

STARANJE - IZZIV PRIHODNOSTI
Zbornik prispevkov z recenzijo

Naslov:
Staranje - izziv prihodnosti
Zbornik prispevkov 19. simpozija z mednarodno udeležbo

Uredniki: Đurđa Sima, Gordana Lokajner, dr. Radojka Kobentar
Recenzija: Đurđa Sima, Gordana Lokajner, dr. Radojka Kobentar, mag. Peter Požun
Prevod: Prevajalska agencija Julija
Jezikovni pregled: Mojca Hudolin

Izdalo in založilo:
Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana
Za založnika: Đurđa Sima
Prelom in grafično oblikovanje: Lara Pišl Ptičak

Tisk in vezava: ZVIL – Zavod za vzgojo in izobraževanje Logatec
Naklada: 500 izvodov

Kraj in leto izdaje: Ljubljana, 2018

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

616-053.9-083(082)

STARANJE - izziv prihodnosti : zbornik prispevkov z recenzijo / [urednik Đurđa Sima, Gordana Lokajner, Radojka Kobentar ; prevod Prevajalska agencija Julija]. - Ljubljana : Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, 2018

ISBN 978-961-93765-8-4
1. Sima, Đurđa
297534464

KAZALO

TRANZICIJA STAROSTI IN IZZIVI ZA PRIHODNOST	7
ZDRAVLJENJE HIPERTENZIJE V STAROSTI – DA ALI NE?	17
KOGNITIVNO FUNKCIONIRANJE V STAROSTI	25
DOLGOŽIVA DRUŽBA: IZZIV ZA ZDRAVSTVENO NEGO	33
IZZIVI ZA VAROVANJE PRAVIC STAREJŠIH	44
NUJNOST ENOTNE SISTEMSKÉ UREDITVE DOLGOTRAJNE OSKRBE V SLOVENIJI	49
IZZIVI STARANJA V DOMAČEM OKOLJU – POGLED MEDICINSKE SESTRE V PATRONAŽNEM VARSTVU	59
POMEN ŽIVLJENJSKEGA SLOGA ZA ZDRAVJE IN KAKOVOST ŽIVLJENJA STAROSTNIKOV: REZULTATI PILOTNE RAZISKAVE	73
DOLGOTRAJNA OSKRBA V LUČI INTEGRACIJE ZDRAVSTVENO-SOCIALNIH STORITEV	86
AKTUELNI PROBLEMI U PROCESU ZDRAVSTVENE NEGE GERIJATRIJSKIH BOLESNIKA	96
DEJANSKE TEŽAVE V PROCESU ZDRAVSTVENE NEGE GERIATRIČNIH BOLNIKOV	107
ANDRAGOŠKI PRINCIPI PRI IZOBRAŽEVANJU STAROSTNIKA	118

Uvodna beseda

Namen pripravljenih tem in prispevkov je, da pregledamo pojav staranja družbe iz več zornih kotov. Trend staranja nezadržno napreduje, tako v evropskem kot svetovnem merilu. Vzroki za to so različni, z njimi pa se lahko seznanimo v pričujočih prispevkih 19. simpozija Društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana. Vključili smo različne strokovnjake, ki so s svojimi razmisleki osvetlili ta pojav, predstavili svoje videnje in razumevanje problema.

Avtorica prvega prispevka pojav staranja družbe opisuje kot prednost, saj ga vidi kot pomemben dosežek v sodobnem svetu ter možnost medgeneracijskega povezovanja in sožitja: s kančkom solidarnosti dosežemo večjo blaginjo za vse. Iz zdravstvenega vidika lahko staranje populacije prinaša tudi porast potreb prebivalstva po zdravstvenih storitvah – to pa je obvezujoča tema za Ministrstvo za zdravje, ki vključuje še druge pomembne deležnike. Ko gre za seštevane let življenja oziroma staranje, si posamezniki različno prizadevajo za ohranjanje kognitivnih funkcij, ki odsevajo v dobrem spominu, mišljenju, zaznavanju, prepoznavanju in podobno. Zato nas avtorica prispevka opozarja na preventivne ukrepe, ki jih moramo začeti izvajati pravočasno. Pojem starizem je v enem od prispevkov predstavljen kot morebitni predsodek do oseb ali skupine. Lahko se odrazi kot pojavnost neenake zdravstvene obravnave starejših pacientov v primerjavi s predstavniki mlajše populacije. Nalogo varuha človekovih pravic prepoznavamo v vlogi predstavnika starostnikov v posameznih življenjskih situacijah ali okoliščinah. Iz tega sledi vrsta priporočil ali zaključkov za razvoj kakovostne obravnave starejših oseb.

Zdravstveni in socialni sistem potrebuje strukturne spremembe za pridobivanje novih finančnih prilivov, ki bi omogočili uvajanje novih zdravstvenih in socialnih storitev v domačem okolju z različno ravno strokovne pomoči. Patronažno varstvo se sooča z velikim številom različnih potreb po ohranjanju ali krepitvi zdravja starejših oseb. Avtorica prispevka pogoša večjo opolnomočenost patronažne službe za področje reševanja težav.

Procese staranja lahko upočasnimo ali jih smotrno obvladujemo z aktivnim življenjskim slogom – o tem sta prepričani avtorici raziskovalnega prispevka. Aktivni življenjski slog vključuje načela primerne prehrane, redne gibalne vadbe, vzdrževanja higiene spanja, pogoste, redne in smotrne zdravstvene preglede ter skrb za ohranjanje kognitivnih sposobnosti.

Ocena zdravstvenega stanja geriatričnih pacientov zahteva poznavanje različnih področij, med katerimi ima vsako več dimenzij. Zato sta pri starejših ljudeh ključni dve skupini glavnih gerontoloških – javnozdravstvenih težav: avtorica navaja skupino problemov 4N in 4D. Prispevek osvetljuje postopke zdravstvene nege glede na kakovost, količino in učinkovitost različnih metod, obenem pa opozarja tudi na obremenjenost medicinskih sester.

Ocena zdravstvenega stanja geriatričnih pacientov zahteva poznavanje različnih področij, med katerimi ima vsako več dimenzij. Zato sta pri starejših ljudeh ključni dve skupini glavnih gerontoloških – javnozdravstvenih težav: avtorica navaja skupino problemov 4N in 4D. Prispevek osvetljuje postopke zdravstvene nege glede na kakovost, količino in učinkovitost različnih metod, obenem pa opozarja tudi na obremenjenost medicinskih sester.

Zadnja dva prispevka predstavljata pomen pomoči in integracije zdravstvenih ter socialnih storitev v neposredni bližini pacientovega doma, kar pripomore k daljši neodvisnosti posameznika v domačem okolju. Ne glede na dosedanja prepričanja to daljnosežno omogoča razvijanje potencialov starajoče se družbe. Uredniški odbor zbornika je želel bralcu približati problematiko staranja za vsakdanjo rabo v strokovnem okolju, lažje razumevanje pogostih ovir in izbor primernih metod, pa tudi za poznavanje priporočil civilnih družb, ki se zavzemajo za dostojno obravnavo starejše populacije.

Đurđa Sima, predsednica DMSBZT Ljubljana

TRANZICIJA STAROSTI IN IZZIVI ZA PRIHODNOST

The transition of old age and challenges for the future

izr. prof. dr. Jana Mali

Fakulteta za socialno delo, Univerza v Ljubljani

jana.mali@fsd.uni-lj.si

Izvleček

Uvod: Staranje prebivalstva se v strokovnih krogih in pri laični populaciji prikazuje kot zastrašujoč pojav, ki ogroža doslej dokaj stabilne sisteme socialne, zdravstvene in pokojninske blaginje prebivalstva. Premalo pozornosti pa namenjamo prikazovanju staranja prebivalstva kot pomembnega dosežka naše civilizacije. V prispevku prikažemo, kako tranzicijo starosti lahko razumemo kot prispevek k oblikovanju solidarnosti med ljudmi vseh generacij. Tej usmeritvi so naklonjene tudi spremembe, ki jih razumemo pod pojmi dolgotrajna oskrba, dezinstitutionalizacija in razvoj skupnostne oskrbe.

Metode: Z uporabo primerjalne analize različnih aktualnih domačih in tujih znanstvenih in strokovnih virov s področja socialnega dela, dolgotrajne oskrbe, medgeneracijske solidarnosti in dezinstitutionalizacije prikažemo najpomembnejše trende, ki jih v sodobni družbi sproža staranje prebivalstva.

Rezultati: Staranje prebivalstva in napovedane demografske spremembe sprožajo vprašanja o dolgotrajnosti človeškega sožitja, ki ne sme temeljiti na ločevanju ljudi in ustvarjanju kulture izključevanja. Za preživetje moramo ustvariti takšne družbene razmere, ki ne bodo temeljile na neenakostih in prikazovanju kontinuirane skrbi za druge kot bremena za družbo. Dolgotrajna oskrba ne predstavlja zgolj novega stebra zavarovanja ali nove oblike pomoči za stare ljudi, temveč presega do zdaj znane vzorce oskrbe in spodbuja iskanje novega sožitja med ljudmi. Pri tem so pomembni medgeneracijski odnosi, na katerih bodo morali temeljiti trendi oskrbe starih ljudi.

Diskusija in zaključek: Z zavedanjem pozitivnih učinkov staranja na sožitje ljudi v družbi bomo lahko presegli fobijo pred staranjem. Ustvarili bomo pogoje za sožitje vseh generacij in spodbudili nove oblike pomoči tako za stare ljudi kot ostale generacije. Staranje prebivalstva zato lahko razumemo kot izziv za našo civilizacijo in vložek v našo prihodnost.

Ključne besede: demografske spremembe, staranje, sožitje, solidarnost, dolgotrajna oskrba, dezinstitutionalizacija

Abstract

Introduction: The aging population is in the professional circles and in the lay population seen as a daunting phenomenon, which threatens the relatively stable social, health and pension welfare systems of the population. We do not pay too much attention to showing the aging of the population as an important achievement of our civilization. In the paper we show how the age transition can be understood as a contribution to the creation of solidarity among people of all generations. Changes that are understood under the term long-term care, deinstitutionalization and community care development are also in favor of this orientation.

Methods: By using a comparative analysis of various current domestic and foreign scientific and professional articles in the field of social work, long-term care, intergenerational solidarity, disinstitutionalisation, we show the most important trends in the contemporary society caused by the aging of the population.

Results: The aging of the population and the predicted demographic changes raise questions about the longevity of coexistence between people, which should not be based on the separation of people and the creation of a culture of exclusion. For survival, we must create such social conditions that will not be based on inequalities and the display of continued care for others as a burden on society. Long-term care does not only represent a new pillar of insurance or a new form of help for the older people, but goes beyond well-known patterns of care and encourages the search for new coexistence among people. Intergenerational relations are important in this regard, on which the trends in the care of older people will have to be based.

Discussion and conclusions: By acknowledging the positive effects of aging on the coexistence of people in society, we can overcome the phobia on aging. We will create conditions for the coexistence of all generations and encourage new forms of assistance to both older people and other generations. The aging of the population can therefore be understood as a challenge to our civilization and contribution to our future.

Key words: demographical changes; old age; coexistence; solidarity; long-term care; disinstitutionalisation.

Uvod

Po predvidevanjih bo do leta 2050 prvič v zgodovini število starejših v svetu preseglo število mladih. Vsaka deseta oseba je danes že stara 60 let ali starejša; do leta 2050 bo po napovedih Organizacije združenih narodov toliko star vsak peti človek, do leta 2150 pa vsak tretji (UN, 2009). Projekcije za EU kažejo, da se bo delež starejših od 65 let z 18,2 % v letu 2013 povečal na 28,1 % do leta 2050. Število zelo starih ljudi (torej tistih, ki so starejši od 80 let) naj bi se po napovedih do leta 2050 podvojilo in doseglo 57,3 milijona (European Population Projections, 2014). Po projekcijah Združenih narodov naj bi Evropa postala do leta 2060 najstarejši kontinent na svetu. To potrjujejo tudi napovedi za "delež starostne odvisnosti" (tj. delež starejših od 80 let glede na delež delovno aktivnega prebivalstva), ki naj bi dosegel 20–25 %, medtem ko naj bi na ostalih kontinentih ostal nižji od 14 % (najnižji naj bi veljal za Afriko, in sicer pod 1,8 %). Najvišji delež starejših od 80 let naj bi dosegla Japonska, saj naj bi do leta 2060 dosegli 37 % deleža "starostne odvisnosti" (The 2015 Ageing Report, 2014).

Demografske spremembe, ki jih nekateri poimenujejo tudi demografski preplah ali cunami staranja, so v javnosti pogosto prikazane kot grožnja mlajšemu prebivalstvu, čeprav je daljšanje življenjske dobe kvečjemu dosežek naše civilizacije, saj v zgodovini človeštva tega pojava še nismo doživeli (Mali, 2013 b; Lymbery, 2005; Wilson, 2001). Poleg demografskih sprememb se je povečalo število ljudi s kroničnimi boleznimi, dolgotrajnimi psihološkimi, duševnimi in socialnimi stiskami, hendikepom in različnimi oslabelostmi, zaradi katerih za samostojno življenje potrebujejo dolgotrajno pomoč ali podporo drugih. Število tistih, ki lahko pomagajo, torej delovno aktivnega prebivalstva, pa se je hkrati zmanjševalo. S tem se je razmerje med ljudmi, ki pomagajo, in tistimi, ki prejemajo pomoč, radikalno spremenilo; po eni strani se je povečalo tveganje ljudi, da ne bodo prejeli ustrezne pomoči in podpore, po drugi strani pa se je povečala obremenitev ljudi, ki pomagajo (Flaker et al., 2008; Filipovič Hrast et al., 2014; Billings et al., 2013).

Staranje prebivalstva se pogosto prikazuje le kot povečevanje deleža od pomoči odvisnega prebivalstva, kar povzroča državam številna finančna bremena, med drugim nevzdržnost obstoječih pokojninskih sistemov, dodatne zdravstvene stroške in stroške z organiziranjem dodatne socialne oskrbe. Redke so študije, ki prikazujejo demografske spremembe kot priložnost za zaposlovanje mladih, izboljšanje medsebojnih odnosov in splošne blaginje. Diaz (2012, str. 172) zelo dobro prikaže španski primer ustanavljanja centrov za pomoč starejšim kot priložnost za nova delovna mesta mladi in srednji generaciji, razbremenitev srednje generacije pri skrbi za svoje družinske člane in posledično povečevanje njihove delovne aktivnosti, pa tudi bolj racionalno porabo stroškov za zdravstveno in socialno oskrbo.

