



SPLOŠNA BOLNIŠNICA MARIBOR
ODDELEK ZA PSIHIATRIJO

1. VE DISCIPLINARNO
PSIHOGERIATRI NO SRE ANJE

ALI SMO PRI PRAVLJENI NA STAROST JUTRI ŠNJEGA DNE?

ZBORNIK REFERATOV



Maribor, 27. maja 2005

Organizacijski odbor

Mojca Muršec, dr. med.

doc. dr. Blanka Kores Plesničar, dr. med.

Vida Regoršek, dipl. soc. del.

Jožica Gamse, dr. med.

prim. Gregor Pivec, dr. med.

Strokovni odbor

doc. dr. Blanka Kores Plesničar, dr. med.

Mojca Muršec, dr. med.

Saša Čelan-Stropnik, dr. med.

Vida Regoršek, dipl. soc. del.

Milena Makragič-Jakopin, univ. dipl. soc. del.

prof. dr. Ivan Krajnc, dr. med.

asist. dr. Anton Crnjac, dr. med.

Urednica

Mojca Muršec, dr. med.

Recenzentka

doc. dr. Blanka Kores Plesničar, dr. med.

Seznam avtorjev

Ana Gajič, dipl. soc. del., Center za socialno delo Maribor, Maribor

Jožica Gamse, dr. med., Dispanzer za psihohigieno, Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, Maribor

Mirijana Majhenič, univ. dipl. soc., Socialna oskrba starostnikov na domu Maribor, Maribor

Milena Makragič-Jakopin, univ. dipl. soc. del., OE Patronažno varstvo, Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, Maribor

Danica Matjanec, univ. dipl. soc. del., Združenje za socialno geriatrijo in gerontagogiko Slovenije, Enota Maribor, Maribor

Vida Milošević-Arnold, univ. dipl. soc. del, višja predavateljica, Fakulteta za socialno delo Univerze v Ljubljani, Ljubljana

Mojca Muršec, dr. med., Oddelek za psihiatrijo, Splošna bolnišnica Maribor, Maribor

Vida Regoršek, dipl. soc. del., Oddelek za psihiatrijo, Splošna bolnišnica Maribor, Maribor

Mirjana Schlauer, univ. dipl. soc. del., Dom Danice Vogrinec Maribor, Maribor

Bojan Žibrat, dr. med., Invalidska komisija I. stopnje, Zavod za invalidsko in pokojninsko zavarovanje Slovenije, Območna enota Maribor, Maribor

POMEN SKRBI ZA STAROSTNIKE DANES IN JUTRI

Starostniki so skupina prebivalstva, kateri je še vedno namenjeno premalo pozornosti. Kot da se ne bi zavedali, da je to pot, ki jo bomo vsi ali vsaj večina, nekoč prehodili. Normalno staranje je lahko pozitivno užito v vsem svojem razponu, ko pa se pojavijo zdravstvene težave, nezmožnost skrbeti zase, osamljenost, žalost in še številne druge težave in skrbi, se življenje starostnika popolnoma spremeni in postane odvisno od drugih. Katerih drugih in kaj lahko ti drugi ponudijo starostnikom? Kljub naporom še vedno premalo. Skrb za starostnike je danes še vedno odrinjena na rob vseh naših zavedanj in skrbi, mlajša generacija je tista, v katero so položeni vsi upi in uprte vse oči. Pomanjkanje postelj v domovih starejših občanov, neurejena skrb za starostnike na domu, slaba preskrbljenost te skupine prebivalstva z zdravniki s posebnimi znanji geriatrične medicine, premalo finančne podpore in neorganizirana mreža nacionalnega programa celostne geriatrične oskrbe nam nakazujejo, da za starostnike še vedno nismo naredili dovolj. Dovolj, da bi jim v njihovem življenjskem obdobju zagotovili kakovostno življenje. Zaradi tega so strokovna srečanja, ki obravnavajo problematiko življenja v starosti, še kako pomembna. Le z združevanjem različnih strok – medicine, socialne skrbi, zdravstvene nege in vseh drugih oblik pomoči, tudi svojcev, lahko upamo, da bomo v bližnji prihodnosti omogočili in uravnesili skrb tudi za te, ki so nam nekoč v preteklosti omogočili sedanje življenje. Srečanje, ki je pred nami, nam bo poskušalo odgovoriti na najbolj pereča vprašanja in zadrege, ki se pojavljajo ob strokovni obravnavi starostnikov in ob čisto navadnem življenju z njimi. Upamo lahko, da nas intenzivna dejavnost na področju skrbi za starostnike v prihodnosti le popelje v bolj svetle dneve.

Doc. dr. Blanka Kores Plesničar, dr. med.

Kazalo

STARI LJUDJE V SLOVENIJI DANES IN JUTRI Vida Regoršek	1
OBRAVNAVA STAROSTNIKOV V PSIHIATRIČNI AMBULANTI IN NA DOMU Jožica Gamse	7
STAROSTNIK NA PSIHOGERIATRIČNEM ODDELKU SBM Mojca Muršec	10
VLOGA CENTRA ZA SOCIALNO DELO PRI NAČRTOVANJU SKRBI ZA STAROSTNIKE Ana Gajič	19
PODOBE STAROSTI JUTRIŠNJEGA DNE Mirijana Majhenič	24
PROBLEMATIKA STAROSTNIKOV Z VIDIKA SOCIALNE DEJAVNOSTI PATRONAŽNEGA VARSTVA Milena Makragić-Jakopin	32
INSTITUCIONALNO VARSTVO IN PRIPRAVA NA SPREJEM V DOM Mirjana Schlauer	37
SKUPINE STARIH LJUDI ZA SAMOPOMOČ – GIBANJE ZA DVIG KAKOVOSTI ŽIVLJENJA V STAROSTI Danica Matjanec	47
KAKOVOST BIVANJA V DOMOVIH ZA STARE LJUDI Vida Milošević Arnold	54
TELESNA OKVARA IN POTREBA PO POMOČI IN POSTREŽBI DRUGEGA V POKOJNINSKEM IN INVALIDSKEM ZAVAROVANJU Bojan Žibrat	68

STARI LJUDJE V SLOVENIJI DANES IN JUTRI

Vida Regoršek

DANES

Danes je v Sloveniji vsak deveti prebivalec starejši od 65 let. Po klasifikaciji Združenih narodov je narod z več kot 10 % prebivalstva zelo star. Slovenija je torej tudi po starosti prebivalstva enaka vsej razviti Evropi. Nad 65 let starih ljudi je Sloveniji skoraj 220 000 oseb, starih nad 60 let pa 320 000.

V Sloveniji se – kot v razvitem svetu – število starejših ljudi skokovito povečuje. Menimo, da naša družba ni povsem pripravljena na starost in na mnoge težave, ki se porajajo v tem procesu. Bistvenega pomena je način zagotavljanja primerne dostojanstvenega človekovega življenja v starosti. Pred nami, strokovnimi delavci, pa je osrednjega pomena izziv staranja, na katerega je treba odgovoriti.

Starost ne prihaja sama, pravi slovenski pregovor, s seboj prinaša bolezni in druge tegobe. V današnjem svetu, kjer veljajo tudi vrednote, kot so mladost, lepota, uspešnost, moč in druge, se osamljenost in tegobe starih še dodatno kopičijo, da ljudje ne doživljajo smisla starosti in jih pogosto doživljajo kot bivanjsko praznino. Če seštejemo visok materialni standard in nizek duševni medčloveški in bivanjsko-duhovni standard današnjih starih ljudi, je rezultat zelo nizka kakovost življenja sodobnega starega človeka pri nas.

Stari ljudje v domačem okolju imajo s svojimi pokojninami, s socialnimi podporami, patronažno oskrbo in s skrbjo svojcev tako visok materialni standard, kot ni bil nikdar doslej v naši zgodovini. Ne smemo pa pozabiti te pomanjkljivosti, da ob obstoječi mreži pogosto ni mogoče zagotoviti potrebne oskrbe v primeru bolezni ali onemoglosti. Prav tako se moramo zavedati, da je velikih tradicionalnih družin vse manj in so pred nami veliki izzivi, kako zagotoviti slehernemu staremu človeku kakovostno podporo in pomoč, da bo lahko čim dalje ostal v domačem

okolju. Naši domovi za stare so večinoma novi ali obnovljeni, vendar obstoječe zmogljivosti ne zadoščajo za zadovoljitev vseh potreb po namestitvi.

Kaj moramo še reči? Današnji stari ljudje so pogosto osamljeni, njihovo življenje je odrezano od srednje in zlasti mlade generacije, tako da jima ne morejo v celoti posredovati svojih življenjskih izkušenj in čustev.

JUTRI

Jutri – to bo čez deset, dvajset let, ko bo postala stara naša srednja generacija. Tedaj bo starih ljudi 100 000 več kot danes, ker je sedanja srednja generacija številčno veliko manjša, kakor je današnja, saj se danes rodi v letu dni za tretjino manj otrok, kakor se jih je takrat, ko se je rojevala današnja srednja generacija. Takrat bo za staro generacijo veljal slovenski pregovor, da bo tako ležala, kakor si bo sedaj postlala. Zato se morajo ljudje srednjih let pripraviti na svojo starost.

SOCIALNI POLOŽAJ STARIH LJUDI NEKOČ, DANES IN V PRIHODNJE

Zanimiv je pogled, kako je bilo za stare ljudi poskrbljeno v različnih družbah v preteklosti. Položaj starega človeka se je skozi zgodovino spreminjal, odvisen je bil predvsem od materialnih in življenjskih razmer. Če so člani družinske skupnosti živeli v pomanjkanju, so bili stari ljudje temu še bolj izpostavljeni. Marsikje pa so stari ljudje uživali veliko spoštovanje in bili cenjeni, saj so jih imeli za »žive knjižnice«. Življenjske izkušnje in spoznanja starih ljudi so bila spoštovana.

Današnji socialni položaj starih ljudi v razvitem svetu zahodne civilizacije bi lahko označili z dvojnim pomenom. Pokojninsko-invalidska zavarovanja in mreža socialnih in zdravstvenih ustanov omogočata starim ljudem sorazmerno dobro materialno in telesno preskrbljenost. Odnos do starosti, razdvojenost med generacijami v današnjih življenjskih razmerah pa jih medčloveško, kulturno in bivanjsko potiskajo na družbeni rob, v osamo in nekoristnost, od tod pa v skrajno bedno duševno počutje in bivanjsko praznino starih ljudi.

V prihodnosti je odločilnega pomena večanje deleža starega prebivalstva. Demografski kazalci kažejo, da bo število starih ljudi v primerjavi s številom ljudi iz aktivne populacije občutno večje, kot je danes. Ta zahodno evropski trend demografskega razvoja je značilen tudi za Slovenijo. Delež starega prebivalstva pri nas naglo narašča. Navedeno pomeni, da bo manjše število aktivnih ljudi moralo skrbeti za večje število nezmožnih in vzdrževanih. Visok odstotek starih ljudi je za vsako družbo velika obremenitev, pa naj je še tako bogata, saj zahteva ob finančnih izdatkih za pokojnine še dobro mrežo socialnih, zdravstvenih in drugih ustanov, s tem pa tudi ljudi, ki se posvečajo starim.

PRIPRAVA NA STAROST

S pripravo na starost je potrebno začeti že v otroštvu, saj prve izkušnje s starimi ljudmi vplivajo na nadaljnje gledanje na stare, še posebej so važni odnosi med odraslimi (starši in njihovimi starimi starši). Že v mladosti se oblikujejo pogledi na starost, v srednjih letih pa se mora človek pripraviti na to obdobje. Družina ima velikanski pomen za posameznika, za družbo in duhovno kulturo. Je tudi osnovni in za posameznika najpomembnejši posrednik ciljev, vrednot in idealov. Mlada leta so primeren čas zato, da si človek oblikuje stališča do staranja, srednja leta pa so pomembna za pripravo na starost (telesno, duševno, kulturno in socialno).

PRILAGAJANJE NA STAROST

Medtem ko nas proces staranja spremlja od otroškega, zrelega in ustvarjalnega obdobja življenja, pa se je človeku težko sprijazniti z mislijo, da je star. Tega se pogosto zavedajo stari ljudje ob zdravstvenih, ekonomskih in socialnih spremembah. Kar nekdo občuti kot zavrnitev ali izključitev, pomeni drugemu dobrodošla priložnost, da se izpreže in prepusti naloge drugim. Zlasti upokožitev lahko pomeni za posameznika krizo, ki je mnogi ne znajo prebroditi. Dokler bodo v naši družbi prevladovale vrednote, ki so povezane z delom, bodo te pomembne tudi za stare ljudi. Stari ljudje so še lahko aktivni v pozno

starost na področjih, povezanih z njihovimi življenjskimi interesi, drugi pa gojijo nove dejavnosti ali se vrnejo k tistim, za katere prej niso imeli dovolj časa.

GLAVNE TEŽAVE IN STISKE STARIH

S starostjo rastejo in se množijo številne tegobe. Mnoge poraja samo pešanje človekovih moči, za druge pa je krivec napačno doživljanje starosti v današnji družbi, in s tem povezana marginalizacija starih ljudi. Subjektivno se oboje kaže v zavesti starega človeka kot osebna stiska in težava.

Težave in stiske starih ljudi bi lahko opredelili po posameznih človekovih razsežnostih:

- telesno-materialne (revščina, nezmožnost za vsakdanjo oskrbo, bolezni);
- duševne (potrtost in druga slaba čustvena razpoloženja, izguba spomina, pešanje v zaznavanju okolja ...);
- medčloveško odnosne (osamljenost, odrinjenost od dogajanja ...);
- bivanjsko-duhovne (duhovna praznina, ko človek ne vidi smisla svoje preteklosti, ne tega, kar se z njim dogaja, za koga in kaj bi živel, kaj bi počel s svojo življenjsko izkušnjo in energijo, zavest krivde, strah pred bližajočo se smrtjo ...).

S staranjem slabijo moči za telesno delo in napore, peša spomin in druge duševne zmožnosti, upada torej večina zmožnosti, ki so potrebne za ustvarjalno spreminjanje resničnosti, delno pa tudi za novo življenjsko bogatenje. Človek se pogosto počuti vse bolj ogrožen od staranja. Čedalje pogostejši sopotniki postajajo bolezen, osamljenost in družbena odrinjenost na stranski tir. Telesna odpornost z leti upada skupaj s telesno zmogljivostjo. V starosti je zelo pogost problem življenjske praznote, ko človek ne doživlja smisla svoje preteklosti in smisla svoje sedanjosti.

Razlika obstaja med starimi ljudmi, ki lahko ostanejo v svojem domačem okolju, in med starimi, ki jih je treba namestiti v domove za stare ljudi. Osamljenost je ena najbolj razširjenih, najhujših stisk

današnjih starih ljudi. Če v starosti ni zadovoljena potreba po osebnem medčloveškem odnosu z nekom, je star človek osamljen, pa naj je okrog njega še toliko ljudi. Če v starosti človek ne more zadovoljiti potrebe po predajanju življenjskih izkušenj in spoznanj prvi in drugi generaciji, doživlja svoje dotedanje življenje kot nesmiselno, s tem sta povezani tudi bivanjska praznота in brezcilnost, z vsem tem pa je povezano tudi telesno obolevanje.

Stare ljudi v ustanovah pogosto spremljajo stiske in težave ter ostali številni dejavniki, ki so le delno odvisni od zaposlenih; to pa seveda ne pomeni, da kakovost in usposobljenost kadra niso odločilnega pomena. Z odhodom iz domačega okolja v dom za stare ljudi je človek izkoreninjen iz dotedanjega življenja. S tem je povezanih veliko dvomov, bojzani in negotovosti. S prihodom v ustanovo izgubijo stari ljudje dotedanje socialne stike. Ob prihodu v ustanovo morajo stari ljudje v celoti sprejeti domski način življenja. Brezkompromisno prilagajanje je težavno v vsakem življenjskem obdobju, prilagajanje v visoki starosti, sprejemanje novih pravil in ustvarjanje novih navad je izredno težaven proces. Ne prilagodi se ustanova posamezniku, marveč nasprotno. To starega človeka bega, utesnjuje in mu jemlje osebnost, s tem pa notranji mir in samozaupanje. Star človek se po prihodu v ustanovo pogosto povleče vase kot polž v hišico in socialno otopi. Stari ljudje so v ustanovah v vlogi odvisnega na vsakem koraku, saj potrebujejo pomoč, ker sami ne zmorejo ali ne znajo oziroma nimajo možnosti. To je lahko za človeka, ki je bil vse življenje samostojen in ponosen, neznosno ponižujoče. Stari ljudje se s težavo navadijo na spremembe in neradi spreminjajo svoj način življenja. Poleg izoliranosti, osamljenosti in nekoristnosti, pa se pri starih ljudeh večkrat pojavlja tudi problem, da so v konfliktu s svojimi najbližjimi, ker jih ti ne razumejo, kar tudi vodi v osamljenost.

NEKATERE UGOTOVITVE

Glede na spreminjanje starostne strukture prebivalstva je prihodnji cilj programa razvoja varstva starejših oseb: zagotoviti celovitejši razvoj vseh oblik pomoči starejšim in preseči v družbi obstoječi pretežno enosmerni institucionalni razvoj. Na navedeni osnovi zagotoviti

starejšim ustrezne oblike pomoči, ki bi omogočale, da čim večje število prebivalcev, starejših nad 65 let, živi v domačem okolju.

Socialno varstvo predstavlja sistem ukrepov, namenjenih preprečevanju in razreševanju socialne problematike posameznikov, družin in skupin prebivalstva, ki se zaradi različnih razlogov znajdejo v socialnih stiskah ali težavah.

Literatura

1. *Acceto, B. (1987). Staranje in starost: Cankarjeva založba.*
2. *Brečko, D. (1998). Kako se odrasli spreminjamo? Radovljica: Didakta.*
3. *Frankl, E. V. (1994). Volja do smisla. Celje: Mohorjeva družba.*
4. *Gerontološko društvo Slovenije, Inštitut za varovanje zdravja R.S. Zdravo staranje. Prva nacionalna konferenca o promociji zdravja v Sloveniji. Ljubljana, od 20. do 30. marca 1995.*
5. *Nacionalni program socialnega varstva do leta 2005. Uradni list R.S., 31, 7. 4. 2000.*
6. *Ramovš, J. (2003). Kakovostna starost. Socialna gerontologija in gerontogogika.*
7. *Ramovš, J. (1995). Slovenska sociala med včeraj in jutri. Ljubljana: Institut Antona Trstenjaka.*
8. *Smiljanić. V. (1979). Psihologija staranja. Beograd: Nolit.*

OBRAVNAVA STAROSTNIKOV V PSIHIATRIČNI AMBULANTI IN NA DOMU

Jožica Gamse

Prebivalstvo se stara in število starostnikov narašča. Proces staranja prinaša veliko sprememb, tako v psihičnem kot v telesnem počutju. Marsikdo na to ni pripravljen in prihaja do duševnih stisk. Pojavljajo se tudi različni strahovi, posebno še pred višjo starostjo, globljim upadom kognitivnih sposobnosti in nesposobnostjo skrbeti za sebe. Vsa takšna razmišljanja vodijo v depresijo, ki je najbolj pogost vzrok prihoda starostnika v psihiatrično ambulanto.

Od leta 1988, ko sem po opravljenem specialističnem izpitu začela delati v psihiatričnem dispanzerju, opazujem naraščanje števila starostnikov, ki potrebujejo psihiatrično pomoč. Poudarila bi, da se število ni povečalo samo zaradi višje starosti prebivalcev, naraščanjem psihiatričnih obolenj v starosti, ampak tudi zaradi sprememb v miselnosti oziroma zmanjšanju predsodkov oz. strahov pred psihiatri in psihiatrijo. Te starostne bolnike bi lahko razvrstila v dve skupini:

1. **V prvo skupino** bi uvrstila bolnike, ki prihajajo sami, brez napotnic ali pa jih napotijo osebni zdravniki. Večina le-teh ima postavljeno diagnozo **depresija**, v manjši meri **anksiozna motnja**. V zadnjem obdobju, z boljšo osveščenostjo, prihajajo tudi tisti starostniki, ki prepoznavajo lastne začetne spremembe **dementnega procesa**. Želela bi, da bi takšnih bolnikov prišlo še več. Vemo namreč, da je zdravljenje tega obolenja uspešnejše v začetnem stadiju. Potrebna pa je tudi primerna diagnostika.
2. V drugo skupino spadajo tisti starostniki, ki zbolijo za duševno boleznijo, kot so **paranoidna motnja** in **druga psihotična obolenja**. Ti bolniki niso dovolj kritični do svojega bolezenskega procesa, da bi sami prišli v ambulanto in jih pripeljejo svojci. V procesu zdravljenja je namreč potrebno dobro sodelovanje z bližnjimi, saj bolnik sam ne bo jemal zdravila. V to skupino pa

lahko prištevamo tudi bolnike z **napredovalo obliko demence**, ne glede na vzrok obolenja. Bolniki, za katere je značilen upad kognitivnih sposobnosti, osiromašeno mišljenje in prizadetost opravljanja vsakodnevnih aktivnosti, so nesamostojni in potrebujejo pomoč svojih bližnjih. Svojci, ki negujejo in varujejo takšnega bolnika, sami doživljajo stiske, zato potrebujejo psihično pomoč in podporo. Ugotavljam pa, da veliko teh starostnikov prihaja na zdravljenje prepozno, saj je bolezen že precej napredovala. Takrat jim pomagamo le še z zdravili, ki lajšajo oziroma zmanjšujejo vedenjske in psihotične motnje. Pišemo pa tudi mnenja za ureditev dodatka za tujo nego in pomoč. V zadnjem obdobju narašča število svojcev, ki si želijo zaposliti pri takšnem starostniku kot družinski pomočniki. Vsi svojci zaradi različnih razlogov ne zmorejo negovati takšnega bolnika in se odločajo za domsko varstvo. Tudi pri tem jim pomagamo.

