

Kakovostna starost

REVIJA ZA GERONTOLOGIJO IN MEDGENERACIJSKO SOŽITJE
LETNIK 20 (2017), ŠTEVILKA 1



INŠTITUT ANTONA TRSTENJAKA

KAKOVOSTNA STAROST

letnik 20, številka 1, 2017

KAZALO**UVODNIK (INTRODUCTORY)****ZNANSTVENI IN STROKOVNI ČLANKI (SCIENTIFIC AND EXPERT ARTICLES)**

- 3 Simona Smolej Jež, Mateja Nagode: Dramatičen razkorak med dolgotrajno socialno oskrbo na domu in v instituciji?
- 16 Rüdiger Bauer in Franci Imperl: Slovenija ubira nove poti pri oskrbi starejših

IZ GERONTOLOŠKE LITERATURE

- 21 Podroben prikaz nekaterih poglavij iz knjige Dolgotrajna oskrba v Evropi (Tina Lipar)
- 33 Raziskava o dnevnikih centrih za starejše v EU (Marta Ramovš)
- 39 Tehnologija in starejši na Japonskem (Veronika Mravljak Andoljšek)
- 41 Uspešno staranje s pomočjo čuječnosti (Ajda Svetelšek)
- 46 Cerkev vseh in za vse – vključevanje invalidov v življenje Cerkev na slovenskem (Veronika Mravljak Andoljšek)
- 51 Drobci iz gerontološke literature (Zbrala: Tina Lipar)

SLOVENSKA PERIODIKA O STAROSTI

- 54 Vzgoja – revija za učitelje, vzgojitelje in starše (Veronika Mravljak Andoljšek in Jože Ramovš)

GERONTOLOŠKO IZRAZJE (GLOSSARY OF GERONTOLOGY TERMS)

- 60 Dnevni center za starejše (Jože Ramovš)
- 60 Širitelj (Jože Ramovš)

SIMPOZIJ, DELAVNICE

- 61 Prof. dr. Nandu Goswami: Predavanje o poletih v veselje in padcih v starosti (Marta Ramovš)

IZ MEDGENERACIJSKIH PROGRAMOV

- 63 Organizirano medgeneracijsko družabništvo za kakovostno staranje (Ksenija Ramovš)

INTERVJU

- 65 Milica Jesenovec, Mila Jesenovec in Ksenija Ramovš: Dobro razumevanje v družini olajša oskrbo starejšega svojca

GOOD QUALITY OF OLD AGE

- 78 Good Quality of old age: Journal for Gerontology and Intergenerational Relations, Vol. 20, Num. 1, 2017

Dvajseti letnik revije *Kakovostna starost*, ki ga začnemo s to številko, bo še bolj kakor doslej usmeril vse sile v dolgotrajno oskrbo starostno onemoglih, kronično bolnih in invalidnih ljudi. To je naš prispevek v pomoč slovenski vladni politiki in državni upravi, ki sta odločeni sprejeti nacionalni sistem in zakon o dolgotrajni oskrbi, ter vsem, ki delajo formalno ali neformalno na tem področju. Slovenija zasluži po dveh desetletjih zaostanka za evropskimi sosedi ta vitalni sistem, saj smo bili še v desetletju pred osamosvojitvijo z našimi domovi za stare ljudi med vodilnimi na svetu. Tok demografske krize staranja prebivalstva in neravnovesja med mlajšim in starejšim delom populacije ima dve ožini, ki ju moramo v prvi polovici 21. stoletja ohraniti pretočni na human in finančno vzdržen način, da reka tega problema ne bo poplavlila razvoja evropske in slovenske kulture: to sta dolgotrajna oskrba in staranje zaposlenih. V reviji se bomo v prihodnje posvetili tudi staranju zaposlenih, saj na Inštitutu Antona Trstenjaka že dolgo delamo razvojno tudi na njem, toda letos ima prednost dolgotrajna oskrba. To, da smo maloštevilna država, je sedaj pomembna prednost, ki nam omogoča, da ob izkušnjah drugih evropskih držav naredimo slovenski sistem dolgotrajne oskrbe kakovosten in ga sorazmerno hitro vpeljemo v praksi.

V tej številki se večina prispevkov nanaša na različne vidike dolgotrajne oskrbe. Analiza strokovnjakinj z nacionalnega Inštituta za socialno varstvo razgrinja podatke, ki kažejo na dramatičen razkorak med dolgotrajno oskrbo na domu in oskrbo v instituciji. Podatki, da gre večina javnega denarja za odstotek ljudi, ki so oskrbovani v institucijah, da je nepovezana oskrba v različnih institucijah tudi za polovico dražja, kakor če je povezana, da večina ljudi ne mara institucij in podobna dejstva, so povzročili sedanjo močno težnjo Evropske unije po deinstitucionalizaciji dolgotrajne oskrbe. Novi sistemi za dolgotrajno oskrbo so v zadnjih dveh desetletjih naredili velik korak iz industrijsko oblikovanih institucij v smeri današnjih potreb in zmožnosti. Kdor pozna prizadevanje po kakovosti v naših domovih za stare ljudi, ve, da so institucije s svojimi vodstvi in zaposlenimi prav tako žrtve zastarelih sistemov (ne le normativov, ampak tudi paradigme) kakor njihovi stanovalci, svojci in skupnosti, v katerih delujejo. Kratek članek nemškega in slovenskega strokovnjaka o novem modelu usklajenih odnosov v ustanovi odstre pogled v dobre izkušnje negovalne in oskrbovalne stroke pri iskanju ustrežnejših modelov. S strani neformalne družinske oskrbe ta pogled na široko odpre intervju z družinsko oskrbovalko – hčerko – in oskrbovalko – materjo, ki sta bili do nedavnega skupaj družinski oskrbovalki očeta in moža.

Posebej bi rad opozoril na prikaz ene od najboljšežnejših monografij o dolgotrajni oskrbi v Evropi. To temeljno delo je kolegica Tina Lipar povzela podrobneje, kakor je običaj, da bi bila spoznanja in izkušnje iz celotne Evrope čim dostopnejša politiki in upravi, ki pripravljata slovenski sistem, pa tudi praktikom po domovih in pri oskrbi na domu ter družinskim oskrbovalcem. Poglobljena analiza evropskih izkušenj v tej knjigi zajema vsa področja, najbolj pa se posveti usodnima ovirama za uvajanje sodobnega, humanega, finančno vzdržnega ter oskrbovancem in oskrbovalcem prijaznega sistema oskrbe. To sta dve nepovezanosti in razkoraka: med zdravstvenim in socialnovarstvenim sistemom ter med formalno in neformalno oskrbo. V Sloveniji je letos prevzelo pobudo za sistem dolgotrajne oskrbe Ministrstvo za zdravstvo (v preteklih letih je bilo za to zadolženo Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti). Bo znalo in v navzkrižnem ognju interesov zmoglo premostiti ta dva razkoraka? Dve desetletji izkušenj po Evropi govorita, da ne eden ne drugi od teh resorjev ne more rešiti te naloge sam, ampak le oba skupaj. In da vsak parcialni interes posamezne stroke ali drugega lobija onemogoči učinkovit nacionalni sistem dolgotrajne oskrbe na predvečer jutrišnjega dne, ko se bodo potrebe po oskrbi podvojile.

KAKOVOSTNA STAROST GOOD QUALITY OF OLD AGE

Revija za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje

Izdajatelj in založnik / PublisherInštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje
Resljeva 11, p. p. 4443, 1001 LjubljanaISSN 1408 – 869X
UDK: 364.65-053.9**Uredniški odbor / Editors**dr. Jože Ramovš (urednik)
Tina Lipar**Uredniški svet / Editorial Advisory Board**prof. dr. Herman Berčič (*Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport*)
prof. dr. Vlado Dimovski (*Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta*)
dr. Simona Hvalič Touzery (*Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice*)
prof. dr. Zinka Kolarič (*Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede*)
prof. dr. Ana Krajnc (*Univerza za tretje življenjsko obdobje*)
Vida Milošević Arnold (*Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo*)
mag. Ksenija Ramovš (*Inštitut Antona Trstenjaka*)
prof. dr. Jože Ramovš (*Inštitut Antona Trstenjaka*)
dr. Božidar Voljč (*zdravnik in bivši minister za zdravje*)**Mednarodni uredniški svet / International Advisory Board**prof. dr. Mladen Davidović (*Center for geriatrics, KBC Zvezdara, Beograd, Srbija*)
prof. dr. David Guttman (*Faculty of Welfare and Health Studies, School of Social Work, University of Haifa, Izrael*)
dr. Andreas Hoff (*Oxford Institute of Ageing, VB*)
dr. Iva Holmerová (*Centre of Gerontology, Češka*)
prof. dr. Ellen L. Idler (*Institute for Health, Health Care Policy and Aging Research, Rutgers University, ZDA*)
dr. Giovanni Lamura (*National Research Centre on Ageing – INRCA, Italija*)**Pregled besedila:** Veronika Mravljak AndoljšekPovzetki člankov so vključeni v naslednjih podatkovnih bazah:
Sociological Abstracts, Social Services Abstracts, Cobiss, EBSCO, ProQuest.**Oblikovanje in priprava za tisk:** Salve d.o.o. Ljubljana, Rakovniška 6**Tisk:** Itagraf d.o.o. Ljubljana

Cena: letnik 20 €, posamezna številka 6 €

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

Revija Kakovostna starost v letu 2017 sofinancira ARRS na temelju javnega razpisa za sofinanciranje in izdajanje domačih znanstvenih periodičnih publikacij v letih 2017 in 2018 (pogodba št. 410-19/2017-38)

Simona Smolej Jež in Mateja Nagode**Dramatičen razkorak med dolgotrajno socialno oskrbo na domu in v instituciji?****POVZETEK**

V Sloveniji se na deklarativni in načelni ravni že dlje časa zavedamo, da potreba po dolgotrajni oskrbi predstavlja novo socialno tveganje. V prihodnosti lahko pričakujemo vedno večji delež populacije, ki bo odvisna od dolgotrajne oskrbe, zato je enovita in sistemska ureditev tega področja nujna. V Sloveniji dolgotrajna oskrba na ta način še ni urejena, temveč se zagotavlja v okviru različnih zakonov oziroma ločenih sistemov socialne varnosti (zaščite).

Sistemska ureditev dolgotrajne oskrbe poteka vzporedno z deinstitucionalizacijo, cilj obeh procesov pa je spodbuditi in zagotoviti oskrbo, ki se zagotavlja v skupnosti oziroma v domačem okolju uporabnika. Če želimo spodbuditi in zagotoviti oskrbo v domačem okolju, moramo nameniti pozornost zlasti izboljšanju njene dostopnosti, tako krajevne in časovne kot tudi cenovne. V prispevku bomo kritično ovrednotili predvsem cenovno dostopnost tako oskrbe na domu kot v instituciji, pri tem bo fokus na socialni oskrbi. Avtorici na podlagi primerjave med cenami oskrbe v instituciji in cenami oskrbe na domu glede na potrebe in dohodke starejših oseb, ki je bila izvedena v okviru projekta OECD in Evropske komisije *Measuring social protection for older people with long-term care needs (Merjenje socialne varnosti starejših, ki imajo potrebe po dolgotrajni oskrbi)*, problematizirata razlike v stopnjah socialne varnosti med uporabniki ene in drugih oblik oskrbe ter sistemsko preferiranje določenega tipa oskrbe v Sloveniji.

Ključne besede: socialna varnost, starejši, dolgotrajna oskrba, institucionalna oskrba, oskrba na domu

AVTORICI: *Mag. Simona Smolej Jež in mag. Mateja Nagode sta raziskovalki na Inštitutu RS za socialno varstvo. V fokusu njunega raziskovalnega in analitičnega dela so področja dolgotrajne oskrbe, skupnostne oblike oskrbe, socialnovarstvene storitve in programi.*

ABSTRACT**A dramatic divide between social home care and institutional care**

In Slovenia, on the declarative and principle level, there has been awareness that the need for long-term care represents a new social risk. In the future, an increasing proportion of the population, which will depend on the long-term care, is expected, therefore uniform and systemic regulation of this area is necessary. Currently long-term care is provided under various laws or through separate systems of social security (protection).

Systemic regulation of long-term care takes place in parallel with the de-institutionalization and the objective of both processes is to encourage and provide care in the community or at home. And, if Slovenia wants to encourage and provide care at

home, particular attention has to be paid to improving its currently weak accessibility – geographical, financial and timely. In this paper affordability (financial accessibility) is critically evaluated with special focus on social care, both at home and in an institution. On the basis of a comparison between prices of care in institution and care at home according to the needs and incomes of older people, which was carried out in the framework of the OECD and the European Commission *Measuring social protection for older people with long-term care needs*, authors address the divide between the degree of social security of users of both types of care (in institution and at home) as well as system orientation to encourage a particular type of care in Slovenia.

Key words: Social protection, older people, long-term care, institutional care, care at home

AUTHORS: *Simona Smolej Jež, MSc, and Mateja Nagode, MSc, are Senior Researchers at the Social Protection Institute of the Republic of Slovenia. Their main fields of expertise are long-term care, community and home care, social services and programmes.*

1 UVOD

Staranje prebivalstva oziroma demografske spremembe postajajo eden pomembnejših izzivov sodobnih razvitih družb, saj je ob naraščanju števila starejših in nizkem številu rojstev vedno večji delež prebivalstva odvisen od dolgotrajne oskrbe in pomoči drugih oseb. Obstoječi sistemi socialne zaščite v nekaterih državah uspešneje, v nekaterih pa manj uspešno zagotavljajo zadostno raven socialne varnosti oseb, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo, in njihovih družin. V zadnjih desetletjih 20. stoletja so področje dolgotrajne oskrbe države začele sistemsko (pre)urejati na različne načine in z različnih perspektiv. V Sloveniji in v večini srednje- in južnoevropskih držav področje še ni sistemsko urejeno, medtem ko se večina severno- in zahodnoevropskih držav s tem področjem intenzivno ukvarja zadnjih dvajset let (Nagode *idr.*, 2014, gl. tudi Flaker *idr.*, 2011). Področje dolgotrajne oskrbe postaja pereče javno vprašanje, temeljni izziv pa je zagotoviti in organizirati finančno vzdržen in učinkovit sistem, ki bo hkrati zadovoljil individualne potrebe uporabnikov in upošteval omejitve kolektivne in individualne odgovornosti (Flaker *idr.*, 2011).

V prispevku skušava pojasniti, kaj dolgotrajna oskrba pravzaprav je oziroma kaj obsega, izpostaviti glavne značilnosti njene ureditve v Sloveniji ter predstaviti ključne vidike krajevne in cenovne dostopnosti dolgotrajne oskrbe pri nas. Predvsem slednja se nama zdi z vidika zagotavljanja socialne varnosti prejemnikov dolgotrajne oskrbe in njihovih družin ključna. V drugo polovico besedila zato vključiva izsledke projekta OECD in Evropske komisije (kratica: EK) *Measuring social protection for older people with long-term care needs*, ki glede na primerjavo med cenami oskrbe v instituciji in cenami oskrbe na domu glede na potrebe in dohodke starejših oseb za Slovenijo izpostavlja nekatere pomembne ugotovitve. Ko opisujemo krajevno in cenovno dostopnost dolgotrajne oskrbe zaradi navezave na omenjeni projekt in njegove ugotovitve, naš fokus zožimo na izbran nabor storitev v okviru dolgotrajne oskrbe, in sicer zgolj na socialnovarstvene storitve. Zaradi narave organiziranosti in financiranja so bile namreč iz projekta v celoti

izpuščene zdravstvene storitve dolgotrajne oskrbe, saj so običajno univerzalno dostopne in krite iz zdravstvenega zavarovanja. Tudi neformalni oskrbovalci, ki običajno opravijo velik del oskrbe v domačem okolju, niso bili upoštevani, saj je projekt želel opozoriti predvsem na cenovni vidik formalne dolgotrajne socialne oskrbe. Kot že omenjeno, nas zanima stopnja socialne varnosti uporabnikov dolgotrajne oskrbe, in sicer v kontekstu razlik med uporabniki institucionalne oskrbe in skupnostnih oblik oskrbe.

2 OPREDELITEV DOLGOTRAJNE OSKRBE IN NJENA UREDITEV V SLOVENIJI

Definicija dolgotrajne oskrbe je zahtevna naloga, saj posega na različna področja družbene ureditve. Mednarodne institucije (OECD, Eurostat in WHO) jo v enotni definiciji opredeljujejo kot niz storitev, ki jih potrebujejo ljudje z zmanjšano stopnjo funkcionalne zmožnosti (fizične ali kognitivne), ki so posledično v daljšem časovnem obdobju odvisni od pomoči pri izvajanju temeljnih in/ali podpornih dnevnih opravil (Colombo *idr.*, 2011, 11–12). Temeljna dnevna opravila (angl. ADL) so tista, ki jih je treba izvajati vsak dan in se v osnovi navezujejo na osebno oskrbo (umivanje, oblačenje, hranjenje, leganje in vstajanje iz postelje ali s stola, gibanje, uporaba stranišča ipd.), podporni dnevni opravila (angl. IADL) pa so povezana predvsem z neodvisnim življenjem in s pomočjo v gospodinjstvu (priprava obrokov, upravljanje z denarjem, nakupovanje, gospodinjska dela ipd.). Mednarodna opredelitev dolgotrajne oskrbe je dokaj splošna oziroma široka in v nekem skupnem imenovalcu upošteva prakse različnih držav oziroma ureditev. Med državami pa se opredelitve in (sistemske) ureditve tega področja precej razlikujejo, na kar kažejo tudi različne (primerjalne) študije in dokumenti (Jorens *idr.*, 2011; Adequate social protection for long-term care needs in an ageing society, 2014; Ilinca *idr.*, 2015; Mor *idr.*, 2014; Costa-Font, 2011 ipd.).

Za Slovenijo velja, da nimamo veljavne enotne definicije dolgotrajne oskrbe, področje pa tudi ni sistemsko (s posebnim zakonom) urejeno. Dolgotrajno oskrbo izvajamo v okviru ločenih sistemov socialne varnosti, ki jih ureja več različnih področnih zakonskih in podzakonskih aktov. Značilnosti in ključne težave trenutne ureditve dolgotrajne oskrbe najbolje povzamemo po poročilu *Ustrezna socialna zaščita za potrebe po dolgotrajni oskrbi v starajoči se družbi* (Adequate, 2014, 228). Avtorji navajajo naslednja dejstva.

- Nepovezanost storitev in prejemkov v enovit sistem otežuje dostopnost do storitev ter zmanjšuje njihovo kakovost in preglednost, pravice so namreč določene v okviru različnih zakonov na različnih področjih. Obstajajo različne vstopne točke v sistem ter različni postopki in metode ocenjevanja potreb. V nekaterih primerih so zato uporabniki postavljeni v neenakopraven položaj, nekateri so iz sistema celo izključeni.
- Še vedno prevladuje institucionalno varstvo, ki večinoma temelji na t. i. medicinskem pristopu. Ta sistem je dokaj tog, saj ne upošteva individualnih potreb uporabnika.
- Težavo predstavljajo regionalna dostopnost ter razlike med mesti in podeželjem v primeru dostopnosti storitev, kar še posebej velja za skupnostno obliko oskrbe.
- Obstaja nepovezanost med storitvami zdravstvene in socialne oskrbe v primeru skupnostnih oblik dolgotrajne oskrbe in oskrbe v domačem okolju, kjer se kaže velika potreba po koordinaciji in poenotenju.

- Sedanja ureditev deluje pretežno kurativno; ni dovolj poudarka na rehabilitaciji in preventivi, prav tako ni dovolj razširjena uporaba informacijsko-komunikacijskih tehnologij.
- Poleg sistemskih razlogov so za reformiranje obstoječega sistema dolgotrajne oskrbe pomembni tudi demografski, fiskalni, ekonomski in socialni razlogi.

Slovenija se navedenih značilnosti oziroma pomanjkljivosti zaveda že vrsto let, tema je namreč družbeno aktualna in se periodično intenzivno pojavlja tako na strokovni kot tudi na politični agendi. V zadnjih petnajstih letih je nastala vrsta besedil na to temo, potekale so mnoge razprave, priča pa smo bili tudi številnim poskusom sistemske ureditve tega področja. Nastalo je namreč več različic oziroma predlogov Zakona o dolgotrajni oskrbi, zadnji, ki je bil namenjen le ožji strokovni javnosti, v letu 2015. V zadnjem letu so se priprave na sprejem zakona intenzivirale, okrepilo se je tudi sodelovanje obeh resornih ministrstev – Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti ter Ministrstva za zdravje, pri čemer je pripravo ustrezne zakonodaje, uvajanje novih zakonodajnih rešitev, vzpostavitev mreže enotnih vstopnih točk za dolgotrajno oskrbo, vzpostavitev novega integriranega postopka ocene potreb in vzpostavitev ekonomike za dolgotrajno oskrbo prevzelo Ministrstvo za zdravje. Obstaja torej konsenz, da je sistemska ureditev v Sloveniji nujna in da jo je treba izpeljati čim prej.

3 DOLGOTRAJNA OSKRBA STAREJŠIH V INSTITUCIJAH IN DOMA

Najprej predstaviva stanje na celotnem področju dolgotrajne oskrbe v Sloveniji, kasneje pa se v tekstu osrediniva zgolj na populacijo starejših in socialni vidik dolgotrajne oskrbe. Tako je po zadnjih podatkih Statističnega urada Republike Slovenije dolgotrajno oskrbo konec leta 2014 v Sloveniji prejemale 60.750 oseb vseh generacij, vključeni so bili v različne oblike dolgotrajne oskrbe, ki jih Statistični urad RS opredeljuje v skladu z mednarodno definicijo (več v Nagode *idr.*, 2014). Četudi je število oseb, ki prejemajo oskrbo na domu, po teh podatkih (v primerjavi s prejšnjimi podatkovnimi pregledi, npr. glej Flaker *idr.*, 2011) relativno visoko, snovalci metodologije za podatkovno spremljanje dolgotrajne oskrbe v Sloveniji opozarjajo, da je le-ta v primerjavi z institucionalnim varstvom bistveno manj intenzivna, razvita in povezana (Nagode *idr.*, 2014).

Tabela 1: Prejemniki dolgotrajne oskrbe, Slovenija, 2013–2014

	2013	2014	Indeks
Skupaj	60.312	60.750	100,7
Prejemniki dolgotrajne oskrbe v institucijah	21.902	22.173	101,2
Prejemniki dolgotrajne oskrbe v dnevnik oblikah	485	434	89,5
Prejemniki dolgotrajne oskrbe na domu	20.744	20.995	101,2
Prejemniki denarnih dodatkov za dolgotrajno oskrbo	17.181	17.148	99,8

Vir: SURS, 2016

Za potrebe tega teksta se v nadaljevanju osredotočiva in konkretnije predstaviva izbran nabor storitev v okviru dolgotrajne oskrbe, in sicer, kot sva že omenili, zgolj socialnovarstvene storitve (institucionalno varstvo in dnevno varstvo v domovih za starejše, pomoč na domu ter socialni servis), vezane na populacijo starejših. Nabor storitev sva namreč prilagodili zahtevam projekta OECD in EK *Measuring social protection for older people with long-term care needs*, prikazuje pa jih z vidika števila uporabnikov ter krajevne in cenovne dostopnosti.

Z vidika krajevne dostopnosti storitev je nesporno dejstvo, da je mreža institucionalnega varstva starejših v Sloveniji dobro razvita. Po podatkih Skupnosti socialnih zavodov Slovenije (2016a) jo je namreč ob koncu leta 2015 zagotavljalo 96 domov za starejše, po vsaj en dom se nahaja v vseh upravnih enotah, razen v Upravni enoti Ruše. Na voljo je bilo skupno 18.336 mest oziroma ležišč, kar zadošča za namestitvev 4,8 % populacije starejših od 65 let. Mreža skupnostne oskrbe je po drugi strani bolj diferencirana in tudi slabše krajevno dostopna. Med najbolj razširjenimi storitvami skupnostne oskrbe je pomoč na domu, ki pa še vedno ni dostopna v vseh slovenskih občinah. Po podatkih Inštituta RS za socialno varstvo (Nagode *idr.*, 2016) ob koncu leta 2015 dve občini še vedno nista izpolnjevali vseh pravno-formalnih pogojev za izvajanje storitve. Skupaj je pomoč na domu v okviru mreže javne službe izvajalo 79 različnih izvajalcev, med katerimi prvič beležimo enako število centrov za socialno delo (29) in domov za starejše (29), čedalje več je tudi zasebnikov s koncesijo občine. Poleg pomoči na domu velja omeniti še dnevno varstvo in socialni servis, ki pa sta bistveno manj razširjena, manjka tudi sistematično spremljanje izvajanja obeh omenjenih storitev. Skupnost socialnih zavodov Slovenije (2017), ki zbira letne statistike o kapacitetah domov za starejše, beleži tudi število mest, ki so namenjena uporabnikom dnevnega varstva. Po zadnjih podatkih v javni mreži dnevno varstvo nudi 54 domov za starejše, skupaj pa je dnevnemu varstvu namenjenih 436 mest. Izvajalce socialnega servisa v okviru registra zasebnikov in pravnih oseb, ki opravljajo socialnovarstvene storitve, vodi Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti. Na dan 10. 12. 2014 (MDDSZ, 2014) je bilo v register vpisanih 51 zasebnikov s pridobljenim dovoljenjem za delo, od tega jih 22 izvaja storitev socialnega servisa. Preostali podatki o tej storitvi se ne spremljajo sistematično, pravzaprav je bila do sedaj opravljena zgolj ena analiza te storitve (Nagode in Kovač, 2013). Slednja je opozorila na izredno podhranjenost socialne oskrbe izven mreže javne službe, številni izvajalci socialnega servisa so prenehali z izvajanjem storitve – predvsem zaradi premajhnega povpraševanja, zanimanja in števila uporabnikov, visokih in nekonkurenčnih cen, kadrovske težave in vstopov drugega izvajalca ter iz osebnih razlogov (*ibid.*).

Tabela 2: Osnovne značilnosti socialnovarstvenih storitev v okviru dolgotrajne oskrbe

Storitev	Število uporabnikov	Krajevna dostopnost	Cena oskrbe
Institucionalno varstvo v domovih za starejše	18.274 na dan 31. 12. 2015 (SSZS, 2016a)	96 domov za starejše, 18.336 mest v letu 2015 (SSZS, 2016a)	Oskrbni dan (na dan 23. 8. 2016) Oskrba I: 19,9 EUR Oskrba II: 24,7 EUR Oskrba IIIa: 29,5 EUR Oskrba IIIb: 33,7 EUR Oskrba IV: 31,2 EUR (SSZS, 2016b)
Dnevno varstvo	315 (SURs, 2015)	54 domov in 436 mest v letu 2015 (SSZS, 2017)	Ni podatkov o ceni oskrbe. Le-ta se določi v višini 70 % cene storitve celodnevnega institucionalnega varstva in glede na razvrstitev uporabnikov v kategorijo oskrbe.
Pomoč na domu	7.100 na dan 31. 12. 2015 (Nagode idr., 2016)	79 izvajalcev, med njimi največ 29 centrov za socialno delo in 29 domov za starejše (Nagode idr., 2016)	Celotni stroški variirajo od 13,4 do 23,4 EUR na uro, v povprečju 16,8 EUR; cena za uporabnika je od 0 do 8,5 EUR na uro, v povprečju 5,0 EUR (Nagode idr., 2016).
Socialni servis	209 na dan 31. 12. 2012 (Nagode in Kovač, 2013)	22 zasebnikov na dan 10. 12. 2014 (MDDSZ, 2014)	11 EUR na uro (ekonomska in veljavna cena) v letu 2012 (Nagode in Kovač, 2013)

Ko primerjamo število uporabnikov institucionalnega varstva in storitev skupnostne oskrbe, lahko hitro vidimo precejšen razkorak po številu vključenih. Tako je bilo npr. na dan 31. 12. 2015 v institucionalno varstvo v domovih za starejše, ki so v javni mreži, vključenih 18.274 oseb (SSZS, 2016a), v storitev pomoči na domu pa 7.100 oseb (Nagode idr., 2016). V dnevno varstvo je bilo ob koncu leta 2013 vključenih 315 oseb (SURs, 2015)⁵, na dan 31. 12. 2012 je 209 oseb prejelo storitve socialnega servisa, od tega jih je bilo skoraj tri četrtine (tj. 150 oseb) vključenih v varovanje na daljavo, ki je tako najbolj razširjena storitev znotraj socialnega servisa. Kot kažejo navedeni podatki, je razširjenost institucionalnega varstva z vidika vključenosti oseb v storitev v primerjavi s storitvami skupnostne oskrbe precej višja.

Izredno pomemben vidik dostopnosti storitve je seveda tudi njena cena. Cene se med posameznimi storitvami zelo razlikujejo, za vsako storitev obstajajo drugačni pravno-formalni predpisi izračunavanja, kar podrobneje predstaviva v naslednjem poglavju. Na tem mestu predstavljava, kakšne so cene posameznih storitev in kako se to odraža pri cenovni dostopnosti storitev. Po podatkih Skupnosti socialnih zavodov Slovenije (2016b) so bile povprečne cene oskrbnega dne v domovih za starejše na dan 23. 8. 2016 sledeče: oskrba I 19,9 EUR, oskrba II 24,7 EUR, oskrba IIIa 29,5 EUR, oskrba IIIb 33,7 EUR in oskrba IV 31,2 EUR. Cene variirajo glede na tip oskrbe, prav tako cene variirajo med posameznimi izvajalci. Podobno beležimo med izvajalci pomoči na domu oziroma med posameznimi občinami, kjer za ceno na uro oskrbe beležimo velik razpon. Po zadnjih podatkih (Nagode idr., 2016) je bila storitev na dan 31. 12. 2015 za uporabnike brezplačna v dveh občinah, torej občini storitev financirata v celoti. Na drugi strani pa v nekaterih občinah cene močno presežejo 8 EUR na uro, kar kaže na to, da je storitev cenovno zelo neenakomerno porazdeljena. Celotni stroški pomoči na

domu na uro so na dan 31. 12. 2015 v povprečju znašali 16,8 EUR, tudi tukaj so razlike med občinami precejšnje, in sicer od 13,4 EUR do 23,4 EUR. Cena storitve na uro, ki jo je na dan 31. 12. 2012⁵ za socialni servis plačal uporabnik, je v povprečju znašala 11,0 EUR, prav toliko je znašala ekonomska cena (Nagode in Kovač, 2013). Iz navedenega izhaja, da imajo uporabniki glede na vrsto storitve in glede na kraj bivanja izrazito neenak dostop do storitev.

Sistemska ureditev dolgotrajne oskrbe poteka vzporedno z deinstitucionalizacijo, cilj obeh procesov pa je spodbuditi in zagotoviti oskrbo, ki se zagotavlja v skupnostni oskrbi oziroma v domačem okolju uporabnika. Če želimo spodbuditi in zagotoviti oskrbo v domačem okolju, moramo nameniti pozornost zlasti izboljšanju njene dostopnosti – tako že omenjene krajevne in časovne kot tudi cenovne dostopnosti. V nadaljevanju se osredotočava predvsem na cenovno dostopnost storitev s fokusom na razlikah med cenovno dostopnostjo socialne oskrbe v instituciji in oskrbe na domu.

4 FORMALNI OKVIR PLAČEVANJA DOLGOTRAJNE OSKRBE IN OBLIKOVANJA CEN SOCIALNOVARSTVENIH STORITEV

Cenovna dostopnost storitve, še zlasti ko se predvideva, da bo prejemanje dolgotrajno, ključno vpliva na to, ali se bomo odločili za njeno prejemanje ali ne. Pomembno je, kolikšen bo prispevek uporabnika in njegove družine k plačilu storitve, saj bo to dolgoročno vplivalo na njihov razpoložljivi družinski proračun.

Metodologija izračunavanja cen oskrbe oziroma storitev, viri, iz katerih se storitev financira, in postopki v zvezi s plačevanjem storitev so odvisni od vrste storitev, ki jih oseba prejema. V prvi vrsti je pomembno, ali posamezna storitev sodi v mrežo javne službe, kar zagotavlja določeno stopnjo sistemske finančne podpore plačilu storitve (na primer iz državnega ali občinskega proračuna), ali pa gre za storitev, ki jo izvaja zasebnik na podlagi dovoljenja za delo in vpisa v register, v tem primeru uporabnik storitev v celoti plača sam.

V mrežo javne službe socialnovarstvenih storitev dolgotrajne oskrbe za starejše sodita institucionalno varstvo in pomoč družini na domu. Način izračunavanja cen obeh storitev natančno opredeljuje Pravilnik o metodologiji za oblikovanje cen socialno varstvenih storitev (2006). Za institucionalno varstvo starejših naj še enkrat izpostavimo le, da je cena določena glede na kategorije oskrbe, pri čemer je oskrba I najcenejša, saj se nanaša na manj intenzivno in manj zahtevno oskrbo, oskrbi IIIb in IV pa sta najdražji, saj gre bodisi za oskrbo oseb z najzahtevnejšimi starostnimi in zdravstvenimi težavami bodisi za oskrbo oseb z demenco. Za izračun cene pomoči na domu velja izpostaviti določilo, da stroške strokovne priprave v zvezi s sklenitvijo dogovora o izvajanju socialne oskrbe na domu v celoti financira občina, stroške vodenja in koordiniranja neposrednega izvajanja storitve in stroške za neposredno izvajanje storitve na domu uporabnikov pa občina subvencionira v višini najmanj 50 % (ibid.). Za plačilo pomoči na domu je torej zagotovljena določena mera sistemske finančne pomoči (v tem primeru gre za subvencijo občine), ki ne glede na dohodkovni in premoženjski položaj uporabnika vpliva na izboljšanje cenovne dostopnosti te storitve.

Sicer pa zakonodaja za plačilo tako institucionalnega varstva kot tudi pomoči na domu določa enotna pravila, in sicer določa obveznosti plačila uporabnika in zavezancev ter pogoje in način uveljavljanja pravice do oprostitve plačila storitve. Uredba o merilih za določanje oprostitev pri plačilih socialno varstvenih storitev (2004) določa, da mora plačilno sposoben upravičenec prispevati k plačilu storitve do višine ugotovljene plačilne sposobnosti. K plačilu storitve do višine ugotovljene plačilne sposobnosti družine je dolžan prispevati tudi zakonec ali oseba, s katero uporabnik živi v dalj časa trajajoči življenjski skupnosti. Prav tako mora k znesku, za katerega je bil upravičenec oproščen plačila storitve, prispevati tudi zavezanec, ki je plačilno sposoben, vendar ne več kot znaša njegova plačilna sposobnost oziroma njegova preživitinska obveznost. Če glede na ugotovljeno plačilno sposobnost uporabnika, zakonca ali partnerja in zavezanca ni možno v celoti poplačati izračunanega prispevka k plačilu storitve, to razliko plača občina. V določenih primerih so uporabniki pomoči na domu in institucionalnega varstva v celoti opravičeni plačila storitve, in sicer če uporabnik nima družinskih članov ali drugih zavezancev, če nima dohodkov ali če njegov ugotovljeni dohodek ne dosega meje socialne varnosti, če ne prejema dodatka za pomoč in postrežbo ali drugih dodatkov, namenjenih zagotavljanju nege in pomoči druge osebe (*ibid.*). Pri (delnih ali v celoti) oprostitvah plačila storitev je pomembno omeniti, da če je uporabnik storitve, ki uveljavlja oprostitvev plačila storitve institucionalnega varstva, lastnik nepremičnine, se mu z odločbo o oprostitvi plačila prepove odtujiti in obremeniti nepremičnino, katere lastnik je, v korist občine, ki zanj financira institucionalno varstvo. Tudi v primeru uveljavljanja pravice do oprostitve plačila pomoči na domu ima občina možnost prepovedi odtujitve in obremenitve nepremičnine, katere lastnik je uporabnik, vendar le v primeru izrecne zahteve občine, in če gre za nepremičnino, na kateri uporabnik storitve nima prijavljenega stalnega prebivališča.

Način plačevanja storitev, ki niso v mreži javne službe, ni tako izdelan kot način plačevanja storitev javne službe. V okviru dolgotrajne oskrbe starejših so pomembne zlasti storitve socialnega servisa, oskrbe v oskrbovanih stanovanjih in dnevnega varstva v okviru domov za starejše. Cena storitev socialnega servisa se določi na podlagi posebnega obrazca iz Pravidnika o metodologiji za oblikovanje cen socialno varstvenih storitev (2006), izvajalec pa mora pridobiti soglasje Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti k predlagani ceni. Storitve v celoti plača uporabnik sam oziroma njegova družina. Prav tako so oskrbo v oskrbovanih stanovanjih (razen v primerih, ko prejemajo v paketih oskrbe tudi storitve iz javne mreže) in dnevno varstvo v domovih za starejše v celoti dolžni plačati uporabniki in njihovi svojci sami. Cena dnevnega varstva v domu za starejše se določi v višini 70 % cene storitve celodnevne institucionalnega varstva in glede na razvrstitev uporabnikov v kategorijo oskrbe.

