

Kakovostna starost

REVIJA ZA GERONTOLOGIJO IN MEDGENERACIJSKO SOŽITJE
LETNIK 19 (2016), ŠTEVILKA 1



INŠTITUT ANTONA TRSTENJAKA

KAKOVOSTNA STAROST

letnik 19, številka 1, 2016

KAZALO

UVODNIK (INTRODUCTORY)

ZNANSTVENI IN STROKOVNI ČLANKI (SCIENTIFIC AND EXPERT ARTICLES)

- 3 Franc Imperl: Razvojna usmeritev domov za starejše
- 29 Ksenija Ramovš: Zmerno in čezmerno pitje starejših ljudi

IZ GERONTOLOŠKE LITERATURE

- 60 Globalni obseg problema nasilja nad starejšimi in ukrepanje po podatkih SZO (Ana Vujović)
- 63 Drobci iz gerontološke literature (Zbrala: Tina Lipar)

GERONTOLOŠKO IZRAZJE (GLOSSARY OF GERONTOLOGY TERMS)

- 66 Oskrbovana stanovanja (Jože Ramovš)
- 67 Dnevna oskrba (Jože Ramovš)
- 67 Nočna oskrba (Jože Ramovš)
- 68 Kratkotrajna nastanitev (Jože Ramovš)

INTERVJU (INTERVIEW)

- 69 Vesna Vodišek Razboršek, Beti Prtenjak in Martina Klobčar ter Jože Ramovš: Ubrana vodstvena ekipa Doma starejših Šentjur prenavlja koncept

GOOD QUALITY OF OLD AGE

- 87 Good Quality of old age: Journal for Gerontology and Intergenerational Relations, Vol. 19, Num. 1. 2016

Dom za stare ljudi je lahko motor razvoja dolgotrajne oskrbe v kraju. Seveda sodoben, notranje de-institucionaliziran dom, z razvojnim žarom vodstvene ekipe. Tak dom ima poleg redne domske oskrbe vedno več sodobnih oskrbovalnih programov, ki se med seboj prepletajo, da je oskrba v ustanovi čim bolj normalna, kot pravijo Nemci, to je podobna tisti doma.

V Sloveniji je kar nekaj domov, ki so krenili pogumno in ustvarjalno v razvoj programov, kakršne smo doslej hodili gledat v Nemčijo, Avstrijo, Švico in drugod po Evropi. V prejšnji številki revije nam je v obsežnem intervjuju odstrl vpogled v ta razvojni polet direktor ljutomerskega doma Boris Sunko. Oni so prvi zbrali pogum za gradnjo malega krajevnega doma z dvema gospodinjskima skupinama v bližnji krajevni skupnosti, namesto, da bi širili svojo veliko stavbo v Ljutomeru. Dobri odzivi vas bralcev na ta in druge obsežne – življenjske strokovne intervjuje nam potrjujejo, da so le-ti enakovredna dopolnitev znanstvenih člankov. Po svojem učinku je tak intervju blizu poglobljeni kvalitativni razvojni raziskavi, njegova dodatna prednost pa je življenjski realizem uresničenega razvoja v praksi.

Nadaljujemo torej pot spoznavanja razvojnih zgledov po slovenskih domovih za stare ljudi. V tej številki spoznavamo izjemen polet in uspeh Doma starejših Šentjur pri Celju v intervjuju z vodstvenim timom: direktorico, glavno sestro in socialno delavko. Kaj vse razvijajo novega v tem krajevem javnem domu sredi slikovitega kraja, ki ga poznamo tudi po ubranih slovenskih pesmih skladateljev Ipavcev?

Pred 15 leti je bil zgrajen klasičen dom s 160 posteljami. Njegova arhitektura je bila običajna – tista po zgledu bolnišnice in hotela z večposteljnimi sobami, dolgimi hodniki, oddelki ... Arhitektura in koncept oskrbe torej, ki sta bila sodobna pred dobrega pol stoletja, medtem ko je v tem času razvoj obojega naredil vsaj tako velik razvoj kakor informacijsko komunikacijska tehnologija. Taki domovi po Sloveniji so sedaj pod pritiskom posodabljanja; do leta 2020 ne sme biti več tri ali večposteljnih sob. Še skoraj nov šentjurski dom gradbeniško predelujejo in en del je že postal vzorčna gospodinjska skupina, z večino enoposteljnih sob, z lepo dnevno sobo ...

Imajo dnevno oskrbo za tistih nekaj ljudi, ki jo v tem kraju potrebujejo. Toda normalizirano, kakor je to po Evropi: razporejeni so med druge stanovalce, da *»ne veš, kdo je v skupini tisti, ki odhaja domov proti koncu dneva in prihaja zjutraj spet v dom«*, kot je v intervjuju dejala direktorica.

Pod isto streho imajo prava oskrbovana stanovanja – v njih je star človek lahko povsem samostojen stanovalac, če želi, dobiva iz doma to ali ono storitev, ko je potrebno pa polno oskrbo.

Uredili so si paliativno sobo, ki je pravi domski in krajevni hospic za zadnje dni življenja in spremljanje umirajočega. Svojec je lahko prisoten 24 ur. Vsi zaposleni, vključno z domsko zdravnico so se temeljito usposabljali za paliativo in človeško spremljanje umirajočih. V Sloveniji je na tem področju malo večjih potreb, kakor je ta, da bi naši domovi za stare ljudi šli po tej poti. Strokovne, humane in druge zmožnosti naših domov nas lahko v nekaj letih obogatijo za desetine krajevnih hospicov za humano spremljanje umirajočih.

Pri branju intevjuja boste odkrivali tudi povsem nove programe, ki so jih uvedli v Šentjurju. Tu v resnici deluje prva oaza za dementno bolnike v zadnji fazi – soba, v kateri je mir, kjer se čas ustavi, kjer se zaposleni, svojec ali obiskovalec umiri in spočije – oči ob slikah, ušesa ob glasbi, vonj ob aromaterapiji, duha v zbranem miru poslavljanja s sveta ... Nasprotna temu – vendar samo navidez – je njihova izvirna kopalnica dobrega počutja. Vseposod pa so izvirno, plečnikovstvo dodelani detajli: držala na omarah, niše pred sobami stanovalcev, podi, postelje. Dnevni red so prilagodili potrebam ljudi – zajtrk nimajo več »ob« tej in tej uri, ampak »od - do«. Vsak stanovalac ima natisnjen svoj pravi življenjepis; njegova življenjska zgodba, ki je osnova za individualizirano oskrbo, je vpeta v osebni življenjski načrt – to je veliko več kakor predpisani individualni načrt. Najpomembnejša pa je skrivnost za vsem tem: ustvarjalni eros in dobro sodelovanje vodstvenega tima, nenehno učenje vseh zaposlenih – učeča se organizacija, prehajanje pobud in odgovornosti navzdol na majhne avtonomne time.

Če boste začeli brati revijo od zadaj z intervjujem, bo to dober uvod v branje Imperlovega članka, ki utemljuje razvojne usmeritve sodobnih domov za starejše.

Urednik

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

mag. Ksenija Ramovš (*Inštitut Antona Trstenjaka*)

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

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

Mednarodni uredniški svet / International Advisory Board

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

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

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

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

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

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

Pregled besedila: Veronika Mravljak Andoljšek

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-antonatrstenjaka.si/tisk-kakovostna-starost-arhiv.asp>

E-pošta: info@inst-antonatrstenjaka.si

Revija Kakovostna starost v letu 2016 sofinancira ARRS na temelju javnega razpisa za sofinanciranje in izdajanje domačih znanstvenih periodičnih publikacij v letih 2015 in 2016 (pogodba št. 630-136/2015-1)

Franc Imperl

Razvojna usmeritev domov za starejše

POVZETEK

Oskrba starostnikov je v sodobnem svetu vse aktualnejša. Nagovarja jo vse več od nege in oskrbe odvisnih oseb. Po svoji vsebini in organizacijski obliki se je v zadnjih desetletjih povsem spremenila. Če smo še neposredno po drugi svetovni vojni imeli sirotišnice in hiralnice, kamor so nameščali socialno šibke in od družbe pozabljene ostarele osebe, trkajo danes na vrata oskrbe in nege vse kategorije starostnikov ne glede na stan, socialno pripadnost, življenjski standard in stil življenja. Prav zaradi tega prihaja do velikih sprememb v smislu iskanja ustrežnejših oblik in pristopov negovalnega supporta. Ob koncu 60. let in še bolj v 70. letih so se porodile ideje o spremembi kulture in načina dela kot alternativa obstoječemu, takrat že »tradicionalnemu« medicinskemu načinu dela ter funkcionalni in timski organizaciji nege. Tako se je začelo veliko gibanje, katerega vplive zaznavamo v zadnjih desetih letih tudi v Sloveniji. Vračamo se na izhodišče dela medicinskih/skrbstvenih sester, ko so bili v središču njihovega dela bližnji odnosi tako s pacienti kot z njihovimi svojci in s celotno družino. Danes lahko govorimo, da so glavne spremembe na osnovi sodobnih konceptov v smeri *normalizacije življenja stanovalcev* in s tem tudi *celotnega delovanja doma*. Praktično se to vidi na področju naravnosti delovanja domov za starejše, v jasni delitvi med strateškim in operativnim nivojem odločanja ter v neprimerno večji vlogi zaposlenih tako pri delu delovnih timov kot pri referenčnem odnosu do stanovalcev. Spremenjeni so tudi pogledi na bivalno okolje stanovalcev domov za starejše, saj je dobro počutje v bivalnem okolju ena od temeljnih človekovih potreb, ki je v vsaki osebi globoko zakoreninjena. Tudi organizacija dela se v sodobnih konceptih bistveno loči od tradicionalnih organizacijskih struktur. Hierarhični organizacijski model, ki je tipičen za »birokratsko organizacijo«, postane v sodobnih konceptih domov za starejše bistveno bolj sploščen. Podobne so tudi spremembe na področju vodenja, kjer imamo dve jasno ločeni funkciji: strateško in operativno. Pomembno vlogo pri transformaciji klasičnega dela v sodobne koncepte pridobijo t. i. vodje organizacijskih enot.

Ključne besede: domovi za starejše, vloge medicinskih sester, naravnost delovanja, referenčna odnosna nega/oskrba, odločanje, vloga zaposlenih, avtonomni delovni timi, bivalno okolje, organizacija dela, vodenje, vodje organizacijskih enot

AVTOR: *Franci Imperl* je psiholog, ki je med drugim opravljal službo direktorja centra za socialno delo in bil namestnik ministra za družino in socialno varstvo. Leta 1993 je ustanovil izobraževalno in razvojno družbo na področju socialnega varstva FIRIS IMPERL, d. o. o., leta 2003 pa še projektno družbo SENIORPROJEKT, d. o. o. V sklopu evropskega projekta je skupaj s predstavniki šestih evropskih držav sooblikoval model upravljanja kakovosti v socialno varstvenih organizacijah E-Qalin. Zadnja leta se posveča razvoju konceptov na področju oskrbe starostnikov.

ABSTRACT

Development orientation of elderly homes

Elderly care receives an increasing attention in the world. More and more people become dependent on care and this working field has changed substantially in the last decades as regards to its content and its organisational form. If we had orphanages and infirmaries still after WWII, where the socially weak and from society forgotten elderly people were placed, today all categories of elderly are knocking on the doors of care, regardless of their status, social affiliation, living standard and lifestyle. This is the reason why changes in the form of searching for more adequate forms and care support are on the upswing. By the end of the 1960ies and even more in the 1970ies ideas were developed which introduce a change in culture and work as an alternative to the existing way, which then included the "traditional" medical work field and a functional as well as a team-organisational care. Thus, an extensive movement began, which influences are felt in Slovenia in the last ten years. We are returning to the starting point of the work of medical/care nurses, when at the centre of their work were close relations with patients, relatives and the whole family alike. Today we can claim that the main changes of the new concepts are in the fields of *normalisation of the life of our clients* and therefore of the whole activities of homes. In a practical sense this can be seen in the area of an orientation of the homes towards the elderly, a clear division between strategic and operational decision-making and a substantially increased role of the employees within working teams and within a primary patient-oriented care. Also, viewpoints on housing of the people living in elderly homes have changed, i.e. good wellbeing in a home neighbourhood is one of the basic human needs, which is deeply rooted in ourselves. Furthermore, work organisation in modern concepts is substantially different than in traditional organisational structures. The hierarchy organisational model, which is typical for a "bureaucratic organisation" becomes significantly more relaxed in homes with modern concepts. Similar are changes in the area of leadership, where there are two clearly divided functions: strategic and operational. During a transformation from a classic to modern concept a pivotal role is played by so called heads of organisational units.

Keywords: elderly homes, role of nurses, orientation, primary patient-oriented care, decision-making, role of the employees, autonomous working teams, home environment, work organisation, leadership, heads of organisational units.

AUTHOR: *Franci Imperl is a psychologist, who among others was the director of a state social-welfare centre and deputy minister for family and social affairs. In 1993 he founded an educational and development company in the field of social welfare under the name FIRIS IMPERL d.o.o., and in the year 2003 the project company SENIORPROJEKT d.o.o. Within a European project he co-designed together with representatives of six European states a quality management model for institutions in social care named E-Qualin. In the last years he emphasises on developing concepts for welfare of the elderly.*

Sodobni domovi za starejše so nasledniki sirotišnic in hiralnic, ki smo jih poznali vse do druge svetovne vojne. V 50. letih in še posebej v 60. letih prejšnjega stoletja se je

začel razvoj sodobnih pristopov in konceptov programov oskrbe starejših, v prvi fazi v smeri institucionalnega varstva.

Osrednja zaznana premika sta se odvijala po eni strani na področju zdravstvene nege in oskrbe, po drugi strani pa na področju arhitekture, bivalnih pogojev in organizacije dela.

Prvo šolo za medicinske sestre je leta 1860 v Londonu ustanovila Florence Naghtingale (Bernard Papež, 2011). Vendar se je poklic sester začel intenzivneje razvijati po prvi svetovni vojni. V zahodnih evropskih državah so bile sestre angažirane predvsem pri oskrbi starejših in drugih rizičnih skupin na domu. Takrat so jim rekli *skrbstvene sestre*. Zaradi ekonomske depresije v tridesetih letih prejšnjega stoletja si ljudje niso več mogli privoščiti sestre za nego bolnih. Za bolne je narasla uporaba bolnišnic. V tem času je mnogo brezposelnih sester šlo v bolnišnico, kjer so delale v zameno za sobo in hrano ter prvič padle pod pravila in norme birokratsko organizirane institucije (Manthey Marie, 2002).

V drugi svetovni vojni je zaradi velikega pomanjkanja negovalnega kadra najprej prišlo do masovnega izobraževanja medicinskih sester, nato pa do usposabljanja pomožnega negovalnega osebja, na katerem so jih naučili preprostih postopkov – postale so negovalke oz. bolničarke. Po koncu vojne so se diferencirani profili negovalnega osebja avtomatsko prenesli v bolnišnice, od tu pa v negovalne domove oz. domove za starejše.

V petdesetih letih prejšnjega stoletja se je zaradi večanja števila negovalnih bolnišnic in negovalnih domov poglobljalo pomanjkanje usposobljenih medicinskih sester, zato so se ustanove začele vse bolj zanašati na stabilnejše pomožno osebje. Prvikrat se srečamo s tako imenovano *funkcionalno nego*. V vsaki poklicni kategoriji zaposlenih in znotraj iste kategorije so posamezniki v sklopu nege in oskrbe ter skladno z dodeljeno funkcijo izvajali določeno aktivnost oz. storitve. Ena sestra je pacientom/varovancem razdelila zdravila, druga je opravljala osnovno nego, tretja je izvedla vse postopke ... Usmerjene so bile na opravljanje nalog oz. storitev, ne na vzpostavitev osebnega odnosa med negovalcem in pacientom/varovancem. Funkcionalna nega je zgrajena na industrijskem modelu nege – izvajanje nalog/storitev po tekočem traku.

V šestdesetih letih prejšnjega stoletja se je razvila t. i. *timska nega*, pri kateri vodja zdravstvene nege (t. i. glavna sestra) nadzoruje in koordinira vse aktivnosti nege, ki jih izvaja ostalo negovalno osebje. Negovalne naloge temeljijo na ravni zahtevnosti in sorazmerni ravni strokovnega znanja. Komunikacija je hierarhična: negovalec poroča vodji oddelka ali tima, ta pa vodji zdravstvene nege ali zdravniku. Vodja zdravstvene nege nadzoruje vodje oddelkov/timov, ti pa nadzorujejo svoje podrejene. V bolnišnicah je bilo razvitih veliko sistemov, ki so spodbujali vključevanje pomožnih delavcev (bolničark, negovalk) pod nadzorom diplomiranih medicinskih sester. V nekaterih bolnišnicah je pomožno osebje predstavljalo že 80 % vseh zaposlenih v negi. Timska nega je tako način, kako z uporabo cenejše delovne sile znižati stroške za plače, nekaterim medicinskim sestram, npr. vodjam oddelkov, pa oblikuje vlogo administriranja oz. kontroliranja. Medicinske sestre so se v velikem delu oddaljile od pristnega oz. neposrednega dela z uporabniki. Prav tako tu še vedno ni stalnosti med negovalcem in pacientom/uporabnikom (Koloroutis Mary, 2011).

Slabih deset let pozneje se je začel razvijati koncept *celotne nege bolnika* (total patient care), pri katerem medicinska sestra izvaja večino direktne nege s pacientom/

uporabnikom. Vendar so tu medicinske sestre odgovorne za negovanje pacientov/uporabnikov, ki so jim dodeljeni v določeni izmeni. V naslednji izmeni prevzame to odgovornost druga sestra. Posamezne sestre nimajo celotne odgovornosti za načrtovanje nege določenega pacienta/uporabnika. Vendar skuša koncept »celotne nege bolnika/uporabnika« omogočiti bolj zadovoljujoče delovno okolje in izboljšati odnos sestra – pacient/uporabnik (Koloroutis Mary, 2011).

V tem času je nezadovoljstvo z izvajanjem nege in oskrbe (predvsem funkcionalne in timske nege) že doseglo svoj višek. Nezadovoljni so postali tako uporabniki kot negovalno osebje in zdravniki v negovalnih bolnišnicah in negovalnih domovih (Mary Koloroutis, 2011). Vodje nege so se soočali s problemi necelovite, razosebljene in nekontinuirane nege, kompleksnega mednivojskega komuniciranja in deljene odgovornosti. Pacienti bolnišnic in varovanci domov so se pritoževali nad nehumano nego, medicinske sestre pa so se pritoževale, da preveč delajo s papirji. To je vodilo do razvoja *primarne nege*, katere osnovna značilnost je postavljanje referenčnega (povezanega) odnosa na prvo mesto, storitve pa se izvajajo skladno z individualnimi načrti in usklajeno nego, ki na področju odnosne nege poudarja pomen usklajenosti med negovalci in uporabniki, negovalci med seboj ter negovalci in vodstvom.

Vsi trendi so bili prepoznani tudi v naši družbi. Prva slovenska šolana medicinska sestra je bila Angela Boškin, ki je 30. oktobra 1918 na Dunaju diplomirala kot »usposobljena za poklicno opravljanje socialne skrbstvene dejavnosti na vseh področjih javne zdravstvene nege«. Kot skrbstvena sestra se je zaposlila 3. februarja 1919 na Jesenicah (Gradišek, 1992). Skrbstvene sestre so se zaposlovale v večjih krajih in delovale na terenu v preventivi.

Strežniško šolo smo v Ljubljani imeli že leta 1914, šolo za sestre pa leta 1923. Leta 1931 je sledila šola za zaščitne sestre, bolničarska šola je bila v Ljubljani ustanovljena leta 1939, šola za bolniške strežnike pa v Mariboru leta 1939. Izobraževanje so praviloma izvajale posamezne bolnišnice ali redovne skupnosti (npr. usmiljenke).

Septembra 1943 je uprava Slovenske centralne vojno partizanske bolnice organizirala prvi tečaj za bolničarje, iz katerega se je razvila sanitetna šola 7. korpusa (Kovač Gaja, 2011).

Leta 1946 smo v Ljubljani imeli že triletno šolo za medicinske sestre, leta 1949 je bilo šolanje podaljšano na štiri leta (Gradišek, 1992).

To razvojno sosledje je prepoznano v razvitem svetu in tudi v Sloveniji. Z vidika sodobnih trendov oskrbe starejših na splošno in še posebej v domovih za starejše je izredno zanimivo, kakšno moč sovplivanja na način in vsebino dela imajo zunanji, t. i. »družbeni« dejavniki pred notranjim svetom in potrebami uporabnika. Nekaj časa po prvi svetovni vojni so bile zelo čiste relacije med skrbstveno sestro in bolnim oz. onemoglim, ki je bival v lastnem domu. Res je, da uporabnikov na eni strani in sester kot ponudnikov storitev na drugi strani v takratnem času ni bilo ekstremno veliko. Nekaj časa je bil ta sistem obvladljiv. Sestra je prišla na dom ter poskrbela za popolno nego, obravnavo in tolažbo pacienta. Nobene »glavne« sestre ni bilo, da bi jo nadzorovala in vodila. Imela je avtoriteto odločanja, kdaj in kako bo izvedla zdravnikova navodila. Situacijo je sama ocenjevala in skladno s tem tudi delovala. Poleg tega je izobraževala pacienta in njegovo družino o tem, kako ohraniti svoje zdravje.

Če bi k temu dodali še sodobno strokovno opremljenost medicinskih sester, bi lahko rekli, da sta tak pristop in način dela z vidika uporabnika idealni rešitvi. Vendar so pred drugo svetovno vojno nastale družbene razmere, ki so globoko posegle v način izvajanja dejavnosti nege in oskrbe bolnih in onemoglih starejših ljudi.

Zaradi pomanjkanja sester na eni strani in velikega števila pomoči potrebnih oseb na drugi strani so začeli ustanavljati nove ustanove, v glavnem kot negovalne bolnišnice, pozneje pa kot negovalne domove. Vzpostavljati so se začeli »veliki« sistemi s kompleksno organizacijo dela in samo po sebi je prišlo do odtujitve »na osebo naravnanih« pristopov. Ne glede na to je bila v začetni fazi zaposlovanja medicinskih sester v bolnišnicah še vedno v središču pozornosti individualizirana nega. Vendar so se morale sestre v bolnišnicah prilagajati pravilom, ki obstajajo v birokratskih institucijah. Poleg spremembe fizičnega in psihološkega prostora delovanja medicinskih sester so začeli nastajati še pomožni negovalni kadri, ki so porušili »celovitost« pristopa, in nastale so strukture, ki niso bile primarno narejene zaradi uporabnikov, temveč po meri in zahtevi izvajalca. Ta notranja »odtujenost« je seveda tipična za velike sisteme, v katerih imamo pod eno streho veliko število uporabnikov in izvajalcev ter v katerih se v masi ljudi izgubljajo antropološko in psihološko pogojene meje tako osebnega kot socialnega življenja. Odtujenost odločanja, prevladujoče avtokratsko vodenje, filozofija funkcionalno organiziranega dela, izgubljanje osebne odgovornosti in prelaganje le-te na nadrejene ter skrivanje ali siljenje negovalcev v administrativno birokratska opravila so prispevali k »notranjemu« razkroju oz. razdvojenosti osebno naravnanih negovalcev.

Zato so se ob koncu 60. let in še bolj v 70. letih porodile ideje o spremembi kulture in načina dela kot alternativa obstoječemu, takrat že »tradicionalnemu« medicinskemu načinu dela ter funkcionalni in timski organizaciji nege.

Začelo se je veliko gibanje, katerega vplive zaznavamo v zadnjih desetih letih tudi v Sloveniji. Vračamo se na izhodišča dela medicinskih/skrbstvenih sester, ko so bili središče njihovega dela bližnji odnosi tako s pacienti kot z njihovimi svojci in s celotno družino. Pri delu v domovih za starejše nam to gibanje podaja drugačen pogled, in sicer nas nagovarja, da na dogajanje v domovih pogledamo z drugega zornega kota – naša ravnanja vrednotimo z očmi stanovalca: »Ali je to, kar počnemo, resnično tisto, kar si želi stanovalec?«

Vzporedno s temi procesi so se odvijale spremembe na področjih arhitekture, bivalnih pogojev in organizacije dela v domovih za starejše. V to je bila vpletena vsa zahodna Evropa, z izjemo nekaterih južnih držav ob Sredozemlju. Razvoj je strokovno najbolj dodelano predstavil Kuratorium Deutsche Altershilfe (Kuratorij nemške pomoči starejšim) iz Kölna v Nemčiji. V začetku 90. let prejšnjega stoletja so predstavili štiri generacije razvoja domov za starejše oz. negovalnih domov.

Če sodi I. generacija domov za starejše v obdobje pred drugo svetovno vojno in tik po njej, se je II. generacija začela razvijati v poznih 50. letih in v začetku 60. let prejšnjega stoletja. II. generacija domov že ima organizirano zdravstveno nego, organizacija dela pa je odslikava hierarhičnih odnosov, kot jih poznamo v bolnišnicah. Bivalni prostori za uporabnike so skromni; večinoma so večposteljne sobe, obstajajo tudi t. i. dnevni prostori, vendar so v velikosti največ 1,5 m² na uporabnika in brez kakršnegakoli vodenega

programa. Vodenje in organizacija prehrane, nege, čiščenja, pranja, delovne terapije in fizioterapije sta centralni. Velik del slovenskih domov ima še danes v celoti ali v večji meri lastnosti domov II. generacije.

III. generacija je koncem 70. let prejšnjega stoletja prinesla boljše bivalne pogoje, za varovance ali oskrbovance se je začel uporabljati izraz stanovalci, del centralnih struktur se je decentraliziral. Namesto velikih oddelkov so se pojavile bivalne skupine po 15 stanovalcev, ki so imele pretežno enoposteljne sobe in na nivoju vsake skupine ločen dnevni prostor, sicer pa še vedno ni bilo vodenih aktivnosti. Bivalne skupine ene etaže imajo svojo skupno jedilnico. Prevladuje timska nega.

Bistveno spremembo je prinesla IV. generacija domov za starejše, ki je izvedla dokončno načelo decentralizacije in normalizacije življenja. Bivalne skupine so v velikosti do 12 stanovalcev, vsaka ima svoj avtonomni delovni tim zaposlenih, priprava hrane se izvaja na nivoju skupine, sobe so pretežno enoposteljne ter prvič se pojavi jasno ločevanje med zasebnimi prostori, kamor sodijo sobe stanovalcev, in t. i. socialnim prostorom, kamor uvrščamo skupinsko kuhinjo, jedilnico in dnevni prostor. Dnevno življenje stanovalcev v sklopu socialnega prostora je dnevno vodeno in v prostoru je stalno prisotna najmanj ena od zaposlenih, t. i. prezenčnih oseb. Zadnje čase se v sklopu gospodinjskih skupin uveljavljata referenčni odnos, ki v smislu normalizacije prinaša elemente iz biografije stanovalcev, in ritem življenja, prilagojen individualnim željam in potrebam.

Razvoj kulture usklajenih odnosov, ki se lahko optimalno razvija v strukturi IV. generacije domov za starejše, se je dogajal v povezavi z novodobnimi spoznanji tako teoretične kot praktične narave. Za tem razvojem stojijo: Carl Rogers s svojo psihoterapijo, usmerjeno na pacienta, Humberto Maturana in Francisco Varela s konstruktivizmom, dr. Elisabeth Kübler-Ross s filozofijo hospica, Angelica Thieriot z modelom Planetree, Erving Goffman z analizo totalnih ustanov za nego in oskrbo, Marie Manthey s primarno nego, Keren Brown Wilson z domovi z oskrbno pomočjo pri samostojnem bivanju starejših, Rüdiger Bauer s kongruentno nego, Erwin Böhm s psihobiografsko nego, Paul Goodman s poudarjanjem decentralnega odločanja za organizacije, v katerih so ljudje »produkti«, in David Farrell, ki poudarja pomen stalnega osebja na nivoju pregledne skupine stanovalcev. Na razvoj sodobnih konceptov nege in oskrbe so vplivali nevroznanstveniki. Eric Kandel je prvi pojasnil, kaj je spomin ter kakšna je povezava med razpoloženjem in sproščanjem hormonov, kot so oksitocin, dopamin in serotonin – hormoni sreče, zadovoljstva in motivacije. Louis Cozolino je pojasnil, kako nevrobiološko potekajo odnosi med ljudmi. Giacomo Rizzolatti je odkril zrcalne nevrone. Svoj vpliv je imel tudi John Bowlby z analizo in klasifikacijo tipov navezanosti.

Če bi postavili skupne imenovalce strokovnega napora za vzpostavljanje človeka vrednega negovalnega/oskrbovalnega pristopa v domovih za starejše, so glavne spremembe na osnovi sodobnih konceptov v smeri *normalizacije življenja stanovalcev* in s tem tudi *celotnega delovanja doma* na šestih področjih, kot sledijo v naslednjih poglavjih tega članka.

1 NARAVNANOST DELOVANJA

Na izobraževanjih, ki jih za strokovne delavce in sodelavce v sistemu socialnega varstva že tretje desetletje organizira družba FIRIS IMPERL, d. o. o., smo izvedli krajšo raziskavo, v katero je bilo vključenih sedem slovenskih domov za starejše in več kot 180 zaposlenih v negi in oskrbi. Podatki so bili pridobljeni v zadnjih dveh letih.

Udeležencem programa smo postavili dve vprašanji. Prvo vprašanje se je glasilo: »Kaj sem pripravljen storiti za dober odnos (v privatnem življenju)?« Udeleženci so v razpravi trojk napisali odgovore na razdeljene listke. Ko so izpolnjene listke vrnili, smo jim zastavili še drugo vprašanje: »Kaj sem pripravljen storiti za dober odnos s stanovalci?« Postopek smo ponovili. Na koncu smo imeli dva kupčka listkov, ki smo jih prezentirali na pluta tabli.

Predstavljam vam sumarne podatke sedmih domov. Odgovore smo razvrstili tako, da smo na eno stran umestili odgovore, ki so vsebinsko pomenili »konkretne aktivnosti«, na drugo stran pa odgovore, ki so izražali »vključevanje čustev, vzpostavljanje empatičnega odnosa in upoštevanje vrednot«.

Pri »konkretnih aktivnostih« so omenjali: pogovor, razumevanje, sodelovanje, iskanje kompromisa, prilagajanje, pomagati mu, podpreti ga, pohvaliti ga, delati skupaj z njim, prisluhniti njegovi potrebi, nuditi dobro hrano, ponuditi kavo, vzeti si čas za pogovor, poskrbeti za dobro voljo, pozdraviti ga, vzeti si ustrezen trenutek, poiskati idejo, nuditi pomoč, reševati težave, podučiti, biti iznajdljiv, biti inovativen, sprejeti kritiko, imeti skupni cilj, sprejeti pravila, biti dosleden, biti vztrajen, biti pozoren, biti strokoven, izobraževati se, imeti profesionalni odnos ipd.

Pri »vključevanju čustev, vzpostavljanju empatičnega odnosa in upoštevanju vrednot« so zapisali: iskrenost, spoštovanje, poštenost, korektnost, odkritost, odprtost, dobronamernost, enakopravnost, varnost, solidarnost, zanesljivost, doslednost, sprejemanje človeka takšnega, kot je, sprejemanje drugačnosti, razumevanje, toleranca, dopuščanje, imeti pogum, upoštevati njegove želje, altruizem, tolažba, empatija, zaupanje, zvestoba, bližina, dotik, strpnost, znati odpustiti, potrpežljivost, vzpostaviti očesni kontakt, biti sprejemljiv za druge ljudi, sočutje, prijaznost, toplina, domačnost, zasebnost, srčnost, spontanost, ljubezen, prijateljstvo, ljubeznivost, dostojanstvo, ceniti drugega, dobrohotnost, družabnost, vzajemnost ipd.

Glede na število odgovorov na vprašanje *Kaj vse sem pripravljen storiti za dober odnos v privatnem življenju in kaj v odnosu do stanovalcev?* je bil sumarni rezultat naslednji.

Tabela 1: *Kaj sem pripravljen storiti za dober odnos*

Vprašanje	Odgovori	Št. odgovorov	Odstotek odgovorov
Kaj sem pripravljen storiti za dober odnos (v privatnem življenju)?	Konkretne aktivnosti	68	26 %
	Vključiti čustva, empatičen odnos in vrednote	197	74 %
Kaj sem pripravljen storiti za dober odnos s stanovalci?	Konkretne aktivnosti	141	65 %
	Vključiti čustva, empatičen odnos in vrednote	75	35 %

Odgovori so zelo zgovorni. Ko govorimo o tem, kaj smo pripravljene storiti za dober odnos v privatnem življenju, 74 odstotkov vseh odgovorov pove, da moramo v odnos vključiti svoje emocije, da moramo vzpostavljati empatični odnos in pri tem graditi na vrednotah. Slika je povsem drugačna, ko vprašamo zaposlene v domovih za starejše, kaj so pripravljene storiti za dobre odnose s stanovalci. Kar 65 odstotkov odgovorov je bilo usmerjenih v različne aktivnosti in opravila oz. lastnosti, ki omogočajo izvedbo posameznih opravil. Pojemovno so ti odgovori ozko povezani z izvedbo storitev, ki so močno poudarjene v naših domovih.

V razpravi sem udeležence vprašal, kateri odgovori so bližje njihovi identiteti, njihovi osebni in vrednostni naravnosti. Ker dovolj dobro poznam njihovo delo in odnos pri delu s stanovalci, bi lahko za večino rekel, da jih prepoznam v prvih odgovorih. Vendar zakaj so spontano pri vprašanju *Kaj sem pripravljen storiti za dober odnos s stanovalci?* v tako majhnem odstotku prepoznali čustva, empatijo in splošno sprejete vrednote? Gre za to, da so v službi del kulture ustanove, v kateri delajo, in da se v službi s to kulturo identificirajo. To pomeni, da ko prestopim prag doma za starejše, se v luči kulture ustanove moj pogled na človeka spremeni. Ne da bi bil drugačen od ljudi, s katerimi sobivam, le vidim jih drugače, ne pripisujem jim potreb po sprejetosti, varnosti, zaupnosti, intimnosti, povezanosti in vključenosti v takšni meri kot ljudem v privatnih odnosih. V luči te kulture gledam skozi naravnost na ustanovo in bistveno manj skozi naravnost na stanovalca.

Tak pogled in taka kultura sta nekaj, kar pritiče t. i. »klasičnim« domovom, kar pomeni, da ključne vsebine, predvsem pa organizacija dela, izhajajo iz potreb, interesov in filozofije ustanove, ki je izrazito naravnana na izvedbo storitev, ki jih stanovalec in zdravstvena zavarovalnica plačujeta. Storitve se spremljajo in analizirajo, njihova izvedba pa se kontrolira.

Nasproti temu je spoznanje o primarnosti kakovosti življenja oseb, ki bivajo v domovih. Dom je njihovo domovanje in ne interventna nastanitev; dom je organizacija, ki mora narediti vredno življenje šibkih in obnemoglih, ki ne morejo skrbeti zase. Zato dobi pri naravnosti na osebo stanovalec občutek, da ga opazijo, da je upoštevan in spoštovan ter da lahko živi po svojih predhodnih navadah in izkušnjah. Stanovalci imajo priložnost povedati svojo življenjsko zgodbo, uživati v pogovoru z negovalcem, božati mačko, povedati šalo ali poslušati glasbo. Storitve negovalcev morajo biti narejene korektno, morajo se dogajati čim bolj skladno z ritmom, ki ga čuti stanovalec, vendar so sekundarnega pomena.

Bistvo te filozofije je priznavanje in upoštevanje osnovnih vrednot, ki jih sicer negujemo v zasebnem življenju. V odnosu imajo pomembno vlogo spoštovanje, bližina, tolažba, sočutje in toplina, kot je običajno v krogu zaupnih oseb. Pomembno je ohranjanje pravice posameznika do osnovnih izbir v svojem dnevnem življenju – kdaj želi vstati, kaj želi obleči, kaj bo jedel za kosilo, ali želi kopel ali tuš zjutraj ali zvečer, ali želi sedeti na terasi ali raje želi zlagati perilo, ali želi poslušati glasbo ali počivati, kar je odvisno od njegovega razpoloženja in ne od določenega urnika. Morali bi imeti svojo sobo, ki bi bila delno opremljena tudi z lastnim pohištvom; če želijo, bi si lahko sami izbrali zavese in barvo stene. Dom bi moral poskrbeti, da imajo stanovalci dovolj svetlobe v svoji sobi,

da lahko skozi okno opazujejo naravo, ki jim pove, v katerem letnem času so. Obstajali naj bi majhni zasebni kottički, v katerih bi lahko stanovalci v miru sedel, morda bral.

Naravnost na osebo je pristop, ki spoštuje edinstvenost posameznika in išče možnosti, da bi posameznik ohranil sebe. Zato je rdeča nit negovalcev intenzivno ukvarjanje z biografijo stanovalcev, da lahko z njo nagovarjajo njihova čustva. Referenčne osebe imajo nalogo, da na osnovi biografskega dela počasi, korak za korakom, pridobijo informacije iz lestvice življenjskih dogodkov. Na tej osnovi opredelijo načrt odnosne nege in oskrbe. Referenčni negovalci drugim zaposlenim v razgovorih predstavijo načrte nege in tako se negovalci uskladijo. Poveča se verjetnost, da bodo vsi negovalci iz tima na enak način delovali s stanovalcem; pričakujejo se lahko več kontinuitete in na tej osnovi boljši rezultati. Raziskave v domovih za starejše so pokazale, da ima biografski pristop, ki spodbuja pripovedovanje in poslušanje življenjskih zgodb, za posledico nego, usklajeno s stanovalčevimi osebnimi željami in vrednotami, in krepitev odnosa zaposleni – stanovalci (Bauer Rüdiger, 2015).

Naravnost na osebo ima zgodovino; že zelo zgodaj je bila prepoznana v okviru *primarne nege z referenčnim odnosom*, ki se je razvila kot reakcija na tradicionalno funkcionalno/timsko nego. Kot sem že omenil, ima ta namreč tri pomembne težave: je necelovita in nekontinuirana; porabi se pretirana količina časa za aktivnosti, povezane s komunikacijo med negovalci ter med negovalci in vodstvom; odgovornost je deljena in zato izvedba nezanesljiva. Predvsem je bila problematična ne celovitost, ko negovalci različnih profilov pod nadzorom nadrejene sestre izvajajo posamezne aktivnosti, npr. negovalka opravi določeno storitev pri stanovalki in potem enako pri naslednji, podobno bolničarka ali zdravstveni tehnik. Vsi pri konkretnem stanovalcu izvajajo »parcialne« storitve, nihče ne skrbi zanj v »celoti«. Pri tem se primarno spremlja časovna učinkovitost negovalca. Predpostavlja se, da bodo stanovalci prejeli dobro nego, če bodo vsi delčki le-te opravljeni ob času.

Pri referenčni odnosni negi znotraj avtonomnega delovnega tima je v nasprotju s tem pomembna *odgovornost*. Za posameznega stanovalca je znotraj avtonomnega delovnega tima odgovorna ena sestra, bolničarka ali gospodinja. Ona je koordinatorka načrtovanja individualnega dela in skrbi za pretok informacij znotraj delovnega tima, da bi na tej osnovi potekalo usklajeno delo pri posameznem stanovalcu. Referenčna oseba zbira informacije iz vseh možnih virov: od stanovalca, sorodnika, socialnega delavca in zdravnika.

Za razliko od funkcionalne/timske nege je pri referenčni odnosni negi pomembna *direktna komunikacija*, kar pomeni, da pomembne informacije nimajo posrednikov. Referenčna oseba je odgovorna za sproženje direktne komunikacije z ostalimi člani avtonomnega delovnega tima, ki imajo zanjo potrebne informacije ali pa jih oni prejmejo od referenčne osebe, če z njimi razpolaga. Če referenčna oseba nima vseh informacij o dieti stanovalca, mora poklicati dietetika in se pozanimati. Če ne ve vseh zdravstvenih informacij, jih mora izvedeti od zdravnika ali vodje zdravstvene nege in obratno.

Referenčna oseba je osrednji *načrtovalec nege/oskrbe* pri konkretnem stanovalcu. Ker je v primarni negi skrb za konkretnega stanovalca dodeljena posamezniku, ki je osebno odgovoren za zagotavljanje večine nege/oskrbe, je primernost oz. neprimernost osebnega (individualnega) načrta od te osebe tudi najhitreje prepoznana.