3. Velik odstotek teh bolnikov pa ni sposoben priti v ambulanto, zato jih obiskujem na **njihovem domu**. V letu 2004 sem na domu pregledala **približno 200 bolnikov**, najpogosteje ob vikendih. Ugotavljam, da bi občasno bila potrebna takojšna pomoč, ki je ne morem nuditi. V bodoče bi bilo potrebno razmišljati tudi o takojšnji pomoči, saj bi bil lahko starostnik zdravljen doma, kar je zanj bolj ugodno. Obravnava teh bolnikov je različna:
4. Najpogosteje zdravim bolne starostnike, h katerim me pokličejo **svojci**, ki skrbijo zanje. Veliko časa ob pregledu posvetim svojcem, ki potrebujejo nasvet in podporo.
5. Veliko starostnikov žive sami. Zaradi bolezenskega procesa je njihovo življenje pogosto že precej ogroženo, vendar sami tega niso sposobni uvideti in tudi pomoči ne želijo takoj sprejeti. O takšnih primerih me obvesti **socialna delavka s patronaže**. Sodelujeva pa tudi **s socialnimi delavkami s centra za socialno delo**. Pogosto se vsi znajdemo v težki situaciji, saj nimamo prave moči za reševanje problemov.
6. Težave se pojavijo tudi pri urejanju domskega varstva, in sicer tam, kjer bolnik ne želi v dom, samostojnega življenja pa ni sposoben. V takšnih primerih so nam v veliko pomoč **oskrbovalke iz Centra pomoči na domu**.

Nekajletne izkušnje so nam pokazale, da je izrednega pomena **timsko delo**. Na tak način smo primerno razrešile veliko problemov, zato bi morala **zdravstvena zavarovalnica** to delo primerno ovrednotiti.

ZAKLJUČEK

V zaključku bi opisala naslednji primer, ki naj bo vzpodbuda za razmišljanje, kako pomagati dementnemu bolniku, ki ni sposoben živeti samostojnega življenja, ter ogroža sebe in svojo okolico. Bolnik sam pa ni dovolj razsoden, da bi ocenjeval realno sedanost in odklanja vsakršno pomoč.

93-letna bolnica je že vrsto let vdova. Ima enega sina, starega 60 let, ki je poročen, ima svojo družino in živi v svojem stanovanju. V zadnjih letih se razvija dementni proces, tako da je pozabljiva, nesposobna primerno presojati in skrbeti za gospodinjstvo. Noče nobene pomoči, tako zavrača svojo snaho, pa tudi pomoč na domu odklanja. Živi v prepričanju, da še vse zmore sama. Vrstijo se požari, zadnji je nekoliko večji. Sosedji se počutijo ogrožene, pokličejo policijo. Zahtevajo, da svojci nekaj uredijo. Pokličejo me na pomoč. Bolnico pogledam na njenem domu. Ugotavljam že zmerni stadij demence. Je v svojem preteklem svetu, ko je še zmogla skrbeti za sebe, sedanost pa ji ni pomembna. Ne spomni se požara. Kljub dolgemu prigovarjanju je trmasta in vso pomoč odkloni. Ni je mogoče prepričati. Trenutna rešitev je, da se sin preseli k njej, vendar vsak dan odhaja v službo.

Kako pomagati?

Takih primerov je še veliko.

Namen tega posveta je tudi, da s skupno močjo poiščemo rešitev, ki bo za tako bolne starostnike najbolj ugodna.

STAROSTNIK NA PSIHOGERIATRIČNEM ODDELKU SBM

Mojca Muršec

Izvleček

V Republiki Sloveniji, tako kot po vsem svetu, delež starejših nezadržno narašča. Višanje starosti prinaša s seboj vse večje zdravstvene težave starajoče se populacije. Prav zaradi tega se bo potrebno po vzoru razvitih držav lotiti izdelave celostne nacionalne mreže geriatrične oskrbe, kamor bo s svojim programom vključena tudi psihogeriatrična oskrba starejših. Na Oddelku za psihiatrijo SBM se program izvaja že od leta 2001. Usmerjen je ne le na bolnike, ampak tudi na družinske člane, ki imajo pri oskrbi in negi obolelega starejšega osrednjo vlogo.

Ključne besede: *psihogeriatrija; organizacijska shema psihogeriatričnega oddelka; mreža psihogeriatrične oskrbe*

UVOD

Z dejstvom, da je delež starejših ne le v svetu, ampak tudi v Republiki Sloveniji iz leta v leto večji, se tudi v naši državi pojavljajo potrebe po vse boljši, ustrezni in učinkoviti celostni oskrbi starejših. Starejši razen zdravstvene oskrbe potrebujejo tudi razvito mrežo pomoči pri opravljanju vsakodnevnih aktivnosti, saj s starostjo naraščajo ne le telesne težave, ampak so pogostejše tudi motnje na duševnem področju. Zaradi tega se tudi v Republiki Sloveniji vse bolj pojavljajo potrebe po psihogeriatrčnem zdravljenju v okviru razvite mreže psihogeriatrčne pomoči, ki bi bila sestavni del geriatrčne nacionalne mreže.

PSIHOGERIATRIJA

Psihogeriatrija je relativno nova veda, ki izhaja iz dejstva, da sta zdravje in bolezen pri starejših celota. Čeprav se psihogeriatrija primarno loteva zdravljenja oseb starejših od 65 let, se izjemoma, kadar je duševna motnja posledica organskega dogajanja, ukvarja tudi z zdravljenjem mlajših bolnikov (1).

Ob upoštevanju osebnosti in posebnosti vsakega posameznika veda vključuje vse dejavnike iz starostnikovega neposrednega okolja (socioekonomski, duhovni, psihični, biološki, ...), ki vplivajo na kakovost bolnikovega življenja. V bistvu gre za model oskrbe starejših, ki vključuje soodvisnost preventive, diagnostike, zdravljenja in rehabilitacijo bolni in stanj v starostnem obdobju (2).

Prebivalci se po vsem svetu vse bolj starajo. Trenutno je delež starejših v večini razvitih držav okrog 14 %, čez dvajset let (2025), pa naj bi znašal delež starejših že preko 20 % (3). Že ti podatki sami po sebi in dejstvo, da se s staranjem povečujejo duševne motnje pri starostnikih, kažejo na nujnost psihogeriatrčnega zdravljenja in celostne psihogeriatrčne oskrbe starejših (4).

Prav zaradi tega se je veliko držav povsod po svetu (Velika Britanija, Kanada, ZDA, Nemčija, Norveška, Švica, ...) relativno hitro zavedlo tega perečega problema. Že v sedemdesetih letih prejšnjega stoletja so

tako začeli razvijati nacionalne psihogeriatricne programe s poudarkom na celostni oskrbi starejših oziroma po načelih sodobnega psihogeriatricnega zdravljenja, ki bolnika opredeljuje kot celoto z vso njegovo individualnostjo, boleznijo in okoljem, v katerem živi (5).

Zaradi raznolikosti bolnikov, okolij in različnih zmožnosti posameznih držav ne obstaja nek univerzalen program psihogeriatricne oskrbe, ki bi ga lahko prevzele vse države, povsod pa velja, da so enote psihiatricnega zdravljenja nujne, in da je pri rezultatih psihogeriatricnega zdravljenju pomembno sodelovanje bolnikovih svojcev. Osnova sistema psihogeriatricne oskrbe je na široko prepletena mreža zdravstvenih in socialnih ustanov. Psihogeriatricno hospitalno zdravljenje se pojavlja kot pomemben del te mreže. Ob tem sodeluje še z vsemi strokovnimi službami, ki se ukvarjajo s oskrbo starejših, svojci in s skupnostjo.

ENOTA ZA PSIHOGERIATRIJO SBM

Tako kot po svetu tudi v Sloveniji delež starejših iz leta v leto nezadržno narašča. Po uradnih podatkih Urada za statistiko Slovenije je bilo ob popisu prebivalcev v letu 1991 v Sloveniji 1 913 355 prebivalcev in pri popisu leta 2002 1 964 036 prebivalcev. Leta 1991 je bilo starejših kot 65 let 11,16 % (213 549), enajst let pozneje pa je bil delež starejših kot 65 let 14,71 % (288 981) (6). Sočasno z deležem starejših naraščajo ob telesnih obolenjih in stanjih tudi psihične motnje, značilne za starejše obdobje. Zaradi tega je ustanovitev hospitalne psihogeriatricne enote in izdelava dobre psihogeriatricne mreže s celostno oskrbo starejših tudi v Republiki Sloveniji nujna.

Žal se v naši državi zdravljenja starejših lotevamo vse preveč razcepljeno in razdeljeno na različna področja, brez ustreznih medsebojnih povezav. To je za starostnika slabo, saj ga pušča v negotovosti, obenem pa je za državo finančno drago, ker se po nepotrebnem podaljšujejo hospitalizacije in podvajajo najrazličnejše, tudi drage diagnostične preiskave

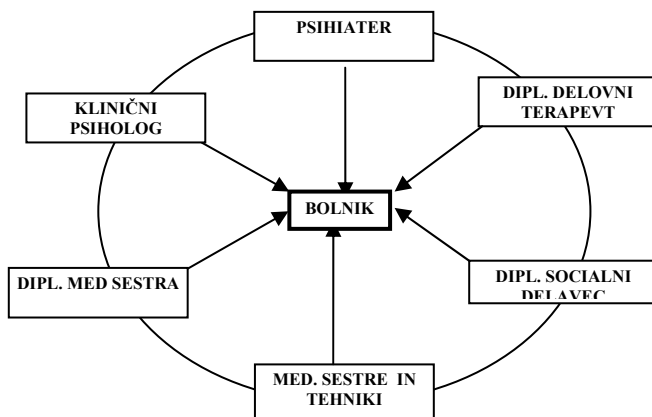
Na enoti za psihogeriatrijo oddelka za psihiatrijo splošne bolnišnice Maribor se problematike zdravljenja starejših vse bolj zavedamo, zato

smo konec leta 2001 začeli zdraviti starejše nad 65 let interdisciplinarno in po načelih psihogeriatričnega zdravljenja. Enota za psihogeriatrijo pokriva večje področje s preko 564 000 prebivalci (celotno Podravsko regijo s 46 789 prebivalci in Koroško regijo s 9 632 prebivalci, starimi nad 65 let), oziroma s preko 14 % deležem starejših (6).

Na enoto so sprejeti bolniki nad 65 let zaradi:

- akutnih psihiatričnih stanj (delirantna stanja, samomorilnost, psihotična stanja, depresija, vedenjska simptomatika pri demenci, ...),
- kroničnimi stanji duševnih motenj (shizofrenija, depresija, demenca, osebnostne spremembe zaradi telesne bolezni, ...).

Obravnavo bolnikov sledi sodobnim psihogeriatričnim načelom in temelji na interdisciplinarnem pristopu do bolnika.

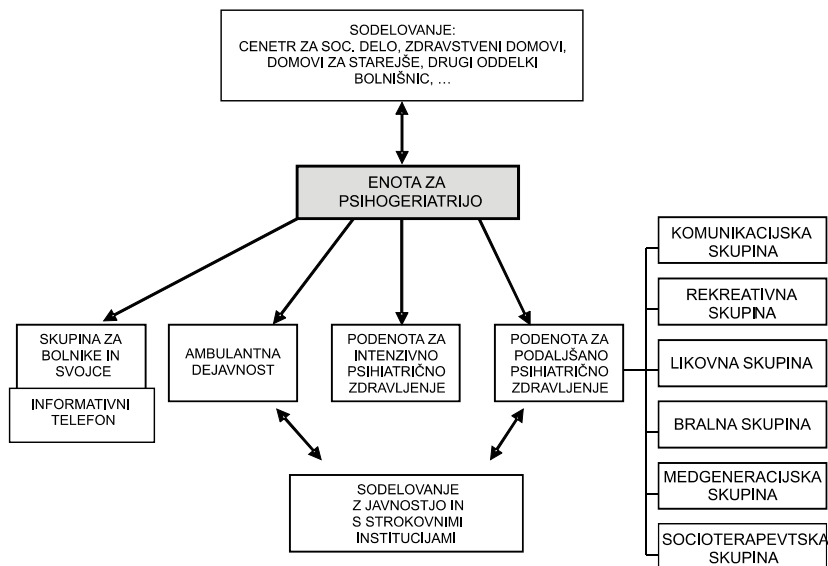


Slika 1: Interdisciplinarni tim na enoti za psihogeriatrijo Oddelka za psihiatrijo SBM.

Zdravljenje samo ni namenjeno le zdravljenju osnovne motnje ali stanja, ampak je namenjeno še:

- kognitivni rehabilitaciji bolnikov,
- svetovanju ob spremenjenih življenjskih okoliščinah,
- poučevanju o bolezni,

- pojasnjevanju in osveščanju javnosti,
- psihični razbremenitvi svojcev,
- pomoči drugim strokovnih službam.



Slika 2: Organizacijska shema psihogeriatrice enote na Oddelku za psihiatrijo SBM.

Na oddelku za psihiatrijo je hospitalnemu zdravljenju starejših namenjenih 22 postelj, kar je glede na potrebe populacije veliko premalo. Na enoto so sprejeti bolniki nad 65 let z akutnimi psihiatričnimi stanji. V triletnem obdobju, od novembra 2001 do oktobra 2004, smo na enoti za psihogeriatrijo zdravili skupno 655 (231 moških in 404 žensk) bolnikov ali približno 15 % vseh hospitaliziranih bolnikov na Oddelku za psihiatrijo. Prevladovala so dementna stanja z vedenjskimi zapleti, depresivne motnje, relapsi psihotičnih motenj in stanja, povezana z odvisnostjo od alkohola. Približno 45 % hospitaliziranih bolnikov nad 65 let je imelo ob duševni motnji tudi kakšno drugo telesno obolenje, kar se nam zdi iz vidika ustrezne diagnostike izredno pomemben podatek.

Z intenzivnim interdisciplinarnim pristopom smo dosegli relativno kratko povprečno hospitalizacijo (25,4 dni), kar tudi potrjuje smiselnost tovrstne obravnave starejših. Večina bolnikov je ob individualnem vključena še v skupinsko zdravljenje. Glede na naravo bolezni ali motnje ter glede na potrebe in posameznikove zmožnosti je zdravljenje prilagojeno vsakemu posameznemu bolniku. Načrt zdravljenja in rehabilitacije je dogovor tima, cilji pa usmerjeni predvsem:

- v izboljšanje kognitivnega funkcioniranja,
- vzpostavljanju okrnjenih socialnih stikov,
- razreševanju konfliktov,
- učenju kakovostnejšega življenja,
- sprejemanju staranja in učenju kakovostnega aktivnega staranja v skupnosti,
- svetovanju ob spremenjenih življenjskih okoliščinah.

V obravnavo bolnikov so vedno vključeni tudi njihovi svojci, saj se zavedamo, da so svojci ob bolezni svojega bližnjega starejšega pogosto še bolj obremenjeni kot bolnik sam in pogosto v hudi stiski, ker so postavljeni pred nove življenjske okoliščine.

Vsekakor je sama hospitalna obravnava bolnikov za celostno oskrbo in zagotovitev kakovostnejšega življenja starostnikov veliko premalo, zato smo ves čas težili k boljšemu sodelovanju in povezovanju vseh strokovnih služb in sodelavcev, ki se na kakršen koli način srečujejo s težavami starejših:

- z zdravstvenimi ustanovami na primarni in sekundarni ravni (družinski zdravniki, psihiatri, zdravniki specialisti drugih medicinskih strok, patronažna služba),
- s socialnimi službami na terenu,
- s socialnimi zavodi,
- z domovi upokojencev itd.

V sklopu enote poteka še redna ambulantna dejavnost. Ob zdravniku sodeluje pri zdravljenju še diplomirana medicinska sestra, občasno pa tudi diplomirana socialna delavka in klinični psiholog. V ambulanti za psihogeriatrijo smo v triletnem obdobju opravili 1188 ambulantnih pregledov, od tega tretjino prvih. Večino bolnikov so v ambulanto napotili osebni zdravniki, z namenom predelitve kognitivne

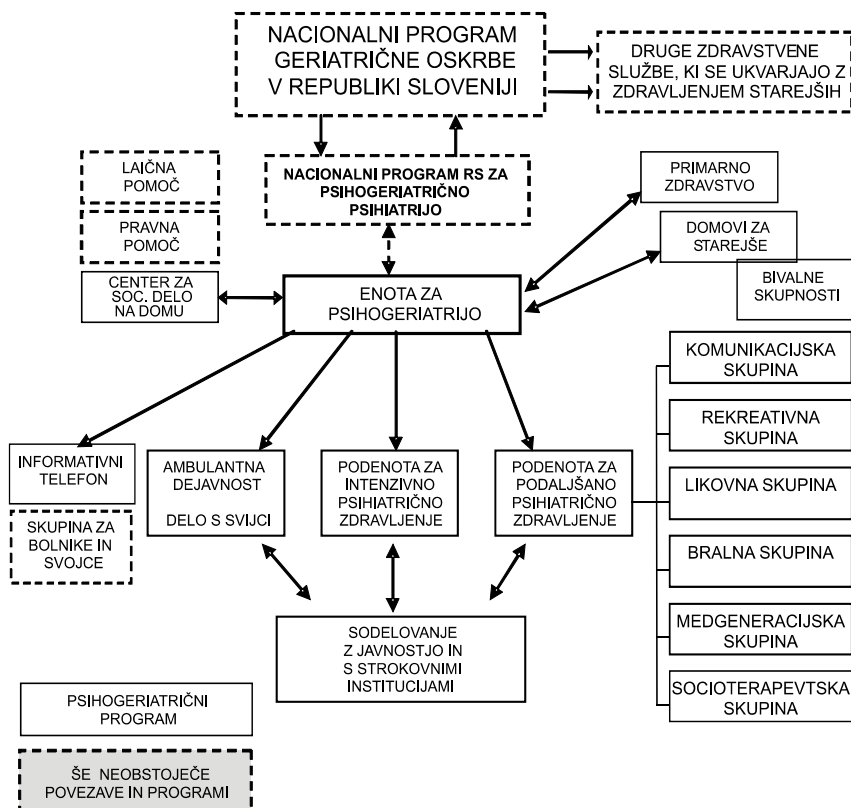
spremenjenosti. Tudi pri ambulantnem delu je velik del našega skupnega dela namenjen razbremenitvi in osveščanju družinskih članov bolnikov, obojim pa je namenjen še informativni telefon.

ZAKLJUČEK

Kljub temu da prvi poizkusi izdelave geriatrične nacionalne podporne mreže že potekajo in je problematika zakonsko opredeljena s Programom razvoja varstva starejših oseb na področju socialnega varstva v Sloveniji do leta 2005 (vlada RS, 1997) in z Nacionalnim programom varstva do leta 2005 (Državni zbor RS, 2000) (7), ugotavljamo, da to še zdaleč ni dovolj, in da v praksi še vedno ne obstaja ustrezen psihogeriatrični nacionalni program, ki bi povezovalno urejal vse oblike pomoči duševno bolnim starejšim. V bodoče bo glede na vse večji delež starejših nedvomno psihogeriatrični program celostne oskrbe starejših eden izmed prioriternih programov tudi v Sloveniji.

Programa celostne oskrbe starejših s duševnimi motnjami se ne smemo in ne moremo lotevati stihijsko. Vse razvite države so se zelo hitro začele zavedati problema in pospešeno razvijati celostne psihogeriatrične programe. Sodimo, da je sprejetje in izvajanje psihogeriatričnega programa znotraj oddelka za psihiatrijo temelj za vzpostavitev mreže in izvajanje celostne pomoči duševno bolnim starejših, zato ga je potrebno čimprej sprejeti in izvajati.

