

Rosana Gjura Luci, Tanja Požaršek, Marjeta Bizaj

Celostni pristop pri zagotavljanju pomoči na domu Projekt »Aktivno in kvalitetno staranje v domačem okolju«

Zaradi staranja prebivalstva sta tako socialni kot zdravstveni sistem pred izzivom, saj se potrebe po storitvah dolgotrajne oskrbe in drugih za starejše prilagojenih storitvah povečujejo. Zavod za oskrbo na domu Ljubljana že od leta 2002 omogoča storitve pomoči na domu. Poleg osnovne dejavnosti izvaja tudi socialni servis, organizirano prostovoljstvo in medgeneracijsko sodelovanje. Zavod je kot dopolnitev osnovne dejavnosti in zaradi izraženih potreb po nekaterih zdravstvenih storitvah na domu maja 2015 s projektnimi partnerji začel izvajati projekt »Aktivno in kvalitetno staranje v domačem okolju«, ki ga je sofinanciral Norveški finančni mehanizem. Med projektom smo delovali po načelih integrirane oskrbe in našim uporabnikom zagotavljali brezplačne storitve fizioterapije, delovne terapije, zdravstvene nege, logopedije, prehranskega svetovanja, meritve psihofizičnih sposobnosti in intervencije, prilagoditve bivalnega okolja potrebam starejših ter programe gibalne vadbe. Prispevek predstavlja rezultate projekta.

Ključne besede: dolgotrajna oskrba, storitve, ostareli, Ljubljana, zdravstvena nega, integrirana oskrba.

Rosana Gjura Luci, univ. dipl. soc. del., je bila koordinatorka projekta »Aktivno in kvalitetno staranje v domačem okolju« v Zavodu za oskrbo na domu Ljubljana. Kontakt: rosana.gjura@gmail.com.

Tanja Požaršek, univ. dipl. soc. del., je zaposlena kot samostojna svetovalka na Zavodu RS za zaposlovanje na področju delaz dolgotrajno brezposelnimi osebami. Kontakt: tanja.p.orehek@gmail.com.

Marjeta Bizaj, univ. dipl. soc. del., ima več kot deset let delovnih izkušenj na področju socialnega varstva. Kontakt: marjeta.bizaj@gmail.com.

Integrated approach to providing home care services - Project "Active and quality aging in home environments"

The increasing growth of the elderly population challenges both social and health care systems with the challenge of increasing demands for long-term care and other services. The Institute for Home Care in Ljubljana has been providing such services since 2002. In addition to the basic activities carried out by social services, it also conducts organized volunteering, and cross-generation co-operation. In May 2015 the Institute, along with its project partners, started the project "Active and quality aging in home environments", which has been co-financed by the Norway Grants Programme. This was carried out to supplement the Institute's core activity, and because of the growing need for certain healthcare services at home. During the project, we worked according to the principles of integrated care and provided our users with free services in physiotherapy, work therapy, nursing, speech pathology, nutritional counselling, measurements of physical and mental abilities and intervention, adaptation of the living environments to the needs of elders and programs of physical exercise. The results of the project are presented in the article.

Keywords: long-term care, services, elderly, health care, integrated care.

Rosana Gjura Luci, BA in Social Work, coordinated the European project A-Qu-A at the Institute for Home Care in Ljubljana. Contact: rosana.gjura@gmail.com.

Tanja Požaršek, BA in Social Work, is employed as an independent consultant at the Employment Service of the Republic of Slovenia in the field of work with the long-term unemployed. Contact: tanja.p.orehek@gmail.com.

Marjeta Bizaj, BA in Social Work, has almost 10 years experiences working in the field of social care. Contact: marjeta.bizaj@gmail.com.

Celostna oskrba na domu

Staranje družbe je hud problem, ki zahteva hitro in temeljito ukrepanje ter prilagoditev razmer tako, da bodo zagotavljale socialno vključenost, oskrbo in pomoč starejšim ter dostojno življenje v starosti. Dolgoživost prinaša poleg številnih tveganj tudi veliko priložnosti (Šiplič, Kadiš, 2002).

V določenih življenjskih obdobjih so spremljevalke starosti tudi bolezni, ki človeku onemogočijo samostojno življenje doma. Zaradi zdravstvenih težav so poleg socialne oskrbe nujno potrebne tudi zdravstvene storitve, ki človeka podprejo v njegovi želji, da bi čim dlje ohranil sposobnosti in samostojnost ter ostal doma. Pri tem se ljudje srečujejo s pomanjkljivo mrežo pomoči na domu, saj velikokrat storitve socialne oskrbe, patronažne službe in zdravstvenega sistema ne zmorejo zadovoljiti hitro povečujočih se zdravstvenih težav starajoče se populacije.

