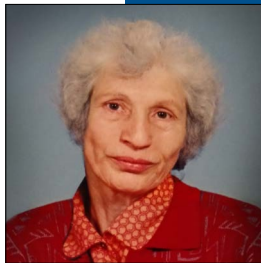


# Kakovostna starost

REVIJA ZA GERONTOLOGIJO IN MEDGENERACIJSKO SOŽITJE  
LETNIK 24 (2021), ŠTEVILKA 4



INŠTITUT ANTONA TRSTENJAKA

# KAKOVOSTNA STAROST

letnik 24, številka 4, 2021

## UVODNIK

## ZNANSTVENI IN STROKOVNI ČLANKI

- 3 Ljiljana Blagojević, Radojka Kobentar: Stiske zaposlenih v oskrbi starostnikov z okužbo s covidom-19
- 19 Lidija Gradišnik in Tomaž Velnar: Razvoj in raznolikost institucionalne oskrbe starejših
- 39 Valerija Kržič, Ljubiša Pađen in Manca Pajnič: Znanje študentov zdravstvene nege o urinski inkontinenci pri starejših
- 49 Marjana Rojnik in Nina Rojnik: Živeti z demenco v družini

## IZ GERONTOLOŠKE LITERATURE

- 59 Socialna izolacija in osamljenost med starejšimi (Prevod in priredba Maruška Budič in Alenka Ogrin)
- 63 Gerontotranscendenca (Jože Ramovš)

## GERONTOLOŠKO IZRAZJE

- 67 Vizija dolgotrajne oskrbe (Jože Ramovš)

## SIMPOZIJ, DELAVNICE

- 69 Družinski oskrbovalci v predlogu zakona o dolgotrajni oskrbi (Blažka Kolenc)

## DRUŽINSKI OSKRBOVALCI

- 71 Oskrba – izzivi in rešitve za vzdržnost v prihodnosti (Ajda Svetelšek in Tjaša Hudobivnik)

## IZ MEDGENERACIJSKIH PROGRAMOV

- 76 Spomin na Božo Prestor (Iva Kocmur)

## GOOD QUALITY OF OLD AGE

- 79 Good Quality of old age: Journal for Gerontology and Intergenerational Relations, Vol. 24, Num. 4, 2021

Slovenski parlament je 9. decembra 2021 sprejel Zakon o dolgotrajni oskrbi (Uradni list št. 196, str. 12.335-12.363). Naša revija je posvečala dolgotrajni oskrbi prednostno pozornost – o tem je objavila nad petsto člankov, poročil o tujih in domačih izkušnjah ter o političnih dokumentih. Leta 2010 in 2017, ko sta bila v javni razpravi predloga zakona o dolgotrajni oskrbi, smo analizirali njune dobre in slabe vidike ter z nekaterimi strokovnimi ustanovami podali izjavo. Isto smo storili leta 2020 ob predlogu sedanjega zakona. Z zadovoljstvom ugotavljamo, da vsebuje Zakon precej spoznanj, ki so v slovensko javnost prihajale na straneh naše revije. Sprejem tega zakona je odločilni mejnik za ljudi, ki potrebujejo oskrbovalno pomoč sami ali njihov najbližji, ter za poklicne oskrbovalce. Dobro pa se je zavedati tudi nacionalnega pomena, ki ga ima odločitev za uvajanje sodobne oskrbe – je namreč pogoj za razvoj humane usmerjenosti slovenske države in slovenske kulture. Izkušnja, da poskrbimo za nemočne med nami, se v naši podzavesti avtomatično spremeni v zaupanje v prihodnost – to pa je progna za vso razvojno ustvarjalnost.

Ob sprejetem Zakonu o dolgotrajni oskrbi lahko rečemo dvoje.

Prvo je zadovoljstvo, da je sprejet. Tiste evropske države, kjer so stroka in politika po letu 1980 začele sistematično razvijati sodoben sistem dolgotrajne oskrbe in pred letom 2000 sprejele ta zakon, imajo v primerjavi z nami velike prednosti: sistem imajo utečen, uvajali so ga lažje, niso jih še tako pritiskale potrebe ob staranju prebivalstva, ne stiske ob zastarelih oskrbovalnih institucijah iz industrijskega časa ter pešanje tradicionalne družinsko-sosedske oskrbe. Naša prednost pa je četrto stoletja njihovih izkušenj z razvojem tega novega stebra socialne varnosti. Njihove izkušnje so velika možnost za dober in nagel slovenski razvoj na tem področju – seveda samo možnost, ki jo lahko izkoristimo ali pa ne. Pot, ki nas čaka po sprejemu zakona, je veliko težja, kakor so bili koraki do njegovega sprejema.

Druga misel ob sprejemu Zakona je pogled na naloge, ki nas čakajo, da ga uveljavimo in pospešeno razvijemo sodoben slovenski sistem integrirane lokalne dolgotrajne oskrbe, ki bo human, finančno in kadrovsko vzdržen. Sprejeti zakon ni idealen; noben zakon ni idealen – je kompromis med potrebami, zaradi katerih je sprejet, med razvojno vizijo na tem področju, dejanskimi možnostmi in številnimi stranskimi interesi. Z vidika dejanskih potreb ljudi in stvarnih možnosti Slovenije ter v luči razvojnih dosežkov oskrbe po Evropi bi upravičeno pričakovali v Zakonu pogumnejši korak proti integraciji formalne oskrbe z večinsko neformalno ter večjo vključitev lokalne skupnosti v organiziranje oskrbe za svoje občane. Veliko se govori o finančni nedorečenosti Zakona, toda sedanja uzakonitev kombinacije zavarovalniškega principa (kar že plačujemo v pokojninsko in zdravstveno blagajno) ter proračunskega (kar bo manjkalo) je preizkušena dobra praksa v slovenskem pokojninskem sistemu, ki je neprimerno večji steber socialne varnosti, kakor bo proračun dolgotrajne oskrbe. Državna in lokalna politika ter uprava bodo imeli v naslednjih letih nalogo uvajati sistem na osnovi sprejetega zakona. In sprejeti zakon dopolnjevati v tem, kjer je nedorečen ali pomanjkljiv; to delajo tudi evropske države, odkar so ta zakon sprejele.

Za našo revijo je odločilno misliti na naloge, ki jih ima stroka pri razvijanju sodobnega slovenskega sistema dolgotrajne oskrbe. Pomembno je raziskovanje oskrbovalnih potreb posameznikov, družin in oskrbovalnih ustanov, potrebna so preverljiva spoznanja o nemoči institucij, ki so bile narejene po industrijski paradigmi ... Odločilna naloga pa je pilotno razvijanje sodobnih oskrbovalnih programov in metod – še zlasti programov in metod za učinkovito sinergično sodelovanje stroke z neformalnimi oskrbovalci, ki opravljajo in bodo opravljali večino pomoči svojim bližnjim v njihovi onemoglosti.

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

Revija za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje

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

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

ISSN 1408 – 869X

UDK: 364.65-053.9

### **Uredniški odbor / Editors**

dr. Jože Ramovš (urednik)

Ajda Svetelšek

Alenka Ogrin

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

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

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

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

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

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

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

mag. Ksenija Ramovš (*Inštitut Antona Trstenjaka*)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Povzetki člankov so vključeni v naslednjih podatkovnih bazah:

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

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

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

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

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

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

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

*Ljiljana Blagojević, Radojka Kobentar*

## Stiske zaposlenih v oskrbi starostnikov z okužbo s covidom-19

### POVZETEK

Razglasitev pandemije covid-19 je 11. marca 2020 na svetovni ravni opozorila na resne zdravstvene posledice okužbe, še posebej pri najbolj ranljivih družbenih skupinah. V institucionalnem varstvu starostnikov je dnevno število okuženih in obolelih stanovalcev s covidom-19 izjemno hitro naraščalo. Starostniki pri tem niso bili vedno deležni bolnišnične obravnave, mnogi so ostajali v domski oskrbi in prejeli potrebno zdravstveno obravnavo. Standard obravnave obolelih s covidom-19 je med drugim zahteval oblikovanje rdeče in sive zone, kar je ponekod povzročalo hude težave zaradi prostorskih in kadrovskih primanjkljajev. Obstoječi resursi niso zadostili potrebam obravnave številnih obolelih starostnikov. Medicinske sestre in sodelavci v zdravstveni negi in oskrbi so bili izpostavljeni izjemnim delovnim obremenitvam ob visokem tveganju za okužbo njih samih, stanovalcev ter svojih bližnjih, kar je vplivalo na duševno zdravje strokovnih ekip. Namen naše raziskave je bil ugotoviti pojavljanje anksioznosti in depresivnosti pri zaposlenih v institucionalnem varstvu med drugim valom epidemije okužb s covidom-19. V ta namen sva uporabili kvantitativno metodo raziskovanja s standardiziranimi vprašalnikoma Patient Health Questionnaire 9 ali Vprašalnik o bolnikovem zdravju (PHQ 9), ki je presejalno orodje za depresivnost, in z vprašalnikom Generalized Anxiety Disorder ali Lestvico za oceno anksioznosti (GAD 7). Z dodatnimi vprašanji glede covid-19 sva pridobili subjektivno oceno zaznanih podpornih dejavnikov v delovnem okolju. Raziskava je potekala med 1. in 20. 12. 2020 v dveh enotah doma starostnikov v Osrednjeslovenski regiji.

Ugotovili sva visoko stopnjo depresivnosti in anksioznosti pri zaposlenih, pri večjem številu pa tudi osebno izkušnjo s covidom-19, ali v obliki pozitivnega testa ali karantene. Bojazen zaposlenih, da bi okužili stanovalce ali svoje družinske člane, je bila tako močna pri kar dveh tretjinah vprašanih. V prihodnje bo potrebno razmisliti o strokovni pomoči zaposlenim in jih opolnomočiti z veščinami za obvladovanje stresa v delovnem okolju, kadar se znajdejo v izjemno obremenjenih situacijah.

**Ključne besede:** covid-19, stres, zaposleni, institucija, starostnik

### AVTORICI

*Ljiljana Blagojević, dipl. med ses., višja svetovalka za področje socialnega varstva, je zaposlena v Domu starejših občanov Ljubljana Vič-Rudnik kot vodja bivalne enote Kolezija. Sodeluje tudi v izobraževalnem procesu dijakov in študentov*

*kot mentorica praktičnega pouka na prvi stopnji študija. V delovni organizaciji je promotor zdravega staranja in uvajanja na dokazih podprte zdravstvene nege in oskrbe. Strokovno znanje ves čas izpopolnjuje na seminarjih in delavnicah doma ter v tujini.*

*Doc. dr. Radojka Kobentar je aktivna sodelavka na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin, nosilka in predavateljica predmeta Zdravstvena nega starostnika z gerontologijo ter mentorica študentom zdravstvene nege na prvi in drugi stopnji študija. Raziskovalno se ukvarja s preučevanjem potreb starostnikov, še posebej obolelih z demenco.*

## ABSTRACT

### **Distress of Employees in the Care of the Elderly with an COVID-19 Infection**

The proclamation of the COVID-19 pandemic, on March 11, 2020, drew global attention to the serious health consequences of the infection, especially among the most vulnerable social groups. In the institutional care of the elderly, the daily number of infected and residents who have fallen ill with COVID-19, was namely growing alarmingly fast. However, the elderly did not always receive hospital treatment, thus many remained in residential care and in this way received the necessary medical treatment. The standard of treatment of patients with COVID-19, among other things, required the creation of a red and gray zones, which in some places caused significant issues, due to obvious space and staff shortages. Existing resources thus did not meet the needs for treatment of numerous elderly patients. Nurses and other professionals in nursing and care were therefore exposed to extreme workloads at high risk of infecting themselves, residents and their loved ones, which of course affected the mental health of these professional teams. The purpose of the present study was to determine the occurrence of anxiety and depression in institutional care staff during the second wave of the epidemic of COVID-19 infections. For this purpose, the authors used a quantitative research method with the standardized Patient Health Questionnaire 9 or PHQ 9, which is a screening tool for depression, and the Generalized Anxiety Disorder or GAD 7 questionnaire. We investigated the presence of anxiety and depression among institutional care employees with additional anonymous questions related to COVID-19 and a subjective assessment of perceived supportive factors in the work environment. The mentioned research took place between 1 and 20 December 2020 in two units of a home for the elderly in the Central-Slovenia region.

We have found that employees showed a high level of depression and anxiety and in large numbers confirmed the personal experience of respondents with COVID-19, in terms of a positive test for COVID-19 and/or were given orders for isolation or quarantine. Employees' fear of infecting residents or their family

members was extremely strong in as many as two-thirds of respondents. Therefore, it becomes quite clear that in the future, it will be necessary to consider professional assistance to employees through empowerment via strategies for managing stress in the work environment when they are faced with such extremely stressful situations.

**Keywords:** COVID-19, stress, employees, institution, elderly

#### AUTHORS

**Ljiljana Blagojević, RN., a senior counselor in the field of social protection,** is employed at the Ljubljana Vič - Rudnik care home as the Head of the Inhouse care unit in the Kolezija branch. She also participates in the educational process of high school and university students as a advisor for practical lessons at the first level of studies. Within her work organization, she promotes healthy ageing and the introduction of evidence-based nursing and care. She is also constantly improving her professional knowledge at seminars and workshops at home and abroad.

**Radojka Kobentar, PhD, Senior Lecturer,** is an active staff member at the Faculty of Health Angela Boškin, lecturer in the course Nursing of the Elderly with Gerontology. She is also a advisor to nursing students at the first and second level of studies. Her research interests include the needs of the elderly, especially those with dementia.

## 1 UVOD

Svetovna zdravstvena organizacija je 11. marca 2020 razglasila pandemijo koronavirusne bolezni covid-19 (Corona Virus Inflammation Disease), saj je število obolelih po vsem svetu izjemno hitro naraščalo. Tudi v Sloveniji je bila že 12. marca 2020 razglašena epidemija; tedaj smo zaznali skoraj 100 novih okužb covid-19 dnevno. Sledili so nujni ukrepi za obvladovanje okužbe: nadzor in omejitev vstopa na meji z Italijo, kjer je bila situacija posebej pereča, ter pod določenimi pogoji tudi iz drugih držav, zaprtje šol, vrtcev, javnih zavodov, kulturnih ustanov in nenujnih prodajaln, prepoved letalskega prometa in drugih nenujnih storitvenih dejavnosti. Spoznanje, da se virus širi prek kontaktov in aerosolov, je namreč zahtevalo znatne omejitve socialnih stikov, uporabo osebnih zaščitnih sredstev ter razkuževanje rok in kontaktnih površin. Okužba z virusom namreč poteka neposredno kapljično s trajanjem v inkubacijski dobi med 1 in 14 dni, običajno pa med 3 in 7 dni. Povzroči zelo nalezljivo bolezen, ki najbolj prizade ne pljučne mešičke in lahko izzove tudi vnetja drugih vitalnih organov (ledvic, srca ...) (Huang in drugi; 2020; Pappa in Dafogianni, 2020).

Starostniki v institucionalni oskrbi so bili zaradi teh vzrokov med bolj ogroženimi skupinami za okužbo, predvsem zaradi možnosti vnosa okužbe od zunaj, hitrega širjenja okužbe v zaprtih prostorih in oslabelega imunskega odziva

(Harrington in drugi, 2020; Wang in drugi, 2020; Yang in drugi, 2020). Simptomi okužbe so se kazali z znaki blage do hude pljučnice in kot sindrom hude dihalne stiske, ali sindrom sistemske odpovedi več telesnih organov (Galehdar in drugi, 2020; Sun in drugi, 2020). Na podlagi omenjenih dejstev je bilo po priporočilih epidemiološke stroke nepričakovano veliko število starostnikov, kritično obolelih s covidom-19, napoteno v socialno izolacijo in zdravljenje hudih simptomov ali na zdravljenje v bolnišnico glede na svojo starost, pridružene bolezni in možnost akutnega poslabšanja bolezni (Bernabeu-Wittel in drugi, 2020; Bianchetti in drugi, 2020; Harrington in drugi, 2020; Strang, in drugi, 2020; Tonini in drugi, 2020). Nekateri zavodi za oskrbo starostnikov so sledili navodilom, da glede na določene kriterije niso pošiljali vseh bolnikov v bolnišnice, čeprav v domovih niso imeli dovolj kadrovskih niti materialnih virov za obvladovanje bolezni (Blanco Donoso in drugi, 2020). Zdravstveno krhki starostniki s pridruženimi boleznimi so bili tako izpostavljeni povečanemu tveganju za smrtni izid zaradi covid-19, pri čemer so strokovni krogi mnenja, da bi številnejše napotitve v bolnišnice rešile več življenj (Strang in drugi, 2020).

Oboleli starostniki s covidom-19 so namreč zaradi narave razvoja bolezni, slabše imunosti in osnovnih bolezni hitro kazali napredovanje in hude simptome bolezni z visokim deležem tistih v kritičnem stanju (Wang in drugi 2020). Najbolj tipičen znak je bila zvišana telesna temperatura, suh kašelj, utrujenost, glavobol in izguba okusa in vonja (Pappa in Dafogianni, 2020). Zdravljenje in zdravstvena nega so vključevali protivirusno terapijo, izolacijo, simptomatsko podporo in spremljanje napredovanja bolezenskih znakov (Sun in drugi, 2020). Ob tem je približno 20 % obolelih za covidom-19 potrebovalo zdravljenje s kisikom (Galehdar in drugi, 2020). Umrljivost starostnikov je v Evropi kljub vsem ukrepom znašala med 42 % in 57 % in v ZDA pa med 2 % in 82 % (Bernabeu-Wittel in drugi, 2020; McGilton in drugi, 2020; Stern in Klein, 2020). V raziskavi na Madžarskem so ugotovili, da je okoli 76,7 % umrlih zaradi covid-19 bilo starejših od 65 let z več kroničnimi obolenji (Kemenezi in drugi, 2020).

Podlaga za takšno zaskrbljujoče širjenje okužb na mednarodni ravni je po mnenju številnih avtorjev več dejavnikov, ki so prispevali k širjenju koronavirusne bolezni v institucionalni oskrbi: opustitev prijave izbruha bolezni dihal, prihajanje okuženih brez znakov okužbe na delo, nezadostno poznavanje in spoštovanje standardnih praks za nadzor okužb, nezadostne zaloge osebne zaščitne opreme, sredstev za razkuževanje rok in površin ter prepozno prepoznavanje okužb (Harrington in drugi, 2020, McGilton in drugi, 2020). Institucije za dolgotrajno namestitev starostnikov so bile posebej izpostavljene širjenju okužbe tudi zaradi slabega zdravstvenega stanja starostnikov, specifičnosti bivalnih enot, majhnega števila zaposlenih v rednem delovnem času, dvojne izmene zaradi bolniške odsotnosti osebja, nezadostne uporabe zaščitne opreme, kar je povzročalo visoke stopnje stresa in anksioznosti (Ayalon in drugi, 2020).



Strokovnjaki menijo, da je verjetni vir širjenja okužbe v domovih gibanje osebja (Chen in drugi 2020).

Zmožnosti za odziv zdravstvenih delavcev na novo epidemijo je zahtevalo nujno ukrepanje za obvladovanje širjenja, obolevnosti in umrljivosti (Galehdar in drugi, 2020). Akutna faza epidemije v prvem valu 2020 je namreč z nepričakovano velikim številom obolelih s covidom-19 v zelo kratkem času ogrozila tudi zdravje izpostavljenih zdravstvenih delavcev z biološkim in psihosocialnim dejavnikom tveganja (Magnavita in drugi, 2020; Pappa in Dafogianni, 2020). Raziskava, ki so jo opravili med zdravstvenimi delavci s pozitivnim testom na covid-19 v Italiji, ker so imeli nezaščitene stike z obolelimi, ugotavlja pogostost anksioznosti pri 16,6 % vprašanih in depresivnosti v 20,3 % (Magnavita in drugi, 2020). Han in drugi (2020) so ugotovili podobno sliko: anksioznost 20,6 % in depresivnost v 28,7 %. Zaposleni v domovih starostnikov so ob pomanjkanju in prepočasni dobavi zaščitne opreme utrpeli večje tveganje za okužbo, kar se je kazalo z bolniškimi odsotnostmi kadra ter posledično povečano delovno obremenitvijo zaposlenih. Strokovnjaki tudi navajajo, da so psihološke posledice krizne situacije, ki so povezane s trpljenjem, zaskrbljenostjo, neuskkljenostjo med zahtevami in viri, socialnimi pritiski ter pogostejšim soočanjem s smrtjo, pomembno vplivale na travmatizacijo zaposlenih zaradi stresa (Ayalon in drugi, 2020; Blanco Donoso in drugi, 2020). V kvalitativni raziskavi na Kitajskem opisujejo subjektivne izkušnje zdravstvenega osebja pri obravnavi oseb z okužbo s covidom-19: najprej so se pokazala negativna čustva, utrujenost, nelagodje, občutek strahu in nemoči. Zaznali so tudi občutke tesnobe ob izraženi zaskrbljenosti za zdravje svojih družinskih članov. Aktivacija spoprijemanja s stisko je zato vključevala prilagajanje, altruistična dejanja, timsko podporo in racionalno odzivanje. V isti raziskavi so bile medicinske sestre zato hvaležne kolegom za podporo, poudarjale so pomen zdravja in družine ter prevzemale odgovornost pri obvladovanju epidemije. Postopoma so se po usposabljanju pojavljala tudi pozitivna čustva zadovoljstva in zaupanja pri nadzoru epidemije ter občutki umirjenosti, sproščenosti in sreče pri spoprijemanju z izzivi (Han in drugi, 2020; Sun in drugi, 2020).

V Španiji je izbruh epidemije covida-19 razkril vse ravni ranljivosti sistema oskrbe starostnikov ter opozoril na pomen zagotavljanja potrebnih resursov za kolektivno spopadanje z univerzalnim stresorjem covid-19 (Blanco Donoso in drugi, 2020; McGilton in drugi, 2020). Pandemija covida-19 je zahtevala takojšnji odziv za obvladovanje nastale situacije, zato so regulatorni organi izdali priporočila in smernice, ki obsegajo naprej usmeritve glede človeških virov in uvajanje sprememb (obveščanje osebja, zagotavljanje varnosti, pravočasna komunikacija in uporabni dokumenti in viri za vse udeležene). Druga smernica se osredotoča na osebje ter obvladovanje stresa s podpiranjem njihovega zdravja in dobrega

počutja. V tretji smernici so se zavzeli za stimulativen plačni sistem (McGilton in drugi, 2020).

V raziskavi, ki so jo opravili na Švedskem v zvezi s smrtnimi izidi zaradi covid-19, so opozorili na posredne vzroke zapoznele obravnave starostnikov, poslabšanja kroničnih bolezni in psihološke stiske zaposlenih (Strang in drugi, 2020). Kronično pomanjkanje kadra v domovih starostnikov, visoke delovne obremenitve, prekarni delovni pogoji in nizek socialno ekonomski status zaposlenih kažejo na globalno krizo v oskrbi starostnikov. V nekaterih okoljih so poročali o povečani odsotnosti z dela zaradi stresa in celo odpovedi delovnega razmerja zaradi strahu pred okužbo (McGilton in drugi, 2020), česar ne gre zanemariti.

Poglavitni razlogi za hitro širjenje okužbe so bili namreč tudi neustrezno kadrovanje pred samim izbruhom epidemije in kršitve predpisov o nadzoru okužb. V raziskavi v Kaliforniji so primerjali število zaposlenih registriranih medicinskih sester v domovih z okužbami s covidom-19 in brez njih ter prišli do sklepa, da je v domovih z nižjim kadrovskim standardom prihajalo do več kršitev v zvezi z nadzorom okužb in zagotavljanjem kakovostne in varne obravnave, kar je povzročilo kar dvakrat več okužb kakor sicer (Harrington in drugi, 2020). Strokovnjaki so tako povezali kadrovske standarde s kazalniki kakovosti zdravstvene nege in oskrbe, kot so: dehidracija, razjede zaradi pritiska, okužbe, bolečine, (ne)odvisnost pri izvajanju osnovnih vsakdanjih opravil, nezadostna prehranjenost, nezadostna jutranja nega, pretirana uporaba zdravil, višja stopnja umrljivosti, manj hospitalizacij, neizvedena zdravstvena nega, varnostni zapleti, padci in drugo (Harrington in drugi, 2020; Weite in drugi, 2019). Raziskava, ki so jo opravili na Kitajskem, pa je ugotovila pomanjkanje znanja zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi o okužbi s covidom-19; predlagali so usposabljanje osebja za spoprijemanje s to zelo nalezljivo boleznijo.

Raziskava, ki so jo opravili Galehdar in drugi (2020) na vzorcu 20 medicinskih sester, je opozorila še na nepoznane razsežnosti bolezni, od blagih znakov do smrtnega izida. Prav v tej raziskavi so navedli omejitvene ukrepe, prepoved stikov s svojci in poslovitve od umrlega, omejitev stikov medicinskih sester z družinskimi člani zaradi nevarnosti okužbe, spoštovanje preventivnih ukrepov (osebna zaščitna oprema, maska, rokavice, razkuževanje rok in površin), ki so izzvali utrujenost in občutke negotovosti. Delo medicinskih sester v kriznih situacijah povzroči izjemen psihični pritisk. Psihosocialni odzivi zdravstvenih delavcev na okužbo vključujejo tesnobo, depresijo, socialno odtujenost, nižjo oceno preživetja, potenciranje možnosti okužb, spodbujanje preventivnih ukrepov in večje potrebe po zdravstveni obravnavi (Hosseinzadeh-Shanjani in drugi, 2020). Prav občutek odgovornosti je medicinske sestre spodbudil k okrepitvi poklicne identitete ter k postopnemu prilagajanju, sprejemanju in pozitivni osebni rasti (Pappa in Dafogianni, 2020, Mullera in drugi, 2020).

Pappa in Dafogiani (2020) v svojem preglednem članku opisujeta, da so medicinske sestre bolj kakor drugi sodelavci ob prvem izbruhu epidemije doživljale psihične simptome. Približno 60,7 % vprašanih sicer ni imelo psihičnih težav, okoli 39,2 % vprašanih pa je navajalo znake le-teh; od tega depresivnost 15,3 % in anksioznost 17,6 % ter stres. Psihološkega svetovanja je bilo deležno 37,2 % oseb. Opozarjajo tudi, da so medicinske sestre zaradi direktne izpostavljenosti okužbi, podaljšanega delovnika in kontinuitete zdravljenja, izolacije in pogostih smrti bolnikov, razvile občutke krivde, samoobtoževanja in neuspeha. Strategije spoprijemanja so vključevale predvsem osredotočenje na težave (Galehdar in drugi, 2020; Huang in drugi, 2020; Luceno-Moreno in drugi, 2020).

Pandemija covid-19 je znatno obremenila zdravstvene sisteme z nabavo osebne zaščitne opreme, s testiranjem, z zagotavljanjem posteljnih kapacitet v bolnišnicah in zdravljenjem velikega števila obolelih (Tracy in drugi, 2020; Yang in Lingli, 2020). Izjemno visoko število obolelih in visoko tveganje za okužbo je od vodstvenega kadra zahtevalo realno zastavljene urnike dela, učinkovito komunikacijo, spremljanje in nadzor okužb ter psihološko podporo izvajalcem zdravstvenih storitev, so izpostavili Yang in Lingli (2020).

Če kratko povzamemo navedene ugotovitve, kažejo dileme, ki se pojavljajo med zaposlenimi, da svoje delo lahko opravljajo, če so zanj usposobljeni, izkušeni in se počutijo kompetentne, vendar pa delo v izrednih razmerah ne zadosti zahtevanim normam. Duševne motnje, ki se kažejo med zaposlenimi, zahtevajo primarno preprečevanje in sekundarno prepoznavanje zgodnjih znakov psihičnih odklonov in zdravljenje tistih, ki imajo resne težave (Tracy in drugi, 2020; Williamson in drugi, 2020). Tracy in drugi (2020) opozarjajo tudi na »moralno škodo« zaradi dela izven poklicnih kompetenc in usposobljenosti s stalnim spreminjanjem kliničnih smernic ob omejitvi virov pri večjem številu obolelih in umrlih ob manjšem številu zaposlenih zaradi izolacije in karantene. Opozarjajo tudi, da so delovne organizacije dolžne poskrbeti za zdravje in varnost pri delu (Williamson in drugi, 2020), kar je še posebej pomembno.

Tudi namen najine raziskave je bil ugotoviti, kakšno je stanje anksioznosti in depresivnosti pri zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi starostnikov v institucionalnem varstvu. V ta namen sva ugotavljali delež anksioznosti in depresivnosti pri zaposlenih in ga povezali z nekaterimi osebnimi podatki v zvezi s covidom-19 ter oceno podpornih aktivnosti na delovnem mestu.

## 2 METODE

Raziskava temelji na kvantitativnem pristopu z uporabo dveh standardiziranih presejalnih vprašalnikov, ki sta prosto dostopna in že uporabljena v slovenskem prostoru. Podatki so pridobljeni z vprašalnikom Patient Health Questionnaire-9 (PHQ 9) – vprašalnik o bolnikovem zdravju. Ta vprašalnik je presejalno orodje za

depresivnost in vsebuje 9 vprašanj na lestvici od 0 in 3, z maksimalnim številom točk 27. Število doseženih točk med 0 in 4 kaže, da depresija ni prisotna, 5 do 9 točk nakazuje blago depresijo, 10 do 14 točk zmerno depresijo, 15 do 19 točk kaže na zmerno hudo depresijo ter 20 do 27 opozarja na hudo depresijo (Konec Juričič in drugi, 2016). Drugi uporabljeni vprašalnik, Generalized Anxiety Disorder Scale (GDA 7) – lestvica za oceno anksioznosti – vsebuje 7 vprašanj v razponu med 0 in 3 z maksimalnim številom točk 21; 5 do 9 točk nakazuje blago anksioznost, 10 do 14 točk zmerno anksioznost in 15 ali več hudo anksioznost (Jelenko Roth in Dernovšek, 2011). Vprašalnikoma sva dodali anonimne osebne podatke v povezavi s covidom-19 in vprašanja o podpornih aktivnostih v delovnem okolju. Cronbach alfa koeficient za lestvico anksioznosti je znašal 0,921 točk ter za depresivnost 0,824 točk.

Vodstvo domov sva najprej seznanili in zaprosili za dovoljenje raziskovanja. Nato je bilo razdeljenih 70 vprašalnikov, vrnjenih in izpolnjenih pa 50 vprašalnikov – to je 71,43 %. V zgoraj raziskanem vzorcu je bilo 20 % moških in 80 % žensk, povprečna starost je bila 44,74 let ( $\pm 13,76$  let). Poklicna struktura: 48 % bolničarjev, 20 % zdravstvenih tehnikov, 10 % diplomiranih medicinskih sester ter 22 % drugih sodelavcev v zdravstveni negi in oskrbi.

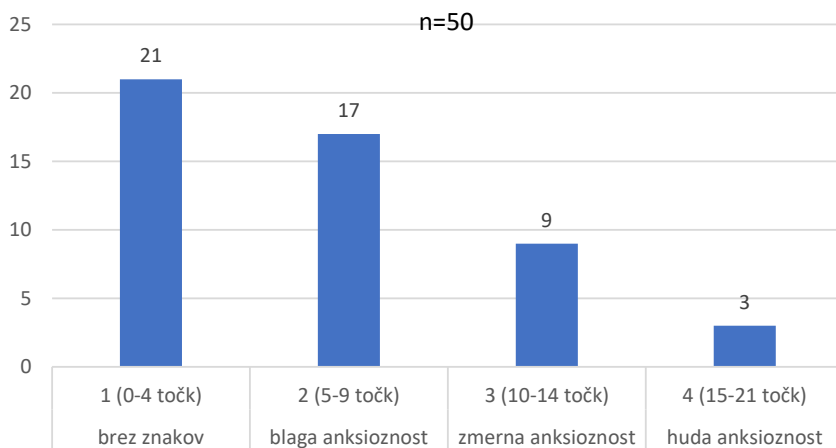
Anketiranje sva izvedli v dveh enotah doma starostnikov v Osrednjeslovenski regiji. Vstopni kriteriji so bili: starost nad 18 let, informirano soglasje, delo v neposredni zdravstveni negi in oskrbi starostnikov obolenih s covidom-19 in razumevanje slovenskega jezika. V celotnem postopku zbiranja in vrednotenja vprašalnikov je bila zagotovljena popolna anonimnost anketirancev z napovedano možnostjo, da lahko kadarkoli prenehajo z izpolnjevanjem vprašalnikov brez kakršnikoli posledic. Izpolnjene vprašalnike so anketiranci oddali v za ta namen pripravljeno skrinjico ter z oddajo potrdili svojo prostovoljno udeležbo. Postopek anketiranja je potekal v drugem valu epidemije med 1. in 20. decembrom 2020.

Pridobljene podatke sva statistično obdelali s pomočjo opisne statistike in t-testom za dva neodvisna vzorca. Upoštevali sva statistično značilnost  $p=0,05$ ; podatke sva obdelali s statističnim paketom SPSS 22.

