

Kakovostna starost

REVIJA ZA GERONTOLOGIJO IN MEDGENERACIJSKO SOŽITJE
LETNIK 18 (2015), ŠTEVILKA 2



INŠTITUT ANTONA TRSTENJAKA

KAKOVOSTNA STAROST

letnik 18, številka 2, 2015

KAZALO

UVODNIK

- 1 Jože Ramovš

ZNANSTVENI IN STROKOVNI ČLANKI – SCIENTIFIC AND EXPERT ARTICLES

- 3 Tjaša Mlakar: Stari starši v življenju vnukov
- 22 Ksenija Ramovš: Razbremenitev družinskih oskrbovalcev z vidika ZDA in nekaterih evropskih držav

IZ GERONTOLOŠKE LITERATURE – REVIEW OF GERONTOLOGICAL LITERATURE

- 34 Načela in smernice za dobro počutje in dostojanstvo starejših, potrebnih dolgotrajne oskrbe (Jože Ramovš)
Svetovni atlas paliativne oskrbe ob koncu življenja (Maša Birska)
Obravnavanje problematike trpinčenje starejših na evropski ravni (Ana Vujović)
- 50 **Drobci iz gerontološke literature** (Tjaša Mlakar, Ana Vujović)
- 56 **Dogodki** (Tjaša Mlakar)

GERONTOLOŠKO IN MEDGENERACIJSKO IZRAZJE – GLOSSARY OF GERONTOLOGY AND INTERGENERATIONAL TERMS

- 58 Razbremenilna pomoč (Jože Ramovš)

SIMPOZIJ, DELAVNICE – SYMPOSIUMS, WORKSHOPS

- 61 Konferenca EAST raziskovalne mreže (Ana Vujović)

INTERVJU – INTERVIEW

- 65 Fizioterapija postavi starega človeka ponovno na noge (Ivanka Bižal in Ksenija Ramovš)
- 79 Nasveti Ivanke Bižal za negovanje bolnika v domačem okolju

GOOD QUALITY OF OLD AGE – KAKOVOSTNA STAROST

- 83 Good Quality of old age: Journal for Gerontology and Intergenerational Relations
- 84 Good Quality of old age: Journal for Gerontology and Intergenerational Relations, Vol. 18, Num. 1, 2015
- 86 Good Quality of old age: Journal for Gerontology and Intergenerational Relations, Vol. 18, Num. 2, 2015

Tudi tokratna številka revije ima kot večkrat v zadnjih letih največ prispevkov o dolgotrajni oskrbi. Razlog je želja, da bi tudi slovenska država čim prej sprejela kakovosten zakon o dolgotrajni oskrbi, se pri tem zgledovala po dobrih izkušnjah drugih evropskih držav ter bi glede oskrbovanja upoštevala podatke o potrebah, zmožnostih in stališčih prebivalcev Slovenije.

V tej številki je z več strani prikazana **razbremenilna pomoč družinskim oskrbovalcem**. Pregledni članek Ksenije Ramovš *Razbremenitev družinskih oskrbovalcev z vidika ZDA in nekaterih evropskih držav* izhaja iz podatkov, da opravijo družinski oskrbovalci v Evropi 70–90 % oskrbe starostno onemoglih, invalidnih in kronično bolnih ljudi. Brez njih si ni mogoče zamisliti finančno vzdržnega sistema dolgotrajne oskrbe. Družinski oskrbovalci v današnjih razmerah čedalje težje opravljajo svojo oskrbovalno vlogo. Njihova najbolj pereča potreba je strokovna in javna pomoč za razbremenitev. Ukrepi za razbremenilno pomoč, ki jih v svojih sistemih dolgotrajne oskrbe uvajajo druge evropske države in ZDA, so tudi za snovalce slovenskega sistema orientacija, kako reševati pereče potrebe družinskih oskrbovalcev. Sistemski ukrepi za razbremenitev družinskih oskrbovalcev so ena od osnovnih usmeritev vsakega sodobnega zakona o dolgotrajni oskrbi.

Razbremenilna pomoč družinskim oskrbovalcem je kot strokovni pojem obdelana tudi v rubriki Gerontološko izrazje. Blizu tej temi je obsežen strokovni intervju z upokojeno fizioterapevtko Ivanko Bižal o njenih 40-letnih spoznanjih in izkušnjah ob uvajanju fizioterapije na domu. Med ljudmi je cenjena po tem, kako uspešno je nepokretne ljudi po kapi ali različnih zlomih »postavila na noge«. Fizioterapija na domu je v sistemu za dolgotrajno oskrbo mehanizem, ki ljudem po kapi ali zlomu kolka ponovno omogoči samostojnost; ta je za človeka bistven element kakovosti življenja, za javno blagajno dolgotrajne oskrbe pa prihranek večletnega oskrbovanja.

Vrsta spoznanj in izkušenj za pripravo dobrega slovenskega zakona o dolgotrajni oskrbi je tudi v drugih člankih. Raziskovalni rezultati psihologinje Tjaše Mlakar v članku *Stari starši v življenju vnukov* so zanimivi za oblikovanje medgeneracijskih vidikov in metod dolgotrajne oskrbe, zlasti pa za sistemske novosti v vzgoji in uvajanju maloštevilne populacije sedanjih vnukov v oskrbovanje, solidarnost in empatijo z nemočnimi. To je velik današnji izziv vzgojnih strok in politike, saj bo današnja mlada generacija v svojih srednjih letih krojila usodo oskrbovanja številne generacije svojih staršev.

Prikazi in krajši »drobci« iz novejšje tuje in domače literature so večinoma tudi povezani z dolgotrajno oskrbo. Pomemben dokument *WeDO – Evropski okvir kakovosti storitev dolgotrajne oskrbe* že s svojim naslovom *Za dobro počutje in dostojanstvo starejših* izraža sodobno prizadevanje, da pri dolgotrajni oskrbi ni dovolj razvijati samo kakovost storitev, ampak prav tako kakovost odnosov med oskrbovalci in oskrbovanci ter dostojanstvo in dobro počutje. Prikaz *Svetovnega atlasa paliativne oskrbe* spodbuja reševanje perečih dilem v slovenskem zdravstvu, ki si pravkar prizadeva uvesti paliativne centre, in sociali, kjer Slovensko društvo Hospic že dve desetletji razvija prostovoljsko spremljanje umirajočih na domu in skupine za samopomoč žalujočih. V sodelovanju z mestom Ljubljana je do nedavnega vodilo edini stacionarni hospic za umirajoče v Sloveniji. Poljaki so v zadnjem desetletju uvedli blizu petsto krajevnih hiš hospica za umirajoče; po teh merilih bi jih glede na število prebivalcev v Sloveniji imeli v tem času vsaj petindvajset. Paliativna oskrba, umiranje in žalovanje so enako bistvene teme nacionalnega sistema dolgotrajne oskrbe kakor oskrbovalni programi in ustanove. Tudi prikaz evropskega poročila o preprečevanju trpinčenja starejših ni nepomemben vir informacij pri oblikovanju slovenskega sistema dolgotrajne oskrbe. V njem so posebno dragocena poglavja o dejavnikih tveganja za trpinčenje starejših ljudi, varovalnih dejavnikih in razvojnih možnostih na tem področju v prihodnje. Znano je, da se največji delež trpinčenja starejših zgodi v domači družini in da je njegov pomemben vzrok preutrujenost družinskih oskrbovalcev. Spoznanja tega dokumenta torej narekujejo razvoj in uvajanje razbremenilne pomoči družinskim oskrbovalcem. *Urednik*

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)

Tina Lipar

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 (*Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice*)

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

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

Vida Milošević Arnold (*Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo*)

prof. dr. Vid Pečjak (*psiholog in pisatelj*)

mag. Ksenija Ramovš (*Inštitut Antona Trstenjaka*)

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

dr. Božidar Voljč (*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*)

Pregled besedila: Polona Marc in Veronika Mravljak Andoljšek

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 20 €, posamezna številka 6 €

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

E-pošta: info@inst-antonatrstenjaka.si

Revijo Kakovostna starost v letu 2015 sofinancira ARRS na temelju javnega razpisa za sofinanciranje in izdajanje domačih znanstvenih periodičnih publikacij v letih 2015 in 2016 (pogodba št. 630-136/2015-1)

Tjaša Mlakar

Stari starši v življenju vnukov

POVZETEK

V Sloveniji imamo malo podatkov o tem, kako se spreminja odnos s starimi starši, ko vnuk odrasča, zato nas je zanimalo, kakšen je ta odnos v slovenskem prostoru, kjer večina starih staršev in vnukov živi relativno blizu drug drugega. Sestavili smo vprašalnik, na katerega je odgovarjalo 344 mladostnikov in mladostnic, starih od 12 do 22 let. Iz odgovorov smo dobili šest lestvic, ki opisujejo odnos med vnuki in starimi starši: skupno preživljanje časa, interes, zaupnost, antagonizem, vzajemna pomoč in preteklost. Ugotovili smo, da so stari starši bolj vključeni v življenje mlajših mladostnikov in manj v življenje tistih, ki so v srednjem in poznem mladostništvu. Rezultati so pokazali, da so vnuki približno enako čustveno povezani z babicami in z dedki. Babice z vnuki preživijo več časa in so bile v preteklosti bolj vključene v njihovo življenje v primerjavi z dedki. Prav tako vnuki babicam bolj zaupajo kot dedkom. Ugotovili smo, da so starejši stari starši bolj vključeni v življenje vnukov kot mlajši ter da stari starši z zdravstvenimi težavami preživijo z vnuki manj časa kot tisti brez težav.

Ključne besede: stari starši, vnuki, mladostništvo, družinski odnosi, starostne razlike

AVTOR: *Tjaša Mlakar je univerzitetna diplomirana psihologinja, ki je diplomirala s področja odnosov med vnuki in starimi starši.*

ABSTRACT

The role of grandparents in the lives of their grandchildren

Changes in relationships between growing grandchildren and their grandparents have not been well documented in Slovenia. We addressed that question with regard to Slovenian citizens, of whom most grandchildren live relatively close to their grandparents. We designed a questionnaire and distributed it between 344 adolescents, both male and female, between the ages of 12 and 22. The answers we obtained were organized into six categories describing the relationships between grandchildren and their grandparents: the time spent together, interests, trust, antagonism, mutual help and past experience. The research showed that grandparents are more involved in the lives of younger adolescents and less in the lives of older adolescents. The results revealed that grandparents' gender does not play a significant role in the strength of emotional bonds they form, however, grandmothers spend more time with their grandchildren than grandfathers, and showed greater involvement in the past. Grandmothers were also shown to be trusted more by their grandchildren. We discovered that older grandparents are more involved in the lives of their grandchildren than younger ones, and that grandparents with health problems spend less time with their grandchildren than those without.

Key words: grandparents, grandchildren, adolescence, family relations, age differences

AUTHOR: *Tjaša Mlakar is a psychologist; she graduated with thesis about relationships between grandparents and grandchildren.*

1 UVOD

V zadnjih letih v Sloveniji opažamo staranje prebivalstva. Z upadanjem števila rojstev, oz. s preskromnim številom rojstev, z daljšanjem življenjske dobe in z upočasnjevanjem umrljivosti se spreminja starostna sestava prebivalstva. Zmanjšuje se delež otrok, večja pa se delež delovno sposobnega prebivalstva in delež starejših (Statistični urad Republike Slovenije, 2010). Prav tako se kaže podoben pojav v zahodnih družbah v 20. stoletju. Povečuje se pričakovana življenjska doba in zmanjšuje se rodnost (Putney in Bengtson, 2003). Pričakovana življenjska doba je narasla od manj kot 50 let v letu 1900 do skoraj 80 let v letu 2005 (*National center for health statistics, 2010*).

Ena izmed posledic daljše pričakovane življenjske dobe je razširjenost tri-, štiri- in petgeneracijskih družin. To podaljšuje čas, ki ga posamezniki preživijo v svojih družinskih vlogah, kar velja tudi za stare starše (Putney in Bengtson, 2003). Stari starši vedno več časa preživijo s svojimi vnuki, jih peljejo na počitnice, jim pomagajo pri šolskih obveznostih in preživljajo z njimi prosti čas. Zaradi tega s časom narašča pomembnost večgeneracijskih vezi (Bengtson, 2001).

Življenja vnukov in starih staršev se še nikoli prej niso prepletala za tako dolgo časovno obdobje (Hagestad, 1988, po Geurts, Poortman, Van Tilburg, Dykstra, 2009). Stari starši lahko ohranjajo odnos z vnuki skozi otroštvo in zgodnjo odraslost (Dunifon, 2013). Pri tem igra vlogo tudi zdravstveno in ekonomsko stanje starih staršev. Stari starši so danes v boljšem zdravstvenem stanju in boljši ekonomski situaciji kot kdajkoli prej. Kaže pa se tudi nekaj dejavnikov, ki lahko stare starše in vnuke razdvojijo in ki jih je v primerjavi s preteklostjo vse več, na primer lažja geografska mobilnost in naraščanje števila ločitev staršev (Danielsbacka in Tanskanen, 2012).

2 RAZISKAVE O ODNOSU MED VNUKI IN STARIMI STARŠI V SLOVENIJI

V raziskavi Staranje v Sloveniji (Ramovš, ured., 2013) je navedeno, da imajo stari starši v Sloveniji v povprečju 2,44 vnuka. Skoraj polovica (48,7 %) starih staršev, ki imajo vnuke, odgovarja, da je to zanje ena od najbolj pomembnih stvari v življenju, približno petina (18,5 %) pa jih navaja, da je to zanje precej pomembno.

Zanimalo nas je, ali so stari starši v življenju na splošno srečni, kar se kaže tudi v njihovem odnosu z vnuki. V zgoraj navedeni raziskavi (Ramovš, ured., 2013) so starejši prebivalci Slovenije, stari 50 let in več, odgovarjali na vprašanje o doživljanju sreče. Za večino prebivalcev, zajetih v tej raziskavi, lahko sklepamo, da spadajo v skupino starih staršev. Na to vprašanje je odgovorilo 95,5 % udeležencev. Od teh jih največ (44,5 %) poroča, da niso niti srečni niti nesrečni. Sledijo jim precej srečni (37,7 %) ter zelo srečni (13,8 %). Skupaj je srečnih torej malo nad polovico (51,5 %). Odstotek nesrečnih je nizek (4,0 %), od tega jih je več precej nesrečnih (2,8 %) kot zelo nesrečnih (1,2 %). Povprečna vrednost ocen sreče je 3,60 (SD = 0,803), kar pomeni, da so starejši Slovenci v povprečju sicer bolj srečni kot ne, vendar le v manjši meri. Pri vprašanju »Kako gledate sedaj na svoje dosedanje življenje?« jih večina (66,3 %) pravi, da so s svojim dosedanjim življenjem zadovoljni, okoli četrtina (25,5 %)

pa jih odgovarja, da so s svojim dosedanjim življenjem napol zadovoljni in napol nezadovoljni (Ramovš, 2013).

Stari starši in vnuki se pogosto videvajo. Najmanj dve tretjini slovenskih otrok ima redne stike s svojimi starimi starši. Iz tega lahko sklepamo, da je tudi v današnjem času vloga starih staršev v življenju vnukov pomembna. To potrjujejo vnuki, ki pravijo, da doživljajo vlogo starih staršev kot pomembno v svojem življenju (Žorž, 2006) in večina starih staršev, ki ocenjuje odnos z vnuki kot zelo dober ali dober (Boldin, 2013).

Mlade družine poročajo, da jih ima 78 % zelo pogoste stike s starimi starši, 58 % ima s starimi starši vsakodnevne stike. Pogosti stiki med mladimi družinami in starimi starši so povezani z življenjskim okoljem (mestno, primestno, vaško okolje), načinom in bližino bivanja. Stiki so v vaškem in primestnem okolju pogostejši kot v mestnem, saj ima okoli 60 % anketiranih v vaškem in v primestnem okolju vsakodnevne stike, medtem ko je ta rezultat v mestnem okolju le okoli 40 % (Boldin, 2013). Tudi način bivanja vpliva na pogostost stikov med vnuki in starimi starši. Vsakodnevnih stikov starih staršev, ki živijo skupaj z vnuki (v skupnem ali lastnem gospodinjstvu), je okoli 40 % (Boldin, 2013). Stiki med vnuki in starimi starši niso ovirani, ko mlade družine in stari starši živijo v ločenih gospodinjstvih (Žorž, 2006). Pri družinah, ki ne živijo skupaj s starimi starši, je vsakodnevnih stikov okoli 20 %. Bližina bivanja starih staršev in vnukov vpliva na pogostost stikov med njimi. Stikov je več, če živijo bližje. V geografski razdalji do 10 kilometrov so v 76 % stiki pogosti (vsakodnevni, večkrat ali enkrat tedenski). Večina mladih družin potrjuje, da so odnosi med mlado družino in starimi starši zelo dobri ali dobri (Boldin, 2013).

Otroke so v raziskavi vprašali, na kaj pomislijo, ko slišijo besedo »stari starši«. Najbolj pogosto odgovarjajo: govorjenje o starih časih, ljubeč pogled, mehka roka, sladkarije in darila (Žorž, 2006). Vnuki stari staršem najbolj želijo, da bi dolgo živeli ter da bi se večkrat videli in bili skupaj z njimi. Iz teh odgovorov Žorž (2006) zaključuje, da se jasno kažejo močne želje otrok, da bi bili več s svojimi starimi starši. Druga slovenska raziskava prav tako kaže, da si vnuki želijo pogostejše družbe starih staršev, da bi šli večkrat skupaj na izlet ali počitnice in da bi živeli skupaj (Klemenc, 2014).

3 MEDGENERACIJSKA SOLIDARNOST MED VNUKI IN STARIMI STARŠI

S strani Svetovne zdravstvene organizacije (World Health Organization, 2003) so danes med ostalimi dejavniki zdravja socialne mreže opredeljene kot »trdno dejstvo«. Ta medsebojna opora ima močan pozitiven učinek na zdravje, tako na individualni kot na družbeni ravni.

Starejši ljudje imajo več zdravstvenih težav kot mlajši, pogostejše potrebujejo zdravstvene storitve, slabše ocenjujejo svoje zdravje in v zvezi s tem pogosto potrebujejo formalne in neformalne oblike opore. Na ohranjanje in vračanje zdravja in blažitev težav nima vpliva samo formalno zdravstveno varstvo, ampak tudi neformalne vezi, prepletene v socialne mreže sorodnikov, prijateljev, sosedov, sodelavcev ipd. (Pahor in Domanjko, 2007).

Pričakovanja od socialne mreže glede formalne in neformalne opore se nanašajo na čustveno, praktično in simbolično pomoč. Če pogledamo najprej ožjo družino, so največja pričakovanja do partnerja. Vključujejo totalno pomoč, podporo in osebno nego, če je potrebna. Ta pričakovanja upadejo le ob partnerjevi duševni ali telesni bolezni oz. če pride do osebnostne spremembe ali izgube vzajemnosti. Pričakovanja do otrok obsegajo praktično in čustveno oporo, kot na primer pogoste kontakte oz. obiske, moralno oporo, pomoč ob nujnih primerih, redno pomoč, kadar je potrebna, in prisotnost ob pomembnih dogodkih oz. priložnostih. Od bratov in sester se pričakujejo predvsem čustvena opora, druženje in redni stiki, medsebojna prijaznost, opora pri reševanju problemov in pomoč v nujnih primerih. Na drugem mestu po pomembnosti je ta študija odkrila nesorodniška omrežja prijateljev in sosedov. Pričakovanja do teh dveh skupin se razlikujejo: od prijateljev se pričakuje predvsem čustvena, od sosedov praktična opora. Prijatelji so za druženje, vzajemno navezanost in čustveno oporo ter tudi pomoč v nujnih primerih. Pri sosedih pa so najpomembnejši dostopnost, skrb in nadzor ter pomoč v nujnih primerih (Wenger, 1994).

Medgeneracijska solidarnost med vnuki in starimi starši se kaže na drug način. Stari starši imajo določene predstave o svoji vlogi ter o tem, kako naj bi se vedli do vnukov. V raziskavi Kempa (2004) navajajo nekaj svojih pričakovanj glede vloge starih staršev. Prvi vidik je, da se posredno ali neposredno ne vmešavajo v življenja vnukov, kar pomeni, da stari starši ne kritizirajo vnukov, jim ne dajejo nezaželenih nasvetov in ne želijo spreminjati njihovih življenjskih odločitev. Prav tako naj bi stari starši vnuke brezpogojno sprejemali, jim nudili podporo na čustvenem, socialnem in materialnem področju. Stari starši svojo vlogo vidijo tudi v tem, da so v družini učitelji in vzorniki, saj imajo zaradi svojih let veliko izkušenj.

Vnuki so zadovoljni z medgeneracijskim odnosom, ko stari starši prevzemajo vloge skrbnika, vzornika in nosilca tradicije. Stari starši kot nosilci tradicije ohranjajo rituale in izkušnje iz preteklosti. Pripovedovanje starih staršev o preteklosti daje vnukom občutek varnosti in pripadnosti. Vnuki poročajo, da imajo v njihovem življenju večji vpliv stari starši, ki so jim za vzor. Mladi odrasli zaznavajo odnos s starimi starši drugače kot mlajši vnuki ter z odnosom niso nič bolj zadovoljni, če stari starši prevzemajo vlogo vzornika in skrbnika. Mladi odrasli poročajo, da so bolj zadovoljni z odnosom s starimi starši, ko jim stari starši nudijo pomoč in čustveno oporo tudi takrat, ko živijo daleč stran od njih (Taylor, Robila in Lee, 2005).

Višja stopnja izmenjave pomoči (instrumentalne, čustvene in materialne) se pojavlja pri tistih vnukih in starih starših, ki se med seboj dobro razumejo in imajo tesno vez (Kemp, 2007). Stari starši in vnuki pomagajo drug drugemu z različnimi oblikami pomoči. Veliko starih staršev svojim vnukom nudi oz. je pripravljenih nuditi plačilo šolnine, prenovu doma, plačilo poroke ter ostalih stroškov, vnuki pa starim staršem pomagajo pri prevozu, zdravniških naročanjih ter hišnih opravilih (Kemp, 2005). Vnuki poročajo, da pogosteje pomagajo starim staršem pri moških opravilih, kot so košnja trave, obrezovanje dreves in premikanje pohištva, vnukinje pa poročajo o pogostejši pomoči pri nakupih in domačih opravilih (Kemp, 2005).

Petina starih staršev, starih od 62 do 85 let, nudi vnukom finančno pomoč. Ena izmed pogostih oblik daril, ki jih vnuki prejemajo od starih staršev, je denar. Vnukom s finančno

pomočjo najpogosteje pomagajo starejši stari starši (od 80 do 85 let) in najredkeje mlajši stari starši (od 62 do 67 let) (Hoff, 2007). Starejši stari starši so manj aktivni pri rekreaciji z vnuki in jih manj pogosto pazijo, jim pa večkrat namenijo denar in druga darila (Silverstein in Marengo, 2001). Stari starši, ki imajo višji socialno-ekonomski status, pogosteje nudijo finančno pomoč svojim vnukom kot stari starši z nižjim socialno-ekonomskim statusom. Slednji so bolj nagnjeni k instrumentalni pomoči, ki vključuje njihovo delo. To je skrb za otroke, kuhanje in pranje perila (Kemp, 2005).

Finančna pomoč starih staršev lahko vpliva na šolanje mladostnikov, ki živijo v enostarševskih družinah, ne vpliva pa neposredno na mladostnikovo vključenost v šolo. Možno pa je, da finančna pomoč razširjene družine nudi enostarševskim družinam dohodke, ki so potrebni za akademski razvoj, na primer kupovanje knjig in šolskih potrebščin, nudenje možnosti staršem, da preživijo več časa z otrokom pri pisanju domačih nalog in drugo (Yorgason, Padilla-Walker, Jackson, 2011).

Stari starši vnukom večkrat finančno pomagajo, vnuki pa jim to pomoč zelo redko vračajo v instrumentalni obliki (Hoff, 2007). Koncept medgeneracijske solidarnosti predpostavlja vzajemno pomoč med mladimi in starejšimi, vendar ne razlaga, koliko pomoči namenjajo drug drugemu (Hoff, 2007). To dopolni hipoteza medgeneracijske pomoči, ki s pomočjo empiričnih raziskav razlaga, da se starši trudijo za ohranitev tesnih stikov v družini. Otroci si bolj kot ohranitev tesnih vezi v družini želijo ohraniti individualnost, samostojnost in neodvisnost, kar lahko pripelje do tega, da otroci manj pomagajo staršem kot starši otrokom (Giarrusso, Stallings in Bengston, 1995, po Hoff, 2007). Ta teorija lahko drži tudi v primeru starih staršev in vnukov ter pojasni, zakaj vnuki manj pomagajo starim staršem v primerjavi s pomočjo, ki jo prejema od njih.

4 MEDGENERACIJSKA SOLIDARNOST MED VNUKI IN STARIMI STARŠI V SLOVENIJI

V raziskavi (Ramovš, ured., 2013), ki je zajela reprezentativen vzorec prebivalcev Slovenije, starih nad 50 let, je v vprašalniku navedena trditev *»Vsak človek si v življenju nabere veliko spoznanj in izkušenj, ki bi jih rad prenesel na druge, zlasti na mlajše«*, na katero so udeleženci lahko odgovorili z nič, malo ali veliko. Na trditev je odgovorilo 92,3 % udeležencev. Od teh jih približno polovica (54,3 %) odgovarja, da drugi prevzemajo malo njihovih življenjskih izkušenj in spoznanj, približno tretjina (35,4 %) jih meni, da jih prevzemajo veliko, okoli deset odstotkov (9,5 %) pa jih pravi, da drugi ne prevzemajo nič njihovih izkušenj in spoznanj. V vprašalniku so bila tudi vprašanja, ki so se nanašala na lep osebni stik z različnimi generacijami. V mlajši (od 15 do 25 let) in starejši (nad 60 let) skupini prevladujejo pogosti stiki z vsemi tremi generacijami. Srednja in stara generacija sta bolj povezani druga z drugo kot z ostalima dvema. Preko teh odgovorov vidimo, kakšna je medgeneracijska solidarnost med starejšimi in mlajšimi generacijami ter posredno sklepamo na medgeneracijsko solidarnost med vnuki in starimi starši. Odgovori kažejo, da je le-ta relativno dobra. To pomeni, da je prenos izkušenj med vnuki in starimi starši relativno pogost.

Odnos med srečo in prenašanjem spoznanj in izkušenj na druge potrjuje statistično pomembna korelacija. V vseh starostnih skupinah so najsrečnejši tisti, ki trdijo, da lahko veliko svojih izkušenj prenesejo na mlajše generacije. Podatki iste raziskave kažejo tudi, da je v pozni starosti prenašanje izkušenj in spoznanj na druge še pomembnejše kot v prejšnjih obdobjih, saj je razlika v sreči med tistimi, ki na druge prenašajo veliko svojih izkušenj in spoznanj, in tistimi, ki na druge prenašajo le malo ali nič svojih spoznanj, v pozni starosti večja kot v drugih obdobjih. Tisti, ki na druge prenašajo veliko spoznanj in izkušenj, so približno enako srečni v vseh starostnih obdobjih, medtem ko so tisti, ki na druge prenašajo nič ali le malo izkušenj in spoznanj, v pozni starosti manj srečni kot pa v drugih starostnih obdobjih. Iz tega bi lahko sklepali, da se pozitivni učinek prenosa izkušenj in spoznanj ne veča, veča pa se nuja, saj so tisti, ki z naraščajočo starostjo ne morejo nikomur predati svojih izkušenj in spoznanj, vse bolj nesrečni. Iz tega sklepamo, da so najbolj srečni tisti stari starši, ki na svoje vnuke prenašajo veliko svojih spoznanj in izkušenj.

Tudi druge raziskave v Sloveniji kažejo, da je medgeneracijska solidarnost med vnuki in starimi starši v Sloveniji dobra. Stari starši so na voljo svojim vnukom, ko jih ti potrebujejo. Svoje vnuke se trudijo spraviti v dobro voljo, kadar so žalostni, ter jim pomagajo pri domači nalogi in učenju. Kadar so sprti s svojimi starši, jih želijo spraviti z njimi. Vnuki razumejo njihovo pomoč kot dobronamerno. Stari starši pomagajo staršem vnukov tako, da so na voljo, ko potrebujejo pogovor, ter da pomagajo pri hišnih in gospodinjstskih opravilih in s finančno pomočjo (Klemenc, 2014).

Prav tako se kaže, da okoli 40 % starih staršev v Sloveniji redno ali pogosto pomaga mladim družinam s finančno pomočjo ter jim nudi varstvo vnukov. 62 % starih staršev pogosto ali vsakodnevno pazi vnuke. Na pomoč pri varstvu otrok vpliva tudi delovna aktivnost starih staršev, največ pomoči nudijo upokojenci (Boldin, 2013). Študije v Sloveniji kažejo, da starši izberejo stare starše kot drugo najpogostejšo obliko rednega varstva za vnuke (36 %). Stari starši so prav tako na drugem mestu pri varstvu otrok, starih od enega do treh let (25 %) (Černigoj Sadar in Kanjua Mrčela, 2004).

Raziskava v Sloveniji (Ramovš, ured., 2013) kaže, da tudi vnuki nudijo pomoč starim staršem. Pomagajo pri oskrbi skoraj 25.000 kronično bolnih, starostno onemoglih in invalidnih starih staršev, starih nad 50 let. Vnuki so kot družinski oskrbovalci na četrtem mestu po številu ur, ki jih namenijo oskrbi starih staršev. Več ur oskrbe namenijo starejšim ljudem le še zakonski partnerji, hčere in sinovi.

5 NAŠA RAZISKAVA O ODNOSIH VNUKOV DO STARIH STARŠEV

5.1 PREDSTAVITEV, UTEMELJITEV IN CILJI

V Sloveniji imamo malo podatkov o tem, kako se spreminja odnos s starimi starši, ko vnuk odrasča, zato nas je zanimalo, kakšen je ta odnos v slovenskem prostoru, kjer večina starih staršev in vnukov živi relativno blizu drug drugega. V ta namen smo sestavili vprašalnik, v katerega smo vključili vnuke iz treh različnih generacij. Odgovarjali so, kako vidijo odnos med seboj in starimi starši. Naš cilj je bil raziskovanje odnosa med

vnuki in starimi starši. Zanimalo nas je, kako se odnos mlajših in starejših mladostnikov do starih staršev spreminja z odrasčanjem.

5.2 POPULACIJA IN METODOLOGIJA

V vzorec je bilo vključenih 344 udeležencev, okoli 35 % fantov in 65 % deklet. Vključene so bile tri različne generacije vnukov. Sodelovalo je 125 učencev 7. razreda osnovne šole, starih od 12 do 14 let, 126 dijakov 2. letnika srednje šole, starih od 16 do 17 let, in 93 študentov 1. letnika fakultete, starih od 18 do 22 let.

Za oceno odnosa med vnuki in starimi starši smo sestavili vprašalnik iz naslednjih lestvic, prilagojenih za slovenske mladostnike in mladostnice: *Network of relationships social provision version questionnaire NRI - SPV* (Turman in Buhrmester, 1985), *Parent-Child closeness questionnaire PCC* (Buchanan, Maccoby in Dornbusch, 1991), *Grandparenting and stepgrandparenting questionnaire GSQ* (Henry in Ceglian, 1992) ter vprašanj, ki smo jih dodali sami. Vprašalnik smo razdelili udeležencem (vnukom), ki so ocenili svoj odnos s starimi starši.

Opis lestvic vprašalnika:

Lestvica *Preživljanje časa skupaj* vključuje vedenja, ki opisujejo odnos med vnuki in starimi starši preko preživetega skupnega časa. Postavke:

- 1) *Kako pogosto ti dedek/babica uredi kakšno stvar, ko si bolan/-a (na primer pripravi kosilo ali kaj drugega)?*
- 2) *Kako pogosto greš z dedkom/babico na sprehod, predstavo ali kam drugam?*
- 3) *Kako pogosto pride dedek/babica na obisk, ko si bolan/-a?*
- 4) *Kako pogosto preživiš del svojega časa z dedkom/babico med vikendom?*
- 5) *Kako pogosto praznuješ z dedkom/babico rojstni dan ali druga praznovanja?*
- 6) *Kako pogosto te dedek/babica pokliče, ko si bolan/-a?*
- 7) *Kako pogosto se z dedkom/babico slišiš po telefonu?*
- 8) *Kako pogosto preživljaš svoj prosti čas z dedkom/babico?*
- 9) *Kako pogosto prideš k svojemu dedku/babici na kosilo?*

Lestvica *Interes* vključuje vedenja, ki opisujejo zanimanje in interes starih staršev za vnuke, njihovo življenje in dejavnosti. Postavke:

- 1) *Kako pogosto se dedek/babica zanima za stvari, ki jih počneš (kot so šport, glasbena šola ali kaj drugega)?*
- 2) *Kako pogosto ti dedek/babica pokaže, da te občuduje?*
- 3) *Kako pogosto ti dedek/babica priskoči na pomoč, ko ga/jo potrebuješ?*
- 4) *Kako pogosto te dedek/babica posluša in si vzame čas zate, ko si zaželiš pogovora?*
- 5) *Kako pogosto se ti zdi, da se tvoj dedek/babica pravzaprav zanima zate?*
- 6) *Kako pogosto ti dedek/babica pokaže, da te ima rad/-a?*
- 7) *Dedek/babica me dobro pozna.*
- 8) *Z dedkom/babico sva si zelo blizu.*
- 9) *Dedek/babica me ima rad/-a.*

Lestvica *Zaupnost* vključuje vedenja, ki opisujejo zaupnost med vnuki in starimi starši. Postavke:

- 1) *Kako pogosto ti je dedek/babica v oporo pri tvojih težavah s starši in prijatelji?*

- 2) *Kako pogosto poveš dedku/babici svoje skrivnosti, strahove in dvome?*
- 3) *Kako pogosto ti dedek/babica svetuje glede osebnih problemov?*
- 4) *Kako pogosto govoriš z dedkom/babico o stvareh, za katere ne želiš, da jih izvejo drugi?*
- 5) *Kako pogosto se z dedkom/babico odprto/iskreno pogovarjaš o svojih osebnih stvareh?*

Lestvica *Antagonizem* vključuje vedenja, ki opisujejo prepiranje vnukov in starih staršev. Postavke:

- 1) *Kako pogosto vaju z dedkom/babico vznemiri/razdraži obnašanje drug drugega?*
- 2) *Kako pogosto sta z dedkom/babico jezna drug na drugega?*
- 3) *Kako pogosto se z dedkom/babico spreta?*
- 4) *Kako pogosto si gresta z dedkom/babico »na živce«?*

Lestvica *Vzajemna pomoč* vključuje vedenja, ki opisujejo medsebojno pomoč vnukov in starih staršev. Postavke:

- 1) *Kako pogosto ti tvoj dedek/babica razlaga, kakšno je bilo življenje včasih?*
- 2) *Kako pogosto poskrbiš za dedka/babico?*
- 3) *Kako pogosto pomagaš dedku/babici pri stvareh, ki jih ne more opraviti sam?*
- 4) *Kako pogosto te dedek/babica uči delati stvari, ki jih ne znaš, kot so šivanje, kuhanje, tehnične stvari in podobno?*

Lestvica *Preteklost* vključuje vedenja, ki opisujejo odnos med vnuki in starimi starši v preteklosti, v času, ko so vnuki začeli obiskovati osnovno šolo. Postavke:

- 1) *Kako pogosto te je dedek/babica peljal/-a na izlet, npr. v nakupovalno središče, živalski vrt, kino, gledališče, cirkus idr.?*
- 2) *Kako pogosto sta šla z dedkom/babico v cerkev ali druge religiozne ustanove?*
- 3) *Kako pogosto si videl/-a svojega dedka/babico med družinskimi prazniki, kot so npr. božič, velika noč ali drugi?*
- 4) *Kako pogosto te je dedek/babica pazil/-a?*
- 5) *Kako pogosto ti je dedek/babica bral/-a zgodbe?*
- 6) *Kako pogosto si pri dedku/babici prespal/-a?*
- 7) *Kako pogosto te je dedek/babica nenapovedano obiskal/-a, samo da bi te videl/-a?*
- 8) *Kako pogosto ti je dedek/babica dajal/-a darila in denar?*
- 9) *Kako pogosto se je dedek/babica igral/-a s tabo?*

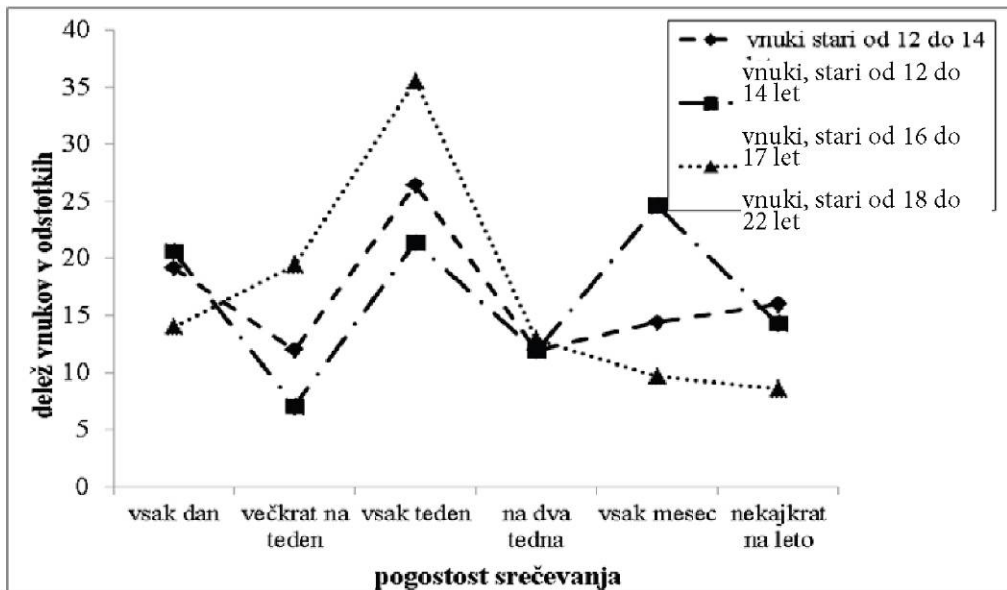
6 UGOTOVITVE

Raziskava (Mlakar, 2014) je bila osredotočena na vključenost starih staršev v življenje vnukov. Naredili smo analize, kako pogosti so stiki med vnuki in starimi starši, kako se njihov odnos povezuje z zdravstvenimi težavami starih staršev, njihovim življenjem v isti hiši z vnuki, s starostjo starih staršev in tako dalje. Preverili smo, kako se odnos starih staršev in vnukov spreminja, ko vnuki odraščajo.

