

Kakovostna starost

REVIJA ZA GERONTOLOGIJO IN MEDGENERACIJSKO SOŽITJE
LETNIK 27 (2024), ŠTEVILKA 2



INŠTITUT ANTONA TRSTENJAKA

KAKOVOSTNA STAROST

letnik 27, številka 2, 2024

UVODNIK

ZNANSTVENI IN STROKOVNI ČLANKI

- 3 Vera Klepej Turnšek: 25 let arhitekturne prakse – arhitekturni izzivi na področju bivanja starejših
- 28 Irena Švab Kavčič: Smernice izobraževalnega programa za zaposlene v paliativni oskrbi stanovalcev slovenskih domov za starejše
- 38 Alen Sajtl: Kakovostno staranje kljub telesnim in duševnim omejitvam

IZ GERONTOLOŠKE LITERATURE

- 50 Virtualna resničnost pri ohranjanju aktivnosti starejših (Aleksandra Ločičnik)
- 52 Ukrepi za dolgotrajno oskrbo starejših v okviru splošnega zdravstvenega zavarovanja (Prevod in priredba: Alenka Ogrin)

GERONTOLOŠKO IZRAZJE

- 55 Socialne mreže v starosti (J. Ramovš)

STAROSTI PRIJAZNA MESTA IN OBČINE

- 59 Občine in dolgotrajna oskrba (Alenka Ogrin in Ana Ramovš)

INTERVJU

- 63 Marco Arlotti, Tjaša Potočnik: Izzivi familializma – primer Italije

GOOD QUALITY OF OLD AGE

- 79 Good Quality of old age: Journal for Gerontology and Intergenerational Relations, Vol. 27, Num. 2, 2024

Pričujoča številka je pestro interdisciplinarna. Gerontologija in medgeneracijsko sožitje, ki jima je naša revija namenjena, sta izrazito interdisciplinarni. Naša revija je posebno pozorna, da objavlja zdravstvene, socialne, psihološke, arhitekturne, infrastrukturne, kulturne in druge prispevke. Do sprejetja Zakona o dolgotrajni oskrbi lansko leto smo največ pisali o tej temi, da bi prispevali svoj delež k razvoju dolgotrajne oskrbe v Sloveniji. Sedaj nadaljujemo z novimi poudarki v zavesti, da so zdravo staranje, medgeneracijsko sožitje in dolgotrajna oskrba odvisni od skladnega razvoja znanj vseh navedenih ved. Četudi bi na primer zdravstvena nega dosegla svetovni vrh, bi za celotno oskrbo v skupnosti to ne pomenilo veliko, če podobnega razvoja ne bi dosegli tudi socialna oskrba, arhitektura, infrastruktura, kultura staranja in sožitja s starimi ljudmi in druga področja celostne gerontologije.

Paliativna oskrba in spremljanje umirajočih je eden od bistvenih in slabo razvitih vidikov dolgotrajne oskrbe. V pričujoči številki o tem govori članek dr. Irene Švab Kavčič. Avtorica uspešno vodi zelo razgiban dom za stare ljudi, ki je tesno povezan s številnimi izobraževalnimi in kulturnimi dejavnostmi za širše okolje. Njena posebna raziskovalna in razvojna skrb je paliativa. Pri izobraževanju kadra za to področje je s svojimi sodelavci pionirsko razvila smernice izobraževalnega programa za zaposlene v paliativni oskrbi v domovih za starejše; o tem govori njen članek v reviji. Dolgotrajna oskrba je tema tudi drugih člankov – o ukrepih za dolgotrajno oskrbo v okviru splošnega zdravstvenega zavarovanja, poročilo o posvetu za občine po sprejemu zakona o dolgotrajni oskrbi ter intervju Tjaše Potočnik z dr. Marcom Arlottijem iz Italije o izzivih oskrbovalnega familializma pri njih. Z njim se po premoru spet vračamo k naši dobri izkušnji strokovnih pogovorov z vidnimi domačimi in tujimi gerontološkimi strokovnjaki. Ta zvrst strokovnega pisanja zelo uspešno širi nova znanstvena spoznanja med strokovnjake, ki delajo v praksi in nimajo časa za branje znanstvenih poročil.

Vodilni članek v tej številki pa je strokovna analiza Vere Klepej Turnšek o 25 letih njenih arhitekturnih izkušenj pri gradnji in adaptaciji domov za stare ljudi, pri raziskovanju na tem področju ter razmislekih o današnjih arhitekturnih izzivih na področju bivanja starejših. Avtorica je izjemno pronicljiva pri svojem arhitekturnem snovanju tako z vidika lepote kakor z vidika funkcionalnosti. Domovi, ki jih je načrtovala, sodijo po mnenju staroste med nemškimi arhitekti domov za stare ljudi, Hansa Petra Winterja, v vrh evropskih dosežkov na tem področju. V pogovoru mi je dejal, da mnogi arhitekti dobro obvladajo funkcionalnost stavbe, ko je zgrajena, pa je pusta, brez praznične lepote prostora; nekateri pa znajo v stavbo vdihniti lepoto, toda s slabo funkcionalnostjo za bivanje in delo v njej – Vera pa združuje oboje. Pri tej odliki vztraja kljub pritiskom naročnikov, da so gradnje čim cenejše, bivalne sobe in skupni prostori v domu pa čim manjši. Kakovost življenja in razvoj človeka, zlasti pa sožitje, so zelo odvisni od lepote in funkcionalnosti njegovega bivališča in delovnih prostorov. Tega se ne zavedamo dovolj. Slovenski pregovor, da *obleka naredi človeka*, kaže, da se zavedamo vpliva obleke na počutje in vlogo med ljudmi. Prostor, v katerem živimo in delamo, ni manj pomemben od obleke. V starosti postaneta lepota in funkcionalnost prostora še odločilnejša. Oskrbovancu doma ali v ustanovi ostane kaj hitro celoten vidni svet njegova soba in pogled iz nje skozi okno, oskrbovalci v domovih pa pol budnega dneva opravljajo svoje naporeno delo v prostorih, ki so za njihovo delo ugodni ali pa ga usodno ovirajo. O praznični lepoti in praktični uporabnosti stanovanj, hiš in javnih stavb z vidika kakovostnega staranja bo treba še govoriti, predvsem pa skupaj z avtorico tega članka to delati v praksi.

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)

mag. Tjaša Potočnik, Ana Ramovš dr. med., Marta Grčar, mag. Alen Sajtl, Alenka Ogrin

Uredniški svet / Editorial Advisory Board

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

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

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

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

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

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

mag. Ksenija Ramovš (*Inštitut Antona Trstenjaka*)

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

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

Mednarodni uredniški svet / International Advisory Board

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

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

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

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

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

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

Povzetki člankov so vključeni v naslednjih podatkovnih bazah:

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

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

Tisk: Itagraf d.o.o. Ljubljana

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

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

E-pošta: info@inst-antontrstenjaka.si

Revijo Kakovostna starost v letu 2023 in 2024 sofinancira ARRS na temelju javnega razpisa za sofinanciranje in izdajanje domačih znanstvenih periodičnih publikacij v letih 2023 in 2024.

Vera Klepej Turnšek

25 let arhitekturne prakse – arhitekturni izzivi na področju bivanja starejših

POVZETEK

Članek je pregled 25 letnega arhitekturnega ustvarjanja na področju bivalne arhitekture za stare ljudi. V raznolikem in širokem obsegu del je opisana avtorčina ustvarjalna pot. Da je delo za bivanje starejših bistveno več kakor samo projektiranje domov za starejše, dokazujejo v članku opisana področja dela. V grobem bi jih lahko razvrstili v več vsebinskih sklopov: prenove in rekonstrukcije domov za stare, novogradnje v drugačnih oblikah bivanja kot so medgeneracijski centri, ki so se preimenovali v centre integrirane dolgotrajne oskrbe ter bivališča, ki so prilagojena potrebam starejših kot je primer prilagoditev kmetije za bivanje starejših. Temelj vsega dela je bilo sledenje novim razvojnim konceptom bivanja in nasploh družbeni stvarnosti in možnostim za razvoj, ki so odvisne od virov financiranja.

Ključne besede: arhitektura, medgeneracijski center, skupnost, dom, starejši, koncept

AVTORICA

Vera Klepej Turnšek, univ. dipl. ing., deluje na področju projektiranja v arhitekturi. Je direktorica podjetja ARHIVITAE d.o.o. V njeni 25 letni praksi dela na področju arhitekture za stare ljudi že več kot 20 let sodeluje z Inštitutom Antona Trstenjaka in več kot 10 let s podjetjem FIRIS Imperl d.o.o., ki delujeta na področju gerontologije in razvoja kadrov za oskrbo starejših. Na tem področju je podjetje ARHIVITAE d.o.o. izdelalo več projektov prenov in novogradnje domov za stare ljudi, prav tako pa je avtorica dejavna pri pripravi vsebinskih konceptov arhitekture v novih oblikah bivanja za starejše. Je avtorica uspešnih realizacij javnih objektov – novogradnje kapele na Rogli in prenove domov - Dom ob Savinji in Dom starejših občanov Ilirska Bistrica, prenova kapucinskega samostana in cerkve sv. Cecilije v Celju, prenova župnijske cerkve v Šmarju pri Jelšah in s soavtorjem arhitektom Tadejem Dobrajcem, novogradnje Valvazorjeve knjižnice v Krškem. Knjižnica Krško je bila v letu 2023 nominirana za prestižno mednarodno nagrado, ki jo vsako leto podeljuje Mednarodna knjižničarska organizacija (IFLA) najboljši novi splošni knjižnici, zgrajeni v preteklem letu. Uvrstila se je med štiri finaliste z Barcelono (Španija), Sydneyjem (Avstralija) in Šanghajem (Kitajska). Na finalnem izboru za najknjižnico je nagrado prejela knjižnica iz Barcelone, arhitektura krške knjižnice

pa je bila na podelitvi prepoznana kot inovativna in zelo zanimiva z dobrimi rešitvami za skupnostne programe, kamor nedvomno spadajo tudi knjižnice v novih konceptih dela.

ABSTRACT

25 years of architectural practice - architectural challenges in the field of housing for older people

This article is an overview of 25 years of architectural practice in the field of residential architecture for older people. The author's creative path is portrayed in a varied and wide range of works. The fact that the work in housing for older people is much more than just designing homes for them is evidenced by the areas of work described in the article. Roughly speaking, they can be grouped into several thematic strands: renovations and reconstructions of homes for older people, new buildings in other forms of living such as: intergenerational centres that have been renamed as centres of integrated long-term care, dwellings adapted to the needs of the older people, such as the adaptation of a farm for the living of older people, for example. The basis of all this work has been on keeping up with new developments in housing concepts and, in general, social reality and the possibilities for development, which depend on funding sources.

Key words: architecture, intergenerational centre, community, home, older people, concept

AUTHOR

Vera Klepej Turnšek, with university degree in engineering, works in the field of design in architecture. She is the director of ARHIVITAE d.o.o. In her 25 years of practice, she has been working in the field of architecture for older people, for more than 20 years she has been cooperating with the Anton Trstenjak Institute and for more than 10 years with FIRIS Imperl d.o.o., both active in the field of gerontology and the development of human resources for the care of older people. In this field, ARHIVITAE d.o.o. has developed several projects for the renovation and new construction of homes for older people; the author is also active in the development of architectural concepts for new forms of housing for older people. She is the author of successful public buildings projects - the new construction of the chapel at Rogla and the renovation of residential homes: the Home by Savinja river, the Home for Senior Citizens in Ilirska Bistrica, the renovation of the Capuchin monastery and the Church of St. Cecilia in Celje, the renovation of the parish church in Šmarje pri Jelšah. Together with her co-worker, the architect Tadej Dobrajc, designed construction of the Valvazor Library in Krško. In 2023,

the Krško Library was nominated for a prestigious international award, given annually by the International Library Organisation (IFLA) to the best new general library built in the previous year. It was one of the four finalists, with Barcelona (Spain), Sydney (Australia) and Shanghai (China). In the final selection for the best library, which was awarded to the library in Barcelona, the architecture of the Krško library was recognised at the presentation of the award as innovative and very interesting, with well thought-out solutions for community programmes, which include new concepts of work in libraries.

1 UVOD

Arhitekturna stroka je od ena izmed pomembnih strokovnih področij za zagotavljanje kvalitetnega staranja in je učinkovita le ob sodelovanju vseh deležnikov, ki ustvarjajo kakovostno starost. Ti pa so poleg prilagojenega bivalnega okolja in prostorov še: dobra urbana komunikacija (promet), možnosti za socialno vključenost, ki jo omogoča dobra mreža različnih oblik pomoči starejšim, organizirano družabno življenje, informiranje ter zaposlitvene možnosti.

Začetek moje arhitekturne prakse sega v leto 1995, ko sem kot samostojna podjetnica začela svojo poslovno pot. Odprla sem Arhitekturni atelje, v katerem so kmalu začele nastajati zasnove za bivalne in poslovne objekte. Arhitekturni atelje se je leta 2019 preoblikoval v ARHIVITAE d.o.o. Naše področje dela je stanovanjska gradnja in javni objekti: vrtci, knjižnice, večstanovanjski javni objekti in domovi za stare ljudi. Posebno področje našega dela je sakralna arhitektura in umetnost. V skoraj tridesetih letih dela v arhitekturi imamo preko dvesto realizacij različnih vsebin. Največji delež realizacije in razvojnega dela obsega delo za domove za stare in sakralno arhitekturo. Po vrstah gradnje so najštevilčnejše prenove objektov. Med našimi uspešnimi realizacijami naj omenim novogradnjo kapele na Rogli in prenove domov - Dom ob Savinji in Dom starejših občanov Ilirska Bistrica, prenovo kapucinskega samostana in cerkve sv. Cecilije v Celju, prenovo župnijske cerkve v Šmarju pri Jelšah in novogradnjo Valvazorjeve knjižnice v Krškem.

Naše arhitekturno delo za starejše je potekalo v več smereh, ki bi jih razvrstila v tri področja dela: prenove in rekonstrukcije domov za stare, novogradnje domov in razvojno raziskovalni projekti. Vsa tri področja dela so se med seboj prepletala in nadgrajevala.

2 PRENOVE IN REKONSTRUKCIJE DOMOV ZA STARE

Obsežno področje dela v arhitekturi, s katerim sem se srečala pred več kot 25 leti, so bile prenove in rekonstrukcije domov za stare ljudi. Vedno je izziv kako iz stare dotrajane hiše narediti nekaj novega, sploh, če ji pri tem lahko spremeniš notranjo vsebino in ne le fasado. Pravijo, da se lepota človeka zrcali od znotraj in lahko rečem, da to velja tudi za hiše. Še posebej to velja za domove za stare ljudi. Že ime pove, da naj bi v njih živeli ljudje kakor doma. Vemo pa, da je institucionaliziranost, v kateri dom deluje, prišla v navzkrižje z imenom dom, ki je v veliko primerih žal postal vse prej kot to. Dejansko je težko – in v konkretni družbeni stvarnosti skoraj nemogoče – voditi dom z 200 stanovalci brez organizirane strukture dela in osebja. Tako se že več desetletij borimo z institucionalnostjo v domovih, ki je pa je hkrati nujna za funkcioniranje doma. V zadnjih desetletjih je s pomočjo različnih programov in ozaveščanja tudi to področje pričelo mehčati toge okvirje institucionalnosti domov. Veliko direktorjev domov je pričelo delati na kakovosti bivanja, saj vedo, da je potrebno stanovalcem ponuditi več kakor le posteljo, hrano in nego.

K temu »nekaj več« smo naredili korak naprej tudi v arhitekturi. Leta 2006 sprejeti Pravilnik o minimalnih tehničnih zahtevah za izvajalce socialnovarstvenih storitev je obetal spremembe na bolje, težko pa je bilo arhitekturno zasnovan model gospodinske skupine oživiti v praksi. Več kot 10 let smo potrebovali, da so iz skromnih čajnih kuhinj ob hodnikih nastali skupni prostori in da so se kosila, zajtrki in večerje iz velike jedilnice preselila v posamezne bivalne enote.

Pred letom 2000 je bila večina domov v Sloveniji, zgrajenih v času okoli 1970, potrebna temeljitih obnov. Eden od teh je bil tudi Dom ob Savinji Celje. Objekt doma je bil zgrajen v več fazah, prvi najstarejši del bivalnih enot je bil zgrajen leta 1973, drugi del je bil za potrebe težje bolnih zgrajen leta 1981 (<https://www.domobsavinji.si/>). Po letu 1999 so se pokazale potrebe tako po vsebinskih prilagoditvah prostorov kakor po tehnični obnovi zaradi dotrajanosti instalacij in opreme. Vodstvo doma je vsa leta uspešno izboljševalo kakovost storitev za oskrbovance, kar je dvigovalo tudi zahteve po kakovosti prostorov in opreme.

Temeljita preureditev pritličja je omogočila umestitev dnevnega centra v velikih svetlih prostorih z enostavno logistiko dostopa, upravni prostori niso več razpršeni po objektu, ampak so umeščeni skupaj v delu objekta. Dom je dobil večji skupni prostor, v katerem sta tudi hišna knjižnica in kapela. V obnovah, ki so sledile skladno s potrebami in finančnimi zmožnostmi

doma, smo postopoma prenovili sobe za stanovalce in skladno z novimi koncepti dela oblikovali prostore za bivalne skupine. Arhitekturno znanje sem dopolnjevala s prakso s »terena«, kajti za kakovost bivalnega okolja je nujna uporabniška in delovna izkušnja. Te pa smo bili takoj deležni, saj je stanovalcem dom dejansko dom in ne hotel, zato smo njihove potrebe jemali resno. Prav tako pa ni nič manj pomembna izkušnja zaposlenih, ki v domu delajo, saj jim arhitektura s slabimi rešitvami lahko delo oteži, z dobrimi pa olajša.

S prenovi je Dom ob Savinji zamenjal zasnovo hotelske arhitekturne strukture s strukturo bivanja v skupinah in kolikor so dopuščale prostorske omejitve, smo zagotovili vsaj minimalne pogoje za skupne prostore v enotah. Ko smo pričeli v domu s prenovi leta 2003, je bila za ljudi obbolelih z demenco urejena ena etaža (približno 20 stanovalcev), po 20 letih pa je bilo potrebno urediti zanje vseh pet etaž. Tako smo v lanskem letu končali s projektom za izvedbo prenove vseh etaž za skupine, kjer so stanovalci obboleli z demenco. Cilj naloge je bil prilagoditi prostore standardom in drugače organizirati skupne prostore, odprli smo fasado s pogledom na mesto in tako čimbolj povečali in razvejali skupne prostore in s tem zagotovili krožne poti in dovolj prostora za gibanje.

Po več letih manjših obnov posameznih delov doma smo sprejeli izziv umestitve enote začasne namestitve. Projekt je bil zelo zahteven, saj je bila edina možnost umestitve te enote z nadzidavo dela doma. Dvig je bil zamišljen kot terasna etaža pet-nadstropnega bloka. Vertikalne komunikacije (dve dvigali in stopnišče) so izvedene do podstrešne etaže. V novi etaži je bilo potrebno predvideti eno in dvoposteljne sobe za bivanje 16 stanovalcev s skupnim prostorom in skupno kopalnico. Enota se je z obstoječimi vertikalnimi komunikacijami (dvigalo, stopnice) povezala z ostalim objektom. S prizidavo novih požarnih stopnic ob objektu smo izboljšali požarno varnost v objektu. Pri nadzidavi smo se ukvarjali predvsem z omejitvami, kot so arhitektura obstoječega objekta; vse kanalizacijske vertikale smo morali »dvigniti« za eno etažo. To pa ni bilo tako enostavno, saj je nova etaža po Pravilniku o minimalnih tehničnih zahtevah morala imeti večje sobe, kar je posledično pomenilo drugačno razporeditev kopalnic. Skupni prostor je bil omejen s tlorisnim gabaritom venčnega strešnega zidca obstoječe arhitekture ter dejstvom, da so bili predpisani določeni oblikovalski pogoji za objekt s stališča ZVKDS, kar je delo precej omejevalo. Kljub vsemu smo uspeli v prostore vnesti toplino in dobre ambientalne rešitve, ki dajejo možnost za prijetno bivanje. Projekt je bil uspešno zaključen 2021 in sedanja zasedenost je dokaz, da je bila odločitev za investicijo prava.

Kot arhitektka sem vedno vesela povratnih informacij uporabnika. Na moje presenečenje sem pri ogledu enote, ki je bil pripravljena za selitev, opazila, da je osebje v domu barvno uskladilo posteljne prevleke z barvami v etaži. O marsičem pri opremi smo se pogovarjali in naredili načrt, tekstil za posteljno perilo pa smo prepustili odločitvi doma. V tem drobnem detajlu sem videla, da so zaposleni prepoznali »arhitekturno zgodbo« in jo uspešno dopolnili. Sicer gre za nepomemben detajl, je pa to dejanje pomembno sporočilo, da prostor in odnose ustvarjamo prav vsi in da »delujočo« arhitekturo ustvarjamo vsi – ne le arhitekti. Arhitekt s prostorom pripravi pogoje za »rast«, ostalo je delo tistih, ki v prostorih delajo in živijo. Tudi zato pravimo, da nekatere arhitekture »zaživijo«, druge pa ne.

Kljub temu, da so prenove Doma ob Savinji potekale več let kot posledica sprememb, ki so jih narekovalе vsebinske in tehnične zahteve, smo pred vsakim načrtovanjem preverjali celotno funkcionalno shemo objekta. Pred projektiranjem smo naredili nekakšno SWOT analizo in tako zagotovili, da se delne prenove kvalitetno vgradijo v celoten objekt.

Uspešno zgodbo o prenovi doma za stare piše tudi prenova Doma starejših občanov v Ilirski Bistrici. V letih 2014 do 2018 smo pristopili k projektu prenovе Doma starejših občanov Ilirska Bistrica in Doma upokojencev Postojna. Oba objekta sta bila približno v podobnem stanju in potrebna obnove tako v materialnem smislu kakor v dvigu kakovosti prostorov. V Ilirski Bistrici je sledilo kar nekaj zaporednih prenov, saj je bil objekt v stanju dotrajanih inštalacij, opreme in neustreznih prostorov (več posteljne sobe). Prenove so potekale po fazah, po posameznih etažah, saj zaradi števila stanovalcev ni bilo mogoče prenavljati delov objekta v celoti. Za dober končni rezultat in prenove skladno z novimi programi smo najprej izdelali predlog celovite prenovе za cel dom, načrt faznosti izvedbe in šele potem za posamezne dele objekta pripravljali načrte za gradbena dovoljenje in izvedbo. V fazi izdelave projektne naloge oblikujemo delovni tim, ki ga sestavlja vodja projekta – arhitekt, direktor in njegovi ožji sodelavci, ki jih sam izbere, ter zunanji svetovalci (na projektu prenovе Doma Ilirska Bistrica je sodeloval g. Franc Imperl). Tako oblikovana skupina lahko »zgradi« koncept zasnove in določi prioritete. V naši naravi projektiranja je, da sprejeto projektno nalogo prenesemo v projekt in idejno zasnovo ponovno preverimo s stališča sprejete projektne naloge in zahtev drugih, kot npr. mnenjedajalcev. Mislim, da smo v dobrem timskem delu in v sodelovanju z direktorico doma našli dobre in trajnostne rešitve. Sedaj so v domu samo eno in dvoposteljne sobe, skupni prostori z gospodinjsko kuhinjo, jedilnim koticom in dnevnim prostorom v vsaki gospodinjski skupini, kar omogoča kakovostno bivanje starejšim v domu.

3 NOVOGRADNJE DOMOV ZA STARE

V obdobju zadnjih 25 let je bilo zgrajenih kar nekaj domov za stare, še nekaj jih je v fazi gradnje kot produkt zadnjega Javnega razpisa za sofinanciranje gradnje objektov za zagotovitev varnega okolja bivanja za osebe, ki so odvisne od pomoči drugih (december 2022). Za zasebnega naročnika SeneCura Central SI smo v letih 2019 do 2020 projektirali dva domova, v Komendi in v Žireh. Za oba smo izdelali idejna projekta in projekta za pridobitev gradbenega dovoljenja in ju tudi pridobili.

Od same zamisli o lokalnem domu v Komendi in Žireh do pričetka projektiranja je preteklo veliko »črnila«. Iniciativa za postavitev doma za stare ljudi je izšla iz lokalne skupnosti, glavno pobudo sta dali občini. Sledilo je veliko dela, ki ga je opravil Inštitut Antona Trstenjaka z delom na terenu, z izobraževanjem prostovoljcev in družinskih oskrbovalcev. Objekta sta ena redkih novih domov, ki kljub pomanjkanju kadrov delujeta, s tem, da dom v Komendi še ni povsem poln. Pred leti se še nismo srečevali s pomanjkanjem kadrov v domovih, danes pa je to ključni problem.

3.1 MEDGENERACIJSKO SREDIŠČE KOMENDA – MGC KOMENDA

Raziskovalna dejavnost Inštituta Antona Trstenjaka (Ramovš, 2024) je postavila dobre temelje za razvoj sodobnih konceptov dela, kjer je tudi inštitut svoje izkušnje poskušal udejanjiti v objektu Medgeneracijskega središča v Komendi.

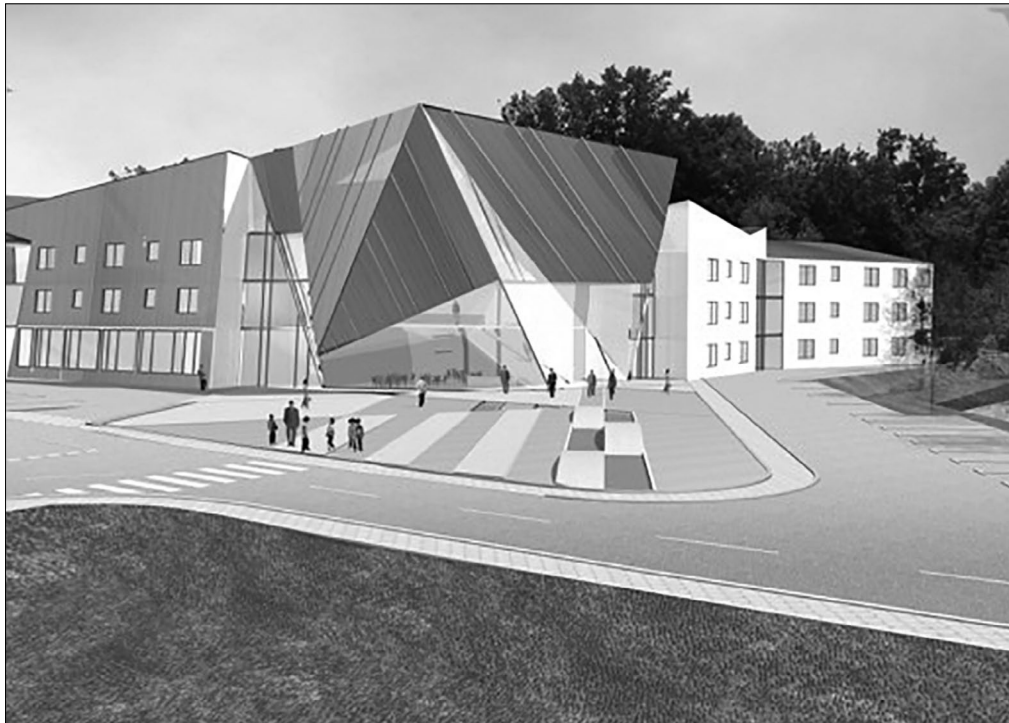
V letih 2007 do 2010 smo za Občino Komenda projektirali dva projekta za Medgeneracijsko središče – MGC Komenda, ki je bil zastavljen kot pilotski projekt za Slovenijo. Prvi projekt je vključeval prostore za bivanje starejših v gospodinjstvih skupinah in prostore za medgeneracijske programe, v drugem projektu je k prvotnim vsebinam vključil še vrtec za 88 otrok. Oba projekta sta bila zastavljena večplastno z interdisciplinarnim pristopom različnih strok. Arhitekturna programska naloga je nastala kot timsko delo več strokovnjakov. V delovnem timu za izdelavo programske projektne zasnove smo bili odgovorni projektant arhitekture in vodja projekta, dr. Jože Ramovš z Inštituta Antona Trstenjaka, g. Franci Imperl – Firis Imperl d.o.o., gradbeni odbor Občine Komenda z županom občine g. Tomažem Drolcem ter zunanji svetovalec za arhitekturo, arhitekt Hans Peter Winter iz Nemčije. Izredno dragoceno je bilo njegovo znanje in izkušnje 35 let poklicnega življenja, ko je kot vodilni arhitekt delal v ustanovi Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA). Vodil je skupino skoraj tridesetih arhitektov, ki so znotraj KDA in tudi drugače sodelovali s sociologi, psihologi in domskimi zdravniki. Težišče njegovega dela je bilo izključno

bivalni svet starejših in nega pomoči potrebnih oseb, pa tudi invalidov (Winter in Imperl, 2010). Njegova izkušnja uči, da je potrebno načrtovati prostor z empatijo in se učiti iz izkušnje uporabnika prostora. S tega zornega kota se prostor in oprema v njem drugače oblikuje, prioritete pa drugače postavljajo. V praksi to pomeni, da je potrebno prevzeti uporabniško izkušnjo starejšega onemoglega stanovalca, ko se oblikuje npr. višina okenskega parapeta, ko se izbira vrsto tal, barve v prostoru in podobno.



Slika 1: MGC Komenda – tloris pritličja, projekt za pridobitev gradbenega dovoljenja, 2009

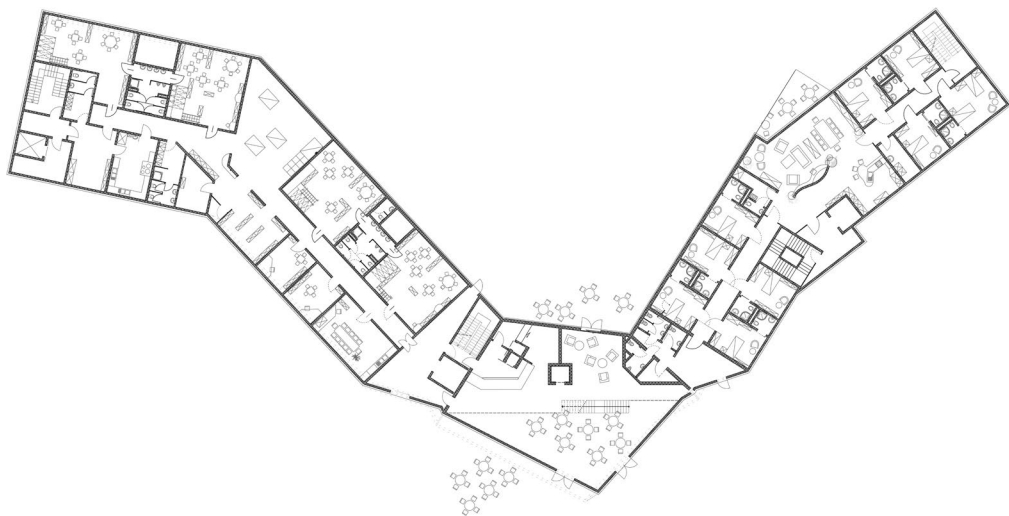
Arhitekturo Medgeneracijskega središča Komenda smo v drugem projektu zelo racionalizirali in v končni varianti iz leta 2010 je obsegala dom za stare ljudi in dnevni center (dnevno varstvo nekaj oseb je bilo vključeno v gospodinjne skupine), manjši hospic, medgeneracijski učni center, oskrbovana stanovanja, stanovanja za kratkotrajno namestitve, vrtec, pomoč na domu, restavracijo, fizioterapijo in zdravstveno oskrbo za kraj. V domu bi lahko bivalo 70 stanovalcev, za 2 stanovalca je bil na voljo hospic. Vrtec je bil načrtovan za 88 otrok. Načrtovano je bilo skupaj s površinami za vrtec skoraj bruto 8.000 m² površin.