Če želimo, da bo tako zastavljena referenčna odnosna nega znotraj delovnega tima tudi kakovostna, potrebujemo kompetentne, odgovorne in avtonomne negovalce. Obenem mora biti naravnost na osebo prisotna v vseh procesih dneva in prepoznana v vseh elementih življenja v domu. Uresničitev je možna v domu, v katerem je ob stanovalcu enakovredno upoštevan tudi negovalec, kajti pri naravnosti na osebo gre za paralelne procese: negovalec spoštuje stanovalca in je naravn nanj samo takrat, kadar izraža spoštovanje in naravnost do negovalca njegova ustanova.

Pri naravnosti delovanja je pomembna tudi usklajenost oz. kongruentnost odnosov, tako med negovalci in stanovalci kot med zaposlenimi, vodstvenimi delavci, vodstvom in zaposlenimi ter zaposlenimi in svojci. Skladnost naj bi dosegli glede vrednot, potreb, razumevanja biografije, oblikovanja varne navezanosti, norm, vodenja in podobnega (Bauer Rüdiger, 2014).

Pri večini tradicionalnih domov spremlja izvajanje storitev spoštljiva komunikacija, kar pomeni, da negovalec negovanje ali oskrbovanje stanovalca pospremi s prijazno besedo, z vprašanjem po počutju, z informacijo o poteku storitve, z željo po prijetnem popoldnevu in podobno. Toda primarna usmerjenost na storitev pušča mnoge stanovalce v čustveni praznini ter brez občutka osebne povezanosti in zaupanja. Strokovnjaki upravičeno ugotavljajo, da gre pri tem za čustveno zanemarjanje stanovalcev, saj jih zaposleni obravnavajo neosebno (ko o stanovalki govorijo, da je oseba iz »oddelka v 2. nadstropju«, iz »sobe številka 5«, »z demenco« ipd.), ko pri rutinskih vedenjih ne kažejo empatičnega odnosa ali ko ne priznavajo in ne ohranjajo stanovalčevih notranjih prepričanj ali moralnih čustev (Ulsperger J., Knottnerus J. D., 2011).

Usklajen oziroma kongruenten odnos v nasprotju s tem gradi na empatičnem vživljanju v človeka, na skladnosti med npr. samopodobo stanovalca in podobo, ki jo ima negovalec o stanovalcu. Nega na osnovi skladnega odnosa ne želi obravnavati simptomov, temveč želi ustvariti blagodejen odnos. Tak odnos spodbuja sproščanje določenih hormonov, kot so oksitocin, dopamin, serotonin ipd., ki prispevajo k oblikovanju emocionalnih vezi med ljudmi, k stimuliranju sistema pomirjanja in povezovanja, k motiviranju za vsakodnevne aktivnosti in k izboljšanju psihofizičnega zdravja posameznikov (Bauer Rüdiger, 2014).

Pogoja za usklajen odnos sta ozaveščanje samega sebe in iskreno zanimanje za sočloveka. Na ta način odkrivamo nova spoznanja o sebi in stanovalcih, s katerimi smo kot negovalci v referenčnem odnosu. Uskladitev oz. uglasitev sebe se najučinkoviteje razvije z zavezo k samorefleksiji – uglasitev se razvije s poglobljanjem svojega znanja, razumevanje sebe in drugih pa z refleksijo.

Iskreno zanimanje je preprosto dejanje, da postanemo informirani. S tem da smo informirani, počastimo osebo, zmanjšamo stanovalčev odpor, povečamo sodelovanje in se na dolgi rok spremenimo. Postanemo boljši ljudje in boljši negovalci.

V povezavi s tem je zanimiva raziskava, ki je bila pred leti narejena na Univerzi v Minnesoti. Zanimiva je zaradi tega, ker na eksakten in po svoje preprost način evalvira veljavo na osebo naravnega odnosa, ki pri starostniku empatično poišče informacije za razumevanje njega kot biopsihosocialne celote in sproži pozitivne spremembe pri njem.

V raziskavo so vključili 568 moških in žensk, starejših od 70 let, ki so živeli samostojno, vendar so bili v veliki nevarnosti, da obnemorejo zaradi kroničnih zdravstvenih težav,

akutnih boleznih in kognitivnih sprememb. Z njihovo privolitvijo so naključno izbrano polovico napotili k ekipi medicinskih sester in zdravnikov, specializiranih za gerontologijo, ki so bili predani veščini obvladovanja starosti ter so dobro poznali in upoštevali psihološke potrebe starejših. Pri obravnavi so z obravnavanimi vstopili v zaupen odnos. Drugim so naročili, naj obiskujejo svojega osebnega zdravnika, ki pa so mu povedali o bolnikovem stanju z velikim tveganjem. V letu in pol je 10 odstotkov starostnikov oziroma pacientov v obeh skupinah umrlo. Pri pacientih, ki so hodili k omenjeni skupini gerontologov, je bilo za četrtno manj verjetno, da postanejo nemočni, kar za polovico manj verjetno pa so zapadli v depresijo. Verjetnost, da potrebujejo zdravstveno nego in oskrbo na domu, je bila pri njih za 40 odstotkov nižja (Gawande Atul, 2015).

Gawande pravi, da so bili rezultati osupljivi, in nadaljuje, da če bi znanstveniki izdelali napravo (nekakšen strojček za preprečevanje nemoči na stara leta), ki nam ne bi podaljšala življenja, bi pa močno zmanjšala verjetnost, da končamo v domu za ostarele ali da postanemo nesrečni ali depresivni, bi si jo vsekakor želeli. Vseeno bi nam bilo, tudi če bi jo morali vstaviti kirurško in nam jo priključiti na srce. Prirejali bi kampanje in dobrodelfne koncerte, da bi zagotovili napravo vsem, ki so starejši od 75 let. Parlament bi razpravljal o vprašanju, zakaj naprav ne morejo dobiti tudi štiridesetletniki itd.

Toda tega strojčka nimamo, imamo pa ljudi, gerontologe ter negovalno in oskrbovalno osebje, ki preudarno poenostavijo zdravljenje, da so stvari pod nadzorom ter da prizadeti starostniki dobijo dovolj kakovostne hrane in tekočine. Toliko bolj pozorni so na to, da starostniki niso osamljeni, da ne živijo v dolgočasju in da jim zmanjšajo občutke nemoči. V ospredju ni več storitev, čeprav je še vedno pomembna, temveč odnos, ki vzpostavlja občutek varnosti in sprejetosti, ki jih spodbuja k aktivaciji in k iskanju preostanka sposobnosti ter jim na tak način osmišlja življenje. Gawande omenja primer doma Chase Memorial v zvezni državi New York, v katerem je prebivalo 80 hudo onemoglih starejših stanovalcev in katerega vodenje je prevzel mlad zdravnik gerontolog Bill Thomas. Nasproti osrednjim vrednotam negovalnih domov oz. smislu njihovega obstoja – *skrbi za zdravje in varnost starejših ljudi* – je postavil novo vsebino oz. cilj, da se morajo upreti že omenjenim trem nadlogam bivanja v negovalnem domu: dolgočasju, osamljenosti in občutku nemoči. V domu je vzpostavil višji nivo življenja s tem, da je pomembno popestril vsak prostor z zelenolistnimi rastlinami, da je pripeljal v vsako nadstropje raznovrstne živali (mačke, pse idr.) in da je vsaka soba gostila kakšno ptico. Za vse to so po svojih močeh skrbeli stanovalci sami. K temu je dodal odnosni suport zaposlenih. Raziskovalci so dve leti preučevali učinke programa, tako da so stanje primerjali z drugim negovalnim domom v bližini. Ugotovili so, da se je količina predpisanih zdravil na stanovalca v domu Chase prepolovila. Še posebej se je zmanjšala količina psihotropnih zdravil. Skupni stroški za zdravila so bili za 38 odstotkov nižji kot v primerjalnem domu. V tem obdobju je umrlo za 15 odstotkov manj stanovalcev (Gawande Atul, 2015).

2 ODLOČANJE

Pri klasični organizaciji domov za starejše velja, da na izvajalski ravni, kar pomeni na nivoju neposrednih izvajalcev storitev oskrbe in nege, prevladuje rutinsko odločanje

na osnovi navodil, poslovnikov, pravilnikov in ustaljenega vsakodnevnega dela. Obseg, kjer je možno odločanje neposrednih izvajalcev, je majhen, najpogosteje vezan zgolj na izvedbo del, skladnih s sistematizacijo. Pri srednjem managementu, kamor sodijo vodje timov, socialne službe, vodje terapije ipd., praviloma prevladuje analitično odločanje, prisotno pa je tudi rutinsko odločanje. Srednji management se kljub temu pogosto počuti kot v sendviču – med odločitvami top managementa in odporom izvajalskega nivoja. V takih primerih je izhod srednjega managementa v prepuščanju odločitev višjemu nivoju, sam pa se »opere« odgovornosti odločanja. Pri top managementu rutinskega odločanja skoraj ni več, malo je tudi analitičnega odločanja, večina odločitev je intuitivnih (Tavčar Mitja I., 2008).

Sodobni koncepti dela v domovih za starejše uvajajo po eni strani veliko več analitičnega odločanja na vseh nivojih, po drugi strani pa na operativnem nivoju tako rekoč v celoti prepuščajo odločanje nižjim nivojem. Posredno so vključeni tudi stanovalci kot uporabniki storitev domov in njihovi svojci.

Top management v domovih za starejše (direktor, strokovni vodja, vodje nege in oskrbe na nivoju posameznih organizacijskih enot) je neke vrste »parlament« organizacije, saj določa usmeritve, opredeljuje strateške cilje, omogoča ustrezne komunikacijske poti in temeljno organizacijo dela, določa kadrovske politiko in politiko razvoja, sistem spodbud in izobraževanj, upravlja s finančnimi resursi ipd. Operativni nivo, področje »vlade«, pa prevzemajo nižji izvajalski nivoji, t. i. organizacijske enote z vodji nege in oskrbe na čelu, ki so v organizacijskem, delovnem in vsebinskem smislu samostojni in prevzemajo odločitve, za katere so pristojni v polni meri. Na najnižjem izvajalskem nivoju so t. i. avtonomni delovni timi odgovorni samo za določeno skupino stanovalcev (največ do 20). V domovih obstaja skladno s številom stanovalcev več bivalnih skupin in v vsaki od teh so avtonomni delovni timi.

Vodje organizacijskih enot skupaj s top managementom tvorijo vodstveni tim ali skupino za razvoj doma. Vse odločitve, ki so povezane s konceptom dela in razvoja organizacije, se sprejemajo na tem nivoju. Vodje organizacijskih enot so skupaj s top managementom kot del vodstvenega tima soudeleženi pri odločanju na strateškem nivoju, kot vodje avtonomnih delovnih timov, kar je njihova primarna funkcija, pa krmilijo operativni nivo oz. odločanje na operativnem nivoju.

Tako imamo v ustanovi s kulturo usklajenih odnosov z referenčno naravnostjo deljeno odločanje. Strateška odločanja so na strani vodstvenega tima, odločanja na operativnem nivoju pa na strani avtonomnih delovnih timov na nivoju posameznih bivalnih skupin in vodij organizacijskih enot. Ko so članom avtonomnih delovnih timov jasne njihove vloge in odgovornosti, imajo večje zaupanje v svojo presojo in so bolj pripravljeni prevzeti odgovornost za odločanje na področju nege in oskrbe. Decentralizacija ustvarja pogoje, v katerih je odločanje prepuščeno tistim, ki so na ravni delovanja in ki so v najboljšem položaju, da ocenjujejo primernost in učinkovitost odločitev, ki jih sprejemajo. Vodstveni tim je odgovoren za razporeditev virov, doseganje zdravih finančnih rezultatov in zagotavljanje kakovosti nege in oskrbe oz. kakovosti življenja stanovalcev. Člani avtonomnih delovnih timov na nivoju posameznih bivalnih skupin pa so skupaj z vodji organizacijskih enot odgovorni za primerno uporabo virov, doseganje finančnih

ciljev ter izvajanje, spremljanje in evalviranje nege in oskrbe oz. doseganje kakovosti življenja stanovalcev.

Decentralizacija z jasno opredelitvijo odgovornosti ključnih dveh nivojev je najuspešnejša, ko so odgovornosti jasno določene in sprejete, ko imajo posamezniki moč (jim je omogočeno) za delovanje na področjih, na katerih so sprejeli odgovornosti, ter ko posamezniki reflektirajo svoje presoje in odločitve, da bi izboljšali svoje delovanje v prihodnosti (*Koloroutis Mary, 2011*).

Pomembno je torej, da večino operativnih odločitev izvaja vsak avtonomni delovni tim za svoje področje. Na ta način se pri odločanju upoštevajo znanje, izkušnje in modrost vseh zaposlenih, posredno tudi uporabnikov storitev. Prav tako dosegamo pri odločanju večji konsenz na izvajalskem nivoju, saj je le-ta rezultat medsebojnega usklajevanja. Poveča se motiviranost za sprejete odločitve in s tem se večja gotovost, da se bodo sprejete odločitve udejanjile. Osnova za odločanje so v teh timih popolnejše informacije, saj je to nivo, ki dela neposredno z uporabniki in ima informacije iz prve roke. Res pa je, da morajo biti avtonomni delovni timi dovolj kompetentni tudi z vidika znanja, da lahko sprejemajo dobre odločitve.

V povezavi z decentraliziranim odločanjem obstajajo različni miti, ki se jih je dobro zavedati.

Prvi mit je, da *decentralizacija pomeni sploščeno organizacijo*. Dejstvo je, da manj ravni v hierarhiji ne pomeni avtomatsko decentraliziranega odločanja in da se odnosi med vodstvenim timom in zaposlenimi razvijajo v bolj kolegialne. Sploščenje strukture še ne zagotavlja, da bodo vodje spustili kontrolo in spodbujali zaposlene k odločanju. Decentralizacija se pojavi kot rezultat vedenjskih sprememb v odnosih.

Drugi mit je, da *decentralizacija ustvarja nekonsistentnost in kliče po kaosu*. Dejstvo je, da sta del procesa decentralizacije identifikacija cilja in način njegovega doseganja. Usklajenost se doseže, ko vodje razjasnijo svoje odgovornosti in odgovornosti avtonomnih delovnih timov ter njihove vloge. V dobro vodeni decentralizirani organizaciji je učinkovitost večja. V popolnoma decentralizirani organizaciji odločevalci poznajo svoje meje, saj so vodila za samostojno delovanje jasna. V decentralizirani organizaciji jasni principi in standardi, ki vodijo vedenje in delovanje, zmanjšujejo kaos.

Tretji mit je, da *decentralizacija pomeni vključevanje vsakega v vse odločitve*. Vendar velja, da se v decentraliziranih organizacijah odloča na ravneh, na katerih je največ znanja o odločitvi. Vsakič, ko se je potrebno odločati, se je potrebno vprašati, kdo ima največ informacij, in tisti osebi prepustiti odgovornost oz. odločanje.

Zadnji mit je, da *decentralizacija sploh ni možna*. Res pa je, da sprememba k decentralizaciji zahteva vodenje in vztrajnost celotnega vodstvenega tima (*Koloroutis Mary, 2011*).

Narava dela v decentralizirani ustanovi z jasno ločenimi pristojnostmi odločanja je možna in vodi k optimalizaciji tako delovnih procesov kot tudi zadovoljstva uporabnikov in izvajalcev. Delo avtonomnih delovnih timov znotraj omejene skupine stanovalcev je pogosto zahtevno in povezano s potrebo po hitrih odločitvah, ki naj bi bile sprejete na podlagi kreativnosti in inovativnosti zaposlenih. Kompetentni zaposleni v delovnih timih imajo prednost, saj se zavedajo, da bodo izvršitelji odločitve, zato so pogosto take odločitve inovativne oz. izvirne.

3 VLOGA ZAPOSLENIH

Vloga zaposlenih pride najbolj do izraza pri avtonomnih delovnih timih, ki delajo samostojno v bivalni skupini do največ 20 stanovalcev. Avtonomni delovni timi so odgovorni za upravljanje mnogo vidikov svojega dela, denimo za načrtovanje in razporejanje dela in delavcev, za razpored članov tima skozi teden oz. mesec, za zagotavljanje dela ob nepričakovani odsotnosti sodelavca, na primer ob bolniški odsotnosti, za individualno načrtovanje dela in odnosa s posameznimi stanovalci na osnovi referenčnosti, za komunikacijo in sodelovanje s svojci stanovalcev, za neposredno komuniciranje z zdravnikom (vloga referenčnih oseb znotraj avtonomnega delovnega tima) ter za spremljanje in analiziranje svojega dela.

Stalnost tima omogoča zaposlenim bolje spoznati stanovalce, njihove želje in potrebe. Stanovalcem ni potrebno vsakodnevno razlagati svojih želja različnim negovalcem. Negovalci za vsakega stanovalca vedo, kaj potrebuje in si želi, zato lahko delajo veliko bolj individualno in se lahko bolje organizirajo pri delu. Hitreje opazijo vsako najmanjšo spremembo v stanju stanovalca, kar lahko prepreči komplikacije. Bolje razumejo vedenja stanovalcev z demenco in odgovarjajo nanje. To je pomembno, ker stanovalci z demenco pogosto sporočajo svoje želje skozi dejanja. Negovalci se lažje povežejo s stanovalci, za katere skrbijo.

Prav tako se izboljša kakovost odnosa. Z omejenim številom ljudi, ki skrbijo za stanovalce, se zmanjša njihova zmedenost. Stanovalci se počutijo bolj sproščeno pri intimnih vidikih nege. Počutijo se varnejše z negovalci, ki jih poznajo, kar še prav posebej velja za stanovalce z demenco. Stanovalci in svojci sčasoma razvijejo odnose z negovalci.

Stalnost osebja v avtonomnih delovnih timih je koristna tudi za dom. Zaposleni spoznajo individualne posebnosti stanovalcev in razvijejo odnose tako z njimi kot tudi s svojci in člani tima. To ustvari občutek prijetnosti in domačnosti na delovnem mestu in v bivalnem okolju stanovalcev. Odsotnost negovalcev se zmanjša, ko se razvijejo smiselni odnosi in ko vidijo, da se lahko zanesejo na ostale v skupini oz. v domu.

V strokovni literaturi navajajo naslednje razloge za stalnost osebja znotraj avtonomnih delovnih timov.

- Obstaja močna povezava med kakovostjo dela (delovnih pogojev) negovalcev, kakovostjo življenja stanovalcev in kliničnimi izidi nege in oskrbe.
- Odnosi so temelj za individualizirano, na osebo naravnano nego in oskrbo.
- Stanovalci, za katere skrbijo isti negovalci, jih sčasoma vidijo kot »družino«.
- Zaposleni, ki skrbijo za iste stanovalce, razvijejo odnose in črpajo zadovoljstvo iz vezi s stanovalci.
- Odnosi se razvijejo s časom – odnosov ne oblikujemo z ljudmi, ki jih ne vidimo redno.
- Ko zaposleni delajo skupaj, lahko rešujejo dnevne probleme in sami organizirajo delo v svoji skupini.
- Ko negovalci delajo z istimi stanovalci, je manj verjetno, da bodo izostali z dela, ker jih stanovalci pogrešajo (Farrell David, 2006).

Pomembno je poudariti, da se vloga zaposlenih v avtonomnih delovnih timih spremeni še v smislu univerzalnosti. Če imamo v klasičnih domovih v smislu funkcionalno organiziranega dela »specializirane« delavce za posamezne segmente storitev, če na primer strežnica prevzame ene storitve, bolničarka druge in zdravstveni tehnik tretje ter če jih izvajajo praviloma na nivoju celotnega doma, so zaposleni v avtonomnih delovnih timih dodeljeni le eni skupini stanovalcev in pri njih izvajajo v velikem obsegu vsi vse. Zaposleni se ne glede na profil dodatno izobrazijo in postanejo »univerzalni« delavci z »mešanimi« oz. »zamegljenimi« vlogami. Razlike so le pri storitvah, ki so dodeljene višje izobraženim profilom s področja zdravstvene nege (Yeatts E. Dale, 2003).

Osebe v avtonomnih delovnih timih mora samo preudariti, kako bo porazdelilo svoje vire in čas dodeljenim stanovalcem in njihovim svojcem. To prispeva k večjemu občutku avtonomnosti. Pomembno je, da imajo vsi v timu 75 % znanja medicinske sestre – na ta način dosežemo večjo univerzalnost zaposlenih, kar preprečuje naravnost na naloge.

Delo članov delovnega tima ni praktično nikoli končano. Dokler so prisotni stanovalci, je potrebno delati zanje. Delo osebja opredeljujejo na eni strani naloge na področju nege in oskrbe, ki izhajajo iz individualnega načrta, na drugi strani pa stanovalčeve želje oz. potrebe. Količine dela se ne da kontrolirati in delo ni nikoli končano.

Vloge, ki jih imajo zaposleni v delovnih timih, zahtevajo ustrezne kompetence. Na eni strani morajo vedeti, kaj od njih pričakujejo stanovalci, svojci in člani tima oz. neposredno vodstvo, na drugi strani pa morajo biti seznanjeni s tem, kakšna znanja in veščine potrebujejo, da bodo lahko pričakovanja zadovoljili. Biti kompetenten pomeni počutiti se usposobljenega za izvedbo nalog in vzpostavljanje odnosov ter s tem tudi za sodelovanje pri procesu sprememb. Kompetence lahko zaposleni razvijajo samo s pomočjo stalnega izobraževanja in v sklopu učečega se delovnega tima.

V domu za starejše imamo še vloge zaposlenih, ki delujejo izven avtonomnih delovnih timov. Ti delajo na področjih fizioterapije ali delovne terapije in socialnega dela. Če priprava hrane, pranje perila in čiščenje niso v domeni avtonomnih delovnih timov, so to področja, ki prihajajo v bivalne skupine »od zunaj«. Vloga teh zaposlenih je po eni strani opredeljena z nalogami, ki jih opravljajo, po drugi strani pa je servisiranje avtonomnih delovnih timov, s katerimi morajo biti usklajeni tako glede organizacije kot vsebine dela. V domovih, ki imajo uvedeno t. i. kongruentno odnosno nego oz. kulturo usklajenih odnosov, te zaposlene imenujejo podporna služba, pri delu s stanovalci pa se vključujejo kot sekundarne referenčne osebe. To pomeni, da tedensko (ali na dva tedna) namenijo npr. eno uro svojega časa konkretnemu stanovalcu, pri katerem opravljajo podporno funkcijo v smislu družabništva in katerega dodatno motivirajo za smiselno življenje.

4 BIVALNO OKOLJE

Dobro počutje v bivalnem okolju je ena temeljnih človekovih potreb, ki je v vsaki osebi globoko zakoreninjena. Po Webster's New World Dictionary je dom prostor, kjer je posameznik rad ter ki pomirja in je prijeten.

Witold Rybczynski, priznan angleško kanadski arhitekt, po rodu Poljak, avtor mnogo knjig s področja kakovosti bivalnega prostora, je napisal, da je dom sveto mesto – ko vstopiš

vanj, bi se moral počutiti, kot da si obiskal najljubšo teto. Pred vstopom bi pozvonil, teta bi ti odprla vrata in te povabila noter. Na polici bi bile družinske fotografije, na knjižnih policah njej dragocene knjige. Blazine na kavču bi bile prilagojene njenemu telesu. Odšla bi v kuhinjo in ti prinesla skodelico čaja ali žganja ter te povabila, da se usedeš. Stanovanje, ne glede na to, kako skromno je, bi bilo njena domena (Rybczynski Witold, 1986).

Dom za starejše bi vsakemu stanovalcu moral nuditi zasebnost in intimnost, v njem bi se moral počutiti varno, psihološki prostor bi moral biti miren, ljubeč in brezskrben. Soba stanovalca je posvečen prostor, mesto, kjer je lahko to, kar je. Stanovalka je dejala: »Doma obiskovalcem ni treba sedeti na tvoji postelji.«

Večina tradicionalnih domov na žalost ne ponuja nobenih ali zelo malo povezav s posameznikovim življenjem do vstopa v dom in praktično spodbuja socialne vloge kot »star« in »bolan«.

Sodobni pristopi k oblikovanju bivalnih prostorov v domovih za starejše so povezani s pojmom normalizacija. Gre za normalizacijo življenjskega prostora, kamor sodita bivalno okolje v ožjem smislu in umeščenost v lokalni prostor.

V klasičnih domovih spominjajo bivalni prostori na strukturo življenjskega prostora t. i. totalnih ustanov, v katerih imamo, podobno kot v bolnišnicah, velike oddelke, namenjene izvajanju programov in ne življenju po analogiji doma. Na eni strani imamo pretežno večposteljne sobe (v slovenskih javnih domovih po podatkih iz leta 2014 biva le 25 % vseh stanovalcev v enoposteljnih sobah) in manjše dnevne prostore na nivoju oddelkov v velikosti do 1,5 m² na stanovalca, v katerih ni vodenih aktivnosti, na drugi strani pa so centralni prostori, namenjeni kuhanju, prehranjevanju, pranju, terapiji ipd. Prostor, v katerem bi se lahko počutil kot doma, je praktično le bivalna soba.

V nasprotju s tem imamo v sodobnih bivalnih konceptih namesto velikih oddelkov gospodinjske ali bivalne skupine s številom stanovalcev, ki še omogoča individualno delo in skupinsko dinamične procese. Normalizacija življenjskega okolja pomeni tudi ločevanje med tremi tipi prostorov. V *intimni prostor* sodi soba stanovalca, v kateri je eno- ali dvoposteljna soba stvar izbire stanovalca. *Socialni prostor* je na nivoju posamezne bivalne skupine, vanj sodijo skupinska kuhinja, jedilnica in dnevni prostor. Stanovalci v njem skladno z lastnimi potrebami in željami ter skupaj s t. i. prezenčnimi ali referenčnimi osebami preživljajo domski vsakdan. *Osrednji nevtralni prostor* je skupen za dom. Vanj prihajajo posamezniki iz gospodinjskih ali bivalnih skupin na skupne organizirane programe prostega časa, na interesno druženje ali preprosto zaradi želje po dopolnitvi vsebin socialnega prostora. V osrednjem nevtralnem prostoru doma se lahko organizira razširjeni program: domska kavarna in domska restavracija. Ta struktura prevzema tudi funkcijo recepcije, ki je ponudba »totalne« ustanove. Osrednji nevtralni prostor in oprema naj bosta čim bližje kulturnemu okolju, od koder prihajajo stanovalci.

Da bi soba stanovalcu zagotavljala intimnost in zasebnost, bi morala biti enoposteljna, razen če je skupno bivanje v interesu dveh stanovalcev. Po podatkih nekaterih slovenskih domov za starejše, ki so ob vstopu v dom analizirali, koliko stanovalcev bi želelo ob pogoju enake cene imeti svojo, enoposteljno sobo, je temu pritrdilo od 70 do 90 odstotkov vseh vprašanih. Ta odstotek je večji v domovih večjih mest. Problem, ki ga imamo v Sloveniji, je način financiranja oskrbe v domu. V primeru nizkega dohodka

stanovaleca participira pri plačilu oskrbe njegov bližnji svojec, kar povzroča pritisk na mamo ali očeta, da sprejme večposteljno sobo, s tem bo svojec namreč imel manj finančnih obveznosti pri doplačilu. Podobno se vede mnogo občin, ko nastopi obveznost doplačila z njihove strani. Stanovalec ne glede na to, da si želi svojo sobo z zagotovljeno zasebnostjo, pristane v večposteljni sobi.

Proti taki zlorabi starejših je mnogo zahodno evropskih držav odgovorilo z več ukrepi. Najprej so povečale dajatve iz javnih virov, kar pomeni, da je doplačilo občin bistveno večje. V Avstriji in Nemčiji občine doplačajo pri 80 do 90 odstotkih vseh stanovalcev v domu, pri nas pa, po podatkih Skupnosti socialnih zavodov Slovenije, okoli 22 odstotkov. Tudi viri teh sredstev v omenjenih državah niso iz sredstev občin, temveč so uvrščeni v kategorijo »socialne pomoči«, katere financer je zvezna dežela in ne občina. Na ta način so preprečili, da bi finančno šibke občine vplivale na zlorabe pri odločitvi o vrsti sobe v domu.

Naslednji ukrep je pomembno zmanjšanje razlik v ceni eno- in dvoposteljne sobe (tri- in večposteljne sobe so že dolgo prepovedane). Povprečno so te razlike do 4 odstotke. Mnogi domovi, še posebej v Avstriji, povsem izenačujejo ceno v eno- in dvoposteljni sobi, kar je izhodišče, da je v vsakem primeru soba osebni izbor; če si dve osebi želita dvoposteljno sobo, je to njun izbor, ki se plača enako, kot če druga oseba izbere enoposteljno sobo. Obseg sredstev, ki jih za izvajanje storitev in programa potrebuje dom, je enak kot prej, ko so bile razlike v ceni. Seveda je del nastale razlike pokrit iz javnih sredstev, kot je omenjeno v prejšnjem odstavku.

Sprejetje socialnega prostora na nivoju bivalne skupine se v Sloveniji vse bolj uveljavlja. Prostor sam po sebi je samo del zgodbe, drugo pa je celodnevni program oz. prisotnost referenčne/prezenčne osebe v prostoru. Socialni prostor je danes prepoznan tudi po vsebini, izvedbe po domovih, ki ga uvajajo, pa so pomembno različne.

Nista še toliko znana pojem in vsebina osrednjega nevtralnega prostora, saj sta pogojena tudi z arhitekturo doma. V treh ali štirih domovih, v katerih trenutno delajo na dokumentaciji adaptacije objekta, je že koncipirano; program bo sledil, ko bodo končani potrebni prostorski posegi. Pravzaprav v nekaterih domovih ni večjega problema, saj imajo že sedaj skoraj idealne pogoje za izvajanje programov osrednjega nevtralnega prostora. Ustavi se pri konceptu dela, ta pa pri temeljni kulturi ustanove. Vendar postajajo tovrstni programi v sklopu usposabljanja za uvedbo novih konceptov dela v domovih za starejše samoumevni.

Z vidika kakovosti in pestrosti bivanja stanovalcev se v sodobnih domovih vse bolj razvijata dva tipa skupin: gospodinjske skupine in bivalne skupine z gospodinjstvom.

Gospodinjske skupine, ki so po raziskavah, opravljenih v Nemčiji, primerne za okoli dve tretjini stanovalcev v domovih za starejše, imajo polno opremljene kuhinje za pripravo vseh dnevnih obrokov, skupinsko jedilnico in prostoren dnevni prostor. Kvadratura t. i. socialnega prostora je od 6 do 8 m² na stanovaleca. Praviloma ima skupina večjo teraso, kamor lahko ob ugodnem vremenu gredo ali prepeljejo stanovalce na čist zrak, da vzpostavijo kontakt z naravo. Vsaka gospodinjska skupina ima v sklopu lastnih prostorov še pomožne prostore, kamor sodijo manjši prostor za živila, prostora za čisto in umazano perilo ter t. i. gospodinjski prostor z nameščenim pralnim in sušilnim strojem. Sobe so

pretežno enoposteljne, preostale so največ dvoposteljne, vse imajo lastno stranišče in tuš. Gospodinjska skupina ima, odvisno od velikosti, svojo negovalno kopalnico ali jo deli z drugo gospodinjsko skupino.

Bivalne skupine z gospodinjstvom imajo podobno strukturo prostorov, le da določene aktivnosti skupina deli z domom oz. njenimi centralnimi strukturami. Tako v bivalnih skupinah z gospodinjstvom samostojno pripravljajo zajtrk in praviloma še večerjo, medtem ko kosilo kuhajo v centralni kuhinji in ga dostavljajo v skupine. Perilo se delno ali v celoti opere v centralni pralnici. Čiščenje bivalnih prostorov skupine je centralno organizirano, izjema je sprotno čiščenje socialnega prostora, ki ga izvaja avtonomni delovni tim skupine, temeljitejše čiščenje in vsakodnevno čiščenje ostalih bivalnih prostorov pa izvajajo centralne strukture. Socialni prostor skupine je kljub delnemu izvajanju posameznih aktivnosti iz centralnih struktur urejen tako, da je možno izvajati skupno življenje stanovalcev z vodenimi aktivnostmi ves dnevni čas. Vloga avtonomnih delovnih timov se glede na vlogo v gospodinjskih skupinah tu ne loči, le vsebine so malo manj s področja gospodinjstva in bolj so prilagojene drugim potrebam in željam stanovalcev, ki bivajo v teh skupinah.

Glede velikosti socialnega prostora velja enako pravilo tako za gospodinjske skupine kot za bivalne skupine z gospodinjstvom. Število bivalnih sob in število stanovalcev v vsaki od teh tipov skupin sta odvisna predvsem od kategorij nastanjenih. V sodobni Evropi se je oblikovala norma, da so pri osebah z demenco optimalne gospodinjske skupine od 6 do 12 stanovalcev. V bogatejših državah zagovarjajo, da je za osebe z demenco optimalna velikost gospodinjskih skupin od 6 do 7 stanovalcev. Za ostale uporabnike institucionalne oskrbe in nege je pod pogojem avtonomnih delovnih timov mogoče organizirati tudi skupine do 15 oziroma 20 stanovalcev.

V Evropi se vse bolj uveljavljajo manjši domovi s kapaciteto med 40 in 80 stanovalci. Zaradi racionalizacije servisnih in poslovnih struktur nastajajo sistemi manjših domov, locirani v lokalnih okoljih manjše regije, ki omogočajo, da ljudi v starosti ne nameščajo v dislocirane kraje, in zaradi bližine namestitve olajšajo svojcem vzdrževanje stikov.

Z vidika urejanja bivalnega prostora so zanimiva tudi sodobna razmišljanja o oblikovanju bivalnih skupin. V slovenski praksi poznamo predvsem »negovalne oddelke/enote«, »stanovanjske oddelke/enote«, zadnja leta »enote/skupine za osebe z demenco« in tu nekje se že konča. Skupni imenovalc teh »tipov« enot je razvrščanje v bivalne skupine/enote/oddelke po psihofizičnem stanju oz. sposobnostih. Koliko je to v interesu uporabnika (stanovalca) in ustanove, je drugo vprašanje. Je pa res, da logika temelji na tezah, da »pomičnega« moti »nepomični«, da »zdravega« moti »bolan« in da »mentalno zdrave« ljudi motijo »osebe z demenco« ter da lažje delamo s stanovalci s sorodno simptomatiko. Nekaj podobnega poznamo v zdravstvu. Tam je logično, da so zaradi načina dela in pogojev nastanitve rakavi bolniki hospitalizirani v drugem oddelku kot bolniki s težavo v duševnem zdravju. Dejstvo pa je, da je za razliko od zdravstvene ustanove dom za starejše prostor za domovanje, v katerem stanovalci stanujejo, pri tem pa so deležni oskrbovalne in negovalne pomoči.

Veliko domov se zato nagiba k integrativnemu pristopu, kar pomeni, da v skupinah/enotah/oddelkih združujejo stanovalce ne glede na simptomatiko, vsakemu pa omogočajo

njemu potrebno pomoč in suport. Izjeme so le osebe z demenco v III. stadiju po Naomi Feil, ki jih praviloma umeščajo v posebne bivalne skupine, v katerih sta delo in bivalno okolje prilagojena njihovem stanju. Prav tako so izjeme osebe z demenco v IV. stadiju, za katere najlažje ustrezno poskrbimo z oazami. Izjeme so tudi osebe s paliativno oskrbo in v terminalni fazi.

Za ostale dajejo nekateri sodobni domovi v Evropi pri razvrščanju v bivalne skupine in urejanju bivalnih prostorov prednost *življenjskemu stilu* stanovalcev in ne njihovi psihofizični kondiciji oz. stanju. To pomeni, da so v določeni bivalni skupini samo stanovalci iz podeželsko kmečkenga okolja, v drugi intelektualci itd. Tako eni kot drugi imajo primerljive psihofizične težave ali bolezni, vendar jih združuje stil življenja, ki so ga imeli v svoji zgodovini, sorodne vrednote in vsebine psihološkega prostora. Posebnosti posameznih stilov so prepoznavne tudi v opremi njihovih sob in v skupnem socialnem prostoru. Skratka, tudi s tega zornega kota se značaj življenjskega prostora doma za starejše spreminja in v tem smislu govorimo o primerljivi kakovosti življenja oseb v instituciji in lokalni skupnosti.

5 ORGANIZACIJA DELA

Organizacija dela se v sodobnih konceptih bistveno loči od tradicionalnih organizacijskih struktur. Za tradicionalne domove je tipičen hierarhični organizacijski model. Na vrhu je direktor, v posebnih socialnih ustanovah imamo ob njem še strokovnega vodjo. Takoj za njim/njima je naslednji nivo managementa, kamor sodijo: vodja nege in oskrbe ter vodja kuhinje in praviloma še računovodstva z večjim številom zaposlenih, ki jih vodijo. Vodje so za svoje področje samostojni, formalno pa so podrejeni direktorju. Tem sledi v klasičnih domovih skupina srednjega managementa, ki vodi oddelke, terapijo, socialno delo in tehnično področje. Srednji management ima nad seboj en ali dva nivoja organizacijske hierarhije. Tako ima npr. vodja oddelka oz. vodja tima nad seboj vodjo zdravstvene nege, ta pa direktorja. V nadaljevanju so pestri hierarhični nivoji predvsem na področju nege in oskrbe. Čeprav zdravstveni tehnik praviloma ni nadrejen bolničarju, je funkcionalno področje dela zdravstvenega tehnika strokovno višje kotirano in najmanj na simbolni ravni je bolničar v podrejenem položaju. Enako velja za nadaljnje nivoje, kot so negovalka, strežnica, servirka in oskrbovalka, odvisno od organizacije konkretnega doma.

O »birokratski« kulturi govorimo, če je v neki organizaciji značilna tendenca po razmejevanju osebja glede na vrsto in stopnjo izobrazbe, če je poudarek na strogo funkcionalnem izvajanju storitev, če je v ospredju slepo sledenje različnim pravilom, ki so sama sebi namen, če zaposleni zaradi tega izgubijo namen svojega delovanja in jim postane cilj organizacije zamegljen ter če postane dokumentacija dominantna in neselektivna, ko npr. poseže v intimno sfero posameznika po nepotrebnem (Ulsperger Jason, 2011).

Tej kulturi, ki je že pred stotimi leti v času Maxa Webra dobila svoja krila v »birokratski organizaciji«, je osnovni namen učinkovito doseganje ciljev organizacije. To pomeni, da se mora organizirati na najboljši možni način in zaposlovati ljudi, ki so za določene

naloge najboljši. Vnaprej so opredeljena pravila, funkcije in pristojnosti posameznih delovnih mest ne glede na to, kdo jih zaseda. Zagovarjalo se je stališče, da mora biti v dobri organizaciji vse znano in predpisano vnaprej. Od teh pravil ni možno odstopati po volji posameznika, ki bi npr. v določeni situaciji presodil, da mora ukrepati kako drugače. Samovolja – ukrepanje po lastnem preudarku – ni dovoljena.

Veliko elementov birokratske organizacije se je kasneje preneslo tudi v poslovno okolje, vendar se je poslovni management vedno raje držal Fayolovih načel, ki so sicer podobna birokratskim, le da nikoli niso bila tako stroga in neomajna.

Fayol je postavil načela, ki se jih mora držati uspešen management:

- delitev dela (določitev enot ali nalog posameznikov po funkcijah);
- hierarhija avtoritete (določitev razmerja nadrejenosti ali podrejenosti);
- formalizacija organizacije (določitev vseh pravil, ki zagotavljajo učinkovito organizacijo, neodvisno od tega, kdo zasede določeno delovno mesto);
- dokumentiranje organizacije (vsa pravila, pomembna za delovanje organizacije, morajo biti zapisana);
- izbor in napredovanje delavcev morata biti odvisna od njihovih sposobnosti (objektivnost pri napredovanju po hierarhični lestvici in preprečevanje samovolje vodilnih delavcev);
- ločevanje zasebnega življenja od dela v organizaciji (Hilda Maze, 2013).