### **3 REZULTATI**

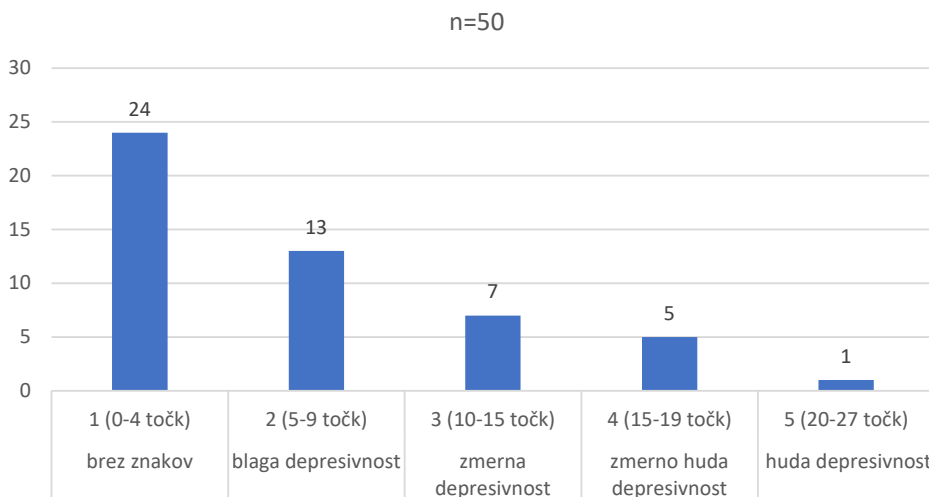
#### **3.1 POJAVNOST ANKSIOZNOSTI IN DEPRESIVNOSTI MED ZAPOSLENIMI V INSTITUCIONALNEM VARSTVU**

Rezultati kažejo, da je okoli 42 % ( $n=21$ ) vprašanih doseglo 4 in manj točk, kar pomeni, da ne kažejo znakov anksioznosti, naslednjih 34 % ( $n=17$ ) je doseglo med 5 in 9 točk, kar opredeljuje blago anksioznost. Zmerno in hudo anksioznost pa sva zaznali pri 24 % vprašanih ( $n=12$ ) (Slika 1).



**Slika 1: Prikaz pojavnosti anksioznosti med zaposlenimi (vprašalnik GAD 7)**

Glede depresivnosti rezultati kažejo, da med zaposlenimi kar 48 % (n=24) nima teh znakov, blago obliko depresivnosti pa doživlja 26 % vprašanih (n=13). Zmerno stopnjo depresivnost sva zaznali pri 14 % (n=7) vprašanih ter zmerno hudo in zelo hudo pri 12 % (n=6) vprašanih oseb (Slika 2).

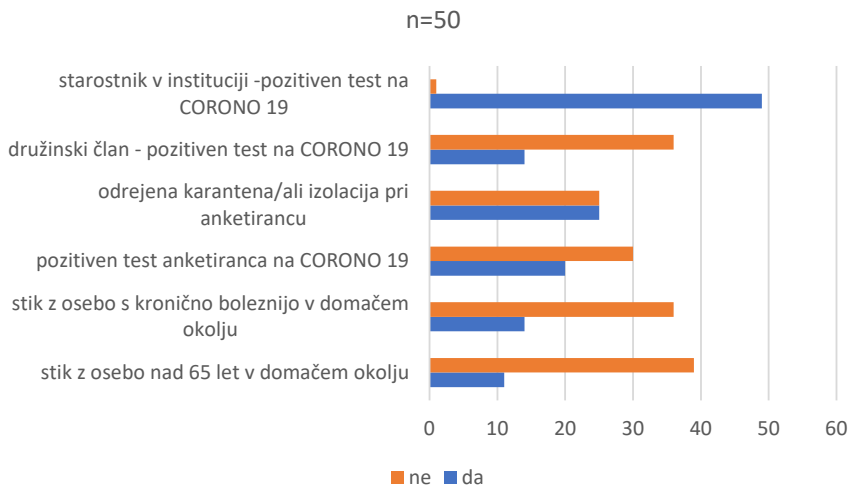


**Slika 2: Prikaz rezultatov za pojav depresivnosti med zaposlenimi (PHQ 9)**

### 3.2 REZULTATI ODGOVOROV NA DODATNA VPRAŠANJA

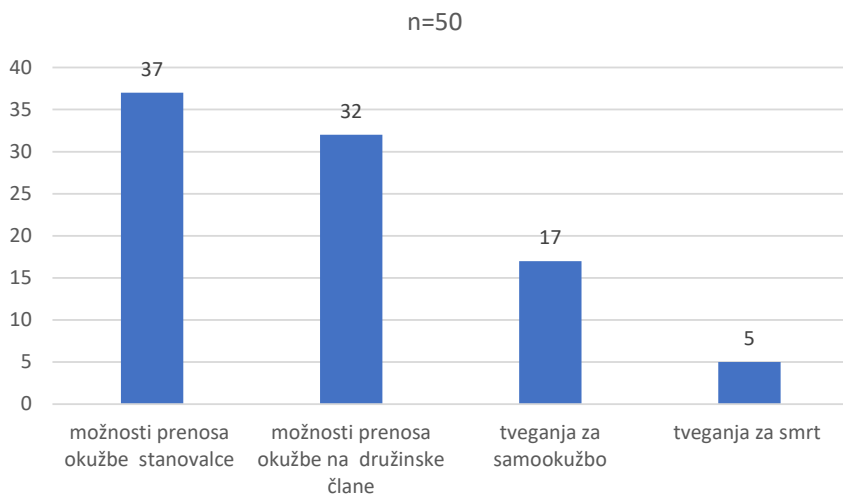
Poleg navedenih dveh vprašalnikov sva anketirance povprašali tudi o direktnih stikih z osebami nad 65 let, stikih z osebami s kronično boleznijo, ali so sami ali njihov svojec bili pozitivni pri testiranju na covid-19 in če so jim odredili izolacijo oz. karanteno. Iz odgovorov sva ugotovili, da so med zaposlenimi številni

imeli pozitiven izid testa na covid-19 in da so vsi zaposleni, razen enega, delali s stanovalci, ki so bili pozitivni na covid-19. V domačem okolju pa so vprašani bili v stiku z osebo starejšo nad 65 let in osebo s kronično boleznijo (Slika 3).



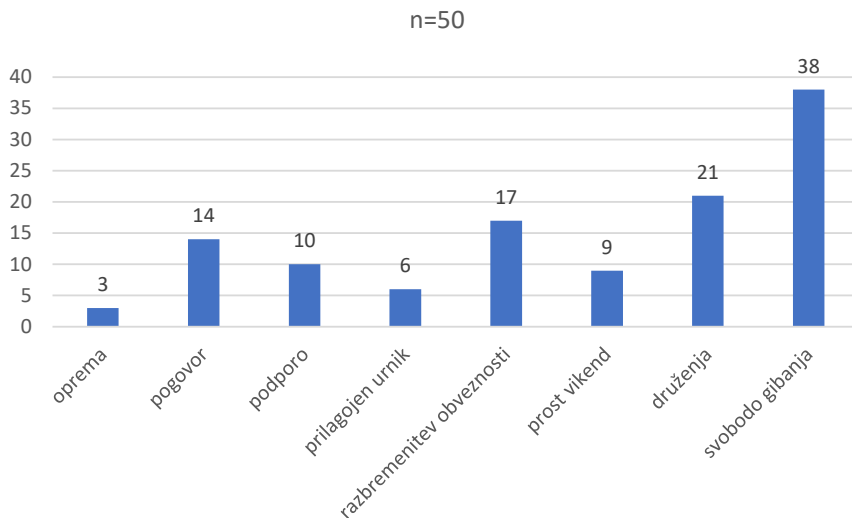
**Slika 3: Prikaz odgovorov zaposlenih na dodatna vprašanja v zvezi s covidom-19**

Na podlagi gornjih podatkov prikazuje v nadaljevanju rezultate o prisotnosti strahu pri zaposlenih v zvezi z možnostjo prenosa okužbe covid-19. Ugotovili sva namreč, da so zaposleni čutili največ strahu prav zaradi prenosa okužbe na stanovalce – kar 75 % (n=37) in družinske člane – 64 % (n=32). Manj jih je čutilo strah zaradi tveganja za lastno okužbo – 34 % (n=17), najmanj pa so občutili strah zaradi lastne smrti (Slika 4).



**Slika 4: Prikaz odgovorov na vprašanje: Česa vas je najbolj strah?**

Podporne aktivnosti v delovnih organizacijah in izven njih sva ugotavljali z vprašanjem: *Kaj najbolj pogrešate v delovni organizaciji?*, pri katerem je bilo možnih več odgovorov. Najbolj so pogrešali svobodo gibanja – 76 % (n=38) in druženje – 42 % (n=21). Med podpornimi aktivnosti v delovni organizaciji so najbolj pogrešali razbremenitev obveznosti – 34 % (n=17), pogovor – 28 % (n=14) in podporo – 20 % (n=10) (Slika 5).



**Slika 5: Prikaz odgovorov vprašanih na vprašanje: *Kaj najbolj pogrešate?***

Zanimalo naju je tudi ali med zaposlenimi, ki imajo znake anksioznosti, in tistimi, ki jih nimajo, obstajajo razlike v zaznavanju *stikov z osebo nad 65* ( $F=54,054$ ;  $t=2,623$ , ( $sp=48$ ),  $p=0,000$ ) in *kronično boleznijo* ( $F=17,460$ ,  $t=1,865$ , ( $sp=48$ ),  $p=0,000$ ). V ta namen sva s t-testom za dva neodvisna vzorca potrdili, da te razlike obstajajo, vendar so izjemno majhne. Razliko med skupinama vprašanih, ki nimajo znakov depresivnosti, in tistimi, ki jih kažejo, zaznamo pri vprašanju *o družinskem članu s pozitivnim testom na covid-19*, in sicer  $F=4,744$ ,  $t=1,075$ ,  $sp=48$ ,  $p=0,034$ .

## 4 RAZPRAVA

Rezultati najine raziskave kažejo, da so zaposleni v neposredni zdravstveni negi in oskrbi v zajetih domovih starostnikov pokazali relativno visok delež anksioznosti (58 %) in depresivnosti (52 %), če mednje štejemo tudi najbolj blage stopnje. Podatki so podobni tistim iz Španije, kjer so v prvem valu pandemije zaznali največje število obolelih za covidom-19 in so na vzorcu 1422 zdravstvenih delavcev ugotovili, da je 56,6 % kazalo znake posttraumatske stresne motnje, 58,6 % anksiozne motnje, 46 % depresivne motnje in se je kar 41,1 % le-teh počutilo

čustveno izčrpane (Luceno-Moreno in drugi, 2020). Opozorili so tudi, da so mlajši delavci občutili več posttravmatskega stresa in tesnobe, kar so razložili s pomanjkanjem delovnih izkušenj v podobnih situacijah (Luceno-Moreno in drugi 2020).

Z izločitvijo blagih stopenj je zmerno in hudo stopnjo anksioznosti kazalo 24 % (n=12) vprašanih; zmerno, zmerno hudo in hudo stopnjo depresivnosti pa je občutilo 26 % (n=13) vprašanih. V tem kontekstu so se najini rezultati približali že opravljenim raziskavam v tujini. Znano je, da hujše oblike anksioznosti in depresivnosti motijo funkcioniranje posameznika, njegovo delovno uspešnost in kakovost življenja. Velja tudi izpostaviti, da delo z obolelimi starostniki zahteva maksimalno stopnjo pozornosti, znanja in kompetentnosti zdravstvenih delavcev in sodelavcev z visoko stopnjo empatije in spoštovanja človeškega dostojanstva ob upoštevanju kakovosti in varnosti pri izvajanju aktivnosti in intervencij zdravstvene nege in oskrbe. Prav v stresni situaciji, kakršna je bila pandemija covid-19, je bil zaznani stresni odziv zaposlenih v naši raziskavi izjemno močan, sploh če upoštevamo dejstvo, da je 40 % (n=20) vprašanih bilo pozitivnih na testu za covid-19, in da je 50 % (n=25) teh imelo odrejeno karanteno ali izolacijo. Najino mnenje je, da je obremenilni stresni dejavnik dejstvo, da so vsi razen enega vprašanega navedli, da so delali s stanovalci obolelimi s covidom-19. Tako smo na podlagi analiziranih podatkov pokazali večplastnost problema pri delu v institucionalni oskrbi starostnikov. Seveda pri tem ne smemo zanemariti, da so v družinskem okolju prav tako obstajali dejavniki tveganja, kar je po naši domnevi dodatno ojačalo vpliv stresa, a to presega okvir pričujoče raziskave.

Brez dvoma je strah spremljevalec kriznih situacij; čim bolj je posameznik življenjsko ogrožen, več strahu občuti. Vprašani so izražali največ strahu zaradi prenosa okužbe s covidom-19 na stanovalce, nato na družinske člane in nase, najmanj strahu pa je bilo pred smrtjo zaradi okužbe. Nekateri strokovnjaki so razloge za stiske povezovali z razsežnostmi bolezni, delovnim okoljem, poklicnimi obveznostmi in osebnimi občutki nemoči pri soočanju s hudim potekom bolezni. Tako so v Španiji na vzorcu 101 osebe v zdravstveni negi in oskrbi tesnobnost povezovali z občutki krivde zaradi pomanjkanja časa za stanovalce, zaradi neučinkovitega reševanja situacij, omejenih kadrovskih virov, zaradi zaznavanja nižje usposobljenosti ali učinkovitosti. Strokovnjaki so tam opozorili, da je višja stopnja tesnobe napovedovala slabše odnose s svojci stanovalcev in večjo obremenjenost s stresom zaradi dela s kognitivno obolelimi stanovalci; tega vidika v najinem vzorcu nisva raziskovali, zanj je možnost v prihodnjih raziskavah.

V najini raziskavi sva ugotavljali stike v družinskem okolju s starostniki nad 65 letom starosti in z osebami s kroničnimi boleznimi, pri katerih obstaja višje tveganje za okužbo s covidom-19, kar lahko dodatno zviša anksioznost in depresivnost. Posebne razmere v delovnih okoljih z velikim številom hudo bolnih, pomanjkanje osebne zaščitne opreme, dodatne nadure in dvojne izmene



z negotovimi delovnimi pogoji ne eni strani, ter stresorji v družinskem okolju zaradi zaprtja šol in vrtcev, alternativnih oblik izobraževanja in varstva otrok ob kronično bolnih starših na drugi strani, so postavili zaposlene pred veliko dilemo, ki je zvišala občutenje tesnobe, kar ugotavlja tudi Ayalon s sodelavci (2020).

Veliko negativnih čustev strahu, tesnobe in nemoči so poleg psiholoških dejavnikov povzročili tudi fizična izčrpanost, nevarnost za zdravje in pomanjkanje znanja (Galehderin drugi, 2020; Sun in drugi, 2020). V presečni študiji v Španiji ugotavljajo, da visoke delovne obremenitve, socialni pritisk iz dela, vsakodnevni stik s trpljenjem in strah pred okužbo zvišujejo raven travmatičnega stresa, saj so prav medicinske sestre in zdravniki sprejemali najtežje odločitve zaradi povečanih potreb po zdravstveni obravnavi zaradi obolevnosti starostnikov s covidom-19 (Blanco Donoso in drugi, 2020). Ob pregledu zgornjih ugotovitev meniva, da so omenjene raziskave prispevale k širšemu razumevanju spremenjenih delovnih razmer pri delu z obolelimi s covidom-19 ter osvetlile potrebo po dvigu odpornosti zaposlenih na stres in izboljšanju njihovih strategij spoprijemanja z njim.

Raziskava Suna s sodelavci (2020) opozarja na potrebo po zgodnjih psiholoških intervencijah, kar podpira teorijo Lazarusa (1984), da je učinek stresorja odvisen tudi od kognitivnega vrednotenja in spoprijemanja s situacijami. Prav medicinske sestre in sodelavci v zdravstveni negi in oskrbi so nenehno prilagajali kognitivno vrednotenje situacij s pomočjo lastnega strokovnega znanja, uravnoteženja notranjih resursov z zunanjimi dejavniki socialne podpore sodelavcev, ob dodatnem prilagajanju prehrane, gibanja in spanja, kar je imelo pozitivne vplive na njihovo duševno zdravje. Samorefleksija lastnih občutenj in vrednot z občutkom odgovornosti je udeležene spodbudila k aktivnemu sodelovanju v obravnavi okuženih pacientov ob hkratni okrepitvi poklicne identitete, ugotavlja Galehder s sodelavci (2020); medicinske sestre so namreč tiste, ki so kontinuirano zagotavljale zdravstvene storitve in doživljale najvišjo stopnjo stresa. Našteta dejstva bi vzbujala manj stresa in anksioznosti, če bi zdravstvenim delavcem zagotovili dovolj osebne zaščitne opreme, omogočili usposabljanje za delo z okuženimi in preventivno psihološko podporo. Nošenje zaščitne opreme je namreč naporno, neprijetno in izčrpavajoče, saj zaposleni niso bili v zadostni meri deležni intervalov počitka, ki bi omogočali prepotrebno pitje tekočin, prehranjevanje, uporabo toaletnih prostorov, tuširanje in osvežitev, pravijo Galehder in sodelavci (2020), Pappa in Dafogiani (2020) ter Sun in sodelavci (2020).

Subjektivna ocena zaposlenih na vprašanje *Kaj najbolj pogrešate*, je nakazala pomen svobode gibanja in potrebe po druženju. Vsak človek je namreč psihosocialno bitje in za svoj zdrav obstoj potrebuje soljudi. Glede delovnega okolja so vprašani odgovorili, da najbolj pogrešajo razbremenitev obveznosti, pogovor in podporo. S tem dejstvom opozarjava na potrebne spremembe vodenja v delovnih okoljih, ki naj bi zajele delovne obremenitve, podporne intervencije za obvladovanje stresnih situacij in kulturo varnosti.

Avtorici se zavedava omejitve raziskave, ki je vezana na majhen vzorec anketirancev, izvedena v le eni instituciji za zdravstveno nego in oskrbo starostnikov ter ob neugodnem času v obdobju strogih protikoronskih ukrepov. Zato posploševanje rezultatov ni smiselno, lahko pa dobljene rezultate primerjamo s podobnimi iz tujine.

## 5 SKLEPNA SPOZNANJA

Zdravstveni delavci in sodelavci v institucionalni oskrbi starostnikov so bili v drugem valu epidemije covid-19 neizpodbitno izpostavljeni povečani stopnji stresnih dejavnikov v delovnem okolju; pogrešali so aktivnosti, ki bi jih razbremenile stresa. Rezultati najine raziskave kažejo, da visok delež zaposlenih čuti znake anksioznosti in depresivnosti; ta delež je primerljiv z raziskavami v drugih državah. Celostna psihosocialna pomoč zaposlenim bi bila v zelo zahtevnih situacijah dobrodošla, vendar se je delovne organizacije v našem primeru niso posluževale. Zato bi veljalo razmisliti o alternativni, da bi vsem zaposlenim preventivno omogočili izobraževanje in delavnice o obvladovanju stresa, da bi jih opolnomočilo za uspešnejše spoprijemanje s kriznimi situacijami. Kaže namreč, da so v kriznih situacijah bili najbolj obremenjeni tisti s šibkimi kompetencami, z manj delovnimi izkušnjami in tisti, ki so v družinskem okolju imeli stike z imunsko šibkejšimi posamezniki. Navkljub vsemu pa izstopa, da so vprašani izrazili skrb za starostnike, kar kaže na njihovo visoko stopnjo empatije in odnosa do soljudi. Stiske zaposlenih bi dodatno zmanjšali z razbremenitvijo v delovnem okolju, na kar so vprašani opozorili. Znano je, da so kadrovski in kvalifikacijski standardi in normativi izjemno nizki in da ravno v institucionalnem varstvu zelo primanjkuje kvalificiranih zdravstvenih in socialnih delavcev in sodelavcev. Nerešena vprašanja s tega zahtevnega področja oskrbe ostajajo na robu javne razprave, kar jasno kaže na nezadostno skrb za naše starostnike. Zato naj rezultati služijo kot vzpodbuda za spoprijemanje s težavami in za nadaljnje raziskave, da bi trenutno negativno sliko popravili s praktičnimi izboljšavami.

### LITERATURA

- Ayalon Liat, Zisberg Anna, Cohn-Schwartz Ella, Cohen-Mansfield Jiska, Perel- Evin Silvia, Bar-Asher Siegal Elitzur. (2020). Long-term care settings in the times of covid-19: challenges and future directions. *International Psychogeriatrics*, letnik 32, št. 10, str. 1239–1243.
- Bernabeu-Wittel, M., Ternero-Vega, J.E., Díaz-Jiménez, P., Conde-Guzmán, C., Nieto-Martín, M.D., Moreno-Gaviño, L., Delgado-Cuesta, J., Rincón-Gómez, M., Giménez-Miranda, L., Navarro-Amuedo, M.D., Muñoz-García, M.M., Calzón-Fernández, S., Ollero-Baturone, M. (2020). Death risk stratification in elderly patients with covid-19. A comparative cohort study in nursing homes outbreaks. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, št.91. V: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104240> (sprejem 20.12.2020).
- Bianchetti Angelo, Bellelli Giuseppe, Guerini Fabio, Marengoni Alessandra, Padovani Alessandro, Rozzini Renzo, Trabucchi Marco (2020). Improving the care of older patients during the COVID-19

- pandemic. *Aging Clinical and Experimental Research* *Aging Clinical and Experimental Research*. V: <https://doi.org/10.1007/s40520-020-01641-w> (sprejem: 21.1.2021).
- Blanco-Donoso Luis Manuel, Moreno-Jiménez Jennifer, Amutio Alberto, Gallego-Alberto Laura, Moreno-Jiménez Bernardo, Garrosa Eva, (2020). Stressors, Job Resources, Fear of Contagion, and Secondary Traumatic Stress Among Nursing Home Workers in Face of the covid-19: The Case of Spain. *Journal of Applied Gerontology*, str. 1–13. V: <https://sagepub.com/journals-permissions> (sprejem 20.12.2020)
- Chen M. Keith, Chevalier Judith A., Long Elisa F. 2020. Nursing home staff networks and covid-19. V: <http://www.nber.org/papers/w27608> (sprejem: 20.1.2021).
- Galehdar Nasrin, Kamran Aziz, Toulabi Tahereh, Heydari Heshmatolah (2020). Exploring nurses' experiences of psychological distress during care of patients with covid-19: a qualitative study. *BMC Psychiatry*, št. 20, str. 489. V: <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02898-1> (sprejem: 20.1.2021)
- Grabowski David C., Mor Vincent (2020). Nursing Home Care in Crisis in the Wake of covid-19. *JAMA* letnik 7, št. 324. V: <https://jamanetwork.com/on> (sprejem 20.12.2020)
- Han Lin, Wong Frances Kam Yuet, M She Dong Li, Li Si Yan, Yang Yun Fang, Jiang Meng Yao, Ruan Yue, Su Qian, Ma Yuxia, Foon Chung Loretta Yuet (2020). Anxiety and Depression of Nurses in a North West Province in China During the Period of Novel Coronavirus Pneumonia Outbreak. *Journal of Nursing Scholarship*, letnik 52, št. 5, str. 564–573.
- Harrington Charlene, Ross Leslie, Chapman Susan, Halifax Elizabeth, Spurlock Bruce, Bakerjian Debra (2020). Nurse Staffing and Coronavirus Infections in California Nursing Homes. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, letnik 21, št. 3, str.174–186.
- Hosseinzadeh-Shanjani Zarintaj, Hajimir Khadijeh, Rostami Bahram, Ramazani Shokoufeh, Dadashi Mohsen (2020). Stress, Anxiety, and Depression Levels Among Healthcare Staff During the covid-19 Epidemic. *Basic and Clinical Neuroscience* str. 163 -170. V: <http://dx.doi.org/10.32598/bcn.11.covid19.651.4> (sprejem: 20.1.2021)
- Hosseinzadeh-Shanjani, Z., Hajimiri, Kh., Rostami, B., Ramazani, Sh., Dadashi, M. (2020). Stress, Anxiety, and Depression Levels Among Healthcare Staff During the covid-19 Epidemic. *Basic and Clinical Neuroscience*, št. 11 str. 163-170.
- Huang Huaping, Zhao Wen-Jun, Li Gui-Rong (2020). Knowledge and Psychological Stress Related to covid-19 Among Nursing Staff in a Hospital in China: Cross-Sectional Survey Study. *JMIR Form Res*, letnik 4, št. 9, e20606, str. 1. V: <https://formative.jmir.org/2020/9/e20606> (sprejem: 20.1.2021)
- Jelenko Roth Petra, Dernovšek Zvezdana Mojca (2011). Generalizirana anksiozna motnja. *Ljubljana: Mylan d. o. o.* str. 14.
- Kemenesi Gábor, Kornya László, Tóth Gábor Endre, Kurucz Kornélia, Zeghib Safia, Somogyi Balázs A. Zöldi Viktor, Urbán Péter, Herczeg Róbert, Jakab Ferenc (2020). Nursing homes and the elderly regarding the covid-19 pandemic: situation report from Hungary. *GeroScience*, št. 42 str.1093–1099.
- Konec Juričič Nuša, Roškar Saška, Jelenko Roth Petra (2015). Prepoznavanje in obravnava depresije in samomorilnosti pri pacientih v ambulantni družinskega zdravnika. Priručnik za strokovnjake na primarni zdravstveni ravni. *Ljubljana : Nacionalni inštitut za javno zdravje*, str.97.
- Luceño-Moreno Lourdes, Talavera-Velasco Beatriz, García-Albuérne Yolanda, Martín-García Jesús (2020). Symptoms of Posttraumatic Stress, Anxiety, Depression, Levels of Resilience and Burnout in Spanish Health Personnel during the covid-19 Pandemic. *Int. J. Environ. Res. Public Health* št. 17, 5514. V: <https://doi.org/10.3390/ijerph17155514> (sprejem: 20.12.2020).
- Magnavita Nicola, Tripepi Giovanni, Di Prinzio Reparata Rosa (2020). Symptoms in Health CareWorkers during the covid-19 Epidemic. A Cross-Sectional Survey *Int. J. Environ. Res. Public Health* letnik 17. V: <https://doi.org/10.3390/ijerph17145218> (sprejem: 20.1.2021)
- Magnavita Nicola, Tripepi Giovanni, Di Prinzio Reparata Rosa (2020). Symptoms in Health CareWorkers during the covid-19 Epidemic. A Cross-Sectional Survey. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, št. 17, 5218 V: [www.mdpi.com/journal/ijerph](http://www.mdpi.com/journal/ijerph) (sprejem 20.1.2021)
- McCarthy Ellen P., Ogarek Jessica A., Loomer Lacey, Gozalo Pedro L., Mor Vincent, Hamel Mary Beth, Mitchell Susan L. (2020). Hospital Transfer Rates Among US Nursing Home Residents With Advanced Illness Before and After Initiatives to Reduce Hospitalizations. *JAMA Intern Med.* letnik 180, št. 3, str. 385-394. V: <https://jamanetwork.com/> (sprejem 20.12.2020)

- McGilton Katherine S., Escrig-Pinol Astrid, Gordon Adam, Chu Charlene H. (2020). Uncovering the Devaluation of Nursing Home Staff During covid-19: Are We Fuelling the Next Health Care Crisis? *JAMDA*, št. 21, str. 962-965.
- Mullera Ashley Elizabeth, Hafstada Elisabet Vivianne, Himmelsa Jan Peter William, Smedslunda Geir, Flottorpa Signe, Stenslandb SynneØien, Stroobantsc Stijn, Van de Veldea Stijn, Vista Gunn Elisabeth (2020). The mental health impact of the covid-19 pandemic on healthcare workers, and interventions to help them: A rapid systematic review. *Psychiatry Research*. V: [www.elsevier.com/locate/psychres](http://www.elsevier.com/locate/psychres) (sprejem 21.1.2021).
- Ouslander Joseph G., Grabowski David C. (2020). covid-19 in Nursing Homes: Calming the Perfect Storm. *JAGS*, št.68, str.2153-2162.
- Pappa Despoina, Dafogianni Chrysoula (2020). Investigation of Nurses' Mental Status during Covid-19 Outbreak - A Systematic Review. *International Journal of Nursing letnik 7, šte.1, str. 69-77*.
- Stern Charlotta, Klein Daniel B. (2020). Stockholm City's Elderly Care and Covid19: Interview .with Barbro Karlsson. *Society*, št. 57, str. 434-445.
- Stranga Peter, Fürst Per, Schultz Torbjörn (2020). Excess deaths from covid-19 correlate with age and socio-economic status. A database study in the Stockholm region. *Uppsala Journal of Medical Sciences letnik 125, št. 4, str. 297-304*.
- Sun Niuniu, Wei Luoqun, Shi Suling, Jiao Dandan, Song Runluo, Ma Lili, Wang Hongwei, Wang Chao Wang Zhaoguo, You Yanli, Liu Shuhua, Wang Hongyun (2020). A qualitative study on the psychological experience of caregivers of covid-19 patients. *American Journal of Infection Control št.48, str. 592-598*.
- Tonini Luana, Ribeiro Lacerda Maria, de Godoi CaceresI Nayla Tamara, Hermann Ana Paula (2020). Recommendations in covid-19 times: a view for home care. *Rev Bras Enferm*. Str.731. V: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167> (sprejem: 20.12.2021).
- Tracy Derek K., Tarn Mark, Eldridge Rod, Cooke Joanne, Calder James D.F., Greenberg Neil (2020). What should be done to support the mental health of healthcare staff treating covid-19 patients? *The British Journal of Psychiatry*, št. 217, str. 537-539.
- Vlačić Gregor, Kovačević Mile, Kern Izidor 2020. Patološke spremembe v pljučih pri umrlih bolnikih s covidom-19. *Zdrav Vestn.*, letnik 89, številka 11-12, str. 603-613.
- Wang Xia, Sun Chao, Hu Hui-xiu, Wang Zi-xin, Wang Hui 3, Peng Hua, Qiao Jian-hong, Gao Lan, (2020). Expert consensus on the nursing management of critically ill elderly patients with coronavirus disease 19. *Ageing Medicine*, št.3, str. 74-81.
- White Elizabeth M., Aiken Linda H., McHugh Matthew D. (2019). Registered Nurse Burnout, Job Dissatisfaction, and Missed Care in Nursing Homes. *J Am Geriatr Soc*. letnik 67, št. 10, str. 2065-2071.
- Williamson Victoria, Murphy Dominic , Greenberg Neil (2020). covid-19 and experiences of moral injury in frontline key workers. *Occupational Medicine*, št. 70 str. 317-319.
- Yang Seoyon, Kwak Sang Gyu, Chang Min Cheol (2020). Psychological impact of covid-19 on hospital workers in nursing care hospitals. *Nursing Open*, letnik 8, št.1. V: <https://doi.org/10.1002/nop.2.628> (sprejem: 20.1 2021).
- Yang Xiong, Peng Lingli (2020). Focusing on health-care providers' experiences in the covid-19 crisis. V: <https://doi.org/10.1016/> (sprejem: 20.1 2021).

Naslava avtoric:

**Ljiljana Blagojevič**, Prečna pot 7, 1360 Vrhnika

**Radojka Kobentar**, Ulica Molniške čete 5, 1000 Ljubljana

## *Lidija Gradišnik in Tomaž Velnar*

# Razvoj in raznolikost institucionalne oskrbe starejših

### POVZETEK

Življenjska doba se z napredkom sodobne medicine in višjega življenjskega standarda v zadnjih desetletjih podaljšuje, to pa pomeni večji delež starejšega prebivalstva. Ljudje iz generacije *baby boom* se počasi približujejo upokojitvi in se soočajo s številnimi izzivi starostnega življenjskega obdobja. Zaradi postopnega pešanja življenjskih moči ali bolezni v starosti se lahko zgodi, da človek potrebuje pomoč drugih. Ker starejši ljudje potrebujejo pomoč in skrb v različnem obsegu, je zanje potrebno ustrezno poskrbeti. Najlepše je, če lahko živijo samostojno doma in so enakovredno vključeni v družbo. Mnogokrat pa to ni mogoče, ker ostanejo sami ali domači zanje ne morejo več ustrezno skrbeti. Zato so se primorani vključiti v različne oblike institucionalnega varstva, kjer sta na voljo potrebna in ustrezna pomoč in oskrba. Predvsem slednja lahko z nudenjem posebnih oblik pomoči in storitev omogoči starejšim kvalitetnejše življenje. V prispevku predstavljamo zgodovinski pregled in razvoj institucionalne oskrbe starih ljudi ter današnje trende.

**Ključne besede:** stari ljudje, institucionalna oskrba, razvoj institucionalne oskrbe, integrirana dolgotrajna oskrba

### AVTORJA

**Lidija Gradišnik** je magistrica socialne gerontologije in živilska tehnologinja, zaposlena kot raziskovalka na Inštitutu za biomedicinske vede na Medicinski fakulteti v Mariboru. Njeno primarno področje raziskovanja so celične kulture, ljubiteljsko pa študira tudi socialno gerontologijo. Sodeluje pri projektih, katerih cilj je zdrava in aktivna starost.

**Tomaž Velnar** je zaposlen kot zdravnik v UKC Ljubljana, aktiven je tudi na raziskovalnem področju. Raziskovalno sodeluje na kliničnem in predkliničnem področju ter na področju socialne gerontologije.

### ABSTRACT

#### **Development and diversity of institutional care for older people**

Life expectancy has been increasing in recent decades. With modern medicine and higher living standard, life expectancy has been increasing in recent decades, resulting in higher proportion of elderly people. The so-called baby boom generation is slowly approaching retirement and its members are facing multiple challenges of old age. As older people need help and care to varying

degrees, an adequately care is essential. Often, the disability, illness or lack of resources aggravates the life of elderly people, forcing them to enter various forms of institutional support, where the necessary and appropriate help and care are available. This offers to elderly people a better quality of life by providing the specific forms of assistance and services. This article presents an overview of the history and development of institutional care for the elderly and the current trends.

**Keywords:** elderly people, institutional care, the development of institutional care, integrated long-term care.

#### AUTHORS

**Lidija Gradišnik;** *after getting a degree in food technology she obtained a master's degree in social gerontology. Currently she works as a researcher at the Institute of Biomedical Sciences, University of Maribor, where her main field of research are cell cultures. As she has a deep interest in ageing issues, she also studies social gerontology and takes part in various healthy and active ageing projects.*

**Tomaž Velnar** *works as a medical doctor at the University Medical Centre Ljubljana. He is also very active in research work - clinical and preclinical fields and in social gerontology.*

*Vrnitev v preteklost omogoči razumeti,  
zakaj je skrb za stare ljudi v Sloveniji še danes izrazito institucionalno usmerjena.*

Jana Mali

## 1 UVOD

Sodobna medicina in splošna izboljšava življenjskega standarda sta v zadnjih desetletjih v zahodnem svetu pripomogla k zviševanju življenjske dobe prebivalstva. V družbi se zato zvišuje delež starejših ljudi, za katere bo potrebno v naslednjih letih posebej poskrbeti. Tudi v Sloveniji je trend podoben, zato je bistven razvoj ustreznih strategij, ki bodo starajočim omogočile kvalitetno preživljanje jeseni življenja. Podatki Statističnega urada Republike Slovenije, zbrani 1. julija 2021 kažejo, da je bilo v Sloveniji od 2.107.007 prebivalcev kar 20,9 % starih 65 ali več let. Zaradi trenda v naraščanju starejših po svetu in pri nas se bo po projekcijah prebivalstva, ki so bile narejene v letu 2019, ta delež čez deset let povečal na 24 %, čez petdeset let pa kar na 31 % (SURS, 2021). Večji delež starejših bo zahteval drugačno odgovornost predvsem od družbe, ki jim bo morala omogočiti čim bolj normalno življenje in funkcioniranje (Brodnik 2020; Partridge idr., 2018; Robbins idr., 2018; Urtamo idr., 2019).

