

Kakovostna starost

REVIJA ZA GERONTOLOGIJO IN MEDGENERACIJSKO SOŽITJE
LETNIK 16 (2013), ŠTEVILKA 4



INŠTITUT ANTONA TRSTENJAKA

KAKOVOSTNA STAROST

letnik 16, številka 4, december 2013

KAZALO

UVODNIK (INTRODUCTORY)

- 1 Jože Ramovš

ZNANSTVENI IN STROKOVNI ČLANKI (SCIENTIFIC AND EXPERT ARTICLES)

- 3 Ksenija Ramovš: Medgeneracijsko sožitje in solidarnost
- 34 Irena Brovet Zupančič: Vid in očesne bolezni pri starejših

IZ GERONTOLOŠKE LITERATURE (REVIEW OF GERONTOLOGICAL LITERATURE)

- 42 Starejši na trgu dela (Tina Lipar)
- 44 Strategija oskrbe umirajočih (Tina Lipar)
- 51 Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013-2020 (Maja Rant)
- 57 Stari starši v odnosih z vnuki in njihovimi starši (Jože Ramovš)
- 61 **Drobci iz gerontološke literature** (Tina Lipar)
- 68 **Slovenska periodika o starosti** (Tina Lipar)
- 70 **Dogodki** (Mojca Slana)

GERONTOLOŠKO IZRAZJE (GLOSSARY OF GERONTOLOGY TERMS)

- 71 Hospic (Tina Lipar)
- 72 Umiranje (Jože Ramovš)
- 73 Žalovanje (Jože Ramovš)
- 74 Minljivost (Jože Ramovš)
- 74 Izpuščanje (Jože Ramovš)
- 74 Spremljanje (umirajočih in žalujočih) (Jože Ramovš)

SIMPOZIJI, POSVETI (SYMPOSIUMS, WORKSHOPS)

- 75 Posvet o paliativni oskrbi (Tina Lipar)

STAROSTI PRIJAZNA MESTA IN OBČINE (AGE-FRIENDLY CITIES AND RURAL COMMUNITIES)

- 80 Predstavitve irske nacionalne strategije staranja prebivalstva (Beata Akerman)

INTERVJU (INTERVIEW)

- 83 Tatjana Fink, Jože Ramovš, Tina Lipar: Spremljanje umirajočih in žalujočih – nenadomestljiva izkušnja za človekov razvoj

IZ MEDGENERACIJSKIH PROGRAMOV (REFLECTIONS FROM THE INTERGENERATIONAL PROGRAMMES)

- 95 Osvežitveni tečaj za prostovoljce – voditelje skupin (Tina Lipar)

Slika na naslovnici: Tatjana Fink, vodja hiše hospica in predsednica slovenskega društva Hospic

Ali sodita umiranje in žalovanje v celovit nacionalni sistem dolgotrajne oskrbe? Slovenska revija za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje namreč že nekaj let iz številke v številko prinaša prispevke z domačimi in tujimi spoznanji, političnimi rešitvami in praktičnimi izkušnjami, da bi tlakovala pot pripravi in sprejemu sodobnega nacionalnega sistema dolgotrajne oskrbe, njegovemu kakovostnemu razvoju in vzdržnemu financiranju. Ostajamo v tej številki s prispevki o umiranju in žalovanju zvesti tej usmeritvi?

Smrt, poslavljanje od dragih pokojnih z žalovanjem in spoštovanje mrtvih je tista meja človeškega sožitja in solidarne skrbi za šibke člane človeške skupnosti, ki jo je treba brezpogojno varovati in zanjo skrbeti. Kadarkoli je družba zanemarila to temeljno pravilo skupnega svetovnega človeškega etosa, so vsi ljudje, še posebej mladi, izgubili varnost, dostojanstvo in pogoje za razvoj. Primerov za to je dovolj v zgodovini kultur, ki so propadle; ta izkušnja je pronicljivo formulirana v umetniški besedi (npr. Antigona); največji obseg razčlovečenja smrti in žalovanja se je godil v 20. st. s koncentracijskimi taborišči, gulagi, hudimi jamami in represivno varovanim molkom o »izginulih«.

Raven kulture v odnosu do umiranja je barometer za merjenje, kako kakovostno se razvijata življenje in sožitje. Svetovno znani poznavalec smiselnega življenja in terapevt v primerih obolenega doživljanja smiselnosti Viktor E. Frankl (1905-1997) je ugotavljal, da je zavest o človekovi minljivosti najmočnejša motivacija za kakovostno uporabo časa, ki ga ima človek v življenju. Vsakomur se z vsakim dnem manjša preostanek časa; zavest, da danes živim *prvi dan preostanka svojega časa*, me nagiba, da ga ne preživim prazno. Izrivanje zavedanja o smrti povzroča zlasti po upokojitvi značilen motivacijski primanjkljaj, ki se kaže bodisi v aktivizmu navidezno vitalnih starostnikov – praviloma zelo težavnih za bližnje – bodisi v malodušju, pasivnosti in begu v katero od omam. Oboje je značilna starostna patologija, ki otežuje zdravo in dostojanstveno staranje ter sožitje s svojo in mlajšima generacijama. Zavest, da je vsa kakovost mojega življenja nadgradnja stavbe, ki so jo gradili predniki, pa človeka navdaja s hvaležnim spoštovanjem mrtvih. Človek je za človeka vrednost, ki s smrtjo ne pade. Čuteče spremljanje umirajočih, žalovanje ob njihovi smrti in spoštovanje mrtvih je nenadomestljiv pogoj za humano sožitje živih.

V naslednjih desetletjih upamo na mir in nadaljnji razvoj demokracije ter kakovosti življenja. Gotovo pa bomo soočeni z nalogami ob množičnem staranju prebivalstva. Povečan delež onemoglih ljudi ter pogostejše srečevanje z umiranjem kot z rojevanjem bo neizbežno vsakdanje dejstvo. Prva naloga sodobnega sistema dolgotrajne oskrbe je poskrbeti za razvoj različnih programov za humano oskrbovanje in nego onemoglih starih ljudi ter za dostopnost oskrbe z vzdržnim financiranjem, druga naloga pa je od prve neločljiva: poskrbeti za sodobne programe spremljanja umirajočih in žalujočih ter z informiranjem ozaveščati prebivalstvo o tem. Če sodobni sistem dolgotrajne oskrbe ne bo znal – povedano v prispodobni – dostojno pokopavati mrtvih, tudi živih ne bo znal dostojno oskrbovati; in če tega dvojega ne bomo znali, se tudi proizvodno-potrošni sistemi ne bodo razvijali v prid človeku, ampak proti njemu. Kot vedno v zgodovini, se tudi tu sredi največje potrebe pojavlja dobra rešitev. To je sodobni hospic – civilno gibanje za spoštljiv človeški odnos do smrti, za humano spremljanje umirajočih in žalujočih. Vanj so vključena najboljša sodobna znanja o človeku in družbi ter širok krog strokovnjakov in ustanov različnih disciplin.

V pričujoči številki je največ prispevkov posvečenih umiranju in žalovanju: obsežen pogovor z vodjo slovenskega hospica Tatjano Fink, prikaz angleške strategije o oskrbi umirajočih, strokovni izrazi s tega področja (hospic, umiranje, žalovanje, minljivost, izpuščanje, spremljanje umirajočih in žalujočih), poročilo s posveta o paliativni oskrbi, ki je po tematiki najbližje umiranju, več drobcev iz svetovne gerontološke literature. Seveda boste našli tudi prispevke z drugih področij; omenimo tri: raziskovalni članek o medgeneracijskem sožitju in solidarnosti, pregled zdravstvenih spoznanj o vidu in očesnih boleznih v starosti ter prikaz resolucije o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje od 2013 do 2020.

KAKOVOSTNA STAROST *GOOD QUALITY OF OLD'AGE*

Revija za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje

Izdajatelj in založnik / Publisher

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

ISSN 1408 – 869X

UDK: 364.65-053.9

Uredniški odbor / Editors

dr. Jože Ramovš (urednik)

Tina Lipar

Uredniški svet / Editorial Advisory Board

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

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

dr. Simona Hvalič Touzery (*Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice*)

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

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

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

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

mag. Ksenija Ramovš (*Inštitut Antona Trstenjaka*)

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

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

Mednarodni uredniški svet / International Advisory Board

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

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

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

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

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

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

Pregled besedila: Polona Marc

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

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

Tisk: Itagraf d.o.o. Ljubljana

Cena: letnik 20 €, posamezna številka 6€

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

E-pošta: info@inst-antontrstenjaka.si

Revija Kakovostna starost v letu 2013 sofinancira ARRS

Ksenija Ramovš

Medgeneracijsko sožitje in solidarnost

POVZETEK

Medgeneracijsko sožitje in solidarnost med generacijami sta med najbolj pogostimi pojmi današnje razprave o staranju prebivalstva. V naši obsežni reprezentativni raziskavi o potrebah, možnostih in stališčih prebivalcev Slovenije, ki so stari 50 let in več, se je veliko vprašanj nanašalo na različne vidike medgeneracijske povezanosti. Nekatera so obdelana v poglavjih o oskrbi, sobivanju, srečnosti, prostovoljskem druženju, premoženjskem stanju in drugih. V tem poglavju smo z vidika današnjih znanstvenih teorij in političnih pogledov pojasnili pojme medgeneracijske solidarnosti, medgeneracijskih odnosov in drugih pojmov, ki so z njima povezani. Kvantitativno in kvalitativno pa smo obdelali stališča anketirancev o tem, koliko imajo mlada, srednja in upokojenska generacija med seboj lepih osebnih stikov, kaj jih povezuje in kaj razdvaja, koliko svojih življenjskih izkušenj in spoznanj menijo, da lahko predajajo mlajšim, ter solidarnost v obliki sosedске pomoči. Najbolj pogosto so navedli izkušnjo, da starejši in mlajši drug drugega enako dobro razumejo (40,6 %), sledijo izkušnje, da starejši bolje razumejo mlajše (37,2 %), da ne mlajši ne starejši drug drugega ne razumejo (18,7 %) in da mlajši bolje razumejo starejše kot starejši mlajše (3,6 %). Analiza po spolih in starostnih skupinah 50 do 64 ter 65 let in več pa kaže pomembne razlike. Starejše ženske so najbolj prepričane v svoje razumevanje mladih, mlajše ženske najmanj, obenem pa mlajše izstopajo po zaupanju v mlade glede razumevanja starejših in izrazito tudi v pesimistični izkušnji, da ne mlajši ne starejši drug drugega ne razumejo. Možni razlogi za posebnost skupine mlajših žensk so: najbližje so svojim odraščajočim otrokom, največ oskrbujejo ostarele, spadajo v samouresničitveno baby-boom generacijo, preživljajo krizo srednjih let. Zelo spodbudne ugotovitve daje analiza stališč, ali bi bilo potrebno, da se starejši ljudje v posebnih programih učijo razumeti mlade in z njimi komunicirati. Temu pritrjuje 77,2 % raziskane populacije; tisti, s pesimistično izkušnjo, da ne mlajši ne starejši ne razumejo drug drugega, se za usposabljanje v medgeneracijskem komuniciranju ne zavzemajo manj kot vsi drugi. Pri kvalitativni analizi odgovorov na vprašanja, "po čem vi ugotovite, da se mladi in starejši razumejo", oziroma "ne razumejo", najbolj izstopa pogovor; sledijo kategorije lep odnos, prijaznost, spoštovanje, sodelovanje, druženje ipd. Kategorizacija nad tisoč odgovorov na ti dve vprašanji daje izčrpen oris dobre in slabe medgeneracijske komunikacije. Odgovori o pogostosti lepih stikov z mlado, srednjo in upokojensko generacijo so pokazali, da imajo starejši prebivalci Slovenije največ lepih stikov s srednjo generacijo, ki je stara med 25 in 60 let (povprečno pred 9,3 dnevi), najmanj z ljudmi po 60. letu starosti (povprečno pred 129 dnevi), lep stik z mladimi med 15 in 25 leti so imeli povprečno pred 26 dnevi. Glede predajanja svojih življenjskih izkušenj in spoznanj mlajšim jih polovica meni, da jih drugi od njih prevzemajo malo, desetina, da jih ne prevzemajo nič, dobra tretjina pa meni, da veliko. Sosedu bi takoj nudilo pomoč, če bi jo potreboval, nad 90 % raziskane populacije, komaj kak odstotek manj pa meni, da bi to storil tudi njemu kateri od sosedov.

Ključne besede: generacije, življenjski potek, celota življenja, medgeneracijska solidarnost, medgeneracijski odnosi, medgeneracijska komunikacija, medgeneracijski konflikt, medgeneracijske izmenjave, sosedska pomoč

AVTOR: *Ksenija Ramovš* je mag. sociologije in diplomirana socialna delavka. Kot direktorica vodi Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje. V gerontologiji in medgeneracijskem sožitju se posveča predvsem razvoju in uvajanju modela za usposabljanje družinskih oskrbovalcev in mreži preventivnih krajevnih programov za zdravo, aktivno in dostojanstveno staranje. Med raziskovalnimi rezultati izstopa odkritje navidezno vitalnih starih ljudi, ki je pomembno za usposabljanje medgeneracijskih prostovoljcev in oskrbovalcev starih ljudi. Nad dve desetletji dela na področju alkoholizma terapevtsko, pedagoško, raziskovalno in akcijsko razvojno, pri čemer je ustvarila nov model prijateljskih skupin zdravljenih alkoholikov, v okviru preventive pa model skupin mladih za zdravo življenje in dobre medčloveške odnose.

ABSTRACT

Intergenerational coexistence and solidarity

Intergenerational coexistence and solidarity between generations are among most frequent current debate issues on ageing. In our large-scale representative survey on the needs, potentials and viewpoints of Slovene population aged 50 years and over, many questions referred to different aspects of intergenerational relationship. Some are discussed in chapters on elderly care, on living together or alone, happiness, volunteering companionship, financial situation and others. In this chapter the concepts of intergenerational solidarity, intergenerational relations and other related concepts are explained from actual scientific theories' and political point of view. Qualitatively and quantitatively are analyzed the respondents' views on how many nice personal contacts among themselves have young generation, middle generation and pensioners' generation, what connects and what separates them, and on how many of their experiences and knowledge they believe are able to transfer by themselves to younger generation; and the solidarity in the form of neighbourhood assistance. The most often mentioned was the experience that the older and the younger understand each other equally well (40.6%), it is followed by the experience that older people better understand younger (37.2%), that neither younger nor older people understand each other (18.7 %) and that young people better understand old people than vice versa (3.6%). Analysis by gender and by the age groups 50–64, and 65 years and over shows significant differences. The most convinced of their understanding of young people are older women, while younger women are the least convinced of it and meantime it is outstanding their trust in young people's understanding of older people. Notable is also pessimistic experience of younger women that neither younger nor older people understand each other. Possible reasons for the peculiarity of younger women's group are: they are closest to their growing children, they are main caregivers of the elderly, and they belong to the self-realizing baby-boom generation, and are experiencing a midlife crisis. Very encouraging are the findings from standpoint analysis, namely 77.2% of study population agreed with the statement that it would be necessary for older people to learn in special programmes how to understand young people and how to communicate with them; those with a pessimistic experience that neither young nor old people understand each other,

do not occupy less than everyone else for training in intergenerational communication. In qualitative analysis of the answers to the questions on how they find out that young and old people understand each other, or not, conversation is in the first place, it is followed by good relationship category, kindness, respect, cooperation, companionship, etc. Categorization of thousands of answers to these two questions gives a comprehensive outline of good and bad intergenerational communication. Answers on the frequency of nice contacts with young generation, middle generation and pensioners' generation have shown that older people in Slovenia have most of their nice contacts with the middle generation, aged from 25 to 60 years (on average 9.3 days ago), and the least with the people aged over 60 years (on average 129 days ago), while a nice contact with young people aged from 15 to 25 years they had on average 26 days ago. Regarding transfer of life experiences and knowledge from them to younger people, half of the respondents feel that there are few young people accepting their life experiences and knowledge, one-tenth of respondents mean that younger people accept nothing, and a good third of respondents mean that young people accept a lot of experiences and knowledge from them. More than 90% respondents would immediately offer help to a neighbour if he/she needed it, and hardly any percent less than 90% of respondents believe that any of their neighbours would do the same to them.

Keywords: generations, life course, the entirety of life, intergenerational solidarity, intergenerational relations, intergenerational communication, intergenerational conflict, intergenerational exchanges, neighbourhood assistance

***AUTHOR:** Ksenija Ramovš has a master's degree in sociology and a bachelor's degree in social work. As a director she manages Anton Trstenjak Institute for Gerontology and Intergenerational Relations. In the area of gerontology and intergenerational relations she devotes herself mostly to the development of family carers' training model and its implementation, and to local preventive programmes' network for healthy, active and dignified ageing. Among her research results there is outstanding the discovery of seemingly vital old people, which is important for the training of intergenerational volunteers and for caregivers of the elderly. For more than two decades she has been working in the field of alcoholism as a therapist, pedagogue, researcher and in action development, where she created a new model of friend groups of treated alcoholics, and in the context of prevention, the model of healthy life groups and good interpersonal relations for the youth.*

1. UVOD

Kaj je medgeneracijsko sožitje in kaj medgeneracijska solidarnost sta vprašanji, na kateri se odgovori nenehno spreminjajo, odvisni so od osebnega doživljanja, to pa od življenjskega obdobja, v katerem človek je, od njegovega mikro okolja pa tudi od kulturnih, političnih in gospodarskih razmer, v katerih posameznik ali skupina živi. Medgeneracijsko sožitje je imelo npr. pred dva tisoč leti drugačno obliko kakor danes, ni pa danes nič manj pomembno.

Sožitje se razvija podobno kot ekologija. Danes se dobro zavedamo številnih okoljskih vprašanj in ponovno odkrivamo svojo odvisnost od narave, medtem ko je bila v nedavni

preteklosti industrijska miselnost brezbrizna do varstva narave. Ko danes govorimo o pogojih za srečo in kakovostno staranje, je vsestranska osebna neodvisnost povsem v ospredju potreb (Ramovš J., 2003). Paradoks osebne neodvisnosti pa je v tem, da je njen pogoj ravnotežje med odvisnostjo in neodvisnostjo, med individualnostjo in kolektivnostjo; o tovrstnih antropoloških polaritetah je pisal Anton Trstenjak, ki je leta 1954 napisal prvo sistematično knjigo o medčloveškem sožitju (Trstenjak, 1954). Kakovostno staranje posameznika je v veliki meri odvisno od medsebojnega razumevanja med ljudmi. Ker pa ima večina starejših od 50 let – to kažejo tudi rezultati naše raziskave – pogoste stike z drugimi generacijami (več kot 60 % z vsemi tremi), to pomeni, da je kakovostno staranje odvisno tudi od razumevanja med generacijami.

V naši raziskavi se je veliko vprašanj nanašalo na različne oblike medgeneracijskega sožitja in solidarnosti. V tem poglavju knjige bomo osvetlili odgovore na vprašanja o pogostosti lepih medgeneracijskih osebnih stikov, kaj jih povezuje in kaj razdvaja, o sosedski pomoči in o prenosu izkušenj ter znanj iz starejše na mlajše generacije. Pred prikazom in analizo teh rezultatov raziskave pa smo navedli širšo teoretično osnovo spoznanj in političnih pogledov s tega področja; medgeneracijsko sožitje in solidarnost sta namreč v današnjih razmerah zelo aktualna pojma, ki sta pri nas še skromno obdelana.

2. POJMI O MEDGENERACIJSKEM SOŽITJU V LUČI TEORIJ IN POLITIČNIH USMERITEV

2.1. GLOBALNI POLITIČNI POGLEDI NA MEDGENERACIJSKO SOLIDARNOST

Preden definiramo osnovne pojme tega poglavja, se ustavimo pri globalnem pomenu medgeneracijske solidarnosti, kakor so jo predstavili Združeni narodi v poročilu *Mladi ljudje v globaliziranem svetu* (United Nations, 2003). Poudarek v poročilu je na ohranjanju produktivnih in koristnih odnosov za vse generacije, prikazuje pa tudi zgodovinski razvoj globalnih prizadevanj za medgeneracijsko sožitje. Na naslednjih straneh ga povzemamo, saj je po desetih letih še vedno enako aktualno.

Gospodarske, socialne, kulturne, politične in demografske spremembe vplivajo na tradicionalno družino, družbene strukture in medgeneracijske odnose. Potrebne so prilagoditvene politike, ki upoštevajo nove razmere, s posebnim poudarkom na razvoju novih gospodarskih in družbenih priložnostih, krepitvi vzorcev vzajemnosti in izmenjavi ter ohranjanju vzajemnih podpornih struktur. Potrebna so pogajanja za medgeneracijsko pogodbo, ki bo zajela medgeneracijsko razsežnost in bo podprla prispevke in možnosti za krepitev povezanosti in soodvisnosti med starostnimi skupinami. Solidarnost med generacijami na vseh ravneh (v družinah, skupnostih in med narodi) je bistvenega pomena za doseganje enakopravne družbe za vse starosti.

V mnogih državah povzročata hitro starajoče se prebivalstvo in padec rodnosti temeljne spremembe v družbah. Velik vpliv na družbene spremembe ima tudi spreminjanje pričakovane življenjske dobe. Mnogi starejši ljudje živijo aktivno v pozno starost, kontinuirano prispevajo svojim družinam in skupnostim, deležni so večjega priznanja in rušijo stereotipe

o starosti. Mladim ljudem je potrebno omogočiti možnosti za prevzemanje družbene odgovornosti ter vključevanje v družinske in družbene mreže, ki so pomembne za zagotavljanje neformalne skrbi za svoje člane. Družina je pod vse večjim pritiskom. Ekonomske zahteve ali spodbude povzročajo v večini družb naraščanje števila žensk, ki izstopajo iz tradicionalne vloge nezaposlenih gospodinj in vstopajo na trg delovne sile.

Do sredine tega stoletja bodo stari in mladi tvorili enak delež svetovnega prebivalstva. V svetovnem merilu se je podvojil delež ljudi, starih 60 let in več, in bo naraščal od 10 do 21 odstotkov med letoma 2000 in 2050. Delež otrok se bo znižal za tretjino, to je s 30 na 21 odstotkov.

Združeni narodi so ob navedenih dejstvih leta 2002 na drugi svetovni skupščini o staranju v Madridu sprejeli politično izjavo in *Madridski akcijski načrt o staranju* (United Nations, 2002); pred tem je bil na prvi svetovni skupščini o staranju sprejet *Dunajski akcijski načrt o staranju*. Primerjava teh dveh dokumentov razkriva zelo različne pristope k staranju prebivalstva. Dunajski načrt se je zavzel za bolj tradicionalen pristop k blaginji starejših, ki je bil smiseln za obdobje, v katerem je bil sprejet, to je v času razcveta blaginje v zahodnih državah in razpadu nekdanje Sovjetske zveze. Madridski načrt je bil razvojno naravn, osredotočen je bil na staranje družbe in ne le na posameznike, njegov poudarek je politično aktivno vključevanje starejših ljudi.

Leto 1999 je kot *Mednarodno leto starih ljudi* uveljavljalo geslo: *družba za vse starosti*; to je bilo nadaljevanje *Svetovnega vrha za socialni razvoj* (1995) pod geslom: *družba za vse – vključujoča družba*. Mnogi so v *Svetovnem vrhu za socialni razvoj* videli prelomni dogodek, ker je na globalni ravni aktivno pristopil k perečim socialnim vprašanjem. Medgeneracijska vprašanja in koncepti so vključeni tudi v *Kopenhagenski deklaraciji o socialnem razvoju* in v akcijskem programu, vendar v manjšem obsegu. Vse naštetu je bila podlaga za *Madridski akcijski načrt*. Ta je vseboval tudi vprašanje o pomenu sorodstvenih vezi. Sklicuje se na dejstvo, da se v veliki meri vzdržujejo in ohranjajo tesne družinske vezi, h katerim kljub velikim družbenim spremembam prispevajo vse generacije.

Načrt poziva vse družbene sektorje, da si prizadevajo za krepitev vezi, ki spodbujajo dialog in solidarnost v družinah in skupnostih, ter k zagotavljanju posebne pomoči družinskim oskrbovalcem. Ena izmed osrednjih tem *Madridskega načrta* je bila priznanje pomena družine, medgeneracijske soodvisnosti, solidarnosti in vzajemnosti za družbeni razvoj. Načrt spodbuja zaščito človekove pravice in temeljne svoboščine, vključno s pravico do razvoja, da bi dosegli družbo za vse starosti. Pomanjkljivost madridskega akcijskega načrta pa je bila v tem, da sredstva za doseganje tega cilja niso bila jasno opredeljena in so prepogosto ostala neuresničena.

Leta 2005 je bila sprejeta pomembna *zelena knjiga EU* z naslovom *Odziv na demografske spremembe: nova solidarnost med generacijami* (Svet EU, 2005). Tudi ta izhaja iz demografskih sprememb, zaradi katerih bo vedno manj mladih in odraslih, vedno več pa starajočih se delavcev, upokojencev in ostarelih. *Naše družbe*, je zapisano v njej, *bodo morale najti nove načine za izkoriščanje potenciala rasti, ki ga predstavljajo mlade generacije in starejši državljani. Za obvladovanje teh sprememb bo potreben prispevek vseh udeležencev: razviti se morajo nove oblike solidarnosti med generacijami z medsebojno podporo in prenosom znanja in izkušenj.*

Če se vrnemo k prej omenjenemu poročilu *Mladi ljudje v globaliziranem svetu* (UN, 2003), je v njem zapisana tudi kritika, da se dokumenti in publikacije, ki so namenjeni mladim in otrokom, premalo sklicujejo na pomen medgeneracijskih odnosov. Države članice Združenih narodov molčijo o medgeneracijskih odnosih, ko se razpravlja o vprašanih mladih. To kaže na stališče družb, da bolj potrebujejo starejši ljudje mlade, kot mladi starejše. Na splošno pa velja, da je prišlo v preteklih letih v vseh družbah do premika v medgeneracijskih razmerjih. Razprave o razlogih za to so običajno osredotočene na dve možnosti: (a) da je to posledica spreminjanja prepričanj in vrednot, ki so vplivale na vlogo družine in odnose med njenimi člani, in (b) da je to posledica socialno-gospodarske preobrazbe, ki je privedla do sprememb v institucionalni ureditvi družinskega življenja in družinskih razmerij.

Razširjene družinske strukture so značilne za številne države v razvoju. V teh družinah je poudarek na družinski pridelavi hrane in proizvodnji. Temeljijo na šibkih čustvenih vezeh med ožjimi družinskimi člani in močno vpetostjo v širše sorodstveno omrežje. Upad družinske proizvodnje prinaša premik v stališčih in nekaterih vrednotah družin. Povečuje se pomen izobraževanja, ki je odskočna deska do bogastva, moči in znanja. Mlade družine se selijo v urbana središča, so bolj neodvisne od starejših. V tradicionalnih okoljih je to pogosta motnja za medgeneracijski dialog in interakcije, hkrati pa prinaša nove prakse. Starši več vlagajo v otroke in njihovo izobraževanje. Starejši izgubljajo tudi nadzor nad proizvodnimi sredstvi. S tem sovпада padec rodnosti.

Drugi trdijo, da so demografske spremembe niso povezane le s spremembami vrednot, ampak tudi s spreminjajočim se socialno-ekonomskim okoljem, ki vpliva na družinsko strukturo in odnose. Bivanje starejših ljudi v razširjeni družini samo po sebi ni pokazatelj dobrega medgeneracijskega sožitja ali solidarnosti, ampak je odraz širših družbenih in kulturnih procesov, ki uravnavajo življenje celotne družbe in posameznikov. Med temi vplivi je bila najpomembnejša spremenjena vloga žensk in njihova večja udeležba na trgu delovne sile v razvitih državah. Posledica dosedanjega razvoja so različne oblike družin, ki jih v obdobju demografskih sprememb zakonodaje različnih držav različno opredeljujejo.

Mnogi so prepričani, da so zgoraj navedeni razlogi vzrok za spremembe v medgeneracijskih odnosih, ki vplivajo na oblikovanje generacij ter spolna, ekonomska in druga razmerja med njimi.

V nadaljevanju poročila *Mladi ljudje v globaliziranem svetu* je naveden sociolog Alan Walker, ki trdi, da oblikovalci politik niso razumeli temeljnega pomena medgeneracijske solidarnosti, temveč ga dojemajo le kot finančno-rabni odnos. Medgeneracijska pogodba mora poleg gospodarske dimenzije nujno vsebovati tudi etično, ki je pomembna za socialno kohezijo v družbah, ker zagotavlja socialno varnost vsem državljanom, ne glede na premoženjski status. Walker meni, da je spodbujanje odgovornosti posameznika za lastno starost kot prevladujoča usmeritev v politiki lahko nevarna, ker poslabšuje splošno socialno kohezijo in ker lahko vodi k zmanjšanju medgeneracijske solidarnosti. Razmišljanja in usmeritve, da so socialne investicije in izobraževanje predvsem za mlade, izhajajo iz stare paradigme družbe treh generacij. V sedanjem hitro razvijajočem se svetu dolgožive družbe živijo hkrati štiri ali celo pet generacij, zato je potrebno pri prizadevanjih za ohranitev medgeneracijske solidarnosti upoštevati koncept enovitosti človeškega življenja in

oblikovati novo medgeneracijsko pogodbo. Medgeneracijsko soodvisnost in vzajemnost odraža pojem *skupno dobro*. Ta koncept je lahko plodna podlaga socialnih politik pri zagotavljanju socialnih storitev.

Medgeneracijsko sožitje in solidarnost sta občutljiva in zelo pomembna temelja socialnih držav in družbe blaginje. Medgeneracijsko sožitje v družbi pa ni samoumevna danost, temveč večdimenzionalni sklop strateških prizadevanj za skupno dobro.

Medgeneracijskega sožitja ni brez generacij. Značilnosti generacij in sodobni pogledi nanje so pomembne teme za razumevanje medgeneracijskih odnosov, zato jim v nadaljevanju posvečamo nekaj več pozornosti.

2.2. Generacijske teorije

Soočnje z medgeneracijskimi vprašanji in raziskovanje potencialov medgeneracijskega sožitja je bil eden izmed namenov naše raziskave. Sedaj bomo nekoliko osvetlili, kaj so generacije in kakšni so pogledi nanje.

Pojem generacij je opredeljen v reviji *Kakovostna starost* v rubriki gerontološko izrazje (Ramovš J., 2010); to opredelitev v nadaljevanju povzemamo.

Izvor besede *generacija* je po Vrbinčevem slovarju tujk latinska beseda *genus* – rod, ki med drugim pomeni pokolenje; pripadniki enega rodu; posamezniki, ki živijo približno v istem času. V okviru gerontologije in vede o medgeneracijskem sožitju pojem generacija pomeni družbeno skupino pripadnikov vsakega od treh življenjskih obdobjev – mladosti, srednjih let in starosti.

1. **Mlada generacija** (*imenovana tudi prva generacija*) so mladi ljudje od začetka življenja do starosti, ko se povprečne vrstnikov celovito osamosvoji (*služba, lastno gospodinjstvo, prvi otrok*). Kot mejnik se danes najpogosteje jemlje petindvajset let življenja, vendar se meja samostojnosti že več desetletij pomika navzgor.
2. **Srednjo generacijo** (*tudi odrasla, starševska, zaposlena ali druga generacija*) tvorijo ljudje v srednjih letih življenja, ki jih danes družbeno najbolj opredeljuje delovna zaposlenost do upokojitve; ta je sedaj pri nas povprečno pri šestdesetih letih življenja in se tudi pomika v poznejša leta.
3. **Tretja generacija** (*tudi upokojska, generacija dedkov in babic*) so vsi starejši ljudje, ki so v družini opravili starševsko vlogo do zrelosti otrok, v službi pa poklicno vlogo redne zaposlitve do polnega upokojitvenega obdobja; najbolj jasen družbeni mejnik za prehod v tretje življenjsko obdobje je danes upokojitvev. Paralelen izrazu *mlada generacija* bi bil *stara generacija*, vendar tega danes ne moremo uporabljati, ker ga zaradi današnjega družbenega stereotipa – staromrznštva ljudje trenutno doživljajo kot žaljivko.

Ko človek s staranjem od spočetja do smrti na osebni ravni prehaja iz mladosti v srednja leta življenja in v starost, preide torej po prvih petindvajsetih letih življenja na družbeni ravni iz mlade v srednjo generacijo in pri šestdesetih (ali petinšestdesetih) letih v upokojsko generacijo.

Družbenoekonomski sistem sodobne tržne ekonomije šteje srednjo generacijo zaradi zaposlenosti za aktivno, mlado in upokojsko za pasivno. Čeprav ne pomeni, da sta mlada in upokojska generacija nedejavni ali celo zajedavski do srednje, gre za neposrečen

ekonomski in sociološki strokovni izraz, ki odraža gledanje na ljudi z vidika kapitala. To gledanje je verjetno odločilni vzrok za današnje staromrzništvo.

Za celostno antropološko gerontologijo je odločilno stališče, da so vse tri generacije za družbo enako pomembne. Ko je sprejeto v doživljanju ljudi in uveljavljeno v socialni praksi, so dani pogoji za kakovostno sožitje. Vsaka generacija ima svoje posebne naloge in značilne zmožnosti: mlada telesno, duševno in socialno zorenje do samostojnosti, srednja rojevanje in poklicno delo, tretja psihosocialno zorenje v modrost sinteze življenjskih izkušenj, krepitev kljubovalne moči duha za čim bolj zdravo staranje ter za plodno sprejemanje telesnih in duševnih *upočasnitev* (Tone Pavček), vključno z zadnjo modrostjo *izpuščanja* (Metka Klevišar), predajanja svojih izkušenj, spoznanj in drugega osebnega bogastva mlajšim generacijam, ob sprejemanju svoje življenjske dopolnitve in smrti. Vse tri generacije pa imajo številne skupne naloge, kot so vseživljenjsko učenje, delo, organizacija sožitja, kulturno in duhovno poglabljanje, razvedrilo ipd.

Švicarski gerontolog François Höpflinger s sodelavci (2008) ugotavlja, da se pojem generacije v raziskovanju uporablja v štirih različnih kontekstih.

1. *Služi za razlikovanje družinskih rodov, npr. otroška generacija, starševska generacija, generacija starih staršev, generacije prednikov, prihodnje generacije. To je genealoški (rodoslovni ali rodopisni) pomen besede generacija v raziskovanju.*
2. *Pojem generacija je tudi pedagoško-antropološka kategorija, ki kaže na razmerje med generacijo, ki posreduje (npr. življenje, znanje, imetje ipd.), in generacijo, ki sprejema.*
3. *Izraz generacija se uporablja za razlikovanje kolektivnih zgodovinskih oz. socialnih grupiranj, ki kažejo skupne interese ali kulturne usmeritve na osnovi skupnega odraščanja. To je zgodovinsko-družbeni pojem generacij.*
4. *Generacija je tudi izraz pri razpravah o delitvi javnih dobrin med starostnimi skupinami v državi blaginje – značilni pojem pri tem je medgeneracijska pogodba.*

Höpflingerjev pojem generacije v tretji točki je enak Mannheimovemu pojmovanju. Ta je že v petdesetih letih prejšnjega stoletja napisal, da je generacija skupina ljudi določenega časovnega obdobja, ki jo je v času njihovega odraščanja zaznamovalo značilno socialno-kulturno stanje in pomembni dogodki tistega časa, ter da generacije niso enotne, zato jih je možno obravnavati kot sub-generacije oziroma kot generacijske enote. Začetke tega pristopa lahko zasledimo v Mannheimovem esejju *Problem generacij* (Mannheim, 1952).

Na teh ter drugih sorodnih pogledih sta gradila pogosto citirana Howe in Strauss, ki sta opredelila socialne generacije kot skupek vseh ljudi, rojenih v obdobju približno dvajsetih let, kar je dolžina ene faze življenja: otroštva, mlajše odrasle dobe, srednjih let in obdobja starosti. Člani generacije imajo svoj delež pri ključnih zgodovinskih dogajanjih ali prelomnicah; ta dogajanja in prelomnice so sprožili specifične socialne trende. V tem pogledu so člani iste generacije odraščali v podobnih okoliščinah. Zato si v življenju delijo nekatere skupne izkušnje, prepričanja in vedenja, kar jih povezuje in zaznamuje potek njihovih življenj. Drugače povedano, generacijska teorija pojasnjuje, da doba, v kateri se je rodila oseba, vpliva na razvoj njenega pogleda na svet. Človekov sistem vrednot se oblikuje predvsem v prvem desetletju življenja, kar dolgoročno vpliva na družine, prijateljstva in skupnosti. Generacije se torej razlikujejo glede na vrednostne sisteme, ki so jih oblikovale v času svojega odraščanja. Če

proučujemo vrednote, ki so skupne generacijskim skupinam, potem lahko bolje razumemo njihova raznolika prepričanja in vedenja. Četudi se ne strinjamo z vsemi vrednotami drugih generacij, nam medgeneracijsko učenje omogoči razumeti druge generacije in njihov pogled na svet (Howe in Strauss, 1991).

Ista avtorja sta prva stratificirala generacije v ameriški družbi glede na sisteme vrednot. Njuna opredelitev generacij je bila deležna kritik, češ da ni dovolj podprta z raziskavami, kljub temu pa se je razširila povsod po razvitem svetu. V nadaljevanju jo bomo na kratko prikazali.

Tiha generacija je bila rojena pred 1946. To je generacija naših starih staršev, odraščala je v trdih razmerah, zaznamovala jo je druga svetovna vojna. Njene vrednote so zasebnost, njena identiteta sloni na trdem delu, neradi izgubljajo čas s stvarmi, ki se jim zdijo nekoristne. Težko izražajo čustva, veliko težo dajejo dogovorom in formalnim, olikanim pogovorom. Imajo veliko spoštovanje do avtoritet.

Sledi **baby-boom** generacija rojena približno med letoma 1946 in 1963. Ta generacija je živela že v ekonomskem izobilju, ki ji ga je nudila generacija njihovih staršev z željo, da bi imeli boljše in lepše življenje, kot so ga imeli sami. To generacijo zaznamuje egocentričnost, radi tekmujejo in težijo k nenehnim spremembam. Zelo veliko jim pomeni napredovanje na družbeni lestvici. Težijo k temu, da sta verbalna in neverbalna komunikacija skladni. Ta generacija zna bolje izražati čustva od svojih staršev. Ne mara trdnih pravil, druge ljudi sprejema na podlagi standardov, ki izhajajo iz osebnih predstav.

Generacija X je rojena približno med letoma 1964 in 1978. Pomemben ji je osebni razvoj, neodvisnost in ustvarjalnost, do predpostavljenih so nezaupljivi in kritični, raje širijo svoje ideje. Radi trdo delajo, da imajo potem dovolj prostega časa zase. Iz svojega okolja potrebujejo nenehne povratne informacije. Tej generaciji so elektronski mediji že zelo blizu, radi komunicirajo z elektronsko pošto in s kratkimi neformalnimi pogovori.

Generacija Y, rojena približno med letoma 1979 in 1997, je odraščala v tehnološki revoluciji. Je pozitivno naravnana, ima optimističen pogled na svet, zelo je avtonomna, radi se učijo in ukrepajo neodvisno od drugih ljudi. Med njimi je velika raznolikost, odraščali so ob medijih in jih vsestransko uporabljajo. Radi služijo in upravljajo denar, potrebujejo veliko zunanjih spodbud za stik z realnim svetom. Generacija Y je odklopljena od realnosti in potrebuje veliko spodbud starejših za funkcioniranje v vsakdanji realnosti.

V zadnjih dvajsetih letih na socialno gerontološkem področju prevladuje generacijska teorija, da je življenje ena sama celota. Gre torej za **koncept enovitosti človekovega življenja**, ki ga imenujejo tudi vseživljenjska perspektiva – **življenjski potek**. Ta pristop se je razvijal po letu 1960, ko so začeli izvajati analize življenja ljudi v strukturnih, socialnih in kulturnih sredinah, pri čemer so močno upoštevali tudi zgodovinsko razsežnost. Ta je lepo izražena tudi v slovenskem pregovoru *Kakor si boš v mladosti postlal, tako boš v starosti ležal*.

Koncept enovitosti človekovega življenja je *zaporedje družbeno določenih dogodkov in vlog, ki jih posameznik udejanja skozi čas* (Giele in Elder, 1998, str. 22). Teorija enovitosti življenja ali vseživljenjski potek izhaja iz multidisciplinarnе paradigme proučevanja življenja ljudi v strukturnih kontekstih in socialnih spremembah. Ta pristop zajema ideje in poglede predvsem z vidika zgodovine, sociologije, demografije, razvojne psihologije, biologije in ekonomije.

Usmerjen je predvsem na povezavo med posameznikovim življenjem ter zgodovinskimi in socialno-ekonomskimi razmerami, v katerih ta živi in se razvija.

Zadnja desetletja dobiva koncept enovitosti življenja konstruktivistično usmeritev, po kateri človekovo življenje najprej določajo dogodki in vloge, njihov seštevek je človekova izkušnost. Pri tem je zgodovinska perspektiva v ozadju, kar pomeni, da v enovitosti človekovega življenja nista več najpomembnejša časovno zaporedje dogodkov ali kronološka starost. To pojasnjuje raznolikost med starostniki; ta pa se s starostjo povečuje v vseh razsežnostih življenja (Kuh in drugi, 1997).

2.3. SOŽITJE IN MEDGENERACIJSKO SOŽITJE

Sožitje je širok pojem, zajema aktivne in pasivne oblike ter procese skupnega »so-življenja« ljudi. Tujka za lepo sožitje v naravi je simbioza, nasprotje temu je tekmovanje za preživetje vrst. Sožitje predpostavlja sistemsko medsebojno soodvisnost s smiselnimi možnostmi komplementarnega dopolnjevanja vseh sodelujočih. Sožitje je medsebojni dialog, pri katerem obe strani sodelujeta na način, ki obema koristi; zato je ustrezen odgovor na pristne človekove potrebe. Na mikro družbeni ravni so nematerialne vrednote bistveni del lepega sožitja, njene nepogrešljive sestavine so empatija, osebna opora in pomoč. Komunikacija je tista merljiva komponenta, ki loči zgolj prostorsko sobivanje od celovitega pojma sožitje, pristna vzajemna pomoč pa je merljiva komponenta solidarnosti. Da je temu tako, potrjujejo tudi rezultati naše raziskave.

Medgeneracijsko sožitje je način doživljanja in vedenja med mlado, srednjo in tretjo generacijo. Tuja literatura pogosto obravnava medgeneracijsko sožitje z vidika razmerij in odnosov med generacijami (intergenerational relations), kajti slovanski pojem sožitja nima ustreznega pojma v germanskih jezikih. Razmerja in odnose med generacijami obravnavajo z vidika medsebojne podpore v družini, družinske oskrbe onemoglih in denarnih transferjev med generacijami. Za lepo sožitje generacij je nujno, da vse generacije doživljajo medsebojno soodvisnost in odvisnost vseh od narave. To je antropološka osnova za razvoj in krepitev človeške solidarnosti pri vseh: pri srednji ob praksi sočutne in vedre pomoči nemočnim otrokom in starim ljudem, pri onemoglih starejših ob hvaležnem sprejemanju pomoči. Spoštovanje med generacijami ter njihovo medsebojno sinergično in solidarno dopolnjevanje je omogočilo dosedanji človeški razvoj. V današnji demografski krizi, ki je prva te vrste v zgodovini, se zdi, da je krepitev osebne solidarnosti največja razvojna perspektiva evropske kulture. Zato je javna skrb države in civilne družbe za ozaveščanje in utrjevanje stališča o komplementarni soodvisnosti generacij vitalnega pomena (Ramovš J., 2012).

2.4. SOLIDARNOST IN MEDGENERACIJSKA SOLIDARNOST

Beseda **solidarnost** je tujka (lat. solidus – trden), ki je široko uveljavljena v svetu, pomeni pa vzajemnost, vzajemno pomoč, soglasnost, družbenost, čut za skupno odgovornost in korist (Verbinc, 1997). Pogosto se kaže v materialnih in nematerialnih oblikah pomoči, ki so neplačane. Solidarnost praviloma ustvarja konstruktivne rezultate; pomoč sočloveku v obdobju osebne nemoči in stiske zaradi bolezni, elementarne nesreče ali kake druge neugodne okoliščine spodbudi razvoj njegovih zmožnosti in poveča kohezivnost med ljudmi. Solidarnost presega materialne ali kake druge koristi, v ospredju ima dobrobit sočloveka.

Razlikujemo neformalno osebno in institucionalizirano solidarnost. Tako ena kot druga sta podlaga za kakovostno preživetje in razvoj posameznika in skupnosti. Evropska socialna zavarovanja (zdravstveno, invalidsko, pokojninsko, za brezposelnost in za dolgotrajno oskrbo) ter brezplačno šolstvo za vse je najvišji domet družbene ali institucionalizirane solidarnosti v dosednji zgodovini človeštva. Institucionalizirana solidarnost na državni ravni zagotavlja socialno varnost vsem ljudem, pri tem pa lahko uspeva le ob zavestnem razvijanju osebnih zmožnosti, ki so osnova vsake solidarnosti: osebno sočutje, empatija, zmožnost za kakovostno komuniciranje (Špidla in drugi, 2013, str. 57).

Pojem solidarnost se danes uporablja za opisovanje odnosov med starostnimi skupinami in za medgeneracijske odnose v družinah. Merimo jo lahko z vrednotenjem izmenjav v družinah, med starostnimi skupinami v družbi in državi. Kohli (1999) navaja tri vrste najpomembnejših izmenjav:

1. prejemki in ugodnosti, ki jih država namenja mlajši ter starejši generaciji;
2. neposredna podpora med starši in otroki;
3. razmerje med podporo znotraj družin in med finančnimi, zakonskimi in drugimi spodbudami, ki jih država namenja družini.

Naštete izmenjave služijo temu, da se omili socialno tveganje v vseh življenjskih obdobjih.

Včasih je srednja generacija v celoti poskrbela za mlajšo in starejšo generacijo znotraj družine, zadnjih petdeset let pa se del te skrbi prenaša na državo in civilno sfero. V Sloveniji je v času socialističnega režima proces podružbljanja družine prinesel ženskam več pravic in enakopravnosti, med drugim tudi visoko zaposlenost, ki je še danes med najvišjimi v Evropi; leta 2010 je znašala 49,5 % (SURS, 2011). Slovenija je sorazmerno zgodaj sprejela družinsko zakonodajo, ki ščiti starševske pravice do porodniškega in starševskega dopusta, še vedno pa slabo skrbi za mlade družine, za cenovno ugodno in povsod dostopno otroško varstvo in stanovanja za mlade družine. Sedaj, ko v razvitejših državah EU racionalizirajo javno porabo tudi tako, da strateško razvijajo učinkovite in integrirane oblike pomoči različnim ranljivim in starostnim skupinam hkrati, pri nas še ni prišlo do tega (npr. javni prevoz otrok v šolo ne sprejema starejših ipd.). Medresorska neuskkljenost je odločilni vzrok, da še vedno nimamo celovitega nacionalnega sistema za dolgotrajno oskrbo.