6.1 STIKI MED VNUKI IN STARIMI STARŠI SO POGOSTI

Naši rezultati kažejo, da ima skoraj 60 % vnukov v Sloveniji vsaj tedenski stik s starimi starši, skoraj 70 % pa se vidi s starimi starši vsaj na dva tedna. Delež vnukov, ki vidijo svoje stare starše le nekajkrat letno, je nizek (13,4 %). Pogostost stikov je pri različnih starostih

vnukov drugačna. Vsaj tedenske (ali pogostejše) stike s starimi starši imajo največkrat vnuki, stari od 12 do 14 let, malo manj pogoste stike imajo vnuki, stari od 18 do 22 let. Najmanj pogoste stike v primerjavi z drugima dvema starostnima skupinama imajo vnuki, stari od 16 do 18 let. Tuje raziskave kažejo, da ima 60 % starih staršev stik z enim ali več vnuki vsak teden, okoli 12 % pa ima stik z enim ali več vnuki dnevno (Oppelaar in Dykstra, 2004). Naša raziskava kaže, da se vnuki in stari starši pogosto srečujejo in imajo pri tem tudi možnost, da gradijo medsebojni odnos. Rezultati posredno kažejo, da se starši pri mlajših vnukih trudijo za pogosto srečevanje s starimi starši. Vnuki, ki so v srednji šoli in na fakulteti, pa za stik s starimi starši večinoma poskrbijo sami. Študentje navajajo, da ohranjajo s starimi starši pogoste stike.



Ugotavljamo, da imajo najpogostejše stike stari starši in vnuki, ki živijo najbližje drug drugemu. Najpogostejše stike imajo tisti, ki so oddaljeni manj kot eno uro, najmanj pogoste pa tisti, ki so oddaljeni več kot eno uro. Dolžina poti, ki jo porabijo stari starši in vnuki drug do drugega, se pomembno povezuje z nekaterimi področji odnosa med njimi. Večja ko je oddaljenost starih staršev od vnukov, manjša je povezanost vnukov in starih staršev na vseh področjih odnosa. Dejavniki, ki napovedujejo kvaliteto odnosa med vnuki in starimi starši je fizična razdalja. Stari starši in vnuki, ki so bolj oddaljeni drug od drugega, imajo nižjo kvaliteto odnosa v primerjavi s tistimi, ki živijo bližje (Danielsbacka in Tanskanen, 2012; Dunifon in Bajracharya, 2012). Prav tako tuje raziskave kažejo, da se stari starši manj pogosto vidijo z vnuki, ki živijo dlje od njih (Uhlenberg in Hammill, 1998).

Vnuki v raziskavi navajajo, da s starimi starši pogosto preživljajo čas. Naši rezultati kažejo večjo vpletenost babic v primerjavi z dedki pri preživljanju časa z vnuki, vzajemni pomoči in zaupnosti med njimi in vnuki. Babice preživijo več časa s svojimi vnuki med vikendom, večkrat jim urejajo stvari, ko so bolni (na primer skuhamo jim kosilo),

jih pokličejo in obiščejo, ko so bolni, se z njimi družijo, govorijo po telefonu, vnuki preživljajo z njimi svoj prosti čas in pridejo k njim na kosilo; dedki so pri teh stvareh manj vpleteni kot babice. Tudi druge raziskave kažejo, da imajo babice več stikov z vnuki kot dedki (Reitzes in Mutran, 2004; Silvestein in Marengo, 2001; Uhlenberg in Hammill, 1998; Oppelaar in Dykstra, 2004; Smorti idr., 2012). Babice so bolj vključene v simbolne aktivnosti, ki temeljijo na jeziku, kot je pripovedovanje pravljic, zgodb in anekdot, povezanih z njihovo družino. Dedki pa se z vnuki bolj vključujejo v šport in telesne aktivnosti, kot so hoja in zunanje aktivnosti (Smorti idr., 2012). V naši raziskavi nismo posebej ločili športa in telesnih dejavnosti, da bi lahko preverili, ali so pri teh stvareh dedki bolj aktivni.

V raziskavi se med starostnimi skupinami vnukov in starimi starši kažejo pomembne razlike na več področjih odnosa. Kažejo se pomembne razlike v tem, koliko časa preživijo skupaj s starimi starši. Največ časa se družijo stari starši in vnuki, ki so v osnovni šoli. Ti se pomembno razlikujejo v količini preživetega časa z vnuki, ki so v srednji šoli in na fakulteti. Udeleženci, ki so v srednji šoli ali na fakulteti, pa se med seboj ne razlikujejo pomembno v količini preživetega časa s starimi starši, čeprav imajo študentje malo višje povprečje kot dijaki. Tudi povezave med preživljanjem časa skupaj s starimi starši in starostjo vnukov kažejo, da starejši ko so vnuki, manj časa preživijo s starimi starši. Druge raziskave kažejo, da je odnos med vnuki in starimi starši najintenzivnejši, preden vnuk postane mladostnik (Cherlin in Furstenberg, 1986, po Geurts idr., 2009). Prav tako imajo stari starši več stikov z mlajšimi vnuki kot s starejšimi (Silverstein in Marengo, 2001). Danielsbacka in Tanskanen (2012) sta v študiji ugotovila, da se vpletenost starih staršev niža, ko vnuk odrašča (v letih od 11 do 16 let). Možna razlaga tega je, da starši vnukov niso več vključeni v odnos med vnuki in starimi starši in so vnuki tisti, ki dajejo pobudo za stik s starimi starši. To so v raziskavah potrdili že drugi (Geurts idr., 2009). Druga možnost je, da imajo vnuki večjo željo po druženju z vrstniki in ob tem zanemarijo odnose s starimi starši. Tretja možnost je, da stari starši ne obvladajo komunikacije z odraščajočimi vnuki. Prejšnje študije kažejo, da je v zgodnji odraslosti večja verjetnost, da bodo vnuki raje vzdrževali stike z vrstniki kot medgeneracijske odnose (Baranowski, 1982, po Geurts idr., 2009; Altar-Schwartz, Tan idr., 2009). To potrjujejo tudi rezultati naše raziskave, saj se na več področjih kaže manj intenziven odnos starih staršev s študenti kot z osnovnošolci. Ena izmed možnosti je tudi, da vnuki pri višji starosti vedno več časa posvečajo svoji karieri in ustvarjanju svoje družine (Mills, 1999, po Geurts idr., 2009).

Preživljanje skupnega časa vnukov in starih staršev se prav tako povezuje s starostjo starih staršev. Višja starost starih staršev se povezuje z manjšo količino preživetega časa z vnuki. Tudi druge raziskave kažejo, da se z višjo starostjo starih staršev zmanjša pogostost stikov z vnuki (Oppelaar in Dykstra, 2004). Starejši stari starši imajo več prostega časa, ki ga lahko posvetijo svojim vnukom, vendar jih lahko pri tem ovirajo njihove zdravstvene težave (Dunifon in Bajracharya, 2012). Prav tako je možno, da starejši stari starši v primerjavi z mlajšimi težje razumejo »svet mladostnikov« (Oppelaar in Dykstra, 2004). Naša raziskava potrjuje prejšnje študije.

Naši rezultati prav tako kažejo, da vnuki in stari starši, ki živijo skupaj, preživijo pomembno več časa skupaj; stari starši večkrat urejajo stvari za vnuke, ko so ti bolni,

večkrat imajo skupna praznovanja, več časa preživijo skupaj med vikendi in podobno, če jih primerjamo s starimi starši in vnuki, ki ne živijo skupaj. Druge raziskave kažejo, da je eden izmed pozitivnih vidikov življenja s starimi starši v isti hiši tudi ta, da lahko stari starši pazijo na vnuke. Stari starši se trudijo za mirno sobivanje s svojimi otroki in z vnuki s sodelovanjem pri hišnih opravilih in skrbi za vnuke (Latorre Postigo in Honrubia, 2010).

Babice in dedki se ne razlikujejo v tem, koliko so bili vključeni v življenje vnukov v preteklosti. Babice in dedki so približno enako pogosto vnukom brali zgodbe, se z njimi igrali, jih vodili na izlete, v cerkev ali v druge religiozne ustanove, jih nenapovedano obiskovali, jih pazili, praznovali z njimi praznike, jim dajali denar in darila, vnuki so pri njih tudi prespali. Dekleta v vprašalnikih navajajo, da so bile babice v primerjavi z dedki bolj vključene v njihovo življenje v preteklosti. Fantje pa pravijo, da so bili dedki in babice v preteklosti približno enako pogosto prisotni v njihovem življenju. V prejšnjih študijah smo zasledili, da tisti vnuki, ki opisujejo odnos med njimi in starimi starši kot prijateljski, navajajo, da so imeli v preteklosti osebno vez s starimi starši in so si bili z njimi blizu (Kemp, 2005).

Različne starostne skupine mladostnikov se ne razlikujejo pomembno med seboj glede na to, kako se spominjajo vključenosti starih staršev v njihovo življenje v preteklosti. Srednješolci pravijo, da so bili stari starši malo manj vključeni v njihovo življenje v preteklosti v primerjavi s študenti in z osnovnošolci, vendar te razlike niso pomembne. Razlog, da srednješolci govorijo o manjši vključenosti starih staršev v svoje življenje v preteklosti, je lahko ta, da se želijo iztrgati iz svoje družine in se bolj vklopiti v skupino svojih vrstnikov (Danielsbacka, Tanskanen, 2012). Mladostniki imajo vse več dejavnosti, njihova socialna mreža pa se širi. To lahko pri mladostnikih povzroči upad motivacije, da bi vlagali trud v vzdrževanje odnosa med njimi in starimi starši (Bangerter in Waldron, 2014). Morda se opisano vedenje najbolj pozna pri starostni skupini srednješolcev in se tudi zaradi tega pristransko spominjajo svojega odnosa s starimi starši v preteklosti v primerjavi z drugima dvema starostnima skupinama.

Rezultati v naši raziskavi kažejo, da so imeli stari starši in vnuki, ki živijo skupaj, več stika v preteklosti. Stari starši so vnuke pogosteje vodili na izlete, v cerkev ali druge religiozne ustanove, jim brali zgodbe, se z njimi igrali, jih nenapovedano obiskali, jih pazili in podobno. Možna razlaga tega je, da so imeli stari starši in vnuki, ki živijo skupaj, več možnosti za pogostejše skupno druženje v primerjavi s tistimi vnuki in starimi starši, ki živijo ločeno.

6.2 ODNOS Z BABICAMI JE ZAUPNEJŠI KOT Z DEDKI

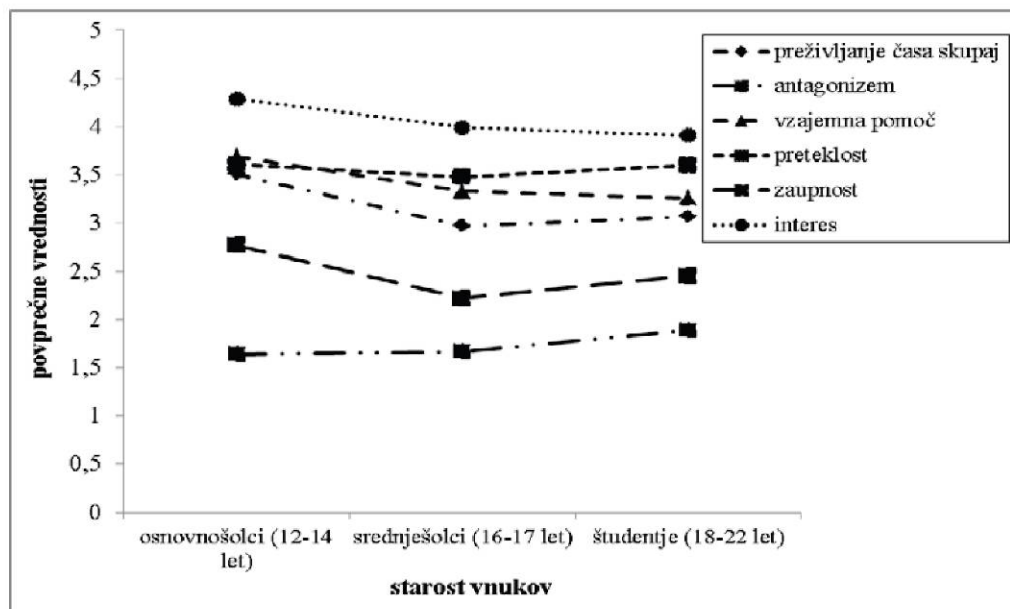
Pomembne razlike med babicami in dedki se kažejo na področju zaupnosti. Vnuki imajo več iskrenih pogovorov z babicami, babice so vnukom večkrat opora v težavah, vnuki jim zaupajo skrivnosti, jih prosijo za nasvete ter jim povejo več zaupnih stvari kot dedkom. To kažejo tudi druge raziskave. Vzajemno zaupanje je ena izmed glavnih značilnosti v prijateljskem odnosu med vnuki in starimi starši. Vnuki in stari starši vidijo drug v drugem zaupnika, s katerim lahko delijo zelo osebne in občutljive informacije. Čeprav so dedki vključeni v prijateljske odnose z vnuki, so babice tiste, ki imajo z vnuki

večkrat zaupne pogovore. Stari starši in vnuki poročajo, da nimajo strahu, da bi jih drug pri deljenju zaupnih informacij obsojal. Odrasli vnuki in stari starši prav tako pravijo, da lahko drug drugemu govorijo o občutljivih informacijah ali o informacijah, ki se tičejo njihove družine (Kemp, 2005). Kaže se tudi, da se babice v primerjavi z dedki večkrat pogovarjajo z vnuki o njihovih skrbih (Silverstein in Marengo, 2001). Tudi naši rezultati delno potrjujejo prejšnje raziskave, saj ugotavljamo, da vnuki pogosteje govorijo o svojih skrbih babicam. Naše ugotovitve kažejo, da so fantje v primerjavi z dekleti bolj zaupljivi do starih staršev, še posebej do dedkov. Ta razlika ni pomembna, vendar kaže, da imajo dedki z vnuki drugačen, zaupljivejši odnos, kot ga imajo z vnukinjami.

Razlike se v raziskavi med osnovnošolci in srednješolci kažejo v tem, kako pogosto zaupajo skrivnosti starim staršem. Med osnovnošolci in študenti ta razlika ni pomembna. Osnovnošolci bolj zaupajo starim staršem v primerjavi s srednješolci – več skrivnosti, večkrat so jim stari starši opora pri težavah, jih prosijo za nasvet, jim povejo zaupne stvari in se z njimi iskreno pogovarjajo. Razlike v zaupanju starim staršem med srednješolci in študenti niso pomembne, se pa zaupanje od srednješolcev do študentov povečuje. Druge raziskave kažejo, da se pri odraščanju vnukov lahko spremeni odnos med njimi in starimi starši ne le v pogostosti stikov, ampak tudi v vrsti oz. načinu odnosa. Stari starši postanejo zaupniki vnukom, ko so ti starejši (Silverstein in Marengo, 2001). Naši rezultati potrjujejo prejšnje raziskave, saj tudi naši podatki kažejo na to, da študentje bolj zaupajo starim staršem v primerjavi s srednješolci.

Rezultati raziskave kažejo, da se življenje vnukov in starih staršev v isti hiši ne povezuje s tem, kako zaupen odnos imajo. Vnuki in stari starši, ki živijo skupaj, si nič pogosteje ne zaupajo skrivnosti, prav tako niso stari starši nič pogosteje opora vnukom v primerjavi s tistimi vnuki in starimi starši, ki živijo ločeno.

V naši raziskavi opazamo, da imajo dedki manjšo vlogo v življenju vnukov v primerjavi z babicami. Morda bi morali preveriti poseben odnos med vnuki in dedki, da bi dobili vpogled v specifične vloge dedkov, ki smo jih zdaj morda spregledali ali podcenili njihovo vlogo. V drugih raziskavah so dedki v splošnem v primerjavi z babicami pogosteje prikazani kot drugačni, manj pomembni, manj aktivni v medgeneracijskih odnosih in kot tisti, ki nudijo svojim vnukom manj (Stelle idr., 2010). Mann (2007) opaza, da se raziskave o starih starših osredotočajo na vedenje babic, prispevek in vpletenost dedkov v življenje vnukov pa sta podcenjena. Dedki imajo lahko specifične vloge, ki so še slabo raziskane. Morda smo tudi v naši raziskavi v vprašalnik vključili več vedenj, ki so bolj tipična za babice, na primer kuhanje, branje zgodb, pogovori itd., in manj vedenj, ki so tipična za vedenje dedkov, na primer pomoč pri tehničnih opravilih, igra z vnuki v naravi, šport, prevozi vnukov z avtom itd.



6.3 MEDSEBOJNA POMOČ STARIH STARŠEV IN VNUKOV JE POGOSTA

Rezultati kažejo, da si na splošno vnuki in stari starši med seboj pogosto pomagajo. Ne kažejo se pomembne razlike med babicami in dedki pri vzajemni pomoči med njimi in vnuki. Babice in dedki približno enako pogosto vnuke učijo novih stvari in jim govorijo o življenju v preteklosti. Pomembne razlike se kažejo med fanti in dekleti pri vzajemni pomoči dedkom. Fantje poročajo o veliko večji vzajemni pomoči z dedki v primerjavi z dekleti. To si lahko razlagamo tako, da dedki fante pogosteje učijo novih stvari, kot so na primer delo zunaj, tehnične stvari in podobno, fantje pa jim pogosteje pomagajo pri opravilih, ki jih dedki ne morejo storiti sami. Naši rezultati kažejo, da prihaja na področju vzajemne pomoči med vnuki in starimi starši do interakcije. Kaže se, da si fantje in dedki vzajemno veliko bolj pomagajo v primerjavi z dekleti in babicami ter v primerjavi z dekleti in dedki. Na odnos med vnuki in starimi starši torej vsaj na nekaterih področjih vpliva tudi spol starih staršev in vnukov. Prejšnje raziskave predvidevajo, da se bodo spletle močnejše vezi med starimi starši in vnuki, ki so enakega spola (Monserud, 2008). To je pokazala tudi raziskava Oppelaar in Dykstra (2004). Dedki imajo pogostejši stik z vnuki, babice pa z vnukinjami. Delno se lahko strinjamo z raziskavami, da ima spol vnuka in starega starša vpliv na njun odnos, kar se je pokazalo na področju vzajemne pomoči. Druge raziskave kažejo, da se pojavlja višja stopnja izmenjave pomoči (instrumentalne, čustvene in materialne) pri tistih vnukih in starih starših, ki se med seboj dobro razumejo in imajo tesno vez (Kemp, 2007).

Stari starši in vnuki pomagajo drug drugemu z različnimi oblikami pomoči, na primer stari starši s plačilom šolnine vnukom, vnuki pa starim staršem pomagajo pri prevozu, zdravniških naročanjih ter hišnih opravilih (Kemp, 2005). Vnuki pravijo, da pogosteje pomagajo starim staršem pri moških opravilih, kot so košnja trave, obrezovanje dreves in premikanje pohištva, vnukinje pa poročajo o pogostejši pomoči pri nakupih in domačih

opravilih (Kemp, 2005). Naša raziskava delno potrjuje prejšnje raziskave, saj smo tudi mi ugotovili, da si stari starši in vnuki med seboj pogosto pomagajo. Prav tako rezultati posredno kažejo, da dekleta več pomagajo babicam pri domačih opravilih, fantje pa pri moških opravilih.

Pri medsebojni pomoči se kažejo pomembne razlike med starostnimi skupinami vnukov, in sicer med osnovnošolci in srednješolci ter med osnovnošolci in študenti. Med študenti in srednješolci ni pomembne razlike v tem, kako pogosto si s starimi starši nudijo vzajemno pomoč. Pričakovali bi, da bi srednješolci in študentje več pomagali starim staršem kot osnovnošolci. Vendar so v lestvico vzajemne pomoči vključena tudi dejanja pomoči starih staršev vnukom. Morda je zato povprečje višje pri osnovnošolcih, saj jim stari starši po vsej verjetnosti več pomagajo in jih učijo novih stvari, kot pri ostalih dveh skupinah. V prejšnjih raziskavah nismo zasledili, da bi prihajalo do razlik med starostnimi skupinami vnukov in starimi starši pri vzajemni pomoči. Možno je, da se ta pomoč pri različni starosti vnukov razlikuje v vrsti pomoči, ne pa v količini, na primer ko so vnuki mlajši, jim stari starši pomagajo pri domači nalogi, vnuki pa starim staršem pomagajo pri lažjih domačih opravilih. Starejši vnuki pomagajo starim staršem pri opravilih, ki jih stari starši težje opravljajo sami, stari starši pa vnukom namenjajo finančno pomoč. Tako lahko ostaja količina vzajemne pomoči skozi leta podobna, vrsta pomoči pa se spreminja.

Rezultati v naši raziskavi kažejo, da si vnuki in stari starši, ki živijo skupaj, ne pomagajo pogostejše v primerjavi s tistimi, ki živijo ločeno. Rezultati so presenetljivi, saj bi pričakovali, da bodo vnuki bolj pomagali starim staršem pri opravilih, ki jih stari starši ne morejo več storiti sami, če bodo z njimi živeli v isti hiši. Prav tako bi pričakovali, da bodo stari starši vnukom bolj pomagali in jih učili novih stvari, če živijo z njimi v isti hiši. Stari starši in vnuki, ki živijo skupaj, imajo več priložnosti za vzajemno pomoč, vendar rezultati naše raziskave ne potrjujejo, da bi življenje vnukov in starih staršev v isti hiši vplivalo na pogostost vzajemne pomoči med njimi.

6.4 STARI STARŠI IN VNUKI SE DOBRO RAZUMEJO

Rezultati kažejo, da se stari starši in vnuki med seboj dobro razumejo. Povprečja na področju antagonizma med vnuki in starimi starši so nizka, tako da lahko sklepamo, da je med vnuki in starimi starši malo preprirov. Med babicami in dedki ni razlik na področju prepiranja z vnuki. Vnuki redko navajajo, da si gredo s starimi starši »na živce« in se jezijo drug na drugega. Prav tako ni razlik med vnuki in vnukinjami v pogostosti prepiranja z dedki in babicami. Vnuki v prejšnjih slovenskih raziskavah poročajo, da se dobro razumejo s starimi starši (Klemenc, 2014).

Ne kažejo se pomembne razlike med različno starimi vnuki v tem, kako pogosto se prepirajo s starimi starši. Ne glede na starost se vnuki približno enako pogosto prepirajo s starimi starši, se jezijo drug na drugega, si gredo »na živce«. Furman in Buhrmester (1992) sta izvedla raziskavo med mladostniki in ugotovila, da poročajo o manjši opori starih staršev ter povečanju konfliktov v času mladostništva. V naši raziskavi se ne kažejo pomembne razlike med starostnimi skupinami vnukov in ne moremo potrditi rezultatov prejšnjih raziskav.

Prav tako se vnuki in stari starši, ki živijo skupaj, večkrat sprejo, se jezijo drug na drugega in si »gredo na živce« v primerjavi s tistimi, ki živijo ločeno. Ena izmed možnih razlag za to je, da se stari starši in vnuki, ki živijo skupaj, pogostejše družijo v primerjavi s starimi starši in vnuki, ki živijo narazen. Pri pogostejšem preživljanju skupnega časa pa lahko med vnuki in starimi starši pride do večje možnosti za prepir.

6.5 STARI STARŠI SE ZANIMAJO ZA VNUKE

Rezultati v splošnem kažejo, da se stari starši pogosto zanimajo za vnuke in njihove dejavnosti. Ne kažejo se pomembne razlike med dedki in babicami. Dedki in babice se približno enako pogosto zanimajo za vnuke in njihove dejavnosti, jih občudujejo, poslušajo, jim pomagajo ter jim kažejo ljubezen, so jim blizu in jih imajo radi. Čeprav razlike niso statistično pomembne, povprečja vseeno kažejo, da se babice bolj zanimajo za dekleta v primerjavi z dedki. Ena izmed možnih razlag za to je, da dedki preživijo več časa z vnuki v primerjavi z vnukinjami, in zato obstaja možnost, da vnuki pogostejše menijo, da imajo dedki zanje večji interes. Dekleta pa z dedki preživijo manj časa in menijo, da dedki redkeje pokažejo zanimanje zanje. Te razlike med preživljanjem časa dedkov z vnuki in vnukinjami niso statistično pomembne. Fantje v vprašalniku pravijo, da stari starši pogostejše kažejo zanimanje zanje v primerjavi z dekleti. Druge študije kažejo, da ima spol vnuka in starega starša minimalen vpliv na količino izražene naklonjenosti, ki jo vnuki prejmejo od starih staršev. Dedki in babice se skoraj ne razlikujejo v količini naklonjenosti, ki jo namenijo vnukom. Prav tako se kaže, da več naklonjenosti, kot jo stari starši izrazijo vnukom, bolj so vnuki socialno aktivni, manj neprijetnih občutkov imajo pred bližino in manj so socialno izolirani (Mansson in Booth-Butterfield, 2011). Tudi druga, novejša raziskava (Tanskanen idr., 2011) je pokazala, da stari starši ne dajejo prednosti spolu vnuka in ne kažejo preferenc do vnukov ali vnukinj. Naša raziskava pa kaže, da se stari starši bolj zanimajo za vnuke kot vnukinje in torej dajejo prednost fantom v primerjavi z dekleti.

Kaže se razlika med različno starimi vnuki glede na to, kako pogosto se stari starši zanimajo zanje. Povezave med starostjo vnukov in tem, kako pogosto se stari starši zanje zanimajo, so negativne. Starejši ko so vnuki, manj interesa kažejo stari starši zanje. Pomembne razlike se kažejo med osnovnošolci in študenti ter med osnovnošolci in srednješolci. Med študenti in srednješolci pa ni pomembnih razlik. Višje povprečje pri osnovnošolcih pa se morda kaže zato, ker je področje interesa v naši raziskavi sestavljeno večinoma iz dejanj, pri katerih dajejo pobudo za boljši odnos stari starši (na primer občudovanje, ki ga stari starši izkazujejo vnukom, jim pokažejo, da jih imajo radi, se zanimajo zanje in za njihove dejavnosti, jih poslušajo, ko si vnuki zaželi pogovora in podobno). Mlajši udeleženci bolj pustijo starim staršem, da so vključeni v njihovo življenje kot starejši posamezniki. Možno je, da starejši posamezniki ne želijo, da bi bili stari starši toliko vključeni v njihovo življenje in to se v naših rezultatih kaže kot manjše zanimanje starih staršev za vnuke.

Prav tako stari starši kažejo enako pogosto interes (jih občudujejo, poslušajo, jim nudijo pomoč itd.) za vnuke, ne glede na to, ali živijo z njimi ali živijo ločeno.

6.6 ZDRAVJE, UPOKOJENOST, IZOBRAZBA IN MARIKAJ DRUGEGA VPLIVAJO NA ODNOS, NISO PA ODLOČILNI ZANJE

Preverili smo tudi, kakšne so razlike glede vključenosti v življenje vnukov med starimi starši, ki imajo zdravstvene težave, in tistimi, ki jih nimajo. Ugotavljamo, da vnuki preživijo več časa s starimi starši, če le-ti nimajo zdravstvenih težav. Rezultati kažejo, da se kvaliteta odnosa med vnuki in starimi starši ne povezuje z zdravstvenim stanjem starih staršev, pač pa predvsem z njihovo starostjo. Z zdravstvenim stanjem je povezana samo količina časa, ki ga vnuki in stari starši preživijo skupaj. Druge raziskave pravijo, da vnuki poročajo o večji vpletenosti s strani starih staršev, ko so ti boljšega zdravja (Danielsbacka in Tanskanen, 2012), ali pa kažejo, da slabo zdravje starih staršev ne prepreči obiskov vnukov (Uhlenberg in Hammill, 1998).

V naši raziskavi smo želeli ugotoviti, ali se delovna aktivnost starih staršev povezuje z odnosom med vnuki in starimi starši. Rezultati kažejo, da se med skupinama delovno aktivnih in upokojenih starih staršev v odnosu z vnuki ne kažejo pomembne razlike na nobenem področju. Stari starši so enako vključeni v življenje vnukov na vseh področjih, ne glede na to, ali so upokojeni ali delovno aktivni. Prejšnje raziskave kažejo, da je pomemben dejavnik vključenost starega starša v aktivno delo. Stari starši brez službe so bolj vključeni v vnukovo življenje v primerjavi s tistimi, ki so polno zaposleni (Danielsbacka in Tanskanen, 2012). Druga raziskava (Uhlenberg in Hammill, 1998) je pokazala, da zaposlenost nima vpliva na pogostost stikov med starimi starši in vnuki. Naši rezultati potrjujejo, da se delovna aktivnost ne povezuje z odnosom med vnuki in starimi starši in lahko potrdimo raziskavo Uhlenberga in Hammilla (1998).

Preverili smo, kakšne so povezave med izobrazbo starih staršev in različnimi vidiki odnosa med vnuki in starimi starši. Višja ko je izobrazba starih staršev, več časa preživijo vnuki s starimi starši, več stikov so imeli v preteklosti, bolj so med seboj zaupni ter stari starši kažejo več interesa za vnuke. Vendar so te povezave zelo nizke. Druge raziskave kažejo, da je pri starih starših z višjo izobrazbo in višjim socialno-ekonomskim statusom večja verjetnost nerednih stikov z vnuki. Možno je, da pride do tega zaradi višjih dohodkov, ki jim pomagajo pri ohranjanju stikov z vnuki (Uhlenberg in Hammill, 1998). Stari starši s fakultetno izobrazbo so v primerjavi z nižje izobraženimi starimi starši bolj vključeni v življenje vnukov, jih večkrat pazijo in več sodelujejo pri njihovih zabavnih aktivnostih (Silverstein in Marenco, 2001). Naši rezultati potrjujejo druge raziskave, saj se višja izobrazba starih staršev pozitivno povezuje z vidiki odnosa med vnuki in starimi starši na skoraj vseh področjih. So pa v naši raziskavi povezave med stopnjo izobrazbe starih staršev in različnimi področji odnosa med vnuki in starimi starši nizke.

Preverili smo povezavo med številom vnukov, ki jih imajo stari starši, in različnimi vidiki odnosa med vnuki in starimi starši. Večje število vnukov se povezuje z redkeje preživetim časom s starih staršem, manj stiki v preteklosti, manjšo zaupnostjo in manjšim kazanjem interesa za vnuke. Vendar so vse korelacije nizke. Vse korelacije so negativne, kar pomeni, da se večje število vnukov povezuje z nižjim povprečjem na vseh področjih odnosa med vnuki in starimi starši. So pa naši rezultati dobljeni iz odgovorov vnukov, kar pomeni, da navajajo manjša povprečja na področjih odnosa tisti vnuki, ki imajo več bratrancev in sestrice. Raziskave kažejo, da se kaže večja vpletenost starih staršev

v življenje vnukov, če imajo dva ali tri vnuke, v primerjavi s tistimi, ki imajo le enega (Danielsbacka in Tanskanen, 2012). Druge raziskave kažejo, da imajo nekateri stari starši opazno bližji odnos z enim ali manjšim številom vnukov, na kar lahko vplivajo starost, osebnost ali okoliščine (Ferguson, Douglas, Lowe in dr., 2004, po Smith, 2005). Raziskava Uhlenberga in Hammilla (1998) je pokazala, da imajo stari starši manj pogoste stike z vnuki takrat, ko imajo večje število vnukov. Naši rezultati kažejo, da je večje število vnukov povezano z nižjim povprečjem na vseh področjih odnosa, ki smo ga merili v raziskavi (preživljanje časa skupaj, antagonizem, vzajemna pomoč, zaupnost, interes in preteklost). Naša raziskava potrjuje rezultate raziskave Uhlenberga in Hammilla (1998).

Odnos med vnuki in starimi starši je povezan s starostjo starih staršev. Rezultati naše raziskave kažejo, da starejši ko so stari starši, manj časa preživijo z vnuki, manj stikov so imeli z njimi v preteklosti, manj jim vnuki zaupajo skrivnosti in stari starši kažejo manj interesa do vnukov. Povezave so negativne in nizke. Kvaliteta odnosa se povezuje s starostjo starih staršev. Starejši stari starši imajo več časa, ki ga lahko posvetijo svojim vnukom, vendar so lahko bolj omejeni v svojih sposobnostih zaradi možnih zdravstvenih težav. Starost starih staršev je povezana tudi z načinom vpletenosti. Pri starejših starih starših se zmanjša fizična aktivnost v njihovem odnosu z vnuki. Čustvena povezanost vnukov in starih staršev pa se s starostjo starega starša ne spreminja (Danielsbacka in Tanskanen, 2012). Naši rezultati so te ugotovitve delno potrdili. Naš vprašalnik vsebuje nekaj dejanj, ki vključujejo fizično aktivnost starih staršev (pripravljanje kosila, urejanje stvari za vnuke, ko so bolni, druženje). Fizična aktivnost bi lahko vplivala na negativno povezanost med starostjo starih staršev in druženjem z vnuki. S tem delno potrjujemo raziskavo Danielsbacka in Tanskanena (2012). Manj preživljanja skupnega časa starih staršev in vnukov z višjo starostjo obeh pa je lahko tudi posledica tega, da starejši vnuki preživljajo manj skupnega časa s starimi starši zaradi drugih obveznosti in novih vlog v življenju (Mills, 1999, po Geurts idr., 2009). Na drugih področjih odnosa med vnuki in starimi starši pa težko razberemo, zakaj prihaja do negativne povezanosti med starostjo starih staršev in področji odnosa, saj se glede na prejšnje raziskave čustvena povezanost ne bi smela spreminjati s starostjo starih staršev (Danielsbacka in Tanskanen, 2012).

Čustveno povezanost vnukov in starih staršev smo preverjali preko področij interesa, zaupnosti in vzajemne pomoči. Na področju zaupnosti v odnosu med vnuki in starimi starši je možno, da starejši ko so stari starši in vnuki, bolj so vnuki zaupni z drugimi osebami v svojem življenju in manj z družinskimi člani, kot so stari starši. Prav tako je področje interesa sestavljeno iz vedenj, ki vključujejo pobudo starih staršev (na primer občudovanje vnukov, jim pokažejo ljubezen, se zanimajo za njihove stvari itd.). Interes starih staršev do vnukov lahko skozi leta ostaja enak, vendar so lahko vnuki tisti, ki se od starih staršev začnejo z leti oddaljevati.

7 SKLEPNI RAZMISLEK O NADALJNJEM RAZISKOVANJU

Raziskovali smo odnos med vnuki in starimi starši v Sloveniji. Zanimalo nas je, kako se ta odnos spreminja z odraščanjem vnukov. Preverili smo različne dejavnike, ki vplivajo na medsebojni odnos vnukov in starih staršev, od pogostosti srečevanja med

njimi zdaj in v preteklosti, zanimanja starih staršev za vnuke, zaupanja in razumevanja med vnuki in starimi starši ter do medsebojne pomoči med njimi.

Raziskava, ki smo jo opravili, se v večini ujema s spoznanji drugih tujih in slovenskih raziskav na tem področju. Naše raziskovanje je bilo usmerjeno na stališča vnukov ter njihov pogled na odnos med njimi in starimi starši. Za celovito raziskavo bi bilo potrebno z ustreznim vprašalnikom zajeti še vidik starih staršev, saj je vsak odnos obojestranski.

LITERATURA

- Bengtson, V. L. (2001). Beyond the nuclear family: The increasing importance of multigenerational relationships in American society. *Journal of Marriage and Family*, 63(1), 1–16.
- Boldin, A. (2013). *Družbena vloga starih staršev v modificirani razširjeni družini*. Magistrsko delo, Maribor: Univerza v Mariboru, Filozofska fakulteta.
- Čenigoi-Sadar, N. in Kanjov-Mrčela, A. (2006). Starši med delom in družino. *Teorija in praksa*, 43(5–6), 716–736.
- Danielsbacka, M. in Tanskanen, A. O. (2012). Adolescent grandchildren's perceptions of grandparents' involvement in UK: an interpretation from life course and evolutionary theory perspective. *European Journal of Ageing* 9(4), 329–341.
- Dunifon, R. (2013). The influence of grandparents on the lives of children and adolescents. *Child development perspectives*, 7(1), 55–60.
- Geurts, T., Poortman, A., Van Tilburg, T. G. in Dykstra, P. A. (2009). Contact between grandchildren and their grandparents in early adulthood. *Journal of family issues*, 30(12), 1698–1713.
- Hoff, A. (2007). Patterns of intergenerational support in grandparent-grandchild and parentchild relationships in Germany. *Ageing and Society*, 27(05), 643–665.
- Kemp, C. L. (2004). "Grand" expectations: The experiences of grandparents and adult grandchildren. *Canadian Journal of Sociology*, 29(4), 499–525.
- Kemp, C. L. (2005). Dimensions of grandparent-adult grandchildren relationships: from family ties to intergenerational friendships. *Canadian journal on aging*, 24(2), 161–178.
- Kemp, C. L. (2007). Grandparent-grandchild ties reflections on continuity and change across three generations. *Journal of Family Issues*, 28(7), 855–881.
- Klemenc, A. (2014). *Današnja vloga dedkov in babic v družini*. Diplomsko delo, Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.
- Mrakar, T. (2013). *Upletenost starih staršev v življenje mlajših in starejših mladostnikov*. Diplomsko delo, Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta.
- National Center for Health Statistics. (2010). *National vital statistics reports: United States life tables, 2006*. Pridobljeno 23. 6. 2015, s http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr58/nvsr58_21.pdf
- Pahor, M. in Domajnko, B. (2007). Kdo me bo gledal? Socialna opora, zdravje in bolezni starejših ljudi. Pridobljeno 26.6.2015, s http://dk.fdv.uni-lj.si/db/pdfs/tip20071-2_Pahor_Domajnko.pdf
- Putney, N. M. in Bengtson, V. L. (2003). Intergenerational relations in changing times. V J. Mortimer in M. Shanahan (ur.), *Handbook of the life course* (str. 149–164). New York: Kluwer Academic/Plenum.
- Ramovš, J., ur. (2013). *Staranje v Sloveniji. Raziskava o potrebah, zmožnostih in stališjih nad 50 let starih prebivalcev Slovenije*. Inštitut Antona Trstenjaka: Ljubljana.
- Silverstein, M. in Marengo, A. (2001). How Americans enact the grandparent role across the family life course. *Journal of Family Issues*, 22(4), 493–522.
- Statistični urad Slovenije. (2010). *Starejše prebivalstvo v Sloveniji*. Pridobljeno 23. 6. 2015, s http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=3443
- Taylor, A. C., Robila M. in Lee, H. S. (2005). Distance, contact, and intergenerational relationships: Grandparents and adult grandchildren from an international perspective. *Journal of adult development*, 12(1), 33–41.
- Wenger, Clare (1994). *Support networks of older people: a guide for practitioners*. Centre for social policy research and development, University college of Wales

- World Health Organization. (2003). *Social determinants of health: the solid facts*. Pridobljeno 24. 6. 2015, s http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf
- Yorgason, J. B. Padilla-Walker, L. in Jackson, J. (2011). Nonresidential grandparents' emotional and financial involvement in relation to early adolescent grandchild outcomes. *Journal of Research on Adolescence*, 21(3), 552–558.
- Žorž, B. (2006). *Stari starši in njihovo vzgojno poslanstvo*. Celje: Celjska Mohorjeva družba.