Povečevanje deleža starih ljudi v družbi ni le ekonomsko breme, prav tako ni zgolj priložnost za nova delovna mesta – je pojav, ki ga je treba razumeti tudi kot priložnost za krepitev sožitja in solidarnosti med predstavniki različnih starostnih skupin.

V prispevku prikažemo, kako tranzicijo starosti lahko razumemo kot prispevek k oblikovanju solidarnosti med ljudmi vseh generacij. Tej usmeritvi so naklonjene tudi spremembe, ki jih razumemo pod pojmi dolgotrajna oskrba, dezinstitutizacija in razvoj skupnostne oskrbe.

Staranje prebivalstva – izziv za iskanje sožitja med ljudmi

Ob čedalje močnejšem zavedanju povečevanja starejšega prebivalstva postajajo vprašanja solidarnosti in sožitja ljudi v sodobni družbi vse bolj aktualna. Zanimivo je, da smo šele s podaljševanjem življenjske dobe človeštva postali pozorni na vzpostavljanje in vzdrževanje solidarnosti, enega ključnih fenomenov človeške civilizacije. Ne glede na razloge, ki so nas pripeljali do zavedanja pomena medčloveške solidarnosti, je pomembno, da razvijamo različne oblike solidarnosti in z njimi skrbimo za obstoj naše civilizacije. Družinsko življenje je prav gotovo pomembno za razvoj solidarnosti med ljudmi, saj je družina kot gnezdo, v katerem na osnovi medgeneracijskih odnosov posameznik dobi pomembna izhodišča za prakticiranje in negovanje solidarnosti med ljudmi. Toda spremembe, ki vplivajo na sodobno družinsko življenje, ovirajo tako pridobivanje medgeneracijskih izkušenj kot solidarnosti. Naj na tem mestu navedemo le nekatere: manjša rodnost, pogoste razveze, enostarševske družine. Medgeneracijsko sodelovanje v družini je bilo v preteklosti temeljni način zagotavljanja vzajemne pomoči med generacijami in je bilo kot tako temelj medgeneracijske solidarnosti (Hlebec et al., 2012, str. 5). Danes pa prepoznavamo medgeneracijsko solidarnost tudi kot del države blaginje (socialne države), saj je, kot pravi Mandič (2009 str. 144), velik del programov države blaginje usmerjen na prerazporejanje denarnih virov od delovno aktivnih k delovno neaktivnemu delu prebivalstva. Zdravstveno varstvo, pokojninsko varstvo in sistem dolgotrajne oskrbe so trije ključni sistemi, ki temeljijo na medgeneracijskih razmerjih.

Demografske spremembe, zlasti podaljševanje življenjske dobe in upad rodnosti, vplivajo na prerazporeditev virov in na vzdržnost omenjenih sistemov, zato številne države v Evropi in širše iščejo rešitve, kako ohraniti ukoreninjene sisteme zagotavljanja socialne varnosti tudi v bodoče. Reforme omenjenih sistemov se kot refren ponavljajo v socialnih politikah zadnjih desetletij.

Delitev generacij na mlado, srednjo in staro je zasnovana na delitvi življenja na tri življenjska obdobja. V prvi polovici 20. stoletja je bila takšna delitev življenja zelo pogosta, saj je temeljila na razvrščanju ljudi v skupine glede na njihovo delovno sposobnost: mladost je bila določena kot priprava na delo v okviru izobraževanja, srednja leta kot delovno aktivna doba življenja in starost kot čas upokojitve in delovne neangažiranosti (Kohli, 1986; Bengston et al., 2005). Od konca 20. stoletja dalje postaja vse bolj prisotno razumevanje življenja, ki presega delovno (proizvodno in mezdno) konstruiranost. Čeprav je dominantno razumevanje dela še vedno vezano na plačilo, mezdo (zato govorimo o mezdnem delu) (Flaker et al., 2008), se čedalje bolj zavedamo tudi tistih dimenzij dela, ki niso vezane na plačilo. Tovrstno delo, imenujemo ga tudi delo v senci, si prav gotovo zasluži vsaj toliko pozornosti v razpravah o delitvi življenja na starostna obdobja kot mezdno delo. Služiti denar – z delom, ustvarjati dobiček – z delom, dokazovati produktivnost – z delom, so v splošni percepciji kapitalistične miselnosti načini, kako zagotoviti sredstva za življenje. Preživetja v družbi pa ne zagotavljajo le sredstva, s katerimi kupujemo dobrine na trgu (torej denar), temveč tudi sredstva, s katerimi vzpostavljamo in negujemo dobre medsebojne odnose, zadovoljujemo potrebe po druženju, medčloveških stikih in medsebojnem sodelovanju (Mali, 2014). Vse to lahko uresničujemo le z delom, ki ni mezdno.

Na prehodu iz 20. v 21. stoletje smo se začeli zavedati, da na naše življenje vpliva veliko različnih dejavnikov in da je plačano delo le eden izmed njih. Heinz (Bengston et al., 2005, str. 496) govori celo o dezinstitucionalizaciji ali destandardizaciji življenja in življenjskih vzorcev. Nekoč stabilni življenjski vzorci, zasnovani na percepciji dela in delovne produktivnosti, ki so določali tri življenjska obdobja in tri generacije (mlado, srednjo in staro), so danes preteklost. Življenjska obdobja plačano delo sicer še vedno močno zaznamujejo, ne pa dokončno in odločilno. Posameznik sam se odloča in je odgovoren za to, kako bo v svoje življenje vtikal delo in izobraževanje, poskrbel za reprodukcijo in ustvarjanje lastne družine, na kakšne načine bo zapolnil prosti čas. Tri življenjska obdobja, mladost, srednja leta in starost, ki so nekoč določala čas za izobraževanje, delo, reprodukcijo in prosti čas, danes ne ustrezajo več razmeram, v katerih živimo.

Poudarjanje neenakosti med ljudmi je značilnost preteklih ravnanj, ki se danes kažejo kot neustrezna. Potrebujemo takšno družbo, ki omogoča sobivanje različnih ljudi, da lahko izbirajo lastne življenjske stile, ohranjajo svoje kulture, razvijajo različna prepričanja, ne da bi imeli moč uničiti, poniževati ali izgnati tiste, ki se od njih razlikujejo. Le tako bomo lahko stopili stran od kulture sovražstva in izključevanja ter ustvarili kulturo sprejemanja ali celo podpiranja različnosti, kjer ohranjanje človekovega dostojanstva ni odvisno od tega, kaj ima, komu ali čemu pripada, kakšne so njene ali njegove korenine ali prepričanja, koliko je star in kateri generaciji pripada (Mali, 2014).

Trendi oskrbe starih ljudi

Spremembe razmerja med prebivalstvom, ki potrebuje pomoč, in prebivalstvom, ki lahko pomaga, so po mnenju nekaterih tragične, vendar jih lahko razumemo tudi kot možnost za iskanje novih oblik sožitja in solidarnosti v družbi (Flaker et al., 2011; Mali, 2013 a; Nies et al., 2013), zato bo dolgotrajna oskrba v prihodnosti ključna pri zagotavljanju družbene stabilnosti. Sistemi dolgotrajne oskrbe bodo v bodoče igrali pomembno vlogo pri raziskovanju potreb starih ljudi, zmanjševanju pritiskov na zdravstvene storitve in pomoči družine pri skrbi za ostarele; družinam bodo pomagali pri zmanjševanju ogromnih stroškov zagotavljanja oskrbe in pri osvobajanju žensk pred pritiski omejevanja njihove družbene vloge zgolj na skrb za družino (World health organization, 2015). Dolgotrajno oskrbo v tem kontekstu lahko razumemo kot globalno temo, ki zadeva vse človeštvo, ne glede na ureditev zdravstvene in socialne varnosti posameznih držav. Lahko jo razumemo tudi kot temo, ki presega do zdaj znane vzorce oskrbe in spodbuja iskanje novega sožitja med ljudmi ali odkriva že znane, a prezrte načine medsebojnega sožitja.

Ljudi, ki bi na dolgi rok lahko zagotavljali pomoč, je čedalje manj, saj so potencialni pomočniki (sorodniki, prijatelji, sosedje) vse bolj vpeti v poklicno delo, energijo vlagajo v uspešno kariero in zanemarjajo pomen medčloveških odnosov. Pravzaprav tudi sami potrebujejo pomoč v pomenu spoznanja, da je uspešno življenje le tisto, ki temelji na dobrih medsebojnih odnosih, sožitju, solidarnosti in sočutju do sočloveka. Sodobni način življenja, v katerem smo nenehno izpostavljeni različnim tveganjem (Vickerstaff, 2006; Nies et al., 2013), nas opominja, da lahko vsak hip tudi sami potrebujemo dolgotrajno pomoč drugih ljudi.

Na podlagi ocene, da se bo število ljudi, starejših od 65 let, ki jim bo treba zagotoviti storitve dolgotrajne oskrbe, v Sloveniji do leta 2020 povzpelo na 40.000, za skoraj 2000 pa se bo povečalo tudi število ljudi v starosti 20–65 let, ki bodo potrebovali takšne storitve, smo v zadnjih letih sprejeli številne strateške dokumente (npr. Strategijo varstva starejših do leta 2010; Resolucijo o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013–2020; Resolucijo o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013). V Operativnem programu za izvajanje evropske kohezijske politike v obdobju 2014–2020 (2014) pa je vzpostavitev dolgotrajne oskrbe opredeljena kot osrednja naloga Slovenije za prispevek h gospodarski rasti Evropske unije (EVROPA 2020: Strategija za pametno, trajnostno in vključujočo rast, 2010). Vzpostavljane dolgotrajne oskrbe ni več dilema ali ideološko vprašanje, temveč realnost, ki zahteva jasno definicijo dolgotrajne oskrbe in premišljeno načrtovane aktivnosti, ki bodo dolgoročno zagotavljale vzdržen sistem.

V Sloveniji je sistem oskrbe kljub dolgi tradiciji prizadevanj za prehod v skupnost še vedno izrazito institucionalen. V institucijah živi več kot 22.000 ljudi, v vmesnih strukturah pa le 1200, nekaj več kot 1000 jih prejema intenzivnejše storitve (Flaker et al., 2015). Nekdo, ki je prekoračil prag subsidiarnosti, ki si ne more pomagati z lastnimi sredstvi (osebnim in socialnim kapitalom), ima pri nas kljub razmeroma razvitim službam v skupnosti le malo možnosti, da v njej ostane. Sistem financiranja, kultura oskrbe in pomanjkljivo integriran sistem storitev omogočajo skupnostno oskrbo predvsem tistim z manj intenzivnimi potrebami. Kljub številnim inovacijam in preselitvi več stanovalcev v vmesne strukture institucionalni sistem še vedno prevladuje. Intenzivne storitve po osebni meri, ki najbolj zadovoljijo potrebe uporabnikov, so bodisi premalo razvite (osebna asistenca, osebni načrti in paketi storitev) bodisi neustrezno regulirane in premalo intenzivne (oskrba na domu, terensko delo). Tudi pri skupnostnih storitvah in službah je zaslediti preveliko tipifikacijo (prevladujejo stanovanjske skupine in dnevni centri) oz. pomanjkanje raznovrstnosti.

Kritike institucionalnega sistema oskrbe (Goffman, 1961; Castel, 1976; Deleuze & Guattari, 1980) in družbenagibanja sovprejšnjem stoletju sprožili dezinstitutionalizacijo (Laing & Esterson, 1964; Cooper, 1980). Dezinstitutionalizacija je opozorila na pravico ljudi do življenja zunaj (totalnih) ustanov, v skupnosti, med drugimi ljudmi, na pravico do samostojnega odločanja o lastni življenjski usodi (Flaker & Ramon, 2016). Podobno kot dezinstitutionalizacija tudi dolgotrajna oskrba zahteva spremenjeno ravnanje strokovnjakov. Če razumemo potrebe, tudi lažje raziskujemo in odkrivamo možne odzive na stiske, ki jih človek doživlja pri zadovoljevanju svojih potreb. Pri naslednjem koraku pa takšen pristop strokovnjaku pomaga skupaj s človekom v stiski poiskati nove, inovativne rešitve, odgovore na njegovo stisko. Ključna sprememba v metodah dela z ljudmi je, da se morajo strokovnjaki prilagajati uporabniku, ga vključevati v pomoč kot aktivnega ustvarjalca rešitev. Namesto da spreminjajo uporabnike, se morajo naučiti živeti z njimi in jih bolj podpirati, kakor pa delati namesto njih (npr. pri gospodinjskih opravilih) (Flaker et al., 2008, str. 428). Klasično delo s primerom tako rekoč ni več uporabno, saj je usmerjeno na problematiziranje posameznika in ga potiska v odvisen položaj od strokovnjaka, v katerem le strokovnjak pozna rešitve za stiske posameznika (Flaker et al., 2013). Delo s primerom in integrirane službe so sicer omogočali celovitejši pristop in praktično združevanje zelo različnih funkcij v eni osebi ali pod eno streho, vendar ugotavljamo, da je taka celovitost temeljila na izrazito pokroviteljski funkciji strokovnjakov in ustvarjala odnos odvisnosti.

V dolgotrajni oskrbi uporabniki niso pasivni prejemniki pomoči. V ospredju oskrbe je človek, ne institucija in strokovnjaki, zaposleni v njej. Človek, ki potrebuje dolgotrajno oskrbo, uporabnik, je partner v procesu oskrbe (Lynch, 2014), torej uporabnik

in strokovnjak ustvarjata odnos enakopravnega sodelovanja pri definiranju in reševanju stisk in težav (Flaker et al., 2013). Partnerski odnos pomeni tudi, da strokovnjak verjame uporabniku, da zaupa v sposobnosti uporabnika za uspešno rešitev težave, v njegovo kompetentnost za prevzem odgovornosti in nadzora nad svojim življenjem. Cilji soustvarjanja rešitev in izhodov iz stisk in težav izhajajo iz dejanskega stanja uporabnikove življenjske situacije in ga hkrati motivirajo ter okrepijo za optimalno aktivnost pri doseganju zastavljenih ciljev.

V perspektivi dolgotrajne oskrbe pričakujemo, da bodo ljudje sčasoma opustili zdajšnjo vlogo uporabnikov (torej tistih, ki zgolj uporabljajo storitve) in se vživeli v vlogo soustvarjalcev storitev. Pri tem bodo imeli pomembno vlogo tudi strokovnjaki: opustiti bodo morali trdoživo skrbniško vlogo, ki je pokroviteljska, do ljudi nezaupljiva in lastniška. Toda pri tem strokovnjaki ne bodo zanemarjali svojega strokovnega znanja, temveč se bodo osredotočali na vire uporabnikov. Naučiti se morajo pomagati tako, da uporabnike podpirajo pri ugotavljanju njihovih potencialov in krepitvi njihove zmogljivosti, da bi znova pridobili več avtonomije pri življenjskih odločitvah (Naiditch et al., 2013).