2.5. RAZMERJA MED GENERACIJAMI IN STAROSTNIMI SKUPINAMI

Sodobne socialne države obravnavajo družino kot osnovno solidarno skupnost. Iz tega razloga je pomembno, da smo pozorni na odnose med socialno državo in družino ter da preučujemo dosežke in pomanjkljivosti njunega razmerja. Le na ta način je mogoče razvijati stvarno sliko o življenjskih razmerah starostnih skupin in nevarnosti za konflikt med njimi.

Zadnjih petnajst let je bilo v Evropi in v ZDA narejenih veliko ekonomsko socialnih raziskav na področju razmerja med družino in državo. Susan Lingsom meni, da so v državah blaginje (tu so mišljene skandinavske države) razne ugodnosti in servisi močno nadomestili družinsko oskrbo in pomoč. Medgeneracijski odnosi v družini so zato razvodneli (Lingsom, 1997). Na drugi strani pa privatizacija življenja prinaša tudi privatizacijo različnih rizikov, kar povečuje pomen družine in njene medgeneracijske povezanosti (Esping-Andersen, 1990). Čim večja je družinska kohezija, tem manj je javne pomoči in obratno; čim manjša je družinska povezanost, tem večja je potreba po javni pomoči. Stališča do družinske in javne

pomoči pomembno vplivajo na sprejemanje pomoči (Millar in Worman, 1996, str. 36). Tudi podatki raziskave, ki jo prikazuje ta knjiga, kažejo, da je družinska solidarnost pri nas zelo visoka, medtem ko je preskrbljenost z uslugami javnih ter drugih servisov sorazmerno nizka; o tem govori poglavje o oskrbi v onemoglosti.

Z zaposlovanjem so se ženske pri nas delno razbremenile otroškega varstva (vrtci, neformalna pomoč starih staršev pri varstvu otrok), toda njihova celotna obremenjenost se je povečala, saj so ob zaposlenosti večinoma ohranile tradicionalno vlogo družinske oskrbovalke, ki skrbi za mlajšo in starejšo generacijo. V zahodnih državah se zaposlenost žensk večja postopoma, preskrbljenost s podpornimi službami in servisi pa je visoka in raznolika; seveda ne brez težav. Zadnjih deset let upada javna pomoč družini, ta pa ima oslABLJENE potencialne za oskrbo in vzdrževanje starejših (Kroger, 2001). Ena izmed ugotovitev v raziskavi z zgovornim naslovom *Zaposleni oskrbovalci v evropskih raziskavah* (Perek-Bialas, Hoff, 2013) ugotavlja, da se obremenjenost družine, predvsem zaposlenih žensk z oskrbovanjem onemoglih družinskih članov v Evropi povečuje. Glavna motiva za oskrbo sta moralna odgovornost do onemoglih svojcev in osebno zadovoljstvo družinskih oskrbovalcev, katero od njiju prevladuje, pa je precej odvisno od kulturnega konteksta države; podobne ugotovitve veljajo tudi za Slovenijo v tej in prejšnjih raziskavah (Hvalič Touzery, 2007). Poleg dobrobiti, ki jo prinaša domača oskrba onemoglega svojca, pa se neformalni oskrbovalci srečujejo tudi z negativnimi posledicami, kot so pomanjkanje časa zase, stres, fizične in psihične poškodbe in družinski konflikti. Vprašanje, ki se ob tem postavlja, je, ali bo družina zmogla še večje obremenitve, ki se napovedujejo s porastom davkov, stroškov oskrbe in večanjem deleža starih ljudi.

Družbeno-ekonomski razlogi za spremembe v družinah so po državah EU na različnih stopnjah, ki so odvisne od vrste okolja in kulturnega ozadja (Margherita in drugi, 2009). Razmerja in vplive med družino, ki je v osnovi medgeneracijska skupnost, in med socialno državo dobro razložita pojma **familiarizem** in **defamiliarizem** (Espring-Andersen in drugi, 2003). Familiarni režim deluje na principu odgovornosti družine za blaginjo njenih članov. Familiarizem se meri po številu starejših oseb, ki živijo s svojimi otroki, po številu nezaposlenih mladih, ki živijo s svojimi starši, in s številom ur neplačanega dela, ki ga ženske naredijo tedensko v svoji družini. Defamiliarni režim pa išče načine za razbremenitev družine ter večja avtonomnost njenih članov. S tem postaja osebna blaginja posameznikov manj odvisna od sorodstva. V ta namen država nudi družinam razne oblike finančne pomoči, ugodna socialna posojila ter finančno dostopne ter kvalitetne storitvene servise. Sistem države blaginje se trudi za združljivost med družino in zaposlovanjem, kakor tudi za zmanjševanje dejavnikov tveganja za revščino, nuditi vsem otrokom enake možnosti ne glede na materialni položaj staršev ter za širjenje servisnega sektorja. Slednje omogoča več delovnih mest in večjo zaposljivost. Koliko dejansko vpliva izdatna državna finančna pomoč na solidarnost v družini, v zadnjih letih intenzivno raziskujejo predvsem v skandinavskih državah (Brovell in drugi, 2013; Blome in drugi, 2009).

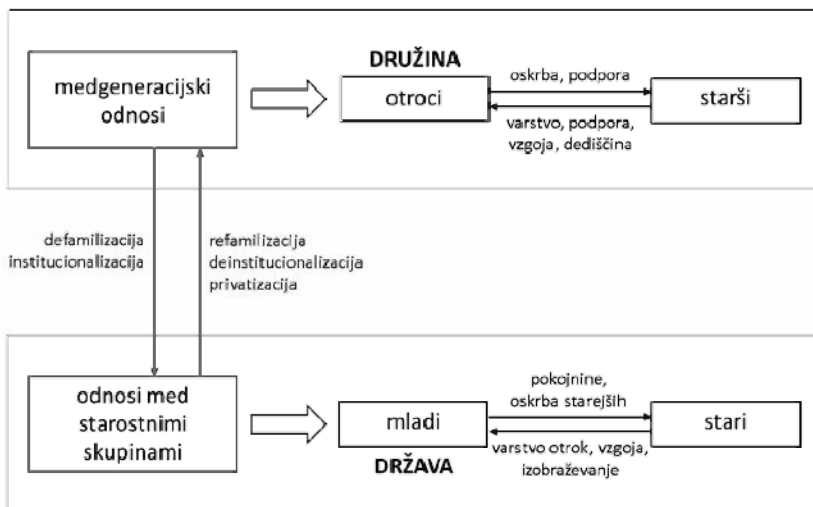
Večina avtorjev meni, da je potrebno gledati na družino s komplementarnega vidika. To pomeni, da če država omogoči družinam funkcionalno pomoč, jo s tem razbremeni. Poveča se možnost za večjo kakovost odnosov med družinskimi člani in za čustveno bližino. S tem se zmanjša pritisk na družino in možnosti za konflikte v njej, kot tudi med državo in družino (Korpi, 2000). Tak model je značilen za skandinavske države, vendar naraščanje starejšega

prebivalstva, nezaposlenosti mladih ter slabšanje ekonomskih razmer povsod po Evropi narekuje varčevalne ukrepe; to se dogaja tudi v državah blaginje. Zato v zadnjih letih dobiva na pomenu pojem **refamilizacija**, kar pomeni, da se določene naloge, ki jih je prevzela država, vračajo nazaj v družino. Na primer, domovi za stare se po EU praznijo zaradi dveh razlogov; prvi so visoke cene, drugi pa to, da so starejši v pozni starosti bolj zdravi kot nekoč in hočejo ostajati doma do konca življenja ali vsaj čim dlje; nobena institucija namreč ne more povsem enakovredno nadomestiti starostnikovega domačega okolja.

Slovenija ima določene elemente defamiliarizma, ki se kažejo predvsem v visoki zaposlenosti žensk, ohranjenih pa je še veliko elementov familiarizma, tudi takšnih, ki imajo v sebi pozitivni potencial, na primer pripravljenost in skrb za onemogle družinske člane in celo sosede, kar jasno kaže naša raziskava (poglavje o oskrbi onemoglih).

Na Sliki 1 je na shematski način prikazano razmerje med generacijami in starostnimi skupinami ter kako potekajo izmenjave med njimi. Na njej so prikazani **materialni transferji med generacijami**, ki jih sestavlja obtok materialnih virov med generacijami. Ta omogoča ravnotežje med koristmi in oporo, ki ju zagotavljata družina in država.

Slika 1: Razmerja med generacijami in starostnimi skupinami



Na medgeneracijske odnose v družini vplivajo procesi vzajemnosti: starši za svoje otroke skrbijo, jim nudijo oporo in varnost. Ob tem ni zanemarljiva njihova materialna podpora, praviloma odraslim otrokom, v obliki daril in dediščin. Povečano obilje zadnjih desetletij je povzročilo, da prvič v zgodovini velik del evropske populacije prenaša svoje sorazmerno veliko premoženje na generacijo otrok (Brandt in drugi, 2008). Tudi otroci dajejo pomembno oporo svojim staršem in kljub temu, da odrasli otroci praviloma ne živijo v istem gospodinjstvu s svojimi starši, jih v večini primerov vsaj občasno oskrbujejo.

Pri pojmu medgeneracijski je poudarek na odnosu ali razmerju med dvema ali več generacijami, torej na vmesnem »prostoru« med mlado, srednjo in upokojsko generacijo, ter na dinamičnem dogajanju, ki se odvija v tem socialnem prostoru. Medgeneracijska razmerja niso seštevek značilnosti dveh ali vseh treh generacij, ki nastopajo v določenem sožitnem

kontekstu, ampak so nova dinamična socialna stvarnost, ki nastaja v njihovem sožitnem prostoru (Ramovš J., 2003).

2.6. NEVARNOST DRUŽBENEGA KONFLIKTA MED GENERACIJAMI

Nevarnost medgeneracijskega konflikta proporcionalno narašča z obsegom prejemkov in izdatkov, ki jih imajo določene starostne skupine. Socialne politike ustvarjajo raven socialne neenakosti ne samo z razporeditvijo javnih sredstev, temveč tudi s tem, da na ta način naredijo vzporedni trg. Nemški sociolog Rainer Lepsius (1990) je skoval pojem *Versorgungsklassen* (oskrbovani razredi), s katerim je opredelil privilegirane skupine socialne države. Razdeljevalci javnih financ socialne države in njeni prejemniki so privilegirane skupine, zato je velika nevarnost trenj in konfliktov tako med njimi kot z nepriviligiranimi skupinami. Primer je srednja generacija kot osnovni ekonomski vir socialne države, ki veliko nudi in malo prejema. Mlada in starejša generacija imata vrsto potreb, ki jih bo vedno težje zadovoljiti iz virov socialne države. To lahko vodi v konflikt med njima, kakor tudi ene in druge s srednjo generacijo.

Eden glavnih namenov naše raziskave o potrebah, zmožnostih in stališčih prebivalcev Slovenije, ki so stari 50 let in več, je bil odkrivanje stanja in potencialov za medgeneracijsko sožitje in solidarnost. Poleg tega pa bi bilo potrebno še celovito analizirati ključne pravne dokumente, ki so podlaga družbeni solidarnosti pri nas, ter njihovo uresničevanje v praksi preko vrste, števila in količine finančnih transferjev. Temeljiti raziskovalni vpogled v stanje solidarnosti v družini in širši družbi je ključnega pomena za razvoj, zato razvite države stalno skrbijo za dobre podatke o tem. V kriznih časih je strateško načrtovanje ohranjanja in krepitev medgeneracijska solidarnost še posebej pomembno za ohranitev socialne države in da se izognemo možnosti medgeneracijskega konflikta.

2.7. MEDGENERACIJSKO SOŽITJE ALI SOŽITJE LJUDI NE GLEDE NA STAROST

Da bi omilili slabe posledice delitve na starostne skupine oziroma generacije, se vedno bolj poudarja koncept enovitosti človekovega življenja; človeško življenje je en sam življenjski potek, na katerega naj bi v realnosti vsakdanjega življenja gledali kot na celoto (Filipov in drugi, 2003; Mayer, 2009; Glen in drugi, 2003). Ta poudarek zadnja leta širi tudi Svetovna zdravstvena organizacija in postaja osnovno izhodišče dolgožive družbe ter aktivnega staranja. Sociolog Walker iz Seffieldske univerze, ki se ukvarja z aktivnim staranjem, je v plenarnem predavanju na svetovnem gerontološko-geriatričnem kongresu z naslovom: *Aktivno staranje: politika za vse starosti?* poudaril štiri ključne elemente aktivnega staranja:

1. ena življenjska celota,
2. staranje kot neizogibnost, toda
3. staranje z različnimi možnostmi in
4. preventiva.

V procesu staranja, posebno v poznih letih, nastopijo velike razlike med ljudmi. V mladosti imajo vsi ljudje približno enake funkcionalne kapacitete, v obdobju srednjih let začnejo bolj ali manj upadati, v poznejšem življenjskem obdobju pa so razlike velike. Tudi v poznih letih je pomembna telesna dejavnost, dobra rehabilitacija po boleznih in poškodbah pa omogoča kakovostno življenje tudi v pozni starosti. Danes ima zdrav sedemdesetletnik 54 % možnosti, da bo živel do 90. leta, če pa ima kronične nenalezljive bolezni in slab življenjski stil, se

mu življenje zelo skrajša. Ob boleznih se sicer zmanjša funkcionalnost, so pa skoraj vedno možne nove dobre prilagoditve nanje (Walker, 2013).

Pri omenjenem avtorju je pojem generacij zabrisan, v ospredju je pogled na človeka, ki se nenehno stara in ima lahko enake potrebe, ne glede na to, na kateri točki kronološke starosti se nahaja. Človeka določajo aktivnosti in zmožnosti, ne pa starost sama po sebi, niti ne generacijska pripadnost, saj so meje med generacijami vedno bolj nejasne; razlike v mišljenju, doživljanju se npr. med mladimi spreminjajo že na nekaj let. Pogled na človeka kot na nenehno spreminjajoče in starajoče se bitje je antropološko utemeljen in se dopolnjuje z osnovno delitvijo na tri generacije, to je na tri skupine človeštva, ki so utemeljene v treh glavnih obdobjih življenja: **1. mladost**, ko se telesne in duševne zmožnosti razvijajo, človek pa postopoma sprejema polno odgovornost za svojo vlogo v družbi; **2. srednja leta** z viškom telesnih in duševnih zmožnosti pri opravljanju svoje družbene vloge; in **3. starost**, ko telesne in duševne zmožnosti upadajo in skladno s tem postopoma izpušča družbene vloge na področju proizvodnje in organizacije (Ramovš J., 2003).

V naši raziskavi smo zbrali veliko podatkov o sožitju, razmerjih in solidarnosti med generacijami; nekaj od njih jih bomo analizirali na naslednjih straneh.

3. STALIŠČA O MEDGENERACIJSKIH ODNOSIH

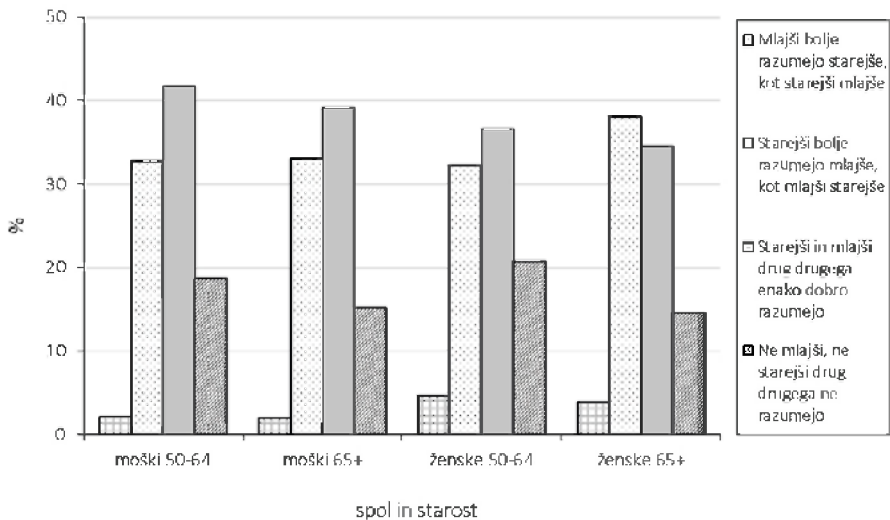
Stanje medgeneracijskega sožitja nam v naši raziskavi o potrebah, zmožnostih in stališčih prebivalcev Sloveniji, ki so stari 50 let in več, osvetljujejo odgovori na številna vprašanja, npr. o sobivanju v skupnem gospodinjstvu ali v isti hiši (V64 in V65), o prejemanju pomoči pri vsakdanjih opravilih (V58), o prejemanju in nudenju oskrbe (zlasti dolgotrajne) v starostni onemoglosti (od V66 do V74), o pomembnosti odnosov s svojci in drugimi bližnjimi v dosedanjem življenju in za kakovostno staranje (V90 in V93), o zaupnem osebnem odnosu ter načinu vzdrževanja teh stikov (V98), o materialni pomoči drugim (V151 do V154) itd. Odgovori na navedena vprašanja so obdelani v več drugih poglavjih te knjige, tukaj pa nas zanimajo samo tisti vidiki teh vprašanj, ki kažejo odnose med starejšo in mlajšo generacijo.

Eno od vprašanj o medgeneracijskih odnosih se je glasilo: *Kakšne so vaše izkušnje o tem, kako se razumejo mlajši in starejši – s katero od spodaj navedenih trditev se najbolj strinjate?* (V102); anketiranci so izbrali enega izmed štirih odgovorov v zaprtem nizu trditev:

1. *Mlajši bolj razumejo starejše kot starejši mlajše.*
2. *Starejši bolj razumejo mlajše kot mlajši starejše.*
3. *Starejši in mlajši drug drugega enako dobro razumejo.*
4. *Ne mlajši ne starejši drug drugega ne razumejo.*

Na Sliki 2 so rezultati prikazani v obliki štirih skupin stolpcev glede na starost in spol anketirancev. Zanimalo nas je namreč, ali se razlikujejo stališča o medgeneracijskem razumevanju med mlajšo in starejšo skupino anketirancev.

Slika 2: *Izkušnje o razumevanju med mlajšimi in starejšimi – dve starostni skupini anketirancev po spolu*



Vir: Inštitut Antona Trstenjaka 2010

Med prebivalci Slovenije, ki so starejši od 50 let, prevladuje stališče, da starejši in mlajši drug drugega enako dobro razumejo. Ko odgovor pogledamo po spolih in obeh starostnih skupinah, pa so razlike. Zanj se je odločilo kar 43,8 % tako mlajših kot starejših moških. Pri mlajši skupini žensk ta izkušnja še prevladuje, vendar bistveno manj kot pri moških (5 % manj), pri starejših ženskah pa pade že na drugo mesto. Največ starejših žensk (41,8 %) ima izkušnjo, da starejši bolje razumejo mlajše kot mlajši starejše. Pri mlajši skupini žensk pa je ravno obratno: izmed vseh skupin je teh najmanj prepričanih, da starejši mlajše bolje razumejo (le 34,2 %); prav blizu so jim po tej izkušnji tudi mlajši moški.

Glede izkušnje, da starejši bolje razumejo mlajše kakor mlajši starejše, je zelo opazna razlika med mlajšimi in starejšimi ženskami. Razlog bi lahko iskali v tem, da so stari ljudje že prehodili svoja mlajša leta, zato menijo, da se lažje živijo v mlade kot mlajši vanje, ker ti še nimajo izkušenj staranja. Ta razlaga pa ne more biti zadostna, ker se skupini moških in žensk med seboj zelo razlikujeta. Ključ do odgovora je morda skupina mlajših žensk. Njihove izkušnje kažejo tri odstopanja od drugih skupin: 1. imajo najmanj zaupanja v to, da starejši razumejo mlajše bolje kakor mladi starejše, 2. največ jih je mnenja, da mladi bolje razumejo starejše kakor starejši mlajše, 3. daleč največ jih meni, da niti mlajši ne razumejo starejših niti starejši mlajših. Za posebnost te skupine žensk so verjetno naslednji razlogi.

- Kot matere svojih odraščajočih ali že odraslih otrok imajo z njimi več pristnega stika kakor ostale skupine, zato jih bolje poznajo in bolj zaupajo mladim.
- Ta skupina žensk tudi najbolj pogosto oskrbuje svoje ostarele svojce. Pri oskrbovanju pa imajo tudi precej slabih izkušenj z navidezno vitalnimi starostniki, ki ne znajo sprejemati pomoči in svojega starostnega pešanja (Ramovš K., 2001; Ramovš J. in K., 2010).
- Hkrati spadajo same v baby-boom generacijo, ki je zelo usmerjena v svojo samouresničitev in je v konfliktu s starejšo generacijo, češ da ni znala pravilno skrbeti za svoj človeški razvoj. Kljub temu, da mlade kar dobro razumejo, pa od njih verjetno ne dobijo takega

odziva, kot bi ustrezal njihovim predstavam, saj so mladi oblikovani po njihovem modelu samouresničevanja (Howe in Strauss, 1991). To do neke mere pojasni tudi najbolj pogost pesimizem skupine mlajših žensk glede razumevanja med generacijami. Poleg tega bi pri poglobljenem raziskovanju kazalo iskati vzrok za pesimistično stališče glede medgeneracijskega razumevanja pri tej skupini tudi v krizi srednjih let in depresivnih občutjih, ki so s tem povezani.

Manj kot 5 % vprašanih obeh starostnih skupin in spolov je menilo, da mladi bolje razumejo starejše kot starejši mlajše. To kaže, da večina starejših zaupa predvsem svojim sposobnostim za razumevanje drugih.

Če se generacije slabo razumejo med seboj, se zmanjšujejo možnosti kakovostnega staranja. Zato nas je zanimalo, ali skupina anketirancev, ki je odgovorila, da ne mlajši ne starejši drug drugega ne razumejo, čuti potrebo po učenju medgeneracijske komunikacije. Rezultat te analize kaže Slika 3.

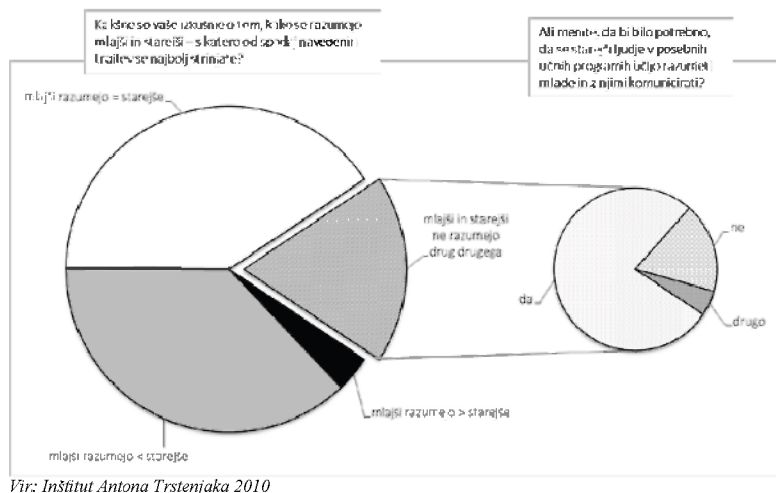
Na vprašanje (V106): *Ali menite, da bi bilo potrebno, da se starejši ljudje v posebnih učnih programih učijo razumeti mlade in z njimi komunicirati?*, ki je bilo postavljeno vsem anketirancem, jih je 77,2 % odgovorilo pritrdilno. Da to *ni potrebno*, je bilo mnenja 17,8 %, 5 % pa je izbralo *drugo*; ti so lahko dopisali, kaj mislijo pri tem. Napisali so večinoma razloge, zakaj bi bilo dobro ali slabo, če bi se starejši v posebnih programih učili razumevati mlajše. Navajamo nekaj njihovih tipičnih povedi.

- Starejši imamo izkušnje, a malo stika z mlajšimi. Manjka druženje.
- Starejši imajo strah pred izobraževanjem, boljše bi bilo neformalno izobraževanje.
- Obratno bi bilo potrebno, kajti starejši živijo s svojim mišljenjem in se težko spreminjajo.
- Ja, obojestransko je treba, toda težko izvedljivo.

Več kot tri četrtine anketiranih torej meni, da bi bilo potrebno, da se starejši ljudje učijo razumeti mlade in komuniciranja z njimi. Predvsem pa je zanimivo to, da je takšnega mišljenja tudi več kot tri četrtine anketirancev iz skupine, ki so pri vprašanju (V102), *kakšne so vaše izkušnje o tem, kako se razumejo mlajši in starejši*, izbrali odgovor, da *mlajši in starejši drug drugega ne razumejo*. To kaže vsaj na dvoje: prvo, da imajo starejši ljudje perečo potrebo po dobrem razumevanju z mladimi, in drugo, da to potrebo težko zadovoljujejo. Potrebna bi bila podpora in pomoč na formalni in neformalni socialni ravni. Vpeljevanje medgeneracijskih vsebin v redne šolske učne programe ter medgeneracijsko prostovoljsko druženje bi lahko veliko prispevalo k boljšemu medgeneracijskemu sožitju.

Slika 3 prikazuje v večjem krogu deleže vseh anketirancev, ne glede na starost in spol (glej tudi Sliko 2), ki so odgovorili na vprašanje *Kakšne so vaše izkušnje o tem, kako se razumejo mlajši in starejši – s katero od spodaj navedenih trditev se najbolj strinjate?*

1. *mlajši razumejo > starejše (Mlajši bolje razumejo starejše kot starejši mlajše)* 3,6 %,
2. *mlajši razumejo < starejše (Starejši bolje razumejo mlajše kot mlajši starejše)* 37,2 %,
3. *mlajši razumejo = starejše (Starejši in mlajši drug drugega enako dobro razumejo)* 40,6 %,
4. *mlajši in starejši ne razumejo drug drugega (Ne mlajši ne starejši drug drugega ne razumejo)* 18,7 %.

Slika 3: Potreba po učenju medgeneracijske komunikacije

Vir: Inštitut Antona Trstenjaka 2010

Kolikšno potrebo po *posebnih učnih programih za boljše medgeneracijsko razumevanje* čutijo tisti, ki menijo, da mlajši in starejši ne razumejo drug drugega? Ta njihova stališča prikazuje manjši krog na Sliki 3. Rezultat je presenetljiv. Več kot tri četrtine odgovorov je pritrdilnih. Njihova stališča so sicer veliko bolj pesimistična glede razumevanja med generacijami, pripravljenost in zaupanje v učenje le-tega pa ni manjše od ostale populacije. Kljub negativnemu stališču do medgeneracijskega razumevanja so se torej starejši ljudje pripravljene učiti medgeneracijskega sožitja.

4. KAJ POVEZUJE IN KAJ RAZDVAJA STAREJŠO IN MLAJŠO GENERACIJO?

V prejšnjem poglavju smo med drugim ugotovili, da bi si večina anketirancev želela izboljšati odnose z mlajšimi generacijami. V kakšnih medgeneracijskih odnosih pa dejansko živijo v Sloveniji ljudje, ki so stari 50 let in več? To je eno od pomembnejših vprašanj, ki smo si jih zastavili v raziskavi. Zanimalo nas je, kakšne značilnosti pripisujejo anketiranci dobrim in kakšne slabim odnosom. Svoje izkušnje z medgeneracijskimi odnosi so navajali z opisnimi odgovori na vprašanji: *Po čem vi ugotovite, da se mladi in starejši razumejo?* (V103) ter *In po čem vi ugotovite, da se mladi in starejši ne razumejo?* (V104). Na prvo vprašanje je odgovorilo 89,6 % raziskane populacije, na drugo 89,8 %. Ob teh dveh vprašanjih so prepoznali osnovne sestavine medgeneracijskega sožitja ter jih poimenovali ali kratko opisali.

Najprej smo obdelali odgovore na obe vprašanji tako, da smo izluščili iz njiju najbolj pogoste skupne pojme za dobro in slabo medsebojno razumevanje.

Na Sliki 4 so prikazane besede in besedne zveze, s katerimi so anketiranci najpogosteje označili dobro medgeneracijsko razumevanje. Večja beseda ponazarja večje število enakih ali zelo sorodnih odgovorov. Daleč največ anketirancev ugotavlja, da sta za razumevanje

med mladimi in starejšimi najbolj pomembna pogovor in lep odnos. Razvidno je, da močno prednjači pogovor, malo pa omenjajo izražanje hvaležnosti, iskrene pohvale ali zahvale, ki so pomembne sestavine dobrega pogovora. Ne vemo, kakšni so razlogi za to; morda je razlog samo vprašanje, ki ne sprašuje po podrobnostih, morda nejasne predstave ljudi o tem, kaj vse vključuje dober pogovor.

Slika 4: Razpoznavne značilnosti medgeneracijskega razumevanja



Vir: Inštitut Antona Trstenjaka 2010

Najpogosteje uporabljene besede in besedne zveze za medgeneracijsko sožitje smo razvrstili po Szydliku, ki razlikuje tri dimenzije solidarnosti (Szydlik, 2001):

1. funkcionalna solidarnost (materialna in instrumentalna podpora),
2. afektivna solidarnost (medsebojna naklonjenost in občutek povezanosti),
3. povezovalna solidarnost (stopnja stikov in skupnih aktivnosti).

Odgovori na gornji vprašanji o razpoznavnih značilnostih medgeneracijskega razumevanja ali nerazumevanja vsebujejo vse tri oblike medgeneracijske solidarnosti po Szydliku. Največ pojmov se nanaša na afektivno solidarnost: pogovor, lep odnos, prijaznost, spoštovanje, lepo vedenje. Nekaj pojmov, ki so pogosti med odgovori anketirancev, spada v povezovalno solidarnost, zlasti skupno delo, druženje in sodelovanje, medtem ko smo zelo pogosto uporabljeno besedno zvezo *medsebojna pomoč* šteli v skupino funkcionalne solidarnosti.

Besede in besedne zveze na Sliki 4 nam na pregleden način povedo, kaj je pomembno za dobro medgeneracijsko sožitje in kako pogosto so anketiranci navajali posamezno od teh besed ali besednih zvez. Nas pa je zanimalo predvsem, kako se kažejo odnosi, lep pogovor in druge besedne zveze v zgornjem okvirčku. To smo ugotavljali s kvalitativno analizo izčrpnih opisov anketirancev v odgovorih na obe zgornji vprašanji. Po metodi indukcije-dedukcije smo iz gradiva najprej segregirali odvisne pojmovne spremenljivke, ki so po svojem predznaku nevtralne. Te so v Tabeli 1 nanizane v srednjem stolpcu. Pojmi označujejo, kaj povezuje ali razdvaja starejšo in mlajšo generacijo. Pojasnjevalne spremenljivke so pojmovne zveze in povedi, ki so jih izrekli anketiranci in so v levem in desnem stolpcu ter razlagajo pojem odvisne spremenljivke. V levem stolpcu je izbor tipičnih pojmovnih zvez ali povedi, ki pojasnjujejo po čem anketiranci sklepajo, da se starejša in mlajša generacija dobro razumeta. V desnem stolpcu pa je po enakih kriterijih narejen izbor tipičnih pojmovnih zvez ali povedi, ki pojasnjujejo po čem anketiranci sklepajo, da se starejša in mlajša generacija slabo razumeta.

Tabela 1: Po čem ugotavljajo, da se mlajši in starejši (ne)razumejo?

Pojasnevalne spremenljivke	Odvisne spremenljivke	Pojasnevalne spremenljivke
<p>Starejša in mlajša generacija se DOBRO razumeta</p> <ul style="list-style-type: none"> – Zaupajo si težave. – Uskladijo stališča brez hrupa. – So prijazni drug z drugim. – Rešujejo probleme. – Ko analiziramo problem ugotovimo, da imamo podobne rešitve. – Sloga: vsak malo popusti in najdejo rešitev. – Sklepajo kompromise. – Ko pri različnih pogledih ne pride do sporov. – Si pustijo svobodo odločanja. – Če drug drugega razumejo tudi v različnih stališčih. – Iskanje prave sredine med tem, kaj je bilo včasih in kako je danes. – Da potrpijo drug z drugim. – Da niso vzvišeni drug do drugega. – Drug drugemu popuščajo, se prilagajajo in potrpijo. – Sprejemajo nasvete drug od drugega. – Se ne kregajo, se družijo, se lepo pogovarjajo, tolerirajo različnost potreb enih in drugih. – Prijazni, uvidevni drug do drugega, vsak mora malo popustiti. – Če je mladi pripravljen govoriti s starejšim. – Da se radi vidijo in da so radi skupaj. – Sožitje je odvisno od tega, koliko so mladi podrejeni starejšim. 	<p>Kaj povezuje ali razdvaja starejšo in mlajšo generacijo</p> <p style="text-align: center;">RAZUMEVANJE</p>	<p>Starejša in mlajša generacija se SLABO razumeta</p> <ul style="list-style-type: none"> – Se veliko prepirajo. – Pomanjkanje empatije do starejših. – Ne znajo sklepati kompromisov. – Vsak vztraja pri svojem. – Nerazumevajoči drug do drugega. – Prepiri, ki vodijo v nasilje. – Ves čas skregani. – Gresta mimo eden drugega, se ne pozdravita, se sovražita. – Odtujenost: živijo drug mimo drugega. – Nimajo potrpljenja. – Prepir brez vzroka, tiha mržnja, nerazumevanje drug drugega, obupavanje drug nad drugim. – Trmasto vztrajajo pri svojem. – Med njimi je stalno napetost. – Se vlačijo po sodišču.
<ul style="list-style-type: none"> – Dober pogovor. – Drug o drugem govorijo lepe reči. – Veliko več lepih kot grdih besed. – Če so kretnje in besede ubrane. – Drug drugega poslušajo. – Da dajo prav eden drugemu. – Lepo se pogovarjajo – umirjeno in kulturno. – Da dobijo drug od drugega odgovor, ko kaj vprašajo. – Da so vsi vključeni v pogovor. – Se ne prepirajo. – Rešujejo konflikte. 	<p style="text-align: center;">POGOVOR</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Ne govorijo drug z drugim. – Zmerjanje. – Se ne znajo pogovarjati. – Zmerjanje, kletvice, skratka grd pogovor. – Pride do konflikta, da nočeš več govoriti o določenih problemih. – Na dobronamerno besedo grd odgovor. – Prepiri, pikanje in zbadanje z besedami. – Obrekujejo drug drugega. – Kritizirajo drug drugega.
<ul style="list-style-type: none"> – Po lepem vedenju. – Besede in vedenje so skladni.. – Veselijo se drug drugega. – Kulturno vedenje drug do drugega. 	<p style="text-align: center;">VEDENJE</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Grdo vedenje do starejših. – Neskladje besed in vedenja. – Topost, zadirčnost, neprijaznost. – Se grdo gledajo. – Hodi vsak zase. – Se ignorirajo. – Gredo eden mimo drugega, kot da se ne poznajo. – Nimajo kulture.

<ul style="list-style-type: none"> – Da se spoštuje to, kar eden naredi za drugega. – Da imajo spoštljiv odnos, se lahko mirno pogovarjajo. – Se spoštujejo med seboj ne glede na leta. – Obojestranska pomoč. – Da mlajši pomagajo starejšim. Koliko mlajši pomagajo onemoglim starejšim. 	SPOŠTOVANJE	<ul style="list-style-type: none"> – Ni spoštovanja do starejših. – Zaničevanje starejših. – Mladi niso spoštljivi do starejših, do njih so vzvišeni in zanje nimajo časa.
<ul style="list-style-type: none"> – Izkušnje, ki jih prinese starost, lahko drugim koristijo. – Mladi imajo polet, stari pa imamo izkušnje, to dvoje pa se dopolnjuje. – Mladi in stari gredo skupaj. 	POMOČ	<ul style="list-style-type: none"> – Eden drugemu ne pomagajo. – Jim(starejšim) ne nudijo pomoči ali jih zanemarjajo. – Da mlajši prepustijo starejše same sebi, ko ne morejo več skrbeti zase. – Premalo postržejo stare.
<ul style="list-style-type: none"> – Imajo pogoste medsebojne stike. – Redno se obiskujejo. – Dnevni redni stiki. – Vedo drug za drugega – kaj počnejo, kaj nameravajo početi. Drug drugega pokličejo, ko kaj potrebujejo. – Druženje, kolikokrat gredo skupaj kam. – Skupno preživljanje prostega časa. – Da se radi družijo, da pridejo mladi za večje praznike domov – tradicija. – Skupne dejavnosti. – Vsaj nekaj skupnega dela, kjer so vsi enakopravni. 	STALIŠČA DO GENERACIJ	<ul style="list-style-type: none"> – Z leti postanejo starejši bolj trmasti in egoistični. – Z leti si bolj živčen in slabšega zdravja. – Mladi pravijo, da smo stari starokopitni. – Stari delajo po svoje, mladi po svoje. – Ni sodelovanja med starimi in mladimi – vsak dela zase. – Starejši se veliko pritožujejo. – Mladi imajo drugačen stil življenja. – Mladi se ne prilagajajo starejšim. – Ko starejši ne razumejo položaja mladih. – Ko se ne vidi hvaležnost mladih do dela starejših.
<ul style="list-style-type: none"> – Se ne obiskujejo. – Ni stikov ali se izgublja. – Živijo ločeno, vnuki ne obiskujejo babic in dedkov. – Umikajo se eden drugemu. – Mladi so ves dan zdoma. 	STIKI	<ul style="list-style-type: none"> – Stari hočejo, da se dela samo po njihovem.
<ul style="list-style-type: none"> – Da si predajajo izkušnje. – Da poslušajo izkušnje drug drugega, da prevzemajo mlajši izkušnje starejših. – Sproščeno vzdušje se čuti. – Dobra atmosfera, ko pridejo vsi skupaj. – Poslušnost, upoštevanje nasvetov. – Da mladi ubogajo starejše. – Da nam zaupajo svoje probleme, mi jim pa damo nasvete, ki jih potem upoštevajo. – Da imajo skupno gospodinjstvo. 	DELO	
<ul style="list-style-type: none"> – Sproščeno vzdušje se čuti. – Dobra atmosfera, ko pridejo vsi skupaj. 	IZKUŠNJE	<ul style="list-style-type: none"> – Mladi ne sprejemajo izkušenj starejših. – Četudi mladi nimajo izkušenj, ne verjamejo starejšim.
<ul style="list-style-type: none"> – Poslušnost, upoštevanje nasvetov. – Da mladi ubogajo starejše. 	VZDUŠJE	<ul style="list-style-type: none"> – Napeto vzdušje. – Nesproščeno vzdušje se čuti.
<ul style="list-style-type: none"> – Da nam zaupajo svoje probleme, mi jim pa damo nasvete, ki jih potem upoštevajo. – Da imajo skupno gospodinjstvo. 	VLOGE	<ul style="list-style-type: none"> – Da mlajši ne poslušajo starejših z izkušnjami.

Vir: Inštitut Antona Trstenjaka 2010

Odgovori na obe naši raziskovalni vprašanji, ki jih prikazuje Tabela 1, izražajo izkušnje in stališča anketirancev do mlajših dveh generacij; 63 % od njih je namreč povezanih z vsemi tremi generacijami (V107 do V109); o tem govori Martina Starc v poglavju o srečnosti.

Kot smo ugotavljali za besede in besedne zveze, ki jih kaže Slika 4, velja tudi tukaj, da prevladujejo spremenljivke afektivne solidarnosti po Szydliku, toda nič manj pomembne niso spremenljivke povezovalne in funkcionalne solidarnosti. Jasnih funkcionalnih spremenljivk (npr. nega) je malo v primerjavi s tistimi, ki pomenijo **skupno delo** in **medsebojno pomoč**.

Tudi pri teh spremenljivkah gre za dejavno vključevanje generacij, fizično sodelovanje na rabni ravni, zato ju tukaj prištevamo k funkcionalnim spremenljivkam. Anketiranci menijo, da so skupno delo in aktivnosti pomembne za medgeneracijsko enakopravnost. Verjetno pa velja poudariti, da skupne aktivnosti uspejajo v obojestransko zadovoljstvo le, če so generacije v dialogu, to pomeni, da izvajajo takšna dela in aktivnosti, ki so v obojestransko korist in veselje. Vztrajanje starejše generacije, da se ravna in dela zgolj *po starem* ali *po njihovem*, ovira dobro sožitje. V vsakdanjem življenju ljudje tehtajo medgeneracijske odnose s tem, koliko si med seboj pomagajo, pri tem ima starejša generacija v mislih predvsem pomoč, ki jo mlajši nudijo onemoglim staršem ali drugim bližnjim sorodnikom. O tem, kako je medsebojna pomoč osnova medgeneracijske solidarnosti, smo pisali v uvodnem delu poglavja.

Predpostavljamo, da odgovori na vprašanja *Kakšne so vaše izkušnje o tem, kako se razumejo mlajši in starejši?* (V102), *Po čem vi ugotovite, da se mladi in starejši razumejo?* (V103), oziroma *ne razumejo* (V104) izhajajo iz dolgoletnih izkušenj ljudi, ki so stari nad 50 let. Glavni vir njihovih ugotovitev o medgeneracijskem sožitju v Tabeli 1 so torej njihove osebne izkušnje.

Odgovori kažejo, da starejšo in mlajšo generacijo najbolj povezuje dobro **razumevanje**: starejši in mlajši si zaupajo težave, jih konstruktivno rešujejo, sklepajo kompromise, spoštujejo drug drugega itd. Medsebojno razumevanje v različnih okoliščinah je v praksi zahtevno, ker je za to potrebno veliko empatije in potrpežljivosti, pridobivanju tega pa današnje razmere niso naklonjene. Ne glede na neraziskano vprašanje, pri koliko ljudeh je dobro medgeneracijsko razumevanje zgolj ideal, ki izhaja iz nerealnih predstav, pri koliko ljudeh pa so njegova osnova dobre življenjske izkušnje, odgovori v levem stolpcu kažejo mnoge značilnosti kakovostnega razumevanja med generacijami.

Navedimo dva citata. Prvi nazorno ilustrira tradicionalno predstavo lepega sožitja, pri kateri sta pomembni tesna fizična in socialna medgeneracijska povezanost: *Živijo pod isto streho, se pogovarjajo o tem, kako živijo, kaj počnejo, vedo za dejavnosti drug drugega. Drug drugega poslušajo in se upoštevajo pri odločitvah* (citat št. 1-103). Drugi pa izraža pogoj za medsebojno razumevanje generacij v sodobnih razmerah: *Pomembno, da starejši razumejo mlade in da ne pričakujejo od njih, da bodo oni razumeli starejše; starejši so že preživeli mladost, imajo veliko izkušenj, mladi pa šele začinjajo živeti in jih še nimajo, imajo pa polet in manj predsodkov* (iz citata 3-103).

Raznoliki so tudi opisi, ki govorijo o značilnostih konfliktnih medgeneracijskih odnosov; desni stolpec v Tabeli 1 napolnjujejo napetost, sovraštvo, nerazumevanje potreb drugega, nepotrpežljivost itd. Seveda tudi tu ne vemo, koliko izhajajo te trditve anketirancev iz njihovih lastnih izkušenj s slabimi medgeneracijskimi odnosi, vsekakor pa so jasno in precizno navajali svoja mnenja o tem, kaj mislijo, da škodi medgeneracijskemu razumevanju.

Pogovor je najmočnejše orodje vsakega medčloveškega in medgeneracijskega sožitja.

Izraz *medgeneracijska komunikacija* pomeni vse interakcije med posamezniki različnih starostnih skupin. Ožja in širša družina je tipični prostor medgeneracijske komunikacije. V njej potekajo interakcije med starši in otroki, starimi starši in vnuki, tetami in nečaki ... *Intrageneracijska komunikacija* pa poteka med ljudmi iste generacije ali starostne skupine, npr. med brati in sestrami.

Medgeneracijska komunikacija pogosto poteka tudi izven družinskega okolja. Interakcije med otroki in odraslimi, med mlado osebo in eno, ki je srednjih let ali starejšo, ali med

osebo srednjih let in starejšo osebo ustreza opredelitvi medgeneracijske komunikacije. Veliko komunikacije v vsakdanjem življenju, na delovnem mestu, različnih socialnih okoljih je medgeneracijske narave.

Medgeneracijska komunikacija je močan potencial za lepo sožitje, pa tudi za napačne medosebne odnose. To se ne dogaja le zato, ker se ljudje iz različnih starostnih skupin razlikujejo po življenjskih izkušnjah, ampak tudi zato, ker se ljudje na različnih točkah svojega življenja razlikujejo po svojih ciljnih komunikacije, potrebah in vedenju (Williams in Garrett, 2002).

V strokovni literaturi zasledimo raziskave in teorije o vrstah in oblikah medgeneracijske komunikacije (Williams in Nussbaum, 2012). Analizirajo predvsem konfliktno medgeneracijsko komunikacijo, manj pa je takih, ki so osredotočene na iskanje potencialov za dobro medgeneracijsko komuniciranje. Njihova druga značilnost je poudarek na prikazih subjektivnega doživljanja; upoštevanje občin zakonitosti dobre in slabe komunikacije je danes v ozadju pozornosti v družboslovju. Zato se danes raziskovanje medgeneracijske komunikacije pogosto ustavi pri naštevanju vrst in oblik subjektivnih občutkov in doživljanja, ki jih komunikacija sproži, izogiba pa se vrednotenju. Vendar pa so merila tudi v medgeneracijski komunikaciji pomembna, ker omogočajo orientacijo in učenje boljše komunikacije. Pozitivna psihologija, ki se uveljavlja zadnja leta, je usmerjena v raziskovanje uspešnih primerov družinske in druge komunikacije. To omogoča prepoznavanje dobre in slabe ali pozitivne in negativne komunikacije ter prepoznavanje in delniranje občin komunikacijskih meril, ki so osnova za oblikovanje praktičnih programov za učenje medgeneracijske komunikacije; eden od pomembnih namenov naše raziskave je bilo prav iskanje znanstvenih osnov za oblikovanje takih programov.

Anketiranci so precizno navajali sestavine dobrega in slabega pogovora. Če preberemo tisti del Tabele 1, ki se nanaša na *pogovor*, dobimo skoraj kratek povzetek priročnika za medgeneracijsko komuniciranje: pogovor naj bi bil v prvi vrsti dialog, v katerem so vsi enakovredno udeleženi, se med seboj poslušajo in si pripovedujejo, v nasprotju s konfliktnim pogovorom, ko besede ranijo, če pa besed ni, je večasih trpljenje vpletenih še hujše.

Pri naslednjem delu Tabele 1, ki govori o **vedenju**, je stolpec, ki ponazarja slabo vedenje, precej večji od tistega, kjer so zbrane povedi o lepem medgeneracijskem vedenju. Vedenje, ki ignorira drugega, *hoja enega mimo drugega* in podobno, so neverbalne oblike komunikacije, ki razvrednotijo sočloveka in mu jemljejo dostojanstvo. Razlog, da je stolpec negativnega vedenja toliko večji od pozitivnega, je morda to, da ljudje v vsakdanjem življenju pri drugem prej opazijo slabo plat kakor lepo. Za lepo vedenje pa anketiranci z različnimi besednimi zvezami poudarjajo, da je zanj značilno skladje besed in vedenja in da se ljudje veselijo drug drugega.

