

Kakovostna starost

REVIJA ZA GERONTOLOGIJO IN MEDGENERACIJSKO SOŽITJE
LETNIK 11 (2008), ŠTEVILKA 1



INŠTITUT ANTONA TRSTENJAKA

KAKOVOSTNA STAROST *GOOD QUALITY OF OLD AGE*

Revija za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje

Izdajatelj in založnik / Publisher

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

ISSN 1408 – 869X

UDK: 364.65-053.9

Uredniški odbor / Editors

dr. Simona Hvalič Touzery

dr. Anton Mlinar

Barbara Oražem Grm

dr. Jože Ramovš (odgovorni urednik)

dr. Božidar Voljč (za medicinsko gerontologijo)

Uredniški svet / Editorial Advisory Board

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

dr. Simona Hvalič Touzery (*Inštitut Antona Trstenjaka*)

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

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

Vida Milošević Arnold (*Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo*)

prof. dr. Vid Pečjak (*psiholog in pisatelj*)

mag. Ksenija Ramovš (*Inštitut Antona Trstenjaka*)

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

dr. Božidar Voljč (*član izvršnega odbora Svetovne zdravstvene organizacije*)

Mednarodni uredniški svet / International Advisory Board

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

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

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

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

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

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

Pregled besedila: Ivan Mohar

Povzetki člankov so vključeni v naslednjih podatkovnih bazah:
Sociological Abstracts, Social Services Abstracts, Cobiss, EBSCO.

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

Tisk: Utrip d.o.o., Brežice

Cena: letnik 20 €, posamezna številka 6€

Spletna stran: <http://www.inst-antonatrstenjaka.si/revija.html>

E-pošta: info@inst-antonatrstenjaka.si

REVIJA KAKOVOSTNA STAROST POSTAJA TUDI ZDRAVSTVENO – GERONTOLOŠKA

Spoštovane bralke in bralci *Kakovostne starosti*!

Z izvodom *Kakovostne starosti*, ki jo pravkar držite v rokah, stopa revija v enajsto leto rednega izhajanja. To je lep dosežek, če pomislimo, da je pričela izhajati v času, ki strokovnim vprašanjem starosti in staranja pri nas ni bil posebej naklonjen. In najbrž v Sloveniji na tem področju še danes ne bi bilo opaznih premikov, če ne bi ves ostali svet staranja prebivalstva štel med največja odprta vprašanja sedanjega časa. Kdor na področju staranja spremlja dogajanja v svetu, lahko hitro ugotovi, da smo pri nas na številnih strokovnih področjih geriatrije in gerontologije močno zaostali, odkar je leta 1988 edina takratna slovenska znanstvena ustanova, namenjena zdravljenju s starostjo povezanih bolezni in proučevanju staranja – klinika za geriatrijo in gerontologijo v Trnovem –, zožila področje svoje dejavnosti na žilne bolezni. Danes v Sloveniji nimamo specialistov geriatrov, nimamo do- in podiplomskega študija geriatrije in gerontologije, nimamo posebnih izobraževalnih programov za višji in srednji kader, in tudi ne raziskav, ki bi nas enakopravno povezovale s kolegi iz drugih držav. Evropske države vse to imajo, ker so se ves čas zavedale pomena naraščajočega števila starih ter s tem povezanih novih razmerij in vprašanj. Pohvalimo pa se lahko s *Kakovostno starostjo*, za katero njen izdajatelj – sedanji nacionalni Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje – zasluži vse priznanje.

Kakovostna starost je tako edina slovenska strokovna revija, ki je posvečena izključno starosti in z njo povezanimi socialnimi, zdravstvenimi in medgeneracijskimi vprašanji. Čeprav so povzetki v njej objavljenih strokovnih člankov vključeni v kar nekaj podatkovnih baz in tako dostopni tudi bralcem v tujini, pa uredništvo sledi izročilu pokojnega akademika dr. Antona Trstenjaka, ki je tudi najbolj zapletena strokovna področja znal razložiti tako, da so jih razumeli vsi. Zato se njegova dela še danes berejo in citirajo. Tudi profesorja dr. Bojana Accetta je krasil jasen in nezapleten strokovni jezik, ki pa je odkrival njegovo enciklopedično znanje medicine, obogateno s številnimi človeškimi in strokovnimi izkušnjami. Profesorjeva velika želja, da bi v Sloveniji spet vzpostavili gerontološke in geriatrične aktivnosti, se je uresničila v zavezi Inštituta Antona Trstenjaka, da prevzame to nalogo v sodelovanju z ustreznimi strokovnimi ustanovami in posamezniki. Ker so danes razmere drugačne kot pred dvajsetimi leti, so aktivnosti Inštituta usmerjene predvsem v spremljanje razmer doma in po svetu, zbiranje in posredovanje gerontološkega in geriatričnega znanja, spodbujanje in vodenje raziskav, ki naj prinašajo v stroko nova znanja, sodelovanje s primarnim in bolnišničnim zdravstvom, vladnimi službami in nevladnimi organizacijami, društvi, zasebnimi pobudami in seveda v sodelovanju s strokovnimi ustanovami v drugih državah ter s Svetovno zdravstveno organizacijo, ki staranje prebivalstva uvršča med svoja prioriteta področja.

Z novim letnikom bo zato v *Kakovostni starosti* več člankov z zdravstveno vsebino. Potrudili se bomo, da jih bomo posredovali na kar najbolj javnozdravstveni način, namenjen bolj javnosti kot zgolj stroki. To pomeni, da jih bomo povezovali z življenjem, da bo v strokovnem članku vsakdo našel tudi del sebe, del svojih upov in vprašanj. Vse, kar je povezano z zdravjem in boleznijo, izhaja iz življenja, ki ga vsak dan živimo. Nobenega razloga ni, da bi bilo v starosti kaj drugače, še posebej, ker je tudi starost lahko povezana z aktivnostjo, zdravjem in polnim življenjem. S podaljšanjem življenjske dobe in večjim deležem starejših v družbi je prišel čas, ko je treba ponovno opredeliti družbeni položaj starih ljudi in njihovo vlogo. Tudi temu bomo v *Kakovostni starosti* namenjali dovolj pozornosti in se trudili v slovenski družbi sprožati pobude, ki bodo k temu vodile.

Dr. Božidar Voljč, dr. med.

Božidar Voljč

Kaj so kronične nenalezljive bolezni in kaj lahko storimo za njihovo preprečevanje, nadziranje in zdravljenje?

POVZETEK

S podaljšanjem življenja in uspešnim nadziranjem nalezljivih bolezni so največji zdravstveni problem sedanosti postale kronične nenalezljive bolezni. Prizadevajo vse telesne sisteme in povzročajo že 60% vseh smrti po svetu. Njihov nastanek in razvoj podpirajo dejavniki tveganja, ki se medsebojno prepletajo v škodljivih učinkih. S primernim načinom življenja in ravnanja pa se jim je mogoče izogniti. Kronične nenalezljive bolezni so pogostejše med revnimi posamezniki in v revnih državah. Bolniki, ki jih imajo, so največji porabniki zdravstvenih storitev. Zdravstvo se ukvarja predvsem z njihovim zdravljenjem, premalo pa se stori za preventivo, ki je lahko zelo učinkovita, kot kažejo izkušnje v razvitih okoljih. Svetovna zdravstvena organizacija je pripravila Strategijo za preprečevanje kroničnih nenalezljivih bolezni, ki povzema vse dosedanje javno-zdravstvene pozitivne izkušnje in lahko vsem državam služi za osnovo pri pripravi njihovih strategij.

Ključne besede: kronične nenalezljive bolezni, podaljšanje življenja, dejavniki tveganja, socialni dejavniki, revščina, zdravstveno varstvo, preventiva, Svetovna zdravstvena organizacija

AVTOR: *Doc. dr. Božidar Voljč* je diplomant javnega zdravstva in specialist družinske medicine. Bil je direktor zdravstvenih domov, vodil je Zavod RS za transfuzijsko medicino, katerega delovanje je povzdignil na raven kolaborativnega centra Svetovne zdravstvene organizacije (SZO). V neodvisni Sloveniji je bil minister za zdravstvo v prvi slovenski vladi, sedaj pa je član Izvršilnega odbora SZO.

ABSTRACT

Chronic noncommunicable diseases – the prevention, control and treatment

With the prolongation of life and the successful control of communicable diseases, chronic noncommunicable diseases have become the most important health problem of present time. They affect all body systems and are already causing 60% of global deaths. Their origin and development are supported by risk factors, which collide with each other in their harmful effects. It is possible to avoid them by living a proper way of life. Chronic noncommunicable diseases are more frequent among poor individuals as well as within poor countries. Patients, who suffer from them, represent the most frequent users of health services. Health systems are mostly engaged with their treatment, with too little attention paid to prevention, which can be, considering experiences from developed environments, very effective. The World Health Organization prepared a strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases, which summarizes all positive public health experiences and represents for

member countries the source for preparation of their own strategies for combating chronic noncommunicable diseases.

Key words: hronic noncommunicable diseases, prolongation of life, risk factors, social factors, poverty, health care, preventive, World Health Organization

***AUTHOR: Dr. Božidar Voljč, M.D.** is a specialist in family medicine and Public Health. He was a director of two primary health care centers in Ribnica and Kočevje and a director of The Blood Transfusion Centre of Slovenia that during his management became a collaborative centre of the World Health Organization (WHO). He was the minister of health in the first government in independent Republic of Slovenia. Currently he is a member of the WHO Executive Board.*

UVOD

V zgodovini človeštva so bile nalezljive bolezni glavni vzrok prezgodnje umrljivosti in kratkega povprečnega trajanja življenja. Velike epidemije črnih koz in gripe so desetkale prebivalstvo, zaradi škrlatinke, davice, oslovskega kašlja in drugih so v velikem številu umirali otroci, poseben del pokopališč je bil namenjen samo otroškim grobovom. Za kaj takega danes ni nobene potrebe, saj otroci ne umirajo več, ker nalezljive bolezni uspešno nadzorujemo s cepljenji in učinkovitimi zdravili.

Danes živimo bolje in bolj čisto kot kdajkoli prej. Hrana je nadzirana in varna, oblačimo se letnim časom primerno, naša stanovanja so opremljena z energijo in vodo, skrbimo za telesno higieno, smo bolj izobraženi, zaposlitev nam omogoča ekonomsko in socialno samostojnost, z obveznim zdravstvenim zavarovanjem pa nam je zagotovljena tudi zdravstvena varnost. Vsaka od teh okoliščin že sama po sebi podaljšuje življenje, vse skupaj pa se povezujejo v učinkovit osebni in družbeni sistem varnosti, ki večini med nami zagotavlja daljše življenje. Danes je v Sloveniji ob rojstvu vsakemu otroku namenjenih v povprečju 76 let življenja, leta 1930 pa je lahko pričakoval le 52 let. In tako je tudi v drugih razvitih državah (UMAR, 2006). V revnem in manj razvitem delu sveta ljudje ne živijo tako dolgo, kljub temu pa se življenjska doba tudi tam podaljšuje (World Health Organization, Regional Office for Europe, 2003). Pričakuje se, da se bo življenje še naprej podaljševalo.

KRONIČNE NENALEZLJIVE BOLEZNI SO NAJVEČJI ZDRAVSTVENI IZZIV SEDANJEGA ČASA

Prav daljše trajanje življenja pa je glavni vzrok, da so danes najbolj razširjene kronične nenalezljive bolezni (KNB), ki v današnjem času predstavljajo največje zdravstveno breme človeštva. Čeprav se lahko KNB pojavijo tudi v mladosti in srednjih letih, pa jih je največ med starimi ljudmi. Z leti začnejo popuščati posamezni organski sistemi, česar ni mogoče odpraviti, zato so s tem povezane bolezni kronične, niso pa nalezljive. Odtod njihovo ime. Vsi organski sistemi pa ne slabijo v enaki meri. Vsak človek ima neko šibko točko, ki se običajno prenaša iz roda v rod. Nekateri so bolj podvrženi boleznim srca in ožilja, drugi rakavim spremembam, sladkorni bolezni, boleznim dihal, sečil, gibal, čutil itd. Ni organa oziroma mesta v naših telesih, ki ga KNB ne bi prizadevale. Razvijajo se počasi, sprva komaj opazno, pri nekaterih hitreje, pri drugih pa počasneje. Njihov razvoj pa ni pogojen samo z dednostjo, ampak je še bolj odvisen

od načina življenja in od okolja, v katerem živimo. Nekatera stanja in razvade v načinu življenja, ki pospešujejo razvoj KNB, imenujemo dejavnike tveganja. Z ustreznim načinom življenja se jim prav vsak lahko izogne. Danes je 60% vseh smrti po svetu povezanih s KNB, pričakuje pa se, da bo ta odstotek v prihodnosti še višji (World Health Organization, Regional Office for Europe, 2006). Zato je Svetovna zdravstvena organizacija pripravila strategijo, s katero je mogoče pojav KNB odložiti ali celo preprečiti, z ustreznim načinom življenja in zdravljenjem upočasniti njihov razvoj, z nekaterimi pa celo zdravo in aktivno živeti.

ZBOLEVNOST IN SMRTNOST ZARADI KRONIČNIH NENALEZLJIVIH BOLEZNI

Med KNB predstavljajo bolezni srca in ožilja skoraj 25% vseh primerov, 20% zavzemajo živčne in duševne bolezni, 10% pa najrazličnejše oblike rakavih sprememb. Sledijo bolezni prebavil, dihal, čutil in gibal, od katerih vsaka predstavlja približno 5% vseh primerov. Sledi sladkorna bolezen in za starostnike zelo pomembne bolezni v ustni votlini. Če pa pogledamo, koliko smrti povzročijo KNB, je slika drugačna. Dobro polovico vseh smrti povzročijo bolezni srca in ožilja, petino pa rak, kar pomeni, da samo ti dve skupini bolezni povežujeta skoraj tri četrtine vseh smrti zaradi KNB, vse ostale, to so bolezni prebavil, dihal, živčne in duševne bolezni, sladkorna bolezen, ustna votlina in druge pa skupaj povzročajo le tretjino vseh smrtnih primerov (World Health Organization, Regional Office for Europe, 2006). To pomeni, da se z vsakim znižanjem bolezni srca, ožilja in raka, ohrani ali podaljša življenje največjemu številu posameznikov.

DEJAVNIKI TVEGANJA

Dejavniki tveganja ves čas spremljajo naša življenja. Najbolj nevaren med njimi je povišan krvni tlak, ki je glavni vzrok tolikšne razširjenosti bolezni srca in ožilja ter posledične smrtnosti. Obremenjuje in izčrpava srce, ožilje, možgane, ledvice in druge organe. Še posebej je nevaren v kombinaciji s sladkorno boleznijo, povišanimi maščobami v krvi in kajenjem. Zavedanje o nevarnosti povišanega krvnega tlaka je v slovenski družbi prenizko, še posebej med mlajšimi letniki, ki tudi s povišanim krvnim tlakom živijo brez večjih težav, obenem pa, ne da bi se zavedali, najedajo svoje življenjske rezerve. Javnost je treba zato nenehno opozarjati na potrebo, da vsak njen posameznik ve, kako visok krvni tlak ima in da jemlje ustrezna zdravila, če je to potrebno. To bi moralo postati skoraj kulturno pravilo, del osebne higiene v širšem pomenu te besede. Potreba po nadziranju krvnega tlaka in ostalih dejavnikov tveganja bi morala postati del skupne slovenske zdravstvene zavesti.

Skoraj nič manj nevarno od zvišanega krvnega tlaka ni kajenje. Tudi z njim obremenjuje srce, ožilje in organe, obenem pa celice v telesu spodbujamo k rakavi rašči. Res je, da vsak kadilec ne dobi raka, a kdor je k njemu nagnjen, pa tega ne ve, s kajenjem izredno veliko tvega. Zdravstvene statistike vedno znova potrjujejo že dolgo poznane izsledke, da je med kadilci povečana nagnjenost k številnim boleznim, da je med njimi bistveno več srčnih in možganskih kapi ter rakavih sprememb na različnih organih, še največ na pljučih, in da kadilci umirajo prej kot nekadilci. Zakoni, ki urejajo kajenje na javnih mestih, niso namenjeni zatiranju kadilcev, saj je kajenje njihova povsem osebna odločitev in pravica, ampak zaščiti tistih, ki ne kadijo

in imajo prav tako pravico do čistega zraka. Kajenje na javnih mestih je pravzaprav vprašanje lepega vedenja. Včasih ni bilo tako, danes pa velja, da vpričo nekadilcev, tudi če v to privolijo, ni vljudno kaditi. To pravilo lepega vedenja, ki se povsod po svetu vse bolj uveljavlja, moramo pozdraviti in podpirati, saj se z njim prepreči veliko bolezni in ohrani veliko življenj.

Med najbolj nevarne dejavnike tveganja sodi tudi alkohol oziroma njegovo pretirano pitje. V zmernih količinah je pitje naravnega in nepokvarjenega vina celo priporočljivo, saj so njegovi dobri učinki na srce, ožilje in prebavo dokazani. Zmerno količino je težko opredeliti na način, da bi veljala za vsakogar. Kar je za nekoga zmerno, je za drugega škodljivo, za majhnega otroka pa je že kozarec vina lahko smrtno nevaren. Zato je vsa priporočila o zmernih količinah potrebno sprejemati in razumeti z zadržkom. Vsak odrasel, najsi bo moški ali ženska, naj pozna svojo »mero« oziroma mejo, ki je ni dobro prekoračiti, še posebej pa ne v vsakršnih okoliščinah. Neupoštevanje tega pravila ima za posledico, da vsako leto na naših cestah umre veliko preveč ljudi, še posebej mladih, ki živeti še dobro začeli niso. Alkohol je poglavitni razlog za smrt in invalidnost mladih ljudi (World Health Organization, Regional Office for Europe, 2006). Vsaka smrt mladega človeka pa ni samo tragedija za starše, z njo slovenska družba ne izgubi samo delovne dobe enega posameznika, ampak tudi bodočo družino. Vse to imejmo v mislih, kadar se pogovarjamo o običajnem pitju alkohola, ki ga družba sprejema z velikim razumevanjem in toleranco. Nekaj drugega je seveda alkoholizem, ki je bolezen odvisnosti, povezana s socialnim in telesnim propadanjem. Nezdravljen se konča s cirozo jeter, propadanjem živcev, vodo v trebuhu, rumenimi beločnicami in smrtjo. Nevarnosti alkoholizma se večina, ki občasno pije, zaveda, in se od njega ter alkoholikov drži kolikor mogoče daleč. Pa vendar se alkoholiki kar naprej pojavljajo. Ko postane alkohol potreba, je vse že precej daleč, čeprav vsak trdi, da lahko kadarkoli preneha s pitjem.

Za povišane maščobe v krvi, zlasti holesterol, ki tudi sodijo med pomembne dejavnike tveganja, velja isto kot za povišan krvni tlak. Če hočemo vedeti, kakšne vrednosti maščob imamo, jih je treba izmeriti, kar je mogoče storiti le v laboratoriju z vzorcem odvzete krvi.

Če so maščobe povišane ali so v neustreznih razmerjih, je stanje mogoče popraviti z dieto in zdravili. S tem zmanjšamo verjetnost okvar na notranji steni žil. Na teh okvarah se lahko prične strjevati kri ali pa se zbirajo sklerotične obloge, kar onemogoča zadosten pretok krvi, posledica pa so infarkti, najpogosteje na srcu ali možganih. Če so vrednosti normalne, naj nam zdravnik pove, kdaj naj spet pridemo, če pa je potrebno zdravljenje, se ravnajmo po njegovih navodilih.

Med dejavnike tveganja, ki dolgoročno ogrožajo zdravje in povzročajo prezgodnjo smrt, sodi tudi debelost. Na svetu so poleg suhih vedno bili, so in bodo tudi debeli ljudje. A toliko ljudi s preveliko težo, kot jih je zdaj, ni bilo še nikoli. Epidemija debelosti se širi po vseh državah sveta, tudi revnih, in Svetovna zdravstvena organizacija opozarja zdravstvene oblasti, da je temu problemu, ki ogroža zdravje in skrajšuje življenje, potrebno posvetiti več pozornosti. Debelost, ki se začne s predebelimi otroci in se širi v vse starostne skupine, ni samo dedno pogojena, ampak je predvsem posledica neprimerne prehrane oziroma prehranjevalnih razvad. Debeli ljudje tvegajo, da bodo dobili sladkorno bolezen, povišan krvni tlak, bolezni žolčnika, različne vrste rakov, imajo pa tudi psihosocialne probleme. Debelosti je več med revnimi in med prebivalci mest (World Health Organization, 2006). Ob primerni volji pa se da shujšati, s čimer se razbremeni delovanje organov in poveča telesna zmogljivost. Znanstveno je ugotovljeno, da lakota podaljšuje življenje, zato uvedba

»sadnih ali zelenjavnih dni« zdravju lahko le koristi. Na splošno velja, da naj bi imeli toliko kilogramov, za kolikor centimetrov naša višina presega en meter. To pomeni, naj bi imel 180 cm visok moški približno 80 kilogramov in 160 cm visoka ženska 60 kilogramov, čeprav je po mnenju nekaterih strokovnjakov tudi to že preveč. Drži pa, da pri takšnem razmerju med višino in težo še ne govorimo o debelosti¹. S pravilno prehrano lahko preprečimo nastanek prenekaterih KNB. Za pravo mero se je treba vprašati, ali živimo zato, da jemo, ali jemo zato, da živimo. Skromnost v prehrani ni povezana s slabo prehrano. Jejmo dobro, kar pomeni, da mora biti naša hrana pestra in zdrava. V prejšnjih časih so ljudje v Sloveniji uživali letnim časom primerno hrano. Še danes je dobro, če tako ravnamo, čeprav lahko v trgovinah dobimo grozdje tudi sredi pomladi. Predvsem je uživanje primerne količine sadja in zelenjave tako pomembno, da zanemarjanje tega priporočila sodi med najpomembnejše dejavnike tveganja. Žal pa sta sadje in zelenjava, ki vsebujeta petkrat več vitaminov in mineralov kot druga hrana, v povprečju od nje tudi petkrat dražja. V Evropski regiji Svetovne zdravstvene organizacije vsak dan uživa sadje le 30% dečkov in 37% deklic (World Health Organization, Regional Office for Europe, 2006). Redno uživanje sadja in zelenjave pa ni povezano samo z zdravo prebavo in rednim iztrebljanjem, kar je najboljši način za preprečevanje raka in drugih težav na črevesu, ampak s tem ugodno vplivamo še na druge dejavnike tveganja, maščob v krvi, povišanega krvnega tlaka in podobno (Morning Glory Publishers, 1998).

Med dejavniki tveganja je tudi pomanjkanje redne telesne aktivnosti. Telesna aktivnost krepi telo, prispeva k večji samozavesti in okretnosti duha ter telesa. Duševna in čustvena kondicija sta vzajemno povezani s telesno kondicijo, telesna aktivnost pa je za večino ljudi edini način, da dosežejo usklajenost s seboj in okoljem. Izvajamo jo lahko v vsaki starosti in tudi v primeru, če imamo kakšno bolezen, treba je le vedeti, kaj smemo delati in kako. Danes se vse več ljudi zaveda pomena telesne aktivnosti in zdravega načina življenja. Škoda je le, da se preveč povezuje z razkazovanjem družbenega položaja in »elitnimi« športi, kjer se zbirajo tisti, ki mislijo, da tja sodijo ali da jih je tam iz kakršnegakoli razloga že treba videti. Za preprostega človeka pa je telesna aktivnost povezana z vsakdanjim življenjem in delom. Hodite in opravite peš ali s kolesom, kar le morete, v višja nadstropja pojdite po stopnicah, če imate vrt, ga vzdržujte sami, prav tako hišo ali stanovanje. Velika prednost telesnega dela je, da tisto, kar naredimo, ostane in da lahko sadove svojega dela vidimo, čutimo ter spremljamo še dolgo časa. Od snobizma, pa tudi tekem in iger ne ostane nič, zato pri izbiri telesnih aktivnosti izbirajmo tudi take, ki niso le same sebi namen.

PREPLETANJE DEJAVNIKOV

Našteti sedem dejavnikov tveganja sodi med najbolj razširjene, lahko bi rekli, da predstavljajo »sedem naglavnih grehov«, ki jih je dobro poznati, se jih zavedati in se jim kolikor

¹ Primernost teže lahko najbolje preverimo z izračunom »indeksa telesne mase« (ITM ali BMI = Body Mass Index), ki je telesna teža v kilogramih, deljena s kvadratom višine v metrih. Izračun ITM za 80 kg teško in 1,8 metra visoko osebo poteka tako, da 80 delimo s kvadratom vrednosti 1,8, to je 3,24, in dobimo vrednost 24,7, kar je na zgornjem robu normalnega, saj za normalne oziroma zdrave veljajo vrednosti med 18,5 in 24,9. Vrednosti med 25-29,9 že predstavljajo povečano telesno težo oziroma predstopnjo debelosti, vrednosti nad 30 pa so značilne za debele ljudi (World Health Organization, 2005).

mogoče izogibati. Povzamemo lahko, da je treba vedeti, kakšen krvni tlak imamo in koliko ter kakšnih maščob v krvi, da ne kadimo in le zmerno pijemo alkohol, da nadziramo telesno težo, da uživamo dovolj sadja in zelenjave ter da smo telesno aktivni. Ugodni učinki posameznih navodil se med seboj podpirajoče prepletajo v ohranjanju našega telesa in omogočajo zdravo in aktivno življenje tudi še v visoki starosti.

Prav tako se med seboj podpirajo tudi dejavniki tveganja. Vsak je povezan z nekaterimi boleznimi in za vsako KNB najdemo enega ali več dejavnikov. Zato se tudi KNB med seboj prepletajo in le redko najdemo posameznika, ki bi imel le eno samo. 35% moških nad 60 let ima najmanj dvoje KNB, s starostjo pa se jih pojavi še več (World Health Organization, Regional Office for Europe, 2006). Da bi to zakonitost preprečili ali omilili, se je dejavnikom tveganja treba izogibati v vseh obdobjih življenja. Zdravje ni nikomur zagotovljeno vnaprej, gradimo ga že od rojstva dalje. Pri zdravljenju posameznikov s KNB naj zdravniki poleg zdravja posameznikov spremljajo tudi zdravje družin in prehajanje bolezni iz roda v rod. Na ta način lahko izvajajo ciljno preventivo in opozarjajo posameznike, na kaj naj bodo pozorni, še preden se je bolezen sploh pojavila. Med vsemi zdravniki imajo na tem področju največjo prednost, največ izkušenj, pa tudi največjo odgovornost družinski zdravniki.

POMEMBNE DRUŽBENE OKOLIŠČINE

Na razširjenost KNB poleg dejavnikov tveganja odločujoče vplivajo tudi socialne, ekonomske, bivalne in življenjske okoliščine. Predstavljajo jih izobrazba, dohodki, bivanjsko in delovno okolje, doživljanje življenja in svoje vrednosti. Te prvine bivanja pa v naših življenjih niso tako samoumevne, kot so dejavniki tveganja, saj so zelo neenakomerno razporejene. Zato je v vseh evropskih državah tudi razporeditev KNB in njihovih vzrokov neenakomerna in nepravilna. Zdravstvene statistike vedno znova potrjujejo, da se dejavniki tveganja v revnih in zanemarjenih okoljih zbirajo, njihovi vplivi pa množijo. Več jih je tam, kjer so ljudje slabo izobraženi, kjer prebivajo v slabih bivalnih okoljih in se slabo hranijo. Tam je več kajenja in alkohola, zdravstvena zavest je pomanjkljiva, pomanjkljiva pa sta tudi zdravstveni nadzor in oskrba. Revni zaradi KNB zbolevajo in umirajo dvakrat pogosteje kot dobro situirani. Med premožnimi in dobro izobraženimi se število KNB zmanjšuje, med revnimi pa narašča. Isto velja tudi za države. V Evropi zaradi raka na materničnem vratu vsako leto umre 30.000 žena, vendar je v primerjavi z razvitimi državami smrtnost zaradi njega v revnih državah 3 do 4 krat višja. Danes je smrtnost zaradi bolezni srca in ožilja v revnih državah že 10-krat večja, nevarnih komplikacij sladkorne bolezni je med revnimi 3 do 4-krat več, moški z nizko izobrazbo imajo v obdobju med 20 in 64 leti 3-krat višjo verjetnost, da bodo prehitro umrli. Danes je v bogatih državah doba zdravega življenja 20 let daljša od življenja v revnih državah. Tudi vsak napredek zdravljenja ni pravično razdeljen. Najprej so ga deležni bogati, ki se na nova zdravila in zdravljenja tudi boljše odzivajo od revnih (vse World Health Organization, Regional Office for Europe, 2006). Tudi v Sloveniji ugotavljamo, da revščina predstavlja nesprejemljivo obliko neenakosti, s prikrajšanostjo na materialnem in socialnem področju, omejenim dostopom do izobrazbe, zdravja, kulturnih dobrin ter izločenostjo na socialno obrobje (UMAR, UNDP, 2003).

KRONIČNE NENALEZLJIVE BOLEZNI IN ZDRAVSTVENO VARSTVO

V vseh državah in okoljih pa so bolniki s KNB največji porabniki zdravstvenih storitev. Na KNB odpade 70 do 80% stroškov zdravstvenega varstva, od 10 sprejemov v bolnišnico jih je 8 zaradi KNB. Povzročajo največ odsotnosti z dela in največ prezgodnjih upokojitev (World Health Organization, Regional Office for Europe, 2006). Za vse države in družbe predstavljajo KNB veliko ekonomsko breme, v državah, kjer zdravstveno varstvo ne upošteva dovolj javnozdravstvenega načela solidarnosti, pa lahko KNB v revni družini predstavlja pravo katastrofo. Ker socialne razlike tudi v Sloveniji naglo naraščajo, mora vsaka vlada skrbno bedeti nad zdravstveno varnostjo državljanov. V zavesti slovenske družbe je, da je zdravstvena varnost zagotovljena vsakomur in da tudi v revnih družinah ni nevarnosti, da bi jih zdravljenje katerihkoli bolezni pahnilo v še večjo revščino. V velikem delu sveta pa žal ni tako.

Zaradi daljšega življenja in znižane rodnosti se bo v Evropi število starih ljudi še naprej povečevalo. V primerjavi z letom 1950 se je število starih 80 let in več povečalo za štirikrat, leta 2050 bo starih nad 65 let še enkrat več kot danes (World Health Organization, Regional Office for Europe, 2006). Danes v večini primerov ti ljudje predstavljajo ekonomsko neaktivno skupino, nanje se gleda predvsem kot na porabnike. Zato so prizadevanja, kako stare ljudi na primeren in sprejemljiv način vključiti v aktivno družbo, pravzaprav edini izhod iz nakazujočih se problemov. Jasno pa je, da bo KNB še več in da bo pomen dejavnikov tveganja in njihovega zmanjševanja ne samo zdravstvena, ampak nujno tudi politična usmeritev.

Vendar KNB ne smemo povezovati samo s starimi ljudmi, saj jih poznajo tudi mlajše generacije. Povezane so z nezdravim življenjem in prehranjevanjem. V mestih živi čedalje več ljudi, kjer je možnosti za nezdravo življenje več kot na deželi. V mestih je sedečih in debelih ljudi več, nezdravo prehranjevanje se začne že pri otrocih, med katerimi je v primerjavi s prejšnjimi časi prava epidemija debelosti. 50% ljudi ne ve, da imajo sladkorno bolezen, večina ljudi ne ve, kolikšen krvni tlak in vsebnost maščob v krvi imajo. Ustrezen način življenja pa lahko zmanjša verjetnost sladkorne bolezni za 58%, pravočasno zdravljenje nevarnosti njenih zapletov za 31%. Z ustreznimi zdravili lahko zmanjšamo število srčnih infarktov za 75% (World Health Organization, Regional Office for Europe, 2006).

Zdravstvo KNB predvsem zdravi, premalo pa stori za njihovo preprečevanje, za katerega se namenja le 3% zdravstvenih sredstev (World Health Organization, Regional Office for Europe, 2006). Pa vendar je večino KNB in z njimi povzročenih smrti mogoče preprečiti ali odložiti! Možno je vplivati na dejavnike tveganja, na pojav in razvoj bolezni, preprečiti nezmožnost, prezgodnjo in mučno smrt. Pa vendar, čeprav veliko vemo, čeprav imamo veliko izkušenj, obojega ne uporabljamo niti dovolj niti na pravičen način.

Organizacija stalnega nadzora nad zdravstvenimi dejavniki tveganja in širjenje zavesti o zdravem življenju stane v primerjavi z izdatki za zdravljenje KNB zelo malo in jo je ob solidarnostnem sistemu zdravstvenega varstva mogoče za vsakogar vpeljati na ravni družbe, pokrajin, občin in lokalnih skupnosti. Na ravni družbe pa je multisektorska preventiva KNB velika in poceni investicija v ekonomski razvoj. Ekonomsko rast je treba povezovati z zmanjševanjem revščine in socialnih razlik, kar dosežemo z boljšo izobrazbo, zniževanjem razlik v dohodkih, manjšo nezaposlenostjo, zdravim delovnim okoljem in vsakomur dostopnim zdravstvenim varstvom. Kot kažejo izkušnje razvitih držav, so vse to vrata k boljšemu zdravju in zmanjševanju KNB.

STRATEGIJA SVETOVNE ZDRAVSTVENE ORGANIZACIJE ZA ZMANJŠANJE KRONIČNIH NENALEZLJIVIH BOLEZNI

Evropska strategija Svetovne zdravstvene organizacije je pri preprečevanju, odkrivanju in zdravljenju KNB usmerjena v višjo stopnjo družbenega in posamičnega zdravja, v preventivne programe za posamezne bolezni, v odkrivanje ranljivih skupin in posameznikov,

v zagotavljanje učinkovitega zdravljenja in oskrbe ter v zmanjševanje nepravilnosti v zdravju takon znotraj posameznih držav kot tudi med državami. Strategija ima osnovna načela, strateške usmeritve, podlage za ukrepanje, vodenje aktivnosti in usmeritve za prihodnost (World Health Organization, Regional Office for Europe, 2006). Vsem državam v Evropski regiji Svetovne zdravstvene organizacije predstavlja najboljšo možno osnovo za pripravo programov, ki upoštevajo tudi posebne okoliščine, ki v vsaki državi prav tako vplivajo na nastanek in razvoj KNB.

V zvezi s KNB nas vsi vznemirljivi podatki opozarjajo, da je na področju njihovega preprečevanja in zdravljenja še veliko prostora in dela. Načelno smo pred boleznijo vsi enaki, vendar človeštvo še ni doseglo take stopnje razvoja, da bi bilo zdravje v enaki meri dostopno vsem. Ob vstopu v novo tisočletje je Generalna skupščina Združenih narodov sprejela 8 ciljev za novo tisočletje, med njimi odpravo najhujše revščine in lakote, zagotovitev osnovnega izobraževanja vsem ljudem na zemlji in odpravo še obstoječe razlike med spoloma (World Health Organization, 2006). Od takrat je minilo že sedem let, razlike med revnimi in bogatimi pa se tako v posameznih državah kot med njimi še vedno večajo in predstavljajo iz leta v leto večjo grožnjo svetovnemu miru in družbenemu napredku. V takih razmerah ima v družini Združenih narodov Svetovna zdravstvena organizacija vse večjo priložnost, pa tudi dolžnost, da države in njihove voditelje opozarja na družbene in politične razsežnosti zdravja, katerega definicija iz davnega leta 1946 predstavlja osnovo ne samo za bolj zdrav, ampak tudi za pravičnejši in varnejši svet.

LITERATURA

UMAR (2006). *Socialni razgledi 2006*. Ljubljana: str. 66.

World Health Organization, Regional Office for Europe (2003). *Atlas of health in Europe*. Copenhagen: str. 21-2, 26-7.

World Health Organization, Regional Office for Europe (2006). *Gaining Health. The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*. Copenhagen: str. 5, 4, 6-7, 9, 11, 15-38.

World Health Organization (2005). *Preventing Chronic Diseases, a vital investment*. Geneva: str. 12, 48.

World Health Organization, Regional Office for Europe (2006). *10 things you need to know about obesity*.

WHO European Ministerial Conference on Counteracting Obesity. Istanbul: str. 1-3.

Morning Glory Publishers (1998). *Chinese Cooking*. Beijing: str. 11.

UMAR, UNDP (2003). *Poročilo o človekovem razvoju, Slovenija 2002/03*. Ljubljana: str. 23.

World Health Organization (2006). *Engaging for Health. Eleventh General Programme of Work 2006-2015*. Geneva: str. 13-17.

Kontaktne informacije:

Dr. Božidar Voljč

Inštitut Antona Trstenjaka

Resljeva 11, p.p. 4443, 1001 Ljubljana

e-pošta: bozidar.voljc@gmail.com

Olaf von dem Knesebeck

Družbena neenakost, zdravje in bolezni v starosti¹

POVZETEK

Pričujoči prispevek nudi pregled literature o zdravstvenih neenakostih med starimi ljudmi. V prvem poglavju avtor obravnava, kateri kazalci neenakosti so ustrezni za starejše prebivalstvo in kako se družbena neenakost spreminja s starostjo. Kratek opis zdravstvene neenakosti in možne razlage zanjo so podani v drugem poglavju. V zadnjem poglavju pa so prikazani izbrani rezultati mednarodnih raziskav o zdravstveni neenakosti med starimi ljudmi. Avtor na kratko razpravlja tudi o možnih razlagah za družbeno in zdravstveno neenakost med starimi ljudmi.

Ključne besede: družbena neenakost, zdravje, stari ljudje

AVTOR: *Dr. Olaf von dem Knesebeck* je profesor na Oddelku za medicinsko sociologijo v Medicinskem univerzitetnem centru Hamburg-Eppendorf. Raziskovalno se ukvarja predvsem z družbeno epidemiologijo, sociologijo staranja, raziskovanjem zdravstvenovarstvenega sektorja, sociološkimi vidiki kliničnega odločanja in mednarodnimi raziskavami.

ABSTRACT

Social Inequality and health among the aged

This article provides a literature review of health inequalities among the aged. In the first chapter it is explored which inequality indicators are adequate for elderly populations and how social inequalities vary with age. In the second chapter a short description of health inequalities and possible explanations is given. In the final chapter results of selected international studies on health inequalities among the aged are shown. Moreover, possible explanations for social inequalities in health among elderly populations are discussed.