Zavod za oskrbo na domu Ljubljana deluje od ustanovitve 1. maja 2002 kot javni zavod s področja socialnega varstva. Ustanoviteljica zavoda je Mestna občina Ljubljana. Zavod je bil ustanovljen za opravljanje storitev socialne oskrbe in socialnega servisa. Storitve pomoči na domu (javna služba) uporabnikom zagotavljamo s pomočjo sofinanciranja lokalne skupnosti, pri tem pa del cene storitve plača uporabnik, del pa subvencionira občina (75 %). S celostnim pristopom se želimo odzvati na vse potrebe ljudi, ki živijo doma in zaradi starosti, invalidnosti ali bolezni potrebujejo pomoč pri vsakodnevnih opravilih. Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev (2010) v 6. in 7. člen podrobneje opredeljuje storitvi pomoč na domu in socialni servis.

Zaradi potreb starejših po širitvi pomoči je zavod v okviru projekta »Aktivno in kvalitetno staranje v domačem okolju« uporabnikom za čas trajanja projekta, tj. od maja 2015 do konca leta 2016, na domu zagotavljal brezplačne storitve fizioterapije, delovne terapije, dietetike, zdravstvene nege in logopedije. Skupaj s projektnimi partnerji Mestno občino Ljubljana, Univerzo na Primorskem, Znanstvenim-raziskovalnim središčem, Inštitutom za kineziološke raziskave, Mestno zvezo upokojencev Ljubljana, Zdravstveno fakulteto, Fakulteto za dizajn, Univerzo Oslo in Akershus (Fakulteto za zdravstvene vede), smo zagotavljali dodatne oblike pomoči, izobraževanj, svetovanj in rekreacije za kakovostnejše življenje v domačem okolju.

Projekt je bil namenjen starejšim od 65 let, osebam s statusom invalida in kronično bolnim, članom Mestne zveze upokojencev Ljubljana in drugim posameznikom, ki živijo na območju Mestne občine Ljubljana in so prosili za pomoč. Osnovni cilj projekta je bil zagotoviti zdravo in aktivno staranje prebivalstva. Izvajanje projekta »Aktivno in kvalitetno staranje v domačem okolju« (v nadaljevanju A-Qu-A) je pomembno vplivalo na kakovost izvajanja storitev socialne oskrbe, ozaveščanje uporabnikov na področju preventive in neposrednega izvajanja storitev drugih zdravstvenih dejavnosti, poudarilo celosten pristop in timsko delo različnih strok ter s tem izboljšalo psihofizično kondicijo uporabnikov in zaposlenih zavoda. Odzivi samih uporabnikov na naš projekt A-Qu-A so bili zelo dobri, kot sami pravijo. Skupaj s sodelavkami zdravstvene stroke smo rešili marsikateri problem na terenu pri uporabnikih, ki bi tako za uporabnika ostal nepremagljiv in številnim tudi onemogočil življenje doma. Tako je bil problem vsaj začasno rešen. Pomagali smo najbolj ranljivim, ki imajo poleg starostnih omejitev tudi zdravstvene težave in potrebujejo tako zdravstveno kot socialno oskrbo na domu.

V splošnem interesu je, da starejši človek živi v naravnem družinskem okolju. Da bi lahko bival v družinskem okolju, je treba ponuditi čim več oblik

pomoči, ki jih starejši potrebujejo: zdravstveno nego, osebno nego, prehrano, gospodinjske usluge, manjša hišna opravila, družabništvo ipd. Prav zato je bil naš projekt izjemno pomemben, ker izenačuje možnosti med skupino starejših, ki v institucionalnem varstvu prejemajo vse potrebne storitve, zdravstvene in socialne, in tistega, ki se je na podlagi temeljne človekove pravice odločil ostati doma in zato ni imel možnosti na lastnem domu prejeti zanj potrebne in primerne zdravstvene in socialne oskrbe.

Večina starejših si želi biti v starosti neodvisnih ter kakovostno in čim aktivneje preživeti čas, ob sobivanju in sožitju različnih generacij. Kljub temu se delež starejših, ki postajajo odvisni od okolice, povečuje. Po podatkih statističnega urada Slovenije je v Mestni občini Ljubljana leta 2012 bivalo 48.752 prebivalcev, starejših od 65 let, to je 17,3 odstotka populacije Ljubljane, poleg tega pa se je številka od leta 2000 povečala za približno 2,6 odstotka. Glede na stanje v družbi si je treba prizadevati za široko ponudbo različnih vrst pomoči za specifične potrebe starejših ter zagotoviti široko dostopnost teh storitev (A-Qu-A, 2016). Žnidarec Demšar (v Mali, 2015) navaja, da je ključno merilo, da lahko govorimo o kakovosti, ki krepi moč uporabnika, vzpostavljen odnos, ki temelji na zaupanju, občutku sprejetosti, spoštljivosti in odzivnosti. Takšen odnos smo vzpostavljali tudi pri našem projektu.

V projektu »Aktivno in kvalitetno staranje v domačem okolju« smo se socialne delavke srečevale z razvijanjem metod in spretnosti socialnega dela in koordiniranjem storitev na nov način, saj smo vsak dan delale skupaj z diplomiranimi medicinski sestrami, fizioterapevti in delovnimi terapevti, se povezovali s socialnimi oskrbovalkami in tako povečevale kakovost opravljenih storitev na domovih naših uporabnikov. S tem projektnim delom opozarjamo na pomembnost integriranega sodelovanja, razvoja novih storitev, svetovanja, novih načinov sobivanja, večjega aktiviranja samopomoči in prostovoljstva ter vključevanja celotne strukture prebivalstva.