Iz opisanega formalnega okvirja, ki določa način izračunavanja cen oskrbe in vire, iz katerih se oskrba plačuje, je vidna jasna diferenciacija med storitvami, ki sodijo v mrežo javne službe, in storitvami izven nje. Storitve, ki so del javne službe, so z vidika cenovne dostopnosti bistveno dostopnejše kot storitve izven javne službe. Če se skozi prizmo teženje po okrepitvi dolgotrajne oskrbe v domačem okolju osredotočimo na starejšo osebo, ki živi doma in ima potrebe po srednje ali zelo intenzivni in zahtevni oskrbi ter mora

zaradi omejitve pri številu ur pomoči na domu (20 oziroma 26 ur na teden) kombinirati to storitev s storitvami izven javne mreže (npr. s socialnim servisom in z dnevnim varstvom v domu za starejše), potem lahko ugotovimo, da je oskrba v domačem okolju bistveno dražja kot institucionalna oskrba. Kljub temu da občinsko subvencioniranje in pravica do oprostitve plačila pomoči na domu bistveno pripomoreta k izboljšanju cenovne dostopnosti te storitve, kombinacija z drugimi formalnimi storitvami v skupnosti, ki te systemske podpore nimajo, bistveno zniža cenovno dostopnost celotne formalne socialne oskrbe v domačem okolju. Pri kombiniranju pomoči na domu z drugimi storitvami v skupnosti smo namenoma izpustili neformalne oskrbovalce, ki običajno opravijo velik del oskrbe v domačem okolju (glej npr. OECD, 2011; OECD, 2013; Colombo idr., 2011; Genet idr., 2012; Hvalič Touzery, 2009; Nagode in Srakar, 2015), saj smo želeli opozoriti predvsem na cenovni vidik formalne oskrbe.

5 ALI OBSTAJAJO RAZLIKE MED STOPNJO SOCIALNE VARNOSTI UPORABNIKOV DOMOV ZA STAREJŠE IN UPORABNIKOV OSKRBE V SKUPNOSTI OZIROMA NA DOMU?

V letu 2014 sta OECD in EK začeli z izvajanjem projekta *Measuring social protection for older people with long term care needs*, s katerim sta želeli odgovoriti na vprašanje, kakšna je socialna varnost oseb, ki prejemajo dolgotrajno oskrbo v državah članicah OECD in Evropske unije (kratica: EU). Z namenom zbrati informacije o tem, kaj ljudje z enakimi potrebami, dohodki in premoženjem znotraj sistemov dolgotrajne oskrbe v različnih državah dobijo, so oblikovali pet tipskih primerov starejših oseb, za katere so predstavniki sodelujočih držav popisali, s katerimi storitvami dolgotrajne oskrbe bi zadovoljevali njihove potrebe, koliko bi opisana oskrba stala, kolikšen bi bil obseg systemske podpore pri plačilu oskrbe v posameznih primerih ter kakšna bi posledično bila cena, ki bi jo moral za oskrbo plačati uporabnik oziroma njegova družina. Tipški primeri se nanašajo na osebe, stare 65 let ali več, v treh različnih dohodkovnih situacijah (nizki, srednji in visoki dohodki), v dveh različnih premoženjskih situacijah (brez premoženja in 1 milijon EUR premoženja) in s tremi različnimi stopnjami potreb po dolgotrajni oskrbi (nizka: 6 ur in pol na teden, srednja: 22 ur in pol na teden ter visoka: 41 ur in pol na teden). Za tri primere starejših oseb je bilo treba predvideti formalno oskrbo na domu oziroma v skupnosti. V prvem primeru je imela oseba nizke potrebe po dolgotrajni oskrbi, v drugem primeru srednje potrebe in v tretjem primeru visoke potrebe. V četrtem primeru, ko je imela oseba srednje potrebe po dolgotrajni oskrbi, je bilo treba popisati stroške in obseg systemske podpore v primeru neformalne oskrbe, v petem primeru, ko je imela oseba visoke potrebe po dolgotrajni oskrbi, pa oskrbo v instituciji. Ker so zdravstvene storitve običajno krite iz sistema zdravstvenega zavarovanja, je bilo treba iz popisa oskrbe izločiti zdravstvene storitve.

Na podlagi odgovorov predstavnikov posameznih držav o stroških dolgotrajne oskrbe in višini systemske podpore (glede na dohodkovno in premoženjsko stanje oseb) za vsak opisan tipski primer so v OECD naredili primerjavo med posameznimi državami. Od 41 držav članic OECD in EU so ob koncu leta 2015 pripravili primerjalno analizo za 15

držav, med katerimi je tudi Slovenija. Kar se tiče naše države, se njihovi glavni poudarki iz vmesnih primerjalnih analiz in poročil (Muir, 2014; Muir, 2015a), ki so bila predstavljena različnim delovnim odborom OECD, ter iz kratkega osnutka profila države (Muir, 2015b), ki so ga nosilci projekta pripravili za interno uporabo in debato na sestankih, vežejo na ugotovitve o precejšnji razliki med ceno oskrbe na domu in ceno oskrbe v instituciji. Ta razlika se kaže tako pri upoštevanju celotnih stroškov oskrbe (ekonomske cene brez upoštevanja systemske podpore financiranju storitev) kot tudi pri upoštevanju cene za uporabnika (prispevka uporabnika k plačilu storitev po upoštevanju systemske podpore). Glede na višino neto razpoložljivega dohodka starejših v Sloveniji je naša oskrba na domu, primerjaje z drugimi državami, vključenimi v projekt, ena najdražjih, oskrba v instituciji pa ena najcenejših. V OECD ugotavljajo, da je oskrba v instituciji starejšim v povprečju dostopna ne glede na njihove dohodke in premoženje ter ne glede na stopnjo njihovih potreb po dolgotrajni oskrbi. Na drugi strani pa izpostavljajo, da je oskrba na domu manj dostopna osebam s srednjo intenziteto potreb (dobrih 20 ur pomoči na teden) in praktično nedostopna za osebe s potrebnimi po intenzivni oskrbi (dobrih 40 ur pomoči na teden). V tem kontekstu problematizirajo zakonsko omejitvev pri maksimalnem številu možnih ur pomoči na domu na 20 oziroma 26 ur na teden, v okviru katere je zagotovljena systemska podpora financiranju, medtem ko mora oseba, ki potrebuje več ur pomoči, le-to pridobiti izven mreže javne službe (brez systemske podpore), si zagotoviti oskrbo na črnem trgu ali od neformalnih oskrbovalcev ali oditi v institucijo, ki je v tem primeru cenovno dostopnejša.

Ključno priporočilo, ki ga nosilca projekta (OECD in EK) ob ugotovitvah o velikih razlikah v cenovni dostopnosti obeh tipov dolgotrajne oskrbe pri nas podajata slovenskim oblikovalcem sistema dolgotrajne oskrbe, se nanaša na izvedbo natančnih analiz vzrokov visokih cen oskrbe na domu in na iskanje načinov, kako jih ob pogoju ohranitve obstoječe ravni kakovosti storitev znižati.

Na podlagi analize formalnega – zakonodajnega – okvirja, ki velja za socialnovarstvene storitve dolgotrajne oskrbe, upoštevane v projektu, in na podlagi poizvedb v enem izmed domov za starejše, ki izvaja tako storitev institucionalnega varstva kot storitve pomoči na domu in dnevnega varstva za starejše, ugotavljamo, da je vzrokov za velike razlike v ceni institucionalne in domače oskrbe vsekakor več ter da so večplastni in kompleksni. Možno jih je iskati v precejšnjih razlikah v številu ur neposredne oskrbe, ki jo prejme uporabnik na domu ali v instituciji, ter v vplivu skupinske in individualne obravnave oziroma oblike pomoči, ki prevladuje v enem oziroma v drugem tipu oskrbe. V institucionalni oskrbi je namreč veliko skupinske obravnave, oseba pa ob enakem obsegu potreb v domu dobi bistveno manj ur neposredne pomoči oziroma oskrbe kot v okviru oskrbe na domu. Nadalje, na podlagi razmejitve opravil med različnimi poklicnimi profili, ki izvajajo neposredno oskrbo uporabnika, ugotavljamo, da določena opravila, ki jih na domu uporabnika pri izvajanju storitve pomoč na domu opravi socialna oskrbovalka, v domu opravi medicinsko osebje (npr. bolničar negovalec). V skladu s to ugotovitvijo bi morali k ceni dnevne oskrbe v domu za starejše prišteti tudi (del) sredstva, ki jih institucija dobi za izvajanje zdravstvenih storitev. Ta sredstva smo iz skupnih stroškov oskrbe v instituciji izločili, saj zdravstvene storitve niso zajete v projektu. Kljub temu bi cena

storitve (tisti del, ki ga plača uporabnik ali zavezanci) za uporabnika v instituciji ostala enaka oziroma se ne bi zvišala, saj so storitve, ki jih izvaja zdravstveno osebje, plačane iz zdravstvene blagajne. Ceno oskrbe na domu zvišujejo tudi (po nekaterih občinah) zelo visoki potni stroški oskrbovalk (ki jih pri institucionalni oskrbi ni) in dejstvo, da oseba, v kolikor ima potrebe po več kot 20 oziroma 26 urah oskrbe, preostanek oskrbe plača v celoti (npr. socialni servis ni vključen v mrežo javne službe in ga uporabniki plačajo v celoti), kar drastično zviša stroške oskrbe na domu za osebe, ki imajo visoke potrebe. Eno izmed pojasnil omenjenih razlik v ceni oskrbe na domu in oskrbe v instituciji se nanaša tudi na razlike v izrabi delovnega časa med socialnimi oskrbovalkami in osebjem, ki z uporabniki dela v instituciji. Povprečno število učinkovitih ur socialne oskrbovalke na mesec je 101,2 ure (Nagode idr., 2016), kadra v domovih za starejše pa 130 ur. Nekaj očitnih vzrokov za velike razlike v ceni storitev oskrbe na domu in ceni institucionalnega varstva za uporabnika ter posledično za razlike v dostopnosti obeh tipov oskrbe je torej možno najti že s hitro analizo zakonodaje in stanja v praksi pri enem izvajalcu, ki izvaja več različnih tipov oskrbe (institucionalno varstvo, dnevno varstvo, pomoč na domu, socialni servis in oskrbovana stanovanja). S poglobljeno analizo bi zagotovo identificirali še nekatere druge, hkrati pa bi prišli do podlag in utemeljitev teh razlik.

6 SKLEP

Pomena procesa deinstitucionalizacije se država na deklarativni ravni že dolgo zaveda in se k njegovemu spodbujanju v okviru različnih nacionalnih programov in strateških dokumentov tudi zavezuje. Drugačno je stanje v praksi, saj se zdi, da je proces, ki se je na eksperimentalni ravni obetajoče začel že v sedemdesetih letih prejšnjega stoletja (Flaker, 2012), v zadnjem desetletju zastal. Mali (2009) ugotavlja, da čeprav je življenje sodobnega človeka nenehno povezano z institucijami, je prav zadnje obdobje našega življenja izrazito institucionalizirano. Zelo zgovoren podatek o preferiranju institucionalne oskrbe za starejše med Slovenci v primerjavi s percepcijo, ki jo imajo o tovrstni oskrbi prebivalci drugih evropskih držav, je podatek Eurobarometra (2007). V tej anketi je kar 32 % vprašanih iz Slovenije na hipotetično vprašanje, katera oblika oskrbe bi bila za njihove ostarele starše, ki ne morejo več sami skrbeti zase, najprimernejša, odgovorilo, da bi bila to oskrba v domu za starejše, medtem ko je to možnost v povprečju izbralo le 10 % vprašanih iz drugih evropskih držav. Odstotek vprašanih, ki so kot najboljšo možnost izbrali institucionalno oskrbo, je bil v Sloveniji najvišji.

Načrtovana finančna sredstva za izvajanje evropske kohezijske politike v obdobju 2014–2020 (Operativni program za izvajanje evropske kohezijske politike v obdobju 2014–2020, 2014) bodo procesu deinstitucionalizacije vsekakor dala nov zagon, vendar bi lahko očitno systemsko preferiranje institucionalne oskrbe (zlasti pri starejših, ki imajo intenzivne potrebe po pomoči in oskrbi) opustili že prej, brez dodatnih finančnih spodbud Evropske unije. Stopnja socialne varnosti oseb, ki dolgotrajno oskrbo prejemajo doma, je glede na našo sedanjo ureditev dolgotrajne oskrbe nižja kot stopnja socialne varnosti oseb v institucionalni oskrbi, zlasti to velja, kot je bilo že večkrat omenjeno, za starejše z intenzivnimi potrebami po oskrbi in pomoči. Dolgotrajna oskrba starejše

osebe s takimi potrebami je v domačem okolju z vidika finančne vzdržnosti praktično skoraj nemogoča, saj bi bilo izčrpavanje prihodkov in premoženja uporabnika in njegove družine na dolgi rok preveliko.

Danes se zagotovo nahajamo na kritičnem prelomu, ko je preureditev sistemov z vidika dolgotrajne oskrbe in deinstitucionalizacije nujna in praktično neizbežna. S ponovnim zagonom procesa deinstitucionalizacije in s sprejetjem zakona na področju dolgotrajne oskrbe se kaže priložnost, da v Sloveniji naposled le realiziramo deklarativne težnje in obljube države v zadnjih dvajsetih letih na način, da se starejšim omogoči dostojanstveno, varno in kakovostno staranje z možnostjo izbire, kako in kje živeti, ter da se s tem presežejo zaznane in v tem prispevku večkrat omenjene neenakosti.

Literatura

- Adequate social protection for long-term care needs in an ageing society* (2014). V: http://ec.europa.eu/health/ageing/docs/ev_20140618_co04_en.pdf (sprejem: 6. 6. 2014).
- Colombo, F., Nozal, A. L., Mercier, J., Tjadens, F. (2011). *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*. Paris: OECD Health Policy Studies, OECD Publishing.
- Costa – Font, J. (2011). *Reforming Long-term Care in Europe*. West Sussex: Wiley - Blackwell Publishing Ltd.
- Eurobarometer (2007). Health and long-term care in European Union. *Special Eurobarometer 283, Wave 67.3*. Brussels: European Commission.
- Flaker, V. (2012). Kratka zgodovina deinstitucionalizacije. V: *Časopis za kritiko znanosti, domišljijo in novo antropologijo* 39: 13–31.
- Flaker, V., Nagode, M., Rafaelič, A., Udovič, N. (2011). *Nastajanje dolgotrajne oskrbe: ljudje in procesi – eksperiment in sistem*. Ljubljana, Fakulteta za socialno delo.
- Hvalič Touzery, S. (2009). Družinska oskrba bolnih starih članov družine. V: Hlebec, V. (ur.) *Starejši ljudje v družbi sprememb*. Maribor: Aristej.
- Genet, N., Boerma, W., Kroneman, M., Hutchinson, A., Saltman, B. R. (ur) (2012). *Home Care across Europe. Current structure and future challenges*. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies, Nivel.
- Ilinca, S., Leichsenring, K., Zolyomi, E., Rodrigues, R. (2015). *European Protection Systems in the Areas of Child and Long-term Care: Good Practices and Lessons Learned*. Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research.
- Yves, J., Spiegel, B., De Cortazar, C. G., Fillon, J. C., Fuchs, M., Strban, G. (2011). *Coordination of Long-term Care Benefits – current situation and future prospects*. Think Tank Report 2011. Training and Reporting on Social Security (TRESS). V: http://www.tress-network.org/PUBLIC/EUROPEANREPORT/trESSIII_ThinkTankReport-LTC_20111026FINAL_amendmentsEC-FINAL.pdf (sprejem: 26. 7. 2012).
- Mali, J. (2009). Spremembe v institucionalnem varstvu starejših. V: Hlebec, V. (ur.) *Starejši ljudje v družbi sprememb*. Maribor: Aristej.
- Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (2014). *Seznam zasebnikov in pravnih oseb, ki opravljajo socialnovarstvene storitve na podlagi dovoljenja za delo in so vpisani v register*. V: http://www.mdds.gov.si/si/delovna_podrocja/sociala/izvajalci/dovoljenje_sociala/ (sprejem: 3. 8. 2015).
- Mor, V., Tiziana, L., Maresso, A. (2014). *Regulating Long-term Care Quality, an international comparison*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Muir, T. (2014). *Measuring effective social protection in long term care*. Gradivo za interno uporabo. Arhiv IRSSV.
- (2015a). *Social protection for long term care*. Gradivo za interno uporabo. Arhiv IRSSV.
- (2015b). *Social protection for long term care needs*. Country profile: Slovenia. Gradivo za interno uporabo. Arhiv IRSSV.

- Nagode, M., Kovač, N. (2013). *Analiza storitev, opravljenih na podlagi dovoljenja za delo in vpisa v register*. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo.
- Nagode, M., Zver, E., Marn, S., Jacovič, A., Dominkuš, D. (2014). *Dolgotrajna oskrba – uporaba mednarodne definicije v Sloveniji*. Zbirka Delovni zvezki UMAR. Ljubljana: Urad za makroekonomske analize in razvoj.
- Nagode, M., Srakar, A. (2015). Neformalni oskrbovalci: kdo izvaja neformalno oskrbo, v kolikšnem obsegu in za koga. V: Majcen, B. (ur.) *Značilnosti starejšega prebivalstva v Sloveniji – prvi rezultati raziskave SHARE*. 1. izd. Ljubljana: Inštitut za ekonomska raziskovanja.
- Nagode, M., Lebar, L., Kovač, N., Vidrih, N. (2016). *Izvajanje pomoči na domu: analiza stanja v letu 2015: končno poročilo*. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo.
- OECD (2013). *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*. OECD Publishing.
- OECD (2011). *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*. OECD Publishing.
- Operativni program za izvajanje evropske kohezijske politike v obdobju 2014–2020* (2014). V: <http://www.eu-skladi.si/kohezija-do-2013/ostalo/operativni-programi/op-2014-2020-december-konni> (sprejem: 9. 6. 2016).
- Pravilnik o metodologiji za oblikovanje cen socialno varstvenih storitev (2006). *Uradni list RS, št. 87/2006, 127/06, 8/07, 51/08, 5/09, 6/12*.
- Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev (1995). *Uradni list RS, št. 52/95, 2/98, 19/99, 28/99 popr., 127/03, 125/04, 120/05 – Odl. US: U. I.: 192/05-29, 60/05, 120/05, 2/06 popr., 140/06, 120/07, 90/08, 121/08, 53/09 in 45/10*.
- Skupnost socialnih zavodov Slovenije (2016a). *Kumulativno statistično poročilo za leto 2015*.
- (2016b). *Način oblikovanja cen v domovih*. V: <http://www.ssz-slo.si/nacin-oblikovanja-cen-v-domovih> (sprejem: 14. 2. 2017).
- (2017). *Pregled kapacitet institucionalnega varstva starejših in posebnih skupin odraslih*. V: <http://www.ssz-slo.si/pregled-kapacitet-institucionalnega-varstva-starejsih-in-posebnih-skupin-odraslih> (sprejem: 4. 1. 2017).
- Statistični urad Republike Slovenije (2015). Podatek je bil posredovan po elektronski pošti 12. maja 2016.
- Statistični urad Republike Slovenije (2016). *Dolgotrajna oskrba, Slovenija, 2014*. V: <http://www.stat.si/StatWeb/prikazi-novico?id=6306&idp=21&headerbar=18> (sprejem: 13. 2. 2017).
- Uredba o merilih za določanje oprostitev pri plačilih socialno varstvenih storitev (2004). *Uradni list RS 110/04, 124/04, 114/06*.

Kontaktne informacije:

Simona Smolej Jež

Inštitut RS za socialno varstvo
Simona.smolej@guest.arnes.si

Mateja Nagode

Inštitut RS za socialno varstvo
Mateja.nagode@guest.arnes.si

Rüdiger Bauer in Franci Imperl**Slovenija ubira nove poti pri oskrbi starejših****POVZETEK**

Kratek članek prikaže model usklajenih odnosov v ustanovah za dolgotrajno oskrbo v Sloveniji. Model usklajenih odnosov je slovensko ime za model kongruentne nege ali kongruentni model, ki ga je leta 2013 izobraževalna organizacija Firis Imperl izbrala med novimi tujimi modeli kot najprimernejšega za vsebinski razvoj dela v slovenskih domovih za stare ljudi, po njem je začela usposabljanje vodstva in zaposlene v domovih. To je negovalni, organizacijski in vodstveni model, ki izhaja iz dejstva, da osveževanje pozitivnih spominov nevrokemično povzroča dobro počutje in zadovoljstvo bolnikov in onemoglih starih ljudi. Temelji na sodobnih nevroloških spoznanjih. Njegov metodični poudarek je usklajevanje (kongruenca) horizontalnih odnosov med zaposlenimi in stanovalci z vertikalno osjo odnosov v vodstveni hierarhiji ustanove. Pri negi in oskrbi je v ospredju odnos. Zelo učinkovit je pri dolgotrajni oskrbi in negi oseb z demenco. Od leta 1992, ko ga je prvič opisal Rüdiger Bauer, se naglo razvija in širi po zdravstvenih in oskrbovalnih ustanovah v Nemčiji in Avstriji. Posebna pozornost je pri njegovem uvajanju v ustanovah namenjena sistematičnemu načrtovanju in usposabljanju celotne ustanove v celovito kulturo usklajenih odnosov, kar je bistveni element sodobne deinstitucionalizacije.

Ključne besede: kultura usklajenih odnosov, kongruentna nega, oskrbovalna ustanova, negovalna metoda, Slovenija

AVTORJA:

Rüdiger Bauer je magister socialnega dela in nege, usposobljen za psihoterapijo in psihosomatiko. Bil je direktor za oskrbo v psihosomatski kliniki in izobraževalec za strokovno osebje negovalnih ustanov. Leta 2002 je ustanovil inštitut za odnosno sodelovanje. Pripravlja doktorat s področja motivacije sodelavcev. Je avtor modela kongruentne nege v ustanovah, ki odgovarja potrebam ljudi v dolgotrajni oskrbi, zlasti tistim s psihosomatskimi motnjami, ter avtor knjig in člankov s tega področja. V Nemčiji in drugod po Evropi vodi usposabljanje vodstva in zaposlenih za kongruentno nego.

Franci Imperl je psiholog, ki je med drugim opravljal službo direktorja centra za socialno delo in bil namestnik ministra za družino in socialno varstvo. Leta 1993 je ustanovil izobraževalno in razvojno družbo na področju socialnega varstva FIRIS IMPERL, d. o. o., leta 2003 pa še projektno družbo SENIORPROJEKT, d. o. o. V sklopu evropskega projekta je skupaj s predstavniki šestih evropskih držav sooblikoval model upravljanja kakovosti v socialnovarstvenih organizacijah E-Qalin. Zadnja leta se posveča razvoju konceptov na področju oskrbe starostnikov.

ABSTRACT**Slovenia introduces new ways of elderly care**

This short article describes the model of congruent relations in institutions for long-term care in Slovenia. The congruent care or congruent model was chosen among others new foreign models by the educational organization Firis IMPERL in 2013. Since the model was the most suitable for the development of substantive work in the Slovenian elderly homes, the organisation Firis IMPERL has started to train management teams and other staff in homes by this model. It is a nursing, organizational and management model, which is based on the fact that the refreshing of positive memories causes well-being and satisfaction of patients and disabled old people. It is based on current neurological findings. Its methodical focus is coordination (congruence) of horizontal relations between staff and residents of elderly homes and vertical relations in the management hierarchy of institutions. When taking care of people in the forefront must be human relations. The model is very effective in the long-term care and the care of persons with dementia. Since 1992, when it was for the first time described by Rüdiger Bauer, it is rapidly developing and expanding in healthcare and assisted living facilities in Germany and Austria. From its implementations in institutions the special attention is given to a systematic planning and training of working staff into a total comprehensive culture of harmonized relations, which is an essential element of modern deinstitutionalization.

Key words: culture of harmonized relations, congruent care, assisted living facilities, care method, Slovenia

AUTHORS:

Rüdiger Bauer is a master of social work and care, qualified for psychotherapy and psychosomatic medicine. He was the director of care in psychosomatic clinic and educator for professional staff in elderly care institutions. In 2002 he founded the Institute for congruent cooperation. He works on a doctor thesis about motivating employees. He is the author of the model of congruent care in institutions, which responds to the needs of people in long-term care, in particular those with psychosomatic disorders. He is also author of books and articles in this field. In Germany and elsewhere in Europe he runs the trainings of congruent care for managers and employees.

Franci Imperl is a psychologist, who among others was the director of a state social-welfare centre and deputy minister for family and social affairs. In 1993 he founded an educational and development company in the field of social welfare under the name FIRIS IMPERL d.o.o., and in the year 2003 the project company SENIORPROJEKT d.o.o. Within a European project he co-designed together with representatives of six European states a quality management model for institutions in social care named E-Qalin. In the last years he emphasises on developing concepts for welfare of the elderly.

Nov model kongruentne nege ali krajše kongruentni model kaže v praksi presenetljive rezultate pri osebah z demenco in pri starejših. »Ljudi izvlečemo iz demence,« je osuplo ugotovila sodelavka, potem ko je model nekaj časa uporabljala. Kongruentni model je visoko profesionalen instrument nege in blagodejno vpliva na vse ljudi: srečni so tako stanovalci kot tudi zaposleni.

Leta 2013 je izobraževalna organizacija Firis Imperl, d. o. o., iz Logatca izvedla izbirni postopek med različnimi novjšimi modeli nege. Iskali so nova sodobna orodja za nego starejših, ki bi slovenskim domovom omogočila vsebinski in organizacijski razvoj. Udeleženci izbirnega postopka so se odločili za kongruentni model, ki se v Sloveniji imenuje kultura usklajenih odnosov.

1 KAJ JE KONGRUENTNA NEGA?

Rüdiger Bauer je model prvič opisal že leta 1992. Od takrat se je model stalno prilagajal razvoju na številnih znanstvenih področjih, prav posebej pa nevrološki znanosti (Bauer R., 1997). Torej je to zelo dinamičen model. Po letu 2002 je postal razširjen tudi v domovih za starejše. Tudi v Avstriji (poleg Nemčije) ga uporablja že 16 domov, od katerih je 11 certificiranih. Zanimanje so izrazili tudi drugi domovi v Avstriji. Kultura usklajenih odnosov je znanstveno utemeljen negovalni, organizacijski in vodstveni model, ki dosega pozitivne učinke in spremembe pri stanovalcih in osebju. To dokazuje tako praksa kot znanstvene študije. Model je zelo učinkovit v domovih za starejše, predvsem pri osebah z demenco. Dober učinek se doseže tudi pri starejših osebah brez dodatnih obolenj in pri ozdravljenih psihotičnih bolnikih. Prve meritve so pokazale, da pravilna uporaba modela stimulira sproščanje oksitocina, ki ustvarja dobro počutje stanovalcev in znižuje raven stresnih hormonov. Razen tega oksitocin pozitivno vpliva tudi na urejenost krvnega tlaka, na imunski sistem, na ritem spanja in budnosti in na uspešnejše okrevanje, deluje antidepresivno ter izboljšuje splošno počutje. To so pokazale tudi številne nevrološke znanstvene raziskave (med drugim Cozolino L., 2007; Bauer J., 2004, 2006).

Načrt nege, ki temelji na usklajenih odnosih (Bauer R., Kreuzpaintner, 2005), je ključen element kongruentnega modela ter pomemben instrument za načrtovanje, izvajanje in evalviranje odnosa med negovalci in stanovalci. Načrt vključuje pozitivne pomene nekaterih dogodkov iz življenja stanovalcev, ki so jih v njihovi biografiji (ra) zbrali negovalci. Pozitivne življenjske dogodke si možgani zapomnijo. Ti zapisi so povezani s centrom za emocije (Bauer J., 2006). Med procesom nege lahko obujanje spomina na pozitivne življenjske dogodke biološko vzburi živčne celice, ki nato reaktivirajo živčno mrežo v centru za emocije. Pri tem se med drugim sproščajo hormoni, npr. oksitocin in dopamin, in protibolečinske substance, ki jih tvori telo, npr. endogeni opiodi. Vzdušje v domovih se nasploh izboljša: naglica izgine, za vse je dovolj časa in svojci so zelo zadovoljni z oskrbo svojih sorodnikov. Odnosi v skupini se spremenijo in prerastejo v medsebojno zaupanje. Deloma se dosejajo nepričakovani uspehi. Tako se zgodi, da ljudje npr. po večletnem molku znova spregovorijo. Sodelovanje med vodji in zaposlenimi se bistveno izboljša.

2 VSEBINSKI RAZVOJNI PROCES KOT VODILO RAZVOJA ORGANIZACIJE

Uvedba kongruentnega modela temelji na zamisli, da bi ustvarili skladnost (kongruenco) horizontalne osi (odnosi med zaposlenimi in stanovalci) in vertikalne osi (odnosi v vodstveni hierarhiji) v celotni strukturi neke ustanove. Pri kongruentnem modelu je nega organizirana kot odnosna nega (primary nursing), ki se uvede hkrati z modelom. Proces uvedbe mora biti prediskutiran in načrtovan na vodstveni ravni. Med procesom poteka usklajevanje na svetovalnih srečanjih (coaching vodenja), da lahko vodje in zaposleni proces tako vselej reflektirajo in prilagajajo.

Kako so v Sloveniji razvijali model kulture usklajenih odnosov?

Ko so izbrali kongruentni model, je Rüdiger Bauer zanj v razdobju dveh let (leta 2014 in 2015) v 24 dneh v več sklopih izobrazil 42 mentorice iz 11 domov. Udeleženke so bile iz različnih poklicnih skupin (bolničarke, zdravstveni tehniki, diplomirane medicinske sestre, socialne delavke, direktorice in terapevtke). Program je bil razčlenjen na: temeljna znanja o odnosih, osnove nevrološke znanosti, spoznavanje obeh načinov (eksplicitnega in implicitnega) načrtovanja odnosne nege, opis in oblikovanje procesa usklajenega odnosa, številne praktične primere, sestavljanje pisnega zaključnega poročila ter pedagoško navodilo za izobraževanje o kongruentnem modelu. Končni rezultati so bili odlični, saj je izobrazbena raven medicinskih sester v Sloveniji zelo visoka.

Že med tem izobraževanjem je ustanova Firis Imperl za domove pripravila dodatni spremljevalni program, ki se nanaša na vsebinsko izvedbo, reorganizacijo in vodstveno delo. To izobraževanje izvaja podjetje Firis Imperl od leta 2016 dalje.

Na osnovi 24-letnih izkušenj se je organizacija Firis Imperl zavedala, da gre pri uvajanju koncepta kulture kongruentnih odnosov za dolgotrajnejši proces, kot je to pri spremembi katerekoli kulture. Leta 2014 so začeli z enajstimi domovi za starejše in nato leta 2016 še s sedmimi domovi. Da bi dosegli prepoznavanje vseh udeleženi v ustanovi in še posebej ozavestili vodilne o njihovi vlogi in nalogah pri uvajanju novega koncepta dela, so uvedli izobraževanje na več nivojih: top management, širši vodstveni tim, izvajalci funkcij vodij organizacijskih enot in bazične skupine po 20 zaposlenih v domu, ne glede na funkcijo oz. izobrazbo. Vsebine o kongruentni odnosni negi, ki jih je imela prva skupina domov v sklopu izobraževanja Rüdigerja Bauerja v letih 2014 in 2015, so pri drugi skupini vstavili v vse zgoraj omenjene nivoje izobraževanja. Tako sedaj izvajajo program, da začnejo z enoletnim izobraževanjem top managementa, v drugem letu nadaljujejo z delavniškim delom širšega vodstvenega tima, v drugi polovici drugega leta začnejo dvoletno izobraževanje vodij organizacijskih enot, v tretjem letu pa začnejo z bazičnim izobraževanjem zaposlenih. Proces se nato dopolnjuje – v četrtem letu začne dom (praviloma gre za večje domove, zato začnejo z eno organizacijsko enoto) s prvim projektom uvajanja kulture kongruentnega odnosa. V šestem letu naj bi bil prehod na celotno ustanovo. Vsebinsko v polnosti povzemajo koncept kongruentne odnosne nege Rüdigerja Bauerja, dopolnjujejo pa ga z elementi normalizacije življenja v domu, z elementi sodobnega vodenja, usklajenega z modelom kulture kongruentnih odnosov,

in sodobne organizacije dela, ob tem pa preverjajo stanje bivalnih pogojev stanovalcev, saj je to ključno povezano z vsebino dela.

LITERATURA

- Bauer, J., *Das Gedächtnis des Körpers*, Piper 2004.
 Bauer, J., *Prinzip Menschlichkeit*, Hoffmann und Kampe 2006.
 Bauer, R., *Beziehungspflege*, Ullstein-Mosby 1997.
 Bauer, Kreuzpaintner, *Erzähl mir deine Geschichte*, ibicura 2005.
 Cozolino, L., *Die Neurobiologie menschlicher Beziehungen*, VAK Verlags GmbH 2007.
 Watson, J., *Pflege: Wissenschaft und menschliche Zuwendung*, Huber 1996.

Kontaktne informacije:

Rüdiger Bauer

ruediger.bauer@beziehungspflege.de

Franc Imperl

FIRIS IMPERL, d. o. o.

Tržaška 90, 1370 Logatec

franc@firis-imperl.si

IZ GERONTOLOŠKE LITERATURE

Leichsenring Kai, Billings Jenny in Nies Henk, ur. (2013). Long-Term Care in Europe. Improving Policy and Practice. Hampshire: Palgrave Macmillan. 389 str.

PODROBEN PRIKAZ NEKATERIH POGLAVIJ IZ KNJIGE DOLGOTRAJNA OSKRBA V EVROPI

Knjiga *Long term care in Europe (Dolgotrajna oskrba v Evropi)* na sistematičen in pregleden način predstavlja najbolj relevantne teme in ključne izzive znotraj dolgotrajne oskrbe v Evropi ter napredek in izboljšave za politiko in prakso na tem področju. Prikazuje številne sodobne dobre prakse, na katerih naj bi temeljil nadaljnji razvoj dolgotrajne oskrbe v Evropi.

Je končni produkt raziskave, izvedene v sklopu 7. okvirnega programa Evropske skupnosti, *Health systems and long term care for older people in Europe – Modelling INTERfaces and LINKS between prevention, rehabilitation, quality of services and informal care (INTER-LINKS)*, kar v prevodu pomeni *Zdravstveni sistemi in dolgotrajna oskrba starejših ljudi v Evropi – Modeliranje stičišč in povezav med preventivo, rehabilitacijo, kakovostjo storitev in neformalno oskrbo*.

Razdeljena je na štiri poglavja: *Uvod, Premagovanje razkoraka med zdravstvenim in socialnovarstvenim sistemom ter razkoraka med formalno in neformalno oskrbo, Inovativni primeri in izgradnja dolgotrajne oskrbe v Evropi ter Zaključki*.

Zgoraj omenjena štiri poglavja so sestavljena iz 15 podpoglavij; vsako izmed njih je zaključena celota. Nekatera izmed njih bomo v tem prikazu podrobneje predstavili. Zaradi boljše preglednosti in števila avtorjev (30 jih je

vseh skupaj) smo se odločili, da jih pri prikazanih podpoglavjih poimensko ne navajamo. Kazalo knjige s poimensko navedenimi avtorji podpoglavij je namreč prosto dostopno na svetovnem spletu, zato bralce prikaza vabimo, da te podatke, v kolikor jih potrebujejo, poiščejo na naslednjem naslovu: https://books.google.si/books?hl=sl&lr=&id=HbDCxtke8QwC&oi=fnd&pg=PP1&dq=long+term+care+improving+policies+and+practice&ots=Xh7CBSOVwy&sig=mCCCh8LK-WsJd3v5CvSwanxnJR0&redir_esc=y#v=onepage&q=long%20term%20care%20improving%20policies%20and%20practice&f=false (sprejem: 10. 1. 2017).

IDENTITETA DOLGOTRAJNE OSKRBE V EVROPI

Dobro je znano, da veliko več ljudi prejema oskrbo na domu kot v institucijah. Neformalni oskrbovalci so hrbtenica dolgotrajne oskrbe, brez njih zdravstveni in socialni sistemi v Evropi ne bi mogli funkcionirati. Kljub temu znotraj sistemov dolgotrajne oskrbe formalna in neformalna oskrba še vedno ne delujeta z roko v roki. Pri soočanju z izzivi starajočih se družb pa je povezanost obeh polov oskrbe v smiselno celoto nujna zaradi vse večje obremenitve neformalnih oskrbovalcev in povečevanja stroškov oskrbe.

Kaj torej dolgotrajna oskrba sploh je? Njena identiteta se šele razvija, nahaja pa se nekje na stičišču sociale in zdravstva. Vključuje aktivnosti za ljudi, ki potrebujejo kompleksnejšo oskrbo daljše obdobje. SZO opiše dolgotrajno oskrbo kot »sistem aktivnosti, ki jih izvajajo neformalni oskrbovalci pa tudi profesionalne službe, da se ljudem, ki ne zmorejo v celoti opravljati aktivnosti dnevnega življenja, omogoči ohraniti

najvišjo možno kakovost življenja, skladno z njihovimi željami, z najvišjo možno stopnjo samostojnosti, avtonomije, vključenosti, osebne izpolnitve in dostojanstva» (str. 20).

Poleg različnih sistemskih ureditev dolgotrajne oskrbe v evropskih državah so tudi stališča do dolgotrajne oskrbe med prebivalci različnih evropskih držav različna. Na Danskem, v Franciji, na Nizozemskem in na Švedskem manj kot 40 % prebivalstva meni, da je družinska oskrba najboljša možnost za starejšega človeka, ki živi sam in dolgotrajno oskrbo potrebuje, medtem ko je stališče nasprotno v vzhodnih (Bolgarija, Slovaška, Češka ...) in južnih (Portugalska, Španija in Malta) evropskih državah.

Kljub različnim stališčem in sistemskim ureditvam dolgotrajne oskrbe naravnost te vrste oskrbe v večini držav teži k premiku od pasivnega k aktivnemu in opolnomočenemu uporabniku storitev. Poudarja se, da oskrbo skupaj načrtujejo strokovnjak, uporabnik in njegov neformalni oskrbovalec. Na ta način v ospredju ni več oskrba, ampak človek, ohranjanje njegove samostojnosti, kvalitete življenja in dostojanstva.