Zaključek

Staranje družbe je spodbudilo procese, v katerih spoznavamo pomen ustvarjanja družbe, ki temelji na medgeneracijski solidarnosti, kot priložnost za ustvarjanje drugačnih pogojev sožitja med ljudmi, kot so veljali doslej. Vedno bolj se zavedamo pomena ustvarjanja takšnih razmer, ki ne temeljijo na spodbujanju stratifikacije družbe na skupine ljudi različnih starosti. Še vedno je pomembno, da razumemo in spoštujemo razlike med generacijami, vendar tudi iščemo načine, kako predstavniki različnih generacij lahko živijo v skupnem sožitju, medsebojnem sodelovanju, med seboj izmenjujejo različne oblike pomoči in podpore ter so drug z drugim solidarni.

Prikazovanje zastrašujočih demografskih sprememb in opozarjanje zgolj na staranje prebivalstva služi marginaliziranju starih ljudi in zmanjševanju njihove družbene vloge. Pahnjeni na rob družbe zgolj zaradi starosti, brez moči, brezupno čakajo na pomoč srednje generacije. Srednja generacija pa se tako kot mlada starosti in staranja boji. Postarati se danes ne želi nihče. Mar ni podaljševanje starosti dosežek civilizacije, v kateri živimo, katere del smo? Namesto da bi se starosti veselili, se je bojimo, in to veliko bolj kot ozonske luknje in segrevanja planeta. Bojimo se tudi starih ljudi. Starostno fobijo je treba preseči in ravnanje, ki spodbuja solidarnost med ljudmi, je dober odgovor za preseganje teh tegob. Solidarnost med ljudmi lahko okrepi zavedanje, da je

staranje proces, ki je skupen vsem ljudem in brez katerega je naše življenje nesmiselno, predvsem pa nepopolno in siromašno.

Trendi staranja prebivalstva predstavljajo za družbo svojevrstno tranzicijo, saj spodbujajo čedalje pogostejše razprave o pomenu zagotavljanja sožitja med ljudmi. Tako tudi dolgotrajna oskrba ne predstavlja zgolj nove veje zagotavljanja pomoči in varnosti ljudi, ki potrebujejo kontinuirano pomoč drugih. Dolgotrajno oskrbo v tem kontekstu lahko razumemo kot globalno temo, ki zadeva vse človeštvo, ne glede na ureditev zdravstvene in socialne varnosti posameznih držav. Lahko jo razumemo tudi kot temo, ki presega do zdaj znane vzorce oskrbe in spodbuja iskanje novega sožitja med ljudmi ali odkriva že znane, a prezrte načine medsebojnega sožitja.

Literatura

Bengston, V. L., Elder, G. H. & Putney, N. M. 2005. The Lifecourse Perspective on Ageing: Linked Lives, Timing and History. In: Johnson, M. L., et al., eds. The Cambridge Handbook of Age and Ageing. Cambridge, New York, Melbourne etc.: Cambridge University Press, str. 493–501.

Billings, J., Lechsenring, K. & Wagner, L. 2013. Addressing long – term care as a system – objectives and methods of study. In Leichsenring, K., et al., eds. Long – term care in Europe: improving policy and practice. Basingstoke: Palgrave Macmillan, str. 3–18.

Castel, R. 1976. L'ordre psychiatrique. Paris: Minuit.

Cooper, D. 1980. Psihiatrija i antipsihiatrija. Zagreb: Naprijed.

Deleuze, G., & Guattari, F. 1980. Mille plateaux. Paris: Minuit.

Diaz, D B. 2012. Economic Impact of Ageing and Disabled Population Care Centres in Spain: Valuation for Region of Cantabria. Revija za socialnu politiku, 19 (2), str. 155–174.

EVROPA 2020: Strategija za pametno, trajnostno in vključujočo rast 2010. Bruselj: Evropska komisija. European Population Projections (2014). Eurostat regional yearbook 2014. Pridobljeno s strani: <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/5785629/KS-HA-14-001-EN.PDF/e3ae3b5c-b104-47e9-ab80-36447537ea64> (30. 10. 2018).

Filipovič Hrast, M., Hlebec, V., Knežević Hočevar, D., Černič Istenič, M., Kavčič, M., Jelenc-Krašovec, S., Kump, S. & Mali, J. 2014. Oskrba starejših v skupnosti: dejavnosti, akterji in predstave. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Flaker, V., Mali J., Kodele, T., Grebenc V., Škerjanc J. & Urek M. 2008. Dolgotrajna oskrba: očrt potreb in odgovorov nanje. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Flaker, V., Mali, J., Rafaelič, A. & Ratajc, S. 2013. Osebno načrtovanje in izvajanje storitev. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Flaker, V., Rafaelič, A., Bezjak, S., Dimovski, V., Ficko, K., Fojan, D., Grebenc, V., Kastelic, A., Mali, J., Ošljaj, A., Pfeiffer, J., Ramovš, J., Ratajc, S., Suhadolnik, I., Urek, M. & Žitek, N. 2015. Priprava izhodišč dezitucionalizacije v Republiki Sloveniji. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Flaker, V. & Ramon, S. 2016. From institutional to community care: social work of opening spaces and new solidarities (social work and deinstitutionalisation). Dialogue in praxis, 5 (18), str. 4–48.

- Goffman, E. 1961. *Asylums*. New York: Doubleday & Co.
- Hlebec, V., Filipovič Hrast, M., Kump, S., Jelenc Krašovec, S., Pahor, M. & Domanjko, B. 2012. *Medgeneracijska solidarnost v Sloveniji*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Jordan, B. 2007. *Social Work and Well-being*. Lyme Regis: Russell House.
- Kohli, M. 1986. *The World We Forgot: a Historical Review of the Lifecourse*. In: Marshall, V. W. ed. *Later Life: the Social Psychology of Aging*. Beverly Hills: Sage, str. 271–303.
- Laing, R. D. & Esterson, A. 1964. *Sanity, madness and the family*. London: Penguin Books.
- Lymbery, M. 2005. *Social work with older people: context, policy and practice*. London: Sage.
- Lynch, R. 2014. *Social work practice with older people. A positive person-centred approach*. Los Angeles: Sage.
- Mali, J. 2013 a. *Dolgotrajna oskrba v Mestni občini Ljubljana*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Mali, J. 2013 b. Social work with older people: the neglected field of social work. *Dialogue in praxis*, 2 (15), 1/2 (24/25), str. 23–40.
- Mali, J. 2014. The role of social work in the epoch of intergenerational solidarity in society. *Revija za socialno politiku*, 21 (2), str. 111–131.
- Mandič, S. 2009. Medgeneracijsko zavezništvo, izmenjava virov blaginje in sodobne dileme. In: Hlebec, V. ed. *Starejši ljudje v družbi sprememb*. Maribor: Aristej, str. 139–151.
- Naiditch, M., Triantafillou, J., Di Santo, str., Carretero, S., & Hisch Durrett, E. 2013. User perspectives in long-term care and the role of informal carers. In: Leichsenring, K. et al., eds. *Long-term care in Europe*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, str. 45–80.
- Nies, H., Leichsenring, K. & Mak, S. 2013. The emerging identity of long – term care systems in Europe. In: Leichsenring, K., et al., eds. *Long – term care in Europe: improving policy and practice*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, str. 19–41.
- The 2015 Ageing Report 2014. *Underlying Assumptions and Projection Methodologies*. Brussel: European Commission.
- UN 2009. *Population ageing and development, 2009*. Pridobljeno s strani: <http://www.un.org/esa/population/publications/ageing/ageing2009chart.pdf> (30. 10. 2018).
- Vickerstaff, S. 2006. Life course, youth, and old age. In: Taylor-Gooby, str. & Zinn, J. eds. *Risk in Social Science*. New York: Oxford University Press, str. 180–201.
- Wilson, G. 2001. *Understanding old age*. London: Sage.
- World health organization 2015. *World report on Ageing and Health*. Pridobljeno s strani: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811eng.pdf> (30. 10. 2018).

ZDRAVLJENJE HIPERTENZIJE V STAROSTI – DA ALI NE?

Treatment of hypertension in old age - yes or no?

prof. dr. Rok Accetto, dr. med.

Univerzitetni klinični center Ljubljana

Izvleček

Prebivalstvo se stara in prevalenca hipertenzije se povečuje s staranjem. Nedvomno je hipertenzija pomemben dejavnik tveganja za srčno-žilno zbolewnost in umrljivost tudi pri starejši populaciji. Klinične raziskave kažejo, da je ustrezno zdravljenje hipertenzije v starosti potrebno in uspešno. Zaradi specifičnosti (krhkost, komorbidnost itd.) pa je pristop k diagnostiki in zdravljenju nekoliko modificiran. Najnovejše smernice za zdravljenje arterijske hipertenzije iz leta 2018 svetujejo potrebno diagnostiko in izbiro zdravljenja tudi pri starejši populaciji, ki temelji na dokazih o uspešnosti zdravljenja, oceni tveganja ter oceni krhkosti posameznika.

Ključne besede: starost, hipertenzija, zdravljenje, smernice

Abstract

the prevalence of hypertension increases with aging and population is getting older. Hypertension is an important risk factor for cardiovascular morbidity and mortality in the elderly population too. Clinical studies suggest that the proper treatment of hypertension in old age is necessary and effective. Due to its specificity (fragility, comorbidity, etc.), diagnostic and treatment approach has been slightly modified. The latest guidelines for the treatment of arterial hypertension from 2018 advise on the necessary diagnostic and selection of treatment also in the elderly population based on results of clinical trials, risk assessment and individual fragility estimation.

Key words: Age, hypertension, treatment, guidelines

Uvod

V razvitih državah sveta, zlasti v Evropi, se prebivalstvo stara. Tudi v Sloveniji delež starostnikov strmo narašča. Staranje populacije ima za posledico spremembo ravnoesja na področju psihosocialnih, družbenih in ekonomskih razmerij, zlasti pa se zaradi staranja populacije z novimi izzivi sooča sistem zdravstvenega varstva. Prav zato so na okrogli mizi Slovenske medicinske akademije junija 2018 razpravljali, kaj nas čaka.

Tabela 1: Prebivalci po velikih starostnih skupinah, Slovenija (Vertot, 2010)

Starostna skupina	Popis/stanje/leto projekcije										
	1948	1953	1961	1971	1981	1991	2002	2009	2020	2040	2060
0–14	28,4	27,6	27,3	24,1	23,0	20,8	15,3	14	14,2	12,1	12,8
15–64	64,4	64,8	64,8	65,9	65,7	68	70	69,5	65,4	58,9	53,9
65+	7,3	7,6	7,8	9,8	11,1	11,2	14,7	16,5	20,4	29,1	33,4

Epidemiološka raziskava hipertenzije v Sloveniji je pokazala, da je prevalenca hipertenzije v odrasli populaciji velika (Accetto & Salobir, 2009). Prevalenca pri starejših od 65 let je večja kot pri mlajših in visok krvni tlak, še posebno sistolični krvni tlak, je pomemben dejavnik srčno-žilnega tveganja. Klasifikacijo hipertenzije prikazuje tabela 2.

Tabela 2: Klasifikacija hipertenzije (Task Force for the management of arterial hypertension, 2018)

Kategorija KT	Sistolični KT (mmHg)		Diastolični KT (mmHg)
Optimalni	<120	in	<80
Normalni	120–129	in/ali	80–84
Visoko normalen	120–139	in/ali	85–89
Stopnja 1	140–159	in/ali	90–99
Stopnja 2	160–179	in/ali	100–109
Stopnja 3	≥180	in/ali	≥110
Izolirana sistolična	≥140	in	<90

Tudi pri zelo starih ljudeh (več kot 80 let) je hipertenzija vodilni dejavnik tveganja. Zdravljenje podaljša življenje, prepreči možgansko kap in srčno popuščanje. Večina starih pacientov ima sistolično hipertenzijo, kjer je sistolični krvni tlak več kot 140 mmHg, diastolični pa manj kot 90 mmHg.

Pomembnosti problema se zavedamo, zato se razprava o zdravljenju pacientov s hipertenzijo in raziskave ne končajo s starostjo 65 let (Accetto, 2017).

Tudi pri zelo starih ljudeh (več kot 80 let) je hipertenzija vodilni dejavnik tveganja. Zdravljenje podaljša življenje, prepreči možgansko kap in srčno popuščanje. Večina starih pacientov ima sistolično hipertenzijo, kjer je sistolični krvni tlak več kot 140 mmHg, diastolični pa manj kot 90 mmHg.

Pomembnosti problema se zavedamo, zato se razprava o zdravljenju pacientov s hipertenzijo in raziskave ne končajo s starostjo 65 let (Accetto, 2017).

V slovenskih smernicah za zdravljenje arterijske hipertenzije (Accetto et al., 2007) smo se opredelili do zdravljenja starih pacientov v skladu z evropskimi smernicami iz leta 2013 (Mancia, et al., 2013). Dve leti po objavi Evropskih smernic sta Evropsko združenje za hipertenzijo (*European Society of Hypertension*) in Evropsko združenje za geriatrično medicino (*European Union Geriatric Medicine Society*) ustanovila skupno delovno skupino z nalogo prevetriti priporočila za obravnavo hipertenzivnih oseb, starih več kot 80 let (Benetos, et al., 2016). V sestavku povzemam priporočila omenjenih dokumentov in dodatnega mnenja Evropskega združenja za hipertenzijo (Kjeldsen, et al., 2016) ob upoštevanju stališč v zadnjih smernicah ESH/ESC 2018 (Task Force for the management of arterial hypertension, 2018).

Definicija in diagnostika

Splošni izraz hipertenzije pri starejših ni dovolj natančen, ker mlajše starejše paciente (med 60. in 70. letom) obravnavamo enako kot zelo stare. Posebno obravnavo zahtevajo osebe s hipertenzijo, stare ≥ 80 let, saj je v zadnjih petdesetih letih življenjska doba te populacije izjemno narasla, incidenca in prevalenca komorbidnosti v tej starosti skokovito narašča, znatno pa se poveča tudi krhkost in izguba avtonomije.