Slika 2: Vizualizacija, Medgeneracijski center Komenda, 2009

Arhitektura je bila sodobna in lahko bi rekli, v viziji povezovanja vsebin, vizionarna. V projektu smo posebno pozornost posvetili umestitvi v prostor, notranji organizaciji prostorov, osvetljenosti prostorov in oblikovanju. Umeščanje v prostor je bilo dokaj zahtevno, saj je parcela na severnem robu kraja, kjer je naselje stanovanjskih hiš, od koder se odpirajo čudoviti razgledi na Kamniške Alpe, pokrajina pa je nepozidana. Parcela, na kateri je bil predviden objekt, je na poplavnem območju in je bilo potrebno izdelati poplavno študijo, ki je določila omilitvene ukrepe oz. prilagoditev terena. V arhitekturi objekta je bilo potrebo paziti na merilo, saj je objekt dokaj velikih dimenzij za to okolje, in z oblikovanjem volumna stavbe smo morali doseči vtis individualnosti in zasebnosti, hkrati pa ohraniti monumentalnost delom stavbe,

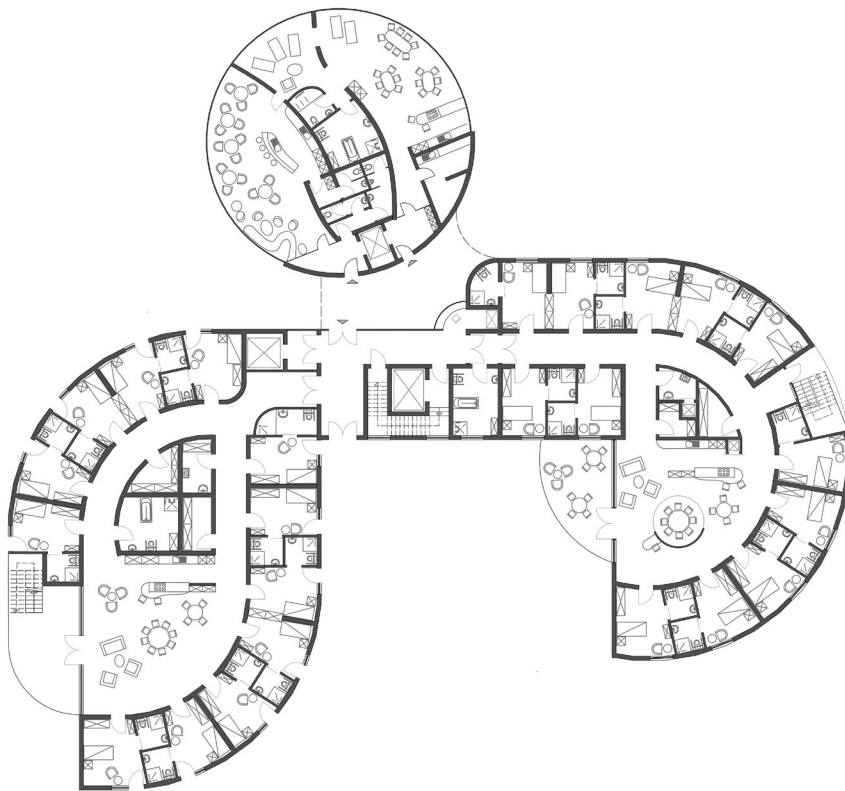
ki so skupni vsem uporabnikom. Tako je bila stavba oblikovana razgibano z uporabo različnih materialov.



Slika 3: MGC Komenda – tloris pritličja, projekt za pridobitev gradbenega dovoljenja, 2010

V oblikovanju prostorov smo se trudili ohraniti avtonomnost posameznih gospodinskih skupin, hkrati pa omogočiti dobre notranje povezave v objektu. Vsaka bivalna skupina z največ 10 stanovalci je imela skupen prostor in druge pomožne prostore, sobe pa so bile povezane s skupnim prostorom tako, da smo hodnike čimbolj skrajšali ali jih osmislili z nišami, s sedežnimi kotički in podobnim, da niso delovali kot bolnišnični hodniki. Leta 2010 je bilo pridobljeno gradbeno dovoljenje, gradnja pa se žal ni uresničila. Zaradi nerazumevanja projekta med različnimi deležniki v kraju je projekt ostal v arhivu.

Pobude lokalne skupnosti Komenda za dom za stare ljudi so spet oživele leta 2017, ko smo po naročilu SENIORPROJEKT d.o.o., ki ga je vodil g. Franci Imperl (izdelal je tudi projektno nalogo), izdelali idejni projekt za novo medgeneracijsko središče. Idejna zasnova je bila izdelana za namen oddaje na Javni razpis za podelitev koncesije za institucionalno varstvo v Domovih za starejše (UL.RS, št. 32/2017 z dne 30. 6. 2017). Projekt je bil narejen po novih optimiziranih zahtevah za objekt in refleksiji projektiranega objekta iz leta 2008-2010. Nova idejna zasnova je bila zanimiva arhitekturna oblika z nekoliko manj vsebinami in površine. Poudarek je bil na dobri logistični in vsebinski povezavi z lokalno skupnostjo in zagotavljanjem zasebnosti stanovalcem. Programsko je bil objekt razdeljen na tri stavbe, ki so bile povezane z osrednjim »vozliščem« – pokritimi hodniki, ki so bili umeščeni v del zunanje ureditve z vključenim paviljonom.



Slika 4: MGC Komenda – tloris pritličja, idejni projekt, 2017

V objektu A na severnem delu parcele je bil predviden domski del, v katerem je nastanjenih 36 stanovalcev v treh gospodinjstvih oz. hišnih skupnostih. Objekt je bil delno podkleten, v kleti so tehnični in pomožni prostori, glavna razdelilna kuhinja za domske potrebe, shrambe ter gospodarski prostori (vzdrževalec, čistilka...).

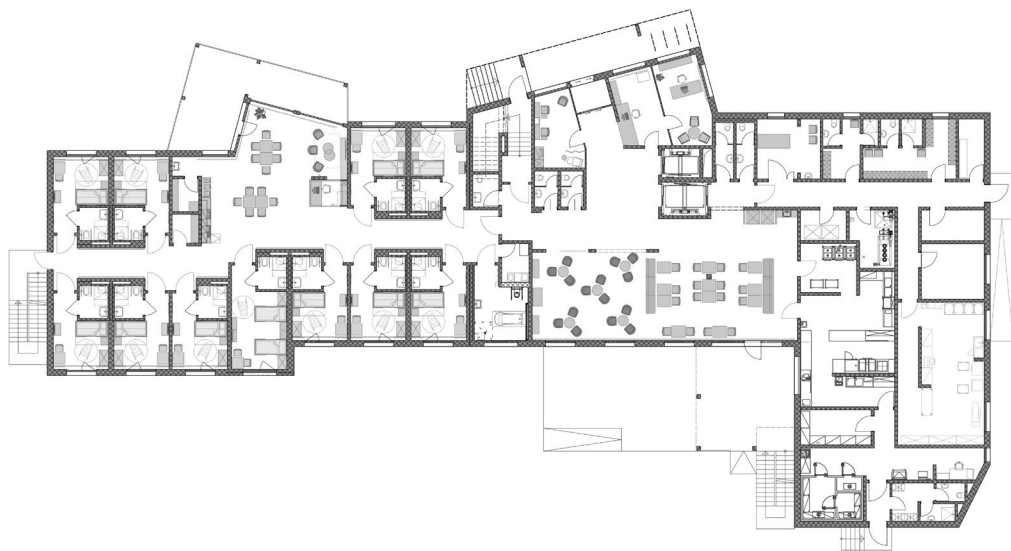
Na južnem delu parcele je bil predviden objekt B, v katerem bi bivalo 40 starejših v bivalni enoti in apartmajskih nastanitvah ter 12 mlajših invalidov.

V objektu C na zahodnem delu parcel je bil predviden javni in poljavni program: v pritličju dnevni center – dnevna dolgotrajna oskrba in domska kavarna, v 1. nadstropju prostor za zdravstveno dejavnost – mobilno službo, v drugem nadstropju prostori uprave in delovna terapija ter klubska prostora Medgeneracijskega središča Komenda.

Prostori MGC so bili namenjeni za bivanje skupaj 68 oseb in 20 dnevnih obiskovalcev na skupni bruto površini pribl. 5.400 m². Na podlagi idejne zasnove je Občina Komenda pridobila koncesijo za dom in iskala vir financiranja.

Ko je v Slovenijo prišla ORPEA, svetovanje in projektiranje d.o.o. (danes SeneCura Central SI d.o.o.), se je Komendi ponudila nova možnost realizacije projekta. Pridobili smo naročilo za idejni projekt in dokumentacijo za gradbeno

dovoljenje. Z delom v projektih smo pričeli leta 2019. Občina Komenda je dobila novega partnerja za gradnjo doma in družba Firis Imperl d.o.o. je predložila idejni projekt iz leta 2017. Na to idejno zasnovo je bila pridobljena tudi koncesija z nekaterimi pogoji vezanimi na prostore predvidenih objektov. Po pogajanjih o vsebini in preoblikovanju idejnih načrtov smo izdelali nov idejni projekt. Investitorjev pogled na arhitekturo je bil dokaj racionalen s stališča financiranja objekta, zato je bilo potrebno novo idejno zasnovo močno racionalizirati, kar se je poznalo tudi na zmanjšanju površin za enako število stanovalcev. Odpadli so tudi oblikovalsko zahtevnejši detajli. Kljub visokim zahtevam po racionalizaciji projekta smo uspeli na bistveno manjši površini uspešno izdelati dobro in funkcionalno arhitekturo. Za objekt smo pridobili gradbeno dovoljenje in sedaj obratuje. V SeneCura Domu starejših občanov Komenda lahko biva 75 oseb na skupni bruto površini pribl. 4.300 m².



Slika 5: MGC Komenda – tloris pritličja, projekt za pridobitev gradbenega dovoljenja, 2021

V obdobju 2017 – 2021 smo projektirali tudi Medgeneracijski center v Žireh. Z idejnim načrtom, ki smo ga izdelali leta 2017, je občina pridobila koncesijo za 60 postelj. V letu 2019 smo izdelali idejni projekt in projekt za pridobitev gradbenega dovoljenja za SeneCuro. Dom starejših občanov Žiri ima 75 postelj na pribl. 4.300 m² bruto površinah.

3.2 NOVOGRADNJE MALIH DOMOV

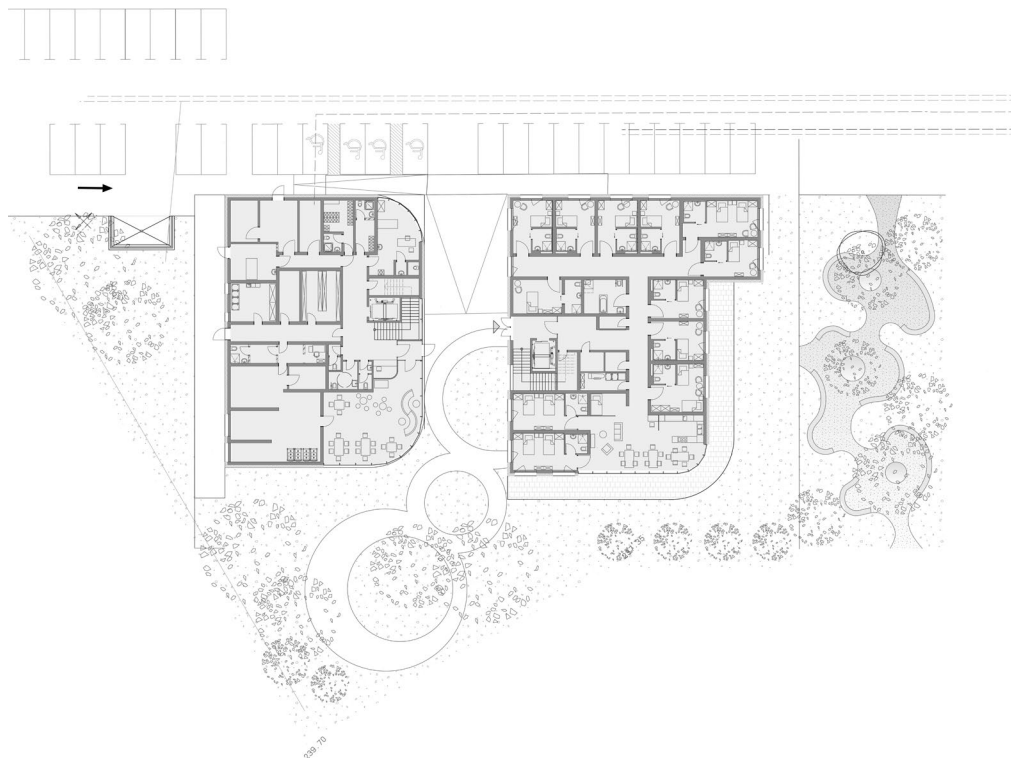
Konec leta 2022 je s pomočjo evropskih sredstev Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti razpisalo Javni razpis za sofinanciranje

gradnje objektov za zagotovitev varnega okolja bivanja za osebe, ki so odvisne od pomoči drugih (december 2022). Javni razpis je namenjen gradnji dodatnih kapacitet v manjših, samostojnih bivalnih enotah, grajenih kot skoraj nič energijski objekti. Bivalna enota doma za starejše (posamezni objekt) je lahko imela največ 24 stanovalcev, na parceli pa so lahko bili postavljeni največ trije objekti za skupno največ 60 stanovalcev. Objekti med seboj niso smeli biti povezani razen v kletni etaži, morali pa so biti energetske samostojni. Lahko so sicer imeli npr. skupno kotlovnico, vendar je morala biti izvedena tako, da je pri odklopu enega objekta nemoteno deloval drugi objekt. Možnosti za pridobitev sofinanciranja po tem razpisu so imeli le javni domovi, zlasti tisti, ki so imeli poleg nastanitve druge programe za dolgotrajno oskrbo, npr. pomoč na domu. Visoke energetske zahteve in nizko postavljena ocena sofinanciranja na posteljo za domove ni bila posebna motivacija za prijavo na razpisu.

V tem razpisu je bilo zaznati premik v razmišljanju o domski oskrbi. Arhitektura naj bi bila bolj prilagojena potrebam starostnika z vidika socialnih potreb. Zato so dobili prednost pri sofinanciranju projekti z več skupnostnih programov. Po tem razpisu je naš biro uspel pridobiti dve naročili za dokumentacijo za pridobitev gradbenega dovoljenja za domova v Majšperku in Podlehniku. G. Franci Imperl, Firis Imperl d.o.o., je za oba projekta izdelal projektno nalogo za programske vsebine. Oba projekta sta uspešno zaključila prijavo in pridobila gradbeno dovoljenje.

Predvsem občini Majšperk in Podlehnik sta si zelo prizadevali, da bi dobili v kraj dom za stare. V fazi projekta smo domova poimenovali Center integrirane dolgotrajne oskrbe – CIDO.

Skladno z ambicijami pridobitve domske oskrbe v kraj sta obe občini namenili domu dobre parcele, uredili komunalno ureditev in sprejeli ustrezen prostorski načrt. Tako je bila izvedba projektov za kandidacijo na razpisu kljub izredno kratkim rokom mogoča, pot do projektov pa bistveno krajša. Upravljanje CIDO v Majšperku je prevzel Dom dr. Jožeta Potrča Slovenske Konjice, CIDO Podlehnik pa je prevzel Dom Danice Vogrinec Maribor.



Slika 6: CIDO Majšperk – tloris pritličja, projekt za pridobitev gradbenega dovoljenja, 2023

Po projektu za pridobitev gradbenega dovoljenja ima CIDO Majšperk dve bivalni enoti (objekta) za skupaj 48 stanovalcev in poleg obveznih vsebin po pravilniku imata objekta še prostore za izvajanje naslednjih skupnostnih programov: večnamenski prostor za izvajanje skupnostnih programov za povezovanje z lokalno skupnostjo (upokojensko društvo, skupine za samopomoč ...), kavarna za stanovalce in zunanje obiskovalce, dnevno oskrbo integrirano v bivalno skupino – ob skupnem prostoru je dodaten prostor za počitek za obiskovalca dnevne oskrbe, pomoč na domu – prostor je predviden za službo pomoči na domu in prostor za koordinatorja programov v občini. Bruto površina obeh objektov zanaša pribl. 2.600 m² bruto površin.

Po projektu za pridobitev gradbenega dovoljenja ima CIDO Podlehnik en objekt za 24 stanovalcev in prav tako poleg obveznih vsebin še večnamenski prostor za izvajanje skupnostnih programov za povezovanje z lokalno skupnostjo, info točko – receptor hkrati opravlja funkcijo informatorja za obveščanje in usklajevanje programov ter obveščanje o medgeneracijskih dejavnostih in dogodkih, dnevno oskrbo integrirano v bivalno skupino za dve osebi in prostor za službo pomoči na domu. Bruto površina objekta zanaša pribl. 1.300 m².

4 RAZISKOVALNI IN ŠTUDIJSKI PROJEKTI RAZVOJA BIVALNIH KONCEPTOV ZA BIVANJE V STAROSTI

V četrto stoletje našega arhitekturnega dela na področju ustvarjanja bivalnih prostorov za starejše ljudi sem poleg arhitekturne stroke poglobljala znanja o bivalni kulturi starejših in modelih bivanja, ki jih je razvijal Institut Antona Trstenjaka in Firis Imperl d.o.o. Učitelji tega mojega neformalnega izobraževanja so bili poleg dr. Jožeta Ramovša in mag. Francija Imperla tudi direktorji domov in njihove strokovne ekipe. Vsem sem za podeljene izkušnje, znanja in razvojne projekte, v katerih sem sodelovala, zelo hvaležna! Rezultat skupnega dela je dvig ozaveščenosti o bivalni kulturi, predvsem pa je za razvojne izzive pri delu v prihodnosti dober »koreninski sistem«.

Leta 2006 je Inštitut Antona Trstenjaka za Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve vodil pripravo prve Strategije varstva starejših do leta 2010 – solidarnost, sožitje in kakovostno staranje prebivalstva (Strategija, 2007). Z veliko trdega dela na področju raziskovalnega in terenskega delovanja Inštituta Antona Trstenjaka ter podjetja Firis Imperl in družbe SENIOR PROJEKT d.o.o., ki je delovala na področju novih konceptov v arhitekturi, pa tudi konstruktivna komunikacija z Ministrstvom za delo, družino in socialne zadeve, je počasi le uspelo dvigovati ozaveščenost o pomembnosti teh programov in gradnji vizije za kakovost staranja v Slovenji. Leta 2012 je g. Imperl v družbi FIRIS IMPERL & CO d.n.o. in SENIOR PROJEKT d.o.o. izdal knjigo *Kakovost oskrbe starejših – izziv za prihodnost* (Imperl, 2012). Knjiga je zanimiv strokovni pogled na kompleksno aktualno problematiko oskrbe starejših in je po več kot 10 letih še v mnogočem aktualna. V njej je poleg pregleda stanja in vizije tudi nekaj primerov dobre prakse, med njimi nekaj domov (tudi MGC Komenda), ki so koncept gospodinjskih skupin uspeli oživiti v svojih prostorih.

Za kvalitetne premike v arhitekturi domov za stare je nedvomno velik korak uvedba oblike bivanja v gospodinjskih skupinah. Zasluge za implementacijo te oblike v domove ima tudi Inštitut Antona Trstenjaka, ki je podal osnove in obliko ter poskušal pilotski projekt izvesti v MGC Komenda. Danes ta koncept že bolj ali manj uspešno deluje v razvojno naravnanih domovih. Razvojno pot je potrdil tudi že omenjeni, leta 2006 sprejeti pravilnik, ki pa po toliko letih, kljub manjšim dopolnitvam, ne zadošča povsem novim izzivom na področju institucionalne gradnje.

Tudi splošna gradbena praksa je v zadnjih 25 letih temeljito spremenila odnos do starejših in invalidov z zakonodajo, ki sledi potrebam ljudi. Po letu 2000 smo v Sloveniji dobili prve zakonske obveze za neoviran dostop do stanovanj in javnih objektov; prvi Pravilnik o zahtevah za zagotavljanje neoviranega

dostopa, vstopa in uporabe objektov v javni rabi ter večstanovanjskih stavb, je bil sprejet leta 2003. Zahteve za neoviran dostop do objektov in v njih so najprej vključevale vse zgradbe za zdravstvene namene in namensko grajene stavbe za bivanje starejših, sedaj pa morajo standard dostopnosti brez ovir dosegati vsi javni prostori in vsi večstanovanjski objekti. Pojem »dostopno za invalide« se je razširil v pojem »dostopno za gibalno ovirane«. Ta vključuje vse gibalno bolj ali manj ovirane in ne samo starejše. Zahteve za neoviran dostop veljajo za vse javne objekte, prav tako pa za zunanje javne površine.

Inštitut Antona Trstenjaka je v letu 2008 začel vzpostavljati slovensko mrežo staranju prijaznih mest in njihovo vključevanje v svetovno mrežo Svetovne zdravstvene organizacije. S programom so začeli v Sloveniji v letu 2009 in v dejavnosti so se vključila mesta Ljubljana, Maribor in Celje. Poleg drugih programov je bil pri tem razvoj in vzpostavljane krajevnih medgeneracijskih središč v Sloveniji ključen za splošno ozaveščanje in gibanje razvoja v smeri kakovostnega staranja, kar smo tudi arhitekti občutili v večjem obsegu investicij za tovrstne projekte. Inštitut kot začetnik ideje in koncepta krajevnih medgeneracijskih središč je v letu 2009 nadaljeval z razvijanjem konceptualne in metodološke osnove za delovanje krajevnih medgeneracijskih središč in pomagal pri njihovem uvajanju v praksi v različnih okoljih (Ramovš K., 2024).

4.1 KREKOVO SREDIŠČE IN DRUGE PRENOVE ZA POTREBE ŽIVLJENJA V SKUPNOSTI

Kot odgovor na izziv razvoja krajevnih medgeneracijskih središč je nastala enota Inštituta Antona Trstenjaka v Komendi. Leta 2019 je inštitut odprl poslovno enoto v objektu Krekovo središče v Komendi. Za prenovu tipične enostanovanjske hiše v stanovanjskem naselju, zgrajenem pred 50 leti, v kateri sedaj deluje Krekovo središče, smo izdelali projektno dokumentacijo od idejne zasnove do projekta za izvedbo in projekta za pridobitev uporabnega dovoljenja. Prenova objekta iz poslovno stanovanjskega objekta v objekt za delo Inštituta in življenje medgeneracijske stanovanjske skupnosti je bila poseben izziv, saj je zasnova morala biti prilagodljiva in uporabna za izvajanje številnih programov, ki jih vodi inštitut v Krekovem središču. Objekt ima 10 nastanitvenih enot (sobe ali garsonjere) z lastno kopalnico in sanitarijami. Srce hiše je velika bivalna kuhinja s skupnim prostorom. V hiši je še telovadnica, skupni prostor za skupinsko delo in prostori za delo Inštituta. Posebno kakovost skupnemu bivanju v hiši prispeva vrt, na katerem je veliko prostora za vrtičke in prostor za druženje. Komunikacije v objektu smo organizirali tako, da so posamezna stanovanja dostopna od glavne vertikalne komunikacije (dvigalo, stopnišče) po kratkih poteh, s čimer je zagotovljena zasebnost stanovalcev, hkrati pa ima

hiša prostore, v katerih se lahko med seboj stanovalci družijo. Krekovo središče je model skupnostnega bivanja ne le za stare ljudi, ampak model bivanja v večstanovanjskem objektu za vse generacije.

Med tovrstne raziskovalne in razvojne projekte sodijo tudi projekti, ki so nastali na pobudo lokalne skupnosti (občin) ali razvojno naravnanih domov v sodelovanju s stroko in presegajo vsebinski okvir konkretne naloge projekta. Med te projekte uvrščam idejno zasnovo oskrbovanih stanovanj za območje Lorgerjevo v Šmarju pri Jelšah, idejni predlog za prenovo stare šole v Višnji gori za potrebe Medgeneracijskega centra – MGC Višnja Gora, idejno zasnovo novogradnje enote MGC Ivančna Gorica ob bolnišnici za otroke Šentvid pri Stični, koncept za nov MGC v Šentjerneju na Dolenjskem, ki je bil del strokovnih gradiv za pripravo prostorskega načrta, idejno zasnovo za novogradnjo in prenovo doma upokojencev Sevnica ter idejno zasnovo/koncept z analizo programskih in organizacijskih izhodišč za Dom za varstvo starejših Velenje.

Zaradi širokega razpona različnih vsebin bi želela osvetliti nekaj vsebin v teh projektih, ki so zanimive v širšem kontekstu dela na arhitekturi bivalne kulture za starejše.

4.2 ŠTUDIJA IZVEDLJIVOSTI UMESTITVE OSKRBOVANIH STANOVANJ V OBČINI ŠMARJE PRI JELŠAH

Leta 2008 je Občina Šmarje pri Jelšah razpisala Javni razpis za urbanistično urejanje območja Lorgerjeve domačije. Idejna zasnova naj bi podala urbanistična in arhitekturna izhodišča za izdelavo prostorskih načrtov za nova oskrbovana stanovanja. Prostor namenjen gradnji stanovanj namreč še ni imel za gradnjo ustreznih prostorskih pogojev. Občina je za nameravano gradnjo oskrbovanih stanovanj kupila območje stare kmetije Lorgerjevo. Območje predvidene gradnje na južnem robu meji na krajevni kulturni dom s knjižnico in center Šmarja, na vzhodu na Dom upokojencev Šmarje pri Jelšah, na zahodu in severu na zeleni rob z nekaj stanovanjskimi objekti, travniki in gozdom.

V sodelovanju s projektivnim birojem Razvojni center Planiranje d.o.o. Celje smo izdelali urbanistično arhitekturno zasnovo objekta, s katero smo na natečaju zasedli drugo mesto. V predlogu smo zelo na široko pogledali na potrebe in danosti v prostoru, tako z vidika širše programske zasnove in prostorske problematike. Nismo se omejili le na oskrbovana stanovanja in dan teren, ampak nas je predvsem zaposlila dobra umestitev objektov glede na obstoječe vsebine v širšem okolju. Zato se je predlog iz oskrbovanih stanovanj razvil že kar v krajevno medgeneracijsko središče s spremljajočimi programi. Predvideni so bili štirje objekti oskrbovanih stanovanj, skupaj 52 stanovanj

za 72 stanovalcev v skupni bruto površini 5.100 m². V objektih bi bila vključena dnevna oskrba za 15 oseb in stanovanja za kratkotrajno namestitve do 8 stanovalcev.



Slika 7: Skica območja, javni razpis za gradnjo oskrbovanih stanovanj Lorgerjevo, 2008

Projektna rešitev je sledila naslednjim ciljem: energetska varčna gradnja in zagotovitev čimbolj enakovrednih pogojev za osvetljenost bivalnih enot v objektih, racionalna izraba prostora, fleksibilna zasnova pozidave objektov, da bi bilo mogoče v prihodnosti dodati bivalne enote, komunikacijske poti za varen dostop brez ovir, pregledna in enostavna prometna ureditev, povezava z Domom upokojencev Šmarje pri Jelšah – pešpot preko mostička iz parkirišča oskrbovanih stanovanj do vhoda v dom.

Projektna rešitev je predlagala uravnoteženo razmerje med grajenimi površinami in zelenimi parkovnimi površinami. Predvideli smo več zelenih površin ob objektih in park. V parkovno ureditev je vključen tudi obstoječi potok, ki se zajezi v manjši vodni motiv. Projekt je predvidel gradnjo v več fazah.

Prostorske zasnove in oblikovanje objektov iz projekta so se v marsičem prenesli v prostorski plan, ki je bil nekaj let kasneje sprejet, s tem pa tudi možnost gradnje stanovanj. Pot do oskrbovanih stanovanj je bila še dolga, saj se je zaključila šele leta 2023, ko je bil projekt z 30 stanovanji s pomočjo financiranja Evropske unije iz sredstev Mehanizma za okrevanje in odpornost zaključen.

Ključno je, da se je v tem projektu uresničilo nekaj več kot samo oskrbovana stanovanja in da sta investitorja (Občina Šmarje pri Jelšah in Stanovanjski sklad Republike Slovenije) prepoznala potrebo po širših vsebinah oskrbovanih

stanovanj in njihovi vsebinski podpori z drugimi programi za zagotavljanje kakovostne starosti. Lokacija objekta z oskrbovanimi stanovanji omogoča funkcionalno navezavo na Dom upokojencev, ki lahko nudi tudi storitve za potrebe stanovalcev oskrbovanih stanovanj: zdravstvene storitve, prehrana, čiščenje in pranje, koriščenje večnamenskih prostorov za druženje, kulturno in umetniško udejstvovanje, delovno terapijo in drugo (<https://ssrs.si/noo-ceb-projekti/noo-projekti/smarje-pri-jelsah/>).

