite informacijsko-komunikacijske tehnologije, da bi zdravstvene delavce spodbudili k izmenjavi znanja in izboljšali splošno kakovost zdravstvenih storitev.

Ugotovili smo, da so starejši in dlje časa zaposleni izkazali boljše poznavanje preventivnih ukrepov razjede zaradi pritiska, medtem ko Barakat-Johnson in sod. (2018) povezave med leti izkušenj ter znanjem niso odkrili. So pa Targari in sod. (2018) in Li in sod. (2018) poročali o povezavi med delovnimi izkušnjami in znanjem, ki so ga imeli več starejši anketiranci z več letnimi izkušnjami.

Prav tako so zaposleni z zaključeno magistrsko izobrazbo v domovih starejših občanov izkazali boljše poznavanje preventivnih ukrepov. V raziskavi De Mayer in sod. (2019) so rezultati glede višje ravni izobrazbe in obiskovanj izobraževanj o razjedi zaradi pritiska ali oskrbi ran na splošno povzročili znatno višje skupne ocene znanja glede preprečevanja nastanka le teh. V nasprotju pa raziskava Ebi in sod. (2019) ni pokazala bistvene razlike ocene znanja med stopnjo izobrazbe. Med drugim so avtorji ugotovili, da so pomanjkanje naprav za razbremenitev pritiska, premalo osebja in usposabljanj najpogosteje navedene ovire, ki se pojavljajo v praksi pri preprečevanju razjede zaradi pritiska. V poročilu projekta z naslovom Protokol oskrbe razjed zaradi pritiska v domu starejših občanov (n. d.), v katerem so sodelovali študenti Univerze Fakultete za zdravstvene vede v Novem mestu in Dom starejših občanov Novo mesto, je bilo zabeleženo, da zaposleni v domu za starejše, kjer se je projekt izvajal, standardiziranih postopkov zdravstvene nege ne izvajajo, kar delno vpliva na preprečevanje nastanka razjed zaradi pritiska. V naši raziskavi se je večina anketirancev strinjala, da bi se oskrba razjed zaradi pritiska lahko izboljšala, če bi imeli dovolj kadra v zdravstveni negi in več časa za oskrbo.

Po odgovorih anketirancev lahko tudi sklepamo, da imajo v večini domov za starejše, ki so sodelovali v raziskavi, narejene individualizirane načrte za preprečevanje razjede zaradi pritiska. Ob večjem tveganju za nastanek razjed zaradi pritiska pa so enotni, da je o tem potrebno informirati svojce. Predlog standardnih postopkov oskrbe akutnih in kroničnih ran (Čuček in sod., 2019), ki ga je pripravila delovna skupina za oskrbo kroničnih ran, predvideva tudi vključevanje svojcev v obravnavo, pri čemer je pomembno, da jih medicinske sestre poučijo o pomenu in ukrepih pri preventivi razjed zaradi pritiska, kar ugotavlja tudi Šturm (2016).

Anketiranci so v večini ocenili, da njihovo znanje glede ukrepov za preprečevanje razjed zaradi pritiska ni zadostno, le slaba petina je bila takih, ki so ocenili, da imajo zadostno znanje. Anaba-Wright in Kefas (2020) navajata, da imajo zaposleni v domovih za starejše redko dostop do usposabljanj za preprečevanje in obvladovanje razjed zaradi pritiska med varovanci. V naši raziskavi sicer na podlagi odgovorov anketirancev tega nismo ugotovili, pa vendar rezultati

nakazujejo na dvome v lastno znanje ali slabo samopodobo zaposlenih. Ob tem zaznavamo potrebo po pogostejših praktičnih in na nacionalni ravni organiziranih letnih usposabljanjih, izobraževanjih z utrjevanjem in preverjanjem znanja glede preprečevanja in obvladovanja razjed zaradi pritiska ter implementaciji teoretičnih spoznanj v prakso.

Omejitve naše raziskave se kažejo v majhnem vzorcu ter v večjem deležu medicinskih sester z visoko izobrazbo med anketiranci; pri preventivnih dejavnostih v obravnavi razjede zaradi pritiska namreč sodelujejo zaposleni v zdravstveni negi z različno stopnjo izobrazbe, pri čemer je načrtovanje zdravstvene nege v domeni diplomirane medicinske sestre, aktivnosti pa najpogosteje izvaja negovalno osebje s srednješolsko poklicno in strokovno izobrazbo. Dobljenih rezultatov zato ne moremo posploševati na celotno populacijo zaposlenih v zdravstveni negi v domovih starejših občanov. Podatkov, s katerimi bi lahko primerjali poznavanje preventivnih ukrepov med zaposlenimi in pojavnost razjed zaradi pritiska v domovih starejših v Sloveniji, nismo našli, čeprav je pojavnost razjed zaradi pritiska kazalnik kakovosti ustanov, kjer se s tem problemom srečujejo.

5 SKLEPNA SPOZNANJA

Zadostno znanje o preprečevanju razjed zaradi pritiska je ključnega pomena pri kakovostni obravnavi starejših v domovih. V raziskavi smo ugotovili, da so anketiranci v domovih za starejše o tem prikazali dobro znanje. Boljše znanje je bilo povezano z višjo stopnjo izobrazbe in daljšo delovno dobo, ne pa s pogostostjo izobraževanj. Redno teoretično in praktično izobraževanje zaposlenih v zdravstveni negi o vzrokih nastanka, preprečevanju in zdravljenju razjede zaradi pritiska je pomembno za dobro in učinkovito oskrbo varovancev, ki imajo večje tveganje za nastanek razjede zaradi pritiska. Za implementacijo znanja v prakso, zaupanje v lastno znanje in motivacijo je potrebno omogočiti izobraževanja vsem zaposlenim v zdravstveni negi ne glede na stopnjo izobrazbe ter ustrezno komunikacijo in sodelovanje med zaposlenimi, hkrati pa zagotoviti tudi zadostno število zaposlenih na področju zdravstvene nege, ki bodo varovancem lahko posvetili več časa in s tem boljšo oskrbo.

V prihodnje bi lahko ob kvantitativni raziskavi, ki bi zajela večji vzorec anketirancev vseh nivojev izobrazbe v zdravstveni negi, izvedli tudi kvalitativno raziskavo, s katero bi pridobili uvid v to, kako se znanje, ki ga imajo zaposleni, kaže pri izvajanju preprečevanja in oskrbe razjede zaradi pritiska v praksi, spoznanja pa vključili v protokol o preprečevanju nastanka in oskrbe razjed zaradi pritiska v domovih starejših v našem okolju.

LITERATURA

- Anaba-Wright U. in Kefas J. (2020). Reducing pressure ulcers in care homes in Barnet: a quality improvement project. *British Journal of Community Nursing*, 25(9), S33–S37. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.12.015>
- Anthony D., Alosoumi D. in Safari R. (2019). Prevalence of pressure ulcers in long-term care: A global review. *Journal of Wound Care*, 28(11), 702–709. <https://doi.org/10.12968/jowc.2019.28.11.702>
- Barakat-Johnson M., Barnett C., Wand T. in White K. (2018). Knowledge and Attitudes of Nurses Toward Pressure Injury Prevention: A Cross-Sectional Multisite Study. *Journal of wound, ostomy, and continence nursing: official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society*, 45(3), 233–237. <https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000430>
- Beeckman D., Serraes B., Anrys C., Van Tiggelen H., Van Hecke A. in Verhaeghe S. (2019). A multicentre prospective randomised controlled clinical trial comparing the effectiveness and cost of a static air mattress and alternating air pressure mattress to prevent pressure ulcers in nursing home residents. *International journal of nursing studies*, 97, 105–113. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.05.015>
- Coleman S., Gorecki C., Nelson E. A., Closs S. J., Defloor T., Halfens R., Farrin A., Brown J., Schoonhoven L. in Nixon J. (2013). Patient risk factors for pressure ulcer development: Systematic review. *International journal of nursing studies*, 50(7), 974–1003. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.019>
- Čuček I., Frangež I., Jelen A., Jovišić I., Mertelj O., Rigler N., Krišelj T., Planinšek Ručigaj T., Slak M., Urbančič Rovani V., Tomažič M., Vilar V. in Tičar Z. (2019). Razjeda zaradi pritiska, str. 64. V: *Standardni postopki oskrbe akutne in kronične rane*. <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/Javne-objave/Javne-razprave/Standardni-postopki-oskrbe-akutne-in-kronicne-rane.docx>
- Dalvand S., Ebadi A. in Gheshlagh R. G. (2018). Nurses' knowledge on pressure injury prevention: a systematic review and meta-analysis based on the Pressure Ulcer Knowledge Assessment Tool. *Clinical, cosmetic and investigational dermatology*, 11, 613–620. <https://doi.org/10.2147/CCID.S186381>
- De Meyer D., Verhaeghe S., Van Hecke A. in Beeckman D. (2019). Knowledge of nurses and nursing assistants about pressure ulcer prevention: A survey in 16 Belgian hospitals using the PUKAT 2.0 tool. *Journal of tissue viability*, 28(2), 59–69. <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2019.03.002>
- Demarré L., Vanderwee K., Defloor T., Verhaeghe S., Schoonhoven L. in Beeckman D. (2012). Pressure ulcers: knowledge and attitude of nurses and nursing assistants in Belgian nursing homes. *Journal of clinical nursing*, 21(9-10), 1425–1434. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03878.x>
- Ebi W.E., Hirko G. F. in Mijena D. A. (2019). Nurses' knowledge to pressure ulcer prevention in public hospitals in Wollega: a cross-sectional study design. *BMC Nursing* 18, 20. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0346-y>
- Ellis M. (2017). Pressure ulcer prevention in care home settings. *Nursing Older People*, 29(3), 29–37. <https://doi.org/10.7748/nop.2017.e906>
- European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel in Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (2019). Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Quick Reference Guide. V: E. Haesler (ured.). *Heel pressure injures*. http://www.internationalguideline.com/static/pdfs/Quick_Reference_Guide-10Mar2019.pdf
- Gaballah S. in Salah El-Deen D. (2021). *Pressure Injury Care Program Effects on Nurse's Performance and Patients' Pressure Injury Wound Healing Outcomes*. <http://dx.doi.org/10.12691/ajnr-9-3-2>
- Galvão N. S., Serique M. A., Santos V. L., in Nogueira P. C. (2017). Knowledge of the nursing team on pressure ulcer prevention. *Revista brasileira de enfermagem*, 70(2), 294–300. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0063>
- Gedamu H., Abate T., Ayalew E., Tegenaw A., Birhanu M. in Tafere Y. (2021). Level of nurses' knowledge on pressure ulcer prevention: A systematic review and meta-analysis study in Ethiopia. *Heliyon*, 7(7), e07648. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2021.e07648>
- Lah A. (2011). Patofiziologija nastanka RZP, str. 16–25. V: V. Vilar (ured.). *Evropske smernice za preventivo in oskrbo razjede zaradi pritiska. Strokovno izobraževanje z učnimi delavnicami, Portorož, marec 2011*. Ljubljana: Društvo za oskrbo ran Slovenije – DORS.

- Lavallée J. F., Gray T. A., Dumville J. in Cullum N. (2018). Barriers and facilitators to preventing pressure ulcers in nursing home residents: A qualitative analysis informed by the Theoretical Domains Framework. *International Journal of Nursing Studies*, 82, 79–89. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.12.015>
- Li Z., Zhou X., Cao J., Li Z [Zheng], Wan X., Li J., Jiao J., ... Wu X. (2018). Nurses' knowledge and attitudes regarding major immobility complications among bedridden patients: A prospective multicentre study. *Journal of clinical nursing*, 27(9-10), 1969–1980. <https://doi.org/10.1111/jocn.14339>
- Mayo Clinic. (2020). *Bedsore (pressure ulcer)*. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/bedsores/symptoms-causes/syc-20355893> (10. oktober, 2021).
- Moore Z., Avsar P., Conaty L., Moore D. H., Patton D., in O'Connor T. (2019). The prevalence of pressure ulcers in Europe, what does the European data tell us: A systematic review. *Journal of Wound Care*, 28(11), 710–719. <https://doi.org/10.12968/jowc.2019.28.11.710>
- National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. (2014). E. Haesler (ured.). *Cambridge Media*: Osborne Park, Australia. https://cdn.ymaws.com/npiap.com/resource/resmgr/2014_guideline.pdf
- Porter-Armstrong A. P., Moore Z. E., Bradbury I. in McDonough S. (2018). Education of healthcare professionals for preventing pressure ulcers. *The Cochrane database of systematic reviews*, 5(5), CD011620. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011620.pub2>
- Righi L., Ourahmoune A., Bénédicte N., Rae A.-C., Courvoisier D. S. in Chopard P. (2020). Effects of a pressure-ulcer audit and feedback regional programme at 1 and 2 years in nursing homes: A prospective longitudinal study. *PloS One*, 15(5), e0233471. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233471>
- Saleh M., Papanikolaou P., Nassar O. S., Shahin A., in Anthony D. (2019). Nurses' knowledge and practice of pressure ulcer prevention and treatment: An observational study. *Journal of tissue viability*, 28(4), 210–217. <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2019.10.005>
- Sengul T. in Karadag A. (2020). Determination of nurses' level of knowledge on the prevention of pressure ulcers: The case of Turkey. *Journal of tissue viability*, 29(4), 337–341. <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2020.06.005>
- Šturm I. (2016). *Pomen vključevanja svojcev v oskrbo kronične rane pacientov v patronažnem zdravstvenem varstvu. Diplomsko delo*. Fakulteta za zdravstvo Jesenice.
- Tirgari B., Mirshekari L. in Forouzi M. A. (2018). Pressure Injury Prevention: Knowledge and Attitudes of Iranian Intensive Care Nurses. *Advances in skin & wound care*, 31(4), 1–8. <https://doi.org/10.1097/01.ASW.0000530848.50085.ef>
- Univerza Novo mesto, Fakulteta za zdravstvene vede. (n.d.). *Projekt: Protokol oskrbe razjed zaradi pritiska v domu starejših občanov*. <https://www.srips-rs.si/storage/app/media/RAZVOJ%20KADROV/PAK/Projekti%202017%202018/Novo%20mesto/130103uni-nm-fzv.pdf> (2. januar, 2022).
- Wubante S. M., Tegegne M. D., Melaku M. S., Walle A. D. in Demsash A. W. (2022). Knowledge sharing practice and its associated factors among health professionals in Ethiopia: Systematic review and meta-analysis. *Informatics in Medicine Unlocked*, 31(3), 100967. <https://doi.org/10.1016/j.imu.2022.100967>

Naslavi avtorjev:

Rok Stoševski: 972101571@student.upr.si

Urša Susman: 97210481@student.upr.si; ursa.susman@deos.si

Gordana Šokić: gordana.sokic@zd-koper.si; 97210490@student.upr.si

Mirko Prosen: mirko.prosen@fvz.upr.si

Sabina Ličen: sabina.licen@fvz.upr.si

Mateja Berčan

Vpliv ZZZS na izvajanje paliativne zdravstvene nege v patronažnem varstvu

POVZETEK

V prispevku predstavljamo stališča patronažnih medicinskih sester o vplivu Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) na izvajanje paliativne zdravstvene nege v patronažnem varstvu. Z anketnim vprašalnikom smo pri 181 patronažnih medicinskih sestrah zbrali in z relevantnimi kvantitativnimi metodami statistično analizirali podatke. Ugotovili smo, da so Pravila in Navodila ZZZS ena izmed ovir za kakovostno izvajanje paliativne zdravstvene nege v patronažnem varstvu.

Ključne besede: paliativna zdravstvena nega, izvajanje storitev, ovire, patronažna zdravstvena nega

AVTORICA

Doc. dr. Mateja Berčan je nosilka dejavnosti patronaže in zdravstvene nege na domu. Zaključila je specializacijo iz gerontološke zdravstvene nege na Fakulteti za zdravstvene vede Univerze Maribor, doktorirala na AMEU-ECM iz socialne gerontologije. Poleg patronažne zdravstvene dejavnosti na terenu je dejavna tudi na raziskovalnem in pedagoškem področju.