Pri ugotavljanju morebitne hipertenzije pri starih in zelo starih ljudeh lahko naletimo na težave. Na *pseudo hipertenzijo* moramo posumiti, če je ne glede na visok krvni tlak zaznati le minimalne spremembe tarčnih organov, in pri tistih, ki navajajo znake ortostatske hipotenzije. Pseudohipertenzija je posledica aterosklerotičnih sprememb brahialne arterije in v takem primeru je morda na mestu merjenje krvnega tlaka na zapestju. Krvni tlak pri starejših bolj *niha* kot pri mlajših pacientih, zato je potrebnih več meritev ob različnih priložnostih. Krvni tlak je treba meriti stoje in sede, saj je padec krvnega tlaka stoje za okrog 20 mmHg relativno pogost pri starih pacientih. Stranski pojavi, kot so omotice, blagi glavoboli in motnje koncentracije, so pogosto posledica *prekomernega zdravljenja*. Sekundarne hipertenzije je pri starih pacientih malo.

Brez merjenja krvnega tlaka diagnoze ne moremo postaviti. Do zadnjih smernic je bilo enkratno merjenje krvnega tlaka v ambulantni standard za postavitve diagnoze. Danes pa smernice priporočajo ali večkratne meritve krvnega tlaka v ambulantni ali pa meritve krvnega tlaka zunaj ambulante, bodisi celodnevno spremljanje krvnega tlaka ali pa samomeritve doma (Task Force for the management of arterial hypertension, 2018).

Celodnevno spremljanje krvnega tlaka je koristna metoda ne samo za oceno višine krvnega tlaka, temveč tudi za ugotovitev morebitnega pojava »hipertenzije bele halje«, kot tudi nasprotnega, torej da je krvni tlak v ambulantni normalen, doma pa visok. S to metodo lahko identificiramo osebe, pri katerih ne pride do nočnega znižanja krvnega tlaka. Pri starih ljudeh je ta fenomen manj izražen, pri zelo starih pa ga sploh ni.

Dobrobit zdravljenja

Zdravljenje z zdravili in v smislu zdravega načina življenja starih in zelo starih pacientov s hipertenzijo sledi pravilom v smernicah. Pri starejših od 65 let (vendar ne starejših od 80 let) zdravimo hipertenzijo, če je sistolični krvni tlak v območju hipertenzije prve stopnje (140–159 mmHg), če seveda zdravljenje pacient dobro prenaša.

Osnova pa je ugotavljanje srčno-žilnega tveganja ob ugotavljanju dodatnih dejavnikov tveganja, kot so kajenje, visok holesterol, sladkorna bolezen, in ugotovitvi prizadetosti tarčnih organov (hipertrofija levega prekata, proteinurija, zmanjšana ledvična funkcija). Smernice priporočajo (tabela 3) (Task Force for the management of arterial hypertension, 2018):

Tabela 3: Začetek antihipertenzijskega zdravljenja

Starost (leta)	Sistolični krvni tlak (mmHg)					Diastolični krvni tlak (mmHg)
	KT	+DM	+KLB	+Kor	+CVI/TIA	
18–65	≥140	≥140	≥140	≥140	≥140	≥90
65–79	≥140	≥140	≥140	≥140	≥140	≥90
≥80	≥160	≥160	≥160	≥160	≥160	≥90
Diastolični KT (mmHg)	≥90	≥90	≥90	≥90	≥90	

Utemeljitev zdravljenja zelo starih pacientov s hipertenzijo temelji na rezultatih randomizirane, s placebom kontrolirane klinične raziskave HYVET (*Hypertension in the Very Elderly Double Blind Trial*). Raziskava je namreč pokazala, da je zdravljenje pacientov s hipertenzijo, starih 80 let in več, ob uporabi indapamida in dodanega perindopрила (če je bilo potrebno) znatno zmanjšalo tveganje za večje srčno-žilne dogodke in smrt v primerjavi s placebom.

Res pa je, da so tudi po tej raziskavi ostali nekateri dvomi o potrebi po zdravljenju zelo starih pacientov.

- I. Večina vključenih je bila v starosti med 80 in 84 let (73 %), le 22 % jih je bilo starih med 85 in 89 let, torej praktično ni podatkov o učinkovitosti zdravljenja po 90. letu starosti.
- II. Zaradi dokazov o nesporno ugodnem učinku znižanja krvnega tlaka v celotni skupini zdravljenih v primerjavi s placebom je bila raziskava prekinjena in je bilo zato opazovalno obdobje raziskave relativno kratko, v povprečju 1,8 leta.
- III. Pri interpretaciji rezultatov raziskave HYVET pa moramo vedeti tudi to, da so namenoma izbirali paciente, ki so bili v dobri fizični kondiciji, izključili so kronične bolnike in krhke osebe, pa tudi tiste s klinično pomembno ortostatsko hipotenzijo.

Nizek krvni tlak in ortostatska hipotenzija so povezani s sinkopami, padci, zlomi in drugimi poškodbami. Zato je pred zdravljenjem teh oseb treba pretehtati koristi in tveganje znižanja krvnega tlaka. Poleg velikega tveganja za srčno-žilne dogodke gre tudi za tveganje, povezano s hipotenzijo. Dogodki, povezani s hipotenzijo, so v resničnem življenju pogostejši kot v kliničnih raziskavah. V nedavni analizi velike zbirke podatkov so pri zelo starih posameznikih ugotavljali znatno povečanje hospitalizacije zaradi zloma kolka v 30 dneh po začetku zdravljenja z antihipertenzijskimi zdravili (Corrao, et al., 2015).

Ciljni krvni tlak

Ciljni krvni tlak pacientov v starosti med 65 in 80 let je med 130 in 139 mmHg. Pacienti v raziskavi HYVET (starejši od 80 let) so bili zdravljeni, če je bil njihov sistolični krvni tlak enak ali višji od 160 mmHg. Podatkov o tem, ali naj zelo stare paciente s hipertenzijo zdravimo že pri nižjih vrednostih krvnega tlaka, ni. Prav tako je malo dokazov, kakšen je ciljni krvni tlak pri zdravljenju. V smernicah je ciljni sistolični krvni tlak med 130–139 mmHg s pripombo, če ga dobro prenašajo.

Patofiziološko je utemeljena hipoteza, da pri krhkih zelo starih osebah vplivi na mehanizme, ki ohranjajo perfuzijo organov, kar krvni tlak nedvomno je, kritično zmanjšujejo pretok krvi skozi vitalne organe – srce, možgane in ledvice. Pri bolj zdravih starejših osebah je ta vpliv na perfuzijo organov bistveno manjši.

Neodgovorjena vprašanja ostajajo. Ali lahko pri krhkih pacientih s hipertenzijo govorimo o dobrobiti zdravljenja? Ali je dobrobit enaka pri krhkih osebah in tistih z dobro psihofizično kondicijo? Ali naj bo prag, pri katerem se začne zdravljenje, višji, kot je bilo pred kratkim priporočeno v smernicah? Pri katerem ciljnem krvnem tlaku je zaščita krhkih zelo starih oseb s hipertenzijo največja, ne da bi ogrozili njihovo varnost?

Tabela 4: Ciljne vrednosti krvnega tlaka) (Task Force for the management of arterial hypertension, 2018)

Starost (leta)	Sistolični krvni tlak (mmHg)					Diastolični krvni tlak (mmHg)
	KT	+DM	+KLB	+Kor	+CVI/TIA	
18–65	do 130 (ali manj, če prenaša) ne <120	do 130 (ali manj, če prenaša) ne <120	<140–130 (če prenaša)	do 130 (ali manj, če prenaša) ne <120	do 130 (ali manj, če prenaša) ne <120	70–79
65–79	130–139 (če prenaša)	130–139 (če prenaša)	130–139 (če prenaša)	130–139 (če prenaša)	130–139 (če prenaša)	70–79
≥80	130–139 (če prenaša)	130–139 (če prenaša)	130–139 (če prenaša)	130–139 (če prenaša)	130–139 (če prenaša)	70–79
Diastolični KT (mmHg)	70–79	70–79	70–79	70–79	70–79	

Nedavno objavljeni rezultati raziskave SPRINT (SPRINT Research Group, 2015) kažejo, da je pri pacientih z velikim srčno-žilnim tveganjem ciljni sistolični krvni tlak 120 mmHg povezan manjšo pojavnostjo večjih kardiovaskularnih dogodkov in smrti zaradi katerega koli vzroka v primerjavi s pacienti, pri katerih je bil ciljni sistolični krvni tlak 140 mm Hg; ta rezultat je bil statistično značilen tudi v podskupini (28 % vseh) oseb, starih nad 75 let. Vendar pa o pacientih nad 80 let starosti ni podatkov.

Izbira zdravila

Smernice ne omenjajo razlike v načinu zdravljenja pri hipertenzivnih posameznikih, starih ≥ 80 let, v primerjavi s pacienti, mlajšimi od 80 let. Primerna zdravila t. i. prve linije so diuretiki, antagonist angiotenzinskih receptorjev, zaviralci angiotenzinske konvertaze in zaviralci kalcijevih kanalov, pa tudi blokatorji beta. V raziskavi HYVET so pacienti prejemali tiazidom podoben diuretik indapamid in dodatno perindopril kar pri $\approx 70\%$ pacientov, kar kaže na morebitno prednost zdravljenja s kombinacijo diuretika in zaviralca konvertaze. Na podlagi drugih kliničnih raziskav pri pacientih, starih ≥ 60 let, so zdravila enakovredna, meta analize raziskav še posebno pri izolirani sistolični hipertenziji starejših oseb pa dajejo prednost diuretikom in zaviralcem kalcijevih kanalov.

Zaključek

Klinične raziskave zdravljenja hipertenzije pri starejših nedvomno potrjujejo koristnost znižanja SKT. Bolj kot pri mladih pa je treba oceniti splošno psihofizično stanje posameznika in temu prilagoditi ciljne vrednosti krvnega tlaka kot tudi vrsto zdravila. Izrednega pomena je podatek o prenašanju zdravila in zdravljenja na splošno.

Antihipertenzijsko zdravljenje temelji na splošnih načelih v smernicah. Veliko starih pacientov ima tudi druge dejavnike tveganja, ki narekujejo ustrezno izbiro antihipertenzijskega zdravila. Prav tako gre pri večini že za okvare tarčnih organov, ki zahtevajo tudi razmislek o izbiri antihipertenzijskega zdravila. Bolj kot v mlajši populaciji na izbiro zdravila vpliva še komorbidnost. Večina pacientov potrebuje za doseg ciljnega krvnega tlaka, ki ga moramo skrbno izbrati za vsakega posameznika posebej, dve ali celo več antihipertenzijskih zdravil.

Literatura

Accetto R., Brguljan-Hitij J., Dobovišek J., Dolenc P., Salobir B., 2007 Slovenske smernice za zdravljenje arterijske hipertenzije 2007. Zdrav Vestn 2008; 77: 349–63.

Accetto R., Salobir B., 2009. Epidemiološka raziskava hipertenzije v Sloveniji, delno poročilo. Zbornik / XVIII. strokovni sestanek Sekcije za arterijsko hipertenzijo, Portorož, 26.–27. november 2009 [urednik zbornika Primož Dolenc]. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Sekcija za arterijsko hipertenzijo, 2009, 9–19.

Accetto, R., 2017. Bolnik v letih in hipertenzija. In: Primož Dolenc, eds. Zbornik. XXVI. strokovni sestanek Združenja za arterijsko hipertenzijo. 1. december 2017 str. 9–14.

Benetos A., Bulpitt C. J., Petrovic M., Ungar A., Agabiti Rosei E., Cherubini A., Redon J., Grodzicki T., Dominiczak A., Strandberg T., Mancia G., 2016. An Expert Opinion From the European Society of Hypertension–European Union Geriatric Medicine Society Working Group on the Management of Hypertension in Very Old, Frail Subjects. *Hypertension*. 2016; 67: 820–825.

Corrao G., Mazzola P., Monzio Compagnoni M., Rea F., Merlino L., Annoni G., Mancia G., 2015. Antihypertensive Medications, Loop Diuretics, and Risk of Hip Fracture in the Elderly: A Population-Based Cohort Study of 81,617 Italian Patients Newly Treated Between 2005 and 2009. *Drugs Aging*. 2015; 32: 927–936.

Kjeldsen S.E., Stenehjem A.E., Os I., Van de Borne P., 2016. Treatment of high blood pressure in elderly and octogenarians. *ESH Scientific Newsletter. Update on Hypertension Management*. 2016; 17 (63).

Mancia G., Fagard R., Narkiewicz K., Redón J., Zanchetti A., Böhm M., et al. Task Force Members., 2013. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens* 2013; 31: 1281–357.

SPRINT Research Group; Wright JT Jr, Williamson JD, Whelton PK, et al., 2015 A randomized trial of intensive versus standard blood-pressure control. *N Engl J Med*. 2015; 373: 2103–2116.

The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal* (2018) 00, str. 1–98.

Vertot N., 2010. Starejše prebivalstvo v Sloveniji. www.stat.si/pub.asp, str. 1–60.

KOGNITIVNO FUNKCIONIRANJE V STAROSTI

Cognitive functioning in elderly

asist. dr. Lea Žmuc Veranič, dr. med., spec. psih.

Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana

lea.zmuc@psih-klinika.si

Izvleček

Za uspešno in zdravo staranje so pomembne ohranjene kognitivne funkcije, kot so zaznavanje, prepoznavanje, mišljenje, pozornost, spomin in presojanje, oblikovanje znanja, reševanje problemov, odločanje, razumevanje. Možgani se s starostjo spreminjajo in povzročajo spremembo kognitivnih funkcij. Kognitivno funkcioniranje v starosti lahko postane bolezensko, prevesi se lahko v klinično sliko blage kognitivne motnje in demence. Na velikost spremembe in ohranjanje kognitivnih funkcij vplivajo kognitivna rezerva in preventivni ukrepi, s katerimi je treba začeti pravočasno.

Ključne besede: kognitivne funkcije, starejši, kognitivna rezerva, preventiva

Abstract

Preserved cognitive functions such as perception, recognition, thinking, attention, memory and judgment, knowledge creation, problem solving, decision making, understanding are important for successful and healthy aging. The brain structure changes with age and affects the change of cognitive functions. Cognitive functioning in old age can overcome in a clinical picture of mild cognitive impairment and dementia. The magnitude of change and preservation is influenced by the cognitive reserve and preventive measures that need to start in due time.

Key words: cognitive functions; elderly; cognitive reserve; prevention

Uvod

Za uspešno in zdravo staranje je velikega pomena ohranjena kognicija. Beseda kognicija izhaja iz latinske besede *cognoscere*, ki pomeni "vedeti". Je kombinacija sposobnosti obdelave informacij, ki se pridobivajo s pomočjo različnih čutov, znanja,

ki se pridobi z izkušnjami, in človekovih subjektivnih lastnosti. Pri kogniciji pomembno sodelujejo kognitivne funkcije: zaznavanje, prepoznavanje, mišljenje, pozornost, spomin in presojanje, oblikovanje znanja, reševanje problemov, odločanje, razumevanje. Kognitivne funkcije sodelujejo pri ustvarjanju novega znanja in pri interpretaciji dogodkov okoli nas. V kognitivnih procesih uporabljamo obstoječe znanje in ustvarjamo novo. S staranjem lahko pride do upada kognitivnih funkcij, številne pa ostanejo ohranjene; stopnja ohranjenosti se pri posameznikih razlikuje (Salazar, 2018).