Eden izmed izzivov v dolgotrajni oskrbi je tudi integracija storitev. V tradicionalno naravnani dolgotrajni oskrbi zdravstvene in socialne storitve med seboj niso povezane, prav tako ne družinska (neformalna) in profesionalna (formalna) oskrba. Človek, ki potrebuje različne oblike pomoči, se torej sooča z različnimi organizacijskimi strukturami,

statusi, postopki, načini financiranja in strokovnjaki. Informacije se v procesu oskrbe med vsemi udeleženi profili ne prenašajo, zato tudi oskrba ni celostna. V ospredju je storitev in ne človek (npr. medicinska sestra oskrbi rano, za njo pride fizioterapevt, ki bolniku pokaže dihalne vaje, za njim ga negovalka preobleče; vsak pride z določeno nalogo, nihče pa na človeka ne pogleda kot na celoto). Nepovezanost dolgotrajne oskrbe v Evropi prikazuje Tabela 1.

Pomanjkljivosti tradicionalno organizirane dolgotrajne oskrbe so z razvojem inovativnih oblik pomoči uspešno odpravili v številnih evropskih državah. Na Nizozemskem so leta 2004 v 16 regijah poskusno uvedli t. i. *case managerje*, ki so nekakšni koordinatorji oskrbe. Namen pilotnega projekta je bil zagotovitev kakovostnejših storitev dolgotrajne oskrbe osebam z demenco. Nalogi *case managerjev* sta koordinacija oskrbe ter nudenje informacij in nasvetov neformalnemu oskrbovalcu in oskrbovancem. *Case manager* na lokalnem nivoju organizira oskrbo glede na ocenjene potrebe starejšega človeka, zato so storitve individualno prilagojene oskrbovancu in oskrbovalcu. Skupaj z oskrbovancem in neformalnim oskrbovalcem je v samem centru načrtovanja oskrbe, tesno pa sodeluje tudi s strokovnjaki z zdravstvenega in s socialnega področja. Pozitivni učinki tega načina so bili naslednji: izboljšanje počutja oskrbovanca, zmanjšanje bremena neformalnega oskrbovalca in odložen odhod v dom za ostarele. To storitev so na

Tabela 1: Tipologija režimov dolgotrajne oskrbe v Evropi (str. 21), (Lamura in sod., 2007)

Režim dolgotrajne oskrbe	Povpraševanje po oskrbi	Zagotavljanje neformalne oskrbe	Zagotavljanje formalne oskrbe	Država
Mešanica standardne oskrbe	Srednje/Veliko	Srednje/Majhno	Srednje	Nemčija, Avstrija, Francija, Italija, Združeno kraljestvo
Javna (Nordijska)	Srednje	Majhno	Veliko	Švedska, Danska, Nizozemska
Družinska	Veliko	Srednje	Majhno	Španija, Portugalska, Irska, Grčija
Tranzicijska	Majhno	Veliko	Srednje/Majhno	Madžarska, Poljska, Češka, Slovaška

Nizozemskem širili iz leta v leto; v letu 2010 so *case managerji* delovali že v 56 regijah.

Naslednji primer dobre prakse, ki ga velja omeniti, prihaja iz iste države, kjer je kot odgovor na necelostno oskrbo nastala organizacija Buurtzorg (oskrba v skupnosti). Ustanovljena je bila s strani patronažnih medicinskih sester, ki niso bile zadovoljne s tradicionalno organizacijo dolgotrajne oskrbe (preveč birokracije, patronažne sestre niso imele stika z ostalimi ponudniki oskrbe, poleg tega so bile njihove profesionalne kompetence zapostavljene). Buurtzorgov organizacijski model predpostavlja majhne time, v katere je vključenih največ 12 profesionalnih oskrbovalcev, ki sami organizirajo in koordinirajo svoje delo. Trudijo se, da so organizacijski stroški čim nižji. Sistematično vzpostavljajo stike in se povezujejo z ostalimi lokalnimi oskrbovalci in neformalnimi oskrbovalci ter s spodbujanjem oskrbovančevih virov težijo k temu, da je nudenje oskrbe časovno čim krajše. Model omogoča na uporabnika orientirano oskrbo, spodbuja lokalno povezovanje, je finančno vzdržen, odgovarja potrebam oskrbovancev in ponuja iskanje rešitev skupaj z neformalnimi oskrbovalci in ostalimi deležniki. Tak način dela zagotavlja višje zadovoljstvo tako strokovnim delavcem kot oskrbovancem in za 50 % nižje stroške.

Dokumenti, ki urejajo področje dolgotrajne oskrbe, se pogosto osredotočajo samo na ljudi, ki oskrbo potrebujejo, spregledajo pa trikotnik oskrbe, ki združuje oskrbovanca, formalnega in neformalnega oskrbovalca. To lahko vodi do tega, da neformalni oskrbovalec oskrbovancu ne omogoči dostopa do formalnih storitev, ki mu pripadajo. Po drugi strani pa, če je oskrba deljena med formalnim in neformalnim oskrbovalcem, lahko pride do konflikta pri delitvi odgovornosti in pri nadzoru procesa oskrbe. Takšni konflikti pogosto neformalnega oskrbovalca postavijo v vlogo *case managerja*

oskrbe. Pojavlja se tudi pogosto neopažen konflikt med željami in pričakovanji oskrbovanca in oskrbovalca, ko se želje in pričakovanja enega precej razlikujejo od želj in pričakovani drugega. Ti konflikti lahko vodijo do zlorabe tako oskrbovanca kot oskrbovalca in do večjega povpraševanja po storitvah formalne oskrbe in po namestitvi oskrbovanca v institucije.

VLOGA NEFORMALNIH OSKRBOVALCEV IN PERSPEKTIVA UPORABNIKOV

Socialnovarstveni sistemi se v vseh evropskih državah srečujejo z izzivom, kako zadovoljiti naraščajoče potrebe po dolgotrajni oskrbi. V južnih in vzhodnih evropskih državah (v Španiji, Grčiji, Italiji in na Slovaškem) so javne storitve v dolgotrajni oskrbi slabo razvite, zato večino bremena prevzamejo družinski oskrbovalci. Vendar tudi v državah severne Evrope, kjer je javna oskrba dobro razvita, družinski oskrbovalci še vedno zagotavljajo velik del pomoči in podpore svojim onemoglim svojcem.

Spreminja se pogled na uporabnike, saj se vse bolj spodbuja njihova aktivna vloga pri načrtovanju oskrbe. To vodi do radikalne transformacije sistemov, ko pride do prehoda od sistemov, v katerih so dostop do storitev socialne in zdravstvene oskrbe in njihovo zagotavljanje urejali strokovnjaki in lokalne uprave, do sistemov, v katerih ima uporabnik možnost izbire.

Avtorji v nadaljevanju poglavja opozorijo na nujnost potrebnih ukrepov v sistemih dolgotrajne oskrbe v Evropi. Nekateri so navedeni spodaj.

- Izdelava protokola za oceno potreb po dolgotrajni oskrbi (prepoznavanje potreb in delitev informacij med vsemi deležniki v dolgotrajni oskrbi).
- Načrtno spodbujanje virov uporabnikov storitev dolgotrajne oskrbe (aktivacija

- družinskih, socialnih in skupnostnih mrež in krepitev socialnih povezav v soseski).
- Zmanjšanje razdrobljenosti storitev na sistemskem nivoju.
 - Informiranje in svetovanje starejšim ljudem in njihovim oskrbovalcem o možnostih dolgotrajne oskrbe.
 - Zagotavljanje dostopnosti do storitev in odpravljanje neenakosti v zdravju.
 - Izboljšanje in integracija zdravstvene in socialne oskrbe med bolnišnicami in domačo oskrbo. Vse evropske države se trudijo za skrajševanje bolnišničnih dni. Ob tem pa pozabljajo, da ljudje pogosto potrebujejo kontinuirano nego in oskrbo ter preventivne in rehabilitacijske aktivnosti tudi doma. Zgodnji odpusti iz bolnišnice so slabo načrtovani, kar vodi v slabo sodelovanje bolnišničnega osebja s strokovnjaki, ki delujejo v domačem okolju (patronažne medicinske sestre, socialni delavci in oskrba na domu). Poleg tega neformalni oskrbovalci prejmejo premalo informacij o bolezni, negi in oskrbi svojca, nova situacija pa jih potisne v vlogo *case managerjev*, ko morajo vse nadaljnje aktivnosti koordinirati sami. Vse to vodi do slabšega okrevanja bolnikov in pogostejših ponovnih hospitalizacij. Avtorji poudarjajo, da bi morali vzpostaviti boljšo koordinacijo

med ustanovami, saj bi tako omogočili boljši prenos informacij.

- Krepitev vloge nevladnih organizacij.

V nadaljevanju je govora o neformalnih oskrbovalcih kot o prejemnikih in hkrati ponudnikih storitev dolgotrajne oskrbe. Znano je, da tudi v severnoevropskih državah, kjer je zagotavljanje oskrbe naloga države, družinska oskrba prekaša formalno oskrbo. Dostop do javne mreže storitev dolgotrajne oskrbe tako ne zmanjša vloge neformalnih oskrbovalcev, spremenijo se le naloge in aktivnosti, ki jih opravljajo. Poleg tega z razbremenitvijo družinskih oskrbovalcev delujemo tudi preventivno. Raziskava SHARE je namreč pokazala, da obstaja določen prag glede intenzitete, trajanja in frekvence oskrbovanja, ki napoveduje, ali bo imela skrb za družinskega člana pozitiven ali negativen vpliv na zdravje oskrbovalca. Nad tem pragom pa lahko oskrbovanje vodi do resnih socialnih, fizičnih in psihičnih bolezni.

Ustavimo se še pri podpornih storitvah za neformalne oskrbovalce, ki so prikazane v Tabeli 2.

Ukrepi, kot so zagotavljanje informacij za neformalne oskrbovalce, usposabljanja za lažje oskrbovanje in informacije o tem, kako poskrbeti za lastno zdravje, so v večini držav redki in nezadostni. Nekaj držav deluje v

smeri izobraževanja profesionalnega osebja, da bodo znali sistematično oceniti potrebe neformalnih oskrbovalcev, jim na ustrezen način pomagati in jih vključiti v oskrbo. Ob tem je treba opozoriti, da se velikokrat nanašajo na podporo družinskim oskrbovalcem, ki skrbijo za dementnega družinskega člana, spregleda pa se vse ostale.

Tudi usklajevanje poklicnega življenja z oskrbovanjem v številnih državah še ni dobilo zadostne pozornosti s strani političnih predstavnikov in delodajalcev. Le malo je namreč takšnih delodajalcev, ki verjamejo, da bi zaposlenim neformalnim oskrbovalcem prijazna politika v podjetju dejansko prinesla pozitivne rezultate. Toda nekatere dobro zasnovane študije kažejo, da kakovostno zastavljeni ukrepi dajo podjetju pozitivno podobo in lahko vodijo do pozitivnih učinkov (večja produktivnost, manjša fluktuacija zaposlenih, boljši odnosi in delovna klima).

Spregovorimo še nekaj besed o koristih finančne podpore za oskrbovalce in oskrbovance. Le-ta je lahko namenjena oskrbovalcem, oskrbovancem ali obojim. V knjigi sta predstavljena dva načina vključevanja možnosti finančne podpore v dolgotrajni oskrbi.

Prvi način zaobjema naslednje države: Francijo, Anglijo, Italijo, Nemčijo in Avstrijo. V tej skupini denarna nadomestila predstavljajo t. i. hrbtenico sistemov, ki se osredotočajo na starejše ljudi. Ti sistemi lahko vsebujejo zavarovanja za dolgotrajno oskrbo (Nemčija in Avstrija) ali obstajajo brez teh shem (Francija). V obeh primerih težijo k temu, da storitve formalne oskrbe približajo uporabnikom in jih naredijo finančno dostopne, čeprav starejši ljudje s temi nadomestili pogosto krijejo stroške neformalne oskrbe (migrantski delavci).

Drugi način je značilen za Švedsko in Nizozemsko, kjer so profesionalne storitve na voljo vsem prebivalcem. Denarna nadomestila so bila uvedena kot alternativa formalnim

storitvam. Primarni cilj je bil okrepiti samoodločanje starejših ljudi glede storitev dolgotrajne oskrbe in servisov, ki te storitve zagotavljajo. Poleg tega so želeli okrepiti vključenost uporabnikov v načrtovanje oskrbe.

V Nemčiji lahko starejši ljudje, ki potrebujejo oskrbo, izbirajo med storitvami, denarnim nadomestilom in mešanico obeh. Izbira denarnega nadomestila na prvi pogled omogoči človeku več svobode. Po drugi strani pa izkušnje iz Nemčije kažejo, da prejmejo tisti, ki izberejo denarno nadomestilo, 40 % manj storitev in podpore kot tisti, ki izberejo paket storitev že na samem začetku. Poleg tega se postavljata vprašanja o kakovosti nadzora porabe teh sredstev in o tem, ali izbrane storitve resnično odgovarjajo potrebam starega človeka. Ta sistem tudi ne doprinese k zmanjševanju socialne neenakosti. V Nemčiji namreč ugotavljajo, da premožnejši pogosteje izberejo storitve, revnejši pa denarna nadomestila.

V Franciji lahko starejši ljudje, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo, izbirajo med storitvami in denarnim nadomestilom, s katerim lahko financirajo osebne pomočnike ali družinskega oskrbovalca, ki pa ne sme biti zakonski partner. To možnost izbere le 9 % družinskih oskrbovalcev. V Franciji sistem dolgotrajne oskrbe predvideva tudi doplačila s strani uporabnikov (celo 90 %, kadar je mesečni prihodek višji od 2850 EUR). Številna premožnejša gospodinjstva zato izstopijo iz te javne sheme in se raje poslužujejo drugih, zanje ugodnejših zakonskih možnosti, npr. odločijo se, da v lastni režiji v agenciji najamejo oskrbovalca, za katerega plačujejo polovico cene oskrbovalne ure, druga polovica pa se jim vrne v obliki davčnih olajšav in zmanjšane zneska socialnega zavarovanja.

V Združenem kraljestvu je od leta 2006 do leta 2009 potekal pilotni projekt, imenovan *Proračun posameznika (Individual budget)*, ki je bil testiran v 13 okoljih. Ljudje, ki so

Tabela 2: Specifični in nespecifični ukrepi za podporo neformalnim oskrbovalcem (str. 63–64)

Ukrepi	Primeri	
Specifični	Neposredni (podpora in opolnomočenje neformalnih oskrbovalcev)	Informacije, usposabljanje, izobraževanje, priložnosti za izmenjavo izkušenj, usposabljanje formalnih oskrbovalcev o tem, kako sodelovati z neformalnimi oskrbovalci.
	Posredni (izboljšanje »okolja« za neformalne oskrbovalce)	Zakonodajno priznavanje pravic neformalnih oskrbovalcev, podpora pri lobiranju in zagovorništvo, fleksibilen delovni čas v službah, dopust za nego, pokojninsko in nezgodno zavarovanje, denarno nadomestilo.
Nespecifični	Neposredni (primarno se nanašajo na neformalne oskrbovalce)	Varstvo za oddih, podporne skupine in zmanjševanje stresa s prostovoljskim delom.
	Posredni (primarno se nanašajo na stare ljudi)	Storitve na domu ali domovi za ostarele, prilagoditev bivališč, naročanje obrokov na dom, tehnične storitve, dodatek za oskrbo.

potrebovali oskrbo, so prejeli denarno nadomestilo, s katerim so plačali storitve oskrbe. Oskrbo so lahko načrtovali sami ali s *care managerji*. Evalvacija projekta je pokazala, da se veliko ljudem ta možnost ni zdela dobrodošla. Vseeno so projekt razširili po vsej državi in je dostopen vsem ljudem s potrebami po socialni oskrbi. Nadaljnje ocene projekta so tudi pokazale, da relativno veliko potrebam ni bilo zadoščeno. Ta negativni vpliv je verjetno povezan z dokaj nizko denarno vrednostjo (6000 EUR letno), ki je bila posameznemu človeku dodeljena. Na Nizozemskem je ta vrednost precej višja (17.000 EUR), zato imajo ljudje boljši dostop do storitev.

Na Nizozemskem je bila shema finančne podpore uvedena že leta 1991 in je imela v letu 2009 111.000 uporabnikov, kar predstavlja 15 % ljudi s potrebami po dolgotrajni oskrbi. 20 % zgoraj omenjenih uporabnikov je finančno podporo kombiniralo s paketi različnih storitev, kar nakazuje dejstvo, da je koriščenje storitev še vedno pogostejša izbira kot finančna podpora. Čeprav znanstvene ocene programa niso naredili, evalvacijsko poročilo nakazuje, da v okviru finančne podpore informiranje o storitvah ni bilo zadostno. Poleg tega so med ljudmi, ki so potrebovali dolgotrajno oskrbo, to možnost koristili večinoma mlajši.

Finančna podpora, namenjena neformalnim oskrbovalcem, je na voljo le v manjšem številu držav (v Združenem kraljestvu, na Nizozemskem in v manjšem obsegu na Švedskem). Plačilne sheme so mišljene kot simbolično priznanje opravljeni neformalni oskrbi ali kot dodaten prihodek, ki starejšim oskrbovalcem pomaga zmanjševati tveganje za revščino in socialno izolacijo. Ta denar je ponekod namenjen tudi neformalnim oskrbovalcem, ki so morali zaradi bremen oskrbe zapustiti trg dela, ali spodbujanju oskrbovanja ob zaposlitvi.

V nadaljevanju so opisane prednosti in pomanjkljivosti sheme finančne podpore za oskrbovance. Ena izmed prednosti je zmanjšanje javnih izdatkov za storitve formalne oskrbe, vendar avtorji opozarjajo, da je to pogosto na račun revnejših in nezadostno zaščiteneh neformalnih oskrbovalcev. Poleg tega se postavlja vprašanje kakovosti storitev oskrbe in nadzora nad porabljenimi sredstvi. Pojavlja se tudi deprofesionalizacija že sedaj slabo priznanega delovnega področja formalnih oskrbovalcev, ki delajo v težkih pogojih in so slabo plačani.

Avtorji opozorijo, da starejši ljudje, ki so se odločili za finančno podporo v okviru dolgotrajne oskrbe, poročajo o slabšem duševnem počutju kot mlajši ljudje (npr. ljudje z učnimi težavami, s fizičnimi omejitvami ali s težavami v duševnem zdravju), ki so izbrali isto podporo. Razlog morda leži v tem, da starejši ljudje občutijo proces načrtovanja oskrbe kot breme. Starejši ljudje morda potrebujejo več podpore in možnost za izbiro storitev, ki odgovarjajo njihovim potrebam in željam.

Države, kjer je uporabnikom dolgotrajne oskrbe že dlje časa na voljo tudi finančna podpora, poročajo o prednostih in pomanjkljivostih le-te v praksi. V Avstriji, kjer se finančna podpora zagotavlja iz vplačanih davkov, so opazili naslednje.

- Razmah »sivega« trga oskrbe, ker bližina držav z nizkimi dohodki omogoča priložnosti za poceni migrantsko delovno silo.
- Spodbuda za neformalne oskrbovalce, da zapustijo trg dela.
- Vrednost denarnega nadomestila se je med letoma 1996 in 2007 znižala, kar je vodilo do zmanjšanja kupne moči upravičencev.
- Denarno nadomestilo ne spodbuja povezovanja z zdravstvenim sistemom (osebni zdravnik, bolnišnice).
- Zagotavljanje denarnega nadomestila ni vodilo do večjega povpraševanja po formalnih storitvah dolgotrajne oskrbe.

ZDRAVSTVO IN SOCIALA Z ROKO V ROKI

Dolgotrajna oskrba sega tako na področje zdravstva kot sociale. Današnji sistemi oskrbe teh dveh sektorjev sistematično ne povezujejo. Tako so v ospredje pogosto postavljene storitve, ne človek. Proces oskrbe se prepogosto organizira na način, ki je pisan na kožo oskrbovalnim službam, spregleda pa se potrebe ljudi, ki oskrbo potrebujejo.

To poglavje govori o številnih obetavnih pristopih, ki presegajo zgoraj omenjene probleme.

1. Sodelovanje na individualnem nivoju. Gre za načrtovanje oskrbe, pri kateri je v središču oskrbovalnega procesa človek, storitve pa izhajajo iz njegovih potreb in so mu prilagojene. Sem sodijo tudi novi načini za spodbujanje strokovnjakov, da sodelujejo med seboj.

- *Case management* je individualno prilagojen pristop, pri katerem človek, ki potrebuje dolgotrajno oskrbo, skupaj s *case managerjem* le-to načrtuje. *Case manager* pomaga tako oskrbovancu kot neformalnemu oskrbovalcu krmariti med paleto storitev in organizacij. Zaenkrat gre samo za pilotne projekte na lokalnih ravneh.
- *Multidisciplinarni tim*, v katerega so vključeni strokovnjaki z različnih področij, ki med seboj sodelujejo z namenom zagotavljanja čim bolj kakovostne in človeku prilagojene oskrbe.
- *Personalizacija* podpira samostojno načrtovanje oskrbe s strani človeka, ki oskrbo potrebuje. To omogoča z dodeljevanjem finančne podpore tem ljudem. Cilj tega pristopa je opolnomočiti oskrbovance in jim omogočiti dostop do zanje najprimernejših storitev v lokalni skupnosti. Več o prednostih in slabostih takšnega pristopa je bilo napisano v prejšnjem poglavju.

2. Sodelovanje na lokalnem organizacijskem nivoju, kjer so se razvile nove strukture

ali protokoli, s katerimi se zapolnjuje vrzel med zdravstveno in socialno oskrbo.

- *Odpusti iz bolnišnic*. Povsod po Evropi se srečujemo s skrajševanjem ležalne dobe v bolnišnicah, vendar v mnogo državah za oskrbo po odpustu ni celovito poskrbljeno. To področje zahteva sistemsko ureditev, saj ljudje po odpustu pogosto potrebujejo zahtevnejše oblike oskrbe. V tem poglavju je opisan primer dobre prakse iz Berna v Švici, in sicer *The Express Service*. Gre za načrtovanje oskrbe, še preden je pacient odpuščen iz bolnišnice. V centru za oskrbo na domu lahko na enotni vstopni točki tako zdravnik kot bolnišnično osebje ali pacient sam odda vlogo za dodelitev storitev oskrbe na domu. Strokovnjak, ki bo v nadaljevanju vodil oskrbo na domu, skupaj z odpustnim zdravnikom in bolnikom naredi oceno stanja še v bolnišnici. Do ocene potreb lahko v zahtevnejših primerih pride že od 2 do 4 ure po oddani vlogi.

- *Ocena potreb*. V mnogo državah je človek, ki potrebuje dolgotrajno oskrbo, še vedno soočen s številnimi strokovnjaki, ki vsak zase delajo oceno stanja in potreb. Čedalje bolj se kaže potreba po eni, celoviti oceni, ki bi bila za pacienta tudi manj invazivna in bi prinesla s seboj manj zmede.

3. Sodelovanje na strukturnem, socialno-političnem in sistemskem nivoju. Tukaj gre predvsem za nacionalno zakonodajo za razvoj bolj integriranih struktur.

VLOGA INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE V DOLGOTRAJNI OSKRBI STAREJŠIH LJUDI

Na začetku poglavja avtorji razložijo nekaj pojmov, ki se pojavljajo v povezavi z informacijsko-komunikacijsko tehnologijo v dolgotrajni oskrbi. Te pojme in njihove razlage smo povzeli tudi v tem prikazu.

1. *E-zdravje* označuje orodja, ki temeljijo na informacijsko-komunikacijski tehnologiji z namenom izboljšanja kakovosti preventive, diagnostike, zdravljenja, spremljanja zdravstvenega stanja in življenjskega sloga.

2. *Teleoskrba* je sistem, ki preko telekomunikacijskih orodij omogoča zagotavljanje socialnih storitev na daljavo.

3. *Telemedicina* vključuje zagotavljanje zdravstvenih storitev tam, kjer je razdalja kritični faktor. To poteka s strani različnih zdravstvenih delavcev, ki si preko informacijsko-komunikacijske tehnologije izmenjujejo informacije za diagnosticiranje, zdravljenje in preventivo bolezni in poškodb, za raziskave in evalvacijo. Uporablja pa se tudi za kontinuirano izobraževanje zdravstvenih delavcev.

4. *Telezdravje*. Gre za zelo podoben koncept, kot je *telemedicina*, vendar se nanaša na širši spekter zagotavljanja podpore in pomoči, tako da ni omejen le na zdravstveni sektor.

5. *Telemonitoring* vključuje sistem in storitve, ki preko naprav omogočajo prenos podatkov o vitalnih znakih posameznika do kontrolne postaje, kjer se ti podatki interpretirajo. Gre za prenos podatkov o fiziološkem stanju posameznika od njegovega doma do bolnišnice.

6. *Tehnologija pametnih domov* je skupni izraz za informacijsko-komunikacijsko tehnologijo, ki v določenem prostoru/stanovanju/hiši komunicira preko lokalnega omrežja. Tehnologijo se lahko uporabi za spremljanje, opozarjanje ali izvršitev dejavnosti v skladu z določenimi kriteriji. Namen tehnologije pametnih domov je povečati varnost in neodvisnost starejših ljudi.

7. *Podporna tehnologija* je produkt ali storitev, razvita na način, da spodbuja neodvisnost invalidnih ali starejših ljudi. Označuje katerokoli napravo ali sistem (prilagojene tipkovnice, večja pisava na zaslonih idr.), ki

posameznikom omogoča, da izvajajo aktivnosti dnevnega življenja, ki jih drugače ne bi bili zmožni.

V naslednjih odstavkih bomo pogledali prednosti in slabosti prej omenjenih tehnologij. Ugotovitve kažejo, da so najuspešnejše in najučinkovitejše tehnologije tiste, ki omogočajo spremljanje vitalnih znakov na daljavo, in telefonski kontrolni pregledi, ki jih opravljajo medicinske sestre. *Telemonitoring* se je izkazal za uspešnega pri zmanjševanju ponovnih hospitalizacij pri bolnikih s srčnim popuščanjem. Poleg tega se je zmanjšalo tudi število bolnišničnih dni, če je do hospitalizacije vseeno prišlo.

Splošno se je pokazalo, da *telemonitoring* prinese največ koristi tistim bolnikom, pri katerih pogosteje pride do poslabšanja osnovne bolezni (diabetes, astma, srčno popuščanje, povišan krvni tlak ...), tistim, ki prevzamejo aktivno vlogo pri vodenju svoje bolezni, in tistim, ki jih nova tehnologija zanima. Iz napisanega izhaja, da verjetno obstaja povezava med motivacijo za lastno skrb in ugodnimi učinki tehnologije. Poleg nekaterih učinkov na izboljšanje zdravstvenega stanja lahko omenjena tehnologija doprinese k vzdržnosti zdravstveno-socialnega sistema (predvsem z vidika privarčevanih sredstev), spodbuja povezovanje zdravstva in sociale ter izboljša dostop in učinkovitost zdravstveno-socialnih sistemov.

Avtorji v nadaljevanju opozarjajo, da tehnologija prinaša tudi nekaj slabosti oziroma izzivov. Posebno pozornost je treba nameniti učenju starejših ljudi rokovanja s tehnologijo. Drugič: pripomočki, vmesniki in druga oprema morajo biti prilagojeni starejšim ljudem in njihovim težavam. Tretjič: še vedno ni dovolj informacij in raziskav, ki bi jasno pokazale učinkovitost te tehnologije.

V nadaljevanju je opisan vidik uporabnikov pri oblikovanju in uporabi IKT-rešitev. Avtorji

nakažejo, da je starejše ljudi pogosto strah, da bodo zaradi take tehnologije bolj nadzorovani. To občutijo kot vdor v njihovo zasebnost. Pri tem je treba paziti na ravnovesje med konceptom doma, ki z vhodnimi vrati ljudem omogoča, da se odločijo, koga želijo povabiti naprej in koga ne, in uporabo tehnologije, ki strokovnjakom omogoča, da vstopajo v intimne prostore starega človeka na način, da fizično sploh niso prisotni.

Starejši ljudje pogosto dvomijo, da je tehnologija zanje nujna z vidika ohranjanja ali izboljšanja zdravja in samostojnosti. Takšna tehnologija je tudi draga, starejši ljudje si je pogosto ne morejo privoščiti. Ob tem se postavljajo vprašanja, kdo bo ta nova tehnološka orodja inštaliral in vzdrževal ter nadzoroval njihovo uporabo. Mnogi starejši ljudje namreč v svoji socialni mreži nimajo nikogar, ki bi jim pri tem lahko pomagal. Predvsem pa je treba biti pozoren na potrebe starejšega človeka in narediti realno oceno trenutnega stanja in zmožnosti za uvedbo določene vrste tehnologije. Kroničnih bolezni namreč ne moremo nadzorovati izključno s pomočjo tehnologije, pri vsakem starejšem človeku je treba tudi pretehtati prednosti in slabosti uvedbe določene tehnologije v njegov vsakdan. Poleg tega se je smiselno najprej posluževati preprostejših rešitev, in če niso zadostne, poseči tudi po tehnoloških rešitvah. Ob tem ne smemo pozabiti, da je treba zagotoviti ustrezno usposabljanje za uporabo tehnologije in tudi stalno podporo z namenom, da preprečimo opuščanje teh storitev po določenem času uporabe. Samozavest glede uporabe tehnologije lahko pri starejših ljudeh učinkovito krepimo v motiviranih skupinah starejših ljudi, v centrih za usposabljanje in izobraževanje o tehnologiji in s pomočjo ljudi, ki jim starejši človek zaupa (predvsem otroci in vnuki). Pri uvajanju takšne vrste tehnologije je treba pridobiti soglasje s strani

uporabnikov in njihovih družinskih članov. Poleg tega naj se teh tehnologij ne oglašuje in prodaja samo starejšim ljudem brez podpore njihovih bližnjih, ker to povečuje možnost za nepravilno uporabo.

Ob koncu poglavja sta omenjeni še dve ciljni skupini potencialnih uporabnikov tehnologije v dolgotrajni oskrbi. Prva skupina so neformalni oskrbovalci. Avtorji opozorijo, da se je pri razvijanju novih tehnoloških rešitev treba zavedati, da potrebe, želje in stališča slednjih niso nujno enaki tistim, ki jih imajo njihovi oskrbovanci. Tretja skupina uporabnikov so strokovni in administrativni delavci v dolgotrajni oskrbi. Brez konkretnih sistemskih sprememb dolgotrajne oskrbe v posamezni državi tehnologija sama po sebi ne bo dovolj za zagotavljanje kakovostne in na uporabnika usmerjene oskrbe.

OSTALE VSEBINE, KI JIH KNJIGA PONUJA

Kot smo omenili že v uvodu tega prikaza, smo podrobno prikazali le nekatera poglavja iz skoraj 400 strani dolgega učbenika o dolgotrajni oskrbi v Evropi. Ostalo je še precej zanimivih vsebin, ki s konkretnimi primeri dobre prakse prikazujejo obsežnost področja dolgotrajne oskrbe v evropskih državah. Eno izmed teh poglavij predstavlja prostovoljstvo v dolgotrajni oskrbi. Bralca, ki ga te vsebine zanimajo, pozivamo, da prebere strokovni in znanstveni članek avtorjev Jožeta Ramovša, Maje Rant in Tine Lipar z naslovom *Pripravljenost za medgeneracijsko prostovoljstvo*, ki je objavljen v zadnji številki 19. letnika revije *Kakovostna starost*. V članku so namreč povzete ugotovitve in primeri dobrih praks o prostovoljstvu iz te knjige.

Poglavje *Soočenje nordijskega in mediteranskega pristopa* med seboj primerja dva nova modela (Sustainable Socio-Health Model – SSHM v Španiji in model PALKO na Finskem)

za podporo in integracijo zdravstvenega in socialnega sistema za starejše ljudi.

Obe državi – pa tudi številne druge evropske države – se soočata s podobnimi izzivi. Težave se pojavljajo pri zagotavljanju kontinuitete oskrbe med bolnišnicami in oskrbo na domu, saj ni jasno določeno, kdo je po odpustu iz bolnišnice odgovoren za zagotavljanje nadaljnje oskrbe, pomanjkljiva pa je tudi integracija storitev, ki izhajajo iz dejanskih potreb oskrbovanca. Število bolnišničnih dni se iz leta v leto zmanjšuje, kar vodi do tega, da so ljudje ob odpustih krhkejši in slabšega zdravja. Če ob tem oskrba v skupnosti ni celostna in kakovostna, prihaja do ponovnih hospitalizacij. Še posebej kritično se je izkazalo obdobje dveh tednov po odpustu iz bolnišnice. Kot odgovor na zgoraj omenjene težave so širom po Evropi začeli razvijati nove modele odpustov in oskrbe v skupnosti. Pojavili so se posebej oblikovani multidisciplinarni timi, *case managerji*, ponekod tudi t. i. *discharge managerji* (ta nov profil bi lahko prevedli kot koordinatorji odpusta iz bolnišnic). Naloge teh profilov so podobne, in sicer zagotoviti kontinuirano oskrbo v skupnosti ob odpustu iz bolnišnice.

Vrnimo se v Španijo in na Finsko ter pogledmo njuna modela. Na Finskem kljub politikam, ki spodbujajo oskrbo na domu v čim večjem obsegu, 69 % denarja, namenjenega dolgotrajni oskrbi, pokriva institucionalno varstvo. V Španiji je ta delež 59 %. Iz tega sledi, da se velik delež denarja, namenjenega dolgotrajni oskrbi, porabi za pokrivanje stroškov institucionalnega varstva 4,8 % ljudi na Finskem in 4,1 % ljudi v Španiji, ki živijo v domovih za ostarele. Kljub temu je bila Finska z 11,4 % ljudi, ki so bili starejši od 75 let in so prejeli oskrbo na domu, v evropskem vrhu.

Kot odgovor na opisane izzive so v Španiji pilotno preizkusili model SSH, na Finskem pa model PALKO. Osnovna hipoteza obeh

modelov temelji na prepričanju, da je možno izboljšati učinkovitost struktur in procesov v dolgotrajni oskrbi, in sicer z zmanjševanjem podvajanja dela s strani različnih strokovnjakov, z zmanjševanjem števila bolnišničnih dni, z zmanjševanjem stopnje nepotrebnih sprejemov v bolnišnico in z izboljšanjem kakovosti življenja posameznika na domu.

Cilj modela SSH je bil razviti in spremljati realizacijo novih oskrbovalnih poti v primarnem zdravstvenem varstvu z namenom izboljšanja kakovosti socialne in zdravstvene oskrbe ljudi s potrebami po dolgotrajni oskrbi. Cilj modela PALKO pa je bil standardizirati prakse in napisati dogovore med bolnišnicami, organizacijami za oskrbo na domu in družinsko oskrbo z namenom definiranja praks, odgovornosti in podpornih orodij. Šlo je za določitev oskrbovalne verige od bolnišnice do vključno doma. V obeh modelih so uvedli metodologijo *case managementa* in multidisciplinarnih timov s ciljem zagotavljanja na uporabnika usmerjene oskrbe.

Učinki obeh modelov so bili testirani v skladu z načeli randomiziranih študij. Dokazali so, da oba modela pripomoreta k dvigu kakovosti oskrbe in k zmanjševanju stroškov, tudi preko manjše stopnje podvajanja dela. Žal sta bila modela uvedena le v manjšem številu občin, ponovitevna študija ni bila narejena, prav tako niso bila organizirana usposabljanja za osebje v občinah, ki so želele prevzeti omenjena modela.

Sedmo poglavje govori o preventivi in rehabilitaciji v dolgotrajni oskrbi. Avtorji povedo, da je bila preventiva dolgo rezervirana za mlajše starejše ljudi, ki so bili še relativno zdravi. Ljudem z obstoječimi potrebami po dolgotrajni oskrbi pa je bilo z vidika preventive in rehabilitacije v večini evropskih držav namenjene le malo pozornosti.

Analiza literature, ki so jo izvedli v projektu INTERLINKS, je pokazala, da je bil v okviru

raziskav preventive in rehabilitacije v dolgotrajni oskrbi velik poudarek na raziskovanju bolj razširjenih intervencij in programov, kot so programi za preprečevanje padcev, različni programi za fizično aktivnost, nekatera specifična geriatrična ocenjevalna orodja in preventivni obiski na domu, s poudarkom na kohortah zdravih in mlajših starejših ljudi. V kar nekaj državah, ki so jih zajeli, je še močno zasidrana tradicionalna medicinska paradigma, ki ovira razvoj celostne, na bolnika in njegove potrebe usmerjene dolgotrajne oskrbe. Tradicionalni medicinski model je usmerjen v zagotavljanje linearnih, na bolezen usmerjenih intervencij, kar v političnih agendah v ospredje postavlja akutno zdravljenje, dolgotrajno oskrbo pa potiska na rob. Dolgotrajna oskrba, ki zaobjema celovit koncept skrbi, ne vključuje le posebnih rehabilitacijskih in preventivnih ukrepov, ki spodbujajo povrnitev zdravja, ampak ima preventivno delovanje prepleteno skozi celoten proces oskrbe.

Poglavje *Vrzel v oskrbi in migranti* kot *oskrbovalci* govori o zapolnjevanju vrzeli v oskrbi, ki jo za seboj puščata nezadostna javna ponudba storitev dolgotrajne oskrbe in manjša zmožnost družin, da poskrbijo za svoje ostarele in obnemogle svojce. V raziskavi EUROFAMCARE so že pred 10 leti ugotavljali, da se v 17 od 23 držav družine vsaj kratkoročno zanašajo na pomoč migrantskih oskrbovalcev. Natančne podatke o tem, koliko migrantov v določeni državi nudi storitve dolgotrajne oskrbe, je težko dobiti, ker številni izmed njih niso vodeni v uradnih evidencah. Med temi državami pa zagotovo vodi Italija, kjer najmanj 700.000 migrantov opravlja delo oskrbovalcev. Delež migrantskih delavcev je visok tudi v Španiji, kjer le-ti predstavljajo 30 % plačane delovne sile v dolgotrajni oskrbi. V Avstriji za okoli 5–10 % starejših ljudi skrbijo t. i. 24-urni asistenti, ki prihajajo iz sosednjih centralnih in vzhodnih evropskih držav. Zaradi geografske

bližine držav to obliko oskrbe ponavadi organizirajo vmesne agencije, ki imajo sedež v Avstriji ali v sosednjih državah. Za enega starejšega človeka ponavadi skrbita dva migrantska delavca, ki se izmenjavata na 14 dni. Kljub temu da je v Nemčiji zakonsko urejeno legalno zaposlovanje migrantskih delavcev iz Slovenije, Slovaške, Poljske, Češke, Madžarske, Romunije in Bolgarije, 200.000 družin še vedno nelegalno zaposluje migrantske delavce za pomoč v gospodinjstvu in za nudenje dolgotrajne oskrbe.

