

Kakovostna starost

REVIJA ZA GERONTOLOGIJO IN MEDGENERACIJSKO SOŽITJE
LETNIK 29 (2026), ŠTEVILKA 1



INŠTITUT ANTONA TRSTENJAKA

KAKOVOSTNA STAROST

letnik 29, številka 1, 2026

UVODNIK

ZNANSTVENI ČLANKI

- 3 Ana Rotovnik Omerzu: Vpliv pogostosti in kakovosti medgeneracijskih stikov na ageistična stališča mladih – pregled literature
- 16 Andraž Šterk, Almin Kljajić, Denis Karahasanović, dr. Sabina Ličen, dr. Mirko Prosen in Rebeka Lekše: Digitalna in zdravstvena pismenost ljudi, starih 55 let in več

IZ GERONTOLOŠKE LITERATURE

- 34 Povezava med delovanjem spomina in zapuščanjem trga delovne sile med starajočimi se Evropejci

GERONTOLOŠKO IZRAZJE

- 39 Gerontologija (Jože Ramovš)

KONFERENCE IN PROJEKTI

- 46 Krepitev delovne sile v oskrbi – izvajanje evropske strategije za oskrbo v praksi (Alen Sajtl)
- 50 Delovna mesta v dolgotrajni oskrbi: mednarodna raziskava o zaposlovanju in ohranjanju kadrov (Alenka Ogrin)

INTERVJU

- 53 Viktorija Drolec, Mojca Šraj, Tjaša Potočnik, Marta Grčar: Zavod Medgeneracijsko središče Komenda – dvajset let inovacij na področju oskrbe in preventivnih programov

GOOD QUALITY OF OLD AGE

- 79 Good Quality of old age: Journal for Gerontology and Intergenerational Relations, Vol. 29, Num. 1, 2026

Na naslovnici: Viktorija Drolec, soustanoviteljica Zavoda Medgeneracijsko središče Komenda

Spoštovane bralke, spoštovani bralci,

prva številka 29. letnika revije v ospredje postavlja nekatera temeljna vprašanja sodobne gerontologije: kako v dolgoživi družbi misliti medgeneracijske odnose, kako razumeti nove oblike neenakosti in izključenosti v starosti ter kako razvijati in vzdrževati kakovostno, sočutno in na uporabnika usmerjeno oskrbo v lokalni skupnosti.

Ana Rotovnik Omerzu s pomočjo pregleda literature analizira povezavo med pogostostjo in kakovostjo medgeneracijskih stikov ter stopnjo ageističnih stališč pri mladih. Ugotavlja, da za zmanjševanje ageizma niso pomembni le medgeneracijski stiki sami po sebi, temveč predvsem njihova kakovost. Ukrepe za njegovo zmanjševanje je zato treba sistemsko umeščati v okolja, kjer se oblikujejo družbena stališča in institucionalne prakse, zlasti v izobraževalni sistem, socialno varstvo in institucionalno oskrbo. Avtorica posebej poudari tudi, da morajo biti medgeneracijski stiki podprti z ustreznim znanjem o staranju, saj lahko sicer stereotipe celo utrjujejo. Drugi znanstveni prispevek obravnava digitalno in zdravstveno pismenost ljudi, starih 55 let ali več, v Sloveniji.

Pomemben vsebinski sklop številke sestavljajo strokovni prispevki, nastali na podlagi spletnih seminarjev o kadrovskih in strukturnih izzivih dolgotrajne oskrbe. Problemi zaposlovanja in podpore zaposlenim v oskrbi so izrazito transnacionalni: nizke plače, preobremenjenost, pomanjkanje kadra in neustrezne delovne razmere. Rešitve se najpogosteje uveljavljajo tam, kjer se izboljševanje delovnih razmer povezuje z izobraževanjem, strokovno podporo zaposlenim in razvojem delovne kulture. Od gerontološko-medgeneracijskega izrazja je tokrat prikazan pojem gerontologija. Njeno celotno interdisciplinarno pojmovanje omogoča, da empirične ugotovitve, strokovne razprave in praktične izkušnje mislimo v širšem antropološkem, socialnem in etičnem okviru.

K branju vabi tudi strokovni intervju z Viktorijo Drolec, predsednico Medgeneracijskega društva Komenda, in Mojco Šraj, direktorico Zavoda Medgeneracijsko središče Komenda. Daje nam vpogled v celotno razumevanje oskrbe ter v bogate izkušnje pri krepitevi medgeneracijske solidarnosti v lokalni skupnosti. Kakovost življenja v starosti se vedno udejanja v medosebnih odnosih, skrb za krhkega sočloveka in medgeneracijsko povezovanje pa ostajata temeljna pogoja vključujoče in solidarne skupnosti.

V imenu uredniškega odbora vam želiva prijetno branje!

Tjaša Potočnik in Ana Ramovš

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

Ana Ramovš dr. med. (odgovorna urednica), mag. Tjaša Potočnik (strokovna urednica),

Marta Grčar, 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 €. Cene so brez DDV in poštne.

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

E-pošta: info@inst-antontrstenjaka.si

Revija Kakovostna starost v letu 2025 in 2026 sofinancira ARRS na temelju javnega razpisa za sofinanciranje in izdajanje domačih znanstvenih periodičnih publikacij v letih 2025 in 2026.

Ana Rotovnik Omerzu

Vpliv pogostosti in kakovosti medgeneracijskih stikov na ageistična stališča mladih – pregled literature

POVZETEK

V postmodernih družbah, v katerih uspešnost pogosto povezujemo s produktivnostjo, postaja ageizem – stereotipiziranje in diskriminacija na podlagi starosti – vse bolj pereč družbeni problem. Namen pričujočega prispevka je bil s pomočjo pregleda literature po smernicah PRISMA 2020 ugotoviti in pojasniti povezavo med pogostostjo stika mladih s starejšimi in stopnjo ageizma. Članke smo iskali v bazah PubMed in Web of Science z uporabo določenega iskalnega niza z naslednjimi vključitvenimi kriteriji: (1) populacija mladih (15–29 let) in starejših odraslih (65+); (2) intervencije, katerih cilj je zmanjševanje ageizma; (3) primerjave med vrstami medgeneracijskega stika; (4) izide intervencij, ki so nakazovale na znižanje ageističnih stališč, ter (5) empirične znanstvene študije objavljene v angleškem jeziku med letoma 2010 in 2024. V analizo smo vključili 10 empiričnih študij. Pregledane študije nakazujejo negativno korelacijo med pogostostjo medgeneracijskih stikov in stopnjo izražane ageizma pri mladih respondentih, pri čemer je medgeneracijski stik, ki ima jasno opredeljen namen, bolj kakovosten in zato učinkovitejši za zmanjševanje ageizma na družbeni ravni. Na podlagi ugotovitev pregleda literature bi morali biti ukrepi za zmanjševanje ageizma sistemsko uvedeni v ključna okolja družbene socializacije in institucionalnega odločanja (izobraževalni sistem, socialno varstvo, institucionalno oskrbo), saj ti omogočajo zgodnjo prepoznavo, oblikovanje in transformacijo starostnih stališč ter vzpostavljanje strukturiranih, enakovrednih medgeneracijskih stikov. V skladu z Allportovo teorijo stika (ageistične) stereotipe najučinkoviteje izkoreninimo z neposredno interakcijo, ki jo lahko v življenja mladih vključimo na dva načina. Formalno, v obstoječi izobraževalni sistem z modelom PEACE (ang. *Positive Education about Aging and Contact Experiences*), in neformalno s programi medgeneracijskega sodelovanja in oskrbo na domu.

Ključne besede: ageizem, medgeneracijski stik, model PEACE, stereotipi, starejši

AVTORICA

Ana Rotovnik Omerzu je profesorica na Gimnaziji Celje – Center, doktorska študentka socialne gerontologije na Univerzi Alma Mater Europaea ter asistentka na Oddelku za sociologijo Filozofske fakultete Univerze v Mariboru. Njeno raziskovalno delo je usmerjeno v preučevanje tehnofobije pri starejših odraslih ter v razvoj in evalvacijo intervencijskih pristopov za zmanjševanje tehnofobije med starejšimi odraslimi v Sloveniji. Posebno pozornost namenja tudi sodobnim konceptom aktivnega staranja.

ABSTRACT

The impact of the frequency and quality of intergenerational contacts on ageist attitudes among young people – A literature review

In postmodern societies, where success is often equated with productivity, ageism – defined as stereotyping and discrimination based on age – has become an increasingly pressing social issue. The aim of this paper was to identify and explain the relationship between the frequency of contact between younger and older people and levels of ageism, using a systematic literature review based on the PRISMA 2020 guidelines. Scientific articles were searched in PubMed and Web of Science using following inclusion criteria: (1) studies involving younger people (aged 15–29) and older adults (65+); (2) interventions aimed at reducing ageism; (3) comparisons between types or frequencies of intergenerational contact; (4) outcomes indicating a reduction in ageist attitudes; and (5) peer-reviewed empirical studies published in English between 2010 and 2024. A total of ten empirical studies were included in the analysis. The reviewed studies indicate a negative correlation between the frequency of intergenerational contact and the level of expressed ageism among younger respondents. Intergenerational contact that is purposeful, structured, and regular appears to be more effective in reducing ageism on a societal level. Based on the findings, measures to reduce ageism should be systematically implemented in key settings of socialization and institutional decision-making - such as the educational system, social welfare, and long-term care - since these environments enable

early identification, shaping, and transformation of age-related attitudes, as well as the formation of structured, equitable intergenerational relationships. In line with Allport's contact theory, direct intergroup interaction remains the most effective strategy for reducing age-based stereotypes and can be implemented formally through educational initiatives such as the PEACE model (Positive Education about Aging and Contact Experiences) and informally through programs of intergenerational cooperation and home-based caregiving programs.

Keywords: ageism, intergenerational contact, PEACE model, stereotypes, older adults

AUTHOR

Ana Rotovnik Omerzu is a professor at Gimnazija Celje – Center, a doctoral candidate in social gerontology at Alma Mater Europaea University, and a teaching assistant at the Department of Sociology, Faculty of Arts, University of Maribor. Her research focuses on technophobia among older adults, with a particular emphasis on designing and evaluating intervention strategies to reduce technology-related anxiety in Slovenia's ageing population. She is also deeply engaged with contemporary theories and practices of active ageing.

1 UVOD

Najnovejši demografski trendi z napovedmi in projekcijami staranja prebivalstva kažejo, da se bo do leta 2050 odvisnostno razmerje (ang. *old-age dependancy ratio*) v povprečju podvojilo, kar pomeni, da bo vsak delovno zmožen posameznik podpiral več starejših (Society at a Glance 2024, 2024). To odvisnostno razmerje v Evropski uniji trenutno znaša v povprečju 34,8 % (Eurostat, 2021) in nakazuje, da bo v prihodnosti breme financiranja socialnih sistemov ter zagotavljanja neformalne pomoči starejšemu prebivalstvu vse bolj prehajalo na danes odraščajoče mlade generacije. Ti dve družbeni skupini, vsaka s svojim vrednotnim sistemom in izkušnjami, sooblikujeta socialne politike, zato je pomembno preučiti razmerje med njima in njihove percepcije o starosti in staranju, saj je prav pri mlajši skupini prebivalcev zaznati porast ageizma (WHO, 2020). Ageizem, ki ga je Butler (1969) kot prvi opredelil kot proces stereotipiziranja in

diskriminacije proti posameznikom ali skupinam zaradi njihove starosti, je tako ključen pri razumevanju in oblikovanju socialnih politik. Čeprav je ageizem teoretično lahko usmerjen proti kateri koli starostni skupini, se večina raziskav osredotoča na starejše (Nelson, 2005). Yáñez-Yáñez in drugi (2022) v svoji študiji navajajo več raziskav, ki dokazujejo, da na odnos družbe do starejših in staranja vplivajo različne sociodemografske spremenljivke kot so starost, izkušnje dela s starejšimi, vrednote in stopnja izobrazbe posameznikov. Pri tem dokazujejo (Weiss, Kilci, 2013; Hutchison, 2010; Liao, Zhuoga, Chen, 2023), da je glavni razlog za naraščajočo stopnjo ageizma pomanjkanje stikov mladih s starejšimi, pri čemer je kvaliteta stika pomembnejša od kvantitete stika. Pri tem Cadieux s sodelavci (2019) opozarja, da sicer empirične raziskave potrjujejo pozitivne učinke medgeneracijskih stikov na zmanjšavanje stereotipov, povezanih s starostjo, pri čemer opozarjajo, da ostaja nejasno, kako se zmanjševanje ageističnih stališč prenese v prakso – ali to pomeni samo to, da se znižajo stereotipna prepričanja na kognitivnem nivoju, ali pa se posledice tega kažejo tudi v dejanskih namerah in dejanjih. Namen pričujočega prispevka je bil s pomočjo pregleda literature ugotoviti povezavo med pogostostjo stika mladih (15–29 let) s starejšimi in stopnjo ageizma (izražanja negativnih ageističnih stališč).

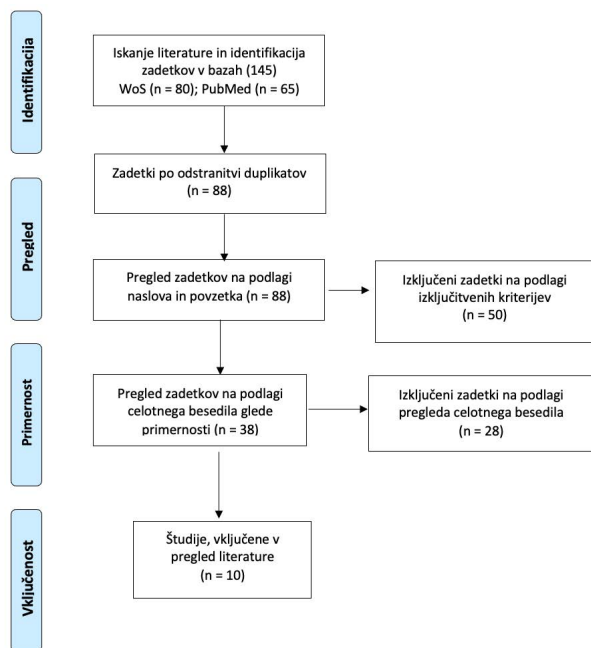
Marques s sodelavci (2020) v obsežnem sistematičnem pregledu literature vzroke za razvoj ageističnih stališč v družbi išče na treh ravneh: individualni, medosebni in družbeni oz. institucionalni. Pri izražanju individualnega ageizma je lahko ta usmerjen proti samemu sebi ali proti drugim. Posamezniki razvijajo samousmerjena ageistična stališča predvsem zaradi psiholoških dejavnikov, saj čutijo tesnobo zaradi staranja, strah pred nezmožnostjo samooskrbe ter strah pred smrtjo. Ageistična stališča na medosebni ravni so povezana predvsem z vrednotami in položajem starejših v družbi. Tradicionalne družbe, ki poudarjajo spoštovanje do starejših pri čemer opozarjajo, da ostaja nejasno, kako se zmanjševanje ageističnih stališč prenese v prakso in jih dojemajo kot »modre« ter nosilce tradicij, izkazujejo manj ageističnih stališč kot individualistične (moderne in postmoderne) družbe, v katerih sta mladost in produktivnost osrednji družbeni vrednoti (Cuddy, Fiske, Glick, 2009). Na stopnjo ageizma na medosebni ravni najbolj vplivata pogostost in kakovost stikov s starejšimi

(Cadieux, Chasteen, Packer, 2019). Kot ugotavljamo v nadaljevanju članka ta dejavnika negativno korelirata z izražanjem agističnih stališč (pogostejše kot je posameznik v stiku s starejšimi manj ageistični stališč izraža), pri čemer je kakovost stika pomembnejša od pogostosti (Canell, Caskie, 2022). Pomemben vzrok za izražanje negativnih ageističnih stališč pri mladih predstavljajo mediji z reprezentacijo starosti. Na institucionalni oz. družbeni ravni sta bila kot močno povezana z ageizmom prepoznana dva dejavnika: razpoložljivost javnih finančnih sredstev, socialnovarstvenih storitev ter zdravstvene oskrbe v družbi in delež starejših oseb v državi. S povečanjem pomanjkanja virov, še posebej ob naraščanju števila starejših oseb, se napetosti glede razporejanja virov povečujejo, kar vodi v višje stopnje ageizma (Marques idr., 2020).

Levy (2009) dokazuje, kako pomembno je poznati stopnjo ageističnih prepričanj na družbeni ravni. Pozitivna družbena stališča o staranju namreč prispevajo k boljšemu fizičnemu zdravju in daljši življenjski dobi, starostni stereotipi pa so **znatno boljši napovedovalec zdravja** kot fizično zdravje starejših. Ageizem pa se lahko kaže tudi implicitno, skozi nezavedne misli, občutke in nenadzorovana vedenja, ali eksplicitno, skozi namerna dejanja ali izraze, ki so rezultat zavednega ravnanja (Kang, Kim, 2022). Večina socioloških raziskav se osredotoča na preučevanje kolektivnega ageizma (na ravni družbe), medtem ko se psihološke raziskave osredotočajo na individualni ageizem. Ta koncepta ageizma sta neločljivo povezana, pri čemer kolektivni ageizem pogostejše vpliva na individualnega (predvsem pri starejših). Dolgotrajna izpostavljenost ageizmu lahko privede do pnotranjenja starostnih predsodkov in stereotipov (Levy, 2009). Odnos do lastnega staranja ima tako **pozitivne** (izboljšuje spominsko učinkovitost – implicitni pozitivni ageizem; boljše fizično in čustveno delovanje, manjša pojavnost depresije – eksplicitni pozitivni ageizem) kot **negativne** vidike (izgubljanje občutka vrednosti, slaba samopodoba – implicitni negativni ageizem, upad kognitivnih funkcij, zmanjšana odpornost, večja verjetnost za pojav bolezni) (Chen idr., 2018).

2 METODE

S pomočjo pregleda literature empiričnih znanstvenih člankov smo preverili kako pogostost in kakovost medgeneracijskih stikov vplivata na ageistična stališča mladih. Pri tem se nanašamo na negativna individualna eksplicitna ali implicitna ageistična stališča, ki jih imajo mladi (15–29 let) do starejših (65 let in več). Uporabili smo deskriptivno metodo, in sicer integrativni pregled znanstvene literature, ki omogoča celostno sintezo empiričnih in teoretičnih raziskav ter prepoznavanje vzorcev, tem in raziskovalnih vrzeli v obravnavanem raziskovalnem področju. Za razliko od sistematičnega pregleda, ki je usmerjen v ozko raziskovalno vprašanje in strogo metodološko primerljive študije, integrativni pregled literature omogoča večjo metodološko raznolikost virov. Postopek pregleda in izbora literature smo izvedli v skladu s smernicami PRISMA 2020 (Grafikon 1). Znanstvene članke smo iskali v dveh bibliografskih podatkovnih bazah: PubMed in Web of Science (WoS). Uporabili smo naslednje ključne iskalne pojme: (*ageism* OR »*ageist attitudes*« OR *stereotypes*) AND (»*intergenerational contact*« OR »*extended contact*« OR »*intergenerational program*«



Slika 1: PRISMA diagram postopka iskanja literature

OR »*contact with grandparents*« OR *caregiving*) AND (»*young adults*« OR *youth* OR *students* OR »*emerging adults*«) AND (»*older adults*« OR *elderly* OR *aging*) AND (*attitudes* OR *education* OR »*PEACE model*«).

Iskanje literature je potekalo med 10. majem in 15. junijem 2025. Skupno smo identificirali 145 zapisov (65 v PubMedu in 80 v bazi Web of Science). Po odstranitvi 88 podvojenih zapisov smo pregledali 38 člankov glede na naslove in povzetke. Po celostni analizi besedil smo v končno analizo vključili 10 empiričnih študij, ki smo jih tematsko razvrstili v tri glavna področja. Vključitvene in izključitvene kriterije smo oblikovali na podlagi relevantnosti vsebine – starostnih značilnosti proučevane populacije, vrst intervencij in njenih rezultatov ter vrste članka (glej Tabela 1). V analizo so bile vključene le tiste študije, ki so izkazale učinek zmanjševanja ageizma ali pozitivno spremembo v percepciji starejših, saj je bil glavni namen pregleda prepoznati tiste pristope in okoliščine medgeneracijskega stika, ki prispevajo k izboljšanju medgeneracijskih odnosov. Upoštevanje izključno pozitivnih izidov je bilo metodološko utemeljeno z namenom poskusa oblikovanja empirično podprtih priporočil za prakso in intervencijske modele. Vključitev študij brez jasnega učinka bi razpršila analitično osrediščenost prispevka in otežila izpeljavo sklepov o učinkovitosti konkretnih oblik stika.

Tabela 1: Vključitveni in izključitveni kriteriji za pregled literature

Kriterij	Vključitveni kriteriji	Izključitveni kriteriji
Populacija	Študije, ki vključujejo mlade (29–15 let) in starejše (65+), ter obravnavajo medgeneracijske stike	Študije, ki ne vključujejo obeh starostnih skupin ali se osredotočajo le na eno
Intervencije	Programi, izkušnje ali stiki, ki prispevajo k zmanjševanju ageizma ali izboljšanju medgeneracijskega odnosa (npr. PEACE model, neformalna oskrba, izobraževanje)	Študije brez konkretnega medgeneracijskega stika ali brez povezave z ageizmom
Primerjave	Primerjava med posamezniki z in brez medgeneracijskih stikov ali med različnimi vrstami stikov (npr. formalni vs. neformalni)	Študije brez primerjalnega vidika ali kontrolnih skupin
Rezultati	Zmanjšanje ageizma, izboljšanje stališč do staranja, večja empatija ali razumevanje starejših	Rezultati, ki se ne nanašajo na ageizem, stereotipe ali medgeneracijske percepcije
Vrsta študije in jezik objave	Empirične, recenzirane znanstvene študije (kvantitativne ali kvalitativne), objavljene v letih 2010–2024, v angleškem jeziku	Teoretični prispevki, mnenjski članki, nerecenzirane objave ali objave, ki niso dostopne v celoti oziroma niso v angleščini

3 REZULTATI

Ageizem vse vključene študije prepoznavajo kot razširjeno in sistemsko obliko diskriminacije, ki je v kontekstu demografskega staranja prebivalstva posebej problematična. Vključene študije kažejo, da ima negativna percepcija starejših neposredne posledice za njihovo psihosocialno počutje, vključenost v družbo, dostop do storitev ter kvaliteto življenja v pozni starosti. Medgeneracijski stik, kot ga obravnava večina študij, se kaže kot ključen dejavnik, ki lahko omili predsodke mladih in prispeva k oblikovanju bolj vključujoče družbe. V okviru sistematičnega pregleda smo ugotovili, da imajo največji potencial za zmanjševanje ageizma tiste oblike stika, ki so strukturirane, ponavljajoče in namenjene izmenjavi znanja, izkušenj ter medosebnemu povezovanju. Učinkovitost stika je večja, kadar ima za mladega posameznika osebni pomen, poteka v medsebojno enakovrednem odnosu, ter v okolju, ki podpira odprtost, razumevanje in refleksijo (npr. v okviru izobraževalnih institucij, prostovoljstva ali družinske dinamike). Ključno vlogo igrajo tudi kontekstualni dejavniki, kot so družbene norme, vrednote mladega posameznika ter institucionalna podpora. Pregled potrjuje relevantnost Allportove teorije stika (1954), ki predpostavlja, da je za spremembo predsodkov potreben stik pod pogoji enakovrednega statusa, skupnega cilja, sodelovanja in institucionalne podpore.

Na podlagi kvalitativne vsebinske analize smo vključene študije razvrstili v tri temeljne tipe medgeneracijskih stikov glede na vrsto izvajanja, kot prikazuje Tabela 2:

1. Neformalna oskrba zajema predvsem za družinske ali sosedske oblike skrbi mladih za starejše. Študije (npr. Duru Asiret idr., 2017; Canell, Caskie, 2022) poudarjajo pomen neposredne odgovornosti in skrbi kot dejavnika, ki povečuje empatijo in razumevanje staranja, vendar hkrati opozarjajo na možnost utrjevanja stereotipov, kadar odnos izhaja izključno iz potrebe po pomoči.
2. Neformalna izobraževanja in programi medgeneracijskega sodelovanja, ki se odvijajo v okviru skupnostnih pobud, prostovoljstva ali študijskih okolij. Več študij (Lytle idr., 2021; Leedahl idr., 2020; Cadieux idr., 2019) izkazuje, da sistematično zasnovani programi, še posebej tisti, ki vključujejo elemente refleksije, aktivnega sodelovanja

ter skupnega cilja, vodijo k zmanjšanju stereotipov in krepitvi pozitivne identifikacije s starejšimi.

3. Predstave o starosti in staranju, ki jih mladi oblikujejo bodisi preko posrednih informacij (mediji, družbene norme) bodisi skozi spora-
dične stike z vrstniki ali starejšimi. Študiji (Teater, Chonody, 2017; Liao idr., 2023) poudarjata, da ima izobraževanje o staranju, tudi brez neposrednega medgeneracijskega stika, pomembno vlogo pri obli-
kovanju bolj realističnih in manj stigmatiziranih predstav o starosti.

Tabela 2: *Pregled literature glede na vrsto medgeneracijskega stika*

Vrsta medgeneracijskega stika	Avtorji raziskav
Neformalna oskrba	(Duru Asiret idr., 2017)
	(Canell, Caskie, 2022)
Neformalna izobraževanja in programi medgeneracijskega sodelovanja	(Lytle idr., 2021)
	(Leedahl idr., 2020)
	(Lytle, Levy, 2019)
	(Cadieux idr., 2019)
	(Wise, Kilci, 2023)
	(Hutchison, 2010)
Psihološke predstave o starosti in staranju	(Teater, Chonody, 2017)
	(Liao idr., 2023)

4 RAZPRAVA

V prvo skupino člankov smo uvrstili tiste, ki preučujejo vpliv izvajanja neformalne oskrbe starejših na izražanje ageističnih stališč. Več ageističnih stališč v povprečju izražajo mladi, ki so s starejšimi redko v stiku (različne raziskave pojem »redko« različno opredelijo, a lahko glede na pregled raziskav sklepamo, da je to 1- ali 2-krat tedensko) in ne izvajajo neformalne oskrbe. Neformalna oskrba lahko ponudi neposreden vpogled v življenje starejših, to pa posameznikom omogoča globlje razumevanje potreb, zmožnosti in posebnosti načina življenja starejših, kar lahko zmanjša negativne stereotipe, kot so prepričanja o nemoči, boleznih, ekonomski in socialni odvisnosti ter nezmožnosti samostojnega določanja. Pri tem ni toliko pomembna količina, kot je pomembna kakovost stika. Prepoznana omejitev oz. vrzel obravnavanih študij je neupoštevanje dejstva, da so

izkušnje z neformalno oskrbo starejših lahko tudi negativne. V teh primerih neposreden stik ne prispeva k zmanjševanju starizma, temveč lahko celo okrepi ali poglobi ageistična stališča (Zarit & Reamy, 2013). Da bi se temu izognili, moramo poskrbeti, da so tudi neformalni oskrbovalci o položaju in potrebah starejših dovolj izobraženi, hkrati pa sami s to vlogo niso preobremenjeni in je ne opravljajo zgolj zato, ker je družbeno pričakovana (načelo medgeneracijskega pretoka blaginje).