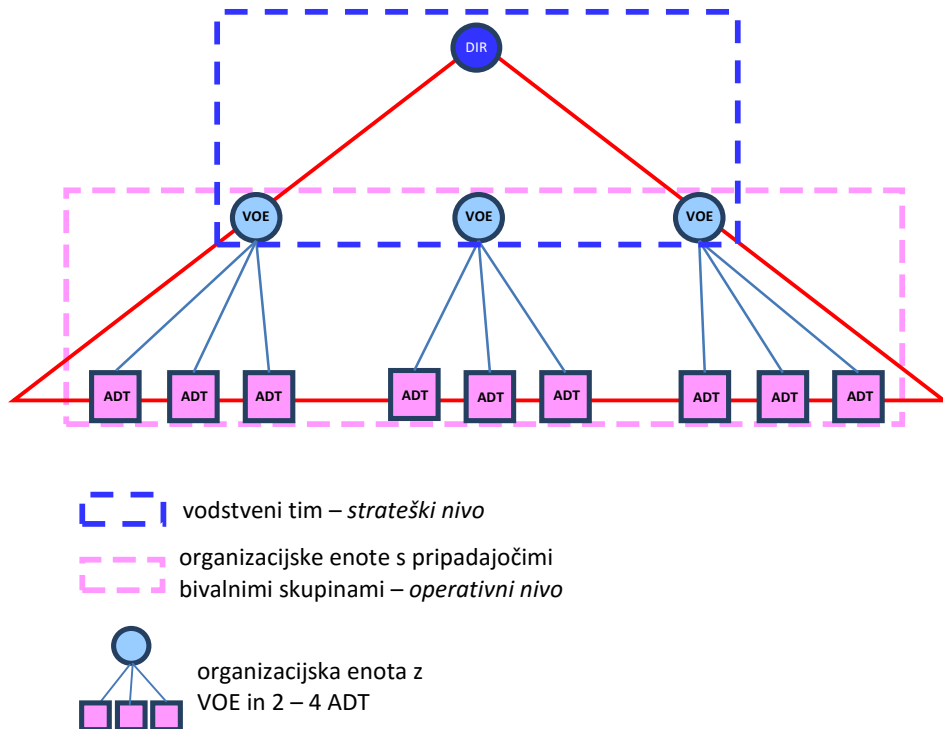
Danes ima izraz »birokratska organizacija« negativni predznak, kljub temu pa je potrebno poudariti, da je bil model v tistem času pravzaprav revolucionaren in učinkovit. Omogočil je delovanje državnih in velikih poslovnih sistemov, ki so bili potrebni za razvoj industrijske družbe.

Hierarhični organizacijski model, ki je tipičen za »birokratsko organizacijo«, postane v sodobnih konceptih domov za starejše bistveno bolj sploščen. Nega, oskrba, gospodinjstvo in aktivnosti, namenjene terapiji, se izvajajo v veliki meri decentralno. Tradicionalne oddelčne strukture izginevajo, namesto njih prihajajo gospodinske skupine in bivalne skupine z gospodinjstvom. Ob tem so še v določenem obsegu strukture, namenjene npr. paliativni oskrbi ali osebam z demenco v IV. stadiju, ki se organizacijsko praviloma vežejo na bivalne skupine.

Tako dobimo namesto oddelkov, ki so včlenjeni v večstopenjski hierarhični sistem, pregledne in avtonomne organizacijske enote z določenim številom gospodinskih skupin ali skupin z gospodinjstvom. Te organizacijske enote v obsegu praviloma od dveh do štirih avtonomnih delovnih timov (ADT) vodijo vodje za nego in oskrbo (VOE) in so pri svojem operativnem delu skupaj z delovnimi timi povsem samostojni.

Organizacijska struktura ima tako dva nivoja: *vodstveni tim*, ki ga vodi direktor, in ena (v primeru doma z npr. do 60 stanovalci) ali več *organizacijskih enot* z avtonomnimi delovnimi timi, vsako vodi po en vodja nege in oskrbe. Oba nivoja sta pretežno timsko vodena, kar pomeni, da na področjih, za katere sta zadolžena in pristojna, delujeta na osnovi soglasja; vodja je tako bolj koordinator, ki ustvarja pogoje za tvorno iskanje rešitev. V obeh primerih vodje za tako sprejete odločitve prevzemajo odgovornost za njihovo uresničitev.

Slika 1: Prikaz organizacijske strukture



Če je vodstveni tim odgovoren za opredeljevanje strateških ciljev in za okvir delovanja doma, je naloga vodje organizacijskih enot skupaj z ADT organizacija neposrednega dela s stanovalci in svojci ter uspešno vodenje in koordinacija delovnih timov. Operativna izvedba dela je tako naloga in pristojnost drugega nivoja.

Podobno velja glede organizacije dela drugih delovnih skupin, kot so: finančno računovodska služba, služba za prehrano, služba za pranje in šivanje ter podobne službe. Te službe so skladno z organizacijo dela bolj centralno ali decentralno organizirane. V dosledno decentralni organizaciji sta kuhanje oz. prehrana in pranje osebne perila prepuščena operativnemu nivoju znotraj ADT. Centralno organiziranim službam z vodji, ki zagotavljajo, da skupaj s pripadajočimi zaposlenimi v teh službah korektno izvajajo svoje naloge, je praviloma nadrejen direktor.

Organizacija dela tako ne pozna več nivojskih vodij, obstajata le dva, vsak s svojimi nalogami in pristojnostjo.

Taka sploščena organizacijska struktura je ena izmed centralnih točk v ureditvi za izvajanje bolj tekoče komunikacije in procesa sprejemanja odločitev za zaposlene ter lažjega dostopa do udeležbe pri strateškem razvoju (Chenoweth in Kilstoff, 2002).

Značilno za sploščene strukture je skupno vodenje, ki omogoča primerno oblikovanje spreminjajočih potreb v organizaciji (Brooks Alwater, 2003). Filozofija skupnega vodenja se odraža v decentraliziranem stilu managementa, ki oblikuje okolje za pooblašcanje. Korist skupnega vodenja je v tem, da tudi zaposleni prevzemajo različne stopnje

vodenja glede na njihovo situacijo, izkušnje in področje strokovnega znanja. Pomembno je poudariti, da se v taki organizaciji dela omogoča, da je vsak izmed članov tima »vodja« določenih sklopov dela v skupini in da različne situacije v procesu dela priključijo različne »vodje«. Zaposleni, ki svojim sodelavcem nudijo podporo in povratne informacije, so model pozitivnega vodenja. Taka kolektivna odgovornost je odmik od tradicionalnega hierarhičnega managerskega stila k bolj podpornim in manj kontrolnim vlogam managerjev. To prispeva k (Geogehan in Farrington, 1995, cit. po Scott in Caress, 2005):

- povečanju morale,
- zadovoljstvu pri delu,
- motivaciji,
- sodelovanju zaposlenih,
- spodbujanju kreativnosti,
- podpiranju medosebnih odnosov,
- občutku veljave.

6 VODENJE

V klasičnih domovih najdemo široko paleto vodstvenih stilov in veliko število vodij. Kultura vodenja se v teh domovih spreminja, najožji vodstveni tim (kolegij direktorja) pri svojih razmišljanjih in pri iskanju rešitev pogosto vključuje druge sodelavce. Vodstveni tim pri odločanju večkrat uporablja timske načine.

Kot je že bilo omenjeno, je v sodobnih konceptih vodstvena funkcija domena dveh nivojev: vodstvenega tima, ki ga vodi direktor, in ene ali več *organizacijskih enot* z avtonomnimi delovnimi timi, ki jih vodijo vodje organizacijskih enot. Vodenje je tako skupni imenovalec obeh nivojev. Vendar je vodenje vodstvenega tima potrebno razumeti v širšem smislu – v ospredju so zagotavljanje ciljev organizacije, opredeljevanje razvojnih strategij ter zagotavljanje pogojev za delovanje in uresničevanje nalog organizacije. Vodenje organizacijskih enot pa razumemo v ožjem smislu – vodenje izvedbe na nivoju vodstvenega tima sprejetih ciljev in okvirjev delovanja. Na tem nivoju pomeni vodenje tudi načrtovanje, organiziranje, pogajanje in samokontrolo.

V taki organizaciji imamo, kot je že bilo omenjeno, sploščeno organizacijsko strukturo. Vodenje in medsebojna komunikacija sta v tem primeru pregledna in enostavna, kar pomembno prispeva k oblikovanju kakovostnih odnosov in k izvedbam storitev, ki so uspešne in naravnane na osebo. Tak način vodenja poveča zaupanje zaposlenih, pomaga pri osebnem in profesionalnem razvoju, pospešuje razvoj novega znanja in spretnosti ter povečuje profesionalizacijo in odgovornost. Na makro ravni ima vpliv na pridobivanje in obstanek kadra v organizaciji (Scott in Caress, 2005).

Posebej želim izpostaviti pomen vodij organizacijskih enot pri transformaciji iz obstoječega v nov način vodenja.

Sposobnosti, vedenje in drža, zaradi katerih je oseba dober vodja nege in oskrbe v funkcionalni/timski negi, so drugačne od potrebnih za uspeh pri vodenju ADT z odrsno oz. referenčno nego. V funkcionalni/timski negi je uspešen vodja nege in oskrbe, ki zna odgovoriti na vsa vprašanja in reši veliko problemov, velikih in malih. Poznati mora

potrebe po negi za vsakega stanovalca: bolničarka ga bo vprašala, ali lahko stanovalca prestavi iz postelje na stol; dietetik bo vprašal, zakaj stanovalec ni pojedel večerje; zdravnik bo želel vedeti, ali je želodec stanovalca boljši ali slabši od prejšnjega dne.

Pri odnosni/referenčni negi mora vodja posamezne organizacijske enote vsa ta vprašanja usmeriti na zaposlene oz. člane avtonomnih delovnih timov. Ker je referenčna oseba avtonomnega delovnega tima odgovorna za direktno komunikacijo z vsemi člani tima, se mora vodja organizacijske enote naučiti napotiti nanjo vsa kritična vprašanja. Referenčna oseba ima dejansko večje znanje o svojih stanovalcih. V referenčni negi mora vodja organizacijske enote pokazati spoštovanje do članov posameznega delovnega tima s tem, da posameznike, npr. fizioterapevta, socialnega delavca ali svojca, napoti na njih, čeprav ima tudi sam odgovore na vprašanja.

Vlogi vodje organizacijske enote sta strokovno vodenje in stalna odgovornost za celotno upravljanje nege in oskrbe stanovalca. Na področju strokovnega vodenja mora biti učitelj, preverjevalec odločitev podrejenih v delovnih timih, »coach«, oseba virov in nadzornik kakovosti. Kot učitelj je odgovoren, da ima vsak član delovnega tima osnovna znanja, potrebna za varno delovanje. Kadar so zaznani deficiti, je odgovoren za to, da osebno prevzame učenje ali ga organizira. Kot učitelj je lahko močen zgled članom tima s svojim stalnim profesionalnim in osebnim razvojem.

Vodja organizacijske enote je tudi validator odločitev svojih zaposlenih, kar pomeni, da če se strinja z njihovo odločitvijo, jo potrdi, če pa se z njihovo odločitvijo ne strinja, mora povedati, zakaj se ne strinja, in predlagati alternativne pristope za zaposlene, da bodo lažje sprejeli odločitev. Vodja organizacijske enote pri tem ne odloča. Validiranje oz. ugotavljanje skladnosti odločitve člana avtonomnega delovnega tima s sprejetimi normami, stroko in etiko je nova sposobnost, ki se jo mora vodja organizacijske enote naučiti.

Vodja organizacijske enote je oseba, ki ima dostop do določenih informacij, ki jih člani tima nimajo. V tem smislu zaposlenim zagotavlja potrebne vire, v luči katerih lažje delajo.

Vodja organizacijske enote je tudi odgovoren za nadzor nad kakovostjo dela posameznih avtonomnih delovnih timov. Sposoben mora biti evalvirati odločitve referenčnih oseb glede pristopa, nege in oskrbe stanovalca, s katerim je v referenčnem odnosu, da se prepriča, ali so primerne, varne in v vsaki situaciji najboljše možne. Da lahko to naredi, mora vodja organizacijske enote poznati biopsihosocialne potrebe in probleme vseh stanovalcev bivalnih skupin, katerim je nadrejen. Dobro mora poznati tudi člane delovnih timov, njihove močne in šibke točke. Ko identificira šibkosti v delovanju, mora vodja organizacijske enote delati z zaposleno/referenčno osebo, da le-ta premaga te težave.

V modelu kulture usklajenih odnosov se vodja organizacijske enote ne postavlja v klasično držo nadzora v smislu *nadrejen – podrejen*. On ni vodja, ki na osnovi nadzovanja izreka neposredne ukrepe oz. izvaja interventna dejanja. Implicitna predpostavka je, da se zaposlenim zaupa opravljanje njihovih nalog nege in oskrbe brez opominjanja. Če pa kdo od zaposlenih ne zadosti tej predpostavki, je naloga vodje organizacijske enote najprej omogočiti članu tima izkustveno učenje, v luči katerega pri zaposlenem doseže korekcijo vedenja oz. delovanja. Šele takrat, ko to ne zadostuje, primerno ukrepa.

Vodenje organizacijske enote oz. avtonomnih delovnih timov je *vodenje, usmerjeno k odnosom*. K odnosom usmerjen vodja pri sodelavcih v avtonomnih delovnih timih ceni

iskrenost, odkritost in prijaznost ter meni, da so dobri odnosi pomembni za uspešno vodenje. Vodenje, usmerjeno k odnosom, je tudi *vodenje s soudeležbo*, pri katerem je vodenje odvisno od nujnega sodelovanja pri vseh odločitvah, ki jih zadevajo, še posebno pri ciljnih, ki naj bi jih uresničevali. Člani tima, ki pri nastajanju ciljev sodelujejo, se bodo z njimi zlahka sprijaznili in zavzeto izvrševali naloge, ki vodijo do njih. Pravzaprav je dobro, da vodenje organizacijske enote oz. avtonomnih delovnih timov združuje tako usmerjenost k odnosom do sodelavcev kot usmerjenost k nalogam. To je *združevalni vodja*, ki uporablja usmerjenost k odnosom in nalogam v velikem obsegu. Je pristaš timskega dela, pri katerem morajo člani skupine med seboj tesno sodelovati, in se v veliki meri enači s svojimi sodelavci. Tak vodja organizacijske enote oz. avtonomnih delovnih timov je usmerjen v prihodnost, je zagovornik stalnega izboljševanja kulture enote in je procesni manager, ki naredi vse, da pride do sprememb.

Vloga *vodje organizacijske enote* je ključna za vsakršno uspešno transformacijo. *Vodje organizacijskih enot in zaposleni v ADT posamezne enote spravijo odnosno nego v življenje. V odnosni negi se vodje in zaposleni vidijo kot sodelavci in ne kot nadrejeni in podrejeni. Sodelavci si delijo skupni cilj in se zanašajo drug na drugega, da bodo dosegli cilj. Delajo soodvisno, z medsebojnim spoštovanjem in s priznavanjem dela drug drugega. Pri taki organizaciji dela so pogoji, da je odnos med vodjo in zaposlenimi v ADT resnično kolegialen, da je vodenje deljeno, da se spodbuja opolnomočenje ter da obstaja enotna odgovornost za doseganje kakovostnih rezultatov. V kulturi usklajenih odnosov, ki je v taki organizaciji dela omogočena, se vse zaposlene v timu spodbuja k razvijanju do meja svojih zmožnosti, k izražanju svojih mnenj, k vključevanju v reševanje problemov in k razumevanju obsega svoje odgovornosti za delo. Pomembno je, da je organizacija dela jasna in enostavna ter da spodbuja učenje iz izkušenj in refleksije (Koloroutis Mary, 2011).*

Vodstvo v odnosno naravnani negi/oskrbi zna vzbuditi vodjo v vsakem zaposlenem s tem, da ustvarja okolje, v katerem zaposleni prevzemajo odgovornost za svoje delo. Vodje na vseh ravneh igrajo ključno vlogo pri ustvarjanju in implementaciji sistema odnosne nege/oskrbe ter pri ustvarjanju kulture usklajenih odnosov, ki to podpira. Skrb in sočutna nega se razvijeta pri skrbnih in sočutnih vodjih.

V tem smislu je razvidno, kako pomembno vlogo pri transformaciji klasičnega koncepta dela v koncept kulture usklajenih odnosov imajo prav vodje organizacijskih enot. Oni so zagotovilo, da bodo temeljna spoznanja in implementacije kulture usklajenih odnosov, ki so jih člani avtonomnih delovnih timov pridobili pri usposabljanju za referenčno delo in kongruenčnega pristopa, ostala aktualna in aktualizirana skozi vsakdan.

Usklajevanje prepričanj in stališč o negi/oskrbi z načeli kulture usklajenih odnosov in vztrajno delovanje po teh načelih sta nalogi celotnega vodstvenega tima. Vodje organizacijskih enot, ki imajo kot ključni del vodstvenega tima pri tem izvršno funkcijo, so najbolj pozvani, da v neposrednem vodenju avtonomnih delovnih timov udeležijo elemente kulture usklajenih odnosov.

Vloga vodij, še posebej vodij organizacijskih enot, je ustvariti organizacijsko kulturo, pri kateri je transformacijska sprememba možna. Njihova vloga ni poganjati spremembo, ampak navduševati nad spremembo in usmerjati. Tradicionalni hierarhični model, pri

katerem vodja odloča o vsem, je preživel. Čeprav so nekatere odločitve sprejete na vrhu, se organizacijske kulture ne spreminjajo z enostranskimi odločitvami. Želena kultura se pojavi, ko vodje ustvarijo okolje, v katerem se spodbuja individualno in timsko učenje ter v katerem je predanost cenjena (*Koloroutis Mary, 2011*).

Ustvarjalno okolje morajo vodje organizacijskih enot oblikovati na nivoju avtonomnih delovnih timov. Le-te je treba usposobiti, da so kot timi sposobni uspešno dosegati cilje, ki so v njihovi domeni. Za to potrebujejo: znanja in veščine učinkovitega komuniciranja, kritičnega in kreativnega razmišljanja in vzdrževanja zdravih medosebnih odnosov ter vodjo, ki dobro obvlada osebno vodenje (*Koloroutis Mary, 2011*).

Konkretno to pomeni, da si vodje organizacijskih enot vzamejo čas, da redno predebatirajo pričakovanja in izzive tima. Vodje podpirajo razvoj članov avtonomnega delovnega tima s tem, da jim zagotovijo čas, izobraževanje in veščine za komunikacijo v timu in za reševanje težav v timu. Vodje poskrbijo tudi zase in za širitev svojega znanja, ki se nanaša na sodelovanje v timu.

Ob koncu še pomembno spoznanje. V kolikor želimo, da bo vodja organizacijske enote uspešen, da bo dobro poznal člane avtonomnih delovnih timov, da jih bo usmerjal h kakovostnemu delu in odnosu, da bo osebno poznal specifičnosti posameznih stanovalcev, enota, ki jo vodi, ne sme imeti več kot 50 do 60 stanovalcev (Manthey Marie, 2002). Sistem, ki ga imamo v slovenskih domovih za starejše, da en vodja zdravstvene nege in socialne oskrbe vodi od sto do več sto stanovalcev oz. zaposlenih, ki oskrbujejo te stanovalce, je seveda v nasprotju s temi spoznanji. Za koncept in kulturo ustanove, ki v ospredje postavlja referenčni odnos, ki vzpostavlja usklajenost tako na relaciji negovalec/oskrbovalec – stanovalec kot tudi med člani tima ter med člani tima in vodstvom, je pri omejevanju obsega vodenja posameznega vodje edina alternativa optimalizacija procesov, skladnih z zahtevami delovanja ADT in z zahtevami sodobnega uporabnika njegovih storitev.

7 ZAKLJUČEK

Na osnovi decentralizacije lastne ustanove (doma) in dela v manjših samostojnih skupinah s stalnimi delovnimi timi kot referenčnimi osebami je možna *normalizacija življenja*. Na tej osnovi je zagotovljeno in poskrbljeno za individualne potrebe posameznika, vključenega v domsko skupnost. Tak način je pogoj za večje vključevanje in povezovanje ter za krepitev socialnih in psihosocialnih kompetenc.

Življenje v domovih za starejše lahko normaliziramo le s procesi deinstitucionalizacije znotraj doma. To dosežemo, kadar je kakovost življenja uporabnikov doma za starejše primerljiva s kakovostjo življenja starostnikov v lokalnem okolju. Deinstitucionalizacija namreč lahko vsebuje razvoj skupnostnih programov izven doma, lahko pa razumemo tudi, da se obstoječi domovi spreminjajo v smeri skupnostnih oblik skrbi za starejše, pri katerih pravila življenja določa uporabnik. To pa pomeni oblikovanje življenjskega prostora po analogiji družine in skupnostnega življenja, pri kateri je osnova medosebni odnos in obravnava človeka kot celote, tj. kot fizično, socialno, duševno in duhovno bitje.

Tak dom, ki se notranje preoblikuje in socialno vključuje ter širi svojo socialno mrežo v okolje, izvaja vzajemno skrb in postaja sam po sebi skupnostni program.

LITERATURA

- Alvater Brooks C. (2003). *Understanding and designing organizational structures leading and managing in nursing*. Third edition. St. Louis: Mosby.
- Bauer Ruediger (2015). *IP kongruentna odnosna nega*. (Osebni vir, 5. 2. 2015). Ljubljana: M Hotel.
- Bauer Ruediger (2014). *IP kongruentna odnosna nega*. (Osebni vir, 18. 1. 2014). Velenje: Hotel Paka.
- Chenoweth L., Kilstoff K. (2002). Organizational and structural reform in aged organizations: empowerment towards a change process. V: *Journal of Nursing Management*.
- Yeatts E. Dale, Cready Cynhtia, Ray Beth, DeWitt Amy, Queen Courtney (2003). *Implementing and Empowerig Nurse Aide Teams*. V: <http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/44/2/256.long>.
- Decker PJ., Sullivan EJ. (1997). *Effective leadership and management in nursing*. Sand Hill Road: Addison Wesley Longman.
- Farrell David (2006). *Case For Consistent Assignment In the Nursing Home Setting*. V: [http://theconsumervoice.org/uploads/files/long-term-care-recipient/Auld,Rosenthal-1of4-Concurrent\(ConsistentAssignment\).pdf](http://theconsumervoice.org/uploads/files/long-term-care-recipient/Auld,Rosenthal-1of4-Concurrent(ConsistentAssignment).pdf).
- Gawande Atul (2015). *Minljivost*. Ljubljana: Mladinska knjiga.
- Gradišek Toni Anica (1992). *Šola za medicinske sestre v Ljubljani*. V: Šuštar B: *Šola za sestre: zdravstveno šolstvo na Slovenskem*. Ljubljana: Šolski muzej.
- Hilda Maze (2013). *Organizacija dela v zdravstveni negi*. (Skripta) Celje: Visoka zdravstvena šola v Celju.
- Koloroutis Mary (2011). *Beziehungsbasierte Pflege – Ein Modell zur Veränderung der Pflegepraxis*. Zürich, Verlag Hans Huber.
- Kovač Gaja (2011). *Sistem skrivnih bolnišnic v NON in POS kot sanitetna oskrba*. Diplomaska naloga. Ljubljana.
- Manthey Marie (2002). *The practice of Primary Nursing*. Published January 1st 2002 by Creative Health Care Management.
- Papež Bernard (2011). *Zgodovina izobraževanja medicinskih sester na slovenskih tleh*. Diplomaska naloga. Univerza v Mariboru, Kranj: FOV.
- Rybczynski Witold (1987). *Home. A Short History of An Idea*. Published July 7th 1987 by Penguin Books.
- Scott L., Caress AN. (2005). Shared governance and shared leadership: meeting the challenges of implementation. V: *Journal of Nursing Management*.
- Tavčar Mitja I. (2008). *Management in organizacija. Celostno snovanje politike organizacije*. Koper: Fakulteta za management.
- Ulsperger Jason, J. Davic Knottnerus (2011). *Elder Care Catastrophe: Rituals of Abuse in Nursing Homes and What You Can Do About it*. Hardcover.

Kontaktne informacije:

Franc Imperl

FIRIS IMPERL d.o.o.

Tržaška 90/, 1370 Logatec

e-naslov: franc@iris-imperl.si

Ksenija Ramovš

Zmerno in čezmerno pitje starejših ljudi

POVZETEK

Sedanja upokojska generacija je z industrijsko proizvodnjo velike količine alkoholnih pijač povzročila množično dostopnost in uporabo le-teh v Evropi. Njihovo uživanje med starejšimi pa je sorazmerno slabo raziskano. Dostopni podatki in izkušnje o tem kažejo, da je to velik dejavnik tveganja za vse vidike zdravja v starosti. Telesne motnje zdravja in gospodarska škoda, ki se je zaradi uživanja alkohola pri starejših Evropejcih v zadnjih letih skoraj podvojila, so bolj raziskane kakor duševne in socialne motnje. Na starejši organizem ima alkohol močnejši negativni vpliv. Vedenjski vzorci pitja starejših so deloma specifični. Zdravljenje alkoholizma pri starejših je redko. Ob staranju prebivalstva je torej področje pitja starejših in preventive za trezno staranje pomembno strokovno vprašanje. Raziskavo o pitju starejših smo naredili po podobni kvalitativni metodologiji z udeležbo kakor pred leti o pitju mladih. Študentje socialnega dela so napisali življenjske zgodbe in osebni pogovor s 100 ljudmi, ki so stari nad 60 let ter ki jih dobro poznajo in zanje menijo, da pijejo čezmerno, in s 100 takimi, za katere menijo, da pijejo zmerno. Zanimale so nas značilnosti življenjskega sloga zasvojenih ljudi in stališča študentov do njihovega pitja. Kriterije za uvrstitev v kategorijo zmerne in čezmerne pitja je vsak študent izrecno opisal; analiza le-teh kaže, da mladi pitje starejših presojujejo po kriterijih stroke, do pitja in opijanja mladih pa so veliko bolj tolerantni. Kvalitativni podatki analize zgodb potrjujejo, da je med čezmernimi pivci veliko več moških, tistih, ki živijo sami, invalidsko ali predčasno upokojenih, takih, ki so se opijali že v zgodnjih letih, več samskih, da so dejavniki tveganja za čezmerno pitje upokožitev, vdovstvo in pitje doma pridelanih alkoholnih pijač. Čezmerni pivci izhajajo iz družin z zgodovino alkoholizma in brez nje. Med posledicami čezmerne pitja v tretjem življenjskem obdobju so izstopale: motnje v odnosih, okrnjena sposobnost za smiselno odločanje, šibka ali enostranska socialna opora in vidne telesne spremembe pri starejših alkoholikih. Pri tem, ko so mladi primerjali zgodbe zmernih in čezmernih pivcev, izstopajo: navajanje koristi zmerne pitja, vprašanje doživljanja srečnosti v starosti in tudi samo dejstvo, da so se poglobljeno srečali s starejšimi zapitimi ljudmi. Pomembno spoznanje raziskave je, da starejšim čezmernim pivcem odмира čut za njihove življenjske potrebe in zmožnosti.

Ključne besede: pitje starejših, zmerno pitje, čezmerno pitje, preventiva pitja starejših, srečnost v starosti, kriteriji pitja alkoholnih pijač, mladi in pitje

***AVTORICA:** Ksenija Ramovš je magistrica sociologije in diplomirana socialna delavka. Kot direktorica vodi Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje. Pri gerontologiji in medgeneracijskem sožitju se posveča predvsem razvoju in uvajanju modela za usposabljanje družinskih oskrbovalcev ter mreži preventivnih krajevnih programov za zdravo, aktivno in dostojanstveno staranje. Med njenimi raziskovalnimi rezultati izstopa odkritje navidezno vitalnih starih ljudi, ki je pomembno za usposabljanje medgeneracijskih prostovoljcev in oskrbovalcev starih ljudi. Nad dve desetletji dela terapevtsko, pedagoško,*

raziskovalno in akcijsko razvojno na področju alkoholizma, pri čemer je ustvarila nov model prijateljskih skupin zdravljenih alkoholikov, v okviru preventivne pa model skupin mladih za zdravo življenje in dobre medčloveške odnose.

ABSTRACT

Moderate and excessive alcohol consumption in elderly people

The current generation of pensioners developed the industrial production of large amount of alcoholic beverages that led to mass accessibility and use of these beverages in Europe. However, consumption of alcoholic beverages among older is relatively poorly studied.

Available data and experience show that excessive alcohol consumption is a major risk factor for health deviations in old age. Physical disability and economic damage caused by excessive alcohol consumption of elderly Europeans has almost doubled in recent years. Nevertheless, these aspects are better studied than mental and social diseases caused by excessive alcohol consumption.

Negative impact of alcohol is stronger on older organism. Behavioral patterns of alcohol consumption in elderly are partly specific. Treatment of alcoholism in the elderly is rare. With a population ageing the field of elderly alcohol consumption and alcohol abuse prevention becomes an important scientific question.

In this article the survey on alcohol use in elderly is introduced. Within the survey the qualitative methodology has been used. Students of social work have written life stories and performed personal interviews with 100 people aged 60 years and over, whom they know well and considered them alcoholics, and 100 of interviews with older people, who drunk alcohol in moderate way. Within the study, presented by this article, the lifestyle characteristics of addicted people and the views of students to their drinking were identified.

Each student explicitly described the criteria for inclusion of elderly interviewee into the category of moderate and excessive drinkers; analysis of these criteria shows that students judged drinking patterns of elderly people according to the criteria of the profession; however, when judging drinking patterns of young people, they were much more tolerant.

Qualitative data analysis of life stories confirm that more men than women drink excessively and among them more single elderly people. Among excessive male drinkers are more frequently those who live alone, those who are early retired or retired due to a disability, and those who were getting drunk in the early years. The analysis also shows that risk factors for alcohol abuse in older age are also retirement, widowhood and drinking home made alcohol beverages.

Excessive drinkers came both from families with a history of alcoholism and from non-drinking families. Among the consequences of excessive alcohol consumption in elderly stood out: disturbances in relationships, impaired ability to take a meaningful decision, one-sided or weak social support, visible physical changes in older alcoholics.

When students compared the stories of moderate and excessive drinkers few issues stood out: the indication of the benefits of moderate drinking, the question of

experiencing happiness in old age and the importance of in-depth encounter with elderly alcoholics. An important research finding is that in older excessive drinkers the sense of their life needs and abilities slowly fades away.

Key words: Alcohol consumption in elderly, moderate drinking, excessive drinking, prevention of alcohol abuse in elderly, happiness in old age, criteria for alcohol abuse, youth and alcohol consumption

***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 of 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 an outstanding discovery of seemingly vital old people, which is important for the training of intergenerational volunteers and for the 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 NEKATERE ZNAČILNOSTI PITJA STAREJŠIH

1.1 RAZŠIRJENOST PITJA V EU IN SLOVENIJI

V predgovoru knjige *Alkohol v Sloveniji* (Zorko in drugi, 2014) je takratni minister za zdravje Tomaž Gantar povzel nekatere podatke o razširjenosti tvegane in škodljive rabe alkohola in napisal, da v »Evropi popijemo dvakrat več alkohola kot v drugih delih sveta. Visoka poraba alkohola, predvsem pa njegova tvegana in škodljiva raba se odražajo v velikem zdravstvenem, socialnem in ekonomskem bremenu za posameznika, njegove bližnje in družbo. Z alkoholom je v Evropski uniji (EU) povezanih kar 120.000 prezgodnjih smrti (pred 65. letom) na leto, ki bi jih bilo mogoče preprečiti. Zaradi alkohola prezgodaj umre eden od sedmih moških in ena od trinajstih žensk. Še posebej skrb vzbujajoče je, da je tvegana in škodljiva raba alkohola še vedno najpomembnejši vzrok za smrt pri mladih med 15. in 29. letom.«

V tem citatu so štete posledice alkohola pri ljudeh v ekonomsko produktivni dobi, ne pa pri starejših od 65 let. Sedanja upokojska generacija je veliko prispevala k temu, da je Evropa postala vodilna na svetu v proizvodnji alkoholnih pijač, kljub temu je do nedavnega pitje prav te generacije ostalo neraziskano. Raziskovanje pitja alkoholnih pijač in njegovih posledic pri starejših se povečuje zadnjih deset let. Potrebno je predvsem zato, ker število starejših prebivalcev v Evropi narašča, s tem pa naraščajo tudi posledice njihovega čezmernega pitja, ki niso nič manj tragične kakor pri mlajših ljudeh. V nadaljevanju navajamo nekaj zanimivih statističnih podatkov o razširjenosti pitja med različnimi skupinami prebivalcev. Iz njih se vidijo razlike med njimi, vsi podatki skupaj pa kažejo na obseg in težo problemov, ki jih povzroča čezmerno uživanje alkohola.

Znano nam je, da je pitje alkohola zelo razširjeno in da vključuje vedenjski slog, ki ga določajo posameznik, skupnost in prevladujoča kultura. Težave, ki so povezane s pitjem alkohola, lahko v populaciji, v kateri je pitje alkohola razširjeno in družbeno sprejeto, prav zaradi tega mimogrede spregledamo. Vinorodna Slovenija se z letno porabo od 16 do 17 litrov čistega alkohola na prebivalca, starejšega od 15 let, uvršča na tretje mesto v Evropi, takoj za Luksemburgom in Litvo (Stanojević Jerković in drugi, 2011).

V zadnjih letih narašča zanimanje strokovnjakov, ki se ukvarjajo z javnim zdravjem, za probleme, ki jih povzroča alkohol pri starejših ljudeh. Staranje populacije bo verjetno povzročilo tudi porast števila oseb, ki imajo težave s čezmernim pitjem alkohola. Ocenjujejo, da več kot 15 % starostnikov pije tvegano in da je 5 % starostnikov zasvojenih, velik delež pa pije občasno velike količine. 50 % oseb z duševnimi motnjami, več kot 30 % hospitaliziranih in 10 % obravnavanih starostnikov na primarni ravni pije čezmerno oz. škodljivo ali so zasvojeni z alkoholom (Stanojević Jerković in drugi, 2011).

Pogostost in način pitja alkohola se spreminjata s starostjo. Medtem ko starejši v povprečju ne spijejo več kot dve alkoholni pijači ob eni priložnosti, mlajši pogosteje spijejo tri alkoholne pijače ali več. V EU četrtnina starejših od 55 let pije vsakodnevno. Količina popitega alkohola je najvišja v najmlajšem starostnem razredu: od 15 do 24 let. Količina popitih pijač ob eni priložnosti uvršča mlade med skupine z večjim tveganjem, povezanim z verižnim popivanjem (angl. binge drinking). Moški so bolj nagnjeni k pogostejšemu pitju alkohola v primerjavi z ženskami: vsakodnevno pije alkohol 19 % moških in 8 % žensk. Med ženskami je tudi več abstinentk in tistih, ki pijejo zgolj občasno. V letu 2009 je v EU kot celoti abstiniralo 32 % žensk, moških pa polovico manj (16 %).

Raziskava Eurobarometer je tudi pokazala, da državljani EU slabo poznajo pravne ureditve, ki se nanašajo npr. na vožnjo in alkohol v njihovih državah. Le 27 % anketiranih državljanov EU je pravilno odgovorilo glede zakonske omejitve koncentracije alkohola v krvi pri voznikih. Več kot tretjina (36 %) je odgovorila napačno, skoraj enak delež (37 %) pa je bil takih, ki so odgovorili z *ne vem*. Slovenci so večinoma odgovorili pravilno (61 %), četrtnina je odgovorila napačno (25 %), desetina je odgovorila z *ne vem* (13 %). Kljub nizkemu deležu pravilnih odgovorov glede zakonske omejitve koncentracije alkohola v krvi voznikov je večina državljanov EU (61 %, med Slovenci pa 52 %) menila, da sta ena ali dve alkoholni pijači (v dveh urah) pred vožnjo preveč. Če gledamo globalno, državljani EU prepoznavajo, da ima alkohol škodljive učinke na zdravje. Skoraj vsi anketirani državljani EU (97 %, med Slovenci le 77 %) verjamejo, da alkohol pripomore k boleznim jeter, dva od treh (67 %, med Slovenci 68 %) poznata tveganje za raka. Strinjajo se tudi, da alkohol vodi v nezaželene socialne posledice¹, na primer v ulično nasilje (96 %, med Slovenci 98 %), v težave v zakonskem stanu (94 %, med Slovenci 99 %), v izgubo produktivnosti na delovnem mestu in drugo (Lovrenčič B. in Lovrenčič M., 2014).

1.2 SPOZNAVANJE O PITJU STAREJŠIH IZ ŠTUDIJE DESETIH DRŽAV EU

Uživanje alkohola med starejšimi ljudmi je v Evropski uniji slabo raziskano. V nadaljevanju prikazujemo glavne izsledke ene prvih, toda sorazmerno skromne primerjalne

¹ Podatki za Slovenijo torej kažejo na sorazmerno visoko ozaveščenost glede socialnih posledic pitja, manj pa glede zdravstvenih posledic.

raziskave desetih držav EU, med katerimi je tudi Slovenija, iz leta 1999 o pitju starejših. Raziskava je bila odmevna in je pomenila eno izmed pomembnih pobud za nadaljnje študije in ukrepanje glede pitja starejših v državah EU. Navajamo nekaj spoznanj iz te raziskave.

- Biološke spremembe, povezane s staranjem in z uporabo zdravil, povečujejo dovzetnost za negativne učinke alkohola med starejšimi.
- Večina starejših Evropejcev² uživa alkohol: približno 70–80 odstotkov moških in približno 50 odstotkov žensk poroča o uživanju alkohola v zadnjem letu.
- Evropejci, ki so starejši od 70 let, spijejo manjše količine alkohola na leto v primerjavi z Evropejci v zrelih srednjih letih, vendar pa enako pogosto.
- Starejši evropski moški pijejo veliko več alkohola kot starejše ženske in so v večjem številu hospitalizirani zaradi posledic alkoholizma, med njimi je tudi večja umrljivost.
- Evropejci, stari nad 70 let, imajo v povprečju manj posledic zaradi pitja alkohola kot tisti, ki so stari med 60 in 70 let.
- Vino in močno pivo sta najbolj razširjeni alkoholni pijači med starejšimi Evropejci (izjema je pri tem Poljska, kjer je vodka najbolj priljubljena pijača).
- Številne države članice pripisujejo večjo porabo alkoholnih pijač med starejšim prebivalstvom dostopnosti in nizkim cenam.
- Pet držav članic (Finska, Švedska, Velika Britanija, Latvija in Poljska) poroča o pomembnem povečanju hospitalizacij zaradi uživanja alkohola v zadnjih petih do desetih letih, medtem ko so se v dveh članicah (Slovenija in Nemčija) rahlo znižale.
- Samo ena država (Italija) je oblikovala smernice za pitje alkohola pri starejših (najvišja priporočljiva mera je ena standardna pijača ali okoli 12 gramov čistega alkohola na dan). Druge države članice so v raziskavi uporabile standardna priporočila za odrasle, kar znaša do dve merici na dan (24 gramov čistega alkohola).
- Večina držav članic za zdravstveno osebje nima programov usposabljanja za odkrivanje in zdravljenje alkoholizma med starejšimi; te imajo le Švedska, Finska in Velika Britanija.
- Gospodarska škoda se je zaradi uživanja alkohola pri starejših Evropejcih v zadnjih letih skoraj podvojila (Hallgren in drugi, 2009).

Razgrnili smo nekatere znane podatke o pitju starejših iz preteklih let. Novejših statističnih podatkov o pitju starejših v Sloveniji nismo našli, navajamo pa nekatere izsledke kvalitativne študije iz leta 2010 (Stanojević Jerković in drugi, 2011), ki v marsičem potrjujejo spoznanja iz študije, ki je bila leta 2012 narejena v Veliki Britaniji (Institute of Alcohol Studies, 2012), in iz primerjalne kvalitativne longitudinalne študije Velike Britanije in Finske iz leta 2013 (Wilson in dr., 2013).

1.3 IZRAZOSLOVJE PRI PITJU ALKOHOLA

V raziskovanju pitja starejših in pri praktični obravnavi je izrazoslovje enako kakor pri vseh drugih starostnih skupinah, razlikujejo pa se nekatere vsebine izrazov. Zmerno

2 Termina *Evropejec* in *evropski* se v tekstu nanašata na deset sodelujočih držav EU v tej raziskavi.

pitje odraslih se po smernicah WHO³ za starejše ljudi v večini držav EU še ne razlikuje, druge države pa že upoštevajo fiziološke spremembe staranja in so temu prilagodile tudi kriterije za čezmerno pitje starejših, npr. v Italiji in še v nekaterih državah so smernice čezmernega pitja za starejše prepolovljeno število standardnih pijač po smernicah WHO za odrasle.

Izraz **čezmerno pitje** se v tej raziskavi pogosto uporablja in pomeni pitje alkoholnih pijač, ki se razteza med zmernim pitjem in alkoholizmom, npr. pijanost nealkoholika. Pojem je v vsakdanji rabi zelo nedoločen, za strokovno rabo pa je praktično neuporaben, ker ni definiran pojem zmernega pitja in ker skuša vsakdanja govorica zaradi alkoholične obrambe z izrazom »čezmerno pitje«³ prikriti alkoholizem (Ramovš, 2001).

