

# Kakovostna starost

REVIJA ZA GERONTOLOGIJO IN MEDGENERACIJSKO SOŽITJE  
LETNIK 25 (2022), ŠTEVILKA 3



INŠTITUT ANTONA TRSTENJAKA

# **KAKOVOSTNA STAROST**

letnik 25, številka 3, 2022

## **UVODNIK**

## **ZNANSTVENI IN STROKOVNI ČLANKI**

- 3 Franc Imperl: Kaj smo se pri delovanju ustanov socialnega varstva naučili iz praks v Zahodni Evropi
- 38 Domen Zupančič: Kakovostna dolgotrajna oskrba in rekonstrukcije domov za starejše
- 56 Igor Šivec Trampuž: Siva mrena in starost

## **IZ GERONTOLOŠKE LITERATURE**

- 65 Evropska strategija za oskrbo (Alen Sajtl)
- 66 Kakšne so prednosti stika z naravo? (Katja Bhatnagar)

## **GERONTOLOŠKO IZRAZJE**

- 69 Oskrbovalni sistem (Jože Ramovš)

## **SIMPOZIJI, DELAVNICE**

- 70 Srečanje delovnih skupin združenja Eurocarers

## **DRUŽINSKI OSKRBOVALCI**

- 74 Tiskovna konferenca o neformalnih oskrbovalcih (Ajda Cvelbar)

## **GOOD QUALITY OF OLD AGE**

- 79 Good Quality of old age: Journal for Gerontology and Intergenerational Relations, Vol. 25, Num. 3, 2022

Uvajanje sodobnega evropskega sistema integrirane dolgotrajne oskrbe v krajevni skupnosti se v Sloveniji odlaša že četrto stoletje. Ta naš zaostanek je nelogičen. Oskrba ljudi, ki potrebujejo redno pomoč pri vsakdanjih opravilih, je prvobitna človeška solidarnost od nastanka naše vrste. Visoka raven solidarnosti je slovenska značilnost; nad petina prebivalstva je na primer v gasilskih društvih, ki doprinašajo izjemen prispevek skupnosti pri reševanju požarov, poplav in drugih nesreč, pri medgeneracijski vzgoji za solidarnost in pri organiziranju krajevnih vesellic.

Sedaj imamo sprejet zakon o dolgotrajni oskrbi, uresničevanje pa se odmika. Javni govor poteka skoraj izključno o financiranju. Ta steber socialne varnosti pa je v primerjavi s pokojninskimi in zdravstvenimi zelo majhen, v teh dveh zavarovanjih pa že zdaj zbiramo za polovico dolgotrajne oskrbe. Dokler politika ne doseže soglasja za novo zavarovanje z vsemi socialnimi partnerji in upokojenci ob širokem informiranju in ozaveščanju vseh državljanov, je mešana rešitev doplačevanja par sto milijonov evrov letno iz državnega proračuna stvarna možnost; čisti zavarovalniški sistem in čisti proračunski sistem – prvega ima že nad četrto stoletje Nemčija, drugega Avstrija – delujeta enako dobro. Prav tako stabilno pa deluje mešani zavarovalniško-proračunski sistem – tak je naš pokojninski.

Po desetletjih spremljanja slovenskih razmer na področju dolgotrajne oskrbe in primerjanja z drugimi evropskimi državami sem čedalje bolj prepričan, da je glavni vzrok za naše zaostajanje za Evropo na tem področju neznanje. Za vzpostavitev sodobnega sistema dolgotrajne oskrbe ne kažejo zadostnega znanja relevantne stroke; to je na primer ugotavljala za zdravstveno in socialno področje to jesen na festivalu za 3. življenjsko obdobje okrogla miza o geriatrici in gerontologiji v Sloveniji. Tega znanja ne kažejo politika in uprava na državni in lokalni ravni, ki sta pristojni za uvedbo in izvajanje sistema. Tega znanja ne kažejo mediji, ki so odločilni za informiranje in ozaveščanje prebivalstva. O teh vsebinah poročajo večinoma senzacionalno, pogosto z znanjem o dolgotrajni oskrbi izpred pol stoletja, ko so bili edini javni oskrbovalni program veliki domovi po pretekli industrijski in institucionalizirani paradigmi. Posledica pomanjkljivega znanja o sodobnem razvoju dolgotrajne oskrbe pri strokah, politiki in upravi ter pri javnih medijih je nizka ozaveščenost prebivalstva o tem. Zato se nam dogaja ironija, da nas EU sili v uvajanje sodobnega sistema oskrbe naših ljudi s tem, da nam to postavlja kot pogoj za koriščenje nepovratnih sredstev.

Zato tudi to številko revije dajemo javnosti napolnjeno skoraj v celoti z vsebinami, ki so pri uvajanju sodobnega sistema in zakona o dolgotrajni oskrbi ključnega pomena. Franc Imperl, direktor podjetja za kakovost oskrbovalnih ustanov v Sloveniji ter za usposabljanje njihovega vodstva in kadra, je napisal obsežen članek o več sto izobraževalnih ekskurzijah v oskrbovalne ustanove, ki se v evropskih državah odlikujejo po sodobnih razvojnih rešitvah. Sledi pomembna analiza pravnih aktov in rešitev pri adaptaciji domov (dr. Domen Zupančič, prof. arh.); prikaz sveže Evropske strategije za oskrbo; leksikonska obdelava gerontološkega pojma oskrbovalni sistem; opis srečanja raziskovalnih in političnih delovnih skupin Eurocarers in besedilo tiskovne konference o neformalnih oskrbovalcih (tudi Stecy Yghemonos in Sebastian Fischer iz EU). Edino članek o sivi mreni v starosti (oftalmolog dr. Igor Šivec Trampuž) ne govori o dolgotrajni oskrbi – kot urednik sem ga vesel, saj so ob dolgotrajni oskrbi geriatrične in druge zdravstvene vsebine ves čas zapostavljene.

## **KAKOVOSTNA STAROST** *GOOD QUALITY OF OLD AGE*

Revija za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje

### **Izdajatelj in založnik / Publisher**

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

ISSN 1408 – 869X

UDK: 364.65-053.9

### **Uredniški odbor / Editors**

dr. Jože Ramovš (urednik)

Ajda Svetelšek

Alenka Ogrin

### **Uredniški svet / Editorial Advisory Board**

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

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

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

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

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

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

mag. Ksenija Ramovš (*Inštitut Antona Trstenjaka*)

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

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

### **Mednarodni uredniški svet / International Advisory Board**

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

prof. dr. David Guttmann (*Faculty of Welfare and Health Studies, School of Social Work,  
University of Haifa, Izrael*)

dr. Andreas Hoff (*Oxford Institute of Ageing, VB*)

dr. Iva Holmerová (*Centre of Gerontology, Češka*)

prof. dr. Ellen L. Idler (*Institute for Health, Health Care Policy and Aging Research, Rutgers University, ZDA*)

dr. Giovanni Lamura (*National Research Centre on Ageing – INRCA, Italija*)

Povzetki člankov so vključeni v naslednjih podatkovnih bazah:

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

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

**Tisk:** Itagraf d.o.o. Ljubljana

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

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

E-pošta: [info@inst-antonatrstenjaka.si](mailto:info@inst-antonatrstenjaka.si)

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

---

## Franc Imperl

---

# Kaj smo se pri delovanju ustanov socialnega varstva naučili iz praks v Zahodni Evropi

---

### POVZETEK

Na področju socialnega varstva smo se v Sloveniji že zelo zgodaj po osamosvojitvi zavedali pomena povezovanja in medsebojnega učenja na nivoju Evrope. Pri tem so imeli pomembno vlogo različni izobraževalni programi in programi za usposabljanje. Daleč največ programov in vključevanja tujih strokovnjakov je od leta 1993 prispevala družba FIRIS IMPERL d.o.o. – razvojni inženiring socialnega varstva. Posebno vlogo so pri tem imele strokovne ekskurzije v države zahodne, srednje in delno tudi vzhodne Evrope. Da so strokovne ekskurzije **učinkovita metoda učenja**, so z leti v sklopu izobraževalnih programov družbe FIRIS vse bolj spoznavala vodstva in zaposleni v dejavnosti socialnega varstva. Na ta način so spoznavali različne vsebine in programske podsisteme in jih povezovali z znanim na osnovi lastnih izkušenj. Razmišljali so, kako lahko tako pridobljeno znanje uporabijo v praksi. Vsak del Evrope je ponudil nekaj svojega, za nas izvirnega in uporabnikom prijaznega. Učenje na osnovi praks različnih pristopov in predvsem različnih kulturnih okolij nam je omogočilo ustvarjalno razmišljanje in iskanje nadaljnega razvoja, ki odgovarja naši kulturi in našim razmeram. Obiski tujih strokovnih ustanov socialnega varstva so omogočili enkrat skromnejši, drugič bogatejši dialog in vzajemno razpravo. Tudi na osnovi vsebin strokovnih ekskurzij danes vemo, kje smo, v čem smo dobri in v čem zaostajamo. Če vemo to, lažje načrtujemo strateške cilje za nadaljnji razvoj dejavnosti socialnega varstva.

**Ključne besede:** domovi za starejše, deinstitucionalizacija, integrirana dolgotrajna oskrba, avtonomni delovni timi, domovi IV. generacije, gospodinske skupine, kultura usklajenih odnosov, validacija, upravljanje kakovosti.

### AVTOR

*Franci Imperl je psiholog, ki je med drugim opravljal službo direktorja centra za socialno delo ter bil namestnik ministra za družino in socialno varstvo v prvi slovenski vladi. Leta 1993 je ustanovil izobraževalno in razvojno družbo na področju socialnega varstva FIRIS IMPERL d.o.o. V sklopu evropskega projekta je skupaj s predstavniki šestih evropskih držav sooblikoval model upravljanja kakovosti v socialno varstvenih organizacijah E-Qalin. Skozi tri desetletja je bil intenzivno vpet v razvoj sistema in metod dela na področju dolgotrajne oskrbe; na tem področju je viden njegov prispevek na nacionalni ravni. Zadnja leta se posveča razvoju konceptov na področju oskrbe starejših, še posebej integrirane dolgotrajne oskrbe v lokalni skupnosti.*

## ABSTRACT

### **What have we learned from Western Europe practices in the operation of social protection institutions?**

After its independence, Slovenia was aware of the importance of networking and mutual learning at European level in the field of social care activities. Various education and training programmes have played an important role. By far the largest contribution to programmes and the involvement of foreign experts since 1993 has been made by FIRIS IMPERL d.o.o. - Development Counselling in Social Care. In particular, the professional excursions to the countries of Western, Central and partly also Eastern Europe have played a significant role in this. Over the years, the professional excursions proved to be an effective method of learning, which has been increasingly recognised by the management and employees of the social welfare sector in the context of FIRIS' training programmes. In this way, they have learned about the different contents and subsystems and linked them to their practice and their own experience, reflecting on how they could apply the knowledge they had acquired in practice. Each part of Europe offered something different, original and user-friendly. Learning from the practices of different approaches and, above all, from different cultural backgrounds allowed us to think creatively and to find further developments that respond to our culture and our situation. Visits to foreign professional social welfare institutions have allowed for dialogue and mutual discussion, sometimes more modestly, sometimes more richly. Today, we know where we are, where we are good and where we are falling short, what it enable us to plan strategic objectives for the further development of social care activities.

**Key words:** care homes, deinstitutionalisation, integrated long-term care, autonomous working teams, 4th generation of nursing homes, co-housing groups, culture of harmonious relations, validation, quality management.

## AUTHOR

**Franci Imperl** is a psychologist who worked as Director of the Centre for Social Work and Deputy Minister for Family and Social Welfare in the first Slovenian government. In 1993 he founded FIRIS IMPERL, an educational and development company in the field of social welfare. As part of a European project, together with representatives of six European countries, they developed the E-Qalin model of quality management in social welfare organisations. Over three decades, he has been intensively involved in the development of systems and methods of work in the field of long-term care; his contribution can be recognised at national level. In recent years, he has been working on the development of concepts in the field of care for the older people, especially integrated long-term care in the local community.

## 1 UVOD

Demografske spremembe, iskanje ustreznih rešitev na področju politike in financiranja dolgotrajne oskrbe, predvsem razvoja programov in storitev na tem področju, so stalnica zadnjih desetletij in zadevajo celotno Evropo. Evropske države so imele na tej poti različne objektivne možnosti, različno filozofijo ter vrednote, ki so vplivale na razmišljanje in razvoj sistema socialnega varstva, obremenjene so bile s težo različnih nahrbtnikov lastne preteklosti. Slovenija se je po drugi svetovni vojni oddaljevala od zasebnih oz. civilnih pobud in pluralnih programskih rešitev, stavila je samo na »neoporečnost« ter »stabilnost« javno organizirane mreže programov in storitev ter razvijala kulturo, v kateri so bile zasebne pobude nevarne ter povezane s sumom nepoštenega ravnanja.

Izjema je bilo kratko, le nekaj let trajajoče obdobje po osamosvojitvi Slovenije. Velik del strokovne javnosti s področja socialnega varstva je takrat začutil neopredeljeno upanje, bolj emotivno kot racionalno, da se bodo odprle možnosti, da bomo lahko na lastno pobudo ter v luči lastnih idej »spočeli« nove programe, odpirali posameznikom primerne rešitve. Zelo pomembno je bilo, da so strokovni delavci našli pri tem ustvarjanju notranje zadovoljstvo ter pridobili občutek smiselnega dela. Dobro se spomnim številnih razvojnih programov in projektov, predvsem v okviru centrov za socialno delo. V nekaj letih je nastala paleta aktivnosti, o katerih smo lahko prej samo sanjali. Pobudniki so bili posamezniki, strokovni delavci, ki so bili prepričani, da lahko ponudijo ustrezen odgovor na mnoge aktualne socialne probleme oz. potrebe depriviligiranih posameznikov oz. skupin. Občutili so, da bodo lahko nekaj naredili in ustvarili, pri tem pa okrepili tudi lastno samopodobo. Vodil jih je emotiven in ustvarjalen naboj. Družbena realnost ter upravljanje centrov za socialno delo pa na žalost temu ni sledila. Rezultat tega je bilo razočaranje, obup, opuščanje programov in projektov; izgubljena je bila izredna priložnost.

Področje institucionalne oskrbe starejših je bilo takrat še precej omrtvičeno, tlelo pa je upanje. Bolj kot nastajanje novih rešitev in programov sem po letu 1995 zaznal optimizem; direktorji domov za starejše takrat še niso vedeli »kaj ter kako«, čutili so pa, »da se nekaj dogaja«. Bili so zvedavi, kaj bi lahko spremenili, izboljšali, mnogi so prišli pri tem do idej po manjših spremembah, morda kako pozitivno presenetiti stanovalce doma ob prihodu v jedilnico s prti na mizah, šopki rož, pogrinjki s krožniki iz porcelana ipd. Okoli leta 2000 se je bilo vedno več direktorjev in vodstvenih timov domov za starejše, ki so začeli uvajati strukturne spremembe v smislu posodabljanja bivalnih prostorov, nekateri celo organizacije dela. Osvajali so spoznanja četrte generacije domov za starejše in procesov normalizacije v sklopu gospodinjstev skupin. Spoznanju, da je v domovih vse več oseb z demenco, je sledilo intenzivno izobraževanje zaposlenih za delo z osebami z demenco. Kmalu za tem so nekateri domovi začeli uvajati

modele upravljanja kakovosti, predvsem E-Qalin. V zadnjem desetletju je pri razvoju domov v ospredju uvajanje odnosnega modela oz. koncepta kulture usklajenega odnosa, ki postavlja nove možnosti za kakovostno življenje oseb v institucionalni oskrbi. Na vidiku so modeli integrirane dolgotrajne oskrbe, ki po eni strani omogočajo uvajanje pete generacije domov za starejše, po drugi pa oblikovanje mreže integrirane dolgotrajne oskrbe v lokalni skupnosti, ki zahteva intenzivnejšo povezavo z lokalnim okoljem, vzpostavitev socialne interakcije in integracijo občanov lokalne skupnosti v skupno skrb za dobrobit starejših.

Institucije na področju varstva oseb s posebnimi potrebami so bile že takoj po osamosvojitvi zelo aktivne. Pri nekaterih (npr. v Centru za usposabljanje, delo in varstvo Dolfke Boštjančič v Dragi pri Igu) se je ta proces pričel že med letom 1980 in 1990. Glavna karakteristika razvoja ustanov za osebe s posebnimi potrebami (varstveno delovni centri, centri za usposabljanje, delo in varstvo) je bil sodoben pristop, tako na organizacijskem kot tudi vsebinskem, konceptualnem področju. CUDV Črna na Koroškem je pod vodstvom takratnega direktorja Marijana Lačna že leta 1991 izdelal metodologijo individualnega programiranja in uvedel posebne oblike obravnav (Gestalt, modifikacija, usposabljanje z gibom) ter organiziral prve zimske igre specialne olimpijade Slovenije. Leto kasneje so ustanovili kar šest manjših organizacijskih enot zavoda in s tem prispevali k pre-raščanju totalne ustanove v uporabnikom prijaznejše bivalno okolje, primerljivo družinski skupnosti. CUDV Dolfke Boštjančič v Dragi je pod vodstvom direktorja Dušana Parazajda od leta 1985 naprej vlagal energijo v strokovni razvoj in začel zelo hitro uvajati novosti. Uvedli so program kratkotrajnih sprejemov (namestitvev), kar je zmanjšalo potrebo po celodnevem varstvu. Uvedli so pomoč na domu, počitniško varstvo, dnevno varstvo, krizni sprejem in razvijali različne socialne, vzgojno izobraževalne ter zdravstvene programe. Od leta 1991 do 1994 so skupaj s sorodnimi organizacijami iz Nizozemske in Nemčije izdelali program usposabljanja varušek, ki so ga nato izvajali kakšnih deset let. Na področju varstveno delovnih centrov sta svojo pionirsko razvojno vlogo odigrala predvsem VDC Tončke Hočevar v Ljubljani in VDC Zagorje ob Savi. Ugotavljamo, da so mnoge ustanove za osebe s posebnimi potrebami vsaj za 20 let prehitile razvoj domov za starejše.

Pri tej zgodbi so imeli pomembno vlogo različni izobraževalni programi oz. programi za usposabljanje. Daleč največ programov in vključevanja tujih strokovnjakov je od leta 1993 prispevala družba FIRIS IMPERL d.o.o. – razvojni inženiring socialnega varstva (v nadaljevanju FIRIS). Kot ustanovitelj družbe sem ob pogledu nazaj ponosen na vse kar smo naredili ob majhnem številu zaposlenih z vztrajnim in ciljno usmerjenim delom.

Naš poudarek v prvih letih je bil predvsem na predstavitvi teoretičnih osnov dela pri posameznih izvajalcih socialno varstvenih storitev in programov. Pri izobraževalnih programih za vodstvene kadre smo vključevali večje število tujih



predavateljev, katerih pogledi oz. predstavitve so nas na prvi pogled zelo nagovorili, v formalnih razpravah kot neformalnih pogovorih pa se je pokazalo, da imamo o povedanem različne predstave. Ko sem pozneje sodeloval v nekaterih mednarodnih projektih ali programih, sem bil deležen podobne izkušnje. Organizacijo dela, vsebine in programe na področju socialnega varstva so z vidika družbenega sistema, vpletenosti civilne sfere ter prepoznave teže ambulantnih in stacionarnih socialno varstvenih programov za socialno blaginjo družbe v večjem delu zahodne Evrope prepoznavali precej drugače kakor v Sloveniji; in sicer tako pri bazičnem socialnem delu, kakršno je v centrih za socialno delo, kot tudi na področju oskrbe starejših. V naših glavah so bile v določenih zadevah oblikovane drugačne miselne sheme, izhajali smo iz več ali manj drugačnih izkušenj, praks in družbenih vrednot. Pogosto smo imeli probleme pri razumevanju posameznih besed oz. terminov, ki so bili udomačeni v zahodni kulturi, nam pa precej neznani.

To je bilo vodilo, da smo pri FIRISu že zelo zgodaj uvedli ob vključevanju tujih strokovnjakov v izobraževalne programe tudi strokovne programe, ki smo jih začeli leta 1994, v sklopu t. i. strokovnih ekskurzij v države zahodne, srednje pa delno tudi vzhodne Evrope.

Ena prvih zelo pomembnih izkušenj je bilo udejanjenje načela usmerjenosti na človeka, spoštovanje individualnih potreb stanovalca v domovih za starejše, upoštevanje njegove biografije ter uvedba struktur in procesov, ki so zagotovili visoko stopnjo normalizacije življenja kljub institucionalnemu okolju. Na tem področju je odigral pionirsko delo Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) iz Kölna z opredelitvijo in razvojem domov četrte generacije. Prvo predavanje na to temo je imel že leta 1995 v sklopu naših programov arhitekt Hans-Peter Winter, vodja projektiranja domov četrte generacije v Nemčiji in Avstriji.

To je bilo tudi leto, ko smo v družbi FIRIS začeli z organizacijo strokovnih ekskurzij. Pri institucionalnih oblikah oskrbe starejših so bili tako v prvem planu domovi četrte generacije, ki smo jih na začetku prepoznavali kot strukturno in organizacijsko zanimivo rešitev, pozneje pa vse bolj kot nov koncept z izrazitim poudarkom na normalizaciji življenja. Osnovni pojem četrte generacije domov za starejše so hišne skupnosti oz. gospodinjske skupine; takšno poimenovanje skupine v domovih četrte generacije se je udomačilo.

## **2 DOMOVI ČETRTE GENERACIJE**

Pri modelu hišnih skupnosti gre za fleksibilno bivalno okolje, ki se funkcionalno prilagaja stanovalcem. Ustvarja namreč podobo družine in družinskega življenja, kot so ga starostniki vajeni od doma. Odslikava družinskega stila bivanja pomembno vpliva na funkcioniranje starostnikov, saj smo ljudje socialna bitja, izreden, eksistenčni pomen pa imajo medosebni odnosi.

Pomembno vlogo v hišni skupnosti ima skupinska kuhinja. Koncept majhnega prostora, kakršen je skupna kuhinja, omogoča, da so stanovalci soudeleženi pri kuhanju in gospodinjstvu in tako podoživljajo procese iz svojega življenja. Seveda gre tu predvsem za pasivno soudeležbo ob pogledu na kuhanje oz. pripravo hrane, ob vonjavah, povezanih s kuhanjem, in pogovorih, ki se ob tem sprožijo.

Velik del aktivnosti se v hišni skupnosti zgleduje po vsebinah, ki se skladajo z biografijo stanovalcev. Struktura dneva je takšna, kot jo stanovalci, med katerimi so v celoti ali delno tudi osebe z demenco, poznajo, kar pomeni, da se prilagaja posameznikovim izkušnjam, potrebam, navadam in željam.

Hišna skupnost omogoča samostojno življenje stanovalcev in olajša delo zaposlenih v delovnem timu. Ta decentralizacija prinaša več osebnega občutka in možnost oblikovanja pristnejših medsebojnih odnosov. V hišno skupnost je prenešenih čim več gospodinjskih opravil.

Vsaka hišna skupnost ima svoj stalni tim zaposlenih oz. avtonomni delovni tim (ADT). Zaposleni v ADT so dodeljeni eni hišni skupnosti in pri njih izvajajo v velikem obsegu vsi vse (osnovna in socialna oskrba, organizacija ter izvedba gospodinjskega dela in organizacija življenja v skupini). Del storitev, ki jih izvaja ADT, so storitve zdravstvene nege v ožjem smislu, ki jih izvajajo medicinske sestre oz. zdravstveni tehniki, ki so prav tako člani ADT.

S tem namenom smo obiskali prvi dom četrte generacije v Nemčiji, AWO-Seniorenwohnpark im Diessen, ki je bil zgrajen v 90-tih letih prejšnjega stoletja. V domu z vsega 44 stanovalci je 6 hišnih skupnosti. V vsaki hišni skupnosti dela avtonomen delovni tim. V domu zagotavljajo tudi kratkotrajno namestitvev in dnevno oskrbo. Organizirano imajo svetovalno službo, namenjeno neformalnim oz. družinskim oskrbovalcem.

Od leta 1995 dalje smo naslednjih 20 let z različnimi skupinami vodstvenih, strokovno svetovalnih ali negovalno/oskrbovalnih delavcev iz domov za starejše in posebnih socialno varstvenih zavodov obiskovali domove, zgrajene ali obnovljene po konceptu domov četrte generacije. Med temi so bili Seniorenheim Itzling v Salzburgu, Haus für Senioren v Linzu, Altenpflegeheim Sonnenhof v Schildauu, Seniorenhaus Kagran na Dunaju, Sozialzentrum Kloster Nazareth v mestu Stadl Paura, St. Elisabeth Pflegeheim v Bad Griesbachu, Senioren- und Pflegeheim Husarenpark v mestu Torgau, CBT-Wohnhaus Katharinenstift v Remschaidu, itd. V vseh teh domovih so oblikovali hišne skupnosti od 8 do 13 stanovalci.

Leta 2009 smo obiskali Haus Christophorus v Hildesheimu, ki je bil grajen v letih 1999-2001 s sredstvi Zvezne republike Nemčije kot modelni dom za starejše v regiji. V pritličju stanovanjskega kompleksa za starejše z atrijem in senzornim vrtom so štiri stanovanjske skupnosti za skupno 48 stanovalcev. V domu imajo organizirano tudi dnevno varstvo, v dveh nadstropjih je še 37 oskrbovanih stanovanj.

Alten und Pflegeheim Singen smo obiskali leta 2008. Da bi se izognili občutku velikega objekta v manjšem mestu, so zgradili sodoben dom v dveh objektih,

kjer je umeščenih 7 hišnih skupnosti po 10 stanovalcev. Kot tretji objekt je v neposredni bližini obeh bivalnih objektov zasnovan skupni oz. javni prostor, s kavarno in prostorom namenjenim druženju in medgeneracijskemu sodelovanju.

Poseben primer preoblikovanja klasičnega v sodoben dom četrte generacije je Haus für Senioren v Welsu. Zaradi posrečenega in razvojno naravnane pristopa sem ga predstavil v različnih letih vsaj trem skupinam udeležencev strokovnih ekskurzij. Dom je bil zgrajen leta 1918, leta 2005 pa so ga obnovili in razširili z novo stavbo. V celoti ima danes dom 7 hišnih skupnosti po 10 do 12 stanovalcev. Na sredini, med starim in obnovljenim ter novim delom doma je domska kavarna, ki nudi od 11.00 do 14.00 ure tudi malice in kosila za zunanje obiskovalce in je stečičke stanovalcev doma in stanovalcev neposredne okolice.

Christian-Dierig-Haus v Augsburgu smo obiskali z več skupinami, saj ima 11 hišnih skupnosti z izrazito avtonomijo vsakega delovnega tima na nivoju posamezne hišne skupnosti. Predstavili so nam tudi koncept ekonomske avtonomije posamezne hišne skupnosti oz. delovnega tima, kjer ima le-ta tedensko vsoto denarja, s katerim razpolaga in oblikuje skupini primerne izbore tako pri hrani kakor pri prostočasnih aktivnostih. Avtonomija močno poveča motivacijo za delo in konkretizira razmišljanje skupnosti, predvsem pa delovnega tima, kako oblikovati okolje in vsebine primerne stanovalcem.

### **3 SPECIALIZIRANI DOMOVI ZA OSEBE Z DEMENCO**

Veliko domov četrte ali celo pete generacije je v celoti namenjenih osebam z demenco. Gre za specializirane domove za osebe z demenco, ki so bodisi manjši po kapaciteti in pokrivajo potrebe lokalne skupnosti ali večji, ki specializirano obliko oskrbe oseb z demenco ponujajo na nivoju širšega lokalnega oz. regionalnega področja.

Eden od specializiranih domov je evropsko in svetovno znana vas Hogewey za osebe z demenco (Hogewey Dementia Village) v mestu Weesp na Nizozemskem. Hogewey kot dom za osebe z demenco je prava soseka z ulicami, trgi in parkom. Tu živijo osebe z demenco v eni od 23 hiš, skupaj s 6 do 7 sostanovalci, s katerimi delijo enak življenjski slog. Vsak dom ima stalno ekipo negovalcev. V hišah vodijo samostojno gospodinjstvo, ki je pravo nasprotje načina bivanja in življenja v tradicionalnem domu za starejše. Običajno življenje vključuje tudi vsakodnevne dejavnosti, kot so opazovanje in vonjanje kuhajoče se hrane, zlaganje perila ali izhod in nakupovanje. Stanovalcem nudijo veliko svobode, še naprej se odločajo sami, v prepoznavnem okolju, kjer je dobro počutje na prvem mestu. Da to deluje, je opazno vsak čas pri stiku s stanovalci. Zato ne preseneča, da je za to edinstveno bivalno območje za ljudi z demenco veliko zanimanja z vsega sveta. V sklopu vasi Hogewey je tudi gledališče, restavracija, kavarna, priročna trgovina, internetna kavarna, frizerski in kozmetični salon. Vse je namenjeno

tako stanovalcem te vasi kakor tudi občanom mestne četrti, v kateri se nahaja. Vas Hogewey smo zaradi teh posebnosti obiskali z različnimi skupinami že štirikrat, prvič leta 1999, ko so bivali še v starih objektih, nato leta 2005, 2019 in 2021, ko so že vzpostavili omenjene sodobne bivalne prostore in vse dodatne strukture.

Izredno zanimiv je bil tudi dom za osebe z demenco Seniorenpflege Polle v Nemčiji s 66 osebami z demenco. Med več gospodinjskimi skupinami je bila tudi skupina z redkejšo obliko demence, sindrom Korsakova. Sindrom Korsakova, ki ga imenujemo tudi alkoholna demenca, je nevrološko stanje povzročeno praviloma z zlorabo alkohola, je pa možno, da ga sproži tudi aids, rak, kronične okužbe, ledvična dializa, anoreksija in nezmožnost telesa, da absorbira hranila iz jedi. Posledica je pomanjkanje vitamina B1 (tiamina). Možgani osebe s pomanjkanjem tiamina so namreč manj sposobni za predelavo sladkorja v energijo, ki jo možgani potrebujejo za svoje delovanje. Sindrom vpliva na življenjsko dobo osebe, simptomi pa so predvsem vsakodnevna zmedenost in izguba spomina.

V tem domu smo prepoznali, kako pomembno je, da vsi zaposleni, ne glede na delo, ki ga opravljajo, od čistilke, tajnice in vse do direktorja, dobro poznajo posebnosti in način ravnanja z osebami z demenco. Osebe z demenco so se prosto gibale po domu in njegovi okolici, saj ima veliko ograjenih parkovnih površin. To, da je oseba z demenco iz gospodinjske skupine »zašla« v pisarno k direktorju ali tajnici, kjer je ostala ob neki aktivnosti dve ali tri ure, je bilo povsem običajno. Tudi vodje ali zaposleni izven delovnih timov posameznih gospodinjskih skupin so bili izurjeni v vseh tehnikah dela in komuniciranja z osebami z demenco. Dom smo obiskali dvakrat, prvič leta 2002.

Specializiran dom za osebe z demenco, ki ima veliko skupnega z našimi pozneje nastalimi dislociranimi enotami domov za starejše, kot npr. enota Stročja vas v sklopu DSO Ljutomer ali enota za osebe z demenco v sklopu DS Lendava, je Gradmann Haus v Stuttgartu. Dom ima samo dve skupini po 12 oseb z demenco v dveh krakih črke U. Vmes je ogromen atrij z veliko parkovne površine, kraka pa povezuje vezni krak, kjer je v pritličju še dnevno varstvo prav tako za 12 oseb z demenco in ambulanta za pomoč družinskim oskrbovalcem svojcev, zbolelim za demenco. V prvem nadstropju veznega kraka je nekaj oskrbovanih stanovanj, namenjenih predvsem zakoncem oseb z demenco, vključenih v eno od dveh gospodinjskih skupin. Dom smo pred približno dvajsetimi leti obiskali dvakrat.

Posebno pozornost sem pri izboru programov v sklopu strokovnih ekskurzij po letu 2010 namenil specializiranim domovom za osebe z demenco, ki so imeli v sklopu skupin tudi t. i. oazo. Od 90-tih let naprej je veljalo, da so za osebe z demenco vseh stadijev najprimernejše gospodinjske skupine. Vendar so specializirani domovi za osebe z demenco ugotovili, da so zaposleni in stanovalci v marsikaterem pogledu zadeli ob svoje skrajne meje. Skupno bivanje z osebami z najtežjo obliko demence je v domskih skupnostih težavno. Vedno znova se sprožajo krizne situacije z drugimi stanovalci, saj pri nekaterih osebah demenca hitro

napreduje, zato potrebujejo posebne pogoje in večjo zaščito pred izpostavljenostjo v bivalnem okolju. Prevelike količine dražljajev so pri najtežje dementnih povzročali nemir, zavračali so hrano ali celo dobili vročino. Preveč dražljajev lahko pomeni glasno govorjenje, ropotanje posode, klicanje, brnenje zvonca, nestrpna reakcija sostanovalcev ipd. Zato so za osebe z demenco v četrtem stadiju (po Naomi Feil) začeli izvajati program oaze. Dom, kjer je nastala prva oaza, je bil Sonnweid v Wetzikonu v Švici. Sicer je Sonnweid specializiran samo za osebe z demenco. Stanovalcem ponujajo 14 različnih bivalnih in življenjskih možnosti, med katerimi so eksterne bivalne skupine, v Sonnweidu pa bivalne skupine različnih velikosti in stopenj oskrbe, negovalno bivalne skupine ter programi za osebe z najtežjo obliko demence v sklopu oaze. Oaza je velik prostor (100 do 140 m<sup>2</sup>), kjer živi od 6 do 8 oseb z demenco, praviloma v četrti fazi. Stanovalci v prirejenem prostoru z barvami, vonjavami, svetlobo in glasbo doživljajo toplo, ljubeznivo ter varno okolje. Dom smo obiskali prvič leta 2011, nato pa še leta 2016.