4.3 STARA ŠOLA V VIŠNJI GORI – POSKUS OŽIVITVE STAREGA TRŠKEGA JEDRA

Projekt revitalizacije stare šole v Višnji gori je bil zanimiv z vidika oživitve starega trškega jedra. Višnja Gora je dobila že leta 1444 trške pravice, mestne pravice pa leta 1478. Staro trško jedro je do danes ohranilo prvotno obliko trga in pozidave. Kot v večini manjših krajev imajo tudi v Višnji gori problem oživitve starega mestnega jedra, ki žal postaja vse bolj prazen. Večina prebivalcev Višnje Gore živi v novejšem naselju pod gričem stare Višnje gore. Zato si je Občina Ivančna Gorica zelo prizadevala najti primerno vsebino za staro šolo, ki je bil od leta 2000 opuščen objekt na trgu Višnje gore. Občina je sprejela predlog za oživitev trškega jedra in objekta z vsebinami programov in bivanja za starejše. Inštitut Antona Trstenjaka je v okviru programa starosti prijazne skupnosti predstavil Občini Ivančna Gorica vsebinski koncept revitalizacije, ki je krajevni skupnosti zagotovil celovito dolgotrajno oskrbo v stari šoli po konceptu medgeneracijskega središča (Ramovš, 2008). V ta namen je bilo potrebno stari objekt preurediti v dom po sodobnem konceptu gospodinjskih skupin za stalno namestitve, za dnevno oskrbo, pa tudi za nočno oskrbo za nekaj oseb z demenco iz okolice. Poleg tega pa vse potrebno za oskrbo na domu, usposabljanje družin za domačo oskrbo družinskega člana, izobraževanje prostovoljcev, dejavnosti za medsebojno sodelovanje doma in krajevnega vrtca in osnovne šole ter usposabljanje starejših ljudi za zdravo staranje v skupinah za samopomoč, prostor za delovanje Univerze za tretje življenjsko obdobje, ki organizira različna izobraževanja. Te dejavnosti bi vzpodbudile tudi sodelovanje v kraju in nove zaposlitve. Projekt prenove je obsegal prenovo objekta in prenovo trga kot dodatne zunanje površine za objekt in kraj. Izdelali smo idejni projekt prenove z upoštevanjem kulturno varstvenih zahtev in v objekt vključili vse glavne projektne zahteve iz programske zasnove. Občina je projekt sprejela in ga uvrstila v čakalno vrsto med projekte za realizacijo, vendar do nje ni prišlo. Projekt je obtičal v idejni fazi, saj se je zataknilo pri pogovorih o financiranju in slabem sodelovanju med resorji za zdravstvo in socialno varstvo pri dolgotrajni oskrbi. Pred kratkim

je stara šola v Višnji gori postala Hiša kranjske čebele, ki na drug način obuja staro vaško jedro Višnje gore.

Podobna zgodba se je zgodila v isti občini v krajevni skupnosti Šentvid pri Stični, kjer smo predvideli nov objekt za programe medgeneracijskega središča ob sedanjih rehabilitacijski bolnišnici za otroke – CZBO Šentvid pri Stični. O tem sem podrobneje že pisala (Klepej Turnšek, 2014a), zato morda samo povzamem, da je bil projekt eden redkih, ki je v objektu povezal sodelovanje javne zdravstvene in socialne ustanove za dolgotrajno oskrbo, kjer bi zdravstvo in sociala lahko našla nove ustvarjalne pobude za sodobni razvoj. Zaradi navezave z Medgeneracijskim središčem in CZBO je bilo pri oblikovanju objekta potrebno izkoristiti možnost zdravstvene ponudbe pri oskrbi starejših. Tako bi nova celota nudila kompleksen program socialno – varstvenih in zdravstvenih uslug. Po idejni zasnovi je dom za starejše z gospodinjstvi skupinami in oazo predstavljal 47 % površin v objektu, druge oblike nastanitev (občasna nastanitev, dnevni center) 8 %, zdravstvo 3 %, skupni prostori za izobraževanja in prireditve 11 % in komunikacije 31 %. Velik delež komunikacij v objektu je nastal kot posledica notranjih povezav obeh objektov – MGC in CZBO. V objektu bi programi delovali na bruto površini približno 4.800 m².

4.4 URBANISTIČNO ARHITEKTURNA ŠTUDIJA UMESTITVE KRAJEVNEGA MEDGENERACIJSKEGA SREDIŠČA KOT OSNOVA ZA IZDELAVO PROSTORSKEGA NAČRTA

Podobno kot smo pred leti izdelali osnove za urbanistično arhitekturne smerice za izdelavo prostorskega načrta za gradnjo oskrbovanih stanovanj v Šmarju pri Jelšah, smo tudi v Šentrupertu na Dolenjskem za občino izdelali osnove za izdelavo prostorskega načrta za območje gradnje krajevnega Medgeneracijskega centra, ki se je preimenoval v Center dolgotrajne integrirane oskrbe – CIDO.

Po projektni nalogi za umestitev centra, ki ga je izdelal Franci Imperl, smo izdelali dve variantni rešitvi, ki sta obsegali novogradnjo objekta za mali dom za starejše z dvema enotama: bivalna enota s kapaciteto 16 stanovalcev in hišna skupnost za 12 oseb z demenco ter z dodatnima dvema garsonjerama za začasno bivanje, možnost dnevnega bivanja v sklopu bivalne enote, dve samoskrbni skupnosti in tri garsonjere kot oskrbovana stanovanja. V sklopu malega doma za starejše je bil predviden manjši del za javni program, ki povezuje pri nudenju storitev in različnih aktivnosti stanovalce institucionalnega dela s prebivalci lokalne skupnosti. Objekt je bil zasnovan na robu naselja Šentrupert na Dolenjskem v bližini glavnega trga s cerkvijo. Zelo dobro je bilo, da smo z rešitvijo lahko vplivali na odločitve občine o umeščanju objekta v kraj, saj je prvotno predlagana lokacija bila s stališča komunikacije precej neugodna.

Nujni cilj umeščanja tovrstnega objekta v kraj je dobra povezava do središča kraja, da je kratka in brez ovir.

4.5 NOVOGRADNJA IN PRENOVA STAREGA DOMA V SEVNICI – ARHITEKTURNA PREVERITEV UMESTITVE PROGRAMOV V NOVO FUNKCIONALNO CELOTO OBEH OBJEKTOV

Po projektni nalogi, ki jo je izdelal g. Imperl, FIRIS d.o.o., smo izdelali arhitekturni koncept prenove obstoječega domskega objekta in novogradnje doma v Sevnici. Projekt celovite prenove Doma upokoјencev Sevnica je obsegal razvojno vizijo doma za naslednjih 20 let. Oba objekta naj bi se povezala v enoten Center integrirane dolgotrajne oskrbe. Koncept prenove objekta je bil inovativen v smislu novih vsebin, ki bi jih dom integriral v svoje poslanstvo: umestitev lokalnega koordinatorja programov, prostor za prostovoljce – prostovoljska mreža za potrebe dolgotrajne oskrbe, za svetovalce – podpora družinskim in drugim neformalnim oskrbovalcem, dnevna oskrba, pomoč na domu, stanovanjski skupini za osebe s posebnimi potrebami in skupine za kakovostno staranje.

Nov objekt – dom za stare ljudi na novi lokaciji, je organiziran po konceptu bivanja v hišnih skupnostih z oazami. Na območju predvidenem za gradnjo novega doma po OPPN, smo izdelali idejno zasnovo za nov objekt skladno z zahtevami OPPN, ki veljajo za to območje. Na skupaj skoraj 5.000 m² neto površine je projektiran dom za nastanitev 114 oseb. Zanimivost tega projekta je popolna sprememba programske zasnove glede na obstoječe stanje, saj je analiza stanja starega doma (v gradbenem smislu) pokazala neekonomičnost prenove ključnih prostorov za delovanje doma (pralnice in centralne kuhinje) in se je zato programsko prilagodila vsebina starega objekta novogradnji.



Slika 8: Center integrirane dolgotrajne oskrbe (CIDO) Sevnica, idejni projekt, 2022

4.6 METODA DELA OB PRENOVI DOMSKEGA OBJEKTA – VREDNOTENJE IN ANALIZA

Poleg dela na področju idejnih zasnov za nove objekte domov smo v letu 2018 izdelali model prenove in priprave strokovnih gradiv za prenovo domov.

V sodelovanju z g. Imperlom, FIRIS IMPERL d.o.o., ki je izdelal konceptualna, programska in organizacijska izhodišča za adaptacijo in novogradnjo doma, smo izdelali idejno zasnovo/koncept z analizo programskih in organizacijskih izhodišč za Dom za varstvo odraslih Velenje. Pristop k reševanju vprašanj o načinu in smiselnosti določenih posegov v stavbo se je izkazal za zelo dobrega, saj je Dom za varstvo odraslih Velenje pridobil kvalitetne projektne osnove za uspešno realizacijo prenove in novogradnje doma.

Konceptualno in idejno zasnovo smo izdelali tudi za prenovo Doma starejših občanov Kamnik.

4.7 STROKOVNI POSVET: V STAROSTI PRIJAZNI OBČINI PRILAGAJAMO BIVALIŠČA

Inštitut Antona Trstenjaka je organiziral strokovni posvet z naslovom Starosti prijazni občini prilagajamo bivališča, prostor in infrastrukturo za starost. Na njem smo sodelovali: Urbanistični Inštitut RS, FIRIS Imperl d.o.o., arhitekt Rok Grdiša, Zveza društev upokojencev Slovenije in naš biro s prispevkom Arhitektura sodobnih domov za stare ljudi kot jedro krajevnega medgeneracijskega središča; v njem sem predstavila nov koncept Medgeneracijskega središča Komenda.

Pomembno vlogo pri oblikovanju domske oskrbe v manjših lokalnih skupnostih je imel v letu 2020 ustanovljeni »Konzorcij 17« (<http://www.firis-imperl.si/konzorcij-17/>).

V to združenje je vključeno 30 srednjih in manjših občin iz Slovenije; pobudnika sta bila skupaj z občinami družba FIRIS IMPERL d.o.o. in Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje. Konzorcij 17 deluje kot usmerjevalec in koordinator različnih aktivnosti v smislu vzpostavitve mreže integrirane dolgotrajne oskrbe v lokalni skupnosti. Njegovi glavni nalogi sta pridobitev ustreznih finančnih sredstev za vzpostavitev struktur programskih podsistemov integrirane dolgotrajne oskrbe v občinah Konzorcija 17 in izbor referenčnih javnih domov za starejše kot nosilcev izvajanja oskrbe v posameznih občinah. V sklopu pobud konzorcija so v letu 2022 uspešno pridobili sofinanciranje za domove na Javnem razpisu za sofinanciranje gradnje objektov za zagotovitev varnega okolja bivanja za osebe, ki so odvisne od pomoči drugih, med drugimi tudi za novi dom v Kozjem, Podlehniku in Majšperku.

4.8 PROJEKT: NA KMETIJO!

V leto 2020 smo vstopili s projektom *NA KMETIJO!*. Inštitut Antona Trstenjaka nas je povabil kot zunanje sodelavce – svetovalce za arhitekturo. Ta projekt sta v okviru Programa za razvoj podeželja 2014-2020 financirala Republika Slovenija (Ministrstvo za kmetijstvo, gozdarstvo in prehrano) ter Evropska unija iz Evropskega kmetijskega sklada za razvoj podeželja.

Projekt je bil zasnovan v obliki preveritvene študije in poskusa izdelave modela za bivanje na eni od slovenskih kmetij kot vzorčnem modelu za bivanje starejših na kmetiji. V projektu *Na kmetijo!* so strokovnjaki Inštituta Antona Trstenjaka, podjetni kmetje, izkušeni arhitekti in drugi strokovnjaki ter množica starejših prostovoljcev na pobudo slovenske kmetijske in socialne politike ter državne uprave iskali odgovore na odprta vprašanja o možnosti bivanja starejših na kmetiji.



Slika 9: Kmetija Matk

Z analizo stanja in možnosti na kmetiji Matk v Logarski dolini smo ugotovili, da bi bilo občasno bivanje starejših mogoče. Izdelali smo idejno zasnovo preureditve manjšega stanovanjskega objekta v sklopu kmetije, ki ga lastnik sedaj ne uporablja in bi ga bilo mogoče uporabiti za ta namen.

Naša arhitekturna praksa je zadnjih 25 let je gradila na povezovanju teorije in prakse, sprejemanju novih izzivov, ki so prihajali iz gerontološke in zdravstvene stroke, te pa smo skušali nadgraditi z ustreznimi modeli bivanja. Tako

se je arhitekturno delo oplajalo z gerontološko stroko, črpala pa sem tudi iz prakse in preverjenih rešitev na terenu. O izkušnjah dela na projektu Višnje Gore in Šentvida pri Stični sem že pisala v tej reviji (Klepej Turnšek, 2014a).

V arhitekturni nalogi se najprej postavijo vprašanja kako narediti arhitekturo, ki bo uporabniku omogočila kakovostno življenje. Tega ne more zagotoviti le dober material, dobre tehnične rešitve in domišljeni interierji, ampak nekaj več. Ta več je bil vedno moj izziv. Bivališče za starejšega človeka je občutljivo področje oblikovanja, saj s starostjo to bivališče vedno bolj postaja starostnikov »svet«, vse dokler se njegovo fizično območje uporabe in zaznav ne omeji na njegovo posteljo. Zato je občutljivost za prostor potrebno razviti do te mere, da pogledamo v prostor z očmi stanovalca in ga oblikujemo z empatijo do človeka, ki je potreben pomoči in nege. O tem, kako graditi za starejše, je bilo zadnjih 25 let veliko napisanega in narejenega, kratek pregled stanja na tem področju sem napisala v prispevku Sodobne oblike bivanja v Zahodni Evropi, ki je bil objavljen v tej reviji (Klepej Turnšek, 2014b).

5 ZAKLJUČEK

Teh 25 let doživljam kot izredno ustvarjalen čas, z veliko vložene energije in razvojnih projektov. Pri šepajočem Zakonu o dolgotrajni oskrbi in slovenski realnosti z le 1,38 % BDP (Imperl, 2023), ki ga vlagamo v to področje staranja v Sloveniji, si za sedaj ne moremo veliko obetati. Vendar upam, da bomo našli način kako znanja in teorije spraviti v prakso skozi tisto »šivankino uho«, ki se mu reče »financiranje«, da bi v prihodnje omogočili kakovostno bivanje za stare ljudi tam, kjer so doma, oziroma tam, kjer je zanje najprimernejše okolje.

Če pogledamo na razvoj bivališč za institucionalno oskrbo starejših, ugotavljamo, da se je val novogradenj domov za stare ljudi v 70-ih in 80-ih letih prejšnjega stoletja proti 90-im letom ustavil; sledil je čas prenov in novogradenj v drugačni shemi financiranja. Z vstopom zasebnega kapitala, v obliki javno zasebnega partnerstva (prvi javno zasebni je bil Dom upokojujencev Idrija) in povsem javnega kapitala kot npr. DEOS d.o.o., ustanovljen leta 1995, smo dobili več tovrstne ponudbe na trgu. Tudi tuj kapital je našel svoj interes v Sloveniji, tako je svoje domove odprla tudi SeneCura Central SI d.o.o. Vlaganje v gradnjo javnih domov se je po letu 2020 močno zmanjšalo.

V zadnjih 25 letih zasledimo razvoj konceptov bivanja v domovih za stare ljudi od velikih hotelskih zasnov objektov za dvesto in več stanovalcev, do manjših domov za do petindvajset stanovalcev. Ugotavljamo, da je velikost domov obratno sorazmerna z razvojem programov za kakovostno staranje. Bolj ko raste število programov in dobro mreženje pomoči starejšim, dlje lahko

starejši ostanejo doma. S tem je potreba po domski oskrbi preložena v čas, ko človek kljub pomoči ne more več živeti sam.

Razvoj bivalne kulture starejših gre v dve smeri. Močnejša postaja iniciativa po organizaciji dobre mreže za pomoč starejšim v raznih oblikah neinstitucionalnega varstva in v drugi smeri razvoj institucionalne oskrbe s poudarkom na negi. Danes se pri oskrbovanju starejših soočamo s povsem drugimi problemi kakor pred 25 leti; tako je na primer današnji problem predvsem pomanjkanje kadra. Težave so tudi na področju financiranja. Generacija, ki je danes nekaj let pred upokojitvijo, se že srečuje z revščino, o kateri piše tudi Poročilo ZN za leto 2023, srečuje se tudi s krizo formalnega in neformalnega oskrbovanja.

Privilegij starih ljudi, ko je tradicionalna družina pred sto in več leti skrbela za starostnika do smrti, je preteklost. Sedaj pa zgolj z »organizacijo« tega standarda ne bomo veliko dosegli. Srečujemo se pred novim izzivom – zaživeti na skupnostni način bivanja. Arhitektura bivališč za starejše bo dejavni gradnik kakovosti bivalne kulture takrat, ko bo izhajala iz skupnostne logike življenja, ko bo najboljši možen kompromis rešitev, ki jo oblikuje življenje v skupnosti, v kateri starejša oseba živi.

LITERATURA

<https://www.domobsavinji.si/>

<https://ssrs.si/noo-ceb-projekti/noo-projekti/smarje-pri-jelsah/>

<http://www.firis-imperl.si/konzorcij-17/>

Imperl Franc (2012). *Kakovost oskrbe starejših – izziv za prihodnost*. Logatec: Firis Imperl & Co., Seniorprojekt.

Imperl Franc (2023). Zakon o dolgotrajni oskrbi – kritičen pregled. V: *Kakovostna starost*, let 26, št. 4, str. 44-57.

Klepej Turnšek Vera (2014a). Krajevna medgeneracijska središča – dvig kulture kraja. Primer občine Ivančna Gorica. V: *Kakovostna starost*, let 17, št. 3, str. 29-49.

Klepej Turnšek Vera (2014b). Sodobne oblike bivanja starejših v zahodni Evropi. V: *Kakovostna starost*, let 17, št. 2, str. 3-11.

Pravilnik o minimalnih tehničnih zahtevah za izvajalce socialnovarstvenih storitev. Uradni list RS, št. 67/06, 135/21 in 19/24.

Ramovš Jože (2008). Krajevno medgeneracijsko središče. V: *Kakovostna starost*, let. 11, št. 1, str. 26-45.

Ramovš Ksenija (2024). 32 let delovanja Inštituta Antona Trstenjaka. V: *Kakovostna starost*, let. 27, št. 1, str. 19-59.

Strategija varstva starejših do leta 2010 – Solidarnost, sožitje in kakovostno staranje prebivalstva (2007). Republika Slovenija: Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve; *The Strategy on Care for the Elderly till 2010 – Solidarity, good intergenerational Relations and quality Ageing of the Population*. Republik of Slovenia: Ministry of Labour, Family and social Affairs.

Winter Hans-Peter, Imperl Franc (2010). Oskrba starejših – mora ali izziv jutrišnjega dne. V: *Kakovostna starost*, let. 13, št. 1, str. 90-102.

Avtorica:

Vera Klepej Turnšek: projektiva@arhivita.si

Irena Švab Kavčič

Smernice izobraževalnega programa za zaposlene v paliativni oskrbi stanovalcev slovenskih domov za starejše

POVZETEK

Cicely Saunders, pionirka sodobnega paliativnega pristopa, je duhovni razsežnosti namenjala enako pozornost kakor obravnavi telesnih, psiholoških ali socialnih potreb. Število raziskav na področju duhovnosti v zdravstvu, medicini in paliativni oskrbi hitro narašča, a je še vedno najmanj raziskano in pogosto tudi najmanj upoštevano področje. Izsledki raziskav niso niti primerljivi, niti niso prenosljivi med različnimi okolji. Da bi ugotovili, kakšna je percepcija duhovnosti in duhovne oskrbe med zaposlenimi v paliativni oskrbi stanovalcev slovenskih domov za starejše, je bila izvedena raziskava, ki je podlaga za oblikovanje smernic izobraževalnega programa. Raziskava je potrdila vpliv zaznavanja duhovnosti na duhovno oskrbo. S krepitvijo zaznavanja eksistencialne komponente duhovnosti se krepí zaznava duhovne oskrbe. Oblikovane so smernice izobraževanja, ki bi pri zaposlenih v slovenskih domovih za starejše okrepilo percepcijo duhovnosti. Smernice izpostavljajo vlogo duhovnosti v paliativni oskrbi, osebno duhovnost oskrbovalcev in vzpostavitev odnosa med zaposlenimi in stanovalci.

Ključne besede: paliativna oskrba, domovi za starejše, eksistencialna razsežnost, samorefleksija, izobraževanje.

AVTORICA

***Dr. Irena Švab Kavčič** je več kot desetletje ravnateljica doma Varstvo starejših, zadnja tri leta pa direktorica Doma sv. Jožef. Na Alma Mater Europea je leta 2023 doktorirala iz socialne gerontologije. Na njeno pobudo je bila v slovenščino prevedena knjiga Saunders »Čujte z menoj«. Aktivno sodeluje na nacionalnih in mednarodnih konferencah.*

SUMMARY

Guidelines for a training programme for palliative care staff in Slovenian homes for older people

Since Cicely Saunders, the founder of modern palliative care, spiritual dimension has been treated equally as physical, psychological, and social needs. Despite the growing body of research on spirituality in health, medicine, and

palliative care, it remains an under-researched and underappreciated area. Findings are neither comparable nor transferable between different fields. Research has been conducted to determine how spirituality and spiritual care are perceived by staff in long-term care facilities in Slovenia and has formed the basis for developing guidelines for training programmes. The influence of perceptions of existential spirituality on perceptions of spiritual care was confirmed. To strengthen perceptions of spirituality, the training guidelines were developed. The guidelines emphasise spirituality in palliative care, personal spirituality, and relationship building between staff and residents.

Keywords: palliative care, long-term care facilities, existential dimension, self-reflection, training.

AUTHOR

Dr Irena Švab Kavčič had been the director of the Home for the Care of Older people for more than a decade, and the Director of St Jožef Home for the last three years. She received her PhD in Social Gerontology from Alma Mater Europea in 2023. On her initiative, Saunders' book "Watch with me" was translated into Slovenian language. She actively participates in national and international conferences.

1 TEMELJI MODERNEGA PALIATIVNEGA PRISTOPA

Začetnica modernega paliativnega pristopa, Cicely Saunders, je v oskrbo hudo bolnih in umirajočih uvedla koncept totalne bolečine (Saunders, 1964). Že na začetku svoje poklicne poti, ko je kot medicinska sestra delovala med ranjenimi vojaki, zlasti pa kasneje kot zdravnica med umirajočimi v hospicu sv. Jožefa, je Saunders (2001) raziskovala s poslušanjem, zapisovanjem in analiziranjem teh zapisov. Koncept je prvič objavila leta 1964, izpopolnjevala pa ga je vse življenje. Natančno in sprotno evidentiranje njenih ugotovitev omogoča vpogled v zorenje koncepta, ki je nastajal ne le zaradi potrebe po razumevanju bolečine, ampak tudi z namenom sprememb v njenem obravnavanju (Clark, 1999, str. 730).

Koncept je najpogostejše pojasnjen z besedami: »Z mano je vse narobe«. Izhaja iz primera bolnice, gospe Hinson (Saunders, 1964, str. 68). Kronične bolečine, ki je lahko za bolnika brezčasna, neskončna, nesmiselna in vodi v obup ter izolacijo, Saunders ne razume le kot dogodka ali ponovitve več dogodkov, ampak kot stanje ujetosti bolnika. Simptome bolečine je zato potrebno obravnavati z enako pozornostjo kakor simptome bolezni. Zgolj protibolečinsko sredstvo ne zadošča za njeno uravnavanje, potreben je tudi pogovor, pozorno poslušanje, zlasti ko medicina ne more storiti ničesar več (Clark, 1999,

str. 733). Pristop, ki vključuje oboje, tako uravnavanje protibolečinske terapije kakor poslušanje, vzpostavi neke vrste zavezanost med človekoma.

Navkljub prepričanju, da smo v soočanju s trpljenjem, izraženim preko totalne bolečine ob iztekajočem se življenju, pogosto nemočni, Saunders (2020, str. 92-94) v tem odkriva priložnost za preobrazbo v »zaklade teme«, to je v izziv, da v tem odkrijemo nekaj dobrega. Morda le tiho navzočnost, s katero se bomo dotaknili »najbolj skritih koticov«. Izraza »najbolj skriti kotički« in »notranja bolečina« uporablja kot sinonima za duhovno bolečino. Opiše jo kot »izzivalno resničnost« (Saunders, 2005, str. 47). Običajno jo prebudi soočanje s koncem življenja, ko se bolnik zave svoje nemoči, nevrednosti ali se jezi nad nepravičnim življenjem, trenutnim in preteklim, in ga prevzame občutek nesmisla. Postavljati si začne vprašanja »zakaj« (Saunders, 1988, str. 29).

Sledeč utemeljiteljici modernega paliativnega pristopa mora smisel odkriti vsak bolnik in umirajoči sam. Pri tem je lahko nekoliko lažje bolnikom, ki so verni, a smisel odkrivajo tudi tisti, ki niso versko opredeljeni. Osebe jim pri tem lahko pomaga le, če tudi samo zase išče smisel in mesto v stvarstvu, ki je nedvomno dobro (Saunders, 1988, str. 33). Z iskanjem se gradijo mostovi, vzpostavlja se ozračje zaupanja, ki bolniku pomaga sprejeti omejenost človeškega občutka za pravičnost in vrednost ter tako vzpostavlja pogoje za notranjo rast iz izgube, tudi ob koncu življenja. Takšna drža osebje, »ranjene zdravilce«, »neporažena srca nemoči« nagradi s pogumom in močjo, ki jih presega, da lahko vztrajajo in celo v tako zahtevnem obdobju najdejo humor.

2 IZOBRAŽEVANJE O DUHOVNOSTI V PALIATIVNEM PRISTOPU

V oskrbi hudo bolnih in umirajočih prihaja do situacij, ko vse znanje, bodisi medicinsko, zdravstveno ali psihološko ne zmore več zagotoviti odgovora. Takrat lahko osebe zagotovi »le« svojo tolažilno prisotnost, kar je hkrati z »le« tudi »največ«. Osebe je pred težko nalogo, saj bolniki niso razvili prepričanj, ki bi jim bila v pomoč v času stiske, hkrati velika večina hudo bolnih in umirajočih izraža potrebo po vključitvi duhovne oskrbe, a sami duhovnih potreb ne prepoznavajo ali jih ne znajo izraziti (Wilkinson in Coleman, 2010, str. 358; Balboni idr., 2017, str. 445; Egan idr., 2017, str. 8).

Na vprašanje, ali je duhovnost mogoče poučevati, ni enotnega odgovora, poenotenje je mogoče le v tem, da takšno stališče ne sme zatreti raziskav na tem področju (McSherry in Jamieson, 2013, str. 3178). Raziskovalci so naklonjeni stališču, da je izobraževanje o duhovnosti bolj predlog za samorefleksijo, to je pot, ki izboljšuje zavedanje, zaupanje in zmožnost interdisciplinarnega sodelovanja pri zagotavljanju duhovne oskrbe (Meredith idr., 2012, str. 888;

Rykkje idr., 2021, str. 1461). Zagovarjajo, da je refleksija osebnega odnosa pomembnejša od pridobivanja veščin (Best idr., 2020).

Za ugotovitev stanja in pridobitev podlage za oblikovanje smernic izobraževalnega programa za zaposlene v paliativni oskrbi stanovalcev slovenskih domov za starejše, smo na prelomu med letoma 2020 in 2021 naredili raziskavo na vzorcu 28 domov za starejše v Sloveniji. Z njo smo preverjali vpliv percepcije duhovnosti zaposlenih v paliativni oskrbi stanovalcev slovenskih domov za starejše na percepcijo duhovne oskrbe. Raziskava je potrdila vpliv faktorja »eksistencialna komponenta duhovnosti« na faktor »duhovna oskrba«. S krepitevijo eksistencialne komponente duhovnosti se krepi percepcija duhovne oskrbe (Švab Kavčič, 2023a, str. 196). Prepoznanemu vplivu percepcije eksistencialne razsežnosti duhovnosti na duhovno oskrbo sledita tudi *Predlog smernic izobraževalnega programa o duhovnih vidikih paliativne oskrbe stanovalcev slovenskih domov za starejše* in *Priročnik duhovne oskrbe* (Švab Kavčič, 2023b).

Velik delež anketirancev, ki se še niso izobraževali o duhovnosti in duhovni oskrbi, je s 74,1 % primerljiv z raziskavami v tujini, kjer se giblje med 50 % do 96,9 % (Cetikaya in Azak, 2013; Sanders idr., 2016, Chen idr., 2020, str. 191t). Delež tistih, ki ne vedo, če potrebujejo dodatna izobraževanja je 47,1 %.

Z delfsko metodo usklajene smernice zajemajo tri module. Poudarjena je vloga Cicely Saunders in samorefleksije (Švab Kavčič 2023b, 136-137). Testiranju modela in zmožnostim izvajalcev izobraževanja se lahko moduli časovno in vsebinsko prilagajajo.

3 PREDLOG SMERNIC IZOBRAŽEVALNEGA PROGRAMA

V gerontologiji je, v primerjavi z drugimi vejami medicine, potrebno pozornost usmerjati k pričakovanjem bolnika in ob njegovem fizičnem upadanju primerno opredeliti cilje. Ti so bolj povezani s tem, kar je bolniku pomembno v notranjosti, kakor po svojih aktivnostih in intervencijah – bolj »being« kakor »doing« (Baldacchino, 2015). Holistični pristop v gerontologiji bolnika obravnava situacijsko, ga spoštuje zaradi doseženega in vključuje njegovo socialno mrežo, bližnje in skupnost kot potencialne duhovne vire. Zlasti mlajšim zaposlenim je izziv razumeti starega bolnika in družino, jim zagotoviti dostojanstvo in spodbujati neodvisnost, kjer je le mogoče (Saunders, 1970, str. 121-123). Osebe lahko človeku, ki se mu izteka življenje, z odstiranjem pogleda na doseženo, na kašče, ki jih je napolnil, omogoči odkrivanje njegovega smisla (Frankl, 2014, str. 91; Lukas, 2017, str. 38). Hkrati odkrivajo smisel v svojem delu, v oskrbi duhovnih bitij. Mnogi zaposleni v hospicih svoje delo sprejemajo ne le kot službo, ampak kot svoje poslanstvo (Holyoke in Stephenson,

2017, str. 7). Njihovo delo ni več reševanje kliničnih primerov, ko so se vsi že umaknili, ampak »odnos končnega do neskončnega« (Frankl, 2014, str. 161; Lukas, 2017, str. 27 in 42). Je tudi prepoznavanje trenutka, ko skrb za bolnika postane oskrba umirajočega. Takrat se stanovalčeva želja do življenja ali boj za okrevanje zaradi procesa staranja ali bolezni, spremeni v pripravo na smrt. V takšnih primerih sprejetje prihajajoče neizogibne smrti ni zgolj predaja bolnika samega ali zanemarjanje s strani zdravnika. To je trenutek, ko se ne da nič več narediti, a za osebe pomeni vse prej kot nič delati. Ni poraz, ampak dosežek v umiranju. Je čas za pomiritev in izpopolnitev, za stanovalca in za njegove bližnje. Lahko je najdragocenejši čas za vse njih (Holyke in Stephenson, 2017, str. 121).