Tudi Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013–2020 (2013, str. 4668) navaja, da želi država do leta 2020 občutno okrepiti skupnostne oblike socialnega varstva in povečati število njihovih uporabnikov. Na področju dolgotrajne oskrbe bo v prihodnjih letih nujna sprememba sistema financiranja (strukture financiranja), zato se predpostavlja, da bo spodbudilo povpraševanje po različnih oblikah pomoči na domu. To naše delo potrjuje.

Starejši imajo pogosto nizke prihodke (pokojnine), zato je pri starejših osebah visoka tudi stopnja tveganja revščine, še posebej pri tistih, ki živijo sami, predvsem pa pri starejših ženskah, ki živijo same (skoraj vsaka druga ženska, ki je stara več kot 65 let in živi sama, ima razpoložljive dohodke pod nacionalno mejo tveganja revščine). Ob tem je pogosto slaba tudi socialna vključenost starejših oseb. V tem kontekstu smo z našim projektnim delom socialne delavke zbirale življenjske zgodbe starejših, njihove pripovedi, saj za intervencijo in pomoč posamezniku potrebujemo znanje in vedenje o socialni realnosti posameznika (Mali, 2015). Tako smo uspešno zadovoljevali prej navedene potrebe naših uporabnikov.

Integrirana oskrba v sklopu projekta »Aktivno in kvalitetno staranje v domačem okolju«

Za boljše razumevanje dolgotrajne oskrbe je OECD (2005) sprejela definicijo, ki dolgotrajno oskrbo opredeljuje kot izvajanje različnih vrst zdravstvene in socialne oskrbe, ki jih posameznik potrebuje pri opravljanju osnovnih življenjskih aktivnosti v določenem obdobju, in je posledica splošne oslabelosti, kronične bolezni, poškodbe ali druge bolezni. Je pristop, ki omogoča kontinuirano obravnavo starejših oseb, bolnikov s kronično boleznijo, oseb z degenerativnimi spremembami, oseb po poškodbah in invalidnih oseb.

Dobra koordinacija, povezovanje in komunikacija znotraj služb in navzven med izvajalci in uporabnikom ali neformalnim izvajalcem oskrbe vplivajo na večje zadovoljstvo posameznika in izvajalcev, izboljša kakovost storitev in je stroškovno učinkovitejša. Zmanjšuje neučinkovitost služb in posameznika znotraj sistema.

Vodenje integrirane oskrbe je bilo tudi pri našem projektu usmerjeno na življenjsko okolje posameznika (upoštevanje človeka kot enkratnega posameznika, njegovih navad in socialnega okolja, spoštovanje dostojanstva in njegovih vrednot). Sestavljale so jo profesionalne storitve fizioterapije, delovne terapije, zdravstvene nege, logopedije na domu in socialne oskrbe. Projekt je zahteval usklajevanje neformalnih izvajalcev in prostovoljcev, povezavo služb znotraj organizacije, koordinacijo služb različnih izvajalcev, medsebojno povezovanje in usklajevanje s finančnimi možnostmi in zakonskimi predpisi.

Koordinacija nosilca projekta

Koordinacija nosilca projekta je pomenila predvsem delo z uporabniki, usklajevanje in prilagajanje njihovim individualnim potrebam. V največji možni meri smo upoštevali življenjski svet uporabnika. Vsak dan smo sodelovali s strokovnimi sodelavci Zavoda za oskrbo na domu Ljubljana, z vodji in koordinatorji enot in socialnimi oskrbovalci pri delu na terenu. Organizirana so bila notranja izobraževanja, ki so jih vodile diplomirane medicinske sestre, fizioterapevtke in delovne terapevtke za socialne oskrbovalce, ponujena pa so bila tudi dodatna znanja s področja zdravstva, zdrave prehrane in kineziologije, ki so pomembna za uporabnike in izboljšanje kakovosti storitev in varovanja zdravja zaposlenih.

Nenehno smo se povezovali s preostalimi partnerji v projektu in zunanji izvajalci projekta. Sodelovali smo z različnimi službami v lokalnem okolju (patronažna služba, center za socialno delo, nevladne organizacije, dnevni centri aktivnosti za starejše v Ljubljani itd.). Organizirali smo izobraževanja zaposlenih na Zavodu za oskrbo na domu Ljubljana o programih zdravega staranja. Izvajali smo delavnice, kjer so zaposleni zavoda pridobili osnovna praktična znanja in praktične izkušnje pri izvajanju specifičnih pristopov za krepitev srčno-žilnega, mišično-skeletnega in respiratornega sistema ter lokomotornega aparata starejših. Koordinacija projekta »Aktivno in kvalitetno staranje v domačem okolju« je obsegala tudi predstavitev projekta v šestih dnevni centrih aktivnosti za starejše v sklopu predstavitev množičnih

meritev in aktivno sodelovanje na sedemnajstih okroglih mizah v četrtnih skupnostih v Ljubljani. Prepletanje sociale in zdravstva se je pokazalo kot nenadomestljiv člen uspešnega dela pri našem projektu.