V prihodnje bo ob instucionalnih oblikah pomoči potrebno tudi natančno opredeliti vse oblike pomoči na bolnikovem domu. Razmisliti bo potrebno tudi o posebnih oblikah bivalnih skupnosti in razviti mrežo varovanih stanovanj namesto velikih in pogosto nefunkcionalnih domov za starejše. Vse to je za starostnika ugodneje, za družbo sprejemljivejše ter nedvomno tudi ceneje. V prihodnje po izdelava nacionalne geriatrične mreže ključnega pomena pri zagotavljanju celostnega zdravstvenega in socialnega varstva starejših (slika 3).



Slika 3: Vključitev psihogeriatrice mreže v bodoči nacionalni program celostne geriatrice oskrbe.

Nalog in izzivov je pred vsemi nami še veliko in upamo, da jih bomo v najkrajšem času zadovoljivo in uspešno začeli razreševati v korist vseh: bolnikov, njihovih bližnjih, vseh, ki se ukvarjajo s težavami starejših, ter ne navsezadnje tudi širše družbe.

Literatura

1. Borson S, Bartels JB, Colenda CC, Gottlieb GL, Meyers B. Geriatric Mental Health Services Reasearch: strategic Plan for an agening population. *Am J Geriatr Psychiatry* 2001; 9: 191–204.
2. IPA Workshop, "International Symposium on Psychogeriatry". 28-29 April 1988: Lausanne, Switzerland.
3. United Nations. *World population aging 1950-2050. New Work: United Nations, 2002; 1-484.*
4. Kogoj A. Psihološke potrebe v starosti. *Zdrav Vestn* 2004;73: 749-51.
5. Ahuriri-Driscoll A, Rasmuseen P, Day P. Mental health services for older people. *NZHTA Report* 2004; 7(2).
6. Statistični urad Republike Slovenije, *Popis prebivalstva, gospodinjstev in stanovanj 1991 in 2002.*
7. Stikovič S, Dominkuš D. Vloga socialnih programov v boju proti socialnemu izključevanju in revščini starejših. Ministrstvu za delo, družino in socialne zadeve. EU – priložnost tudi za starejše (<http://www2.arnes.si/~ljzotks2/starejsi/index.html>)

VLOGA CENTRA ZA SOCIALNO DELO PRI NAČRTOVANJU SKRBI ZA STAROSTNIKE

Ana Gajič

V prispevku želim pojasniti, kaj center za socialno delo izvaja na področju dela s starimi posamezniki, kaj je dolžan izvajati kot nosilec javnih pooblastil in kaj v okviru socialno varstvenih storitev. Ob koncu bom podala svoje mnenje in dileme o vprašanju, ali smo pripravljeni na starost jutrišnjega dne.

POLJE VSTOPA

Običajno se na centru srečamo s primeri v fazi, ko želi okolje spremembo za starostnika. Redko se zgodi, da starejša oseba sama poišče pomoč. Okolje predstavljajo najprej najbližji sorodniki, znanci, sosedi, prijatelji, potem zdravstvene ustanove, organizacije iz civilne sfere, gasilsko društvo, krajevne skupnosti, nevladne organizacije Pobudo za obravnavo dajo običajno tisti, ki imajo nek interes, bodisi svojo osebno korist, ali željo, da bi starostniku pomagali, ker se njihova predstava o normalnem življenju ne sklada s tem, kako starostnik dejansko živi. Center se vključi tam, kjer gre za sum zlorabe starega človeka v njegovem okolju, ali pa ko gre za posameznika, ki s svojim načinom življenja moti sosede (smrdi, kriči, je neprijazen, blodnjav, paranoičen, obsoja vse povprek ..., skratka, se obnaša moteče). Torej gre za dvojni vstop v polje obravnave starega človeka.

- Prvi vstop je z razlogom, da bi osebi pomagali na pobudo njegovih bližnjih.
- Drugi vstop je z razlogom, da bi pomagali okolju, da živi v miru.
- Tretji vstop je na pobudo osebe same.

O zlorabah starih ljudi je bila lani narejena raziskava za Slovenijo, iz katere povzemam najbolj tipične znake zlorab nad starimi ljudmi:

1. TELESNA ALI FIZIČNA ZLORABA: praske, podplutbe, nalomljene kosti, polomljena očala, težave z gibanjem, spremenjeno obnašanje;
2. PSIHIČNA ALI DUŠEVNA ZLORABA: strah, neodločnost, apatija, depresija, stres, poslabšanje prejšnjih težav v duševnem zdravju, manjše samospoštovanje;
3. ZANEMARJANJE: podhranjenost, zanemarjenost, neprimerna oblačila, oseba nima zobne proteze ali slušnega aparata, imajo preležanine, prostor je umazan in smrdi, živi v nezdravih razmerah;
4. FINANČNA ZLORABA: oseba nima nikoli denarja, nepoznavanje denarja, nezmožnost za nakup osnovnih živil, oseba vedno dviguje denar v spremstvu nekoga, ki potem vzame denar.

Raziskava je potrdila, da se pogosto več vrst zlorab zgodi istočasno. Zlorabe se lahko zgodijo v vseh okoljih in vsakemu staremu človeku, ki so podvrženi dejavnikom tveganja. Dejavniki tveganja so psihofizični (telesna nemoč, zmanjšana gibljivost, psihična prizadetost, odvisnost od drugih, izoliranost, osamljenost), drugi dejavniki so tisti, ki so odvisni od okolice starega človeka (preobremenjenost, izgorelost oskrbovalca, slabe življenjske navade v družini), ter kulturni in socio-ekonomski dejavniki (starostni stereotipi, krhanje tradicionalnih medgeneracijskih družinskih vezi, omejena dostopnost do oskrbe v domačem okolju ...).

Splošen mandat socialnega dela je zavzemanje za pravice tistih, ki v danem trenutku nimajo možnosti in moči, da bi se zagovarjali sami. Svoje poslanstvo center za socialno delo uresničuje skozi socialno-varstvene storitve. Temelj za socialno-varstveno dejavnost so javna pooblastila oziroma tisti sklopi nalog, ki izhajajo neposredno iz zakonodaje.

Socialno-varstvene storitve so neposredna ponudba ljudem, da z našo pomočjo rešijo svoj problem. Teh storitev je pet: prva socialna pomoč (pomoč pri prepoznavanju problema in raziskava možnosti za njegovo rešitev), osebna pomoč v treh oblikah (svetovanje, vodenje, urejanje, ki pomeni dalj časa trajajočo navezo med strokovnim delavcem in uporabnikom z namenom, da se v življenju posameznika nekaj spremeni), pomoč družini za dom in pomoč na domu. Zakon je vsako posebej natančno opredelil.

V okviru javnih pooblastil se center vključi tam, kjer se pojavi pobuda za urejanje skrbništva in domskega varstva. O tem, da je treba nekoga postaviti pod skrbništvo, so dolžni center za socialno delo obvestiti vsi, ki zvedo za tak primer. Namen skrbništva je varstvo osebnosti, ki se uresničuje z oskrbo, zdravljenjem in usposabljanjem za samostojno življenje. Namen je tudi, da se zavarujejo premoženjske in druge pravice in koristi oseb, ki so pod skrbništvom. Zakon loči skrbništvo za osebe, ki jim je odvzeta poslovna sposobnost po odločbi sodišča in skrbništvo za poseben primer. V prvem primeru CSD postavi stalnega skrbnika, ki skrbi za celotno osebnost in si prizadeva, da se varovanec usposobi za samostojno življenje in delo. V drugem primeru se postavi skrbnik za določeno vrsto opravil, pri čemer CSD določi obseg skrbnikovih dolžnosti in pravic, upoštevajoč okoliščine vsakega posameznega primera.

Pri skrbništvu gre za velik poseg v človeka, saj se osebi odvzame možnost odločanja pod predpostavko, da se bo nekdo drug bolje odločil o njej namesto nje same.

Težko je določiti mejo oziroma tisti trenutek, ko lahko ocenimo, kdaj je za nekoga življenjsko nevaren njegov dosedanji način življenja. Pri ugotavljanju ogroženosti ima velik vpliv družbeno pričakovanje, da mora center najprej varovati ljudi in čim manj tvegati. Največkrat je tako, da mnenje o življenjski ogroženosti poda zdravnik, kar služi kot podlaga centru za odločitve o postavitvi skrbnika. Pri tem lahko pride do neskladja med socialnim in medicinskim konceptom. Socialni išče vzroke za izključnost posameznika iz družbenega dogajanja in teži k temu, da jih zmanjša, medtem ko je medicinski usmerjen v neprimernost posameznika in v odpravljanje njegovih primanjkljajev in simptomov. Mandat socialnega dela je vključevanje ljudi nazaj v skupnost; nacionalni program nalaga individualiziran pristop in vzpostavljanje storitev po meri posameznika. Sprašujem se, kako to doseči v danih možnostih, kako vsakič znova odgovoriti na individualno potrebo, ki je ni možno zadovoljiti v okviru obstoječega sistema zavedajoč se, da bi bilo to mogoče, če bi obstajala izbira v ponudbi?

Največji možen poseg v človeka je po mojem mnenju skrbništvo za urejanje domskega varstva, ki z drugimi besedami pomeni namestitev osebe v zavod proti njeni volji.

V takih primerih mora center za socialno delo natančno in previdno raziskati vse druge možnosti in opraviti temeljito analizo tveganja s ciljem, da do prisile ne pride.

Institucionalno varstvo odraslih je drugo področje, ki se ga preko javnih pooblastil dotaknejo centri za socialno delo. Glavna naloga, ki jo ima pri tem center, je odločanje o oprostivah plačila bivanja v domu, in to le v primerih, kadar oseba storitve ne more plačati, ker nima dovolj sredstev, in takrat, kadar se svojci in drugi zavezanci ne dogovorijo za plačilo oziroma doplačilo. Center za socialno delo izda odločbo o višini oprostitve in o višini prispevka.

ZAKLJUČEK

Vizija socialnega dela je, da se ljudem približa do najvišje možne mere, da sliši in razume vsakega posebej in da ugotovi, kako si posameznik želi živeti in načrtovati svoje življenje, kadar ni več zmožen samostojnosti. Nekateri si želijo bivanja v domovih in se prav tam počutijo najbolj varni. Toda vsak mora imeti možnost, da si sam izbere in oblikuje svoj način življenja. Starim ljudem, ki ne morejo več skrbeti zase, moramo omogočiti to izbiro.

Če starost pomeni to, da bom nekoč gibalno omejena, na vozičku ali v postelji, z minimalno življenjsko energijo, nemočna pri skrbi za osnovne biološke funkcije, nemočna za vzdrževanje prijateljskih in družinskih vezi in me bodo obiskovali ljudje, ki mi bodo v prvi vrsti nudili najosnovnejšo oskrbo, vendar vedno z namigom, kdaj bom pristala na odhod v dom, vedno s skritim ali odkritim pričakovanjem, kdaj si bom priznala, da ne zmorem in da ne morejo več, potem je odgovor: ne, nismo pripravljeni na starost jutrišnjega dne.

Biti odvisen od drugih ni preprosto. Razmišljam o stoletni gospe, ki se nahaja v domu zato, ker potrebuje 24-urno prisotnost druge osebe. Močno si želi domov in lep dom ima. Svojci so pomrli, spet drugi so izčrpani. Kako izpeljat tak načrt v obstoječem sistemu?

Namestitev v dom za stare je pogosto rešitev zaradi pomanjkanja drugih izbir, zaradi rešitve same, zaradi občutka, da smo za nekoga poskrbeli. Kadar je to razlog, potem se s tem ne bi smeli zadovoljiti.

Sistem bi moral ponujati več storitev in izbir v skupnosti med ljudmi. Ne samo za stare, ampak za vse, kjer obstaja tendenca, da se jih izloči iz okolja.

Ne želim preslišati tega, da imamo Center za pomoč na domu in zelo dejavno patronažno službo, k temu želim dodati, da pogrešam programe za nudenje 24-urne osebne asistence in več prisotnosti strokovnjakov in usposobljenega kadra na terenu med ljudmi.

Če je naloga centra za socialno delo koordinacija različnih izvajalcev v lokalni mreži, usmerjanje uporabnikov v različne programe, spodbujanje programov in posredovanja informacij, potem se zdi, da nas čaka precej dela na področju razvijanja novih možnosti za stare ali drugače ovirane osebe; tiste možnosti, ki pomenijo več tveganja za ceno uresničevanja vrednot samoizbire, samoodločanja in neodvisnega življenja.

Literatura

1. *Hvalič Touzery Simona, Felicijan Polona (2004). Dogaja se njej in dogaja se mnogim. Ne bi se smelo. Raziskava o zlorabi starih ljudi v Sloveniji. Kakovostna starost, letn. 7, št. 1, str: 12-21.*
2. *Nacionalni program v socialnem varstvu do leta 2005.*

PODOBE STAROSTI JUTRIŠNJEGA DNE

Mirijana Majhenič

Čas od konca prve svetovne vojne pa do leta 2030 danes že lahko označimo kot obdobje demografske revolucije, katerega del je tudi staranje prebivalstva kot globalni pojav. Demografska gibanja nas zlasti zadnjih nekaj desetletij soočajo z vprašanjem, ali/kako smo pripravljeni na starost jutrišnjega dne, ko bo, na primer leta 2030 svet naseljen z milijardo ljudi, starejših od 60 let, ali ko bo leta 2020 v Sloveniji 20 % prebivalstva starejšega od 65 let.

Vendar pa se ne spreminja samo demografska struktura, o kateri nam govorijo statistični podatki. Njihova materializirana oblika v realnem življenju so namreč zgodovinske spremembe v podobah staranja in starih ljudi, nekatere med njimi že povsem očitne, druge še latentne, ene in druge pa se raztezajo na vsa področja naših življenj. Mislim zlasti na spremembe v potrebah starih ljudi, njihovih pričakovanjih, življenjskih razmerah, medgeneracijskih povezavah, politični in družbeni angažiranosti, kulturi umiranja in smrti. Stari ljudje jutrišnjega dne ne bodo samo vse številčnejši in vse starejši, ampak tudi drugačni od še živih klišejev – močnejši in samozavestnejši v pričakovanjih in prizadevanjih po kompetentnem oblikovanju svojega tretjega življenjskega obdobja. Tako lahko med glavne značilnosti današnjega in jutrišnjega staranja človeške družbe štejemo naslednje:

LJUDJE POSTAJAMO STAREJŠI

Ena novejših časovnih opredelitev starosti to deli na dve obdobji: od 55 do 75 let so ljudje »mladi stari«, nad 75 let pa »stari stari«. V tej skupini najhitreje narašča delež »zelo starih«, ponekod ta pojav označuje termin »dvojno staranje«.

Starost nekoč ni bila razlog za umiranje. Po podatkih raziskave, opravljene v Avstriji, je v starosti do 25 let umrlo 2 % ljudi, v starosti nad 79 let 60 %, v prvem letu življenja pa 0,05 %. Pred 130. leti je bila

situacija povsem obrnjena: 42 % otrok je umrlo v starosti od 0-4 let, več kot 50 % odraslih do 25. leta in samo 8 % v starosti nad 75 let (Kytir, Múnz 1999).

SKUPINA STARIH LJUDI JE FEMINIZIRANA

Dejstvo, da ženske živijo dlje, je le eden od razlogov takšnega stanja, pomemben je zlasti tudi vpliv velikega števila žrtev obeh svetovnih vojn prejšnjega stoletja med moškimi. Tako lahko predvidimo, da se bo delež moških v populaciji starejših postopoma povečeval, kar je trend, ki so ga v nekaterih evropskih državah že opazili.

ŽIVLJENJE POSTAJA PREDVIDLJIVO IN VSE DALJŠE

Visoko starost in dolgo življenje je danes že možno in tudi potrebno predvideti in načrtovati kot sestavni del naših posameznih življenjskih poti. Tretje življenjsko obdobje, če vzamemo za kriterij čas od upokojitve dalje, že danes obsega tretjino življenja mnogih žensk in četrtno življenja mnogih moških.

GENERACIJSKA SOLIDARNOST IN GENERACIJSKI KONFLIKT

Žarka Brišar-Slana je pred dvema letoma dejstvo, da o medgeneracijskem sožitju govorimo vse pogosteje, označila kot pripravljenost za naravno sprejemanje razlik in odlik vseh obdobj naših življenj (Brišar-Slana, 2003.) Zelo lepa misel, zapisana v govorici stroke, ki je v službi ljudi v stiski, razumljiva in domača profesionalcem na področju socialnega varstva. Govorica nekaterih drugih strok, politike in medijev, ki lahko odločilno vplivajo na javno podobo družbeno relevantnih pojavov, med katerimi so gotovo tudi staranje, starost in stari ljudje, pa je drugače intonirana in obarvana. Razpravlja se zlasti o primanjkljaju v blagajnah pokojninskega in zdravstvenega zavarovanja,

pa o vprašanju kdo, kako in v kakšnem obsegu bo v prihodnje nosil breme preživljanja vse večjega števila starih ljudi.

Govoriti v tem kontekstu o generacijskem konfliktu in celo o realni nevarnosti spopada med generacijama mladih in starih v ne tako daljni prihodnosti seveda ne bo rešilo ničesar. Problem se bo le zaostroval ob ustvarjanju napačne predstave o tem, da materialne dobrine tečejo le v smeri od mladih k starim. Dejansko pa zlasti v okviru družin in sorodstva tečejo ne samo materialna sredstva, temveč tudi mnogo ur neplačanega dela, pomoči, opore, podpore tudi v obratni smeri. Družina tudi v naših razmerah še vedno deluje kot model generacijske solidarnosti, ki ga je nujno ohraniti in podpreti že danes kot investicijo v razmere, s katerimi se bomo soočili, ko bo generacija starejših najštevilčnejša. Ob tem ne bo odveč posebej poudariti, da se prvič v zgodovini že srečujemo s fenomenom štirigeneracijskih družin, kar pomeni, da srednja generacija pomoč, ki jo dobiva od svojih staršev, predaja naprej prvima dvema generacijama.

Temeljno vprašanje, povezano z zagotavljanjem razmer, ki bodo ohranjale medgeneracijsko sožitje in solidarnost tudi na družbenem nivoju ob, zaenkrat še prikritem konfliktu med generacijami, in na katerega bomo prav kmalu morali znati odgovoriti tudi v Sloveniji, je torej: **kako doseči, da nobena od generacij ne bo imela občutka, da druga živi na njen račun?** Verjetno bo potrebno narediti iz »biti star« eno velikih tem prihodnosti in z njo popraviti javno podobo starih ljudi, hkrati pa izdatneje in odločneje podpirati vse pobude in projekte, ki vodijo v sodelovanje, sožitje in solidarnost med generacijami.

KOMPETENTNO STARANJE

Kompetentno staranje določata sposobnost in zmožnost ohranjanja samostojnega in smiselnega življenja, za katero smo odgovorni sami. Ne pogojujeta ga niti izobrazba niti materialno stanje posameznika, pač pa obvladovanje temeljnih funkcij vsakodnevnega življenja – kar pa je možno doseči tudi z ustrežno pomočjo (Kolland, Rosenmayr, 1999). Model kompetentnega staranja označujejo aktivnost, kompetence, avtonomija, produktivnost in angažiranost. Nasproti temu modelu pa

tako v teorijah kot tudi v resničnem življenju stoji model starosti, ki je obdobje izgub. Ta model opisuje starost v terminih, kot so: mir, izgube, nesmisel, nekoristnost, pasivnost, letargija in umik. Tako nam starost stopa pred oči kot nekakšna dvodelna slika. Prvi del slike govori o »novih starih«, drugi pa o »starih starih«.

LJUDJE ŽELIMO STAROST PREŽIVETI V SVOJEM DOMU

Da si večina ljudi želi starost preživeti doma, je trditev, ki jo lahko vsakdo preveri kar pri samem sebi. Ž. Brišar-Slana navaja podatke iz ankete, ki so jo naredili pri Zvezi društev upokojencev Slovenije leta 2001. Iz podatkov sledi, da vidi svojo prihodnost v domu 16,6 % anketirancev. Med starejšimi, ki živijo doma, jih 30 % v starosti od 70 do 80 let potrebuje različne oblike pomoči, v starosti nad 80 let pa je takšnih že 60 % (Brišar-Slana, 2003).

Novi razvojni dokumenti na področju socialnega varstva za obdobje 2006-2010 bodo predvideli izenačitev deleža starih ljudi, ki jim bo zagotovljena storitev socialne oskrbe na domu, z deležem starih ljudi, vključenih v zavodsko varstvo, torej okrog 4 %. Program razvoja varstva starejših na področju socialnega varstva in Nacionalni program socialnega varstva pa predvidevata, da naj bi bil leta 2005 delež uporabnikov socialne oskrbe na domu 1,8 % starejših od 65 let.

Ko povežemo podatke o potrebah s kapacitetami javnih služb za pomoč na domu in jih dopolnimo z ocenami o obsegu pomoči, ki poteka v okviru nevladnih in prostovoljskih organizacij, servisov, ki izvajajo gospodarsko dejavnost, sosedskih, prijateljskih in širših sorodstvenih mrež, pa tudi na sivem trgu, ostane še vedno največ skrbi, pomoči, oskrbe in nege starejših članov znotraj njihovih družin.