V stroki se pogosto uporablja pojem **rizično** ali **tvegano pitje** (Zorko Maja in drugi, 2014), ki je velikokrat sopomenka čezmernemu pitju. Tvegano pitje alkohola je način pitja, pri katerem obstaja verjetnost, da bo povzročena škoda zaradi pitja alkohola. Nekateri države, npr. Švedska, opredeljujejo vsako uživanje alkoholnih pijač kot tvegano pitje. V večini držav – tudi pri nas – pa velja, da je vsako pitje nad kriteriji WHO tvegano pitje, pod kriteriji WHO pa **manj tvegano pitje** ali **zmerno pitje**. Omenimo še izraz **škodljivo pitje** alkohola, to je način pitja, pri katerem je z alkoholom povezana škoda že prisotna. **Zasvojenost z alkoholom** opredelimo takrat, ko so bili v zadnjem letu prisotni vsaj trije od naslednjih pojavov: povečana toleranca, ko je za doseganje enakega učinka potrebna čedalje večja količina alkohola, telesne motnje zaradi odtegnitve alkohola (abstinenčna kriza), težko obvladljiva želja po pitju alkohola, težave pri obvladovanju pitja alkohola, vztrajanje pri pitju alkohola kljub škodljivim posledicam, zanemarjanje drugih dejavnosti zaradi pitja alkohola (NIJZ, 2015). Pri starejših z alkoholom zasvojenih ljudeh v večini primerov velja, da toleranca do alkohola pada, kar pomeni, da se opijanijo z manjšo količino alkoholnih pijač kot pred leti, ko so bili mlajši.

1.4 VEDENJSKI VZORCI PITJA STAREJŠIH

Večina raziskav kaže, da pri čezmernih pivcih z leti količina popitega alkohola upada in je tudi manj težav, povezanih s škodljivim pitjem alkohola. Pitje pa se ne spreminja pri ljudeh, ki pijejo manj tvegano. Tretjina do polovica starejših ljudi, ki so zasvojeni z alkoholom, prične tvegano oziroma škodljivo piti v srednjih letih ali pozneje. V splošnem lahko opredelimo dve skupini starostnikov, ki tvegano uživajo alkohol. V prvo skupino uvrščamo starostnike, ki pijejo alkoholne pijače v večji meri kakor v srednjih letih. Druga skupina zajema starostnike, ki so škodljivo pitje alkohola razvili šele v starosti kot način soočanja in spoprijemanja s problemi, kot so izgube, osamljenost, bolečine, neugodje in različne težave. Ženske v srednjih letih so tvegane pitju alkohola še posebej izpostavljene, zlasti zaradi dogodkov, kot so ločitev, izgube ali odhod otrok od

³ Izhodišče je merica ali standardna pijača ali enota količine alkohola, ki znaša po naših merilih 10 gramov, to je približno 1 dcl vina (mali kozarec), ali 2,5 dcl piva, ali šilce 0,3 dcl žgane pijače, ali 2,5 dcl sadnega mošta. Zgornja meja manj škodljivega pitja je 14 meric alkohola tedensko za moške in 7 meric za ženske. Ob eni priložnosti naj bi odrasel moški spil največ 5 meric alkoholnih pijač, ženska pa polovico manj. To velja za zdrave ljudi, ko ne vozijo, ne velja pa za nosečnice, bolnike in zdravljene alkoholike, ki morajo abstimirati.

doma (Stanojević Jerković in drugi, 2011). Raziskovalci so ugotovili tri vrste starejših uživalcev alkoholnih pijač (Institute of Alcohol Studies, 2012).

- 1. Trdoživi pivci:** uživalci z dolgim obdobjem uživanja alkoholnih pijač. To so starejši kronični alkoholiki, pri katerih se je v zgodnejšem ali srednjem obdobju življenja razvila zasvojenost. Avtorji slovenskih raziskav (po Stanojević Jerković in drugi, 2011) in tudi naša pričujoča raziskava pri tem ugotavljamo, da so imeli starostniki, ki tudi v starosti nadaljujejo s pitjem alkohola, zgodnje izkušnje s čezmernim pitjem. V večini primerov so pitju botrovali vzroki, kot so izguba staršev, težko telesno delo, pomanjkanje hrane, finančne stiske in velika dostopnost alkohola v okolju. Pri njih so pogosti zdravstveni zapleti, povezani z alkoholizmom, življenjska doba pa je v povprečju krajša za od 10 do 15 let.
- 2. Reakcijski pivci.** Čezmerno začno piti pozneje v življenju, pogosto kot odziv na travmatične življenjske dogodke, kot so smrt ljubljene osebe, osamljenost, bolečina, nespečnost, upokojitve, poslabšanje socialno-ekonomskega stanja ipd.
- 3. Kompulzivni pivci.** Alkoholne pijače pijejo občasno v količinah, ki jim lahko povzročajo hude zdravstvene in druge težave. Praksa kaže, da imajo tako reakcijski kot kompulzivni pivci veliko možnosti, da se ob podpori svojcev ali drugih bližnjih uspešno zdravijo v pozno starost. Avtorji slovenskih raziskav (po Stanojević Jerković in drugi, 2012) pa so ugotovili, da so se socialna mreža, v kateri pitje alkohola ni navada, kronične zdravstvene težave in dobro informiranje izkazali kot varovalni dejavniki pred čezmernim pitjem v starosti. Ugotovili so, da starostniki slabo poznajo priporočila za manj tvegano pitje alkohola in da jim tudi ne pripisujejo večjega pomena.

1.5 POSLEDICE PITJA ZA STAREJŠE

Toleranca do alkohola se s starostjo pomembno zniža, tako da je velika verjetnost, da bo enaka količina alkohola imela bolj škodljiv učinek na starejšega človeka kakor na mlajšega. Starejši ljudje so manj odporni na alkohol zaradi fizioloških sprememb, ki nastopijo s starostjo, in sicer se na račun maščob zniža delež vode v telesu, kar pomeni, da je v telesu manj vode, ki bi razredčila alkohol, zmanjša se pretok krvi skozi jetra, zmanjša se učinkovitost jetrnih encimov in funkcija jeter posledično slabi. Alkohol pri starejših povzroča slabše delovanje ledvic in močno vpliva na možganske funkcije. Posledice so tudi več padcev med starejšimi, spominske motnje, inkontinenca in hipotermija, več nezgod in zanemarjanje samega sebe. Royal College of Physicians ocenjuje, da ima do 60 % starejših ljudi, ki so bili sprejeti v bolnišnico zaradi zmedenosti, ponavljajočih se padcev, ponavljajočih se pljučnic in odpovedi srca, težave z alkoholizmom. Diagnosticanje ali prepoznavanje zlorabe alkohola v starosti je težavno, mnogi simptomi zlorabe alkohola se lahko pojavijo na enak način kot pri kakih drugih prikritih in nespecifičnih boleznih ali stanjih, kot so prebavne težave, nespečnost ali napačno diagnosticirane demence ali depresije (Institute of Alcohol Studies, 2012).

Tudi predpisana zdravila lahko v povezavi z alkoholom povzročajo neželene stranske učinke, na primer zdravila, ki delujejo na centralni živčni sistem, kot je diazepam (Valium), lahko že pri manjši količini popitega alkohola povzročijo močnejši učinek na telo.

Alkohol v povezavi z antidepresivi, kot sta Tofranil ali Prothiaden, lahko celo poslabša depresijo. Starejšim ljudem, ki jemljejo zdravila, se ponavadi odsvetuje pitje alkoholnih pijač (Seitz in dr., 1994).

Posledice čezmernega pitja pri starejših niso samo telesne, temveč tudi psihične in socialne. Starostniki imajo na splošno manjšo socialno mrežo in bolj so osamljeni, pri starih pivcih se to dogaja še pogosteje in s še bolj tragičnimi posledicami kakor pri mlajših (Schutte in dr., 1998).

1.6 PREPREČEVANJE ALKOHOLIZMA STAREJŠIH

Sedanje raziskave pitja starejših (nad 65 let) raziskujejo stanje **generacij tradicionalistov**, ki so bile rojene med obema vojnama ali kmalu po drugi svetovni vojni in so nosilke tradicionalnih vrednot ter imajo močno usidrano stališče do zmernosti v vseh pogledih, tudi pri pitju alkoholnih pijač. Zanje je značilno upoštevanje avtoritet (npr. nasvetov zdravnikov), med kroničnimi bolniki je večje število abstinentov, zlasti med ženskami. Stara pa se nova generacija, t. i. **baby boom generacija**. Zanja je značilno, da je na prvo mesto dala individualnost in lastno dobro počutje pred odgovornim skupnim dobrim. Zanja je značilna želja po »spontanem vedenju« brez zavor, tudi v odnosu do alkohola (Patterson in dr., 1999). Gospodarski razcvet po drugi svetovni vojni je povzročil tudi množično proizvodnjo cenovno dostopnih alkoholnih pijač. V šestdesetih letih se je množičnemu pitju mladih pridružilo še uživanje drog, ki je do današnjega dne vedno hujši in težje obvladljiv problem. Za to generacijo je značilno, da zaradi dobrega življenjskega standarda vstopa v tretje življenjsko obdobje relativno zdrava, vendar z velikim deležem ljudi s težavami v duševnem zdravju, med katerimi prednjačijo težave čezmernega pitja in depresij (NHS, 2007).

Načrtovanje in izvajanje preventive čezmernega pitja starejših sta nujni in zahtevni nalogi: nujni zaradi posledic na zdravstvenem, ekonomskem, socialnem in osebem nivoju, zahtevni pa zato, ker še ni prave politične in strokovne volje, da bi razvijali preventivo za »družbeno najmanj produktivno« generacijo. Preventiva pitja starejših je zahtevna tudi zato, ker še niso razvita orodja za učinkovito preventivo, kar se vidi po maloštevilnih primerih dobre prakse. V nadaljevanju prikazujemo tri klasične vrste preventive (Ramovš J., 2001) na področju alkoholizma, ki smo jih dopolnili za potrebe pitja starejših.

1. **Primarno preprečevanje** je usmerjeno na celotno populacijo starejših ljudi z namenom ustvarjanja takšnih družbenih razmer, da ljudje v starejši dobi življenja pijejo čim manj tvegano, kar pomeni, da so že v srednjem obdobju svojega življenja deležni javne spodbude, da zavestno krepijo varovalne dejavnike nad dejavniki tveganja. Izvajalci so politika, gospodarstvo, ekonomija, zakonodaja in vzgoja v sodelovanju z alkoholološko stroko. Primer dobre prakse je širiteljski program v medgeneracijskih skupinah za kakovostno staranje *Starajmo se trezno*, ki smo ga razvili na Inštitutu Antona Trstenjaka (Ramovš K. in Ramovš J., 2015).
2. **Sekundarno preprečevanje** je usmerjeno v določene skupine starejšega prebivalstva, ki so posebej ogrožene zaradi alkoholizma. To so skupine z dolgotrajnim uživanjem alkohola, ki imajo v svoji pivski zgodovini občasno zlorabljanje alkohola.

Zelo ranljiva skupina za alkoholizem so starejši po življenjsko prelomnih dogodkih, kot so upokojitev, smrt zakonca, prazno gnezdo ipd. Izvajalca sekundarne preventive sta predvsem sociala in zdravstvo v sodelovanju z drugimi strokami in resorji.

- 3. Terciarno preprečevanje** skuša pri z alkoholizmom obolelih starejših ljudeh zmanjšati osebno ali družbeno škodo ali preprečiti poslabšanje stanja; področje se torej v precejšnji meri pokriva s pojmom socialne (zdravstvene in druge) oskrbe alkoholikov z nerešljivo problematiko ter s pomočjo svojcem pri njihovi oskrbi in lastnem varovanju zdravja. Na tem področju je najznačilnejše delovanje civilnih humanitarnih in dobrodelnih združenj, del terciarne preventive pa navadno vršita tudi javna zdravstvena in socialna služba.

2 MLADI O PITJU STAREJŠIH

2.1 POGLED MLADIH NA PROBLEMATIKO OMAM IN ZASVOJENOSTI OTEŽUJE NAVIDEZNA STRPNOST

Mladi imajo na splošno zelo sprejemajoč odnos do pitja alkoholnih pijač, moč substance praviloma podcenjujejo; raziskovalna spoznanja o tem smo navajali v knjigi *Pitje mladih* (Ramovš in Ramovš, 2007).

Kako doživljajo zgodbe ljudi z dolgoletnim alkoholizmom, med katerimi je veliko takih, ki so začeli piti v njihovih letih, je bilo eno izmed vprašanj, ki smo si jih postavljali pred raziskovanjem.

Raziskovali pa smo tudi življenja starejših zmernih pivcev. Zanimalo nas je, kaj bodo mladi izluščili iz njihovih zgodb. Generacije, ki so jih raziskovali, so odraščale v tradicionalnem okolju z jasnimi klasičnimi vrednotami, kot so delavnost, poštenost, resnicoljubnost ipd. Generacija anketirancev pa odrašča v zamegljenem ali postmodernem času, polnem nasprotij in nejasnosti. Težo časa so ustvarjali že starši današnje mlade generacije, ko so na široko in nekritično odprli vrata materialnim in nematerialnim dobrinam potrošniške družbe (Bahovec, 2004). Pri vzgoji otrok pogosto nihajo med navidezno strpnostjo in apatijo ter nestrpnostjo ali agresijo. V odnosu do pitja se to kaže na primer pri dopuščanju staršev, da njihovi mladoletni otroci do poznih večernih ali jutranjih ur hodijo okoli (ali ždiyo pri računalniku), ne da bi starši resnično vedeli, s kom in kje so. Ko pa se posledice opijanja ali omamnega vedenja pokažejo pri šolskem uspehu, gredo pogosto v drugo skrajnost, jezijo se na otroke in učitelje, pri sebi pa doživljajo nemoč in občutke krivde. Tako apatija kakor agresija v odnosih povzročata vedno več trpljenja, nasilje v Evropi se povečuje tako nad otroki kot nad starejšimi, zlasti v družinah. To dokazujejo številne raziskave (Finkelhor in drugi, 2013) in zakonodaja, ki poskuša z represivnimi instrumenti zajeziiti nasilje.

Pri delu z mladimi, posebno s tistimi, ki se usmerjajo v altruistične poklice, kot je socialno delo, je ena prvih nalog, da jim učitelji pomagajo najti kompas za ravnanje v poklicu, to je sposobnost orientacije za smiselno in koristno ravnanje ter za prepoznavanje škodljivega ravnanja. Vemo, da v današnjih družbenih razmerah ni modno razmišljati na tak način, saj ideje konstruktivizma in relativizma zamegljujejo pomen

jasno definiranih vrednot. Ravno tako se na strokovnem področju relativizirajo določena strokovna spoznanja, na primer da zdravljeni alkoholik po zdravljenju ne sme več zmerno piti.

Četudi ni modno, je pa modro, saj lahko brez prave orientacije zelo hitro zapademo všečnim idejam posameznikov ali skupin s politično ali kako drugo močjo. Tako so mesece in leta v ospredju problemi majhnih skupin prebivalstva (npr. za legalizacijo drog), namesto da bi se mnogo več posvečali vitalnim problemom, na primer kako krepiti funkcionalnost družin, kako sistematično krepiti varovalne dejavnike pred dejavniki tveganja za omamljanje in zasvojenosti med vsemi mladimi ipd.

Na Fakulteti za socialno delo sva z možem kar nekaj let poučevala in vodila vaje s področja omam in zasvojenosti. Na študente sva prenašala najino praktično in teoretično znanje ter jim pomagala, da so si s pomočjo raziskovanja na terenu širili svoje obzorje. Ker v naši kulturi zelo prednjači omamljanje z alkoholnimi pijačami, je bilo predavanjem in vajam o tej vrsti omame namenjenih največ ur. In kakor velikost gore najtežje presodimo, ko hodimo po njenem pobočju, tako problematiko čezmernega uživanja alkohola težko prepoznavamo iz sredine naše kulture, v kateri je pitje nekaj vsakdanjega.

Da bi študentje dobili razgled po tej problematiki, so bili napoteni, da raziščejo razsežnosti omam in zasvojenosti v svojem domačem okolju. Tako smo študente poslali na teren, da poiščejo enega zgledega starejšega zmernega pivca in enega čezmernega pivca ter z njima opravijo pogovor. Po dogovoru s študenti smo nekatere naloge uporabili v raziskavi. Med več sto nalogami smo jih po določenih kriterijih izbrali 200 in jih kvantitativno obdelali, nato smo naredili izbor desetih primerov s tipičnimi, raznolikimi in gostimi zapisi ter jih obdelali še kvalitativno.

2.2 MLADI SO RAZISKOVALI PITJE ALKOHOLNIH PIJAČ PRI STAREJŠIH

Opijajo se ljudje vseh generacij. Pri tej raziskavi se je pokazalo, da so ljudje znotraj svoje generacije bolj tolerantni do pitja kakor do pitja drugih generacij; zanimalo nas je, kje in kako se to kaže predvsem pri mladi generaciji.

V raziskavi so nas zanimale tudi značilnosti življenjskega sloga zasvojenih ljudi, ki so starejši od 60 let (60 +), in v čem se te značilnosti razlikujejo od življenjskega sloga enako starih ljudi, ki pijejo zmerno.

Izpraševalci so bili iz vseh slovenskih regij, stari so bili med 21 in 25 let in so bili deloma tudi sami predmet raziskave. Zanimali so nas njihovi kriteriji zmernega in čezmernega pitja za njihove vrstnike in za starejše, to je za 60 +. Iz njihovih primerjalnih analiz zmernih in čezmernih pivcev smo preverjali njihove kriterije pitja starejših, posredno pa tudi njihova stališča do kakovostnega staranja.

Mladi so izbirali primere starejših ljudi po lastni presoji in po presoji svoje okolice. Izbrani primeri niso bili zdravniško diagnosticirani, zato se večinoma izogibamo poimenovanjema alkoholik in alkoholizem, četudi je iz primerov čezmernih pivcev več kot očitno, da ima večina od njih kronično obliko alkoholizma. Sicer pa je že nekaj časa tudi v strokah uveljavljeno, da se izogibamo poimenovanju vseh vrst problematike (Zastrow, 1992) zaradi mnenja, da so poimenovanja ali diagnoze kot etikete ali štampljke,

ki enostransko označijo človeka. Zato ljudje danes niso več hipertonični, diabetiki ali depresivci, temveč so ljudje s težavami v duševnem zdravju, gospod ali gospa z diabetesom itd. Kljub temu ostaja dejstvo, da je jasno in pravilno poimenovanje bolezni ali motnje zelo pomembno za soočenje z njo in za njeno zdravljenje. Anonimnim alkoholikom in drugim gibanjem iz te skupine ter tudi ljudem, ki se že uspešno zdravijo, še danes pri zdravljenju zelo pomaga poistovetenje z alkoholizmom. Sodobne oblike zdravljenja alkoholizma in drugih zasvojenosti se usmerjajo v »tarčno« zdravljenje, to je v popravljanje najbolj motečih organskih in duševnih vzorcev odvisnosti, pri tem pa spregledajo celoto človeka, vendar je to druga tema, o kateri si lahko zainteresirani bralci preberejo več drugje. V tej raziskavi uporabljamo pojma zmerni in čezmerni pivci po kriterijih zmernega in čezmernega pitja, ki so določeni v *Tabeli 1*. Tu in tam so čezmerni pivci ali njihovo stanje zaradi konteksta poimenovani natančneje, npr. *alkoholiki* in *kronični alkoholizem*.

Podatke za to raziskavo smo zajemali z odprtim, delno strukturiranim vprašalnikom. Vsak izpraševalec je najprej sam izpolnil vprašalnik o lastnem odnosu do rabe alkohola, nato je v domačem okolju po določenih kriterijih anketiral enega alkoholika in enega zmernega pivca, oba stara nad 60 let, ter njuni življenjski zgodbi primerjal. V raziskavi smo zajeli 100 alkoholikov in 100 ljudi, ki pijejo zmerno. Na podlagi pridobljenih podatkov smo naredili izbor tipičnih primerov, ki smo jih kvalitativno obdelali.

Vsak primer smo označili na način, ki omogoča sledljivost. Oznake na koncu povedi ali dela zgodbe imajo svoj pomen. Vzemimo za primer (77–60m ČP): 77 je številka ankete, 60 je starost anketiranca, m ali ž je spol anketiranca, ČP pa pomeni, da gre za čezmernega pivca. Oznaka ZP pomeni, da gre za zmernega pivca. Ponekod najdemo v oklepaju samo številke. To so oznake anketarjev, ki so povzeli ali interpretirali del njim zaupanih zgodb.

V študijo je bilo torej zajetih 200 zgodb, vsaka od njih je edinstvena, hkrati pa se iz nekaterih primerov luščijo nekatere skupne značilnosti, ki so strokovno bolj ali manj znane. Novo je to, da je študija narejena na starejših ljudeh, ki imajo praviloma za seboj že dolgo kariero alkoholizma ali zmernega pitja, zato smo prepričani, da se od njih lahko marsikaj naučimo, tudi o tem, kaj je pomembno za zdravo in srečno življenje v starosti.

2.3 KRITERIJI MLADIH ANKETARJEV DO ZMERNEGA IN ČEZMERNEGA PITJA

Vrednote in stališča se v vsakdanjem življenju kažejo predvsem v kriterijih za vedenje in ravnanje. Študentje drugega letnika Fakultete za socialno delo so pri predmetu Zasvojenosti spoznavali različne vrste in oblike omam in zasvojenosti, seznanjeni so bili s kriteriji Svetovne zdravstvene organizacije o zmernem in čezmernem pitju in o drugih strokovnih priporočilih (Anderson in drugi, 2005). Študentje so pred anketiranjem izpolnili tabelo, v katero so napisali svoje kriterije zmernega in čezmernega pitja za lastno generacijo in za ljudi, starejše od 60 let. V tabeli spodaj so prikazani značilni kriteriji mladih, po katerih so presojali zmerno in čezmerno pitje.

Tabela 1: **Kriteriji zmernega in čezmernega pitja**

Značilni kriteriji mladih o ZMERNEM pitju starejših ljudi (60 +)	Značilni kriteriji mladih o ČEZMERNEM pitju starejših ljudi (60 +)
<ul style="list-style-type: none"> - V svoji soseski, med ljudmi, ki ga dolgo in dobro poznajo, velja za človeka, ki nima težav zaradi pitja alkohola. - Popije največ kozarec vina na dan. - Če ima zdravstvene težave, ki jim pitje alkohola škodi, ne pije. - Starejši ljudje zaradi svojih življenjskih izkušenj popijejo le toliko, da jim alkohol ne škodi. - Med uživanjem alkoholnih pijač in po tem ne kažejo znakov opitosti ter motenj koncentracije, motorike, pomnjenja, mišljenja in delovanja. Nimajo socialno odnosnih posledic. - Alkohol uživajo v zmernih količinah z namenom praznovanja, obrednega pitja ali ob hrani in nikoli z namenom opijanja ali lajšanja težav. - Čezmerno ne pijejo ali pa zelo redko, to je dva - do trikrat na leto. - Pitje alkohola ne vpliva na kvaliteto njihovega življenja. 	<ul style="list-style-type: none"> - V svoji soseski, med ljudmi, ki ga dolgo in dobro poznajo, velja za človeka, ki ima težave zaradi čezmernega pitja. - Ne more normalno funkcionirati, če ne popije nekaj alkoholnih pijač. - Pitje alkoholnih pijač je ponavljajoče in rutinsko, količine so lahko majhne ali velike. - Redno pije zaradi pomiritve telesnih ali duševnih težav. - Kadar alkohol postane njegova vsakodnevna navada in običaj ter pije brez posebnega razloga. - Ob pitju se lahko pokažejo znaki opitosti, kot so motnje koncentracije, dojemanja, racionalnega mišljenja in pomnjenja. Spremeni se tudi motorika. Pogosto se čutijo posledice pitja v socialnem življenju. - Zaradi pitja alkohola so spremenjeni ali skrhani odnosi v družini, s partnerjem, s prijatelji, v soseski ali na delovnem mestu. - Zanimanja za stvari, ki se dogajajo okoli njega. - Alkoholne pijače uživa vsak dan in popije več, kot je priporočljivo. - Alkohol uporablja za beg pred zunanjim svetom. - Pitje alkohola spremeni njegovo vedenje, postane agresiven ali avtoagresiven. - Ima slab nadzor nad pitjem in nad svojim vedenjem.
Značilni kriteriji mladih o zmernem pitju mladih ljudi (do 25 let)	Značilni kriteriji mladih o čezmernem pitju mladih ljudi (do 25 let)
<ul style="list-style-type: none"> - Pijejo v skladu s kriteriji WHO. - Napijejo se manj kot enkrat na teden. - Napijejo se manj kot enkrat na mesec. - Redno študirajo ali opravljajo svoje delovne naloge. - Svojih stisk ne rešujejo z alkoholom ali drogami. - Če pijejo, niso »zateženi«. 	<ul style="list-style-type: none"> - Če pride do zastrupitve zaradi alkohola ali do opustitve študija zaradi rednega opijanja. - Pijejo več, kot so kriteriji WHO za zmerno pitje. - Napijejo se več kot enkrat na teden. - Zaradi opijanja trpijo njihov študij in odnosi v družini. - Izguba spomina zaradi čezmernega pitja in posledično nekontrolirano vedenje. - Agresivno vedenje v opitem stanju. - Zastrupitev z alkoholom, delirij in bruhanje. - Napijejo se več kot enkrat na mesec.

Mladi anketarji so pogosto iskali informacije o čezmernih pivcih kar doma. Ker je bila več kot polovica vseh pogovorov opravljena v vaškem okolju, v katerem se ljudje še vedno dokaj dobro poznajo med seboj, so pogosto upoštevali javno mnenje kot kriterij zmernega ali čezmernega pitja. Čezmernega pivca so opredelili kot človeka, ki je v kraju že leta znan zaradi težav čezmernega pitja. Če sodimo po njihovih zgodbah, gre v večini primerov za kronične, težko zdravljive oblike alkoholizma.

Že iz števila povedi po posameznih stolpcih je vidno, da so mladi do pitja starejših bolj kritični kakor do pitja svoje generacije. Kriteriji za čezmerno pitje starejših in mlajših se močno razlikujejo. Mladi menijo, da je pri starejših lahko vsako redno pitje

problematično, ravno tako so pomembni vzroki, zakaj pijejo. Mladi so pozorni na vrsto posledic, ki jih povzroči pitje. Pri svoji generaciji imajo sicer pogosto na prvem mestu napisano *Kriteriji po WHO*, takoj za tem pa *Napijejo se več kot enkrat na teden*. Ob tem je verjetno vsakemu bralcu jasno, da je kriterij pitja po WHO napisan zgolj zaradi formalnosti (ker je poznavanje tega kriterija študijska dolžnost), v življenju pa se držijo naslednjih kriterijev, ki so napisani v stolpcu. Pitje postane zanje problematično, ko pride do hujše oblike zastrupitve z alkoholom (delirij, bruhanje, izguba spomina) ali ko trpijo študij in odnosi v družini; slednje so na žalost že take oblike čezmernega pitja, da kažejo na akutno in celo kronično fazo alkoholizma. Zdi se, da mlada generacija od starejših generacij uspešno kopira vzorce mokre kulture (Hallgren in drugi, 2009) in jih celo poglablja.

V kriterije zmernega pitja starejših so vtkana pričakovanja mladih, kako naj se starejši vedejo v odnosu do alkoholnih pijač in tudi na splošno. V tej raziskavi mladi presojujejo generacijo starejših skozi vrednostni sistem starejših, ne skozi lastnega. Od starejših pričakujejo razsodnost v odnosu do alkoholnih pijač v vseh pogledih ter polno in aktivno življenje. Slednje lastnosti imajo njihovi primeri zmernih pivcev, med katerimi so mnogi vzor za njihovo lastno starost, kakor pravijo. Veliko vprašanje je, kaj je vzrok temu, da mladi presojujejo vedenje starejših po vrednostnem sistemu starejših, za lastno vedenje pa imajo obratne kriterije.

2.4 KORAK ANKETARJEV DO ČEZMERNIH PIVCEV JE BIL VČASIH TEŽAK

Mladi so pred anketiranjem imeli precej pomislekov o tem, kako navezati stik s čezmernimi pivci, da jih bodo sprejeli. Med navodili, ki so jih dobili, je bilo tudi to, da pristopijo do ljudi, ki jih želijo anketirati, spoštljivo, se jim predstavijo kot študentje socialnega dela in jih prosijo za pogovor. Po pogovoru naj se toplo zahvalijo za povedano, in če je primerno, povedo kakšno iskreno pozitivno povratno informacijo. Iz večletne prakse vem, da je večina starejših ljudi, zmernih in čezmernih pivcev, zadovoljna, če lahko svojo življenjsko zgodbo ali njen del povedo nekomu, ki jo hvaležno sprejme.

Marjan je bil študent drugega letnika. Za študij socialnega dela se je odločil, da bi znal pomagati očetu in družini, ki jo je omrežil očetov alkoholizem. Do alkoholikov je imel odpor, na drugi strani pa je bil sočuten in odprt za socialne stiske ljudi. Pred anketiranjem starejšega zmernega in čezmernega pivca je prišel na pogovor in izrazil svoje pomisleke o tem, če bodo ljudje hoteli govoriti z njim o svojem pitju alkohola. Prepričan je bil, da jih bo zelo sram govoriti o tem. Vprašala sem ga po njegovih kriterijih zmernega in čezmernega pitja, po njegovem »kompasu«. Za dobro študijsko socialno delo na terenu je potrebno poleg odprtega sprejemanja zgodb ljudi tudi vsaj osnovno strokovno znanje. Marjan je hitro dojel, da mu bosta njegovo znanje o omamah in zasvojenostih ter »odprta radovednost«, ki jo ima, pomagala, da bo dobro opravil nalogo.

Tina je napisala: *»Pogovor s Francem sem težko začela. Zdelo se mi je, da ves čas vlečem iz njega. Zoprno mi je bilo že iskati nekoga, ki je alkoholik, in se z njim pogovarjati o njegovi težavi. Franc mi ni povedal veliko o svojem pitju. Več sem izvedela od njegove žene. Razgovoril se je le tedaj, ko sva govorila o rezbarstvu, kar zelo rad počne. Zadrega je izginila in pogovor sva lepo zaključila.«*

Anketarji so večkrat zabeležili: *»Med pogovorom sem se na trenutke počutila prav smešno, od njegove sestre in žene sem izvedela, kakšna je njegova resnična zgodba, kakšno je ozadje, on pa je ves čas trdil ravno nasprotno. Opazila sem, da živi v svojem svetu, resnico zakriva za izmišljenimi zgodbami.«*

Anja pa je napisala: *»Tine je deloval plašno, ponižno. Na licih in nosu ima vidne razpokane žile. Ob snidenju mi je stisnil roko. Oprijem roke je bil bolj mlahav. Deloval je skoraj nemočno. Vem, da je star 65 let, a deluje, kot da je precej starejši. Ko je govoril o kakšni krivici, ki se mu je zgodila, je imel oči ranjene srne. Ko je govoril, se je večkrat zapletel z besedami, včasih je začel zelo mahati z rokami. Včasih me je presenetil z bolj robato in zadirčno izgovorjenim stavkom, kot bi imel vsega dovolj, v naslednjem trenutku pa je v smehu povedal kakšno šalo. Ko sem se mu zahvalila za pogovor, je zamahnil z roko in mi rekel, da naj pridem še kdaj, saj ga le redko kdo obišče. Od njega sem odhajala z občutkom, da je bil pogovor koristen za oba.«*

Kljub temu da se je del mladih s pomisleki in s težavo odpravil na pogovor k čezmernim pivcem, so jih, če sodimo po opisu, izpeljali dobro in korektno. Mnogi mladi so se izkazali tudi kot dobri opazovalci. Nekaterim je pri razumevanju zgodb pomagalo vse, kar so vedeli že od prej ali pa so izvedeli od žene, staršev, starih staršev, sosedov čezmernega pivca in drugih. Na splošno se zdi, da so bili vsi udeleženci v pogovorih zadovoljni. Če pogledamo nekoliko globlje, pa podatki kažejo, da so zgodbe čezmernih pivcev pri mladih pustile sled nelagodja, včasih celo praznine in ogoljufanosti, če so jim pripovedovali nekaj, za kar so vedeli, da ni res. Mladi so imeli premalo znanja in izkušenj, da bi lahko ločili njihovo pristno vedenje od obrambnega in ga razumeli.

Drugače je bilo pri zmernih pivcih. Mladi so bili v večini primerov navdušeni nad njihovimi zgodbami, od njih so odhajali z »napolnjenimi baterijami«, kot je napisal eden izmed anketarjev: *»Ko sem odšel od njega, sem bil res vesel. Z njim se je dalo pogovarjati čisto drugače kot z Marjanom. Neverjetno, da pri svojih 81. letih pozna še vse najnovejše znamke motorjev! In ni samo on pripovedoval, zanimalo ga je tudi moje mnenje. Mislim, da ga bom res še obiskal, kot sem mu obljubil.«*

2.5 STAREJŠI MOŠKI POGOSTEJE ČEZMERNO PIJEJO IN PREJ UMIRAJO KAKOR ŽENSKO

K vsaki raziskavi sodi tudi nekaj statističnih podatkov in naša ne bo izjema. Četudi raziskava ni reprezentativna in je vzorec sorazmerno majhen, je zanimivo, da se mnogi rezultati ujemajo z velikimi reprezentativnimi študijami, ki so bile narejene pri nas ali v drugih deželah, kjer je pitje alkoholnih pijač podobno razširjeno.

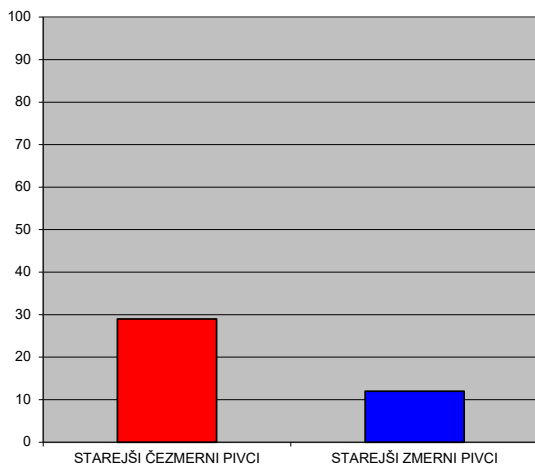
V raziskavi je bilo zajetih 100 primerov zmernih pivcev in enako število čezmernih pivcev. Povprečna starost zmernih pivcev je bila tri leta višja od čezmernih pivcev. Zmerni pivci so bili v povprečju stari 69,6 let, čezmerni pa 66,5 let. Četudi nam ta podatek ne pove veliko, saj vzorec ni reprezentativen, raziskave kažejo (Hallgren, 2009), da alkoholiki umirajo v povprečju prej od vrstnikov, ki nimajo težav čezmernega pitja.

Med čezmernimi pivci, ki so jih mladi zajeli v raziskavo, močno prednjačijo moški; teh je bilo 86, medtem ko je bilo žensk le 14. Drugačno razmerje spolov pa je pri zmernih pivcih: moških je bilo 37, žensk pa 63. Na splošno velja, da starejše moške bolj ogroža

alkoholizem kakor ženske. Razlogov za to je več. Eden od osnovnih razlogov je, da so bile te generacije vzgojene v tradicionalni družbi. Med njihovim odraščanjem so bila stroga moralna pravila glede pitja alkoholnih pijač, predvsem pri dekletih. Več svobode glede tega so imeli fantje, kar je razvidno iz zgodb, ki so jih pripovedovali starejši anketiranci.

Tabela 2: *Delež samovalcev med starejšimi zmernimi in čezmernimi pivci*

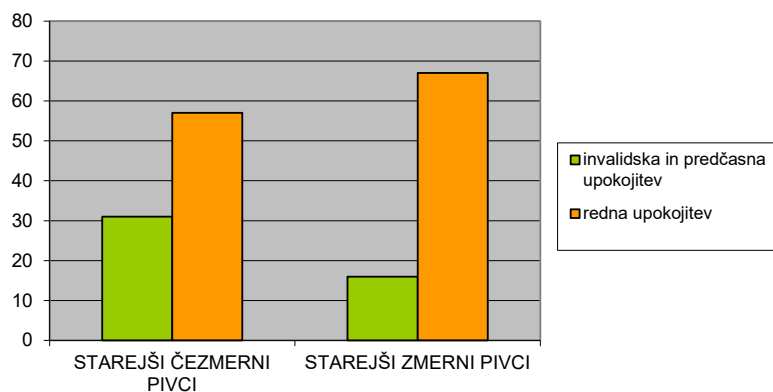
**DELEŽ ČEZMERNIH IN ZMERNIH PIVCEV,
KI ŽIVIJO SAMI**



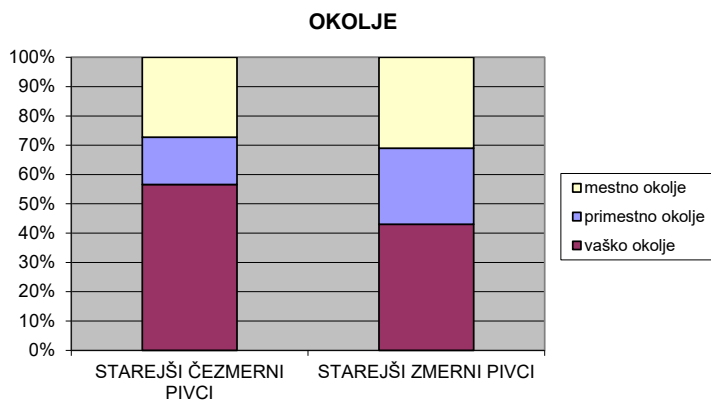
Ovdovelih in samskih starejših čezmernih pivcev, ki živijo sami (samovalci), je skoraj ena tretjina (29 %), medtem ko je zmernih pivcev, ki živijo sami, le 12 %.

Tabela 3: *Upokojevanje starejših zmernih in čezmernih pivcev*

VRSTA UPOKOJITVE



Invalidsko in predčasno je upokojenih 31 % starejših čezmernih pivcev, zmernih pivcev pa skoraj polovico manj, to je 16 %. Redno se je upokojilo 57 % starejših čezmernih pivcev in 67 % zmernih pivcev.

Tabela 4: *Bivalno okolje starejših zmernih in čezmernih pivcev*

Največ anketiranih čezmernih pivcev je živel v vaškem okolju – 56 %, v primestnem okolju jih je živel 16 %, iz mestnega okolja jih je bilo 27 %. Podobno razmerje je bilo pri zmernih pivcih: iz vaškega okolja jih je bilo 43 %, iz primestnega 26 % in iz mestnega okolja 31 %.

2.6 ZGODBE O OPIJANJU PVEDO MARSIKAJ

Podpoglavja, ki sledijo, nosijo naslove po nekaterih spoznanjih, ki so se izluščila iz naše raziskave. Razlage se prepletajo z nekaterimi zanimivimi citati iz zgodb, ki ilustrirajo določene značilnosti zmernega in čezmernega pitja. Citati omogočajo, da bralec k razlagam doda svoja razmišljanja, saj so problemi čezmernega pitja pri nas zelo pogosti med vsemi generacijami in težko puščajo bralca ravnodušnega. Nekateri značilnosti čezmernega pitja smo obdelali temeljitejše, druge manj, odvisno od trdnosti in kakovosti raziskovalnih podatkov in že znanih strokovnih spoznanj.

2.6.1 Opijanjanje v zgodnjih mladih letih poveča možnosti za razvoj alkoholizma v zrelosti

»Kdaj ste se prvič napili in kako je bilo?« so mladi radovedno spraševali starejše. Spomine na prvo opitost je po pričakovanju imelo več moških kot žensk, več čezmernih pivcev kot zmernih. Izkušnje s prvo opitostjo in z vsem drugim pitjem je vsak anketiranec vpletal v svojo zgodbo na edinstven način. Nekateri so na zastavljena vprašanja odgovarjali tekoče, pripovedovali so povezano zgodbo svojega življenja. Drugi, predvsem čezmerni pivci, pa so pripovedovali posredno, po ovinkih in v nepovezanih koščkih.

Podatki kažejo, da se je večina čezmernih pivcev v tej raziskavi prvič opila v mladih letih, to je med 14. in 18. letom starosti, ter da se okoliščin in počutja ob prvi pijanosti še dobro spomnijo. Del čezmernih pivcev je bil po prvi pijanosti kaznovan od svojih staršev ali so imeli neprijetne posledice po pitju: bruhalo so; tista pijača, s katero so se prvič opili, se jim je vsaj za nekaj časa zagabila. Izpisali smo nekaj tipičnih delov zgodb čezmernih pivcev, ko govorijo o svoji prvi pijanosti ali o tem, koliko časa, kaj, kako in zakaj pijejo.