Od maja 2015 pa do 31. decembra 2016 je bilo evidentiranih skupaj 1082 potreb in želja po storitvah fizioterapije, delovne terapije, zdravstvene nege, dietetike in logopedije na domu, ki so jih izrazili uporabniki ali njihovi svojci. Po poročanju strokovnih delavk in socialnih oskrbovalk/oskrbovalcev na terenu pa je v resnici potreb po teh storitvah še več, vendar nam jih zaradi kadrovskega zmožnosti ne uspe pravočasno zagotoviti, saj gre v večini primerov za potrebe po takojšnji zagotovitvi teh storitev.

Do konca leta 2016 je bilo opravljenih skupaj 1093 prvih obiskov in 5481 storitev na domovih uporabnikov/uporabnic. Pri storitvah fizioterapije in delovne terapije je bilo izvedenih v povprečju deset obravnav na uporabnika. Prvi obisk je opravila diplomirana medicinska sestra, ki je opravila triažo in ocenila, katera od terapij je primerna za uporabnika. Skupno število triažnih obiskov je bilo 969.

Raziskava

Ugotoviti želimo, kakšne so izkušnje naših uporabnikov, ki zaradi starosti in zdravstvenega stanja potrebujejo socialno in zdravstveno oskrbo, da bi lahko ostali čim več časa v svojem domačem okolju, in kaj so z vključitvijo v nove storitve fizioterapije in delovne terapije dosegli, kaj se je v njihovem življenju spremenilo.

Opravile smo kvalitativno raziskovalno nalogo in za ta namen sestavile vprašalnik. Zanimalo nas je, kaj so uporabniki s storitvami iz projekta pridobili in kakšni so pozitivni učinki celostnega pristopa pomoči na domu. Vprašanja smo zastavljale po temah in so zagotavljala okvir, v katerem želimo raziskovati. Zanimalo nas je:

- ali uporabnik želi ostati v domačem okolju,
- zdravstveno stanje uporabnika,
- strategije preživetja in viri pomoči,
- izkušnje z institucijami, ki zagotavljajo pomoč,
- kako so storitve v okviru projekta »Aktivno in kvalitetno staranje v domačem okolju« vplivale na njihovo življenje,
- kakšne so dodatne potrebe uporabnikov.

Opravile smo osem intervjujev, sedem je bilo uporabnikov storitev pomoči na domu in ena sorodnica uporabnika, ki zaradi zdravstvenega stanja ni bil zmožen odgovarjati na vprašanja.

Izmed uporabnikov, ki uporabljajo storitev pomoči na domu, in tistih, ki so bili hkrati uporabniki storitev projekta A-Qu-A, smo intervjuvance izbrale naključno. Intervjuji so potekali osebno, na domovih naših intervjuvancev in so v povprečju trajali eno uro. Pri obdelavi podatkov smo uporabile odprto kodiranje, izjave smo uredile glede na kode v kategorije.

Viri podatkov so bili:

- usmerjeni odprti intervjuji,
- naša opažanja in izkušnje pri delu z našimi uporabniki.

Zdravstveno stanje naših uporabnikov

Na začetku intervjuja smo uporabnike povprašali o njihovem zdravstvenem stanju. Trije od osmih uporabnikov so doživeli možgansko kap, zato so teže govorili. Drugi so navedli oslabelost in bolezni, ki so običajen spremljevalec starejše populacije: oslabelost, stalne bolečine, težave s spominom, demenca, utrujenost, hujšanje, srčno popuščanje, težave z očmi, koleno, hrbtenico, slinavko, prostatu, sladkorna bolezen, počeno vretence, trebušna kila, rakavo obolenje, fibroza pljuč, anevrizma, Parkinsonova bolezen, žolčni kamni, umetni kolki, preležanine, glavkom, otekanje nog, preležanine, težave z vidom, možganska kap.

Starost in bolezen lahko funkcioniranje človeka omejit. Naši uporabniki se srečujejo z omejitvami, ki jim zelo zmanjšajo kakovost življenja. Starostniki so povedali, da so se v preteklosti ukvarjali z različnimi konjički in delom, zdaj pa se ne morejo več. Urejali so vrt, pisali črtice, šivali, pletli, hodili plavat, gospodinjali. Uporabnica je povedala: »Po treh operacijah sem še lahko hodila plavat, ni bilo rane. Po četrti operaciji pa o se zacelili takoj, po 14 dneh je pa počilo. Od takrat naprej imam jaz skoz odprto rano.«