Glede na predvidene demografske trende in zlasti z upoštevanjem zaposlenosti žensk, ki nosijo glavni bremena skrbi za svoje starše in druge ostarele sorodnike, je le še vprašanje časa, kdaj bodo te kapacitete znotraj družin presahnile, če vanje ne bo prišlo dovolj vzpodbud in opore od zunaj.

V nekaterih evropskih državah je danes že možno jasno videti preusmeritev trendov v skrbi za starejše od gradnje domov in naseljevanja čim večjega števila starih ljudi vanje, k vlaganju sredstev v razvoj mobilnih socialnih in negovalnih služb ter ambulantne oskrbe s ciljem zagotoviti ljudem čim dlje živeti v njihovem domu – stanovanju. Videti je, da se bodo tradicionalni domovi postopoma preoblikovali v negovalne domove, v katerih pa bo moral vedno biti prostor tudi za dnevno in občasno oskrbo, kar bo družinskim oskrbovalkam/cem, oz. negovalkam/cem omogočilo počitek in dopust.

Da bi lahko dobro načrtovali oblike in obseg pomoči, ki bo v prihodnje potrebna za čim daljše bivanje ljudi v njihovem domačem okolju, potrebujemo kar nekaj raziskav, ki bi nam morale odgovoriti na naslednja vprašanja:

- koliko in kakšne pomoči so stari ljudje danes deležni v svojih družinah (npr. v urah na teden);
- s kakšnimi problemi se srečujejo oskrbovalke/ci, oz. negovalke/ci v družinah, in kako obvladujejo s tem delom povzani telesno in duševno izčrpanost, pa tudi trpljenje, konflikte in težave na delovnem mestu;
- na kakšno in kolikšno angažiranje pripadnic in pripadnikov danes srednje in mlade generacije za oskrbovanje ostarelih družinskih članov lahko v prihodnje še računamo.

Vsekakor lahko kot enega od izzivov v sodobnih družbah naslednjih desetletij predvidimo nujnost sistemskih sprememb, ki bodo zagotovile vso možno podporo družinam, v katerih naraščajo potrebe po oskrbi in negi družinskih članov.

Na področju socialne oskrbe na domu v Sloveniji imamo danes situacijo, ki jo bo nujno potrebno izboljšati. V kratkem jo lahko označimo kot izjemno nestabilno in negotovo, k čemur prispevajo zlasti:

- nedorečena zakonodaja, standardi in normativi, ki jih je praksa že presegla;
- različnost posameznih lokalnih politik v odnosu do zagotavljanja dostopnosti storitve uporabnikom in prihodnjega razvoja le-te;

- delovna razmerja izvajalk storitve (socialnih oskrbovalk), ki so v glavnem za določen čas in oblik, ki na daljši rok ne zagotavljajo varnosti (subvencionirane zaposlitve, javna dela);
- visoke telesne in duševne obremenitve izvajalk, ki se pri sedanji generaciji socialnih oskrbovalk že kažejo v obolevnosti, invalidizaciji in pregorelosti; za obvladovanje tega procesa nista dovolj njihova pripravljenost pomagati in naklonjenost starim ljudem, potrebujejo tudi več znanja – torej izobraževanja, usposabljanja in supervizije, nove generacije, ki se bodo v tej dejavnosti zaposlovale v prihodnje, pa tudi k poklicu jasno usmerjeno temeljno izobraževanje;
- starim ljudem neprijazni postopki uveljavljanja pravice do pomoči na domu in zlasti do oprostitev pri plačilu storitve.

RAZVOJ NOVIH STANOVANJSKIH OBLIK

Ob, tudi pri nas že kar uveljavljenih, varovanih stanovanjih poznajo prakse v drugih evropskih državah še druge oblike stanovanja, ki so prilagojene potrebam in omejitvam, s katerimi živijo stari ljudje. Nekatere med njimi so naslednje:

- stanovanjske skupnosti, v katerih živijo osebe, ki potrebujejo ambulantno oskrbo in delujejo po načelu medsebojne pomoči;
- stanovanjske zadruge, ki z leti lahko prerastejo v oskrbniške družine (Ramovš, 2003);
- integrirana stanovanja, v katerih stanovalce oskrbujejo mobilne službe;
- večgeneracijska stanovanja, npr. brezplačno stanovanje študentkam/om v zameno za pomoč in oskrbo.

KULTURA UMIRANJA IN SMRTI

Če pogledamo utrip vsakdanjega življenja v velikih mestih, kakršno je tudi naše, sploh ne bomo opazili, da je kdo umrl, in da so ga pokopali.

Nekoč je bila smrt motnja v socialnem procesu, saj so ljudje umirali sredi opravljanja svojih nalog. Danes je smrt skoncentrirana na zgornji meji starosti ljudi, ki so že izključeni iz družbenega dogajanja. Zato je danes motnja pravzaprav umiranje (Kolland, 1999).

Še pred nekaj desetletji je umiranje zadevalo ne le posameznika, ampak tudi družino in skupnost. Danes so umirajoči praviloma izolirani od družine in izločeni iz skupnosti, ki so jima desetletja pripadali. Ljudje umiramo v bolnišnicah in domovih in le malokomu je še dovoljeno umreti v krogu družine, čeprav si mnogi tega želimo.

Mislím, da je prav v tem treba iskati razlago v vseh nas zelo živega strahu pred umiranjem, ki je močnejši od strahu pred samo smrtjo, kakor tudi načine za njegovo obvladovanje.

KULTURA STARANJA IN STAROSTI

Družbeno priznane in uveljavljene norme in vrednote določajo vedenje posameznikov in skupin, tako tudi generacije starih ljudi. Javna podoba starosti je povezana z umikom iz družbenega življenja, izgubami, problemi in težavami. Če želimo tak pogled na starost preusmeriti k sposobnostim posameznika za samostojno in aktivno življenje v starosti, moramo znati starost in staranje definirati tako, da si bomo eno in drugo – ne samo – lahko predstavljali, ampak, da bodo te predstave pozitivne.

Zlasti pomembno vlogo pri tem imata politika in mediji, ki bodo morali narediti premik od prikazovanja starih ljudi kot bremena in objektov skrbi k njihovim sposobnostim, znanju, interesom in aktivnostim.

POLITIKA ZA STAREJŠE

Blaž Mesec je v svojem predavanju na V. Dnevih socialne zbornice Slovenije z naslovom Družbeni položaj starih navedel tudi misel I. Svetlika, da je vprašanje, ali je stare sploh dopustno obravnavati kot eno samo nediferencirano družbeno kategorijo, še vedno, ali vedno bolj umestno. V pogojih urejenega sistema socialne varnosti, kakršnega

imamo v Sloveniji, ki vključuje pokojninsko zavarovanje, zdravstveno zavarovanje in socialno varstvo, je po njegovem mnenju pokroviteljski odnos do starih ljudi samo zato, ker so dosegli določeno konvencionalno starost, odveč (Mesec, 2001).

Tudi sama ne mislim, da že danes potrebujemo posebno ministrstvo ali poseben zakon, ki bi urejala položaj starih ljudi pri nas, prepričana pa sem, da se postopoma tudi v Sloveniji oblikuje politika za starejše. Veliko projektov, med katerimi nekateri že potekajo (npr. zavarovanje za dolgotrajno nego, integrirano izvajanje socialne oskrbe in zdravstvene nege na domu), drugih pa se bomo morali šele lotiti – soočeni z izzivi podob staranja v prihodnje, bo mogoče uspešno zastaviti in uresničiti le v tesnem povezovanju in sodelovanju področij kot so: socialno varstvo, zdravstvo, izobraževanje, kultura, zaposlovanje, urejanje okolja, regionalni razvoj in še kaj.

Literatura

1. *Brišar-Slana Žarka. (2003). Vloga socialnega varstva pri izvajanju socialne oskrbe. Socialni izziv št. 18. Ljubljana.*
2. *Kolland Franz, Rosenmayr Leopold. (1999). Bericht zur Lebenssituation älterer Menschen in Österreich: Wo bleibt die Alterskultur?. Wien.*
3. *Kolland Franz. (1999). Bericht zur Lebenssituation älterer Menschen in Österreich: Sterben und Tod. Wien.*
4. *Kytir Josef, Münz Rainer. (1999). Bericht zur Lebenssituation älterer Menschen in Österreich: Gesellschaft und Menschen werden alt. Wien.*
5. *Mesec Blaž. (2001). Družbeni položaj starih. Socialni izziv št.12. Ljubljana.*
6. *Ramovš Jože. (2003). Kakovostna starost. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.*

PROBLEMATIKA STAROSTNIKOV Z VIDIKA SOCIALNE DEJAVNOSTI PATRONAŽNEGA VARSTVA

Milena Makragić-Jakopin

UVOD

Patronažno varstvo Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca v Mariboru je eno redkih, če ne edino v Sloveniji, ki ima zaposleno tudi socialno delavko za potrebe varovancev na terenu. Zavedamo se namreč pomembnosti celovite zdravstveno-socialne obravnave naših varovancev. Zaradi svojih bioloških značilnosti ali zaradi starosti sami namreč niso sposobni poiskati pomoči ali drugače uveljavljati svojih pravic.

Za socialno dejavnost patronažnega varstva v Mariboru je značilno, da število obravnavanih starostnikov iz leta v leto narašča. Tako narašča tudi odstotek obravnavanih starostnikov v patronažnem varstvu. Trend naraščanja je v skladu s populacijsko sliko v Sloveniji.

Poleg težav in problemov, ki jih prinaša starost, je za mariborsko področje značilna še slabša ekonomska situacija in velik delež starostnikov, ki živijo sami in nimajo svojcev, ali pa z njimi nimajo stikov. Po naši oceni raste tudi število psihično spremenjenih starostnikov in tistih, ki zaradi poškodb ali posledic bolezni potrebujejo več pomoči patronažnega varstva: poleg zdravstveno-socialne obravnave tudi kurativno zdravstveno nego, fizioterapijo, delovno terapijo ...

Ob tako široko zastavljeni pomoči naše službe starostnikom srečamo tudi mnogo takšnih, ki se soočajo s težjimi socialnimi problemi, ki jim povzročajo stisko, a jih sami ne morejo rešiti prav zaradi prej navedenih značilnosti. V takih primerih je dobrodošla pomoč socialne delavke patronažnega varstva.

SOCIALNO DELO S STAROSTNIKI

Socialna delavka patronažnega varstva obravnava predvsem starostnike, ki živijo sami in v slabih socialnih razmerah, nimajo socialne mreže ali je ta neučinkovita. Mnogi od njih s svojim načinom življenja izstopajo iz povprečja, so moteči za okolico, a jim ta ni pripravljena pomagati.

Rajonske patronažne medicinske sestre jih odkrivajo ob svojem vsakodnevem terenskem delu. Po določitvi Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja imajo namreč možnost dveh preventivnih obiskov v letu pri varovancih, starih nad 65 let, ki so osamelci in socialno ogroženi. Mnogo starostnikov s kompleksno problematiko pa odkrivajo tudi pri izvajanju naročenih storitev zdravstvene nege. Osnovni namen prej omenjenih preventivnih obiskov pri starostnikih je zdravstvenovzgojno delo s starostnikom, seznanitev z možnostmi ureditve npr. prehrane, pravic iz zdravstvenega zavarovanja, urejanja domskega varstva, gospodinjske pomoči ipd. Omenjeno so že elementi t. i. prve socialne pomoči, ki jo naše sodelavke dnevno izvajajo. Zato prihaja tudi največ pobud za vključitev socialne delavke patronažnega varstva prav od rajonskih patronažnih medicinskih sester, predvsem takrat, kadar naletijo na kompleksno problematiko starostnikov, ki zahteva širše reševanje.

Prav zaradi omenjenega načina dela trdim, da imamo v patronažnem varstvu poseben privilegij, ker svoje delo opravljamo neposredno med ljudmi, na njihovih domovih. Na ta način odkrivamo marsikaj, kar je drugim službam skrito, varovanci se pred nami le redko pretvarjajo, saj smo mi gostje v njihovih domovih. Zaradi nenehne prisotnosti na terenu smo pogosto prvi, ki izvemo za stisko varovancev.

Na težave starostnikov socialno delavko patronažnega varstva večkrat opozorijo iz okolja, kjer živi, iz različnih zdravstvenih in drugih javnih služb, humanitarnih organizacij ipd.

Velikokrat smo prvi, ki vstopimo v življenje starostnika po mnogih letih, nekateri med njimi pa se celo prvič srečujejo s socialno delavko. Prav zaradi tega je zelo pomembno, da jih obravnavamo človeško, da smo

še posebej pozorni na njihov način izražanja potreb in da le-te upoštevamo v največji možni meri.

Pri svojem vsakodnevem delu s to občutljivo populacijo opažamo, da so zelo nezaupljivi in navajeni življenja po ustaljenem redu, kakršenkoli že ta je. Zaradi tega so njihove izražene potrebe v neskladju s tistimi, ki jih opažamo mi oziroma od njihovih dejanskih potreb.

Iz leta v leto narašča delež starostnikov v obravnavi socialne dejavnosti patronažnega varstva. Tako je bilo npr. leta **2000 33 % obravnavanih starostnikov v celotni populaciji obravnavanih varovancev, leta 2001 38 %, leta 2002 že 41 % in leta 2003 45 %.**

Skupne značilnosti obravnavanih starostnikov so, poleg odsotnosti socialne mreže, še: socialna izoliranost, slabo zdravstveno stanje, nezaupljivost, slaba osebna higiena in slaba higiena stanovanja, zbiranje različnih neuporabnih stvari v stanovanju, neustrezna in nezadostna prehrana, odpor do vmešavanja javnih služb, odklanjanje zdravstvene pomoči, niso v obravnavi drugih ustanov, ali so pomoč odklonili, težja prilagodljivost različnim spremembam, neizražanje potreb, nizki dohodki, ki ne krijejo vseh stroškov ...

Zaradi omenjenih značilnosti se odzivamo tudi na anonimne prijave. Po naših izkušnjah se anonimne prijave nanašajo na tiste starostnike, ki so s svojim načinom življenja ali vedenja postali moteči za okolico. Primer: starostnik popolnoma opusti skrb za osebno higieno in higieno stanovanja, zbira različno navlako in smeti, zato iz stanovanja zaudarja in moti pa tudi ogroža sosede; ali pa starostnik spremeni svoje vedenje, postane sumničav, nezaupljiv, obtožuje sosede, da mu kradejo, ga želijo zastrepiti ipd.

Naše izkušnje kažejo, da je uspeh dela odvisen od kakovosti vzpostavitve prvega stika s starostnikom. To opravilo zahteva mnogo vztrajnosti, potrpljenja, predvsem pa spretnosti pogovarjanja in pogajanja. Pogosto je že to, da starostnik sploh dovoli vstop v svoje stanovanje, pravi projekt, zato bi za takšno delo potrebovali dovolj časa, ki ga pa ob današnji družbeni skrbi za to občutljivo populacijo

seveda nimamo. Zato se pri nekaterih starostnikih dogaja, da v začetku sploh ne moremo vzpostaviti kontakta, čeprav je evidentno, da potrebujejo pomoč. Na srečo pa naše izkušnje kažejo, da nam je kasneje večina od njih hvaležna, ker smo bili vztrajni in jih nismo pustili same.

Posebej bom izpostavila skupino starostnikov, katerih delež, na žalost, narašča in zaradi katerih pride pogosto do pritiskov iz okolja, ki pričakuje od javnih služb takojšnjo rešitev problema. Pri prvih obiskih teh starostnikov pogosto najdemo sliko skrajne bede: shujšane in zanemarjene starostnike, stanovanje, polno odpadkov, tudi človeških iztrebkov, so brez hrane, celo brez elektrike. Mnogi od teh starostnikov odklanjajo pomoč, čeprav so ogroženi. Tako se znajdemo v začaranem krogu in iščemo rešitev v krogu javnih služb. Seveda je ne najdemo, saj nihče nima pristojnosti, da na silo izseli starostnika v varno okolje za čas, ko bi mu temeljito očistili stanovanje in ugotovili, zakaj tako nekritično ravna, ali gre morda za spremembo psihičnega stanja ... Menim, da bi bila rešitev možna s timom strokovnjakov, ki bi bil sposoben hitro in učinkovito rešiti tovrstne probleme, v nujnih primerih tudi proti volji nekritičnega starostnika. Seveda pa bi moral imeti tudi ustrezna pooblastila za takšno ravnanje.

Rajonske patronažne medicinske sestre so v takšnih primerih še posebej izpostavljane in večkrat v stiski. Stiska pa lahko privede tudi do pozitivnih reakcij, inovacij.

Kot primer dobre prakse navajam nov pristop dela pri psihično spremenjenih starostnikih. Če bi se slepo držali poti, ki so nam uradno na razpolago, bi agonijo podaljšali za mnogo časa. Večina starostnikov odklanja pregled pri zdravniku, predvsem pri psihiatru. Tudi če bi nam uspelo starostnika pregovoriti za pregled, se postavlja vprašanje, kdaj bi bil naročen, ali bi takrat še bil pri volji za pregled, kdo bi ga tja peljal ipd. Pogosto je namreč prvi korak k izboljšanju stanja že to, da zdravnik ugotovi, da gre za psihično spremembo in predpiše ustrezno zdravljenje.

Zaradi tega smo zaprosili za pomoč psihiatrinjo Dispanzerja za psihohigieno, ki nam svetuje v zvezi z našim delom in pristopom pri

starostnikih. Tako se že nekaj let povezujemo, kadar gre za hudo problematiko, povzročeno predvsem zaradi psihičnih sprememb. S strokovnim mnenjem psihiatrinje, Jožice Gamse, dr. med., in s predpisanim zdravljenjem je čas reševanja bistveno skrajšan in uspeh obravnave boljši.

ZAKLJUČEK

Dolgoletno delo s starostniki s strani patronažnega varstva se je izkazalo za potrebno in uspešno, prav tako tudi socialno delo v okviru patronažnega varstva.

Pozitivno ocenjujem smer razmišljanja strokovnjakov, ki vedno bolj poudarjajo pomembnost celovite obravnave starostnikov. Za takšno obravnavo je potrebno dobro strokovno sodelovanje vseh služb, ki delajo s starostniki, kot tudi občinskih in državnih ustanov. Večkrat se reševanje ustavi, ker ne pride do končne faze, predvsem pri tistih starostnikih, ki zaradi svoje bolezni ali stanja ne uvidijo problema, pa s svojim načinom življenja ogrožajo sebe in okolico.

Predlagam, da se razmisli in čimprej uredi možnost učinkovite pomoči tistim starostnikom, ki zaradi svojega spremenjenega psihičnega stanja niso sposobni kritično odločati o tem, ali bodo sprejeli pomoč ali ne. Menim, da bi bila rešitev možna s timom strokovnjakov, ki bi bil sposoben hitro in učinkovito rešiti tovrstne probleme, v nujnih primerih tudi proti volji nekritičnega starostnika. Seveda pa bi moral imeti tudi ustrezna pooblastila za takšno ravnanje.

INSTITUCIONALNO VARSTVO IN PRIPRAVA NA SPREJEM V DOM

Mirjana Schlauer

UVOD

Staranje prebivalstva je proces, ki spremlja vse razvite družbe. Na začetku stoletja je bilo v Evropi pet odstotkov prebivalstva, starejših od 65 let, leta 1990 že 13 odstotkov, leta 2025 pa naj bi bila že četrтина prebivalstva starejša od 65 let. V Sloveniji se je začel po letu 1980 izraziti proces staranja prebivalstva, k temu je pripomogla medicina, pa tudi skrb ljudi za bolj zdravo življenje. Tako je bilo konec leta 1996 v Sloveniji 255408 starejših od 65 let oz. 12,5 %, leta 2002 288981 stanovalcev ali 14,7 % odstotka starejših od 65 let. Tako so starejši vedno bolj pomembna demografska skupina z vsemi svojimi značilnostmi.

Spremembe v starostni strukturi in demografske projekcije nas opozarjajo, da je ta proces pri nas že močno prisoten in zaradi tega tudi skrb za različne oblike varstva starostnikov vedno večja.

Vendar je potreba po organizirani obliki varstva na mariborskem območju bila zaznana že v daljnem 14. stoletju, ko bila je po zgodovinarju Puffu leta 1328 ustanovljena prva hiralnica. Zakonca Mother sta leta 1348 ustanovila prvi mariborski meščanski špital (oskrbovališče) z lastnotmi socialne ustanove, saj so vanj sprejemali obubožane, bolne in stare meščane, pred sprejemom v bolnišnico. Leta 1891 je mesto zgradilo nov dom z enakim namenom (na vogalu Slovenske in Strossmayerjeve ulice), katerega so leta 1947 preimenovali v Dom onemoglih in preselili v graščino Fala, nekaj let kasneje, natančneje 1953. leta pa v grad Viltuš pri Mariboru. Leta 1963 so ga preimenovali v Dom upokojencev in oskrbovancev Viltuš in je v tej stavbi deloval do leta 1989. Pred tem, leta 1974, je bil zgrajen novi

sodobni dom na Pobrežju. Zaradi vse večjih potreb po institucionalnem varstvu je bil leta 1978 zgrajen še eden in iz istih razlogov v neposredni bližini leta 1984 še eden. Iz graščine Viltuš so se preselili vsi stanovalci v novo dislocirano enoto na Taboru leta 1989. V tem času je bila kapaciteta doma na mariborskem območju 835 stanovalcev.