»Prvič se je napil, preden je odšel služiti v vojsko, ko je bil star 18 let.« (18–75m ČP)

»Ko je bil mlad, so se s prijatelji znali poveseliti in so se imeli dobro. Prvič se je napil pri 19. letih na zabavi s službo za silvestrovo. Pili so vermut. Ivan je pretiraval, tako da je na poti domov bruhal. Od takrat ne more več piti te vrste pijače.« (11–78m ČP)

»Prvič se je opil še kot mladoletnik, star 15 let. Spominja se, da se je počutil sproščene in veselega. Čezmerno pije zadnjih 12 let. Obiskoval je že več terapij za zdravljenje zasvojenosti z alkoholom, a nobenega sklopa terapije nikoli ni dokončal.« (6–65m ČP)

»Piti je začel pri 14 letih zaradi družbe in junačenja pred sovrstniki. Začetek je sovpadal z nesrečno okoliščino, da je moral po končani OŠ na mamino zahtevo v službo. Tako je kmalu začel piti tudi iz razočaranja.« (77–60m ČP)

»Prvič se je napil v gimnaziji, pri 16 letih, na tisti dogodek ima lep spomin. Pije vsak dan, v povprečju liter vina in »deci« ali dva ruma. Pitje se pri njem stopnjuje zadnjih 20 let.« (76–60m ČP)

»Po malem pije že 20 let. Prvič se je napila, ko je bila stara 21 let. S smehom se spomni na ta dogodek in pravi, da se je počutila grozno, a lepo: vrtelo se ji je, bilo ji je slabo in je bruhalo.« (9–65ž ČP)

»Redno pije že približno 30 let. Prvič se je napil po končani osnovni šoli, bil je prijeten občutek in nekaj novega ... Do 40. leta je kadil, nato pa je zaradi težav s pljuči prenehal.« (17–68m ČP)

Iz zgornjih primerov vidimo, da ima večina anketirancev – čezmernih pivcev – lepe spomine na prvo opitost, zanje je bila to lepa izkušnja, četudi so se takrat počutili neprijetno in so bruhalo. Celotni, ki so doživeli neprijetne posledice prve pijanosti, se je radi spominjajo, morda zaradi mladosti same, ki jo povezujejo z brezskrbnostjo, razigranostjo in naivnostjo, ali pa zaradi mladostnih druženj in dogodivščin, obarvanih z alkoholno omamo.

V citatih so pogosto zapisana tudi obdobja pitja, kakor so jih iz pogovorov dojele anketarji ali pa so jih navajali anketiranci na vprašanja anketarjev. V večini primerov so podatki zelo ohlapni. Večina anketirancev je v svojem okolju prepoznana po čezmernem pitju, za takšen status pa je potrebno v razmerah mokre kulture imeti »dolgo pivsko kilometrino«. Ljudje, ki so bili zajeti v raziskavo, so bili stari 60 let in več, piti pa so praviloma začeli pred svojim dvajsetim rojstnim dnevom, kar pomeni, da imajo za seboj v povprečju 40 let opijanja in da jih verjetno vsaj polovico toliko časa spremlja zasvojenost.

»Pogovarjala sva se o vseh mogočih temah. Od vremena do politike, kako preživljam svoj prosti čas v Ljubljani. Počasi pa sva prehajala tudi na osrednjo temo.«

»Kot majhen otrok se je veliko igral na dvorišču s prijatelji. Po končani osnovni šoli je odšel v srednjo lesno šolo. Vse življenje je z veseljem opravljal svoj poklic. V mladih letih ga je rad tudi »lumpal« s svojo družino. Ko sta se z ženo poročila, se je umiril. Postal je bolj resen. Zgradila sta hišo in si ustvarila družino. Vedno je bil hvaležen za to, kar je imel, in za to, kar ima sedaj.« (37–67m ZP)

Tudi nekateri zmerni pivci so se v svojem življenju enkrat ali večkrat napili, bodisi v mladosti bodisi že v zrelih letih. O teh dogodkih so govorili sproščeno. Brez obrambne komunikacije so opisovali posledice stanja opitosti, ko so spoznali moč omamne substance, kar je v nekaterih primerih okrepilo njihovo stališče o škodljivosti čezmernega pitja.

»Povedal je, da se je v življenju tudi napil. Šlo je za kakšne posebne dogodke. Ko je bil spet trezen, ga je bilo sram, ker človek počne kakšne neumnosti, zaradi katerih mu je potem nerodno.«

Ena izmed zanimivih razlik med zmernimi in čezmernimi pivci je bila, da so se čezmerni pivci pogosto z veseljem in s ponosom spominjali prvih pijanosti, radi so pripovedovali o njih, medtem ko so zmerni pivci imeli do takih dogodkov v svojem življenju zadržan, kritičen ali negativen odnos.

Način pitja alkohola v različnih življenjskih obdobjih se lahko prenese tudi v starost. Tretjina do polovica starejših ljudi, ki so zasvojeni z alkoholom, prične s tveganim ali škodljivim pitjem v srednjih letih ali pozneje (Stanojević Jerković in drugi, 2011). Med primeri je kar nekaj takih, ki so začeli redno uživati alkoholne pijače po 25. letu starosti. Posebno pri moških se kaže povezava med poznejšim začetkom čezmerne- ga pitja in ohranjenimi funkcionalnimi zmožnostmi tudi v tej raziskavi. Tisti, ki so začeli piti bolj zgodaj v življenju, imajo na starost več zdravstvenih in psihosocialnih zapletov, npr. cirozo jeter, pridružene duševne motnje in socialno osamelost (Hallgren, 2009). V naslednjem podpoglavju bomo na kratko spregovorili o življenjskih prelomnicah kot povodih za čezmerno pitje, kaže pa, da so za to ključne izkušnje s pitjem iz mladih let.

2.6.2 Upokojitev, vdovstvo in samskost povečujejo tveganje za alkoholizem

»Čezmerno pije zadnjih 15 let. Začel je z nekajkrat mesečnim pijančevanjem **kmalu po upokojitvi**. Prvič se ga je napil na predvečer bratove poroke, pri 20 letih, ko so bratu pripravili slavalok. Ne spomni se, kako se je počutil.« (4–65m ČP)

»Poznam ga še iz otroštva, on pa me zadnjih pet let vedno znova sprašuje, kdo in kaj sem. Popivati je začel pri 16 letih. Po poklicni šoli se je zaposlil v podjetju, v katerem je delal do upokojitve. Med službo ni nikoli pil, **po upokojitvi pa se je pitje zelo stopnjevalo**. Zjutraj in zvečer je delal doma v delavnici, sosedje so se pogosto pritoževali zaradi hrupa, z njimi se je prepiral, dokler ga niso pustili pri miru.« (12–72m ČP)

Mnogi strokovni viri navajajo, da je upokojitev, poleg drugih življenjskih prelomnic, dejavnik tveganja za čezmerno pitje in alkoholizem, predvsem pri moških (Byrne in drugi, 1999). Postavlja pa se vprašanje, kateri starejši ljudje so bolj ranljivi za čezmerno pitje po prelomnicah. Vsi starejši ljudje se namreč po tragičnih prelomnicah ne zapijejo, temveč le njihov manjši del. Kaže, da so bolj ranljivi tisti med njimi, ki imajo izkušnje z opijanem iz zgodnjih let življenja, kar nakazuje primera zgoraj. Verjetno imajo več možnosti, da se zapijejo, tisti, ki so že pred tem bolj ali manj redno utapljali svoje težave v alkoholu.

Abstinenca ali jasno stališče do zmernega pitja alkoholnih pijač, dobra socialna mreža, materialna preskrbljenost, prostovoljstvo, trdne družinske vezi, redno ukvarjanje s športom, izvajanje dejavnosti, ki človeka veselijo, skrb za zdravje ter upoštevanje zdravstvenih navodil ob jemanju zdravil in ob kroničnih boleznih so glavni dejavniki kakovostnega življenja v starosti (Ramovš J., 2003) in tudi varovalni dejavniki čezmerne- ga pitja med starejšimi.

2.6.3 Vsakdanje pitje doma pridelanih alkoholnih pijač pogosto vodi v alkoholizem

»Pije že več kot 30 let, približno od 27. leta starosti. Ne spomni se več, kdaj se je prvič napil, saj so pri njih doma veliko in redno pili, pridelovali so jabolčnik, vino in žganje.« (3–60m ČP)

Četudi ni točnih podatkov o doma pridelanih alkoholnih pijačah, ima Slovenija vse pogoje, da se po količini doma pridelanih alkoholnih pijač nahaja nekje v svetovnem vrhu. Razlogi so sledeči: visoka pridelava sadja in grozdja na majhnih domačih posevkih, tradicija pridelave vina in žganja doma⁴, ni zakonske regulative ali pa ne deluje. Doma pridelane alkoholne pijače se doma tudi pijejo in na črno prodajajo v lokalnem okolju lokalnim prebivalcem, ki so glavni potrošniki teh pijač. Zaradi domače pridelave alkoholnih pijač in njihove posledične dostopnosti predpostavljamo, da sta podeželsko in kmečko prebivalstvo pri tem bolj ogrožena od mestnega. Glede na število zidanic in malih vinogradov ter značilnosti njihovih lastnikov menimo, da so zelo ogroženi starejši moški 60 +. Podatki iz naše raziskave kažejo na tako stanje, ki pa bi ga bilo potrebno potrditi s kvantitativno študijo.

2.7 POSLEDICE PITJA

Mladi so pri starejših pivcih opazili nekatere lastnosti, ki so jih pripisali čezmernemu pitju. Večina med njimi je zmerne in čezmerne pive, s katerimi so opravili pogovor, ter njihove bližnje dobro poznala že od prej, kar je pri poglobljenem raziskovanju prednost. Možna pomanjkljivost pa je, da lahko odnosna ali čustvena bližina in predsodki omejujejo študenta (anketarja) pri dojetanju resničnosti. Vendar že medgeneracijske razdalje same po sebi spremenijo zorni kot gledanja starejših in mlajših na pitje alkohola ter pomagajo skupaj z znanjem o omamah in zasvojenostih, ki so ga študentje dobili pred anketiranjem, prepoznati poškodbe zaradi pitja.

Izluščili smo nekatere povedi in odstavke, ki zgovorno pričajo o poškodbah zaradi pitja. Te se najprej pokažejo na psihosocialnem področju oziroma v odnosih z najbližjimi. Po večletnem rednem in čezmernem uživanju alkoholnih pijač pa se posledice pokažejo tudi na telesnem področju, pri ženskah praviloma prej kakor pri moških (Adams in drugi, 1995). Tudi v tem poglavju smo povedi ali dele zgodb z določeno skupno značilnostjo naslovili z ustrežno nadpomenko; poimenovali smo jih tako, da podnaslovi povedo, na kaj se zgodbe in razlage nanašajo.

2.7.1 Motnje v odnosih

»Med pogovorom mi je redkokdaj pogledal v oči, pogosto mu je zmanjkalo besed, zato si je pomagal z rokami. Večkrat je izrazil nelagodje nad vprašanji, ki sem mu jih postavila. Govoril je precej raztreseno in marsikatero stvar je povedal dvakrat.«

Motnje v koncentraciji in spominu se kažejo tudi v komunikaciji, kar je lepo razvidno iz zgornjega primera. Pri starejših čezmernih pivcih so te motnje običajno izrazitejše in pogostejše kot pri mlajših, vendar jih velikokrat napačno interpretirajo kot demenco ali depresijo, spregledajo pa osnovni razlog, to je alkoholizem (Hallgren in drugi, 2009).

⁴ V zadnjem obdobju v Sloveniji narašča tudi domača pridelava piva.

Čezmerni pivci so svoje pitje bolj ali manj prepričljivo opravičevali. Ena izmed anketark je po pogovoru s čezmernim pivcem zapisala: »Zase meni, da ne pije preveč, saj kozarček na dan ne škodi. Med dvournim pogovorom z menoj je popil šest kozarcev vina.« Ljudje, ki čezmerno pijejo in so zasvojeni z alkoholom, razvijejo bolne obrambne mehanizme. Nekateri pitje minimalizirajo, kot je očitno v navedenem primeru, drugi ga zanikajo, najpogosteje pa ga opravičujejo z različnimi razlogi. Zasvojeni ljudje potrebujejo tovrstno bolno obrambo svojega vedenja tako za ohranjanje svoje lastne samozavesti kakor pred tistimi, ki jim branijo pitje (Ramovš, 1981).

Ker je alkoholizem bolan sožitni slog (Ramovš, 2001), prizadene komunikacijo v celotni družini in v odnosih z bližnjimi. Pri tem je starejši alkoholik še na slabšem kakor mlajši, saj z leti telesna in duševna moč usihata pri vsakem človeku, pri starejših alkoholikih pa je ta proces še hitrejši in imajo še več težav z zdravjem (Hallgren in drugi, 2009).

»Povedal mi je tudi, da je v času pijanosti že bil nasilen in grob; zmerjal je ljudi.«

»Žena ga »sekira«, kadar kaj spiše. Včasih ima prav – je dobra z njim. Sedaj se ne jezi več toliko. Svojo hčerko ima zelo rad, sin pa je vedno rad ugovarjal in kričal na njega. Iz Franca sem zelo težko spravila kaj več besed o njegovem omamnem stanju. Njemu se ne zdi, da ima kake težave zaradi alkohola. Žena je govorila o tem, kako je včasih cele noči prejokala zaradi moževega pijančevanja. Danes je moževo pijančevanje del njenega vsakdanjika, zato vse skupaj ignorira in poskrbi za njegove osnovne potrebe. Velikokrat jo je skrbelo, kako bo to vplivalo na otroke. Sin je kasneje res postal alkoholik, a se je ozdravil.« (5)

»Žena se je z moževim prekomernim pitjem sprijaznila. Ko pride domov opit, se umakne. Snaha je predlagala, da bi se zaradi njegovega pitja odselili. Zato je on ne mara. Ko sta bili vnukinji še manjši, sta se ga bali, kadar je bil pijan. S sinom se še kar razume, čeprav se pogosto spreta.« (4)

»Njegov sin čezmerno pije. Pri svojih 40 letih še vedno živi doma s staršema. Ivana to ne moti, žena pa bi rada videla, da bi se sin vendarle osamosvojil.« (7)

»Živi skupaj z ženo v gospodinjsstvu. Otroka sta odšla od doma pred več kot 30 leti. Stikov nimajo, vnuki ga ne obiskujejo, kljub temu pa je ponosen nanje. Dobro se učijo.« (1)

»Ivanova žena je potrpežljiva gospa, včasih pa mu tudi pove kakšno krepko. Njegov sin je alkoholik. Tudi on igra v godbi. Po vsaki vaji gresta skupaj na pijačo.« (2)

Za bolezen alkoholizem je znano, da vpliva na centralni živčni sistem in da zmanjšuje socialne zavore (Culberson, 2006). Določen del alkoholikov se zato vede nasilno do svojih bližnjih, lahko pa tudi do drugih ljudi. V takih družinah se razvijejo bolne odnosne »igre«, v katerih je alkoholik tiran, žena pa je v vlogi *žrtve*, ki trpi in je včasih lahko tudi tepena zaradi alkoholikove bolne ljubosumnosti ali česa drugega; prav tako pa žena velikokrat igra tudi protislovni vlogi *preganjalk* in *rešiteljice* (Berne, 1980, str. 62 sl.). V času treznosti je alkoholika sram zaradi svojega početja, mučijo ga občutki krivde, za svoje vedenje se zato poskuša odkupiti z delom in lepimi obljubami. V teh svetlih obdobjih dobijo žene nov zagon: do mož imajo mešana čustva; očitajo jim vse, kar delajo narobe; pričakujejo trajne spremembe in so hkrati nejeverne zaradi slabih izkušenj, ki jih imajo, in te se res ponavljajo v nedogled. Sla po alkoholu in slabi odnosi povzročijo novo epizodo pitja in začaran krog se ponovno zavrti. Otroci iz takih družin

hitro odrastejo in odidejo na svoje ter imajo malo stikov s svojo primarno družino. Mnogi med njimi ostanejo doma in so samski, zapijajo se in so pogosto v podporo svojim izčrpanim (posesivnim) materam ali pa postanejo tragični vir nasilja nad njimi (Ramovš J., 1981, Finkelhor in drugi, 2013).

Starostniki, ki so razvili alkoholizem v srednjih letih, to je v času odraščanja svojih otrok, in so bili do družine večkrat nasilni, se pogosto srečujejo z zanemarjanjem in so deležni nasilja od svojih najbližjih v letih, ko obnemorejo. Dobršen del otrok iz družin, v katerih je bil doma alkoholizem, razvije čustveno razdvojenost, nihajo med strahom, sovraštvom in sočutjem do svojih staršev. V letih odraščanja so vsrkali tudi njihove vedenjske vzorce. Agresivno vedenje, ki so ga bili deležni med odraščanjem, nezavedno prevzamejo in se v odraslosti pogosto tako vedejo do onemoglih staršev (pa tudi do svoje družine), kakor so se starši do njih. Pot iz bolnih odnosnih vzorcev vodi skozi proces ozaveščanja in dela na sebi ter ob trdni socialni podpori (Ramovš J., 1983).

2.7.2 Okrnjena sposobnost za smiselno odločanje

Paradoks pri alkoholizmu, ne glede na alkoholikovo starost, je ta, da se zaveda, da mu pitje škodi, pa vendar ne more drugače, kakor da pije naprej. Šele dovolj močne okoliščine pripomorejo, da se vda v zdravljenje in pozneje odloči zanj. Pri starejših pivcih so odločilne okoliščine otežena dostopnost do alkoholnih pijač in hujše zdravstvene težave (Institute of Alcohol Studies, 2012) ter dovolj močna socialna podpora. Če pa ima starejši alkoholik za seboj neuspele poskuse zdravljenja, kot je to razvidno v spodnjih citiranih primerih, je možnost za uspešno zdravljenje veliko manjša kakor pri mlajšem alkoholiku, ki se še ni zdravil. Čim starejši je alkoholik, tem težje spreminja svoja stališča in navade, zato se težje zdravi. Vsako neuspelo zdravljenje zmanjša možnosti za dolgotrajno trezno življenje, ker neuspeh jemlje človeku samozavest, njegovi bližnji pa izgubljajo zaupanje vanj.

»Večkrat se je že poskusil zdraviti, toda neuspešno. Včasih ga poprime želja, da bi nehal popivati, vendar se vedno znova znajde pred kozarcem žganega ...« (6)

»Z bližnjimi ima bolj slabe stike. Živi z mamo, s katero se večkrat »skregata«. Največkrat zaradi njegovega popivanja. Skupaj sta se že nekajkrat odločila in odšla na zdravljenje, vendar na nobeno terapijo ni hodil do konca. Ima še enega brata, ki ima svojo družino. Z njim se zelo malo videvajo, stiki so površni.« (6)

Velika verjetnost je, da starejšega alkoholika, zlasti po 75. letu starosti, ne glede na strokovno usposobljenost ne bomo pripeljali do uspešnega zdravljenja, saj so njegove osebnostne in zdravstvene poškodbe običajno že prevelike. Taki poskusi zdravljenja so lahko celo neetični do starih onemoglih alkoholikov. Vedno pa jim lahko pomagamo pri ohranjanju človeškega dostojanstva na način, da spodbujamo njihove še ohranjene sposobnosti ali zmožnosti. Iz našega kraja se spomnim starejšega kmeta, ki je veljal za zelo propadlega alkoholika, kljub temu pa so se vedno obračali nanj, kadar so bili zapleti pri telitvi krav, ker je znal dobro svetovati in pomagati. Kot pravi rek: *»Vsak človek me v nečem prekaša in v tem se lahko učim od njega.«* Ta rek velja tudi za starejše čezmerne pivce.

2.7.3 Šibka ali enostranska socialna opora

Ena izmed značilnosti starejših čezmernih pivcev je tudi šibka ali enostranska socialna mreža. Večina starejših pivcev je zaradi svoje trdoživosti previharila že marsikaj, med drugim izgube pivskih prijateljev, kar je razumljivo, če vemo, da alkoholiki umirajo v povprečju od deset do petnajst let prej kakor njihovi zdravi vrstniki (Hallgren in drugi, 2009). S sorodniki imajo šibke vezi, kljub temu pa sorodniki pogosto poskrbijo zanje. V Sloveniji sta sorodstvena in soseska pomoč še relativno visoki glede na evropsko povprečje. Razloga za to sta čut odgovornosti do sorodstvenih vezi in sosedska solidarnost (Ramovš K., 2013), ki je še posebno močno prisotna v vaškem okolju. Anketarji so bili zelo pozorni na odnose bližnjih in sosedov do čezmernih pivcev in so veliko tega tudi popisali.

»Njegovi prijatelji so že pomrli ali pa so bolj bolehni. Vidijo se občasno v bifeju.« (1)

»Največ stikov ima s sosedi, drugih prijateljev nima, razen nekaterih bivših sodelavcev, ki pa živijo v nekoliko bolj oddaljenih krajih. Ima dve še živeči sestri, s katerima pa je že dlje časa sprt.« (4)

»Najbližje stike ima s sestrično. Skuša mu pomagati, kolikor se le da. Sosedje mu pomagajo s spodbudo, da si pripravi kurjavo za zimo. Včasih mu tudi zakurijo. Če ga cel dan ne vidijo, gredo pogledat, kaj se z njim dogaja.« (7)

»Je soseda moje babice, zato jo poznam že od prej, kar nekaj podatkov pa mi je povedala babica, ki že od začetka ve za njeno težavo. Za njeno čezmerno pitje vedo samo domači in sosedje, saj pije alkoholne pijače samo doma in se v takem stanju ne kaže drugim; ni poznana kot oseba, ki ima težave s pitjem alkohola. Ne zanemarja družine in stanovanja. To so verjetno razlogi, da bližnji tako reagirajo in vse skupaj jemljejo kot nekaj nepomembnega. Na vsake toliko časa njeno čezmerno pitje občutijo sosedje, ki se ravno zaradi tega ne družijo z njo in se ji poskušajo izogniti. Takrat namreč pride iz hiše vsakič, ko koga od sosedov vidi, ter začne vpiti nanj, ga zmerjati in razbijati z vrati.« (10)

»Ima stike s svojima sestričnima. Ena živi v njegovi neposredni bližini, druga je od njega oddaljena kar nekaj kilometrov. S sosedi prijateljuje, saj skrbijo zanj. Če ga kakšen dan ne vidijo, ga gredo iskat. Več stikov imajo sosedje z njim, kot jih ima on z njimi. Prijatelje ima, vendar so ti zelo redki.« (7)

Starejši pivci se po svojem socialnem vedenju zelo razlikujejo. To skromno nakazujejo tudi zgornji primeri. Nekateri so v okolju skoraj neopazni, skriti za stenami stanovanja ali domačije, drugi so glasni in prepirljivi, v vseh primerih pa so preizkus solidarnosti za okolico. Iz stoterih zgodb je razvidno, da je skoraj v vsakem kraju kak ostarel bolj ali manj zapit človek, ki mu vaščani ali meščani solidarno pomagajo pri preživetju do dne, ko se pridruži še kaka bolezen, da je potreben odhod v bolnico in nato v dom za starejše ljudi, kjer takih primerov niso ravno veseli, jih pa sprejemajo. Mnoge zgodbe starejših pivcev, ki živijo sami ali samotno, se končajo tragično, s samomorom.

2.7.4 Čezmerni pivci izhajajo iz družin z zgodovino alkoholizma in brez nje

Anketarji so tudi skrbno spraševali o mladosti starejših sogovornikov. Ugotavljali so, da so mnogi izmed starejših čezmernih pivcev imeli težko otroštvo, da so doma pridelovali vino ali da so imeli zapite starše. Torej so bili pri mnogih že v otroštvu prisotni

dejavniki tveganja za alkoholizem. Nekateri starejši čezmerni pivci so vseskozi živeli v normalnih razmerah in so se kljub temu zapili – zaradi vpliva pivske družbe, službe ali težkih prelomnic v življenju. Podobno ugotavljajo tudi druge raziskave (Hallgren in drugi, 2009).

»Čezmerno je pil njen brat, ki je že pokojen. Čezmerno pije tudi njen zet, ona tega ne odobrava, vendar pa normalno komunicira z njim, kadar je trezen.« (2)

»Ne, v njegovi družini nobeden ni čezmerno pil, tudi socialnih težav ni.« (5)

»V družini sta oba njegova starša umrla zaradi ciroze jeter.« (7)

»Mladost ni bila lahka. Spomni se, da je oče večkrat prišel domov pijan. Takrat je kričal na mamo, otroci so se poskrili. Doma so pridelovali cviček, tako da je bila pijača ves čas na mizi.« (8)

Pri osebah, ki so s škodljivim pitjem alkohola začele zgodaj, so ugotovljene pogostejše zastrupitve z alkoholom, težje oblike depresije in anksioznosti ter večja verjetnost, da bodo opustile zdravljenje, torej več posledic in hujše posledice za zdravje (Institute of Alcohol Studies, 2012).

2.7.5 Telesne spremembe pri starejših alkoholikih

»Danes pije vsakodnevno, njegova toleranca se je že znižala, redko je pijan, zelo pogosto pa je opit.« (2)

»Pogovor je potekal v opitem stanju. Čez dan spije dva »deci« vina, močno se napije ob vaških veselicah.« (18)

V zadnjem citatu je vidno, da je 75-letni gospod že po dveh kozarcih vina omamljen. Pri starejših je namreč večja verjetnost kroničnega alkoholizma tipa delta po Jellineku (Ramovš J., 2001), za katerega je značilna blažja trajna omamljenost. Ta je zlasti posledica spremenjene presnove, saj je v organizmu starejšega človeka manj vode kakor pri mlajših ljudeh; presnova se upočasni, kar pomeni, da že ob uživanju manjših količin alkoholnih pijač pride do daljšega omamnega delovanja.

»Ima zabuhel obraz, pordele oči in kožo, pivski trebuh.« (19)

»V obraz je zabuhel, njegove oči so majhne, pod njimi pa veliki podočnjaki. Ves čas pogovora se je njegovo telo rahlo zibalo, med govorjenjem je oplental z rokami.« (3)

»Franc ima kar precejšnje težave z zdravjem. Ker je že kar precej star, ga noge slabo nesejo. Ko je nazadnje padel, si je zlomil kolk. Težave ima z visokim pritiskom.« (1)

»Težave ima s hrbtenico, ko se ob slabem vremenu pojavijo bolečine kot posledica nekoč prebolenega išiasa. Pravi, da se je počasi utrudil, zato bo letos verjetno prenehal igrati v godbi. Rahlo se mu tresejo roke. Včasih se je nekoliko zmedel, zajekljaj in potem nekako le uspel dokončati začeto misel.« (2)

Eden izmed pokazateljev zasvojenosti z alkoholom je tudi telesna odvisnost. Zaradi spremenjene presnove v starosti se hitreje pokažejo telesni znaki odtegnitvenega sindroma, npr. tresenje, kar se lahko pomotoma diagnosticira kot parkinsonova bolezen, možno pa je tudi obratno. Med starejšimi čezmernimi pivci je večja obolevnost za kroničnimi nenalezljivimi boleznimi. Ravno tako jih bolj ogrožajo padci v primerjavi s starejšimi zmernimi pivci. Pri njih je včasih težko prepoznati demenco (Institute of Alcohol Studies, 2012).

2.8 KORISTI ZMERNEGA PITJA

Med starejšimi ljudmi, ki so jih mladi prepoznali za zmerne pivce, je bilo veliko takih, ki so jih navdušili s svojo življenjsko zgodbo. Opazili so, da jih večina živi kakovostno in aktivno življenje. V spodnjih citatih je verjetno zajetega tudi veliko tega, kar mladi doživljajo kot del prijetnega v medsebojnih odnosih s starejšimi, zlasti z dedki in babicami, ki jih imajo radi.

»Stike ima z vsemi svojimi šestimi brati in sestrami. Stike ima s svojima hčerkama, s sestrami in z bratom, veliko prijateljev ima iz pevskega zbora.« (2)

»S sorodniki se redno dobivajo na nedeljskih kosilih. Dostikrat pomaga sosedom. S prijatelji se obiskujejo na domu.« (3)

»Ima dobre stike z ožjimi sorodniki, prijateljev nima veliko, vendar se z njimi dobro razume. S sosedi je malce zapleteno.« (9)

»Žena je pokojna, sin živi v Avstraliji, z njim se včasih sliši po telefonu. Hči pride k njemu bolj poredko. Sedaj pri njem živi Micka, ki skrbi zanj, in pa njen sin Franci. Hči, Micka in Franci so ga večkrat prepričevali, naj se gre zdravit. Ko se je za to odločil, so se odnosi začasno izboljšali.« (5)

»Jože živi skupaj s svojo ženo. Medsebojno se podpirata. Jože si ne predstavlja življenja brez nje. Med njima je stkano spoštovanje. Pravi, da je to potrebno vseskozi obnavljati. Veliko mu pomenita tudi hčeri. Mlajša ne živi v Sloveniji. Dvakrat letno pridejo na daljši obisk, takrat se posvetijo drug drugemu. Starejša hči pa živi v istem kraju kot on. Pomagajo si. On ji pomaga finančno in tudi z nasveti. Zelo je navezan tudi na svojo sestro. Vsak dan se slišita po telefonu, se spodbujata, v težkih trenutkih pa bodrita in iščeta rešitve.« (7–67m ZP)

»Z Jožetom sem se pogovarjala že velikokrat. Tokrat sem se osredotočala na njegov pogled na alkohol in njegovo življenje. Občutek sem imela, da bi še kar naprej klepetala, če bi nama to dovoljeval čas. Pedagoško delo mu zelo leži – res ima zelo dober občutek, kako nazorno predstaviti stvari, tudi tiste, ki jih ljudje ponavadi ne marajo. Tudi sedaj, ko je starejši, ima še veliko idej, kaj bi naredil. Kljub temu da zase pravi, da je individualist, je družaben človek.« (7–67m ZP)

Kakor se kaže, so bili mladi zelo pozorni na odnose, ki so bili med pogovori z zmernimi pivci večinoma prijetni in sproščeni. Všeč jim je bilo, ko so odprto govorili o dobrih odnosih v svojih družinah in s sosedi ter o svojih priložnostnih aktivnostih. Opazili so, da imajo starejši ljudje, s katerimi so se pogovarjali, radi življenje in da ga znajo živeti. Presenetilo pa jih je, da je v daljših pogovorih prišlo na dan tudi kaj trpkega, strah in nezadovoljstvo z življenjem, ki ga živijo. Več o tem pa v naslednjih poglavjih.

2.9 MLADI PRIMERJAJO ZGODBE ZMERNIH IN ČEZMERNIH STAREJŠIH PIVCEV

Ena izmed nalog, ki so jih mladi anketarji dobili, je bila tudi primerjava zgodbe zmerne in čezmerne pivca. V spodnjih tabelah je nekaj primerjav, ki so jih študenti naredili na podlagi zgodb iz opravljenih pogovorov. V navedenih primerjavah so na zgovoren način prikazane mnoge značilnosti zmernih pivcev na eni strani in čezmernih pivcev na drugi strani, vendar pa niso tako enoznačne, kot bi se zdelo na prvi pogled. Kajti tudi v

realnosti ni jasnih slik zmernega in čezmernega pitja. Včasih je težko opredeliti, kdo je zmerni pivec in kdo čezmerni pivec. Ljudje se že na splošno zelo razlikujemo med seboj in čim starejši smo, tem večje so razlike med nami ne glede na to, ali je v življenju svojo brazdo potegnil alkoholizem ali ne (Adams in drugi, 2006).

Tabela 5: *Primerjava primerov med seboj*

Primer 1

ZMERNI PIVEC	ČEZMERNI PIVEC
	Težavnejše otroštvo; oče je bil verjetno alkoholik.
Optimistično razpoložen.	Večinoma zamorjen in malodušen.
Zadovoljen s svojim življenjem.	Nerad govori o svojem življenju.
Odprt, odkrit.	Žapr, skriva, ovinkari.
Zainteresiranost za stvari okoli sebe in novosti, rad posluša in sprašuje.	Nezanimanje za večino stvari okoli sebe.
Za svoja leta še vedno mladosten.	Videti je starejši, kot je v resnici.
Poln energije.	Slaboten.
Dobro razvita socialna mreža, družaben.	Slaba socialna mreža, malo pravih prijateljev.
Ustvarjalen, veliko zamisli in hobijev, skrbi za rože, včasih skuha.	Ne počne veliko stvari, malo hobijev, pozabi nakrmiti psa in kokoši.
Rad potuje ter spoznava domovino in svet.	Če ni doma, je v gostilni.
Sproščen in samozavesten.	Opravičuje se med pogovorom, ima slabo samopodobo.
Še vedno aktiven.	Neaktiven, veliko počiva na kavču.
Relativno zdrav.	Zdravstvene težave.
Odkrito govori o sebi in svojih razmišljanjih.	Izogiba se vprašanjem o sebi, govori o drugih ljudeh ali o težavah drugih.
Samokritičen.	Ne prevzema odgovornosti za svoje stanje.
Samostojen.	Nezmožen funkcionirati sam.

Primer 2

ZMERNI PIVEC	ČEZMERNI PIVEC
Aktivna na kulturnem področju – pevka.	Aktiven na kulturnem področju – instrumentalist (trobentar).
Močna, razvejana socialna mreža na obeh straneh.	
Gospa bi rada spremenila svojo preteklost, če bi jo lahko.	Gospod je povsem zadovoljen s svojo preteklostjo in sedanostjo.
V obeh družinah se pojavljajo čezmerni pivci.	
Alkoholne pijače pije priložnostno.	Alkoholne pijače pije vsak dan brez kakšnega posebnega razloga.

Primer 3

ZMERNI PIVEC	ČEZMERNI PIVEC
Veliko obveznosti: vrtnari, kuha kosilo, pospravlja, čisti ...	Nima skoraj nič obveznosti. Je v domu za stare ljudi. Hodi na sprehode.
Kakovostno preživlja svoj čas: se izobražuje, hodi na predavanja in predstave.	Nima nobenih aktivnosti.

ZMERNI PIVEC	ČEZMERNI PIVEC
Redni stiki z družino.	Zelo redki stiki z družino.
Vpetost v socialno mrežo: sorodniki, znanci, sosedeje in prijatelji.	Nima socialne mreže, stiki so zelo površni in redki.
Obe osebi sta zadovoljni s svojim življenjem; zmerna pivka je veliko bolj cinična do svojega življenja kot čezmerna pivka.	
Obe osebi navajata iste težave, povezane s starostjo. Pri ostalih zdravstvenih težavah je zopet bolj cinična zmerna pivka.	
Slabo mnenje ima o mladih, da se ne znajo obnašati in da niso spoštljivi.	O mladini ima dobro mnenje; pravi, da se mladi morajo zdvijati.

Kakor vidimo, se iz tabel kaže veliko podobnosti in različnosti med zmernimi in čezmernimi pivci. V prvi tabeli zgoraj se zrcalita skoraj vzorčna primera zmerne in čezmerne pivke, ki v dobnosti meri potrjujeta varovalne dejavnike in dejavnike tveganja za alkoholizem. Drugi primer je zanimiv, ker primerja med seboj dva umetnika, ki imata oba močno razvejano socialno mrežo. V tretji tabeli sta prikazana primera dveh žensk, ki imata zelo različno socialno mrežo, vendar je čezmerna pivka bolj zadovoljna s svojim življenjem kakor njena vrstnica, ki zmerno pije.

2.10 SREČNOST – ČE BI ŠE ENKRAT ŽIVEL

Nekaj vprašanj, ki so jih zastavljali anketarji, se je nanašalo na bivanjsko razsežnost doživljanja lastne eksistence. Zanimalo nas je, kako so se življenjska pričakovanja uresničila starejšim ljudem, ki zmerno pijejo, in starejšim ljudem, ki čezmerno pijejo. Spodaj navajamo nekaj citatov zmernih (ZP) in čezmernih pivcev (ČP).

»Iz vsakega dogodka ne glede na to, ali je bil dober ali slab, je potegnila najboljše. Ponosna je na svoje življenje, in če bi imela možnost, ga ne bi spreminjala. Ob njej sem dobila občutek, da zna zares uživati življenje. Rada ima svojo družino, prijatelje in sosede.« (65–70ž ZP)

»Spremenil bi marsikaj, zaveda pa se, da poti nazaj ni. Če bi še enkrat živel, bi marsikaj spremenil, več bi se posvečal svoji ženi in ne bi samo ždel v mizarski delavnici, oživel bi stike z otrokoma. Zaradi nesporazumov sta se oba obrnila proti njemu in ga ne obiskujeta. Doživlja, da je za vse prepozno; pomoči ne potrebuje, ker se ne da ničesar spremeniti. Rekel je, da se niti ne splača truditi, da bo kmalu prišel njegov konec.« (21–66m ČP)

»Odvrnil mi je, da mu nič ne manjka, da je srečen s tem, kar ima, da živi iz dneva v dan in da se ne obremenjuje s tem, kaj je bilo včeraj in kaj bo jutri. Edina stvar, ki si jo želi, je, da bi bila žena še vedno ob njem, saj je umrla zelo mlada.« (53–62m ČP)

»Pravi, da je s svojim življenjem zadovoljna, saj se je sprijaznila s tem, kar ima. Čeprav si ne more veliko privoščiti, je srečna, saj jo osrečujejo majhne stvari. Če bi še enkrat živela, bi spremenila samo eno stvar, to je, da bi se izšolala za šiviljo, vendar to ni bilo možno, saj niso imeli denarja, da bi jo poslali v šolo.« (11–67ž ZP)

»Če bi še enkrat živel od začetka, bi si poskusil ustvariti družino, da na stara leta ne bi bil sam. Živi iz dneva v dan, nima ciljev v življenju, razen da preživi dan ...« (91–71m ČP)

»Živel bi drugače; trudil bi se, da bi bil vzoren, dober oče. Poskušal bi otroke naučiti, da se človeku, ki naredi krivico, odpusti. Želel bi se tudi odvaditi pitja, sedaj ne več, je prepozno; pijača mu pomaga, da ne misli toliko na skrbi.« (37–67m ČP)

»Ali bi živel drugače, če bi živel še enkrat, ni odgovoril, pripomnil je, da je pivo predrago, in se umaknil k svoji družbi.« (12–72m ČP)

Tako zmerni kot čezmerni pivci doživljajo bivanjske stiske. Morda je razlika le v tem, da so zmerni pivci bolj doživljajsko budni in da znajo jasneje prepoznavati svoje potrebe in možnosti tako v svojem preteklem (npr. *rada bi se izšolala*) kakor sedanjem življenju. Za ljudi s težavami čezmernega pitja pa je značilna večja ali manjša doživljajska otopelost (Ramovš J., 1983), ki se morda tukaj kaže kot zožena zavest. Starejši alkoholiiki imajo očitno manj želja in potreb ter tudi manj pričakujejo od življenja. Vendar to ne pomeni, da ne potrebujejo in si ne želijo dostojnega staranja, varnosti in topline v vsakdanjem življenju.

2.11 MLADI SO SE SREČALI S STAREJŠIMI PIVCI

Po anketiranju so mladi opisali svoja opažanja, občutke in misli, ki so se jim porajali med pogovori s čezmernimi pivci. Iz opisov smo dobili vpogled v ozadje anket, v odnose med anketarji in starejšimi ljudmi, ki povedo marsikaj zanimivega o razmišljanju današnje mladine o pitju starejših.

Po opravljenem anketiranju je Marjan opisal svoje srečanje z gospodom Tonetom tako: *»Že leta sem ga videval pred trgovskim centrom. Zdel se mi je zanimiv in beden hkrati. Zanimiv, ker je imel za svoje donatorje in za vsak cent v svoji kapi kakšno zabavno pripombo. Nekajkrat sem stopil do njega in ga kaj povprašal. Običajno najprej ni odgovoril, temveč je pomignil proti svoji kapi. Nato me je pogledal in zmajal z glavo. Eh, študent, brez pameti in »dnarja«. Zdelo se mi je, da ve, da imam nekaj za bregom. Povprašal sem ga, kako mu gre. Rekel mi je: »Fant, če bi se mi rad pridružil, ti povem, da to ni zate!« Nasmejala sva se in pogovor je stekel. Pri njem me je najbolj čudil črno-bel pogled na pitje. Ko je pripovedoval o mami, intimnem življenju in počutju, je bilo pitje slabo in nezdravo, vendar upravičen izhod iz neprijetne situacije. Kadar pa je šlo za druženje, je bilo pitje zdravo in vir veselja. Na podoben način se mu je menjalo razpoloženje med pogovorom. Včasih je bil dobrovoljen in je vse hvalil, že naslednji trenutek je lahko postal jezljiv in oster, da sem ga lahko le z brezpogojnim strinjanjem spet spravil v boljše voljo.«*

Iz Tonetove kratke zgodbe, ki jo je Marjan zanimivo in strnjeno napisal, se kažejo osebne motnje zaradi alkoholizma, obrambno vedenje in menjave čustvenega razpoloženja, vendar tudi modrost starca, ki svari mladino pred pogubo alkoholizma. Iz zgodbe je razviden velik socialni čut anketarja, ki je pri delu s starejšimi alkoholiiki zelo potreben pri vseh profilih strokovnih delavcev. Tako v zgornjem kot v spodnjem primeru gre za starejšega pivca – brezdomca, le da se nam v spodnjem primeru bolj odpira socialna plat zgodbe, ki nam lahko da veliko misliti.