Uporabniki so povedali, da zaradi različnih bolezenskih stanj ne zmorejo niti vsakodnevnih osnovnih opravil, kot so hoja po stopnicah, sedenje, stanje, odhod na stranišče. »V tem stanju, v kakršnem sem, nisem za drugam kot za doma bit. Mi je na roko stranišče, nebo se mi je odprlo, ko sem zmogla sama na stranišče.« Hude omejitve čuti tudi žena, ki skrbi za svojega bolnega moža: »Po moževi kapi nikamor več ne grem, ne v cerkev, nikamor.«

Trije od osmih so popolnoma odvisni od tuje pomoči: »Sploh ne more nič. Ne jest, ne hranit, nič. Še obračat ga moramo, pa še preležanine je dobil.« Največkrat pomagajo uporabniku najbližji sorodniki. V štirih primerih je bila to žena, pri skrbi za moža pa ji pomagajo tudi odrasli otroci ali vnuki ali bratje, sestre. »Visoki stroški (1020 € je bil DSO, jaz imam 640 € pokojnine, mož 500 € in nisva zmogla, tudi zato sem ga pripeljala nazaj domov in začela sama skrbeti zanj.«

Velikokrat se otroci ne morejo vključiti v pomoč svojim staršem zaradi obveznosti do svojih družin in služb, saj delajo do poznega popoldneva: »Oba sina sta še v hiši, hčerka je pa 20 km stran. Zaenkrat imajo še službo, družine, službe imajo pa od sedmih pa do štirih ... Kaj mi morejo pomagati, kaj moram od njih zahtevati?«

Kadar si ljudje pomagamo, je marsikaj v življenju lažje. Uporabnica, ki živi s sostanovalko, je takole rešila težavo: »Pomaga mi Ana, hrano pa to. Ona je medicinka, ona je pa rabila pravne nasvete. Imela je denarno krizo, pa sva si pomagali, pa sva ugotovili, da bi bilo cenejše življenje, če bi živeli skupaj.«

Uporabniki navajajo kot vir pomoči tudi sosede, ki lahko pomagajo v kritičnih trenutkih. Včasih jim uporabniki zaupajo ključne stanovanj, da jih ti lahko pridejo obiskat. Sosedi so lahko tudi dober vir pomoči v obliki informacij, ki jih lahko posredujejo uporabniku.

Največkrat breme za nemočnega starostnika pade na ramena svojcev oziroma zakonca, ki je še pri močeh. V naslednji izjavi uporabnica zelo nazorno opisuje lastno izgorevanje ob skrbi za moža:

On vstane ob enih, smo vsi pokonci, nato ob treh, gre na wc, bi pil vodo, ga odenem, je bila ura pol štirih, je spet vstal, šel na wc. Je bila ura pet, je vstal in hodil po stanovanju. Jaz sem zbita po taki noči.

Strategije preživetja uporabnikov

Ljudje se velikokrat odločajo za samoplačniške storitve, kot da čakajo na storitve zdravstvenega sistema, ki so velikokrat nekakovostne, čakalne vrste pa so predolge. Uporabnica raje plača storitve samoplačniško, kot da bi bila deležna poniževalnega ravnanja: »Zdaj rajši plačam, kot živce zgubljam. Pa še vero v človeka.«

Uporabnica opaža pri sebi karakterne spremembe. Kadar ji je hudo zaradi njenega zdravstvenega stanja, si pomaga tako, da se smeje svoji situaciji. »Začela sem se afnat, začela sem se norca delat iz same sebe. [...] Od takrat naprej se jaz več nisem znala jokati.«

Da lažje premagujejo ovire, ki jih je povzročila bolezen, si nabavijo medicinsko tehnične pripomočke, na primer za hojo, si omislijo višje sedeže, bolniško posteljo, preuredijo toaletne prostore.

Uporabniki se trudijo čim dlje ohraniti sposobnosti, na primer za vožnjo z avtom, kuhanje, ukvarjanje s konjički, nakupovanje. Storitve fizioterapije, delovne terapije, zdravstvene nege so bile usmerjene tudi v vzdrževanje ali ponovno vzpostavljanje sposobnosti človeka, da ohranja svojo samostojnost. Uporabnica, ki ne more hoditi, je povedala: »V domačem okolju je najlepše. Kadar je lep dan, ven pogledam, vidim gore. Želim biti tu. Fotografiram rada, imam par posnetkov. Pa sem v 11. nadstropju.«

Zdravje je našim uporabnikov vrednota, zato si ga želijo obdržati. Največkrat si ga skušajo ohranjati z dodatnimi samoplačniškimi pregledi, primerno prehrano – dieto ali dodatnimi zdravili. »Jaz sem tudi že privat fizioterapevtko imela, ki je hodila [k meni na dom], sem dala 50 € na obisk.«

Viri pomoči

Uporabnica nam je zaupala, da je z leti izgubila tudi vire pomoči. »Kdo je moj vir moči? Nobeden. Nimam zdaj nobenega. To so le ta leta že, ali smo narazen, ali so pomrli, ali čisto po svetu razbiti.« Ljudem, ki so računalniško pismeni, pri druženju zelo pomaga sodobna tehnologija. »Če se hočem nasmejati, si odprem skype, pa se kar nekaj prijateljev oglasi tam.«