Kontaktne informacije:

Tjaša Mlakar

tjasa.mlakar@gmail.com

Ksenija Ramovš

Razbremenitev družinskih oskrbovalcev z vidika ZDA in nekaterih evropskih držav

POVZETEK

Članek izhaja iz podatkov, da opravijo družinski oskrbovalci v Evropi 70–90 % oskrbe starostno onemoglih, invalidnih in kronično bolnih ljudi. Brez njih si ni mogoče zamisliti vzdržnega sistema dolgotrajne oskrbe. Družinski oskrbovalci v današnjih življenjskih razmerah čedalje težje opravljajo svojo oskrbovalno vlogo. Njihova najbolj pereča potreba je strokovna in javna pomoč za razbremenitev. Avtorica se naslanja predvsem na članek *Improving Policies for Caregiver Respite Services* (Rose in sod., 2015), ki poroča o stanju na tem področju in razbremenilnih prizadevanjih družinskih oskrbovalcev v ZDA. Pregledni prikaz stanja, ukrepov in dilem odgovarja ne samo na potrebe družinskih oskrbovalcev v Sloveniji, ampak je aktualen tudi za snovalce slovenskega sistema in zakona o dolgotrajni oskrbi. To dvojje namreč ne more zadostiti svoji osnovni nalogi, če ne vpelje učinkovitih ukrepov za razbremenitev družinskih oskrbovalcev.

Ključne besede: formalna in neformalna oskrba, družinski oskrbovalci, razbremenilna pomoč, varstvo za oddih, dolgotrajna oskrba, podpora družinskim oskrbovalcem

AVTORICA: *Ksenija Ramovš je magistrica sociologije in diplomirana socialna delavka. Kot direktorica vodi Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje. Pri gerontologiji in medgeneracijskem sožitju se posveča predvsem razvoju in uvajanju modela za usposabljanje družinskih oskrbovalcev ter mreži preventivnih krajevnih programov za zdravo, aktivno in dostojanstveno staranje. Med njenimi raziskovalnimi rezultati izstopa odkritje navidezno vitalnih starih ljudi, ki je pomembno za usposabljanje medgeneracijskih prostovoljcev in oskrbovalcev starih ljudi. Nad dve desetletji dela terapevtsko, pedagoško, raziskovalno in akcijsko razvojno na področju alkoholizma, pri čemer je ustvarila nov model prijateljskih skupin zdravljenih alkoholikov, v okviru preventive pa model skupin mladih za zdravo življenje in dobre medčloveške odnose.*

ABSTRACT

Relief of family caregivers from the perspective of the US and some European countries

Basis for the article is the fact that family caregivers cover around 70–90% of the care for the ageing infirm, disabled and chronically ill people. It is impossible to imagine a sustainable long-term care system without them. In the context of today's living conditions it becomes increasingly hard for the family caregivers to perform their care role. Their most pressing need is the professional and public support to provide the relief to the caregivers. The author relies mainly on the article *Improving Policies for Caregiver respite Services* (Rose et al., 2015), which reports about the situation in this field

and about respite efforts of the family caregivers in the United States. The systematic overview of the condition, measures and dilemmas not only responds to the needs of the family caregivers in Slovenia, but it is also relevant for the decisions makers of the Slovenian system and legislation on the long-term care. The system and legislations cannot fulfill its basic aim, if they don't take into account the sufficient relief measures for the family caregivers.

Keywords: formal and informal care, family caregivers, respite care, care for relief, long-term care, support for family caregivers

AUTHOR: *Ksenija Ramovš has a master's degree in sociology and a bachelor's degree in social work. As a director she manages Anton Trstenjak Institute of Gerontology and Intergenerational Relations. In the area of gerontology and intergenerational relations she devotes herself mostly to the development of family carers' training model and its implementation, and to local preventive programmes' network for healthy, active and dignified ageing. Among her research results there is an outstanding discovery of seemingly vital old people, which is important for the training of intergenerational volunteers and for the caregivers of the elderly. For more than two decades she has been working in the field of alcoholism as a therapist, pedagogue, researcher and in action development, where she created a new model of friend groups for treated alcoholics, and in the context of prevention, the model of healthy life groups and good interpersonal relations for the youth.*

Dolgotrajna oskrba postaja pomembno vprašanje javne politike Evrope, ZDA in drugih razvitih držav, kjer naj bi se v naslednjih 30 do 40 letih populacija, starejših od 65 let, podvojila. Potreba po dolgotrajni oskrbi je največja med ljudmi, ki so stari 80 let in več; ta starostna skupina se bo do leta 2050 povečala za tri- do štirikrat. Navedeni demografski trendi nakazujejo vse večjo potrebo po dolgotrajni oskrbi in njeni finančno vzdržni organizaciji.

V tem prispevku se bomo osredotočili na politična in strokovna izhodišča nekaterih razvitih držav na področju razbremenilne pomoči družinskim oskrbovalcem. Odgovore na vprašanje, zakaj se bomo posvetili prav temu vprašanju, ponuja že uvod članka *Improving Policies for Caregiver Respite Services* (Rose in sod., 2015), na katerega se najbolj naslanjamo. Avtorji menijo, da je malo verjetno, da bi lahko javne in druge službe kadarkoli zagotovile zadostno število zaposlenih za potrebe osnovne oskrbe onemoglih starih ljudi. Večina teže oskrbovanja starejših ljudi in tudi drugih skupin prebivalstva, ki potrebujejo trajnejše oblike osebne pomoči, bo ostajala na ramenih svojcev in drugih neformalnih oskrbovalcev. *Evropski okvir kakovosti storitev dolgotrajne oskrbe* pa ugotavlja, da po državah Evrope od 70 do 90 % oskrbe zagotovijo neformalni, večinoma družinski oskrbovalci (WeDO).

1 FINANČNE IN POLITIČNE OMEJITVE DOLGOTRAJNE OSKRBE V ZDA

Da bomo lažje razumeli pomen razbremenilne pomoči za družinske oskrbovalce, bomo na kratko predstavili politično ozadje in stanje zagotavljanja dolgotrajne oskrbe, ki je osnova za načrtovanje politik razbremenilne pomoči v ZDA.

Njihov osnovni pojem za dolgotrajno oskrbo *Long-term Services and Supports* (LTSS) je po svoji definiciji podoben splošnim definicijam dolgotrajne oskrbe.

National Health Policy Forum (2012) pravi, da je LTSS namenjena starejšim in mlajšim populacijam s posebnimi potrebami. LTSS nudi široko paleto podpornih služb za ljudi, ki delno ali v celoti ne morejo skrbeti zase. Upošteva funkcionalni status človeka, ne glede na njegovo starost in diagnosticirane bolezni. Funkcionalni status se kaže v zmožnosti izvajanja osnovnih aktivnosti za samostojno življenje in v potrebi po pomoči druge osebe, ki človeku pomaga zadovoljiti osnovne potrebe. Iz sistema LTSS sta izključeni zdravljenje in zdravstvena nega.

V času predsednika Obame je bila v začetku januarja 2013 ustanovljena komisija za dolgotrajno oskrbo, ki je septembra 2013 izdala poročilo, na podlagi katerega je izdelala tri priporočila. Dve od njih je ameriški kongres sprejel. Prvo priporočilo se nanaša na dosegljivost služb za oskrbo, drugo na področje delovne sile, zanemarjena pa je ostala socialna komponenta. Dejstvo je, da stroški LTSS strmo naraščajo in da postajajo vedno težje dosegljivi prihajajočim številnejšim in dolgoživim generacijam. Avtorji dokumenta menijo, da je zato zelo verjetno, da se bodo pritiski na politiko v naslednjih letih stopnjevali v težnji, da se vzpostavi sistem LTSS z močnejšo socialno dimenzijo.

Medicaid je zvezna zdravstvena zavarovalnica, iz katere se večinsko plačujejo izdatki LTSS. Zasebne zavarovalnice za dolgotrajno oskrbo (LTC) igrajo majhno vlogo v financiranju dolgotrajne oskrbe. Do leta 2011 je bilo sklenjenih zgolj 7,7 milijona polic za dolgotrajno oskrbo. V letu 2012 je Medicaid kril za dolgotrajno oskrbo blizu 220 milijard dolarjev, kar je 9,3 % vseh »osebnih« stroškov zdravstvenega zavarovanja. Pomoč za dolgotrajno oskrbo je koristilo slabih 5 % ameriškega prebivalstva, to je 11 milijonov ljudi, starejših od 18 let, od tega je 57 % starejših od 65 let. Največ denarja na področju LTSS gre za oskrbo starejših v negovalnih domovih, zadnja leta pa se strmo povečuje delež oskrbe na domu. Kot zanimivost naj navedemo, da je leta 2012 ena ura oskrbe na domu stala v povprečju okoli 20 dolarjev, strošek za dnevno varstvo pa je znašal okoli 70 dolarjev; cene nihajo glede na zahtevnost nege, ponudnika, državo in okoliš, v katerem oskrbovanec živi.

Za pridobitev LTSS so sorazmerno visoki kriteriji, povečujejo se čakalne liste in dobe; tako je bila čakalna doba leta 2012 za koriščenje služb dolgotrajne oskrbe okoli dve leti.

Vzdržnost dolgotrajne oskrbe ali LTSS je zelo odvisna od zagotavljanja neformalne oskrbe, ki jo nudijo svojci in prijatelji. Ti običajno ne prejemajo kompenzacij za svoje delo. Vrednost neformalne oskrbe so v letu 2012 ocenili na 234 milijard, v resnici pa je verjetno še veliko višja, saj je težko v celoti finančno ovrednotiti delo neformalnih oskrbovalcev.

Povedali smo že, da so glavni vir pomoči onemoglim starim ljudem svojci. Glavni oskrbovalci so torej svojci, ki negujejo svoje družinske člane; imenujemo jih družinski oskrbovalci. Ti so osnovni »kapital« dolgotrajne oskrbe. Za ohranjanje kapitala so potrebne naložbe, kar v našem kontekstu pomeni, da dobri sistemi dolgotrajne oskrbe skrbijo tudi za različne oblike razbremenitve družinskih oskrbovalcev. Omenimo primer konference v Beli hiši, ki je bila v začetku letošnjega leta (White House Conference on Aging's priorities, ZDA, 2015) in na kateri so namenili veliko pozornost družinskim in formalnim oskrbovalcem, ki neposredno skrbijo za stare ljudi. V naslednjem desetletju naj bi v ZDA načrtno razvijali različne oblike podpore družinskim oskrbovalcem za krepitev njihovih fizičnih, čustvenih in finančnih sposobnosti. Družinska oskrba v ZDA, so napisali avtorji, je vprašanje javnega zdravja v različnih življenjskih obdobjih, ki pomembno in konkretno vpliva na celotno zdravje ljudi, pri tem pa so pogosto prezrte prav potrebe družinskih oskrbovalcev.

2 »RESPITE CARE« – RAZBREMENILNA POMOČ

Ena izmed osnovnih oblik podpore družinskim oskrbovalcem je varstvo za oddih (*respite care*). Definicije varstva za oddih so zelo različne. Ameriški zvezni zakon *The Lifespan Respite Care Act*, ki je bil sprejet že leta 2006, opredeljuje razbremenilno varstvo kot *občasen in začasen oddih družinskega oskrbovalca otroka ali odraslega s posebnimi potrebami*. (Pod pojmom odrasli s posebnimi potrebami so mišljeni tudi vsi stari krhki ljudje, ki ne morejo več v celoti skrbeti zase). Raznolikost njegovega pomena se kaže v različnih oblikah praks, ki se uveljavljajo v ZDA. V Sloveniji so na primer storitve dnevnega centra namenjene zadovoljevanju potreb starejših, medtem ko so ponekod v ZDA deležni storitev tako družinski oskrbovalci kakor njihovi oskrbovanci (za oskrbovalce so npr. organizirane delavnice za ples in slikanje, skupine za samopomoč itd). Ponekod so storitve za razbremenitev družinskih oskrbovalcev bolj vezane na storitve oskrbovanca, druge pa manj.

Opredelitve pojma *respite care* se med seboj razlikujejo tako v tuji kot v slovenski literaturi. Vsem vsebinam pojmov je skupno usmerjenost na potrebe oskrbovalcev za lažje oskrbovanje.

Pri nas je bil pojem *respite care* opredeljen kot začasna oskrba in kratkotrajna namestitve (Ivalič, 2007; 2007a), dokaj pogosto je v rabi tudi pojem varstvo za oddih (Ramovš, 2012, str. 57, Ramovš in sod., 2013, str. 323). Pojem začasna oskrba pomeni predvsem storitev, ki jo nudijo domovi za stare ljudi, torej storitev za oskrbovance. Če pa izhajamo iz pomenov, ki jih ima pojmovna zveza *respite care* v teoriji in praksi, je potreben izraz s širšim pomenom, za kar menimo, da je primeren izraz **razbremenilna pomoč**. Gre za pomoč družinskim oskrbovalcem za njihovo razbremenitev pri oskrbi in negi kronično bolnega, starostno onemoglega ali invalidnega svojca. Pojem je dovolj širok, da zajema različne oblike pomoči družinskim oskrbovalcem in drugim neformalnim oskrbovalcem za njihovo boljše funkcioniranje. Razbremenilna pomoč je sklop preventivnih dejavnosti, katerih namen je krepitev osebnih psihofizičnih in socialnih zmognosti ter virov neformalnih oskrbovalcev. Vanjo na prvem mestu sodita varstvo

za oddih ter usposabljanje za lažje in boljše oskrbovanje, sestavljajo pa jo tudi skupine za samopomoč in razne sprostivne dejavnosti ter ne nazadnje razporeditev oskrbovalnih vlog med družinskimi člani; torej vse, kar razbremeni svojce pri oskrbovanju in preprečuje njihovo izgorelost.

3 OBČASNA RAZBREMENITEV DRUŽINSKIH OSKRBOVALCEV JE NUJNA POTREBA

Medtem ko se raziskovalci, praktiki in oblikovalci politik še naprej spoprijemajo z izzivi definiranja, ostaja varstvo za oddih sorazmerno redko izkoriščeno sredstvo, kljub temu da je bila potreba po oddihu najpogostejše prepoznana vrsta zaželenne pomoči pri neformalnih negovalcih. To so ugotovitve komisije za dolgotrajno oskrbo v ZDA (*Commission on Long-Term care*) iz leta 2013 in njihovega nacionalnega združenja za nego (*National Alliance for caregiving & AARP*) iz leta 2009.

Tudi pri slovenskih družinskih oskrbovalcih je potreba po začasni razbremenitvi med najbolj perečimi. To kaže tudi naša raziskava (Hvalič Touzery, 2007); navajamo nekaj ključnih spoznanj.

V času oskrbovanja je šla na večdnevni oddih malo manj kot polovica družinskih oskrbovalcev. Dopust pa pomeni razbremenitev, dotok sveže energije in nabiranje moči za prihodnje oskrbovanje, kar je dobro tako za oskrbovalca kot za oskrbovano osebo. Preobremenjenost družinskih oskrbovalcev namreč vodi v izgorelost, posledično pa tudi do zlorabe starih ljudi. V Sloveniji nimamo sistematično organizirane začasne oskrbe, ki bi družinskim oskrbovalcem omogočila možnost oddiha in razbremenitve.

Družinski oskrbovalci imajo kot heterogena skupina ljudi različne potrebe, ki so povezane s stopnjo odvisnosti oskrbovane osebe in z značilnostmi oskrbovalca. So si pa vsi enotni v tem, da najbolj pogrešajo možnost daljšega oddiha oz. dopusta. Družinska oskrba je zahtevno delo, ob katerem oskrbovalec potrebuje oddih.

Nujnost začasne oddiha potrjujejo tudi sledeči podatki iz raziskave:

- a) da je več kot tretjina anketiranih oskrbovalcev oskrbovala nad 40 ur tedensko;
- b) da je bilo 40 % oskrbovalcev partnerjev oskrbovane osebe, ti pa so imeli med vsemi oskrbovalci najmanj pomoči s strani drugih (kar 40,5 % jih je bilo brez pomoči);
- c) da je šla v času oskrbovanja na oddih le tretjina oskrbovalcev, ki je tedensko oskrbovala nad 40 ur.

Dnevno varstvo najbolj pogrešajo oskrbovalci, ki oskrbujejo nad 40 ur tedensko, in tisti, ki oskrbujejo dementne ali pa nepokretne ljudi. Zaposleni oskrbovalci si želijo tudi možnost daljšega dopusta v službi ter možnost zaposlitve za krajši delovni čas, zaradi oskrbovanja (Hvalič Touzery, [http](#)).

Reprezentativna raziskava o zmožnostih, potrebah in stališčih prebivalcev Slovenije, ki so stari 50 let in več, je iskala poleg oteževalnih dejavnikov tveganja tudi varovalne dejavnike, ki olajšujejo oskrbovanje tako na strani oskrbovalcev kot na strani oskrbovancev. Pri obeh so najpomembnejše dobre izkušnje ob oskrbovanju in lepi spomini, zlasti v povezavi z medsebojnim odnosom (Ramovš in sod., 2013, str. 328 sl.). Podatki potrjujejo ugotovitve iz prej omenjene raziskave, da so glavna motivacija za družinske

oskrbovalce pozitivna sorodstvena čustva in zavest o etični nalogi, da poskrbijo za onemoglega svojca.

Oskrbovanje se odvija v različnih življenjskih obdobjih. Oskrbovalne situacije so zelo različne od primera do primera in zahtevajo veliko prilagodljivosti v dogovarjanju glede razbremenitve. Vidiki kakovostne razbremenitve so drugačni za mlade družine, ki oskrbujejo otroke s posebnimi potrebami, ali za tiste, ki skrbijo za starejše ljudi ali odrasle z invalidnostjo, ter za vojaške ali veteranske oskrbovalce, pravijo avtorji članka, ki se sklicujejo na konferenco o staranju v Beli hiši (White House Conference on Aging, 2015). Osredotočili so se na osrednjo diskusijo, ki se je nanašala na oskrbovalce starejših ljudi.

O potrebah oskrbovalcev povzemamo nekatere ugotovitve iz pregledne razprave avtorjev članka *Improving Policies for Caregiver Respite Services* (Rose in sod., 2015). Njihove ugotovitve lahko doprinesejo k boljšemu razumevanju stanja naših družinskih oskrbovalcev in nalog, ki se ob tem zastavljajo.

V članku se avtorji sklicujejo na številne vire, ko navajajo povzetke raziskav o rezultatih razbremenilne pomoči družinskim oskrbovalcem ali drugim neformalnim negovalcem. Po komisiji za dolgotrajno oskrbo (*Commission on Long-Term Care*, 2013) povzemajo, da ima razbremenitev občutne koristi za oskrbovalce, oskrbovance in njihove družine, čeprav so bile raziskave o učinkih razbremenitve omejene in nekonsistentne. Njihova nacionalna mreža za razbremenilno pomoč (*ARCH National Respite Network and Resource Center*, 2014) pa ugotavlja, da so kasnejše študije kazale mešane rezultate, a vseeno jih je mnogo poročalo o pozitivnih rezultatih razbremenitve na zmanjšanje oskrbovalčevega stresa in napora, tveganja za zlorabo in zanemarjanje, na izboljšano kakovost življenja za oskrbovalce in oskrbovance ter na zmanjšanje institucionalizacije.

Avtorji članka so poudarili pomen pred kratkim izvedenih raziskav. Zarit s sodelavci (2014) je sistematično raziskoval fiziološke kazalnike stresa med družinskimi oskrbovalci. Z vso jasnostjo so ugotovili zmanjšanje stresa pri oskrbovalcih, ki so uporabljali storitve dnevnega centra namenjenega njihovim oskrbovancem. Uprava za življenje v skupnosti (*Administration for Community Living*) je v kooperativnem dogovoru s Centrom za tehnološko pomoč za razbremenitev (*Technical Assistance Center for Lifespan Respite Care Programs*) ustanovila strokovni odbor za raziskovanje, da bi prišla do novih ugotovitev in trdnejših dokazov o pomenu razbremenilne pomoči.

Zanimivo je tudi dejstvo, da so bile izvedene številne raziskave, ki so konsistentno potrdile, da oskrbovalci potrebujejo veliko časa, izobrazbe in spodbud, da so pripravljeni sprejemati pomoč za razbremenitev. Pri tistih oskrbovalcih, ki odlašajo z razbremenitvijo in se je poslužujejo le v času hude stiske, je preventivni učinek bistveno manjši, več je izgorelosti in institucionalizacije svojcev. Avtorji navajajo sledeče vire: ARCII National Respite Coalition, 2009; Montgomery, 1995; Hong, 2010. Po Wagnerju (2005) pa povzemajo, da morajo oskrbovalci imeti stalno in pravočasno izobraževanje ter usposabljanje, da lahko učinkovito izvajajo naloge oskrbovalca in istočasno ohranjajo svoje lastno zdravje in dobro počutje pred kroničnim stresom oskrbovanja. To je še zlasti pomembno v zdravstveno zahtevnejših stanjih, ko se od oskrbovalcev pričakuje, da bodo poleg osebne oskrbe in pomoči pri dnevnih aktivnostih nudili tudi zahtevnejšo medicinsko oskrbo.

Potrebe po strokovni delovni sili v ZDA na področju oskrbe na domu so že sedaj velike. Avtorji so na podlagi raziskav nacionalne mreže za razbremenilno pomoč (*ARCH National Respite Network and Resource Center, 2011*) izpostavili ta problem. Učinkovito izvajanje pomoči za razbremenitev zahteva dobro kvalificirane, dobro usposobljene in geografsko dosegljive ponudnike, ki lahko kompetentno zadovoljijo raznolike individualne potrebe oskrbovancev in njihovih družin. Dobro usposobljenih ponudnikov pa kritično primanjkuje, kar povečuje problem dosegljivosti tovrstne delovne sile. Za neposredne strokovne pomoči, kot so pomoč medicinskih sester, pomoč na domu in osebna pomoč, ki zagotavljajo tudi razbremenitev oskrbovalcev, bi bilo potrebno zapolniti 1.6 milijona novih delovnih mest do leta 2020 (48 % povečanje od leta 2010). Vendar se predvideva, da bo rast delovne sile (žensk med 25 in 54 letom starosti) v tem časovnem obdobju na tem področju le 1 %, kot navaja *Paraprofessional Healthcare Institute* (2013). Glede na demografske spremembe, ki peljejo k upadu števila družinskih oskrbovalcev, bi morali izvirnim in izvedljivim načinom za podporo oskrbovanju nameniti še več pozornosti.

V ZDA so družine od nekdaj nosile temeljno odgovornost za oskrbo starejših ljudi, vladni ukrepi pa jo dopolnjujejo s skupnimi storitvami, pišejo avtorji članka in navajajo ugotovitve Achenbauma in Carra (2014). Glede na to, da ni pričakovati, da se bodo obstoječe razmere glede staranja in oskrbe spremenile, se večja število političnih predlogov, ki želijo že obstoječe storitve za starejše organizirati v bolj učinkovitejšo in dostopnejšo mrežo. Obstaja pa tudi strah, da bodo sedanji veliki podporni sistemi za razbremenilno pomoč, ki so sistematično zasnovani in imajo vizijo, zaradi spremenljivega političnega ozračja odšli v ozadje interesov. Današnja politika se v glavnem zaveda, pravijo avtorji članka, da so jedro oskrbe družinski oskrbovalci in da so storitve za razbremenitev most, ki gradi odnose med skupnostjo in družinami oskrbovalcev, da le-ti lažje ostajajo v svoji vlogi, podaljšujejo čas kakovostne domače oskrbe in ostajajo povezani s svojim lokalnim okoljem.

4 RAZVOJ IN STANJE RAZBREMENILNE POMOČI V ZDA

Evropske države so znane po dobri socialni ureditvi, večina od njih ima utečeno politiko na področju dolgotrajne oskrbe, ki pa postaja finančno preobremenjena, zato v zadnjih letih sistematično raziskujejo nove vire možne pomoči. V ZDA potekajo socialne prilagoditve, ki na demografske spremembe odgovarjajo nekoliko drugače kakor v Evropi. V nadaljevanju bomo na kratko osvetlili nekatera zgodovinska ozadja razbremenilne pomoči v ZDA, kakor jih navajajo avtorji članka (Rose in sod., 2015).

Dejavnost razbremenitve se je neformalno razvila med letoma 1950 in 1960 med prvim valom deinstitucionalizacije v Združenih državah (Caregiving issues, 2011). Program Medicaid je začel trend v smeri pomoči na domu in se osredotočil na skupnost, kar je zmanjševalo potrebo po institucionalizaciji. Ta premik je dodatno okrepila odločitev vrhovnega sodišča ZDA leta 1999 (Olmstead, 527 U. S. 581) z aktom o nezmožnostih, ki je zahteval, da javna lokalna telesa za osebe, ki niso zmožne skrbeti zase, zagotavljajo skupnostne dejavnosti.

Leta 1995 je WHCoA opredelil akcijske plane za uresničevanje strategije za podporo družinskim oskrbovalcem, od katerih eno poglavje govori o varstvu za razbremenitev. Prvi zvezni akt, ki je bil na družinske oskrbovalce osredotočen neodvisno od oskrbovancev, je bil **Nacionalni podporni program za družinske oskrbovalce** (*National Family Caregiver Support Program – NFCSP*), osnovan leta 2000 na podlagi akta starejših Američanov (*Old Americans Act*). Razbremenilna pomoč je ena izmed petih dejavnosti, ki jih financira Nacionalni podporni program za družinske oskrbovalce in ki omogoča starejšim in finančno slabše situiranim oskrbovalcem, da doma skrbijo za svoje.

Zvezna zakonodaja za podporo družinskim oskrbovalcem redno daje nove predloge, pri čemer je v zadnjem obdobju bolj osredotočena na davčne olajšave zaposlenih oskrbovalcev in njihovih delodajalcev. Predlogi se pogosto nanašajo tudi na plačan družinski in medicinski dopust ter razbremenitev (IOM, 2008). Oskrbovanje nalaga precejšnje finančno breme zlasti oskrbovalkam. Avtorji navajajo, da izgubi družinska oskrbovalka v svoji delovni karieri povprečno 324.044 dolarjev v obliki plač in socialno varstvenih dodatkov; tega in številne druge podatke s tega področja vsebuje obsežna ameriška raziskava o stroških dolgotrajne oskrbe (MetLife, 2013). Za reševanje teh problemov je zvezno zakonodajno telo nedavno predlagalo finančne kompenzacije, *Akt za zavarovanje za družinski in medicinski dopust* in *Akt za socialno varnost oskrbovalca* (2014) naj bi npr. ublažila izpad plač in socialno varstvenih dodatkov za družinske oskrbovalce, ki začasno zapustijo delovno okolje. Avtorji navajajo vir *Družinsko oskrbovanje in javna politika – principi za spremembo* (WIICoA, 2005), ki pravi, da morajo družinski oskrbovalci imeti po dostopni ceni dostop do dosegljive in visoko kakovostne oskrbe za razbremenitev kot ključne komponente lokalne mreže podpornih služb.

Sedaj vzpostavljajo v vsaj 12 ameriških državah posebne enote za oblikovanje zakonodajnih predlogov in administrativnih ukrepov, ki bi družinskim oskrbovalcem pomagale realizirati razbremenilno pomoč. Trenutno je v pripravi od 75 do 100 državnih zakonov, ki dajejo prednost družinskim oskrbovalcem, npr. AARP multidržavna oskrbovalna kampanija se zavzema za državno zakonodajo, kot je *Akt svetovanja za oskrbovalce* (*Caregiver Advise, Record and Enable – CARE*), ki bi bil potreben, da bi bolnice in oskrbovalne ustanove redno vključevale pacientove družinske oskrbovalce pri oblikovanju načrta oskrbe.

Med zveznimi državami avtorji članka navajajo Oklahomo kot vodilno v ponudbi programov za razbremenitev družinskih oskrbovalcev. Sklicujejo se na Fenricka in Percivala (2014), ki sta pisala o oklahomski Mreži za vire razbremenitve, ustanovljeni leta 1998. Ta je razvila programe v obliki »kuponov za razbremenitev« svojev različnih populacij, ki potrebujejo pomoč.

Posledica zvezne zakonodaje je bila, da so vladne organizacije v okviru zdravstvenega, družinskega, socialnega in ekonomskega skrbstva na področju staranja in storitev za invalidnost že v mnogih državah ZDA ustanovile formalne mreže za razbremenitev, mehanizme za informiranje in napotitev, registre ponudnikov pomoči za razbremenitev, programe usposabljanja družinskih oskrbovalcev in druge nove vire pomoči.

Trenutno deluje 33 združenj za razbremenitev družinskih oskrbovalcev na državni ravni, pravijo avtorji članka. Ta so sestavljena iz različnega članstva, od nevladnih

organizacij do posameznikov vseh starosti z različnimi posebnimi potrebami ali kroničnimi stanji, ter iz njihovih družinskih oskrbovalcev. V združenja so vključene tudi različne skupnosti, katerih poslanstvo temelji na verski pripadnosti. Mnoga združenja so povezana z Nacionalnim združenjem za razbremenitev (*National Respite Coalition Lifespan Respite Task Force*), ki je vodilna sila za spodbujanje razbremenitve družinskih oskrbovalcev. Predstavlja več kot 100 nacionalnih in državnih organizacij z namenom, da bi bile razbremenilne storitve zlahka dostopne in dosegljive vsem oskrbovalcem po državi.

Avtorji članka menijo, da bi bilo potrebno večati javno zavest in izobraževanje o oskrbovanju. To bi bilo v pomoč oskrbovalcem, posredno pa tudi zakonodajalcem, saj bi se povečalo razumevanje povezave med razbremenitvijo družinskih oskrbovalcev in storitvami za oskrbovance. Ko se posamezniki prepoznajo v vlogi oskrbovalcev, menijo avtorji, je več verjetnosti, da se bodo vključili v diskusije o problemih oskrbovanja in razbremenitve. Potrebno bo še veliko dela, da bodo oskrbovalci in splošna javnost prepoznali potrebnost redne razbremenitve v začetku oskrbovalčeve kariere, preden pride do izgorelosti in drugih škodljivih vplivov neprekinjenega oskrbovanja. Za bodoče diskusije o nadgradnji in izboljšanju storitev za pomoč družinskim oskrbovalcem sta ključni komponenti povečano ozaveščanje javnosti in izobraževanje družinskih oskrbovalcev tako v programih za razbremenitev kot pri združenju za razbremenilno pomoč (*NFCSP*).

Prav tako avtorji članka menijo, da je ena izmed kritičnih točk sistemov razbremenilne pomoči za družinske oskrbovalce začetna in nato redna ocena oskrbovalčevih potreb v skladu s potrebami oskrbovanca. Pravila in smernice (*Medicaid HCBS*) sedaj predvidevajo načrtovanje oskrbe in storitev glede na specifično oskrbovane populacije, npr. osebe s posebnimi potrebami, stari ljudje. Potrebno bi bilo jasneje upoštevati in oceniti oskrbovalčevo starost in status njegove aktivnosti, njegov socio-ekonomski status, kulturno ozadje in ostale značilnosti ter to, kaj je zanj dejansko najpotrebnejše; tako bi lahko družinskim oskrbovalcem ponudili ustrezne storitve, vključno s podpornimi skupinami, z usposabljanjem za opravljanje kompleksnih nalog, ki jih zahtevajo oskrba in nega, pomoč pri prevozu iz bolnišnice domov ipd.

Družinski oskrbovalci imajo pogosto pomembna finančna bremena. Poleg tega, da si letno nakopljejo približno za 5.500 dolarjev materialnih stroškov, ki so povezani z oskrbo, so pogosto prikrajšani za del ali celotno plačo zaradi manj opravljenih delovnih ur. Posledično so prikrajšani tudi za ugodnosti socialnega varstva in pokojninskih skladov. Rešitev avtorji članka nakazujejo v izkušnjah nekaterih evropskih sistemov, v katerih oskrbovanci dobijo določeno vsoto denarja, za katero lahko zaposlijo svoje oskrbovalce, praviloma so to bližnji sorodniki.

Komisija za dolgotrajno oskrbo je leta 2013 vključila v načrt za razvoj in financiranje dolgotrajne oskrbe tudi družinske oskrbovalce. Predlagala je, da bi bila razbremenilna pomoč upoštevana v širšem kontekstu podpornih storitev za oskrbovalce. Vključevale naj bi štiri vrste storitev: informiranje, napotitve, izobraževanja in usposabljanja.

Ravno tako je aktualno priporočilo, da naj bi se družinski oskrbovalci zaradi lastnih potreb vključevali v dejavnosti dnevnih centrov. Avtorji članka menijo, da bi lahko te

smernice bile gonilo za podobne modele, ki jih druge države uporabljajo za zagotovitev koristi razbremenitve.

Za zagotavljanje dolgotrajne oskrbe in razbremenilne pomoči bodo potrebovali dovolj strokovno usposobljenega kadra s področij kot so vedenjsko in duševno zdravje, demenca ter poznavanje kompleksnih zdravstvenih situacij ter ukrepanje v njih. Prioritete v naslednjem desetletju bodo podpiranje mreže oskrbe in usposabljanje delovne sile ter razvijanje nadomestne oskrbe. Ker je zelo malo verjetno, da bo za neposredno oskrbo zadostovalo sedanje število nizko plačanih delavcev, bo potrebno za zagotavljanje trajnosti družinske oskrbe poiskati nove politične vire. Mnogi družinski oskrbovalci, ki so prejeli subvencije za razbremenitev, so prišli na čelo državnih pobud za zaposlovanje in izboljšanje usposabljanja novih ponudnikov storitev za oskrbo in usposabljanja prostovoljcev ter postajajo pomemben vir političnih spodbud za dolgotrajno oskrbo in razbremenilno pomoč.

V nekaterih zveznih državah primanjkuje ponudnikov storitev za oskrbo starejših. Nekatere so razvile uspešne programe za prostovoljsko delo na področju razbremenitve. Vir prostovoljcev so različne organizacije, večinoma verske. Uspešno se širi nacionalni *Time Banks model* za prostovoljce, ki skrbijo tudi za razbremenitev družinskih oskrbovalcev. Poslanstvo *Time Banks* gibanja je razvijanje socialno ekonomskega potenciala v lokalnih skupnostih na način, da sosedje in krajani izmenjujejo prostočasne storitve.

Razširjena možnost za družinske oskrbovalce je organizacija *Corps*, ki zaposluje prostovoljce vseh starosti, vključno z diplomanti, zadolženimi državljani in brezposelnimi diplomanti, ter zdrave starejše ljudi, ki želijo ostati v delovnem razmerju. V zameno za prostovoljsko delo, ki ga opravijo za skupnost, dobijo kredite za šolnino, odpis študentskega posojila ali štipendijo. Zvezna zakonodaja, ki je bila sprejeta leta 2014, podpira tovrstne politične pobude, ki so prišle s strani Michelle Lujan Grisham iz Nove Mehike in senatorja Boba Casey iz Pennsylvanije ter Komisije za dolgotrajno oskrbo (2013). Vendar pa prostovoljska prizadevanja ne bodo dovolj za zagotavljanje stabilnega sistema dolgotrajne oskrbe, temveč bo potrebna obsežnejša državna pomoč, menijo avtorji prispevka.

Državni programi v ZDA za razbremenitev družinskih oskrbovalcev so v sodelovanju z združenji za razbremenitev že dokazali, da so partnerstva, infrastruktura in dobre prakse, ki jih program spodbuja, bistvenega pomena za reševanje številnih vprašanj v povezavi z dolgotrajno oskrbo in razbremenilno pomočjo, je zaključek avtorjev članka.

5 RAZBREMENILNA POMOČ V NEKATERIH DRUGIH DRŽAVAH

Po prikazu razvoja razbremenilne pomoči družinskim oskrbovalcem v ZDA navedajo avtorji nekatere poudarke evropskih politik dolgotrajne oskrbe, ki se posredno ali neposredno nanašajo na področje.

Prva mednarodna konferenca o oddihu družinskih oskrbovalcev je bila leta 1995 v Kanadi. Dobrih deset let pozneje, leta 2006, je bilo ustanovljeno Mednarodno združenje za oddih družinskih oskrbovalcev. S tem je prizadevanje za razbremenilno pomoč dobilo svojo prepoznavno družbeno strukturo.

Večina razvitih držav, npr. OECD – Organizacija za ekonomsko sodelovanje in razvoj (*Organisation for Economic Co-operation and Development*), vodi politiko dolgotrajne oskrbe, katere del je tudi pomoč za razbremenitev družinskih oskrbovalcev. Pri tem se države razlikujejo tako v pravni ureditvi kot v dostopnosti storitev razbremenitve (Colombo et al., 2011). Med 27 državami, ki so v letih 2009 in 2010 poročale o storitvah razbremenitve za svojce, so bile te dosegljive v sedemnajstih državah.

V Veliki Britaniji npr. v okviru programa dolgotrajne oskrbe ocenijo potrebe in zmožnosti tako oskrbovanca kot oskrbovalca; zmožnosti družinskega oskrbovalca za oskrbovanje so ocenjene v okviru »virov lokalne skupnosti«.

V Franciji so družinski oskrbovalci upravičeni do trimesečne neplačane odsotnosti z dela letno ali do enega leta odsotnosti v celotni delovni dobi zaradi nege onemoglega ali invalidnega svojca.

V skandinavskih in nekaterih drugih evropskih državah lahko enako kot oskrbovanec tudi oskrbovalec zaprosi za oceno svojih, t.j. skrbnikovih potreb.

Na Švedskem so vsi oskrbovalci upravičeni do štiri ure plačanih storitev za tedensko razbremenitev. Večina držav nima direktnega plačila za razbremenilno pomoč družinskemu oskrbovalcem, temveč indirektno, preko storitev za razbremenitev.

Za družinske oskrbovalce imajo dobro pokrbljeno v Nemčiji. Družinski oskrbovalci imajo pravico do štirih tednov nadomestne oskrbe na leto, kar lahko izkoristijo za svoje počitnice. Po novi zakonodaji, ki je bila sprejeta pred kratkim, imajo družinski oskrbovalci pravico do šest mesečne polne delovne odsotnosti ali 24 mesecev polovične odsotnosti zaradi nege starejšega svojca. To je možno uveljavljati v delovnih organizacijah, ki zaposlujejo več kot 15 delavcev.

6 SKLEP

Na kakovostno staranje prebivalstva vplivajo številni dejavniki, med katerimi je zelo pomembna družinska oskrba v obdobju bolezni in starostnega pešanja. Da bodo svojci, ki oskrbujejo svoje onemogle družinske člane, kos tem nalogam, nujno potrebujejo razbremenilno pomoč. Mnoge države, ki imajo že dolgo uveljavljeno zakonodajo na področju dolgotrajne oskrbe, zadnje desetletje širijo programe za družinske oskrbovalce, predvsem v obliki pomoči za oddih.

Razbremenilna pomoč družinskim in drugim neformalnim oskrbovalcem je ključna za dolgotrajno in kakovostno oskrbo starih ljudi na domu. Preprečuje njihovo izgorelost, učinkovito zmanjšuje nasilje nad starejšimi in z neštetimi urami neplačanega dela razbremenjuje državno blagajno.

Zavedanje tega je zadnja leta zelo močno tudi v ZDA. Njihove dosedanje izkušnje so večplastno zanimive tudi za Slovenijo, ki šele pripravlja zakonodajo za dolgotrajno oskrbo; pri tem imamo tudi dobro priložnost za strateško razmišljanje in ukrepe za razbremenitev družinskih oskrbovalcev. Priporočilo ameriških avtorjev velja v enaki, če ne še v večji meri tudi za nas, in se glasi, da kot narod ne moremo več odlašati z nacionalnim programom za dolgotrajno oskrbo; ameriški avtorji pravijo, da bo sicer postala oskrba katastrofalna za milijone Američanov. Vsaka razprava o tem mora

obravnavati razbremenitev družinskih oskrbovalcev kot bistveno storitev sistema dolgotrajne oskrbe.