V zadnjih desetletjih so raziskovalci skrbno dokumentirali upad, vzdrževanje ali izboljšanje kognitivnih funkcij, ki se dogajajo s starostjo. Rezultat je razumevanje starostnih sprememb temeljnih procesov, kot so senzorične funkcije, hitrost obdelave informacij in delovnega spomina ter medsebojne povezave procesov in njihov vpliv na kognitivno funkcijo v starosti (Park, et al., 2007).

Staranje je proces, v katerem se človek spreminja v biološkem, psihološkem in socialnem smislu. Delež oseb, starih 65 let ali več, bo do leta 2080 predstavljal okrog 30 % prebivalstva EU v primerjavi z 19,4 % v letu 2017 (Anon., 2018). Zaradi večanja števila starostnikov in s tem povečanega števila nevrodegenerativnih obolenj možganov – demence je nujno razumeti učinke staranja na kognicijo ter ugotoviti, katere preventivne strategije bi lahko ohranile kognicijo v starosti. Katerikoli pristop, ki bi zmanjšal negativne posledice starosti na kognitivne funkcije ali zmanjšal tveganje za razvoj demence, bi imel velik vpliv na kakovost življenja starejših (Murman, 2015), zmanjšal pa bi tudi stroške za njihovo oskrbo.

Spremembe v možganih, povezane s starostjo

Volumen možganov se s starostjo zmanjša. Zmanjšanje volumna prizadene sivo in belo možganovino, vendar zmanjšanje ni enakomerno v vseh predelih možganov (Murman, 2015). V preteklosti je veljalo, da je glavni razlog zmanjšanja volumna možganov izguba nevronov, vendar zdaj pripisujejo starostni izgubi nevronov le 10 % zmanjšanja volumna možganov (Pannese, 2011). Glavnina zmanjšanja gre na račun strukturnih sprememb nevronov, ki posledično pogojujejo spremembe v delovanju možganov. Te spremembe vključujejo zmanjšanje v številu in dolžini dendritov, izgubo dendritskih trnov in njihove plastičnosti, zmanjšanje števila aksonov, povečanje števila aksonov s segmentno demielinizacijo in pomembno zmanjšanje števila in funkcije sinaps (Pannese, 2011; Murman, 2015). Slednje je ključni strukturni pokazatelj staranja v centralnem živčnem sistemu, ki povzroča kognitivne spremembe v starosti (Morisson & Baxter, 2012). Spremembe v možganih so neogibne, lahko pa se zavoľjo plastičnosti možganov upad kognitivnih funkcij omili in stanje izboljša (Martn & Li, 2017).

Kognitivne funkcije

Spremembe kognitivnih funkcij v staranju se odražajo z različno intenziteto in na različnih področjih. Najbolj prizadeti funkciji v starosti sta pozornost in spomin. Prizadetost v podfunkcijah pozornosti in spomina je izražena neenakomerno. Spremembe se dogodijo tudi pri zmožnosti odločanja, pri zaznavanju, jeziku, govoru in izvršilnih sposobnostih (Glisky, 2007).

Podatki v literaturi o kogniciji v starosti temeljijo predvsem na podatkih o inteligentnosti, ki se meri z različnimi testi. Uporabljeni testi do določene stopnje pomagajo pri oceni osnovnega intelektualnega funkcioniranja. Inteligenco sestavljata dve komponenti: kristalna in tekoča inteligenca. Kristalna inteligenca se nanaša na govorno in številčno sposobnost, pomembna zanjo so znanja, pa tudi izkušnje, ki jih je človek dobil v življenju. Tekoča inteligenca se nanaša na zmožnost reševanja problemov in ustvarjanje novih socialnih odnosov. Starost najbolj prizadene tekočo inteligenco, ki vpliva na sposobnost hitrega iskanja rešitev za nove probleme (Glisky, 2007).

Pozornost

Je zmožnost osebe, da se za nekaj časa osredotoči na dražljaj (vzdrževana pozornost), ima zmožnost osredotočenja na pomembne dejavnike (selektivna pozornost), zmožnost dražljaja od okolja zadrži in manipulira z dražljajem ter nanj ustrezno odgovori (izvršilna pozornost). Deljena pozornost omogoča istočasno opravljanje več nalog, pozornost pa se lahko nadzorovano preusmerja od enega dejavnika do drugega (Martn & Li, 2017). Vpliv starosti na pozornost je kompleksen. Negativni učinki se kažejo pri tistih nalogah, ki so kompleksne, medtem ko je enostavna pozornost dolgo ohranjena. Starostniki imajo težave v izvajanju nalog, kjer potrebujejo deljeno pozornost ali preklapljanje pozornosti med različnimi nalogami. Takšne naloge delajo počasneje in naredijo več napak. Slabša je selektivna pozornost, zmanjša se zmožnost vzdrževane pozornosti, poveča se odkrenljivost (Howieson, et al., 2004).

Ohranjena zmožnost pozornosti je predpogoj za nemoteno spominsko funkcioniranje. Pomembna je za vkodiranje informacij, ki se kasneje prikličejo iz spomina, za kar starostniki v primerjavi z mlajšimi potrebujejo več pozornosti. Ohranjena pozornost je potrebna tudi za procesiranje informacij. Hitrost procesiranja informacij je v starosti zmanjšana, zmanjšanje hitrosti pa vpliva na zmanjšanje drugih kognitivnih funkcij, zlasti spomina in izvršilnih sposobnosti (Salthouse, 2005). Upočasnjena hitrost procesiranja povzroča daljše reakcijske čase in podaljšan čas pri izvrševanju nalog (Strauss, et al., 2006). Ima vpliv na tekočo inteligenco, ne pa na kristalno.

Spomin

Spomin so kompleksni procesi, pri katerih posameznik vkodira, shrani in prikličje shranjene informacije. Razdelitev spominov je veliko, v nadaljevanju bodo opisane spremembe v delovnem (kratkoročnem) in dolgoročnem spominu, ki nastanejo s staranjem.

Delovni (kratkoročni) spomin je odvisen od kompleksnosti naloge in zmožnosti odvrčanja in selekcije pomembnih podatkov. Čeprav je sposobnost delovnega spomina v starosti pomembna, pa ima pomembno vlogo pri učenju pozornost in hitrost procesiranja. Upad delovnega spomina je skladen s starostjo, vendar pa ne toliko, da bi motila funkcioniranje človeka v takšnem obsegu kot pri osebah z demenco (Martn & Li, 2017).

Dolgoročni spomin je proces vkodiranja, procesiranja in priklica informacij. Za klinično prakso je pomembna razdelitev dolgoročnega spomina na eksplicitni in implicitni spomin. Eksplicitni spomin pomaga pri priklicu vsakodnevnih dogodkov, ki jih je doživel posameznik, z informacijo o času in kraju (epizodični spomin), vezan pa je na osebne izkušnje človeka. Pri starostniku je prosti priklic dogodkov slabši kot pri mlajših, izboljša pa se, če starostniku damo iztočnico (npr. prvo črko imena). Spomini za splošno pridobljeno znanje (semantični spomin) pri starostniku pa so običajno tisti, zaradi katerih se pritožujejo, da imajo »spominske težave«. Ne morejo se spomniti npr. imen ali datumov. Eksplicitni spomin je povezan z zavestno željo po priklicu informacije. Implicitni spomin je spomin za dejanja, ki se jih je človek naučil v preteklosti, in za uporabo tako shranjenih podatkov ne potrebuje zavestnega spomina (hoja, vožnja s kolesom). Ta spomin v starosti ni prizadet.

V starosti se zmanjša hitrost kognitivnega procesiranja v primerjavi z mlajšimi posamezniki. Starejši pri kompleksnih nalogah potrebujejo večjo zmožnost pozornosti kot pri enostavnejših nalogah. Ker pa je zmožnost pozornosti pri starostniku zmanjšana, za vkodiranje in priklic potrebuje več razpoložljivih virov kot mlajši. Raziskovalci na podlagi spoznanj menijo, da so kognitivna upočasnenost in spremembe v pozornostnem sistemu glavni vzrok spominskih sprememb.

Verbalne sposobnosti

Verbalne sposobnosti v starosti upadajo, večinoma zaradi zmanjšanja psihomotorne hitrosti. Upad je manjši pri ženskah kot pri moških, pomembna je tudi izobrazba. Ugotovili so, da tisti, ki imajo več kot 12 let šolanja, kažejo večjo verbalno sposobnost v primerjavi z manj izobraženimi (Murman, 2015).

Ugotovili so, da tisti, ki imajo več kot 12 let šolanja, kažejo večjo verbalno sposobnost v primerjavi z manj izobraženimi (Murman, 2015).

Izvršilne funkcije

Izvršilne funkcije so širok nabor sposobnosti, s katerimi človek odgovarja na nove situacije. Mednje sodijo mentalna fleksibilnost, nadzorovanje odgovora, načrtovanje, organizacija, abstrakcija, odločanje. Za ustrezno delovanje izvršilnih funkcij je pomemben frontalni del možganov, ki je zelo občutljiv na starostne spremembe. Posledica sprememb v tem predelu je, da starejši težje rešujejo kompleksne, abstraktne probleme in težje ločijo bistvo od nebistvenega. Pojavljajo se lahko problemi z načrtovanjem in organiziranjem, implementacijo strategij, slabo presojo, pa tudi socialno nesprejemljivo vedenje (Rhodes, 2004).

Starost in bolezenski upad kognitivnih funkcij

Opisane spremembe so tiste, ki so povezane s staranjem in fiziološkimi spremembami. Kognitivno funkcioniranje v starosti lahko postane patološko oziroma se lahko prevesi v klinično sliko blage kognitivne motnje, ki lahko predstavlja vmesno stanje kognitivnega funkcioniranja med starostnimi spremembami, značilnimi za zdravo staranje, in demenco (Petersen, 2011). O blagem kognitivnem upadu govorimo, ko je ta večji kot v starostno primerljivi populaciji, vendar ne vpliva na samostojno izvajanje vsakodnevnih opravil. Predstavlja povečano tveganje za nastanek demence. O demenci govorimo, ko je kognitivni upad obsežnejši in posledično onemogoča izvajanje vsakodnevnih opravil (Darovec, et al., 2013).

Kognitivna rezerva

Kognitivne spremembe se v starosti pojavljajo, vendar se stopnja njihove izraznosti med posamezniki bistveno razlikuje. Medosebne razlike v kognitivnem funkcioniranju pripisujejo različnim dejavnikom in mehanizmom: biološkim, psihološkim, v povezavi z zdravjem, okoljem in zdravim načinom življenja (Glisky, 2007). Z modelom kognitivne rezerve so skušali odgovoriti na razlike v kognitivnem funkcioniranju med posamezniki. Model je nastal na podlagi dejstva, da imajo posamezniki s podobnimi spremembami na možganih lahko bistveno različno učinkovito funkcioniranje. Stern s sodelavci (2012) je predlagal dva mehanizma. Prvi je nevronska rezerva, ki opisuje uspešnost uporabe predhodno obstoječih nevronske povezave, in drugi nevronska

kompenzacija, ki je sposobnost posameznika, da bolje ali slabše uporablja kompenzatorne nevronske mehanizme. Opravljene slikovne preiskave so pokazale, da posamezniki z veliko kognitivno rezervo učinkoviteje izrabljajo nevronske mreže, kadar se teža nalog povečuje. Pomembno spoznanje je, da se v teku življenja kognitivna rezerva lahko spreminja (Stern, 2012), kar daje upanje, da je nanjo mogoče vplivati in jo izboljšati.

Ohranjanje kognitivnega funkcioniranja

Ohranjanje kognitivnega zdravja je pomembna komponenta staranja. Pomembni so skrb za zdravje in uravnavanje kroničnih bolezni, zdrava prehrana, telesna aktivnost, vzdrževanje psihične aktivnosti in socialnih stikov.

Zdravje

Skrb za zdravje in uravnavanje kroničnih bolezni pomeni skrb za redno jemanje terapije, zlasti za sladkorno bolezen, povišan krvni tlak, depresijo in visoke vrednosti holesterola. Smiselno je jemanje zdravil, ki ne vplivajo na kognitivne funkcije (npr. benzodiazepini), pomembni pa so tudi ukrepi kot omejitev kajenja, preprečevanje padcev in udarcev v glavo, omejitev uporabe alkoholnih pijač in zadostna količina spanja.

Prehrana

Je pomembna pri vzdrževanju telesne teže in zaradi zmanjševanja dejavnikov tveganja za nastanek nekaterih kroničnih bolezni (sladkorna bolezen, srčno-žilne bolezni).

Telesna aktivnost

Redna telesna aktivnost izboljša moč, energetsko opremljenost, izboljša ravnotežje, prepreči ali odloži poslabšanje srčno-žilnih bolezni, sladkorne in drugih bolezni, izboljša razpoloženje in zmanjša depresivnost. V raziskavah so dokazali vpliv telesne aktivnosti na nevronske povezave, tako na krepitev obstoječih kot na porajanje novih povezav (povečanje števila sinaps) (Churchill, et al., 2002). Telesna aktivnost (priporočeno vsaj 30 minut zmerne aktivnosti na dan) poveča pretok krvi v možganih, oksigenacijo in spodbudi procese, ki zavirajo biološko pogojeno staranje, zmanjšajo

se kardiovaskularni in cerebrovaskularni dejavniki tveganja. Aerobni trening poveča (prepreči zmanjšanje) volumen možganov in hipokampusa (Haskell, et al., 2007).

Socialna aktivnost

Aktivno socialno življenje, druženje in čustvena podpora so preventivni dejavniki proti kognitivnemu upadu. Starostniki s slabo socialno mrežo pogosteje zbolijo zaradi kognitivnega upada. Interakcija z drugimi povečuje mentalno stimulacijo, lahko prepreči depresijo, za katero je dokazano, da povzroča kognitivni upad. Posamezniki z dobro razvito socialno mrežo so imeli na kognitivnih testih boljše rezultate v primerjavi s tistimi, ki niso imeli socialne mreže (Seeman, et al., 2001).