Namestitev ob ubožanih in bolnih starostnikov v graščine je bila praksa cele države, tako sledimo zapisom, da je bilo v Slovenskih Konjicah leta 1870 usposobljeno za občinsko zavetišče Franca Lambrehta, ki prenovljeno deluje še danes. Pred prvo svetovno vojno je bila zgrajena ubožnica za 50 ljudi v Dravogradu. Leta 1923 so zgradili dobrodelno ustanovo s 143 posteljami, obsežnimi ekonomijami in velikim gozdnim posestvom v Mengšu. Vodile so ga redovnice Sv.Vincecija Pavelskega. V Jesenicah se je leta 1937 začela gradnja mestnega zavetišča za socialne podpirance, ki deluje še danes ... Po drugi svetovni vojni so potrebe po domski obliki varstva presegle razpoložljive kapacitete, tako so občine graščine in druge objekte prenovile in jih spremenile v domove (v Izoli, Lukavcih, Preddvoru, Tisju).

Zaradi takšne popotnice domov iz preteklosti, torej "špitalov" ali "ubožnic", kot so jih takrat imenovali na Slovenskem, in ker so bili dejansko namenjeni predvsem ubožcem, ljudem brez lastnih sredstev in kužnim bolnikom, nekateri starostniki dom še vedno doživljajo kot nekakšno končno ali zadnjo postajo, kjer bodo le še životarili in čakali na smrt.

Vendar so se domovi za stare od takratnih časov zelo spremenili. Ne samo, da so sodobne stavbe, tudi bivanjski standard je na evropski ravni. Predvsem pa se je spremenila vsebina življenja. Danes ponujajo zelo kakovostne socialne in zdravstvene storitve. Osebe je bolje strokovno usposobljeno, skušajo čim bolj upoštevati življenjske navade stanovalcev.

V domovih so skupine za samopomoč, obiskujejo jih številni prostovoljci različnih starostnih skupin, stanovalci se pogovarjajo o svojem življenju, obujajo spomine, hkrati pa spletajo nove odnose. V domovih nenehno potekajo različne dejavnosti, tako da vsak najde kaj zase.

DOMOVI ZA STARE

Domovi za stare (v nadaljevanju dom) opravljajo institucionalno varstvo starih (zagotavljajo vse oblike pomoči, s katerim jim nadomeščajo ali dopolnjujejo funkcije doma in lastne družine, organizirano prehrano in varstvo ter zdravstveno varstvo); pomoč posamezniku in družini na domu, naloge, ki obsegajo pripravo okolja, družine in posameznika na starost; v posebni enoti lahko organizirajo tudi institucionalno varstvo za posebne skupine odraslih ter opravljajo gospodarsko dejavnost, če je ta namenjena višji kakovosti življenja in varstva starejših oseb.

Leta 1997 je Vlada Republike Slovenije sprejela Program razvoja varstva starejših oseb na področju socialnega varstva do leta 2005 (v nadaljevanju Program), v katerem je za cilj zastavljena pokritost potreb po institucionalni obliki varstva za 4,8 % oseb starih nad 65 let, kar je takrat pomenilo še 4000 novih namestitvenih kapacitet (del bi zagotovili z javnimi sredstvi, nekaj na podlagi podelitve koncesij, nekaj bi jih zagotovil zasebni sektor), in s tem večjo možnost namestitve v domove v domačem okolju. Po podatkih iz leta 1998 je na ravni Republike Slovenije le 59 % stanovalcev bivalo v domu na območju občine, kjer so doma. Po podatkih iz poslovnega poročila za leto 2004 v Domu upokojencev Danice Vogrincev Maribor biva 76,46 % stanovalcev iz matične občine, preostalih 23,54 % pa iz 29 drugih občin, od katerih v desetih občinah v bližini Maribora nimajo svojega doma za stare. Med tistimi iz preostalih 19 občin so tudi stanovalci, ki so se za naš dom odločili zaradi bližine svojcev ali vrnitve v rojstni kraj.

Včasih človek, ki se pripravlja na odhod v dom, pomisleke in strah lažje premaga, če si dom prej ogleda, se pogovori s stanovalci, ki so že nekaj časa tam, spozna osebje. Najbolje in najlažje je, da stanovalec biva v domu v svojem domačem kraju ali kje blizu, saj pozna okolje, pa tudi stike s svojci tako najbolj ohrani. In če smo v bližnji preteklosti še govorili: žal, zaradi hude prostorske stiske v domovih, to ni vedno mogoče, danes lahko povemo, da se vsaj v našem domu Program uspešno uresničuje.

V Programu je bila, glede na potrebe prihajajoče generacije starih, za cilj postavljena pluralizacija storitvenega sistema in usmeritev razvoja tistih oblik formalne in neformalne pomoči, ki bodo povečale sposobnost družin, da skrbijo za svoje stare družinske člane oziroma omogočiti starim ljudem, da čim dlje neodvisno živijo v svojem domačem okolju. V tem smislu se že nudi:

- oskrba na domu,
- oskrbovana stanovanja,
- dnevno varstvo.

Okrog 70 % zavodov izvaja tudi različne oblike zunanje dejavnosti, kot so:

- fizioterapevtske storitve,
- prehrana na domu in v domu za ljudi, ki živijo doma,
- oskrba na domu,
- razne servisne storitve (pranje perila, pedikura ...),
- svetovalne aktivnosti (zdravstvena vzgoja, priprava na starost ...),
- celodnevna varovanja (Life line sistem).

KAPACITETA DOMOV NA MARIBORSKEM OBMOČJU

Na mariborskem širšem območju delujejo danes štirje samostojni domovi, od teh sta dva domova zasebnih izvajalcev s koncesijo:

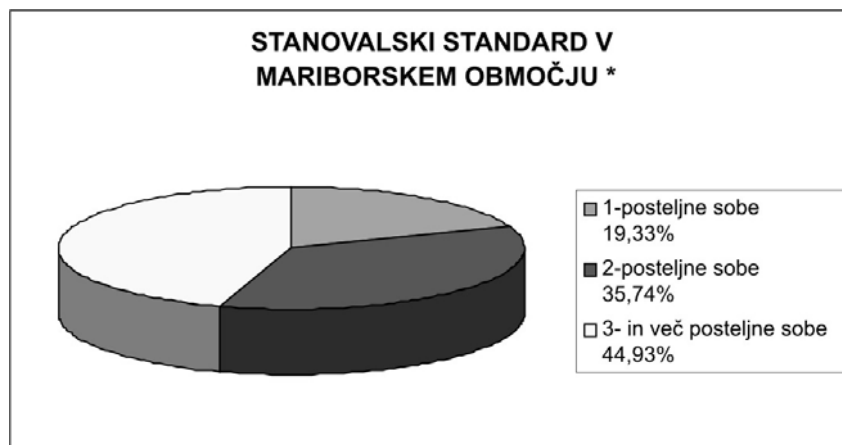
- **Dom upokojencev Danice Vogrinec Maribor** s kapaciteto **809 postelj**:
 - Enota Pobrežje Dom I – 248 postelj,
 - Enota Pobrežje Dom II posebna enota – 169 postelj,
 - Enota Pobrežje Dom III – 192 postelj,
 - Enota Tabor – 200 postelj;
- **Sončni dom Maribor** s kapaciteto **155 postelj** – deluje od aprila 2002;
- **Dom starejših občanov Tezno** s kapaciteto **200 postelj** – deluje od februarja 2004;
- **Vukovski dol** s kapaciteto **150 postelj** – deluje od novembra 2004.

Skupaj je torej v širši mariborski regiji zagotovljeno institucionalno varstvo s 1314 mesti.

Po podatkih statističnega urada iz leta 2002 je v Mariboru in občinah, katerih potrebe pokrivajo navedeni domovi (Duplek, Hoče-Slivnica, Kungota, Lenart, Lovrenc na Pohorju, Miklavž na Dravskem polju, Pesnica, Rače-Fram, Ruše, Selnica ob Dravi, Šentilj) delež starih nad 65 let 28774 ali **15,65 %** vseh prebivalcev (največji v Mariboru 18878 ali 17 %, najmanjši v občini Duplek 715 ali 12,04 %), kar pomeni, da do realizacije Programa, to je omogočiti institucionalno varstvo 4,8 % starim nad 65 let ali **1381 mest**, ni daleč, če se odstotek starih v letu 2005 ne bo spremenil.

STANOVANJSKI STANDARD NA MARIBORSKEM OBMOČJU

Kot je razvidno iz razpredelnice, je zagotovljeno bivanje v enoposteljnih sobah 19,33 % ali 225 stanovalcem, v dvoposteljnih 35,74 % ali 416 stanovalcem v tro- in večposteljnih sobah 44,93 % oziroma 523 stanovalcem. Pri tem so izzeti podatki doma v Vukovskem dolu, saj z njimi ne razpolagamo.



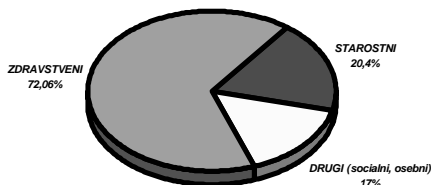
Standard	Število sob					Skupna kapaciteta
	1-posteljne sobe	2-posteljne			3- in več posteljne sobe	
		sobe	garsonjere	apart-maji		
DU Danice Vogrinc Maribor Enota Pobrežje Dom I	106	52	x	x	10	248
DU Danice Vogrinc Maribor Enota Pobrežje Dom II	6	24	x	x	25	169
DU Danice Vogrinc Maribor Enota Pobrežje Dom III	7	38	x	x	28	192
DU Danice Vogrinc Maribor Enota Tabor	45	30	x	x	24	200
Skupaj DU Danice Vogrinc Maribor	164	144	x	x	87	809
Sončni dom Maribor	29	54	9	1	x	155
DSO Tezno	32	50	x	x	17	200
Vukovski dol*						150

* O domu s koncesijo v Vukovskem Dolu ni podatkov

Na odločitev za sprejem v dom se, po poročilu za leto 2004, v Domu upokojencev Danice Vogrinc Maribor veliko pogosteje odločajo ženske, tako je razmerje stanovalcev glede na spol naslednja: 21,68 % moških in 78,31 % žensk. Med razlogi za takšno odločitev prevladujejo zdravstveni razlogi 72,06 %, starost 20,44 %, drugi razlogi (socialni, osebni) 7,31 %.

Stanovalcev, starih preko 90 let je bilo v času pisanja poročila (ob zaključku leta 2004) 59 ali 7,31 %.

Razlogi za vselitev vseh stanovalcev v Dom upokoencev Danice Vogrinec Maribor



PRIPRAVA NA SPREJEM V DOM

Tako pomembna odločitev kot je odhod v dom – ko oseba zapusti materialne dobrine, ki jih je ustvarjala v aktivnem življenjskem obdobju, ko zapusti prijatelje, sosede itd., s katerimi je delila vse dobro in slabo, ko zapusti predmete (npr. pohištvo), na katere jo vežejo spomini – pusti posledice na njeno prilagajanje novi sredini, sprejemanju novih pravil, novih ljudi, s katerimi bo mogoče delila svoje zadnje trenutke v življenju.

Zagotovo so izguba bližnjih (partnerja, ljubih sorodnikov, prijateljev), nezmožnost samostojnega gibanja ... odločilnega pomena za tako odločitev. Vendar je to le začetek neke nove zgodbe, za katero so bili temelji postavljeni ob prvi misli in spoznanju, da se telo stara ali spomin peša. Takrat se po prve informacije o domu, postopku namestitve ali pridobivanju različnih oblik pomoči (kosila na domu, oskrba na domu, dnevno varstvo ...) in pravicah (doplačila občine, postopka ureditve dodatka za pomoč in postrežbo, varstvenega dodatka ...) v socialni službi doma oglasi starostnik ali njegovi sorodniki, skrbnik, pooblaščenca oseba.

Ob prvem stiku s socialnim delavcem doma starostnik, sorodnik ali oseba, ki ureja sprejem (skrbnik), dobi pomembne informacije: o potrebni dokumentaciji (prošnji) za sprejem po predpisih Pravilnika o

postopkih pri uveljavljanju pravice do institucionalnega varstva, nalogah Komisije za sprejem, premestitev in odpust stanovalcev (v nadaljevanju komisija), o bogatem kulturnem in družabnem življenju v domu, v katerega je možna vključitev pred sprejemom, kot opazovalec ali udeleženec.

Komisija (njeni člani so: strokovni vodja, glavna medicinska sestra, vodja socialne službe, socialni delavec, ki vlogo predstavi, in po potrebi zdravnik oz. drugi strokovni delavec ali sodelavec) je pomemben organ zavoda, ker je lahko formalnega značaja in hkrati odločilnega pomena pri odločanju o nadaljnji življenjski poti posameznika v našem domu. Komisija odloča o primernosti vloge za sprejem, vendar tudi o premestitvi iz doma v dom, kar je lahko past, če upoštevamo dejstvo, da je vsaka preselitev stresna (za to kategorijo ljudi zagotovo še bolj, ker v boju za lasten prostor pod soncem starostnik lahko izgublja boj s časom, ki mu zagotavlja varno in toplo jesen življenja), hkrati pa zelo koristna in spodbudna, ker dokazuje, da nobena odločitev, na katero lahko sami vplivamo, ni dokončna (tudi v tem življenjskem obdobju).

Ob tem prvem stiku se začne graditi odnos z bodočim stanovalcem, njegovimi sorodniki, skrbniki – takrat se začne priprava na sprejem.

Dobra priprava na sprejem v dom je kapital za dobro počutje novih stanovalcev. Po prihodu v dom naj bi obdobje prilagajanja v novi sredini (ki jo pri nekaterih zaznamo kot vdajanje v usodo) trajalo v povprečju nekaj mesecev. Poleg že navedenega na čas prilagoditve pomembno vplivajo osebne lastnosti posameznika. Urgentnost sprejema (zdravstvena ali socialna indikacija) včasih povzroči v starostniku trajni odpor do prilagajanja novi sredini.

Menim, da odgovori na dolžino čakalne dobe niso relevantni, saj poleg želje (vrsta sobe) in potrebe starostnika (zdravstveni, socialni razlogi) vplivajo tudi zmožnosti domov, kot tudi dejstvo, da se potrebe posameznika po vrsti storitve v času obravnavane vloge lahko spremenijo.

Izkazalo se je, da se osebe, ki dalj časa čakajo na sprejem, hitreje prilagodijo v novem okolju, ker imajo čas, da se na tako pomembno odločitev pripravijo in sprejmejo dom kot dejansko svoj drugi dom. To je čas, v katerem oseba lahko spozna dom (sobe, skupne prostore), poskusi domsko hrano, spozna stanovalce, zaposlene, se udeležuje izletev, domskih prireditev, piknikov ...

Pogosto to, žal, ni mogoče. Večina stanovalcev se za prihod v dom odloča ne zaradi izboljšanja oz. ohranjanja kakovosti življenja, temveč

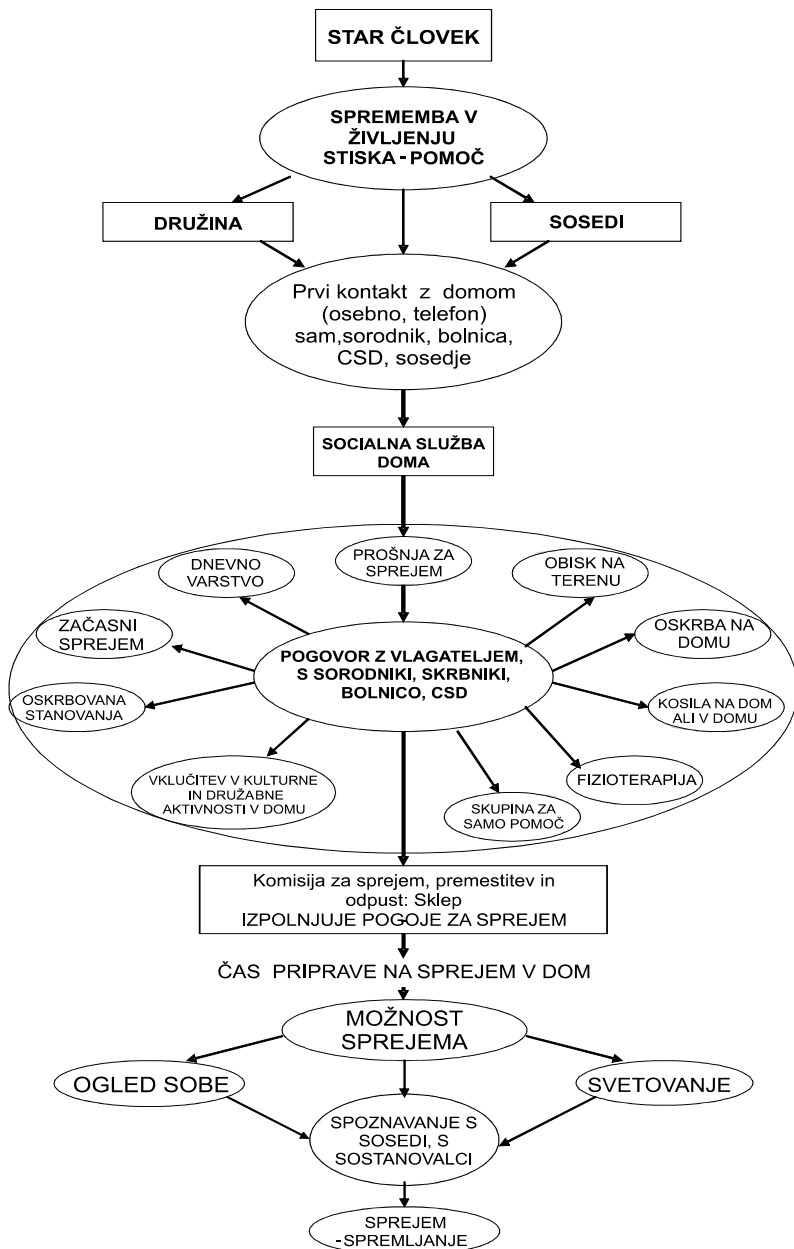
zaradi svoje nemoči (potrebe po pomoči pri negi in oskrbi) ali se zanj odločajo svojci zaradi potrebe po nadzoru. V teh primerih je izpolnjen vprašalnik, namenjen bodočim stanovalcem (vprašalnik smo zaradi želje po čim boljšem spoznavanju bodočih stanovalcev pripravili v našem domu in predstavlja nezavezujoči del vloge), zelo koristen, še posebej takrat, ko se oseba odloči za sprejem v dvo- ali večposteljno sobo.

Za obisk na terenu (v institucionalnem prostoru, javnem prostoru, zasebnem prostoru) se socialni delavec, v glavnem skupaj z glavno medicinsko sestro, odloči na željo bodočega stanovalca ali svojca, predvsem zaradi razrešitve dilem o primernosti zavoda, oddelka ali sobe.

Dolgoletna praksa osebne stika s socialno službo doma (od iskanja prve informacije, oddaje vloge ...) se je izkazala kot zelo koristna. Seznanitev z domom v elektronski obliki preko spletne strani doma je približalo dom tudi kandidatom, ki so nepokretni in zaradi svojega stanja prikrajšani za neposredni stik z domom; njihovim sorodnikom, skrbnikom, saj omogoča dostop tudi do prošenj in drugih obrazcev, potrebnih za vlogo, dostop do informativnega gradiva o domu, pa tudi o zdravstvenih težavah, npr. demenci.

V primeru sprejema vlagatelja iz bolnišnice, ga poskuša socialna služba bolnišnice pripraviti na odhod v dom. V glavnem je to kratek čas, potreba po pomoči pri opravljanju vsakdanjih opravil pa velika, da bi odločitev o odhodu v dom iz bolnišnice vlagatelj sprejel kot pravo. Pogosto je to izhod v stiski ali začasna rešitev.

O sprostitvi primernege mesta socialna služba obvesti vlagatelja, se dogovori za ogled sobe, spozna ga s sostanovalcem (sostanovalci); seznaneni ga o potrebi po preventivnem pregledu pred sprejemom (na MRSA), o možnosti opremljanja sobe po svoji želji v okviru danih možnosti, o osebnih stvareh, za katere menimo, da so potrebne ob sprejemu, o datumu in uri sprejema. Sklene se dogovor z vlagateljem o zagotavljanju storitve institucionalnega varstva. Opremljenost bodočega stanovalca s potrebnimi informacijami zmanjšuje njegovo stisko ob prihodu, kar je dobra popotnica za kakovostno bivanje v domu.