Keywords: social inequalities, health, elderly

AUTHOR: *Dr. Olaf von dem Knesebeck*, is a Professor at the Department of Medical Sociology, University Medical Center Hamburg-Eppendorf. His research interests are Social Epidemiology, Sociology of Ageing, Evaluation Research in the Health Care Sector, Sociological Aspects of Clinical Decision Making and Cross-National Research.

Soočanje z vzroki, pojavnimi oblikami, učinki in spremembami družbene neenakosti je osrednji znanstveni in raziskovalni interes sociologije. Družbena neenakost se na splošno razume kot že dana/prisotna struktura neenakih delitev dobrin in virov, ki jih je malo, ki si jih ljudje želijo in ki vplivajo na uresničevanje splošno sprejetih življenjskih ciljev. Te dobrine niso dostopne vsem ljudem enako. K pomembnim vidikom družbene

¹ Prevod: dr. Anton Mlinar

neenakosti v moderni družbi se štejejo materialno blagostanje, družbena moč in vpliv, prestiž in izobrazba (Hradil 1999).

Za empirično zbiranje in razumevanje podatkov o družbeni neenakosti v moderni družbi se večinoma upoštevajo naslednji kazalci: dosežena izobrazba, poklicni položaj in osebni dohodek. Slabši ali boljši družbeni položaj posameznega človeka glede na prej omenjene vidike družbene neenakosti (neenakomerne porazdeljenosti dobrin) se običajno imenuje 'status' ali 'položaj', ljudje s podobnim statusnim položajem pa statusna skupina. V teku socioloških raziskav družbene neenakosti so se obravnavale različne statusne skupine: raztezale so se v časovnem razponu, se imenovala stanovi, razredi in sloji vse do bolj kompleksnih družbenih razmer in družbenih okolij (Kreckel 1992; Hradil 1999; Geißler 2002).

Za zdravje pomembne posledice, ki temeljijo na družbeni neenakosti, so doslej obravnavale različne druge discipline, na primer medicinska sociologija ali družbena epidemiologija, v novejših raziskavah pa se o tem razpravlja v okviru pojma 'zdravstvena neenakost' (Richter & Hurrelmann 2006a). Večina študij o razmerju med družbeno neenakostjo in obolevnostjo oz. smrtnostjo pa je bila izvedena na populaciji pred upokojitveno starostjo. Šele v zadnjih letih se je izkazalo, da se ta tematika pojavlja tudi pri višjih starostnih skupinah, s tem pa so se počasi začela pojavljati tudi dela, ki so se lotevala vprašanj, ali je mogoče govoriti o zdravstveni neenakosti tudi pri ljudeh v višjem starostnem obdobju in v kolikšni meri (če sploh) se s staranjem spreminja razmerje med družbeno neenakostjo in zdravjem. Razvoj se nanaša tudi na dejstvo, da se višja starost vedno bolj priznava kot življenjsko obdobje, ki ga močno določajo različne osebne (medindividualne) in družbene razlike.

Ta prispevek si je zadal za cilj, da posreduje splošen pregled stanja raziskav o temi 'družbena neenakost, zdravje in bolezen v starosti'. V prvem delu se v premislek predlaga starostno-družbeno gledanje na strukture neenakosti, in sicer tako, da se poskuša odgovoriti na vprašanje, kateri kazalci so primerni za opredelitev družbene neenakosti v starosti in kako se spreminjajo družbene neenakosti v višji starosti. V drugem delu bo na kratko predstavljeno trenutno stanje raziskav o razsežnosti zdravstvene neenakosti in nekaj pojasnil. V tretjem odstavku bo, naslanjajoč se na izbrane nacionalne in mednarodne študije, končno bolj natančno predstavljen pomen družbene neenakosti v višji starosti in njen vpliv na zdravje in bolezen. Glede na to bodo predstavljeni možni pojasnjevalni dejavniki za t. i. zdravstveno neenakost v višji starosti.

DRUŽBENA NEENAKOST V STAROSTI

V teku razprave o pojemajočem pomenu prej imenovanih vertikalnih razsežnosti neenakosti s staranjem in o razvoju 'novih' neenakosti, kot sta spol in narodna pripadnost, se je z več strani poudarilo, da se pripadnost nekemu poklicu – tega je raziskovanje neenakosti večinoma močno poudarjalo – ne more nanašati na vse dele prebivalstva v enaki meri (npr. Kreckel 1992; Hradil 1999; Geißler 2002). To zadeva tudi starejše prebivalstvo, ki je že zunaj zaposlitvenega obdobja. Glede na to se postavlja vprašanje, v kolikšni meri so kot pokazatelji neenakosti v višji starosti pomembni oziroma ustrezni tradicionalni kazalci slojev, kot

so izobrazba, poklic in osebni dohodek, pa tudi katera druga znamenja določajo družbeno pozicijo starih ljudi in vsebujejo družbeno oblikovalno moč te specifične starostne skupine prebivalstva (O'Reilly 2002). Čeprav so bili v empiričnih raziskavah o neenakosti v višji starosti uporabljeni klasični pokazatelji slojev, je treba to vprašanje obravnavati kot doslej ne zadostno pojasnjeno. V mednarodnih študijah se išče podpora in naklonjenost mnenju, da naj bi se raziskovalci v empiričnih študijah ne naslanjali samo na en kazalec neenakosti, ampak da bi jih izpostavili in med seboj primerjali več. S tem bi bile študije bolj natančne in poštene glede na večdimenzionalnost družbenega/socialnega položaja starih ljudi (Huisman et al. 2003). Zato se je v nadaljevanju predlagalo, da bi vključili tudi druge kazalce, kot sta premoženje in posedovanje nepremičnin, ker se je zdelo pomembno, da bi v raziskavah zajeli kazalce materialne zapostavljenosti, ki so se nakopičili v teku življenja (Robert & House 1996; McMunn et al. 2006).

Izsledki empiričnih raziskav o družbeni neenakosti v starosti kažejo na to, da je mogoče v Nemčiji med starimi ljudmi zaznati velike razlike (Maye & Wagner 1999; Kohli et al. 2000). Sedanje pregledne analize stanja o materialnem položaju starejših ljudi (55–69 in 70–85 let) kažejo, da ima ena skupina starejših ljudi le malo nižji dohodek, kot ga prejema zaposleni srednje starosti (40–54 let), da pa obstajajo tudi posamične skupine starih ljudi (posebno ženske v starosti med 70 in 85 leti v nekdanji Vzhodni Nemčiji), ki so daleč pod povprečjem (Motel-Klingebiel 2006).

O tem, kako se lotiti možnih sprememb struktur in učinkov družbene neenakosti v višji starosti, se razpravlja v kontekstu različnih hipotez (O'Rand & Henretta 1999; Knesebeck 2005a; Knesebeck & Schäfer 2006). Glede na tezo o kontinuiteti, zlasti če se upošteva delovnoaktivno obdobje življenja, je mogoče dosežen družbeni status prenesti tudi na obdobje po upokojitvi. Razlogi za neenakosti v upokojitveni dobi so posledica družbenega položaja v času aktivnega dela, na podlagi katerega poteka stalen vpliv družbeno-ekonomskih razlik na življenjsko pričakovanje, samostojno oblikovanje življenja in na dejavnosti v starosti. Teza o destrukuiranju izhaja iz podmene, da so statusne razlike v poznejši starosti manj vidne in tudi manj pomembne. Kot razlog za to se navajajo vse večji pomen bioloških sprememb, ki so odvisne od starosti in vplivajo tudi na zdravje, vpliv državnih izravnalnih sistemov zdravstvenih zavarovanj, kakor tudi selektivna, predčasna umrljivost znotraj prizadetih družbenih skupin. Na podoben način se argumentira tudi teza o starostni odvisnosti, pri kateri starost in z njo povezane fiziološke in duševne spremembe pogojujejo družbeni status, medtem ko vse bolj izgubljajo na pomenu družbeno-ekonomski dejavniki. Nasproti temu poudarja teza o kumulaciji/kopičenju, da se zapostavljenost in obremenjenost kopičita v teku družbeno-ekonomske diferenciacije v spodnjih družbenih skupinah. Pri tem pa se poudarja možnost družbenih skupin, ki so imele večje dohodke v srednjih letih, da z izobraževanjem in varčevanjem v starosti kompenzirajo manjše dohodke, medtem ko družbene skupine z manjšim dohodkom te možnosti nimajo.

Te hipoteze so se preverjale v različnih raziskavah. Pridobljeni podatki kažejo, da je skoraj nemogoče navajati splošne izjave o spremembah strukture in učinkovanja družbenih neenakosti v visoki starosti. Verjetno ustreza realnosti mešanica kontinuitete, kopičenja in destrukuralizacije v različnih življenjskih obdobjih.

DRUŽBENA NEENAKOST, ZDRAVJE IN BOLEZEN

Zdravstvena neenakost

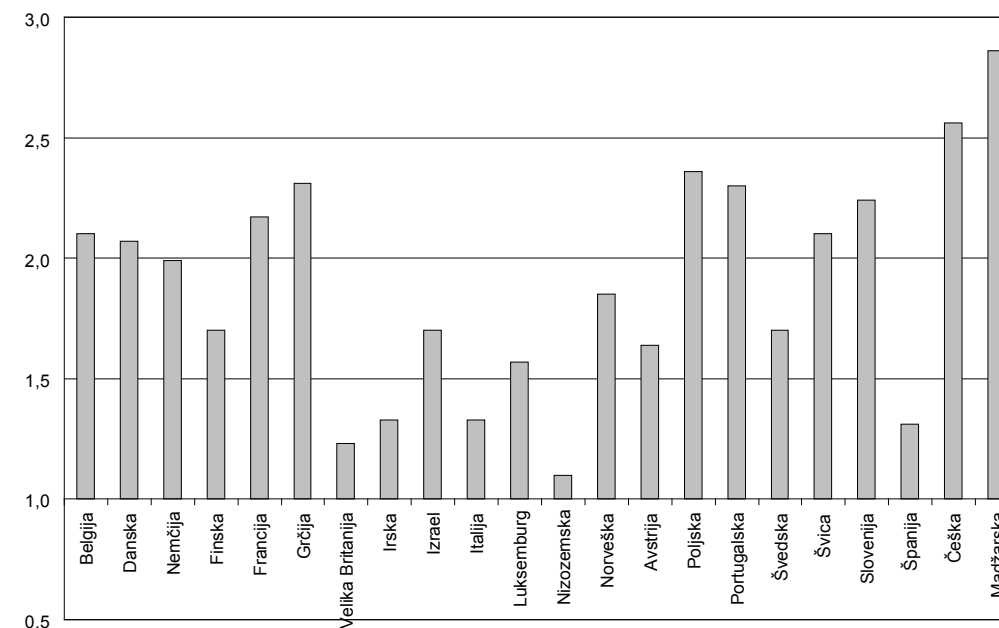
Iz družbeno-epidemiološkega in medicinsko-sociološkega raziskovanja so prišli iz različnih držav podatki številnih raziskav, v katerih se je stalno kazal rahel družbeni dvig (gradient)² obolevnosti in umrljivosti, se pravi inverzno linearno razmerje med družbeno pripadnostjo sloju (večinoma merjeno po izobrazbi, prihodkih in poklicnem položaju) in obolevnostjo ter umrljivostjo (dejanski pregledi o tem se najdejo pri: Mielck 2005; Marmot & Wilkinson 2006; Siegrist & Marmot 2006; Richter & Hurrelmann 2006a).

Analiza celotnega sestava družbeno-ekonomskih podatkov iz obdobja od 2000 do 2004 v Nemčiji pokaže na razliko skoraj devetih let življenjskega pričakovanja v odnosu med osebami z nizkim osebnim dohodkom (manj kot 1500 EUR bruto na mesec) in osebami z visokim osebnim dohodkom (več kot 4500 EUR bruto na mesec) (Lauterbach et al. 2006). Tudi če zaporedje velikosti teh razlik variira, pa mednarodna raziskava kaže, da je umrljivost v vseh evropskih državah večja v nižjem sloju kot v višjem. Praviloma so razlike v smrtnosti večje pri moških kot pri ženskah. Poleg tega je v zadnjih letih naraslo tveganje zgodnje smrtnosti pri osebah nizkega družbenega sloja tako v ZDA kot tudi v Evropi (Pappas et al. 1993; Mackenbach 2006). Življenjsko pričakovanje pri ljudeh nižjega in višjega sloja je na primer v Angliji in Walesu pri moških s 5,4 let v sedemdesetih letih dvajsetega stoletja naraslo na 8 let v devetdesetih letih. V Estoniji je povečanje razlike še bolj dramatično: tam je znašala razlika v življenjskem pričakovanju med nizkim slojem in slojem z visoko izobrazbo pri moških leta 1989 približno šest let, leta 2000 pa že 14 let. V istem časovnem obdobju je razlika pri ženskah s treh let porasla na osem (Leinsalu et al. 2003). Družbeno-ekonomske razlike v življenjskem pričakovanju je treba pripisati razlikam v umrljivosti zaradi kardiovaskularnih obolenj (Huisman et al. 2005).

Družbeni gradient (rahel dvig) se poleg tega kaže pri vseh obolenjih. Tako osebe z nizkim družbenim položajem pogosteje kot osebe z višjim družbenim statusom zbolijo za diabetesom, za boleznimi srca in ožilja, depresijami in pljučnim rakom. Manj enoumna sovpadanja so pri drugih oblikah raka kakor tudi pri nevroloških obolenjih in obolenjih prebavil. Pri nekaterih obolenjih pa se pri višjem sloju prebivalstva pojavljajo višje številke (na primer rak na prsni in alergije).

² Avtor uporablja besedo 'gradient'. Pojem običajno pomeni relativno majhne spremembe družbeno pogojenih kazalcev bodisi navzgor bodisi navzdol. Bolj ko so merljive razlike majhne, bolj gotovo mora biti preiskovani vzorec zadosti velik (op. prev.).

Slika 1: Nizka izobrazba (ISCED-97) in slaba subjektivna ocena zdravja pri ženskah v 22-ih evropskih državah: razmerje obetov (Odds Ratio)³ (Knesebeck et al. 2006)



Tudi pri subjektivnih zdravstvenih kazalcih se kaže rahel družbeni gradient (dvig/nagib). Slika 1 daje dober pregled o različnosti stopenj izobrazbe in lastnem ocenjevanju svojega zdravja pri ženskah v 22 evropskih državah (Knesebeck et al. 2006). Stopnja izobrazbe je bila ocenjena po mednarodnem standardu klasifikacije izobrazbe (ISCED-97). Na sliki so podana razmerja obetov (angl. odds ratio), ki kažejo, kako močno se razlikuje subjektivno občutje zdravja pri ženskah z nizko izobrazbo od občutja žensk z visoko izobrazbo. Jasno je, da so ženske z nižjo stopnjo izobrazbe v večini držav izpostavljene večjemu tveganju, da bodo svoje zdravstveno stanje ocenile slabše; v povprečju je to tveganje v večini držav skoraj dvakrat višje. Toda medtem ko posebej izstopa povezanost med izobrazbo in subjektivnim občutjem zdravja pri ženskah na Češkem in Madžarskem, pa je na Irskem, v Italiji, na Nizozemskem ter v Španiji in Veliki Britaniji razmeroma nizka.

³ Odds (iz angl.) pomeni verjetnost, izraženo s številom, da se neka stvar bo oziroma ne bo zgodila. Odds ratio (slov.: razmerje obetov) je statistični koeficient. Je način primerjanja oz. izračunavanja verjetnosti, da se bo kako dogajanje zgodilo v eksperimentalni in kontrolni skupini ljudi. Uporablja se zlasti v medicini v izračunavanju verjetnosti, da se bo npr. kaka bolezen ob primerljivih spremenljivkah pojavila v eni in v drugi skupini ljudi (sistematično prikazovanje epidemioloških študij). Odds ratio je lahko povzetek različnih rezultatov raziskav. Odds se izračunava tako, da se število merjenih dogodkov deli s številom nemerjenih dogodkov. Če se na primer na 100 rojstev rodi 51 dečkov in 49 deklic, je odds rojstev dečkov 51:49, torej 1.04. Če je odds ratio večji od 1, je bolj verjetno, da se bo ponovilo enako razmerje (pri čemer je lahko odds nekega dogodka, ki se bo gotovo zgodil, neskončen), če pa je manjši od 1, je manj verjetno, da se bo dogodek ponovil. Odds ratio je torej primerjava odds števila v izpostavljeni skupini z odds številom pri kontrolni skupini.

POSKUS RAZLAGE

Mednarodno raziskovanje se je v zadnjih letih bolj posvetilo vprašanju, na kakšen način oz. s katerimi mehanizmi je mogoče pojasniti zdravstvene neenakosti. Ena možnost, kako pokazati na povezanost med družbenim položajem in zdravjem, obstaja v tem, da bi razmerje povezali s selekcijo in družbeno mobilnostjo. Pri razlagi s pomočjo selekcije izhajamo od tod, da so genetske dispozicije ali poškodbe iz otroštva, ki so vplivale na zdravje, vodile k temu, da so določeni ljudje v dobi odraslosti dosegli razmeroma nizek družbeno-ekonomski položaj.

Zdravstveno pogojena vertikalna družbena mobilnost je možna tudi znotraj odraslosti, če izhajamo iz dejstva, da je družbeni, npr. poklicni sestop pri bolnih osebah verjetnejši kot pri zdravih. Glede na to selektivno ali velikopotezno hipotezo pogojuje zdravstveno stanje tudi družbeni položaj. Empirične raziskave so pokazale, da nudi selekcija le razmeroma skromen prispevek pri pojasnjevanju socialnih naraščanj obolevnosti ali smrtnosti (Chandola et al. 2003). Glede na hipotezo o selekciji, ki upošteva objektivne in subjektivne dejavnike, izhajajo naslednji poskusi pojasnjevanja iz družbene povzročnosti, kar pomeni, da na analizo vpliva mnenje, da družbeni položaj vpliva tudi na zdravstveno stanje.

V številnih študijah se za pojasnjevanje družbenih kazalcev gibanj smrtnosti in obolevnosti izpostavlja pomembnost materialnih pogojev, povezanih z družbenim statusom. V tem se povzemajo dejavniki, kot so stanovanjske razmere, značilnosti stanovanjskega območja, fizikalno-kemijske obremenitve na delovnem mestu, kot tudi kakovost, dostopnost in dejanska dosegljivost medicinske in/oz. zdravstvene oskrbe. Za mnoge od teh podatkov je mogoče dokazati, da je nižji sloj prebivalstva pogosteje izpostavljen življenjskim pogojem, ki dejansko obremenjujejo zdravje (Blane et al. 1997, van Oort et al. 2005).

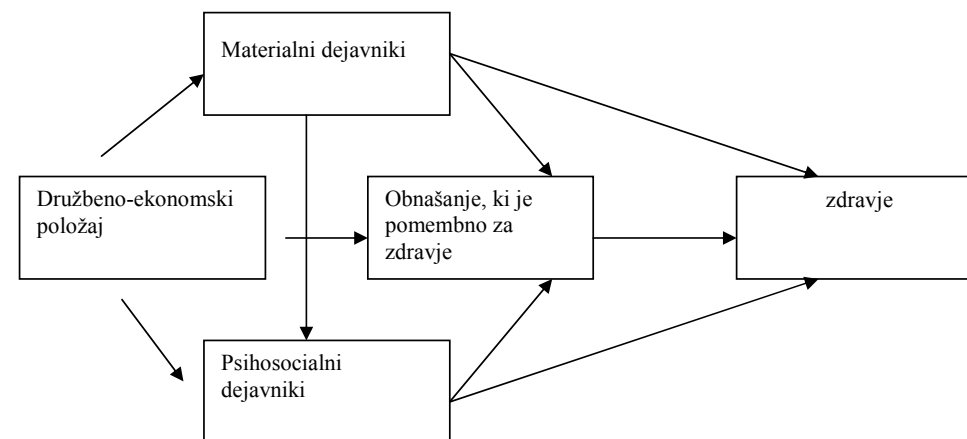
Družbene kazalce gibanja obolevnosti in smrtnosti pri nižjih družbenih slojih je mogoče dalje pojasnjevati s koncentracijo navad, ki škodijo zdravju, kot so kajenje, napačno prehranjevanje in omejitve pri gibanju. Številne empirične študije so pokazale na jasne vedenjske razlike med različnimi statusnimi skupinami v družbi (Mielck 2005; Marmot & Wilkinson 2006). Tako se je ponovno pokazalo, da je potrošnja tobaknih izdelkov večja pri odraslih ljudeh z nižjo izobrazbeno stopnjo, nizkimi dohodki in prav tako nizkim poklicnim položajem. Podobne statusno-specifične razlike je bilo mogoče ugotoviti tudi glede na napačno prehranjevanje in preskromno telesno dejavnost. Na drugi strani pa je manj razločno razmerje med družbenim položajem in porabo alkohola. V nekaterih študijah se je to razmerje izoblikovalo le deloma, v drugih pa se je pokazalo, da se v višjem sloju popije več alkohola.

Poleg materialnih življenjskih pogojev in obnašanja, ki škodi zdravju, se v raziskavah tematizira še en način pojasnjevanja, ki pri razmerju med družbenim položajem in zdravjem poudarja psihosocialne dejavnike. Na razpolago je cela vrsta študij, ki govorijo o zdravstvenih učinkih psihosocialnih obremenitev (Siegrist & Theorell 2006). Znano je tudi, da drugi psihosocialni dejavniki, kot na primer čustvena ali materialna podpora prijateljev, znancev ali sorodnikov, delujejo kot vir pozitivnega vpliva na zdravje (Berkman & Glass 2000). Je pa bilo doslej le redko predmet sistematičnih obdelav, v kolikšni meri take psihosocialne obremenitve na eni in pozitivni viri na drugi strani sovpadajo s kazalci družbenega položaja.

Poleg tega izsledki o medsebojnem razmerju med družbenim položajem in psihosocialnimi dejavniki niso vedno enoumni (Knesebeck 2005a; Peter 2006).

Dejanska vrednost omenjenih dejavnikov (materialni življenjski pogoji, zdravo življenje, psihosocialni dejavniki) pri pojasnjevanju družbenih kazalcev/gradientov variira v odvisnosti od indikatorja zdravja, ki je predmet raziskave. Neka nizozemska raziskava, ki jo je vodil van Oort s sodelavci (2005), in se je ukvarjala z razmerjem med različnimi stopnjami izobrazbe in smrtnostjo, je to razmerje pojasnjevala z materialnimi dejavniki in v malo manjši meri s psihosocialnimi in vedenjskimi dejavniki. V tej študiji se je še enkrat jasno pokazalo, da različni dejavniki pravzaprav spadajo skupaj. Glede na to so avtorji predstavljali različne pojasnjevalne modele, v katerih so z namenom, da bi pojasnili zdravstvene neenakosti, integrirali materialne, psihosocialne in vedenjske vzorce (prim. Steinkamp 1999; Mielck 2005). Slika 2 kaže primer na ta način poenostavljenega modela (Mackenbach 2006; Richter & Hurrelmann 2006b).

Slika 2: Poenostavljen model pojasnjevanja zdravstvene neenakosti po Mackenbachu (2006) ter Richterju in Hurrelmannu (2006b)



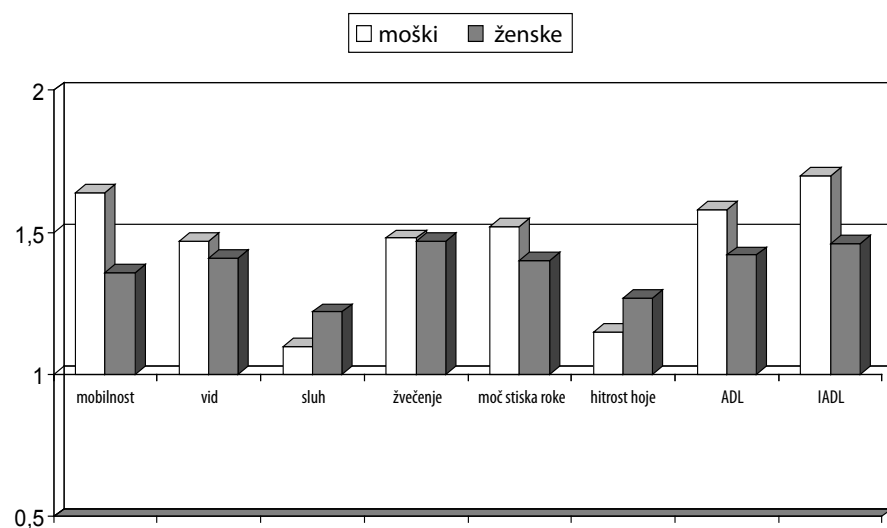
SOCIALNA NEENAKOST, ZDRAVJE IN BOLEZEN V STAROSTI

Zdravstvena neenakost v starosti

V znanstvenih razpravah o zdravstveni neenakosti igrajo starejši ljudje podrejeno vlogo. To se izraža tako, da se večina družbeno-epidemioloških raziskav gibanj družbenih kazalcev o obolevnosti in smrtnosti nanaša na srednje obdobje odraslosti in da se je gerontološko raziskovanje družbenih vplivov na zdravje in bolezen/obolevnost dolgo časa zapostavljalo. V zadnjem času se povečuje število raziskav, ki se ukvarjajo s tem, ali je mogoče zdravstveno neenakost dokazati tudi v višji starosti, in če, na kakšen način se razmerje med družbeno neenakostjo in zdravjem kaže v procesu staranja. V naslednjem delu so predstavljeni izbrani izsledki, ki se nanašajo na obe vprašanji.

Huisman in drugi (2005) pri analizi neenakosti glede smrtnosti, odvisne od stopnje izobrazbe, v osmih zahodnoevropskih državah ugotavljajo, da ljudje z nižjo stopnjo izobrazbe v visoki starosti (75 let in več) kažejo večjo stopnjo umrljivosti. Pri moških v visoki starosti je ta smrtnost posledica vse bolj izrazitih razlik zaradi posledic umrljivosti, kot so srčnožilna obolenja, kronično obstruktivne pljučne bolezni in pneumonije, medtem ko se je pri mlajših starostnih skupinah prispevek, ki se je nanašal na rakava obolenja in zunanje vzroke smrti, zmanjšal. Pri ženskah v visoki starosti so se razlike v smrtnosti, ki jih je pogojevala stopnja izobrazbe, nanašale predvsem na povečane razlike smrtnosti zaradi pneumonij in srčnožilnih obolenj, medtem ko se je delež rakavih obolenj in kroničnih obstruktivnih pljučnih bolezni zmanjšal.

Slika 3: Nizek dohodek in funkcionalna omejenost pri ženskah in moških v starosti 50 let in več; povzetek izsledkov iz 10-ih evropskih držav; Odds Ratio (Avendano et al. 2005)

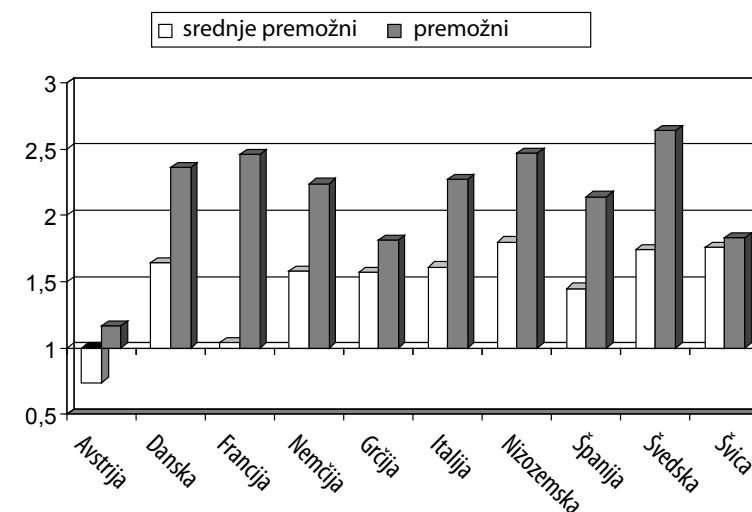


Sodobna študija z osebami, starimi 50 let in več, v desetih evropskih državah (*Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* ali SHARE) je našla družbeno-ekonomske razlike pri subjektivnem občutku zdravja in pri nekaterih kroničnih obolenjih in simptomih (Avendano et al. 2005). Podobni izsledki so se nanašali tudi na funkcionalne omejitve oziroma motnje. Slika 3 kaže, da se tako pri moških kot pri ženskah z nizkimi dohodki v višji starosti (50+) pojavlja zvišano tveganje glede motenj gibanja, problemov z vidom, sluhom in žvečenjem, kakor tudi zmanjšana moč v stisku roke in zmanjšana hitrost gibanja (Avendano et al. 2005). Tudi pri vsakdanjih opravilih (*Activities of Daily Living* ali ADL), kot so oblačenje in kopanje, bodo osebe z nizkimi dohodki verjetneje imele zdravstvene težave in motnje. Podobno velja tudi za instrumentalno dejavnost (*Instrumental Activities of Daily Living* ali IADL), pri čemer gre predvsem za pripravljanje hrane, za odgovarjanje na telefonske klice in podobno.

Tudi v raziskavi v 22 evropskih državah se je pokazalo, da se 60 in več let stari ljudje s primerljivo nizko izobrazbeno stopnjo izraziteje nagibajo k temu, da bodo svoje zdravstveno stanje ocenili kot slabo. Poleg tega podobne študije v mnogih državah kažejo na visoka tve-

ganja glede funkcionalnih motenj pri starejših osebah z nižjo izobrazbeno ravno. Vsekakor pa so bila razmerja v celoti manj izrazita kot pri subjektivni oceni zdravja. Poleg tega so se pri obeh pokazateljih zdravja izražale tudi razlike, ki so specifične za posamezne države, tako da je pri tem treba izhajati iz podmene, da je razsežnost zdravstvene neenakosti v višji starosti variirala glede na državo, v kateri je potekala raziskava, in glede na pokazatelja zdravja.

Slika 4: Premoženje in visoka kakovost življenja pri osebah, starih 50 let in več, v desetih evropskih državah; Odds ratio temelji na majhnem premoženju (Knesebeck et al. 2007)



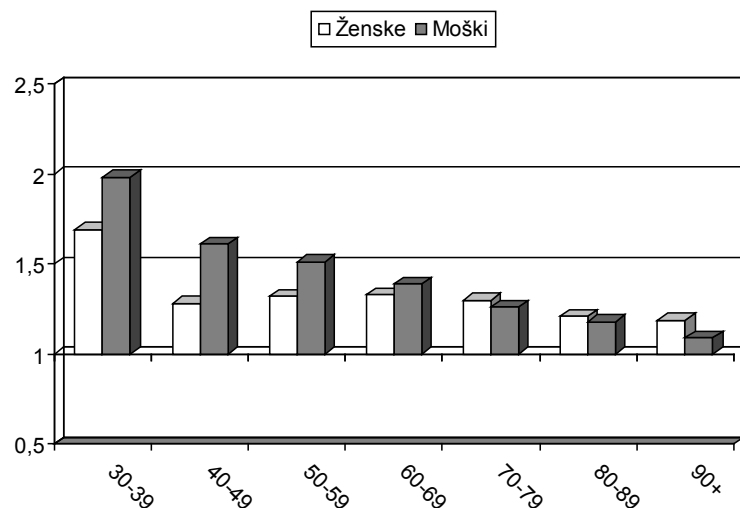
Medtem je na razpolago že nekaj podatkov o razmerju med družbeno neenakostjo in kakovostjo življenja v visoki starosti (Marmot et al. 2003; Blane et al. 2004; Wiggins et al. 2004; Breeze et al. 2005). Raziskovanje kakovosti življenja v gerontologiji pridobiva na pomenu. To dokazujejo starejši ljudje z relativno dobrim zdravstvenim stanjem, ki s tem prispevajo k temu, da pridobivajo na pomenu koncepti, ki so naravnani na pozitivne vidike visoke starosti, dobrega počutja in aktivnega staranja. V že omenjenem Statističnem pregledu zdravja, staranja in upokojevanja v Evropi (*Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* ali SHARE) so uporabili koncept kakovosti življenja, ki vsebuje naslednje kazalce: kontrola, avtonomija, samouresničitev in zadovoljstvo (Hyde et al. 2003). Analize medsebojnih razmerij so pokazale, da se kakovost življenja v večini evropskih držav izrazito navezuje na višino premoženja (slika 4, Knesebeck et al. 2007). Kaže, da imajo starejše osebe s srednje velikim ali velikim premoženjem glede na osebe enake starosti z manjšim premoženjem zelo verjetno višjo kakovostno raven življenja. Podobna razmerja se kažejo tudi v drugih statusnih kazalcih, kot so izobrazba, dohodek in posedovanje avtomobila.

V raziskavah o morebitnih spremembah statusnih dejavnikov, ki vplivajo na zdravje v visoki starosti, se ponovno upoštevajo vprašanja, povezana s hipotezami kontinuitete/zaporedja, kopičenja in destrukuiranja/odhoda v pokoj (glej zgoraj). To pomeni, da gre v vsakdanjem življenju za to, ali bodo s staranjem povezani družbeni kazalci, ki vplivajo na zdravje, v procesu staranja kazali na kontinuirano rast dejavnikov, ki vplivajo na zdravje, ali

pa se bodo zaostrovali v smislu kopičenja zapostavljenosti oziroma se morda celo zmanjševali. Da bi prišli do empiričnih podatkov, se izvajajo primerjalne raziskave za različne starostne skupine. Če povzamemo, je mogoče reči, da so izsledki teh raziskav razmeroma neenotni.

Tako je vrednotenje podatkov (regionalnih in tistih v državnem povpraševanju, ki so se izvajala v okviru nemške študije o preprečevanju bolezni srca in ožilja) v primerjanju treh starostnih skupin (40–49, 50–59 in 60–69 let) pokazalo opazno zmanjšanje specifičnih razlik, značilnih za posamezne sloje, pri srčnem infarktu in kapi pri višjih starostnih skupinah (Helmert et al. 1993). V podobno smer kažejo študije v Ameriki, kjer so razlike v obolevnosti med statusnimi skupinami (ki jih opredeljujeta izobrazba in dohodek) v mlajši skupini odraslih relativno majhne, te pa kasneje postanejo bolj izrazite v srednji in višji starosti do 75. leta starosti, v visoki starosti pa se spet zmanjšajo (House et al. 1994). Tudi na osnovi podatkov o zdravju, ki so bili pridobljeni po telefonu, se je izkazalo, da družbena pripadnost sloju manj vpliva na zdravje in bolezen v visoki starosti kot v srednji starosti (Lampert & Ziese 2005). Na osnovi podatkov o smrtnosti iz enajstih evropskih držav oziroma regij so Huisman in sodelavci (2004) ugotovili, da so relativne neenakosti v izobrazbi s staranjem vedno manj pomembne, toda ne izginejo (slika 5). Tako se pri moških tveganje smrtnosti z nizko izobrazbo zmanjša z 2,0 pri 30–39 let starih na 1,1 pri tistih, ki so stari 90 let in več. Pri ženskah se podobno tveganje zniža z 1,7 na 1,2.

Slika 5: Nizka stopnja izobrazbe in smrtnost v različnih starostnih skupinah: povzetek podatkov iz 11 evropskih držav; Odds Ratio (Huisman et al. 2004)



Poleg takih izsledkov, ki kažejo predvsem na posledice destrukuiranja oziroma odhoda v pokoj, obstajajo tudi študije, ki podpirajo hipotezi o kontinuiteti in kopičenju. Tako se je v analizi podatkov britanske Whitehall-študije pokazalo, da je vpliv poklicnega položaja na splošno smrtnost v višjih starostnih skupinah (65 do 89 let) v odnosu z mlajšimi udeleženci v raziskavi (40–64 let) pravzaprav nekoliko manjši, v bistvu pa ostaja isti (Marmot & Shipley

1996). Poleg tega je bila ob upoštevanju pokazatelja, ki je manj povezan s poklicem (posejavanje avtomobila), oslabitev učinka tega vzroka manjša. Tudi v eni od nemških študij so se v smislu hipoteze o kontinuiteti (in kopičenju) pokazale le malenkostne, za starost specifične spremembe razmerja med družbeno neenakostjo in zdravjem (Knesebeck 2005a). V celotnem starostnem pregledu v Nemčiji so se celo našli namigi na resničnost kopičenja, tj. da se razlike, ki so posledica zdravstvenih omejitev med nižjim in višjim slojem, pri 55 do 69-letnikih in 70 do 85-letnikih nenehno večajo (Kohli et al. 2000). Tudi Ross in Wu (1996) sta na osnovi ameriškega povpraševanja ugotovila večjo izobrazbeno neenakost pri različnih zdravstvenih kazalcih v staranju.

Povzemajoč vse to lahko ugotovimo, da pretežno število študij, ki se ukvarjajo z opisovanjem zdravstvenih neenakosti v višji starosti, prihaja do ugotovitev, da je tudi v tem starostnem obdobju prisoten družbeni gradient obolevnosti in smrtnosti, le da je manj izrazit kot v obdobju srednje odraslosti. Vsekakor se zdi, da ob upoštevanju različnih družbenih in zdravstvenih kazalcev variira tudi izoblikovanost razmerja med družbeno neenakostjo in zdravjem v starosti kot tudi razsežnost za starost značilnih sprememb družbenih gradientov. Če se torej glede na družbene gradientne v višjih starostnih skupinah pokaže kontinuiteta učinkov, ki se nanašajo na zdravje, zaostritev v smislu kopičenja prikrajšanosti ali oslabitev kot posledica selektivne smrtnosti zapostavljenih družbenih skupin, je to odvisno od uporabljenih družbenih in zdravstvenih kazalcev. Poleg tega je učinek analiz starostno-specifičnih sprememb odvisen od tega, kako diferencirano se izide starostna kategorizacija v visoki starosti. To kaže na spoznanje, ki ga diferencialna gerontologija zelo poudarja, in sicer da višja starost ne predstavlja nobene homogene kategorije. Da bi torej raziskovali starostne spremembe razmerja med družbeno neenakostjo in zdravjem, ne zadostuje, da bi starejše ljudi kategorizirali v starostne kategorije in jih v študijah primerjali z drugimi mlajšimi udeleženci. Mnogo bolj pomembno in nujno je, da višjo starost obravnavamo bolj diferencirano.