LITERATURA

- Dougherty Susan, Kagan Jill (2011). *Federal Funding and Support Opportunities for Respite*. ARCH National Respite Network and Resource Center.
- Colombo, E. et al. (2011), *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en>.
- Hvalič Touzery Simona (2007). Družinska oskrba starih družinskih članov: doktorska disertacija. Ljubljana: Univerza v Ljubljani.
- Hvalič Touzery Simona (2007a). Začasna oskrba, kratkotrajna namestitve, negovalna oskrba. V: *Kakovostna starost*, let. 10, št. 2, str. 70.
- Hvalič Touzery Simona ([http](http://www.institutantonatrstenjaka.si/old/druzinskaoskrba.html)). Družinska oskrba starih družinskih članov. V: <http://www.institutantonatrstenjaka.si/old/druzinskaoskrba.html>.
- MetLife Mature Market Institute (2013). *Survey of Long-Term Care Costs*. New York. V: <https://www.metlife.com/assets/cao/mmi/publications/studies/2012/studies/mmi-2012-market-survey-long-term-care-costs.pdf>
- National Health Policy Forum (2012), *National Spending for Long-Term Services (LTSS)*, https://www.nhpf.org/library/the-basics/Basics_LTSS_03-27-14.pdf.
- Ramovš Jože (2012). *Za kakovostno staranje in lepše sožitje med generacijami*. 3. dopolnjena izdaja. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.
- Ramovš Jože, Lipar Tina, Ramovš Marta (2013). Oskrba v onemoglosti. V: Ramovš J. (ured.). *Staranje v Sloveniji. Raziskava o potrebah, možnostih in stališčih nad 50 let starih prebivalcev Slovenije*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka, str. 305 – 340.
- Rose Miriam S., Noelker Linda S., Kagan Jill (2015). Improving Policies for Caregiver Respite Services. V: *The Gerontologist* 55 (2): 302 – 308.
- WeDO. *Za dobro počutje in dostojanstvo starejših. Evropski okvir kakovosti storitev dolgotrajne oskrbe*; www.wedo-partnership.eu.

Kontaktne informacije:

Mag. Ksenija Ramovš, Resljeva 11, 1000 Ljubljana
ksenija.ramovs@guest.arnes.si

IZ GERONTOLOŠKE LITERATURE

WeDO. *Za dobro počutje in dostojanstvo starejših. Evropski okvir kakovosti storitev dolgotrajne oskrbe.* www.wedo-partnership.eu, 47 strani.

NAČELA IN SMERNICE ZA DOBRO POČUTJE IN DOSTOJANSTVO STAREJŠIH, POTREBNIH DOLGOTRAJNE OSKRBE

Leta 2010 je izšla *Evropska listina pravic in dolžnosti starejših, potrebnih dolgotrajne oskrbe*; o njej smo poročali v *Kakovostni starosti* (letnik 2011, št. 1, str. 48–51). Podobno kot nastajanje in sprejem tega dokumenta je AGE Platform Europe koordiniral tudi nadaljevalni EU-projekt WeDO – *Wellbeing and Dignity of Older people* (<http://www.wedo-partnership.eu>), v katerem so iskali načela in smernice za dobro počutje in dostojanstvo starejših, potrebnih dolgotrajne oskrbe. Rezultat projekta je tudi dokument Evropski okvir kakovosti storitev dolgotrajne oskrbe, ki je izšel v trinajst evropskih jezikih partnerjev in je dostopen na spletni strani (<http://wedo.ttp.eu/european-quality-framework-long-term-care-services>) in v tiskani obliki.

Partnerji projekta pod vodstvom AGE Platform Europe so bili deloma isti kot pri prvem projektu, deloma novi: E.D.E – Evropsko združenje direktorjev domov za starejše, Rotes Kreuz iz Avstrije, belgijski projekt o raziskavah staranja BAS in univerza Bruselj, Zivot90 iz Češke, nacionalni inštitut za zdravje in dobro počutje (THL) s Finske in center Palmenia univerze v Helsinkih, nacionalna fundacija za gerontologijo (FNG) in nacionalno združenje občinskih centrov za socialne ukrepe (CCAS) iz Francije, zvezno

združenje organizacij starejših (BAGSO), nemški center za gerontologijo (DZA) in inštitut za socialne raziskave (ISIS) iz Nemčije, 50+Helas iz Grčije, THIRD AGE z Irske, zadruha Anziani e Non Solo in predstavniška organizacija starejših FIPAC iz Italije, ANBO z Nizozemske, Mestna zveza upokojencev Ljubljana iz Slovenije ter SPF s Švedske, ki je pritegnil izmed oskrbovalnih, izobraževalnih in drugih ustanov dvanajst članov v slovensko nacionalno koordinacijo.

Dokument v uvodnih poglavjih pojasni ozadje in potrebo po evropskem okvirju kakovosti storitev dolgotrajne oskrbe. Med mehanizmi, da bi kakovost dosegli in uveljavili, postavlja na prvo mesto analizo stanja in vizijo razvoja dolgotrajne oskrbe. To dvoje – in kakovost oskrbe nasploh – povezuje z bojem proti zlorabi starejših. Pomemben mehanizem, ki se čedalje bolj uveljavlja, je izmenjava dobrih praks znotraj držav in med njimi. Evropski okvir kakovosti dolgotrajne oskrbe bo koristil oblikovalcem politike, ponudnikom storitev, poklicnim oskrbovalcem ter organizacijam starejših in neformalnih oskrbovalcev. Analize, iz katerih izhaja dokument, kažejo, da se zagotavljanje storitev oskrbe v EU zelo razlikuje in da se modeli oskrbe povsod hitro spreminjajo. Povsod pa se teži k čim daljšemu zadrževanju starejših na njihovem domu, kar večinoma najbolj pripomore h kakovosti njihovega življenja in zmanjšanju javnih stroškov oskrbe. V vsej EU se starejši soočajo z enakimi problemi po kakovostni oskrbi in podpori, prav tako je povsod razširjena zloraba starejših ali pa drugače trpijo zaradi diskriminacije na podlagi starosti in spola.

Evropsko partnerstvo, ki je izdelalo dokument, izhaja iz vrednot, ki so bile opredeljene v Evropski listini pravic in odgovornosti starejših, potrebnih dolgotrajne oskrbe, ki pravi: *»Človekovo dostojanstvo je nedotakljivo. Starost in odvisnost sama po sebi ne upravičujeta omejevanja katere koli od neodtujljivih pravic in državljanskih svoboščin, kot jih priznavaajo mednarodni standardi in kot so vtakane v demokratične ustanove.«* Gre za štiri splošne vrednote evropskega partnerstva:

1. Dostop do oskrbe, utemeljen na pravicah, ki so opredeljene v Evropski listini pravic in odgovornosti starejših, potrebnih dolgotrajne oskrbe in podpore, in pravici do dostojanstvenega staranja do konca življenja.
2. Starosti prijazno okolje in aktivno staranje kot ključna koncepta za razvoj dolgotrajne oskrbe.
3. Celovit pristop k oskrbi in prilagoditev storitev potrebam uporabnikov in njihovih oskrbovalcev.
4. Priznavanje ključne vloge neformalnih oskrbovalcev, predvsem, da se jim zagotovi razbremenitvena pomoč. Pri tem zadnjem načelu dokument navaja podatek, da po državah Evrope od 70 do 90 % oskrbe zagotovijo neformalni, večinoma družinski oskrbovalci, ter dejstvo, da je kakovost življenja neformalnega oskrbovalca tesno povezana s kakovostjo življenja starejše osebe, ki potrebuje oskrbo.

Osrednje poglavje dokumenta so Načela kakovosti in področja ukrepanja. Vsebuje širok nabor konkretiziranih načel kakovosti. Vsakega obdela tako, da kratko pojasni, kaj pomeni, ga opiše ter navede primer dobre prakse iz ene od držav, na koncu pa opozori še na druge tovrstne primere, ki so navedeni na koncu dokumenta. Dokument pravi, da mora imeti kakovostna oskrba naslednje značilnosti.

- *Spoštovati človekove pravice in dostojanstvo.* Navede primer oskrbe oskrbovancev z

demenco iz Avstrije, kjer v domovih za stare ljudi 80 % stanovalcev trpi zaradi te bolezni.

- *Biti usmerjena na posameznika.* Izhodišče ni oskrbovalna ustanova, ampak konkretni oskrbovanec. Primer je iz Nemčije: prostovoljec je (kot »spremljevalec v vsakdanjem življenju« (*Altagsbegleiter*) v okviru njihovega Zakona o dolgotrajni oskrbi) vključil v svoj zbor oskrbovanko z demenco, ki je vse življenje pela v zboru.
- *Biti preventivna in rehabilitativna.* Kakovostno oskrbo opredeljuje tudi *»osredotočenje na zdravje in sposobnosti osebe in ne na njeno bolezen ali nezmožnosti«*. Primer je finski projekt za izboljšanje urinske inkontinence, pri katerem se je v 5 mesecih izboljšala kontinenca 16 izmed 24 oskrbovancev, zmanjšalo število bolečih infekcij urinarne poti, prihranek za inkontinenčne vložke pa je znašal okrog 4000 EUR. Navaja tudi izjavo nekdanje medicinske sestre v domu za stare ljudi: *»Žal so nam bile 'ljubše' inkontinentne osebe kot kontinentne, saj je bila delovna obremenitev ob uporabi plenice manjša. Zato smo tudi v primeru, če je bila osebna kontinentna, včasih uporabili plenice, in sčasoma je oseba postala inkontinentna.«* Uporaba stranišča, četudi s pomočjo drugega, je zelo pomembna za doživljanje kakovosti življenja v starosti.
- *Biti dosegljiva.* Sodobni evropski sistemi za dolgotrajno oskrbo nudijo poleg domov za stare ljudi in oskrbe na domu še nad deset oskrbovalnih programov. Odločilno pa je, da imajo osnovne oskrbovalne programe ljudje na voljo v svoji krajevni skupnosti. Primer je grški projekt uvajanja Silver Alerta – celostna skupnostna akcija za iskanje oseb z demenco, ko se izgubijo.
- *Biti dostopna.* Ljudje morajo z lahkoto priti do informacij o možnih storitvah oskrbe. Ta mora biti vsestransko vsem dostopna: s primerno arhitekturo, enostavno organizacijo

ipd. Če človek ne more do storitve, stopa ona k njemu ali pa mu dopolnilna storitev olajša dostop do nje. Nizozemski primer kaže dopolnilno storitev prevoza.

- *Biti finančno dostopna.* To načelo kakovosti dopolnjuje prejšnjega: dostop do osnovnih storitev oskrbe ne sme biti odvisen od finančne zmožnosti starejše osebe. Naveden primer dobre prakse je »regionalni sklad za odvisnost« v deželi Emiliji – Romaniji v Italiji, v katerem je bilo leta 2011 na razpolago skoraj pol milijarde EUR, financira pa se iz dodatnega davka.
- *Biti celostna.* Ker je razdrobljenost specializiranih storitev ena od največjih pomanjkljivosti sodobne oskrbe, je celosten, interdisciplinaren človeški pristop eden od pomembnih korektivov oskrbe, da bo bolje odgovarjala na potrebe in počutje ljudi. Razdeljenost zdravstvene nege in socialne oskrbe tako podraži sistem, da je celostna povezava obojega pogoj za zdržno delovanje sodobnega sistema dolgotrajne oskrbe. Priročnik navaja primer dobre koordinacije v mreži pomoči na domu Gironde v Franciji.
- *Biti povezana in neprekinjena.* Pri tem je zelo pomembna usklajenost med storitvami oz. njihovimi nosilci. Kakšne stiske povzroča ljudem npr. odpust starega bolnika iz bolnišnice v petek, ko ga ni več mogoče nastaniti v domu za stare ljudi, doma pa ga tudi ne morejo oskrbovati. Tudi oskrba na domu, ki ne deluje konec tedna, je za ljudi problematična prekinitev.
- *Biti usmerjena k cilju in preverljiva.* Cilj oskrbe mora biti zadovoljstvo oskrbovanca in njegovo dobro počutje. Normativi, standardi, financiranje in drugi sistemski mehanizmi za ustaljeno delovanje oskrbovalnih ustanov so večinoma izhajali iz delovanja ustanove in ne dobrega počutja konkretnega človeka v njej. Primer dobre

prakse so švedski standardi za kakovost storitev za starejše.

- *Biti pregledna.* Odločilne so zlasti: finančna preglednost stroškov, preglednost možnih storitev, preglednost nadzora nad izvajanjem oskrbe ter preglednost pri sprejemanju odločitev o človekovi oskrbi.
- *Spoštovati spol in kulturo.* Star človek je osebnostno in kulturno izoblikovan, zato je prilaganje oskrbe njegovim individualnim značilnostim pogoj za kakovost oskrbe. Nujno orodje pri tem je poznavanje človekove osebne zgodovine in individualni načrt oskrbe, ki je skladen z njo.
- *Preprečevati zlorabo in zanemarjanje starejših.* Pri oskrbi so zlorabe in nasilje pogoste tudi zaradi preobremenjenosti ali neusposobljenosti osebja za ustrezno razumevanje in komuniciranje z onemoglim človekom. V primerih navajajo dobre izkušnje protokolov za preprečevanje zlorabe, telefonske linije za pomoč in centre za registracijo zlorabe starejših v Belgiji ter Združenje zatočišč za starejše na Finskem. V oskrbovalnih ustanovah preprečuje nasilje njihova tesna povezanost s skupnostjo, npr. sodelovanje prostovoljcev pri oskrbi, pri družinski oskrbi pa zlasti razbremenitvena pomoč družinskim oskrbovalcem.
- *Opolnomočiti starejše, da lahko maksimalno sodelujejo pri oskrbi.* Pri vsakem človeku kljub potrebi po oskrbi ostaja še marsikatera njegova zmožnost, ki jo lahko uporabi za svoje dobro počutje in v korist drugih. Na Finskem so s projektom razvili orodje za izboljšanje dobrega počutja in kakovosti življenja starejših, ki imajo kognitivne motnje.
- *Zagotavljati dobre delovne razmere, delovno okolje ter naložbe v človeški kapital.* Dobra usposobljenost in stalno usposabljanje oskrbovalnega in negovalnega osebja je osnova kakovosti oskrbe; to velja tako za poklicne kot za družinske in druge

neformalne oskrbovalce. Italijanski projekt »Nadarjeni za oskrbo« preizkuša in priznava znanja in spretnosti, ki so jih pridobili oskrbovalci v praksi.

- *Razvijati ustrezne materialne infrastrukture.* Ustrezna infrastruktura zelo podpira neodvisno življenje in dobre delovne razmere. Tu je naveden primer programa Svetovne zdravstvene organizacije Starosti prijazne skupnosti; poleg Irske in Španije, ki ju navaja dokument, je pri tem svetovnem programu aktivna in inovativna tudi Slovenija s slovensko mrežo starosti prijaznih mest in občin.
- *Razvijati partnerski pristop.* Poudarjeni so: jasnost glede odgovornosti, ekipna povezanost med oskrbovalci, da nihče ni prepuščen samemu sebi, povezanost vseh deležnikov na področju oskrbovanja in tudi raziskovanje potreb in drugih vidikov staranja. Odličen primer oblikovanja lokalne mreže za starejše je iz Belgije.
- *Utrjevati sistem dobrega upravljanja.* V tem načelu dokument opozarja, da »pravila na papirju ne zadostujejo, treba jih je izvajati ...« in da je treba skrbeti za kakovost. Primer je nacionalno potrdilo o kakovosti za domove za starejše in nego v Avstriji (NQC); v Sloveniji uveljavlja sistem kakovosti oskrbe in usposablja za vodenje kakovosti oskrbe Iris Imperl, ki je skupaj z evropskimi partnerji ta sistem tudi razvil.
- *Razvijati ustrezne komunikacije in krepiť ozaveščenost.* To načelo kakovosti je odločilno za zmanjševanje diskriminacije zaradi starosti. Primer je češki projekt *Zivot 90*.

Sledi poglavje priporočil in smernic za izvajanje. Za oblikovalce politike jih podaja na ravni EU (npr. evropski okvir storitev, načela kakovosti dolgotrajne oskrbe, ino informacijsko izmenjavanje izkušnje, izobraževanje), na nacionalni ravni (npr. nadzorni postopki) ter na lokalni in regionalni ravni (npr. lokalna mreža za oskrbo). Kratka priporočila so tudi

za ponudnike storitev (npr. samoocenjevanje postopkov, usposabljanje), za poklicne oskrbovalce ter za starejše, družine in organizacije neformalnih oskrbovalcev. Dokaj obsežno se dokument posveti primerom orodij kakovosti: za njeno upravljanje, nadzor in izboljševanje s participativnim pristopom in metodologijo.

Dokument ima v začetku terminološki slovar za ducat ključnih pojmov. V zadnjem delu je obsežen nabor dobrih praks, še več jih je na spelni strani projekta *WeDO*. Na koncu pa je seznam evropskih partnerjev pri tem projektu.

Evropski okvir kakovosti storitev dolgotrajne oskrbe je pomembna smernica za politiko in financiranje nacionalnih sistemov dolgotrajne oskrbe, za programe izobraževanja in usposabljanja oskrbovalcev, za raziskovanje oskrbe, za razvoj oskrbovalnih programov in sistemov, za spremljanje njihove kakovosti, za javni nadzor nad delovanjem oskrbovalnih ustanov in programov ter za ozaveščanje celotnega prebivalstva o dolgotrajni oskrbi. Le-ta je za večino ljudi prej ali slej temeljna življenjska potreba – ko kronično obolijo, postanejo invalidni ali starostno opešajo.

Na prvi notranji platnici dokumenta so v šestih oblačkih navedene izjave oskrbovancev, njihovih svojcev, poklicnih in domačih oskrbovalcev. Štiri med njimi so negativne, dve sta razveseljujoči. Navedimo za sklep našega prikaza od vsakih po en primer:

»Bojim se, da se bodo moje hčere nenadoma odločile in me poslale v dom za starejše, ne da bi se o tem predhodno pogovorile z menoj. Rada živim sama in raje bi ostala doma, če je to mogoče.«

»Moj mož (79) je zadnji dve leti dementen. Poklicala sem telefonsko svetovalno linijo za Alzheimerjevo bolezen in našla, kar sem iskala: dolge nemotene pogovore z usposobljeno osebo, ki mi daje tudi praktične nasvete. To mi veliko pomeni!«

Jože Ramovš

Worldwide Palliative Care Alliance, 2014. *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life, 2014*. V: <http://www.who.int/nmh/Global Atlas of Palliative Care.pdf> (datum: 1. 3. 2015).

SVETOVNI ATLAS PALIATIVNE OSKRBE OB KONCU ŽIVLJENJA

Svetovna zveza paliativne oskrbe – WPCA (*Worldwide Palliative Care Alliance*) je globalna zveza, katere glavni namen je razvoj hospica in paliativne oskrbe v svetu. V okviru svojega delovanja je izdala *Svetovni atlas paliativne oskrbe*, ki govori predvsem o potrebi po paliativni oskrbi na globalni in regionalni ravni.

Paliativna oskrba je relativno nov koncept modernega zdravstva. Postaja vedno bolj pomemben in nepogrešljiv del zdravstvenega sistema, kljub temu pa je dostop do hospica in paliativne oskrbe še vedno nezadosten. S staranjem prebivalstva in podaljševanjem življenjske dobe bo potreba po paliativni oskrbi naraščala.

Paliativna oskrba je pristop, ki izboljšuje kakovost življenja posameznika in njegovih svojcev, ki se soočajo z življenjsko ogrožajočimi boleznimi. Ta pristop poudarja zgodnjo diagnozo, lajšanje bolečin, zdravljenje drugih bolezni, ki so povezane s terminalno boleznijo, zadovoljevanje psiholoških, psihosocialnih in duhovnih potreb na smrt bolnega in svojcev.

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) je določila osnovna načela paliativne oskrbe:

- lajšanje bolečine in drugih spremljajočih simptomov,
- zagovarjanje življenja in spoštovanje umiranja kot naravnega procesa,
- smrti se ne pospešuje in ne zavira; upošteva psihološke in duhovne vidike oskrbe bolnega človeka,
- nudi podporni sistem, da bolni človek živi aktivno življenje do svoje smrti,
- nudi pomoč svojcem umirajočega do njegove smrti in tudi po smrti,

- celostni pristop za zadovoljevanje potreb umirajočega in svojcev,
- večanje kakovosti življenja, kar lahko dobro vpliva na potek bolezni,
- paliativna oskrba se izvaja takoj po diagnozi, in sicer v povezavi z drugimi terapijami, katerih namen je podaljševanje življenja.

V *Svetovnem atlasu* je definicija paliativne oskrbe razširjena in dopolnjena, kar zagotavlja večjo transparentnost. Paliativna oskrba je namenjena kroničnim in življenjsko ogrožajočim stanjem. Prilagaja se glede na potrebe in ne glede na diagnozo ali prognozo. Izvaja se na vseh nivojih oskrbe posameznika in ne samo na strokovnem. Izvaja se kjer koli, lahko na domu bolnika, v bolnici, v domu za starejše ...

Hospic pomeni oskrbo umirajočega ob koncu njegovega življenja, ki jo nudijo zdravstveni in drugi strokovnjaki ter prostovoljci. Nudi zdravstveno, psihično in duhovno podporo. Namen oskrbe je pomagati umirajočim ljudem bivati v miru, dostojanstvo ter udono. Programi hospica so namenjeni tudi podpori družine umirajočega svojca.

Paliativna oskrba je pravica vsakega posameznika, da prejme najboljše dosegljive standarde psihičnega in mentalnega zdravja. Na smrt bolni ljudje morajo imeti dostop do ustreznega zdravstva, osnovnih zdravil ter terminalne oskrbe, kar vključuje paliativno oskrbo. Paliativna oskrba kronično in na smrt bolnim osebam lajša neizbežne bolečine in jim omogoča dostojno smrt. Dostop do zdravil je eden od minimalnih pogojev dobrega zdravstva. Oviranje dostopa vodi do nečloveškega in ponižujočega zdravstva. Paliativna oskrba je bistveni del zdravstvenega sistema.

PREGLED PALIATIVNE OSKRBE PO SVETU

Zadovoljevanje potreb paliativne oskrbe pomeni zmanjšanje trpljenja pacienta in njegove družine. Potrebno se je zavedati, da preventiva in zgodnja diagnoza ter zdravljenje

zmanjšujejo te potrebe. Bolezni, ki zahtevajo paliativno oskrbo, so: Alzheimerjeva in druge vrste demenc, rak, kardiovaskularne bolezni, ciroza jeter, kronične pljučne bolezni, sladkorna bolezen, HIV, odpoved ledvic, multipla skleroza, Parkinsonova bolezen, revmatski artritis, na zdravila odporna tuberkuloza. Paliativne oskrbe ne potrebujejo vsi umirajoči ljudje. Indikator, ki nakazuje, kdo ob umiranju potrebuje paliativno oskrbo, je stopnja bolečine, ki jo posameznik doživlja.

SZO je ocenila, da je bilo leta 2011 v svetu približno 56,6 milijona smrti. Vzrok za večino smrti (66 %) so bile nenalezljive bolezni, paliativno oskrbo pa je potrebovalo 29 milijonov ljudi. Letno potrebuje paliativno oskrbo ob koncu življenja okrog 20 milijonov ljudi po vsem svetu. Od tega je 69 % starejših od 60 let in 25 % starih od 15 do 59 let. Otrok, ki potrebujejo paliativno oskrbo, pa je 6 %. Paliativno oskrbo potrebuje nekaj več moških (52 %) kot žensk (48 %). Večina odraslih, ki je potrebovala paliativno oskrbo, je umrla zaradi kardiovaskularnih bolezni (38,5 %) in raka (34 %), sledile so dihalne bolezni (10,3 %), HIV (5,7 %) in sladkorna bolezen (4,5 %).

SZO deli svet na šest svetovnih regij: AMRO – ameriška regija; AFRO – afriška regija; EMRO – vzhodnosredozemska regija; EURO – evropska regija; SEARO – jugovzhodnoazijska; WPRO – zahodnooceanska regija. Regionalno gledano največ ljudi potrebuje paliativno oskrbo v zahodnooceanski regiji (29 %), sledi evropska regija in jugovzhodnoazijska regija (vsaka 22 %). V ameriški regiji potrebuje paliativno oskrbo 13 % ljudi, v afriški 9 %, v vzhodnosredozemski regiji pa 5 %. V vseh regijah se pojavlja največja potreba po paliativni oskrbi pri kronično bolnih ljudeh. V afriški regiji prevladuje paliativna oskrba za HIV. Paliativna oskrba oseb z rakavimi obolenji je v vseh regijah enako pomembna. Evropska in jugovzhodnoazijska regija imata

največ paliativne oskrbe na področju kroničnih bolezni. Zahodnooceanska regija, evropska regija in jugovzhodnoazijska regija zavzema-jo skoraj tri četrtine odraslih, ki potrebujejo paliativno oskrbo. 37,4 % ljudi pred smrtjo potrebuje paliativno oskrbo. To je povprečno število in se razlikuje od regije do regije. V bolj razvitih državah in s staranjem prebivalstva se ta odstotek lahko poveča na 60, medtem ko je v manj razvitih državah ta stopnja veliko nižja zaradi večje smrtnosti, ki je posledica nalezljivih bolezni in poškodb. Število ljudi, ki potrebujejo paliativno oskrbo, se lahko podvoji ali potroji. Navedeni podatki so pomembni, ker prikazujejo realno stanje in so lahko v pomoč pri oblikovanju smernic paliativne oskrbe. Pomembno se je zavedati, da lahko promocija zdravlja in zdravega načina življenja ter zgodnja diagnoza in pravočasno zdravljenje kroničnih bolezni zmanjšajo število ljudi, ki potrebujejo paliativno oskrbo.

Leta 2006 je od 234 držav imelo 115 (49 %) držav enega ali več hospicev ali storitve paliativne oskrbe, leta 2011 pa je imelo že 136 (58 %) držav vzpostavljeno paliativno oskrbo.

Paliativna oskrba znaša 25 do 30 % vseh zdravstvenih stroškov. Viri financiranja se razlikujejo od države do države, potrebno pa je poudariti, da so z njo povezani veliki stroški. Gledano z druge perspektive pa je paliativna oskrba ekonomična, saj storitve hospica in paliativne oskrbe bistveno zmanjšujejo ceno oskrbe na smrt bolnih ljudi. Zniževanje zdravstvenih stroškov je vidno v zmanjševanju drugih zdravstvenih in bolnišničnih storitev, laboratorijskih preiskav ter intenzivnih enot. Opaziti je tudi manjše število obiskov urgenc, bolnišnic in domov za starejše.

MODEL PALIATIVNE OSKRBE V DRŽAVAH SVETA

Odgovarjanje potrebam paliativne oskrbe je bilo skozi čas velik izziv. Odkar je bil v Angliji

odprt prvi hospic – Sveti Krištof –, je minilo že 47 let. Skozi čas so bili narejeni majhni, a stalni koraki v razvoju programov, ki so namenjeni umirajočim. Leta 2006 je bilo 156 (67 %) držav aktivno vključenih v oblikovanje okvira paliativne oskrbe, leta 2011 pa 159 držav (68 %). Leta 2006 v 78 državah (33 %) ni bilo nobene aktivnosti, povezane s paliativno oskrbo, leta 2011 v 75 državah (32 %). Leta 2006 je bilo 41 držav (18 %), ki so imele prostorske zmožnosti za razvoj paliativne oskrbe. Držav, ki so izvajale paliativno oskrbo v lokalnem okolju, je bilo leta 2006 80 (34 %), leta 2011 pa 91 (39 %). 27 držav (12 %) dosega stopnjo integracije paliativne oskrbe v zdravstveni sistem, a od teh jih je dejansko integriralo paliativno oskrbo v zdravstveni sistem le 20 (8 %). Kljub vsemu napredku in priznavanju paliativne oskrbe kot človeške pravice, je potrebo še veliko storiti, da bo paliativna oskrba dostopna vsaki lokalni skupnosti. Trenutno je v svetu okrog 16.000 hospicev ali paliativnih storitev.

Eden on načinov spremljanja razvoja paliativne oskrbe v svetu je bil razvoj sistema, ki vključuje pregled razvoja paliativne oskrbe v posamezni državi. S tem se je lahko naredila primerjava med državami in oblikovala klasifikacija glede na stopnjo razvoja paliativne oskrbe.

- **Skupina 1:** države, ki nimajo hospica ali paliativne oskrbe in ne izvajajo nobene aktivnosti, povezane s tema dvema pojmom (Nigerija, Lihtenštajn, Monako, Togo, Grenlandija, Senegal ...).
- **Skupina 2:** države, ki imajo prostorske možnosti za izvajanje paliativne oskrbe in hospica (Alžirija, Črna gora, Katar, Demokratska republika Kongo, Palestina). Obstajajo iniciative za politično oblikovanje podpore paliativni oskrbi ter organizacijska podpora in podpora zdravstvenega osebja. Razvojne aktivnosti vključujejo organiziranje konferenc, izobraževanje, lobiranje zdravstvenih ministrov na področju paliativne oskrbe.

• **Skupina 3:**

Skupina 3 a: to skupino držav zaznamuje razvoj aktivizma na področju paliativne oskrbe, ki pa še ni dobro uveljavljen in podprt, viri financiranja so odvisni od donatorskih sredstev, omejena je dostopnost do morfij. Število hospicev in paliativnih storitev je majhno. Večina se izvaja v domačih okoljih in so dostopni majhnemu številu ljudi. Države: Ukrajina, Združeni arabski emirati, Mehika, Makedonija, Vietnam ...

Skupina 3 b: v tej skupini držav se aktivizem na področju paliativne oskrbe kaže v večjem številu hospicev in storitev paliativne oskrbe v lokalnem okolju. Viri financiranja so različni, morfij in protibolečinska zdravila so dostopna, storitve paliativne oskrbe izvajajo lokalni ponudniki, ki so samostojni in neodvisni od zdravstvenega sistema, pojavljajo se izobraževalne iniciative s strani organizacij, ki izvajajo hospic in paliativno oskrbo. Države: Albanija, Belorusija, Irvaška, Indija, Jordanija, Nepal ...

• **Skupina 4:**

Skupina 4 a: države, kjer sta hospic in paliativna oskrba v prvi fazi integracije v zdravstveni sistem države. Te države označuje razvoj masovnih aktivnosti paliativne oskrbe na lokalni in nacionalni ravni, obstajajo različni ponudniki storitev paliativne oskrbe. Zavedanje o pomenu paliativne oskrbe v zdravstveni stroki in lokalnih skupnostih je velika, morfij in druga protibolečinska zdravila so dostopna. Vpliv paliativne oskrbe na razvoj politik je omejen, zagotovljeno je osnovno izobraževanje in izkazan interes za razvoj nacionalne zveze za paliativno oskrbo. Države: Finska, Madžarska, Slovenija, Nova Zelandija, Tanzanija ...

Skupina 4 b: države, kjer sta hospic in paliativna oskrba na najvišji stopnji integracije v zdravstvenem sistemu. Obširna ponudba različnih storitev paliativne oskrbe s strani različnih ponudnikov, velika ozaveščenost o paliativni oskrbi s strani zdravstvene stroke, lokalnih skupnosti in družbe nasploh. Dostopnost do morfija in drugih protibolečinskih zdravil je omejena, izdaten vpliv paliativne oskrbe na politike, predvsem na zdravstveno politiko. Razvoj priznanih izobraževalnih centrov ter univerzitetnih programov in obstoj nacionalne zveze za paliativno oskrbo. Države: Avstrija, Avstralija, Japonska, ZDA, Romunija, Irska, Poljska.

GLAVNE OVIRE ZA RAZVOJ PALIATIVNE OSKRBE

Razvoj paliativne oskrbe sledi zdravstvenemu modelu, ki ga je razvila SZO. Ta se osredotoča predvsem na politiko, izobraževanje, dostopnost zdravstva in vključenost.

Politika. Brez politik, ki podpirajo paliativno oskrbo, je njen razvoj skoraj nemogoč. Paliativna oskrba v nekaterih državah ni podprta s strani državne politike, je pa podprta s strani humanitarnih organizacij. Politika je eden od glavnih dejavnikov, brez katere spremembe ne morejo biti dosežene. Z zakoni in strategijami se lahko definira paliativno oskrbo kot del nacionalne strategije, zdravstvenega sistema ter zdravstvene stroke. Na državnih ravni se oblikujejo standardi in strokovne smernice za razvoj paliativne oskrbe.

Izobraževanje. Veliko zdravniškega osebja ima zelo malo ali sploh nima znanja o paliativni oskrbi. Vsi zdravstveni delavci bi morali biti vključeni v osnovno izobraževanje o paliativni oskrbi ter poskrbljeno bi moralo biti za nadaljnja in stalna izobraževanja za osebje, ki dela na področju paliativne oskrbe.

Dostopnost zdravil. Za razvoj paliativne oskrbe je zelo pomembna dostopnost do zdravil, predvsem opiatov in prav to je velik svetovni problem. 80 % populacije nima dostopa do protibolečinskih zdravil. Več kot 90 % svetovne uporabe opiatov imajo Avstralija, Kanada, Nova Zelandija, ZDA in večina evropskih držav. Omejena uporaba opiatov izhaja iz nadzora nad nedovoljeno uporabo. Svetovna organizacija paliativne oskrbe se zavzema za vzpostavljeno ravnotežje med nedovoljeno uporabo opiatov ter uporabo v medicinske namene. Glede na analize je razvidno, da 83 % držav nima dostopa do opiatov ali je ta zelo slab, 4 % držav ima delen dostop in 7 % primeren dostop. Za 6 % držav ni podatka.

Implementacija. Razvoj paliativnih storitev in njihova implementacija sta odvisna od podpore politike in finančnih mehanizmov. Večinoma je razvoj odvisen od dosežkov organizacij ali posameznikov, ki se žrtvujejo za razvoj in ustanovitev hospica ter storitev paliativne oskrbe v njihovih lokalnih okoljih.

Psihološke, socialne, kulturne in finančne omejitve. Razvoj paliativne oskrbe je prav tako oviran zaradi različnih človeških faktorjev. Hospic in paliativna oskrba sta povezani s koncem življenja in smrtjo. Psihološko se veliko ljudi boji in izogiba vsemu, kar je povezano s smrtjo. Prisotno je mišljenje, da je lahko seznanjanje bolnega s smrtjo škodljivo, toda za to ni nikarkršnega dokaza. Vsekakor pa paliativna oskrba lahko podaljša, vsekakor pa izboljša življenje.

Paliativna oskrba je še vedno relativno nov koncept zdravstvenega sistema, predvsem v manj razvitih državah. Pristop javnega zdravstva je vsekakor potreben v smeri pospeševanja storitev paliativne oskrbe ter prehajanja obstoječih ovir za nadaljnji razvoj. Oblikovanje nacionalnih programov, ki so temelj paliativne oskrbe, je nujno potrebno, prav tako razvoj izobraževalnih programov, dostopnost do opiatov in protibolečinskih zdravil, organiziranih

programov, ki izvajajo paliativno oskrbo. Potrebno je prepoznati potrebo po paliativni oskrbi in pomanjkanje le-te opredeliti kot problem, ki vodi v nepotrebno trpljenje ljudi, ki so v družbi najbolj ranljivi.

PRIMERI DOBRE PRAKSE PALIATIVNE OSKRBE IN HOSPICA

Potrebno je poudariti in predstaviti primere dobre prakse. V *Atlasu paliativne oskrbe* so naštetih nekateri modeli dobre prakse, ki so se razvili v različnih kulturnih okoljih in velikokrat z dobrim sodelovanjem lokalne skupnosti.

Indija, Kerala. Lokalna skupnost organizira sosedsko mrežo, ki deluje na področju paliativne oskrbe. Prostovoljci iz lokalnih skupnosti so usposobljeni za ugotavljanje težav in za pomoč kronično bolnim z aktivno podporo strokovnih delavcev.

Tanzanija, Arusha. Stalna oskrba oseb, obolelih za HIV/AIDS. Cilj programa je izvajanje paliativne oskrbe v okviru programov, ki se izvajajo na domu s strani Luteranskega zdravstvenega sistema, ter tako pomagati obolelim in družinam. Opisana primera sta prikaz paliativnih programov, ki v svoje delovanje aktivno vključujejo lokalno skupnost.

Romunija, Brasov. Hospic *Casa Sperantei* je humanitarna organizacija, ki sodeluje z angleškim hospicem. Njegova naloga je predstaviti in podpirati razvoj hospica in paliativne oskrbe za bolnike z neozdravljivimi boleznimi v zadnjem stadiju.

ZDA, Florida. Program, ki je dosegel največjo integracijo med ljudmi, ki potrebujejo paliativno oskrbo. Hospic upanja, *Ft. Myers*, ponuja paliativno oskrbo v lokalni skupnosti. Dostopen je vsem ljudem in ni namenjen samo tistim, ki so zdravstveno zavarovani ali so na smrt bolni.

Vietnam. Program, ki je vzpostavil paliativno oskrbo v državnem zdravstvenem sistemu. Model paliativne oskrbe v Vietnamu

predstavlja *Ho Chi Minh Cancer Hospital*, ki je največji južnovietnamski center in največji center za rakave bolnike. Velik pomen dajejo zdravstvenemu in moralnemu spoznanju, da je paliativna oskrba del preventive, zgodnje diagnoze in zdravljenja rakavih obolenj.

Argentina. *Fundacion FEMEB* je neprofitna organizacija, ki promovira paliativno oskrbo po svetu.

Združeno kraljestvo. *St. Giles Hospic* je neodvisna prostovoljska organizacija, ki ponuja specializirane storitve paliativne oskrbe preko strokovnih in prostovoljskih modelov. Poudarek na strokovni oskrbi je vodil v medicinski model paliativne oskrbe.

Poleg navedenih obstajajo tudi drugi primeri dobre prakse na področju paliativne oskrbe in hospica, ki niso omenjeni. Skupno tem programom je, da so se razvili in delujejo ne glede na omejene vire.

KAKO NAPREJ?

Dostop do paliativne oskrbe in lajšanja bolečin je človeška pravica. S staranjem prebivalstva in naraščanjem nalezljivih in nenalezljivih bolezni se potreba po paliativni oskrbi veča, kljub temu pa milijoni ljudi po svetu nimajo dostopa do nje. V vsaki svetovni regiji so države, ki so pokazale, da je paliativna oskrba lahko dostopna za tiste, ki jo potrebujejo, in ne pomeni dodatnih izdatkov za zdravstveni sistem. Primeri dobrih praks so dober prikaz integracije paliativne oskrbe v zdravstveni sistem.

V velikem številu državah je paliativna oskrba prisotna na primarnem, sekundarnem in terciarnem nivoju zdravstva. To pomeni, da so bolniki z blažjimi simptomi oskrbovani s strani osebnih zdravnikov, ki imajo osnovno znanje o paliativni oskrbi. Prav to osnovno znanje bi morali imeti vsi zdravstveni delavci.