ABSTRACT

The impact of the Health Insurance Institute of Slovenia on the provision of palliative care in residential care

In this paper, we present the views of community nurses on the influence of the Health Insurance Institute of Slovenia on the implementation of palliative nursing care in community nursing care. We collected data from 181 community nurses using a questionnaire and statistically analyzed the data using relevant quantitative methods. We found that the Rules and Instructions of the ZZZS represent one of the obstacles to the quality implementation of palliative nursing care in community nursing care.

Key words: palliative nursing, realization of services, obstacles, community nursing care

AUTHOR

Associate Professor Mateja Berčan is responsible for community and home nursing. She completed her specialisation in gerontological nursing at the Faculty of Health Sciences, University of Maribor, and her PhD in social gerontology at

AMEU-ECM. In addition to her field-based activities, she is also active in the field of research and teaching.

1 TEORETIČNA IZHODIŠČA

Sodobna znanost daje vse večji poudarek razvijanju paliativne oskrbe v domačem okolju. Pacient v tem primeru lahko ostane doma, aktivno vlogo prevzamejo svojci. Čas obravnave pacienta in aktivnega vključevanja svojcev v oskrbo omogoči bližnjim in pacientu pripravo na zadnje slovo in prepreči občutek nemoči. Zato je glavna usmeritev izvajanja paliativne oskrbe omogočiti posamezniku umirati in umreti v domačem okolju, med svojimi najbližjimi. Njen namen je izboljšati kakovost življenja pacienta in njegovih bližnjih s preventivo in lajšanjem spremljajočih simptomov tako, da jih zgodaj prepoznamo, ocenimo in obravnavamo. Lajšanje spremljajočih simptomov ni omejeno le na telesne simptome, temveč zajema tudi psihosocialne in duhovne stiske in težave (Peternel, 2008).

Paliativna zdravstvena nega je posebno področje zdravstvene nege in oskrbe, ki temelji na značilnostih in ciljih paliativne oskrbe. Paliativna zdravstvena nega je celostna zdravstvena nega pacientov z napredujočo in neozdravljivo boleznijo. Za kakovostno izvajanje paliativne zdravstvene nege so poleg dodatnega strokovnega znanja potrebne ustrezne komunikacijske spretnosti in vedenjske ter osebne lastnosti izvajalcev paliativne zdravstvene nege, ki so v skladu z značilnostmi paliativne oskrbe (Ministrstvo za zdravje, 2010). Paliativna zdravstvena nega je tudi eno izmed področij dela v patronažnem varstvu.

Patronažno varstvo je posebna oblika zdravstvenega varstva, ki opravlja aktivno zdravstveno in socialno obravnavo posameznika, družine in skupnosti. Zanj je značilen terenski koncept dela. Temeljna področja dela v patronažnem varstvu so zdravstveno-socialna obravnava posameznika, družine in skupnosti, zdravstvena nega nosečnice, otročnice in novorojenčka na domu ter zdravstvena nega in oskrba pacienta na domu. Zdravstveno socialno obravnavo posameznika, družine in skupnosti ter zdravstveno nego otročnice in novorojenčka uvrščamo med preventivne obravnave, zdravstveno nego pacienta na domu pa med kurativne obravnave.

V Državnem programu paliativne oskrbe ima zdravstvena nega v patronažnem varstvu pomembno mesto. Patronažne medicinske sestre so v mreži izvajalcev paliativne oskrbe navedene kot članice osnovnega in tudi specialističnega paliativnega tima na primarni ravni (Ministrstvo za zdravje, 2010).

Vodja osnovnega paliativnega tima je zdravnik družinske medicine, ki skrbi za pravočasno in učinkovito obravnavo vseh simptomov, svojce pa seznaja s spremembami v razvoju bolezni (Červek, 2010). V domačem okolju sodeluje s patronažno medicinsko sestro, s katero je ves čas obravnave paliativnega pacienta strokovno povezan.

Patronažna medicinska sestra je tista, ki po odpustu bolnika iz bolnišnice običajno pride prva v družino in oceni potrebe pacienta in njegovih svojcev ter se poveže z družinskim zdravnikom (Metlikovič, 2011).

Dobro koordinirana paliativna oskrba na domu pripomore k temu, da se zmanjšajo nepotrebni sprejemi umirajočih v bolnišnice, če pa do sprejema vendarle pride, imajo umirajoči možnost, da se hitreje vrnejo v domačo oskrbo (Department of Health, 2008).

Ena izmed študij je dokazala, da patronažne medicinske sestre porabijo do 40 odstotkov delovnega časa za izvajanje zdravstvene nege pri paliativnih in umirajočih pacientih, kljub temu da le-ti predstavljajo le 8 odstotkov vseh, ki potrebujejo patronažno zdravstveno nego na domu (Department of Health, 2008).

1.1 PALIATIVNE OBRAVNAVE V PATRONAŽNI ZDRAVSTVENI NEGI – VIDIK ZAVODA ZA ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE SLOVENIJE (ZZZS)

Storitve patronažnega varstva se v celoti pokrivajo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Vse do leta 2015 je za patronažno dejavnost in nego na domu veljal točkovni sistem, po katerem so bili vsi patronažni obiski enako točkovno vrednoteni, ne glede na vsebino ali trajanje patronažnega obiska. Spreminjala se je samo vrednost točke.

Patronažno zdravstveno varstvo in nega na domu sta bila do leta 2015 pri financiranju zdravstvenega varstva (ZZZS, 2014) uvrščena med druge zdravstvene programe, ki se obračunavajo po posebnem katalogu storitev, imenovanem Enotni seznam zdravstvenih storitev in samoupravni sporazum o njegovi uporabi v svobodni menjavi dela (Zelena knjiga) (Zdravstvena skupnost Slovenije, 1982). Seznam storitev v dejavnosti patronaže in nege na domu je bil s 1. 1. 2015 spremenjen in vsebinsko dopolnjen. Patronažna dejavnost se ne vrednoti več na podlagi plana in vrednosti točke, ampak na podlagi števila posameznih obravnav, ki so vrednotene po ceniku. Izvajalec plačniku na podlagi Navodil o beleženju in zaračunavanju zdravstvenih storitev (ZZZS, 2015) še vedno lahko zaračuna le obravnave v okviru pogodbenega dogovorjenega programa, medtem ko storitve, ki presegajo plan in niso dodatno dogovorjene s plačnikom, zaradi omejenih finančnih sredstev niso plačane.

Splošni dogovor za posamezno pogodbeno leto je temeljni akt, na podlagi katerega izvajalci dejavnosti patronaže in zdravstvene nege na domu sklepajo pogodbe z ZZZS. Splošni dogovor je v skladu s pravnimi podlagami sicer rezultat partnerskih pogajanj med predstavniki izvajalcev, Ministrstvom za zdravje in ZZZS. Partnerji se pogajajo in dogovarjajo o obsegu zdravstvenih storitev in sredstvih za plačilo na državni ravni.

Leta 2013 je ZZZS v sodelovanju s Sekcijo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti pristopil k spreminjanju modela obračunavanja

storitev za dejavnost patronažne službe in nege na domu, saj obstoječi seznam storitev ni odseval dejanske vsebine opravljenega dela (Krajnc, 2016).

Spremenil se je seznam storitev, ki jih izvajalci lahko zaračunajo ZZZS kot obravnave, hkrati pa so na novo določili tudi cene posameznih primerov obravnav. Novi model obračunavanja storitev se je približal priporočilom stroke glede delitve dela v timu patronažnega varstva in kompetenc, ki jih imata diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu in zdravstveni tehnik, zaposlen v patronažnem varstvu, kar omogoča tudi boljšo preglednost nad vsebino dela patronažnega varstva.

Pri obračunu zdravstvenih storitev morajo izvajalci zdravstvenih storitev uporabljati šifrante in povezovalne šifrante, s čemer se zagotavlja enotno evidentiranje podatkov. Šifranti so priloga k Navodilu o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev in izdanih materialov. Patronažne medicinske sestre v okviru svojih obravnav izvajajo in obračunavajo tudi paliativno zdravstveno nego in oskrbo pacienta. Paliativna zdravstvena nega in oskrba pacienta se beleži in obračuna, kadar patronažna medicinska sestra opravi kurativni obisk v skladu z delovnim nalogom, ki ga je izdal zdravnik in na katerem je posebej označeno, da je pacient opredeljen kot paliativni pacient in potrebuje paliativno oskrbo.

2. RAZISKAVA

Osrednje raziskovalno vprašanje je, ali Pravila in Navodila ZZZS ovirajo izvajanje paliativne zdravstvene nege v patronažnem varstvu.

2.1 VZOREC

V raziskovalni vzorec smo vključili 181 strokovnjakov s področja patronažne zdravstvene nege. Vzorec predstavlja 28,3 odstotka vseh diplomiranih in višjih medicinskih sester, zaposlenih v patronažnem varstvu v Sloveniji. Vzorec je raznolik, zajema vsa regijska območja Slovenije ter vse organizacijske oblike delovanja patronažnih medicinskih sester.

2.2 METODOLOGIJA

Izbrali smo kvantitativno metodologijo. Metoda zbiranja podatkov v naši raziskavi je bila anketa, ki je v družboslovni znanosti eden od osrednjih raziskovalnih pristopov. Kot instrument smo uporabili anketni vprašalnik, razvit za potrebe naše raziskave. Vprašanja smo oblikovali na podlagi študija literature (Koffman, 2013; Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2015; Chang et al., 2012) in lastnih izkušenj pri delu s pacienti v procesu paliativne oskrbe. V enem od vprašanj smo izpostavili tudi vpliv Navodil in Pravil ZZZS na izvajanje paliativne zdravstvene nege v patronažnem varstvu.

2.3 METODA OBDELAVE IN ANALIZE PODATKOV

Podatke iz raziskave, pridobljene na podlagi anketnega vprašalnika, smo prepisali v računalniško bazo podatkov. Obdelali smo jih s pomočjo statističnega programa SPSS. Pri tem smo uporabili kvantitativne statistične metode – metodo analize, sinteze in generalizacije. Podatke smo prikazali v obliki grafov in tabel s programom MS Excel. V prvi fazi analize smo zbrane trditve analizirali z metodami deskriptivne statistike in jih grafično prikazali v obliki opisnih statistik ali frekvenčnih porazdelitev, s katerimi smo interpretirali vsako posamezno vprašanje iz anketnega vprašalnika.

3. REZULTATI

3.1 IZVAJANJE STORITEV PALIATIVNE ZDRAVSTVENE NEGE V PATRONAŽNEM VARSTVU

Glede na raziskovalni problem smo anketiranim patronažnim medicinskim sestram zastavili vprašanje: »Ali menite, da Navodila in Pravila ZZZS ovirajo vaše delo v paliativni zdravstveni negi?«

Tabela 1: Frekvenčna porazdelitev trditev o vplivu Navodil in Pravil ZZZS na izvajanje storitev paliativne zdravstvene nege

		frekvenčna porazdelitev	odstotki	veljavni odstotki
vrednosti	da	172	95	
	ne	9	5	
	skupaj	181	100,0	100,0

Vir: lastni vir

Na vprašanje o vplivu Navodil in Pravil ZZZS na izvajanje storitev paliativne zdravstvene nege je kar 172 vprašanih oziroma 95 % vseh anketiranih menilo, da Navodila in Pravila ZZZS ovirajo izvajanje storitev paliativne zdravstvene nege v patronažnem varstvu; le 9, to je 5 %, jih je menilo, da Navodila in Pravila ZZZS ne ovirajo dela v paliativni zdravstveni negi v patronažnem varstvu.

4. RAZPRAVA IN ZAKLJUČKI

Iz rezultatov raziskave je razvidno, da so Pravila in Navodila ZZZS ena izmed ovir za kakovostno izvajanje storitev paliativne zdravstvene nege v patronažnem varstvu. Iz podatkov ZZZS o izvedenih paliativnih obravnavah posameznih izvajalcev patronažnega varstva je razvidno, da je do leta 2019 zaznati trend upadanja paliativnih obravnav, ki pa po mnenju stroke ne odraža realne situacije na terenu. Patronažne medicinske sestre lahko evidentirajo in posledično obravnavajo paliativno obravnavo samo na podlagi delovnega naloga, kjer je jasno

Slika 1: Model vpliva Pravil in Navodil ZZZS na izvajanje storitev paliativne zdravstvene nege v patронаžnem varstvu



Vir: lastni vir

zapisano, da se pri določenem pacientu izvajajo storitve paliativne zdravstvene nege, kar se pa v praksi velikokrat ne zgodi. Paliativne storitve se v patronažni dejavnosti evidentirajo šele od leta 2013, njihovo zanemarljivo število pa verjetno lahko pripišemo dejstvu, da je veliko število obiskov, ki so po vsebini paliativni, evidentiranih kot ponovne kurativne obravnave. Razlog pa lahko iščemo tudi v pomanjkanju znanja o paliativni oskrbi in posledičnem ne-evidentiranju paliativne zdravstvene nege na delovnem nalogu.

Tabela 3: Realizacija paliativnih obravnav v patronažnem varstvu v obdobju od 2015 do 2019

2015	2016	2017	2019
paliativne obravnave	paliativne obravnave	paliativne obravnave	paliativne obravnave
24.528	19.988	16.083	15.174

Vir: podatki ZZZS

Dejstvo je tudi, da Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije v svojem obračunskem modelu nabora storitev v patronažnem varstvu nima zajetega obračuna storitev obiska primarnega skrbnika in družine umrlega. Delovni nalog, ki je podlaga za obračun storitev paliativne zdravstvene nege v patronažnem varstvu, je vezan na pacienta in ne na svojce oziroma družino in s smrtjo pacienta izgubi svojo veljavnost. V praksi pa se je velikokrat izkazalo, da bi bili potrebni obiski svojcev umrlega, saj je mnogokrat zaznati patološko žalovanje predvsem pri primarnih skrbnikih.

Iz navedenega sledi, da so za kvalitetno in učinkovito paliativno obravnavo potrebna dodatna strokovna znanja in spremembe pri beleženju in obračunavanju

storitev paliativne zdravstvene nege v patronažnem varstvu. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije bi moral predpisovalcem storitev patronažne zdravstvene nege dati jasna navodila glede izpolnjevanja delovnega naloga. Trenutno navodila, kako je potrebno pravilno izpolniti delovni nalog, tako za kurativne obravnave kot tudi za paliativno oskrbo in oskrbo v zadnjem obdobju življenja v patronažnem varstvu, ne obstajajo. Morda bi bilo dobro razmisliti tudi o ukinitvi delovnega naloga v tiskani obliki in vzpostaviti elektronsko obliko predpisovanja storitev v patronažnem varstvu.

LITERATURA

- Chang E, Bidewell J, Hancock K, Johnson A in Esterbrook S. (2012). Community palliative care nurse experiences and perceptions of follow-up bereavement support visits to carers. *International Journal of Nursing Practice*, 18(4): 332-339.
- Department of Health. (2008). *End of Life Care Strategy – promoting high quality care for all adults at the end of life*. London. Dostopno na: <https://www.gov.uk/government/publications/end-of-life-care-strategy-promoting-high-quality-care-for-adults-at-the-end-of-their-life>. (15.8.2021).
- Koffman J. (2013). Barriers to dying at home. Izzivi sedanjosti za trdnjšo prihodnost – prepletimo znanje. *Posvet o paliativni oskrbi z mednarodno udeležbo*. Brdo pri Kranju, 26. in 27. september 2013, Slovensko združenje paliativne medicine.
- Krajnc A. (2016). Obremenjenost kadra v patronažni zdravstveni negi. Magistrsko delo. Univerza v Mariboru. Kranj, Fakulteta za organizacijske vede.
- Peternel A. (2008). Paliativna oskrba kot sestavni del kakovostne obravnave bolnika. V: *Patronažna medicinska sestra ob umirajočem bolniku*. Zbornik predavanj. 2. Strokovno srečanje ZZPMS, Sp. Duplek, 15.4.2008, 15-19.
- Metlikovič B. (2011). Paliativna oskrba na domu – primeri dobre prakse. *Kakovostna patronažna zdravstvena nega & izziv za prihodnost*. 7. tradicionalno srečanje ZZPMS. Rogla, 11. in 12. oktober 2011.
- Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. (2010). *Državni program paliativne oskrbe*. Ljubljana, marec 2010.
- Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije (2015). *Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2015-2025*. Ljubljana, November 2015.
- Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.(2014). Splošni dogovor za pogodbeno leto 2014. Dostopno na: <http://www.zzzs.si/ZZSZ/info/egradiva.nsf/o/9D6CB363A4D730A9C1257C8D00386FC6> (15.8.2021).
- Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (2015). Navodilo o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev in izdanih materialov. Dostopno na: <http://www.zzzs.si/zzzs/info/egradiva.nsf/o/3401CB5C8BB6EB4EC1256B61003E275D?OpenDocument>. (15.8.2021)
- Zdravstvena skupnost Slovenije. (1982). Enotni seznam zdravstvenih storitev in samoupravni sporazum o njegovi uporabi v svobodni menjavi dela. Ljubljana, Zavod SRS za zdravstveno varstvo.