Vloge, spoštovanje in stališča do generacij so v Tabeli 1 ločeni, ker vsebujejo vsebinsko različne pojasnjevalne spremenljivke, vendar so ti trije pojmi povezani, zato jih interpretiramo skupaj. V kategoriji *stališča do generacij* je polnejši stolpec, kjer so nanizane povedi o negativnih stališčih. Starejši ljudje so kritični do svoje generacije. Pravijo, da se človek z leti spremeni, postane bolj trmast in sebičen, živčen ter slabega zdravja. Iz konteksta je moč razumeti, da negativne lastnosti in slabo zdravstveno stanje starejših vplivata na medgeneracijsko sožitje in na pogostost stikov. Nekatere raziskave potrjujejo, da se predvsem vnuki veliko raje družijo z zdravimi in vitalnimi dedki in babicami kot pa z onemoglimi. Starejši pogosto menijo, da mlajši ne upoštevajo dovolj izkušenj in njihovih nasvetov, da podcenjujejo

njihove sposobnosti in zmožnosti; iz tega sklepajo, da jih mlajši ne spoštujejo. Za spoštovanje sočloveka je namreč značilno prav to, da opazimo, cenimo in upoštevamo dobro in vredno na njem ne glede na premoženje, spol, starost in druge osebne značilnosti. V današnjih razmerah globalnega kapitalizma se zdi, da je devalvirala cena starejše generacije, kajti njihove bogate življenjske izkušnje, modrost in druge pozitivnosti gredo težko »v promet«, ostajajo neopazne in nezanimive za mlajše generacije; te gredo svojo pot pogosto mimo starejših. Včasih se zdi, da je ostalo zanimivo za mlade generacije le materialno premoženje starejših, predvsem sprotna finančna pomoč in dediščina. Do neke mere je bilo tako od nekdaj, današnje razmere so to še potencirale.

Človeška kultura napreduje tako, da vsaka nova generacija nadaljuje razvoj tam, kjer ga je prejšnja generacija končala. S tem mlajša generacija avtomatično sprejme glavne pozitivne izkušnje prejšnje generacije. Treba je upoštevati, da vsaka generacija proizvede tudi nekaj zmotnega, kar razvoj ovira. Mlajša generacija se mora s temi ovirami direktno soočiti, zato nastaja videz, da pri prejšnji generaciji ne sprejema spoštljivo njenega doprinosu. Če pa seštejemo vse pozitivno, ki ga mlajši avtomatično prevzamejo od starejših, in njihovo aktivno popravljanje negativnega, ki je bilo navzoče pri starejših, se izkaže, da mlajša generacija hote ali nehote gradi razvoj na izkušnjah svojih prednikov (Ramovš J., 1988; 1995).

Čim več je **stikov** med generacijami, tem več je priložnosti za gradnjo medgeneracijskega sožitja. V raziskavi o socialnem gradientu bolnikov s hipertenzijo smo ugotovili, da imajo izobrazbene (in posledično premoženjske) razlike med člani skupine manjši vpliv na medsebojno oporo, kot smo predpostavljali. Največji vpliv je imelo pripovedovanje dobrih izkušenj v skupini, osebni stik, komunikacija in drugi pozitivni osebnostni potenciali članov (Voljč, 2012).

Dobro vzdušje je spremljevalec dobrih odnosov, razumevanja, komunikacije. Iz zapisov smo ga segregirali posebej, čeprav ni bilo velikokrat navedeno, ker je pomemben pokazatelj medgeneracijskega razumevanja.

Za zaključek razprave o tem, kaj povezuje in kaj razdvaja generacije, navajamo eno od izjav, v kateri se izraža pomen vzgoje za medgeneracijsko sožitje (citat 2-103): *Vse je odvisno od vzgoje: ona zelo dobro razume mlade in mladi njo ter moža, razume njihove potrebe, način življenja in obratno, to pa se prenaša na njihove družine – da torej razumejo potrebe in način življenja drug drugega.* Družina ostaja osnovno vzgajališče za medgeneracijske odnose. Da bo v današnjih razmerah kos tej težki nalogi, potrebuje oporo. Potrebni so primerni temeljni izobraževalno-vzgojni programi za medgeneracijsko sožitje od vrtca do fakultet, prav tako pa tovrstni izobraževalni programi za starejše. Potreba po njih se je jasno pokazala tudi pri odgovorih na vprašanja: *Ali menite, da bi bilo potrebno, da se mladi danes v rednih ali posebnih učnih programih učijo razumeti starejše ljudi in z njimi komunicirati?* (V105) ter isto vprašanje glede učenja starejših za komuniciranje z mlajšimi (V106), kot smo videli prej pri njuni bežni analizi. Učenje medgeneracijskih odnosov naj bo čim manj formalno, kar pomeni, da poteka preko življenjskih in neformalnih oblik, kakršno je za mlade in starejše npr. družabništvo ob računalniku, ki je opisano v poglavju o računalniški pismenosti v tej knjigi. Razne oblike medgeneracijskega prostovoljstva so najboljše učne delavnice za medgeneracijsko sožitje. Podobno vlogo ima tudi medgeneracijska pomoč v starostni onemoglosti, npr. družinska oskrba ostarelih svojcev, če so svojci zanjo primerno usposobljeni; o tem govorimo v poglavju o oskrbi v starostni onemoglosti.

5. Prebivalci Slovenije imajo po 50. letu starosti največ lepih stikov s srednjo generacijo

Zanimala nas je pogostost lepih stikov med generacijami. Lepi stiki med pripadniki različnih generacij doživljajsko bogatijo udeležene in večajo medgeneracijski socialni kapital; ta pa je eden od pomembnejših vzgibov za solidarnost.

Vprašanja o pogostosti lepih osebnih stikov (V107 do V109) so bila metodično nekoliko nespretna. Če bi anketirance najprej vprašali o pogostosti stikov in nato o pogostosti lepih stikov, bi verjetno dobili natančnejše rezultate. Del anketirancev je namreč navajal podatke o stikih na splošno, iz česar sklepamo, da je prezrl poudarek, da jih sprašujemo samo po lepih stikih. Nihče pa ni v odgovorih na to vprašanje navajal pogostosti neprijetnih stikov.

Več stikov pomeni več možnosti za komunikacijo, empatijo in medsebojno pomoč. V strokovni literaturi zasledimo kar nekaj raziskav o medgeneracijskih stikih, ki pa se razlikujejo od naše raziskave v tem, da niso iskali kakovosti stikov, temveč samo njihovo pogostost, običajno v povezavi s krajevno oddaljenostjo.

Williams in Garrett sta raziskovala stike med tremi starostnimi skupinami: najmlajša je bila stara od 20 do 29 let, srednja od 30 do 49 let in najstarejša od 50 do 59 let. Ugotovila sta (podobno kot avtorji nekaterih sorodnih raziskav), da imajo vse generacije največ stikov z vrstniki, hkrati pa ima več kot 80 % vseh treh skupin redne stike (pogovor) tudi z ostalima dvema generacijama. Več kot 60 % jih živi na skupnem naslovu, zato je pogostost stikov razumljiva. Med tistimi iz najmlajše raziskane skupine, ki ne živijo doma, in med najstarejšo skupino so osebni stiki v povprečju dvakrat tedensko (Williams in Garrett, 2002). Menimo, da so omenjene raziskave do neke mere relevantne tudi za naš prostor, saj gre za kulturne podobnosti. Tudi za naš prostor lahko sklepamo, da je največ stikov znotraj generacij.

Slika 5: Pogostost lepih stikov med generacijami



Vir: Inštitut Antona Trstenjaka 2010

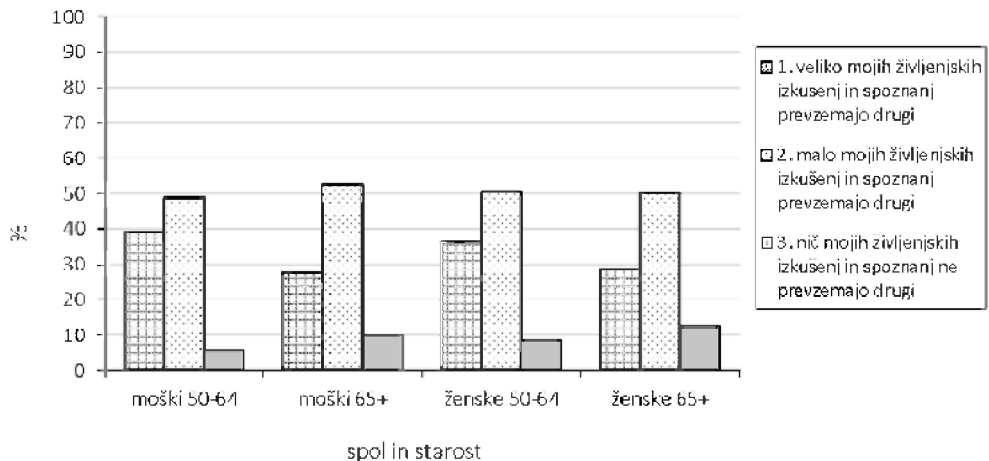
K odgovorom na vprašanja, ki so se nanašala na lep osebni stik, smo pristopili tako, da smo njihove časovne odgovore pretvorili na skupni imenovalac – število dni. Pogostost lepih stikov med generacijami shematsko prikazujemo na Sliki 5. Velikost lika v simbolični obliki srca ponazarja frekvence stikov anketirancev: večje srce pomeni več lepih stikov, manjše pa manj. Pričakovano je, da ima starejša generacija veliko lepega stika s srednjo generacijo, to je z generacijo svojih otrok; kar 92,9 % anketirancev ima namreč žive otroke (V162). Da so otroci ena najbolj pomembnih stvari v njihovem življenju, pa je mnenja 88,2 % tistih, ki imajo otroke. To je zanje pomemben vir opore in pomoči.

Presenetil pa nas je podatek, da imajo ljudje po petdesetem letu starosti zelo malo lepih stikov z vrstniki, kamor sodi tudi zakonec ali partner. Ta podatek je možno razumeti tudi tako, da se starejši med sabo najmanj razumejo, da živijo odtujeno ali pa so njihovi odnosi rutina, v kateri ljudje lahko hitro prezrejo pozitivne vidike odnosa. Pri interpretaciji tega podatka lahko ostanemo le pri domnevi, za trdnejšo razlago bi potrebovali več podatkov.

6. PREDAJANJE ŽIVLJENJSKIH IZKUŠENJ

Podajanje življenjskih spoznanj in izkušenj mlajšim generacijam je ena izmed najpomembnejših smiselnih nalog v starosti (Ramovš J., 2003). Naše vprašanje o tem se je glasilo (V83): *Vsak človek si v življenju nabere veliko spoznanj in izkušenj, ki bi jih rad prenesel na druge, zlasti na mlajše...* Vprašanje je bilo zaprto, anketiranci so izbirali med tremi odgovori, ki so navedeni na desni strani Slike 6, ki prikazuje odgovore anketirancev po spolu in razdeljene v dve starostni skupini.

Slika 6: Predajanje svojih življenjskih izkušenj – dve starostni skupini anketirancev po spolu



Vir: Inštitut Antona Trstenjaka 2010

Iz Slike 6 je razvidno, da starejša generacija v današnjih razmerah težko prenaša svoje izkušnje in znanje na mlajše generacije. Največ, skoraj polovica anketirancev se je opredelila za odgovor, da mlajši prevzemajo malo izkušenj od starejših. Ta podatek

dobi močno pozitivno konotacijo, če mu prištejemo prvi odgovor, to je, da veliko svojih življenjskih izkušenj prenesejo na mlajše. Za prvi odgovor se je namreč odločilo bistveno več anketirancev kot za tretji.

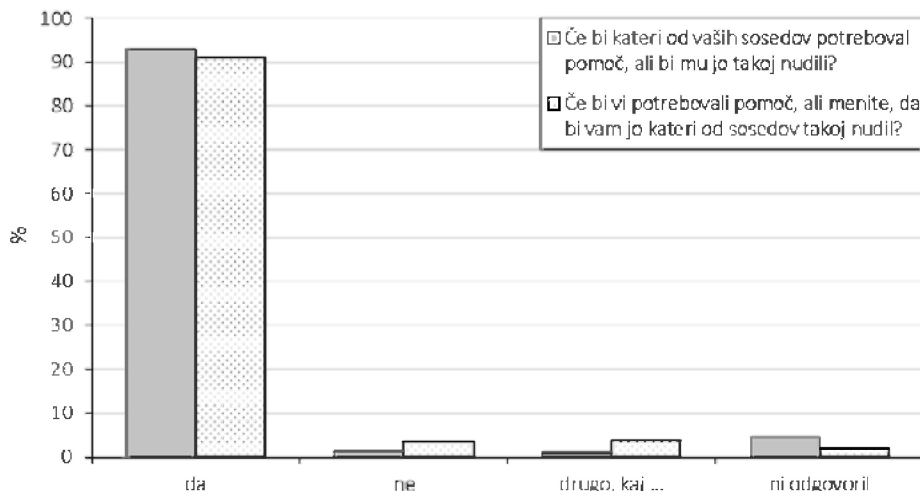
Zanimivo je, da so starejši, še zlasti ženske, pogosteje mnenja, da ne morejo prenašati svojih življenjskih izkušenj na mlajše generacije. Za ženske bi lahko iskali razlog za to v njihovi gospodinski vlogi, ki so jo imele v življenju mlajših generacij, in s tem povezanimi življenjskimi izkušnjami. Po raziskavah sodeč, so bile kronično preobremenjene, kar pa ni vabljev vzorec za posnemanje pri mlajših generacijah. V nekoliko boljšem položaju, toda ne bistveno, so moški, ki so v svoji tradicionalni vlogi opremljeni z nekaterimi znanji in veščinami, ki mlajšim generacijam lahko pomenijo inspiracijo za lastne dejavnosti.

Nezadovoljnost starejših, da ne morejo prenašati na mlajše svojih velikih življenjskih izkušenj in spoznanj, je neizkoriščen družbeni in tudi osebni potencial; slednje se v naši raziskavi kaže v povezanosti med srečnostjo in predajanjem življenjskih izkušenj (glej poglavje Martine Starc o doživljanju sreče). Raziskati bi torej bilo potrebno možnosti in načine za prenašanje dobrih izkušenj in znanj na mlajše generacije v današnjih življenjskih razmerah, ko tradicionalni način prenašanja ni več uporaben.

7. SPREJEMANJE IN NUDENJE SOSEDSKE POMOČI

O starostnikih in njihovi vpetosti v socialna omrežja je bila narejena primerjalna raziskava med letoma 1987 in 2002, v kateri so se ugotavljali spremembe v pomenu in vlogi sosedov v socialnem omrežju (Filipovič in drugi, 2005). S starostjo odstotek anketirancev, ki poiščejo pomoč pri sosedu, narašča za vse oblike socialne opore (finančne, emocionalne, materialne in v primeru bolezni). Ta posebno močno naraste pri vdovah in vdovcih ter pri poročenih in sicer v obliki *majhne materialne opore in druženja*. Tako je npr. v starostni skupini od 50 do 64 let prejelo 26,6 % poročenih starostnikov nematerialno pomoč od sosedov, v starostni skupini med 65 do 75 let pa že 36,1 %. Pri slednji starostni skupini se skoraj podvoji opora sosedov v obliki druženja in pomoči v času bolezni. *Velika materialna in čustvena opora* pri sosedski pomoči pa se pri vseh starostnih skupinah pojavlja v nizki stopnji. Velike razlike so v sosedski pomoči med ruralnim in urbanim okoljem, toda tudi v urbanem okolju je sosedska pomoč v Sloveniji relativno visoka. Sosedske vezi so vir socialne opore starejših ljudi in tvorijo pomemben potencial, ugotavljajo avtorji.

V naši raziskavi smo se osredotočili na stališča do sprejemanja in dajanja sosedske pomoči. Vprašanji sta se glasili: *Če bi kateri od vaših sosedov potreboval pomoč, ali bi mu jo takoj nudili?* (V100) in *Če bi vi potrebovali pomoč, ali menite, da bi vam jo kateri od sosedov takoj nudil?* (V101).

Slika 7: Stališča do nujenja in prejemanja sosedске pomoči

Vir: Inštitut Antona Trstenjaka 2010

Na vprašanje, *Če bi kateri od vaših sosedov potreboval pomoč, ali bi mu jo takoj nudili?*, je nad 90 % ljudi odgovorilo pritrdilno. Ta podatek pove, da je velika večina ljudi pri nas pripravljena pomagati si med seboj, kar je pomemben in spodbuden vidik solidarnosti. Za *drugo, kaj ...* se je opredelilo 1,1 % anketirancev; večina od teh je navedla, da bi radi nudili pomoč sosedom, vendar tega (več) ne zmorejo. Pri vprašanju: *Če bi vi potrebovali pomoč, ali menite, da bi vam jo kateri od sosedov takoj nudil?*, se jih je nekoliko več opredelilo za odgovor *drugo, kaj ...* – 3,8 %, kar je še vedno zelo malo v celoti raziskanega vzorca. Večina njihovih pojasnjevalnih odgovorov je: *ne vem* in *ne vem, toda upam*.

Iz raziskave je jasno razviden podatek, da imajo prebivalci Slovenije, stari več kot 50 let, zelo pozitivno stališče do sosedске pomoči. To kaže na dobre izkušnje s sosedstvom. To potrjujejo tudi odgovori na vprašanja o oskrbovanju v onemoglosti (glej poglavje o oskrbi), iz katerih je razvidno, da je sosedska pomoč pomembna pri oskrbi starejših ter eden od pozitivnih pokazateljev neformalne solidarnosti.

8. ZAKLJUČKI

Kakšno je stanje med generacijami v naši družbi in kakšen je potencial za medgeneracijsko solidarnost, so pri nas še dokaj neraziskana vprašanja. Naša raziskava potreb, zmožnosti in stališč prebivalcev Slovenije, ki so stari 50 let in več, je povečala vpogled v mnoge razsežnosti medgeneracijskega sožitja ob konkretnih vprašanjih oskrbe onemoglih starih ljudi, sobivanja, prostovoljstva, vrednot in ob drugih vprašanjih, ki jih obravnavajo različna poglavja te knjige.

V tem poglavju smo se osredotočili na teoretično razjasnitev pojmovanja generacij, medgeneracijskega sožitja in solidarnosti v sodobni raziskovalni literaturi in političnih dokumentih. Pri tem izstopa spoznanje, ki se je razvijalo zadnja leta ob vprašanju aktivnega staranja, o enovitosti celotnega življenjskega poteka (Life Course). Posebnosti posameznega

življenjskega obdobja so pomembne in jih je treba upoštevati, pri čemer je odločilno spoznanje, da ima človekovo življenje na vseh točkah razvojne potenciale, ki so komplementarni v življenjskem poteku posameznika in ljudi različnih starosti v družbi.

Analiza stališč o medgeneracijskih odnosih, ki smo se jim v tem poglavju najbolj posvetili, je pokazala, da je dober pogovor in ostala komunikacija najpomembnejše vezivo v medgeneracijskem sožitju. Ljudje v praksi zelo jasno ločijo, kaj medgeneracijske odnose gradi in kaj jih ruši; njihovi odgovori o tem so pravicati priročnik o medgeneracijskih odnosih.

Večina jih je mnenja, da starejši bolje razumejo mlajše kakor mlajši starejše. Ženske med 50. in 65. letom so se najbolj pogosto odločile za obratno stališče, te so tudi najbolj pogosto mnenja, da niti mladi ne razumejo starejših niti starejši mlajših. Pri vsem tem je zelo spodbudno spoznanje, da se velika večina želi usposabljanje za boljše medgeneracijsko komuniciranje; pri tem najbolj izstopajo tisti, ki so mnenja, da se starejši in mlajši ne razumejo. Potenciali za učenje boljšega medgeneracijskega sodelovanja in komuniciranja so torej veliki. Naloga stroke je, da razvije za to potrebna orodja, izobraževalna in druga politika pa mora ustvariti razmere za sistematično učenje *nove solidarnosti med generacijami* in *aktivnega staranja* v današnjih življenjih razmerah.

Analiza lepih osebnih stikov z vsemi generacijami je pokazala, da imajo prebivalci Slovenije, ki so stari 50 let in več, največ lepih stikov s srednjo generacijo svojih otrok, najmanj pa s svojo generacijo. Tudi to je eden od pokazateljev sodobnega bega pred izzivi staranja, ki narekujejo gerontologiji in politiki večjo pozornost pripravi na kakovostno življenje po upokojitvi oziroma na staranje in starost nasploh.

Pomemben pokazatelj solidarnosti v slovenski družbi so pozitivna stališča do nujnosti in sprejemanja sosedске pomoči. To je pomemben socialni imunski vzgib, ki se prenaša iz stoletne tradicije v sodobno sožitje in ga je pomembno krepiti, nikakor pa ne zamenjevati s škodljivim delom na črno.

Naša raziskava ni zajela formalne ali družbene solidarnosti. Kot bistveno sestavino medgeneracijskega sožitja jo je treba raziskati z analizo njenih zakonskih podlag, načinov in obsega izvajanja in primerjavo z drugimi EU državami. Formalna in neformalna solidarnost je blažilec negativnih posledic kapitalizma, kjer je človek del proizvodnega koncepta. Človek pa lahko v proizvodnem konceptu izgubi vrednost prav tako kot vsak drug proizvod. V družbenem diskurzu je treba najprej izločiti ekonomski radikalizem in oslabiti idejo konkurenčne sposobnosti, ki nas prepričuje, da smo lahko srečni na gmadi mrtvecev. Zato je pomembno, kdo o čem odloča. Ali je to politika, osnovana na demokratičnem mandatu ali oligarhična skupina, podprta z močjo denarja. Če želimo, da demokratična politika ohrani moč, je treba za njeno porazdelitev ohraniti zadosten delež BDP-ja (okrog 40 %) in to na snovi kriterijev, ki niso orientirani samo v dobiček (Špidla in drugi, 2013, str. 58-59).

Ob sedanjih in prihajajočih demografskih spremembah, ko se zmanjšujejo družbeni in ekonomski viri ter slabijo družinske vezi, raste nevarnost za napetosti med generacijami. V tej situaciji so odgovori na vprašanja o sožitju in solidarnosti med generacijami nujni za odkrivanje neizkoriščenih potencialov na področju zdravega, aktivnega in dostojanstvenega staranja, oskrbe onemoglih starih ljudi, še posebej pa krepitve medgeneracijske solidarnosti. Ugotovitev, da pri nas solidarnost v družini in med sosedi še dobro deluje iz socialnega kapitala tradicije, opozarja na nujnost uvajanja sistematične medgeneracijske vzgoje v predšolskih

in šolskih programih na vseh stopnjah vse do vseživljenjskega učenja za medgeneracijsko sodelovanje na delu in po upokojitvi.

LITERATURA

- Blome Agnes, Keck Wolfgang, Alber Jens (2009). *Family and the Welfare State in Europe, Intergenerational relations in Ageing Societies*. Edward Elgar Publishing Limited UK in USA. V: http://books.google.si/books?hl=en&lr=&id=mU0HujNYWsMC&oi=fnd&pg=PR6&dq=korpi+intergenerational+relationships&ots=5zTO_zlDXg&sig=Q1PJZG9KhZY7PCGKicTwVUk9VQw&redir_esc=y#v=onepage&q=korpi%20intergenerational%20relationships&f=false (prevzeto 13.9.2013).
- Brandt Martina, Klaus Haberkern, Marc Szydlak (2008). *Soziale Dienste und Hilfe zwischen Generationen in Europa* [Social services and help between generations]. V: *Zeitschrift für Soziologie*, letnik 37, številka 4, str. 301–20.
- Brovell M.E. in drugi (2013) *Intergenerational support among the oldest old in Sweden*. V: *The Journal of Nutrition, Health and Ageing*. The 20th IAGG Congress of Gerontology and Geriatrics, June 23–27, 2013, Seoul, Korea. Abstract Book.
- Espring-Andersen Gosta (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity Press & Princeton: Princeton University Press.
- Espring-Andersen Gosta, Gallic Duncan, Hemerijck Anton, Myles John (2003). *Why We Need a New Welfare State*. Oxford: Oxford University Press.
- Filipov Elder, Glen H., Kirkpatrick Monica Johnson, Crosnoe Robert (2003). The Emergence and Development of Life Course Theory. V: Jeylan T. Mortimer and Michael J. Shanahan (ed.). *Handbook of the Life Course*. Springer.
- Filipović Maša, Kogovšek Tina, Hlebec Valentina (2005). Starostniki in njihova vpetost v sosedstva omrežja. V: *Družboslovne razprave*, letnik XXI, št. 49/50, str. 205–221.
- Giele Janet Z., Glen H. Elder (1998). *Methods of Life Course Research: Qualitative and Quantitative Approaches*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Glen H. Elder, Kirkpatrick Monica, Crosnoe Johnson and Robert (2003). The Emergence and Development of Life Course Theory. V: Mortimer T. Jeylan. and Shanahan Michael J. *Handbook of the Life Course*. Springer, str. 3–19.
- Howe Neil, Strauss William (1991). *Generations: The History of America's Future, 1584 to 2069*. New York: William Morrow & Company.
- Höpplinger François, Hugentobler Valérie in Fragnière Jean-Pierre (2008). *Kleines Glossar rund um Generationenfragen*. V: <http://www.hoepfllinger.com/fhtop/Generat-Glossar1.pdf>.
- Hvalič Touzery, Simona (2007). *Družinska oskrba starih družinskih članov. Doktorska disertacija*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo.
- Kohli Martin (1999). *Private and public transfers between generations: linking the family and the state in European Societies*. London in New London in New York: Routledge.
- Korpi Walter (2000). Faces of inequality: Gender, Class, and patterns of inequalities in different types of welfare states. V: *Social politics: international studies in gender state and society*, letnik 7, št. 2, str. 127–191.
- Kroger Tep (2001). *Comperative research on social care the state of the art*. Brussels: European Commission.
- Kuh Diana, Ben-Shlomo Yoav (1997). *A Life Course Approach to Chronic Disease Epidemiology*. Oxford: Oxford University Press.
- Lepsius Rainer (1990). *Interessen, Ideen und Institutionen*. Westdt: Verlag.
- Lingsom Susan (1997). *The Substitution Issue. Care Policies and their Consequences for Family Care*. Oslo: NOVA, report No. 6.
- Mannheim Karl (1952). The Problem of Generations. V: Kecskemeti Paul. *Essays on the Sociology of Knowledge by Karl Mannheim*. New York: Routledge & Kegan Paul.
- Mayer, Karl U. (2009). New Directions in Life Course Research. *Annual Review of Sociology*, št. 35, str. 423–424.
- Margherita Antonia, O'Dorchai Sille, Bosch Jell (2009). *Reconciliation between work, private and family life in the European Union*. Eurostat, Brussels : European Commission.

- Millar Jane, Worman Andrea (1996). *Family Obligations in Europe*. London: Family Policy Studies Centre.
- Perek Bialas Jolanta, Hoff Andreas (2013). V: *The Journal of Nutrition, Health and Ageing. The 20th IAGG Congress of Gerontology and Geriatrics*, June 23-27, 2013, Seoul, Korea. Abstract Book, str. S166.
- Ramovš Jože (1988). Med zgodovinsko in osebno izkušnjo: antropološka dinamika človeških izkušenj. V: *2000 (Ljublj.)*, št. 44/45, str. 116-125.
- Ramovš Jože (1995). Današnja kriza vzorcev vedenja za medgeneracijsko prenašanje vrednost v družini. V: Ramovš Jože (ur.). *Družina: zbornik predavanj in razprav na osrednjih strokovnih prireditvah v Sloveniji v letu družine v Cankarjevem domu v Ljubljani, 25. in 26. oktober 1994*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka za psihologijo, logoterapijo in antropohigieno, str. 263-288.
- Ramovš Jože (2003). *Kakovostna starost. Socialna gerontologija in gerontogika*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka in SAZU.
- Ramovš Jože (2010). Generacija. V: *Kakovostna starost*, letnik 13, št. 3, str. 87-88.
- Ramovš Jože (2012). *Za kakovostno staranje in lepše sožitje med generacijami*. 3. dopolnjena izdaja. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.
- Ramovš Jože, Ramovš Ksenija (2010). Vitalni in navidezno vitalni v vseh generacijah v Turgenjevih Očetih in sinovih. V: *Kakovostna starost*, letnik 13, št. 3, str. 110-120.
- Ramovš Ksenija (2001). Analiza pogovorov s starimi ljudmi pri usposabljanju za osebno družabništvo. V: *Kakovostna starost*, letnik 4, št. 1/2, str. 15-36.
- Szydlik Marc (2001). Generationensolidarität, Generationenkonflikt. V: Allmendinger J., *Gute Gesellschaft? Povzetki* 30. Kongresa Deutschen Gesellschaft für Soziologie v Kölnu, str. 513-596.
- SURS (2011). *Prebivalstvo, Slovenija, 1. oktober 2010 – končni podatki*. http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?ID=3705.
- Svet EU (2005). *Zelena knjiga Odziv na demografske spremembe: nova solidarnost med generacijami*. Bruselj, 2005.
- Špidla Vladimir, Ramovš Jože, Saražin Klemenčič Ksenija (2013). Za novo solidarnost med generacijami. V: *Kakovostna starost*, letnik 16, št. 1, str. 52-61.
- Trstenjak Anton (1954). *Med ljudmi. Pet poglavij iz psihologije medčloveških odnosov*. Celje: Družba sv. Mohorja.
- United Nations (2002) *Madrid International Plan of Action on Ageing*. Madrid, 12.A. 2002
- United Nations (2003). *Young People in a Globalizing World*, World YOUTH Report.
- Verbinc France (1997). *Slovar tujk*. Ljubljana: Cankarjeva založba.
- Voljč Božidar (2012). *Social gradient potencial-SOGRAP*. Poročilo o raziskavi. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.
- Williams Angie, Garrett Peter (2002). *Communication Across the life Span. From Adolescent Storm and Stress to Elder Aches and Pains*. Journal of Language and Social Psychology. Vol. 21, št. 2, str. 101-126.
- Williams Angie, Nussbaum Jon E. (2012). *Intergenerational Communication Across the life Span*. New York: Routledge.
- Walker Alan (2013). Active Ageing: A Policy for all Ages? V: *The Journal of Nutrition, Health and Ageing. The 20th IAGG Congress of Gerontology and Geriatrics*, June 23-27, 2013, Seoul, Korea. Abstract Book, str. 21.

Kontaktne informacije

Ksenija Ramovš

Resljeva 11

1000 Ljubljana

Ksenija.ramovs@guest.arnes.si

Irena Brovet Zupančič

Vid in očesne bolezni pri starejših

POVZETEK

Fiziološko staranje zmanjšuje nekatere očesne funkcije, med njimi nočni vid in kontrastni vid, zoži se tudi vidno polje. V starosti so tudi pogostejše bolezni, kot so glavkom, diabetes, arterijska hipertenzija in motnje v presnovi maščob. Temu se pridružijo še degenerativni procesi, kamor spadata najpogosteje siva mrena in degeneracija rumene pege, redkeje degeneracija roženice. Opisane so najpogostejše očesne bolezni, ki vplivajo na poslabšanje vida in ostalih funkcij organa vida. Opisane so tudi nekatere sodobne metode zdravljenja.

Gljučne besede: starostnik, vid, siva mrena, glavkom, diabetična retinopatija, starostna degeneracija rumene pege, solzenje, entropij, ekropij, ptoza

AVTORICA: *Prim. dr. Irena Hedvika Brovet Zupančič, dr. med., je predavateljica na Zdravstveni fakulteti v Ljubljani in zasebna koncesionarka v oftalmološki ambulanti. Od 1971 do 1996 je bila zaposlena na Univerzitetni očesni kliniki v Ljubljani, nato v Očesni ordinaciji na Groharjevi 11 v Ljubljani. Od leta 1982 do odhoda je bila vodja oddelka za funkcionalno diagnostiko na Očesni kliniki, od leta 1986 do leta 1990 je bila namestnica direktorja Očesne klinike. Od leta 1977 do leta 1996 je bila asistentka na Medicinski fakulteti v Ljubljani na katedri za oftalmologijo. Od leta 1989 do leta 1991 je bila univerzitetna učiteljica na VŠZD in nato do leta 2012 višja predavateljica na Zdravstveni fakulteti Univerze v Ljubljani. Leta 1989 je pridobila naziv specialist akademske stopnje, leta 1993 naziv primarij in leta 1996 naziv doktor znanosti.*

ABSTRACT

Sight and eye diseases in the elderly

Physiological ageing reduces some visual functions such as night time vision and contrast sensitivity. Eye diseases common to the older people include glaucoma, diabetes, arterial hypertension and disturbances in lipid metabolism. In ageing frequent degenerative processes like cataract, age related macular degeneration (AMD) develop. Corneal degeneration less frequently joins them. Diseases in which most frequently lower sight and other disturbances of visual functions are described. Described are modern treatments.

Key words: older people, cataract, glaucoma, diabetic retinopathy, age related macular degeneration, tearing, inverted eye lid, extroverted eye lid, ptosis

AUTHOR: *Irena Hedvika Brovet Zupančič, PhD, MD and senior doctor is a lecturer on Faculty of Health Sciences in Ljubljana and private concessionaire in ambulatory ophthalmology clinic. From 1971 to 1996 she was employed at University hospital of ophthalmology and afterwards at ambulatory ophthalmology clinic (Groharjeva 11, Ljubljana). In 1982 she became the head of department for functional diagnostics at University hospital of ophthalmology and*

in 1996 she became an assistant on university department of ophthalmology at Medical Faculty in Ljubljana. From 1989 to 1991 she was employed as university teacher on College of Health Studies and since then she works as senior lecturer on Faculty of Health Sciences in Ljubljana. In 1993 she became a senior doctor and in 1996 a doctor of philosophy.

1. UVOD

Fiziološko staranje zmanjšuje nekatere očesne funkcije, med njimi nočni vid in kontrastni vid, zoži se tudi vidno polje. V starosti so pogostejše bolezni, kot so glavkom, diabetes, arterijska hipertenzija in motnje v presnovi maščob. Temu se pridružijo še degenerativni procesi, najpogostejša med njimi sta siva mrena in degeneracija rumene pege, redkeje se pojavlja degeneracija roženice.

Tudi pri zelo suhih očeh je vid lahko zmanjšan ali spremenjen zaradi neravne površine roženice in defektov roženičnega epitela. Na ostrino vida vplivajo tudi degenerativne spremembe v steklovinu.

Starejši ljudje imajo pogosto kronične žilne bolezni ali bolezni presnove, ki same ali pa zaradi jemanja zdravil začasno ali trajno vplivajo tudi na ostrino vida. Odstopanja vidnih, kognitivnih in psihomotoričnih funkcij lahko pomembno vplivajo tudi na zmožnost vožnje.

2. KRATKA FIZIOLOGIJA VIDA

2.1 OSTRINA VIDA

Normalna monokularna vidna ostrina je 1,0, kar odgovarja eni kotni minuti, pri kateri sta dve točki videti kot ločeni. Nekateri ljudje imajo tudi večjo ostrino vida in dve točki razlikujejo ločeni pri manjšem kotu.

Pri mlajših je vidna ostrina lahko 1.2 ali 1.5, odvisno od gostote čutnih celic. Upoštevati moramo dejstvo, da je binokularni vid (vid obeh očes hkrati) lahko za 15 % boljši od monokularnega vida posameznega očesa (Erb in Goebel, 2009).

Za barve občutljive čepnice, ki so le v centru rumene pege in nam omogočajo dobro ostrino vida podnevi, v temi zaradi manjše količine svetlobe niso vzdražene. Ponoči se orientiramo s paracentralnim in perifernim delom mrežnice, kjer prevladujejo paličice. Vid v mraku, nočni vid in kontrastni vid se v starosti zmanjšajo.

2.2 PERIFERNI VID IN VIDNO POLJE

Čepnice v centru nam omogočajo centralni vid, periferno razporejene paličice pa nam služijo za zaznavo gibanja okoli nas in zaznavo predmetov. Periferno je vidna ostrina le 3 do 5 %, kar nam zadostuje, da zaznamo predmet in nanj takoj usmerimo pogled. Periferni vid ocenjujemo s preiskavo vidnega polja – perimetrijo.

S starostjo se zoži vidno polje zaradi zmanjšanja volumna maščobe v orbiti in posledičnega enoftalmusa – globlje ležečega zrkla, zmanjšanja elastičnosti kože vek, ki vodi do blage

ptoze (povešenosti) vek, kar ima za posledico zožitev vidnega polja v zgornjem delu. Zenice so v starosti zaradi prevlade parasimpatikusa ožje kot v mladosti. Tudi širina zenice vpliva na širino vidnega polja.

3. BOLEZNI, KI VPLIVAJO NA VIDNE FUNKCIJE

Okvaro vida in okvaro vidnega polja povzročajo: siva mrena (katarakta), zelena mrena (glavkom), senilna degeneracija rumene pege, diabetična retinopatija, okvare vidne proge ali žilne okvare mrežnice, vidnega živca in možganov (Meyer, Helb in Eter, 2008). Gostejše degenerativne spremembe steklovine ali krvavitve v steklovino povzročajo poleg poslabšanja vida tudi izpade v vidnem polju.

3.1 SIVA MRENA ALI KATARAKTA

Vsako skalitev v leči imenujemo siva mrena. Siva mrena je lahko prirojena, juvenilna, presenila, senilna, posledica IR (infrardečega) ali UV (ultravioletnega) sevanja, radioaktivnega sevanja, posledica jemanja nekaterih zdravil, kot so kortikosteroidi, posledica bolezni, kot so diabetes, tetanija in nekatere kožne bolezni. Tudi poškodbe očesa lahko vplivajo na razvoj sive mreže.

Najpogostejša je **starostna siva mrena**, ki se lahko pojavi že pri 50 letih.

Po legi skalitev jo delimo v:

- nuklearno, kjer je skaljeno lečno jedro,
- kortikalno, s skalitvami v lečni skorji.

Vsi tipi sive mreže se lahko kombinirajo in povzročajo spremembe v ostrini vida. Zgodaj je moten kontrastni vid. Izpadi v vidnem polju so odvisni od gostote in lege skalitev. Monokularna siva mrena (siva mrena samo na enem očesu) včasih bolnika ne moti in relativno pozno pride do oftalmologa, ker dobro vidi na drugo oko.

Nuklearna katarakta povzroča zmerno poslabšanje vida, lahko vodi do spremembe refrakcije, tako da so potrebne spremembe dioptrije na očalih tudi že po nekaj tednih.

Kortikalna katarakta daje ob zmanjšani ostrini vida včasih občutek »lukenj« ob lučeh in monokularni dvojni vid.

Posteriorska subkapsularna katarakta (skalitve v zadnji lečni skorji pod lečno ovojnico) zmanjšuje ostrino vida, je moteča predvsem pri branju, povečuje bleščanje in občutljivost na močno svetlobo.

Rešitev je preprosta z operativno odstranitvijo skaljene leče in intraokularnim lečnim vsadkom. Bolnikova zmožnost za delo in vožnjo po operaciji je odvisna od ostrine vida, ki je včasih slaba zaradi istočasno prisotnih degenerativnih sprememb v rumeni pegi, oslabljenega vidnega živca ali drugih okvar mrežnice ali optičnih medijev. Praviloma bolnik lahko vozi z ustrežno korekcijo in ob upoštevanju navodil o vkapavanju očesnih kapljic, ki jih uporablja 3 do 4 tedne po posegu. Nekateri bolniki po operaciji sprva moti svetloba, zato jim svetujemo uporabo zatemnjenih očal pri močni sončni svetlobi. Oko je po operaciji še nekaj časa bolj dovzetno za infekcije.

3.2 ZELENA MRENA ALI GLAVKOM

Glavkom je med najpogostejšimi vzroki za oslepitev, pogostnost se po 60. letu strmo zvišuje. Zanj so značilni: povišan, pa ne vedno, očesni pritisk (normalno je med 10 in 21 mm Hg), spremembe na papili vidnega živca in izpadi v vidnem polju, poslabšanje vida. Včasih ima bolnik bolečine za očmi, vidi kolobarje okrog luči, glavkom z odprtim zakotjem pa lahko dolgo časa poteka asimptomatsko. V diagnostiki in zdravljenju glavkoma je redno spremljanje vidnega polja obvezna intervencija, saj nam daje podatke o napredovanju bolezni.

Centralno vidno polje običajno spremljamo s statično računalniško vodeno perimetrijo, ki ima program za spremljanje glavkoma in možnost statistične obdelave ter primerjanja rezultatov. Celotno vidno polje spremljamo s pomočjo kinetične perimetrije po Goldmanu ali temu prilagojene statične perimetrije na drugih perimetrih (Erb in Goebel, 2009). Pomembno je tudi spremljanje stanja vidnega živca s pregledom očesnega ozadja, fotografiranjem in meritvami poglobitve v vidnem živcu.

Zdravljenje glavkoma je lahko medikamentozno ali kirurško, pri slednjem se pogosto uporablja tudi laserska goniopunktura. Pri medikamentozni terapiji se glede na stanje odločamo za lokalno kapanje beta blokerjev, prostaglandinov, inhibitorjev karboanhidraze ali kombiniranih kapljic teh učinkovin z močnejšim učinkom. Kapanje vse te terapije ne predstavlja kontraindikacije za vožnjo, če bolnik ne sede za volan takoj, ko si vkapa zdravilo. Le pri glavkomu z ozkimi ali zaprtimi zakotjem kapamo pilokarpin, ki močno zoži zenico in zaradi ozke zenice lahko vpliva na varno vožnjo. Poslabšanje vida in večji izpadi v vidnem polju so pri glavkomskem bolniku kontraindikacija za vožnjo, ovirajo delo, kjer je potrebno normalno vidno polje, prav tako vplivajo na nočni in kontrastni vid.

3.3 STAROSTNA DEGENERACIJA MAKULE – RUMENE PEGE (SMD ANGLOSAKSONSKO AMD, TUDI ARMD)

Starostna degeneracija makule postopoma uničuje centralni vid. Včasih napreduje zelo počasi in ljudje opažajo le lahko poslabšanje vida. V drugih primerih pa napreduje hitro in okvari centralni vid na obeh očesih. Je vodilna bolezen za izgubo vida po 60. letu starosti. Poteka v obliki vlažne ali suhe degeneracije (Leydhecker, 1987).

Pri vlažni degeneraciji se pod mrežnico v rumeni pegi razvijajo novonastale žile. Žile so krhke, pogosto prepuščajo tekočino, ki dviga mrežnico. Iz njih tudi rado krvavi v ali pod mrežnico. Okvara čutnega epitela nastane naglo. Hitro pride do padca vida, zmanjšanja razlikovanja barv in znižanega kontrastnega in mezopičnega vida (vida v mraku).

Pri nastajanju in razvoju vlažne degeneracije bolnik zaradi edema mrežnice opaža metamorfozijo – črte vidi ukrivljene (Leydhecker, 1987). V napredovalem stanju nastajajo v makularnem predelu fibrozne spremembe (brazgotine). Vidna ostrina pade pod 0,05 (štetje prstov na manj kot 5 metrov pred očesom). Zaradi propada čutnega epitela se razvije globok centralni skotom, ki zajema vse področje makule. Bolnik ima v centralnem delu vidnega polja temno liso, zaradi katere ni uporabnega centralnega vida za bližinsko delo in za daljavo.

Suha starostna degeneracija makule (SMD) poteka počasneje. Pri suhi degeneraciji makule propadajo fotoreceptorji v makuli. Vid postaja zmerno zamegljen, postopoma se slabša. Pojavi se megljena lisa v centralnem delu vidnega polja, ki se pogloblja. Vidna ostrina postopoma pada. Centralni skotom se s propadanjem senzornega epitela pogloblja (Kriegelstein,

Jonescu Cuipers, Severin, 1999). Bolnik težko prepozna obraze, potrebuje več luči pri branju. Običajno sta prizadeti obe makuli, vendar je izguba vida na enem očesu lahko težja.

Zgodnji znaki suhe degeneracije so rumeni depoziti beljakovin pod mrežnico – druze (Kriegelstein, Jonescu Cuipers, Severin, 1999). Same druze še ne spremenijo ostrine vida in ne povzročajo izpada v vidnem polju. Včasih jih opažamo pri bolnikih več let brez bistvenih sprememb vidnih funkcij. Večanje velikosti in gostote druz pa lahko privede do razvoja suhe ali vlažne degeneracije. Suha degeneracija ima tri stopnje. Zgodnja SMD s številnimi drobnimi ali posameznimi srednje velikimi druzami. Na tej stopnji ni simptomov in izpadov vidnih funkcij. Intermediarna SMD z več srednje velikimi druzami ali eno in več večjimi druzami. Pri intermediarni obliki SMD moramo bolnika opozoriti na slabši nočni vid. Nočni vožnji in vožnji v slabših vidnih razmerah naj se izogiba. Pri slabem vidu si bolnik do določene mere pomaga z bralno lupo ali teleskopskimi očali. Bolnika mora redno spremljati oftalmolog in ga pravočasno opozoriti na zmanjšano zmožnost za vožnjo, ki naj jo bolnik upošteva. Napredovala SMD, kjer so na očesnem ozadju druze in atrofijske ter stanjšanja v pigmentnem epitelu mrežnice. Fotoreceptorji propadejo. V centralnem vidnem polju je obsežen skotom, ki sčasoma postaja večji in globlji (Leydhecker, 1987). Centralni vid je močno poslabšan ali pade na štetje prstov ekscentrično. Bolnik opaža povsod, kamor pogleda, v centru temno liso, ne prepozna obrazov, ne more brati in samostojno opravljati vsakodnevnih opravil. Pri bolniku z napredovalo obliko SMD obstaja velika verjetnost, da se bo enaka oblika razvila tudi na drugem očesu. Če sta prizadeti obe očesi postane bolnik funkcionalno slepa oseba. Centralni vid je slab, ali ga ni, ohranjen pa je periferni vid.

Približno 85 do 90 % ljudi s senilno makularno degeneracijo ima suho obliko, ki pa lahko v vsaki fazi preide v vlažno ali se z njo kombinira (Leydhecker, 1987). Vlažna degeneracija mnogo hitreje privede do težjih okvar vida.

Rizični faktorji, ki vodijo do SMD so: kajenje, debelost, genetski faktor, neurejena arterijska hipertenzija in hiperholesterolemija.

Pri diagnostiki in oceni oblike in stopnje SMD uporabljamo: oftalmoskopijo, spremljanje ostrine vida, slikanje očesnega ozadja, testiranje vidnega polja, kontrole z Amslerjevo mrežico za odkrivanje metamorfopsije (ukrivljenosti slike) ali izpadov v centralnem delu vidnega polja, fluoresceinsko angiografijo (slikanje očesnega ozadja po vbrizganju kontrasta v kubitarno veno), indocianinsko angiografijo in okularno koherentno tomografijo (OCT).

3.3.1 Terapija vlažne degeneracije makule

Terapija vlažne degeneracije je večkratno intraokularno injiciranje zaviralcev rastnega faktorja (anti-VEGF terapija) (Meyer, Helb, Eter, 2008). Pri razviti fibrozaciji te vrste zdravljenje nima več uspeha.