Družina je največkrat vir pomoči. »Z možem sva se zelo razumela, nikoli ni dvignil roke nad mano, zato tudi meni ni težko skrbeti zanj.«

Storitve v okviru projekta »Aktivno in kvalitetno staranje v domačem okolju«

Projekt je bil s celostno obravnavo, timskim pristopom, sodelovanjem različnih strok in brezplačnimi storitvami dostopen vsem starejšim od 65 let, osebam s statusom invalida in kronično bolnim, članom Mestne zveze upokoencev

Ljubljana in drugim posameznikom, ki živijo na območju Mestne občine Ljubljana in so prosili za pomoč. Informacije glede projekta A-Qu-A so ljudje dobili na različne načine: »Doktor Zorova mi je povedala za to stvar in potem je prišla medicinska sestra do mene in sem bila čisto presenečena.« »V časopisu sem prebrala, da je Jankovič obnovil eno hišo, v kateri se izvaja ta projekt, in sem vedela, katero, mimo nje se namreč peljem, ko grem v mesto ali pa v trgovino.«

Pokazalo se je, da je bilo za našo populacijo uporabnikov ključno, da so bile storitve brezplačne in na domu: »Fizioterapijo sem imela samo pri vas, ker je brezplačna in še na domu. Ker z možem tako nikamor ne moreva.« Uporabniki so pohvalili organizacijo dela, koordinacijo, še posebej pomembno zanje je bilo hitro ukrepanje, se pravi dobra odzivnost. »Jaz nič ne rečem, zame ste bili v pisarni zlati. Kadar sem klicala, ste me vprašali, kaj potrebujem za moža ali zase, in ste takoj nekoga poslali.«

Storitev zdravstvene nege je obsegala prve obiske in triažo na domovih naših uporabnikov, pomoč pri negi bolnih in starejših ter sodelovanje v procesu preventive, zdravljenja in rehabilitacije. Uporabnikom je bilo pomembno, da so prejeli storitve, ki jih drugje niso bili deležni.

Medicinski sestri sem hvaležen. Rešila me je. Hodila mi je povijati noge, ker nikjer nisem mogel dobiti te storitve. Sedaj je stanje toliko boljše, da lahko oskrbovalke pridejo in mi oblečejo ortopedske nogavice, da lahko zjutraj vstanem in začnem dan. Brez tega ne morem.

Fizioterapija in delovna terapija sta uporabnikom omogočili večjo samostojnost in kakovost življenja na domu. Uporabniki so poudarili občutno izboljšanje zdravstvenega stanja in učinkovitejšo rehabilitacijo: »S fizioterapijo na domu sem bila zadovoljna, dosegla sem to, da je roka funkcionalna do te mere, da zmorem sama še naprej kuhati, skrbeti zase in za moža.« Uporabniki so navedli veliko zadovoljstvo s protibolečinsko obravnavo, ker je zanje to pomenilo veliko izboljšanje splošnega počutja, možnost opravljanja vsakodnevnih opravil in nemalokrat ponovno vključevanje v socialno mrežo: »Fizioterapija z laserjem mi zelo koristi, z delom fizioterapevtke sem zelo zadovoljna.« Delovnoterapevtske obravnave so se pokazale kot nepogrešljive pri kognitivnih treningih in izobraževanju svojcev: »Imam vašo delovno terapevtko, s katero bomo žal zdaj končali. Ona z mano dela spominske vaje, logične vaje mi da delat.« »Prinesla mi je še material za prebrat, da vem, kaj je dobro zame.« Enako velja za svetovanje fizioterapevtke: »Fizioterapija na dom je bila vsekakor zlato, ker prej si nisem upala telovaditi, dokler mi ni fizioterapevtka razložila, kako naj to pri moji poškodbi počnem.«

Uporabnikom je bilo pomembno, da so bile upoštevane in zadovoljene njihove potrebe, zadovoljni so bili z individualnim pristopom dela, saj so si strokovne delavke vzele čas zanje: »Vaša fizioterapevtka dela čudeže, je zelo prijazna in vedno se mi prilagodi.« »Diplomirana medicinska sestra je kot biser, kot najina mama, vedno si vzame čas«. Uporabnikom je poleg profesionalno opravljene storitve veliko pomenil tudi dober odnos s strokovnimi delavkami: »So strokovnjakinje, prijetne, obvladajo svoje delo.« »Zahvaljujem se delovni terapevtki za dobro opravljeno delo in dober odnos do gospe.«

Kot pomemben vidik odnosa s strokovnimi delavkami so uporabniki omenili tudi spodbujanje in skrb za svoje: »Veste, kako sem bila na tleh ... potem pa so začele vaše prihajati, še posebej medicinska sestra, ki mi je pomagala pri možu ... veste, ko dobite takšno oporo od nekoga, me dvigne.« »Vaš projekt je zelo dober, predvsem brezplačne storitve in odnos terapevtke, saj je zelo motivirala mojo mamo, da je bolj aktivna.« Ob skrbi za uporabnika so strokovne delavke prepoznale še dodatne potrebe po pomoči:

Ko je k možu prišla medicinska sestra zmerit pritisk, sem komaj še hodila ... in me je vprašala, kaj je narobe. Ko je videla, kako sem slaba, je takoj tekla do avta, vzela protibolečinski tens in ostale stvari, mi ga namestila in me še masirala z nekim gelom. Tako da je bilo meni vsaj za živeti. Enkrat na teden je hodila k meni, dokler nisem bila boljša. To je zlata duša, tako rada bi, da bi še prihajala.