Publikacija opisuje potrebe po paliativni oskrbi na svetovni ravni. Kljub uspešnemu razvoju paliativne oskrbe v preteklih 40 letih je

potrebno narediti še veliko korakov. Izredno pomemben korak je integracija paliativne oskrbe v zdravstveni sistem ter razvoj in skrb lokalnih skupnosti za svoje prebivalce z uporabo novega znanja in kompetenc ter kvalitetnega izobraževanja na področju paliativne oskrbe. Viri za razvoj paliativne oskrbe so omejeni, kljub temu pa so pobude, dobra volja in podpora lokalne skupnosti vzdržale in pomagale zgraditi oziroma razviti paliativno oskrbo po svetu.

Maša Birsa

Dinesh Sethi, Sara Wood, Francesco Mitis, Mark Bellis, Bridget Penhale, Isabel Iborra Marmolejo, Ariela Lowenstein, Gillian Manthorpe (2012). European report on preventing elderly maltreatment. WHO Regional Office for Europe. V: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0010/144676/e95110.pdf.

OBRAVNAVANJE PROBLEMATIKE TRPINČENJA STAREJŠIH NA EVROPSKI RAVNI

15. junija letos se je odvil že 10. svetovni dan ozaveščanja o trpinčenju starejših. Določili sta ga Mednarodna mreža za preprečevanje zlorab starejših in Svetovna zdravstvena organizacija pri Generalni skupščini Združenih narodov (v resoluciji 66/127) ter predstavlja dan v letu, ko ves svet izraža nasprotovanje zlorabi in trpinčenju starejših ljudi.

Do pred kratkim je bilo področje trpinčenja starejših dokaj neobdelano. V zadnjih nekaj desetletjih se je začelo odzivati javno zdravstvo in kazensko pravo; zdravstveni, socialni in pravosodni sektor so pokazali povečano zanimanje za preprečevanje trpinčenja starejših.

Na področju zlorabe starejših so zato do sedaj z namenom spodbujanja k reševanju problematike grdega ravnanja s starejšimi Svet Evrope, Združeni narodi in Evropska komisija sprejeli več instrumentov.

Najnovejšje je Priporočilo Sveta Evrope (CM/Rec (2014) 2), ki je nezavezujoč instrument na

področju promocije človekovih pravic starejših oseb. Priporočila vrsto ukrepov, ki naj jih države članice sprejmejo v boju proti diskriminaciji na podlagi starosti in zagotavljanja pravic in svobod starejših, kar vključuje tudi preprečevanje trpinčenja starejših. To priporočilo dopolnjuje druge zavezujoče akte Evropskega Sveta, vključno z Evropsko konvencijo o človekovih pravicah in Evropsko socialno listino.

Pomembna je tudi Konvencija Združenih narodov o pravicah invalidov (CRPD), ki temelji na obveznosti članic, da zagotovijo enakopravno uživanje vseh človekovih pravic tudi za osebe z invalidnostjo. Konvencija je še posebej pomembna za starejše ljudi, saj so številni med njimi invalidni zaradi starosti. Najbolj bistvena vprašanja, ki se nanašajo na pravice starejših ljudi s posebnimi potrebami in jih določa konvencija so: avtonomija starejših in njihova poslovna sposobnost (vključno s pravico in dostopnostjo do podpore pri uveljavljanju svojih pravic), pravica do prebivanja v kraju po lastni izbiri, pravica prejemati ustrezno podporo. Konvencija opozarja, da bi morale države pri preprečevanju in odpravi zlorabe ljudi s posebnimi potrebami enakovredno obravnavati tiste, ki so pridobili ovire tekom življenja, ter se zavzema za preprečevanje in zmanjševanje trpinčenja starejših.

Tudi Evropska komisija je razvila številne pobude za neposredno ali posredno reševanje problematike trpinčenja starejših v Evropi. Listina o temeljnih pravicah Evropske unije (zavezuje EU po sprejetju Lizbonske pogodbe leta 2009) prepoveduje diskriminacijo na podlagi starosti ter opredeljuje pravice starejših ljudi. Evropska komisija je odgovorna za izvajanje ključne zakonodaje Evropske unije na tem področju, kot je npr. Direktiva o žrtvah (ki jo morajo države članice implementirati do novembra 2015) in Direktiva o pravicah potrošnikov. Poleg tega pa financira velike mreže protidiskriminacijskih ukrepov kot tudi posebne programe z namenom boja proti

nasilju starejših. V okviru svojih dejavnosti na področju dolgotrajne oskrbe Evropska komisija nudi podporo nacionalnim vladam, da razvijejo visoko kakovostne sisteme dolgotrajne oskrbe, ki spodbujajo dostojanstveno in aktivno staranje, rehabilitacijo in uporabo tehnologij za spodbujanje staranja v kraju ter s tem posredno vplivajo na zmanjšanje pojava trpinčenja med starimi. Komisija je v letu 2012 vzpostavila sistem financiranja za pilotne projekte, ki iščejo preventivne načine, da se prepreči trpinčenje, ki vključuje starejše ljudi. Leta 2014 je bilo izdano tudi skupno poročilo Odbora za socialno varstvo Evropske komisije na temo *Ustrezne socialne zaščite za potrebe dolgotrajne oskrbe*, ki izrecno poziva k razvoju in več dejavnosti na področju zaščite človekovih pravic pri oskrbi, kar vključuje tudi zmanjševanje trpinčenja starejših pri oskrbovanju.

Delež ljudi, starejših od 65 let, se hitro povečuje po vsem svetu in trpinčenje starejših kot javnozdravstveni in družbeni problem narašča. Ker je trpinčenje starejših vse bolj pereč problem na lestvici družbenih problemov in je ukrepanje na tem področju, kot sledi iz nadaljevanja, globalno relativno slabo, je Regionalna pisarna Svetovne zdravstvene organizacije v Evropi izdala Poročilo o trpinčenju starejših.

NAMEN POROČILA SZO

- opisati demografske spremembe in jih povezati z obsegom problema trpinčenja starejših na območju Evrope,
- identificirati dejavnike tveganja in preučiti vlogo socialnih determinant zdravja,
- opisati najnovejše dokaze o učinkovitosti intervencij za preprečevanje trpinčenja starejših,
- identificirati izkušnje pri implementiranju ocenjenih programov za preprečevanje trpinčenja starejših v Evropi in drugod,
- opredeliti strategije in ključne ukrepe politike ter zdravstvenega sistema z

medsektorskim pristopom za zmanjšanje bremena na področju trpinčenja starejših.

DEFINICIJA TRPINČENJA

SZO definira trpinčenje starejših kot trpinčenje ljudi, starih 60 let in več. Opredeljeno je kot enkratno ali ponavljajoče se dejanje ali pomanjkanje ustreznega ukrepanja, ki se pojavlja v kakršnemkoli razmerju, v katerem je pričakovati zaupanje in ki povzroča škodo ali stisko starejših. Trpinčenje starejših se lahko dogaja na različne načine, kot so telesna, duševna, čustvena in spolna zlorabe. To lahko vključuje tudi ekonomsko ali finančno zlorabo, pri kateri drugi ljudje neustrezno uporabljajo finančne ali druge vire starejših. Trpinčenje starejših se lahko manifestira tudi kot zane-marjanje. Starejši ljudje so lahko zlorabljeni v domačem okolju, zlorabijo jih osebe, kot so družinski člani, zakonci, prijatelji, skrbniki ali domači negovalci. Tudi strokovnjaki ali obiskovalci lahko izvajajo trpinčenje starejših v institucionaliziranih okoljih, kot so dnevna nega, domovi in bolnišnice. Trpinčenje starejših po definiciji vključuje tudi nasilje intimnega partnerja, bodisi fizično, spolno, duševno ali finančno. Vključuje lahko tudi uporabo fizičnih omejitev in zlorabo zdravil kot način nadzora, kar pa je težje ugotovljivo.

RAZŠIRJENOST TRPINČENJA STAREJŠIH

Čeprav obseg problema trpinčenja starejših ni bil celovito opredeljen, ocene, ki jih navaja poročilo SZO, kažejo, da ga v Evropi v enem letu doživlja vsaj 4 milijone starejših ljudi.

Po podatkih, ki jih navaja poročilo SZO, letno več kot 8500 ljudi, starejših od 60 let, umre zaradi nasilja v Evropski uniji.

Za to lahko poiščemo vzrok tudi v velikih neenakostih v zdravju, saj se kar 9 od 10 poškodb s smrtnim izidom priprti med starejšimi, ki so v revnih in srednje bogatih državah

– napadi na starejše ljudi s hujšim izidom so bolj pogosti v družbenih skupinah, ki so bolj socialno-ekonomsko prikrajšane.

Približno 2500 smrti starejših letno se lahko pripiše trpinčenju starejših s strani družinskih članov (kot je ocenjeno, je to 30 % vseh umorov starejših). Po navedbah SZO so bili ti podatki pridobljeni zgolj z uporabo raziskav prebivalstva v zadnjih nekaj desetletjih, saj so podatki o smrtnih in poškodbah brez smrtnega izida precej nepopolni in se nahajajo v različnih bazah: bodisi zdravstvenih, pravosodnih ali socialnovarstvenih. Nadzor nad uporabo rutinskih informacij bi po mnenju SZO moral biti izboljšán z uporabo standardiziranih postopkov in definicij v vseh sektorjih in v vseh državah.

Razširjenost trpinčenja starejših v preteklem letu je bila precej visoka. Raziskave, ki so se ukvarjale s starejšimi ljudmi, ki živijo v skupnosti, kažejo, da je v preteklem letu približno 2,7 %, oziroma 4 milijone starejših ljudi doživelo trpinčenje v obliki fizičnega nasilja. Za spolne zlorabe je delež nižji, in sicer 0,7 % ali 1 milijon starejših. Pri duševnih zlorabah je delež precej višji, in sicer 19,4 %, kar predstavlja 29 milijonov starejših ljudi, finančnih zlorab pa je bilo 3,8 %, kar je 6 milijonov starejših ljudi.

Pomembno je opredeliti vrsto trpinčenja, ki se meri. Razširjenost trpinčenja starejših se povečuje pri ljudeh s posebnimi potrebami, kognitivnimi motnjami in odvisnostmi, poročila pa kažejo, da je ta delež lahko tudi bistveno višji pri starejših invalidih, ki imajo velike potrebe po podpori. Razširjenost trpinčenja starejših se po poročilu SZO razlikuje glede na kulturo in državo, zato bi bilo dobro z uporabo več standardiziranih opredelitev, instrumentov in metod evropske raziskave narediti bolj primerljive. Ankete družinskih oskrbovalcev in strokovnih negovalcev kažejo, da je v njihovi oskrbi veliko oskrbovancev zlorabljenih, kar bi morali upoštevati pri razumevanju obsega problema trpinčenja starejših.

DEJAVNIKI TVEGANJA

Pričakovana življenjska doba se povečuje v večini držav v regiji in se zato prebivalstvo hitro stara. Takšno staranje prebivalstva bo vse več starejših ljudi izpostavilo tveganju trpinčenja. Čeprav se ljudje še tako trudijo ostati zdravi, z leti lahko pogosteje pride do poslabšanja zdravja, ki vodi do invalidnosti in odvisnosti, zlasti v pozni starosti. To lahko oteži naloge družinskih oskrbovalcev in poveča potrebo po usposobljenih zdravstvenih in socialnovarstvenih delavcih. To še posebej velja za pomoč ljudem z demenco in z več sočasnimi boleznimi.

Trpinčenje starejših lahko povzroči trajne škodljive fizične in duševne posledice na ljudeh, in če je dolgotrajno, vodi k slabši kakovosti življenja in zmanjšuje preživetje. Mnogi starejši ljudje imajo majhne prihodke, kar povečuje njihovo odvisnost od družine in socialne podpore. Starejše ženske so, po raziskavah sodeč, tudi veliko bolj podvržene tveganju za revščino kot starejši moški. Sedanja gospodarska kriza ustvarja še večji pritisk na službe, ki skrbijo za podporo žrtvam nasilja. SZO v poročilu tudi navaja, da so starejši ljudje, ki živijo v deprivilegiranih soseskah, verjetno bolj ogroženi. Gospodarska kriza v Evropi tako ustvarja dodaten pritisk na socialne in zdravstvene sisteme, ki pogosto ne zmorejo zagotoviti ustrezne oskrbe in preprečuje starejšim uveljavljati ter uživati svoje pravice. Pritisk je še posebej akuten, ko se nacionalne vlade pripravljajo na povečanje deleža starejše populacije, saj povečanje visokakovostnih storitev in blaga, ki naj bodo dostopni starejšim, zahteva znatna sredstva, ki so lahko v takšnih razmerah omejena. Delen odgovor na ta izziv ponujajo zasebni akterji, ki skušajo vstopiti na evropski trg in zagotoviti storitve in podporo naraščajočemu starejšemu prebivalstvu. Včasih so le-ti neustrezno nadzorovani, ker so postopki spremljanja kakovosti storitev, postopki za preprečevanje zlorabe in drugi protokoli nedoločeni. Poleg tega

individualizacija osnovnih storitev povečuje verjetnost, da bodo te težje dostopne za mnoge starejše ljudi, ki živijo od nizkih pokojnin. Na globalni in evropski ravni se trenutno pri tej problematiki velik poudarek daje težavam, ki izhajajo iz neskladja med ustreznim izvajanjem obveznosti držav na področju človekovih pravic in naraščajočim pristopom »pravic potrošnikov do storitev oskrbe«. Nezmožnost dostopanja do storitev ali zniževanje standardov kakovosti lahko privede do neenakosti med starejšimi ali do določenih oblik zlorab starejših, zato je to vprašanje, ki bo po mnenju globalnih institucij v prihodnosti zahtevalo ustrezno pozornost.

Diskriminacija starih ljudi je v evropskem prostoru prisotna na številnih ravneh, k čemur zelo pripomorejo tudi stereotipi o starejših. Tudi stereotipi, povezani s staranjem, lahko upravičijo različna odklonska obravnavanja starejših oseb in jih kažejo kot običajne oblike oskrbe starejših, denimo sprejemanje nasilnega vedenja, izolacija starejših, zanemarjanje starejših. Celo politike in intervencije, ki skušajo zmanjšati zlorabe starejših, lahko večkrat ohranjajo stereotipe o starejših kot o nemočnih ljudeh in »žrtvah« in ne upoštevajo temeljnih družbenih vrednot enakopravnega sodelovanja v družbi, neodvisnosti in avtonomije, ki so osrednjega pomena za politiko in izvedbo praktičnih rešitev.

Številni biološki, družbeni, kulturni, gospodarski in okoljski dejavniki medsebojno vplivajo na tveganje, da nekdo postane žrtev ali storilec trpinčenja.

- SZO navaja študije, ki kažejo, da se tveganje za trpinčenje povečuje pri starejših z demenco in z invalidnostjo, saj imata za posledico povečano odvisnost od skrbnikov.
- Poleg tega so tisti starejši, ki živijo v istem gospodinjstvu kot storilec, pogostejše žrtve trpinčenja. Najbolj pogosto so storilci skrbniki, ki so partnerji, potomci ali drugi

sorodniki, čeprav so lahko storilci tudi strokovni zdravstveni izvajalci in drugi varstveni delavci ter obiskovalci v institucijah ali na domu.

- Pri storilcih obstaja večja verjetnost, da imajo probleme z duševnim zdravjem, predvsem depresijo, ali imajo že zgodovino nasilja, trpijo za odvisnostjo, predvsem zlorabo alkohola. SZO navaja, da je treba bolje razumeti in preučiti vlogo predhodne storilčeve izpostavljenosti nasilju pri ohranjanju ciklov nasilja.
- Zloraba alkohola lahko poveča finančno odvisnost storilcev od starejših ljudi. Povečana odvisnost storilca od žrtve, bodisi finančna ali čustvena, povečuje tveganje.
- Eden od pomembnih dejavnikov je tudi kakovost odnosa med storilcem in žrtvijo pred nastopom trpinčenja.
- Socialna izolacija in slaba socialna mreža so nadaljnji dejavniki, ki spravljajo starejše ljudi v večjo nevarnost.
- Prihodki in družbena neenakost so dejavniki tveganja za nasilje, nekateri dokazi kažejo, da to velja tudi za trpinčenje starejših.
- Socialni in kulturni pojavi, kot so diskriminacija po starosti, toleranca do nasilja in spolna neenakost, lahko okrepijo pojav trpinčenja v družbi, kar bi morali bolj raziskati.
- SZO je tudi raziskala in opisala, kakšne so značilnosti institucij, v katerih je prihajalo do trpinčenja starejših: slaba usposobljenost in podpora zaposlenim, strpnost do nasilja, nezadostna podpora dejavnostim dnevnega bivanja in pomanjkanje spoštovanja in avtonomije med prebivalci.

VAROVALNI DEJAVNIKI

SZO se v svojem poročilu sklicuje na anketno raziskavo o razširjenosti trpinčenja starejših v Veliki Britaniji, izvedeno leta 2009. Ugotovljeni so bili dejavniki, povezani z osebnimi okoliščinami in značilnostmi posameznika,

ki se kažejo kot varovalni dejavniki in uspešni mehanizmi za reševanje problematike. Ugotovljeni so bili naslednji dejavniki, ki so lahko v pomoč pri ugotavljanju, kaj pomaga preprečiti ali vsaj izboljšati trajne posledice trpinčenja:

- bolj pozitiven odnos in vrednote kažejo na izboljšano zmožnosti za spoprijemanje s trpinčenjem;
- socialna povezanost z ljudmi, ki so družbeno in skupnostno bolj vključeni, po poročanjih žrtev, zmanjšuje škodljive učinke trpinčenja;
- verska prepričanja, saj so posamezniki z močnimi prepričanji poročali, da ta pozitivno vplivajo na njihovo zmožnost spoprijeti se z negativnimi posledicami;
- ne živijo sami, saj skupaj z drugimi lažje obvladajo čustva, ki negativno vplivajo na odpornost pred škodljivimi učinki, kot npr. žalovanje zaradi izgube osebe ali strah pred osamljenostjo;
- dobro zdravstveno stanje, saj po poročanju starejših zdravje okrepi sposobnost posameznika, da se upre škodljivim ravnanjem;
- dosedanje življenjske izkušnje, v katerih prevladujejo pozitivne izkušnje;
- osebnost in osebnostne lastnosti;
- razvite posebne taktike in preživetvene strategije za preživetje, ki se uporabljajo tudi pri spoprijemanju s trpinčenjem.

Varovalne dejavnike, kot so pozitivne življenjske izkušnje in povezanost skupnosti, ki kažejo na to, da se lahko preprečuje in blaži učinke trpinčenja, je treba spodbujati in krepiti. Kljub temu pa SZO izpostavlja, da manjkajo kvalitetne raziskovalne študije o tveganju in varovalnih dejavnikih, ki se nanašajo na trpinčenje starejših tako v evropskem prostoru kot drugje. Take študije bi morale biti izvedene v skupnosti in v drugih nastanitvah. Boljše raziskave bi namreč pomagale pri razvoju ciljnih strategij za preprečevanje in odpravljanje primerov trpinčenja starejših.

MOŽNOSTI REŠEVANJA PROBLEMATIKE TRPINČENJA V PRIHODNOSTI

Številni ukrepi za preprečevanje in zaščito starejših ljudi ter izboljšanje dejavnikov tveganja so bili v Evropi in na globalni ravni že izvedeni. Literature v zvezi dejavniki tveganja za trpinčenje je vse več, baze primerov o preventivnih programih pa je, po poročilu SZO, treba precej izboljšati.

Pomanjkanje kakovostnih študij, ki bi vrednotile učinke ukrepov, zasnovanih posebej za zmanjšanje ali preprečevanje trpinčenja starejših, bistveno omejuje zaključke o intervencijah, ki so najbolj učinkovite. Pregled raziskav zato pogosto kaže na mešane ugotovitve glede učinkovitosti ukrepov, kot so strokovna ozaveščanja in usposabljanja, pravni, psihološki in izobraževalni podporni programi ter programi obvladovanja jeze.

Čeprav so dokazi, na katere se ukrepi opirajo, pogosto pomanjkljivi, pa kljub temu kažejo, da vladne in nevladne organizacije dajejo temu zdravstvenemu in socialnemu problemu čedalje večjo prednost in da ga začenjajo stvarno obravnavati. Vendar pa je odziv politike slab in malo držav se ustrezno posveča problemu. Poleg tega pa bi se sredstva javnega zdravstva za to področje morala porabljati prioritarno. Za izboljšanje tega neustreznega odziva poročilo predlaga sklop ukrepov za države članice, mednarodne agencije, nevladne organizacije, raziskovalce, praktike in druge zainteresirane strani. Ti ukrepi so v skladu z evropskimi politikami in drugimi mednarodnimi političnimi pobudami.

1. Razvoj in izvajanje nacionalne politike in načrti za preprečevanje trpinčenja starejših. Ministrstva za zdravje morajo sprejeti vodilno vlogo pri zagotavljanju razvoja nacionalnih politik in načrtov za preprečevanje trpinčenja starejših. Pri tem morajo vključevati druga ministrstva: za pravosodje, izobraževanje, socialno varstvo,

delo, okolje ter za lokalno načrtovanje. Pri zadevanja morajo biti multidisciplinarna, s široko podporo v drugih sektorjih vlade in morajo vključevati nevladne organizacije ter starejše ljudi.

2. Sprejeti ukrepe za izboljšanje zbiranja podatkov in nadzora nad problematiko trpinčenja starejših. Na vseh ravneh je treba izboljšati zbiranje podatkov, agencije in države pa se morajo posluževati skupnih opredelitev na nacionalni in lokalni ravni. Takšne informacije so ključnega pomena za razvoj vrednostnih okvirjev za izvajanje programov in za zagovorništvo.

3. Evalvacijske raziskave se morajo izvajati prioriteto. Natančnega znanja o tem, kaj deluje in katere akterje vključiti v preprečevanje trpinčenja starejših in zmanjševanja škode, je malo. Sistemske odzive na primarno preventivo je potrebno prednostno razviti, vendar je treba odločitve o ukrepih podpreti z dobrimi raziskavami. Raziskovalci, donatorji in oblikovalci politike pa morajo okrepiti svoja prizadevanja in zagotoviti sredstva za korak naprej, kot priporoča SZO.

4. Odzivi na žrtve mora biti okrepljen. Za odpravljanje telesnih in duševnih posledic trpinčenih žrtev morajo biti zagotovljene dobro usposobljene službe. Zdravstveni sistem se mora nadgraditi, tako da se zagotovi žrtvam primerne primarne službe za odkrivanje, upravljanje in nadaljnje usmerjanje primerov. Potreben je celosten pristop k službam za zaščito odraslih z jasnim sistemom evalvacije.

5. Zgraditi kapacitete in izmenjevati dobre prakse po sektorjih. Bistveni del ustreznega odziva služb je zagotovitev oskrbe z usposobljenim in izkušenim osebjem, ki je dobro seznanjeno z odkrivanjem primerov, ukrepanjem in rehabilitacijo. To bi bilo mogoče doseči z vključevanjem

pouka o preprečevanju trpinčenja starejših v usposabljanja zdravstvenih delavcev ter strokovnjakov iz pravosodja, izobraževanja in socialnega sektorja. Tudi starejši ljudje se morajo aktivno vključevati v razvoj teh usposabljanj.

6. Obravnavati element neenakosti pri trpinčenju starejših ljudi. Gospodarska recesija v Evropi, višja pričakovana življenjska doba, staranje prebivalstva povzročajo pritisk na socialne službe in posledično pritisk na družine ter starejše ljudi, zato se povečuje njihova ranljivost za različne oblike trpinčenja. Na vseh ravneh vladne politike mora biti prisotna enakopravnost, da bi se lahko ustrezno obravnaval vzrok za socialno nepravilnost.

7. Povečati ozaveščenost in ciljne naložbe za preprečevanje trpinčenja starejših. Bistvenega pomena je ozaveščanje širših množic o tem, da je trpinčenje med starejšimi treba preprečiti, poudarek pa je tudi na zaščiti dostojanstva starejših ljudi in pravici, da niso zlorabljeni. Za preprečevanje zlorabe starejših ljudi je po vsem evropskem območju potrebno zagotoviti zagovorništvo. Za ozaveščanje o učinkih trpinčenja kot tudi za spodbujanje zdravega staranja in premagovanje negativnih stereotipov bi bilo treba uporabiti socialni marketing, množične medije in izobraževalne programe. V te procese je pomembno vključevati starejše ljudi.

8. Varovalni dejavniki, pristop vseživljenjskega učenja in medgeneracijsko sožitje. Demografsko revolucijo v evropskem prostoru spremljajo korenite spremembe in z njimi povezani izzivi socialnega vključevanja, socialne zaščite in socialnih politik. Medgeneracijsko sodelovanje in inovativni odzivi politike so zato potrebni na individualnem, družinskem, skupnostnem in družbenem nivoju, s posebnim poudarkom

na preventivi. Pri tem je treba upoštevati različne faze življenjskega cikla in kako te vplivajo na družinske odnose in odnose do oskrbovalcev.

9. Etika in kakovost storitev v skupnosti ter v ustanovah. Sektorji zdravstvene in socialne službe, zadolženi za zagotavljanje oskrbe za starejše ljudi, morajo biti redno podvrženi nadzoru etičnih standardov ter standardov kakovosti oskrbe starejših ljudi. Pravice morajo biti katalogizirane, da se zagotovi standarde, zavezujoče za organizacijo in za zagotavljanje kakovostne oskrbe.

SZO za preprečevanje nasilja priporoča tudi sprejetje več splošnih strategij, kot npr. tiste, ki imajo namen ustvariti varen, skrben odnos med starši in otroci, ki opremljajo otroke s socialnimi spretnostmi in veščinami za uspešno pot skozi življenje, saj so prav tako zelo pomembne pri preprečevanju trpinčenja starejših.

Mednarodno pravo človekovih pravic, ki si prizadeva za zaščito pravic starejših ljudi, je precej zapleteno. Zavezujoča zakonodaja, ki jo ustvarjajo različni mednarodni organi (ZN, Svet Evrope, EU) redko izrecno obravnava starejše ljudi, kar lahko privede do nasprotij med različnimi dokumenti in zmedo pri državah in starejših ljudeh glede tega, kateri instrument se uporablja in kako. Poleg tega so pravice starejših ljudi pogosto spregledane s strani vlad držav in tudi mednarodnih organov. To lahko nekateri starejši dojemajo kot sporočilo, da zagotavljanje enakih možnosti za starejše in preprečevanje in odkrivanje zlorab ni prednostna naloga sodobne družbe. Povečujejo se tudi izzivi, s katerimi se starejše žrtve zlorab srečujejo pri doseganju naporov, da so slišani in da so njihove pravice zaščitene. Da bi se dosegli še boljše rezultate, ki prinašajo izboljšanje življenja starejših državljanov, je potrebno nadaljevati v smeri zagotavljanja skladnosti

na ravni EU in da nacionalne in lokalne oblasti konkretno implementirajo vse dokumente s področja človekovih pravic ter spodbujajo enake možnosti z namenom reševati zlorabe starejših.

Za uspešno reševanje primerov trpinčenja starejših je pomembno tudi pravočasno odkrivati primere, o problematiki dobro poročati in jo spremljati. Za slabo poročanje o trpinčenjih obstaja namreč veliko razlogov. Pri zlorabi starejših ljudi imajo žrtve pogosto zmanjšano sposobnost prijave zlorabe, so izolirane in imajo slabšo socialno mrežo ter slabše priložnosti, da zlorabo prijavijo družini, prijateljem ali pristojnim organom. Žrtve je lahko tudi strah ali jih je sram govoriti o zlorabi, bodisi zaradi psiholoških učinkov ali zaradi strahu, da bodo stigmatizirane, nekatere žrtve pa dojemajo zlorabe kot normalen del procesa staranja. V mnogih državah je za sistematično odkrivanje primerov trpinčenja, spremljanje izvajanja obtožb ter za izvajanje programov za preprečevanje trpinčenja kriv tudi primanjkljaj zadostnih sredstev, ki je zapuščina gospodarske recesije. Pomanjkanje usposobljenih in izkušenih strokovnjakov na tem področju je tudi velik problem, zato je nujno krepiti strokovno usposobljenost kadra.

Reševanje problema zlorab starejših, kot vidimo, zahteva vrsto konkretnih ukrepov, kot so dodelani nacionalni programi, ki vključujejo visoko usposobljen kader, protokole, telefonske linije za pomoč in posebno agencijo za reševanje takšnih primerov, česar v mnogih državah članicah pogosto primanjkuje. Uspešnost reševanja problematike je odvisna tudi od drugih dejavnikov, kot je npr. kvaliteta oskrbe: oskrbovalci (formalni in neformalni) so izčrpani zaradi dela, premalo usposobljeni in pod številnimi pritiski, zato zgolj pregon storilcev zlorab ni zadosten odziv.

Ana Vujović

DROBCI IZ GERONTOLOŠKE LITERATURE

Zbrali: Tjaša Mlakar in Ana Vujović

NOVA SPOZNANJA O DRUŽINSKIH OSKRBOVALCIH

Oskrbovanje je del vsakodnevnega življenja za več milijonov Američanov, še posebej za t. i. »sendvič« generacijo, ki mora uravnotežiti skrb za starajoče starše in odrasčajoče otroke.

Nova raziskava odkriva, kdo so oskrbovalci ter za koga skrbijo. Skoraj tretjina populacije Združenih držav Amerike izvaja neformalno oskrbo in skupno zagotavlja okoli 1,2 milijarde ur neplačanega tedenskega dela, kar lahko enačimo z okoli 30,5 milijona polnih zaposlitev negovalcev. Raziskovalci so ugotovili, da starejše osebe večinoma oskrbujejo njihovi zakonski partnerji in ne odrasli otroci. Okoli 20 odstotkov oskrbe za osebe, stare 80 let in več, prevzamejo starejši enakih let. Starejši moški zagotavljajo malo več oskrbe kot ženske, kar lahko pojasnimo s tem, da moški umirajo prej in še ne potrebujejo veliko nege, ženske pa živijo dlje in imajo pri višji starosti slabše zdravje.

Raziskava v Ameriki kaže, da je veliko več časa oskrbe namenjenega majhnim otrokom kot starejšim. Med različnimi starostnimi skupinami so starejši prejeli povprečno okoli 1,5 ure oskrbe dnevno, mlajši otroci pa okoli 6 ur.

Ženske so še vedno tiste, ki nosijo glavno breme oskrbe v različnih situacijah. V povprečju zagotavljajo 137 minut neplačane oskrbe dnevno; v primerjavi z moškimi, ki namenijo oskrbi v povprečju 110 minut dnevno. Pri »sendvič« generaciji naraste ta številka na 181 minut dnevno za ženske in 157 minut za moške.

Študija je med drugim pokazala nekatera pomembna dejstva. Varstvo otrok zavzame oskrbovalcem različnih starosti precejšen del časa, še posebej ženskam v tridesetih letih in manjši meri ženskam v petdesetih letih in

starejšim. Ti podatki kažejo na pomen starševstva in starega starševstva. Babice preživijo več časa z vnuki od njihovega rojstva do starosti 4 let, dedki pa se preživijo z novorojenčki manj časa in več z vnuki, starimi od 5 do 14 let. Ženske preživijo malo več časa z dekleti kot fanti, medtem ko moški preživijo trikrat več časa s fanti kot z dekleti.

Študija ocenjuje vrednost neplačane oskrbe na državni ravni na 691 milijard dolarjev v letu 2012; kar bi lahko do leta 2050 zraslo na 838,8 milijarde dolarjev. Če se oskrba nadaljuje na enaki ravni, pa bo potrebnih 1,3 milijona novih oskrbovalcev.

V današnjem času se več ljudi odloča med delom in skrbjo za starše ali otroke.

Ta naraščajoča zahteva po večji oskrbi bo lahko vplivala na bolj prilagodljive delovne usmeritve, davčne olajšave ali druge spodbude, ki bodo ljudem omogočale zagotavljanje neformalne oskrbe in hkratno delo.

VIR: <http://www.sciencedaily.com/releases/2015/06/150617104545.htm>

Tjaša Mlakar

OSKRBOVANJE STAREJŠIH DOMA: KOMUNIKACIJSKE TEŽAVE

Komunikacijske težave so lahko za oskrbovalce in njihove oskrbovance neprijetne. Starejši se lahko razburijo, ker ne morejo slišati ali razumeti, kar jim pripovedujejo drugi, ali pa sami težko izrazijo svoje misli. Prav tako se lahko počutijo neprijetno oskrbovalci, ker ne morejo prenesti sporočila starejšim ali ker ne razumejo, kaj jim starejši sporočajo. Komunikacijsko nerazumevanje vključuje težave pri govorjenju, razumevanju, branju in pisanju.

Slabši sluh ali vid sta lahko vzroka za nekatere komunikacijske probleme. Težave s

sluhom lahko starejšim otežujejo, da ne vedo, kdaj nekdo govori ali da ne sledijo temi pogovora. Težave z vidom pa jim otežujejo branje ročne pisave, časopisa ali navodil na zdravilih. Medtem ko so te težave lahko stalne, je njihov učinek mogoče zmanjšati s posebnimi tehnikami komuniciranja in z uporabo naprav, kot sta slušni aparat in očala.

Nekateri komunikacijski problemi so začasni in povratni, kot na primer tisti, ki jih povzročijo zdravila, okužbe in depresija. Nekatera zdravila lahko povzročijo zmedenost ali utrujenost, kar lahko vpliva na slabše razumevanje drugih in jasno izražanje svojih misli. S spremembo količine ali vrste zdravil se težave lahko pogosto odpravijo.

Druge komunikacijske težave lahko nastanejo zaradi strukturnih ali nevroloških okvar, povzročenih zaradi kapi, možganskih poškodb (kot so tumorji) in bolezni, kot sta Alzheimerjeva in Parkinsonova bolezen. Čeprav te bolezni povzročijo trajne okvare, obstaja mnogo strategij, ki lahko pomagajo bolnikom in njihovim oskrbovalcem pri spopadanju in celo premagovanju specifičnih ovir v komunikaciji.

Ne glede na vzrok lahko komunikacijski problemi vplivajo na starejše ljudi, da se umaknejo in postanejo osamljeni, kar pogosto povzroči nadaljnjo izgubo komunikacijskih spretnosti.

Kot pri mnogih spremembah, ki se pojavijo pri staranju, se tudi komunikacijski problemi velikokrat razvijejo počasi in subtilno. Ljudje ponavadi iščejo zdravniško oskrbo, ko njihovi problemi motijo opravljanje vsakodnevnih opravil in tistih stvari, ki so jim pomembne; npr. pogovor po telefonu, razumevanje ali spominjanje, kaj so prebrali. Kar je lahko za nekoga komunikacijski problem, ni nujno tudi za drugega. Npr. težave z vidom, ki otežijo branje in pisanje, lahko ustvarijo frustracijo za tiste, ki so preživeli veliko svojega prostega časa z branjem revij in odgovarjanjem po elektronski

pošti. Po drugi strani pa je za ljudi, ki niso preživeli veliko časa z branjem in pisanjem, ta težava manj pomembna.

Obstajata dve pomembni načeli, na kateri se spomnimo, ko se ukvarjamo s komunikacijskimi težavami:

- 1. Komunikacija je dvosmerna cesta.** Govorec in poslušalec igrata pomembno vlogo pri povzročanju komunikacijskih težav in oba lahko spremenita svoje vedenje, da jih rešita. Pogovor je skupni napor in obe strani ga lahko izboljšata. Nikoli ni zanj odgovorna le ena oseba.
- 2. Komunikacijski problemi lahko zahtevajo prilagoditev novim omejitvam in manjšim pričakovanjem.** Vseh komunikacijskih težav ne moremo rešiti hitro. Zato morata govorci in poslušalci sprejeti, da se je komunikacija spremenila. Slabši sluh bo npr. onemogočal pogovor, razen če bo v sobi tiho in bo oseba nosila slušni aparat. To ne pomeni, da obupamo nad komunikacijo, ampak da starejši doprinese k pogovoru ne le svojo naravno duhovitost in posebne načine izražanja, ampak tudi slušni aparat. Za komunikacijsko pomoč so na voljo številni pripomočki in tehnike. Optimalna uporaba teh naprav ponavadi vključuje navodila zdravstvenega delavca, ki dobro pozna te težave.

Cilji oskrbovalcev so:

- poklicati profesionalno pomoč, ko je potrebna;
- obvestiti (in izobraziti) druge o težavah in najboljših načinih komunikacije s starejšo osebo;
- pridobiti komunikacijske naprave, ko je to potrebno;
- povečati komunikacijo z uporabo primer-
nih govornih slogov;
- opogumiti starejše za opravljanje vaj, ki izboljšajo komunikacijo.

Na Inštitutu Antona Trstenjaka izvajamo tečaje za družinske oskrbovalce, kjer med drugim obravnavamo tudi temo dobre komunikacije med oskrbovalci in oskrbovanci; med starejšo in srednjo generacijo. Učimo se, da z drugim človekom komuniciramo tako, kot ga doživljamo. Če drugega človeka doživljamo lepo, s prijetne in dobre strani, se z njim avtomatično tudi lepo pogovarjamo, naše vedenje in dejanja do njega so prijazna in dobra. V odnosu z njim ravnamo tako, da je za oba dobro in obema prijetno. Pri tem nam pomaga, da usmerimo svojo pozornost na sogovornikove lepe, dobre in prijetne strani. S tem bomo imeli s sogovornikom čedalje lepše sožitje – tak odnos, ki je za oba prijeten in koristen.

VIR: <http://www.healthinaging.org/resources/resource:eldercare-at-home-communication-problems/>

Tjaša Mlakar

CH: KAKO STARANJE VPLIVA NA SPOSOBNOST SPREJEMANJA ODLOČITEV

Znano je, da je staranje povezano z znanim upadom kognitivnih funkcij. Z vprašanjem, ali se le-to odraža tudi v slabši sposobnosti odločanja v vsakodnevni situacijah, so se ukvarjali raziskovalci z Univerze v Baslu in z Inštituta Maxa Plancka v Poročilu o človekovem razvoju. Ugotovili so, da se starejši odrasli spopadajo z manjšimi odločitvami prav tako dobro kot mlajši odrasli, vendar njihova študija, objavljena v znanstveni reviji *Cognition*, kaže, da pa lahko v kompleksnejših odločitvenih situacijah staranje vpliva na sposobnost odločanja.

Pomembne odločitve v politiki in gospodarstvu pogosto sprejemajo starejši ljudje. Po izsledkih revije *Forbes*, je bila povprečna starost najvplivnejših ljudi na svetu leta 2013 kar 61 let. Ker se prebivalstvo globalno stara, je zato pričakovati, da se bo v prihodnosti vse

pogosteje izbiralo starejše posameznike za pomembne družbene vloge.

Staranje je povezano z znatnim upadom t. i. kognitivnih sposobnosti za izvajanje sprotnih aktivnosti, denimo sposobnosti za shranjevanje podatkov v spominu ali sposobnosti za hitro reševanje kognitivno zapletenih problemov. Kognitivne sposobnosti za izvajanje sprotnih aktivnosti lahko igrajo pomembno vlogo predvsem pri odločanju na podlagi izkušenj – v primerih, ko potencialne posledice razpoložljivih možnosti niso vnaprej jasno predstavljene, ampak jih je treba ugotoviti z iskanjem informacij (raziskovanjem) in učenjem. Torej, kako starejšim v primerjavi z mlajšimi odraslimi sprejemanje odločitev na podlagi izkušenj?