Naslednja skupina raziskav vidi sistematično neformalno izobraževanje o položaju starejših in procesu staranja v (post)modernih družbah kot primer medgeneracijskega stika, ki zmanjšuje stopnjo ageizma pri mladih. Vse vključene študije poročajo o zmanjševanju ageističnih stališč po vključenosti v programe medgeneracijskega sodelovanja (kot so npr. skupinsko učenje, tečaji, kulturne/športne delavnice, prostovoljstvo, skrbniške skupine), kar je bilo pričakovano. Trije od člankov, vključenih v pregled literature, omenjajo program PEACE (ang. *Positive Education about Ageing and Contact Experiences*). Ta program vključuje izobraževanje o psiholoških, socialnih in fizičnih spremembah staranja, programe medgeneracijskega druženja mladih s starejšimi v obliki aktivnosti in delavnic ter nenazadnje omogočajo bolj kakovostno preživljanje starosti tudi starejšim. Ta program ni omejen na posameznike, mlajše od 15 let, pač pa se lahko izvaja v vseh starostnih skupinah. Na podlagi interdisciplinarnih teorij in raziskav model PEACE kaže na dva medsebojno povezana dejavnika, ki zmanjšujeta ageizem: zagotavljanje izobraževanja o staranju in pozitivne izkušnje medgeneracijskega stika s starejšimi (Levy, 2018). Druga skupina pregledanih raziskav nadgradi prvo; megeneracijski stik je nujen in potreben, a lahko doseže svoj učinek le, če je premišljeno zastavljen in redno izvajan, ter kadar mladi pridobijo znanje o izzivih staranja in posledicah demografskih sprememb. S tem se izognemo tveganju za krepitev negativnih namesto pozitivnih ageističnih stališč.

V zadnjo skupino prispevkov smo umestili tiste, ki preučujejo psihološki izvor ageističnih stališč (ta se razvijejo v otroštvu in so v začetku osnovana na videzu starejših) ter strah pred staranjem kot enega izmed vzrokov za ageizem pri mladih. Prav zadnji je, kot ugotavljata North in Fiske (2012), v porastu in je po pogostosti navajanja razlogov za ageistična stališča med najpogostejšimi (poleg kulturnih in ekonomskih dejavnikov). Mladi imajo

namreč prav zaradi pomanjkanja medgeneracijskih stikov ustaljene stereotipe o staranju – da to prinaša bolezen, izgubo moči in produktivnosti, prav tako staranje povezujejo z minevanjem in smrtjo. Pri tem se pojavi strah pred lastnim staranjem ali posplošena predvidevanja, kako bodo ti mladi preživljali starost. Zanimivo je, da pri mladih strah pred (fizičnim) staranjem ni povezan z lepotnimi ideali in potrebami po posegih v telo za ohranjanje mladostnega videza, kot je to značilnost za pozno odraslost (Krpič, 2011).

5 ZAKLJUČEK

Staranje prebivalstva ni zgolj biološki proces, temveč tudi družbeni problem, ki vpliva na sisteme socialne zaščite, medgeneracijsko solidarnost in kakovost življenja starejših. V stratificiranih družbah hierarhični sistem podpira in nagraduje le določene skupine prebivalstva glede na njihove pripisane lastnosti. Tako sistem starostne stratifikacije prinaša koristi mlajšemu, delovno aktivnemu in produktivnemu prebivalstvu, starejši pa so kot posebna družbena skupina soočeni z marginalizacijo (Chonody, 2015) in naraščajočim pojavom sistematičnega stereotipiziranja in diskriminacije starejšega prebivalstva, ki ga je s pojmom ageizem prvi poimenoval in opredelil Robert Butler (1969). Z ukrepi za zmanjševanje ageizma se ukvarjajo raziskovalci z različnih znanstvenih področij, pri tem pa, tako kot tudi mi v tem prispevku, pogosto izhajajo iz Allportove teorije stika, ki pravi, da samo z neposredno interakcijo lahko rušimo stereotipe in predsodke o drugih družbenih skupinah. V prispevek vključene študije, ki kot rešitev za zmanjšanje stopnje ageizma v družbi predlagajo več medgeneracijskih stikov, imajo pomembno omejitev; učinka medgeneracijskih stikov (druženje s starejšimi), ki so jim bili mladi respondenti izpostavljeni, niso merili longitudinalno. Študije sicer enotno nakazujejo, da ne toliko pogostost kot kakovost medgeneracijskih stikov nižajo stopnjo ageizma, a niso merile dolgoročnih učinkov intervencij. Študije (Leedahl idr., 2020; Murayama idr., 2019; Levy, 2009; Levy, 2018; Lytle, Levy, 2019) rešitev za zmanjšanje ageizma v družbi vidijo v izobraževanju (primer programa PEACE), kakovostnih medgeneracijskih stikih, v okviru katerih se mladi izkustveno učijo o procesu staranja in posledicah starosti, hkrati pa je treba ageizem izkoreniniti

tudi v medijih (predvsem oglaševanju) in zakonodajnih predpisih (možnost neformalnega izobraževanja in zaposlovanja, dostopen sistem dolgotrajne oskrbe). Prav tako ne smemo zanemariti pomembnosti neformalne oskrbe starejših, saj že samo izvajanje te navadno zniža ageistična stališča oskrbovalcev (Wyman idr., 2019). Pomembna metodološka omejitev članka izhaja iz zavestne odločitve, da so bile v pregled vključene zgolj študije, ki poročajo o pozitivnih učinkih intervencij. Takšen pristop je bil izbran v skladu z aplikativnim ciljem raziskave, ki je bil usmerjen v identifikacijo učinkovitih praks in pristopov. Kljub temu pa takšen izbor predstavlja omejitev, saj lahko vodi v selekcijsko pristranskost in ne omogoča celovitega vpogleda v neučinkovite ali negativne učinke intervencij, kar je potrebno upoštevati pri interpretaciji rezultatov.

LITERATURA

- Butler Robert (1969). Age-ism: Another form of bigotry. V: *The Gerontologist*, letnik 9, št. 4, str. 243–246.
- Cadieux Jeffrey, Chasteen Alison, Packer Daniel (2019). Intergenerational contact predicts attitudes toward older adults through inclusion of the out-group in the self. V *Journals of Gerontology – Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, letnik 74, št. 4, str. 575–584.
- Canell Anastasia, Caskie Grace (2022). Emerging Adult Caregivers: Quality of Contact, Ageism, and Future Caregiving. V: *Gerontologist*, letnik 62, št. 7, str. 984–993.
- Chen Jing, Zheng Kangjia, Xia Weihai, Wang Qi, Liao Zongqing, Zheng Yutong (2018). Does inside equal outside? Relations between older adults' implicit and explicit aging attitudes and self-esteem. V: *Frontiers in Psychology*, letnik 9, str. 2313.
- Chonody Jill M (2015). Addressing ageism in students: A systematic review of the pedagogical intervention literature. V: *Educational Gerontology*, letnik 41, št. 12, str. 859–887.
- Cuddy Amy, Fiske T. Susan, Glick, Peter (2009). Stereotype content model across cultures: Towards universal similarities and some differences. V: *British Journal of Social Psychology*, letnik 48, št. 1, str. 1–33.
- Duru Asiret Güler, Turten-Kaymaz Tuğba, Ozturk Copur Elif (2017). Ageism attitude towards elderly: Young perspective. V: *International Journal of Caring Sciences*, letnik 10, št. 2, str. 861–872.
- Eurostat (2021). *Eurostat Regional Yearbook 2021 edition*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Hutchison Paul (2010). Contact, anxiety, and young people's attitudes and behavioral intentions towards the elderly. V: *Educational Gerontology*, letnik 36, št. 6, str. 451–466.
- Kang Hyun, Kim Hansol (2022). Ageism and Psychological Well-Being Among Older Adults: A Systematic Review. V: *Gerontology and Geriatric Medicine*, letnik 8, str. 1–22.
- Krpič Tomaž (2011). Ageing Body in Sociological Theory. V: *Teorija in praksa*, letnik 48, št. 1, str. 108–124.
- Leedahl Skye, Brasher Michelle, LoBuono Dara, Wood Bethany, Estus Erica (2020). Reducing ageism: Changes in students' attitudes after participation in an intergenerational reverse mentoring program. V: *Sustainability*, letnik 12, št. 17, str. 6870.
- Levy Becca (2009). Stereotype embodiment: A psychosocial approach to aging. V: *Current Directions in Psychological Science*, letnik 18, št. 6, 332–336.
- Levy Sheri R. (2018). Toward reducing ageism: PEACE (Positive Education about Aging and Contact Experiences) model. V: *Gerontologist*, letnik 58, št. 2, 226–232.
- Liao Tiansi, Zhuoga Cuo, Chen Xiang (2023). Contact with grandparents and young people's explicit and implicit attitudes toward older adults. V: *BMC Psychology*, letnik 11, št. 1, str. 44.

- Lytle Ashley, Levy Sheri R. (2019). Reducing ageism: Education about aging and extended contact with older adults. V: *Gerontologist*, letnik 59, št. 3, 580–588.
- Lytle, Ashley, Macdonald Jamie, Apriceno MaryBeth, Levy Sheri R. (2021). Reducing ageism with brief videos about aging education, ageism, and intergenerational contact. V: *Gerontologist*, letnik 61, št. 7, 1164–1168.
- Marques Sibilía, Mariano João, Mendonça Joana, De Tavernier Wouter, Hess Mority; Naegele Laura, Peixeiro Filomena, Martins Daniele (2020). Determinants of ageism against older adults: A systematic review. V: *International Journal of Environmental Research and Public Health*, letnik 17, št. 7, str. 2560.
- Murayama Yoh, Murayama Hiroshi, Hasebe Masami, Yamaguchi Jun, Fujiwara Yoshinori (2019). The impact of intergenerational programs on social capital in Japan: A randomized population-based cross-sectional study. V: *BMC Public Health*, letnik 19, št. 1, str. 821.
- Nelson, Todd (2005). Ageism: Prejudice against our feared future self. V: *Journal of Social Issues*, letnik 61, št. 2, str. 207–221.
- North Michael S., Fiske Susan T. (2012). An inconvenienced youth? Ageism and its potential intergenerational roots. V: *Psychological Bulletin*, letnik 138, št. 5, str. 982–997.
- Teater Barbara, Chonody Jill (2017). Stereotypes and attitudes toward older people among children transitioning from middle childhood into adolescence: Time matters. V: *Gerontology and Geriatrics Education*, letnik 38, št. 2, str. 204–218.
- Yáñez-Yáñez Rodrigo, Parra-Rizo Maria Antonia, McArdle-Draguicevic Nelson, Valdés-Valdés Nathalie, Rojas Gabriel, Gamín Leslith, Lorca Paulina, Acevedo-Carrizo Francisca, Zapata-Lamana Rafael, Diaz-Vargas Caterin, Cigarroa Igor (2022). Attitude towards Older People According to Sociodemographic and Educational Variables in Students of a Chilean University. V: *Geriatrics (Switzerland)*, letnik 7, št. 6.
- Weiss David, Sassenberg Kai, Freund Alexandra M. (2013). When feeling different pays off: How older adults can counteract negative age-related information. V: *Psychology and Aging*, letnik 28, št. 4, str. 1140–1146.
- Wise Rebecca M., Kilci Betül (2023). Exploring the benefits of frequent and positive intergenerational contact on young adults' behavioral intentions toward older adults: The moderating role of optimism and aging attitudes. V: *International Journal of Social and Humanities Sciences*, letnik 7, št. 2, str. 1–14.
- World Health Organization. (2020). *Ageing*. V: <http://www.who.int/health-topics/ageing> (sprejem 10. 6. 2025)
- Wyman F. Mary, Shiovitz-Ezra Sharon, Parag Ohad (2019). Ageism in informal care network members of older women. V: *International Psychogeriatrics*, letnik 32, št. 10., str. 1463–1472.
- Zarit Steven H., Reamy Allison (2013). Future directions in family and professional caregiving for the elderly. V: *Gerontology*, letnik 59, št. 2, str. 152–158.

Avtorica:

Ana Rotovnik Omrezu: ana.rotovnik.omerzu@gcc.si

***Andraž Šterk, Almin Kljajić, Denis Karahasanović,
dr. Sabina Ličen, dr. Mirko Prosen in Rebeka Lekše***

Digitalna in zdravstvena pismenost ljudi, starih 55 let in več

POVZETEK

Digitalna in zdravstvena pismenost sta ključna dejavnika za učinkovito vključevanje starejših ljudi v sodoben zdravstveni sistem, ki vse bolj temelji na digitalnih tehnologijah. Starejši ljudje se lahko zaradi pomanjkanja teh znanj soočajo z izzivi pri dostopu do informacij in storitev, kar lahko negativno vpliva na njihovo zdravje. Namen raziskave je bil ugotoviti raven digitalne zdravstvene pismenosti med starejšimi od 55 let v Sloveniji ter preučiti vpliv demografskih dejavnikov na to pismenost. Raziskava je temeljila na kvantitativni deskriptivni metodi. Podatki so bili zbrani s pomočjo spletnega vprašalnika, ki je bil odobren s strani avtorja, nato preveden in prilagojen iz validiranega instrumenta »Measuring Digital Health Literacy in Older Adults«. V raziskavo je bil vključen priložnostni vzorec 110 oseb, starih 55 let in več (povprečna starost = 64,63 let). Zanesljivost vprašalnika je bila visoka (Cronbach $\alpha = 0,955$). Podatki so bili analizirani z deskriptivno statistiko in neparametričnimi statističnimi testi. Povprečna mediana digitalne zdravstvene pismenosti je znašala 87 točk, kar je bilo statistično značilno višje od teoretične mediane ($p < 0,001$). Statistično značilne razlike v ravni pismenosti so bile ugotovljene glede na izobrazbo ($p < 0,05$), zaposlitveni status ($p < 0,05$) in okolje bivanja ($p < 0,001$). Spol ($p = 0,532$) in zakonski stan ($p = 0,637$) nista imela statistično značilnega vpliva. Rezultati kažejo, da starejši v Sloveniji, ki so bili anketirani s pomočjo spletnega anketnega vprašalnika, izkazujejo nadpovprečno raven digitalne zdravstvene pismenosti. Višja izobrazba, aktivna zaposlitev in bivanje v urbanem okolju so se pokazali kot pomembni dejavniki, povezani z višjo pismenostjo. Ti izsledki poudarjajo pomen ciljno usmerjenih ukrepov za krepitev digitalnih veščin med starejšimi. Priporočljivo je vlaganje v dostopne in prilagojene izobraževalne programe, ki bi lahko pripomogli k večji samostojnosti starejših, boljšim zdravstvenim izidom ter razbremenitvi zdravstvenega sistema.

Ključne besede: digitalne kompetence; zdravstvene informacije; e-zdravje, ozaveščanje

AVTORJI

Andraž Šterk je diplomirani zdravstvenik, ki opravlja študentsko delo v Reševalni službi slovenske Istre. Obiskuje podiplomski študij zdravstvene nege na Fakulteti za vede o zdravju v Izoli.

Almin Kljajić je diplomiran zdravstvenik, zaposlen v Ortopedski bolnišnici Valdoltra. Obiskuje podiplomski študij zdravstvene nege na Fakulteti za vede o zdravju v Izoli.

Denis Karahasanović je diplomirani zdravstvenik. Obiskuje podiplomski študij zdravstvene nege na Fakulteti za vede o zdravju v Izoli.

Izr. prof. dr. Sabina Ličen je zaposlena na Fakulteti za vede o zdravju v Izoli.

Izr. prof. dr. Mirko Prosen je zaposlen na Fakulteti za vede o zdravju v Izoli.

Asist. Rebeka Lekše je zaposlena na Fakulteti za vede o zdravju v Izoli.

ABSTRACT

Digital and health literacy of people aged 55 and over

Digital and health literacy are key factors for the effective integration of older people into a modern healthcare system that is increasingly based on digital technologies. Older people may face challenges in accessing information and services due to a lack of these skills, which can negatively affect their health. The purpose of the research was to determine the level of digital health literacy among people over 55 years of age in Slovenia and to examine the impact of demographic factors on this literacy. The research was based on a quantitative descriptive method. Data were collected using an online questionnaire that was translated and adapted from the validated instrument "Measuring Digital Health Literacy in Older Adults". A random sample of 110 people aged 55 and over (mean age = 64.63 years) was included in the research. The reliability of the questionnaire was high (Cronbach $\alpha = 0.955$). The data were analyzed using descriptive statistics and non-parametric statistical tests. The average median of digital health literacy was 87 points, which was statistically significantly higher than the

theoretical median ($p < 0.001$). Statistically significant differences in literacy levels were found according to education ($p < 0.05$), employment status ($p < 0.05$) and living environment ($p < 0.001$). Gender ($p = 0.532$) and marital status ($p = 0.637$) did not have a statistically significant impact. The results show that older people in Slovenia demonstrate an above-average level of digital health literacy. Higher education, active employment and living in an urban environment were shown to be important factors associated with higher literacy. These findings highlight the importance of targeted measures to strengthen digital skills among older people. It is recommended to invest in accessible and adapted educational programs that could contribute to greater independence of older people, better health outcomes and relief of the health system.

Keywords: digital competences; health information; e-health, awareness raising

AUTHORS

Andraž Šterk is a registered nurse, student work in the Ambulance Service of Slovenian Istria. He is attending postgraduate studies in nursing at the Faculty of Health Sciences in Izola.

Almin Kljajič is a registered nurse, working at the Valdoltra Orthopedic Hospital. He is attending postgraduate studies in nursing at the Faculty of Health Sciences in Izola.

Denis Karahasanović is a registered nurse, attending postgraduate studies in nursing at the Faculty of Health Sciences in Izola.

Associate Prof. Dr. Sabina Ličen lectures at the Faculty of Health Sciences in Izola.

Associate Prof. Dr. Mirko Prosen is employed at the Faculty of Health Sciences in Izola.

Assist. Rebeka Lekše is employed at the Faculty of Health Sciences in Izola.

1 UVOD

Zdravstvena pismenost je danes splošno prepoznana kot pomembno javnozdravstveno vprašanje, ki prispeva k zmanjševanju neenakosti v zdravju. Po definiciji Svetovne zdravstvene organizacije (angl. *World Health*

Organization - v nadaljevanju SZO) se zdravstvena pismenost nanaša na osebne lastnosti in družbene vire, ki jih posamezniki in skupnosti potrebujejo za dostop, razumevanje, vrednotenje in uporabo informacij in storitev za odločanje v zvezi z zdravjem (SZO, 2015). Napredek tehnologije je vplival tudi na vire informacij, ki so se z radia, televizije, tiskanih medijev in knjig postopoma preselili v digitalno okolje. Ta prehod je prinesel koncept digitalne zdravstvene pismenosti, ki vključuje uporabo interneta za dostop do informacij o zdravju, njihovo razumevanje in kritično vrednotenje za reševanje konkretnih zdravstvenih težav (Darabi idr., 2025).

Čeprav obstajajo različne definicije zdravstvene pismenosti, se splošno razume kot sposobnost posameznika, da poišče, razume, ovrednoti in uporabi zdravstvene informacije za ohranjanje in izboljšanje zdravja tekom celotnega življenja (Tzaifilkou idr., 2022). Podobno kot dohodek in izobrazba se tudi zdravstvena pismenost uvršča med ključne socialne determinante zdravja. Danes je po svetu razvitih več kot 270 instrumentov za ocenjevanje zdravstvene pismenosti, ki merijo različne zdravstvene veščine pri posameznikih in v populaciji (Liu idr., 2024).

Digitalna zdravstvena pismenost, ki se nanaša na sposobnost posameznika, da poišče, razume, oceni in učinkovito uporablja spletne zdravstvene informacije ter digitalne tehnologije za podporo zdravju, postaja ključna veščina v sodobni družbi (Vaart in Drossaert, 2017). Zaradi hitrega razvoja digitalnih tehnologij, kot so umetna inteligenca, mobilne aplikacije in virtualna resničnost, se spreminjajo tudi načini, kako posamezniki, zlasti ljudje stari 55 let in več, dostopajo do zdravstvenih informacij in sodelujejo v procesih zdravstvene oskrbe (Wang in Luan, 2022). Raziskave (Bejaković in Mrnjavac, 2020) kažejo, da starejši pogosto nimajo ustreznih digitalnih veščin, zato je krepitev digitalne in zdravstvene pismenosti nujna za zmanjševanje digitalnih neenakosti ter za izboljšanje njihovega zdravja in samostojnosti. Digitalna pismenost vključuje tudi kritično presojo informacij, zaščito zasebnosti ter aktivno in ustvarjalno uporabo tehnologij v vsakdanjem življenju (Tzaifilkou idr., 2022).

Digitalna zdravstvena pismenost vključuje številne specifične spretnosti, kot so tradicionalna pismenost, zdravstvena, informacijska, znanstvena, medijska in računalniška pismenost. Te so potrebne za učinkovito navigacijo po sodobnem, tehnološko podprtem zdravstvenem sistemu. Zaradi svoje

vloge pri izboljševanju zdravstvenih izidov in zmanjševanju neenakosti je digitalna zdravstvena pismenost postala eden ključnih elementov sodobne zdravstvene politike (Darabi idr., 2025). Z digitalizacijo zdravstvenega varstva in široko dostopnostjo spletnih aplikacij je širok nabor veščin bistvenega pomena za pravilno uporabo takih zmogljivosti. Trenutni instrumenti za merjenje digitalne zdravstvene pismenosti se osredotočajo le na zbiranje informacij in ne posvečajo pozornosti interaktivnosti na spletu (Vaart in Drossaert, 2017).

V zadnjih letih so se digitalne tehnologije za upravljanje zdravja močno razširile, zlasti kot odziv na pandemijo covid-19. Te tehnologije vključujejo portale za bolnike in mobilne aplikacije za zdravje (Nelson idr., 2022). Dostop do zdravstvenih storitev in informacij na spletu je nedvomno priročen, vendar odvisen od posedovanja potrebnih naprav, ki podpirajo internet, in spretnosti pri uporabi interneta. Ogromna množica informacij, ki so na voljo na spletu, pa zahteva preudaren pristop, saj se lahko kakovost informacij zelo razlikuje. Zato morajo posamezniki imeti tudi določeno raven kritičnega mišljenja, da lahko učinkovito sprejmejo in preverijo informacije (Jiang idr., 2024).

Levin-Zamir idr. (2025) navajajo, da je digitalizacija s seboj prinesla tudi izjemno povečanje količine spletnih zdravstvenih informacij in različnih komunikacijskih kanalov, ki se uporabljajo za njihovo širjenje. Poleg tega digitalno okolje že vključuje umetno inteligenco, ki dodatno spreminja načine podajanja in obdelave zdravstvenih vsebin. Zaradi tega digitalna zdravstvena pismenost hitro pridobiva na pomenu na področjih raziskovanja, politike in prakse. Posledično postaja ključno vprašanje, kako posameznikom omogočiti učinkovito uporabo teh informacijskih virov (Levin-Zamir idr., 2025).

2 NAMEN, CILJ IN RAZISKOVALNI VPRAŠANJI

Namen raziskave je bil ugotoviti zdravstveno in digitalno pismenost med ljudmi, starimi 55 let in več, ter proučiti, kako učinkovito le-ti uporabljajo digitalne naprave za dostop, razumevanje, vrednotenje in uporabo zdravstvenih informacij.

Cilj raziskave je bil analizirati raven digitalne zdravstvene pismenosti ljudi, starih 55 let in več, ter identificirati dejavnike, ki vplivajo na različne dimenzije digitalne zdravstvene pismenosti.

Glede na namen in cilje smo si zastavili naslednji raziskovalni vprašanja:

- Kakšna je raven zdravstvene in digitalne pismenosti anketirancev pri iskanju, razumevanju in uporabi zdravstvenih informacij prek spletnih strani, aplikacij in digitalnih naprav?
- Kako demografski dejavniki (izobrazba, spol, zakonski stan in zaposlitveni status) vplivajo na zdravstveno in digitalno pismenost ljudi starejših od 55 let v Sloveniji?

2.1 METODE

Raziskava temelji na kvantitativnem raziskovalnem pristopu ter deskriptivni metodi dela. Kvantitativno raziskovanje je raziskovalna metoda, ki nam omogoči, da se osredotočimo na sistematično zbiranje in analizo številčnih podatkov (Abbadia, 2023).

2.2 OPIS INSTRUMENTA

V raziskavi smo uporabili slovensko različico vprašalnika Merjenje digitalne zdravstvene pismenosti pri starejših odraslih (angl. »*Measuring Digital Health Literacy in Older Adults*«) (Kim idr., 2025). Prevod in uporabo vprašalnika so odobrili avtorji. Izvorna različica vprašalnika je izkazovala odlično notranjo zanesljivost lestvice (Cronbach $\alpha = 0.96$).

Vprašalnik sta iz angleščine v slovenščino neodvisno prevedli dve osebi (Šterk A. in Kljajić A.). Sledila je primerjava prevodov ter oblikovanje enotne, konsolidirane slovenske različice vprašalnika. Nato je neodvisni prevajalec izvedel povratni prevod (angl. »back translation«) te konsolidirane različice nazaj v angleščino. Povratni prevod so nato primerjali z izvirno angleško različico vprašalnika (Kim idr., 2025), na podlagi katere smo izvedli manjše popravki za uskladitev pomena in vsebine.

Vprašalnik je sestavljen iz dveh delov. Prvi del vključuje demografske podatke (starost, spol, doseženo izobrazbo, zaposlitveni status, zakonski stan, okolje bivanja). Drugi del vprašalnika pa sestavlja lestvica, ki vključuje 23 trditev, ki jih starejši od 55 let ocenjujejo na podlagi 5-stopenjske Likertove lestvice, kjer 1 pomeni »popolnoma se ne strinjam«, 5 pa »popolnoma se

strinjam«. Vprašalnik je točkovan tako, da lahko posamezniki, starejši od 55 let, dosežejo skupno od 23 (najnižja možna vrednost) do 115 točk (najvišja možna vrednost). Višji rezultat kaže na bolj pozitivno samopercepcijo ter višjo stopnjo zdravstvene in digitalne pismenosti.