Naslov avtorice:

Dr. Mateja Berčan: mateja.bercan@siol.net

Marta Grčar

Korak na poti k starosti prijaznim skupnostim – TAAFE model kot inovacija projekta TAAFE

POVZETEK

Članek v kritični luči povzame program Svetovne zdravstvene organizacije starosti prijazne občine, ki je dobra osnova za spremembe ob staranju prebivalstva, pogosto pa ostane le na papirju. Sledi prikaz mednarodnega projekta TAAFE, v katerem si je pet lokalnih skupnosti in pet organizacij iz petih EU držav v alpskem prostoru (Avstrije, Francije, Italije, Nemčije in Slovenije) zadalo za cilj razvijati metode za uresničevanje tega svetovnega programa v praksi lokalnih skupnosti. Rezultat sta dve učinkoviti socialni inovaciji: »trojka« ter metodika za usposabljanje in delovanje lokalne akcijske skupine.

Ključne besede: starosti prijazna občina, skupnostna metoda, lokalna akcijska skupina, trojka, participacija

AVTORICA

Marta Grčar je socialna pedagoginja. Posveča se predvsem delu s skupnostjo, raziskovala je tudi doživljanje dolgotrajne oskrbe in duhovne potrebe v starosti. Zaposlena je na Inštitutu Antona Trstenjaka, kjer dela predvsem na programih starostih prijaznih mest in občin.

ABSTRACT

A step towards age-friendly communities - the TAAFE model as an innovation aspect of the TAAFE project

The article critically summarises the World Health Organisation's Age-Friendly Communities programme, which is a good basis for change as the population ages, but it often remains on paper, in theory. This is followed by a presentation of the transnational TAAFE project, in which five local authorities and five organisations from five EU countries in the Alpine region (Austria, France, Italy, Germany and Slovenia) set out to develop methods for putting this global programme into practice in local surroundings. The results are two effective social innovations: the "trio" and a methodology for training and running a local action group.

Key words: age-friendly municipality, community method, local action group, trio, participation

AUTHOR

***Marta Grčar** is a graduated social pedagogue. Beside her main focus on community work, she has also researched the experience of long-term care and spiritual needs in old age. She is employed at the Anton Trstenjak Institute, where she works mainly on age-friendly cities and municipalities programs.*

1. PROGRAM SVETOVNE ZDRAVSTVENE ORGANIZACIJE STAROSTI PRIJAZNE OBČINE V KRITIČNI LUČI

Program starosti prijaznih mest in občin (v nadaljevanju SPMO) je program svetovne zdravstvene organizacije (SZO), namenjen reševanju izzivov staranja prebivalstva (Global Age-friendly Cities, 2007; Age-friendly, 2007; Age-Friendly Rural, 2006). Ob dejstvu, da je trenutno na svetu delež starih ljudi največji v zgodovini našega planeta in da se ta še povišuje, je SZO leta 2007 po vsem svetu sprožila obsežno raziskovanje med vsemi ključnimi skupinami prebivalcev o tem, kaj je za prebivalce lokalnih skupnosti starosti prijazno in kaj ni. Na podlagi ugotovitev so zasnovali smernice programa, ki se mu je do sedaj pridružilo tisoč članic, kot je razvidno na spletni strani tega svetovnega programa (Age friendly world, <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/>).

Kljub dobro zasnovanemu programu se v praksi kaže, da lokalne skupnosti mnogokrat ostanejo zgolj pri formalnem nazivu starosti prijazne občine. Pri manjkaje jim volje, še večkrat pa metodološkega znanja; izziv večine občin je, kako naj ob pomanjkanju časa in usposobljenosti kadra usmeritve SZO uresniči. Zato principi SZO, kot so participacija starejših, soustvarjanje, solidarnost, kombiniranje dela od zgoraj navzdol in od spodaj navzgor, ostajajo zgolj politične parole oziroma abstraktne želje. V praksi na primer ni lahko razširiti krog ljudi, ki bi sodelovali pri udejanjanju SPMO; principe je treba »prevesti« v konkretne metode dela in organizacijske strukture, to pa prepušča SZO vsaki lokalni skupnosti. Tudi priročniki z metodami, ki so na voljo, ne koristijo veliko, saj občine nimajo časa, da bi jih preučile, večinoma pa tudi nimajo ustreznega kadra, ki bi bil usposobljen za izbor in aplikacijo teh metod.

Druga vrzel v programu SPMO, ki jo opažamo, je konkretizacija želje, da bi se lokalne skupnosti učile druga od druge. Osnovno orodje SZO za ta namen je spletna podstran Age friendly world. Pri tem je ena od težav, da so na spletni strani objavljene prakse posameznih lokalnih skupnosti včasih omejene na birokratsko nujnost ali samohvalo. Večja težava pa je podobna oni pri aplikaciji principov: pomanjkanje časa občinskih delavcev, da bi izmed številnih podatkov in praks na svetovni spletni strani izbrskali kaj koristnega za svoje lokalno okolje. SZO zadnja leta prepozna, da to vrzel najučinkovitejše premoščajo nacionalne ali regionalne mreže in združenja starosti prijaznih občin (v Sloveniji je to Slovenska mreža starosti prijaznih mest in občin, ki jo koordinira Inštitut Antona

Trstenjaka); te mreže povezujejo lokalne skupnosti preko izobraževanj, izmenjav dobrih praks in na druge načine.

2. PRIPRAVA PROJEKTA TAAFE – ENTUZIASTIČNA ŽELJA PO KONKRETNEM, SISTEMATIČNEM IN VKLJUČUJOČEM MODELU

Jeseni 2018 se je našlo zanimivo partnerstvo. Pobudnik za oblikovanje projekta je bila italijanska organizacija Istituto per Servizi di Ricovero e Assistenza agli Anziani (ISRAA). Koordinator njihovega razvojnega laboratorija za socialne inovacije (FABER), Oscar Zanutto, je obiskal delavnico, ki jo je pripravilo starosti prijazno mesto Manchester, in se navdušil nad idejo, da občina in strokovne organizacije skupaj s starejšimi ljudmi preko dialoga in operativnega sodelovanja gradijo starosti prijazno skupnost. Na Inštitutu Antona Trstenjaka smo z njim delili izkušnjo našega dela z občinami v okviru Slovenske mreže starosti prijaznim mest in občin, zlasti glede pasti in rešitev, močnih in šibkih točk. Konzorcijskemu partnerstvu se je na pobudo ISREE pridružil dr. Thibault Moulaert (Moulaert in Garon, 2016), professor na univerzi v Grenoblu – strokovnjak, ki se s starosti prijaznimi mesti in občinami ukvarja kot raziskovalec in urednik ter ima širok pogled na realnost SPMO v Evropi in po svetu, predvsem v Kanadi.

Ugotovili smo, da imamo podoben pogled tako na pasti in šibke točke kot na močne točke in možnosti. Hkrati smo začeli oblikovati model in projekt. Model smo gradili na dobrih izkušnjah in rešitvah, za katere smo menili, da bodo preprečile pasti, ki smo jih zasledili pri nas ali drugje. Obenem smo se odločili, da bomo v partnerstvo vključili iz vsake države eno lokalno skupnost, ki bo pilotno preizkusila model »na svoji koži«, in eno strokovno organizacijo, ki bo lokalni skupnosti pri tem metodično stala ob strani. Projektno partnerstvo je bilo na koncu sestavljeno iz Avstrije (SZI – Center for Social Innovation GmbH in občina Vrbna - Feldbach), iz Francije (Université Grenoble Alpes in občina Marseille, ki jo je tekom projekta zamenjala krovna organizacija Pôle services à la personne), iz Italije (ISRAA – Istituto per Servizi di Ricovero e Assistenza agli Anziani, CEI – Central European Initiative in občine Treviso), iz Nemčije (Eberhard Karis Universitxt Tübingen, Landkreis Tübingen in občina Münsingen), iz Slovenije (Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje ter Občina Žiri) in iz Švice (Smart GENERATIONS 65, ki je zaradi administrativnih težav že na začetku izstopila iz projekta). Pilotne lokalne skupnosti so bile med seboj zelo različne po velikosti in značilnostih; Občina Žiri je bila na primer edina od lokalnih skupnosti, ki je bila v program SPMO vključena že pred začetkom projekta.

S projektom TAAFE (*Towards Alpine age-friendly environment*) smo se prijavi na razpis programa Interreg Alpine Space. V prijavi smo napisali, da je namen projekta razvoj novih rešitev pri organiziranju in delovanju starosti prijaznih lokalnih skupnosti v alpskem prostoru. Ker je v prvem krogu izbora financer

projekt potrdil, smo se za tem lotili temeljitejše prijave za drugi krog prijave. To ni bila zgolj administrativna naloga, ampak smo priložnost resno izkoristili za dodelavo modela; vključili smo poglede novih partnerjev, predvsem pa je to bila dobra priložnost, da poenotimo cilje.

Naš projekt je bil na razpisu izbran in jeseni 2019 smo začeli z njegovim izvajanjem; zaključil se je v letu 2022. Lepa spodbuda na začetku projekta so bile besede Slovenca Primoža Skrta, ki je bil takrat kontrolor programa Alpine Space s sedežem v Munchnu, ko je na koncu uvodnega projektnega srečanja rekel, da ima glede na našo usklajenost in dodelanost modela vtis, da je prišel na konec in ne za začetek projekta.

3. TAAFE MODEL – OD ŽELJE K REALNOSTI

Inštitut Antona Trstenjaka je bil skupaj z enim vidnejših strokovnjakov za SPMO, Belgijcem Thibauldom Moulaertom v projektu TAAFE odgovoren za razvoj in vpeljevanje modela TAAFE in metodike, ki usmerja tako delo na mednarodni kakor na lokalni ravni. Eno ključnih prizadevanj modela TAAFE je spodbuditi lokalne skupnosti h konkretnemu in hkrati sistematičnemu prizadevanju za starosti prijazno skupnost, jih opremiti z orodji in usposobiti za delo »s« **starimi ljudmi** in ne le »za« **stare ljudi**. Pri tem želi model preseči zgolj občasno posvetovanje s starejšimi, kar se velikokrat skriva za navidezno participatornimi politikami. Model sistematično vključuje starejše in druge deležnike v program SPMO od načrtovanja do uresničevanja akcij.

Model TAAFE usmeri skupnost na pot uresničevanja starosti prijazne skupnosti po korakih, ki v osnovi sledijo usmeritvam SZO za ta program, vendar so v določenih vidikih prilagojeni in konkretnjeji. **TAAFE proces** sestavljajo naslednji koraki:

- v pripravljalni fazi je najpomembnejša ustanovitev trojke in lokalne akcijske skupine;
- sledijo usmerjena ocena potreb, izbira prednostnih nalog, skupno načrtovanje, skupno izvajanje, evalviranje in praznovanje ob doseženih uspehih;
- nato se cikel ponovi začenši s poglobljanjem ocene potreb in izborom novih prednostnih nalog.

Model favorizira več krajših ciklov namesto enega daljšega, ker je tak proces konkretnjeji, postopnejši in bolj participativen. Več kratkih ciklov obenem spodbuja lokalno skupnost, da **postaja učeča se skupnost**. Kaj to pomeni? Skupnost – od občinske uprave in politike do lokalne stroke, civilne sfere in širše javnosti – z vsakim ciklom bolje razume svoje dejanske razmere, potrebe, zmožnosti in vire, večajo se tudi njeno teoretično znanje in spretnosti. Sodelujoči se po vsakem ciklu bolje poznajo med seboj, kar lahko izboljša njihovo sodelovanje in znanje o tem, kako vključiti različne skupine starejših ljudi. Nič manj pomembno ni,

da imajo udeleženi vse bolj enotno sliko; izkušnja mnogih občin je pokazala, da je velikokrat problem v tem, da se za istimi izrazi, npr. »sodobni dom«, skrivajo različne predstave, kaj to pomeni. Vse to pelje občinsko skupnost v učinkovitejše ukrepanje v smeri starosti prijazne skupnosti. Med drugim se pri takem načinu dela lokalna strategija za trajnostni in kontinuiran razvoj starosti prijazne skupnosti razvije ob primernem času – ne le kot abstrakten »seznam želja«, temveč kot skupna realistična usmeritev za prihodnje delovanje.

Ena od inovacij modela TAAFE, ki omogoča, da so starejši zares vključeni v vse korake dela, je organizacijska struktura, imenovana **TAAFE trojka**. Sestavljena je iz treh vlog: uslužbenec iz občinske uprave, nekdo izmed starejših ljudi in za to izobražen metodik. Vsaka vloga ima praviloma dva predstavnik. Starejša oseba (ali več oseb) v trojki predstavlja glas starejših, zlasti tistih, ki jih je težko doseči. Njihov glas v trojki prispeva k procesu bogato socialno mrežo in poglobljeno razumevanje lokalne skupnosti. Metodik zagotavlja metodološko podporo, s tem pa učinkovitost dela. Svetuje, katere metode dela so v dani situaciji najprimernejše in je tudi usposobljen za njihovo uresničevanje, bdi nad kakovostjo implementacije korakov in principov, pripravlja in prilagaja orodja. Član trojke - zaposleni v lokalni upravi - je most med starejšimi in lokalno upravo; po zaslugi tega povezovalca se lahko pristopa tako od spodaj navzgor kakor od spodaj navzgor.

Poleg trojke je po modelu TAAFE motor starosti prijazne skupnosti **lokalna akcijska skupina**. Sestavljena je iz najpomembnejših in najbolj zavzetih deležnikov za kakovostno staranje in medgeneracijsko sožitje v občini. V njej so predstavniki starejših občanov iz krajevnih društev in drugi zainteresirani posamezniki, predstavniki občinske uprave ter strokovnih služb, ki delujejo v občini (zdravstva, sociale, oskrbovalnih ustanov, šolstva, urbanizma in infrastrukture); za medgeneracijsko sodelovanje je pomembno, da sodelujeta tudi predstavnik mladih ter za to področje zavzet učitelj ali vzgojitelj. Lokalna akcijska skupina se srečuje večkrat letno skozi celotni program SPMO. Deluje na prostovoljski osnovi, za skupno dobro.

Slovenska značilnost, ki se je uveljavila tudi v projektu TAAFE je, da tako lokalna akcijska skupina kot trojka delujeta kontinuirano in ne zgolj priložnostno. Sta gonilni sili vseh korakov: od ugotavljanja potreb do njihove določitve, od uresničevanja prednostnih nalog v praksi do evalvacije narejenega. Člani trojke in lokalne akcijske skupine so most med programom SPMO in starejšimi ljudmi v občini, pa tudi z drugimi občani. Tako so v vse korake programa SPMO čim bolj vključeni različni krogi starejši občanov. Ti dve skupini ščitita program tudi pred tem, da individualni, politični ali komercialni interesi ne prevladajo nad skupnim dobrim. Lokalna akcijska skupina je v občini nujno potrebna za dobro izmenjavo in pretok informacij ter posledično za učinkovitejše delo na področju staranja in medgeneracijskega sožitja. Pri nas vse to dosegamo po participativni

metodi skupinskega socialnega učenja, ki jo na Inštitutu Antona Trstenjaka razvija dr. Jože Ramovš s sodelavci (Ramovš idr., 2019).