Raziskovalci z Univerze v Baslu in z Max Planck Institute for Human Development v Berlinu so izvedli tri študije, v katerih so mlajši (povprečna starost: 24 let) in starejši odrasli (povprečna starost: 71 let) zaporedno sprejemali odločitve na podlagi izkušenj, bodisi na računalniku v laboratoriju (študija 1) ali z uporabo iPada doma (študija 2).

V vsaki študiji so lahko udeleženci izbirali med dvema možnostima, ki sta bili predstavljeni kot neoznačeni škatli na zaslonu. Pred sprejetjem potencialne odločitve so udeleženci lahko, kolikokrat so želeli, s klikom na ti škatli pridobili podatke o morebitnih pozitivnih in negativnih posledicah vsake možnosti. Na takšen način so se bili zmožni naučiti, katera možnost je boljša in katera lahko obeta višji dobiček ali manjšo izgubo na dolgi rok. Presenetljivo so s to raziskavo prišli do ugotovitve, da so starejši odrasli tako kot mlajši odrasli vložili približno enako količino truda v raziskovanje možnosti in izbiranje ugodnejše možnosti.

Raziskovalci so zatem analizirali učne procese udeležencev s pomočjo računalniške simulacije in sprejeli razlago dobljenih rezultatov. Tako mlajši kot starejši odrasli

so uporabljali razmeroma preprosto, vendar uspešno strategijo učenja. Ta uporabljena strategija namreč ostaja tudi v starosti relativno neprizadeta zaradi zmanjšanih kognitivnih sposobnosti za izvajanje sprotih aktivnosti. Samo v tretji študiji, v kateri udeležencem ni bilo več potrebno izbirati med dvema možnostima, ampak med štirimi do celo osmimi možnostmi, so raziskovalci opazili upadanje uspešnosti odločanja starejših odraslih. Na splošno so rezultati pokazali, da so lahko preproste strategije koristne pri odločanju tistih, ki se starajo, čeprav takšne strategije ne morejo v celoti nadomestiti kognitivnega upada, povezanega s staranjem, ki se najbolj izraža v zelo kompleksnih odločitvenih situacijah.

Vir: Universität Basel, 2015. Does aging affect decision making? ScienceDaily. V: <http://www.sciencedaily.com/releases/2015/06/150601075818.htm> (sprejem 1. 6. 2015)

Ana Vujović

EVROPSKI PARLAMENT: ŠTUDIJA O STAREJŠIH ŽENSKAH, KI ŽIVIJO SAME

Študija komiteja Evropskega parlamenta upošteva različne življenjske pogoje, v katerih se ženske, ki živijo same, nahajajo v svojem življenjskem ciklu. Uporablja pristop življenjskega cikla z upoštevanjem različnih virov in potreb žensk in moških na različnih življenjskih stopnjah.

Razdrobljenost družinskih modelov in posamezni vzorci v življenjskem ciklu so zaradi velikih demografskih sprememb in redefinicije vlog po spoloma v modernih družbah povzročili nastanek novih oblik ranljivosti žensk: tradicionalna odvisnost žensk od moških se je spremenila v druge oblike ekonomske in socialne šibkosti, ki so povezane tudi s stresnimi dogodki v osebnem življenju posameznika (razveza, vdovstvo). Kriza je še dodatno poslabšala te šibkosti. K povečanju učinkov na starejše ženske in moške so prispevale tudi

sprejete politike za ohranjanje fiskalne konsolidacije in različne reforme za ohranjanje standarda, ki so za spopadanje s krizo ter z demografskimi in s socialno-ekonomskimi pritiski bile sprejete v evropskih državah v zadnjih nekaj letih. To kliče k različnim vrstam odzivov politike, odvisno od faze življenjskega cikla in pogojev posameznika, namesto upoštevavanja samo družinskih vlog.

Študija temelji predvsem na analizi mikro podatkov in informacij, ki so na voljo na evropski ravni.

Po kratki predstavitvi metodologije študija v drugem poglavju vsebuje oceno nedavnega napredka na področju življenjskih pogojev starejših žensk, ki živijo same, primerjalno s starejšimi ženskami, ki ne živijo same, in s samskimi starejšimi moškimi. Nadaljnji poglavji razpravljata o nedavnih političnih spremembah v pokojninskih sistemih (poglavje 3) in o politiki aktivnega staranja (poglavje 4), ki vplivajo na življenjske pogoje starejših žensk, ki živijo same. Kvalitativna analiza glavnih politik aktivnega staranja in dobrih praks, ki so bile uvedene v zadnjih letih, se osredotoča na šest držav, predstavnic evropskega sistema socialnega varstva.

Nemčija ponazarja moški patriarhalni kontinentalni družbeni model.

Francija je primer kontaminacije med patriarhalnim in sredozemskim družbenim modelom.

Italija je predstavnica mediteranskega, družinsko orientiranega družbenega modela, ki se zelo sooča s procesom staranja in z naglim povečanjem starejših samskih žensk, ki živijo same v gospodinjstvu.

Švedska je kot primer nordijskega univerzalističnega modela, v katerem imajo samske ženske pomembno vlogo za doseganje družbeno visoke stopnje dejavnih žensk in njihovega zaposlovanja. Združeno kraljestvo je primer liberalnega družbenega modela z relativno visokim deležem

starejših žensk, ki živijo same, in Romunija je predstavnica vzhodnoevropske članice.

Sklepno peto poglavje določa nekatera politična priporočila, ki so posledica analize. Poleg tega študija vsebuje štiri dodatke, ki dopolnjujejo poročilo: prvi dodatek je v povezavi s spremenljivimi definicijami in z viri podatkov, v drugem dodatku pa so dodatni podatki, ki niso vključeni v glavno poročilo. Tretji dodatek povzema večji del pokojninske reforme v EU, četrty pa predstavlja relevantne podatke za šest izbranih držav. Spremembe v demografskih trendih, družbeni strukturi, sestavi gospodinjstev in življenjskih slogih so pripeljale do povečanja enočlanskih gospodinjstev v vseh državah članicah EU. Posebej med ženskami in starejšim prebivalstvom pozivajo k večji pozornosti starejših, ki sami živijo v gospodinjstvu in s tem povezanim povečanjem povpraševanja po socialnih in zdravstvenih storitvah.

Vir: Manuela Samek Lodovici et al., 2015. *Elderly women living alone: an update of their living conditions. European Parliament Committee on Women's Rights and Gender Equality*. V: http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2015/519219/IPOL_STU%282015%29519219_EN.pdf (sprejem 1. 6. 2015)

Ana Vujović

MANJŠA KOLIČINA TELESNE VADBE KORISTI BOLJŠEMU POČUTJU STAREJŠIH

Današnja priporočila glede aktualnih smernic telesne vadbe so večinoma enaka za srednje stare ljudi in za starejše, čeprav je ocenjeno, da več kot 60 % starejših ne zmore doseči enake stopnje telesne aktivnosti. Najnovejše raziskave pa kažejo, da že kratka vadba nizke intenzitete vpliva na manjši delež smrtnosti pri starejših.

V raziskavo, opravljeno v Franciji, je bilo vključenih več kot tisoč starejših ljudi iz splošne populacije, ki so vsaj pet dni tedensko

izvajali program 30-minutne telesne vadbe (150 minut vadbe tedensko). Raziskava je pokazala, da redna telesna vadba za 30 % zmanjša tveganje smrti (pri različnih vzrokih) pri starejših.

Udeleženci so bili v raziskavo vključeni leta 2001 pri 65-ih letih. Raziskovalci so jih spremljali naslednjih 13 let. Rezultati so pokazali, da je v tem času umrlo okoli 10 % udeležencev. Pokazalo se je, da je tveganje za smrt 57 % nižje pri tistih, ki so izvajali telesno vadbo 150 minut na teden ali več. Za tiste, ki so izvajali zelo nizko stopnjo telesne vadbe na teden, je bilo tveganje za smrt manjše za 51 % v primerjavi s tistimi starejšimi, ki niso izvajali skoraj nič telesne vadbe.

Znanstveniki so v raziskavi ugotovili, da začetek ali ponoven začetek telesne vadbe med upokojitvijo zmanjša dejavnike tveganja za smrt za dve tretjini. V nasprotju s tem katerokoli zmanjšanje telesne aktivnosti, tudi pri manjših stopnjah, starejše izpostavlja večjemu tveganju za smrt.

Iz zgornjih podatkov lahko naredimo nekaj zaključkov. Prvi je, da je stopnja telesne aktivnosti negativno povezana s stopnjo smrtnosti; drugi pa, da ima že najmanjša stopnja telesne aktivnosti (ki je pod trenutnimi priporočili) varovalni učinek.

Zdravniki kot preprosto pravilo za starejše priporočajo vsaj 15 minut dnevne telesne aktivnosti petkrat tedensko. To lahko vključuje hitro hojo, kolesarjenje, plavanje, telovadbo ali druge telesne aktivnosti, ki jih starejši izvajajo v prostem času ali med vsakodnevnimi aktivnostmi. Ugotovitve so pokazale, da majhna količina zmerne do naporne telesne vadbe, npr. 75 minut na teden ali 15 minut na dan, pomembno zmanjša smrtnost pri starejših. Ugotovitve iz te študije so bile potrjene v analizi, ki je vključevala skoraj 120.000 oseb.

Zdravniki upajo, da bodo s temi ugotovitvami spodbudili širši krog starejših ljudi, da

vključijo vsaj manjšo količino telesne aktivnosti v svoj vsakdan, ne da bi pri tem doživljali močno utrujenost ali bolečine. Majhna količina telesne vadbe je dobra, več pa je lahko še boljše.

Vir: <http://www.sciencedaily.com/releases/2015/05/150515125902.htm>

Tjaša Mlakar

VB: KAKO NEGATIVNI STEREOTIPI VPLIVAJO NA STAREJŠE

Obširna analiza trenutno izvedenih raziskav v povezavi z učinki negativnih stereotipov na sposobnosti starejših ljudi prinaša zaključek, da takšni stereotipi ustvarjajo precejšen problem za to demografsko skupino. Navedena analiza, ki je analizirala izsledke iz več kot deset let opravljenih raziskav, se od prejšnjih analiz razlikuje po tem, da osvetljuje potrebo po zaskrbljenosti zaradi starostnih stereotipov na področju kognitivnih sposobnosti starejših.

Raziskovalna skupina na Univerzi v Kentu je opravila pregled in metaanalizo ogroženosti seniorjev zaradi stereotipov. Raziskavo je financiral Ekonomsko-socialni svet za raziskave (ESRC). Statistično so obdelali mednarodne izsledke iz 37 objavljenih in neobjavljenih raziskav. Z analizo so prišli do zaključka, da so se sposobnost pomnjenja in druge kognitivne

sposobnosti starejših posameznikov zmanjšale v situacijah, v katerih so se pojavili elementi negativnih starostnih stereotipov. Takšne situacije so imele enake učinke tako na moške kot ženske. V raziskavi je bilo nadalje ugotovljeno, da že v situacijah, v katerih obstaja zgolj namig o tem, da se ljudi ocenjuje na podlagi starosti, zadošča, da se zazna negativni upad kognitivnega delovanja starejših.

Po mnenju raziskovalcev je analiza dokazala, da celo majhne razlike v tem, kako se ljudje obnašajo do starejših ljudi – kot so pokroviteljsko obnašanje ali počasno govorjenje – zadoščajo, da lahko starejši posamezniki ob formalnem ali neformalnem preizkusu svojih sposobnosti pokažejo slabše rezultate. Raziskovalna skupina je poudarila, da ranljivost starejših odraslih pri opravljanju njihovih spominskih in kognitivnih nalog lahko ima pomembne družbene, gospodarske in klinične posledice, ki bodo v prihodnosti postale vse pomembnejše zaradi vedno bolj starajočega se prebivalstva in večje prisotnosti te demografske skupine na trgu delovne sile.

Vir: *Science Daily*, 2015. *How negative stereotyping affects older people*. V: <http://www.sciencedaily.com/releases/2015/01/150129104221.htm> (sprejem 29. 1. 2015)

Ana Vujović

GERONTOLOŠKI DOGODKI

Zbrala Tjaša Mlakar

V SLOVENIJI

25. jubilejna konferenca Alzheimer Europe;

Demenca: prenos strategij in raziskav v prakso

Organizira: Alzheimer Europe (AlE) in

Spominčica – Alzheimer Slovenija

2. – 4. september 2015, Ljubljana

Spletni naslov: http://www.spomincica.si/?page_id=3106

Socialni teden

Organizira: Socialna akademija

24. september – 2. oktober 2015, Slovenija

Spletni naslov: <http://socialniteden.si/>

V TUJINI

Edinburgh International Course in Medicine of the Older Adult 2015

Organizira: Drs Tamasin Evans, Lesley Dawson, Jahangeer Malik and Professor Ian Kunkler; Royal College of Physicians of Edinburgh

25. – 29. maj 2015, Edinburgh, Velika Britanija

Spletni naslov: <https://www.rcpe.ac.uk/education-support/international-courses>

American Aging Association 44th Annual Meeting – Aging and Geroscience: New Approaches to old Problems

Organizira: American Ageing Association

29. maj – 1. junij 2015, Marina del Rey, ZDA

Spletni naslov: <http://www.americanagingassociation.org/meeting>

International Conference on Antioxidants and Degenerative Diseases – ICADD 2015

Organizira: Antioxidants, Ageing and Degenerative Diseases Research Group, Universiti Kebangsaan Malaysia

3. – 4. junij 2015, Kuala Lumpur, Malezija

Spletni naslov: <http://icadd.org.my/>

19th International Congress of Parkinson's Disease and Movement Disorders

Organizira: International Parkinson and Movement Disorder Society

14. – 18. junij 2015, San Diego, ZDA

Spletni naslov: <http://www.mdscongress2015.org/Congress-2015.htm>

10th Anniversary Harvard/Glenn Symposium on Aging

Organizira: Paul F. Glenn Laboratories

19. junij 2015, Boston, ZDA

Spletni naslov: <http://www.hms.harvard.edu/agingresearch/index.php/events/symposium>

The 2015 Alzheimer's Disease Congress

Organizira: EuroSciCon (European Scientific Conferences)

23. – 25. junij 2015, London, Velika Britanija

Spletni naslov: <https://www.regonline.co.uk/builder/site/Default.aspx?EventID=1563612>

Annual Scientific Meeting of the British Society for Research on Ageing

Organizira: British Society for Research on Ageing (BSRA)

1. – 2. julij 2015, London, Velika Britanija

Spletni naslov: <https://www.regonline.co.uk/builder/site/Default.aspx?EventID=1667185>

44th Annual Conference of the British Society of Gerontology (BSG)

Organizira: British Society of Gerontology
1. – 2. julij 2015, Newcastle, Velika Britanija
Spletni naslov: <http://conferences.ncl.ac.uk/bsg2015/>

Alzheimer's Association International Conference

Organizira: Alzheimer's non-profit Association, Chicago
18. – 23. julij 2015, Toronto, Kanada
Spletni naslov: <http://www.alz.org/aaic/>

2nd World Congress on Healthy Ageing

Organizira: World Congress on Healthy Ageing
30. julij – 2. Avgust 2015, Johannesburg, Južna Afrika
Spletni naslov: <http://www.wcha2015.com/index.html>

Webinar 203: AFCC Program Strategies and Implementation - A Government Perspective

Organizira: The International Federation on Ageing in collaboration with Grantmakers In Aging (GIA)
31. julij 2015
Spletni naslov: <http://www.ifa-fiv.org/wp-content/uploads/2015/07/AFCC-Webinar-203.html>

3rd International Conference on Alzheimer's Disease and Dementia

Organizira: OMICS Group
31. avgust – 2. September 2015, Toronto, Kanada
Spletni naslov: <http://alzheimers-dementia.conferenceseries.com/index.php>

IAHSA/ACSA Joint International Global Ageing Conference

Organizira: International Association of Homes and Services for the Ageing (IAHSA)

31. avgust – 4. September 2015, Perth, Avstralija
Spletni naslov: http://iahsa.net/11th_International_Conference_Perth_Australia.aspx

Active Healthy Aging 2015: Sports Science and Neuroscience Conference

Organizira: Otto von Guericke University Magdeburg in cooperation with the DZNE Magdeburg (German Center for Neurodegenerative Diseases within Helmholtz Association) and the city of Magdeburg
2. – 5. september 2015, Magdeburg, Nemčija
Spletni naslov: <http://www.aha2015.ovgu.de/>

6th International Carers Conference: Care and Caring: Future proofing the new demographics

Organizira: The International Association of Carer Organisations in Eurocarers
3. – 6. september 2015, Gothia Towers, Gothenburg, Sweden
Spletni naslov: <http://www.neilstewartassociates.com/sh323>

International Symposium on Geroprotectors: Practical Applications of Ageing Research for Drug Research

Organizira: Mip'tec 2014
23. – 24. september 2015, Basel, Švica
Spletni naslov: <http://www.miptec.ch/miptec2014/scientific-program/scientific-forum-descriptions/aging-forum.html>

Treatment of Elderly Patients: The Challenge of the Future

Organizira: Prof. Dr. med. Rolf Edgar Silber, Prof. Dr. rer. nat. Andreas Simm
25. – 27. september 2015, Halle, Nemčija
Spletni naslov: <http://www.medizin.uni-halle.de/index.php?id=3709&L=1>

GERONTOLOŠKO IZRAZJE

RAZBREMENILNA POMOČ (DRUŽINSKIM OSKRBOVALCEM)

angleško: *respite care*

nemško: *Entlastungspflege,*

Entlastungsbetreuung

francosko: *soins de relè, des soins de répit*

Razbremenilna pomoč so storitve, programi in druge organizirane možnosti v skupnosti, ki družinskim oskrbovalcem omogočijo razbremenitev ali oddih pri njihovem oskrbovanju starostno onemoglih, kronično bolnih in invalidnih svojcev.

Pojmi in storitve, ki jih na tem področju poznamo, npr. *dnevno varstvo, začasna oskrba* in *kratkotrajna (začasna) nastanitev*, kažejo na storitev, namenjeno oskrbovancu. Razbremenilna pomoč pa meri predvsem na pomoč oskrbovalcu, da bi lažje in bolje opravljal oskrbovanje, da se oddahne od izčrpavajočega vsakodnevnega oskrbovanja, da se na dopustu temeljito odpočije, da lahko opravi svoje druge naloge in zadovolji svoje lastne potrebe, da se lahko mirno zdravi, ko sam zbolí ipd. To izraža pojem *varstvo za oddih*.

Po letu 2005 namreč v strokovno, politično in drugo zavest vse bolj prodirajo podatki, da družinski oskrbovalci tudi v razvitem svetu oskrbujejo tri četrtine in več vseh oskrbe potrebnih ljudi. Brez njihovega dela si sistema za dolgotrajno oskrbo ni mogoče zamišljati niti v najbogatejših družbah. Pa četudi bi to bilo ekonomsko in kadrovske mogoče, bi bilo psihosocialno in antropološko usodno. Ko smo nemočni, namreč ljudje ne potrebujemo samo pomoč pri hranjenju, gibanju, čistoči ..., ampak tudi, da imamo ob sebi ljudi, ki jih poznamo, imamo radi, jim zaupamo in se

ob njih počutimo varne. Kakovost oskrbe je zmnožek storitve in človeškega odnosa. Enako močan razlog za ohranjanje domače oskrbe pa je na strani zdravih družinskih članov. Ti morajo razvijati in krepiti svojo solidarnost, empatijo in sorodne socialne zmožnosti, na katerih temelji človeško sožitje od začetka človeštva, razvijajo in krepijo pa se samo v praksi, ko dejansko pomagamo pomoči potrebnemu človeku.

Družbeno-ekonomski in psihosocialni oz. antropološki razlogi torej govorijo, da družinsko oskrbo in nego onemoglih ljudi ohranjamo tudi v sodobnih razmerah. Temu nasproti pa je dejstvo, da je v današnjih razmerah domača oskrba čedalje težje izvedljiva. V gospodinjstvih je malo članov; pogosto živita skupaj dva stara človeka, veliko je samovalcev (živijo sami), če je v družini več ljudi, so mlajši večino dneva odsotni (v službah ali šolah). Mnogi se danes bojijo negovati bolnega, ker mislijo, da to lahko delajo samo strokovnjaki. Oskrbovanje in negovanje onemoglega človeka je tudi samo na sebi zelo težko delo; oskrbovalca izčrpava telesno, duševno in socialno ter vodi v nevarnost njegove izgorelosti; simptomi izgorelosti (nespečnost, depresivnost) so pri oskrbovalcih veliko pogostejši kakor pri drugih. V raziskavah družinskih oskrbovalcev, tudi slovenskih, se potreba po razbremenilni pomoči pokaže kot njihova najbolj pereča potreba ali ena najbolj perečih.

Nemčija in druge evropske države ter ZDA imajo pri intenzivnem uvajanju razbremenilne pomoči družinskim oskrbovalcem izkušnjo, da le-ti težko posegajo po njej pravočasno, ko bi jim koristila za preprečevanje izgorelosti, ampak šele »prepozno«, ko že skoraj niso več zmožni kakovostno oskrbovati svojca. Vzrokov

za to je več: nimajo časa, jim je nerodno, da bi iskali pomoč, ker to ni v navadi tradicionalnega vedenjskega vzorca, zavest samozadostnosti jim preprečuje prositi za pomoč ipd., glavni vzrok pa je neinformiranost javnosti o oskrbovanju in možnosti razbremenilne pomoči družinskim oskrbovalcem. Zaradi tega sodobni nacionalni sistemi za dolgotrajno oskrbo vzporedno z razvojem programov za razbremenilno pomoč posvečajo veliko pozornosti ozaveščanju javnosti o oskrbi in programih, ki so na voljo.

Zadnja leta se zdravstveno-socialne stroke, nič manj pa ne politika in ekonomija, pospešeno usmerjajo v razbremenilno pomoč družinskim oskrbovalcem. Programi za razbremenilno pomoč se razvijajo v več smeri.

- Uspostavljanje družinskega oskrbovalca, da pridobi znanje in veščine za oskrbo in nego, za razumevanje oskrbovanca in komuniciranje z njim, za varovanje in krepitev lastnega zdravja pri oskrbovalnem delu ter za to, da zna poskrbeti za lastno sprostitev in razvedrilo. Sem sodi tudi povezovanje družinskih oskrbovalcev za medsebojno izmenjavo izkušenj in oporo.
- Razbremenitev družinskega oskrbovalca pri oskrbovanju in negovanju – temu služijo organizirana javna *oskrba in nega na domu*, sistemska podpora *neformalnim oskrbovalcem* (prostovoljcem, sosedom) za nekajurno razbremenitev in *ozaveščanje prebivalstva* o oskrbi, kar motivira vključevanje več družinskih članov v oskrbo svoja.
- Delno vključevanje oskrbovanca v oskrbo in nego v oskrbovalni ustanovi, tj. *dnevna ali nočna oskrba* ter *začasna ali kratkotrajna namestitve* za čas kratkotrajnega oddiha (za kak dan) ali (do štirih tednov v letu) zaradi dopusta ali bolezni.

Razbremenilna pomoč je torej lahko strokovna (izobraževanje, demonstracija nege

...) ali laična (prostovoljec, sosed). Lahko je formalni program javne službe (npr. pomoč, oskrba ali nega na domu, finančno plačilo za najem nadomestnega oskrbovalca) ali neformalna pomoč (prostovoljska, sosedska, izmenjava družinskih članov v vlogi oskrbovalca). Razbremenila pomoč je lahko kratkotrajna (oskrbovalca zamenja za nekaj ur) ali daljša – od enega dne do enega meseca. V vseh primerih pa v današnjih življenjskih razmerah njeno učinkovito delovanje in razvoj zahtevata sistemsko javno skrb in podporo.

Po letu 2010 je razbremenilna pomoč družinskim oskrbovalcem čedalje pogostejša v ospredju državnih dokumentov in socialne zakonodaje tako v evropskih državah kakor v ZDA in drugod. Noben sodobni nacionalni sistem in zakon o dolgotrajni oskrbi ne izpustita tega pomembnega področja za dvigovanje kakovosti in vzdržnosti oskrbe. Pri vstopu v sistem dolgotrajne oskrbe ugotavljajo vzporedno z individualnimi potrebami in s pravicami oskrbovanca tudi individualne zmožnosti in potrebe družinskega oskrbovalca; oboje je del individualnega načrta dolgotrajne oskrbe. Družinski oskrbovalec ima po zakonu o dolgotrajni oskrbi vrsto pravic do storitev razbremenilne pomoči, med rednimi so brezplačen tečaj o oskrbovanju, zagotovitev varstva za čas njegovega dopusta, bolezni ali druge odsotnosti in možnost kratkotrajne namestitve v ustanovi. Zakoni različnih držav dajejo te pravice v različni meri, skupni tendenci pa sta njihovo večanje in vedno pestrerejši nabor programov in storitev za razbremenilno pomoč v skupnosti.

Vzporedno z zakonodajo in s političnimi dokumenti se naglo razvijajo tudi programi in storitve za razbremenilno pomoč družinskim oskrbovalcem ter njihove vsebine in metode. Ustanove za oskrbo uvajajo vzporedno z dnevno ali nekajurno oskrbo starega človeka tudi programe za njihovega družinskega

oskrbovalca – za njegovo rekreacijo, oddih, prostčasne dejavnosti ipd. Gerontološki turizem se razvija tudi za oskrbovane ljudi, da skupaj z oskrbovalcem ali sami preživijo počitnice s posebnimi programi rehabilitacije, rekreacije, izobraževanja, razvedrila, potovanj ipd. Pri nas imajo tovrstne rehabilitacijske ponudbe toplice, krščanske karitativne ustanove pa vsako leto organizirajo množično romanje bolnikov in invalidov na Brezje, v sodelovanju z drugimi državami pa poseben romarski vlak v Lurd v Franciji. Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje je razvil praktični *tečaj za družinske oskrbovalce*, ki ga izvaja na terenu po Sloveniji in v tujini. Z desetimi kratkimi učnimi enotami odgo-varja na njihove pereče potrebe, omogoči jim izmenjavanje izkušenj ter medsebojno oporo; udeleženci ga hvaležno sprejemajo.

Zelo dober nosilec celovite razbremenilne pomoči družinskim oskrbovalcem je lahko dom za stare ljudi, če se reorganizira v sodobno krajevno (medgeneracijsko) središče za oskrbo, zdravo staranje in krepitev medgeneracijske solidarnosti v skupnosti.

Razbremenilna pomoč družinskim oskrbovalcem je tudi najučinkovitejši način za *preprečevanje trpinčenja in zanemarjanja* oskrbovanih ljudi. Tri četrtine nasilja nad starejšimi se zgodi v družinskem okolju, od tega velik del nehote zaradi preutrujenosti oskrbovalcev. Pomemben stranski učinek razbremenilne pomoči družinskim oskrbovalcem je torej preprečevanje domačega nasilja nad starejšimi, ki je problem, ki ga je sicer zelo težko ugotavljati, preprečevati in učinkovito sankcionirati.

Jože Ramovš

SIMPOZIJI, DELAVNICE

KONFERENCA EAST RAZISKOVALNE MREŽE »DEPOPULACIJA V RURALNIH PODROČJIH V SREDNJI VZHODNI EVROPI: VZROKI, POSLEDICE IN REŠITVE«**Görlitz, 11. do 13. junij 2015**

Kratika *EAST* pomeni vzhodnoevropske starajoče se družbe v tranziciji (*Eastern-European Ageing Societies in Transition*). Mreža *EAST* je vzhodnoevropska raziskovalna mreža oxfordskega inštituta za staranje prebivalstva. Poslanstvo mreže je povezovanje s sodelavci iz Vzhodne in Srednje Evrope, zato izvaja aktivnosti skupnega raziskovanja na področju problemov staranja ter z usposabljanjem in mentorstvom programom nudi podporo v izgradnji kapacitet.

Mreža *EAST* ima namen združevati posameznike z raziskovalnim interesom na področju staranja v postsocialističnih družbah v Srednjevzhodni, Jugovzhodni in Vzhodni Evropi. Raziskovanje na področju staranja v regiji daje poudarek posebej socialni implikaciji starajoče se populacije. Gre za dokaj novo disciplino, zato se tudi malo raziskovalcev loteva raziskav na tem področju.

Mreža *EAST* se trudi pomagati tako starejšim raziskovalcem kot raziskovalcem, ki se vključujejo nanovo, pri medsebojnem povezovanju in izmenjavi izkušenj, učenju raziskovanja na področju staranja in razvijanju skupnih projektov. Podpira aktivnosti pri uveljavljanju gerontologije kot priznane akademske veje, ki jo bodo upoštevale druge akademske discipline, politika in širša javnost. Mreža ima z raziskovalci skupen interes pri problematiki staranja v Vzhodni Evropi, zato podpira sodelovanje pri raziskovanju in

skupnih pogledih. Trenutno je članov mreže skoraj 200 raziskovalcev iz 20 držav, člani pa so tudi nekateri raziskovalci drugih področij, ki jih zanima področje staranja v Vzhodni Evropi.

V preteklih letih je namreč gerontološko raziskovanje postalo zelo popularno v kontekstu vse večjega zavedanja o staranju populacije in rezultirajočih spremembah v socialni strukturi in institucijah (družina, dobrobit države ipd.). Čeprav se je populacija v Vzhodni Evropi začela starati veliko pozneje kakor v drugih delih Evrope, demografski trendi 90-ih let in začetka 21. stoletja (dramatičen upad smrtnosti, migracije velikega števila mlajših ljudi in počasen, vendar kontinuiran dvig pričakovane življenjske dobe), se pričakuje hitrejša staranje kot v Zahodni in Severni Evropi. Mnoge vzhodnoevropske države niso dovolj dobro pripravljene na starostno socialno tranzicijo, saj še niso povsem dokončale prejšnje tranzicije iz socializma in planskega gospodarstva v kapitalizem in svobodno gospodarstvo.

Hitrost procesa staranja in institucionalizirana podpora tem spremembam kot tudi socialni pogoji, v katerih živijo starejši ljudje v različnih okoljih in državah v Vzhodni Evropi, pa se med seboj razlikujejo; razlike so npr. med urbanim in ruralnim okoljem. Nekatere države (kot Slovenija, Češka) so se prilagajale novim demografskim vzorcem z majhno umrljivostjo in povečano življenjsko dobo na podobne načine kot zahodne države. Druge (kot Rusija, Ukrajina ali Litvanija) se počasi soočajo s to problematiko, čeprav imajo stopnjo umrljivosti primerljivo z drugimi vzhodnoevropskimi državami. Prav tako se seniorji v Belorusiji, Latviji ali Moldaviji srečujejo s težjimi socialnoekonomskimi okoliščinami kot seniorji na Hrvaškem, Madžarskem ali na Poljskem.

Na konferenci v Görlitzu, ki je bila izvedena v obliki delavnice na temo depopulacije v ruralnih območjih v Srednji/Vzhodni Evropi, so se udeleženci ukvarjali z vzroki, posledicami in rešitvami tega pojava. Udeleženci so bili iz držav Vzhodne Evrope: Poljske, vzhodnega dela Nemčije, Bolgarije, Litve, Latvije, Romunije, Madžarske, Češke, Srbije in Slovenije. S Poljske, z Varšavske šole za ekonomijo, je prof. Frątczak predstavila primer depopuliziranih območij Poljske v obdobju med 1950 in 2011. Ker je problem depopulacije v literaturi definiran na različne načine, se je predstavitev v veliki meri ukvarjala s pregledno opredelitvijo procesa populacije, ki lahko z demografske perspektive (naravnih in migracijskih premikov) predstavlja težavo. Predstavitev je upoštevala, da pri analiziranju fenomena depopulacije lahko problem povzročajo že načini merjenja in da ni samo definicija depopulacije ovira. V analizi demografskih procesov, ki jih sestavljajo naravna in migracijska gibanja, so se poleg ukrepov depopulacije ukvarjali tudi z osnovami demografskih meritev in indikatorji. Ugotovitve študije, ki so bile predstavljene, kažejo, da je z uporabo prostorskega pristopa težko ugotoviti, ali obstaja kak enoten trend v spremembah populacije in depopulacije ruralnih območij na Poljskem, v določenih področjih je bilo mogoče zaznati zgolj posamezne specifičnosti. Dinamika in spremembe prebivalstva skozi celotno 60-letno obdobje, ki je bilo predstavljeno na delavnici, so bile po eni strani odvisne od socialnoekonomskih politik in na drugi strani od determiniranih lokalnih okoliščin. Zato je posledično slika sprememb prebivalstva in njenih tendenc na Poljskem prikazana kot zelo kompleksna. Poleg tega so bili predstavljeni tudi ključni problemi pri staranju prebivalstva in zagotavljanju storitev, ki so povezane z razvojem teritorialnih enot na Poljskem, s katerimi se bodo morali ukvarjati v bližnji prihodnosti.

Iz Romunije je prof. Neményi s *Partium Christian Univerze* v Oradei predstavila demografske in socialnoekonomske aspekte depopulacije na romunskem podeželju in povezavo z mednarodnim migracijskim delom. Analizirano je obdobje med dvema popisoma (2002 do 2011), ko je bila populacija Romunije zmanjšana za 2 milijona ljudi ter se je migracijsko delo povečevalo (trenutno je 3,5 milijona ljudi v tujini). Populacija romunskih vasi se je v tem obdobju starala, zato se je predstavitev ukvarjala s stopnjo in ritmom staranja v tem obdobju. Posledično se na teh depopuliranih območjih pojavljajo veliki problemi s starejšim prebivalstvom, saj je težko zagotoviti storitve in primerno oskrbo. Romunija sedaj namreč doživlja globok proces depopulacije, ki jo povzročata dva dejavnika: zmanjšano število rojstev in migracijsko delo v tujini. Predstavljeno je bilo več tipov migracij: iz ruralnih v urbana območja ter dva tipa migracij v tujino – kratkotrajne in dolgotrajne (po starostnih skupinah, spolu, rezidenčnih državah). Posebnost Romunije je, da so ljudje, ki migrirajo, povečini predstavniki starejšega kmečkega prebivalstva oz. ljudje z razdrobljenimi kmetijami, na katerih se stežka preživljajo s kmetovanjem. Iz mape migracij, ki je bila prikazana, je razvidno, da obstaja sedem depopuliranih območij, pri katerih se proces pogloblja tudi v prihodnosti. V depopuliranih vaseh so opuščene ustanove in hiše, kar za prebivalstvo, predvsem staro, pomeni veliko oviro. Sklep predstavitve je, da je proces depopulacije moč ustaviti z vračanjem ljudi nazaj in s socialno politiko, ki bi vplivala na stopnjo rojstev.

Prof. Szeman s *Semmelweis Univerze* in madžarske Akademije znanosti je predstavila izzive dolgotrajne oskrbe na Madžarskem in možne odgovore. Prvi del predstavitve je analiziral probleme, povezane s staranjem. Širok prepad med pričakovanim zdravim življenjem in stvarnim stanjem, ki je tipičen predvsem za

ženske po 65. letu starosti, je na Madžarskem izziv za ureditev dolgotrajne oskrbe. Zaradi finančnih razlogov so številne lokalne oblasti nezmožne zagotoviti osnovne storitve, ki so obvezne v *Social Welfare Act*. Problem je posebno resen v primeru majhnih naselij s starajočo se populacijo. 66,6 % vsem s populacijo manj kot 400 prebivalcev ne morejo zagotoviti oskrbe na domu in 70 % vasi ne more zagotoviti dovoza prehrane na domove – od leta 2004 se na Madžarskem situacija še vedno ni izboljšala. V mestih so manjkajoče storitve nadomeščene deloma z domačimi viri – ocenjeno je, da 56 do 58 % starejših, ki ima po odpustu iz bolnišnice potrebe po negi, prejema neformalno nego. Predstavitelj je v analizi na podlagi sedanjega stanja pokazala, da se bo drastično povečeval že tako velik problem na področju nege in odkrivanja dobrih praks. Kot možnost reševanja problematike je predstavitev ponudila pilotni programski model, ki se bo razvil in bi lahko na Madžarskem zagotavljal celovito nego za starejše tako na ruralnem kot urbanem območju – predvsem z uporabo IKT in tehničnih naprav, z vključevanjem mladih prostovoljcev v starosti med 14 in 16 let ter nezaposlenih ljudi preko javnih del.

Prof. Illebec s Fakultete za družbene vede v Ljubljani je predstavila vlogo formalnih služb v nujenju nege za starejše ljudi v depopuliranih ruralnih območjih v Srednji in Vzhodni Evropi. Izpostavila je, da migracije mladih usposobljenih ljudi v ruralnih območjih pospešujejo proces staranja družbe in da je to skupaj s poslabšanjem stanja v javnih in zasebnih storitvah (predvsem glede njihove dostopnosti) pomembna tema za starejše ljudi in njihove družine. V predstavitvi so bili opisani številni nepovezani procesi, ki vplivajo na uporabo formalnih storitev v ruralnih območjih in jo kažejo kot posebej zahtevno nalogo. Stroški storitev nege v ruralnih območjih so pogosto višji od stroškov le-teh v urbanih

okoljih, saj so razdalje med centri, ki zagotavljajo storitve oskrbe, in domovi oskrbovancev večje. Podobni problemi so tudi z ohranitvijo in pridobitvijo osebja na ruralnih območjih. Omejena dostopnost do javnega prevoza še bolj omejuje dostop do storitev nege in zdravstvenih centrov. Celo zagotavljanje hrane in ostale osnovne potrebe so lahko otežene zaradi primanjkljaja krajevnih trgovin in javnega prevoza. V Vzhodni in Srednji Evropi je tudi uporaba formalnih storitev pri zagotavljanju nege za samostojno starejšo populacijo zelo omejena. Zato je pomembno, da se ugotovijo razlogi za slab napredek formalnih storitev v tem delu Evrope ter da se razume vloga formalnih storitev pri zagotavljanju oskrbe ljudi na depopuliranih ruralnih območjih. Predstavitelj je ugotavljala kontekst in vlogo formalne nege v ruralnih območjih Slovenije in delih Evrope s podobnim finančnim stanjem.

Prof. Hoff je predstavil koncept t. i. regionalnega staranja z regionalno statistiko staranja populacije s poudarkom na situaciji v Saksoniji v bivši Vzhodni Nemčiji, ki je zvezna država s trenutno najstarejšo populacijo (z več kot 25 % populacije, starejše od 65 let). Nekateri specifični izzivi pri reševanju problemov naglega staranja so bili predstavljeni z uporabo podatkov iz regionalne študije na področju nege na domu in potreb starejšega prebivalstva v Zgornji Lusatii in vzhodni Saksoniji. Ta primer je bil uporabljen tudi za medregijsko in meddržavno sodelovanje pri reševanju izzivov starajoče se populacije v depopuliranih ruralnih območjih Zgornje Lusatie in vzhodne Saksonije, zahodne Šlezije, Poljske in dela Češke.

Izpostavljeno je bilo, da sta Nemčija in Italija vodilni v Evropi po staranju prebivalstva, saj je več kot 20 % populacije starejše od 65 let. Do leta 2030 naj bi ta odstotek narasel na več kot 28 v Nemčiji in skoraj za četrtino v nekaterih drugih srednjeevropskih državah (v Sloveniji in Bolgariji na 24,2 % ter v Latviji na 23,1 %).