2.3 OPIS VZORCA

Raziskavo smo izvedli na priložnostnem vzorcu ljudi starejših od 55 let. Pri vzpostavljanju stika smo raziskovalci uporabili več načinov (po telefonskem sporočilu, po družbenih omrežjih, po elektronskem naslovu). Tak pristop je omogočil vključitev oseb z različnimi stopnjami digitalne pismenosti.

V celoti je vprašalnik rešilo 110 anketirancev. Povprečna starost anketirancev je znašala 64,63 let ($s = 7,123$). V tabeli 1 so prikazani demografski podatki anketirancev.

Tabela 1: Demografski podatki

Spremenljivke	Vrednosti	n	%
Spol	Moški	54	49,1
	Ženski	56	50,9
Izobrazba	Osnovna šola	12	10,9
	Srednja šola	63	57,3
	Višja šola	18	16,4
	Visoka šola/univerzitetna izobrazba/magisterij stroke	18	14,5
	Doktorat	1	0,9
Zaposlitveni status	Zaposlen/a z polnim delovnim časom	54	38,2
	Zaposlen/a z krajšim delovnim časom	9	8,2
	Samozaposlen/a	3	2,7
	Upokojen/a	53	48,2
	Brezposelen/a	3	2,7
Zakonski stan	Samski/a	3	2,7
	Poročen/a ali v partnerski zvezi	85	77,3
	Ločen/a	9	8,2
	Vdovec/Vdova	13	11,8
Okolje bivanja	Urbano	55	50,0
	Ruralno	55	50,0

Legenda/Legend: n – število / number, % – odstotek / percent

2.4 OPIS POTEKA RAZISKAVE IN OBDELAVE PODATKOV

Spletno anketiranje je potekalo preko spletne strani lka in po metodi snežne kepe. Sodelovanje je bilo prostovoljno in anonimno. Zbiranje podatkov je potekalo v mesecu maju 2025.

Pridobljene podatke smo analizirali s pomočjo programske opreme SPSS, verzija 29 (SPSS Inc., Chicago, IL, ZDA). Izvedli smo osnovno deskriptivno statistiko, kot so frekvenčna porazdelitev, razpon vrednosti, povprečje, standardni odklon, ter zaradi nenormalne porazdelitve podatkov (Kolmogorov-Smirnov test, $p < 0,05$) neparametrične teste (Wilcoxonov test, Mann-Whitneyev U test, Kruskal-Wallis test). Kot mejno vrednost za statistično značilnost smo upoštevali 0,05.

Raziskava je pripravljena v skladu z načeli Helsinško-Tokijske deklaracije (World Medical Association, 2013) in v skladu s Kodeksom etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (Halbwachs idr., 2024).

3 REZULTATI

Rezultat notranje konsistentnosti za celoten vprašalnik je pokazal odlično zanesljivost lestvice (Cronbach $\alpha = 0,955$).

V tabeli 2 prikazujemo rezultate vseh 23 trditev, ki se nanašajo na zdravstveno in digitalno pismenost anketirancev v Sloveniji v letu 2025, kjer so anketiranci trditve ocenjevali po petstopenjski Likertovi lestvici.

Tabela 2: Opisna statistika ocenjenih trditev o zdravstveni in digitalni pismenosti

Trditve	Min	Maks		s
1. Do spletne strani zdravstvenih ustanov lahko dostopam preko brskalnika ali iskalnika na spletu.	1	5	3,86	0,923
2. Na spletni strani zdravstvenih ustanov se lahko registriram kot uporabnik.	1	5	3,78	0,861
3. Zdravstvene aplikacije, ki sem jih uporabljal/a oz. jih uporabljam, lahko izbrišem.	1	5	3,79	0,802
4. V nujnih primerih s pametnim telefonom ali drugo digitalno napravo (računalnik, tablični računalnik, ipd.) najdem informacije o najbližjih zdravstvenih ustanovah.	1	5	4,00	0,790
5. Spletna plačila za zdravstvene storitve lahko opravi prek spletne strani ali (mobilne aplikacije) zdravstvene ustanove.	1	5	3,53	1,029

Trditve	Min	Maks		s
6. Za iskanje zdravstvenih aplikacij, uporabljam spletno/mobilno »trgovino« (npr. Play Store ali App Store) na svoji digitalni napravi (pametni telefon, računalnik, tablični računalnik).	1	5	3,68	1,031
7. Na spletu z uporabo ustreznih besed ali iskalnih izrazov poiščem želene informacije o zdravstvenih storitvah.	1	5	3,78	0,913
8. Zdravstvene storitve lahko rezerviram in potrdim preko mobilnih aplikacij (kot je npr. zVEM).	1	5	3,69	0,906
9. Rezultate preiskav ali podrobnosti o predpisanih zdravilih lahko poiščem na spletni strani ali v mobilni aplikaciji (kot je npr. zVEM).	1	5	3,72	0,987
10. Razumem navodila za jemanje zdravil, ki so na voljo v mobilni aplikaciji (npr. zVEM, Register zdravil, Medisafe).	1	5	3,45	1,019
11. Razumem navodila za ravnanje v nujnih primerih, ki jih nudijo zdravstvene aplikacije (npr. iHelp, Medical ID, In case of emergency).	1	5	2,95	1,104
12. Razumem informacije o hranilni vrednosti živil, ki jih nudijo zdravstvene aplikacije (npr. Veš kaj ješ, MyNetDiary, MyFitnessPal).	1	5	3,05	1,107
13. Razumem rezultate zdravstvenih pregledov, ki jih lahko preberem v zdravstvenih aplikacijah (npr. zVEM).	1	5	3,64	1,002
14. Znam presoditi, ali so zdravstvene informacije, ki jih najdem na spletu ali v aplikacijah na svojem pametnem telefonu ali drugi pametni napravi (računalnik, tablični računalnik), verodostojne.	1	5	3,60	0,992
15. Znam oceniti prednosti in slabosti različnih načinov zdravljenja, predstavljene v zdravstvenih aplikacijah.	1	5	3,62	0,919
16. Znam prepoznati, ali so zdravstvene informacije na spletu pripravljene z namenom oglaševanja (komercialni nameni).	1	5	3,66	0,881
17. Znam presoditi, kako uporabljati zdravstvene informacije, ki jih ponujajo zdravstvene aplikacije.	1	5	3,68	0,845
18. Znam ugotoviti, katere zdravstvene storitve potrebujem.	2	5	3,90	0,690
19. Menim, da je izmenjava zdravstvenih informacij prek spleta nujna/potrebna.	1	5	3,91	0,830
20. Zainteresiran/a sem za uporabo zdravstvenih aplikacij.	1	5	3,79	1,015
21. Pripravljen/a sem sem uporabljati zdravstvene aplikacije, zbiranje informacij o svojem zdravju.	1	5	3,85	0,890
22. Zdravstvene aplikacije se mi zdijo koristne in priročne za nadzor nad lastnim zdravjem.	1	5	3,97	0,748
23. Preko zdravstvenih aplikacij izboljšam svoje zmožnosti samostojnega nadzora nad lastnim zdravje.	1	5	3,93	0,786

Legenda/Legend: Min – minimum / minimum, Maks – maksimum / maximum, – povprečje / average, s – standardni odklon / standard deviation

Lestvica zdravstvene in digitalne pismenosti je bila točkovana v razponu od 23 do 115 točk, pri čemer višji rezultat pomeni boljšo zdravstveno in digitalno pismenost. Za teoretično mediano smo določili vrednost 69 točk.

Rezultati so pokazali, da je bila mediana zdravstvene in digitalne pismenosti med anketiranci 87 točk, kar statistično značilno odstopa od predvidene mediane 69 (Wilcoxonov test za en vzorec; $p < 95 ; 0,001$ % interval zaupanja [87,60 ;81,94]). Visoka vrednost testne statistike (5422,000) in standardizirana vrednost (7,600) dodatno podpirata ugotovitev o visoki digitalni pismenosti anketirancev.

V tabeli 3 smo prikazali rezultate, ki se navezujejo še na preostale demografske in druge značilnosti anketirancev, kjer smo na podlagi rezultatov ugotavljali morebitne razlike med njimi z uporabo Mann Withney ter Kruskal Wallis testa.

Tabela 3: Digitalna in zdravstvena pismenost glede na demografske in druge značilnosti anketirancev: Mann-Whitneyjev U-test in Kruskal-Wallisov test

Spremenljivka	Vrednosti	Me	SD	U/ χ^2 test	p
Spol	Moški	88,0	16,725	1407,500	0,532
	Ženski	86,0	13,346		
Izobrazba	Osnovna šola	79,0	10,425	28,329	0,000
	Srednja šola	85,0	14,986		
	Višja strokovna šola	90,0	11,294		
	Visoka šola/univerzitetna izobrazba/ magisterij stroke	97,0	12,195		
Zaposlitveni status	Zaposlen s polnim delovnim časom	91,5	13,845	25,358	0,000
	Zaposlen s skrajšanim delovnim časom	85,0	3,205		
	Samozaposlen	96,0	4,582		
	Upokojen	83,0	15,312		
	Brezposeln/a	86,0	4,582		
Zakonski stan	Samski	91,0	21,794	0,888	0,637
	Poročen ali v partnerski zvezo	88,0	15,573		
	Ločen	90,0	17,993		
	Vdovec	85,0	7,023		
Okolje bivanja	Urbano	90,0	10,362	751,000	0,000
	Ruralno	83,0	16,345		

Legenda/Legend Me - mediana, SD – standardni odklon / standard deviation, U/ χ^2 test – Mann Withney/ Kruskal wallis test, p – statistična značilnost / statistical significance

Povprečna vrednost digitalne pismenosti je bila nekoliko višja pri ženskah kot pri moških, vendar Mann-Whitneyjev test ni pokazal statistično značilnih razlik med spoloma ($p = 0,532$). Statistično značilne razlike so se pokazale glede na izobrazbo ($p < 0,05$), pri čemer so anketiranci z višjo

izobrazbo – zlasti tisti z univerzitetno izobrazbo – dosegali bistveno višje vrednosti digitalne pismenosti kot tisti z osnovno ali srednjo šolo. Pomembne razlike so bile zaznane tudi glede na zaposlitveni status ($p < 0,05$); Najvišjo digitalno pismenost so imeli samozaposleni ter zaposleni s polnim delovnim časom, medtem ko so najnižje rezultate dosegli upokojenci. Po drugi strani zakonski stan ni vplival na digitalno pismenost, saj razlike med samskimi, poročenimi in ločenimi anketiranci niso bile statistično značilne ($p = 0,637$), čeprav so bili rezultati nekoliko višji pri osebah v partnerskih zvezah. Statistično pomembne razlike so se pokazale tudi glede na okolje bivanja ($p < 0,05$), kjer so anketiranci iz urbanih okolij dosegli višjo raven digitalne pismenosti v primerjavi z osebami iz ruralnih območij.

4 RAZPRAVA

Namen raziskave je bil predstaviti ter analizirati digitalno in zdravstveno pismenost ljudi, starih 55 let in več, pri čemer smo ugotavljali njihov odnos do uporabe zdravstvenih tehnologij ter pripravljenost za vključevanje teh orodij v vsakdanje življenje.

V prvem raziskovalnem vprašanju nas je zanimalo kakšna je raven digitalne zdravstvene pismenosti anketirancev pri iskanju, razumevanju in uporabi zdravstvenih informacij prek spletnih strani, aplikacij in digitalnih naprav. Ugotovili smo, da so anketiranci nadpovprečno digitalno pismeni. Pismenost vključuje sposobnost posameznika, da išče, najde, razume in oceni spletne zdravstvene informacije ter uporabi pridobljeno znanje za reševanje zdravstvenih težav. Posamezniki, ki imajo takšne spretnosti, so bolj obveščeni in opolnomočeni pri upravljanju svojega zdravja, kar je posledično pozitivno povezano z boljšim vedenjem, ki spodbuja zdravje, zdravstvenim znanjem in odnosom (Xie idr., 2022). V raziskavi avtorjev Kim idr. (2025) opazimo, da imajo anketiranci nižjo raven spretnosti pri uporabi interneta za iskanje zdravstvenih informacij v primerjavi z mlajšimi, pri čemer je kot glavni vzrok navedeno pomanjkanje znanja o digitalnih napravah. Čeprav je na voljo veliko aplikacij, ki posameznikom pomagajo pri upravljanju zdravja, bodo uporabniki, če ne razumejo osnovnih zdravstvenih informacij, težko učinkovito uporabljali ta orodja, kar bo povzročilo slabo upravljanje zdravja (Kim idr., 2025).

Raziskava Jiang idr. (2024) je pokazala, da je bila pismenost na področju digitalne pismenosti nižja med anketiranci ženskega spola (21,46, 95 % IZ: 20,04–22,88) kot med anketiranci moškega spola (19,13, 95 % IZ: 15,83–22,42). Podobna razlika med spoloma se je pokazala tudi v okviru naše raziskave. Po navedbah avtorjev Jiang idr. (2024), je to mogoče pripisati dejstvu, da digitalna pismenost na področju zdravja ne zajema le zdravstvene pismenosti, temveč tudi sposobnost dostopa do elektronskih informacij in njihove uporabe z uporabo medijev, računalnikov. Podobne ugotovitve so predstavili Kim idr. (2017), ki so zaznali, da so anketiranci ženskega spola pri uporabi digitalnih tehnologij izkazovale nižjo raven usposobljenosti v primerjavi z anketiranci moškega spola.

Ghafarokhi (2025) ugotavlja, da je pri starejših posameznikih višja raven digitalne pismenosti povezana z manjšim številom kroničnih bolezni, manjšim upadom telesnih funkcij, nižjo stopnjo depresije, večje je bilo njihovo zadovoljstvo z življenjem in bolj so sodelovali v družabnih dejavnostih. Izboljšana digitalna in zdravstvena pismenost lahko prispeva k učinkovitejšemu samoobvladovanju kroničnih bolezni, kar ima za posledico manj obiskov v bolnišnicah in manjšo uporabo nujne medicinske pomoči. Poleg tega lahko spodbujanje neodvisnosti z digitalno usposobljenostjo zmanjša odvisnost od podpore zdravstvenih timov in s tem zniža povezane stroške dolgotrajne oskrbe (Ghafarokhi, 2025).

V okviru drugega raziskovalnega vprašanja smo preučevali kako demografski dejavniki (izobrazba, spol, zakonski stan in zaposlitveni status) vplivajo na raven digitalne in zdravstvene pismenost na vzorcu.

Struktura vzorca ima pomemben vpliv na interpretacijo rezultatov raziskave. V našem primeru se je pokazalo, da je bila mediana zdravstvene in digitalne pismenosti relativno visoka (87 točk), kar lahko deloma pripišemo značilnostim vzorca. Čeprav smo zajeli različne demografske skupine, so bili v vzorcu nadpovprečno zastopani posamezniki z višjo izobrazbo, boljšo digitalno dostopnostjo in večjo motivacijo za sodelovanje v raziskavah, kar lahko pomeni, da rezultati odražajo višjo raven pismenosti, kot jo ima splošna populacija.

To nakazuje na možno pristranskost vzorca (bias), povezano s samoizbiro udeležencev, saj so osebe z večjimi kompetencami in boljšo digitalno pismenostjo bolj verjetno izpolnile vprašalnik. Ta pojav so identificirali

tudi drugi avtorji, ki opozarjajo, da študije s spletno metodologijo pogosto zajamejo bolj digitalno pismene skupine, kar lahko privede do podcenjevanja dejanskih neenakosti (Choi & DiNitto, 2016; Zhao idr., 2021).

Zato je pomembno poudariti, da rezultati naše raziskave ne predstavljajo nujno povprečne slike celotne populacije, temveč odražajo stanje v populaciji, ki ima vsaj osnovno dostopnost do digitalnih tehnologij in določeno stopnjo izobraženosti. V prihodnje bi bilo smiselno uporabiti dopolnilne metode zbiranja podatkov (npr. terensko anketiranje, intervjuje v fizični obliki) za vključevanje težje dosegljivih skupin.

Analiza je pokazala statistično značilne razlike glede na izobrazbo anketirancev. Najnižjo raven digitalne pismenosti so izkazovali anketiranci z dokončano osnovnošolsko izobrazbo, medtem ko so najvišjo raven dosegli anketiranci z visokošolsko oziroma univerzitetno izobrazbo. Iz raziskave Mitsutakeja idr. (2015), izvedene na Japonskem, je razvidno, da posamezniki z višjo stopnjo izobrazbe izkazujejo višjo raven zdravstvene pismenosti v primerjavi s tistimi z nižjo izobrazbo. Green (2022) pa poudarja, da lahko pomembno vlogo igra tudi geografsko območje, saj so anketiranci v Izraelu z zaključenim srednješolskim izobraževanjem dosegli višjo stopnjo zdravstvene pismenosti kot tisti z zaključeno diplomsko ali dodiplomsko izobrazbo.

Statistično značilne razlike v digitalni in zdravstveni pismenosti glede na zaposlitveni status je treba interpretirati previdno, saj ta v veliki meri odraža starost anketirancev, zlasti v primeru upokojencev. Ob upoštevanju starostnega obdobja, v katerem je zaposlitev še možna, višje ravni pismenosti dosegajo zaposleni za polni delovni čas in samozaposleni, pri čemer razlike verjetno niso povezane le s socio-ekonomskim položajem, temveč tudi z možnostmi učenja in uporabo digitalnih tehnologij v delovnem okolju. Ker ima socio-ekonomski položaj posameznika pomemben vpliv na kakovost življenja, lahko te rezultate povežemo z ugotovitvami raziskave Estrela idr. (2023), kjer avtorji poudarjajo, da je nižji socio-ekonomski status povezan z manj učinkovito rabo zdravstvenih virov in slabšim zdravstvenim stanjem. To se odraža tudi v zmanjšani zmožnosti pridobivanja ustreznih zdravstvenih informacij iz digitalnih virov.

Poleg tega ekonomski položaj posameznika pomembno vpliva tudi na dostop do interneta ter uporabo digitalnih zdravstvenih orodij, kar

lahko dodatno omejuje zmožnost informiranega odločanja in aktivnega vključevanja v lastno zdravstveno oskrbo (Yue in dr. 2024). Neenakosti v zdravstveni in digitalni pismenosti imajo neposredne posledice na zdravje prebivalstva, saj nižja pismenost omejuje razumevanje zdravstvenih informacij, zmanjšuje zmožnost učinkovite uporabe digitalnih zdravstvenih storitev ter vodi k slabšim zdravstvenim izidom. Te razlike predstavljajo resno sistemsko težavo, ki zahteva odziv zdravstvene politike (Pitt idr., 2019).

Ugotovljene so bile statistično značilne razlike v ravni digitalne in zdravstvene pismenosti glede na okolje bivanja anketirancev. Posamezniki, ki bivajo v mestnem oziroma urbanem okolju, dosegajo višjo raven digitalne in zdravstvene pismenosti v primerjavi s tistimi, ki prihajajo iz podeželskih (ruralnih) območij (tabela 3). Haeger, Lech, Messer, in Gellert (2023) navajajo, da so posamezniki v ruralnem okolju pogosto soočeni z omejenim dostopom do zdravstvenega varstva, pomanjkanjem ustrezne infrastrukture ter težjim dostopom do specializiranih storitev. Poleg tega je v teh okoljih pogosto slabša digitalna povezanost in manj priložnosti za neformalno izobraževanje ali usposabljanje. Zaradi navedenih dejavnikov imajo prebivalci podeželskih območij omejene možnosti za dostop do kakovostnih zdravstvenih informacij, tako v digitalni obliki kot tudi v okviru zdravstvenega sistema, kar lahko negativno vpliva na njihovo sposobnost za aktivno vključevanje v promocijo zdravja, preprečevanje bolezni ter ustrezno iskanje zdravstvene oskrbe (Haeger in dr., 2023).

V povezavi z zakonskim stanom nismo zaznali statistično značilnih razlik v ravni digitalne in zdravstvene pismenosti. Anketiranci, ki so se opredelili kot samski, so sicer dosegli nekoliko višjo raven digitalne in zdravstvene pismenosti v primerjavi z ovdovelimi, vendar te razlike niso bile statistično pomembne. Različne ugotovitve glede zakonskega stanu so predstavljene v raziskavi Hwang idr. (2024), kjer so poročene osebe izkazovale višjo raven tako digitalne kot tudi zdravstvene pismenosti. Avtorji (Hwang idr., 2024) pojasnjujejo, da se anketiranci, ki živijo sami, pogosteje soočajo z različnimi tveganji, kot so oslABLJENO zdravje, težave pri opravljanju vsakodnevnih opravil, slabši spomin, čustvene stiske, zmanjšana telesna dejavnost, podhranjenost, pogostejša uporaba zdravstvenih storitev ter večja verjetnost socialne izolacije. Osamljenost v poznejšem

obdobju življenja je pogosto povezana z nižjo kakovostjo življenja, slabšimi zdravstvenimi izidi in večjo umrljivostjo.

Za zmanjšanje neenakosti v digitalni in zdravstveni pismenosti bi bilo potrebno uvesti ukrepe na ravni zdravstvenega sistema, ki bi vključevali na primer razvoj ciljno usmerjenih programov za krepitev zdravstvene in digitalne pismenosti ranljivih skupin (npr. brezposelni, starejši, prebivalci podeželja), izboljšanje dostopnosti digitalnih zdravstvenih storitev z enostavnejšimi vmesniki in dodatno podporo uporabnikom z nižjo pismenostjo, vključevanje pismenosti kot strateške prioritete v nacionalne zdravstvene politike in krepitev medresorskega sodelovanja za celostni pristop k zmanjševanju razlik (Vaart in Drossaert, 2017).

Raziskava je bila izvedena v Sloveniji in je temeljila na priložnostnem vzorcu ljudi starih 55 let in več. Zaradi omejenega geografskega obsega in specifične ciljne populacije rezultatov ni mogoče posploševati na celotno populacijo v Sloveniji ali širše. Nadalje raziskavo omejuje tudi neenakomerna razporeditev vzorca med različnimi skupinami. Med spoloma ni bilo statistično značilnih razlik v digitalni pismenosti, vendar je vzorec lahko neuravnotežen, kar zmanjšuje zanesljivost primerjav. Podobno velja za zakonski stan, kjer prav tako ni bilo zaznanih statistično pomembnih razlik, kar lahko kaže na razpršenost ali neenakomerno porazdelitev podatkov znotraj skupin.

Poleg tega je razvidno, da so razlike v digitalni pismenosti statistično značilne med skupinami glede na izobrazbo, zaposlitveni status in okolje bivanja. Vendar pa te ugotovitve lahko odražajo tudi strukturne razlike v vzorcu, saj ni navedeno, ali so bile skupine enakomerno zastopane. Neporocionalna zastopanost udeležencev glede na izobrazbo ali delovni status tako lahko vpliva na interpretacijo rezultatov.

Zaradi teh metodoloških omejitev je treba rezultate obravnavati previdno, saj ne omogočajo zanesljivih primerjav med vsemi demografskimi skupinami in jih ni mogoče enostavno posploševati na širšo populacijo ljudi, starih 55 let in več.

5 SKLEP

Na podlagi ugotovitev in opravljene raziskave lahko zaključimo, da je digitalna zdravstvena pismenost ljudi starih 55 let in več pomemben dejavnik pri njihovem vključevanju v sodobno zdravstveno oskrbo, ki temelji na uporabi digitalnih tehnologij. Ugotovitve so pokazale, da so preiskovanci / anketiranci, ki so sodelovali v spletni anketi, v povprečju dobro digitalno pismeni, zlasti tisti z višjo stopnjo izobrazbe, kar jim omogoča učinkovitejše iskanje, razumevanje in uporabo zdravstvenih informacij. Pomembno je tudi, da digitalna zdravstvena pismenost ne zajema zgolj tehničnega znanja, temveč tudi sposobnost kritične presoje kakovosti informacij, kar je ključno za učinkovito upravljanje lastnega zdravja.

Zaradi vse večje digitalizacije zdravstvenih storitev in starajoče se populacije postaja spodbujanje digitalne zdravstvene pismenosti strateško pomembno na ravni zdravstvene politike. Učinkovita uporaba digitalnih orodij lahko ljudem starih 55 let in več omogoči večjo samostojnost, boljše zdravstvene izide in večje zadovoljstvo z življenjem, hkrati pa prispeva k zmanjšanju obremenitev zdravstvenega sistema. Zato je nadaljnje raziskovanje in vlaganje v razvoj programov za krepitev teh kompetenc nujno, če želimo zagotoviti enak dostop do zdravstvenih storitev za vse starostne skupine in zmanjšati digitalni razkorak v družbi.