V nadaljevanju je podrobno opisana vloga migrantov pri zagotavljanju dolgotrajne oskrbe v Italiji. Migrantski družinski oskrbovalci so v veliki večini ženske, med njimi pa je veliko visoko izobraženih. Kar 70 % žensk iz Moldavije, ki v Italiji starejšim ljudem nudijo pomoč in podporo, ima univerzitetno izobrazbo. V preteklosti je bilo pogosto 24-urno sobivanje migrantskega oskrbovalca z oskrbovanim. V zadnjem času pa se vse bolj uveljavlja trend, ko je določen oskrbovalec pri človeku, ki potrebuje pomoč, prisoten le nekaj ur dnevno. Ta oblika je še posebej ugodna za tiste migrante, ki želijo ostati in živeti v Italiji, saj jim ostane več časa za tkanje socialne mreže in boljšo integracijo v družbo. Ocene kažejo, da migrantska delovna sila v dolgotrajni oskrbi v Italiji prihrani okoli 45 milijard javnega denarja. Namestitev starejšega človeka v domu za ostarele bi namreč državo letno stala 26.000 evrov, 18.000 pa bi moral dodati sam oziroma njegova družina. Kljub temu država letno izgublja okoli 800 milijonov evrov zaradi nepobranih prispevkov in davkov, ker večina teh oskrbovalcev ni formalno zaposlenih.

Ker se v večini evropskih držav politika, zdravstvo in sociala niso lotili systemskega urejanja položaja migrantskih delavcev v dolgotrajni oskrbi, so ponekod sprejeli določene lokalne ukrepe za izboljšanje kakovosti oskrbe, ki jo nudijo migrantski oskrbovalci v privatnih

gospodinjstvih. Med te ukrepe sodijo: uravnavanje povpraševanja po storitvah dolgotrajne oskrbe in njihove ponudbe, usposabljanja za oskrbovalce, finančna podpora, vzpostavljanje registrov migrantskih oskrbovalcev in mentorstvo. Kot primer dobre prakse je opisan italijanski projekt ROSA – mreža za spodbujanje formalne zaposlitve migrantskih delavcev v dolgotrajni oskrbi. V okviru projekta so na voljo naslednje aktivnosti:

- programi usposabljanja za migrantske oskrbovalce za osvajanje veščin, potrebnih za oskrbovanje;
- vključevanje lokalnih deležnikov pri razvoju sistema storitev, ki ženskam olajšujejo uravnavanje oskrbovanja s preostalimi družinskimi aktivnostmi;
- spodbujanje družin, da migrantske delavce z veljavnimi pogodbami formalno zaposlijo. Te spodbude so ponavadi v obliki vavčerjev in informiranja.

Na koncu poglavja je opisan še primer Slovaške kot ene izmed držav, iz katerih prihajajo migrantski delavci. Te države se prav tako kot tiste, ki migrantske delavce sprejemajo, soočajo z demografskimi spremembami. Vendar so v teh državah razmere na trgu dela slabše in tudi povprečne plače so precej nižje. Ker predvsem ženske v srednjih letih (30–50 let) odhajajo na boljše plačano delo oskrbovalk v druge evropske države, se za njimi pogloblja vrzel med povpraševanjem po storitvah dolgotrajne oskrbe in ponudbo v lastnih državah.

Trinajsto poglavje *Paliativna oskrba znotraj sistemov za dolgotrajno oskrbo* na začetku govori o terminologiji in razvoju paliativne oskrbe. V različnih evropskih državah je za opis oskrbe ob koncu življenja v uporabi različna terminologija. Poleg tega ne obstaja nobena sprejeta definicija obdobja ob koncu življenja; lahko obsega ure, dneve, tedne, mesece ali celo leta. Paliativna oskrba najpogosteje nastopi, ko je pri bolniku jasno, da je

vstopil v terminalno obdobje svojega življenja, ko ozdravitev ni več možna. To obdobje je pri bolnikih z rakom veliko lažje določiti kot pri krhkih starejših ljudeh s kroničnimi boleznimi, pri katerih se zdravstveno stanje postopoma slabša. Starejšim ljudem storitve paliativne oskrbe še vedno niso na voljo v zadovoljivem obsegu, zato je nujna brezšivna integracija paliativne oskrbe v sisteme za dolgotrajno oskrbo.

Avtorji v nadaljevanju spregovorijo o medikalizaciji smrti, o pomenu konceptualizacije smrti kot socialnega dogodka, o tabujih, ki so povezani s smrtjo in z umiranjem. Omenijo, da se strokovnjaki paliativne oskrbe pogosto poslužujejo t. i. načrtovanja oskrbe vnaprej. Gre za proces, v katerem strokovnjaki skupaj z bolniki ali njihovimi predstavniki določijo cilje in potek oskrbe za takrat, ko bolnik ne bo več zmož sam sprejemati odločitev. Takšno načrtovanje je še posebej pomembno za ljudi z demenco. V zgodnejših fazah je namreč človek še sposoben povedati svoje želje in preference glede oskrbe, ki postanejo kašipot za načrtovanje oskrbe v času, ko je demenca pri človeku že zelo napredovala.

V poglavju so opisani dva primera paliativnih mobilnih timov (v pokrajini Umbrija v Italiji in v Avstriji) in bolnišnica na domu v Franciji. Multidisciplinarni timi v Umbriji so koordinatorji oskrbe v skupnosti in skrbijo za gladek prehod iz oskrbe v bolnišnici v oskrbo na domu. V mobilne time v Avstriji so vključeni zdravniki, medicinske sestre, fizioterapevti, psihologi, logopedi, delovni terapevti, dietetiki in duhovniki. Mobilni paliativni timi so obetajoč model mobilnih timov v skupnosti tudi za krhke starejše ljudi. Oskrba in rehabilitacija starejših bolnikov po zaključenem akutnem zdravljenju sta namreč na domu prijaznejši tako za starejšega človeka kot za finančno vzdržnost zdravstvenega sistema. Seveda morata biti celostni in kakovostni, vanju pa

morajo biti v največji možni meri vključeni opolnomočeni, informirani in usposobljeni neformalni oskrbovalci.

Avtorji poglavja spregovorijo tudi o hospicijih in paliativni oskrbi znotraj institucij za dolgotrajno oskrbo. Navkljub težnjam po deinstitutionalizaciji v dolgotrajni oskrbi bo določen odstotek ljudi namreč še vedno potreboval zahtevnejše oblike nege in oskrbe, ki se ponavadi zagotavljajo znotraj različnih institucij. Tudi v Sloveniji obstajajo primeri dobre prakse pri vpeljevanju hospic sob in paliativne oskrbe v domove za ostarele; eden izmed njih je Dom starejših Šentjur (glej: <http://www.institut-antontrstenjaka.si/tisk/kakovostna-starost/clanek.html?ID=1584>). Njihove izkušnje so bogat vir informacij o tem, kako vpeljati to vrsto storitve tudi v druge domove po Sloveniji in s tem dati priložnost stanovalcem, da zadnje dni življenja preživijo v miru, obdani z bližnjimi in podprti s strani negovalnega in drugega osebja.

Tina Lipar

Ergo inštitut, d. o. o., 2015. Dnevni centri za starejše v EU. Mednarodno-primerjalna raziskava. E-izdaja: Inštitut Hevrekal, 77 strani. V: <http://asso-projekt.si/wp-content/uploads/ASSO-Raziskava-SI.pdf> (sprejem: 21. 3. 2017).

RAZISKAVA O DNEVNIH CENTRIH ZA STAREJŠE V EU

Revija *Kakovostna starost* že vrsto let spremlja dobre prakse celostne deinstitutionalizacije dolgotrajne oskrbe, in sicer tako notranje (institucije postajajo uporabnikom prijaznejše in bolj povezane s skupnostjo) kot zunanje (programi, ki krepijo krajevno skupnost, da oskrbuje in omogoča starostnikom, da čim dlje časa bivajo doma oz. v svojem okolju). Eden izmed programov, namenjenih čim daljšemu bivanju starejših v svojem okolju, so tudi dnevni centri za starejše. O njih govori raziskava, ki jo bomo predstavili. Izvedel jo je

Ergo inštitut (inštitut za uporabno znanost) v okviru projekta *Avstrijsko-slovensko socialno omrežje*. Cilj raziskave je »pregled različnih konceptov dnevnihi centrov, njihovih podobnosti in razlik ter njihove razširjenosti v EU«, ne pa toliko »ugotavljanje profila uporabnikov storitev dnevnihi centrov ali vpliva dnevnihi centrov na uporabnike« (str. 15). V prvem poglavju raziskava odgovarja na vprašanje, kaj so dnevni centri za starejše in kako so organizirani. V drugem in tretjem poglavju pa se raziskovanje geografsko omeji na 28 držav članic EU. V drugem poglavju je uporabljena metoda iskanja in analize informacij in podatkov o konceptih in razširjenosti dnevnihi centrov aktivnosti. Raziskovalci so se pri tem oprli na elektronske baze podatkov digitalne knjižnice Univerze v Ljubljani in svetovnega spleta. V tretjem poglavju je uporabljena mednarodno-primerjalna analiza.

KONCEPT DNEVNEGA CENTRA ZA STAREJŠE – KAJ SO DNEVNI CENTRI IN KAKO SO ORGANIZIRANI?

Oprelitev pojma se začne z definicijo Johna Krouta, znanega raziskovalca s tega področja, ki dnevni center opredeli kot »stičišče, kjer se zbirajo starejši ljudje z namenom, da bi koristili storitve in aktivnosti, ki odražajo njihove izkušnje in znanje, ustrezajo njihovim raznolikim potrebam in interesom, krepijo njihovo dostojanstvo, podpirajo njihovo neodvisnost in spodbujajo njihovo vključenost« (Krout, 1996), (str. 17).

Vendar avtorji skozi celotno študijo večkrat poudarijo, da se razumevanje pojma dnevni center v različnih državah zelo razlikuje. Koncept dnevnega varstva se je namreč v posameznih državah razvijal neodvisno in v tesni povezavi z razvojem nacionalnih smernic s področja socialnega varstva starejših, sistemov dolgotrajne oskrbe in skrbi za starejše v lokalnih skupnostih. Raziskovalci

ugotavljajo, da sam izraz dnevni center bolj opisuje prostor kot programe, ki se v teh prostorih izvajajo.

Tudi načini financiranja dnevni centrov se razlikujejo. Pogoste so različne oblike javnega financiranja (na nacionalni, še pogosteje pa na lokalni ravni), saj so politični odločevalci »dnevne centre že prepoznali kot cenovno ugodno rešitev, ki pomaga zniževati stroške dolgotrajne oskrbe starejših, ki danes predstavlja velik izziv v vseh državah gospodarsko razvitega sveta« (str. 25). V Latviji tako država sofinancira vzpostavljanje dnevni centrov in njihovo delovanje prva štiri leta, potem so za delovanje centrov odgovorne občine. Največkrat so centri povsem pod pristojnostjo in skrbjo lokalnih oblasti. Ponekod, včasih za nekatere skupine ljudi, včasih za vse, so dnevni centri v celoti brezplačni, pogosto pa del stroškov krijejo udeleženci z mesečno pristojbino ali s sprotnim plačilom posameznih aktivnosti (npr. tistih, ki so dražje ali prepoznane kot nadstandardne). Včasih je pristojbina simbolična, npr. na Malti znaša mesečno od 2,33 do 5,82 evra, odvisno od tega, kolikokrat je starostnik obiskal dnevni center. V nekaterih centrih udeleženci določene aktivnosti (rojstne dneve, izlete ipd.) krijejo iz prispevkov, ki so jih zbrali z neko drugo aktivnostjo (npr. s prodajo voščilnic). Zaradi vedno večjih potreb se po svetu danes veča tudi število profitno naravnanih dnevni centrov, ki so v zasebni lasti.

Raziskava kaže, da lahko dnevne centre delimo v različne modele, ki jih narekuje predvsem heterogenost starejše populacije – poleg različnega kulturnega, gospodarskega in družbenega okolja, iz katerega prihajajo, imajo starejši ljudje tudi različne interese in potrebe.

Ločimo lahko med centri, ki nudijo zdravstvene storitve, kot sta oskrba starejših ljudi in pomoč pri rehabilitaciji, in tistimi, ki nudijo socialne storitve, namenjene predvsem socializaciji in preventivi. V praksi je pogost

integriran model, v katerem so na voljo ene in druge storitve.

Glede na časovni okvir ločimo centre, ki storitve ponujajo kontinuirano (vsak dan ali pet dni na teden), in centre, ki so odprti občasno (en dan ali dva dni v tednu ali takrat, ko so na programu določene aktivnosti, npr. dvomesečne, enotedenske, enodnevne ipd.).

V literaturi je mogoče zaslediti tudi razdelitev na model centra, ki je organiziran kot socialna agencija, in model centra, organiziranega na način prostovoljske organizacije. Prvi je namenjen starejšim, ki so socialno ogroženi, in nudi storitve, kot sta finančna pomoč in prehrana. V drugega prihajajo finančno bolj situirani, bolj izobraženi in družbeno aktivnejši starostniki. Aktivnosti so rekreativnega, socializacijskega in izobraževalnega značaja. Primer slednjega so seniorski klubi.

Na koncu avtorji podajo tudi delitev modelov glede na rezultate pričujoče študije, ki so pokazali, da se izraz dnevni center uporablja za tri različne tipe storitev za starejše, na podlagi katerih lahko dnevne centre razdelimo na:

- *specializirane dnevne centre*, ki so namenjeni starejšim ljudem s specifičnimi potrebami, npr. bolnikom z demenco;
- *dnevne varstvene centre*, ki nudijo storitve starejšim ljudem, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo in ne morejo biti sami, ko so njihovi primarni skrbniki (praviloma svojci) odsotni;
- *dnevne centre aktivnosti*, ki nudijo programe za aktivno preživljanje časa zdravim in vitalnim starejšim ljudem.

Zadnji so bili primarni predmet pričujoče raziskave.

Zgodovinski razvoj koncepta dnevnega centra ni prav jasen. Nekateri viri trdijo, da so dnevni centri za starejše nastali po zgledu dnevnega varstva otrok, v nekaterih državah pa pod vplivom varstva psihičnih bolnikov. Nam se zdi pomembno stališče določenih

ponudnikov, ki trdijo, da »pri dnevni centrih za starejše nikakor ne gre za podobnost z dnevnim varstvom otrok ali dnevnim varstvom psihiatričnih bolnikov, kajti ne gre za to, da bi starejše kdo puščal v varnem okolju centra in jih kasneje prišel iskat. Svoboda izbire in participacija starejših sta namreč ključni« (str. 18).

V državah, ki imajo daljšo tradicijo dnevni centrov, je do pomembnih sprememb v konceptu dnevnega centra prišlo po letu 2000. Takrat je bila povprečna starost obiskovalcev dnevni centrov okoli 70 let, potrebovali so predvsem oskrbo in nego, število obiskovalcev pa se je počasi manjšalo. V novem tisočletju se je namreč začela starati tudi *baby boom* generacija, heterogena skupina, rojena med letoma 1945 in 1965, katere potrebe in navade so precej drugačne. Za to generacijo je med drugim značilno, da je ob upokojitvi v povprečju bolj zdrava in vitalna, in postalo je jasno, da »tradicionalni model centra, ki ,zgolj čaka obisk starejših, potrebuje spremembe« (str. 22). Prav to je vodilo v konceptualno ločitev dnevni centrov na tiste, ki nudijo dnevno varstvo ljudem, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo (*dnevni varstveni centri*), in tiste, ki nudijo predvsem aktivnosti za mlajšo *baby boom* generacijo (*dnevni centri aktivnosti*). Dobre prakse slednjih so pokazale, da se danes dobro obnesejo povezovanje in partnerstva dnevni centrov z lokalno skupnostjo, s civilno-družbenimi organizacijami, z izobraževalnimi institucijami in z drugimi dnevnimi centri za starejše.

Omeniti velja še to, da se številčnost in organizacija dnevni centrov razlikujeta glede na različna socialna in družbena okolja, v katerih se centri nahajajo, razlike se pojavljajo predvsem med mestnim in podeželskim okoljem. V mestih je veliko več dnevni centrov, ki so pogosteje organizirani kot samostojne enote in so odprti pet dni v tednu. Razlogi za to so:

manjša geografska razpršenost starejših, večje kadrovske in finančne možnosti ter manjša neformalna mreža socialni servisi in stikov med ljudmi v mestu. Na podeželju je centrov občutno manj, pogosteje so povezani z drugimi organizacijami ali so celo del drugih organizacij, tudi odpiralni čas je krajši. Programi pa se tako v mestih kot na podeželju ne razlikujejo dosti.

Pravilo je, da centri nudijo več storitev in programov, v zadnjih letih se njihovo število še povečuje. Nekatere takšne aktivnosti, predvsem socializacijsko-preventivne narave, so: izleti; družabne igre, kartanje in podobne prostočasne aktivnosti; telovadba; aktivnosti, povezane z zdravstvenim in prehrabnim izobraževanjem; izobraževalni krožki; debatne skupine; umetniške in rokodelske aktivnosti; aktivnosti s hišnimi ljubljenci; medgeneracijske aktivnosti in prostovoljstvo; organizacija aktivnosti (trgovina rabljenih oblačil, božični sejem ipd.), s katerimi si sofinancirajo izlete in zabave; mednarodne izmenjave z dnevnimi centri iz drugih držav itd.

PRIKAZ STANJA IN ANALIZA KONCEPTOV DNEVNIH CENTROV ZA STAREJŠE V EU

Najobsežnejše je drugo poglavje. Začne se z uvodnimi podpoglavji o dnevnih centrih v EU, večji del pa zavzemajo podatki o dnevnih centrih v 28 državah članicah EU, ki so obravnavane po abecednem redu. V tretjem poglavju sledi kratka primerjalna analiza. V prikazu bomo združili splošne podatke o dnevnih centrih s končno analizo, na koncu pa bomo navedli podatke o nekaterih državah, ki so bile temeljiteje predstavljene ali se nam zaradi naprednosti ali podobnosti zdijo še posebej zanimive ali pomembne.

Zbiranje podatkov o dnevnih centrih 28 članic EU je pokazalo, da je v EU najbolj razširjen koncept dnevnega varstvenega centra.

Zanimivo je spoznanje, da med dnevnimi centri v različnih geografskih predelih EU ni večje konceptualne razlike. Življenjski stil bivanja starih ljudi se po državah precej razlikuje; medtem ko so za vzhodne in južne države značilnejša veččlanska medgeneracijska gospodinjstva, na severu v povprečju več kot 60 % starostnikov biva samih. Kljub temu vsepovsod najdemo tako dnevne varstvene centre kot centre za aktivno staranje in centre, ki so kombinacija obojega. Ne glede na to, da bi lahko pričakovali, da bo dnevnih centrov več na severu, na jugu pa manj, to ne drži vedno. Drugače je le s specializiranimi dnevnimi centri za ljudi z demenco, ki so pogostejši na severu in zahodu Evrope. Dodati je treba, da podatkov o natančnem številu dnevnih centrov za starejše v EU ni – tako zaradi različnega poimenovanja in nejasnosti definicije dnevnega centra kot tudi zato, ker tam, kjer uradne evidence so, praviloma vključujejo le javno financirane dnevne centre. Dostopni podatki kažejo, da število dnevnih centrov v državah članicah EU narašča.

Med uporabniki dnevnih centrov prevladujejo ženske. Pokazalo se je tudi, da je bližina dnevnega centra eden najpogostejših dejavnikov, zaradi katerega se starejši odločajo za redno obiskovanje dnevnih centrov. Nekateri viri omenjajo, da v centrih prevladujejo ljudje, ki imajo manj razvita družbena in socialna omrežja, vendar tega ne velja jemati kot pravilo, saj so koncepti dnevnih centrov (ciljne skupine in kriteriji, kdo je do dnevnega centra upravičen) med seboj zelo različni. Potrjeno pa je spoznanje, da so starejši, ki so družbeno aktivnejši in integrirani v lokalno skupnost, v povprečju bolj zdravi in dlje neodvisni kot izolirani starejši ljudje. Mnoge države članice dnevne centre spodbujajo prav iz tega razloga. Na Malti imajo državne dnevne centre, ki so namenjeni predvsem večanju socialne

vključenosti starejših in zmanjševanju njihove osamljenosti, prednost pri obisku imajo zato osebe, ki živijo same in niso vključene v nobene aktivnosti.

Dnevni centri za starejše so v EU najpogostejše v pristojnosti lokalnih ali regionalnih oblasti, ki te centre v večini primerov tudi (so) financirajo. Velike pa so razlike v razširjenosti, poimenovanju in organizaciji dnevnih centrov, ki so v tesni povezavi s socialnimi politikami posameznih držav in z njihovimi smernicami dolgotrajne oskrbe. Deinstitutionalizacijo dolgotrajne oskrbe (tj. vračanje preveč institucionalizirane oskrbe starejših v življenje in sožitje celotne krajevne skupnosti) in razvoj programov (med njimi tudi dnevnih centrov za starejše), ki starim ljudem omogočajo, da čim dlje ostanejo na svojih domovih, so socialne politike v državah članicah EU začele intenzivno podpirati okoli leta 1990.

Eno daljših tradicij dnevnih centrov v Evropi ima Združeno kraljestvo: zakonska podlaga, ki poziva lokalno oblast, da organizira dnevne centre, sega že v leto 1948. Do pomembnih sprememb na področju socialnega varstva je prišlo leta 2008 z uveljavitvijo osebnega proračuna, ki ga starostnik poljubno porabi za storitev, ki jo sam izbere. Zanimivo je, da so v tem času zaprli ali preuredili več dnevnih centrov, povečala pa se je njihova ponudba.

Na Švedskem se dnevni centri razvijajo že od leta 1950; najprej v okviru geriatričnih bolnišnic s poudarkom na medicinski oskrbi, potem v sklopu psihiatrije, nazadnje pa so se začeli razvijati tudi dnevni centri s socialnimi vsebinami. Do danes je s podporo občin nastalo veliko dnevnih centrov, ki so v grobem dveh tipov. V *socialnih dnevnih centrih* so od ponedeljka do petka brezplačno na programu različne aktivnosti in storitve (od druženja ob kavi do poslušanja glasbe in delavnic), *rehabilitacijski dnevni centri* pa so namenjeni starejšim, ki imajo različne zdravstvene težave.

Na Nizozemskem so prvi dnevno varstvo nudili domovi za starejše (okoli leta 1980). Danes je Nizozemska država, kjer največ ljudi v EU koristi pomoč na domu. Glavni ponudniki so nevladne organizacije, ki jih sofinancira država. V zadnjem času pa je država zaradi večanja kakovosti in inovativnosti začela spodbujati tudi zasebne ponudnike.

Tudi na Danskem imajo dolgo tradicijo dnevnih centrov za starejše: leta 1975 je bilo v njih na voljo že 5808 mest. Od leta 1976 so v veljavi *skupnostni centri*, tj. integriran model dnevnega centra, v katerega hodijo tako samostojnejši starejši kot starejši, ki potrebujejo pomoč. Temu primerna je pestrost aktivnosti in storitev, ki jih centri ponujajo. Za načrtovanje, izvajanje in financiranje centrov so praviloma zadolžene občine. Včasih storitve izvajajo same, včasih pa zunanji izvajalci; izobraževanje kadrov za delo v dnevnih centrih je centralizirano. Nasploh se na Danskem število uporabnikov domov, še posebej od leta 1987 (od takrat ni bil zgrajen noben nov dom), drastično zmanjšuje, saj je bila Danska ena prvih držav v EU, ki je politiko socialnega varstva odločno usmerila v to, da so ljudje ostali na svojih domovih oziroma v lokalni skupnosti čim dlje.

Na Irskem dnevne centre razvijajo že 50 let, njihovo število pa se je začelo večati po letu 1970, podobno kot v Združenem kraljestvu. Danes obstajajo štirje tipi dnevnih centrov za starejše: *dnevni centri za ljudi z demenco*, *dnevni varstveni centri*, *socialni klubi* in *socialni klubi/dnevni centri*, ki kombinirajo storitve dnevnega varstva in različne druge aktivnosti. V raziskavi je zanimiva izjava enega od obiskovalcev dnevnega centra, ki pravi, da »ima dovolj denarja, da bi vsak dan jedel v restavraciji, vendar prihaja jest v center, kjer se družim s prijatelji, in to je najboljši del njegovega dneva« (str. 45).

Na Madžarskem so dnevni centri od leta 1993 del nacionalnega sistema, po katerem

naj bi dnevni center imel vsak kraj, ki ima več kot 3000 prebivalcev. Centri imajo predvsem preventivno vlogo, zato integrirano ponujajo tako družabne in prostočasne aktivnosti kot zdravstvene in higienske storitve, hrano ipd. Namenjeni so ljudem, ki bivajo doma, niso pa sposobni popolnoma sami skrbeti zase.

Tudi na Portugalskem se je število dnevnih centrov v zadnjih dveh desetletjih močno povečalo. Večinoma jih vodijo neprofitne organizacije, ki imajo pogodbo s centri za socialno varstvo.

V skladu z nacionalno strategijo, po kateri so storitve dnevnega varstva ena od treh vej socialnih storitev za starejše, so v Španiji številni tako *klubi za starejše državljanke* (dnevni centri aktivnosti) kot *dnevni centri* (dnevni varstveni centri), čeprav jih je precej manj. Leta 2013 je storitve dnevnih centrov ponujalo več kot 3000 različnih javnih in zasebnih ponudnikov.

V Italiji so socialne storitve v celoti pristojnost občin in regij, zato se v različnih predelih razlikujejo. Njihovo število se sicer v zadnjih letih povečuje, vendar so potrebe starejših še vedno precej večje od ponudbe. Centri nudijo tako zdravstveno kot socialno oskrbo.

Zanimiv model dnevnega varstva imajo v Nemčiji, kjer obstaja nacionalna mreža *medgeneracijskih hiš*. To so večfunkcionalni centri, ki spodbujajo družbeno vključenost in kjer se lahko srečujejo mladi in starejši ljudje. Med programe, namenjene starejšim, sodijo predvsem dnevno varstvo, prehrana in druge socialne storitve. Od 500 takih centrov jih 140 ponuja dnevno varstvo za ljudi z demenco.

Litva, Češka in Poljska sodijo med tiste države članice EU, kjer so različne oblike oskrbe starejših v lokalni skupnosti v nastajanju bolj v zadnjem desetletju. V Litvi se je prehod v sistemu dolgotrajne oskrbe začel predvsem po letu 2007. Prvi dnevni center je nastal leta 1998 v okviru mednarodnega projekta. Na začetku so bili ljudje zadržani, danes pa v center prihajajo

predvsem izobraženi ljudje, ki uporabljajo knjižnico in sodelujejo pri aktivnostih in pri praznovanju rojstnih dni. V večini primerov centri zaposlujejo enega ali dva uslužbenca in sodelujejo z različnimi zunanjimi sodelavci in prostovoljci. Na Češkem so od leta 2006 dnevni centri del javno financiranih socialnih storitev za starejše. Starejši ljudje lahko v njih preživijo več kot osem ur na dan, na voljo so jim prehrana in različne družabne aktivnosti, čakalne vrste pa so še precej dolge. Kot dobra praksa se v literaturi omenjajo *skupnostni centri*, ki pod eno streho združujejo socialne servise, rehabilitacijo, dnevne centre za oskrbo starejših in druge storitve. Na Poljskem je zakonska podlaga za delovanje dnevnih centrov nastala leta 2004. Centri so na podlagi ocene socialne službe brezplačni.

Kot rečeno, življenjski stili niso odločilni pri uveljavitvi dnevnih centrov. To se lepo vidi na primerih Cipra in Grčije na eni strani ter Francije na drugi strani. V vseh treh državah skrb za starejše temelji izrazito na družinskih vezeh in domovi za starejše niso priljubljeni. V Grčiji obstajajo različne oblike dnevnih centrov, med drugim tudi lokalni dnevni centri aktivnosti, imenovani *KAPI*. Raznolikost kadra, ki je reguliran s strani države, kaže na to, da gre za centre, ki integrirajo tako zdravstveni kot socialni vidik, obenem pa so pogosto povezani s ponudniki pomoči na domu in z dnevnimi varstvenimi centri za starejše. Število teh centrov narašča, med ljudmi pa so tako priljubljeni, da so obstali in nastajali tudi v času sodobne finančne krize. Tudi na Cipru, kjer je pestrost aktivnosti sicer skromnejša, nastajajo tako javni kot zasebni dnevni centri, ki so mnogokrat edina priložnost starejših, da se družijo s svojimi vrstniki. Nasprotno se v Franciji dnevni centri niso uveljavili, čeprav sta bila prva dnevna centra v Parizu ustanovljena že leta 1965 in 1967. Raziskave kažejo, da je razlog predvsem ta, da imajo

svoji pogosto občutek krivde, kadar pustijo starejšega človeka v dnevnem varstvu, saj skrb za svojce doživljajo kot dolžnost in družinsko solidarnost. Tudi starejši sami centrov ne želijo obiskovati.

Spet drugače je na Hrvaškem, na Slovaškem in v Sloveniji. Te države imamo namreč še vedno močno institucionalizirano oskrbo starejših. Slovaška sicer ima nekaj dnevnih varstvenih centrov, a to področje ni dosti razvito. Na Hrvaškem so dnevni centri in tudi drugi programi deinstitutionalizacije, npr. pomoč na domu, pogosto pod pristojnostjo rezidenčnih domov. Dnevni centri, imenovani *gerontološki centri za starejše*, se osredotočajo na zdravstveno varstvo starejših: dnevno pomoč, nego in rehabilitacijo. Še posebej v zadnjem desetletju država in občine finančno spodbujajo tudi nevladne organizacije k nudenju storitev za starejše.

V Sloveniji so neinstitutionalne oblike socialnega varstva starejših nastajale šele okoli leta 1995, nudile so jih nekatere nevladne organizacije in zasebniki. Podobno kot na Hrvaškem se je pred tem in tudi danes ponudba storitev za starejše v lokalnih skupnostih razvijala predvsem kot dodatna ponudba rezidenčnih domov za starejše. Prvi samostojni dnevni center za starejše je bil ustanovljen leta 2005 v Ljubljani, pod imenom *dnevni center aktivnosti za starejše*. V času, ko je nastala študija, je v Sloveniji obstajalo več kot 50 dnevnih centrov za starejše. Kot so zapisali raziskovalci, »*storitve ponuja vedno več rezidenčnih domov za starejše, večja pa se tudi število samostojnih dnevnih centrov, ki so ločeni od domov za starejše in jih vodijo neprofitne organizacije*« (str. 55). Dnevni centri aktivnosti ponujajo predvsem družabne aktivnosti, telovadbo, različne delavnice in druge aktivnosti, ki spodbujajo socialno vključenost starejših, vseživljenjsko učenje in aktivno staranje.

Raziskava, ki smo jo v tem prikazu predstavili, sistematično in pregledno oriše koncept dnevnega centra za starejše, pri čemer se opira tako na znanstveno literaturo kot direktno na obstoječe prakse, seveda v okviru obsega podatkovne baze. Prebrali smo lahko, da se koncept v nekaterih državah Evropske unije razvija že več kot pol stoletja. Razvoj dnevnih centrov je eden od gradilnih kamnov v razvoju deinstitutionalizacije oskrbe starejših in podpore aktivnemu staranju. Slednje težnje so zadnja leta vse bolj prisotne tudi v Sloveniji: razvijajo se različni programi deinstitutionalizacije in pripravlja se Zakon o dolgotrajni oskrbi. Prav zato so za naš prostor takšne raziskave, kakršna je ta, še kako pomembne. Dajejo nam možnost, da se ob zgodovinskem razvoju koncepta in ob nekaterih stalnih spremenljivkah zamislimo in pustimo, da nas paleta različnih možnosti navdihuje, da bomo v Sloveniji kreativno oblikovali in uvajali takšne prakse, v tem primeru dnevne centre, ki bodo res odgovarjali na potrebe sedanjih starejših ljudi – tako tistih, ki so še vedno zdravi, kot tistih, ki so starostno onemogli in za katere po svojih najboljših močeh skrbijo svojci.

Marta Ramovš

Yasuyuki Gondo, 2016. *Technologie und Alter in Japan*. V: <http://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1024/2297-5160/a000018> (sprejem: 31. 1. 2017).

TEHNOLOGIJA IN STAREJŠI NA JAPONSKEM

Tudi Japonska je ena izmed držav, v katerih se prebivalstvo hitro stara, kar se pozna na vseh družbenih ravneh. Spremenjena demografska slika po eni strani zahteva številne tako sistemske kakor osebne prilagoditve, po drugi strani pa prinaša nove izzive in možnosti, med drugim tudi na trgu dela. V ospredje so stopila podjetja, ki ponujajo smiselne rešitve

za nastale demografske spremembe ter razvijajo inovativne tehnološke pristope in storitve za starejše ljudi. Prof. dr. Yasuyuki Gondo je raziskoval, katere tehnologije razvijajo na Japonskem, v kolikšni meri so priročne in prilagojene potrebam in željam starejših uporabnikov ter na katerih področjih bi bile koristne tehnologije še posebej zaželene, vendar trenutno še ni pogojev za njihovo uvedbo. Avtor je tehnologije za starejše ljudi razdelil v tri skupine, glede na njihovo funkcijo in namen, in sicer se uporabljajo kot **nadomestilo**, kot pomoč pri **komunikaciji** in kot **podpora** pri ohranjanju **zdravja**.

NADOMESTNE TEHNOLOGIJE

Nadomestne tehnologije starejšemu človeku nudijo podporo pri vsakdanjem življenju ali mu omogočijo, da ohranja določene telesne funkcije, sposobnosti in spretnosti. V to skupino sodijo slušni aparati, ki so prilagojeni potrebam časa in željam uporabnikov. Vse bolj priljubljeni so kostno usidrani slušni pripomočki, ki so vstavljeni v lobanjsko kost in izkoriščajo naravno telesno danost, da se zvok prenaša po kosteh. Zvok se tako pretvori v vibracije, ki potujejo naravnost v notranje uho. Na tržišču so tudi drugi inovativni izdelki. Najbolj priljubljen je zvočniški sistem za televizorje, ki starejšim omogoča, da slišijo televizijski zvok v bližini, ne da bi morali povečati glasnost televizorja. Na področju radijske tehnologije lahko v prihodnosti več pozornosti pritegne sistem za pretvorbo hitrosti govorjenja. Takšen sistem so razvili pred več kot 10 leti. Sistem je izumil *NHK Broadcasting Culture Research Institute* in radie, opremljene s tem sistemom, poslal na trg. Od začetkov leta 1989 so starejši ljudje najpomembnejša skupina poslušalcev nočnega programa, ki ga oddaja NHK. Nočni program so med drugim prilagodili tako, da upokojeni didžeji predvajajo posebne vsebine, ki jih imajo starejši radi.

Pripomočki, ki ohranjajo ali izboljšujejo mobilnost, krepijo samostojnost starejših. Eden od takšnih pripomočkov je rolator (hodulja s kolesi), ki ga na Japonskem imenujejo tudi srebrni avtomobil. Ponavadi ima nakupovalno košaro in klop, na kateri si lahko star človek odpočije, nato pa nadaljuje z opravki. Onemogli ljudje radi uporabljajo vozila na električni pogon. Prvi takšni komercialni produkti so v trgovine prišli okoli leta 1980. Trenutno se prodajata dve vrsti vozil: s krmilno palico in z ročajem. Zanimivo je, da se je prodaja teh vozil v zadnjih letih zmanjšala. Na to, da so ta vozila vse manj priljubljena, je najverjetneje vplival življenjski slog po načelu *Wer rastet, der rostet*, kar pomeni, da se pomanjkanje telesnih in psihičnih aktivnosti negativno odraža na človekovih sposobnostih, zdravju in počutju. Starejše ljudi in njihove svojce namreč skrbi, da bi odvisnost od teh udobnih naprav lahko vodila do velike izgube sposobnosti. Pred kratkim so na tržišče prišli invalidski vozički s pedali. Prednost tega tipa vozila je, da se uporabnik lahko premika z nogami tudi takrat, ko sedi v invalidskem vozičku. Za premagovanje kratkih razdalj izven stanovanjskih naselij pa so zelo uporabna manjša električna vozila. Prednosti teh vozil so: nizke emisije, udobnost in priročnost. Za njihovo negativno plat se je izkazalo dejstvo, da se za njihovo uporabo zahteva vozniško dovoljenje. Japonska vlada je za voznike, ki so stari 75 let in več, uvedla preizkus za podaljšanje veljavnosti vozniškega dovoljenja, da bi zmanjšali število nesreč. Glede na to, da so starejši glavni uporabniki teh vozil, bo podaljšanje veljavnosti vozniškega dovoljenja v prihodnosti predstavljalo velik problem. Implementacija sistemov, ki bodo sami vozili, bo zato v prihodnjem razvoju nepogrešljiva.