Delen uspeh je dosegla tudi fotodinamična terapija, pri kateri v komolčno veno vbrizgamo sredstvo, ki se veže na novonastale žile. Te nato ciljano obsevamo s svetlobo 90 sekund. Svetloba aktivira vbrizgano zdravilo, ki uniči novonastale žile. Ta terapija upočasni napredovanje SMD, ne zaustavi pa napredovanja izgube vida in vida ne izboljša.

Anti-VGF terapija v določenih primerih nekoliko izboljša vid, zato pri bolnikih s SMD, ki so mejno zmožni voziti motorna vozila, zmožnost vožnje za nekaj časa podaljša. V terapiji SMD bolnik jemlje tudi antioksidante peroralno, ki nekoliko upočasnijo razvoj bolezni in

morda pri bolnikih z intermediarno obliko preprečijo prehod v napredovalo obliko. Vsekakor pa ne izboljšajo že okvarjenih funkcij vida.

3.4 DIABETIČNA RETINOPATIJA (DR)

DR je najpogostejši vzrok za oslepitev v skupini aktivne generacije in nastane najpogosteje pri dalj časa trajajoči sladkorni bolezni tipa I. Kljub temu pa se pojavlja pri dalj časa trajajočem in neurejenem diabetesu tudi pri starostnikih. Za DR so značilne spremembe na stenah kapilar mrežnice s pojavom mikroaneurizem, drobnih, trdih eksudatov, krvavitvev in ishemičnih arealov na mrežnici.

Pri grozeči makulopatiji (okvari rumene pege), ishemiji ali gostejših krvavitvah na robu makule se odločimo za lasersko fotokoagulacijo. Pri diabetski makulopatiji se razvijejo v rumeni pegi edem, eksudati in retinalne krvavitve. Vid je poslabšan, včasih močno. V vidnem polju je različno globok centralni skotom. Bolnik težko ali sploh ne more brati, ne razlikuje linij detajlov. Zgodaj je poslabšan tudi nočni in kontrastni vid. Prav je, da bolnika na to opozorimo in mu odsvetujemo vožnjo avtomobila v tem času.

Pri spremembah z novonastajajočimi žilami ali s proliferativnimi membranami na mrežnici in v steklovini je terapija vitrektomija in laserska koagulacija na področjih večje propustnosti in ob vznožju novonastalih žil. Pri določenih oblikah edema v rumeni pegi vbrizgamo v oko tudi zaviralce ravnega hormona (anti-VGF terapija). Pri takih spremembah so pogoste ponavljajoče se krvavitve v steklovino, ki močno poslabšajo vid, grozi pa tudi odstop mrežnice zaradi vleka membran. Končna posledica te komplikacije je lahko izguba vida.

Vid se po operativnem posegu običajno nekoliko izboljša, zmožnost za voznika motornega vozila pa je odvisna od ostanka ostrine vida, izpadov v vidnem polju in od kontrastnega oz. nočnega vida.

Pri proliferativni diabetski retinopatiji se lahko pojavi tudi neovaskularizacija v šarenici in v očesnem zakolju, ki vodi do razvoja hemoragičnega glavkoma. Te vrste glavkom zelo težko zdravimo in v velikem odstotku vodi do oslepitve.

4. STAROSTNE SPREMEMBE VEK

Povešana, neelastična koža zgornjih vek – dermatohalaza in blefarohalaza zožujeta vidno polje. Ptoza ali povešenost celotne zgornje veke je lahko tudi posledica nevrološke okvare v inervaciji mišice dvigovalke veke. Vid je slabši, ker je pokrit del zenice, vidno polje je močno zoženo. Zdravljenje je vzročno, kirurško ali pa ga ni.

Zaradi pomanjkanja elastičnosti vek se v starosti lahko spodnja veka izviha. Nastane ektropij, pri katerem se spodnja veka ne prilega zrklju, solzna luknjica ne požira in odvaja solz, veznica, ki je izpostavljena zunanjim dražljajem in zraku, se vname. Prav tako se lahko vname izpostavljena roženica. Bolnik se prekomerno solzi, oko ga boli, s stalnim brisanjem in drgnjenjem še povečuje povešenost in izvihanje veke. Pri vnetju dajemo antibiotične kapljice in mazila, vsekakor pa je potrebna okuloplastična operacija spodnje veke za trajno rešitev problema.

Podobno rešujemo težave, kadar se neelastična spodnja veča uviha in nastane entropij, pri katerem uvihane večice drgnejo po površini roženice, povzročajo hude bolečine z občutkom tujka, kot komplikacija pa lahko nastane vnetje roženice. Tudi tu okuloplastična operacija spodnje veče trajneje reši problem.

5. SUHO OKO

V starosti se zaradi zmanjšanja solznega filma ali nepravilnosti v izločanju solz pojavi kronično vnetje veznice, včasih tudi roženice, ki poteka z občutkom peska v očeh, ki je včasih močnejše proti večeru in ponoči. Bolnik ponoči pogosto težko odpre oči in ga pri tem zarezče. Včasih ima pri tem zjutraj občutek močnejšega solzenja. Zrkelna veznica je pordela, oči so občutljive na temperaturne spremembe, veter in preprih.

Pri pregledu moramo kot vzrok težav izključiti infekcijo, alergijo, mehansko draženje, revmatska obolenja in bolezni vezivnega tkiva (Sjogrenov sindrom).

Izmerimo količino solz, opazujemo kvaliteto solznega filma in čas natrganja solznega filma (2). Z biomikroskopom pregledamo veznico in roženico. Pomanjkanje ali nepravilna sestava solz lahko privede do izsušitve roženice in veznice, defektov ter vnetij na roženici, keratitisa oziroma, če sta prizadeti tako veznica kot roženica, do suhega keratokonjunktivitisa. Končna posledica takega nezdravljivega stanja je poslabšanje vida, ki je pri nastanku brazgotin na roženici lahko trajno.

Zdravljenje je odvisno od vzroka težav. Pri suhem očesu redno kapamo umetne solze v obliki kapljic ali želeja. Včasih je potrebno zamašiti solzne luknjice s posebnimi čepki, pri zelo hudih zapletih na roženici pa začasno vstaviti terapevtske kontaktne leče.

Prav tako je nadležno povečano solzenje (epifora), ki je lahko posledica že opisanih sprememb lege spodnje veče ali vnetja veznice, lahko pa je posledica neprehodnih ali slabo prehodnih solznih poti po prebolelem vnetju solznega mešička, zožitve solznega kanala po vnetju ali po poškodbi nosne kosti. Pri teh bolnikih skušamo vzpostaviti prehodnost s prebrizgavanjem solznih kanalčkov. Če to ne uspe, pride v poštev sondaža ali operativni poseg, lahko tudi z laserjem.

6. ZAKLJUČEK

V starosti nam opešajo fiziološke zmogljivosti organa vida, pridruži pa se jim pogosto tudi niz bolezni in komplikacij bolezni, ki vplivajo na vid. Za preprečitev trajnih posledic ali pa vsaj upočasnitev dogajanj v očesu naj bi starejše osebe redno kontrolirale ostrino vida in morebitne spremembe v vidnem polju ter pravočasno obiskale oftalmologa. Vsi bolniki s kroničnimi boleznimi ožilja, sladkorno boleznijo ali glavkomom pa morajo na pregled vsaj enkrat letno. Pogostejše preglede potrebujejo po oceni zdravnika, ki bolnika zdravi, ali oftalmologa, ljudje z napredovalimi boleznimi. Jemanje ustrezne terapije, če je predpisana, naj bo redno. Starostniki naj imajo zdravo prehrano s čim več antioksidanti, po potrebi naj jemljejo tudi prehranska dopolnila. Skrbeti morajo za čim boljše fizično kondicijo in gibanje

na svežem zraku. Fizične obremenitve v vsakdanjem življenju in pri športu naj bodo zmernе. Pri degenerativnih spremembah v steklovini, na mrežnici in pri glavkomu težje fizične obremenitve s pogostim globokim sklanjanjem in dvigovanjem težjih bremen odsvetujemo.

LITERATURA

- Erb C. in Göbel K. (2009). Funktionelle Glaukomdiagnostik. V: *Der Ophthalmologe*, letnik 106, št. 4, str. 375–386.
- Kriegelstein G. J., Jonescu Cuipers C. P. in Severin M. (1999). *Atlas der Augenheilkunde*. Berlin, Heidelberg, New York, Barcelona, Honkong, London, Milano, Paris, Singapur, Tokio: Springer.
- Leydhecker W. (1987). *Augenheilkunde*. New York, Heidelberg, Berlin: Springer Verlag.
- Meyer C.H., Helb H.-M. in Eter N. (2008). Monitoring von AMD-Patienten unter Anti-VEGF-Therapie: Praktische Hinweise zu funktionellen und anatomischen Untersuchungsparametern aus Zulassungsstudien, Fachinformationen und Fallserien. V: *Der Ophthalmologe*, letnik 105, št. 2, str. 125–142.
- Unsöld R. (2008). Anteriore ischämische Optikusneuropathie: Ätiologie, Pathogenese und Therapie. V: *Der Ophthalmologe*, letnik 105, št. 9, str. 867–882.

Kontaktne informacije:

Prim. dr. Irena Hedvika Brovet Zupančič, dr. med.

Zasebna koncesionarska oftalmološka ambulanta

Groharjeva cesta 11, 1000 Ljubljana

e-naslov: irena.bz@siol.net

IZ GERONTOLOŠKE LITERATURE

Lenart Lah, Irena Svetin in Barica Razpotnik (2013). *Starejši na trgu dela*. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije. 32 strani. V: <http://www.stat.si/doc/pub/starejsi.pdf> (sprejem 5. 12. 2013).

STAREJŠI NA TRGU DELA

Starejši na trgu dela je nova publikacija, ki jo je v septembru letošnjega leta izdal Statistični urad Republike Slovenije. Generalna direktorica, Genovefa Ružič, v Uvodni besedi pravi, da so v publikaciji skušali opisati trenutne demografske razmere in na podlagi projekcij prebivalstva predvideti, kaj nas čaka v prihodnosti. Pogledali so, koliko prebivalcev je tudi po petdesetem še aktivnih na trgu dela in kako nam kaže v primerjavi z drugimi državami, članicami EU.

Prvo poglavje v publikaciji ima zelo ilustrativen naslov: *Čedalje več je starejših*. Že dolgo je znano, da se prebivalstvo sveta stara, Slovenija pa pri tem ni izjema. Eden od šestih prebivalcev Slovenije je namreč starejši od 64 let, v prihodnjih 50 letih, pa bo toliko star vsak tretji Slovenec. Delež starejših prebivalcev se je od leta 1992 do leta 2012 bolj kot v Sloveniji povečeval le še na Malti, v Latviji in Litvi. Ob daljšanju pričakovane življenjske dobe pa se soočamo tudi z upadom števila rojstev. Eurostatove projekcije prebivalstva EUROPOP predvidevajo, da bo v Sloveniji že leta 2035 kar dvakrat toliko starejših kot otrok. Bolj pomembno kot razmerje med starejšimi in otroki pa je številčno razmerje med delovno sposobnimi (ljudje med 15. in 65. letom starosti) in vsemi ostalimi prebivalci (otroci do 14 leta starosti in starejši po dopolnjenem 65. letu). To številčno razmerje opisuje koeficient starostne odvisnosti. Danes je v Sloveniji na vsakih 100 delovno aktivnih ljudi 46 starejših

in otrok. Projekcije EUROPOP pa predvidevajo, da bo do leta 2060 v Sloveniji od 100 delovno sposobnih prebivalcev odvisnih 25 otrok in 58 starejših, skupaj torej 83, kar je skoraj dvakrat več kot danes (str. 8).

Poglejmo še koeficient vzdrževanosti staršev, ki kaže razmerje med številom najstarejših prebivalcev (85 let in več) in številom starejših delovno sposobnih prebivalcev (50–65 let). Leta je dober kazalnik obremenjenosti družin s skrbjo za najstarejše. V letu 2012 je koeficient vzdrževanosti staršev znašal 8,3, kar pomeni, da je bila na 100 starejših delovno sposobnih prebivalcev porazdeljena skrb za skoraj 12 najstarejših prebivalcev. Višina tega koeficienta naj bi se v prihodnosti znatno povečala (str. 9).

Naslednje poglavje ima naslov *Koliko nas dela po petdesetem*. Ena glavnih značilnosti slovenskega trga dela je nizka stopnja aktivnosti med prebivalci v starostni skupini 50–64 let, kar je predvsem posledica zgodnjega upokojevanja (str. 12). Slovenci nismo naklonjeni zaposlitvi v poznih srednjih letih in zgodnji starosti. Izsledki raziskave Eurofund iz leta 2010 kažejo, da le četrtnina zaposlenih meni, da bodo svoje delo sposobni opravljati, ko bodo stari 60 let (str. 12).

V primerjavi z drugimi članicami EU spada Slovenija med države članice EU z najnižjo stopnjo delovne aktivnosti med prebivalci, starimi med 50 in 65 let. Nižjo stopnjo so imeli le v Grčiji in na Malti (str. 12). Tisti, ki so zaposleni, spadajo najpogosteje v poklicno skupino strokovnjakov (19,6 %). V večjem deležu kot celotna delovna populacija so navzoče tudi poklicne skupine kmetovalcev, gozdarjev ter zakonodajalcev in visokih uradnikov. V poklicih storitev in prodajalcev je bil delež zaposlenih starejših nižji.

Delež starejših v primerjavi z deležem celotne populacije je večji v dejavnostih zdravstvo, izobraževanje in v kulturnih dejavnostih, torej v dejavnostih, ki spadajo v javni sektor (str. 13). V Sloveniji podpirajo zgodnje upokojevanje tudi mladi, saj menijo, da se bodo le tako odprle zaposlitvene možnosti zanje (str. 13).

Podatki za leto 2011 kažejo, da je bila mesečna bruto plača zaposlenih oseb, starih med 50 in 64 let, 192 evrov višja od povprečne bruto plače vseh zaposlenih (str. 14). Pogled v prihodnost kaže, da naj bi bilo v letu 2060 v Sloveniji delovno aktivnih 62 % ljudi, starih med 55 in 64 let. Aktivnost prebivalcev v nekoliko poznejših letih pa ne pomeni le poznejšega upokojevanja in s tem manjših izdatkov za pokojnine, temveč tudi ohranjanje umske dejavnosti in telesnega zdravja posamezne osebe (str. 14).

Tretje poglavje govori o prehodu z dela v upokožitev. Dosedanja in pričakovana demografska gibanja prinašajo v urejanje pokojninskega in invalidskega zavarovanja nove izzive ter zahtevo po konstantnem prilagajanju. Z namenom zagotavljanja ustreznega številčnega razmerja med aktivnim in upokojenim prebivalstvom pa bo potrebno spodbujati zaposlovanje mladih in poskrbeti za podaljšanje aktivnega obdobja vsakega posameznika (str. 16).

V prihodnosti se bo moralo veliko več vlagati v ustvarjanje starosti prijaznih delovnih mest. Znano je namreč, da se starejši ljudje, ki so v delovnem okolju opaženi in ocenjeni pozitivno, redkeje odločajo za zgodnji odhod v pokoj (str. 17).

Naslednje poglavje govori o zdravstvenih težavah starejših v povezavi s trgom dela. Z višjo starostjo so zdravstvene težave čedalje pogostejše. Vendar podatki iz Ankete o delovni sili kažejo, da pri odsotnosti z dela zaradi zdravstvenih težav ni velikih razlik glede na starost zaposlenih. V anketi so ugotavljali tudi, katere so najpogostejše dolgotrajne bolezni starejših. To so bolezni srca, krvnega tlaka in ožilja ter bolezni hrbta ali vratu. Težave, ki omejujejo osebe pri opravljanju

vsakodnevnih opravil, se pogosto navezujejo na bolezni, ki sicer mučijo te osebe (str. 20).

Majhnega števila delovno aktivnih ljudi, starih med 50 in 64 let, pa ne moremo pojasniti zgolj s tem, da so starejši ljudje slabšega zdravja. V letu 2012 je bilo v tej starostni skupini le 14,5 % takih, ki so za svojo neaktivnost kot glavni razlog navedli nezmožnost za delo zaradi bolezni ali invalidnosti. Ta delež je v primerjavi s 27 državami članicami EU (21,1 %), sploh pa v primerjavi s Švedsko (61,4 %), razmeroma majhen (str. 21).

Poglavje *Upokoženci* že na začetku z dramatičnim slikovnim prikazom oriše razmerje med plačniki in prejemniki pokojninskih blagajn. Leta 2010 je bilo na 15,4 plačnika v pokojninsko blagajno 10 prejemnikov pokojnine. Leta 2060 pa bo na 10 prejemnikov pokojnine 8,6 plačnika. Vendar se ne povečuje samo število prejemnikov pokojnin, temveč se podaljšuje tudi čas prejemanja pokojnin. Prejemniki starostnih pokojnin, ki jim je pravica do prejemanja pokojnine z njihovo smrtjo prenehala v letu 2002, so pokojnino prejeli povprečno 14 let in 10 mesecev; tisti, ki so umrli v letu 2012, pa so pokojnino prejeli povprečno 16 let in 1 mesec (str. 25).

Naslednje poglavje *Tegobe starosti* govori o tem, da je pri starejših ljudeh tveganje, da jih doleti revščina, največje. Najbolj ogroženi so tisti, ki živijo v enočlanskih gospodinjstvih, torej starejši samovalci. Med njimi je 80 % žensk (str. 28). V nadaljevanju poglavje govori o socialni izključenosti, o slabem zdravstvenem stanju starejših, o naraščanju stroškov za zdravstveno oskrbo in o stroških za dolgotrajno oskrbo. Po podatkih iz evropske raziskave o kakovosti življenja se je v letu 2007 skoraj desetina prebivalcev EU, starih 65 let in več, čutilo izključenih iz družbe (str. 29). Ker pa znatno narašča število ljudi, starih več kot 80 let, bo aktivnosti potrebno usmeriti tudi v zmanjševanje osamljenosti in socialne izključenosti te podskupine starejših prebivalcev.

Avtorji publikacijo zaključijo z besedami, da če imamo delo za pomembno vrednoto, če so ob tem

ustrezne tudi delovne razmere in če za svoje zdravje skrbimo vse življenje, potem lahko delamo dlje oz. smo delovno aktivni dlje, kot je bila večina doslej (str. 31).

Tina Lipar

Department of Health (2008). *End of Life Care Strategy – promoting high quality care for all adults at the end of life*. London. 167 str. V: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/136431/End_of_life_strategy.pdf.

STRATEGIJA OSKRBE UMIRAJOČIH

Ustanoviteljica sodobnega hospic gibanja v Angliji, dama Cicely Saunders, je nekoč rekla: »Na kakšen način ljudje umrejo, ostane v spominu tistih, ki živijo naprej.«

V Angliji vsako leto umre okoli 500.000 ljudi. V večini (99 %) umirajo ljudje, starejši od 18 let, med njimi najpogosteje tisti, ki so starejši od 65 let. Večina smrti se zgodi kot posledica dolgo trajajoče kronične bolezni, kot npr. srčne bolezni, bolezni ledvic in jeter, sladkorne bolezni, raka, možganske kapi, kronične respiratorne bolezni, nevroloških obolenj in demence.

Kraj, kjer ljudje umirajo, se je v preteklem stoletju zelo spremenil. Okoli leta 1900 je večina ljudi umirala na domu (85 %). Od sredine 20. stoletja se je ta odstotek znižal za tretjino (na 50 %). V začetku 21. stoletja pa ljudje najpogosteje umrejo v bolnišnicah za akutno obravnavo (str. 23).

S kakšnimi težavami se srečujejo neozdravljivo bolni, njihovi svojci in tudi strokovni delavci, ki so z njimi v stiku? Spodaj naštetih odgovori nam bodo dali jasno sliko o tem, zakaj je strokovna oskrba umirajočih potrebna (str. 23 in 24).

- Kot družba o smrti in umiranju ne govorimo odprto. Relativno malo odraslih, pa tudi starejših ljudi, je z željami glede oskrbe in zdravljenja seznanilo svojce ali prijatelje, kar je pri oskrbi umirajočega ključnega pomena.
- Zdravstveno osebje in tudi socialni delavci običajno težko začnejo pogovor z umirajočim o iztekanju življenja.

- Ugotavljanje želja in preferenc glede oskrbe pri umirajočem je brez odkritega pogovora pogosto nemogoče.
- Umirajoči ljudje pogosto potrebujejo več vrst pomoči različnih zdravstvenih ustanov in drugih organizacij. Koordinacija med njimi je pogosto slaba.
- Umirajočim bolnikom in njihovim svojcem mora biti dostop do storitev in svetovanja zagotovljen 24 ur 7 dni v tednu. Vendar pa pomoč in podpora na domu v lokalnih skupnostih pogosto ni organizirana, posledično so umirajoči vse prevečkrat napoteni na urgenco ali v bolnišnico.
- Ponekod so storitve v lokalnih skupnostih organizirane, vendar pogosto ne zadostijo potrebam ljudi.
- Ko ljudje vstopijo v fazo umiranja, zdravstveni in socialni delavci pogosto ne vedo, kako ravnati, ali pa imajo na voljo premalo sredstev, da bi umirajočemu zagotovili najvišjo možno mero udobja, svojcem pa ustrezno podporo.
- Po smrti človeka se lahko pojavijo težave s preverjanjem in potrditvijo smrti, pregledom trupla in vračilom lastnine umrlega svojcem. Vse opisano je lahko za svojce velik stres.
- Pomoč družini in bližnjim tako v času oskrbe svojca kot tudi po njegovi smrti pogosto ni zadostna.
- Dodatne potrebe ljudi s specifičnimi psihičnimi, mentalnimi in učnimi potrebami lahko ostanejo neprepoznane, kar lahko vodi v nezadostno oskrbo.

Rezultat zgoraj opisanih težav in pomanjkljivosti v nujenju pomoči in podpore lahko povzroči nepotrebno telesno, duševno in duhovno trpljenje, poleg tega pogosto umirajočemu onemogoči umreti tam, kjer si želi. Lahko pa vpliva tudi na sam proces žalovanja svojcev in prijateljev (str. 24).

Večina ljudi v Angliji danes umre v bolnišnicah (58 %). Doma umre 18 % ljudi, v domovih za ostarele 17 %, v hospicih okoli 4 %, 3 % pa jih

umre drugje (str. 26). Če podatke razčlenimo bolj podrobno, vidimo, da je največ ljudi, ki umrejo doma, starih med 15 in 64 let. Otroci in ljudje, stari med 75 in 84 let, najpogosteje umirajo v bolnišnicah, v hospicijih najpogosteje umirajo tisti, ki so stari med 45 in 64 let. V domovih za ostarele je največja smrtnost med ljudmi, starejšimi od 85 let (str. 27).

Številne obsežne študije so v zadnjih letih preučevale želje in prioritete ljudi v povezavi z umiranjem. Spodaj so našeta glavna spoznanja (str. 27-28).

- Večina ljudi želi kakovostno oskrbo prejemati v domačem okolju. Ob tem jih večina meni, da oskrbe na domu ne bi sprejela, če bi bila le-ta svojem preveliko breme.
- Nekateri raziskave nakazujejo, da bi si starejši ljudje (predvsem tisti, ki živijo sami) želeli ostati doma, dokler je to mogoče, vendar pa si želijo umreti drugje, kjer ne bi bili sami.
- Nekateri ljudje ne želijo biti oskrbovani na domu, ker ne želijo, da jih oskrbujejo njihovi družinski člani. Med njimi je veliko takih, ki želijo oskrbo prejemati v hospiciju.
- Večina, vendar ne vsi, ne želi umreti v bolnišnici.

Kljub temu, da ima oskrba umirajočih odraslih in umirajočih otrok nekaj skupnih točk, je potrebno poudariti, da obstaja tudi veliko razlik. Na primer, številne otroške bolezni povzročijo smrt otroka še preden ta vstopi v odraslo dobo, mnoge izmed njih se pri otrocih pojavljajo redko. Pričakovana življenjska doba pri otrocih z neozdravljivimi boleznimi je pogosto drugačna kot pri neozdravljivo bolnih odraslih ljudeh, kar pomeni, da otroci pogosto potrebujejo paliativno oskrbo dlje časa, tudi več let. Poleg tega pa so smrti otrok čustveno izredno težke izkušnje za družino in tudi za strokovne delavce (str. 29).

Poglejmo, kateri so cilji strategije oskrbe umirajočih (str. 33).

- Povečati osveščenost ljudi in pospešiti javne diskusije o umiranju in smrti. To bo

omogočilo, da bodo ljudje lažje spregovorili o lastnih prioritetah ob koncu življenja in da se bo dvignila kakovost storitev, namenjenih umirajočim in njihovim svojem.

- Zagotoviti, da so vsi ljudje ob koncu življenja obravnavani dostojanstveno in spoštljivo.
- Zagotoviti, da je ljudem dostopno učinkovito lajšanje simptomov, da se bolečina in trpljenje ljudi ob koncu življenja zmanjša na najnižjo možno stopnjo.
- Zagotoviti, da je vsem tistim, ki se približujejo koncu življenja, na voljo telesna, psihološka, socialna in duhovna oskrba.
- Zagotoviti, da so potrebe, prioritete in preference umirajočih ljudi prepoznane, dokumentirane, spoštovane in, če je le mogoče, tudi upoštevane. Le-te se lahko pri umirajočemu človeku spreminjajo, zato jih je potrebno sproti preverjati.
- Zagotoviti, da so storitve dobro koordinirane, da oskrba umirajočih poteka čim bolj gladko.
- Zagotoviti visoko kakovostno oskrbo umirajočim in tudi žalujočim po smrti bližnjega.
- Družinskim članom in drugim spremljajočim ljudem umirajočega je potrebno nuditi pomoč in oporo takrat, ko jim ljubljeni človek umira in v času žalovanja.
- Zagotoviti ustrezna izraževanja in izpolnjevanja za zdravstvene in socialne delavce, ki delajo z umirajočimi. To je namreč eden izmed ključnih pogojev za zagotavljanje kakovostne oskrbe.
- Zagotoviti, da so storitve oskrbe stroškovno učinkovite.

Smrt, umiranje in družba

Družba je v zadnjih desetletjih smrt in umiranje odrivala na stran, na rob zavedanja. Številni ljudje se z umiranjem svojca ali prijatelja spoprijemajo šele v srednjih letih (str. 37). O dejstvih smrti in umiranja se v družbi redko govori. Številni ljudje so prepričani, da je umiranje eden izmed zadnjih večjih tabujev v družbi.

Študije kažejo, da večina ljudi s težavo vnaprej razmišlja o tem, kakšno oskrbo želi ob koncu življenja (str. 37).

Pomanjkanje odprte komunikacije o smrti in umiranju pa ima pogosto naslednje negativne učinke na ljudi (str. 37).

- Ljudje se procesa umiranja lahko po nepotrebnem bojijo.
- Bližnji sorodniki umirajočih ne poznajo želja umirajočih in jim zato ne znajo najbolj optimalno pomagati in jih podpirati, še posebej takrat, ko umirajoči izgubi sposobnost samoodločanja.
- Pri umirajočih, pri katerih želje in prioritete glede zdravljenja niso jasno izražene, lahko prihaja do neželjenih ali celo neprimernih postopkov zdravljenja. Vsak človek ima namreč pravico vnaprej zavrnilo določene intervencije in medicinske postopke.
- Ljudje, ki bi po smrti želeli darovati organe, pa tega svojcem ne povedo, prelagajo odločitev ne svoje bližnje.
- Številni ljudje o željah glede pogrebne slovesnosti ne govorijo s svojimi bližnjimi.
- Številni ljudje pred smrtjo ne napišejo oporoke.
- Številni neporočeni partnerji svojega zakonskega statusa ne uredijo pred poroko (to pomeni, da ni jasno izraženo, da sta dva človeka v razmerju zakoncev ali v izven zakonski skupnosti), kar lahko privede do tega, da strokovni delavci partnerja izločijo iz oskrbe in nege umirajočega.
- Strah pred nepoznanim lahko povzroči, da se ljudje izogibajo bolnim ljudem, saj jih ne želijo vznemirjati ali povzročiti poslabšanja njihovega stanja.
- Pomanjkanje javnih in profesionalnih diskusij glede smrti in umiranja je lahko eden izmed razlogov, zakaj je bilo področje paliativne oskrbe, in znotraj te oskrba umirajočih, v preteklosti s strani zdravstvenih in socialnih delavcev skoraj povsem prezrto.

- Ljudje, vključno z zdravstvenimi delavci, pogosto spregledajo možnosti, ki bi lahko izboljšale kakovost življenja in ponovno vzpostavile neodvisnost pri neozdravljivo bolnih ljudeh.
- Pomanjkanje javnih in profesionalnih diskusij o žalovanju in izgubi lahko vodi do tega, da se ljudje v procesu žalovanja povsem izolirajo od okolice.

Oskrba ob koncu življenja

Na potrebe posameznika glede oskrbe vplivajo številni dejavniki. Med njimi so posameznikova narava bolezni, življenjsko okolje, socialne okoliščine, že obstoječa zdravstvena stanja (npr. duševna bolezen), izkušnje z oskrbo, kulturni dejavniki, psihično stanje obolelega in njegov pogled na življenje, pa tudi verska prepričanost in duhovno stanje (str. 45).

Nekateri, ki trpijo za kroničnimi dolgo trajajočimi boleznimi in stanji, ostanejo v dobri telesni kondiciji skoraj do smrti. Pri njih bolezen strmo napreduje šele v zadnjih tednih ali mesecih življenja. To naj bi bilo značilno za ljudi z rakom (str. 45). Na tem mestu je potrebno dodati, da opisan potek bolezni ni značilen za vse vrste raka. Napredovanje nekaterih vrst raka je bolj podobno napredovanju drugih kroničnih bolezni (npr. boleznih srčnega popuščanja), kjer je slabšanje zdravstvenega stanja pri bolnikih bolj postopno, pogoste so epizode akutnih poslabšanj. Za tretji vzorec upada telesnih funkcij pa je značilno postopno, a stalno upadanje, ki lahko traja več mesecev ali let. Ta vzorec je značilen za demenco (str. 46).

Od predvidenega poteka neozdravljive bolezni pa je odvisen načrt oskrbe. Strokovni delavci se pogosto srečujejo z dilemo, kdaj z oskrbo začeti. Pot oskrbe paliativnih bolnikov naj bo sestavljena iz šestih korakov, ki si naj sledijo v logičnem zaporedju. Začne naj se z diskusijo o zdravstvenih, socialnih, duhovnih in ostalih pristopih ob koncu življenja. Nadaljujemo z

oceno stanja in načrta oskrbe, koordinacijo oskrbe, zagotovitvijo možnosti oskrbe v različnih institucijah. Nenazadnje ne smemo pozabiti na oskrbo v zadnjih dneh življenja in oskrbo žalujočih (str. 48).

Storitve in aktivnosti načrtujemo skupaj z bolnikom, in če bolnik želi, vključimo tudi svojce. Storitve naj odgovarjajo bolnikovim prioriteta in potrebam. Da je slednje mogoče, je potrebno bolnikove želje, stališča in prioritete dobro poznati. Ob tem pa sprejeti dejstvo, da nekateri ljudje o koncu svojega življenja ne želijo govoriti, kar je potrebno spoštovati (str. 50).

Kdaj z bolnikom začeti pogovor o smrti in umiranju? Avtorji strategije predlagajo, da takrat, ko je povsem jasno, da bo bolnik zaradi napredovanja kronične bolezni tudi umrl. Priporočajo, da si strokovni delavci zastavijo t. i. vprašanje presenečenja (*surprise question*). Vprašanje se glasi: »Ali bom presenečen, če bo ta bolnik umrl v naslednjih šestih mesecih oz. v naslednjem letu?« Če na vprašanje odgovorimo, da ne bomo presenečeni, če bo bolnik umrl, se moramo nadalje vprašati, ali se bolnik zaveda lastnega zdravstvenega stanja. Ob tem moramo razmisliti, kdaj in kje bomo z bolnikom spregovorili o minljivosti življenja (str. 51).

Kdo ima pristojnost, da načne pogovor te vrste? Avtorji menijo, da ne gre za pristojnost ene strokovne skupine, ampak za pristojnost več različnih strokovnjakov, ki delujejo znotraj tima. Potrebno je usklajeno sodelovanje med različnimi zdravstvenimi ravni. Komunikacija mora biti odprta in odkrita, pri bolniku pa je potrebno vseskozi preverjati, ali je povedano razumel. Če bolniki želijo, v pogovor vključimo tudi svojce (str. 53).

V nadaljevanju sledi koordinacija oskrbe. Leta mora biti učinkovita in hitro odzivna. Avtorji opozarjajo, da pri bolnikih, ki bodo živeli le še nekaj tednov, štejejo dnevi, pri tistih, ki bodo živeli le še nekaj dni, pa ure (str. 57). Ostane nam le malo časa, da ugodimo bolnikovim željam in

mu lajšamo duševno in telesno trpljenje. To pa je možno zagotoviti le z učinkovito koordinacijo. Poznamo tri vrste koordinacije, ki se med seboj dopolnjujejo, in sicer koordinacijo znotraj posameznega tima, koordinacijo med različnimi timi v isti instituciji in koordinacijo med različnimi institucijami (str. 58). Za učinkovito koordinacijo pa se po svetu vse bolj poslužujejo informacijsko-komunikacijske tehnologije, ki omogoča enostaven prenos informacij med različnimi strokovnjaki.

Kakovost oskrbe umirajočih je gotovo kazalnik tega, kako skrbimo za vse bolne in onemogle ljudi. Ker pa način umiranja svojcev ostane v spominu sorodnikov in ostalih ljudi, ki so bili ob umirajočem v zadnjih dnevih, je izredno pomembno, da se umirajočemu zagotovi kakovostna oskrba (str. 64). Prepoznati, kdaj se začne zadnja faza umiranja, je pogosto izziv za strokovne delavce. Vendar samo, če prepoznamo znake umiranja, lahko temu prilagodimo medicinske in ostale postopke (str. 65). Dobro je, če z bolnikom, ki ima neozdravljivo bolezen, govorimo tudi o tem, katere zdravstvene in ostale storitve želi, in če želi, da ga zdravstveni delavci oživljajo (str. 65).

Zoskrbo je potrebno nadaljevati tudi po smrti bolnika. Na dostojen in človeku primeren način je potrebno poskrbeti za umrlega človeka, ob tem pa je potrebno spoštovati kulturno in socialno ozadje umrlega in njegove družine.

Poskrbeti pa je potrebno tudi za oskrbovalce in sorodnike, jim nuditi podporo pri sprejemanju smrti in v procesu žalovanja.

Vsak človek ima tudi duhovne, religiozne in čustvene potrebe. Tukaj ne gre samo za versko pripadnost, ampak za veliko širši pojem. Gre za obravnavo človeka na dostojanstven način, ko mu ljudje okoli njega dajejo občutek, da je slišan. Številni umirajoči želijo najti smisel tega, kar se jim dogaja.

Soočanje s smrtjo, z izgubo in ločitvijo je težko breme tako za umirajočega kot za njegove svojce. Zato jim je potrebno dati prostor, da

izrazijo svojo jezo, krivdo, žalost in jim s tem ponudimo možnost, da se spravijo s seboj in s svetom (str. 76).

Oskrba v različnih ustanovah

Fizično okolje različnih ustanov in institucij, kamor spadajo tudi bolnišnice in domovi za ostarele, ima lahko neposreden vpliv na doživljanje oskrbe in nege pri umirajočih ljudeh. Zato je ključnega pomena, da je umirajoči oskrbovan v institucijah, v katerih lahko ohranja občutek dostojanstva in spoštovanja (str. 79).

Cilj strategije je omogočiti čim več ljudem, da bodo lahko umrli tam, kjer si želijo, in s tem zmanjšati število ljudi, ki bodo umirali v bolnišnicah. Ob tem pa se avtorji zavedajo, da bodo bolnišnice v bližnji prihodnosti najverjetneje še naprej ostajale najbolj pogost kraj umiranja. Zato je izredno pomembno, da se v bolnišnicah dvigne kakovost oskrbe umirajočih. S številnimi študijami je bilo namreč dokazano, da velik del umirajočih v bolnišnicah prejme nekakovostno nego in oskrbo. Pri nekaterih umirajočih lajšanje simptomov bolezni ni zadostno, drugi izkusijo pomanjkljivo komunikacijo, pri tretjih strokovni delavci v sprejemanje odločitev glede oskrbe umirajočega ne vključujejo svojcev. Številni družinski oskrbovalci ne prejmejo zadostnih informacij glede oskrbe umirajočega in nimajo možnosti sodelovanja pri oskrbi in negi umirajočega v tolikšni meri, kot bi to sami želeli (str. 80). Nedvoumni dokazi pa kažejo, da je mogoče kakovost oskrbe paliativnih bolnikov izboljšati s pomočjo specialističnih paliativnih zdravstvenih timov. Kakovost oskrbe, ki jo nudijo zdravstveni delavci, ki niso del paliativnega tima, pa lahko izboljšamo tako, da se le-ti redno udeležujejo izobraževanj o paliativni oskrbi (str. 81).

Da bi imeli ljudje možnost ostati doma tudi v času napredovanja neozdravljive bolezni in v času umiranja, je potrebno zagotoviti neprekinjeno oskrbo s strani primarnega zdravstva, patronažne zdravstvene nege, socialnega varstva, delovne

terapije, fizioterapije, dietetike in farmacije. Te storitve morajo biti dostopne tudi izven rednega delovnega časa. Znotraj paliativne oskrbe pa sodi tudi podpora družinskim članom in neformalnim oskrbovalcem (str. 83).

Osrlednjo vlogo pri nujenju medicinske oskrbe umirajočim in žalujočim imajo osebni zdravniki. Osebni zdravnik lahko pričakuje, da bo v populaciji, katero pokriva, v enem letu umrlo približno 1 % ljudi. Se pravi, če pokriva 1700 ljudi, lahko pričakuje, da bo umrlo 17 ljudi. Ker pa na domu in v domovih za ostarele umre 35 % ljudi, lahko osebni zdravnik pričakuje, da bo v enem letu skrbel za 6 do 7 umirajočih ljudi. Ena izmed študij je dokazala, da patronažne medicinske sestre porabijo okoli 40 % delovnega časa za negovanje paliativnih in umirajočih bolnikov, kljub temu da le-ti predstavljajo le 8 % njihovih oskrbovancev (str. 83 in 84).

Spodaj so naštetii glavni izzivi, ki se pojavljajo pri načrtovanju kakovostne oskrbe umirajočih na domu (str. 84).

- Pomanjkljiva identifikacija umirajočih oseb, nezadostna ocena njihovega stanja in pomanjkljiva koordinacija med različnimi službami.
- Nedostopnost storitev zdravstvene nege in ostalih negovalnih storitev 24 ur na dan 7 dni v tednu.
- Slaba dostopnost do materialov in pripomočkov za lažje oskrbovanje in boljšo kakovost življenja ter majhna možnost preureditve stanovanja, ki bo bolniku in svojcem bolj prijazno.
- Slaba dostopnost do zdravil izven delovnega časa lekarn.
- Pomanjkanje kontinuiranih izobraževanj in usposabljanj za ključne profesionalne delavce.
- Slaba koordinacija med storitvenim servišom, primarnim in sekundarnim nivojem zdravstvene oskrbe.
- Nezadostno informiranje neformalnih oskrbovalcev o tem, kaj lahko v okviru

napredovanja boleznih umirajočega pričakujejo in kako mu lahko pomagajo.

Dobro koordinirana paliativna oskrba na domu pripomore k temu, da se zmanjšajo nepotrebni sprejemi umirajočih v bolnišnice, če pa do sprejema vseeno pride, imajo umirajoči možnost, da se hitreje vrnejo v domačo oskrbo. (Str. 84)

V Angliji so razvili več modelov, ki posameznikom zagotavljajo dodatno podporo, ki jim omogoča, da tudi v napredovanju kroničnih neozdravljivih boleznih lahko ostanejo doma. Med njimi so t. i. »*hospici na domu*« in »*storitveni servisi s hitrim odzivom*«, ki omogočajo, da ljudje prejmejo ustrezno pomoč na domu tudi izven rednega delovnega časa, kar zmanjša število sprejemov na urgentnih oddelkih (str. 86).

Podpora oskrbovalcem in družini

Oskrbovalci in družinski člani imajo pogosto ključno vlogo pri tem, da omogočijo umirajočemu umreti tam, kjer si želi. Mnogi med njimi prostovoljno sprejmejo naloge oskrbovanja bližnjega človeka. Upoštevati moramo, da imajo tudi oskrbovalci svoje fizične, psihične, socialne, finančne in duhovne potrebe, ki jih ne smemo spregledati (str. 107).

Zavedati se moramo, da umirajočega človeka ne oskrbujejo nujno družinski člani. Kadar umirajočega človeka oskrbuje nekdo izven družine, moramo biti pozorni na potrebe umirajočega, njegove družine in oskrbovalca. Te potrebe so lahko med seboj v konfliktu, zato jih je potrebno obravnavati s posebno pozornostjo (str. 107).

Oskrbovalci umirajočih ljudi potrebujejo informacije o bolezni, njenem poteku, o tem, na kaj morajo biti pozorni, kako reagirati v določeni situaciji, na koga se obrniti ipd. Te informacije naj bodo čimbolj konkretne, da bodo življenje lahko prilagodili novi situaciji. Če so v družini, ki se sooča z umiranjem družinskega člana, tudi otroci, je smiselno, da se učitelje in šolo o tem obvesti, saj bo otrok na ta način deležen podpore tudi v šoli (str. 108).

Strokovni delavci morajo potrebe, zmožnosti, zdravje in počutje oskrbovalcev skozi proces oskrbovanja paliativnega bolnika večkrat oceniti, in sicer ob postavitvi diagnoze neozdravljive bolezni, med zdravljenjem, v času napredovanja bolezni in kadar se približuje smrt (str. 110).

Ko paliativnega bolnika sprejmejo v bolnišnico ali v dom za stare ljudi, se pojavi tveganje, da bo družinski oskrbovalec izgubil svoj status in bo iz oskrbe bolnika izključen bolj, kot bi to sam želel. Zdravstvene in socialnovarstvene institucije naj bi v različne aktivnosti pri delu z umirajočimi vključevale tudi njegove oskrbovalce in naj bi le-tim zagotavljale gostoljubnost, udobje in možnost prenočitve (str. 110).

Oskrba pa naj se ne konča s smrtjo bolnika. Svoji pogosto potrebujejo podporo tudi v času žalovanja. Že v sami oskrbi umirajočega in tudi v procesu žalovanja ne smemo spregledati potreb otrok in najstnikov, ki so prisotni ob umirajočem človeku.

Strokovni delavci, ki delajo z umirajočimi

Zdravstveni in socialni delavci morajo spremeniti svoja stališča in odnos do oskrbe ob koncu življenja. Smrt je neizogiben del življenja, nanjo pa ne smemo vedno gledati kot na neuspeh medicine in oskrbe. Ena izmed ključnih nalog zdravstvenih in socialnih delavcev pri oskrbi umirajočih je, da jim pomagajo sprejeti prehod iz življenja v smrt. Strokovni delavci lahko pri delu z umirajočimi občutijo veliko psihično obremenitev. Toda če imajo zadostno znanje, veščine in zmorejo sprejeti umiranje kot del naravnega procesa, jih delo z umirajočimi izredno obogati (str. 115).

Avtorji strategije priporočajo, da je namesto množičnega zaposlovanja novih kadrov za delo z umirajočimi bolj smiselno ustrezno izobraziti kader, ki se z umirajočimi že srečuje pri svojem delu. V Angliji bi lahko izobraževanje prevzeli strokovnjaki specialistične paliativne oskrbe, ki že imajo ustrezna znanja in izkušnje. Seveda pa bo izobraževanje kadra zahtevalo svoj čas. Nerealno

je namreč pričakovati spremembo čez noč. Ob tem ne smemo pozabiti tudi na izobraževanje nestrokovne javnosti, ki se pri svojem delu srečuje z umirajočimi (prostovoljci, neformalni oskrbovalci, svojci), na osveščanje celotne populacije in na vključitev vsebin paliativne oskrbe v redna srednje- in visokošolska izobraževanja zdravstvenih, socialnih in drugih delavcev (str. 115).

V nadaljevanju so predstavljene tri skupine strokovnih delavcev, ki delajo z umirajočimi. V prvo so vključeni specialisti paliativne oskrbe in strokovni delavci iz hospicev, ki se vsakodnevno srečujejo z umirajočimi bolniki. Le-ti morajo imeti najvišjo stopnjo znanja in veščin o paliativni oskrbi, redno pa morajo tudi nadgrajevati svoje znanje. V drugo skupino spadajo strokovni delavci, ki se pri svojem delu pogosto srečujejo z umirajočimi (strokovni delavci v nujni medicinski pomoči, strokovni delavci, ki delajo s starejšimi ljudmi, na kardioloških, onkoloških oddelkih, na intenzivnih enotah, osebni zdravniki, patronažne medicinske sestre, formalni oskrbovalci na domovih, farmacevti v lokalnih skupnostih ...). Ta skupina je pogosto ključni del pri zagotavljanju neprekinjene oskrbe, vendar se pri njih kaže izrazito pomanjkanje znanj in veščin paliativne oskrbe. V tretjo skupino pa spadajo strokovni delavci, ki se redko srečujejo z oskrbo umirajočih. Predstavniki te skupine morajo imeti vsaj osnovna znanja o paliativni oskrbi, saj jim to omogoča, da paliativne bolnike prepoznajo in jih znajo napotiti k ustreznim strokovnjakom po pomoč (str. 118-119).

V nadaljevanju je predstavljeno izobraževanje in kontinuiran poklicni razvoj kadra, ki se pri svojem delu srečuje z umirajočimi. Znanja o paliativni medicini naj bi bila del dodiplomskih in tudi podiplomskih študijev medicine, zdravstvene nege in ostalega profesionalnega kadra, ki dela z umirajočimi.

Zdravstveni in socialni delavci, ki so proces formalnega izobraževanja že zaključili, morajo svoja znanja vseskozi obnavljati in nadgrajevati.

Avtorji strategije so ugotovili, da številni zdravniki, medicinske sestre in ostali ključni strokovnjaki pri zagotavljanju visoko kakovostne oskrbe umirajočih pogosto niso kompetentni. V zadnjih letih je bil razvit model za izboljšanje komunikacijskih veščin za zdravstvene delavce, ki teh znanj v svojem formalnem izobraževanju niso prejeli. Ta model vključuje tridnevni tečaj, ki je povsem usmerjen na »učenca«. Temelji na težavah in izzivih pri poklicnem delu, ki jih učenec prepozna kot pomembne in bi o njih želel izvedeti več. V okviru tečaja se izvajajo igre vlog, kjer se zdravstveni delavci preizkusijo v komunikaciji z igralci, ki igrajo umirajoče ljudi. Igra vlog se vseskozi snema, iz nastalih posnetkov pa se v nadaljevanju učijo, kaj je bilo pri komunikaciji dobro in kaj je potrebno izboljšati. Učinkovitost tega modela je bila potrjena s pomočjo randomiziranih kontrolnih študij. Model je primeren za izboljšanje komunikacije z umirajočimi za zdravnike in medicinske sestre (str. 125).