Zaključek

Populacija starejših od 65 let se v svetu in Sloveniji povečuje. S starostjo se pomembno spreminjajo kognitivne funkcije. Najpomembnejše spremembe, ki nastanejo s starostjo na področju kognitivnega funkcioniranja, se pojavljajo pri pozornosti, spominu, verbalnih sposobnostih in pri izvršilnih funkcijah. Ohranjene so funkcije, kjer so pomembne izkušnje in znanje. Poznavanje teh sprememb je pomembno zaradi razločevanja zdravega in bolezenskega kognitivnega funkcioniranja.

Vedno več dokazov je o učinkovitosti preventivnih ukrepov pri preprečitvi/odložitvi zmanjšanja kognitivnega funkcioniranja. Z izvajanjem preventivnih ukrepov se dlje ohranja funkcionalna neodvisnost starejših in izboljša kakovost življenja. Poznavanje kognitivnega funkcioniranja in pozitivnih učinkov preventivnih ukrepov naj bo vodilo za spodbujanje starejših k aktivnemu in uspešnemu staranju, hkrati pa opomnik mlajšim k dejavnemu in zdravemu načinu življenja. Pri tem je pomembno geslo: nikoli ni prepozno.

Literatura

Anon., 2018. Statistics Explained.

Dostopno na: <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained> [27. 10. 2018].

Churchill, J., Galvez, R. & Colcombe, S., 2002. Exercise, experience and the aging brain. *Neurobiology of Ageing*, Volume 23, str. 941–55.

Darovec, J. et al., 2013. Smernice za obravnavo pacientov z demenco. 1st ed. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo: Združenje psihiatrov pri Slovenskem zdravniškem društvu.

Glisky, E., 2007. Changes in Cognitive Function in Human Aging. *Frontiers in Neuroscience*. In: D. Riddle, ed. *Brain Ageing: Models, Methods, and Mechanisms*. Winston-Salem: Wake Forest University School of Medicine.

Haskell, W., Lee, I. & Pate, R., 2007. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation*, Volume 116, str. 1081–93.

Howieson, D., Loring, D. & Hannay, J., 2004. Neurobehavioral variables and diagnostic issues. In: M. Lezak, D. Howieson & D. Loring, eds. *Neuropsychological assessment*. New York: Oxford University Press, str. 286–336.

Martn, J. & Li, C., 2017. Normal Cognitive Ageing. In: H. Fillit, K. Rockwood & J. Young, eds. *Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology*. Philadelphia: Elsevier, str. 171–178.

Morisson, J. & Baxter, M., 2012. The Aging Cortical Synapse: Hallmarks and Implications for Cognitive Decline. *Nat Rev Neurosci*, 13(4), str. 240–250.

Murman, D., 2015. The Impact of Age on Cognition. *Seminars in hearing*, 36(3), str. 111–121.

Pannese, E., 2011. Morphological changes in nerve cells during normal ageing. *Brain*, 216(2), str. 85–89.

Park, D., Gutches, A., Mead, M. & Stine-Morrow, E., 2007. Improving Cognitive Function in Older Adults: Nontraditional Approaches. *The Journals of Gerontology: Series B*, 62(1), str. 45–52.

Petersen, R., 2011. Clinical practice. Mild Cognitive impairment. *New England Journal of Medicine*, 364(23), str. 2227–34.

Rhodes, M., 2004. Age-related differences in performance on the Wisconsin card sorting test: a meta-analytic review. *Psychological Ageing*, Volume 19, str. 482–94.

Salazar, A., 2018. CogniFit.

Dostopno na: <https://www.cognifit.com/cognition> [27. 10. 2018].

Salthouse, T., 2005. Relations between cognitive abilities and measures of executive functioning. *Neuropsychology*, Volume 19, str. 532–45.

Seeman, T., Lusignolo, T. & Albert, M., 2001: Social relationships, social support, and patterns of cognitive aging in healthy, high-functioning older adults: MacArthur studies of successful aging. *Health Psychology*, Volume 20, str. 243–55.

Stern, Y., 2012. Cognitive reserve in ageing Alzheimer's disease. *Lancet*, Volume 11, str. 1006–12.

Strauss, E., Sherman, E. & Spreen, O., 2006. A compendium of neuropsychological tests: administration, norms, and commentary. New York: Oxford University press.

Toril, P. & Reales, J., 2014. Video game training enhances cognition of older adults. *Psychology of Ageing*, Volume 29, str. 706–16.

DOLGOŽIVA DRUŽBA: IZZIV ZA ZDRAVSTVENO NEGO

Long-lived society: a challenge for nursing

doc. dr. Simona Hvalič Touzery

Fakulteta za družbene vede Univerze v Ljubljani

simona.hvalic-touzery@fdv.uni-lj.si

Izvleček

Prispevek obravnava starizem – predsodek do osebe ali skupine oseb na podlagi njene kronološke starosti – kot enega od izzivov zdravstvene nege v dolgoživi družbi. Avtorica uvodoma obravnava razumevanje koncepta staranja, kajti starizem pogosto izhaja iz konceptualizacije starosti kot kronološkega staranja. V nadaljevanju opredeli prakse starizma v zdravstvu na mikro in makro ravni. Mikro raven zajema odnos zdravstvenih delavcev do pacientov, njihova prepričanja ter način dela s starejšimi pacienti, medtem ko se starizem na makro ravni nanaša na prakse starizma na kulturnem in institucionalnem področju. Starizem lahko vodi v manj kakovostno zdravstveno obravnavo starejših pacientov, zato je zavedanje tega problema v zdravstveni obravnavi ključno za izboljšanje zdravstvenih storitev in doseganje optimalnih zdravstvenih izidov starejših pacientov.

Ključne besede: starizem, starostniki, starost, zdravstvo

Abstract

This paper addressess ageism – a process of systematic stereotyping or discrimination against people because they are old – as one of the challenges of nursing in the long lived society. In the introduction, the author discusses the concept of ageing, since ageism frequently rests on a conceptualization of age in chronological years. In the following chapter she presents an age bias practices in health care settings on micro and macro level. Ageism on micro level includes attitudes toward, beliefs about, and clinical practices with older patients, while on the macro level ageism is presented at the cultural and institutional levels. Ageism can lead to poorer quality of health care of older patients, thus addressing ageism within health care is vital in improving services and achieving optimal treatment outcomes.

Key words: ageism, old people, old age, health care

Uvod

Družba, v kateri živimo, je dolgoživa družba. Pričakovano trajanje življenja ljudi se namreč podaljšuje, naglo narašča število starejšega prebivalstva in oseb s kroničnimi nenalezljivimi boleznimi, hkrati pa upadeta rodnost in delovno-aktivna populacija, kar prinaša vrsto izzivov tako na ravni družbe kot tudi na individualni in profesionalni ravni. V novejšem dokumentu Evropske komisije (European Commission, 2018a) napovedujejo, da se bo starejše prebivalstvo Slovenije (65+) povečalo z 18,7 % v letu 2016 na 30,2 % do leta 2060. Delež oseb, starih 80 let in več, pa bo v istem obdobju narasel s 5,0 % na 12,9 % (European Commission, 2018b). Glede na to, da je med slednjimi tudi višje število oseb, ki potrebujejo zdravstveno oskrbo in pomoč pri vsakdanjih življenjskih opravilih (Hvalič Touzery, 2014), bodo potrebe po dolgotrajni oskrbi in negi vse višje. Leta 2017 sprejeta Strategija dolgožive družbe (Vlada Republike Slovenije et al., 2017), ki temelji na konceptu aktivnega staranja, kot temeljne strateške cilje izpostavlja:

- blaginjo vseh generacij ter dostojno in varno bivanje v domačem okolju z upoštevanjem visoke ravni človekovih pravic;
- vključenost vseh generacij v ekonomsko, družbeno, socialno in kulturno življenje v skladu z njihovimi željami in potrebami ter medgeneracijsko sožitje;
- ohranjanje in izboljšanje telesnega in duševnega zdravja ljudi vseh starosti (Vlada Republike Slovenije et al., 2017, str. 15).

Razumevanje starosti in staranja

Z vidika proučevanja starostnih stereotipov je pomembno kritično razumevanje koncepta staranja. Sara Arber in Jay Ginn (1995) sta pred skoraj četrt stoletja opredelili štiri načine staranja: 1) *kronološko*, s poudarkom na starosti človeka, 2) *biološko*, ki se nanaša na fizične spremembe, 3) *družbeno*, ki vključuje družbeni odnos, vloge ter pričakovano vedenje, ter 4) *psihološko*, ki upošteva spremembe v čutnih zaznavah, sposobnosti prilagajanja, v osebnosti, vzgibih in motivih. V novejši literaturi Jan Baars (2010), ki proučuje koncept časa pri razumevanju procesa staranja, ugotavlja, da lahko človekovo življenje opredelimo z vidika treh dimenzij: naravne (fizična in biološka), socio-kulturne in osebne. Te dimenzije poimenuje »trojna začasnost staranja« (ang. triple temporality of ageing). *Naravna dimenzija* vključuje fizični in biološki proces staranja, pri katerem je v ospredju telesni vidik. Ta naravna dimenzija je v postmodernem času postala temelj razumevanja kronološkega staranja. O *socio-kulturnem vidiku* staranja govorimo takrat, ko je v ospredju družbeno in kulturno razumevanje staranja, ki je raznoliko. Tako je mogoče na različne načine definirati, kdaj se obdobje starosti začne, njene izzive, slabosti in prednosti, odnos do starostnikov ipd.

Tretja dimenzija je *osebna izkušnja bivanja* v določenem obdobju, ki je pogojena z drugima dvema dimenzijama ter s preteklimi življenjskimi izkušnjami in priložnostmi. Baars (2010) poudarja, da se je treba zavedati vseh treh kompleksnih dimenzij staranja in da konceptualiziranje staranja le z vidika kronološke starosti ne ponuja poglobljenega razumevanja. Temu pritrjuje Uffink (2007), ki meni, da je kronološki čas sam po sebi prazen in abstrakten. Dejansko pa je ravno kronološka starost tista, ki je v vsakdanjem življenju (npr. politike, povezane s starostjo, mediji, raziskave) pogosto uporabljena pri pojasnjevanju procesa staranja ter kot argument ločevanja med starostniki in ostalimi odraslimi osebami (Baars, 2007). Kljub temu so definicije, kdaj se starost začne, kako je definirana najstarejša skupina starostnikov ali kdo so starejši delavci, zelo raznolike (Baars, 2010; Kydd et al., 2015). Kot ugotavlja Cohen-Mansfield s soavtorji (2013) je v gerontološki literaturi uporabljena različna starostna stratifikacija in terminologija, zaradi česar so takšne klasifikacije brez pomena. V zahodnih državah smo priča celo *pospešenemu kronološko določenemu staranju* na področju zaposlovanja (Oeppen & Vaupel, 2002), kjer so kot »starejši delavci« najpogostejše definirane osebe, stare 50 let in več. To je v nasprotju z naraščanjem življenjske dobe. Kompleksnost razumevanja s starostjo povezanih podatkov in pomanjkljivost kronološke dimenzije staranja si pogledimo na primeru. Če kritično pogledamo, kaj nam pravzaprav pove podatek, da je med osebami, starejšimi od 70 let, visok delež tistih z visokim krvnim pritiskom, se lahko vprašamo: Ali je razlog za to v njihovi starosti? Je morda to del specifik kohorte, ki ji pripadajo? Je razlog v tem, da so ti ljudje odrasčali in se starali v določenem obdobju, v specifični družbi? Je razlog v njihovem socialnem ozadju, izobrazbi ipd.? Leži morda razlog v vseh teh dejavnikih? Človekovega življenja namreč ne moremo raziskovati v čisti obliki, izolirano kot v laboratoriju (Baars & Visser, 2007; Schaie, 2007), oz. kot pravi Baars (2010, str. 9), »procesi, ki se merijo v kronološkem času, lahko vplivajo na proučevano situacijo, čas sam po sebi nima nobenih učinkov«. Človeka ne oblikujejo le njegova osebnost, kombinacija dejavnikov, kot so spol, starost, religija, zdravje, življenjsko okolje, spolna identiteta, socio-ekonomski status in etnična pripadnost, ampak tudi njegove vsakodnevne izkušnje, osebne odločitve in interakcije z ljudmi (Hafford-Letchfield, 2013).

Tretje in četrto življenjsko obdobje ter starizem

Omenili smo, da slovenska strategija dolgožive družbe temelji na aktivnem staranju, prav tako je mednarodni diskurz usmerjen v »aktivno in uspešno staranje« (Foster & Walker 2014, citirano v Kydd et al., 2015, str. 115). Rezultat takšnega diskurza je dihotomija »dobro« in »uspešno« nasproti »slabo« in »obremenjujoče«, ki loči med tistimi, ki se »uspešno« starajo, in tistimi, pri katerih takšno »uspešno« staranje ni možno, kar je najpogostejše med pripadniki tretjega in četrtega življenjskega obdobja,

utrjuje starostne stereotipe v družbi (Kydd et al., 2018). Ljudje v tretjem življenjskem obdobju so idealno portretirani kot zdravi upokojenci, ki so produktivni, dobrega zdravja in prispevajo v družbi. Ljudje v četrtem starostnem obdobju pa so portretirani kot upokojenci slabšega zdravja in predstavljajo tradicionalen stereotip starostnika, ki daje družbi le malo (Komp, 2011). Pripadniki tretjega življenjskega obdobja se zato pogosto želijo s svojim aktivnim življenjskim slogom distancirati od starizma in starosti same. Kot pravi George (2011, citirano v Kydd et al., 2018, str. 121), se zdi, da »podoba ljudi v tretjem življenjskem obdobju odraža željo, da gledajo nase in da tudi drugi gledajo nanje, kot da niso starostniki«, kar pa je lahko škodljivo za pripadnike tretjega in četrtega življenjskega obdobja (Higgs & Gilleard, 2014).

Tako kot večina družbenih skupin so tudi starostniki v vsakdanjem življenju tarče različnih stereotipov in predsodkov. Gre za izkrivljeno predstavo neke družbene skupine, ki je lahko pozitivna ali negativna (Filipovič Hrast & Hlebec, 2015). Predsodki in stereotipi imajo pomembne posledice na družbeni ravni, saj lahko vplivajo na organizacijo družbenih sistemov, oblikovanje politik ipd. Vplivajo tudi na podobo, ki jo imajo starejši sami o sebi. »Oseba, ki je objekt diskriminacije, nosi težko psihološko breme« (Ule, 1994, str. 115).