KOMUNIKACIJSKE TEHNOLOGIJE

Komunikacijske tehnologije so namenjene krepitvi medčloveških vezi in izboljšavi

uporabnikovega počutja, predvsem želijo z njimi blažiti občutke osamljenosti. Pereč problem na Japonskem je namreč, da vedno več starejših ljudi živi samih. Japonska vlada ocenjuje, da je leta 2015 okoli 6 milijonov starejših ljudi živelo samih in da se bo to število v letu 2035 povečalo na 7,6 milijona. Japonsko družbo je na to težavo opozoril dokumentarni film o človeku, ki je živel sam in je doma umrl, kar dolgo časa ni nihče opazil. Na Japonskem te primere samotnih smrti imenujejo *kodokushi*. Pri iskanju rešitev, kako starejše povezati z družino in družbo, so se naslonili tudi na možnosti, ki jih nudijo tehnologije. Predpostavlja se namreč, da lahko komunikacijske naprave preprečujejo socialno izolacijo in zmanjšajo primere *kodokushija*. V nadaljevanju bomo navedli nekaj tehnologij, ki sodijo v ta sklop. Leta 1970 so izumili sistem, namenjen starejšim, za klic v sili. To je aktivni komunikacijski sistem, ki s pomočjo brezžične naprave v obliki obeska ali stenskega gumba za klic v sili informira o nujnih primerih. Leta 2000 je več kot 95 % lokalnih upravnih organov ponudilo te storitve, vendar so kasneje poročali, da manj kot 10 % gospodinjstev, v katerih živijo starejši, dejansko uporablja ta sistem. Starejši oklevajo pri uporabi sistema, čeprav ga imajo. *Mimamori (Paznik)* je ime sistema, pri katerem z električnim grelnikom vode spremljajo aktivnosti starejših ljudi. Prvič so ga v produktu, ki se vsakodnevno uporablja, komercialno predstavili leta 2001. To storitev je razvil eden od proizvajalcev termovk. Sistem nadzira, ali oziroma kolikokrat starejši človek uporablja električni grelnik vode. Glede na dejstvo, da starejši oklevajo pri uporabi aktivnih komunikacijskih naprav za klic v sili, se je pasivna komunikacija takrat zdela odlična ideja, toda število uporabnikov se je z leti zmanjšalo. Koncept pasivne komunikacije je vendarle preživel in se izpopolnjen uporablja v modernejših napravah, npr. pri spremljanju

porabe električne energije in mestnega plina ter pri zaznavanju gibanja in drugih bioloških funkcij, kot so senzori za zaznavanje dihanja v hiši. V zadnjih letih so različna podjetja predstavila prototipe humanoidnih komunikacijskih robotov. Podjetja načrtujejo, da bi roboti opravljali funkcijo pomembnih vmesnikov za celovite storitve – od spremljanja uporabnikovega zdravja do njegove podpore. Zaradi težav z zanesljivostjo so humanoidni roboti še v testni fazi in zaenkrat niso v prodaji.

Na področju komunikacij je trenutno najuspešnejši produkt robot z imenom *Paro*, v obliki tjulnja, ki naj bi imel zdravilne in terapevtske učinke. Veliko domov za starejše na Japonskem in v drugih državah že uporablja te robote, predvsem pomagajo pri psihični stabilizaciji dementnih. Eden od robotov za komunikacijo, ki so ga razvili na Japonskem, je tudi *Telenoid*. V fazi preizkušanja na Danskem so ugotovili, da so dementni ljudje razvili pozitiven odnos do tega posebnega robota.

TEHNOLOGIJE, KI PODPIRAJO IN OHRANJAJO ZDRAVJE

Na področju krepitve zdravja so poleg inovativnih naprav za nadziranje nadgradili že obstoječe tehnologije, npr. s pametno uro je mogoče spremljati aktivnosti starejšega človeka. Avtor je na tem mestu izpostavil dejstvo, da se starejši ljudje dandanes bolj spoznajo na igralne avtomate in TV-igre, kar so prepoznali tudi proizvajalci, ki so igre tako prilagodili, da služijo tudi v rehabilitacijske in zdravstvene namene. Kot primer za to navaja igro *Drum Master*, pri kateri je treba bobnati po taktu pesmi. Starejšim ljudem so igro prilagodili tako, da predvajajo skladbe po njihovem okusu, da so vgradili podporne organizme za držanje bobnarskih palic, da so omogočili nižjo pozicijo za osebe na vozičku in da so poenostavili kriterije za bobnanje. Trenutno prodajajo različne igralne avtomate, ki so namenjeni

telesnemu in psihičnemu treningu starejših ljudi. Predpostavlja se, da bi lahko ti aparati zmanjšali stroške za nego in rehabilitacijo.

Japonska vlada išče rešitve za nastale demografske spremembe, zato je med drugim sprejela strategijo o robotih (*Japan's Robot Strategy*), v kateri spodbuja prihodnji razvoj industrije. Predvidevajo, da če bi jim uspelo v robote integrirati vse potrebne zahteve, komunikacijo, različna nadomestila in podpore, bi to pomenilo tehnično revolucijo, ki bi pomagala družbam, da se uspešno soočajo z novonastalimi izzivi.

V zadnjih desetletjih so na Japonskem razvili številne tehnologije, ki starejšim lajšajo starostne tegobe: nekatere so priljubljene in njihova uporaba raste, nekatere so bile popularne le na kratek rok in njihova prodaja upada, spet druge niso naletele na dober odziv. Avtor predvideva, da k priljubljenosti določene tehnologije ključno prispevajo naslednji trije kriteriji: preprosta uporaba, nudenje minimalne podpore, ki ne povzroča izgube funkcij, spretnosti in sposobnosti, ter prilagojenost zahtevam časa in ljudi. Starejši ljudje so sicer zelo previdni pri uporabi tehnologije in skrbno tehtajo, katere so njene prednosti in slabosti.

Veronika Mravljak Andoljšek

Kielty Turner, 2010. *The Promotion of Successful Aging through Mindfulness Skills Training*. V: http://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1002&context=edissertations_sp2 (sprejem: 10. 2. 2017).

USPEŠNO STARANJE S POMOČJO ČUJEČNOSTI

Avtorica je v doktorskem delu želela raziskati vlogo čuječnosti pri uspešnem soočanju z izzivi staranja. Starost namreč prinaša izgube na različnih področjih človekovega delovanja, na te izgube pa se posamezniki lahko boljše

ali slabše prilagajajo. Strokovnjaki kot enega izmed najpomembnejših vidikov uspešnega staranja izpostavljajo posameznikovo sposobnost uravnavanja čustev, kar mu omogoča učinkovitejše spoprijemanje s starostnimi izgubami. Drugi izjemno pomemben vidik uspešnega staranja so pozitivna prepričanja o samem procesu staranja in znotraj tega pozitiven odnos do lastnega staranja. Čuječnost (ang. *mindfulness*) pomeni zavedanje in sprejemanje trenutnega dogajanja brez poskusov, da bi se občutkom, mislim ali zunanji situaciji izognili. Opisano stanje čuječnosti torej vključuje tudi vidik sprejemanja sedanosti, zato nudi potencialno možnost pozitivnega vpliva na oba omenjena vidika uspešnega staranja.

V prikazu se bomo osredotočili na opis čuječnosti in nekaterih vidikov kakovostnega staranja, na koncu pa bomo povzeli tudi raziskavo in ugotovitve doktorskega dela.

NEVROLOŠKI VIDIKI ČUJEČNOSTI

Razvoj tehnologije je prinesel zelo natančne in zanesljive naprave, ki omogočajo širjenje raziskovanja na področju nevroznanosti. Tako v današnjem času prihaja do eksplozije novih informacij o strukturi in delovanju možganov, v nevrokognitivnem kontekstu pa tudi vedno več proučujejo čuječnost. *Čuječnost je konstrukt, ki si je iz budistične filozofije v zadnjem času utrl pot na to področje raziskovanja. V budistični filozofiji je čuječnost temeljni pojem meditacije in ima večtisočletno tradicijo na področju lajšanja človekovega blagostanja.*

Osrednji pojem stanja čuječnosti je osredotočanje pozornosti na trenutno doživljanje. V ta pojem je vključeno tako doživljanje zunanje situacije, v kateri se posameznik trenutno nahaja, kot tudi notranje doživljanje trenutnih misli, občutkov, čustev, zaznav ipd. Poleg zavedanja trenutnega dogajanja ima čuječnost še eno bistveno komponento – sprejemanje. To pomeni posameznikovo pripravljenost, da

sprejme doživljanje brez vrednotenja, kritičnega presojanja, poskusov izmikanja ali spreminjanja česar koli v svojem doživljanju. Stanje čuječnosti posamezniku omogoča ohranjanje mentalne mirnosti, neprizadetosti in uravnovešenosti tudi v situacijah, ki bi lahko bile zanj precej čustveno obremenjujoče.

Z nevrološkega vidika je čuječnost oblika zdrave povezanosti posameznika s svojim lastnim jazom. Gre za notranjo uglašenost, ki omogoča dobro nevrnalno povezanost frontalnih predelov možganov (sedež zavedanja in kognicije), limbičnih predelov (sedež čustvovanja) in področij možganskega debla (sedež uravnavanja telesnih funkcij). Tovrstna nevrnalna povezanost omogoča učinkovitejše in bolj prilagojeno uravnavanje čustev. Poleg tega ta notranja uglašenost nudi boljše zavedanje dražljajev, zaradi česar je izvršilna pozornost odprta do kakršnekoli trenutne izkušnje posameznika. Dobra povezanost kognicije in emocij omogoča občutke o mislih in misli o občutkih. Na ta način se razvije višji nivo zavedanja, sprejemanja in zanimanja za lastne misli in občutke.

Nevroznanstveniki, ki jih v disertaciji navaja avtorica, izpostavljajo problem avtomatizirane dejavnosti posameznika in avtomatiziranosti njegovih misli, čustev in telesnih reakcij. Ta pojav imenujejo *zasužnjenost od zgoraj navzdol*, čuječnost pa vidijo kot rešitev za prevlado zavedanja nad tem avtomatiziranim odzivanjem na okolico. Odzivanje z zavedanjem prinaša trajne pozitivne spremembe v kognitivnih stilih in v prilagojenosti čustvenega odzivanja ter posledično tudi bolj prilagojene vzorce interakcije z drugimi posamezniki in izboljšanje medosebnih odnosov. S čuječnostjo se namreč krepi kapaciteta posameznika za razumevanje samega sebe in za osebnostno rast ter s tem tudi za razumevanje drugih posameznikov. Pri ljudeh, ki prakticirajo čuječnost, so raziskovalci s pomočjo slikanja možganov potrdili tudi

povišano aktivnost v predelih možganov, ki so povezani s sočutjem.

Osredotočenost na sedanost prinaša pozitivne učinke tudi pri zmanjševanju stresa, katen rega izvor smo pravzaprav ljudje sami. Pogosto namreč v sedanosti delujemo avtomatično, kar je že samo po sebi veliko manj učinkovito kot delovanje z zavedanjem, ob tem pa v mislih premlevamo negativne dogodke iz preteklosti ali se ukvarjamo s skrbmi glede prihodnosti. Tako delovanje je za posameznika zelo stresno.

Čuječnost je veliko lažje opredeliti kot dati uporabne napotke za njeno prakticiranje. Stanje čuječnosti namreč ni zlahka dosegljivo, saj je težko vzpostaviti in ohraniti učinkovit nadzor nad pozornostjo, zato so za razvijanje čuječnosti potrebne ustrezne vaje.

IZZIVI STARANJA

Avtorica v disertaciji navaja dober opis izzivov staranja po McBee iz leta 2008: *»Izguba zdravja lahko vodi do izgube samostojnosti, izguba družine in prijateljev lahko vodi do osamljenosti, izguba vlog in produktivnosti lahko vodi do razpada identitete. S starostjo povezane izgube na zaznavnem področju (npr. sluh in vid) pa lahko starostniku onemogočijo doživljanje ugodja ob dejavnostih, ob katerih je v mladosti užival (npr. branje, slikanje in poslušanje glasbe).«* (str. 48)

Postopne izgube v vsakdanjem delovanju so izvor vsakodnevnega stresa. Ker ljudje pogosto niso opremljeni z učinkovitimi strategijami za spoprijemanje s stresom, lahko take razmere vodijo do težav na področju duševnega zdravja, predvsem do občutkov depresivnosti in tesnobe. Ker je pri starostnikih tveganje za depresijo in anksioznost visoko, je potreba po razvijanju preventivnega delovanja na področju gerontologije velika. Pozornost je pri težavah staranja usmerjena pretežno na telesno delovanje, zato je potrebno tudi ozaveščanje potrebe po usmeritvi pozornosti na duševno delovanje.

Raziskovalci in teoretiki se vedno več ukvarjajo z vprašanjem kakovostne starosti. Avtorica izpostavlja tri opredelitve. Eden od uveljavljenih pojmov na tem področju je uspešno staranje, ki vključuje tri komponente – odsotnost bolezni in invalidnosti, dobre umske in telesne sposobnosti ter aktivno vključenost v življenje. V okviru preventivnega pristopa pozitivne psihologije se je uveljavil pojem pozitivno staranje, pri katerem sta osrednjega pomena prilagajanje posameznika na razmere, ki jih predenj postavlja staranje, in njegova sposobnost doživljanja smisla življenja kljub starostnim izgubam. Na kakovostno staranje lahko gledamo tudi z vidika psihičnega blagostanja. Model psihičnega blagostanja vključuje šest področij posameznikovega funkcioniranja, ki so pomembno povezana z duševnim in s telesnim zdravjem – poleg doživljanja smisla še sprejemanje samega sebe, osebnostna rast, pozitivni odnosi z drugimi, avtonomnost in obvladovanje okolja.

Poleg kriterijev je v literaturi dobro predstavljen tudi procesni vidik uspešnega staranja. Ta vidik izpostavlja pomembnost uporabe treh strategij upravljanja z življenjem – selekcije, kompenzacije in optimizacije. Selekcija pomeni izbiranje realnih ciljev in opuščanje nerealnih (npr. posameznik, ki je rad plaval in se potapljal, se odloči, da opusti potapljanje in se raje bolj posveti plavanju), optimizacija pomeni izpopolnjevanje sredstev, ki so potrebna za doseganje izbranih ciljev (npr. povečanje vztrajnosti ali izbira pravega trenutka), kompenzacija pa se nanaša na uporabo novih sredstev za doseganje istih ciljev (npr. če posameznik ne more več dobro brati, začne uporabljati očala). Proces uporabe omenjenih strategij omogoča ohranjanje zadovoljstva s svojim življenjem in tako znižuje možnost za pojav depresije v starosti.

Podobnega mnenja kot gerontološke teorije uspešnega staranja so tudi starostniki

sami. V raziskavah, na katere se avtorica sklicuje, so starostniki kot ključne dejavnike pozitivnega funkcioniranja navajali sprejemanje sprememb, pozitiven odnos do staranja, sprejemanje realnosti in prilagajanje na spremembe.

URAVNAVANJE ČUSTEV V STAROSTI

Glavna razvojna naloga v obdobju starosti (po 65. letu) je doseganje integritete. Integriteta pomeni doseganje zadovoljstva z življenjem in doživljanje smisla osebne preteklosti. Sodobnejši teoretiki temu tradicionalnemu pojmovanju dodajajo še pomembnost sprejemanja samega sebe in učinkovitega uravnavanja čustev.

Za učinkovito uravnavanje čustev je osrednjega pomena preventivno delovanje posameznika v smeri preprečevanja potencialnega stresa oziroma zmanjševanje morebitnih negativnih učinkov stresorjev s pomočjo ustreznih vedenjskih in miselnih strategij.

V starosti k učinkovitemu uravnavanju negativnih čustev pripomore predvsem uporaba pasivnih strategij sprejemanja izgub in opuščanja nerealnih ciljev. Ker čuječnost krepi prav sposobnost sprejemanja sprememb, bi lahko prakticiranje čuječnosti veliko prispevalo h kvalitetnejšemu staranju.

POMEN NEGATIVNIH PREDSTAV O STAROSTI ZA KAKOVOSTNO STARANJE

V družbi prevladujejo negativni stereotipi o starosti, ljudje, ki so del te družbe, pa z izpostavljenostjo tem stereotipom negativne predstave staranja tudi ponotranjijo in se skladno z njimi vedejo. To se kaže predvsem v izkazovanju nespoštovanja do starejših oseb in v izražanju predsodkov o njihovi nekompetentnosti. Najpogosteje so v zahodnih družbah prisotni naslednji predsodki o starejših – da so senilni, depresivni, nekompetentni na delovnem mestu, šibki, trmasti, neprilagodljivi, slabega

zdravja in socialno izolirani ter da imajo pomanjkljivo željo po intimnosti.

Še večjo težavo predstavlja prisotnost implicitnih predsodkov o starosti v mišljenju starostnikov samih, saj močno vplivajo na njihovo vedenje in delovanje. Tovrstni predsodki imajo za starostnike veliko negativnih posledic, kar potrjujejo številne študije, na katere se avtorica doktorskega dela opira. Te so pokazale, da imajo starejše osebe s pozitivnim odnosom do staranja boljši spomin, boljšo vsakdanjo učinkovitost in večjo voljo do življenja ter da so tudi bolj kompetentne na področju branja in pisanja. Poleg tega je odnos do staranja povezan s skrbjo za lastno zdravje (zdravo prehranjevanje, redna telovadba ipd.).

Zaradi dokazanih učinkov odnosa do lastnega staranja na duševno in telesno zdravje starostnikov raziskovalci predlagajo promoviranje ozaveščanja pomena tovrstne stigmatizacije. Ker čuječnost krepi zavedanje lastnih misli in občutkov, jo lahko vidimo kot rešitev omenjene težave. Čuječnost lahko krepi zavedanje lastnih avtomatičnih negativnih misli in občutkov v povezavi s staranjem pri starejših posameznikih in hkrati nudi dobro mentalno naravnost za postopno opuščanje teh predsodkov.

Ker zaradi staranja prebivalstva pričakujemo vse večji porast starejše populacije, je razvoj preventive na področju ohranjanja zdravja in samostojnosti starih ljudi vse pomembnejši. Na podlagi tega je avtorica zasnovala pričujočo disertacijo z namenom, da preliminarno preveri morebitne pozitivne vplive čuječnosti pri uravnavanju emocij in sprejemanju svojega staranja.

RAZISKOVALNA METODA

Raziskovalna vprašanja pričujoče disertacije so bila naslednja.

1. *Ali se lahko starostniki naučijo čuječnosti?*

2. *Ali lahko starostniki s pomočjo čuječnosti izboljšajo sposobnost uravnavanja emocij?*
3. *Ali čuječnost izboljša sprejemanje lastnega staranja pri starostnikih?*

Avtorica je na podlagi predhodnih ugotovitev sorodnih raziskav predpostavila pritrilne odgovore. Študija je potekala v okviru preučevanja vpliva čuječnosti na kognitivno in nevrolško funkcioniranje sistema pozornosti v *Center for Cognitive Neuroscience* na univerzi v Pensilvaniji. Sodelovalo je 27 zdravih moških in žensk različnih ras in etničnega porekla, starih od 46 do 70 let. Udeleženci so bili pozvani k sodelovanju v tečaju zdravega življenja oziroma zdravega staranja, nato pa so bili naključno razporejeni v eno izmed skupin. Študija je primerjala dve skupini udeležencev, pri čemer je ena skupina zaključila sklop treningov čuječnosti (14 udeležencev), druga pa sklop izobraževanja o zdravi prehrani (13 udeležencev). Pred začetkom in po koncu tečaja so izpolnili vprašalnike, med samim potekom študije pa so vsak teden telefonsko poročali o svojem počutju. Vprašalniki, ki so jih udeleženci izpolnjevali, so bili naslednji.

- **5-faktorski vprašalnik čuječnosti FFMQ** (*Five Factor Mindfulness Questionnaire*; Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer in Toney, 2006), ki meri pet faktorjev čuječnosti – opazovanje, opisovanje, zavedanje vedenja, nepresojanje in neodzivnost. Skupni seštevek omogoča globalno oceno čuječnosti posameznika.
- **Vprašalnik prepričanj o staranju APQ** (*Aging Perception Questionnaire*; Barker, O'Hanlon, McGee, Hickey in Conroy, 2007), ki je bil zasnovan za merjenje posameznikovih prepričanj, povezanih s staranjem, in meri pet dimenzij prepričanj o staranju – identiteto, časovni okvir, posledice, nadzor in emocionalne reprezentacije.
- **Lestvica negativne emocionalnosti PANAS** (*Positive and Negative Affect Scale*;

Watson, Clark, Lee in Tellegen, 1988) za merjenje negativne emocionalnosti s pomočjo desetih postavk, ki navajajo različna čustva, posameznik pa oceni, v kolikšni meri je določeno čustvo doživeljal v preteklem tednu.

- **Lestvica splošne emocionalne neuravnovešenosti GEDM** (*General Emotion Dysregulation Measure*; Newhill, Mulvey in Pilkonis, 2004) je novejši instrument, uporaben za merjenje sprememb v sposobnosti uravnavanja čustev. Konstrukcija emocionalne uravnovešenosti je sestavljen iz visoke občutljivosti na emocionalne dražljaje, visoke amplitude emocionalnega odzivanja in dolgotrajnega vračanja v emocionalno izhodišče ob vznemirjenju.

REZULTATI RAZISKAVE

Rezultati so potrdili uporabnost čuječnosti za promoviranje pozitivnega staranja. Pokazali so se pozitivni učinki prakticiranja čuječnosti tako na uravnavanje čustev pri starejših osebah kot tudi na njihov odnos do lastnega staranja. Udeleženci so po tečaju čuječnosti izboljšali uravnavanje čustev in tudi svoj odnos do lastnega staranja. Prav tako se je potrdilo, da se starejši ljudje lahko naučijo čuječnosti. Rezultati vprašalnika za merjenje čuječnosti so bili namreč pri osebah, ki so se udeležile tečaja, po zaključenem tečaju višji. Zaradi majhnega vzorca rezultati niso bili statistično pomembni, kljub temu pa kažejo na pozitivne trende v prid čuječnosti.

Pri vsebinskem pregledu odgovorov, ki so jih udeleženci med trajanjem študije dajali tedensko po telefonu, se je pokazalo, da kontrolna skupina, ki se ni udeležila treningov čuječnosti, ni poročala o pozitivnih spremembah lastnih občutkov, medtem ko je eksperimentalna skupina poročala o tovrstnih pozitivnih učinkih. Odgovarjali so, da

se počutijo bolj uravnovešene, da bolje spijo, da so bolj pomirjeni in sproščeni. Žal pri tedenskem telefonskem preverjanju počutja udeležencev avtorica ni uporabila vprašanja o odnosu do lastnega staranja, je pa iz njihovih odgovorov o spremembah v počutju lahko posredno sklepala tudi o izboljšanju le-tega. Udeleženci so namreč v odgovorih pogosto izpostavili, da jim treningi čuječnosti pomagajo pri prenašanju bolečine. Poročali so tudi o manjšem nagnjenju k premlevanju preteklih negativnih dogodkov, kar je sicer povezano z depresijo in anksioznostjo. Tako se kaže tudi uporabna vrednost čuječnosti za preprečevanje depresivnih in anksioznih duševnih stanj.

V povezavi z uspešnim staranjem raziskovalci poudarjajo pomembnost prilagajanja na starostne spremembe, pri čemer izpostavljajo učinkovitost strategij selekcije, kompenzacije in optimizacije. Te strategije se nanašajo na opuščanje nerealnih ciljev in izboljšanje sredstev za doseganje realnih ciljev. Raziskave kažejo, da opuščanje nerealnih ciljev prinaša pozitivne učinke na uravnavanje negativnih emocij. Tako lahko opuščanje nerealnih ciljev v starosti konceptualiziramo kot sprejemanje realnosti procesa staranja. Rezultati pričujoče študije nakazujejo, da je čuječnost ena izmed uporabnih metod pri tem vidiku uspešnega staranja. Ob praktičiranju čuječnosti se starejši ljudje namreč vključujejo v proces selekcije, kompenzacije in optimizacije ter se učijo novih strategij za učinkovito uravnavanje negativnih čustev.

Starejši posamezniki s ponotranjenimi negativnimi predstavami o starosti so nagnjeni k negativnemu presojanju lastnega procesa staranja, kar se odraža tudi v njihovem vedenju. Ta študija nakazuje možnost uporabnosti praktičiranja čuječnosti za izboljšanje odnosa do staranja, izpostavljena pa je tudi potreba po prilagoditvi treningov čuječnosti za potrebe

starejših. Obstaja namreč možnost, da bi bili še učinkovitejši, če bi se udeležence v okviru treningov čuječnosti eksplicitno usmerjalo k pozornosti na lastne disfunkcionalne negativne misli, povezane s staranjem.

Raziskava izpostavlja predvsem dve možnosti nadaljnega raziskovanja. Prva možnost je razvoj prilagojenih treningov čuječnosti za starejšo populacijo, druga možnost pa je vnos kvalitativne metode za preučevanje vplivov čuječnosti na stigmatiziranje lastne starosti, saj bi lahko pokazala prepričljivejše rezultate kot kvantitativna metoda.

Med tedenskim poročanjem so udeleženci nakazali tudi možnost pozitivnega vpliva čuječnosti na prenašanje bolečine in na zmanjšanje težav z nespečnostjo. Ker sta bolečina in nespečnost zelo povezani s staranjem, je tudi to področje vsekakor vredno raziskati.

UPORABNA VREDNOST ČUJEČNOSTI ZA KAKOVOSTNO STARANJE

Čuječnost ima zaradi pozitivnih učinkov na zmanjševanje stresa uporabno vrednost za vse t. i. *poklice pomoči*, ko ljudje delajo s starejšo populacijo bodisi v samostojni bodisi v namestitveni obliki oskrbe. Tečajji za krepitev čuječnosti so danes večinoma prisotni v vseh urbanih okoljih, zato bi lahko socialni delavci in pripadniki drugih *poklicev pomoči* brez težav uredili možnost udeležbe na tovrstnih tečajjih. Tečajji čuječnosti bi lahko potekali v domovih, v dnevni centrih za starejše ali v različnih društvih, ki se ukvarjajo s starajočo se populacijo. Tečajje čuječnosti je mogoče prilagoditi tudi potrebam dementnih bolnikov ali starostnikov s kakršnimikoli drugimi fizičnimi omejitvami. Na ta način bi starejši ljudje lahko poleg preventivne dejavnosti za lastno duševno in telesno zdravje krepili tudi medsebojno socialno povezanost in si delili nove izkušnje.

Ajda Svetelšek

Uršič Cveto (2015). *Cerkev vseh in za vse. Vključevanje invalidov v življenje Cerkev na Slovenskem*. Ljubljana: Družina, d. o. o., 96 strani.

CERKEV VSEH IN ZA VSE – VKLJUČEVANJE INVALIDOV V ŽIVLJENJE CERKVA NA SLOVENSLEM

Cveto Uršič, pravnik z magisterijem iz evropske socialne politike, zaposlen na Direktoratu za invalide, vojne veterane in žrtve vojnega nasilja, že vrsto let opozarja na pravice invalidov in aktivno deluje na področju izboljševanja njihovega položaja. Priročnik *Cerkev vseh in za vse* je še en dokaz njegovega prizadevanja, da se invalidi enakovredno vključijo v vsa življenjska področja, pri čemer pa je tokrat še posebej poudarjen duhovni vidik, ki je sicer bistvena sestavina kakovostnega življenja. Duhovnost lahko človek razvija in krepi vse življenje, tudi v starosti, boleznih ali invalidnosti. V veri lahko najde odgovore in si osmisli življenje, tudi ko je težko, boleče in polno preizkušenj. O tem, kako pomembno vlogo ima vera, priča tudi to, da je pravica do svobode veroizpovedi ena od človekovih pravic. Vsak ima pravico svobodno izražati svojo vero, se poučiti o njej, izpolnjevati verske dolžnosti, obiskovati bogoslužje in opravljati obrede. Že v naslovu priročnika je poudarjeno, da je cerkev skupnost vseh vernikov, zato je pomembno, da je odprta za ljudi, da jih vključuje v svoje obrede in dejavnosti ter da dopusti, da vsak po svojih močeh in sposobnostih sodeluje. Pri tem se postavlja vprašanje, kaj lahko tako verski delavci kot verniki sami storijo, da na stežaj odprejo vrata src, cerkva in verskih objektov in sprejmejo medse vse ljudi (invalide, starejše, ljudi z duševnimi boleznimi idr.) ter jih vključijo v pastoralno delo. Cveto Uršič je v sodelovanju z ostalimi avtorji v priročniku zbral številne napotke, na kakšen način pristopiti k invalidom in kako jim olajšati življenje v župniji.

Priročnik sta izdala Društvo Malteška pomoč Slovenija in Družina. V njem so prispevki devetih avtorjev: Cveta Uršiča, Petra Andrejčaka, Marijana Peklaja, Marjana Lampreta, Marjete Horvat - Fajdiga, Jožeta Ramovša, Naceta Kovača, Vesne Švab in Daneta Kastelica. Predgovore so napisali: nadškof Stanislav Zore, škof evangeličanske cerkve Geza Filo, Slovenka leta 2014 Sonja Pungertnik in predsednik slovenskega društva Suvereni malteški viteški red Andrej Šter.

Na prvih straneh priročnika se nahajajo predgovori, v nadaljevanju so opisane temeljne smernice in priporočila, obrazložena so razna stanja, ki so podobna invalidnosti, v zaključku so napisani bonton in priporočila, da bo župnija postala vključujoča za vse, podani so pomembnejši naslovi in spletne strani, nekaj besed pa je namenjenih tudi pastoralnemu delu.

Že v prvem delu priročnika, v *Predgovorih*, Geza Filo opozori na veliko težavo, s katero se soočajo invalidi in bolniki: »*Največja bolečina sodobnega sveta je, da ljudje s svojimi boleznimi in problemi pogosto ostajajo sami. Biti čisto sam s svojo boleznijo pa pomeni boleč občutek nepripadnosti, izključenosti, nikamor spadati, nikogar imeti.*« (str. 13) Osamljen, socialno izločen človek še dodatno občuti breme svojih težav. Lepi odnosi z obema generacijama in vpetost v socialno okolje sta namreč pogoja za kakovostno življenje.

V poglavju *Invalidi/invalidnost v Svetem pismu* so navedeni primeri, kako Bog poskrbi za uboge, bolne in odrinjene. »*Sam Bog se torej zavzema in s kaznijo grozi tistim, ki nočejo razumeti, da so duševno in telesno prizadeti vredni spoštovanja in ljubezni v dajanju.*« (str. 23) Nadalje je avtor opisal Jezusovo ljubezen do bratov in sester, ki je ljudem zgled nesebične in sprejemajoče ljubezni, radostnega dajanja in sočutne pomoči. »*Ni videl samo znamenj bolezni in pohabljenosti, ozdravljaj je celotnega*

človeka, odpuščal grehe in klical k veri.« (str. 24) Ob bolnem ali invalidnem človeku se vsa skrupnost uči solidarnosti, da pa to lahko doseže, se mora vživeti vanj, ugotoviti, kaj lahko stori sam in pri čem mu je lahko v oporo in pomoč, ter sprejeti tako njegove talente kakor omejitve. Apostoli poudarjajo, da mora biti ljubezen konkretna, ne samo v besedah, kar lahko pomeni najrazličnejše stvari, »od tega, da komu, ki je negotov pri hoji, ponudimo svojo roko ali ramo v oporo, do tega, da sestavljamo pobude in predloge za potrebne izboljšave zakonov v korist invalidnim osebam« (str. 27).

Poglavje *Diakonija – temeljno poslanstvo Cerkve* prinaša spoznanje, da mora diakonija »vedno ostati in biti tudi praktično delo, pripravljeno s konkretnim delovanjem biti v pomoč konkretnim ljudem« (str. 29). O poslanstvu cerkve in vernikov govori geslo najstarejšega meniškega reda v zahodni Evropi – benediktincev – *Ora et labora*, kar pomeni *Moli in delaj*. Konkretna dejanja pomoči ljudem, ki so zaradi materialnega pomanjkanja, telesnih ali duševnih okvar potisnjeni na rob družbe, so sestavni in neločljivi del vere. V Svetem pismu sta usmiljenje in skrb za druge poudarjena na več mestih, predvsem pa v priliki o usmiljenem Samarijanu in v priliki o končni sodbi.

V poglavju *Razumevanje invalidnosti v 21. stoletju* avtor opozori na dve pogosti napaki, ki ju naredimo pri srečevanju in komuniciranju z invalidi. Na eni strani mislimo, da so invalidi homogena skupina ljudi, ki ima podobne težave, čeprav »so tudi invalidi posamezniki s svojimi zgodbami in svojimi individualnimi problemi, ob tem pa ima vsaka skupina invalidov še svoje posebne potrebe« (str. 35), po drugi strani pa je narobe, če invalida dojemamo zgolj kot usmiljenja in pomoči potrebnega, »če invalida obravnavamo kot objekt in namesto njega odločamo o tem, kaj je zanj dobro in kaj ne« (str. 36). Avtor poudarja,

da invalidi niso posebna skupina vernikov, ki potrebuje posebno obravnavo, temveč so vsi verniki poklicani k bratstvu. Nadalje našteje primere, kje se lahko začne konkretno delo: dostopnost do vseh verskih objektov (prilagoditve v fizičnem okolju), dostopnost božjega oznanila in cerkvenega nauka (spremembe v sporočanju in sporazumevanju) idr. Avtor poudari: »Kar naredimo v dobro invalidov, naredimo v dobro vseh vernikov, v dobro vseh ljudi.« (str. 37) Prilagojena stopnišča, klančine, dostopni vhodi in ustrezne sanitarije ne koristijo le invalidom, temveč tudi ostalim ljudem, npr. starejšim osebam in staršem z otroškimi vozičkom.

Predgovorom sledijo priporočila za vključevanje različnih skupin invalidov: gluhih in naglušnih, slepih in slabovidnih, gluhoslepih, ljudi z motnjami v duševnem razvoju ter gibalno oviranih ljudi. Pri vsaki skupini invalidov je opisano, s katerimi težavami se soočajo, kako pristopiti do njih in kako jim lahko olajšamo življenje v župniji. Pri vsaki skupini invalidov bomo izpostavili nekaj priporočil.

Pri sporazumevanju z **gluho ali naglušno osebo** govorimo počasneje in razločno ter ob tem osebo gledamo, da nam lahko bere z ustnic. Če je pri pogovoru prisoten tolmač za znakovni jezik, gledamo gluho osebo, ne tolmača. Pri cerkveni pastoralni so avtorji zaznali veliko potrebo po oznanjevalcih, ki obvladajo slovenski znakovni jezik.

Slepim in slabovidnim lahko olajšamo dostop do župnijske cerkve tako, da se ponudimo za spremljevalca, pri čemer je treba upoštevati določene napotke, npr. spremljevalec hodi pol koraka pred slepim, prvi vstopa v prostor, opozarja na spremembe na poti idr. Če je ob slepem človeku pes vodič, ga ne motimo z ogovarjanjem in božanjem ter mu ne ponujamo hrane. Veliko starejših z okvarami vida ne zna uporabljati računalnikov in drugih sodobnih pripomočkov, v veliko pomoč so jim zato

prostovoljci, ki jim preberejo razna obvestila in duhovno literaturo.

Sporazumevanje z **gluhooslepimi osebami** poteka na različne načine, glede na njihov ostanek vida in sluha: s pomočjo tolmača, v znakovnem jeziku, v taktilnem znakovnem jeziku, s prstno abecedo, z brajico idr. Gluhooslepi se lahko hkrati sporazumevajo le z enim posameznikom, ki mora biti v njihovi neposredni bližini. Gluhooslepi osebi se približamo počasi. Naše kretnje naj bodo mehke in počasne, saj hitri in sunkoviti gibi vzbujajo nelagodje. V cerkvi lahko gluhooslepi osebi pomagamo tako, da jo pospremimo do stola oziroma klopi, ki je čim bližje oltarju ali zvočniku. Če ima oseba še ostanek vida, ji priskrbimo kakšno gradivo (župnijski list idr.) v povečanem tisku.

Vključevanje **ljudi z motnjami v duševnem razvoju** v župnijo lahko olajšamo z lahko berljivimi in razumljivimi besedili.

Gibalno ovirani ljudje se v glavnem srečujejo s fizičnimi ovirami. Pri komuniciranju z osebo na invalidskem vozičku je pomembno, da se zavedamo, da je invalidski voziček del njenega osebnega prostora, zato se ne naslanjamo nanj. Če je pogovor daljši, počepnemo ali sedemo, da so oči obeh sogovornikov v isti višini. Gibalno oviranim ljudem lahko olajšamo udejstvovanje v župniji predvsem z odpravljanjem fizičnih ovir in s prilagoditvami, ki izboljšajo dostopnost objektov: s parkirišči za invalide, s klančinami, z oprijemali, s prilagojenimi sanitarijami ...

V poglavju *Drugo – razna stanja, ki so podobna invalidnosti* se avtorji posvetijo vključevanju **otrok z motnjo pozornosti in s hiperaktivnostjo, starejšim osebam in ljudem s težavami na področju duševnega zdravja**, izpostavljene so tudi **govorne težave**.