Takšen pristop potrebuje temelje, iz katerih bo osebe črpalo oblikovanje svojih odgovorov v oskrbi hudo bolnih in umirajočih. Ni seznama opravi, pravih odgovorov, je le odgovarjanje na vprašanja, ki jih osebu prinaša srečevanje s hudo bolnim in umirajočim človekom. Je iskanje možnosti za uresničevanje triade vrednot, torej poti do kakovostnega in smiselnega življenja tudi v tem obdobju (Kristovič, 2014, str. 82).

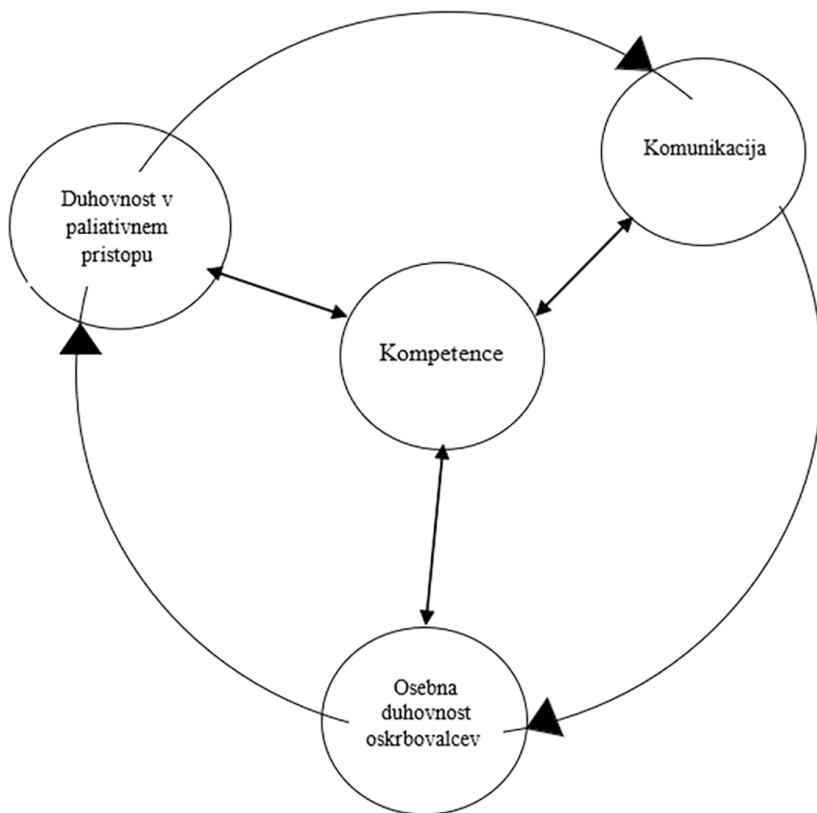
Namen izobraževanja, ki bi potekalo po predlaganih smernicah, je utemeljiti mesto duhovne oskrbe znotraj paliativne oskrbe, osvetliti možne poti pomoči pri odkrivanju virov duhovne moči, ki so lastne stanovalcu in njegovim bližnjim, ter razviti spretnost samorefleksije.

Komunikacija in odnosi s stanovalci in njihovimi bližnjimi so srčika duhovne oskrbe. Temu pritrjujejo tudi anketiranci v raziskavi, ki izražajo močno strinjanje s spremenljivkami duhovne oskrbe in jih povezujejo v enoten, vključujoč konstrukt. Med njimi jih 26,7 % ni prepričanih – se niti ne strinjajo niti strinjajo s spremenljivko, da se duhovna oskrba izraža preko iskanja smisla in namena v bolezni (Švab Kavčič, 2023b, str. 93-94). Za dobro duhovno oskrbo je potrebno odkriti, kaj je bolniku pomembno. Za to so potrebne komunikacijske veščine, ki so hkrati tudi prediktorji zagotavljanja duhovne oskrbe: sočutja, skrbnosti, empatije, topline, osebne duhovnosti in percepcija duhovnosti in duhovne oskrbe.

Predlog Smernic sestavljajo trije moduli. Slika 1 prikazuje medsebojno povezanost predlaganih modulov in pridobivanja kompetenc.

Vsebina prvega, osnovnega modula predlaganih smernic izobraževanja zajema predstavitev biografije Cicely Saunders in njenih razmišljanj z uporabo zgodb dveh njenih pacientov, gospe Hinson in Davida Tasje.

Vsebina drugega modula je namenjena osebni duhovni formaciji udeležencev izobraževanja. Uvede ga razmišljanje o »zakramentu kozarca hladne vode« in/ali »zakladov teme« (Saunders, 2020, str. 78 in 92). Zaposlenim, ki



Slika 1: Shematski prikaz smernic izobraževalnega modela (Švab Kavčič, 2023b, str. 136)

odkrivajo smisel v svojem poklicu, pomaga pri razvoju veščin in odnosa skozi vsakdanje delo tako, da se pristop postopno preoblikuje iz »delati« (»doing«) v »biti« (»being«). Na zgodbi mladega bolnika predstavi odkrivanje njim lastnega smisla preko uresničevanja ustvarjalnih in doživljajskih vrednot ter vrednot stališča (Frankl, 2014, str. 96). Dopolni ga zgodba ge. Kotek kot primer sprejemanja končnosti in pomoči pri odkrivanju smisla v tem obdobju (Frankl, 2014, str. 140-143).

Vsebina tretjega modula zajema predstavitev možnih duhovnih potreb in virov duhovnih moči stanovalcev in njihovih bližnjih. Duhovne potrebe stanovalcev domov za starejše so lahko spregledane, še zlasti če jih stanovalci sami ne izrazijo. V naši raziskavi je duhovne potrebe prepoznalo 68,4 % anketirancev. Največ anketirancev je duhovne potrebe prepoznalo tako, da so jih izrazili stanovalci sami (57,3 %); in sicer s poslušanjem in opazovanjem (55,6 %) ali so jih izrazili stanovalčevi bližnji (37,8 %). Dejanje ni enkratno, saj je možnost pogovora o duhovnosti potrebno ponuditi večkrat, tudi če jo

stanovalec v začetku odkloni (Paal idr., 2017, str. 2308). Nekaterim, zlasti starejšim zaposlenim, bo takšno poslušanje steklo čisto spontano, začetnikom bo v pomoč katero od orodij za duhovno presejanje ali duhovno zgodovino (Best idr., 2020, str. 5). Primer takšnega orodja je FICA (Puchalski, 2015, str. 249), kjer bolnik pove, kakšno obravnavo v zvezi z duhovnostjo želi. Bolj izkušeni lahko uporabijo dve ključni vprašanji 2Q-SAM: »Kaj vam je v tem trenutku najbolj pomembno?« in »Kako vam lahko pomagam?« (Ross in McSherry, 2018).

Udeleženci v vsakem modulu dobijo namig za prebiranje knjige, ki pomaga tako k osebni rasti kakor k oblikovanju besedišča, ki ga slušatelji predstavijo v zapisu svojih razmišljanj ob predstavljenih zgodbah. Oddaja eseja je podlaga za vključitev v nadaljevalno stopnjo modula.

Eden od razlogov, da duhovna oskrba ni zagotovljena, je tudi pomanjkanje ustrezne terminologije. Prebiranje literature in refleksije, diskusije lahko pripomorejo k oblikovanju besedišča, iz katerega bo osebje zajemalo v konkretnih primerih srečanja z lastnimi ali duhovnimi potrebami stanovalcev in njihovih bližnjih. Besednjak bolnikov je večplasten, vprašanje je skrito za besedami. Pomembna je ne le vsebina pogovora, ampak tudi način komunikacije, verbalni in neverbalni, ton, gestikulacije (Voetmann idr., 2022, str. 6). Ne gre za dobre želje, sentimentalnost, ampak jasno opazovanje, učenje in življenje nasploh; dobrega odnosa nas lahko naučijo bolniki. Tisti, ki uporabljajo svoje oči, ušesa, um in srce, bodo opazili, se učili in pridobili. Njihovi bolniki bodo pridobili še več (Saunders, 1970, str. 123).

Za premagovanje lastnih strahov, predsodkov in uporov v duhovni oskrbi je potrebna refleksija duhovnosti v posameznikovem osebni življenju. To pripomore k prepoznavanju duhovnih potreb, preprečevanju duhovnega trpljenja in hkrati k preprečevanju izgorelosti osebja. Dokazano je, da močna osebna duhovnost in kompetence duhovne oskrbe preprečujejo izgorelost (Anandarajah idr., 2016, str. 870; Best idr., 2020, str. 4).

Povzetek smernic za pripravo izobraževalnih modulov je prikazan v tabeli 1.

Tabela 1: Povzetek smernic za pripravo izobraževalnih modulov (Švab Kavčič, 2023b, str. 137)

Naslov	Duhovnost v paliativni oskrbi	Osebna duhovnost oskrbovalcev hudo bolnih in umirajočih	Komunikacija v paliativni oskrbi
Opis	Paliativna oskrba – pristop odkrivanja »skritih kotičkov«	Paliativna oskrba – povezovanje dveh bitij, delovanje v (so)bivanju (Baldaccino)	Ko je največ, kar lahko naredimo, narediti nič: »Čujte z menoj« (Saunders)
Namen	Predstaviti vlogo duhovnosti v paliativnem pristopu Cicely Saunders	Odkriti sebi lastno duhovnost in njen vpliv na delo s hudo bolnimi in umirajočimi	Vzpostavljanje odnosov in pomen komunikacije v paliativni oskrbi

Naslov	Duhovnost v paliativni oskrbi	Osebna duhovnost oskrbovalcev hudo bolnih in umirajočih	Komunikacija v paliativni oskrbi
Vsebina	Biografija Cicely Saunders, zgodbi Davida Tasma in bolnice gospe Hinson	Frankl: zgodba mladega bolnika/ gospe Kotek, Ars Moriendi (Leget, van Leuween)	Duhovni viri moči – model vetrnice, svoboda za odločanje, verbalna in neverbalna komunikacija, nič delati in to delati dobro, 2Q-SAM
Evalvacija	Test prej in potem: SSCRS, knjiga <i>Čujte z menoj</i> – esej pred nadaljevalnim seminarjem	Test prej in potem: SSCRS in/ali SCRS, knjiga <i>Kljub vsemu reči življenju da</i> – esej pred nadaljevalnim seminarjem	Test prej in potem, odkrivanje lastnih virov moči, (samo)refleksija, primer uporabe orodja pred nadaljevalnim seminarjem
Kompetence	Prepoznavanje duhovne dimenzije hudo bolnih in umirajočih, okrepitev percepcije duhovnih potreb, duhovne bolečine, duhovne oskrbe	Čuteče odzivanje na svoja in duhovna vprašanja stanovalcev in njihovih bližnjih, odkrivanje poslanstva v svojem delu	Sočutna prisotnost, vzpostavljanje odprtih odnosov, poznavanje svojih omejitev
Osnovna metoda	Enodnevna delavnica, aktivno sodelovanje, dolgi odmori	Enodnevna delavnica, (samo) refleksija, dolgi odmori	Enodnevna delavnica, primeri iz prakse, dolgi odmori
Nadaljevalna metoda	Enodnevni seminar z refleksijo, ki jo vodi specialist duhovne oskrbe	Enodnevni seminar z refleksijo	Enodnevna delavnica – sokratski dialog o uporabi predstavljenih orodij
Potrdilo	Po pridobljeni verifikaciji programa	Po pridobljeni verifikaciji programa	Po pridobljeni verifikaciji programa
Po zaključku	Vsaki šest mesecev osvežitveno srečanje/ duhovni odmik, blog	Vsaki šest mesecev osvežitveno srečanje/ duhovni odmik, blog	Vsaki šest mesecev osvežitveno srečanje/ duhovni odmik, blog

Po predlogu Smernic so v Domu sv. Jožef v Celju v letih 2022 in 2023 izvedli prva modula, ki so ju udeleženci ocenili zelo dobro (4,7).

Enako pomembno kakor izobraževanje, ki bo okrepilo kompetence in sposobnost osebja za zagotavljanje kulturne holistične oskrbe, ki temelji na duhovni oskrbi, je tudi pripravljenost institucij, ki oskrbujejo bolnike, da so odprte za izvajanje duhovne oskrbe in z organizacijskimi ukrepi podprejo njeno izvajanje (Vandenhoeck, 2013, str. 555; Holyoke in Stephenson, 2017, str. 8; Gautam idr., 2019, str. 219). Tudi oskrbovalci imajo duhovne potrebe, skrbi ali trpljenje (Delgado, 2014, str. 310). Tako bi institucije morale skrbeti za duhovno rast, duhovno oskrbo osebja, bodisi z organizacijo dnevnih srečanj, supervizije, duhovnih odmikov.

4 ZAKLJUČEK

Paliativni pristop stanovalcem domov za starejše in njihovim bližnjim omogoča ohranjanje optimalne kakovosti življenja vse do njegovega izteka. Presega zgolj oskrbo umirajočih, osredotočanje na umiranje in smrt, saj z

interdisciplinarnim pristopom odgovarja na vprašanje, kako zagotavljati kakovostno oskrbo ob koncu življenja, vse do njegovega izteka. Pri tem spoštuje definicijo kakovosti življenja, ki jo zase sprejeme vsak sam stanovalec sam.

Na končnost življenja odgovarja vsak sam. Pri tem se sooča s temeljnimi življenjskimi vprašanji, tudi o smislu **življenja**. V sekularizirani družbi lahko logoterapija z nevtralnim verskim odnosom ponudi odgovor za duhovno oskrbo, ki jo usmerja bolnik. Logoterapija pomaga pri iskanju smisla življenja preko odkrivanja bolnikom lastnih vrednot.

Osebe mora izoblikovati osebna prepričanja preden pristopi k bolnim in/ali umirajočim. Duhovno bistvo človeka, ostaja ne glede na življenjsko obdobje ali potek bolezni nedotaknjeno. Z zavedanjem o »notranjih resnicah« lahko osebe bolnikom omogoči prepoznavanje njihove lastne modrosti, povezanost in dobro počutje. S pogovorom o povezanosti, smislu in transcendentnem lahko osebe bolniku pomaga sprejemati novo realnost in odkrivati smisel.

LITERATURA

- Anandarajah Gowri, Janet Roseman, Danny Lee in Nupur Dhandhanian (2016). A 10-Year Longitudinal Study of Effects of a Multifaceted Residency Spiritual Care Curriculum: Clinical Ability, Professional Formation, End of Life, and Culture. V: *Journal of Pain and Symptom Management*, letnik 52, št. 6, str. 859-872.
- Balboni Tracy Ann, George Fitchett, George F. Handzo, Kimberly S. Johnson, Harold G. Koenig, Kenneth I. Pargament, Christina M. Puchalski, Shane Sinclair, Elizabeth J. Taylor in Karen E. Steinhauser (2017). State of Science of Spirituality and Palliative Care Research Part II: Screening, Assessment, and Interventions. V: *Journal of Pain and Symptom Management*, letnik: 54, št. 3, str. 441-453.
- Baldacchino Donia (2015). Spiritual Care Education of Health Care Professionals. V: *Religions*, letnik 6, št. 2, str. 594-613.
- Best Megan, Carlo Leget, Andrew Goodhead in Piret Paal (2020). An EAPC White Paper on Multi-Disciplinary Education for Spiritual Care in Palliative Care. V: *BMC Palliative Care*, letnik 19, št. 1.
- Çetinkaya Bengü in Arife Azak (2013). Nurses' Perceptions of Spirituality and Spiritual Care. V: *Australian Journal of Advanced Nursing*, letnik 31, št. 1.
- Chen Mei-Li, Yi-Heng Chen, Li-Chan Lin in Li-Lan Chuang (2020). Factors Influencing the Self-Perceived Competencies in Spiritual Care of Nurses in the Long-Term Care Facilities. V: *Journal of Nursing Management*, letnik 28, št. 6, str. 1286-1294.
- Clark David (1999). »Total Pain«, Disciplinary Power and the Body in the Work of Cicely Saunders, 1958-1967. V: *Social Science & Medicine*, letnik 49, št. 6, str. 727-736.
- Delgado-Guay M.O. (2014). Spirituality and religiosity in supportive and palliative care. V: *Current opinion in supportive and palliative care*, letnik 8, št. 3, str. 308-313.
- Egan Richard, Rebecca Llewellyn, Brian Cox, Rod MacLeod, Wilfred McSherry in Philip Austin (2017). New Zealand Nurses' Perceptions of Spirituality and Spiritual Care: Qualitative Findings from a National Survey. V: *Religions*, letnik 8, št. 5, str.: 79.
- Frankl Viktor E. (2014). *Volja Do Smisla: Osnove in Raba Logoterapije*. Prevedel Jože Stabej. Celje: Celjska Mohorjeva družba : Društvo Mohorjeva družba.
- Gautam Sital, Stephen Neville in Jed Montayre (2019). What Is Known about the Spirituality in Older Adults Living in Residential Care Facilities? An Integrative Review. V: *International Journal of Older People Nursing*, letnik 14, št. 2, e12228.
- Holyoke Paul in Barry Stephenson (2017). Organization-level principles and practices to support spiritual care at the end of life: a qualitative study. V: *BMC Palliative Care*, letnik 16, št. 16, str. 24.

- Kristovič Sebastjan (2014). *Reševanje krize smisla sodobnega človeka: osnove logoterapije*. Celje: Celjska Mohorjeva družba: Društvo Mohorjeva družba.
- Lukas Elisabeth (2017). *Vse se uglasi in izpolni. Logoterapija v poznejšem življenjskem obdobju*. Celje: Celjska Mohorjeva družba: Društvo Mohorjeva družba (Zbirka Smisel).
- McSherry, Wilfred in Steve Jamieson. 2013. The Qualitative Findings from an Online Survey Investigating Nurses' Perceptions of Spirituality and Spiritual Care. V: *Journal of Clinical Nursing* 22(21–22): 3170–3182.
- Meredith Pamela, Judith Murray, Trish Wilson, Geoff Mitchell in Richard Hutch (2012). Can Spirituality Be Taught to Health Care Professionals?. V: *Journal of Religion and Health*, letnik: 51, št. 3, str. 879–889.
- Paal Piret, Eckhard Frick, Traugott Roser in Guy Jobin (2017). Expert Discussion on Taking a Spiritual History. V: *Journal of Palliative Care*, letnik 32, št. 1, str. 19–25.
- Puchalski Christina M. (2015). Spirituality in Geriatric Palliative Care. V: *Clinics in Geriatric Medicine*, letnik 31, št. 2, str.: 245–252.
- Ross Linda in Wilfred McSherry (2018). The power of two simple questions. V: *Nursing Standard*, letnik 33, št. 9, str. 78–80.
- Rykkje Linda, Margrethe Bakstad Søvik, Linda Ross, Wilfred McSherry, Pamela Cone in Tove Giske (2021). Educational Interventions and Strategies for Spiritual Care in Nursing and Healthcare Students and Staff: A Scoping Review. V: *Journal of Clinical Nursing*. V: <https://doi.org/10.1111/jocn.16067> (1. januar 2022).
- Sanders Lynne, Sharon Kopis, Carolyn Moen, Angela Pobanz in Fred Volk (2016). Perceptions of Spirituality and Spiritual Care in Religious Nurses. V: *Journal of Christian Nursing*, letnik 33, št. 4, str. 214–219.
- Saunders Cicely (1964). The symptomatic treatment of incurable malignant disease. V: *Prescribers' Journal*, letnik 4, št. 44, str. 68–73.
- Saunders Cicely (1970). *Cicely Saunders. Selected Writings. 1958–2004*. Oxford Scholarship Online. V: <https://oxford.universitypressscholarship.com/view/10.1093/acprof:oso/9780198570530.001.0001/acprof-9780198570530> (23. december 2021).
- Saunders Cicely (1988). Spiritual Pain. V: *Journal of Palliative Care*, letnik 4. št. 3, str. 29–32.
- Saunders Cicely (2001). The evolution of palliative care. V: *Journal of the Royal Society of Medicine*, letnik 94, št. 9, str. 430–432.
- Saunders Cicely (2005). Watch With Me. V: <http://endoflifestudies.academicblogs.co.uk/wp-content/uploads/sites/22/2014/04/Watch-with-Me-full-text-2005.pdf> (10. oktober 2018).
- Saunders Cicely (2020). *Čujte z menoj*. Celje, Ljubljana: Celjska Mohorjeva družba. Društvo Mohorjeva družba.
- Švab Kavčič, Irena (2023a). Percepcija duhovnosti in duhovne oskrbe pri zaposlenih v slovenskih domovih za starejše. V: *Bogoslovni vestnik*, letnik 83, št. 1, str. 195–197.
- Švab Kavčič, Irena. (2023b). Percepcija duhovnosti in duhovne oskrbe pri zaposlenih v paliativni oskrbi stanovalcev slovenskih domov za starejše. *Doktorska disertacija*. Maribor: Alma Mater Europea University.
- Vandenhoeck Anne (2013). Chaplains as specialists in spiritual care for patients in Europe. V: *Polish Archives of Internal Medicine*, letnik: 123, št. 10, str. 552–557.
- Voetmann Sara Stage, Niels Christian Hvidt in Dorte Toudal Viftrup (2022). Verbalizing Spiritual Needs in Palliative Care: A Qualitative Interview Study on Verbal and Non-Verbal Communication in Two Danish Hospices. V: *BMC Palliative Care*, letnik 21, št. 1, str. 3.
- Wilkinson Peter J. in Peter G. Coleman (2010). Strong Beliefs and Coping in Old Age: A Case-Based Comparison of Atheism and Religious Faith. V: *Ageing & Society*, letnik: 30, št. 2, str. 337–361.

Naslov avtorice:

Dr. Irena Švab Kavčič: irena.svabkavcic@gmail.com

Alen Sajtl

Kakovostno staranje kljub telesnim in duševnim omejitvam

POVZETEK

V preglednem znanstvenem članku sem ugotavljal, ali lahko kakovost staranja pri posameznikih ocenjujemo zgolj na podlagi prisotnosti ali odsotnosti telesnih ali duševnih omejitev. Za odgovor na zastavljeno vprašanje sem opravil splošen pregled literature v spletnih bazah podatkov PubMed in Web of Science Core Collection. Iskanje relevantnih virov je potekalo preko ključne besedne zveze v angleškem jeziku »successful ageing despite disability«. V pregled literature so bili vključeni vsi viri, ki obravnavajo tako kakovostno staranje kot kakršnokoli obliko telesne ali kognitivne prikrajšanosti. Na koncu je bilo v pregledni članek vključenih sedem prispevkov.

Iz pregledanih virov je razvidno pomanjkanje raziskav, ki proučujejo odnos med kakovostnim staranjem in specifičnim obolenji. Je pa relativno dobro raziskano področje krhkosti (frailty), kjer gre za splošno zmanjšanje telesnih in/ali kognitivnih zmožnosti. Prav tako je na voljo veliko podatkov o stoletnikih, ki imajo običajno več telesnih in kognitivnih izgub. Plodno je tudi področje, ki proučuje razloge za subjektivno kakovostno staranje, kljub objektivnim (telesnim ali duševnim) omejitvam.

Glede na zbrano literaturo lahko zaključim, da samo objektivna ali subjektivna mera kakovostnega staranja nista dovolj za primerno oceno kakovostnega staranja. Le kombinacija objektivnih in subjektivnih meril je lahko merodajna in učinkovito prispeva k razvoju intervencij, ki bi spodbujale kakovostno staranje.

Ključne besede: kakovostno staranje, zmanjšane telesne in kognitivne zmožnosti, krhkost, stoletniki, varovalni dejavniki

AVTOR

Alen Sajtl (1984) je univerzitetni diplomirani psiholog in doktorski študent socialne gerontologije (AMEU), zaposlen na Inštitutu Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje. Po končanem študiju je delal kot koordinator aktivnosti na področju duševnega zdravja in dela s starejšimi ljudmi. Na Inštitutu se posveča predvsem raziskovalnemu delu, razvoju starosti prijaznih skupnosti ter preventivnem socialno varstvenem programu Staranje brez nasilja.

ABSTRACT

Quality ageing despite physical and mental limitations

In this review article, I investigated whether the quality of ageing in individuals can be assessed solely based on the presence or absence of physical or mental limitations. To answer the question, I conducted a general literature review in PubMed and Web of Science Core Collection online databases. Relevant sources were searched using the key phrase in English “successful aging despite disability”. The literature review included all sources dealing with both quality ageing and any form of physical or cognitive disability. In the end, seven papers were included in the review article.

The sources reviewed show a lack of research examining the relationship between quality ageing and specific conditions. However, the area of frailty, which refers to a general decline in physical and/or cognitive abilities, is relatively well researched. There is also a wealth of data on centenarians, who tend to have more physical and cognitive loss. Another fruitful area is that of studying the reasons for subjective qualitative ageing, despite objective (physical or mental) limitations.

In the light of the literature, I concluded that objective or subjective measures of Quality of Ageing alone are not sufficient to adequately assess Quality of Ageing. Only a combination of objective and subjective measures can be meaningful and contribute effectively to the development of interventions to promote quality ageing.

Keywords: successful ageing, reduced physical and cognitive abilities, frailty, centenarians, protective factors

AUTHOR

Alen Sajtl (1984) is a university graduate psychologist and doctoral student of social gerontology (AMEU), working at the Anton Trstenjak Institute for Gerontology and Intergenerational Coexistence. After graduation, he worked as a coordinator of activities in the field of mental health and work with older people. At the Institute, he focuses on research, the development of age-friendly communities and the preventive social care programme Ageing without Violence.

1 UVOD

Kakovostno staranje (successful ageing) velja med raziskovalci za sprejeto mero kakovosti posameznikovega življenja. Kljub temu, da gre v dobesednem prevodu za uspešno staranje, sem se odločil za rabo v slovenščini bolj uveljavljenega izraza kakovostno staranje. Kakovostno staranje je namreč širši

pojem, »ki upošteva celotnega človeka z vsemi njegovimi razsežnostmi in potrebami, zmožnostmi, možnostmi in nalogami« (Ramovš, 2003). Hkrati je celostna in bolj vključujoča opredelitev tudi trenuten trend na področju kakovostnega staranja.

Kljub relativno dolgi zgodovini pa glavna pomanjkljivost kakovostnega staranja ostaja odsotnost enotne opredelitve. Tako sta (Depp & Jeste, 2006) *gender, education, and social contacts* v 28 objavljenih člankih našla kar 29 različnih opredelitev kakovostnega staranja (v nadaljevanju KS). Ugotovila sta, da je bila najpogostejša sestavina opredelitev KS invalidnost in/ali telesno delovanje ($n = 26$ opredelitev), ki ji je sledilo kognitivno delovanje ($n = 13$). Socialno in produktivno delovanje je bilo vključeno le v osmih študijah, prisotnost bolezni pa v šestih študijah. Sčasoma so KS razlagali na toliko načinov, da je splošno sprejeto, da ni standardne opredelitve. Pomanjkanje dosledne opredelitve ima tudi praktične posledice, saj otežuje primerjave. V eni študiji je lahko spremenljivka vključena kot del opredelitve KS, v drugi študiji pa je ista spremenljivka morda obravnavana kot pojasnjevalni dejavnik.

Kljub temu pa za prvo pravo opredelitev KS velja model, ki sta ga zastavila Rowe & Kahn (1987); v njem sta predlagala, da sta za visoko raven delovanja potrebni tako duševna kot telesna sposobnost, ki sta neodvisni druga od druge, tretji dejavnik pa je aktivna vključenost v življenje. Predlagala sta, da so tri komponente njunega modela relativne in da so odnosi med njimi do neke mere hierarhični. V odsotnosti bolezni in invalidnosti je lažje ohranjati duševne in telesne funkcije, kar posledično omogoča vključenost v življenje (Rowe & Kahn, 2015). Poleg dela Rowea in Kahna je bilo le malo opredelitev, ki bi bile tako izčrpne, kar deloma tudi pojasnjuje razširjenost njunega modela.

Med študijami, ki sta jih izpostavila (Depp & Jeste, 2006) *gender, education, and social contacts* in ki so imele celovito opredelitev KS, se je razpon posameznikov, opredeljenih kot uspešno starajočih, gibal od 0,4 do 95,0 odstotka, s povprečjem 35,8 odstotka. Ta razlika je posledica raznolikosti študij in uporabljenih merskih instrumentov. V nasprotju s celovitimi modeli KS so bile v več študijah za prepoznavanje posameznikov, ki se kakovostno starajo, uporabljene tudi samoocenjevalne lestvice. Te študije so odkrito nasprotovale modelu Rowea in Kahna, ker so preveč omejujoče v smislu prepoznavanja posameznikov, ki se kakovostno starajo. Model KS Rowea in Kahna temelji na predpostavki, da mora posameznik izpolnjevati vsa tri merila iz modela, da bi bil opredeljen kot uspešen, oziroma da lahko rečemo, da se kakovostno stara.

Na področju kakovostnega staranja je torej ključno vprašanje, kako ga meriti; ali naj se uporabljajo kvantitativne ali kvalitativne metode. Nekatere študije so

primerjale udeležence, ki so ali niso izpolnjevali objektivnih meril za uspešno staranje, vendar niso raziskovale razlogov za neskladje med različnimi merili (Pruchno idr., 2010).

Priporočen je bil tudi kombinirani pristop, pri katerem je treba vzporedno uporabljati objektivne in subjektivne ukrepe. Strawbridge idr. (2002) so ugotovili, da se je polovica (50,3 %) starejših oseb, vključenih v njihovo študijo, močno strinjala z izjavo »kakovostno se staram«, medtem ko je manj kot petina udeležencev (18,8 %) izpolnjevala objektivna merila, kar nakazuje, da objektivna merila morda niso dovolj.

Različni avtorji so torej mnenja, da je uspešno staranje mogoče doseči tudi v neugodnih zdravstvenih razmerah. Z razvojem literature o KS se je povečalo tudi zanimanje za to, v kolikšni meri se uspešno starajo številne populacije, ki so bile prej izključene iz preučevanja. Kvalitativni, subjektivni pristop omogoča upoštevanje posameznikov, ki na uspeh gledajo kot na proces prilagajanja, in lahko dopolnijo opredelitve raziskovalcev.

Čeprav se kronična stanja in telesna invalidnost s starostjo povečujejo, se je le malo študij posebej osredotočilo na starejše z invalidnostjo v poznem življenjskem obdobju. Tako edinstveni pogledi starejših invalidov, zlasti tistih, ki menijo, da se uspešno starajo, niso dobro opisani in jih je treba razumeti.

2 KRHKOST IN KAKOVOSTNO STARANJE

Oprelitev krhkosti (frailty) je veliko, običajno pa gre za osebo starejšo od 65 let, ki je pri vsakodnevnih opravilih odvisna od drugih in potrebuje oskrbo v institucijah ali na splošno. Za merjenje krhkosti je bilo razvitih več instrumentov. Strawbridge idr. (2002) so krhkost ocenili s pomočjo štirih področij: telesnega delovanja, kognitivnega delovanja in senzoričnih težav ter prehranjevanja.