»Star sem triinšestdeset let. Prvič sem se napil pri 14 letih, bilo mi je zelo lepo, rad se spominjam tega. Nisem končal nobene šole, delal sem pomožna dela v gradbeništvu, nikoli nisem bil zavarovan. Družine nimam; ko sem bil mlajši, sem se včasih za nekaj časa zapletel s kakšno žensko. Prejemam socialno podporo, je zelo majhna, z njo ne morem preživeti. Živim v mestu, večino časa zunaj, na prostem, sem brez strehe nad glavo. Sprašuješ, kdaj in koliko pijem? Pijem, če le imam, po malem čez cel dan. Pivo kupujem sproti, ko naberem denar. Pred leti, ko sem še delal, sem pil zvečer in ob vikendih. Pred 15 leti sem videl, da lahko z malo truda naberem denar pred blagovnim centrom in si sproti kupujem pivo. To moje prekleto truplo! Poglej, kakšne noge imam! Komaj še hodim.

Zjutraj sem trd, vse me boli. Eh, vse je za en drek. Sam nisem skoraj nikoli, imam družbo, ampak vsaka ni dobra; eni so nasilni, posebno mlajši. Včasih me pretepejo, takrat bi rad kar poginil. Na ulicah se pogovarjam z ljudmi, takšno življenje je kar prijetno. Za mojo ostarelo in bolešno mamó skrbi mlajši brat, ki pa me spusti v hišo samo, če sem trezen, zato grem od časa do časa domov zgodaj zjutraj, pa še takrat se z bratom skregava. Ulico sovražim. Drugi imajo družino, denar, tega jaz nimam. A vidiš, takšne misli me spreletavajo zjutraj, to je huje od trdih sklepov. Pijača je najboljšo zdravilo, prinese pozabo ... Ko mi ljudje dajejo denar za pijačo, mi pomagajo, da bom prej crknil; ubijajo me, zato jih ne maram. No, bom vsaj lepo poginil, mnogi od teh, ki imajo denar, bodo težje umirali kot jaz.» (54–63m ČP)

Osebe, ki so s škodljivim pitjem alkohola začele zgodaj, so s tveganim obnašanjem pričele zaradi različnih vzrokov, kot je npr. sprememba kraja bivanja. Tisti, ki so začeli tvegano piti pozneje, so bili večinoma bolj zadovoljni z življenjem in so imeli več motivacije za zdravljenje, a hkrati tudi resnejše zdravstvene težave (Stanojević Jerković in drugi, 2012).

V spodnjem primeru je opisano življenje starejšega pivca iz višjega socialnega gradienta, ki je vseskozi živel dokaj svobodno, njegova pomembna vrednota pa je aktivno in zdravo življenje. Udejanja jo tako, da pol leta abstiniira, pol leta pa se naliva. Po klasifikaciji (Institute of Alcohol Studies, 2012) sodi v kategorijo kompulzivnih pivcev, po klasični Jellinekovi topologiji je gama alkoholik (Ramovš, 2001). Četudi se pol leta »čisti«, preden začne ponovno piti, njegovo telo doživlja hud stres ob nalivanju z alkoholom v naslednjem polletju, njegovo zdravje pa je močno ogroženo.

»Imel je pestro življenje. Sodeloval je pri Tribuni, igral je kitaro, bil je med našimi vodilnimi igralci tenisa, brez podpore družine je končal študij na likovni akademiji. Živel je boemsko, nikoli ni bil redno zaposlen, plačeval si je obvezno zdravstveno zavarovanje. Sedaj se preživlja z delom v teniškem klubu. Pravi, da ima močno konstitucijo in da ga rešuje to, da se je od mladosti ukvarjal s športom. Pri zdravniku ni bil že leta. Glede pijače pravi, da je ni pripravljen opustiti, ker je to njegov edini užitek, edina razvada poleg kajenja. Zaveda se nevarnosti pitja, zato si je izmislil posebno metodo: da prečisti svoje telo, prvo polovico leta ne pije, to je do svojega rojstnega dne, drugo polovico leta pa se naliva. Pohvalil se je, koliko alkohola lahko nese ob eni pivski priložnosti: 12 piv, dva litra šampanjca, dva litra vina in še nekaj druge pijače. To pove s ponosom. Po drugi strani se izkaže, da so se mu vsa razočaranja v življenju končala pri pijači.» (76–60m ČP)

Nedavne družbene razmere pri nas⁵ so dopuščale ali celo spodbujale pitje alkoholnih pijač med delovnim časom, zlasti med terenskim delom moške populacije zaposlenih. Gradbeni delavci, gostinci, policisti, inkasanti in podobni so bili med bolj ogroženimi, tako je deloma še danes. Ni podatkov, kolikšen del zaposlenih se je zapil med delovnim časom, verjetno pa glede na pogostost takih primerov v naši raziskavi ni zanemarljiv. Tragične posledice čezmernega pitja, ki so se prej bolj ali manj skrivale v opravkih delovnega tedna, lahko pridejo do izraza po upokojitvi, ko sta partnerja več skupaj, in po odhodu otrok od doma. V spodnjem primeru sta partnerja ostala skupaj, mož še naprej

5 Pred sprejetjem ZOPA

hodi »od doma v službo« – to je v gostilno, da se žena malo oddahne in si nabere moči za nov spopad ali razočaranje. Vedno pogosteje pa v mnogih takih primerih pride do razveze.

»Po končani šoli se je poročil in se zaposlil kot policaj. Tam so ga srkali vsi po vrsti. Ko je prišel nov šef, se je precej spremenilo. Prepovedal je pitje. Franc ga je srknil toliko, da si je umiril živce. Žena je povedala, da se njegovo jutro začne s tem, da gre v Jadran – bife. Zadnje čase to počne sicer manj, ker že težko hodi. Domov pride («se primaje») za kosilo. Doma že dolgo ne pije več. Za pitje potrebuje gostilno. Ko je pijan, je agresiven, razbija po kuhinji in kriči nanjo, naj ga pusti pri miru. Žena opaža, da zelo pešata njegov spomin in um, kakšne stvari sploh ne dojame in ne razume.« (1)

Zadnji primer čezmernega pivca ni tipičen, vendar če sodimo iz raziskovalnega gradiva, morda nakazuje trend bodočih čezmernih pivcev iz baby boom generacije. Sogovornik sproščeno govori o svojih vzponih in padcih, v ozadju zgodbe ni opaziti moralnega pritiska in občutkov krivde, tudi obrambnega vedenja je malo.

»Anton se zaveda svojega problema in o njem govori povsem sproščeno. Pravi, da ga je žena zelo razumela. Nikoli, kadar je bil pijan, ga ni zmerjala. Sin je zaradi težav z zakoni in družbo odšel v Avstralijo. Takrat je začel še bolj piti. Ko mu je umrla žena, mu je alkohol pomenil edino uteho. Hodil je po gostilnah, pa vendar je začel razmišljati, da bi nehal piti. In res je to storil, pa so se potem vsi v gostilni norčevali, češ zakaj pa ne piješ. In tako je spet začel bolj piti. Ko je spoznal Micko, se je spet vzel v roke in zmanjšal pitje. Pa vendar ne za dolgo. Spet je začel bolj piti, postajal je vedno bolj agresiven in nesramen do Micke. Potem je odšel v psihiatrično bolnišnico na zdravljenje. Rekel je: »Tam so mi dajali samo tablete, tako da sem bil miren in sem spal. Zato sem bolnišnico zapustil in sedaj se sam trudim, da čim bolj kontroliram svoje pitje. Mi kar »rata« in starejši sem, manj pijem, pa še preveč.« (5)

Ena izmed zanimivosti pri tej raziskavi je, da so anketarji v večini primerov osebno poznali okoliščine čezmernega pivca, poznali so njegove svojce, od katerih so lahko dobili dodatne informacije. Tudi v zgornjem primeru je bilo tako. Gospa Micka je povedala anketarju, da Anton prvo ženo idealizira, v resnici pa sta bila med njima velikokrat prepir in nerazumevanje. *»Micka je to pripisovala njenemu neskladju, ne pa alkoholizmu. Po smrti žene je precej časa kontrolirano pil, ko pa se je njuna zveza ustalila, se je pitje stopnjevalo. Zagrozila mu je z odhodom, nakar se je šel zdraviti. Meni, da ni nikoli popolnoma prenehal piti, temveč je le zmanjšal dozo. Zadnji dve leti pije zelo malo in tudi zdravje se mu je poslabšalo. Zdi se ji, da se je malo unesel, kar je za oba boljše, kljub boleznim, ki ga tarejo.« (5)*

Zadnja zgodba precej nazorno prikazuje življenjsko pot čezmernega pivca in vlogo alkohola. V njej vidimo, da se s staranjem preživeli alkoholiki umirijo, manj pijejo, postopoma postajajo krhki in lažje vodljivi. Otopavanje, brezbržnost in malodušnost ter epizode nemira, pitja in nemarnega vedenja so senčne plati starih pivk in pivcev. Tudi mnoge njihove kronične bolezni so pri alkoholikih težje zdravljive kot pri nealkoholikih. Kljub temu pa je v skrinji življenja vsakega od njih možno najti tudi zlata zrna, ki kažejo na veličino in dostojanstvo njihovega življenja. Del tega je lahko pozoren bralec izluščil iz citatov njihovih zgodb.

3 SKLEPNE UGOTOVITVE – STAREJŠIM ČEZMERNIM PIVCEM ODMIRA ČUT ZA NJIHOVE ŽIVLJENJSKE POTREBE IN ZMOŽNOSTI

Povzemamo nekatere glavne ugotovitve naše raziskave.

1. Mladi so do pitja starejših ljudi bolj kritični kakor do pitja svoje generacije. Menijo, da je pri starejših lahko vsako redno pitje problematično; pomembni so jim vzroki, zakaj pijejo; pozorni so na vrsto posledic, ki jih povzroči pitje. Pitje mlade generacije postane zanje problematično šele, ko pride do hujše oblike zastrupitve z alkoholom (delirij, bruhanje, izguba spomina) ali ko trpijo študij in odnosi v družini.
2. Tako kakor v večini raziskav se je tudi pri naši pokazalo, da se vzorec pitja, ki ga ima posameznik v življenju, praviloma prenese tudi v starost, vendar se količina popitega alkohola v starosti praviloma zmanjša zaradi nižje tolerance in slabše zmožnosti, da bi si starejši pivec sam priskrbel alkoholno pijačo, razloga za to sta slabša gibljivost in šibkejša socialna mreža (Stanojević Jerković in drugi, 2011). Prav tako naša raziskava potrjuje spoznanje, da starostniki, ki so skozi celotno življenje pili manj tvegano in le priložnostno, s tem vzorcem nadaljujejo v starosti. Zanje je značilno obredno pitje, kar največkrat pomeni, da pijejo malo, vendar sorazmerno pogosto – ob glavnem obroku ali prazničnih priložnostih (Institute of Alcohol Studies, 2012).
3. Starejši čezmerni pivci so manj aktivni in manj ustvarjalni, izražajo manj potreb in imajo nižje zahteve po kakovostnem življenju kakor zmerni pivci. S svojim življenjem so kljub neurejenim življenjskim razmeram v glavnem zadovoljni.
4. Pomembne tragične življenjske prelomnice so imeli zmerni pivci in alkoholiki, le da so se zmerni pivci spoprijemali s težavami, alkoholiki pa so stopnjevali zlorabo alkohola. Pomembno vlogo pri ohranjanju vitalnosti pri alkoholikih imajo dobre navade iz mladosti, ki so jih kljub alkoholizmu ohranili.
5. Alkoholiki imajo pogosto v lepem spominu svoje prve pijanosti, ki so se zgodile v mladosti, le da so se po njihovem mnenju včasih mladi opijali z razlogom, danes pa pijejo zaradi pitja samega.
6. Mlade je pogosto navdušil aktiven življenjski slog starejših zmernih pivcev, ki bi mu radi sledili v svojih starih letih.

Ta raziskava je bila narejena zato, da bi prispevala k boljšemu razumevanju vpliva čezmernega pitja na kakovost življenja starejših ljudi. Spoznanja o tem so pomembna za načrtovanje preventivnih in kurativnih programov za starejše ter tudi za načrtovanje preventive pitja mladih. S to študijo želimo spodbuditi razmišljanja o pristopih do težav čezmernega pitja starejših ljudi, saj bodo bodoče generacije številčneje, tveganje za revščino pa verjetno večje kakor pri današnji generaciji.

LITERATURA

- Adams, W. L., Cox, N. S. (1995). Epidemiology of problem drinking among elderly people. V: *International Journal of the Addictions*, 30, 1693–1716.
- Anderson, P., Gual, A., Colom, J. (2005). *Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions*. Department of Health of the Government of Catalonia: Barcelona.

- Bahovec Igor (2004): *Posameznik in skupnosti v postmoderni*. Doktorska disertacija. Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede, Ljubljana.
- Berne Erik (1980). *Koju igru igraš?* Beograd: Nolit.
- Byrne G. J., Raphael B., Arnold E. (1999). Alcohol consumption and psychological distress in recently widowed older men. V: *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10545000> (sprejem: 21. 2. 2016).
- Culbertson, J. W. (2006). Alcohol use in the elderly: Beyond the CAGE. Part 1 of 2: Prevalence and patterns of problem drinking. V: *Geriatrics*, 61(10), 23–27.
- Finkelhor, D., Turner, H. A., Shattuck, A., Hamby, S. L. (2013). Violence, crime, and abuse exposure in a national sample of children and youth: An update. *JAMA Pediatrics*, 167(7). 614–621. Več na: <http://www.childtrends.org/?indicators=childrens-exposure-to-violence#sthash.eNU1cg3t.dpuf>.
- Hallgren Mats, Högberg Pi, Sven Andréasso (2009). *Alcohol consumption among elderly European Union citizens. Health effects, consumption trends and related issues*. Stockholm: Swedish National Institute of Public Health.
- Institute of Alcohol Studies (2012). V: <http://www.ias.org.uk/Alcohol-knowledge-centre/Alcohol-and-older-people/Factsheets/Older-peoples-drinking-habits-Very-little-very-often.aspx>.
- Lovrenčič Barbara, Lovrenčič Mercedes (2014). Tvegana in škodljiva raba alkohola predstavlja velik zdravstveni problem. V: Zorko Maja in dr. (2014). *Alkohol v Sloveniji*. Ljubljana: IVZ.
- NHS (2007). *Alcohol and Ageing. Is alcohol a major treat to healthy ageing of baby boomers? A report by the Alcohol and Ageing Working Group*. V: www.healthscotland.com (sprejem: 9. 1. 2016).
- NIJZ (2015). *Alkoholna politika v Sloveniji. Priložnosti za zmanjševanje škode in stroškov*. Ljubljana: NIJZ.
- Patterson, T. L., Jeste, D. V. (1999). The potential impact of the baby-boom generation on substance abuse among elderly persons. V: *Psychiatric Services*, 50, 1184–1188.
- Ramovš, Jože (1981). *Alkoholno omamljen*. Celje: Mohorjeva družba.
- Ramovš, Jože (1983). *Boj za življenje družine. Zdravljenje alkoholizma in urejanje neskladne družine*. Celje: Mohorjeva družba.
- Ramovš, Jože (2001). *Slovar slovenskega alkoholološkega izrazja*. 3. dopolnjena izdaja. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.
- Ramovš, Jože (2003). *Kakovostna starost, Socialna gerontologija in gerontagogika*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka in SAZU.
- Ramovš Ksenija (2013). Medgeneracijsko sožitje in solidarnost. V: Ramovš J., ur. *Staranje v Sloveniji. Raziskava o potrebah, zmožnostih in stališjih nad 50 let starih prebivalcev Slovenije*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje, str. 63–97.
- Ramovš Jože, Ramovš Ksenija (2007). *Pitje mladih*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.
- Ramovš Ksenija, Ramovš Jože (2015): *Starajmo se trezno*. Priročnik za člane skupin za kakovostno staranje. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.
- Schutte, K. K., Brennen, P. L., Moos, R. H. (1998). Predicting the development of late-life late-onset drinking problems: A 7-year prospective study. V: *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22, 1349–1358.
- Seitz, H. K., Simanowski, U. A. (1994). Aging, alcoholism and alcohol-drug interaction. V: *Alcologia*, 6, 81–87.
- Stanojević Jerković Olivera, Kolšek Marko, Rotar Pavlič Danica (2011). Dejavniki tveganega pitja alkohola pri slovenskih starostnikih: kvalitativna raziskava. V: *ZdravVar* 2011; 50: 249–258.
- Wilson in dr. (2013). *Qualitative Study of Alcohol, Health and Identities among UK Adults in later Life*. New Southwales: The University of New Southwales.
- Zastrow, Charles (1992). *The Practice of Social Work*. Wadsworth Publishing Company, Belmont.
- Zorko Maja in dr. (2014). *Alkohol v Sloveniji. Trendi v načinu pitja, zdravstvene posledice škodljivega pitja, mnenja akterjev in predlogi ukrepov za učinkovitejšo alkoholno politiko*. Ljubljana: IVZ.

Kontaktne informacije:

Mag. Ksenija Ramovš, Resljeva 11, 1000 Ljubljana
ksenija.ramovs@guest.arnes.si

IZ GERONTOLOŠKE LITERATURE

Elder abuse, Fact sheet N°357, Updated October 2015. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/en/>

GLOBALNI OBSEG PROBLEMA NASILJA NAD STAREJŠIMI IN UKREPANJE PO PODATKIH SZO (OKTOBER 2015)

Glede na najnovejše dostopne podatke Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) navaja, da se število primerov nasilja nad starejšimi v svetovnem merilu povečuje deloma zaradi povečanja števila starejšega prebivalstva, deloma pa zaradi s tem povezanih posledic, ki jih demografski izziv staranja populacije prinaša. Nasilje nad starejšim pomeni enkratno ali ponavljajoče se dejanje ali opustitev ustreznega ukrepanja, ki povzroča škodo ali stisko starejši osebi. Vključuje fizično, spolno, psihično, čustveno, finančno in materialno zlorabo ter zanemarjanje, ki posledično prinaša resno izgubo dostojanstva in spoštovanja starejše osebe, zato tudi pomeni kršitev njenih človekovih pravic.

Nasilje nad starejšimi je pomemben javnozdravstveni problem. Zlasti v državah v razvoju je le malo podatkov o obsegu zlorab pri starejši populaciji. Glede na podatke iz oktobra 2015 Svetovna zdravstvena organizacija ocenjuje, da eden od desetih starejših ljudi doživlja vsak mesec zlorabo. Ta številka je verjetno podcenjena, saj SZO poroča, da je prijavljen samo en od štirih primerov nasilja nad starejšimi, deloma tudi zato, ker se starejši ljudje pogosto bojijo prijaviti primere zlorab svojim sorodnikom, prijateljem ali pristojnim organom.

Čeprav je dostop do natančnih podatkov omejen, SZO v svoji študiji ocenjuje

razširjenost nasilja nad starejšimi v državah s srednjimi in z visokimi dohodki glede na najpogostejše vrste nasilja na naslednje načine:

- fizična zloraba: 0,2–4,9 %;
- spolna zloraba: 0,04–0,82 %;
- psihološka zloraba: 0,7–6,3 %;
- finančna zloraba: 1,0–9,2 %;
- zanemarjanje: 0,2–5,5 % starejših.

SZO navaja, da so zelo skopi tudi podatki o obsegu problema v institucijah, kot so bolnišnice, domovi za ostarele in druge institucije dolgotrajne oskrbe. Raziskava osebja v domovih za nego starejših v Združenih državah Amerike, ki jo omenja SZO, kaže, da je lahko stopnja nasilja nad starejšimi precej visoka, in sicer:

- 36 % osebja je bilo v preteklem letu priča vsaj enemu incidentu fizičnega nasilja nad starejšim;
- 10 % osebja je priznalo, da je storilo vsaj eno dejanje fizičnega nasilja v odnosu do starejšega pacienta;
- 40 % osebja pa je priznalo, da je psihološko zlorabljal paciente.

O nasilnem ravnanju v drugih institucionaliziranih okoljih v državah v razvoju obstaja po SZO še manj podatkov.

SZO navaja različne primere nasilnih ravnanj, ki jih doživljajo starejši: fizična zadrževanja starejših pacientov, kršenje njihovega dostojanstva (osebje jih na primer pusti v umazanih oblačilih), omejevanje izbire dnevnih aktivnosti, namerno odrekanje zadostne oskrbe (kar lahko omogoča, da se pri starejših razvijejo preležanine), dajanje prenizkih ali previsokih odmerkov zdravljenja, čustveno

zanemarjanje in zlorabe. Nasilje nad starejšimi lahko privede do telesnih poškodb, in sicer od manjših prask in modric do zlomljenih kosti in poškodb glave, ki lahko vodijo v invalidnost, ter do resnih, včasih dolgotrajnih psiholoških posledic, vključno z depresijo in anksioznostjo. Za starejše ljudi so lahko posledice nasilja še posebej resne, saj so pogosto njihove kosti krhkejše, zaradi česar je okrevanje po poškodbah daljše. Celo relativno majhne poškodbe lahko zato povzročijo resne in trajne posledice ali celo smrt.

Na nastanek nasilja vplivajo različni dejavniki tveganja, ki lahko povečajo možnosti za nastanek nasilja nad starejšo osebo. SZO te dejavnike tveganja prepoznava na ravni posameznika, medsebojnega odnosa, skupnosti in tudi na družbeno-kulturni ravni. Tveganje na ravni posameznika vključuje slabo telesno in duševno zdravje žrtve, duševne motnje in zlorabo alkohola ali nedovoljenih substanc. Druga dejavnika, ki lahko na individualni ravni povečata tveganje za nastanek nasilja, sta spol žrtve in življenje starostnika v skupnem gospodinjstvu. Starejše ženske, ki so ovdovele, so v večji nevarnosti zaradi zanemarjanja in finančne zlorabe (npr. zaseg premoženja). Ženske lahko imajo tudi večje tveganje za dolgoročne in resnejše oblike zlorab in poškodb. Življenje starejših z drugimi družinskimi člani prav tako poveča tveganje za nastanek nasilja nad starejšimi – po podatkih SZO ni jasno, ali več nasilja povzročijo starejši otroci ali partnerji. Odvisnost storilca od starejše osebe (pogosto finančna) tudi povečuje tveganje za zlorabo. V nekaterih primerih se lahko dolga zgodovina slabih družinskih odnosov poslabša zaradi posledic stresa, predvsem ko starejša oseba postane še bolj odvisna od oskrbe drugega. Končno na to vpliva tudi dejstvo, da je na trgu dela več žensk, ki imajo manj časa za oskrbo starejših sorodnikov – to pa lahko skrbnikom predstavlja še dodatno breme in posledično

večjo verjetnost, da postanejo nasilni do svojih starejših bližnjih. Socialna izolacija oskrbovalcev in starejših oseb in posledično pomanjkanje socialne podpore sta pomembna dejavnika tveganja za nasilje nad starejšimi s strani skrbnikov. Mnogi starejši ljudje so izolirani zaradi postopnega zmanjševanja telesnih in duševnih sposobnosti ali zaradi izgube prijateljev in družinskih članov. SZO navaja, da lahko tudi naslednji družbeno-kulturni dejavniki vplivajo na tveganje za zlorabe starejših: družbeno prikazovanje starejših kot slabotnih, šibkih in odvisnih; slabljenje vezi med generacijami v družini; sistemi dedovanja in zemljiških pravic, ki vplivajo na drobitev materialnih dobrin v družini; migracija mladih parov, pri čemer ostajajo stari starši sami v tistih družbah, v katerih so potomci tradicionalno skrbeli za starejše; in pomanjkanje sredstev za plačilo oskrbe.

SZO navaja, da je verjetnejše, da se znotraj institucij zgodi nasilje nad starejšimi, če so standardi zdravstvene nege in storitve socialnega varstva starejših nizki, če so zaposleni slabo usposobljeni, plačani in izčrpani, če je fizično okolje slabše ter če uprava deluje bolj v interesu institucije namesto stanovalcev.

SZO poroča, da se po državah z višjimi dohodki izvajajo različni ukrepi za preprečevanje nasilja nad starejšimi ali za zmanjševanje posledic nasilja, za katere večinoma ni dolgoročnih dokazov o učinkovitosti. Kakorkoli že, kot učinkoviti pri zmanjševanju verjetnosti za nasilje se kažejo podpora neformalnim oskrbovalcem in medgeneracijski programi, ki temeljijo na povezavi s šolskim sistemom (za zmanjšanje negativnih družbenih stališč in stereotipov do starejših ljudi). SZO posebej izpostavlja pomembnost strokovnega zavedanja o problemu in podpore oskrbovalcem za preprečevanje nasilja nad starejšimi, še preden se to pojavi. SZO namreč opozarja, da podatki kažejo, da lahko imajo različne službe

za zaščito odraslih in obiski na domu s strani policije in socialnih delavcev za žrtve zlorabe še škodljivejše posledice ter da ti ukrepi povečujejo verjetnost za nastanek nasilja nad starejšimi.

Večsektorsko in interdisciplinarno sodelovanje lahko prispeva k zmanjšanju zlorabe starejših, vključno s socialnovarstvenim sektorjem (z zagotavljanjem pravne, finančne in stanovanjske podpore), s sektorjem izobraževanja (preko javnega izobraževanja in ozaveščevalnih kampanj) in z zdravstvenim sektorjem (skozi odkrivanje in zdravljenje

žrtev s pomočjo primarnih zdravstvenih delavcev). SZO opozarja, da je v nekaterih državah zdravstveni sektor prevzel vodilno vlogo pri ozaveščanju javnosti o problemu nasilja nad starejšimi, medtem ko je v drugih vodstvo prevzel socialnovarstveni sektor.

Svetovna zdravstvena organizacija ugotavlja, da globalno o obsegu in naravi problema nasilja nad starejšimi premalo vemo, zlasti niso opredeljeni številni dejavniki tveganja in načini, kako nasilje uspešno preprečevati.

Ana Vujović

DROBCI IZ GERONTOLOŠKE LITERATURE

Zbrala: Tina Lipar

SVETOVNO POROČILO O ALZHEIMERJEVI BOLEZNI

Organizacija ADI (*Alzheimer's Disease International*) je v letu 2015 izdala Svetovno poročilo o Alzheimerjevi bolezni z naslovom *Globalni vplivi demence*. Poročilo na 83 straneh predstavi globalno razširjenost (prevalenco) in pojavnost (incidenco) demence, sedanje in prihodnje trende glede njene pojavnosti, povprečne dobe življenja ljudi s to boleznijo, njene globalne vplive ter stroške, ki so povezani z demenco. V zadnjem poglavju so predstavljeni zaključki in priporočila.

Avtorji poročila ocenjujejo, da ima demenco 46,8 milijonov svetovnega prebivalstva. Vsakih dvajset let naj bi se podvojilo število ljudi, ki zbolijo za demenco. Ocenjujejo, da je bilo v letu 2015 9,9 milijonov novih primerov; to pomeni, da je vsake 3,2 sekunde nekdo zbolel za to boleznijo. Regionalne ocene razširjenosti demence pri ljudeh, starejših od 60 let, so nekoliko različne: 4,6 % v srednji Evropi, 8,7 % v Severni Afriki in na Bližnjem vzhodu ter med 5,6 % in 7,6 % ljudi drugod po svetu.

V državah z nizkimi ali srednjimi prihodki živi 58 % ljudi z demenco. Ta delež naj bi se do leta 2030 dvignil na 63 % in v letu 2050 na 68 %. Globalni ekonomski stroški demence znašajo 818 milijard ameriških dolarjev, kar je primerljivo s proračunom Indonezije, Nizozemske ali Turčije, ki na svetovni lestvici velikosti gospodarstva zasedajo 16., 17. in 18. mesto.

V poročilo so vključena tudi priporočila organizacije ADI. Zmanjševanje tveganja za demenco bi moralo biti izrecna prednost Svetovne zdravstvene organizacije. Dejavnosti, cilji in kazalci te usmeritve bi morali biti jasni in natančno določeni. Stroški raziskav, povezanih z demenco, bi morali biti proporcionalni

z družbenimi stroški bolezni in enakomerno porazdeljeni med aktivnosti preventive, zdravljenja, oskrbe in aktivnosti, usmerjenih v iskanje zdravila.

VIR: Alzheimer Disease International, 2015. World Alzheimer Report 2015 - The Global Impact of Dementia. An analysis of prevalence, incidence, cost and trends. Alzheimer disease International, London. 82 strani. V: <http://www.alz.co.uk/research/world-report-2015> (sprejem: 9. 2. 2016).

Tina Lipar

ZDA: POMANJKANJE VITAMINA D

Raziskovalci iz *UC Davis Alzheimer's Disease Center* na *Rutgers University* so ugotovili, da je pomanjkanje vitamina D pri starejših povezano s pospešenim upadom kognitivnih sposobnosti in z izgubo spomina. Pri starejših ljudeh, pri katerih so prisotne nizke koncentracije vitamina D, naj bi bil upad kognitivnih sposobnosti trikrat hitrejši kot pri tistih, pri katerih pomanjkanje vitamina D ni prisotno.

Raziskovalci menijo, da njihove ugotovitve povečujejo pomen zgodnjega odkrivanja pomanjkanja vitamina D pri starejših, predvsem pri rizičnih skupinah, kot so Afroameričani in Latinskoameričani. Njihova koža zaradi temne polti namreč tvori manjše količine vitamina D. Tako naj bi bilo pri vseh ljudeh temnejše polti pomanjkanje vitamina D smatrano kot dejavnik tveganja za demenco.

Raziskava je dostopna na spletni strani *JAMA Network*, v rubriki *JAMA Neurology*.

Joshua Miller, profesor in predstojnik oddelka za prehranske vede (*Department of Nutritional Sciences*) na *Rutgers University*,

pravi, da je bilo pomanjkanje vitamina D povezano s pomembno hitrejšim upadom tako epizodičnega spomina kot izvršilnih funkcij. To pa je bilo neodvisno od rase, etnične pripadnosti, izhodiščnih kognitivnih sposobnosti in pridruženih ostalih dejavnikov tveganja.

Ta in tudi številne druge študije kažejo na to, da obstaja dovolj dokazov za priporočilo, da naj starejši od 60 let s svojim zdravnikom pretehtajo, ali je redno jemanje vitamina D v obliki prehranskih dopolnil za njih smiselno. Tudi če se skozi leta izkaže, da uživanje vitamina D ni imelo posebnih koristi, so stranski učinki jemanja zanemarljivi.

Ta velika longitudinalna študija je zajela skoraj 400 rasno in etnično raznolikih moških in žensk v severni Kaliforniji. 50 % ljudi, vključenih v raziskavo, je bilo belcev, 50 % pa Afroameričanov ali Latinskoameričanov. V povprečju so bili stari 76 let. Glede na kognitivno sposobnost so bili razvrščeni v tri skupine, in sicer ljudje z neokrnjeno kognitivno sposobnostjo, ljudje z blago kognitivno motnjo in ljudje z demenco.

Serumske koncentracije vitamina D so bile izmerjene na začetku raziskave. Pomanjkanje vitamina D je bilo prisotno pri udeležencih iz vseh treh etničnih skupin, in sicer pri 54 % belcev ter 70 % Afroameričanov in Latinskoameričanov.

Izpostavljanje kože sončni svetlobi je glavni vir vitamina D. Rasne in nekatere etnične manjšine imajo večje tveganje za pomanjkanje vitamina D, ker imajo zaradi višjih koncentracij melanina temnejšo polt. Temnejša polt sicer varuje pred kožnim rakom, vendar ovira sintezo vitamina D.

Prehrana je naslednji vir vitamina D. Največ ga dobimo z uživanjem mlečnih izdelkov. Starejši ljudje pogosto ne zaužijejo priporočenih količin mlečnih izdelkov. Le 6,5 % Afroameričanov in 11 % Latinskoameričanov je dnevno zaužilo priporočene tri porcije.

Charles DeCarli, direktor Centra za Alzheimerjevo bolezen (*Alzheimer's Disease Center*) pravi, da ni znano, ali prehranska dopolnila pozitivno vplivajo na kognitivno funkcijo pri posamezniku. To področje nameravajo v prihodnosti še raziskati.

VIR: Joshua W. Miller, Danielle J. Harvey, Laurel A. Beckett, Ralph Green, Sarah Tomaszewski Farias, Bruce R. Reed, John M. Olichney, Dan M. Mungas, Charles DeCarli (2015). Low vitamin D among elderly associated with decline in cognition, dementia. V: <http://www.sciencedaily.com/releases/2015/09/150914114521.htm> (sprejem 2. 11. 2015).

Tina Lipar

FRANCIJA: TELESNA AKTIVNOST STAREJŠIH LJUDI V POVEZAVI Z UMRLJIVOSTJO

Raziskovalci v Univerzitetni bolnišnici *St-Etienne-Lyon* v Franciji so izvedli raziskavo *PROOF study*, v katero so vključili več kot 1000 starejših oseb. Ugotovili so negativno korelacijo med stopnjo telesne aktivnosti in tveganjem za splošno umrljivost, kar pomeni, da pri starejših (enako kot pri mlajših ljudeh) tveganje za umrljivost pada, če je človek bolj in redneje telesno aktiven. Rezultate študije je na kongresu *EuroPREvent 2015* predstavil dr. David Hupin z oddelka za klinično in gibalno fiziologijo iz prej omenjene univerzitetne bolnišnice.

Ljudje, vključeni v raziskavo, so bili ob njenem začetku stari 65 let (leta 2001), nato so jim sledili še 13 let. V tem času so raziskovalci beležili njihovo telesno aktivnost in podatke kategorizirali v skladu s petimi kategorijami MET ur na teden. MET je fiziološka merska enota, ki izraža porabo energije pri določeni telesni aktivnosti. 1 MET za povprečnega odraslega človeka znaša 1 kcal/kg teže/uro ali 3,5 ml O₂/kg/min.

Raziskovalci so v obdobju spremljanja ljudi beležili tudi stopnjo smrtnosti in pojav kardiovaskularnih bolezni. Ugotovili so, da je približno 10 % ljudi v tem obdobju umrlo. Rezultati so pokazali, da je bilo tveganje za umrljivost za 57 % nižje v skupini ljudi, ki so bili telesno aktivni vsaj 150 minut na teden. Tudi pri posameznikih, ki so bili zelo malo telesno aktivni, je bilo tveganje za smrtnost za 51 % nižje kot pri tistih, ki skoraj niso bili telesno aktivni.

Ugotovili so, da je bilo tudi pri ljudeh, ki so v obdobju upokojitve šele začeli ali ponovno začeli s telesno aktivnostjo, tveganje za umrljivost zmanjšano za dve tretjini. Po drugi strani pa je bilo vsakršno zmanjšanje telesne dejavnosti pri starejših povezano s povečanim tveganjem za umrljivost.

Dr. Hupin meni, da je iz rezultatov raziskave mogoče potegniti več zaključkov. Med njimi je najpomembnejši ta, da je bila raven telesne dejavnosti pri starejših negativno povezana s stopnjo umrljivosti, pri čemer je bil tudi pri telesni aktivnosti, ki v svoji intenziteti in času

ni dosegala sedanjih priporočil, ugotovljen zaščitni učinek.

Dr. Hupin zato priporoča, da naj si starejši ljudje kot prvi cilj postavijo, da bodo aktivni vsaj 15 minut pet dni v tednu. Predlaga, da se poslužujejo hitre hoje, kolesarjenja, plavanja ali gimnastike. Nadalje poudarja, da bi s širitvijo teh ugotovitev spodbudili več starejših ljudi, da bi v svoje vsakodnevne aktivnosti vključili vsaj nizke odmerke telesne aktivnosti. S tem bi bilo potrebno seznaniti tudi splošne zdravnike, ki imajo ključno in odločilno vlogo pri spodbujanju telesne aktivnosti pri starejših.

Ugotovitve te študije so bile potrjene tudi v metaanalizi, ki je vključevala skoraj 120.000 ljudi in jo je izvedla ista skupina raziskovalcev. Dr. Hupin tako zaključuje, da je za starejše tudi malo telesne aktivnosti dobro, toda več je boljše.

VIR: European Society of Cardiology (ESC), 2015. Exercise, however modest, found progressively beneficial to the elderly. V: www.sciencedaily.com/releases/2015/05/150515125902.htm (sprejem: 25. 11. 2015).

Tina Lipar

GERONTOLOŠKO IZRAZJE

OSKRBOVANA STANOVANJA

angleško: cheltered housing, rented housing
nemško: betreutes Wohnen

Oskrbovana stanovanja so starosti prilagojena stanovanja, v katera se lahko preselijo tisti, ki imajo domače razmere neprimerne za življenje v času starostnega pešanja ali druge nezmožnosti. Preselitev v oskrbovano stanovanje navadno izbere še samostojen človek ali par, ki ima stanovanje ali hišo preveliko ali neprimerno za starost, v primeru, ko živi sam in vidi, da ne bo kos samostojnemu življenju, ali ko se odloči, da želi imeti zaradi staranja na voljo več storitev za zadovoljevanje vsakdanjih potreb in opravil.

Bistvo oskrbovanih stanovanj je to, da je na voljo servisna ponudba pranja, kuhanja, pospravljanja ter drugih uslug in pomoči. Zato so prava oskrbovana stanovanja tesno povezana s krajevnim domom za stare ljudi. V takem stanovanju star človek v začetku lahko živi povsem samostojno, čim bolj pa peša, več oskrbe in nege dobiva. Ko povsem obnemore, se nekaj sosednjih oskrbovanih stanovanj spremeni v oskrbovano gospodinjstvo skupino v okviru sodobnega doma za stare ljudi; idealno je, če je le-ta del sodobnega krajevnega medgeneracijskega središča s številnimi programi za oskrbo v onemoglosti, za aktivno, zdravo in dostojanstveno staranje večine zdravih ljudi tretje generacije ter s programi za krepitev medgeneracijskega sožitja med mlado, srednjo in tretjo generacijo.

Načelo sodobne gerontologije je, naj človek, če je le mogoče, ostane na stara leta v svojem stanovanju, ki ga je vajen. Če to ni mogoče, naj bo selitev samo ena v zanj čim primernejšo obliko bivanja. Ko človeka ob stopnjevanju

onemoglosti selijo iz ene ustanove v drugo ali v domu za stare ljudi z enega oddelka na drugega, ima to nanj večinoma hude telesne, duševne in socialne posledice, tako da po selitvi skokovito slabi in pogosto hitro umre. Selitve v starosti sodijo med najhujše strese.

V Sloveniji so postala oskrbovana stanovanja bolj znana po letu 2000. Že od začetka pa so šla večstransko v slepo ulico. Prva zmota je njihovo kupovanje v last namesto najemanja; v to zmoto vodi trg, ko so podjetja gradila le bolj ali manj starosti prilagojena stanovanja, v prodajo pa so jih ponujala kot oskrbovana. To je vodilo v drugo usodno zmoto, da se stanovanje, ki je arhitekturno prilagojeno starosti, morda celo elektronsko nadstandardno prilagojeno, imenuje oskrbovano stanovanje; bistvo oskrbovanega stanovanja je prisotnost vse servisne ponudbe za pomoč in oskrbo pri opravljanju osnovnih vsakodnevnih dejavnosti, ko to ne zadošča več, pa popolna oskrba, torej taka, kakor jo nudi sodoben deinstitucionaliziran dom za stare ljudi.

Še opozorilo na jezikovno napako glede strokovnega izraza. Precej razširjen izraz *varovana stanovanja* je povsem zgrešen. Za vsako stanovanje je pomembno, da je zgrajeno vsestransko varno. Stanovalci neke zaprte stanovanjske soseske se lahko odločijo za povečanje svoje varnosti tudi z obzidjem ali vratarjem pri vhodu. Vse to lahko velja tudi za oskrbovana stanovanja, njihovo bistvo pa nikakor ni *varstvo* starajočih se ljudi, kakor da gre za varstvo otrok v vzgojno varstveni ustanovi. Bistvo oskrbovanih stanovanj je možnost servisne oskrbe po lastni izbiri, vključno z možnostjo za popolno deinstitucionalizirano oskrbo v hudi onemoglosti, če pride do nje.