Prvi je na predsodek do osebe ali skupine oseb na podlagi kronološke starosti leta 1969 opozoril Robert Butler, ki je ta pojav poimenoval *starizem* (ang. ageism) oz. staromrznštvo, kot se ta izraz v slovenskem jeziku še prevaja. Starizem je družbeni konstrukt starosti, ki prikazuje staranje in stare ljudi na stereotipen, pogosto negativen način (Ayalon & Tesch-Römer, 2018). Starizem je lahko »zavesten ali nezavesten in ga lahko izrazimo na treh ravneh: medosebni (mikro raven); znotraj skupine, torej v socialnih omrežjih (mezo raven); in prek institucionalnih politik ali kulturnih tradicij (npr. zdravstvene in socialne ustanove) (makro raven)« (Wyman et al., 2018, str. 194). Ameriška raziskava, v okviru katere so ugotavljali spreminjanje starostnih stereotipov v zadnjih 200 letih, ugotavlja, da so starostni stereotipi sčasoma postali znatno bolj negativni. S tem trendom sta statistično povezana medikalizacija staranja in naraščajoči delež prebivalstva, starejšega od 65 let (Ng et al., 2015). Starizem v medijih so nedavno proučevali tudi v Sloveniji. Analiza medijskih besedil ter fotografij je pokazala, da slovenski mediji večino poročanja o starostnikih namenijo kratkemu in rutinskemu prikazu aktivnosti in življenja starostnikov ter ekonomski dimenziji, v okviru katere so starostniki obravnavani kot finančno breme družbe. Podobno kot ugotavlja Angela Kydd s soavtoricami (2018), je raziskava pokazala na razliko med »dobrimi« in »slabimi starostniki«, tj. tistimi, ki so aktivni in pomagajo svojim potomcem, in drugimi, ki so potrebni pomoči (Tomanič Trivundža, 2016).

Starizem lahko legitimizira uporabo kronološke starosti kot podlago za odvzem virov in priložnosti (Collins, 2014) in se lahko kaže na različne načine kot (Chambers, 2010; Filipovič Hrast & Hlebec, 2015): a) marginalizacija in diskriminacija, b) uporaba zaničljivega in ponižujočega jezika, c) norčevanje, d) telesno, duševno, spolno in

finančno nasilje, e) ekonomska prikrajšanost, f) omejene življenjske priložnosti. Starizem v zdravstvu pa se najpogosteje kaže kot zloraba, pootročenje, poniževanje, uporaba ponižujočega govora, medikalizacija, neustrezno zdravljenje pacientov (Chambers, 2010).

Starizem v zdravstvu

Starostniki predstavljajo visok delež uporabnikov zdravstvenih storitev in njihova oskrba močno vpliva na stroške zdravstvene oskrbe. Neizpodbitno je namreč, da se skupina ljudi v najvišji starostni skupini (80 let in več) naglo povečuje, s tem pa tudi delež ljudi s kompleksnimi zdravstvenimi težavami (Wyman et al., 2018). Poročilo Washingtonskega medicinskega inštituta (Institute of Medicine, 2008) ugotavlja prisotnost negativnih odnosov do starostnikov na vseh ravneh zdravstva. Starizem, predsodki in diskriminacija predstavljajo potencialno oviro za enakost v zdravju, predvsem z vidika kakovosti in kvantitete zdravstvene oskrbe, nudene starejšim osebam in njihovim zdravstvenim izidom (Wyman et al., 2018).

Wyman s soavtorji (2018) starizem v zdravstvu opredeli na mikro in makro ravni.

Starizem na mikro ravni

I. Prakse starizma med zdravstvenimi delavci

Zdravstveni delavci se pogosteje srečujejo z bolnimi, onemoglimi starostniki in raziskave med njimi kažejo na povezavo med negativnimi odnosi in strahom pred staranjem (Liu et al., 2015). Sicer raziskave kažejo tako na pozitiven kot negativen odnos zdravnikov in medicinskih sester do starostnikov. Angleška raziskava med stoletniki (Koch et al., 2007) je pokazala, da so osebe v četrtem življenjskem obdobju ob stiku z zdravstvenimi in socialnimi službami v nevarnosti, da izgubijo dostojanstvo, lastno identiteto in neodvisnost. Zaskrbljujoča je ugotovitev ene od raziskav (Courtney et al., 2000) o povezavi med negativnim odnosom zdravstvenega osebja do starostnikov in njihovimi kliničnimi odločitvami. Starizem se lahko kaže tudi v neustreznem zdravljenju in uživanju zdravil pri starejših pacientih. Fialova s soavtorji (2018) ocenjuje, da današnja zdravstvena oskrba in uporaba zdravil med starostniki ne ustrezata specifičnim potrebam starejših pacientov. Menijo, da so starostniki pogosto nezdravljeni v primerih, ko je zdravljenje pomembno in potrebno, ali pa neustrezno trpijo zaradi neželenih reakcij na zdravila ali nepotrebnih in agresivnih zdravljenj.

II. *Komunikacija, podkrepljena s starizmom med zdravstvenimi delavci*

Naslednji vidik starizma se odraža v načinu komunikacije zdravstvenega osebja s pacientom. Izraelska raziskava, v kateri so primerjali zdravnike, medicinske sestre in socialne delavce, je pokazala, da je praksa izključevanja starejših oseb iz pogovora prisotna v različnih zdravstvenih poklicih. Zdravstveni delavci so na primer o stvareh, ki zadevajo starostnike, govorili z njihovimi družinskimi člani ali pa so sprejemali klinične odločitve brez ustrezne vključitve starostnika samega. Kot razloge za takšno komunikacijo so navedli: 1) pomanjkanje samozavedanja o takšnem načinu komuniciranja, 2) izbiranje najlažje poti, 3) na starostnika ne gledajo osebno (kot na osebo) (Ben-Harush et al. 2016, citirano v Wyman et al., 2018).

III. *Dejavniki, povezani s starizmom v zdravstvenih in socialno-varstvenih ustanovah*

Starizem v zdravstvenih ustanovah je lahko rezultat dejavnikov, ki so povezani z zdravstvenimi delavci in s starejšimi pacienti. Sistematični pregled 25 raziskav ugotavlja, da so najpogostejši napovedovalci negativnega odnosa do starostnikov med medicinskimi sestrami želja po delu s starostniki, stopnja gerontološkega znanja ter močan strah pred lastnim staranjem (Liu et al., 2015, 2013). Novejša raziskava med izvajalci zdravstvene nege v 13 domovih za starejše v Sloveniji (Hvalič Touzery & Skela Savič, 2017) ugotavlja, da je bil negativen odnos do starostnikov prisoten pri 7,8 % (n=14) anketirancev, pozitiven pri 45,2 % (n=81) anketirancev, nevtralen pa pri 46,9 % (n=84) anketirancev. Splošno znanje o starostnikih, staranju in duševnih boleznih v starosti je bilo pomanjkljivo, a kot ugotavljata avtorici, so rezultati mednarodno primerljivi. Omenjena in angleška raziskava med medicinskimi sestrami (Liu et al., 2015) kaže na pozitiven odnos medicinskih sester do dela s starostniki. Za razliko od njiju pa številne druge raziskave ugotavljajo nezainteresiranost medicinskih sester in študentov zdravstvene nege za delo s starostniki (Hvalič Touzery et al., 2013; Kydd et al., 2014; Skela-Savič & Hvalič Touzery, 2014). Za to navajajo več razlogov, kot so »značilnosti dela s starimi ljudmi, delo ne predstavlja izziva, slabe možnosti za razvoj kariere, negativen odnos zdravstvenega osebja do starih ljudi in slaba klima v timu na gerontoloških oddelkih, nizko vrednotenje področja dela in prisotnost pacientov s terminalno boleznijo, negativne izkušnje tekom izobraževanja ter pomanjkanje gerontoloških vsebin v učnem načrtu« (Hvalič Touzery & Skela Savič, 2017, str. 6).

Kot pravi Wyman s soavtorji (2018), lahko nekatere značilnosti starostnikov povečajo verjetnost starizma. Zdravstveni delavci lahko razvijejo svoj odnos do starejših pacientov na podlagi zdravniških diagnoz, funkcionalnih omejitev starostnikov in simptomov, ki jih imajo. Z negativnim odnosom do starostnikov sta povezana povečana medikalizacija starosti ter pojav zdravizma kot individualne odgovornosti za zdravje ob zmanjševanju pomena drugih dejavnikov (Ng et al., 2015). Starostniki lahko v prizadevanju, da bi se oddaljili od stereotipnih pogledov na starost, težijo k

temu, da lastne zdravstvene težave prikrijejo, da bi še vedno sodili med tiste, ki se zdravo starajo.

IV. »Samo-starizem« starostnikov

Odnos starostnikov do starosti se lahko izraža v njihovi interakciji z zdravstvenim sistemom in kakovostjo zdravstvene obravnave ter se posledično odraža na njihovem zdravju. V družbi, kjer je starizem tako zelo prisoten, je pričakovati, da je negativen odnos do staranja prisoten tudi med starostniki samimi (Levy 2001, citirano v Wyman et al. 2018). Raziskave ugotavljajo, da starostniki na bolečino gledajo kot na običajen del starosti, da manj verjetno iščejo zdravniško pomoč, saj imajo zaradi svoje visoke starosti nizka pričakovanja, da jim bodo zdravstveni delavci pomagali (Makris et al., 2015; Wyman et al., 2018).

Starizem na makro ravni

Starizem na makro ravni se nanaša na prakse starizma na kulturnem in institucionalnem področju.

I. Starostna diskriminacija v zdravstvenem sistemu

Raziskava v več državah Evropske unije ugotavlja, da so starostniki ogroženi tudi glede slabšega dostopa do zdravstvene oskrbe. Razlogi za to so različni, od same zdravstvene politike, omejenih kapacitet v bolnišnicah in domovih za starejše, pomanjkanja možnosti za preventivo in rehabilitacijo ter čakalnih vrst pa do slabših možnosti za prevoz, visokih doplačil za zdravila in zdravstvene storitve, diskriminatornega odnosa zdravstvenega osebja itd. (Huber et al., 2008). Pogosto je težava tudi v slabši povezanosti znotraj zdravstvenih služb ter njihovi slabi povezanosti s socialnimi službami in neformalnimi oskrbovalci (Wyman et al., 2018). AGE Platform Europe (2016) poroča, da je določitev zgornje starostne meje za financiranje diagnostičnih testov, presejalnih testov in z zdravjem povezanih socialnih transferjev del politik številnih evropskih držav.

II. Slabo vključevanje starostnikov v klinične raziskave

Starejši pacienti so običajno izključeni iz razvoja in testiranja novih zdravil. Podoben trend je opazen v raziskavah o intervenciji ob kapi in rehabilitaciji po kapi, kjer je povprečna starost udeležencev v kliničnih raziskavah desetletje nižja od povprečne starosti pacientov (Gaynor et al. 2014; Hadbavna & O'Neill 2013, citirano v Wyman et al., 2018). Klinične raziskave tudi med drugimi pacienti (s srčnim popuščanjem, z rakom) kažejo, da izključitveni kriteriji pogosto izključijo mnoge starostnike (Javid et al. 2012, Cherubini et al. 2011, citirano v Wyman et al., 2018), neudeležnost v kliničnih

raziskavah pa ima močan vpliv na njihovo zdravstveno oskrbo. Kot pravi Wyman s soavtorji (2018), neudeležенost starejših pacientov v tovrstnih raziskavah preprečuje posploševanje rezultatov raziskav na starejše paciente in tako prispeva k diskriminaciji, saj se brez kliničnih dokazov, ki podpirajo uporabo novih zdravil pri starostnikih, zmanjša možnost, da bi jih starejši pacienti dejansko prejeli.

III. *Način izobraževanja zdravstvenih delavcev*

Tretji sistemski dejavnik, ki ohranja starizem v zdravstvenem sistemu, pa so izobraževalni programi zdravstvenih delavcev, ki so premalo usmerjeni k razbijanju negativnih odnosov do starosti in staranja. Ameriški in evropski študenti zdravstvene nege menijo, da je oskrba starih ljudi tema, ki ji izobraževalni programi namenjajo premalo pozornosti (Kydd et al., 2014), čeprav je tudi na tem področju v zadnjih letih zaznati izboljšave (Wyman et al., 2018).

Predhodno omenjena slovenska raziskava med zdravstvenimi delavci v domovih za starejše (Hvalič Touzery & Skela Savič, 2017) nakazuje njihovo pomanjkljivo splošno znanje s področja starosti, staranja in duševnih bolezni. Hkrati ugotavlja, da se raven splošnega znanja izboljša z višjo stopnjo izobrazbe s področja zdravstvene nege in z višjim položajem na delovnem mestu. Do spoznanja o slabšem gerontološkem znanju zdravstvenega osebja so prišle tudi druge raziskave (Wang et al., 2010; Skela-Savič & Hvalič Touzery, 2014).

Diskusija in zaključek

Družba bo zaradi socio-demografskih trendov v prihodnosti na zahtevni preizkušnji. Dejstvo je, da bo delež starejšega prebivalstva vse večji – kako se bomo na ta trend odzvali, pa bo začrtalo prihodnost družbe in ljudi v njej. Izzivi, s katerimi se že danes sooča zdravstvo, so na eni strani sistemski, kot so skrb za ohranitev dostopnosti do zdravstvenih storitev in storitev dolgotrajne oskrbe ter izboljšanje dolgoročne vzdržnosti sistemov. Na drugi strani pa so v zdravstvu izzivi, ki se dogajajo na mikro ravni, na primer prisotnost starizma in diskriminacije, kar pomembno vpliva na kakovost zdravstvene oskrbe in posledično na zdravstvene izide. Kar je starosti prijazno, je pogosto prijazno do vseh generacij, in trend negativnega starizma, ki se je, kot ugotavlja ameriška raziskava (Ng et al., 2015) tako močno zasidral v vse pore naše družbe, bo treba obrniti v pozitivno smer. Kaj je starost in kdo je star? Kot smo povedali uvodoma, je kronološka starost le številka, veliko bolj pomembni pa so drugi procesi, ki se v teku življenja dogajajo posameznikom. Zato je treba preseči le kronološki pogled na starost, ki krepi starizem in povzroča starostno diskriminacijo. Oba načina – kako družba gleda na starejše prebivalce in kako na starost gledajo ljudje sami – bosta vplivala na ravnanje s starostniki in njihovo videnje samih sebe (Kydd et al., 2018).