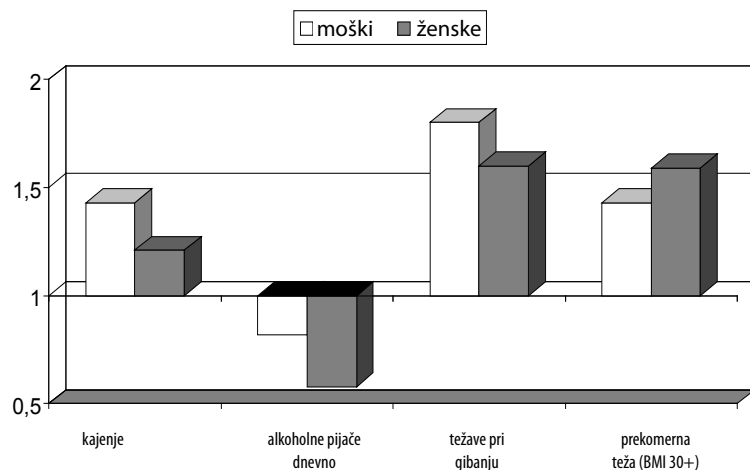
Poskusi pojasnjevanja

Doslej je le malo znanega o tem, kateri specifični pojasnjevalni nastavki za družbene gradientne obolevnosti in smrtnosti pridejo v poštev v visoki starosti oz. kakšen je prispevek dejavnikov, o katerih se razpravlja večinoma z ozirom na srednje obdobje odraslosti (družbena selekcija, materialni življenjski pogoji, zdravstveno obnašanje, psihosocialni dejavniki) pri pojasnjevanju družbeno pogojenih razlik v obolevnosti in smrtnosti v visoki starosti.

Glede na materialne dejavnike je posebej pomembno zdravstveno-politično vprašanje, namreč to, v kolikšni meri k zdravstveni neenakosti prispeva zdravstvena oskrba. Odgovor na vprašanje je odvisen od tega, katera država, katero obolenje in kateri kazalnik neenakosti se bo raziskoval (van Doorslaer et al. 2006). Glede na zahtevnost medicinskega dela kaže že imenovana študija SHARE pri osebah v višji starosti glede njihovega števila obiskov pri zdravniku le malenkostne razlike med izobrazbenimi skupinami. Vsekakor se vidi, da je pri višjih izobrazbenih skupinah več napotitev k zdravnikom specialistom in več operacij (Santos-Eggimann et al. 2005). V eni od nemških študij so ljudi v starosti 60 let in več povpraševali o udeležbi pri raziskavah o zdravstvenem varstvu. Izsledki so pokazali, da so starejši moški in ženske s sorazmerno visokimi dohodki, visoko izobrazbo, visokim poklicnim položajem in

premoženjem pogosteje udeleženi pri preiskavah zaradi zdravljenja raka na prsih oziroma raka na prostati kot ljudje z nižjim družbenim položajem (Knesebeck 2005b). Potrebne bi bile tudi dodatne raziskave, da bi se lahko določilo, do kod so take razlike pri upoštevanju opravljenih zdravstvenih storitev prenosljive na dostopnost in kakovost takih storitev in kakšen je celoten prispevek zdravstvenega skrbstva pri pojasnjevanju razmerja med družbeno neenakostjo in zdravjem v starosti.

Slika 6: Nizki dohodki in vedenjski rizični faktorji pri moških in ženskah v starosti 50 let in več; povzetek podatkov iz desetih evropskih držav, Odds Ratios (Aro et al. 2005)



Medtem ko je v srednjem obdobju odraslosti neenaka porazdeljenost za zdravje škodljivega obnašanja eden glavnih dejavnikov pri pojasnjevanju družbenih gradientov obolevnosti in smrtnosti, so podatki pri starejših ljudeh manj obsežni in manj enoznačni. Ena od analiz podatkov SHARE je pokazala, da je pri starejših ženskah in moških (50+) z nizkimi dohodki večje tveganje, da bodo kadili, se premalo gibali in bili pretežki (slika 6, Aro et al. 2005). Nasprotno temu pa je pri ženskah z visokimi dohodki pogosteje, da popijejo več alkohola kot ljudje z nizkimi dohodki.

V literaturi je bila sem ter tja izražena domneva, da naj bi psihosocialni dejavniki, ki pomembno vplivajo na oblikovanje visoke starosti (npr. kakovost in pogostnost medčloveških odnosov), lahko bili pomembni za pojasnjevanje družbene neenakosti (House et al. 1994). Glede na družbene odnose gradi ta domneva na zanesljivem dejstvu, da so z obolevnostjo in smrtnostjo povezane tako količinske (socialna mreža, socialna druženja) kot tudi kakovostne značilnosti družbenih odnosov (socialna podpora) (Berkman & Glass 2000). V višji starosti so vidni neposredni učinki družbenih odnosov na prizadetost ali funkcionalne omejitve, v tem pa postopoma stopajo v ospredje tudi napotki za blažilno učinkovanje družbenih vezi v stresni situaciji, ki nastopijo v kriznih obdobjih življenja, kot na primer pri smrti življenjskega partnerja (Krause 2001). Vsekakor pa vprašanje, v kakšnem odnosu so si v višji starosti družbeno neenakost, družbeni odnosi in zdravje, ostaja doslej nepojasnjeno. Prvi izsledki raziskave, ki se je izvajala v 22-ih evropskih državah (Knesebeck & Schäfer 2006), in

primerljiva nemško-ameriška (Knesebeck 2005a) kažejo, da je družbeni gradient v starosti mogoče pojasniti na omembe vreden način z družbenimi odnosi. Prihodnje raziskave se bodo morale posvetiti vprašanju, koliko bolj so za pojasnjevanje razmerja med družbeno neenakostjo, zdravjem in boleznijo v starosti pomembni drugi psihosocialni dejavniki kakor tudi kritični dogodki v življenju (van Oort et al. 2005), kontrolna prepričanja (Bosma 2006) in sposobnosti obvladovanja (Kristensen 2006).

SKLEP

Izsledki sedanjih pomembnih nacionalnih in mednarodnih socialno-epidemioloških študij kažejo, da so stari ljudje z nižjim družbeno-ekonomskim položajem izpostavljeni višji obolevnosti in smrtnosti kot tisti z višjim družbeno-ekonomskim položajem. Vsekakor pa je razmerje med družbeno neenakostjo in zdravjem v višji starosti manj izraženo in manj izrazito kot podobno razmerje v srednjem obdobju odraslosti.

V prihodnjih družbeno-epidemioloških študijah se bo treba soočiti s spoznanji gerontologije, da višja starost življenja ne predstavlja homogene kategorije. To pomeni, da je treba ustrezno upoštevati različne življenjske pogoje za »mlajše in starejše stare«. Poleg tega se bo treba v raziskovanju bolj posvetiti pojasnjevanju zdravstvenih neenakosti v višji starosti. Medtem ko je v zadnjih letih nastalo nekaj del, ki opisujejo zdravstvene neenakosti v visoki starosti, pa obstaja pravo pomanjkanje študij, ki bi se ukvarjale s tem, katere specifične pojasnjevalne nastavke za družbene gradientne obolevnosti in smrtnosti v višji življenjski starosti bi lahko uporabljali. Odprto ostaja tudi vprašanje, kakšen prispevek nudijo dejavniki, ki se v razpravah sicer uporabljajo glede na srednjo stopnjo odraslosti (družbena selekcija, materialni življenjski pogoji, zdravo obnašanje, psihosocialni dejavniki) pri pojasnjevanju družbeno pogojenih razlik obolevnosti in smrtnosti v višji življenjski starosti.

LITERATURA

- Aro, A. R.; Avendano, M.; Mackenbach, J. (2005). *Health Behaviour*. V: Börsch-Supan, A., Brugiavini, A., Jürges, H., Mackenbach, J., Siegrist, J. in Weber, G., izd. *Health, ageing and retirement in Europe. First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*. Mannheim: Strauss, 102–107.
- Avendano, M., Aro, A.R. in Mackenbach, J. (2005). *Socioeconomic disparities in physical health in 10 European countries*. V: Börsch-Supan, A., Brugiavini, A., Jürges, H., Mackenbach, J., Siegrist, J. in Weber, G., izd. *Health, ageing and retirement in Europe. First results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*. Mannheim: Strauss, 89–94.
- Berkman, L. F. in Glass, T. (2000). *Social integration, social networks, social support, and health*. V: Berkman, L.F. in Kawachi, I., izd. *Social epidemiology*. Oxford: University Press, 37–173.
- Blane, D., Bartley, M. in Davey Smith, G. (1997). *Disease etiology and materialist explanations of socioeconomic mortality differentials*. *European Journal of Public Health*. 7: 385–391.
- Blane, D., Higgs, P., Hyde, M. in Wiggins, R. D. (2004). *Life course influences on quality of life in early old age*. *Social Science and Medicine*. 58: 2171–2179.
- Bosma, H. (2006). *Socio-economic differences in health: are control beliefs fundamental mediators?* In: Siegrist, J. in Marmot M., izd. *Social inequalities in health*. Oxford: University Press. 153–166.
- Breeze, E., Jones, D. A., Wilkinson, P., Bulpitt, C. J., Grundy, C., Latif, A. M. in Fletcher, A. E. (2005). *Area deprivation, social class, and quality of life among people aged 75 years and over in Britain*. *International Journal of Epidemiology*. 34: 276–283.
- Chandola, T., Bartley, M., Sacker, A., Jenkinson, C. in Marmot, M. (2003). *Health selection in the Whitehall II study, UK*. *Social Science and Medicine*, 56, 2059–2072.

- Geißler, R. (2002). *Die Sozialstruktur Deutschlands*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Helmert, U., Maschewsky-Schneider, U., Mielck, A. in Greiser, E. (1993). Soziale Ungleichheit bei Herzinfarkt und Schlaganfall in Westdeutschland. *Sozial- und Präventivmedizin*. 38: 123–132.
- House, J. S., Lepkowski, J. M., Kinney, A. M., Mero, R. P., Kessler, R. C. in Herzog, A. R. (1994). The social stratification of aging and health. *Journal of Health and Social Behavior*. 35: 213–234.
- Hradil, S. (1999). Soziale Ungleichheit in Deutschland. Opladen: Leske und Budrich.
- Huisman, M., Kunst, A. E. in Mackenbach, J. P. (2003). Socioeconomic inequalities in morbidity among the elderly; a European overview. *Social Science and Medicine*. 57: 861–873.
- Huisman, M., Kunst, A. E., Andersen, O. et al. (2004). Socioeconomic inequalities in mortality among elderly people in 11 European populations. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 58: 468–475.
- Huisman, M., Kunst, A. E., Bopp, M. et al. (2005). Educational inequalities in cause-specific mortality in middle-aged and older men and women in eight western European populations. *Lancet*. 365: 493–500.
- Hyde, M., Wiggins, R. D., Higgs, P. in Blane, D. (2003). A measure of quality of life in early old age: the theory, development and properties of a needs satisfaction model (CASP-19). *Aging and Mental Health*. 7: 186–194.
- Knesebeck, O. v. d. (2005a). Soziale Einflüsse auf die Gesundheit alter Menschen. Eine deutsch-amerikanische Vergleichsstudie. Bern: Huber.
- Knesebeck, O. v. d. (2005b). Alter, soziale Faktoren und Gesundheit. V: Badura, B. in Iseringhausen, O., izd. *Wege aus der Krise der Versorgungsorganisation. Beiträge aus der Versorgungsforschung*. Bern: Huber, 26–36.
- Knesbeck, O. v. d. in Schäfer, I. (2006). Gesundheitliche Ungleichheit im höheren Lebensalter. V: Richter, M. in Hurrelmann, K., izd. *Gesundheitliche Ungleichheit*. Wiesbaden: VS Verlag, 241–253.
- Knesebeck, O. v. d., Dragano, N. in Verde, P. (2006). Education and health in 22 European countries. *Social Science and Medicine*. 63: 1344–1351.
- Knesebeck, O. v. d., Wahrendorf, M., Hyde, M. in Siegrist, J. (2007). Socio-economic position and quality of life among older people in 10 European countries: results from the SHARE study. *Ageing and Society*. 27: 269–284.
- Kohli, M., Künemund, H., Motel, A. in Szydlik, M. (2000). Soziale Ungleichheit. V: Kohli, M. in Künemund, H., izd. *Die zweite Lebenshälfte. Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Survey*. Opladen: Leske und Budrich, 318–336.
- Krause, N. (2001). Social support. V: Binstock, R. H. in George, L. K., izd. *Handbook of aging and the social sciences*. San Diego: Academic Press, 272–294.
- Kreckel, R. (1992). Politische Soziologie der sozialen Ungleichheit. Frankfurt am Main: Campus.
- Kristenson, M. (2006). Socio-economic position and health: the role of coping. V: Siegrist, J. in Marmot M., izd. *Social inequalities in health*. Oxford: University Press, 127–151.
- Lampert, T. in Ziese, T. (2005). Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Berlin: Robert Koch Institut.
- Lauterbach, K. W., Lungen, M., Stollenwerk, B., Gerber, A. in Klever-Deichert, G. (2006). Zum Zusammenhang zwischen Einkommen und Lebenserwartung. *Studien zu Gesundheit, Medizin und Gesellschaft 2006 Forschungsbericht*. Köln: Ausgabe 01/2006 vom 25.02.2006.
- Leinsalu, M., Vagero, D. in Kunst, A. (2003). Estonia 1989–2000: enormous increase of mortality differences by education. *International Journal of Epidemiology*. 32: 1081–1087.
- Mackenbach, J. (2006). Health inequalities: Europe in profile. An independent expert report commissioned by the UK presidency of the EU. London: Department of Health. Online: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4121584.pdf.
- Marmot, M., Blanks, J., Blundell, C., Lessof, C. in Nazroo, J. (2003). Health, wealth and lifestyle of the older population in England: the 2002 English Longitudinal Study of Ageing. London: Institute for Fiscal Studies.
- Marmot, M., in Shipley, M. (1996). Do socioeconomic differences in mortality persist after retirement? 25 year follow up of civil servants from the First Whitehall Study. *British Medical Journal*. 313: 1177–1180.
- Marmot, M. in Wilkinson, R., izd. (2006). *Social determinants of health*. Oxford: University Press.
- Mayer, K. U. in Wagner, M. (1999). Lebenslagen und soziale Ungleichheit im hohen Alter. V: Mayer, K. U. in Baltes, P. B. izd. *Die Berliner Altersstudie*. Berlin: Akademie Verlag, 251–275.
- McMunn, A., Breeze, E., Goodmann, A., Nazroo, J. in Oldfield, Z. (2006). Social determinants of health in older age. V: Marmot, M. in Wilkinson, R., izd. *Social determinants of health*. Oxford: University Press, 267–296.

- Mielck, A. (2005). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit*. Bern: Huber.
- Motel-Klingebiel, A. (2006). Materielle Lagen älterer Menschen: Verteilungen und Dynamiken in der zweiten Lebenshälfte. V: Tesch-Römer, C., Engelsler, H. in Wurm, S., izd. *Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte*. Wiesbaden: VS-Verlag, 155–230.
- O'Rand, A. M. in Henretta, J. C. (1999). Age and inequality. *Diverse pathways through later life*. Colorado: Westview Press.
- O'Reilly, D. (2002). Standard indicators of deprivation: do they disadvantage older people? *Age and Ageing*. 31: 197–202.
- Pappas, G., Queen, S., Hadden, W. in Fisher, G. (1993). The increasing disparity in mortality between socioeconomic groups in the United States. *New England Journal of Medicine*. 329: 103–109.
- Peter, R. (2006). Psychosoziale Belastungen im Erwachsenenalter: Ein Ansatz zur Erklärung sozialer Ungleichverteilung von Gesundheit? V: Richter, R. in Hurrelmann, K. izd. *Soziologie gesundheitlicher Ungleichheit*. Wiesbaden: VS-Verlag, 109–123.
- Richter, M. in Hurrelmann, K. izd. (2006a). *Gesundheitliche Ungleichheit*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Richter, M. in Hurrelmann, K. (2006b). *Gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangsfragen und Herausforderungen*. V: Richter, M. in Hurrelmann, K., izd. *Gesundheitliche Ungleichheit*. Wiesbaden: VS Verlag, 11–31.
- Robert, S. in House, J. S. (1996). SES differentials in health by age and alternative indicators of SES. *Journal of Aging and Health*. 8: 359–388.
- Ross, C. E. in Wu, C. L. (1996). Education, age and the cumulative advantage in health. *Journal of Health and Social Behavior*. 37: 104–120.
- Santos-Eggimann, B., Junod, J. in Cornaz, S. (2005). Health services utilisation in older Europeans. In: Börsch-Supan, A., Brugiavini, A., Jürges, H., Mackenbach, J., Siegrist, J. in Weber, G. izd. *Health, ageing and retirement in Europe. First results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*. Mannheim: Strauss, 133–140.
- Siegrist, J. in Marmot M., izd. (2006). *Social inequalities in health*. Oxford: University Press.
- Siegrist, J. in Theorell, T. (2006). Socioeconomic position and health. *The role of work and employment*. V: Siegrist, J. in Marmot M. izd. *Social inequalities in health*. Oxford: University Press, 73–100.
- Steinkamp, G. (1999). Soziale Ungleichheit in Mortalität und Morbidität. V: Schlicht W et al. izd. *Gesundheit für alle: Fiktion oder Realität? Schorndorf: Hofmann*, 101–154.
- van Doorslaer, E., Masseria, C. in Koolman, X. (2006). Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *Canadian Medical Association Journal*. 174: 177–183.
- van Oort, F., van Lenthe, F. in Mackenbach, J. (2005). Material, psychosocial, and behavioural factors in the explanation of educational inequalities in mortality in the Netherlands. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 59: 214–220.
- Wiggins, R. D., Higgs, P., Hyde, M. in Blane, D. (2004). Quality of life in the third age: key predictors of the CASP-19 measure. *Ageing and Society*. 24: 693–708.

Kontaktne informacije:**Prof. Dr. Olaf von dem Knesebeck**

Department of Medical Sociology,
 University Medical Center Hamburg-Eppendorf
 Martinistr. 52
 20246 Hamburg
 e-pošta: o.knesebeck@uke.uni-hamburg.de

Jože Ramovš

Krajevno medgeneracijsko središče

POVZETEK

Krajevno medgeneracijsko središče je izvorni model za sinergijsko povezavo vseh političnih, civilnih in drugih programov, služb, organizacij in drugih subjektov, ki so v krajevni skupnosti pomembni za kakovostno staranje in solidarno sožitje med mlado, srednjo in tretjo generacijo. 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 oza-vešča 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. Osnova modela krajevnega medgeneracijskega središča je celostna antropologija: holistično gledanje na človeka v njegovi telesni, duševni, socialni, duhovni, eksistencialni in razvojni razsežnosti, neločljivo dopolnjevanje telesnega, duševnega in socialnega zdravja, komplementarna povezanost vseh treh generacij ter življenjsko ravnotežje med posameznikom in skupnostjo, pri čemer se posveča zlasti veznim členom med obojima, to je družini in drugim skupinam, zlasti tistim, ki jih ljudje oblikujejo po lastni izbiri na principu samopomoči in solidarnosti. Zamisel medgeneracijskih središč je začel razvijati avtor tega članka na Inštitutu Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje leta 2002. Osnova za to so bila raziskovalna spoznanja in praktične izkušnje pri razvijanju in uvajanju socialne mreže več kot dvajsetih programov za kakovostno staranje in solidarno sožitje med generacijami. Članek prikazuje antropološka izhodišča krajevnega medgeneracijskega središča, socialne potrebe, evropske in slovenske politične dokumente, na katere ta model odgovarja, opiše koncept in sestavine, metodiko in menedžment pri njegovem uvajanju v skupnosti ter konkretne izkušnje pri uvajanju medgeneracijskih središč leta 2007 v treh različnih krajih po Sloveniji.

Ključne besede: medgeneracijsko središče, staranje, krajevna skupnost, medgeneracijska solidarnost, antropologija, programi za kakovostno staranje

Dr. Jože Ramovš je socialni delavec, antropolog in psihoterapevt. Zadnji dve desetletji dela predvsem na področju socialne gerontologije. V ospredju njegove znanstvene in akcijske pozornosti so zlasti: solidarno medgeneracijsko sožitje in komunikacija med mlado, srednjo in tretjo generacijo, osebna priprava na kakovostno staranje in družbena priprava na velik delež starega prebivalstva, oblikovanje novih medgeneracijskih programov sodobne socialne mreže za kakovostno staranje in solidarno sožitje generacij, ki temeljijo na principu osebne in skupinske samopomoči ob doživetih potrebah ter strokovne in javne podpore za razvijanje samopomoči in samoorganizacije prebivalstva v skupnosti.

ABSTRACT

Local intergenerational center

A local intergenerational center is an original model synergetically connecting all political, civic and other programs, services, organizations and local community agents that significantly affect quality aging and the solidary coexistence of the young, middle-aged and old generations. Its mission is to introduce new programs in these two areas of social coexistence at the time when population aging is making it a priority issue. An intergenerational center is run by a team of experts, who inform and educate individuals, families, organizations and the entire community so as to make them aware of the needs and opportunities in respect of aging and intergenerational solidarity; who integrate public policies and the necessary programs into a functioning whole; and who create and manage new ones. The indispensable elements of an intergenerational center are programs helping families to care for their aged members, programs fostering prolonged independent self-care of the aged in their own environment, and maintenance of a wide-spread intergenerational volunteer network in the local community. The basis for a model local intergenerational center is comprehensive anthropology: a holistic view of man in his physical, psychological, social, spiritual, existential and developmental dimensions; a complementary unity of physical, psychic and social health; a complementary bonding of all three generations; and a life balance between the individual and the community, with a special attention to the intermediate link of the family and groups formed by people's own choice on the principle of self-help and solidarity. The author of this article has been developing the concept of intergenerational centers since 2002 at the Anton Trstenjak Institute for Gerontology and Intergenerational Coexistence, on the basis of research data and practical experience gained in developing and introducing a social network of over twenty programs for quality aging and a solidary coexistence of generations. This article describes the anthropological underpinnings of a local intergenerational center, the social needs, the European and Slovenian political documents, to which the model responds, the concept and its components, the methods and management of its introduction into a community, and the concrete experience of installing intergenerational centers in three different Slovenian places in 2007.

Key words: intergenerational center, aging, local community, intergenerational solidarity, anthropology, quality aging programs

AUTHOR: Dr. Jože Ramovš is a social worker, anthropologist and psychotherapist. In the last two decades he is mainly working in the area of social gerontology. In the forefront of his scientific work are intergenerational relations and communication between young, middle and old generation, personal preparation for quality ageing and social preparation for large share of old population, creation of the new intergenerational programmes of modern social network for quality ageing and good intergenerational relations, that are based on the principle of personal self-help and self-help in groups and on professional and public support for developing self-help and self-organisation of the population in the community.

OSNOVE ZA NASTANEK IN RAZVOJ MODELA MEDGENERACIJSKIH SREDIŠČ

Antropološko izhodišče

Človek se uresničuje in deluje na treh ravneh: kot član širše družbene skupnosti, kot član družine in drugih majhnih osebnih človeških skupin ter kot posameznik. Med vsemi tremi ravnimi mora vladati ravnotežje, da se človek osebno razvija, da kakovostno deluje v socialnem in naravnem okolju ter da se razvijata družba in njena kultura.

V preteklih stoletjih in tisočletjih tradicionalne družbe je najmočnejše vplivala na življenje ljudi skupnost v svojih različnih vidikih, kot so: širša sorodstvena skupnost, soseska ali krajevna skupnost, verska skupnost, narodna skupnost, država. V vseh teh skupnostih se je sožitje odvijalo po načelu samoumevne medgeneracijske povezanosti in solidarnosti.

V današnji družbi evropske kulture je najbolj poudarjena individualna raven posameznika, zlasti njegova osebna svoboda in pravice. Veliko manjša kot v preteklosti pa je v tej družbi vsakdanja medgeneracijska povezanost. Če pa imamo pred očmi vpliv družbenih občil in trga z reklamo na ljudi, se postavlja vprašanje, ali ni moč skupnosti preko teh vzgibov na posameznikovo doživljanje in ravnanje tudi danes dejansko veliko večja, kot to doživljajo ljudje.

Tako v tradicionalni preteklosti kakor v današnji individualizirani družbi je odločilni vezni člen med posameznikom in skupnostjo majhna skupina, v kateri je človek povezan z drugimi v osebno sožitje in sodelovanje. Med takimi skupinami je od začetka do konca človekovega življenja daleč najpomembnejša družina, ki ljudi rojeva, vzgaja, jim omogoča največji delež njihove človeške sreče in oskrbe osnovnih človeških potreb; če družina vrši svojo vlogo slabo, pa je zelo velik njen razdiralen vpliv. Poleg družine imata velik pomen še dve skupini: ožja delovna tovarišija in prijateljska družba. Glede na družbeni razvoj je danes najbolj zanemarjeno osebno sožitje v družini in majhnih osebnih skupinah. Pojavljajo se nove oblike trajnejših in začasnih povezav kot alternativa družini, močan poudarek ima delovna skupina in osebna družba. Toda kakor družina v današnji evropski in slovenski družbi ne more zadostno opraviti naloge enostavnega obnavljanja prebivalstva z rojevanjem, tako skupaj z njo vse oblike osebne povezanosti v majhne skupine ne nudijo zadostne psihosocialne trdnosti za večino posameznikov od začetka do konca življenja. Pomanjkanje osebne psihosocialne trdnosti posameznika na temelju kakovostne vključenosti v družino in druge osebne človeške skupine povzroča nadpovprečno veliko osamljenosti, revščine, psihosocialnih bolezni, jalovih preprirov, omamljanja in zasvojenosti, kriminala in druge socialne patologije, zlasti pa gredo v izgubo številni intelektualni in socialni potenciali posameznikov v skupnosti. Veliko prenizka rodnost in množična psihosocialna patologija evropske in ameriške družbe sta v zadnjih letih očitna problema, ki kažeta na neodločljivo nujnost iskanja rešitev.

Pri znanstvenem in praktičnem terenskem delu na področju medgeneracijskega sožitja, skrbi za stare ljudi, terapiji zasvojenec in preventivi zasvojenosti smo prišli zadnja leta na Inštitutu Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje do tako imenovane *zlatega pravila za kakovosten osebni razvoj in medčloveško sožitje* (Ramovš 2003), ki se glasi:

V vsakem obdobju življenja mora človek poskrbeti, da je intenzivno osebno povezan vsaj z enim pozitivno usmerjenim človekom iz vsake generacije: z enim mladim, enim srednjih let in enim starim.

Biti osebno povezan pomeni, da z njim vsaj eno uro tedensko komunicira na ravni osebnega človeškega doživljanja in izkušnje; torej ne samo na ravni splošnih, intelektualnih, delovnih ali drugih brezosebnih vsebin.

Pozitivna usmerjenost v odnosu pa pomeni, da je pri komunikaciji pet prijetnih, spodbudnih ali pozitivnih vsebin na eno negativno, ki pa ne sme biti med prvimi.

Vsak otrok potrebuje redno in kakovostno povezanost s starši, ki pripadajo srednji generaciji, prav tako pa tudi stik z drugimi otroki in s pozitivnim starim človekom, da lahko kvalitetno odrašča. Star človek potrebuje lep odnos ne samo s starimi ljudmi, ampak tudi z otrokom ali mladim človekom ter s človekom srednjih let, da lahko živi svojo starost kvalitetno in vabljivo zase in za druge. Čim starejši in čim bolj onemogel je, tem bolj potrebuje reden osebni stik z nekim »svojim« človekom; svojim po krvi ali po prijateljskem odnosu; odločilno je, da je ta stik živ, reden in pristno zadovoljuje obe strani. Tudi srednja generacija potrebuje reden živ stik ne le s svojo, ampak tudi z mlado in tretjo generacijo. Zdi se, da je za razvoj in krepitev človeške solidarnosti nenadomestljiva izkušnja, ko ljudje srednjih let skrbijo za nemočnega otroka in starega človeka. V vsakem obdobju življenja je za zdrav človeški razvoj nujno potrebna komplementarnost različnih izkušenj in sposobnosti, zlasti mladostnega življenjskega poleta, pogumnega in odgovornega prevzemanja življenjskih nalog v dobrih in slabih razmerah ter življenjske zrelosti pri izpuščanju nekaterih nalog in sposobnosti ob istočasni rasti življenjske modrosti.

Znanstvena spoznanja in akcijsko razvojne izkušnje pri projektih, ki so povezani z vsebino *zlatega pravila za kakovosten osebni razvoj in medčloveško sožitje*, so glavna antropološka osnova koncepta in metodike krajevnega medgeneracijskega središča. Medgeneracijsko središče na tej antropološki osnovi je naš izvorni model za celosten razvoj nove solidarnosti med generacijami v krajevni skupnosti. Njegovo uvajanje in delovanja poganja javna in strokovna pomoč pri aktiviranju samopomoči, da bi se vzpostavilo v današnjih življenjskih razmerah novo ravnotežje med vsemi tremi ravnimi: med skupnostjo, posamezniki in družinami ali drugimi majhnimi človeškimi skupinami, ki delujejo na principu osebne medčloveške povezanosti. Vezni člen, ki ga negujemo in krepimo v vseh programih medgeneracijskega središča, je kakovostna osebna komunikacija med generacijami v obstoječih človeških skupinah in oblikovanje novih medgeneracijskih povezav v programih, ki jih razvijamo za zadovoljevanje tistih osebnostnih in socialnih potreb, ki so danes zapostavljene.

Antropološko izhodišče koncepta in metodike programov medgeneracijskega središča je torej človek, ki ima skozi vsa življenjska obdobja temeljno potrebo po pristnih povezavah z drugimi ljudmi vseh generacij. Človeka pa pojmuje celostno ali antropohigiensko v njegovi telesni, duševni, socialni, duhovni in eksistencialni ter razvojni razsežnosti (Ramovš 2003, str. 63-79). Sodobna znanstvena spoznanja in vsakdanje izkušnje v praksi kažejo, da je to zelo primerno izhodišče, ki omogoča uspešno razvijanje medčloveške solidarnosti,

posebej medgeneracijske, ki bo v prihodnjih letih zaradi neugodnih demografskih razmer na odločilnem preizkusu.

Današnje pereče potrebe

Dokument Sveta EU o odzivu na današnje demografske spremembe, ki ima naslov »Nova solidarnost med generacijami« (Svet EU 2005), se začne z izjemno resno ugotovitvijo: »Evropa se danes sooča z demografskimi spremembami, ki so po svojem obsegu in teži brez primere.« Dokument razčleni štiri sklope najbolj perečih potreb:

1. prenizko rodno za naravno obnavljanje starajočega se prebivalstva,
2. težavno vključevanje mlade generacije v samostojno zaposlitev in družinsko življenje,
3. zgodnji odhod srednje generacije iz delovnega procesa, s čimer je povezana protislovnost marginalizirane samostojnosti tretje generacije v družbi,
4. naglo naraščanje deleža tretje generacije, zlasti najstarejših ljudi, ki potrebujejo veliko oskrbe in nege.

Vse te pereče probleme dokument povezuje s skupno nalogo za njihovo reševanje, da namreč v Evropi ustvarimo politične in druge pogoje za novo solidarnost med generacijami.

Navedenim demografskim nalogam ali celo problemom je treba dodati nekaj pojavov, ki so prav tako pereči in je treba najti nanje istočasni odgovor. Ti pojavi so zlasti:

- razpadanje medgeneracijske povezanosti v današnjem načinu življenja, kar povzroča zakrnavanje medgeneracijske solidarnosti,
- zmanjševanje tradicionalne vloge družine pri oskrbi starih ljudi,
- slepa pega v doživljanju smisla starosti in njene vrednosti.

Vse kaže, da moramo pritrdati evropskemu političnemu dokumentu o tem, da je krepitev nove solidarnosti med generacijami skupen vir za rešitev vseh navedenih demografskih nalog. Tudi to, da je obvladati navedene demografske probleme najzahtevnejša naloga v dosedanjem razvoju evropske kulture, se zdi, da je žal res. Če bomo naslednja leta opravili te naloge, bo evropska kultura vodnica vsem drugim kulturam v razvoj novega človeškega sožitja, kakor je bila v preteklosti vodnica v znanstvenem in gospodarskem napredku ter v uveljavljanju vrednosti osebne svobode in enakopravnosti ljudi ne glede na spolne in druge razlike. Če pa bi te naloge ne obvladali v naslednjega četrto stoletja, ko bo stiska zaradi staranja avtohtonega evropskega prebivalstva šla proti vrhuncu, se naša kultura verjetno bliža svojemu zatonu. Trstenjak je že pred desetletji dejal, da se evropska kultura obnaša tako nespametno, da je to lahko le znak njene pubertete ali pa senilne demence. Pri tem je vedno dodal: »Srčno upam, da je prvo, ker je prehodno, medtem ko je drugo dokončno.«

Programi za rešitev sedanjih demografskih nalog je torej treba oblikovati tako, da bodo omogočili izjemno velikemu deležu starajočega se prebivalstva polno osebno človeško in družbeno življenje v današnjih življenjskih razmerah, onemoglim starim ljudem pa kakovostno človeško oskrbo. Če je skupni motivacijski temelj teh programov medgeneracijska solidarnost, ustvarjajo samodejno v družbi take psihosocialne in druge razmere, da se bodo ljudje v rodnem obdobju odločali za toliko otrok, kot je potrebno za uravnoteženo menjavanje generacij v skupnosti in za urejeno sožitje med njimi, ter da bodo oblikovali

v svojem delovnem in bivalnem okolju tako sodelovanje med mladimi in starejšimi, ki sproti ustvarja dovolj sinergijske presežne vrednosti socialnega kapitala za urejeno socialno življenje v skupnosti. Če je novo spoznanje, da imajo vsi današnji demografski problemi od rodnosti do oskrbe onemoglih starih ljudi isto živo korenino za rešitev – novo solidarnost med generacijami –, pomeni, da so tudi programi za reševanje v temelju isti: če je eden bolj naravnani na rodno, so njegovi stranski učinki vključevanje mladih v družbo, aktivno življenje tretje generacije in kakovostna oskrba onemoglih ljudi, če pa je bolj naravnani na kakovostno življenje tretje generacije, so rešitve ostalih problemov njegovi samodejni stranski učinki. Sledeč temu temeljnemu spoznanju, je treba programe v skupnosti oblikovati tako, da so povezani v socialno mrežo za reševanje vseh navedenih demografskih problemov. Če so vsi navedeni demografski problemi divji izrastki iz iste korenine, morajo tudi vsi programi za njihovo reševanje sestavljati eno krošnjo iz skupnega zdravega debla medgeneracijske solidarnosti.

Zdi se, da je neobhodna pot do teh ciljev omogočiti ljudem v njihovi krajevni skupnosti kvalitetnejše povezovanje in sožitje v malih skupinah, zlasti v družini. Izkušnja Francije, ki demografske naloge rešuje najboljše med razvitimi evropskimi državami, kaže, da povezovanje nekaj majhnih družin v prijateljsko skupino družin ustvarja dobre pogoje za bolj kakovosten razvoj vsake posamezne od njih. Pri oblikovanju programov za reševanje vseh navedenih nalog pridemo vedno na isto sled: v krajevni skupnosti (občini) je treba sistemsko zagotoviti »prostor«, ki bo pospeševal srečevanje in solidarno povezovanje generacij, in sploh srečevanje in solidarno povezovanje ljudi v malih skupinah ob zadovoljevanju njihovih pomembnih potreb.

Na Inštitutu Antona Trstenjaka smo združili dvoje:

1. poglobljena antropološka znanja o človeku – to usmerjenost smo podedovali od svojega učitelja Antona Trstenjaka, ki je bil velikan med misleci o človeku (Trstenjak 1968, 1985, 1988);
2. naše dobre izkušnje ob 20-letnem razvojnem oblikovanju sodobne socialne mreže medgeneracijskih programov in njihovem uvajanju na terenu po Sloveniji – teh programov smo doslej razvili nad dvajset (Ramovš 2003, <http://www.inst-antonatrstenjaka.si>).

Iz spoja teh dveh virov se je rodila zamisel in oblikovanje metodike za celovit sistem krajevnega medgeneracijskega središča.

Formalne osnove

Razvoj in uvajanje krajevnih medgeneracijskih središč v Sloveniji temelji ugotovitvah v naslednjih dokumentih slovenske države:

- V Resoluciji o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2006-2010 (Resolucija 2006) je načrtovana »mreža 15 regionalnih medgeneracijskih središč z mrežo socialnih programov za kakovostno staranje in sožitje med generacijami v lokalni skupnosti« (5. poglavje, /2/ Javni socialnovarstveni programi, točka 6).
- Strategija varstva starejših do leta 2010 – solidarnost, sožitje in kakovostno staranje prebivalstva (Strategija 2006) pravi: »Krajevna medgeneracijska središča, ki združujejo vse javne in civilne potenciale za kakovostno staranje in solidarno sožitje generacij v kraju.

Osnovni programi medgeneracijskega centra so: razne oblike usposabljanja in pomoči družinam, ki imajo starega družinskega člana, dnevno varstvo, pomoč na domu, razne oblike medgeneracijskega prostovoljstva, programi za stalno ozaveščanje in usposabljanje krajanov na področju skrbi za kakovostno staranje in solidarno sožitje med generacijami, krajevni dom za stare ljudi ter varovana stanovanja. Delovanje krajevnega medgeneracijskega centra temelji na sinergijski delovni povezavi krajevnega šolstva, socialnega varstva, zdravstva in kulture ter prostovoljskih, humanitarnih, pristočasnih in drugih organizacij vseh generacij v obliki sodobno organizirane krajevne samopomoči« (poglavje 3.4. Socialno varstvo, 2. cilj, točka 2).

Navedena slovenska nacionalna strategija temelji na evropskih in svetovnih dokumentih s tega področja, med katerimi so najpomembnejši:

- že omenjena Zelena knjiga (Svet EU 2005) »*Odziv na demografske spremembe: nova solidarnost med generacijami*«, ki države članice zavezuje, da razvijajo modele za kakovostno staranje in solidarno sožitje generacij v zaostrenih demografskih razmerah, EU pa bo uspešno sprejela in širila med druge članice;
- dokumenti 2. svetovne skupščine OZN o staranju (Madrid 2002): Mednarodni načrt ukrepov v zvezi s staranjem in Politična deklaracija;
- dokumenti Berlinske ministrske konference držav UNECE o staranju (Berlin 2002): Poročilo, Deklaracija in Regionalna strategija za uresničevanje madridskih dokumentov;
- deklaracija UNECE ministrske konference (Ekonomski in socialni svet Združenih narodov, Ekonomska komisija za Evropo) novembra 2007 v Leonu v Španiji: Družba za vse generacije: Izzivi in priložnosti (Leon 2007);
- temeljna osnova pa je preambula v ustavo Svetovne zdravstvene organizacije (1946) pri Združenih narodih, ki opredeli zdravje kot popolno telesno, duševno in socialno blagostanje. Ta krovna svetovna ustanova za zdravje in socialno varstvo posveča zadnja leta čedalje več pozornosti prav zdravemu staranju (Voljč 2007), pri čemer aktivno sodeluje dr. Božidar Voljč, ki v Sloveniji vodi obnavljanje zdravstvene gerontologije, v Svetovni zdravstveni organizaciji pa opravlja najvišjo funkcijo člana Izvršilnega odbora.