SKUPINE STARIH LJUDI ZA SAMOPOMOČ – GIBANJE ZA DVIG KAKOVOSTI ŽIVLJENJA V STAROSTI

Danica Matjanec

Združenje za socialno gerontologijo in gerontagogiko Slovenije kot nevladna, humanitarna organizacija razvija, koordinira ter organizira izvajanje programa Skupine starih ljudi za samopomoč na ravni Slovenije.

Prvo tovrstno skupino je ustanovil mag. Tone Kladnik leta 1987 v Domu upokojencev Izola. Od takrat pa do danes razvoj in razsežnost tega programa pomeni gibanje za dvig kakovosti življenja na področju medčloveških odnosov starih ljudi, tako v institucijah kot v domačem okolju, ki je zajelo vso Slovenijo.

Do konca leta 2004 deluje v okviru nacionalne mreže skupin v združenja **490 tovrstnih skupin, v katere je vključenih 5292 ljudi, starih nad 65 let.**

NEKATERE POSEBNOSTI PROGRAMA SKUPINE STARIH LJUDI ZA SAMOPMOČ

V naše skupine povabimo naključne posameznike, praviloma so to osebe, stare nad 65 let, predvsem tiste, ki si želijo druženja z drugimi ljudmi. Pri tem upoštevamo pravilo, da skupina ne presega deset članov skupaj z voditeljskim parom.

Majhnost skupine ter pogostnost srečevanja enkrat na teden vedno ob istem času in na istem mestu omogoča, da se člani skupine po nekem času srečevanja povežejo v prijateljsko skupino – nadomestno družino. Skupine, ki delujejo v domačem okolju, so za starega človeka preventivnega značaja, saj mu vključenost v skupino predstavlja

nadomestno socialno mrežo, ki posamezniku omogoča socialno vključenost in možnost zadovoljevanja temeljnih nematerialnih potreb, kar posredno vpliva na ohranjanje njegove psihofizične kondicije.

Skupine, ki jih organiziramo in vodimo v domovih za stare ljudi in drugih socialno varstvenih ustanovah, delujejo kurativno, zmanjšujejo nekatere negativne vplive institucionalnega življenja in tako vplivajo na kakovost bivanja stanovalcev v domovih.

Skupine upravičeno imenujemo nadomestne družine, v naše skupine vstopajo ljudje, ki so osamljeni, bolj ali manj socialno izolirani. Njihova primarna socialna mreža razpada, običajno nimajo sogovornikov med vrstniki ter vse manj stikov s predstavniki srednje in mlajše generacije.

IZVAJALCI PROGRAMA SKUPINE STARIH LJUDI ZA SAMOPOMOČ

Skupine vodijo in organizirajo prostovoljci – voditelji skupin, ki se usposobijo za to obliko prostovoljnega dela. Posamezno skupino vodita praviloma dva prostovoljca – prostovoljki.

Voditelji skupin se v posamezni lokalni mreži skupin mesečno povezujejo v intervizijsko skupino, kjer je prostor za učenje iz izkušenj pri delu v skupini in osebnem doživljanju prostovoljca – voditelja skupine ob delu z ljudmi.

Za strokovno podporo prostovoljcem – voditeljem skupin ter za organizacijo in razvoj lokalnih mrež so odgovorni organizatorji lokalnih mrež, ki so v programu tudi prostovoljci.

Za strokovni razvoj programa, izvajanje usposabljanja in izobraževanja za vodenje skupin, izobraževanje in strokovno usposabljanje in izobraževanje organizatorjev lokalnih mrež in povezovanje le-teh, organiziranje in izvajanje supervizije, promocijo in širitev programa ter še za mnoge druge pomembne aktivnosti skrbijo tri strokovne delavke ter dve laični sodelavki, ki so redno zaposlene v Združenju za socialno gerontologijo in gerontagogiko Slovenije.

NAČIN DELOVANJA V PROGRAMU SKUPINE STARIH LJUDI ZA SAMOPOMOČ

V skupini starih ljudi za samopomoč so dejavnosti skupine usmerjene v povezovanje in zблиževanje ljudi. Temeljna dejavnost je pogovor. V pogovoru sodelujejo člani skupine z izkušnjami iz življenja v družini, v delovnem okolju. Star človek ima avtentičen pogled na daljše življenjsko obdobje, kar je veliko bogastvo, ki ga lahko posreduje drugim članom skupine in predstavnikom drugih dveh generacij.

Pogovorne teme se v skupinah oblikujejo tudi o aktualnih trenutnih situacijah, dogodkih, ki stare ljudi zanimajo in želijo o njih govoriti. Imajo o njih svoje mnenje, stališče.

Voditelji skupine skrbijo, da člani skupine enakopravno sodelujejo v skupini s svojimi izkušnjami, stališči, mnenji, enako velja za voditelje skupine. V skupini o izrečenem ne izrekajo sodb, ne vrednotijo in ne poučujemo drug drugega. Člani skupine sprejmejo svoja pravila, ki jim omogočajo v skupini varen prostor, kjer lahko govorijo tudi o svojih zelo intimnih življenjskih situacijah, o svojih stiskah in težavah.

V dlje časa trajajočem rednem srečevanju postane skupina prijateljska skupina, člani so med seboj osebno povezani, kličejo se po imenih, oblikujejo se prijateljske vezi. Člani skupine se obiskujejo tudi mimo rednih srečanj, si med seboj pomagajo, še posebej takrat, če pride bolezen ali ob kakšnih drugih situacijah. Med člani skupine je čutiti medsebojno solidarnost, naklonjenost drug do drugega, to se ohranja in neguje mnogo let, vse dokler se skupina srečuje.

Potrebno je poudariti, da tovrstne skupine niso terapevtske skupine, zelo pomembno načelo dela v teh skupinah je:

Ljudi sprejemamo takšne kakršni so, jih ne poskušamo spreminjati oz. vplivati na njihov način življenja.

V SKUPINAH STARIH LJUDI ZA SAMOPOMOČ URESNIČUJEMO TEMELJNI CILJ: ZADOVOLJEVANJE NEMATERIALNIH POTREB V STAROSTI

V prispevku bi želela predstaviti zadovoljevanje temeljnih človekovih potreb v luči Teorije izbire **Williama Glasserja**, ki govori o konceptu vrojenih potreb: po preživetju, ljubezni, moči, svobodi in zabavi. Avtor je s teorijo pripravil svojo opredelitev psihologije, ki mu pomeni predvsem proučevanje odnosov med ljudmi in izboljšanje sožitja. Avtor tudi opozarja na dejstvo, da človeštvo izjemno napreduje na tehnološkem področju in skoraj nič na področju sožitja.

V nadaljevanju bom opisala samo tako imenovane psihične potrebe z vidika teorije izbire, s čimer bi rada prikazala vrednost našega programa, ki omogoča zadovoljevanje teh potreb.

Potreba po ljubezni

V skupinah člani zadovoljujejo potrebo po pristnem medčloveškem odnosu. Pripadajo prijateljski skupini, v kateri se počutijo kot v družini. Člani skupine se imajo radi, drug drugega spoštujejo, naučijo se sprejemati drugačnost. Vsak teden z veseljem in velikim pričakovanjem čakajo na srečanje, se ga veselijo, se nanj pripravijo.

Z zadovoljevanjem te potrebe rešujejo člani skupine problem osamljenosti, ki je pogost in pereč pojav v starosti, razvijajo občutek pripadnosti v vzajemnem odnosu z drugimi udeleženci skupine in voditelji.

Kriza moderne dobe se kaže predvsem v družinah, delovnih okoljih, med prijatelji in sosedi, kar zelo siromaši medčloveške odnose.

Pri tem je potrebno upoštevati dejstvo, da še posebej star človek, ko izgubi »bližnje osebe« iz svoje primarne mreže, težje navezuje socialne stike in vzpostavlja na novo odnose z drugimi ljudmi bodisi z vrstniki bodisi s predstavniki drugih dveh generacij.

Potreba po moči

Ko človek preneha z aktivno družbeno vlogo, ko se upokoji, ima vedno manj priložnosti sporočati drugim in dobiti potrditev zase, da je uspešen, da ima svojo veljavo. Sodobna družba s tako razvito

tehnologijo in hitrim življenjskim tempom, izločuje ne samo stare ljudi (računalniki, elektronski mediji ...), temveč tudi invalidne osebe ter druge, ki niso več sposobni dosegati tega hitrega tempa.

V sodobnem času so v ospredju vrednostni pojmi: lepota, mladost, učinkovitost, drznost, moč, hitrost itd.

V skupinah se skozi pogovor vračamo na teme, kjer lahko člani skupine spregovorijo o svojem uspešnem delu, o svojih otrocih, o tem, kaj so dobrega v življenju naredili. Ob pogledu na prehojeno pot se vzbuja zadovoljstvo, ponos, priznanje. Ob zavesti, da so življenjske izkušnje, modrost potrebne srednji in mladi generaciji, staremu človeku daje občutek pomembnosti in koristnosti ter smiselnosti življenja v starosti.

Mnogi člani v skupinah na novo prebudijo svojo ustvarjalnost, pišejo pesmi, jih v skupinah prebirajo ali se izkažejo na kakšnih drugih področjih, ki jih dobro obvladajo, to jih pripelje do občutka lastne vrednosti in veljave, vzbuja samozavest in prebuja ustvarjalnost. Odstira se pogled na nove možnosti in naloge.

Potreba po zabavi in učenju

Dejavnosti, ki jih voditelji izvajamo v skupinah, omogočajo številne možnosti za zabavo in spoznavanje in učenje novih področij ter za prenos izkušenj že znanih aktivnosti. Skupaj praznujemo osebne in druge praznike, se odpravimo na ogled kulturnih predstav, organiziramo skupna družabna srečanja izlete, piknike, ustvarjalne delavnice, organiziramo medgeneracijske tabore, ki se jih udeležujejo člani skupin in voditelji.

Sicer pa redna tedenska srečanja, usmerjena v pogovor o najrazličnejših zanimivih in aktualnih življenjskih temah, ki nam omogočajo nenehno učenje ter spoznavanje stališč in mnenj drugih članov v skupini o neki temi.

Potreba po svobodi in samostojnosti

Občutek, da tudi v starosti lahko odločajo o tem, kam se bodo vključili in kaj bodo počeli, daje starim ljudem možnost izbire – svobode.

Že sama vključitev v skupine temelji na svobodni izbiri posameznika – torej to mora biti njegova prostovoljna odločitev.

V starosti pride pogosto do situacij, ko ima star človek zmanjšane možnosti izbire pri sprejemanju odločitev v mnogih pomembnih življenjskih situacijah.

To so situacije ob hudi bolezni, ob izgubi bližnje osebe, zmanjšani mobilnosti ipd. Takšne in podobne situacije zahtevajo, da star človek spremeni svoje dotedanje poglede, stališča, pričakovanja. Takrat ima možnost, odločiti se in sprejeti neko novo dejstvo oz. stališče do te nove situacije.

Z vprašanjem, kaj lahko sedaj naredi in pričakuje v tej v tej situaciji, lažje najde odgovor na to, kakšen smisel ima njegovo življenje v novo nastali situaciji.

Skupine starih ljudi za samopomoč so prostor za pogovor o tovrstnih življenjskih situacijah, izkušnjah, so prostor, kjer je možnost osebnega odkrivanja smiselnih možnosti v starosti.

ZAKLJUČEK

Teorija izbire zatrjuje, da so zgoraj naštetih naše temeljne psihološke potrebe, ob potrebi po preživetju, ki jih je potrebno nenehno zadovoljevati.

Vse te potrebe zadovoljujemo lahko le v odnosu z drugimi ljudmi. Prav to nam omogoča, da ostanemo dobrega duševnega zdravja, ustvarjalni in aktivni tudi v starosti.

V programu Skupine starih ljudi za samopomoč voditelji organiziramo in vodimo redna tedenska srečevanja s starimi ljudmi, občasno pa v program vključujemo še mlade prostovoljce. Voditelji smo v pretežni meri predstavniki srednje generacije.

Naše dolgoletne izkušnje v programu kažejo na to, da vrednost programa močno presega samo področje zadovoljevanja nematerialnih potreb starih ljudi. Veliko vrednost ima tudi za nas voditelje skupin.

Voditelji skupin se tako pojavljamo kot izvajalci programa ter tudi kot uporabniki programa. V prijateljskem tedenskem druženju s starimi

ljudmi prepoznavamo starost kot smiselno obdobje življenja, prepoznavamo tudi pomembne naloge, ki jih človek lahko opravi samo v starosti.

Demografski kazalci za naslednja desetletja, ko se bo število starih ljudi zelo povečalo (*Madridska skupščina 2002: leta 2050 se bo prvič zgodilo v zgodovini človeštva, da bo delež starih ljudi presegel delež mlajših od 14 let*) nas opozarjajo, da bo samopomoč in solidarnost med generacijami še kako pomembna.

Program skupine starih ljudi ne rešuje samo problema današnje generacije starih ljudi, ampak zagotavlja, da bomo mi, ki smo danes predstavniki srednje generacije, za obdobje, ko bomo stari 65 in več let, poleg številnih drugih programov, imeli možnost vključitve v tovrstne lokalne mreže skupin – nadomestne socialne mreže.

Ali se današnja srednja generacija, ki je še aktivna in ima moč odločanja v svojih rokah, tega zaveda?

Literatura

1. Leon Lojk (1998) *Predgovor k slovenski izdaji Teorija izbire* : Dr. W.Glasser.

KAKOVOST BIVANJA V DOMOVIH ZA STARE LJUDI

Vida Miloševič Arnold

1. MERJENJE KAKOVOSTI BIVANJA V DOMU ZA STARE LJUDI

V post modernem svetu je v ospredju posameznik, zato so raziskovalci življenjskega standarda od bolj objektivno merljivih kategorij prešli na ugotavljanje kakovosti življenja posameznika. Pri tem se pojem kakovosti enači z zadovoljstvom z življenjem in tudi z možnostjo za zadovoljevanje potreb in dostopnostjo virov za posameznika.

Kakovost življenja pa najlažje merimo s subjektivnimi kazalci. Švedski raziskovalec Allardt (1993) je za oceno kakovosti življenja postavil temeljne kazalce, na katerih temelji obstoj in razvoj človeka. Ti kazalci so: imeti – gre za materialne in neosebne dobrine, ljubiti – socialne potrebe in biti – potreba po osebnem razvoju (Allardt 1993, v Novak 1996: 16).

Seveda kakovosti življenja stanovalcev v domovih ne moremo ocenjevati kar na splošno in raziskave s tega področja kažejo, da je njihovo zadovoljstvo z bivanjem odvisno od številnih dejavnikov. Za oceno kakovosti svojih življenjskih okoliščin ima vsak posameznik lastna merila, ki so odvisna od številnih dejavnikov. Pri tem je pomembno njegovo psihofizično počutje, življenjski stil, pričakovanja, ki jih je imel do institucije pred prihodom, od tega, če se je za odhod v dom odločil sam ali pod pritiskom svojcev, zaradi slabega zdravstvenega stanja, nesporazumov s svojci ipd. Prav tako pa se tudi domovi precej razlikujejo med seboj glede ravni skrbi za stanovalce. Upoštevati je treba tudi dejstvo, da so ljudje pred prihodom v dom morda cela desetletja živeli sami ali pa v družini z otroki in vnuki, sedaj pa morajo sprejeti kolektivni način življenja, kar nikakor ni lahko.

Pa vendar, ne glede na relativnost takšnih splošnih ocen, poskušajmo oceniti, v kolikšni meri so v domu za stare ljudi sploh lahko zadovoljene zgoraj navedene potrebe in kje pri tem naletimo na objektivne ovire.

2. MOŽNOSTI ZA ZADOVOLJEVANJE POTREB ZA KAKOVOSTNO ŽIVLJENJE V DOMU

2.1 Potreba »Imeti«

Sem sodijo gmotni viri, primerno bivalno okolje, zdravje in še nekateri, ki za stare ljudi v domu več niso toliko relevantni in jih bomo zato izpustili (izobrazba, zaposlitev, delovne razmere).

Gmotni viri: stanovalci domov so v največji meri prejemniki pokojnin in drugih rednih dohodkov, iz katerih krijejo stroške oskrbnine. Nekaterim za kritje teh stroškov prispevajo svojci, kar jih nedvomno potiska v odvisni položaj in jim daje občutek nesamostojnosti. Vedno redkejši so tudi primeri, ko se oskrbnina krije iz javnih sredstev. Stanovalci dobivajo tudi skromne žepnine za osebne potrebe. Pa vendar ostaja vprašanje, če lahko stanovalci iz ostanka svojih rednih dohodkov in žepnin pokrijejo vse drobne, a nujne izdatke (koliko je teh je seveda odvisno od življenjskega stila posameznika v aktivnem obdobju). Na splošno pa velja, da mora veliko stanovalcev domov svoje osebne potrebe skrčiti na minimum.

Primerno bivalno okolje: bivalni standard v naših domovih je različen, poleg tega pa tudi v istem domu ni vsem stanovalcem zagotovljen enako kakovosten bivalni standard. Enoposteljne sobe so tudi v najnovejših javnih domovih prej izjema kot pravilo, v več posteljne sobe so marsikje po sili razmer namestili še dodatne postelje, primanjkuje toaletnih prostorov ipd.

Omejitve fizičnega prostora po eni strani in velikost naših domov po drugi postavljata pred njihova vodstva zahtevo, da življenje in delo v njih organizirajo po manjših bivalnih enotah, da bi tako omogočili prepoznavnost novega »doma« vsakemu stanovalcu.

Tisto, kar je pri tem najpomembnejše, in kar je v danih razmerah nedvomno zelo težko zagotoviti, pa je to, da bi stanovalec domsko okolje zares doživljal kot **dom**.

To pomeni, da naj bi dom kot institucija uporabnikom zagotavljal vse tisto, kar človeku običajno pomeni dom: varno zatočišče, kraj, kjer je lahko takšen, kot v resnici je, občutek pripadnosti, dobro počutje, stalnost, zasebnost in prostor, kateremu pripada. Gre torej za zadovoljitev potrebe po zasebnosti, neodvisnosti, avtonomnosti in individualnosti (Peace 1998:112). Naštete značilnosti doma institucija težko zagotavlja, so pa prav gotovo tesno povezane s kakovostjo bivanja stanovalca in z njegovim občutkom (ne)zadovoljstva s trenutnimi življenjskimi okoliščinami.

Zdravje je bilo za veliko večino stanovalcev domov tisti ključni dejavnik, ki je privedel do prihoda v dom. Velja tudi, da se zdravstveno stanje posameznika v domu pogosto izboljša zaradi dobre oskrbe, redne zdrave prehrane, diete ipd., pri vseh tistih stanovalcih, ki so se na spremenjeni način življenja uspeli prilagoditi. Pomembna pri tem je skrb in redna prisotnost kvalificiranih zdravstvenih delavk in delavcev, redna fizioterapija ipd.

Vsekakor lahko ta del sklenemo z ugotovitvijo, da domovi v objektivnem smislu ljudem zagotavljajo pokrivanje njihovih materialnih potreb. Prav potrebo po »imeti« je v instituciji še najlažje zadovoljiti. Vendar pa se to, kaj ta preskrbljenost za posameznika pomeni in kako jo doživlja, nedvomno razlikuje od osebe do osebe.

2.2 Potreba »Ljubiti«

Tukaj gre za stike z drugimi ljudmi in za oblikovanje družbene identitete posameznika, za odnose in interakcije v različnih skupinah in skupnostih (Allardt 1993 88-91, po Novak 1998: 20).

V domskem kontekstu bi sem sodili stiki konkretnega stanovalca z njegovimi svojci in s celotno socialno mrežo v prejšnjem življenjskem okolju in za to, v kolikšni meri so ti stiki še »živi«. Gre za značilnosti odnosov z delavci v domu in z drugimi stanovalci in še za to, kakšne

možnosti ima uporabnik za stike s »širšim« zunanjim svetom. Zaprtost, ki je ena izmed značilnosti institucije, uporabnikom v precejšnji meri omejuje stike z zunanjim svetom.

Pri tem je pomembna zlasti čustvena bližina z drugimi ljudmi in občutek, da človek komu pripada. Za to pa v domovih ni prav veliko priložnosti, ker institucionalno okolje zahteva od delavcev rutinska opravila, ki morajo biti opravljena ob določenem času, pri tem pa ne ostaja veliko časa za prijazne besede in pogovore, po katerih stari ljudje pogosto kar hlepijo. Od ljudi, ki v domovih delajo, tudi ne moremo pričakovati, da bodo s stanovalci navezovali pristne odnose in jih tudi ne morejo, saj jih je preprosto preveč. Seveda pa si kakovostnega življenja posameznika brez pristnih osebnih stikov z drugimi ljudmi nikakor ne moremo predstavljati.