Z vidika koncepta oaze je zanimiv tudi dom Vila am Buttermarkt v Adenauu v Nemčiji, ki smo ga obiskali z različnimi skupinami kar trikrat. Dom deluje v dveh objektih; v enem so osebe z demenco, v drugem oskrbovana stanovanja. Tu so torej razvili poseben koncept za osebe z demenco v napredovalnem stadiju, tako imenovani »čutni svet« oz. oazo. V njej prebiva 7 oseb. Kjer klasična medicina in oskrba ne zadoščata več, uporabljajo alternativne metode za podporo dobremu počutju in privlačnost za vsa čutila. To vključuje bazalno stimulacijo, uporabo pojočih posod, arom ali dišav ter uporabo oblog in blazinic. Pozorni so na ustreznost metod za stanovalce.

Njihova posebnost je v tem, da so v neposredni bližini (v nadaljevanju etaže) postavili gospodinjsko skupino za osebe z demenco v drugem in tretjem stadiju. V izogib prevelikim obremenitvam se zaposleni v obeh programih med seboj dogovorijo kje in kdaj bodo delali. Sodelavec tako lahko opravi celotno dnevno delovno obveznost v oazi, lahko pa le nekaj ur dnevno. Spontano se pokaže, kateri delavci radi delajo v oazi in kateri rabijo občasno spremembo. Oskrbovalci morajo znati sami preceniti oceniti svoje moči in odkrito povedati, kdaj je zanje »preveč«. V ospredju je skrb zase; samo delavec, ki je dober do sebe, je lahko dober do drugega. Pomembno je, da obstaja in se ohranja jasna, odkrita in poštena komunikacija v izogib »izgorelosti«.

Sicer pa celotna notranjost doma ne spominja na klasični dom za starejše. Z veliko pozornostjo do detajlov je ustvarjen zelo domač ambient.

### **3.1 POMEN OMEJENEGA ŠTEVILA OSEB Z DEMENCO V GOSPODINJSKI SKUPINI**

V začetni fazi delovanja gospodinjskih skupin za osebe z demenco se je na podlagi izkušenj oblikovalo priporočilo, da mora biti za notranjo dinamiko kot tudi uspešno in individualno delo z osebami z demenco, število stanovalcev od 7

do 8. To so pozneje, denimo v že omenjenem domu v Hogeweyu, tudi znanstveno dokazali, da se za kakovostno delo in življenje oseb z demenco ta številka ne sme preseči, ni pa prave dinamike in dovolj interakcij, če jih je manj kot 6.

Pravila se danes držijo predvsem v državah, ki zmorejo financirati tak normativ, torej v Skandinavskih državah, Luksemburgu, na Nizozemskem, pa tudi v določenih nadstandardnih domovih v Nemčiji, Švici, Avstriji.

Primer spoštovanja kriterija o optimalnem številu oseb z demenco v eni bivalni skupini oz. hišni skupnosti je tudi Seniorencentrum Lich v Nemčiji. 56 stanovalcev biva v 8 hišnih skupnostih. Podobno je v Wohngruppenhaus Clara Zetkin v Brandenburgju. Za osebe z demenco ima dom 3 hišne skupnosti, vsaka po 8 stanovalcev, skupaj torej 24 stanovalcev.

### **3.2 DOMOVI S POSAMEZNIMI GOSPODINJSKIMI SKUPINAMI ZA OSEBE Z DEMENCO**

Od 90-tih let dalje se je v Zahodni Evropi vse bolj uveljavljala praksa posameznih domov za starejše, da so eno ali več skupin v domu spremenili v hišne skupnosti za osebe z demenco. To je bilo obdobje, ko je bilo vse več stanovalcev domov diagnosticiranih z demenco; do povečanja števila oseb z demenco v domovih je prišlo tudi v Sloveniji. Udeleženci strokovnih ekskurzij so kaj hitro prepoznali v posebnih gospodinjstkih skupinah ali hišnih skupnostih dobro rešitev za osebe z demenco, zato je bil vsak obisk deležen precejšnje pozornosti.

Eden že prej omenjenih je Seniorencentrum Christian-Dierig-Haus v Augsburgu, kjer je večina hišnih skupnosti namenjena bolj vitalnim stanovalcem, pa tudi tistim z večjo potrebo po negi in oskrbi. Nekaj hišnih skupnosti od skupno 11 pa je namenjeno samo osebam z demenco.

Tovrstnih obiskanih domov je bilo več. Tako smo leta 2011 obiskali Dom Emil-Sräga-Haus v Singnu, dom s 70 stanovalci in 7 hišnih skupnosti v dveh med seboj povezanih objektih. V vsaki hišni skupnosti je nameščenih 10 stanovalcev, med njimi je tudi nekaj skupin za osebe z demenco.

Splošna ugotovitev je, da je v tujini status osebe z demenco in s tem povezana umestitev v posamezno stopnjo dolgotrajne oskrbe odvisna zgolj od bolezenskega (degenerativnega) stanja in ne od umestitve v posebno (varovano) skupino, kjer so samo osebe z demenco, kakor je v Sloveniji. Povsod velja, tudi če so osebe z demenco vključene v t.i. integrirane skupine, da vsaki osebi z demenco pripada enako doplačilo za dolgotrajno oskrbo. Izvajalec mora poskrbeti, da v enem ali drugem primeru oseba z demenco dobi ustrezno oskrbo, njej primerne bivalne razmere in odosno naravnano komunikacijo. V tem smislu so domovi uvedli življenjski prostor hišne skupnosti, kjer bivajo samo osebe z demenco ali so le-te vključene v integrirane skupine. V obeh primerih so uvedli t.i. referenčne osebe, ki zelo dobro spoznajo navade in razvade manjšega števila stanovalcev hišne skupnosti oz. oseb z demenco v skupinah. Predstavniki obiskanih domov

so navajali, da omenjena oblika organizacije oskrbe in nege pri vseh udeležениh sproža medsebojno spoštovanje ter simpatijo.

Pri tem so predstavniki obiskanih domov pogosto poudarjali, kako pomembno je, da se stanovalcem, tudi osebam z demenco, omogoči izražanje njihove volje, potreb, emocij in želja, svobodo gibanja ter občutek, da še nekaj zmorejo in znajo. Osebe z demenco želijo živeti v okolju, ki ga razumejo in je zanje predvidljivo. Zato morajo biti prostori grajeni brez ovir in po možnosti v pritličju, kar omogoča dostop do zaščitениh zunanjih prostorov oz. vrta. Če te možnosti ni, so pogosto dodali v obliki montažne konstrukcije dovolj velike terase oz. balkone, namenjene celotni skupini.

V obiskanih domovih so tudi poudarjali potrebo, da osebam z demenco omogočimo orientacijo. Pri srednje razviti in napredovali demenci (drugi in tretji stadij demence po Naomi Feil) so se še sposobni zgledovati po zdravih ljudeh, zlasti negovalcih. Če ne vidijo zaposlenega, pogrešajo osebni odnos, begajo po hodnikih in ne najdejo oporne točke. Zato je v vsaki hišni skupnosti tako pomemben socialni prostor, to je skupinska kuhinja z jedilnico, povezano z dnevnim prostorom. V velikih ustanovah vidni stik z zaposlenimi ni vedno možen. V gospodinjstvi skupini oz. hišni skupnosti stanovalci vidijo referenčne osebe pri vsakodnevnih dejavnostih, denimo pri kuhanju, kar jim daje oporo in občutek varnosti.

### **3.3 SODOBNE METODE PRI OSKRBI OSEB Z DEMENCO**

Sodobni koncepti oskrbe oseb z demenco v nekem smislu izvirajo že iz 60-ih in 70-ih let prejšnjega stoletja, ne glede na to, da pionirji sodobnih konceptov o institucionalni oskrbi takrat niso govorili toliko o osebah z demenco, temveč na splošno o starejših v institucijah. Je pa res, da je veliko spoznanj prišlo iz psihiatrije, kjer so bili med psihično bolnimi tudi osebe z demenco.

V sklopu strokovnih ekskurzij smo spoznali različne metode in tehnike dela z osebami z demenco. V času, ko vsega tega v Sloveniji še nismo poznali, je bilo za nas pravo odkritje npr. validacija, ki jo je prvotno razvila Naomi Feil, ali bazalna stimulacija, ki jo je v začetku sedemdesetih letih prejšnjega stoletja razvijal nemški specialni pedagog dr. Andreas Frölich; v sodelovanju s Christel Bienstein pa je bila prenesena na področje oskrbe. Zanimiva tehnika so tudi 10-minutne aktivnosti, ki jih je razvila Ute Schmidt Hackenberg iz Nemčije.

V mnogih domovih, še posebej tistih, ki so bili specializirani za delo z osebami z demenco, smo prepoznali temeljna načela oskrbe oseb z demenco, katerih skupni imenovalec je osredotočenost na človeka. Načela pravijo, da moramo upoštevati celotno osebo, da moramo vsako osebo z demenco obravnavati kot individuum, upoštevati njeno biografijo, poudarjati pri njej to, kar je pozitivno, vzpostaviti komunikacijo in negovati vezi, ji v maksimalni možni meri omogočiti svobodo in minimalizirati kontrolo ter poskrbeti, da bodo, dokler je možno, del skupnosti.

Na osnovi teh spoznanj smo nato vzpostavili različna usposabljanja, ki smo jih v obliki seminarjev organizirali v zadnjih 25-tih letih v Sloveniji.

Kot prvo smo na tej osnovi že leta 1997 povabili Astrid van Hülsen iz Nemčije, predavateljico in izobraževalko validacije po metodi ameriške gerontologinje in sociologinja Naomi Feil, ki jo je razvila v šestdesetih letih prejšnjega stoletja. Do takrat se je delo z ljudmi z demenco omejevalo na terapijo orientacije v realnost: kateri dan je danes, kje se nahajamo, katerega leta smo ipd.

Naomi Feil je pri svojem delu s starimi ljudmi občutila nezadovoljstvo. Prepoznala je, da je ključen problem v komuniciranju. Stari ljudje z demenco so govorili o preteklosti, negovalci so ostajali v svoji sedanosti. Drug z drugim so govorili (če sploh) na različnih ravneh. Ravno na to je postala pozorna. Motena komunikacija je bila velika pomanjkljivost pri delu z demencnimi. Iz znanih teorij in terapevtskih metod ter lastnih razmišljanj je nastala validacija: empatično razumevanje. Validacija ne želi spreminjati človeka, četudi je to pogost stranski učinek, ampak ga sprejemati in razumeti. To, kar govori stari človek z demenco, je veljavno, pravilno – četudi se ne sklada z našo realnostjo. Izjave človeka z demenco jemljemo resno.

Validacija je emocionalna metoda. Zato so jo zlasti oskrbovalci tako dobro sprejeli. Zdravnik in psiholog sta hotela dejstva, ki pa jih pri demencnem človeku ne moremo dobiti.

Naomi Feil je z validacijo poskušala upočasniti proces staranja in preprečiti razvoj skrajne oblike demence. Osebi z demenco pomagamo ponovno vzpostaviti občutek lastne vrednosti s tem, da jo jemljemo resno in ji nudimo pomoč. Na ta način se osebi poveča samozavest in posledično zmanjšata stres ter strah. Pomagamo ji, da sprejme svoje preteklo življenje in se spravi z njim, da reši morebitne konflikte iz preteklosti ali zmanjša občutek krivde. Omejiti poskuša uporabo kemičnih in fizikalnih prisilnih sredstev (npr. zdravil, fiksacije). Z izboljšanjem verbalne in neverbalne komunikacije se star človek počuti manj izključenega. Preprečevati skuša umik v stadij životarjenja, v katerem človek samo še leži v postelji in ne kaže znamenj aktivnosti. Izboljševati poskuša zmožnosti za hojo in dobro telesno počutje. Na tej točki ne gre za čudežno ozdravitev, temveč gre za posledico prejšnjih točk, ki omogočijo višjo aktivnost.

Naomi Feil je opredelila 4 stadije razvoja demence: (I) nesrečna, pomanjkljiva orientacija, (II) časovna dezorientiranost, (III) ponavljajoči se gibi in (IV) vegetiranje. Predstavila je vsebino in tehnike dela z osebami z demenco v teh štirih stadijih.

Astrid van Hülsen je v Sloveniji od leta 1997 vse do 2001 vsako leto izvajala seminarje o delu z osebami z demenco, od leta 2001 do 2006 pa smo izvajali dvoletna izobraževanja o validaciji. Ta program so zaključile tri skupine negovalno oskrbovalnega osebja iz domov za starejše. Kasneje smo se odločili izobraziti lastne učiteljice validacije. Astrid van Hülsen je prevzela nalogo in



v naslednjih dveh letih smo dobili pet slovenskih učiteljic validacije. Glede na to, da je osnovno metodo validacije po Naomi Feil v 80-tih letih dopolnila in za nemške razmere prilagodila socialna pedagoginja in gerontologinja Nicole Richard ter jo poimenovala »integrativna validacija«, smo skupaj z Astrid van Hülsen naredili spremembe tudi v Sloveniji. Prepoznali smo potrebo po širšem kontekstu oz. konceptu, ki bi bil prilagojen našim razmeram, ki bi razen tehnik in metod dela opredelil tudi mesto in odnos udeleženih pri negi ter oskrbi, ki bi pojasnil psihološke potrebe oseb z demenco in bi vključil elemente negovalnega okolja ter siceršnje pogoje za kakovostno življenje oseb z demenco. Tako smo v Sloveniji prišli do oskrbovalno-odnosnega koncepta, ki smo ga poimenovali »inovativna validacija«.

Omenim naj, da je na našo željo Astrid van Hülsen napisala knjigo o demenci in o delu z osebami z demenco »Zid molka«, ki smo jo prevedli in izdali leta 2007. Knjiga je doživela dva ponatisa, drugega leta 2019.

Od leta 2008 dalje izvajajo v Sloveniji usposabljanje za inovativno validacijo naše izobraževalke.

V obdobju od 1999 do 2006 smo povabili v izobraževalne programe za domove za starejše izrednega visokošolskega predavatelja, dipl. teologa, filozofa, negovalca starejših in psihoterapevta iz Nemčije, Christiana Müllerja Hergla. V vsakoletnih programih za delo z osebami z demenco je predaval o teoretičnih izhodiščih dela z osebami z demenco in o psihometričnem spremljanju stanja oseb z demenco ter načrtovanju aktivnosti – Mappers pristopu.

Ob pomoči strokovnjakov iz tujine smo se seznanili tudi z bazalno stimulacijo in jo nato implementirali v naših domovih. Z usposabljanjem negovalcev z bazalno stimulacijo smo pričeli leta 2003 in program izvajamo še danes.

Bazalna stimulacija je komunikacijska možnost za podporo osebam z demenco in drugim ljudem, katerih zaznavanje je oslabiljeno. Uporabljena sredstva aktivirajo zaznavanje in stimulirajo čute. To je mogoče doseči z uporabo vonjev, dotika ali glasbe.

Bazalna stimulacija je namenjena ohranjanju veščin in spodbujanju neverbalne komunikacije. Metoda je bila prvotno razvita kot učni koncept za otroke z več hudimi motnjami v 70. letih prejšnjega stoletja – zdaj se uporablja tudi za osebe z demenco. Cilj uporabe bazalne stimulacije je narediti življenje »primernejše« kljub okvaram, ki jih s seboj prinaša demenca.

Osebe s hudo motnjo v zaznavanju, gibanju in komunikaciji imajo lahko koristi od osnovne stimulacije; to velja tudi za dezorientirane starejše osebe. Oskrbovalcem omogoča, da s preprostimi opravili in spodbudami omogočijo oskrbovancem pridobitev veščin in vsakdanjem življenju. Koncept temelji na zamisli o fizičnem in celostnem učenju, ki ga doživljamo z vsemi čutili.

Bolnikom z demenco včasih lahko zagotovi tudi orientacijo v težkih zaznavnih, komunikacijskih in gibalnih situacijah ter prispeva k zmanjševanju stresa.

Razlikujemo med poživljajočo in pomirjujočo bazalno stimulacijo. Lahko se izvaja na primer pri običajnih vsakodnevnih dejavnostih, kot je dnevna osebna higiena.

S to metodo lahko bolnim ljudem povrnemo nekaj kakovosti življenja. Metoda je lahko uporabna tudi med umiranjem.

Prva predavateljica, ki smo jo angažirali, je bila Sabine Weidert iz Nemčije, nasledila jo je Katijana Harašič iz Švice, sicer po rodu iz Hvara.

Leta 1999 sem popeljal manjšo skupino vodstvenih kadrov iz slovenskih domov za starejše v Nürnberg na mednarodni sejem nege. Tu smo se spoznali z Uto Schmidt Hackenberg, likovno terapevtko, docentko za aktivacijo na šoli za zdravstveno nego v Reutlingenu v Nemčiji. Na sejmu je predstavljala program »10 minutne aktivacije«, ki ga uporabljajo predvsem zaposleni, ki delajo z osebami z demenco, pa tudi s psihično bolnimi starimi ljudmi. Zaposlenim namreč ni vseeno, če v dnevni prostorih osebe z demenco v svojih stolih bolj ždiyo kot sedijo, dremajo, spijo ali samo čakajo. Taka skupina potrebuje čutne dražljaje, spodbudo, obuditev dolgoročnega spomina – skratka aktiviranje. Na ta izziv odgovarja program 10 minutne aktivacije.

Načelo 10-minutne aktivacije temelji na tem, da s ciljno usmerjenim delom s spominom spodbudimo ključne dražljaje, ki vsaj začasno delujejo proti umiku iz socialnega okolja. 10-minutna aktivacija ljudem z demenco omogoča profesionalno terapevtsko oskrbo. Koncept upošteva pogosto zelo omejene kadrovske vire in hkrati tudi časovno omejeno sposobnost koncentracije pri ljudeh z demenco. Osnova aktivacije je ciljno usmerjena uporaba predmetov, ki so uporabniku oziroma stanovalcu znani iz njegove preteklosti.

Glede na preprostost metode dela jo lahko izvaja kdor koli od osebja ali celo prostovoljni sodelavec. Aktivacija mora imeti v načrtu dela enakovredno mesto ob drugih negovalnih storitvah.

Časovni načrt je možno v vsaki skupini oseb z demenco enostavno določiti. Običajno 10 minut pred kosilom začnemo s čisto preprostimi vajami (n.pr. vaje za prste, vaje za pospeševanje prebave, najenostavnejši pogovori o predmetih, ki ste jih prinesli s seboj, gospodinjskih predmetih, ročnem orodju). Kratkotrajne dejavnosti organiziramo tudi za stanovalke in stanovalce, ki ne gredo iz svojih sob. Sicer pa lahko izvajamo minimalno aktiviranje tudi ob negi. Pri tem, denimo med previjanjem nog, med česanjem ali umivanjem hrbta, natančno upoštevamo v kartoteki zabeležene biografske podatke.

Metodo 10 minutnih aktivnosti so naši zaposleni sprejeli z navdušenjem, mnogim je pomembno olajšalo delo z osebami z demenco. Program usposabljanja smo izvajali od leta 2001 do 2017.

V zvezi z delom z osebami z demenco smo prepoznali v tujini veliko pobud in koristnih sporočil. Omenim naj eno, ki je danes zelo prepoznana, čeprav v praksi manj negovana. To je usmerjenost na biografijo oz. iz biografije prepoznane

podatke, na osnovi katerih oblikujemo vsebino in stil življenja v domu, bivalno okolje in dnevne aktivnosti.

Pogosto ponazorimo usmerjenost na biografijo z izrazi, kot so normalizacija, individualizacija, personalizacija ipd., čeprav ima vsak od teh terminov svoj poudarek in vsebinsko področje. Njena prepoznavnost je v domovih za starejše različna. Ko smo bili s predstavniki naših domov na obisku v Landespflegeheimu v mestu Wilhemsburg v Avstriji, smo to prepoznali najprej po strukturah, kakšne prostore imajo in predvsem po njihovi opreми in dekoraciji. To je dom, ki dela po psihobiografskem konceptu Erwina Böhma in skladno s tem so urejeni tudi bivalni in skupni prostori. Izredno veliko je opreme in dekoracije na stenah v prostoru, ki so povezane z biografijo stanovalcev. Vsak vhod v sobo osebe z demenco je označen z biografskimi podatki, kar je v pomoč osebi pri lažji orientaciji pri iskanju sobe in spodbudi pozitivne emocije, povezane s sliko ali predmetom, povezanim z njihovim življenjem. Predvsem bivalni prostori izražajo emocionalno zavetje osebam z demenco. V domu so še prostori ali niše, ki prispevajo k obujanju spominov na njihova mlajša leta. Tako je tudi običajna »gostilna« preprosto opremljena, kot je bilo nekoč na podeželju oz. manjših mestih, od koder je večina stanovalcev doma. Gostilna je predvsem »domena« moških z demenco, kamor pridejo na pivo, kaj »pokramljajo« in se vrnejo v skupino.

Ko smo obiskali dom na Danskem, se je naravnost na biografijo stanovalcev, predvsem oseb z demenco, videla drugače. Gre za dom Dronning Ingrid's Hjem v Kopenhagnu, ki sprejme približno 130 stanovalcev. Pri njihovem konceptu je v ospredju ohranjanje identitete stanovalca, vzdrževanje njegove samozavesti ob tem, ko ga poslušamo, se z njim pogovarjamo kakšno oskrbo potrebuje in kakšne želje ima za vsakdanje življenje. Praznujemo vsako njegovo obletnico in obujamo spomine na pozitivne dogodke iz njegovega življenja. Opravljamo redne sestanke s stanovalci, pri katerih govorimo o življenju v domu in kako bi ga lahko prilagodili njihovim željam. Vsak drugi mesec direktor doma povabi stanovalce na kavo, kjer se lahko pogovorijo o aktualnih temah iz vsakdanjega življenja v domu. Bivalno okolje v domu je v veliki meri prilagojeno pogojem, ki jih ima stanovalec doma. Kar pomeni, da v domu za starejše nima samo svoje sobe, temveč dvoprostorni apartma, s prostorom za spanje in prostorom za dnevno bivanje, kjer stanovalec sprejema obiske. Poudarjajo pomembnost samoaktivacije stanovalcev: stanovalec naj sam opravi kar le zmore. Podpora osebja pa prispeva k opolnomočenju stanovalcev za nadaljevanje svojega življenja. Zaposlenim zagotavljajo avtonomijo, ker zadovoljstvo pri delu in inovativnost zahtevata svobodo in zaupanje. Pri tem se zavedajo odgovornosti, da izvajajo svoje storitve kakovostno in ukrepajo, ko je nujno.

## 4 UVELJAVLJANJE MANJŠIH DOMOV ZA STAREJŠE

Pomembne izkušnje smo pridobili pri obiskovanju manjših domov za starejše. Le-ti zadovoljujejo potrebe po institucionalni oskrbi oseb določene lokalne skupnosti. Tudi v večjih mestih je bilo vse več domov s 50 ali 60 mesti, ki so nudili bolj individualno oskrbo in domače počutje. Tako smo že leta 1995 obiskali Dom Sv. Martina v Eugendorfu pri Salzburgu. V domu prebiva 51 stanovalcev, vsi v enoposteljnih sobah. Z izjemo vgradne omare in negovalne postelje lahko stanovalci sobo opremijo z lastnim pohištvom. Dom ob svoji majhnosti omogoča izredno domačnost in vpetost v okolje. Tako je dom prostor, kjer se družijo mladi in stari. Na voljo je tudi prostor za kratkotrajno namestitev. V življenje in delo doma je vpetih veliko prostovoljcev.

Drugi manjši dom, ki smo ga obiskali leta 1995, je St. Georgshaus v Bergheimu v Salzburški zvezni deželi. Ima samo 66 mest in vsem stanovalcem so na voljo enoposteljne sobe. Tudi ta dom diha domačnost, vpet je v okolje, bivalne strukture so prilagojene individualnim željam in po potrebi stanovalci dodajo svoje pohištvo. Na voljo sta tudi večnamenski prostor in hišna kapela. Velik poudarek dajo povezovanju s svojci in prijatelji stanovalcev. Vključevanje družinskih članov v vsakodnevno življenje v domu je nekaj običajnega. Humanitarna društva redno organizirajo sprehode in ekskurzije s starejšimi. Med vrhunci leta so tudi praznovanja, povezana z dogodki, kot so poletni festivali, pustovanje, obisk Miklavža in božične zabave. Kljub majhnosti doma imajo organizirano dnevno varstvo, nudijo kratkočasno namestitev in izvajajo storitve oskrbe na domu.

Posebna zgodba so Kleeblatt (deteljica) negovalni domovi (Kleeblatt Pflegeheime) deželnega okrožja Ludwigsburg v Nemčiji, ki kot deteljica delujejo na 26 lokacijah, vsak dom ima le 24 stanovalcev. Z dvema skupinama smo jih obiskali prvič leta 1996, drugič 2002.

Do ideje so prišli koncem osemdesetih let prejšnjega stoletja, ko so ugotovili, da bo v okrožju Ludwigsburg v prihodnjih letih manjkalo okoli 450 mest v institucionalni oskrbi. V okrožnem uradu ter v več mestih in občinah so razmišljali o povsem novem pristopu. Niso želeli graditi velikih domov za starejše s sto posteljami ali več, kot je bilo takrat običajno. Začetna ideja je bila, da bodo gradili po občinah in mestih v okrožju Ludwigsburg domove z največ 30 stanovalci. Njihovo izhodišče je bilo, da morajo ustanove z institucionalno oskrbo priti k ljudem in ne obratno.

Kleeblatt z majhnimi domovi/enotami je utrl pot sodobnim konceptom bivanja in nege. Tu je dobrobit in počutje stanovalca doma na prvem mestu, njihov vsakdan je povezan z dogajanjem in komunikacijami z najbližjim in življenjskim okoljem, ki ga poznajo in v katerem so živeli in delovali. Stanovalci malih domov oziroma enot v sklopu Kleeblatt odkrivajo nove možnosti, so nagovorjeni, sprejeti in dragoceni del skupnosti. To jim pomaga doživljati svoje življenje kot smiselno.

K temu normaliziranemu načinu življenja dodajo kakovostno profesionalno oskrbo in nego. Družinsko vzdušje, ki ga omogočajo manjši domovi, je zanje enako pomembno kakor pestra ponudba prostočasnih dejavnosti in dobra prehrana.

Uprava, kadrovska politika, nabava in ekonomija so v skupni službi, tudi določena storitvena področja so skupna, izvajanje storitev nege in oskrbe ter programov in oblikovanje življenja v malih enotah pa je domena vsake enote. Ob taki organizaciji ekonomsko uspešno poslujejo, ker delujejo dosledno neprireditno, ne stremijo k dobičku.

V vseh teh letih smo obiskali na desetine manjših domov po Evropi. Skupna značilnost je domačnost, večje medsebojno povezovanje in poznavanje, odnosna naravnost, zelo pogosto visok bivalni standard ter večja vpetost v lokalno okolje.

## **5 DOMOVI Z BOGATIM IZBOROM PROGRAMOV IN BIVALNIH MOŽNOSTI**

Posebno pozornost so pritegnili domovi za starejše z bogatim naborom programskih podsistemov, s katerimi so zadovoljili želje ter potrebe starejših po različnih oblikah oskrbe, nege in rehabilitacije in varstva. Težko bi rekel, da so bogati izbori programov domena velikih domov, razen zelo redkih programov najdemo širino enako pri velikih in malih domovih.

Za katere programe gre?

Gotovo za že zelo razširjene dnevne oblike oskrbe v domu, varstva v nočnem času in kratkočasnih nastanitev, ki omogočijo osebi, ki potrebuje določen obseg storitev, začasno bivanje v domu, s čimer se za nekaj ur ali dni razbremenijo neformalni, družinski oskrbovalci.

V nekaterih domovih razvijajo program geriatrične rehabilitacije. Izvajajo tako splošno kakor specialno medicinsko rehabilitacijo. Cilj medicinske rehabilitacije je čim hitrejša vrnitev bolnika, ki je prebolel kakršnokoli bolezen, v domače okolje. Del njih pa zaradi okoliščin ali drugih dodanih motenj ostane v institucionalni oskrbi.

Programe za osebe z demenco sem že omenil. Imajo pa, sicer v redkih domovih, tudi specializirane bivalne skupine, npr. za osebe z demenco s Creutzfeldt-Jakobovo boleznijo, kot hitro razvijajočo obliko demence z motoričnimi težavami (tresenje in krči ter nenormalno delovanje nevronov). Vsaj v dveh domovih so nam predstavili posebno skupino oseb z Huntingtonovo boleznijo (Huntingtonova horea), kjer so zgodnji simptomi pogosto blagi in se kažejo kot razpoloženske in duševne motnje. Kasneje praviloma nastopijo težave s koordinacijo in hojo. Značilni zanje so tudi sunkoviti nekoordinirani zgibki. Ob napredovanju bolezni postanejo nehotni, nekoordinirani telesni zgibki izrazitejši. Telesne sposobnosti se poslabšujejo in naposled postanejo koordinirani gibi povsem oteženi, oseba izgubi tudi sposobnost govora. Mentalne sposobnosti prav tako upadajo

in vodijo v demenco. Vse pogosteje opažamo, da domovi razvijajo program paliativne oskrbe. Redke so posebne enote za paliativno oskrbo, največkrat jih organizirajo v obliki enega ali dveh apartmajev ali vsaj večje enoposteljne sobe, kjer je dodano ležišče ali vsaj počivalnik za svojca, ki spremlja svojega bližnjega na zadnji življenjski poti.

Leta 1998 smo obiskali oddelek za paliativno oskrbo (ki sprejme 12 oseb) v okviru Caritas Socialis Hospiz Rennweg na Dunaju, kjer skrbijo za hudo bolne osebe z omejeno pričakovano življenjsko dobo, ki jih po človeški presoji ni več mogoče pozdraviti. Terapijo proti bolečinam, oskrbo, psihosocialno in duhovno podporo izvaja ekipa strokovnjakov paliativnega tima. Intenzivno sodelovanje med zdravniki, medicinskimi sestrami, župniki, terapevti, prostovoljnimi spremljevalci in sorodniki omogoča gostom hospica dostojno in varno življenje do konca. Osrednje storitve, ki jih izvajajo so: individualna oskrba, lajšanje bolečin, komplementarne medicinske ponudbe, kot so aromaterapija, masaža s pojočo skledo, Bachova cvetlična terapija in podobno, pastoralna in psihosocialna podpora bolnikom ter njihovim svojcem, podpora ob žalovanju in druga psihosocialna pomoč.

Pri njih deluje tudi mobilni paliativni tim, ki izvaja svetovanje in vodenje paliativne oskrbe na Dunaju; izvajajo nadzor simptomov, spremljajočo protibolečinsko terapijo v sodelovanju s splošnim zdravnikom, pomoč pri sprejemu v bolnišnico in odpustu iz nje, psihosocialno in pastoralno podporo, podporo pri žalovanju, socialno delo in fizioterapijo.

Kot posebno organizacijsko enoto paliativne oskrbe smo leta 2008 obiskali v sklopu obiska doma za starejše Casa Albergo per Anziani v Lendinari v Italiji. V enoto za paliativno oskrbo (Hiša del Vento Rosa) sprejmejo 8 oseb, ki so nameščeni v enoposteljne sobe s kopalnico, kuhinjsko nišo, jedilnim kotom, opremljeno verando, TV in telefonsko linijo. Družinski člani lahko ostanejo ob svoji ljubljeni osebi tudi ponoči. Gostom in njihovim družinam so v sklopu skupnih prostorov na voljo tudi kuhinja-čajnica, kjer pripravljajo pijače, pogrejejo gotove jedi in zaužijejo obroke, dnevna soba s TV koticom, veranda s pogledom na vrt in prostor za pogovore, duhovnost in bogoslužje.

Nadaljnji programski podsistem je izvajanje pomoči na domu ali – kot je običajen izraz v tujini – ambulantne oblike dolgotrajne oskrbe; ta v domovih ni tako pogost. Običajno ga izvajajo samostojne izvajalske organizacije. Obseg storitev in programov, namenjenih starejšim in invalidnim osebam, je praviloma veliko večji kakor je v naši praksi. Iste organizacije izvajajo na domu zdravstveno nego in pomoč na domu, kakršno poznamo v Sloveniji, ter storitve socialnega servisa. Uporabnik tako nagovarja za vse potrebne storitve le enega izvajalca.