Poleg antropoloških, socialnih in pravno političnih osnov, ki smo jih navedli, je pomemben vzgib za nastanek medgeneracijskih središč tudi razvojni vzgon socialne znanosti. Kot vsaka znanost je tudi socialno delo toliko vredno, kolikor pomaga ljudem h kakovosti njihovega osebnega življenja in medčloveškega sožitja. Sociala mora danes odgovoriti na nove potrebe ljudi na prehodu iz včerajšnjih v jutrišnje oblike sožitja (Ramovš 1995), pot do tega pa je odkrivanje učinkovitih socialnih programov in modelov v skupnosti. Socialno delo je že po svojem imenu delo z ljudmi in za ljudi, zato neposredno vidi, katere potrebe in stiske se med ljudmi stopnjujejo. V tem je podobno zdravstvu, šolstvu, javni upravi in drugim strokam, ki delajo neposredno z ljudmi in za ljudi; zato je medgeneracijsko središče interdisciplinaren in intersektorski model za reševanje današnjih specifičnih potreb v krajevnih skupnostih, kjer prvič v zgodovini postaja najštevilčnejša tretja generacija.

MISELNA ZASNOVA MEDGENERACIJSKEGA SREDIŠČA IN VIRI ZA NJEGOVO DELOVANJE

Krajevno medgeneracijsko središče je sodobna sinergijska organiziranost vseh programov, organizacij in drugih subjektov, ki so potrebni za kakovostno staranje in solidarno sožitje generacij v skupnosti. Njegov namen je omogočiti kakovostno socialno sožitje v skupnosti in njen razvoj v sedanjih razmerah, ko se naglo večja delež prebivalstva, obstoječi socialni modeli pa niso zadostni za ohranitev in razvoj človeške solidarnosti, zlasti solidarnosti med generacijami.

Medgeneracijsko središče je nov kompleksen razvojni program skupnostnega menedžmenta. Njegovo poslanstvo je nova sinergijska povezava krajevne politične oblasti, uprave, javnih ustanov šolstva, sociale in zdravstva, civilnih organizacij, dejavnih posameznikov in vseh drugih, ki so v skupnosti pomembni za kakovostno staranje in solidarno sožitje vseh ljudi. Večina občin nima sprejetega programa ali strategije na področju staranja in sožitja generacij, navedeni ključni subjekti v skupnosti večinoma niso ozaveščeni o demografskih nalogah starajoče se družbe, vsak opravlja svoje ustaljene naloge za mlade ali za stare ljudi. Večinoma nima nihče izdelanih novih programov za nastajajoče številčno neravnotežje med generacijami, še tem manj so socialni programi za različne generacije med seboj mrežno povezani. Model krajevnega medgeneracijskega središča je strokoven in političen odgovor na to stanje v krajevni skupnosti. Edina naloga medgeneracijskega središča je, sprejeti v kraju kvalitetno izvajanje skupnostne odgovornosti za kakovostno staranje prebivalcev, za preprečitev socialne izključenosti starejših ter za oživljanje nove solidarnosti med generacijami v pogojih današnjega demografskega stanja, ter s tem povezanih socialnih potreb sedanjega časa in bližnje prihodnosti.

Kakovostnega staranja in solidarnega sožitja med generacijami v demografskih in družbenih razmerah prihodnjih let ne more zagotoviti sama politika, niti nobena od strok ali znanosti, ne civilna družba ali verska skupnost, ne kak drug subjekt v skupnosti. Naš najbolj znani psiholog ustvarjalnosti Anton Trstenjak (1981) je rad poudaril, da odkritja in nova spoznanja nastajajo lateralno na stičiščih različnih strok. Isto velja za nove socialne modele, ki rešujejo nove potrebe ljudi v skupnosti. Medgeneracijsko središče je interdisciplinarni in intersektorski odgovor – socialnega dela, medicine in zdravstvene nege, gerontologije, pedagogike, andragogike in gerontagogike, sociologije, psihologije, ekonomije, arhitekture, vzgoje in izobraževanja, javne uprave in še katere od znanstvenih ved ter družbenih resorjev – na preživetvene demografske probleme slovenske in evropske kulture, ki nastajajo ob naglem staranju prebivalstva.

Delo pri vzpostavljanju krajevnega medgeneracijskega središča poteka od začetka z vso občino: s političnim vodstvom, z vsem prebivalstvom občine in z vsemi organizacijami, ustanovami in programi, ki so pomembni za obe med seboj neločljivo povezani nalogi, o katerih ves čas govorimo: kakovostno staranje in solidarno sožitje med generacijami. Prvi mejnik pri nastajanju medgeneracijskega središča je odločitev izvoljene politične oblasti, da se bo skupnost prednostno posvetila tema dvema nalogama. Da se bo ta odločitev lahko uresničila, je treba od začetka informirati in ozaveščati o obeh nalogah in o konkretnih možnostih, ki jih ima za njuno reševanje vsak posameznik in družina ter vsaka od za to po-

membnih služb, ustanov, organizacij ali drugih subjektov v kraju. Krajevno medgeneracijsko središče je skupnostni socialni model. Njegovo vzpostavljanje je projekt celotne skupnosti, zahtevno strokovno delo pri vzpostavljanju v skupnosti prevzame Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje s sodobnim menedžerskim, gerontološkim in intergeneracijskim znanjem.

Avtor ideje, koncepta in metodike krajevnih medgeneracijskih središč sem pisec tega članka, raziskovalec na Inštitutu Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje, kjer ta model edini strokovno razvijamo, razvojno uvajamo na terenu ter spoznanja o njem sprti objavljamo v domači in tuji strokovni literaturi (Ramovš 2002, 2003, 2005, 2006, 2006a, 2006b, 2006c, Ramovš in sod. 2007). Koncept in metodika krajevnega medgeneracijskega središča je rezultat več kot petnajstletnega znanstvenega in praktičnega terenskega dela pri razvijanju in uvajanju programov sodobne socialne mreže medgeneracijskih programov za kakovostno staranje in sožitje med generacijami.

Poleg koncepta, ki odgovarja na pristne pereče potrebe skupnosti, in metodike, ki je zmožna vzpostaviti medgeneracijsko središče v delovanje, je osnovno vprašanje o finančnih in človeških virih, ki so potrebni za njegovo delovanje. Ti viri so trije:

1. **storitve**, ki se same financirajo z neposrednim plačilom;
2. **javne finance** občine ter morebitni državni in evropski viri;
3. **humanitarno-prostovoljski vir** v obliki dela in donacij.

Za delovanje medgeneracijskega središča morajo biti na voljo vsi trije in vsi trije morajo biti med seboj sinergijsko prepleteni. Namestitev v domu za stare ljudi, socialna oskrba na domu, razne servisne storitve za stare ljudi in podobno imajo svojo tržno ceno, ki jo izvajalcu plača sam uporabnik, zavarovalnica ali javne finance po veljavnih predpisih. Povsem drugače je s programi, kot so planiranje celostne skrbi za urejen razvoj starajoče se družbe, informiranje in ozaveščanje celotnega prebivalstva, preventivne in vzgojne akcije za bolj ogrožene skupine ipd. Teh ne plačujejo niti posamezniki niti ni njihovo izvajanje redno financirano iz zavarovanj ali kakih drugih stalnih virov. Ker so javna sredstva občine, države in evropske skupnosti namenjena tistim javnim potrebam, za katere se skupnost odloči, da jih bo financirala, je tovrstne programe v kraju mogoče financirati le na podlagi legitimno sprejetega občinskega programa. Humanitarno-prostovoljski vir je za vzpostavitev in delovanje medgeneracijskega središča prav tako nepogrešljiv kot prva dva. Vanj sodi neposredno prostovoljsko delo organiziranih medgeneracijskih prostovoljcev, prispevki društev, kulturnih, izobraževalnih, športnih in drugih organizacij ter posameznikov, ki jih vlagajo s svojim delom, znanjem in na druge načine v razvejano mrežo programov, ki so povezani v krajevno medgeneracijsko središče. Seveda sodijo v tretji vir za delovanje medgeneracijskega središča ali posameznih njegovih programov tudi finančne in druge materialne donacije podjetij in posameznikov.

Poudariti je treba, da sta prispevka v prostovoljskem delu in v znanju enako vredna za medgeneracijsko središče, kakor denar iz proračuna ali iz plačila za storitve. Čas in znanje sta že sama po sebi merljiva v denarju, poleg tega pa potrebuje krajevno medgeneracijsko središče čisto določena znanja in prostovoljsko delo, ki ga ni mogoče naročiti in plačati na trgu, četudi bi bilo na voljo še toliko javnega ali zasebnega denarja. Prostovoljsko-humanitarni vir je nepogrešljiv, ker nekatere programe medgeneracijskega središča po principu

lahko opravljajo samo prostovoljci. Brez razvejanega medgeneracijskega prostovoljstva si ni mogoče zamisliti krepitve medgeneracijske solidarnosti v skupnosti in pri posameznikih; plačane storitve v principu uspravajo in krnijo človeško solidarnost. Pri nekaterih programih, ki so sicer tržne ali skupnostne narave in imajo zagotovljeno financiranje iz prvega ali drugega vira, se mora izvajanje redno prepletati z prostovoljskim sodelovanjem, da ima humano noto človeške skupnosti; tak primer je na primer oskrba v domovih za stare ljudi ali pa javno ozaveščanje skupnosti. Ker prostovoljstvo nepogrešljivo bogati tržni del storitev medgeneracijskega središča, mora tržni del redno prispevati nekaj od svojih zagotovljenih prihodkov za vzdrževanje prostovoljsko-humanitarnih programov medgeneracijskega središča. In ker sta organizirano prostovoljstvo in humanitarnost osnova kakovostnega življenja v vsaki krajevni skupnosti, je odgovornost za njuno delovanje primarna naloga župana in občinskega sveta kot izvoljenega vodstva skupnosti ter občinskih upravnih in drugih služb.

Tržne storitve za kakovostno staranje in sožitje med generacijami, javna politična skrb za to področje ter samopomoč in humanitarnost posameznikov, družin in organiziranih skupin prebivalcev v občini so torej trije viri za vzpostavljanje in delovanje medgeneracijskega središča. Vsi trije morajo stalno delovati in se med seboj prepletati. Zdravo napajališče vseh treh, še zlasti samopomoči in humanitarnosti, je človeška energija, ki se v ljudeh prebuja, ko se zavedo svojih potreb, stisk in zmožnosti na področju staranja in sožitja generacij, in se krepi ob dobrih izkušnjah, ko te potrebe učinkovito zadovoljujejo sami sebi in drugim v svoji skupnosti.

BISTVENE SESTAVINE PRI VZPOSTAVLJANJU KRAJEVNEGA MEDGENERACIJSKEGA SREDIŠČA

Z besedo »vzpostavljanje« medgeneracijskega središča označujemo vse sestavine od pobude in krajevne odločitve zanj na temelju prepoznanih potreb, preko naročila Inštitutu, skupnega načrtovanja, ustanovitve zavoda ali druge organizacijske oblike, gradnje prostorov, uvajanja raznih novih programov, pridobivanja in usposabljanja kadrov, zagotavljanja sredstev za delovanje medgeneracijskega središča, vse do mehanizmov za njegovo trajno samostojno delovanje in razvoj. Izraz vzpostavljanje ni zelo posrečen, vendar nismo našli primernejšega za to veliko celoto dela, ki traja okrog tri leta.

Vzpostavljanje krajevnega medgeneracijskega središča ima štiri osnovne sestavine ali delovne stopnje, ki potekajo deloma vzporedno. Delo pri vzpostavljanju na vsaki stopnji načrtujemo in prilagajamo konkretnim potrebam, možnostim in odločitvam kraja, zato se vzpostavljanje medgeneracijskega središča razlikuje v vsakem kraju, kjer delamo.

Sedaj bomo na kratko prikazali te štiri sestavine ali delovne stopnje pri vzpostavljanju medgeneracijskega središča.

Odločitev vodstva občine ob dobri informiranosti in podpori vsega prebivalstva

Odločitev političnega vodstva občine, da bo skrb za kakovostno staranje in solidarno sožitje med generacijami prioriteta javna naloga skupnosti v prihodnjih letih, je pogoj za začetek vzpostavljanja krajevnega medgeneracijskega središča. Pripravljanje te odločitve je zahteven

skupnostni in politični proces, ki zahteva okrog eno leto dela. Inštitut pri tem opravlja razvojno svetovalno, projektno in menedžersko delo z županom, z občinskim svetom in z vsemi pomembnimi organizacijami, ustanovami, službami in posamezniki, zlasti pa informira celotno skupnost o kakovostnem staranju in sožitju generacij, o sodobnih možnostih za doseganje teh dveh ciljev in o modelu medgeneracijskega središča. Rezultati tega dela so:

- priprava kvalitetne občinske strategije za kakovostno staranje in solidarno sožitje med generacijami v zaostrenih demografskih razmerah prihodnjih let,
- sprejem te strategije na zakonodajni in izvršni ravni občine ter
- dobra informiranost celotnega prebivalstva o njeni vsebini in pomenu, še posebej informiranost vseh pomembnih občinskih ustanov, organizacij, služb in posameznikov.

S sprejeto strategijo občina uzakoni uvajanje medgeneracijskega središča kot sinergijske povezave vseh potrebnih programov za kakovostno staranje in solidarno sožitje generacij.

Raziskovanje potreb in virov ter načrtovanje konkretne podobe krajevnega medgeneracijskega središča

Občina mora dobro poznati potrebe in zmožnosti ljudi ter potrebe in vire svoje skupnosti, ko se odloča za vzpostavitev medgeneracijskega središča in za njegovo okvirno obliko. Zato že vzporedno z opisano prvo delovno stopnjo opravljamo nekatera dela iz sklopa druge osnovne sestavine pri vzpostavljanju medgeneracijskega središča. Skupaj z občino in pomembnimi subjekti v njej raziskujemo potrebe ljudi, zlasti potrebe tretje generacije, njihove zmožnosti ter druge človeške in materialne vire za kakovostno staranje in solidarno sožitje generacij v skupnosti. Odgovornim v občini pomagamo načrtovati konkretno podobo krajevnega medgeneracijskega središča in socialne mreže njegovih programov.

Ta delovna stopnja terja dobro raziskovalno in projektno načrtovalno znanje ter znanje skupnostnega menedžmenta, da se odkrijejo pristne potrebe ljudi in pomembni viri. Zlasti zahtevno je dosežati soglasje ali konsenzualnost med različnimi političnimi in drugimi subjekti v celotni skupnosti pri načrtovanju konkretne podobe medgeneracijskega središča. Prav ta složna zavzetost vseh pri reševanju pereče demografske naloge staranja skupnosti pa je presežni socialni kapital, ki je nujno potreben za vzpostavitev medgeneracijskega središča; soglasnega sodelovanja vseh pomembnih subjektov v skupnosti ni mogoče nadomestiti z ničemer drugim.

Najbolj natančno ugotavljanje potreb in zmožnosti prebivalcev zagotovi empirična raziskava. Pri vzpostavljanju medgeneracijskega središča v Komendi je Inštitut podrobno raziskal potrebe in zmožnosti tretje generacije na vzorcu tretjine prebivalcev občine, starih 60 in več let. Podatki in spoznanja raziskave so bili osnova za pripravo občinske strategije in načrtov za konkretno podobo medgeneracijskega središča, nič manjši pomen pa ni imela ta obširna in temeljita empirična raziskava pri informiranju in ozaveščanju celotnega prebivalstva. Anketiranje na terenu je namreč opravilo okrog dvajset domačinov – prostovoljcev iz vseh treh generacij, ki jih je Inštitut za to temeljito usposobil. Izkazalo se je, da so ti domačini že pri anketiranju skoraj tristoletnih upokojencev opravili veliko delo informiranja in ozaveščanja. Podatke in spoznanja je v nadaljevanjih objavljala krajevni mesečnik, ki ga prejema vsako gospodinjstvo (Ramovš 2006d), o njih je poročala lokalna TV, ki jo prav tako spremlja vsako

gospodinjstvo. Spoznanja o potrebah in zmožnostih tretje generacije v občini Komenda so bila skupaj z osnovnimi informacijami o kakovostnem staranju in solidarnem sožitju generacij objavljena v knjigi, ki jo je občina dostavila vsakemu gospodinjstvu v občini kot novoletni dar (Ramovš 2006a). Nekateri rezultati raziskave so bili objavljeni tudi v znanstvenih člankih (Lenarčič in Ramovš 2006, Ramovš 2006e, 2007).

Vsaka občina ne zmore stroškov za tako raziskavo. V vsakem primeru pa Inštitut skupaj s krajem razišče potrebe ljudi ter človeške in institucionalne vire, ki omogočajo kakovostno staranje in solidarno sožitje. Konkretno pristne potrebe in razpoložljive človeške vire je treba odkriti tako pri tretji kot pri mladi in srednji generaciji, pri organizacijah, ustanovah in vseh drugih subjektih v skupnosti.

Odločilno je, da pri načrtovanju medgeneracijskega središča odkrijemo dušo kraja in njegovo zdravo socialno izročilo. To so žive oblike samopomoči in solidarnosti, ki so v vsakem kraju nekoliko drugačne. V Komendi je na primer še zelo živa dvestoletna socialna tradicija, vse od časov delovanja Petra Pavla Glavarja, ki je bil eden največjih socialnih genijev v slovenski zgodovini in je deloval v tem kraju. Danes je Komenda zelo modernizirana in se izjemno naglo razvija, obenem pa nadpovprečno spoštuje in živi tradicionalne vrednote. Iz teh korenin in sedanjega stanja oblikuje vzročno razvejano občinsko medgeneracijsko središče. Z njim hoče zagotoviti kakovostno staranje današnji tretji generaciji in preprečiti socialne probleme v konici demografske krize čez leta, ko se bo postarala sedanja velika srednja generacija; v Komendi jo še povečuje naglo priseljevanje. V Trbovljah je izročilo in stanje drugačno. Še vedno je živo zakoreninjena stoletna »knapovska« solidarnost, zdrav ponos in iniciativnost. Pol stoletja po drugi svetovni vojni je bil kraj eden najbogatejših in naglo se razvijajočih. Danes je izredno velika brezposelnost, zlasti žensk in mladih, nadpovprečno velik je delež starih ljudi, kraj dobiva podobo spalnega naselja, ker se mnogi vozijo na delo v Ljubljano. Medgeneracijski programi imajo v Trbovljah osnovno nalogo poživiti tradicionalno solidarnost, preden jo neugodne razmere preveč ne oslabijo. Razvejani medgeneracijski prostovoljski programi, ki so bili v Trbovljah vpeljani pred nekaj leti, omogočajo ljudem narediti nekaj smiselnega za skupnost. Pri tem se je v Trbovljah v preteklih letih empirično potrdilo Franklovo spoznanje iz časa gospodarske krize leta 1929, da smiselno prostovoljstvo v skupnosti učinkovito preprečuje težke psihosocialne travme zaradi brezposelnosti (Eržen 2005). Poslanstvo trboveljskega medgeneracijskega središča bi verjetno bili tudi novi storitveni programi, kakršen je na primer oskrba starega človeka v tuji družini; onemoglim starim ljudem bi omogočili kakovostno človeško oskrbo izven velike ustanove (seveda pa v povezavi z njo), nekaterim brezposelnim družinam pa nudili pošten zaslužek.

Pri raziskovanju potreb, zmožnosti in virov se oblikuje seznam programov za kakovostno staranje in solidarno sožitje med generacijami, ki že delujejo v tej skupnosti. Vzporedno oblikujemo nabor programov, ki jih je potrebno in možno na novo vpeljati v skupnosti. Pri tem je treba upoštevati vse znanje o sodobnih gerontoloških in medgeneracijskih možnostih pri nas in v razvitem svetu.

Povod za vzpostavitev medgeneracijskega središča je neredko živ politični interes, da bi zgradili v občini dom za stare ljudi. Dejstvo pa je, da so pri nas znani domovi druge in tretje generacije, ki so bili pred desetletji na čelu razvoja, danes pa so zastareli, podobno kakor tipi avtomobilov izpred nekaj desetletij; v socialno razviti Evropi jih zapirajo zaradi nezase-

denosti, čakalne vrste pa imajo samo domovi četrte generacije, ki delujejo kot gospodinjске skupine in so živo povezani s celotno skupnostjo. Stroka ima nalogo informirati odgovorna vodstva občinske politike, civilne družbe in druge o sodobnih socialnih rešitvah. Splošno se misli, da o socialni vsakdo zna vse. Zato je najlažje informirati o sodobnem domu tako, da gredo vodilni v občini na strokovno ekskurzijo v tujino, kjer si v živo ogledajo nekaj domov četrte generacije. Ko pa je sprejeta odločitev za sodobno investicijo, je treba z načrtovalci tako sodelovati, da bo novogradnja v kraju vrhunsko funkcionalna za to socialno dejavnost, sicer bo sistemsko vgrajeno njeno predrago delovanje, prav tako pa tudi, da bo lepa v smislu krajevne arhitekture in notranjega videza, kajti arhitektura sama po sebi najbolj odločilno vpliva na počutje ljudi, na njihovo sožitje in socialno delovanje.

Pomembno delo na tej stopnji je iskanje soglasja vseh pomembnih javnih in civilnih subjektov za aktivno delo pri uresničevanju sprejete občinske strategije javne skrbi za kakovostno staranje in solidarno sožitje vseh generacij. Brez sinergije vseh pomembnih subjektov v skupnosti ni mogoče vzpostaviti medgeneracijskega središča.

Rezultat ugotavljanja potreb in razpoložljivih virov sta izvedbeni načrt za vzpostavitev krajevnega medgeneracijskega središča in konferenca soglasja (konsenzus konferenca) vseh pristojnih ustanov, organizacij in drugih subjektov o sodelovanju pri tem.

Delovna stopnja raziskovanja potreb in virov ter načrtovanje konkretne podobe krajevnega medgeneracijskega središča zahteva od pol do enega leta dela; je tem daljša, čim bolj kompleksno raziskovanje potreb in virov potrebuje skupnost ter čim bolj so subjekti bodočega medgeneracijskega središča heterogeni in neuskkljeni.

Uvajanje novih programov za kakovostno staranje in solidarno sožitje generacij ter povezovanje vseh v sinergijsko delovanje

Medgeneracijsko središče postaja v kraju vidno, ko začnejo v skladu s sprejeto občinsko strategijo in soglasno sprejetim izvedbenim načrtom uspešno delovati novi programi za kakovostno staranje in sožitje med generacijami. Seveda je pomembna tudi formalna ustanovitev medgeneracijskega središča v obliki primerne pravno organizirane oblike, toda odločilno je uspešno uvajanje novih potrebnih programov in uspešno sinergijsko povezovanje novih in prej delujočih krajevnih programov in subjektov, ki so pomembni za kakovostno staranje in solidarno sožitje generacij. Na tej delovni stopnji je torej treba opraviti naslednje naloge:

- **Ustanoviti krajevno medgeneracijsko središče** v taki organizacijski obliki, ki je primerna za določeno občino; njegova organizacijsko-pravna oblika, prostori in kadri morajo biti prilagojeni potrebam in možnostim kraja in ne serijski model nekega splošnega medgeneracijskega središča. V Komendi, kjer uvajajo številne nove programe za kakovostno staranje in sožitje generacij, so ustanovili nov zavod za izvajanje novih programov in za koordiniranje sinergijskega sodelovanja vseh subjektov, programov in nalog v občini, ki so pomembne za kakovostno staranje in solidarno sožitje med generacijami. V primerih, kjer zelo prevladuje potreba po sinergijski povezavi številnih obstoječih subjektov in programov za kakovostno staranje in solidarno sožitje generacij pred uvajanjem novih programov, bo morda primerna kaka druga organizacijsko-pravna oblika medgeneracijskega središča, kjer bo močan in stabilen organ, sestavljen iz vseh

ključnih subjektov, vodil in s pomočjo svoje strokovne službe izvajal vse bistvene naloge krajevnega medgeneracijskega središča. Vsekakor izvaja operativna strokovna služba medgeneracijskega središča osrednje naloge na področju javne skrbi za kakovostno staranje in solidarno sožitje generacij, ki ne sodijo na področje plačljivih storitev. Te naloge so: stalno informiranje in ozaveščanje celotnega prebivalstva o nalogah za doseganje teh dveh pomembnih vrednot, sinergijsko povezovanje vseh za to pomembnih subjektov v občini, organiziranje medgeneracijskega prostovoljstva, usposabljanje družin, ki doma oskrbujejo starega družinskega člana in podobne. Osnovna naloga operativne strokovne službe medgeneracijskega središča je tudi tesno sodelovanje s civilnimi organizacijami v skupnosti, ki so pomembne za to področje, podpiranje njihovega kakovostnega dela in sodelovanja v celotni socialni mreži ter smiselni prenos javnih nalog v njihovo izvajanje. Bistvena naloga odgovornega organa in operativne strokovne skupine v medgeneracijskem središču je zaznavanje novih potreb in razvojnih rešitev na tem področju.

- **Uvajanje novih programov** za kakovostno staranje za celotni spekter tretje generacije ter programov za vse generacije, ki omogočajo krepitev nove solidarnosti in povezanosti med mlado, srednjo in tretjo generacijo; potrebni novi programi za to skupnost so bili strokovno načrtovani in soglasno sprejeti na prejšnji stopnji. Med nove programe vsekakor sodijo: uvajanje intenzivne vzgoje za medgeneracijsko povezanost in solidarnost v vrtcu, osnovnih in srednjih šolah, stalno javno ozaveščanje celotnega prebivalstva o nalogah in možnostih za kakovostno staranje in solidarno sožitje generacij, uvajanje in organiziranje medgeneracijskega prostovoljstva, zagotavljanje možnosti za elektronsko in drugo vseživljenjsko izobraževanje tretje generacije (univerza za tretje življenjsko obdobje ipd.), organiziranje usposabljanja in različne servisne pomoči družinam, ki doma oskrbujejo starega človeka, ter starim ljudem, ki se še lahko oskrbujejo sami na svojem domu (dovoz hrane, socialna oskrba na domu, patronažna zdravstvena nega, fizioterapija ...), samoorganizirano delovanje upokojske generacije (program Zveze društev upokojscev »starejši za starejše«), dnevno varstvo, gradnja sodobnega krajevnega doma za stare ljudi (več majhnih krajevnih domov je lahko zaradi rentabilnosti poslovanja povezanih v eno organizacijo), z domom povezana stalna možnost začasne oskrbe starih ljudi, ki sicer živijo v domačem okolju, ter soba za hospitalni krajevni hospic, organska povezava doma z oskrbovanimi stanovanji, ki preidejo po potrebi v popolno domsko oskrbovanje, uvedba hospica za prostovoljsko pomoč pri umiranju in žalovanju, organiziranje pravne pomoči za zapuščinske in druge starostne ali medgeneracijske pravne zadeve ter socialnega zagovorništva za stare ljudi. Navedli smo le sodobne programe, ki jih v večini krajevnih skupnosti še ni in so bistvenega pomena za kakovostno staranje in solidarno sožitje generacij, sistematičen in izčrpniji nabor programov je vsebina gerontoloških monografij (npr. Ramovš 2003, str. 243-364).
- Po doseženem soglasju in sprejetem operativnem načrtu za uvajanje krajevnega medgeneracijskega središča je najbolj zahteven del **vzpostavljane sistema za sinergijsko sodelovanje** vseh pristojnih in potrebnih subjektov v občini pri javni skrbi za kakovostno staranje in solidarno sožitje generacij. Nepogrešljivi subjekti tega sistema so: občinsko politično vodstvo in uprava, stranke, vse javne službe za vzgojo in izobraževanje (vrtci in šole), zdravstvo, sociala (dom za stare ljudi, oskrba na domu, dnevno varstvo, center

za socialno delo ...), prostorsko urejanje in drugi javni resorji, vse pomembne civilne organizacije (društvo upokojencev, medgeneracijsko društvo, RK, Karitas, mladinska organizacija, skavti ...) in posamezni ljudje, ki so pomembni za medgeneracijsko središče (strokovnjaki, zaslužni občani ...). Pri nekaterih od teh subjektov in programov je treba uvajati nove vsebine in oblike dela, ki so bistvenega pomena za medgeneracijsko središče (npr. medgeneracijsko vzgojo v vrtcih in šolah, medgeneracijsko usmerjenost v mladinskih in upokojenskih organizacijah). Pri tistih subjektih, ki sami izvajajo pomembne programe za kakovostno staranje, je zelo zahtevna menedžerska naloga njihovo povezovanje v celovito sinergijsko občinsko socialno mrežo in njihovo usposabljanje za učinkovito medsebojno sodelovanje.

- Tudi na tej delovni stopnji je – kot na vseh ostalih – bistvena naloga **sprotno izčrpano informiranje celotnega prebivalstva** o dogajanju in delu pri vzpostavljanju medgeneracijskega središča, prav tako pa **ozaveščanje o nalogah in možnostih**, ki jih ima vsak posameznik, vsaka družina, organizacija in celotna skupnost pri skrbi za kakovostno staranje in solidarno sožitje generacij.

Na tej delovni stopnji opravlja Inštitut kot izvajalec pri vzpostavljanju medgeneracijskega središča projektno načrtovanje rešitev, številna pogajanja in informiranje vseh zgoraj navedenih subjektov, skrbi za strokovno kakovostne rešitve posameznih nalog od ustanavljanja novega zavoda do njegovega uvajanja v vse dogovorjene delovne naloge. Nove programe socialne mreže za kakovostno staranje in solidarno sožitje med generacijami uvajamo v skladu s sprejetim izvedbenim načrtom. Naloge te delovne stopnje se deloma izvajajo že v prejšnji in v naslednji stopnji. Delo na tej stopnji traja vsekakor več kot eno leto, ob zahtevnejših pogojih celo več kot dve, na primer, kjer se v okviru medgeneracijskega središča pripravlja in gradi tudi nov sodoben dom za stare ljudi.

Menedžment za samostojno delovanje in razvoj krajevnega medgeneracijskega središča

Zadnja delovna stopnja pri vzpostavljanju medgeneracijskega središča v kraju so menedžerska dela, ki zagotavljajo njegovo samostojno delovanje in dober razvoj. Ko so novi potrebni programi za kakovostno staranje in solidarno sožitje generacij v kraju vpeljani, je treba utrditi njihovo kakovostno opravljanje nalog za skupnost, poskrbeti za stabilno organizacijo in financiranje medgeneracijskega središča, stabilizirati njegovo mesto in družbeno vlogo v krajevni skupnosti ter vzpostaviti mehanizme za njegov razvoj.

Inštitut strokovno pomaga pri pridobivanju in usposabljanju primernih kadrov, nudi mentorsko pomoč, pomaga pri osamosvajanju organizacijskih podsistemov v njihovem delovanju, organiziranju stalnega usposabljanja, delovanju supervizije in javnega nadzora nad delovanjem središča. Intenzivno delo na teh nalogah traja najmanj zadnjega pol leta vzpostavljanja medgeneracijskega središča, delno pa je vključeno že vse od prve delovne stopnje dalje.

Ko je po teh štirih delovnih stopnjah krajevno medgeneracijsko središče vzpostavljeno, ima skupnost sodobno orodje za uresničevanje svoje strategije za kakovostno staranje in solidarno sožitje med generacijami v naslednjih desetletjih, ko se bodo demografske, socialne in gospodarske razmere zaostrovale zaradi naglega staranja prebivalstva.

NEKAJ IZKUŠENJ

Nekatere izkušnje pri vzpostavljanju medgeneracijskih središč smo že omenjali, sedaj bomo kratko orisali in povzeli tri različne primere iz leta 2007: v občinah Komenda in Ruše ter naše sodelovanje pri pripravi posebnega pokrajinskega medgeneracijskega središča Zavoda Antona Martina Slomška v Mariboru.

Medgeneracijsko središče Komenda

Občina Komenda na Gorenjskem ima skoraj 5.000 prebivalcev, gospodarsko zelo dobro uspeva, prebivalstvo pa naglo raste zaradi priseljevanja mladih družin. Skupnost se je odločila, da poskrbi za sodobno socialno mrežo vseh primernih programov za kakovostno staranje in solidarno sožitje med mlado, srednjo in tretjo generacijo v naslednjih desetletjih. Gerontološki in medgeneracijski strokovni menedžment je poverila Inštitutu Antona Trstenjaka. Opravljeno je bilo celotno delo iz prve operativne stopnje in precejšen del iz druge.

- Pripravljena je bila in na občinskem svetu sprejeta sodobna občinska strategija za kakovostno staranje in solidarno sožitje med generacijami do leta 2015.
- Vse prebivalstvo je bilo temeljito informirano o vsem preko številnih oddaj na lokalni TV, z rednim pisanjem v krajevni mesečniku in preko široke javne razprave s številnimi predavanji, omizji in akcijami iz druge operativne stopnje.
- Opravljena je bila že omenjena terenska raziskava o potrebah in možnostih tretje generacije.
- Ker kraj potrebuje in želi dom za stare ljudi, smo s podjetjem Firis organizirali ekskurzijo odgovornih ljudi iz političnega vodstva, služb, javnih ustanov in nevladnih organizacij, da so si na dvodnevni ekskurziji ogledali v Nemčiji nekaj domov četrte generacije.
- Socialni subjekti, ki so pomembni za kakovostno staranje in solidarnost med generacijami, so bili deležni organizacijskega in menedžerskega svetovanja, da je prišlo do celovitega koncepta vseh potrebnih programov za kakovostno staranje in sožitje med generacijami. Operativni načrt medgeneracijskega središča je bil soglasno sprejet na vseh ravneh v občini.
- Na sodobnem principu javno-zasebnega partnerstva je bil ustanovljen nov zavod »Medgeneracijsko središče Komenda«; ustanovili so ga Občina Komenda, Medgeneracijsko društvo Komenda, Društvo upokojencev Komenda in Ustanova Petra Pavla Glavarja, to je lokalna socialna fundacija, ki ima več kot dvestoletno izročilo in je bila lastnica Glavarjevega »špitalske« (ta več kot dve sto let stara stavba je bila prvi dom za stare onemogle ljudi v Komendi).
- Postopoma poteka uvajanje in priprava novih programov: gradnja sodobnega doma za stare ljudi s šestdeset mesti, izvajanje socialne oskrbe na domu in druge servisne ter izobraževalne pomoči družinam, vključno s »klubi svojcev« za družine, ki doma oskrbujejo starega človeka, gradnja sodobnih varovanih stanovanj na principu, da se, ko je potrebno, brez selitve starih ljudi spremenijo v gospodinjstvo skupine s polno domsko oskrbo, široko razvejano medgeneracijsko prostovoljstvo, izobraževanje za tretjo generacijo, zagovorništvo za stare ljudi, hospic, sistematično usposabljanje za kakovostno

medgeneracijsko sožitje – in sicer otrok v vrtcu in OŠ, mladine v mladinski organizaciji in pri skavtih, upokoencev in drugih. V celovito socialno mrežo bodočega krajevnega medgeneracijskega središča povezujemo javno vzgojo in šolstvo, prostorsko planiranje kraja v smislu starosti prijazne občine, številne nevladne organizacije, ki so v kraju zelo aktivne, in vse druge pomembne programe in službe.

V Komendi vlada velika zavzetost za vzpostavitev krajevnega medgeneracijskega središča. Duša tega razvoja je prostovoljsko delo domače organizatorke medgeneracijskih programov za kakovostno staranje in sožitje generacij gospe Viki Drolec. Vse to in vrsta ugodnih okoliščin pri tem obsežnem projektu kažejo, da bo v naslednjih letih v Komendi zaživelo medgeneracijsko središče, ki bo vzorčno za Slovenijo in za širše območje Evrope.

Medgeneracijsko središče Ruše

Občina Ruše se pripravlja na izgradnjo doma za stare ljudi, saj je edina upravna enota v Sloveniji, ki je povsem brez domskih kapacitet. Ob tem so se odločili, da bodo vzporedno uvajali občinsko medgeneracijsko središče in tako s celovito akcijo razvili javno skrb za kakovostno staranje in solidarno sožitje generacij. Inštitut Antona Trstenjaka jim je v letu 2007 strokovno pomagal opraviti nekatere naloge na tem področju:

- informiranje vseh pomembnih organizacij in služb o medgeneracijskem središču;
- iskanje njihovih možnosti in pripravljenosti za sodelovanje pri tem;
- informiranje o sodobnem domu za stare ljudi (med drugim smo v sodelovanju s Firisom organizirali dvodnevno ekskurzijo v sodobne avstrijske in nemške domove);
- iskanje možnosti za uvajanje medgeneracijskega prostovoljstva med vsemi generacijami;
- vključevanje srednjih šol v usposabljanje za sodelovanje s starejšimi;
- priprava »Razvojnega programa skrbi za kakovostno staranje in za sožitje med generacijami Občine Ruše« za razpravo v občinskem svetu.

Posebno pokrajinsko medgeneracijsko središče Antona Martina Slomška v Mariboru

Zavod Antona Martina Slomška, ki deluje za širše področje Štajerske, prenavlja veliko stavbo na robu Maribora, v kateri bodo delovali številni programi: vrtec, osnovna šola, gimnazija, dijaški internat, študentski dom, ustanova za izobraževanje odraslih, rekreativni center s telovadnico, dom za stare ljudi in morda še kaj. Odločili so se za sodoben koncept, da bo ob lastni avtonomiji vsakega od programov v ospredju tudi sistemska povezanost vseh v medgeneracijsko središče z namenom, da se pri vseh udeležencih krepi medgeneracijska povezanost in solidarnost.

Inštitut Antona Trstenjaka so zaprosili za strokovno sodelovanje pri nekaterih delih. S projektnim svetovanjem smo vodstvu in izvajalskim strokovnjakom pomagali, da so zasnovali sodoben dom četrte generacije (tudi njihovo vodstvo in načrtovalci adaptacije stavbe so šli na dvodnevno ekskurzijo ogleda sodobnih nemških domov za stare), vse učiteljsko osebje gimnazije je imelo intenziven celodnevni seminar o povezanosti vseh treh generacij, vodje bodočih organizacijskih enot in programov so imeli enodnevno delavnico o možnostih

medgeneracijske povezanosti v tem kompleksnem sistemu, skupino njihovih študentov smo usposabljali za razumevanje starih ljudi in sožitje z njimi.