V starostnem življenjskem obdobju se posameznik in njegovi bližnji, posledično pa tudi njegova okolica in družba, srečujejo z mnogoštevilnimi spremembami in izzivi, ki jih prinese tretje življenjsko obdobje. V tem obdobju nastopijo namreč različne spremembe, ki so najbolj opazne in težavne prav v zdravstvenem stanju in v splošni psihofizični kondiciji. Velikokrat so telesnim spremembam pridružene še spremembe na področju finančnega stanja, prihodkov in spremembe v socialnem statusu, ki za večino starejših ljudi niso zanemarljive (Mathers idr., 2015; McDonnell idr., 2015). To odpre vprašanja glede vzdrževanja in splošnih življenjskih stroškov, stroškov zdravstvenega zavarovanja in plačevanja oskrbe. Zato številni starejši ljudje, ki so bili pred upokojitvijo še zdravstveno, finančno in organizacijsko samostojni, v različnem obsegu potrebujejo pomoč in skrb. Družba je zato poklicana, da zanje dobro in ustrezno poskrbi in je zato potrebno najti alternativne oblike oskrbe, varstva ali namestitve. Iz raziskav je znano, da želi večina starejših ljudi ostati doma. Življenje v domačem okolju pa je v starosti odvisno ne le od samostojnosti in zdravstvenega stanja starejšega človeka, ampak tudi od funkcionalnih značilnosti in zmožnosti okolja, v katerem živi (Aronoff-Spencer idr., 2020; Morley, 2004).

V svetu je na razpolago mnogo različnih vrst institucionalne oskrbe in tudi različnih drugih oblik pomoči, ki so namenjene oskrbi starejših. V našem prostoru prevladuje institucionalna oblika oskrbe z namestitvijo v domove za starejše in izgleda, da bo institucionalna oblika prevladovala tudi v naslednjih letih. Razlogi za takšno politiko oskrbe starejših so zgodovinski, kulturni, tradicionalni, družbeni, politični in strokovni. Se pa stanje počasi spreminja in se vse bolj pojavljajo tudi alternativne oblike oskrbe, kar ponuja dobre možnosti za njeno raznolikost v prihodnosti. V Sloveniji so se starejši ljudje, ki ne morejo več živeti samostojno, mnogokrat primorani vključiti v institucionalno oskrbo, predvsem v domove za starejše (Brodnik, 2020; Fleming idr., 2017; Mali, 2008).

Za reševanje demografske krize staranja prebivalstva v 21. stoletju bo potrebno dobro opraviti štiri med seboj soodvisne demografske naloge. Poleg zdravega staranja tretje generacije, učinkovitega gospodarstva ob staranju zaposlenih in uspešnega učenja vsega prebivalstva za po-tradicionalno solidarnost, je na prvem mestu dolgotrajna oskrba bolnih, invalidnih in starostno onemoglih ljudi (Ramovš, 2020). Po podatkih raziskave Staranje v Sloveniji in raziskave SHARE danes v Sloveniji prejema dolgotrajno oskrbo 4 % prebivalstva, to je okrog 80.000 ljudi. Ta delež se bo povečal na 10 % prebivalstva in več. 1 % jih oskrbujejo ustanove, 3 % doma družinski in drugi neformalni oskrbovalci. V Sloveniji torej oskrbujejo oskrbovalne ustanove okrog 20.000 ljudi, neformalni oskrbovalci pa okrog 60.000. Poklicnih oskrbovalcev je blizu 15.000, neformalnih oskrbovalcev, ki redno tedensko pomagajo bolnemu, onemoglemu ali invalidnemu človeku, pa je v Sloveniji dobrih 200.000, torej okrog 10 % prebivalstva (Ramovš, 2013; SHARE, 2021). Sodobni nacionalni sistem dolgotrajne oskrbe je lahko human,

kadrovsko in finančno vzdržen le, če je integriran in se razvija v širino programov ob upoštevanju različnosti ljudi. Domovi za stare ljudi so tako v sodobnem evropskem naboru le eden od vsaj petnajstih programov dolgotrajne oskrbe. Integrirana dolgotrajna oskrba vključuje povezanost formalne in neformalne oskrbe, integracijo strokovnega znanja, samopomoči in solidarnosti, virov oskrbovanca, njegove družine, krajevne skupnosti in države, obenem pa povezanost oskrbovalnih storitev in človeškega odnosa (Ramovš, 2020).

## 2 RAZVOJ INSTITUCIONALNE OSKRBE

Skrb za starejše in onemogle ljudi sega še v prazgodovinsko obdobje, saj so že od vsega začetka družbe za starajočega se človeka poskušale poskrbeti na čim boljši način. Starejši človek je bil spoštovan in cenjen, zato za institucionalno varstvo in oskrbo niti ni bilo potrebe. V preteklosti so starajoči se ljudje ostajali doma in so bili deležni skrbi družine; drugih oblik varstva tudi ni bilo na razpolago. Člani družine in sorodniki, ki so jih negovali, so zagotovili, da so se v svojem krogu počutili koristne in cenjene, na nek način pa so na starega človeka gledali tudi kot na starosto družine, ki je bil za njeno delovanje potreben. Različne kulture so imele in imajo tudi danes na staranje različne poglede; s spreminjanjem družbe in njenih vrednot ter s spremembami družinske strukture, predvsem v zadnjih sto letih, se je začela spreminjati tudi interpretacija starosti in pomen oskrbe v starajoči se družbi (Rogelj idr., 2019).

Razmišljanja o starosti in o oskrbi starejših so v 18. in 19. stoletju pritegnila malo znanstvene pozornosti, prvič zaradi majhnega števila tako starih ljudi in drugič zaradi drugačnega načina življenja in družbenih vrednot (Denham, 2006; Morley, 2004). Za starejše, ki jim je uspelo dočakati starost, so v preteklosti najprej skrbeli družinski člani. Domov za starejše, geriatričnih bolnišnic in podobnih institucij, kakršne poznamo danes, ni bilo, so se pa že pojavili zametki institucionalne oskrbe, ki so se predvsem v naslednjih stoletjih hitro razvijali. Prvi nastanki institucij, ki so skrbele za starejše, so sicer znani iz srednjega veka, vendar je bila takrat taka oskrba predvidena tudi za druge družbene sloje – brezdomce, revne, sirote, bolne in invalide. Starih ljudi je bila takrat manjšina in zato je bila osnovna dejavnost teh ustanov namenjena tistim, za katere nihče ni mogel ali želel poskrbeti. Seveda se je to v Evropi razlikovalo od države do države, glede na takratno pojmovanje oskrbe starejših, gospodarske zmožnosti in razvitost posameznih pokrajin ter nenazadnje na njihovo socialno in kulturno ozadje (Denham, 2006; Mali, 2008; Morilla-Herrera, 2015; Thomson, 2008).



## 2.1 ZAČETKI INSTITUCIONALNE OSKRBE ZA STAREJŠE LJUDI V EVROPI

V različnih državah so institucije, ki so bile predhodnice današnjih domov za starejše, dobile različna imena. V Angliji, ki je bila na tem področju najnaprednejša, so se imenovala *workhouses* (ubožnice, delavnice), v Nemčiji *Zuchthäuser* in v Franciji *hopitaux*. Tudi v teh ustanovah so bili v začetku stari ljudje v manjšini in se je njihovo število povečalo v naslednjih stoletjih, predvsem ob koncu 19. stoletja, ko se je institucionalna oskrba bolj razvila in specializirala do takšnih oblik, ki jih poznamo danes. V Veliki Britaniji so na socialno-gerontološkem področju med prvimi uvedli številne novosti in začeli z organizirano oskrbo in namestitvijo za stare ljudi v tako imenovanih *delavnicah* ali *delovnih hišah*, kakor so jih v tistem času imenovali (Thomson, 2008). V Angliji je bilo *delavnica* uradno ime za nekakšno ubožnico za starejše od začetka 19. in vse do dvajsetih let 20. stoletja. Take institucije so ustanovili že v 16. stoletju, ko so po Tudorskem pravu izdali odlok, da je potrebno poskrbeti za brezdomne in ubožne ostarele državljane po Angliji. Najprej so vanje sprejemali revne in invalide, torej ljudi brez strehe nad glavo, ki so bili brez družine ali pa ta zanje ni mogla prevzeti skrbi, kasneje pa tudi obubožane stare ljudi (British Geriatric Society, 2015; Warren, 1948). Bivanje je bilo prostovoljno. Starejši so se sami odločili, ali sprejmejo takšno vrsto oskrbe, saj takratni zakon ni dovoljeval, da bi jih tam zadrževali proti njihovi volji. V primerjavi z današnjimi institucijami, ki skrbijo za stare ljudi, so takrat v angleških ubožnicah skrbeli za popolnoma drugačne družbene skupine, tudi marginalizirane. Leta 1850 je bilo v Angliji 600 ustanov, ki so lahko sprejele v povprečju po 100 do 300 oskrbovancev. V velikih mestih je bilo na voljo več namestitev (Dellefield in Corazzini, 2015; Denham, 2016; Thomson, 2008).

Oskrbovanci so se razlikovali po starosti in razlogih, ki so botrovali oskrbi v teh ustanovah, ki so bile po funkciji pravzaprav domovi oziroma namestitve za starejše. Njihovo število je namreč daleč presevalo število ostalih oskrbovancev. Seveda pa se je njihova sestava skozi desetletja spreminjala. Tako so v drugi polovici 19. stoletja v nekaterih ustanovah večino oskrbovancev tvorili otroci in starejših od 65 let sploh ni bilo (British Geriatric Society, 2015; Morley, 2004; Thomson, 2008). V Londonu je bilo v tem času v oskrbi 20.000 ljudi s 30 % deležem starejših od 65 let. V začetku 20. stoletja se je sestava oskrbovancev začela izrazito spreminjati in so naključni obiskovalci, ki so v teh zavetiščih iskali pretežno hrano in streho nad glavo, pravzaprav izginili iz ubožnic. Manjšati se je začelo tudi število invalidov, ki so jih preselili v bolj specializirane institucije. Glavni oskrbovanci so postali stari ljudje in kronični bolniki in tako so te skupnosti začele postajati vse bolj podobne današnjim ustanovam za starejše ljudi. V letih od 1934 do 1948 so pomoč za ubožne v obliki *delavnic* začeli postopoma ukinjati in te namestitve imenovali *institucije za javno pomoč*. Po letu 1945 se je njihovo poslanstvo nadaljevalo v obliki domov za starejše, nekatere ustanove pa

so opremili za bolnišnice. Od leta 1950 dalje so se angleškemu vzoru pridružile še druge evropske države. Razmere v domovih so se začele izboljševati in postajati za stanovalce vedno bolj prijazne. Izboljšala se je namestitvev, ponekod so uporabniki prejeli tudi tedensko rento. Preoblikovanje družbe in njenih vrednot ter novi trendi so od srede 20. stoletja naprej povzročili pomembne premike, ki so vplivali tudi na skrb za starejše ljudi (Denham, 2006; Morley, 2004; Thomson, 2008). Prišlo je do sprememb v velikosti družine in načinu družinskega življenja, novih upokojitvenih politik, povečane mobilnosti, novih poklicnih vzorcev in drugačnih materialnih teženj in pričakovanj glede zasebnosti. To je povzročalo širjenje institucionalne oskrbe za starejše ljudi, ki je postala pomemben način njihove namestitve, predvsem za tiste, za katere doma ni bilo mogoče skrbeti (British Geriatric Society, 2015; Dellefield in Corazzini, 2015).

Zaradi daljšanja življenjske dobe in naraščajočega števila starejših ter težnje po aktivnem in kakovostnem preživljanju starosti in po ustrezni namestitvi prihaja do razvoja novih modelov za nastanitev starejših ljudi. Zato postajajo danes institucionalne namestitve vedno bolj moderne, raznovrstne in prijazne uporabnikom ter svojcem. Za oskrbo starejših danes nimamo na voljo samo domske oskrbe, ampak tudi druge vrste namestitvev, kot so oskrbovana stanovanja, življenje v vaseh za starejše in življenje v skupnosti. Njihov cilj je, da bi lahko starejši čim dlje bivali v prijaznem okolju, kjer bi jim bila zagotovljena tudi ustrezna pomoč in podpora specializirane oskrbe (Baltes in Carstensen, 1996; Kerbler in Filipovič Hrast, 2017; Thomson, 2008).

## **2.2 ZAČETKI INSTITUCIONALNE OSKRBE STAREJŠIH NA SLOVENSKEM**

Prvi začetki in razvoj ustanov, ki so bile predhodnica današnjih domov za oskrbo starejših, izvirajo iz poznega srednjega veka in nato iz zgodnjega novega veka in so tako najstarejša oblika skrbi za starajočo se populacijo (Mali 2008). V srednjem veku, predvsem med 6. in 11. stoletjem, so medicino in skrb za bolne razvijali predvsem nemški redovi v samostanih, ki so bili takrat tudi središče verskega, posvetnega, kulturnega in zdravstvenega delovanja. Prav tako so v samostanih nastale lekarne in vrtovi zdravilnih zelišč. Oskrba starih in onemoglih ni bila prioriteta naloge teh ustanov, ki so bile zasedene predvsem z bolnimi in umirajočimi. To ni nič čudnega, saj je v tem obdobju po Evropi divjalo več epidemij kužnih bolezni in se je zato število bolnikov v teh epidemijah izjemno povečalo.

Takšne dobrodne samostanske skupnosti so bile aktivne tudi na slovenskem ozemlju, kjer so začele nastajati nekoliko kasneje, šele v 12. in 13. stoletju. Tako je v 13. stoletju nemški viteški red ustanovil Zavod za neozdravljive bolnike v Ljubljani. Ta je bil nekakšen predhodnik današnjega Hospica, kjer so skrbeli tudi za stare ljudi. Kmalu so sledili drugi kraji po Slovenskem: azilski zavod v

Kamniku, v Mariboru in Celju, na Ptuj ter v Gorici. Službo so izvajali redovniki, ki so primarno zdravili plemstvo in veljake po mestih in trgih, krščanska etika in redovniška pravila pa so jim nalagala tudi dobrodelno skrb za preprosto ljudstvo, ki so ga zdravili brezplačno. Poleg bolnikov so tako pomoč nudili še brezdomcem, starejšim in onemoglim. Zanimiva ustanova je bil hospicij za popotnike v Špitaliču v kamniškem okraju, kjer so poleg popotnikov zdravili tudi onemogle in brezdomne stare ljudi.

V 14. in 15. stoletju so začeli po Evropi in tudi na našem ozemlju najprej nastajati špitali (Flaker, 1998). Ti so bili primarno namenjeni tujcem, prišlekom in popotnikom, ki so bili potrebni pomoči, vendar so sestavljali velik del oskrbovancev tudi stari in kronično bolni ljudje. Ko so se od poznega srednjega in zgodnjega novega veka dalje začele v Evropi družbene razmere spreminjati, se je začelo povečevati število prebivalstva, hkrati pa je naraslo število brezposelnih in revnih. Po izbruhih kužnih bolezni, vojnah, lakoti in naravnih nesrečah je število brezdomcev, beračev in revežev ter onemoglih starih ljudi naraslo (Anžič, 2002).

V obdobju hitro naraščajoče industrializacije se je meščanska družba odzvala z ustanavljanjem zaprtih ustanov za razne deprivilegirane družbene skupine. Pri nas jih zasledimo že pred 19. stoletjem, zlasti pa po drugi svetovni vojni (Mali, 2008). Zato tudi današnja pretežno institucionalna skrb za starejše ljudi pri nas ni presenetljiva, saj je vezana na značilnosti, ki izvirajo iz kulturnega in zgodovinskega okolja in je odraz že takrat ustaljene tradicionalne oskrbe za starejše. Institucije, kjer so v preteklosti skrbeli za stare ljudi, so vključevale ubožnice, hiralnice in špitali (Anžič, 2002; Flaker, 1998; Mali, 2008).

Ubožnice so bile institucije, kjer so skrbeli za ubožne ljudi, ki si kljub delu niso uspeli urediti osnovnih življenjskih razmer in priskrbeti ustreznih življenjskih potrebščin. Prve so začeli ustanavljati sredi 18. stoletja in so ponujale hrano in prenočišče revnim. Tukaj so brezplačno namestitev in hrano dobili odrasli in mladoletni, na razpolago pa je bila tudi zdravniška pomoč. Starost oskrbovancev ni bila določena, to pomeni, da so lahko sem prihajali tudi starejši. Stanovalci so v teh ustanovah lahko živeli različno dolgo. Prepovedano jim je bilo beračenje po mestu, v ubožnici pa so morali delovati v edinosti, si med seboj pomagati in sami opravljati hišna opravila (Anžič, 2002; Mali, 2008).

Oskrba v hiralnicah je bila namenjena neozdravljivo bolnim in onemoglim. V Ljubljani je bila hiralnica pod okriljem deželnih dobrodelnih zavodov ustanovljena že leta 1811; ti so pokrivali tudi njene finančne izdatke, njena lokacija pa se je po ustanovitvi večkrat spreminjala. V njej so bivali bolniki, ki zaradi neozdravljivih bolezni niso bili primerni za bolnišnično zdravljenje. Sprva so imeli namestitev v špitalu, vendar se je pritisk na špitali zaradi bolnih zelo povečal in so zato te ljudi preselili v hiralnice, da so lahko sprostili namestitve in zdravljenje bolnikov z ozdravljivimi obolenji. Bolnišnična oskrba je bila v špitalih mogoča le za tiste neozdravljivo bolne ljudi, ki se jim je zdravstveno stanje hitro slabšalo, saj

so bili špitali za takšno oskrbo vseeno bolj specializirani kakor hiralnice. Tukaj se že kaže prva segregacija in specializacija ustanov na takšne, kot jih poznamo danes (Anžič, 2002; Mali, 2008).

Špitali sodijo med najstarejše dobrodelne ustanove, ki so jih kot po Evropi začeli ustanavljati že v 12. stoletju. Zgrajeni so bili v bližini prometnih poti, v mestih, ob prelazih in romarskih poteh. Sprva so to bila zavetišča za telesno in duševno prizadete, nudili pa so prenočišče tudi revnim, romarjem in popotnikom. Njihova vloga se je skozi čas spreminjala. V visokem srednjem veku so bili namenjeni predvsem revnim, v poznem srednjem veku pa je bila glavna naloga poleg oskrbe revnih tudi nega bolnih in starejših ljudi ter sirot. Na razpolago je bila tudi občasna zdravstvena oskrba. Špitali so imeli z oskrbo svojih varovancev predvsem socialno funkcijo, od 16. stoletja dalje pa je zanje vse bolj postajala značilna večfunkcionalnost, nazadnje pa so svoje ime prepustili medicinskim ustanovam. Ustanovitelji špitalov so bili na začetku menihi, kasneje pa tudi posvetna oblast, vladarji, deželni gospodje, knezi in bogati posamezniki. Na Slovenskem je v večjih mestih delovalo več špitalov, najstarejši so bili v Škofji Loki, Ljubljani, Kamniku, Komendi, ki so skrbeli tudi za stare ljudi, predvsem obubožane stare meščane in starejše ljudi iz okoliških vasi, ki so gravitirale v večja mesta s špitali. Kljub zgodnjemu začetku dobrodelništva in nastanku samostanskih skupnosti v slovenskem prostoru pa prve prave predhodnike današnjih domov za starejše zasledimo v 19. stoletju. Te ustanove so trdno zaznamovale institucionalno oskrbo starejših ljudi do današnjih časov. Zato se je več kot stoletje oskrba starejših izvajala skoraj izključno v domovih in je v veliki meri tako še danes (Anžič, 2002; Flaker, 1998; Mali, 2008).

Proti koncu 19. stoletja so se dobrodelne ustanove vse bolj spreminjale in specializirale ter postajale podobne današnjim domovom za starejše. Spreminjala pa se je tudi sestava njihovih oskrbovancev. Socialno skrb so prevzemale občine in jim namenjale 6 do 8 % sredstev iz svojega proračuna, pri čemer je bil obseg sredstev odvisen od gospodarske razvitosti in velikosti občine, ki je imela take institucije pod svoji okriljem. Zato ni presenetljivo, da so imele podeželske občine, ki so imele velik delež kmečkega prebivalstva, več težav s financiranjem. Socialne težave starejših prebivalcev so reševali z dobrodelnimi dejavnostmi, saj je bila socialna podpora zelo nizka. Namestitve v zavetiščih za starejše in onemogle na podeželju so bile omejene. Nekatere podeželske občine takih namestitev niso imele, je pa bila razvita oskrba starejših ljudi po hišah. Zaradi nizkega življenjskega standarda so morali starejši velikokrat beračiti, tudi tisti, ki so bili nameščeni v institucije takratnega časa. Socialna podpora namreč ni zadoščala za preživetje. Občine so sicer nudile različne oblike socialne pomoči, tako starejšim, ki so bivali doma kakor tistim v institucijah. To je bila denarna podpora in pomoč v dobrinah – hrani, kurjavi in obleki ter namestiti v občinskih stanovanjih in

zavetiščih. Zavarovanje za starost in onemoglost pa so pri nas uvedli leta 1937 (Kavar Vidmar, 1985; Mali, 2008).

Po drugi svetovni vojni so v ospredje prišla številna socialna vprašanja, ki so se dotikala tudi starejših in jih je država reševala bolj ali manj uspešno. Predvsem po letu 1960 so po načelih socialne gerontologije, ki je takrat vse bolj prihajala v ospredje, organizirali službe socialno-zdravstvenega varstva s ciljem, da bi starejše ljudi bolj integrirali v družbo. Priporočili so, da naj bi zdravljenje starejših potekalo v zdravstvenih ustanovah, na katere se nanaša njihova narava bolezni. Naslednji cilj je bil, da bi družba na različne načine lahko poskrbela za svoje starejše, da bi lahko ti čim dlje ostali v svojem okolju, v gospodinjstvih, kjer so do sedaj delali in živeli (Acceto, 1968; Mali, 2008). Vidimo, da je bil namen skladen z usmeritvami Svetovne zdravstvene organizacije (WHO, 2016). Ostalim, za katere to ni bilo mogoče, pa bi priskrbeli namestitev v domovih za starejše. V Sloveniji je bilo leta 1965 v domovih prostora za 1,3 % ljudi starejših od 65 let, po mednarodnih standardih pa je bil ta odstotek takrat določen na 5 %. To je bila majhna številka in bi zadoščala le v primeru dobro razvite službe, ki bi starejšim lahko pomagala izven domov, torej v skupnosti.

Ker pa je bila po vojni pri nas populacija zelo raznovrstna, v domovih niso bivali le stari ljudje, ampak pripadniki različnih starostnih skupin, ki niso imeli sredstev za preživetje (Bregant in Lončar, 2005; Mali, 2008). Po vojni je bilo brez oskrbe tudi veliko sirot, brezposelnih, bolnih, nepreskrbljenih otrok in vojnih invalidov, ki so potrebovali pomoč države. Zato takrat domovi niso reševali le geriatrične problematike, ampak tudi socialno in zdravstveno. Oblasti so njihovo stisko poskusile rešiti hitro in učinkovito, tako da so jih namestile v že obstoječe institucije, ki so bile takrat pri roki. Življenjske razmere za takratne standarde niso bile dobre, za današnje pa nesprejemljive. Nastanitve so bile urejene v starih objektih, velikokrat v graščinah in dvorcih, ki so jih preuredili za ta namen. Bivališča so bila na hitro preurejena in skromna ter le deloma adaptirana. Ponekod so si stanovalci morali sami priskrbeti posteljnino, posodo in pribor. Večina namestitev je bila lociranih daleč od mesta, na podeželju, in že s tega vidika so bili težko dostopni za oskrbo in za svojce oskrbovancev (Antlej, 2005; Mali, 2003).

Ključni premiki na področju institucionalnega varstva starih ljudi so nastopili po drugi svetovni vojni, čemur je botrovalo več dejavnikov. Prvi je vključeval tradicijo institucionalne namestitve, ki sega več stoletij nazaj in je zato bistveno vplivala na način oskrbe starejših pri nas. Stari ljudje so že mnogo pred tem bivali v zavetiščih in ubožnicah ali v ustanovah, ki so bile podobne domovom za starejše. Drugi razlog je vpliv urbanizacije, modernizacije in hitre industrializacije, kar je spremenilo življenjski slog populacije. Tretji pomemben moment je vpliv druge svetovne vojne, ki je močno posegla v življenjski standard vseh ljudi, tudi starejših. Pri tej skupini je prišlo še posebej do znižanja življenjskega standarda, stanovanjskih težav in nerešenih vprašanj glede pravic invalidskega, socialnega

in pokojninskega zavarovanja. Četrty dejavnik pa je razvoj socialne gerontologije in izboljšav v zdravstvenem ter socialnem varstvu. Vsi ti elementi so vplivali na razvoj institucionalnega varstva za starejše ter na odnos družbe do staranja in starosti (Berger in Luckmann, 1998; Mali, 2008).

Obdobje po drugi svetovni vojni je bilo ključno za nastanek domov za starejše, kot jih poznamo danes. 70 % domov je bilo takih, ki so opravljali svojo dejavnost v obdobju 1946 do 1966, 30 % pa jih je bilo zgrajenih med letoma 1967 in 1991. Primerjava odnosov zaposlenih do uporabnikov je pokazala, da so bili odnosi pristnejši in bolj domači v prvem povojnem obdobju, kot pa v kasnejših, namensko zgrajenih domovih, ko so bili že zaposleni delavci z medicinsko in socialno izobrazbo. Domače vzdušje opisujejo celo kot pomembnejše od kvalitetne prehrane in zdravniške oskrbe. V preteklosti so prevladovala prepovedi, pravice so bile zapostavljene. Prepovedi so zajemale stanovalce in svojce. Obiskov svojcev ni bilo veliko, omejeno je bilo njihovo gibanje, čas obiska, ogled prostorov je bil možen le z dovoljenjem upravnika doma. Obiskovalci gibalno sposobnih stanovalcev pa so lahko obiskovali svojce le v dnevnem prostoru ali jedilnici. Če so bili odsotni več kot tri dni, so morali sporočiti odsotnost. Med pravicami je bila le pravica do obleke in obutve, pa še to je dodeljevala uprava na podlagi lastne presoje o tem, koliko in kakšno obleko stanovalec potrebuje. Prav tako je bil strogo prepovedan vstop v kuhinjo in druge prostore, če v njih ni bilo zaposlenih. Poudarjeno je bilo dostojno obnašanje do sostanovalcev. Prepovedano je bilo tudi kaljenje miru, prepiranje in pretepanje, najstrožja prepoved pa je veljala za čezmerno uživanje alkoholnih pijač. V današnjih domovih najdemo različne aktivnosti za stanovalce, skupinske oblike druženja in organizirane kulturne prireditve, med katerimi lahko stanovalci samostojno izbirajo glede na lastne želje in interese (Mali, 2003; 2008).

### **3 SODOBNI DOMOVI STAREJŠIH OBČANOV**

V Sloveniji je tradicionalna družinska oskrba starejših še vedno osnovni način pomoči, saj večina starejših, ki potrebuje oskrbo in nego, živi doma (Božič Verbič, 2019). Ker pa se sodobna družina spreminja, se tudi njena vloga pri skrbi za starejše družinske člane zmanjšuje in posledično vedno več starejših ljudi živi samih. Zaradi večanja deleža starih ljudi pa se povečuje tudi potreba po njihovi namestitvi v socialne in zdravstvene ustanove.

Po drugi strani pa je v zadnjih letih ena izmed glavnih tem številnih programov po vsem svetu koncept staranja v domačem okolju, saj ima bivanje v lastnem domu številne pozitivne učinke na počutje starejših, kar lahko odloži prehod starejših v institucionalno obliko bivanja (Goriup in Lahe, 2018; Kerbler in Černič Mali, 2018). Na varno in kakovostno staranje v domačem okolju pa bi se morali tudi dobro pripraviti, saj ga je možno uresničiti le z ustrezno grajenim

bivalnim okoljem in dostopnimi podpornimi storitvami v skupnosti. Tako pa se veliko starejših sooča s številnimi ovirami, kot so previsoki pragovi v stanovanju, preozki prehodi, večnadstropne stavbe brez dvigal in oddaljenost od podpornih storitev (Model za staranje starejših v domačem bivalnem okolju v Sloveniji, 2021).

Odločitev za namestitev v institucionalno varstvo ni lahka ne za bodočega uporabnika oskrbe ne za njegove najbližje. Velikokrat je povezana z dvomi, ali je ta odločitev res nujno potrebna in najboljša rešitev. Domovi za stare ljudi so bili namreč v preteklosti in so pogosto marsikje še danes, opredeljeni kot institucije, v katerih je dobro poskrbljeno za zdravstveni in materialni vidik, zanemarjena pa sta socialno gerontološki in socialni vidik oskrbe starejših. Današnji domovi za starejše so postavljeni pred nove naloge, saj koncepti domov iz preteklosti ne ustrezajo današnjim potrebam, željam in zahtevam uporabnikov. Govorimo lahko o pojavu nove filozofije na področju opravljanja socialnih storitev, kot so pomembne posebnosti vsakega posameznika, njegove potrebe, želje, interesi, zlasti pa pravica uporabnika do izbire (Mali, 2008).

### **3.1 OSNOVNE ZNAČILNOSTI DANAŠNJIH DOMOV ZA STAREJŠE**

Zakon o socialnem varstvu opredeljuje socialnovarstveno dejavnost preprečevanja in reševanja socialne problematike starejših v Sloveniji. Institucionalna oskrba spada med socialno varstvene storitve, ki so namenjene preprečevanju socialnih stisk in težav ter obsega vse oblike pomoči v zavodu, v drugi družini ali drugi organizirani obliki, s katerimi se upravičencem nadomeščajo funkcije doma in lastne družine. Domovi za starejše sodijo med institucionalno obliko varstva, ki starejšim omogoča bivanje, organizirano prehrano, varstvo in zdravstveno varstvo. Starejšim od 65 let, ki zaradi starosti, kroničnih bolezni, oviranosti ali nizkih finančnih prihodkov ne morejo živeti doma, pomenijo nadomestni dom. Domovi za starejše pa izvajajo tudi pomoč posamezniku in družini na domu ter naloge, ki obsegajo pripravo okolja, družine in posameznikov na starost. V domovih so na voljo tudi dodatne dejavnosti: dnevna oskrba do osem ur za starejše, ki živijo doma, oskrba in zdravstvene storitve za stanovalce oskrbovanih stanovanj, pomoč na domu in dostava hrane posameznikom, ki živijo v domačem okolju. Po podatkih Skupnosti socialnih zavodov Slovenije je bilo 1. januarja 2021 v Sloveniji 97 domov za starejše (javnih in zasebnih) s kapaciteto 19.729 mest (Domovi za starejše, 2021; Skupnost socialnih zavodov Slovenije, 2021a; Skupnost socialnih zavodov Slovenije, 2021b).

Pri želenem zavodu mora bodoči stanovalec najprej vložiti prošnjo za sprejem v institucionalno oskrbo. Ob sprejemu v oskrbo stanovalec ali njegov zastopnik in dom določita obseg in vrsto storitev oskrbe ter skleneta dogovor. Vse poteka v soglasju med njimi. Stanovalci lahko plačujejo storitve oskrbe sami ali pa s pomočjo svojcev, drugih zavezancev in občin. Cene oskrbe so oblikovane na osnovi Pravilnika o metodologiji za oblikovanje cen socialnovarstvenih storitev.

Cena oskrbnega dne je odvisna od potreb stanovalca, vrste nastanitve in dodatnih storitev. Zdravstvene storitve v domovih pa stanovalcem zagotavlja obvezno zdravstveno zavarovanje (Domovi za starejše, 2021; Skupnost socialnih zavodov Slovenije, 2021a).

Domovi morajo zagotavljati osnovne storitve, ki obsegajo bivanje, vzdrževanje prostorov in perila, organizirano prehrano in tehnično oskrbo, osebno pomoč, socialno oskrbo ter varstvo, zdravstveno nego in rehabilitacijo, osnovno zdravstveno in specialistično konziliarno dejavnost, ki jo v domovih izvajajo zdravstveni domovi ali zasebni zdravniki (Skupnost socialnih zavodov Slovenije, 2021a).

Oskrba starejših v domu je razdeljena na štiri kategorije, ki se razlikujejo glede na zdravstveno stanje ter na potrebo po pomoči in nadzoru. Oskrba I je namenjena starejšim, ki niso sposobni za popolnoma samostojno življenje in potrebujejo le manjši obseg neposredne osebne pomoči. Za osebe z zmernimi starostnimi in zdravstvenimi težavami, ki potrebujejo večji obseg neposredne osebne pomoči, je namenjena oskrba II. Osebe z najzahtevnejšimi starostnimi in zdravstvenimi težavami, ki v celoti potrebujejo neposredno osebno pomoč, so deležne oskrbe III. Ta kategorija se deli na oskrbo III a, ko osebe potrebujejo pomoč za opravljanje vseh osnovnih življenjskih potreb in III b za najtežje prizadete osebe. Oskrbo IV (oskrba oseb z demenco) potrebujejo osebe z zahtevnejšimi dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju, ki potrebujejo delno ali popolno osebno pomoč in nadzor zaradi demence ali sorodnih stanj (Skupnost socialnih zavodov Slovenije, 2021a).