Kadar govorimo o izobraževanju strokovnih delavcev, ne smemo pozabiti na neformalne oskrbovalce in prostovoljce, ki spremljajo umirajoče in njihove bližnje. Le-ti morajo imeti ustreznega znanja in veščine ter biti na primeren način podprti s strani strokovnih delavcev, da lahko nudijo kakovostno pomoč in pri tem ne izgorijo.

Raziskave in zbiranje podatkov v paliativni oskrbi

Zbiranje podatkov in informacij v povezavi z oskrbo umirajočih je pogosto oteženo, ker ni vedno jasno, kdaj bolnik prestopi prag, ko potrebuje paliativno oskrbo. Poleg tega se pri posamezniku ob približevanju smrti zmanjša zavest, ljudje postanejo slabotni in manj mobilni. Upadanje teh parametrov zato ni kazalnik kakovosti oskrbe. Naslednja težava pri zbiranju podatkov pa je dejstvo, da ljudje ob približevanju smrti ne želijo ali ne zmorejo izpolnjevati vprašalnikov (str. 134).

Številne informacije o oskrbi ob koncu življenja so že zbrane. Vendar po drugi strani

raziskovalcem pogosto niso na voljo. Sem sodijo vzrok in kraj smrti, informacije o umiranju v bolnišnicah, dostopnost do hospicev in do specifične paliativne oskrbe, primeri dobrih praks ipd. (str. 135). Dober vir informacij o kakovosti oskrbe umirajočih so tudi žalujoči svojci ali drugi oskrbovalci, torej tisti, ki so umirajočega spremljali in zanj skrbeli.

Raziskave v paliativni oskrbi so nujno potrebne, saj dajejo vpogled v trenutno stanje, v to, kaj je potrebno spremeniti in nadgraditi oziroma kateri procesi delujejo in jih je treba kot primere dobre prakse širiti.

Tina Lipar

Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013-2020. V: Uradni list RS, št. 39/2013, z dne 6. 5. 2013.

RESOLUCIJA O NACIONALNEM PROGRAMU SOCIALNEGA VARSTVA ZA OBDOBJE 2013-2020

Resolucijo o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013–2020 je sprejel Državni zbor na seji 24. aprila 2013. Program se nanaša na razvoj sistema socialnega varstva v obdobju od 2013 do 2020. V ta namen opredeljuje osnovna izhodišča za razvoj sistema, cilje in strategije razvoja socialnega varstva, določa mrežo javne službe socialnovarstvenih storitev in javnih socialnovarstvenih programov ter opredeljuje način njihovega izvajanja in spremljanja ter odgovornost posameznih akterjev na različnih ravneh. Namen sistema socialnega varstva v Republiki Sloveniji je omogočiti socialno varnost in socialno vključenost državljanov in drugih prebivalcev Republike Slovenije.

Resolucija je razdeljena na več poglavij in podpoglavij ter vsebuje tri priloge. V tem prikazu bomo podrobneje prikazali vsebine iz posameznih poglavij in prilog, ki se nanašajo na področje starih ljudi.

Cilji in strategije za doseganje ciljev nacionalnega programa

Cilji programa so zastavljeni tako, da odgovarjajo na povečanje socialnih in demografskih stisk in problematik v populaciji. Cilji so:

- I. zmanjševanje tveganja revščine in povečevanje socialnih vključenosti socialno ogroženih in ranljivih skupin prebivalstva;
- II. izboljšanje razpoložljivosti in pestrosti ter zagotavljanje dostopnosti in dosegljivosti storitev in programov;
- III. izboljševanje kakovosti storitev in programov ter drugih oblik pomoči s povečanjem učinkovitosti upravljanja in vodenja izvajalskih organizacij, povečanjem njihove avtonomije ter upravljanjem kakovosti in zagotavljanjem večjega vpliva uporabnikov in predstavnikov uporabnikov na načrtovanje in izvajanje storitev.

Kazalniki in njihove ciljne vrednosti ter strategije za doseganje ciljev, ki se nanašajo na populacijo starejših, pa so naslednji.

- Povečanje deleža uporabnikov skupnostnih oblik (pomoč na domu, dnevne oblike varstva) in zmanjšanje deleža uporabnikov institucionalnih oblik socialnega varstva.
- Razvoj novih (inovativnih) ukrepov za zmanjševanje revščine in socialno vključevanje skupin z najvišjimi tveganji revščine in ranljivih skupin (starejši, starejše samske ženske) ter spremljanje učinkov različnih ukrepov na te skupine.
- Zagotavljanje dostopnosti določenih storitev in programov za uporabnike (predvsem tistih, ki so vezani na dolgotrajno oskrbo) ne glede na kraj bivanja.
- Prednostno spodbujanje razvoja storitev, ki potekajo v domačem okolju ali na domu uporabnikov.
- Zagotavljanje sodelovanja države, lokalne skupnosti, uporabnikov in izvajalcev pri definiranju mreže javnih storitev in programe v lokalni skupnosti.

- Uvedba enovitega sistema dolgotrajne oskrbe s povezanimi in socialnimi storitvami za vse starostne skupine, ki potrebujejo oskrbo.
- Spodbujanje in razvoj verificiranih, razvojnih in eksperimentalnih ter dopolnilnih programov socialnega varstva, ki izhajajo iz ugotovljenih konkretnih potreb uporabnikov posameznih ranljivih skupin in skupnosti ter prenos uspešnih eksperimentalnih programov v redno izvajanje.
- Zagotavljanje pluralnosti in pestrosti izvajalcev storitev in programov ter poudarek na spodbujanju vključevanja prostovoljcev.

Okvir za razvoj mreže izvajalcev in obsega javne službe

V sklopu mreže javne službe se na področju socialnega varstva izvajajo:

- I. Socialnovarstvene storitve
- II. Socialnovarstveni programi
- III. Javna pooblastila.

Mrežo javnih služb na področju socialnovarstvenih storitev delimo na:

- a) Storitve informiranja, svetovanja in podpore
- b) Storitve podpore in pomoči za socialno vključevanje in samostojno življenje v skupnosti.

Izvajajo jih centri za socialno delo, varstveno-delovni centri, domovi za starejše, posebni socialni zavodi, zavodi za oskrbo na domu in zasebni koncesionarji. Te oblike socialnovarstvenih storitev dopolnjujejo institucionalne storitve in hkrati tvorijo njihovo alternativo, saj lahko del uporabnikov ob ustrezni podpori in pomoči ostane v domačem okolju, namesto da bi moral v institucionalno oskrbo. Ker storitve podpore in pomoči za socialno vključevanje in samostojno življenje v skupnosti še niso razvite vzadostni meri, se bodo do leta 2020 pospešeno razvijale in dopolnjevale z novimi oblikami.

Pomoč na domu za starejše je namenjena osebam, starejšim od 65 let, ki zaradi starosti ali pojavov, ki spremljajo starost, niso

sposobne za popolnoma samostojno življenje. Konec leta 2011 je bilo 5834 uporabnikov pomoči na domu, ki so starejši od 65 let. Cilj je, da bi se dnevno 3,5 odstotka (približno 14.000 oseb) ciljne populacije vključilo v obravnavo v različne oblike pomoči na domu, vključno z oskrbo v oskrbovalnih stanovanjih. Storitve se organizira na ravni občine.

Dnevne oblike varstva so namenjene osebam, ki so stare nad 65 let in zaradi starosti ali pojavov, ki spremljajo starost, niso sposobne za popolnoma samostojno življenje, ter za osebe, ki so starejše od 55 let in izpolnjujejo pogoje po Zakonu o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih oseb. V letu 2011 je bilo na voljo 350 mest v dnevnik oblikah varstva. Cilj je, da se zagotovi okvirno 3000 mest v dnevnik oblikah varstva za starejše od 65 let in okvirno 500 mest za specializirane oblike dnevnega varstva za posebne skupine starejših od 55 let. Storitve se organizira na ravni upravne enote.

- c) Storitve nastanitve z oskrbo izvajajo domovi za starejše, posebni socialni zavodi, varstveno-delovni centri, zavodi za usposabljanje in zasebniki s koncesijo.

Namen je, da se te storitve modernizirajo, predvsem na način, da se izvajajo storitve v manjših enotah po sodobnih konceptih (na primer obravnava v okviru gospodinjskih skupin, bivalne enote), z razvojem oddelkov za posebne skupine starejših (osebe z demenco, osebe s poškodbo glave, osebe z različnimi vrstami invalidnosti) ipd. Del institucionalnih kapacitet bo treba prenesti v skupnostne oblike in hkrati s tem razviti tudi nove (alternativne) oblike bivanja v lokalnem okolju.

Celodnevno (24-urno) institucionalno varstvo starejših oseb je namenjeno osebam, ki so stare nad 65 let in zaradi starosti ali pojavov, ki spremljajo starost, niso sposobne za samostojno življenje ter za osebe, stare nad 55 let, ki imajo različne oblike invalidnosti in motenj, ki niso

nastale v starosti. V letu 2011 je bilo v celodnevno institucionalno varstvo vključeno približno 5 odstotkov populacije, starejše od 65 let, kar je približno 17.000 oseb. Cilj je, da se v celodnevno institucionalno varstvo vključi približno 4,8 odstotka populacije starejših od 65 let oziroma zagotoviti 20.000 mest. Za namestitve in varstvo starejših od 55 let z različnimi oblikami invalidnosti, ki niso nastale v starosti, v dopolnilnih oblikah (oskrba v drugi družini, bivalne skupine, posebni oddelki) pa zagotoviti okvirno 6.000 mest. Storitve se organizira na ravni upravne enote. Osebam, vključenim v storitev, se zagotovi tudi zdravstveno varstvo, skladno s predpisi s tega področja.

Kratkotrajne institucionalne namestitve so med drugim namenjene tudi starejšim od 65 let in odraslim osebam z napredovalo oziroma kronično neozdravljivo boleznijo ob koncu življenja. Do leta 2011 storitev ni bila razvita. Do leta 2020 naj bi zagotovili 1100 mest za starejše od 65 let ter okvirno 300 mest zunaj domov za starejše, za odrasle osebe z napredovalo oziroma kronično neozdravljivo boleznijo ob koncu življenja (paliativna oskrba v specializiranih ustanovah). Storitve se organizira na ravni več upravnih enot. Osebam, vključenim v storitev, se zagotovi tudi zdravstveno varstvo, skladno s predpisi s tega področja.

Socialnovarstveni programi so namenjeni preprečevanju in reševanju socialnih stisk posameznih ranljivih skupin prebivalstva in so dopolnitev socialnovarstvenih storitev in ukrepov. Socialnovarstveni programi, ki so namenjeni starejšim ljudem, so mreža programov za starejše, ki so ogroženi s socialno izključenostjo ali potrebujejo podporo in pomoč v vsakdanjem življenju, vključno s programi pomoči in podpore za dementne osebe in njihove svojce, ter medgeneracijska središča:

- preventivni programi,
- informacijski in svetovalni programi ter programi telefonskega svetovanja,

- programi koordinacije, podpore ter izvajanja pomoči in samopomoči za starejše,
- programi zagovorništva in samozagovorništva za starejše,
- programi regijskih medgeneracijskih središč.

V letu 2011 je bilo 1000 skupin za samopomoč in 3 medgeneracijska središča. Cilj je povečanje števila skupin za samopomoč in njihov prenos na lokalno raven in okvirno 15 medgeneracijskih regijskih središč s preventivnimi programi, programi koordinacije in izvajanja pomoči ter samopomoči za starejše, vključno s telefonskim svetovanjem za starejše. Programi se organizirajo na območju občine oziroma več občin. Spodbujen bo razvoj lokalnih medgeneracijskih središč, ki se bodo oblikovala v lokalnem okolju (za območje posameznih občin ali v sodelovanju več občin) in bodo delovala kot odgovor na lokalno problematiko ter bodo vključevala dejavnosti različnih generacij.

Izvajanje in spremljanje uresničevanja nacionalnega programa

Za uspešno izvajanje zastavljenih ciljev je treba pospešiti sprejetje ukrepov in aktivnosti, s katerimi bomo zagotovili ustrezne pogoje in okoliščine, da bodo cilji lahko doseženi. Za področje starejših je pomembno predvsem sprejetje predpisov o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo.

Sredstva in človeški viri, potrebni za izvajanje nacionalnega programa

V letu 2010 so v Sloveniji izdatki za socialno zaščito znašali 24,9 odstotka BDP, v državah EU je v letu 2010 delež sredstev za socialno zaščito znašal 29,4 odstotka BDP, kar pomeni, da je Slovenija po sredstvih, ki jih nameni za socialno zaščito, pod povprečjem EU. Kljub nižjim izdatkom za socialno zaščito v primerjavi s povprečjem EU je Slovenija uspela ohraniti relativno nizko stopnjo tveganja revščine. Sredstev za sistem socialnega varstva v prihodnje ne bo mogoče

več zniževati, ampak bo treba sistem okrepiti. Ker so nacionalni javni finančni viri omejeni, pri dodatnih sredstvih za sistem socialnega varstva računamo predvsem na učinkovito črpanje evropskih sredstev. Poleg javnih sredstev so v izvajanje sistema socialnega varstva vključena tudi zasebna sredstva, in sicer pri storitvah dolgotrajne oskrbe (institucionalna oskrba, pomoč na domu) in deloma tudi pri socialnovarstvenih programih (prispevki uporabnikov, vključno s članarinami). Trenutno razmerje sredstev na področju dolgotrajne oskrbe je okvirno 75 odstotkov javnih sredstev in okoli 25 odstotkov sredstev iz zasebnih virov. Glede na demografske trende, zlasti pa ob upoštevanju dejstva, da se bo število starejših od 80 let do leta 2020 povečalo za več kot 30 odstotkov, ocenjujemo, da se bo obseg skupno potrebnih sredstev za financiranje sistema dolgotrajne oskrbe do leta 2020 povečal na okoli 550 milijonov evrov. Zaradi bistvenega porasta potrebnih sredstev (zaradi povečanja obsega storitev) se bo sistem oziroma struktura financiranja dolgotrajne oskrbe morala spremeniti. V nasprotnem primeru bo za ohranitev obstoječega standarda dolgotrajne oskrbe treba bistveno povečati neposredna zasebna plačila. V zvezi s tem bi bilo treba čim prej sprejeti odločitev o možnosti uvedbe obveznega zasebnega zavarovanja za dolgotrajno oskrbo. Takšna odločitev je potrebna predvsem zaradi upoštevanja dejstva, da bi povišanje neposrednih plačil posameznikov pomenilo veliko dodatno finančno obremenitev za uporabnika storitev (oziroma za njegove svoje), pri čemer bi bili zlasti prizadeti posamezniki z nizkimi dohodki (pokojninami). Sistemska sprememba načina financiranja dolgotrajne oskrbe bi z uvedbo nove oblike dodatnega zavarovanja (ali novega dodatnega načina zbiranja sredstev) za dolgotrajno oskrbo enakomerneje obremenila populacijo, ki bo izpostavljena tveganju za storitve dolgotrajne oskrbe.

V naslednjem obdobju bo treba dodatno posodobiti tudi infrastrukturo za izvajanje

dolgotrajne oskrbe, predvsem pogoje za izvajanje celodnevni, dnevni in alternativni oblik oskrbe. Tudi v tem primeru predlagamo večje koriščenje zasebnih sredstev za investicije z različnimi shemami javno-zasebnega partnerstva ter vključevanje virov iz evropskih strukturnih skladov. Ocenjujemo, da bi bilo treba za posodobitev infrastrukture za izvajanje dolgotrajne oskrbe v obdobju 2013–2020 na letni ravni zagotoviti med 14 in 18 milijonov evrov zasebnih sredstev za investicije. Nacionalni program socialnega varstva za obdobje 2013–2020 predvideva praznoreditev kapacitet institucionalnega varstva v uporabniku prijaznejše skupnostne oblike. Ta cilj bo mogoče zagotoviti samo ob učinkovitem koriščenju evropskih sredstev.

Slovenija močno zaostaja za povprečjem EU po deležu zaposlenih v socialnem varstvu, posledično tudi po deležu zaposlenosti v opravljenih delovnih urah. Predvidena širitev mreže na področju socialnovarstvenih storitev in programov (še predvsem na področju dolgotrajne oskrbe) ne pomeni le odgovora na povečanje potreb (zaradi demografskih sprememb in ranljivosti določenih skupin), ampak tudi ustvarjanje novih delovnih mest, tako v javnem kot zasebnem sektorju in v nevladnih organizacijah. Leta 2011 je bilo v Sloveniji v sistemu socialnega varstva zaposlenih 13.000 oseb, do leta 2020 naj bi se število povečalo za okoli 5500 novih zaposlitev, od tega približno 4300 na področju dolgotrajne oskrbe.

Resoluciji o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013–2020 so priložene tri priloge, ki so vplivale na pripravo resolucije. Tudi iz njih bomo podrobneje prikazali vsebine, ki se nanašajo na področje starejših ljudi.

V **Prilogi 1** so opisane ocene uresničevanja prejšnjega nacionalnega programa socialnega varstva (za obdobje 2006–2010). Cilji nacionalnega programa so bili oblikovani v obdobju gospodarske rasti in v času, ko so bili za Slovenijo načrtovani koreniti organizacijsko-sistemske spremembe v smeri regionalizacije. Približno na sredini

izvajanja tega nacionalnega programa je Slovenija zašla v ekonomsko krizo, spremenile so se ekonomsko-socialne okoliščine, ki so izvajanje nekaterih aktivnosti ogrozile oziroma določile nove prioritete. Predvsem zaradi navedenega dejstva, ob neizpeljani regionalizaciji in zaostanku pri sprejemanju nekaterih ključnih reform in zakonov (pokojninska reforma, predpisi o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo), je realizacija nacionalnega programa na nekaterih področjih šibka. Na drugi strani pa je realizacija zastavljenih ciljev na področju dostopnosti, kakovosti in učinkovitosti nekaterih storitev in predvsem programov dobra. Pregled realizacije količinskih ciljev za obdobje 2006-2010 je pokazal, da so storitve institucionalnega varstva starejših oseb (varstvo in oskrba v domovih za starejše osebe) dosegle nad 90-odstotno realizacijo količinskih meril. Storitve pomoči družini na domu za osebe, stare 65 let in več, so dosegle od 50 do 90 odstotno realizacijo količinskih meril. Manj kot 50 odstotna realizacija količinskih meril je bila dosežena pri alternativnih storitvah institucionalnega varstva starejših oseb (oskrba v drugi družini), storitvah institucionalnega varstva starejših oseb (organizirano varstvo v dnevni centrih), storitvah institucionalnega varstva starejših oseb (oskrba v oskrbovanih stanovanjih za starejše osebe kot posebna oblika pomoči na domu).

Pri populaciji starejših od 65 let še vedno prevladuje nastanitev in oskrba v domovih, slabše pa so se razvijale druge oblike storitev, na primer pomoč na domu, varovanje na daljavo. Organizacija pomoči na domu spada v pristojnost občin, ki z višino subvencije tudi uravnavajo ceno storitve. Previsoka cena storitve v nekaterih občinah je eden od razlogov za nizko vključenost starejših oseb v to storitev. Pri zagotavljanju storitve pomoči na domu je veliko odvisno od razvitosti in družbene občutljivosti posamezne občine oziroma od njene odgovornosti, saj vse občine ne zagotovijo pomoči na domu, kljub

temu da jih zakon obvezuje. Poleg razloga na strani občine so razlogi za nizko realizacijo cilja tudi nezaupanje do storitve (nepoznavanje, nesprejemanje) ter pomanjkanje ustreznega kadra za izvajanje storitve in organizacijske težave v nekaterih občinah (čakalne vrste za vključenost v storitev v nekaterih občinah).

Tudi storitvi oskrbe v oskrbovanih stanovanjih in dnevno varstvo v domovih za starejše ljudi nista zaživel v predvideni meri. Za obe storitvi lahko rečemo, da ju ljudje še vedno premalo poznajo, po drugi strani pa je razmeroma skromna tudi ponudba (predvsem število mest za vključitev v dnevno varstvo) ter visoke cene (najema ali nakupa oskrbovanega stanovanja). Javne socialnovarstvene storitve so, z izjemo tistih, ki so delno plačljive, dostopne vsakomur. Pri dveh storitvah, ki sta plačljivi (pomoč na domu in institucionalna oskrba za starejše), je tudi problem cenovne dostopnosti in problem regijske oziroma lokalne dostopnosti.

Mreža regionalnih medgeneracijskih središč z mrežo socialnih programov za kakovostno življenje v starosti in sožitje med generacijami v lokalni skupnosti se je z vidika količinskih kriterijev in tudi z vidika regijske pokritosti izkazala kot kritična.

Pri mreži medgeneracijskih in drugih skupin za samopomoč ter drugih programov, ki v bivalnem okolju skrbijo za zmanjševanje socialne izključenosti starih, je bila dosežena skoraj 80-odstotna realizacija.

V **Prilogi 2** so opisane ključne okoliščine in dejavniki vpliva na delovanje sistema socialnega varstva in določanje ciljev nacionalnega programa socialnega varstva v obdobju 2013-2020.

Na delovanje sistema socialnega varstva vplivajo ključne okoliščine in dejavniki, med njimi bomo podrobneje prikazali tiste njihove značilnosti, ki vplivajo na programe socialnega varstva na področju starejših ljudi.

I. Gospodarske razmere in zaposlenost. Potrebno je dvigniti stopnjo delovne aktivnosti starejših,

saj je stopnja delovne aktivnosti v starostni skupini 55-64 let v Sloveniji med najnižjimi v Evropski Uniji.

2. Socialne razmere. Stopnja tveganja revščine se je v obdobju od leta 2008 do leta 2011 povečala pri vseh že sicer z revščino najbolj ogroženih socialnih skupinah, kamor spadajo tudi starejši ljudje, še posebej starejše ženske, ki živijo same. V začetku leta 2012 se je začelo izvajanje *Zakona o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev* in *Zakona o socialnovarstvenih prejemkih*, ki urejata področje uveljavljanja pravic iz javnih sredstev in področje socialnih transferjev. Zakon o socialnovarstvenih prejemkih je prinesel spremembe na področju denarne socialne pomoči (DSP) in pri varstvenem dodatku za dopolnitev pokojnin. Določeno je bilo višje izhodišče za zagotavljanje socialne varnosti najranljivejših skupin prebivalstva, t. i. minimalni dohodek, ki do konca leta 2014 znaša 260 EUR. Poleg dviga višine minimalnega dohodka in s tem osnovnega zneska DSP (iz 230,61 evra na 260 evra) je zakon uvedel tudi dva dodatka, od katerih je za stare ljudi pomemben predvsem varstveni dodatek za trajno nezaposljive prejemnike DSP. Njegov namen je izboljšati materialni položaj tistih, ki morajo dolgoročno preživeti z DSP. S tem naj bi se izboljšal položaj nekaterih skupin z najvišjo stopnjo tveganja revščine, na primer starejših oseb, ki živijo same. Zakon je na področju DSP in varstvenega dodatka uvedel novost, da se morajo prejemniki teh dveh pravic strinjati z vpisom prepovedi odtujitve nepremičnine, katere lastniki so, v zemljiški knjigi. Kar pa vpliva na dejstvo, da se prejeta DSP in varstveni dodatek po smrti prejemnika poplačata iz njegove zapuščine. Verjetno je prav ta sprememba v zakonu vplivala na bistveno zmanjšanje števila prejemnikov varstvenega dodatka, saj se je skoraj 18 tisoč prejemnikov varstvenega dodatka, ki so ga prejeli še leta 2011, v letu 2012 temu dodatku odpovedalo.

3. Demografske razmere. Zaradi nizke rodnosti in daljšanja življenjske dobe se spreminja starostna struktura populacije. Staranje prebivalstva se bo v Sloveniji še pospešilo. Zaradi neugodnih demografskih trendov je pričakovati velike pritiske na pokojninsko blagajno in potrebo po ustreznem podaljševanju delovne aktivnosti. Demografske spremembe bodo imele pomembne učinke za trg delovne sile, ki se bo moral temu prilagoditi. Pričakuje se pomanjkanje delovne sile, poleg tega bo vedno več starejših delavcev. Nujno bo podaljševanje delovne dobe, več poударka bo potrebno nameniti usposabljanju in podpori vseživljenjskega učenja ter različnim ukrepom za aktivno in zdravo staranje. Na ravneh vseh politik, pri sprejemanju reform in zakonov ter splošno v družbi je potrebno spodbujati medgeneracijsko solidarnost, sodelovanje in sožitje generacij ter medgeneracijski prenos znanj. Staranje populacije že ima in bo v prihodnosti imelo še večje posledice tudi za področje zdravstva in socialnega varstva. Povečalo se bo povpraševanje po različnih zdravstvenih in socialnih storitvah, povečale se bodo potrebe po negovalnih storitvah, storitvah prevozov in predvsem po različnih oblikah podpornih storitev za oskrbo na domu. Potrebno je v večji meri spodbujati in razvijati skupnostno oskrbo in zagotoviti pestrost oblik pomoči na domu. Spodbujati je potrebno oskrbo v lokalnem okolju, predvsem oskrbo na domu. Nujno potrebno je urediti sistem dolgotrajne oskrbe, kjer bodo imeli posamezniki možnost izbire različnih storitev.

4. Od drugih politik, ki vplivajo na socialni položaj in socialno vključevanje posameznikov in družin, so najpomembnejše politika zaposlovanja, politika upokojevanja, družinska politika, politika zdravstvenega varstva, politika invalidskega varstva, politika izobraževanja, stanovanjska politika in politika na področju varstva invalidov. Za doseganje ciljev progama je nujno sodelovanje med resorji, ki posamezne politike vodijo.

Priloga 3 pa govori o kazalnikih za spremljanje uresničevanja ciljev nacionalnega programa socialnega varstva 2013-2020.

Maja Rant

Helga Gürtler (2013). *Otroci imajo radi stare starše. Priročnik za življenje z vnuki*. Celje: Celjska Mohorheva družba in Društvo Mohorjeva družba, 250 strani.

STARI STARŠI V ODNOSIH Z VNUKI IN NJIHOVIMI STARŠI

Nemška pisateljica uspešnih vzgojnih knjig, psihologinja Helga Gürtler (1936) je v slovenskem prostoru znana. Pričujoči prevod priročnika za stare starše o sožitju z vnuki in njihovimi starši prihaja za prevodi treh njenih vzgojnih knjig, ki so izšle med leti 1994 in 2000: *Joj, šola: resnost življenja?*, *Mama, ne jezi se: velja tudi za očete* in *Vzgoja brez solz: nasveti zaskrbljenim staršem*. Dr. Tanja Pihlar je ni samo prevedla v lepo slovenščino, da jo z užitkom bere starejši in mlajši ljubitelj lepe slovenščine, ampak je v soglasju z avtorico tudi vsebinsko poslovenila mesta, ki se v izvirniku nanašajo na nemško kulturo – v zadnjem poglavju je nemške otroške pesmice, uspavanke, rime in izštevanske nadomestila z izborom znanih slovenskih narodnih in umetnih otroških pesmic, ki so jih prepevali nam, ko smo bili otroci, mi svojim otrokom in jih rod naših otrok prepeva rodu naših vnukov in pravnukov.

Knjiga *Otroci imajo radi stare starše* ima devet poglavij. Kaj najdemo v njih?

Avtorica pokaže življenjski realizem že na prvi strani predgovora. Preberimo odlomek (str. IX).

Če poskušam strniti, kar starši vedno znova pripovedujejo o starih starših, je to videti nekako takole.

Stari starši so blagoslov. Za otroke si vzamejo veliko časa. Časa, ki ga starši pogosto nimajo. S

številnimi problemi ravnajo bolj sproščeno, ker so od njih bolj oddaljeni. Otroke razvajajo, vendar jim tudi pristuhnejo, ko imajo čustvene težave, pri njih pa lahko tudi napolnijo svoje baterije. Radi priskočijo na pomoč, kadar je treba.

Stari starši so lahko nadloga. Ob nedeljah jih moramo obiskovati z otroki, čeprav jih to ne mika. Nobenega razumevanja nimajo za potrebe otrok. Vse vedo bolje in nenehno se poskušajo vmešavati v vzgojo.

Ja, kaj pa zdaj?

Očitno gre za dve vrsti starih staršev ali pa za dva povsem različna odnosa med stariimi starši in njihovimi otroki.

Prvo poglavje ima naslov **Starši postanejo stari starši**. V njem se sprehodimo po dejstvu, da dočerajšnji starši postanejo stari starši. Stari starši imajo pomembne prednosti pred starši: kar pri otrocih moraš, pri vnukih smeš; na menjajoče se mode o hranjenju in o drugih vidikih vzgoje gledajo iz trezne razdalje. Glavna orientacija starih staršev je ljubezen do vnukov. Z njo vstric je zavest, da vzgojne smernice določajo otrokovi starši in ne stari starši.

Na dlani je vrsta razlogov, zakaj otroci potrebujejo stare starše. Avtorica pravi: *Otroci potrebujejo svoje starše. Brez staršev, brez ljudi, ki jim namenjajo materinsko in očetovsko skrb, ne morejo živeti. Vendar pa otroci potrebujejo tudi stare starše. Brez njih sicer lahko živijo, vendar bo njihovo življenje zato revnejše in bolj težavno* (str. 5). Kaj vse dajo vnukom dobri stari starši! Od tako potrebne razbremenitve staršev preko sproščenih čustev in mirnega časa za vnuke do živlega pričevanja, da je svet obstajal in razvijal že takrat, ko njihovih staršev še ni bilo na svetu.

V tem poglavju je tudi pravcata razstava različnih tipov babic in dedkov s kratkimi opisi: *skrbna babica; babica, ki pila s hrano; modna babica; babica, ki skrbi za udobje; babica, ki plete in krpa; radovedna babica; zamerljiva babica; babica, ki jo kličemo v sili; emancipirana babica; vzorna babica; dedek za igro; nergajoči dedek;*

kaotični dedek; dedek, ki vse bolje ve; pustolovski dedek; dedek, ki nudi denarno pomoč; dedek, ki skrbi za popravila (str. 9-14).

Že v tem poglavju je jasno zakoličeno temeljno pravilo, ki se potem ponavlja skozi vso knjigo pri vseh pomembnih stvareh od nakupov do reševanja sporov: **stari starši naj se pogovorijo z otrokovimi starši**. Sami v sebi pa morajo imeti jasno stališče, kaj zmorejo in hočejo in česa ne: *Če se vedno pustite pogovoriti za pomoč, ki vam je pravzaprav odveč, bo to prej ali slej privedlo do odkritih ali prikritih očitkov, kar je pravi strup za mir v hiši. Ne pričakujte, da bodo mladi sami od sebe opazili, kaj je za vas preveč, in to tudi upoštevali. Dokler boste s požrtvovalnim prizvokom na njihove prošnje odgovarjali »Kar pojđita, bom že zmogel«, toliko časa bodo vaši otroci s tem tudi nadaljevali. Ko gre za lastno korist, ljudje radi sedijo na ušesih. Prevzemite samo tisto, kar v vas ne vzbuja jeze in občutka, da vas izkoriščajo! Nasprotno pa prav tako ni pošteno, da nalogo najprej prevzamete, pozneje pa staršem vzbujate slabo vest, češ: »Otroci sploh niso mogli spati. Ves čas so samo spraševali, kje tako dolgo hodita!« To v starših vzbuja jezo. Jezo namesto hvaležnosti. Ali si to želite? Jasno povejte otrokom in vnukom, česa ne marate in česa ne zmorete.» (str. 15-16). Otroci in vnuki ter odnosi z njimi so za stare starše pomembna vez z življenjem, ne pa edina.*

Odnos do vaših otrok in do zeta ali snahe je naslov drugega poglavja. Njegovo izhodišče je dejstvo, da so otroci starih staršev odrasli ljudje in ne več otroci. So starši. Enako seveda zeti ali snahe. Ni samoumevno, da bi stari starši to upoštevali v praksi, saj otroci ohranijo naziv otroci do smrti svojih staršev. Zvestno je treba osvojiti naslednje stališče. *Že med puberteto mora biti spremljanje njihovega odraščanja pomembnejše od same vzgoje. Vzgoja v prenesenem pomenu namreč pomeni, da odrasli hodi naprej in usmerja otroka, ki mu sledi. Spremljanje nasprotno pomeni, da dve osebi hodita druga ob drugi, pri tem pa se ena malce opira na drugo (str. 24). Če stare starše*

moti, kako njihov otrok, zet ali snaha vzgajajo svoje otroke, je dobro pomisliti, kako se je njim godilo podobno, ko so jih kritizirali njihovi starši. Glede vzgoje je odrešilna zavest: *Nihče namreč ni popoln. Tako kompleksne in zahtevne naloge, kot je vzgajanje otroka, nihče ne more opraviti, ne da bi pri tem nehote naredil tudi kaj, za kar se kasneje jasno izkaže, da ni bilo v redu (str. 32). Tašče in tasti so pregovorno kamen spotike za mlado družino. Ta stereotip seveda v praksi mnogokrat ne drži, ampak so odnosi med starimi starši ter zetom ali snaho komplementarno skladni in pristrčno lepi. Avtorica pri vsaki motnji z zetom ali snaho svetuje odprt in miren pogovor ter prizadevanje za povezanost z njihovimi starši, brati in sestrami. Kdor želi imeti vnuka, mora sprejeti tudi snaho ali zeta in si prizadevali za medsebojno zaupanje, razumevanje in bližino (str. 40). Kakšna je optimalna bližina in povezanost med obema družinama, odločajo pri vsakem posameznem primeru vsi udeleženci po svojih potrebah, možnostih in okoliščinah. Starši in stari starši naj živijo skladno z dejstvom, da ima otrok dve babici in dva dedka – oba para starih staršev sta enako pomembna.*

Tretje poglavje je **Kratek opis otrokovega razvoja**. Avtorica ob spoznanjih razvojne psihologije za obdobja prvega, drugega, tretjega in četrtega trimesečja po rojstvu ter za vse nadaljnje značilne čase vse do mladostništva niza praktične nasvete in življenjske izkušnje, ki veljajo tako za stare starše kot za starše. Pri tem bistro opozarja na skrite pasti pri vzgoji za hojo, govor, pri otrokovi trmi, navajanju na čistočo, glede vrtca in potrebe po družbi drugih otrok, šole in učenja ter pubertetnih sprememb – ne le v otroku, ki ni več otrok, ampak tudi v odnosu med njim in stari starši. Poglavje se končuje z nasvetom, naj stari starši od začetka pišejo vnukov dnevnik: otrokove obiske, kaj se dogaja z njim, drobne in zanimive dogodivščine, otrokove razvojne korake ... *Je sploh kaj lepšega in bolj zanimivega, kar bi mu lahko izročili? (str. 92).*

Poglavje *Vzgoja skozi čas* kaže, kako se vzgojni slogi spreminjajo. Stari starši so pripovedovali, kako so jih vzgajali s šibo, vzgoja naših staršev je bila že drugačna, oni so vzgajali nas spet drugače, mi svoje otroke drugače in naši otroci imajo spet toliko novih vzgojnih pravil ... Otroci so bolj trpežna bitja kot vzgojne mode in teorije; če imajo kolikor toliko zdrave razmere za razvoj in jih imamo radi, bodo zdravo odrasli in se razvili. *V zgodovini vzgoje zasledimo nekakšna nihanja, ki nastanejo, ko ena generacija opusti tisto, v čemer je prejšnja generacija pretiravala. To, v čemer pretirava sedanja generacija, pa znova spremeni naslednja* (str. 97). *Predvsem vnukom pa bi zelo koristilo, če bi se njihovi starši in stari starši uspeli brez očitkov in užaljenosti pogovoriti o svojih vzgojnih izkušnjah* (str. 100). To so dobra »domača zdravila« proti škodljivemu strahu starih staršev za vzgojni polom njihovih tako ljubih vnukov. Pomaga tudi zavedanje, da je *zavestna vzgoja le delček našega vpliva, ostalo je v zgledu* (str. 101). In na isti strani še zdravilo proti ekluzivnosti v vzgoji: *Če se otroci družijo z različnimi ljudmi, to krepí njihovo socialno kompetentnost. Naučijo se, da se ljudje lahko različno odzivajo, in se temu tudi prilagodijo. Če pa je vedenje enega sprto z ravnanjem drugega, morajo odrasli to nekako rešiti. Kako bodo to rešili – s pogovorom ali zmerjanjem, z zanikanjem ali mimogrede in napol – vse to vpliva na to, kako bo spore razreševal kasneje njihov otrok.* Upoštevanja vredna je misel: *Pogosto bistvo problema sploh niso različni načini vzgoje, ampak tekmovanje staršev in starih staršev za naklonjenost otroka* (str. 104). Če ne za naklonjenost otroka, pa za svoj prav. V današnjem ozračju osredotočenosti na svoje lastno počutje in lastno vrednost je ta nevarnost vsakomur tik za hrbtom. Avtorica praktično obdela tudi aktualna današnja vprašanja o pomenu jasnih meja v demokratični vzgoji, o zablodi razvajanja, ki kaj lahko vodi pozneje v škodljive odvisnosti in omamljanje, pa o podobno nevarni zablodi, ko se v otroka nalaga škodljiv strah, namesto življenjskega poguma in

upanja. Na koncu pokaže neprecenljivo korist, če se otrok nauči lepega govora v materinščini, če pa je mogoče, dveh jezikov.

Peto poglavje govori *o zdravem in živahnem odraščanju*, šesto ima naslov *Kaj bomo pa danes počeli skupaj?* Tu so dobri nasveti in spoznanja o zdravju: danes je več alergij, hiperaktivnosti in drugih motenj, ki jih včasih ni bilo, pa jih je važno poznati in upoštevati, ko je otrok pri starih starših. Avtorica skuša stare starše obvarovati tudi pred prevelikim strahom za otroka: da ne bi padel, se prehladil, premalo jedel ... Starši pod težo delovnih obveznosti in utrujenosti neredko puščajo otroka pred televizorjem in pri elektronskih igrical, stari starši imajo pa več časa in možnosti za razgibano igranje, kjer se otrok celostno razvija, za zanimivo potepanje v naravi, za razvoj na krilih domišljije, ko so z njim zunaj, v hiši ali pri branju knjig in pripovedovanju. Ne gre za to, koliko lahko vnuku kupimo, npr. igrač. *Morda vam ni z rožicami poslano in ste kar žalostni, ker vašemu vnuku ne morete kupiti vsega tega, kar bi radi. Naj vam bo v tolažbo: do drugega leta otrok ne potrebuje igrač. Igra se s kuhalnicami in z žlicami za obuvanje čevljev, s praznimi škatlami in pisanimi ščipalkami, s ključi in klobuki, preprosto z vsem, kar mu pride pod roke. To mu ponuja neomajne nove možnosti, ki jih šele odkriva. Posamezna igrača je sicer lahko razveseljiva spodbuda, zaboj, poln igrač, pa nikakor* (str. 174). Sledi nekaj tehtnih strani besedila o dobri igrači, ki spodbuja telesni, duševni, socialni in ves ostali otrokov razvoj, in slabih igračah, ki jih industrija množično izdeluje za svoj lastni dobiček, otroci pa ob njih doživljajsko otopevajo in človeško zakrnevajo.

Zadnje vsebinsko poglavje govori *o prepiru, ki mora biti, vendar pravičen*. Pomislimo na glasne in prikrite prepire med starši in starimi starši. Eno od koristnih spoznanj in nasvetov pri tem je naslednje. *Povsem brezplodno je, če spore skušamo analizirati za nazaj, vse do trenutka, ko so nastali*

... Zato si zastavite naslednja vprašanja, ki ne brskajo po tem, kaj je bilo, ampak vodijo naprej:

- Katere so pravzaprav glavne točke spora med nami?
- Kaj bo treba spremeniti, da bi bolje shajali drug z drugim?
- Kaj lahko storim jaz, da bi se to spremenilo? (str. 195)

Avtorica naniza deset zapovedi, kako se prepirati, da ne bi bili žaljivi – ta pravila veljajo pravzaprav za vsak lep medčloveški pogovor. Za tem pa še nekaj spoznanj in nasvetov za stare starše v primerih, ko se med seboj prepirata starša. V skrajno tragični obliki za otroka, ko je njun prepir kroničen in se morda na grd način razhajata, so stari starši pogosto edini svetel žarek in oporišče za otroka, da bo zdravo prenesel te neugodne življenjske razmere.

Na koncu priročnika je, kot smo že omenili, nekaj znanih slovenskih otroških rim in pesmi ter primerna slovenska in tuja literatura o vsebinalh, ki jim je namenjena ta knjiga.

Spremno besedo knjigi na pot je napisal upokojeni zdravnik dr. Božidar Voljč ob svojih izkušnjah v vlogi dedka – te predstavi prisrčno in z globokim razmislekom o doživljanju in ravnanju starejšega človeka v luči približevanja meji svoje minljivosti.

Helga Gürtler v priročniku *Otroci imajo radi stare starše* izhaja iz prevladujoče psihološke usmeritve v drugi polovici 20. stoletja. Prikazuje slabe izkušnje in s spoznanji usmerja v boljše ravnanje. Praksa kaže, da le-to večinoma ne uspe, kajti zgolj znanje ni dovolj za usmerjanje življenjskega sloga in sožitja. V zadnjih letih se dogaja preusmeritev v pozitivno psihologijo, ki išče spoznanja predvsem iz dobrih izkušenj in uspešnih primerov. Živi primeri in pozitivne zgodbe iz realne vsakdanjosti človeka navdušujejo in ga usmerjajo v boljši življenjski slog in sožitje. Ta način je tudi temeljna usmeritev naše antropohigene pri uporabi vsakdanjih sredstev za bolj kakovostno življenje in sožitje; v njenem

okviru razvijamo na Inštitutu Antona Trstenjaka socialno učenje v skupinah, kjer je v ospredju pripovedovanje dobrih vsakdanjih izkušenj in reševanje živih vprašanj iz prakse. Iz knjige se jasno kaže, da ima avtorica za seboj desetletja izkušenj pri delu s starši glede vzgoje otrok in sožitja v sodobni družini. Četudi je morda njena teoretična usmeritev šibkejša osnova za kakovostno življenje in sožitje starih staršev z mlajšima generacijama, kot bi bila navedena sodobna spoznanja, pa v knjigi prevlada njen čut za realnost in praksa.

Isto velja glede drugega izhodišča, ki je subjektivno počutje vsakogar od udeležencev v sožitju. Da ima le-to odločujočo, če ne celo edino težo, je prevladujoča *dogma* v celotnem današnjem javnem mnenju. V praksi vsakdanjega sožitja počutje enega pogosto trči v nasprotje s počutjem ali mnenjem drugega. Ta nasprotja ni lahko usklajevati, zato je zgolj na osnovi trenutnega subjektivnega počutja malo pristnega sodelovanja, ki bi vse veselilo in zadovoljevalo. Komplementarno s subjektivnim počutjem je iskanje globljega smisla stvari, ki povezuje vse nas – med seboj tako različne ljudi – pri opravljanju skupnih življenjskih nalog, da ohranjamo sožitje in ugodne življenjske razmere za vse ljudi, naravo in naše zanamce. To izhodišče omogoča vsakemu več sreče. Tudi glede tega je Helga Gürtler predvsem izkušen praktik in čuteča ženska, ki med vrsticami usmerja v to smer. Ko npr. kar naprej poudarja pogovor med starši in starimi starši, je subjektivno slabo počutje ali nezadovoljstvo enih ali drugih dober povod za pogovor, vztrajanje pri mirnem pogovoru in njegov dober učinek pa omoči usmerjenost enih in drugih v to, kar je najbolj smiselno za blagor otroka. Otrokov zdrav razvoj je neskončno več kot trenutno dobro počutje vsakega od staršev in starih staršev – Frankl bi dejal, da je to njihova skupna življenjska naloga, njeno uresničevanje pa vir sreče zanje in za otroka.

Jože Ramovš

DROBCI IZ GERONTOLOŠKE LITERATURE

Zbrala: Tina Lipar

FR: TELESNA AKTIVNOST V POVEZAVI S PADCI

Nova raziskava nakazuje, da programi vadbe, namenjeni preprečevanju padcev pri starejših ljudeh, lahko preprečijo tudi poškodbe, ki ob padcih nastanejo. Francoski raziskovalci pravijo, da izsledki študije jasno opozarjajo, da bi morali zdravstveni delavci spodbujati starejše ljudi, da se redno udeležujejo programov telesne vadbe za preprečevanje padcev.

Padci so med starejšimi zelo pogosti. V skladu s podatki Centrov za nadzor nad boleznimi in preventivo (*Centres for Disease Control and Prevention*) naj bi vsak tretji človek, starejši od 65 let, padel vsaj enkrat na leto. 20 do 30 % ljudi, ki pade, se zmerno do hudo poškoduje. Te poškodbe imajo lahko resen vpliv na gibljivost in neodvisnost starejših ljudi, poveča se verjetnost, da se bo moral starejši človek preseliti v dom za stare ljudi, narastejo stroški zdravljenja.

Dokazano je, da dobro zastavljeni programi telesne aktivnosti lahko preprečujejo ali vsaj zmanjšujejo pogostost padcev v starosti, malo pa je dokazov o tem, ali ti programi zmanjšujejo tudi pogostost poškodb, povezanih s padci. Da bi ugotovili povezavo med programi telesne aktivnosti za preprečevanje padcev in zmanjšanim tveganjem za zlome in ostale poškodbe, povezane s padci, so raziskovalci v metaanalizi pregledali 17 študij, ki so skupaj vključevale 4305 ljudi, katerih povprečna starost je bila okoli 76 let. 2195 ljudi je bilo vključenih v programe telesne aktivnosti, 2110 ljudi pa je bilo vključenih v kontrolno skupino, se pravi, da programov telesne aktivnosti niso izvajali.

Rezultati metaanalize kažejo, da večina telovadnih programov zmanjšuje poškodbe povezane s padci, telesna aktivnost pa pomembno zmanjšuje pogostost padcev, kar se posledično

odraža na zmanjšanju zlomov, poškodb in zdravstvenih stroškov. Telesna aktivnost naj bi imela največji vpliv na preprečevanje najresnejših poškodb. Tako so ugotovili 37 % zmanjšanje vseh vrst poškodb, povezanih s padci, 43 % zmanjšanje težkih poškodb in 61 % zmanjšanje zlomov. Raziskovalci zaključujejo, da redna telesna aktivnost ne zmanjša samo pogostosti padcev, pač pa tudi pogostost poškodb, če do padcev vseeno pride.

Vir: Honor Whiteman, 2013. *Exercise may prevent fall-related injuries in older adults*. V: <http://www.medicalnewstoday.com/articles/268034.php> (sprejem 21. 11. 2013)

SVET: STOPNJA SMRTNOSTI V POVEZAVI Z GOSPODARSKO RASTJO

Analiza ekonomskih ciklusov v razvitih državah kaže, da je stopnja smrtnosti ljudi v srednjih letih in starejših v času gospodarske rasti višja kot v času recesije. Analiza je bila objavljena v elektronski različici znanstvene revije za epidemiologijo in javno zdravje (*Journal of Epidemiology and Community Health*). Povečano breme stresa in višja stopnja prometnih nesreč, ki so posledica višje stopnje zaposlenosti ljudi, teh trendov v celoti ne pojasnita.