Za uvajanje postopnega procesa TAAFE, trojke in lokalne akcijske skupine v neki skupnosti je ključno **usposabljanje**. Če bi model ostal zgolj pri pripravi procesa in struktur, bi bil samo še en od mnogih modelov, ki kljub svoji domiselnosti ostanejo na papirju. Zato model TAAFE posebno pozornost posveča usposabljanju, ki smo ga v projektu TAAFE dosledno izvajali. Predvideno je usposabljanje na regionalni, nacionalni ali mednarodni ravni, tako da sta vanj vključeni vsaj dve lokalni skupnosti. Sestavljeno je iz metodoloških delavnic za trojke in rednih srečanj metodikov za izmenjavo izkušenj.

Na **metodoloških delavnicah** se trojke naučijo osnovnih teoretičnih konceptov. Predvsem se korak za korakom učijo metodike od vzpostavitve lokalne akcijske skupine in raziskovanja potreb do izbire prednostne naloge in njene implementacije v svojem lokalnem okolju. Metodološke delavnice izvedemo med prvim ciklom, najbolje pred začetkom vsakega novega koraka. Po koncu prvega cikla lahko organiziramo nadaljnje metodološke delavnice.

Redna srečanja metodikov potekajo na dva ali tri tedne. Namenjene so strokovni in medsebojni opori metodikov pri opravljanju njihove vloge; omogočajo izmenjavo praks, reševanje težav, dvomov in vprašanj ter poglobitev določene teme ali vidika dela s povezovanjem teorije in prakse.

Za podporo metodikom smo izdali priročnik za starejše občane in za lokalno akcijsko skupino starosti prijazne občine *Na poti k starosti prijazni skupnosti*; izšel je hkrati v slovenščini, angleščini, nemščini, francoščini in italijanščini (Ramovš in sod., 2020). Celoten model z navodili za implementacijo in predlogi orodij pa so opisani v priročniku *TAAFE toolkit*, ki je zaenkrat napisan le v angleščini. Oboje je prosto dostopno na spletni strani projekta TAAFE (<https://www.alpine-space.org/projects/taafe/en/results/wp-e-deliverables/building-taafe-model-delivering-taafe-toolkit>).

4. SKLEP

Model TAAFE je zgolj eden od korakov na poti prizadevanj za podporo lokalnim skupnostim, da bi se lahko mi in naši zanamci v svojem kraju kakovostno starali in živeli v sožitju. Izhaja iz prakse in je praksi tudi namenjen; v tem oziru je vreden toliko, kolikor pomaga posameznim lokalnim skupnostim na poti prizadevanj, da bi bile starosti prijaznejše.

Med izvajanjem projekta TAAFE ga je uporabilo pet lokalnih skupnosti iz petih držav (Avstrije, Francije, Italije, Nemčije in Slovenije), ki so se podale na ustvarjalno pot uresničevanja koncepta starosti prijazne skupnosti. Vsaka lokalna skupnost je model prilagodila svojim razmeram in našla svoje edinstvene rešitve.

(Opis izkušenj vsake od vključenih lokalnih skupnosti bi zahteval obsežnejši članek.)

Model gradi na predhodnih prizadevanjih in ga tudi po končanem projektu nadgrajujemo v Slovenski mreži starosti prijaznih mest in občin, da bi služil vsem skupnostim, ki si prizadevajo za kakovostno življenje svojih starejših občanov in za lepše sožitje med generacijami. Je primer dobre prakse pri uresničevanju razvojne usmeritve EU za novo solidarnost med generacijami ob staranju prebivalstva (Svet EU, 2005).

LITERATURA

- Age-friendly Cities Project Methodology. Vancouver Protocol (2007). Geneva: World Health Organization.
- Age-Friendly Rural and Remote Communities: A Guide (2006). Federal/Provincial/Territorial Ministers Responsible for Seniors. Dostopno na: www.health.gov.nl.ca/health/publications/afrrc_en.pdf.
- Age friendly world. <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/>.
- Global Age-friendly Cities: A Guide (2007). Geneva: World Health Organization. <https://www.alpine-space.org/projects/taafe/en/results/wp-e-deliverables/building-taafe-model-delivering-taafe-toolkit>.
- Moulaert Thibault in Garon Suzanne (2016). Age-Friendly Cities and Communities in International Comparison. Political Lessons, Scientific Avenues, and Democratic Issues. Cham: Springer.
- Ramovš Jože, Ramovš Ana in Svetelšek Ajda (2019). Informal Carers Training: In-group Social Learning as an Effective Method for Quality Care Empowerment. V: *Frontiers in Sociology*. Dostopno na: https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fsoc.2019.00063/full?utm_source=Email_to_authors&utm_medium=Email&utm_content=T1_11.5e1_author&utm_campaign=Email_publication&field=&journalName=Frontiers_in_Sociology&id=440893.
- Ramovš Marta, Moulaert Thibault in Ramovš Jože (2020). Na poti k starosti prijazni skupnosti. Priročnik za starejše občane in za lokalno akcijsko skupino starosti prijazne občine. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje (izšel tudi v angleščini, nemščini, francoščini in italijanščini).
- Svet EU (2005). Zelena knjiga Odziv na demografske spremembe: nova solidarnost med generacijami. Bruselj.

Naslov avtorice:

Marta Grčar: marta@iat.si

IZ GERONTOLOŠKE LITERATURE

Lafferty, A., Phillips, D., Dowling-Heterington, L., Fahy, M., Moloney, B., Duffy, C., Paul, G., Fealy, G. in Kroll, T. (2021). *Colliding worlds: Family carers' experiences of balancing work and care in Ireland during the COVID-19 pandemic*

TRK SVETOV

Izkušnje družinskih oskrbovalcev z usklajevanjem plačanega dela in oskrbe med pandemijo koronavirusa na Irskem

Pandemija koronavirusa je od začetka leta 2020 pa vse do danes močno vplivala na številna področja, med drugim tudi na dolgotrajno oskrbo in trg dela. Večina držav je za omejitev širjenja virusa sprejela številne zdravstvene in socialne ukrepe, ki so (začasno) spremenili vsakdanja življenja ljudi. Ukrepi so zajemali tudi omejitve na področju dolgotrajne oskrbe – zapirali so se domovi za starejše, dnevni centri, omejilo se je delovanje podpornih storitev in oskrbe na domu. Vse to je povečalo odvisnost starih in drugih pomoči potrebnih ljudi od neformalnih virov pomoči (družine, prijateljev, svojcev, prostovoljcev). Hkrati so ukrepe za zajezitev širjenja virusa sprejemali tudi na področju plačanega dela; večina držav je namreč za poklice, ki niso bili kritičnega pomena za zajezitev širjenja virusa (zdravstveni delavci) in za tiste, ki jim je narava dela to omogočala, odredila delo na daljavo. Za zaposlene družinske oskrbovalce je to pomenilo, da sta se področje plačanega dela in oskrbe v veliko primerih združila – oz. je usklajevanje postalo precejšnji izziv. Dodatno obremenjeni so bili sendvič oskrbovalci, saj so pogosto plačano delo od

doma usklajevali s skrbjo za oskrbovance ter s skrbjo za šoloobvezne otroke.

V članku se avtorji naslanjajo na Hobfollovo (1989) teorijo ohranjanja virov, ki pravi, da so posamezniki nagnjeni k temu, da pridobijo, obdržijo, zaščitijo in gradijo na tistih virih, ki jih visoko vrednotijo. Ko pa so ti viri ogroženi, posameznik občuti stres. Avtorji so podatke pridobili iz šestnajstih poglobljenih intervjujev z zaposlenimi družinskimi oskrbovalci, starejšimi od 18 let, ki so v času pandemije usklajevali plačano delo in oskrbo. Intervjuji so bili zaradi pandemije opravljeni na daljavo. V njih je sodelovalo štirinajst žensk in dva moška, starih med 30 in 62 let. Dva izmed oskrbovalcev sta skrbela za več kot enega družinskega člana, dvanajst jih je bilo zaposlenih v javnem sektorju, trije v zasebnem, eden pa je bil samozaposlen. Podatke so analizirali s pomočjo metode tematske analize Braunove in Clarkove (2006), na podlagi katere so iz podatkov izluščili štiri teme – trk svetov (ang. *colliding worlds*), negotovost v neznanem svetu (ang. *navigating uncharted waters alone*), priložnost v stiski (ang. *opportunity despite adversity*) in neizprosna nevednost (ang. *the relentless unknowing*).

Trk svetov. Zaposleni družinski oskrbovalci so pogosto omenjali občutek trka dveh svetov: plačanega dela in oskrbe. Izpostavili so, da so vložili ogromno energije in časa v oblikovanje nove dnevne rutine, ki jim je omogočala uspešno usklajevanje plačanega dela in oskrbe. Vloga oskrbovalca in zaposlenega delavca sta se kar naenkrat začeli prepletati in zaposleni oskrbovalci so

se po svojih najboljših močeh trudili krmiti med obema vlogama. Prilagoditi so se morali delu na daljavo, kar je pomenilo, da so imeli več sestankov na daljavo, takoj po sestankih pa so jih čakale oskrbovalne obveznosti, prostega časa in odmorov ni bilo več. Med odmori za malico so pripravljali obroke za oskrbovance, jim pomagali na stranišče ali jim dajali zdravila. Intervjuvanci so izpostavili, da so nenehno prepletanje plačanega dela in oskrbe v domačem okolju ter zabrisane meje med vlogama delavca in oskrbovalca močno vplivali na njihovo kakovost življenja.

Negotovost v neznanem svetu. V okviru te teme so intervjuvanci večinoma opisovali, kako so bili zaradi zaprtja in omejenega delovanja formalnih storitev dolgotrajne oskrbe kar naenkrat prepuščeni sami sebi. Zaradi izredne nalezljivosti koronavirusa so se bili številni intervjuvanci primorani odločiti med nadaljevanjem ali prekinitvijo oskrbovanja na domu, predvsem zaradi tveganja prenosa okužbe na oskrbovance. Prevzetje dodatnega bremena (oskrbe in del, ki so jih prej opravljale formalni oskrbovalci) je še dodatno obremenilo oskrbovalce; več jih je poročalo o tem, da so bili na robu zloma (ang. *breaking point*), pogosto so se počutili osamljene, brez podpore in izolirane. Poleg tega so tudi pri oskrbovancih opažali slabšanje zdravstvenega stanja in razpoloženja.

Priložnost kljub stiski. Kljub temu, da so zaposleni družinski oskrbovalci pogosto poročali o tesnobi in oskrbovalnem bremenu, so bili med intervjuvanci tudi takšni, ki so našli pozitivno plat v usklajevanju plačanega dela od doma in oskrbe med pandemijo koronavirusa. Nekaj oskrbovalcev je namreč poudarilo, da jim je delo od doma omogočilo preživeti več časa z

oskrbovancem ter da so se bolj povezali z družinskimi člani. Povedali so tudi, da je pandemija poskrbela za upočasnitev tempa življenja ter da so odkrili, kaj je v življenju res pomembno.

Neizprosna nevednost. Zapiranje in zaustavitev ključnih institucij in podpornih programov ter negotova narava virusa so med zaposlenimi oskrbovalci vzbudili občutke negotovosti ter skrbi. Izpostavili so pomanjkanje podpore ter pogosto poročali o občutkih strahu in ranljivosti, saj nihče ni vedel koliko časa bo pandemija trajala niti kaj bo prinesla prihodnost.

Pojav pandemije koronavirusa je s seboj prinesel ukrepe in omejitve, zaradi katerih so zaposleni družinski oskrbovalci izgubili številne možnosti, s katerimi so si pred pandemijo pomagali pri usklajevanju plačanega dela in oskrbe. Pokazalo se je, da ima prekinitev oz. zmanjšanje storitev dolgotrajne oskrbe lahko zelo negativne posledice za dobrobit oskrbovalcev in oskrbovancev, jasno pa se je orisala tudi potreba po nadomestni oskrbi. Raziskava je pokazala tudi na razsežnost neformalne podpore in pomoči, saj so zaposleni družinski oskrbovalci pogosto poudarjali, da je bilo usklajevanje plačanega dela in oskrbe še težje, saj zaradi strahu pred prenosom virusa niso imeli pomoči oz. podpore družinskih članov, prijateljev in sosedov. Pandemija koronavirusa je med drugim pokazala na pomanjkljivosti sistema dolgotrajne (in zdravstvene) oskrbe po celotni Evropi ter pokazala na izjemno vlogo, ki jo imajo družinski oskrbovalci v teh sistemih.

VIR

Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44(3), 513–524. Dostopno prek: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.3.513>.

Tjaša Potočnik

GERONTOLOŠKO IZRAZJE

OSKRBOVALNE ORGANIZACIJE IN USTANOVE

angleško: *care organizations and institutions*

Oskrbovalne organizacije in ustanove nudijo ljudem konkretne možnosti za oskrbovanje in za razbremenilno pomoč neformalnim družinskim oskrbovalcem.

V tradicionalnem sistemu oskrbe, kjer so skoraj vse pomoči potrebne ljudi oskrbovali razširjena družina in sosedje, so bile oskrbovalne ustanove in organizacije zelo redke; kot hospici in ubožnice so delovali v nekaterih mestih, pri samostanih in dobrodelnih organizacijah. V 20. stoletju, ko je bila v ospredju pozornosti industrijska paradigma oskrbe, so bile oskrbovalne ustanove veliki domovi za stare ljudi, ki so delovali bolj ali manj po zgledu bolnišnice in hotela. Za sodobni nacionalni sistem integrirane dolgotrajne oskrbe v krajevni skupnosti, ki se razvija v začetku 21. stoletja, je značilna široka mreža oskrbovalnih organizacij in ustanov.

Oskrbovalne organizacije in ustanove lahko razporedimo v različne skupine, na primer v naslednje.

Javne, ki jih ustanovi lokalna skupnost ali država, **civilne**, ki jih ustanavljajo nevladne organizacije, **in tržne**, ki jih ustanavljajo zasebniki kot tržno ponudbo oskrbovalnih storitev.

Organizacije in ustanove za oskrbo na domu in v ustanovah; uveljavlja se tudi ponudba vmesnih programov dnevne, nočne in začasne oskrbe.

Organizacije in ustanove z enim oskrbovalnim programom ter tiste z mrežo programov. Klasičen dom je poznal samo polno, večinoma dosmrtno nastanitev z oskrbo in je deloval ločeno od lokalne skupnosti. Podobne oskrbovalne organizacije in ustanove usmerjajo v ponudbo različnih programov in v povezanost z lokalno skupnostjo.

Krajevni dom kot matično središče integrirane mreže oskrbovalnih programov je najnovejša razvojna oblika po načelu integrirane lokalne oskrbe z razvejano mrežo programov, ki zadovoljijo oskrbovalne potrebe večine krajanov.

Stalna nevarnost vsake oskrbovalne organizacije ali ustanove je **institucionalizacija**; večja se sorazmerno z ločenostjo od lokalne skupnosti. Dogaja se, ko je pozornost sistema, ustanoviteljev organizacije, vodstva ustanove in zaposlenih, plačnikov oskrbe in javnosti zavestno ali nevede usmerjena bolj na sistem, organizacijo in oskrbovalne storitve, kakor na odnos med oskrbovalci in oskrbovanci ter njihovimi svojci. Povojna evropska generacija pričakuje oskrbo po individualnih potrebah in ima do institucionaliziranosti odpor. Poleg demokratičnega razvoja družbe je tudi to vzrok, da je v danes Evropi močna težnja po deinstitutionalizaciji dolgotrajne oskrbe ter po integraciji oskrbovalnih storitev z oskrbovalnim odnosom. Te težnje najbolje uresničuje sodobni princip krajevnih integriranih oskrb z lokalnim domom kot matičnim središčem široke mreže oskrbovalnih programov za celotno skupnost.