Nekateri domovi imajo tudi zunanji stacionarni tip gospodinjske skupine, to je k domu priključena gospodinjska skupina, ki oskrbuje in neguje osebe z demenco v običajnem bivalnem okolju (izven matičnega doma), vendar je organizacijsko priključena stacionarni organizaciji.

V zelo redkih primerih je imel dom tudi gerontopsihiatrične enote za psihično bolne stanovalce, ki so namenjene zdravstveni negi, socialni obravnavi in manjšem obsegu rehabilitaciji duševnih motenj nastalih v starosti.

Z vidika bivalnih razmer je pestrost ponudb v sodobnih domovih za starejše še večja. Tehnični normativi, kot minimalni standard pri načrtovanju vrste in velikosti prostorov, pogosto niso več vodilo. Vse se oblikuje po načelu, kaj stanovalci želijo in kaj jim zagotavlja kakovost bivanja in življenja (vidik uporabnika) in ne po načelu, kaj potrebujejo (vidik izvajalca). V velikem delu zveznih dežel Avstrije in Nemčije pri novogradnjah ni več dovoljeno graditi dvo- ali več posteljnih sob. Zakonski par denimo lahko dobi dve sosednji enoposteljni sobi z notranjim prehodom. Enoposteljne sobe so dovolj velike, da si lahko stanovalci postavijo znotraj svojih »lastnih štirih sten« majhne kose pohištva, na katere so čustveno navezani in predmete, ki jim v življenju nekaj pomenijo. V nekaterih Skandinavskih državah nov dom ponuja vsakemu stanovalcu, ne glede na stopnjo nege ali oskrbe apartma, za stanovalce bivalne skupine kot celoto pa socialni prostor v velikosti od 6 do 8 m<sup>2</sup> na stanovalca.

Dom ima skupni oz. javni program, namenjen tudi obiskovalcem in medgeneracijskim programom, kamor sodi restavracija, kavarna, pogosto manjši supermarket, butik oblačil, kozmetični ali frizerski salon in salon za pedikuro. So tudi domovi s sodobnim fitnes centrom, prilagojenim starejšim ali s hidroterapevtskim bazenom. Seveda, taki domovi niso v večini, so pa naznanilo, v katero smer se razvija institucionalna oskrba starejših.

## **6 UPRAVLJANJE KAKOVOSTI IN RAZVOJ NOVIH KONCEPTOV**

Po letu 2005 smo bili v naših programih usmerjeni k razvoju novejših konceptov dela v domovih za starejše in v dvig kakovosti predvsem z vidika upravljanja kakovosti. V tistem času smo bili udeleženi pri razvoju modela E-Qalin, ki smo ga šest evropskih držav, vključno s Slovenijo, na osnovi skupnega projekta razvili v letih 2004-2007. To je doslej edini model upravljanja kakovosti, narejen po meri ustanov socialnega varstva, ki sledi razvoju v Evropi prepoznanih ključnih struktur in procesov, povezanih z uporabniki ali stanovalci, zaposlenimi, vodstvom, skupnostnim okoljem ter ustanovo kot učečo se organizacijo. Glede na to, da je bila prva verzija narejena za domove za starejše, smo po letu 2008 obiskali tudi nekaj domov za starejše v Avstriji in Luksemburgu, ki so že vpeljali model E-Qalin, da smo se tako na osnovi predstavitve in razprave učili drug od drugega. Leta 2006 smo E-Qalin vpeljali že v šest domov za starejše v Sloveniji.

Na področju sodobnih konceptov dela v domovih za starejše smo prepoznali v Evropi predvsem dva: koncept kongruentne odnosne nege po Rüdigerju Bauerju in psihobiografski model po Erwinu Böhmu. Slednji je naravnan predvsem na delo z osebami z demenco, koncept kongruentne odnosne nege pa je univerzalen

in primeren za katero koli kategorijo stanovalcev domov za starejše. Skladno s tem spoznanjem smo se odločili, da bi v Sloveniji uvajali koncept kongruentne odnosne nege, ki smo ga nato preimenovali v koncept kulture usklajenih odnosov.

K odločitvi za uvajanje koncepta kulture usklajenih odnosov oz. kongruentne odnosne nege je imel svojo težo tudi obisk doma Haus St. Barbara na Dunaju leta 2005. V domu smo prepoznali pozitivno klimo na vseh nivojih. Prvikrat smo slišala za Rüdigerja Bauerja in njegov koncept odnosa iz leta 1992, katerega temelji so bili teorija psihoterapije Carla R. Rogersa in znanstvene teorije zdravstvene nege Hildegarde E. Peplau, Jeana Watson in Ide Jean Orlando. Pozneje je Rüdiger Bauer dopolnil vsebino koncepta z nevroznanstvenimi ugotovitvami Erica Kandela, Gerharda Rotha, Louisa Cozolina, Geralda Hütherja, Josepha LeDoux in drugih v povezavi z biološkim konstruktivizmom po Humbertu Maturani in Franciscu Vareli.

Nevroznanstveni vidik ne omogoča le razlage za čustveno in racionalno delovanje človeka, ampak na tej osnovi lahko razberemo kako ljudje skozi vzorce prepoznavajo svoje okolje, kakšne čustvene reakcije se pri tem sprožajo ter katere ovire v kontekstu odnosa pri tem nastajajo. Z zavestnim ozaveščanjem lahko posamezniki prepoznajo odnos do drugega in s tem presežejo prvotni čustveni odnos do njega. Pozitivni vzorci ustvarjajo pozitivne odnose.

Na osnovi teh spoznanj in informacij smo leta 2013 povabili Rüdigerja Bauerja v Slovenijo. Na seminarju, ki je trajal 2 krat po 3 dni, nam je predstavil svoj koncept ter nas ozavestil o pomembnosti oblikovanja kongruentnih oz. usklajenih odnosov v procesu oskrbe.

Pri tem je dobro poudariti, da nivo strokovno in skrbno opravljenih storitev nege ter oskrbe v celoti ostane. Pri izvajanju storitve se doda psihološki oz. odnosni kontekst. Delo na odnosih pomeni ciljno usmerjen pristop do uporabnika ali zaposlenega, doživljanje ali ustvarjanje nečesa skupaj z njim, oblikovanje osebnih stikov ali usmerjanje druge osebe pri izgradnji odnosov. V ta okvir sodi tudi nov način vodenja, kjer je v ospredju odnos med tistimi, ki vodijo, in tistimi, ki se odločijo slediti. Za koncept je pomembna tudi vzpostavitev organizacijskih sprememb, ki omogočijo izvedbo procesov.

Tako smo po začetku vpeljevanja koncepta kulture usklajenih odnosov v nekatere slovenske domove obiskali kar nekaj domov v tujini s tem konceptom. Leta 2014 smo obiskali dom »Haus Schönbrunn« na Dunaju, enega najstarejših domov za starejše na Dunaju za 73 stanovalcev z vpeljanim konceptom kongruentne odnosne nege Rüdigerja Bauerja. Štiri leta pozneje smo prvokrat obiskali dom Bezirksseniorenhaus Gramastetten v Avstriji s 96 stanovalci, kjer so ta koncept vzorčno uvedli v sklopu več domov krovne organizacije Sozialhilfeverband Urfahr-Umgebung. Tovrstni obiski so nas opogumili, da smo na pravi poti, saj so vsi, tako vodstvo kakor zaposleni in stanovalci, izražali zadovoljstvo nad spremembami, ki jih je nov koncept kongruentne odnosne nege sprožil na



področju kakovosti življenja in razvoja pristnih odnosov med stanovalci kot tudi zaposlenimi.

Maja 2022 je bilo v sklopu mednarodne konference srečanje domov s konceptom kongruentne odnosne kulture iz Nemčije, Avstrije in Slovenije v Oranienburgu pri Berlinu. Ob tej priložnosti smo si ogledali dom Haus Amandum, ki ga v Oranienburgu vodita Rüdiger Bauer in Heidrun Berger.

To ni dom za starejše v konvencionalnem smislu. Oranienburger Wohnungsbaugenossenschaft (OWG) ga je zaključil v stanovanjskem kompleksu Weiße Stadt konec leta 2020. Haus Amandum temelji na medgeneracijski vzajemnosti, ki ljudem, potrebnim pomoči in nege, ponuja novo obliko podpornega življenja.

Haus Amandum v skladu z motom *Skupaj namesto osamljeni* najemnikom, ki sami niso sposobni upravljati lastnega gospodinjstva, ponuja priložnost, da v novem in varnem domu vodijo samoodločno življenje visoke kakovosti, ne da bi jim bilo treba menjati najemodajalce.

84 klimatiziranih enoposteljnih sob z integriranimi kopalnicami nudi zasebnost. Poleg tega obstajajo številne ponudbe pomoči, kot tudi priložnosti za srečanje ljudi vseh starosti in za to, da naredijo nekaj skupaj. Na voljo so prostorni skupni prostori, kuhinje za skupno kuhanje, restavracija, ambulantne storitve zdravstvene nege in medicinska oskrba; tam je frizer, pedikura, fizioterapija, pa tudi storitev pranja in čiščenja. Posebnost je dnevni center, kjer se srečanja s starejšimi sodržavljeni dogajajo v obliki bralnih krožkov, kuharskih ali umetniških delovnih skupin.

Ob obisku doma nas je navdušilo vzdušje, tako na nivoju odnosov med stanovalci, med zaposlenimi in stanovalci, kakor med zaposlenimi v delovnih timih. Timi so avtonomni, med člani posameznih timov vlada zaupen odnos, medsebojno spoštovanje in entuziazem, ki ima za posledico notranjo motivacijo in srčno delo s stanovalci.

V letu 2022 smo obiskali še nekaj zelo zanimivih domov z najnovejšimi pristopi, koncepti in programi; npr. dom za starejše Hof van Nassau – TanteLouise v Steenbergu na Nizozemskem, ki je s svojimi pisanimi in značilnimi hišami ob pristanišču Steenberg topel dom za 120 stanovalcev. Odprt je bil leta 2019. To ni povprečen dom za starejše. Videti je kot vas. Za osebe z demenco je pomembna preprosta, pregledna in prepoznavna arhitektura. Kompleks je zbirka prepoznavnih hiš, različnih barv in oblik. Tako si stanovalci lažje zapomnijo, kje so, kar vodi do večje svobode gibanja in neodvisnosti.

Živijo v skupinah po osem stanovalcev, vsak ima svojo sobo in kopalnico.

Z izjemnim konceptom in elegantno podporo sodobne tehnologije ponuja ta dom maksimalno odgovorno svobodo stanovalcem z demenco. Stanovalci imajo vsak svoj življenjski krog, kjer se lahko varno gibljejo v okviru sprejemljivih tveganj, ob tem pa se zmanjšujejo depresivne posledice demence. To ni omejeno le na dom, povezano je z dvorišči in vaškimi trgi, kjer najdete trgovino z dnevnimi

živili, atraktivno restavracijo, frizerja, fizioterapevta ter delavnico hišnika. Ker se stanovalci veliko gibajo in sprejemajo svoje odločitve, je vidno njihovo dobro počutje. So vitalnejši in uživajo bistveno manj zdravil. Znanstvene raziskave in izkušnje kažejo, da se uporaba zdravil z gibanjem močno zmanjša. Z zasnovano Hofa van Nassaua je zagotovljeno, da lahko stanovalci čim dlje živijo svoje običajno življenje. Poleg tega je Hof van Nassau živi laboratorij, vrtec za pametne inovacije v oskrbi, ki prihranijo čas, ki jih TanteLouise razvija v okviru projekta *Delati drugače v dolgotrajni oskrbi*.

Z različnimi tehničnimi inovacijami pomembno prispevajo k samostojnosti uporabnikov dolgotrajne oskrbe, da kjer koli je možno, sami poskrbijo zase, da so manj odvisni od pomoči negovalcev in da se oskrbovalcem zmanjša obseg dela. Tako v tem domu, kot v domu za starejše De Wever v Tilburgu, so nam predstavili vrsto pri njih že uveljavljenih tehničnih inovacij, kot so:

- postelja s senzorjem za preprečevanje preležanin, kjer senzor sporoča, kdaj je optimalen čas za spremembo položaja v postelji; tako se nudi stanovalcu več zasebnosti, boljši spanec in manj preležanin, za zaposlene pa se zmanjša delovna obremenitev;
- pametna plenica, kjer je prav tako vstavljen senzor, ki sporoči, kdaj je potrebno plenico zamenjati; tudi tu so učinki podobni kot pri postelji s senzorjem;
- pametna ura, ki samodejno zbira določene podatke o fizičnem stanju stanovalca, ki jih po potrebi posreduje zdravniku ali negovalcu;
- avdiovizualna naprava z virtualno resničnostjo, s pomočjo katere osebo, ki ima hujše bolečine, miselno preusmeri na druge vsebine in psihološko prispeva k zmanjšanju občutka bolečine;
- pametna očala, ki jih uporablja negovalec z manj kompetencami, s pomočjo katerih mu lahko zdravnik ali medicinska sestra na daljavo svetuje kaj in kako naj opravi določeno negovalno opravilo;
- naprava MEDIDO, ki uporabniku omogoča samodejno kontrolo jemanja zdravil, kar ima za posledico manj dela za medicinsko osebje, manj birokratskih postopkov, uporabniku pa občutek samozadostnosti in samokontrole;
- prilagojena ura oz. zapestnica, predvsem za osebe z demenco, s pomočjo katere se pri določeni bližini avtomatsko odprejo vrata njegove sobe, ne odprejo pa se vrata drugih sob, kar preprečuje možne motnje in konfliktna situacije;
- preprečevanje zlomov kolka z zračno blazino WOLK (v obliki spodnjih hlač), kjer se ob padcu blazina napolni z zrakom; pri tem so pomembni finančni prihranki zavarovalnic (zdravstvene, za dolgotrajno oskrbo), tako npr. uporaba zračne blazine zmanjša zlome kolke za najmanj 50 %, vsak zlom kolka pa povzroči neposredne zdravstvene stroške v višini 19.600 EUR (podatek velja za Nizozemsko) in stroške rehabilitacije po zlomu kolka v višini 15.400 EUR.

Drugi inovativni dom, ki smo ga obiskali, je dom Humanitas v Deventru na Nizozemskem. Znan je po pilotnem projektu, kjer so v izvajanje storitev vključili študente, ki v zameno za bivanje in prehrano v domu enkrat tedensko strežejo stanovalcem večerjo, sicer pa negujejo dobre sosedske odnose in prijazen odnos do stanovalcev doma. Njihovo živahno življenje in življenjska energija resnično obarvata življenje stanovalcev, prinašata zunanji svet v dom in notranji svet doma v okolje. Pomaga odražati široko paleto barv in raznolikosti, ki opredeljujejo današnjo družbo.

Študentje niso edina noviteta doma. Tu živi tudi robotka ZORA, ki je po par mesecih bivanja v domu že nepogrešljiva članica tamkajšnje skupnosti. S starejšimi se igra družabne igre, pleše in jih zabava.

Vsak razvoj v domu začenjajo z razmislekom, kako v sklopu bivalnega okolja doseči najboljšo možno kakovost za stanovalce? Ponuja se več odgovorov, odvisno od področja, ki ga imajo pred očmi. Ključno pri tem je omogočiti stanovalcu udobno in radostno življenje na osnovi njim znanih življenjskih vzorcev ter navad. Kot pomembno poudarjajo, da negovalci svoje stanovalce dobro poznajo, priznavajo njihovo enkratnost, da živijo **življenje, ki ga** lahko sami oblikujejo in nanj vplivajo, da celotno bivalno okolje prilagajajo navadam, željam ter preferencam stanovalcev, da deluje v sklopu bivalne skupine stalni tim zaposlenih, ki je v prijateljskem odnosu do stanovalcev.

Svojo osnovno naravnost so opisali: *»Ustvarjanje in razvoj doma za starejše, ki je resnično usmerjen v stanovalce, je stalen proces: nikoli ni končan. Stanovalce vedno postavljamo na prvo mesto; odločajo, kaj se dogaja v njihovem življenjskem okolju. Nase gledamo kot moderatorje bogatega okolja, kjer lahko stanovalci izkusijo svobodo življenja, kot si ga želijo. Soustvarjanje z našimi stanovalci je naš dolgoročni ključ do uspeha.«*

Še ena zanimiva stanovanjska skupnost, ki smo jo obiskali, je Haus am Kanal, ki se nahaja na bregovih kanala Osterbek v Hamburškem okrožju Dulsberg – izjemen bivalni in stanovanjski projekt za starejše ljudi. Z njim smo se seznanili leta 2019. Haus am Kanal je razdeljena na tri funkcionalna območja: dnevno varstvo, hišna skupnost za osebe z demenco ter sobivanjska skupnost starejših.

V dnevno varstvo in sobivanjske ali samopomočne skupnosti starejših se vključujejo starejši ljudje, ki potrebujejo storitve dolgotrajne oskrbe ali tudi ne. Za izvedbo dnevnega varstva skrbi upravljalec stanovanjske skupnosti, medtem ko v sobivanjski skupnosti uporabniki sami najamejo izvajalca oskrbe in ga tudi zamenjajo, če z njim niso zadovoljni. Ključni pojmi, ki označujejo sobivanjsko skupnost starejših, so samoodločitev, skupnost, varnost in kakovost življenja. Nove oblike samopomoči sobivajočih, podpora sorodnikov in prijateljev krepijo voljo, predvsem pa dajejo moč za aktivno oblikovanje druge polovice življenja. Posameznik živi v sobivanjski skupnosti, v kateri lahko aktivno živi svojo individualnost in je hkrati vedno prepričan v podporo skupnega gospodinjstva

sobivajočih ali številnih ponujenih strokovnih storitev, ki jim jih zagotavljajo izvajalci ambulantnih storitev. Tako Haus am Kanal pri sobivanjski skupnosti, podobno pa tudi pri drugih dveh programih, zagotavlja stanovalcem nadaljevanje normalnega, njim običajnega in znanega življenja.

Zaradi vzorčnega značaja so razvoj in gradnjo hiše na kanalu financirali Zvezno ministrstvo za zdravje, Hamburgska uprava za družino in socialne zadeve ter zavod za stanovanjsko posojilo.

## **7 RAZVOJ INTEGRIRANE DOLGOTRAJNE OSKRBE IN VLOGA LOKALNE SKUPNOSTI PRI TEM**

Ko govorimo o domovih z razvojem integrirane dolgotrajne oskrbe, govorimo o razvoju mrežnega sistema dolgotrajne oskrbe v lokalni skupnosti, ki omogoča, da življenje starejših oseb poteka čim bolj normalno tudi od trenutka, ko potrebujejo bodisi institucionalne bodisi skupnostne storitve dolgotrajne oskrbe v svoji lokalni skupnosti; v glavnem se ohranjajo in nadaljujejo vsi kontakti in socialna mreža posameznika sorazmerno z njegovim psihofizičnim stanjem.

Model integrirane dolgotrajne oskrbe v lokalni skupnosti temelji na celovitem krajevnem reševanju dolgotrajne oskrbe, ki jo danes v največjem obsegu doma izvajajo družinski oskrbovalci in ambulantni profesionalni oskrbovalci, v manjšem obsegu pa v domovih za starejše ter v različnih alternativnih oblikah bivanja. Ker je po današnjih spoznanjih humana in finančno vzdržna dolgotrajna oskrba odvisna od celovitosti sistema oskrbe, se na nivoju lokalne skupnosti uresničuje z različnimi programskimi podsistemi mreže integrirane dolgotrajne oskrbe. Model intenzivno povezuje podsisteme z lokalnim okoljem ter integrira občane v skupno skrb za kakovostno in dostojanstveno staranje.

Enega tipičnih primerov integrirane dolgotrajne oskrbe v lokalni skupnosti smo s skupino slovenskih strokovnjakov leta 2018 obiskali v Nemčiji. Gre za manjšo občino Eichstetten, kjer so ustanovili skupnost občanov Bürgergemeinschaft Eichstetten. Ta skupnost, v katero je vključen velik delež lokalnega prebivalstva in mnogi med njimi delajo kot prostovoljci, je v občini v celoti prevzela koordinacijo in upravljanje programov integrirane dolgotrajne oskrbe, od programov pomoči na domu, kratkočasnih namestitev, oskrbovanih stanovanj v obliki sobivanjske skupnosti, malega doma za potrebe lokalne skupnosti, restavracijo, kjer se zaposlujejo invalidne osebe oz. osebe s posebnimi potrebami, enotno vstopno točko s svetovanjem, organiziranjem različnih aktivnosti za starejše ter invalidne osebe, izvajanje manjših tehničnih storitev oz. popravil v stanovanjih teh oseb do koriščenja skupnih prostorov skupnosti za razne družinske slovesnosti in praznovanja.

Poglejmo podrobneje okoliščine in katere ideje so vodile občane in upravo občine Eichstetten pri tem.

Pobudnik in aktivni soustvarjalec koncepta je bivši župan te občine gospod Gerhard Kiechle. Razvoj se je v občini začel pred 25 leti, ko je gospod Kiechle še profesionalno opravljal funkcijo župana. Na njegovo pobudo so povabili široki krog občanov in oblikovali več delovnih skupin, ki so obravnavale problematiko starejših ter invalidnih oseb v občini. Tako so občani vse bolj prevzemali pobudo in imeli glavno besedo pri načrtovanju skrbi za ostarele. Osnova za tako usmeritev je bila filozofija oz. miselnost občinske politike, ki je spremenila usmeritev, prevladujočo do 80-tih let prejšnjega stoletja, kjer so bili občani videni kot *podložniki*, občinska uprava pa kot nadrejena inštanca. To miselnost so v 90-tih letih spremenili v smislu, da so občani *stranke*, občina pa je izvajalka storitev. Od okoli leta 2000 naprej pa je občinska politika prepoznala občane kot *soustvarjalce*, občina pa je skupnost občanov, ki so aktivno vključeni v delovanje občine.

Kako so vključeni občani? O načinu sodelovanja se dogovorijo na občini. Opredelijo vsebine in aktivnosti, povezane s problematiko in življenjem starejših ter invalidnih oseb. Na začetku leta le-te predstavijo občanom, ki dodajo svoje predloge. Oblikujejo delovne skupine po posameznih vsebinskih sklopih, sledijo pogovori, diskusije, panelne razprave itd. Kadar gre za pomembnejše spremembe ali programe, ki pomenijo širši angažma občanov ali zahtevajo določena finančna sredstva, mora vse sklepe potrditi občinski svet. Občane ažurno obveščajo o poteku aktivnosti, razprav in realizaciji projektov.

Na osnovi razprav in pobud so si že pred 20-imi leti postavili cilje, povezane s čim daljšim bivanjem na lastnem domu, vzpostavivajo manjše bivalne enote za 24-urno bivanje ter oskrbo in oblikovanjem tako imenovane pisarne skupnosti občanov, kamor se občani lahko obrnejo in dobijo informacije o možnostih oskrbe starejših.

Ko so se občani začeli pogovarjati o možnostih oskrbe za starejše in invalidne osebe, so se razprave kot virus razširile še na druga področja. Občani so s svojimi iniciativami posegli na področja stanovanj za mlade družine in dopolnilne programe za varstvo otrok v dnevnem času. Bili so pobudniki ustanovitve negovalne gospodinjske skupine, kjer so starostniki najemniki sob, združenje občanov pa zagotavlja vsakodnevno oskrbo, za katero ne dobi plačila, zato jo lahko tudi izvajajo. Le 10 do 15 % vseh storitev je strokovne narave, ki jih izvaja za to plačano strokovno osebje.

Beseda gospoda Gerharda Kiechle ob zaključku obiska je bila: »V 20-ih letih se je socialna občutljivost naših občanov povsem spremenila. Med seboj smo povezani, postali smo soodgovorni in samozavestni, da zmoremo veliko narediti ter spremeniti, dobili smo občutek, da veliko prispevamo k skupni blaginji.«

V razpravi, ki smo jo imeli z njim in predstavniki združenja občanov občine Eichstetten, smo govorili tudi o tovrstnih trendih v Nemčiji in o tako imenovanem *Sedmem poročilu o starejših* Zvezne vlade Republike Nemčije. Zvezno ministrstvo za družino, starejše, ženske in mladino je 4. aprila 2017 v Berlinu

organiziralo konferenco na temo: *Občine v starajoči družbi – usmeritve Sedmega poročila o starejših Zvezne vlade Republike Nemčije*. Člani Komisije za sedmo poročilo o starejših oz. njen predsednik prof. dr. Andreas Kruse iz Ruprecht-Karls-University Heidelberg so na konferenci predstavili ključne ugotovitve in priporočila.

Poročilo skupine strokovnjakov, ki ga je naročila nemška vlada z namenom, da bi dobila usmeritve za nadaljnji razvoj organiziranja skrbi za starejše, ponuja odgovore na vprašanja prihodnjega sistema na tem področju. Strokovnjaki se zavzemajo za to, da bi zdravje, preventivo, dolgotrajno oskrbo, bivanje in gradnjo bolj obravnavali kot celoto in jih usklajevali. To je nov pogled na strukture oskrbe starejših: integriran, socialno prostorsko usmerjen, medgeneracijski.

Avtorji dokumenta spregovorijo o vprašanju demokracije, ki je povezana s soodgovornostjo občanov do skupnosti, prispevkom posameznika k skupni blaginji, z vključenostjo posameznika pri pogajanjih in odločanju o skupni koristi, občutljivosti in pripravljenost za ukrepanje, ko gre za vprašanje izboljšanja življenjskih razmer oseb s težavami in socialno izključenih oseb.

Poročilo omenja tri perspektive skrbi in soodgovornosti v skupnosti, še posebej z vidika starejših. Prva je perspektiva storitev splošnega pomena, druga je regulativni koncept subsidiarnosti, tretja pa heterogenost in raznolikost občin ter ljudi, ki tam živijo. Ti trije vidiki so bili za komisijo analitično ozadje, iz katerega so se podrobneje ukvarjali s problematiko stanovanj, zdravstvenega varstva in dolgotrajne oskrbe.

Kar zadeva **storitve splošnega pomena**, je postalo avtorjem poročila hitro jasno, da se ne dotikajo zgolj problematike, ki je bistvenega pomena za kakovost življenja in dostojno preživetje v starosti (vidik občana), ampak da gre za vprašanje, ki se dotika jedra občinskega delovanja (vidik občine). Imeli so priložnost pogovarjati se s številnimi strokovnjaki iz občin in skupaj so raziskali v kolikšni meri lahko elemente politike starejših dejansko vključimo v celovitejše razumevanje storitev splošnega pomena. Več občinskih predstavnikov je jasno povedalo, da so njihove finančne možnosti za delovanje omejene, tako da v nekaterih primerih ne morejo več opravljati klasičnih nalog izvajanja storitev splošnega pomena. Zato so nekatere občine tudi zadržane do zahteve po prenosu več nalog upravljanja in povezovanja občinam. To pomeni, da so imele izjemne občinske razlike v smislu infrastrukture, virov, gospodarskega in demografskega razvoja pomembno vlogo pri razpravah o storitvah splošnega pomena in vprašanju, kako se lahko bistveno izboljšajo življenjske razmere starejših. Pomembno je razviti celovit koncept demografske politike, primeren za ustrezen odziv na raznolikost finančnih in infrastrukturnih virov občin. In s tem tudi zagotoviti model, kako lahko vlada podpre občine, da ne bodo uresničevale le klasične naloge javnih služb, ampak tudi specifične naloge, to je, da bodo ustvarjale infrastrukturne in družbeno-prostorske pogoje za kakovostno življenje starejših ljudi. Priporočila

Komisije pomenijo, da je za podporo lokalnim oblastem treba razviti veliko bolj diferencirano politiko kakor je veljalo do sedaj.

Pri drugi perspektivi so člani komisije imeli v mislih klasični **koncept subsidiarnosti** v smislu Oswalda von Nell-Breuninga, ki temelji na ideji, da lahko naravne mreže, kot so družine ali prijateljske mreže, opravljajo določene naloge brez vmešavanja države. Hkrati so se člani komisije vprašali, kdaj ta naravna omrežja potrebujejo podporo občin in kdaj občine potrebujejo podporo vlade – tudi to je del klasičnega koncepta subsidiarnosti. V dokumentu je pojem subsidiarnosti opredeljen še širše, saj izhaja iz spoznanja, da se ne more dodeliti široko zastavljen nabor storitev samo enemu nosilcu, na primer v primeru potrebe po dolgotrajni oskrbi le blagajnam dolgotrajne oskrbe oz. zavarovanju za dolgotrajno oskrbo, saj te storitve izhajajo iz interakcije zelo različnih akterjev. Subsidiarnost torej pomeni, da se posameznik sprašuje, v kolikšni meri lahko podpira skupnost ali socialne mreže v njej, ki prepoznavajo osrednje naloge, vezane na dolgotrajno oskrbo. Subsidiarnost pomeni tudi, da društva, zasebni izvajalci, zavodi in drugi subjekti v občini sedejo za mizo in se vprašajo, v kolikšni meri si lahko delijo področja odgovornosti in v kolikšni meri lahko prispevajo k blaženju tveganj, povezanih s potrebo po negi ali pomoči. Subsidiarnost pomeni, da se vsak akter in vsaka institucija v osnovi ukvarja z vprašanjem, koliko lahko prispeva k skupnemu dobremu. Tu pa se postavlja vidik demokratičnega diskurza oz. kako si ga dejansko predstavljamo. Postavlja se vprašanje, kako lahko kot posamezniki, združenja ali kot skupnost podpremo ljudi, ki so v stiski in na pomoč ne kličemo samo države. Komisija meni, da je ta subsidiarnost v smislu deljene odgovornosti zelo dobra dopolnilna raven storitvam splošnega pomena.

Tretja perspektiva zadeva na eni strani heterogenost občin, pa tudi **heterogenost** ravni dohodkov posameznikov, velikosti in kakovosti socialnih mrež, načina življenja, pa tudi kulturnih ter socialnih okolij. Sedmo poročilo o starejših jasno kaže, da sta skrb in soodgovornost v skupnosti – tako z vidika posameznika kakor z vidika skupnosti – v veliki meri povezani s tem, v kolikšni meri smo sposobni ozaveščati in zmanjšati neenakosti. Tako kot pravimo, da potrebujemo politiko, ki upošteva heterogenost lokalnih oblasti, bi rekli, da potrebujemo tudi politiko na državni in lokalni ravni, ki upošteva socialno neenakost gospodinjstev in oseb v visoki življenjski starosti.

S tega vidika dokument obravnava tudi stanovanjsko problematiko. Potrebujemo več stanovanj brez ovir in digitalno dobro opremljenih. Potrebujemo nove stanovanjske modele, potrebujemo dobro zasnovano družbenega prostora in soseke ter dobre koncepte mobilnosti. Dokument z vidika družbene neenakosti tudi poudarja, da je treba paziti, da nekatere soseke ne zaostajajo. Paziti je treba, da ne nastane vse večji razkorak med finančnimi zmožnostmi posameznih gospodinjstev na eni in cenami najemnin ali stanovanj na drugi strani, da ne bi bili starejši ljudje vse bolj izrinjeni iz mestnih središč.

Na področju zdravstva se avtorji poročila zavzemajo za veliko boljše telemedicinsko oskrbo, za zadovoljivo število splošnih zdravnikov in specialistov, ki imajo dovolj znanja s področja geriatrije. Vendar področje dolgotrajne oskrbe ponuja tudi priložnost, da se ponovno pogleda vidik deljene odgovornosti, ko gre na eni strani za poklicno oz. strokovno delo in na drugi za socialno-psihološke podporne elemente. Z vidika Komisije je ta socialno-psihološki podporni element zelo pomembna naloga državljanov, pri čemer morajo usklajevanje v veliki meri voditi profesionalci oz. strokovni delavci. To pomeni sistematično združevanje tehnične strokovnosti (kot zdravila) z idejo o skrbi za skupnost (kot skrb).

Dokument *Sedmo poročilo o oskrbi starejših* daje jasne napotke in usmeritve za nadaljnji razvoj skrbi za starejše. Postavlja jasno ločnico med odgovornostjo države (enotni predpisi, financiranje dolgotrajne oskrbe, nadzor izvajanja storitev in programov, enotna merila kakovosti), občine oziroma lokalne skupnosti in izvajalcem dolgotrajne oskrbe.

To poročilo strokovnjakov je postalo vodilo nadaljnjega razvoja dolgotrajne oskrbe v Nemčiji. Vidi se v večji odgovornosti, ki jo prevzema lokalna skupnost za organizacijo in povezovanje mreže integrirane dolgotrajne oskrbe. Lokalna skupnost je aktivni člen dobrobiti ostarelih občanov, ki na primer moderira načrtovanje novogradenj, poskrbi za mrežo programskih podsistemov na nivoju občine in s tem omogoča starejšim, da ostanejo v poznem življenjskem obdobju v poznanem domačem okolju. Lokalna skupnost v ta namen prispeva ustrezne parcele. Oblikuje občinsko povezovalno oz. akcijsko skupino, ki skrbi, da različne ustanove, skupnosti, društva in fizične osebe poskrbijo za občane na podlagi medsebojnega povezovanja.