### **3.2 MULTIDISCIPLINARNI TIM V SODOBNEM DOMU ZA STAREJŠE**

Oskrba uporabnikov v domovih za starejše postaja vse bolj multidisciplinarno usmerjena in specializirana, kar zahteva sestavo ekipe, ki bo lahko uporabnikom zagotovila kakovostno nego, oskrbo in preživljanje časa v domu. Vključuje vse več inovacij in uporabo novih tehnologij, ki timu olajšajo delo, uporabnikom pa zagotavljajo kakovostnejšo oskrbo. Pri vzpostavitvi tima za oskrbo se postavlja veliko vprašanj, od strokovnih do organizacijskih. Eno od pomembnih vprašanj je velikost tima oziroma število potrebnega osebja, ki bo na razpolago za kvalitetno oskrbo in za izpolnitev posebnih potreb oskrbovancev, od katerih ima vsak drugačne želje in potrebe (de Castro Villas Bôas in Shimizu, 2015; Thorsell idr., 2010).

Zdravstvena nega vključuje skrb za ohranjanje zdravja, preprečevanje bolezni ter skrb za fizično in duševno bolne in invalide. V okviru zdravstvene dejavnosti izvajajo domovi upokojencev zdravstveno nego, oskrbo in rehabilitacijo. Delo poteka 24 ur na dan vse dni v letu. Stanovalci imajo zagotovljeno individualno zdravstveno nego in oskrbo. Medicinska sestra načrtuje proces zdravstvene nege. Negovalni tim je sestavljen iz diplomiranih medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov, bolničarjev in bolniških strežnic. Zdravnik v domu navadno ni prisoten



in ga pokličejo glede na potrebe stanovalcev. So pa stalno prisotne medicinske sestre in tehniki, ki lahko poskrbijo za tekoče zdravstvene težave. Znano je namreč, da ima večina starejših stanovalcev tudi kronične bolezni, zaradi katerih je potrebno stalno spremljanje in zdravljenje (De Castro Villas Bôas in Shimizu, 2015; Mali, 2008).

V rehabilitacijske postopke se skupinsko in individualno vključujejo delovni terapevti in fizioterapevti. Glavni cilj fizioterapevtske obravnave je motorična rehabilitacija za zdravljenje večjih posledic številnih bolezni, ki so pogoste v obdobju staranja, kot so posledice možganske kapi, osteoartritisa, bolezni srca in ožilja, dihalnih težav in zlomov, predvsem tistih, ki nastanejo kot posledica poškodbe. Respiratorni fizioterapevti sodelujejo pri aktivaciji in spodbujanju dihalnih aktivnosti predvsem pri uporabnikih, ki so vezani na posteljo. Dietetiki skrbijo za ustrezen vnos hranil in dnevno kalorično pokritost, saj je znano, da se s staranjem kalorične potrebe organizma spreminjajo, absorpcija hranil v prebavilih se zmanjša, spremeni se tudi občutek za lahkoto in žejo in zato je nedohranjenost pri starejši populaciji velik problem, tudi pri tistih, ki so vključeni v domsko oskrbo. Delovna terapija skrbi za rehabilitacijo in aktivacijo tistih starejših, ki so se zdravili zaradi različnih poškodb lokomotorne aparata ali po boleznih živčevja. Namen je ponovno priučiti oskrbovance, da bi lahko čim bolj samostojno opravljali vsakdanja opravila ali vsaj nekatera od njih. To področje sodi sicer bolj na rehabilitacijski nivo in je izjemnega pomena v rehabilitacijskih ustanovah, v domovih za starejše pa koncept delovnega terapevta šele uvajajo in se bo najverjetneje razvil v prihodnjih letih (Loganathan idr., 2011; Thorsell idr., 2010).

Psihologi in psihoterapevti so prav tako del multidisciplinarnega tima, vendar sta ta dva profila precej specializirana in ju vsi domovi nimajo. Najbrž bosta postala stalen del skupine v prihodnosti, saj se potreba po teh strokovnjakih pri delu s starejšimi povečuje. Ker se struktura stanovalcev nenehno spreminja, se kaže potreba po čedalje zahtevnejši oskrbi in negi (Loganathan idr., 2011).

### **3.3 GOSPODINJSKE SKUPINE**

Najsodobnejša oblika oskrbe in nege v domovih poteka po principu gospodinjskih skupin. Gospodinjske skupine so manjše skupine za sobivanje starostnikov v zaokroženem bivalnem prostoru. Posamezniki si delijo dnevna opravila in skrbijo drug za drugega, istočasno pa imajo ohranjeno svojo individualnost in zasebnost. Pomen gospodinjskih skupin je v aktivnem in organiziranem preživljanju prostega časa ter boljšem povezovanju stanovalcev, ki bivajo v določeni skupini. Tak način dela omogoča individualni pristop, upošteva želje, potrebe in sposobnosti posameznika. V gospodinjski skupini je ves čas prisotna gospodinja, ki ustvarja občutek domačnosti med stanovalci, jim pomaga pri jutranjem urejanju in aktivnostih. Pri vseh dnevni opravilih lahko stanovalci sodelujejo glede

na svoje zmožnosti in želje. V gospodinjske skupine se vključujejo tudi ostali zdravstveni in strokovni delavci, svojci, prostovoljci. Medicinska sestra skrbi za terapijo in zdravstvene ter negovalne postopke. Zdravstveno-negovalna služba je povezana z vsemi ostalimi službami v domu. Stanovalci imajo zagotovljeno osnovno zdravstveno varstvo, ki ga navadno izvaja bližnji zdravstveni dom, občasno prisotnost zdravnika v domu in zdravniško pomoč dežurnega zdravnika. V dom redno prihajajo tudi drugi specialisti (psihiater, fiziater ...). Gospodinjske skupine so prijaznejša oblika bivanja in oskrbe starejših ljudi v instituciji (Mali, 2008; Winter in Imperl, 2010).

### 3.4 MEDICINSKA IN SOCIALNA USMERJENOSTI DOMOV

Socialno in medicinsko usmerjenost doma za starejše sestavlja več dimenzij: 1.) splošne in strukturne značilnosti ustanove (velikost ustanove, notranja ureditev, lokacija, zaprtost pred zunanjim svetom), 2.) medsebojni odnosi med subjekti, ki v ustanovi živijo, delajo ali stopajo vanjo za določen čas (sodelovanje, podpora, spontanost), 3.) osebni razvoj stanovalcev (avtonomija, praktična usmeritev, izražanje čustev, usmeritev na osebne probleme) in 4.) ohranjanje ter spreminjanje sistema delovanja ustanove (red in organizacija, jasnost programa, kontrola zaposlenih). Za današnje domove je značilno prehajanje med medicinsko in socialno usmerjenostjo.

Splošne in strukturne značilnosti: glavna značilnost domov za starejše je, da je življenje velikega števila ljudi omejeno na en sam prostor. Velikokrat so domovi grajeni kot bolnišnice, z dolgimi hodniki, različnimi oddelki, večposteljnimi sobami, ločenimi prostori za osebje in stanovalce ter skupnimi prostori. V interesu institucionalne oskrbe je ekonomična izraba prostora in zadovoljitev osrednjega cilja – skrb za množico ljudi. Takšna podoba kaže na medicinsko usmerjenost doma. V instituciji je večina prostorov večfunkcionalnih. V svoji sobi stanovalec spi, sprejema obiske, opravlja higienske potrebe. Tudi skupni prostori so večfunkcionalni. Jedilnica ni namenjena le prehranjevanju, v njej se odvijajo tudi prireditve, praznovanja, obiski in podobno. Uporaba manjših prostorov in njihovo ustrezno poimenovanje kaže na socialno usmerjenost domov. V socialno usmerjenih domovih je bivanje prilagojeno posameznikovemu odločanju o videzu sobe, opremi, čiščenju in pospravljanju. Zelo pomembna je lokacija institucije. Domovi za starejše, ki so slabo dostopni in oddaljeni od večjih mest, ali pa so celo v starih in slabo vzdrževanih objektih, odražajo zapostavljenost stanovalcev (Mali, 2008).

Medsebojni odnosi odražajo pričakovanja stanovalcev in osebja do življenja v instituciji. Za medicinsko usmerjene domove niso bistveni medsebojni odnosi, ampak generaliziranje medicinske oskrbe in medicinska doktrina, ki za svojo dejavnost ne potrebuje sodelovanja in podpore v medsebojnih odnosih. Na drugi strani pa socialna usmeritev institucije temelji na medsebojnih odnosih

in sodelovanju. Stanovalci pridejo v dom s subjektivnimi problemi in družbeno definirano vlogo, naletijo pa na institucionalni sistem oskrbe, ki jim ni blizu. Ena izmed prilagoditev posameznika je, da postane povsem pasiven, kar je lahko sprejemljivo za institucijo in osebje, saj ustreza profesionalnim zahtevam osebja in institucionalni usmerjenosti doma. V hierarhiji moči je osebje nadrejeno stanovalcem in od njih pričakuje prilagajanje zahtevam institucije in osebja. Kadar lahko stanovalci živijo čim bolj neodvisno od pravil institucionalne ureditve, je več priložnosti za navezovanje medčloveških odnosov, sožitje, ljubezen in sodelovanje med stanovalci in zaposlenimi. Med stanovalci, delavci in svojci je potrebno vzpostaviti dialog, ki je varen za vsakogar in v katerem je mogoče izraziti nezadovoljstvo brez strahu pred posledicami. V današnjih domovih za starejše je kljub pravilom hišnega reda življenje dokaj prilagojeno individualnim zahtevam posameznika. Razen uveljavljenih časovnih razporeditev obrokov hrane, izvajanja oskrbe, plačevanja storitev in oblike bivanja, se lahko uporabnik dogovarja z osebjem. Samostojna skrb za samega sebe je zaželeno, saj razbremeni osebje in ohranja stanovalce čim dlje aktivne (Mali, 2003; Milošević Arnold, 2004).

Posameznik lahko doživlja življenje v instituciji kot smiselno, če ima kontrolo nad svojim življenjem. V domovih za starejše pa je vprašanje kontrole nad ravnanjem pogosto v rokah osebja, ki vidi svojo vlogo v nadziranju in kontroliranju stanovalcev. Tako so pogosto zanemarjene pravice stanovalcev do zasebnosti, avtonomnega sprejemanja odločitev in osebne odgovornosti, v ospredju pa je zadovoljevanje medicinskih ciljev oskrbe, kot so hranjenje, odvajanje, kopanje. Stari ljudje potrebo po avtonomiji velikokrat uravnotežijo z zadovoljstvom z oskrbo (Mali, 2008; Peace, 1998).

Ohranjanje in spreminjanje sistema za dobro sožitje stanovalcev in zaposlenih je pomembna filozofija institucije. Ta lahko obravnava posameznika kot objekt, ki ga je treba nahraniti in urediti, ali pa uporablja individualni in na uporabnike osredotočen model oskrbe. Za boljšega se je izkazal slednji, saj daje starejšim možnost izbire in samostojnega odločanja o svojem življenju, s tem pa je omejena tudi moč zaposlenih nad življenjem stanovalcev. Pomembno je, da imajo stanovalci vpliv na dogajanje v domu in na tiste dejavnike, ki oblikujejo njihovo življenje. Za medicinsko usmeritev doma je značilna prevlada institucionalnih pravil nad potrebami stanovalcev, medtem ko socialna usmeritev med njimi vzpostavlja ravnovesje. Dnevna rutina osebja je omejena na določena opravila, na doseganje objektivnih kazalcev dela, ne glede na želje, interese in potrebe stanovalcev. Delo temelji na hierarhični strukturi zaposlenih in je organizirano po načelih birokratskega dela. V socialno usmerjenih institucijah je velik poudarek na delitvi moči med strokovnjakom in stanovalcem, strokovnjaki so predvsem pozorni na uporabo svoje strokovne in institucionalne moči, še posebej v smislu zlorabe. Na ravni medosebnih odnosov pa so pozorni na poseganje v avtonomijo stanovalcev in preprečevanje teh posegov ter ustvarjajo razmere za

zagotavljanje avtonomije. Kadar je institucija usmerjena le na skrb in pomoč za stare ljudi, temelji na predpostavki, da je obstoječa pomoč najprimernejša, da so starejši zaradi bolezni nesamostojni in da niso sposobni sprejemati odločitev. S tem razvrednotijo znanje in izkušnje starejših, strokovna pomoč pa temelji le še na definiranju potreb starega človeka in določanju paketa storitev (Agich, 2003; Mali, 2008).

#### 4 INOVACIJE V DOMOVIH ZA STARE LJUDI

V Sloveniji je sistem oskrbe kljub dolgi tradiciji prizadevanj za prehod v skupnost še vedno izrazito institucionalen. Sistem financiranja, kultura oskrbe in pomanjkljivo integriran sistem storitev omogočajo skupnostno oskrbo predvsem tistim z manj intenzivnimi potrebami. Intenzivne storitve po osebni meri so bodisi premalo razvite (osebna asistenca, osebni načrti in paketi storitev) bodisi neustrezno regulirane in premalo intenzivne (oskrba na domu, terensko delo). Tudi pri skupnostnih storitvah je zaslediti pomanjkanje raznovrstnosti (prevladujejo dnevni centri in stanovanjske skupine) (Flaker, 2015; Mali idr., 2018).

V domovih za starejše je danes poudarek na zagotavljanju kakovosti storitev in uresničevanju nacionalne strategije socialnega varstva v smislu individualizirane obravnave uporabnikov in njihovem vključevanju v izvajanje in načrtovanje oskrbe ter povečanju njihove samostojnosti. V socialnem varstvu morajo biti inovacije zasnovane tako, da vključijo uporabnike, okrepijo njihov vpliv in moč v samem procesu inoviranja in delovanju inovacije kot tudi nasploh v življenju. Lahko se pojavljajo na mikro (osebni) ravni kot spreminjanje shem osebnih storitev ali uvajanje novih storitev, na mezo ravni kot nove oblike organiziranja dejavnosti socialnega varstva (npr. skupnostnih), in na makro ravni kot systemske inovacije oziroma spremembe, ki spreminjajo sistem (npr. uvajanje dolgotrajne oskrbe). V tem trenutku so zlasti pomembne systemske inovacije uvajanja novih paradigem, zlasti dolgotrajne oskrbe in prehoda v skupnost (deinstitucionalizacija). Individualizacija obravnave posameznikov, pomen inovativnosti in stalnega uvajanja izboljšav v programih in storitvah socialnega varstva, spodbujanje usmerjenosti na rezultate, ki koristijo posameznikom, pomen aktivne vloge uporabnikov pri definiranju lastnih potreb, njihovo sodelovanje pri razvoju, načrtovanju in izvajanju programov in storitev, so glavne opredelitve nacionalne strategije socialnega varstva (Mali, 2008; Mali idr., 2018).

Splošen političen trend v Evropi je preoblikovanje tradicionalnih institucionalnih oblik oskrbe starih ljudi v skupnostne. Dejstvo je, da morata v 21. stoletju obstajati obe obliki. Institucionalna oskrba kot oblika dolgotrajne oskrbe z namestitvijo ne more zadovoljiti vseh potreb starih ljudi, zato potrebujemo v Sloveniji vlaganje v razvoj skupnostne oskrbe. Prehod k skupnostnim oblikam oskrbe zahtevajo tudi slovenski programski dokumenti. Že Strategija varstva starejših

do 2010 je predvidevala razvoj dnevnega varstva, oskrbovanih stanovanj, oskrbe na domu, začasnih namestitvev in medgeneracijskega sodelovanja. Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva 2013-2020 še bolj eksplicitno zahteva prehod k skupnostnim oblikam oskrbe. Resolucija med načeli izvajanja socialnega varstva predvideva individualizirano obravnavo, med vodili za izvajanje programov in storitev pa izpostavlja razpoložljivost (širok nabor storitev), dostopnost, povezovanje s skupnostjo, prilagojenost potrebam uporabnikov, spoštovanje pravic in dostojanstva uporabnikov, vključevanje uporabnikov v odločanje in krepitev moči (Mali idr., 2018).

Tudi prihodnost oskrbe v današnjih domovih za starejše je v zagotavljanju poteka deinstitutionalizacije, vendar ne v smislu popolne izpraznitve ustanov, saj pri nas zaradi kompleksnosti in intenzivnosti oskrbe, ki jo povzročajo težave v starosti, pa tudi zaradi manj izkušenj z inovacijami na tem področju, vsaj za zdaj potrebujemo tudi oskrbo z nastanitvijo. Zato bo potrebno okrepiti skupnostno oskrbo in omejiti institucionalizacijo ob sočasnem spreminjanju oblik nastanitvene oskrbe starih ljudi. Tako številni domovi že danes skrbijo za celostno oskrbo starih ljudi, jim zagotavljajo pomoč v domačem okolju, omogočajo dnevno varstvo, v nekaterih lokalnih okoljih pa že postajajo gerontološki centri za zagotavljanje celostne oskrbe starih ljudi. V izvajanju institucionalne oskrbe je viden premik iz velikih oddelkov v manjše bivalne enote in gospodinske skupine, s čimer se uvaja socialno usmerjen koncept oskrbe (Flaker idr., 2015; Mali idr., 2018).

## **5 INOVATIVNE DOBRE PRAKSE**

Razvoj sodobne dolgotrajne oskrbe v Evropi in tudi že pri nas se kaže v inovativnih dobrih praksah. Za sodobne modele je značilno, da je sistem dolgotrajne oskrbe integriran in skupnosten, predvsem pa se razvija v smeri skupinskega sožitja.

Izmed različnih primerov uspešnih modelov sodobnega razvoja dolgotrajne oskrbe v Evropi izstopa bielefeldski model v severni Nemčiji. Bielefeld z okolico, ki šteje pol milijona prebivalcev, je v zadnjega četrto stoletja razvil celostni model integrirane oskrbe na domu in v majhnih oskrbovalnih enotah po mestnih soseskah. Zaradi ekonomičnosti stroškov, vključevanja skupnosti, številnih programov in arhitekturnega razvoja sosesk je postal prijazen ne le starejšim, temveč tudi mladim družinam. Za osebe, ki rabijo pomoč in postrežbo, so zgradili čez 500 servisiranih stanovanj, grajenih brez ovir. V enem izmed stanovanjskih objektov je v krogih s premerom 1.000 metrov ambulanta služba, ki nudi nego in oskrbo stanovalcem servisiranih stanovanj 24 ur na dan. Celoten razvoj gre v smeri deinstitutionalizacije, vendar ne z odpravo institucij, temveč s povezovanjem vseh generacij (Winter in Imperl, 2010).

Pri nas se je začel od leta 2017, ob razpisu za koncesije domov za stare ljudi, uresničevati model Grozd majhnih občinskih domov v okviru projekta Model dolgotrajne oskrbe v lokalni skupnosti. Oblikujejo ga družba FIRIS IMPERL d.o.o. in Inštitut Antona Trstenjaka v sodelovanju z ducatom slovenskih občin. Model integrirane dolgotrajne oskrbe v lokalni skupnosti se vzpostavlja po konceptu krajevnega medgeneracijskega središča. Celovita krajevna mreža za dolgotrajno oskrbo in preventivna pomoč za čim daljše samostojno življenje sta osredotočena ob majhnem krajevnem domu, ki deluje v organizacijski celoti velikega grozda ducata takih občinskih domov po Sloveniji. Koncept njihovega delovanja sta četrta generacija domov, ki deluje na principu majhnih gospodinjskih skupin, in peta generacija, ki deluje na principu intenzivne vključenosti v skupnost ter vključevanja skupnosti v delovanje doma. Sistem vključuje polno institucionalno oskrbo, pomoč na domu, storitve javne mreže, vodenje krajevne mreže neformalnih oskrbovalcev ter delovanje organizirane prostovoljske mreže (Ramovš, 2020).

## 6 ZAKLJUČEK

Institucionalna oskrba starejših ljudi je zapleten sistem, ki se bo moral z razvojem družbe in spreminjanjem razmer v prihodnosti še bolj temeljito preoblikovati, da bo lahko postal do uporabnikov prijazen in raznolik, tako kakor so raznolike njihove potrebe in življenjske poti. Zato je pri iskanju rešitev potrebno upoštevati čim širši spekter mnenj in pogledov, tudi tistih s strani uporabnikov. Demografske spremembe in raznolikost družbenega življenja namreč ne dopuščajo, da bi lahko še naprej vztrajali pri sistemih, ki ne omogočajo učinkovitega in kvalitetnega izvajanja storitev oskrbe starejših. Poraja se vse več izzivov za varno, kvalitetno in aktivno starost, zato je čas za dogovor o rešitvah, ki bi omogočale dostopen, vzdržan in prilagodljiv sistem, ki bi lahko zadovoljil širok spekter potreb starejših. Za tak sistem, ki bo prijazen do uporabnikov in izvajalcev, pa bodo potrebna skupna prizadevanja vseh udeležениh v institucionalnem varstvu.

### LITERATURA

- Acceto, B. 1968. *Starost, staranje in starostno varstvo*. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije.
- Agich, G. J. 2003. *Dependence and Autonomy in Old Age*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Antlej, U. 2005. *Razvoj doma za stare ljudi v Velenju*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Anžič, Sonja. 2002. *Skrb za uboge v deželi Kranjski*: socialna politika na Kranjskem od srede 18. stoletja do leta 1918. Ljubljana: Zgodovinski arhiv Ljubljana.
- Aronoff-Spencer, Eliah, Padideh Asgari, Tracy L. Finlayson, Joseph Gavin, Melinda Forstey, Gregory J. Norman, Ian Pierce, Carlos Ochoa, Paul Downey, Karen Becerra in Zia Agha. 2020. A comprehensive assessment for community-based, person-centered care for older adults. *BMC Geriatr* 20(1): 193. Dostopno na: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7275322/pdf/12877\\_2020\\_Article\\_1502.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7275322/pdf/12877_2020_Article_1502.pdf) (10. april 2021).
- Baltes, Maragret M. in Laura L. Carstensen. 1996. The process of successful aging. *Aging and Society* 16: 397-422.
- Berger, P. L. in T. Luckmann. 1998. *Družbena konstrukcija realnosti*. Ljubljana: Cankarjeva založba.

- Božič Verbič, Ana. 2019. *Mednarodni dan starejših. Skoraj vsak peti prebivalec Slovenije je starejši od 65 let*. Dostopno na: Mednarodni dan starejših (stat.si) (1. maj 2021).
- Bregant, V. in M. Lončar. 2005. *Zgodovina socialnega dela v domu upokojenцев Dr. Franceta Bergelja Jesenice*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- British Geriatric Society. 2015. *The Elderly and the Workhouse*. Dostopno na: <https://www.bgs.org.uk/resources/the-elderly-and-the-workhouse> (13. april 2021).
- Brodnik, Martina. 2020. *Mednarodni dan starejših*. Čedalje več starejših (65+) ocenjuje svoje zdravstveno stanje kot dobro. Dostopno na: Mednarodni dan starejših (stat.si) (28. april 2021).
- De Castro Villas Bôas, Maria Leopoldina in Helena Eri Shimizu. 2015. Time spent by the multidisciplinary team in home care: subsidy for the sizing of staff. *Acta Paul Enferm* 28(1): 32-40.
- Dellefield, Mary Ellen in Kirsten Corazzini. 2015. Comprehensive Care Plan Development Using Resident Assessment Instrument Framework: Past, Present, and Future Practices. *Healthcare* 3: 1031-1053.
- Denham, Michael. 2006. The Surveys of Birmingham 'Chronic Sick' Hospitals 1948-1961. *Social History of Medicine* 19: 279-293.
- Denham, Michael. 2016. *A Brief History of the Care of the Elderly*. British Geriatric Society. Dostopno na: <https://www.bgs.org.uk/resources/a-brief-history-of-the-care-of-the-elderly> (25. april 2021).
- Domovi za starejše*. 2021. Dostopno na: Domovi za starejše | GOV.SI (2. maj 2021).
- Flaker, Vito. 1998. *Hrastovski anali za leto 1988*. Ljubljana: RK ZSM.
- Flaker, Vito. 2015. *Prispevki k taksonomiji socialnega dela in varstva*. 1. del. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Flaker, Vito, A. Rafaelič, S. Bezjak, V. Dimovski, K. Ficko, D. Fojan, V. Grebenc, A. Kastelic, J. Mali, A. Ošljaj, J. Pfeiffer, J. Ramovš, S. Ratajc, I. Suhadolnik, M. Urek in N. Žitek. 2015. *Priprava izhodišč dezinstitutionalizacije v Republiki Sloveniji*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Fleming, Anne, Angela Kydd in Sally Stewar. 2017. Care homes: The developing ideology of a homelike place to live. *Maturitas* 99: 92-97.
- Goriup, Jana in Danijela Lahe, 2018. *Poglavja iz socialne gerontologije*. Maribor: AMEU – ECM, Alma Mater Press.
- Kavar Vidmar, A. 1985. *Socialna politika in socialno delo v samoupravni socialistično družbi: Poročilo o delu za leto 1985*. Ljubljana: Univerza Edvarda Kardelja v Ljubljani, Višja šola za socialne delavce v Ljubljani.
- Kerbler, Boštjan in Barbara Črnič Mali. 2018. Bivanje starejših ljudi in prilagajanje grajenega okolja za funkcionalno ovirane. *Kakovostna starost* 21(1): 1-9.
- Loganathan, M., S. Singh, B. D. Franklin, A. Bottle in A. Majeed. 2011. Interventions to optimise prescribing in care homes: systematic review. *Age Ageing* 40(2): 150-2.
- Mali, Jana. 2003. *Domovi za stare kot totalne institucije*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede in Fakulteta za socialno delo.
- Mali, Jana. 2008. *Od hiralnic do domov za stare ljudi*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Mali, Jana, Vito Flaker, Mojca Urek in Andreja Rafaelič. 2018. *Inovacije v dolgotrajni oskrbi: primer domov za stare ljudi*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Mathers, Colin D., Gretchen A. Stevens, Ties Boerma, Richard A. White in Martin I. Tobias. 2015. Causes of international increases in older age life expectancy. *Lancet* 385(9967): 540-548.
- McDonnell, Lorenzo, Brian Ros, David Bogataj in Marta Kavšek. 2015. *Dolgotrajna oskrba: izzivi in priložnosti*. Ljubljana: MEDIFAS in Skupnost socialnih zavodov. Dostopno na: [http://www.ssz-slo.si/wp-content/uploads/2017/05/Dolgotrajna\\_oskrba\\_MEORL\\_19.pdf](http://www.ssz-slo.si/wp-content/uploads/2017/05/Dolgotrajna_oskrba_MEORL_19.pdf) (28. april 2021).
- Milošević Arnold, Vida. 2004. *Socialno delo s starimi ljudmi*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Model za staranje starejših v domačem bivalnem okolju v Sloveniji*. 2021. Dostopno na: Domov (uirs.si) (6. maj 2021).
- Morilla-Herrera, Juan Carlos, Silvia Garcia-Mayor, Francisco Javier Marti 'n-Santos, Shakira Kaknani Uttumchandani, A 'lvoro Leon Campos, Jorge Caro Bautista in Jose ' Miguel Morales-Asencio. A systematic review of the effectiveness and roles of advanced practice nursing in older people. *Int J Nurs Stud* 53: 290-307.
- Morley, John E. 2004. A Brief History of Geriatrics. *Journal of Gerontology* 59(11): 1132-1152.

- Partridge, Linda, Joris Deelen in P. Eline Slagboom. 2018. Facing up to the global challenges of ageing. *Nature* 561(7721): 45-56.
- Peace, S. M. 1998. *Caring in place*. V Care Matters, ur. A. Brechin, J. Walmsley, J. Katz in S. Peace, 107-125. London: Sage Publications.
- Ramovš, Jože. 2020. *Integrirana dolgotrajna oskrba*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje.
- Ramovš, Jože. 2013. *Staranje v Sloveniji: raziskava o potrebah, zmožnostih in stališčih nad 50 let starih prebivalcev Slovenije*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje.
- Robbins, Timothy David, Sarah N. Lim Choi Keung in Theodoros N. Arvanitis. 2018. E-health for active ageing; A systematic review. *Maturitas* 114: 34-40.
- Rogelj, Valerija, Eneja Drobež, Marta Kavšek in David Bogataj. 2019. Capacity Planning for Ambient Assisted Living. *IFAC-PapersOnLine* 52(19): 265-270.
- SHARE – Raziskava o zdravju, procesu staranja in upokojevanja v Evropi. Dostopno na: SHARE - Raziskava o zdravju, procesu staranja in upokojevanju v Evropi (share-slovenija.si) (1. november 2021).
- Skupnost socialnih zavodov Slovenije. 2021a. *Splošno o domovih za starejše*. Dostopno na: <http://www.ssz-slo.si/splosno-o-domovih-in-posebnih-zavodih/> (28. april 2021).
- Skupnost socialnih zavodov Slovenije. 2021b. *Pregled kapacitet in pokritost institucionalnega varstva starejših in posebnih skupin odraslih*. Dostopno na: Pregled kapacitet in pokritost institucionalnega varstva starejših in posebnih skupin odraslih - SSZ (ssz-slo.si) (28. april 2021).
- SURS. 2021. Dostopno na: <https://www.stat.si/statweb> (15. november 2021).
- Thomson, David. 1983. *Workhouse to nursing home: residential care of elderly people in England since 1840*. Dostopno na: <https://www.cambridge.org/core/terms>. <https://doi.org/10.1017/S0144686X00009831> (25. april 2021).
- Thorsell, K. B., B. M. Nordstrom, L. Fagerstrom in B. V. Sivberg. 2010. Time in care for older people living in nursing homes. *Nurs Res Pract*. Dostopno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21994810/> (25. april 2021).
- Urtamo, Annele, Satu K. Jyväkorpi in Timo E. Strandberg. 2019. Definitions of successful ageing: a brief review of a multidimensional concept. *Acta Biomed* 90(2): 359-363.
- Warren, Marjory W. 1948. The Evolution of a Geriatric Unit. *Geriatrics* 3: 42-50.
- Winter, Hans-Peter in Franc Imperl. 2010. Oskrba starejših – mora ali izziv jutrišnjega dne. *Kakovostna starost* 13(1): 90-102.
- World Health Organization. 2016. World Health Organization & UN-Habitat. Global report on urban health: equitable healthier cities for sustainable development. Dostopno na: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/204715> (28. april 2021).

Naslov avtorjev:

**Lidija Gradišnik**, Inštitut za biomedicinske vede, Medicinska fakulteta Maribor, Taborska 8, 2000 Maribor in AMEU-ECM, Slovenska 17, 2000 Maribor. E-naslov: [lidija.gradisnik@um.si](mailto:lidija.gradisnik@um.si)

**Tomaž Velnar**, Klinični oddelek za nevrokirurgijo, UKC Ljubljana, Zaloška 7, 1000 Ljubljana. E-naslov: [tvelnar@hotmail.com](mailto:tvelnar@hotmail.com)



---

## Valerija Kržič, Ljubiša Pađen in Manca Pajnič

---

# Znanje študentov zdravstvene nege o urinski inkontinenci pri starejših

---

### POVZETEK

Urinska inkontinenca močno vpliva na telesno, čustveno in socialno zdravje mnogih posameznikov. Prepoznavanje dejavnikov tveganja ter ukrepov za preprečevanje in lajšanje težav bi morali prepoznati tudi študenti zdravstvene nege. Namen članka je prikazati kakšne so izkušnje, stališča in znanje študentov zdravstvene nege o težavah starejših z urinsko inkontinenco. Izvedeno je bilo anketiranje študentov zdravstvene nege s pomočjo spletne ankete 1ka. Oblikovan je bil lasten nestandardiziran vprašalnik, ki je bil javno objavljen ter preko spletnih omrežij posredovan ciljni skupini in sicer študentom zdravstvene nege v maju 2018. Podatke 171-ih v celoti izpolnjenih vprašalnikov smo analizirali s pomočjo deskriptivnih statističnih metod. Le 37 % študentov se zaveda, da je med starejšimi urinska inkontinenca razširjena v 30-50 %. 72 % anketiranih je opazilo, da starejši o težavah z urinsko inkontinenco niso radi govorili ter da je po njihovi oceni veliko oseb s to boleznijo imelo tudi demenco. Študenti se večinoma (88 %) zavedajo, da ima pri prepoznavanju problema urinske inkontinence ter pri negovalnih intervencijah pomembno vlogo medicinska sestra. Rezultati raziskave kažejo, da so študentje zdravstvene nege premalo ozaveščeni o težavah urinske inkontinence pri starejših. Med študenti zdravstvene nege je še vedno prisotno prepričanje, da je ta bolezen normalni del staranja. Pomembna naloga tako študentov kakor medicinskih sester je, da se zavedajo težav urinske inkontinence pri starejših in pravilno ukrepajo.

**Ključne besede:** urinska inkontinenca, starejši, stigma, težave pri urinski inkontinenci, opažanja študentov zdravstvene nege

### AVTORJI

*Valerija Kržič* je diplomirana medicinska sestra, ki jo zanima področje starejših. Trenutno deluje kot zobna asistentka, v bodoče pa ima namen opraviti magistrski študij organizacije in managementa v zdravstveni negi.

*Dr. Ljubiša Pađen* je diplomirani zdravstvenik in magister zdravstvene nege; zaposlen je kot višji predavatelj za področje zdravstvene nege na Zdravstveni fakulteti Univerze v Ljubljani. Njegovo primarno področje raziskav so akutne in kompleksne rane s fokusom na kakovosti življenja pacientov. Klinično delo opravlja na Kliničnem oddelku za kirurške okužbe v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana.