To medgeneracijsko središče bo posebno v več pogledih: vse njegovo delovanje se bo odvijalo s sožitjem v ogromni ustanovi – treba ga bo tem skrbneje organizirati in izvajati, da bo sožitje v ustanovah bogatilo in ne oviralo; zavod deluje za široko področje, njegov lastnik pa je katoliška Cerkev. Ker bo uvajanje novih programov za lepše sožitje med ljudmi in bolj človeško staranje imelo velik vpliv na celotno področje treh štajerskih škofij in na vso slovensko katoliško Cerkev, je vzpostavljanje tega medgeneracijskega središča obenem izjemna priložnost in velika moralna odgovornost.

SKLEPNE UGOTOVITVE

Medgeneracijsko središče je nov socialni model za krajevno skupnost, ki odgovarja na izjemno zahtevne naloge in probleme ob sedanjem naglem staranju prebivalstva. Gre za demografske probleme in naloge, ki se bodo zaostreno kazali v naslednjih letih: prenizka rodnost za naravno obnavljanje starajočega se prebivalstva, težavno vključevanje mlade generacije v samostojno zaposlitev in družinsko življenje, zgodnji odhod srednje generacije iz delovnega procesa ter s tem povezana velika samostojnost, pokojninska odvisnost in družbena marginaliziranost tretje generacije v družbi, naglo naraščanje deleža tretje generacije, zlasti najstarejših ljudi, ki potrebujejo veliko oskrbe in nege, razpadanje medgeneracijske povezanosti v današnjem načinu življenja, kar povzroča zakrnavanje medgeneracijske solidarnosti, zmanjševanje tradicionalne vloge družine pri oskrbi starih ljudi ter slepa pega v doživljanju smisla starosti in njene vrednosti.

Zamisel in metodika medgeneracijskih središč temelji na celovitih antropoloških spoznanjih o človeku, ki je oseba – najbolj individualno in ustvarjalno živo bitje na zemlji, istočasno pa – globoko kot nobeno drugo bitje – vtkan v občestvo, sožitje, sodelovanje in komuniciranje z drugimi ljudmi. Z drugimi je vtkan v sožitje v družini in drugih majhnih skupinah, kjer je odločilen kakovosten osebni odnos, in v velikih socialnih skupnostih, kjer so odločilna urejena družbena razmerja. Dinamika napetosti med individualno osebnim in skupinsko-skupnostnim življenjem rojeva v današnjih življenjskih razmerah vrsto problemov in nalog, ki smo jih prepoznali kot pogonsko energijo za vzpostavljanje in delovanje medgeneracijskega središča, samo medgeneracijsko središče pa kot dober odgovor na današnjo perečo potrebo, da kakovost medčloveškega sožitja v družini, delovni skupini in osebni družbi dohiti raven materialne preskrbljenosti. Krajevno medgeneracijsko središče bo s svojimi programi in skupnostnim socialnim menedžmentom živa sodobna učilnica solidarnega sožitja v kraju, sicer nima nikakršnega smisla.

Povod za razvoj krajevnih medgeneracijskih središč je novost v evropski politiki po prelomu tisočletja. Politični dokumenti, ki so posvečeni odzivu na velike demografske spremembe, upoštevajo osnovno antropološko zakonitost, da je ključ do rešitve teh nalog in problemov iskanje novega ravnotežja med posameznikom in skupnostjo, to je med svobodo ali ustvarjalnostjo posameznika z ene strani ter razvito solidarnostjo v družinah, delovnih in drugih skupinah ter v celotni skupnosti z druge strani. Politika govori zelo resno o nujnosti

oblikovanja »nove solidarnosti med generacijami« kot edinem ustreznem odzivu na današnje demografske spremembe. Koncept in metodika krajevnega medgeneracijskega središča je eden prvih celovitih modelov, s katerim socialna stroka direktno odgovarja na ta izziv politike in družbene resničnosti.

Osnova za vzpostavljanje in razvoj krajevnih medgeneracijskih središč je torej čedalje bolj jasen antropološki, socialni in politični uvid, da problemi ob staranju prebivalstva v prihodnjih letih niso obvladljivi brez istočasne skrbi za solidarno sožitje med generacijami. Bistvo modela medgeneracijskih središč tvorijo: sinergijska sistemska povezanost vseh političnih, civilnih in drugih programov, služb, organizacij in drugih subjektov, ki so v krajevni skupnosti pomembni za kakovostno staranje in solidarno sožitje med mlado, srednjo in tretjo generacijo, bazično ugotavljanje potreb prebivalstva na tem področju, uvajanje novih programov na temelju ugotovljenih potreb in možnosti ter stalno informiranje in ozaveščanje odgovornih subjektov in vsega prebivalstva o nalogah in možnostih na področju staranja in medgeneracijskega sožitja v skupnosti. Dosedanje izkušnje pri vzpostavljanju krajevnih medgeneracijskih središč kažejo, da gre za povsem realističen model, ki je primeren za vsako krajevno skupnost, njegovo uvajanje pa je zahtevna strokovna naloga socialnega menedžmenta.

LITERATURA

- Berlin (2002). <http://www.unece.org/ead/pau/age/conf2002frame.htm>.
- Eržen Mateja (2005). Brezposelne prostovoljke v mreži medgeneracijskih programov za kakovostno starost Trbovlje. V: *Kakovostna starost*, letnik 8, št. 2, str. 2-14. <http://www.inst-antonatrstenjaka.si>.
- Lenarčič Blaž, Ramovš Jože (2006). Uporaba informacijsko-telekomunikacijskih tehnologij med tretjo generacijo v občini Komenda. V: *Kakovostna starost*, letnik 9, št. 1, str. 15-20.
- Leon (2007). http://www.unece.org/pau/age/ConferenceonAgeing_2007/ECE_AC30_2007_L1_E.pdf
- Madrid (2002). <http://www.un.org/esa/socdev/ageing/waa/>.
- Ramovš Jože (1995). *Slovenska socialna med včeraj in jutri. Druga predelana in dopolnjena izdaja*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.
- Ramovš Jože (2002). Krajevni medgeneracijski centri – srce sodobnih programov za kakovostno staranje in povezovanje generacij. Spoznanja v luči analize socialnega varstva starih ljudi v Sloveniji. V: *Kakovostna starost*, letnik 5, št. 4, str. 17-33.
- Ramovš Jože (2003). *Kakovostna starost. Socialna gerontologija in gerontagogika*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka in Slovenska akademija znanosti in umetnosti.
- Ramovš Jože (2005). *The preventive-care significance of Frankls logotherapy for contemporary programmes aimed at quality ageing and good intergenerational relations*. Uvodno vabljeno predavanje na svetovnem kongresu ob 100-letnici rojstva Viktorja E. Frankla. Wien 1.-3.4.2005). Povzetek v: *Der Wille zum Sinn : zum 100. Geburtstag von Viktor E. Frankl*. Wels: Abile, Ausbildungsinstitut für Logotherapie und Existenzanalyse, str. 5.
- Ramovš Jože (2006). *Qualitätsvolles Altern und Zusammenleben der Generationen. Der Präventionsbedeutung von Frankls Logotherapie in den zeitgenössischen Programmen für qualitätsvolles Altern und Zusammenleben der Generationen*. V: Wiesmeyr O., Batthyány A. (Hrsg.). *Sinn und Person. Beiträge zur Logotherapie und Existenanalyse von Viktor E. Frankl*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag, str. 269-289.
- Ramovš Jože (2006a). *Kakovostno staranje in sožitje generacij v Komendi*. Komenda: Občina.
- Ramovš Jože (2006c). *Krajevni medgeneracijski center – rešitev številnih nalog javne skrbi za kakovostno staranje in sožitje generacij*. V: *Zdravo staranje, iluzija ali realnost? Izobraževalni program iz javnega zdravja IV*. Maribor: Zavod za zdravstveno varstvo Maribor, str. 86-88.

- Ramovš Jože (2006č). *Medgeneracijsko središče za stare ljudi kot celostna organizacijska oblika skrbi za kakovostno staranje in sožitje med generacijami*. Vabljeno predavanje na simpoziju »Ob 40-letnici slovenske gerontologije«, Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje, Ljubljana, 6. dec. 2006.
- Ramovš Jože (2006d). *Komenda hoče poskrbeti za lepo staranje. Raziskava o potrebah tretje generacije v Občini Komenda 1-4*. V: *Aplenca*, leto 15, št. 3, 17. marec, str. 7-9 (1. del); št. 4, 11. april, str. 8-10 (2. del); št. 5, 19. maj, str. 21-24 (3. del). in št. 6, 16. junij, str. 16-19 (4. del).
- Ramovš Jože (2006e). *Potenciali in potrebe tretje generacije v občini Komenda*. V: *Kakovostna starost*, letnik 9, št. 3, str. 19-33.
- Ramovš Jože (2007). *Potreba po oskrbi in oskrbovanje tretje generacije v občini Komenda*. V: *Kakovostna starost*, letnik 10, št. 3, str. 28-43.
- Ramovš Jože, Simona Hvalič Touzery, Ramovš Ksenija (2007). *New programmes for quality ageing in Slovenia*. Referat: XIII. Ogołnopolski Zjazd socjologiczny, Zielona Góra, 13.-15.9.2007.
- Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2006-2010*. Uradni list RS, št. 39/2006, 13.4.2006.
- Strategija varstva starejših do leta 2010 – solidarnost, sožitje in kakovostno staranje prebivalstva (Vlada RS, 21.9.2006)*. Izdalo: Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve oktobra 2007.
- Svet EU (2005). *Zelena knjiga »Odziv na demografske spremembe: nova solidarnost med generacijami«*. Bruselj, 2005 (uradni slovenski prevod).
- Trstenjak Anton (1968). *Hoja za človekom*. Celje: Mohorjeva družba.
- Trstenjak Anton (1981). *Psihologija ustvarjalnosti*. Ljubljana: Slovenska matica.
- Trstenjak Anton (1985). *Človek bitje prihodnosti*. Ljubljana: Slovenska matica.
- Trstenjak Anton (1988). *Človek končno in neskončno bitje*. Celje: Mohorjeva družba.
- Voljč Božidar (2007). *Zdravo staranje*. V: *Kakovostna starost*, letnik 10, št. 2, str. 2-8.

Kontaktne informacije:

Dr. Jože Ramovš

Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje
Resljeva 11, p.p. 4443, 1001 Ljubljana
Joze.Ramovs@guest.arnes.si

IZ GERONTOLOŠKE LITERATURE

Vir: World Health Organization (2007). *Global Age-friendly Cities: A Guide*. Ženeva; dostopno tudi na http://www.who.int/ageing/publications/Global_age_friendly_cities_Guide_English.pdf

PRIROČNIK SVETOVNE ZDRAVSTVENE ORGANIZACIJE ZA STAROSTI PRIJAZNA MESTA

V prejšnji številki *Kakovostne starosti* smo poročali o priročniku, ki ga je Svetovna zdravstvena organizacija izdala z namenom, da mestom, ki to želijo, posreduje navodila, kako naj ravnajo in kaj naj storijo, da bi bili njihove ulice, uradi, dejavnosti, storitve, prireditve in bivališča starim ljudem bolj prijazni.

Priročnik smo medtem pridobili, zato lahko njegovo nastajanje in nadaljnje načrte podrobneje predstavimo. Predvsem je pomembno, da objavljamo seznam vseh 83 navodil, kar tudi v Sloveniji omogoča vsem mestom, ki želijo postati starosti prijazna, da primerjajo svoje ureditve in se odločijo, kaj bodo izboljšala. Priročnik je resda namenjen ureditvam, ki so po meri starostnikom. Vendar pa vsak, ki priporočila prebere, lahko ugotovi, da so starosti prijazna mesta vsakomur prijazna.

V nadaljevanju povzemamo v prvem delu vsebino letaka, s katerim Svetovna zdravstvena organizacija predstavlja nastanek in namen priročnika ter nadaljevanje njenih aktivnosti, povezanih s prizadevanji, da bi bile mestne, pa tudi podeželske skupnosti starim ljudem bolj prijazne. Temu sledi prevod vseh 83 navodil.

Mesta se povsod večajo in starajo

Leta 2007 je več kot polovica vseh ljudi na svetu živela v mestih. Leta 2030 pa bodo od

vsakih petih ljudi že kar trije meščani. S hitrim večanjem mest se povsod po svetu naglo povečuje tudi število starih ljudi: danes je tistih, ki imajo več kot 60 let, 600 milijonov, do leta 2025 pa jih bo 1 milijarda in 200 milijonov, kar je še enkrat toliko. Te spremembe najhitreje potekajo v državah v razvoju.

Stari ljudje so v razumevajočih in ustrežljivih mestnih okoljih lahko vrednota za njihove družine, skupnosti in gospodarstvo. Da bi mestom pomagala storiti kar največ v korist vse večjega števila starih, je Svetovna zdravstvena organizacija 1. oktobra 2007, ko je mednarodni dan starejših, objavila Priročnik za starosti prijazna mesta.

Starosti prijazno mesto svoje strukture in storitve načrtuje tako, da ustrezajo tudi različnim potrebam in sposobnostim starih ljudi.

Stari ljudje določajo, kaj je starosti prijazno

Svetovna zdravstvena organizacija je projekt starosti prijaznih mest predlagala junija 2005, na 18. svetovnem kongresu gerontologije in geriatrije v Rio de Janeiru. S podporo kanadske vlade, angleške nevladne organizacije (Help the Aged UK), Svetovne zdravstvene organizacije in njenih partnerjev, so v 33 mestih iz 22 držav prosili okoli 1500 starih ljudi, naj opišejo prednosti in ovire, ki jih doživljajo na naslednjih osmih področjih mestnega življenja:

1. stavbe in zunajstavnne površine,
2. prevoz,
3. bivališča,
4. družabno življenje,
5. spoštovanje in vključevanje v družbo,
6. družbeno angažiranje in zaposlitev,

7. občevanje in obveščanje ter
8. storitve skupnosti in zdravstvenih služb.

Težave, skrbi in predlogi za izboljšave, ki so jih izrekli stari ljudje, so bili dopolnjeni z mnenji kakih 750 ljudi, ki so njihovi skrbniki ali izvajalci storitev. Po teh posvetovanjih, ki jih je opravila po vsem svetu, je Svetovna zdravstvena organizacija opredelila značilnosti starosti prijaznega mesta in za vsako od osmih opredeljenih področij pripravila njihov seznam.

Uporaba priročnika

Priročnik bo pomagal mestom – ne glede na to, kako razvita so –, da se ocenijo s perspektive starih ljudi in ugotovijo, kje in kako lahko postanejo starosti bolj prijazna. Namenjen je skupinam in posameznikom, ki bi radi, da bi bilo njihovo mesto bolj starosti prijazno. To vključuje vladne službe, prostovoljne in akademske organizacije, zasebni sektor in skupine državljanov.

Osrednja točka priročnika je seznam značilnosti starosti prijaznih mest. Ni namenjen temu, da bi mesta z njegovo pomočjo tekmovala med seboj. Njegov namen je, da se mesto samooceni in napreduje, kar lahko stori sleherno mesto. Njegova priporočila pa je možno preseči in nekatera mesta že imajo ureditve, ki jih presegajo. Njihovim dobrim rešitvam se lahko prilagodijo tudi druga mesta.

Ista načela, ki so vodila pripravo priročnika, veljajo tudi pri njegovi uporabi: na vseh stopnjah je potrebno vključiti stare ljudi kot enakovredne sodelavce. Pri ocenjevanju mestnih prednosti in pomanjkljivosti naj stari ljudje povedo, kako priročnikov seznam izpolnjuje njihove izkušnje in pričakovanja. Oni naj predlagajo spremembe in sodelujejo v uresničevanju izboljšav. V nadaljnjem razvoju aktivnosti, ki so starosti prijazne, naj bodo stari ljudje vključeni v uvajanje napredka, postanejo naj zagovorniki in svetovalci starosti prijaznega mesta.

Globalna mreža starosti prijaznih mest

Priročnik že uporabljajo povsod, kjer želijo spodbuditi gibanje starosti prijaznih mest. Povezave so že vzpostavili v Kanadi, na Japonskem, v Španiji, Združenem kraljestvu, Latinski Ameriki in Karibih ter na Srednjem vzhodu. Z medsebojnim povezovanjem se skupine mest medsebojno podpirajo in izmenjujejo dobre rešitve pri premagovanju podobnih težav.

Najboljše izvedbe starosti prijaznih mest

Popis najboljših starosti prijaznih izvedb, ki jih je z raziskavo ugotovila Svetovna zdravstvena organizacija, je že na voljo, prav tako so mesta že pričela z njihovo izmenjavo. Junija 2007 je nemška zvezna država Nordrhein Westfalen gostila konferenco mest, vključenih v raziskovalni projekt Svetovne zdravstvene organizacije o starosti prijaznih bivanjskih, zdravstvenih in ostalih storitvah. Drugo tako srečanje se pripravlja v začetku leta 2008 v Carigradu.

Starosti prijazne podeželske in odmaknjene skupnosti

Tudi podeželske skupnosti morajo postati starosti prijazne. V številnih državah predstavljajo stari ljudje zaradi izseljevanja mladih na podeželju in v odmaknjenih področjih velik delež prebivalstva. V Kanadi že ugotavljajo, kakšne so značilnosti starosti prijaznih skupnosti v manjših mestih in vaseh. Ugotovitve bodo pravočasno posredovane vsemu svetu.

Nadaljevanje raziskav o starosti prijaznih okoljih

Raziskava, ki je omogočila vsebino priročnika, je po vsem svetu zbrala veliko bogatih ugotovitev, obenem pa je vzpostavila povezave med raziskovalci, ki so bili vključeni v projekt. Kanadska vlada je namenila dodatna sredstva za potrjevanje priporočil, navedenih v seznamu. Ob podpori Inštituta za staranje, ki je član Kanadskih

inštitutov za raziskave v zdravstvu (Canadian Institutes of Health Research, CIHR), raziskovalci sodelujejo v raziskavi, ki je namenjena poglobitvi znanj o staranju v mestnih okoljih.

V pripravi so znanstvena poročila, ki opisujejo izhodišča in metode raziskave ter proučevanj o starosti prijaznih okoljih, ki jih vodi Svetovna zdravstvena organizacija, v povezavi z aktivnim in zdravim staranjem. Sledile bodo nadaljnje raziskave, v katere bodo vključena mesta iz različnih delov sveta, na predlog newyorške medicinske akademije (*New York Academy of Medicine*) pa bodo začeli z raziskavo o 'staranju v tuji deželi'.

Svetovna zdravstvena organizacija kot osrednja točka

V sodelovanju s številnimi partnerji po svetu bo Oddelek Svetovne zdravstvene organizacije za staranje in življenjsko pot še naprej po vsem svetu svetoval in podpiral starosti prijaznim mestom namenjene spodbude.

SEZNAM BISTVENIH ZNAČILNOSTI STAROSTI PRIJAZNIH MEST

I. Stavbne in zunajstavbne površine

1. Javne površine so čiste in prijetne.
2. Zelenih površin in klopri na prostem je dovolj, so lepo vzdrževane in varne.
3. Pločniki so lepo vzdrževani, brez ovir in samo za pešce.
4. Pločniki so zasnovani tako, da na njih ne drsi, da so dosti široki za invalidske vozičke in da imajo robniki klančine do ravni cestišča.
5. Prehodov za pešce je dovolj in so varni za ljudi z različnimi stopnjami in vrstami zmanjšane telesne sposobnosti, niso spolzki, so opremljeni z vidnimi in zvočnimi signali in dajejo na voljo zadosti časa za prečkanje.
6. Vozniki puščajo pešcem prednost v križiščih in pred prehodi za pešce.
7. Kolesarske steze so ločene od pločnikov in drugih hodišč.

8. Zunajstavbni varnosti se pomaga z dobro ulično razsvetlavo, policijskimi patruljami in izobraževanjem lokalne skupnosti.
9. Storitve so dostopne in blizu skupaj.
10. Poskrbljeno je za storitvene ugodnosti strankam, ki jim gre posebna pozornost, npr. z ločenimi čakalnimi vrstami ali postrežnimi pulti za starejše.
11. Poslopja so dobro označena z napisi tako na fasadi kot v notranjščini, imajo dovolj sedežev in toalet, dostopna dvigala, klančine, ograje in stopnice ter nespolzka tla.
12. Javnih stranišč je znotraj in zunaj stavb dovolj in so čista, dobro vzdrževana in zlahka dostopna.

II. Prevoz

12. Cene javnega prevoza so stalne, prikazane na vidnem mestu in žepu dosegljive.
13. Javni prevoz je zanesljiv in časovno gost, tudi ponoči in ob koncu tedna ter na praznike.
14. Do vseh mestnih predelov in služb se da pripeljati z javnim prevozom, ki nudi dobre prestopne povezave in ima linije in vozila jasno označena.
15. Vozila javnega prevoza so čista, lepo vzdrževana, dostopna, brez gneče in imajo prednostne sedeže, ki niso neupravičeno zasedeni.
16. Invalidom je na voljo specializiran prevoz.
17. Vozniki javnega prevoza ustavljajo na predvidenih postajah, in sicer tik ob pločniku, tako da je vstopanje olajšano, in preden odpeljejo, počakajo, da se potniki usedejo.
18. Postajališča in postaje so na primernih krajih, dostopne, varne, čiste, osvetljene in dobro označene, opremljene z ustreznimi klopami in nadstreški.
19. Potnikom so na voljo popolne in zlahka dosegljive informacije o linijah, voznem redu in poskrbljenosti za osebe s posebnimi potrebami
20. Kjer je javni prevoz preveč omejen, so na voljo prostovoljske prevozne usluge.

21. Taksije je lahko dobiti in si jih privoščiti, taksisti pa so vljudni in ustrežljivi.
22. Ceste so lepo vzdrževane, s pokritimi odvodniki in dobro osvetlavo.
23. Pretok prometa je dobro uravnavan.
24. Ob cestah ni ovir, ki bi voznikom zaslanjale vid.
25. Prometni znaki in križišča so opazni in smotrno postavljeni.
26. Pospešuje se izobraževanje vseh voznikov in zanje omogočajo osvežitveni tečajji.
27. Parkirišč in ustavljalšč za izstop sopotnikov je dovolj in so na primernih mestih.
28. Na voljo so prednostna parkirna mesta in izstopališča za ljudi s posebnimi potrebami, in se spoštujejo.

III. Bivališča

29. Zadostno število cenovno dosegljivih bivališč je na voljo v varnih območjih, ki so blizu storitvenih točk in preostale skupnosti.
30. Na voljo je zadosti cenovno dosegljivih storitev za vzdrževanje doma in podporo življenju na domu.
31. Bivališča so solidno zgrajena in zagotavljajo varno in udobno zavetje pred vremenom.
32. Notranji prostori in ravne površine dovoljujejo svobodo gibanja po vseh sobah in hodnikih.
33. Dane so možnosti za adaptacijske spremembe stanovanja, pri čemer obstaja razumevanje za potrebe starejših občanov.
34. Državna in komercialna najemna stanovanja so čista, lepo vzdrževana in varna.
35. Lokalno je poskrbljeno za zadosti cenovno dosegljivih stanovanj za slabotne in invalidne starejše občane, z ustrežljivo podporo.

IV. Družabno življenje

36. Prostori za prireditve in dejavnosti so na priročnih lokacijah, dostopni, razsvetljeni in dosegljivi z javnim prevozom.
37. Prireditve so ob urah, primernih za starejše občane.

38. Dejavnosti in prireditve se je mogoče udeleževati samostojno ali s spremljajočo osebo.
39. Dejavnosti in zanimivosti so cenovno dosegljive in brez prikritih ali dodatnih stroškov udeležbe.
40. Obveščanje o dejavnostih in prireditvah je dobro, všteti podrobnosti o dostopnosti prostorov in naprav in o prevoznih možnostih za starejše osebe.
41. Ponudba dejavnosti je široka in raznolika, tako da je lahko privlačna za različne preseke starejšega prebivalstva.
42. Starejše prebivalstvo vključujoča družba so organizirana po raznovrstnih lokalnih zbirališčih, kakršna so rekreacijski centri, šole, knjižnice, kulturni domovi in parki.
43. Obstaja nenehno prizadevanje po vključitvi občanov, ki so v nevarnosti družbene osame.

V. Spoštovanje in vključevanje v družbo

44. Javni, prostovoljni in komercialni ponudniki storitev redno povprašujejo starejše občane, kako bi lahko svojo službo izboljšali.
45. Javni in komercialni sektor ponujata storitve in izdelke, ki so prilagojeni spreminjajočim se potrebam in željam starejših občanov.
46. Osebe je vljudno in ustrežljivo.
47. Starejši ljudje se vidno pojavljajo v občilih, in ta jih prikazujejo pozitivno in brez stereotipiziranja.
48. Dejavnosti in prireditve, namenjene celotni skupnosti, privlačijo vse generacije, ker se trudijo prilagoditi potrebam in željam, značilnim za različne starostne dobe.
49. Starejše občane skupnost posebej vključuje v dejavnosti za 'družine'.
50. Šole ustvarjajo priložnost za poučenost o staranju in ostarelih in v šolske dejavnosti pritegujejo tudi starejše občane.
51. Skupnost starejšim priznava njihov prispevek v preteklosti kakor tudi v sedanjosti.
52. Manj premožni starejši občani imajo dober dostop do javnih, prostovoljskih in zasebnih storitev.

VI. Družabno angažiranje in zaposlitev

53. Starejšim, ki bi radi delovali prostovoljsko, je na voljo prožna vrsta možnosti, da se priučijo in dobivajo priznanja ter so deležni pravega vodstva in nadomestila osebnih stroškov.
54. Kvalitete starejših zaposlenih se cenijo.
55. Stremi se k vrsti prožnih in ustrezno plačanih zaposlitev za starejše.
56. Pri zaposlovanju, odpuščanju, napredovanju in izobraževanju delavcev je prepovedana diskriminacija zgolj na podlagi starosti.
57. Delovna mesta so prilagojena potrebam invalidov.
58. Podpira se samozaposlovanje starejših.
59. Starejšim delavcem se omogoča pridobivanje veščin za dela, možna po upokojitvi.
60. Telesa, ki sprejemajo odločitve v javnem, zasebnem in prostovoljskem sektorju, spodbujajo in olajšujejo sprejemanje starejših v svoje članstvo.

VII. Občevanje in obveščanje

61. Učinkovit sistem sporočanja dosega vse starostne skupine skupnosti.
62. Zagotavlja se redno in široko obveščanje in poskrbljeno je za usklajen dostop na enem samem mestu.
63. Redne obvestilne in za starejše zanimive oddaje so del programske ponudbe.
64. Spodbuja se starejšim ljudem dostopno govorno sporočanje.
65. Ljudje v nevarnosti družbene osame so obveščani na štiri oči od zaupnih posameznikov.
66. Javne in komercialne službe na prošnjo izvajajo prijazne, medosebne storitve.
67. Tiskana sporočila – vštveši uradne obrazce, televizijske napise in besedila na prikazovalnikih – imajo večje črke, glavne misli pa poudarjene z jasnim in krepkim tiskom.
68. V tiskanem in govornem sporočanju se uporabljajo preproste, znane besede v kratkih, nezapletenih stavkih.

69. Pri telefonskih storitvah se navodila izrekajo počasi in razločno, kličočemu pa se pove, da lahko sporočilo kadarkoli ponovi.
70. Elektronski aparati, npr. mobilni telefoni, radijski aparati, televizijski sprejemniki, bankomati in listkomati, imajo gumbe in napise velike.
71. V javnih prostorih, kot so državni uradi, občinski centri in knjižnice, obstaja širok javen dostop do računalnikov in medmrežja, zastoj ali za zelo nizko plačilo.

VIII. Storitve skupnosti in zdravstvenih služb

72. Zdravstvo in skupnost ponujata ustrezen razpon storitev za pospeševanje, vzdrževanje in vračanje zdravja.
73. Oskrba na domu vključuje zdravstveno in osebno nego in gospodinjstvo.
74. Zdravstvene in socialne službe so na prikladnih krajih in dostopne z vsemi oblikami prevoza.
75. Domovi s stalno oskrbo in stanovanjske soseseke za starejše so blizu storitvenih centrov in ostale skupnosti.
76. Objekti, v katerih se izvaja zdravstvena in z njo povezane dejavnosti, so sezidani varno in so v celoti dostopni.
77. Zagotovljeno je jasno in dostopno obveščanje o zdravstvenih in socialnih storitvah za starejše.
78. Izvajanje storitev je usklajeno in glede urejanja papirjev preprosto.
79. Vse osebe je spoštljivo in ustrežljivo do starejših ter vzgojeno, da jim pomaga.
80. Gospodarske ovire, ki preprečujejo dostop do zdravstvenih storitev in podpornih storitev skupnosti, so kar se da zmanjšane.
81. Prostovoljska pomoč ljudi vseh starosti se spodbuja in podpira.
82. Pokopališč je dovolj in so dostopna.
83. Skupnost pri načrtovanju ukrepov ob naravnih nesrečah in v drugih izrednih razmerah upošteva šibkosti in sposobnosti starejših.

dr. Božidar Voljč

León 2007. Deklaracija UNECE ministrske konference. http://www.unece.org/pau/age/ConferenceonAgeing_2007/ECE_AC30_2007_L1_E.pdf

DRUŽBA ZA VSE GENERACIJE: IZZIVI IN PRILOŽNOSTI

Od 6. do 8. novembra 2007 je bila v Leónu v Španiji ministrska konferenca UNECE (Ekonomska in socialni svet Združenih narodov, Ekonomska komisija za Evropo). Na njej je bilo 25 ministrov in okrog 300 delegatov iz celotne regije. Tako v pripravi kakor pri poteku konference so sodelovale tudi nevladne organizacije tretjega sektorja. Konferenca se je odvijala z namenom, da pregleda stanje prilagajanja evropskih vlad na demografske spremembe prebivalstva. Staranje prebivalstva je leta 2002 postavila v ospredje svetovne politike 2. svetovna skupščina OZN o staranju v Madridu z znanima dokumentoma: *Mednarodnim načrtom ukrepov v zvezi s staranjem* in *Politično deklaracijo*. Poleti istega leta je ministrska konferenca držav UNECE v Berlinu prilagodila dokument OZN za evropske razmere in sprejela *Regionalno strategijo za uresničevanje madridskih dokumentov* z načrti akcij glede staranja z desetimi obveznimi usmeritvami. Nedavna ministrska konferenca UNECE v Leónu v Španiji se je torej odvijala ob peti obletnici sprejema teh prelomnih političnih dokumentov in je imela namen pregledati stanje njihovega uresničevanja ter začrtati politične smernice za naprej. To je bila tudi 25. obletnica prve svetovne skupščine o staranju leta 1982 na Dunaju.

V primerjavi z dokumenti izpred petih let je leónska deklaracija kratka. Obsega 24 členov, ki jih iz domače strani UNECE-ja natisnemo na štiri strani. Njen poudarek je medgeneracijsko sožitje; to izraža že naslov: DRUŽBA ZA VSE GENERACIJE. Sledi torej zeleni knjigi EU o odzivu na demografske spremembe (2005), ki je prav v naslovu izrekla dejstvo, da je rešitev sedanjih demografskih problemov v Evropi možna le kot NOVA SOLIDARNOST MED

GENERACIJAMI. Leónska deklaracija UNECE tudi s podnaslovom sledi resnemu tonu omejenega dokumenta Sveta EU, katerega besedilo se začneja s stavkom: »Evropa se danes sooča z demografskimi spremembami, ki so po svojem obsegu in teži brez primere.« Zgovoren je tudi podnaslov nove leónske deklaracije: IZZIVI IN PRILOŽNOSTI, ki je v duhu ekonomije, saj jo je izdala ekonomska komisija. Če jemlje socialno problematiko medčloveškega in medgeneracijskega sožitja v okvirih današnje demografske krize in staranja prebivalstva v Evropi resno celo ekonomski svet, ki se običajno omejuje na dobiček, preživetje in razvoj, je to za zdravstvo, socialo in antropološke vede resen opomin, da se iz parcialnih teorij in analiz obrnejo v iskanje novih preživetvenih sintez naše kulture. Podnaslov leónske deklaracije izraža antropološko dejstvo, da je osebna in družbena kriza križišče, iz katerega pelje ena pot v nazadovanje, druga pa v novo kakovost življenja in sožitja, kajti kriza je obrambno opozorilo, da sta človek ali družba šla na pot, ki ni v skladu z zakonitostmi človeka. Krhanje komplementarne povezanosti med starejšimi in mlajšimi z izolacijo srednje generacije v mrzlično deloholijo pehanja za napredkom in materialnim udobjem se je pokazalo za zablodo, pri kateri odpovedujejo osnovni biološki preživetveni mehanizmi enostavne reprodukcije in socialni mehanizmi solidarnega sožitja na mikro in makro socialni ravni.

Poglejmo sedaj vsebino deklaracije leónske ministrske konference UNECE.

Predstavniki Ekonomske komisije Združenih narodov za Evropo pozdravljajo dviganje pričakovanega trajanja življenja kot pomemben dosežek evropskih družb. Potrjujejo zaveze, ki so jih sprejeli v Berlinski deklaraciji leta 2002, in pozdravljajo dosežena prilagajanja na staranje prebivalstva. Zavedajo se, da se v večini evropskih držav izteka 'demografski bonus' velike srednje generacije, ki je bila rojena v povojnih desetletjih. Pri tem so med evropskimi državami precejšnje

razlike: nekatere bodo relativno ugodno strukturo prebivalstva imele še nekaj let, kar pomeni tudi ugodnejše pogoje za prilagoditev na višek staranja družbe (čl. 1-3).

Pri pregledu uresničevanja desetih obvez berlinske izvedbene strategije ugotavljajo, da je treba še veliko postoriti, vendar pa je v mnogih evropskih državah mogoče opaziti izboljšano oskrbo starejših v ustanovah in doma, večjo izbiro programov, povišanje starosti upokojevanja in zmanjševanje bremena revščine v starosti, boljše nacionalno in regionalno koordinacijo, večje vključevanje državljanov v izdelavo politik glede staranja ter večje vključevanje organizirane civilne družbe in znanosti (čl. 4-5).

Deklaracija poudarja brezpogojno zavezanost cilju družbe za vse generacije, ki temelji na spoštovanju človekovih pravic, na zaščiti pred starostno diskriminacijo, socialnem sožitju in enakih možnostih za oba spola v vseh starostnih obdobjih. Vprašanja o staranju postavljajo v ospredje pozornosti na krajevni, nacionalni in mednarodni ravni. Politike bodo temeljile na medsebojni odvisnosti generacij. Po strukturi morajo biti celostne, pravilno povezane, ščititi morajo pravice oseb vseh starosti (čl. 6).

Deklaracija omenja vzpodbujanje pozitivne podobe staranja v izobraževalnem sistemu in družbenih občilih in spodbuja ozaveščenost o prispevku starejših v družinah in družbi. Kot pomembno pot do družbe vseh starosti poudarja aktivno državljanstvo z dinamično civilno družbo, kjer mladi in stari sami ukrepajo in sodelujejo pri reševanju nalog. Prijazno okolje za staranje, vseživljenjsko učenje, vključevanje v informacijsko-komunikacijske tehnologije, prostovoljstvo in vključevanje civilne družbe našteva kot odločilne dejavnike te usmeritve (čl. 7-8).

Glede sistemov socialnega varstva se deklaracija zavezuje k prizadevanju, da jih bodo razvijali v smeri zmanjševanja revščine in socialne izključenosti ter v izboljšanje kakovosti življenja v vseh starostih, predvideva pa tudi

postopne reforme, da bodo sistemi zdržali v prihajajočih letih demografskega neravnotežja. Spodbuja ukrepe, ki bodo omogočili usklajenost ekonomske učinkovitosti in socialne varnosti, pri tem nalaga vsaki državi iskanje lastne učinkovite izvedbe (čl. 9).

Deseti člen je posvečen zdravemu staranju, naslednji pa negi onemoglih, pri čemer vidi uspešno strategijo le v ravnotežju in koordinaciji med javnim in privatnim sektorjem, družino in civilno družbo. Strategija je pozorna na naglo večanje nalog na področju oskrbe bolnih in onemoglih. Poudarja razvoj sistemov za dolgotrajno oskrbo, posebno za tiste, ki se odločajo ostati doma.

Epohalne novosti v primerjavi z moderno industrijsko družbo napovedujeta 13. in 14. člen. V tem sledita omenjenim dokumentom zadnjih let. Potek življenja med izobraževanjem, delom in upokojitvijo mora postati fleksibilen, medtem ko smo bili in smo v veliki meri še vedno navajeni, da izobraževanje sodi v mlada leta, delo v srednja, nato pa sledi upokojitve. Zgodovina človeštva potrjuje novo pravilo, ki gre vstrec z bolonjsko spremembo študija, podaljševanjem gibljivega upokojevanja, vseživljenjskim učenjem in podobnimi usmeritvami, da so namreč učenje, delo in socialna varnost smiselno razporejene značilnosti vseh treh življenjskih obdobj. Dokument, ki upravičeno vidi v ekonomski rasti pomemben dejavnik pri doseganju družbe vseh starosti, poudarja, da bo nujno v starajoči se družbi v celoti izrabiti vse življenjske izkušnje in vse zmožnosti starejših ljudi, zato je nemudoma treba odstraniti omejitve in zavore glede podaljšanja delovne dobe in upokojitvene fleksibilnosti. Naslednja dva člena kažeta nekatere bistvene pogoje za to: izdelke in storitve prilagoditi starejšim ljudem, zlasti sodobno tehnologijo (čl. 15), vseživljenjsko učenje in vseživljenjska možnost zaposlitve (čl. 16).

V 17. členu je jedrnata zaveza ekonomske Evrope k ustvarjanju nove solidarnosti med

generacijami kot nosilnega stebra družbe; k temu sodijo aktivnosti, ki ozaveščajo javnost o potencialih mladih in starejših, o razumevanju staranja in medgeneracijske solidarnosti. Naslednji člen govori o tem, da se UNECE zaveda usodnih posledic nizke rodnosti, če ta traja dlje časa. Politika se zavezuje k oblikovanju družini prijaznih strategij, ki bodo namenjene ponovnemu vzpodbujanju družinskega življenja. V njem je tudi obveza, da morajo družinski oskrbovalci – v večini so danes to ženske – dobiti pri tem javno pomoč in zaščito pred marginalizacijo v svojih profesionalnih aktivnostih in v sistemih socialne varnosti, dobiti morajo tudi informacije, usposabljanje in možnost oddiha.