J. Ramovš

DNEVNA OSKRBA*angleško: adult day care**nemško: Tagespflege**hrvaško: dnevna njega*

Dnevna oskrba je program na področju dolgotrajne oskrbe starostno onemoglih, kronično bolnih in invalidnih ljudi, pri katerem pride človek preko dneva v ustanovo, kjer oskrbovalci poskrbijo za njegove potrebe: hrano, počitek, družbo, uživanje zdravil ter razne dejavnosti za krepitev zdravja in razvedrilo. V ustanovo ali krajevni dnevni center ga običajno pripeljejo svojci zjutraj, popoldne ali zvečer pa ga spet odpeljejo domov. Ta program omogoča, da ostajajo ljudje v domačem okolju v primerih, ko domači zanje ne morejo poskrbeti preko dneva, ker so v službi in šoli, star človek pa ne more biti sam.

Dnevno oskrbo pri nas v manjši meri uvažajo domovi za stare ljudi, ljudje temu rečejo *vrtec za stare ljudi*. Ponekod v Evropi je bolj uveljavljena.

Dnevna oskrba je boljši izraz kakor pogosto uporabljan *dnevno varstvo* – pojasnilo o tem je pri pojmu *oskrbovalna stanovanja*. V primeru duševne motnje gre do neke mere tudi za varstvo, vendar je varovanje strokovni izraz za represivni program omejevanja svobode ali za varnostno (varnostniki) čuvanje objektov ali ljudi, ki jim je odvzeta svoboda (zapor) ali še niso dovolj razviti za samostojnost (otroški vrtci) ali pa jih je zaradi družbene pomembnosti treba dodatno varovati (državniki). Osrednja dejavnost pri starostnem pešanju je oskrba, katere del je lahko v primeru duševne zdravstvene motnje tudi skrb za varnost.

*J. Ramovš***NOČNA OSKRBA***angleško: adult night care**nemško: Nachtpflege*

Nočna oskrba je program na področju dolgotrajne oskrbe starostno onemoglih, kronično bolnih in invalidnih ljudi, ko pride človek čez noč v dom za stare ljudi ali v sorodno oskrbovalno ustanovo, čez dan pa je doma. Namenjen je razbremenitvi družinskih oskrbovalcev. Primeren je zlasti za ljudi z demenco; tak bolnik čez dan pogosto spi, tako da domači oskrbovalec – navadno ostareli zakonec – obvladuje stanje, ponoči pa je pogosto nemiren, da se svojec ne more naspiti. V takih primerih nočna oskrba omogoči, da star človek lahko ostaja podnevi doma, v svojem znanem okolju in ob znanem človeku, ponoči pa zanj strokovno poskrbijo poklicni oskrbovalci skupaj z njemu podobnimi ljudmi iz svoje ustanove.

Bolnika z demenco svojec pripelje v ustanovo zvečer in ostane nekaj časa z njim, zjutraj pa pride ponj in ga spet odpelje domov.

V uporabi je tudi izraz *nočno varstvo*; pojasnilo o tem, da je za področje dolgotrajne oskrbe starih ljudi manj primeren kakor nočna oskrba, je pri pojmih *dnevna oskrba* in *oskrbovana stanovanja*; seveda pa je pri demenci zaradi bolezni poleg oskrbe potrebna tudi ustrezna skrb za varnost človeka.

J. Ramovš

KRATKOTRAJNA NASTANITEV

angleško: respite care

nemško: Kurzzeitpflege, Kurzzeit

Altenpflege, Urlaubspflege

Kratkotrajna nastanitev v domu za stare ljudi ali v podobni oskrbovalni ustanovi je program dolgotrajne oskrbe starostno onemoglih, kronično bolnih in invalidnih ljudi, ki je namenjen krajši razbremenitvi družinskega oskrbovalca ob izčrpanosti zaradi oskrbovanja, ko gre na dopust, zboli, ima nujen popravek ali pride druga višja sila, da je domače bivanje ali oskrbovanje za krajši čas onemogočeno. Kratkotrajna namestitvev traja od enega dne do enega meseca; v sistemih za dolgotrajno oskrbo nekaterih evropskih držav je zagotovljena do pet tednov letno.

V raziskavi je največ slovenskih družinskih oskrbovalcev dejalo, da bi najbolj potrebovali to, da za nekaj dni, včasih le za nekaj ur, nekdo prevzame oskrbo njihovega svojca, da se razbremenijo, gredo v gledališče, na pohod, da si na svoj način naberejo novih moči za zahtevno nalogo oskrbovanja družinskega člana; tem večja je ta potreba, ko zbolijo ali gredo na družinske počitnice.

Vsak krajevni dom za stare ljudi bi moral imeti tudi nekaj postelj za kratkotrajno nastanitev; še posebej to velja za sodobni dom gospodinjskih skupin v okrilju celovitega krajevnega medgeneracijskega središča za kakovostno staranje.

Pri domovih za stare ljudi in sorodnih ustanovah se razvijajo tudi posebni nadstandardni »turistični« programi za stare onemogle ljudi. Vanje za teden ali dva sprejmejo starega človeka, da ima svoj »dopust« v zanj primernem programu, medtem ko gredo njegovi domači na svojega.

Kratkotrajna nastanitev in drugi programi za *razbremenitev* družinskih oskrbovalcev prihajajo po letu 2015 povsem v ospredje politike razvoja socialnega varstva in dolgotrajne oskrbe v razvitem svetu Evrope in Amerike. Kratkotrajna nastanitev v domu za stare ljudi je najpomembnejši program za njihovo občasno večjo razbremenitev, medtem ko je za redno vsakdanjo razbremenitev najpomembnejši krajevni program poklicne *socialne oskrbe* na domu, za občasno razbremenitev pa organizirana *prostovoljska pomoč*.

Oskrbovalni program kratkotrajne nastanitve ima v slovenskem prostoru različna imena: *kratkotrajna oskrba, začasna oskrba, kratkotrajna namestitvev, oskrba za oddih* ipd. Kratkotrajna ali začasna oskrba ni primeren izraz, ker zavaja v zmoto, da ni potrebna dolgotrajna oskrba; kratkotrajna oskrba ima svoje mesto pri akutni bolezni ali po poškodbi, po kateri bo človek spet samostojno opravljal osnovne vsakodnevne dejavnosti, pri dolgotrajni oskrbi v starostni onemoglosti pa mora biti oskrba stalna, trajna, neprekinjena. Oskrba za oddih izraža potrebo družinskih oskrbovalcev po nujno potrebnem oddihu. Bistvo tega programa pa najbolj izrazi pojem kratkotrajna nastanitev.

J. Ramovš

INTERVJU

**Vesna Vodišek Razboršek, Beti Prtenjak in Martina Klobčar
ter Jože Ramovš**

Ubrana vodstvena ekipa Doma starejših Šentjur prenavlja koncept

Ključne besede: Dom starejših Šentjur, dolgotrajna oskrba, koncept normalizacije ustanove, paliativna oskrba, organizacija dela, vodstvena ekipa

AVTORJI: *Vesna Vodišek Razboršek je kot univerzitetna diplomirana socialna delavka začela poklicno pot v Domu ob Savinji Celje. Od leta 2010 dalje je direktorica Doma starejših Šentjur. Z zelo ubrano in razvojno naravnano vodstveno ekipo konceptualno, organizacijsko in arhitekturno posodablja to oskrbovalno ustanovo v skladu s sodobnimi evropskimi trendi, pri čemer dosegajo zelo dobre rezultate. V ta namen vodi celotno ustanovo kot učečo se organizacijo, v kateri se vsi sistematično izobražujejo.*

Beti Prtenjak je socialna delavka, ki ima dvajset let izkušenj pri delu s starimi ljudmi v domovih, zadnja štiri leta je v vodstveni ekipi Doma starejših Šentjur. Ves čas se je poklicno usposabljala na svojem področju, zlasti za delo na področju demence. Svoja specialna znanja uresničuje ustvarjalno v praksi doma, v katerem je zaposlena, kot ena od petih učiteljic inovativne validacije pa jih predaja tudi vsem po Sloveniji, ki se hočejo usposobiti za delo z dementnimi bolniki na sodobni strokovni ravni.

Martina Klobčar, diplomirana medicinska sestra, je začela poklicno pot medicinske sestre v domu za starejše v Velenju. To delo je opravljala dve desetletji, ob njem je ugotavljala slabosti strokovno razdrobljenega modela institucionalne oskrbe, se študijsko izpopolnjevala in diplomirala. Vrsto let je opravljala pedagoško delo v Srednji zdravstveni šoli Celje. Zdaj je namestnica direktorice za področje zdravstvene nege v Domu starejših Šentjur, v katerem skupaj s kolegicami v vodstveni ekipi uresničuje svoja spoznanja o deinstitucionaliziranem delu v domu.

Dr. Jože Ramovš je antropolog in socialni delavec. Diplomiral je s področja skupine in skupinskega dela. Več kot štiri desetletja dela z različnimi terapevtskimi, preventivnimi, vzgojnimi in drugimi skupinami v praksi, ob tem pa področje skupin in skupinskega dela raziskuje ter o njem predava in publicira.

HIŠNI HOSPIC IN OAZA V DOMU STAREJŠIH ŠENTJUR

KAKOVOSTNA STAROST: *Gospa direktorica, Vesna Vodišek Razboršek, predstavite nam Dom starejših Šentjur, ki se zadnja leta naglo razvija.*

VODIŠEK RAZBORŠEK: Dom je bil zgrajen leta 1999. Od začetka do zdaj ima 160 mest, število stanovalcev se spreminja samo toliko, kolikor imamo začasnih nastanitev, kar je tudi ena od naših storitev.

Največja značilnost naše hiše je, da spreminjamo koncept dela. Iz klasičnega medicinskega modela prehajamo na koncept *normalizacije življenja*. Se pravi, da bivanje prihaja v ospredje, vse druge suportivne dejavnosti pa so postavljene ob bok tej primarni dejavnosti, to je življenju v domu. Izhajamo iz tega, da so središče našega delovanja stanovalci. Ob bok jim postavljamo svojce in zaposlene. Zavedamo se, da sta znanje in vedenje, ki ju imajo svojci o stanovalcih, za nas izjemno pomembna. Zato skupaj z njimi oblikujemo življenjsko zgodbo vsakega stanovalca. Iz nje izhajamo, ko težimo k normalizaciji življenja v domu.

Pod isto streho imamo tudi oskrbovana stanovanja. Že od začetka so v mansardi oskrbovana stanovanja, v katerih stanovalci bivajo povsem samostojno, kolikor jim zdravje to dopušča. Svoje stanovanje si urejajo po svoje. Če potrebujejo pomoč, to zanje opravimo mi. Nekateri kuhajo sami, drugi prihajajo k nam na obroke. V glavnem imajo precej individualen način življenja, hkrati pa se vključujejo v naše dejavnosti, kolikor želijo.

Kot sem že omenila, imamo tudi začasno bivanje za tiste, ki pridejo k nam za krajši čas zaradi bolezni ali rehabilitacije, da si malo opomorejo, ali pa za čas dopustov, ko gredo tisti, ki skrbijo zanje, na dopust.

Izvajamo tudi storitev dnevnega varstva. Ljudi, ki pridejo k nam za čez dan, vključimo v program z drugimi stanovalci; za dnevno varstvo nimamo posebnih prostorov. Največ smo imeli tri uporabnike naenkrat. V Šentjurju ni pričakovati velike potrebe po tej storitvi, ljudje živijo drugačen način življenja kakor v velikih mestih. Tisti, ki so v dnevnem varstvu, imajo prostor za počitek, drugače pa ne delamo nobenih razlik. Ne veš, kdo je tisti, ki odhaja domov proti koncu dneva in prihaja zjutraj spet v dom. To lepo funkcionira.

Posebni smo morda tudi zato, ker smo že pred tremi leti začeli z izobraževanjem o paliativni oskrbi. Naša celotna ekipa se je pod vodstvom dr. Urške Lunder izobrazila za to področje dela. Z njo imamo enkrat letno supervizijski sestanek, na katerem ves dan namenimo temu, kakšne so težave, kje vidimo priložnosti za izboljšavo, kaj se nam je dobro obneslo. Pred dvema letoma smo eno enoposteljno sobo namenili paliativni oskrbi. Ta soba je bila preurejena z res minimalnimi posegi, omogoča pa, da svojci ostanejo pri težko bolnem družinskem članu štiriindvajset ur; tu tudi prespijo. Tega jim ne računamo. Potreba po tej sobi je nastala, ker imamo tudi večposteljne sobe. Ko se bliža umiranje, je treba temu primerno ravnati. Ko imamo družinske sestanke, se pokaže potreba po paliativni oskrbi, in če je smiselno, to družini ponudimo. Za družino je v tistem trenutku zelo dragoceno, da je lahko ob bližnjem, seveda je to dragoceno tudi za umirajoče in za nas. V tem času sobe ne vrednotimo nič drugače, npr. ko gre nekdo, ki je bil v triposteljni sobi, v enoposteljno sobo za paliativo, to nima nikakršnih ekonomskih posledic. Umiranje je trenutek, ko je človečnost treba dati v ospredje.

KAKOVOSTNA STAROST: Se pravi, da imate mali krajevni hospic v hiši, za svoje iz večposteljnih sob in za zunanje?

VODIŠEK RAZBORŠEK: Za svoje. Lahko pa bi rekli, da tudi za zunanje, saj smo že imeli čisto direktne sprejeme v sobo za paliativo. Situacija je bila pač taka, da doma ni več šlo, da je nekdo potreboval sobo. Prva gospa je bila takšna. Tudi mi sami smo se ob

tem učili, kdo je primeren za takšno sobo. In potem smo izhajali iz zdravstvenih diagnoz. Tudi naša zdravnica se je z nami prostovoljno izobraževala za paliativno oskrbo bolnikov ob koncu življenja. Za vse zaposlene je bilo zelo pomembno, kako se srečujejo s to tematiko. Kljub temu da so nekateri delali v hiši od začetka, je bilo umiranje za marsikoga tabu ali vsaj neljuba tema. Če se je le dalo, se je izognil, ker je to zahtevna vsebina. Ravno to izobraževanje pa je prineslo lepe rezultate; to je drugačen pristop, v ospredje daje celotno družino. Ko smo zaposlenim predstavljali, kaj želimo narediti s to sobo, ko se pogovarjamo o tem, vedno rečem, da ni nič dokončno in da še vedno lahko kaj spreminjamo. Poskusimo tako in bomo čez en mesec videli, če je to tisto pravo ali moramo še kaj spremeniti. Pri vseh spremembah potrebujemo odziv zaposlenih, ki dejansko preživljajo ves čas s stanovalci, z družinami in s svojci.

Imeli smo primer, ko je ena od zaposlenih imela mamo, ki je bivala pri nas vrsto let, in sicer v večposteljni sobi. Potem smo imeli z njimi družinsko konferenco in smo ponudili bivanje v sobi za paliativo. Ko je mama umrla, je ta zaposlena prišla do mene in rekla, da šele sedaj razume pomen te sobe, kako zelo je to pomembno. Prej se je spraševala, zakaj želimo to narediti in čemu služi, saj tega ne potrebujemo, ta soba bo ožigosana, to ne bo šlo. In je rekla, da šele sedaj vidi, kako dragocena storitev je, ko so to izkusili sami kot svojci.

Nobene stigme ni v tej sobi, jaz je še nisem doživela. Nikogar še nisem slišala, da bi o tej sobi govoril s kakršnimkoli prizvokom. Mi vemo, da je to soba za paliativo, in v skladu s tem postopamo. To je postalo del nas. Včasih me kolegi vprašajo, kako smo to vpeljali. Pa povem, da smo se pogovarjali in je kar spontano steklo. Res pa je, da je bilo izobraževanje verjetno ključnega pomena. Da smo se o tem pogovarjali in da za to še vedno skrbimo. Da gre za sodelovanje celotnega tima, od zdravnika do zaposlenih, ki so v tej enoti, socialne službe in kompletne družine.

KAKOVOSTNA STAROST: Tale paliativna soba je pravcati krajevni hospic. Menim, da je to velika stvar, ki kliče k razvoju v tej smeri, da bo umiranje čim bolj človeško. Vaš dom je relativno nov – zgrajen je bil pred 15 leti, žal kakor večina domov pri nas po konceptu in arhitekturi izpred 50 let. Vi ustvarjate sodobni dom na konici svetovnega razvoja oskrbe, tudi gradbeniško spreminjate stavbo. Naredili ste oazo, ki je najnovejši evropski način za oskrbo v zadnjem obdobju demence.

VODIŠEK RAZBORŠEK: Koncept oaze je res poseben. Povej o tem ti, Beti, ki si posebej specializirana za demenco.

PRTENJAK: Oaza je res poperček na koncu našega celotnega psihosocialnega koncepta pri delu z obolelimi za demenco. Nastala je kot vzgib s strani zaposlenih in kot potreba hiše, ki išče pravo smer za obolele z demenco. Kaj ljudje, ki so oboleli za demenco, potrebujejo, ko pridejo v hišo, ko pri nas živijo in ko pridejo v zadnje obdobje te svoje bolezni in življenja?

Oaza je namenjena stanovalkam in stanovalcem Doma starejših Šentjur, pri katerih so zaradi zadnjega stadija obolelosti za demenco potrebni poseben pristop in posebne tehnike za delo. Stanovalci so v fazi popolne nepomičnosti, odvisni so od pomoči osebja pri vseh življenjskih aktivnostih, pogosto so neodzivni na običajne dražljaje iz okolja,

običajne komunikacije niso več sposobni. Arhitekturno je oaza prilagojena bivanju stanovalcev, ki verbalne komunikacije praviloma niso več zmožni, zato stanovalce in stanovalke v tem stanju z ustreznimi tehnikami in pristopi nagovarjamo preko drugih čutil. Posebej so poudarjene barve v prostoru, vonjave, posebna svetloba in glasba, s čimer zagotavljamo potrebo po varnosti in ljubezni (ljubeznivo in varno okolje). Prostor oblikovno omogoča vizualno zaznavanje in ustvarjanje posebne atmosfere, tudi s kaminom. Posebna atmosfera pa stimulira tudi zaposlene, da so pripravljene delovati na tem izjemnem področju ter razvijati in udeleževati odnos, prežet z empatijo in bližino.

Pomembni so nam tudi drobni detajli, predmeti posameznika, stanovalca, ki biva v oazi. Ti so sestavni del življenja teh ljudi v njihovih preteklih obdobjih. To so lahko lesen križec, ki veliko pomeni človeku, določene fotografije ... Ta sicer nima več stika z okoljem ali samo minimalno, pomeni pa to veliko njegovemu svojcu, ki ga redno obiskuje. Veliko pomeni tudi nam, kot neke vrste recept, preko katerega lahko s to osebo še na nek način komuniciramo.

Oaza ne bi funkcionirala, če ne bi bil v ozadju program celotnega doma, kako živeti s stanovalci, ki bivajo v oazi. Pomemben je že učinek, ko človek vstopi v prostor oaze. Ta nagovori vsakega, ki vstopi, da se tam čas ustavi. Čas se ustavi zato, da se zazreš v podobo svojega človeka, ki je tam, da podoživiš njegovo zgodbo od začetka, odkar ga poznaš, ker je to tvoj človek. Za nas, ki vsak dan vstopamo v njihov dom, v njihov svet, v oazo, pa to pomeni, da se znamo prav naravnati. Smo zanje tuja oseba, ki pa je strašno pomembna, saj izvajamo nego in oskrbo ter se intenzivno srečujemo z njimi.

Oaza ni isto kot paliativna oskrba. Tu je velika razlika. Paliativno oskrbo je direktorica lepo predstavila in je namenjena res neozdravljivo bolnim, rakavim bolnikom, bolnikom po možganskih poškodbah in drugih telesnih boleznih. Tam je v ospredju lajšanje bolečin, ne samo telesnih, ampak tudi duševnih in socialnih bolečin. Oaza pa pomeni to, kar pomeni sama beseda oaza: svet, kjer se človek počuti varnega in sprejetega, naš pristop je usmerjen samo vanj. Podoben občutek doživljajo tudi njegovi svojci in mi, oskrbovalci. Je prostor, v katerem lahko stanovalec kljub vsemu zadovoljuje potrebe, ki jih sicer ne zna ubesediti, ampak jih moramo zato mi prepoznati iz njegove življenjske zgodbe, iz tega, kar nam povedo svojci, iz tega, kar se zaposleni, ko prihajamo v oazo, še vedno sproti učimo od človeka. V ospredju so toplina, ljubezen in občutek varnosti. To je tudi glavno vodilo oaze. Metode dela pa temeljijo na ohranjanju dostojanstva, integritete in identitete.

PONOSNI SMO NA NAŠE ZAPOSLENE

KAKOVOSTNA STAROST: Res imate kaj pokazati slovenskemu prostoru, ki želi hitreje slediti evropskemu razvoju dolgotrajne oskrbe. Imate svoj hišni hospic za vaš kraj, imate negovalno oazo za človeka dostojno oskrbo obolelih za demenco v njihovem zaključevanju življenja ... Na kaj ste še ponosni?

VODIŠEK RAZBORŠEK: Ponos so naši zaposleni, ki tukaj delajo. Arhitekturo je najlažje spreminjati, prilagoditi prostore ... Da tem prostorom dodaš vsebino, je pa velik zalogaj.

Pri nas je glavnina ekipe ista od začetka. Res je, da je v primerjavi z nekaterimi domovi še razmeroma mlada ekipa, ampak je dovolj motivirana, da prepozna potrebe ljudi. Že takoj se je videlo, da je velik potencial v zaposlenih, ker sta v njihovem odnosu do stanovalcev vladali strokovnost in domačnost, vendar domačnost ob spoštovanju stroke in posameznika kot človeka.

Poti seveda niso vedno lahke, ker se sprememb vsi bojimo. Ampak spremembe so največkrat glavna stalnica v našem življenju in nas peljejo vedno znova naprej. Veliko dobrih zamisli je, ki jih potem zapakiramo v neko oazo ali sobo za paliativo, v neke prenovljene prostore. Ideje dostikrat brbotajo in potem pridejo vzgibi zaposlenih, kam naj gremo naprej. Vse te novosti, ki jih imamo v hiši, dostikrat oblikujejo zaposleni. Menim, da je to ena izmed najdragocenejših informacij. Znamo drug drugega poslušati. Pogosto se zgledujemo tudi po tujini, vendar pa novosti apliciramo na našo kulturo in na našo hišo. Verjamem, da ta usmeritev, ki jo peljemo v naši hiši, kilometre stran mogoče ne bi delovala na tak način, ker so tam drugačni zaposleni, drugačni stanovalci, drugačni svojci ... Zdi se mi, da mora biti pri razvoju doma simbioza vseh treh skupin: stanovalcev, zaposlenih in svojcev. Da nekako znamo dihati vsi pod isto streho, predvsem da poslušamo naše stanovalce.

KAKOVOSTNA STAROST: Gospa Martina, Vi ste vodja zdravstvene nege in neposredno organizirate delo največjega števila zaposlenih v domu. Pogoj za delovanje vsake sodobne dolgotrajne oskrbe je povezanost zdravstvene nege in socialne oskrbe v enovito celoto; v tem Slovenija šepa za vso Evropo že več kot dvajset let, zato še nimamo nacionalnega sistema dolgotrajne oskrbe s primernim zakonom o njenem financiranju. V domu je ta povezanost stalno na preizkusu; ponekod deluje dobro, drugod slabše. Kako teče ta skupna igra zdravstvenega tima v domu, ki ga financira zdravstvena zavarovalnica in ki ima svojo identiteto, in ostalega, ki zagotavlja psihosocialno oskrbovanje stanovalcev in ki je plačan iz plačila stanovalcev, svojcev ali občin? V vašem domu ste kar brez uniform, ki kažejo na poklicni status, zato je za prišleka tako domač, res blizu temu, kar izraža beseda dom – uradni naziv vseh tovrstnih ustanov za dolgotrajno oskrbo starostno onemoglih, kronično bolnih in invalidnih ljudi. Vaš dom je eden redkih, v katerem sem prvič; pol ure sprehoda po stavbi in slabe pol ure našega pogovora in se že počutim res domače. Človek pri tem začuti, zakaj so Nemci ta koncept dela v ustanovi za stare ljudi poimenovali normalizacija, Evropa pa danes hoče to usmeritev z zahtevo po deinstitucionalizaciji. Ker ta proces ni možen brez tesne in usklajene povezave zdravstvene nege in socialne oskrbe, sem prav radoveden, kako to doživljate pri vas.

KLOBČAR: Res je. Kot vodja zdravstvene nege moram reči, da je bil to za nas sprva res velik zalogaj. Domovi so bili grajeni povsem po medicinskem modelu, na tak način so tudi zaposleni delovali. Od začetka, ko smo prišle na idejo oziroma smo vedele, kako in kaj ter kam želimo, kam smo usmerjene, h katerim ciljem hočemo priti, smo vedele, da nas čaka veliko dela prav pri zaposlenih v zdravstveno-negovalni službi.

Rada ponovim to, kar pravi naša direktorica, da če doma zboli otrok, si mama ne obleče uniforme in mu izmeri temperaturo. Tudi tu smo našim zaposlenim nekako poskušali približati pogled, da za to, če opravljamo neke medicinsko-tehnične posege, če izmerimo vročino ali nekoga nahranimo, ne potrebujemo uniforme. Pri tem smo

poskušali predvsem z izobraževanju, s približevanjem in s prisposodobami, kako poteka življenje v domačem okolju. Naj bo merilo za naše delovanje tisto življenje, ki ga živijo ljudje v domačem okolju in ga želijo imeti, ko pridejo na stara leta živeti v institucijo. Kako bi si vsi, ki smo danes zaposleni v tej hiši, želeli preživeti starost v primeru, da pridemo živeti sem ... Kako naj bi z nami ravnali, nam dopuščali lastno avtonomijo.

To je bil prvi korak, da smo se znebili uniform. Zaposlene delavke so to osvojile. K temu sta prispevala izobraževanje in približanje ljudem – stanovalcem, njihovim potrebam in nas med seboj. Veliko smo delali na tem. Še danes se srečujemo enkrat tedensko na intervizijah, na katerih debatiramo o potrebah posameznih stanovalcev, o njihovih posebnostih, o tem, kdaj kdo želi vstati, kdaj kdo želi iti spat, kdo od njih kaj posebno rad je, ter še o mnogo drugih nevsakdanjih stvareh, ki jih prepoznavamo iz posameznikove življenjske zgodbe. Mislim, da naši zdravstveni delavci vedno bolj pristopajo k temu. Menim, da k temu niso pripomogla samo izobraževanja, zaposleni imajo to domačnost že v sebi. Pred leti, ko sem se odločila za to službo, me je pritegnila prav ta neotipljiva domačnost, ki preko zaposlenih prežema celo hišo.

KAKOVOSTNA STAROST: Kakšna pa je bila Vaša poklicna pot, gospa Martina, da ste na njej kot medicinska sestra dobili tako celostno gledanje na delo z ljudmi in za ljudi? Človek namreč ne pade kar z neba v neko dobro poklicno zgodbo, ampak se njegove enkratne prirojene zmožnosti oblikujejo od rojstva naprej v družini, s šolanjem, pri poklicnem delu in sodelovanju ...

KLOBČAR: Sem diplomirana medicinska sestra, delovne dobe imam že 31 let. Kot srednja medicinska sestra sem začela delati v Domu za varstvo odraslih Velenje. Tam sem delala polnih 20 let in medtem ob študiju še diplomirala. Motil me je prav ta medicinski koncept dela, na temeljih katerega so delovali v tistih časih vsi domovi. Poleg strokovne zdravstvene nege se je pozabljal, da ima vsak starostnik, ki je prebival v domu, za seboj svojo unikatno življenjsko zgodbo ter drugačne potrebe, vrednote in navade kot ostali ... Nekako se nisem več videla v tem poklicu, pri delu v domovih za starejše, in sem se zaposlila v Srednji zdravstveni šoli Celje, v kateri sem bila zaposlena šest let. Predvsem me je vodila misel, da je potrebno mlajšim generacijam podati ne samo strokovno znanje, temveč jim okrepiti še prepoznavanje človekovih individualnih potreb, empatijo ...

Življenjska zgodba pa človeka pelje po poteh, ki si jih prej ni načrtoval, in pri tem pokaže tudi nove možnosti za poklicno delo. Meni se je odprla možnost zaposlitve v Domu starejših Šentjur. Takrat sem razmišljala, da bi kot vodja zdravstvene nege lahko spremenila, kar me je prej motilo, ko sem delala v domu. To mi je bil izziv. Sedaj vidim, kako dobro je, da smo prišle v ekipo različne strokovnjakinje s podobnimi hotenji, ker lahko sedaj tisto, kar sem imela takrat v svojih mislih, da je treba popravljati, popravljamo kot celotna ekipa.

KAKOVOSTNA STAROST: Sestra Martina, res imate lepo poklicno življenjsko pot, ko sedaj tako lepo zorijo v sadove sanje prejšnjega poklicnega snovanja. Gospa direktorica Vesna, za Vas kot glavo vodstvene ekipe pa je taka zgodba Vaše sodelavke najboljša menedžerska diploma. Bi nam tudi Vi zaupali, kakšna poklicna pot Vas je pripeljala do tako dobrega sodelovanja?

VODIŠEK RAZBORŠEK: Po izobrazbi sem univerzitetna diplomirana socialna delavka. Po diplomi leta 2002 se je moja poklicna pot takoj začela v domovih za starejše. Osem let sem delala v Domu ob Savinji Celje kot socialna delavka.

Zanimivo je, da sem med študijem vedno mislila, da bom delala z mladimi; tudi vso svojo prakso sem delala z mladimi. Potem pa je splet okoliščin nanesel, da sem pripravništvo začela v domu in se marsikaj naučila ter tudi spoznala, da je to področje, ki me izredno privlači, hkrati pa sem videla še toliko izzivov, kar je zame osebno vedno velika motivacija. Po določenem obdobju sem prepoznala, da so še druge priložnosti, in takrat sem začela malo bolj resno razmišljati, da bi svojo kariero preusmerila na področje vodenja; razmišljala sem, ali ostanem v socialni ali grem iz nje. Videla sem, da je zakonodaja povsod ista, vedno jo je potrebno spoštovati, vendarle je zakonodaja ogrodje, dodana vrednost pa je plemenitenje življenja v domu. Potem se je pojavila priložnost, saj je bil leta 2010 v Šentjurju razpis za direktorsko mesto, odločila sem se za kandidacijo in bila izbrana. Pet let je za menoj, sedaj sem v drugem mandatu. S to ekipo smo skupaj prehodili že lep del poti in veliko ustvarili, mislim pa, da nas čaka še več tudi v prihodnosti. Vse skupaj je lažje, ker smo zelo razvojno naravnana ekipa. Mislim, da ne bi znali samo dan oddelati, ker vedno razmišljamo, kaj lahko v dnevu naredimo boljše in drugače. Uspehov se veselimo skupaj, izredno smo motivirani in vsi prepoznavamo nove izzive, ki jih z veseljem implementiramo v prakso.

KAKOVOSTNA STAROST: Gospa Beti, Vi ste vrhunsko usposobljeni za delo na področju demence. Kakšna pa je Vaša poklicna pot?

PRTENJAK: Po izobrazbi sem univerzitetna diplomirana socialna delavka. Leta 1996 sem se zaposlila v Domu upokoencev Polzela. Tam sem ostala 11 let. Nato sem prišla v Dom sv. Jožefa Celje in tam delala skoraj pet let; popolnoma drug koncept, drug način dela. Potem pa sem na povabilo direktorice Vesne prišla v Dom starejših Šentjur, od tedaj bo letos štiri leta. Praktično celotno delovno dobo delam na področju starejših. To se mi zdi, da je velik plus zame, tudi osebno. V tej vlogi se dobro počutim, prav tako tudi na tem delovnem mestu. Z velikim veseljem in energijo sem se že takrat, ko sem delala v Polzeli, lotila izobraževanja, ki so jih nudili v podjetju Firis, za delo z osebami z demenco, za prepoznavanje njihovih potreb, za iskanje ustreznih oblik podpore in pomoči ter za oskrbo starih ljudi. Res sem s pridom izkoristila vse priložnosti, hkrati pa sem spreminjala tudi koncept dela, svoj pogled na starost, na življenje, na bolezensko sliko starosti in na spremembe, ki pridejo zraven. Usposabljanje sem v tej smeri nadaljevala in tudi zaključila izobraževanje za učiteljico inovativne validacije. Sem ena izmed petih učiteljic inovativne validacije v Sloveniji. Tako lahko izkušnje in znanje delim z drugimi strokovnimi delavci, seveda tudi s sodelavci v naši hiši. Sodobna znanja za učinkovitejšo in lažje delo z obolelimi za demenco so potrebna in tudi dobrodošla.

Tudi mene je izziv leta 2012 zvalil v Šentjur. Vesela sem, da sem ga sprejela. Zelo dobro je delati v timu, ki ve, kaj hoče za dobro človeka, ki tukaj biva. Vedno rečem, da s tem, kako in na kakšen način delamo s starostniki, hkrati pripravljamo teren tudi zase, da bomo, ko bomo to potrebovali, imeli okrog sebe takšne ljudi, ki bodo znali upoštevati posameznika v zadnjem obdobju življenja ne glede na težave, ki jih prinaša starost.

Ravno to si želimo – oblikovati ustrezne koncepte dela za tiste, ki te usluge potrebujejo sedaj. Največje je namreč veselje, ko vidiš, da znanja, ki si jih nabral skozi leta svojega poklicnega dela, res lahko preneseš v prakso. V bistvu mi je najlepše to, da lahko kot učiteljica inovativne validacije predavam iz prakse. Praksa ne pomeni samo lepih stvari, ampak pogosto načenja različno problematiko in debato o problemih, ki se ves čas, ko delamo z ljudmi, sproti odpirajo. To reševanje problemov je posebej žlahtno. Kot učiteljica lahko tudi zelo dobro primerjam različno prakso po domovih. Veliko dobrih utrinkov iz prakse prenesem iz poučevanja tudi v lastno delo. Je pa res, kar je prej poudarila tudi direktorica, da je vsaka hiša hiša zase. Ne samo zaradi stanovalcev, pač pa tudi zaradi zaposlenih in koncepta, ki ga gradijo. Dejansko vedno gradiš neko zamisel na tisto enoto, dom, ustanovo, kjer živiš, oz. za tiste ljudi, ki tukaj živijo, in s tistimi zaposlenimi, ki tukaj rastejo skupaj s starostniki.

KAKOVOSTNA STAROST: Pripoved o paliativni sobi in oazi ter poklicne zgodbe Vas treh iz vodilnega tima so nam že lepo pričarale šentjurski dom. Recimo, da je kakovost doma za stare ljudi odvisna od trojega: od arhitekturne zasnove stavbe, od vizije ali koncepta, po katerem dom deluje, in od zaposlenih, ki v njem delajo, zlasti od vodstvene ekipe doma. Iz Vaše dosedanje pripovedi smo začutili, kako je z vodstveno ekipo in osebjem, pa tudi to, da posegate po najboljših evropskih konceptih in vizijah dela ter da jih ob intenzivnem izobraževanju ustvarjalno uvajate. Vse to se dogaja v sorazmerno novi stavbi, ki pa jo že gradbeniško predelujete. Žal je bil pred 15 leti ta dom zgrajen po arhitekturnem konceptu izpred pol stoletja – po vzoru hotela in bolnice: z večposteljnimi sobami, z dolgimi hodniki, s sobami brez intimne zasebnosti za vsakega stanovalca, kot institucija brez ugodnih prostorov za povezanost manjše skupine stanovalcev okrog gospodinjskega dela v manjši skupini s stalnim osebjem. Arhitektura stavbe lahko usodno ovira uresničevanje vizije in kakovost dela v ustanovi. Seveda pa je še tako primerna arhitekturna zasnova doma brez dobre oskrbovalne vizije mrtev zid. Še tako dobra vizija brez ljudi, ki jo uresničujejo, pa je fantaziranje. Šele vse troje omogoča ustvarjalni razvoj sodobnega doma za stare ljudi. Kaj bi še dejale o vašem domu, v katerem vas dela najbrž kakih 80, in ga arhitekturno povsem spreminjate ...?

VODIŠEK RAZBORŠEK: Naša vizija je zelo jasna. Idej imamo dovolj in točno vemo, kam želimo priti. Tempo razvoja pa nam nalagajo stanovalci. Čim se pokažejo potrebe pri stanovalcih, se skušamo odzvati. Včasih nam to bolje uspe, včasih manj.

Spremembe arhitekture in koncepta gredo res z roko v roki. Preden smo se lotili prvih arhitekturnih prenov, smo se več kot eno leto na to pripravljali. Prvo leto mandata nismo čisto nič spremenili. Delali smo idejno zasnovo za dolgoročni razvoj, do leta 2021. Tako kot tudi zakonodaja nalaga in daje to prehodno obdobje za prilagajanje bivalnih konceptov. Na prvem mestu je bilo izobraževanje. Jasno je, da je to, kako hitro stvari spreminjaš, zelo odvisno od znanja ljudi.

Preden smo se lotili adaptacij, smo naredili plan, katero leto bomo kaj naredili in kaj vse moramo spremeniti. Ko gledam nazaj, se je ta terminski plan že spreminjal, nekaj zaradi različnih dejavnikov v okolju, zaradi financ in sprememb zakonodaje. Vsi čakamo na zakon o dolgotrajni oskrbi, kakšen bo in kakšni bodo njegovi rezultati za domove. Naša smer je jasna, pot pa ni linearna, ampak je večinoma zelo vijugasta. Vedno rečem

naši ekipi, da je glavno, da vemo, kam hočemo priti, pot do tja bomo pa skupaj oblikovali. Včasih tudi gremo dva koraka naprej in enega nazaj.

Navadili smo se, da karkoli počnemo, to počnemo v projektih skupinah. Vse delamo timsko. Pri nas nobena stvar ne pride tako, da bi jo nekdo od nas prinesel od drugod, jo pokazal in rekel: »To sem videl, to bomo naredili.« Da, kje je videl, slišal, dobil idejo ..., toda to vedno predebatiramo. Tudi če so to majhne stvari. To je mogoče časovno zahtevnejša pot. Potrebujemo za to bistveno več vložka. Naša ekipa pogosto sedi skupaj, ampak na ta način dobivamo zelo dobre ideje in usmeritve. Vse, kar vidimo drugod, ali ideje, ki jih dobimo, predebatiramo v projektih skupinah. Za to je potreben širši tim, ki vsebinsko sodeluje.

Na primer projektna skupina za kopalnico dobrega počutja je bila sestavljena iz različnih profilov. Vsak doda svoj vidik, glede na njegovo vsebino dela. Na ta način zaposlene opolnomočimo in njihovim kompetencam damo priznanje, da je njihovo mnenje pomembno. Ko spreminjamo koncepte dela, npr. ko smo uvajali življenjske zgodbe stanovalcev, so ravno tako sodelovali strežnica, bolničarji in referenčne osebe, se pravi zaposleni, ki vedo največ povedati o stanovalcih. Timsko delo je v tem primeru prineslo čudovit rezultat glavnih opornih točk, kaj je potrebno pri strukturi nekega življenjskega načrta, kaj naj bi življenjski načrt vseboval. To je bilo potem v ta življenjski načrt tudi preneseno.

Ista zgodba je bila pri kopalnici dobrega počutja. Naredili smo jo in jo začeli uporabljati. Snovali smo jo skupaj, s širšo ekipo smo snovali njeno celotno arhitekturo. Opredelili smo protokol za njeno uporabo. Toda ta protokol je nastajal ciklično v ekipi, v kateri niso bili vodilni, ampak zaposleni, ki neposredno delajo s stanovalci. Oni točno prepoznajo njihove potrebe in so opozarjali, kaj je potrebno upoštevati.

Pri nas vse nastaja timsko. Drugače niti ne znamo delati. To je dobro z vidika razvoja in z vidika odgovornosti. Vsak ima priložnost, da sodeluje in pove. Je zraven pri uspehu in je zraven tudi pri kakem padcu. Tako se učimo in tako stvari spreminjamo. To nas žene naprej. Tako kakor ste Vi lepo dejali, da vidite, kako znamo sodelovati, da se lepo dopolnjujemo ali da isto govorimo. Ni pa nujno, da se vedno strinjamo. Veseli me, da smo uspeli ustvariti tim, v katerem vsak razmišlja s svojo glavo, nas opozori na morebitne nevarnosti in predlaga nove ideje, hkrati pa mi je v ponos, da smo ustvarili tudi tolikšno mero zaupanja, da si to upamo povedati.