Pričakovana življenjska doba v razvitem svetu še vedno raste, v veliki meri zaradi daljšega življenja v starosti. Dolgo trajajoča gospodarska rast v preteklih desetletjih je k temu trendu bistveno pripomogla, saj »bogastvo ustvarja zdravje« (ang. *wealth creates health*). Ker številne države v današnjem času niso samo v recesiji, ampak se soočajo tudi s stalnim naraščanjem števila starejših prebivalcev, so avtorji študije želeli ugotoviti, kakšen je vpliv negativne gospodarske rasti na pričakovano življenjsko dobo.

V 19 razvitih državah v Evropi, Skandinaviji, Severni Ameriki in Avstralaziji so analizirali podatke bruto domačega proizvoda (BDP) na

prebivalca, ki je kazalnik nacionalnega ekonomskega blagostanja. Zajeli so podatke o BDP-ju med letoma 1950 in 2008. Nato so v več časovnih razponih primerjali BDP s številom smrti dveh različnih starostnih skupin, tj. ljudi, starih med 40 in 44 let, in ljudi, starih med 70 in 74 let.

Pokazalo se je, da v je v daljšem časovnem obdobju naraščanje BDP-ja povezano z upadom števila smrti. V krajšem časovnem odseku pa je bilo moč opaziti, da se v času gospodarske rasti povečuje smrtnost ljudi v srednjih letih in starejših. Le-ta upade, ko gospodarstvo zajame recesija. V povprečju se za vsak odstotek povečanja BDP-ja smrtnost poveča za 0,36 % pri moških, starih med 70 in 74 let, ter za 0,38 % pri moških, starih med 40 in 44 let. Podobno povezavo je bilo moč opaziti tudi pri ženskah, le da so bile vrednosti manjše, in sicer pri ženskah, starih med 70 in 74 je bilo povečanje smrtnosti 0,18 %, pri ženskah, starih med 40 in 44 let, pa 0,16 %.

Avtorji so razmišljali o možnih razlogih za ta pojav. Predpostavili so, da je v času gospodarske rasti, ko je stopnja zaposljivosti zelo visoka, več ljudi bolj obremenjenih s stresom v službi, poleg tega pa je za ta čas značilna tudi večja onesnaženost zraka. Vendar ta predpostavka ne pojasni, zakaj prihaja do razlik med spoloma. V nadaljevanju so razmišljali o tem, da v času gospodarske rasti ljudje bolj nezdravo živijo, pogostejše pa so tudi prometne nesreče. Toda tudi s tem ne morejo prej opisanih trendov v celoti pojasniti.

Pomislili so tudi na vpliv sprememb v socialni podpori. Predvidevajo, da višja stopnja zaposlitve pomeni manj časa za neformalno oskrbo starejših ljudi, kar povzroča večji stres pri oskrbovalcih. Ta ugotovitev je seveda samo predvidevanje, zato bo potrebno v prihodnosti narediti več raziskav, ki jo bodo potrdile oziroma ovrgle.

Vir: *Science Daily*, 2013. *Death Rates Higher Among Middle Aged, Elderly When Economy Is Booming*. V: <http://www.sciencedaily.com/releases/2013/10/131007190818.htm> (sprejem 26. 11. 2013).

UK: TELESNA AKTIVNOST V BOJU Z DEPRESIJO

Raziskovalci na *University of Warwick and Queen Mary* v Londonu so ugotovili, da telesna aktivnost ne doprinese k zmanjšanju bremena depresije med starejšimi stanovalci domov za ostarele. Telesna aktivnost je intervencija z nizkim tveganjem, ki lahko izboljša mentalno zdravje. Ugotovitve študije, ki so jo izvedli na *National Institute for Health Research Health Technology Assessment Programme*, kažejo na potrebe po alternativnih pristopih k zmanjševanju bremena depresije pri slabotnih, najstarejših prebivalcih domov za ostarele.

V okviru obširne randomizirane kontrolne študije so želeli ugotoviti ali je mogoče s pomočjo zmerno intenzivne telesne aktivnosti, ki se izvaja dvakrat tedensko, in promocije telesne aktivnosti s strani zaposlenih v institucijah v roku enega leta zmanjšati pojavnost depresije. V študijo je bilo vključenih preko 1000 varovancev iz 78 domov za stare ljudi v Združenem kraljestvu. Približno polovica med njimi je trpela za depresijo. Uvedba telesne aktivnosti je bila v domovih lepo sprejeta, med varovanci celo zelo priljubljena, vendar ni imela vpliva na depresijo ali kakovost življenja varovancev na sploh.

Martin Underwood, profesor na fakulteti za medicino v Warwicku, ki je vodil opisano raziskavo, je povedal, da so razočarani nad ugotovitvijo, da intervencija s telesno aktivnostjo ni imela vpliva na depresijo med prebivalci domov za stare ljudi. Vedo, da so antidepresivi zelo učinkoviti pri pacientih, ki trpijo za zelo resno obliko depresije. Preventivne strategije, kot so povečano družbeno udejstvovanje ali psihološka stimulacija, veliko obetajo, vendar še niso znanstveno dokazano učinkovite. Novi pristopi, ki bi prispevali k zmanjševanju bremena depresije pri najstarejših ljudeh, so zelo potrebni.

Underwood v nadaljevanju pravi, da se ti rezultati nanašajo samo na varovance v domovih za stare ljudi in na depresijo. Nobenega dvoma

ni, da telesna aktivnost prispeva k večji telesni vzdržljivosti in zdravju pri mlajših ljudeh in pri starejših, ki so še zdravi. Število varovancev v domovih za stare ljudi se vsako leto povečuje, zato je potrebno razviti učinkovite pristope k zmanjševanju depresije pri tej populaciji. Vodilni raziskovalci upajo, da bo raziskava služila kot povod za nadaljnje raziskovanje na tem področju, kar bo pripomoglo k izboljševanju zdravja in dobrega počutja starejših ljudi.

Vir: *Science Daily*, 2013. *Exercise Proves to Be Ineffective Against Care Home Depression*. V: <http://www.sciencedaily.com/releases/2013/05/130520281747.htm> (sprejem 18. 11. 2013).

ZDA: ROBOTSKA POMOČ PRI OSKRBI

Odločitev o vrsti pomoči starejšemu onemoglemu svojcu je lahko izredno težka, toda morda nam lahko pri tem pomaga raziskava, ki so jo izvedli na Inštitutu za tehnologijo v Georgiji (*Georgia Institute of Technology*). Ideja o vključitvi robota v oskrbo starejšega človeka se marsikomu zdi za lase privlečena in futuristična, ta študija pa dokazuje, da bi lahko kmalu postala resničnost.

Raziskovalci so prosili okoli dva ducata ljudi, starih med 65 in 93 let, da si ogledajo osemminutni video o osebnem robotu, imenovanem *Willow Garage's Personal Robot 2*. Po koncu filma so jih vprašali po njihovih željah glede pomoči pri 48-dnevnih opravilih. Pri vsakem opravilu so lahko izbirali, ali bi želeli, da določeno nalogo opravi človek ali robot.

Odgovori vprašanih kažejo na to, da starejši ljudje vendarle niso toliko »za časom«, kot marsikdo misli. Pri opravljanju bolj tehničnih opravil (menjanje žarnic, čiščenje hiše, pomivanje posode, postiljanje, pospravljanje smeti) so pogosteje izbrali pomoč robota. Pomoč robota so izbrali tudi za opominjanje na to, kdaj morajo vzeti zdravila. Pomoč drugega človeka pa so pogosteje izbirali za socialne dejavnosti in dejavnosti, pri katerih je potrebno sprejemati vnaprejšnje odločitve (kuhanje, druženje z gosti,

nakupovanje hrane). Tudi osebne aktivnosti, povezane z intimnostjo, ostajajo v človeških rokah (umivanje, sprchodi, britje, oblačenje, pomoč pri hranjenju, umivanje zob).

Raziskovalci so mnenja, da so takšni rezultati odraz pomanjkanja prijateljskega stika med človekom in robotom. *Personal Robot 2* je sicer namenjen samo izvajanju vnaprej določenih nalog, obstaja pa tudi t. i. socialni robot, kot je *MIT's Leonardo*, s katerim lahko človek razvije tudi bolj osebni odnos, saj ga lahko poimenuje, ga oblači in pozdravlja. V drugi študiji, imenovani *CompanionAble Project*, so izdelali robota, imenovanega *Hector*, ki je podoben robotu *Personal Robot 2*. *Hector* je daljinsko vodeni robot in je kompatibilen s pametnim domom. Za starejše ljudi naj bi bil zelo primeren, saj se odzove na klic, opominja na dnevni urnik in zadolžitve, opominja na redno jemanje zdravil in celo varno shrani očala starejšega človeka. *Hector* je tudi dobrodošel dodatek stanovanju, ki ima vgrajen sistem za detekcijo padcev. V primeru nujnih stanj, npr. padca, se poveže z oddaljenim kontrolnim centrom, ki potem sproži akcijo pomoči. Poleg tega pa naj bi bil tudi sposoben oceniti resnost stanja in vrsto pomoči, ki jo poškodovani potrebuje.

Marsikdo se otepa misli, da bi »železnega« pomočnika vključil v oskrbo starejšega človeka, toda robotska tehnologija hitro napreduje in bi se v prihodnosti lahko izkazala kot pomembnem člen pri vzdrževanju gospodinjstva.

Vir: *Ben Meredith*, 2012. *First robot rollout to 'assist' the elderly* V: http://www.naturalnews.com/037860_robots_elderly_assistance.html (sprejem 25. 11. 2013).

ZDA: VPLIV KRVNEGA TLAKA NA MOŽGANE

Raziskava, objavljena v spletni izdaji medicinske revije *Neurology*, ki jo izdaja Ameriška nevrološka akademija, kaže na to, da so pri ljudeh z višjimi vrednostmi pulznega tlaka v

cerebrospinalni tekočini pogosteje prisotni biomarkerji Alzheimerjeve bolezni.

Vrednost pulznega tlaka dobimo, če od vrednosti sistoličnega krvnega tlaka odštejemo vrednost diastoličnega. Sistolični krvni tlak nastane, ko srce potisne kri po žilah, na merilnikih za merjenje tlaka pa se kaže kot zgornja vrednost. Diastolični krvni tlak pa nastane, ko srce med dvema stiskoma počiva, na merilnikih pa se kaže kot spodnja vrednost. Vrednost pulznega tlaka s starostjo narašča, kar je kazalnik staranja žilnega sistema.

Raziskava je vključevala 177 ljudi, starih med 55 in 100 let, ki nimajo simptomov Alzheimerjeve bolezni. Vključenim v raziskavo so določili vrednost pulznega tlaka in s pomočjo lumbalne punkcije vzeli vzorec cerebrospinalne tekočine iz hrbtničnega kanala.

Ugotovili so, da so pri ljudeh, ki imajo višji pulzni tlak, v cerebrospinalni tekočini pogosteje prisotni biomarkerji, ki kažejo na Alzheimerjevo bolezen (amiloid beta, plaki, p-tau protein ...). Za vsakih deset enot povišanja v pulznem tlaku povprečni nivo p-tau proteina v spinalni tekočini naraste za 1.5 pikograma, kar je 10^{12} grama. Ta povezava je bila očitna samo v skupini ljudi, ki so bili stari med 55 in 70 let.

Avtor študije, dr. Daniel A. Nation, pravi, da so rezultati te študije skladni z ostalimi raziskavami, ki dokazujejo, da je visok krvni tlak v srednjem življenjskem obdobju boljši napovedni dejavnik težav s spominom in izgube možganskih celic v starosti kot visok krvni tlak v starejšem življenjskem obdobju.

Vir: *Science Daily*, 2013. *High Blood Pressure in Middle Age Vs Old Age May Predict Memory Loss*. V: <http://www.sciencedaily.com/releases/2013/11/131113162339.htm> (sprejem 18. 11. 2013).

ZDA: ZAKONSKI STAN IN UMRLJIVOST

V današnjem času je povsem normalno, da ljudje srednjih let dočakajo starost. Ob tem pa se

postavljata vprašanja, kdo so tisti, ki starosti ne dočakajo in zakaj ne. Dr. Ilene Siegler in sodelavci iz *Duke University Medical Center* v Združenih državah Amerike so proučevali vpliv zakonske skupnosti in trajanja zakona na prezgodnjo smrt v srednjih letih.

Raziskovalci so analizirali podatke 4802 posameznikov, ki so sodelovali v raziskavi, ki jo je izvedla univerza v Severni Karolini (raziskava se je imenovala *The University of North Carolina Alumni Heart Study – UNCAHS*). Avtorji študije so bili še posebej pozorni na stabilnost in spremembe v vzorcu zakonskega in nezakonskega statusa v srednjem življenjskem obdobju, pri čemer so kontrolirali osebnostno strukturo posameznikov ob začetku študija (starost okoli 18 let), socialnoekonomski status in tveganje življenjski slog.

Ugotovili so, da partnerski odnos med dvema človekoma v srednjem življenjskem obdobju varuje pred prezgodnjo smrtjo. Pri tistih, ki niso bili nikoli poročeni, so ugotovili dvakrat večje tveganje za prezgodnjo smrt, kot pri tistih, ki so bili del stabilne zakonske zveze v svojem odraslem življenjskem obdobju. Samski stan ali izguba partnerja, ki ga ni nadomestil drugi partner, poveča tveganje za prezgodnjo smrt. Ta povezava se kaže tudi, ko so pri analizi upoštevali osebnostne karakteristike in tveganje življenjski slog.

Avtorji študije so zaključili, da zakonski stan nudi človeku drugačno stopnjo emocionalne in funkcionalne podpore kot nezakonski stan, kar naj bi bilo povezano z umrljivostjo. Menijo, da je razumevanje družbenih vezi v srednjih letih pomembno za razumevanje prezgodnje umrljivosti, čemur bo v prihodnosti potrebno nameniti več pozornosti.

Vir: *Science Daily*, 2013. *Marriage Linked to Better Survival in Middle Age; Study Highlights Importance of Social Ties During Midlife*. V: <http://www.sciencedaily.com/releases/2013/01/130110102342.htm> (sprejem 18. 11. 2013).

ZDA: ZGODNJA DIAGNOSTIKA DEMENCE

Ali bi bilo pri ljudeh v poznih srednjih letih in zgodnji starosti v okviru preventivnih pregledov smiselno izvajati tudi presejalne teste za izgubo spomina? Strokovnjaki pravijo, da ne, ker koristi izvajanja rednih preventivnih ocen mentalne funkcije pri celotni populaciji starejših še niso dokazane. Da bi bolje razumeli koristi in tveganja presejalnih testov ter kakšen vpliv bi imelo zgodnje prepoznavanje bolezni na bolnike in njihove svojce, bi bilo potrebno izvesti več raziskav. Zgodnje prepoznavanje bolezni je v tem primeru mišljeno kot diagnosticiranje s pomočjo presejalnih testov in drugih preventivnih pregledov, še preden se pojavijo znaki in simptomi bolezni.

Če upad kognitivne funkcije diagnosticiramo že zelo zgodaj v njenem razvoju, so medicinske in ostale intervencije za zmanjšanje nadaljnje upada ali izboljšanje kognitivne funkcije bolj uspešne, menijo strokovnjaki. V nekaterih primerih je demenca reverzibilna, kar pomeni, da z odpravo vzroka, ki jo povzroča, bolezen popolnoma odpravimo. V bistvu ne gre za demenco kot tako, ampak za simptome, ki so podobni tistim, ki kažejo na demenco. Le-te pa lahko povzročajo motnje v delovanju ščitnice, slaba prehrana, depresija, interakcije med zdravili ... Drugih oblik demenc, kot sta Alzheimerjeva bolezen ali demenca z Lewyjevimi telesci, pa zaenkrat še ne moremo učinkovito zdraviti. V teh primerih je potrebno proučiti vpliv zgodnje diagnostike demence na čustveno, socialno in finančno stanje družine in bolnika, še posebej, kadar obstaja sum na lažno pozitivno diagnozo. Zaenkrat strokovnjaki ne morejo z gotovostjo trditi, da bi bila zgodnja diagnostika Alzheimerjeve bolezni in drugih vrst neozdravljivih demenc v resnici koristna za bolnika in njegove svojce. Tako ostajajo le priporočila, naj ljudje, ki pri sebi ali svojih bližnjih opazijo kognitivne težave, čim prej obišejo osebnega zdravnika.

Vir: Anne-Marie Botek, 2013. *Why experts don't want all seniors to get screened for dementia*. V: http://www.agingcare.com/news/why-experts-dont-want-seniors-to-get-screened-for-dementia-163191.htm?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=newsletter%20-%20november%2020,%202013 (sprejem 18. 11. 2013).

TR: KONFERENCA O MEDGENERACIJSKI SOLIDARNOSTI V ISTANBULU

Med 4. in 6. oktobrom je v Istanbulu potekala konferenca *Istanbul Initiative on Ageing (IIA)*, katere tema je bila medgeneracijska solidarnost. Konferenco sta organizirali 2 organizaciji, in sicer *International Federation on Ageing (IFA)* in *Turyak Seniors Council Association*. Dogodka se je udeležilo več kot 400 ljudi iz 52 držav. Na konferenci so se odvijale številne delavnice, predavanja in predstavitve v povezavi z izzivi staranja populacij. Teme le-teh so zajemale starosti prijazna okolja, ekonomske izzive, zdravje in dobro počutje ter zagotavljanje potrebnih servisov in storitev, namenjenih starejšim ljudem.

Znotraj glavne teme konference, medgeneracijske solidarnosti, so organizatorji umestili štiri podteme. Prva, prioritete, je vključevala moralne vrednote in krepitev družinskih vezi, pozitivno diskriminacijo za starejše, nasilje nad starejšimi in njihovo zanemarjanje, aktivno in produktivno staranje ter starejše kot delovno silo. V drugi podtemi, imenovani dolgoživost, so organizatorji združili skrb za zdravje starejših, prehrano, zdrav turizem in gerontotehnologijo. V podtemi, novi pristopi in blaginja starejših, je bilo govora o staranju v ruralnih okoljih in tujih državah, o starosti prijaznih mestih in okoljih, o vlogi in poslanstvu občin ter o usposabljanju in zaposlovanju oskrbovalcev. Četrta podtema, modeli oskrbe starejših, pa je združevala staranje in oskrbo na domu, podporne servise in storitve, telemedicino, različne oblike institucionalne oskrbe ter zavarovanje za dolgotrajno oskrbo.

Zaključki konference govorijo o tem, da medgeneracijska solidarnost zahteva integracijo solidarnosti ne samo na nacionalni in globalni ravni, ampak tudi znotraj lokalnih skupnosti in družin. Zahteva prerazporeditev socialnih in ekonomskih virov, z namenom ustvarjanja vključujoče infrastrukture za starejše ljudi. Novi pristopi na področju staranja prebivalstva morajo težiti k promociji zdravja in dobrega počutja v vseh starostnih skupinah, saj se s tem pospešuje aktivno in produktivno staranje. Starejši lahko na mlajšo generacijo prenesejo izkušnje o tem, kako živeti bolj produktivna življenja, v katerih bodo lahko našli smisel.

Ob tem pa se že kaže potreba po spremenjanju oziroma vzpostavitvi novih vlog, ki jih imajo starejši v družbi: starejši kot podporniki mlajšim generacijam, starejši kot učitelji, starejši kot oskrbovalci, starejši kot množični porabniki, zanimivi za trg.

Na koncu uradne izjave, imenovane *International Istanbul Initiative on Ageing Official Congress Declaration*, pa organizatorji konference pozivajo starejše, da javno spregovorijo in predlagajo rešitve o tem, kako se soočiti z izzivi staranja prebivalstva sedaj in v prihodnosti.

Vir: *International Federation on Ageing, 2013. Povzeto po: <http://www.ifa-fiv.org/ifa-activities/ifa-conferences-meetings-istanbul/> (sprejem 12. 12. 2013).*

UK: PALIATIVNA OSKRBA STAREJŠIH

Demografski trendi, ki jih spremlja porast kroničnih bolezni, govorijo o tem, da je populacija ljudi, ki potrebuje paliativno oskrbo, starejša kot pred desetletji. To dejstvo za zdravstvene sisteme predstavlja velik izziv, saj je bila v preteklosti takšna oskrba namenjena mlajšim ljudem, ki so umirali zaradi raka. Sedaj pa bo potrebno aktivnosti usmeriti v razvoj paliativne oskrbe, ki bo starejšim bolj dostopna in bo zadostila njihovim kompleksnim potrebam.

V letu 2008 je v Angliji in Walesu 56 % ljudi umrlo v bolnišnicah. Tu so najpogosteje umirali ljudje, stari med 74 in 84 let. Poleg tega so ugotovili, da večina ljudi, ki umre v bolnišnici, prejme zelo slabo oskrbo. Raziskava pritožb glede bolnišnične oskrbe med letoma 2004 in 2006 je pokazala, da je bila polovica pritožb namenjenih akutnim oddelkom in bolnišnicam, 54 % le-teh pa se je na tak ali drugačen način nanašalo na oskrbo ob koncu življenja.

Čeprav je znano, da si številni ljudje želijo umreti doma, pa ne smemo spregledati tistih, ki bi raje umrli v bolnišnici, med njimi še posebej izstopajo starejši. Starejši ljudje so namreč ob prisotnosti zdravstvenega osebja in medicinskih pripomočkov bolj pomirjeni. Številna poročila in študije kažejo, da ljudem, ki umirajo v bolnišnicah, v večini ni na voljo kakovostna paliativna oskrba. Avtorji študije so se zato odločili, da raziščejo, katere ovire onemogočajo optimalno paliativno oskrbo starejših ljudi v akutnih bolnišnicah.

V raziskavo je bilo vključenih 58 zdravstvenih strokovnjakov. Le-ti so sodelovali v osmih poizvedenih skupinah in štirih polstrukturiranih intervjujih. Kvalitativna študija je pokazala, da obstajajo pomembne ovire glede nudenja kakovostne paliativne oskrbe v bolnišnicah za akutno oskrbo. Nekatere študije sicer nakazujejo, da dostop do paliativne oskrbe ni pogojen s starostjo. Avtorji te študije pa odkrivajo, da ima kar nekaj zdravstvenih delavcev napačna prepričanja o tem, komu je paliativna oskrba namenjena. Zdravstveni delavci so povedali, da so bili prepričani, da paliativno oskrbo bolj potrebujejo mlajši ljudje, saj je diagnozo kronične napredovale neozdravljive bolezni in umiranje v starosti lažje sprejeti. Takšna prepričanja lahko vodijo do tega, da zdravstveni delavci ne prepoznajo starejših ljudi, ki bi potrebovali paliativno oskrbo.

Naslednja težava se pojavi pri razumevanju vloge paliativne oskrbe. Mnogi zdravstveni

delavci so namreč prepričani, da je paliativna oskrba v bistvu oskrba umirajočega. Vendar pa je oskrba umirajočega le del celostne paliativne oskrbe. Torej, če zdravstveni delavci ne razumejo bistva paliativne oskrbe in nimajo dovolj znanja o tem, kdaj se le-ta začne, potem zelo verjetno spregledajo marsikaterega bolnika, ki bi to oskrbo potreboval. Pogosto se paliativno oskrbo povezuje z malignimi boleznimi. Starejši ljudje pa v veliki meri umirajo tudi zaradi nemalignih kroničnih napredujočih bolezni, ki so prav tako indikacija za paliativno oskrbo.

Zdravstveni delavci, ki so še vedno zelo usmerjeni v zdravljenje bolezni in reševanje življenj, pogosto predolgo odlašajo s paliativnimi pristopi in vztrajajo v zdravljenju bolezni, tudi ko ozdravitev ni več možna. Marsikaterega bolnika skoraj do trenutka smrti zdravijo z agresivnimi medicinskimi postopki, ki že dolgo

niso več učinkoviti in ne doprinesejo k boljši kakovosti življenja. Poleg tega imajo različni strokovnjaki znotraj zdravstvenega sistema različna mnenja o tem, kateri strokovni kader bi moral biti odgovoren za izvajanje paliativne oskrbe.

Avtorji zaključujejo, da je o tem področju potrebnih več raziskav. S staranjem prebivalstva bodo potrebe starejših ljudi po paliativni oskrbi naraščale, zato bo potrebno aktivnosti usmeriti v izobraževanje zdravstvenega kadra in ozaveščanje javnosti o paliativni oskrbi, ki je veliko več kot le podpora bolnikom z rakom v zadnjih dneh življenja.

Vir: Gradiner Clare, Cooh Mark, Goot Merryn, Ingleton Christine, 2011. Barriers to providing palliative care for older people in acute hospitals. V: Age and Ageing, letnik 40, št. 2, str 233-238. V: <http://ageing.oxfordjournals.org/content/40/2/233.full.pdf> \html (sprejem 27. 11. 2013).

SLOVENSKA PERIODIKA O STAROSTI

HOSPIC

Glasilo Slovenskega društva hospic, Ljubljana, ISSN 1408-5925

Hospic je nevladna, neprofitna humanitarna organizacija za oskrbo in spremljanje hudo bolnih ljudi z napredovalo kronično boleznijo v zaključni fazi in njihovih svojcev, slednjih tudi v procesu žalovanja; njena predstavitev in podatki so na spletni strani <http://drustvo-hospic.si>. Slovensko društvo Hospic, ki je bilo ustanovljeno leta 1995, sodi v sodobno gibanje za humano in sočutno oskrbo ljudi v zadnjih stadijih neozdravljivih bolezni na način, da jim pri tem omogoči čimbolj polno življenje, tudi ko se le to izteka. Nudi oporo svojcem pri soočanju z grozečo izgubo, pomaga v pripravi na slovo in spremlja žalujoče odrasle, otroke in mladostnike po izgubi bližnje osebe.

Slovensko društvo hospic izvaja številne programe, med drugimi spremljanje na domu, žalovanje odraslih, prostovoljstvo, hiša hospica, žalovanje otrok in mladostnikov in program detabuizacije smrti. Za vse programe je značilen celosten pristop, ki v prvi vrsti odgovarja potrebam umirajočega človeka, v nadaljevanju pa tudi potrebam njegovih svojcev. Eden izmed bolj odmevnih programov je hiša hospica. Svoja vrata je odprla decembra 2010. Namenjena je odraslim ljudem s kronično neozdravljivo boleznijo v zaključni fazi, kjer so deležni 24-urne celostne oskrbe. V njej delajo zaposleni in prostovoljci, ki zmorejo biti in ostati do konca z vsakim človekom. To so ljudje, ki zmorejo ob ugašanju življenja drugega človeka stopiti v stik z lastno minljivostjo in jo sprejeti. Celostna oskrba in bivanje sta za uporabnike brezplačna.

Bistveni program hospica je ozaveščanje javnosti o minljivosti, humanizaciji umiranja doma

in v ustanovah ter o pomenu žalovanja. Smrt je naravni element vsega živega, z njeno detabuizacijo v sodobni družbi vzpostavljajo ustrežnejši odnos do umiranja in žalovanja. Ozaveščajo v javnih občilih, v ta namen organizirajo tudi številna izobraževanja za široko javnost, za mlade in za strokovno javnost ter izdajajo knjige s tega področja. Od leta 1996 pa izdajajo tudi glasilo Hospic, ki je za člane društva brezplačno. To je strokovna in laična revija za področje dejavnosti hospica. Izide tri do štirikrat letno.

V tem prikazu bomo prelistali štiri letnike revije, ki so izšli od leta 2009 do leta 2013. Ustavili se bomo le pri nekaterih številkah posameznih letnikov, da dobimo vtis o tem, kaj glasilo ponuja in s čim lahko obogati vsakogar, ki dela na področju staranja in sožitja med generacijami. Preglejmo najprej kazalo. V njem najdemo naslednje rubrike: *Uvodnik, Pogovor, S knjižnih polic oziroma Priporočamo v branje, Poezijo, Iz dnevnika prostovoljca, Iz zdravniške prakse, Iz prakse hospica, Obvestila, Zahvale, Napovednik ...* Vsaka številka obravnava določeno temo, ki je nakazana že na naslovnici, v reviji jo podrobneje obravnavajo posamezni članki, dotaknejo se je tudi v rubriki Pogovor.

Ustavimo se pri drugi številki letnika 14 (2009), v kateri je bilo govora o človeku in žalovanju. Tomaž Leben je v Uvodniku zapisal, da *smisla smrti bližnjega nikoli zlahka ne doumemo. Najbrž bi bilo tudi nesmiselno poskušati, verjamem pa, da žalovanje ima svoj smisel – da se sčasoma sprijaznimo, da se nam je zgodilo, in predvsem, da spet zaživimo*. Sledita 2 članka o žalovanju in bolezenskem žalovanju, ki nam dajeta vpogled v to, kdaj se prvo zlije v drugega in kdaj je potrebna strokovna pomoč. Dunja Ribič Debelič, avtorica prvega članka, opozarja, da *žalovanje ne pelje naravnost k določenemu cilju. Pomembno je,*

da damo žalosti dovolj časa. V uspelem procesu žalovanja se ljudje naučijo ljubiti dragocenosti, ki kljub vsej omejitvi prinašajo življenje. Marjetka Vrhunc-Mulej je prevedla besedilo neznanega avtorja z zelo pomenljivim naslovom *Blagor žalovanja*. Tu je zapisano, da je ena čudovitih stvari, ki nas jo nauči žalovanje, spoznanje, kako pomembno je proslavljati, kako pomembno je shajati, kako pomembno je skupaj delati ali živeti. Skoraj na koncu te številke je na dnu strani, v sivem okvirčku, zapisan citat Stephena Levina, ki pravi: *Začnemo se sprijaznjevat s svojo žalostjo, in to nas opomni, da smo za dolgo časa – zaklenjeni v lastno malo kletko – pozabili segati skozi rešetke in bili komaj sposobni navezati stik z drugimi ... In ko to spoznamo, se osvobodimo.*

Iz letnika 15, ki je izhajal leta 2010 bomo odprli četrto številko, ki je govorila o oskrbi v duhu hospica. V začetku glasila prostovoljka Marija Cehner razmišlja o hospicu v vsaki hiši. To ne pomeni, da bo hospic v vsaki hiši fizično prisoten, ampak, da bodo ljudje uspevali v detabuizaciji smrti in žalovanja. Člani društva si želijo, da bi se prisotnost hospica čutila tako v mestih kot na podeželju. Na dnu 23. strani je v sivem okvirčku v dveh stavkih na jasen način obrazloženo poslanstvo hospica. *V hospicu prisluhnemo bolniku in postanemo njegov glas ob odločitvah o zdravljenju, pravici do obveščeni bolnika in svojcev ter bolnikovem sodelovanju pri načrtovanju in izvajanju zdravljenja in zdravstvene nege. Spoštujemo njegovo zasebnost in dostojanstvo, ga v tem smislu podpremo in tako omogočimo partnerski odnos bolnika in njegovih strokovnih spremljevalcev.*

V 16. letniku revije Hospic bomo prelistali 3. številko, katere podnaslov se glasi *Živeti trenutke*. Spremljanje umirajočih in stik z minljivostjo nas poleg bridkosti in žalosti uči živeti. Biti prisoten (ukaj in zdaj, živeti za ta trenutek. Miha Žimšek v prispevku *Potovanje v prisotnost* pove, da se zelo nenavadno sliši, ko kdo pravi 'potovati v sedanji trenutek', oziroma da se je potrebno potruditi za

prisotnost trenutka ... V tem stanju ne skrbite o prihodnosti in ne razmišljate o preteklosti. Ko živite v prisotnosti, živite tam, kjer se življenje zares dogaja. Sliši se preprosto, pa vendar je veliko težje, kot se zdi na prvi pogled. Avtor članka pravi, da to zavedanje človeku naloži vso odgovornost njegovega stanja, njegovega življenja in trpljenja. Prav zato je težko doživeti trenutek polne prisotnosti, popolnega zavedanja. Na koncu besedila je zapisana kratka pesem o prisotnosti: *Prisotnost je brezpogojna ljubezen, ki vas hrani in ohrani, tudi ko stojite v temi, sami. V njej ne potrebujete pomoči, v njej ne potrebujete stvari, tu je neskončen prostor za vse ljudi.*

Prva številka letnika 2012 govori o tem, da je vsako slovo mala smrt. Med tremi citati iz Radia Ognjiščec eden pravi, da izgubljanje ni samo zaletavanje v gluho steno. *Ljudje smo ljudje zato, ker imamo onstran. Onstran izgube, onstran krize, stiske. Vse to je prehod. Umetnost je, če se zavemo prehoda in izgube ne doživljamo kot zid, pred katerim smo nemočni in skozi katerega ni prehoda.* Osnovna izkušnja hospica je, da nas spremljanje umirajočih uči živeti. Tako izgubljanje ni samo zaletavanje v steno, ampak šola izpuščanja, dozorevanje, stik s sabo in z življenjem.

Prva številka 17. – to je letošnjega letnika je posvečena hospicu doma in po svetu. Govori o hospicu v Ameriki, v deželi, ki odstira tabuje, in o hospicu v Evropi. Podrobno so predstavljeni programi hospica in hospic v Sloveniji. Anica Kotnik, urednica glasila, v Uvodniku pove, da hospic v slovenskem prostoru ni več neznanka. *Nastopa obdobje zrelosti, doraslosti, polne odgovornosti. Vzgoja se zaključuje, nastopi drugačna skrb, skrb za življenje, preživetje, usmerjenost v prihodnost.*

Ob tej urednični ugotovitvi tudi mi želimo društvu in reviji, da bo ohranili pogum in voljo za nadaljnje bitke z državnimi mlini pri financiranju hiše hospica v Ljubljani, saj bijejo to bitke za človeka in njegovo dostojanstvo, za dostojanstveno umiranje vsakega od nas.

Tina Lipar

GERONTOLOŠKI DOGODKI

Zbrala Mojca Slana

V TUJINI

Transforming Long-term Care in Europe: Improving Quality and Ensuring Access

Organizira: Public Policy Exchange

28. januar, Bruselj, Belgija

Spletni naslov: [http://www.](http://www.publicpolicyexchange.co.uk/events/international)

[publicpolicyexchange.co.uk/events/
international](http://www.publicpolicyexchange.co.uk/events/international)

Australasia Ageing Investment Forum 2014

Organizira: Ageing Asia Pte Ltd

5.–6. marec, Sydney, Avstralija

Spletni naslov: [http://ageingasiainvest.com/
aaifaustalia/](http://ageingasiainvest.com/aaifaustalia/)

2014 Aging in America Conference

Organizira: American Society on Aging

11.–15. marec, San Diego, ZDA

Spletni naslov: <http://www.asaging.org/aia>

5th Ageing Asia Investment Forum 2014

Organizira: Ageing Asia Pte Ltd

1.–2. april, Singapur

Spletni naslov: [http://ageingasiainvest.com/
aaif2014/](http://ageingasiainvest.com/aaif2014/)

Technology, Care & Ageing: Enhancing Independence

Organizira: ACTIVE

8.–9. april, Leeds, Združeno kraljestvo

Spletni naslov: [http://www.aktive.org.uk/
conference2014.html](http://www.aktive.org.uk/conference2014.html)

GERONTOLOŠKO IZRAZJE

HOSPIC

angleško: *hospice*

nemško: *das Hospiz*

francosko: *l'hospice, le centre de soins palliatifs*

italijansko: *l'hospice*

špansko: *el hospicio, la residencia para enfermos terminales*

Slovenski slovar knjižnega jezika (SSKJ) navaja dva pomena za besedo hospic: 1. nekdanja hiša, v kateri dobijo prenočišče in oskrbo popotniki in romarji; prenočiti v hospicu, 2. zastar. zavetišče, dom: živeti v hospicu. Ko je SSKJ nastajal, pri nas še ni bilo sodobnega gibanja ali ustanove za rehumanizacijo umiranja in žalovanja, ki se imenuje hospic in sodi med gerontološko-medgeneracijske strokovne pojme. Svetovna *Wikipedia* opredeli hospic kot vrsto oskrbe in filozofijo, ki se usmerja na blažitev bolečine in ostalih simptomov pri hudo bolnih in umirajočih. Poleg tega pa odgovarja tudi na emocionalne in duhovne potrebe teh bolnikov. Opisano definicijo je potrebno dopolniti, saj se delo hospica ne nanaša samo na pomoč in oskrbo, oziroma spremljanje neozdravljivo bolnih, ampak tudi njihovih svojcev v času bolezni bližnjega in žalovanja po smrti. Slovenska *Wikipedia* nudi štiri definicije, od katerih se prva sklada z definicijo SSKJ, ostale tri pa so: *samostanski gostinski objekt s prenočišči; ustanova medicinskega tipa, namenjena bivanju in oskrbi neozdravljivo bolnih ter umirajočih; in društvo za pomoč umirajočim in njihovim svojcem.*

Slovensko društvo hospic na svoji spletni strani opredeli hospic kot pristop v oskrbi ljudi z napredovalo kronično boleznijo v zaključni fazi. Gre za spoštovanje življenja in sprejemanje umiranja kot dela naravnega življenjskega toka. V bolezenski situaciji obravnava človeka celostno in ne le

njegov boj z boleznijo. S tem pa poudarja kakovost življenja zaradi življenja samega, ne da bi ga želeli podaljševati ali skrajševati. Hospic slavi in priznava življenje. Oskrba hospica nudi humano in sočutno oskrbo ljudem v zadnjih stadijih neozdravljivih bolezni na način, da jim pri tem omogoči čim bolj polno življenje, tudi ko se izteka, in nudi oporo svojcem pri soočanju z grozečo izgubo v smislu priprave na slovo in kasneje podporo žalujočim odraslim, otrokom in mladostnikom po izgubi bližnje osebe v procesu žalovanja (vir: http://društvo-hospic.si/?page_id=157).

Koncept hospica se je začel razvijati v 11. stoletju; tedaj so bili hospici zavetišča za bolne, ranjene in umirajoče, pa tudi za popotnike in romarje. Zаметki sodobnega koncepta hospica, ki temelji na nudenju blažilne pomoči in oskrbe neozdravljivo bolnim v bolnišnicah, domovih za ostarele pa tudi na domu bolnika, segajo v 17. stoletje. Temeljne principe sodobnega koncepta pa je razvijala dama Cicely Saunders od leta 1950 dalje.

Pri sodobnem konceptu hospica gre torej hkrati za pristop, filozofijo in vrsto oskrbe, ki temelji na blaženju bolečine in ostalih simptomov pri hudo bolnih ljudeh, osredotoča se na emocionalne in duhovne potrebe bolnikov, nudi pa tudi podporo in pomoč oskrbovalcem in svojcem teh ljudi. Cilj vsega tega je zagotoviti največjo možno kakovost življenja ljudem s kronično napredovalo boleznijo in posredno tudi njihovim svojcem. Značilni izraz za pomoč, ki jo Hospic nudi težko bolnim in njihovim svojcem, je spremljanje bolnih, umirajočih in svojcem.

Hospic deluje na tri načine. Prvi je široko gibanje v skupnosti, ki ozavešča o bistvenem pomenu humanega umiranja, spremljanja umirajočega in žalovanja, kar je bilo v moderni družbi v veliki meri odrinjeno na rob; drugi je organizirana prostovoljska pomoč težko bolnim, umirajočim

in njihovim svojcem na terenu, tretji način delovanja hospica pa so hiše za bivanje težko bolnih in umirajočih, ki so urejene tako, da nudijo kar najbolj ugodne prostorske, človeške, duhovne in druge razmere za njihovo občutljivo človeško spremljanje, v katero so optimalno vključeni svojci, zdravstveni in drugi strokovnjaki ter usposobljeni prostovoljci.

T. Lipar

UMIRANJE

angleško: *dying, passing*

nemško: *das Sterben*

francosko: *être mourant*

Slovar slovenskega knjižnega jezika pravi, da je umiranje približevanje prenehanju življenja, oziroma življenjskih procesov; tu gre torej za smrt človeka ali drugih živih bitij. Slovar navaja tudi primere, ko pomeni propadati, npr. *umirajo gozdovi*, in ekspresivni pomen, npr. *umira po ljubezni*.

Ti trije pomeni orišejo tudi pomensko polje pojma umiranje v gerontologiji in medgeneracijskem sožitju. Umiranje je zaključevanje človekovega osebnega razvoja in sožitja zaradi starosti ali bolezni, oziroma nepopravljive poškodbe vitalnih življenjskih procesov. Z antropološkega vidika so ljudje v preteklosti doživljali umiranje – in ga doživljajo tudi danes – bodisi kot propadanje človekovega bivanja bodisi kot dozorevanje človekovega razvoja do dokončne možnosti smisla njegovega življenja.

Človek se razvija skozi celoten potek življenja. Spočetje kot začetek življenja – običajno ga simbolično poimenujejo »rojstvo« – in smrt kot zaključek sta kot mejni točki življenjskega poteka njegov bistveni sestavni del. V človeških kulturah sta bila deležna posebne pozornosti, ljudje so ju praznično doživljali in obredno spremljali. Nosilni steber za preživetje posameznika je njegovo telesno, duševno, duhovno, socialno, razvojno in bivanjsko zdravje, tudi v vsaki skupnosti in

družbi je raven tega celotnega zdravja nosilni steber njene preživetne in razvojne moči. Ta se kaže v spoštovanju sebe in doživljanju varnosti. Posebna pozornost rojevanju, ki vključuje kakovost vzgoje do odraslosti, ter umiranja, ki vključuje oskrbo onemoglih ljudi in posvečenost pokopavanja in mrtvih, so nepogrešljive dejavnosti – svetinje človeka kot posameznika in skupnosti, ki omogočajo sprejemanje življenja, spoštovanje vseh drugih in razvoj vsakogar skozi vse življenje.

Tradicionalni kmečko-obtniško-stanovski vzorci doživljanja in vedenja človeka glede svojega lastnega umiranja in glede umiranja drugih niso v današnjih poindustrijskih življenjskih razmerah uporabni, enako kot niso uporabni tradicionalni vzorci za proizvodnjo in uporabo stvari za vsakdanje življenje. Vsak posamezni človek in celotna krajevna, narodna, verska ali druga skupnost potrebuje nove vzorce za smiselno doživljanje umiranja in za ravnanje ob njem. Pedagog Franc Pediček je v svoji sistematiki vzgojne vede in prakse obravnaval vse življenjske starosti in jih poimenoval: pedagogika (vzgoja otrok), hebegogika (vzgoja mladostnikov), andragogika (vzgoja odraslih), gerontagogika (vzgoja v starosti) in *tanatagogika* (vzgoja za umiranje in žalovanje, ki vključuje vzgojo za smiselno odzivanje na izgube skozi vse življenje). V današnji evropski kulturi je splošno sprejet koncept vseživljenjskega učenja, ki zajema osebnostno kultiviranje na področju znanja, informiranja in izobrazbe. Pri tem najbolj zaostaja izobraževanje v starosti; pozitivni premik se zadnja leta kaže v dobri praksi *univerz za tretje življenjsko obdobje in računalniškega opismenjevanja starejših*. Izobraževanje pa je eden od dveh neločljivih motorjev vseživljenjskega razvoja posameznika in razvoja družbe – drugi je vzgoja, oblikovanje in kultiviranje osebnosti; ta je bil v drugi polovici 20. stoletja, tudi zaradi slabih izkušenj vzgojne manipulacije s strani vsakokratne oblasti, skrajno zanemarjen v teoriji in praksi. Tudi rojevanje in umiranje nista izjema: zelo je napredovalo zdravstveno in higiensko znanje za nosečnost in porod, zadnja leta tudi protibolečinska

terapija paliativne medicine v bolezni pred smrtjo. Sodobna vzgoja samega sebe in pomoč drugim v skupnosti za smiselno *doživljanje bolezni, onemoglosti, umiranja in žalovanja* ter primerni vzorci za vsakdanjo prakso vsega tega pa se zadnja leta razvijajo v civilnem gibanju *hospic*. To gibanje ima največjo zalogo sodobnega tanatagoškega znanja in praktičnih izkušenj za ravnanje.

Uspešna metoda za sprejemanje *minljivosti* ter za primerno *spremljanje umirajočih in žalujočih* je *socialno učenje* s praktičnimi izkušnjami in socialno izmenjavo le-teh z drugimi v *skupini*. Tradicionalno se je to socialno učenje dogajalo v veliki družinski, sorodstveni in sosedski skupini. V današnji praksi pa se dogaja z zavestno vključitvijo v učno skupino prostovoljcev ali profesionalcev za spremljanje umirajočih in žalujočih pri hospicu, v skupine za žalujoče, v proces družinskega spremljanja umirajočega, ki ga vodi hospic s terenskimi ekipami in v podobnih učnih skupinah. Inštitut Antona Trstenjaka že dve desetletji vključuje vsebino umiranja in žalovanja tudi v usposabljanje *prostovoljcev za kakovostno staranje (voditelji skupin za starejše, osebni družabniki s starejšimi ljudmi ...)* in v učne skupine za *družinske oskrbovalce*; pri tem dobro sodeluje s hospicem. Ključno mesto v sodobni tanatagogiki v razmerah potrošniške in v svoj individualni ego usmerjene družbe je vzgoja za sprejemanje smisla *minljivosti* in s tem povezne umetnosti dostojnega *izpuščanja* v življenju, kar omogoča razvoj ob vseh izgubah.

J. Ramovš

ŽALOVANJE

angleško: *mourning, grieving*

nemško: *die Trauer*

francosko: *en deuil*

italijansko: *il lutto*

Slovar slovenskega knjižnega jezika: čutiti žalost zaradi smrti ali izgube koga; izraziti to žalost.

Žalovanje je bolečina ob izgubi nečesa, kar je človeku vredno. Vse na svetu pa je minljivo, zato je žalovanje zdrav človeški obrambni mehanizem ob izgubah in *minljivosti*. Človekovi možgani in njihovo doživljanje, prav tako pa človekovo vedenje nujno potrebujejo z ene strani določeno stabilnost in kontinuiteto, z druge strani pa so odprti za spreminjanje in učenje novega. Izguba nečesa vrednega in pomembnega v življenju je doživljajska in vedenjska rana, ki potrebuje čas, da se zaceli; žalovanje omogoča, da je to celjenje uspešno. Žalovanje je torej zdrav odziv na izgube, ki pomaga *izpuščati* to, kar človeku ni več dosegljivo in se odpirati za nove možnosti, ki se porajajo na izpraznjenem mestu. Je vmesni člen med enim razvojnim korakom v življenju, ki je izzvenel ali ni mogoč, in drugim – da ga uzremo kot realno možnost, se zanj odločimo in vprežemo vse svoje sile v njegovo uresničenje. Poleg tega žalovanje ob odtekanju minljivega omogoča ustvarjanje neminljivega: tega, kar smo in postajamo kot ljudje.