Nemčija je ekstremni primer medregijskih razlik v regijah, ki imajo najmlajšo in najstarejšo strukturo prebivalcev, kar še ni primer v drugih državah. Kljub temu je bilo izpostavljeno, da se prisotni naraščajoči dokazi o individualnih razlikah med urbanimi in ruralnimi, pogosto depopuliranimi regijami, odražajo predvsem v zagotavljanju storitev za starejše. Povzete so

bile zato prednosti meddržavnega raziskovanja neodvisno od mej, saj bi sodelovanje pri takšnem meddržavnem raziskovanju zagotovilo podatke o možnosti čezmejnega sodelovanja pri zagotavljanju storitev in zapolnitvi virov v deprimiranih območjih ter zmanjšalo odvisnost od državnega financiranja in politik.

Ana Vujović

INTERVJU

Ivanka Bižal in Ksenija Ramovš**Fizioterapija postavi starega človeka
ponovno na noge**

Ključne besede: patronažna fizioterapija, fizioterapija na domu, rehabilitacija po zlomu kolka, rehabilitacija po kapi, preventivna fizioterapija za zdravo staranje

AVTORJA: *Ivanka Bižal* je upokojena fizioterapevtka, ki je v svoji poklicni karieri v Zdravstvenem domu Kočevje pionirsko uvajala patronažno fizioterapijo na domu. V svojem kraju je med ljudmi zelo spoštovana, ker je neštetim po poškodbi, kapi ali hudi bolezni pomagala, da so se vrnil na svoje delo, postali samostojni pri vsakdanjih opravilih, se postavili na noge ali v svoji invalidnosti živeli bolj kakovostno. Poleg poklicne rehabilitacijske fizioterapije se že desetletja posveča tudi preventivnim telovadnim skupinam za zdravo staranje, zadnja leta kot prostovoljka tudi preprečevanju padcev v starosti. Stalno se izobražuje, v svojem strokovnem delu pa je dejavna tudi po upokojitvi.

Ksenija Ramovš je dipl. socialna delavka in mag. sociologije. Je direktorica in raziskovalka na Inštitutu Antona Trstenjaka, kjer se posveča predvsem razvoju in širjenju mreže preventivnih programov za kakovostno staranje in medgeneracijsko sožitje, raziskovalnemu delu in izobraževanju kadrov. Njena bibliografija obsega znanstvene monografije in članke s področja gerontologije, medgeneracijskega sožitja ter zasvojenosti in omam, kjer več kakor dve desetletji vodi terapevtske skupine.

ŽIVLJENJSKA POT UGLEDNE FIZIOTERAPEVTKE

RAMOVŠ K.: *Gospa Ivanka, kako vas je življenjska pot pripeljala v poklic fizioterapevtke?*

BIŽAL: Osnovno šolo sem obiskovala v Ribnici. Moja želja je bila, da bi nadaljevala šolanje na srednji gozdarski šoli. Verjetno zato, ker so bili tudi bratje gozdarji in mi je bila narava izredno blizu. Takrat je bilo bolj malo žensk v tem poklicu. Tako sem se odločila za gimnazijo v Kočevju. Vse do konca nisem bila odločena, kje bom nadaljevala šolanje. Pri testiranju v 4. letniku mi je psiholog dejal, da imam vse potenciale za zdravstveno delavko.

Takrat se je moj mož – takrat še fant – poškodoval na športni fakulteti in bil v Laškem na rehabilitaciji. Ko je prišel s tega zdravljenja, je bil navdušen nad fizioterapevtkami v Laškem: kako lep poklic je to, kaj lahko dobrega narediš in tako. Tako sem začela razmišljati o tem poklicu. Ker pa v letu, ko sem končala gimnazijo, ni bilo vpisa – vpis je bil

vsako drugo leto –, sem se potem vpisala šele naslednje leto, se pripravila na sprejemne izpite, jih naredila in bila leta 1970 sprejeta na fizioterapijo.

Prva praksa je bila krasna. To je bilo ambulantno delo v osnovnem zdravstvu v Šiški. Takrat sem pravzaprav spoznala fizioterapijo v praksi. Bilo mi je zelo všeč. Naslednja praksa je bila že na travmatologiji, na takratni stari travmi. To me je pa tako šokiralo, da sem takrat razmišljala, kaj sploh delam v tem poklicu. Bila sem presunjena, ko sem videla toliko poškodovanih, tudi v nezvesti in z več hudimi poškodbami. Tistih 14 dni sem težko preživela. Na srečo sem imela krasno mentorico, ki je rekla: »Veš, fizioterapevt je nujno potreben tudi v teh primerih, tudi ko so nezvestni.«

Včasih so bili nezvestni tudi po nekaj mesecev, pa so kljub temu potrebovali razgibanje za ohranjanje gibljivosti. Fizioterapijo smo ves čas izvajali, nismo čakali, da se prebudi, kajti tedaj bi imel bistveno manjšo gibljivost.

Takrat sem pravzaprav dojela, da je to poklic, ki je zelo pomemben. Da je človek lahko tudi v nezvesti ali je zelo prizadet in mu kot fizioterapevt lahko pomagaš in omogočiš dobro kasnejšo rehabilitacijo.

RAMOVŠ K.: Kako vas je potem poklicna pot vodila naprej?

BIŽAL: Kasneje sem dograjevala znanja na različnih področjih. Dolgo sem bila na praksi na Inštitutu za rehabilitacijo. Videla sem različne rehabilitacijske postopke, po kapi, po amputacijah, po zlomih kolkov, vse te večje stvari, ki so tudi danes v ospredju. Na Aškerčevi smo imeli tudi specialno gimnastiko. Vaje za korekcijo skolioz, pridobljenih in prirojenih, za regeneracijo hrbtenice pri mladih ljudeh. Tako sem pridobila tudi to znanje, ne da bi vedela, da bom prišla na ta oddelek v bolnico Valdoletro. Imela sem njihovo štipendijo.

Po končanem študiju sem se zaposlila v Ortopedski bolnišnici Valdoletra na oddelku za operativno in kurativno zdravljenje skolioz. Potem sem tam ostala skoraj dve leti. Z mojem sva se poročila. Rodila se je hčerka Pika Polona, tako da sem delno porodniško preživela tam. Tisti čas je bilo tako, da si šel nazaj v službo že po dveh mesecih in pol. Otroškega varstva takrat ni bilo; čeprav je bil velik kolektiv, veliko žensk, ni bilo jasli. Imela pa sem odlične kolegice in tam so bili stanovalci, ki so bedeli nad mojo dojenčico. Tam sem bila do njenega sedmega meseca.

Potem pa sem leta 1974 prišla v Kočevje v Zdravstveni dom, kjer sem delala do svoje upokojitve.

RAMOVŠ K.: Kaj je botrovalo tej odločitvi?

BIŽAL: Ja, to je bilo pač zato, ker je moj iz Kočevja, lokalpatriot, močan. Zelo blizu mu je gozd in vse, kar je z gozdom povezano. Tako da ga morje nikakor ni navdušilo. »Tri kočevske smreke ne dam za morje!«, je rekel.

RAMOVŠ K.: Od kod ste pa vi doma?

BIŽAL: Iz Ribnice, prav iz Ribnice. Od tukaj je bila tudi moja družina. Tudi jaz sem si želela nazaj. Zdravstveni dom Kočevje pa je takrat potreboval fizioterapevta.

RAMOVŠ K.: In tako ste začeli delati kot fizioterapevtka.

BIŽAL: Da, kot fizioterapevtka v Zdravstvenem domu na območju Ribnice in Kočevja. Ne Ribnica ne Kočevje takrat še nista imela fizioterapevta, vse to so delale samo medicinske sestre. Tudi sama sem se v fizioterapiji najprej pridružila kolegici, ki je bila višja medicinska sestra.

RAMOVŠ K.: Kako ste potem razvijali fizioterapevtsko delo?

BIŽAL: Ko sem prišla v Kočevje, je bila fizioterapija zelo skromno opremljena. Prišla sem iz bolnice in sem bila razočarana. V bolnici sem bila del tima z zdravniki in sestrami, kjer se vse delo ves čas usklajuje na vizitah. V osnovnem zdravstvu pa tega takrat ni bilo. Ni bilo povratnih informacij, ali si naredil dobro ali slabo. Delo pa je treba v vsakem primeru dobro opraviti ne glede na to, ali imaš nekoga za sabo, ki te ocenjuje. Tega sem bila na srečo navajena od doma. Moj oče je bil zelo zahteven, njemu je bilo zelo pomembno, da je delo opravljeno pravočasno in dobro. Fizioterapevtsko delo in sodelavce v bolnišnici Valdoltra sem pogrešala. To hrepenenje mi je utišalo rojstvo sina Žiga.

PATRONAŽNA FIZIOTERAPIJA NA DOMU

RAMOVŠ K.: Vi ste bili prvi na Kočevskem in Ribniškem, ki ste opravljali fizioterapevtsko delo in ena od prvih pri nas, ki ste to delo opravljali na domu. Se pravi, je bil razvoj strokovnega dela zelo prepuščen vam samim?

BIŽAL: Da, res sem bila prva. V Zdravstvenem domu v Kočevju smo bili med prvimi, ki smo osnovali fizioterapijo na domu. Bilo mi je lažje, ker sem delo na terenu že spoznala v času študija.

RAMOVŠ K.: Pozneje so se vam pa pridruževale nove kolegice ...

BIŽAL: Potem se je fizioterapija širila, dobivali smo tudi opremo in jo tako izboljševali. Začele so prihajati nove kolegice. Prva, ki je prišla za mano, je bila 7 let mlajša od mene, potem druga, ki je bila 12 let mlajša od mene, in nato kolegica, ki je bila 28 let mlajša od mene – delovna terapevtka. Tako smo bile kolektiv, ki je deloval zelo povezovalno do konca. Ko sem odhajala leta 2009 v pokoj, smo bile štiri.

Vedno sem bila navdušena nad vsako kolegico, ki je prišla, ker je prinesla nova znanja. V tem času se je fizioterapija neverjetno hitro razvijala. Znanja so prihajala tudi iz tujine.

RAMOVŠ K.: Kako to, da ste pri vas začeli uvajati patronažno fizioterapijo na domu, medtem ko po večini zdravstvenih domov tega ni bilo in še tudi danes ni?

BIŽAL: Kočevje je izstopalo po številu obolelih za multiplo sklerozo. Njihovo društvo v Kočevju je bilo zelo močno, predsednica je bila gospa Ivanka Palman, ki je bila tudi predsednica zveze teh društev Jugoslavije. Delo fizioterapevta na terenu je bilo takrat v Kočevju omogočeno na njeno pobudo. To je bilo leta 1985.

Z gospo Palman sva bili v zelo dobrih stikih. Bila pa je enkratni človek. V svoji bolezni, multipli sklerozi, je želela prva preizkusiti vso medikamentozno in ostalo terapijo, ki je bila takrat na razpolago, in tako iz prve roke svetovati članom o zdravljenju. Ampak stanje se ji je poslabševalo. Prišla je v stanje slabe kondicije z mnogimi hudimi krči v

mišicah in sklepah. Fizioterapija ji je ogromno pomenila, posebno kadar je bila v hudih krčih. Dostikrat mi je rekla: »Zelo mi pomaga, če me razgibaš in zmasiraš!«

Društvo multiple skleroze je dalo pobudo, da se v Zdravstvenem domu v Kočevju zaposli fizioterapevt na domu. To je bil zame izziv, ki sem se ga razveselila.

In potem se je to mesto odprlo. Fizioterapija na domu je bila zelo dobro sprejeta. Občina Kočevje je ena od največjih občin v Sloveniji, sega vse do Kolpe. Slabo je bila pokrita z javnimi prevozi. V mestu je bilo večina zgradb brez dvigala. S fizioterapijo na domu je bil omogočen dostop do fizioterapije ne samo bolnikom z multiplo sklerozo, ampak tudi prizadetim po kapi ali zaradi druge nevrološke bolezni, bolnikom z degenerativnimi težavami, ljudem po poškodbah ter onemoglim starejšim.

Ob zaposlitvi fizioterapevta na domu pa smo spregledali nekatere formalne postopke za pridobitev sredstev za delovanje patronažne fizioterapije. V zdravstvenem domu smo povečali število fizioterapevtov v enoti fizioterapije, ne pa v enoti patronaže, kar bi pomenilo terenske normative in s tem višje finančno ovrednotenje s strani zdravstvene zavarovalnice. To omogoča trajnost izvajanja fizioterapije na domu. Tako so jo imeli in jo še imajo urejeno v Novi Gorici in v Mariboru. V Kočevju je fizioterapevtsko delo na domu financiral Zdravstveni dom iz svojih sredstev.

Na ta način smo delovali celih 23 let. Z mojo upokojitvijo pa se je fizioterapija na domu v Kočevju končala. Je pa to velika škoda za ljudi.

RAMOVŠ K.: Kakšna je razlika med delom patronažnega fizioterapevta in fizioterapevta, ki dela v ustanovi?

BIŽAL: Če fizioterapevt sprejema bolnike v zdravstvenem domu, ima na razpolago več opreme, kar je velika prednost. Ljudi naroča na točno določeno uro. Nikoli pa ne spozna ljudi v njihovem okolju, se ne sreča z njihovimi konkretnimi problemi. Pred teboj je nekdo, ki pride samo s svojo diagnozo in ga je treba na ta način obravnavati, sanirati njegove poškodbe v času, ki je predviden po napotnici. Fizioterapevt na domu pa prihaja v družino. Treba je najaviti svoj obisk, upoštevati je treba družinski življenjski ritem. Srečuješ se z družinskimi problemi, ki se jih v ambulantni niti ne opazi. Tu vidiš socialne stiske in nemoč, ko nekdo nima družinskega oskrbovalca, ko je odvisen v svoji starosti npr. samo od sosedov, socialne službe, patronažne sestre – vedno sem zelo dobro sodelovala s patronažnimi sestrami in vzpostavili smo res dobro delo na terenu.

Glavna oprema fizioterapevta na domu so bile roke. Na domovih bolnikov je bilo veliko improvizacije. Prilagoditi se je bilo treba prostoru, predlagati spremembe glede višine in položaja postelje, sedežnih elementov, dostopa do toaletnih prostorov, namestitve držal v kopalnici in na stopnicah in podobno.

Danes nam tudi nevroznanost daje spoznanja, kako pomembno je, kje živimo, kako smo umeščeni v družino in okolje – vse to so nepogrešljivi viri za okrevanje. Kot patronažni fizioterapevt sem že takrat vse to upoštevala: kako funkcionira družina, kakšne so povezave bolnika z njo. Bolj sem poznala navade in druge osebnostne značilnosti bolnika ter njegove domače razmere, lažje sva vzpostavila dobro sodelovanje.

RAMOVŠ K.: *Spomnim se, kako ste pripovedovali o zanimivih primerih bolnikov, h katerim ste hodili, npr. po kapi, ko v začetku ni bilo nobenega upanja, pa ste jih postavili spet na noge.*

BIŽAL: Spomin mi sega čisto na začetek. Bilo je na študijski praksi, za katero moram reči, da mi je veliko pomagala pri kasnejšem delu. Takrat je bila v času študija fizioterapevtska patronažna praksa na terenu obvezna. Imela sem nekega gospoda v okolici Ljubljane s tetraplegijo, eno gospo po zlomu kolka na Prulah in eno na Starem trgu z multiplo sklerozo. Živo mi je ostala v spominu gospa po zlomu kolka, ki je vsako jutro nadomeščala izgubljeni kalcij tako, da je pila kavo s surovim jajcem. Študijske izkušnje so mi bile velika opora potem, ko sem se odločala za službo na terenu.

Svetla točka na začetku mojega dela na terenu je bil gospod po kapi. Bil je rudar, zelo zanimiv, imel je odlično ženo, ki ga je zelo dobro negovala, skupaj sva lahko naredili ogromno. Bil je inkontinenten; pleničk še ni bilo, ogromno je bilo pranja. Družinski negovalci so takrat skrbeli za svojce v izredno težkih razmerah. Uspelo nam je iz nepokretnosti priti na berglo. Ko je že hodil in bil v dobri kondiciji, je bil predstavljen fiziatru na Inštitutu za rehabilitacijo in bil tam sprejet. Nisem pa vedela, da je bil izredno navezan na svoj dom. To je bila zame novost. Ko se je vrnil domov v zelo slabem stanju po pljučnici, je žena povedala, da tudi ko je kot rudar imel počitnice na morju, je prišel po dveh dneh domov k družini, ker ni zdržal ves teden. Če bi imela to informacijo, ga ne bi silila na rehabilitacijo v zdravstveno ustanovo izven kraja bivanja. Zame je bila to nova izkušnja, kaj vse je treba upoštevati v rehabilitacijskem postopku. Doma bi bil še marsikaj dosegel, tako pa se mu je po tistem stanje poslabšalo in ni več vstal z vozička. Kakor je ta primer z ene strani zelo svetla zvezdica na mojem začetku, ima z druge strani temen konec, ker nisem imela dovolj informacij. Naučila pa sem se, kako je važno, da imaš veliko informacij o človeku, s katerim delaš oziroma sodeluješ. To je obojestransko sodelovanje. Ni tako, da bi samo eden delal, ampak morata oba garati, da prideta do rezultata.

RAMOVŠ K.: *Nekatere je torej možno rehabilitirati skorajda samo doma.*

BIŽAL: Da, nekatere res.

REHABILITACIJA JE SKUPNI REZULTAT FIZIOTERAPEVTA, BOLNIKA IN SVOJCEV

RAMOVŠ K.: *Povsod po Kočevskem lahko slišimo, kolikim ste pomagali. Tudi takim, ki so bili že skoraj dokončno privezani na posteljo ste pomagali, da so se postavili na noge, postali mobilnejši in se jim je povečala kakovost življenja. Spomnim se, da ste rekli, da ni primera, ko se ne bi dalo nič pomagati.*

BIŽAL: Brez njihovega sodelovanja in močne podpore njihovih svojcev bi sama zelo težko kaj naredila. To je zelo pomembno. Fizioterapevt lahko vse naredi, kaže in svetuje, toda če na drugi strani ni odziva in če človek nima podpore svojcev, ne uspe. Že pri tem, da človek po hudi bolezni, nesreči ali kapi premaga slabo voljo in depresijo, ko se mu svet podre, potrebuje močno podporo svojcev. In nič manj je ne potrebuje potem, ko so zastavljeni cilji za rehabilitacijo. Dostikrat človek sam ne more uresničiti ciljev,

tudi če se zelo trudi. Potrebuje podporo. Ne samo, da se ga nahrani in se mu zamenja plenico, potrebuje mnogo več.

RAMOVŠ K.: Kakšno podporo pa potrebujejo svojci?

BIŽAL: Na svojce sem se vedno obračala tudi zato, da ne trošijo svojih moči pretirano, da ne potrošijo vseh moči že na začetku. Rehabilitacija je dolgotrajna in resna zadeva. Če se pretirano zaženemo v prvem, drugem, tretjem tednu, nam četrti teden že rahlo zmanjkuje moči. Kar naenkrat nastane konflikt med nami in človekom, ki ga oskrbujemo. Zdi se nam, da ima prevelike zahteve, sami pa smo že močno utrujeni. Zato morajo biti svojci že na začetku seznanjeni, za kakšno stvar gre in koliko časa bo okrevanje predvidoma trajalo. To ni dva, tri dni, ampak lahko traja celo leto.

Recimo pri kapi. Če gre za kap, moramo pristopiti z vso resnostjo. Ohraniti moramo gibljivost, moč, koordinacijo ... Celo vrsto izgubljenih stvari se moramo naučiti na novo. Svojci za to potrebujejo pravilno usmeritev. Danes je glede tega ogromen napredek, da že v bolnici v času zdravljenja povabijo svojce na razgovor. Svetuje jim celoten tim, od nevrologa, fizioterapevta, delovnega terapevta, socialnega delavca do medicinskih sester. Dobijo dobre informacije o samem obolenju in o pristopu, kako rehabilitirati. V prvem trenutku je to dovolj, ko pa se bolnik vrne v domače okolje, potrebujejo potrditev, da delajo prav. Svojci v bolnici vidijo postopek enkrat ali pa morda dvakrat, in ko pridejo domov, ne vedo, ali so si postopek vaje prav zapomnili. Bolnik si je zapomni tako, svojci malo drugače. Mislim, da je tu prisotnost patronažnega fizioterapevta nujno potrebna.

RAMOVŠ K.: To pomeni, da ima pri lažjem in boljšem uvajanju svojcev v delo z bolnikom patronažni fizioterapevt na domu velike prednosti.

BIŽAL: Njegova prisotnost je pomembna tudi za kontinuiteto rehabilitacijskega postopka v primeru, ko bolnik čaka na nadaljnje zdravljenje v drugi zdravstveni ustanovi, recimo na Inštitutu za rehabilitacijo ali v toplicah. V tem času je namreč zelo pomembno, da se fizioterapija nadaljuje doma, saj se tako skrajša čas poznejše rehabilitacije. Če človek v času, ko čaka, ne dela, kar so svetovali v bolnici, je zelo verjetno, da bo prišel na nadaljnjo rehabilitacijo slabo gibljiv, lahko tudi v kontrakturah (tj. s skrčenimi sklepi) in drugimi težavami. S tem, ko se rehabilitacijski proces odvija, pa lahko odpravimo tudi malodušje, ker bolnik vidi rezultat, izboljšanje. In tudi, če ga včasih sam ne vidi, mu pri tem pomagajo njegovi znanci, prijatelji, sorodniki, ki prihajajo k njemu in mu povedo, koliko je boljši.

RAMOVŠ K.: Za svojce ste rekli, kako je pomembno, da ostajajo v kondiciji, še posebej pri kapi, ko rehabilitacija poteka dalj časa. Kaj je pomembno, da vedo svojci?

BIŽAL: Zelo je pomembno, da racionalno delujejo in prepustijo bolniku, da sam naredi tisto, kar lahko. Da ga ne pestujejo po nepotrebnem, čeprav včasih to zgleda kruto. Večkrat opazim, kako bi svojci radi vse naredili za bolnika, dobro pa je, da mu pomagamo k samostojnosti. Spodbujamo ga, da gre čim prej iz postelje. Nobene potrebe ni po ležanju. Po kapi mora seveda bolnik imeti dovolj počitka, ki omogoči regeneracijo,

vendar pa je to počitek in ne ležanje. Počitek je lahko po zajtrku, po kosilu ..., ostali čas pa mora biti bolnik dejaven.

Včasih je težje omogočiti samostojnost bolniku tudi zato, ker so predstave o bolezni in prognoza slabše, kakor pa njegovo dejansko stanje. Ko začnemo z njim delati, ugotovimo, da so nekatere stvari bolj izvedljive, kakor zgloda. Mnogi ljudje imajo namreč v sebi veliko moč, ki izhaja iz želje po okrevanju.

Naslednja pomembna stvar pa je cilj: ključno je, da postavimo realne cilje. Ne moremo za cilj postaviti nečesa, kar bolnik ni delal pred kapjo. Tudi tu ima pomembno vlogo fizioterapevt, da postavi s svojci prave cilje; cilje vedno postavljamo skupaj s svojci. Cilji morajo biti realni in kratkoročni.

REALIZEM MAJHNIH KORAKOV

RAMOVŠ K.: Če vzamemo primer človeka po kapi. Koliko časa mislite, da je potrebna fizioterapevtska pomoč na domu?

BIŽAL: Dolžino okrevanja vnaprej težko predvidimo. Odvisna je od več dejavnikov, npr. od vrste bolezni, starosti bolnika, od okolja, motivacije ... Pri človeku, ki je nepokreten in so bile ohranjene vse pomembne življenjske funkcije ter ima tudi močno motivacijo, lahko po enem letu dosežemo že dobro rehabilitacijo. To pomeni da lahko poskrbi zase, za svojo družino ali pa se celo vrne na svoje delavno mesto. Seveda je zelo pomembna rehabilitacija tudi v ustanovah, zlasti na Inštitutu za rehabilitacijo. Tam je tudi uvajanje v delovni proces, opravijo preverjanja, če lahko vozi avto itd.

Mislim pa, da je pomemben dejavnik za uspešno rehabilitacijo, da bolnika na domu kontinuirano vodi patronažni fizioterapevt. V začetku so obiski morda dvakrat ali trikrat na teden, potem enkrat tedensko, nato na štirinajst dni. Da pa še vedno so, čeprav poredko in krajši, da ponovijo vaje.

RAMOVŠ K.: Kako pa je s tem po zlomu kolka?

BIŽAL: Vse je odvisno od vrste zloma. Če govorimo o hujši poškodbi kolka in gre za zlom vratu stegnenice, se to pogosto reši z vstavitvijo umetnega kolka (endoprotezo). Če gre za zlom stegnenice na drugem mestu, se to rešuje z vsaditvijo ploščice in vijakov (osteosinteza).

Vedno se začne rehabilitacija že na travmatološki kliniki. Bolnik gre danes dokaj hitro domov. Po poškodbi pa je treba ponovno pridobiti gibljivost kolčnega sklepa in moč mišic. V vsakem primeru je potrebno vsakodnevno izvajati vaje, pomembno je razmišljati tudi o vajah za ravnotežje in koordinacijo gibanja. Rehabilitacija je odvisna od starosti in kondicije pred poškodbo, na splošno pa lahko rečemo, da lahko nogo obremenimo po dveh mesecih.

Bolnik in svojci dobijo napotke v bolnici. Je pa res, da si starejši človek teh napotkov ne zapomni, tudi zaradi narkoze, ki lahko naredi pri starejšem človeku v spominu praznino. Imela sem primere starejših ljudi, ki so prišli domov zelo oslabei in niso bili vključeni v nadaljnjo rehabilitacijo v zdravilišču. Napisano je bilo, da je v bolnici bolnik slabo sodeloval. V domačem okolju pa smo vadili, postopno se mu je vrnila motivacija, gibljivost in moč. Tu so bili domači glasovi, prostor ...

Seveda pa je velika razlika, če je zamenjava kolka zaradi obrabe ali pa gre za rehabilitacijo po zlomu. V prvem primeru je človek že takoj v bolnici precej rehabilitiran, ti postopki so danes zelo dodelani, takoj je na berglah. Po zlomu pa je šok zaradi padca in zloma, v človeku se naseli strah. Že padec se je zgodil, ker je bilo pri človeku nekaj pomanjkljivo: z ravnotežjem ali je imel slabo kondicijo. Po zlomu traja rehabilitacija dlje, človek ne sme stopiti na nogo vsaj kakih šest tednov in hodi z berglami. Ker nima ravnotežja, je treba veliko delati na krepitvi ravnotežja, pa tudi na gibljivosti in moči mišic. Prisotna je tudi bolečina in slaba gibljivost ostalih sklepov. Vse to mora upoštevati fizioterapevt pri svojem delu. Glede na potrebe izberemo tudi ortopedski pripomoček.

Odločilna pa je postopnost. Ko človek napreduje, se mora stalno zavedati, da ni še tako gibljiv in v enaki kondiciji, kot je bil pred zlomom. Spomnim se tipičnega primera rehabilitacije po zlomu kolka. Gospo sem začela postavljati na bergle. Delali sva kondicijske vaje za moč mišic, za gibljivost, ravnotežje, hojo z berglami. Imela je kontrolo pri zdravniku. Zaraščanje je bilo dobro, gospa je bila zadovoljna s stanjem. Z berglami je prišla v kuhinjo, sedla na stol – uporabljala je stol s kolesčki, da se je po kuhinji malo zapeljala in si pripravila zajtrk. Čakala je na sprejem za rehabilitacijo v toplicah. V taki dobri kondiciji je neko dopoldne pozvonil poštar. Hotela mu je hitro odpreti. Toda do vrat ni prišla. Z berglo je zapela v nek rob, padla in se ponovno polomila. Pri naslednji operaciji so bili zapleti in gospa ni preživel. Tu je potekalo pri rehabilitaciji na domu vse v najboljšem zaporedju, ponovni padec pa je preprečil vse rezultate. Ko gre na bolje, je treba potrpežljivo upoštevati postopnost in ne hiteti.

RAMOVŠ K.: Ko govorimo pri tečajih za preprečevanje padcev v starosti o svojem padcu, ljudje največkrat pripovedujejo, da so padli zaradi hitenja. Ta vaš primer je opozorilo vsem, da »hitimo počasi«.

BIŽAL: Pri tej gospe sva se obe veselili uspeha, samo še rehabilitacija, pa bi bila spet povsem samostojna na nogah. Trenutek naglice in nepazljivosti pa je vse prekinil.

RAMOVŠ K.: Vi imate izreden čut za celostno gledanje in obravnavo človeka: poleg telesnega vidika, ki je pri fizioterapiji v ospredju, enako upoštevate duševno in socialno stanje, psihosocialno dogajanje. Ljudje so mnogokrat po poškodbah ali v bolezni, npr. pri raku, telesno v takem stanju, da bi se lahko povsem rehabilitirali, vendar pa so malodušni, ker svoje stanje primerjajo s prejšnjim. Ali hočejo sami sebi in drugim pokazati, da so samostojni in zdravi, ali pa zapadejo povsem v malodušje. Eno in drugo je potem usodno. Tu je rešitev postavljanje kratkoročnih in realnih ciljev, kot ste prej rekli. In to, da človek zna »izpustiti iz rok«, česar več nima. S tem postane odprt za nove možnosti, začeni s maksimalno možno rehabilitacijo. Modrost je v tem, da je človek zadovoljen s tistim »malim«, ki mu je dosegljivo, brez primerjanja z »velikim« in idealnim.

BIŽAL: Imam zelo različne izkušnje, mislim, da tukaj ni univerzalnega odgovora. Lahko bi rekla npr. za svojo mamo, kako je znala ovrednotiti svoje življenje. Doživela je 96 let. Rekla je: »Joj, stara sem 95 let in ne vem, kako je ta čas minil.« Ampak ona je bila s tem zadovoljna. Njej ta leta niso bila odveč. Je pa zanimivo, da je dostikrat poudarila, da

kot otrok ni razumela svoje stare mame, ko je ta molila za zdravo pamet. Pri 95 letih je rekla: »Zdaj vem, zakaj so ljudje molili za zdravo pamet. Takrat nisem razumela, kaj bi ta 'zdrava pamet' lahko pomenila. Zdaj pa vem, kaj pomeni, da lahko sedim, preberem časopis in se pogovarjam o stvareh. Tudi z otroci, ki pripovedujejo vedno nove in nove stvari.« Da gredo zdrave noge skupaj z zdravo pametjo. Če to upoštevamo, lažje vse uravnotežimo in ovrednotimo svoje življenje. In se ne vračamo nazaj, kako in kaj je bilo, ampak živimo svoje sedanje življenje. Tudi to je rekla: »Tako mi ni bilo še lepo, kakor mi je zdaj! Ni mi treba skrbeti za drva, ni mi treba skrbeti za položnice, ni mi treba skrbeti, kaj bom skuhalo, vse to imam.« V dosti primerih stari ljudje kritizirajo svoje stanje. Mama je znala sesti k časopisu in ga prebrati, ne da bi mislila, da jo čaka vrt. Ona je pogledala vrt, rožice ..., ampak je skrbi spustila iz rok. Bila je zadovoljna, da je lahko mirno sedela, česar prej v življenju ni mogla. Občudovala sem jo v tej njeni spokojnosti in skromnosti.

RAMOVŠ K.: Se pravi, da je za rehabilitacijo takšna skromnost ugodna.

BIŽAL: Jaz mislim, da je tako. Če človek ves čas razmišlja, kaj vse bi, je zelo težko zmanjšati svoje cilje na stvarne možnosti.

RAMOVŠ K.: Stari ljudje zbolijo, so morda nekaj časa v bolnišnici, nato pa obležijo doma v postelji. Kako si želijo, da bi spet hodili in bili samostojni pri vsakdanjih opravilih. Bi nam lahko povedali kak primer dela s takim starim človekom, ki ste ga postavili na noge?

BIŽAL: Zelo dobro se spomnim npr. gospoda, ki je prišel iz bolnice zelo oslabele, tudi videl je slabše. Zelo sva se morala potruditi, da se je dvignil iz postelje. Uspelo pa mu je tudi, ker je imel krasno hčer, ki je skupaj z otroki prihajala domov. Delala sva vaje, preproste vaje, razgibavanje, da sva pridobila na gibljivosti, obračanje na levi in desni bok na postelji, predpripravo na hojo, posedanje, vstajanje, hoja, obrati. Na začetku sem bila pri njem trikrat do štirikrat na teden.

Postavila sva si cilj, da pride v kuhinjo in poje kosilo. To se je zelo hitro zgodilo. Ko sva to osvojila, sva prišla na dvorišče, da sva malo pogledala okolico. In ko sva to dosegla, je bilo moje delo končano. Prevzeli so ga svojci in čez dober mesec sem bila najbolj vesela, ko sem zagledala hčer, kako je peljala tega gospoda k okulistu. Z avtom ga je pripeljala do zdravstvenega doma. Tam smo se srečali, kar je bila zame potrditev, kaj se da narediti. Bil je povsem samostojen, seveda v spremstvu hčere. Dosegel je svoje stanje, kakršno je bilo pred boleznijo.

RAMOVŠ K.: Neredko pa ljudje ne morejo sprejeti stvarnosti, kakršna je ...

BIŽAL: Res je. Spomnim se gospoda, ki je bil močno dementen, žena pa tega ni sprejela. Na vrata sobe mu je nalepila njegovo sliko iz mladosti, da se ne bi zgubljal. Dvomim, da se je prepoznal. Pri njem sem naredila, kar je bilo možno. Gospod se je občasno celo dobro gibal. Ženi sem skušala na vse načine pojasniti, kako z njim ravnati, kako sprejeti njegovo bolezen. Njegove demence ni sprejela. »Poglejte, kako je bil lep!«, mi je rekla. Jaz pa sem ji skušala olajšati njeno razmišljanje s humorjem: »Gospa, tudi midve sva bili pred štiridesetimi leti drugačni.«

RAMOVŠ K.: To je bil fizioterapevtski prijem v komunikaciji! Demenca je res mnogokrat hujši problem svojcev kakor bolnikov.

PREVENTIVNA FIZIOTERAPIJA ZA ZDRAVO STARANJE

RAMOVŠ K.: Prebivalstvo se stara in tu so kronična obolenja ali pa preprosto starostna oslabeleost, odpovedovanje in pešanje telesa. Kakšno vlogo ima fizioterapija pri teh ljudeh, da ostajajo dlje gibljivi in samostojni?

BIŽAL: Običajno se fizioterapevt sreča s starostnikom, ki nima posebne diagnoze, npr. po kaki preboleli pljučnici, ko je podaljšano ležanje. Včasih je imel že prej ortopedske težave, potem se vse to poveže z oslabeleostjo v slabo gibljivost. Človek se ne more sam kvalitetno dvigniti s postelje, ves čas je nevarnost, da bo padel, zmanjšana je stabilnost, ravnotežje.

Zelo je pomembno, da fizioterapevt svetuje domačim, kako ga posedati na rob postelje, kako ga prestaviti na voziček, kako trenirati stojo, iz nje pa vaditi hojo in, ko je možno, hojo po stopnicah. Razloži, da je zelo pomembno delati vaje za ravnotežje in druge vaje, da okrepimo mišice in da ponovno osvojimo koordinacijo. Fizioterapevt jih teh vaj nauči, da jih delajo prav in redno. Koliko manj poškodb bi bilo, če bi dobro ohranili gibljivost, svoje mišice, stabilizatorje hrbtenice in medenice! Vadba teh mišic, stabilizatorjev hrbtenice in medenice, je zelo pomembna tudi pri starostniku. Star človek hitro izgublja gibljivost sklepov, nekaj zaradi degenerativnih sprememb, pogosto tudi zaradi poškodb. Za vse to bi bila zelo pomembna vzdrževalna fizioterapija. Redna hoja in ob njej vaje za vzdrževanje gibljivosti, moči, ravnotežja in koordinacije gibanja.

RAMOVŠ K.: In verjetno ne le za starejše, ampak tudi za oskrbovalce, saj so tudi oni izpostavljeni močnim obremenitvam.

BIŽAL: Da, iz moje izkušnje bi rada povedala tudi to, da sem vedno poskušala ozaveščati svojce. Na kakšen način je dobro dvigati iz postelje bolnika, kako morajo varovati mišice medeničnega dna in kako morajo varovati ledveni del hrbtenice, ki je tako občutljiv. Svetovala sem jim, katere vaje naj delajo, in to, da naj si zase vzamejo prosti čas. To je zelo pomembno. Dostikrat se je zgodilo, da so negovalci zaradi preutrujenosti zboleli, si poškodovali hrbtenico ali pa je prišlo do uhajanja urina (inkontinence). Ob nekom, ki ga neguješ, si ne smeš dovoliti, da tudi ti postaneš invalid, ker je to dvojna izguba.

RAMOVŠ K.: Je bil morda tudi to eden od razlogov, da ste začeli delati tako veliko v skupnosti; ustanovili ste skupine za telovadbo ...

BIŽAL: Ja, ta potreba po telovadbi in druženju v skupinah, ki jih imamo, je nastala že skoraj pred dvajsetimi leti. Pobuda je prišla iz podjetja Grča. Tam se je nekaj gospa za to odločilo, ker so imele težave s hrbtenico in ker so v službi veliko sedele. Naredili smo telovadno skupino petnajstih žensk. Začele smo se družiti in tako je to preraslo v tri skupine: dve malo večji in eno manjšo, ki je usmerjena v bolj ciljno vadbo. V njej se sproti prilagajamo potrebam, ki jih imajo vadeče gospe. Ko katera izpostavi svojo

določeno težavo, to usmerja našo vadbo. Te moje telovadne skupine sedaj delujejo že okoli dvajset let.

RAMOVŠ K.: Ko ste delali patronažno fizioterapijo v družinah, ste opazili njihove dobre in slabe značilnosti ...

BIŽAL: Če gledam na splošno ljudi, ki so živeli v družinah skupaj več generacij, so živeli bolj psihično zdravo. Imeli so motiv: prihajali so vnuki, včasih tudi pravnuki. To je bil izziv, da se niso zaprli. Včasih pa so se tudi zaprli, da vnuki niso imeli vstopa – takrat je bila zanje stvar zaključena. Kdor se vse življenje razdaja, tudi prejema. Nikoli ni samo dajanje, vedno je tudi prejemanje; to je obojestransko. Odnos, ki ga vzdržujemo, je dolgoročna stvar, ki jo dostikrat zanemarimo, bodisi kot starši ali kot stari starši. To je proces, ki traja ves čas. Ni nekaj, kar bi se spomnil, to bom naredil danes.

Odnos bolnika motivira, da hodi, se giblje, se vključi in rehabilitira tudi po hudih boleznih in poškodbah. Ljudje se hočejo postaviti na noge tudi zato, da niso v breme mlajšim, ki so danes tako obremenjeni. Ko je treba vaditi, rečejo: »To bom naredil, da z mano ne bodo imeli toliko dela, ko zvečer pridejo utrujeni domov.«

RAMOVŠ K.: Na terenu ste se verjetno srečevali tudi z ljudmi, ki imajo poleg poškodbe tudi psihične motnje, npr. depresijo ali demenco. Reče se: »Zdrav duh v zdravem telesu«. Kaj se da narediti v tej primerih?

BIŽAL: Mislim, da fizioterapevt z obzirnim pristopom lahko doseže marsikaj. Včasih že tudi samo z mirnim pogovorom; da pride človeku blizu in ga motivira za rehabilitacijo.