Vse bolj je jasno, da samo profesionalci v prihodnje ne bodo zadoščali, so predragi, predvsem pa jih je premalo. Razvoj je izrazito usmerjen v neinstitucionalne oblike pomoči starejšim in invalidnim osebam; če gre za institucionalno obliko, je poudarek na manjših enotah. Potrebno je iskati izvirne rešitve na področju zagotavljanja dolgotrajne oskrbe in pogojev za kakovostno življenje starejših v lokalnih skupnostih.

V tem smislu je danes v nemškem prostoru razvitih vrsta lokalnih projektov, z različnimi nosilci in vsebinami. Nekatere med njimi smo tudi obiskali. Tako npr. dom Hartwig Hesse v Hamburgu, ki ga vodi neprofitna organizacija, ustanovljena že davnega leta 1826. Neprofitna fundacija ponuja nastanitev in dolgotrajno oskrbo na več lokacijah v Hamburgu. Poleg privlačnega socialnega okolja je poudarek vedno na najboljši možni, zelo osebni oskrbi. V programih fundacije so tako tudi dnevna oskrba, pomoč pri bivanju na domu, v alternativnih oblikah bivanja in stanovanjskih oskrbnih skupnostih za osebe z demenco.

V zadnjih desetih letih smo z dvema različnima skupinama predstavnikov slovenskih domov obiskali v Nemčiji program v okviru Ville Ausonius v Oberfellu. Oberfell je majhna občina, zato ima dom z le dvema gospodinjskima



skupinama (skupaj okoli 20 stanovalcev) za celodnevno oskrbo in nego, ob tem pa apartmaje kot oskrbovana stanovanja, dnevno oskrbo, nočno oskrbo, oskrbo na domu, krajevni center za starejše ter podporno službo neformalnim družinskim oskrbovalcem.

Sorodni trendi so širom po zahodni in severni Evropi. V skandinavskih državah je bila dolgotrajna oskrba in njeno programsko povezovanje umeščena v okvir občine že pred več desetletji. Različni programski podsistemi dolgotrajne oskrbe so bili vzpostavljeni v obsegu in za potrebe starejših ter invalidnih oseb v lokalni skupnosti. Zato gre, z izjemo velikih mest, za manjše domove. Tako smo leta 1995 obiskali prve lokalne domove na Finskem, kot npr. dva doma za starejše v Občini Järvenpää, leta 1998 na Danskem Kirsebaerhavens Plejehjem v občini Valby in Plejehjemmet Hehnsarden v občini Naerm. Pozneje smo obiskali še Plejehjemmet Frydenholm v Koebenhavnu.

Leta 2012 smo na Nizozemskem obiskali več stanovanjskih centrov in centrov za dolgotrajno oskrbo. V okviru De Zorggroep v Severnem in Osrednjem Limburgu (provinca na jugovzhodu Nizozemske) je vzpostavljena na nivoju posameznih občin mreža različnih programov za dolgotrajno oskrbo. Na osnovi odprte komunikacije, izražanja pričakovanj in upoštevanja dogovorov se vsakdo počuti dobrodošlega, spoštovanega ter oskrbovanega na osnovi individualnih potreb. Zanimive in v lokalno skupnost usmerjene programe izvajata tudi organizacija Humanitas Rotterdam s stanovanjskimi enotami ter domovi za starejše. V slednjih organizirajo profesionalno oskrbo, medtem ko je zdravstvena nega zagotovljena s pomočjo ambulantnih služb. Zelo spodbujajo aktivno življenje starejših, negovalci so jim pri tem v oporo. Veliko je medsebojne solidarnosti in pomoči. Dom, ki smo ga obiskali v Rotterdamu, ima tudi zanimivo arhitekturo: ogromen pokrit atrij, ki je obdan z domskim objektom, kjer organizirajo obilo programov ter aktivnosti, kot npr. restavracija, kavarna, medgeneracijski programi, glasbeni kotiček, manjša trgovina ipd. Bogat imajo tudi program pomoči starejšim na domu ob vključevanju družine.

Tipičen primer lokalnega prilagajanja je tudi njihova enota za osebe z demenco v objektih in okolju opuščene kmetije. Enota oskrbuje približno 12 oseb z demenco, ki prihajajo iz kmečkega podeželja. Humanitas Rotterdam gradi sistem in ponudbo v sodelovanju z lokalno skupnostjo.

Naslednji primer majhnega doma, ki smo ga obiskali leta 1999, je Seniorzentrum Jakobshaus v Obertrumu v severnem Flachgauu. Dom lahko sprejme 44 stanovalcev. Tudi ta dom diha z domačnostjo in pravim razmerjem med zagotavljanem intimnosti ter zasebnosti in socialnim življenjem v bivalni skupini. Ima samo eno dvoposteljno, vse ostale (42) so enoposteljne sobe. Lociran je v središču naselja Obertrum. Dom deluje na nivoju lokalne skupnosti in tudi živi ter deluje v povezavi z okoljem. Skupaj organizirajo različne kulturne in družabne dejavnosti, prirejajo npr. letni festival, skupna praznovanja,

ustvarjalne dejavnosti, animacijske programe, plese in pevske revijo. V domu imajo kavarno, frizerski salon, salon za pedikuro in kapelico. Stanovalci imajo prosto izbiro zdravnikov, ki skladno s potrebo in dogovorom prihajajo v dom. Razen 24-urne dolgotrajne oskrbe izvajajo tudi kratkotrajne namestitve in dnevno varstvo.

V Angliji sežejo začetki mreženja različnih programov v smislu integrirane dolgotrajne oskrbe v lokalni skupnosti v devetdeseta leta prejšnjega stoletja. Leta 1997 smo organizirali tridnevno strokovno izobraževanje v okviru Anglia Polytechnic University Cambridge, Health and Social Work in Nacionalnega inštituta za socialno delo v Londonu, kjer so nam predstavili sistem socialnega varstva, njegov zgodovinski in organizacijski vidik. Po letu 1948 so se intenzivno razvijali manjši domovi za starejše v obliki družinskih domov za potrebe lokalne skupnosti, ob tem pa so zanemarili razvoj služb in storitev pomoči na domu. Lokalna skupnost je vse bolj izgubljala vpliv na razvoj in izvajanja dolgotrajne oskrbe, predvsem, ker je spustila iz rok kontrolo ter koordinacijo, izvajalci dolgotrajne oskrbe pa so se vse bolj usmerjali v tržnost in zaslužkarstvo. Kontrolo in nadzor nad finančnim poslovanjem so v Angliji okrepili šele po letu 2010 ter naredili temeljito reformo izvajalcev dolgotrajne oskrbe. Lokalna skupnost je ponovno prevzela oziroma pridobila organizacijo skrbi za starejše in duševno bolne v skupnosti ter pristojnosti nad zbiranjem podatkov o potrebah po dolgotrajni oskrbi. Samostojno odločajo o uporabi sredstev za socialno varstvene storitve, v nekaterih primerih lokalna skupnost sama izvaja storitve, v največ primerih pa različni izvajalci. Naloga vlade je pravna regulativa in zagotavljanje sredstev, izvajanje pa je lokalno.

Dober nabor programskih podsistemov v smislu integrirane dolgotrajne oskrbe ter povezovanja z lokalno skupnostjo smo spoznali tudi na Irskem. Leta 2003 smo organizirali večdnevni obisk in ogled različnih ustanov za dolgotrajno oskrbo v sklopu Claremont Community Residential and Day Care Services (Storitve stacionarnega in dnevnega varstva v skupnosti Claremont). V Domu St Clar's imajo v institucionalni oskrbi 61 stanovalcev, 2 sobi za kratkočasno namestitev in velik dnevni center. Dom Seanchara zagotavlja namestitev 40 stanovalcev, od tega je 10 postelj namenjenih starejšim osebam s psihiatrično diagnozo, 10 mest imajo za kratkočasno namestitev, 5 dni na teden zagotavljajo dnevno varstvo, tudi za osebe z demenco. V Domu Clarenhaven imajo 39 stanovalcev, trenutno so bili v fazi dopolnjevanja več programov, da bi ustrezneje zadovoljili potrebe starejših v lokalni skupnosti. Tako razvijajo posebna socialna stanovanja za starejše in načrtujejo razvoj vzorčnega projekta za oskrbo starejših z demenco. Usmeritev vseh treh ustanov je bila: razvijanje storitev za podporo starejših oseb v skupnosti, vodenje in koordiniranje storitev za starejše osebe, vzpostaviti ustrezne kapacitete institucionalne oskrbe, razviti celostno ponudbo pomoči na domu, prinašanje obrokov hrane na dom, nuditi podporo družinskim in drugim neformalnim

ter formalnim oskrbovalcem pomoči na domu, nudenje storitev fizioterapije na domu ter storitve dnevne oskrbe v ustanovi.

Lokalno povezovanje pri izvajalcih dolgotrajne oskrbe ima svoje praktične učinke tudi pri reševanju problema pomanjkanja kadrov v institucionalni oskrbi. Tipičen primer je Haus Rheinaue – Wyhl am Kaiserstuhl v Nemčiji s 56 stanovalci in 4 hišnimi skupnostmi oziroma gospodinjskimi skupinami. 80 % vseh stanovalcev je oseb z demenco. Za osnovno in socialno oskrbo skrbijo timi oskrbovalcev v okviru vsake gospodinjske skupine, za zdravstveno nego je organizirana mobilna služba, ki izvaja storitve zdravstvene nege v vseh skupinah v času od 7. do 13. in od 18. do 21. ure. Da bi rešili problem pomanjkanja kadrov in hkrati zmanjšali ceno oskrbe, so k izvajanju nekaterih storitev oz. opravil povabili svojce stanovalcev doma. Svojci sami izberejo storitve oz. opravila, ki jih bodo izvajali: npr. tuširanje, kopanje, sprehodi, pomoč pri hranjenju, čiščenje sobe ipd. V tem primeru se plačilo oskrbe zniža sorazmerno z vrednostjo izvedenih storitev. Če svojci pospravljajo sobo, dobijo navodila od članov oskrbovalnega tima gospodinjske skupine, uporabljajo domska čistila, sesalec... Pri približno 45 % stanovalcev pomagajo svojci pri opravljanju vsaj ene storitvi.

## **8 DEINSTITUCIONALIZIRANE OBLIKE NEGE IN OSKRBE**

Velik del domov za starejše, ki sem jih opisal, predvsem v predhodnem poglavju, razvijajo različne oblike neinstitucionalnih oblik dolgotrajne oskrbe. Obstaja pa še ogromna vrsta ustanov, ki izvajajo zgolj ambulantne oz. različne neinstitucionalne oblike dolgotrajne oskrbe. Omenim naj le nekatere od običajnih.

Leta 1995 smo se v okviru ogleda programov nege in oskrbe na Dunaju obširneje seznanili z dejavnostjo Wiener Hilfswerk, ki izvaja široko paleto storitev in programov ambulantne pomoči na domu, od socialne oskrbe, zdravstvene nege, čiščenja, pranja, likanja, nakupov, priprave obrokov ter dovoza hrane, pomoč pri jedi ipd. Nas je predvsem navdušila povezanost izvajanja socialne oskrbe in zdravstvene nege ter okoli 25 različnih storitev in programov, ki jih je izvajala organizacija Wiener Hilfswerk ter na ta način omogočila bivanje v domačem okolju velikemu številu ljudi, ki so odvisni od pomoči pri vsakdanjih opravilih.

Podoben koncept smo spoznali leta 1996 v Kuratoriumu Wohnen im Alter e.V. v Münchnu in v Salzburger Hilfswerk v Salzburgu (1998).

Ob koncu naj omenim Bielefeldski model (Nemčija), s katerim smo se ob obisku prvič seznanili leta 2011. Bielefeldski model je eden najsodobnejših oblik zagotavljanja oskrbe starostnikom in drugim pomoči potrebnim na nivoju ožje lokalne skupnosti. Osnova koncepta je kakovostno bivanje v lastnem ali najemnem stanovanju in 24-urno nudenje vseh oblik oskrbe. Združujejo vse generacije ter profesionalno in neprofesionalno delo izvajalcev storitev. Izredna

vrednost modela je izvajanje cenovno konkurenčnih storitev v domačem okolju za osebe, ki bi sicer bivale v domovih za starejše.

## **9 PODROČJE DELA CENTROV ZA SOCIALNO DELO, VARSTVENO DELOVNIH CENTROV IN CENTROV ZA USPOSABLJANJE, DELO IN VARSTVO**

Ker je pričujoči prispevek namenjen predvsem predstavitvi praks organizacij za dolgotrajno oskrbo v zahodni Evropi, naj le bežno omenim spoznanja, ki so jih v programih njim namenjenih strokovnih ekskurzij pridobili strokovni delavci centrov za socialno delo, varstveno delovnih centrov in centrov za usposabljanje, delo in varstvo.

Z uveljavitvijo Zakona o socialnem varstvu decembra 1992 so bili v okviru dejavnosti centrov za socialno delo sprožene pomembne strategije v smislu oblikovanja novih programov, tako preventivnih kot kurativnih. Eden od programov je bilo tudi specializirano rejništvo, namenjeno otrokom s hujšo vedenjsko, osebnostno motnjo ter drugimi motnjami v duševnem zdravju. V FIRIS-u smo se v devetdesetih letih povezali s pionirkama tovrstnega rejništva v Avstriji, gospo Helgo Bauman iz Gradca in dr. Elisabetho Lutter z Dunaja. To je spodbudilo poskus razvoja tovrstnega rejništva tudi na CSD Ljubljana Moste-Polje, kjer je takrat delovala psihologinja Sabina Šilc. Paralelno je bila pobudnica takratna profesorica na Fakulteti za socialno delo dr. Gabi Čačinovič Vogrinčič, za vzpostavitev teamov za spremljanje in izvajanje rejništva in ukrepanje.

V ospredju vsebin strokovnih ekskurzij za strokovne delavce centrov za socialno delo je bilo tudi oblikovanje mreže izvajalcev psihosocialnih programov za otroke, mladostnike in družine, kar smo se z dvema skupinama seznanili v občinah Avstrijske Štajerske. Na obisku smo bili tudi v Bezirkshauptmannschaft Perg, občini vzhodno od Linza, kje so nam predstavili programe za otroke, mladino in družino, ki jih koordinirajo Jugendamt (uradi za mladino). Podobne programe smo spoznali tudi na Nizozemskem, kjer smo leta 1999 obiskali Jeugd Zorg Amsterdam; ustanovo, ki je po funkciji podobna našim centrom za socialno delo.

Zanimiva sta bila obiska (1994 in 1996) Jugendamta v Nürnbergu, kjer smo se ob vrsti programov, ki jih izvajajo, seznanili z mrežo vključenih izvajalcev storitev in programov ter z vlogo in koordinacijo urada za mladino pri tem.

Za ustanove, namenjene osebam s posebnimi potrebami, kot so varstveno delovni centri in centri za usposabljanje, delo in varstvo, smo prav tako organizirali vrsto zanimivih obiskov v ustanovah zahodne Evrope. Že leta 1996 smo obiskali Lebenshilfe Salzburg, leta 2005 pa Lebenshilfe Passau z desetimi različnimi delavnicami oz. programi. V istem obdobju smo bili na obisku v Jugend am Werk na Dunaju, kjer so imeli v sklopu prilagojenih delavnic program usposabljanja oseb s posebnimi potrebami za delo v običajnih podjetjih.

Izreden program smo doživeli na strokovni ekskurziji na Nizozemsko leta 1998. V sklopu Atelier Artistik v Hengelu, našim varstveno delovnim centrom podobni ustanovi, so izvajali program umetniškega ateljeja za osebe s posebnimi potrebami, ki so izkazovali likovne oz. slikarske sposobnosti. Program je vodil Slovenec, gospod Edi Zupan, po rodu iz Vrhnike. Program je bil naravnano izrazito na razvoj likovnega izražanja oseb s posebnimi potrebami in je bil zgled za mnoge podobne delavnice na Nizozemskem.

Od ostalih strokovnih ekskurzij naj omenim samo še večkratni obisk ustanove Chance B v Gleisdorfu pri Gradcu v Avstriji (prvi obisk leta 2004), ki je dolga leta delovala pod vodstvom gospoda Franza Wolfmayrja. Ustanova je namenjena osebam s posebnimi potrebami, vendar so v zadnjih 30-tih letih razvili bogate programe integracije v normalno življenjsko okolje in delo. Njihovi osnovni programi so: svetovanje osebam s posebnimi potrebami pri izboru poklica in pri njihovem zaposlovanju, nudenje pomoči, nasvetov in informacij o zaposlovanju in ohranjanju zaposlitve, coaching pri delu v smislu nudenja pomoči osebam s posebnimi potrebami pri njihovem usposabljanju za novo službo in podpore v kriznih situacijah ter povezovanje in podpora podjetjem, ki nudijo zaposlitev teh oseb.

Razen teh so razvili še mobilno oskrbo oseb s posebnimi potrebami, ki samostojno bivajo v stanovanjih (pomoč pri bivanju, mobilna socialno-psihiatrična oskrba), mobilna pomoč starejšim bolnim in osebam s posebnimi potrebami, zaposlovanje v delavnicah – varstveno delovnih centrih, dnevno varstvo oseb s težko ter večkratno prizadetostjo in visoko stopnjo odvisnosti od nege ter po potrebi ambulantno izvajanje delovne terapije, logopedije in fizioterapije za osebe s posebnimi potrebami ne glede na kraj bivanja.

Ustanova Chance B je še danes zgled sodobnega razvoja oskrbe, varstva in podpore osebam s posebnimi potrebami z izrazito noto normalizacije njihovega življenja in delovanja.

## **10 VKLJUČEVANJE SLOVENIJE V MEDNARODNE POVEZAVE NA PODROČJU SOCIALNEGA VARSTVA**

Ob bogatih povezavah z ustanovami socialnega varstva v Evropi sem kot predstavnik družbe FIRIS spodbudil včlanjevanje naših izvajalcev v mednarodne organizacije na področju socialnega varstva. Tako me je gospod Peter Mader, ki je bil v devetdesetih letih predsednik združenja avstrijskih domov za starejše, leta 1995 povabil na kongres direktorjev avstrijskih domov za stare ljudi v Innsbrucku. Z željo, da bi se tudi naši domovi seznanili z evropsko povezovalno mrežo na tem področju, sem na kongres povabil še dva direktorja: z Doma Tisje gospoda Gustija Grošlja in iz DU Trbovlje gospo Zofijo Češnovar. Na kongresu smo dobili neuradno vabilo na včlanitev v evropsko združenje E.D.E – European

Association for Directors of Residential Care Homes for the Elderly. Vabilo sem prenesel Skupnosti socialnih zavodov Slovenije, ki se je v mednarodno organizacijo tudi vključila.

Na začetku delovanja družbe FIRIS sem se vključil v West-Ost (zahod-vzhod) Dialog srečanja za področje rejništva in posvojitve pri IFCO na Dunaju. Leta 1995 so organizirali veliko konferenco s strokovnjaki iz Madžarske, Avstrije, Slovenije, Poljske, Nemčije, Češke in Slovaške; kasneje so se temu dialogu pridružile še Romunija, Albanija in Estonija. Tretjo konferenco West-Ost Dialog smo leta 1996 gostili v Sloveniji. Izmenjava med strokovnjaki z vzhoda in zahoda je bila izjemno plodna za vse strani; države, ki na tem področju še niso bile dobro razvite, so se lahko veliko naučile od svojih zahodnih partnerjev, zahodni partnerji pa so prepoznavali nove ideje. Svoje izkušnje je pri tem posredovala tudi Slovenija.

Zadnja leta je Družba FIRIS povabila tudi večje število slovenskih domov za starejše, ki vpeljujejo ali so vpeljali sodoben koncept kongruentne odnosne nege – oziroma kulture usklajenih odnosov, kot koncept imenujemo v Sloveniji – v mednarodno združenje domov s kongruentno odnosno nego. Združenje deluje na nivoju treh držav: Nemčije, Avstrije in Slovenije. Prva konferenca združenja je bila v organizaciji Nemčije in Avstrije, drugo smo organizirali leta 2020 v Sloveniji, tretja je bila maja 2022 ponovno v Nemčiji in sicer v Oranienburgu pri Berlinu.

## **11 VPLIV IZOBRAŽEVALNIH PROGRAMOV V SKLOPU STROKOVNIH EKSKURZIJ NA RAZVOJ KONCEPTOV IN STRUKTUR SOCIALNEGA VARSTVA V SLOVENIJI**

Izobraževanje na osnovi strokovnih ekskurzij je ena od metod učenja, ki se je pokazala kot zelo uspešna. Učinkovitost te metode učenja so z leti v sklopu izobraževalnih programov družbe FIRIS vse bolj spoznavala tako vodstva kot zaposleni v socialnem varstvu. Spoznavali so različne vsebine in programske podsisteme v povezavi z že znanim na osnovi lastnih izkušenj. Sčasoma so organizirali vsebinsko bogatejše miselne vzorce in pojmovne mape, ki so se utrjevale v spominu. Na tej osnovi so si postavljali jasnejše cilje za nadaljnji razvoj svoje ustanove. Razmišljali so, kako lahko tako pridobljeno znanje uporabijo v praksi.

Strokovno pestre ekskurzije so zajemale nova spoznanja o vsebini dela, razvoju storitev in programov, organizaciji dela, organizaciji življenja in bivalnega okolja uporabnikov institucionalne oskrbe starejših v zahodni Evropi. Vsak del Evrope je ponudil nekaj svojega, za nas izvirnega in uporabnikom prijaznega. Učenje na osnovi praks različnih pristopov, predvsem različnih kulturnih okolij, nam je omogočilo ustvarjalno razmišljanje in iskanje smeri za nadaljnji razvoj, ki bi bil skladen z našo kulturo in razmerami.

Obiski strokovnih ustanov socialnega varstva so omogočili kdaj skromnejši, drugič bogatejši dialog in razpravo. Imeli smo občutek, da smo ob tem, ko

smo prejeli, velikokrat tudi dajali, saj so naše prakse na določenih področjih dosegale zavidljive dosežke; imeli smo občutek, da tudi Slovenija na področju socialnega varstva prispeva k razvoju tega področja na ravni celotne Evrope.

Še sklepna ugotovitev. V tridesetih letih smo izvedli okoli štiristo strokovnih ekskurzij v praktično vse države zahodne Evrope. Danes tudi na osnovi programov vemo, kje smo, v čem smo dobri, kje močnejši, kje zaostajamo in smo pod evropskim povprečjem. **Če vemo to, lažje načrtujemo** strateške cilje za nadaljnji razvoj dejavnosti socialnega varstva. Drugo vprašanje je, koliko so s temi spoznanji seznanjeni najvišji odločevalci in ustanovitelji ustanov socialnega varstva.

#### LITERATURA

- Bauer Ruediger (2018). *Beziehungspflege, Kongruente Beziehungsarbeit für Pflege-, Sozial- und Gesundheitsberufe*. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Hogrefe.
- Der Siebte Altenbericht der Bundesregierung, *Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften*. V: <http://www.siebte-altenbericht.de/der-siebte-altenbericht>
- Frey Wolfgang, Klie Thomas, Köhler Judith (2013) *Die neue Architektur der Pflege, Bausteine innovativer Wohnmodelle*. Herder: Freiburg im Breisgau.
- Imperl Franc (2012). *Kakovost oskrbe starejših – izziv za prihodnost*. Logatec: Firis Imperl d.o.o. in Seniorprojekt d.o.o.
- Imperl Franc (2013). *Javni domovi na razpotju*. V: *Kakovostna starost*, letnik 16, št. 3, str. 3-18.
- Imperl Franc (2016). *Razvojna usmeritev domov za starejše*. V: *Kakovostna starost*, letnik 19, št. 1, str. 3-28.
- Kuratorium Deutsche Altershilfe, Hrsg. (2002). *Demenzbewältigung in der eigenen vier Wänden*. Köln Workshop-Dokumentation.
- Ramovš Jože (2015). *Deinstitutionalizacija dolgotrajne oskrbe*. V: *Kakovostna starost*, letnik 18, št. 3, str. 3-25.
- Ramovš Jože (2020). *Integrirana dolgotrajna oskrba*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje v sodelovanju s Fakulteto za zdravstvene vede v Novem mestu in Alma Mater Europaea.
- Van Hülsen Astrid (2019). *Zid molka, Oblike dela z osebami z demenco na primeru validacije in drugih novih teorij*. 2. ponatis, Logatec: Firis Imperl.
- Winter Hans-Peter, Rolf Gennrich (2000). *BMG Modellprojekte, Eine Dokumentation zur Verbesserung der Situation Pflegebedürftiger*. Köln: Das Bundesministerium für Gesundheit.
- Winter Hans-Peter, Rolf Gennrich, Peter Hass (2002). *KDA Hausgemeinschaften, Eine Dokumentation von 34 Projekten*. Köln: Das Bundesministerium für Gesundheit.
- Winter Hans-Peter, Imperl Franc (2010). *Oskrba starejših – mora ali izziv jutrišnjega dne*. V: *Kakovostna starost*, letnik 13, št. 1, str. 90-102.

Naslov avtorja:

**Franc Imperl**; e-pošta: [franc@firis-imperl.si](mailto:franc@firis-imperl.si)

*Domen Zupančič*

---

## Kakovostna dolgotrajna oskrba in rekonstrukcije domov za starejše

---

### POVZETEK

Prispevek se osredotoča na primerjavo med različnimi sočasno prisotnimi veljavnimi predpisi in predlogom Pravilnika o minimalnih prostorskih, tehničnih in varnostnih pogojih na področju domov za starejše občane (DSO). Predstavljena so posamezna tveganja, ki so zabeležena ob gradnji, predvsem ob rekonstrukcijah in prizidavah; le-ta močno določajo arhitekturno in funkcionalno ureditev objekta in njegove okolice. Raziskovalna vprašanja v prispevku so v polju smiselnosti detajlnega določanja vseh dimenzij opreme sob do določanja lastnosti lokacije gradnje DSO, dvojnega določanja dimenzij (pravilnik in standardi) in o vplivih predlaganih sprememb na rekonstrukcije DSO. V diskusiji in analizi smo ugotovili, da so posamezne predlagane zahteve nejasne in predstavljajo večje tveganje za vse udeležence pri gradnji. Sklep je, da so predlogi togi in naravnani za pretekla obdobja z mankom kvalitetnega vpogleda v prihodnost dolgotrajne oskrbe. Pripravljavci bi lahko konkretnije upoštevali smernice OECD, stroko s področja načrtovanja objektov in strokovne ustanove, ki se ukvarjajo z razvojem konceptov DSO.

**Ključne besede:** domovi za starejše, arhitekturna zasnova, bivalno ugodje, univerzalna gradnja, rekonstrukcije objektov, upravljanje objektov

### AVTOR

**Dr. Domen Zupančič** je docent na UL Fakulteti za arhitekturo. Je predstavnik UL Consortium des Universités Euro-Méditerranéennes Téthys, evalvator raziskovalnih projektov pri Ministrstvu za izobraževanje, znanost, kulturo in šport, Črna gora, je član Slovenskega inštituta za standardizacijo (SPO Šport).

Na pedagoškem področju deluje kot mentor pri seminarskih projektih, mentor pri zaključnih študijskih magistrskih nalogah in doktoratih ter kot organizator in vodja arhitekturnih delavnic. Redno sodeluje kot mentor s področja arhitekture v okviru interdisciplinarnih projektov PKP (Po kreativni poti) in ŠIPK (Študentski inovativni projekti za družbeno korist). Poleg akademskega delovanja se udejeva pri prenosu teorije v prakso, kjer aktivno in poglobljeno sodeluje z ustanovami in razvojniki na področju institucionalnega varstva starejših. Na trgu EU razvija modularne gerontološko prilagojene prostorske rešitve, ki dvigujejo kvaliteto bivalnega ugodja (Wittighausen; Rosen Eck Berlin). Razvija opremo vadbenih in umiritvenih prostorov za starejše z upoštevanjem potreb fotosenzornih občutljivih oseb n.pr. soba za pomiritev Dom Petra Uzarja Tržič. Najnovejši zaključen objekt je Dnevni center starejših v Logatcu (sept. 2022).



## ABSTRACT

### **Architectural reconstructions of institutional home care facilities and quality of long term care**

The paper compares existing and proposed legislation in the field of institutional care for older people in Slovenia. In introduction obstacles and risks at reconstruction of existing homecare buildings are presented; risks are spread among all parties involved (investor, design team, contractor, staff, and inhabitants). There are three research questions: What are the benefits of listing of all furniture dimensions in care room? How this legislation overlaps with standards in the field of universal design and building construction – accessibility and usability of the built environment? How will this change affect building process and facility management? Discussion compares several different aspects, using sources as OECD datasheets to determine the need for change of approach of legislative update. Conclusion is that major guidelines should be necessary set, any duplication of information may lead to misunderstanding. Contemporary legislations should be combined form general text with clear updated appendix with last updated listing of standards. Changes will drastically affect building process and gain new risks; changes should be revised on wider scope. At the end of conclusion there is proposal to organise a base for wider inclusion of different stakeholders as institutions where new concepts of elderly care from institutional towards deinstitutionalized are researched and Chamber of Architecture and Spatial Planning of Slovenia.

**Key words:** care homes, architectural design, universal design, building reconstruction, facility management

## AUTHOR

**Dr. Domen Zupančič** is an Assistant Professor at University of Ljubljana, Faculty of Architecture. He is an expert member of several organisations: Consortium des Universités Euro-Méditerranéennes Téthys; evaluation expert of research projects at Ministry of Education, Science, Culture and Sports of Montenegro; Slovenian Institute for Standardization SIST .

He is a mentor of several seminar projects, diplomas, and doctorates: architectural workshops and interdisciplinary projects i.e. Creative path to knowledge and Students Innovative Projects for the Benefit of Society.

As an architect in professional practice, he is establishing a cross-border system of incentives for integration in the field of architecture and gerontology. Clients are private organisations and state national organisations. Project are from small scale (relaxing room in Tržič) to architectural buildings. Majority of projects are in the field of reconstruction; however, some are greenfield projects i.e. a day-care facility in Logatec (sept 2022).

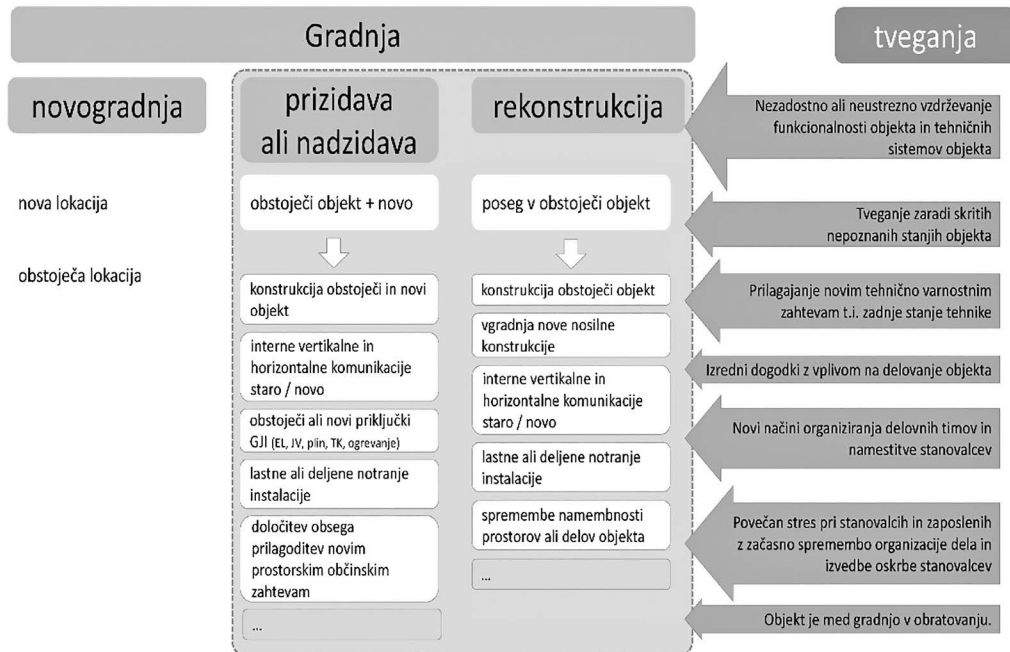
## 1 UVOD

Cilj prispevka je osvetliti načrtovanje za starejšo generacijo na področju arhitekturne stroke, kar pomeni zasnovno koncepta, izdelava arhitekturnih in tehničnih delov projektnih dokumentacij za gradnjo, zasnovno obdelave notranjih prostorov in primerne opreme.

Prispevek se osredotoča na institucionalne objekte kot so domovi za starejše (DSO) in na primerjavo med različnimi sočasno prisotnimi veljavnimi predpisi in predlogom Pravilnika o minimalnih prostorskih, tehničnih in varnostnih pogojih, obsegu posteljnih zmogljivosti in ceni standardne nastanitve ter prehrane pri izvajalcih dolgotrajne oskrbe v instituciji v javni mreži dolgotrajne oskrbe (Spletni vir 1), ki urejajo področje načrtovanja prostorov v DSO in z njimi povezane opreme za izvajanje oskrbe starostnikov.