V zadnjih petih členih deklaracija poziva k večanju mednarodnega sodelovanja pri izvedbi te in vseh sprejetih deklaracij, poudarja, da je raziskovanje ključno za razvoj učinkovitih strategij in programov, prepoznava pomembno vlogo nevladnih organizacij in sodelovanja z njimi, vzpodbuja prostovoljne prispevke in mednarodne donacije članic UNECE in drugih, priznava vlogo UNECE pri pomoči državam članicam pri uresničevanju tega in prejšnjih tovrstnih dokumentov ter se zahvaljuje gostiteljici konference.

Zadnji dan ministrske konference v Leónu, 8. novembra, so nevladne organizacije tretjega sektorja, ki so sodelovale na leónski konferenci, sprejele svojo deklaracijo, v kateri predstavljajo svoja stališča glede nadzora nad izvajanjem sprejetih strategij, glede revščine, staranja v revnejših deželah, zdravja, kakovosti življenja in preživetja, sodelovanja med nevladnimi organizacijami ter o potrebnosti pristopa od spodaj navzgor.

Upamo, da bo v naši javnosti kmalu na voljo uradni vladni prevod tega kratkega mednarodnega dokumenta, ki je strokovno prodoren in izjemno pomemben za kakovostno staranje in solidarno sožitje generacij v prihodnjih letih.

dr. Jože Ramovš

Rubin, Lillian (2007). *60 on Up: The Truth About Aging in America*. Boston: Beacon Press. 208 str.

ŠESTDESET IN VEČ: RESNICA O STARANJU V AMERIKI

Lillian Rubin, danes 84-letna slikarka in pisateljica, pred tem po poklicu sociologinja in psihoterapevtka, je med drugim znana tudi po svojem izvirnem pristopu k vprašanju staranja in starosti. V obdobju aktivnih let se je uveljavila tudi na področju znanstvene in strokovne literature s področja svetovanja, pisateljski in umetniški poklic pa je odkrila šele na pragu upokojske dobe. Pregledovati je začela svoje članke in zapiske iz vsakdanje prakse in jih v obliki intervjujev prelivati na papir z namenom, da s pogledom skozi dobi nov pogled na človeka in njegov svet. Danes priložnostno še vedno sodeluje v raziskovalnih projektih Kalifornijske univerze (Berkeley) s področja družbenih oz. populacijskih sprememb. Tako so nastajale tudi njene knjige, na primer *Intimni tujci* (Intimate Strangers, 1983), *Svet bolečine* (World of Pain, 1992), *Zapletena življenja* (Tangled Lives, 2000) in druge. Nedavno tega je izdala novo – nezahtevno in hkrati zahtevno – in zanimivo delo o najštevilčnejši generaciji v ameriški družbi, ki se je rodila v prvih letih po drugi svetovni vojni in je začela pritiskati na pokojninsko obdobje. Mišljena je skupina 79-ih milijonov ljudi, rojenih v obdobju t. i. 'baby boom generacije'. Ob vseh skrbeh, ki jih poraja ta pojav v ZDA – in v neki obliki tudi drugod v zahodni civilizaciji –, si je Rubinova vzela čas še za branje 'počez'.

Ta generacija se bo, taka so predvidevanja, dotaknila kar nekaj socialno-političnih, gospodarskih in kulturnih sistemov ter elementov ameriškega načina življenja, nekatere od njih nevarno zamajala, in sicer ne glede na visoko življenjsko pričakovanje, na katerega po statističnih podatkih računa ta generacija in na kar je ta civilizacija ponosna, pač pa zaradi njega:

pojav, ki je tako rekoč pred vrati in za katerega se ne ve, kakšne učinke bo imel na generacijo še starejših in seveda predvsem na generacijo aktivnega prebivalstva, po avtoričinem mnenju ni nujno tak, da bi se ga morali bati. Knjiga je napisana z občutkom za preprostost resnice in s sočutjem, z dobršno mero humorja in veselega modrovanja o tem, kako se temeljne družbene skupine prijateljev in znancev zmanjšujejo, ko ljudje umirajo, kako starejši doživljajo svojo spolnost, kako bledijo nekatere življenjske barve, se poglobljajo brazde na obrazu in telesu, kako starejši čutijo klic, da se usposobijo sprejeti nalogo, da bodo živeli dostojanstveno in nekaterim opravičeno v življenju podaljšali 'rok trajanja' vsaj še za malo časa, da se ne bi izogibali vprašanju o umiranju in smrti. Lillian Rubin je 35 let delala kot psihoterapevtka in se že takrat srečevala z vprašanji, kaj bo storila s svojim življenjem, ki ji še ostaja (eden njenih člankov iz leta 1969). V poklicnem delu je videla, da se je starost (oz. upokojitvena doba) večini ljudi – čim so lahko začeli upravičeno računati na to, da bodo ta leta doživeli in da bodo morda trajala – zdela kot še nepopisan list, da o starosti ne vedo nič, razen da bi list zares radi popisali sami z medsebojno skrbjo, vzgojo vnukov, potovanja, utrjevanjem prijateljstev ipd. 'Ostanek let' v šestdesetih letih 20. stoletja je štel med pet pri moških in petnajst let pri ženskah. Ob koncu 'baby boom generacije' na to vprašanje ni bilo težko odgovoriti. Toda ne glede na to, kako se je v zadnjih desetletjih statistično povečalo življenjsko pričakovanje, je zavest, da je to zadnje obdobje življenja in da je smrt ena prvih, ki začne trkati na vrata in se noče umakniti z domačega praga, tako izzivalna, da ne prenese površnih odgovorov. Zavest, da bo človek v tem obdobju vedno, ko bo prestopil prag, moral srečati vsiljivko smrt, dobredno popolnoma spremeni način razmišljanja, vpraševanja in odgovarjanja na vsa druga vprašanja, ki so obetala tolikšno upanje.

To je enajsta knjiga Lillian Rubin s tega področja. Vanjo je vključila pogovore, ki jih je imela s svojimi pacienti, ko je še opravljala svoj poklic. Svetovanju se pravzaprav še ni odpovedala in hoče s pisano besedo ta čas podaljšati. Dejansko ga tudi pogloblja. Gleda s točke, na kateri se značaj vpraševanj temeljito spremeni: to, kar je bilo prej lahko, je nenadoma težko, ker položaj ni takšen, kot ga je kdo predvideval. Toda avtorici ne gre samo za diferencirano doživljanje obdobja pokoja (čeprav obdobje starosti ni obdobje brezdelja). Gleda na življenjska pričakovanja – ta čas podaljšuje, se diferencira in ne predstavlja več homogenega obdobja – in se ozira za presenečenja. Ne ukvarja se samo s težavami, pač pa tudi z iskanjem novih izzivov in pokončno hojo naprej, da bi se lahko vsak spopadel z novim poklicem 'biti star'. Kot ugotavlja avtorica, je to v ameriški družbi naporen poklic, saj se skozi prizmo gospodarskih družbenih ciljev sooča s starostjo kot nečim odvečnim – tako razmišlja večina ljudi do konca srednje dobe odraslosti – in starostjo (dolgotrje življenja) kot nečim pričakovanim (četudi mladi in srednja generacija ljudi o starosti razmišlja tako, da bodo dolgo živeli, da pa ne bodo nikoli stari). Za avtorico je to razlog, da se manj ukvarja s prepričevanjem prepričanih in da ostaja na tisti točki, kjer se značaj istih povsem vsakdanjih vprašanj radikalno spreminja. Po njenem je na tej točki večina odgovorov na vprašanja medgeneracijske solidarnosti, saj se ni več mogoče sprenevedati. Ko se človek sooč z dejanskimi razmerami, je lahko povedati resnico, lahko jo je slišati. Nenazadnje ne gre samo za stik generacij, pač pa za upanje, kako se bo kdo kot posameznik prebil čez največjo družbeno spremembo in ohranil 'pogajalske sposobnosti' v vlogah, ki ga čakajo, in za posledice dejansko razširjenega obzorja življenja. Poudariti je treba, da je avtoričina percepcija resničnosti polna sočutja do ljudi, ki prestopajo ta prag, in mestoma boleče resna.

Knjiga ima dvanajst poglavij. V njih obravnava naslednje teme: pogled na svet skozi očala (s tem poglavjem začne); kako ostati mlad v starosti, da se lahko normalno postaraš; ven iz zaprtosti; koliko je vredna starost, kako se vrednoti in ali sivi lasje še štejejo; kako se poročiti s seboj in s celotno družbo (po smrti življenjskega sopotnika); zlata leta (in nadaljuje: ne se hecat!); vedno bolj trepetajoče medsebojne vezi; kako skrbeti za mamo in očeta (dve generaciji v upokojitveni dobi). Zanimivi so nekateri provokativni naslovi, npr. »Bolje je, kot bi lahko bilo, kajne?« ali »Hej, ljudje, zapravljate mojo dediščino!« (to je nekoliko spremenjeno besedilo enega njenih prvih člankov s tega področja) in »Zlata leta? Očitno iščeš brco«. Značilna resnicoljubnost, ki se ne boji pogledati 'noter' in vodi k vprašanju, ki ne bodo nikoli lahka, saj tudi nikoli niso bila: kako živeti. V kratkih ocephah knjige ob izidu se je večkrat poudarjalo, da je to priročnik za konverzacijo. Nekomu se je zapisalo: »Včasih se je zdelo, da je za prehod iz dobe odraslosti v dobo starosti potreben obred. Danes je tu Lillian Rubin.«

V tekstu ni sentimentalnosti, postanih napotkov ali šal z dolgo brado, da je treba biti aktiven, kako gre to s kalorijami, kako se počutiti mlad in podobno. Nobenega prikrivanja ni o tem, da je starost drugačna, kot nanjo gledata mlada in srednja generacija, da je lahko tudi drugačna, kot nanjo gleda generacija, za katero se zdi, da bo v prihodnosti obsegala največji del življenja, zlasti za '79 milijonsko boom generacijo', ki v ZDA čaka v vrsti za upokojitvev za današnjo generacijo starih. Je to blagoslov ali prekletstvo? V enem od naslovov se pošali iz 'zlatih let' in jih pocuka za sive lase. Zanj je to obdobje podobno novemu kontinentu. Zdi se večji od doslej poznanih, ker zanj še ni zemljevida. V resnici ni tako velik. Pesti ga čisto drugačna skrb: kontinent je premajhen. Rubinova včasih svoje delo razume kot izdelovanje zemljevida. Medtem ko je sama 'sredi tega obdobja', ugotavlja, da bo na detajle tega

zemljevida v ZDA vplivala generacija, ki na ta kontinent šele prihaja. Ta generacija je na eni strani triumf moderne civilizacije, na drugi strani pa tudi njena bolečina, duševna in fizična. Ker pisanje nenehno dopolnjuje avtoričina izkušnja, zlasti njen humor (»Šestdeset je po novem štirideset« in »Jih imaš osemdeset ali si star?« itn.), gre za značilnosti pisanja o starosti in staranju, ki bralca katerekoli starosti ne bodo pustile neopredeljenega.

Anton Mlinar

Skupaj za zdravje: strateški pristop EU za obdobje 2008–2013. Bela knjiga Komisije Evropskih skupnosti. Bruselj, 23.10.2007, 10 str. http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_sl.pdf

STRATEGIJA EVROPSKE KOMISIJE NA PODROČJU ZDRAVJA

Zdravje evropskega prebivalstva je pomemben dejavnik blaginje Evropske unije. V današnji družbi pa obstajajo mnogi vedno večji izzivi v zvezi z zdravjem prebivalstva, ki zahtevajo nov strateški pristop: 1. demografske spremembe, tudi staranje prebivalstva, povzročajo spremembe bolezenskih vzorcev in pritisk na vzdržnost zdravstvenih sistemov EU; 2. pandemije, večje nesreče, tudi biološke, in biološki terorizem predstavljajo velike potencialne grožnje za zdravje; zaradi podnebnih sprememb nastajajo novi vzorci prenosljivih bolezni; 3. v zadnjih letih so sistemi zdravstvene oskrbe močno napredovali, delno zaradi naglega razvoja novih tehnologij, ki so korenito spremenile način spodbujanja zdravja ter napovedovanja, preprečevanja in zdravljenja bolezni. Hitro ukrepanje je nujno, zato je Evropska komisija sprejela celovito strategijo na področju zdravja. V beli knjigi *Skupaj za zdravje: strateški pristop za EU v obdobju 2008–2013* predlaga smernice in ukrepe za reševanje zdravstvenih vprašanj v Evropski uniji. Opredeli temeljna štiri načela za ukrepanje Evropske skupnosti na zdravstvenem področju:

1. *Strategija na skupnih vrednotah zdravja* – Zdravstvena politika, tako notranja kot zunanja, mora temeljiti na jasnih temeljnih vrednotah: univerzalnost, dostop do dobrega zdravstvenega varstva, enakost in solidarnost, krepitev pravic državljanov, zmanjševanje neenakosti v zdravju.

2. *Zdravje je največje bogastvo* – Zdravje je pomembno za blaginjo posameznikov in družbe, zdravo prebivalstvo je tudi predpogoj za gospodarsko produktivnost in uspešnost. Leta 2005 so leta zdravega življenja (Healthy Life Years – HLY) vključili med lizbonske strukturne kazalce in s tem poudarili, da je pričakovana življenjska doba prebivalstva v dobrem zdravju in ne samo dolžina življenja ključni dejavnik za gospodarsko rast.

3. *Zdravje v vseh politikah* – Zdravje prebivalstva ne zadeva samo zdravstvene politike. Potrebno je krepiti vključevanje zdravstvenih vprašanj v vse politike na ravni Skupnosti, držav članic in regionalni ravni.

4. *Močnejši glas EU v globalni zdravstveni politiki* – EU in njene države članice lahko dosežejo boljše zdravstvene rezultate za svoje državljane in druge s trajnostnim skupnim vodenjem v globalni zdravstveni politiki.

Strategija ima dva velika cilja: s tehnološko sodobnimi, zanesljivimi in dinamičnimi zdravstvenimi sistemi izboljšati povprečno zdravje Evropejcev vseh starostnih skupin in trajnostno zaščititi prebivalstvo pred nevarnostmi za zdravje, kot so prenosljive bolezni in biološki terorizem. Pri takem pristopu je nujno tesno sodelovanje med zdravstvenimi službami držav članic. Zastavljenim ciljem se pridružujejo še splošna medresorska načela, denimo solidarnost, naložbe v zdravje in vključitev zdravstvenih vprašanj v vsa področja politike. Komisija bo do leta 2010 sprejela več konkretnih pobud, med njimi: okvir ukrepov na 18 prednostnih področjih; izjavo o temeljnih vrednotah zdravja; pomoč državam članicam na področju inovacij in redkih bolezni; ukrepe za izboljšanje zdravja

starih ljudi; večjo varnost presajanja organov in boljše izmenjavo znanja.

Z vidika zdravega staranja v strategiji pravijo, da »ga morajo spremljati ukrepi za spodbujanje zdravja in preprečevanje bolezni skozi celotno življenjsko obdobje, pri čemer je treba upoštevati ključna vprašanja, med katera spadajo slaba prehrana, telesna neaktivnost, alkohol, uživanje drog in tobaka, okoljska tveganja, prometne nesreče in nesreče doma. Boljše zdravje otrok, delovno aktivnih odraslih in starejših bo pomagalo ustvarjati zdravo in produktivno prebivalstvo ter podpirati zdravo staranje zdaj in v prihodnosti«. Pomembni so tudi ukrepi za spodbujanje zdravega življenjskega sloga in zmanjševanje škodljivih vedenj ter za preprečevanje in zdravljenje posebnih bolezni, vključno z genetskimi motnjami. Med drugim opozorijo tudi na nujnost vzpodbujanja razvoja geriatrije ter obravnave paliativne nege.

Ta bela knjiga določa strategijo do leta 2013, ko bo opravljen pregled za lažjo določitev nadaljnjih ukrepov za doseganje ciljev.

dr. Simona Hvalič Touzery

Gaétan Lafortune, Gaëlle Balestat, and the Disability Study Expert Group Members (2007). Trends in Severe Disability Among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 OECD Countries and the Future Implications. OECD Health working papers No. 26, ELSA/HEA/WD/HWP(2007) 2, 80 str., <http://www.oecd.org/dataoecd/13/8/38343783.pdf>

OECD PUBLIKACIJA O TRENDAH ODVISNOSTI STARIH LJUDI OD POMOČI DRUGIH

Naglo staranje prebivalstva v državah OECD bo v naslednjih desetletjih pripeljalo do večjega povpraševanja po storitvah dolgotrajne oskrbe in s tem tudi povečalo stroške zanje. Ta demografski vpliv staranja prebivalstva na povpraševanje po dolgotrajni oskrbi bi lahko omilile postopne iz-

boljšave v zdravju in funkcionalnih zmožnostih ljudi, starih 65 let in več, kar bi jim omogočilo, da čim dlje živijo samostojno. Ravno zato so se v pričujoči publikaciji dotaknili najnovejših trendov v starostni onemoglosti v 12-ih državah OECD: Avstraliji, Belgiji, Kanadi, Danski, Finski, Franciji, Italiji, Japonski, Nizozemski, Švedski, VB in ZDA. Poudarek je na močni odvisnosti od pomoči drugih, ki jo avtorji definirajo kot eno ali več omejitev pri opravljanju osnovnih življenjskih opravil (ADL), npr. umivanje, oblačenje, vstajanje iz postelje ipd. Takšne resne omejitve so pogosto povezane s povpraševanjem po dolgotrajni oskrbi.

V študiji so pri proučevanju trendov hude onemoglosti in odvisnosti v starosti upoštevali spol, starostne skupine, stopnjo izobrazbe, v raziskavo pa so vključili tudi stare ljudi, ki živijo v institucijah, ki nudijo dolgotrajno oskrbo. Ti ljudje so namreč pogosto izključeni iz raziskav o razširjenosti onemoglosti. Ena od glavnih spoznanj študije je, da obstajajo jasni dokazi o upadanju zmožnosti pri starih ljudeh le v petih od dvanajstih proučevanih dežel (na Danskem, Finskem, v Italiji, na Nizozemskem in v ZDA). Belgija, Japonska in Švedska omenjajo večji delež onemoglosti med ljudmi, starejšimi od 65 let, v zadnjih petih do desetih letih, Avstralija in Kanada pa govorita o stabilni stopnji onemoglosti med starimi ljudmi. V Franciji in VB so podatki o stopnji nezmožnosti opravljanja ADL preveč raznoliki, da bi lahko potegnili jasne zaključke. Z namenom, da bi ugotovili, ali na upad oz. porast hudo odvisnih in onemoglih vpliva upad oz. porast nekaterih kroničnih bolezni, so raziskovalci zbrali tudi informacije o razširjenosti ključnih kroničnih bolezni in dejavnikov tveganja med starimi ljudmi, kot so npr. artritis, težave s srcem, sladkorna bolezen, visok krvni pritisk in huda debelost. Glavno spoznanje je bilo, da se je povečala razširjenost omenjenih kroničnih bolezni in dejavnikov tveganja v skoraj vseh državah, vendar pa je ta razširjenost lahko posledica tudi

drugih dejavnikov (npr. spremembe v medicinskem znanju, zdravstvenih storitvah ipd.).

V študiji opozorijo, da ni pametno, da bi oblikovalci politik v prihodnosti računali na zmanjšanje razširjenosti zelo onemoglih in odvisnih starih ljudi, ob čemer bi se zmanjšalo tudi povpraševanje po dolgotrajni oskrbi. Scenarij po statičnih projekcijah pravi, da bo čisti demografski učinek največji v tistih državah, kjer je do leta 2030 napovedano močno povečanje števila starih ljudi. Te države so Avstralija, Kanada in Finska, kjer se bo v tem obdobju število zelo odvisnih starih ljudi več kot podvojilo. Rezultati dinamičnih projekcij kažejo različne trende med državami, ki so odvisni od smeri preteklega trenda, ki je prenešen v prihodnost. Čeprav so v nekaterih državah opazili manjšo pojavnost onemoglosti med starimi ljudmi, bosta staranje prebivalstva in dolgoživost vodila k vse večjemu številu močno odvisnih starih ljudi in potrebnih dolgotrajne oskrbe. To velja po projekciji do leta 2030 za vse države v študiji, ne glede na njihove različne trende v razširjenosti onemoglosti med starimi ljudmi.

Avtorji študije so ob koncu opozorili na nujnost povečanja zmožnosti odzivanja na povečano potrebo po dolgotrajni oskrbi v vseh državah OECD, ki bo posledica povečanja števila starih ljudi. Hkrati pa so potrebna tudi večja prizadevanja politik, da bi preprečile ali pa vsaj odložile zdravstvene težave starih ljudi.

dr. Simona Hvalič Touzery

Marottoli, Richard A. (2007). Enhancement of Driving Performance Among Older Drivers. AAA Foundation for Traffic Safety. 61 str. www.aaafoundation.org/pdf/EnhancingSeniorDrivingPerfReport.pdf

IZBOLJŠANJE VOZNIŠKIH SPOSOBNOSTI STAREJŠIH VOZNIKOV

V ZDA ugotavljajo, da so prometne nesreče eden glavnih vzrokov za poškodbe starejših ljudi.

V prihodnjega četrta stoletja naj bi se v državi števililo starejših voznikov dramatično povečalo. Leta 1999 so namreč stari ljudje (65+ let) predstavljali 16% vseh voznikov in so bili udeleženi v 14% hudih prometnih nesreč v ZDA. Po projekcijah naj bi bilo do leta 2030 že 25% voznikov starejših od 65 let in 25% naj bi jih bilo udeleženi v hudih nesrečah. Podatki za Ameriko kažejo, da se delež nesreč z višjo starostjo viša, kot tudi verjetnost, da bodo zaradi nesreče poškodovani, hospitalizirani ali umrli. Vendar ni le starost sama po sebi tista, ki predstavlja večje tveganje za prometno nesrečo. Bolj verjetno se tukaj kaže vpliv funkcionalne oviranosti, povezane z zdravstvenim stanjem posameznika ali zdravil, ki jih stari ljudje uživajo. Zanimiv je podatek, da se prometne nesreče, v katerih so udeleženi starejši vozniki, pogosteje zgodijo na križiščih, še posebno pri zavijanju na levo. Šele nedavno se je začelo govoriti o potencialni rešitvi, s pomočjo katere bi lahko izboljšali vozniške sposobnosti starih ljudi. Usmerjena je v zmanjšanje funkcionalne oviranosti starih ljudi. Smiselnost tovrstne rešitve se kaže v tem, da je vse več dokazov, kako močno sposobnost vožnje avtomobila vpliva na posameznikovo neodvisnost in kvaliteto življenja. Zmožnost, da lahko varno vozijo, jim bo torej še naprej omogočala mobilnost. V luči teh in še drugih podatkov je Ameriško avtomobilsko združenje (American Automobile Association – AAA) izvedlo študijo, v kateri so ocenili, ali lahko krajše usposabljanje starejših voznikov izboljša njihove vozniške sposobnosti. Raziskovalci so v usposabljanje, ki je bilo sestavljeno iz dveh štiriurnih predavanj v učilnici (osvežili so pravila v cestnem prometu in obravnavali tipične težave, s katerimi se soočajo starejši vozniki) in dveh dvournih praktičnih voženj na cesti (pozorni so bili na skupne napake, ki jih delajo starejši vozniki ter tudi na specifične napake posameznikov), pritegnili 126 voznikov starih 70 in več let. Povprečna starost udeležencev je bila 80 let, 85% je bilo moških in približno dve tretjini jih je avto uporabljalo vsakodnevno. Po-

udarek usposabljanj je bil predvsem na skupnih težavah starih ljudi in je temeljil na Programu AAA za izboljšanje voznških sposobnosti ter zgodnejših študijah. Ugotovili so, da je tovrstno usposabljanje izboljšalo voznške spretnosti starejših voznikov tako v pisnih kot praktičnih preizkušnjah. Te so potekale osem tednov po usposabljanju. 75% udeležencev raziskave je dejalo, da je tečaj osvežil njihovo staro znanje, 87% pa jih je menilo, da so si pridobili tudi nova znanja. Najpogosteje omenjeni elementi starega znanja so bili varna razdalja pri vožnji, strategije na križišču, pozornost na okolico ipd. Najpogosteje omenjeni elementi novega znanja pa so bili že omenjeni varna razdalja pri vožnji in strategije na križišču ter mrtvi kot, pozornost na cesti, položaj roke na volanu itd. 90% udeležencev študije je menilo, da je zaradi sodelovanja v njej izboljšalo svojo vožnjo.

Raziskava je potrdila, da lahko s pomočjo dodatnega usposabljanja starejši vozniki dlje časa varno vozijo in ohranijo mobilnost tudi zunaj lastnega doma.

dr. Simona Hvalič Touzery

Kofahl, Christopher, Katharina Dahl in Hanneli Döhner (2004). *Vernetzte Versorgung für ältere Menschen in Deutschland*. Berlin/Hamburg/Münster: LIT. *Gerontologie* zv. 8. 119 str.

INTEGRIRANA OSKRBA NEKOLIKO DRUGAČE

Naslov brošure Christiana Kofahla kot prvega avtorja in njegovih sodelavk bi lahko prevedli z *Integralna oskrba za starejše ljudi v Nemčiji*. Beseda 'vernetzt' dobesedno pomeni 'mrežen' in se nanaša na različne stopnje povezanosti med različnimi temami in področji. Če se na prvi pogled zdi, da je mišljena mreža domov in drugih ustanov, ki na celotnem nacionalnem (nemškem) prostoru skrbijo za oskrbo starejših oz. starih, pa drobna knjižica prinaša mnogo

več in je zato po štirih letih od izida še vedno zanimiva. Brošura povzema izsledke projekta *ProNetz* (dobesedno 'ZaMrežo'), ki ga je med leti 2000 in 2002 vodila skupina sodelavcev pod pokroviteljstvom univerzitetne klinike v Eppenheimu blizu Hamburga. Ta projekt je bil eden prvih mrežnih projektov, katerega osnovni namen je bil povezati raziskovalno delo na specifičnem področju, da se naloge in cilji ne bi podvajali, obenem pa tudi razviti digitalizacijo informacij in spoznanj različnih projektov do te stopnje, da bi uporabniku omogočala enostaven dostop do izsledkov različnih projektov. Posebnost tega projekta je bila ravno v tem, da so se v teku dela pokazali tako velik potencial posameznih projektov kot tudi veliko pomanjkljivosti na posameznih področjih zaradi nepovezanosti, poleg tega pa se je pokazalo, da so se naloge in cilji projektov podvajali, včasih pa so se tudi ljubosumno prikrivali spoznanja in dosežki, ki bi lahko olajšali delo na drugem področju. Vodilni motiv projekta *ProNetz* je bil že od začetka ugotoviti, če so rešitve, ki jih ponuja sodobna informacijska tehnologija, zares tako enostavne in ne preveč drage, da bo lahko posebna digitalna obdelava podatkov bistveno dopolnila dosednji način študija in dela na področju oskrbe starih. Naslov brošure ima tako namen tudi povedati, da so se sodelavci v teku projekta učili 'učiti se' od drugih. Projekt je pokazal, da je izraz 'vernetzte Versorgung' spričo novih tehnik in spoznanj (prvič) pridobil na pomenu in se (drugič) tudi glede na predvidevanja pobudnikov izkazal za pravo uganko, kaj naj bi prinesla obljubljena digitalizacija.

Kaj vse torej spada pod 'mrežo' in 'mrežno oskrbo'? Laična domneva, da govori brošura o dobri informacijski mreži oskrbe starejših oz. starih s specifičnimi potrebami, predstavlja le upravljalni vidik, to je verigo upravljanja in sodelovanja med različnimi ponudniki te oskrbe (v Nemčiji je veliko specializiranih ustanov in ponudnikov oskrbe starih; prim. [\[cialnet.de/index.html\]\(http://www.cialnet.de/index.html\)\). V teku projekta *ProNetz* se je pokazalo, da je upravljalni vidik morda le 'prvi med enakimi'. Tudi z vidika upravljanja postaja pomemben zlasti vidik oskrbe \(*client-centred management*\) in sama informacijska mreža. Brošura pa ni imela namena razpredati vseh vidikov upravljanja in oskrbe, pač pa pokazati, na kaj so sodelavci naleteli v času oblikovanja mreže in v čem je ta projekt odprt v prihodnost.](http://www.so-</p>
</div>
<div data-bbox=)

Prvoimenovani avtor si je zato vzel več prostora, da je pojasnil naslov in izziv izraza 'Vernetzte Versorgung'. Poleg materialnih in intelektualnih sredstev, ki jih je projekt zahteval, je način dela pokazal na pomen osebnega kapitala, sodelovanja kot posebne oblike dela, da bi na koncu odločitev zanj in njihova dostopnost s pomočjo digitalne tehnike postala bolj oprijemljiva. Pod 'osebnim kapitalom' mislijo na oboje, zlasti pa na tisti vidik skupnega dela, ki je dejansko ovrednotil nov koncept 'mreže'. Koncept t. i. mrežnega dela močno poudarja pomen osebnega kapitala – etične zavesti v sodelovanju, saj na prvo mesto zavestno postavlja sodelovanje, delitev znanja, ta vidik po omogoča naslednji korak, to je razvijanje strategij ravnanja v primeru napak. Sodelavci so ugotovili, da je razvijanje teh strategij mnogo bolj pomembno kot ugotavljanje odgovornosti po storjeni napaki, saj ta način dela ne izključuje možnosti napake, pač pa z ozirom na celotni proces izboljševanja postopkov in medsebojnega brušenja značajev sodelujočih sprejme načelno držo, da je spoznanje komunikacijski in ne le enosmeren proces. Večinoma gre namreč za področje občutljivega in težkega dela, ki nenehno zahteva sprejemanje etičnih oziroma moralnih stališč. Razvoj strategij ravnanja v primeru napak ne pomeni le drugačnega odzivanja v primeru, če pride do napake, pač pa, kot rečeno, pomeni nov pristop k izobraževanju kadrov. V načrtu je bila strokovna ureditev znanj s pomočjo nove tehnike, ki bi bistveno olajšala iskanje informacij

in s tem tudi sam študij, ta načrt pa je odprl tudi novo vsebinsko plat t. i. človeškega kapitala, ki se mu reče sodelovanje. Z 'mrežno oskrbo' je mišljen tak pristop k reševanju kritičnih položajev, da se prepreči to, kar bi morda prekinilo kontinuiteto oskrbe. Pozornost v projektu se je postopno izrecno usmerjala na kontinuiteto oskrbe oz. na upravljanje oskrbe.

Knjižica je povzetek projekta *ProNetz*. Ker je bil eden glavnih ciljev povezati različne iniciative in tekoče projekte s področja socialnega dela – v projektu *ProNetz* je bilo vključenih 58 iniciativ in tekočih projektov – in predstaviti digitalno verzijo projekta, je v brošuri tudi CD s povezavami in bazami podatkov, ki so v knjižici omenjeni, povzeti ali le delno natisnjeni, na CD-ju pa je tudi PowerPoint predstavitev tega projekta. Eno poglavje v knjižici je namenjeno opisu kriterijev vključevanja iniciativ in projektov v ta zbirni projekt upravljanja oz. uresničevanja oskrbe (po angleško: *care management*).

Sčasoma naj bi se izoblikovala tudi tehnična baza *ProNetz* projekta, projekt pa naj bi postal neke vrste trajna ustanova, ki bi zbirala in povezovala posamezne projekte, prečiščevala različne mehanizme vodenja in omogočala vse večjo decentralizacijo na tem področju. Nemčija ima med evropskimi državami največ prebivalcev. Zato so integracija, dejanske in obljubljenе usluge ter priprava tako poklicnih kakor tudi nepoklicnih delavcev že same po sebi zahtevne.

V teku projekta se je pokazala potreba po novi opredelitvi integriranega svetovanja, ki bi bolj temeljilo na upravljanju oskrbe kot upravljanju struktur. Izkušnje so bile zanimive in so pokazale pot v nov raziskovalni cikel, ki pa se, žal, ni ponovil oz. podaljšal.

Ne glede na to je osnovni namen brošure – učiti se na novo učiti in posredovati spoznanja – dosežen. V *ProNetz* projektu so bile vključene metodologije medsebojnega sodelovanja, ki so še v teku in ki napovedujejo nek prihodnji rezime spoznanj. Takrat bo najbrž podatkov več, kot jih je v tej brošuri. Seveda pa je osnovni namen izboljšati koncepte dobre prakse in čim bolj odkritega komuniciranja na vseh ravneh. Model raziskovanja na nacionalnem nivoju kar kliče po tem, da bi se ta način dela razširil drugam, predvsem na mednarodno področje, in da bi se z večjo vnemo posvetili prispevku tistih, za katere se včasih zdi, da se morajo samo učiti in nimajo priložnosti povedati svoje izkušnje. V teku raziskave se je pokazalo, da se nekatere stvari jemljejo prelahko in da se ni upoštevalo dovolj 'manj pomembnih' vidikov. Na eni strani so Nemci s tem projektom naredili dober vtis na podobne pobude v drugih državah oziroma na drugih področjih, po drugi strani pa tudi pokazali, da sodelovanje večjih razsežnosti zahteva več kot le medsebojno izmenjavo znanj in da sodelovanje še daleč ni samoumevno.

Anton Mlinar

DROBCI IZ GERONTOLOŠKE LITERATURE

Zbrali dr. Simona Hvalič Touzery, Barbara Oražem Grm in dr. Božidar Voljč

SLOVENIJA: OTVORITEV DOMA IRIS

17. decembra 2007 so na Inštitutu RS za rehabilitacijo (IRSR) odprli Dom Iris. Gre za demonstracijsko stanovanje s površino 90 m², v katerem so uporabljene sodobne tehnologije in tehnične rešitve. Stanovanje se nahaja v pritličju glavne stavbe IRSR. V Domu IRIS so ustvarjeni pogoji, ki invalidnim osebam omogočajo najvišjo stopnjo funkcionalne samostojnosti in neodvisnosti bivanja. Stanovanje je opremljeno s številnimi sodobnimi elektronskimi sistemi, ki omogočajo upravljanje bivalnega okolja in nadzor nad njim ter najsodobnejšo komunikacijsko tehnologijo, ki je prirejena različnim vrstam in stopnjam invalidnosti. Namen tega vzorčnega stanovanja je: 1.) slovenski javnosti omogočiti ogled sodobne tehnologije, ki je v pomoč tako invalidom z najrazličnejšimi invalidnostmi kot starejšim osebam; 2.) omogočiti invalidnim in starejšim osebam preizkus rešitev v demonstracijskem domu, da bi lahko vsak zase izbral tisto rešitev, ki bi mu omogočala čim bolj samostojno življenje v domačem okolju; 3.) svetovati invalidnim in starejšim osebam ter njihovim skrbnikom in v demonstracijskem okolju prikazati, kako na najbolj racionalen in smotrni (poceni) način preurediti obstoječe stanovanje glede na njihove potrebe; 4.) omogočiti proizvajalcem opreme in ponudnikom storitev na področju tehnologij za invalidne in starejše osebe, da promovirajo svoje rešitve ter jih v integriranem testnem okolju tudi testirajo in izpopolnjujejo; 5.) ustvariti možnosti za raziskovalno delo na področju e-dostopnosti in e-vključenosti v Sloveniji. Sicer pa so glavni cilji doma: omogočiti večjo samostojnost in večjo varnost uporabnikom, znižati stroške oskrbe na domu in zmanjšati potrebe po odhodih v domove upokojencev in druge ustrezne inštitucije. IRIS je

kratica, ki predstavlja začetnice besed: »Inteligentne Rešitve in Inovacije za Samostojno življenje«. Vodja projekta, pri katerem sodelujejo številni partnerji, je prof. dr. Anton Zupan iz IRSR. Več informacij o Domu Iris najdete na strani: <http://www.ir-rs.si/filelib/dom-iris/dom-iris.htm>.

SLOVENIJA: ZAČETEK DELOVANJA SPLETNE STRANI ZA STAREJŠE

Sredi decembra 2007 je začela delovati brezplačna spletna stran za starejše od 50 let: www.seniorji.info. Kot pravijo uredniki spletne strani, je njeno poslanstvo posredovanje kakovostnih in uporabnih informacij za zadovoljno in polno življenje. Z njo vzpodbujajo tudi medgeneracijsko povezanost in vseživljenjsko izobraževanje. Spletna stran temelji na prostovoljnem delu uredništva, ki s svojim strokovnim znanjem, izkušnjami in pozitivno energijo uresničuje zastavljene cilje. Stran [seniorji.info](http://www.seniorji.info) je oblikovana za vse, ki si želijo ustrezno velikost besedila, preglednost in preprosto stran za uporabo.

SLOVENIJA: PROGNOŠTIČNI DEJAVNIKI PREŽIVETJA HUJE POŠKODOVANIH STAREJŠIH OSEB

Poškodbe so zdravstveni problem, močno povezan s starostjo, saj se zaradi starostnih sprememb (naglušnost, slabovidnost, motnje ravnotežja, manjša moč in hitrost itd.) na nevarnosti okolja (promet – največkrat kot pešci, padci) starejši pogosto neustrezno odzovejo. Obenem narašča tudi število kaznivih dejanj, katerih žrtve so starejši ljudje. Skupina zdravnikov s travmatološkega oddelka Splošne bolnišnice Celje je sedem let spremljala primere poškodb starejših oseb. Ugotavljali so dejavnike preživetja

ter končne funkcionalne rezultate zdravljenja starih ljudi, ki so utrpeli poškodbe vsaj dveh telesnih področij. Izsledki raziskave so pokazali, da je preživetje hudo poškodovanih starih ljudi nizko. Najpogostejše so poškodbe prsnega koša, skeleta in glave, kot najpomembnejši napovedni dejavniki pa se je izkazala teža poškodbe. Za starejše poškodovance je poleg manjše stopnje preživetja značilno tudi večje število zapletov med zdravljenjem, predvsem pljučnih in septičnih, so še ugotovili v celjski bolnišnici. Poudarjajo, da morajo biti terapevtski ukrepi usmerjeni v preprečevanje zapletov, sama rehabilitacija preživelega pa v njegovo vrnitev v domače okolje in karseda samostojno življenje.