Bili so primeri, ko se je zdelo, da se ne da narediti nič. Patronažna sestra je rekla: »Pojdi in poglej, kaj se da. Če drugega ne, boš pokazala malo razgibavanja, da ne bo gospa ostala v postelji. Da bo šla na voziček in bo vsaj za mizo pojedla kosilo.«

Pri starejših poškodovancih je večkrat tudi demenca. Navežeš stik na mehek, prijazen način. Dobro je, če o gospodu ali gospe kaj veš; kaj dobrega iz njegovega življenja, kaj je imel rad, mogoče njegov hobi. In navežeš pogovor o tem. Takrat so dostikrat čudežno odprejo. Pri teh primerih ne smemo gledati na uro, vzeti si moramo čas. Tu ne gre le za to, da pokažeš vaje in greš. Če ne uspeš vzpostaviti stika prvič, ga boš morda drugič. Tak človek je morda čisto tiho. Že ko reče »ja«, je nek stik, čeprav ne veš, na kaj misli. Rekel je »ja« in to je že neko sodelovanje. Potem pa z njim delaš; ne toliko s klasičnim razgibavanjem, ampak bolj funkcionalno. Poiščeš nek stvaren motiv, npr. da se bo lahko sam umil v kopalnici. Pripravljen si tudi na slabše dni, ko človek ni razpoložen in naredi bolj malo.

RAMOVŠ K.: Ivanka, vi imate nad 40 let dobrih izkušenj s fizioterapevtsko rehabilitacijo – s postavljanjem ljudi na njihove noge po poškodbah in boleznih. Imate pa tudi 20 let dobrih izkušenj s preventivno fizioterapijo za zdravo staranje – to so vaše telovadne skupine, zadnja leta skupine za preprečevanje padcev v starosti. Prvo je bila vaša profesionalna služba, drugo prostovoljski hobi. Kaj vam pride na misel, če primerjate terapevtsko in preventivno fizioterapijo?

BIŽAL: Sama fizioterapija kot poklic človeka zaznamuje. Ves čas si ciljno naravnana. Tudi pri preventivi: kaj tej telovadbi še dodati, da bo čim bolj učinkovita. Če imamo pred

očmi samo zdravljenje in rehabilitacijo, to ni dovolj, če pa izhajamo samo iz preventivne krepitve telesa, kot je to pri športu, tudi ni dovolj. Čeprav je v teh preventivnih telovadnih skupinah večina zdravih žensk, ima vsaka kake težave in je dobro poznati in upoštevati tudi terapevtske vidike. Ko upoštevamo oboje, pri vadbi ne pretiravamo, poudarek pa dajemo bistvenim stvarem: ohranjanju drže z močjo mišic in stabilizaciji medenice ter gibljivosti sklepov. To dvojje je naložba za starost: stabilna drža in gibljivost sklepov.

PO UPOKOJITVI SE ŽIVLJENJE, DELO IN UČENJE NADALJUJE

RAMOVŠ K.: Z upokojitvijo pa niste zaključili svoje kariere. Sedaj v Ribnici v domu zamenjujete fizioterapevtko, ki je na porodniški.

BIŽAL: Moram povedati, da jo zamenjujem že drugič. Tukaj sem bila že pred petimi leti, januarja 2010 kmalu po upokojitvi.

RAMOVŠ K.: Vse življenje ste delali v zdravstvenem domu, sedaj po upokojitvi pa delate v domu za stare ljudi; kakšne razlike občutite? Tu imate kot fizioterapevтка verjetno veliko stika tudi z duševnimi, bolj deprimiranimi, dementnimi ljudmi ... Bi nam lahko povedali svoje izkušnje s področja dela v domu?

BIŽAL: Moje izkušnje so, da so za ljudi, ki se znajdejo v domu, cilji zelo zmanjšani. To je treba upoštevati. Ne gre le za to, ali stanovalca obiskujejo svojci ali ne. Človek ima doma mnogo močnejši cilj, saj hoče ohraniti svojo samostojnost. Njegov rehabilitacijski potencial je večji, fizioterapevt ima tam lažje delo. Vseeno pa se poskušam potruditi tudi v domu, tako da obdržim človeka vsaj v tisti kondiciji, v kateri je prišel. V dom prihajajo po zlomu kolkov, po poškodbah, po kapi ali pa po oslabeledosti iz bolnice. Prihajajo tisti, ki niso bili zmožni rehabilitacije niti ne morejo živeti doma. Velikokrat so domače razmere take, da domači ne morejo ponuditi svojcu ustrezne oskrbe. Vidim, kolikokrat nastanijo svojca v domu z zelo slabim občutkom. Počutijo se krive, ne vedo, ali je bila odločitev za dom prava ali ne.

Ta stiska svojcev se mnogokrat projicira navzven v drugih oblikah, v visokih pričakovanjih in pritiskih na dom. Pri tem je njim in osebju v domu zelo težko. Moje delo je lažje, če me svojci stanovalcev, ki potrebujejo fizioterapijo, pokličejo, in zelo sem vesela, če se z njimi lahko srečam. Tako ugotovim, kaj je človek zmožel doma pred nastanitvijo v domu, kakšno kondicijo je imel, kakšne socialne stike so imeli v družini. Na te teme napeljem pogovor. Ugotovitve pa potem usmerjajo moje nadaljnje delo. Če se terapevt ne pogovori s svojci, je težko uskladiti pričakovanja in cilje.

Moje mnenje je, da je treba dom dojemati kot negovalno ustanovo in ne kot rehabilitacijski center. To se pogosto zamenjuje. V domu sta sicer res zaposlena tudi fizioterapevt in delavni terapevt, vendar pa je glavno negovalno osebje.

RAMOVŠ K.: Vse življenje ste se nenehno izobraževali. Tudi sedaj po upokojitvi ste naredili licenco za limfno drenažo.

BIŽAL: Da. Naredila sem osnovni in nadaljevalni tečaj iz BOBATHIA za pomoč odraslim po kapi. To je bil tudi vzrok, da sem se znašla tukaj v domu starejših v

Ribnici. Tu sem delala zaključno nalogo tega tečaja. Z mojo mlado kolegico Mojco Bartol sva se spoznali že, ko sem delala v zdravstvenem domu kot patronažna fizioterapevtska.

Upokojila sem se leta 2009. Ljudje se zelo veselijo upokojitve in imajo velika pričakovanja. Zame je bila neznanka, nisem si znala predstavljati čas upokojitve. Človek ve, da je prost, da ima časa 24 ur na dan. Če nisi varuška vnukov, imaš kar naenkrat veliko časa. To je čas, ko otroci običajno že odidejo. To je zelo pomembno. Dokler je družina doma, je dovolj dela, medsebojnega druženja in klepetov. Ko pa družina odide in se upokojiš, si prost dveh stvari: širokih družinskih opravil in službe. Ko človek dela, npr., ko sem bila v službi fizioterapije, ni to samo tisti čas v službi. Jaz sem marsikdaj še zvečer razmišljala o kom, kaj bi lahko še dodala, s čim bi bolnika lahko motivirala, da bi rehabilitacija dobro stekla. Potem prebereš v literaturi, kaj je napisanega o tem. Po upokojitvi kar naenkrat vsega tega več ni. Po končanem dopustu sem se ob upokojitvi zalotila, kako sem slonela na komolcih in gledala skozi okno v vrt. Rekla sem si: »*Pa ne, da bo zdaj vrt moja glavna okupacija!*« Čeprav rada vrtnarim in pogospodinjim, so mi kar naenkrat bile vse te stvari premalo.

Zato sem se odločila, da grem na tečaj BOBATTI za odrasle po kapi. Imela sem srečo, da je bil decembra že datum tega izobraževanja. Najprej je bilo 120 ur, v aprilu pa sem zaključila s to nalogo. Ko sem naredila nalogo, sem v domu voluntirala. Enkrat tedensko sem prihajala v dom iz hvalečnosti, da so mi omogočili to prakso. Tu sem obravnavala krasno gospo po kapi, z njo sva se družili še vse leto. Decembra 2010 je bilo nadaljevanje tega tečaja in sem naredila še to; poudarek je bil na rehabilitaciji roke po inzultu.

V tem času pa me je poklicala kolegica Mojca, ki je odhajala na porodniško. Povabili so me k sodelovanju. Tako sem januarja 2011 nastopila pri njih nadomeščanje. Zdaj jo nadomeščam že drugič, ob njenem drugem porodu.

Nikoli nisem mislila, da bom delala v domu. Ko sem bila mlada, sem mislila, da tega ne bi zmogla. Ti majhni cilji niso stvar mladosti. S temi izkušnjami, ki jih imam zdaj, pa vidim, kako potrebna je fizioterapija v starosti za ohranjanje kakovosti življenja. Človek sam mora iz humanega razloga poskrbeti, da je toliko gibljiv, kot največ zmore, drugi pa, da mu pri tem pomagamo.

RAMOVŠ K.: Medtem ste se pri Inštitutu Antona Trstenjaka izobraževali tudi za prostovoljstvo, za vodenje medgeneracijske skupine za kakovostno staranje in preprečevanje padcev v starosti. Tam smo se spoznali.

BIŽAL: Leta 2012 se mi je zdelo, da mi malo časa ostaja. Kaj sem pogrešala, ko sem bila v domu? Videla sem, da imam premalo znanja o starejših ljudeh. Kako gojiti medsebojne stike, kako komunicirati s starejšimi. To izobraževanje mi je dalo odgovor na to. Moj pogled na starost, na staranje in na odnose med generacijami se je dopolnil in razširil. Skupino za preprečevanje padcev sem imela v Kostelu, s kolegicama Slavko in Vesno pa tudi v Kočevju. Tu se v skupini še naprej povezujemo.

RAMOVŠ K.: Kaj bi priporočala, da je najbolj pomembno za mlade fizioterapevte, ki bodo delali na domu – upajmo, da bo to omogočal zakon o dolgotrajni oskrbi?

BIŽAL: Mislim, da je za mladega fizioterapevta delo s starejšimi ljudmi, kjer ni velikih rezultatov, dostikrat premalo. Če hoče delati s starejšimi ljudmi, se mora naučiti prej veseliti se majhnih dosežkov. Da je vsak doprinos k boljši kakovosti življenja zelo velika stvar. In vloga fizioterapevta je pri tem lahko odločilna.

Drugo, kar je treba upoštevati, je to, da so stvari, ki jih ne moremo spremeniti, bodisi zaradi bolezni, poškodb ali pa zaradi psihofizičnega stanja bolnika. Takrat se mora fizioterapevt znati umakniti. Ne smemo se obremenjevati s tem, da je vse mogoče. In potem poskušati na silo nekaj spremeniti, kar ni v naši moči. Mogoče je bila moja slabost, da sem dostikrat trošila svojo energijo v tej smeri. Rekla sem si: »*Saj to pa mora iti!*« Ni rečeno. Mladi fizioterapevti so danes tega naučeni že iz študija. Tam imajo veliko pripomočkov za testiranja, da že v začetku rehabilitacije napravijo meritve, ocenijo stanje in izdelajo načrt rehabilitacije. Odkar sem jaz diplomirala, je 43 let. V tem času se je stroka zelo razvila. Ljudje hočemo biti uspešni. To nam vedno ne uspe, zato moramo na vse gledati realno in znati prilagoditi cilje. Človek potrebuje kar nekaj časa, da to spozna.

Moja izkušnja je tudi, da se izobraževanje ne bi smelo nikoli končati. Meni se zdijo tudi ta znanja, ki sem jih dobila sedaj po upokojitvi, zelo dragocena. Dobivaš širino, gledaš na stvari bolj življenjsko, bolj celostno. Ta zadnji tečaj za limfno drenažo, ki sem ga končala pred enim mesecem, je bil zame posladek. Zelo sem vesela, ko je gospa, ki je prišla k nam v dom starejših iz Ljubljane, rekla: »*Nisem pričakovala, da bom tukaj v domu deležna limfne drenaže!*«

RAMOVŠ K.: *Kakšni pa so vaši načrti za prihodnost?*

BIŽAL: Zdaj tukaj v domu uspešno končati svoje delo. Kolegica se vrača iz porodniške čez nekaj mesecev. Vesela sem, da je sedaj ob meni tudi kolegica pripravnica, s katero se srečujeva. To bogati moje znanje. Še vedno sem srečna, ko lahko delam z mladimi ljudmi. Njihovo sveže znanje vgradim v svoje znanje in izkušnje. Dragoceno mi je tudi to, da imajo mladi toliko motivacije za delo. Vesela sem, da sem tukaj.

Kaj bo po tem? Bo, kar bo. Nekaj bo. Če pustimo, se stvari spontano odvijajo in jih je treba samo pobrati kot pridelek.

RAMOVŠ K.: *Gospa Ivanka, hvala za vse te vaše bogate strokovne in osebne izkušnje!*

NASVETI IVANKE BIŽAL ZA NEGOVANJE BOLNIKA V DOMAČEM OKOLJU

Oskrba in nega svojca v domačem okolju nam poleg obilice pozitivnih izkušenj postavljata tudi nove izzive, porajata nove skrbi in vprašanja. Ker je skrb za svojca običajno dolgotrajen proces, je pomembno poznati najoptimalnejše pristope in praktične nasvete ter jih dosledno upoštevati.

Oskrba in nega bolnega svojca naj se začneta že pred vrnitvijo v domače okolje. V času zdravljenja poskušajmo biti v kontaktu s sobnim ali z oddelčnim zdravnikom. Tako bomo seznanjeni s potekom bolezni, z načrtovanim zdravljenjem, z morebitnimi napotitvami v negovalno bolnico, z rehabilitacijo ali z odpustom v domačo nego.

Pred odpustom navežimo stik s fizioterapevtom, ki je izvajal fizioterapijo in rehabilitacijo. Dobili bomo koristne napotke, kako nadaljevati doma in kakšne ortopedske pripomočke bomo potrebovali. Vse omenjeno lahko dobimo že pred odpustom, tako bo začetek nege in rehabilitacije doma lažji. Po odpustu poiščemo pomoč tudi v domačem zdravstvenem domu (pri izbranem zdravniku, patronažni sestri, fizioterapevtu, delovnem terapevtu, logopedu). Pri negovanih po kapi so njihova navodila naše osnovno vodilo pri oskrbi in nadaljnji rehabilitaciji.

Trudimo se, da dosežemo najboljšo možno rehabilitacijo glede na starost svojca, stanje njegove bolezni ali poškodbe, njegove želje in potrebe. Želja je vedno, da bi samostojno hodil, se oblekel, obul in šel na stranišče. Velikokrat do tega ne pride. Pomagamo si s prilagoditvami, npr. z uporabo negovalne postelje, invalidskega vozička, sobnega stranišča, hoduljice, rolatorja, bergel, nastavka za stranišče in sedišča za kopalno kad. Bolnik potrebuje pri uporabi teh pripomočkov našo prisotnost. Če je tako oslabil, da se že v postelji težko giblje (morda tudi zaradi prekomerne telesne teže), je za premike primerno sobno dvigalo. S tem bolniku omogočimo sedenje na vozičku in mu polepšamo dan, sebe pa obvarujemo poškodb hrbtenice in inkontinence zaradi preobremenitve mišic medeničnega dna.

SLEDI NEKAJ NAPOTKOV ZA USPEŠNO SPLOŠNO OBRAVNAVO NEGOVANEGA V DOMAČEM OKOLJU

- Omogočimo dobro namestitev in ustrezen položaj v postelji.
- Omogočimo dobro kontinuirano, na potrebe bolnika naravnano nego.
- Začnemo s fizioterapevtskimi aktivnostmi takoj, ko je mogoče.
- Omogočimo pogoste in časovno krajše obravnave.
- Intenzivnost prilagodimo zdravstvenemu stanju in trenutnemu počutju bolnika.
- Poskrbimo za dobro sporazumevanje (uporaba slušnega aparata pri motnjah sluha, upoštevanje navodil logopeda pri motnjah govora).
- Vse družinske člane seznanimo s pravilnim ravnanjem in jih spodbujamo k aktivnemu vključevanju.
- Ob skrbi za bolnika že vnaprej predvidimo tudi čas za lastni počitek in rekreacijo.

POMEMBNI NAPOTKI ZA OMOGOČANJE USTREZNIH GIBALNIH SPODBUD IN FIZIOTERAPIJE BOLNIKA V POSTELJI SO NASLEDNJI

- Prilagajamo se potrebam negovanega in naravi bolezni.
- Oprema sobe naj bo funkcionalna, da je dostop lahek in imata tako negovani kot negovalec ustrezen položaj: postelja mora biti dostopna vsaj s treh strani, višina ležišča mora biti ustrezna itd.
- K bolniku po kapi vedno pristopamo s prizadete strani.
- Konstantno se trudimo nameščati negovanega v različne, priporočene položaje (uporaba blazin, ustrezni vzglavniki).
- Bolnik naj bo oblečen v ohlapna oblačila iz naravnih materialov.
- Po hranjenju vedno preverimo, preden negovanega položimo v ležeči položaj, ali ima usta prazna (nevarnost aspiracije – hrana in tekočina uideata v sapnik).
- Za preprečevanje dekubitusov pogosto menjavamo položaje (vsaj na tri ure) in redno uporabljamo antidekubitusne blazine. Pri preprečevanju preležanin pomaga tudi podlaganje obeh nog z blazino (blazina sega od sredine stegen do pet, peti sta dvignjeni).
- Postelja nam mora omogočati tudi učenje osnovnih aktivnosti na postelji, premikanje po njej, obračanje na bok, posedanje, sedenje, presedanje na invalidski voziček in stojo ob postelji. Pri negovanih po kapi pri vseh navedenih aktivnostih posebej pazimo na prizadeto roko in nogo. Po operaciji kolka smo posebej pozorni na položaj te noge.
- Pri negovanju po kapi, kjer je prizadeta ena stran telesa (bolnik jo slabše občuti ali je ne občuti), naj bo postelja obrnjena tako, da bo bolnika sam položaj postelje spodbujal k obračanju na prizadeto stran pri spremljanju dogajanja v okolici. V postelji naj ne prevladuje položaj na hrbtu, saj povzroča zakrčenost celotnega telesa. Spodbujamo bočno ležanje na prizadeti strani. Negovanega učimo, da si bolno roko v zapestju podpre z zdravo tako pri nameščanju v postelji kot tudi pri obračanju na bolni ali zdravi bok. Nikoli ga ne nameščamo ali dvigamo s prijemom za bolno roko, ker lahko poškodujemo mehke dele ramenskega sklepa. Nikoli ničesar ne polagamo v dlan prizadete roke. Pri nameščanju v posteljo stojimo pred negovanim po kapi, ki položi zdravo roko na našo ramo in dvigne glavo od podlage, mi pa položimo roko pod lopatico prizadete strani in ga nameščamo v levo ali desno na blazino. Prizadeta roka naj bo z ustrežno blazino v celoti podložena tako pri ležanju na hrbtu kot tudi pri ležanju na zdravem boku. Prav tako moramo ustrezno podložiti tudi celotno prizadeto nogo, ki naj bo pokrčena v kolku in kolenu (položaj koraka); enako velja za negovane po operaciji kolka (oskrba zloma, endoproteza).

PRAVILNI PRISTOPI PRI SPODBUJANJU RAZLIČNIH GIBALNIH AKTIVNOSTI, KI JIH LAHKO POD POSEBNIMI POGOJI UPORABIMO TUDI PRI NEGOVANIH PO KAPI, SO NASLEDNJI

- Zaradi spodbujanja pravilnega dihanja je pomembno, da je negovani čim prej in čim več v pokončnem položaju. Spodbujamo trebušno dihanje – s tem aktiviramo trebušno prepono (ob ustreznem razumevanju navodil). Pomagamo si lahko z napihovanjem balonov ter s pihanjem pritrjenega lista papirja, vetrnice ali mehurčkov.

- Negovanega spodbujamo k različnim aktivnostim. Aktivnosti prilagodimo potrebam in kondicijskim zmožnostim bolnika. Pri negovanih po kapi moramo preveriti razumevanje naših navodil.
- Po dolgotrajnem ležanju postanejo mišice manj elastične, se skrajšajo. Gibljivost sklepov je zmanjšana. Za izboljšanje vključimo različna gibanja:
 - pasivno, ko mi gibljemo bolnikov sklep;
 - aktivno, ko lahko negovanemu z različnimi spodbudami pomagamo aktivirati mišice in sklepe;
 - sprostitvev mišic dosežemo z dobro namestitvijo v postelji, s toploto, z rahlo masažo, z vajami za boljše prekrvavitvev in z raztezanjem.
- Začnemo s premikanjem po postelji; t.i. mali most (opora na obeh nogah, dvignjeni boki) nam pomaga pri premiku levo in desno proti robu postelje.
- Z dvigom rame in odrivom z nogo na isti strani se pomaknemo gor, ponovimo tudi z drugo stranjo; prav tako dol v obratnem zaporedju.
- Obračanje na desni bok: desna noga je iztegnjena, leva pokrčena, desno roko odmaknemo po postelji, levo prenesemo preko telesa, nato spodbudimo negovanega, da s pogledom sledi smeri gibanja in se obrne na desni bok. Na levi bok negovanega obrnemo po enakem postopku, le smer gibanja je levo.
- Posedanje: negovani iz bočnega položaja potisne nogi preko roba postelje, se opre na podlaket notranje roke in dlan zunanje roke, mi pa ga s prijemom preko prsnega koša vodimo do sedečega položaja. Vedno stojimo pred negovanim.
- Sedenje: v začetnem obdobju, ko je negovani še slaboten, mu v sedečem položaju z blazinami podpremo hrbet in obe roki. Lahko sedimo ob njegovem boku in ga z notranjo roko varujemo preko bokov. Pred njega namestimo mizo, s tem mu omogočimo oporo za roki, samostojno hranjenje, branje časopisa in družabne igre. Sedenje je stabilno, ko negovani samostojno sedi in brez strahu posega po bližnjih predmetih.
- Presedanje na invalidski voziček – vedno stisnemo obe zavori ter odstranimo stopalki in stranico ob postelji. Negovani se usede čim bližje vozička, pogleda v smer presedanja, z roko prime za stranico invalidskega vozička, z drugo pa se odrine od postelje in se presede. Lahko se prime tudi negovalca preko bokov in premik naredita skupaj. Pri negovanih po kapi postavimo voziček vedno na negovančevo zdravo stran, da si lahko pri presedanju pomaga z zdravo roko. Prizadeto roko mu pri presedanju varujemo. Nikoli ne hitimo.
- Vstajanje v stojo: vstajati začnemo, ko je sedenje stabilno, brez podpore. Negovani nagne medenico naprej, napne trebušne in hrbtne mišice (opora je na stopalih, peti sta na tleh), se odrine, stegne kolke in kolena in poravna telo; gleda v smeri gibanja. Vstaja ob opori pred seboj, npr. ob naslonjalu stabilnega stola, nočni omarici, mizi ali tako, da se nas rahlo prime za rami, mi pa ga varujemo preko prsnega koša. Vedno vstaja tako, da se počuti varnega.
- Hoja: ko je stoja stabilna in ni vrtoglavice ter ko negovani že posega po predmetih, lahko začnemo s hojo. Najprej začnemo s hojo okoli postelje, da ima občutek varnosti. Z eno roko se drži za posteljo, mi pa stojimo ob njem in varujemo

njegovo zunanjo stran tako, da je z drugo roko (z dlanjo, podlaketom) naslonjen na našo zunanjo roko, z notranjo pa ga varujemo preko bokov. Pri hoji si kasneje pomagamo s pripomočki.

- Oblačenje – najprej vedno oblečemo bolno roko in nogo, slačimo vedno najprej zdravo roko in nogo.

Pri izvajanju vseh oblik pomoči in gibalne podpore se prilagajamo aktualnim zmožnostim in potrebam negovanega ter napotkom zdravnika, fizioterapevta, delovnega terapevta, patronažne sestre in po potrebi tudi logopeda.

Knjiga Kap spoznanja dr. Jill Bolte Taylor, ki je sama izkusila vse izzive kapi, je vir pomembnih informacij.

Zaključujem z mislijo pokojnega gerontologa dr. Franca Rupnika, ki je svoje delo vrsto let opravljal v Zdravstvenem domu Kočevje:

»Starejši človek ne potrebuje dosti zdravil, potrebuje prijazno okolje in doslednost.«

GOOD QUALITY OF OLD AGE

Good Quality of old age: Journal for Gerontology and Intergenerational Relations

Good quality of old age, with original title *Kakovostna starost*, is the only Slovenian scientific and expert gerontological magazine. Its publisher is national development Institute of Gerontology and Intergenerational Relations - Anton Trstenjak Institute. Journal comes out quarterly since 1998.

It is an interdisciplinary journal. It covers the ageing of people in the wider social and cultural context. It provides up-to-date informations about old age and intergenerational relations for the wide range of Slovenian users, combining the theory with the examples of good practice.

The journal is focusing on comprehensive gerontology with emphasis on 4 aspects.

1. Holistic anthropological image of a human being in his physical, mental, spiritual, social, developmental and existential dimension. All the dimensions are indivisible integral whole.
2. Holistic human development through all life-cycles from his conception to his death. People's youth, middle age and old age have the same human dignity and sanity. Intergenerational solidarity connects middle age generation and elderly into social whole.
3. Complementarity of all scientific disciplines and cultural sectors with the knowledge and technologies to contribute to the quality ageing and to good intergenerational relations. The majority of the scientific contributions in the journal are from psycho-social, health, educational and environmental-spatial fields.
4. Intersectoral collaboration of all social and political sectors, important for quality ageing and solidarity. Journal gives special attention to mutual complementarity of family, local community, civil society and the state.

First part of the journal contains scientific and expert articles. Second part of the journal is dedicated to the overview of the newest findings from foreign and domestic gerontological literature. Part of this section is set aside for the national and international gerontological forthcoming events. Other columns in the journal are: Glossary of gerontology and intergenerational terms, Reports from symposiums, conferences and workshops, Age-friendly Cities and Communities section, thorough Interviews with domestic and foreign experts for gerontology and intergenerational relations, Reflections from the intergenerational programmes (where the examples of good practices are published), Classics on old age and ageing (section in which we analyze national and

foreign philosophical works and works of literature from the perspective of ageing and intergenerational relations).

The magazine is published in Slovenian language, yet it has summaries of expert and scientific papers also in English. English abstracts of scientific articles are published in every issue of the journal, in international and national databases (Sociological Abstracts, Social Services Abstracts, Cobiss, EBSCO, ProQuest) as well on our website <http://www.inst-antontrstenjaka.si/tisk/kakovostna-starost/arhiv.html>. In composing our journal we follow the language and scientific work of Anton Trstenjak, one of the greatest slovenian humanist and scientists of the 20th century.

Good Quality of old age: Journal for Gerontology and Intergenerational Relations, Vol. 18, Num. 1, 2015

The journal has been publishing findings, experiences and political documents in the field of long-term care for many years. The reason for this is a long delay of Slovenian politics in the preparation and adoption of the national system for the long-term care of chronically ill, infirm older and disabled people. We introduced this field in the journal from the social, health, economic, anthropological, architectural, infrastructure and other aspects. Slovenian professional, political and other public was informed about Slovenian demographical state of a large part of older population as well as about the possibilities of systemic adaptation to the new conditions. As before also in 2015 the journal continues with this important topic. For instance this, 1st issue of the journal 2015 calls the attention to the fact that while almost 1 year long period is necessary for the construction of the care home almost a decade is required to train the quality professional personnel and to implement the modern care models. The journal also exposes the pressing need to strengthen informal network of caregivers, which is currently working very well in Slovenia - during the last six months for instance around 10% of population was taking care of a family member or a neighbour. As an example of good practice it describes the German legislation on long-term care. According to German legislation the caregiver receives the award of around 240 EUR for more than 40 hours of care provision, which has an effect on improvement of quality of the care system. At the same time it helps the population to get more used to the modern forms of solidary help for providing the care for disabled people.

The journal has two review articles. Ana Vujović, a lawyer, wrote a review on advocacy for older disabled people, comparing the systems in United Kingdom, Ireland, Slovenia, Germany and Austria. With population ageing the number of people in need of care is increasing. Those people are psychosocially more vulnerable. Care system and advocacy are very interdependent and closely connected systems. Nevertheless combining the role of the caregiver and the advocate in one person causes a risk for

violence against older people, both in family and in institutional care. Which is why efficient advocacy and other legal protection of older people - especially of those elderly who are in need of care - is one of the most important priorities of juridical and social gerontology. In the second article Katja Istenič presented laughter as natural remedy in old age. Humor and laughter were presented mainly through the method of laughter therapy.

Section From gerontological literature contains three major reviews. The most extensive review is Ana Ramovš's review of the book *Ethik des Lebens*, E. Schockenhoff, that was translated to Slovenian language recently. With the purpose of including ethical aspects into the debate about elderly and intergenerational relations, this first part of the article restricts itself to the basic questions and foundation of bioethics, while the second part (in which the author will present concrete gerontological ethical questions) will follow in one of the next issues. Powerlessness in old age is part of coming near to the edge of the death. Respect for life, human entity and learning of solidarity in powerlessness of others are basics for human development so far. In the context of ageing population it depends on the solution of these questions, whether this challenge will be used in the future as an evolutionary step for humanity or as a crisis complication and decline. From the aspect of intergenerational relations in the family, there is a very interesting review of B. Naucka's research on the relationship between adult females and their parents, written by Tjaša Mlakar. The article by H. Mowat and M. O'Neill on spirituality and ageing in terms of support and care for ageing people is also reviewed (by Tina Koštrun). This part of the journal also contains seven brief contributions about gerontological researchers in Europe, America and other parts of the world; each of these contributions shortly summarizes the knowledge or informations that are important for our professional and other public. The column ends with a list of 17 upcoming gerontological and intergenerational conferences and congresses.

The dictionary section discusses two lexicographical terms: advocacy for older people and informal caregivers. It is accompanied by the report from conference about dementia, which occurred in February 2015 in Nova Gorica. The column about Age-friendly Cities and Communities describes the global e-platform, in which Slovenian network of Age-friendly Cities and Communities takes part.

This issue of the journal concludes with the example of good practice. Network of intergenerational programs for quality aging, which has been developing for more than two decades and implemented in practice by Anton Trstenjak Institute of Gerontology and Intergenerational Relations, is presented. The network consists of more than 20 programs, which are arranged into 4 sections: 1. programs for informing and raising awareness of the community about quality ageing and solidarity between the generations, 2. courses for the practical social learning for healthy, safe, active and dignified ageing (eg. for family caregivers, for prevention of falls in old age, for life with high blood pressure, for the partnership between student and older person by using ICT...), 3. training and organizing volunteers in the field of ageing and intergenerational relations, 4. programs for local self-organization of social networks for quality ageing and solidarity (eg. local intergenerational centers).

Good Quality of old age: Journal for Gerontology and Intergenerational Relations, Vol. 18, Num. 2, 2015

INDEX

1. **Scientific and expert articles** (*Znanstveni in strokovni članki*)
 - 1.1. Tjaša Mlakar: The role of grandparents in the lives of their grandchildren (Stari starši v življenju vnukov)
 - 1.2. Ksenija Ramovš: Relief of family caregivers from the perspective of the US and some European countries (Razbremenitev družinskih oskrbovalcev z vidika ZDA in nekaterih evropskih držav)
2. **Review of gerontological literature** (*Iz gerontološke literature*)
 - 2.1. Recommendations and guidelines on wellbeing and dignity of the elderly people in need of long-term care, Jože Ramovš (Načela in smernice za dobro počutje in dostojanstvo starejših, potrebnih dolgotrajne oskrbe)
 - 2.2. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life, Maša Birsa (Svetovni atlas paliativne oskrbe ob koncu življenja)
 - 2.3. Intruder in the family, Ksenija Ramovš (Vsiljivka v družini)
 - 2.4. On the topic of the maltreatment of elderly on european level, Ana Vujović (Obravnavanje problematike trpinčenja starejših na evropski ravni)
 - 2.5. Small contributions from gerontological literature, Tjaša Mlakar, Ana Vujović (*Drobci iz gerontološke literature*)
 - 2.6. Events, Tjaša Mlakar (*Dogodki*)
3. **Glossary of gerontology and intergenerational terms** (*Gerontološko in medgeneracijsko izrazje*)
 - 3.1. Respite care of family caregivers, Jože Ramovš (*Razbremenilna pomoč*)
4. **Symposiums, workshops** (*Simpoziji, delavnice*)
 - 4.1. Conference EAST in Görlitz Conference, Ana Vujović (Konferenca EAST raziskovalne mreže)
5. **Interview** (*Intervju*)
 - 5.1. Physiotherapy brings elderly people back on their feet, Ivanka Bižal and Ksenija Ramovš (Fizioterapija postavi starega človeka ponovno na noge)
 - 5.2. Advices of Ivanka Bižal on the nursing of the patient in home environment (Nasveti Ivanke Bižal za negovanje bolnika v domačem okolju)

Most of the articles in this issue are related to the field of long term care. The reason why the only Slovenian scientific and professional journal in the field of aging and intergenerational relations pays so much attention to this question is a strong desire that Slovenia adopts a quality legislation on long-term care as soon as possible - taking into account the examples of good practices and the knowledge from other European countries as well as the applicable data of Slovenian population on the needs, abilities and standpoints.

The main subject of this issue is the respite support for the informal caregivers; it is discussed from different aspects.

The review article (Ksenija Ramovš) *Family caregivers' respite care from perspective of the US and some European countries* results from the data, that around 70-90% of the care of ageing infirm, disabled and chronically ill people is covered by family caregivers in Europe. It is impossible to imagine sustainable long term care system without them. In the context of today's living conditions it becomes increasingly hard for the family caregivers to perform their care role. Their most pressing need is the professional and public support to provide the relief to the caregivers. The author relies mainly on the article *Improving Policies for Caregiver respite Services* (Rose et al., 2015), which reports about the situation in this field and about respite efforts of the family caregivers in the United States. The systematic overview of the condition, measures and dilemmas not only responds to the needs of the family caregivers in Slovenia, but it is also relevant for the decisions makers of the Slovenian system and legislation on the long-term care. The measures for the relief of family caregivers are in fact one of the basic standpoints of the modern legislations on long-term care.

The Family caregivers' respite care is also discussed as a professional term in section of Gerontological terminology.

The extensive expert interview with the retired physiotherapist Ivanka Bižal on her knowledge and experience in her many years of professional work is close to this topic. Ivanka Bižal is known as one of the pioneers of the implementation of the in home physiotherapy in Slovenia. Among the people she is appreciated for her successful work with people that are recovering after the stroke and the fractures. Among her experience are the following: careful understanding and the consideration of the relationship between the patients and the family members, the material conditions at home and good intensive cooperation with the relatives of the caretaker. At the end of the interview the four pages of the specific tips of Ivanka Bižal for patient's home care are listed.

Psychology review scientific article *The role of grandparents in the lives of their grandchildren* written by Tjaša Mlakar is the result of her comprehensive study and fieldwork research on this subject. In Slovenia there is little information on how the relationship between grandparents and grandchildren is changing over time. The question is important because the majority of grandparents live in close proximity to grandchildren. She examined 344 adolescents between 12 and 22 years old. The result is summed up in six scales that describe the relationship between grandchildren and grandparents: time, spent together, common interest, confidentiality, antagonism, mutual assistance and the past. Her findings show that grandparents are more involved in the lives of young adolescents compared to middle and late adolescence. Furthermore, the grandchildren form similar emotional bond with grandmothers as with grandfathers, the grandmothers spend more time with grandchildren and were in the past more involved in their lives compared to grandfathers. Further findings show that grandchildren trust more their grandmothers compared to their grandfathers, that older grandparents are more involved in the lives of their grandchildren compared to younger grandparents and that grandparents with health problems spend

less time with their grandchildren compared to those without problems. Findings of this research present an important contribution for the development of programs and methods of long-term care. The integration of the small existing population of grandchildren in the care process is a big professional challenge, since this generation of the grandchildren in their middle-age will dictate the regulation of the care for their parents' generation.

Many of the reviews and brief contributions taken from the foreign and national literature are in some way connected to the long-term care.

An important document *WeDO - European Quality framework for long-term care services* is presented at the beginning of this section. It was formed as a result of the large European project carried out under AGE Platform Europe leadership. Its title *Well-being and dignity of old people* reflects awareness that for good long-term care not only quality of service has to be taken in consideration and developed but also quality of relationship between caregivers and caretakers, their dignity and well-being.

A review titled *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life, 2014* reflects on the palliative care systems around the world. Slovenian health system introduced few experimental palliative centers in Slovenia and is trying to achieve an expansion of the palliative care throughout the whole health system.

Over the last two decades civil Slovenian society Hospic has been working on establishing volunteer palliative accompaniment of dying at home and support groups for grieving. In collaboration with the Municipality of Ljubljana Hospic lead the only stationary hospice house for the dying in Slovenia. Comparative review of the palliative care systems is consequently important as much for the development of the hospices as for the development of the public palliative care system in Slovenia.

European report on preventing maltreatment of elderly, published by WHO Regional Office for Europe, contains several novel findings and information on maltreatment of elderly people. For the development of the Slovenian national system for long-term care as well as modern care programmes are especially interesting chapters concerning risk factors for maltreatment of elderly people, chapters on protective factors and possibilities for future development of the field of prevention of maltreatment of elderly people. It is known that the majority of the maltreatment of the elderly takes place within the family and that it is often due to the exhaustion of the family caretakers. The importance of the novel findings published in the above mentioned document will therefore lie also in reshaping and development of the organisation of respite care for family caretakers.

Conference *Eastern-European Ageing Societies in Transition* in Görlitz, 11-13 July 2015 was presented by Anton Trstenjak Institute employee Ana Vujović. Important topic of discussion was depopulation of the rural areas as a consequence of ageing and migration. Findings on this topic can be used for the formation of the programs for Slovenian Municipalities included into Slovenian Network of Age-friendly Cities and Communities that have large number of old people in their area.

Complete journal together with English abstracts is published on the Anton Trstenjak Institute's website: <http://www.inst-antonatrstenjaka.si/tisk>.

POSLANSTVO REVIE 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 **celotno 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. Vođena 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. 18, ŠT. 2, 2015

Good quality of old age

VOL. 18, NUM. 2, 2015

ZNANSTVENI IN STROKOVNI ČLANKI

SCIENTIFIC AND EXPERT ARTICLES

Tjaša Mlakar

- | | | |
|---------------------------------|---|--|
| Stari starši v življenju vnukov | 3 | The role of grandparents in the lives of their grandchildren |
|---------------------------------|---|--|

Ksenija Ramovš

- | | | |
|---|----|--|
| Razbremenitev družinskih oskrbovalcev z vidika ZDA in nekaterih evropskih držav | 22 | Relief of family caregivers from the perspective of the US and some European countries |
|---|----|--|

IZ GERONTOLOŠKE LITERATURE

34

REVIEW OF GERONTOLOGICAL LITERATURE

GERONTOLOŠKO IZRAZJE

58

GLOSSARY OF GERONTOLOGY TERMS

SIMPOZIJI, DELAVNICE

61

SYMPOSIUMS, WORKSHOPS

INTERVJU

65

INTERVIEW

KAKOVOSTNA STAROST

83

GOOD QUALITY OF OLD AGE



INŠTITUT
ANTONA TRSTENJAKA

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

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