Pri objektih so možne novogradnje, prizidave in rekonstrukcije. Novogradnja je gradnja novega objekta, prizidava ali nadzidava je gradnja ob ali na objektu, rekonstrukcija je večji gradbeni poseg v obstoječ objekt.

*Slika 1: Shema treh osnovnih delitev gradnje objektov. Najzahtevnejša je rekonstrukcija, sledi ji prizidava. Oba sklopa sta označena s skupno linijo, ker so navedena tveganja, ki so značilna za te posege.*



V shemi treh osnovnih delitev gradnje smo vnesli zgolj osnovna tveganja. Vidikov zahtevnosti tveganj je več, izrazito je zagotavljanje bistvenih zahtev z upoštevanjem obveznih standardov, tehničnih smernic in sledenju napredku

tehnike. Bistvene zahteve so gradbenotehnične lastnosti, ki jih morajo izpolnjevati objekti za zagotavljanje njihove varne in učinkovite uporabe (Gradbeni zakon 1., 3. člen).

Udeleženci pri graditvi so investitor, projektant, nadzornik in izvajalec. Le-ti se na različnih točkah ali fazah sodelovanja znajdejo pri sprejemanju odločitev glede spoznavanja s stanjem objekta, razumevanjem prakse izvajanja predpisov, nadzorovanjem procesov gradnje in razjasnitvijo implementacije delovno-funkcionalnih procesov ob uporabi objekta. Ob tem je ključna zadnja faza: uporaba in vzdrževanje objekta (angl. »facility management«), ki zajema funkcionalno, bivalno, varno in učinkovito vodenje celotnega objekta (kompleksa) in njegovih posameznih delov (npr. vzdrževanje prezračevalnih sistemov, upravljanje z energenti v objektu itd.). Ob posegih v obstoječe objekte je poudarek na določitvi začetnega stanja objekta. V praksi se pred pričetkom snovanja novih posegov izvede vsaj diagnostika sistemov instalacij, diagnostika stanja nosilne konstrukcije in preverba dejanske možnosti pobude sprememb v objektu. Določanje zadnjega stanja je sorodno celostni obravnavi pacienta pred operacijo z določitvijo tveganj in oceno uspešnosti predvidene operacije.

Vrnimo se korak nazaj na regulacije ob graditvi objektov. Predpis je splošna beseda, ki zajema lahko zakon, pravilnik ali uredbo. Graditev objektov in opreme v njih urejajo še drugi dokumenti; na tem mestu naštevamo zgolj tiste, ki služijo namenu prispevka, to so še:

- standardi,
- tehnične smernice in
- priporočila.

Ob vseh teh določenih normativnih besedilih so tu še splošni primeri kot so ciljni priročniki, strokovni posveti in konference. Vse skupaj oblikuje bazo za načrtovanje in gradnje objektov ter opreme v njih.

## 2 NAMEN IN METODA

Namen prispevka je analitično pregledati izbrane dokumente z metodološkimi načeli redukcije in izpostaviti potenciale in tveganja v procesih načrtovanja, gradnje in uporabe objektov, oziroma prostorov DSO. Poudarek je na fazi rekonstrukcije, ki je, kot smo poudarili v shemi, najbolj zahtevna faza. Pri obravnavi se osredotočamo na štiri dokumente:

1. veljavni predpis: *Pravilnik o minimalnih tehničnih zahtevah za izvajalce socialnovarstvenih storitev* (Uradni list RS, št. 67/06) (v nadaljevanju SP);
2. predlog predpisa: *Pravilnik o minimalnih prostorskih, tehničnih in varnostnih pogojih, obsegu posteljnih zmogljivosti in ceni standardne nastanitve ter prehrane pri izvajalcih dolgotrajne oskrbe v instituciji v javni mreži dolgotrajne oskrbe* (v nadaljevanju NP);

3. veljavni obvezni standard: *SIST ISO 21542:2012 Gradnja stavb - Dostopnost in uporabnost grajenega okolja* (v nadaljevanju Standard 21542:2012);
4. priporočilo: *Priporočila za preprečevanje in zaježitev okužb z virusom SARS-CoV-2 v socialnovarstvenih zavodih z algoritmi testiranja na SARS-CoV-2* (v nadaljevanju Priporočila).

Seznam obveznih in priporočenih standardov je dostopen na spletnih straneh ZAPS in IZS.

Čas pisanja prispevka sovpada z obdobjem uveljavljanja novih dveh zakonov: *Zakon o urejanju prostora (ZUreP-3)* (Uradni list RS, št. 199/21) (začetek veljavnosti 1. 6. 2022) in *Gradbeni zakon (GZ-1)* (Uradni list RS, št. 199/21) (začetek veljavnosti 1. 6. 2022), ki temeljno preoblikujeta umeščanje in načrtovanje objektov. Ta dva zakona za namen tega prispevka nista bistveni spremenljivki, ki bi vplivali na analizo.

Raziskovalna vprašanja so naslednja:

1. Ali je vključevanje natančnih podatkov dimenzij notranje opreme, detaljno specificirane lastnosti lokacije za DSO z določanjem neto tlorisnih površin (NTP) nujen in smiseln del predloga sprememb NP?
2. Kakšno je prekrivno območje predpisa in standarda ter kako to vpliva na odločanje v fazah graditve objektov?
3. Kakšne so posledice predlaganih določil za namene rekonstrukcije DSO?

Uporabljena bo metoda primerjalnega branja dokumentov. Zaradi različnih, a sorodnih vsebin, bomo na mestih različna določila opisali in jih vpeli na hipotetične modelne primere.

Besedilo bomo obravnavali z vidika področja prostorskih vidikov, ki jih dokumenti opredelijo in jih določajo.

### 3 DISKUSIJA

Spremembe pravilnika SP v NP so logična posledica sledenju novemu Zakonu o dolgotrajni oskrbi (v nadaljevanju ZDOsk). Predlagani NP je bil dosegljiv ob objavi v sistemu priprave novih predpisov (EVA 2022-2711-0054; obdobje 6. 5. do 13. 5. 2022).

Veljavni pravilnik SP ureja različne institucionalne organizacije. V analizi smo se osredotočili na področje skupnih določb in v nadaljevanju področja dnevnih centrov (DC) in domov za starejše (DSO). Izbor teh dveh tipov stavb izhaja iz ugotovitve, da je v obdobju 2018 – 2022 bilo s strani Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (MDDSZ) več različnih razpisov za podelitev koncesij za nove DSO, prijave novogradenj, rekonstrukcij in vzdrževalnih del DSO in DC v okviru različnih EU projektov oz. razpoložljivih sredstev ESRR (npr.:

Javni razpis za sofinanciranje vlaganj v infrastrukturo za krepitev odpornosti izvajalcev institucionalnega varstva, upoštevajoč deinstitucionalizacijo).

Splošni paralelni vsebinski pregled vsebin obeh pravilnikov (SP in NP) nakaže, da bo predlagani pravilnik nadomestil obstoječega.

**Lokacija** (NP 4. člen) je v predlogu opisana z vidika makro in mikro merila. Navezuje se na **stavbno zemljišče** (NP 5. člen). Pri stavbnem zemljišču je vsebinsko zajet mirujoči promet, zunanje tlakovane poti ob objektu, dostopi in vhodi. Sklic na posamezne standarde bi bil lahko splošen in bi na koncu bil zajet seznam standardov oz. sklic na obvezne standarde.

Člen je sestavljen iz več vsebinskih sklopov, ki so smiselno enakovredni ter so nedoločeni na mestih, kjer je pričakovana doslednost. Tu izpostavljamo odstopanje oz. primer, ko ima obstoječi objekt DSO uporabno dovoljenje, vendar zaradi prostorskih danosti grajenega okolja ob njem na lokaciji in v območju do 200 m od glavnega vhoda v DSO ni zadosti parkirnih mest. Glede na ti dve izključujoči dejstvi bi vsak prihodnji poseg v ta objekt nakazal kršitev pravilnika in drugih predpisov. Kot smo zaznali v lastni praksi pri rekonstrukcijah obstoječih DSO so take prostorske in pravno-administrativne težave pogoste in so prevladujoče. Za investitorje in projektante so te prostorske anomalije velik izziv, ki potrebuje širšo razpravo in verjetno iskanje kompromisnih, začasnih rešitev.

Prav parkirna mesta za obiskovalce, uporabnike, zaposlene in manipulativne površine zaradi obratovanja teh ustanov so večja ovira pri zaključevanju projektna dokumentacije. Vzrokov je več: poglobitvi je v nezadostno učinkoviti mreži javnega prometa. Posamezne občine se s tematiko parkirišč in javnim prometnim servisom ukvarjajo na zelo različne načine, saj bodisi nimajo ustreznih prostorskih predpisov, bodisi imajo nejasne smernice s strani glavnega predpisa (pravilnik).

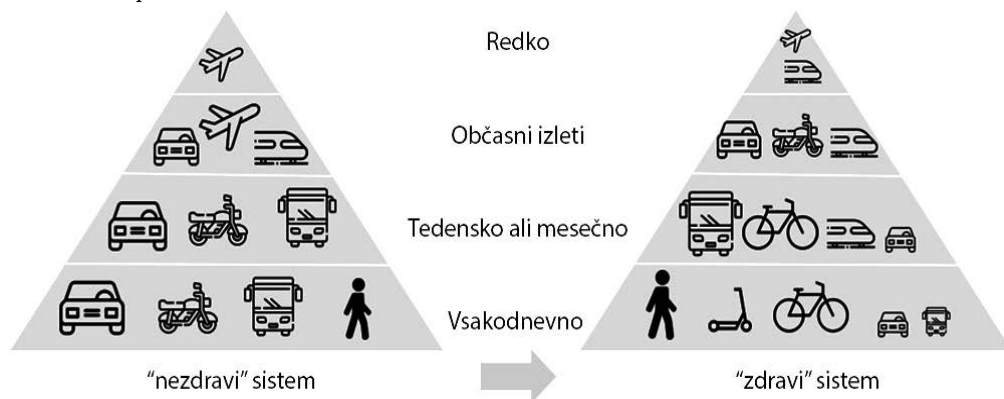
Umanjka integracija vizij krožne ekonomije v uporabi javnega prometa in alternativnih komunikacij: delitvena ekonomija (souporaba) ekološko sprejemljivih vozil (hibridi, vodikovi pogoni, električni pogoni), izposoja koles za zaposlene, enosledna vozila v javni mreži ... Pravilnik bi moral v splošnem nagovoriti bodoče in obstoječe nosilce dejavnosti, da bi za zaposlene ter redne servisne komunikacije iskali vzdržnejše rešitve, ki jih opredeljujejo drugi dokumenti, npr. OECD Transport Strategies, kjer je poudarek prav na mikro mobilnosti zaposlenih z vidika kolesarjenja ali celo hoje ter o zmanjševanju prostorsko potratnih sistemov (t.i. space-intensive modes i.e. automobiles). Vpeljava novih modelov mobilnosti posameznikov je povezana z dejavniki, kot so preoblikovanje uličnega pasu, izraba javnega prostora z izboljšanim izkoristkom in upoštevanjem lokalnih ter regionalnih mobilnostnih potreb.

OECD navaja prehod iz t.i. nezdravega na zdravi način premikanja oseb in tovara. Na tem mestu povzemamo grafiko, ki smo jo za te namene prevedli in orisuje teoretični model mobilnosti, ki bi ga bilo smiselno vpeljati po načelu od spodaj navzgor: od posameznika, ki je zaposlen v lokalnem okolju (t.i. 15 minutne

urbane mreže, kjer so dosegljive osnovne mestotvorne dejavnosti (vrtec, šola, zdravstvena ambulanta, lokalne regionalne upravne službe, trgovina, itd.) ali angleško 15-minute cities).

**Slika 2: Nezdruva in zdrava mobilnost, kot analogija piramidi zdrave hrane (meso, mlečni izdelki, maščobe, sladkorji).** Vir: Slovenski prevod, originalna grafika je v angleškem jeziku

[https://www.oecd-ilibrary.org/sites/0a20f779-en/1/3/2/index.html?itemId=/content/publication/0a20f779-en&\\_csp\\_=b548c4c6a47c7ac60e7a372afb9dc27&itemIGO=oecd&itemContentType=book#figure-d1e1027](https://www.oecd-ilibrary.org/sites/0a20f779-en/1/3/2/index.html?itemId=/content/publication/0a20f779-en&_csp_=b548c4c6a47c7ac60e7a372afb9dc27&itemIGO=oecd&itemContentType=book#figure-d1e1027) (dostop 4. 5. 2022 ob 18.35h)



Pripravljalci so se smiselno sklicevali na načela univerzalne gradnje, ki veljajo v stroki gradnje objektov in so v zadostni meri zbrana ter opisana v publikaciji Ministrstva za okolje in prostor RS (v nadaljevanju MOP RS) in tudi v sami uredbi o univerzalni gradnji. Tak način zapisa omogoča, da bo pravilnik lahko doživel dolgo starost, a brez zastaranja.

Navedeni obvezni standardi bi lahko bili navedeni le enkrat v enoviti tabeli v ločeni prilogi predlaganega predpisa. S tem pristopom se besedilo predpisa ob posodobitvi standarda ne bi spreminjalo, dopolnila bi se zgolj priloga tega predpisa, kar bi pripomoglo k manjši obremenitvi bralcev/uporabnikov predpisa (nosilci dejavnosti, projektanti, upravni delavci, drugi).

Arhitekti smo praviloma intenzivno vključeni v komunikacijo z investitorji, nezanemarljiva je tudi naša vloga pri razlagi predpisov s področja zasnove in graditve objektov. Posamezni predpisi vsebujejo navzkrižne zahteve, ki jih obvezni standardi že dobro opredeljujejo. Pri odločanju o arhitekturnih prostorskih rešitvah je faza razjasnitve med predpisanim, želenim, možnim in zmožnim najdaljša, najmanj predvidljiva in potencialno lahko vodi do zaustavitve projekta, ki ga neskladni predpisi na relaciji država - občina - standardi lahko začasno ustavijo ali celo pripeljejo do blokade zaradi civilno družbenih iniciativ. Izrednega pomena je, da je pred naročilom načrtovanja izdelana dobra projektna naloga, kjer se pretežni del nejasnosti razreši ali pa vsaj nakaže smer rešitve.

V 7. členu (horizontalne komunikacije) predloga so podani posamezni natančni pasusi besedila o vtičnicah in indukcijski zanki. Tu bi morda zadostovala navedba ustrezne dnevne svetlobe, dopolnjene z umetno svetlobo ter skladnost s standardom. Lahko bi bil vključen zapis o zagotavljanju brezstičnega krmiljenja naprav in svetil v vseh prostorih objekta in o tehnologijah, ki omogočajo prilagoditev na higienske, bivalne standarde ter zavedanje, da bodo bodoči uporabniki vedno bolj digitalno pismeni. Hkrati je s tako pametno krmiljenim sistemom olajšana izvedba nege stanovalcev.

Hkrati bodo v prihodnje v bivalnih in drugih prostorih nameščeni še senzorji kot merilniki kvalitete zraka (PPM delci, CO, CO<sub>2</sub>, O<sub>3</sub>,...), merilniki temperature in tudi fotosenzorji za regulacijo umetne svetlobe. Ni potrebe, da bi NP predpisoval vse te elemente, vendar bi se lahko konkretnje opredelil do bodoče družbe in skrbi za javno zdravje.

Morda bi lahko izpostavili, da naj bodo vse te naprave za uporabnike enostavne in prilagojene načelom univerzalnega oblikovanja. V tuji strokovni literaturi to področje dopolnjuje tudi tehnologija radijske identifikacije (pasivna ali aktivna) oz. RFID (*eng. Radio Frequency Identification*) in jo uvajajo v bolnišnicah ter drugih zdravstvenih ustanovah.

Pri navedbi širine hodnikov bi bila uporabna navedba svetle mere hodnika 200 cm. Pri višini ročaja pa bi bila dopustna toleranca med 85 cm in 95 cm od finalnega tlaka z upoštevanjem zveznosti.

Pri opisih dvigal bi v NP lahko posamezne podrobnosti izpustili, saj so zajete že v obveznih standardih, enako je tudi sklicevanje na Pravilnik o požarni varnosti, ki bi bil lahko naveden (sklic zgolj v prilogi).

V 8. členu (vertikalne komunikacije) je pravilnik doslednejši in celovito podaja informacije z navodili o zasnovi komunikacij. Tu se zastavlja vprašanje za vertikalne in horizontalne komunikacije, kako postopati pri rekonstrukcijah, kjer so objekti zaradi lokalne specifične, tehnologije gradnje ali drugih tehničnih lastnosti nezmožni slediti tem pogojem. Načelna rešitev bi bila v porušitvi in novogradnji objekta na isti lokaciji, kar je bistveno povečanje začetnih investicijskih stroškov.

Tehnične karakteristike kot so svetloba, prezračevanje in klimatizacija prostorov so v ločenem členu. Izzivi so pri rekonstrukcijah obstoječih DSO, ki so grajeni brez sistemov ohlajevanja ali pa so le-ti enoviti in niso ločeni po oddelkih. Pandemija covid-19 je na področju prezračevanja objektov izpostavila nezadostne rešitve obstoječih objektov. Možna rešitev je bila z odpiranjem oken, kar pa je bilo v jesenskem in zimskem delu leta izrazito težavno: velike temperaturne razlike, neposreden vnos PPM delcev (npr. saje iz kurišč, delci v megli) iz zunanjega zraka v notranjost; povečan občutek hladu v objektu itd. Na tem področju je še odprto vprašanje, kako dobro načrtovati, izvesti in upravljati sisteme prezračevanja in pohlajevanja oddelkov. Prenove strojnih naprav pri obstoječih objektih so zahtevne z vidika arhitekturnih (spremembe oddelkov, drugačne horizontalne

ali vertikalne komunikacije), gradbeno-konstruktivskih (ojačitve horizontalnih nosilnih elementov, izvedbe večjih prebojev v konstrukcijah) posegov in strojnih instalacij z novimi, praviloma večjimi napravami z novimi ločenimi dovodi in odvodi.

Pri prostorih so delitve na sklope A, B, C, in D, glede na funkcijo prostorov. Pod A so prostori namenjeni uporabnikom DSO. Sanitarni prostori v velikosti 3,5 m<sup>2</sup> niso ustrezni oz. so premajhni za osebe na vozičku, da bi lahko samostojno uporabljali sanitarije. Z upoštevanjem obračalnega kroga vozičkarja je najmanjša funkcionalna velikost bližje 3,95 m<sup>2</sup> ob upoštevanju velikosti opreme (lijak, talna kad, omarica za osebno nego, stenska držala) in prostora za vstopanje v prostor. Predpisane sanitarije v velikosti 3,5 m<sup>2</sup> so pogojno uporabne z asistenco negovalnega osebja. Mnogo boljša rešitev bi bila v povečanju minimalne površine sanitarij s tušem na vsaj 4,0 m<sup>2</sup> kar določa npr. standard DIN 18040-2, ki velja v Nemčiji. V primeru, da gre za objekt, kjer bivajo invalidi, pa znaša sanitarni prostor od 5,2 do 5,5 m<sup>2</sup>. V praksi naročniki projektov novih DSO v Sloveniji praviloma zahtevajo od projektantov sledenje minimalnim zahtevam predpisov na področju bivalnega ugodja, kar upravičujejo z metriko investicijskih stroškov in kasnejšim upravljanjem objektov.

Pri velikosti sob je več dejavnikov, ki določajo bivalni standard stanovalcev, funkcionalni vidik negovalcev in bivalno-higienske pogoje. Med drugim mora soba nuditi zasebnost bivanja, ki jo dosegamo s postavitvijo opreme: npr. bolnišnična postavitve postelje, zaslon z omarami, pogled skozi okno, pregled na vhod v sobo itd. Med opremo mora biti zadosti prostora za obračalni krog vozičkarja, za delokrog osebja, za dostop z nosili ob intervenciji in za uporabo negovalnih pripomočkov (npr. kopalni voziček).

Pri oblikovanju prostora je razmerje prostora odločilni dejavnik, med drugim vpliva na psihofizično stanje stanovalcev in osebja. Globoki prostori imajo neustrezno razporeditev dnevne svetlobe, slabše pogoje naravnega prezračevanja in drugačno akustično ozadje. Minimalna širina sobe 3,25 m je smernica, ki verjetno izhaja iz dejstva, da je glavnina fonda obstoječih DSO v Sloveniji starih najmanj 40 let. Z izkušnjami ob rekonstrukcijah npr. DSO Ljubljana – Šiška, DSO Vrhnika, DP Mengeš, DSO Jesenice je bistvena ovira prav mreža nosilnih osi od 3,25 m do 3,6 m. Taka struktura ne omogoča polne funkcionalnosti razporeditve opreme v bivalni sobi in umestitve sanitarnega dela s tušem. Temeljni premislek ob tovrstnih rekonstrukcijah je dvosmeren, kot možnosti A, B ali C.

**Možnost A:** objekt statično popolnoma adaptirati in ga konstrukcijsko okrepiti od vključno temeljev do strehe; izvesti premike sob in sanitarij, posledično zmanjšati kapaciteto stanovalcev v objektu.

**Možnost B:** objekt ohraniti v stanju kot je, opraviti minimalne posege v konstrukcijske elemente, zmanjšati kapacitete namestitve stanovalcev z izvedbo manjših prebojev sten in povezati sobe v bivalne enote z ločeno spalnico.



**Možnost C:** obstoječi objekt porušiti in zgraditi novega.

Naštete so osnovne tri možnosti, ki jih strokovni svet ob pripravi pravilnika ni analiziral in jih posledično vključil vanj.

Teoretično obstaja še možnost D, v primeru, da je obstoječ objekt DSO nezadosten z vidika prostorskih danosti, funkcionalnosti ali drugih bistvenih zahtev, ki jih morajo objekti DSO zagotavljati: npr. DP Mengeš. V tem primeru bi bila možna ukinitvev DSO, sprememba namembnosti (najemniška stanovanja, poslovni prostori, raziskovalni laboratoriji) ali odprodaja take nepremičnine na prostem trgu.

Predlog določa višino parapeta okna na 90 cm. To določilo ni popolnoma ustrezno, saj z večjo stekleno površino stavbnega elementa dosegamo večji vidni kot pogleda. Tu bi morala biti dodana omemba rešitve zunanje ograje. Izziv oblikovanja ostaja pri ravnih površinah parapeta (notranja polica okna) zaradi zagotavljanja varnosti stanovalcev, tu bilo modro preučiti sorodna priporočila švicarskih predpisov, ki opredeljujejo rešitve notranjih polic v naklonu za preprečevanje vzpenjanja. Parapet bi bil lahko tudi mnogo nižji; višina parapeta 40 cm še omogoča vgradnjo rekuperacijskih elementov in bistveno izboljša vidni kot pogleda s postelje, saj je mnogo stanovalcev DSO trajno ležečih. Predpis bi določil zgolj višino in predlog izbora ograje (brezbarvno netonirano steklo) od zgornjega roba parapeta, kar bi bilo bolj smiselno. S tem bi stanovalci pridobili možnost, da iz okolja zaznajo vreme, letni čas, pogled na ulico in okrepljen občutek za uro v dnevu.

Poleg predpisovanja sanitarij in bivalnih sob umanjka poznavanje problematike oskrbe stanovalcev (dnevne in dolgotrajne). Stanovalci imajo zaradi zdravstvene oskrbe ob sebi tudi aparature kot so respiratorji, dopolnilne jeklenke (kisik) ter druge elemente. Te naprave morajo imeti predvideno pozicijo v sobi in v boljših rešitvah lastni prostor (zaradi zmanjšanja hrupa v sobi in lažjega monitoringa naprave) ter – kar je bistveno – da stanovalcem omogočimo zmanjšanje stresnih elementov, ki poglavitno vplivajo na kvaliteto bivanja. V praksi imajo obstoječi DSO sobe z več posteljami (3, 4 ali več). Take sobe bi morale biti nemudoma ukinjene. Delež enoposteljnih sob bi moral biti prevladujoč, dvoposteljne sobe bi bile zgolj dve na oddelek, a hkrati bistveno večje, da bi omogočale zasebnost. Tako normo bi morali zahtevati tudi za rekonstrukcije obstoječih DSO. Dom bi lahko imel še dodatne prostore v obliki apartmajev, ki bi bili namenjeni gostujočemu kadru, namestitvev specializantov, prostovoljcev, študentov ali za obiske svojcev. Delež teh ni možno predpisati v pravilniku, saj izkušenj s tem še nimamo, raziskave na to temo pa v Sloveniji še ni bilo.

Pogosto jih DSO opravičujejo, da si stanovalci ne morejo privoščiti (zagotoviti) boljših sob zaradi nezadostnih prihodkov (nizka pokojnina, nezmožnost sofinanciranja nege s strani ožje ali širše družine stanovalca, nezadostna socialna finančna pomoč). Poleg neustreznih bivalnih vidikov so tu še etični vidiki, kot

je dostojno samostojno bivanje ali pravica do osebnega miru. V sobah s tremi ali več stanovanca je zvok, svetloba in kvaliteta svežega zraka še bolj izrazita težava, ne zgolj z vidika fizikalnih posledic (vonj, hrup, osvetlitev – praviloma globok prostor sobe), ampak na nivoju povzročanja nemira pri stanovalcih, motenja spanca in motenja dnevnega ritma počitka zaradi pogostejše nege pri sostanovalcih v sobi.

NP zahteva, da se 10 % posteljnih zmogljivosti nameni za oddelke, ki izvajajo storitve negovalne bolnišnice ali kot območja rdečih con v času pandemije. Te sobe imajo zelo verjetno zasnovo z bolnišnično postavitvijo postelje, kar omogoča nego z obeh strani postelje. V tem primeru je oprema sobe spremenjena in drugače razporejena kot sicer. Ob tej dikciji je nujno zavedanje, da so zahtevnejše storitve zdravstvene nege za stanovalce (in ne paciente), ki bivajo v strukturi doma. Naj na tem mestu poudarimo, da je oprema sicer izziv, a je obvladljiv, bistven je **nedopusten premik dojemanja ustanove DSO**. V bolnišnicah so pacienti, v domovih za starejše pa so stanovalci, kar je nujna os, ki naj usmerja vse pripravljavce zakonodaje na področju dolgotrajne oskrbe.

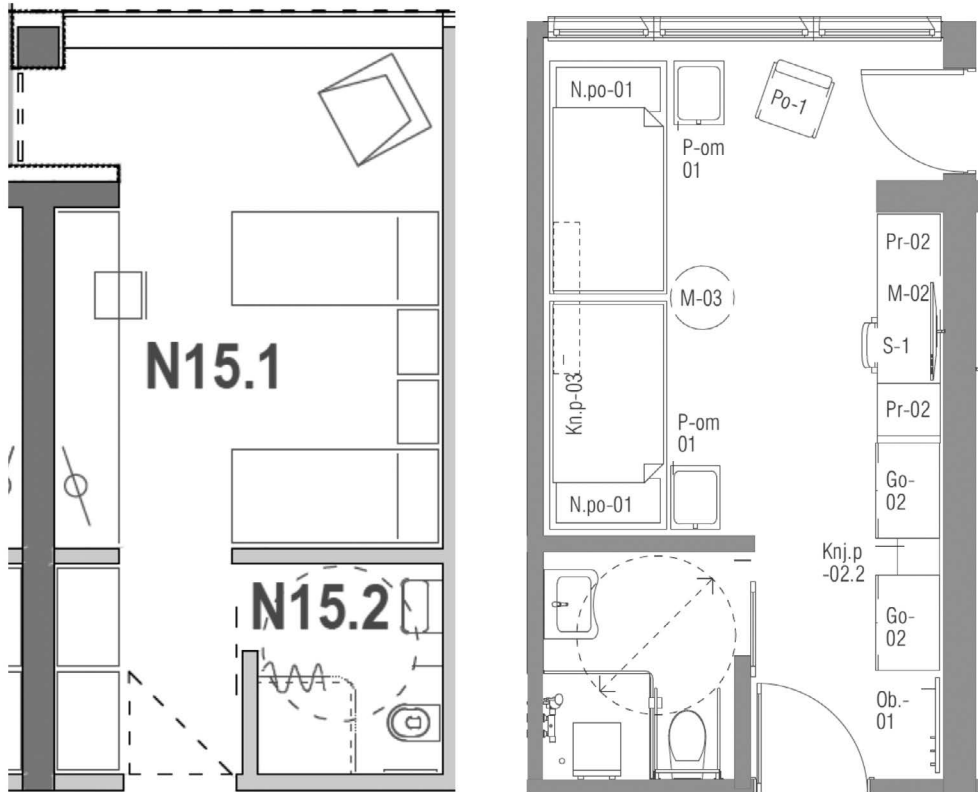
Pri navedbi osnovne opreme v sobah so posamezne dimenzije elementov absolutno nezadostne. Postelje dimenzij 90 x 200 cm za DSO ne obstajajo oz. je to zgolj navedba najmanjše vzmetnice; k tej dimenziji je potrebno prišteti še okvir postelje in pogoste talne odbojne diske na nogah. Enako je pri nočni omarici. Spodaj navajamo hipotetični primer upoštevanja pravilnika v fazi pridobitve gradbenega dovoljenja in primer iste sobe v načrtu za izvedbo.

Postelje v sobah so v bruto merah 109 x 212 cm, osebna omarica ob postelji je 45 x 45 cm, za oba elementa je podana minimalna dimenzija. Velikost garderobne omare s tlorisnimi merami je nezadostna, saj je funkcionalnost opreme omejena na dejavnik uporabnika na vozičku (doseganje z roko, odpiranje front, pomičnost elementov). Pri opremi je predlog neustrezen z vidika dimenzij in opredelitve finalizacije površin, kjer bi pričakovali upoštevanje anti-bakterijskih standardov (npr. ISO 22196:2011), standardov odpornosti na čistila (npr. EN 14323 ) in priporočila uporabe ustreznih ognjevarnih materialov.

Zelo priporočljivo bi bilo, da bi NP pri opredelitvi sob določil delež sob za vozičkarje. V nemških predpisih za gradnjo DSO je določen delež R (t. i. Rollstuhl zimmer) in t.i. navadnih sob. S tem bi omogočili večjo toleranco pri izdelavi načrtov in zmanjšali dileme glede postavitve tipske opreme. Hkrati pa bi bila še minimalno vzdržna zahteva, da so v navadnih sobah kopalnice manjše, z manjšim pršnim prostorom, cca. 20 % manjšim kot v sobah za vozičkarja.

Mnogi zapisi dimenzij, kvadratur in količin, ki so v SP in NP, zavajajo investitorje, ki v predhodni investicijski nameri (DIIP, IP) obdelujejo zgolj kvadrature površin in na osnovi teh odmerjajo investicijska sredstva. Arhitekti smo v tej fazi pogosto nezadostno udeleženi.

**Slika 3: Dvoposteljna soba v fazi pridobitve GD in v fazi za dejansko izvedbo.** Z upoštevanjem nosilnih konstrukcij, ki se ne smejo premikati in ob upoštevanju dopustnih toleranc, je možna kompromisna rešitev dvoposteljne sobe z namestitvijo postelj ob steni in upoštevanjem vseh obveznih elementov notranje opreme v sobi. Posledica bolniške postavitve postelje bi bila zgolj ena postelja v sobi in ne dve, kar avtomatično razpolovi število stanovalcev v oddelku. Tak primer je v praksi pogost, investitorji zaradi omejenosti investicijskih sredstev terjajo zadostitve minimalnim pogojem, ki jih zahteva pravilnik (SP), funkcionalnost opreme sobe je praviloma reševana v zadnji fazi dejanske izvedbe objekta. Vir: Projekt DGD novogradnje DSO Jesenice, 2021 in PZI Oprema novogradnje DSO Jesenice, 2021.