*Dr. Manca Pajnič*, diplomirana medicinska sestra, magistrica poslovnih in ekonomskih ved ter doktorica nanoznanosti, je zaposlena kot predavateljica za področje

*zdravstvene nege na Zdravstveni fakulteti Univerze v Ljubljani. Je nosilka predmeta Zdravstvena nega starostnika in rehabilitacija. Sodeluje pri raziskovanju vplivov različnih dejavnikov na vezikulacijo celičnih membran. Je članica evropske skupine CALOHEE ter sodeluje pri evropskih projektih vezanih na dolgotrajno oskrbo.*

## ABSTRACT

### **Knowledge of nursing students about urinary incontinence in the elderly**

Urinary incontinence affects the physical, emotional, and social health of many individuals. Nursing students should be able to identify possible causes for urinary incontinence and should apply actions for its prevention. The purpose of this research was to determine the experience and knowledge of nursing students with the elderly who have urinary incontinence. For this research, a self-designed non-standardized questionnaire was prepared. The online questionnaire were distributed to the target group – nursing students, in May 2018, via web networks. 171 responders completed the questionnaire. Only 37% of students know that among the elderly, urinary incontinence is spread in 30-50%. 75% of students confirmed that assessment tools were not used in clinical settings. Most students (88%) are aware that the nurse plays an important role in identifying the problem of urinary incontinence and nursing interventions. The results show that nursing students are under-informed about the problems of urinary incontinence in the elderly. Among nursing students, there is still the belief that urinary incontinence is a normal part of ageing. An important task of both students and nurses is to be aware of the problems of urinary incontinence in the elderly and to take proper action.

**Key words:** *urinary incontinence, elderly, stigma, problems with urinary incontinence, attitudes of nursing students*

## AUTHORS

*Valerija Kržič is a Registered Nurse with the focus on care for the elderly. She works as a dentist assistant. She would like to continue her education at master level in organisation and management in health care.*

*Dr. Ljubiša Pađen is a Registered Nurse and Doctor of Philosophy. He is currently employed as a senior lecturer in nursing at the Faculty of Health Sciences, The University of Ljubljana. His primary area of research are acute and complex wounds with a focus at people's quality of life. He is involved in clinical work at the Clinical Department of Surgical Infections at the University Medical Center Ljubljana.*

*Dr. Manca Pajnič is a Registered Nurse; she is second-cycle graduate in Management and Economics in Health Care and has a PhD in Nanoscience. She is employed as a lecturer for gerontology nursing at the Faculty of Health Sciences, The University of Ljubljana. Focus of her research are extracellular vesicles. She was a*

*member of CALOHEE nursing group and is involved in various European projects with a focus on a long-term care.*

## 1 UVOD

Urinska inkontinenca se obravnava kot svetovni problem javnega zdravja in velja za tiho epidemijo (Lima, et al., 2015; Taskin Yilmaz, et al., 2016). Je dva do trikrat pogostejša pri ženskah, tudi zaradi porodov (Komeilifar, et al., 2017). Zaradi stigmatizacije in občutka sramu ostane skrita in pogosto neprepoznana (Zürcher, et al., 2011). Urinska inkontinenca negativno vpliva na telesno, čustveno in socialno zdravje ter na kakovost življenja mnogih posameznikov (Hutchings & Sutherland, 2014; Cody, et al., 2012).

Glede na način in količino nehoteno izločenega urina poznamo tri tipe urinske inkontinence: stresno, ko pride do neželene izgube urina med fizičnem naporom ali vadbo, urgentno, ki je nenadno uhajanje urina po predhodnem siljenju in predhodni hudi potrebi po mokrenju (nujnost), ter mešano, ki je kombinacija urgentne in stresne urinske inkontinence; pri njej uhaja urin tako pri fizični aktivnosti kakor pri urgenci (Lima et al., 2015).

Upad mišične mase, mišična oslabeledost, zmanjšanje moči ter zmanjšanje funkcionalne zmogljivosti starejše osebe vpliva na fizično mobilnost in tudi na pojav urinske inkontinence. Urinska inkontinenca je dejavnik tveganja za zmanjšanje avtonomije starejših (Alvarenga-Martins, et al., 2017). Stopnjo inkontinence je težko določiti, saj se lahko količine urina, tok in frekvenca uhajanja spreminjajo. Blago urinsko inkontinenco lahko opredelimo kot občasno (mesečno) uhajanje zelo majhnih količin urina (npr. 1 g do 2 g), do pogostejših uhajanj (večkrat na dan) večjih količin urina (npr. 20 g do 50 g). Praktično lahko opišemo blago urinsko inkontinenco kot iztekanje urina, ki jo majhna vpojna blazinica običajno vsrka 50 g do 500 g (Fader, et al., 2007).

Lima in sodelavci (2015) pravijo, da je zdravljenje urinske inkontinence odvisno od zdravstvenega stanja posameznika ter tipa in stopnje bolezni. Zdravljenje je lahko kirurško, farmakološko, s fizioterapijo ali vedenjsko terapijo, ki zagotavljajo zdravljenje, zmanjšanje simptomov in učenje o tem, kako reševati problem. Kirurški postopek zdravljenja vključuje visoke stroške in lahko povzroči zaplete. Zato se danes dviga zanimanje za možnosti manj invazivnih zdravljenj, kakršno je vedenjska terapija. To je metoda nizkega tveganja in nižjih stroškov, spodbuja pa vedenjske spremembe.

## 2 NAŠA RAZISKAVA

### 2.1 NAMEN IN CILJI

Z našo raziskavo smo želeli ugotoviti izkušnje in znanje študentov zdravstvene nege v času kliničnega usposabljanja, ki jih imajo o težavah z urinsko inkontinenco pri starejših. Naši raziskovalni cilji so bili naslednji:

- ugotoviti ali študentje zdravstvene nege prepoznajo težave starejših z urinsko inkontinenco,
- ugotoviti ali so študentje seznanjeni z možnostjo uporabe ocenjevalnih orodij za prepoznavanje težav z urinsko inkontinenco,
- predstaviti kakšne so izkušnje študentov iz kliničnega okolja glede te problematike.

### 2.2 METODE

Uporabljena je bila kvantitativna metoda raziskave na podlagi anketnega vprašalnika. Za potrebe raziskave smo po pregledu literature (Zürcher, et al., 2011; Hutchings & Sutherland, 2014; Marn Radoš & Šćepanović, 2014; Lima, et al., 2015; Nazarko, 2015; Yilmaz, et al., 2016; Barrie, et al., 2016; Komeilifar, et al., 2017; Alvarenga-Martins, et al., 2017; Biswas et al., 2017; Lee, et al., 2018) razvili lasten nestandardiziran vprašalnik, ki je bil sestavljen iz treh delov. Prvi del je vseboval demografska vprašanja. Sledila so vprašanja o opazovanem stanju na področju urinske inkontinence v kliničnem okolju, zadnji del pa so bila vprašanja o znanju, poznavanju problema in izobraževanju anketiranih glede urinske inkontinence. V drugem in tretjem delu so bila vprašanja odprtega in zaprtega tipa. Anketni vprašalnik je bil izdelan s pomočjo spletne ankete Ika ter preko spletnih omrežij v maju 2018 posredovan ciljni skupini, to je študentom študijskega programa zdravstvene nege.

Vzorec je bil priložnostni in ga predstavljamo v Tabeli 1. V končno analizo smo zajeli 171 v celoti izpolnjenih vprašalnikov.

*Tabela 1: Opis vzorca anketirancev*

Vzorec		Število (n)	%
Spol	Ženske	152	89
	Moški	19	11
Starost	19 – 23 let	136	80
	24 – 28 let	20	12
	29 – 33 let	7	5
	34 – 38 let	1	1
	39 – 44 let	7	5

Letnik	1.	54	32
	2.	54	32
	3.	45	26
	absolvent	18	11
Način študija	redni	140	82
	izredni	31	18
Predhodna izobrazba	srednje strokovno izobraževanje – srednja zdravstvena šola	135	79
	gimnazija	24	14
	drugo srednje strokovno izobraževanje	12	7

Pred anketiranjem smo vodstvo Oddelka za zdravstveno nego in Katedro za zdravstveno nego Zdravstvene fakultete Univerze v Ljubljani seznanili z anketiranjem ter pridobili soglasje za izvedbo. Vprašalnik je bil anonimen, ob pristopu so bile jasno navedene informacije o namenu raziskave. Udeleženci raziskave so prostovoljno pristopili k izpolnjevanju. Pri izvedbi raziskave smo upoštevali etična načela raziskovanja. Izvedba raziskave je potekala v maju 2018. Rezultate vprašalnika smo ročno obdelali.

### 2.3 REZULTATI

V tem prispevku predstavljamo delne rezultate izvedene raziskave.

V Tabeli 2 so prikazani odgovori anketirancev o opažanjih v povezavi z urinsko inkontinenco pri starejših v kliničnem okolju. Anketiranci so se skoraj vsi že srečali s starejšo osebo z urinsko inkontinenco, ki pa so o svojih težavah neradi govorili (72 %). Po oceni anketirancev je bil med starejšimi s to boleznijo visok odstotek oseb z demenco ali pa so bili nepokretni; več kot polovica anketirancev je bila mnenja, da so starejši z urinsko inkontinenco bolj socialno izolirani. Anketiranci so pri obravnavi oseb z urinsko inkontinenco pripisali pomembno vlogo medicinskih sester (88 %), žal pa sami pogosto (59 %) niso povprašali o poznavanju vaj za krepitev mišic – le 25 (14 %) jih je izvedlo intervencijo učenja teh vaj.

Tabela 2: Opažanja študentov zdravstvene nege glede urinske inkontinence pri starejših

Vprašanje	DA n (%)	NE n (%)
Srečal sem se s starejšim z urinsko inkontinenco.	168 (98)	3 (2)
Starejši so večinoma neradi govorili o težavah z urinsko inkontinenco.	119 (72)	46 (28)
Večina starejših z urinsko inkontinenco je imela demenco ter so bili nepokretni.	118 (72)	46 (28)
Starejši z urinsko inkontinenco so bili bolj socialno izolirani.	94 (57)	71 (43)
Večina starejših je poznala vaje za krepitev mišic medeničnega dna.	13 (21)	50 (79)
Pomembno vlogo pri prepoznavanju problema urinske inkontinence in negovalnih intervencijah je imela medicinska sestra.	145 (88)	20 (12)
Načrtovanje intervencije učenja vaj za krepitev mišic medeničnega dna pri osebah z urinsko inkontinenco.	25 (52)	23 (48)
Uporaba različnih ocenjevalnih lestvic za urinsko inkontinenco v kliničnih okoljih.	41 (24)	127 (76)

Tabela 3 prikazuje rezultate samoocene anketirancev o tem, koliko informacij menijo, da so pridobili o različnih vsebinah urinske inkontinence v času izobraževanja. Na vprašanja so odgovarjali s strinjanjem po 5-stopenjski lestvici. Rezultati kažejo, da so anketiranci v času študija pridobili večinoma dovolj informacij o negovalnih problemih ter intervencijah zdravstvene nege pri starejših z urinsko inkontinenco. Le dobra polovica se jih strinja, da so pridobili dovolj informacij o dejavnih tveganja za pojav urinske inkontinence ter o njenem prepoznavanju. Še najmanj so bili študentje seznanjeni z ocenjevanjem stopenj urinske inkontinence ter z možnostjo uporabe ocenjevalnih orodij.

**Tabela 3: Ali ste v času študija izvedeli dovolj o različnih vsebinah o inkontinenci?**

Ali ste v času študija izvedli dovolj o:	1 Sploh se ne strinjam n (%)	2 Ne strinjam se n (%)	3 Niti se strinjam niti se ne n (%)	4 Strinjam se n (%)	5 Popolnoma se strinjam n (%)	Pov.	Std. od.
možnostih uporabe ocenjevalnih orodij za urinsko inkontinenco	34 (20)	46 (27)	59 (35)	26 (15)	6 (4)	2.6	1.1
ocenjevanju stopenj urinske inkontinence	21 (12)	49 (29)	48 (28)	41 (24)	12 (7)	2.8	1.1
prepoznavanju urinske inkontinence	8 (5)	23 (13)	41 (24)	80 (47)	19 (11)	3.5	1.0
dejavnih tveganja za pojav urinske inkontinence	7 (4)	20 (12)	45 (26)	75 (44)	24 (14)	3.5	1.0
negovalnih intervencijah pri urinski inkontinenci	5 (3)	14 (8)	27 (16)	77 (45)	47 (28)	3.9	1.0
negovalnih problemih pri starejšem z urinsko inkontinenco	4 (2)	6 (4)	23 (14)	88 (52)	49 (29)	4.0	0.9

Legenda: n = število odgovorov; pov. = povprečje; std. od. = standardni odklon

V Tabeli 4 so prikazani rezultati dela ankete, kjer smo preverjali znanje študentov in njihovo poznavanje problematike urinske inkontinence. Da je le-ta normalni del staranja, je mnenja kar polovica študentov (89,52 %). 130 (76 %) študentov je mnenja, da je pojav urinske inkontinence pogostejši pri ženskah. Da je pojav te bolezni pogostejši pri starejših z nižjo izobrazbo, zanika 109 (64 %) študentov. Da urinska inkontinenca negativno vpliva na spolnost pri starejših, se strinja 134 (79 %) študentov. 121 (72 %) študentov je mnenja, da urinska inkontinenca pomeni velik finančni strošek za zdravstveno blagajno.

**Tabela 4: Poznavanje problema urinske inkontinence med anketiranci**

Vprašanje	DA n (%)	NE n (%)	NE VEM n (%)
Urinska inkontinenca negativno vpliva na spolnost pri starejših.	134 (79)	13 (8)	23 (14)
Pojav urinske inkontinence je pogostejši pri ženskah.	130 (76)	21 (12)	19 (11)

Urinska inkontinenca je velik finančni strošek za zdravstveno blagajno.	121 (72)	16 (9)	32 (19)
Urinska inkontinenca je normalni del staranja.	89 (52)	69 (40)	13 (8)
Pojav urinske inkontinence je pogostejši pri starejših z nižjo izobrazbo.	25 (15)	109 (64)	35 (21)

V Tabeli 5 so prikazani odgovori anketirancev o poznavanju dejavnikov tveganja za pojav urinske inkontinence pri starejših. Študentje so pogosta vnetja sečil, Parkinsonovo bolezen, kronični kašelj in debelost označili kot najpogostejše dejavnike tveganja. Za dejavnika tveganja kot sta kortikosteroidi ter visok krvni pritisk so imeli študentje največ dileme pri izbiri odgovora, tako se jih je velika večina odločila za ponujeno možnost izbire odgovora »ne vem«.

**Tabela 5: Prepoznavanje dejavnikov tveganja za pojav urinske inkontinence med anketiranci**

Ali naštetih dejavnikov predstavljajo tveganje za pojav urinske inkontinence	DA n (%)	NE n (%)	NE VEM n (%)
pogosta vnetja sečil	157 (93)	5 (3)	7 (4)
Parkinsonova bolezen	134 (79)	20 (12)	15 (9)
kronični kašelj	118 (70)	32 (19)	18 (11)
debelost	112 (66)	33 (20)	24 (14)
sladkorna bolezen	87 (51)	47 (28)	36 (21)
kronična obstipacija	83 (49)	51 (30)	34 (20)
kortikosteroidi	71 (43)	26 (16)	70 (42)
visok krvni pritisk	51 (31)	61 (37)	55 (33)

### 3 DISKUSIJA

S težavami z urinsko inkontinenco se po podatkih Alvarenga-Martins in sodelavcev (2017) srečuje in spopada kar med 30 % do 50 % starejših, pri čemer je razširjenost pogostejša med ženskami, tveganje za pojav pa se povečuje s starostjo, kar so anketiranci v 37 % ocenili pravilno. Da starejši po večini neradi govorijo o težavah z urinsko inkontinenco ter da so bolj socialno izolirani navaja več avtorjev (Zurcher, et al., 2011; Barrie, 2016; Hutchings, et al., 2014; Taskin Yilmaz, et al., 2016), kar so opazili tudi anketiranci. Približno polovica oseb, ki trpijo zaradi urinske inkontinence, nikoli ne išče strokovne pomoči, pogosto zaradi neprimernih prepričanj, da je »urinska inkontinenca običajni del staranja« ali da »urinske inkontinence ni mogoče zdraviti« (Zürcher et al., 2011). Tudi Biswas in sodelavci (2017) ugotavljajo, da je urinska inkontinenca pogostejša pri ženskah z nižjo izobrazbo.

Kar 59 % anketirancev je na vprašanje, ali so v času kliničnega usposabljanja starejše z urinsko inkontinenco kdaj vprašali o poznavanju vaj za krepitev mišic medeničnega dna, odgovorilo z ne, kar govori o neozaveščenosti glede pomembnosti izvajanja teh vaj in pomeni velik problem. Vadba mišic medeničnega dna ima pozitiven vpliv na njihovo jakost in s tem tudi na zmanjšanje pogostosti in

količine uhajanja urina ter izboljšanja kakovosti življenja v po menopavzi pri ženskah, ugotavljata Marn Radoš in Ščepanović (2014).

Urinska inkontinenca ima negativen vpliv na spolno zdravje, kar je pomemben element kakovosti življenja in neločljiv del človeškega življenja (Taskin Yilmaz, et al., 2016). Lee in sodelavci (2018) poudarjajo, da je treba pri nadzoru urinske inkontinence upoštevati spolno zdravje starejših ljudi. 8 % študentov se s tem ne strinja in menijo, da urinska inkontinenca nima negativnega vpliva na spolnost. Anketiranci večinoma menijo, da je urinska inkontinenca normalni del staranja, da njen pojav ni pogostejši pri starejših z nižjo izobrazbo ter se v večini strinjajo, da urinska inkontinenca pomeni velik finančni strošek za zdravstveno blagajno. Kot pravita Bevk in Ščepanović (2008), poznamo direktne in indirektne stroške, ki nastanejo pri urinski inkontinenci. Direktni stroški so stroški posledic bolezni, stroški zdravljenja, dnevne oskrbe ter diagnostike – teh je približno 96 %. Indirektni stroški pa so izguba produktivnosti na delovnem mestu, to je delovnih ur in predčasne upokojitve (Hutchings & Sutherland, 2014).

Ocena stopnje urinske inkontinence bi morala upoštevati tudi dejavnike tveganja za pojav te motnje pri starejših (Payne, 2015). Več avtorjev navaja, da sladkorna bolezen, Parkinsonova bolezen, kronična obstipacija, kronični kašelj, debelost, kortikosteroidi, pogosta vnetja sečil ter visok krvni tlak vplivajo na pojav urinske inkontinence (Payne, 2015; Grzybowska, et al., 2015; Bardsley, 2016; Yates, 2017). Med študenti zdravstvene nege to znanje nekoliko peša, saj niso prepoznali dejavnikov, kot so kronična obstipacija, kortikosteroidi ter visok krvni pritisk.

Anketiranci so v večini zanikali (76 %), da bi v kliničnih okoljih uporabljali različne ocenjevalne lestvice za oceno stopnje urinske inkontinence. Kot navaja Zürcher in sodelavci (2011), je v literaturi več razprav o morebitnih vzrokih za slabo prepoznavnost in upravljanju urinske inkontinence med medicinskimi sestrami: medicinskim sestram lahko manjka znanje in se počutijo negotove glede ocenjevanja in vodenja urinske inkontinence ter imajo morda napačne predstave o normalnem staranju in možnostih zdravljenja te bolezni. Drugi vzroki za slabo vodenje oseb z urinsko inkontinenco so lahko tudi kadrovski normativi in pomanjkanje kadra. Medicinske sestre imajo pomembno vlogo pri prepoznavanju problema urinske inkontinence in pri negovalnih intervencijah, meni 88 % anketirancev. Nazarko (2015) pravi, da je vloga medicinske sestre bistvena pri ohranjanju pacientovega dostojanstva in spodbujanju njegovega zdravja ter dobrega počutja. Medicinske sestre imajo priložnost, da izboljšajo kakovost življenja oseb z urinsko inkontinenco s spodbujanjem strategij za promocijo zdravja (Hutchings & Sutherland, 2014).

Študentje so dejali, da so v času študija izvedeli premalo o možnostih uporabe ocenjevalnih orodij za oceno urinske inkontinence. Za njeno ocenjevanje je primerna oziroma priporočljiva Katzova lestvica, saj zagotavlja objektivno oceno



zdravstvenega stanja starejših z urinsko inkontinenco, ki lahko kaže na zmanjšanje ali izboljšanje zdravstvenega stanja (Shelkey, et al., 2008). Natančna anamneza z uporabo ocenjevalnih orodij/lestvic je osnova za pripravo individualiziranega plana, kjer načrtujemo, izvedemo in dokumentiramo specifične intervencije.

## 4 ZAKLJUČEK

V raziskavi smo posredno ugotovili, da urinska inkontinenca vpliva na slabšo kakovost življenja mnogih posameznikov, saj o težavah pri tej bolezni ne želijo govoriti, ne poiščejo strokovne pomoči in se socialno izolirajo. Zaradi sramu se zapirajo vase, postajajo depresivni in se izogibajo družbe. Zdravstveni delavci bi morali težave z urinsko inkontinenco pri osebah pravočasno prepoznati in pravilno ukrepati. Še vedno so prisotna napačna prepričanja tudi med študenti in sicer, da je urinska inkontinenca normalni del staranja. Pomembno je, da se v času izobraževanja posveti nekoliko več pozornosti prepoznavanju težav z urinsko inkontinenco, ocenjevanju stopenj urinske inkontinence, dejavnikom tveganja za to bolezen, negovalnim intervencijam in uporabi ocenjevalnih orodij. Ker nismo pregledali obstoječega in veljavnega študijskega programa in učnih načrtov strokovnih predmetov, da bi ugotovili ali je vsebin res premalo, dopuščamo možnost, da si študentje predstavljenih vsebin o urinski inkontinenci v času študija niso zapomnili. Medicinska sestra mora pridobiti pacientovo zaupanje ter spoštovati pacientovo intimnost in dostojanstvo, saj je urinska inkontinenca občutljiva tema. Pacienta mora obravnavati celostno. Delo s starejšimi zahteva od zdravstvenih delavcev veliko specifičnega znanja, komunikacijskih spretnosti, fleksibilnosti, sposobnosti predvidevanja ter hitrega ukrepanja.

### LITERATURA

- Alvarenga-Martins, N., Pinto, P.F., Arreguy-Sena, C., Paschoalin, H.C., Moura, D.C.A. & Teixeira, C.V., 2017. Urinary incontinence: an analysis in the perspective of aging policies. *Journal of Nursing UFPE On Line*. 11(3), pp. 1189–1899. doi: 10.5205/reuol.10544-93905-1-RV.1103201709
- Bardsley, A., 2016. An overview of urinary incontinence. *British Journal of Nursing*. 25(18), pp. 14–21. doi: 10.12968/bjon.2016.25.18.S14.
- Barrie, M., 2016. Dealing with patients with concurrent dementia and urinary incontinence. *British Journal of Community Nursing*. 30(3), pp. 37–46.
- Bevk, T. & Šćepanović, D., 2008. Stroški urinske inkontinence. *Obzornik Zdravstvene Nege*. 42(1), pp. 27–34.
- Biswas, B., Bhattacharyya, A., Dasgupta, A., Karmakar, A., Mallick, N. & Sembiah, S., 2017. Urinary incontinence, its risk factors, and quality of life: a study among women aged 50 years and above in a rural health facility of West Bengal. *Journal of Mid Life Health*. 8(3), pp. 130–136.
- Cody, J.D., Jacobs, M.L., Richardson, K., Moehrer, B. & Hextall, A., 2012. Oestrogen therapy for urinary incontinence in post-menopausal women (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 10, pp. 1–86. doi: 10.1002/14651858.CD001405.pub3.
- Fader, M., Cottenden, A.M. & Getliffe, K., 2007. Absorbent products for light urinary incontinence in women (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2, pp. 1–20. doi: 10.1002/14651858.CD001406.pub2.

- Grzybowska, M.E., Wydra, D. & Smutek, J., 2015. Analysis of the usage of continence pads and help-seeking behavior of women with stress urinary incontinence in Poland. *BMC Womens Health*. 80(15), pp. 1–6. doi: 10.1186/s12905-015-0238-6.
- Hutchings, J. & Sutherland, L., 2014. Student nurse understanding of the psychosocial impact of urinary incontinence. *Urological Nurses*. 34(6), pp. 318–325. doi: 10.7257/1053-816X.2014.34.6.318.
- Komeilifar, R., Javadifar, N., Afshari, P., Haghighizade, M.H. & Honarmandpour, A., 2017. The prevalence, subtypes and obstetric risk factors of urinary incontinence in reproductive age women referred to community health care centers of Dezful, Iran- 2015. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*. 5(3), pp. 275–283.
- Lee, D.M., Tetley, J. & Pendleton, N., 2018. Urinary incontinence and sexual health in a population sample of older people. *BJU International*. 122(2), pp. 300–308. doi: 10.1111/bju.14177.
- Lima, C.F.M., Caldas, C.P., Trotte, L.A.C., Ferreira, A.M.O. & Corrêa, B.M.S., 2015. Behavior therapy for the urinary incontinence of elderly woman. *Journal of Nursing UFPE On Line*. 9(8), pp. 8762–8770. doi: 10.5205/reuol.7696-67533-1-SP-1.0908201501.
- Marn Radoš, M. & Ščepanović, D., 2014. Telesna dejavnost in zdravje žensk v pomenopavzi. *Obzornik Zdravstvene Nege*. 48(4), pp. 323–331. doi: 10.14528/snr.2014.48.4.35.
- Nazarko, L., 2015. Use of continence pads to manage urinary incontinence in older people. *British Journal of Community Nursing*. 20(8), pp. 378–384. doi: 10.12968/bjcn.2015.20.8.378.
- Payne, D., 2015. Selecting appropriate absorbent products to treat urinary incontinence. *British Journal of Community Nursing*. 20(11), pp. 551–558. doi: 10.12968/bjcn.2015.20.11.551.
- Yates, A., 2017. Urinary continence care for older people in the acute setting. *British Journal of Nursing*. 26(9), pp. S28–S30. doi: 10.12968/bjon.2017.26.9.S28.
- Yilmaz, F.T., Kumsar, A.K., Demirel, G. & Yesildag, B., 2016. The effect of urinary incontinence on sexual quality of life in women with chronic physical diseases. *Sexuality and Disability*, 34, pp. 403–415. doi: 10.1007/s11195-016-9457-5.
- Zürcher, S., Saxer, S. & Schwendimann, R., 2011. Urinary incontinence in hospitalised elderly patients: do nurses recognise and manage the problem? *Nursing Research and Practice* 2011, pp. 1–5. doi: 10.1155/2011/671302.

Naslovi avtorjev:

**Valerija Kržič:** krzic.valerija@gmail.com

## **Marjana Rojnik in Nina Rojnik**

### **Živeti z demenco v družini**

#### POVZETEK

Članek zelo nazorno prikazuje primer demence v družini na osnovi lastne izkušnje avtoric kot hčere in vnukinje. Posebej skrbno je opisano postopno napredovanje bolezni in njenega solidarnega reševanja s strani širše družine: od zunanje pomoči, ko je živela še sama na svojem domu, preko preselitve v hišo hčere in vnukinj do preselitve v dom za stare ljudi. Članek je primer sodobne občanske znanosti, kjer prihaja do odločilnih metodičnih spoznanj o ravnanju na osnovi pristnih izkušenj v praksi.

**Ključne besede:** demenca, domača družinska oskrba, oskrba v domu za stare ljudi

#### AVTORICI

**Rojnik Marjana** je profesorica zgodovine in pedagogike ter bibliotekarka. Že več kot 25 let je zaposlena na OŠ Veržej in je napredovala v naziv svetnik. Pri svojem delu se srečuje tako z otroki s čustvenimi in vedenjskimi težavami, kakor tudi z otroki, ki obiskujejo osnovno šolo, niso pa nastanjeni v zavodu.

**Rojnik Nina** je univerzitetna diplomirana socialna delavka. Na svoji strokovni poti je napredovala v naziv mentor. Zaposlena je na OŠ Veržej, kjer dela z otroki s čustvenimi in vedenjskimi težavami. Predhodno je delala v centru za socialno delo, v programu Dnevni center za otroke in mladostnike, kjer se je srečevala z otroki in mladostniki z različnimi težavami in primanjkljaji (npr. učne težave, otroci iz revnega okolja, delo z Romi).

#### ABSTRACT

#### **Living with dementia in the family**

The article presents a very concrete example of dementia in the family based on the authors' own experience as daughter and granddaughter. Particular care is taken to describe the gradual progression of the disease and its solidarity-based treatment by the extended family: from external help when she was still living alone in her home, through moving to the daughter and granddaughter's house and finally to the nursing home. The article is an example of modern civic science, where decisive methodological findings on behaviour based on genuine human experience are obtained.

**Key words:** dementia, home family care, home care for the elderly

#### AUTHORS

**Rojnik Marjana** is a professor of history, pedagogy and a librarian. She has been employed at the Veržej Primary School for more than 25 years. In her professional

*career, she was promoted to the title of advanced mentor. She works with children with emotional and behavioural problems, as well as children who attend primary school but are not housed in an institution.*

***Rojnik Nina** is a university graduate social worker. In her professional career, she has progressed to the title of mentor. She is employed at the Veržej Primary School, where she works with children with emotional and behavioural problems. She previously worked at the Centre for Social Work, in the Day Care Centre for Children and Adolescents, where she worked with children and adolescents with various problems and deficits (e.g. learning difficulties, children from poor backgrounds, Roma people).*

»Ker moj oče ne more več prečkati mostu v moj svet, se moram jaz podajati k njemu. In tam čez, v mejah njegovega duševnega stanja, onstran naše družbe, temelječe na stvarnosti in smotrnosti, je še vedno spoštovanja vreden človek, in čeprav po splošnih merilih ni vedno razumen, je kljub temu na svoj način briljanten.« (Geiger, 2012)

## 1 KAJ JE DEMENCA?

Po definiciji je demenca hujši upad ali tudi izguba intelektualnih in spomin-skih zmožnosti. Ob omembi besede demenca mnogokrat najprej pomislimo na zmanjšanje sposobnosti pomnjenja. Demenca je skupek različnih simptomov, ki posameznika pomembno prizadenejo na vseh področjih njegovega bivanja. V hujših oblikah bolezni postane sobivanje z bolnikom, ki ima demenco, za njegove bližnje izredno naporno.

Najpogostejša oblika demence je počasi napredujoča degenerativna bolezen možganov imenovana Alzheimerjeva bolezen. Danes se vedno bolj uveljavlja koncept t.i. mešane demence, pri kateri ima bolnik hkrati znake degenerativne možganske Alzheimerjeve bolezni ter spremembe možganov zaradi motenega možganskega krvnega pretoka. Ta oblika demence naj bi bila najpogostejša (Grad, 2007).

Alzheimerjeva demenca je znana predvsem kot bolezen starih ljudi, čeprav se lahko pojavi tudi v srednjem življenjskem obdobju. Traja od 2 do 12 let, včasih celo dlje. Pogostejša je pri ženskah. Že leta 1906 jo je dokaj natančno opisal nemški nevrolog Alois Alzheimer, po katerem se ta oblika demence tudi imenuje. Zaradi sprememb v možganih le-ti ne morejo več delovati tako kot prej. Bolniki začnejo pozabljati, predvsem nedavne dogodke, datume, dogovore, imajo težave pri računanju, branju, logičnem razmišljanju ali pri učenju novih vsebin. Na začetku bolezni se bolniki teh sprememb zavedajo in so zaradi tega žalostni ali tesnobni, kasneje tudi nezaupljivi, prestrašeni, razdražljivi ali agresivni. Nova

znanstva težko sklepajo. Družbeno se osamijo in se z napredovanjem bolezni vse bolj umikajo v svoj svet. Vse težja je skrb zase, postajajo zmedeni in tako postopoma izgubljajo svojo samostojnost.

Še vedno ni povsem pojasnjeno, kaj povzroča Alzheimerjevo demenco, znani pa so številni dejavniki, ki pomenijo večje tveganje za njen razvoj. Razlogov za to je več in verjetno se med seboj povezujejo (Grad, 2007).

Znaki Alzheimerjeve bolezni so:

- pozabljivost,
- težave pri načrtovanju in reševanju težav,
- težave pri opravljanju sestavljenih nalog,
- zmedenost v času in prostoru,
- težave v prepoznavanju vidnih vsebin,
- težave pri govorjenju in pisanju,
- zalaganje in iskanje predmetov,
- slabše presojanje,
- socialni umik,
- sprememba v razpoloženju in osebnosti (Muršec, 2013).

Eden ali več dejavnikov tveganja še ne pomeni, da se bo razvila Alzheimerjeva demenca, je pa tveganje bistveno večje, kakor če teh dejavnikov ni. Na nekatere dejavnike je mogoče vplivati, drugih ni mogoče spremeniti. Znano je, da je demenca pogostejša v starosti; višja starost in z njo povezane spremembe so najpomembnejši dejavnik tveganja, ki pa se mu žal ni mogoče izogniti. Čeprav raziskovalci glede tega niso enotni, je lahko dejavnik tveganja tudi starost staršev ob rojstvu otroka. Čim starejši so, tem večje naj bi bilo tveganje za demenco pri potomcih. Nizka izobrazba in ženski spol sta ob visoki starosti naslednja pomembna dejavnika tveganja. Telesna nedejavnost in debelost sta prav tako pomembna dejavnika, še posebno pri ljudeh, ki so družinsko obremenjeni. Pomembni dejavniki tveganja so še kajenje, depresija in sladkorna bolezen (Grad, 2007).

Čeprav še ni povsem jasno, ali je Alzheimerjeva bolezen dedna ali ne, najverjetneje tiste oblike bolezni, ki se pojavljajo v starosti, niso neposredno povezane z dednostjo. Raziskovalci domnevajo, da so z dednimi dejavniki povezane tiste oblike bolezni, ki se pojavijo v srednjem starostnem obdobju (Grad, 2007).

## 2 TRNOVA POT DEMENCE – ŠTUDIJA PRIMERA

Mama oziroma babica avtoric tega članka je dementna oseba. Recimo, da ji je ime Ana. Zdaj živi v domu za starejše občane, ker je njena bolezen prezahtevna za svojce, da bi lahko z njimi živela doma. V domu se dobro počuti in ji je na svoj način lepo.