Pri vključevanju **starejših** avtor poudari pomembnost lepih medgeneracijskih odnosov, ki temeljijo na spoštovanju. Dejavno

spoštovanje se razvija tako, da v vsakem človeku najprej vidimo tisto, kar nas veseli, kar se lahko od njega naučimo, dobro, ob katerem se lahko napajamo. Medgeneracijske skupine in skupine za starejše so lep primer tega, kako širiti socialno mrežo starejših in krepiti povezanost ljudi v kraju. Inštitut Antona Trstenjaka že dvajset let usposablja prostovoljske voditelje, ki tako v Sloveniji kakor v tujini ustanavljajo takšne skupine. Mnogo starejših ljudi je osamljenih, zato jim srečanja v skupini pomembno obogatijo in osmislijo življenje. Med člani skupine se pogosto spletejo globoke prijateljske vezi, ki lahko zapolnijo vrzeli v socialnih stikih. Pomembno vlogo bodo vse bolj igrali tudi krajevni medgeneracijski centri, v katerih se bodo ob različnih dejavnostih srečevali, družili in povezovali ljudje različnih starosti. Na tem mestu je treba izpostaviti tudi svojce, ki doma oskrbujejo in negujejo starejšega ali invalidnega družinskega člana. Njihovo delo je plemenito, zelo koristno tudi na nivoju širše družbe, vendar pogosto prezrto in brez veljave. Tudi oni v stiskah, utrujenosti in preobremenjenosti pogosto ostanejo sami. Dobro je, da se zavedamo njihovega dragocenega dela in jim ponudimo pomoč.

Ljudje s težavami na področju duševnega zdravja pogosto trpijo zaradi diskriminatornih vedenj, npr. izogibanja, odklanjanja in obsojanja, ki prizadene tudi njihovo družino. K njim pristopimo sočutno. Velikokrat lahko pomaga naše potrpežljivo vztrajanje ob njih, seveda pa je treba paziti, da dobijo ustrezno strokovno pomoč, ki jim bo pomagala skozi težka obdobja.

V zaključnem delu priročnika je podanih nekaj priporočil, da bo župnija postala vključujoča za vse. Izpostavili smo sledeči priporočili.

1. Medgeneracijsko sožitje krepimo s tem, da spodbujamo mlade, da obiskujejo starejše v domovih za ostarele. Mladi se tako učijo

skrbi za človeka in tudi konkretne pomoči pri različnih opravilih.

2. Vzdržujmo redne stike z verniki, ki zaradi invalidnosti ne morejo sodelovati pri obredih ali drugih dogodkih v župniji. Z lepimi odnosi med župljani bomo gradili povezano skupnost.

V zaključku so zapisani pomembnejši naslovi in spletne strani, opisano je, katere dejavnosti vsebuje pastorala gluhih in naglušnih, slepih in slabovidnih, gluhoslepih in oseb z motnjami v duševnem razvoju ter kje potekajo. Priročnik se zaključuje z opisom

aktivnosti evangeličanske cerkve augsburške veroizpovedi.

Na straneh priročnika najdemo konkretna navodila, kako invalidom olajšati in polepšati življenje v župniji. Nekatero prilagoditve (npr. odpravljanje arhitekturnih ovir) zahtevajo čas, denar in načrtovanje in so v domeni stroke. Na vsakem posamezniku pa je, da razmisli, kaj lahko sam stori za to, da se bodo ljudje okoli njega počutili sprejete. Bistvenega pomena je predvsem lepa komunikacija, ki temelji na odprtem, rahlo-čutnem in sočutnem pristopu do ljudi.

Veronika Mravljak Andoljšek

DROBCI IZ GERONTOLOŠKE LITERATURE

VPLIV SENZORNE TEHNOLOGIJE IN KOORDINACIJE NEGE NA OHRANJANJE ZDRAVJA

Raziskovalci na univerzi v Misuriju že več kot desetletje raziskujejo kakovostno staranje starejših. V eni izmed študij so ugotavljali vpliv senzorne tehnologije in koordinacije nege na ohranjanje zdravja prebivalcev v skupnosti neodvisnih starejših z imenom *TigerPlace*.

Raziskovalci so odkrili, da so prebivalci *TigerPlace* v tej skupnosti ostali dlje časa kot starejši, ki živijo v drugih stanovanjih in v domovih, prilagojenih za starejše, po državi. Najdlje so v tej skupnosti ostali tisti prebivalci, ki so živeli v stanovanjih, opremljenih s senzorji. Dolžina bivanja v domačem okolju kaže, da je zdravje starejših dovolj stabilno za samostojno življenje in da še ne potrebujejo institucionalne oskrbe. Tehnološko napredna oskrba v skupnosti *TigerPlace* lahko služi kot stroškovno učinkovit model za izboljšanje zdravja in funkcionalnosti starejših, ki živijo v skupnostih upokojenec, v vzdrževanih stanovanjih ali v svojih domovih.

Z dobro koordinacijo oskrbe v skupnosti *TigerPlace* so podvojili dolžino bivanja starejših v domačem okolju. Prav tako se je čas podvojil še z dodajanjem senzorjev v okolje starostnikov. Če primerjamo stroške starejših, ki živijo v skupnosti *TigerPlace* in imajo nameščene senzorje s senzorsko tehnologijo, s stroški starejših oseb, ki živijo v institucionalni oskrbi, se razlikujejo v višini približno 30.000 dolarjev na osebo.

Vsi prebivalci skupnosti *TigerPlace* prejmejo koordinirano oskrbo, ki deluje znotraj skupnosti. Oskrbo pokriva interdisciplinarna ekipa, sestavljena iz diplomirane medicinske sestre in socialnega delavca. Medicinska sestra

se osredotoči na fizično zdravje starejših, socialni delavec pa se ukvarja z mentalnim zdravjem in z dobrimi odnosi. Nekateri od prebivalcev imajo nameščene senzorje, ki spremljajo vzorce hoje, v svojih domovih. Ti vzorci lahko nakazujejo povečano tveganje za padce, zaznavanje dihanja, nemira in nepravilnega pulza ter zaznavajo padce. Zdravstvene informacije so povezane s koordinatorji oskrbe, ki ukrepajo pri reševanju zdravstvenih sprememb. Raziskave kažejo, da so zdravstvene težave odkrite od enega do dva tedna prej pri starejših, ki imajo nameščene senzorje, kot pri tistih, ki živijo brez senzorjev.

Senzorji prav tako pomagajo koordinatorjem oskrbe pri odločanju, saj sprožijo alarm pri morebitnih zdravstvenih težavah. Opozorila lahko kažejo tudi na potencialno depresijo in povečanje zmedenosti in/ali drugih težav, s katerimi se soočajo starejši. Senzorji pomagajo pri zgodnji zaznavi zdravstvenih sprememb, ko jih niti starejši sami še ne zaznajo.

Raziskovalci upajo, da se bodo pozitivni učinki koordinacije oskrbe in senzorne tehnologije v skupnosti *TigerPlace* prenesli v druge bivalne enote za starejše in v domove. Nastanitve za starejše bi lahko pridobile več koristi pri ustanavljanju velnes centrov, kjer bi bil zaposlen koordinator oskrbe. Ta bi lahko spremljal zdravstvene spremembe starejših in ohranjal njihovo zdravje pred poslabšanjem ter jim s tem pomagal ostati v enakem okolju.

Raziskovalci so z ustvarjanjem skupnosti *TigerPlace* želeli uporabiti nove stvari pri staranju starejših v domačem okolju. Zdaj z raziskavo nadaljujejo, saj želijo odkrivati nove načine pri kakovostnem staranju. Prav tako ugotavljajo prave koristi v zvezi s koordinacijo oskrbe in s tehnologijo in iščejo nove rešitve, ki bi pripomogle k reševanju problemov staranja.

Njihov namen je, da ohranjajo starejše funkcionalno aktivne in samostojne.

Vir: https://www.sciencedaily.com/releases/2015/12/151207131719.htm?utm_source=TrendMD&utm_medium=cpc&utm_campaign=ScienceDaily_TrendMD_0 (sprejem: 21. 4. 2017).

Tjaša Mlakar

DOMOVI ZA OSTARELE, KI SO HKRATI ŠTUDENTSKI DOMOVI

Nekateri domovi za ostarele so začeli s prakso, da v svoje prostore vabijo študente, ki lahko pri njih bivajo brezplačno. Sobivanje starejših in študentov koristi obojim. Primer, ki to dokazuje, je dom za ostarele Humanitas, ki se nahaja v vzhodnem delu Nizozemske in v katerem prebiva šest študentov. V zameno za 30 ur prostovoljskega dela na mesec lahko v prostih sobah doma bivajo brezplačno.

Študentsko življenje je na Nizozemskem relativno drago. Študentje za najemnino v povprečju zapravijo 366 evrov na mesec. V študentskih sobah je težko dobiti prostor, prav tako so večkrat utesnjene. Medtem se država sooča s težavami pri urejanju dolgotrajne oskrbe. Leta 2012 se je nizozemska vlada odločila, da preneha financirati stroške dolgotrajne oskrbe za državljane, starejše od 80 let, ki niso v hudi stiski. Velika skupina starejših si ni mogla več privoščiti bivanja v domu za ostarele. To je pripeljalo do manjšega števila ljudi, ki bivajo v skupnostih, kjer nudijo dolgotrajno oskrbo.

Ob takem stanju v državi se je direktor doma spomnil na študente, ki so prav tako večkrat v slabi finančni situaciji. Ob nastanitvi v domu Humanitas ne potrebujejo posojila za študij. Prav tako študentje v domu za ostarele pričarajo toplo vzdušje, ki nagovori ljudi, ki potrebujejo oskrbo, da bi živeli v njem. V domu Humanitas živi šest študentov. V prostovoljskem dogovoru je določeno, da starejše

prebivalce doma učijo novih veščin, kot so uporaba elektronske pošte, družbenih omrežij in Skypa ter celo umetnost grafitov. Starejšim študentje predstavljajo povezavo z zunanjim svetom. Ko pridejo študentje z zabave, s predavanja ali s koncerta, delijo te izkušnje s starejšimi.

Raziskave povezujejo osamljenost z večjim mentalnim upadom in s hitrejšo umrljivostjo. Redni socialni stiki z družino in s prijatelji pa izboljšujejo zdravje. Pri starejših vzbujajo veselje male stvari, ki jih za njih naredijo študentje, npr. da gredo v trgovino, da jih pozdravijo in da jim govorijo šale. Občasno naredijo tudi velike stvari. To dokazuje primer enega od študentov. Starejši prebivalec doma je ponoči napadel osebo. Študent ga je osebno poznal, zato je prišel pomagat. Ob znanem obrazu se je starejši pomiril.

Medgeneracijski model bivanja postaja vedno bolj priljubljen. Dom za ostarele Humanitas je s tem pričel leta 2012, sledila sta mu dva doma za ostarele na Nizozemskem. Podoben program je bil pred kratkim predstavljen tudi v Franciji, v mestu Lyon.

Pred nekaj leti je v Združenih državah Amerike, v Clevelandu, upokojitvena skupnost Judson Manor začela sprejemati študente s clevelandskega inštituta umetnosti in glasbe. Študentje so vključeni v skupnost in imajo dostop do enakih ugodnosti kot starejši. Da študentje zaslužijo nekaj denarja za hrano, obleke in druge osnovne potrebščine, sodelujejo v odboru glasbene umetnosti in nudijo pomoč osebjem, poleg tega prostovoljsko pomagajo na različnih dogodkih skozi celo leto. Večkrat letno uprizorijo glasbene prireditve za starejše. Lep primer prostovoljstva je delo enega od študentov, ki je intervjuval vsakega prebivalca doma Judson Manor in nato naredil knjigo spominov.

Matthew Kaplan, profesor medgeneracijskih programov in staranja na univerzi v

Pensilvaniji, pravi, da lahko taki odnosi nudijo veliko več globine kakor enkratni dogodki, kot je npr. petje otrok, ki gredo potem domov. Več kot je interakcije med starejšimi in mlajšimi, bolj smiselno postane njihovo druženje.

Vir: Tiffany R. Jansen, 2015. *The Nursing Home That's Also a Dorm*. V: <http://www.citylab.com/housing/2015/10/the-nursing-home-thats-also-a-dorm/408424/> (sprejem: 13. 3. 2017).

Tjaša Mlakar

NOV PROGRAM ZA IZBOLJŠANJE UPORABE SLUŠNIH APARATOV

Več kot polovica starejših ljudi ima neko obliko izgube sluha, ki vpliva na njihovo vsakdanje življenje, predvsem vpliva na zdravje in varnost, kadar tega ne zdravijo. Pri izgubi sluha se najpogosteje uporabljajo slušni aparati, vendar se mnogi odrasli ne navadijo nanje in jih prenehajo uporabljati. Kari Lane, docentka na zdravstveni šoli univerze v Misuriju (ZDA), je razvila nov prilagoditveni program za slušne aparate, ki lahko precej izboljša čas uporabe slušnega aparata. Lane je pri raziskovanju izhajala iz dejstva, da se starejšim, ko začnejo uporabljati slušni aparat, vse zdi neobvladljivo – težko prenašajo hrup oziroma se ne morejo navaditi nanj. Pri starejših obstaja težnja, da čakajo od 10 do 15 let, preden prvič uporabijo slušni aparat. Ko ga začnejo uporabljati, so z vseh strani bombardirani z zvoki, ki jih že dolgo niso slišali. Da bi odraslim pomagala pri prilagoditvi na slušni aparat, je Lane razvila program *Hearing Aid Reintroduction (HEAR)*. Z uvedbo programa HEAR se postopoma podaljšuje trajanje uporabe slušnih aparatov – prvi dan eno uro, trideseti dan že deset ur. Poleg tega se povečuje tudi kompleksnost zvokov. Začne se z zvoki, ki jih povzročajo hišni aparati, kot

sta ventilator in pomivalni stroj, nadaljuje pa se s kompleksnimi slušnimi situacijami, ki smo jim izpostavljeni na primer v restavraciji ali v gledališču. Programu v podporo je bil oblikovan delovni zvezek, ki vsebuje navodila, nasvete in spodbude. Pacienti lahko beležijo svoj napredek, oblikujejo vprašanja za avdiologe ali izrazijo svojo zaskrbljenost.

Da bi ocenila uspešnost uporabe programa HEAR, je Lane izbrala posameznike, ki so v preteklosti že poskušali uporabiti slušni aparat, vendar se nanj niso navadili, in posameznike, ki so ga želeli prvič uporabiti. Ugotovila je, da so pacienti zaradi tega posega več časa (80 %) uporabljali slušni aparat. Pacienti so torej lažje prenašali kompleksnejše glasove in bili so bolj zadovoljni s slušnimi aparati.

Ti podatki bodo v pomoč, da bo Lane lahko ustvarila dopolnilno aplikacijo, ki bo pacientom in avdiologom omogočala, da bodo učinkoviteje komunicirali o uporabi slušnih aparatov. Pacienti bodo lahko v digitalne zdravstvene kartoteke vnesli podatke o svojem napredku, avdiologi pa jih bodo pogledali, jim odgovorili na vprašanja in poslali kakšno spodbudno misel.

Lane poudarja, da se pacienti morda ne zavedajo, kolikokrat bi bilo dobro, da obišejo svojega avdiologa. Veliko pacientov se z njim sreča le dvakrat, kar je odločno premalo – vsaj osemkrat bi se namreč morali srečati z njim, ko prvič prejmejo slušni aparat. To je lahko tudi vzrok, da mnogi pacienti obupajo nad svojimi slušnimi aparati. Komuniciranje z avdiologom preko aplikacije lahko to olajša in izboljša.

Vir: *Science Daily*, 2017. *New program improves hearing aid use for older adults*. V: <https://www.sciencedaily.com/releases/2017/03/170320143151.htm> (sprejem: 11. 4. 2017).

Veronika Mravljak Andoljšek

SLOVENSKA PERIODIKA O STAROSTI

VZGOJA – REVIIJA ZA UČITELJE, VZGOJITELJE IN STARŠE

ISSN: 1580-0482. Ljubljana: Društvo katoliških pedagogov Slovenije in Družba Jezusova.

Revija Vzgoja je strokovna revija za učitelje, vzgojitelje, starše in vse, ki delajo z otroki in mladimi. Izhajati je pričela leta 1999. Na 52 straneh štirikrat letno razkriva sodobna spoznanja o vzgoji in izobraževanju, ponuja konkretne predloge za izboljšavo in obogatitev učnih ur, spodbuja razmislek o tabuiziranih temah (kultura umiranja, novodobno suženjstvo idr.), osvetljuje medčloveške odnose, prevetri lestvico vrednot ter podpira vzgojo značaja v smeri spoštovanja sebe in drugih, poštenja, discipline in drugih osnovnih vrednot.

V reviji so naslednje rubrike: *Uvodnik*, *V žarišču*, *Naš pogovor*, *Biti vzgojitelj*, *Duhovna izkušnja*, *Razredništvo in vzgojni načrt*, *Starši*, *Vzgojna področja*, *Izkušnje*, *Prebrali smo*, *Nova spoznanja*, *Iz življenja DKPS* in *Napovedni koledar*. V vsaki številki je izpostavljena določena tema, npr. vzgoja in usmiljenje, soglasje o temeljnih vrednotah, spoznavanje narave, človekove pravice in pogostokrat družina. To temo avtorji v rubriki *V žarišču* osvetlijo s filozofskih, s pedagoških, z etičnih in drugih vidikov. Pomembno mesto ima tudi poglobljen intervju, ki predstavi zanimive domače in tuje sogovornike, njihova stališča in dosežke, področja delovanja in drugo. V zadnjem času so bili intervjujanci: dr. Rosvita Pesek, Vlasta Nussdorfer, dr. Janek Musek in dr. Miroslav Mozetič.

Vsebinsko je revija zelo raznolika in pisana, dotika se problemov današnjega sistema vzgoje in izobraževanja ter ponuja rešitve, ki izhajajo tako iz tradicionalnih kakor iz modernih pristopov (npr. pedagogika montessori). Na zanimiv

in praktičen način predstavi šolske predmete in se posveča celostnemu razvoju otrokove osebnosti in talentov. V reviji so predstavljene različne veje umetnosti, od literature do slikarstva in glasbe. Avtorji napisano podkrepijo z zgledi iz leposlovja in strokovne literature, pa tudi iz duhovne literature in Svetega pisma. V besedila vpletajo svoje življenjske izkušnje. V Vzgoji najdemo tako umetnostna kakor strokovna besedila, ki so napisana na poljuden način in so namenjena širšemu krogu bralcev.

Revija je privlačno in moderno oblikovana. Vsaka rubrika ima svojo barvo in z barvnim tiskom so zapisani uvodi, podnaslovi člankov, vprašanja pri intervjujih in poudarki. Fotografije in drugi slikovni material smiselno dopolnijo in popestrijo zapisano. Vsaka številka je na obeh platnicah opremljena z znano umetniško sliko; na zadnji platnici je celotna slika, na sprednji platnici pa značilni detajl. V reviji jo strokovno predstavi umetnostni zgodovinar Milček Komelj.

Zadnje strani revije zapolnjujejo prikazi novih knjig in informacije o različnih tečajih, dogodkih in prireditvah, zlasti Društva katoliških pedagogov Slovenije. Na notranji strani zadnje platnice so kratki življenjepisi avtorjev in angleški povzetek revije.

Podrobneje smo pregledali zlasti zadnje štiri letnike revije, od 2013 do 2016, to so številke od 57 do 72. V njih so izpostavljene različne teme in aktualni pogledi nanje. Tudi sodelavci Inštituta Antona Trstenjaka so s prispevki dodajali kamenčke v mozaik strokovnih vsebin. Rdeča nit so trajne in univerzalne vrednote, na primer poštenost, pravičnost in spoštovanje. Avtorji člankov se sprašujejo, kaj so te vrednote pomenile včasih in katero mesto jim je dodeljeno v današnjem času ter kako živeti v skladu z njimi v vsakdanjem življenju. Borut Ošljaj je v

številki 68 izpostavil, kako pomembne so vrednote tako za posameznika kakor za družbo: »Vrednote določajo smer gibanja, so orientacija našim odločitvam, osrednji motivator naših dejanj in hkrati merilo za presojo naših odločitev in opustitev, kot tudi vseh dejanj in dogodkov, ki so sad našega skupnega življenja.« (str. 6)

Odločili smo se, da izmed vrednot, ki so bile predstavljene v zadnjih številkah Vzgoje, izpostavimo usmiljenje, ki je bilo v ospredju pozornosti tudi zato, ker je papež Francišek leto 2016 razglasil za leto usmiljenja. V *žarišču* je v številki 69 Karolina Medvešček izpostavila usmiljenje kot temeljno sestavino dobrih odnosov, ki jih lahko gradimo takrat, ko »*drugega začutimo, ko se mu na svoj način približamo in mu dopustimo, da je ob nas lahko to, kar je. Hkrati pa sebi dopustimo, da smo lahko to, kar smo, in smo v tem zadovoljni*« (str. 12). Usmiljenje je opredelila kot »*odnos in odprtost do drugega, ko drugega najprej opazim, sem mu pripravljen prisluhniti in ga začutiti v njegovi potrebi, potem pa mu glede na njegove potrebe in svoje zmožnosti poskušam pomagati*« (str. 12). Avtorica je nato navedla primere iz vsakdanjega življenja, ko lahko že drobni dogodki usmiljenje postavijo na preizkušnjo: »*Kako težko je biti usmiljen do svojega moža ali žene, ko prideš utrujen iz službe in pričakuješ, da bodo vsi razumeli tvojo utrujenost, nisi pa niti za trenutek pripravljen stopiti na drugo stran in pogledati, če morda kdo ob tebi ravno tako potrebuje pozornost in bi mu tvoje usmiljenje zelo dobro delo. Kako težko je razumeti svojega otroka, ko po napornem dnevu ne zmore opraviti nekega dela, za katerega sta se prejšnji dan dogovorila, in sploh ni tako pomembno, da bi moral biti v tem dnevu storjeno. Kako težko je razumeti taščo, mammo ali koga od bližnjih, ki zavrne varstvo naših otrok, ker enostavno ne zmore ali je preutrujen.*« (str. 12) Učimo se tudi biti usmiljeni do sebe: »*V odnosu do sebe je nujno, da človek sam sebe prepozna v*

svojih danostih in sposobnostih ter tudi v svojih omejitvah. Nič ni narobe, če kdaj ugotovimo, da nečesa ne zmoremo, če si dovolimo, da smo kdaj utrujeni.« (str. 13) Vsak dan ponuja priložnosti, da se vadimo v usmiljenju do sebe in do drugih, da nam to preide v dobro navado, ki prispeva k lepemu sožitju v družbi.

Naša pozornost pri pregledu revije Vzgoja je bila seveda usmerjena na vsebine, ki se nanašajo na kakovostno staranje in medgeneracijsko sožitje. Zgoraj omenjene osnovne humane vrednote imajo neprecenljivo vrednost v odnosih. Neposredno so se na ta vidik osredotočali avtorji, ki so v ospredju postavljali kakovostne odnose in lepo komunikacijo, ki temelji na spoštljivem, jasnem in živahnem pripovedovanju ter na pazljivem in aktivnem poslušanju. Zdi se, da se poslušanja ni treba naučiti, da nam je dano že z rojstvom. Pa je res tako? Ali samo poslušamo ali v resnici slišimo sogovornikove besede, čustva in želje? Matej Žist je v 64. številki napisal članek *Prezrta večina poslušanja*, v katerem je ugotavljal, da empatično in aktivno poslušanje vodi k pravilnemu razumevanju sogovornika, k iskrenim in odprtim odnosom (kadar se ljudje čutijo poslušane in spoštovane, povedo več), k skupnim rešitvam ... Niso pa samo besede tiste, ki dosežejo srca poslušalcev, ampak k temu pomembno prispevajo tudi izraz na obrazu, pogled, drža telesa, kretnje in naša naravnost. O odnosu, ki se vzpostavi med poslušalcem in pripovedovalcem, je Janez Poljanšek v številki 67 zapisal naslednje besede: »*Če sprejemamo tistega, ki govori, če imamo do njega nek odnos dobrohotnosti in naklonjenosti, bodo tudi njegove besede legle v naše srce ... Vse je odvisno od naše notranje držbe in naravnosti do tistega, ki sporoča.*« (str. 36)

Pomembna medgeneracijska tema je kulturni prenos znanj, izkušenj in vrednot iz roda v rod. V tem smislu je pomembna številka 57, ki je posvečena zgodovini, vključno z njenim poukom v šoli. Silvo Šinkovec je v uvodniku o

spominu napisal naslednje besede, ki se lahko navezujejo tudi na to, kako v starosti dojemamo svoje življenje: »Spomin imamo zato, da vidimo svojo preteklost v vsem bogatem dogajanju, da vidimo dobre rešitve, prave odločitve in milost, ki nas je spremljala. Iskati moramo tisto, kar nam je pomagalo preživeti v najtežjih časih in s čimer smo si osmišljali življenje, da smo prebrodili krizo. Spomin, napolnjen z dobrim in lepim, vsakega človeka navdihuje za lepa dejanja in plemenito držo.« (str. 1) O tem, kako preteklost vpliva na človeka, je zapisal sledeče: »Zavest ne niza zaporedja dogodkov, ampak iz množstva dogodkov izbira pomembne in jih povezuje v smiselno zgodbo. Zgodovina je obnova (re-enactment) preteklosti. Preteklo izkušnjo prenesemo v sedanost, da bolje razumemo sebe – kdo smo in zakaj smo to, kar smo. V tem smislu razumemo Kanta, ki trdi, da je zgodovinarjeva naloga pojasniti, od kod prihajamo in kako se je gradila naša istovetnost.« (str. 1)

Branko Klun je v članku *Kaj je zgodovina* razpredal, kako časi vplivajo na človeka – vse namreč naredi z namenom in pri tem gleda v prihodnost, kakor si jo sam slika, po drugi strani pa se vedno ozira nazaj in živi iz tega, kar je bil. »Za razliko od preteklosti, za katero se zdi, da je odšla (kakor nekaj 'preteče'), je naša preteklost tisto, kar kot bivše ostaja in nas vzpostavlja. Zato sta bivšost in prihodnost načina, kako se 'časi' (vrši, dogaja) naše življenje, pri čemer še zdaleč nista nekaj, česar 'ni' (kot bi sklepali ob naravoslovnem pojmu časa), temveč sta nekaj, kar nas tvori, vzpostavlja, kar v najglobljem temelju določa naše življenje.« Avtor je nato nadaljeval, da je preteklost določena tudi s strani prihodnosti, »zgodovino namreč razlagamo iz sedanosti, ki snuje svoje razumevanje z vidika prihodnjih možnosti. Kakor ne obstajajo gola dejstva v svetu, ki ne bi imela nobene interpretacije, ne obstaja niti gola zgodovina, ki ne bi vključevala določenega 'namena' razumevanja« (str. 4).

Peter Vodopivec je v članku *O zgodovini* zapisal, da zgodovine ne prepoznavamo le v materialnih ostankih, zapisih in pričevanjih, temveč »jo ohranjamo v prevzetih in podedovanih vzorcih mišljenja, obnašanja in ravnanja« (str. 6).

Dobršen del tretje letošnje številke (št. 71) je bil namenjen kulturi umiranja. Silvo Šinkovec je v uvodniku zapisal: »Življenje pa ni samo rast in razvoj, ni samo napredovanje in zmagovanje, niso samo dosežki, ampak je tudi nazadovanje, izgubljanje, porazi ... Človek, ki se poslavlja, dela obračun življenja, sooča se s seboj, z odnosi, s prepričanji, z vero in nevero. Ljudje, ki gojijo kulturo poslavljanja, imajo veliko povedati sodobni družbi.« (str. 1)

Tanja Bečan, učiteljica v bolnišnični šoli, je napisala članek o nedoumljivi smrti otrok in mladostnikov. V letih poučevanja se je namreč morala posloviti od kar nekaj učencev. Z leti bolečina ob izgubi ni postala nič manjša niti se je ni navadila, le priučila se je uporabe različnih oblik pomoči in se zato bolje spopada z njo. V zapisu se je s posebno toplino spomnila svojih učencev, ki so odšli. Da so lahko tudi zadnji trenutki ob umirajočem človeku polni in poučni na čisto človeški ravni, priča naslednji stavek o učencu Juretu: »In vesela sem, da mi je bilo dano v tem fantu v zadnjih urah njegovega življenja oživiti tako veliko radostnega razpoloženja.« (str. 5)

Emanuela Žerdin je napisala članek o duhovni oskrbi. Poudarila je, da so jo umirajoči naučili velikih in dobrih stvari: sprejemanja stvari, ki jih ni mogoče spremeniti; ponižne držbe; hvaležnosti za vse male in dobre stvari, za neuspehe in poraze; odpuščanja, ki je največji dar samemu sebi; dejstev, da je vsak človek edinstven in enkrat ter da so najpomembnejši odnosi. V zaključku je podala misel, da je smrt modrost, ki nas uči, da je veliko stvari pomembnejših od ujetosti v vsakdanjo naglico in od težnje po materialnih dobrinah. »In ko

začutiš, da je duhovnost ob umirajočem tudi to, kako mu zamenjaš plenico, te prav taka duhovnost nauči živeti polno, v svetlobi in hvaležnosti.« (str. 13)

Jana Ozimek je primerjala odnos do smrti včasih in sedaj. V preteklosti je človek umiral doma. Ob truplu so svojci, sosede in prijatelji molili in žalovali. Kasneje so darovali maše za pokojnika. Danes se bojimo smrti in jo odriavamo v institucije. Stare navade poslavljanja od pokojnika izginevajo: vse večkrat pokojnika upepelijo in svojci se odločajo za pogreb v najožjem krogu, kar pomeni, da se prijatelji in znanci ne morejo posloviti od umrlega, morda za pogreb niti ne izvedo v doglednem času, svojci pa v svoji žalosti ostajajo sami.

Temo je zaokrožil pogovor z dr. Marjanom Sedejem, direktorjem Lekarne Ljubljana in Zavoda Hospic Ljubljana. Dejal je: »Vse bolj pogosto se srečujemo s smrtjo. Zato se je rodila želja podpreti možnosti, da ljudje ne bi umirali na prenatrpanih hodnikih ali v bolnišničnih sobah, pogosto popolnoma odtujeni od svojcev in prijateljev ... Človek se rodi v družini in v družino, zato ima tudi pravico v družini oditi s tega sveta.« Dodal je, da »človek ni kapital, ni proizvodno sredstvo, človek je duševno in duhovno bitje« (str. 17–18). V zaključnem delu intervjuja je opisal svoje načrte: »Razmišljamo, da bi osnovali tudi dom za ostarele ali majhne enote, v katerih bi bilo do 8 oskrbovancev. Ne želimo velike ustanove. Tudi te so postale tehnologija in niso dom. Vizija je imeti dom za stare, kjer bo gospodinja imela kuhinjo in bo istočasno tudi socialna delavka, kjer se bo odvijalo 'soživljenje' – sožitje generacij ... Hospic je samo del neke društvene zgodbe, v kateri se nahaja slovenska populacija. Ponovno je treba ozavestiti življenje vredno življenje.« (str. 18)

Zadnja številka (leto 2016, št. 72) ima v žarišču etiko v športu. Poleg vrste pronicljivih člankov o tej temi je dobro pomisliti tudi na pomen same teme za medgeneracijske

odnose in kakovostno staranje. Šport je za mnoge najbolj vabljava oblika zavestne skrbi za gibanje, preko priljubljene športne vadbe osvojijo navado rednega gibanja. Ta navada pa je najpomembnejši varovalni dejavnik za zdravo staranje. Nič manjši ni pomen športa za vzgojo v lepem medgeneracijskem sožitju. Pri njem se mnogokrat srečujejo mlajši in starejši ter se učijo sodelovanja, potrpežljive vztrajnosti, komuniciranja in prevzemanja znanj, veščin in dobrih izkušenj drug od drugega. Te zmožnosti so nepogrešljive za vsako lepo sožitje med mlajšimi in starejšimi v družini, službi in družbi.

V tej številki je tudi članek *Dr. Anton Trstenjak in vrednote v povezavi z vzgojnim načrtom* (str. 29–31). Avtorica Slavica Trstenjak, ki je ravnateljica OŠ Antona Trstenjaka pri Negovi, je to temo raziskala in z njo magistrirala iz pedagogike. S tem člankom se revija spominja tudi 110-letnice Trstenjakovega rojstva in 20-letnice njegove smrti. K vzgojni znanosti je ta veliki Slovenec prispeval že s tem, ko je napisal prvo pedagoško psihologijo na svetu. To je bila njegova prva knjiga (leta 1941), prevedena je bila v italijanščino. V Italiji so dve njeni izdaji (leta 1945 in 1955) uporabljali kot učbenik za učitelje. Trstenjak je vse do svoje smrti pedagoško deloval, pisal in predaval. V tem članku avtorica povzema svoja raziskovalna spoznanja, ko je primerjala vrednote v Trstenjakovih delih z razporeditvijo vrednot po Muskovi klasifikaciji, in sicer z vidika vrednot, ki jih vsebujejo vzgojni načrti v slovenskih osnovnih šolah. Če pomislimo na naslov zadnje znanstvene knjige, ki jo je Trstenjak napisal, *Slovenska poštenost* (1995), avtorica ne pretirava s svojo ugotovitvijo, da so Trstenjakova spoznanja o vrednotah pomembna za vzgojo otrok v slovenski šoli.

Zadnji štirje letniki revije *Vzgoja* v žarišču postavljajo predvsem vzgojo, tako otrok kakor odraslih, za trden značaj, ki ga skušnjave

sodobnega sveta ne premamijo in zamajajo, za etično držo ter za medgeneracijsko sožitje in solidarnost.

Revija Vzgoja je že od začetka izhajanja pozorna na medgeneracijsko sožitje. Ta tematika je zelo v ospredju marsikaterega članka o družinski in javni vzgoji. Že v št. 40, decembra 2008, je bilo *Medgeneracijsko sožitje* ob praznični 10-letnici izhajanja revije v žarišču. Vrsta avtorjev je prispevala spoznanja o sožitju med generacijami: o odgovornosti mladih za starejše in starejših za mlajše (Božidar Voljč), o ključnem pomenu vzgoje za lepše sožitje (Jože Ramovš), zlasti pa o vzgojnih izkušnjah: o snovanju medgeneracijskega središča v Zavodu Antona Martina Slomška v Mariboru (Ivan Janez Štuhec in Lidija Hamler), o medgeneracijskem druženju ob učenju računalništva na Inštitutu Antona Trstenjaka (Katja Tomažič), o medgeneracijskem prostovoljstvu v krajevnem društvu za kakovostno staranje Komenda (Viki Drolec), o spletni strani *zlataleta.com* (Klemen Jevnikar) in o medgeneracijskih taborih (Jovita Pogorevc Merčnik).

Posebej moramo omeniti še »sorodstvo« revije Vzgoja s pedagogom Francem Pedičkom (1922–2008). Njegova misel in strokovni ugled sta pomembno vplivala na začetek njenega izhajanja; lahko rečemo, da je bil njen »častni boter«. Pediček je v svoji sistematizaciji vzgojnih ved uravnoteženo zajel vsa življenjska obdobja. Oblikovanju in razvijanju človeške identitete v otroku se posveča pedagogika; mladostnikovemu odraščanju hebegogika; izobraževanju, poklicnemu razvoju in osebnostni rasti v srednjih letih andragogika; zorenju starajočega se človeka gerontagogika; vodenju človeka skozi poraze, izgube, pešanje in pripravo na smrt pa tanatagogika ali involucijska pedagogika. Vsaka od teh vzgojnih zvrsti ima nenadomestljivo mesto v razvoju celostno razvitega človeka in v oblikovanju kakovostnih medgeneracijskih odnosov. V tej razporeditvi vzgojne umetnosti

in v vsem ostalem pedagoškem snovanju je Pedičkova osnovna značilnost prizadevanje za celostno človeško oblikovanje – za antropologizacijo pedagogike. Edino ta usmeritev omogoča kakovostno staranje in komplementarno dopolnjujoče se odnose med starejšimi in mlajšimi.

Revija Vzgoja posveča Pedičku in njegovi vzgojni misli pozornost skozi celotno zgodovino izhajanja. Za začetek izhajanja je v 1. številki bil sloviti pogovor z njim. Ob njegovi smrti mu je jesenska številka leta 2008 posvetila uvodnik *Hoja za človekom* (Silvo Šinkovec) in dva članka v rubriki *Biti vzgojitelj: Dr. Franc Pediček – slovenski pedagog* (Marija Žabjek) in *Pedičkova antropologizacija pedagogike* (Jože Ramovš). Revija je od blizu sodelovala pri organizaciji *Strokovnega posveta o življenju in delu Franca Pedička* oktobra 2010, katerega sad je obsežna znanstvena monografija *Franc Pediček – slovenski pedagog* (2013); tudi ob njej je revija predstavila Pedičkov pedagoški pomen (Erika Ašič, št. 56). V letošnji poletni številki (št. 70) piše urednik v uvodniku o pomenu vertikalne, duhovne povezanosti vseh učnih in vzgojnih predmetov v humano celoto temeljnega vzgojnega smotra. Pri tem se sklicuje na Pedička, ki »je svaril pred zgolj horizontalo, 'golo sumarizacijo' posameznih vidikov osebnosti in zagovarjal vertikalo, tisto, kar povezuje posamezne plasti osebnosti« (str. 1).

Revija Vzgoja s svojo široko in pogljobljeno humanistično vizijo človeka in vzgoje orje ledino na polju vzgojnega odgovora na prihajajočo demografsko krizo. Glavni vzgib za njeno reševanje je namreč vzgoja za novo solidarnost med generacijami, to je vzgoja za kakovostnejše sožitje in za sprejemanje svojih generacijskih in drugih vlog v sožitju. V slovenskem prostoru bi težko našli strokovno revijo, ki temu področju posveča toliko pozornosti kakor Vzgoja.