LITERATURA

- Abbadia J. (2023). V čem je razlika: Kvalitativne in kvantitativne raziskave. <http://mindthegraph.com/blog/sl/qualitative-vs-quantitative-research/>
- Bejaković, P. in Mrnjavac, Ž. (2020). The importance of digital literacy on the labour market. *Employee Relations: The International Journal*, 42(4), 921-932. <https://doi.org/10.1108/ER-07-2019-0274>
- Choi, N. G. in DiNitto, D. M. (2016). Depressive Symptoms Among Older Adults Who Do Not Drive: Association With Mobility Resources and Perceived Transportation Barriers. *The Gerontologist*, 56(3), 432-443. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu116>
- Darabi F, Ziapour A. & Ahmadiania H. (2025). Digital health literacy and sociodemographic factors among students in western Iran: a cross-sectional study. *BMC Medical Education*, 25(1), str. 206. <https://doi.org/10.1186/s12909-025-06774-y>
- Estrela M., Semedo G., Roque F., Ferreira P. L. & Herdeiro M. T. (2023). Sociodemographic determinants of digital health literacy: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Medical Informatics*, 177, str. 105124. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2023.105124>
- Ghahfarokhi Z. Shams (2025). Challenges in health and technological literacy of older adults: a qualitative study in Isfahan. *BMC Geriatrics*, 25(1), str. 247. <https://doi.org/10.1186/s12877-025-05893-x>
- Green G. (2022). Seniors' eHealth literacy, health and education status and personal health knowledge. *Digital Health*, 8, str. 20552076221089803. <https://doi.org/10.1177/20552076221089803>

- Haeger C., Lech S., Messer M. & Gellert P. (2023). Urban–rural differences in health literacy in the metropolitan area of Berlin, Germany, and its surroundings. *European Journal of Public Health*, 33(4), str. 561–567. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckad070>
- Halbwachs H. K., Eder J., Klemenc D. & Velepič M. (2024). *Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- Hwang M., Gahve K., Seonghyeon L. & Park Y. (2024). Digital Health Literacy and Associated Factors Among Older Adults Living Alone in South Korea: A Cross-Sectional Study. *Research in Community and Public Health Nursing*, 35(4), str. 389–400. <https://doi.org/10.12799/rcphn.2024.00766>
- Jena B. & Paltasingh T. (2025). Digital literacy among older adults: a systematic review in Indian context. *Educational Gerontology*, 51(4), str. 371–386. <https://doi.org/10.1080/03601277.2024.2397428>
- Jiang X., Wang L., Leng Y., Xie R., Li C., Nie Z., Liu D. & Wang G. (2024). The level of electronic health literacy among older adults: a systematic review and meta-analysis. *Archives of Public Health*, 82(1), str. 204. <https://doi.org/10.1186/s13690-024-01428-9>
- Kärnä E., Aavikko L., Rohner R. & KorjonenKuusipuro K. (2022). A Multilevel Model of Older Adults' Appropriation of ICT and Acquisition of Digital Literacy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(23), Article 15714. <https://doi.org/10.3390/ijerph192315714>
- Kim J., Lee H. Y., Christensen M. C. & Merighi J. R. (2017). Technology Access and Use, and Their Associations With Social Engagement Among Older Adults: Do Women and Men Differ? *The Journals of Gerontology: Series B*, 72(5), str. 836–845. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw123>
- Kim K., Shin S., Kim S. & Lee E. (2023). The Relation Between eHealth Literacy and Health-Related Behaviors: Systematic Review and Metaanalysis. *Journal of Medical Internet Research*, 25(1), e40778. <https://doi.org/10.2196/40778>
- Kim S., Park C., Park S., Kim D.J., Bae Y.S., Kang J.H. & Chun J.W. (2025). Measuring Digital Health Literacy in Older Adults: Development and Validation Study. *Journal of Medical Internet Research*, 27(1), e65492. <https://doi.org/10.2196/65492>
- Lee H., Lim J.A. & Nam H.K. (2022). Effect of a Digital Literacy Program on Older Adults' Digital Social Behavior: A QuasiExperimental Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19), Article 12404. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912404>
- LevinZamir D., Van den Broucke S. & Pelikan J. (2025). HLS19DIGI – a new instrument for measuring digital health literacy: development, validation and associations with determinants and health outcomes in 13 countries. *Frontiers in Public Health*, 13, str. 1472706. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1472706>
- Liu R., Zhao Q., Yu M., Chen H., Yang X., Liu S., Okan O., Chen X., Xing Y. & Guo S. (2024). Measuring General Health Literacy in Chinese adults: validation of the HLS19Q12 instrument. *BMC Public Health*, 24(1), str. 1036. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-17977-1>
- MartínezAlcalá C. I., RosalesLagarde A., PérezPérez Y. M., LópezNoguerola J. S., BautistaDíaz M. L. & AgisJuarez R. A. (2021). The Effects of Covid19 on the Digital Literacy of the Elderly: Norms for Digital Inclusion. *Frontiers in Education*, 6. <https://doi.org/10.3389/educ.2021.716025>
- Mitsutake S., Shibata A., Ishii K., Okazaki K. & Oka K. (2015). [Developing Japanese version of the eHealth Literacy Scale (eHEALS)]. [*Nihon koshu eisei zasshi*] *Japanese Journal of Public Health*, 58(5), str. 361–371.
- Nelson L. A., Pennings J. S., Sommer E. C., Popescu F. & Barkin S. L. (2022). A 3Item Measure of Digital Health Care Literacy: Development and Validation Study. *JMIR Formative Research*, 6(4), e36043. <https://doi.org/10.2196/36043>
- Oh S. S., Kim K.A., Kim M., Oh J., Chu S. H. & Choi J. (2021). Measurement of Digital Literacy Among Older Adults: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 23(2), e26145. <https://doi.org/10.2196/26145>
- Pitt, R., Davis, T., Manganello, J., Massey, P., Okan, O., McFarlane, E., Buchthal, O. V., Davis, J., Arnold, C., & Sentell, T. (2019). *Health literacy in a social context: A meta-narrative review* <https://doi.org/10.56687/9781447344520-046>
- Shin J., Kang H., Choi S., Chu S. H. & Choi J. (2025). Identifying Profiles of Digital Literacy Among CommunityDwelling Korean Older Adults: Latent Profile Analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 27(1), e57122. <https://doi.org/10.2196/57122>

- Tzafilkou, K., Perifanou, M. in Economides, A. A. (2022). Development and validation of students' digital competence scale (SDiCoS). *International Journal of Educational Technology in Higher Education*, 19(1), 30. <https://doi.org/10.1186/s41239-022-00330-0>
- Vaart R. van der & Drossaert C. (2017). Development of the Digital Health Literacy Instrument: Measuring a Broad Spectrum of Health 1.0 and Health 2.0 Skills. *Journal of Medical Internet Research*, 19(1), e6709. <https://doi.org/10.2196/jmir.6709>
- Wang X. & Luan W. (2022). Research progress on digital health literacy of older adults: A scoping review. *Frontiers in Public Health*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.906089>
- World Health Organization (2015). V: <https://www.who.int> (datum sprejema besedila na spletu: 19. 4. 2025).
- World Medical Association (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA*, 310(20), str. 2191–2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
- Xie L., Zhang S., Xin M., Zhu M., Lu W. & Mo P. K.H. (2022). Electronic health literacy and healthrelated outcomes among older adults: A systematic review. *Preventive Medicine*, 157, str. 106997. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2022.106997>
- Yang K., Hu Y. & Qi H. (2022). Digital Health Literacy: Bibliometric Analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 24(7), e35816. <https://doi.org/10.2196/35816>
- Yang R., Gao S. & Jiang Y. (2024). Digital divide as a determinant of health in the U.S. older adults: prevalence, trends, and risk factors. *BMC Geriatrics*, 24(1), str. 1027. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-05612-y>
- Yuen E., Winter N., Savira F., Huggins C. E., Nguyen L., Cooper P., Peeters A., Anderson K., Bhoyroo R., Crowe S. & Ugalde A. (2024). Digital Health Literacy and Its Association With Sociodemographic Characteristics, Health Resource Use, and Health Outcomes: Rapid Review. *Interactive Journal of Medical Research*, 13(1), e46888. <https://doi.org/10.2196/46888>
- Zhao, Y., Llorente, A. M. P. in Gómez, M. C. S. (2021). Digital competence in higher education research: A systematic literature review. *Computers & Education*, 168, 1-20. <https://doi.org/10.1016/j.compedu.2021.104212>

Avtorji:

Andraž Šterk: strk.andraz11@gmail.com

Almin Kljajić: almin9@gmail.com

Denis Karahasanović: karahasanovic.denis@gmail.com

dr. Sabina Ličen: sabina.licen@fvz.upr.si

dr. Mirko Prosen: mirko.prosen@fvz.upr.si

Rebeka Lekše: rebeka.lekse@fvz.upr.si

IZ GERONTOLOŠKE LITERATURE

POVEZAVA MED DELOVANJEM SPOMINA IN ZAPUŠČANJEM TRGA DELOVNE SILE MED STARAJOČIMI SE EVROPEJCI

Robert Ciliacus, Roos W. Hijdra, Suzan J. W. Robroek, Anja K. Leist, Alex Burdorf in Merel Schuring. (2025). Memory function and early exit from paid employment through different pathways among ageing European workers. V: <https://www.sjweh.fi/article/4211>

Evropa se sooča z demografskimi izivimi, ki jih prinaša staranje prebivalstva, med katerimi je tudi postopno zmanjševanje deleža delovno aktivnega prebivalstva. Kot odgovor na te spremembe več evropskih držav proaktivno zvišuje zakonsko upokojitveno starost in uvaja ukrepe podaljševanja delovne aktivnosti. Uspešnost teh ukrepov je odvisna od celostnega razumevanja kompleksnosti staranja na delovnem mestu, zlasti glede specifičnih s starostjo povezanih zdravstvenih težav, kamor spadajo tudi spremembe spoznavnih zmožnosti. Nekateri kognitivni vidiki sposobnosti, kot sta verbalna sposobnost in kumulativno znanje, se običajno pri staranju celo izboljšujejo, vendar hkrati opazamo upad na področjih, ki zahtevajo intenzivno obdelavo informacij, kamor spada tudi spomin. Avtorji ob tem poudarijo, da so

pri normalnem kognitivnem staranju manjši upadi spomina običajni že pred 65. letom, po tej starosti pa se praviloma še pospešijo.

Spomin je povezan z zmožnostmi opravljanja dela in ohranjanja zaposlitve. Z naraščajočim pričakovanjem, da bodo posamezniki delali do visoke življenjske starosti, je nujno proučiti, kakšen vpliv ima lahko spomin na posameznikovo sposobnost opravljanja dela. V članku so želeli avtorji med starejšimi delavci raziskati povezavo med delovanjem spomina in predčasnim opuščanjem zaposlitve, tj. zapuščanjem delovnega mesta pred zakonsko določeno upokojitveno starostjo. Posebej pomembno je, da zgodnjega izstopa niso obravnavali kot enotnega pojava, temveč so razlikovali med različnimi potmi izstopa: zgodnjo upokojitvijo, brezposelnostjo, invalidnostjo in ekonomsko neaktivnostjo. Prav to je omogočilo natančnejši vpogled v to, pri katerih oblikah izstopa je delovanje spomina dejansko pomemben dejavnik.

Uporabili so podatke, ki se zbirajo v okviru raziskave SHARE (tj. Survey of Health, Aging and Retirement in Europe). Raziskava poteka od leta 2004 in skupno vključuje 27 evropskih držav

in Izrael. V obravnavanem članku so avtorji uporabili podatke iz valov 4 do 8, ki so bili izvedeni v letih 2011/12 (4. val) , 2013 (5. val), 2015 (6. val), 2017 (7. val), and 2019/2020 (8.val). Prve tri valove so izpustili, ker subjektivni spomin pred 4. valom ni bil merjen.

V okviru članka, ki ga prikazujemo, so avtorji posebej preučevali povezavo med subjektivno oceno lastnega spomina in objektivno izmerjenimi zmoglostmi kratkoročnega pomnjenja ter preходом v nezaposlenost ob koncu delovne kariere. Spremljali so spremembe v delovanju spomina pred preходом v brezposelnost, invalidnost ali zgodnjo upokojitve, med njim in po njem, zanimala pa jih je tudi vloga (ne) ravnovesja med vloženimi naporji in prejetimi nagradami v delovnem okolju, v katerem so bili udeleženci nazadnje zaposleni. Slednje so izmerili s pomočjo sedmih postavk standardiziranega vprašalnika, meritev pa je vključevala ocenjevanje fizičnih zahtev in časovnega pritiska (napor) ter nagrad, kot so socialna podpora, priznanje, dohodki, možnosti napredovanja in delovna varnost. Subjektivni spomin so merili z enim vprašanjem o tem, kako oseba ocenjuje svoj trenutni spomin, objektivni spomin pa s testoma takojšnjega in odloženega priklica desetih besed.

V raziskavi je sodelovalo 16 339 posameznikov iz 19 evropskih držav,

starejših od 50 let in mlajših od državno določenega praga upokojitve. V povprečju so bili v okviru raziskave spremljani 4,2 leti. Ob začetku spremljanja je 13,7 % udeležencev svoj spomin ocenjevalo kot slab ali komaj zadovoljiv, 31,5 % pa jih je doseglo nizek rezultat na objektivnem testu spomina. Subjektivni spomin je ob začetnem merjenju pokazal šibko pozitivno povezanost z objektivnim spominom ($r=0,16$), kar pomeni, da so posamezniki, ki so svoj spomin ocenjevali kot boljšega, v povprečju sicer dosegali nekoliko boljše rezultate na testih spomina, vendar je ta povezava zelo šibka. To kaže, da lastna ocena spomina ni zanesljiv pokazatelj dejanskega kognitivnega delovanja, saj se subjektivna in objektivna mera spomina ujemata le v omejenem obsegu, kar upravičuje odločitev avtorjev, da so obe meri analizirali ločeno.

Dobra četrtina spremljanih (25,4 % ali 4158 posameznikov) je delovno mesto zapustila pred zakonsko določeno upokojitveno starostjo. Med njimi jih je več kot polovica trg delovne sile zapustila zaradi zgodnje upokojitve (59,2 %), med razlogi za prenehanje delovne aktivnosti sledita brezposelnost (21,3 %) in invalidnost (11,2 %). Prisotna je bila tudi ekonomska neaktivnost (8,2 %), vendar te skupine avtorji zaradi majhnega števila primerov niso podrobneje obravnavali.

Avtorji so po analizi podatkov izpostavili nekaj očitnih trendov: delavci, ki so lasten spomin v povprečju ocenjevali kot slabši, so imeli 2,3-krat večje tveganje, da bi zaradi invalidnosti predčasno zapustili zaposlitev, in 1,3-krat večje tveganje za opuščanje plačane zaposlitve zaradi brezposelnosti. Delavci z nizkimi rezultati pri objektivnih testih spomina so bili 1,6-krat bolj nagnjeni k brezposelnosti. Ključno pa je, da niti slabši subjektivni niti slabši objektivni spomin nista bila statistično značilno povezana z večjo verjetnostjo zgodnje upokojitve. To pomeni, da je slabše delovanje spomina povezano predvsem z neprostovoljnimi potmi izstopa iz zaposlitve, ne pa tudi z zgodnjo upokojitvijo, ki jo avtorji razumejo kot relativno bolj prostovoljno pot.

Subjektivna ocena spomina se je običajno poslabšala pred in med predčasnim opuščanjem plačane zaposlitve, medtem ko se je po prehodu v nezaposlenost običajno izboljšala oz. stabilizirala. Nasprotno pa se objektivni spomin pred samim izstopom večinoma ni pomembno spreminjal, v dvoletnem obdobju prehoda pa je bil zaznan celo kratkotrajen porast, nato pa je po izstopu iz plačanega dela sledil upad objektivnega spomina, ne glede na pot izstopa.

Ta razlika med subjektivnim in objektivnim spominom je zelo zanimiva.

Avtorji jo razlagajo s tem, da ljudje po izstopu iz dela niso več vsakodnevno izpostavljeni enakim kognitivnim zahtevam kot v delovnem okolju, zato so lahko manj občutljivi za lastne spominke težave. Subjektivni občutek izboljšanja spomina po izstopu iz dela tako ne pomeni nujno dejanskega izboljšanja kognitivnega delovanja. Pomemben prispevek članka je tudi opozorilo na dvosmerno povezavo med delom in spominom. Slabši spomin lahko poveča verjetnost zgodnjega izstopa iz zaposlitve, hkrati pa lahko tudi sam izstop iz plačanega dela prispeva k nadaljnjemu upadu objektivnega spomina. Avtorji to razlagajo tudi z domnevo »uporabljal ali izgubi«, po kateri intelektualno zahtevne dejavnosti pomagajo ohranjati kognitivne sposobnosti, medtem ko njihovo zmanjšanje po upokojitvi ali brezposelnosti lahko pospeši nazadovanje spominskih funkcij.

Med zgodaj upokojenimi, ki so bili tekom zadnje zaposlitve izpostavljeni neravnotežju med vloženimi napori in nagradami na delovnem mestu, je bilo po nastopu upokojitve opaziti izrazitejši upad objektivno izmerjenega delovanja spomina. Poleg tega so delavci, ki so poročali o takšnem neravnovesju, na splošno trg dela zapuščali z nižjo ravno subjektivnega in objektivnega spomina. Prisotnost neravnovesja med napori in nagradami je bila že v osnovni analizi

povezana tudi z večjo verjetnostjo zgodnjega izstopa iz plačanega dela (HR 1,29). Vendar pa avtorji hkrati opozarjajo, da razlike v poteku sprememb spomina med skupinami z neravnovesjem in brez njega večinoma niso dosegle statistične značilnosti, zato je treba te ugotovitve interpretirati previdno.

Avtorji članka so zaključili, da so delavci s slabšim delovanjem spomina izpostavljeni višjemu tveganju za predčasno, pogosto neprostovoljno zapuščanje plačane zaposlitve. Tako subjektivna ocena spomina kot tudi objektivno izmerjeno slabši spomin napovedujeta bolj verjetno zgodnje zapuščanje trga dela, predvsem prek brezposelnosti in invalidnosti. Pri zgodnji upokojitvi pa spomin ni bil pomemben napovednik, kar podpira razlago, da imajo pri tej obliki izstopa večjo težo drugi dejavniki, na primer finančni, socialni in osebni razlogi. Obenem pa tudi izstop iz plačanega dela lahko prispeva k hitrejšemu nazadovanju spomina. Predčasno prenehanje plačane zaposlitve lahko za sabo potegne tudi druge neugodne okoliščine, npr. nižjo pokojnino, višje tveganje za revščino in socialno izključenost.

Med prednostmi raziskave velja izpostaviti longitudinalno zasnovo, veliko mednarodno bazo podatkov in dejstvo, da so avtorji spremljali spremembe spomina pred prehodom iz zaposlitve, med njim in po njem. Ta časovna razsežnost

daje članku posebno vrednost, saj ne pokaže le povezave povezave med spominom in izstopom iz dela, temveč tudi razvoj teh sprememb skozi čas. Po drugi strani pa avtorji navajajo tudi nekaj omejitev. Analiza je bila omejena na prvi prehod iz zaposlitve, pri čemer morebitna vrnitev v delo ni bila vključena, čeprav je lahko pri delu starejših brezposelnih prisotna. Poleg tega je bilo neravnovesje med napori in nagradami merjeno samoocenjevalno, zato ni mogoče povsem izključiti vpliva subjektivne presoje ali obratne vzročnosti, torej možnosti, da je slabšanje spomina že pred začetkom raziskave vplivalo na to, kako so posamezniki doživljali svoje delo.

Po mnenju avtorjev bi bilo treba tveganje za predčasno opuščanje plačanega dela zmanjševati preventivno, in sicer s spodbujanjem ohranjanja spominskih sposobnosti pri zaposlenih ter z uravnoteženjem delovnih naporov in nagrad v delovnem okolju. Članek zato ne prispeva le k razumevanju individualnih dejavnikov zgodnjega izstopa iz zaposlitve, temveč tudi jasno pokaže, da je podaljševanje delovne aktivnosti lahko uspešno le, če ga spremljajo ukrepi za ohranjanje kognitivnega zdravja in izboljševanje kakovosti delovnega okolja.

Ob zaključku velja poudariti, da so ugotovitve članka relevantne tudi za

Slovenijo, kjer se ob staranju prebivalstva in podaljševanju delovne aktivnosti vse bolj odpira vprašanje, kako starejšim zaposlenim omogočiti daljše in hkrati vzdržno ohranjanje zaposlitve. Čeprav je bila upokojitvena starost v Sloveniji v preteklosti razmeroma nizka, se tudi pri nas postopno zvišuje, zato postaja vse pomembnejše vprašanje tveganja za neprostoVOLjne izstope iz zaposlitve, zlasti zaradi invalidnosti in brezposelnosti. Članek opozarja, da zgolj administrativno zviševanje upokojitvene starosti ni dovolj, če ga ne spremljajo ukrepi za

ohranjanje kognitivnega zdravja, prilagajanje delovnih mest starejšim zaposlenim ter izboljševanje psihosocialnih delovnih razmer. Zato je pomembno, da se tudi v Sloveniji pri soočanju s staranjem prebivalstva ne osredotočimo zgolj na podaljševanje delovne dobe, temveč tudi na preventivno delovanje: skrb za zdravje na delovnem mestu, zmanjševanje stresa, uravnoteženje med delovnimi napori in nagradami ter podpora starejšim delavcem pri ohranjanju spominskih funkcij.

Ajda Erjavec

GERONTOLOŠKO IZRAZJE

GERONTOLOGIJA

angleško: gerontology

nemško: die Gerontologie

Gerontologija je znanost ali veda o starosti, staranju in starih ljudeh. Izraz je sestavljen iz grških besed *géron* – star, prileten, siv; v samostalniški rabi pa starec, starček, in *lógos* – govorjenje, beseda, pogovor, govorica.¹ Starost zajema zadnjo tretjino življenja, od srednji let jo danes najbolj vidno loči upokojitvev. Spoznanja o staranju in starosti so neločljiva celota s spoznanji o sožitju med mlado generacijo, ki se v prvi tretjini življenja pripravlja na samostojno življenje, srednjo generacijo, ki rojeva potomstvo, je poklicno zaposlena in ima odgovornost za organizacijo sožitja med ljudmi in z naravo, ter generacijo ljudi v tretjem življenjskem obdobju, za katero se uporablja tudi izraz tretja generacija.

Pojem gerontologija zajema celotnega človeka v njegovi telesni, duševni, duhovni, sožitni, razvojni in bivanjski razsežnosti. To poudari izraz *celostna gerontologija* (tujki *integralna* ali *holistična gerontologija*).² Posamezne od razsežnosti raziskujejo ustrezne znanosti: telesno

zlasti biologija in medicina, duševno psihologija, duhovno filozofije in religije, sožitno socialne vede, razvojni vidik sodi k vsaki od razsežnosti in je zato del vsake od navedenih ved, bivanjska razsežnost dojemanja in uresničevanja smisla pa je predvsem stvar osebnega nazora vsakega človeka in nazorske usmeritve določene skupnosti.

Izkušnje in spoznanja o starosti in staranju so bila skozi zgodovino kultur pomemben del norm, vrednot in vzorcev za vsakdanje sožitje. Kulturni razvoj nam jih je ohranil tudi v zapisani obliki. V judovsko-krščanskem izročilu evropske kulture so številna dva do tri tisoč let stara spoznanja o starosti, staranju in medgeneracijski solidarnosti v *Bibliji*, v grški korenini naše kulture so v njihovih filozofskih in literarnih delih (npr. Sofoklejevih tragedijah), iz rimske korenine se je ohranila prva znana knjiga o starosti in medgeneracijskem sožitju, Ciceronova *Pogovori o starosti*.³

Z razvojem znanosti naraščajo sodobna gerontološka spoznanja. Sistematično raziskovanje staranja, starosti in medgeneracijskega sožitja se je izjemno pospešilo proti koncu 20. stoletja, odkar

1 Dokler Anton, *Grško-slovenski slovar*, Ljubljana 1915.

2 Besedi sta latinskega izvora: *integer* – nedotaknjen, celoten in grškega: *holos* (ὅλος) – cel, celoten, popoln.

3 Mark Tulij Ciceron, *Pogovori o starosti – Cato maior de senectute*. Ljubljana: SAZU in Inštitut Antona Trstenjaka, 2015.

se v razvitem svetu naglo večja delež starih ljudi. V evropskih državah in drugod po svetu potekajo po letu 2000 obsežene stalne raziskave, ki dajejo obilico podatkov za strokovno in politično odzivanje na demografsko staranje. Med njimi imajo posebno mesto: SHARE (raziskava o zdravju, staranju in upokojevanju v Evropi), EQLS (evropska raziskava o kakovosti življenja), AAI (indeks aktivnega staranja), ESS (evropska družboslovna raziskava) ter GGS (raziskava o generacijah in spolu).

Danes razvijajo gerontološka spoznanja na teoretični ravni in kot metode vse znanosti in stroke, ki se posvečajo človeku in družbi: medicina, biologija, sociologija, socialno delo, vzgojne vede, psihologija, ekonomija, politologija, menedžment, arhitektura, tehnične vede in druge. Pri mnogih od njih so se razvile samostojne znanstvene veje za področje gerontologije. Celota teh delnih gerontologij in njihova povezava v skladno celoto odločilno vplivata na kakovost staranja v današnji družbi.

Sodobno celostno gerontologijo sestavljajo zlasti naslednje delne gerontologije.

Zdravstvena ali medicinska gerontologija je prva in najbolj razvejana gerontološka panoga. V starosti se ljudem nabirajo kronične nenalezljive bolezni: maligne, bolezni srca in ožilja, prebave in presnove, gibal, dihal in druge, ki tvorijo največji delež zdravstvenih storitev. Zdravstvena gerontologija je razvejana v številne

panoge. Osnovna, ki se celostno posveča zdravljenju starih ljudi, se imenuje *geriatrija*. Danes imajo po večini evropskih držav geriatrično specializacijo. Slovenija je bila v sedemdesetih letih po zaslugi dr. Bojana Accetta med svetovnimi pionirji v razvoju geriatrije, po njegovi upokojitvi sredi osemdesetih let pa se je razvoj na tem področju pri nas ustavil.

Za organizacijo zdravstvenega varstva starih ljudi je odločilna *javnozdravstvena gerontologija*. Podatkov o potrebah na tem področju je danes dovolj, prav tako tudi dobrih praks z organizacijo zdravljenja, rehabilitacije po poškodbah in boleznih v starosti ter s paliativnim zdravljenjem v terminalnem obdobju življenja. Zdravstvo kot stroka je pri nas s svojim znanjem in humanim delom na svetovni ravni, medtem ko je zdravstveni sistem, ki je odvisen od zdravstvene politike, vse od osamosvojitve slovenske države v nenehni organizacijski krizi. Čakalne vrste, pomanjkanje zdravnikov in sester prizadenejo stare ljudi pogosto do te mere, da prej umro, kakor bi prišli na vrsto za rehabilitacijo ali pregled. Javnozdravstveno gerontologijo v Sloveniji čaka akutna naloga organiziranja sodobnega zdravstva za stare ljudi, pogoj da pri tem uspe, pa je, da se razvije sama.

Pri sodobni dolgotrajni oskrbi je bistvena sestavina *gerontološka zdravstvena nega*. V luči dejstva, da so evropske države uvedle zakon in sodobni sistem dolgotrajne oskrbe sredi devetdesetih let in ga od

tedaj nenehno izboljšujejo ob praksi, je za Slovenijo tragično, da ga uvajamo šele sedaj in to v obliki, ki je bistveno nižja od tiste, ki so jo oni pred tremi desetletji. Sistem in zakon sta stvar vlade in njene politike. Toda politika sledi javno izraženim potrebam, javnost pa se o sodobni dolgotrajni oskrbi lahko ozavešča le iz stroke. V tej luči pa je tragično, da v teh treh desetletjih ni bilo pri izobraževanju medicinskih sester, socialnih gerontologov in drugih strok, ki so odločilne za dolgotrajno oskrbo, sistematičnega osnovnega poučevanja o sodobnem sistemu in programih integrirane dolgotrajne oskrbe. V razvoju gerontološke zdravstvene nege so častna izjema patronažne medicinske sestre, ki so bile ves ta čas glavni steber strokovne pomoči družinskim oskrbovalcem na domu. Naloge in razvojni izживi gerontološke zdravstvene nege torej niso manjši od izzivov javnozdravstvene gerontologije.