Večina raziskav o krhkosti se osredotoča na primanjkljaje in tveganja za škodljive izide. Vendar pa nekateri krhki starejši ljudje poročajo o nizki kakovosti življenja, drugi pa o relativno visoki kakovosti življenja. Cilj raziskave van der Vorst idr. (2017) je bil pojasniti razlike med višjimi in nižjimi ravni kakovosti življenja, s posebnim zanimanjem za opredelitev prednosti, ki jih imajo krhki starejši ljudje z višjo kakovostjo življenja.

Ker imajo lahko krhki starejši ljudje še vedno dobro zaznано kakovost življenja, je to lahko pomembno izhodišče za pristop, ki temelji na zmožnostih in ne na omejitvah. Prejšnje raziskave so na primer pokazale, da je skoraj 50 % udeležencev, ki so bili prepoznani kot krhki, vsaj na telesnem področju še vedno poročalo o dobrem do odličnem kakovostnem staranju (Ament idr., 2014).

V primerjavi s starostniki z nižjo kakovostjo staranja so bili krhki starostniki z višjo kakovostjo staranja bolj zadovoljni s svojo socialno mrežo, poročali so o večjem smislu v življenju, imeli so več želja in pričakovanj v prihodnosti, želeli so biti koristni in pomagati drugim (van der Vorst idr., 2017).

Zanimiva je bila primerjava obeh skupin pri soočanju s težavami. Udeleženci v obeh podskupinah so kot pomembne dejavnike za soočanje s težavami navedli sprejemanje, aktivno reševanje težav (npr. urjenje spomina in ohranjanje telesne dejavnosti), izražanje čustev/občutkov, optimizem, vero, iskanje razvedrila (npr. ukvarjanje z hobiji) in primerjanje s tistimi v slabšem položaju.

Vendar so se nekatere strategije za reševanje težav zdele bolj razširjene v podskupini z visokim KS. Udeleženci so na primer zamenjali dejavnosti (npr. »Včasih sem se še vedno lahko vozil s kolesom, zdaj obiskujem tovariše, prijatelje in družino«). Aktivno so iskali socialno podporo pri prijateljih in družinskih članih, prav tako je več udeležencev uporabljalo pripomočke v primerjavi s podskupino z nizkim KS, kar jim je dejansko omogočilo, da so počeli stvari, ki so jih želeli. Poleg tega so se udeleženci z višjo ravniyo kakovosti življenja trudili, da se ne bi ukvarjali s preteklostjo ali stvarmi, ki jih ne morejo več početi. Namesto tega so se osredotočili na pozitivne vidike, npr. na tisto, kar še vedno lahko počnejo (van der Vorst idr., 2017).

Zanimiva je tudi raziskava (Chou idr., 2012), kjer se je v intervjujih razkriilo bistvo izkušenj starejših udeležencev s krhkostjo, ki sovпада s konceptom kakovostnega staranja. Izpostavljene teme so bile splošna telesna zmogljivost, psihološko zdravje in fiziološko zdravje. Kar zadeva fizično delovanje, so vsi udeleženci na objektivnem testu dosegli odličen rezultat, kar kaže na popolno neodvisnost pri vsakdanjih opravilih, kljub temu pa so se vsi samoocenjevali za krhke. Glavni razlog za to pomanjkanje samostojnosti ni bila krhkost, temveč družinski člani, ki so se odzvali na staranje udeležencev in v njihovem imenu poskrbeli za večino stvari. Stopnja odvisnosti se je izkazala za ključno pri zaznavanju krhkosti pri starejših (Chou idr., 2012).

Zdi se, da imajo krhki starejši ljudje z višjo kakovostjo staranja boljše in učinkovitejše načine spoprijemanja in/ali prilagajanja težavam. Tudi pretekle raziskave so pokazale, da se starejši, ki so bili razvrščeni kot šibki, ne dojemaajo vedno kot šibki, zato lahko »doživljanje krhkosti« vpliva tudi na njihovo samooceno kakovosti staranja (Puts idr., 2007).

3 KAKOVOSTNO STARANJE STOLETNIKOV

Visoko starost običajno spremljajo tudi zmanjšane telesne in kognitivne sposobnosti, ki so lahko del kroničnih bolezni ali naravnega upada zmožnosti.

In res je prav starost dejavnik, ki najbolj dosledno napoveduje KS. Z naraščajočo starostjo nastopi dramatičen upad v KS (Depp & Jeste, 2006). Vendar so nove študije, ki temeljijo na bolj psihološkem pristopu, predstavile zavidljivo sposobnost nekaterih zelo starih posameznikov, da premagujejo preizkušnje in se prilagajajo izzivom visoke starosti.

Študije, ki so se osredotočile na objektivni vzorec uspešnosti stoletnikov, so ugotovile, da jih ob uporabi objektivnih meril ne moremo zlahka uvrstiti med starostnike, ki se kakovostno starajo. V študiji s 602 stoletnikoma iz italijanske študije o stoletnikih se je pokazalo, da tudi v skupini udeležencev brez posebne bolezni, ti niso ohranili nobene družabne ali produktivne dejavnosti, zato jih ni mogoče šteti za kakovostno starajoče se (Araújo idr., 2016).

V drugi študiji na vzorcu 234 stoletnikov iz študije Georgia Centenarian Study so (Cho idr., 2015) ugotovili, da je 29,5 % starostnikov imelo nizko verjetnost bolezni, 4,4 % je izpolnjevalo merila telesne in kognitivne zmogljivosti, 57,5 % pa je bilo vključenih v življenje, vendar tudi v tej raziskavi nobeden od stoletnikov ni izpolnjeval vseh treh sestavin uspešnega staranja. Tako ne preseneča, da so ti avtorji predlagali alternativni model, osredotočen na psihosocialne vidike (tj. subjektivno zdravje, zaznani ekonomski status in sreča), zaradi česar se skoraj polovica (47,5 %) stoletnikov te raziskave šteje za kakovostno se starajoče.

Rezultati potrjujejo ugotovitve predhodnih raziskav, da bo odstotek stoletnikov, ki izpolnjujejo subjektivna merila uspešnega staranja, višji od odstotka, ki izpolnjuje objektivna merila pri komponentah, povezanih z zdravjem, ki jih navajata Rowe in Kahn, ne pa tudi pri dejavnem vključevanju v življenje (McLaughlin idr., 2010). Rezultati kažejo tudi, da je razširjenost KS pri najstarejših starostnikih kljub upoštevanju subjektivnih meril zelo nizka, kar potrjuje izrazito manjše možnosti za kakovostno staranje z naraščajočo starostjo (McLaughlin idr., 2010).

Cho idr. (2015) so z analizo izkušenj stoletnikov in osemdesetletnikov ugotovili, da le redki starejši ljudje lahko ohranijo visoko raven delovanja, da bi jih lahko označili za kakovostno starajoče. Podobno ugotavljajo Andersen - Ranberg idr. (2001), ki trdijo, da zdravi stoletniki ne obstajajo, avtonomni pa, kar kaže, da ima dolgoživost lahko svojo ceno. Poleg tega bi zelo malo stoletnikov uvrstili med »uspešne« po merilih Rowea in Kahna.

Preučevanje življenja in vzorcev stoletnikov razkriva veliko heterogenost med posamezniki, ugotovitve pa kažejo na potrebo po upoštevanju dodatnih meril, ki širijo koncepte in večdimenzionalne vidike KS med najstarejšimi odraslimi. Konkretno za skupino stoletnikov lahko takšen pristop raziskovalcem pomaga pridobiti globlji vpogled v to, kako ta posebna skupina dosega

kakovostno staranje tudi v pogojih fizičnih zdravstvenih omejitev, invalidnosti in družbenih omejitev. Zato je upravičena širša opredelitev kakovostnega staranja, ki bo bolj usmerjena v proces (Araújo idr., 2016).

4 PRILAGODITVE, KI OMOGOČAJO KAKOVOSTNO STAROST

4.1 MODEL SELEKTIVNE OPTIMIZACIJE S KOMPENZACIJO

Kadar je govora o alternativni prevladujočemu modelu Rowe in Kahna, ne moremo mimo modela selektivne optimizacije in kompenzacije. Avtorja modela Baltes in Baltes (1990) vidita kakovostno staranje kot prilagoditveni proces, pri katerem starejši ohranjajo subjektivni občutek dobrega počutja in kakovostnega staranja. Ugotavljata, da imajo starejši ljudje sposobnost kompenzacije očitnih izgub s pomočjo nadomestnih procesov (tj. zunanjih pripomočkov in/ali pomoči drugih), ki omogočajo izvajanje fizičnih nalog na nov način. Če je splošni poudarek še vedno na doseganju ciljev in če starejši za dokončanje naloge uporablja nadomestne metode, se lahko še vedno kakovostno stara (Baltes & Baltes, 1990).

4.2 PROŽNOST (RESILIENCE)

Kljub zmanjšanim zmožnostim v različnih okoliščinah običajno najdemo izjeme, ki se teoriji in objektivnim kriterijem navkljub kakovostno starajo. Temu primerno so dobro raziskani tudi ključni dejavniki KS. Med najpogostejše omenjenimi varovalnimi dejavniki, ki omogočajo kakovostno staranje je zgotovo prožnost (resilience), ki se običajno opisuje kot odziv na akutne stresne dejavnike, vendar je lahko pomemben vidik ohranjanja kakovosti življenja kljub s staranjem povezanimi telesnimi in duševnimi izgubami (Jeste idr., 2013).

V raziskavi (Jeste idr., 2013) je bila povprečna samoocena KS 8,2 (od 10), pri čemer je bila višja starost povezana z višjo oceno, kljub slabšemu telesnemu in kognitivnemu delovanju.

Model, ki je v tej raziskavi najbolje napovedoval KS, je vključeval večjo prožnost, boljše telesno zdravje, višjo starost ter manjšo depresivnost. Čeprav je bila v analizah samoocena uspešnega staranja povezana s telesnim zdravjem in kognitivnim delovanjem, ki s starostjo običajno upadata, je bila v tej raziskavi višja starost povezana z višjo samooceno uspešnega staranja. Prožnost in v nasprotni smeri depresivnost sta pokazala pomemben vpliv na KS primerljivo z vplivom telesnega zdravja (Jeste idr., 2013).

Čeprav iz presečnih podatkov ni mogoče sklepati o vzročni povezanosti, imata lahko povečanje prožnosti in zmanjšanje depresije enako močan učinek na uspešno staranje kot zmanjšanje telesne invalidnosti. Ni pa na primer jasno

ali večja prožnost vodi k bolj kakovostnem staranju po lastni oceni ali obratno. Popolno telesno zdravje ni niti nujno niti zadostno za kakovostno staranje, kot ga opredeljujejo starejši sami. Njihova celostna samoocena vključuje močan poudarek na psiholoških dejavnikih, kot so prožnost, optimizem in dobro počutje, skupaj z odsotnostjo depresije (Jeste idr., 2013).

4.3 VAROVALNI DEJAVNIKI STOLETNIKOV

Raziskave mehanizmov in atributov povezanih s to pozitivno prilagoditvijo stoletnikov poudarjajo predvsem osnovne dejavnike (npr. stopnja izobrazbe, delovna usposobljenost), psihološke attribute (npr. samoreferenčna prepričanja, odnos do življenja) ter socialne in ekonomske vire (npr. socialna mreža, dohodek) (Jopp & Rott, 2006).

Prosti čas in produktivne družbene dejavnosti se v prejšnjih študijah med stoletniki nista pojavljala kot pomembna dejavnika KS. Tako zdravi in samostojni stoletniki z dobrimi telesnimi in kognitivnimi sposobnostmi pogosto nimajo družbenih dejavnosti in široke socialne mreže, a se kljub temu po njihovem mnenju kakovostno starajo (Carstensen, 1992).

4.4 MEDKULTURNE RAZLIKE V DOŽIVLJANJU OMEJITEV

Koncept KS pri različnih populacijah ni bil dobro raziskan, še posebej manjkajo podatki o povezanosti telesnih in duševnih omejitev s KS. V eni od redkih tovrstnih raziskav so v različnih rasnih/etničnih skupinah ugotavljali podobnosti in razlike z drugimi raziskavami. Ugotovili so, da Azijci na primer, v primerjavi z drugimi rasnimi/etničnimi skupinami pogosteje poudarjajo povezavo med razgledanostjo in zdravjem, družino in tem, da imajo malo zdravstvenih težav. Med Latinoameričani ni bilo ugotovljenih vsebinskih razlik, vendar ugotavljajo, da se v primerjavi z belci pogosteje opredelijo za stare in poročajo o večjem poslabšanju zdravja s staranjem, kar bi lahko vplivalo tako na njihovo subjektivno kot objektivno merilo KS. Kot pomemben del KS se je izkazala tudi izobrazba, saj se niso mogli šteti za kakovostno postarane, če niso imeli več kot osnovnošolske izobrazbe. Ugotavljajo tudi, da obstajajo kulturne in strukturne ovire za KS, saj razlike v zdravju, dostopu do zdravstvenega varstva in akulturaciji vplivajo na sposobnost starejših Latinoameričanov za KS, zlasti če se uporabljajo objektivna merila (Romo idr., 2013).

Medkulturna študija je izpostavila predvsem tri teme, katerih uspešno reševanje vodi v kakovostno staranje kljub omejitvam:

- **Prilagajanje na novo resničnost.** Za sprejemanje staranja in prilagajanje starostnim spremembam so uporabljali različne strategije spoprijemanja. Ključno za priznavanje nove realnosti je bilo stališče, da je staranje

neizogiben naravni proces, ki vključuje s starostjo povezane zmanjšane zmožnosti.

- **Sprejemanje pomoči** je vključevalo priznanje, da nekaterih stvari starejši ne morejo več narediti sami, zato se morajo zanašati na druge. Vendar pa so se starejši raje zanašali na pomoč vlade ali organizacij kot na družino ali prijatelje. Stiska, da so družini v breme, je pri teh udeležencih očitna in jo dojemajo kot oviro za KS. Ena izmed študij je pokazala, da starejši ljudje raje prejemajo podporo, ki izboljšuje njihovo samostojnost in dobro počutje, namesto intervencij, ki se osredotočajo na boleznin in disfunkcije. Poleg tega ne marajo pristopa, v katerem se vsak starejši dojema kot oseba s tveganjem za primanjkljaj (Lette idr., 2015).
- **Primerjava s tistimi, ki jim gre slabše.** Po tej teoriji (downward comparison theory) se ljudem, ki se primerjajo z drugimi, ki naj bi jim šlo slabše, izboljša razpoloženje (poveča se njihovo subjektivno počutje). Ljudje, ki se počutijo ogrožene, naj bi se najverjetneje primerjali navzdol, zlasti če se ne morejo neposredno soočiti z virom ogroženosti. Kot kognitivna prilagoditev je bila primerjava navzdol uporabljena za optimizacijo samopodobe in občutka dobrega počutja udeležencev in je skladna z ugotovitvami, da ima zaščitni učinek za starejše (Frieswijk idr., 2004). S primerjavo navzdol lahko starejši poudarijo pozitivne vidike svojega življenja ter izboljšajo svoje počutje in pogled na življenje.

Kot kaže študija starejši z invalidnostjo v poznem življenjskem obdobju pogosto uživajo v dobrem počutju in imajo občutek, da so se uspešno postarali. Prizadevanja za zmanjšanje bolezni in invalidnosti v poznem življenjskem obdobju so pomembna in jih ne smemo zanemariti; vendar je potrebno tudi zavedanje, da se vsakdo neizogibno stara in pri večini bo pred smrtjo nastopilo obdobje poslabšanja (Romo idr., 2013).

5 STARANJE Z INVALIDNOSTJO ALI STARANJE V INVALIDNOST

Ključnega pomena je, da modeli KS vključujejo tudi invalidno populacijo. Vendar številne sedanje opredelitve KS poudarjajo izogibanje invalidnosti in visoko stopnjo telesne zmogljivosti kot nujni pogoj za dobro počutje (Molton & Yorkston, 2017).

V eni od raziskav so razprave v fokusnih skupinah pokazale, da je KS oseb z dolgotrajno telesno invalidnostjo zapleten konstrukt, ki obsega več medsebojno

povezanih področij, vključno s psihološko odpornostjo in prilagoditvijo, avtonomijo, socialno povezanostjo ter razpoložljivostjo ustreznega in dostopnega zdravstvenega varstva (Molton & Yorkston, 2017).

A tudi tu so pomembne razlike predvsem med tistimi, ki se starajo z invalidnostjo ali se starajo v invalidnost. Starejši ljudje z dolgotrajno invalidnostjo prej doživijo omejitve in se nanje prilagodijo ter so celo bolje prilagojeni kot ljudje brez invalidnosti, ker so razvili določeno prožnost. Pojmi staranje, kakovostno staranje in invalidnost so bili v posameznikovih življenjskih izkušnjah združeni. Izkušnje udeležencev raziskave s staranjem in invalidnostjo so bile tesno povezane z izkušnjami in razlagami kakovostnega staranja in jih ni mogoče zlahka ločiti (Molton & Yorkston, 2017).

6 ZAKLJUČEK

Prispevek je sistematičen pregled izkušenj kakovostnega staranja z vidika starejših z določenimi omejitvami. Glavna ugotovitev je, da kakovostnega staranja ne smemo podcenjevati in ocenjevati le na podlagi odsotnosti bolezni. Kljub zelo raznolikim omejitvam, ki niso skladne s prevladujočimi opredelitvami, je veliko udeležencev različnih raziskav še vedno menilo, da so se kakovostno (po)starali.

Ljudje, ki se kakovostno starajo v težkih okoliščinah, so dokaz kljubovalne moči duha. Ključno je sprejemanje sprememb in prilagoditev na svoj življenjski položaj. Nekateri so s starostjo povezano nezmožnost sprejeli kot naravno in se ustrezno prilagodili svojim okoliščinam. Ti udeleženci so dosegli kakovostno staranje z osredotočenostjo na uspehe v svojem življenju in ne na svoje fizično stanje.

Čeprav je spodbudno, da se posamezniki ocenjujejo kot kakovostno starajoče osebe, to še ne zagotavlja, da res dosega ali ohranjajo visoko kakovost življenja. So pa ti rezultati subjektivnega doživljanja KS lahko koristni pri razvoju programov ali pa kot smernice zdravnikom in oskrbovalcem, ki jih zanima spodbujanje in ohranjanje zdravja ali upočasnitev napredovanja krhkosti. Ponudniki storitev bi lahko na primer pripomočke predstavili kot sredstvo za ohranjanje mobilnosti in ne kot znak večje odvisnosti.

Na splošno lahko iz pregleda zaključim, da je kombinirani model, ki uporablja objektivna in subjektivna merila, natančnejši način za ugotavljanje, kateri starejši ljudje se kakovostno starajo. Subjektivni rezultati so sicer vedno bolj verodostojni v raziskavah intervencij in storitev, a morajo temeljiti na realističnih pričakovanjih o tem, kaj je v visoki starosti sploh mogoče.

LITERATURA

- Ament B. H. L., De Vugt M. E., Verhey F. R. J., & Kempen G. I. J. M. (2014). Are physically frail older persons more at risk of adverse outcomes if they also suffer from cognitive, social, and psychological frailty? *European Journal of Ageing*, 11(3), 213–219. <https://doi.org/10.1007/s10433-014-0308-x>
- Andersen-Ranberg K., Schroll M., & Jeune B. (2001). Healthy Centenarians Do Not Exist, but Autonomous Centenarians Do: A Population-Based Study of Morbidity Among Danish Centenarians. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(7), 900–908. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2001.49180.x>
- Araújo L., Ribeiro O., Teixeira L., & Paúl C. (2016). Successful aging at 100 years: The relevance of subjectivity and psychological resources. *International Psychogeriatrics*, 28(2), 179–188. <https://doi.org/10.1017/S1041610215001167>
- Baltes P. B., & Baltes M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. V P. B. Baltes & M. M. Baltes (Ur.), *Successful Aging* (1. izd., str. 1–34). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511665684.003>
- Carstensen L. L. (1992). Motivation for social contact across the life span: A theory of socioemotional selectivity. *Nebraska Symposium on Motivation. Nebraska Symposium on Motivation*, 40, 209–254.
- Cho J., Martin P., Poon L. W., & for the Georgia Centenarian Study. (2015). Successful Aging and Subjective Well-Being Among Oldest-Old Adults. *The Gerontologist*, 55(1), 132–143. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu074>
- Chou H.-K., Yan S.-H., Lin I.-C., Tsai M.-T., Chen C.-C., & Woung L.-C. (2012). A pilot study of the telecare medical support system as an intervention in dementia care: The views and experiences of primary caregivers. *The Journal of Nursing Research: JNR*, 20(3), 169–180. <https://doi.org/10.1097/jnr.0b013e318263d916>
- Depp C. A., & Jeste D. V. (2006). Definitions and predictors of successful aging: A comprehensive review of larger quantitative studies. *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 14(1), 6–20. <https://doi.org/10.1097/01.JGP.0000192501.03069.bc>
- Frieswijk N., Buunk B. P., Steverink N., & Slaets J. P. J. (2004). The effect of social comparison information on the life satisfaction of frail older persons. *Psychology and Aging*, 19(1), 183–190. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.19.1.183>
- Jeste D. V., Savla G. N., Thompson W. K., Vahia I. V., Glorioso D. K., Martin A. S., Palmer B. W., Rock D., Golshan S., Kraemer H. C., & Depp C. A. (2013). Association between older age and more successful aging: Critical role of resilience and depression. *The American Journal of Psychiatry*, 170(2), 188–196. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12030386>
- Jopp D., & Rott C. (2006). Adaptation in very old age: Exploring the role of resources, beliefs, and attitudes for centenarians' happiness. *Psychology and Aging*, 21(2), 266–280. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.21.2.266>
- Lette M., Baan C. A., van den Berg M., & de Bruin S. R. (2015). Initiatives on early detection and intervention to proactively identify health and social problems in older people: Experiences from the Netherlands. *BMC Geriatrics*, 15(1), 143. <https://doi.org/10.1186/s12877-015-0131-z>
- McLaughlin S., Bonner G., Mboche C., & Fairlie T. (2010). A pilot study to test an intervention for dealing with verbal aggression. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 19(8), 489–494. <https://doi.org/10.12968/bjon.2010.19.8.47638>
- Molton I. R., & Yorkston K. M. (2017). Growing Older With a Physical Disability: A Special Application of the Successful Aging Paradigm. *The Journals of Gerontology: Series B*, 72(2), 290–299. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw122>
- Pruchno R. A., Wilson-Genderson M., & Cartwright F. (2010). A Two-Factor Model of Successful Aging. *Journals of Gerontology Series B-Psychological Sciences and Social Sciences*, 65(6), 671–679. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbq051>
- Puts M. T. E., Shekary N., Widdershoven G., Heldens J., Lips P., & Deeg D. J. H. (2007). What does quality of life mean to older frail and non-frail community-dwelling adults in the Netherlands? *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 16(2), 263–277. <https://doi.org/10.1007/s11136-006-9121-0>
- Ramovš Jože (2003). Kakovostna starost: socialna gerontologija in gerontagogika. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka in Slovenska akademija znanosti in umetnosti.

- Romo R. D., Wallhagen M. I., Yourman L., Yeung C. C., Eng C., Micco G., Pérez-Stable E. J., & Smith A. K. (2013). Perceptions of successful aging among diverse elders with late-life disability. *The Gerontologist*, 53(6), 939–949. <https://doi.org/10.1093/geront/gns160>
- Rowe J. W., & Kahn R. L. (1987). Human aging: Usual and successful. *Science* (New York, N.Y.), 237(4811), 143–149. <https://doi.org/10.1126/science.3299702>
- Rowe J. W., & Kahn R. L. (2015). Successful Aging 2.0: Conceptual Expansions for the 21st Century. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 70(4), 593–596. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbv025>
- Strawbridge W. J., Wallhagen M. I., & Cohen R. D. (2002). Successful aging and well-being: Self-rated compared with Rowe and Kahn. *The Gerontologist*, 42(6), 727–733. <https://doi.org/10.1093/geront/42.6.727>
- Van der Vorst A., Zijlstra G. A. R., De Witte N., Vogel R. G. M., Schols J. M. G. A., Kempen G. I. J. M., & D-SCOPE Consortium. (2017). Explaining discrepancies in self-reported quality of life in frail older people: A mixed-methods study. *BMC Geriatrics*, 17(1), 251. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0641-y>

Avtor:

Alen Sajtl: alen@iat.si

IZ GERONTOLOŠKE LITERATURE

Věra Suchomelová, Renata Tetourová, Lenka Lhotská, Jan Husák, Martin Kotecký, Jakub Stejskal (2022). *Virtual Reality and Its Use in Care Homes and Beyond*. V: <https://vireas.cz/en/virtual-reality-and-its-use-in-care-homes-and-beyond/>

VIRTUALNA RESNIČNOST PRI OHRANJANJU AKTIVNOSTI STAREJŠIH

Mnogi ljudje starost povezujejo z osamljenostjo. Če k temu, da smo stari, priključimo še starostno krhkost in posledično slabšo mobilnost, ki vodi v odvisnost od pomoči drugih in nemalokrat v namestitve v institucionalno varstvo, morda zares dobimo kombinacijo, ki vodi v osamljenost. Reševanja tega so se na Češkem lotili na svojstven način s projektom, ki so ga poimenovali *Navidezna resničnost pri ohranjanju aktivnosti starejših*; sofinanciran je bil z državno podporo Tehnološke agencije Češke republike v okviru programa ĚTA 2.

Navidezna resničnost (VR) pomeni uporabo računalniškega modeliranja in simulacije, ki omogoča interakcijo osebe z umetnim tridimenzionalnim vizualnim ali drugim senzoričnim okoljem. VR aplikacije potopijo uporabnika v računalniško ustvarjeno okolje, ki simulira realnost z uporabo interaktivnih naprav. Te se nosijo kot očala, slušalke, rokavice ali obleke za telo ter pošiljajo in prejemajo informacije. V tipični obliki si uporabnik, ki nosi čelado s stereoskopskim zaslonom ogleda animirane slike simuliranega

okolja. Iluzijo »biti tam« (telepresence) pa izvajajo senzoriji gibanja, ki zaznajo uporabnikovo gibanje in ustrezno prilagodijo pogled na zaslonu.

Namen projekta VIREAS je bil zagotoviti celovito rešitev za uporabo virtualne resničnosti kot sredstva za ohranjanje aktivnosti starejših ljudi, tako v stanovanjski kot domači oskrbi. Projekt je prinesel dva glavna rezultata: programsko opremo Virtual Experience Kit in konceptualni priročnik. Projekt je potekal v letih 2019–2022, partnerji projekta pa so bili: Teološka fakulteta Univerze Južne Češke v Čeških Budějovicah, Češki inštitut za informatiko, robotiko in kibernetiko ter Združenje za virtualno in razširjeno resničnost s. r. o. ob podpori Doma starejših Dobrá Voda, češkega ministrstva za delo in socialne zadeve, Doma starejših Mistra Křišťana in Gerontološkega centra.

Dejavnosti, ki jih ponudimo starejšim ljudem se morajo njim zdeti smiselne. Vključevati morajo povezanost z njihovo življenjsko zgodovino, spoštovati stopnjo in situacijo, v kateri se trenutno nahajajo, spodbujati samozavest in sprejemanje sebe, razvijati posameznikov skriti potencial in voditi k skladnemu razvoju osebnosti ter izpolnjevanju potreb na vseh področjih: telesnem, duševnem, socialnem in duhovnem.

Raziskovalci so v prvem delu projekta z uporabo vprašalnika izvedli anketiranje v več domovih za starejše in sicer raziskavo zanimanja za virtualno resničnost.

Podatke so zbrali v petnajstih ustanovah med 146 anketiranci starejšimi od 60 let, rezultat pa je v bistvu ponovil tuje študije. Starejši imajo najraje teme, ki nudijo naravno pokrajino, domača in tuja mesta ter teme z ljudmi iz sodobnega sveta. Nad pričakovano realnostjo so bili udeleženci prvih študij VIREAS (Virtual Reality in Keeping the Elderly Active) kritični do preveč stiliziranih in tujih elementov v animirani sceni gozda. Pričakovali so gozd, v katerega bi lahko vstopili, ga prepoznali. Motila sta jih neustrezna flora in favna ter precej »pravljična« podoba gozda. Po vnesenih popravkih so v nadaljnjem testiranju bolj realistično urejeni prizori spodbudili spomine na situacije iz resničnega življenja.

In rezultati – jasni interaktivni elementi v sceni skupaj s preprostimi kontrolami omogočajo starejšemu uporabniku, da izkusi, kaj pomeni biti pravi »gospodar situacije«. Težave z avtonomijo v virtualni izkušnji pa lahko povzročijo dolgotrajen občutek frustracije in zadrege; to je gospod Jakub (90) ocenil z besedami: »Bilo mi je všeč, le da sem imel težave s težo in otipljivostjo v svoji desni roki, ker imam zaradi kapi nekoliko paralizirano roko in sem zato zelo slabo nadzoroval gumb.« Virtualna resničnost bi morala vedno odpraviti kakršne koli fizične, senzorične ali kognitivne težave, ki jih ima starejši uporabnik in čim bolj podpreti človekov občutek sposobnosti, avtonomije in svobode.

Avtorji projekta zaključijo, da je pomembna ustrezna komunikacija z delavcem na dejavnosti pred, med in po izkušnji, če želijo dobiti ustrezen odziv

starejših ljudi po uporabi virtualne izkušnje. Vsekakor izkušnja prinaša starejšim pozitivna čustva, nove impulze in izpolnjevanje potreb. Ključno pri tem je nedvomno spodbujanje zavesti o dostojanstvu in vrednosti stanovalcev v domovih. Vsebina in oblika virtualne izkušnje se mora ujemati z interesnimi, čutnimi, kognitivnimi in motoričnimi ravni posameznika. Infantilna ali zmedena vsebina ali pa preveč zapleten krmilnik lahko starejšega uporabnika spravi v zadrego in ga odvrne od virtualne resničnosti.

Virtualna izkušnja lahko pomaga starejšim ljudem pri zaznavanju kontinuitete in enkratnosti lastne življenjske zgodbe. Vrnitev na mesta, povezana z otroštvom, delom in družinskim življenjem ali potovanjem v kraje, ki jih zaradi finančnih ali drugih razlogov ni mogoče obiskati, obuja veliko spominov in novih povezav. Pomaga jim lahko pri spoznanju, da so še vedno del skupnosti. Preko virtualne resničnosti je lahko uporabnik v stiku z zunanjim svetom, doživi vrvež ljudi in si ogleda, kaj je novega na svetu. Virtualna izkušnja mu daje možnost, da se zave transcendentnosti vsakdanjega življenja.