Veronika Mravljak Andoljšek in Jože Ramovš

GERONTOLOŠKI DOGODKI

Zbrala Tina Lipar

V SLOVENIJI

Večer hospica v Mariboru na temo »Skozi trnje k zvezdam«

Organizira: Hospic

9. maj, Maribor

Spletni naslov: <http://www.hospic.si/category/novice/>

V TUJINI

4th International Conference Ageing & Cognition 2017

Organizira: University of Zürich

20. -22. april, Zürich, Švica

Spletni naslov: <http://eucas.org/conference/a-c-2017/>

3rd International Conference on Information and Communication Technologies for Ageing Well and e-Health

Organizira: Primoris

28. - 29. april, Porto, Portugalska

Spletni naslov: <http://www.ict4ageingwell.org/Home.aspx>

The Asian Conference on Aging & Gerontology 2017

Organizira: The International Academic Forum

8. - 11. Junij, Kobe, Japonska

Spletni naslov: <https://agen.iafor.org/>

Australian Biology of Ageing Conference 2017

Organizira: The University of Sidney

27. - 28. April, Sydney

Spletni naslov: <http://sydney.edu.au/perkins/news-events/featured-events/australia-biology-of-ageing-conference-2017.php>

GERONTOLOŠKO IZRAZJE

DNEVNI CENTER ZA STAREJŠE

angleško: day center for elderly

Je stičišče, kjer se zbirajo starejši ljudje z namenom, da bi koristili storitve in aktivnosti, ki odražajo njihove izkušnje in znanje, ustrezajo njihovim raznolikim potrebam in interesom, krepijo njihovo dostojanstvo, podpirajo njihovo neodvisnost in spodbujajo njihovo vključenost. To je opredelitev gerontološkega raziskovalca Johna Krouta iz leta 1996, v praksi pa so delovali že vso drugo polovico 20. st., zlasti v severni Evropi (na Švedskem, Nizozemskem, Irskem, Danskem). Staranje baby boom generacije je njihov razvoj pospešilo in razširilo po vsej Evropi.

So zelo različni po svojem namenu, programih, organizaciji in financiranju. Eni so namenjeni zdravemu in aktivnemu staranju, npr. centri dnevnih aktivnosti, drugi dnevni oskrbi in varstvu, npr. ljudi z demenco, tretji rehabilitaciji po poškodbah ter zdravljenju kroničnih bolezni. Lahko povezujejo samo starejše (npr. klubi seniorjev, društva upokojencev) ali pa vse generacije, npr. Danska ima polstoletno tradicijo integriranega modela skupnostnih centrov. Dnevne centre so/financirajo krajevne skupnosti, države, evropski programi, pogosta je participacija udeležencev, obstajajo tudi povsem tržni.

S tem, ko zdravstvene, rehabilitacijske, oskrbovalne in preventivne storitve približajo starim ljudem v skupnosti, pomembno prispevajo k deinstitucionalizaciji.

J. Ramovš

ŠIRITELJ

angleško: multiplier

nemško: Multiplikator, Verbreiter

Širitelj je slovenski izraz za tujko multiplikator. Širitelj je prostovoljski voditelj medgeneracijske skupine za kakovostno staranje, ki je usposobljen za delo po katerem od strukturiranih skupinskih programov za krepitev telesnega, duševnega, duhovnega ali socialnega zdravja v starosti. S svojim prostovoljskim delom v skupini širi sodobna znanja in praktične veščine med starajočim se prebivalstvom; gre za majhne skupine do deset ljudi, ki se redno srečujejo.

Izraz širitelj so svetovali slavisti, ko smo pred desetletjem na Inštitutu Antona Trstenjaka začeli razvijati program za preprečevanje padcev v starosti in se je v Sloveniji pokazala edina možnost, da ga širimo preko prostovoljcev v mreži medgeneracijskih skupin za kakovostno staranje. Te smo za izvajanje programa dodatno usposobili ter zanje in za člane skupin pripravili širiteljski priročnik. Širiteljska metoda je pri delovanju skupin dobro uspela, zato razvijamo nove širiteljske programe za zdravo staranje, kot so program za življenje s krvnim tlakom, za trezno staranje, za bralne skupine, za preprečevanje nasilja, za duhovno poglobljanje itd. Ko v skupini predelajo en program, lahko izberejo drugega, za katerega se širitelj usposobi na kratkem izobraževanju.

J. Ramovš

SIMPOZIJ, DELAVNICE

PROF. DR. NANDU GOSWAMI:
PREDAVANJE O POLETIH V VESOLJE IN
PADCIH V STAROSTI

Maribor, 9. 3. 2017

V četrtek, 9. marca 2017, je v okviru mednarodnega tedna *Erasmus international staff week* na univerzi Alma Mater Europea v Mariboru predaval prof. dr. Nandu Goswami, ki je trenutno vodja raziskovalne enote *Gravitacijska psihologija in medicina – poleti v vesolje in staranje* na graški medicinski univerzi (Medizinische Universität Graz). Dolga leta je raziskoval (ne) zmožnost gibanja astronautov po njihovi vrnitvi na Zemljo, zadnje obdobje pa povezuje ta znanja s področjema gerontologije in geriatrije, kar je bila tudi tema njegovega predavanja. Dr. Goswami med drugim sodeluje tudi v evropskem programu za aktivno in zdravo staranje (European Innovative Partnership Active and Healthy Aging), predvsem na področju preprečevanja padcev.

Na začetku je dr. Goswami predstavil, kaj se zgodi s človekom, ko je nekaj časa v vesolju. Naš organizem je prilagojen na pokončno držo skladno z gravitacijskimi zakoni, ki veljajo na Zemlji. Nanje so prilagojene naše kosti, mišice, srčna črpalka in tudi princip kroženja krvi po telesu. V vesoljskih postajah, kjer ni gravitacije, se telo prilagodi novim razmeram: človeku se spremeni trdnost kosti (postanejo krhkejše), že v sedmih dneh mu praktično povsem oslabijo hrbtne mišice in mišice nog (slednje imenujemo tudi antigravitacijske mišice), srčna črpalka pa ne črpa več tako močno, saj bi drugače šlo preveč krvi v glavo. Ko se potem astronauti vrnejo na Zemljo, jim tako prilagojeno telo dela nemalo preglavic. Kot je povedal prof. Goswami, nam znanje o tem, kaj se dogaja in kako

deluje telo astronautov v vesolju in na Zemlji, lahko pride zelo prav tudi na področju staranja. Naštete značilnosti namreč veljajo tudi za onemogle stare ali bolne ljudi, ki večino svojega časa preživijo v posteljah: tudi njihove kosti postanejo krhkejše, mišice drastično oslabijo in zaradi vodoravnega položaja njihova srčna črpalka začne delovati drugače.

Skupna točka raziskovanja na področjih staranja in prilagajanja astronautov na različne življenjske razmere ni zgolj raziskovanje delovanja telesa, ampak tudi delovanja psihe. Za astronautске potrebe so bile izvedene temeljite raziskave o učinkih izoliranosti na človeka (npr. *Mars500*, *Concordia Antarctic Station*). Izoliranost, včasih tudi ob sobivanju z drugimi, je danes kruta realnost mnogih starejših ljudi.

V nadaljevanju se je predavatelj osredotočil na onemoglost v starosti. Opozoril je na drastičnost negativnih posledic, ki jih pri starejših ljudeh lahko ima hospitalizacija, še posebej če je daljša. Raziskave kažejo, da v bolnišničnem okolju star človek postane precej hitreje dokončno nepokreten, kot če v bolnišnici ne bi bil. Kaj se zgodi? Že v desetih dneh, ko je človek v postelji, se telo vidno prilagodi novemu, vodoravnemu položaju in pasivnemu življenju. Mišice (predvsem hrbtne in nožne) ohlapijo in srčna črpalka ne črpa več tako močno krvi. Tako se zgodi, da ko človek vstane, ne pride dovolj krvi v glavo, zato se mu vrti. Obenem so mišice uplahnile, zato je telo težje nadzorovati. Človek se zaradi nelagodnosti izogiba gibanju ali celo pade, kar ga od gibanja še dodatno odvrne. Negativne posledice vstajanja prepričajo tudi zdravnike in svojce, da je bolje, da človek ostane v postelji. Vendar se tako telo vse bolj prilagaja na vodoraven položaj, s čimer se sklence začarani

krog, ki človeku počasi prepreči, da bi še kdaj vstal, šel sam na stranišče, si odprl okno ali naredil nekaj korakov do klopce na dvorišču. Dr. Goswami je opozoril na dejstvo, da je veliko aktivnosti s področja gibanja (pohodi, teki in dvoranske aktivnosti) namenjenih starostnikom, ki še niso onemogli, medtem ko jih za tiste, ki so onemogli in ležijo v posteljah, praktično ni. Z odločnim glasom je nadaljeval, da moramo tisti, ki delamo s starimi ljudmi, poskrbeti, da se gibajo, ne glede na starost in vse drugo. Seveda je treba najti pravi način. Pomaga že gibanje prstov na nogah in na rokah. Dobro je stiskati dlani v pesti in jih razpirati. Pri iskanju ustreznega načina je dobro upoštevati navade, ki jih je v povezavi z gibanjem imel človek tekom življenja, saj bo motivacijo našel pri tistih kretnjah in načinih gibanja, ki so mu bili skozi življenje blizu. Pri tem lahko pomaga, da uporabljamo izraze, ki so človeku domači. Da je telo bolj prekrvavljeno in pripravljeno na pokončno držo, prispeva tudi kognitivna aktivnost (seveda v manjši meri kot gibanje). Pomaga, če starostnik rešuje križanko, računa, igra besedne igre ali se kako drugače kognitivno udejstvuje. Raziskava v Italiji je pokazala, da se pri ljudeh, ki so navajeni moliti rožni venec, to pozna pri telesni pripravljenosti.

Tretje pomembno področje, na katerega je treba paziti, ko je človek dolgo časa v postelji, je ustrezna prehrana.

Dr. Goswami je med predavanjem predstavil tudi svojo celostno vizijo, povezano s preprečevanjem padcev, ki pa je tu ne bomo natančno predstavili. Omenimo le, da je izpostavil, da je pri prečevanju padcev treba misliti tako na čas, ko je človek hospitaliziran, kot na čas, ko biva v skupnosti (doma ali v domu upokojencev). Obstaja še cela vrsta neraziskanih vprašanj, prav tako bi bile na tem področju za dvig kvalitete življenja potrebne nekatere sistematične ureditve. Kot primere navajamo: celosten opis človeka (vključno z njegovimi navadami), ko pride v bolnišnico in ko gre iz nje; način odpusta iz bolnišnice, ki bo omogočal nadaljevanje učinkovitega zdravljenja tudi po hospitalizaciji; ustrezno podporo starostnikom pri vpeljevanju dobrih navad, ki pomagajo obvladati starostne bolezni, in podobno.

Dveurno predavanje je hitro minilo. Vrnili sem se z okrepljenim prepričanjem, kako pomembno je za človeka gibanje, četudi gre zgolj za razpiranje dlani in miganje s prsti, in z željo, da bi čim več ljudi skrbelo za to, kar *ima* in je obenem, za svoje telo.

Marta Ramovš

IZ MEDGENERACIJSKIH PROGRAMOV

ORGANIZIRANO MEDGENERACIJSKO DRUŽABNIŠTVO ZA KAKOVOSTNO STARANJE

Osvežitveni tečaj za prostovoljce v Dobrni, 10. do 12. november 2016

Letošnja tema osvežitvenega tečaja za prostovoljce v organizaciji Inštituta Antona Trstenjaka je bilo medgeneracijsko družabništvo. Udeležilo pa se ga je čez sedemdeset prostovoljcev. Potekal je že sedmo leto, o prejšnjih smo pisali v lanski četrti številki. Ob letošnji temi se bomo osredotočili na vprašanja, kaj je medgeneracijsko družabništvo za kakovostno staranje ter zakaj in kako naj bo organizirano.

V preteklosti je bilo za osebne medčloveške odnose samoumevno poskrbljeno v tradicionalnih družinah, sorodstvenih in sosedskih povezavah, danes pa so življenjske razmere takšne, da se je treba tudi v družini, sorodstvu in sosedstvu osebno odločiti za pristen odnos z drugimi in se učiti dobre komunikacije. Potrebo po pristnih osebnih odnosih pogosto prekrijejo površni in formalni stiki ali navidezno osebni stiki preko virtualnih aplikacij, ki jih omogoča sodobna informacijsko komunikacijska tehnologija (IKT). Razširjenost pripomočkov za komuniciranje je na svojstven način zblížala mlade in deloma tudi srednjo generacijo, kljub temu pa se je povečalo število mladih, ki so osamljeni ali pa imajo težave z duševnim zdravjem. Tudi med starejšimi ljudmi je osamljenosti vedno več, tudi zato, ker je ta generacija vse številčnejša.

Raziskava Staranje v Sloveniji (2013) je pokazala, da je približno vsak deseti prebivalec Slovenije, ki je star 55 let in več, večkrat osamljen. V starosti se povečujejo izgube, tveganje za revščino, socialna mreža se krči, zato je več

samovanja in osamljenosti med starejšimi. Eden od možnih načinov za zmanjševanje socialne izključenosti je medgeneracijsko družabništvo za kakovostno staranje, ki ga na Inštitutu Antona Trstenjaka razvijamo že četrto stoletja.

Izhajamo iz dejstva, da je vsak človek skozi vse življenje tesneje in bolj ohlapno vpet v razne družbene skupnosti in v delovne skupine, toda za kakovostno življenje in človeški razvoj nujno potrebuje poleg tega tudi redno druženje na osebni ravni z enim, dvema ali morda nekaj več ljudmi, po možnosti iz različnih generacij. To smo zapisali v priročnik za prostovoljce *Družabniški dnevnik pri prostovoljskem povezovanju generacij za kakovostno staranje* (2004).

Organizirano medgeneracijsko družabništvo za kakovostno staranje je oblika prijateljskega druženja med starejšim človekom in prostovoljcem iz mlajše generacije, ki nista v krvnem sorodstvu, z namenom medosebnega bogatenja in izključuje vsako materialno korist. Vanj vključujemo naslednje skupine starejših:

- člane medgeneracijskih skupin, ki zaradi starosti ali bolezni ne morejo več hoditi v skupino,
- manj mobilne in kronično bolne, ki živijo sami ali imajo malo pristnih človeških stikov,
- oskrbovance z demenco ali drugimi težjimi boleznimi, da se za uro ali dve razbremeni svoje,
- osamljene individualiste, ki jim ne ustreza skupinsko druženje,
- starejše ljudi, ki se želijo naučiti uporabe sodobnih informacijsko komunikacijskih tehnologij (IKT).

Prostovoljec med usposabljanjem ali po njem v svojem okolju naveže stik s

starostnikom, s katerim gradi trajnejši prijateljski odnos. Tako druženje ima tudi formalne elemente, ki varujejo svobodno izbiro tako starostnika kot prostovoljca. Prostovoljec je dolžan na primeren način povedati starostniku, kakšno vlogo ima v njunem odnosu – torej to, da je prostovoljec in zakaj se bosta družila. Skupaj se dogovorita kje, kdaj in kako bo potekalo njuno druženje in kaj vse bosta skupaj počela, npr. hodila na sprehode, brala, se igrala spominske igre, se pogovarjala ipd. Običajno se prostovoljec in družabnik dogovorita za eno leto druženja po eno uro na teden, na določen dan in ob določeni uri. Če je druženje koristno in prijetno za oba, ga letno podaljšujeta in sčasoma postaneta trajno povezana. Slednje ne velja za družabništvo ob učenju IKT, kjer družabništvo dijaka z upokojujencem traja praviloma eno šolsko leto; pri tem upoštevamo potrebo mladih, ki morajo v času odraščanja pridobiti čim več različnih izkušenj različnih področij, zato bi bilo dalj časa trajajoče družabništvo z istim človekom lahko obremenjujoče za mladostnika, pri starejših pa je nevarnost, da se preveč navežejo na »svojega« mladega družabnika. Starejši ljudje in prostovoljci se družijo na njihovih domovih in v domovih za starejše, medtem ko se družabništvo ob učenju IKT izvaja v šolskih učilnicah.

Namen medgeneracijskih skupin je, da so člani med seboj trajno povezani, so manj osamljeni in zato živijo kakovostnejše, kot bi sicer. Bilo bi dvolično, če že ne kontradiktorno, da vrednota kakovostne povezanosti traja samo za čas vključenosti v skupino, ne pa tudi potem, ko njen član obnemore in ne more več prihajati. V skupini je vsak teden, dolga leta delil svojo življenjsko zgodbo z drugimi, tam se je počutil sprejetega, ko pa je obnemogel in ostal za štirimi zidovi, toliko bolj potrebuje osebni odnos s kakim članom svoje skupine. Smiselno je, da ostane vsak bivši član skupine

trajno povezan s skupinskim družabnikom, ki je usposobljen prostovoljec ali drug član skupine. Skupinski družabnik tako postane vezni člen med skupino in njenim bivšim članom, sam pa v njej dobiva oporo za osebno druženje in prostor, kjer rešuje dileme in vprašanja, ki se pri takem druženju pojavljajo. Skupinski družabnik in vsi člani skupine so zavezani k etičnim načelom prostovoljstva, med katerimi je osnovno načelo varovanje človeškega dostojanstva vseh. To pomeni predvsem molčečnost o osebnih zadevah starostnika in spoštljiv prenos informacij o starostniku v skupino v obsegu, ki je smiseln za informiranje članov skupine o njihovem onemoglem članu ali pa za razrešitev dilem in vprašanj prostovoljca pri družabništvu z njim.

Obiskovanje in stiki z onemoglimi člani skupin je redna dejavnost skoraj vseh medgeneracijskih skupin, smo ugotavljali na letošnjem osvežitvenem tečaju. Še posebej je družabništvo živahno v MD Ribnica; na tečaju so ga predstavili na okrogli mizi. Njihove izkušnje bomo predstavili v eni od naslednjih številčk, tu navajamo drobec iz zgodbe prostovoljke, ki redno pelje svojo družabnico na vozičku iz DU Ribnica na sprehod, običajno na kavo v mestno kavarno: *Marjeta pravi, da se v kavarni v mestu počuti kot normalen človek, v normalnem ritmu življenja, ki ga pozna od prej. Tam se obe sprostita in steče prijeten prijateljski pogovor. Srečni sva. Hvaležni sva druga drugi. Ona meni za obisk kavarne, jaz njej za njene bogate življenjske izkušnje.*

Ponovno se je izkazalo, kako potrebno je, da so prostovoljci družabniki vključeni v medgeneracijsko skupino ali vsaj v intervizijsko skupino, kjer redno obdelujejo svoje družabniške izkušnje. Na ta način skrbijo za kakovost svojega družabništva, ki navdušuje tudi druge člane skupin za tako dejavnost in preprečuje zlorabe ali druge hujše zaplete.

Ksenija Ramovš

INTERVJU

Milica Jesenovec, Mila Jesenovec in Ksenija Ramovš

Dobro razumevanje v družini olajša oskrbo starejšega svojca

Ključne besede: domača oskrba, skupno gospodinjstvo, pripomočki, medgeneracijska povezanost, aktivna starost, dobre navade, družinski oskrbovalci

AVTORICE:

Milica Jesenovec je socialna delavka na OŠ Šenčur in OŠ Davorina Jenka Cerklje na Gorenjskem. Petindvajset let je vodila interesno dejavnost Turistični podmladek, kjer je mlade navduševala nad poklici v turizmu in gostinstvu, jih usposabljala za turistične vodiče po domačem kraju in na izletih, ki so jih organizirali v okviru pouka. Zadnjih 10 let zelo uspešno vodi interesno dejavnost Prostovoljno delo na šoli. Vključeni učenci sodelujejo na različnih področjih, primernih za njihovo starost, in kar želijo delati. Učenci nudijo učno pomoč šibkejšim učencem, opravljajo razne humanitarne dejavnosti ter obiskujejo osamljene in pomoči potrebne starejše občane na njihovih domovih. Tako spoznavajo zelo različna dela in potrebe ljudi ter si pridobivajo nove izkušnje. Pri svojem delu začutijo, da so pomemben vir pomoči. Njihov cilj je spoštovanje sebe in drugih, potrjevanje samega sebe ter razvijanje občutka solidarnosti in socialne odgovornosti.

Mila Jesenovec je bila rojena 12. septembra 1923 na Golniku. Bila je peti, predzadnji otrok v premožni obrtni Dolžanovi družini. Ker so doma poleg turizma in kmetije imeli še gostinsko in trgovsko obrt, se je oče odločil, da trgovino prepusti njej, zato se je po končani meščanski šoli izučila za trgovko. Pet let je opravljala svoj poklic v domači trgovini. Zaradi previsokih davkov je oče oddal trgovino v najem veletrgovcu iz Kranja, ona pa se je zaposlila v takratnem sanatoriju za pljučne bolezni in tuberkulozo na Golniku, kjer je delala na različnih delovnih mestih (bila je blagajničarka v bifeju, knjigovodja v materialnem knjigovodstvu in arhivarka v arhivu) vse do upokojitve. Od takrat pa do danes živi, uživa in ustvarja na svojem posestvu na Golniku, v hiši, ki sta jo skupaj z možem zgradila, zelo blizu domače hiše.

Ksenija Ramovš je magistrica sociologije in diplomirana socialna delavka. Kot direktorica vodi Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje. Pri gerontologiji in medgeneracijskem sožitju se posveča predvsem razvoju in uvajanju modela za usposabljanje družinskih oskrbovalcev ter mreži preventivnih krajevnih programov za zdravo, aktivno in dostojanstveno staranje. Med njenimi raziskovalnimi rezultati izstopa odkritje navidezno vitalnih starih ljudi, ki je pomembno za usposabljanje medgeneracijskih prostovoljcev in oskrbovalcev starih ljudi.

MEDGENERACIJSKI STIK V SOSEDSTVU IN SORODSTVU NEKOČ

UVOD: Večina starejših ljudi živi doma, le okoli 5 % jih je v ustanovah. Namenili smo se, da v tokratnem pogovoru osvetlimo življenje v družini s starejšim človekom, ki je še aktiven, potrebuje pa tudi že nekaj redne oskrbe. Sedimo v pritličju hiše, za družinsko mizo v kuhinji. Danes je sobota dopoldne, doma sta mama Mila, ki je v 94. letu starosti, in hčerka Milica. V skupnem gospodinjstvu živi še Miličin mož Miro, domov se občasno vrača njun edini sin in vnuk Matic, ki kot mlad strokovnjak dela v tujini.

KSENIJA: Mila in Milica, vseskozi živita v skupnem gospodinjstvu in se skupaj tudi starata, saj smo vsi vsak dan starejši, kajne. Osnovna stališča do starosti pridobimo že v otroštvu, med odraščanjem. Oblikovali smo jih ob stikih s starimi starši, tetami, strici in sosedi ter iz odnosa, ki so ga imeli naši starši do starih ljudi. Morda bi začele naš pogovor z vprašanjem, kje in kako sta se srečevali s starejšimi ljudmi v svojem otroštvu, v svoji mladosti, takrat, ko sta odraščali.

MILICA: Seveda, med sosedi je bilo kar nekaj starejših, ko sem odraščala. Poznala sem dedka, to je maminega očeta, ki je živel blizu nas, in babico, očetovo mamo, ki je živela v Škofji Loki in s katero smo se zaradi oddaljenosti redko srečevali. Ko sem bila stara deset let, sem stare starše izgubila, tako da prav bližnjih starejših potem nisem imela več. Tudi sicer nisem imela kekega tesnejšega stika s starimi ljudmi, niti s starimi starši niti s sosedi. S sorodniki sem se priložnostno srečevala, prinašali smo si pozdrave. S sosedi smo si izmenjevali kake stvari in ob tem tudi malo poklepetali. Je komu kaj zmanjkalo, kakšen jajček ali moka, ko so ravno pekli, do trgovine je bilo daleč, ni bilo prevozov in potem so običajno poslali otroke k sosedom. Za otroke so bili takrat vsi starejši ljudje bolj ali manj stari. Da bi se srečevala s starostjo na tak način, kot se sedaj pri svojih starših, se nisem nikoli. Tudi moji starši se v svojem življenju niso s tem srečevali. Oba sta bila iz velikih družin, vendar sta se odselila, doma so ostali mlajši bratje in sestre, zato tudi svojih ostarelih staršev nista negovala.

RAZUMEVANJE, DELO IN POŠTENOST – OSNOVNE VREDNOTE V DRUŽINI

KSENIJA: Vrednote, ki so nam jih starši in okolje privzgojili v mladosti, so smerokaz za dojemanje življenja in ravnanje v odraslosti. Milica, katere vrednote so ti starši posredovali in se ti zdijo pomembne v tvojem življenju? Naj še vas vprašam, gospa Mila, katere vrednote so se vam zdele pomembne, da jih privzgojite hčerki Milici?



MILICA: Na prvo mesto bi dala razumevanje. No, s hčerko se zelo dobro razumeva. Nikoli se nismo prepirali. Tudi s svojim možem ne, pa sva bila 63 let poročena. Delavnost

je tudi zelo pomembna. Nikoli nismo bili brez dela. Ko sva se z možem poročila, sva kopala in zidala, opeko sva sama delala, ker okoli 50. leta ni bilo ne železa ne cementa, in smo se znašli tako, da smo sami delali material in sami gradili. Danes imam v kotu kuhinje na klopi za mizo vse, kar potrebujem!

KSENIJA: Torej je pridnost oz. delavnost pomembna vrednota v vašem življenju, gospa Mila, in ste jo privzgojili tudi Milici.

MILICA: Da, delavnost, toda dokler si sposoben, nikoli dovolj ne narediš, kar odpiraš nova in nova dela. Delo in poštenje sta v mojem življenju zelo pomembna.

MILA: Milica ima to po očetu, Miličin sin pa po njej. Sem zelo vesela.

MILICA: Ali nisi žalostna, da nisem nič po tebi? (smeh) Res se je pri naši hiši vedno nekaj dogajalo, delalo, ustvarjalo. Brez dela ni smel nihče biti. Oče je znal biti pri tem zelo domiseln.

KSENIJA: Ali je delo vrednota, ki veže vse generacije v vaši družini do najmlajšega člana?

MILA: Tudi vnuk je zelo delaven in pošten. Samo to napako ima, da kar naprej potuje iz države v državo, ker ima tak poklic. Nazadnje, ko je šel, je bil 33 ur v letalu. Potem pa premišljuješ in te skrbi, kaj če pride slabo vreme, da letalo strmoglati, ali ga kdo razstreli.

KSENIJA: Gospa Mila, kako se razumete s svojim vnukom?

MILA: Zelo lepo. Vse me uboga, nikoli ne odgovarja, z mano se zelo lepo pogovarja. Hčerki rečem: »Milica, imej ga rada. Ni zahteven, nobene slabe reči nima.« To ne rečem, ker je njen sin, ampak odkrito, takšen je. Danes je veliko mladine pokvarjena in se bojim, kaj bo, ko pridejo skupaj. Ampak do sedaj je same take dobre srečal, tega sem zelo vesela.

KSENIJA: Kako pogosto se videvata z vnukom?

MILA: Bolj poredko. Običajno pride samo za nekaj dni in takrat ima veliko opravkov. Ko pa je z mano, je ves moj.

MILICA: S sinom se redno videvamo po Skypu in si povemo vse novice, tako da ni nobenih problemov ali zaostankov. On sproti vse pove, tudi ko se vrača s potovanj. Pošlje nam slike, ki jih po Skypu vsi hkrati gledamo, in nam razlaga. Ko pride domov, pride za dva, največ tri dni, za vikend. Hitro mine. Takrat hoče obiskati tako domače kakor prijatelje in gre do Ljubljane, Kranja. Tako smo potem res zelo malo časa skupaj. Mogoče kdaj dve, tri ure klepetamo zvečer, več pa ne. Več se pogovarjamo po Skypu. Ja, delovni smo res vsi, ampak vsak na svoj način. Starša sta tukaj začela iz nule z gradnjo hiše in vsega, kar sta sezidala. Jaz sem jima ves čas pomagala, ko pa sta obnemogla, sem z delom na domačiji nadaljevala še v večjem obsegu. Z Mirom nadaljujeva, vzdržujeva in ohranja predvsem z rokami, seveda tudi z glavo. Sin pa v glavnem ustvarja z glavo, njegovo delo je pretežno umsko.

KSENIJA: Milica, ti delaš kot socialna delavka na dveh osnovnih šolah. V Šenčurju in v Cerkljah na Gorenjskem. Kaj ti to delo pomeni in kako ga usklajuješ z delom doma?

MILA: To sta dve veliki osnovni šoli z 805 in 760 učenci.

KSENIJA: Gospa Mila, vi ste bili tudi zaposleni? Kje ste delali in kaj?

MILA: Najprej sem bila zaposlena v domači trgovini. Potem je bil prevelik davek in je ata dal trgovino v najem veletrgovcu iz Kranja, jaz pa sem šla v službo v sanatorij za pljučne bolezni in tuberkulozo na Golniku. Takrat so bili pač takšni časi. V bolnišnici Golnik sem spoznala svojega bodočega moža in potem sva skupaj zidala hišo.

KSENIJA: Milica, ne dvomim, da si ponosna na svojo mamo. Kaj te pri njenih letih veseli, kaj pri mami občuduješ?

MILICA: Da je ona pri štiriindevetdesetih letih še takole bistrega razuma, zbrana. To se mi zdi skoraj neverjetno. Pri taki visoki starosti! Drugače ima navado, da me zelo rada pokritizira, »pokomandira«. Še vedno je njena beseda najbolj prav. Je pač relacija mama – otrok. To se ne da spremeniti.

MILA: Jaz ti nič ne nagajam. Saj ne morem nikamor.

MILICA: Ne nagajaš. Nisem tako rekla. Res je, da si bistra, da se ne izgubljaš, nisi hudobna, do sedaj nisi imela kakih resnih zdravstvenih težav. Praktično si brez zdravil.

KSENIJA: Gospa Mila, občudujem vašo pozitivno naravnost in aktivnost pri teh letih.

MILICA: To je res, zelo je pozitivna, zato je bila lahko ves čas aktivna, normalno aktivna. Oba starša do osemdesetega leta skoraj nista potrebovala zdravnika. Če ne bi starša delala v bolnici, bi lahko rekla, da nista poznala zdravnika. Pri očetu so se začele težave po infarktu, pri mami pa po kolapsih.

MILA: Po infarktu so možu odpovedale ledvice.

MILICA: Ampak to je bilo pozneje, zaradi zdravil.

OČETA OZIROMA MOŽA STA DOMA SKRBNNO NEGOVALI DO SMRTI

KSENIJA: Koliko let sta negovali očeta oziroma moža in kako je bilo?

MILICA: Nego je potreboval dvanajst let. Ko smo dobili očeta po infarktu domov, je bilo težje, kakor smo mislili. Tedaj šele vidiš, kaj dobiš. V bolnici si misliš, da boš doma vse z lahkoto zmogel. Ko pa prideš z njim domov, tedaj vidiš, kaj vse je treba narediti, ne veš pa, kako se tega lotiti. Od prvega infarkta je šlo njegovo zdravstveno stanje gor in dol. Kadarkoli se je zdravstveno stanje porušilo, smo ga ponovno dvignili z različnimi rehabilitacijami. Sploh po infarktu je bilo potrebno veliko intenzivne pomoči, da je ponovno govoril in hodil.

KSENIJA: Kako sta z mamo vse to zmogli?

MILICA: Mama je štiri leta mlajša od očeta, četudi ni tako velike razlike, je vseeno do konca po svojih močeh skrbela zanj. Zato pravim, da so njene vrline zdravje, trdnost, bistrost in razum. Jaz sem ob bolnem očetu redno hodila v službo, popoldne pa sva se skupaj dogovarjali, kako bova uskladili nego in preostalo delo. Veliko so nam z nasveti pomagali zdravniki, svetovali so mi tudi v lekarni, kamor sem hodila po zdravila in po razne pripomočke. Tam so mi res zelo veliko pomagali. Občasno sem se že počutila kot medicinska sestra. V veliko pomoč in podporo mi je bil sin Matic, ki je bil takrat še doma. Vedno je bil pripravljen priskočiti na pomoč pri vseh opravilih. Zelo rad ga je spremljal na prehodu.

KSENIJA: Za konkretno nego in oskrbo sta pa le morali skrbeti doma, kajne?

MILA: Bilo je težko, vendar se da vse narediti. Takrat ne razmišljaš, kako je težko, temveč preprosto živiš v tem in s tem.

MILICA: Po očetovi kapi smo najprej uredili kopalnico, odstranili smo banjo in jo nadomestili s tuš kabino. Tako se je lahko še dolgo časa sam umival. Potreboval je pomoč pri dviganju iz postelje ali s stola, nato je hodil sam ali si je pomagal s palico. Prva leta po infarktu je bil še toliko pri močeh. Kasneje je opešal, odpovedovale so mu ledvice, začel je hoditi na dializo, stanje se je slabšalo in bilo je vedno težje.

MILA: Zadnjih osem mesecev je bilo hudo. Ni mogel jesti, vse smo pretlačili in ga hranili po cevki. Jaz mislim, da je tiste hrane bilo premalo. Bil je en tak kozarček, še poln ne, več mu nismo smeli dati. On je več potreboval. Meni je to šele sedaj prišlo na pamet.

MILICA: Dajali smo mu odmerjene količine hrane, pri tem smo sodelovali s patro-nažno sestro in z zdravniki.

KSENIJA: Skrbna domača nega je očetu gotovo pomagala, da je kljub slabemu zdravstvenemu stanju še dolgo živel med vami.

MILICA: Zaradi zdravil po infarktu so očetu odpovedale ledvice, nato je šest let hodil na dializo. Najprej je hodil enkrat na teden, tri leta dvakrat na teden, nazadnje, to je zadnjih osem mesecev, pa so ga odpeljali na dializo skoraj vsak drugi dan. Vse to je kar nekako šlo, le zadnjih osem mesecev je bilo veliko težje vse skupaj.

KSENIJA: Milica, ali lahko podrobneje obrazložiš, kako je potekala skrb za očeta, posebno v tistem zadnjem, težkem obdobju njegove bolezni?

MILICA: Dolgo časa po infarktu je bilo dokaj dobro z njim. Oblekli smo ga in je bil potem na nogah. Tako kot sedaj mama. Z njim smo se lepo pogovarjali, sedel je za mizo in sam jedel. Dan z očetom je potekal tako, da sem ga zjutraj pred odhodom v službo napravila in pripeljala v dnevno sobo, potem je bil večino časa na kavču, tako kot je sedaj mama tukaj na klopi v kuhinji. Ko je bilo treba na stranišče, je včasih lahko šel sam, včasih mu je pomagala mama, ki je bila takrat še pri močeh. Za zajtrke je poskrbela mama, za kosilo in večerjo pa jaz. Lahko rečem, da je vse dokaj dobro teklo. Če smo šli kam od doma, takrat smo še hodili na dopust, smo za tisti čas iz kranjskega doma upokojencev dobili negovalko, ki je prišla enkrat na dan pogledat in vprašat, če starša kaj potrebujeta. Ves čas odsotnosti smo bili na zvezi po telefonu, tako da če bi se kaj dogodilo ali bi prišlo do poslabšanja, bi bili lahko spet hitro doma.

Zadnjih osem mesecev življenja je oče slabel, ni več vstajal iz postelje, takrat je bilo pa res hudo. To se je vleklo od februarja do decembra. Priskrbeli smo negovalno posteljo, ker je oče čisto obležal. Takrat smo tudi opažali, da nas vedno manj razume, na naša vprašanja ni več odgovarjal. Če sem ga kaj spraševala, je prikimal ali odkimal, tako da sem vedela, da me še razume, ni pa več odgovarjal. Nisem razumela, kaj se dogaja. Zdravniki nas o tem niso informirali. Ne vem, ali je bilo to prav ali ne. Sedaj tako ali tako ni več pomembno, ker je mimo. Kasneje sem vprašala zdravnico v Naklem, kamor je hodil na dializo, zakaj ni več govoril. Rekla je: »Veste, pri dializnih bolnikih pride do skleroze v kratkem času in zelo pospešeno napreduje. Pri njem je to sklerozno stanje tako,

da izgublja govor in se več ne zaveda.« Ampak oče se je do zadnjega dneva toliko zavedal, da je trznil z očmi ali je s kakšno drugo reakcijo pokazal, da ve, da se nekaj dogaja okoli njega, to smo videli, ko je kdo prišel k njemu v sobo. Prepoznal nas je, še zadnji trenutek je nekako tako skromno prikimal z glavo, ni pa nam mogel odgovarjati.

KSENIJA: Se pravi, da se vam je zdelo, da je bil do konca pri zavesti.

MILICA: Da, do konca je bil pri zavesti ... Bolezen ga je čisto izčrpala, zato smo imeli resno nego: plenice, umivanje, prelaganje, podlaganje rok in nog, blazina proti preležaninam ter električna negovalna postelja, da smo ga lažje negovali in obračali. No, potem na koncu je bilo tudi par mesecev, ko smo videli, da ne požira več hrane, in da ga ne bi pri hranjenju zadušili, smo imeli cevko in smo ga tako hranili. Seveda, vse to je šlo po navodilih zdravnikov, koliko, kdaj, kolikokrat in kakšno hrano. Vso hrano smo kuhali in pretlačili. Kljub negi se je očetovo telo izčrpalo. Zadnje mesece njegovega življenja je bila nega tako izčrpavajoča, da tudi mama ni več zmogla, kadar je bila sama doma, zato smo dopoldne imeli negovalko iz kranjskega doma upokojevcev. Zjutraj, preden sem šla od doma, sem ga uredila, preoblekla in umila, potem je okrog desetih prišla negovalka. Zanj je poskrbela, da je zdržal do popoldanskega časa, ko sem se vrnila domov. Takrat sta bila moje delo in življenje zelo naporna, to vidim šele sedaj. Ko živiš s težkim bolnikom, kot je bil moj oče, si tako vpet v akcije, da niti ne čutiš, kako se nega stopnjuje in postaja vse težje in težje. Tako sem bila vpeta v vse, da sem samo vedela, da moram k zdravnici po en in drug recept, da moram zdaj sem, zdaj tja, v lekarno, po pripomočke za nego ... Stalno sem imela eno hitenje. Včasih sem se pošalila, da bom kdaj še samo sebe kje srečala. Dejansko je bilo tako, kot je mama prej rekla, da se nikoli nismo prepirali, saj niti ni bilo časa za to! Resnično. Ko sem prišla domov iz službe, je bilo zame veliko olajšanje, da je mama skuhalo, saj sem lahko hitro pojedla toplo in svežo hrano in že delala, kar je bilo na vrsti. Ko je bil oče še dokaj v redu, smo ga na vozičku peljali ven, jaz ali vnuk, moj sin. Do bolnice in nazaj je bil prijeten sprehod. Za to je mama vedno skrbela in je rekla: »Kdaj boste pa ata ven peljali?« Zdaj, ko je ona na tem, da bi jo morali odpeljati na zrak, pa pravi, da ne bo šla z vozičkom ven, da je ne bodo drugi gledali. Več ji pomenijo besede ljudi kot svež zrak in sonce.