J. Ramovš

SIMPOZIJI, DELAVNICE

GERONTOLOGIJA IN GERIATRIJA
V STARAJOČI SE SLOVENIJI

Ljubljana, Festival za 3. življenjsko obdobje, 29. september 2022

Z nižjo rodnostjo in daljšim življenjem se po svetu skupaj z družbenimi, socialnimi, finančnimi in zdravstvenimi izzivi spreminjajo tudi tradicionalna generacijska razmerja. Na vsakem področju zavezuje njihova obravnava z odgovornostjo vse, ki so po položaju ali poklicu dolžni predlagati in uresničevati izvedljive ter sprejemljive rešitve. Izzive dolgoživosti rešujejo evropske družbe z različno stopnjo odgovornosti, kar odraža njihov odnos do starosti in starejših. Tudi v Sloveniji.

Z naraščajočo starostjo se povečujeta ranljivost in končnost naših življenj. Kako ju sprejemamo? Kot šibkost, ki pogojuje manjvrednostni odnos do starejših ali kot neizogibno lastnost življenja, ki povezuje vse generacije? Ali starost, namesto da bi generacijsko razdvajala, lahko povezuje današnji čas? Kakšna sta njen položaj in vloga v nestrpno neenotni slovenski družbi? Kakšen odnos imajo do nje odgovorni slovenski deležniki? Če gerontologija združuje socialno, kulturno, psihološko, kognitivno in biološko proučevanje starosti, geriatrija pa obravnava za starost značilnih bolezni in stanj, kaj je v današnji slovenski družbi in ob današnjih stiskah zdravstva v njunem položaju dobrega in kaj bi lahko bilo bolje?

O stanju gerontologije in geriatrije v starajoči se Sloveniji so na pobudo Mestne zveze upokojencev na letošnjem Festivalu za 3. življenjsko obdobje razpravljali: antropolog,

socialni delavec in predstojnik Inštituta Antona Trstenjaka, prof. dr. Jože Ramovš; predsednik Slovenske medicinske akademije, prof. dr. Pavel Poredoš, dr. med.; dekan Medicinske fakultete v Ljubljani, prof. dr. Igor Švab, dr. med.; predstojnica Katedre za družinsko medicino na Medicinski fakulteti v Ljubljani, prof. dr. Marija Petek Šter, dr. med. in Alenka Kovač, županja občine Osilnica. Pogovor je povezoval doc. dr. Božidar Voljč, dr. med., predsednik Komisije Republike Slovenije za medicinsko etiko.

Kot prvega je moderator vprašal prof. dr. Ramovša kako ocenjuje stanje slovenske gerontologije z družboslovnega stališča, kaj je v njej dobrega in kaj bi lahko bilo bolje in kakšen odnos naj bi starejši imeli z mladimi za dobre medgeneracijske odnose?

Prof. dr. Jože Ramovš: Zadnji del vprašanja se mi zdi zelo pomemben: odnos nas starejših do mladih, in obratno, je bil vedno pomemben tako za kakovostno staranje kakor za razvoj mlajših, ob današnjem staranju prebivalstva pa postaja odločilen. Pri tej okrogli mizi govorimo o stanju gerontologije in geriatrije v današnji starajoči se Sloveniji – torej v razmerah, ko iščemo kakovostno sožitje med čedalje številnejšo upokojensko generacijo, srednjo, ki je zaposlena in rojeva potomce, ter mlado, ki bo razvijala slovensko kulturo v 21. stoletju, to je v prihodnosti, ki jo neposredno usmerjajo naši današnji odnosi. Ta izziv lahko uspešno rešimo samo ob solidarni zavesti, da smo vsi – mi upokojenci, srednja generacija in mladi – ena družba in da skupaj razvijamo našo slovensko kulturo zase in za prihodnost.

Sedaj pa k vprašanju o stanju gerontologije; to ključno besedo moramo opredeliti. Gerontologija je veda o starosti in staranju ljudi; o osebnem staranju posameznika in o staranju družbe. Je izrazito interdisciplinarna. Kakovost staranja in starosti določajo trije glavni dejavniki: biološki razvoj organizma, duševni razvoj posameznika kot človeške osebe in socialno sožitje v družini, službi in družbenih skupnostih – celostno gerontologijo torej sestavljajo biološke, psihološke in sociološke veje.

Biološke veje gerontologije imajo prioriteto, saj je zdravje, poznavanje njegovih zakonitosti, njegovo varovanje in krepitev ter zdravljenje bolezni ob starostnem pešanju organizma prednostna motivacija vsakega človeka in družbe. Zdravje otrok se je dvigalo z razvojem pediatrije, gerontološka znanost pa se je začela z zdravniško gerontologijo, to je geriatrijo. Sledile so ji: gerontološka zdravstvena nega, farmakologija o posebnosti delovanja zdravil na starajoči se organizem, fizioterapija za starejše ljudi, biološko preučevanje staranja celice in drugih organov ter ostale vede biološke gerontologije; najnovejša je gerontološka nevroznanost o staranju možganov.

Psihološka gerontologija raziskuje razvoj osebnosti v tretji tretjini življenja. V 20. stoletju se je psihologija posvečala predvsem razvoju v otroštvu in mladosti – vsaj dve tretjini znanja o človekovem razvoju se nanaša za prvo tretjino življenja. O razvoju v srednjih letih je kaka četrtnina psiholoških spoznanj; večinoma o delovni storilnosti v službi, nekaj pa o starševstvu in sožitju v družini. Raziskovanje osebnostnega razvoja v starosti se šele začinja. Ker pa so psihološka spoznanja osnova vzgojnih ved, sta tudi gerontagogika – veda o oblikovanju

osebnosti v tretjem življenjskem obdobju, in tanatagogika – veda o integraciji pešanja in izgub v življenju, šele v povojih.

Družboslovne gerontološke vede se naglo razvijajo po letu 1990 ob staranju prebivalstva. Politika je pod izzivom, kako naj upravlja družbo ob dejstvu, da je mladih do 15. leta starosti manj kakor upokojenec. Družba blaginje sloni na zaposlenosti in stabilnem gospodarstvu, delež celotne srednje generacije pa iz nedavnih dveh tretjin populacije naglo pada. Zato politika usmerja raziskovalni denar predvsem v sociološko in ekonomsko gerontologijo. Iz aktualnih družboslovnih teorij se napajajo etnografska in druge družboslovne veje gerontologije, ki nudijo zanimive teorije o starosti in staranju, medtem ko za kakovost zdravja, osebnega zorenja v starosti in za sožitje med generacijami ne prispevajo trdnih in konkretnih znanj, kakor jih zdravstvene in psiho-pedagoške veje gerontologije.

Vse te veje gerontologije so neločljive, posamezniku in družbi pomagajo h kakovostnejšemu staranju in sožitju med generacijami samo celota njihovih znanj. Zato je za odgovarjanje na vprašanje o stanju gerontologije in geriatrije v Sloveniji edino smiselno izhodišče celostna opredelitev gerontologije. Odgovor lahko iščemo z reševanjem križanke, ki ima tri vodoravne in tri navpične odgovore.

Vodoravna vprašanja so naslednja:

1. *Katere so akutne sedanje potrebe na področju osebnega in družbenega staranja? Kako jasno se jih zaveda povprečni Slovenec?* Prioritetna potreba je sodoben sistem integrirane lokalne dolgotrajne oskrbe. Danes jo potrebuje 4 % prebivalstva, njihovi svojci tvorijo 10 do 20 % prebivalstva. Gerontološka prioriteta

za 25 % nad 60 let starega prebivalstva so sodobni programi za telesno, duševno in socialno zdravo staranje. Pri teh je na osebni ravni prioriteta notranje človeško zorenje, ki preprečuje samozadostno navidezno vitalnost; ta pelje človeka v zagrenjenost in odbijajočo starostno puščobnost.

2. *Koliko inovativnega sodobnega znanja imajo vse gerontološke stroke za sožitje med generacijami, za zdravo staranje ter za humano, finančno in kadrovske vzdržno oskrbo?* Ključne zdravstvene in psihološke veje gerontologije v Sloveniji zelo zaostajajo za potrebami časa in za družboslovnimi vejami.

3. *Koliko politika, javna uprava in civilne organizacije uvajajo sodobne sisteme za kakovostno staranje in sožitje generacij?* Pri prehrani, gibanju in drugih pogojih za telesno zdravje v starosti gremo v Sloveniji v korak z Evropo. Pri prilagajanju zdravstvenega in socialnih sistemov ter pri razvoju sodobnih programov za dolgotrajno oskrbo ima Slovenija četrto stoletni zaostanek za Evropo. Zaostajamo tudi v prilagajanju gospodarstva na staranje zaposlenih. Skupaj z Evropo pa nas še čaka učinkovita vzgoja vsega prebivalstva za *ново solidarnost med generacijami* – kakor je Svet Evrope leta 2005 naslovil dokument o odzivu na staranje prebivalstva.

Navpična tri vprašanja o stanju slovenske gerontologije in geriatrije pa so naslednja:

1. *Koliko je bila razvita slovenska gerontologija v preteklosti?* Na to smo lahko ponosni. Dr. Bojan Accetto je med leti 1960 in 1984 razvijal in uspešno uveljavljal v praksi geriatrijo in celotno gerontologijo, ki je bila v svetovnem vrhu. Poleg geriatrične

bolnišnice, gradenj za tedanji čas sodobnih domov za stare ljudi, raziskovanja in izobraževanja kadra je ustanovil civilno Gerontološko društvo, ki še vedno deluje. Na sociološkem področju je imel sposobno naslednico, dr. Ido Hojnik-Zupanc, ki je žal umrla mlada pred njim. Dr. Aleš Kogoj je iz tujine prinesel in s sodelavko sestro Branko Mikluž uspešno širil v Sloveniji znanja o demenci in validacijsko metodo za komuniciranje s temi bolniki. Oblikoval je sodoben geriatrični oddelek za to pogosto starostno bolezen in ustanovil društvo Spominčica, ki je tudi po njegovi prerani smrti zelo dejavno. Dr. Josip Turk je z društvom Za srce leta 2005 izdal celostni priročnik o zdravju in boleznih v starosti Zdrava poznejša leta.

2. *Kako se razvija gerontologija danes?* Na Inštitutu Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje redno izdajamo slovensko interdisciplinarno znanstveno in strokovno revijo *Kakovostna starost* (letos izhaja 25. letnik); med drugim je objavila nad 600 člankov o sodobni dolgotrajni oskrbi. Razvili smo in na terenu izvajamo programe za usposabljanje neformalnih oskrbovalcev, za podjetja ob staranju zaposlenih, širiteljske programe za zdravo staranje v krajevnih mrežah medgeneracijskih programov, izdali smo več deset gerontoloških knjig. Podjetje Firis Imperl usposablja kadre za domove in za vodenje njihove kakovosti. Pri AMEU v Mariboru poteka na vseh stopnjah študij socialne gerontologije, nekatere zdravstvene fakultete uvajajo podiplomski študij za dolgotrajno oskrbo. Precej je družboslovnega in ekonomskega gerontološkega raziskovanja. Vse to so drobci,

- ki v Sloveniji ne zadovoljujejo osnovnih potreb ob staranju, zlasti pa niso med seboj povezani. Najbolj pereče je odlašanje pri uvajanju sodobne dolgotrajne oskrbe.
3. *Kakšni so stvarni izgledi za razvoj gerontologije v Sloveniji v nam dosegljivi prihodnosti?* Glede na to, da se pojavljajo le bolj ali manj naključni kratkotrajni raziskovalni, izobraževalni ali razvojni projekti ob domačih in evropskih razpisih za financiranje ter da politika, uprava, stroke in mediji ne kažejo ne sodobnega znanja ne interesa za starost, kaže, da bo tudi v bližnji prihodnosti razvoj na tem področju odvisen od zavzetega dela posameznikov, kakršni so bili dr. Accetto in njemu podobni. Vsak od nas starejših, ki se zaveda daru, da živimo dlje, bolj zdravo in bolje, kakor so kdaj koli in kakor večina sveta danes, pa lahko opravi nalogo, ki je ne more namesto njega ne mlajša generacija, ne stroka, ne politika in javna uprava ali kdorkoli drug – to je zavestna usmeritev v sproščeno, vedro in enostavno osebno človeško zorenje v starosti. Modrost in notranji mir starejših sta mlajšim generacijam edini garant, da obstaja smiselni vseživljenjski razvoj človeka. Nam starejšim ta naš zgled odločilno prispeva h kakovostnemu staranju in povezanosti z mlajšimi. Upokojenska in druge civilne organizacije ter psihološko-pedagoške veje gerontologije nas pri tem lahko učinkovito podpirajo.

Vprašanje moderatorja: Prof. dr. Pavel Poredoš, ste učenec dr. Accetta, pri njem ste se izšolali kot internist, poklic ste karierno bogato izpolnili, danes ste predsednik Slovenske medicinske akademije. Kako ocenjujete stanje geriatrije v Sloveniji ob dejstvu, da se Slovenija hitro stara. V Sloveniji

imamo več kot 20 % ljudi, starejših od 65 let, Slovenija pa je edina država v EU, ki nima svojih geriatrov, specialistov s področja geriatrije, ki bi specializirali v tujini in potem dobre prakse in znanje prenašali v domovino.

Prof. dr. Pavel Poredoš se sprašuje, zakaj je potrebno posebno znanje? Delež starostnikov se tudi v Sloveniji večja, kar je povezano z velikimi stroški, 80 % sredstev za socialno varstvo vsak posameznik porabi v tretjem življenjskem obdobju, zmanjšajo se sposobnosti, pojavne oblike bolezni idr. Tudi sam se naveže na dejavnosti dr. Accetta, ki je bil sicer hematolog, in je ob obisku 360 stanovalcev Doma na Bokalcu ugotovil grozne razmere, kar ga je spodbudilo k študiju v Angliji in Ameriki in uvedbi gerontologije v Sloveniji.

Starostniki potrebujejo posebno obravnavo. Če imamo pediatre za otroke, kako da nimamo geriatrov za starejše? Staranje ni bolezen, so pa bolezni, ki se kopičijo v starosti, in sicer poslabšane funkcije organov, zmanjšane sposobnosti prilagajanja, kužne bolezni, kognitivne funkcije začnejo padati že po 30. letu, poslabšajo se ledvične funkcije, mišična masa pada, sklepi in mišice so najbolj na udaru, žilni sistem je bolj tog, srčna frekvenca se slabša, krvni tlak pada ali preveč poskoči, respiratorni sistem postane rigidnejši, poveča se občutljivost za infekcije, nastanejo degenerativne bolezni sklepov, srca in ožilja, slabovidnost, geriatrični sindromi – inkontinenca, nepomičnost, preležanine, spominske motnje, demenca, motnje vida in sluha.

Klasične bolezni pri starostnikih se pričnejo z neznačilnimi simptomi – starejši lahko zbolijo brez temperature, postanejo neješčji ipd., pri vsem tem pa so

diagnostični postopki zapletenejši in dražji, kar hitro povzroči podaljševanje bolezni, ki gre v kronično fazo, smrtnost je večja pri operativnih posegih kot pri mlajših, tudi zdravlila in zdravljenje postanejo ob slabši presnovi zdravil in kopičenju zdravstvenih vsebin problematični. Starejša oseba včasih jemlje po deset in več zdravilnih substanc, ki včasih niso kompatibilne med seboj, zapleti, ki potrebujejo hospitalno zdravljenje, se prav tako povečajo. Skratka, bolezni je potrebno preprečevati in ne le zdraviti, temelj zdravljenja pa je, da se povrnejo telesne funkcije in se ohrani duševno zdravje.

Kje smo pri vsem tem? Razen oddelka za geriatrijo v Šiški, ni nekega centra, ki bi bil kot nek vodič za vse ostale. Potrebno je ohranjanje pomičnosti in samostojnosti, posebni oddelki v bolnišnicah, ki bi skrbeli za to, čim več oskrbe na domu, okrepiti negovalne oddelke v domovih za starejše, izobraževanje. Na ljubljanski in mariborski medicinski fakulteti se je že pojavila geriatrija na podiplomskem študiju, na dodiplomskem pa ni ničesar, gre za podiplomske tečaje geriatrije. Znanje je tisto, ki nas rešuje in bo prineslo nova spoznanja, potrebno pa je vključiti starejše v ta znanja. Slovenija nujno potrebuje šolane geriatre.