Ključna je tudi *gerontološka farmakologija*, saj so stari ljudje največji porabniki zdravil. Mnogi potrebujejo ob več hkratnih boleznih veliko različnih zdravil, pri čemer je farmakološka naloga preprečiti njihov škodljiv medsebojni vpliv ter upoštevati star organizem, ki se pogosto drugače odziva na zdravila kakor organizem ljudi v srednjih letih življenja.

Stari ljudje največ padajo in se poškodujejo. Zdravljenju poškodb se posveča *travmatološka gerontologija*. Slovenski

travmatologi so že takoj po letu 2000 izdali učbenik travmatološke gerontologije. Po poškodbah, kapi in drugih akutnih boleznih v starosti je odločilna strokovna pomoč pri hitrem okrevanju. Nudijo jo zdravniki in fizioterapevti s pomočjo spoznanj *rehabilitacijske gerontologije* in mreže ljudem dostopnih rehabilitacijskih ustanov. Slovenija ima vrhunsko razvito nacionalno rehabilitacijsko bolnišnico v Ljubljani, manjkajo pa nam pokrajinske rehabilitacijske enote, dostopne ljudem za hitro okrevanje po bolezni in poškodbi; te imajo dobro razvite v Avstriji. Pri nas so to vlogo deloma opravljala zdravilišča.

Gerontopsihiatrija se posveča duševnim motnjam v starosti. Pionirski korak v njenem razvoju, zlasti glede demence, je pri nas naredil dr. Aleš Kogoj. Pomoč pri ohranjanju in kreptvi duševnega zdravja v starosti ter pri reševanju duševnih in bivanjskih stisk pa je domena *gerontopsihoterapije* ali *psihoterapevtske gerontologije*. Na področju starostnih stisk ima velike možnosti logoterapija.

Vse omenjene in druge panoge zdravstvene gerontologije temeljijo na bioloških, psiholoških, socialnih in drugih spoznanjih o starosti, staranju in medgeneracijskem sožitju. Danes imajo tudi vse te znanosti vsaka svojo gerontološko usmeritev. Osnova zdravstvenih in vseh drugih je **biološka gerontologija**, ki raziskuje staranje organizma.

Drugo najboljše področje delnih gerontologij bi lahko poimenovali **psihosocialne gerontologije**.⁴ Te preučujejo človekov osebnostni razvoj in medčloveško sožitje v družini in drugih skupinah, v različnih skupnostih ter državni in mednarodni organiziranosti. Starosti, staranju in medgeneracijskemu sožitju so svojo znanstveno in strokovno pozornost posvetile prej socialne vede, medtem ko so se psihološke posvečale predvsem mladosti in srednjim letom; po prelomu v 21. stoletje pa se tudi te usmerjajo v preučevanje starosti.

Za socialno gerontologijo je že na prelomu v novo tisočletje veljalo, da sodijo vanjo štiri področja, ki odločajo o kakovosti človekovega socialnega zdravja. Ta so:

1. Družbeno okolje. Na zdravo staranje vplivata človekovo preteklo, ki ga je oblikovalo (družina, izobrazba, vzgoja, poklic, delo ipd.), in njegovo sedanje družbeno okolje: ekonomsko stanje njegove države, organiziranost zdravstvenega in socialnega sistema, razvitost kulture in medgeneracijskega sožitja, kako oddaljene ima zdravstvene, socialne in vsakdanje storitve, ki so pomembne za kakovost

staranja, zlasti pa sožitje z najbližjimi, s katerimi živi v skupnem gospodinjstvu in tesnejši osebni povezanosti.

2. Življenjski slog kot celota samodejnih, rutiniranih človekovih odzivov na svoje lastne potrebe in na izzive okolja je enako pomemben za zdravo staranje kakor družbeno okolje. Njegov najvažnejši element so delovne, higienske, prehranske, gospodinjske, gibalne, učne, kulturne in druge navade. Čim starejši je človek, tem težje se spreminja njegov življenjski slog. Motivacija za izboljšanje življenjskega sloga v starosti so lahko bolezni in stiske, odločilna pa je osebna družba, zato je skupinsko socialno učenje najuspešnejša metoda za izboljševanje življenjskega – in z njim tudi sožitnega sloga.

3. Sožitni slog. Sožitni slog je celota vzdušja in dogajanja, ki se samodejno dogaja med dvema človekoma ali več ljudmi v določeni skupini. Najbolj je odvisen od komuniciranja. Slabo komuniciranje z besedami, vedenjem in dejanju je glavna ovira za kakovostno sožitje, njegov pomen pa se s staranjem eksponentno večja. Druga bistvena sestavina sožitnega sloga je prevzemanje in izvajanje vlog, ki so za človeka iz trenutka v trenutek primerne ali potrebne glede na njegove potrebe, zmognosti ter zdravstvene in druge omejitve v starosti. Danes je zaradi staromrznosti (ageizma, starizma) v naši kulturi zelo težko ustvarjalno živeti vlogo starega človeka.

⁴ Izraz *psihosocialen* je sestavljen iz grške besede *psyche*, ki pomeni duševnost v vseh njenih vidikih, od tistih, ki so nam ljudem skupni z živalmi, do izvirno človeških ali duhovnih (svoboda, odgovornost, zmognost za zavestno in smiselno usmerjanje samega sebe), ter iz latinske besede *socius*, ki pomeni tovariš, družabnik, zaveznik, drug; *socialis* pa družben, tovariški. V nasprotju z individualnim dogajanjem izhaja socialno iz sožitja ljudi in je usmerjeno vanj; dogaja se s *čutom za skupnost in soljudi*, kot opredeli izraz Vrbinc v svojem slovarju tujk.

4. Uporaba razpoložljivih materialnih virov. Materialna blaginja v skupnosti je predmet ekonomske gerontologije, predmet psihosocialnih gerontologij pa način, kako naj človek smiselno gospodari z razpoložljivimi viri. Znano je, da imajo nekateri velike prihodke, pa stežka preživijo z njimi, drugi pa znajo z majhnim imetjem tako ravnati, da so zadovoljni in živijo dostojno. Viri materialne varnosti v starosti so pokojnina, prihranki, premoženje ter rezervne možnosti v socialni mreži bližnjih in zagotovljenih javnih socialnih pravicah. Za večino starajočih se ljudi je ključni vir tudi njihovo delo. Upokojenci tudi veliko pomagajo mlajšima generacijama, v ekonomskih razpravah o stroških družbe za starajoče se prebivalstvo pa je večinoma spregledano.

Socialno zdravje deluje v neločljivi celoti s telesnim in duševnim zdravjem, kakor ga opredeljuje v svoji ustavi Svetovna zdravstvena organizacija. Iz tega izhaja nujnost tesne partnerske povezave med socialno in zdravstveno gerontologijo, obeh pa z biološko, psihološko in drugimi. Druga brez druge so nemočne: zdravstvena zlasti pri preventivnem delu za zdravo staranje, socialna pri dolgotrajni oskrbi onemoglih starih ljudi, psihološka in druge pri obojem. V medsebojni povezavi in dobrem sodelovanju pa njihova sinergija poveča uspešnost vsake od njih, posameznemu človeku omogoči človeško zorenje do naravne smrti, skupnosti pa

komplementarno dopolnjevanje mlade, srednje in stare generacije, ki je pogoj za ter njen razvoj.

Past psihosocialnih gerontologij je zgolj sociološko, psihološko, etnografsko, ekonomsko ali drugo opisovanje starosti, staranja in medgeneracijskega sožitja ter kritična analiza in navajanje vzrokov za slabo stanje. To je neučinkovita usmeritev, ki se v družbenem sožitju kaže v množičnem moraliziranju, to je kazanju na rešitve brez ustrezne metodike za njihovo uresničenje, ter v obtoževanju krivcev; rešitve daje samo ustvarjalno delo v praksi. Zdravstvene gerontologije so tej pasti manj izpostavljene, ker delajo z bolnimi ljudmi in je sproti vidno, ali njihovo delo pomaga ali ne. Osamitev katerekoli od delnih gerontologij vodi v zlorabo, ki zavira razvoj in povzroča ljudem trpljenje. To zgrešeno smer kažejo izrazi: *biologizacija, psihologizacija, sociologizacija, ekonomizacija, politologizacija gerontologije* in druga samozadostna zapiranja. Škodljivost tega kažejo že sami izrazi, ki so oblikovani po vzoru izrazov za škodljive družbene ideologije, prav tako pa dvoumen izraz za enostransko specializiranost *fahidiotizem*, ki dobesedno pomeni strokovna norost.

Psihosocialna gerontologija je prav tako kakor zdravstvena sestavljena iz več delnih gerontologij. Raziskovalno sta zelo dejavni *sociološka* in *etnografska gerontologija*. Širša osnova obeh sta *zgodovinska*

in kulturološka gerontologija. Na družbo ima največji vpliv *politološka gerontologija*, reševanju konkretnih sožitnih in materialnih težav starih ljudi pa je namenjena *socialno delavska gerontologija*. Ob staranju prebivalstva so odločilni podatki in spoznanja *demografske gerontologije*, ki kažejo, kako naj vse druge gerontologije usmerjajo svoje delo za smiselno preživetveno strategijo slovenske in vseh evropskih kultur ob sedanji nizki rodnosti in velikem deležu starih ljudi.

Za človekovo usmerjanje sebe ob lastnem staranju in za razumevanje starega človeka ob stiku z njim so odločilna spoznanja *psihološke gerontologije* in njeno raziskovanje osebnostnega razvoja v starosti. Nanjo se naslanja *pedagoška gerontologija* ali *gerontagogika*, ki oblikuje metode za človekov razvoj v starosti in za smiselno pomoč drugih pri tem. Ob staranju prebivalstva je pomembno interdisciplinarno *skupnostno delo* (skupnostna psihologija, skupnostno socialno delo), ki se tudi za področje staranja razvija v okvirih *socialne pedagogike*. Kot nepogrešljivo vzgojno panogo za soočanje z izgubami skozi vse življenje ter za pripravo na smrt in žalovanje pa je pedagog Franc Pediček opredelil *tanatagogiko*.

V starosti ima odločilni pomen lastni dom, ki ga človek pozna in se v njem znajde tudi ko peša, starosti primerna ureditev stanovanja in okolice ter infrastruktura. Ta vidik je domena **arhitekturne**

gerontologije ter sodobnega prizadevanja za starosti prijazno ureditev notranjega in zunanjega prostora ter infrastrukture.

Skrb za materialno osnovo, ki je potrebna za delovanje gerontoloških spoznanj v navedenih in drugih vedah in strokah, je domena **ekonomske gerontologije**. Njen pomen je v sedanji tržni družbi pogosto tako v ospredju, da zasenči vse druge; pri predlogu *Zakona o pomoči pri prostovoljnem končanju življenja* (2025) je bil primer očitne ekonomske zlorabe primerjalni izračun, koliko stane oskrba človeka v zadnjem obdobju življenja in koliko evtanazija. Dejstvo je, da je ob vsem pomenu ekonomske gerontologije njen domet le preskrba pogojev za kakovostno staranje, medtem ko so znanja o vsebini le-tega naloga vseh drugih gerontologij.

Miselna osnova, ki je izhodišče za raziskovanje vseh vidikov staranja, starosti in medgeneracijskega sožitja ter povezovalno načelo vseh delnih gerontologij, je **filozofska gerontologija**. Ta temelji na celostni antropologiji, ki se posveča celoti človekovih potreb, zmožnosti in meja v njegovi telesni, duševni, duhovni, sožitni, razvojni in bivanjski razsežnosti. Starost je zadnje obdobje človeškega življenja, ko duhovne in bivanjske zmožnosti – z njimi pa zmožnosti za lepo sožitje – dosežejo svoj razvojni vrh, medtem ko telesne in duševne upadajo. Smisel, da človek živi tudi po svojem biološkem vrhu in koncu

razmnoževalnega obdobja še več kakor tretjino življenja, se kaže v tem, da osebnostno dozori do meje svojih zmožnosti in možnosti, preda svoje znanje in izkušnje mlajšim, ti pa s tem, ko mu pri njegovem pešanju moči pomagajo zadovoljevati njegove potrebe, razvijajo svojo sočutečo svobodo za nadaljnji humani razvoj človeštva.

Omeniti je treba še **teološko gerontologijo**, ki goji izkušnje različnih ver o smislu starosti v luči celote življenja posameznika, človeštva in vse danosti ter skrivnosti bivanja in smisla, ki presega empirično danost.

Odločilno je, da delne gerontologije vseh teh ved in strok med seboj sodelujejo in da so vpete v življenje skupnosti. Če je ena ali več njih zaprta v kristalni grad svojih teorij in delnega znanja, ima lahko visok indeks citiranja na znanstvenem trgu, v svoji skupnosti pa ni sledu o njenem prispevku za kakovostno staranje in sožitje ljudi. Tako kakor na vseh področjih so tudi v gerontologiji danes specializirana znanja posameznih panog in strok pogoj za razvoj, toda enak pogoj je, da vsaka delna gerontologija okvirno pozna osnovne dosežke drugih delnih gerontologij in z njimi sodeluje v programih za kakovostno staranje in sožitje generacij v skupnosti. To je bistvo sodobne celostne gerontologije.

Za razvoj gerontologije – kakor sicer znanosti in stroke – je odločilno

redno temeljno usposabljanje na srednješolki in vseh ravneh fakultetnega študija, raziskovanje ob vsakdanji praksi dela na področju staranja in sožitja ljudi ter na specializiranih gerontoloških inštitutih. Oboje se izteka v interdisciplinarno posredovanje spoznanj v vse stroke, ki delajo na področju staranja in sožitja. Pri tem daje v Sloveniji zadnja tri desetletja svoj prispevek tudi edina slovenska znanstveno-strokovna revija za področje starosti, staranja in medgeneracijskega sožitja *Kakovostna starost*.

Gerontologija je torej skupni pojem vseh znanstvenih in drugih spoznanj o starosti, staranju in starih ljudeh v naši in drugih kulturah človeštva. Za naš današnji razvoj je odločilno prizadevanje po celostni ali integralni gerontologiji, ki z interdisciplinarno in celostno humanistično širino vključuje vsa spoznanja in dobre izkušnje ter jih povezuje v sistemsko celoto za ravnanje na individualni ravni posameznega človeka, na skupinski ravni družine in drugih skupin ter na družbeni ravni krajevnih, nacionalnih in celotne svetovne skupnosti. Skupni imenovalec vseh spoznanj, dobrih izkušenj in nazorov, ki so omogočili razvoj človeka in človeštva, je etična zakonitost na osebni in skupni ravni: delati dobro (beneficienca) in se izogibati slabega (non-maleficienca) v svojem lastnem razvoju, v sožitju ljudi in z naravo.

Jože Ramovš

KONFERENCE IN PROJEKTI

KREPITEV DELOVNE SILE V OSKRBI – IZVAJANJE EVROPSKE STRATEGIJE ZA OSKRBO V PRAKSI

**Povzetek spletnega seminarja,
28. januar 2026**

Evropa se hitro stara, s tem pa narašča tudi potreba po dolgotrajni oskrbi. Eden največjih izzivov pri zagotavljanju kakovostne dolgotrajne oskrbe ni le organizacija storitev, temveč predvsem pomanjkanje strokovno usposobljene delovne sile. Spletni seminar z naslovom *Krepitev delovne sile v oskrbi: izvajanje Evropske strategije za oskrbo v praksi (Strengthening the Care Workforce: Turning the European Care Strategy into Action)* je bil organiziran v okviru projekta *InGoodShape*, ki je namenjen raziskovanju nacionalnih praks glede delovne sile in delovnih pogojev, ki so jih države članice EU navedle v svojih poročilih o izvajanju strategije za oskrbo.

Spletni seminar je ponudil pregled Evropske strategije za oskrbo, predstavil trenutne izzive ter izpostavil primere dobrih praks iz različnih držav članic. Poseben poudarek so namenili vprašanju, kako politične usmeritve na ravni

Evropske unije prenesti v konkretne ukrepe na nacionalni ravni.

Na dogodku so sodelovali predstavniki evropskih institucij, raziskovalci in organizacije s področja dolgotrajne oskrbe. Osrednja govornica je bila Dana Carmen Bachmann, ena izmed avtoric strategije, ki je predstavila njen razvoj, dosednji napredek ter načrte za prihodnost.

Pomanjkanje kadra kot osrednji izziv

Eden glavnih poudarkov seminarja je bilo pomanjkanje delovne sile v sektorju dolgotrajne oskrbe. Povpraševanje po storitvah oskrbe v Evropi narašča predvsem zaradi staranja prebivalstva in daljše življenjske dobe. Hkrati pa poklici v oskrbi pogosto ne pritegnejo dovolj novih zaposlenih.

Delo na področju dolgotrajne oskrbe je pogosto fizično in psihično zahtevno, zaposleni so pogosto izpostavljeni visokim delovnim obremenitvam, plače pa v številnih državah ne odražajo zahtevnosti in odgovornosti tega dela. Posledično se številne države soočajo s težavami pri zaposlovanju in ohranjanju kadra.

Govorci so poudarili, da kakovost oskrbe ni odvisna le od organizacije

sistema, temveč tudi od delovnih pogojev zaposlenih. Boljši delovni pogoji, krepitev profesionalne avtonomije ter večje možnosti za izobraževanje lahko pomembno prispevajo k večji privlačnosti poklicev v oskrbi.

Evropska strategija za oskrbo

Politični okvir za razvoj politik na tem področju predstavlja Evropska strategija za oskrbo (ang. *European Care Strategy*), ki temelji na načelih Evropskega stebra socialnih pravic (ang. *European Pillar of Social Rights*). Ta med drugim določa pravico do dostopne in kakovostne dolgotrajne oskrbe, zlasti na domu in v skupnosti.

Strategija, sprejeta leta 2022, državam članicam ponuja predvsem usmeritve in priporočila za razvoj politik na področju oskrbe. Pomembno je poudariti, da strategija ni pravno zavezujoča, temveč predstavlja okvir za usklajevanje politik in izmenjavo dobrih praks med državami.

Strategija se dotika več ključnih področij: dostopa do storitev oskrbe, delovnih pogojev zaposlenih ter socialne zaščite formalnih in neformalnih oskrbovalcev. Posebno pozornost namenja tudi sodelovanju med državami članicami ter povezovanju različnih politik, ki vplivajo na področje oskrbe.

Strukturni izzivi evropskih sistemov oskrbe

Analize na evropski ravni kažejo, da obstajajo med državami članicami precejšnje razlike v organizaciji sistemov dolgotrajne oskrbe, ki se kažejo v strukturi storitev, profilih zaposlenih in načinih financiranja.

V nekaterih državah je še vedno prisotno neprijavljeno delo, kar lahko vodi v slabšo pravno zaščito in večjo socialno negotovost oskrbovalcev. Poleg tega so zaposleni v sektorju dolgotrajne oskrbe pogosto izpostavljeni različnim tveganjem, kot so fizične obremenitve, mišično-skeletne poškodbe ali psiho-socialni stres.

Dodaten izziv predstavlja tudi pomanjkanje zanesljivih statističnih podatkov o delovni sili in organizaciji storitev. Brez ustreznih podatkov je namreč težko načrtovati učinkovite politike in spremljati napredek pri izboljševanju sistemov oskrbe.

Evropska finančna podpora in sodelovanje

Za izvajanje strategije so na voljo različni finančni instrumenti Evropske unije, med drugim Evropski socialni sklad plus, Mehanizem za okrevanje in odpornost, Evropski sklad za regionalni razvoj ter raziskovalni program Obzorje Evropa.

Ta sredstva omogočajo financiranje projektov za razvoj novih storitev, izboljšanje delovnih pogojev, izobraževanje kadrov in uvajanje inovativnih pristopov v organizaciji oskrbe.

Evropska unija pri tem sodeluje tudi z mednarodnimi organizacijami, kot je **Svetovna zdravstvena organizacija**, predvsem pri razvoju programov za krepitev kompetenc oskrbovalcev ter podporo neformalnim oskrbovalcem.

Učenje iz dobrih praks držav članic

Pomemben del seminarja je bil namenjen predstavitvi dobrih praks iz različnih evropskih držav. Ti primeri kažejo, kako lahko države z različnimi politikami izboljšajo privlačnost poklicev v oskrbi in zmanjšajo pomanjkanje kadra.

Nizozemska predstavnica je predstavila pristop kolektivnega pogajanja, v okviru katerega so sprejeli dva sporazuma in dva pravno zavezujoča akcijska načrta. Cilja teh ukrepov sta zagotavljanje enakega dostopa do storitev oskrbe ter reševanje pomanjkanja delovne sile. Poseben poudarek je na večji profesionalni avtonomiji zaposlenih in na deljenem nadzoru nad organizacijo dela. Pomemben element reform je tudi zmanjševanje administrativnih obremenitev, ki zaposlenim lahko vzamejo do petino

delovnega časa, ter integracija digitalnih tehnologij in umetne inteligence z namenom povečanja učinkovitosti dela.

Švedska predstavnica je prikazala model sodelovanja na ravni delovnega mesta. Približno 180.000 predstavnikov zdravstvenih poklicev sodeluje pri (pre)oblikovanju delovnih procesov in organizaciji dela. Posebni sporazumi o sodelovanju omogočajo, da zaposleni skupaj z vodstvom oblikujejo delovne operacije in izboljšujejo delovne pogoje.

Predstavnik Cipra je predstavil sistem podpore izobraževanju in usposabljanju. Nacionalna agencija financira različne izvajalce izobraževanj, na katerih razvijajo tehnične kompetence, mehke veščine ter usposablajo nove kadre za delo v oskrbi.

Avstrijski predstavnici sta govorili o spodbujanju vstopa v poklice zdravstvene nege s štipendijami za odrasle, ki želijo zamenjati poklic. Program je namenjen predvsem osebam, starejšim od dvajset let, zanimanje zanj pa se povečuje. Brez javne podpore si večina udeležencev takšnega izobraževanja ne bi mogla privoščiti.

Španski predstavnik je prikazal tako imenovane načrte za enakost, katerih cilj je spodbujanje enakih možnosti na delovnem mestu. Med ukrepi so anonimne prijave na delovna mesta,

ki zmanjšujejo diskriminacijo pri zaposlovanju, usposabljanja za zmanjševanje neenakosti, spodbujanje ravnovesja med poklicnim in zasebnim življenjem ter večja transparentnost plač.

Finska predstavnica je poudarila prakse za izboljšanje varnosti na delovnem mestu. Med njimi so tudi video usposabljanja, ki zaposlenim na interaktiven način predstavijo zakonodajo, pravice in dolžnosti ter simulirajo situacije, v katerih morajo zaposleni presoditi, kako pravilno ravnati.

Čehi so predstavili dva primera. Prvi se nanaša na prepoznavanje neformalnih oskrbovalcev. Leta 2024 je bila v nacionalno zakonodajo vključena definicija neformalnega oskrbovalca, kar pomeni pomemben korak k njihovemu pravno formalnem priznanju. Drugi primer pa se nanaša na pobude za izboljšanje zadovoljstva zaposlenih v socialnih storitvah.

Priporočila za prihodnost

V zaključnem delu seminarja so predstavili priporočila za nadaljnji razvoj politik na področju oskrbe. Na ravni Evropske unije so poudarili potrebo po močnejšem sodelovanju med državami članicami ter po večjem financiranju programov za razvoj sektorja oskrbe.

Pomemben poudarek je bil tudi na spodbujanju mobilnosti delovne sile in etičnega zaposlovanja, s čimer bi preprečili izkoriščanje delavcev in premerni odliv kadra iz držav z omejenimi kadrovskimi viri.

Državam članicam so priporočili, naj povečajo vlaganja v vseživljenjsko učenje, izboljšajo delovne pogoje in krepijo zdravje ter varnost pri delu. Pomembno je tudi razvijati podporne politike za neformalne oskrbovalce, spodbujati spolno ravnovesje v sektorju ter uvajati digitalne rešitve, ki lahko izboljšajo organizacijo dela in kakovost storitev.

Zaključek

Seminar je pokazal, da prihodnost evropskih sistemov dolgotrajne oskrbe ni odvisna le od političnih dokumentov, temveč predvsem od njihovega izvajanja v praksi. Evropska strategija za oskrbo ponuja pomemben okvir za razvoj politik na tem področju, vendar bo njen uspeh odvisen predvsem od konkretnih ukrepov držav članic.

Kombinacija boljših delovnih pogojev, ustreznega financiranja, vlaganja v izobraževanje in inovativnih pristopov k organizaciji dela bo ključna za zagotavljanje trajnostnega in kakovostnega sistema oskrbe za starajoče se evropsko prebivalstvo.

Alen Sajtl

DELOVNA MESTA V DOLGOTRAJNI OSKRBI: MEDNARODNA RAZISKAVA O ZAPOSLOVANJU IN OHRANJANJU KADROV

<https://goltc.org/goltc-webinar-recording-long-term-care-workforce-international-research-on-recruitment-and-retention/>

24. februar 2026

Spletni seminar je del serije virtualnih seminarjev, ki jih mreža Global Ageing Network organizira v sodelovanju z National Care Forum, ScottishCare, Ontario Long Term Care Association in Global Observatory of Long-Term Care. V ta namen uporabljajo platformo Ageing Commons, ki je prostor sodelovanja, namenjen izmenjavi raziskav, inovacij in najboljših praks na področju oskrbe starejših, omogoča jo mreža Global Ageing Network. Na tej platformi se srečujejo strokovnjaki na področju oskrbe, ki razpravljajo o stanovanjskih, zdravstvenih in socialnih temah, s skupnim ciljem izboljšanje življenja starejših po vsem svetu.

Cilj tokratnega seminarja je bil raziskati enega najbolj perečih izzivov na področju dolgotrajne oskrbe: **pri-dobivanje in ohranjanje delovne sile ob hkratnem ohranjanju kakovosti življenja in oskrbe starejših**. Ključno

vprašanje, ki so si ga pobudniki seminarja postavili, je bilo: Kako lahko ponudniki in izvajalci dolgotrajne oskrbe obdržijo dobre delavce in hkrati zagotavljajo kakovost življenja tako osebja kot tudi tistih, za katere skrbijo.

V tem 60-minutnem spletnem seminarju so predstavili ugotovitve raziskav iz ZDA, Japonske in Združenega kraljestva.