Vključenost v projekt »Aktivno in kvalitetno staranje v domačem okolju« je za nekatere pomenila edino rešitev, ki so jo dobili: »Vaš projekt nam je izredno pomagal, za razliko od zdravstvenega sistema ste res naredili maksimum«. »Medicinski sestri sem hvaležen. Rešila me je. Hodila mi je povijat noge, ker nikjer nisem mogel dobiti te storitve«. Nekateri so samo tako lahko ostali v domačem okolju: »Brez vaše medicinske sestre ne bi zmogli, samo ob vaši pomoči je mož lahko ostal doma.«

V projektu smo uporabnike obravnavali celostno in za to je bilo potrebno sodelovanje različnih strok. To dokazuje izjava uporabnice:

Iz zavoda hodijo k meni čistit. Ko so videli, v kakšnem stanju sem, so k meni poslali medicinsko sestro iz projekta, ki me je povprašala, kaj potrebujem, potem je začela redno hoditi k meni, skupaj s patronažno. Ker sem imela zlom roke, je k meni poslala tudi fizioterapevtko.

Pomanjkljivosti, ki so jih glede izvajanja storitev v projektu »Aktivno in kvalitetno staranje v domačem okolju« navedli uporabniki in o katerih so poročale strokovne delavke in smo jih opazili tudi pri sami koordinaciji projekta, so povezane z začasnostjo projektne dela. Zaradi končevanja projekta se je skrajšalo število obravnav, uporabniki so prejeli le en sklop terapij, čeprav bi jih potrebovali več. Pri delu smo zaznali nezadovoljstvo zaradi čakalnih vrst, ki na začetku niso bile predvidene v tolikšni meri. Povprečna čakalna doba za terapijo je bila štiri mesece. Poleg tega so tudi do pol leta čakali na fizioterapijo. Po koncu obravnav se je v večini primerov pokazala potreba po nadaljevanju: »Tole je dala, tisti aparat tens, vnetje je izginilo, bolečine so pa še vedno prisotne. Mogoče bi res bilo potrebno še več ponovitev terapij.« »Ja, jaz bi potrebovala nekoga, ki bi dalj časa hodil k nama; razumem pa, da se ta vaš projekt konča, da dobimo le določen delež teh storitev.«

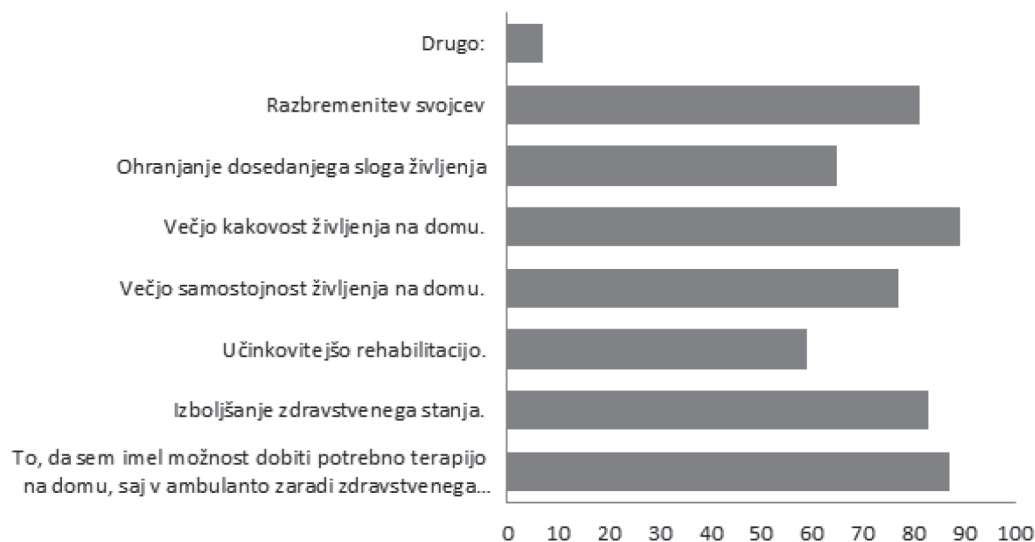
Zadovoljstvo uporabnikov, vključenih v storitve projekta »Aktivno in kvalitetno staranje v domačem okolju«

Zadovoljstvo uporabnikov smo preverjali tudi s kvalitativno analizo. Za ta namen smo poslali ankete uporabnikom socialne oskrbe in uporabnikom, vključenim v storitve projekta A-Qu-A. V nadaljevanju so predstavljeni rezultati,

ki se nanašajo na odgovore teh uporabnikov. Izvajanje storitev na domu uporabnikom pomeni predvsem večjo kakovost življenja na domu (44 %). Uporabnikom je bilo všeč, da so imeli možnost dobiti potrebno terapijo na domu, saj v ambulanto, zaradi zdravstvenega stanja, niso mogli (43 %). Z vključitvijo v storitve se jim je izboljšalo zdravstveno stanje (41 %). Zaradi prejemanja storitev v okviru projekta so svojci uporabnikov občutili razbremenitev (40 %). Uporabniki so občutili večjo samostojnost pri življenju na domu (38 %), storitve so jim omogočile tudi ohranjanje dosedanjega sloga življenja (32 %) in učinkovitejšo rehabilitacijo (29 %).