K boljšim medsebojnim odnosom in rednim stikom med stanovalci domov, kakor tudi k povezovanju med svetom stanovalcev in delavcev, nedvomno veliko prispevajo skupine starih za samopomoč oz. med generacijske skupine, ki v domovih uspešno delujejo. Po drugi strani pa je treba upoštevati dejstvo, da veliko število stanovalcev v teh skupinah ne sodeluje, prav tako so med njihovimi voditelji le redki izmed delavcev doma.

2.3 Potreba »Biti«

Ta potreba označuje vključenost v družbo, skladno sožitje z naravo in možnost osebnega razvoja. Sem sodi tudi možnost sodelovanja pri odločanju in vseh tistih dejavnostih, ki so pomembne za življenje konkretnega človeka, možnosti za ustvarjalno preživljanje prostega časa in politična dejavnost. Če ta potreba ni zadovoljena, pripelje do odtujenosti posameznika (Allardt 1993 88–91, po Novak 1998: 20). Kako je z možnostmi za zadovoljevanje te večplastne človekove potrebe v domu?

Vključenost v družbo: tukaj po eni strani pomeni ohranjanje stikov s primarno socialno mrežo (družina, drugi sorodniki, prijatelji in sosedje) oz. z dotedanjim življenjskim okoljem, pa tudi kakovostne stike z delavci domov in s sostanovalci. Pri tem pa je zelo pogosto potrebno sodelovanje strokovnih delavcev doma, da po eni strani spodbujajo

svojce k ohranjanju rednih stikov s stanovalci in jih vabijo k temu, da se čimbolj dejavno vključujejo v življenje doma. Po drugi strani pa gre tudi za spodbujanje stanovalcev k druženju, medsebojni pomoči in drugim oblikam navezovanja osebnih stikov.

Sožitje z naravo je pri stanovalcih domov na splošno precej okrnjeno, na kar vplivajo številni razlogi (gibalne omejitve, pomanjkanje primerne prostora v okolici doma). Naloga delavcev doma je, da (ob pomoči prostovoljcev in javnih delavcev) načrtno organizirajo krajše izlete v naravo in spodbujajo stanovalce, kakor tudi svojce, za krajše in daljše sprehode.

Možnosti osebnega razvoja in za ustvarjalno preživljanje prostega časa so v domovih na splošno dane s številnimi aktivnostmi, ki so stanovalcem na voljo in nekateri med njimi tako tudi razumejo (Kos 2005: 52).

Sodelovanje pri odločanju stanovalcev domov je le simbolično. Imajo svoje predstavnike v organih odločanja in večina domov tudi organizira redne sestanke s stanovalci po oddelkih, na katerih naj bi imeli možnost izraziti svoje zadovoljstvo in tudi nezadovoljstvo. Vendar pa je to, koliko si zares upajo kritizirati tisto, s čimer niso zadovoljni, odvisno od splošne klime v domu in seveda tudi od posameznika, koliko si upa »tvegati«. V pogovorih stanovalci pogosto pripomnijo, da si ne upajo kritizirati, ker bi lahko bilo še slabše! Tudi številne raziskave, ki poskušajo ugotavljati kakovost življenja stanovalcev v domovih ali njihovo zadovoljstvo, dajo običajno zelo ugodne rezultate, ob katerih se bralcu postavlja dvom v objektivnost zbranih podatkov oziroma v odprtost in iskrenost sogovornikov. Prav to, da si ljudje v domovih pogosto ne upajo povedati, kaj zares mislijo, kaže na njihov občutek odvisnosti od delavcev in na vzdušje, v katerem ni zadostne povezanosti med svetovi, ki se srečujejo v domu, in je tako daleč od pojma »dom«.

3. SVETОВI V DOMU

V institucijah, kot so domovi za stare ljudi, lahko govorimo o treh različnih svetovih, od katerih ima vsak svoje specifičnosti. Gre za svet stanovalcev, svet delavcev in svet svojcev. K temu bi lahko dodali še svet tistih, ki v dom redno prihajajo in na življenje v njem na nek način

vplivajo, to je svet prostovoljcev. Ta svet je pomemben le v primerih, če je prostovoljcev toliko, da lahko govorimo o njihovem vplivu na splošno vzdušje v domu oz. počutje večjega števila stanovalcev

Ti svetovi ali sistemi se med seboj razlikujejo glede na svoj položaj v instituciji. Vendar pa imajo tudi nekaj skupnih značilnosti, ki jih vežejo. Predvsem je to institucionalni prostor, ki si ga delijo, pa tudi čas, ki ga preživljajo skupaj. Delijo si stvarnost vsakodnevnega življenja, skupaj doživijo veliko lepih in tudi težkih trenutkov. Vse to vsakodnevno dogajanje lahko pomeni možnosti za tesno medsebojno sodelovanje, povezovanje, razumevanje, empatijo, podporo, spodbujanje in zadovoljstvo, po drugi strani pa daje temelje za številne frustracije, nezadovoljstva, konflikte, občutke ogroženosti in podobno pri vseh udeleženi.

Dejstvo je, da je vsak izmed navedenih svetov sestavljen iz določenega števila posameznikov, od katerih ima vsak svoje individualne lastnosti. Pa vendar lahko govorimo tudi o nekaterih skupnih značilnostih vsakega izmed njih, ker pomembno vplivajo na kakovost doživljanja domskega življenja vsakega uporabnik in svojca, pa tudi na doživljanje kakovosti delovnega življenja vsakega zaposlenega. Preveč prostora bi vzelo, če bi tukaj opredeljevali značilnosti vsakega izmed navedenih svetov, pogledjmo le, kaj lahko storimo za njihovo boljšo medsebojno povezanost v dobro vsem vpletenim.

Med vsemi navedenimi svetovi, ki so pogosto preveč zaprti vsak v svoj krog in ločeni drug od drugega, je treba vzpostaviti nepretrgan dialog, odpreti možnosti za komunikacijo, spodbujati njihovo sodelovanje in medsebojno podporo. Pomembno je, da se ustvarijo pogoji za takšen dialog, ki bo varen za vsakogar, in v katerem bo možno izraziti tudi nezadovoljstvo, brez strahu pred posledicami. S tem bi se bistveno okrepili socialni vidiki doma, kar bi omogočilo njegovo delovanje v smislu socialne institucije.

K bolj odprtemu dialogu in odpiranju komunikacijskih poti med svetovi, ki se križajo v domu za stare ljudi, lahko nedvomno pomembno prispeva tudi socialna delavka doma. Socialna stroka daje nekaj možnih odgovorov na vprašanje kako vzpostaviti takšen dialog za odpiranje problemov, ki poteka v delovnem odnosu, kot soustvarjanje pogojev za iskanje rešitev problemov na »človeški« način. Nujna je torej bolj

načrtna usmeritev socialne delavke v povezovanje vseh treh obstoječih podsistemov (svetov), ki se v domu prepletajo. To lahko privede do konstruktivnega sodelovanja vseh vpletenih.

4. MOŽNOSTI ZA PREVLAĐOVANJE ZNAČILNOSTI TOTALNE INSTITUCIJE

Dejstvo je, da imajo uporabniki večine sodobnih institucij praviloma zelo **omejene možnosti izbire**, tako glede same namestitve (enoposteljna, dvoposteljna ali več posteljna soba, nadstropje, razgled in podobno), kakor tudi načina oskrbe. Pri ponujenih storitvah je težko zadovoljevati specifične individualne potrebe, prav tako pa način oskrbe pogosto ne omogoča razvijanja in ohranjanja posameznikovih zmožnosti. Življenje v domu je v celoti "institucionalizirano", človekove potrebe so zajete "totalno" (Goffman 1961), kar ne dopušča storitev po izbiri stanovalca. To pomeni, da institucionalno življenje stanovalce pasivizira in jih odvrta od vsakodnevnih aktivnosti in skrbi zase.

Deinstitucionalizacija poleg premika k skupnostnim oblikam skrbi za uporabnike pomeni v postmodernističnem smislu tudi odpiranje ustanov navzven in njihovo delovanje po načelih **socialnega modela**. Socialni model pri tem pomeni holistično razumevanje človeka. Gre za izrazito usmerjenost na uporabnika, za partnerski odnos z njim in za upoštevanje in zagotavljanje možnosti za zadovoljevanje njegovih vsestranskih potreb. Socialni model delovanja institucije zagovarja tudi avtonomijo stanovalcev. V nasprotju s tem je (pri nas trenutno prevladujoči) medicinski model delovanja, ki je usmerjen predvsem na zadovoljevanje bioloških oz. materialnih potreb stanovalcev, pri čemer so pogosto spregledane in zanikane njihove psihološke in socialne potrebe.

Kakovost življenja posameznika v instituciji je nedvomno v veliki meri odvisna od kakovosti njenega delovanja institucije. Za prepoznavanje kakovosti delovanja institucij in življenjskih razmer uporabnikov v njih so uporabni naslednji kriteriji:

- **Zaprto oz. odprto:** institucija, ki deluje po socialnem modelu (»deinstitucionalizirana«), mora biti odprta tako za same stanovalce (izhodi brez posebnih »dovoljenj« in časovnih omejitev), kot tudi za različne obiskovalce: svoje stanovalcev (brez omejitev časa za njihove obiske), prostovoljce, izvajalce različnih kulturnih idr. programov, strokovnjake – predstavnike različnih služb (socialnih, zdravstvenih idr.), študente (učna baza za opravljanje prakse in raziskav), strokovnih združenj, šol, upravnih služb, in tudi za medije.
- Javnost življenja v institucionalni oskrbi: dom mora biti javni prostor, ki dopušča in spodbuja vplive zunanjega sveta in omogoča pretok ljudi, informacij, dogodkov ipd.
- Možnosti izbire različnih aktivnosti: socialna institucija uporabnikom zagotavlja možnosti za vključevanje v različne dejavnosti, pri čemer je pomembno, da je ponudba čimbolj pestra, in da imajo možnost vplivati na ponudbo in tudi na okoliščine izvedbe različnih programov.
- Narava odnosov med uporabniki in zaposlenimi: socialno institucijo odlikuje skrb za vzdušje, v katerem se upošteva dostojanstvo posameznika; kjer so med stanovalci in delavci odprti in topli odnosi in je zagotovljena komunikacijska prepustnost na vseh ravneh.
- Ohranjanje avtonomije posameznika: v socialni instituciji je pozornost usmerjena v to, da se ohranja identiteta posameznika, kjer se spoštuje njegova zasebnost in dosledno upošteva njegova pravica do izbire, tudi do majhnih, vsakodnevnih izbir, ki omogočajo kontrolo nad lastnim življenjem (denimo, kdaj bodo vstali, kdaj in kaj bodo jedli, kaj bodo oblekli, s kom in kdaj se bodo družili).
- Dobro počutje uporabnikov v skupnosti z drugimi: v socialni instituciji se krepi moč stanovalcev, ohranja in spodbuja se njihovo socialno funkcioniranje. Hkrati pa imajo stanovalci glede na svoje potrebe in želje pravico do pomoči. Dom kot celota mora delovati tako, da stanovalcem daje občutek varnosti.

Doseganje navedenih možnosti za kakovostno življenje uporabnikov v njej je torej lahko tudi sinonim za model socialne institucije, torej takšne, ki jo usmerjajo socialna načela. Ali sploh in na kakšen način

lahko zagotovimo delovanje doma kot socialne institucije? Pri tem bi nedvomno morali omogočiti boljšo komunikacijo in sodelovanje med vsemi tistimi posamezniki in skupinami, ki se v domovih srečujejo: stanovalci, delavci, svojci in prostovoljci. To bi lahko privedlo tudi do prijetnejšega splošnega vzdušja v domovih, prispevalo k boljši kakovosti življenja stanovalcev (in njihovih svojcev), pa tudi k višji kakovosti delovnega življenja vseh zaposlenih.

Pri tem ima lahko pomembno, če ne kar osrednjo, vlogo socialna delavka doma. Pri svojih strokovnih opravilih namreč uporablja takšne koncepte in metode dela, ki lahko bistveno prispevajo k zmanjšanju vpliva totalne institucije. Vse njeno delo je usmerjeno prav v zagotavljanje gornjih kriterijev, ki veljajo za socialno institucijo. Najpomembnejše usmeritve pri delu socialne delavke v domu so prav **individualni pristop** pri delu s stanovalci, spoštovanje njihovega dostojanstva, podpiranje njihove samostojnosti in ohranjanje stikov z njihovo primarno socialno mrežo. Vendar pa bi za doseg socialnega modela doma moralo biti tako naravnano celotno življenje v njem in delovanje vseh njegovih delavcev.

5. NORMALIZACIJA

Vse zgoraj navedeno se izrazito kaže skozi načela normalizacije (Brandon). Z upoštevanjem teh načel lahko dosežemo ideal doma kot socialne institucije in te dosežke tudi ustrezno merimo. Namen normalizacije je **destigmatizacija uporabnika**, ki mu je potrebno omogočiti, da lahko počne stvari, ki jih počnejo ostali. Načela normalizacije smo poskušali izmeriti pri projektu, ki je bil usmerjen na eno izmed najbolj ranljivih skupin stanovalcev domov, namreč na tiste z demenco. Želeli smo ugotoviti v kolikšni meri se načela normalizacije uveljavljajo pri delu z osebami z demenco v domovih in kateri dejavniki najbolj vplivajo na možnost uveljavljanja teh načel. Predstavitvi načel bomo dodali tudi dobljene rezultate, da bodo bolj ilustrirana.

a) **Dobri medsebojni odnosi** med osebami z demenco in zaposlenimi; med osebami z demenco in ostalimi stanovalci in enakost med osebo z demenco in zaposlenimi. V povprečju se v obravnavanih

domovih dobri odnosi kažejo v **srednji meri**. Na to vpliva več dejavnikov: stopnja demence, osebnostne značilnosti oseb z demenco (nanje ne moremo vplivati) in od možnosti stikov, spoštovanja želja oseb z demenco po priboljških. Ovira je nezaupljivost ostalih stanovalcev – nujnost ustreznega informiranja o demenci).

b) **Enakost med osebami z demenco in zaposlenimi** se kaže v **srednji meri** na področjih: ali osebe z demenco obravnavajo v skladu starostjo; ali lahko osebe delavca pokličejo po imenu; ali imajo zaposleni do oseb z demenco spoštljiv odnos; ali upoštevajo želje in interese oseb z demenco; ali obstaja skupna uporaba sredstev; ali zaposleni kdaj povprašajo za nasvet osebe z demenco; ali imajo enak odnos do vseh stanovalcev. **Tudi enakost je najbolj odvisna od stopnje demence.**

c) **Možnost prave izbire:** ali ima oseba z demenco pomemben nadzor nad svojim življenjem; ali ima možnost izbire med različnimi aktivnostmi; ali zaposleni spoštujejo izbiro osebe z demenco; ali ima oseba možnost za pridobivanje novih izkušenj in ali ima oseba možnost upravljanja z denarjem.

V povprečju je možnost prave izbire **prisotna v majhni meri**. Iz podatkov razberemo, da sta tako nadzor nad življenjem osebe z demenco kot možnost izbire odvisna **predvsem od stopnje demence.**

č) **Sodelovanje oz. participacija** (ali oseba z demenco lahko vpliva na naravo služb, ki jih uporablja; ali ima dostop do informacij, ki jih potrebuje; ali se zaposleni posvetujejo z njo glede aktivnosti, ki jih izvajajo; ali ima možnost zagovorništva; ali je udeležena pri odločanju; ali je moč enakomerno porazdeljena med osebo z demenco in osebjem). Ugotovili so, da je **participacija mogoča v manjši meri.**

Pomemben dejavnik, ki vpliva tako na možnost vpliva na naravo služb, ki jih oseba z demenco uporablja, kot na dostop do informacij, na možnost posvetovanja glede aktivnosti, ki jih izvajajo zaposleni in na udeležbo pri odločanju, je tudi tukaj **stopnja demence.**

d) **Osebnostni oz. individualiziran razvoj** opazovanih oseb z demenco v obravnavanih domovih zagotovljen **v srednji meri**. Možnost osebnostnega razvoja so ocenjevali preko vprašanj ali osebo z demenco jemljejo kot spoštovanja vrednega posameznika z zmožnostjo osebnostne rasti; ali spoštujejo njeno zasebnost in ali obstaja individualizirano načrtovanje razvoja.

Ugotovili smo, da so dojemanje osebe z demenco kot spoštovanja vrednega posameznika z zmožnostjo osebnostne rasti, spoštovanje zasebnosti in obstoj individualiziranega načrta v glavnem **odvisni od delavcev** (bolj kot so obremenjeni in manj kot so usposobljeni, v manjši meri je razvoj individualiziran) oz. **stopnje demence** (bolj kot demenca napreduje, manj je možnosti, da bi človeka dojemali kot spoštovanja vrednega in mu zagotovili zasebnost).

e) Tudi **integracija v družbeno okolje** je pri opazovanih osebah z demenco prisotna le v **manjši meri**. To možnost smo ocenjevali s pomočjo vprašanj, ali se oseba z demenco družijo z ljudmi, ki so cenjeni v domu, in ali ima možnost uporabe javnih storitev.

Uresničevanje vseh načel normalizacije je v zelo veliki meri **odvisno od stopnje demence**. Če se načela normalizacije v določeni meri še uporabljajo pri osebah z lažjo obliko demence, pa tega pri osebah v končni fazi demence skoraj ni več opaziti. Po drugi strani pa lahko tudi rečemo, da je upoštevanje teh načel v veliki meri odvisno tudi od pripravljenosti delavcev domov za vzpostavitev partnerskih odnosov s stanovalci in upoštevanja značilnosti socialne institucije.

6. VLOGA SOCIALNE DELAVKE V DOMU ZA STARE LJUDI

V naših domovih za stare ljudi so socialni delavci prisotni že od samega nastanka socialnega dela kot poklica. Lahko rečemo, da so bili socialni delavci med najpomembnejšimi ustvarjalci razvoja domskega varstva starih ljudi pri nas. Enako velja tudi za druge, izven institucionalne oblike skrbi za stare ljudi.

Poslanstvo socialne delavke/delavca v vsakem domu za stare ljudi je nedvomno zelo pomembno. Bistvo vloge socialne delavke je skrb za vse tisto, kar lahko v najžlahtnejšem pomenu razumemo kot »socialno«. Gre po eni strani za zagotavljanje vsega, kar stanovalec kot posameznik potrebuje za kakovostno življenje v domu. Socialna delavka aktivno spremlja življenje stanovalca že od takrat, ko prejme njegove vloge za sprejem v dom, ves čas njegovega bivanja in tudi njegov odhod.

Socialna delavka sodeluje v vseh dejavnostih doma, ima neposredne izkušnje o vsem dogajanju v domu kot celoti: vidi, sliši in tudi občuti življenje v njem, dobro pozna vedenje in počutje vseh stanovalcev (Clough 1999: 212). To pa hkrati pomeni, da lahko hitro reagira na vse znake morebitnega slabega počutja ali nezadovoljstva stanovalcev in to sporoči vsem tistim, ki morda lahko vplivajo na izboljšanje stanja (zdravniku, negovalkam, svojcem). Tako lahko rečemo, da delo socialne delavke pomembno vpliva na kakovost življenja vsakega stanovalca.

Vsekakor drži, da so socialni delavci in delavke v naših domovih za stare ljudi dokaj učinkoviti pri zagotavljanju pomoči stanovalcem in njihovim svojcem. Prav tako uspešno opravljajo svojo vlogo pri povezovanju stanovalcev z vsemi tistimi sistemi in posamezniki, ki jim zagotavljajo vire pomoči in podpore. Vendar bi bilo potrebno okrepiti njihovo vlogo pri delu s tistima dvema sistemoma (»svetovi«), ki se v domu prepletata ob skrbi za stanovalce: to so delavci in svojci ter pri povezovanju vseh treh sistemov, vključno s svojci.

Nujna je torej bolj načrtna usmeritev socialne delavke v povezovanje vseh treh obstoječih podsistemov (svetov), ki se v domu srečujejo. Pri tem gre za odpiranje možnosti za neposreden dialog, tako med navedenimi svetovi kot tudi posamezniki v njem. Pri tem je pomembno, da se ustvarijo pogoji za takšen dialog, ki bo vsakomur omogočal izraziti svoja pričakovanja, želje, potrebe in morebitno nezadovoljstvo, varen za vsakogar, ne glede na vrsto sporočila, kjer se torej ne bo treba bati negativnih brez strahu pred posledicami.

7. SKLEP – kaj lahko storimo za uveljavitev socialnega modela doma?

- Vzpostaviti je treba boljšo komunikacijo in tesnejše sodelovanje med svetovi, ki se v domu srečujejo – stanovalci, delavci in svojci.
- Kadrovsko (normativi) in vsebinsko je treba okrepiti socialno službo v domu, ki je sedaj preveč obremenjena z administrativnimi opravili in nima možnosti za vpliv na splošno vzdušje v domu.
- Življenje stanovalcev bi bilo smiselno organizirati po manjših bivalnih enotah, v katerih bi bilo osebje stalno in se praviloma ne bi menjavalo, kar bi stanovalcem omogočalo občutek domačnosti.
- Pomembno je tudi poskrbeti za kakovostno delovno življenje delavcev doma, za njihovo sprotno razbremenjevanje, dodatno izobraževanje, jim omogočiti supervizijo in intervizijo.
- Posebej ranljivim skupinam, kot so stanovalci z demenco, nepomični in umirajoči, je treba posvetiti še intenzivnejšo strokovno in človeško skrb.