Če se spomnijo njenega življenja pred dobrimi desetimi leti, bi že takrat lahko zaznali prve zametke demence. Primer: babica in vnukinja sta se dogovorili, da se dobita v slaščičarni, ko bosta opravili svoje opravke v mestu. Vnukinja jo je čakala

več kot uro, a babice ni bilo. Iskala jo je na krajih, kjer je babica imela opravke, a je ni našla. Poklicala jo je na stacionarni telefon in babica se je oglasila. Bila je presenečena, da jo čaka, saj je ona že doma. Pozneje sta se pogovarjali o nastali situaciji, a Ana je vztrajala, da se nista dogovorili za srečanje po opravljenih obveznostih, čeprav sta se v mesto pripeljali v istem avtomobilu.

V tem obdobju je Ana živela sama v svoji hiši. Tedensko so se svojci oglašali na krajših obiskih, da so malo poklepetali. Bila je zadovoljna s svojim načinom življenja, saj je bila upokojenka, ki si ji svoj čas krajšala z delom na vrtu in v bližnjem gozdičku. S samokolnico se je že zjutraj odpravila v gozd in se vračala šele popoldne. Če so ji rekli, da ji tega dela res ni treba opravljati, je bila užaljena. Vsa drva za zimo si je cepila sama, česar prej nikoli ni počela (v tem obdobju je bila stara nad 75 let). Vedno pogosteje se je pritoževala, da ji mladi sosed krade drva iz drvarnice. Kljub razlagi, da sosed kuri s kurilnim oljem in ne potrebuje njenih drv, je vztrajala pri svojem. Prav s tem sosedom sta bila najboljša prijatelja že nekaj let. Prihajal je v njeno klet po zelenjavo, ki jo je imela tam spravljeno čez zimo, na vrtu je pobral sezonsko zelenjavo, če jo je potreboval, Ana mu je podarila kruh, ki ga je spekla v krušni peči in ga je rad jedel. Njeni svojci so imeli občutek, da na nek način skrbita drug za drugega, saj ji je sosed kosil zelenico, postavil kontejner s smetmi ob cesto in podobno. Potem pa kar naenkrat ni želela imeti opravka z njim, spremenila je mnenje o njem in trdila, da je pokvarjen v dno duše.

Pri Ani so se svojci oglašali pogosteje in opažali, da se z njo nekaj dogaja, kot da občasno živi v nekem pokvarjenem svetu. Po dogovoru z njo so jo naročili na kontrolni pregled pri psihiatrinji v zdravstvenem domu. Na pregled jo je spremljala hči in bila neprijetno presenečena, ker ni smela z mamo v ambulanto. Pregled je kar trajal in po Aninem prihodu iz ambulante je medicinska sestra hotela hčer odpraviti z besedami, da je vse v redu. S tem se nikakor ni strinjala, zato se je mimo nje prerinila v ambulanto. Psihiatrinja je bila začudena in je povedala, da je z Ano dobro. Hči ji je prijazno razložila, da z mamo ni dobro in jo prosila za analizo pregleda. Nejevoljna jo je povabila, naj sede in začela razlagati. Govorila je o testu, ki ga je Ana izpolnila in ni dosegla slabih rezultatov. Hči jo je ustavila in jo seznanila, da je Ana več kot trideset let bila v službi, kjer se je pretežno ukvarjala s številkami (finance) in da se ji zdi alarmantno, če zdaj ne zna narisati ure. Psihiatrinja ji je skušala dopovedati, da nekateri pacienti dosežejo še slabše rezultate, pa tudi živijo brez zdravil. Hči je pojasnila, da jo mamino stanje zelo skrbi, ker živi sama v hiši. Psihiatrinja je predlagala namestitev v dom za starejše. Ker je ta predlog hčer vznemiril, je zdravnica pričela pripovedovati o zdravilih, ki bi Anino bolezen lahko vsaj malo ustavila. Odgovorila je na vsa zastavljena vprašanja, vendar pa ni omenila demence. Ob odhodu je medicinska sestra hčerki povedala, da zdravnica nima rada svojcev pri pregledu pacientov.

Ani so svojci napisali, kako naj jemlje tablete in jo občasno kontrolirali. V začetku je rekla, da občasno pozabi, a ne potrebuje in ne želi tablet. Njeno stanje

se je v enem mesecu bistveno izboljšalo, pomembne stvari si je zapisala in se jih tudi držala. Zdravil ni več pozabljala vzeti, v pomoč ji je vnukinja naredila tabelo, kjer je samo obkljukala določen dan. Čez čas je njeno stanje postajalo vidno boljše, tudi sama je bila nezadovoljna s seboj, čeprav je občasno še trdila, da ji zdravila niso potrebna. Na tri mesece je s hčerjo hodila na pregled k psihiatrinji, ki ji je zviševala dnevni odmerek tablet. Po pregledu je hčer vedno povabila v ambulanto in ji razložila glede zdravil, ona pa ji je povedala, kako mama funkcionira v vsakdanjem življenju. Imeli so občutek, da je Anino zdravstveno stanje boljše.

Kljub zadovoljstvu glede njenega stanja pa so se vmes dogajale »zanimive« stvari. V hiši je kopičila stvari, za katere je bila prepričana, da jih bo še potrebovala. Na podstrešju je shranjevala posodo, ki bi jo bilo treba zavreči, v drvarnico je nosila drva in še veliko drugih lesenih kosov, ki jih bo nekoč pokurila, čeprav je ogrevala s kurilnim oljem. Ko so ugotovili, da si le redko skuha, so ji uredili dostavo kosila iz bližnjega doma za starejše občane. Prvi teden je na kosilo z njo počakala vnukinja, da je videla, če bo Ana kaj pojedla. Pred njo je jedla, nekaj pa si je prihranila za zvečer. Ko so jo nehali kontrolirati, je začela hrano nedotaknjeno spravljati v plastično embalažo in v zamrzovalno skrinjo. Občasno so jo pripeljali k sebi domov na kosilo, kjer so opazili, da zelo malo je in še manj pije. Poleti, ko je bilo zelo vroče, je bila enkrat hospitalizirana, saj je tožila, da jo boli glava in bolečina kar ni nehala. V bolnišnici so ji naredili preiskave in ugotovili, da je podhranjena. Ob tej ugotovitvi so domači ostali brez besed. Ano so na poti domov prepričevali, da se bo morala preseliti k njim, saj ne je in ne pije in sploh zelo slabo skrbi zase. Odgovorila je s solzami in obljubo, da bo spet kuhala in več jedla. Naslednjih nekaj dni so jo kontrolirali, a se stanje ni spremenilo. Prepričevala jih je, da je pravkar jedla in da ni lačna. Ko pa so ji prinesli hrano, je vse z užitkom použila. Potem se je zapletlo tudi z ogrevanjem. V kuhinji je imela štedilnik na drva, kjer je kurila, kuhala in se ogrevala pred zimo. Začela je tožiti, da ne zna zakuriti, da ne zna skuhati tega ali onega. Pogovarjali so se o vseh njenih težavah, ki pa jih nikakor ni hotela priznati ali jih sploh ni videla tako pereče kakor ostali. Dogovorili so se, da bo ostala v hiši samo v primeru, če bo dobro skrbela zase, v nasprotnem primeru se seli k njim (5 kilometrov stran). Na dogovor je nejevoljno pristala.

Ko je hči nekoč prišla na obisk, jo je našla v solzah. Tožila je, da si ne zna zakuriti, da jo zebe, da je lačna. Brez nepotrebnega kompliciranja sta skupaj poiskali oblačila in nekaj drugih stvari, ki jih rabi vsak dan in se odpeljali k hčeri domov. Vnukinji sta je bili veseli, skupaj so izbrale sobo v pritličju, ki je bila prej zakonska spalnica (zakonca sta se preselila v nadstropje). Njene stvari so zložili v omaro, ji pokazali kopalnico in druge prostore v hiši, ki bo zdaj njen dom. S solznimi očmi je vse sprejela z bridkim nasmehom. Dnevi so tekli v prijetni rutini, saj je jedla z njimi, sama je hodila na dolge sprehode na nasip in videti je bila zadovoljna, saj je bil vedno nekdo doma in nikoli ni bila sama. Na ta način so jo imeli pod

kontrolno. Čez čas pa se je začela umikati v svojo sobo, kot da bi ji šli ostali na živce. Na sprehode je še vedno hodila sama in ni marala spremstva. Sumili so, da včasih hodi po drugi poti, kakor je bilo dogovorjeno. Nekajkrat so šli za njo in tudi drugi sprehajalci so znali povedati, kje so jo videli. Bili so pomirjeni.

Čez kakšen mesec je Ana želela domov, ker je doma v svoji hiši in ne pri njih. Spakirali so potrebne stvari in se odpeljali do njene hiše. Pokazali so ji prostore, da bi se znašla, a se je samo smejala, češ da je to njena hiša in že ve kako in kaj. Pustili so ji hrano in se poslovili. Naslednje jutro se je pri njej oglasil zet. Zgrožen je poklical ženo, saj Ana sedi na kavču v kuhinji in joka, da jo zebe in je lačna. Hči jo je obiskala in jo pokarala, zakaj si ni zakurila, saj je rekla, da zna. V solzah je povedala, da ne zna. Kasneje so se oglasili pri njej in Ana je bila spakirana in pripravljena iti z njimi. Vso pot je molčala in brez besed odnesla stvari v »svojo« sobo. Pri kosilu je vnukinjama potožila, kako jo je zeblo v stari hiši, da je bila lačna in jo je bilo strah. Vsi so jo tolažili, da bo ostala pri njih, kjer je toplo in ji ni treba kuriti, saj je ogrevanje na kurilno olje.

Življenje je teklo naprej v dokaj normalnih tirih, čeprav je niso nikoli pustili same doma več kot uro. Vsi v družini (hči z možem, njeni hčeri, zet) so si obveznosti razdelili tako, da nikoli ni bila sama. Bila je del njihove družine. K njim je v takrat hodila na kosilo druga babica, ki je tudi že kazala znake demence, a so imeli občutek, da je to bolj starostna pozabljivost, saj je lahko še dokaj dobro skrbela za svoje potrebe, le kuhati se ji ni ljubilo. Ana je do nje kazala tihi odpor, saj je hitro pojedla in se umaknila v svojo sobo. Če druge babice ni bilo na kosilu, je s svojci prijetno klepetala. Skušali so jo aktivirati na različne načine, da bi bila demenca do neke mere obvladljiva: učili so jo reševati sudoku, a se je razjokala, ker ni dojela. Pri gledanju televizije so jo spraševali o vsebini filma, a je bilo videti, da ne dojame smisla in da le strmi v ekran. Ko so ugotovili, da v časopisu bere tudi televizijski spored od vrstice do vrstice in ji niso mogli razložiti, čemu je spored namenjen, so (dokončno) spoznali, da je v Anini glavi nekaj hudo narobe. Imeli so občutek, da se njena osebnost zmeraj bolj oddaljuje, da je ta oseba videti kot njihova mama in babica, a je je vedno manj. Ob vsem tem je napredovalo tudi tresenje njene leve roke. Občasno je to prikrila tako, da je levico objela z desnico in si roko položila v naročje.

Dve leti so funkcionirali kot velika družina. Kakršnekoli Anine čudne ideje so znali obrniti tako, da je bila zadovoljna. Ponosni so, da nihče nikoli ni dvignil niti glasu nad njo, čeprav je bilo pogosto težko ostati miren, posebej kadar je vztrajala pri neustreznih pobudah (npr. da je treba isti trenutek nekam iti, da jo tam čakajo, čeprav je bil večer in zunaj tema, ki je ni marala; da je treba pobrati češnje zdaj takoj, čeprav je bila zima).

V družini so ugotavljali, da se jih loteva čuden nemir, ki ga vnaša Anina bolezen. Redno je hodila na kontrole k psihiatru, ki ji je na pobudo svojcev poleg tablet predpisal še obliže. Za tri mesece se ji je stanje znatno izboljšalo, potem



pa se je zopet poslabšalo in stagniralo. Vmes ji je psihiater ukinil obliže, ker da jih ona ne mara, a se je stanje tako zelo poslabšalo, da so se svojci zbali za njeno življenje; samo ležala bi, ni marala iz postelje, ni jedla, na sprehod ni šla, morali so jo spomniti, da je šla na stranišče, bila je neodzivna, apatična. Ob ponovni uvedbi obližev se je stanje po prvem mesecu terapije popravilo. Hči jo je tuširala in ji pomagala pri osebni higieni. Pri mizi je Ana le stežka pospravila svoj pribor, vendar so jo bližnji kljub temu pri tem spodbujali.

Po še dveh letih skupnega bivanja so se odločili za selitev v novo hišo – Ana, hči in njen mož. Spoznali so, da je preveč skrbi za Ano na ramenih najbližjih. Poleti so se odselili v hišo, kjer je imela Ana svojo sobo z opremo, ki jo je poznala od prej. Vsi so bili zadovoljni, bilo je več miru, saj so obiskovalci prihajali redko, najbližji pa po vnaprejšnji najavi, da so jo lahko pripravili. Tudi tu je hodila na dolge sprehode. Na svojih poteh je srečevala znance, ki pa jih je vedno slabše prepoznavala.

Kljub težavam je znala primerno komunicirati. Sogovorniki so imeli občutek, da jih razume in aktivno sodeluje v pogovoru, šele ob našem opozorilu, da naj bodo pozorni na njene odgovore, so ugotovili, da daje družbeno sprejemljive odgovore, npr. kimanje ob primernem trenutku v znak strinjanja, kakšna beseda tu in tam (»aha«, »pa res«, »ja, ja«), da pa pogovora dejansko ne spremlja in ne razume.

Ko so šli skupaj na sprehod, se je pogovarjala z namišljenimi osebami, krilila je z rokami, kakor da nekomu nekaj dopoveduje. Ko so jo vprašali, s kom se pogovarja, se je vedno hitro izgovorila, da z nikomer in umirila roke. Če je sama sedela na klopi na terasi, je z rokami mahala na vse strani. Tudi njeni koraki niso bili enaki: včasih hitri, pa spet počasni in leni. Ob opozorilu, da hodi prehitro, jih je zavrnila, da se ji mudi v trgovino. Pri osebni higieni so ji pomagali, oblačila se je večinoma sama. A vedno pogosteje se je zgodilo, da se je slekla in gola hodila po sobi. Jezila se je, če so ji rekli, naj se obleče. Tudi s samostojnih sprehodov se je vračala vedno pozneje.

Svojcev ni počakala doma, da bi skupaj jedli, ko so prišli iz službe. Vedno je imela izgovor: da ni lačna, da je lepo vreme za sprehod, da je pozabila. Ko pa se neke nedelje po osmih urah ni vrnila s sprehoda in so jo šli iskat ter jo našli v popolnoma drugi smeri, so ugotovili, da se na poti domov izgublja in je zato tako dolgo ni. Sprehodi so vse bolj postajali tavanje v neznano smer. Sosedje so povedali, da so jo videli sedeti v grmovju ob cesti. Ko so jo poklicali, se ni odzvala. Imeli so občutek, da je tam zaspala.

Iz hiše so začeli izginjati različni predmeti: vrč za sok, kozarci, pomaranče, mandarine. Nekaj teh stvari so našli pri njeni stari hiši, nekaj v bližnjem grmovju v okolici hiše, nekaterih pa niso našli. Težave so bile tudi zvečer, ko se ni želela pripraviti na nočni počitek. Morala je še pospraviti obleke, jih pripraviti za

naslednji dan, pa še kaj prestaviti, pa še ono pogledati. Trajalo je tudi do dve uri, da se je umirila in zaspala.

Ponoči je začela halucinirati in se pogovarjati z nevidnimi ljudmi. Dvakrat se je zgodilo, da je zjutraj niso mogli zbuditi, čeprav je drgetala, jokala in šklepetala z zobmi. Enkrat so poklicali dežurnega zdravnika, saj je pol ure niso uspeli prebuditi, čeprav je imela odprte oči. Zdravnik jo je poklical po imenu, jo prijel za roko in v trenutku je bila prisebna. Vzroka ni našel. Nekajkrat se je zgodilo, da je ponoči vstala, šla iz svoje sobe, odklenila vhodna vrata in bila nekam namenjena. Na srečo so jo vedno ustavili v zadnjem hipu; nad vrata so obesili vetrni zvonček, da so pravočasno slišali premik vrat. Bali so se, da bi odšla do bližnjega potoka, kjer je sicer malo vode, a vseeno dovolj za strah.

V enem mesecu se je Anino stanje drastično poslabšalo: halucinirala je tudi podnevi, vedno je bila nekam namenjena, tavalala je po hiši, perilo je nesla prat na drugi konec vasi k daljni sorodnici, ker ji ga nihče ne opere, jedla bi z rokami, če je ne bi opozarjali, v juho je »dodajala« ocvrto meso, solato, pecivo, če je bilo vse hkrati na mizi. Sadja ni lupila, češ da lahko pomarančo poje kar celo. Potrebovala je 24-urni nadzor, ki so ga člani širše družine komaj zagotavljali. Kljub jemanju zdravil in nadzoru se je stanje samo še slabšalo. V tem času so vsi domači imeli službo in jim je bil njen nadzor dodatna obremenitev, še posebej za hčer, ki je bila zadolžena za nočno varstvo. Večkrat se je dogajalo, da je spala le nekaj ur na noč, saj je morala biti vedno v pripravljenosti na morebitno Anino nočno aktivnost.

Naključje pa je stvari postavilo na svoje mesto. V začetku maja so Ano peljali na obisk k njeni sestri v dom za starejše. Bila je bolna, stara čez 90 let in pri koncu svojih moči. Ana je sedela ob njeni postelji, ji prigovarjala, a se je sestra le redko odzvala na njen glas. Vmes so se svojci pozanimali, kako v tem domu poteka sprejem in kako dom deluje, saj niso vedeli, kdaj bodo potrebovali namestitev za Ano. Ko so se odpravljali domov, je Ana suvereno izjavila, da bi ostala tu. Razlagali so ji, da bodo še prišli na obisk. Prepričana je bila, da bi se v tem domu dobro počutila. Dokler je bila zdrava, brez demence, je venomer ponavljala in prosila bližnje, naj je nikar ne namestijo v dom za starejše. Njena izjava, da bi rada ostala v domu, priča kako zelo se je karakterno spremenila.

V naslednjem tednu se je Anino stanje poslabšalo do te mere, da je rabila 24-urno osebno spremstvo, niti koraka ni naredila sama. Ponovno so se pojavljale halucinacije, prividi, blodnje, izmenjaje smeh in jok brez vzroka, nespečnost, nemir, negativni pogled na vse, ponoči je hodila po hiši. Miru ni bilo ne ponoči in ne podnevi. Ob naslednjem obisku njene sestre v domu so se tam dogovorili za Anin sprejem v naslednjih dneh. Zadnjih 24 ur doma v hiši je bil kaos: ves čas je klatila z rokami, mrmrala, jokala, se smejala, bližnje odrivala, se pogovarjala z namišljenimi osebami, komaj se je oblekla in se vsaj trikrat slekla do golega in se šele na dolgo prigovarjanje ponovno oblekla.

Sprejem v dom je bil zelo človeški in empatičen. Zaposleni so ji pokazali posteljo, omaro in ji razložili nekaj osnovnih stvari. Z vsem je bila zadovoljna. Odpeljali so jo na obisk v sobo njene sestre, kjer je sedla na stol ob postelji in se preselila v drug svet. Ob odhodu svojcev se je komaj poslovila. Njihovi kasnejši obiski so jo presenečali, večino časa je preživela pri sestri. Občutek so imeli, da je umirjena in zadovoljna. Na žalost je njena sestra kmalu po Anini namestitvi v domu umrla. Tega ni dojela, saj je še nekaj dni spraševala, kje je, ko jo je iskala v njeni sobi.

Anino bivanje v domu je izbira, ki je svojci niso predvidevali. Kar precej časa so se soočali z občutkom krivde, če so storili prav. A po več kot štirih letih so prepričani, da so se pravilno odločili, saj se Ana v domu počuti dobro, družinsko življenje svojcev pa se je spet postavilo v stalne tirnice. Ob obiskih v domu lahko opazijo, da zanjo lepo skrbijo, vsi zaposleni so prijazni tudi do svojcev. Anino stanje se konstantno slabša, občasno je hospitalizirana, takrat psihiatrinja ponovno preveri njeno medikamentozno terapijo. Zdaj živi v nekem svojem svetu, svojcev ne prepozna več poimensko, se nanje jezi ali se smeje skupaj z njimi. Občasno pozabi tudi svoje ime, odvisno od »dobrega« ali »slabega« dne. Kljub temu, da določenih besed, s katerimi jo nazivajo, več ne prepozna (npr. mama, babica), pa se zmeraj odziva na čustveno konotacijo, ki jo sliši v izrečenem stavku. Ugotavljajo tudi, da je Ana vsako leto »mlajša«. Vnukinja jo ob obisku občasno vpraša, koliko je stara, in vsako leto so odgovori drugačni; npr. leta 2018 je bil njen odgovor »okoli 30«, leta 2019 se je odgovor glasil »24«, leta 2020 pa »21«.

Realnost vedno prinese kaj neznanega, s čimer se je treba soočiti. Anini najbližji so se udeležili izobraževalnega seminarja o demenci v organizaciji Socialne zbornice Slovenije. Pridobili so veliko novega znanja in neke vrste potrditev, da z Ano so in še vedno dobro delajo, čeprav sprva večinoma po intuiciji. Vendar pa bi taka znanja potrebovali že pred desetimi leti, ko je bolezen kazala prve znake.

V praksi je velik problem tudi pridobiti dodatke k pokojnini. Dodatek za pomoč in postrežbo se pridobi s pregledom na komisiji. Drugega dodatka, do katerega bi naj bila dementna oseba upravičena, pa se ne pridobi, razen če oseba ni skoraj nepokretna. Ne pomaga pritožba z utemeljevanjem situacije in dokazovanjem stanja z zdravniškimi izvidi. Komisija ostaja neomajna. V vsakdanjem življenju pa je pomemben vsak cent, saj dementna oseba potrebuje za življenje še več specifičnih stvari kakor zdrav človek.

V času pandemije koronavirusa je bil dom, v katerem je nameščena Ana, zaprt za obiskovalce. Kljub temu se je Ana okužila s koronavirusom in ga uspešno prebolela, bila pa je tudi cepljena.

### 3 ZAKLJUČEK

O demenci je na voljo veliko literature, tako strokovne kakor opisov različnih konkretnih primerov. V vsakem besedilu so Anini svojci našli del značilnosti razvoja bolezni pri mami oziroma babici, a nikjer točno njenega primera. Po nekajkratni hospitalizaciji na psihogeriatриčnem oddelku psihiatrične klinike so se ob koncu zdravljenja, ko so imeli občutek, da se je stanje za malenkost izboljšalo, spraševali, kam pelje razvoj njene bolezni.

Skrbi nas prihodnost dementnih oseb v Sloveniji. Zakaj? Zato ker smo bodoči bolniki lahko tudi sami. Ana iz zgoraj omenjene zgodbe je že tretji član njene družine z demenco – zbolela in umrla sta tudi njena starejša brat in sestra.

Institucionalizacija pri nas gre v smer bivanja v domovih za starejše, kar pa ni vedno najprimernejše. Kljub trudu vseh zaposlenih v domu ostaja dementna oseba večji del dneva prepuščena sama sebi. Verjetno je bolje razmišljati v smeri neke vrste družinske oskrbe v manjših skupnostih, ki pa so pri nas še v povojih. Življenjska doba se daljša, ženske živijo še dlje kot moški in predvidevamo, da bo starostnih bolezni vedno več.

Morda pa bo do takrat tudi v Sloveniji zrasla kakšna vas, ki bo vsaj od daleč podobna nizozemski vasici, ki je namenjena dementnim osebam. Mogoče že kje nastaja slovenska vas, ki bo temeljila na poslanstvu vasi De Hogeweyk (Ona, 2018).

#### LITERATURA

- Grad A. (2007). O demenci. V. *Kapnik: glasilo Združenja bolnikov s cerebrovaskularno boleznijo Slovenije*, 5(12), 9–14.
- Geiger A. (2012). *Stari kralj v izgnanstvu*. Ljubljana: Mladinska knjiga.
- Muršec M. (2013). *Alzheimerjeva demenca*. Ljubljana: Pliva.
- Ona. Ženski magazin Dela in Slovenskih novic. 4. september 2018, št. 34, 40–41.
- Spitzer M. (2021). *Epidemija pametnih telefonov: nevarnosti za zdravje, izobraževanje in družbo*. V Celovcu: Mohorjeva družba; Ljubljana: Mladinska knjiga.

Naslova avtoric:

**Marjana Rojnik:** marjana.rojnik@os-verzej.si

**Nina Rojnik:** nina.rojnik@viz-verzej.si

## IZ GERONTOLOŠKE LITERATURE

<https://www.who.int/publications/item/9789240030749>

### SOCIALNA IZOLACIJA IN OSAMLJENOST MED STAREJŠIMI

Vse več starejših ljudi živi samih. V zahodni Evropi in ZDA je medgeneracijskega bivanja vedno manj, večina starejših ljudi živi v enočlanskih gospodinjstvih ali v gospodinjstvih, ki jih sestavlja samo par ali starši in njihovi neporočeni otroci. V številnih manj razvitih državah se kljub ohranjanju tradicionalnih družinskih struktur in kulturnih norm, ki dajejo prednost večgeneracijskim gospodinjstvom, trend počasi usmerja k manjšim družinam in različnim tipom gospodinjstev, vključno s samovanjem – to je življenjem v enočlanskem gospodinjstvu.

Kakovostne socialne vezi so bistvenega pomena za naše duševno in telesno zdravje ter dobro počutje v vseh starostnih obdobjih. Socialna izolacija in osamljenost imata resne posledice za dolgoživost, zdravje in dobro počutje. V starosti socialna izolacija in osamljenost povečujeta tveganje za bolezni srca in ožilja, kap, sladkorno bolezen, upad kognitivnih sposobnosti, demenco, depresijo, tesnobo in samomor, vplivata na krajše življenje in zmanjšujeta njegovo kakovost.

Do nedavnega sta bili socialna izolacija in osamljenost zanemarjeni determinanti zdravja. V nekaterih državah so te težave že začeli obravnavati kot pereča vprašanja javnih politik in javnega zdravja. Pandemija covid-19 in spremljajoči ukrepi za fizično

distanciranje so povečali pomembnost teh tem. Vlada Združenega kraljestva je na primer leta 2018 imenovala »ministra za osamljenost« in objavila dokument *Povezana družba – strategija za reševanje osamljenosti*. Leta 2021 je Japonska sledila temu zgledu in imenovala »ministra za osamljenost«.

### Kaj vemo o socialni izolaciji in osamljenosti med starejšimi

Socialna izolacija in osamljenost sta med starejšimi pogost pojav v večjem delu sveta in imata resne posledice za telesno in duševno zdravje ter dolgoživost, zato bi morali upajati učinkovite ukrepe in strategije za zmanjšanje teh pojavov.

Socialna izolacija in osamljenost sta različna, vendar povezana pojma. **Osamljenost** je boleč subjektivni občutek ali »socialna bolečina«, ki je posledica neskladja med želenimi in dejanskimi socialnimi povezavami. **Socialna izolacija** je objektivno stanje zredčene mreže sorodstvenih in nesorodstvenih odnosov in posledično manj interakcij z drugimi oz. so te le občasne. Socialno izolirani ljudje niso nujno osamljeni in obratno. Kako osamljeno se nekdo počuti, je deloma odvisno od njegovih lastnih in kulturnih pričakovanj glede odnosov.

### Obseg socialne izolacije in osamljenosti

Pojava socialne izolacije in osamljenosti med starejšimi sta zelo razširjena. Na Kitajskem, v Evropi, Latinski Ameriki in Združenih državah Amerike ocenjujejo,

da je osamljenih od 20 do 34 % starejših ljudi.

Študije so pokazale, da je razširjenost osamljenosti med ljudmi, ki živijo v ustanovah za dolgotrajno oskrbo, večja kot v skupnosti. Pregled 11 študij – treh v državah s srednjimi in osmih v državah z visokimi dohodki – je pokazal, da je 35 % starejših ljudi v domovih za starejše in negovalnih domovih zelo osamljenih. Vse štiri študije, ki so neposredno primerjale življenja stanovalcev domov za starejše in ljudi, ki živijo v lastnih domovih v skupnosti, so poročale o večji razširjenosti osamljenosti v domovih za starejše.

### **Starost in osamljenost**

Ni jasno, ali se osamljenost s starostjo povečuje ali zmanjšuje. Nekatere študije kažejo na krivuljo v obliki črke U, pri čemer je osamljenost pogostejša v mlajših in starejših letih, druge spet kažejo na enakomerno zmanjševanje osamljenosti skozi življenje. V nacionalno reprezentativni študiji v ZDA so na primer ugotovili, da je največja stopnja osamljenosti pri najstarejših in mladih odraslih ter pri osebah, starih od 50 do 60 let.

### **Spol in osamljenost**

Pri moških in ženskah so razlike v osamljenosti v celotnem življenjskem obdobju podobne. Moški so nekoliko bolj osamljeni v otroštvu, mladostništvu in mlajši odrasli dobi, vendar te majhne razlike med spoloma izginejo v srednji odrasli dobi in v poznejši starosti. Po svetu živi več starejših žensk kot moških. Med letoma 2006 in 2015 je bila verjetnost, da bodo starejše ženske živele same, dvakrat večja kot pri starejših moških. Življenjske spremembe,

kot sta ovdovelost in selitev, ki vplivajo na socialno izolacijo in osamljenost, bolj prizadenejo ženske kot moške.

### **Socialna izolacija in osamljenost skrajšujeta življenje**

Socialna izolacija in osamljenost sta povezani s 26-odstotno povečano verjetnostjo umrljivosti. Socialna izolacija in osamljenost vplivata na umrljivost podobno kakor ostali dejavniki tveganja – debelost, pomanjkanje telesne aktivnosti, kajenje, druge oblike zlorabe različnih substanc in slab dostop do zdravstvenega varstva.

### **Socialna izolacija in osamljenost škodujeta zdravju in kakovosti življenja starejših**

Socialna izolacija in osamljenost povečujeta tveganje starejših za fizične bolezni, kot so bolezni srca in ožilja, možganska kap ter duševne bolezni, kot so upad kognitivnih sposobnosti, demenca, depresija, anksioznost, samomorilne misli in samomor. Obstajajo tudi dokazi, čeprav ne tako trdni, da socialna izolacija in osamljenost povečujeta tveganje za druga zdravstvena stanja (npr. sladkorna bolezen tipa 2, visok holesterol) ter omejujeta mobilnost in dejavnosti vsakdanjega življenja. Socialna izolacija in osamljenost sta tudi dejavnika tveganja za nasilje in zlorabo starejših moških in žensk.

### **Stroški socialne izolacije in osamljenosti**

Socialna izolacija in osamljenost domnevno povzročata tudi veliko finančno breme za družbo, vendar obseg tega bremena ni dobro poznan. V študiji v Združenem kraljestvu je bilo ocenjeno, da presežni

stroški za zdravje in dolgotrajno oskrbo zaradi osamljenosti znašajo 11.725 GBP na osebo v obdobju 15 let. Osamljeni starejši ljudje pogosteje obiščejo zdravnika zaradi socialnih stikov kakor zaradi zdravljenja, kar povečuje stroške zdravljenja. V ZDA so ocenili, da je 6,7 milijarde ameriških dolarjev letnih zveznih izdatkov posledica socialne izolacije med starejšimi.

### **Zakaj so starejši izpostavljeni socialni izolaciji in osamljenosti?**

Tveganje za socialno izolacijo in osamljenost obstaja zaradi številnih dejavnikov na ravni posameznika, odnosov, skupnosti, družbe in sistema. Na ravni posameznika lahko dejavniki, kot so bolezni srca, možganska kap ali rak, povečajo tveganje, čeprav je povezava pogosto dvosmerna. Tveganje lahko povzročajo zmanjšanje sposobnosti, kot sta senzorična prizadetost, izguba sluha in tudi psihiatrične motnje, kot so depresija, anksioznost in demenca. Nekateri osebnostni lastnosti, kot so nevroticizem (tj. negativni afekt), odljudnost in nizka stopnja vestnosti, povečujejo tveganje za osamljenost in so delno gensko pogojene.

Osamljenost lahko povečajo pomanjkanje podpornih odnosov ter težavni ali neizpolnjujoči odnosi. Življenjski prehodi in nenadne spremembe, kakršni sta upokožitev in žalovanje, lahko povečajo tveganje socialne izolacije in osamljenosti med starejšimi.

Med družbenimi skupinami z večjim tveganjem za socialno izolacijo in osamljenost so etnične manjšine, lezbijke, geji, biseksualci in transspolne osebe, osebe s telesnimi in učnimi motnjami ter dolgotrajnimi zdravstvenimi težavami,

oskrbovalci ter starejši ljudje v domovih in v zdravstveni negi. Biti priseljenc je prav tako dejavnik tveganja, saj imajo priseljenci običajno manj zlasti dolgotrajnih družbenih vezi in so slabše socialno vključeni, saj se pogosto soočajo z jezikovnimi in komunikacijskimi ovirami.

Na ravni skupnosti in družbe lahko vodijo v osamljenost in socialno izolacijo različni vzroki: pomanjkanje socialno-ekonomskih virov, pomanjkljiva izobrazba, neustrezne prevozne možnosti, nedostopnost do digitalne tehnologije, slabe stanovanjske razmere, staromrznost, marginalizacija in bivanje v odročnih krajih.

### **Kateri ukrepi so učinkoviti pri odpravljanju socialne izolacije in osamljenosti?**

V prizadevanja za izboljšanje socialne izolacije in osamljenosti prebivalstva morajo biti vključeni različni sektorji, npr. zdravstvo, socialno delo, informacijska in komunikacijska tehnologija, promet in stanovanje; deležniki, kot so vlada, starejši ljudje, organizacije civilne družbe, strokovni delavci, akademska sfera in zasebni sektor, pa morajo delovati na več ravneh hkrati.

**Prepoznavanje in povezovanje.** Preden lahko socialno izoliranim in osamljenim starejšim ponudimo pomoč, jih je najprej treba prepoznati in jih povezati s storitvami. Zdravstveni sektor ima pomembno vlogo pri prepoznavanju starejših, ki jih ogroža osamljenost ali se z njo že srečujejo. »Povezovalne službe« dosežejo osamljenosti in socialni izolaciji izpostavljene starejše osebe, razumejo njihovo stisko in jim pomagajo do ustreznih storitev in dejavnosti, vključno s premagovanjem praktičnih in

čustvenih ovir, ki izhajajo iz staromrzništva in stigmatizacije.