Objavljeno v: *Zdravniški vestnik, oktober 2007*, v: <http://www.vestnik.szd.si/>

EVROPA: NACIONALNA POROČILA O ZAPOSLOVANJU IN POLITIKAH ZAPOSLOVANJA STAREJŠE DELOVNE SILE TER POBUDAH NA DELOVNIH MESTIH

Evropska fundacija za izboljšanje življenjskih in delovnih pogojev je objavila več nacionalnih poročil o zaposlovanju in politikah zaposlovanja starejše delovne sile ter pobudah na delovnih mestih (*Employment and labour market policies for an ageing workforce and initiatives at the workplace*). Vsako poročilo obravnava posamezno državo znotraj EU in daje pregled položaja starejših delavcev, obravnava vlogo javnih institucij ter vladnih pobud za promocijo aktivnega staranja, ukrepe in pobude, ki se izvajajo na ravni podjetij, vključno s študijami primerov najboljših praks. Poročila za različne evropske države so napisana v angleškem jeziku in jih dobite na strani: www.eurofound.europa.eu/research/0296.htm Slovensko poročilo je v celoti dosegljivo na strani: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2007/0514/en/1/ef070514en.pdf>

Objavljeno v: *ILC Policy Report, november 2007*: 3

NEMČIJA: KONCERT V PROSLAVO STOTEGA ROJSTNEGA DNEVA

Süddeutsche Zeitung je 7. novembra 2007 poročal o gospe E. M., ki živi v malteški ustanovi za stare v Starnbergu na Bavarskem in je bila oktobra stara sto let. Glasbenica po izobrazbi je študirala na konservatorijih v Leipzigu in Dresdnu, potem pa je igrala prvo violino v gledališkem orkestru v Thüringnu. »Slavno gledališče,« pravi, »v katerem je na prelomu stoletja orkester vodil Richard Strauss.« Leta 1980 se je v starosti 73 let preselila iz vzhodne Nemčije na Bavarsko in sprva igrala prvo violino v laičnem orkestru Münchner Musikfreunde. Prav s tem orkestrom pa je imela v kapeli ustanove, kjer živi, koncert v počastitev svoje stoletnice, na katerem je spet igrala prvo violino. »Nič težkega,« je rekla, »saj še vedno pogosto vadim.«

V Sloveniji starost stotih let še vedno povezuje moč izredno starostjo, h kateri sodi morda le še telesna in duševna betžnost. Včasih smo to predstavo povezovali že z osemdesetim letom starosti. Vendar pa je telesno in duševno gibkost možno ohranjati dlje, kot si mislimo, kar v Sloveniji že danes dokazujejo številni osemdesetletniki, pa tudi gospa E. M., ki je pri stotih letih še vedno urejena, v vsakodnevni aktivnosti povsem samostojna in ki svojo duševno in duhovno kondicijo ohranja z aktivnim odnosom do glasbe. V Sloveniji je še vedno nepresežen vzor takega življenja v najvišji starosti naš pokojni olimpijonec Leon Štukelj. Vse to dokazuje, da so zdravo življenje, skrb za redno telesno in duševno aktivnost ter vzdrževanje primerne telesne teže najboljše dolgoročne naložbe, za katere se lahko v življenju odločimo.

V Sloveniji raste število stoletnikov. Zanimivo bi bilo videti in vedeti, kakšno je njihovo zdravje, v kolikšni meri so samostojni in kaj vse jih še zanima. Take raziskave bi bilo primerno ponavljati vsakih deset let in med seboj primerjati njihove izsledke, da bi videli, kako socialni in zdravstveni

razvoj družbe tudi pri stotih letih vplivata na sliko njene dolgoživosti.

Objavljeno v: *Süddeutsche Zeitung, 7. novembra 2007, str. 6*

FINSKA: OSKRBA V ŠE TAKO ODDALJENO VAS

Finska je velika in redko naseljena dežela, v kateri je med vsemi evropskimi državami največ starih ljudi. Deloma je to tudi posledica majhnega priseljevanja, ki v mnogih drugih evropskih okoljih rešuje natalitetno sliko. S pomočjo finskih vlad, za katere je stalna in urejena oskrba starih ljudi pomembna prioriteta, so v državi vzpostavili učinkovit sistem oskrbe, ki sega v vsako, še tako oddaljeno vas.

Po zakonu so na Finskem za oskrbo starih odgovorne komune, ki so dolžne vzdrževati vse potrebne oblike oskrbe. Mednje sodijo na primer razvažanje hrane s kolesi, hišni obiski zdravnikov in oskrbovalcev, prilagoditve stanovanj, denarne podpore sorodnikom, ki oskrbujejo svoje ostarele družinske člane, in bivanje v domovih. Poudarek je v oskrbi starih na njihovih domovih. Cilj je, da vsak star človek ostane v okolju, ki ga je vajen, kolikor mogoče dolgo. Po podatkih ministrstva za socialo živi na Finskem kar 89% vseh, ki so stari 75 let in več, v lastnih stanovanjih ali hišah, le 11% jih je v domovih za stare ali v drugih negovalnih ustanovah. Razlogi za to so tudi finančne narave, saj je bivanje v domu drago in lahko pobere do 80% prihodka starih ljudi.

Za oskrbo na domu prispevajo oskrbovanci v povprečju le 10 do 20% stroškov, vse drugo pa pokrije proračun. Zavarovanja za oskrbo, ki je tako pogosto v drugih evropskih državah, na Finskem ne poznajo in tudi politično ni možnosti, da bi ga uvedli. Podobne sisteme, kot je na Finskem, imajo tudi v drugih nordijskih državah. Finska vlada stroške za oskrbo starih vsako leto vključuje v proračun. Večino denarja razdelijo komunam, v katerih lokalne oblasti skupaj z oskrbovanci

določijo, katere oblike oskrbe so za tega ali onega oskrbovanca najbolj primerne.

Objavljeno v: *Süddeutsche Zeitung, 7. novembra 2007, str. 6*

ZDA: JEMANJE NEKATERIH ANTIDEPRESIVOV JE POVEZANO Z IZGUBO KOSTNE MASE PRI STAREJŠIH

Starejših ljudi, ki trpijo za depresivno motnjo, ni malo. Mnoge, pri katerih prepoznajo bolezensko simptomatiko, zdravijo z zdravili, ki sicer lahko izboljšajo razpoloženje, vendar pa imajo tudi svojo slabo stran. Kot prvi izbor se večinoma predpisujejo selektivni inhibitorji ponovnega privzema serotonina (SSRI), kot so Prozac, Paxil, Zoloft in drugi. Dve nedavni študiji, objavljeni v ameriški reviji *Archives of Internal Medicine*, sta ugotovili, da je uporaba omenjenih zdravil povezana z zmanjšanjem kostne mase pri starejših bolnikih. Tisti, ki so jemali triciklične antidepresive, te izgube niso utrpeli. Kot je povedala raziskovalka z univerze v Minnesoti, prof. dr. Susan Diem, SSRI antidepresivi součinkujejo s kostnimi celicami tako, da te hitreje izgubljajo vsebnosti kalcija. Ne gre za to, je pojasnila, da bi ukinili uporabo SSRI antidepresivov ali jih zamenjali s tricikličnimi, ki so ravno tako povezani s številnimi neželenimi učinki (povečana obremenitev srca in nevarnost miokardnega infarkta, zvišana verjetnost za padce z vsemi možnimi posledicami, poslabšanje spoznavnih – kognitivnih sposobnosti ipd.), pač pa za to, da bi se uvedla večja pazljivost pri predpisovanju ter predvsem skrbnejše spremljanje z meritvami kostne gostote pri osebah, ki jemljejo SSRI antidepresive dalj časa. Raziskav, ki bi ugotavljale, ali zdravila za zaščito oziroma izgradnjo kostne mase lahko kompenzirajo učinke antidepresivov, za zdaj še ni. Da je psihoterapevtski pristop k depresiji starejših enako učinkovit kot farmakološko zdravljenje, trdi Jerome Wakefield, psiholog in raziskovalec z univerze v New Yorku. Sam je pre-

pričan, da se s terapevtskim pristopom dotaknemo korenin depresivnih občutkov, ki so najpogosteje povezani z ujetostjo v kronično bolezen ali izgubo bližnjega, in da s tem največ pripomoremo k odpravljanju boleče notranje stiske.

Objavljeno v: *Archives of Internal Medicine*, 25. 6. 2007, v: APA ONLINE, <http://www.apa.org/>

ZDA: IZGOREVANJE OSKRBOVALCEV LAHKO VODI V DEPRESIJO

Nove raziskave kažejo, da so partnerji, ki oskrbujejo za rakom obolelega življenjskega sopotnika, izpostavljeni tveganju za razvoj depresivne motnje. Nedavna ameriška raziskava je pokazala, da kar 39% oskrbovalcev partnerja z napredovano obliko raka kaže resne simptome depresije. Še posebej ogroženi so oskrbovalci z izredno tesno navezanostjo na partnerja in močno izraženo tesnobo pred morebitno izgubo oziroma smrtjo. Reakcija na bolezen ljubljene osebe, v kateri prevladuje čustvo strahu pred zapuščenostjo in izgubljenostjo, lahko povsem preplavi oskrbovalca, izgorelost, v kateri se znajde, pa načne tako duševno kot tudi telesno zdravje. Raziskovalci poudarjajo, da se vsi ljudje v zahtevni vlogi oskrbovalca resno bolne osebe ne znajdejo dobro, zato potrebujejo učinkovito podporo in pomoč, sicer gre oskrbovanje na račun slabšanja njihovega lastnega zdravja.

Objavljeno v: *Reuters Health*, 5. 11. 2007, v: APA ONLINE, <http://www.apa.org/>

ANGLIJA: INOVATIVNI PROJEKT ORGANIZACIJE SHAPE

Britanska organizacija Shape od leta 1988 uspešno izvaja inovativen projekt, v okviru katerega omogoča invalidnim, gluhih in starim ljudem pridobitev vstopnic (angl. *Shape Tickets*) za umetniške, kulturne in zabavne dogodke po znižani ceni ter brezplačno prostovoljsko spremstvo nanje. Prek te storitve omogočijo ljudem, ki sicer

tega ne bi zmogli, dostop do najboljših zabavnih in umetniških dogodkov v Londonu. Organizacija v sodelovanju z drugimi organizacijami nudi dostop do več sto prireditvev, filmov, razstav v mestu, vključno s prireditvami, posebej prilagojenim osebam s posebnimi potrebami. Vse informacije v brošurah so dostopne v večjem tisku, Braillovi pisavi in avdio formatu. Številni prostovoljci (v angleščini imenovani *Access Assistants*) so nepogrešljiv člen te ponudbe, saj brezplačno nudijo svoj prosti čas ter najmanj enkrat mesečno s svojim avtomobilom spremljajo invalidne ali stare ljudi na različne dogodke ter jih po njih pripeljejo nazaj domov. Prostovoljci se na začetku prostovoljstva na tečaju seznanijo z invalidnostjo oz. različnimi oblikami nezmožnosti. V zameno za svoje prostovoljsko delo prostovoljci dobijo brezplačno vstopnico za to prireditev ter zavest, da so prispevali h kvaliteti življenja neke osebe. Kot je dejala ena od prostovoljk: »Prostovoljstvo za enojne vstopnice je super, saj je toliko stvari združenih v eno – izboljšuje se moje socialno življenje, odpira se mi svet umetnosti, ki ga verjetno sicer ne bi spoznala sama, ter mi je omogočeno, da to izkušnjo delim z nekom drugim.« Organizacija Shape sodeluje z več kot 100 organizacijami, s tremi vladnimi oddelki ter organizacijami iz tujine. Za svoje delo so pridobili številne nagrade.

Objavljeno v: <http://www.shapearts.org.uk/>

SVET: VPLIV PREHRANE NA KOGNITIVNI UPAD IN DEMENCO

Raziskava, objavljena v reviji newyorške Akademije znanosti, kaže prepričljive dokaze o tem, kako prehranski vzorci tekom odraslosti pomembno vplivajo na s starostjo povezan kognitivni upad in tveganje za razvoj demence. Izsledki poudarjajo pomen obrokov, ki so sestavljeni iz sadja, zelenjave, žitaric in rib. Ti naj bi bili varovalne narave, medtem ko imajo nasičene maščobne kisline ravno nasproten učinek. Posebno za ljudi s sladkorno boleznijo je visoka vse-

nost enostavnih ogljikovih hidratov v prehrani zelo škodljiva. Način prehranjevanja in ustrezne gibalne aktivnosti skrbijo za vzdrževanje telesne teže in preprečujejo tveganje za razvoj motenj, povezanih z debelostjo (zvišan krvni pritisk, visok holesterol), obenem pa so pomembna komponenta ohranjanja kognitivnega zdravja.

Objavljeno v: *Science Daily*, 12. 11. 2007, v: APA ONLINE, <http://www.apa.org/>

KITAJSKA: ZDRAVSTVENO VARSTVO STARIH LJUDI

Pred kratkim je ameriški urad, ki se ukvarja s prebivalstveno politiko, izdal poročilo o zdravju in zdravstvenem varstvu starih ljudi v urbani in ruralni Kitajski (*Health and Health Care of the Older Population in Urban and Rural China: 2000*), v katerem so analizirali zdravje 140 milijonov starih ljudi (60 let in več) v letu 2000. Med drugim so obravnavali omejene zmožnosti opravljanja različnih dejavnosti, lastno oceno zdravja, prisotnost kroničnih bolezni, življenjski stil, duševno zdravje ter zdravstvenovarstvene storitve. Ugotovili so, da se skoraj polovica starih Kitajcev pri opravljanju vsakdanjih dejavnosti sooča z neke vrste omejenostjo, pogosteje pa se ta pojavlja pri ženskah, neporočenih in manj izobraženih. Poleg tega je kar 55% starih Kitajcev dejalo, da trpijo za kronično boleznijo. Starejši ljudje, ki so živeli na ruralnem območju, so manj verjetno koristili strukturirane oblike zdravstvenega varstva, kot so obiski zdravstvenih ambulant ali hospitalizacija, več kot dvakrat verjetnejša pa je bila uporaba nestrukturirane zdravniške oskrbe, kot je npr. obisk zdravnika na domu. V poročilu so se ustavili tudi pri načinu plačevanja za zdravniško oskrbo in pri tem ugotovili, da starejši ljudje plačajo do polovico zdravstvenih stroškov iz lastnega žepa, dodatno tretjino pa plačajo še njihovi otroci in ostali družinski člani. Samo 10% stroškov krije zavarovanje. Poročilo dobite na strani: www.census.gov/prod/2007pubs/p95-07-2.pdf.

Objavljeno v: *ILC Policy Report*, oktober 2007: 3

VB: ODNOS DELODAJALCEV DO STAREJŠE DELOVNE SILE

V Britaniji je izšlo poročilo o odzivu delodajalcev na staranje delovne sile, ki temelji na kvalitativni raziskavi (*Employer Responses to an Ageing Workforce: A Qualitative Study*). Raziskovalce je predvsem zanimalo, kako delodajalci urejajo problematiko starejše deovne sile, še posebno po uvedbi zakona oktobra 2006, ki prepoveduje starostno diskriminacijo na delovnem mestu (*Employment Equality /Age/ Regulations, 2006*). Ugotovili so, da večina delodajalcev na starejše delavce gleda kot na pridobitev in so jih pripravljene obdržati v službi tudi, ko dosežejo običajno upokojitveno starost. Študija je tudi pokazala, da delodajalci težko najdejo ustrezno kvalificirane ljudi. Po drugi strani pa je praksa pri zaposlovanju različna in čeprav večina delodajalcev pri zaposlovanju formalno ne izvaja starostne diskriminacije, se število na novo zaposlenih starejših ljudi ne povečuje. Raziskovalci ugotavljajo, da bi bilo potrebno več pozornosti nameniti indirektni diskriminaciji pri zaposlovanju menedžerjev. Več informacij o poročilu je na straneh:

<http://www.dwp.gov.uk/mediacentre/pressreleases/2007/sep/emp-270907.asp>.

Objavljeno v: *ILC Policy Report*, oktober 2007: 3-4

SVET: V OKVIRU ZDRUŽENIH NARODOV IZŠLA BILTENA O PROBLEMATIKI GLOBALNEGA STARANJA

Oddelek za ekonomske in družbene zadeve pri Združenih narodih (*UN Department of Economic and Social Affairs Population Division*) je izdal dva biltena o globalnem staranju. Prvi, z naslovom *Upravljanje zdravstvenega varstva v starajočem se svetu (Managing Health Care in an Ageing World)* obravnava, kakšne izzive bo starajoče se svetovno prebivalstvo prineslo zdravstvenovarstvenim sistemom. Ugotavljajo, da staranje ne bo glavni dejavnik za povečanje stroškov zdra-

vstvenega varstva ter da se bo mogoče izogniti takšnim stroškom z večjim poudarkom vlad na preventivnih ukrepih, ki bi lahko omejili pogostost kroničnih bolezni. V brošuri izpostavijo nujnost, da države v razvoju zavezijo finančna tveganja povezana s slabim zdravjem in umrljivostjo, s pomočjo ukrepov, kot je npr. javno zdravstveno zavarovanje. Bilten najdete na strani: www.un.org/esa/policy/policybriefs/policybrief2.pdf. Drugi bilten, ki obravnava negotovost v starosti in izziv univerzalnega pokojninskega sistema (*Tackling Insecurity in Old Age: The Challenge of Universal Pension*), kaže, da skoraj 80% starih ljudi, ki živijo v državah v razvoju (okoli 342 milijonov ljudi), nima ustrezne finančne varnosti. Ta številka bi se po podatkih noveše raziskave ZN do sredine tega stoletja lahko povečala na 1,2 milijarde, če se ne bo uskladila z demografskimi spremembami. V biltenu govorijo o tem, kako že minimalna univerzalna socialna pokojnina zagotavlja rešitev za ta problem. V okviru te naj bi se zagotovilo, da pod določen finančni prag ne bi padel nihče, prav tako pa naj bi se omogočil bolj celovit pokojninski sistem, ki bi bil mešanica javnih in privatnih iniciativ, ki so v skladu s posameznimi praksami države, finančnimi razmerami in zahtevami po enakosti. Bilten dobite na strani: www.un.org/esa/policy/policybriefs/policybrief3.pdf.

Objavljeno v: *ILC Policy Report, oktober 2007: 4*

SVET: ČLOVEKOVE PRAVICE V STARAJOČEM SE SVETU

Mednarodni center za dolgoživost (ILC-UK) je izdal poročilo o človekovih pravicah v starjočem se svetu (*Human Rights in an Ageing World*), ki predstavlja vidike ILC o izzivih za človekove pravice, ki jih povsod po svetu predstavlja staranje prebivalstva. Omenjeno poročilo vsebuje poročila iz VB, Francije, Južne Afrike, Dominikanske republike, Izraela, Japonske, Nizozemske, Indije, Argentine in ZDA. Vsako nacionalno poročilo obravnava specifično problematiko, s katero se soočajo stari ljudje v njihovi državi,

ter načine promoviranja potreb in interesov starih ljudi, ki so v dobrobit vseh članov družbe. Poročilo dobite na strani: http://www.ilcuk.org.uk/files/pdf_pdf_39.pdf.

Objavljeno v: *ILC Policy Report, november 2007: 3*

VB: PRVIKRAT V BRITANSKI ZGODOVINI ŠTEVILO STAREGA PREBIVALSTVA VIŠJE OD ŠTEVILA OTROK

V najnovejši projekciji britanskega prebivalstva, ki jo pripravlja Britanski statistični urad, ugotavljajo, da se bo celotno prebivalstvo povečalo s 60,6 milijona v letu 2006 na 71 milijonov leta 2031. Povprečna starost prebivalstva je bila leta 2006 39,6 let. Do leta 2016 bo znašala 40,1 let, do leta 2031 pa že 42,6 let. Ugotovili so tudi, da je leta 2007 – prvič v britanski zgodovini – število prebivalstva, ki dosega državno upokojitveno starost (trenutno 65 za moške in 60 za ženske), presegló število otrok. Ta trend se bo nadaljeval in razlika v številu starih ljudi in otrok bo do leta 2031 narasla na 2 milijona. Več informacij dobite na strani: www.statistics.gov.uk/pdfdir/pproj1007.pdf.

Objavljeno v: *ILC Policy Report, november 2007: 3-4*

ZDA: ŠTUDIJA O ALZHEIMERJEVI BOLEZNI

Študija, objavljena v reviji *Neuroepidemiology*, kaže, da ima okoli 14% Američanov, starih 71 let in več, demenco, kar v absolutnem številu predstavlja 3,4 milijone ljudi. Od teh jih ima okoli 2,7 milijona (70%) Alzheimerjevo bolezen. Naslednja najpogostejša oblika demence je vaskularna demenca. Omenjena študija je prva tovrstna študija v ZDA, ki je ocenila delež demence in Alzheimerjeve bolezni na nacionalnem reprezentativnem vzorcu starih ljudi v ZDA. Več informacij o njej najdete na strani: www.nih.gov/news/pr/oct2007/nia-30.htm.

Objavljeno v: *ILC Policy Report, november 2007: 4*

GERONTOLOŠKI DOGODKI

Zbrala dr. Simona Hvalič Touzery

Neuroimaging in Dementia

24.–26. marca 2008, 18. letna konferenca v Torontu, Ontario, Kanada

Organizira: Rotman Research Institute Conference

Spletni naslov: <http://www.rotman-baycrest.on.ca>

Future of Aging Services Conference

31. marca – 2. aprila 2008 v hotelu Marriot Wardman Park v Washingtonu, ZDA

Organizira: International Association of Homes and Services for the Ageing (IAHSA),

Spletni naslov: http://www2.aahsa.org/conferences/future_conference/default.asp

Geriatrics 2008

5.–8. aprila 2008, Antalya, Turčija

Organizira: Geriatrično društvo Turčije

Spletni naslov: www.geriatri2008.org; www.geriatrics2008.org

The Second International Aging Conference

8.–10. aprila 2008 v Abu Dhabiju, Združeni Arabski Emirati (UAE)

Organizira: Family Development Foundation in Ministry of Social Affairs of UAE

Embracing Our Past, Shaping Our Future

16.–19. aprila 2008, 19. letna konferenca na Univerzi Temple v Philadelphii, ZDA

Organizira: Society for the Arts in Healthcare

Spletni naslov: <http://www.temple.edu/boyer/ResearchCenter/index.htm>

Konferenca o demografiji - medgeneracijska solidarnost in dolgotrajna oskrba

27. – 29. aprila 2008, Brdo pri Kranju, Slovenija

Organizira: Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve RS

spletni naslov: http://www.mddsz.gov.si/si/eu2008_mddsz/dogodki/konferenca_o_demografiji_medgeneracijska_solidarnost_in_dolgotrajna_oskrba/

Internationaler Kongress für Geriatrie und Gerontologie

1.–3. maja 2008 v Benetkah, Italija

Organizira: Physio Austria; spletni naslov: <http://www.physioaustria.at/?p=1284>

Neuropsychiatry & Psychology in Modern Times

20.–23. maja 2008 v hotelu Hilton, Atene, Grčija

Organizira: Association of Psychology & Psychiatry for Adults & Children (APPAC)

Spletni naslov: <http://www.epsep.org.gr>

18th Alzheimer Europe Conference

22.–25. maja 2008 v Oslu, Norveška

Organizira: Alzheimer Europe und Norwegian Centre for Dementia Research

GERONTOLOŠKO IZRAZJE

Geriatrja

Slovensko: *geriatrija, geriater, geriatričen*

Grško: *γερών*, 'starec', in *ιατρός* ali *ιατήρ*, 'zdravnik'

Angleško: *geriatrics, geriatrician* ali *geriatrist, geriatric*

Nemško: *Geriatricie, Geriater*

Francosko: *gériatrie*

Italijansko: *geriatria*

Geriatrja se kot posebna veja medicine ukvarja s proučevanjem, preprečevanjem, ugotavljanjem in zdravljenjem bolezni ali stanj, ki posameznike prizadevajo v tretjem življenjskem obdobju. Kot vsako drugo področje medicine pozna geriatrja posebej usmerjene raziskave, svojo preventivo, diagnostiko in terapijo. Kot vse druge medicinske stroke tudi geriatrja zdravstvene poklice na vseh stopnjah izobražuje v posebnih znanjih in spretnostih, ki so potrebne za zdravstveno delo s starimi ljudmi.

Čeprav so se medicinska strokovna področja v preteklih stoletjih brez reda ali načrta razvijala tako, kot jih je narekoval razvoj medicine oziroma zdravstva, pa se v medicini nekemu področju prizna položaj posebne stroke le, če ukvarja s pojavi, problemi in vprašanji, ki jih na drugih področjih medicine ne srečamo in ki so v tolikšni meri samosvoji, specifični, da njihovo reševanje zahteva posebno znanje, metode in tehnike. Ta specifičnost se lahko nanaša na način zdravljenja (kirurgija, fiziatrja), na posamezna telesna področja (interna medicina s številnimi specializacijami, ginekologija, otorinolaringologija, okulistika, dermatologija, stomatologija itd), na določene bolezni (sladkorna bolezen, infekcijske bolezni, maligne bolezni itd), na življenjsko okolje (higiena, socialna medicina), na poklice (medicina dela), na povezave z drugimi nemedicinskimi področji (sodna medicina), na lokacijo zdravniškega dela (splošna oziroma družinska medicina) ali na določeno starostno obdobje (pediatrija, geriatrja). Razvoj še naprej poteka tako,

kakor je. V zadnjem času se je kot novo strokovno področje pojavila medicinska informatika.

Geriatrja je po naravi in obsegu svoje dejavnosti najbližja pediatriji, saj se prav tako ukvarja s celovito zdravstveno, deloma pa tudi socialno problematiko določenega starostnega obdobja. V primerjavi s pediatrijo je bogatejša na socialnem področju, še posebej, če privzamemo eno od izhodišč moderne geriatrije, da naj bi bil star človek kolikor je le mogoče dolgo telesno in materialno samostojen ter socialno sprejemljiv. Od ostalih medicinskih strok se geriatriji še najbolj približa splošna oziroma družinska medicina, ki se prav tako ukvarja z vsemi zdravstvenimi, deloma pa tudi socialnimi težavami, ki lahko doletijo njene varovance. In v resnici so največja zdravstvena pričakovanja in obremenitve pri preprečevanju in zdravljenju kroničnih, nenalezljivih bolezni, ki v največji meri prizadevajo stare ljudi, povezane prav z družinsko medicino.

Zdravnik geriater je lahko bodisi klinični strokovnjak, ki dela s starimi ljudmi le v bolnišničnem okolju, lahko je to tudi specialist drugih medicinskih področij, ki se je dodatno izobrazil o posebnostih svojega področja pri starajočih se posameznikih in imamo potem na primer okulista, ortopeda, nevrologa, psihiatra itd, ki je posebej usposobljen za delo s starimi posamezniki na svojem področju. Seveda to v enaki meri velja tudi za specialista družinske medicine, pri katerem je tako dodatno izobraževanje zaradi zgoraj omenjenih okoliščin še posebej zaželeno. Zaradi vseh teh razlik tudi geriatrije v vseh okoljih ne razumejo na enak način. V Sloveniji je bila geriatrja v zadnjih dvajsetih letih precej zanemarjana, zato tudi pri nas pojem geriatra še ni povsem opredeljen. Še najbolj verjetno je, da se bodo zdravniki različnih strok usposabljali za delo s starimi bolniki, ki jih bo po vseh predvidevanjih iz leta v leto več.

Izraz geriatrja je leta 1909 predlagal Ignatz Leo Nasher (1863–1944), ki je vodil tudi oddelek za reveže na kliniki Mount Sinai v New Yorku. Nasher se je s starimi na svoji kliniki ukvarjal bolj v negovalnem kot v terapevtskem smislu, saj so na oddelku imeli predvsem tiste posameznike, ki po končanem zdravljenju niso imeli kam iti, odvisni pa so bili od pomoči drugih. Nasherja danes smatrajo za očeta ameriške geriatrije.

V Evropi pa je matična država geriatrije Velika Britanija, kjer jo je pričela uvajati Marjorie Waren (1897–1960), kirurginja, ki je delala v bolnišnici West Middlesex. Bolnišnici so leta 1935 priključili bolnišnico za revne. Zaradi prevelikega števila bolnikov, pomanjkljive diagnostike, nezadovoljivega zdravljenja in skoraj popolne odsotnosti medicinskega nadzora se je po drugi svetovni vojni lotila celovitega pristopa tako v zdravljenju starih, kakor tudi v njihovem usposabljanju za samostojno življenje. Njen pristop, ki je danes vključen v pojem rehabilitacije, so pri zdravljenju in usposabljanju bolnikov prevzele tudi druge medicinske stroke. S svojim pristopom in izkušnjami Warrenova ni razvila le koncepta razmeroma samostojne starosti, ampak je posebej opredelila tudi diagnostiko, zdravljenje in druge vrste zdravstvene pomoči, ki jo rabijo stari ljudje. Izkazalo se je, da njen pristop lahko pomaga k samostojnemu življenju tudi tistim starim ljudem, ki so bili že povsem navezani na pomoč drugih.

Naslednje veliko ime evropske in svetovne geriatrije je Bernard Isaacs (1924–1995). Bil je profesor geriatrije na univerzi v Birminghamu od 1974 do 1989. Izdelal je specialistični izobraževalni program za študente medicine, ki so želeli pridobiti posebna geriatrična znanja. Raziskoval je predvsem posebnosti kroničnih bolezni. V knjigi z naslovom *Preživetje nebogljenega (Survival of the Unfitest)*, objavljene leta 1972, je opisal žalostno stanje te medicine in na utemeljen način predlagal ukrepe, s katerimi bi stare bolnike obravnavali na enak način kot vse druge. Pri tem je posebej izpostavil terapevtsko možnost, hitro pomoč, osnovno oskrbo in sodelovanje soro-

dnikov ter znancev, opozoril pa je tudi na razlike med medicinskimi in socialnimi dejavniki. Bil je prvi, ki je največje nadloge starosti poimenoval za štiri geriatrične velikane. To so inkontinenca, nepokretnost, zmanjšanje intelektualnih sposobnosti in omedlevico. Vse težave starosti je možno strniti na eno ali drugo področje omenjenih »velikanov«. Pod njegovim vodstvom je bil v Birminghamu ustanovljen center za uporabno gerontologijo, ki je seznanjal javnost s težavami starih ljudi. Že od vsega začetka je sodeloval z arhitekti, oblikovalci opreme in servisnimi dejavnostmi, da bi se pri svojem delu bolj in bolje zavedali težav, s katerimi se spopadajo stari ljudje. Oblikoval je tudi skupino »Tisoč starčkov«, ki je raziskovala trg in ocenjevala proizvode. Vse svoje izkušnje je Isaacs strnil v knjigi *Izzivi geriatricne medicine (The Challenge of Geriatric Medicine)*, ki je izšla leta 1992.

V Sloveniji smatramo Bojana Accetta za očeta geriatrije. Ko je spoznal, v kakšnih okoliščinah živijo varovanci v domovih za ostarele, je opustil svojo dotedanjo klinično kariero in v Trnovem leta 1966 ustanovil Inštitut za gerontologijo in geriatrjo, ki ga je nadvse uspešno vodil do leta 1983, ko je njegovo vodenje predal svojim naslednikom. Ti so delo inštituta preusmerili na drugo klinično področje, kar je pomenilo, da slovenska geriatrja ni več sledila razvoju, zgubila pa je tudi svoj pionirski položaj, ki ga je do takrat uživala v evropskem prostoru. Profesor Accetto se je kasneje povezal s Slovenskim gerontološkim društvom in Inštitutom Antona Trstenjaka z namenom, da bi nadaljevala njegovo delo. Inštitut Antona Trstenjaka je bil ustanovljen leta 1992, leta 1994 je njegova soustanoviteljica postala Slovenska akademija znanosti in umetnosti, leta 2004 pa tudi Vlada Republike Slovenije. Inštitut se ukvarja z vprašanji gerontologije, geriatrije in medgeneracijskega sožitja in v slovenskem prostoru predstavlja nadaljevanje tradicije Accettovega inštituta v Trnovem. Od leta 1998 izdaja edino slovensko znanstveno in strokovno revijo *Kakovostna starost* za področja, ki jih pokriva s svojimi aktivnostmi.

Dr. Božidar Voljč, dr. med.

SIMPOZIJ, DELAVNICE

Katja Tomažič*

Tudi starejši vadimo – vadba za starejše osebe z zmanjšano mobilnostjo

2. simpozij, Ljubljana, 10. november 2007

Organizatorji 2. simpozija *Vadba za starejše osebe z zmanjšano mobilnostjo* so po dobrem letu predstavili rezultate prvega dela raziskovalnega projekta, ki ga izvajajo v slovenskih domovih za starejše. V projektu sodelujejo Fakulteta za šport, Fakulteta za socialno delo, Visoka šola za zdravstvo in Visport d.o.o., njihov generalni pokrovitelj je Farmaceutvska družba Lek d.d., soorganizator simpozija pa je bila Skupnost socialnih zavodov Slovenije.

Vsebina simpozija je bila razdeljena na dva dela. V prvem je bila predstavljena dejavnost evropske tematske mreže THENAPA 2 ter rezultati njenega triletnega dela, predvajan pa nam je bil tudi DVD, ki spodbuja tretjo generacijo k večji fizični aktivnosti in ki bo slovenskim upokojencem na voljo v začetku leta 2008. V drugem delu so analizirali rezultate prve faze projekta *Vadba za starejše osebe z omejeno mobilnostjo*, ki se izvaja v šestih domovih za stare: v domu Ljubljana – Šiška, domovih Ljubljana – Fužine, na Ptujju in Prevaljah, v Črnečah – Dravogradu ter v Trbovljah.

V uvodnem delu so nas pozdravili in nagovorili Vojko Strojnik s Fakultete za šport UL, ki je koordinator tega projekta v Sloveniji, Mojca

*Katja Tomažič, univ. dipl. soc. delavka

Doupona Topič, prodekanica Fakultete za šport, Janez Matoh iz Olimpijskega komiteja Slovenije in Katja Razinger, predstavnica Leka d.d., ki je ob tej priložnosti izročila gospodu Strojniku ček v višini 1.500 EUR za nakup pripomočkov za vadbo starejših. V nadaljevanju je besedo prevzel gost iz Belgije, Herman van Coppenolle, koordinator projekta THENAPA 2 in predavatelj na katoliški univerzi v Leuven, nizozemsko govorečem delu Belgije. Poudaril je pomen prilagojene fizične vadbe starejših v starajoči se družbi, ki ne vpliva samo na dobro počutje posameznega starega človeka, ampak tudi na ekonomski prihranek družbe pri zdravstvenih storitvah. Prilagojena telesna aktivnost (APA – Adaptive Physical Activity) namreč preprečuje prehitro izgubljanje telesne moči, izboljšuje ravnotežje starajočega se človeka in posledično preprečuje nastanek poškodb zaradi padca.

Slovenska skupina raziskovalcev Fakultete za šport, Fakultete za socialno delo in Visoke šole za zdravstvo je po pregledu raziskave slovenskega javnega mnenja iz leta 2004, ki razkriva, da je kar okoli 75% starih 65 let in več telesno neaktivnih (SJM, 2004), preverila vključenost teme *aktivnost v starosti* v izobraževalni kurikulum in prišla do zaključkov, da žal ne obstaja študijski program ali študijski predmet, ki bi se posvečal tej temi. Nekaj malega predavanj na to temo je le znotraj določenih predmetov Fakultete za šport in Visoke šole za zdravstvo.

Prvo vadbeno obdobje v programu je bilo namenjeno povečanju moči mišic iztegovalk nog in stabilizaciji trupa, saj so te mišice ključne pri ohranjanju pokončne drže in so tudi osnova za večino ostalih oblik gibanja. Cilj snovalcev vadbenega programa je bil ugotoviti vpliv iz-

branih vaj za moč na gibljivost, ravnotežje, moč in stabilizacijo trupa prostovoljnih udeležencev vadbe. V raziskavo vključeni stari ljudje so bili razdeljeni v tri vadbene skupine in njihove kontrolne skupine. V prvi vadbeni skupini so se vaje izvajale v sedečem položaju (za telesno šibkejše stare ljudi), v drugi v ležečem položaju (za tiste, ki so sposobni samostojne hoje), v tretji pa so vaje izvajali na fitnes napravah (prav tako za ljudi, sposobne samostojne hoje). Program vaj je bil prilagojen gibalnim zmožnostim posamezne skupine. Primer vaje 'obračanje trupa' v ležeči vadbeni skupini: Vaja se izvaja leže hrbtno. Vadeči eno nogo pokrči, drugo pa prekriža preko nje, da se gleženj prekrižane noge dotika kolena oporne noge. Prekrižani nogi nasprotno roko položi na koleno prekrižane noge (diagonalni prijem). Nogi služita za oporo med potiskom z roko v koleno nasprotno noge. Vadeči najprej vdihne in napne trebušne mišice, nato z obračanjem trupa čim močneje pritisne z roko na koleno. Cilj je zlagoma (v 2 sekundah) doseči največjo silo in jo zdržati 2 do 4 sekunde. Nato sledi postopno sproščanje mišic in priprava na naslednjo ponovitev. Vaja je namenjena krepitvi moči mišic obračalk trupa.

Po 6-mesečni redni vadbi so raziskovalci analizirali rezultate in prišli do ugotovitve, da v večini primerov ni prišlo do bistvenega izboljšanja gibljivosti, ravnotežja, moči in stabilizacije trupa, vendar pa hkrati ocenjujejo, da so bili negativni učinki staranja v določeni meri zaustavljeni ali vsaj upočasnjeni. Izkušnja udeležencev različnih vadbenih skupin je bila pozitivna in po njihovem mnenju ima vadba vsekakor pozitivne učinke na celoten njihov organizem. Z vadbo bi še želeli nadaljevati, saj je to tudi ena od oblik druženja.

Projekt *Vadba za starejše osebe z zmanjšano mobilnostjo* se bo izvajal še naprej in tim strokovnih sodelavcev bo po proučitvi svežih znanstvenih spoznanj ter analizi rezultatov zagotovo javnosti posredoval nova dognanja in strokovna razmišljanja.

Simona Hvalič Touzery*

Okrogla miza: Praktični vidiki in možnosti e-vključenosti in dostopnosti

Ljubljana, Inštitut RS za rehabilitacijo, 9. november 2007

V okviru Ministrstva za visoko šolstvo, znanost in tehnologijo ter Inštituta Republike Slovenije za rehabilitacijo je bila v novembru organizirana okrogla miza, na kateri se je govorilo o možnostih vključevanja starejših in invalidov v informacijsko družbo. Okrogla miza je bila organizirana ob skoraj dokončanem šestletnem projektu *Dom Iris*, ki je po besedah Roberta Cuglja, direktorja Inštituta RS za rehabilitacijo, edinstven primer prenosu informacijske tehnologije v koristne storitve. Omenjeni dom, ki so ga odprli 17. decembra 2007, bo deloval kot bivalna enota znotraj inštituta, letno pa bo njegove prostore in storitve lahko uporabljalo predvidoma okrog 1000 uporabnikov. V domu bodo združene vse najsodobnejše tehnologije, ki jih bodo vsi zainteresirani posamezniki lahko preizkusili in jih po svoji meri prenesli v vsakodnevno življenje in svoja domača okolja. Dom Iris, ki se je rodil iz potreb uporabnikov in ga vodi Anton Zupan, gradi Inštitut za rehabilitacijo ob podpori številnih vladnih in nevladnih organizacij ter podjetij.