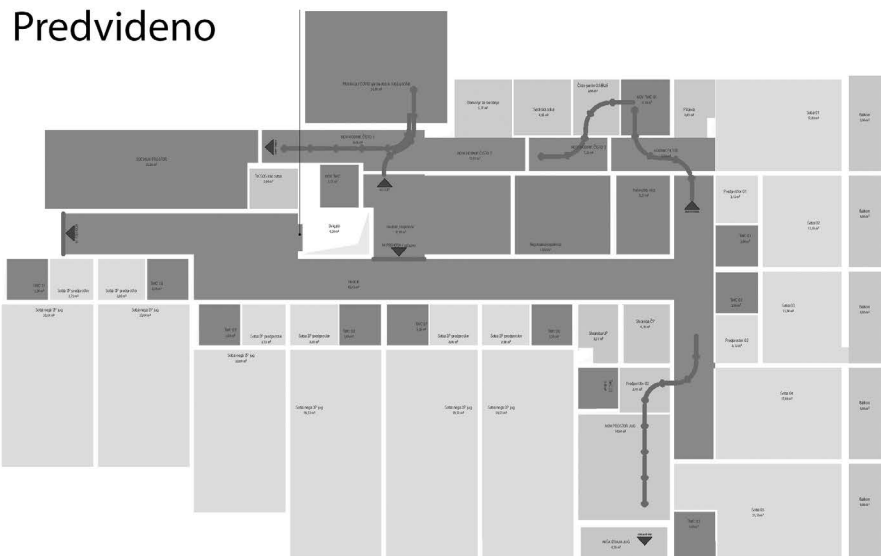
Nekdanja skupna kopalnica je v predlogu centralna kopalnica, ki mora na minimalnih 14 m<sup>2</sup> nuditi tri načine umivanja: samostojna dvižna kad in prha v nivoju in voziček za umivanje. Ob upoštevanju delovnih površin negovalnega osebja ob izvajanju teh opravil je zahtevana površina nezadostno odmerjena. To je izrazita težava med projektantom (zavezanim pravilom stroke) in investitorjem (zavezanim pravilom tržne ekonomije), ki vodi v nesporazume razumevanja predpisov, načel, smernic in do slabšanja bivalnega ugodja stanovalcev. Že v antičnem Rimu (rimske terme) in na bližnjem vzhodu (hamama) so poznali kvaliteto higiene ter pomen (mokrih) prostorov za umivanje.

**Slika 4: Programska shema kompromisne preureditve dela objekta v pritlični etaži DP Mengeš.** Prvotni osnovni oddelek se preuredi v oddelek rdeče cone. Organizirana je krožna enosmerna komunikacija osebja, stanovalci nimajo izhoda na zunanje parkovne površine, na točki izhoda (tloris desno spodaj) je predvidena mobilna zložljiva klančina (postavitev ob dejanski vzpostavitvi rdeče cone). Projekt je bil zaključen v marcu 2022 z upoštevanjem trenutnih priporočil organizacije con (sivih in rdečih). Glede na NP je predstavljen projekt neskladen. Vir: GANK d.o.o., marec 2022.

## Obstoječe



## Predvideno



Pravilnik bi lahko na tem mestu ponudil kvalitetnejšo civilizacijsko dopolnitev kot analogijo na parkirna mesta ob uvodu pravilnika. **Nujni del prostorske rešitve mora zajemati izris trajektorij gibanja standardnih vozičkov** (voziček za umazano perilo, voziček za dostavo hrane v oddelku, voziček za umivanje, reševalni voziček, invalidski voziček) z izrisom bruto radijev gibanja v prostorih. S tem pristopom bi močno zmanjšali težave uporabe prostorov, o katerih poročajo vsi obstoječi DSO, to so parkirani vozički v skupnih kopalnicah, kopalni vozički na hodnikih, vozički z dostavo plenjic v recepcijskih avlah ...

Pri prostorih za umrlega ni eksplicitno navedeno, da je prostor z vidika prezračevanja popolnoma ločen, saj je to lahko potencialni vir širitve bolezenskih klic (v primeru virusnih / bakterijskih okužb).

Predlagani NP bi moral imeti ločeni člen glede prezračevanja in pohlajevanja objekta. Nekatere rešitve v praksi kažejo, da je to področje nezadostno določeno oz. razumljeno. Ob strokovni reviziji zaključenega projekta za novogradnjo DSO je bila strojnica umeščena ob bivalnih sobah in ni imela zvočne akustične izolacije na obodnih površinah, kot tudi ni imela jasno opredeljene zvočne prekinitev na mestu vrat.

Pri prostorih za zaposlene bi moral pravilnik opredeliti posamezne minimalne obsege prostorov, ki so določeni z vidika organizacije izvajanja programa, ki ga stroka ali pristojno ministrstvo predpisuje, ureja, vodi ali določa.

Poleg naštetih prostorov v vsaki etaži manjka prostor za avtomatizirane pripomočke kot so dezinfekcijski roboti, eksokeleti za izvajanje nege in drugih opravil po programu nege in oskrbe v posameznem oddelku. Pandemija je dodatno izpostavila prednosti robotizacije posameznih nalog v zdravstvu in negi, tudi na področju starejših, npr. podjetje slovenskih korenin UVS-solutions, ki je z lastnim razvojem, od ideje do produkta, vpeljalo daljinsko voden svetlobni razkuževalnik; več na: <https://www.uvc-solutions.com/> (dostop 11. 5. 2022 ob 12h).

V predlogu NP niso določeni prostori polnilnic baterij in pogonskih elementov vozičkov in naprav. Ta dva prostora bosta v bližnji prihodnosti del osnovne prostorske sestave objektov DSO, kot so ločeni prostori za SOS klic, RACK omarice, avtonomija objekta, elektro omarice, prostori za interno hidrantno napajanje itd.

## 4 UGOTOVITVE

V tem delu podajamo strnjene ugotovitve glede na zastavljena raziskovalna vprašanja.

**Vprašanje 1:** Ali je vključevanje natančnih podatkov dimenzij notranje opreme, detajlno specificirane lastnosti lokacije za DSO z določanjem neto tlorisnih površin (NTP) nujen in smiseln del predloga sprememb NP?

Dimenzije opreme so priporočljive v načelu podatka o dopustnih najmanjših dimenzijah z upoštevanem toleranc in odmikov, načelo umeščanja tipske opreme s 5 cm odmikom od zidov, podajanje smeri odpiranja ali premika opreme.

Določanje natančnih ali izračunljivih neto tlorisnih površin prostorov je obvezno. Na tem mestu je potreben izračun t.i. modelnega objekta DSO, kjer bi bili upoštevani kriteriji števila stanovalcev. Predlog pravilnika se ne opredeli do več posteljnih sob in se ne izjasni glede zasnove paliativnega oddelka. Vključevanje zasnove gospodinjskih oddelkov, ki je v Sloveniji trenutno zadnja razvojna faza transformacije DSO oddelkov, ni jasno opredeljeno.

Ugotavljamo tudi, da je na tem mestu potrebna širša diskusija med ključnimi udeleženci priprave strategije implementacije DO. Funkcionalni modeli objektov z upoštevanjem hipotetičnih kapacitet stanovalcev glede na priporočila h gradnji manjših dislociranih enot z osebjem iz lokalnega okolja je nujen korak pri določitvi točke ravnovesja.

**Vprašanje 2:** Kakšno je prekrivno območje predpisa in standarda ter kako to vpliva na odločanje v fazah graditve objektov?

V diskusiji smo prikazali in utemeljili, da so navedbe drugih predpisov v besedilu neustrezne in da je to zastarel način koncepcije predpisa. Priporočljivo je, da je predpis zastavljen tako kot so algoritmi programske kode za aplikacije, torej temeljna struktura s sklicem na bazo podatkov. Ta baza podatkov bi bile priloge s seznamom predpisov, ki so v soodvisnosti, s seznamom obveznih in priporočljivih standardov in tehničnih smernic. S tem bi bil osnovni skelet besedila jasnejši in razbremenjen s sklici na predpise.

**Vprašanje 3:** Kakšne so posledice predlaganih določil za namene rekonstrukcije DSO?

Rekonstrukcija je zelo zahtevna faza pri graditvi, zajema širši nabor tveganj, neznank in posega v delujoč objekt. DSO v času rekonstrukcije deluje, funkcionira, v njem se izvaja oskrba stanovalcev v nezmanjšanem obsegu. Predlog z določitvijo širine sobe vpliva na legitimnost delovanja (uporabno dovoljenje) nekaterih obstoječih domov, ki so bili grajeni v prvi polovici 20. stoletja, nekateri še v poznih 80-ih 20. stoletja.

Določanje kvalitet stavbnega zemljišča, objekta, komunikacij pred in v objektu in klimatizacije je zapisano za novogradnje, kar je za prizidave in rekonstrukcije izključujoče. V primeru posameznih DSO – tu izpostavljamo zgolj tri izrazite: DSO Jesenice (strma lokacija s skoraj 0 m<sup>2</sup> ravnih delov parkovne ureditve), DP Mengeš (zemljišče v urbanem tkivu brez zadostnih zelenih površin in ustreznih parkirnih mest), DSO Vrhnika (delno poplavno ogroženo območje) – so te zahteve predloga NP nemogoče oz. je to nesorazmeren investicijski vložek, ki presega ekonomičnost posega za doseganje zahtev NP.

10 odstotkov sob za organizacijo oddelka sob je možno zagotoviti s prostorsko preureditvijo in z vpeljavo dostopnega in izstopnega filtra ter vpeljavo novega

mokrega prostora na tej poziciji. V praksi to pomeni večji gradbeno-tehnični poseg, spremembo organizacije namestitve stanovalcev in poseg v organizacijo izvedbe oskrbe ter dnevnega ritma stanovalcev. Pri tem ne poznamo učinka bivanja v takem oddelku, kaj bi to pomenilo za stanovalce v času, ko je tak oddelek zaprt oz. odprt. Menimo, da bo tak oddelek sob zaradi prostorske zasnove nudil okrnjeno dnevno rutino bivanja v DSO in vključevanje stanovalcev v lokalno okolje. Taka rešitev spominja na gobavišče (leprozorij), območje izobčenosti iz skupnosti doma.

Zahtev po organiziranju oddelka sob s pripadajočimi funkcionalnimi prostori lahko bistveno vpliva na zasnovo manjših dislociranih enot DSO. V primeru načrtovanja manjše lokalne enote DSO (npr. za 24 stanovalcev) bi bil delež 2,4 oz. 3 sobe, ki so ločene z vstopnim in izstopnim filtrom.

## **5 ZAKLJUČEK**

Dolgotrajna problematika zagotavljanja ustreznih kadrov na področju domače, oddaljene in institucionalne skrbi za starejše je prisotna že toliko časa, kakor je stara debata o zakonu o dolgotrajni oskrbi. Lokalne dislocirane enote DSO so z vidika kvalitete bivanja bolj priporočljive, hkrati pa so večji ekonomski in organizacijski zalogaj z vidika izkoriščenosti potencialov kadra ustanove in tudi investicije objekta. Ne glede na število stanovalcev so potrebni vsi funkcionalni prostori v domu: vhodna avla, recepcija, kavarna, dvigala, glavna in stranska stopnišča, klubski prostor, jedilnica, kuhinja, shrambe (različne), sestrška soba ..., kar pomeni visok delež površin objekta, ki pa ni polno izkoriščen ali pa vsaj optimalno uporabljan. Na tem področju manjka poglobljena raziskava in modelna simulacija teoretičnih DSO, da se opredeli optimalna velikost objekta. Menimo, da bi bilo smiselno združiti posamezne prostore, saj se funkcionalnosti prekrivajo: vhodna avla s kavarno in recepcijo, klubski prostor z manjšo jedilnico v funkciji kot manjša restavracija, sestrška soba je omejen delovni prostor v okviru skupnega prostora v oddelku; to so smernice, ki jih ob pisanju tega prispevka načrtujemo in so skladne z delovnimi nalogami delovnega tima za manjši občinski dom do 24 stanovalcev, ki bo imel razdelilno kuhinjo. Ti manjši domovi kažejo, da bi bili lahko dobra pot k izboljšanju stanja oskrbe in hkrati tudi s področja zagotovitve kadrov. Te bi lahko pridobili iz lokalnega okolja in z večjo vključenostjo prostovoljstva ter mladih (študentov) izboljšali medgeneracijsko povezanost. Tu se pridružujemo ugotovitvam raziskovalcev, da starejše osebe poleg zdravstvene oskrbe potrebujejo heterogenost druženja, ki krepi in ohranja čustveno in kognitivno ravnovesje (n.pr. Kerbler, Filipovič Hrast, Sendi, 2020, str. 40).

Predlog predpisa je primer predloga grobega delovnega zapisa. Analizirali smo dva predloga, oba sta bila dostopna prek e-uprave Evidenca vladnega akta

(EVA) (prvi iz obdobja avgust – oktober 2020 in drugi iz maja 2022). Prvi je bil podan ob predlogu ZDOsk, drugi pa po sprejetju ZDOsk.

V členu izvedbe ali prilagoditve DO na domu bi pravilnik lahko dosegel mnogo večjo širino. Boljše življenjske bivalne pogoje bi hkrati dosegli še z ukrepi obnove večstanovanjskih objektov z vgradnjo dvigal (glej D. Zupančič, časopis Delo). Sočasno ima oskrba na domu velik potencial, tu so možnosti vzpodbud za zasebnike in lastnike stanovanj ali samostojnih hiš v ruralnem okolju (glej še Kerbler, Filipovič Hrast, Sendi, 2020, str. 92–96).

Nedvomno bo predpis potreboval temeljne popravke. Predpis mora biti pred in po sprejetju ustrezno predstavljen strokovni in laični javnosti, zadnja objava na portalu e-uprava je bila odprta med 6. 5. in 13. 5. 2022. Tako kratek časovni razpon za zbiranje predlogov in komentarjev vpliva na razvoj kvalitetne poglobljene celostne diskusije. Največji potencial prepoznamo v tem, da bi pripravljavci NP izvedli poizvedovalno anketno predstavitev med vodstvi DSO, DC in projektanti (ZAPS, IZS). Sočasno bi morali biti v pripravo vključeni tudi dolgoletne in kvalitetno prepoznane strokovne ustanove (npr. Inštitut Antona Trstenjaka, Firis Imperl d.o.o.), ki se ukvarjajo z razvojem konceptov DO. Ta pogled »od zunaj« bi bil zelo koristen.

Oblikovanje stališč, zbiranje predlogov in formulacija zapisov mora biti bolj aktivna. Predhodna izobraževanja in posveti bi zmanjšali nedoslednosti zahtev v NP ter omejila možne nepričakovane interpretacije zapisanih pravil.

V obdobju 2020 do 2022 je bil izrazit dejavnik pri odločevanju in vodenja delovnih, zdravstvenih in socialnih dejavnosti v DSO povezan s pandemijo covid-19. Posamezne odločitve so poleg ukrepov omejitev druženja in obnašanja v javnem prostoru osvetlile še družbeno razumevanje sobivanja generacij. Opazni so bili različni strokovni pogledi izvajanja oskrbe starejših z vidika socialnega, zdravstvenega in družbenega konteksta, kar se je zrcalilo tudi pri prostorskem snovanju mobilnih namestitvenih enot ob DSO in tudi zasnovi sivih oz. rdečih con v objektih. V času umeščanja mobilnih začasnih namestitvenih enot je bilo več neznank: ali strogo slediti predpisom o DSO ali pa na posameznih prostorskih sklopih sprejeti odločitev o izvedbi kohortne oz. individualne izolacije okuženih stanovalcev. Tipičen primer neznanke pri projektiranju je bilo načrtovanje in izvedba izolacije obolelih posameznikov ali skupine bolnikov. Pred pandemijo o kohortni izolaciji arhitekturna stroka ni imela dosti strokovnega znanja niti primerov dobre prakse. Smernice o izvedbi filtrskih dostopov v oddelke so se dopolnjevale in se ob koncu pandemije stabilizirale, kar je bilo za načrtovanje oddelkov v tem času izrazito tveganje za projektante, investitorje in tudi za zaposlene ter stanovalce.

Ob branju vsebin navedenih dokumentov NP in ZDOsk je vidna geneza, da so bili predlagani dokumenti večkrat prepisani iz predhodnih delovnih edicij predpisa. Pri predlaganem prepisu predpisa je umanjala konsistenca discipline



pri posodabljanju besedila, priporočilih in drugih omejevalnih dejavnikov z vidika družbenega razvoja na različnih področjih in možnostih sprejemanja sprememb družbenega ter ekonomskega okolja v prihodnosti. Pogoste menjave in dopolnitve zakonodaje na področju graditve objektov rahljajo odnos do prostora in do dejanskega zavzemanja za kvaliteten javni prostor (kar DSO nedvomno je). Pogojevanje kvalitete s številom vtičnic pri recepcijskem pultu nakazuje na veliko nezaupanje zakonodajalca do projektantov in sočasno izredno drobnjakarstvo. V tem izpostavljenem primeru je število vtičnic del projektne naloge na področju elektro instalacij. Vloga naročnika je, da pripravi realno projektno nalogo, ki pojasni, osvetli in konkretizira potrebe naročnika, da jih le-ta tudi dejansko razume in jih je projektant zmožen načrtovati.

Zakon o dolgotrajni oskrbi je nujen pravni okvir, ki ga potrebujemo posamezniki, družine, skupnosti, organizacije in stroka. To je civilizacijska dolžnost.

#### VIRI IN LITERATURA

Albreht Andreja, Gavran Katja, Simoneti Maja, Wraber Tomaž, Jahjefendić Adem (2017). *Univerzalna stanovanjska graditev (1. izdaja)*. Ljubljana: MOP RS.

*Gradbeni zakon* – 1, Ur. l. 199/2021, 22.12.2021.

Kerbler Boštjan, Filipovič Hrast Maša, Sendi Richard (2020): *Bivanje v starosti*. Ljubljana: UIRS.

OECD (2021): *Transport Strategies for Net-Zero Systems by Design*. Paris, France: OECD Publishing.

Dosegljivo na <https://doi.org/10.1787/0a20f779-en> (dostop 25.4.2022, ob 12:20h).

*Slovenski standard SIST ISO 21542: 2012 Gradnja stavb – Dostopnost in uporabnost grajenega okolja*.

Zupančič Domen (2020). Koronska univerzalna gradnja. V: *Delo*, 10.5.2020, dosegljivo na <https://www.delo.si/mnenja/gostujoce-pero/koronska-univerzalna-gradnja-306894.html> (dostop 18.4.2022, ob 11:22h).

Spletni vir 1: *Predlog Pravilnika o minimalnih prostorskih, tehničnih in varnostnih pogojih, obsegu posteljnih zmogljivosti in ceni standardne nastanitve ter prehrane pri izvajalcih dolgotrajne oskrbe v instituciji v javni mreži dolgotrajne oskrbe*. V: <https://e-uprava.gov.si/drzava-in-druzba/e-demokracija/predlogi-predpisov/predlog-predpisa.html?id=14173> (dostop 9.5.2022, ob 17.30h).

Spletni vir 2: *Priporočila za preprečevanje in zaježitev okužb z virusom SARS-CoV-2 v socialnovarstvenih zavodih z algoritmi testiranja na SARS-CoV-2*. V: <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/TEME/koronavirus/Priporocila-za-preprecevanje-in-zajezitev-okuzb-april-2022.pdf> (dostop 20.4.2022, ob 19:55h).

Spletni vir 3: *Pravilnik o minimalnih tehničnih zahtevah za izvajalce socialnovarstvenih storitev*. V: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=PRAV7680> (dostop 20.4.2022, ob 19:45h).

Spletni vir 4: *Predlog Pravilnika o minimalnih, prostorskih, tehničnih in varnostnih pogojih za opravljanje dejavnosti dolgotrajne oskrbe*. V: <https://zaps.si/poklicna-praksa/zakonodaja/obvezni-standardi/> (dostop 25.4.2022, ob 12:10h).

Spletni vir 5: *Dokument Vzpostavitev izolacijskih enot glede na tveganje za okužbo s COVID-19 (velja do 21.5.2023)*. V: <https://www.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2020/05/UČE-ND-11-VZPOSTAVITEV-IZOLACIJSKIH-ENOT-GLEDE-NA-TVEGANJE-ZA-OKUŽBO-S-COVID-19-1.pdf> (dostop 15.3.2022).

Spletni vir 6: *Seznam obveznih in priporočenih standardov ZAPS*. V: <https://zaps.si/poklicna-praksa/zakonodaja/obvezni-standardi/> (dostop 11.5.2022, ob 10:40h).

Naslov avtorja:

**Dr. Domen Zupančič**; e-pošta: [Domen.Zupancic@fa.uni-lj](mailto:Domen.Zupancic@fa.uni-lj)

## Igor Šivec Trampuž

# Siva mrena in starost

### POVZETEK

Siva mrena je pogosta očesna bolezen, povezana predvsem s staranjem, lahko pa tudi s kajenjem, z nekaterimi očesnimi in sistemskimi boleznimi ter poškodbami očesa. Prozornost očesne leče je ključnega pomena za njeno fiziološko funkcijo prenosa svetlobe do mrežnice. Ko zamotnitev naravne očesne leče povzroči postopno slabšanje vida, govorimo o pojavu sive mreine. Zaradi slabega vida pride pri bolniku do slabšega funkcioniranja v vsakdanjem življenju, s tem pa se postopno zmanjšuje kakovost njegovega življenja. Zdravljenje je zaenkrat izključno kirurško z operativnim posegom, pri katerem se s postopkom fakoemulzifikacije in mikrokirurškimi inštrumenti odstrani zamotnjeno naravno očesno lečo ter v oko vstavi umetno znotrajočesno lečo, ki omogoči povrnitev vida. Operacija je varna, z minimalnimi možnostmi zapletov. Z napredno tehnologijo znotraj-očesnih leč je možno poleg same sive mreine hkrati odpraviti tudi astigmatizem, starostno slabovidnost ali oboje.

**Ključne besede:** siva mrena, katarakta, starost, znotrajočesna leča, intraokularna leča, astigmatizem, mikrokirurgija, oftalmologija, očesna bolezen, kvaliteta življenja

### AVTOR

**Igor Šivec Trampuž**, dr. med., je specialist oftalmologije. Ukvarja se predvsem z operacijami sive mreine, odpravami dioptrije z lečo ter številnimi drugimi terapevtskimi posegi na očesu in vekah. Od leta 2015 do 2019 je bil zaposlen na Očesni kliniki v Ljubljani, nato v zasebnem centru za očesno refraktivno kirurgijo Morela okulisti in optika. Objavljene ima številne prispevke ter kirurške primere na mednarodnih kongresih in mednarodnih znanstvenih revijah, poljudne prispevke ter je recenzent za znanstveni reviji *European Ophthalmology* in *Medical Science Monitor*.

### ABSTRACT

#### **Cataracts and old age**

Cataracts are one of the most prevalent diseases of the eye. Common causes are ageing, certain eye and systemic diseases, smoking and ocular trauma. The clarity of the lens is essential for its normal physiologic function of refracting light onto the retina. Opacities of the lens lead to development of a cataract which causes decline in visual acuity. Worse vision leads to decrease in quality of life and everyday functioning. The current standard of management of a visually significant cataract is surgical removal of the cataractous lens and its

replacement with an intraocular lens. This enables the patient to see clearly again. The surgery has good visual outcomes, and is safe with minimal complications in most patients. With the development of advanced technology of intraocular lenses, the combined treatment of cataract and astigmatism or presbyopia, or both, is possible.

**Key words** cataract, lens opacity, ageing, intraocular lens, astigmatism micro-surgery, ophthalmology, eye disease, quality of life

#### AUTHOR

**Igor Šivec Trampuž**, MD is a specialist in ophthalmology. He is specialized in ophthalmic surgery of cataracts, refractive surgery with intraocular lens implantation and numerous other therapeutic interventions in eyes and eyelids. He worked at the University Eye Hospital Ljubljana from 2015 to 2019 when he got a position at Morela okulisti in optika, Center for Eye Refractive Surgery. He is an author of numerous manuscripts and surgical cases on international congresses, scientific journals and magazines. He is a reviewer for scientific journals European Ophthalmology and Medical Science Monitor.

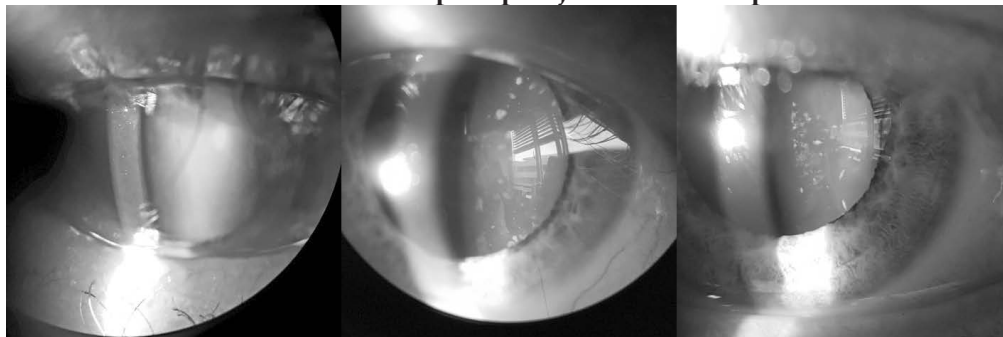
## 1 UVOD

Naravna očesna leča je prozorno, gosto kristalino tkivo v očesu, ki omogoča prenos svetlobe do očesnega ozadja, kjer mrežnica zaznava svetlobo (Slika 1). Mrežnica nato svetlobo pretvori v podatke, ki se prenesejo preko živčnih vlaken v možgane. Možgani podatke interpretirajo in tako nastane slika, ki jo vidimo. Ko pride do zamotnitve očesne leče, govorimo o sivi mreži ali katarakti (latinsko). Ta povzroči poslabšanje vida, zaradi česar imajo bolniki s sivo mrežo v primerjavi s preostalo populacijo večjo verjetnost zmanjšane kakovosti življenja in povečano tveganje za razvoj pridruženih težav in smrtnosti.

Pojavnost sive mreže se večja s starostjo. Glede na starajočo se svetovno populacijo narašča tudi s tem povezana pogostost slabega vida. Siva mreža je glavni razlog za slepoto in drugi najpogostejši razlog za slabovidnost v svetu, sploh v manj razvitih in revnih področjih. Raziskave so pokazale, da se prevalenca podvoji za vsako desetletje življenja po 40. letu starosti v ekonomsko razvitih delih sveta (Prokofyeva in sod., 2013; Hashemi in sod., 2020).

Zdravljenje sive mreže je kirurško. Kirurg naravno zamotnjeno očesno lečo zamenja z umetno. Končni rezultat zdravljenja je v veliki meri odvisen od vrste leče, ki si jo bolnik izbere, in morebitnih drugih pridruženih očesnih boleznih, ki neodvisno od sive mreže vplivajo na kakovost vida.

**Slika 1: Različne oblike sive mreže pod špranjskim mikroskopom**



## 2 ETIOLOGIJA

Vzročni dejavniki za sivo mrežo so številni. Dosedanje raziskave so potrdile vpliv staranja, genetske predispozicije, kajenja, sladkorne bolezni, jemanja nekaterih zdravil in okoljske izpostavljenosti UVB sevanju (Vrensen, 2009). Sistemske bolezni, ki povečajo verjetnost nastanka sive mreže, so npr. sladkorna bolezen, hipoparatiroidizem, atopičen dermatitis in miotonična distrofija. Pogosteje se pojavi tudi pri nekaterih očesnih boleznih, kot so: uveitisi oz. znotrajočesna vnetja, akutno zaprto zakotje, visoka kratkovidnost, dedna očesna obolenja, kot je npr. retinitis pigmentosa. Zdravila, povezana z nastankom sive mreže, so kortikosteroidi in inhibitorji acetilholinesteraze. Kajenje je najpogostejši dejavnik tveganja za razvoj sive mreže, na katerega posameznik lahko vpliva in zmanjša verjetnost nastanka bolezni.

Poznamo tudi posebne oblike sive mreže. Ena izmed njih je prirojena ali kongenitalna siva mreža, ki je povezana s prehrabnim stanjem matere med nosečnostjo, okužbami (kot so npr. rdečke in ošpice), pomanjkanjem kisika v placenti in genetskimi okvarami ploda. Druga posebna oblika je poškodbeno siva mreža, ki se lahko pojavi kot zgodnji ali pozni zaplet pri različnih oblikah poškodbe očesa (Nizami & Gulani, 2021).

## 3 PATOFIZIOLOGIJA

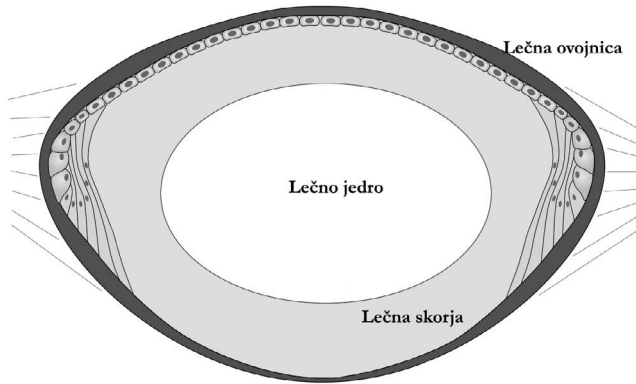
Naravna očesna leča je prozorna struktura, sestavljena iz zelo natančno organiziranih vlaken, sestavljenih iz modificiranih epitelnih celic, ki jih obdaja membranska struktura, ki ji rečemo lečna ovojnica (Slika 2). Leča je sestavljena iz dveh delov:

- lečne skorje ali korteksa (zunanji sloj), ki je sestavljen iz mlajših vlaken in
- lečnega jedra ali nukleusa (notranji sloj), ki je sestavljen iz starejših vlaken.

Skozi vse življenje se v človeškem telesu dogajajo različni degenerativni procesi. Eden izmed njih je tudi degenerativno spreminjanje očesne leče. V leči pride do

razpada proteinov, odlaganja barvil, kopičenja vodnih vakuol in fibrozne metaplastije epitela. Vsi ti procesi vodijo do zamotnitve leče. Zamotnitev pomeni slabšo prepustnost svetlobe do globljih očesnih struktur, zaradi česar bolnik slabše vidi (Nizami & Gulani, 2021).

Slika 2: Shematski prikaz naravne očesne leče



#### 4 SIMPTOMI SIVE MRENE

Ob razvoju sive mrene se sčasoma pojavi en ali več od sledečih simptomov.

- Postopno, neboleče pešanje vida pri gledanju na bližino in daljavo. Vid je zamegljen, nejasen.
- Enostranska podvojenost slike, ki je posledica pojava več različnih refraktivnih področij v leči.
- Razpršenost svetlobe ima za posledico pojav barvnih halojev okrog virov svetlobe, npr. luči ponoči.
- Občutljivost na svetlobo. Bolnika moti močnejše osvetljen prostor ali luči iz vozil.
- Pogosta sprememba dioptrije.
- Slabše razpoznavanje barv, ki ima za posledico, da barve pogosto postanejo sprane, bolj rumenkaste.

Siva mrena ne boli in ne povzroča prehodnih sprememb v vidu. Značilno je, da pri tem obolenju ne moremo z očali izboljšati vida. Zaradi slabega vida lahko pride do težav pri vsakdanjih opravilih in posledično do upada kakovosti življenja. Večja je tudi verjetnost padcev in s tem povezanih poškodb (Nizami & Gulani, 2021; Gutiérrez-Robledo in sod., 2021; Brannan in sod., 2003).

Bolniki najpogosteje obiščejo zdravnika, ko se vid tako poslabša, da jih pomembno ovira v njihovem vsakdanu. Za nekatere so to že prve težave pri delu, za druge neuspelo podaljšanje vozniškega dovoljenja, za tretjega težave pri gledanju televizije ali reševanju križank.

## 5 PREGLED PRED OPERACIJO SIVE MRENE

Pregled pred operacijo sive mreže vključuje pogovor z bolnikom in klinični očesni pregled, pri katerem smo pozorni na spremembe, ki bi lahko vplivale na operacijo ali pooperativni potek ter morebitne pridružene očesne bolezni. Zdravnik mora biti seznanjen z zdravili, ki jih bolnik redno prejema. Zdravila proti strjevanju krvi lahko bolnik jemlje kljub operaciji, saj ne povečajo verjetnosti za zaplete. Jemanje  $\alpha$ -1-adrenergičnih antagonistov, ki se jih najpogosteje predpisuje pri težavah s prostato, je povezano z intraoperativnim sindromom ohlapne šarenice (ang. intraoperative floppy iris syndrome); ta je povezan s povečanim tveganjem za zaplete. Ukinitev teh zdravil pred posegom nima učinka, zato jih bolnik lahko normalno jemlje. Prilagoditev kirurške tehnike običajno prepreči zaplete pri posegu (Liu in sod., 2017).

Pred operacijo sive mreže je potrebno narediti nekaj preiskav. Opravimo meritve, potrebne za operacijo (t.i. biometrijo), priporočeno je slikanje očesnega ozadja z OCT (ang. ocular computed tomography) za oceno stanja rumene pege. Prisotnost nekaterih očesnih bolezni pomeni, da kljub operaciji sive mreže kakovosti vida ne bo več moč povrniti povsem v prvotno stanje (Bobrow in sod., 2006; Liu in sod., 2017).

Na pregledu pred operativnim posegom kirurg praviloma pojasni potek posega ter pričakovane rezultate. Kirurg bolniku priporoči znotraj očesno lečo, ki bi bila zanj najboljša. Skupaj se tako odločita, katera leča bo vstavljena s posegom.

## 6 ZDRAVLJENJE SIVE MRENE

Trenutno ni znanega zdravila, ki bi preprečilo ali pozdravilo sivo mrežo, saj obstajajo številne fiziološke prepreke, ki bi jih morali preseči na poti do očesne leče, ki ne vsebuje nobenega žilja. Kljub tem preprekam intenzivno potekajo številne raziskave za razvoj zdravil, ki bi preprečila razvoj sive mreže in s tem zmanjšala potrebo po operacijah (Thirmawithana in sod., 2018).