Literatura

1. Allardt, E. (1993), *Having, Loving, Being: An Alternative to the Swedish model of Welfare. Research*. V: Nusbaum, M. in Sen, A, *The Quality of Life*. Oxford: Clarendon Press.
2. Brandon, David, Brandon, Althea (1992), *Praktični priročnik za osebje v službah za ljudi s posebnimi potrebami*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo in Pedagoška fakulteta.
3. Brechin, Ann, Walmsley, Jan, Katz, Jeanne, Peace, Sheila (1998). *Care Matters*. London: Sage Publications.
4. Burack,-Weiss, Ann, Coyle Brennan, Frances (1991). *Gerontological Social Work*. Binghampton: The Haworth Press.
5. Clough, Roger (1999). V: Stanley, Nicky, Mainthorpe, Jill, Penhale, Bridget, *Institutional Abuse*. London: Routledge,
6. Flaker, Vito (1995). *The Birth of Total Institution and the Relationship of Charity in the Age of Reason*. V: Lešnik, Bogdan (ur.), *International Perspectives in Social Work, Vol. 1, September 1995*.
7. Flaker, Vito, Kresal, Barbara, Mali, Jana, Milošević Arnold, Vida, Rihter, Liljana (2004), *Delo z dementnimi osebami – priprava modela obravnave oseb z demenco*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
8. Kos, Vesna (2005), *Zadovoljstvo stanovalcev in svojcev z bivanjem v domu »Danice Vogrinec« Maribor*. Diplomaska naloga. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
9. Marshall, Mary, Dixon, Mary (1996). *Social Work with Older People*. London: MacMillan.
10. Milošević Arnold, Vida (1997), *Institutional Care of the Elderly in Slovenia*. V: Nada Stropnik (ed.): *Social and Economic Effects of Aging Societies. An important social development issue. Biennial IUCISD Conference, Ljubljana, Slovenia*. 141-146.
11. Milošević Arnold, Vida (2002), *Can Social Worker Make a Difference?* Socrates/Erasmus Intensive Seminar, Seinejoki Polytechnics, March 2002. (1- 12)
12. Novak, Mojca (1998) *Konceptualna vprašanja preoučevanja kakovosti življenja*. V: Svetlik, *Kakovost življenja v Sloveniji*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
13. Peace, Sheila (1998), *Caring in Place*. V: Brechin, Ann, Walmsley, Jan, Katz, Jeanne, Peace, Sheila (1998), *Care Matters*. London: Sage Publications.
14. Stanley, Nicky, Mainthorpe, Jill, Penhale, Bridget, *Institutional Abuse* (1999). London: Routledge.

TELESNA OKVARA IN POTREBA PO POMOČI IN POSTREŽBI DRUGEGA V POKOJNINSKEM IN INVALIDSKEM ZAVAROVANJU

Bojan Žibrat

Izvleček

pogoje za pridobitev pravice do invalidnine in za pravico do dodatka za pomoč in postrežbo druge osebe pri ljudeh, ki zaradi svojega zdravstvenega stanja ne morejo več samostojno opravljati osnovnih življenjskih opravil, določa Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju. Prikazane so pravne podlage za ugotavljanje dodatnih pravic iz tega zavarovanja in potreba po pravilno in dobro pripravljeni medicinski dokumentaciji, na podlagi katere izvedenski organi Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije podajajo izvedenska mnenja.

Ključne besede: *pokojninsko in invalidsko zavarovanje; telesne okvare; potreba po pomoči in postrežbi drugega*

1. UVOD

Socialno zavarovanje je kot sistem zagotavljanja materialne varnosti zaposlenih delavcev in njihovih družinskih članov neločljiv del socialne varnosti ter obsega predvsem dajatve iz naslova osebnih in ekonomskih zavarovanih rizikov. To so storitve in dajatve iz:

- zdravstvenega zavarovanja,
- pokojninskega in invalidskega zavarovanja,
- zavarovanja za primer brezposelnosti.

Sistem obveznega pokojninskega in invalidskega zavarovanja temelji na 50. členu Ustave RS, ki določa, da imajo državljani pod pogoji, določenimi z zakonom, pravico do socialne varnosti, ter da država ureja obvezno zdravstveno, pokojninsko, invalidsko in drugo socialno zavarovanje ter skrbi za njihovo delovanje.

Pokojninsko in invalidsko zavarovanje temelji na določbah Zakona o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (ZPIZ-1), ki je v veljavi od 1. 1. 2000. Zakon ne odstopa od že uveljavljenih temeljnih načel, po katerih se morajo vsi zaposleni in samozaposleni vključiti v obvezno zavarovanje, iz katerega se jim na podlagi vzajemnosti in solidarnosti zagotavljajo pravice, ki so navedene v 4. členu tega zakona. To so:

- pravica do pokojnine:
 - starostna pokojnina,
 - invalidska pokojnina,
 - vdovska pokojnina,
 - družinska pokojnina,
 - delna pokojnina;
- pravice iz invalidskega zavarovanja (poklicna rehabilitacija, nadomestilo za invalidnost, premestitev in delo s krajšim delovnim časom od polnega, potni stroški);
- dodatne pravice:
 - pravica do invalidnine,
 - pravica do dodatka za pomoč in postrežbo,
 - varstveni dodatek k pokojnini;
- druge pravice:
 - pravica do odpravnine
 - pravica do oskrbnine
 - pravica do dodatka za rekreacijo
- pravica do državne pokojnine, ki pa ne izhaja iz zavarovanja:
 - prejemek, ki se ob dopolnitvi določene starosti zagotavlja osebam, ki niso dopolnile minimalne zavarovalne dobe za priznanje pravice do pokojnine niti po domačih, niti po tujih predpisih.

Podlago za ugotavljanje in priznanje pravice do:

- invalidnine daje VIII. poglavje ZPIZ-1,
- dodatka za pomoč in postrežbo pa VII. poglavje ZPIZ-1.

2. POSTOPEK ZA UVELJAVLJANJE PRAVIC

Postopek za pridobitev pravice do invalidnine in do dodatka za pomoč in postrežbo začne:

- zavarovanec,
- osebni zdravnik zavarovanca,
- zdravniška komisija.

Kadar osebni zdravnik zavarovanca podaja predlog za pridobitev le ene pravice iz zavarovanja, pripravi samo tisti obrazec, ki je namenjen temu konkretnemu predlogu:

- »Predlog za ugotovitev telesne okvare«, to je obrazec IZ-3,
- »Predlog za ugotovitev potrebe po pomoči in postrežbi«, to je obrazec IZ-2.

Iz tega dokumenta in iz priložene specialistične medicinske dokumentacije morajo biti razvidne:

- bolezenske spremembe ali poškodbe, zaradi katerih je bil sprožen postopek za uveljavljanje pravice,
- njihov vzrok,
- datumi nastanka zdravstvenih okvar in datumi zdravljenj teh stanj,
- funkcijsko stanje posameznih organov ali organskih sistemov.

Na podlagi predložene medicinske dokumentacije in osebnega pregleda zavarovanca poda izvedensko mnenje o obstoju telesne okvare ali o potrebi po stalni pomoči in postrežbi izvedenski organ Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije:

- invalidska komisija,
- zdravnik izvedenec posameznik.

Izvedenski organi zavoda delujejo po »Pravilniku o organizaciji in načinu delovanja invalidskih komisij ter drugih izvedenskih organov Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije«.

Izvidi in mnenja teh izvedenskih organov imajo posebno težo, saj so podlaga za izdajo odločbe o pravicah do invalidnine ali do dodatka za pomoč in postrežbo; organ, ki odloča o pravi, pa ne more odločati v nasprotju z njim ali drugače.

3. TELESNA OKVARA – INVALIDNINA

Invalidnina je mesečna denarna dajatev, ki jo lahko pridobi zavarovanec ali uživalec pokojnine zaradi telesne okvare, nastale med zavarovanjem ali v času uživanja pokojnine. Pravica do invalidnine se pridobi na podlagi telesne okvare kot samostojna ali kot dodatna pravica k drugi pravici iz invalidskega zavarovanja.

ZPIZ-1 je skoraj v celoti prevzel ureditev te pravice po prejšnjem zakonu.

Telesna okvara (TO) je podana, če nastane pri zavarovancu:

- izguba,
- bistvena poškodovanost,
- znatnejša onesposobljenost posameznih organov ali delov telesa, kar otežuje aktivnost organizma in zahteva večje napore pri zadovoljevanju življenjskih potreb, ne glede na to, ali ta okvara povzroča invalidnost ali ne.

Vrste in stopnje TO, na podlagi katerih se pridobi pravica do invalidnine, in odstotke teh okvar določa še nadalje »Samoupravni sporazum o seznamu telesnih okvar« (Uradni list SFRJ, št. 38/1983 in št. 66/1989).

Pogoji za pridobitev pravice do invalidnine so:

- ugotovitev vrste in stopnje TO po Seznamu telesnih okvar (STO),
- nastanek TO med zavarovanjem ali uživanjem pokojnine,
- ob nastanku TO izpolnjevanje pokojninske dobe, potrebne za pridobitev pravice do invalidske pokojnine (tega pogoja ni treba izpolnjevati, če je TO posledica poškodbe pri delu ali poklicne bolezni ali je nastala v času uživanja starostne ali invalidske pokojnine).

Invalidska komisija ali zdravnik izvedenec posameznik lahko ugotovi, da:

- je podana ena ali več TO in določi:
- njeno višino v odstotkih po točki ustreznega poglavja seznama telesnih okvar,
- datum nastanka TO,

- vzrok nastanka TO;
- gre za izgubo posameznega dela telesa ali trajno prizadetost funkcije, ki pa glede na ugotovljeni obseg prizadetosti ne dosega višine, po kateri je po STO mogoče določiti TO;
- TO ni v seznamu telesnih okvar;
- da TO še ni mogoče oceniti, ker zdravljenje in rehabilitacija še nista zaključeni.

Kot datum nastanka TO se določi datum, ko je zdravljenje končano:

- datum osebnega pregleda zavarovanca pred invalidsko komisijo oziroma pri zdravniku izvedencu posamezniku ali
- datum izvida zdravnika specialista, ki izkazuje zaključek zdravljenja ali
- datum nastanka poškodbe ali bolezni ali datum operacije, če je že takrat anatomska ali funkcijska okvara dokončna.

Datum nastanka TO je pomemben, ker s tem dnem zavarovanec pridobi pravico do invalidnine. Izplačilo invalidnine pa je odvisno od datuma vložitve zahtevka za pridobitev te pravice, zato se lahko razlikuje od datuma nastanka TO – zavarovancu je mogoče izplačati invalidnino največ za šest mesecev nazaj od prvega dne naslednjega meseca po vložitvi zahtevka.

Vzrok nastanka TO, ki je podan v izvedenskem mnenju, je pomemben zaradi ugotavljanja pravice do invalidnine in do višine mesečnega izplačila:

- kadar je vzrok TO poškodba pri delu ali poklicna bolezen, je pravica do invalidnine podana:
 - pri najmanj 30 % TO,
 - ne glede na dopolnjeno pokojninsko dobo;
- kadar je vzrok TO poškodba izven dela ali bolezen, pa:
 - pri najmanj 50 % TO,
 - če zavarovanec izpolnjuje pogoje za pridobitev invalidske pokojnine.

Razvrstitev v posamezne stopnje TO se opravi na podlagi medicinskih meril, upošteva odstotke in opise le tistih TO, ki so navedene v seznamu telesnih okvar.

TO so razvrščene v 8 stopenj, od katerih je 1. stopnja 100 % TO, 8. stopnja pa 30 % TO.

Višina invalidnine je odvisna od zneska osnove za odmero dodatnih pravic, ki je znesek najnižje pokojninske osnove za polno pokojninsko dobo, ki je veljal za december 1999, in ki se nadalje usklajuje po istem ključu kot pokojnine.

Kadar je TO posledica poškodbe pri delu ali poklicne bolezni, znaša odmera za 1. stopnjo (100 % TO) 24 % osnove, nato pa se za vsako stopnjo TO dodatek zmanjšuje za 2 %.

Kadar pa je TO posledica poškodbe izven dela ali bolezni, se invalidnina odmeri v višini 70 % invalidnine za isto stopnjo TO, katere vzrok izhaja iz dela.

Stopnja telesne okvare	% TO	% od zneska osnove iz 57. člena (poškodbe pri delu, poklicne bol.) in znesek od 01. 03. 2005		% od zneska osnove (poškodbe izven dela, bolezen) in znesek od 01. 03. 2005	
1. stopnja	100	24	20.363,00	16,8	14.254,11
2. stopnja	90	22	18.666,09	15,4	13.066,26
3. stopnja	80	20	16.969,18	14,0	11.878,43
4. stopnja	70	18	15.272,26	12,6	10.690,58
5. stopnja	60	16	13.575,34	11,2	9.502,74
6. stopnja	50	14	11.878,42	9,8	8.314,89
7. stopnja	40	12	10.181,51	-	-
8. stopnja	30	10	8.484,59	-	-

Poleg pravice do invalidnine imajo zavarovanci v zvezi s TO nekatere druge pravice in olajšave, ki so s finančnega stališča lahko pomembnejše.

Če je TO najmanj 70 % in je nastala v času obveznega zavarovanja, imajo zavarovanci pravico do prištete dobe in do znižanja starostne meje za pridobitev pravic.

Prišteta doba pomeni, da se za pridobitev in odmero pravic prišteje k zavarovalni dobi še ena četrtina dobe dejanskega zavarovanja, obenem pa se zniža tudi zahtevana starost za priznanje pravic za eno leto za vsaka štiri leta, prebita v zavarovanju.

Določene pravice na podlagi pravnomočne odločbe Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije o obstoju telesne okvare lahko zavarovanci koristijo tudi na podlagi drugih predpisov (npr. parkirni znak, RTV naročnina ipd.).

4. DODATEK ZA POMOČ IN POSTREŽBO

Dodatek za pomoč in postrežbo (DPP) je druga dodatna pravica iz naslova obveznega zavarovanja, ki temelji izključno na upoštevanju ugotovljenega zdravstvenega stanja zavarovanca in ni odvisna od materialnih razmer upravičenca.

DPP je mesečni denarni prejemek, ki ga lahko po zakonu pridobijo uživalci pokojnine in določeni zavarovanci s stalnim bivališčem v RS. Namenjen je plačilu dela stroškov, ki jih imajo zavarovanci in upokojenci, ki jim je za opravljanje osnovnih življenjskih potreb neogibna stalna pomoč in postrežba druge osebe:

- pri opravljanju vseh ali večine osnovnih življenjskih potreb,
- zaradi potrebe po stalnem nadzoru težjega psihiatričnega bolnika v domači oskrbi,
- zaradi slepote ali slabovidnosti,
- zaradi nepokretnosti,
- pri najtežje prizadetih zavarovancih.

V ZPIZ–1 je novost pravica do delnega DPP pri zaposlenih slabovidnih zavarovancih in pravica do DPP tudi slepih oseb, ki so zdravstveno zavarovane po drugem zavarovancu zavoda oziroma po upokojenecu. Zavarovanec oz. upokojenec, ki je pretežni del skupne zavarovalne dobe do pridobitve pravice do pokojnine dosegel v zavarovanju za ožji obseg pravic, nima pravice do DPP, razen slepih zavarovancev. Do DPP tudi niso upravičeni prejemniki državnih pokojnin.

Po določbi ZPIZ–1 je pomoč in postrežba zavarovancu neogibno potrebna za opravljanje **vseh** osnovnih življenjskih potreb, kadar zaradi trajnih sprememb v zdravstvenem stanju ne more zadovoljevati osnovnih življenjskih potreb, ker:

- se ne more samostojno hraniti (prinašanje in priprava hrane nista vzrok za pridobitev pravice do DPP);
- se niti ob osebnih prizadevanjih in ob pomoči ortopedskih pripomočkov ne more samostojno gibati v stanovanju in izven njega;
- se ne more oblačiti in slačiti;
- se ne more obuvati in sezuvati;
- ne more skrbeti za osebno higieno (umivanje pri umivalniku, ne kopanje);
- ne more opravljati drugih življenjskih opravil, neogibno potrebnih za ohranjanje življenja.

Pomoč in postrežba je zavarovancu neogibno potrebna za opravljanje večine osnovnih življenjskih potreb, kadar zaradi trajnih sprememb v zdravstvenem stanju ne more zadovoljevati večine osnovnih življenjskih potreb, ali kadar potrebuje kot težji psihiatrični bolnik v domači negi stalno nadzorstvo.

Za najtežje prizadete upravičence do DPP se štejejo osebe, ki potrebujejo za stalno izvajanje zdravstvene nege 24-urni nadzor svojcev (laično pomoč) in obvezno strokovno pomoč (najmanj zdravstvenega tehnika). Po sklepu predsednikov IK 11. 11. 1999 se kot stalna strokovna pomoč in nega šteje tudi nega, ki jo prizadeti osebi nudijo svojci – laiki, če so se v konkretnem primeru za izvajanje zdravstvene nege priučili in jo opravljajo pod nadzorom zdravnika oz. patronažne medicinske sestre, ki naj podata o tem ustrezno poročilo. Stalno izvajanje zdravstvene nege pomeni vsakodnevno izvajanje strokovne zdravstvene nege.

Na osnovi določil zakona so sestavljena vprašanja v obrazcu IZ–2 (»Predlog za ugotovitev potrebe po pomoči in postrežbi«), na katera mora obvezno odgovoriti osebni zdravnik zavarovanca, navesti pa mora tudi, katere storitve strokovne nege so zavarovancu potrebne in kolikokrat na dan/teden, kot npr. nega preležaninskih razjed, nega umetne telesne odprtine, kot so to traheostoma, gastrostoma ali kolostoma, nastavitev i.v. infuzij, i.v. oz. i.m. terapija, odvzem krvi za laboratorijske preiskave, nastavitev nazogastrične sonde, klizma ali

drugo. Odgovori naj temeljijo na poznavanju dejanskega stanja zavarovančevih sposobnosti.

DPP se odmeri od osnove za odmero dodatnih pravic in znaša:

- toliko kot osnova za najtežje prizadete zavarovance;
- 70 % osnove, če je podana potreba po tuji negi in pomoči za opravljanje vseh osnovnih življenjskih potreb (OŽP);
- polovico tega zneska pri potrebi po pomoči pri opravljanju večine OŽP.

Vrsta DPP	Znesek SIT od 1. 3. 2005
- za večino OŽP	29.696,06
- za vse OŽP	59.392,12
- za najtežje prizadete	84.845,88

Pravica do DPP gre zavarovancu od dne, ko je nastala potreba po pomoči in postrežbi, izplačuje pa se največ od prvega dne naslednjega meseca po vložitvi zahteve in še za šest mesecev nazaj.

Višina osnove za odmero dodatnih pravic (invalidnina, dodatek za pomoč in postrežbo) se spreminja ob vsakokratni uskladitvi pokojnin.

Literatura

1. *Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju. Uradni list RS, št. 106/99 in 72/2000.*
2. *Pravilnik o organizaciji in načinu delovanja invalidskih komisij ter drugih izvedenskih organov Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije. Uradni list RS, št. 90/2000.*
3. *Samoupravni sporazum o seznamu telesnih okvar. Uradni list SFRJ, št. 38/83 in 66/89.*
4. *Sklep o kriterijih in merilih, kdaj je psihiatričnim bolnikom potrebno stalno nadzorstvo. Uradni list RS, št. 50/2000.*
5. *Sklep o kriterijih za ugotavljanje zmanjšanja zmožnosti premikanja zavarovancev za najmanj 70 %. Uradni list RS, št. 50/2000.*
6. *Sklep o dodatku za pomoč in postrežbo za najtežje prizadete upravičence. Uradni list RS, št. 77/98.*
7. *Belopavlovič N, Cvetko A, Kalčič M, Kuhelj J, Plavšak N, Rangus B. Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju s komentarjem. Ljubljana: Gospodarski vestnik, Inštitut za delovna razmerja, 2000.*
8. *Rus M., Telesna okvara in potreba po pomoči in postrežbi drugega v invalidskem zavarovanju. Zdravstveno varstvo 2002.*
9. *Žibrat B., Pravice iz invalidskega zavarovanja. Kolorektalni karcinom, Zbornik predavanj, Maribor, 2003.*

Založila in izdala:

Oblikovanje,
računalniški prelom in tisk:

Izšlo:

Naklada:

Splošna bolnišnica Maribor, Ljubljanska
ulica 5, Maribor

Tabula, Tadej Kajzer s.p.
2005

500 izvodov