Pogosto slišimo od obiskovalcev, da se vidi, da delujemo timsko. Ta timski kolektivni duh nastane tekom nekega obdobja. Daje nam moč in zagon za to našo zgodbo Doma starejših Šentjur, ki je drugačna od ostalih. Na to zgodbo smo ponosni. Tega se tudi mi sami zavedamo, da zadeve nekako dobro peljemo, predvsem v smeri, kamor želimo priti, vendarle pa se na to premalokrat opomnimo, ker vedno težimo k temu, da se razvoj premika naprej. Naši cilji so jasni.

KLOBČAR: Vključeni smo tudi v sistem kakovosti E-Qalin in moram reči, da nam je tudi to prineslo zelo veliko združevanja in vključevanja vseh zaposlenih. Tu deluje skupina za kakovost, v kateri imajo vsi zaposleni priliko podati svoja mnenja in predloge za izboljšavo, kaj se jim zdi dobro, kaj se jim ne zdi dobro. Ne samo iz zdravstveno-negovalne službe, ampak tudi iz kuhinje, iz pralnice, iz vseh enot. Na teh nivojih zaposleni

spoznavajo tudi delovanja drugih služb, se med seboj povezujejo in dopolnjujejo, kar pripomore k harmoniji v hiši. Menim, da se v sistemu kakovosti kažejo zelo velike prednosti, ker so vanj poleg zaposlenih vključeni tudi stanovalci, svojci in okolica. Tako da dobivamo mnenja o našem delovanju iz okolja, ki nas obdaja, in tu je tudi neka nova prilika, da lahko uvajamo morebitne spremembe, izboljšave. Dobimo povratne informacije, kje smo dobri, kaj pa moramo še popraviti. Stopnjo zadovoljstva ugotavljamo z anketiranjem vseh vpletenih v domsko življenje in v teh letih naših novih pristopov k delu in novih konceptov dela se je izkazalo, da zadovoljstvo med stanovalci in svojci narašča. To je za nas povratna informacija in potrditev, da smo na pravi poti.

KOPALNICA DOBREGA POČUTJA

KAKOVOSTNA STAROST: Omenili ste kopalnico dobrega počutja. Pojasnite nam ta element v Vašem konceptu dela, da si jo bodo bralci lahko predstavljali vsaj približno tako kakor mi, ki smo jo videli.

VODIŠEK RAZBORŠEK: Kopalnica dobrega počutja je nastala spontano. Vedno, ko hodimo po hiši in razmišljamo, dobivamo ideje; enostavno vidiš stvari. Osebnost se nikoli nisem navduševala nad klasičnimi domskimi kopalnicami, ne glede na barvitost ali nebarvitost ploščic. V kopalnici je pomembno, da se človek počuti kot človek, četudi potrebuje pomoč, da je še vedno spoštovanja vreden in človek v pravem pomenu besede, da se spoštuje njegova intimnost telesa in duha. Kopanje je ena izmed najbolj intimnih stvari in to se čuti zlasti, ko človek ne more več početi sam tega osnovnega opravila. Kopanje lahko deluje tudi izredno blagodejno in pomiri človeka.

Iz tega je nastala naša kopalnica dobrega počutja. Razmišljali smo, da mora biti to prijeten prostor, velnes. Najprej smo jo poimenovali velnes kopalnica, potem pa se je spontano že med projektiranjem tega prostora razvil izraz kopalnica dobrega počutja, ki nam je bližji. Tedaj smo že vedeli, da bomo šli v koncept oaze za obbolele z demenco, kopalnica dobrega počutja pa je nekako nadgradnja koncepta oaze.

Kakšna je ta kopalnica? Ideja je bila, da se človek, ko uporablja to kopalnico, res dobro počuti. Ne da se umije in je samo čist, ampak da je to njegovo lepo doživetje, poseben obred, ki ga res umiri, da uživa, da najde stik sam s seboj. Tedaj smo razmišljali o oazi, kako v njej ustvariti čim boljše počutje pri stanovalcih, pri katerih besedna komunikacija ni več mogoča, ker so v zadnjem stadiju demence; ti po sodobnih izkušnjah doživljajo vodo na neki drug blagodejen način. Želeli smo urediti prijeten prostor, ki posameznika umiri, predvsem da je netipičen za dom oz. za institucijo. Tudi sicer poskušamo elementom institucije povsod ubežati. V kopalnici nismo želeli ničesar, kar je strogo medicinsko, ali da je to vsaj zelo dobro vkalkulirano v sam ambient in v bistvu ni vidno.

Zato se naša kopalnica dobrega počutja deli na dva dela: suhega in mokrega. Ko je stanovalec v kadi, se sprošča, potem pa še malo leži v suhem delu. Ideja je šla v smeri gnezdenja, da je človek zavrt v mehko, toplo frotirko in da se tako umiri, preden gre nazaj v hišno dogajanje.

Pri projektiranju smo izhajali iz narave. Opaž je iz slovenskega macesna, ki je samo oljen; želeli smo ohraniti tudi naravni vonj lesa. Za keramiko smo izbrali imitacijo

rečnega proda in belo keramiko kot neko belino neba. Pri projektiranju smo bili pozorni na vsako malenkost, da ni v kopalnici nič, kar ne služi dobremu počutju. Zavestno smo se izogibali medicinskim pripomočkom. V kopalnici je navadna kad, ne medicinska, ampak toliko dvignjena na podestu, da lahko tudi nepomičnega stanovalca zapeljemo vanjo, ga varno položimo in okopamo. Ideja je bila, da je zaposleni ves čas prisoten, da je za stanovalca varno. Tekom uporabe te kopalnice pa so se razvile tudi drugačne izkušnje, na katere smo posebej ponosni. Pogosto se namreč zgodi, da so svojci prisotni pri kopanju, da ga oni sami okopajo ali pa posedijo zraven njega zaradi varnosti in se on lahko sprošča v vodi ob prisotnosti domačega človeka. Zame je bila potrditev, da smo s to kopalnico dosegli pravi namen, ko sem govorila s hčerjo naše stanovalke, ki je bila v zelo zahtevnem stanju demence: verbalno nekontaktibilna in v kontrakturah. Hči, ki je medicinska sestra, zaposlena nekje drugje, mi je rekla, da ne more verjeti, kako so se mami roke v vodi sprostile. Rekla je, da iz njenega strokovnega stališča ni mogoče, da so se mami mišice tako sprostile. Voda je tako blagodejno delovala nanjo, da jo je res umirila. Tudi po izrazu obraza je videla, da se je mama res umirila in sprostila.

Ko se ljudje kopajo, poskrbimo za atmosfero: prižgemo svečke, naredimo aromaterapijo, notri je glasbena napeljava, da stanovalec posluša glasbo, ki mu je blizu ali ki ga sprosti, morda kake zvoke iz narave. Vse to se izbira individualno. Svetloba je prilagojena, ambientalna, lahko se tudi spreminja glede na razpoloženje stanovalca, lahko je močnejša ali šibkejša, odvisno od njegove potrebe in želje. Zelo pomemben vidik je tudi, da to ni samo kad, ampak lahko človek v kopalnici dobrega počutja doživi tudi blagodejni občutek kapljic na koži. In to ne kot tuširanje za umivanje, ampak da se lahko usede pod tuš in v tej prijetni atmosferi doživlja kapljice, ki prosto padajo nanj, da lahko tam posedi, saj večina ne more stati, zlasti ne dalj časa. Za njegovo varnost je poskrbljeno, ker je kopalnica tako projektirana, da je lahko drugi prisoten ves čas, kolikor je potrebno, lahko pa se diskretno umaknemo, ko stanje stanovalca to omogoča. V kopalnici so zaves, ki so deloma prosojne, deloma pa zastirajo pogled na stanovalca; s tem se ohranja pomemben občutek intimnosti.

V tej naši kopalnici so se razvile že lepe zgodbe, na katere prvotno nismo računali. Prvotno je bila namenjena stanovalcem v težjih zdravstvenih stanjih. Seveda pa smo jo dali na voljo vsem stanovalcem. Zelo spodbudna je npr. zgodba našega stanovalca, ki je mlajši intelektualac po poškodbi in ki redno koristi to kopalnico. Pripravimo vse tako, kakor želi, nato se sam zaklene vanjo, da ga nihče ne moti; zanj ni nobene nevarnosti, da bi se mu karkoli zgodilo. Dopuščamo možnost, da stanovalec v kadi tudi kaj spije, kaj poje, če želi. Imeti mora občutek spoštovanja. Povedal mi je, da se od poškodbe naprej še ni tako okopal in sprostil – počutil se je kot človek. Eno uro je sam v kopalnici in se lepo sprosti in uživa. To je tisto, kar smo želeli, da ljudje prepoznavajo to kopalnico kot svojo.

Danes smo tako daleč, da beležimo rezervacije, kdaj stanovalci želijo, da kopalnico koristijo sami. Čeprav je rezerviranje spet nek sistem, jim s tem zagotovimo gotovost, da bodo imeli tisti čas res zase. Z našo kopalnico dobrega počutja imamo lepe uspehe; ljudje so po njej umirjeni in spokojni, predvsem pa smo povečali spoštovanje človeka in njegove intime.

ŽIVLJENJSKA ZGODBA STANOVALCA

KA KOVOSTNA STAROST: Prej ste omenili še drugi koncept vašega dela in vizije – življenjsko zgodbo, življenjsko zgodovino stanovalca. Nam lahko tudi to razložite na tako nazoren način, kakor ste predstavili vašo kopalnico dobrega počutja?

PR TENJAK: Življenjska zgodba stanovalca je lepa priložnost, da izvemo o človeku še več kot samo gole podatke, ki jih običajno pridobivamo ob vselitvi v dom. Tudi ta zamisel je nastala v eni izmed projektnih skupin, in sicer predvsem iz razloga, ker zaposleni, ki največ prihajajo v stik s stanovalci, najbolj vedo, kaj kdo potrebuje, kateri so tisti podatki iz njegovega življenja, ki bi bili najbolj potrebni za lažje delo in ki so bistveni za vsakega, ki prihaja z njim v vsakodnevne stike. Zaposleni so se v praksi srečevali s težavami, kako pristopiti k posamezniku, pri katerem so težave pri hranjenju, osebni higieni, kopanju, vključevanju v življenje v domu ... Hkrati pa so edinstveno opažali, kaj ima posameznik rad, česa ne mara, kakšen način vključevanja v vsakdan mu ustreza, kakšne izgube je doživel, kako hude so bile zanj te izgube, kaj so pri njem povzročile, kako jih doživlja, katere zmožnosti ima še dobro ohranjene, kaj ga veseli, kateri so (bili) njegovi hobiji, kateri so njegovi ljubi ljudje in priljubljeni predmeti, kateri so njegovi cilji, kaj bi še želel doživeti tu med nami ...

To so bila naša najpomembnejša vprašanja za kakovostno delo s stanovalci. Zaposleni so jih doživljali pri svojem delu s stanovalci. Življenjska zgodba vsakega je začela nastajati v obliki zapisa, tudi s pomočjo hitrih vprašanj, ki smo jih potem v skupini razdelali. Na koncu je knjižica z vrsto vodenih vprašanj, ki puščajo vso svobodo pri zapisu; sedaj jo natisnemo in zvežemo v obliki knjige – to je »življenjepis«. Najbolj smo veseli, če jo stanovalec napiše sam ali pa nekdo v njegovem imenu, na primer njegov svec, najbližji član družine, preden pride v dom. Je pa v njej možnost, da jo dopolnujemo in dopisujemo, da dodatno vložimo kakšno fotografijo in zapis ob življenju v domu, ob opazovanju, ob pogovorih z njim v vsakdanji interakciji. To je zapis, ki se še dopolnjuje skozi življenje človeka v domu; je torej tudi odraz življenja v domu. Človek ni nepopisan list papirja, ko pride v hišo, pač pa ima svojo zgodovino in svojo identiteto, preživel in doživel je dogodke, ki so ga oblikovali takšnega, kot je. In si vsekakor želi po preselitvi v dom še marsikaj doživeti, zato se nam zdi ključno to, da jo dopisujemo in da je po tej plati življenjska zgodba še nezapisana, vanjo pa so zapisani tudi cilji za naprej.

Glede življenjske zgodbe, njenega zapisa in uporabe v vsakdanjem življenju stanovalca smo vztrajni. Najboljša, realna, je tista, ki jo zapiše stanovalec sam. Dejansko pa je, predvsem pri obolenih za demenco, možno, da jo zapiše svec, saj oboleni za demenco pogosto ni več sposoben niti zapisati svojih spominov niti priklicati si v spomin, kaj je preživljal ali doživljal. V življenjski zgodbi imamo tudi vprašanja za določena obdobja človekovega življenja, recimo od dvajsetega do petdesetega leta starosti. Ta del življenjske zgodbe nam lahko med bivanjem v domu zaupa tudi stanovalec sam, ker se oboleni za demenco v napredujočem stadiju še vedno dobro spominjajo preteklosti, zlasti ključnih trenutkov. Zato nam je zgodnejša osebna zgodovina potrebna pri vsakodnevnem kontaktu s človekom. Dosti teh naših vprašanj v življenjski zgodbi – življenjepisu – je

za nekoga mogoče prav nenavadnih. Vendar pa vodijo človeka, ki življenjsko zgodbo zapisuje, in mu dajejo možnost širšega zapisa.

Presenečeni smo nad dobrim odzivom svojcev in bodočih stanovalcev. Ko človeka sprejmemo v hišo, je z njim že ta zapis.

Življenjska zgodba ni zapis, ki bi ga uporabljali iz radovednosti, ampak pomemben pripomoček za kvalitetnejše življenje človeka pri nas. Življenjska zgodba dejansko »biva« s človekom v njegovi sobi. Tam je shranjena, lahko jo kdorkoli od nas vzame v roke, lahko jo prebira tudi stanovalec sam ali skupaj s svojci. Če se ekipa zaposlenih ali posameznik v ekipi zaposlenih zamenja, je krasno, da se nov zaposleni lahko na tak način seznaní s pomembnimi obdobji v človekovem življenju, s problematiko, ki jo vsak človek prinese v hišo, z vsem, kar je pomembno za dobro navezovanje stikov ter za vzpostavljanje in ohranjanje komunikacije s stanovalcem.

Dopisovanje v življenjsko zgodbo uporabljamo kot dodatni pripomoček terapevtskega značaja. Vsi se ga zelo radi poslužujemo. Vrsto informacij pridobimo od stanovalca tudi z vsakodnevno interakcijo z njim, ne glede na stadij bolezni (demence), le znati moramo prepoznati ključne trenutke in razpoloženje stanovalca. K temu so naravnani tudi zaposleni. Za boljše prepoznavanje in sprejem posameznika v naš dom potrebujemo življenjsko zgodbo in to so zaposleni kar nekako ponotranjili. Tudi odziv pri svojcih je zelo pozitiven. Ob tem, ko jih pred sprejemom nagovorimo k zapisu, jim hkrati sporočamo, da nam je še kako mar, da bi čim bolje spoznali njihove drage ljudi in na ta način premagali marsikatero nelagodno situacijo. Rekla pa bi, da s tem spodbudimo tudi svojce same, da povzamejo posamezna življenjska obdobja svojega človeka, ki odhaja v dom. To je odlična priložnost, da ponovno vidijo vse kvalitete svojega človeka, katere so njegove posebnosti in karakteristike, kaj se skriva v njegovi duši, kako razmišlja, kakšen je njegov pogled na svet. Pri zaposlenih s tem vsekakor spodbujamo večjo naravnost na vsakega stanovalca, na vse tisto, kar je ta človek počel, kar je imel rad, kar je doživel in preživel, kar je izgubil in kar še zmore. Vse to so vodila za prepoznavanje in spoznavanje posameznika. Ko imamo življenjsko zgodbo, tudi lažje načrtujemo za naprej. V njej imamo odgovore, kaj si ta človek še želi, kako bi rad živel, čemu bi rad dal prednost pri bivanju v domu. Zakonodaja oz. pravilniki, ki usmerjajo način našega dela s stanovalci, predvidijo izdelavo individualnega načrta z vsakim uporabnikom. Naša dosedanja izobraževanja in naš koncept dela pa so nas napeljali na preimenovanje individualnega načrta v bolj življenjsko obliko. Seveda je načrt individualen, naš življenjski načrt pa daje vsem živo sporočilo. Življenje se ne konča, ko prideš v ustanovo, ko potrebuješ pomoč drugih, vsekakor se nadaljuje, lahko je izjemno kvalitetno, in če poimenujemo neko predpisano reč z *življenjskim* načrtom, je že sam pristop bistveno drugačen.

PLEČNIKOVSKO SKRIBNO NAREJENI DETAJLI

KAKOVOSTNA STAROST: Vaš koncept dela je pretkan z inovativnimi programi: ste brez poklicnih uniform, imate negovalno oazo in kopalnico dobrega počutja, delate ob življenjski zgodbi vsakega stanovalca ... Vzporedno gradbeniško spreminjate dom: iz večposteljnih sob v enoposteljne, iz oddelkov v zaokrožene gospodinjske skupine ... Ko gre človek skozi vaš

dom, opaža vrsto drobnih detajlov, ki so narejeni tako premišljeno in lepo, kakor je bilo to značilno za našega največjega arhitekta Plečnika. On je ustvarjal genialne stavbe kot celovite kompozicije, npr. NUK, Žale, Hradčane v Pragi ..., obenem pa se je z enako vrhunsko pozornostjo posvetil vsaki kljuki ali luči. Po vojni je pri obnovi porušene cerkve v Stranjah z domačimi mizarji iz lesenih klad naredil desetine izvirnih lestencev, ki so bili kot vrhunski umetnina razstavljeni v Parizu. Zdi se, da imate tudi pri vas ta plečnikovski dar, da ob celoviti prenovi koncepta oskrbe in arhitekture doma z enako pozornostjo urejate drobne detajle. O barvah, materialih, oblikah in ozvočenju v kopalnici dobrega počutja in oazi smo že slišali, gledal pa sem tudi vaše omare in ročaje, niše v steni pred vhodom v prenovljene sobe, postelje ... Kako nastajajo ti dovršeni detajlčki po vašem domu? Imate tako dobrega arhitekta ali so tudi to vaše zamisli?

VODIŠEK RAZBORŠEK: Eno in drugo. Prav pri tej zadnji investiciji, ko sta bili na vrsti oaza in prenavljanje sob, je bilo eno in drugo. Določene ideje smo dali mi in so prišle čisto spontano, npr. ročaji, ki ste jih omenili. Te ročaje smo opazili v lokalni trgovini. Ko smo vzorec pogledali znotraj tima, smo bili takoj enotni, da bodo dali poseben pečat novim sobam. Bili so povsem skladni z našo vizijo opremljanja.

Sedaj smo se že naučili, da pri projektiranju in pri javnih razpisih vedno sami damo končno besedo pri izbiri. Investitor mora vedno odobriti projekt; če ve, kaj hoče, bo odobril, ko je ustrezno in lepo. Naša zadnja investicija je bila sploh takšna, da smo jo projektirali v timu s projektantom vso lansko pomlad. Tri mesece smo se vsak teden sestajali in razmišljali, kako zamisli uresničiti in katero idejo upoštevati. Delamo tudi napake, se pa poskušamo iz njih predvsem učiti in to upoštevati pri naslednjih korakih. Urejanje oaze je bil tak lep proces. Nekaj smo mi predlagali, marsikaj takega pa je potem že projektant sam predlagal, ker nas je razumel, ker je vedel, v katero smer želimo iti.

Ti trenutki, ko prepoznavamo, zakaj bi nekaj bilo koristno ali uporabno, pridejo pravzaprav vsepovsod v življenju, tudi takrat ko najmanj pričakujemo ali pa nismo niti v službi in so misli še bolj neobremenjene. Vsaka od nas, ki smo danes tukaj, je prispevala dragocen del pri tem projektiranju, ker je vsaka razmišljala s svojega vidika. Kot sem že prej rekla, smo šli včasih dva koraka naprej, včasih korak nazaj. Zdelo se nam je, da smo že nekaj dokončali, pa je nekdo izmed nas opomnil, naj nekaj še enkrat pogledamo. Taka investicija je bila za nas prva izkušnja in res smo želeli, da čim več stvari dorečemo, da ne bomo več izgubljali dragocenega časa potem, ko se bo začela gradnja. Vse smo točno vedeli, preden smo podpisali pogodbo z izbranim izvajalcem. Oazo smo še sproti prilagajali, pri drugih investicijah pa je bilo povsem jasno, kako bo kaj izgledalo. Ko izbiramo npr. tla, premislimo ob vseh izkušnjah, kakšna naj bodo, preizkusimo vzorce od izgleda do materiala, se pogovorimo. Kolikor se da, se izogibamo šabloni institucije. Ne moremo ji čisto ubežati, hočemo pa biti v vseh ozirih hiša za ljudi. S temi detajli se podrobno ukvarjamo, ker k temu pomagajo.

KAKOVOSTNA STAROST: Tudi postelje imate originalne, so inovacija.

VODIŠEK RAZBORŠEK: Postelje so produkt našega projektiranja. Martina, ti si s svojo ekipo povedala, kakšne postelje bi želeli, in so potem točno takšne naredili.

KLOBČAR: To je tudi bilo timsko delo. Zaposleni smo se usedli in predebatirali, kakšne postelje bi bile primerne za naše stanovalce. Vse to je rezultat, ki ne zraste na enem samem »zeljniku«.

Zaposlene na enoti za stanovalce z demenco so predvsem opazale problem padcev pri teh stanovalcih, pri tistih, ki so bili ponoči bolj nemirni. Prišla je ideja, kako to preprečiti. Na tržišču se pojavljajo postelje, ki se lahko spustijo do nekje 40 centimetrov od tal. Mi pa smo želeli priti do tega, da bi postelja šla res povsem do tal. S tem bi preprečili hujše poškodbe, ko ti stanovalci ponoči zlezejo iz postelje. Veliko smo iskale naokoli, kdo bi lahko izdelal take postelje, da smo našli pravega.

Naša posebnost so tudi deljene zaščitne ograje za stanovalce, da je en del dvignjen, drugi pa spuščeni. Tudi pri tem smo izhajale iz stanovalca, in sicer da se ne dvigne cela ograja in da nima občutka, da je zaprt v ograji. Tisti del ograjice, ki ni potreben, je spuščeni in človek ima večji občutek svobode. Vedno smo imeli v središču stanovalca, njegove potrebe, njegovo počutje; da se ne počuti zaprtega in da je dovolj varen.

KAKOVOSTNA STAROST: Pričarale ste nam šentjurski dom kot vzor notranje deinstitucionalizacije, o kateri se sedaj v Evropi in pri nas toliko govori. Vaš primer kaže, da smiselno spreminjanje arhitekture pride na vrsto šele, ko je jasen dober koncept ali vizija dela v ustanovi, vse se pa začne s spremembami v glavah osebja. Zelo mi je dragoceno vaše pristno pričevanje o dobrem sodelovanju v vodstveni ekipi, med zaposlenimi in s svojci stanovalcev – to mi je domače, saj je tudi naše delovno pravilo na Inštitutu Antona Trstenjaka, da smo vsi učitelji in vsi učenci, razlike pa nas bogatijo. Kaj bi rekle, da je bilo pri vašem posodabljanju doma lažje, kaj težje in kaj je najtežje – morda priti do denarja za stavbo?

VODIŠEK RAZBORŠEK: Rekla bi, da je najlažje zidove spreminjati. Za to je sicer potrebno veliko financ, ki so pogosto problem, vendar jih lahko s preudarnim poslovanjem v nekih mejah vendarle zagotoviš. Spremembe pri zaposlenih oz. njihova naravnost so nedvomno zahtevnejši projekt.

KAKOVOSTNA STAROST: Kam bi dali po zahtevnosti sodelovanje in komuniciranje med zaposlenimi, še zlasti v vodstveni ekipi?

VODIŠEK RAZBORŠEK: Mislim, da je sodelovanje temeljno izhodišče za vse nadaljnje korake. Vodilni tim je ekipa, ki mora znati skupaj delati. V taki ekipi je sodelovanje vendarle lažje doseči. Čeprav bodimo iskreni, ne prilagajanje arhitekture, ne dobro sodelovanje, ne uvajanje sodobnega koncepta oskrbe ni lahko.

Če sedaj gledam prehojeno pot in izkušnje, arhitektura niti ni odvisna od tolikšnega števila ljudi, kakor je spreminjanje koncepta in tega, da so ljudje zavzeti za dobro sodelovanje. Ljudi ne moreš spreminjati, človek mora sam pri sebi spoznati trenutek. Zato je zgled tako pomemben in prav tako avtentičnost v vseh ozirih, zlasti pri vodenju. Zaposlenemu omogočiš neko novo znanje, orodje, da pride do tega, argumentacijo. Sam pa mora to spremembo ponotranjiti, jo vzeti za svojo. Menim, da je to najtežji proces, ker zadeva največ ljudi, dihati ga mora vsa hiša. Vendarle pa je to ključen proces z najlepšim rezultatom, ki požene kolesje hiše. In razvoj gre naprej.

Dragoceni pa so tudi tisti dvomljivci, ki opozarjajo na nevarnosti, ki jih morda ne vidiš, ker si v prevelikem zanosu. Meni so njihovi ugovori dragocena informacija. Predvsem pa se mi zdi dragoceno, da je z vsemi odprta komunikacija. Da si upamo drug drugemu povedati: »Jaz pa to vidim drugače. Bodi pozoren na to.« V timu moramo biti različni, da se na to opozarjamo. To v našem timu najbolj cenim. Seveda moramo vsi vedeti isto, kam želimo iti; to je kristalno jasno vsem. V vodilnem timu (kolegiju) in strokovnem svetu ni nikogar, ki ne bi vedel, kam hočemo. Pot je jasna vsem nam: strokovnim delavcem in računovodstvu, skupini v kuhinji in vsem drugim. Ampak vsak s svojega stališča pač vidi neke druge ovire, vprašanja, možnosti. In to je najbolj dragoceno. Zato tudi jaz včasih še vedno ne vem, ali nam uspeva ali nam ne uspeva, ker ne moreš biti sam toliko poln sebe, da bi rekel, sedaj pa smo tam. Še vedno razmišljam, kam naprej. Vedno rečemo, da nismo še tam. Ne smemo pozabiti, da smo veliko naredili. Včasih kar malo pozabimo na to, kako se je naša hiša spreminjala in ljudje, ki delamo in živimo v njej. Moramo biti ponosni tudi na svoje dosežke. Vedno pa je naš pogled usmerjen naprej.

KAKOVOSTNA STAROST: Bi še katera kaj dodala?

PRTENJAK: Tudi jaz bi se strinjala s tem vrstnim redom. Lažje je spreminjati zidove, neko materijo, najtežja pa sta premik v glavah ljudi in vzpostavitev sodelovanja. Vmes je uvajanje novih konceptov oskrbe. Ampak če ne bi bilo novih konceptov in sodelovanja pri njihovem uvajanju, tudi ne bi bilo premikov v glavah tistih, ki so skeptični. Dobri primeri, dobra praksa in predvsem učinki psihosocialnega koncepta na stanovalce aktivirajo tudi nejeverne Tomažke. Izjemnega pomena se mi zdi dejstvo, da moramo tudi sami kdaj izkusiti občutke človeka, ki ima težave in potrebuje pomoč drugega, da se poskušamo, vsaj za kratek čas, postaviti v kožo, recimo, obolelega za demenco, ki ima vrsto težav pri zaznavanju, ali v kožo človeka z drugimi resnimi težavami. Potem lažje razumemo, kaj si takšen človek želi, kakšna so njegova pričakovanja, v kakšni sredini bi rad bil, kakšni bi morali biti ljudje, ki zanj skrbijo, na kaj bi morali biti pozorni. Ko v ospredje postavimo potrebe starostnika in se naravnamo nanje, je samo delo lažje in učinkovitejše.

VODIŠEK RAZBORŠEK: Če pogledamo nazaj, smo pred tremi leti začeli z uvajanjem novega koncepta, ki ga Firis imenuje *kultura skladnih odnosov*. Njegovo uvajanje je vsaj petletni projekt, saj pomeni okvir vsem spremembam, o katerih smo govorili. Bistven je premik od naravnosti na ustanovo v naravnost na osebo. V tem smislu se naš dom poslavlja od funkcionalne nege in prestopa v sodobni koncept kongruentne (uskajane) odnosne nege, ki gradi na avtonomiji delovnih timov na nivoju posamezne bivalne skupine. To je nov pristop pri vodenju, ki ga uvajamo.

KAKOVOSTNA STAROST: Martina, želite še Vi kaj dodati?

KLOBČAR: Jaz bi samo to dodala kot piko na i, da so timsko delo, sodelovanje zaposlenih, upoštevanje struktur in vse spremembe zaradi stanovalcev in njihovih svojcev. Za to je potrebno ogromno dela zaposlenih, veliko izobraževanja. Vsem je treba kar naprej razlagati, zakaj smo se pri neki spremembi tako odločili, navsezadnje tudi okolici. Tudi sosedje, ki živijo v naši bližini, se morajo seznanjati s tem, kam gremo in kaj želimo.

VODIŠEK RAZBORŠEK: Želela bi dodati še toliko, da smo letos šli v večji projekt spremembe poteka dneva. To je potegnilo za seboj spremembe delovnega časa, obrokov in praktično vseh dnevnih opravil in zadevalo je vse službe v hiši. Več časa smo namenili individualni izbiri stanovalcev, da se jim prilagodimo, npr. zajtrk, ko vstanejo. To nam je vedno nekako manjkalo. Oblikovali smo projekt in se v skupinah na to pripravili. 1. februar je rok, da to udejanjimo. To je tudi cel proces v projektnih skupinah, zamisel smo dopolnjevali.

Ko ste vprašali, kako se te spremembe dogajajo v glavah, mi pride na misel prav ta sprememba. S tem smo naredili res veliko revolucijo v konceptu dela. Po skoraj enem mesecu se nam že kažejo rezultati. Zaposleni rečejo, da delajo bolj v miru, da imajo več časa. Stanovalci gredo kasneje spat. Želeli smo doseči, da stanovalci živijo normalno življenje, ne življenje institucije ali zaposlenih. Ampak v praksi doma so bile te spremembe zelo velik proces. Sedaj sem se zavedla, kako so zaposleni to sprejeli. Nobeden ni rekel: »Zakaj bi spreminjali, saj že deset let tako delamo?« Pač pa so bila vprašanja v smislu: »Kako bomo to naredili? Kaj če bi še to dodali? Bodimo pozorni na to ...«

Zgodilo se nam je, da smo vsi skupaj iskali poti. Vsi smo prepoznali, da se potrebe stanovalcev spreminjajo. Star sistem jim ne odgovarja več. Njihove potrebe so danes drugačne, vsi se spreminjamo in gremo naprej. Tudi doma kar naprej spreminjamo stvari, ki smo jih sami naredili. Pri tej revolucionarni spremembi v hiši ni bilo niti enega vprašanja, zakaj spreminjamo. Vsi so vedeli, da je treba spremeniti. Opozarjali in spraševali so, ampak niti eden ni rekel: »Zakaj spreminjamo?« Nobeden ni rekel, da smo šestnajst let imeli zajtrk ob isti uri. Nobeden. Vsem je bilo jasno, da spreminjamo zato, ker želimo to približati potrebam stanovalcev. Odločilno je vprašanje: »Kaj lahko naredim, da bo naš koncept dela stanovalcu pisan na kožo?«

KLOBČAR: Pri tem pa se tudi približati zaposlenim, da gre vse skupaj v enem krogu. Sedaj tudi zaposleni lažje delajo, bolj počasi. Vsi smo pridobili. Mislim, da so z leti tudi zaposleni začeli opazovati, da kadarkoli smo stanovalca postavljali v središče, so tudi zaposleni nekje, pa čeprav včasih na zelo malem področju, pridobili.

KAKOVOSTNA STAROST: Prej so bili zgolj strokovnjaki, sedaj pa so tudi ljudje. Ali bi morda še malo bolj pojasnili to zadnjo spremembo, ki jo pravkar razvijate, da si jo bomo lahko čim bolj predstavljali?

VODIŠEK RAZBORŠEK: Ta ideja je nastajala kar nekaj let. Vedeli smo, da želimo prvotni delovni čas spremeniti, ga zamakniti. Želeli smo podaljšati dan stanovalcu, da temu tako rečem. Da se mu dan ne konča že popoldne. Da živijo normalno kakor doma. Zakaj ne bi živeli svoj normalni dnevni ritem tudi v domu? Če hočemo stanovalcu dan podaljšati, ne smemo potem priti ob pol sedmih zjutraj v njegovo sobo in ga zbuditi. Bomo lahko dopuščali, da spi do desetih, če želi?

Veliko premikov je bilo potrebno narediti. To potegne za seboj vso hišo, od pralnice in kuhinje do vseh suportivnih služb, ne samo zdravstveno-negovalno službo. To seveda najbolj, saj smo spremenili delovni čas in ga zamaknili. V službo prihajamo kasneje, določeni profili tudi z zamikom, da ne začnejo s svojim delom vsi ob isti uri, ampak ko



nastane potreba. Prestrukturirali smo kompletno hišo, celotno zdravstveno-negovalno službo smo razdelili v manjše time, ki so vsak svet zase.

Priprave niso več priprave v klasičnem smislu, ampak jutranji sestanki ali srečanja, ki so deloma neformalna v stilu: »To imamo danes za narediti. Ta stanovalec ima pregled. Ima morda danes kdo od stanovalcev željo po kopanju?« Ni več toge strukture, ampak normalno življenje. Zamaknili smo čas kosila. Uspeli smo končno doseči, da imamo zajtrk »od ... do« in ne kakor prej samo »ob«. Kompletan dan je takšen, kakor ga potrebuje stanovalec. To spreminjanje je bil proces celotne hiše. Projekte vedno zapišemo, tako smo tudi tega. Znotraj tega opredelimo: kaj, kdaj, zakaj, kako, kdo ..., da nam je lažje. To je ogrodje, ki upošteva potrebe ljudi in naše zmožnosti ter spoštuje zakonodajo. S tem dajemo zaposlenim okvir, znotraj tega pa ima vsak tim svobodo, da sam odloča. S tem ga opolnomočiš, da je samostojen. Sedaj gremo celo korak naprej, da bodo timi sami pripravljali urnike in si sami planirali dopust, poskušamo tudi, da bi si sami pokrivali eventualne bolniške, da to ne bo več stvar celotnega vodstva, ampak da se bodo dogovorili znotraj svoje majhne skupine. Na ta način želimo povečati zavezanost timu, saj je delo v skupini devetih ljudi bolj povezujoče kot delo v skupini s 40 sodelavci.

KAKOVOSTNA STAROST: Hvala vsem trem za vse, kar ste nam zaupale o delu in razvoju Doma starejših Šentjur. Vaš nagel razvoj se vidi v gradbeniških spremembah stavbe. Pred njimi gredo vaša sodobna vizija deinstitucionalizirane oskrbovalne ustanove, uspešno učenje dobrega sodelovanja med seboj, s stanovalci in z njihovimi svojci, pogumno uvajanje novih programov in konceptov oskrbe ... Še globlje skrita plast vašega razvoja, o kateri nismo veliko govorili, je izobraževanje in iskanje znanja tam, kjer ga imajo, da razvoj ne teče samozadostno po načelu poskusov in zmot – samozadostni sistemi se ne razvijajo. Opora in pokazatelj vsega tega je sistem spremljanja kakovosti v E-Qalinu. Naša revija in jaz osebno vam čestitamo ob teh uspehih in voščimo tako veselje ob razvoju tudi v prihodnje.

GOOD QUALITY OF OLD AGE

Good Quality of old age: Journal for Gerontology and Intergenerational Relations, Vol. 19, Num. 1. 2016

INDEX

1. **Scientific and expert articles** (*Znanstveni in strokovni članki*)
 - 1.1. Franc Imperl: Development orientation of elderly homes (Razvojna usmeritev domov za starejše)
 - 1.2. Ksenija Ramovš: Moderate and excessive alcohol consumption in elderly people (Zmerno in čezmerno pitje starejših ljudi)
2. **Review of gerontological literature** (*Iz gerontološke literature*)
 - 1.1. The global scope of elder abuse: Ana Vujović (Globalni obseg problema nasilja nad starejšimi in ukrepanje po podatkih SZO)
 - 1.2. **Small contributions from gerontological literature:** Tina Lipar (*Drobci iz gerontološke literature*)
3. **Glossary of gerontology and intergenerational terms** (*Gerontološko in medgeneracijsko izrazje*)
 - 3.1. Sheltered housing, Jože Ramovš (Oskrbovana stanovanja)
 - 3.2. Adult daily care, Jože Ramovš (Dnevna oskrba)
 - 3.3. Adult night care, Jože Ramovš (Nočna oskrba)
 - 3.4. Respite care, Jože Ramovš (Kratkotrajna namestitve)
4. **Interview** (*Intervju*)
 - 4.1. Harmonious management team of elderly home in Šentjur renews the concept: Vesna Vodišek Razboršek, Beti Prtenjak in Martina Klobčar ter Jože Ramovš (Ubrana vodstvena ekipa Doma starejših Šentjur prenavlja koncept)

The main subject of this issue is the developmental direction of elderly homes in Slovenia.

It is elaborated within the first scientific article, written by Franc Imperl. The article highlights changes in providing efficient forms of care and support, changes of the new concepts in the fields of normalisation, changes in architectural design of elderly homes and changes in traditional organisational structures and management of elderly homes.

Developmental directions of elderly home are also taken into account in the interview with the director, the head of the nursing staff and social worker in a nursing home in Šentjur. This elderly home is an example of good practice, since the changes that have been introduced are both architectural and organizational. Within the interview, a very

powerful thought has been emphasized; it is easier to renovate walls and architecture of elderly homes than to change standpoints and attitudes of working staff.

The interview gives us a great opportunity to learn about oasis for people with dementia and about implementation of hospice activities in such organizations.

The second expert article elaborates moderate and excessive drinking of older people. Its findings are based on the field research, implemented by students of social work and contribute to a better understanding of the impact of excessive drinking on the quality of life of older people. Understanding the field of moderate and excessive drinking of elderly people is important for the planning of preventive and curative programs for the elderly and designing the prevention program for youth. Underneath are listed some of the main research findings:

- Young people are more critical on drinking patterns of elderly people than on drinking patterns of their own generation.
- A drinking pattern, adopted in younger age, usually escort individual into old age.
- Alcoholics often have fond memories of their first drunkenness, which occurred at a young age.
- Elderly excessive drinkers are less active and less creative.
- Moderate and excessive drinkers have experienced important turning points in life. The difference was in solving problems; moderate drinkers coped with problems, excessive drinkers drunk to forget about the problems.

In this issue of the Journal good quality of old age, one can also find review of gerontological literature about global scope of elder abuse. It describes the scope of the problem, risk factors, prevention activities and WHO response. The review emphasizes that elder abuse is an important public health problem and that there is little information regarding the extent of abuse in elderly populations.

Complete journal together with English abstracts is published on the Anton Trstenjak Institute's website: <http://www.inst-antonatrstenjaka.si/tisk>.

POSŁANSTVO REVİJE Z NAVODILI AVTORJEM

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

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

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

1. Celostna antropološka podoba človeka v njegovi telesni, duševni, duhovni, sožitno-socialni, razvojni in eksistencialni razsežnosti ob nedeljivi sistemski celoti vseh teh razsežnosti.
2. Celovit človekov razvoj skozi vsa življenjska obdobja od početja 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 zabeležke z nekaj sto besedami do obširnejših prispevkov o gerontoloških dogodkih ter spoznanjih in izkušnjah iz literature in prakse. Prispevki so objavljeni v slovenščini.

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

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

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

Kakovostna starost

LET. 19, ŠT. 1, 2016

ZNANSTVENI IN STROKOVNI ČLANKI

Franc I

Razvojna usmeritev domov za starejše 3

Ksenija I

Zmerno in čezmerno pitje starejših ljudi 29

IZ GERONTOLOŠKE LITERATURE 60

GERONTOLOŠKO IZRAZJE 60

INTERVJU 69

GOOD QUALITY OF OLD AGE 87



**INŠT
ANTONA TR**

RESLJEVA 11

1000 Ljubljana

Tel.: + 386

<http://www.inst-a>

Good quality of old age

VOL. 19, NUM. 1, 2016

SCIENTIFIC AND EXPERT ARTICLES

mpertl

Development orientation of elderly homes

Ramovš

Moderate and excessive alcohol consumption in elderly people

REVIEW OF
GERONTOLOGICAL LITERATURE

GLOSSARY OF GERONTOLOGY TERMS

INTERVIEW

KAKOVOSTNA STAROST



ITUT
RSTENJAKA

1, p.p. 4443,

na, Slovenija

1 433 93 01

ntonatrstenjaka.si