STARANJE JE IZZIV ZA STAREJŠEGA ČLOVEKA IN ZA NJEGOVE SVOJCE

MILA: Ko si star, si ves spremenjen.

MILICA: Ata takrat tudi ni bil star 20 let, pa si razumela, da človek potrebuje sonce in zrak. Zdaj, ko bi morala iti ven, na zrak, nam pa tega ne dovoliš z izgovorom, da te ne bo kdo videl.

MILA: Ko bi vedela, koliko ta kolk boli.

KSENIJA: Morda pa boste šli ven, gospa Mila, ko bo zunaj topleje, in ker vas vse zanima, boste spremljali, kako brsti in raste okoli vaše hiše. Vidim, da imate zraven sebe zanimiv pripomoček za hojo.

MILICA: Mama je pred tremi leti padla. Takrat je imela hipne omedlevice. Ne vem, kako se temu strokovno reče, jaz sem to tako poimenovala. Od časa do časa jo je kar

zmanjkalo. Če je bila v varnem okolju, se je ujela, če pa ne, je padla. Enkrat si je pri takem padcu zlomila roko. To je bilo prvič v njenem življenju, pri 89 letih. Tisti dan sem bila doma, v kuhinji sem zajtrkovala, ko je nekaj zaropotalo v dnevni sobi. Takoj sem bila pri njej, a je bilo že prepozno, roka je bila že zlomljena. Od takrat ni več tako stabilna na nogah. Mogoče se je ob padcu udarila tudi v obrabljen kolk, kar pa nismo raziskovali. Od takrat je na tej hoduljici. Odkrila sem jo slučajno, čeprav sem jo že videla pri drugih ljudeh. Šla sem nekaj iskat v trgovino z ortopedskimi pripomočki Medisan in spotoma sem videla razstavljene pripomočke za hojo. Pogledala sem, kako to funkcionira, in si rekla: »Joj, tole bo pa veliko boljše za mamo kot bergle!« Takrat je hodila z berglami, ampak ker je imela roko v mavcu, je bilo to zanjo težko. Takoj sem se odločila, da jo kupim, saj sem pomislila, da ji bergle rade »okrog letijo«, ves čas se jezi nanje. Na hoduljico se bo lahko še malo naslonila, če jo bo imela, saj je s treh strani ograjena. Ko sem jo pripeljala domov, ji je bila takoj všeč. S to hoduljico se sedaj odlično giblje in jo je že velikokrat pohvalila, če tega ne bi imela, bi bila že dve leti v postelji.

KSENIJA: Kako pomembno je imeti primerne pripomočke ob pravem času. Kje in kako lahko ljudje po tvojih izkušnjah pridejo do njih?

MILICA: Ravno sem razmišljala, da ne vem, kam bi človek moral biti vključen, da bi to izvedel ... So reklame po televiziji in drugod, ampak mislim, da to ni vedno dovolj, da se za nekaj pravilno odločiš in kupiš. Ko hodiš po svetu, moraš imeti predvsem odprte oči. Vidim različne ljudi: invalide, zanemarjene, lepo urejene ... Vse opazim, nikoli pa nisem sama pomislila na kakšno boljšo pomoč pri hoji.

KSENIJA: Ali bi bilo lažje, če bi že na urgenci dobila kakšno informacijo o primernih pripomočkih po poškodbi, kako jih izbirati in kje jih najti?

MILICA: Gotovo bi mi zelo prav prišlo, če bi nam kdo že na urgenci pomagal z nasveti o primernih pripomočkih. Ko je bila pri njih na kontroli, je bila trdnejša, kljub svojim letom je bila še veliko na nogah in nihče ni priporočil karkoli drugega kot bergle, ki pa jih ob zlomljeni roki in slabem ravnotežju ni mogla uporabljati. Hoduljica, ki je ustrezna za mamo in ki sem jo naključno našla, je sedaj že dolgo njen osnovni pripomoček za gibanje. Če imaš v hiši starejšega človeka, bi si moral večkrat vzeti čas in se oglasiti v trgovinah z ortopedskimi pripomočki, da vidiš, kaj vse imajo za nego in pomoč.

KSENIJA: Potem verjetno lažje izbereš pravi pripomoček. Starejši ljudje so med seboj zelo različni po fizični moči in navadah, tudi ko zbolijo, zato je važno zanje poiskati najprimernejše pripomočke, ki jim pomagajo, ne pa ovirajo pri okrevanju oziroma gibanju, ali ne?

MILA: Bergle so zelo nevarne. Če ti padejo, jih težko pobereš.

KSENIJA: Ja, bergla na tleh lahko premami človeka, da bi jo pobral, s tem pa tvega padec. Kako pa je takrat, ko Milice ni doma? Kaj počnete? Sedaj ste pokazali na zajeten fascikel. Ali nam lahko, gospa Mila, zaupate, kaj shranjujete v njem?

MILICA: Ta ni edini, ki ga imamo, ona jih ima že kakšnih deset. Zbira in prebira revije, Lady in Zvezde, take čisto vsakdanje opravljivke. Povsem na tekočem je, kaj se

dogaja z znanimi ljudmi. Tiste članke, ki so ji najbolj zanimivi, simpatični in priljubljeni, izreže, nalepi in zloži v fascikle. Včasih gleda za nazaj, in če se o kom pogovarjamo, reče: »Počakaj, grem iskat. To imam tam notri in bomo pogledali.« Mama ima fotografski spomin. Preden si prišla, mi je rekla: »A greš v sobo po fascikel?« »Katerega pa?« sem vprašala. »Ta prvi je črn, ta drugi je rumen, ta tretji je zelen, ta četrti je oranžen, ta petega, rdečega pa prinesi.«

KSENIJA: Res je pred nami rdeč fascikel. Zakaj prav ta?

MILA: Ker je tukaj največ takšnega pomembnejšega, kar izrežem. Tukaj so domače stvari. Tukaj je slika mucka, ki sem ga imela rada in ga ni več, pa slike vnuka in druge družinske slike. Glejte, to je moj pokojni mož. Ali ni lep? Letos bi praznovala sedemdeset let skupnega življenja, če bi bil še živ. Midva sva se vedno lepo razumela.

KSENIJA: O, to je pa spodbudno slišati! Vidim, da imate na vrhu v fasciklu zložene plakete in nekaj praznih plastičnih srajčk. Kaj to pomeni?

MILA: Po devetdesetem letu starosti me redno obiskujejo iz društva upokojencev in mi vsako leto prinesejo plaketo. Ta prazna mapa je za letošnjo plaketo, ki jo bom dobila za svoj štiriindevetdeseti rojstni dan.

MILICA: Zgodi se, da mi zjutraj reče, da naj prinesem kakšen fascikel, potem to dopoldan pregleduje ...

KSENIJA: Hvala gospa Mila, da ste mi zaupali delček svoje zgodbe, ki jo imate tako lepo shranjeno. Sedaj se vrnimo še nekoliko k pripomočkom, ki olajšajo oskrbo. Primerna postelja je osnova. Kakšno izkušnjo imate s to negovalno posteljo? Ste zadovoljni z njo?

MILICA: Mogoče ne bi tako hitro potrebovali negovalne postelje, če bi bile naše običajne postelje malo višje. Naše standardne, kupljene v trgovinah, so zelo nizke. Čutim to, saj imam težave s hrbtenico. Opažam, da so to praktično nemogoče postelje. Na teh ne moreš izvajati nege in se pogosto sklanjati. Zaradi tega je negovalna postelja odlična, saj jo dvigneš na višino, ki ti ustreza pri delu.

KSENIJA: Se pravi, da je priporočljivo, da si človek že prej, v letih, v katerih sva sedaj medve, priskrbi malo višjo posteljo s kvalitetno vzmetnico in tako prepreči vsaj nekaj težav s hrbtenico, tudi vstajanje bo dalj časa lažje. Prej smo govorili o negi moža in očeta v obdobju, ko je bil zelo bolan. Gospa Mila, vi ste kljub letom še zelo pri močeh, posebne nege ne potrebujete. Zanima me, kako poteka vaša dnevna rutina?

MILICA: Jaz vstanem, se uredim, pridem do mame, jo prebudim, dvignem in oblečem. Vedno me počaka v postelji. Drugače gre po potrebi sama na stranišče, obleči se pa ne more več sama. Ne more se pripogniti, obleči hlač in nogavic, brez hoduljice tudi ne more nikamor. Zato jo jaz oblečem, potem pa gre s svojim »mercedesom« v kopalnico in na stranišče, se umije in pride v kuhinjo. Jaz ji medtem po protokolu pripravim vse skodelice, to je en cel nabor skodelic z različnimi vsebinami. Pride v kuhinjo, se usede za mizo, skupaj pojeva, nato na hitro pospravim, pomijem in grem v službo. Potem mama ostane dopoldne sama. Kaj v tem času dela, mora sama povedati. Verjetno se

najprej malo uleže. Potem prebere revije in vse, kar se ji zdi zanimivo, izreže, predvsem slike. Dvakrat na teden pride časopis Gorenjski glas. To mi prihrani čas za spremljanje novic. Ko pridem domov, mi vedno poroča, kaj je novega v časopisu. Sledi skupno kosilo, nato je čas počitka. Po počitku včasih klepetamo, včasih se igramo spomin, pri katerem me mama vedno premaga, to moram pošteno povedati. Včasih igramo domino, tam zmaga enkrat eden, drugič drugi, zmage so deljene. Drugače nas ona kar premaga v marsičem, resnično. Popoldne je tudi čas za kakšno priložnostno delo, na primer za izdelovanje voščilnic za novoletne praznike in vrečk, ki jih napolnimo s sivko, ter še za marsikaj drugega. To traja do pol šestih. Če imam delo in hitim naokrog, potem je ona bolj sama. Za mammo je pomembno, da ve, kje sem ali da sem v bližini. Rada ima vse pod kontrolo (smeh).

KSENIJA: Milica pravi, da imate radi družino pod kontrolo. Kaj pravite k temu?

MILA: Tu sem pa stroga (smeh)!

MILICA: Včasih je tudi nervozna, ker ne ve vedno, kje je kdo od nas. Zelo ji je pomembno, da ve, kje smo, zato je tudi zelo nesrečna zaradi Matica. Vedno se boji, kdaj bo letalo strmoglavilo.

KSENIJA: Kako in o čem obveščaš mammo?

MILICA: Delovna vnema in skrb za hišo sta še vedno v njej. Če zunaj grabim po sadovnjaku ali če sem v vrtu, da sejem ali kaj podobnega delam, na primer presajam ali zalivam rože, ji pomeni enako, kot da bi bila notri poleg nje. Takrat ve, da sem doma in da delam zato, da gre gospodarstvo pri hiši naprej. To mama razume, sprejema in ni nič narobe. Če pa kdaj kam grem, kar je sicer zelo redko, pa reče, če res moram iti. »A ni škoda časa?« vpraša. Še preden se odpravim od doma, že želi natančno vedeti, kdaj se bom vrnila.

KSENIJA: Milica je tako lepo povedala, kaj sedaj radi počnete in kaj vas pri delu veseli. Gospa Mila, kaj pa vašo hčerko Milico veseli, kaj rada počne?

MILA: Skupaj gledava Štorijo. Včasih, če je čas, se malo usede, da se spočije, in včasih tudi podrema. Ko se zbudi, pospravlja. Ko pride domov iz službe, skuha kosilo, potem pomije posodo, včasih plete, kvačka ali šiva, no, vse sorte.

MILICA: Šivanje si razdeliva. Doma imamo sivko. Jaz jo porežem, ona jo nareže na kratke cvetke in potrese po sušilniku, da se posuši, nato cvetove lepo očisti. Jaz sešijem vrečke in mama jih napolni s posušenimi cvetovi. Dišeče vrečke podarimo sorodnikom in prijateljem.

KSENIJA: Kako zaključite dan?

MILICA: Okrog šestih se prične pripravljati, da bo šla gledat poročila. Nikakor ne sme zamuditi poročil ob šestih na Kanalu A. Tam so določeni novinarji, ki so ji zanimivi in lepi ter ji dajo energijo, zato jih mora videti vsak dan. Ko so ta poročila zaključena, preklopi na prvi program in gleda druga poročila, da izve še kakšno novico, če slučajno na Kanalu A niso vsega povedali. Nato seveda ne sme zamuditi še Ene žlahtne štorije in

ob petkih Slovenskega pozdrava. Filmov in nadaljevanj nikoli ni gledala in jih tudi sedaj ne. Mama ima strogo izbran izbor. Poleti, ko tega ni, si pomagamo s kanalom Golica, da spremlja domače viže.

KSENIJA: Po tem, kar ste povedali, si lahko predstavljam, kako preživljate dan. Me pa zanima, gospa Mila, kaj je po vašem mnenju pomembno za lepo sožitje med mlajšimi in starejšimi ljudmi?

MILA: To, da drug drugega razumejo, da se ne prepirajo, da se tudi malo potrpi.

KSENIJA: Da se z Milico tako lepo razumeta – koliko je to vaša zasluga, koliko pa Miličina? Kaj pravite?

MILA: Vsaka malo potrpi. Včasih pride kaj narobe, ampak če bi se prepiral, bi vznemirjal še druge in potem bi bilo še slabše.

KSENIJA: Kaj menita, kakšno vlogo ima hvaležnost v medsebojnih odnosih, da se zahvalimo ... Kaj vama to pomeni?

MILICA: Veliko mi pomeni. To navado je imel moj oče. Za vsako malenkost, ko si mu pomagal, karkoli si naredil, se je zahvalil. Prej, ko je bil še zdrav, to ni bilo v njegovi navadi, ampak ko je zbolel, se je neverjetno velikokrat zahvalil. Tudi tebe, mama, slišim, da mi velikokrat rečeš: »Hvala ti.« Čeprav tega nimava tako v navadi.

MILA: Saj ti se mi tudi velikokrat zahvališ, samo ne tolikokrat kot jaz tebi (smeh).

KSENIJA: Kaj bi rekli, gospa Mila, če vas vprašam, kako ste zadovoljni s svojim življenjem?

MILA: Imela sem zelo lepo življenje, zelo dobre starše. Veliko smo delali. Kot otrok sem imela lepe igrače, pa jih je oče potem naprej podarjal drugim otrokom, ker sploh ni bilo časa za igranje. Vesela sem, da smo se lepo imeli in lepo razumeli, da je delo pri hiši lepo napredovalo. Vsak je rad prišel k nam, naj bo domač ali tuj. Naš ata se je tako lepo z vsakim pogovarjal. V našo gostilno so prihajali ljudje, ki so imeli koga v bolnici na Golniku. Nekateri so bili zelo tihi. Oče je včasih začel pogovor z njimi tako, da jih je vprašal po njihovem kraju, župniji, pa so se razgovorili in jim je odleglo.

KSENIJA: Kaj vam je sedaj, ko ste že starejši, v veselje pri hiši? Na kaj ste še posebej ponosni?

MILA: Milica zelo skrbi za hišo, jo čisti, skrbi, da jo obnavljamo, naredi vse, kar je treba. Zelo je pridna. Vnuč je tudi priden, nimam slabih besed čez nikogar v družini.

MILICA: Nekako smo vedno sledili času, živeli sodobno, to ji veliko pomeni.

KSENIJA: Kaj to pomeni, da greste s časom naprej?

MILICA: Med prvimi v vasi smo imeli TV, seveda takrat črno-belega, in avto, zadnja stvar, ki smo jo priskrbeli, je toplotna črpalka. Strašno je bila vesela, ko smo se pripravljali in o tem pogovarjali. Bila je v velikih dvomih, če bo tak način gretja deloval in če bo zadosti toplo. Letošnjo zimo, januar, ko je bilo najbolj mrzlo, smo preživeli v prijetni toploti in z zelo ugodnimi stroški.

KSENIJA: Kakšne želje imate sedaj v življenju, gospa Mila?

MILA: Če bo še naprej tako kot do sedaj, bi še en čas rada živela. Če pa pridejo še večje težave in trpljenje, bi pa rajši danes umrla kot jutri.

KSENIJA: Kaj pa skrbi, vas tudi tarejo?

MILA: Da, za vnuka, za Milico, ko gre, pa je ni doma.

VIRI MOČI ZA OSKRBO IN LASTNO ŽIVLJENJE SREDNJE GENERACIJE DRUŽINSKIH OSKRBOVALCEV

KSENIJA: Pri skrbi za hišo in dom je velika teža na srednji ali »sendvič« generaciji, kot ji še drugače pravimo. Milica, kako je bilo takrat, ko si zbolela?

MILICA: Za mammo je bilo vedno poskrbljeno, tudi kadar sem imela zdravstvene težave. V času moje zadnje bolniške je mama padla in si zlomila roko. Bilo je težko, ampak me ni nihče nič vprašal. Vse sem morala sama. Še sreča, da je imela mama zlomljeno levo roko, tako da si je lahko z desno pomagala in je bila nega nekoliko lažja. Takrat bergel ni mogla uporabljati, hoduljice tudi ne bi mogla, je še niti ni imela, ker se ni mogla naslanjati na roko. Zanj je bila moja bolniška sreča, da sem bila doma in ves čas ob njej. Dvigovati je ni bilo treba, pri vsem drugem (oblačanju, umivanju itd.) pa je bila potrebna pomoč. Ko se je zlom zacelil, je opustila bergle, ker sem v trgovini kupila hoduljico. Potem je bilo za obe veliko lažje. Tisti čas po zlomu roke sem gledala bolj na mammo kot nase. Od mojih me nihče ni vprašal, ali lahko skrbim za mammo ali ne. Vsa gospodinjska opravila (kuhanje, pospravljanje, pranje in likanje) sem morala opraviti sama oz. peljati naprej. Tega nisem vzela za hudo, saj sem bila morda nekoliko kriva tudi sama, ker nisem nič potarnala ali prosila za pomoč.

KSENIJA: Če imaš sedaj pred očmi svojce, ki doma oskrbujejo koga, kaj bi svetovala? Kaj bi rekla? Jaz bi svetovala, da se čim bolj vsi družinski člani vključijo v oskrbovanje. Kaj pa ti meniš o tem?

MILICA: Seveda, na vsak način, če je le mogoče. Vendar je v naši družini tako, da je veliko odvisno od mene.

KSENIJA: Ženske težko spregovorimo o preobremenjenosti na tak način, da bi k pomoči pritegnile druge družinske člane.

MILICA: No, to sem hotela povedati. Jaz sem bila tiho, potrudila sem se, vse naredila in ni bilo nobenih problemov. Zato nihče niti ni zaslutil, da bi bilo včasih dobro povprašati, če mi kaj pomagajo.

KSENIJA: Mislim, da je prerazporejanje dela v družinah, kjer nastopi resnejša in dolgotrajnejša bolezen, lahko hud izziv.

MILICA: Zagotovo. Ne obtožujem nikogar, ni mi bilo težko. Delo mi je terapija za premagovanje težkih trenutkov, saj ob delu pozabim na skrbi in težave. Misli mi odpotujejo čisto drugam in tako mi čas izredno hitro mineva. Moje zdravstveno stanje je bilo

odlično, zato sem bila srečna in sem morda iz te sreče več delala, kot bi bilo treba, in se nisem menila za pomoč.

KSENIJA: Milica, zanima me, kako sedaj skrbiš zase, da vse to zdržiš?

MILICA: Sem pač tako naučena in vzgojena, da delo drži človeka pokonci. To je sigurno. Delo, kakršnokoli že je, mi je terapija. Mama se v kuhinji čez dan uleže in drema ali gleda revije, jaz pa grem v dnevno sobo in delam svoje. Včasih, ko sta slabo vreme in dež in se mi malo zniža pritisk, sem malo bolj zaspana čez dan. Drugače pa pletem, kvačkam, kakšne križanke rešujem ali barvam mandale. Ob lepem vremenu sem zunaj. Sedaj spomladi bo treba urediti grede, obrezati drevje, ves vrt pograbit. Če pa le imam čas, grem zelo rada peš en krog okrog Golnika. Hoja me sprošča. Takrat sem v svojem svetu. Razmišljam različne stvari, na primer o vzorcu, ki ga pletem, o službi ali o čemerkoli – meditiram. Med hojo odmislim vse, težave in skrbi. To je moj prosti čas.

KSENIJA: Torej imaš rada aktivni počitek?

MILICA: Seveda. Kot sem že rekla, se najbolj sprostim s fizičnim delom. Fizično delo me krepi. Med delom se spotim, dam vse od sebe. Zdi se mi, da na tak način krepim tudi svoje zdravje – aktivnosti pomagajo, da ne zapadeš tako hitro v katerokoli bolezen.

KSENIJA: Medve sva enako stari in naša generacija se tudi stara. Kaj si želiš sama zase? Kako gledaš na lastno kakovostno staranje?

MILICA: Kaj pa vem. Se že zavedam, da sem na poti v starost. Mogoče me je ta zadnja bolezen še bolj prizemljila k temu razmišljanju. Že večkrat sem razmišljala, kako bom obvladovala to domačijo in posest na stara leta. Vedno bolj sem prepričana, da bi bilo to težko. Sin si utira svojo pot. Dejansko, že jutri lahko ostanem sama s to našo hišo in z vsemi poslopji. Že danes je težko, se pa sprašujem, kako bova z dvema pokojninama, ki bosta od 500 do 600 evrov, vse to vzdrževala. To mi je velika uganka in skrb. Velikokrat razmišljam, kako še bolj zmanjšati stroške. No, zadnja investicija, ko smo vgradili toplotno črpalko, je uspela. Veliko skrbi in dela je z vzdrževanjem travnikov in gozdov. Zdi se mi pomembno, da ima človek toliko, kolikor lahko vzdržuje, jaz pa ne vem, koliko časa bom še vse to zmogla, službo in še vse doma, saj sem vsak dan starejša in tudi počasnejša. Lastnina me počasi začinja skrbeti in bremeniti, saj želim, da je tisto, kar imam, urejeno in obdelano. Če to ni tako, menim, da mi ne pripada, da nisem sposobna imeti. Blizu hiše smo imeli dve parceli gozda, kar dosti veliki. Bili sta nedostopni in za nas velik problem, saj sami – brez ustreznega orodja in strojev ter zadostne moči – zelo težko delamo v gozdu. Z mamo sva se dogovorili, da parceli gozda prodamo in prelijemo denar v toplotno črpalko. Zelo sem vesela, da mi je to uspelo, mama pa tudi. Sedaj o gozdovih ne razmišljam več, kot da jih nikoli ne bi bilo. Prej me je pa bremenilo. Gretje imamo sedaj zelo prijetno, cenejše in bolj ekološko.

KSENIJA: Se pravi, da je smiselno razmišljati o tem, kako si poenostavljati življenje, se prilagajati razmeram in letom.

MILICA: V to smer nisem razmišljala pred tridesetimi ali štiridesetimi leti. Takrat smo bili vsi še pri močeh, bili smo mladi in delavni ter sploh nismo pomislili, da se bo kdaj

kaj v resnici spremenilo. Z leti pa se dejansko veliko stvari spreminja. Včasih sem s starši obdelovala njivo, sedaj je že nekaj let ne obdelujemo, oddali smo jo sosedu v najem. On jo obdeluje s traktorji. Brežin okoli hiše pa ne more obdelati s stroji, zato jih ni sprejel. To smo rešili tako, da smo jih ogradili v pašnik za ovce. Tako počasi spreminjamo način obdelovanja naše zemlje, da nam je primerno. Kaj pa vem, lahko se zgodi, da pridemo na koncu tudi do oskrbovanega stanovanja, kar se mi danes zdi odlična rešitev.

KSENIJA: Koliko stika s sorodniki še imate?

MILICA: Sorodnikov ni več veliko, mama že dolgo nima več sester. Po očetovi strani je živa še ena sestra. Živi v domu starostnikov, zelo je dementna, nikogar ne pozna, zato obiski pri njej niso ne prijetni ne smiselni. Imam veliko bratrancev in sestričen, a z njimi nimam veliko stikov. Ko so bili strici in tete še živi, je bilo čisto drugače, zelo prijetno. Živel so v majhnih stanovanjih v Ljubljani, Mariboru in Škofji Loki. Velikokrat so prišli k nam na obisk. Pri nas na deželi so se zelo dobro počutili. Ker smo vsi navdušeni planinci, smo se večkrat odpravili v hribe – na Kriško goro, Tolsti vrh, Kališče ali Storžič. To so planinske točke, do katerih lahko pričnemo pohod od naše hiše, saj se vzpenjajo nad njo. To so bili prijetni trenutki – čas razvedrila, pogovorov in prijetnega druženja. Ti spomini so mi zelo dragoceni. S sorodniki smo se radi družili tudi ob praznovanjih naših okroglih obletic. Vedno sem se že vnaprej veselila teh dni, saj sem imela zelo prijetne sorodnike – tete in strice.

KSENIJA: Milica, ali še imaš čas za prijatelje?



MILICA: (smeh) Imam, žal malo, ampak ... Včeraj smo z Mirovimi sestričnami ravno eno hudomušno pripravile za mučenike. Še mami je bilo všeč in ni rekla: »A spet nekam greš?« Domov sem prišla, hitro pripravila kosilo in šla z Mirom v Škofjo Loko. Pred tem sem mami povedala zamisel ene od Mirovih sestričen, da bi možem pripravile presenečenje in jih povabile na kavo, ker za dan žena niso pokazali prave pozornosti do nas. Tega smo se prvič domislile. Pri tem je bilo treba malo lagati, da smo jih zvabile v isto kavarno, kar je bilo grozno težko, za naše može pa zelo nenavadno presenečenje. Vsaka si je morala po svoje izmisliti eno zgodbo, vendar ne povedati zakaj, da smo se »naključno« vsi srečali v Škofji Loki. Ko smo se srečali, je bilo smeha do solz. Potem smo dve uri sproščeno klepetali, si šale pripovedovali in se smejali, čisto preprosto, ob čaju. Kako malo je bilo potrebno za tako krasno razvedrilo. Domov sem prišla okrog osmih zvečer in mama ni bila čisto nič žalostna, ker je bila sama doma, saj se ji je zdelo, da je bilo zame to neko lepo doživetje. Lepo je tudi, ko se srečam s kolegicami iz študijskih časov. Časa nimamo veliko, a če se le da, se dobimo. Imam pa še tri kolegice, ki so hkrati moje sodelavke in s katerimi zelo težko

skupaj pridemo. Ko je šla ena v pokoj, smo mislile, da se bomo vsak mesec enkrat dobile na kavici. Kje pa! Če se trikrat na leto dobimo, je že veliko. Enostavno se ne uskladimo. Ni časa. Se mi pa zdi, da je zelo škoda, da rečemo, da je vzrok pomanjkanje časa, a dejansko ga ni, vsi smo čisto preveč zaposleni.

KSENIJA: Tudi sama doživljam, da so prijateljske vezi dragocene, in vesela sem, ker večina od njih traja že zelo dolgo, zato lahko upam, da bodo še naprej trajale, kljub temu da so v kakem obdobju malo manj intenzivne. Še eno vprašanje imam. Kako se je v življenju spreminjala vajina vloga mama – otrok? Opažaš, Milica, kak razvoj v svojem odnosu z mamo?

MILICA: Mislim, da imava vseskozi enak odnos. No, nekatere razlike so med odnosom v otroštvu in sedanjim odnosom z mamo. Tiste stvari, ki se mi zdijo potrebne in smiselne, speljem po svoje, čeprav bi mama marsikakšno stvar drugače naredila, toda ko naredim po svoje, mama kar popusti, saj vidi, da je tako boljše. Mama je kljub visoki starosti še zelo sodoben človek. Kljub temu da je zadnji dve leti ves njen svet samo dom – za mizo v kuhinji, je dokaj sodoben in razgledan človek. Mogoče prav zaradi vsakodnevnega spremljanja poročil, saj je vedno z vsem na tekočem. Mislim, da je v starosti pomembno, da ostaneš povezan s svetom, če že sam ne moreš iti v svet. Ko kdo pride na obisk, mi mama kar s prstom kaže, kaj vse moram prinesiti na mizo, čemur jaz v hecu rečem »veliki diktator«. Njej je velika vrednota hrana, zato želi, da je vsak gost solidno postrežen. Tudi meni je hrana vrednota, a ne tako močna kot mami. Meni več pomeni čas za pogovor. Včasih, ko smo bili vsi še mlajši, so njene sošolke prihajale na obisk. Po dolgih letih so se videle. Ona je prisedla k njim, jaz sem pa stregla. Ko sem jaz svoje sošolke pripeljala domov, sem bila z njimi, mama pa je stregla. Takšen odnos je bil med nama leta nazaj. Sedaj, ko je gibalno ovirana, pa mi s prstom kaže oz. ukazuje, da ne bi kaj pozabila prinesiti na mizo.

KSENIJA: Kaj je potem v ospredju, lepa beseda?

MILICA: V naši družini prepira ni bilo nikoli.

KSENIJA: Kako ste to preprečili?

MILA: Je prišlo do kakšne malenkosti, ampak je šlo mimo.

MILICA: Moj oče je bil zelo strog in je s pogledom vse povedal. Besede niso bile potrebne. Njegov strog pogled je povedal, koliko je ura, in ni bilo pregovarjanja ali izgovarjanja. Pri mojem sinu Maticu ni bilo strogih pogledov in ne zapenjanj. Ko je imel zagovor diplome, je bil njegov oče Miro ganjen, ko je poslušal predstavitev diplomske naloge in zahvalo staršem. Sprevidel je, da je sin tako vzgojen, da ga nikoli nista slišala jezicati ali da bi se prepiral z njima. Opisal ga je za pridnega, tihega, mirnega, nežnega in bistrega fanta.

MILA: Lepa beseda lepo mesto najde.

KSENIJA: Prišli smo do konca našega pogovora. Razgrnili sta plemenito skrb drug za drugega ob trdem življenju in trdem delu. Res lep, zgleden primer skrbi in sožitja, zato iskrena hvala!

GOOD QUALITY OF OLD AGE

Good Quality of old age: Journal for Gerontology and Intergenerational Relations, Vol. 20, Num. 1, 2017

INDEX

- 1 **Scientific and expert articles** (*Znanstveni in strokovni članki*)
 - 1.1 Simona Smolej Jež in Mateja Nagode: A dramatic divide between social home care and institutional care (Dramatičen razkorak med dolgotrajno socialno oskrbo na domu in v instituciji)
 - 1.2 Rüdiger Bauer, Franci Imperl: Slovenia introduces new ways in elderly care (A dramatic divide between social home care and institutional care)
- 2 **Review of gerontological literature** (*Iz gerontološke literature*)
 - 2.1 Detailed review of some chapters from the book Long term care in Europe: Tina Lipar (Podroben prikaz nekaterih poglavij iz knjige dolgotrajna oskrba v Evropi)
 - 2.2 Survey on daycare centres for the elderly in EU: Marta Ramovš (Raziskava o dnevni centrih za starejše v EU)
 - 2.3 Technology and elderly in Japan: Veronika Mravljak Andoljšek (Tehnologija in starejši na Japonskem)
 - 2.4 Successful ageing through mindfulness: Ajda Svetelšek (Uspešno staranje s pomočjo čuječnosti)
 - 2.5 Church of all and for all - the integration of persons with disabilities in the life of the Church in Slovenia: Veronika Mravljak Andoljšek (Cerkev vseh in za vse – vključevanje invalidov v življenje Cerva na slovenskem)
 - 2.6 **Small contributions from gerontological literature:** Tjaša Mlakar (*Drobci iz gerontološke literature*)
 - 2.7 **Slovenian periodicals on ageing:** Education – journal for teachers and parents: Veronika Mravljak Andoljšek in Jože Ramovš (Vzgoja – revija za učitelje, vzgojitelje in starše)
 - 2.8 **Events:** Tina Lipar (*Dogodki*)
- 3 **Glossary of gerontology and intergenerational terms** (*Gerontološko in medgeneracijsko izrazje*)
 - 3.1 Jože Ramovš: Multiplier (Širitelj)
- 4 **Symposiums and workshops** (Simpoziji in delavnice)
 - 4.1 Marta Ramovš: The lecture about spaceflights and the falls of elderly people (Predavanje poleti v vesolje in padci v starosti)
- 5 **Reflection from the intergenerational programmes** (*Iz medgeneracijskih programov*)

6 Interview (Intervju)

- 6.1 Milica Jesenovec, Mila Jesenovec in Ksenija Ramovš: A good family relations facilitate care for older relatives (Dobro razumevanje v družini olajša oskrbo starejšega svojca)
- 7.1 Ksenija Ramovš: Organised intergenerational companionship for quality ageing (Organizirano medgeneracijsko družabništvo za kakovostno staranje)

The first issue of this year's volume brings many interesting articles. It offers two expert articles. The first is about dramatic divide between social home care and institutional care. It critically evaluates affordability (financial accessibility) of care with special focus on social care, both at home and in institutions. The second describes congruent model of care and its implementation in Slovenia.

This issue brings 5 reviews of gerontological literature. The longest is the review of some chapters of the book Long-Term Care in Europe - Improving Policy and Practice. The author of the review summarises the following chapters: The emerging identity of long-term care systems in Europe, User perspectives in long-term care and the role of informal carers, Joint working between health and social care, Prevention and rehabilitation within long-term care, The care gap and migrant carers, The role of information technology in long-term care for older people and Palliative care within long-term care systems. The review *Successful ageing through mindfulness* suggests that courses of mindfulness could take place in elderly homes, daycare centres for the elderly or in various other institutions dealing with an aging population. Mindfulness courses can also be adapted to the needs of elderly dementia patients or with any other disabilities. Let us also mention the review, called *Survey on daycare centres for the elderly in EU*. It answers the question, what daycare centres for the elderly are and how they are organized, it describes the current situation and analyses concepts of daycare centres for elderly in EU.

In column Slovenian periodicals on ageing a journal for teachers and parents, called Education, is presented. Last but not least, let us mention the interview. It is about good relations among family members, that facilitates the caring for an elderly person.

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

POSŁANSTVO REVIIJE Z NAVODILI AVTORJEM

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

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

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

1. Celostna antropološka podoba človeka v njegovi telesni, duševni, duhovni, sožitno-socialni, razvojni in eksistencialni razsežnosti ob nedeljivi sistemski celoti vseh teh razsežnosti.
2. Celovit človekov razvoj skozi vsa življenjska obdobja od spočetja do smrti, isto dostojanstvo in smiselnost človekove mladosti, srednjih let in starosti ter povezanost vseh treh generacij v solidarnem družbenem sožitju.
3. Interdisciplinarno dopolnjevanje vseh znanstvenih ved in kulturnih panog, katerih znanja in tehnologije prispevajo h kakovostnemu staranju in solidarnemu sožitju; v reviji prevladujejo gerontološki in medgeneracijski prispevki iz psihosocialnega, zdravstvenega, vzgojno-izobraževalnega ter okoljsko-prostorskega področja.
4. Intersektorsko sodelovanje vseh družbenih in političnih resorjev, ki so pomembni za kakovostno staranje in solidarno sožitje; posebna pozornost je posvečena medsebojnemu dopolnjevanju družine, 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 zabeleške z nekaj sto besedami do obširnejših prispevkov o gerontoloških dogodkih ter spoznanjih in izkušnjah iz literature in prakse. Prispevki so objavljeni v slovenščini.

Uporabljene vire in literaturo se v člankih praviloma navaja sproti v tekstu v oklepaju na sledeči način: (priimek prvega avtorja, letnica izida: stran) ali pa v opombah pod črto. Uporabljena literatura se navaja na koncu članka po abecedi priimkov prvega avtorja. Primeri za navajanje posameznih zvrsti uporabljene literature:

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

Izvorni 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 priložnost v e-pismu na: info@inst-antonatrstenjaka.si. Objave izvornih in preglednih znanstvenih in strokovnih člankov v reviji praviloma niso honorirane.

Kakovostna starost

LET. 20, ŠT. 1, 2017

Good quality of old age

VOL. 20, NUM. 1, 2017

ZNANSTVENI IN STROKOVNI ČLANKI

SCIENTIFIC AND EXPERT ARTICLES

Simona Smolej Jež, Mateja Nagode

- Dramatičen razkorak med dolgotrajno socialno oskrbo na domu in v instituciji? 3 A dramatic divide between social home care and institutional care?

Rüdiger Bauer in Franci Imperl

- Slovenija ubira nove poti pri oskrbi starejših 16 Slovenia introduces new ways of elderly care

- IZ GERONTOLOŠKE LITERATURE 21 REVIEW OF GERONTOLOGICAL LITERATURE

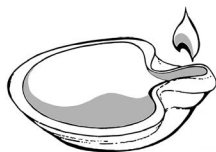
- GERONTOLOŠKO IZRAZJE 60 GLOSSARY OF GERONTOLOGY TERMS

- SIMPOZIJI, DELAVNICE 61 SYMPOSIUMS, WORKSHOPS

- IZ MEDGENERACIJSKIH PROGRAMOV 63 REFLECTION FROM THE INTERGENERATIONAL PROGRAMMES

- INTERVJU 65 INTERVIEW

- GOOD QUALITY OF OLD AGE 78 KAKOVOSTNA STAROST



INŠTITUT
ANTONA TRSTENJAKA

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

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