Stanovalci v raziskavi so cenili lepoto narave ali umetnih del, izražali hvaležnost, da ta lepota obstaja in se čudili možnostim tehnologije. Nekaterim je virtualna izkušnja omogočila vsaj trenutni »pobeg iz realnosti« in jim zagotovila dražljaje, o katerih so kasneje razmišljali in h katerim so se vračali. Kljub vsem omenjenim prednostim pa ta način ne ustreza vsakemu, zato je izbira in odločitev povsem individualna.

Virtualna resničnost nikoli ne bi smela predstavljati neke vrste srečen svet, kjer je uporabnik »odstranjen« od dejavnosti. Kot so avtorji prikazali v konceptualnem priročniku, potencial virtualne izkušnje ni le v vsebini in obliki izkušnje, temveč tudi v priložnosti, nadaljevati z izkušnjo in jo deliti z drugimi ljudmi.

Aleksandra Ločičnik

<https://www.who.int/publications/item/9789240086555>

UKREPI ZA DOLGOTRAJNO OSKRBO STAREJŠIH V OKVIRU SPLOŠNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

Publikacija Svetovne zdravstvene organizacije

Zaradi naraščajoče obolevnosti in funkcionalnega upada, ki sta povezana s staranjem prebivalstva in podaljševanjem pričakovane življenjske dobe, se je povečalo povpraševanje po oskrbi in dostopu do dolgotrajne oskrbe (DO). Čeprav v večini držav družine ostajajo glavni izvajalci oskrbe in podpore, se iščejo drugi načini in ukrepi za zmanjšanje odvisnosti le od družinske oskrbe in podpore. Družinska oskrba je manj dostopna zaradi hitrih demografskih in družbenih sprememb, zaradi zahteve po pravičnejši družbeni porazdelitvi oskrbe starejših ter pomanjkanja družinskih oskrbovalcev in oskrbovalk.

Pomanjkanje formalnih sistemov dolgotrajne oskrbe in pomanjkanje usposobljenih oskrbovalcev prispevata k

povečanju potreb po oskrbi in k finančnemu bremenu za starejše ljudi in njihove družine po vsem svetu, še zlasti v državah z nizkimi in srednjimi dohodki. Pandemija koronavirusne bolezni je prizadela predvsem starejše ljudi in še povečala vrzeli na tem področju.

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) je v okviru pobude javnega zdravja za zdravo staranje in Desetletja Združenih narodov za zdravo staranje (2021-2030) pooblaščen za podporo državam članicam pri zagotavljanju dostopa do dolgotrajne oskrbe starejšim, ki jo potrebujejo. Ta okvira obravnava heterogene potrebe in življenjske poti starejših ljudi, pomen kontinuirane oskrbe, osredotočene na posameznika ter vključevanje zdravstvene in socialne oskrbe v vseh področjih oskrbe. Države lahko opredelijo sistemske elemente in ukrepe v skladu z okvirom SZO za dolgotrajno oskrbo.

Medtem ko je večina zdravstvenih sistemov po vsem svetu dosegla velik napredek pri izboljšanju univerzalnega zdravstvenega varstva za akutne ali kratkoročne zdravstvene potrebe, je razmeroma malo držav razvilo celovit sistem, ki lahko zagotovi univerzalno zdravstveno varstvo za dolgotrajno oskrbo. To je deloma posledica tradicije zanašanja na družino in druge oblike neplačane oskrbe, deloma pa je razlog v storitvah in socialnem varstvu, ki pogosto presegajo tradicionalne omejitve zdravstvenih sistemov. Da bi starejšim in njihovim družinam zagotovili dostop do ustreznih, visokokakovostnih in dolgoročnih storitev, ki bodo zadovoljile njihove potrebe po oskrbi, ne da bi bili

izpostavljeni finančnim težavam, morajo države razviti skladne sisteme dolgotrajne oskrbe. Za to so potrebne tako sistemske spremembe za zagotavljanje integrirane dolgotrajne oskrbe kot tudi razvoj posebnih paketov dolgotrajne oskrbe ali sistemov zagotavljanja storitev, s katerimi lahko vsakdo, ki potrebuje oskrbo, dostopa do storitev brez finančnega bremena zase ali za svoje gospodinjstvo.

Ta publikacija vključuje seznam ukrepov za dolgotrajno oskrbo, ki jih lahko države najprej preučijo glede na obstoječe stanje in uveljavljeni sistem, se odločijo za ukrepe ali za izbor nekaterih ter jih glede na svoje razmere vključijo v njihov sistem zdravstvenega in socialnega varstva. Te ukrepe bi bilo potrebno izvajati v skladu s splošnimi načrti za oblikovanje, vzpostavitev in razširitev uradnih, integriranih sistemov in storitev dolgotrajne oskrbe v smeri univerzalnega zdravstvenega pokritja.

Publikacija je namenjen predvsem vladnim uradnikom in oblikovalcem politik, odgovornim za načrtovanje in izvajanje storitev dolgotrajne oskrbe na nacionalni ali regionalni ravni, pa tudi pristojnim za zdravstvo, dolgotrajno oskrbo in zavarovalniškim organizacijam, regulativnim organom in oskrbovalnim službam, organizatorjem oskrbe v javnih in zasebnih organizacijah ter v organizacijah civilne družbe. Lahko je referenca ali pomemben vir informacij za zdravstvene delavce in raziskovalce na področju dolgotrajne oskrbe in socialne partnerje, pa tudi za starejše osebe, oskrbovalce in njihova združenja pri zagovarjanju splošnega

zagotavljanja dolgotrajne oskrbe in uresničevanju pravice do dostopa do dolgotrajne oskrbe.

Te ukrepe je treba razumeti kot smernice za načrtovanje ključnih ukrepov na področju dolgotrajne oskrbe, ki jih je mogoče prilagoditi glede na lokalne potrebe in razpoložljive vire. Ne gre pa za kakršnekoli klinične smernice za izvajalce storitev dolgotrajne oskrbe v vsakdanji praksi, niti za priročnik ali standardne operativne postopke.

Čeprav je večina ukrepov namenjena primarnim potrebam starejših, obravnava tudi ključno vlogo neplačanih oskrbovalcev kot ponudnikov in prejemnikov, saj je oskrbovanje vzajemni odnos s sistemskimi posledicami. Zlasti starejši oskrbovalci se lahko soočajo s precejšnjimi težavami pri usklajevanju svoje oskrbovalne vloge ter ohranjanju lastnega zdravja in dobrega počutja.

Publikacija je pregledno in smiselno razdeljena na tematska poglavja. Na začetku je slovar z natančnimi definicijami posameznih izrazov, kar je zelo dobrodošlo in uporabno, saj lahko bralec kadarkoli preveri pravilno razumevanje pojmov.

V nadaljevanju so prikazane tri skupine ukrepov za dolgotrajno oskrbo, ki zadovoljujejo potrebe starejših po oskrbi, med katerimi je tudi podpora oskrbovalcem. Te tri skupine obravnavajo:

- *potrebe po zdravstveni oskrbi*: pregledovanje, ocenjevanje in obvladovanje prednostnih zdravstvenih stanj, povezanih z zmanjšano telesno in duševno zmogljivostjo ter funkcionalnimi sposobnostmi, da

bi starejši lahko v čim večji meri ohranili samostojnost in neodvisnost;

- *potrebe po paliativni oskrbi*: izboljšanje kakovosti življenja in umiranja starejših ljudi, ki so hudo bolni ali se približujejo koncu življenja, s preprečevanjem in lajšanjem telesnega, duševnega, socialnega in duhovnega trpljenja njih samih in njihovih družin;
- *socialno oskrbo in podporo* za ublažitev omejitev in optimizacijo delovanja z zagotavljanjem pomoči in podpore starejšim na več področjih, vključno z osebno nego in dejavnostmi vsakdanjega življenja, sodelovanjem v skupnosti in družbenem življenju, zagotavljanjem pripomočkov, dostopnostjo in prevozom ter podpora potrebam oskrbovalcev, da lahko vzdržujejo zadovoljiv in zdrav oskrbovalni odnos ter zmanjšajo obremenitev in osamitev.

V prilogi 1 je seznam osnovnih in razširjenih ukrepov. Osnovni seznam vključuje priporočene ukrepe na področju dolgotrajne oskrbe, ki se lahko izvajajo v državah z nizkimi in srednjimi dohodki.

Razširjeni seznam vključuje ukrepe, ki se lahko izvajajo v razširjenem obsegu storitev dolgotrajne oskrbe, tako da lahko vlade glede na svojo strukturo, zmogljivosti in vire povečajo število zagotovljenih ukrepov.

Med ukrepi sta še posebej pomembna dva dejavnika za olajšanje izvajanja teh ukrepov.

1. **Integrirana oskrba, osredotočena na posameznika**, ki zagotavlja, da so starejši in njihovi oskrbovalci deležni pravočasne, na posameznika osredotočene oskrbe z usklajenim vključevanjem celotnega spektra zdravstvenih in socialnih storitev ter sodelovanjem multidisciplinarnega tima.
2. **Izobraževanje in usposabljanje** za oblikovanje in krepitev človeških virov za dolgotrajno oskrbo z obravnavanjem potreb po izobraževanju in usposabljanju tako neformalnih kot poklicnih oskrbovalcev v dolgotrajni oskrbi z izboljšanjem njihovega znanja, spretnosti in usposobljenosti za zagotavljanje varne in kakovostne oskrbe.

Prevod in priredba: Alenka Ogrin

GERONTOLOŠKO IZRAZJE

SOCIALNE MREŽE V STAROSTI

angleško: *social networks in the old age*

Socialna mreža je strokovni izraz za človekovo vseživljenjsko vpetost v sožitje z drugimi ljudmi. Človekov razvoj in razvoj človeštva se namreč dogaja z uravnoteženo dinamiko med osebno samostojnostjo in vpetostjo v socialne mreže; ti dve navidezno nasprotujoči si dogajanji sta neločljiva celota kakor obe nogi za hojo. Ena od bistvenih zmožnosti osebne samostojnosti je plodna samota, iz katere izvira zdravo doživljanje sebe, drugih in vse danosti, osebni odnosi in rabna razmerja med ljudmi pa se dinamično oblikujejo predvsem s komuniciranjem, z vlogami vsakega in vzdušjem v sožitju. Zakrnela ali zgrešeno razvita osebna samostojnost ima številne bolezenske podobe, v starosti je danes najpogostejša osamljenost. Tudi patologija socialnih mrež je brezkončna, za kakovostno starost je na primer usodno nasilje, zanamranje in drugo trpinčenje.

V socialne mreže je vsak človek vpet vse življenje, pa naj to hoče ali mu ni všeč. V njih je najsamostojnejši v srednjih letih življenja, medtem ko je kot otrok in ob starostnem pešanju lahko povsem odvisen od drugih; vsakdo pa je vse življenje zelo odvisen od kakovosti svojih socialnih mrež. Kakovost socialnih mrež je odvisna od tega, kako jih člani

oblikujejo. Soustvarja jih vsakdo toliko, kolikor zavestno razvija svojo sočutečo svobodo za lepo sožitje. V starosti je odločilni človekov prispevek socialnim mrežam njegova osebna integracija – to je zorenje vseh njegovih izkušenj in znanja v skladno celoto, ki s sproščenim zaupanjem gleda na prihodnost sebe, bližnjih in sveta. Integracija je edina zmožnost, ki jo človek lahko odločilno razvije v starosti. S tem je za mlajši generaciji nenadomestljiva garancija za smisel življenja in dela. V starosti je torej človek zelo odvisen od svojih socialnih mrež, te pa prav tako od njega.

Pomen socialnih mrež dobro pokažejo že jezikovni pomeni besede mreža: informacijska povezanost v računalniški mreži, neizmerne nevronske mreže v naših možganih, ribiška mreža, mreža na igriščih za odbojko ali tenis, mreža za sejanje peska, močna zaščitna okenska mreža pred roparji ali gosta pred komarji, prestrezna mreža pod vrhovodci in skakalci na trapezu v cirkusu.

Strokovni pojem socialna mreža torej pomeni, da imajo medčloveška razmerja in odnosi naslednje funkcije: 1. omogočajo, da človek uspeva, se razvija ter zadovoljuje svoje potrebe, ustvarja in napreduje; 2. omogočajo komuniciranje in sodelovanje; 3. postavljajo pravila igre za družbeno sožitje; 4. presejejo človekovo vedenje in ravnanje v družbeno sprejemljive in nesprejemljive vloge;

5. v težavah ga ščitijo, da ne propade, s svojimi omejitvami in patologijo pa mu lahko povzročajo težave ter ga zavajajo v razvojne zastoje in stranpoti.

Za človekov razvoj in srečnost je večinoma najodločilnejša družinska socialna mreža, tako rodne družine kakor lastne, če jo ima. Ob družini sta nepogrešljivi še zlasti socialna mreža, kjer človek poklicno dela, ter prijateljska. Tradicionalno sta bili odločilni sorodstvena – tj. krvna in sosedska – tj. krajevna socialna mreža. V sožitju imata obe svoje trajno mesto, v današnjih razmerah pa ju je deloma nadomestilo prostovoljstvo kot svobodno izbrano »nekrvno sorodstvo« in »nekrajevno sosedstvo«. V preteklosti je ljudi povezovala v tradicionalne socialne mreže predvsem nuja v boju za preživetje, skupno imetje, medsebojna odvisnost, norme in običaji tradicije, avtoriteta in moč. Danes povezujeta ljudi v socialno mrežo predvsem samostojnost (avtonomnost) in sodelovanje (kooperativnost).

Samostojnost je za sodobnega človeka eden od glavnih dejavnikov življenjskega zadovoljstva; in sicer njegova materialna, čustvena, intelektualna, osebna, skupinska, nacionalna, verska in vsaka druga samostojnost. V socialne mreže se vključuje kar se da svobodno, v njih svobodno ostaja ali se iz njih svobodno umakne. Zato je bistvena značilnost sodobne socialne mreže, da je decentralizirana. Enako pomemben dejavnik človekovega zadovoljstva v socialnih mrežah je uspešnost njegovega sodelovanja z drugimi ljudmi. Za sodobno socialno mrežo je odločilno, koliko zna in zmore svoje člane

usposabljam za dobro komuniciranje, ki je pogoj sodelovanja.

Pri komunikaciji v socialni mreži je odločilen pretok informacij v vse smeri in dostopnost vseh pomembnih informacij vsakemu; torej pretok informacij med vsemi posamezniki v socialni mreži, iz njenega središča do vsakogar na periferiji mreže in obratno. Informacije, ki gredo iz centra na periferijo, povezujejo socialno mrežo v celoto in omogočajo njeno delovanje, informacije iz periferije v center pa ji dajejo življenjskost in omogočajo napredovanje. Informacijska povezanost v socialni mreži se dogaja z osebnim stikom med posamezniki, podskupinami in skupinami ter z informiranjem preko tiska, telefona, radia in televizije, danes jo odločilno dopolnjuje elektronska informacijska tehnologija. Dober pretok informacij je pogoj za kakovost sožitja, sodelovanje in za avtonomnost posameznika v socialni mreži.

Direktna komunikacijska povezava posameznika z drugimi v socialni mreži se imenuje komunikacijski kanal. Z večanjem števila ljudi v socialni mreži njihovo število bliskovito narašča: dva človeka povezuje en sam komunikacijski kanal, med tremi so trije, med štirimi jih je šest, med petimi deset, med desetimi petinštideset, med stotimi člani mreže pa jih je že 4.950; formula za izračun komunikacijskih kanalov je $N(N-1):2$. Če pa imamo pred očmi določenega posameznika v skupini ali skupnosti, je pomembno, koliko komunikacijskih kanalov ima on na voljo, da se po njih povezuje, komunicira in sodeluje z drugimi. Tu je število

komunikacijskih kanalov med njim in drugimi za eno manjše, kakor je število vseh (N-1). To dejstvo moramo upoštevati v vsaki skupini in skupnosti, da so v njej ugodni pogoji za komuniciranje in sodelovanje.

Z večanjem mreže se njena struktura oblikuje grozdasto: vsak član skupine ali skupnosti je povezan le z nekaj drugimi po neposrednih komunikacijskih kanalih, z ostalimi pa posredno preko enega ali več drugih članov mreže. Z večanjem števila posrednikov se informacije izgubljajo in pačijo. To je usodno za komunikacijo v mreži. Zato je prva naloga pri večanju mreže skrb, da pomembne informacije dobiva vsakdo v celotni mreži neposredno. Grozdasto členjenje večjih skupin in skupnosti v manjše skupine je rezultat optimalne razvojne strategije človeka, ki je vpisana v zakonitost delovanja človekovih možganov – ti sami pa so najkompleksnejša znana komunikacijska mreža v vesolju. Za uspešen pretok informacij sta dva glavna pogoja: smiselna organizacija mreže in ustrezna komunikacijska sredstva.

Človek neposredno komunicira po sorazmerno majhnem številu kanalov; čim bolj so njegove zmožnosti okrnjene, na primer v starosti sluh, tem manjše je to število. Značilnost kakovostnega sožitja in sodelovanja je, da poteka komunikacija neposredno in da so vsi komunikacijski kanali odprti – torej dvosmerno komuniciranje med vsemi člani v družini in osebni družbi.

Za kakovosten razvoj potrebujemo v vseh življenjskih obdobjih vsaj eno uro lepega osebnega pogovora tedensko. Če

ima nek starejši človek osem družinskih članov ter štiri ožje znanke in prijatelje, ga povezuje z vsemi v njegovi osebni socialni mreži dvanajst komunikacijskih kanalov. Če bi trajal dvosmerni osebni pogovor povprečno četrt ure tedensko, vložiti ta človek v vzdrževanje in krepitev kakovostnega odnosa z vsemi bližnjimi okrog tri ure – torej slaba 2 % tedenskega časa. To se zdi veliko, ker še imamo nerazvite pozornosti na zavestno delo za lepo sožitje. Za vsako od ostalih dejavnosti zdravega življenja porabimo nekajkrat več časa, na primer za osebno in prostorsko higieno, gibanje, prehranjevanje. Ker je kakovost sožitja z bližnjimi v družini in osebni družbi odločilni dejavnik osebnostnega zorenja, srečnosti in duševnega zdravja v starosti, je zavestno vlaganje v učenje lepega sožitja in sodelovanja največja rezerva za human razvoj naše kulture ob staranju prebivalstva.

Dejstvo, da je neposredno osebno komuniciranje bistveno za sožitje in sodelovanje, pojasni tudi nenadomestljiv pomen skupin: družine, delovnih, prijateljskih, razvedrilnih in drugih skupin (skupina šteje najmanj dva in največ dvaintrideset ljudi). Osebni odnos v teh skupinah je odločilen za kakovostno staranje in humano dolgotrajno oskrbo; še tako dobre storitve brez osebnega odnosa povzročajo hudo patologijo bivanjske praznote.

Mnogi stari ljudje nimajo socialnih mrež, neredki v onemoglosti nimajo več niti enega »svojega«, ki bi jih redno tedensko obiskal, če so nastanjeni v domu. Pa tudi pri trdnem zdravju po upokojitvi je osamljenost največja epidemična bolezen

v razvitem svetu – »boleča, nalezljiva in življenjsko nevarna«, ugotavlja raziskovalec možganov M. Spitzer v knjigi *Osamljenost – nespoznana bolezen*. Družinska socialna mreža, prijatelji in znanci zadovoljujejo v starosti predvsem človekovo potrebo po osebnem odnosu, medtem ko so kakovostne javne in civilne socialne mreže krajevnih programov za kakovostno staranje ter za dolgotrajno oskrbo odločilne za zagotavljanje potrebnih storitev. Razvojni cilj sodobne gerontologije je ponovno povezati vsako storitev vsaj s kančkom človeškega odnosa ter ozavestiti dejstvo, da je osebni odnos, ki se ne izraža v smiselni storitvi, samoprevara. Pot do tega cilja je sodobna krajevna integrirana dolgotrajna oskrba, ki sinergično povezuje neformalne in formalne oskrbovalce v komplementarno celoto. Nobena javna mreža ne more sama dati ljudem ne zdravega staranja ne humane oskrbe, prav tako pa ne družina in osebna družba brez teh javnih socialnih mrež v kraju.

Za kakovostno staranje in humano dolgotrajno oskrbo je odločilno antropološko spoznanje, da je v socialnih mrežah človek edini živ vozle; če tega ne upoštevamo, gledamo na socialne mreže kot na brezosebni družbeni aparat, ki je človeku nadrejen. Zato sta antropologija in psihologija nepogrešljivi partnerki sociologije in ekonomije pri njunem brezosebnem preučevanju družbenih sistemov.

Sociologija uporablja zbirni pojem socialna omrežja. V socialnih omrežjih se križajo brezosebne niti družbe, vsaka socialna mreža pa je toliko človeška, kolikor njeni člani zmorejo s svojo sočutečo svobodo biti v njej trdne točke osebnega človeškega življenja in medčloveškega sožitja.

Na kvarno ali razvojno moč skupine in socialnih mrež moramo torej gledati skozi posameznika kot konkretno človeško osebnost, ki v samem sebi niha med dobrim in slabim, med razvojem in razdiralnostjo. Čim bolj je človek sposoben, čim bolj je telesno, duševno, duhovno in socialno močan, tem večji dober ali slab vpliv ima na svojo socialno mrežo. Onemogel star človek je – poleg otrok in bolnikov – v socialni mreži krhek, od nje je lahko zelo odvisen. Osnovna etična dolžnost slehernega psihosocialnega dela z ljudmi in za ljudi je, da šibke štiti pred škodljivim vplivom kvarne socialne mreže – humanost v skupnosti se razvija in zamira s pomočjo najšibkejšim ljudem v njej. Najrentabilnejša naložba skupnosti je usposabljanje ljudi, da svoje zmožnosti smiselno vlagajo v kakovostno delovanje svoje socialne mreže ter ustvarjanje razmer, da to delajo lažje in bolje. Uspešnost dela z ljudmi in za ljudi pa je danes odvisna uravnotežene pozornosti na človeka kot enkratno in edinstveno osebo in na njegove ključne socialne mreže.

J. Ramovš

STAROSTI PRIJAZNA MESTA IN OBČINE

OBČINE IN DOLGOTRAJNA OSKRBA

Posvet, Ljubljana 24. januarja 2024

Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje (v nadaljevanju inštitut) že dobro desetletje koordinira Slovensko mrežo starosti prijaznih mest in občin. Ker je dolgotrajna oskrba (v nadaljevanju DO) v Sloveniji zelo aktualna tema tudi za občine, so zanje v začetku leta organizirali okroglo mizo na to tematiko. Kaj novi zakon prinaša občinam, katere bodo po novem pristojnosti države in katere občin? Kakšne spremembe prinaša izvajanje ukrepov novega zakona na izvajanje na terenu, kaj pomeni za starejše, ki potrebujejo pomoč in njihove oskrbovalce? To so bila vprašanja, na katera so iskali odgovore na okrogli mizi, na kateri so sodelovali predstavniki Ministrstva za solidarno prihodnost državni sekretar dr. Luka Omladič, Katja Simončič in Tina Lipar, predstojnik inštituta dr. Jože Ramovš, direktorica oskrbe na domu Zavoda Medgeneracijsko središče Komenda (ZMSK) Mojca Šraj, sodelavec ZPIZ za projektno vodenje in organizacijo ter družinski oskrbovalec Jože Stritar, raziskovalka s področja neformalne oskrbe na Fakulteti za družbene vede asist. Tjaša Potočnik ter Ana Ramovš, dr. med. kot moderatorica. Dogodka se je udeležilo več kot 20 predstavnikov slovenskih občin.

V nadaljevanju je povzetek in priredba prispevkov sodelujočih govorcev, urejen po tematikah.

Predstavniki Ministrstva za solidarno prihodnost so poudarili, da je dolgotrajna oskrba v njihovem fokusu, ena od njihovih prioritet pa je uspešno izpeljati prehod v novi Zakon o dolgotrajni oskrbi (v nadaljevanju zakon).

Na Inštitutu Antona Trstenjaka ocenjujejo, da je trenutno v Sloveniji 300.000 družinskih in drugih neformalnih oskrbovalcev, z dolgoživo družbo pa se bo njihovo število še povečevalo. Z neformalno oskrbo se prej ali slej srečujemo vsi, velikokrat z dveh strani – skrb za otroke in ostarele starše. Formalni oskrbovalci imajo oporo v institucijah ali zavodih kjer so zaposleni in pri sodelavcih, družinski oskrbovalci pa so večkrat prepuščeni sami sebi. Z novim zakonom želijo tudi družinskim in drugim neformalnim oskrbovalcem olajšati njihov položaj. Pomembno jih je uvrstiti v sistem z določenimi varovalkami, da omogočajo podporo, po drugi strani pa da ne prevzemajo vlog in nadomeščajo mehanizmov socialne varnosti. Prvi novost, ki jo zakon uvaja, je prav status oskrbovalca družinskega člana.

Družinski oziroma neformalni oskrbovalci so večinoma, ne pa vedno, neplačani družinski člani, ki nudijo pomoč, oskrbo svojim bližjim ostarelim ali bolnim. So zelo heterogena skupina; med njimi je veliko žensk, zlasti žene, hčere in snahe, so partnerji, sinovi in tudi prijatelji ter sosedje. Zadnja leta narašča število zaposlenih oskrbovalcev, to so tisti, ki so še zaposleni in hkrati skrbijo za svojce, največ pa jih je v starostni skupini nad 65 let. Pri manj intenzivni oskrbi gre za pomoč

pri nekaterih vsakdanjih opravilih, kot na primer prevozi, nakupovanje, pomoč pri raznih opravkih; njena značilnost je, da je občasna. Pri intenzivni oskrbi gre za pomoč v obsegu več kot 20 ur tedensko in ima po podatkih evropskih raziskav negativen vpliv na oskrbovalce, ki čutijo oskrbovalno breme, negativni občutki presegajo pozitivne, poročajo o slabšem fizičnem in psihičnem zdravju. Določene družbene skupine pogosteje kakor druge nudijo intenzivno oskrbo; to so ženske, velikokrat pa tudi posamezniki z nižjim socio-ekonomskim statusom, ki si ne morejo privoščiti nadomestne oskrbe. Prej ali slej se vsakdo sreča z oskrbo, zato so informacije, ki jih občani pridobijo na usposabljanjih, nadvse dragocene: kako komunicirati z bolnim svojcem, kako z njim delati in tudi kako ob oskrbovanju poskrbeti zase. Čim bolj so oskrbovalci obremenjeni, slabša je kakovost oskrbe. Ker so preveč izgoreli, prihaja tudi do zlorab. Za oskrbovalce je pomembno, da so opremljeni z znanji in pripomočki, s katerimi lažje oskrbujejo, za eno in drugo pa je potrebno njihovo ustrezno usposabljanje.

Institut oskrbovalca družinskega člana je prva izmed pravic iz zakona, ki omogoča delu družinskih oskrbovalcev, da se zaposlijo kot oskrbovalci. Poleg nadomestila je ena izmed novosti in glavnih prednosti zakona možnostčasne namestitve oskrbovanca za koriščenje dopusta.

Pri pripravi novega zakona je bilo glavno vodilo dostopnost in dosegljivost dolgotrajne oskrbe iz finančnega in lokacijskega vidika, glavno izhodišče pa razbremenitev neformalnih oskrbovalcev. Vse glavne pravice – oskrbovalec družinskega člana, oskrba na domu, oskrba v

instituciji, denarni prejemek, e-oskrba itd. – so v pomoč neformalnim oskrbovalcem. Velika sprememba, ki jo prinaša institut oskrbovalca družinskega člana, je možnost odsotnosti (21 dni) od oskrbovanja in v ta namen nadomestna oskrba v instituciji ali zagotovitev drugega oskrbovalca. Možna je oskrba dveh oseb – v tem primeru oskrbovalcu pripada 1,8-kratnik minimalne plače. Oskrbovalec družinskega člana je prva pravica iz novega zakona, ki je stopila v veljavo 1. 1. 2024, ostale pravice se bodo uvajale postopoma z letom 2025. A pri uveljavljanju tega instrumenta v prakso je še veliko vprašanj. Ali se lahko upokojenec, ki oskrbuje svojca, reaktivira in se zaposli kot oskrbovalec družinskega člana? Kako je z dodatkom za pomoč in postrežbo? Kaj se zgodi z oskrbovalcem družinskega člana, ko oskrbovanec umre in si želi oskrbovalec vrniti na prejšnje delovno mesto? Mora znova iskati zaposlitev in začeti znova? Le redkokdosi namreč lahko privoščipustiti službo pred upokojitvijo in ostati v negotovem položaju. Za zaposlitev oskrbovalca družinskega člana je potrebno imeti usposabljanje, ni pa še jasno, kdo lahko usposablja in kje.

Eden izmed glavnih ciljev novega zakona o dolgotrajni oskrbi je omogočiti starejšim, da ostanejo čim dlje doma v socialnem okolju, v katerega so vpeti. Prav vidik deinstitucionalizacije je bil pri pripravi sistema dolgotrajne oskrbe v ospredju. Trendi v drugih državah, ki so z uvajanjem teh reform začeli že pred desetletji, kažejo, da se v domovih povečuje število uporabnikov, ki potrebujejo najvišjo stopnjo oskrbe, po drugi strani pa se število oskrbovancev v domovih ne povečuje, ker ljudje ostajajo doma zaradi uvajanja novih oblik oskrbe na domu. Poglavitni cilj

novega zakona je okrepiti oskrbo na domu, omogočiti starejšim, da se starajo doma in hkrati zmanjšati pritisk na neformalne oskrbovalce, vzporedno pa zagotavljati dobro organizirano institucionalno varstvo za tiste, ki ne zmorejo bivati doma. Družinske vrednote in z njimi družinske strukture se spreminjajo in vedno manj je medgeneracijskih družin, ki živijo skupaj. Tudi te spremembe prinašajo novitete na področju oskrbne etike.

Z zagotovitvijo nove zavarovalne blagajne za DO, v kateri bo na letni ravni namenjenih 800 milijonov evrov in bo delovala ločeno na Zavodu za zdravstveno zavarovanje, se vzpostavlja nov sistem socialne varnosti, ki je podprt z mehanizmi za financiranje. To predstavlja velik politični uspeh in nov družbeni dogovor. Kljub velikim pritiskom ob uvedbi novega prispevka za DO je bil dosežen konsenz. Od tu se bo financirala tudi dolgotrajna oskrba na domu. Za storitve kot je pomoč na domu je bilo do sedaj namenjenih precej manj sredstev. Vseeno stroka opozarja, da je namenjen delež BDP v Sloveniji pod evropskim povprečjem in zaenkrat nezadosten za uspešen razvoj dolgotrajne oskrbe pri nas.