Pomen plač, dobrega počutja in delovne kulture na delovnem mestu,
Jennifer Johs-Artisensi (Univerza Wisconsin-Eau Claire, ZDA)

Prva predavateljica je prikazala rezultate obsežne raziskave o dejavnikih, ki vplivajo na medicinske sestre in drugo oskrbovalno osebje, da ostanejo na delovnem mestu v oskrbi in s tem prispevajo k uravnoteženi zaposlitveni strukturi. Glavni razlogi za odhod so slabe plače, pomanjkanje kadra in težavni delovni pogoji. Dejavniki, zaradi katerih oskrbovalni kader dlje ostane v oskrbovanju pa so predvsem boljše plače in delovni pogoji, več časa za pogovor, zagotavljanje čustvene podpore ter več dodatnih izobraževanj, na primer na področju demence.

Glede na povedano lahko rečemo, da je kadrovska situacija, vsaj kar se tiče razlogov za visoko fluktuacijo kadrov v dolgotrajni oskrbi v Združenih državah dokaj podobna kot pri nas in širše v EU.

Dejavniki, ki vodijo do odhoda osebja iz sektorja dolgotrajne oskrbe, ter dejavniki, ki zaposlene v tem sektorju zadržujejo, so očitno univerzalne narave.

Ustvarjanje delovnega mesta, kjer se tuji oskrbovalci dobro počutijo,
Michiyo Yoneno-Reyes (Univerza v Shizuoki, Japonska)

Japonska se sooča z velikim demografskim izzivom, saj staranje prebivalstva in krčenje delovne sile obremenjuje javne storitve, zlasti na področju zdravstvenega varstva in oskrbe starejših. Kvalificiranih medicinskih sester in oskrbovalk že zdaj primanjkuje; napovedi kažejo, da jih bo do leta 2040 primanjkovalo okoli 570.000.

Japonska že desetletja primanjkljaj kadrov v zdravstvu in dolgotrajni oskrbi zapolnjuje z delovno silo iz »bližnjih« vzhodnoazijskih držav: Filipini, Vietnam, v zadnjih letih tudi iz Indije. Pri tem sodelujejo specializirane agencije, posredniki med ponudbo in povpraševanjem. Za Japonsko je značilno, da kandidate za t.i. *kaigoshe* (japonski izraz za oskrbovalca) usposobijo že v državi izvora; za njih organizirajo tečaj jezika in japonske kulture, izvedejo usposabljanje za zdravstvene in oskrbovalne kadre po sistemu kvalifikacij, ki ga predpiše japonsko ministrstvo in se zaključi z zahtevnimi nacionalnimi izpiti. To usposabljanje praviloma plačajo

naročniki - tisti, ki oskrbovalne kadre potrebujejo. Šele ko kandidati opravijo vse potrebne priprave in izpolnijo zahtevne pogoje, dobijo dokumente in delovni vizum. Ko so enkrat zaposleni na Japonskem, jim zagotavljajo enake pogoje, kot veljajo za japonske kolege: enakovredna obravnava, plačilo, napredovanja itd.

Na spletnem seminarju je predavateljica predstavila ta dokaj zapleten in zahteven postopek, ki pa se jim očitno obrestuje, saj se prijavijo predvsem zelo motivirani kandidati, ki se usposobijo in gredo skozi ta večletni postopek in podatki kažejo, da jih večina tudi ostane v oskrbovanju.

Zaposlovanje in ohranjanje medicinskih sester in oskrbovalcev na področju dolgotrajne oskrbe: pregled študije REACH, Iria Cunha in Reena Devi (Univerza v Leedsu, Velika Britanija)

Predavateljici sta predstavili celovito strategijo zaposlovanja kadrov v oskrbovanju, ki so jo pripravili na podlagi široko zastavljene študije, katere končno poročilo bo objavljeno spomladi 2026. Začeli so z obširnimi razgovori s strokovnjaki in praktiki in najprej identificirali bistvene pogoje, ki vplivajo na uspešno zaposlovanje in ohranjanje kadrov. Potem so z metodo sistematičnega pregleda literature in spletnih

strani izvajalcev dolgotrajne oskrbe zbrali preko 3.000 zadetkov; sledil je izbor in analiza pridobljenih člankov in informacij. Na podlagi ugotovitev iz teh korakov so določili naslednje bistvene dejavnike, ki vplivajo na izbor in ohranjanje kadrov: učinkoviti uvodni razgovori, karierni razvoj, nagrajevanje in priznavanje, spodbujanje ravnovesja med delom in zasebnim življenjem in oskrbovalni pogovori, kar je pri nas najbližje supervizijskim srečanjem. Še posebej zanimiv je pristop v uvodnih razgovorih, ko kandidate za delo v oskrbovanju temeljito izprašajo o motivaciji za to delovno mesto, predstavijo delovno mesto, notranjo organizacijo, sistem nagrajevanja in napredovanja. Marsikje kandidate peljejo na ogled oskrbovalne ustanove, jim razložijo delovne postopke, pri razgovoru pa včasih sodelujejo tudi sami oskrbovanci ali njihovi družinski člani, saj se kandidati na ta način najbolj spoznajo z delovnim mestom, delovnimi

pogoji, uporabniki itd. Nudijo jim tudi finančne ugodnosti, od možnosti ugodnih kreditov do otroških dodatkov. Poudarili so, da jim zadovoljstvo zaposlenih predstavlja najvišjo vrednoto.

V tokratnem spletnem seminarju nas je zanimal predvsem pogled na kadrovsko problematiko v oskrbovanju preko meja, tudi Evropske unije. Ugotavljamo, da je situacija dokaj podobna, saj se tudi v ZDA, na Japonskem in v Veliki Britaniji spopadajo s pomanjkanjem oskrbovalnega kadra. Različni pa so načini pridobivanja in metod za ohranjanje dobrih kadrov. Japonska jih sistematično rekrutira in usposablja že v državah izvora in je pri tem dokaj uspešna.

V Veliki Britaniji se kandidatom zelo posvetijo že v času uvodnega razgovora, saj se jim kasneje to obrestuje - manj je nezadovoljstva in posledično manj odhodov.

Alenka Ogrin

INTERVJU

Viktorija Drolec, Mojca Šraj, Tjaša Potočnik, Marta Grčar

Zavod Medgeneracijsko središče Komenda – dvajset let inovacij na področju oskrbe in preventivnih programov

POVZETEK

V intervjuju sta se Tjaša Potočnik in Marta Grčar pogovarjali z ustanoviteljico zavoda Medgeneracijsko središče Komenda Viktorijo Drolec in direktorico zavoda Mojco Šraj. Medgeneracijsko središče Komenda (ZMSK) je inovativen model celovitega sistema, ki v lokalni skupnosti – občini Komenda – zagotavlja pomoč na domu, dolgotrajno oskrbo ter številne preventivne in medgeneracijske programe. Intervju je posvečen začetku zavoda in njegovemu razvoju na različnih področjih, kulturi vodenja in odnosa med zaposlenimi, pomenu odgovornosti lokalne politike in sodelovanja ter današnji kadrovski stiski na področju oskrbovanja.

Model temelji na dveh desetletjih načrtnega razvoja in tesnega sodelovanja s strokovnimi institucijami, predvsem z Inštitutom Antona Trstenjaka. Temeljna značilnost njihovega uspeha je organska rast, ki prednostno upošteva dostojanstvo uporabnika in hkrati gradi visoko stopnjo pripadnosti zaposlenih, kar se v praksi kaže v stabilnosti kolektiva in dejstvu, da nimajo čakalnih vrst. Strokovni pristop zavoda združuje sistemsko vodenje s poudarjeno empatijo in etiko odgovornosti, pri čemer organizacijska kultura temelji na transparentnosti, medsebojni odgovornosti in nenehnem usposabljanju kadra. Takšen model omogoča fleksibilnost pri izvajanju storitev, ki jih dopolnjujejo z vključevanjem upokojenih strokovnjakov; s tem odgovarjajo tudi na kadrovske izzive sodobne družbe. Poleg neposredne oskrbe opravlja zavod ključno vlogo pri pomoči neformalnim oskrbovalcem s sistemskim usposabljanjem in skupinami za samopomoč. S tem vzpostavlja podporno okolje za celotno družino. Medgeneracijsko sožitje se v Komendi ne izvaja le kot dopolnilna dejavnost, temveč kot pogoj za

povezano skupnost; programi, kot so babi servis, digitalno opismenjevanje in dnevno bivanje, aktivno povezujejo vse generacije in preprečujejo socialno izključenost starejših. Ob tem zavod zavzema kritično držo do tržnih modelov v socialnem varstvu in opozarja na nujnost sistemskih sprememb, izboljšanje delovnih pogojev ter večje družbeno priznanje poklicem v oskrbi. Intervjuvanki opozarjata, da je učinkovita oskrba v skupnosti mogoča le ob partnerskem sodelovanju lokalne politike, stroke in prebivalcev, kjer prioriteta ni ustvarjanje dobička, temveč zagotavljanje pogojev za kakovostno staranje v domačem okolju. Takšen celosten pristop gradi temelje za novo družbeno pogodbo o staranju, v kateri aktivna skupnost postane ključni dejavnik socialne varnosti in blaginje vseh generacij.

Ključne besede: Zavod medgeneracijsko središče Komenda, pomoč na domu, krajevni dom za stare ljudi, celostno krajevno središče

AVTORJI

Viktorija Drolec je diplomirana socialna delavka, ki je svoje strokovno znanje posvetila razvoju skupnostne oskrbe in medgeneracijskega sožitja. Leta 2005 je v sodelovanju z Inštitutom Antona Trstenjaka sodelovala pri zasnovi in izvedbi obsežne raziskave o potrebah starejših v občini Komenda, ki je postala temelj za sprejetje občinskega razvojnega programa kakovostnega staranja. Že dve desetletji je predsednica Medgeneracijskega društva za kakovostno starost in ustanoviteljica Zavoda Medgeneracijsko središče Komenda. Kot voditeljica skupine za kakovostno staranje in organizatorica mreže pomembno prispeva k razvoju skupin za kakovostno staranje v Komendi in okolici. V lokalno okolje je vpeljala vrsto inovativnih rešitev, od digitalnega opismenjevanja starejših in »babi servisa« do brezplačnih prevozov. Vse svoje funkcije opravlja prostovoljsko. Na njeno pobudo se je občina vključila v Svetovno in Slovensko mrežo starosti prijaznih mest in občin, pomembno pa je prispevala tudi k izgradnji lokalnega doma za starejše v Komendi. Kot aktivna organizatorica mreže medgeneracijskih programov si že več kot 20 let prizadeva za dvig kakovosti življenja vseh generacij v svoji skupnosti. Za svoje pionirsko delo in izjemen prispevek k razvoju lokalne skupnosti je leta 2025, ob 20-letnici delovanja medgeneracijskega društva, prejela posebno priznanje župana Občine Komenda.

Mojca Šraj je univ. dipl. socialna delavka. Leta 1990 se je najprej zaposlila kot vzgojiteljica v Enoti mlajših invalidov v Domu počitka Mengeš, kjer so v bivalni skupini živele osebe z motnjo v duševnem razvoju, ki so hodile na delo v VDC Mengeš. Po diplomu na FSD v Ljubljani, je v omenjenem VDC-ju delala kot skupinski habilitator. Vzporedno je od leta 2007 sodelovala pri ustanavljanju Zavoda Medgeneracijsko središče Komenda in istega leta postala njegova prva direktorica in strokovna vodja pomoči na domu. V letu 2026 delo v zavodu zaključuje in ga prepušča mlajšim. V letih njenega vodenja je zavod zelo uspešno rasel in napredoval v kakovosti skrbi za starejše na področju občine Komenda. Pri tem je posebno skrb namenila vzgoji kadra zavoda v duhu sožitja med generacijami, pomoči sočloveku in solidarnosti. Predana je prostovoljstvu in humanitarnemu delu. Več kot desetletje je bila sovoditeljica medgeneracijske skupine v okviru Medgeneracijskega društva za kakovostno starost Komenda, s katerim Zavod intenzivno sodeluje. Že 35 let je tudi članica Medobčinskega društva Sožitje, aktivna je pri civilni zaščiti. Maja 2025 je prejela srebrno priznanje občine Komenda, v obrazložitvi je bilo poudarjeno njeno humanitarno delo, neprecenljiva pomoč prizadetim v poplavah avgusta 2023 ter uspešno vodenje Zavoda Medgeneracijsko središče Komenda.

Tjaša Potočnik je raziskovalka na Fakulteti za družbene vede Univerze v Ljubljani. V svojem raziskovalnem delu se osredotoča na področja socialne politike, predvsem na politiko dolgotrajne oskrbe, skrbstveno delo, usklajevanje poklicnega in zasebnega življenja, kakovost življenja starih ljudi in njihovih oskrbovalcev, oskrbovalno revščino ter družbene neenakosti.

Marta Grčar je socialna pedagoginja zaposlena na Inštitutu Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje, kjer se posveča raziskovalnemu, izobraževalnemu in razvojnemu delu, še posebej na področjih dela s skupnostjo, starosti prijaznih mest in občin, deinstitutionalizacije dolgotrajne oskrbe, prostovoljstva za kakovostno staranje ter preprečevanju nasilja nad starejšimi.

ABSTRACT

Komenda Intergenerational Center (ZMSK): Twenty years of innovation in healthcare and preventive programs

In the interview, Tjaša Potočnik and Marta Grčar spoke with Viktorija Drolec, founder of the Komenda Intergenerational Center (ZMSK), and Mojca Šraj, the center's director. ZMSK is an innovative comprehensive system that provides home care, long-term care, and numerous preventive and intergenerational programs within the local community, the municipality of Komenda. The interview covers the center's early days and its development across various areas, its management culture and approach to employees, the importance of local political responsibility and collaboration, and the staffing crisis in modern society in general.

The model is based on two decades of systematic development and close collaboration with professional institutions, particularly the Anton Trstenjak Institute. The fundamental principle behind their success is organic growth, which prioritizes the dignity of the user while simultaneously fostering a high level of employee loyalty, which in practice is reflected in the stability of the team and the absence of waiting lists. The center's professional approach combines systematic management with a strong emphasis on empathy and the ethics of care, while its organizational culture is based on transparency, mutual responsibility, and continuous staff development. This model allows for flexibility in service delivery, which is complemented by the involvement of retired professionals, thereby also addressing the staffing challenges of modern society. In addition to care, ZMSK plays a key role in empowering informal caregivers through structured training and self-help groups, thereby creating a supportive environment for the entire family. Intergenerational coexistence in Komenda is not merely a supplementary activity but a prerequisite for a cohesive community; programs such as the "Granny Service," digital literacy courses, and day care actively connect all generations and prevent the social exclusion of older people. At the same time, ZMSK takes a critical stance toward market-based models in social care and highlights the need for systemic changes, improved working conditions, and greater social recognition of care professions. The interviewees point out that effective community-based care is only possible through partnership between local policymakers, professionals, and residents, where the priority is not profit-making but ensuring the conditions for quality ageing in the home environment. Such a holistic approach lays the foundation for a new social contract on ageing,

in which an active community becomes a key factor in the social security and well-being of all generations.

Keywords: Komenda Intergenerational Centre, home care, local nursing home, holistic community centre

AUTHORS

Viktorija Drolec is a graduated social worker who has dedicated her professional expertise to the development of community care and intergenerational coexistence. In 2005, in collaboration with the Anton Trstenjak Institute, she participated in the design and implementation of a comprehensive study on the needs of older people in the municipality of Komenda, which became the basis for the development of a municipality's program for quality ageing. For two decades, she has chaired the Intergenerational Association for Quality Ageing and founded the Komenda Intergenerational Centre. As the leader for quality ageing group and the network organizer, she has made significant contributions to the development of quality ageing groups in Komenda and the surrounding area. She has introduced a range of innovative solutions to the local community, from digital literacy programs for older people and the "Granny Service" to free transport service. She performs all her duties on a voluntary basis. At her initiative, the municipality joined the global and Slovenian Network of Age-Friendly Cities and Municipalities, and she also contributed to the development of a local retirement home in Komenda. She has been working for more than 20 years to improve the quality of life for all generations in her community. For her pioneering work and exceptional contribution to the development of the local community, she received a special recognition from the mayor of Komenda in 2025, on the 20th anniversary of the intergenerational association's founding.

Mojca Šraj holds a bachelor's degree in social work. In 1990, she began working as a caregiver in the Unit for Young People with Disabilities at the Mengeš Retirement Home. After graduating from the Faculty of Social Work in Ljubljana, she worked as a group habilitation specialist at this care institution. From 2007, she was involved in the establishment of the Komenda Intergenerational Centre and, in the same year, became its first director and head of home care services. In 2026, she concluded her work at the centre and handed it over to younger colleagues. During her tenure, the centre grew very successfully

and made significant progress in the quality of care for the older population in the municipality of Komenda. In doing so, she paid special attention to training the centre's staff in the spirit of intergenerational harmony, human solidarity, and mutual aid. She is dedicated to volunteering and humanitarian work. For more than a decade, she has been the co-leader of a group within the Intergenerational Association for Quality Ageing in Komenda. She has also been a member of the Intermunicipal Association Sožitje (Harmony) for 35 years and is active in civil protection. In May 2025, she received a silver award from the municipality of Komenda for her humanitarian work, her invaluable assistance to those affected by the floods in August 2023, and her successful leadership of the Komenda Intergenerational Centre.

Tjaša Potočnik is a researcher at the Faculty of Social Sciences, University of Ljubljana. In her research work, she focuses on the fields of social policy, especially long-term care policy, care work, the reconciliation of professional and private life, the quality of life of older people and their caregivers, care poverty, and social inequalities.

Marta Grčar is a social pedagogue employed at the Anton Trstenjak Institute for Gerontology, where she focuses on research, education, and development, particularly in the areas of community work, age-friendly cities and municipalities, the deinstitutionalization of long-term care, volunteering for quality aging, and the prevention of violence against older people.

ZAČETKI ZAVODA MEDGENERACIJSKO SREDIŠČE KOMENDA IN KRAJEVNI DOM ZA STARE LJUDI

Grčar: Zavod Medgeneracijsko središče Komenda v občini Komenda že več kot dvajset let aktivno in inovativno razvija programe dolgotrajne oskrbe, programe za kakovostno staranje, preprečevanje socialne izključenosti ter krepitev vezi med različnimi generacijami. V Zavodu Medgeneracijsko središče Komenda izvajate edinstveno kombinacijo storitev oskrbe in drugih dejavnosti za kakovostno staranje: že vrsto let ste izvajalec pomoči na domu, sedaj pa tudi dolgotrajne oskrbe na domu. Zavod tesno sodeluje z Medgeneracijskim društvom za kakovostno starost Komenda, v okviru katerega deluje mreža prostovoljskih skupin za kakovostno staranje, babi servis, družabništvo med mladimi in starejšimi ob učenju informacijsko-komunikacijskih tehnologij, v določenem obdobju ste sodelovali pri izvajanju programa dnevnega

bivanja v Komendi in brezplačnih prostovoljskih prevozov starejših in še bi lahko naštevali. Veseli sva, da sta se odzvali vabilu, da bosta z našimi bralci delili koščke te edinstvene zgodbe v slovenskem prostoru, ki nas vse spodbuja, da razmišljamo celostno, inovativno, predvsem pa »za človeka« kot je govoril dr. Anton Trstenjak.

Potočnik: *Za uvod vas prosiva, da opišete, kako se je Zavod Medgeneracijsko središče Komenda razvijal od svojih začetkov do danes. Kaj je spodbudilo njegovo ustanovitev in kako se je njegovo delovanje skozi leta vsebinsko ter organizacijsko razvijalo?*

Drolec: Začetki segajo v leto 2004, ko sem ob študiju socialnega dela prišla do knjige *Kakovostna starost* prof. Jožeta Ramovša. Knjiga je nagovarjala lokalne skupnosti, naj se aktivno odzovejo na izzive staranja prebivalstva. Obrnila sem se na Jožeta Ramovša in zaprosila za sodelovanje. Takrat še nisem imela jasne predstave, kako to bo, vedela pa sem, da bomo s strokovno podporo Inštituta Antona Trstenjaka vodeni na tak način kot je treba, da bomo uspešno prišli do cilja. Skupaj smo zasnovali celosten pristop h kakovostnemu staranju v lokalni skupnosti.

Začeli smo z obsežno raziskavo o možnostih in potrebah občanov, starejših od 60 let. Anketirali smo 280 ljudi, kar je predstavljalo približno 30 % takratne starejše populacije. Ker še ni bilo ustrezne infrastrukture na področju kakovostnega staranja, smo raziskavo izvedli s pomočjo članov Rdečega križa Komenda in Moste. Imeli smo izobraževanje, skupaj smo sestavljali vprašalnik in tekom poletja izvedli raziskavo, jeseni so bili rezultati zbrani, analizirani in objavljeni v publikaciji *Kakovostno staranje in sožitje generacij v Komendi*, ki jo je brezplačno prejelo vsako gospodinjstvo. V njej so bili predstavljeni rezultati raziskave, ki so pokazali, da si občani Komende želijo manjši dom za starejše, pomoč na domu ter različne podporne in socialne programe.

Potem smo leta 2005 ustanovili Medgeneracijsko društvo, ki je v lanskem letu praznovalo 20 let delovanja. Kasneje smo razvijali projekt Medgeneracijsko središče v sklopu načrtovanega manjšega doma, vrtca, oskrbovanih stanovanj in zdravstvenega doma. Zaradi kandidature za koncesijo za institucionalno varstvo smo morali leta 2007 ustanoviti tudi zavod. Pri ustanovitvi zavoda se nam je zdelo zelo pomembno, da je odgovornost razpršena znotraj lokalne skupnosti. Zato smo zavod soustanovili Medgeneracijsko društvo, Društvo upokojencev, Ustanova Petra Pavla Glavarja, ki dodeljuje štipendije in nudi socialno pomoč našim

občanom, ter Občina Komenda. Ta raznolikost ustanoviteljev je zagotavljala (in jo še danes) stabilnost in skupno odgovornost.

V istem obdobju je CSD Kamnik prenehal izvajati pomoč na domu, zato se je v Komendi pojavila potreba po novem izvajalcu te storitve. Ob podpori Občine, Inštituta Antona Trstenjaka in CSD Kamnik smo zaprosili za koncesijo za izvajanje pomoči na domu. Prav tu vidim ključni razlog, zakaj pomoč na domu pri nas izvajamo drugače kot marsikje drugje. Že v izhodišču naš namen ni bil ustvarjanje posla, temveč pomoč ljudem, jim priti čim bližje in to na pravi, spoštljiv način. Empatija je bila od začetka naše vodilo. Razvoj je potekal organsko, hkrati pa so se takrat postavili tudi temelji naše filozofije: skrb za kakovosten in spoštljiv odnos do uporabnikov ter enako odgovoren in podporen odnos do zaposlenih, ki to delo opravljajo. Potem se je pojavila tudi potreba po tem, da poiščemo direktorja zavoda. V občini smo že začeli izvajati številne programe in izobraževanja povezana s staranjem, ki so se jih seveda udeleževali ljudje, ki jim je bila tema staranja blizu in tam smo našli Mojco.

Šraj: Jaz bi dodala, da sva bili z Viki (Viktorija Drolec) sošolki na Fakulteti za socialno delo in sva se že od prej poznali. Vedela sem, da se v Komendi nekaj dogaja in ko me je Viki povabila, sem bila takoj za. Korake smo skrbno načrtovali. Ko sem diplomirala, sem se takoj vpisala v Šolo za direktorje in jo tudi uspešno zaključila. Tako smo se na izvajanje te storitve res dobro pripravili, tako formalno kot tudi v odnosu do ljudi. V Komendi nismo želeli le odpreti doma za stare, temveč tudi poskrbeti, da tam delajo ljudje z empatijo, ki so srčni, ne pa samo s formalno izobrazbo. Zato smo skupaj z Inštitutom in podjetjem Firis pripravili obsežnejše izobraževanje, namenjeno zaposlenim v tem medgeneracijskem centru. Ko smo pripravili poslovni načrt, smo natančno vedeli, koliko ljudi potrebujemo in kakšne profile iščemo za dom. Preko lokalnega časopisa *Aplenca* smo k sodelovanju povabili prebivalce skupnosti in odziv je bil izjemen, kar 44 prostovoljcev se je vključilo v usposabljanje za delo v domu, tako da sva imeli že na začetku oblikovan nabor ljudi, pripravljenih na delo. Usposabljanja so bila zelo praktična. Izvajali smo tudi igre vlog, v katerih smo prevzemali različne vloge tako zaposlenih kot tudi uporabnikov z različnimi kognitivnimi ter telesnimi omejitvami. Tako smo se že vnaprej pripravljali na realne situacije.

Drolec: Če je kolektiv voden tako, kot je treba, profesionalno, če imaš znanje, srčnost, sposobnost, da iz vsakega človeka lahko spraviš maksimalno, potem uspeh

ne more izostati. Če so taki pogoji ustvarjeni, ima vsak možnost in priložnost za razvoj.

Šraj: Zanimivo je bilo tudi, da so se na usposabljanje za delo v domu takrat prijavili zelo različni profili, npr. tudi gradbeniki in številni drugi domačini iz Komende. Odziv lokalne skupnosti je bil izjemen. Ampak to je bilo leta 2007, danes so časi drugačni, takrat je bilo v skupnosti veliko pripravljenosti in zanosa, zdelo se je, da si projekt ne želiva le midve, temveč ga želi tudi skupnost, zato je še toliko težje razumeti, da je projekt takrat »padel v vodo«.

Drolec: Šlo je za resen, premišljen projekt doma, ki bi bil namenjen Komendi in njenim ljudem. Pri njem niso sodelovali le strokovnjaki z različnih področij, tudi arhitekturnega, temveč številni domačini, ki so projekt doživljali kot nekaj svojega. Tudi tisti, ki bi dom gradili, so projekt razumeli drugače. Ni šlo za to, da bi zgradili nekaj posebnega in šli naprej. Bil je čas začetkov občine, čas navdušenja in pričakovanj. Ljudje so imeli občutek, da se gradi nekaj resnično pomembnega za kraj in za skupnost. Na občini je bila takrat energija, pripravljenost za sodelovanje in pomoč. Takrat je bil župan moj mož, kar je bila prednost, saj je tudi on živel za ta projekt, obenem pa je bilo to tudi težko, saj si dodatno na udaru.