Vprašanje moderatorja prof. dr. Igorju Švabu: Po maturi se mladi vpisujejo na Medicinsko fakulteto z idealizmom in pričakovanji. Gospod dekan, vi ste družinski zdravnik, koliko vaši študentje izvedo o geriatriji in kako jih študij stimulira, da bi se kasneje odločali zanjo?

Prof. dr. Igor Švab odgovori, da je izobraževanje ob stiku z bolniki in ob spodbujanju raziskovanja za ljubljansko Medicinsko fakulteto ključnega pomena.

Študentje imajo stik z bolniki že od začetka, tudi s kompleksnejšimi primeri, kot so starejši. Že v prvem letniku in skozi ves pouk imajo stik s stanovalci v domovih starejših občanov, prvi letnik že uvaja te novosti. Problem je specifično znanje iz geriatrije – na pobudo dr. Poredoša in njega samega so uvedli interdisciplinaren pouk geriatrije, ki se je ohranil do 5. letnika. Učijo habilitirani učitelji z ustrezno klinično specializacijo, vendar v Sloveniji ni habilitiranega geriatra.

Problem je, kako udejanjiti ideale mladih zdravnikov v praksi. Ideal pade, ko enkrat pridejo v ambulantno, ponížani, ker morajo delati neke normative, kar otežuje skrb za bolnike. Fakulteta je dobro zasnovana, vsak kurikulum je potrebno sproti obnavljati in posodablјati, odprti so za sodelovanje z vsemi organizacijami – to je le en del zdravstva, skrb za starejše počiva tudi na drugih strokah. Pomembno je, da se študenti naučijo interdisciplinarnega sodelovanja in učenja. Medicinska fakulteta je odgovorna za dodiplomski pouk, specializacija je v rokah Zdravstvene zbornice in Medicinske akademije.

Prof. dr. Marija Petek Šter, ste predstojnica Katedre za Družinsko medicino. Odličnost družinske medicine je, da je za razliko od kliničnih strok aktivna sredi življenja, da od rojstva do smrti spremlja vse generacije in zdravstvene probleme povezuje s socialnimi. V družinski medicini se zato geriatrija srečuje z gerontologijo. Včasih smo imeli Inštitut za gerontologijo in geriatrijo, kjer smo se šolali splošni zdravniki. Od takrat se je delež starejših v slovenski družbi podvojil, kar posebej izpostavlja potrebo po gerontološko-geriatričnem usposabljanju

zdravnikov družinske medicine. Kako se s tem srečuje Katedra?

Prof. dr. Marija Petek Šter, sicer Ljubljankanka, je za svojo prvo službo sprejela delo v zdravstvenem domu Trebnje, ker je bilo v tistem času edino delovno mesto, razpisano za nedoločen čas. To je bilo v časih, ko je bilo število delovnih mest za zdravnike, tudi za zdravnike na primarnem nivoju, manjše od povpraševanja. Kmalu zatem so se razmere spremenile. Delo zdravnika družinske medicine, ki dela med ljudmi in za ljudi od njihovega rojstva pa do smrti, je odgovorno in premalo cenjeno.

Medicinska fakulteta s svojim poukom, ki sedaj že od prvega letnika študija poteka tudi v družinski medicini, zelo navduši, interes za specializacijo iz družinske medicine ter kasneje delo v stroki pa je manjši, kakor so potrebe. Za delo na področju družinske medicine je obvezna 4-letna specializacija iz družinske medicine. V teku je prenova specializacije, ki še več pozornosti posveča obravnavi starejšega in multimorbidnega bolnika. Zdravniki družinske medicine skrbijo za starejše, ki živijo v domačem okolju in tiste, ki bivajo v domovih starejših. Domovi starejših občanov in zdravniki, ki delujejo tam, predstavljajo dobro učno bazo za izobraževanje o obravnavi starostnika. V Sloveniji imamo zgolj en geriatrični oddelek z 12 posteljami, na katerem delujeta dva specialista interne medicine, ki ne more v izobraževalni proces sprejeti skoraj 250 specializantov družinske medicine. Za delo s starejšimi navdušujemo že študente v začetnih letnikih študija. Že v prvem letniku se srečajo s starejšimi osebami v domu starejših občanov, kar se potem nadaljuje z obiskom na domu, klinično prakso v domovih

starejših, predmetom geriatrija in srečevanjem s starejšimi bolniki v ambulantnem in hospitalnem okolju tekom kliničnih predmetov v višjih letnikih študija.

Odnos in znanje o starejših je potrebno še izboljšati. Pomembno je povezovanje in medsebojno sodelovanje in kot stroka se v družinski medicini tega zavedamo. Izpostavila pa bi še področje rehabilitacije starejših, ki na primarnem nivoju šepa. Rehabilitacija starejšim omogoča da kljub zdravstvenim težavam ohranjajo najboljšo možno funkcionalno stanje in samostojnost v domačem okolju. Pri nas imamo samo fizioterapevte, ki opravijo rehabilitacijo v okviru zdravstvene ustanove, ne pa tudi na domu. Mnogi starejši se zato potrebni rehabilitaciji odpovedo. Po drugi strani pa po večjih operativnih posegih ali poškodbah starejše napotujemo na 14-dnevno zdravljenje v zdraviliških centrih, kar zanje ni dobra alternativa ob spremljajočih boleznih oziroma potrebi po dodatni pomoči, negi in individualno prilagojenem načrtu rehabilitacije. Menim, da bi fizioterapevti, kot je praksa ponekod v tujini, tudi v Sloveniji morali izvajati rehabilitacijo še na bolnikovem domu in ne zgolj znotraj zdravstvenih ustanov.

Gospa Alenka Kovač, ste županja občine Osilnica. Slovenija z indeksom staranja 136 sodi med hitro starajoče se evropske družbe. Starostni indeks 136 pomeni, da je na 100 otrok od 0-15 let, 136 starejših od 65 let. V občini Osilnica je bil ta indeks v letu 2020 kar 390, to pomeni, da tam praktično ni rojstev, so sami starejši, zdravnik pa v občino le redko zaide. Kljub alarmantnemu stanju se za pomoč, ki bi zadržala mlade, ne naredi nič, nihče se ne počuti odgovornega, išče se

le razloge, zakaj se ne da ukrepati. Slovenija je geografsko majhna in pregledna, BDP ni slab, ob primerni odgovornosti vladnih služb bi se državljani v vseh okoljih lahko zaposlovali in imeli otroke. Primer Osilnice nas opozarja, da temu žal ni tako. Kako v Osilnici rešujete te izzive in kako si med seboj pomagata?

Gospa županja pove, da meri občina 36 kvadratnih kilometrov, ima 10 prebivalcev na kvadratni kilometer – 353 prebivalcev, otrok do srednje šole pa je samo 15. V takih razmerah gre občina zelo hitro v izumrtje. Pred leti je bila občina ustanovitelj zdravstvenega doma v Kočevju, lani so jih z odlokom vrgli ven in jih prisilili, da morajo plačevati za zdravstvene usluge (prevoz zdravnika ipd.). V sosednjem Kočevju je zdravnikov premalo, v Osilnici pride zdravnik enkrat na dva meseca. Enako velja za zobozdravnika, lekarna ne obratuje več. Center za negovalno oskrbo je bil v primeru dveh starejših po padcu enega od njih popolnoma neodziven, Center za socialno delo v Kočevju pa ni imel dovolj kadra. Prek javnih del so dobili gospodično z izpitom za negovalko, vendar je gospod po padcu umrl, zgodba se je končala negativno.

V Osilnici je 19 vasi, v nekaterih so samo še starejši, večina njih ne vozi. Ni dovolj delovnih mest, zato mladi odhajajo, starejši pa so obsojeni na samooskrbo, pomaga jim občina, vse starostnike med Božičem in Novim letom tudi obdarijo. Javna dela in oskrbe na domu ne obračunavajo. Ena večjih postavk proračuna občine Osilnica je ravno pomoč starejšim, zato poudarja, da je v Osilnici v kombinaciji z DSO Šiška in URI Soča nujno potrebno dokončati dom za starejše z oddelkom za

rehabilitacijo bolnikov po cerebralni poškodbi. Sredstva so v proračunu zagotovili, ustrezno izobražene, ki bi se tam zaposlili, so našli. Ministrstvo za delo in Ministrstvo za zdravje naj bi podpisala soglasje za začetek del, vendar se iščejo razlogi, da bi od dogovorjenih obveznosti odstopili. Agonija Osilnice in njenih ostarelih občanov se tako ob vladnem nezanimanju za probleme ljudi v odmaknjenih obmejnih področjih nadaljuje.

Komentar mediatorja: Gospa županja, hvala lepa za opis stanja v občini, ki jo vidite. Osilnica ima najvišji indeks staranja v Sloveniji, kar pomeni, da v sliki njenega zdravja prevladujejo za starost značilne bolezni in stanja, ki ostajajo brez ustrezne zdravstvene oskrbe in varstva. Tudi taka oblika nepravilne neenakosti sodi k obrazu slovenske gerontologije in geriatrije.

ŠE O STANJU GERONTOLOGIJE IN GERIATRIJE V SLOVENIJI

Staranje slovenske družbe ne spreminja le demografskih razmerij, ampak tudi razmerja potreb, vključno zdravstvenih. Ker je dolgoživost globalni pojav, se je v zadnjih desetletjih povečalo znanje o starosti in staranju, kar se na področju zdravstva kaže v hitrem razvoju geriatrije po svetu. Slovenija že več kot dve desetletji zaostaja za razvojem geriatrije, ki pri nas s tem, da nimamo ne geriatrov, ne katedre, še ni priznana kot samostojna stroka in se jo v našem zdravstvu neenakopravno obravnava.

V času po opustitvi gerontološkega in geriatričnega delovanja na kliniki v Trnovem je stik s stroko v okvirih pristojnosti in možnosti in tudi s sodelovanjem profesorja

Accetta ter s pripravo izobraževanj in izdajanjem aktualnih strokovnih brošur vzdrževalo Gerontološko društvo. S tem je poskrbelo, da se je gerontologiji pisalo bolje od geriatrije, kar se je poznalo tudi v delovanju nekaterih kasneje ustanovljenih nevladnih organizacij, n.pr. Inštituta Antona Trstenjaka in rednem izhajanju njegove strokovne revije *Kakovostna starost*.

Tudi socialno področje, katerega skrb je dolgotrajna formalna oskrba, ne more brez gerontologije in geriatrije. V kolikor oskrbo starejših izvajajo zdravstveni srednji in višji kadri, so slušatelji med izobraževanjem pridobili tudi osnovna, poklicu primerna geriatrična znanja. Nevladne organizacije in civilne iniciative so spoznale potrebo po preventivi padcev in boljšega sprejemanja demence v slovenski družbi. V zadnjih letih so prizadevanja Zdravniškega društva privedla do ustanovitve Geriatrične sekcije, ki doslej še ni aktivno zaživela. Medicinska fakulteta v Mariboru ima v 9. semestru geriatrijo kot poseben predmet, s čimer je pokazala posluš za spremljanje razvoja geriatrije po svetu. Sledila ji je še ljubljanska Medicinska fakulteta, kjer se ponavlja zgodba družinske medicine, ki je potrebovala vrsto let in prizadevanj, da je bila v Sloveniji priznana kot samostojna zdravstvena stroka, s katedro in poukom na Medicinski fakulteti.

Ob omembi geriatrije je v slovenskem zdravstvu najpogostejši odgovor, da mi vse to že delamo, vedno pa ostane vtis, da je v ozadju strah, da bo geriatrija temu ali onemu odnesla kaj, kar si ob obstoječi nedorečenosti geriatrije pri nas lahko pripisuje kot svoje. V takem okolju je težko opredeliti vizijo in cilje geriatričnega razvoja. Spričo naglega staranja slovenske družbe

in obstoječi ter predvideni rasti skupine nad 80 let, je na področju zdravstva geriatrija nacionalna strokovna potreba, naloga stroke in zdravstvene politike. Če temu ni tako, je potrebno povedati, kdo in v čigavem interesu zavira njeno uresničitev. Nacionalnih potreb načeloma ne bi smeli povezovati z interesi posameznikov ali strokovnih skupin.

Starost ni bolezen, je normalno fiziološko dogajanje, ki se je začelo že z dnem naj prej, preden ostarimo. Vsako starost spremljajo zanj značilne bolezni in za starost so to geriatrični sindromi, demenca, inkontinenca, sarkopenija, osteoporoza, padci, slabša vid in sluh ter podobno. Težav je več, se medsebojno kombinirajo in podpirajo, zato se starejšim neusklajeno predpisuje veliko zdravil, njihovi medsebojni učinki pa so pogosto škodljivi. Tudi polifarmacija sodi pri nas med zanemarljive strokovne izzive.

Kako naprej? Aktivno in zdravo staranje je ena od prioritet Svetovne zdravstvene organizacije in čas je, da stanje gerontologije in geriatrije v Sloveniji odkrito in pošteno analiziramo in načrtujemo njen razvoj. Zanimivo je, da se v sistemu za obstoječe stanje nihče ne čuti ne poklicanega, ne odgovornega, ampak se na nekoga ali nekaj čaka. V Sloveniji ni geriatrov. Ob današnjem pojmovanju medicine in zdravstva je težko sprejeti, da se na fakultetni ravni geriatrijo poučuje brez formalne geriatrične izobrazbe.

Bo razvoj še naprej potekal kaotično, brez jasne vizije in ciljev? Kaj bomo na področju geriatrije storili v letih pred nami? Kdo bo za kaj odgovoren? Se bomo specializirali kar sami, ali bomo vendarle nekaj zdravnikov izšolali na geriatrično

mednarodno priznanih ustanovah? Bomo še naprej prirejali posvete o geriatrici in delali vsak po svoje? Bomo k pouku povabili kakšnega tujega profesorja, ali je to predrago za naše zdravstvo? Koliko geriatričnih znanj bomo predpisali družinskim zdravnikom in kje ter od koga jih bodo pridobili? Kako bomo geriatre vključevali v klinično delo?

Na ta in druga vprašanja še ni odgovorov. Čas je, da jih poiščemo in povežemo z odgovornostjo.

Dr. Božidar Voljč, dr. med.

EVROPI NI VSEENO ZA STAREJŠE LJUDI

Platforma AGE, krovna organizacija starejših v Evropski uniji, je 18. novembra 2022 organizirala mednarodno spletno konferenco pod pokroviteljstvom češkega predsedovanja svetu EU.

Evropska strategija o oskrbi, objavljena septembra 2022, je eden od rezultatov in zavez iz zelene knjige o staranju (2021) in prvič prinaša pristop k dolgotrajni oskrbi na evropski ravni. Poglavitno vprašanje, ki so ga postavili organizatorji konference je bilo: Ali lahko ta strategija podpre ambicije in zaveze EU za spodbujanje pravic in dostojanstva starejših?

Govorci so razpravljali o strategiji in o izgledih Evropske unije, da ob gospodarskih pretresih, demografskih spremembah in vojni pred vrati, zagotovi pravice za vse generacije.

Na dogodku so sodelovali predstavniki Evropske komisije, češkega predsedstva svetu EU, poslanec Evropskega parlamenta Milan Brglez iz Slovenije, raziskovalci, izvajalci storitev in predstavniki medijev ter civilne družbe.

Konferenca je bila razdeljena na dva vsebinska sklopa: 1. Oblikovanje na pravicah temelječega pristopa k dolgotrajni oskrbi v EU in 2. Evropa in človekove pravice starejših.

V okviru prvega sklopa sta bili panelni razpravi na dve temi: zagotavljanje neodvisnosti oseb, ki potrebujejo oskrbo in zagotavljanje univerzalnega dostopa do oskrbe.

Ker je bila strategija za oskrbo objavljena šele dva meseca pred spletno konferenco, je bilo še prezgodaj za tehtne refleksije ali poročanje o ukrepih za implementacijo te strategije v državah EU. Prav gotovo bo zanimivo spremljati nadaljnje korake in kako se bodo države EU odzvale na zaveze iz te strategije.