Ob pripravi zakona je bilo nekaj dilem glede umestitve socialnega varstva starejših, ali naj ostane na lokalni ali preide na državno raven. Argumenti so bili upravičeni na obeh straneh. Obdržali so sistem, da občina podeljuje koncesijo, saj mora tisti, ki podeljuje koncesijo, poznati lokalno okolje, potrebe uporabnikov, razpoložljive kapacitete ipd. Še ena novost, ki jo zakon uvaja, je poenotenje oziroma izenačitev pravic ne glede na kraj bivanja. Če je prispevek univerzalen, mora biti tudi pomoč univerzalna, zato ne sme biti razlik

med posamezniki do storitev DO glede na občino, v kateri prebivajo; tudi cenovno morajo biti storitve poenotene. Za ministrstvo so občine so glavni partnerji, da se ta prehod uspešno izpelje kljub določenim težavam pri implementaciji; dolžnost in zaveza države in ministrstva pa je, da bo bodo z občinami dobro sodelovali.

Zakon določa, da občina uresničuje svoje dolžnosti na področju DO s tem, da spremlja njeno uvajanje na domu in gradi javno mrežo. Z uvajanjem novega instituta DO na domu so občine tiste, ki ustanavljajo zavode ali podeljujejo koncesijo na podlagi javnega razpisa. To ostaja glavna vloga občin, vsekakor s pomočjo in podporo ministrstva. Občine poznajo lokalne potrebe in jih lahko uspešno rešujejo, zato prenos na nacionalno raven ni smiseln. Predvideno je, da tisti zavodi, ki sedaj izvajajo pomoč na domu, prevzamejo še naloge DO na domu. Institut pomoči na domu, ki spada pod Zakon o socialnem varstvu, bo zaenkrat ostal, saj z novim zakonom niso želeli ukiniti nobene pravice in bo sistem zato nekaj časa potekal vzporedno. Glavna razlika med obema je v obsegu pravic in v financiranju. DO na domu nudi več različnih storitev in več ur oskrbe (do 110 ur na mesec) in je financirana iz javnih sredstev, kot tudi vsi novi ukrepi po novem zakonu. Pri DO v instituciji si namestitev in prehrano plačuje uporabnik sam, socialni del oskrbe pa je financiran iz javnih sredstev. Izvajalci DO bodo lahko vsi zavodi in institucije, ki bodo izpolnjevali pogoje iz 60. člena zakona. Občina jim bo izdala potrdilo, da pogoje izpolnjujejo in bodo vpisani v register izvajalcev DO.

Zakon uvaja tudi dodatne pravice, kot npr. storitve za krepitev in ohranjanje samostojnosti, psiho-socialna podpora,

strokovno svetovanje, možnost prilagoditve domačega okolja za varno staranje ter storitve e-oskrbe. Do e-oskrbe bodo upravičeni vsi starejši od 80 let, za katere bodo ocenili, da je potrebna za njegovo varnost, s sofinanciranjem države do 25 evrov na mesec.

Zakon predvideva vstopne točke, ki ne bodo samo za ocenjevanje upravičenosti, temveč bodo tam zbrane tudi vse informacije glede oskrbe ter svetovanje glede upravičenosti, kaj komu pripada in na kako do tega priti.

Dr. Jože Ramovš je osvetlil pojem integrirane dolgotrajne oskrbe v skupnosti in kakšne pogoje mora država zagotoviti na področju dolgotrajne oskrbe: uvesti in voditi sodoben sistem integrirane lokalne dolgotrajne oskrbe, enakopravno sofinanciranje vseh upravičencev, minimalno kakovost oskrbe z nepristransko kontrolo nad njenim izvajanjem v vseh javnih programih ter skrb za razvoj sistema in programov dolgotrajne oskrbe. Vsa izvedbena organizacija sodobne dolgotrajne oskrbe pa je na ravni lokalne skupnosti, občine ali mesta. Edini način, ki omogoča razvoj dolgotrajne oskrbe danes je integracija formalne in neformalne oskrbe ter sinergična povezava zdravstvene nege in socialne oskrbe. Novi zakon je odklenil vrata v integracijo, potrebno pa bo še veliko sprememb za doseganje standardov kot jih imajo v tujini, kjer je oskrba finančno, kadrovska in humano vzdržna. Danes je zelo pereča kadrovska zdržnost; dobre izkušnje kažejo, da je rešitev tega problema v lokalnih skupnostih z ozaveščanjem vsega prebivalstva ter kakovostno organizacijo sodobnega sistema dolgotrajne oskrbe. Lokalne skupnosti, ki imajo te naloge po Evropi najbolj rešene,

delajo po načelu: *Misli globalno, ukrepa lokalno.*

Mojca Šraj je prispevala na izkušnjah iz prakse podkrepljen pogled na lokalno izvajanje oskrbe na domu in kako kot izvajalci formalne oskrbe v Komendi uspešno sodelujejo z neformalnimi oskrbovalci. Svojci, ki skrbijo za svoje starše ali druge družinske člane, so preobremenjeni, imajo svoje službe, skrbijo za otroke, imajo druge opravke in so pod stresom. Bolan svojec, ki potrebuje oskrbo, je večkrat zahteven, nejevoljen, nihče ga ne razume. Oskrbovalke tako postanejo neke vrste blažilec v komunikaciji med njimi in posledično pogosto postanejo njihove zaupnice. Redno se udeležujejo vseh izobraževanj, usposabljanj, delavnic za kakovostno starost in se na tak način opolnomočijo in razbremenijo. Občina Komenda ima posluh za potrebe starejših: vsaka občina je toliko uspešna, kolikor ji uspe poskrbeti za kakovostno življenje svojih občanov.

Jože Stritar, prej zaposlen na ZPIZ, zdaj upokojenec iz občine velike Lašče, je kot oskrbovalec svoje matere, ki ima napredovalo demenco, povedal s kakšnimi izzivi se sooča sam, pa tudi občina pri zagotavljanju kakovostne oskrbe za starejše občane. Težava je predvsem kadrovska, ni dovolj interesa za opravljanje oskrbe na domu, kar po svoje ne čudi, saj gre za fizično in psihično izjemno naporno delo, oskrbovalke pa prejemajo le minimalno plačo. Pomembna je empatija, skrb drug za drugega.

Po okrogli mizi so se udeleženci razporedili po skupinah v katerih so izmenjali svoje izkušnje dosedanjega dela za družinske in druge neformalne oskrbovalce, razmišljali kako naprej ter oblikovali dodatna vprašanja za pristojno ministrstvo.

Alenka Ogrin in Ana Ramovš

Marco Arlotti, Tjaša Potočnik

Izzivi familializma – primer Italije

POVZETEK

Naraščanje števila starejših ljudi v družbi ter daljšanje obdobja, ko so le-ti zaradi bolezni ali oviranosti odvisni od pomoči drugih (večinoma drugih družinskih članov), pomeni velik pritisk na sistem dolgotrajne oskrbe širom Evrope. Evropske države se med seboj razlikujejo glede tega, kateri od akterjev v trikotniku blaginje je odgovoren za zagotavljanje pomoči starejšim. V Italiji je, tako kot tudi pri nas v Sloveniji, skrb za starejše v domeni družine, vendar pa so slednje zaradi družbenih sprememb, kot so nižanje rodnosti, vstop žensk na trg delovne sile ter večje geografske oddaljenosti med družinskimi člani, vse manj zmožne nuditi pomoč in podporo starejšim.

O spremembah skrbstvenega režima in politiki dolgotrajne oskrbe v Italiji sem se pogovarjala z dr. Marcom Arlottijem. Pogovarjala sva se o neenakostih v dolgotrajni oskrbi, (nezadovoljenih) potrebah starejših in njihovih oskrbovalcev, vplivu covida na sistem dolgotrajne oskrbe ter vlogi, ki jo imajo migranti v italijanskem sistemu dolgotrajne oskrbe. Poudaril je, da je izkušnja s covidom pokazala ranljivost sistema dolgotrajne oskrbe v Italiji in izrazil svojo zaskrbljenost nad pomanjkanjem ozaveščenosti odločevalcev o naraščajočih napetostih (še posebej v kontekstu številnih kriz), ki razjedajo njegove strukturne družbene in gospodarske predpogoje.

Ključne besede: familializem, skrbstveni režim, sistem blaginje, Italija

AVTORJA

Dr. Marco Arlotti je višji predavatelj na Oddelku za ekonomijo in družbene vede na Politehniki Univerze Marche v Italiji. Njegovi raziskovalni interesi vključujejo potrebe po oskrbi, politike dolgotrajne oskrbe, večnivojsko upravljanje v Italiji in v primerjalni perspektivi. Med njegovimi zadnjimi mednarodnimi publikacijami sta znanstvena članka *Older people and care networks in rural areas: An exploratory study in Italy* (»Sociologia Ruralis«), *The impact of COVID-19 on the residential care sector for the elderly* ter *Employment and care regimes in the European comparative perspective* (»Social policy review«). Ugledna italijanska znanstvenika Constanzo Ranci in Emanuelle Pavolini sta bila z dr. Arlottijem soavtorja poglavja z naslovom *Family and State Responsibility for Care for Older People*, ki je izšel 2023 v knjigi *The Oxford Handbook*

of Family Policy: A Life-Course Perspective¹, izdani pri ugledni založbi Oxford University Press. Z dr. Marcom Arlottijem sem se pogovarjala ob njegovem študijskem obisku Fakultete za družbene vede, kjer je študentom predaval o sistemu dolgotrajne oskrbe v Italiji in predstavil nedavno raziskavo, ki se navezuje na nezadovoljene potrebe starih ljudi in oskrbovalno revščino v Italiji. Pogovarjala sva se o organizaciji dolgotrajne oskrbe v Italiji, (nezadovoljenih) potrebah starih ljudi in njihovih oskrbovalcev ter o vplivu covida-19 na politiko dolgotrajne oskrbe v Italiji.

Tjaša Potočnik je magistrica sociologije, raziskovalka na Inštitutu Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje ter študentka doktorskega študija sociologije na Fakulteti za družbene vede v Ljubljani. Raziskovalno se ukvarja predvsem s področjem neformalne oskrbe, kjer jo zanimajo teme povezane z usklajevanjem oskrbe s plačanim delom, neenakostmi v oskrbi, politiko dolgotrajne oskrbe ter oskrbovalno revščino.

ABSTRACT

The challenges of familialism: the case of Italy

The growing number of old people, and the increasing length of time they are, due to illness or disability, dependent on the help of others (mainly other family members), is putting great pressure on long-term care systems across Europe. European countries differ in relation to who is responsible for providing support for older people. In Italy, as in Slovenia, care for the older people is primarily the responsibility the family, however, social changes such as declining fertility rates, increased participation of women in the labour market as well as increasing geographical distance between family members, are putting pressure on families, who are less and less able to provide care to their dependent relatives.

In a conversation with Dr. Marco Arlotti we spoke about changes of care regimes, especially familialist care regimes and the state of long-term care in Italy. We discussed inequalities in long-term care, the (unmet) needs of older people and their carers, the impact of covid on the long-term care system, and the role of migrants in the Italian long-term care system. He pointed out that the experience of COVID has shown the vulnerabilities of the long-term care system in Italy, and expressed his concern about the lack of awareness of policy makers about growing tensions (especially in a polycrisis context) which are eroding its structural social and economic preconditions.

Key words: familialism, care regime, welfare regime, Italy

¹ Daly, Mary, and others (eds), The Oxford Handbook of Family Policy Over The Life Course (2023; online edn, Oxford Academic, 23 Feb. 2023), <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780197518151.001.0001>

AUTHORS

Dr Marco Arlotti is a Senior Lecturer in the Department of Economics and Social Sciences at the Polytechnic of the University of Marche, Italy. His research interests include care needs, long-term care policies, multi-level governance in Italy and in a comparative perspective. His recent international publications include the scientific articles *Older people and care networks in rural areas: An exploratory study in Italy* («Sociologia Ruralis»), *The impact of COVID-19 on the residential care sector for the elderly*. The eminent Italian scholars Constanzo Ranci and Emanuelle Pavolini co-authored with Dr Arlotti a chapter entitled *Family and State Responsibility for Care for Older People*, published in 2023 in *The Oxford Handbook of Family Policy: A Life-Course Perspective*², published by the renowned Oxford University Press. I spoke to Dr Marco Arlotti on the occasion of his study visit to the Faculty of Social Sciences, where he gave a lecture on the long-term care system in Italy and presented recent research on the unmet needs of older people and care poverty in Italy. We discussed the organisation of long-term care in Italy, the (unmet) needs of older people and their carers, and the impact of Covid-19 on long-term care policy in Italy.

Tjaša Potočnik holds MA in Sociology. She is a researcher at the Anton Trstenjak Institute for Gerontology and Intergenerational Relations and a PhD student in Sociology at the Faculty of Social Sciences in Ljubljana. Her research interests are related to informal care, reconciliation of care with paid work, inequalities in care, long-term care policy and care poverty.

Potočnik: Marco, najprej iskrena hvala, da ste si vzeli čas za ta intervju za našo revijo Kakovostna starost. Za začetek bi vas prosila, da našim bralcem poveste nekaj o sebi, o svoji profesionalni poti in trenutnih raziskovalnih interesih. Kaj vas je vodilo v proučevanje sistemov blaginje?

Arlotti: S študijem sistemov blaginje (ang. *welfare systems*) sem začel v času magistrskega študija socialne politike, saj sem v svoji magistrski nalogi obravnaval spreminjanje obsega politik socialnega varstva v Evropi. Takrat sem imel veliko srečo, da sem sodeloval pri empiričnem delu velikega evropskega raziskovalnega projekta in sem imel priložnost uporabiti v projektu pridobljene podatke za pisanje svoje magistrske naloge. Potem sem doktoriral iz ekonomske sociologije in začel preučevati sisteme dolgotrajne oskrbe s poudarkom na italijanskem sistemu, ki pa sem ga preučeval s širše primerjalne perspektive. Zdaj sem zaposlen kot asistent raziskovalec za področje ekonomske sociologije na Oddelku za ekonomijo in družbene vede na Politehnični Univerzi Marche v Italiji. Med moje trenutne

² Daly, Mary, and others (eds), *The Oxford Handbook of Family Policy Over The Life Course* (2023; online edn, Oxford Academic, 23 Feb. 2023), <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780197518151.001.0001>.

raziskovalne interese spadajo potrebe po oskrbi, politike dolgotrajne oskrbe, ter večstopenjsko upravljanje v Italiji v primerjalni perspektivi.

Potočnik: V poglavju, ki ste ga napisali skupaj s C. Ranci in E. Pavollini, poudarjate, da v sodobnih državah blaginje družine zaradi družbenih sprememb, kot so (med drugim) višja udeležba žensk na trgu dela, geografska oddaljenost družinskih članov ter dejstvo, da zaradi krčenja proračunskih sredstev za formalne storitve dolgotrajne oskrbe s težavo zagotavljajo neformalno oskrbo pomoči potrebnim starejšim družinskim članom. To je zaskrbljujoče, zlasti ker število starejših narašča (in po napovedih bo tako ostalo do leta 2050/2060), sedanji sistem pa očitno ni vzdržan. Italija je na drugem mestu na svetu (takoj za Japonsko) po deležu prebivalcev starejših od 65 let. Zanima me, kako je ta demografska realnost in vse manjša zmožnost družin za zagotavljanje dolgotrajne oskrbe vplivala na italijanski sistem dolgotrajne oskrbe.

Arlotti: Pomembno je poudariti, da gre za delež, ki ga do neke mere oblikuje vzporedna erozija mlajše generacije in padec rodnosti. Ta proces je močno prizadel Italijo. Konec devetdesetih let smo si nekoliko opomogli zaradi migracij, zdaj pa se zdi, da se je to normaliziralo in da imajo tudi migranti običajno manjše število otrok. Vemo pa, da se je seveda podaljšala tudi pričakovana življenjska doba, zato se s tega vidika zdi, da ima Italija dobre pogoje za staranje, pa vendar temu ni tako, saj so stvari nekoliko bolj zapletene. Zapletene zato, ker je v zadnjem poročilu³ Organizacije za gospodarsko sodelovanje in razvoj (OECD) (2023) zabeležen zanimiv podatek, ki kaže, da se je vzporedno s podaljšanjem pričakovane življenjske dobe podaljšalo tudi obdobje, ko so starejši zaradi svojega zdravstvenega stanja odvisni od pomoči drugih. Zlasti pri visoki starosti je tveganje za funkcionalne omejitve, pri opravljanju vsakdanjih opravil, zelo visoko. Druga pomembna stvar, ki jo omenjajo v poročilu, je porast nezadovoljenih potreb po dolgotrajni oskrbi med starejšimi, ki imajo vsaj eno omejitev pri izvajanju osnovnih vsakdanjih opravil (ADL).

Po tej raziskavi, ki sicer temelji na podatkih raziskave SHARE⁴, lahko vidimo, da je Italija na tem področju zelo problematična, kar morda niti ni tako nepričakovano, saj je za Italijo značilna residualna vloga države blaginje. V Italiji namreč nimamo posebnega sektorja za dolgotrajno oskrbo, ki bi bil namenjen zaščiti starejših, temveč je odgovornost za skrb za starejše razdrobljena – nekaj je v rokah zdravstvenega sistema na regionalni ravni, nekaj v rokah sektorjev

³ OECD (2023), Health at a Glance 2023: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.

⁴ SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) je evropska raziskava o zdravju, procesu staranja in upokojevanju v Evropi. Več o sami raziskavi si lahko preberete na: <http://www.share-slovenija.si>

za socialno varstvo na občinski ravni. Obenem pa na nacionalni ravni država zagotavlja poseben sistem denarnega nadomestila za oskrbo (*Indennità di Accompagnamento*), vendar brez kakršnega koli usklajevanja s storitvami, ki so na voljo na ravni regij in občin. Zato na področju dolgotrajne oskrbe v Italiji vlada nered. V članku⁵, ki sem ga napisal skupaj s španskim kolegom in sva ga objavila v reviji *Social policy and Administration*, sva uvedla koncept neizprosne razslojenosti (ang. *vicious layering*), da bi opisala, kako zapletena in nedosledna porazdelitev odgovornosti med različnimi ravnmi v Italiji in Španiji vodi do teritorialnih neenakosti, prelaganja stroškov med različnimi upravnimi ravnmi in uporabniki ter do napačne porazdelitve sredstev. Če pogledamo raven izdatkov za dolgotrajno oskrbo z vidika vloženih sredstev, je Italija pozicionirana nekje v sredini, med nordijskimi državami, ki imajo visoko, in državami kot sta Bolgarija in Romunija, ki imajo zelo nizko raven izdatkov za dolgotrajno oskrbo. Vendar problem ni v višini izdatkov, ampak zlasti v tem, kako so ta sredstva razporejena, saj je ogromen delež teh izdatkov namenjen denarnim nadomestilom.

Potočnik: Kolikšen del celotnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo je v Italiji namenjen denarnemu nadomestilu za oskrbo?

Arlotti: Leta 2022 je ta delež znašal 44 %, kar je skoraj polovica vseh izdatkov za dolgotrajno oskrbo oseb, starih 65 let in več. In to je nekaj, kar je pomenilo omejeno širitev ostalih formalnih storitev oskrbe, npr. institucionalne oskrbe in oskrbe na domu. Težava je tudi v zasnovi te sheme, saj obstajata dva glavna sistemska problema, ki vplivata na njeno učinkovitost. Prvi je dejstvo, da je ta shema pavšalna, kar pomeni, da je vsem starejšim, ki imajo potrebe po oskrbi, zagotovljena enaka višina nadomestila za oskrbo, ne glede na intenzivnost njihovih potreb. To pomeni, da ne glede na to ali oseba potrebuje celodnevno oskrbo ali pa ima zelo nizke potrebe po oskrbi, dobi enak znesek nadomestila. Trenutno nadomestilo znaša 531 EUR na mesec, kar ni veliko. Zadostuje, če imate nizke potrebe po oskrbi, če pa potrebujete intenzivno oskrbo, to ni dovolj, saj oskrba na domu ali v domu starejših stane več kot 1.000 EUR na mesec. Starejši ljudje imajo veliko težav s cenovno dostopnostjo domov za starejše, zato je znesek nadomestila zanje zelo zelo nizek. Drugi problem je, da je ta shema brez omejitev: sredstva se lahko porabijo brez nadzora in omejitev, kar je dobro z vidika prožnosti, vendar tudi problematično, zlasti kadar se sredstva porabijo na črnem trgu za zaposlovanje migrantov (ang. *migrant care workers*), ki nimajo rednih pogodb o zaposlitvi.

⁵ Arlotti, M. in M. (2017). Aguilar Hendrickson. The vicious layering of multi-level governance in Southern Europe: the case of elderly care in Italy and Spain. *Social Policy & Administration*, 52(3): 646-661.

Potočnik: Kdo je upravičen do prejema nadomestila za oskrbo?

Arlotti: Vstopna pogoja sta dva, in sicer 1) da ima oseba omejitve pri opravljanju osnovnih vsakdanjih opravil (ADL) in da 2) potrebuje pomoč druge osebe, vendar pri tem ni standardizirane opredelitve, kaj ta dva pogoja konkretno pomenita.

Potočnik: Kako pa so ti izdatki za dolgotrajno oskrbo razdeljeni glede na posamezne storitve dolgotrajne oskrbe?

Arlotti: Če si ogledate razporeditev izdatkov in upoštevate celoten znesek sredstev, se približno polovica vseh sredstev porabi za nadomestilo za oskrbo (glej zgoraj). To pomeni, da se druga polovica sredstev porabi za (institucionalno) oskrbo v domovih za starejše in oskrbo na domu. Težava je v tem, da ko pogledate stopnje pokritosti, manj kot 3 % prebivalstva, starega 65 let in več, prejema socialno oskrbo na domu. Zdravstveno oskrbo na domu prejema 5 % prebivalcev starejših od 65 let, vendar je težava v tem, da gre (pri zdravstveni oskrbi) za zelo majhen obseg pomoči, ki jo večinoma izvajajo medicinske sestre na domu in ne zagotavlja podpore starejšim, ki potrebujejo intenzivno oskrbo.

Potočnik: Kako pa starejši pokrijejo razliko med dodatkom za pomoč in postrežbo in ceno oskrbe v domovih, zlasti ker pokojnine niso visoke, stroški formalne dolgotrajne oskrbe pa naraščajo? Ali družine sofinancirajo stroške dolgotrajne oskrbe?

Arlotti: Gre za zapleteno zgodbo, saj italijanska zakonodaja določa, da mora, ko ste v domskem varstvu in imate potrebe po oskrbi, polovico stroškov kriti zdravstveni sistem (za zdravstvene storitve), drugi del stroškov pa mora plačati starejša oseba. V primerih, ko starejši nimajo dovolj sredstev, pa obstaja možnost, da za pomoč zaprosijo občino. V tem primeru občina preveri finančno stanje in premoženje starejše osebe, upošteva pa tudi finančno situacijo otrok starejše osebe, ter jih, v kolikor jim finančna situacija to omogoča, v primerih ko dohodek starša ni dovolj visok, da bi pokrili stroške oskrbe, povabijo, da doplačajo razliko. Težava je v tem, da država večinoma ne krije vseh zdravstvenih stroškov ali krije manj kot polovico, kar pomeni nekakšno prelaganje stroškov na družine, kar se odraža v tem, da mora starejša oseba (oz. njena družina) plačati več, kot določa nacionalna zakonodaja. To je nezakonito in včasih se družine tega zavedajo in se pritožijo na upravno sodišče (ki nato zdravstveni sistem zaveže k plačilu zdravstvenih stroškov), vendar se v mnogih primerih družine tega ne zavedajo in plačujejo. To je zelo problematično, saj si veliko starejših oseb teh stroškov ne more privoščiti.

Poleg tega je treba povedati, da imamo v Italiji že zelo dolgo prisotno vmesno možnost, ki jo lahko starejša oseba uporabi, preden se odloči za institucionalno oskrbo. Ta »vmesna« ureditev se je pojavila konec devetdesetih let prejšnjega

stoletja in sicer gre za pomoč s strani migrantov, ki živijo skupaj s starejšo osebo in ji nudijo oskrbo. Ta model so pred nekaj leti identificirali Francesca Bettio in sodelavci z ugotovitvijo, da prihaja do vse večje eksternalizacije oskrbovalnih nalog prav preko modela migranta v družini (ang. *migrant-in-the-family model*).

Potočnik: Bi nam lahko povedali kaj več o tem modelu? Kako ta model funkcionira v praksi? Ali gre za obliko zaposlitve, ki ji pripadajo pravice iz delovnega razmerja (dopust, plačani socialni/pokojninski prispevki)? Se države, iz katerih prihajajo migranti, kaj spreminjajo v zadnjem času?

Arlotti: Če pogledamo podatke pred pandemijo, je bilo več kot 70 % delavcev, ki so skrbeli za oskrbo na domu, migrantov. Po nekaterih ocenah jih je imelo na splošno le 40 % redno pogodbo. To pomeni, da jih je bilo 60 % na črnem trgu, brez kakršne koli pogodbe. To pa pomeni tudi, da niso plačevali davkov in socialnih prispevkov. Ocene kažejo, da naj bi bilo v Italiji približno milijon migrantov, ki oskrbujejo na domu. Veliko jih je iz vzhodne Evrope – Moldavije, Romunije in Ukrajine ter latinoameriških držav – in te oskrbovalne verige se skozi leta niso spremenile.

Zakaj torej prihaja do tega pojava? Veliko stvari je povezanih s tem, kar ste že omenili, in sicer s spreminjanjem družinskih struktur, saj tradicionalno familializem temelji na široki medgeneracijski solidarnosti družinskih članov, ki v celoti zagotavljajo pomoč pri oskrbi. Vendar se je ta konfiguracija spremenila, ker družinski člani redkeje živijo skupaj, hkrati pa se je spremenila tudi spolna zaznamovanost familializma, ki je temeljil na modelu moškega hranitelja, torej na togi delitvi spolov, kjer je moški opravljal plačano delo, ženske pa skrbstveno in gospodinjsko delo. Sčasoma so se težnje in pričakovanja žensk spremenili in ženske so začele vstopati na trg delovne sile. Te družbene spremembe so torej povzročile nekakšno erozijo tradicionalnih družinskih virov podpore, prišlo je do nekakšne eksternalizacije – prenosa podpore pri oskrbi na druge ženske. Proces eksternalizacije oskrbe večinoma poteka med ženskami iz srednjega in nižjega srednjega razreda, ki imajo sredstva za plačilo migrantom, medtem ko si ženske z nizkim socialno-ekonomskim ozadjem te eksternalizacije ne morejo privoščiti, zato oskrbujejo same. Tako je na nek način nastal nov scenarij, po katerem se še vedno reproducirajo spolne neenakosti tudi znotraj kategorije žensk. In ta eksternalizacija oskrbe je mogoča zaradi nizkih stroškov, saj so le-ti, glede na to, da mnogi migranti nimajo rednih pogodb, relativno nizki.

Potočnik: Kako visoki pa so ti stroški?

Arlotti: To je odvisno od intenzivnosti, vendar lahko plačilo znaša manj kot 1.000 EUR na mesec, kar za migrante, ki nudijo oskrbo, sicer ni veliko, saj

živijo skupaj s starejšo osebo in imajo med tednom le malo časa za počitek. Glede na to, da so s starejšo osebo ves čas, podnevi in ponoči, v tem smislu to ni primerna plača, tudi zato, ker se socialni prispevki ne plačujejo.

Potočnik: Kakšna pa je razlika med tistimi, ki imajo redne pogodbe, in tistimi, ki jih nimajo?

Arlotti: Kot sem že povedal, je po nekaterih ocenah približno 40 % oskrbovalcev na domu, vključno z delom migrantov, reguliranih – prednost je, da imajo ti migranti plačane socialne prispevke, kar pomeni, da so upravičeni do nadomestila za brezposelnost, če jih družina odpusti oz. ko starejša oseba umre; saj pri tem načinu dela, ko oskrbuješ in živiš pri družini, namreč obstaja tudi problem kontinuitete zaposlitve po smrti oskrbovanca. Poleg tega imajo oskrbovalci z redno pogodbo pravico do dopusta. Pri tistih, ki niso redno zaposleni, je vse popolnoma drugače, kljub temu, pa ima ta (neregularna) ureditev za družino veliko prednosti, saj so stroški razmeroma nizki, poleg tega pa je zagotovljena prilagodljivost – če ta oseba dobro dela, je vse v redu, v nasprotnem primeru ga lahko enostavno odpustijo (ni birokratskih ovir in odpovednega roka).

Neregularna pogodba je včasih tudi v interesu migrantov, saj smo med pogovori z družinami, ki imajo takšno ureditev, ugotovili, da sami včasih predlagajo takšno (neregularno) ureditev. Namesto redne pogodbe raje delajo na črno, ker so delovni pogoji včasih zelo problematični, zlasti pri oskrbi oseb z demenco, in zaradi te nepredvidljivosti raje niso omejeni s pogodbo, saj imajo tako možnost oditi, kadar koli želijo. Drugi razlog za kratkoročno zaposlitev je, da pogosto ostanejo v Italiji le kratek čas in se nato vrnejo domov, v državo iz katere so prišli, zato se jim zdi plačevanje socialnih prispevkov brezpredmetno, saj se ne bodo upokojili v Italiji. Predvidevajo, da je bolje vzeti denar in nato oditi, ko ga bodo imeli dovolj. Tako obstaja ta za obe strani ugodna situacija, ki sama vzdržuje sistem neregularnih zaposlitev in ki jo omogoča tudi denarno nadomestilo za oskrbo (*Indennità di Accompagnamento*), predvsem dejstvo, da Italija zagotavlja to nadomestilo kot nevezano shemo brez kakršne koli vrste nadzora. Zato je po eni strani pozitivna, saj družini omogoča izbiro glede porabe finančnih sredstev, na drugi strani pa je poraba sredstev lahko tudi problematična, saj družine nadomestilo pogosto uporabijo za financiranje sive ekonomije, za katero sta značilna izkoriščanje in prej omenjene neregularne pogodbe. Tu gre za neke vrste paradoks, saj nizka stopnja nadzora glede porabe nadomestila omogoča delo na črno, ki ne prispeva v davčno blagajno, poleg tega delavci na črno ne plačujejo socialnih prispevkov. V več študijah je bilo tudi poudarjeno, da so se včasih, zlasti v družinah z najnižjimi prihodki

(pred letom 2019, ko je Italija na nacionalni ravni uvedla shemo boja proti revščini), sredstva, ki jih je zagotavljalo nadomestilo za oskrbo, uporabljala kot nekakšen funkcionalni ekvivalent sheme boja proti revščini. Zato so bila ta sredstva včasih vključena v družinski proračun in niso bila namensko uporabljena za zadovoljevanje potreb po oskrbi starejših sorodnikov. Zlasti je bilo to pogosto v socioekonomsko prikrajšanih regijah (na primer na jugu Italije) in je bilo povezano s sistemskimi ukrepi za preprečevanja revščine.