V uvodnem delu je nekaj besed spregovorila ministrica za visoko šolstvo, znanost in tehnologijo Mojca Kucler Dolinar. Med drugim je dejala, da je treba sodobne informacijsko-komunikacijske tehnologije (IKT) s tehničnega

* Dr. Simona Hvalič Touzery, univ. dipl. soc., zaposlena na Inštitutu Antona Trstenjaka.

nivoja prenesti na nivo vsebin in storitev ter da je sodobna družba vse bolj e-družba in je zato živeti z novo tehnologijo danes nuja. Poleg tega je poudarila, da je vključenost v sodobno informacijsko okolje in dostopnost do informacijskih tehnologij ključnega pomena v sodobni družbi, zato je pomembno, da pri vključevanju in dostopnosti pomagamo premagovati ovire tudi starim ljudem in invalidom.

Anton Zupan z Inštituta za rehabilitacijo je predstavil pomen modernih tehnologij v sodobni rehabilitaciji. Vzporeden razvoj tehničnih ved in rehabilitacijske tehnologije je predvsem v zadnjih letih izredno veliko doprinesel k izboljšanju kvalitete življenja starejših in invalidov. Z razvojem najrazličnejših pripomočkov tudi oni pridobivajo možnost dostopa do informacijske tehnologije in možnost vključevanja v informacijsko družbo. Sodobna IKT starejšim in invalidnim osebam omogoča, da so manj odvisne od tuje pomoči in da so bolj varne v domačem okolju. Podporna tehnologija tako ni v pomoč le starejšim in invalidom, ampak tudi negovalnemu osebju. V sodobni rehabilitaciji postaja vse bolj nepogrešljiva tudi ambientalna inteligenca, ki združuje računalniške, napredne omrežne tehnologije in posebne vmesnike za zaznavanje in interakcijo z uporabnikom na nevsiljiv način. Vse to bo združeno v bivalno demonstracijskem domu IRIS.

Predstavniki direktorata za informacijsko tehnologijo na Ministrstvu za visoko šolstvo, znanost in tehnologijo (MVZT) Robert Guštin je med drugim opozoril na pomembnost pravilnega razumevanja pojmov e-vključenost (angl. *e-inclusion*) in e-dostopnosti (angl. *e-accessibility*). E-dostopnost pomeni zagotavljanje tehničnih pogojev za uporabo IKT. Uporabljal naj bi jih čim širši krog ljudi skupaj z osebami s posebnimi potrebami in vsemi preostalimi skupinami prebivalstva, za katere obstaja nevarnost, da bodo ob hitrem napredku te tehnologije na vseh področjih življenja in dejavnosti v družbi

ostale zapostavljene. E-vključenost je širši pojem od e-dostopnosti. Pomeni zagotavljanje znanj, da lahko nekdo uporablja IKT in rešuje tudi druge vrste ovir, kot so finančne, zemljepisne, izobraževalne in druge. Guštin je predstavil temeljne evropske in slovenske dokumente, ki se nanašajo na e-vključenost in e-dostopnost. Povedal je tudi, da ministrstvo vlaga v informacijsko tehnologijo zato, da ta ne bo več nekaj, česar se moramo dolgo učiti, temveč nekaj, kar bo »v službi človeka«.

V drugem delu, v katerem je potekala razprava, se je oglasila vrsta razpravljalcev. Naj povzamemo nekaj njihovih opažanj in primerov dobre prakse. Tako predstavnik slepih in slabovidnih Slovenije kot predstavnik gluhih in naglušnih Slovenije sta ugotavljala, da je dostopnost nove tehnologije za invalide precej nizka, že če govorimo o osnovnih novejših tehnologijah, kot so ustrezno prilagojen računalnik in programska oprema zanj, mobilni ipd. Danes je le peščica invalidov deležna novih tehnoloških možnosti. Teoretično so stvari dobro zastavljene, problem pa je slab prenos v prakso. Ljudje nimajo zagotovljenih osnovnih e-storitev, zato je treba zagotoviti dostop in uporabo obstoječih IKT. Kot je dejal eden od strokovnjakov, je pomembno in prav, da se nove tehnologije razvijajo, a je treba tudi v praksi doseči dostop uporabnikov do njih. Velik problem vidijo nekateri v našem sistemu, ki ni pripravljen za sprejem in širjenje obstoječih tehnologij. Tehnologije že obstajajo, stroka (predvsem s področja medicine in sociale) pa jih ne pozna in tako ne širi informacij o njih. Udeleženci okrogle mize so opozorili tudi na nepovezanost med strokovnjaki in praktiki, ki se ukvarjajo z IKT. Dejansko pogosto drug za drugega ne vedo, kaj kdo dela, in se včasih stvari tudi podvajajo ali pa se zaradi nepoznavanja ne izkoristijo možnosti, ki so na voljo. Z vidika starih ljudi pa je največji problem v tem, da kot uporabniki sploh ne vedo, katere stvari so jim na voljo. Poleg tega je zanje potrebno širše izo-

braževanje, ne le računalniško opismenjevanje. Sicer je res, da je med starimi ljudmi prisoten strah pred novimi IKT ter strah pred tem, da bi se osmešili, ampak hkrati je med njimi tudi precejšnje zanimanje za nove tehnologije. Treba jim jih je le približati in to na ustrezen način.

Boris Šuštaršič, predsednik Nacionalnega sveta invalidskih organizacij Slovenije (NSIOS) je kot dober primer uporabe nove tehnologije omenil sistem internetne televizije, ki poteka v okviru Zveze gluhih in naglušnih Slovenije in je prilagojena gluhih in naglušnim ter dostopna na strani <http://video.zveza-gns.si/app/view.aspx>. Zanimiv je tudi mednarodni Projekt Soprano, v katerem sodeluje Center za metodologijo in informatiko na Fakulteti za družbene vede. V okviru projekta razvijajo informacijski sistem za lažje daljše bivanje v lastnem domu. Kot je povedala Vesna Dolničar z omenjenega centra, je strah glavni razlog za neuporabo novih

tehnologij med starimi. Vendar pa so starejši v Sloveniji zelo motivirani za učenje računalništva in na tem je treba graditi. Drago Rudel, direktor podjetja MKS elektronski sistemi d.o.o., ki se ukvarja z uvajanjem novih telekomunikacijskih in informacijskih tehnologij na socialnem in zdravstvenem področju, je povedal, da so po 17-ih letih dosegli, da bo v novem Zakonu o socialnem varstvu zapisan stavek, da »so osebe, ki so upravičene do socialne pomoči, upravičene tudi do varovanja na daljavo«, kar do sedaj ni veljalo.

Omenjena okrogla miza predstavlja enega od temeljev nacionalnih smernic za enakopravno vključevanje starejših in invalidov v informacijsko družbo. Nacionalne smernice bodo pomenile slovenski doprinos k pripravi evropskih smernic sodobne informacijske družbe in bodo predstavljene na ministrski konferenci o e-vključevanju v Lizboni.

IZ MEDGENERACIJSKIH PROGRAMOV

Ksenija Ramovš *

Delo Inštituta Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje v letu 2007

Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje opravlja svoje poslanstvo z znanstvenim raziskovanjem, akcijsko razvojnimi projekti in z izobraževanjem na treh vsebinskih področjih: prvo področje predstavlja gerontologija in medgeneracijsko sožitje, drugo zasvojenosti in omame, tretje pa celostna antropologija, antropohigiena in logoterapija.

Največ dela, kot vsa pretekla leta, je bilo posvečenega gerontologiji in medgeneracijskemu sožitju. Na tem področju je bilo leto 2007 prelomno, ker so dozorele priprave za ponovni začetek sistematičnega delovanja zdravstvene gerontologije. S tem je začetnik slovenske gerontologije dr. Bojan Accetto tik pred smrtjo – umrl je v začetku poletja 2007 – doživel nadaljevanje svojega dela, potem ko je inštitut leta 2006 skupaj z njim slovesno praznoval 40-letnico ustanovitve prvega slovenskega gerontološkega inštituta. Izkušeni strokovnjak javnega zdravstva in Accettov učenec, dr. Božidar Voljč, je prevzel in uspešno dovršil programske in druge priprave za vključitev zdravstvene gerontologije v delo Inštituta Antona Trstenjaka. Pri tem je

intenzivno sodeloval z ministrstvom za zdravje in številnimi zdravstvenimi ustanovami po Sloveniji. Inštitut tako dejansko postaja celostna nacionalna znanstvena gerontološka ustanova.

Glede na količino opravljenega dela bo večina tega poročila posvečenega gerontološkemu delu Inštituta. Zaradi celovitega pogleda je treba prej bežno preleteti delo na ostalih dveh področjih.

Na področju zasvojenosti in omam je bila izdana nova znanstvena monografija *Pitje mladih* (avtorja Jože in Ksenija Ramovš), ki v drugem delu prikazuje rezultate večletnega raziskovanja na tem področju. V prvem delu so zajeta nekatera osnovna alkoholološka spoznanja v luči celostne antropologije. Inštitut je bil soorganizator 11. EFTC evropske konference o rehabilitaciji in politiki na področju drog, kjer so sodelavci imeli dve predavanji, eno plenarno in eno v sekciji za alkoholizem. Na Fakulteti za socialno delo ljubljanske univerze se že dolga leta poučuje celoten učni predmet zasvojenosti in nadaljuje razvijanje metodike poučevanja tega občutljivega socialno delavskega področja. Na treh ljubljanskih osnovnih šolah se izvajajo razvojni programi za preventivo otrok pred nevarnostjo omamljanja in zasvojenosti, s katerimi se oblikujejo model, ki temelji na sodelovanju staršev, učiteljev, otrok in stroke ter začne s sistematičnim preventivnim delom pred puberteto, nato pa jo nadaljuje do konca osnovne šole. Razvejano in zahtevno delo na tem projektu dobro uspeva. Nadaljevalo se je tudi tesno sodelovanje s Socialnim forumom

* Mag. Ksenija Ramovš, diplomirana socialna delavka in mag. sociologije, je direktorica Inštituta Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje v Ljubljani in predavateljica na Fakulteti za socialno delo Univerze v Ljubljani.

za zasvojenosti in omame, med drugim tudi pri vodenju terapevtske skupine in svetovalnice za alkoholizem, ki na Inštitutu deluje dva dni tedensko.

Temelj vsega dela na Inštitutu je celostna antropologija, kot je bila prevzeta od Antona Trstenjaka in jo Inštitut razvija pod imenom antropohigiena; ta je osnova vseh razvojnih in preventivnih projektov na področju staranja, medčloveškega sožitja, zasvojenosti in omam, psihoterapije in drugih. V ta sklop sodi tudi Franklova logoterapija, za katero je Inštitut matična ustanova v slovenskem prostoru; razvija jo v njeni teoretski in psihoterapevtski razsežnosti. V letu 2007 je Inštitut pripravil učni program za fakultetni študij logoterapije, poučuje pa se v okviru Slovenske krovne zveze za psihoterapijo, ki izvaja fakultetni študij psihoterapije v sodelovanju z Fakulteto Sigmunda Freuda iz Dunaja in Fakulteto za družbene študije iz Nove Gorice.

V naslednjih točah je prikazano delo na področju gerontologije in medgeneracijskega sožitja v letu 2007.

1. Poleg že omenjenih priprav na začetek delovanja zdravstvene gerontologije na Inštitutu Antona Trstenjaka, se je skozi leto zgodilo več pomembnih dogodkov, pri katerih je Inštitut tesno sodeloval ali jih organiziral. Tesno je sodeloval z Inštitutom Jožefa Štefana pri organizaciji Demografske konference, na kateri so sodelavci imeli tri referate. Inštitut je med pobudniki resne politične obravnave te preživetveno pomembne nacionalne teme. Njej se je v letu 2007 posvetil tudi naš Svet za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje, ki deluje v sodelovanju s Slovensko akademijo znanosti in umetnosti. Vlada RS je imenovala Svet za solidarno sožitje generacij in za kakovostno staranje prebivalstva v Sloveniji; predstojnik Inštituta dr. Jože Ramovš je v njem zastopnik znanosti in izvoljen za podpredsednika. V začetku oktobra je Inštitut, kot vsako leto,

aktivno sodeloval na Festivalu za 3. življenjsko obdobje, kjer je imel odmevno okroglo mizo o družinskih oskrbovalcih starih ljudi. Poskrbel je za počastitev spomina pokojnega prof. dr. Bojana Accetta in sodeloval z nekaj drugimi aktualnimi vsebinami v publikaciji kakor tudi pri samem dogodku.

2. Razvijanje socialne mreže programov za kakovostno staranje in sožitje med generacijami in njeno praktično uvajanje na terenu po Sloveniji je tudi v letu 2007 zavzelo velik del časa. Inštitut je posebno pozornost posvečal dvema programoma. Dijake ljubljanske gimnazije Bežigrad in Ledina je povezal z upokojenci in oboje usposobil, da se tedensko družijo v družabniških parih pri učenju računalništva. Dober odmev je doživel tudi tečaj za samozaščito starejših žensk pred nasiljem. Sicer pa socialna mreža medgeneracijskih programov za kakovostno staranje in solidarno sožitje med generacijami, ki je izviren razvojni prispevek Inštituta, obsega petindvajset med seboj povezanih programov, ki so razporejeni v štiri vsebinske sklope. Prvi sklop tvorijo programi za informiranje in ozaveščanje celotne skupnosti o kakovostnem staranju in solidarnem sožitju med generacijami, svetovanje vodstvu pri uvajanju medgeneracijske socialne mreže ter načrtovanje in uvajanje programov v skupnosti ali organizaciji. V letu 2007 je tako bilo 72 javnih predavanj v 26 krajih po Sloveniji, udeležilo se jih je 4.700 poslušalcev, 22 TV in radijskih oddaj, objavljenih je bilo 31 člankov v različnih časopisih (ne upoštevajoč revije *Kakovostna starost*) in izdana ena knjiga s tega področja (*Prostovoljski dnevnik*). Inštitut je nudil menedžersko svetovanje in načrtovanje programom v 9 občinah, 2 domovih za stare ter 5 drugih zavodih in podjetjih. Tečaje praktičnega socialnega učenja za sožitje med generacijami – to so programi drugega sklopa programov – je v letu 2007 opravilo 143 ljudi

vseh treh generacij, od tega 42 dijakov in študentov. Skozi vse leto je Inštitut usposabljal 110 novih medgeneracijskih prostovoljcev, kar je tretji sklop programov. Četrti sklop tvorijo programi za samoorganizacijo krajevne socialne mreže za kakovostno staranje in sožitje generacij, pri čemer se je usposabljal osem organizatorjev krajevnih mrež, uvajalo nove intervizijske skupine in se jih osem tudi vodilo, sodelavci Inštituta so bili supervizorji v vrsti društev za kakovostno starost in njihovih zvezah, uvajali so klube svojcev in podobno; na tem področju je bilo največ storjenega za ljubljansko medgeneracijsko društvo, ki ga skoraj v celoti oskrbuje s prostori in strokovno pomočjo. Uvajanje medgeneracijske mreže teh programov sofinancira Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve RS s petletnim programom ter pomembnejši krajevni naročniki, med katerimi so bili v letu 2007 Mesto Ljubljana, občini Komenda in Ruše in vrsta drugih za manjše projekte.

3. V letu 2007 so se na terenu (Komenda, nekoliko tudi Ruše in Zavod A. M. Slomška Maribor) pokazali prvi konkretnejši obrisi priprave in uvajanja krajevnega medgeneracijskega središča; o tem je v tej številki revije *Kakovostna starost* obširen članek. V teh primerih je Inštitut pomagal skupnosti, da je spoznala sodobno obliko doma za stare ljudi (četrti generacija gospodinjskih skupin) in s tovrstnim projektom v okviru krajevnega medgeneracijskega središča tudi kandidirala za koncesijo. Krajevno medgeneracijsko središče je izvirni model krajevne samoorganizacije za kakovostno staranje in solidarno sožitje med generacijami v razmerah v prihodnjih letih, ko se bo zaostri demografsko neravnotežje in bo prevladal nesorazmerno velik delež starih ljudi.
4. Za osnovno zdravstvo Gorenjske (OZG) je Inštitut izvedel projekt razvoja osnovne

informativne enote o kakovostni komunikaciji med staršema kot odločilnem dejavniku zdravega otrokovega razvoja ter to učno enoto vpeljal v šole za starše ('materinske šole' pred porodom) v zdravstvenih domovih na Gorenjskem. Z enoletnim tečajem se je usposobilo dvanajst predavateljic, pripravilo učno gradivo zanje in za starše ter o celotnem programu obširno poročalo na Fajdigovih dnevih in v zdravstvenih časopisih. Ta projekt je osnovni element obširnejše zasnove ozaveščanja in usposabljanja za kakovostno partnersko komunikacijo v družinah po uspešnih sodobnih metodah iz Nemčije in Francije.

5. Raziskovanje. Končano je obširno raziskovanje družinskih oskrbovalcev, ki se mu je Inštitut posvečal v zadnjih letih; o tem je bilo objavljenih več znanstvenih člankov, okrogla miza na Festivalu za tretje življenjsko obdobje, mag. Simona Hvalič Touzery pa je uspešno zagovarjala doktorsko disertacijo in bila promovirana za doktorico znanosti.
6. Publicistika. Stalna naloga Inštituta je zbiranje domačih in tujih znanstvenih in strokovnih spoznanj s področja gerontologije, staranja in sožitja med generacijami ter njihova distribucija v slovenski strokovni in ostali družbeni prostor. Glavno sredstvo za to je četrtletna znanstvena revija za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje *Kakovostna starost*, ki je v letu 2007 uspešno zaključila 10 let izhajanja. Pomembno publicistično sredstvo je domača spletna stran, za katero se pripravlja temeljita posodobitev. Sem sodi tudi izdaja že omenjenih dveh knjig in objavljenih člankov v raznih časopisih in revijah, izdaja zgibank in panojev ter predavanja na strokovnih kongresih – rezultate svojega dela je Inštitut predstavil na kongresih v Romuniji in na Poljskem.
7. Strokovno sodelovanje. Inštitut je intenzivno sodeloval s soustanoviteljico Vlado RS pri

njenih nalogah na področju staranja in medgeneracijskega sožitja, zlasti z Ministrstvom za delo, družino in socialne zadeve (v strokovnem svetu, pri pripravi strokovnih gradiv, itd.) in Ministrstvom za zdravstvo (priprava koncepta za delo zdravstvene gerontologije), z obema pa pri pripravi na predsedovanje EU (več strokovnih konferenc). Inštitut redno sodeluje s soustanoviteljico SAZU (Svet za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje, njihova knjižnica je matična dokumentacijska enota Inštituta). Med domačimi znanstvenimi ustanovami, s katerimi je Inštitut intenzivno sodeloval tudi v letu 2007, so Univerza v Ljubljani in Univerza v Mariboru (redna predavanja na dodiplomskem in podiplomskem študiju na Medicinski fakulteti, Fakulteti za socialno delo, Fakulteti za zdravstvene vede in občasno na drugih), Inštitut Jožefa Štefana (demografska konferenca), med nevladnimi organizacijami tretjega sektorja pa poleg že omenjene Zveze medgeneracijskih društev za kakovostno staranje in Socialnega foruma za zasvojenosti in omame še Zveza društev upokojencev Slovenije (Festival za tretje življenjsko obdobje) in Projekt človek (organizacija že omenjene 11. evropske konference terapevtskih skupnosti – EFTC). V tujini ima Inštitut ustaljene povezave z logoterapevtskimi in drugimi organizacijami (npr. Ce.I.S Rim), na novo je bila vzpostavljena povezava z Inštitutom za gerontologijo z Oxfordske univerze.

Pregled dobrih rezultatov dela Inštituta Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje navdaja sodelavce s hvaležnostjo vsem, s katerimi so sodelovali, jih podpirali ali pomagali pri delu Inštituta. Inštitut računa na njihovo sodelovanje tudi v prihodnje, ko na vse ljudi čakajo čedalje bolj zahtevne naloge zaradi staranja prebivalstva. Nanje bo potrebno odgovoriti kakovostno in hitro, da ne prerastejo v težko obvladljiv epidemični javni problem.

Mateja Eržen*

Zveza medgeneracijskih društev za kakovostno starost Slovenije v letu 2007

Od januarja do decembra 2007 je Zveza medgeneracijskih društev za kakovostno starost izvajala temeljni program: »Mreža medgeneracijskih programov za kakovostno starost na področju medčloveških odnosov«, in znotraj njega naslednje programe:

- osebno medgeneracijsko družabništvo s starim človekom,
- medgeneracijske skupine za kakovostno starost,
- skupnostna skrb za ozaveščanje celotne krajevne javnosti,
- ohranjanje prostovoljske kondicije,
- medgeneracijski piknik in
- strokovna ekskurzija.

Člani Zveze so lokalna medgeneracijska društva, ki za to izrazijo željo in podpišejo pristopno izjavo. Lokalna društva so pri svojem delovanju samostojna, Zveza pa jim nudi strokovno podporo in zanje organizira skupne dejavnosti ter enkrat letno izdajo glasila. Skupne naloge potekajo po metodi socialnega managementa. Zvezi vsako leto predseduje drugo krajevno društvo.

Uporabniki našega programa v članicah Zveze so: *celotno prebivalstvo občine*, kjer deluje lokalno medgeneracijsko društvo (posredno se s programom ozavešča celotna skupnost o kakovostni starosti in o potrebnosti priprave nanjo), *aktivni člani društev* – prostovoljci voditelji in prostovoljci

*Mateja Eržen, univ. dipl. soc. delavka, organizatorica mreže medgeneracijskih programov za kakovostno starost pri Zvezi medgeneracijskih društev za kakovostno starost Slovenije

družabniki, *stari ljudje* (modri člani) – vključeni v naše medgeneracijske skupine in individualno družabništvo, ter vsi ljudje, ki se želijo uspešno pripraviti na lastno starost (podporni člani ter vsi drugi, ki jih ta problematika zanima).

Skupaj nas je bilo konec leta 2007 v Zvezi 272 aktivnih članov – prostovoljcev, 1055 starih ljudi, 90 podpornih članov, kar skupno znaša 1417 članov.

Pogoj za izvajanje osebnega družabništva in vodenje medgeneracijske skupine za kakovostno starost je uspešno opravljeno usposabljanje za družabništvo in vodenje skupine. Star človek se v naše programe vključi na podlagi svojega osebnega interesa.

V letu 2007 je bilo v Zvezo včlanjenih 6 lokalnih medgeneracijskih društev: Medgeneracijsko društvo Upanje Trbovlje, Medgeneracijsko društvo za kakovostno starost Ljubljana, Medgeneracijsko društvo za kakovostno starost Laško, Medgeneracijsko društvo Srečno Zagorje, Medgeneracijsko društvo za kakovostno starost Zreče in Medgeneracijsko društvo za kakovostno starost Komenda. V decembru 2007 sta se Zvezi priključili še dve društvi: Medgeneracijsko društvo za kakovostno starost Vrhnika in Medgeneracijsko društvo za kakovostno starost Ribnica, tako da je sedaj v Zvezi skupno 8 medgeneracijskih društev.

V društvih Zveze je včlanjenih 272 aktivnih članov (brez obeh v decembru priključenih društev), od tega je 136 voditeljev skupin in 172 družabnikov. Nekateri prostovoljci delajo hkrati kot voditelji skupin in kot družabniki, vsi pa so usposobljeni v dveh programih Inštituta Antona Trstenjaka, ter svoje znanje kasneje v okviru Zveze tudi izpopolnjujejo. V letu 2007 je v društvih Zveze delovalo 86 medgeneracijskih skupin, v katerih je bilo v povprečju 9 starih ljudi, in se srečevalo 278 družabniških parov.

Pri družabništvu in vodenju skupine se prostovoljci na podlagi podpisane prostovoljske pogodbe zavezujejo, da bodo pri svojem

prostovoljskem delu upoštevali Kodeks etičnih načel v socialnem varstvu, etična načela pri delovanju programov v krajevni socialni mreži za kakovostno starost, Etični kodeks organiziranega prostovoljstva ter Pravila za vedenje v skupini za samopomoč in družabništvu, s katerimi jih seznanijo. Hkrati se zavezujejo, da bodo pri svojem delu ravnali po statutu in drugih aktih društva ter s tem varovali ugled društva.

Jedro dela Zveze sta torej oba prostovoljska programa. Vsak *prostovoljec-družabnik* opravi tedensko 1,5 ure druženja z enim starim človekom: 278 starih ljudi krat 52 tednov krat 1,5 ure = 21.684 prostovoljskih ur v enem letu, ki jih opravijo vsi prostovoljci-družabniki (to ustreza 11 zaposlitvam za polni delovni čas). Poleg prostovoljskega dela prostovoljec nameni 2 uri mesečno srečevanju v intervizijski skupini, ter izbirno en dan udeležbi na strokovni ekskurziji, vsaj dveh piknikih, krajših izleti in skupnih srečanjih.

Vsak *prostovoljec-voditelj skupine* v skupini starih ljudi (povprečno 9 v skupini, kar znaša skupaj 777 starih ljudi – članov skupin) opravi tedensko 2 uri, kar znaša: 136 voditeljev skupin krat 52 tednov krat 2 uri = 14.144 prostovoljskih ur v enem letu opravijo vsi prostovoljci-voditelji skupin + ker ima 8 voditeljev po 2 skupini = 14.976 prostovoljskih ur v enem letu, ki jih opravijo vsi prostovoljci-voditelji skupin (to ustreza sedmim zaposlitvam za polni delovni čas). Poleg prostovoljskega dela voditelj skupine nameni najmanj pol ure pripravi na skupino, 2 uri mesečno srečanju v intervizijski skupini, ter ostalim dejavnostim po izbiri, enako kot pri družabništvu.

Star človek je v prostovoljske programe, ki jih izvajajo društva Zveze, vključen 1,5 ure tedensko v srečanje skupine ali družabništvo, 10 ur letno v družabnih srečanjih (vsaj 2 piknika, krajši izleti, skupna srečanja, skupne prireditve).

V program skupnostne skrbi za ozaveščanje celotne krajevne javnosti so vključeni zainteresirani prebivalci posameznih občin, kjer delujejo lokalna medgeneracijska društva.

Poleg obeh prostovoljskih programov je velikega pomena tudi program ohranjanja prostovoljske kondicije, katerega glavna dejavnost so mesečne intervizijske skupine prostovoljcev. V zvezi deluje 15 intervizijskih skupin. Poleg intervizijskih skupin ter individualnega dela z vsakim prostovoljcem se v okviru tega programa v posameznih lokalnih okoljih izvajajo planinski pohodi, pikniki, družabna in skupna srečanja, ki se jih prostovoljci, stari ljudje in drugi zainteresirani udeležijo na lastno pobudo.

Zveza je v preteklem letu v skupnem sodelovanju z vsemi svojimi članicami izvedla velik medgeneracijski piknik za 200 udeležencev na Debelem Rtiču. Skupnemu predstavitvenemu programu vseh medgeneracijskih društev so sledile različne možnosti medsebojnega spoznavanja, sprehodov, zabave in plesa. Mnogim starim ljudem ta oblika pomeni edino možnost družabnega življenja v vsem letu.

Za vse zainteresirane prostovoljce je Zveza v letu 2007 organizirala tudi strokovno ekskurzijo v Šentjur pri Celju, Rogaško Slatino, Olimje ter Rogatec. Prostovoljci so si ogledali dva domova za stare ljudi - Dom starejših Šentjur ter Pegazov dom v Rogaški Slatini. Letna ekskurzija pomeni nagrado prostovoljcem za njihovo tedensko druženje s starejšimi, bodisi v skupinah ali individualnem družabništvu.

V letu 2007 je dejavnost Zveze sofinanciralo Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, Fundacija invalidskih in humanitarnih organizacij ter lokalna medgeneracijska društva, ki so člani Zveze. Donacijo v obliki uporabe prostorov in opreme v letu 2007 je prispeval Inštitut Antona Trstenjaka. Še vedno je v Zvezi edina redno zaposlena le ena organizatorka mreže, za polovični čas je bila v letu 2007 zaposlena pripravnica, ostale organizatorke mreže svoje delo opravljajo prostovoljsko.

KLASIKI O STARANJU IN SOŽITJU GENERACIJ

IZ ACCETOVE ZAPUŠČINE

Prof. dr. Bojan Accetto je že konec petdesetih let začel orati ledino na področju razvijanja geriatrije in gerontologije. Na tej strani je nekaj njegovih misli in mnenj o starosti in dostojanstvenem staranju, ki so bile objavljene v knjigi *Med zdravniki in bolniki: Štirideset let od ustanovitve Inštituta za gerontologijo in geriatrijo* (Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka). Knjiga je izšla leta 2006 in bila predstavljena v: *Kakovostna starost* 10 (2007), št. 1., str. 42–44.

Starega človeka bodisi v zdravju ali v bolezni ne smemo ločiti od drugih ljudi samo zato, ker je ostarel. Naj tudi stari ljudje uživajo sadove svojega dela in truda tako, kot jih uživajo rodovi, ki prihajajo za njimi, saj so svojemu in bodočim rodovom ustvarjali boljše življenje.

Med zdravniki in bolniki, str. 55

Psihični pretresi, ki prav tako nastopajo ob upokojitvi, so tudi dostikrat vzrok nenadne bolezni ali celo smrti. Zaradi smotrnosti življenja med svojim delom v srednji življenjski dobi človek mnogokrat nehote preprečuje izbruh bolezni, čeprav ta že leta in leta tli v njem. Ko preneha z delom in domnevno izgubi življenjski cilj, bolezen pritisne z vso silo. Prav zato je potrebno, da pravočasno preide od vsakdanjega dela k svojemu konjičku in dá svojemu življenju novo vsebino. Na vse to se morajo starejši prilagajati že leta in leta pred upokojitvijo.

Med zdravniki in bolniki, str. 56

Skrb za starejše ljudi je treba tako rekoč vcepiti prav vsem, tudi že našim najmlajšim, da jim bo plačilo že moralno ugodje, ki ga bodo občutili v svesti si opravljenega dela.

Med zdravniki in bolniki, str. 59

Domovi za stare ne smejo biti zaprte ustanove, temveč »hiše odprtih vrat«. Domove za stare ljudi naj izkoriščajo tudi mlajši, saj je druženje starejših in mlajših nadvse koristno in spodbudno bodisi za stare ali za mlade.

Med zdravniki in bolniki, str. 61

Starejšemu človeku je poleg vse materialne in strokovne oskrbe potreben tudi še košček osebne sreče in notranjega zadovoljstva, v katerem naj bi preživel večer svojega življenja. Končno ima do tega pravico! Zato naj bo ena izmed temeljnih nalog naše in drugih podobnih ustanov nenehna skrb za starega človeka tudi v tem smislu.

Med zdravniki in bolniki, str. 62

Temeljno načelo v gerontologiji je, da starejših ne smemo ločiti od drugih mlajših le zato, ker so postali starejši.

Med zdravniki in bolniki, str. 65

Značilnosti geriatrične medicine zahtevajo od zdravstvenih delavcev poseben pristop k starejšemu bolniku, hkrati pa govore, da je geriatrična medicina nekolikanj posebna, multifaktorska in multidisciplinarna medicinska veja, ki pa mora biti obenem integrirana, prežeta pa z globoko človečnostjo.

Med zdravniki in bolniki, str. 68

KAZALO

UVODNIK (Introductory)

- 2 Božidar Voljč

ZNANSTVENI IN STROKOVNI ČLANKI (Scientific and expert articles)

- 3 Božidar Voljč: Kaj so kronične nenalezljive bolezni in kaj lahko storimo za njihovo preprečevanje, nadziranje in zdravljenje?
11 Olaf von dem Knesebeck: Družbena neenakost, zdravje in bolezen v starosti
26 Jože Ramovš: Krajevno medgeneracijsko središče

IZ GERONTOLOŠKE LITERATURE (Review of gerontological literature)

- 46 Priročnik Svetovne zdravstvene organizacije za starosti prijazna mesta (*Božidar Voljč*)
51 Družba za vse generacije: izzivi in priložnosti (*Jože Ramovš*)
53 Šestdeset in več: Resnica o staranju v Ameriki (*Anton Mlinar*)
55 Strategija Evropske komisije na področju zdravja (*Simona Hvalič Touzery*)
56 OECD publikacija o trendih odvisnosti starih ljudi od pomoči drugih (*Simona Hvalič Touzery*)
57 Izboljšanje vozniških sposobnosti starejših voznikov (*Simona Hvalič Touzery*)
58 Integrirana oskrba nekoliko drugače (*Anton Mlinar*)
61 **Drobci iz gerontološke literature**
67 **Gerontološki dogodki**

GERONTOLOŠKO IZRAZJE (Glossary of gerontology terms)

- 68 Geriatrija (*Božidar Voljč*)

SIMPOZIJI, DELAVNICE (Symposiums, workshops)

- 70 Katja Tomažič: Tudi starejši vadimo – vadba za starejše osebe z zmanjšano mobilnostjo
71 Simona Hvalič Touzery: Praktični vidiki in možnosti e-vključenosti in dostopnosti

IZ MEDGENERACIJSKIH PROGRAMOV (Reflections from the intergenerational programmes)

- 74 Ksenija Ramovš: Delo Inštituta Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje v letu 2007
77 Mateja Eržen: Zveza medgeneracijskih društev za kakovostno starost Slovenije v letu 2007

KLASIKI O STARANJU IN SOŽITJU GENERACIJ (Classics on ageing and good intergenerational relations)

- 80 Iz Accetove zapuščine

Slika na naslovnici: 68-letna gospa Olga Pavla Jazbinšek iz Planine pri Sevnici.

Navodila avtorjem

Revija *Kakovostna starost* objavlja prispevke s področja gerontologije in medgeneracijskega sožitja: interdisciplinarne, socialne, sociološke, psihološke, pedagoške, zdravstvene, organizacijske in upravne ter gerontološke ali gerontagoške prispevke drugih ved. Prednostni poudarek revije je na znanstvenih in strokovnih spoznanjih, ki so pridobljena iz neposredne prakse pri delu s starimi ljudmi in za medgeneracijsko sožitje.

Prispevki so v slovenskem jeziku. Biti morajo pregledno strukturirani (z vmesnimi naslovi), uredništvo jih ima pravico jezikovno lektorirati.

Revija objavlja:

- znanstvene članke, tj. izvirne rezultate lastnih raziskav, ki še niso bili objavljeni,
- strokovne članke, tj. rezultate in spoznanja strokovnega dela in raziskovanja,
- pregledne članke, tj., izvirno sestavljena spoznanja in rezultate raziskovanja določenega vprašanja,
- poročila o strokovnem in znanstvenem delu, srečanjih in prireditvah doma in po svetu,
- poročila o dogajanju v programih medgeneracijske mreže za kakovostno starost v Sloveniji,
- recenzije,
- pregled tekočih gerontoloških spoznanj.

Znanstveni, strokovni in pregledni članki lahko praviloma obsegajo do eno avtorsko polo, uredništvo jih pošlje v anonimno recenzijo. Na začetku besedila naj bo povzetek v 10-15 vrsticah, ključne besede (2-5) in kratka informacija o avtorju (3-8 vrstic v tretji osebi). Povzetek, ključne besede, naslov prispevka in informacija o avtorju naj bodo napisani v slovenskem in angleškem jeziku.

Poročila in recenzije obsegajo praviloma do 3 strani.

Bibliografski navedki naj bodo vključeni v besedilo v skrajšani obliki, npr: (Priimek, 2001: 21). Vsa citirana literatura mora biti s popolnimi podatki navedena na koncu članka v poglavju »Literatura«, in sicer po abecedi avtorjev in letu izdaje ter na naslednji način:

- knjiga: Priimek in ime(na) avtorja ali avtorjev (leto izida). Naslov. Zbirka. Kraj: Založba.
- zbornik: Priimek in ime(na) avtorja ali avtorjev (leto izida). Naslov prispevka. V: Avtor knjige. Naslov knjige. Izdaja. Kraj: Založba, str. od-do.
- članek v reviji: Priimek in ime(na) avtorja ali avtorjev (leto izida). Naslov članka. Naslov revije, št. Kraj: Založba, str. od-do.

Prispevke je treba oddati v dveh izvodih (izpis z dvojnimi razmikom vrstic) in – če je le mogoče – na disketi na naslov uredništva (Inštitut Antona Trstenjaka, Resljeva 11, p.p. 4443, 1001 Ljubljana) ali pa jih pošljite na e-naslov: simona.hvalic@guest.arnes.si. Napišite tudi svoj naslov, e-pošto in telefonsko številko.

Kakovostna starost

LET. 11, ŠT. 1, 2008

Good quality of old age

VOL. 11, NUM. 1, 2008

ZNANSTVENI IN STROKOVNI ČLANKI

SCIENTIFIC AND EXPERT ARTICLES

Božidar Voljč

Kaj so kronične nenalezljive bolezni
in kaj lahko storimo za njihovo
preprečevanje, nadziranje in zdravljenje?

3

*Cronic noncommunicable diseases –
the prevention, control and treatment*

Olaf von dem Knesebeck

Družbena neenakost,
zdravje in bolezen v starosti

11

*Social Inequality
and health among the aged*

Jože Ramovš

Krajevno medgeneracijsko središče

26

Local intergenerational center

IZ GERONTOLOŠKE LITERATURE

46

**REVIEW OF
GERONTOLOGICAL LITERATURE**

GERONTOLOŠKO IZRAZJE

68

**GLOSSARY
OF GERONTOLOGY TERMS**

SIMPOZIJI, DELAVNICE

70

SYMPOSIUMS, WORKSHOPS

**IZ MEDGENERACIJSKIH
PROGRAMOV**

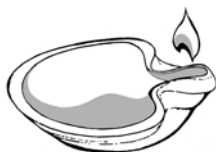
74

**REFLECTIONS FROM THE
INTERGENERATIONAL
PROGRAMMES**

**KLASIKI O STARANJU
IN SOŽITJU GENERACIJ**

80

**CLASSICS ON AGEING AND GOOD
INTERGENERATIONAL RELATIONS**



**INŠTITUT
ANTONA TRSTENJAKA**

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

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