Ko je bila ugotovljena povezava med pomanjkanjem glutationa in nastankom sive mreže, je bil očiten naslednji korak, to je razvoj kapljic, ki vsebujejo glutation ali povečajo njegovo koncentracijo. Problem pri vseh razvitih pripravkih je bil prenos zdravila do očesne leče (Thirmawithana in sod., 2018).

Številni avtorji so poskušali z visokimi odmerki antioksidantov za preprečitev nastanka sive mreže. Pregled raziskav po bazi podatkov Cochrane ni pokazala nobenega učinka pri jemanju prehranskih dodatkov, ki vsebujejo beta-karoten, vitamin C, vitamin E in antioksidante (Mathew in sod., 2012).

Zlati standard zdravljenja sive mreže je operacija. Operacijo se naredi, ko je skalitev leče tolikšna, da pomembno vpliva na vid. Operacija sive mreže z vstavitvijo znotraj očesne leče je najpogostejši kirurški poseg na očesu.

Vidna ostrina je kmalu po operaciji odlična, če ni bilo zapletov in ni drugih sprememb, ki bi vplivale nanjo.

## **7 OPERACIJA SIVE MRENE**

Operacija sive mreže je priporočena takrat, ko je bolnik omejen pri svojih vsakdanjih opravilih, v primerih, ko je prisotna očesna bolezen, povzročena z očesno lečo (npr. fakolitični glavkom), in pa takrat, ko si je potrebno ustvariti pregledno očesno ozadje (npr. sladkorni bolniki). Za sodobno tehniko operacije sive mreže je značilen minimalno invaziven pristop: majhna tunelska incizija, kapsuloreksa, odstranitev leče z ultrazvočno sondo (t.i. fakoemulzifikacija) in vstavev upogljive znotrajočesne leče.

Poseg je ambulanten in poteka v lokalni anesteziji s pomočjo anestetičnih kapljic. Operacija posameznega očesa traja običajno 10 do 20 minut. Bolnik se uleže na operacijsko posteljo in gleda v luč operacijskega mikroskopa. Kirurg ustvari majhno tunelsko incizijo in s pomočjo mikrokirurških inštrumentov odstrani sivo mrežo. Proti koncu operacije vstavi upogljivo znotrajočesno lečo, ki je prozorna in na ta način omogoči povrnitev vida. Po operaciji prejme bolnik navodila, doma uporablja kapljice, ki preprečujejo vnetje in okužbo (Pfeifer & Vidovič-Valentinčič, 2005; Liu in sod., 2017).

Poleg standardne kirurške tehnike se lahko pri operaciji sive mreže uporabi femto-laserska tehnologija. Slednja je bolj natančna in ponovljiva, kar se bolj izraža pri operacijah z nadstandardnimi znotrajočesnimi lečami (Chen in sod., 2016).

Zaradi dobrih pooperativnih rezultatov in malo peri- in pooperativnih zapletov se dandanes operacije izvaja predvsem za izboljšanje funkcionalnega vida in ne več za preprečevanje slepote. Operacija je tehnično lažje izvedljiva, če se opravi bolj zgodaj, se pravi, da ne čakamo, da siva mreža postane povsem trda (Pfeifer & Vidovič-Valentinčič, 2005).

V razvitih deželah se je v večini večjih kirurških centrov in bolnic uveljavila obojestranska operacija sive mreže na isti dan (ang. immediate sequential bilateral cataract surgery), ki postopno prihaja v veljavo tudi pri nas. Na ta način je okrevanje krajše, manj je obiskov zdravnika in logistike, povezane s temi obiski, kar ima tudi ekonomski vpliv na posameznika in zdravstven sistem (Arshinoff, 2011; Sandhu in sod., 2021).

## **8 IZBIRA ZNOTRAJOČESNE LEČE PRI OPERACIJI SIVE MRENE**

Poleg same izvedbe operacije sive mreže je pomembno, kakšno umetno znotrajočesno lečo izbere bolnik skupaj s kirurgom. To bo namreč vplivalo na kakovost vida po posegu in odvisnost oz. neodvisnost od korekcijskih očal.

- Enožariščne znotrajočesne leče (monofokalne IOL) popravijo vid na daljavo ali na bližino. Če si bolnik želi videti jasno na daljavo, lahko npr. vozi osebno vozilo brez očal in uporablja očala za bližinska opravila, kot so branje, uporaba računalnika, kuhanje. Če bolnik veliko bere ali dela z računalnikom, si morda raje izbere jasen vid na bližino, vendar v zameno potrebuje očala za gledanje v daljavo.
- EDOF (ang. enhanced depth of focus) znotrajočesne leče z razširjenim fokusom so podobne enožariščnim lečam, omogočajo pa širši razpon vida. V centralnem predelu imajo posebej prilagojeno optično področje, ki omogoča jasen vid na daljavo in srednje razdalje (npr. delo za računalnikom), za branje pa še vedno uporabi očala.
- Večžariščne znotrajočesne leče imajo v sebi refraktivne ali difraktivne obročje. Vsak od njih drugače lomi svetlobo, kar omogoči, da bolnik po operaciji vidi brez očal na različne razdalje. Te leče trenutno omogočajo največjo neodvisnost od očal oz. jih velika večina ne potrebuje več. Uporabljajo se tudi z namenom odprave dioptrije. Njihova posebna oblika pa ima nekaj pomanjkljivosti; povzročijo nekoliko več bleščanja kot ostale leče; kakovost vida se zniža v slabih svetlobnih pogojih – rahlo slabša je kot pri enožariščnih in EDOF lečah. Večžariščne leče so primerne le za osebe, ki imajo povsem zdrave oči, oz. nimajo prisotnih sprememb v področju rumene pege, glavkomske optične nevropatije in še nekaterih drugih sprememb na očeh, ki se jih lahko ugotovi na pregledu.
- Hibridne znotrajočesne leče vsebujejo elemente večžariščnih znotrajočesnih leč in leč z razširjenim fokusom. Vid je podoben kot pri večžariščnih znotrajočesnih lečah, omogočajo pa boljši vid na srednjih razdaljah (npr. računalniški ekran) in bližino.
- Vse omenjene znotrajočesne leče obstajajo tudi v različici, ki popravi astigmatizem. Rečemo jim torične znotrajočesne leče.

## 9 MOŽNI ZAPLETI OPERACIJE SIVE MRENE

Za dober rezultat operacije je pomembna predvsem izkušnost kirurga. Kot vsaka operacija pa ima tudi ta možna tveganja za zaplete. To je višje v primeru predhodnih poškodb očesa, nekaterih očesnih obolenj ter močno napredovane sive mreže. Do zapleta lahko pride med samim posegom, zgodaj ali pozno po posegu. Najpogostejši zaplet med operacijo je raztrganina zadnje lečne ovojnice (0,57 %). Posledica te je ostanek lečnih mas v očesu, povišana stopnja vnetja, očesni tlak, dodatno poveča tveganje za odstop mrežnice in endoftalmitis.

Pooperativna oteklina roženice je prisotna takoj po operaciji in praviloma izzveni sama v dveh do štirih tednih. Fuchsov-a endotelna distrofija je znan dejavnik



tveganja za razvoj stalne otekline roženice po operaciji. V nekaterih primerih je zato potrebno naknadno opraviti presaditev roženice (Claesson in sod., 2009).

Oteklina v področju rumene pege (cistoiden makularni edem) se razvije štiri do šest tednov po operaciji. Njena pogostost je med 1,2 in 10 % kljub odsotnosti drugih zapletov. Večje tveganje za razvoj otekline sta sladkorna bolezen in membrane v področju rumene pege. V obdobju šestih mesecev oteklina praviloma sama izzveni ali pa se popravi s pomočjo kapljic (Bobrow in sod., 2006; Chu in sod., 2016; Guo in sod., 2015; Mollan in sod., 2007).

Endoftalmitis je najbolj resen pooperativni zaplet, ki lahko okvari vid. Do okužbe znotraj očesnega tkiva lahko pride med samo operacijo ali po operaciji. S sodobno tehniko, intraoperativno uporabo antibiotikov in preventivnimi ukrepi je njegova pogostost izjemno redka (0,006%) (Jabbarvand in sod., 2015; Creuzot-Garcher in sod., 2016).

Najpogostejši pozen pooperativni zaplet je brazgotinjenje zadnje lečne ovojnice (ang. posterior capsule opacification). To je posledica spreminjanja in razmnoževanja ostankov lečnih epitelnih celic. Ta motna membranska struktura povzroči upad vida in bleščanje nekaj mesecev ali let po operaciji. V obdobju petih let po operaciji se razvije v 28,4 % (Schaumberg in sod., 1998). Učinkovito in varno zdravljenje tega pojava je Nd-YAG kapsulotomija, kjer se z laserskim žarkom odstrani osrednji, zabrazgotinjen del zadnje lečne ovojnice.

Olsen in Jeppesen sta zabeležila povečano tveganje za odstop mrežnice po operacijah sive mreže za 2,3 kratnik verjetnosti odstopa mrežnice v populaciji, ki operacije ni imela (Olsen & Jeppesen, 2012). Višje tveganje je prisotno pri mlajših osebah, moških, visoko kratkovidnih in tistih, ki so imeli intraoperativni zaplet.

## 10 ZAKLJUČEK

Starostna siva mrena je najpogostejši vzrok za slab vid v razvitem svetu in najpogostejši razlog za slepoto v revnejših predelih sveta. Z napredkom tehnologije, kirurških tehnik, mikroinštrumentov, dizajna znotraj očesnih leč in zdravil je postala operacija sive mreže varen in učinkovit poseg za izboljšanje vida in kakovosti življenja. Možnost zapletov je minimalna. Nova dognanja na področju tehnologije rezultate operacije sive mreže in kakovost življenja še izboljšujejo.

### LITERATURA

- Arshinoff S. A., Bastianelli P. A. (2011). Incidence of postoperative endophthalmitis after immediate sequential bilateral cataract surgery. *J Cataract Refract Surg*. Vol. 37(12), str. 2105-14.
- Bobrow J. C., Beardsley T. L., Jick S. L., et al. (2013). Lens and cataract, basic and clinical science course. *Am Acad Ophthalmol*. l. 2012, str. 39-41.
- Brannan S., Dewar C., Sen J., Clarke D., Marshall T., Murray P. I. (2003). A prospective study of the rate of falls before and after cataract surgery. *Br J Ophthalmol*. Vol. 87(5), str. 560-562.
- Chen X., Chen K., He J., Yao K. (2016). Comparing the Curative Effects between Femtosecond Laser-Assisted Cataract Surgery and Conventional Phacoemulsification Surgery: A Meta-Analysis. *PloS one*, 11(3), e0152088.

- Chu C. J., Johnston R. L., Buscombe C., et al. (2016). Risk factors and incidence of macular edema after cataract surgery: a database study of 81984 eyes. *Ophthalmology*. Vol. 123, str. 316–23.
- Claesson M., Armitage W. J., Stenevi U. (2009). Corneal oedema after cataract surgery: predisposing factors and corneal graft outcome. *Acta Ophthalmol*. Vol. 87, str. 154–59.
- Creuzot-Garcher C., Benzenine E., Mariet A. S., et al. (2016). Incidence of acute postoperative endophthalmitis after cataract surgery: a nationwide study in France from 2005 to 2014. *Ophthalmology*. Vol. 123, str. 1414–20.
- Guo S., Patel S., Baumrind B., et al. (2015). Management of pseudophakic cystoid macular edema. *Surv Ophthalmol*. Vol. 60, str. 123–37.
- Gutiérrez-Robledo L. M., Villasís-Keever M. A., Avila-Avila A., Medina-Campos R. H., Castrejón-Pérez R. C., García-Peña C. (2021). Effect of Cataract Surgery on Frequency of Falls among Older Persons: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Ophthalmol*. Vol. 2021, str. 1-7.
- Hashemi H., Pakzad R., Yekta A. et al. (2020). Global and regional prevalence of age-related cataract: a comprehensive systematic review and meta-analysis. *Eye*. Vol. 34, str. 1357–1370.
- Jabbarvand M., Hashemian H., Khodaparast M., Jouhari M., Tabatabaei A., Rezaei S. (2016). Endophthalmitis occurring after cataract surgery: outcomes of more than 480000 cataract surgeries, epidemiologic features, and risk factors. *Ophthalmology*. Vol. 123, str. 295–301.
- Liu Y. C., Wilkins M., Kim T., Malyugin B., Mehta J. S. (2017). Cataracts. *The Lancet*. Vol. 390(10094), str. 600–612.
- Mathew M. C., Ervin A. M., Tao J., Davis R. M. (2012). Antioxidant vitamin supplementation for preventing and slowing the progression of age-related cataract. *The Cochrane database of systematic reviews*. Vol. 6(6), CD004567.
- Pfeifer V., Vidovič-Valentinčič N. (2005). Indikacije za operacijo sive mrežne. *Zdravniški vestnik*. L. 74, Vol. 10, str. 589-591.
- Mollan S. P., Gao A., Lockwood A., et al. (2007). Postcataract endophthalmitis: incidence and microbial isolates in a United Kingdom region from 1996 through 2004. *J Cataract Refract Surg*. Vol. 33, str. 265–68.
- Nizami A. A., Gulani A. C. Cataract. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. 2021 [citirano 2022 Feb 10]. Dosegljivo na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539699/>
- Olsen T., Jeppesen P. (2012). The incidence of retinal detachment after cataract surgery. *Open Ophthalmol J*. Vol. 6, str. 79-82.
- Prokofyeva E., Wegener A., Zrenner E. (2013). Cataract prevalence and prevention in Europe: a literature review. *Acta Ophthalmol*. Vol. 91(5), str. 395–405.
- Sandhu S., Liu D., Mathura P., Palakkamanil M., Kurji K., Rudnisky C. J., Kassiri K. (2021). Immediately sequential bilateral cataract surgery (ISBCS) adapted protocol during COVID-19: quality-improvement initiative. *Can J Ophthalmol*. S0008-4182(21)00373-2.
- Schaumberg D. A., Dana M. R., Christen W. G., Glynn R. J. (1998). A systematic overview of the incidence of posterior capsule opacification. *Ophthalmology*. Vol. 105, str. 1213–21.
- Thrimawithana T. R., Rupenthal I. D., Räscher S. S., Lim J. C., Morton J. D., Bunt C. R. (2018). Drug delivery to the lens for the management of cataracts. *Adv Drug Deliv Rev*. Vol. 126, str. 185-194.

## SLIKE

**Slika 1:** Različne oblike sive mrežne pod špranjskim mikroskopom

**Slika 2:** Shematski prikaz naravne očesne leče

Naslov avtorja:

**Igor Šivec Trampuš;** e-pošta: [isivctrampuz@morela.si](mailto:isivctrampuz@morela.si)

## IZ GERONTOLOŠKE LITERATURE

European Care Strategy [https://www.csif.es/sites/default/files/field/file/COM\\_2022\\_440\\_1\\_EN\\_ACT\\_part1\\_v11.pdf](https://www.csif.es/sites/default/files/field/file/COM_2022_440_1_EN_ACT_part1_v11.pdf)

### EVROPSKA STRATEGIJA ZA OSKRBO

7. septembra 2022 je Evropska komisija (trije evropski komisarji: Dubravka Šuica, komisarka za demokracijo in demografijo, Nicolas Schmit, komisar za delovna mesta in socialne pravice, ter Helena Dalli, komisarka za enakost) predstavila pobudo, ki napoveduje ukrepe na ravni EU za okrepitev dolgotrajne oskrbe ter predšolske vzgoje in varstva, kakor je predvideno v okviru evropskega stebra socialnih pravic. Prispevala bo k enakopravnosti spolov in socialni pravičnosti.

Dokument je nastal leto po tem, ko se je septembra 2021 predsednica Evropske komisije Ursula van der Leyen zavezala za sprejem strategije za oskrbovanje, katere cilj so boljši pogoji za oskrbovance in oskrbovalce.

V Evropski uniji več kot 9 milijonov ljudi dela v oskrbovalnem sektorju, do leta 2030 pa naj bi ta številka narasla na 10 milijonov. Ta sektor pa pestijo nizke plače, nizka cenjenost teh poklicev in preobremenjenost zaposlenih, covid-19 pa je še poudaril potrebo po izboljšanju odpornosti oskrbovalcev in oskrbovancev. Številke so še višje pri neformalni oskrbi, saj ima kar vsak tretji Evropejec oskrbovalno odgovornost.

Strategija za oskrbovalce predvideva boljše pogoje, plačilo in usposabljanje,

najpomembnejši cilj pa je možnost izbire za vsakogar, ki oskrbo potrebuje. Tudi neformalni oskrbovalci morajo imeti možnost izbire in v oskrbovanje ne smejo biti primorani. Predvidene so tudi investicije v ustvarjanje delovnih mest ter osvajanje novih kompetenc.

Evropska strategija za oskrbo poudarja predvsem tri vidike: potrebo po kakovostnih, dostopnih in cenovno ugodnih storitvah varstva otrok in oskrbe ljudi, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo.

**Dostopnost storitev** je osnovni pogoj, ki pa ga ovirajo teritorialna razpršenost storitev, čakalne vrste in cela vrsta postopkov. Pri tem ima pomembno vlogo privatni sektor, ki je nujen, a mora upoštevati stroge standarde kakovosti.

**Primerna kakovost** je morda celo najtežji izziv, saj so razlike v kakovosti ogromne, tako med državami članicami kakor med ponudniki v posamični državi. Poudarek je na posameznika osredotočenem pristopu (*person centered care*), ki krepi avtonomijo in s tem zadovoljstvo posameznika.

**Cenovna dostopnost** je prav tako ključna. Potrebe po storitvah zagotovo so, a pogosto niso na voljo ali pa so predrage. Polovica starejših od 65 let, ki imajo potrebe po dolgotrajni oskrbi, potrebuje pomoč pri vsaj enem osnovnem vsakdanjem ali gospodinjškem opravilu, a tretjina jih oskrbe na domu ne uporablja, ker je zanje predraga.

Prednost strategije je, da vključuje tako mlade kot starejše, ki potrebujejo pomoč,

tako oskrbovalce kakor tiste, ki oskrbo prejemajo. Njen osnovni cilj je najboljši možni dostop do storitev ter boljše ravnovesje med delovnimi in družinskimi obveznostmi za oskrbovalce. Manjkajo pa zanesljivi podatki, na osnovi katerih bomo delovali. Ključen bo tudi finančni vidik, ki še ni prišel v obravnavo, bo pa zagotovo pomenil dodaten pritisk na članice EU.

Željene spremembe gredo v smeri prerazporeditve odgovornosti. Potreba po oskrbovalcih je investicija v socialno pravičnost. Investicije zadevajo pravico do izbire in s tem možnost, da starši lahko uskladijo delo in družino. Milijoni neformalnih oskrbovalcev opravljajo ključno vlogo, ki ima tudi socialno in ekonomsko vrednost, a usposabljanje neformalnih oskrbovalcev ne sme iti v smeri nadomeščanja, temveč dopolnjevanja formalnih oskrbovalcev.

Naslednji korak pri sprejemu strategije za oskrbo je srečanje sveta EU, kjer bodo pristojni ministri držav članic izmenjali dobre prakse. Vzporedno bo potekala intenzivna komunikacija, ki bo predstavila vizijo, na kakšen način se izvaja oskrbovanje v Evropi in s tem nakazala, kaj lahko vsak od nas pričakuje v prihodnje.

*Alen Sajtl*

*Lucy E. Keniger, Kevin J. Gaston, Katherine N. Irvine and Richard A. Fuller. What are the benefits of interacting with nature? International Journal of Environmental research and Public health. V: <https://www.mdpi.com/1660-4601/10/3/913>.*

## **KAKŠNE SO PREDNOSTI STIKA Z NARAVO?**

### **Stik z naravo in kakovostno staranje**

Stik z naravo je pomemben za tudi za kakovostno staranje. V prikazu povzemo spoznanja iz preglednega članka, v katerem so Lucy E. Keniger, Kevin J. Gaston Katherine N. Irvine and Richard A. Fuller obdelali obstoječe raziskave o pozitivnih učinkih na človeka, ki ga prinaša stik z naravo.

Človek je od nekdaj imel stik z naravo, od tega je bilo odvisno njegovo preživetje. V prazgodovinskem času je bila ta povezanost z naravo globoka in neposredna pri zadovoljevanju osnovnih človekovih potreb po hrani, vodi in prebivališču. Vplivala je tudi na človekovo religiozno zavest, ki je bila povezana z njegovim čudenjem in strahospoštovanjem narave. Zaradi neposrednega stika z naravo pri zagotavljanju osnovnih potreb je človek sebe dojemal kot del narave. Z agrarno revolucijo, poljedelstvom, nastankom prvih naselbin in kasneje z industrializacijo se je ta odnos spremenil. Z industrializacijo so se ljudje začeli množično priseljevati v mesta in vse več jih je bilo neodvisnih od neposrednega stika z naravo.

Po 2. svetovni vojni se stik z naravo vse bolj spreminja iz neposrednega izkoriščanja njenih virov za zagotavljanje osnovnih potreb v zavestni odnos z njo. Človek aktivno išče stik z naravo za rekreacijo in

prosti čas. To nakazuje, da stik z naravo ni pomemben le za preživetje in zagotavljanje osnovnih potreb, ampak tudi za kakovostno življenje..

Ločimo lahko tri glavne vrste stika z naravo: posredno, naključno in namerno. Posredni stiki ne zahtevajo, da je oseba fizično prisotna v naravi; to je lahko ogled slike ali filma o naravi, pogled na naravo skozi okno in podobno. Naključni stiki se pojavijo, ko je oseba fizično prisotna v naravi, stik pa je nenamerna posledica druge dejavnosti, na primer kolesarjenja med drevesi na poti v trgovino. Namerni stiki pa so tisti, pri katerih se človek zavestno odloči za preživljanje časa v naravi, na primer za gledanje ptic, vrtnarjenje ali pohodništvo. Namensko preživljanja časa v naravi je še posebej pomembno, saj študije nakazujejo, da je tovrsten stik z naravo ključen pri sprejemanju okolju prijaznejših odločitev posameznika in trajnostnem načinu življenja.

V članku avtorji dokazujejo, da ima stik z naravo pozitivne učinke na naše telesno zdravje, psihološko počutje, kognitivne sposobnosti in socialno kohezijo. Navedli bomo nekatere.

Avtorji so ugotovili, da se največ študij osredotoča na fizično in psihično počutje. Predvsem so raziskane vadbe v naravnem okolju, ki poleg telesnega počutja izboljšujejo razpoloženje in samopodobo udeležencev. Študije so to potrdile tudi v bolj nadzorovanih okoljih, kjer so primerjali počutje in samopodobo tistih, ki so tekli na tekalni stezi brez naravnih prizorov na zaslonih tekaških stez in tistih s prizori iz narave. Dokazali so, da vadba lahko prinese večje koristi, če se dogaja v prisotnosti narave; pozitivna čustva so bila prisotna v

večjem obsegu. V drugi dolgotrajni študiji so udeleženci, ki so v starosti 70 let hodili na dnevni sprehod, pri 77 letih bistveno manj poročali o mišično-skeletnih bolečinah, težavah s spanjem, inkontinenco in zmanjšanjem sposobnosti za opravljanje vsakdanjih opravil, kakor tisti brez vsakodnevni stikov z naravo. Tudi pri meritvah fizioloških pokazateljev stresa se je količina encima amilaze v slini znatno zmanjšala pri vadbi v gozdu v primerjavi z vadbo v mestnem okolju. Eksperimentalna študija na Nizozemskem je merila raven kortizola udeležencev po polurnem branju v zaprtem prostoru in po vrtnarjenju na prostem. Čeprav sta obe dejavnosti prispevali k znižanju ravni kortizola, je bila znižanje bistveno večje po polurnem vrtnarjenju na prostem.

Posredna interakcija z naravo, kot je pogled z okna ali slika narave, lahko zmanjša fiziološke učinke stresa. Tajvanska študija je raziskovala ravni stresa in odzive udeležencev na fotografije v pisarniških okoljih ob prisotnosti sobnih rastlin in slik narave. Do podobnih ugotovitev so prišli tudi v bolnišnici v Pensilvaniji, kjer so bolniki s pogledom na naravo okrevali hitreje in potrebovali manj protibolečinskih zdravil. Prav tako lahko izpostavimo rezultate ankete med bolniki, ki so se raje odločili za zdravljenje oziroma rehabilitacijo v ustanovah, ki so umeščene izven urbanega, v bolj naravnem okolju.

Na voljo so tudi študije o kognitivnih sposobnostih, ki se izboljšajo v stiku z naravo. V Michiganu so v raziskavi ugotovili, da pogled skozi okno na naravno okolje vpliva na pozitivno počutje, povečuje pozornost in zmanjšuje duševno utrujenost; to je pomembno predvsem v urbanih okoljih,

kjer je običajno več negativnih dražljajev. V drugi študiji je 38 udeležencev poslušalo zaporedje števil, nato pa so jih sami ponovili v obratnem vrstnem redu. Rezultati so pokazali, da je bila kognitivna uspešnost večja v primeru, če so udeleženci pred tem hodili po poti v drevoredu, kakor po prometni mestni ulici.

Študije dokazujejo tudi, da dostop do zelenih površin omogoča večjo socialno vključenost, zmanjšuje osamljenost in povečuje možnosti za medgeneracijske stike. Prebivalci, ki se vključujejo v skupno upravljanje zemljišč in skupnostno usmerjene projekte (skupnostni vrtovi, saditev dreves itd.), čutijo večjo pripadnost skupnosti. Zelene površine pomembno prispevajo tudi k zmanjševanju kriminala in s tem k večji varnosti mest in okolij.

Manj študij je raziskovalo duhovne koristi, ki jih ima lahko stik z naravo. Prednosti so vključevale pozitivne občutke, povečan navdih, smisel in občutek povezanosti s širšo resničnostjo, ki so pomembni za duhovno blaginjo. Pozitiven vpliv se je kazal tudi v tem, da ljudje bolj cenijo naravno okolje in širijo svojo odgovornost za naravni svet.

S povzetkom opravljenih raziskav o vplivu narave na človekovo počutje želimo pokazati, da je stik z naravo nujen in da pozitivno vpliva na vse človekove razsežnosti ter da je zato ključen tudi za kakovostno staranje. Pri razvoju gerontologije na področju stika z naravo nas čaka raziskovanje in razvoj programov, ki odgovarjajo na naslednja in podobna vprašanja.

- V kolikšni meri danes že upoštevamo vpliv narave na starejšega človeka?

- Kaj pomeni stik z naravo za starejše, ki so dolgotrajno bolni in kako ga prilagajati njihovim zmožnostim?
- Kako stik z naravnim okoljem pomaga človeku z demenco?
- Katere značilnosti naravnega okolja (na primer biotska raznovrstnost, geografsko – kulturne značilnosti) najbolj doprinešajo h kakovostnemu staranju?

Svetovna zdravstvena organizacija zunanje okolje in urejenost okolja že opredeljuje kot eno izmed osmih področij starosti prijaznih skupnosti. Pri tem se kažejo dobre možnosti, ki so pogosto finančno nezahtevne.

Nujno je razvijanje programov za ozaveščanje in razvijanje namenskega preživljanja časa v naravi, s čimer se gradi odnos z naravo. Ta ima lahko poleg pozitivnega učinka na kakovostno staranje posameznika tudi širše pozitivne učinke na človekov splošni odnos do narave in družbe, ki se kaže predvsem v njegovem življenjskem slogu: v ozaveščanju o potrošniški porabi materialnih virov, odlaganju odpadkov in podobnem ter v preseganju tega za ljudi in naravo škodljivega življenjskega sloga.

Kakšne so možnosti za medgeneracijsko povezovanje v naravi? Naravno okolje je lahko odlična priložnost za povezovanje različnih generacij, prenašanje trajnostnih praks, znanja in vrednot, ki spodbujajo bivanje v solidarnosti in v sožitju s sočlovekom in z okoljem.

Pogoj za razvoj na tem področju je sistematično ozaveščanje ljudi o svojem življenjskem slogu v odnosu do narave.

*Katja Bhatnagar*

# GERONTOLOŠKO IZRAZJE

## OSKRBOVALNI SISTEM

angleško: *social care system*

Oskrbovalni sistem sestavljajo vsi dejavniki, ki v določenem času, kraju ali skupnosti omogočajo, razvijajo in ovirajo kakovostno oskrbovanje ljudi, ki ne morejo sami opravljati vsakdanjih opravil. Oskrbovalni sistem sestavljajo: vsi oskrbovanci, vsi njihovi oskrbovalci, vsi načini, metode in pripomočki pri oskrbovanju, celokupno usposabljanje za oskrbovanje doma in v ustanovah, vsi oskrbovalni programi za razbremenilno pomoč družinskim in drugim neformalnim oskrbovalcem ter programi v oskrbovalnih ustanovah, vse oskrbovalne ustanove in organizacije za oskrbovanje na domu in v ustanovah, odločilna pa je zavestna in nezavedna vizija ali gledanje na oskrbo onemoglih ljudi, ki prevladuje v doživljanju ljudi in v javnem mnenju določene skupnosti.

Oskrba onemoglih ljudi je dejavnost, ki je toliko stara, kakor človeška vrsta. V tej dolgi zgodovini lahko razlikujemo tri paradigme oskrbe.

**1. Tradicionalna domača oskrba.** Ta je bila skoraj edina možnost vsa tisočletja do industrializacije v 19. in 20. stoletju. Starostno onemogle, bolne in invalidne ljudi so oskrbovali domači v razširjeni družini, tiste redke, ki so živeli sami, pa sosedje; za popotnike in berače so ponekod v hospicijih poskrbeli menihi, verske skupnosti ali bogataši.

**2. Industrijska oskrba v ustanovah.** V 20. stoletju so za ljudi, ki jih zaradi

zaposlitve, preselitve iz tradicionalnega okolja in drugih razlogov niso mogli oskrbovati domači in sosedje, začele delovati oskrbovalne ustanove. V Evropi je danes v oskrbovalne ustanove nastanjenih do ene četrtine od vseh, ki so v oskrbi. To so veliki domovi za stare ljudi. Njihova arhitektura in potek dneva oskrbovancev se zgledujeta po bolnišnici in hotelu. Nudenje oskrbovalnih storitev poteka po industrijski paradigmi uravnilovke za vse uporabnike, specializirane delitve dela in tekočega traku, kjer vsak zaposleni opravlja svojo storitev čim hitreje po vrsti od enega do drugega uporabnika. Ta sistem je izpopolnil oskrbovalno znanje, delovne metode in veščine, zanemaril pa medčloveški odnos med oskrbovancem in oskrbovalcem, pa tudi med lastniki ustanove in izvajalci oskrbe ter med samimi oskrbovalci; teži v institucionaliziranost, zato sta odhod v dom in delo v njem nezaželena.

**3. Sodobni nacionalni sistem integrirane dolgotrajne oskrbe v krajevni skupnosti.** Izhaja iz individualne osebne zgodovine in potreb posameznega oskrbovanca. Integrira osebni odnos in oskrbovalno storitev. Osebo premešča na dom, kjer v neformalno oskrbovanje komplementarno integrira svojce in poklicne oskrbovalce. Ko to ni mogoče, je na voljo oskrbovalna ustanova v domačem kraju po načelu, kjer je potreben vrtec, je potreben tudi krajevni dom za stare ljudi; ta je lahko krajevno središče za vrsto oskrbovalnih programov za celotno okolico.

*J. Ramovš*

## SIMPOZIJI, DELAVNICE

### SREČANJE DELOVNIH SKUPIN ZDRUŽENJA EUROCARERS

Ljubljana, Inštitut Antona Trstenjaka,  
8. in 9. septembra 2022

8. in 9. septembra 2022 smo se v Ljubljani na Inštitutu Antona Trstenjaka zbrali člani Eurocarers – evropske mreže neformalnih oskrbovalcev. Namen dvo-dnevnega srečanja je bil tudi predstaviti Evropsko strategijo za oskrbo, ki jo je Evropska komisija objavila dan pred našim srečanjem. Poleg preučevanja vsebine Evropske strategije za oskrbo so se člani Eurocarers poglobili predvsem v iskanje uspešnih načinov implementacije le-te na lokalni in nacionalni ravni evropskih držav. Na konferenci je v živo in preko spleta sodelovalo skupno več kot petdeset raziskovalcev in članov delovne skupine za sodelovanje s političnimi odločevalci vseh evropskih držav.

V uvodnem delu srečanja sta zbrane nagovorila direktorica Inštituta Antona Trstenjaka, mag. Ksenija Ramovš, in Stecy Yghemonos, direktor Eurocarers. Slednji je izrazil veselje nad novo Evropsko strategijo za oskrbo, obenem pa poudaril, da bi bile nekatere zadeve lahko bolj opredeljene in opisane. Povedal je, da morajo evropske države strategijo potrditi do konca decembra, trenutna verzija pa je nekakšen kompromis vseh deležnikov.