V stoletnih kulturnih tradicijah je bil vzorec žalovanja ustaljen v vseh podrobnostih od poslavljanja od mrtvega do obleke v času žalovanja in dolžine tega časa. S človekom, ki ga je izguba najbolj prizadela, so žalovali tudi drugi v skupnosti, zlasti bližnji. V sodobnih življenjskih razmerah tradicionalni vzorci žalovanja niso uporabni, novi pa niso razviti, zato je žalovati mnoge sram, pa tudi sicer je žalovanje v skupnosti zelo oteženo – pomislimo, da je npr. služba marsikdaj skoraj nemogoče mesto za pristno človekovo vedenje po smrti bližnjega. Dodatni oviri za pristno žalovanje danes sta *tabuiziranje smrti* in razširjena iluzija človekove samozadostnosti – rek »*vse imam pod kontrolo*« je v nasprotju z doživljajskim sprejemanjem izgub, žalovanjem in pripravljenostjo sprejemati solidarno sočutje drugih. Vzorce za žalovanje v sodobni družbi pionirsko razvija in uvaja *hospic*, med drugim tudi s *skupinami za samopomoč žalujočih*.

J. Ramovš

MINLJIVOST

angleško: *transience (of life)*

nemško: *die Vergänglichkeit*

francosko: *(caractère / nature) éphémère*

Glagol *miniti* ima v *Slovarju slovenskega knjižnega jezika* več pomenov, od katerih je za opredelitev strokovnega pojma *minljivost* v gerontologiji in medgeneracijskem sožitju ključen *prenehanje obstajanja*; širina tega pa je pomembna v obe smeri, ki ju izražata npr. navedena primera: *minljiva bolečina* in *minljiva lepota*, še najbolj pa primer: *Pot ji je minila v pričakovanju srečanja*. Pojem *minljivost* sodi v gerontologiji v sklop pojmov *umiranje, žalovanje, izpuščanje in spremljanje umirajočih in žalujočih*. Njegov poseben pomen izraža dejstvo, da je človekovo življenje omejeno s spočetjem v začetku njegovega razvoja in s smrtjo, ko se njegov razvoj konča. Viktor Frankl je razčlenil motivacijski pomen zavesti o minljivosti, ki človeka nagiba, da iz trenutka v trenutek razvija svoje zmožnosti in smiselno uporablja možnosti, ki se mu porajajo.

J. Ramovš

IZPUŠČANJE

angleško: *letting go*

nemško: *das Auslassen*

francosko: *laissant partir*

Pri gerontološko medgeneracijski opredelitvi strokovnega pojma *izpuščanje* sta izmed šestih pomenov v *Slovarju slovenskega knjižnega jezika* pomembna dva, ki ju izražata slovarska primera: *izpustiti iz rok* in *izpustiti iz ječe*; pojem *izpuščanje* se nanaša tako na enkratno izpustitev kot na pojavljajoče se ali trajno izpuščanje. V gerontologiji sodi pojem *izpuščanje* v sklop pojmov *umiranje, žalovanje, minljivost in spremljanje umirajočih in žalujočih*, sorodni strokovni pojem v vzgojeslovju je *tanatagogika*. Gre za učenje razvojne veščine,

kako zdravo doživljati in se odzivati na izgube vrednega v življenju, zlasti na svoje *staranje* in umiranje bližnjih. V reviji *Hospic*, ki je glasilo tega sodobnega gibanja za humano sprejemanje smrti, izgub ter spremljanja umirajočih in žalujočih, je v številki, ki je posvečena izpuščanju, s. Emanuela iz hiše Hospica zapisala: *Vse naše življenje je sestavljeno iz sprejemanja in izpuščanja* (2013, št. 3).

J. Ramovš

SPREMLJANJE (UMIRAJOČIH IN ŽALUJOČIH)

angleško: *accompaniment*

nemško: *die Begleitung, das Begleiten*

francosko: *l'accompagnement*

Besedo *spremljanje* pojasnjuje *Slovar slovenskega knjižnega jezika* kot *hoditi ali iti kam s kom, zlasti zaradi službe ali varstva*, pa tudi: *delati, da se kaj pojavlja*, npr. *gledalci spremljajo ples s ploskanjem; ona je pela, on jo je spremljal na klavirju; z navdušenjem je spremljal tekmo*. Vsi ti pomeni so vključeni v strokovno opredelitev gerontološko medgeneracijskega pojma *spremljanje umirajočih ali žalujočih*. Ker sta pojma *umiranje* in *žalovanje* pojasnjena kot samostojna strokovna pojma v gerontologiji, nam tu ostaja le pojasnilo pojma *spremljanje*. Klasični gerontološki pojmi *oskrbovanje, pomoč, nega* in podobni izražajo enosmerno dogajanje, ko močnejši poskrbi za potrebe šibkejšega, podobno kot izraža pedagoški pojem *vzgoja* prenos izkušenj in znanja iz vzgojitelja na gojenca. Sodobno uvajanje pojma *spremljanje* skuša v pedagogiki poudariti dialoško naravo vzgoje, da dva človeka hodita drug ob drugem, pri tem pa se eden malo bolj opira na drugega. Podobno v gerontologiji, kjer se pojem *spremljanje* uveljavlja za celostno človeško pomoč pri *žalovanju* in *umiranju*.

J. Ramovš

SIMPOZIJ, POSVETI

POSVET O PALIATIVNI OSKRBI

Brdo pri Kranju, 26. in 27. september 2013

Ob koncu septembra je na Brdu pri Kranju potekal *Posvet o paliativni oskrbi* z mednarodno udeležbo. Posvet je potekal pod okriljem Ministrstva za zdravje, Slovenskega združenja paliativne medicine in Slovenskega zdravniškega društva. Osrednja aktivnost so bila plenarna predavanja številnih slovenskih in tujih predavateljev, sočasno pa so potekale delovne skupine in *open session*, kjer gre za bolj poglobljen pogovor s strokovnjakom.

V okviru otvoritve posveta je Mateja Lopuh, podpredsednica Slovenskega združenja paliativne medicine in nacionalna koordinatorica paliativne oskrbe, povedala, da je poslanstvo paliativne oskrbe zmanjšati trpljenje umirajočih in njihovih svojcev. Poudarila je, da je smrt velika izguba, tragedija, ne spremlja pa je vedno trpljenje. Anne-Marie Yazbeck, direktorica Direktorata za zdravstveno varstvo, je poslušalce nagovorila namesto ministra za zdravje, Tomaža Gantarja. Navedla je dva zanimiva podatka, in sicer, da 52 % ljudi umre v zdravstvenih ustanovah in da le 7 % ljudi umre po nenadnem dogodku. Ta slika jasno kaže na potrebe po celostni paliativni oskrbi tako v različnih zdravstvenih in socialno-varstvenih zavodih kot na domovih ljudi.

V prvem sklopu predavanj so spregovorili še štirje strokovnjaki. Samo Fakin je zbranim predstavil pomen razvoja paliativne oskrbe z vidika Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Zdenka Tičar je opisala smer razvoja paliativne oskrbe. Le-ta je usmerjena v timsko in interdisciplinarno delo, katerega središče so bolnik in njegovi svojci. Potreben je celovit pristop tako v bolnišnicah, ostalih zdravstvenih

in socialnovarstvenih ustanovah in na domovih ljudi. Na področju sistemske urejenosti paliativne oskrbe v Sloveniji je bilo narejenih že nekaj korakov. V letu 2010 je bil sprejet Državni program paliativne oskrbe in akcijski načrt, ustanovljena je bila delovna skupina za izvajanje državnega programa in Slovensko združenje paliativne medicine. Državni koordinator paliativne oskrbe je bil imenovan, v prihodnosti pa nas čaka še določitev koordinatorjev paliativne oskrbe na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti in vzpostavitev timov za paliativno oskrbo, ki bodo delovali na vseh treh ravneh zdravstvene dejavnosti, tako v ustanovah kot na domovih ljudi. Potrebno je organizirati ustrezna izobraževanja strokovnih delavcev, svojcev kot tudi splošne javnosti, pripraviti izhodišča etičnih načel in vzpostaviti sistem beleženja dela v paliativni oskrbi. Marija Vegelj Pirc je imela predavanje z naslovom *Glas bolnikov*. Elizabeth Kuebler Ross je nekoč dejala, da mora biti glas bolnika slišan in uslišan tudi v zadnjih trenutkih življenja. Nimamo pravice skrajševati življenja, prav tako nimamo pravice podaljševati življenja. Predavateljica je povedala še nekaj besed o skupinah za samopomoč bolnikov z rakom, ki daje članom možnost, da izrazijo svoje strahove, čustva, razmišljanja ter se tako lažje soočajo s smrtjo in jo nenazadnje tudi sprejmejo kot del življenja. Majda Benedikt je spregovorila o obravnavi otrok v paliativni oskrbi. Paliativna oskrba naj bi se začela že ob sami diagnozi napredujoče kronične neozdravljive bolezni, in sicer ne glede na to, ali se otrok zdravi ali ne. Potreben je širok multidisciplinarni pristop tudi v domačem okolju, česar pa lokalne službe pogosto ne morejo nuditi. V paliativni oskrbi se je potrebno izogibati nepotrebni postopkom, ki so pogosto tudi invazivni in boleči. V središču naj bo otrok in njegova družina, starši so tako

enakovredni partnerji strokovnim delavcem. Ob tem pa ne smemo na stran potisniti sorojencev, ki naj bodo v paliativno oskrbo aktivno vključeni.

Po odmoru smo poslušali predavanja štirih avtoric (Urške Lunder, Judite Slak, Petre Mikloša in Nežke Hribernik) o pomenu načrtovanja v paliativni oskrbi. Zakaj je načrtovanje v paliativni oskrbi potrebno? Odgovor je ljudem, ki delajo z umirajočimi, povsem jasen. Ob koncu življenja je še vedno preveč medicinskih posegov usmerjenih v vzdrževanje življenja, posledično je preveč napotitev v bolnišnice, kar je mnogokrat v navzkrižju z željami umirajočega, pogosto pa tudi povzroča dodatno trpljenje. Načrtovanje je omogočil napredek v medicini, saj je pri mnogih bolnikih mogoče predvideti potek bolezni. Načrtovanje pa mora biti proces, v katerega so vključeni različni strokovnjaki, umirajoči in njegovi svojci. Za umirajoče in svojce je načrtovanje ob odpustu izrednega pomena, saj dobijo informacije o poteku bolezni in o možnih pomočeh.

V nadaljevanju je Mateja Lopuh spregovorila o etičnih odločitvah v paliativni oskrbi. Omenila je dva pogoja za dobro paliativno oskrbo. Prvi je, da bolnik sprejme, da se njegovo življenje končuje in drugi, da zdravstveno osebje dopusti, da se lahko konča. Ob tem se sprašujemo, ali bolnika seznaniti z dejstvom, da umira. Vsak človek ima pravico izvedeti, kakšno je njegovo zdravstveno stanje, zdravnik pa je celo zakonsko dolžan bolniku povedati o njegovem zdravstvenem stanju, zdravljenju in poteku bolezni.

Sledilo je prvo predavanje tujega strokovnjaka. Predavala je Bernardette Pittkau Toennesmann o bolnikovi vnaprejšnji volji in pooblastilih. Govorila je o izkušnjah na Bavarskem, kjer so za sprejem zakona o paliativni oskrbi potrebovali 6 let. Poudarila je, da samoodločanje ni nekaj, kar bi nam bilo dano samo po sebi. Gre za vprašanje svobode, za kar se moramo vedno boriti. Pojasnimo najprej, kaj vnaprejšnja volja je. Gre za izjavo, podpisan uradni dokument o tem, kakšno zdravniško oskrbo človek želi glede medicinske

obravnave v primeru nezmožnosti komuniciranja. Razlogi, zakaj ljudje pripravijo vnaprejšnjo voljo, so različni, npr. ne želijo umreti tako kot ..., želijo umreti tako kot ..., olajšati želijo situacijo bližnjim ljudem, nekateri ne želijo umreti na določen način (npr. v bolnišnici, priključeni na različne medicinske aparature), spet drugi pa si z obrazcem vnaprejšnje volje zagotovijo, da bodo umrli na način, kot si ga želijo (npr. v domači postelji). Predavateljica je ob tem poudarila, da je potrebno vedno znova preverjati, ali bolnikova vnaprejšnja volja še drži. Zavedati pa se moramo, da ima bolnik pravico tudi odkloniti izpolnjevanje obrazca o vnaprejšnji volji.

Heiner Melching je imel predavanje o specialistični ambulantni paliativni oskrbi (nem. *Spezialisierte Ambulante Palliativ-Versorgung – SAPV*), in sicer o njeni organizaciji, strukturi in napredku. V Nemčiji ločijo med splošno in specialistično paliativno oskrbo. V okviru tima specialistične oskrbe delujejo številni strokovnjaki (zdravniki, medicinske sestre, negovalci, psihologi, socialni delavci, fizioterapevti ...). Ocenili so, da okoli 10 % umirajočih potrebuje specialistično paliativno oskrbo. Ob tem pa je poudaril, da je za učinkovito izvajanje paliativne oskrbe potrebno podreti hierarhično lestvico med osebjem. V timu morajo biti enakopravni vsi strokovnjaki, tako se ne uči samo negovalec od zdravnika, ampak tudi obratno. Predavatelj je za konec povedal lepo in resnično misel: ne samo, da se mora zdravnik skloniti, ampak se mora tudi negovalec vzravhati, da bi si lahko pogledala iz oči v oči.

Mateja Berčan je spregovorila o vlogi patronažne sestre v paliativni oskrbi. Pohvalila je bolnišnico Golnik, kjer koordinator oskrbe obvesti patronažno medicinsko sestro, da prihaja na dom k bolniku, ki potrebuje paliativno oskrbo. Povedala je tudi primer iz prakse, ko je gospa po smrti moža popolnoma opustila vsakdanja opravila in se pričela zanemarjati. Gospa je nato prejela ustrezno pomoč in podporo ter se s časoma

ponovno vrnila v svoj ustaljen dnevni ritem. Ta primer in tudi številni drugi nazorno potrjujejo nujnost spremljanja svojcev v času žalovanja.

Zadnji sklop predavanj v prvem dnevu posveta je začel Jernej Benedikt o skrbi za paliativnega bolnika na njegovi poti med domom in inštitucijami. Predavatelj je razložil, da se zgodnja paliativna oskrba razlikuje od paliativne oskrbe umirajočega, oskrba kot celota pa se s smrtjo bolnika ne konča. Aktivnosti znotraj paliativne oskrbe so namenjene temu, da bolnik prejme vse terapevtske postopke in podporo, ki jih potrebuje, in ne vseh tistih, ki so možni. Izrednega pomena je tudi podpora svojcem v času spremljanja umirajočega bolnika in v času žalovanja. Predavatelj je prisotne vzpodbudil, naj aktivno iščejo rešitve za izvajanje paliativne oskrbe v svojih lokalnih območjih in naj ne čakajo samo na usmeritve Ministrstva za zdravje.

Heiner Melching je nadaljeval z referatom o zagotavljanju učinkovitosti in kakovosti *SAPV* v praksi. Povedal je, da učinkovitosti paliativne oskrbe ni mogoče objektivno meriti, gre za subjektivne ocene. Aktivnosti znotraj paliativne oskrbe morajo umirajočemu človeku nuditi občutek varnosti in biti usmerjene v normalizacijo vsakdana. Izrednega pomena pa je vključevanje usposobljenih prostovoljcev, ki spremljajo umirajočega človeka in njegove svojce.

Predstavnica Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (*ZZZS*) je imela referat z naslovom Prednost obravnave bolnika na domu z vidika *ZZZS*. Povedala je, da je stanje glede obravnave v okviru paliativne oskrbe v Sloveniji nepregledno in skrito v mnogih dejavnostih. Splošni zdravniki so v letu 2012 opravili 1605 paliativnih obiskov na domu, kar je stalo 55.784 EUR. Z letošnjim letom so začele tudi patronažne medicinske sestre beležiti paliativne obiske, skupna vrednost le-teh pa je v prvih petih mesecih letošnjega leta znašala 130.000 EUR. Da bi bilo stanje bolj pregledno, bo potrebno v prihodnosti definirati oblike paliativne oskrbe pri plačniku,

razviti manjkajoče oblike oskrbe v domačem okolju in urediti koordinacijo in izvajanje te vrste oskrbe.

Darja Žnidaršič je spregovorila o obremenitvah dežurne službe zaradi paliativnih bolnikov na domu. V okviru Splošne nujne medicinske pomoči v Ljubljani je bilo v letu 2012 opravljenih 2.122 hišnih obiskov, od teh 14 % pri paliativnih bolnikih. Svojci oz. umirajoči bolniki sami službo Splošne nujne medicinske pomoči največkrat pokličejo zaradi bolečine (42 %), slabosti in bruhanja (12 %), težkega dihanja (11 %), zastoja urina (9 %), zmedenosti (8 %) in oslabelosti (3 %). 16 % paliativnih bolnikov je bilo napotenih v bolnišnice, pogosto zaradi zahtev svojcev. Ta podatek kaže na očitno dejstvo, da imajo svojci premalo znanja in da jih je strah umirajočega človeka oskrbovati doma.

Mojca Pavšič je spregovorila o dodani vrednosti hospica. Povedala je, da letos praznujejo 18-letnico delovanja hospica v Sloveniji. Razvili so več programov: program spremljanja bolnika in svojcev na domu, program žalovanja odraslih, program žalovanja otrok, hiša hospica, program detabuizacije smrti, prostovoljstvo. Hospic oskrba je za uporabnike brezplačna. Pohvalijo se tudi s hitro odzivnostjo, saj za njihove storitve ni potrebno predložiti napotnice osebnega zdravnika. Odlikuje jih sočutni pristop in človečnost. Strokovni delavci se udeležujejo številnih izobraževanj, prostovoljcem pa so na voljo usposabljanja in strokovno vodenje. V okviru oskrbe hospica so uporabnikom na voljo mobilne ekipe.

Po zaključenih predavanjih se je nadaljevala slavnostna otvoritev posveta. Kot slavnostni govornik je nastopil dr. Božidar Voljč, sledil je kulturni program in podelitev prvih diplom SZD zdravnikom, ki so opravili izobraževanje iz dodatnih znanj.

V petek je sledilo dvanajst predavanj domačih in tujih predavateljev. Jose Rojas Espinoza je govoril o javnozdravstveni paliativni mreži. Povedal je, da je paliativna oskrba pri ljudeh z različnimi

boleznimi drugačna, ker imajo različne bolezni različno prognozo. Na tem mestu bi dodali, da se aktivnosti paliativne oskrbe med ljudmi razlikujejo tudi zato, ker so si ljudje med seboj različni in imajo drugačne potrebe. Predavatelj je poudaril, da mora paliativna oskrba temeljiti na urejeni zakonodaji, ustreznem izobraževanju in na kakovostnih aktivnostih v praksi.

Marijan Ivanuša je imel referat z naslovom *Svetovna zdravstvena organizacija v skrbi za paliativno oskrbo*. Paliativno oskrbo naj bi potrebovalo 26 milijonov ljudi po vsem svetu. Dve tretjine le-teh je starejših od 65 let, 10 % je otrok in ena četrtnina jih je starih med 16 in 65 let. Svetovna zdravstvena organizacija si prizadeva za integracijo paliativne oskrbe v primarni zdravstveni nivo. Državam pri vzpostavitvi sistemov paliativne oskrbe nudi tehnično pomoč, spodbuja izmenjavo dobrih praks. V prihodnosti je potrebno zagotoviti konstantno evalvacijo paliativne oskrbe in na osnovi teh analiz pripraviti izboljšave. Še več truda pa je potrebno usmeriti v zmanjševanje potrebe po paliativni oskrbi z akcijami krepitve zdravja. Svetovna zdravstvena organizacija naj bi v januarju 2014 izdala resolucijo o paliativni oskrbi in poročilo.

Jonnathan Koffman je imel dve predavanji. V okviru prvega je govoril o ovirah za možnost umiranja na domu. Na začetku predavanja je predstavil dva dokumenta: *End of life care strategy* (2008) in *End of life care programme* (2004). Dokumenta sta temelj paliativne oskrbe v Združenem kraljestvu. Njun cilj je izboljšanje kakovosti paliativne oskrbe in znotraj tega omogočiti čim večjemu številu bolnikov, da živijo in umrejo na način, ki si ga sami izberejo. Predavatelj je povedal, da organizirana paliativna oskrba za dvakrat poveča možnost umiranja na domu. Le-tega pa si želi več kot dve tretjini umirajočih.

Barbara Pitsillides je govorila o organizaciji paliativne oskrbe z vidika medicinske sestre. Medicinske sestre imajo v paliativni oskrbi pomembno vlogo. So številčno najbolj zastopani

strokovni delavci, ki z bolniki preživijo največ časa. Poudarila je, da paliativna oskrba ni samo oskrba umirajočega, ampak se začne že prej in mora zajeti celotno družino. Opozorila je na dokument *White paper on standards and norms for hospice and palliative care*. Gre za priporočila za kakovostno paliativno oskrbo, ki jih je izdalo Evropsko združenje za paliativno oskrbo (*European Association for Palliative Care*). Poudarila je pomen t. i. *debriefing-a*. *Debriefing* je razgovor, neke vrste psihosocialna podpora strokovnim delavcem, ki delajo v paliativni oskrbi. Razgovor lahko poteka znotraj paliativnega tima ali pa z zunanjim strokovnjakom (npr. psihologom). Njegov namen je refleksija opravljenega dela v okviru paliativne oskrbe, reševanje težav in sproščanje čustev, skrbi in strahov, ki se pri delu z umirajočimi pojavljajo. Takšni razgovori so za preprečevanje izgorelosti nujno potrebni. Predavateljica je opozorila, da če člani paliativnega tima ne skrbijo aktivno drug za drugega, gredo lahko vsi skupaj domov, saj ne bodo zmožni nuditi kakovostne oskrbe in podpore umirajočim in njihovim svojcem.

Po odmoru je Jenny Taylor imela predavanje z naslovom *Od strahu do uspešnega obvladovanja simptomov – opolnomočenje bolnika s pomočjo fizioterapije*. Namen fizioterapije je ohraniti oziroma izboljšati kakovost življenja in neodvisnosti bolnika. Predavateljica je predstavila tudi novo knjigo, učbenik z naslovom *Potential and Possibility: Rehabilitation at the end of life* (Potenciali in možnosti: Rehabilitacija ob koncu življenja), ki je namenjena vsem, ki se pri svojem delu srečujejo z umirajočimi bolniki.

Sekcija domskih zdravnikov je pripravila predavanje o paliativni oskrbi v domovih starejših občanov. V slovenskih domovih za ostarele je okrog 20.000 starejših ljudi, 14.000 takšnih, ki potrebujejo zdravstveno nego 3. To pomeni največji obseg storitev zdravstvene nege. Srečujejo se tudi z visokim odstotkom umrljivosti (med 25 in 30 %). Potrebe po paliativni oskrbi v teh

institucijah so torej velike, vendar se le-ta v večini primerov ne izvaja načrtno, poleg tega pa tudi finančno ni dovolj podprta. Na nacionalni ravni bi bilo potrebno urediti koncesije za tisti del dejavnosti v domovih za ostarele, kjer se izvaja velik obseg storitev zdravstvene nege in so potrebe po paliativni oskrbi visoke. S tem bi se zagotovilo ustrezno financiranje, kar bi posledično vodilo do višje kakovosti storitev in nenazadnje tudi do višje kakovosti življenja bolnih in umirajočih.

Johann Baumgartner je govoril o mobilnih paliativnih timih in o konziliarni službi na Avstrijskem Štajerskem. V Avstriji so že opazili upad smrti v bolnišnicah, naraslo pa je umiranje na domovih. Velike razlike pa so opazne med podeželskim okoljem in mestí. Naloga konziliarnih timov je svetovanje osebnim zdravnikom in patronažnim medicinskim sestram, v same praktične aktivnosti paliativne oskrbe pa se ne vključujejo. V Avstriji imajo svojci umirajočih in umirajoči sami možnost 24-urnega telefonskega svetovanja, in sicer vsak dan v tednu. Ker pa bolniki v Avstriji še nimajo zakonsko določene

pravice do paliativne oskrbe, zato lahko osebni zdravnik to vrsto oskrbe pacientu tudi odkloni.

Bernardette Fitkkau Toennesmann je imela predavanje o različnih študijskih programih v paliativni oskrbi, Jonathan Koffman je govoril o raziskovanju v paliativni oskrbi, Jožica Červec pa o možnostih raziskovalnega dela na področju paliativne oskrbe v Sloveniji.

Na področju paliativne oskrbe v Sloveniji je potrebno še veliko postoriti. V letu 2010 je bil sprejet Državni program paliativne oskrbe in akcijski načrt, v okviru katerega so bili nekateri cilji že doseženi, nekateri pa še čakajo na realizacijo. Ob tem pa se je potrebno zavedati, da se kolesje države vrti počasi, paliativni bolniki pa ne morejo čakati, da se vzpostavi kakovosten sistem paliativne oskrbe na nacionalni ravni. Zato je pomembno, da strokovni delavci, ki delajo z umirajočimi, razmišljajo o tem, kako dvigniti nivo oskrbe v njihovem lokalnem okolju tukaj in sedaj. Kajti pot, dolga 1000 kilometrov, se začne z enim samim korakom.

Tina Lipar

STAROSTI PRIJAZNA MESTA IN OBČINE

Positive ageing – Starts now! The National Positive Ageing Strategy (2013). Irska; 78 strani.

PREDSTAVITEV IRSKE NACIONALNE STRATEGIJE STARANJA PREBIVALSTVA

Staranje prebivalstva je tako izziv kot priložnost za večino evropskih držav, še posebej v trenutnih gospodarskih razmerah. Da bi ublažili vse večji pritisk, ki ga ima staranje prebivalstva na javne finance, so potrebne strukturne reforme. Ministrica Kathleen Lynch (državna sekretarka, pristojna za invalidnost, enakopravnost in duševno zdravje) pravi, da se irska vlada zaveda, da so spremembe mogoče, če se pravočasno in natančno načrtujejo. Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) in Organizacija združenih narodov (UN) prav tako poudarjata, da je staranje prebivalstva velik dosežek, obenem pa tudi izziv za sodobno družbo, ki terja spremembo miselnosti in ravnanja.

Dokument, ki ga predstavljamo, obsega 78 strani, in vsebuje predstavitev irske nacionalne strategije o staranju. Slednja sloni na štirih temeljnih ciljih, ki odgovarjajo na potrebe starajočega se prebivalstva na Irskem. Cilji so zelo dobro definirani in aktualni ne le za Irsko, pač pa tudi za vse slovenske občine, ki si prizadevajo biti starosti prijazne. Posamezni cilji so razdeljeni na podcilje, in sicer, kaj je potrebno storiti, da bi cilje dosegli, predstavljen je izvedbeni načrt strategije s predstavitvijo izvajalcev in nadzor nad izvedbo. V kratkem prikazu se osredotočamo zgolj na cilje in podcilje njihove nacionalne strategije ter dodatne izzive, celoten dokument pa je prosto dostopen na naslovu: <http://www.nuigalway.ie/cdlp/documents/>

[national_positive_ageing_strategy__ireland.pdf](#).

Njihova ministrica poudarja, da bo strategija o pozitivnem staranju ustvarila pogoje, ki so potrebni za podporo posameznikom, družinam in širši skupnosti, da bodo lažje načrtovali lastno aktivno staranje in se na starost ustrezno pripravili.

NACIONALNI CILJI

Irska nacionalna strategija staranja ima štiri glavne cilje z podrobnejšimi podcilji.

1. Odpraviti ovire, ki preprečujejo sodelovanje, zagotoviti več možnosti in priložnosti za vključevanje starostnikov v vse vidike kulturnega, gospodarskega in družbenega življenja v njihovi skupnosti glede na njihove potrebe, želje in zmožnosti.

Podcilji:

- Razviti širok spekter zaposlitvenih možnosti (vključno z možnostjo postopnega upokojevanja) in ugotavljati morebitne ovire, ki preprečujejo vstop na trg dela, zaposlovanje in usposabljanje starejših delavcev.
- Spodbujati in izboljšati *možnosti za učenje in vključenost v izobraževanje za starejše (z vidika finančne dostopnosti, razpoložljivosti, dostopnosti kraja in prevoza)*.
- Spodbujati koncept aktivnega državljanstva in prepoznavati *vrednost prostovoljskega dela*. Spodbujati prostovoljsko delo in sodelovanje v skupnosti pri ljudeh vseh starosti, ki naj prispevajo po svojih močeh.
- Spodbujati priložnosti za aktivno udeležbo v različnih umetniških, kulturnih, duhovnih, pristočasnih in izobraževalnih dejavnostih v krajevni skupnosti za ljudi vseh starosti.

- Prizadevati si za povečanje mobilnosti starejših ljudi, tako tistih, ki živijo v mestih, kot tistih s podeželja, njihovo socialno vključenost in druženje, ter omogočiti cenovno bolj dostopen prevoz.
2. Zagotavljati podporo starostnikom, da bi ohranili, izboljšali ali vzdrževali telesno in duševno zdravje ter dobro počutje.

Podcilji:

- Preprečevati in zmanjševati kronične bolezni, invalidnost in zgodnjo umrljivost pri ljudeh vseh starosti s pomočjo izvajanja ukrepov za krepitev varovalnih dejavnikov zdravja.
 - Spodbujati in zagotavljati visok standard celovite zdravstvene oskrbe, pri čemer je potrebno upoštevati potrebe starajočega se prebivalstva in umirajočih.
 - Prepoznati in podpirati vlogo oskrbovalcev z dopolnitvijo nacionalne strategije o dolgotrajni oskrbi (2012).
3. Omogočiti ljudem, da se starajo z gotovostjo, občutkom varnosti in dostojanstva ter zagotavljati pogoje, da lahko starostniki čim dlje ostanejo v svojem domačem okolju.

Podcilji:

- Zagotoviti ustrezen dohodek in drugo pomoč, da se starajočemu prebivalstvu omogoči doseči zadovoljiv življenjski standard.
- Starejšim ljudem omogočiti dobro vzdrževano, varno, dostopno in primerno bivanje, ki odgovarja njihovim potrebam.
- Načrtovati starosti prijazna mesta.
- Izvajati ukrepe za povečanje varnosti, opolnomočenje ljudi, da bi živeli brez strahu znotraj lastnega doma in da bi se počutili varne zunaj doma in v skupnosti; krepiti družbeno zavedanje o pomenu občutka varnosti.
- Ozaveščati širšo javnost o problematiki nasilja nad starostniki, spodbujati k prijavi

nasilja pristojnim organom in razvijati storitve.

4. Podpirati raziskovalne dejavnosti in uporabo raziskav o staranju za boljše obveščenost o potrebah starajočega se prebivalstva in o potrebnih spremembah.

Podcilj:

- Nadaljevati zbiranje podatkov, na katerih naj temeljijo odločitve na vseh ravneh načrtovanja programov in storitev. Spodbujati razvoj celovitega okvira za zbiranje podatkov o vseh vidikih staranja in življenja starostnikov.

DVA DODATNA IZZIVA IN POTREBNI UKREPI

Med nastajanjem nacionalne strategije o staranju sta se pojavili dve pomembni temi: 1. stereotipiziranje staranja, oz. staromrzništvo (ang. *ageism*) in 2. težave z dostopom do informacij o storitvah, kar ima negativen vpliv na socialno vključenost starostnikov in na kakovost njihovega življenja.

Madridski *mednarodni akcijski načrt za staranje predlaga, da mora biti prvi korak na poti spreminjanja odnosa do starejših ljudi vključitev tematike staranja in skrbi za starostnike v veljavne pravne dokumente in strategije*. Snovalec politike je potrebno spodbuditi k ukrepom, s katerimi bi omogočili močnejšo solidarnost med generacijami, predvsem pa starostnike vključiti v soodločanje in pripravo dokumentov. Politika naj bo usmerjena na izpolnjevanje potreb vseh generacij in naj stremi k povezovanju le-teh, ne k ločevanju. Glede na to, da mnogi stereotipi o staranju temeljijo na mitih in zmotnih prepričanjih o sposobnostih in značilnostih starostnikov, je nujno potrebno poskrbeti za boljše ozaveščenost širše javnosti z namenom oblikovanja pozitivne podobe o staranju in starostnikih. Prav tako je potrebno poskrbeti za spodbujanje dejavnosti, ki bodo pripomogle k boju proti diskriminaciji na

temelju starosti, ter si prizadevati za odpravo s starostjo povezanih stereotipov.

Dostop do informacij starostnikom omogoča večjo participacijo pri vseh vidikih življenja v skupnosti po lastnih potrebah in željah. Čeprav dostop do informacij še nikoli ni bil tako preprost kot sedaj v informacijski dobi, lahko gibalna oviranost starejših, njihove težave z vidom ali sluhom povzročajo težave pri informiranosti, dodatne prepreke pa lahko povzročajo tudi težave z bralnim in pisnim razumevanjem. Nekateri starostniki se tudi bojijo vprašati za dodatne informacije, nekaterim primanjkuje spretnosti za to, težave pa stopnjuje tudi izkušnja socialne in prostorske izolacije, ko starostnik nima koga prositi za informacije. Zagotoviti je potrebno starim ljudem prijazne informacijske sisteme, ki bodo nudili pregled vseh aktualnih novic in podatkov ter nasvete pri dostopanju do storitev. Za večjo dostopnost do informacij in lažjo

uporabo moderne informacijske tehnologije je treba zagotoviti tudi centre za *podporo in pomoč starejšim ljudem*.

ZAKLJUČEK

Ob koncu dokumenta je predstavljen izvedbeni načrt nacionalne strategije in nadzor nad njegovo izvedbo. Navedeno je, kaj bodo različne organizacije storile za uresničitev zastavljenih ciljev. Zaradi specifičnosti besedila, ki je ozko vezano na delovanje različnih irskih organizacij in ministrstev, izvedbenega načrta in strategij za nadzor nad izvedbo v prikazu ne povzemamo. Za občine in mesta, ki so vključene v slovensko mrežo starosti prijaznih mest in občin, bomo pripravili krajši prevod besedila v slovenščino z bolj pojasnjenimi cilji in podcilji ter natančneje razloženo metodiko za njihovo uresničevanje v praksi.

Beata Akerman

INTERVJU

Tatjana Fink ter Jože Ramovš in Tina Lipar

SPREMLJANJE UMIRAJOČIH IN ŽALUJOČIH – NENADOMESTLJIVA IZKUŠNJA ZA ČLOVEKOV RAZVOJ

Ključne besede: Tatjana Fink, hospic, umiranje, žalovanje, spremljanje umirajočih, mir, bolečina

AVTORJI:

Tatjana Fink je po izobrazbi diplomirana sociologinja. Od ustanovitve slovenskega hospica leta 1995 s svojim znanjem in osebnostjo živi za poslastvo tega sodobnega gibanja, to je »z vso subtilnostjo prisluhniti fizičnim, psihosocialnim in duhovnim potrebam umirajočih bolnikov in njihovih svojcev, lajšanje trpljenja, podpiranje v njihovi preobrazbi in doseganju zelene kakovosti življenja z zagotavljanjem celostne sočutne oskrbe, vzgoje in zagovornišva vsakega, ki si bo izbral živeti do konca v domačem ali domu podobnem okolju.« Zadnji dve leti vodi prvo hišo hospica v Sloveniji, že prej pa je bila predsednica Slovenskega društva hospic (<http://drustvo-hospic.si>).

Dr. Jože Ramovš je antropolog in socialni delavec. Po letu 1990 dela predvsem na področju socialne gerontologije in medgeneracijskega sožitja. V ospredju njegove znanstvene in akcijske pozornosti so med drugim medgeneracijsko sožitje in komunikacija, osebna priprava na kakovostno staranje in družbena priprava na velik delež starega prebivalstva ter oblikovanje novih medgeneracijskih programov v sodobni socialni mreži.

Tina Lipar je diplomirana medicinska sestra; diplomirala je na Zdravstveni fakulteti Univerze v Ljubljani. Dosedanja poklicna pot jo je vodila predvsem na področje nutricionistike in preprečevanja kroničnih nenalezljivih bolezni. Na Inštitutu Antona Trstenjaka sodeluje pri izvajanju različnih preventivnih programov, pripravi revije *Kakovostna starost* in oblikovanju spletnih strani.

1. ŽIVLJENJSKA POT

RAMOVŠ in LIPAR: Gospa Tatjana, smo v hiši hospica, ki jo vodite; vodite tudi slovenski hospic, ki je letos praznoval 18-letnico delovanja. Najprej bi Vas rada povprašala po vaši življenjski poti, ki vas je pripeljala prav sem.

FINK: Življenjska pot me je dejansko pripeljala v hospic. Pri štirih letih mi je namreč umiral oče, mama je bila medicinska sestra,

zelo zaposlena. Očeta so oskrbovali doma. Sama sem bila lahko ob njem ves čas in takrat me je v resnici učil živeti. Z menoj se je pogovarjal tako, kot da sem odrasla. Mogoče se to sliši neverjetno, vendar določeni stavki so bili taki, ki jih še danes slišim in se niso izgubili tekom teh 50 let. Razlagal mi je, da je človek veliko več kot samo fizično telo in da bo tudi potem, ko umre, na nek način še vedno moj oče, saj najin odnos sega onkraj fizičnih meja. Obljubljal je, da mi bo lahko takrat dal še veliko več ljubezni.

Kot otrok nisem povsem razumela, kaj to pomeni, moram pa reči, da mi po toliko letih v hospicu ob vseh teh življenjskih zgodbah, ki jih srečujem, velikokrat pridejo na misel te njegove besede, ki še vedno držijo.

Najin odnos mi je tudi pomagal pri tem, da sem v trenutku njegove smrti vedela, kaj se je zgodilo, čeprav sem bila v drugi sobi. To mi daje občutek zavedanja, kako smo ljudje kot bitja med seboj zelo povezani. In kako pomembni so odnosi, kako jih živimo, kako jih zaključujemo in kako jim v današnjem času posvečamo premalo pozornosti. Takrat me je učil, da je proces umiranja veliko več kot medicinski proces, da je to čas zaključevanja odnosov do bližnjih, ki jih imaš rad, do sveta, do Boga, do skupnosti in predvsem do sebe.

Ko je oče umrl so se sorodniki trudili, da bi mi prihranili žalost, ker so vedeli, da sva bila zelo povezana; takrat so poskrili vse njegove slike. Zelo mi je ostala v spominu moja otroška stiska. Bala sem se, da bom pozabila očetov obraz. On mi je namreč rekel, da se bova nekoč v nebesih spet srečala, jaz pa sem se bala, da ga ne bom več prepoznala.

Pred 18 leti sem šla s Fakulteto za socialno delo na strokovno ekskurzijo v Ameriko; poln avtobus študentov se je ustavil pred eno izmed hiš hospica. Večina kolegov se je odločila, da v hišo ne bo šla. Bila sem presenečena in me je zanimalo, kaj se v hiši dogaja: nisem vedela, kaj hospic je. In ko sem stopila tja, sem začutila neko domačo energijo, spomnila sem se časa prebitega ob očetovi bolniški postelji kot pra-spomin. No, v tej hiši je bilo 6 umirajočih bolnikov, ki so bili obkroženi s svojimi družinami. Tam sem občutila neverjeten mir, zdelo se mi je, da sem prišla domov. Ko so razložili, da je tam varna hiša za umiranje, sem začutila, da je to nekaj, kar bi rada v življenju počela. To je bil notranji klic, da bom poiskala v Sloveniji tako hišo. Zelo naivno, saj smo bili takrat v Sloveniji zelo daleč celo od same ideje o taki hiši. Poiskala sem dr.

Metko Klevišar, ki je takrat ravno ustanovila Slovensko društvo hospic. To je bila zame priložnost za vstop v prvo prostovoljsko skupino in da sem lahko od tistega entuziastičnega začetka male družine, male skupine, soustvarjala nekaj, kar se mi je zdelo tako zelo čudovito in navdihujoče. Nek ideal ne samo o tem, kako umiraš, ampak o tem, kako drugače živiš. Hospic mi je dal spet zavedanje tistega, kar je oče govoril, da je proces umiranja veliko več, kot samo medicinski proces. Tukaj res lahko vedno znova srečaš sebe, ugotavljaš, kdo si, saj je spremljanje človeka, ki umira, vedno odraz tebe, kje si tisti trenutek, kaj želiš, kaj so tvoje vrednote, kaj je tvoja duhovnost.

Ob odločanju za študij sociologije nisem razumela, zakaj prav ta študij. Ob vstopu v hospic pa sem se zavedla smiselnosti svojega študija in te odločitve. Sociologija namreč nudi priložnost za spreminjanje kulture in odnosov v družbi do minljivosti. In tukaj sem našla velik del svojega poslanstva.

V začetku sem razmišljala o študiju medicine, saj sem vedno imela idejo o humaniziranju tega poklica. Mama pa je rekla, da sem prevelik idealist, da ne bom uspela, saj je medicina trda, konkretna stvar in ni za sanjače. Tako sem se potem iskala v drugih poklicih.

Žalovanje je močno zaznamovalo moje življenje. Proces žalovanja za očetom je pri meni potekal zelo dolgo. To ni tisto, ko rečeš, da si žalosten tri mesece ali eno leto. Lahko bi rekla, da sem bila žalostna leta, ne da bi se zavedala, saj je bilo to nekje globoko v meni. Ta proces žalovanja se je odražal v številnih dejanjih v življenju.

Potem, ko je oče umrl in bil pokopan v kraju, kjer sta živela moja babica in dedek, se je mama odločila, da me preseli k njima, zato, da bi ona lahko hodila v službo z dežurstvi. Zame je bila to še ena velika izguba v življenju, saj sem na nek način izgubila tudi mamo, ki je sicer prihajala, ampak ni bila prisotna v tolikšni meri, kot sem jo potrebovala.

V procesu žalovanja sem uhajala na bližnje pokopališče, kjer je bil pokopan moj oče. Kadar je bil le prosti trenutek, sem izginila tja in posedala na robu groba. Spoprijateljila sem se z vaškim grobarjem, ki je kopal jame za pokope. To je bil star mož, redkobeseden, nenavaden sogovornik za šestletno deklco, pa me je vseeno neznansko bogatil. Rekel je, da so v grobovih samo fizična telesa, a je potrebno biti zelo spoštljiv, ker so ti ljudje še veliko več. Učil me je spoštovanja in dostojanstva do človeka. Tam sem izgubljala strahove, ki jih imamo do smrti. Najino »prijateljstvo« me je na nek poseben način gradilo, da lahko danes delujem v tem poslanstvu. Kasneje sem našla številne elemente v hospic filozofiji in pristopu, ki so mi bili še od takrat tako domači.

Mojo poklicno pot je kasneje, ko sem že bila nekaj let v hospicu, zaznamoval enoletni študij duhovne opore v San Franciscu, ki je bil osredotočen izključno na vzgojo za duhovno spremljanje v procesih zaključevanja življenja. Srečala sem se z duhovnimi praksami različnih religij. Začetna ideja, da odidem tja in na staro sebe dodam nova znanja, se je že na samem začetku sesula. »Odrinila sem na globoko« in doživela srečanje s seboj in še veliko več.

Kmalu po prihodu nazaj je moje življenje zaznamovala kratka bolezen, ko lahko na nek način rečem, da sem se zelo osebno srečala z bližino smrti. To mi je zelo spremenilo življenje. Čutila sem osvoboditev, da mi v življenju ni treba početi stvari, ki mi ne pomenijo vrednot; postala sem bolj prisotna v tem življenju, v temu trenutku, moja komunikacija je postala globlja, spremenila se mi je identiteta – začutila sem, kako sem del nečesa večjega, začela sem uživati tudi v tišini. Skratka življenje je dobilo več nians in odprla se je neskončna hvaležnost za prav vse.

Lahko bi rekla, da mi je bila dana priložnost, da živim dalje in učim tudi druge, da je življenje brez smrti, oz. zavedanja minljivosti, samo polovičarsko življenje. Ko to enkrat sprejmemo, živimo mnogo polnejše.

RAMOVŠ: Ko ste govorili o svojem celostnem gledanju na človeka in s tem povezani humanizaciji zdravstva na področju umiranja, sem se spomnil znanega psihiatra Viktorja Frankla, ki je kot zdravnik veliko govoril o rehumanizaciji medicine. Ali se Vam ne zdi, da s konkretnim razvojem hospica v Sloveniji po vaši poklicni poti ne uspevate še lažje, kot če bi neposredno kot zdravnica delali z umirajočimi?

FINK: To je zagotovo drugačna pot, širše naravnana na preprosto vsakega človeka. Trdim, da pri javnem problematiziranju neumestitve hiše hospica v sistem zdravstva in sociale nikakor ne gre le za prizadevanje za dobrobit dvanajstih bolnikov, ki so oskrbovani v njej, ampak zato, da bi tudi drugje začeli razmišljati o tem, zakaj je celosten pristop k človeku pomemben in ne le, da skrbimo samo za fizično telo; o tem, zakaj sta bolnik in njegovi svojci nerazdružljiva enota oskrbe in so nam vodilo bolnikove odločitve; zakaj se je pomembno zavedati, da minljivost ves čas trka na vrta vseh ...

RAMOVŠ: Koliko vam sociološko, družboslovno znanje pri tem pomaga, da to smer zastopate in jo uveljavljate v Sloveniji?

FINK: Kot družboslovcu so mi bolj poznani globalni vzvodi družbe, kot če bi prihajala iz neke druge stroke. Se pa kot družboslovka čutim poklicano, da vzpostavljam ravnovesje v oskrbi umirajočih s poudarjanjem psihosocialne in duhovne opore umirajočih in njihovih svojcev, ki sta v primerjavi z medicinsko oskrbo tako zastavljeni v naši družbi. Ker vem, da se družbene spremembe dogajajo počasi, mi to daje veliko potrpežljivost.

Nedavno sem se pogovarjala z eno izmed naših donatork, ki je menila, da ne vidi prav kmalu izida tega bojevanja z mlino na veter. Prišli sva do zaključka, da mogoče sploh ni tako zelo pomembno priti na cilj, pomembna je pot, ki vodi do tja, ki bo družbi in gibanju prinesla veliko več. Gre za bogato pot, ki se dotika mnogih in ima več

dobrobiti, kot morda sam cilj na koncu. Toliko ljudi je začelo razmišljati o tem, na kakšen način bi pravzaprav želeli zaključiti svoje življenje. Toliko ljudi nam na različne načine sporoča, da nas podpirajo. Ne zaradi nekega manjšinskega programa v državi, kjer je še veliko drugih dobrih socialnovarstvenih in zdravstvenih programov, ampak zato, ker pri tem tudi oni sami vidijo možnost zase, da bo v bodoče še kje kaka taka hiša hospica, ne le v Ljubljani.

Pred časom mi je neka gospa rekla, da nas podpira iz zelo »egoističnih« razlogov. Odkar ve, da obstaja hospicov program na domu ali v tej hiši, ne daje več vsako leto na novo vloge v dom za stare. Ve, da obstaja nekdo, ki bo takrat poskrbel zanjo. Našla je svoj mir, občuti veliko manj pritiska ob misli, da nima potomcev, ki bodo poskrbeli zanjo pred in ob smrti.

Dobrobit tega gibanja vidim predvsem v tem, da se širi zavedanje, da imamo možnost živeti in zaključevati svoja življenja kot človek do konca. Vendar pa moramo to usmeritev sami izbrati. Tak celovit pristop namreč ni edina primerna izbira za vsakega človeka.