Ampak želim povedati še nekaj drugega. Ko delaš nekaj v nekem kraju z vztrajnostjo in iskreno, lahko iz tega nastane nekaj systemskega. Spomnim se nekega izobraževanja, ko smo iskali prave ljudi. Postavljeno je bilo vprašanje: kako bi pristopili k človeku, ki pride iz cerkve in je na invalidskem vozičku? Kako bi postal njegov družabnik, kako bi z njim navezal stik? Na kak način je Mojca to povedala! Začele so mi teči solze. Takrat sem vedela, da je to temelj. Če imaš tak odnos, lahko stvari delujejo, drugače ne. Ni drugega recepta. Brez Inštituta in brez ljudi, ki vlečejo stvari naprej, to ne bi bilo mogoče. In vedno mora biti oboje, dobro za uporabnike in dobro za zaposlene. To gre z roko v roki. In Mojca zna z ljudmi in zaposlenimi, s svojo srčno komunikacijo in odprtostjo. Jaz pa sem bolj strateško naravnana. In v tem se dobro dopolnjujeva. Seveda se ne strinjava vedno.

Šraj: Vendar pa nisva zamerljivi in greva preko tega.

Drolec: Vsaka ima kdaj drugačne poglede, kar je čisto normalno. Jaz sem starejša, sem druga generacija, tudi po temperamentu sva čisto drugačni. Ampak v vsem tem se lepo dopolnjujeva.

Šraj: Točno tako: jaz sem operativka, Viki pa organizatorica. Spomnim se obdobja, ko smo že skoraj obupali, da doma v Komendi sploh ne bo. Res smo bili na točki, ko se je zdelo, da je vse skupaj obstalo. In potem me Viki skoraj objokana

pokliče in reče: »To ni mogoče. Ne more se tukaj končati.« Poklicala je Francija Imperla in mu povedala, da ne moremo obtičati, da je treba nekaj narediti. Tri dni kasneje je bil že pri nas in ponovno smo sedli za mizo ter iskali rešitve. Takrat je bilo v občinskem svetu res napeto, pritisk je bil velik, a prav ta odločnost, da se ne sprijazniš z »ne gre«, je stvari premaknila naprej.

Drolec: Takrat sem bila, k sreči, tudi občinska svetnica.

Šraj: To je bila okoliščina, ki je nekaj pomenila, a časi so se že spreminjali. Vedeli so, da je projekt dober, da ga kraj potrebuje, da ima smisel. Ampak med tem, da nekaj priznaš kot dobro, in tem, da dvigneš roko »za«, je velika razlika. Treba je bilo prepričevati, razlagati, znova in znova. In hitro se je pokazalo, kdo koga podpira in kdo koga vleče za sabo. Tu se začne politika in vprašanje, ali politična volja je ali je ni. Če nisi »na pravem zeljniku zrasel«, kot se reče, ti hitro mečejo polena pod noge.

Grčar: *Kljub vsemu vam je čez vrsto let vseeno uspelo, da imate v Komendi sedaj dom za stare ljudi.*

Šraj: Ja, res je, a to ni bila rešitev, ki sva si jo želeli. Midve sva si želeli dom, ki bi ga zgradili sami, finančno in vsebinsko. Dom, ki bi bil res naš, za naše ljudi, z zaposlenimi iz našega kraja.

Drolec: Najina ideja je bila, da bi k projektu povabili domače podjetnike, obrtnike, ljudi, ki imajo kapital. In v Komendi takih ni malo. Predlagala sem model neke vrste delniške družbe, kjer bi lokalni vlagatelji prispevali sredstva, projekt pa bi ostal v domačih rokah. To je bilo izvedljivo.

Vendar so bili na občini skeptični: »Res misliš, da je v naši občini toliko denarja?« Dve, tri leta kasneje se je izkazalo, da smo po kazalnikih med najbolj razvitimi in finančno najuspešnejšimi občinami v državi. In tukaj pride tista nemoč, ki je zelo zelo težka. Trudiš se, vodiš, argumentiraš, a ko naleti na politično voljo (ali njeno odsotnost) si povsem nemočen. Ker na drugi strani niso le argumenti, temveč tudi denar in moč. Zato sem na sestankih vedno poudarjala in še vedno poudarjam: ali lahko vzpostavimo partnerski odnos? Mi damo idejo, delo, vsebino. Vi zagotovite finančno podporo. Vsi smo na isti strani, delamo za isti kraj. A prepričati ni vedno mogoče. In danes je to še težje kot takrat.

Potočnik: *Kaj pa se je potem vendarle premaknilo, da je projekt gradnje doma za starejše v Komendi dobil zeleno luč?*

Drolec: Preobrat se je zgodil okoli leta 2016. Kot je rekla Mojca, enostavno si nisem mogla predstavljati, da bi naš kraj ostal brez doma. V teh letih smo spoznali veliko ljudi, stkali pomembne vezi. V določenem trenutku se je oblikoval konzorcij več domov in pravzaprav smo se kot zadnji priključili temu procesu. Delno je bil to tudi splet okoliščin in sreče, a hkrati rezultat dolgoletnega dela in vztrajnosti.

Potočnik: *Omenili ste, da ste veseli, da dom je, a hkrati, da to ni povsem tisto, kar ste si želeli. Kaj ste imeli v mislih?*

Drolec: Arhitekturno je objekt kar v redu, zlasti notranjost je dobro zasnovana. Zunanost morda ni takšna, kot smo si jo nekoč predstavljali, načrti prvega doma so bili nekaj čisto drugega, a o tem ne bi preveč. Pomembneje je, kaj se dogaja znotraj.

Šraj: Domu dajejo življenje ljudje. Če so vsebine prave in če so v njem srčni, predani zaposleni, je manj pomembno, kakšna je stavba. Vendar pa je realnost takšna, da v določenih modelih upravljanja dobiček postane prioriteta. V socialnem varstvu pa ne moreš razmišljati zgolj skozi logiko dobička. Če nekdo postane premožen na račun tega, da šibkejšim nekaj odvzame, se je treba vprašati, ali je to še prostor za socialo. Socialno varstvo zahteva drugačno etiko.

In nizke plače so del te zgodbe. Če je lastniku primarni interes zmanjševanje stroškov, potem so zaposleni pod pritiskom, da delajo veliko za malo denarja. A ljudje to prepoznajo. Če lahko v trgovini zaslužiš več z manj odgovornosti in drugačnim delovnikom, se marsikdo odloči za to pot. Zato kadra primanjkuje, posebej za delo, ki zahteva veliko odgovornosti. Delo v domu za starejše ni delo, kjer prideš, odšteješ ure in greš domov. Potrebuješ namreč veliko mero empatije, čustvene stabilnosti, fizične moči in strokovnega znanja. In poleg tega tudi primerno vodenje ter ustrezno nagrado za svoje delo.

Potočnik: *Ali menite, da je delo zaposlenih v dolgotrajni oskrbi, skupaj z vsemi znanji in kompetencami, ki jih zahteva, v naši družbi dovolj prepoznano in cenjeno? Se kot družba zavedamo, kako zahtevno in odgovorno je to delo?*

Šraj: Tega se začnejo ljudje zavedati takrat, ko nas potrebujejo, pred tem pa se tega še zdaleč ne zavedajo. Pogosto slišiš poenostavitve, kot da je to delo, ki ga lahko opravi kdorkoli. A ni tako. Ne gre zgolj za opravila, temveč za odnos. Če

človek nima čuta za ljudi, če nima empatije, tega dela ne more opravljati dobro, ne glede na formalno izobrazbo.

Pri pomoči na domu je to še posebej očitno. Ljudje si težko predstavljajo, kaj pomeni nekoga spustiti v svoj dom, v svojo intimnost, dokler tega ne doživijo. Ko pa doživijo, se odnos spremeni. V vseh teh letih smo bili večkrat ganjeni nad odzivom svojcev. Nekateri so nam po smrti svojih bližnjih donirali sredstva, ker so bili hvaležni za spremljanje do zadnjega diha. Spomnim se podjetnika iz Komende, ki naših storitev sicer ni potreboval, pa me je ob svojem šestdesetem rojstnem dnevu poklical in prosil za številko računa. V vabilu na svoj rojstni dan je zapisal, naj namesto daril prispevajo sredstva za naš Zavod. In so jih res. Drugi primer je bil par, kjer je bila v oskrbi gospa. Že med oskrbo sta se z možem odločila, da po njeni smrti del sredstev namenita zavodu. Šlo je za precejšen znesek. To so trenutki, ko vidiš, da je delo prepoznano – ne na deklarativni ravni, temveč osebno, iz izkušnje.

Drolec: In kako dobro je, če imaš na zalogi nekaj denarja, ker lažje dihaš, če nisi čisto iz rok v usta. Daje ti varnost.

Grčar: *Zdi se mi, da se to lepo poveže z vašo začetno idejo – kako drugače je, če se stvari gradijo od spodaj navzgor, če se v lokalni skupnosti gradi zavest, da je oskrba skupna stvar, ne le stvar izvajalca, občine, privatnega sektorja itd. ampak res skupna. Glede na vašo zgodovino bi si upala reči, da je tudi vaše začetno delo (široko anketiranje, ozaveščanje, da se ljudje seznani s tematiko, jo razumejo ter usposabljanje) pripomoglo k temu.*

Drolec: Res je. Ko skupnost razume, da gre za nekaj, kar zadeva vse nas, se tudi odnos spremeni. Dobro je imeti tudi nekaj denarja na zalogi, da ne delaš »iz rok v usta«, veliko lažje dihaš in vodiš zavod.

POMOČ IN OSKRBA NA DOMU

Grčar: *Omenili sta tudi pomoč na domu. Kako pa se je pomoč na domu razvijala v povezavi z domom, ostalimi programi in izobraževanji, ki jih izvajate v okviru ZMSK?*

Šraj: Stvari niso bile nikoli ločene, vsaj ne v razmišljanju. V praksi se je pomoč na domu razvijala počasi, organsko. Mislim, da vse izvira iz te želje po celostni oskrbi; oskrba na domu je bila samo še en kamenček v tej zgodbi. To ni šlo čez

noč. Trajalo je nekaj let, da se je storitev pomoči na domu zares ukoreninila. In šele potem so se začele stvari povezovati: delavnice, ki smo jih imeli za potencialni kader v oskrbi, skupine za kakovostno staranje, pomoč na domu, vse so deli iste zgodbe.

Drolec: Ta zgodba je trajala nekaj let, z majhnimi koraki. Ničesar ne moreš prehiteti. Do ljudi ne prideš kar tako, ampak potrebuješ čas. Moraš biti vztrajen, dosleden, držati se tega, kar si si zastavil že na začetku.

Grčar: *Danes imate v vaši oskrbi na domu vključeno zelo veliko ljudi, ste visoko nad slovenskim povprečjem. V mnogih občinah se srečujemo z dejstvom, da oskrbo na domu prejema relativno majhen odstotek občanov, po statistiki pa vemo, da bi jih oskrbo potrebovalo veliko več. Kako vam je to uspelo?*

Drolec: Na začetku smo prevzeli kader od Centra za socialno delo Kamnik in to je bila ena socialna oskrbovalka iz občine Komenda, ki je bila zadolžena za območje Komende in imeli smo štiri uporabnike. Potem se nam je pridružila še ena oskrbovalka, ki je bila že prej vključena v naša usposabljanja, vključila se je v usposabljanje za prostovoljce – voditelje skupin za kakovostno staranje na temo preprečevanja padcev. Skrbela je za taščo in si zelo želela delati. Zaposlili smo jo preko javnih del in pripravljena je bila delati karkoli, da bi bila koristna, med drugim smo se lotili še drugih programov, kot na primer zdrava in uravnotežena prehrana. In ker v tistem začetnem obdobju še ni bilo veliko dela, saj smo imeli le štiri uporabnike, je ta oskrbovalka, ki je neverjetna ženska in ima izjemen stik z ljudmi, začela po občini širiti novice o pomoči na domu, razlagala, kaj to sploh pomeni. Čisto zares je hodila od hiše do hiše, nagovarjala ljudi, predstavljala storitev. In kmalu po tem, ko se je vključila, smo dobili novega uporabnika, pa še enega, pa še enega. Takrat je število uporabnikov začelo naraščati, z njimi pa tudi število zaposlenih. In skozi ta njen angažma so se stvari začele premikati. Počasi. V dveh letih je bilo vedno več uporabnikov. To je bila počasna, vztrajna rast. Ne skok, ampak organski razvoj.

Potočnik: *Koliko uporabnikov pa imate trenutno?*

Šraj: Danes, ko smo ravno konec meseca, jih je 33.

Drolec: Vedno smo ravnali gospodarno. Na začetku smo bili v to primorani, kasneje pa je to postal naš način delovanja. Hvala bogu, da midve z Mojco v materialnem smislu nisva odvisni od te službe. Najina motivacija za delo je drugačna.

Delava zato, ker verjameva v to, kar delava. In tega modela ne moreš kar prenesti drugam. Ne gre. To je specifika tega okolja, splet okoliščin, ki so se zgodile, in hvala bogu, da so se.

Šraj: Tudi razdalje so pri nas idealne. Komenda je strnjena, med hišami so majhne razdalje. Pet, deset metrov med hišami. Zdaj, ko je most zaprt, morda petnajst. In že to je velika razlika. Da ne izgubljam časa z vožnjo.

Potočnik: Čeprav pravita, da vašega modela ni možno v celoti prenesti v druga okolja, verjetno obstajajo neki dejavniki, ki pa so prenosljivi? Kaj bi izpostavili kot ključno?

Šraj: Velik plus pri nas je podpora občine. Že v času prejšnjih dveh županov in tudi zdaj nismo bili omejeni z urami neposrednega dela na terenu. V večini občin ima pomoč na domu omejitve, določeno število ur na mesec, in posledično tudi čakalne vrste. Pri nas tega ni bilo.

Glede prenosljivosti izkušenj v druge občine lahko povem konkreten primer. Kolegica s štajerskega območja vodi pomoč na domu v občini, ki je po številu prebivalcev primerljiva z našo. Razlika pa je v razpršenosti terena. Do enega uporabnika potrebuje tudi pol ure vožnje po gozdu. Pozimi to lahko pomeni še uporabo verig. Ogromno časa gre samo za prihod do uporabnika.

Ko me je nekoč vprašala, kako nam uspeva brez čakalnih vrst, sem ji odgovorila: »Ker nimamo omejitve 250 ur na mesec.« Pri njih je ta omejitev obstajala, pri nas je ni bilo nikoli. Vprašala me je: »Kako vam je to uspelo?« Rekla sem ji, da smo že na začetku postavili takšen način dela in ga znali tudi utemeljiti. Zame bi bila uvedba omejitve nesprejemljiva, kako lahko nekdo odloča čigava stiska je manj pomembna od druge?

Kolegica je nato podobne argumente predstavila na njihovem občinskem svetu in dosegla odpravo omejitve ur. Čakalne vrste so se takrat odpravile.

Nekatere rešitve so torej prenosljive, če si jih pripravljen jasno zagovarjati in zanje prevzeti odgovornost. Pogosto pa se zgodi, da se financiranje ustavi pri vnaprej določenem okviru, ne glede na dejanske potrebe ljudi.

Potočnik: Verjetno so čakalne vrste odvisne tudi od števila uporabnikov?

Šraj: Nacionalna strategija socialnega varstva je že pred leti predvidela na občinski ravni dvig števila starih ljudi nad 65 let, ki prejemajo pomoč na domu, na vsaj tri in pol odstotke občanov. Na nacionalni ravni smo še zelo daleč od tega,

v naši občini pa smo se temu zelo približali; nismo še čisto tam, ampak dva, trije uporabniki nam manjkajo do tega povprečja. Je pa res, da če bi nam omejili število ur na mesec, bi verjetno že morali imeti čakalno vrsto.

Potočnik: Torej čakalnih vrst nimate. Ali to pomeni, da se na vsak klic po pomoči odzovete takoj oziroma v najkrajšem možnem času, ne glede na to, kdaj pride?

Drolec: Ljudje se za pomoč na domu na nas obračajo vsak dan.

Šraj: Kličejo nas bolnišnice, kličejo nas zdravnice; sodelujemo že vrsto let in nas poznajo. Večkrat so povedali, da z nami najraje sodelujejo, ker vedo, da bo pomoč organizirana še isti ali naslednji dan. Drugje to pogosto težje zagotovijo.

Večkrat so me vprašali, kako to, da nimamo čakalnih vrst? Moj odgovor je vedno enak – kamorkoli nas pokličejo, gremo. Včasih v šali rečem, da smo že na vratih, še preden zazvoni telefon – a skoraj tako je. Zgodi se celo, da na terenu čakamo reševalce.

S tem pa so povezana tudi zelo visoka pričakovanja. Svojci imajo včasih pripombe, pritiskajo, celo izsiljujejo. Tega ne dopuščamo. Naš delovnik je od ponedeljka do petka. Vikendi in prazniki so izjeme: organiziramo dežurstva, ampak to ni redni delovni čas.

Ko sklepamo dogovore z uporabniki oziroma svojci, to jasno povemo. Poudarimo, da lahko pridemo tudi med vikendom ali praznikom, kadar svojci res ne morejo poskrbeti za svojega bližnjega. Ne prihajamo pa zato, ker se jim enostavno ne ljubi poskrbeti za svojca. Izjemoma, na primer, ko gredo smučat, seveda, to uredimo. Če pa bi to postalo pravilo, se moramo vprašati, ali gre za dejansko potrebo ali za prenos odgovornosti.

Če je človek nepokreten in je treba zamenjati plenico, to razumemo – večinoma takšne stvari opravimo ob sobotah dopoldne. Če kdo prosi še za večerni obisk, se pogovorimo. Res izjemoma to naredimo. Ko pa sodelavke poročajo, da so svojci vsak večer doma, stojijo zraven in gledajo kako oskrbujejo, potem pa govorimo o izkoriščanju.

Načeloma pa ljudi slišimo. Seveda se zgodi kakšna neljuba situacija, takrat prosimo za pogovor in jasno povemo, da tako ne gre. Če svojci želijo biti prisotni, kadar to ni nujno, jih opozorimo, da imajo tudi naše sodelavke pravico do profesionalnega prostora in dostojnega dela.

A v vseh teh letih bi lahko na prste ene roke preštela primere, ko je šlo za resnejše zaplete. Se pa tu in tam najde kdo.

Potočnik: Kako pa se organizirate, da je oskrba možna tudi ob sobotah in nedeljah? Je to že ustaljen sistem?

Šraj: Imamo pet redno zaposlenih socialnih oskrbovalk in še pet sodelavk po podjemni pogodbi. Stroški so že ustaljeni, zato smo organizacijo prilagodili tako, da ena sodelavka načrtno pokriva popoldneve – njej to bolj odgovarja, saj je upokojena in ima rada jutra in dopoldneve proste. S tem pa naše redne zaposlene razbremenimo dodatnega popoldanskega dela, saj že opravljajo dopoldanske obveznosti. Ker je pet zaposlenih, pride vsaka približno enkrat na pet tednov na vrsto za vikend. Če ima katera kakšno obveznost, se med sabo dogovorijo in zamenjajo.

Potočnik: Omenili ste, da v delo vključujete tudi mlajše upokojenke. Kako da ste se odločili za to?

Šraj: Pri upokojenkah ne gre samo za dodaten zaslužek, ampak tudi za občutek vključenosti. V obdobju po upokojitvi se marsikdo ne počuti več potreben in koristen. Pri nas pa upokojenke ostajajo vključene. Oskrbujejo domače ljudi, pogosto poznajo njihove družine, njihovo zgodovino, kar daje odnosu dodatno globino. To, da lahko ljudem prinašajo novice iz kraja, je nekaj lepega – uporabnikom povedo, kaj se dogaja v lokalnem okolju, kakšne aktivnosti potekajo, kdo se je poročil, kaj se pripravlja. Tako jim na nek način prinesejo del skupnosti v dom.

Seveda pride tudi do situacij, ko uporabniki ali svojci začnejo z opravljanjem ali lokalnimi spori. Tega ne dopuščamo, a se o tem z njimi pogovarjamo. Oskrbovalke so dovolj opremljene, da znajo tak pogovor prekiniti, preslišati ali preusmerijo temo drugim.

Potočnik: Kako pa je z oskrbovalkami in organizacijo vašega dela?

Šraj: Pri nas je pomembna pripadnost; če je ni, greš ob koncu izmene domov in je stvar zaključena. Pri nas pa ni tako. Naše sodelavke so res pripadne in predane. Če je katera pri uporabniku kaj pozabila ali da bo čez nekaj ur treba dati zdravilo, bo poklicala oskrbovalko, ki ima večerno izmeno: »Pazi, to sem pustila tam, prosim preveri.« To si sporočijo med seboj. Ta medsebojna skrb je nekaj, kar se ne da naučiti – to se zgradi.

Zdaj so že tako uigrane, da se tudi za dopuste med seboj dogovorijo. Pridejo k meni in rečejo: »Takrat bi imela dopust, zmenila sem se, da bo ta šla k tej uporabnici, druga k drugi.« In je stvar rešena. To zelo olajša organizacijo dela.

Seveda so tudi zadeve, s katerimi se morava pohvaliti, konkretno z bolniškimi odsotnostmi. Zadnji dve leti jih je nekaj več, prej pa – skoraj neverjetno – od 1. oktobra 2008 do konca 2025 nismo imeli niti enega dneva bolniške odsotnosti. To veliko pove o odnosu do dela in o medsebojni odgovornosti.

Drolec: Naše socialne oskrbovalke so med seboj zelo kolegialne in čutijo pripadnost do ljudi. Če ena ne zmore, vskoči druga. In prav je tako, ker je delo na terenu zahtevno. So pametne ženske, znajo se dogovoriti in organizirati. Narava dela pa je takšna, da ko delaš neposredno z ljudmi, takoj dobiš povratno informacijo, hvaležnost, toplino, odziv. In s tem se tudi »hranijo«. To te dela močnega. Če imaš možnost, da si slišan, da lahko poveš, če je kaj težko, če imaš prostor za razbremenitev, potem je psihični pritisk manjši. Zavestno smo gradile okolje z minimalno nepotrebnega stresa, kar se pozna.

Šraj: V vseh teh letih se še ni zgodilo, da katera od zaposlenih ne bi dobila dopusta takrat, ko si ga je želela. Nadomeščanja smo vedno pravočasno uredili in nikoli ni prihajalo do vrzeli v oskrbi. Po potrebi smo vključili tudi socialne oskrbovalke po podjemni pogodbi. Sodelujemo z nekaj mlajšimi upokojenkami, po poklicu medicinskimi sestrami, ki si še želijo delati. Ker poznajo ljudi in okolje, lahko hitro in zanesljivo vskočijo, ko je to potrebno.

Nekoliko manj pa se pripadnost pokaže pri dejavnostih zunaj rednega dela. To delo je v resnici prisotno 24 ur na dan – tudi ko si doma, pogosto razmišljaš o uporabnikih. Ko organiziramo dogodek, predstavitev knjige ali srečanje v okviru Inštituta Antona Trstenjaka, je težje spodbuditi k udeležbi. Tiste, ki jih tema res zanima, pridejo, druge nekoliko težje. To skušam razumeti in nikogar ne silim. Vedno pa poudarim, da so tudi takšni dogodki del strokovnega razvoja. Morda se nam zdi, da o paliativi ali demenci že veliko vemo, vendar se lahko vedno naučimo še kaj novega. Ko to slišijo, se marsikatera premisli. Na koncu pogosto rečejo: »Res je bilo lepo.« Včasih pa jih je treba do tega le malo spodbuditi.

Potočnik: Kako prepoznata, da je nekdo res primeren za delo socialne oskrbovalke?

Drolec: Ni nujno, da »veš«, ampak čutiš – to je intuicija. Ampak vseeno mislim, da ni samo vprašanje, kakšen je ta človek, pomembno je tudi, kako je ta človek voden, kako je sprejet v kolektiv in kakšen je odnos do njega.

Glede pridobivanja novih zaposlitev pa je šlo v teh letih največ od ust do ust. Vedno imava oči odprte za tiste, ki bi bili primerni za to delo in včasih sva jih večkrat nagovarjali: jaz sem kar poklicala po telefonu in povedala, da se mi zdi

primerna, nato smo se dogovorili, da bi se čez en teden ponovno dobili. Če je bil kdo primeren, sva se pogovarjali še preden smo jo zares potrebovali, saj je to proces, ki traja.

Tudi vsa usposabljanja in izobraževanja, ki smo jih organizirali, so pripomogla k temu, da smo dobili prave osebe.

Šraj: Večkrat sva pozvali tudi naše oskrbovalke, da naj povabijo koga, ker bomo potrebovali novo oskrbovalko. To se je vedno obneslo: nobena si ne želi v kolektiv pripeljati nekoga, ki ne bo zanesljiv, saj bo s tem imela sama več dela.

Potočnik: Zelo jasno sta povedali, da je od načina organizacije odvisno, kako kolektiv deluje.

Šraj: Glede vodenja sva pri nas res transparentni. Če jih karkoli zanima, izvejo. Določene stvari jim povem tudi sama, ker se mi zdi pomembno, da razumejo, kaj se dogaja v zavodu, tudi finančno. Vedo, kje smo, kaj si lahko privoščimo, kdaj gre »na tesno«. Jaz po naravi nisem škrt človek, ampak tukaj moram gledati odgovorno, saj nikoli ne veš, kdaj pride kakšen nepredviden strošek. Strošek, kot je na primer odpravnina za socialno oskrbovalko, ko je šla v pokoj, je za zavod velik zalogaj. Vendar sem ga planirala že vnaprej in zato smo bile brez dodatnih skrbi, kako bomo zagotovili sredstva.

Ker ves čas ravnamo gospodarno, nas tudi obvezna božičnica ni preveč vrgla iz tira.

Drolec: Pomembno je, kako je človek voden, kako je sprejet v kolektiv in kakšen je odnos do njega. Poleg tega so si zaposlene med seboj zelo različne, tudi po karakterju. Spomnim se dveh oskrbovalk, ki sta si bili zelo različni in je prihajalo do napetosti; kakšno leto in precej mediacije je bilo potrebne, da sta se ujeli. Ne gre za to, da bi z vodenjem koga hoteli spreminjati. Pomembno je, da jih spremljaš, poslušаш, jih slišiš, obenem pa spodbujaš, da tudi one slišijo drugačno mnenje. In v tem konkretnem primeru sta se sčasoma omehčali in od takrat se različnost med njima ne pozna več.

Šraj: Oskrbovalke na terenu doživijo marsikaj. Eden od uporabnikov pomoči na domu je imel zunaj nemškega ovčarja, spuščenega. Pes je lajal, videti je bil strašljiv, a nikoli ni pristopil ali napadel. Nekatere sodelavke so se ga bale, kar je razumljivo. Enkrat sem ugotovila, da ima ena od oskrbovalk na armaturi plastično posodico. Povedala mi je, da so notri pasji piškoti, s katerimi si je pridobila njegovo zaupanje, da je lahko mirno prišla do uporabnika, tak način je prevzela od druge

oskrbovalke. Na nekem srečanju sem od druge vodje oskrbe na domu prav tako slišala, da so neke imeli lastniki spuščene nevarnega psa. Tudi takšne stvari si oskrbovalke med seboj povedo, delijo si tudi, kako jih rešujejo.