**Ukrepi na ravni posameznika in odnosov.** Ti ukrepi temeljijo na treh glavnih mehanizmih: 1. ohranjanje in izboljšanje odnosov med ljudmi, 2. podpora ljudem pri razvijanju novih odnosov in 3. spreminjanje mišljenja in čustvovanja na podlagi njihovih odnosov.

Ukrepi za odpravljanje socialne izolacije in osamljenosti med starejšimi se lahko izvajajo individualno ali skupinsko ter digitalno ali osebno, v živo. Vključujejo učenje socialnih veščin, psihoedukacijo (zagotavljanje informacij in podpore za boljše razumevanje in obvladovanje), skupine za medsebojno podporo, pa tudi storitve družabništva – podpora osebno ali po telefonu, kar običajno nudijo prostovoljci. Starejše je potrebno informirati o različnih lokalnih (nekliničnih) virih podpore in svetovanja, kamor se lahko obrnejo: kognitivna vedenjska terapija, usposabljanje za čuječnost, psihofarmakologija, vključno z antidepresivi, ter združenja in pobude za večjo ozaveščenost o teh vprašanih.

Najbolj obetavni ukrepi vključujejo izobraževalni pristop in močno teoretično osnovo; končne uporabnike ukrepov vključijo že v oblikovanje le-teh. Zdi se, da osamljene ljudi bolj zanima povezovanje z drugimi, kadar izvajajo dejavnosti, ki temeljijo na skupnih interesih (npr. vadbene skupine), kakor različna zgolj družabna srečanja.

Digitalni ukrepi so še posebej zanimivi zaradi povečane uporabe med pandemijo covid-19 in hitro naraščajoče vloge tehnologije (zlasti interneta, pametnih telefonov in družbenih medijev) v zadnjih

desetih do petnajstih letih. Digitalni ukrepi vključujejo usposabljanje za uporabo interneta in računalnikov, podporo za video komunikacijo, storitve sporočanja, spletne diskusijske skupine in forume, telefonsko družabništvo, družabna omrežja, klepetalne robote in virtualne »pomočnike« z umetno inteligenco.

Pomembno je zaščititi tudi pravico do življenja brez spleta in ponuditi druge možnosti tistim, ki se ne morejo ali nočejo digitalno povezati.

**Strategije na ravni skupnosti.** K zmanjšanju osamljenosti in socialne izolacije starejših ljudi na ravni skupnosti lahko prispevajo strategije z različnih področij: infrastruktura – promet in digitalna vključenost, grajeno okolje in javne površine, ki so potrebni za ohranitev obstoječih odnosov in vzpostavljanja novih.

Ustrezen, dostopen in cenovno ugoden prevoz je bistvenega pomena za ohranjanje povezanosti ljudi. Študija v Združenem kraljestvu je pokazala, da je uvedba brezplačnega avtobusnega prevoza za starejše od 60 let zmanjšala osamljenost in simptome depresije.

Grajeno okolje v lokalnih skupnostih lahko spodbuja ali ovira socialno povezanost. Zasnova stanovanj (npr. skupni prostori), javnih prostorov (npr. dobra osvetlitev, klopi, javna stranišča) ter restavracij, trgovin in kulturnih ustanov, kot so knjižnice in muzeji (npr. dostopnost in vključenost), lahko pomembno vplivajo na socialno izolacijo in osamljenost.

Strategij digitalnega vključevanja ni enostavno izvajati. Pojavlja se vprašanje različnih digitalnih razlik – na primer med mlajšimi in starejšimi, med samimi



starejšimi (npr. tistimi, ki so stari do in nad 60 let), med tistimi, ki si ne morejo privoščiti digitalne tehnologije ali je ne znajo uporabljati ter razlike med revnejšimi in bogatejšimi državami. Pomembno je zagotoviti, da so informacijske in komunikacijske tehnologije na voljo, cenovno ugodne in dostopne starejšim, ki želijo biti povezani, ter zagotoviti, da ne bodo izključeni tisti, ki tega ne želijo.

Prostovoljstvo je skupnostna strategija, ki lahko izboljša dobro počutje in socialne vezi tistih, ki prostovoljsko delajo in s tem prispevajo k zmanjševanju osamljenosti starejših. »Starosti prijazne skupnosti« so namenjene spodbujanju zdravega in aktivnega staranja v lokalni skupnosti. Pri reševanju socialne izolacije in osamljenosti starejših lahko pomagajo pri ozaveščanju in spodbujanju sodelovanja med številnimi ključnimi zainteresiranimi deležniki.

**Strategije na družbeni ravni.** Strategije za zmanjšanje izolacije in osamljenosti vključujejo zakone in politike za obravnavo diskriminacije in marginalizacije (vključno s staromrznostjo), socialno-ekonomske neenakosti, digitalnih razlik, socialne kohezije in medgeneracijske solidarnosti. Prizadevajo si tudi za spremembo družbenih norm, ki onemogočajo socialno povezanost, kot je npr. dajanje prednosti finančnemu namesto socialnemu kapitalu.

### **Desetletje Združenih narodov za zdravo staranje**

Desetletje Združenih narodov za zdravo staranje 2021-2030 je edinstvena priložnost za okrepitev dela na področju preprečevanja in reševanja socialne izolacije in

osamljenosti po vsem svetu. Cilj desetletja je povezati vlade, civilno družbo, mednarodne agencije, strokovnjake, akademske kroge, medije in zasebni sektor v deset let usklajenega, katalizatorskega in skupnega delovanja za izboljšanje življenja starejših, njihovih družin in skupnosti, v katerih živijo.

Socialna izolacija in osamljenost, ki prizadeneta znaten delež populacije starejših ljudi po vsem svetu, skrajšujeta njihovo življenje ter močno vplivata na njihovo duševno in telesno zdravje ter dobro počutje. Covid-19 in s pandemijo povezani omejitveni ukrepi in fizično distanciranje so bili jasen opomin na pomen socialnih vezi v življenju starejših ljudi. Desetletje Združenih narodov za zdravo staranje 2021-2030 je edinstvena priložnost za agencije Združenih narodov in zainteresirane strani v vseh sektorjih, da skupaj delujejo na mednarodni, regionalni, nacionalni in lokalni ravni in si prizadevajo za zmanjšanje socialne izolacije in osamljenosti med starejšimi.

*Prevod in priredba Maruška Budič in  
Alenka Ogrin*

*Vir: Možina Mirn (2020). Uvodnik o korona- in gero-transcendenci. V: Kairos, Slovenska revija za psihoterapijo, letnik 14, št. 1-2, str. 9-53.*

## **GERONTOTRASCENDENCA**

Dr. Miran Možina je že nekaj desetletij motor slovenske psihoterapije. Med vidnimi sadovi njegovega garaškega dela sta slovenska filiala dunajske univerza Sigmuda Freuda za psihoterapijo (SFU-Ljubljana) in Kairos, Slovenska revija za psihoterapijo. V zadnji številki letnika 2020 je njegov skoraj

50 strani dolg *Uvodnik o korona- in geront-transcendenci*.

Po izidu slovenskega prevoda Tornstamove knjige *Gerotranscendenca – razvojna teorija o dobrem staranju* (2017) je pripravljala temeljit zapis o tej temi. Ko pa je spomladi 2020 zajela svet množična zagata ob pandemiji covid-19, je obe vsebini povezal v ta uvodniški razmislek. Že same informacije in spoznanja v njem so pomembne, za nas pa ob njih tudi aktualno vprašanje, kakšen pomen imajo za kakovostno staranje in sožitje generacij.

Že sama Tornstamova knjiga o presežnosti v starosti je aktualna gerontološka teorija, Možini pa je predvsem izhodišče, da je zbral iz literature in prakse spoznanja o »širjenju sočutja in solidarnosti ter duhovnem osvobajanju v smeri modrosti in agape, kot so stari Grki imenovali najzrelejšo obliko ljubezni« (str. 10). Živa izkušnja o vitalnem pomenu te izvirno človeške zmožnosti med epidemijo tvori v njegovem *Uvodniku* skupni imenovalac s heterogenimi spoznanji o starostnem zorenju človeka, ki so združena v sicer neenovitem in še ne opredeljenem pojmu gerontotranscendenca; obsegajo namreč človeške zmožnosti za zrelo zorenje v vsakdanjem življenju, za kljubovanje udarcem usodnih razmer in lastne bolezn, za zorenje v soočenju s smrtjo pa vse do zaupanja v neuničljivo vrednost osebne življenja v človeka presegajoči moči nedojemljive skrivnosti obstoja, razvoja in smisla vsega bivajočega, pa naj jo eden imenuje Bog in drugi s katerim od *sto imen* te skrivnosti.

Pri poskusu pojasnjevanja te človeške zmožnosti Možina kot ljubitelj umetnosti najprej poseže po leposlovju – zaporniški poeziji Vitomila Zupana in njenem

sporočilu, da *se lahko ljubezen med ljudmi vzdržuje in širi, pa čeprav so med nami metri ali kilometri razdalje* – ne samo prostorsko, ampak tudi doživljajske razdalje v samem sebi, ko se človek razvija v loku vrhunškega vzpona *k soncu in padca v temo*. (str. 11)

Možina si v tej luči zastavlja vprašanje, ali so osebne stiske in težave v skupnostih ob pandemiji pot v korona-transcendenco ali korona-dekadenco. Upočasnitev življenja v času, ko nihče ni znal in zmožel preprečiti stopnjujočega se stresnega pospeška v vsakdanji naglici, prispeva k zorenju – pri tem citira Kundero, da *je bogastvo človekovega doživljanja premo sorazmerno s počasnostjo*. Filozof Husserl je skoraj pred stoletjem opozarjal na nevarnost znanstvenega in ostalega razvoja, ki *iz svojega obzorja izključi konkretni življenjski svet*, Heidegger na usodno *pozabo biti*. Možina v soglasju z mnogimi ugotavlja, da bo pandemija dosegla preseganje dosedanjih razvojnih ovir, če bomo znali in zmogli ohraniti njeno zdravilno izkušnjo samomejevanja. V to nas je že pred epidemijo silila pandemija tesnobe in depresije, ki zajema po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije 20 % svetovnega prebivalstva. Pandemija corona-19 je učinkovito pokazala zgrešenost današnje egocentričnosti in pozabo naše bistvene medsebojne soodvisnosti. Odziv na pandemijo pa je znova pokazal preživetveno moč solidarnosti z najšibkejšimi v družbi, zlasti starimi ljudmi, ki jim je bila okužba neredko življenjsko usodna. Možina se pri svojem videnju, da bo epidemija lahko odskočna deska v večjo kakovost življenja in sožitja, z veseljem opira na sporočilo Alenke Rebula: *»Skušajmo si zapomniti, kar zdaj vidimo dobrega, ker ne bo trajalo.«*

Misel nadaljuje ob dejstvu, da se nekateri starajo v bedi, pomanjkanju in človeški otopelosti – ostro sliko tega kažejo javna poročila in življenjske zgodbe dobrodelniških organizacij (Humanitarček z dr. Ninno Kozorog). Senčna stran humanizma je tudi družbena slepota, ki jo povzroča tudi staromrzništvo (ageism). Ta temna dejstva starosti so oster kontrapunkt vsem razsežnostim gerontotranscendence, kot jo prikazuje v svoji knjigi Tornstam in jo je kot smer razvoja proti starostni modrosti poznala zgodovina vseh kultur. Zmožnost starostnega zorenja ugotavljajo tudi raziskovalci, ki so tlakovali zadnji del poti našega današnjega strokovnega znanja in dela. E. Erikson je videl, da je integracija v starosti vrh človekovega razvoja in če je človek ne razvije, strmoglavlja v zadnjem obdobju življenja v obup in gnus. Do podobnih spoznanj je prihajal C. G. Jung, J. Willi in še mnogi drugi vodilni psihoterapevtski avtorji, na katere se je Tornstam naslanjal ter se navdihoval pri svojem oblikovanju koncepta gerontotranscendence. Njegovi izsledki so sorodni Frommovi ugotovitvi, da je usmerjenost v »imeti« na račun »biti« usodna. V tej luči se pokaže tudi šibka točka enostranskega poudarjanja *aktivne starosti*, ki je ob svojem pregovornem reku starejših, *da nimajo časa*, že skoraj komičen starostniški beg v omamo aktivizma in zelo patogene navidezne vitalnosti (Ksenija Ramovš), vsekakor pa onemogoča starostno zorenje, ki si ga je želel naš pesnik Gradnik v stihu: *Ko odpadem, naj odpadem zrel!*

Zame je bil najbolj navdihujoč osrednji del Možinovega obsežnega zapisa – zgledi ljudi, ki jih avtor dobro pozna in dosega jo visoko raven v razvoju te zmožnosti: Herman Hesse s svojimi deli ter lastnim

staranjem in smrtjo, Metka Klevišar s svojim življenjskim delom za širitev sodobnega hospica v Sloveniji, s pisanjem, z zaupanjem v Boga – Ljubezen ter svojim usmerjanjem lastnega življenja in sožitja, Manca Košir s svojim vedrim soočenjem s hudim rakom – možnost za svoj zadnji razvojni korak je smejoč se doživela v svoji pesmi: *Težko delo ima Bog, ko me poriva skozi šivankino uho ...*

Širok in poglobljen Možinov vpogled v psihoterapevtsko literaturo, ki je viden skozi celotno besedilo, pride še posebej do izraza v tisti četrtini besedila (str. 32-44), ki govori o spoznanjih in izkušnjah nekaterih pomembnih psihoterapevtov o smrti in transcendenci; prikaže Sigmunda Freuda, Viktorja Frankla, Jakob Levyja Morena, Milтона H. Ericksona in Irvina D. Yaloma. Bralcu, ki ga to področje zanima, bo ta pregled zelo dragocen, v članku pa avtorju omogoči sklepni razmislek o tem, ali gre pri Tornstamu in večini od navedenih avtorjev za gerontotranscendenco – nekaj, kar v človeka v resnici presega in se v starosti bolje izkristalizira po znanih statističnih podatkih, da verovanje s starostjo narašča, ali je to gerontoimanenca – zorenje človekovih zmožnosti za zdrav razvoj in kakovostno sožitje z ljudmi in naravo v imanentnem, to je empirično preverljivem razponu zemeljskega življenja od spočetja do smrti.

Seveda je to retorično vprašanje, saj je vsaki empirični znanosti v principu dosegljiva samo imanenca, katere bistvena sestavina je preseganje samozadostne izoliranosti človekovega individualnega jaza z zavestnim usmerjanjem v smiselno sožitje z ljudmi in naravo. Soodvisnost je bistvo človeškega bivanja. To človekovo preseganje samega sebe v dialoškem povezovanju z

drugim je enako sestavni del človeka, kakor je kemično spajanje bistveni del nežive narave. Tisti primeri v Možinovem članku, ki izrecno govorijo o človekovi presežni transcendenci, v katero ti ljudje verujejo, niso ne bolesten obrambni dodatek geronto-imanentnemu starostnemu zorenju teh ljudi, ne samoumevna doživljajska nadgradnja imanentne gerontotranscendence – verni in neverujoči primeri, ki jih Možina navaja, govorijo o isti imanentni transcendenci, le da jo eni doživljajo v empiričnih mejah, drugi pa poleg tega z vero v nad-smisel, ki presega domet človekovih zmožnosti. Z avtorjevo mislijo, da nam je znanstveno dostopna samo imanentna gerontotranscendence, se ujema tudi moje stališče, da verovanje ni transcendentna marmelada na imanentnem kruhu vsakdanjega življenja, ampak hranljivost tega kruha. Ta hranljivost pa prinaša empatično vživljanje v vsakega človeka v njegovi konkretni situaciji in temu ustrezno ravnanje, kakor Možina nakaže tudi na primeru sina, ki je prišel tik pred covidsko pandemijo iz Amerike v Slovenijo, da bi spremljal svojo ostarelo in bolno mater ob iztekanju njenega življenja v domu za stare ljudi, pri tem doživel presežnost tega ob materi in teži »nepresežne imanentnosti« ob togem ravnanju institucije z njim in materjo.

Uvodnik se končuje s kratkim epilogom, v katerem nakaže avtor eno od poti za razvijanje in krepitev gerontotranscendence v srednjih letih in zgodnji starosti ob svoji izkušnji poglobljene meditativne vadbe. V kontekstu spoznanj številnih avtorjev, ki jih Možina prikaže ob primerih starostnega zorenja ljudi in ob zorenju naših skupnosti v pandemiji, je ta metoda tako danes kakor je bila v preteklosti dobra pot do samega

sebe – do svojega osebnostnega jedra, ki valovi z valovno dolžino vsega bivajočega.

Za ne-psihoterapevta, ki poklicno, prostovoljsko ali v svojem osebnem vsakdanjem življenju in sožitju družine, službe in osebne družbe zavestno dela za kakovostno staranje in lepo sožitje med generacijami, je Možinov *Uvodnik o korona- in geronto-transcendenci* dragocen vir znanja in razmislekov o obojem – naprej o zorenju k starostni modrosti, za katero sodobni raziskovalci (npr. Ursula M. Staudinger ali Monika Ardelit) ugotavljajo, da se uresniči pri zelo redkih starajočih se ljudeh, v luči aktualne izkušnje v zadnjih dveh letih pa tudi o razvojnem izzivu, ki nam ga je ponudila stiska ob pandemiji.

Naj dodam, da je v isti številki revije *Kairos* še vrsta člankov o gerontotranscendenci v vsakdanjem življenju in sožitju ter člankov o doživljanju smrti.

Še jezikovna opomba. Prevod Tornstamove knjige in z njim avtor Uvodnika uporabljajo izraz gerotranscendence. Podobne sestavljanke iz grščine v slovenščini uporabljajo obliko geronto-, npr. gerontologija, gerontagogika. Germanski jeziki tvorijo sestavljanke pogosto iz vrste samostalnikov, slovanski jeziki so razvili lepoto izražanja v pridevniški obliki, ki jo pri dveh samostalnikih nadomešča genitivna oblika enega. V tem smislu je obrušen samostalniški nominativ (gero-s) našemu jeziku tuja oblika, medtem ko je genitivna oblika (geronto-s) bolj domača. Ustaljena praksa sorodnega strokovnega izrazja (gerontologija) utemeljuje predlog, da pri novem pojmu uporabljamo že uveljavljen algoritem za tovrstno sestavljanke – gerontotranscendence.

*Jože Ramovš*

## GERONTOLOŠKO IZRAZJE

### VIZIJA DOLGOTRAJNE OSKRBE

angleško: Vision of long-term care

Vizija je uvid v stvar in njeno razvojno perspektivo. Ta celovit pogled na stvar, kakršna je sedaj in v njene možnosti, je osnova za smiselno sedanje delovanje in razvoj. Razlikujemo osebno vizijo, ki usmerja posameznika, in družbeno vizijo, ki umerja razvoj skupnosti; obe vplivata druga na drugo.

Vizija sodobne dolgotrajne oskrbe ima naslednje značilnosti.

1. Upošteva dejstvo, da celoten razvoj človeštva spremlja izkušnja solidarne pomoči ljudem v njihovi nemoči – ta izkušnja je za človeško vrsto specifična in bistvena.
2. Izhaja iz uvida, da je človekov osebnostni razvoj in razvoj skupnosti odvisen od tega, koliko imajo ljudje razvito zmožnost za empatično sodoživljanje z drugimi – tako z njihovi razvojnimi uspehi kakor z njihovo nemočjo. Ta zmožnost omogoča ljudem učinkovito komuniciranje, sodelovanje in medsebojno pomoč.
3. Pozorna je na sedanje veliko povečanje deleža ljudi v najvišji starosti, ki potrebujejo pomoč pri vsakdanjih opravilih, ter na dejstvo, da tradicionalna sorodstveno-sosedska ter industrijsko institucionalizirana oskrba ne ustrežata niti potrebam današnjih ljudi niti razvoju skupnosti.
4. Temelji na zavestni odločitvi skupnosti za prednostno politično in strokovno iskanje rešitev za humano, finančno in kadrovsko vzdržan sistem in programe dolgotrajne oskrbe v sodobni informacijsko-komunikacijski družbi.

Sistem dolgotrajne oskrbe se razvija po ustrezni ali neustrezni viziji, ali pa po naključnih vzgibih v okolju. Ob sedanjem staranju prebivalstva je potreba po oskrbi tako pereča, da ne dopušča stihijskega razvoja. Delovanje in razvoj oskrbe sta odraz vizije o staranju in oskrbi, ki jo imajo posamezniki, vplivne skupine in javno mnenje. Glede na svoje vizije delajo države, lokalne in druge skupnosti ter podjetja svoje razvojne strategije za staranje, dolgotrajno oskrbo in sožitje; te so osnova za razvijanje oskrbovalnih sistemov. Evropske države urejajo po letu 1995 nacionalne sisteme oskrbe z zakoni o dolgotrajni oskrbi. V njih se odraža vizija o zgoraj naštetih štirih dejavnikih ter konkretno razmerje med tremi elementi oskrbovalnega trikotnika: oskrbovanci, oskrbovalci in oskrbovalnim sistemom z njegovimi ustanovami in programi.

V ospredju politične in druge javne pozornosti v zvezi z dolgotrajno oskrbo in zakonom o njej so večinoma stroški in ustanove. Kakovostna vizija dolgotrajne oskrbe te vidike pozna in upošteva, niso pa prevladujoče ali izključno izhodišče sistema in zakona; če so, se kakovost oskrbe v tej skupnosti slabša. Odločilni element za kakovost oskrbe so oskrbovalci – vsi neformalni domači in poklicni formalni, ki oskrbujejo danes, in vsi potencialni oskrbovalci; evropski podatki pa kažejo, da ima v desetih letih vsak prebivalec nekoga od bližnjih v oskrbi. V strategijah staranja in zakonih o dolgotrajni oskrbi so bili oskrbovalci bolj ali manj neopaženi, sedanja kriza zaradi pomanjkanja oskrbovalcev, ki se stopnjuje pri

nas in po vsej Evropi, pa postavlja ta steber oskrbovalnega sistema v pravo luč.

Tretji steber oskrbovalnega sistema so oskrbovanci, to so vsi ljudje v skupnosti, ki zaradi starostne onemoglosti, kronične bolezni ali invalidnosti potrebujejo pomoč pri vsakdanjih opravilih. Njim je oskrba namenjena in formalno jih dajejo vizije, strategije, programi, zakoni o dolgotrajni oskrbi, ustanove in javno komuniciranje o oskrbi na prvo mesto pred ostala dva stebra. Analiza vsebine, strukture in konteksta pa pod temi izjavami razkrije več reklame in bivanjskega strahu pred onemoglostjo kakor dejanskega odgovarjanja na potrebe oskrbovancev in oskrbovalcev.

Živimo namreč v času, ko tradicionalna vizija komplementarnosti med človeško močjo in nemočjo ni več učinkovita, niso pa še dovolj izoblikovane sodobne utemeljitve o sinergični povezavi teh dveh danosti v življenju slehernega človeka; in prav tako ne odgovor na vprašanje o smislu človeške krhkosti za kakovosten razvoj posameznika in skupnosti. Pereča posledica tega primanjkljaja je subjektivno in družbeno staromrzniško (ageistično) stališče v evropskih družbah. Zamisli 20. stoletja o neomejenem napredku, o nadčloveku in o pravični, brezrazredni družbi se v stvarnosti niso obnesle, ampak so povzročile onesnaženost in izropnost okolja, vojne in množična pobijanja (v nacizmu tudi evtanazijo duševno in drugače šibkih ljudi v lastni skupnosti), iskanje sodobne utemeljitve za razvoj solidarne družbe pa je bilo na stranskem tiru.

Zato je za sodobno vizijo dolgotrajne oskrbe odločilno iskanje smiselnega stališča o razmerju med človekovo močjo in nemočjo. Celostna antropološka kost-benefit analiza solidarnosti pokaže dvoje:

1. sleherni človek se prej ali slej znajde v nemoči, ko potrebuje pomoč, da preživi, se razvija in človeško zori; 2. pri človeku, ki je telesno, duševno, socialno, finančno ali drugače pri močeh, nima pa osebnega empatičnega odnosa pomoči nemočnemu človeku, se začne njegova moč maligno razvijati v smeri psihosocialne patologije (zlasti depresivnosti in agresivnosti), ki razkraja njega in njegove skupnosti. Edina učinkovita preventiva pred tem je človeška empatičnost s solidarnim ravnanjem, ki pa jo je mogoče razvijati samo v praksi z osebno pomočjo nemočnim: otrokom pri razvoju do njegove samostojnosti, bližnjim v družini in osebni družbi, sodelavcem pri ustvarjalnem delu ter bolnim, invalidnim in starostno onemoglim.

Odločilni vidik sodobne vizije dolgotrajne oskrbe je torej osebno in javno stališče o komplementarni povezanosti med človeško močjo in nemočjo. Tehnično, materialno in intelektualno smo dovolj razviti, da ob staranju prebivalstva v 21. stoletju in stopnjevanih potrebah po oskrbi v svojem razvoju solidarnosti dohitimo materialni razvoj, ki je bil dosežen v zadnjih dveh stoletjih. Vizija dolgotrajne oskrbe, ki to omogoča, se oblikuje ob odgovorih na tri vprašanja. 1. *Kaj oskrbovanec potrebuje, zmore in hoče?* Ko imamo ta odgovor, sledi 2. vprašanje: *Kaj oskrbovalec potrebuje, zmore in hoče?* Ko imamo oba odgovora, sledi odgovor na 3. vprašanje: *Kaj potrebuje, zmore in hoče oskrbovalni sistem in njegova organizacija v sedanjem času in razmerah slovenske družbe?* Ta tretji odgovor je enako nujen kakor prva dva, nikakor ne sme prehiteti, prezreti ali biti v nasprotju s prvima dvema.

Jože Ramovš

## SIMPOZIJI, DELAVNICE

### **DRUŽINSKI OSKRBOVALCI V PREDLOGU ZAKONA O DOLGOTRAJNI OSKRBI**

*Spletna konferenca, Ljubljana,  
6. oktobra 2021*

Vlada Republike Slovenije je 17. junija sprejela predlog zakona o dolgotrajni oskrbi, s čimer se je odzvala na naraščajočo potrebo po enotni sistemski ureditvi tega področja. Ob evropskem dnevu družinskih oskrbovalcev, 6. oktobra 2021, smo na Inštitutu Antona Trstenjaka organizirali spletno konferenco z naslovom *Družinski oskrbovalci v luči novega zakona o dolgotrajni oskrbi*. Gosta konference, mag. Cveto Uršič, državni sekretar na Ministrstvu za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, in gerontolog prof. dr. Jože Ramovš, sta predstavila, kaj prinaša zakon za družinske oskrbovalce, in odgovarjala na vprašanja, ki so jih zastavili poslušalci konference.

Slovenija je zakon o dolgotrajni oskrbi pripravljala že od leta 2002. Na nujnost učinkovitejše ureditve tega področja opozarja strokovna in laična javnost pa tudi EU; potrebo po njem pa je z vso ostrino pokazala epidemija covid-19, med katero so stiske oskrbovalcev in oskrbovancev neznosne. Sedanji predlog zakona po mnenju predavateljev ni idealen, vseeno pa je dobra osnova za razvoj na tem področju. V času te konference je predlog čakal na parlamentarno obravnavo.

Dr. Ramovš je predočil dejstvo, da v Evropi desetina prebivalstva – več kot 44 milijonov ljudi oskrbuje onemogle, bolne ali invalidne svojce, prijatelje ali znance. Družinski člani, sosedje in drugi neformalni

oskrbovalci opravljajo tri četrtine celotne oskrbe. V Sloveniji imamo torej okrog 200.000 neformalnih oskrbovalcev, medtem ko je formalnih – tistih, ki oskrbujejo poklicno oz. službeno – dvajsetkrat manj, dobrih 10.000. Sodobni zakoni o dolgotrajni oskrbi po evropskih državah vključijo formalno in neformalno oskrbo v integriran nacionalni sistem oskrbe.

Mag. Uršič ugotavlja, da je imela naša država do družinskih oskrbovalcev doslej zelo mačehovski odnos. Predlog zakona predvideva za družinske oskrbovalce nekaj možnosti. Najvidnejša novost je poklicni status oskrbovalca družinskega člana za dve najtežji kategorij oskrbe od skupno petih. Če bo ta predlog sprejet, bodo le-ti imeli zagotovljene naslednje pravice: plačilo v višini 1,2-kratnika minimalne plače v RS, ki jo bo izplačeval Zavod za zdravstveno zavarovanje iz blagajne za dolgotrajno oskrbo, vsa obvezna socialna zavarovanja, 21 dni načrtovane odsotnosti – v tem času bo njegovemu oskrbovancu zagotovljena nadomestna oskrba, deležni bodo usposabljanja in strokovnega svetovanja – njihovo osnovno usposabljanje je predvideno v obsegu 30 ur in obnovitveno v 20 ur. Mag. Uršič predvideva v času razprave o predlogu zakona tudi diskusijo o pravici do njihove trinajste plače (božičnice).

Poleg tega predvideva predlog zakona o dolgotrajni oskrbi še par ukrepov, ki vključujejo neformalno oskrbo v javni sistem.

Podobno kakor drugi evropski zakoni se bo upravičenec do oskrbe lahko odločil za oskrbo v lastni režiji z neformalnimi oskrbovalci – v tem primeru bo prejemal denarno nadomestilo, katerega višina naj bi znašala okrog 26 % od zneska, ki ga za isto

kategorijo oskrbe javna blagajna izplačuje v primeru odločitve za formalno oskrbo na domu ali v ustanovi. Neformalnim družinskim oskrbovancem naj bi bilo zagotovljeno usposabljanje, vsem oskrbovancem pa letni dodatek za krepitev zdravja ter e-oskrba in e-zdravstvo. Za razvoj kakovosti neformalne oskrbe je pomembno zlasti kakovostno in čim zgodnejše usposabljanje družinskih oskrbovalcev, za njihovo razbremenitev pa sodobna e-oskrba in e-zdravstvo ter integrirana povezava med formalno oskrbo na domu in neformalno domačo oskrbo.

Pogovor se je dotaknil tudi ugovora proti predlogu zakona, češ da ni finančno podprt. V preteklih letih je šla razprava v Sloveniji v smeri nemškega financiranja dolgotrajne oskrbe, kjer se ta novi steber socialne varnosti financira iz novega solidarnostnega zavarovanja, podobno kakor zdravstveno in pokojninsko zavarovanje. Ta sistem je dober – v Nemčiji stabilno deluje in se razvija že več kakor četrto stoletje, odkar so leta 1995 sprejeli svoj zakon o dolgotrajni oskrbi. Sedanji slovenski predlog zakona uveljavlja zavarovalniški princip v višini, kolikor že sedaj prispevamo za dolgotrajno oskrbo v okviru našega pokojninskega in zdravstvenega zavarovanja. Preostali del stroškov za dolgotrajno oskrbo zagotavlja iz proračuna Republike Slovenije. In sicer toliko časa, dokler se vlada in zakonodajalec v dialogu s socialnimi partnerji in državljani Slovenije ne bosta odločila za povišanje zavarovanja za dolgotrajno oskrbo do višine, ki bo pokrivalo vse zagotovljene pravice po zakonu o dolgotrajni oskrbi. Proračunsko financiranje dolgotrajne oskrbe imajo naši sosede Avstriji – pri njih proračunsko financiranje celotne oskrbe deluje in se razvija prav tako stabilno, kakor se v Nemčiji zavarovalniško financiranje. Sedanji slovenski predlog torej

predvideva mešani sistem financiranja dolgotrajne – delno iz obstoječega zavarovanja in delno iz državnega proračuna. Takšen sistem financiranja imamo pri nas že ves čas pri pokojninsko-invalidskem stebru socialne varnosti. In nam deluje stabilno – bolje kakor mnogi drugi sistemi v državi.

Mag. Uršič je kot znan zagovornik deinstitucionalizacije podaril, da bo uveljavitev pravic po predlogu zakona omogočila razcvet pomoči na domu. V prihodnje naj bi hitro dosegli cilj, ki je bil postavljen do leta 2020 – da se število oskrbe na domu vsaj izenači s številom oskrbovancev v domovih. To sodobno obliko oskrbe je po drugih evropskih državah omogočil nov socialni steber systemskega javnega sofinanciranja dolgotrajne oskrbe (pri nas sedaj financirajo pomoč na domu sami oskrbovanci in njihove občine, zato se že desetletje ne širi in ne razvija). Enake pravice za oskrbovance na domu in v ustanovah omogočijo, da bi se lahko čim več ljudi čim dlje stara doma.

Dr. Ramovš, je poudaril, da sodobni sistemi dolgotrajne oskrbe po Evropi razvijajo in zagotavljajo široko paleto programov. Temeljna usmeritev je pomoč za čim daljše bivanje doma ter tesna povezava med neformalno in formalno oskrbo v lokalni skupnosti. Slovenski predlog zakona govori pretežno o institucionalni oskrbi in o centralistično vodenih oskrbovalnih institucijah, vendar pa odpira tudi vrata lokalni organizaciji oskrbe in večji povezavi med formalno in neformalno oskrbo – njegova izrecna težnja je pomoč pri bivanju in oskrbi na lastnem domu.

Ob koncu spletne konference je mag. Uršič poudaril, da smo govorili o predlogu zakona in ne o zakonu – treba je počakati, ali bo zakon sprejet in kakšna bo njegova končna oblika.

*Blažka Kolenc*



## DRUŽINSKI OSKRBOVALCI

*Virtualna konferenca Centra za mednarodne raziskave oskrbe, dela & enakosti CIRCLE, 12. – 30. 04. 2021*

### **OSKRBA – IZZIVI IN REŠITVE ZA VZDRŽNOST V PRIHODNOSTI**

V aprilu 2021 so izvedli obsežno konferenco na temo oskrbovanja. Konferenco je organiziral CIRCLE, organizacija ustanovljena leta 2006 z namenom raziskovanja, evalviranja in svetovanja na teoretičnem in praktičnem področju oskrbe, dela in enakosti. Organizacija ima sedež na Univerzi v Sheffieldu v Angliji, njen najvidnejši mednarodni raziskovalni program pa je Vzdržnost oskrbe: povezovanje ljudi in sistemov.