Pogostost posameznih odgovorov je razvidna iz grafa 1.

Graf 1: Pomen opravljenih storitev na domu uporabnikov.



Razprava

V zavodu za oskrbo na domu v času dolgoletnega dela s starostniki ugotavljamo, da velikokrat storitve klasične pomoči na domu, kot jo definira Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev (2010), ne zadostujejo za vsakdanje življenje starostnika na lastnem domu. Pomemben vidik starosti je tudi zdravstveno stanje starejših, ki ob socialni oskrbi potrebujejo tudi zdravstvene storitve. Izvajanje projekta A-Qu-A pomembno vpliva na kakovost izvajanja storitev socialne oskrbe, ozavešča uporabnike na področju preventive in neposrednega izvajanja storitev drugih zdravstvenih dejavnosti, poudarja celostni pristop in timsko delo različnih strok ter s tem izboljšuje psihofizično kondicijo uporabnikov in zaposlenih. Rezultati projekta kažejo na potrebo po nadaljnjem izvajanju teh storitev, ki bodo vplivale na večjo samostojnost, aktivnost in kakovost življenja starejših na svojem domu. S celostno pomočjo starejšim pri težavah, s katerimi se srečujejo pri bivanju v lastnem domu, smo ponudili rešitve, ki trajno vplivajo na spremenjene bivanjske navade starejših, na njihovo večjo samostojnost ter bolj zdravo in aktivnejše življenje.

Neenakost med posameznimi skupinami starejših se kaže predvsem na ravni socialno-ekonomskega statusa. To je že samo po sebi in po zakonodajnih predpostavkah neetično. Projekt je omogočil vsem osebam enake možnosti pri zadovoljevanju potreb. Programi in storitve so prilagojene potrebam vsakega posameznika, to pa je zmanjšalo trenutne neenakosti med posameznimi skupinami. Pomembna poudarka sta tudi multidisciplinarno izvajanje aktivnosti in dolgoročna vizija mreženja različnih strokovnih ozadij in usposabljanja strokovnih delavcev za nadaljnje izvajanje dela.

Dolgoročna idejna zasnova projekta je sprememba strokovne prakse in pristopa k celostni oskrbi na domu. S projektom, ki je nadgradnja obstoječega sistema oskrbe na domu, si prizadevamo za spremembo socialne zakonodaje, večjo socialno pravičnost in vključenost uporabnikov (ranljivejša družbena skupina), boljšo dostopnost do storitev in zmanjševanje razlik v zdravju med skupinami uporabnikov. Na podlagi izkušenj pri izvajanju projekta, zelo dolgih čakalnih vrstah in velikega zadovoljstva uporabnikov menimo, da je celoten sistem podpore starejšim, ki ga izvajamo v sklopu projekta »Aktivno in kvalitetno staranje v domačem okolju«, primeren za implementacijo v širšem slovenskem okolju in lahko veliko pripomore k sprejemanju Zakona o dolgotrajni oskrbi. S primernim informiranjem, visokim standardom kakovosti dela ter široko ponudbo storitev in celostnim pristopom pri delu z ljudmi lahko našim uporabnikom omogočimo lepše življenje. Njihovo željo po polnovrednem in kakovostnem življenju razumemo in sprejemamo kot našo nalogo in poslanstvo.

Viri

- A-Qu-A (2016). *Aktivno in kvalitetno staranje v domačem okolju*. Pridobljeno 28. 6. 2017 s <http://www.a-qu-a.si>.
- Mali, J. (ur.) (2015). *Socialna oskrba na domu: izziv za koordinirano dolgotrajno oskrbo, zbornik strokovnega srečanja, Ljubljana, 17. 11. 2015*. Ljubljana: Skupnost socialnih zavodov Slovenije, Gerontološko društvo Slovenije (konferenčni zbornik).
- OECD (2005). *Long-term care for older people: OECD study (2001-2004)*. Pridobljeno 29. 6. 2017 s <http://www.oecd.org/els/health-systems/long-termcareforolderpeopleoecdstudy2001-2004.htm>.
- Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev (2010). Ur. l. RS 45/2010.
- Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013-2020 (2013). Ur. l. RS 39/2013.
- Šiplič, V., & Kadiš, D. (2002). Psihosocialni vidik staranja. *Socialno delo*, 41(5), 295-300.