Potočnik: Kako pa skrbite za zadovoljstvo zaposlenih?

Šraj: Ko imamo denar in če je interes, vlagamo v športne aktivnosti za zaposlene (nordijska hoja, fitnes), team building, zaposlene se udeležujejo različnih usposabljanj. Poleg tega imamo tudi obvezne mesečne intervizije, štirikrat na leto pa tudi supervizijo, v katero vključimo tudi sodelavke, ki delajo po podjemnih pogodbah.

Drolec: Skupaj tudi praznujemo rojstne dneve, imamo novoletno kosilo in kljub temu, da praznovanje zahteva svoj čas, se nam to zdi pomembno.

Šraj: Enkrat smo izvedli team building v Ankaranu, kar je bilo res super. To nam je omogočil donator.

Zdaj pa takih stvari že nekaj časa ni bilo. So pa različna usposabljanja, izobraževanja, ki jih organiziramo v zavodu, kamor povabimo strokovnjake z različnih področij, pomembnih za naše delo, pa tudi za naše počutje izven dela. Seveda se udeležujemo tudi usposabljanj in izobraževanj, ki so pomembna za naše delo v izvedbi drugih institucij. Žal se nikoli ne moremo udeležiti vsi naenkrat, saj nam narava našega dela tega ne dopušča.

Potočnik: Če se zdaj dotaknemo Zakona o dolgotrajni oskrbi, je jasno, da velik problem predstavlja kadrovska stiska. Kako bi to kadrovsko stisko lahko rešili?

Drolec: Najprej boljše plače. Definitivno, to je prvo. Dodaten minus je, da se nahajamo v osrednji Sloveniji, najbogatejši in najbolj razviti regiji. Nezaposlenosti praktično ni, možnosti za zaposlitev pa je ogromno. In če pogoji za delo niso prijazni, ljudje preprosto odidejo drugam. Tudi v domovih je kadrovski primanjkljaj velik problem. Delovni pogoji niso vedno najboljši, hkrati pa smo tudi kot družba postali zahtevnejši.

Šraj: Ministrstvo je ponudilo financiranje učenja slovenskega jezika, kar se mi zdi smiselna in dobrodošla poteza. Vendar pa je ključno, da je znanje jezika na dovolj visoki ravni. Po mojem mnenju je trenutno zahtevana stopnja prenizka. Spomnim se dogodka, ko me je klicala gospa, ki je iz domače oskrbe šla v domsko oskrbo na drugi konec Slovenije. Klicala je, naj jo pridemo iskati, ker je v tujini. Ugotovili smo, da je bil problem močno narečje, ki ga je slabo razumela.

Drolec: Po drugi strani pa na primer mene osebno ne bi motilo, če nekdo ne bi razumel popolnoma vsake besede, če bi bila prisotna toplina in če bi svoje delo opravljal vestno. Motilo bi me, če bi nekdo znal jezik, pa bi med tuširanjem oskrbovanca telefoniral ali se pogovarjal z nekom tretjim. Ni samo jezik. Je odnos. In tukaj je treba najti ravnotežje. Potrebujemo nov družbeni dogovor. In to se začne že pri šolah, od malega naprej. O tem se premalo govori in premalo se sliši.

Šraj: Saj če samo pomislite, koliko se je govorilo o plačah medicinskih sester. Ampak v bolnicah niso samo medicinske sestre. So tudi strežnice in negovalke. Če njih ne bi bilo, bi medicinske sestre težko opravljale svoje delo. Pa se za njihove plače nihče ni enako boril. Ostale so spregledane. Delo pa je ravno tako odgovorno, zahtevno in nujno potrebno.

Grčar: *Bi nam lahko povedali še kaj več o sodelovanju s svojci ljudi, katerim nudite oskrbo.*

Šraj: Stik z neformalnimi oskrbovalci se najpogosteje vzpostavi že ob prvem telefonskem klicu. Včasih pokliče uporabnik sam, drugič partner, otrok ali kdo drug iz okolice. Prvi pogovori so praviloma prijetni in informativni, pravo razumevanje situacije pa se vzpostavi ob obisku na domu.

Obiski pogosto trajajo dlje, kot je sprva načrtovano. Ljudje želijo povedati svojo zgodbo – o bolezni, družinskih odnosih, skrbih in vsakdanjih izzivih. Takrat se pokaže, da ne potrebujejo le storitve, temveč tudi prostor za pogovor in razumevanje. Pogosto priznajo, da so si celoten proces predstavljali precej bolj zapleteno ali neprijetno, kot se nato izkaže v praksi.

Velikokrat je prisoten tudi strah ali bo vse urejeno kot je potrebno, kako bo potekal prvi obisk, kakšen bo odnos z oskrbovalko. Skozi pogovor in jasne dogovore se napetost postopoma zmanjša, vzpostavi se zaupanje. Ko je stik pristen in spoštljiv, se hitro pokaže, da je pomoč lahko nekaj povsem naravnega in razbremenjujočega.

Spmemba, ki jo opažamo zadnja leta je, da so svojci mlajši, kot so bili včasih, včasih so tudi bolj zahtevni, imajo visoka pričakovanja. Ne čakajo, da bi nas poklicali šele tik pred smrtjo. Bolj so ozaveščeni.

Občasno se pojavijo tudi dvomi, pogosto pod vplivom medijskih zgodb ali splošnih stereotipov o storitvah pomoči na domu. Zato je pomembno, da jasno predstavimo način dela, strokovne standarde in odgovornost zaposlenih. Osebna

izkušnja namreč največkrat razbline predsodke in strahove ter pokaže, da gre predvsem za odnos, strokovnost in zanesljivost.

Potočnik: *Se vam zdi, da imajo ljudje tudi zaradi medijskih prikazov pogosto izkrivljeno ali drugačno predstavo o socialni oskrbi na domu, kot je ta v resnici?*

Drolec: Ja, ker tega stika dejansko nimajo. Sploh tisti, ki so bolj zaprti, dobesedno izolirani. Potem je medijska podoba edini vir informacij.

Šraj: To je del realnosti. Mnenje si pogosto ustvarjajo tudi ljudje, ki z našim delom nimajo neposredne izkušnje. Tako kot marsikdo razpravlja o sistemih, ki jih še ni zares doživel, si tudi o pomoči na domu oblikujejo predstave brez konkretnega stika s storitvijo.

Izkušnja svojcev, ki so v oskrbo dejansko vključeni, pa je praviloma drugačna. Kadar delo poteka strokovno in odnos temelji na zaupanju, dodatni nadzor ali pogosta komunikacija s socialno službo nista potrebna. Stik je vzpostavljen, vloge so jasne, zaupanje pa se gradi skozi vsakodnevno sodelovanje.

Seveda se včasih zgodi, da moramo svojce prositi za razumevanje, na primer, da na dan našega strokovnega izobraževanja ali internega srečanja sami prevzamejo del oskrbe. Pred kratkim, ob našem novoletnem srečanju, sem enega od svojcev obvestila, da bodo tisti večer morali sami poskrbeti za oskrbo mame. Njegov odgovor je bil: »Saj veš, da za naše dame vse, ker tako lepo skrbijo za naše bližnje«. Takšni odzivi povedo največ. Pokažejo, da je odnos vzajemen in da ljudje razumejo, da smo tudi mi kolektiv, ki potrebuje čas za strokovni razvoj, povezovanje in medsebojno podporo.

Grčar: *Pod okriljem Zavoda pa ste večkrat organizirali tudi usposabljanje za svojce, ki oskrbujejo – za družinske in druge neformalne oskrbovalce. Bi nam lahko povedali več o tem?*

Drolec: Ena prvih oblik izobraževanja za svojce v Komendi je potekala že pred dvajsetimi leti pod okriljem Inštituta Antona Trstenjaka. Skupaj smo organizirali tri srečanja po krajevnih skupnostih, da bi se čim bolj približali ljudem. Odziv je bil izjemen.

Kasneje smo, prav tako s pomočjo Inštituta, nekaj let redno vodili klube za svojce, to je skupine za samopomoč, kjer si svojci izmenjujejo izkušnje. Narava teh skupin je takšna, da interes sčasoma upade; ljudje prihajajo, dokler čutijo potrebo, ko se razmere doma umirijo ali pa svojec umre, se umaknejo. Spomnim

se prvih srečanj, ki sva jih z Mojco vodili sami. Dr. Jože Ramovš nama je rekel, da bova naslednjič vodili medve. Takrat nama ni bilo lahko, vložili sva ogromno priprav in energije. Danes bi to izpeljali veliko bolj sproščeno, a prav ta izkušnja naju je strokovno utrdila.

Po tem pa smo leta 2018 skupaj z Inštitutom ponovno izvedli usposabljanje za družinske in druge neformalne oskrbovalce[®]; temeljito usposabljanje z desetimi srečanji. Tudi po tistem usposabljanju je nastala skupina za samopomoč, tako imenovana skupina svojcev. Takrat je usposabljanje potekalo v okviru projekta Krekovo središče, s pomočjo sredstev za regionalni razvoj, LAS.

SKUPINE ZA KAKOVOSTNO STARANJE, BABI SERVIS IN DRUGI PROGRAMI

Grčar: *Tu pa se vse bolj približujemo celostnemu delovanju Zavoda medgeneracijsko središče Komenda, ki nudi različne programe za različne skupine. Leta 2008 je v reviji Kakovostna starost izšel članek dr. Jožeta Ramovša, kjer avtor opredeli pojem krajevnega medgeneracijskega središča. Med drugim zapiše:*

»Poslanstvo medgeneracijskega središča je uvajanje novih potrebnih programov za ti dve področji družbenega sožitja, ki postaja zaradi staranja prebivalstva prednostnega pomena. Medgeneracijsko središče vodi strokovna služba, ki informira, izobražuje in ozavešča posameznike, družine, organizacije in celotno skupnost o potrebah in možnostih na področju staranja in medgeneracijske solidarnosti, povezuje javno politiko in vse potrebne programe na tem področju ter ustanavlja in vodi nove. Nepogrešljivi elementi medgeneracijskega središča so programi za pomoč družinam pri oskrbi starega človeka, programi za čim daljše samostojno življenje starih ljudi v svojem okolju ter vzdrževanje razvejane mreže medgeneracijskega prostovoljstva v kraju.« (Ramovš Jože, Krajevno medgeneracijsko središče, Kakovostna starost, letnik 11, 2008, številka 1, str. 26-45).

Bi nam lahko opisali, kaj vse delate za področje aktivnega staranja, po tem pa bi se dotaknili še programov namenjenih povezovanju različnih generacij?

Drolec: Letos bomo obeležili že 20 let delovanja dveh medgeneracijskih skupin za kakovostno staranje, ki so rezultat predhodnega izobraževanja Inštituta Antona Trstenjaka za vodenje medgeneracijskih skupin in osebnega družabništva s starim človekom. Pri obojem gre za redno prostovoljstvo: skupine, ki se po navadi tedensko dobivajo, vodi prostovoljec. Kasneje so nastale še nove skupine. Med

njimi je bila tudi skupina, ki se je srečevala ob zdravem kosilu, pa bralna mesečna srečanja, tečaji angleškega in nemškega jezika za starejše, joga za starejše, klubi svojcev, ki so doma oskrbovali družinskega člana, o katerih sem prej razlagala.

Pri vsem tem delu gre za strukturirana srečanja, intenzivno delo, veliko organizacije. Nato je prišel Covid, ki je skupinsko delo močno prekinil. Takšnih vsebin brez osebnega stika preprosto ni mogoče enakovredno nadomestiti in ta prekinitev je pustila posledice, tako pri udeležencih kot pri voditeljicah. Ko skupina enkrat zaživi, energija med ljudmi steče in delo postane lažje. A začeti znova je vedno najtežje. Potrebno je veliko motivacije in notranje energije, da skupino sploh vzpostaviš in jo ohranjaš. Trenutno ena skupina za kakovostno staranje deluje zelo lepo in organsko, pri drugi pa se kažejo drugačni izzivi; število udeležencev je veliko, a niso pripravljeni na delitev v manjše skupine, kar odpira nova vprašanja organizacije. Res je naporno, ker zahteva osebni vložek. A prav ta vložek prinese največ – zadovoljstvo, globino, občutek povezanosti. Ker tudi sama vodim skupino, vem da kar doživiš v skupini, je nekaj posebnega, neprimerljivo s čimer koli drugim. Ko srečanje uspe, to začutijo vsi, še dolgo po tem. In prav to daje smisel temu delu.

Smo tudi demenci prijazna točka. Eden zadnjih programov, ki smo ga vzpostavili, pa je prostovoljsko družabništvo v domu SeneCura Komenda, tudi za to je potekalo krajše usposabljanje Inštituta Antona Trstenjaka. Sedaj se s prostovoljci še naprej srečujemo mesečno v intervizijski skupini.

Ne smemo pa pozabiti na program Svetovne zdravstvene organizacije Starosti prijaznih mest in občin. Občina Komenda se je leta 2023 na pobudo Zavoda s sklepom občinskega sveta pridružila v mrežo Svetovni in Slovenski mreži starosti prijaznih mest in občin, ki jo koordinira Inštitut Antona Trstenjaka. Program povezuje vse, kar se dogaja na področju staranja in sožitja v celoto na občinski ravni, kamor to tudi sodi. Zelo pomembno je tudi, da si v okviru lokalne akcijske skupine starosti prijazne občine Komenda izmenjujemo informacije, mnenja, v lanskem letu smo skupaj zastavili novo aktivnost *Naša skupna pot*.

Grčar: *Bi lahko na kratko opisali še programe, namenjene medgeneracijskemu sožitju?*

Drolec: Organizirali smo tudi več programov namenjenih povezovanju različnih generacij. Med drugim šolo kvalitetnega starševstva za mlade družine in

eksperimenti za vsakogar, kjer so za stare starše in njihove vnuke na zanimiv način predstavili razne eksperimente, delavnice zdrave in uravnotežene prehrane.

Že vrsto leto organiziramo digitalno opismenjevanje starejših, v obliki družjenja mlajše generacije v vlogi učiteljev in starejših v vlogi učencev, ena na ena, ali kvečjemu en učitelj in dva učenca. Posebno smo ponosni na program babi servis, občasno varstvo otrok na njihovih domovih, varujejo jih mlajše upokojenke. Komenda je občina, kamor se je priselilo veliko mladih družin, ki imajo starše na drugih koncih Slovenije. Takšna pomoč jim zelo prav pride, obenem pa se preko novih »babic« tudi povežejo z lokalnim okoljem. V okviru razpisa LAS *Za mesto in vas* smo nekatere teh dejavnosti širili tudi v sosednje občine. Ponovno pa je potrebna dobra koordinacija, priprava, izbor oseb, osebni pristop.

V okviru istega razpisa LAS *Za mesto in vas* smo kot partnerstvo (vključeni so bili tudi Inštitut Antona Trstenjaka in Mladinski center Mengeš – društvo AIA) izpeljali medgeneracijsko počitniško varstvo in program prenosa kulturne dediščine, v katerem smo sodelovali z Osnovno šolo Komenda-Moste.

Organizirali smo tudi različne aktivnosti medgeneracijskega branja in pripovedovanja zgodb, lepo sodelujemo s knjižnico Franceta Balantiča. Nekaj časa smo organizirali tudi brezplačne prevoze starejših z vozniki prostovoljci.

Grčar: Inštitut Antona Trstenjaka in Zavod medgeneracijsko središče Komenda smo med leti 2017 in 2023 vzpostavili in vodili program dnevnega bivanja za starejše, ki so še relativno samostojni, a že potrebujejo nekaj opore, dnevno rutino in družbo. Tudi ta program smo vzpostavili in sprva krili delovanje v okviru projektnih sredstev LAS v občini Komenda, ko pa se je projekt zaključil, smo ga nadaljevali še nekaj let na lastne stroške obeh ustanov. Dnevno bivanje je bilo organizirano na principu gospodinjske skupine v domačem okolju. Domačnost, dnevna rutina, pogovor, rekreacija, človečnost in prijaznost ter topli obroki, ki jih zaposleni praviloma skupaj s starejšimi pripravijo v prostorni kuhinji, so osnovne aktivnosti, ki jih starejši potrebujejo. Izkušnje iz dosedanjega dela v dnevnem bivanju kažejo, da se vključenim starejšim ljudem zdravje bistveno izboljša in lahko dalj časa ostajajo v domačem okolju. Za svojce pa takšna oblika pomoči pomeni možnost, da lahko naprej opravljajo svoje delo, vedoč da je njihov bližnji na varnem. Obenem je program tako kadrovsko kot finančno precej zahteven. Sama bi rekla, da je potrebno pomisliti na vrsto vidikov: od arhitekturnih in prostorskih, do organizacijskih, kako pridobiti udeležence, potreben je ustrezen izbor kadra, sistematizacija delovnega

mesta, primerno usposabljanje in vodenje zaposlenih oziroma prostovoljcev, skrb za trajnost: na primer v sodelovanju več bližnjih občin. Tekom let smo skupaj našli številne inovativne rešitve – kaj bi v zvezi s tem izpostavili?

Drolec: Dnevno bivanje za starejše v Krekovem središču je bil lep način sodelovanja dveh organizacij, kjer je naš Zavod prispeval velik delež, predvsem z vključitvijo prostovoljcev, tako pri sami oskrbi, kot pri pripravi obrokov in družabništvu. Za eno leto pa smo v Zavodu celo zaposlili vodjo dnevnega bivanja. Predvsem pa bi izpostavila nadgradnjo z vključevanjem uporabnikov socialno varstvene storitev pomoči družini na domu, ki jo izvaja naš Zavod, z vključitvijo posameznih uporabnikov v dnevno bivanje.

Grčar: *Sprehodili smo se skozi dejavnosti Zavoda od njegovih začetkov do danes, od prizadevanj za majhen lokalni dom za starejše, razvoj pomoči družini na domu do dela z družinskimi oskrbovalci, mreže skupin za kakovostno staranje, babi servisa, medgeneracijskega družabništva in drugih programov. Kako so vsi ti programi povezani med seboj? V čem vidite prednost, morda pa tudi kakšno težavo tega, da pod okriljem enega Zavoda deluje toliko različnih stvari?*

Šraj: Vsi programi, ki jih izvajamo in smo jih izvajali v Zavodu, so namenjeni kakovostnemu staranju in v enem delu so še nadgrajeni, saj ustvarjajo prostor za srečevanje in s tem spoznavanje vseh treh generacij, kar pa je predpogoj za povezano skupnost in boljše življenje sicer. Zato je nekako samoumevno, da je paleta programov pod okriljem ene organizacije.

Potočnik: *Za zaključek bi prebrala eno misel, ki je vam, Mojca, še posebej blizu. Povedali ste jo tudi ob podelitvi srebrnega priznanja Občine Komenda, ki ste ga prejeli lansko leto in ob tej priložnosti poudarili, da to ni individualno priznanje, temveč dosežek celotnega kolektiva. Izrekli ste stavek, ki se mi je močno vtisnil v spomin, in sicer gre za misel Ralpa Walda Emersona, ki gre takole: »Vedeti, da je vsaj eno življenje lažje zadihalo, ker si živel. To pomeni uspeti.« Kaj za vaju pomeni oskrba v skupnosti? In katere temeljne vrednote so po vašinem mnenju njen temelj in pogoj za kakovostno delo?*

Šraj: Lahko izhajam samo iz sebe in tako razmišljam tudi glede tega, kaj je temelj oskrbe v skupnosti. Smisel je delati za nekoga in to je tudi moj osebni smisel življenja. Če delaš samo zase, se tudi svojih dosežkov ne moreš zares veseliti – ker jih nimaš s kom deliti. Kako boš vesel, če nimaš tega podeliti z drugimi? In enako

razmišljam tudi za skupnost. In živim na način, da to naprej predajam tudi mojim sodelavkam. In res verjamem, da je marsikdo zaradi tega, ker smo me prišle v njihov dom, lažje živel in morda tudi lažje umrl. Srečo je treba deliti, tako kot pravi tista pesem od Andreja Šifrerja. Pomembno se mi zdi, da za nekoga nekaj narediš, pa naj bo to tvoj svojec ali pa tuj človek, ki ti je preprosto mar zanj. Jaz imam rada ljudi, moje delo je moje poslanstvo. Jaz sem socialna delavka po duši, ne po poklicu in po izobrazbi.

Drolec: Se popolnoma strinjam z Mojco, čeprav imam sama nekoliko drugačen poudarek, ker sem drugačen tip človeka. Midva z možem sva kot družina že od nekdaj usmerjena navzven, v skupnost. Jaz si življenja sploh ne predstavljam brez tega, da ne bi na tak način delovali. Meni dejansko to predstavlja pol življenja, pol mene, druga polovica pa je moja družina. Že kot otrok sem bila takšna: v osnovni šoli sem po pouku lovila sošolce, da smo skupaj naredili nalogo, ker fantje včasih niso delali nalog. Z otroci smo šli pobirat kamenje pred vrtec, ker nas je motilo, da ni bilo urejeno. Ali si ali nisi takšen tip človeka. Jaz si ne znam predstavljati, da bi bila samo doma in skrbela zgolj za svoje – meni je to smisel življenja. V bistvu sem to jaz.

In edino skupnost nas bo rešila, jaz samo v tem še vidim upanje, v tem današnjem času, v tem, da se obrnemo drug k drugemu. Če slišiva, da ima nekdo npr. stanovanjski problem, je to za naju alarm. Karkoli ti pride nasproti, se mi zdi, da si dolžen narediti vse kar lahko, da človeku pomagaš. Absolutno ne moreš obrniti glave stran, ko vidiš stisko. In prav to, ta notranja drža, ta človečnost, je po mojem mnenju temelj kakovostne oskrbe v skupnosti.

Potočnik: Hvala vama za pogovor, ki bo obogatil bralce z vašimi izkušnjami in spoznanji!

Grčar: In veliko uspeha pri vašem nadaljnjem ustvarjalnem delu za kakovostno staranje in lažje sožitje v Komendi!

GOOD QUALITY OF OLD AGE

Good Quality of old age: Journal for Gerontology and Intergenerational Relations, Vol. 29, Num. 1, 2026

INDEX

0. Editorial (Tjaša Potočnik in Ana Ramovš)

1. Scientific and expert articles

- 1.1. Ana Rotovnik Omerzu: The impact of the frequency and quality of intergenerational contacts on ageist attitudes among young people – A literature review
- 1.2. Andraž Šterk, Almin Kljajić, Denis Karahasanović, dr. Sabina Ličen, dr. Mirko Prosen in Rebeka Lekše: Digital and health literacy of people aged 55 and over

2. Review of Gerontological Literature

- 2.1. The Relationship Between Memory Functioning and Labour Market Exit Among Ageing Europeans (Ajda Erjavec)

3. Glossary of Gerontology Terms

- 3.1. Gerontology (Jože Ramovš)

4. Conferences and Projects

- 4.1. Strengthening the Care Workforce – Implementing the European Care Strategy in Practice (Alen Sajtl)
- 4.2. Jobs in Long-Term Care: An International Study on Recruitment and Retention (Alenka Ogrin)

5. Interview

- 5.1. Viktorija Drolec, Mojca Šraj, Tjaša Potočnik, Marta Grčar: Intergenerational Centre Komenda – Twenty Years of Innovation in Care and Preventive Programmes

The first issue of the 29th volume of the journal brings to the forefront several fundamental questions of contemporary gerontology: how to think about intergenerational relations in a society of longevity; how to

understand new forms of inequality and exclusion in old age; and how to develop and maintain high-quality, compassionate, and user-centred care within the local community.

Based on the literature review, Ana Rotovnik Omerzu analyses the relationship between the frequency and quality of intergenerational contact and the level of ageist attitudes among young people. She finds that reducing ageism depends not only on the existence of intergenerational contacts, but above all on their quality. Measures to reduce ageism should therefore be systematically embedded in environments where social attitudes and institutional practices are formed, particularly in the education system, social services, and institutional care. The author also emphasises that intergenerational contact must be supported by appropriate knowledge about ageing, as it may otherwise even reinforce stereotypes. The second scientific contribution examines digital and health literacy among adults aged 55 and over in Slovenia.

An important thematic section of this issue consists of professional contributions based on online seminars addressing workforce and structural challenges in long-term care sector. Issues related to employment and support for care workers are distinctly transnational: low wages, excessive workloads, staff shortages, and inadequate working conditions. Solutions most often emerge where improvements in working conditions are linked with education, professional support for staff, and the development of workplace culture. Within the section on gerontological and intergenerational terminology, the concept of gerontology is presented. Its comprehensive interdisciplinary understanding allows empirical findings, professional discussions, and practical experience to be considered within a broader anthropological, social, and ethical framework.

This issue also features an expert interview with Viktorija Drolec, President of the Intergenerational Association Komenda, and Mojca Šraj, Director of the Intergenerational Centre Komenda. It offers insight into a holistic understanding of care and provides rich experience in strengthening intergenerational solidarity within the local community. Quality of life in old age is always achieved through interpersonal relationships, while care for a frail individuals and intergenerational bonding remain fundamental conditions for an inclusive and supportive community.

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. 29, ŠT. 1, 2026

Good quality of old age

VOL. 29, NUM. 1, 2026

ZNANSTVENI ČLANKI

SCIENTIFIC ARTICLES

Ana Rotovnik Omerzu

Vpliv pogostosti in kakovosti medgeneracijskih stikov na ageistična stališča mladih – pregled literature

3

The impact of the frequency and quality of intergenerational contacts on ageist attitudes among young people – A literature review

Andraž Šterk, Almin Kljajić, Denis Karahasanović, dr. Sabina Ličen, dr. Mirko Prosen in Rebeka Lekše

Digitalna in zdravstvena pismenost ljudi, starih 55 let in več

16

Digital and health literacy of people aged 55 and over

IZ GERONTOLOŠKE LITERATURE

34

REVIEW OF GERONTOLOGICAL LITERATURE

GERONTOLOŠKO IZRAZJE

39

GLOSSARY OF GERONTOLOGY TERMS

KONFERENCE IN PROJEKTI

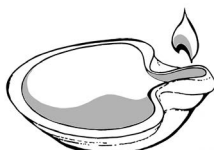
46

CONFERENCES AND PROJECTS

INTERVJU

53

INTERVIEW



**A I N Š T I T U T
A N T O N A T R S T E N J A K A**

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

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