Drugi vsebinski sklop je bil posvečen človekovim pravicam starejših v globalni dimenziji. Zanimiv je bil prispevek predstavnice Organizacije združenih narodov Amal Abou Rafeh, ki je povzela dosedanja prizadevanja za sprejem konvencije o človekovih pravicah starejših. Za to pobudo so do sedaj stale predvsem latinskoameriške države, medtem ko je bila večina evropskih držav zadržana, saj so menile, da starejši ne potrebujejo »svoje« konvencije, saj so pravice starejših ustrezno pokrite z univerzalno konvencijo o človekovih pravicah. Na zadnjem srečanju odprte skupine za staranje pri Združenih narodih aprila 2022 pa so bili med najbolj odločnimi pobudniki sprejetja te konvencije predstavniki Avstrije, Nemčije in Slovenije, kar daje upanje na večji angažma evropskih držav v bodoče. Med podporniki te konvencije je namreč še vedno razmeroma malo držav EU, precej močnejše in glasne na tem področju pa so evropske civilnodružbene organizacije.

Alenka Ogrin

STAROSTI PRIJAZNA MESTA IN OBČINE

ZA STAROSTI PRIJAZNA MESTA IN OBČINE JE ODLOČILNO SODELOVANJE

Pogovor Ane Ramovš s prof. dr. Thilbauldom Moulaert

Gospod prof. Thilbauld Moulaert, s svojim delom ste eden najvidnejših strokovnjakov za starosti prijazne skupnosti (občine, mesta) po Evropi. Kakšni so uspehi pri uvajanju tega svetovnega programa v času staranja prebivalstva?

Koncept Starosti prijaznih mest in občin je nastal v raziskovalnem okolju. Še danes je močna točka tega programa raziskovalni del in z raziskavo povezana razprava. Poleg tega daje legitimnost vstopu v mrežo starosti prijaznih mest in občin odločitev politične stranke ali organa, ki so jo v skupnosti izvolili ljudje. Vendar zame ni uspeh, kadar so nato v proces vključeni samo ljudje ene politične stranske ali samo ljudje, ki nimajo kritične distance do lokalne politike. Lahko se zdi kot uspeh, lahko se doseže velika enotnost, vendar je v resnici izpuščen pravi glas ljudi; zame je to navidezna participacija (tokenizem).

Nadalje se pri samem delu, posebej tam, kjer so modeli uspešni, velikokrat pozabi omeniti, da je nekaj obstajalo že pred uradnim uvajanjem Starosti prijazne skupnosti. Na primer skupina starejših ljudi, ki se je srečevala, povezovala in pogovarjala, raziskava na tem področju ali kaj drugega. Zame je to nevidna točka, ki jo ljudje praviloma ne opazijo. Ne pravim, da je uvajanje programa starosti prijazne

skupnosti brez predhodnega dela nemogoče. To se vidi iz primera Občine Treviso v Italiji v našem TAAFE projektu (2022). Vendar imajo uspešni modeli uvajanja večinoma zgodovino, ki se je začela pred očitnim modelom dobre prakse.

Pri Starosti prijaznih mestih in občinah je v središču sodelovanje, torej soustvarjanje ali koprodukcija, ki pa ni le stvar skupnosti, ampak tudi institucij in politične moči. Sprva je koncept tega programa temeljil na šibkem modelu institucije, samo na nivoju lokalne skupnosti. To se je spremenilo s poročilom leta 2005-2015. Tedaj je s prehodom iz aktivnega k zdravemu staranju model vključil tudi institucije na državni ravni (kot je na primer Ministrstvo za zdravje). Zato bi rekel, da je zaradi tega zdaj več možnosti za raznolikost, za različne priložnosti.

Zadnja pomembna točka uspešnih modelov je močna vloga občinske uprave. V svoji knjigi opisujem vlogo mediatorja aktivnega, zdravega staranja. To je oseba v občinski upravi, ki poveže ljudi, da delajo skupaj, ki spodbudi ljudi k delu za skupno dobro. Velikokrat je skoraj nevidna v svoji vlogi, vendar povezuje in poganja dogajanje. Praviloma so to ženske, vendar ne vedno. Res je značilno, kako so ti znali pripraviti ljudi do tega, da so delali skupaj, povezati ljudi, ki niso navajeni sodelovati, in jih pripravili do tega. Če takega mediatorja vzamete iz okolja, program ne deluje več. Lahko imate javno politiko, lahko imate starejše ljudi, lahko imate administrativno podporo, vendar je uspeh odvisen od vloge, morda od osebnosti tega

mediatorja – nimam podatkov, da bi lahko potrdil eno ali drugo.

Gospod prof. Thilbault Moulaert, Vi imate veliko izkušenj s starosti prijaznimi skupnostmi po Evropi: s kakšnimi težavami so se srečevale tiste občine in mesta, ki dosegajo pri uvajanju programa najboljše rezultate?

Prva težava je ta, da je na začetku procesa praviloma težko razumeti, za kaj pravzaprav gre. Uvajanje programa ima namreč veliko vidikov, je interdisciplinarno delo, ki vključuje veliko različnih deležnikov in pogledov. Vendar je na začetku in velikokrat tudi kasneje nemogoče delati na vsem in upoštevati vse. In tako se ljudje velikokrat počutijo ogrožene, ker ne razumejo vloge drug drugega. Ali pa se pri uvajanju programa čutijo celo napadeni, mislijo, da kritiziramo njihovo delo, ker na primer ne upoštevajo stališč starejših ljudi. Nerazumevanje in občutek ogroženosti tako predstavljata prvo veliko oviro.

Druga težava ali morda skušnjava Starosti prijaznih mest in občin je skupna vsem mednarodnim programom in sicer gre za željo dobiti štampljko – privlačno, priznano ime. Občina ali mesto se v tem primeru angažira le zaradi prepoznavnosti, ne pa iz želje ali potrebe delati na razvoju starosti prijazne skupnosti. Takšna drža je hinavska. Se pa kar hitro prepozna, kdaj neka občina ali mesto dela le zaradi imena, tako da je ta kritika enostavna.

Tretja težava je, da ni prave regulacije nad tem, kaj je starosti prijazno kot program. Če se želiš vključiti, moraš upoštevati pravila, vendar so ta pravila res mehka. Poleg tega gre za različno poznavanje programa. Najdeš lahko zelo različne aplikacije. Mislim, da je to, kar počnete v Sloveniji

zelo zanimivo in pravzaprav pomembno tudi na dolgi rok.

Lahko se zgodi, da ljudje to uporabijo le za zaslužek; da privatni svetovalci pridejo in rečejo mestu ali občini: »Lahko vam pomagamo, da postanete starosti prijazno mesto ali občina.« Plačate jim neko svetovanje, potem se oni odločijo, kaj morate storiti in zahtevajo ponovno plačilo za naslednji korak in tako naprej. V eni od držav se je to dogajalo. Vem, da se je to sedaj spremenilo, ampak bilo je tako. In to ni ne delo z ljudmi, ne nekaj za dolgi rok, ne starosti prijazno – to je le za zaslužek.

Morda še ena težava je, če starejši ljudje program obdržijo zase. Čeprav so aktivno vključeni, tega ne bi označil kot uspeh. To smo videli pri projektu TAAFE. V eni od držav se je zgodilo to, da je ostalo le pri starejših. Torej ni bilo zamisli, da bi delili proces, delo in rezultate z drugimi zainteresiranimi in da bi sčasoma spremenili lokalno politiko, kar bi omogočalo, da vključevanje starejših poteka še naprej na tak način. Tega ne razumem kot uspeh.

Zadnja težava so viri – finančni in človeški. Za izvajanje programa starosti prijaznih mest in občin je potrebno oboje. Finančni viri so pomembni za izvajanje aktivnosti, vendar so hkrati tudi le orodje, po katerem je potreba različna, glede na to, za kakšno vrsto dejavnosti se odločiš. Poleg tega včasih ljudje rečejo, da ne morejo začeti, ker ni sredstev. Denar je pomemben za usmerjanje ukrepov. Hkrati je velikokrat tudi obratno, če jasno veš, kaj hočeš narediti, se marsikdaj najdejo tudi sredstva. Pri človeških virih pa je težava v tem, da koordinator ali mediator v občini dela preveč stvari. Velikokrat namreč član občinske uprave, ki dela na področju

Starosti prijaznih mest in občin, dela tudi druge stvari in je preobremenjen z drugim. Tako se stvari ne morejo razvijati. Posebej manjše občine nimajo ne finančnih ne človeških virov, da bi se lahko posvetile temu. Da dobijo nekaj teh virov ali da vidijo pomembnost tega dela, včasih pomaga, če uporabijo ime Starosti prijaznih mest in občin kot krovni koncept. Vendar v tem primeru tvegajo, da bodo šli z razvojem v vse smeri naenkrat, da si bodo naložili preveč. In tako se lahko zgodi, da član občinske uprave zadolžen za to področje, ki je odločilen za razvoj, postane preobremenjen in izgori.

Gospod prof. Thilbault Moulaert, kot uveljavljen evropski strokovnjak za starosti prijazne skupnosti sodelujete z nami v evropskem projektu TAAFE. Kaj je glavni prispevek tega projekta k učinkovitosti programa starosti prijaznih skupnosti?

Glavni prispevek modela TAAFE je konkretnost. Skoraj vse ostalo je v bistvu enako modelu Starosti prijaznih mest in občin: ocena potreb, koncept, akcijski načrt, vključevanje ljudi, evalvacija. Od povsod, kjer smo model implementirali, smo slišali: »TAAFE model je konkreten, pri svojem delu vidimo, kje smo in kaj smo naredili.« In ta konkretnost je prišla z razmislekom, pogovorom. To vemo tudi iz odziva, kritike ljudi, ki so med uvajanjem modela včasih rekli: »Ves čas govorimo. Potrebujemo dejanja, akcijo!« Vendar je bil ta pogovor potreben. V enem od primerov so želeli priti neposredno k dejanjem, hoteli so narediti veliko spremembo, evalvirati vse na začetku – na začetku so šli prehitro in zato ni rezultata, ki bi ga želeli, preprosto se stvari niso izšle. V nasprotju

s tem smo v Sloveniji in Italiji lahko sledili razpravi in včasih se je smer razmišljanja ter implementacije ravno zaradi pogovorov spremenila. Tako da pri TAAFE modelu ne gre za konkretnost na eni in refleksijo na drugi strani, ampak za kombinacijo obojega.

Drugi prispevek TAAFE modela je mogoče ravno to navidezno protislovje med fleksibilnostjo in sistematičnim sledenjem modelu. Čas implementacije modela TAAFE v teku projekta je bil zelo kratek, eno do dve leti. Ampak v resnici so imeli ljudje – ker smo se osredotočili na eno stvar in ker smo jim dali jasna pravila, kaj morajo narediti korak za korakom – možnost, da si vzamejo čas. In večina jih ni šla prehitro, ampak si je vzela čas za razmislek, pogovor. Tako so lahko znotraj začrtanih metodičnih korakov fleksibilno prilagajali svojo smer. In to je rodilo uspeh. Pri tem je bila pomembna tudi že omenjena konkretnost ter časovno ravnotežje med razmislekom in akcijo. Mislim pa, da je vlogo odigrala tudi mednarodna ekipa metodikov. Ti so se na dva tedna redno srečevali preko spleta, se učili korakov, predvsem pa so drug od drugega dobili zagon, navdih in podporo. To je bilo možno tudi zato, ker se je med njimi spletlo zaupanje. Njihovi koraki niso potekali povsem sočasno, vendar je bilo videti, da so ob izkušnjah drugih poglobili željo tudi sami izvesti svoje stvari dobro in kadar so imeli težave, so lahko slišali, da jih imajo tudi drugi. Misel: »V redu je, ne skrbi, tudi oni so imeli težavo in so našli rešitev, tako da jo bomo našli tudi mi« jih je podprla in jih spodbudila k iskanju rešitev.

Kar zadeva mednarodno primerjavo, se sprašujem, kaj je povsod drugače in kaj ne. Izbirajo različne ukrepe in v lokalni

akcijski skupini so različni deležniki, zato je vedno drugače. Glede znanja o tem, kaj je starosti prijazno in programa SZO – pa naj gre za majhne skupnosti ali večja mesta – opazimo na začetku veliko raznolikost. Postopek je enak, a prilagojen vsakemu primeru. In prav to je zanimivo: konkretnost je mogoče prilagoditi lokalno, hkrati pa ugotavljamo pomembnost nekaterih univerzalnih elementov: na primer trojke in lokalne akcijske skupine. Trojka menim, da je ključ, da proces dobro deluje, lokalna akcijska skupina pa je prostor za razširitev in nekoliko bolj odprto razpravo, da bi našli konkretne ukrepe. Morda je to jezik,

o katerem smo rekli, da ustvarja učljivo skupnost in je po eni strani simbolem, odvisen od lokalne skupnosti, od tega, kako daleč je, po drugi strani pa univerzalen. Jezik konkretnosti, izmenjave idej z različnimi ljudmi in sklepanja kompromisov je povsod enak.

Zanimivo se mi zdi, da pri ustvarjanju modela niste želeli obtičati pri organizaciji, ampak ste začeli od temeljev. Prvo vprašanje Marte Grčar je bilo: »Kaj za vas pomeni starosti prijazno okolje?« To je bilo tako preprosto. Hkrati zaradi metodoloških korakov ni ostalo abstraktno, bili smo namreč priklenjeni na konkretnost.

DRUŽINSKI OSKRBOVALCI

PRVI MEDNARODNI KONGRES O OSKRBI

**San Cristobal de La Laguna, Tenerifi
(Kanarski otoki), 3. - 5. november 2022**

V prvem tednu novembra smo se zaposleni na Inštitutu Antona Trstenjaka udeležili prvega mednarodnega kongresa o oskrbi – nekateri v živo na Tenerifih, drugi preko spletnega prenosa. Kongres z naslovom »Pravica do dostojnega življenja: soodgovornost in trajnost« je organiziralo Združenje negovalcev, svojcev in prijateljev ljudi odvisnih od pomoči, Alzheimerjevo boleznijo in drugimi demencami ACUFAD-DE. Dogodek je potekal v španščini, poslušalcem pa je bilo zagotovljeno simultano prevajanje v angleščino. Program kongresa je bil namenjen splošni populaciji, predvsem oskrbovalcem in oskrbovancem, študentom in strokovnjakom s področja oskrbe, javnim službam (občinam in drugim odločevalcem) ter posameznikom, ki so zastopali organizacije in podjetja. Namen kongresa je bila izmenjava dobrih praks iz akademskih, strokovnih, institucionalnih in političnih področij oskrbe, širše ozaveščanje družbe o tej temi in iskanje rešitev za izboljšanje kakovosti življenja.

Prvi dan je bil posvečen soodgovornosti v oskrbi, ki se je nanašala predvsem na širšo skupnost, javno upravo, podjetja in posameznike. V prvem delu je María Teresa Martín Palomo, profesorica sociologije na Univerzi v Almeriji, predstavila temo Oskrba in brezskrbnost v ranljivem svetu.

Opomnila nas je, da ranljivost, krhkost in medsebojna odvisnost niso pomanjkljivosti ali težave, ki jih je treba rešiti, temveč oprijemljive realnosti različnih stopenj odvisnosti in neodvisnosti, avtonomije in ranljivosti, s katerimi se skozi življenje soočamo prav vsi.

Koldobike Velasco Vásquez, profesorica socialnega dela in raziskovalka na področju družbenih gibanj na Univerzi Las Palmas de Gran Canaria, je imela predavanje o vrednotah, identiteti in vlogi v oskrbovanju. Nagovorila nas je s sporočilom, da nam oskrba odpira oči. Daje nam planetarno perspektivo, s katero sporoča, da nismo sami na tem planetu. Predstavila je številne razsežnosti oskrbe in opozorila, da je potrebno spremeniti pristop in trenutno paradigmo ter poskrbeti, da sistemsko premagamo zatiranje (glede na spol, raso) in nasilje, da je omogočena odločitev kdaj, kako in za koga želimo skrbeti ter da razvijamo sistem, ki bo resnično podpiral oskrbovalce in se boril za njihove pravice.