V nadaljevanju je direktor Yghemonos temeljito predstavil vsebino Evropske strategije za oskrbo (glej članek v tej številki revije). Poudaril je, da je oskrba sestavni

del socialne Evrope in zato pomeni veliko socialno naložbo za vse narode. Evropska strategija za oskrbo v smernicah obravnava tako oskrbo otrok kot dolgotrajno oskrbo. Ob tem je opozoril na tri osnovna načela: dostopnost, kakovost in cenovno dostopnost oskrbe za vse in vsepovsod po Evropi in na svetu. Poslušalce je spomnil, da bo vsak od nas prej ali slej bodisi oskrbovalec bodisi oskrbovanec. Opozoril je tudi na pomen zagotavljanja enakopravnosti spolov. Ženske namreč še vedno nosijo levji delež oskrbe, saj tvorijo kar 90 % zaposlenih v formalni oskrbi; tudi v domači, neformalni oskrbi je občutno več žensk kakor moških. Skupni cilj vseh držav je narediti negovalni poklic privlačnejši ter vanj privabiti več moških.

Uvodni del smo zaključili z obširno razpravo, v kateri so udeleženci iz različnih evropskih držav izmenjevali mnenja in prakse s področja neformalne oskrbe. Začeli smo z osnovami – obravnavali smo samo poimenovanje neformalne oskrbe. Nekatere države uporabljajo izključno izraz družinska oskrba, ker se jim zdi prvi izraz preveč formalen, druge pa opozarjajo, da kljub temu ne gre vedno za družinsko oskrbo, saj vsak posameznik nima te možnosti, pa tudi vsaka družina ne. Udeleženci so skupno ugotovili, da gre za kompleksno problematiko, saj se razlikujejo že same definicije neformalnih oskrbovalcev. Nekaterim je oskrbovanje svojcev popolnoma samoumevna družinska naloga in se sami sploh ne doživljajo kot neformalni oskrbovalci. Prav tako ni povsem jasno, kdaj se začne in konča neformalna oskrba in v



kolikšni meri mora posameznik skrbeti za oskrbovanca, da postane neformalni oskrbovalec. Na tem področju so udeleženci poudarili pomen smernic za vse evropske države.

V nadaljevanju so udeleženci razglabljali o izkušnjah oskrbovalcev in potrebi po usposabljanju. Govorili so o formaliziranju večšin ter opozorili na ohranjanje dobrega odnosa s formalnimi oskrbovalci. S priznavanjem kompetenc neformalnih oskrbovalcev bi namreč lahko vplivali tudi na vrednotenje dela posameznikov, ki se z nego ukvarjajo poklicno. Vsi so se strinjali, da je usposabljanje neformalnih oskrbovalcev nujen del zagotavljanja podpore vsem vključenim v oskrbo. To še posebno velja za specializirane naloge (npr. dializa, hranjenje po perkutani endoskopski gastrostomi), ki prav tako velikokrat doletijo neformalne oskrbovalce, čeprav ti nimajo ustreznih kompetenc za izvajanje.

Kot primer dobre prakse je bila omenjena ocena potreb, ki med drugim pomeni ključni trenutek za dialog vseh vključenih: oskrbovanca, oskrbovalca ter strokovnjakov s področja zdravstva in sociale. Dialog je pomemben tudi kasneje, ko ugotavljamo, ali je nega v domačem okolju dovolj kvalitetna, in takrat, ko prepoznavamo tveganja v odnosih in posledične morebitne zlorabe z ene ali druge strani.

Razpravo smo zaključili z osvetlitvijo pomembnosti izbire. Čeprav je področje oskrbe starejših v globoki krizi in neformalni oskrbovalci tvorijo eno od možnih rešitev, bi morala ta možnost vedno ostati osebna odločitev. Mnogi udeleženci so opozorili, da neformalni oskrbovalci ne morejo kar oditi in prenehati z oskrbo, a tega na sistemski ravni ne smemo

zlorabljeni. Potrebno je zagotoviti dovolj podpore za vse tiste, ki so pripravljeni izvajati neformalno oskrbo, obenem pa poskrbeti za alternativne možnosti za vse tiste, ki ne morejo oskrbovati ali pa tega ne želijo.

Sledili sta delavnici *Building a repository of »promising« practices on informal care* (Sestava repozitorija »obetaavnih« praks na področju neformalne oskrbe) in *Developing and valuing the competences of carers* (Razvijanje in vrednotenje kompetenc oskrbovalcev). Potekali sta vzporedno, prva virtualno in druga v živo.

Pri prvi delavnici so se člani Eurocarers pogovarjali o vzpostavitvi repozitorija, neke vrste baze dobrih praks na področju neformalne oskrbe. Najprej so ugotavljali, komu naj bi bil ta repozitorij namenjen, potem pa nadaljevali z vsebinskim delom, kjer so podrobno komentirali predlagane vsebinske sklope: socialno varstvo, mladi oskrbovalci, formalna in/ali neformalna oskrba, negovalci kot neformalni oskrbovalci, kompetence, dostopnost, cenovna dostopnost in kakovost oskrbe ter nacionalne strategije neformalne oskrbe kot dobre prakse. Udeleženci delavnice so delili svoje ideje, med katerimi so se največkrat pojavile izmenjava gradiv, nastavitve zasebnosti (odprt ali zaprt repozitorij) in možnost vključevanja tudi neuspešnih praks (»brilliant failures«), iz katerih bi se prav tako lahko veliko naučili. Ob koncu delavnice so udeleženci prišli do skupnega zaključka, da mora biti repozitorij dobro strukturiran in enostaven tako za uporabo kot za implementacijo, saj se ob tem pojavlja nov izziv – kako poskrbeti za njegovo redno in učinkovito posodabljanje.

V drugi delavnici so se udeleženci pogovarjali o kompetencah neformalnih oskrbovalcev. Opozorili so na odnos med formalnimi in neformalnimi oskrbovalci, ki bi morali kot enakopravni partnerji sodelovati v dobro oskrbovanca. Ponovno so se pogovarjali o pomenu usposabljanj za oskrbovalce, ob tem pa opredelili številne tematike za nadaljnje raziskave, npr. kakovost, intimnost, manjšine, o tistih, ki neformalno oskrbo zavračajo, o tistih, ki se ne identificirajo kot neformalni oskrbovalci, in o rešitvah, ki so dobre tako za družbo kakor za oskrbovalce.

Prvi dan srečanja smo zaključili s temo kazalnikov oskrbe, s katerimi naj bi spremljali izvajanje evropskih in nacionalnih strategij oskrbe. Moderatorji so izpostavili ključne vidike, ki bi jih kazalniki dolgotrajne in neformalne oskrbe morali zajeti: dostopnost, kakovost in trajnost oskrbe. Predstavili so švedski model, ki je močno vplival na Evropsko strategijo za oskrbo. Ta model bi bil lahko vzor za več evropskih držav. Udeleženci so ugotavljali, da morajo biti pri tem v ospredju vedno neformalni oskrbovalci sami, a jih ne smemo še dodatno obremenjevati, sploh pa ne z nepotrebno birokracijo. Pri vseh treh izpostavljenih kazalnikih so omenili veliko razliko med zgolj zagotavljanjem dostopnosti, kakovosti in trajnosti oskrbe in dejanskim prizadevanjem za kakovostno izvajanje glede na te kazalnike. Tudi pri neformalni oskrbi gre namreč za kontinuiran proces, pri katerem je potrebno ohranjati pozornost povratnim informacijam vseh vpletenih ter merjenju rezultatov in kakovosti.

Drugi dan srečanja smo začeli s telovadbo, pri kateri nismo pozabili tudi na razgibavanje možganov, saj je vsak

udeleženec moral povedati dve besedi o dolgotrajni oskrbi. Predstavniki držav, kjer je dolgotrajna oskrba že urejena, so naštevali besede: priznanje in podpora, ravnovesje med poklicnim in zasebnim življenjem, denar, nedoslednost ipd., udeleženci iz držav, kjer dolgotrajna oskrba še ni urejena, so opisovali naslednje besede: čakanje, obljube, pomemben mejnik idr. Sledila je okrogla miza o politiki neformalne oskrbe. Ana Ramovš in Valentina Hlebec sta predstavili stanje dolgotrajne oskrbe v Sloveniji. Opisali sta trenutno mirujoč zakon o dolgotrajni oskrbi, težak dialog med zdravstvom in socialo, (pre) velik poudarek na institucionalni oskrbi in premajhen na socialnem varstvu v lokalni skupnosti. Kljub temu sta zaključili optimistično, z mislijo na to, da lahko vsak izmed nas prispeva k informiranju o pomenu dolgotrajne oskrbe. V nadaljevanju smo prisluhnili predavateljem iz številnih evropskih držav.

Predstavniki Finske so predstavili zakon o podpori neformalni oskrbi, ob tem pa omenili zanimive statistične podatke. Na Finskem večino (71 %) neformalnih oskrbovalcev predstavljajo ženske v povprečni starosti 67 let. Skoraj polovica oseb, ki na Finskem prejema podporo za neformalno oskrbo, bi bila brez neformalne oskrbe institucionalizirana. Večina (70 %) teh oseb potrebuje 13 do 24 ur oskrbe na dan. Brez podpore neformalnih oskrbovalcev bi bilo izvajanje oskrbe v tolikšni meri nemogoče.

Predstavniki Španije je predstavil prvi mednarodni kongres o oskrbi, ki bo novembra 2022 na Tenerifi, ob tem pa opisal tudi stanje neformalne oskrbe v Španiji. Eden večjih problemov je sam postopek pridobivanja podpore, ki je predolgotrajen

in kompleksen; v nekaterih primerih traja tako dolgo, da še pred prejemom primerne podpore oskrbovana oseba umre.

Francoska predstavница je predstavila francosko združenje oskrbovalcev in različne načine podpore, ki jo pri njih prejmejo neformalni oskrbovalci, npr. dopust za oskrbovalce, dnevno nadomestilo, osebno nadomestilo za avtonomijo, nadomestilo za invalidnost idr. Ob tem je poudarila predvsem pomen ohranjanja svobodnega odločanja in neodvisnosti oskrbovalcev.

Predstavnica Norveške je opisala delovanje norveške zveze za neformalne oskrbovalce in izpostavila nekaj pomembnih delov Evropske strategije za oskrbo, med drugim sporazum neformalnih oskrbovalcev z občinami in sodelovanje neformalnih oskrbovalcev med seboj. Omenila je štiri opredeljene ranljive skupine: otroke, kronične bolnike, osebe z motnjami v duševnem zdravju in odvisnostmi ter slabotne starejše ljudi. Poudarila je, da je treba oskrbo prerazporediti na več izvajalcev, obenem pa omenila tudi novejšo tehnološke rešitve, ki so sicer v osnovi dobre za uporabnika, vendar se jih neformalni oskrbovalci poslužujejo le v manjši meri.

Kot kaže se tudi marsikje v tujini srečujejo s prevelikim poudarjanjem formalne oskrbe in domov za stare ljudi. Predstavniki Irske so na primer predstavili problem, ko je pri njih uzakonjena pravica do oskrbe v domu za stare ljudi, medtem ko neformalna oskrba na domu ni zakonsko urejena. Ta anomalija vodi do nezadostno utemeljene oskrbe na domu, zakasnenih odpustov, prisiljevanja družin v oskrbo brez podpore in siljenja ljudi v domove za starejše. Ob tem so opozorili, da sklicevanje na stroške v tem primeru ni utemeljeno, saj država porabi dvakrat več denarja za oskrbo v domovih za starejše kot za oskrbo na domu oskrbovancev.

Dvodnevno srečanje smo sklenili z raziskovalnim sklopom, kjer so udeleženci iz različnih evropskih držav predstavili izsledke svojih raziskav. V zaključku smo potrdili neprecenljiv pomen neformalnih oskrbovalcev, ob deljenju številnih bogatih izkušenj pa smo dobili še dodaten zagon za delo pri informiranju, opolnomočenju in zagotavljanju podpore vsem, ki so vpeti v neformalno oskrbo, predvsem oskrbovalcem samim.

*Ajda Cvelbar*

## DRUŽINSKI OSKRBOVALCI

### TISKOVNA KONFERENCA O NEFORMALNIH OSKRBOVALCIH

**Ljubljana, Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje, 8. september 2022**

Ob srečanju delovnih skupin evropskega združenja neformalnih oskrbovalcev Eurocarers, ki je potekalo 8. in 9. septembra 2022 na Inštitutu Antona Trstenjaka v Ljubljani, je bila tudi tiskovna konferenca o neformalnih oskrbovalcih. Vodila jo je zdravnica Ana Ramovš, na njej sta s stani Eurocarers govorila njegov izvršni direktor Stecy Yghemonos iz Bruslja in Sebastian Fischer, član nemškega in škotskega izvršnega odbora združenja oskrbovalcev, s strani Inštituta pa predstojnik Jože Ramovš in Ivanka Bižal, upokojena fizioterapevta z dolgoletnimi izkušnjami pomoči družinskim oskrbovalcem na domu in z njihovim usposabljanjem.

Vsebinski okvir tiskovne konference je bil pomemben dogodek: dan pred njo je bila v Bruslju predstavljena Evropska strategija o oskrbi, ki je kratko prikazana v tej številki revije. V času prizadevanja za uvajanje sodobnega sistema dolgotrajne oskrbe v Sloveniji je sporočilo zelo aktualno, zato v celoti objavljamo vsa štiri besedila s tiskovne konference.

### STECY YGHEMONOS

*Predstavitev dvodnevne srečanja Eurocarers v Ljubljani in Evropske strategije za oskrbo*

Včeraj je bila objavljena dolgo pričakovana Evropska strategija za oskrbo. Dan po izidu smo se v Ljubljani, na Inštitutu Antona Trstenjaka, zbrali člani Eurocarers – evropske mreže, ki predstavlja neformalne oskrbovalce – in sicer z namenom najti načine, kako lahko naše organizacije najučinkoviteje podprejo implementacijo iniciative na nacionalnem in na lokalnem nivoju. Mreža Eurocarers trenutno združuje 75 organizacij civilne družbe, univerz in raziskovalnih inštitutov iz 25 držav; od tega na srečanju v Ljubljani sodeluje 50 raziskovalcev in članov delovne skupine za sodelovanje s političnimi odločevalci vseh evropskih držav.

Oskrba in oskrbovanje v Evropi pritegujeta v zadnjih letih čedalje večje zanimanje političnih odločevalcev in drugih pomembnih deležnikov. Glavni razlog za to je, ker podaljševanje življenjske dobe in demografsko staranje spremljajo tudi vse večja pogostost kroničnih bolezni ter potreba po oskrbi s svojimi izzivi vzdržnosti in kakovosti oskrbovalnih sistemov. Staranje prebivalstva povzroča, da je vedno več ljudi, ki potrebujejo oskrbo, poleg tega je vedno manj ljudi, ki vplačuje v blagajno, iz katere se oskrba financira. Sektor dolgotrajne oskrbe se sooča s strukturnimi izzivi, ki so skupni vsem državam članicam EU.

Neformalni oskrbovalci – med njimi še posebej ženske – danes v Evropi

zagotavljajo levji delež vse oskrbe. Ekonomska vrednost te neplačane oskrbe v povprečju znaša približno 2,5 % BDP EU, kar je več od proračuna namenjenega poklicnemu dolgotrajnemu oskrbovanju. Neformalni oskrbovalci so zato nenadomestljivi, če nimajo ustrezne podpore, pa se soočajo s številnimi težavami glede dostopa do izobraževanja in zaposlitve, glede revščine in socialne izključenosti ter negativnih vplivov na njihovo zdravje.

Nova Evropska strategija za oskrbo postavlja okvir za politične reforme za izboljšanje socialne zaščite in zagotavljanje kakovostnih storitev. Pri tem želi usmerjati države članice pri iskanju ustreznega ravnovesja med poklicno in neformalno oskrbo. Ideja je zmanjšati preveliko zanašanje na neformalne oskrbovalce z vlaganjem v kakovostne strokovne oskrbovalne storitve, hkrati pa priznavati in podpirati neformalne oskrbovalce. Države članice so pozvane, da vzpostavijo jasne postopke za identifikacijo neformalnih oskrbovalcev in za podporo pri njihovih dejavnostih oskrbe s tem, da:

- a) neformalnim oskrbovalcem olajšajo sodelovanje s poklicnimi delavci dolgotrajne oskrbe,
- b) neformalnim oskrbovalcem pomagajo do potrebnega usposabljanja, svetovanja, zdravstvene oskrbe, psihološke podpore in razbremenilne pomoči ter,
- c) da neformalne oskrbovalce ustrezno finančno podprejo.

Nekatere države članice so že naredile potrebne korake na tem področju, Slovenija pa na tem področju zaostaja.

## JOŽE RAMOVŠ

### *Neformalni oskrbovalci v celoti sistema dolgotrajne oskrbe v Sloveniji*

Najprej beseda o sodobnem sistemu dolgotrajne oskrbe. To je nov socialni steber (podoben zdravstvenemu in pokojninskemu), ki omogoča humano, kadrovsko in finančno vzdržno pomoč vsem odraslim ljudem, ki so pri vsakdanjih opravilih zaradi svoje starostne onemoglosti, dolgotrajne bolezni ali invalidnosti odvisni od pomoči drugih. Razvija se na temelju tradicionalne oskrbe, ki so jo opravljali družinski člani in sosedje, in na temelju polpretekle industrijske oskrbe, ki je prevzela do ene četrtnine oskrbovancev v oskrbovalne institucije – domove za stare ljudi. V njih je danes v Evropi okrog 1 % od vseh prebivalcev, domači in drugi neformalni oskrbovalci jih v domačem okolju oskrbujejo okrog 3 %. Evropske države so uvajale sodobni sistem z zakoni o dolgotrajni oskrbi od leta 1995. Njegova glavna značilnost je povezava formalne in neformalne oskrbe v sinergično komplementarno celoto. V njej ima vsak državljan enake pravice do denarja in storitev iz javnega sistema, ne glede na to ali se odloči za institucionalno oskrbo ali za domačo. Sodobni sistem dolgotrajne oskrbe lahko deluje samo, če je v organizacijski pristojnosti lokalne skupnosti, medtem ko država z zakonom zagotavlja njegovo sofinanciranje, minimalne kriterije kakovosti in razvoj.

Za Slovenijo je značilno, da sodobnega sistema še ni uvedla. Hude posledice tega se kažejo že tudi na strani javnih oskrbovalnih ustanov, ki skoraj ne morejo več delovati zaradi kadrovskega primanjkljaja in drugih problemov. Odločilna škoda pa

nastaja pri pešanju socialnega kapitala na strani neformalne domače oskrbe, ki brez javne pomoči ne zmore več opravljati te naloge. Neformalni oskrbovalci niso kaka nepomembna manjšina – pri nas in po vsej Evropi ima vsak peti do deseti prebivalec nekoga od bližnjih, ki potrebuje oskrbo. Kljub temu pa je ta množica 10 do 20 % prebivalstva v družbi in državi nevidna. Evropske države, ki imajo že četrto stoletja vzpostavljen sodoben integriran sistem dolgotrajne oskrbe, imajo izkušnjo, da šele stroka z raziskovalnimi podatki in inovativnim razvojem sodobnih metod za razbremenilno strokovno pomoč in za usposabljanje neformalnih oskrbovalcev doseže ozaveščanje družbe o njih, njihovo družbeno vidnost in krepitev njihove socialne vzdržljivosti.

Delovno srečanje evropskih raziskovalcev neformalne oskrbe in njene integracije v sodobne državne sisteme, ki poteka te dni, je lahko pomemben korak k temu razvoju tudi pri nas v Sloveniji.

## SEBASTIAN FISCHER

### *Primeri dobrih praks vključitve neformalnih oskrbovalcev v sistem v Nemčiji in na Škotskem*

Neformalni oskrbovalci v Evropi zagotavljajo 80 % oskrbe. Iz tega sledi, da morajo vsi primeri dobrih praks pri implementaciji dolgotrajne oskrbe prepoznati in vključevati neplačane družinske in druge neformalne oskrbovalce kot enakovredne partnerje v oskrbi. In sicer na dveh nivojih:

1. pri načrtovanju osebnega plana oskrbe,
2. pri nacionalnem, regionalnem in lokalnem načrtovanju oskrbe.

Za kakovost obojega so potrebne izkušnje in politično vodstvo. V nekaterih državah članicah lahko vidimo velik napredek na obeh področjih.

Na Škotskem je vlada od leta 2015 dalje sprejela več zakonodajnih aktov:

1. Na nivoju osebnega načrtovanja. Od leta 2016 dalje imajo oskrbovalci na Škotskem pravico do oskrbovalčevega podpornega načrta. Načrt presega preprosto oceno oskrbovalčevih zmožnosti in celovito upošteva širše potrebe, prizadevanja in želje, vključno z iskanjem ravnotežja med delom, prostim časom in oskrbo. Skupaj z oskrbovalcem identificira spekter strategij in oblik podpore, s pomočjo katerih oskrbovalec lažje in bolje oskrbuje. Ključno je, da načrt vključuje oceno podpore, način in količino oskrbe, ki jo je oskrbovalec zmožen in voljan nuditi, ter pri tem varuje oskrbovančevo zdravje, splošno dobrobit in njegove druge življenjske interese.

2. Na sistemskem nivoju. Od leta 2015 dalje imajo družinski in drugi neformalni oskrbovalci na Škotskem pravico do dveh predstavnikov v vsakem od 32 škotskih socialnih in zdravstvenih odborov za dolgotrajno oskrbo, ki odločajo o tem, kako se oskrba izvaja v mestih, na podeželju in na otokih. Še več, od leta 2018 dalje mora vsaka občina na Škotskem oblikovati 3 do 5-letno strategijo za podporo neplačanim družinskim in drugim neformalnim oskrbovalcem.

Nemčija, kot mnoge evropske države, ni tako napredna, kljub temu pa so si organizacije, ki delajo z neformalnimi oskrbovalci in zanje, priborile dva sedeža v komisiji za oskrbo in staranje v North-Rhine Westfaliji, pred nekaj tedni pa še v Berlinu. Ostaja nam še 14 zvezdnih dežel, vendar smo

prepričani, da bomo s pomočjo dosedanjih dobrih praks prodrli tudi vanje.

Nazadnje naj naštejemo še nekaj primerov dobrih praks iz področja izobraževanja neformalnih oskrbovalcev. Kakor poudarja Evropska strategija za oskrbo, je prepoznavanje, zagotavljanje ter spremljanje veščin, izkušenj in kompetenc oskrbovalca ključno za zagotavljanje primerne standarda oskrbe. Za doseganje tega morajo biti za družinske in druge neformalne oskrbovalce na voljo obširni učni tečaji, izobraževanja in možnosti za nadgradnjo znanja.

Škotska ima dvajsetletno zgodovino izobraževanja neformalnih oskrbovalcev. Vlada in lokalne oblasti del sredstev redno namenijo organizacijam tretjega sektorja, ki izvajajo široko paleto tečajev in izobraževanj za neformalne oskrbovalce. Oskrbovalce naučijo, kako ravnati v primeru invalidnosti ali kronične bolezni, jih opolnomočijo na področju odnosov in vedenja, nege ter mnogo drugih praktičnih vidikov oskrbe. Vključena so tudi terapevtska izobraževanja o tem, kako se soočiti z občutki krivde, o spreminjajočih se osebnih odnosih (ko se na primer odnos med možen in ženo spremeni v odnos bolnik-negovalka), kako se spoprijeti z oskrbo v zadnjih dneh življenja in mnoge druge teme.

Če prepoznamo oskrbovalce kot enakovredne partnerje v oskrbi ter s tem cenimo njihovo izkušnjo, morajo taka izobraževanja vedno imeti dve sestavini: prispevek strokovnjaka in enakovredno možnost učenja iz izkušenj neformalnih oskrbovalcev. Takšna izobraževanja v Sloveniji že vrsto let izvaja Inštitut Antona Trstenjaka.

Seštevek vseh zgoraj naštetih ukrepov je osrednji steber, na katerem stoji odgovorna družba, ki ji je mar za ljudi.

## IVANKA BIŽAL

### *Izkušnja neformalnih oskrbovalcev*

Začela bom na koncu svojih izkušenj z neformalno oskrbo družinskega člana – takrat, ko je bil večji del moje družine, za katero sem skrbela (tašča, oče, tast, mama), že pokojen. Pri negi in pomoči vsem sem uporabila znanje, ki sem ga pridobila v šoli in na terenu v okviru patronažne fizioterapevtske oskrbe. Tedaj nisem vedela, da sem neformalna oskrbovalka.

Po upokojitvi sem šla na tečaj za družinske in druge neformalne oskrbovalce, ki ga je organiziral Inštitut Antona Trstenjaka. Kar tako, na zalogo. Želela sem poglobiti znanje o starostniku, negi, fizioterapiji, pravnih zadevah, umiranju. Tam sem se srečala s tečajniki, ki so oskrbovali domače. Ugotovila sem, da si oskrbovalci postavljamo podobna vprašanja: *Ali smo za naše svojce dovolj dobro poskrbeli? Ali znamo dovolj?* in podobno.

Čez nekaj let sem se znašla skupaj z možem pred njegovo diagnozo – karcinom ledvice. Lahko si predstavljate, da se ob taki diagnozi postavlja nešteto vprašanj, sprva predvsem kako zdraviti. Ledvica je bila odstranjena, predpisali so mu biološka zdravila. Prijeten dopust sva preživela na otoku Lastovo. Bolezen ni mirovala. Prišlo je do zloma nadlahtnice, operacija je bila uspešna. Menjali so mu zdravila, prejel je imunološko terapijo, ki je povzročila odpoved ledvice. Pet tednov je bil hospitaliziran. Otroci in jaz smo mu z vsakodnevnimi obiski vlivali korajžo, ga spodbujali k hoji. Zdravljenje z visokimi dozami kortikosteroidov je povzročilo oteklino nog in visok sladkor. Potrebno je bilo zdravljenje z dveh vrstama inzulina, posebno usklajeno

dieto. Koža je bila izredno občutljiva, pojavile so se razjede. Težko je vstajal, potrebna je bila prilagoditev postelje. Čeprav je prihajala patronažna sestra, je bila tudi z moje strani potrebna skrbna nega. Prehodno se je stanje izboljšalo, tako da sva si z možem, kljub dializi, uspela organizirati oddih na Pagu. Nato so se težave preko zime stopnjevale. Na dializo je odhajal ob petih zjutraj. Vstala sem ob štirih, ker sem želela, da prej zajtrkuje. Vračal se je ob pol treh popoldne. V soboto 1. avgusta se ni vrnil. Poklical me je, da so ga zaradi bolečin zadržali v bolnici. V nedeljo sem mu odnesla osebne stvari. Bilo je v času epidemije, tako da me niso pustili k njemu. Naslednje dni se ni javljal, zaradi visokih doz protibolečinske terapije. Z otroci smo smeli za dvajset minut k

njemu, ko je umiral. S preiskavami je bilo ugotovljeno, da je bolečine povzročila hernija med prsnim in ledvenim delom hrbta. Bila je stara poškodba iz mladosti, ki se je ponovila. Poslovil se je 12. avgusta lani. Pogosto se ustavljam ob misli, da smo bili prikrajšani za naše zadnje druženje in pogovor. Bilo bi drugače, če bi se poslovil doma. Tako kot sta se poslovila moja starša. Vseeno smo naredili, kar smo lahko.

V Sloveniji nas 400.000 skrbi za svoje starostno onemogle, bolne, invalidne družinske člane, prijatelje ali znance. Imenujemo se družinski oskrbovalci. Brez nas ne gre, ampak potrebujemo pomoč – možnost usposabljanja, možnost oddiha, pomoč v obliki storitev na domu, finančno pomoč, svetovanje in čustveno podporo.



# GOOD QUALITY OF OLD AGE

## Good Quality of old age: Journal for Gerontology and Intergenerational Relations, Vol. 25, Num. 3, 2022

### INDEX

#### 0. Editorial (Jože Ramovš)

#### 1. Scientific and expert articles

- 1.1. Franc Imperl: What have we learned from Western Europe practices in the operation of social care institutions?
- 1.2. Domen Zupančič: Architectural reconstructions of institutional home care facilities and quality of long-term care
- 1.3. Igor Šivec Trampuž: Cataracts and old age

#### 2. Review of gerontological literature

- 2.1. European care strategy (Alen Sajtl)
- 2.2. The impact of contact with nature on quality ageing (Katja Bhatnagar)

#### 3. Glossary of gerontological terms

- 3.1. Social care system (Jože Ramovš)

#### 4. Symposiums, workshops

- 4.1. Eurocarers' working groups meeting, Ljubljana, Inštitut Antona Trstenjaka, 8 and 9 September 2022 (Ajda Cvelbar)

#### 5. Family carers

- 5.1. Press conference on informal carers, 8 September 2022

The introduction of a modern European system for long-term care in Slovenia has been delayed for a quarter of a century. This delay is unreasonable. The provision of care for people in need of regular support in daily tasks is the most basic form of human solidarity since the beginning of the human species. The Slovenian nation is characterised by a high degree of solidarity and its self-organisation in practice. For example, more than a fifth of the population is organised in local firefighters' associations, which make an outstanding contribution to their communities in fighting with fires, floods, disasters and other catastrophes, in

education of intergenerational solidarity and also in organisation of local social festivities.

Anton Trstenjak institute of gerontology and intergenerational relations contributes its expertise to the development of long-term care by publishing articles on long-term care; over six hundreds have been published in the past quarter-century. In Slovenia we are currently in a situation where the law on long-term care has been adopted (December 2021), but due to various reasons its implementation is moving away into the undefined future. Therefore, we have devoted this issue of the journal almost entirely to topics that are of crucial importance in the implementation of a modern system and law on long-term care.

Franc Imperl is director of Firis Imperl company which specialises in the quality of social care facilities in Slovenia and the training of their management and staff members. He has written a comprehensive article on hundreds of educational excursions to care facilities in European countries that are distinguished for their modern and innovative development solutions and its user-centered approach. Domen Zupančič, professor at the Faculty of Architecture, analysed the deficiencies of the legal acts for the construction and adaptation of homes for older people and suggested some improvements and solutions. A short article presents the European care strategy which has been introduced recently, and the section on gerontological terminology provides an overview of the concept of social care systems. The last part of the journal describes the Eurocarers' (European Association Working for Carers) research and policy working group meeting, which brought together over fifty researchers and members of both working groups from several European countries. The event was hosted in Ljubljana by Eurocarers' Slovenian member - Anton Trstenjak Institute. In this issue there is also the statement presented at the press conference on informal carers held on this occasion for the Slovenian media; national experts presented the Slovenian situation and pending issues in this field, Stecy Yghemonos, executive director of Eurocarers, presented the new European care strategy, and Sebastian Fischer, member of the German and Scottish Boards of the Carers' Associations, presented good practices in integrating family carers into the national care system.

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

## POSŁANSTVO REVİJE Z NAVODILI AVTORJEM

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

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

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

1. Celostna antropološka podoba človeka v njegovi telesni, duševni, duhovni, sožitno-socialni, razvojni in eksistencialni razsežnosti ob nedeljivi sistemski celoti vseh teh razsežnosti.
2. Celovit človekov razvoj skozi vsa življenjska obdobja od početja 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, krajevne skupnosti, civilne družbe in države.

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

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

Prvi del revije je namenjen izvornim 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 zabeležke 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](mailto:info@inst-antonatrstenjaka.si). Objave izvornih in preglednih znanstvenih in strokovnih člankov v reviji praviloma niso honorirane.

# Kakovostna starost

LET. 25, ŠT. 3, 2022

# *Good quality of old age*

VOL. 25, NUM. 3, 2022

## ZNANSTVENI ČLANKI

## SCIENTIFIC ARTICLES

### Franc Imperl

- |   |   |  |
|---|---|--|
| Kaj smo se pri delovanju ustanov socialnega varstva naučili iz praks v Zahodni Evropi | 3 | What have we learned from Western Europe practices in the operation of social protection institutions? |
|---|---|--|

### Domen Zupančič

- |   |    |   |
|---|----|---|
| Kakovostna dolgotrajna oskrba in rekonstrukcije domov za starejše | 38 | Architectural reconstructions of institutional home care facilities and quality of long term care |
|---|----|---|

### Igor Šivec Trampuž

- |                       |    |                       |
|-----------------------|----|-----------------------|
| Siva mrena in starost | 56 | Cataracts and old age |
|-----------------------|----|-----------------------|

### IZ GERONTOLOŠKE LITERATURE

65

### REVIEW OF GERONTOLOGICAL LITERATURE

### GERONTOLOŠKO IZRAZJE

69

### GLOSSARY OF GERONTOLOGICAL TERMS

### IZ MEDGENERACIJSKIH PROGRAMOV

35

### REFLECTING ON THE INTERGENERATIONAL PROGRAMMES

### SIMPOZIJI, DELAVNICE

70

### SYMPOSIUMS, WORKSHOPS

### DRUŽINSKI OSKRBOVALCI

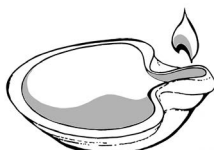
74

### FAMILY CARERS

### GOOD QUALITY OF OLD AGE

79

### KAKOVOSTNA STAROST



INŠTITUT  
ANTONA TRSTENJAKA

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

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