RAMOVŠ: Prej ste omenili Metko Klevišar, s katero se poznam že iz študentskih let. Vi nadaljujete njeno pot na področju hospica, umiranja in žalovanja, ona pa hodi skupaj z drugo samsko zdravnico, Julko Žagar, zelo zanimivo pot staranja. Po upokojitvi sta kupili sosednji stanovanji, kjer sta živeli lepo povezani med seboj in sodelovali pri aktivnem delu v širši slovenski skupnosti; v reviji Kakovostna starost smo imeli konec leta 2010 obsežen pogovor z njima o vsem tem. Sedaj sta odšli v dom za stare ljudi, kjer nadaljujeta tako dejavno staranje (imata redne javne pogovore o življenju in umiranju) kot »izpuščanje« nepotrebne v smislu sprejemanja človeške minljivosti; odhod v dom za stare ljudi je namreč eden večjih korakov pri izpuščanju dotedanjskega načina samostojnega življenja. Bi nam povedali kak svoj spomin

na Metko ali svoj komentar na njuno skupno staranje z Julko?

L'INK: Kadar se spomnim začetkov, mi vedno pri srcu postane toplo. Bili smo kot ena majhna družina. Skupni imenovalec tistega obdobja je bil velik entuziazem. To je prva ljubezen, ki je žarela v nas in jo sedaj težko začutim pri zaposlenih sodelavcih, ki pridejo v hospic samo v službo. Lahko pa jo začutim pri prostovoljcih. Spominjam se tistega ognja, tiste ljubezni, ki človeku omogoča, da mu ni nič težko narediti.

Moj spomin na Metko je kot na veliko vizi-onarko, karizmatično vodjo, ki je jasno vedela, zaradi česa je to vredno početi. Vedno me je nagovarjala s svojo neutrudno močjo, zagnano-stjo. Včasih je imela po dve ali tri predavanja na dan. Vedno sem občudovala, kako je to zmogla, zavedela pa sem se, da je tudi veliko dobila in delila dalje.

Nekoč sem jo vprašala, zakaj neke podarjene knjige ne želi obdržati zase. Rekla je, da ima samo eno in pol sobno stanovanje in če bi želela vse, kar bi ji ljudje želeli podariti, zadržati, bi potrebovala večje stanovanje. Ta njena izpuščanja sem vedno občudovala. Je velik človek v tem, da nas je ves čas učila, kako v preprostih rečeh vedno najti smisel in kako se iz njih učiti.

Julka je bila ves čas, od vsega začetka soustvarjanja hospica, pomembna sopotnica. Skupaj z Metko sta hodili na predavanja, tudi Julka je bila odlična sogovornica. Njuno sobivanje je zagotovo model lepega sožitja.

2. HOSPIC, UMIRANJE IN SPREMLJANJE UMIRAJOČIH

LIPAR: Slovensko društvo hospic, nevladna, neprofitna humanitarna organizacija, je letos praznovalo 18. obletnico delovanja, vi pa v njem delujete že od začetka. Na kaj ste najbolj ponosni?

L'INK: Hospicu sem se pridružila kmalu po ustanovitvi društva, v prvem letu. Ponosna sem,

da je iz tistega izvira, tiste majhne skupine, nastalo tako gibanje, velenok. Zagotovo sem ponosna, da sem lahko to soustvarjala.

Ponosna sem tudi na to, da imajo umirajoči v Sloveniji priložnost biti oskrbovani na tako celosten način pristopa k človeku. Hospic postaja prepoznaven v tem, da »tam za ljudi dobro poskrbijo«. Ljudje so nam hvaležni za to, kar soustvarjamo, povedo nam, da je bil njihov čas poslavljanja zaradi vključenosti hospica drugačen. Da je to sicer težko razumeti, vendar je bil to lep čas. Na to sem ponosna.

Ponosna sem tudi na to, da sem v gibanju hospic srečala velike učitelje, ki pa so bili v svojem bistvu zelo skromni. To so bili moji veliki učitelji, od Metke Klevišar do nekaj svetovnih učiteljev, med njimi Cicely Saunders, Peter Lässler-Weibel, Heinrich Pera, Stein Husebo, Frank Ostaseski, Joan Halifax ... Prav tako sem ponosna in predvsem hvaležna, da sem se uspela spustiti v majhnost ob srečevanju z ljudmi, ki so se poslavljali, mi zaupali svoje male, res ganljive trenutke. Ti ljudje so me veliko naučili. Stvari, ki so v resnici zelo preproste. Naučili so me živeti, kako vsak trenutek šteje. Tako začneš živeti svoje življenje povsem drugače.

RAMOVŠ: Preprostost je en steber na katerem gradite, drugi je celostnost. Za hospic je namreč značilno, da ne spregleda ničesar bistvenega od življenja, pri tem pa življenja ne razparcelirate, kot to naredijo znanosti, stroke in posamezni poklici. Človeka jemlje kot eno celoto, z vsem kar je, je bil in bo.

FINK: Naj povem drobec iz včerajšnjega večera v hiši hospica. Zdravnik se je precej pozno vrnil v hišo hospica, ker je pozabil svoj plašč. Nočna sestra mu je sporočila, da želi gospod J. z njim spregovoriti par besed. Zdravniku se je sicer mudilo, si je pa vseeno vzel nekaj trenutkov in stopil k njemu v sobo. Gospod ga je že tretjič ali četrtič vprašal isto stvar: »Kako dolgo bom še?« Gospod ni dementen, dobro se zaveda, kaj se

dogaja. Zdravnik se je v tistem trenutku zavedel, da je mogoče z gospodom govoril doslej preveč »medicinsko«. Usedel se je k njemu in se začel z njim pogovarjati o tem. Gospod se je sprostil in pri odhodu zdravniku dejal: »Veste, sedaj ste se z mano pogovarjali kot župnik, oba sva pozabila, da ste zdravnik.«

Če hočemo zagotoviti celostnost oskrbe, moramo preseči svoje vloge. Res je, da ne more predpisovati receptov medicinska sestra, socialni delavec pa ne dajati injekcij. Če imaš ob sebi dobro dopolnjujoč interdisciplinarni tim, ki je v hospicovem pristopu osnova vsega in prihajaš predvsem kot človek k človeku, se ta celostnost lahko zgodi. Človeka srečaš tam, kjer je. Nisi omejen z neko doktrino niti z neko stroko.

LIPAR: Vaše poslanstvo, vaše delo vam omogoča, da vas ti ljudje učijo živeti. V družbi pa je še vedno zelo prisoten stereotip, da je hospic samo kraj umiranja.

FINK: Mislim, da so si ljudje o umiranju ustvarili predstavo, ki ni tisto, kar bi si želeli. Umiranje povezujejo z bolečino, s trpljenjem, z zapuščenostjo, osamljenostjo, s cevkami v nosu, utripajočimi monitorji. Skratka pozabljajo, da je to še vedno samo življenje in to do zadnjega trenutka. Ko rečem, da je hospic hiša življenja in program podpore ljudem, da živijo do konca, so začudeni, zato to skušam razložiti skozi zgodbe.

Živeti do konca je preprosta stvar, a mnogi tega ne znajo. Sprašujem se, če tudi v svojem življenju prej niso živeli. Življenje naj ne bo samo »prazen tek«. In na koncu spet in spet samo čakanje, tokrat na konec. Čakanje je v bistvu samo iluzija našega uma. Kadar čakaš ne živiš.

Živeti do konca je lahko tudi priložnost, da je mogoče zaključiti nedokončane stvari ali storiti, česar doslej niso imeli priložnosti ali poguma.

Zelo pomembno se mi zdi, da zmoremo pri sebi in pri drugih doseči to, da živimo. Podpreti jih v tem, kaj je še vredno in smiselno, v kaj lahko

še upajo. Ker potem vidijo spet majhno lučko, ki ji lahko rečejo smisel.

Velikokrat me vprašajo, kaj lahko sploh upajo v tem brezupnem času. Ampak ta čas sploh ni brezupen. Na koncu večina pove, da je bil to lep čas, ker so ga izrabili, ker so ga izživel. Nekateri so bili bolj živi, kot so bili pred desetletji. Ker so se zgodile stvari, ki so na videz zelo preproste. Včasih le to, da jih je nekdo srčno objel kot nekoč davno nazaj njihova babica, da so lahko zaužili še malce svoje nekoč priljubljene hrane, da pride po letih na obisk otrok, s katerim niso imeli kontaktov. Ali, da gledajo kako lepo je nebo, brez razmišljanja, da je to znak dobrega vremena.

Namreč to življenje je težko zapustiti, če imaš občutek, da nisi živel. Ko nekdo vpraša, kaj je dobra smrt, na kakšen način se lahko ljudje pripravimo na dobro smrt, mu odgovorim: »Tako, da polno živimo, da se zavedamo dragocenosti vseh trenutkov, saj je lahko vsak zadnji.«

RAMOVŠ: Pedagog Pediček je poleg pedagogike, hebegogike, andragogike in gerontagogike govoril tudi o tanatagogiki. Tanatagogika je dobesečno vzgoja za smrt, je pa tudi vzgoja za obvladovanje in prenašanje izgub, se pravi za izpuščanje. Bi morda povedali o izpuščanju, izgubah in vzgoji za umiranje?

FINK: Učenje glede smrti in umiranja poteka vse življenje, je del socializacije. Pomemben vpliv imajo družina, religija, izobraževalni sistem, mediji in navsezadnje tudi politični sistem in ekonomija. Osebe, stvari, prostor, tradicija v vedenju, ki nam predstavljajo smrt ali odvzem bližnje osebe, so del našega odnosa do smrti, del kulture. Ta socializacija se začne že pri zelo malih otrocih, pa se niti ne zavedamo. Nedavno sem se peljala z znanko in njeno malo hčerko, ki je sedela zadaj. Naenkrat je sunkovito zavila in punčki skušala pokriti oči, ker je bila ob cesti povožena muca in ni želela, da bi jo otrok videl. Vprašala sem jo, zakaj tako ravna; kaj bi ji rada prihranila. Odgovorila mi je, da ne bo žalostna. To me je zelo pretreslo, ker sem se zavedela, v kakšne globine

sega potreba staršev, da bi obvarovali svoje otroke dotika minljivosti. S tem onemogočajo, da bi se otrok spontano učil in razvijal.

Kmalu zatem sem doživela drugo skrajnost, ko je ob povozeni mucii ob cesti babica razlagala vnuku podobne starosti, da je mucio povozil avto, ker staršem ni dala roke, predno je šla čez cesto. V trgovini za male živali sem doživela, da je neka gospa kupovala hrčka iste barve, kot jim je poginil doma, da otroci ne bi vedeli, da je drugi hrček.

Pred nekaj tedni so nas v hiši hospica obiskali prvošolčki iz bližnje šole v okviru projekta *Srca za hišo hospica* in prinesli izdelana srca. Neka deklica je vprašala: »A tukaj pa ljudje umrejo?« Pritrdila sem ji. Vprašala je dalje radovedno in neposredno, kako to zgleda. Začeli smo se pogovarjati o tem, kako umiraš in potem obiskali sobo z mlajšo bolnico, ki so ji otroci zapeli pesmico. Bolnica je bila radostna. Na koncu je ista deklica v bolnišni sobi povedala, da ji je pred dvema tednoma umrla babica v bolnici. Vzela sem jo v naročje in jo vprašala ali je kaj žalostna. Pokimala je in povedala, da mamica tudi, a se o tem ne govori.

V hišo hospica pridejo tudi odrasli »otroci« pri petdeset ali šestdeset letih, ki skorajda ne zmorejo vstopiti v hišo, iti sami v bolniško sobo svojega bližnjega. Šele tu se učijo dovoliti si ranljivost, kaj pomeni biti za njih tam in jim s tem dati pozornost, ljubezen. To je rezultat moderne družbe, kjer smo zadnja desetletja skrb za druge, ki je naša naravna izkušnja kdo smo, spremenili v breme, jo sprofesionalizirali, pretvorili jo v medicinski dogodek in se od njega oddaljili. Tako smo pozabili, kar v resnici znamo, in smo se začeli smrti bati.

Včasih, ko opazujem nekatere svojce bolnikov naše hiše se mi zdi, da živijo, kot da bodo živeli 300 let. Izpuščanje bližnje osebe boli in pripravljeni so velikokrat narediti marsikaj, da do tega ne bi prišlo. Potrebna je podpora v pripravi na slovo. Ne toliko v smislu načrtovanja obredov

slovesa. Opogumljam jih, da je največje dejanje naše ljubezni to, da dovoli bližnjemu oditi, umreti, ker je zanj pretežko, prenaporno, morda preboleče, da bi še vztrajal tukaj. In seveda, da prej odpustiš stvari.

RAMOVŠ: Rekli ste tudi, da je umiranje enkratni dogodek, kot rojstvo, in da oba lahko povežeta družino. Nam lahko poveste več o tej povezovalni vlogi umiranja: ko človek, ki umira, poveže svoje življenje v eno celoto, ko se svojci pred umirajočim tesneje povežejo z njim in med seboj, pa tudi najširše, koliko lahko umetnost izpuščanja in spoštovanja smrti poveže to našo slovensko in evropsko družbo, ki je tako raztrgana. Ta vaša misel, da umiranje lahko povezuje ljudi in družbo, se mi zdi zelo lepa.

FINK: Trdim, da je proces umiranja proces osebne preobrazbe, ko se posameznik, ki vsaj zasluži iztekajočo se pot, odpravi na nekakšno notranje duhovno potovanje, kjer dela življenjsko bilanco, reflektira svojo identiteto – kdo sem, se spušča v procese odpuščanja in sprave ter vzpostavlja odnos do »večnosti«. Tudi zato je proces umiranja zelo dragocen čas, ko zaključujemo odnose do sebe, bližnjih, skupnosti, sveta, Boga, vesolja... To je pravzaprav postavljanje stvari na svoje mesto. Priložnost pogledati na stvari z druge perspektive. Vedno mi je bilo lepo, če so ljudje težke dogodke, ki so se jim dogajali ali so jih povzročili v življenju, potem na koncu videli z druge perspektive. In jih tudi izpustili, pa četudi so jih prizadeli. Prepoznajo, da so skozi te dogodke zrastle, postali so drugi ljudje, odprle so se jim nove poti. Spremljevalci smo večkrat mostovi, da zmorejo videti onkraj zamer in drugih ovir, preseči ločenost v odnosu. Ta povezanost v enost je nekaj, za kar potrebuješ »varen prostor«, ne toliko v fizičnem smislu.

Da umirajočemu svojci lahko stojijo ob strani v zadnjih trenutkih, je največ, kar lahko storijo za ljubljeno osebo. To je največje in najtežje dejanje z duhovnega vidika, saj se zaveš lastne

krhkosti in občutiš žalost, ki si je prej nisi mogel niti predstavljati.

Primerne spremljani in podprti v varnem okolju imamo še toliko večjo priložnost za izraziti hvaležnost, da je bil nekdo del našega življenja, za spravo, za prejeti ali dati blagoslov za nadaljnje korake v življenju. Oditi na tak način iz življenja je veliko lažje in daje tudi žalujočim veliko olajšanje za proces žalovanja. Tisti občutek, da so naredili vse in da tudi bližina ostaja v drugi obliki, nas poveže v enost. In nas uči živeti spravljeni s seboj in drugimi.

Pred nekaj meseci je umirala v hiši bolnica srednjih let, ki nikakor ni želela, da bi oče, ki je živel v neki daljni vasi centralne Srbije, izvedel kako zelo je bolna. Čutili smo, da je zanjo oče pomembna oseba. Nagovorili smo njenega moža, da se je z njo o tem ponovno pogovoril, potem je privolila, da vseeno povabijo očeta, da pride. Snidenje je bilo ganljivo, oče je bil na videz še bolj bolan kot hči. Ob njunem slovesu je rekel, da »sicer ni intelektualec in marsičesa ne ve, ve pa, kako se po človeško konec s koncem zveže«.

LIPAR: Hospic je ta hiša za spremljanje umirajočih, prav tako pa imate hospicovo terensko ekipo za spremljanje umirajočih; kako se ta dva načina med seboj razlikujeta ali dopolnjujeta?

FINK: Poti razvoja hospicev po svetu so v različnih družbah potekale različno. Pri nas v Sloveniji je zelo pomembno, da človek zaključuje svoje življenje tam, kjer želi; to je največkrat doma. Zato smo tudi temeljni program društva namenili oskrbi na domu in tako ostaja navkljub hiši hospica tudi v bodoče. Imamo mobilne time v sestavi diplomirane medicinske sestre in socialnega delavca, ki jih dopolnjujejo po potrebi še prostovoljci za družabništvo. Ko bivanje doma ni več možno, se lahko preseli v hišo hospica.

V hiši hospica oskrbo zagotavlja interdisciplinarni tim, ki ga sestavljajo dipl. medicinska sestra, socialna delavka, zdravnik, gospodinja,

dušebrižnik, negovalke in prostovoljci. V hiši imamo zaradi 24-urne namestitve možnost mnogo bolj spremljati in urejati moteče simptome bolezni, imamo več priložnosti za čustveno in duhovno podporo bolnikov in svojcev, intenzivnost odnosov je navadno globlja. Na domovih prostovoljec spremlja samo enega bolnika, v hiši hospica pa se posveča naenkrat večim. V hiši so svojci razbremenjeni skrbi za osnovno in zdravstveno nego in prehrano ter so lahko mnogo bolj prisotni za svojega bolnega družinskega člana. Obe vrsti oskrbe hospica pa sta brezplačni.

RAMOVŠ: Ali bi nam pokazali bistvene razlike med hospicem, bolnico in domovi za stare; povsod namreč ljudje pogosto umirajo?

FINK: Kot v življenju tudi v obdobju umiranja ni modela, ki bi bil odličen za vse. Veliko ljudi bi želelo ostati doma, nekateri te možnosti nimajo ali ne bi radi obremenjevali bližnjih. Takrat je primerna rešitev hiša hospica, ki natančno sledi potrebam posameznika in njegovih bližnjih. Omogoča oskrbo v skladu z izbirami in potrebami bolnika, ni urnikov, imajo svojo zasebnost, o minljivosti se odkrito pogovarjamo. V hospic pristopu je bolnik in njegov trenutni problem središče dogajanja, on odloča.

V bolnišnici so vezani na ravnanje po doktrini in utečenih delovnih procesih, prevladujoč medicinski pristop daje noto vsem aktivnostim, zagotovo je poudarek na fizičnem udobju in ne na čustveni in duhovni podpori. Mnogokrat ne odnehajo s kurativnim zdravljenjem, ker je doslej še premalo znanja o možnostih, ki jih paliativna oskrba prinaša.

V domovih za stare se paliativna oskrba šele uvaja. Neustrezni kadrovske normativi doslej ne omogočajo pravega paliativnega pristopa, saj o njem ne moremo govoriti, če ni ustreznih kadrovske zasedenosti. Vidim pa prihodnost razvoja predvsem v medgeneracijskih središčih, kjer bodo posebne sobe ali oddelki namenjeni

tudi hospic oskrbi. Tako je tudi v tujini, na ta način tudi manjša mesta lahko omogočijo hospic namestitvene enote.

RAMOVŠ: Poljska, ki je nam podobna posocialistična tranzicijska država in novinka v Evropski uniji, ima 160 programov hospica; sorazmerno s številom prebivalcev bi Slovenija morala imeti blizu 20 hiš. V naši javnosti pa je zadnje čase zelo očitno, kako hude bitke bijete za finačno preživetje te edine hospicove hiše v Sloveniji. Še večji paradoks je, da so na vaši strani zdravstvena in druge stroke ter močna civilna podpora – pomislimo na akcije »Srca za hiše hospica« in »Veriga luči za hospic«. Kako vi v tej luči doživljate položaj hospica v slovenski stvarnosti?

FINK: Vsi ti projekti in akcije hospica, ki jih omenjate, skušajo detabuizirati smrt in umiranje in pomagajo, da se javnosti prebujajo, postajajo senzibilizirane do teh vprašanj in se bolj zavejo, da minljivost trka na vrata vseh. Pretreslo me je, ko je nekdanji minister za zdravje trdil, da je za umirajoče v naši družbi dobro poskrbljeno. Jaz pa trdim prav nasprotno. Da smo domovom za stare naložili brez dodatnih sredstev ta za čas življenja najdražji in najzahtevnejši del zdravstvene oskrbe, da bolnišnice niso usposobljene niti namenjene umiranju, pa vendar se tam to množično dogaja.

Hospic je v dobrih osemnajstih letih opravljanja svojega poslanstva pustil močno sled. S problematiziranjem neumestitve hiše hospica v sistem zdravstva in sociale je marsikateri Slovenec pomislil, kako in kje se bo on poslavljaj, če se bo družba odpovedala skrbi za to ranljivo skupino.

Slovensko društvo hospic ima že 18 let hospicove mobilne time, ki oskrbujejo ljudi na domu, država to obliko uradno šele letos začenja uvajati na področju paliativne oskrbe. Da hiša hospica preživi, ni pomembno zaradi 12 bolnikov, ki jih lahko naenkrat oskrbuje – to je majhno število

v primerjavi z letnim številom umirajočih v družbi, je pa pomembno zaradi inovativnega modela oskrbe, ki ga vzpostavlja, in zaradi humanizacije odnosa do umirajočih. Ocenjujem, da gre hospic pogumno naprej, tako na področju nudenja oskrbe kot tudi ozaveščanja javnosti in spreminjanja kulture.

RAMOVŠ: Kaj ste se naučili v vseh teh letih hospica ob umirajočih?

FINK: Naučila sem se ponižnosti in odpuščanja. Smrt nas odpre k življenju na pravi način. Različne duhovne tradicije učijo, da je smrt naš največji svetovalec, saj ob njej začnemo drugače ceniti življenje. Ko spoznamo dragocenost življenja, ga želimo bolj polno živeti, hkrati pa se ne jemljemo več tako resno.

Pri svojem delu sem se soočila s strahovi, žalostjo, krhkostjo, nemočjo. Delo z umirajočimi stre srce, a ga pri tem tudi na široko odpre; le tako uvidimo, kaj je v življenju dejansko pomembno. Zaradi hospica sem nedvomno veliko srečnejši človek.

3. ZAHTEVNO IN BOGATO OSEBNO PROSTOVOLJSTVO

LIPAR: Strah pred umiranjem in smrtjo je tudi strah pred neznanim. Eden izmed načinov, da se s tem spoprime, je mogoče prostovoljsko spremljanje umirajočih ljudi. Kakšna je vloga prostovoljcev v hospicu?

FINK: Prostovoljci so srce gibanja hospic. Bolnikom prinašajo čas, ki ga imajo, pripravljenost biti s človekom, ga srečati tam, kjer je. So uho, ki sliši tudi onkraj – tisto, kar ni povedano. Pogosto gre za vzpostavljanje odnosa na globljih ravneh, torej za duhovno oporo. Ne gre le za prijaznost, da človeka samo vprašaš, kako gre, kako je spal, ali je kaj jedel, ampak ga res srečaš s sočutjem. Zdi se mi, da smo uspeli najti pravo mero odnosa prostovoljcev

do človeka, ki umira – to je prostovoljstvo, ki običajno presega zgolj družabništvo. Seveda, če nekdo želi, da mu samo beremo, z njim molimo, poslušamo glasbo, je tudi to vedno dobrodošlo. Prostovoljec je lahko dober sogovornik, da se človek čuti sprejetega, slišane, upoštevanega, spoštovanega.

RAMOVŠ: Prostovoljstvo v hospicu je zelo zahtevno prostovoljstvo. Kakšna osebnost je primerna zanj? Kakšni ljudje se vam javljajo za prostovoljce?

FINK: Težko bi opredelila kakršno koli osebnost, saj so ljudje, ki prihajajo zelo različni in prav je tako. In njihovi motivi za prostovoljsko delo so zelo različni. Včasih gre samo za zadovoljevanje lastnih potreb, kot je npr. naučiti se osebne bližine in distance, ali pa potreba po več socialnih stikih; pri nekaterih je motiv učiti se pristne komunikacije. Včasih so motivi neozaveščeni, skriti v njihovih odnosih z bližnjimi, ki so jih izgubili ali ki jih niso zaključili in se jim zdi, da bi morali sedaj nekaj nadoknaditi z drugim človekom. Motiv je tudi dobra izkušnja s hospicem – včasih pravijo svojci, da ko bodo odžalovali, bodo postali prostovoljci, da bodo nekaj od tega, kar so dobrega prejeli, dali naprej. Včasih pa je motiv altruističen – narediti nekaj dobrega za drugega človeka in ob tem pri sebi prepoznati določene stvari, služiti drugim.

Pomembno je, da so prostovoljci čustveno stabilne osebe; da to ni nekdo, ki se mu drugi nenehno smilijo, pa zato joka; da ni obremenjujoč za drugega, da ima v sebi določen mir; da je sposoben biti za človeka prisoten, ga spremljati tudi, ko ta trpi ali je močno prestrašen.

Včasih so kandidati razočarani, ko opravijo začetno usposabljanje za prostovoljce, ampak niso prepuščeni potem v samo prostovoljsko delo ob bolniku. Jim pa ponudimo druge možnosti, da nam pomagajo pri administrativnih, organizacijskih, kreativnih delih kar je enako pomembno, da se lahko poslanstvo izvaja.

RAMOVŠ: *Koliko je takih?*

FINK: Manj kot polovica. Že pred začetnim usposabljanjem imamo pogovore, kjer se dotikamo motivov, zakaj pravzaprav to želijo, kaj se jim je v življenju zgodilo, kjer so se dotaknili minljivosti. Usposabljanje ni namenjeno samo spoznavanju procesa umiranja, ampak tudi opogumljanju, da se podajo v neznano. Pomembno se mi zdi, da jim ne dajemo nasvetov, kaj naj v določeni situaciji naredijo. So določene usmeritve, kako npr. komunicirati, ni pa receptov. Zato je pomembno, da so ljudje dovolj odprtega duha. Ena izmed stisk prostovoljcev je, kako bom znal, kaj če se mi pripeti in to Usposabljanje je naravnano na to, da gredo kandidati skozi podobne procese, kot gre bolnik, jasno simulirano. Je zelo izkustveno, z veliko igranja vlog, z različnimi vizualizacijskimi vajami. Nekateri ob tem spoznajo, da je to zanje pretežko.

LIPAR: *Ali obstaja kak profil teh prostovoljcev, npr. so določene starosti, prihajajo bolj iz družboslovnih poklicev, imajo za seboj že neko zgodbo umiranja ...?*

FINK: Ne, ni nekega profila, niti ni opredeljen tip »idealnega« prostovoljca. Zelo dobro je to, da so raznoliki. Prostovoljci so stari od 18 let naprej, tja do preko 70 let in prihajajo iz različnih poklicev, imajo različne hobije, ker so tudi ljudje, katere spremljajo, zelo različni. Ta raznolikost je zelo pomembna, saj prinese razgibanost bolnikom, ki pogosto pravijo: »Aha, danes pride pa tista gospa, s katero bomo brali, jutri pride mladenič s psičko, ...«. Nekateri bolniki npr. v hiši začnejo prilagajati tudi obiske svojcev, saj si želijo zagotoviti čas za prostovoljce.

Zelo je pomembno, da so med drugimi tudi prostovoljci, ki imajo izkušnjo dobrega umiranja. So pa tudi zanimivi kandidati in potem prostovoljci, ki nimajo nobenih izkušenj z izgubo. Če so dovolj odprtega duha, so kot prazna čaša. Težje je pri ljudeh, ki so šli skozi neko izkušnjo in potem skušajo delati po tem svojem »moderu«: »Jaz sem pa ravnal z mojo mamo tako in je

delovalo.« Nikakršno fiksiranje ljudi namreč ni v hospicu zaželeno.

RAMOVŠ: *Kako pa prostovoljsko spremljanje umirajočih in potem žalujočih vpliva na človekovo osebnostno rast, razvoj? Kakšni so odnosi med prostovoljci in svojci pri spremljanju umirajočih?*

FINK: Svojci zelo radi vidijo pomoč prostovoljcev, saj so zanje razbremenitev. Četudi so svojci veliko prisotni, je vstop prostovoljca nek svež duh. Nekdo, ki si vzame čas, ki skuša razumeti, sočutiti. Pomeni, da lahko z njim delim nekaj, kar s svojimi morda ne morem.

Je pa res, da prostovoljci poročajo, da svojci potrebujejo večinoma več podpore, kot pa sam bolnik. Tukaj je prostovoljec most med bolnikom in svojci, kar pa je pogosto težko, še posebej takrat, ko gre za nasprotujoče si interese. Tudi konflikt med umreti in živeti, ko se nekdo odloči, da je njegova pot zaključena in bi rad umrl, pa svojci tega še ne morejo sprejeti in so še zelo v zanikanju.

Prostovoljstvo je tudi priložnost za prostovoljca. Nekoč mi je ena izmed njih rekla: »Veste, jaz sem doživela hospic kot avtocesto v osebnem razvoju. V svojem življenju sem toliko spremenila, da so bližnji in predvsem moj mož imeli težavo sprejeti te spremembe, saj sem postala druga oseba.«

Seveda so tudi procesi, ko prostovoljci ne zmorejo in se umaknejo kljub redni superviziji, ker niso pripravljeni na resnico, ki jo življenje sporoča. Ne samo bolniki, ampak življenje. Jaz sem se kot prostovoljka največ naučila v situacijah z ljudmi, ki mi niso bili blizu. Kjer sem si rekla: »Nikoli ne bi v življenju ravnala na tak način. Ne bi želela imeti takih odnosov.« To je tisto, kar nas življenje uči, in ne samo ti ljudje, ko ti nekaj povedo. Kot prostovoljcu se ti na spontan način odprejo gledališča življenj ljudi, ki jih spremljaš, ampak obenem kažejo tudi na večje ogledalo tvojega življenja. To reflektiranje lastnega življenja te postavi zelo na preprih, kdo v resnici si in kam v življenju greš.

4. MIR, ŽALOVANJE IN BOLEČINA

RAMOVŠ: Veliko ste omenjali besedo mir. Umiranje dobesedno pomeni iti »v mir«. Vaša hiša je hiša miru, tudi danes je tukaj tako mirno, čeprav imate 12 sob z umirajočimi ljudmi, svojci, prostovoljci, osebjem ... Današnji svet je pa svet dinamike, živahnega razvoja. To je povsem nasprotni pol od miru in umiranja – o tem danes malo slišimo. Bi morda povedali še kako besedo o tem vašem miru.

FINK: Ta mir je nekaj, na kar je ekipa hiše ponosna in je eden izmed naših temeljnih ciljev. Doseči notranji mir je seveda cilj vsake duhovne oskrbe. Pomembna je pot do tega cilja. Ta družba, ki je usmerjena v dinamiko, v delovanje, je zelo nasprotna temu, kar se tukaj notri dogaja. Tudi svojce skušamo navdahniti v ta mir. Prosimo jih, da ne prihrumijo takoj s ceste v sobo k bolniku, spodbujamo jih, da si vzamejo čas. Imamo garderobo, kjer se preobujejo v copate, zato da je to nek presek od zunanjega sveta. Imamo tudi čajno kuhinjo, kjer se lahko usedejo, si skuhamo čaj in kavo, knjižnico, kjer prelistajo dnevne časopise in revije ali vzamejo kako knjigo, imamo tiho sobo, kjer se lahko potopijo v tišino, se umirijo in potem gredo v sobo k bolniku. Spodbujamo jih, da tudi ob odhodu posedijo v miru in ne odbrzijo. Učimo jih neke druge kulture bivanja brez radija in televizije.

Pravijo, da je naše delovanje, kot da je življenje tukaj v hiši upočasnjeno: bolj umirjen ton govorjenja, gibli niso nervozni, ni tekanja po stopnicah ... Zdravnik hiše je nekoč rekel, da je bil na začetku kariere urgenten zdravnik, sedaj na koncu pa hospičev – torej druga skrajnost, ko nima ne inštrumentov, včasih niso potrebne niti besede, ampak je samo s človekom. To mi je bilo tako lepo slišati.

Mir je veliko darilo, ki si ga lahko damo drug drugemu. Je sveti prostor, kjer se lahko srečamo.

RAMOVŠ: Eden od temeljnih pojmov hospica in njegovo poslanstvo je tudi žalovanje in spremljanje žalujočih. Povedali ste svojo temeljno osebno izkušnjo žalovanja za očetom, ki je temelj vašega sedanjega plodnega dela. Podelite z nami še kako spoznanje ali življenjsko izkušnjo o žalovanju.

FINK: Dolga leta sem v sebi nosila to neizžalovano žalost iz otroštva za očetom. V mladosti sem plesala izrazne ples in me je učitelj kmalu nagovoril, zakaj plešem ves čas predvsem ritem žalosti. Začela sem se zavedati, kako ne morem polno živeti, če ne grem skozi ta proces, kako me to omejuje. In sem se podala v to. Ko sedaj govorim o svojih procesih žalovanja, govorim o njegovih dobrobitih. Žalovanje človeka odpre k samemu sebi in v svet. Je priložnost za osebno preobrazbo, da postaneš drugačen in da preoblikuješ svoj odnos – tako do človeka, ki si ga izgubil, kot do sebe. Zato pravim, da je proces žalovanja veliko darilo, ki si ga mnogi ne vzamejo. Škoda.

Osebno bi si v procesu žalovanja želela ob sebi nekoga, ki bi sedel ob meni in delal družbo meni in moji žalosti. Verjamem, da bi lahko čutila njegovo ljubezen v pripravljenosti, ne da bi me kakorkoli spreminjal. Lahko bi čutila utrip življenja v takem druženju in spodbudo. Taka izmenjava nekoga, ki bi bil lahko z mojim trpljenjem, bi mi bilo več vredno od tisoč modrih besed tolažbe. Tako jaz; drugi imajo drugačne potrebe v procesu žalovanja, ni pravil.

RAMOVŠ: Je pa žalovanje tudi bolečina. Logoterapevtsko bi dejal, da je žalovanje bolečina ob izgubi nečesa, kar je vredno. Ali vam je ta definicija ustrezna?

FINK: Ja, morda bi še dodala, da se večinoma bojimo bolečine. Največji je strah pred bolečino, tako v procesu umiranja kot v procesu žalovanja. Zato doživimo, da mami čim prej po smrti moža otroci kupijo psa, jo pošljejo v zdravilišče, na potovanje ..., ker sami ne znajo

ali ne zmorejo prav ravnati z bolečino drugega. Zdi se mi pomembna podpora za pogum, da se človek z bolečino sreča.

Nekoč sem slišala dobro primerjavo, ki mi še danes odzvanja. Neki žalujoči gospod je rekel: *»Veste, jaz sem električar in odnos do bolečine vidim kot ravnanje z električnim drogom. Večina ljudi bi, če bi videli, da električni drog pada, zbežalo stran, zato, da te ne oplazi. Moja logika pa je drugačna. Potrebno je iti zraven, čim bližje, ker če si tam zraven, veš, kam se nagiba, v katero smer pada.«* In z žalovanjem je podobno, saj vodi pot žalovanja vedno skozi žalost, ki ima nešteto obrazov, je tudi bolečina, strah, nemoč, obup, praznina... .

Brez stika z bolečino ni preobrazbe.

RAMOVŠ: Kot rojstvo sta torej sestavini del življenja tudi smrt in bolečina; vsega tega se moraš zavestno držati pri izviru, če ne te življenje podre.

FINK: Izpuščanje boli. Ljudje, ki jih srečujem v času njihovega poslavljanja, imajo pogosto velik strah pred to bolečino. Nekateri trepetajo že pred pričakovanjem bolečine v procesu umiranja, zato si želijo evtanazijo. Tu se je potrebno vprašati, kako živimo v svojem vsakdanjem življenju. Če se tako zelo bojimo, da se nas bolečina dotakne, potem moramo živeti zelo na površju. Nekoč mi je neka gospa rekla, da bi vsi bili radi brez bolečin, ne predstavljamo pa si, kakšno bi bilo življenje, če bi bil ves svet samo ravnina.

RAMOVŠ: Ali menite, da je možno žalovanje časovno omejiti, mu dati nek časovni okvir? V tradicionalni kulturi so npr. eno leto nosili črnino. Danes je vse prepuščeno lastni presoji vsakega posameznika.

FINK: Delodajalci bi najraje videli, da sploh ne bi žalovali. Največkrat to tudi prezrejo in včasih pride kdo od žalujočih in se potoži, da jim je nadrejeni povedal, da so pač v takšni službi, da več kot en teden ne smejo biti žalostni in oblečeni

v temne barve. Verjamem, da je to zelo težka preizkušnja za človeka in globoko nespoštovanje.

Seveda časovno tega procesa ne morem opredeliti. V hospicu smo postavili nek okvir, da žalujoče spremljamo navadno do 2 leti po njihovi izgubi, ker žalujoče spremljamo v njihovi žalosti in nimamo terapevtskih pristopov. Tudi v hospicah po svetu je podobno, to seveda ne pomeni, da ne boli več. Ampak tisti glavni valovi žalovanja naj bi nekako izzveneli v tem času. Seveda je to precej drugače pri izgubi otroka, pri kaki drugi nenadni travmatični smrti, pri multipliciranih izgubah, ko je žalovanje lahko oteženo.

Ljudje žalujejo zelo različno. Neki gospod je imel v letu in pol pet ali šest težkih izgub; nesreče in samomori v družini. Potem je pri nas umirala njegova žena. Tudi tu se je zelo hrabro držal, ves čas je bil močan. Kako leto pozneje pa me je poklical in rekel: *»Mene je življenje čisto 'sezulo'«*. Poslušala sem ga. In mi je povedal, da mu je poginil pes. Na psa sicer ni bil navezan, drugi so skrbeli zanj; *»imel sem ga zato, da nisem prišel v prazno stanovanje«*, je dejal. Ampak, ko je kuža poginil, je zbolel, vse za nazaj se mu je vrnilo; vse izgube, v katere prej sploh ni pogledal.

Vsaka neizžalovana žalost nekje izbruhne, lahko tudi v telesni boleznii.

RAMOVŠ: Kaj bi ob svojih bogatih izkušnjah dela v hospicu odgovorili človeku, ki bi vas vprašal, kako se kakovostno starati po upokojitvi?

FINK: Naj se veselijo vsakega trenutka življenja, naj jih živijo polno, se trudijo za notranji mir in naj bodo hvaležni za vse kar še je. Preprosto.

RAMOVŠ in LIPAR: Gospa Tatjana, hvala za ta poglobljen pogovor ob vaših življenjskih spoznanjih in izkušnjah; hvala, ker tako zavzeto in modro uvajate v Sloveniji hospic – enega od nepogrešljivih programov na področju gerontologije in medgeneracijskega sožitja.

IZ MEDGENERACIJSKIH PROGRAMOV

OSVEŽITVENI TEČAJ ZA PROSTOVOLJCE – VODITELJE SKUPIN

Pokljuka, 7. do 9. november 2013

Osvežitveni tečaj za prostovoljce v medgeneracijskih programih je zadnja leta postal pomembna oblika stalnega usposabljanja prostovoljcev, ki jih usposablja Inštitut Antona Trstenjaka. Tako kot lani je potekal na Pokljuki v vojaškem objektu Rudolfa Badjure v dobrem sodelovanju z medgeneracijskim društvom slovenske vojske, katerih prostovoljci so zadnja leta v razvojnem vzponu. Skupaj z njimi se je tečaja udeležilo 22 prostovoljcev iz različnih krajev Slovenije. Tečaj sta organizirala Inštitut, čigar ekipa ga je vodila, in Zveza medgeneracijskih društev za kakovostno starost Slovenije. Tema letošnjega tečaja je bila *trajnost medgeneracijskih skupin za kakovostno staranje*. Prikazali bomo na kratko potek tečaja, kot je potekal od četrtega popoldne do sobote.

ČETRTEK

Tečaj smo začeli z medsebojnim spoznavanjem. Vsak udeleženec je povedal, kdo je, od kod prihaja in temu dodal še »priponko«: pripoved o enem izmed lepih utrinkov, ki jih je doživel v skupini za kakovostno staranje, katero vodi. S tem smo doživeto zapluli v lepo vzdušje in vsebinsko bogastvo prostovoljskega vodenja skupin za kakovostno staranje.

Čas po večerji je bil namenjen dvema uram kulture. Letos smo gostili slovensko pisateljico, pesnico, knjižničarko, lektorico in učiteljico Berto Golob. Pripovedovala nam je o svoji mladosti, odločitvi za poklic, o svojem strokovnem delu, o

knjigah in učbenikih, ki jih je napisala, ter o svojem življenju nasploh. Zelo zanimiva je bila njena pripoved o nastanku oddaje *Radovedni Taček*, za katero je prispevala dvainsedemdeset scenarijev. Njena bibliografija sega od leposlovja, poljudno-strokovnih, pedagoških in verskih besedil. Berta Golob je tudi avtorica ali soavtorica številnih beril in učbenikov za osnovne šole. Mislim, da bo vsem, ki smo na Poljuki z zanimanjem poslušali njeno pripoved, ostal v spominu njen citat, ki ga je izrekla v intervjuju ob osemdesetletnici: »*Živim iz dneva v dan, vendar ne v tri dni*«.

Pred spanjem smo najprej vsak pri sebi razmišljali o predmetu, ki nam je nekoč veliko pomenil, pa smo ga izgubili. Svoja razmišljanja o tem, kaj nam je predmet pomenil, kako smo doživeli izgubo, kaj nas je naučil za življenje, smo nato v paru podelili drug z drugim.

PETEK

Dan smo začeli z jutranjo telovadbo, sledil je zajtrk in predstavitev Medgeneracijskih informacijskih družabnih središč MORS. Podpolkovnik Bogomir Povše je povedal, da so se s prehodom iz naborniške v poklicno vojsko začeli srečevati z vprašanji o tem, kako pomagati družinam, ki so zaradi odhodov vojakov na misije ločene od svojih mož, žena, očetov ... ločene tudi po več mesecev; o tem, na kakšen način pomagati vojakom, ki po dopolnjenem 45 letu ne morejo več opravljati dela poklicnega vojaka; o tem, kako pomagati socialno šibkejšim upokojenim sodelavcem itd. Od leta 2008 delajo na več programih skrbi za nekdanje pripadnike MORS. Ugotovili so, da morajo ti programi povezovati tako nekdanje kot aktivne pripadnike, njihove družine in tudi lokalno skupnost. Ker pa so vojašnice predvsem zaprtega tipa, so prišli

na koncept Medgeneracijskega informativno-družabnega središča v civilnem okolju (MIDS). Odprli so dva MIDS-a, v Ajdovščini in Slovenski Bistrici. Tisti v Ajdovščini je z organizacijskega in vsebinskega vidika zelo uspel. V njem se odvijajo številne dejavnosti, ki ljudi povezujejo, izobražujejo in jim omogočajo kakovostno preživljanje prostega časa. MIDS v Slovenski Bistrici pa ima malo članov in v njem se izvaja malo aktivnosti. Upajo, da jim bo v prihodnje uspelo tudi v tem MIDS-u vzpostaviti vzdušje, kakršno je v Ajdovščini. Bogomir Povše je v reviji *Kakovostna starost* objavil članek *Medgeneracijska informativno-družabna središča slovenske vojske*; to številko revije so na osvežitvenem tečaju prejeli vsi udeleženci.

Čas pred kosilom smo namenili tematiki skupin v povezavi z njihovim trajnim delovanjem. V manjših skupinah smo predstavljali svoje skupine: svoje izkušnje ob njihovem ustanavljanju ali prevzemu od predhodnega voditelja, kako smo se vživljali v vodenje skupine, katere so bile prelomnice in ključni dogodki v razvoju naše skupine. Pri tem smo razmišljali o vprašanjih, ki se nam pojavljajo ob vodenju skupine. Vsaka manjša skupina je pozneje svoje ugotovitve predstavila vsem zbranim prostovoljcem in ekipi Inštituta Antona Trstenjaka.

V popoldanskem času smo si privoščili sprehod po Pokljuki. Ogledali smo si Pokljuško barje, ki je staro med 3000 in 8000 leti. To je šotno barje, po katerem je hoja lahko usodna – ogledali smo ga z varnega zavetja razglednega stolpa. V enem izmed poključkih gostišč smo

si privoščili topel čaj ali kavo in prijeten klepet pred nadaljevanjem dela, ko je zdravnica Ana Ramovš predstavila osnove prve pomoči, še zlasti temeljne postopke oživljanja. Po večerji smo – kot vedno na osvežitvem tečaju – imeli družabni večer, na katerem ni manjkalo petja in smeha, razkrili smo tudi skrivne prijatelje iz družabne dejavnosti, ki jo igrali vse od začetka tečaja prejšnji večer.

SOBOTA

Za trajno delovanje skupine je poleg dobre vzdušja v skupino odločilen nabor številnih primernih dejavnosti, ki so smiselne in prijetne za vse člane; sobotno dopoldne smo posvetili predvsem temu. Če je dejavnosti premalo ali niso prave, skupina hira in razpade. Tudi tokrat smo delali po metodi socialnega učenja iz prakse za prakso. Spet smo se razdelili v tri manjše skupine, da je lahko vsakdo povedal čim več dobrih izkušenj z dejavnostmi, ki jih gojijo v njihovi skupini, pa tudi o težavah pri uvajanju ali vodenju neke dejavnosti v skupini; vodje skupin so po končanem delu v skupin nekaj od tega posredovali vsem tečajnikom.

V zaključnem odzivu je vsak udeleženec imel priložnost povedati, kako je doživel počutil, kaj mu doživel ta osvežitveni tečaj, kaj mu bilo posebej všeč in česa je pogrešal. Odzivi so bili lepi: prostovoljec osvežitveni tečaj posreduje nekaj znanja, da lažje delajo s skupino, prav tako pa novo energijo za prostovoljsko delo. Marsikateri je izrazil željo, da se prihodnje leto spet vidimo.

Tina Lipar

POS LANSTVO REV IJE Z NAVODILI AVTORJEM

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Kakovostna starost

LET. 16, ŠT. 4, 2013

Good quality of old age

VOL. 16, NUM. 4, 2013

ZNANSTVENI IN STROKOVNI CLANKI

SCIENTIFIC AND EXPERT ARTICLES

Ksenija Ramovš

Medgeneracijsko sožitje in solidarnost 3 Intergenerational coexistence and solidarity

Irena Brovet Zupančič

Vid in očesne bolezni pri starejših 34 Sight and eye diseases in the elderly

IZ GERONTOLOSKE LITERATURE 42 REVIEW OF GERONTOLOGICAL LITERATURE

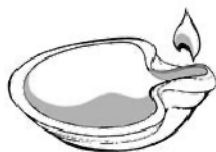
GERONTOLOŠKO IZRAZJE 71 GLOSSARY OF GERONTOLOGY TERMS

SIMPOZIJ, POSVETI 75 SYMPOSIUMS, WORKSHOPS

STAROSTI PRIJAZNA MESTA IN OBCINE 80 AGE-FRIENDLY CITIES AND RURAL COMMUNITIES

INTERVJU 83 INTERVIEW

IZ MEDGENERACIJSKIH PROGRAMOV 95 REFLECTIONS FROM THE INTERGENERATIONAL PROGRAMMES



INŠTITUT
ANTONA TRSTENJAKA

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

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