Med okroglo mizo smo izmenjevali izkušnje za trajno kvalitetno življenje, tudi na področju oskrbe v lokalnem okolju in občinah. Skupnostna oskrba je in bo vedno bolj pomembna, zato je kontekst skupnosti potrebno upoštevati tudi pri razmisleku o javnih in skupnostnih prostorih. Na primeru Barcelone so prikazali, kako lahko zavestna odločitev občine za razvoj oskrbe spremeni življenja več tisoč družinskih oskrbovalcem in njihovim oskrbovancem. V nadaljevanju so številni strokovnjaki delili svoje izkušnje z raznolikih področij; npr. stanovanjska zadruga s trajnostnim

in medgeneracijskim pristopom spodbuja skupnostno oskrbo, o izzivih LGBTQ skupnosti starejših, ki v družbi še niso dobili svojega prostora in se soočajo z zatiranjem javnega izražanja, osamljenostjo in zavrnjeno čustveno podporo. Dotaknili smo se tudi soodgovornosti podjetij, ki lahko vplivajo na trajnostno oskrbo.

Dan smo zaključili s temo moških v oskrbi. Pogovarjali smo se o tradicionalnih družinskih vzorcih, ki še danes vplivajo na oskrbovanje. Kljub temu, da se kontekst s porastom modela dvojnega dohodka v družini spreminja in tudi moški prevzema-jo vse več nalog, ženske še vedno opravljajo večino družinskih opravil. Idejo moških oskrbovalcev je potrebno promovirati, se umakniti od patriarhalne miselnosti, moškim povrniti dostojanstvo in vrednost ter jih vključiti v naloge, ki so tradicionalno pripadale ženskam, tudi v oskrbo.

V petek smo nadaljevali s temo trajnosti oskrbe, tokrat na področju družinske oskrbe. Jesús Rivera Navarro, profesor sociologije na Univerzi v Salamanci, raziskovalec na področju oskrbe družine in oskrbovalcev priseljencev, nam je predstavil temne plati oskrbe, kamor spadajo predvsem zlorabe. O zlorabi vedno govorimo kot o naklepni, čeprav ni nujno vedno tako. Predvsem v oskrbi običajno posameznik nima želje po zlorabi osebe, za katero skrbi, ampak je le-ta odraz slabo vodene oskrbe, ki pogosto izhaja iz slabega poznavanja narave stanja ali bolezni, pomanjkanja pomoči in podpore, preobremenjenosti, utrujenosti in duševnih stisk.

Ángela Torbay Betancor in Matilde Díaz Hernández iz oddelka za enakost spolov Univerze La Laguna sta predstavili pogled na odpornost oskrbovalcev. Odpornost je

univerzalna človeška sposobnost premagati ekstremno neugodno situacijo in iz nje izstopiti okrepljen in pozitivno preoblikovan z novim smislom za življenje. Odpornost spodbujamo z zaščitnimi faktorji družbe (ustvarjanje družbenih struktur, ki nas krepijo), odnosov (socialna mreža) in osebnim dejavnikom (ponovnim preoblikovanjem svoje zgodbe, da nas ta krepi in nam daje moč). Avtorici sta predstavili ugotovitve raziskave, da boljše prepoznavanje socialne podpore prispeva k večji odpornosti oskrbovalcev. Ob tem je pomembno spodbujati pozitivne strategije in dejavnike (humor, smeh, razvijanje sočutja do sebe, zagotavljanje socialne podpore) in zmanjševati negativne (samoobsojanje, izolacija, pretirana identifikacija), ki vodijo v preobremenjenost in izgorelost.

V nadaljevanju je Zorany Zúñiga Vega, kolumbijska aktivistka, raziskovalka in strokovnjakinja za politične študije, predstavila zanimivo temo migrantk in oskrbe v Latinski Ameriki. Opisala je glavne ovire v tranzitnih ali ciljnih državah, s katerimi se soočajo tudi migrantke iz Latinske Amerike: z migracijskimi zakoni, birokracijo, rasizmom in ksenofobijo, izkoriščanjem delovne sile in stigmo zaradi začetka delovne dobe v oskrbi. Ženske migracije sprožijo pomembne spremembe v gospodinjstvih, med drugim prerazporeditev oskrbe in razvijanje transnacionalnih gospodinjstev. Čeprav so v takšnih gospodinjstvih družinski člani ločeni z državnimi mejami, vseeno ohranjajo tesne odnose, kar krepi tudi povezavo med njihovimi izvornimi in ciljnim družbami. Predavateljica je predstavila številne izzive in stiske migrantk, posebno tistih, ki v tranzitnih ali ciljnih državah delajo v oskrbi. Opozorila je, da

so oskrbovalci-migranti moderna oblika suženjstva. Na zahodu namreč prevladuje mišljenje, da jim mi delamo uslugo, ker jim nudimo delo, v realnosti pa njihovo delo izhaja iz naše lastne potrebe po oskrbi bližnjega. Opisala je tudi ekonomski vidik in poudarila, da ekonomski prispevek skrbstvenega dela, ki ga opravljajo delavci migranti, še ni bil primerno ovrednoten, prav tako ne njihov prispevek k blaginji družin in družbeni reprodukciji v širšem smislu.

Prvi del dneva je sklenil Stecy Yghemonos, direktor organizacije Eurocarers. Predstavil je delovanje organizacije in nadaljeval z definicijo neformalnih oskrbovalcev. Definicija je pomembna, saj smo se tudi na področju oskrbe dolgo soočali s problemom »kar ni definirano, ne obstaja«. Število neformalnih oskrbovalcev povsod po svetu podcenjujemo, na eni strani zaradi različnih meritev, na drugi pa tudi zato, ker se mnogi ljudje sploh ne prepoznajo kot neformalni oskrbovalci. Po zadnjih ocenah naj bi bilo na svetu že več kot 44 milijonov oskrbovalcev, brez katerih si ne moremo predstavljati univerzalne dolgotrajne oskrbe. Yghemonos je ob tem opozoril, da neformalni oskrbovalci dajejo veliko večji prispevek kakor strošek posamezni države. Govoril je o številnih izzivih, s katerimi se soočajo neformalni oskrbovalci in opozoril predvsem na tiste, ki se soočajo s socialno izključenostjo in revščino ter težavami z duševnim zdravjem. Ob tem je poudaril, da je tudi neformalna oskrba determinanta zdravja. Številne oskrbovalce obremenjuje iskanje ravnovesja med delom in zasebnim življenjem, kar predvsem tiste, ki so poleg vsakodnevne vloge neformalnega oskrbovalca tudi redno zaposleni za polni

delovni čas. V zaključku je predstavil še novo evropsko strategijo za oskrbo, ki obravnava predvsem vprašanja dostopnosti – vključno s cenovno, kakovosti, ustreznosti in delovnih razmer (tudi za neformalne oskrbovalce).

V drugem delu dneva so sledile mednarodne predstavitve, v katerih so različni tuji strokovnjaki delili mednarodne izkušnje. Elizabeth Hanson, znanstvena vodja v švedskem nacionalnem kompetenčnem centru za oskrbo družine in nekdanja predsednica Eurocarers, je predstavila prvo Švedsko nacionalno strategijo oskrbovalcev, sprejeto aprila 2022. Opisala je specifično situacijo na Švedskem, kjer je zaradi redke in razpršene poselitve v ruralnem okolju še toliko pomembnejša vloga občinskih zagovornikov družinskih in drugih neformalnih oskrbovalcev. Predstavila je glavne cilje Švedske nacionalne strategije, med drugim pomoč občinam in lokalni skupnosti pri okrepitvi pomena oskrbovalcev v zdravstvu in socialnem varstvu, ter ustvarjanje kakovostne podpore neformalnim oskrbovalcem, ki bi morala biti bolj prilagojena njihovim individualnim potrebam. Sebastian Fischer, predstavnik Škotske koalicije oskrbovalcev, je predstavil dobre prakse za oskrbovalce na Škotskem. Opozoril je, da oskrbovalci ne potrebujejo naših pohval in toplih besed, ampak predvsem priznanje, upoštevanje pravic in izbiro različnih storitev v lokalni skupnosti za njihovo specifično situacijo. Tako kot plačana delovna sila bi tudi neplačani oskrbovalci morali imeti pravico do usposabljanja, odmora od oskrbovanja, podpore pri oskrbovanju in finančne podpore. V nadaljevanju je Lisneti María De Castro, učiteljica in raziskovalka na

področju staranja, družine in družinskih oskrbovalcev, predsednica Apacid, združenja za podporo oskrbovalcev, predstavila družinsko oskrbo na Portugalskem, njihove dileme, izzive in obete za prihodnost. Zadnji se je predstavil še Patricio Espínola Navarrete, predsednik dobrodelnice fundacije »Alzheimerjeve bolezni in nevrokognitivne motnje« iz Čila.

Na zadnji dan mednarodnega kongresa smo obeležil mednarodni dan oskrbovalcev; program je bil posvečen predvsem vsem španskim oskrbovalcem, saj je bilo prikazano predvsem trenutno stanje neformalnega oskrbovanja v Španiji. Ob predstavitvi številnih dobrih praks podpore

oskrbovalcem pa so predstavili tudi obete in želje za prihodnost oskrbovanja v Španiji in še bolj lokalno, na Kanarskih otokih. Jesús Rodrigo Ramos, izvršni direktor Španske alzheimerjeve konfederacije (Ceafa) je predstavil izkušnje organizacije, ki brani pravice oskrbovalcev. Almudena Haro Ruiz, socialna pedagoginja družinskega področja, je predstavila model socialno-izobraževalnih dejavnosti z oskrbovalci oseb z demenco. Idaira Cabrera Febles, tehnična direktorica Acufade pa je predstavila edino podporno mrežo za oskrbovalce na Kanarskih otokih, imenovano Vlak sreče (El Tren de La Felicidad).

Ajda Cvelbar

GOOD QUALITY OF OLD AGE

Good Quality of old age: Journal for Gerontology and Intergenerational Relations, Vol. 25, Num. 4, 2022

INDEX

0. Editorial (Jože Ramovš)

1. Scientific and expert articles

- 1.1. Carmen Rajer: Solutions and challenges in community-based long-term care
- 1.2. Sabina Ficko: Relocation to a care facility
- 1.3. Rok Stoševski, Urša Susman, Gordana Šokić, Mirko Prosen, Sabina Ličen: Nursing staff knowledge on pressure ulcer prevention in care homes
- 1.4. Mateja Berčan: The impact of the Health Insurance Institute of Slovenia on the provision of palliative care in residential care
- 1.5. Marta Grčar: A step towards age-friendly communities - the TAAFE model as an innovation aspect of the TAAFE project

2. Review of gerontological literature

- 2.1. Colliding worlds (Tjaša Potočnik)

3. Glossary of gerontological terms

- 3.1. Care organizations and institutions (Jože Ramovš)

4. Symposiums, workshops

- 4.1. Gerontology and geriatrics in ageing Slovenia (Božidar Voljč)
- 4.2. Europe cares about older people (Alenka Ogrin)

5. Age-friendly cities and rural communities

- 5.1. Cooperation is crucial for age-friendly cities and municipalities; short interview - Ana Ramovš and Prof. Dr. Thilbauld Moulaert

6. Family carers

- 6.1. The first international care congress in Tenerife (Ajda Cvelbar)

The introduction of a modern long-term care system remains a pressing issue in Slovenia; the law on long-term care, adopted at the end of 2021, has been postponed for one year with the government's intention to amend and improve it. The role of the profession and its experts in this regard is to help and support it with research data and good practices on national and international level. This is why the current issue of the 25th edition of the Slovenian journal of gerontology and intergenerational co-existence *Good Quality of old age* brings several articles on this subject.

The first article is written by the coordinator of the pilot project on community-based long-term care which was funded and implemented as the preparation of the Long-Term Care Act, with a particular focus on the introduction of community-based care programmes. It turned out that the municipality has recognised so much benefit in this pilot project that even after its end, they kept it running, partly at their own expense, otherwise it should have been funded by the national system. The relocation from the home environment to the institution could be one of the most crucial life transitions for an older person; in one of the articles, the expert working in a care home focuses on this issue through a qualitative research. Pressure ulcers are a major problem in residential care; the focus of this article was the knowledge and capacity of nurses working in residential homes about prevention of this frequent injury.

The following scientific articles in the journal refer to healthy ageing and care at home: the first explores the barriers that exist in the Slovenian health insurance system and need to be overcome to make home palliative services more effective. The second reports on the innovative development of a model for age-friendly communities achieved in a European project involving five Alpine countries and is followed by short but informative interview with Prof. Dr. Thilbauld Moulart on the current development of age-friendly cities and municipalities in Europe and worldwide. A short article *Collision of Worlds* gives us an overview how family carers balanced their professional work and care of their family members during the coronavirus pandemic; the development of respite care programmes is essential to support informal carers. Two congress reports are worth mentioning: on the current state of gerontology and geriatrics in Slovenia and about the International Congress on Care, which was organized in Tenerife for the first time in November 2022.

As the year 2023 is approaching, the creators of the *Good Quality of old age* journal wish our readers a creative year; we will continue to strive for relevant and high-quality articles on the Slovenian gerontological and intergenerational field also in its 26th year of publication.

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 zvrsti uporabljene literature:

- knjiga: Trstenjak Anton (1989). *Skozi prizmo besede*. Ljubljana: Slovenska matica;
- članek iz revije: Trstenjak Anton (1998). Štirje letni časi življenja. V: *Kakovostna starost*, letnik 1, št. 1, str. 4–7 (če je več avtorjev, se navajajo vsi, loči jih vejica);
- samostojni prispevek iz zbornika ali avtorsko poglavje v knjigi drugega avtorja: Trstenjak Anton, Ramovš Jože (1997). Sciences as a global problem. V: Pejovnik Stane in Komac Miloš (ured.). *From the global to the roots: learning – the treasure within*. Forum Bled '96, 13 – 15 October, 1996. Ljubljana: Ministry of Science and Technology of the Republic of Slovenia, str. 134–139;
- če je avtor organizacija: World Health Organization (2007). *Global Age-friendly Cities: A Guide*.
- spletno besedilo: Trstenjak Anton. *Skozi prizmo besede*. V: <http://www.inst-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. 25, ŠT. 4, 2022

Good quality of old age

VOL. 25, NUM. 4, 2022

ZNANSTVENI ČLANKI

SCIENTIFIC ARTICLES

Carmen Rajer

- Rešitve in izzivi dolgotrajne oskrbe v skupnosti 3 Solutions and challenges in community-based long-term care

Sabina Ficko

- Prehod v oskrbovalno ustanovo 22 Relocation to a care facility

Rok Stoševski, Urša Susman, Gordana Šokić, Mirko Prosen, Sabina Ličen

- Znanje zaposlenih v zdravstveni negi o preprečevanju razjede zaradi pritiska v domovih starejših občanov 32 Nursing staff knowledge on pressure ulcer prevention in care homes

Mateja Berčan

- Vpliv ZZS na izvajanje paliativne zdravstvene nege v patronažnem varstvu 45 The impact of the Health Insurance Institute of Slovenia on the provision of palliative care in residential care

Marta Grčar

- Korak na poti k starosti prijaznim skupnostim – TAAFE model kot inovacija projekta TAAFE 52 A step towards age-friendly communities - the TAAFE model as an innovation aspect of the TAAFE project

IZ GERONTOLOŠKE LITERATURE

59

REVIEW OF GERONTOLOGICAL LITERATURE

GERONTOLOŠKO IZRAZJE

61

GLOSSARY OF GERONTOLOGICAL TERMS

SIMPOZIJI, DELAVNICE

62

SYMPOSIUMS, WORKSHOPS

STAROSTI PRIJAZNA MESTA IN OBČINE

71

AGE-FRIENDLY CITIES AND RURAL COMMUNITIES

DRUŽINSKI OSKRBOVALCI

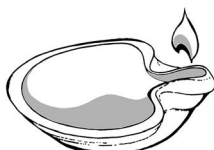
75

FAMILY CARERS

GOOD QUALITY OF OLD AGE

79

KAKOVOSTNA STAROST



INŠTITUT
ANTONA TRSTENJAKA

RESLJEVA 11, p.p. 4443,
1000 Ljubljana, Slovenija

Tel.: + 386 1 433 93 01

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