Potočnik: Omenili ste, da družine z najnižjim socioekonomskim statusom ne najemajo migrantov, kar gotovo pomeni, da so ravno te družine najbolj obremenjene z oskrbo?

Arlotti: Ja, zagotovo.

Potočnik: Kakšne pa so posledice nujenja oskrbe za te družine?

Arlotti: Ta neenakost se pojavlja zlasti med srednjim in nižjim srednjim razredom, ki so organizacijo oskrbe prenesli na zunanje izvajalce. Med zelo revnimi družinami je zagotavljanje oskrbe internalizirano in zlasti ženske z nizkim socioekonomskim statusom so zaradi pomanjkanja drugih možnosti pogosto prisiljene zagotavljati oskrbo svojim staršem. To se prepleta tudi z moralnimi vrednotami glede oskrbe, ki so še vedno močnejše v družinah z nižjim socioekonomskim statusom. Pričakovanje, da je družina tista, ki mora zagotoviti podporo onemoglim družinskim članom, se odraža tako v prepričanjih starejših, ki oskrbo potrebujejo, kot tudi oskrbovalcev, ki jo nudijo. Kljub družbenim spremembam je prepričanje, da je družina tista, ki mora zagotoviti oskrbo, še vedno prisotno in se nanaša predvsem na ženske, ki si pogosto težko predstavljajo, da bi oskrbo zagotavljala druga oseba. Ženske pogosteje čutijo negativne posledice zagotavljanja oskrbe, saj se ne morejo zaposliti, kar dodatno reproducira spolne neenakosti. To je zelo velik problem za številne družine, predvsem zaradi strukturnega problema revnih zaposlenih, ki ga imamo v Italiji – včasih je bila namreč ena plača dovolj za preživetje družine, danes pa to ni več tako, zato je odsotnost oskrbovalcev, predvsem žensk, s trga dela zaradi nujenja oskrbe, kritična in ima lahko veliko negativnih posledic, predvsem za družine z nižjim socioekonomskim statusom, ki si ne morejo privoščiti zunanje pomoči za oskrbo družinskih članov. Ta prikrajšanost pa ni le materialna, pač pa ima tudi psihološke posledice, kot so oskrbovalno breme, izgorelost itd.

Potočnik: Torej bi lahko dejali, da gre za začaran krog, ker preobremenjeni, izgoreli ter materialno prikrajšani oskrbovalci težko nudijo kvalitetno oskrbo

družinskim članom. Torej imamo nezadovoljene potrebe na obeh straneh – tako med oskrbovalci, kot tudi med oskrbovanci?

Arlotti: Da, res je, res je. To poudarja tudi Chiara Saraceno v članku⁶ iz leta 2010, v katerem je analizirala vprašanje neenakosti v potrebah po oskrbi v starosti, ter v katerem poudarja, da se večina raziskav vezanih na neenakosti v oskrbi osredotoča na razlikovanje med različnimi kategorijami starejših – npr. starejši z nižjim socioekonomskim statusom so bolj obremenjeni zaradi potreb po oskrbi, imajo več težav z nakupom skrbstvenih storitev itd., redkeje pa raziskave upoštevajo tudi, kakšne so posledice za tiste, ki zagotavljajo oskrbo. In na podlagi tega smo tudi mi začeli razmišljati o tem, da bi bilo zanimivo razširiti koncept oskrbovalne revščine⁷, ter vanj vključiti tudi perspektivo oskrbovalcev, zlasti zaradi kompromisov, ki jih sprejemajo; včasih imamo situacije v katerih so potrebe po oskrbi izpolnjene za starejšo osebo, ne pa tudi za oskrbovalce, in obratno.

Potočnik: Da, se strinjam in menim, da se ravno tu vidi ta odnosni vidik oskrbe, saj slednja vedno poteka znotraj nekega odnosa in če se osredotočamo samo na osebo, ki prejema oskrbo, spregledamo tistega, ki oskrbo nudi in kompleksnost oskrbovanja kot takega. Na primer, kar se tiče finančnih resursov, imamo lahko starejšo osebo z nizkim prihodkom, vendar je morda njen oskrbovalec ali oskrbovalka dobro situiran/a, zato je pomembno, da oskrbovalno revščino proučujemo z diadnega vidika.

Arlotti: Ja, zagotovo. Popolnoma se strinjam. Mislim, da je to dobro izhodišče, saj je odnosni vidik oskrbe zelo zapleten. A ker ne moremo vedno vsega upoštevati, je pomembno, da se zavedamo omejitev znanja in tega, kaj je izvedljivo, ter upoštevamo večdimenzionalni vidik tega vprašanja – to je ključno, absolutno ključno.

Poleg tega je pomembna tudi razprava o *interseksionalnosti*, ki še povečuje to kompleksnost. Tradicionalno ločeno obravnavamo povezavo med nezadovoljenimi potrebami in družbenimi neenakostmi – npr. zanima nas vpliv dohodka, spola in tako naprej. Vendar pa gre pri interseksionalnosti za to, da lahko vidimo stanje prikrajšanosti (ang. *disadvantage*) tudi znotraj širšega stanja prednosti (ang. *advantage*) in obratno, da lahko vidimo stanje prednosti tudi znotraj širšega stanja prikrajšanosti. Tako obstaja kompleksna hierarhija, ki se prepleta s spolom, dohodkom, itd. Zato smo nedavno, skupaj z drugimi sodelavci, začeli vključevati perspektivo interseksionalnosti pri proučevanju oskrbovalne revščine, da bi videli ali rezultati potrjujejo zgodbo o oskrbovalni

⁶ Saraceno, C. (2010). Social inequalities in facing old-age dependency: a bi-generational perspective. *Journal of European Social Policy*, 20(1), 32-44. <https://doi.org/10.1177/0958928709352540>

⁷ O oskrbovalni revščini (Kröger 2022, str. 26) govorimo, ko starejši ljudje, zaradi medsebojnega delovanja individualnih in družbenih dejavnikov nimajo ustrezno pokritih potreb po oskrbi. Gre za situacije, ko ljudje, ki potrebujejo oskrbo, ne prejmejo zadostne pomoči iz neformalnih ali formalnih virov.

revščini, ki jo lahko vidimo, če ločeno obravnavamo te glavne osi družbene neenakosti, ali pa nam uporaba interseksionalnosti omogoča bolj poglobljeno razumevanje pojavnosti oskrbovalne revščine v populaciji.

V zvezi s tem, kar ste omenili na začetku najinega pogovora, menim, da je koncept oskrbovalne revščine koristen zaradi poudarka na kontekstu – torej na vpetosti individualnih dejavnikov v povezavi z makro dejavniki. Gre torej za klasično temo sociološkega razmisleka o združevanju mikro in makro razsežnosti, ne da bi se ujeli zgolj v individualno perspektivo, ki je seveda pomembna, vendar nam pove le del zgodbe. Tako smo v raziskovalnem delu, ki ga izvajam z drugimi kolegi, poskušali operacionalizirati različne razsežnosti oskrbovalne revščine, ki jih je Teppo Kröger opredelil v svoji nedavni knjigi: osebno, praktično in socio-emocionalno oskrbovalno revščino. V našem primeru smo poskušali oceniti, ali obstaja konsistentnost v povezavi med družbeno neenakostjo in temi različnimi razsežnostmi oskrbovalne revščine.

Potočnik: Kako ste to merili? Katere spremenljivke ste uporabili?

Arlotti: Kar zadeva operacionalizacijo odvisne spremenljivke, tj. oskrbovalne revščine, smo pri merjenju oskrbovalne revščine uporabili tako absolutni kot relativni pristop, pri čemer smo sledili temu, kar je v svoji knjigi⁸ obravnaval Teppo Kröger. Kar zadeva neodvisno spremenljivko, tj. socioekonomske dejavnike, smo upoštevali spol, dohodek in teritorialno območje. Pri zadnji razsežnosti smo se sklicevali zlasti na regionalne neenakosti, saj je v Italiji ta razsežnost zaradi velikih teritorialnih razlik ključna. Ne le med severnim in južnim delom, ampak tudi med lokalnimi sistemi blaginje. Rad bi poudaril, da je v naši analizi prav ta razsežnost najmočnejše povezana z več preučevanimi oblikami oskrbovalne revščine, medtem ko spol in dohodek kažeta šibkejšo povezavo.

Potočnik: To je zanimivo in verjetno bi se pokazalo tudi v Sloveniji, saj so tudi pri nas regionalne razlike v implementaciji politike dolgotrajne oskrbe velike, odvisne predvsem od tega, kako pomembno je področje dolgotrajne oskrbe za odločevalce na lokalni ravni in koliko občinskega proračuna namenjajo temu področju.

Arlotti: V Italiji je to opredeljeno kot *lokalni municipalizem* (ang. *local municipalism*), kar pomeni, da imamo razdrobljenost na lokalni ravni. Koncept je oblikovala Chiara Saraceno in izhaja iz dejstva, da imamo tudi v našem primeru zaradi odsotnosti nacionalne politike strukturno razdrobljenost, ne le med severno in južno regijo, temveč tudi znotraj iste regije. Regija v Italiji ima pomembno vlogo, vendar je bila zlasti na področju socialnih storitev njena regulativna vloga zelo omejena, saj je bilo občini prepuščena organizacija lastnega sistema socialnega varstva, ne da bi opredelila njihove zakonske pravice. Tako na

⁸ Več o oskrbovalni revščini si lahko preberete v Kroger, T. (2022). *Care poverty*

nacionalni kot na regionalni in celo na lokalni ravni ni zakonskih pravic do teh storitev, kar pomeni, da ljudje niso po zakonu upravičeni do tovrstnih storitev.

Potočnik: Kako je pa s storitvami oskrbe na domu?

Arlotti: Oskrba na domu se je v Italiji začela razvijati zelo zgodaj, v sedemdesetih letih prejšnjega stoletja, ko je država decentralizirala socialne storitve. Regije so bile ustanovljene šele leta 1970, pred tem niso obstajale. Po drugi svetovni vojni smo imeli dolgo obdobje, ko italijanska ustava ni bila v celoti implementirana in zato tudi regij ni bilo, potem smo pristopili k decentralizaciji in nekatere regije, zlasti v osrednji Italiji, ki jih je vodila komunistična partija, so veliko vlagale v sistem socialnega varstva. To je pomenilo tudi poskus uvedbe inovativnih praks, vključno z oskrbo na domu. Tako je na primer v regiji, v kateri živim – Emilija-Romanja, in v glavnem mestu Bologna. Mesto je veliko vlagalo v socialne storitve, vključno z zagotavljanjem pomoči na domu za starejše. Vendar je težava v tem, da je delež starejših oseb, ki so vključene v tovrstne storitve, zelo nizek.

Potočnik: Kaj pa je razlog za nizko stopnjo vključenosti?

Arlotti: V Italiji imamo dve vrsti pomoči na domu. Pomoč na domu, ki jo zagotavlja občina, je namenjena potrebam po oskrbi, pokritost, če upoštevamo delež starejših oseb, starih 65 let in več, pa znaša manj kot 2 %. Imamo pa tudi oskrbo na domu, ki jo zagotavlja zdravstveni sistem (obiski medicinske sestre), v tem primeru je pokritost približno 5 % – vendar je ta zadnja – zdravstvena oskrba na domu zelo hitra, traja le nekaj minut.

Zakaj je tako nizka vključenost? Ker ni bilo nacionalne spodbude, ki bi podpirala množično širitev tovrstnih storitev. To je bilo v celoti prepuščeno regijam in občinam, vendar brez opredelitve jasnih zakonskih pravic. Celo v primeru Bologne, ki sem ga prej omenil, ljudje nimajo zakonsko določene pravice do socialnih storitev preko občine. Tudi če obstaja predpis na lokalni ravni, preko katerega je oskrba na domu zagotovljena, lahko v primeru težav s proračunskimi omejitvami občina takoj ustavi tovrstno podporo, saj za to ni nobene zakonske podlage, preko katere bi lahko ljudje uveljavljali pravico do oskrbe na domu. To je tudi del zgodbe o familializmu in s tem povezane ideje, da je družina tista, ki zagotavlja podporo ljudem v stiski, to pa je še podkrepljeno z odsotnostjo nacionalne politike dolgotrajne oskrbe.

Potočnik: Ali so oskrbovalci na politični ravni prepoznani kot ena od ciljnih skupin, ki bi jo morala politika dolgotrajne oskrbe vključevati?

Arlotti: Če se prav spomnim, je bil leta 2018 sprejet nacionalni zakon, ki prepoznava oskrbovalce, vendar v zelo majhnem obsegu in zelo eksperimentalno.

Tako da mislim, da nimamo ničesar, kar bi lahko primerjali z institutom oskrbovalca družinskega člana, ki ste ga nedavno uvedli v Sloveniji.

Potočnik: Regionalne neenakosti v zagotavljanju dolgotrajne oskrbe v Italiji so se pokazale tudi med pandemijo koronavirusa, saj je Lombardija doživela najvišjo smrtnost v domovih za starejše v Evropi, kar je bilo tudi izjema v italijanskem primeru, saj je bila smrtnost v Lombardiji dvakrat višja od državnega povprečja (7,6 % v primerjavi z 3,8 %). Kaj ste se v Italiji naučili iz te izkušnje in kako je le-ta vplivala na vaš sistem dolgotrajne oskrbe?

Arlotti: Na splošno imam vtis, da smo še vedno v fazi relativnega ravno-vesja, ki pa je zelo krhko zaradi vse večjega prepletanja različnih napetosti v kontekstu polikrize, ki trenutno sicer (še) ni tako radikalna, vendar razjeda temelje naše družbe. Težava je v tem, da se odločevalci tega ne zavedajo – ne zavedajo se, kaj se dogaja v naši državi in kaj se bo zgodilo.

Potočnik: In kakšne bodo posledice.

Arlotti: Da in kakšne bodo posledice. Seveda so zdaj jasne posledice nezadovoljenih potreb po oskrbi in zadev, ki sem jih že omenil. Vendar pa verjetno še vedno nismo dosegli kritične točke za korenito spremembo in moje mnenje je, da se dejansko iz pandemije nismo ničesar naučili. Pandemija je pokazala strukturne pomanjkljivosti italijanskega sistema dolgotrajne oskrbe, zlasti v domovih za starejše; imeli smo veliko smrtnih primerov v domovih za starejše in obstaja vrsta razmišljanj, ki povezujejo te kritične posledice z že obstoječimi strukturnimi pomanjkljivostmi sistema. Zato je bil del nacionalnega načrta za okrevanje po koronavirusu in krepitev odpornosti, ki ga je potrdila vlada, osredotočen na to, da se nekaj naredi za izboljšanje sistema dolgotrajne oskrbe.

Kot ste pravilno omenili, je država predvidela (glede na slabosti, ki sem jih omenil prej) povečanje obsega oskrbe na domu. Cilj, ki ga želijo doseči, je 10-odstotna vključenost prebivalstva, starega 65 let in več. Težava pa je v tem, da se ta cilj nanaša le na oskrbo na domu, ki jo zagotavljajo zdravstveni organi, ki je že zdaj 5-odstotna. Na socialne storitve se nanaša le majhen del, ki pa ne vsebuje konkretnih ukrepov države, s katerimi bi razširili to vrsto storitve in jo zagotovili kot zakonsko pravico.

Poleg tega je vlada (še vedno v okviru nacionalnega načrta za okrevanje in krepitev odpornosti) odobrila reformo sistema dolgotrajne oskrbe v Italiji, vendar brez proračunskih sredstev. Ne glede na to je bila ta reforma nedavno odobrena, vključuje tudi poskus reforme nadomestila za oskrbo, a so proračunska sredstva zanjo zelo omejena. Poleg tega (in kar je zelo značilno za Italijo) je za popolno implementacijo potrebno sprejetje dodatnih zakonskih

odlokov, kar trenutno onemogoča popolno izvajanje reforme. Vendar pa je ključni problem ta, da ni strukturnih naložb. In to je nekaj, kar bi lahko močno ogrozilo dejanski učinek te reforme, saj je pandemija jasno pokazala potrebno po strukturni ureditvi sektorja dolgotrajne oskrbe. Vendar pa v reformi sistema dolgotrajne oskrbe, ki je bila nedavno odobrena, ni ničesar o tem. Obstaja poskus opredelitve boljših standardov, vendar je za to potreben še en odlok, za katerega pa ponovno ni sredstev.

Zato sem nekoliko kritičen do tega, kar smo se naučili iz pandemije, in to je nekaj, kar je stalno prisotno v naši politiki: ne glede na to, da imamo sedaj desno vlado, ne gre za vprašanje leveice ali desnice, ampak za pomanjkanje ozaveščenosti političnih odločevalcev o tem, kako pomembno je ukrepati in urediti sistem dolgotrajne oskrbe.

Potočnik: To sprenevedanje političnih oblasti glede resnosti problema je zelo zaskrbljujoče, sama sem se recimo ob podatkih iz Lombardije zgrozila.

Arlotti: Da, seveda, vendar je to zapleteno vprašanje, povezano predvsem s tem, katere podatke primerjamo. S profesorjem Costanzo Rancijem smo poskušali te podatke obdelati in prišli do razlike, ki ste jo omenili, vendar moram izpostaviti tudi dejstvo, da je bil v Lombardiji epicenter, covid pa se je nato razširil na druge regije, tako da so imele druge regije do neke mere prednost, da so se lahko bolje pripravile nanj. Kajti ko se je to zgodilo, je Lombardija nekaj vedela o dogajanju na Kitajskem, vendar to ni bilo tako verodostojno kot tisto, kar se je pri potem zgodilo v februarju in marcu 2020. V tem specifičnem obdobju je v Italiji prišlo do spoznanja, da se dejansko nekaj dogaja, drugi razlog pa je bil v tem, da so se imele ostale regije čas pripraviti. Na primer, ko smo analizirali politične intervencije na regionalni ravni, je bil v Lombardiji vstop zunanjih obiskovalcev v institucije (bolnice, domove za starejše) mogoč do prvih dni marca, šele takrat so razumeli, da gre za problem, zato so se druge regije lahko takoj odzvale in omejile obiske zunanjih obiskovalcev ali družin v institucije. Poleg tega je bila v Lombardiji večja tudi odgovornost regionalne vlade, ki je popolnoma zanemarila dogajanje na področju oskrbe v domovih. Seveda je bil velik problem zdravstvenega sistema, saj se je bolnišnični sektor znašel pred kolapsom in je bilo zelo težko racionalno sprejemati odločitve. Ne glede na to pa se sistem zagotovo ni ustrezno odzval. Leta 2023 sem s kolegi objavil članek⁹, v katerem sem primerjal strategije politike pri odzivu na covid-19 v Italiji in Španiji in tudi v Španiji je bil problem na območju Madrida podoben situaciji v Lombardiji.

⁹ León M, Arlotti M, Palomera D, Ranci C. Trapped in a Blind Spot: The Covid-19 Crisis in Nursing Homes in Italy and Spain. *Social Policy and Society*. 2023;22(3):495-514. doi:10.1017/S147474642100066X

Slaba odzivnost sistema je skladna s podcenjevanjem dolgotrajne oskrbe v naši družbi, z obravnavanjem oskrbe kot sekundarnega vprašanja, ki si ne zasluži toliko pozornosti. Zato ga jemljemo kot nekaj samoumevnega, predvsem v primerjavi z drugimi tveganji, ki naj bi si bolj zaslužili našo pozornost in naložbe. Na primer v Italiji trenutno poteka močna javna razprava o otroškem varstvu; to je še en problem italijanske socialne države, saj je otroško varstvo (sploh v prvih letih) slabo pokrito in obstaja močna težnja po tem, da bi se ta pokritost povečala. Trenutno je večina razprav o socialnih naložbah usmerjena v to, da je treba čim bolj povečati človeški kapital prihodnjih generacij, in zdi se, kot da je to edino področje, ki si zasluži pozornost pri vlaganju sredstev, saj gre za prihodnjo produktivnost naše družbe.

Potočnik: In ko govorimo o oskrbi starejših, ni takšne razprave, kajne? Le redko se na dolgotrajno oskrbo gleda kot na naložbo.

Arlotti: Tudi zdaj v političnih razpravah ni pozornosti usmerjene v reformo sistema dolgotrajne oskrbe in v investicijo resursov.

Potočnik: V zadnjem času veliko razmišljam o razvrednotenju oskrbe starejših ljudi in vlogi kapitalizma pri tem.

Arlotti: Ja, to je pa zelo vroča tema.

Potočnik: In velik problem. Trenutno se v Sloveniji soočamo s paradoksom, da imamo čakalne vrste v domovih za starejše, ter prazne postelje, ker ni dovolj osebja, da bi lahko zadostili normativom. To je povezano tudi z razvrednotenjem oskrbe – oskrbovalci niso dovolj plačani, delovni pogoji so slabi ...

Arlotti: Da, da. Težava ni le v zaposlovanju, ampak tudi v tem, kako kader zadržati. To je velik problem tudi v Italiji. Strinjam se z vami, da se v tem sektorju kažejo pomanjkljivosti, ki so neločljivo povezane z načinom, kako v naši družbi dojemamo oskrbo – in sicer kot nekaj nepomembnega, nevidnega.

Potočnik: Kakšna menite, da bi bila rešitev glede na naraščajoče število starejših s kompleksnimi potrebami po oskrbi in krizo na področju oskrbe, ki smo ji priča zdaj?

Arlotti: Še vedno obstaja ravnovesje, vendar je to ravnovesje polno nasprotij, napetosti in nestabilnosti.

Potočnik: In ob pojavu novih družbenih tveganj (kot so npr. podnebna kriza) ne moremo pričakovati širitve države blaginje, zato bi morda ta intervju zaključila z vprašanjem: Kaj menite, da bi bila ustrezna in trajnostna rešitev za učinkovito

naslavljanje potreb po dolgotrajni oskrbi v naši družbi? Kdo bi moral prevzeti odgovornost?

Arlotti: Mislim, da bi bilo najbolje, če bi se najprej zavedali, da je oskrba nekaj, kar je koristno tako za posameznika kakor za družbo kot celoto. Potrebno je prepoznati družbeni prispevek oskrbe; da je čas, ki ga oskrbovalci namenijo oskrbi, pomemben za družbo in ga ne smemo jemati kot nekaj samoumevnega. Prav tako je pomembno, da je nudenje oskrbe svobodna izbira posameznika, saj le tako lahko preprečimo, da bi oskrba postala prisila. Pomembno je, da se čas, ki ga oskrbovalec porabi za zagotavljanje oskrbe (bodisi za svoje otroke, invalide, starejše), prizna kot produktivni čas in ne kot neproduktivni čas. V zvezi s tem lahko razmišljamo tudi o tem, kako skrajšati delovni čas, da bomo imeli več prostega časa in časa za oskrbo. Problem naše družbe je namreč v tem, da visoko vrednotimo le čas, ki ga preživimo na trgu dela, kar je predsodek kapitalistične družbe, ki je sama po sebi produktivna, vendar pa tudi akumulacija kapitala zahteva družbene predpogoje, vključno z vsemi dejavnostmi, ki podpirajo reprodukcijo človeškega življenja (kot je npr. oskrba), zato lahko trdimo, da je to protislovje kapitalizma.

Poleg tega je ključnega pomena kako razviti nova strateška partnerstva med javnim in zasebnim sektorjem, zlasti z zasebnimi organizacijami, ki niso tržno naravnane. V Italiji imamo dolgo tradicijo združništva in prostovoljskih organizacij, ki imajo še vedno ključno vlogo pri podpori šibkih starejših in najbolj prikrajšanih ljudi. Vendar je težava v tem, da njihova vloga večinoma ni komplementarna z javno podporo: predstavlja edino podporo, ki je na voljo. To je zelo problematično, saj obstaja nevarnost, da te organizacije prevzamejo bolj nadomestno in ne dopolnilno vlogo v povezavi z javno politiko. Dodatno tveganje je, da te organizacije vse bolj izgubljajo svoje zgodovinsko poslanstvo, tj. spodbujanje drugačne vrste dejavnosti – dejavnosti, ki ne temeljijo na ustvarjanju profita.

Potočnik: Marco, najlepša hvala za intervju.

Naslova avtorjev:

Marco Arlotti: m.arlotti@staff.univpm.it

Tjaša Potočnik: tjasa.potocnik@iat.si

GOOD QUALITY OF OLD AGE

Good Quality of old age: Journal for Gerontology and Intergenerational Relations, Vol. 27, Num. 2, 2024

INDEX

Editorial (Jože Ramovš)

1. Scientific and expert articles

- 1.1. Vera Klepej Turnšek: 25 years of architectural practice - architectural challenges in the field of housing for older people
- 1.2. Irena Švab Kavčič: Guidelines for a training programme for palliative care staff in Slovenian homes for older people
- 1.3. Alen Sajtl: Quality ageing despite physical and mental limitations

2. Review of gerontological literature

- 2.1. Virtual reality in keeping older people active (Aleksandra Ločičnik)
- 2.2. Long-term care for older people: package for universal health coverage (Alenka Ogrin)
- 2.3. AGE Manifesto 2024 – The Europe we want is for all ages (Alenka Ogrin)

3. Glossary of gerontology terms

- 3.1. Social networks in the old age (Jože Ramovš)

4. Age-friendly cities and rural communities

- 4.1. Municipalities and long-term care (Alenka Ogrin in Ana Ramovš)

5. Interview

- 5.1. Marco Arlotti in Tjaša Potočnik: The challenges of familialism: the case of Italy

The second number of the 27th year of this journal is diversely interdisciplinary. In our journal we pay special care to publish medical, social, psychological, architectural, infrastructural, cultural and other contributions that are essential for the development of contemporary gerontology and intergenerational

coexistence. Until the adoption of the Long-Term Care Act last year, our focus was on contributing to the development of Slovenia in this field. We are continuing to do so with a new focus.

This issue contains an original article by Dr Irena Švab Kavčič, who for many years has successfully managed a very diverse home for older people, with a special focus on palliative care and research. In training staff in this field, they have developed guidelines for an educational programme for palliative care staff in care homes for older people - this is the topic of her article. Other articles on long-term care include an overview on measures for long-term care of older people in the context of universal health insurance, a report on a consultation for municipalities following the adoption of the Long-Term Care Act, and an interview by Tjaša Potočnik with Dr Marco Arlotti from Italy on the challenges of caregiving familialism in their country. With this interview, we return to our tradition of expert interviews with prominent national and international gerontological experts. This type of expert writing is very effective for disseminating new scientific knowledge to practitioners.

The lead article in this issue is an expert analysis by Vera Klepej Turnšek on her 25 years of architectural experience in the construction and adaptation of residential homes for older people, her research and reflections on contemporary architectural challenges in this field. The author is very insightful in her architectural design, both in terms of beauty and functionality. The homes she has designed are considered by Hans Peter Winter, a leading German architect of homes for older people, to be among the top European achievements in this field. He stated that many architects have a good grasp of the functionality of a building, but make it dull, without the beauty of a space; others can bring beauty to a building, but with poor functionality for living and working in it - and Vera combines the two. She insists on this quality, despite the pressure from clients to build as cheaply as possible, and to keep the communal spaces in the home to the lowest possible standards. The quality of human life, development, and coexistence is highly dependent on the beauty and functionality of the home and workplace. The Slovenian saying that clothes make the man shows that we are aware of the impact of clothes on our well-being; the place in which we live and work is no less important than our clothes. In old age, especially when we become weaker and live in a care facility, space becomes crucial. For the cared-for person, the whole visible world is limited to the room and the view out of the window, and caregivers spend a major part of their working day doing their hard work in spaces that are either convenient or disabling for their work.

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

POSŁANSTVO REVİJE Z NAVODILI AVTORJEM

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

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

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

1. Celostna antropološka podoba človeka v njegovi telesni, duševni, duhovni, sožitno-socialni, razvojni in eksistencialni razsežnosti ob nedeljivi sistemski celoti vseh teh razsežnosti.
2. Celovit človekov razvoj skozi vsa življenjska obdobja od spočetja do smrti, isto dostojanstvo in smiselnost človekove mladosti, srednjih let in starosti ter povezanost vseh treh generacij v solidarnem družbenem sožitju.
3. Interdisciplinarno dopolnjevanje vseh znanstvenih ved in kulturnih panog, katerih znanja in tehnologije prispevajo h kakovostnemu staranju in solidarnemu sožitju; v reviji prevladujejo gerontološki in medgeneracijski prispevki iz psihosocialnega, zdravstvenega, vzgojno-izobraževalnega ter okoljsko-prostorskega področja.
4. Intersektorsko sodelovanje vseh družbenih in političnih resorjev, ki so pomembni za kakovostno staranje in solidarno sožitje; posebna pozornost je posvečena medsebojnemu dopolnjevanju družine, 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 izvirnim in preglednim člankom; ti so recenzirani. Praviloma vsebujejo s presledki od 10.000 do 30.000 znakov. Prispevki v drugem delu revije povzemajo informacije o novih tujih in domačih spoznanjih in izkušnjah na področju starosti, staranja in medgeneracijskega sožitja. Njihova dolžina se razteza od kratke zabeleške z nekaj sto besedami do obširnejših prispevkov o gerontoloških dogodkih ter spoznanjih in izkušnjah iz literature in prakse. Prispevki so objavljeni v slovenščini.

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

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

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

Kakovostna starost

LET. 27, ŠT. 2, 2024

Good quality of old age

VOL. 27, NUM. 2, 2024

ZNANSTVENI ČLANKI

SCIENTIFIC ARTICLES

Vera Klepej Turnšek

25 let arhitekturne prakse – arhitekturni izzivi na področju bivanja starejših

3

25 years of architectural practice - architectural challenges in the field of housing for older people

Irena Švab Kavčič

Smernice izobraževalnega programa za zaposlene v paliativni oskrbi stanovalcev slovenskih domov za starejše

28

Guidelines for a training programme for palliative care staff in Slovenian homes for older people

Alen Sajtl

Kakovostno staranje kljub telesnim in duševnim omejitvam

38

Quality ageing despite physical and mental limitations

IZ GERONTOLOŠKE LITERATURE

50

REVIEW OF GERONTOLOGICAL LITERATURE

GERONTOLOŠKO IZRAZJE

55

GLOSSARY OF GERONTOLOGICAL TERMS

STAROSTI PRIJAZNA MESTA IN OBČINE

59

AGE-FRIENDLY CITIES AND RURAL COMMUNITIES

INTERVJU

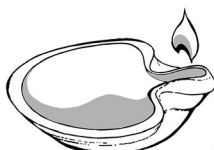
63

INTERVIEW

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>