#### **Tehnologija v oskrbi – priložnosti in ovire v kontekstu oskrbovancu prilagojene oskrbe**

Pri načrtovanju tehnoloških rešitev je zelo pomembno dobro poznavanje potreb in želja starejših oseb. Mnogi starejši imajo namreč težave pri sprejemanju tehnologije v svoje vsakdanje življenje, pogosto jo zavračajo. Ker pa ima sodobna pametna tehnologija velik potencial za lajšanje samostojnega življenja ob staranju, je razvoj tehnologije, ki bo specifično prilagojena za uporabo starejšim osebam, izjemnega pomena.

Antropologinja in raziskovalka Tanja Ahlin iz Univerze v Amsterdamu je predstavila prispevek o oskrbovanju starejših svojcev na daljavo. Raziskovala je osebne izkušnje poklicnih negovalk iz Indije, ki so odšle na delo v tujino, v Indiji pa so ostali njihovi družinski člani, ki so potrebovali

oskrbo. Večinoma je šlo za njihove stara-joče starše z različnimi kroničnimi boleznimi. Udeleženske v raziskavi so za pove-zovanje na daljavo uporabljale pametne telefone, tablice in računalnike.

Izkazalo se je, da je pri oskrbovanju na daljavo pogostost stikov zelo pomembna – oskrbovalke so s svojimi starši govorile vsak dan, pogosto celo večkrat. Pri tem se je pokazala očitna razlika med telefonskimi pogovori in pogovori preko video povezav. Med telefonskimi pogovori so se ljudje zelo izogibali tišini, saj so bili trenutki tišine neprijetni, zato so jih zapolnili s pogovori o vsakdanjih stvareh, na primer o tem, kaj so imeli za kosilo. Pri pogovorih preko video povezav pa so bili trenutki tišine prijetni, zato se jih udeleženci niso trudili zapolniti s pogovorom, pač pa so se jim prepustili in v njih uživali.

Pokazala se je še ena zanimivost, namreč da so se oskrbovanci glede svojih zdravstvenih težav vedno raje najprej pogovorili s hčerko in šele kasneje s svojim zdravnikom. Komunikacije z zdravnikom pa hčere niso prevzemale, saj se jim je zdelo bolj primerno, da se z njimi o svojem zdravju pogovorijo starši neposredno. Ker so starši dnevno poročali hčerkam o stanju simptomov svoje kronične bolezni in od njih prejemale navodila, kako naj v zvezi s tem ravnajo, je pravzaprav šlo za neke vrste telemedicino. Avtorica raziskave je pri tem poudarila, da so starši natančne informacije o svojih zdravstvenih težavah delili samo s hčerkami, medtem ko so jih v pogovorih s sinovi prikrivali, da bi jim prihranili nepotreben stres.

Kate O'Loughlin, profesorica Univerze v Sydneyu je imela v okviru konference prispevek o napredku pripomočkov za oskrbovanje – od enostavnejših, kot je na primer sedež v kopalni kadi, do tehnoloških. Ker se ljudje veliko raje starajo doma kakor v institucionalni oskrbi, si lahko pri tem veliko pomagajo s sodobno tehnologijo. Medtem ko je potencial tehnologije za staranje doma že podprt z mnogimi raziskavami, pa je način, kako si starejši pri tem pomagajo s tehnologijo, še precej nejasen. Avtorica je izpostavila, da je pri tem velik izziv že sama opredelitev, kaj tehnologija za staranje doma sploh je. Opaža namreč, da če o tem povprašamo starejše osebe, pravzaprav niso povsem prepričani, kaj jih sprašujemo.

V sodelovanju z drugimi avtorji je izvedla manjšo pilotno študijo, ki je kvalitativno raziskala, kaj starejši ljudje razumejo kot sodobno tehnologijo, kakšne izkušnje imajo z njeno uporabo ter kaj jim je pri tem izziv. Vključenih je bilo 15 odraslih, starejših od 70 let. Kot sodobno tehnologijo, ki jo uporabljajo za samostojno staranje na svojem domu, so navajali klimatske naprave, protivlomne alarme, televizije, električne invalidske vozičke ipd. Pri tem so pri navajanju televizije imeli v mislih običajne analogne televizije in ne sodobnih digitalnih pametnih televizij, ki omogočajo izbiranje programov in prenos internetnih vsebin. Avtorji so tehnologijo, ki so jo navajali starejši, razdelili v šest kategorij: tehnologija za mobilnost, tehnologija za varnost, tehnologija za gospodinjstvo, tehnologija za pomoč pri vsakodnevni opravi, informacijsko-komunikacijska tehnologija in tehnologija za prosti čas. Glede uporabnosti te tehnologije so

udeleženci izrazili svojo močno odvisnost od njene uporabe, v smislu, da si življenja brez nje ne morejo zamisliti.

Avtorica prispevka je poudarila, da nekateri starejši s pridom uporabljajo tudi naprednejšo, pametno tehnologijo, vendar zelo redki, ki pa pri tem potrebujejo podporo, največkrat svojih otrok ali vnukov. Glede naprednejše tehnologije je avtorica navedla rezultate drugih avstralskih študij, ki kažejo, da je pri uporabi pametne tehnologije za starejšo osebo zelo pomembno, če jo predhodno uporabljajo njeni bližji, na primer partner ali prijatelj. Ko pridobijo dobro izkušnjo z uporabo pametne tehnologije, so jo veliko hitreje pripravljeni sprejeti v svoje življenje. Starejši, ki pametno tehnologijo zavračajo, pa kot razlog za to navajajo predvsem visoke cene in neprijetne občutke ob težavah pri njeni uporabi in dvome o njeni uporabnosti.

V nadaljevanju je Jo Moriarty predstavila raziskavo, ki so jo izvedli na King's College London. Avtorje je zanimalo, kako se je stanje na področju oskrbe izboljšalo z uvedbo Zakona o oskrbi, ki so ga v Angliji sprejeli leta 2014. V ta namen so analizirali sekundarne podatke in informacije na uradnih spletnih straneh ter izvedli anketo med oskrbovalci.

Zakon opredeljuje, da morajo lokalne oblasti omogočiti oskrbovalcem dostop do informacij in podpore v obliki instrumentalne pomoči in svetovanja. Raziskovalci so zato želeli predvsem preveriti, ali so lokalne oblasti zagotovile kakovosten informacijski sistem, tako digitalno kakor v obliki zloženek in drugih informativnih gradiv. Kljub dejstvu, da v Angliji delež starejših brez dostopa do interneta upada, je še vedno veliko starejših, ki se ne morejo informirati preko

spleta. Avtorica prispevka je opozorila, da so to pogosto tisti starejši, ki so najranljivejši, saj so hkrati tudi socialno izključeni in materialno prikrajšani, zaradi česar zelo težko pridejo do primerne oskrbe.

Avtorji so dostopnost informacij raziskovali tako, da so se postavili v vlogo osebe, ki se je znašla v oskrbovalni situaciji in se poskuša informirati na uradnih spletnih straneh. Kot zelo pozitivno ocenjujejo dejstvo, da je na vseh uradnih spletnih straneh navedena definicija oskrbovalca, saj se oskrbovalci pogosto ne zavedajo, da so oskrbovalci, in ne poznajo pojma oskrbovanje. Ustrezno dostopne so bile tudi informacije o pridobivanju ocene za potrebo po oskrbovanju pri njihovem svojcu, vendar pa na spletnih straneh večinoma ni bilo navedeno, kako dolgo je potrebno čakati na pridobitev ocene. Potrebe po oskrbovanju namreč ocenjujejo različne organizacije, zato prihaja do daljših čakalnih dob.

Raziskava je pokazala, da ena izmed bistvenih informacij na spletnih straneh ni omenjena, to je pravica do denarnega prispevka za oskrbovalca. Gre za izplačilo, ki je namenjeno oskrbovalcu za lastno porabo in ne za oskrbovanje ali oskrbovanca. Oskrbovalci lahko ta denar porabijo za sprostivne dejavnosti, prosti čas in oddih od oskrbovanja.

Zakon o oskrbovanju omogoča oskrbovalcem tudi urgentno pomoč. Gre za pomoč v primeru, ko oskrbovalec zaradi določenega razloga ne zmore oskrbovati, na primer v primeru lastnih zdravstvenih težav in morebitne hospitalizacije. V takih primerih so njihovi oskrbovanci v času odsotnosti oskrbovalca upravičeni do nadomestne oskrbe v organizaciji državnih

institucij. Avtorji raziskave so ugotovili, da kar četrtina spletnih strani te pravice ni omenjala. Jo Moriarty je v zaključku prispevka poudarila, da dostopnost vseh pomembnih informacij za oskrbovalce o njihovih pravicah še vedno ni zadostna.

### **Delo, oskrba in blaginja – nove rešitve, trenutni izzivi**

V okviru drugega tematskega sklopa so raziskovalci govorili o izzivih in rešitvah povezanih z usklajevanjem plačanega dela in oskrbe. Vse več neformalnih oskrbovalcev se z oskrbovalnimi obveznostmi srečuje v delovno aktivnih letih, zato usklajevanje plačanega dela z oskrbo ter podpora s strani delodajalcev postajata pomembni temi tako pri raziskovanju (dolgotrajne) oskrbe kakor pri upravljanju s človeškimi viri. Vse več podjetij se namreč zaveda, da lahko z oblikovanjem podpornih programov podprejo zaposlene oskrbovalce in s tem preprečijo negativne vplive, ki jih ima oskrba na plačano delo (npr. pogoste odsotnosti z dela zaradi oskrbovalnih obveznosti, pomanjkanje koncentracije na delovnem mestu, izgorelost, visoka fluktuacija delovne sile ter odloženo karierno napredovanje zaposlenih oskrbovalcev).

Camille Allard, doktorska študentka sociologije iz Univerze v Sheffieldu je predstavila svojo raziskavo, v kateri je preučevala odnos med individualnim in kolektivnim blagostanjem zaposlenih oskrbovalcev. Ugotavlja, da podpora na delovnem mestu prispeva k boljšemu individualnemu blagostanju, saj zaposlenim oskrbovalcem omogoča, da imajo več nadzora nad porabo časa za oskrbovalne obveznosti, poleg tega pa redkeje poročajo o tem, da so pod stresom, ter za svoje oskrbovalne

obveznosti ne koristijo svojega dopusta; v oskrbovalcem prijaznih podjetjih so v ta namen vzpostavljene posebne oblike odsotnosti z dela. Na drugi strani je odnos med podporo na delovnem mestu in kolektivnim blagostanjem bolj zapleten in odvisen predvsem od odnosa vodje oddelka, od tega ali je v podjetju vzpostavljena podporna skupina za oskrbovalce, veliko vlogo pri tej obliki blagostanja pa imajo tudi sindikati, ki so lahko dober vir informacij, poleg tega pa jih oskrbovalci lahko uporabijo tudi za pogajanja z delodajalci oz. vodji izmen.

V nadaljevanju je profesorica dr. Janet Fast iz kanadske Univerze v Alberti predstavila situacijo zaposlenih oskrbovalcev v Kanadi, ki tvorijo velik del delovno aktivne populacije – med 30 in 35 %, pri čemer je zaposlenih za polni delovni čas približno 75 %. Kanadčani imajo sicer dobro urejen dostop do raznolikih oblik dopustov za oskrbo, ki so opredeljeni v okviru zakonodaje na zvezni, regionalni in krajevni ravni. Poznajo kratkotrajne in dolgotrajne oblike dopustov za oskrbo. Med kratkotrajne spada dopust za oskrbo družinskih članov – traja od 3 do 12 dni na leto; večina regij zagotavlja 3 do 5 dni te oblike dopusta na leto. Nadalje poznajo Kanadčani še dve obliki dolgotrajnejših dopustov. Prvi je *dopust za nego*, do katerega so upravičeni oskrbovalci, ki skrbijo za družinske člane, ki se jim izteka življenjska pot (trajanje 26 do 52 tednov, odvisno od regije). Drugi tip dolgotrajnejših dopustov je *dopust za primer hude bolezni*. Namenjen je skrbi za hudo bolne otroke (37 tednov) ali odrasle (17 tednov), večinoma pa je dolžina določena na zvezni ravni. Vse oblike dopustov za oskrbo so

neplačane, vendar pa so oskrbovalci, ki koristijo dolgotrajnejše oblike odsotnosti z dela, upravičeni do delnega nadomestila prihodka preko zavarovanj, ki izhajajo iz delovnega razmerja.

Dominique Philips iz Univerze v Dublinu je predstavila položaj zaposlenih oskrbovalcev na Irskem. Po podatkih raziskave družinskih oskrbovalcev Irske (*Family Carers Ireland*) iz leta 2019 ima približno eden od devetih zaposlenih družinske obveznosti, povezane z oskrbo. V poročilu iz leta 2020 (*State of Caring Report 2020*) ugotavljajo, da se kar 55 % zaposlenih oskrbovalcev odpove delu, da lahko oskrbujejo, 23 % pa zmanjša število delovnih ur. Poleg tega ugotavljajo, da zaposleni oskrbovalci zaradi oskrbovalnih obveznosti zavračajo priložnosti za izpopolnjevanje, izobraževanje in napredovanje. Zgolj 3 % zaposlenih oskrbovalcev je poročalo o tem, da oskrbovanje nima nikakršnega vpliva na njihovo plačano delo. Philipsova je na konferenci predstavila kvalitativno raziskavo, katere cilj je bil raziskati izkušnje družinskih oskrbovalcev, ki so se morali odpovedati ali prilagoditi svoje delovne obveznosti, da bi lahko skrbeli za svojca ali za drugo njim pomembno osebo, ki potrebuje pomoč. Opravili so deset poglobljenih pol-strukturiranih intervjujev ter rezultate tematsko analizirali. Ugotovili so, da oskrbovalci plačano delo najpogosteje prilagodijo tako, da vzamejo dopust, zamenjajo zaposlitev ali naredijo karierno pavzo, se predčasno upokojijo, prilagodijo število delovnih ur ali delovnih dni, zamenjajo delovno mesto ali prostovoljno prekinejo delovno razmerje. Da bi bilo teh negativnih prilagoditev plačanega dela oskrbi čim manj, raziskovalci opozarjajo,

da imajo pri tem velik vpliv delodajalci, saj dejavniki, kot so fleksibilnost, podpora s strani vodstva ter gojenje družini prijazne kulture v podjetju, pozitivno vplivajo na lažje usklajevanje plačanega dela z oskrbo.

Prvi del tematskega sklopa o usklajevanju plačanega dela in oskrbe je zaključil dr. Jason Hayes iz Univerze v Sheffieldu, ki je predstavil vlogo in vpliv podpore s strani delodajalcev na usklajevanje plačanega dela z oskrbo. Rezultati raziskave temeljijo na reprezentativnem vzorcu 970 zaposlenih oskrbovalcev v Angliji in Walesu. Ugotavlja, da se večina zaposlenih oskrbovalcev zaradi svojih skrbstvenih obveznosti težko osredotoči na plačano delo, prav tako velika večina zaradi oskrbovanja razmišlja o zmanjšanju števila delovnih ur. 24 % zaposlenih oskrbovalcev poroča, da so že razmišljali o tem, da bi prekinili svoje delovno razmerje zaradi oskrbovanja, 36 % pa jih je v zadnjem letu zavrnilo ponudbo za novo delovno mesto, napredovanje ali pa so se odločili, da se ne prijavijo na novo delovno mesto. Zaposlene oskrbovalce so spraševali tudi o vplivu plačanega dela na oskrbovanje – zanimalo jih je, kako pogosto so se v zadnjem letu, ko so prišli domov iz službe, počutili preveč utrujene, da bi lahko opravili določene oskrbovalne obveznosti – 28 % jih je odgovorilo, da se tako počutijo vsaj enkrat na teden, medtem ko se 13 % zaposlenih oskrbovalcev tako počuti vsak dan. Zaposleni oskrbovalci poročajo o različnih strategijah, s katerimi

skušajo doseči boljše ravnovesje med plačanim delom in oskrbovalnimi obveznostmi. Nekateri zmanjšajo število delovnih ur, skoraj polovica izkoristi za oskrbovanje svoj letni dopust, nekateri opravljajo službene obveznosti tudi ob večerih ali čez vikende, da opravijo vse potrebno. Nekateri oskrbovalci pa poročajo, da vzamejo bolniški dopust, da lahko nudijo oskrbo.

Težave pri usklajevanju plačanega dela z oskrbovalnimi obveznostmi se lahko kažejo v pogostejšem občutku stresa, anksioznosti in nižjem blagostanju zaposlenih oskrbovalcev, lahko pa vplivajo tudi na njihovo zmožnost kakovostnega opravljanja službenih obveznosti. Zato je podpora s strani delodajalcev ključnega pomena, saj delodajalci s tem lahko dosežejo, da zaposleni oskrbovalci redkeje razmišljajo o zmanjšanju števila delovnih ur, o prekinitvi dela, imajo manj težav s koncentracijo, redkeje zavrnejo napredovanje ter so redkeje na bolniškem dopustu. Spodbudni so tudi rezultati, ki kažejo, da je 40 % vseh zaposlenih oskrbovalcev zaposlenih v oskrbovalcem prijaznih podjetjih, pričakovati pa je, da se bo v prihodnje ta odstotek še povečal.

V naslednjih številkah bomo nadaljevali s poročanjem o vsebinah te konference, saj je bila ena najboljše in najkakovostnejših mednarodnih konferenc za področje oskrbe.

*Ajda Svetelšek in Tjaša Hudobivnik*

## IZ MEDGENERACIJSKIH PROGRAMOV

### SPOMIN NA BOŽO PRESTOR

Po pogumnem boju s hudo boleznijo nas je v bolnišnici tiho zapustila Boža Prestor. Rodila se je na Miklavžev dan leta 1943 na Hosti pri Šentlambertu, kjer je njena mati kot ilegalka med vojno za čas poroda dobila zavetje pri dobrih ljudeh. Njeno otroštvo je bilo zahtevno. Vojno so člani družine srečno preživeli, vendar je družina šele po sedmih letih skupaj zažive-la na Šimnovčevi (Garantinijevi) domačiji v Selcah pri Tirni, kamor se je nato – tudi z možem Janezom – vsa leta rada vračala in pomagala na domači kmetiji.

Kot zelo nadarjena deklica se je vpisala na učiteljsiše in ga končala z odliko. Usoda jo je nato povezala s stanovskim kolegom Janezom Prestorjem, ki je postal njen mož. Skupaj sta se zapisala kot učiteljska legenda v tem podeželskem kraju. Družina ji je bila sveta in zato je niso premamile druge po-klicne prilžnosti; z Janezom in sinovoma, Markom in Blažem, je do smrti ostala v Šentlambertu.

Tudi po upokojitvi sta bila z Janezom na razpolago za pedagoško pomoč in moder življenjski nasvet. Zapisala sta se tudi poslanstvu gibanja za kakovostno staranje, kjer sta postala predana prostovoljca. V sklopu medgeneracijskega društva Srečno Zagorje sta ustanovila in vodila skupino Korenine v Šentlambertu in kasneje še Dišeči volčin v Tirni.

Po izgubi kolegice Bože smo se v Tirni zbrali voditelji vseh skupin našega društva Srečno Zagorje in člani obeh skupin, ki sta jih ustanovila Boža in Janez; z nami sta bila

tudi Katja Bhatnagar in dr. Jože Ramovš iz Inštituta Antona Trstenjaka. Predani prostovoljski sodelavki smo se poklonili tudi s tem, da smo obujali spomine nanjo in na njenega moža ter našega prostovoljskega kolega Janeza, ki je umrl par let pred njo. Ob izpovedih lepih spominov vseh nas prostovoljcev in Božine svakinje Metke bi lahko pisali in pisali – vse so izražale žlahten spomin nanjo. Poskušala jih bom strniti na skupni imenovalec.

Boža je bila čudovita oseba, bogata v srcu in skromna po značaju. Predana je bila pozitivni življenjski naravnosti. To smo vedno zaznavali tudi na naših druženjih, na katere je redno prihajala s pripravljeno temo za razgovor, čeravno ji je bolezen že povzročala težave. Spomin na Božo pa je nerazdružljiv s spominom na njenega moža Janeza. Bila sta par, ki se je dopolnjeval pri delu in po značaju. Oba si lahko vzamemo za zgled, da je življenje treba **živeti pozitivno in umreti pokončno.**

Vsako jutro je bilo za Božo darilo, da se je še lahko z dolgoletno prijateljico, sodelavko in sosedo Ivico sprehajala v gozdovih bližnjih Jarš in opazovala drevesa, ki so še z malo vejami kleno vztrajala proti nebu. Ker je bila Boža tudi slikarka, jih je – kot svojo zadnjo sliko – upodobila tudi na platno.

Posebno lepe vtise o svojem druženju s pokojno Božo je čustveno predstavila njena dobra prijateljica Mojca, stanovska kolegica in ena prvih prostovoljk v društvu Srečno Zagorje. Njuno ustvarjalno kramljanje sta uresničevali vsaka v svoji medgeneracijski skupini v sosednjih krajih: Boža in Janez v Šentlambertu in Tirni, Mojca

v Mlinšah. Pri druženju njihovih skupin so prevladovala teme o staranju, o lepem komuniciranju, tako med članicami kakor med ljudmi, ki nas obkrožajo. Lotevale so se tudi pisnih sestavkov o kakovostnem staranju in se ob tem pripravljale na svojo starost. Boža je bila s svojimi besedami tudi tolažnica, ki je znala s svojo življenjsko modrostjo rešiti marsikateri zaplet ali napačno odločitev. Mojca je hvaležna usodi, da ju je povezala v tesno prijateljstvo, ki ju je družilo vse do njenega prezgodnjega odhoda. Poudarila je, da so dragocenost v življenju trenutki, ki dajejo lepoto tudi spominom in smislu prihodnosti, da jo še vedno pobožajo njeni iskreni pogledi ter prijazne in vzpodbudne besede.

Božina nečakinja Metka nam je pokazala na svojem vratu ogrlico, ki jo nosi, odkar je Boža hudo zbolela. Pred veliko leti ji je to ogrlico podarila Boža skupaj z zgodbo o tem svojem najljubšem nakitu. Ta ogrlica je bilo prvo Janezovo darilo njej. Ker nima hčere, jo zapušča njej.

V zadnjem letu, ko smo se zaradi epidemioloških razmer povezovali več po telefonu in drugih tehnoloških pripomočkih, je bila Boža dejavna tudi kot sogovorka za vse generacije. Z njo si lahko vzpostavil pogovorni dialog, enakopraven, kjer smo vsi učitelji in vsi učenci. Katja, ki se je na Inštitutu Antona Trstenjaka zaposlila po letošnjem Novem letu, je dobila dolgoletno prostovoljko Božo za mentorico medgeneracijskega prostovoljstva. Pri telefonskih pogovorih, ki sta jih imeli redno vsak teden, je Katja v živo doživela družabništvo s starejšim človekom in obenem spoznala delovanje skupin za kakovostno staranje. Hvaležna je za čas, ki sta ga namenili druga drugi. Njuni pogovori so pogosto tekli

v pol drugo ali pol tretjo uro. Dragocena dediščina, ki ji ostaja od Bože, je njena zakoreninjenost in ravnovesje v vsem, kar je delala. Povedala je: »V spominu imam Božino energijo, da se nekaj naredi. Boža mi je vzor v tem, kako je v življenju vlagala trud in spreminjala tisto, kar je lahko. Ni se brez konca spraševala, ali so njene odločitve prave, ampak je sebe dajala kraju in ljudem, kjer je živela. Vzor pa mi je tudi za kakovostna stara leta – pa naj bo to njeno redno urjenje možganov z učenjem pesmi in pregovorov, sprehodi, pisanje pisem gospodu, ki je že krepko čez devetdeset, aktivna skrb za druženje in kakovostne pogovore s prijatelji, sprejemanje pomoči, izražanje hvaležnosti, sproščenost in modrost. Ob vseh spominih na zanimive pogovore z Božo pa hranim tudi njeno pismo, ko mi je lepopisno napisala recept za zagorske perkmandeljce. Z veseljem bom pripovedovala o Boži, ki mi je pokazala, da je starost lahko lepa z vsem, kar prinese s seboj.«

Ramovš je bil z Božo in Janezom prijateljsko povezan od prvega usposabljanja za prostovoljske voditelje skupin za kakovostno staranje v Zagorju v začetku tega stoletja. Tam je bil v skupini zavzetih prostovoljcev tudi nedavno upokojeni učiteljski par Prestorjev, ki sta s svojimi sposobnostmi in zavzetostjo marsikdaj potegnili naprej prijetno vzdušje in uspešno delo v novih skupinah za kakovostno staranje. Kmalu je prišlo na dan zanimivo naključje: Boža je imela v lepem spominu učiteljico Jelko iz svoje osnovne šole v Litiji. Jelka je bila v tem času kot upokojenka tesno povezana s prostovoljstvom za kakovostno staranje v Ljubljani. Po več kakor pol stoletja od njunega lepega odnosa med materinsko učiteljico in nadarjeno pogumno deklico,

ki je v litijsko šolo pešačila več kakor uro daleč iz Tirne, sta se ti dve srčni ženi srečali pod domačo češnjo pri Boži in Janezu v Šentlambertu – kako nepozabni trenutki so to za nas, ki smo jih doživeli! Ramovš, ki pozna več sto skupin za kakovostno staranje po vsej Sloveniji, je z vso gotovostjo zatrdil, da sta bila zakonca Prestor duša in vzornika prostovoljskega gibanja za kakovostno staranje za celotno slovensko zvezo. V nepozabnem spominu mu ostaja tudi sklep osvežitvenega seminarja za prostovoljce v Dobrni tisto leto, ko je Janez zbolel za rakom. Z isto boleznijo se je bojevala tudi prostovoljka Marija iz Ljubljane. To svojo težko izkušnjo sta v tistih dneh oba pripovedovala vsej skupini nad petdeset prostovoljcev tako pristno in človeško zrelo, da sta nam podarila vrhunsko spoznanje in najgloblja čustva. Ko smo ob poslavljanju s seminarja stali

v velikem krogu in si zapeli v slovo, sta Janez in Marija vsak iz ene strani stopila v sredino kroga in se objela. Solidarnost med prostovoljci je biser med našimi dobrimi izkušnjami – Boža in Janez sta nam zapustila neuničljivo izbrušen diamant svojega zgleda o pristni solidarnosti, je zaključil Ramovš svoje spomine na Božo in Janeza.

Boža je na enem zadnjih srečanj ob pogovorni temi *Moje življenje* odločno zaključila: »V življenju mi ni bilo samo z rožicami postlano, a če bi lahko še enkrat izbirala, bi izbrala isto!« Tudi po tem sklepan, da z Janezom spokojno počivata v »njunem« Šentlambertu. V skupini *Dišeči volčin*, ki sta nam jo trdno tlakovala oba z Janezom, je s slovesom Bože nastala velika vrzel, ki jo bomo skušale polniti s toplimi spomini nanju.

*Iva Kocmur, Tirna nad Zagorjem*



## GOOD QUALITY OF OLD AGE

# Good Quality of old age: Journal for Gerontology and Intergenerational Relations, Vol. 24, Num. 4, 2021

### INDEX

#### 0. Editorial (Jože Ramovš)

#### 1. Scientific and expert articles

- 1.1. Ljiljana Blagojević, Radojka Kobentar: Distress of Employees in the Care of the Elderly with an COVID-19 Infection
- 1.2. Lidija Gradišnik in Tomaž Velnar: Development and Diversity of Institutional Care for Older People
- 1.3. Valerija Kržič, Ljubiša Pađen in Manca Pajnič: Knowledge of nursing students about urinary incontinence in the elderly
- 1.4. Marjana Rojnik in Nina Rojnik: Living with dementia in the family

#### 2. Review of gerontological literature

- 2.1. Experiences of grandchildren caring for demented grandparents (Tjaša Grebenšek)
- 2.2. Care for older people in Sweden (Katja Polc)

#### 3. Glossary of gerontological terms

- 3.1. Vision of long-term care (Jože Ramovš)

#### 4. Symposiums, workshops

- 4.1. Family caregivers in the proposal of the long-term care act (Blažka Kolenc)

#### 5. Family carers

- 5.1. Care: challenges for future sustainability (Ajda Svetelšek in Tjaša Hudobivnik)

#### 6. Reflecting on intergenerational programmes

- 6.1. In memory of Boža Prestor (Iva Kocmur)

On 9 December 2021, the Slovenian Parliament adopted the long-term care act, opening the way for the development of a modern system of integrated and locally organized long-term care in Slovenia. We are pleased to note that there are many solutions in the act that were presented and disseminated in Slovenia by our journal. Throughout the twenty-four years of its publication, the priority was given to articles on long-term care. We have published over five hundred research articles, reports on foreign and national good practices and policy documents on this content. In 2010, 2017 and 2020, when various proposals of the Slovenian long-term care act were in public discussion, we devoted a lot of space to the analysis of appropriate and inappropriate solutions in them and together with expert partners gave a statement about our opinion on the proposal. In view of Slovenia's needs and opportunities and the development achievements of care across Europe, we would expect some more ambitious solutions, especially in integrating formal with informal care and involving the local community in organizing care for its inhabitants.

Financially, the act combines the insurance principle in the share of current contributions for care in pension and health insurance, and the remaining part is provided by the state budget. In Slovenia, this kind of system was introduced in the pension system some time ago and it works effectively. In the future the law envisages the transition to the insurance principle only. In the coming years, state and local administration will have to introduce the system based on the adopted law and provide improvements where it is vague or deficient. Our field of expertise – along with our journal - is faced with the task of developing modern programs and methods for the humane, financial, and human sustainable care of a growing ageing population, when most aged persons need assistance in activities of daily living.

The Covid-19 pandemic is still an outstanding topic of research and other articles in this issue. Articles on the development and diversity of institutional care, on the knowledge of nursing students about urinary incontinence, auto ethnographic story with analysis of the experience of dementia in a family and other contributions also relate to long-term care.

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

## POSŁANSTVO REVİJE Z NAVODILI AVTORJEM

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

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

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

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

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

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

Prvi del revije je namenjen izvornim in preglednim člankom; ti so recenzirani. Praviloma vsebujejo s presledki od 10.000 do 30.000 znakov. Prispevki v drugem delu revije povzemajo informacije o novih tujih in domačih spoznanjih in izkušnjah na področju starosti, staranja in medgeneracijskega sožitja. Njihova dolžina se razteza od kratke zabeleške z nekaj sto besedami do obširnejših prispevkov o gerontoloških dogodkih ter spoznanjih in izkušnjah iz literature in prakse. Prispevki so objavljeni v slovenščini.

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

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

Izvirni in pregledni znanstveni in strokovni članki imajo naslednjo obliko: ime avtorja oziroma avtorjev, naslov članka, povzetek (do 250 besed) v slovenščini in v angleščini, ključne besede (2–5) v slovenščini in v angleščini, avtorjevi biografski podatki (do 100 besed v tretji osebi), kontaktni naslov avtorja ali avtorjev (poslovni in elektronski). Besedilo naj bo smiselno razčlenjeno v uvodni del, osrednji prikaz spoznanj, sklepne misli ter navedbo uporabljene literature. Napisano naj bo v urejevalniku besedila Word s standardno pisavo brez dodatnih slogovnih določil, velikost črk 12 pt z razmakom med vrsticami 1,5. Rokopis se pošlje v elektronski in pisni obliki na naslov revije Inštitut Antona Trstenjaka, Resljeva cesta 11, p.p. 4443, 1001 Ljubljana ali kot priponko v e-pismu na: [info@inst-antonatrstenjaka.si](mailto:info@inst-antonatrstenjaka.si). Objave izvornih in preglednih znanstvenih in strokovnih člankov v reviji praviloma niso honorirane.

# Kakovostna starost

LET. 24, ŠT. 4, 2021

# *Good quality of old age*

VOL. 24, NUM. 4, 2021

## ZNANSTVENI ČLANKI

## SCIENTIFIC ARTICLES

### Ljiljana Blagojević, Radojka Kobentar

- |   |   |   |
|---|---|---|
| Stiske zaposlenih v oskrbi starostnikov z okužbo s covidom-19 | 3 | Distress of Employees in the Care of the Elderly with an COVID-19 Infection |
|---|---|---|

### Lidija Gradišnik in Tomaž Velnar

- |  |    |  |
|--|----|--|
| Razvoj in raznolikost institucionalne oskrbe starejših | 19 | Development and diversity of institutional care for older people |
|--|----|--|

### Valerija Kržič, Ljubiša Pađen in Manca Pajnič

- |  |    |   |
|--|----|---|
| Znanje študentov zdravstvene nege o urinski inkontinenci pri starejših | 39 | Knowledge of nursing students about urinary incontinence in the elderly |
|--|----|---|

### Marjana Rojnik in Nina Rojnik

- |                            |    |                                    |
|----------------------------|----|------------------------------------|
| Živeti z demenco v družini | 49 | Living with dementia in the family |
|----------------------------|----|------------------------------------|

### IZ GERONTOLOŠKE LITERATURE

59

### REVIEW OF GERONTOLOGICAL LITERATURE

### GERONTOLOŠKO IZRAZJE

67

### GLOSSARY OF GERONTOLOGICAL TERMS

### SIMPOZIJI, DELAVNICE

69

### SYMPOSIUMS, WORKSHOPS

### DRUŽINSKI OSKRBOVALCI

71

### FAMILY CARERS

### IZ MEDGENERACIJSKIH PROGRAMOV

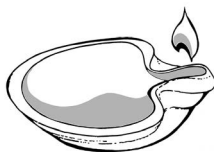
76

### REFLECTING ON THE INTERGENERATIONAL PROGRAMMES

### GOOD QUALITY OF OLD AGE

79

### KAKOVOSTNA STAROST



INŠTITUT  
ANTONA TRSTENJAKA

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

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