Kot smo ugotovili v tem pregledu aktualnih publikacij, je starizem stalnica zdravstvenih sistemov, ponudnikov zdravstvenih storitev in v zdravstvenih politikah. Starizem pa je tisti, ki lahko vodi k manj kakovostni zdravstveni oskrbi starejših pacientov (Skela-Savič & Hvalič Touzery, 2014), zato je obravnava te teme v zdravstveni oskrbi ključna za izboljšanje storitev in doseganje optimalnih zdravstvenih izidov (Bodner et al., 2018). Prvi korak k zmanjševanju praks starizma v zdravstvu je njegovo prepoznavanje. Pomembno vlogo pri zmanjševanju starizma v zdravstvu bo imelo tudi izboljšano izobraževanje ne le zdravstvenih delavcev, ampak vseh, ki v zdravstvu stopajo v stik s starostniki. Pomembno je tudi delo z neformalnimi oskrbovalci in pacienti samimi, ki bo prispevalo k zmanjševanju vpliva »samo-starizma« na zdravje (Wyman et al., 2018). In kakšna je zdravstvena oskrba brez starizma? Wyman s soavtorji (2018) meni, da takšna, ki spoštuje edinstvene potrebe starostnikov in katere rezultat je visoka stopnja zadovoljstva pacientov in doseženi zaželeni zdravstveni izidi. Temelj tovrstne oskrbe pa je individualna, k pacientu usmerjena oskrba.

Naj zaključim z mislijo, ki je bila v izvirniku usmerjena le na starejše paciente s težavami v mentalnem zdravju, a jo lahko posplošimo na vse: »Zmanjšanje starizma med zdravstvenimi delavci, starejšimi pacienti, njihovimi družinskimi člani in prijatelji morda ne bo dodalo let življenjem starostnikov, lahko pa bo dodalo življenje njihovim letom – kar je morda še pomembnejše« (Bodner et al., 2018, str. 257).

Literatura

AGE Platform Europe, 2016. AGE Platform Europe Position on Structural Ageism. AGE Platform Europe.

Arber, S., Ginn, J. (Eds.), 1995. Connecting Gender and Ageing: A Sociological Approach. Buckingham: Open University Press.

Ayalon, L., Tesch-Römer, C. (Eds.), 2018. Contemporary Perspectives on Ageism, International Perspectives on Aging. Springer Open.

Baars, J., 2010. Time and ageing: Enduring and emerging issues, in: The SAGE Handbook of Social Gerontology. New York-London: SAGE Publishers, str. 367–376.

Baars, J., 2007. Chronological Time and Chronological Age: Problems of Temporal Diversity. In: Baars, J., Visser, H. (Eds.), Aging & Time - Multidisciplinary Perspectives. Amityville: Baywood Publishing, str. 1–13.

Baars, J., Visser, H. (Eds.), 2007. Aging and Time. Multidisciplinary Perspectives. Amityville: Baywood Publishing.

Bodner, E., Palgi, Y., Wyman, M.F., 2018. Ageism in Mental Health Assessment and Treatment of Older Adults, in: Ayalon, L., Tesch-Römer, C. (Eds.), Contemporary Perspectives on Ageism, International Perspectives on Aging. Springer Open, str. 241–262.

Chambers, P., 2010. Age and ageing, in: Sociology for Nurses. Polity Press, Cambridge, str. 119–137.
Cohen-Mansfield, J., Shmotkin, D., Blumstein, Z., Shorek, A., Eyal, N., Hazan, H., CALAS Team, 2013. The old, old-old, and the oldest old: continuation or distinct categories? An examination of the relationship between age and changes in health, function, and wellbeing. Int. J. Aging Hum. Dev. 77,

Collins, Noel. 2014. "A Brief Introduction to the Social Theory of Ageing and Ageism." *Old Age Psychiatrist* 59. https://www.rcpsych.ac.uk/pdf/Noel%20Collins%20essay4_v6.pdf.

Courtney, M., Tong, S., Walsh, A., 2000. Acute-care nurses' attitudes towards older patients: A literature review. *Int. J. Nurs. Pract.* 6, str. 213–240.

European Commission, 2018a. The 2018 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2016-2070) (Institutional Paper No. 79). Brussels: European Commission.

European Commission, 2018b. The 2018 Ageing Report: cross country tables, in: The 2018 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2016-2070), Luxembourg: European Economy. European Commission.

Fialova, D., Kummer, I., Držaić, M., Leppee, M., 2018. Ageism in Medication Use in Older Patients, in: Ayalon, L., Tesch-Römer, C. (Eds.), *Contemporary Perspectives on Ageism, International Perspectives on Aging*. Springer Open, str. 213–239.

Filipovič Hrast, M., Hlebec, V., 2015. Staranje prebivalstva: oskrba, blaginja in solidarnost. Univerzitetni učbenik. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, Založba FDV.

Hafford-Letchfield, T., 2013. Social work, class and later life, In: Formosa, M., Higgs, P. (Eds.), *Social Class in Later Life: Power, Identity and Lifestyle*. The Policy Press, Bristol.

Higgs, P., Gilleard, C., 2014. Frailty, abjection and the 'othering' of the fourth age. *Health Sociol. Rev.* 23. Huber, M., Stanciole, A., Wahlbeck, K., Tamsma, N., Torres, F., Jelfs, E., Bremner, J., 2008. Quality in and equality of access to healthcare services. European Commission Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities.

Hvalič Touzery, S., 2014. Zdravje, počutje in zadovoljstvo z življenjem najstarejših starih v Sloveniji. *Teor. Praksa* 51, str. 458–474.

Hvalič Touzery, S., Kydd, A., Savič, B.S., 2013. Odnos do dela s starostniki med kliničnimi mentorji. *Obz. Zdr. Nege* 47, str. 157–168.

Hvalič Touzery, S., Skela Savič, B., 2017. Stopnja znanja o Alzheimerjevi bolezni, starost in odnos do dela s starostniki med zaposlenimi v domovih za starejše v Sloveniji (Raziskovalno poročilo projekta). Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin.

Institute of Medicine, 2008. Retooling for an aging America: Building the health care workforce. Washington, DC: National Academies Press.

Kamin, T., 2006. Zdravje na barikadah: dileme promocije zdravja. Knjižna zbirka Psihologija vsakdanjega življenja. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Klemenc-Ketiš, Z. (Ed.), 2009. Medikalizacija: učno gradivo za 26. učne delavnice za zdravnike družinske medicine. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine.

Koch, T., Power, C., Kralik, D., 2007. Researching with centenarians. *Int. J. Older People Nurs.* 2, str. 52–61.

Komp, Katharine, 2011. The Political Economy of the Third Age, in: Carr, D., Komp, K. (Eds.), *Gerontology in the Era of the Third Age*. Springer, New York, str. 51–66.

Kydd, A., Engström, G., Touhy, T., Newman, D., Skela-Savič, B., Hvalič-Touzery, S., Zurc, J., Galatsch, M., Ito, M., Fagerberg, I., 2014. Attitudes of Nurses, and Student Nurses Towards Working with Older People and to Gerontological Nursing as a Career in Germany, Scotland, Slovenia, Sweden, Japan and the United States. *Int. J. Nurs. Educ.* 6, 182–190.

Kydd, A., Fleming, A., Gardner, S., Hafford-Letchfield, T., 2018. Ageism in the Third Age, *International Perspectives on Aging*. Springer Open.

Kydd, A., Hvalič Touzery, S., Paoletti, I., Fleming, A., 2015. Defining old age – a concept worthy of discussion. Presented at the 9th international scientific conference, Fakulteta za zdravstvo Jesenice, Jesenice, str. 76–77.

Liu, Y.-E., Norman, I.J., While, A.E., 2015. Nurses' attitudes towards older people and working with older patients: an explanatory model. *J. Nurs. Manag.* 23, str. 965–973.

Liu, Y.-E., Norman, I.J., While, A.E., 2013. Nurses' attitudes towards older people: A systematic review. *Int. J. Nurs. Stud.* 50, str. 1271–1282.

Makris, U.E., Higashi, R.T., Marks, E.G., Fraenkel, L., Sale, J.E.M., Gill, T.M., Reid, M.C., 2015. Ageism, negative attitudes, and competing co-morbidities – why older adults may not seek care for restricting back pain: a qualitative study. *BMC Geriatr.* 15, 39.

Ng, R., Allore, H.G., Trentalange, M., Monin, J.K., Levy, B.R., 2015. Increasing Negativity of Age Stereotypes across 200 Years: Evidence from a Database of 400 Million Words. *PLOS ONE* 10, e0117086.

Oeppen, J., Vaupel, J.W., 2002. Demography. Broken limits to life expectancy. *Science* 296, 1029–1031.

Pan, I.J., 2007. The effect of an experiential learning strategy on nursing students' knowledge and attitudes toward older people in Taiwan.

Schaie, K.W., 2007. The Concept of Event Time in the Study of Adult Development, In: *Aging and Time. Multidisciplinary Perspectives*. Baywood, Amityville, str. 121–136.

Skela-Savič, B., Hvalič Touzery, S., 2014. Nursing students' and clinical mentors' knowledge and views on working with old people. *Zdr. Vestn* 83, str. 102–114.

Tomanič Trivundža, I., 2016. Projekt Razbijanje stereotipov o starosti v medijih. Poročilo o analizi novinarskih prispevkov v slovenskih medijih v obdobju od 28. 3. do 1. 6. 2016. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.

Uffink, J., 2007. Tame and Ageing: A Physicist's Look at Gerontology, In: Baars, J., Visser, H. (Eds.), *Aging & Time - Multidisciplinary Perspectives*. Baywood Publishing, str. 137–160.

Ule, M., 1994. Temelji socialne psihologije. Znanstveno in publicistično središče, Ljubljana.

Vlada Republike Slovenije, Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, Urad za makroekonomske analize in razvoj, 2017. Strategija dolgožive družbe. Ljubljana: UMAR.

Wang, C.-C., Liao, W.-C., Kuo, P.-C., Yuan, S.-C., Chuang, H.-L., Lo, H.-C., Liao, H.-Y., Elaine, M., Lee, M.-C., Yen, C.-H., 2010. The Chinese version of the Facts on Aging Quiz scale: reliability and validity assessment. *Int. J. Nurs. Stud.* 47, str. 742–752.

White, K., 2002. *An Introduction to the Sociology of Health and Illness*. London.

Wyman, M.F., Shiovitz-Ezra, S., Bengel, J.B., 2018. Ageism in the Health Care System: Providers, Patients, and Systems, in: Ayalon, L., Tesch-Römer, C. (Eds.), *Contemporary Perspectives on Ageism, International Perspectives on Aging*. Springer Open, str. 193–212.

IZZIVI ZA VAROVANJE PRAVIC STAREJŠIH

Challenges for the protection the rights of the elderly

Vlasta Nussdorfer,
varuhinja človekovih pravic
info@varuh-rs.si

Izvleček

Varuh človekovih pravic Republike Slovenije pri svojem delu posebno pozornost namenja starejšim. Kot nadzorni most med javnostjo in državo sprejema pobude starejših ali pa odpira širša vprašanja, ki so povezana z njihovimi pravicami. Ker menimo, da je na področju zagotavljanja pravic starejših treba narediti še več, je Varuh leto 2018 posvetil prav njim. Sodelavci Varuha so v letu 2018 izvedli več raziskav na področju varstva pravic starejših, osredotočili smo se na problematiko prehrane v domovih za starejše, bolnišnične okužbe in skrbništvo, pa tudi na problematiko starejših invalidov in oseb z omejenim gibanjem. Raziskovali smo tudi varstvo pravic starejših v pokojninskih upravnih postopkih. Na podlagi ugotovitev raziskav smo pripravili vrsto zaključkov in priporočil.

Ključne besede: varuh človekovih pravic, človekove pravice, starejši

Abstract

In his work, the Ombudsman of the Republic of Slovenia pays special attention to the elderly. As a bridge between the public and the state, it accepts older people's initiatives or opens up wider issues that are related to their rights. Because we believe that more needs should be fulfilled in the field of ensuring the rights of the elderly the Ombudsman dedicated the year 2018 to them. In 2018, the Ombudsman's staff carried out several research in the field of the protection of the rights of older people, focusing on the issues of nursing homes, hospital infections and custody, as well as the issues of older disabled people and persons with restricted mobility. We also investigated the protection of the rights of older people in retirement administrative procedures. Based on the findings of the research, a number of conclusions and recommendations have been prepared.

Key words: Ombudsman, human rights, elderly

Varuh človekovih pravic Republike Slovenije (v nadaljevanju: Varuh) pri svojem delu posebno pozornost namenja starejšim. Demenca in druge oblike sprememb, ki jih doživljajo starostniki, predstavljajo velik izziv za našo družbo. Z daljšim življenjem, ki so nam ga prinesli napredki moderne znanosti, narašča tudi število starejših, ki za uresničevanje svojih pravic ne morejo poskrbeti sami. Zato moramo skupaj poskušati najti rešitve, ki bodo v največji možni meri upoštevale tako varstvo osebnosti posameznika kot njegovo zdravstveno varnost. Varuh seveda ne more uveljavljati pravic starejših namesto njih samih, lahko pa je nadzorni most med javnostjo in državo. Sprejema pobude starejših ali pa odpira širša vprašanja, ki so povezana z njihovimi pravicami.

Varuh je v času mojega mandata, v zadnjih šestih letih, Državnemu zboru Republike Slovenije poslal vrsto priporočil. Predlagal je prenovu sedanjih kadrovskega normativov za zdravstveno in negovalno osebje v domovih za starejše občane. Opozorili smo, da mora država zagotoviti dovolj postelj v domovih za starejše v vsej državi in hkrati podpirati vse ukrepe, ki bodo omogočali starejšim ljudem (ob ustreznih oblikah pomoči) čim daljše bivanje v domačem okolju. Opozorili smo tudi na usposabljanje zaposlenih na področju dela z osebami z demenco, na področju komunikacije s svojci in na drugih področjih njihovega dela. Vlado smo pozvali, da pripravi celovito strategijo varstva starejših pred nasiljem in pred vsemi oblikami izkoriščanja. Varuh je predlagal ustanovitev urada za starejše, ki bi pripravljali smernice in dokumente, nujne za zagotovitev varnejše starosti. Tako bi lahko zaživele tudi številne oblike pomoči, svetovanja in zagovornišva za starejše osebe. Veseli smo, da so bila naša priporočila v nekaterih primerih slišana in upoštevana, vendar pa je vseeno treba poudariti, da na nekatere spremembe še vedno čakamo.

Prav zato, ker menimo, da je na področju zagotavljanja pravic starejših treba narediti še več, smo leto 2018 posvetili njim. V letošnjem letu smo se pri Varuhu seznanili s poročanjem medijev, da naj bi bili nekateri starostniki, ki bivajo v domovih za starejše, lačni ali celo podhranjeni. Do nas so prispele pripovedi o nasilju nad starejšimi, o dolgotrajnem čakanju na prosto mesto v domovih za starejše zaradi bolnišničnih okužb, o težavah s skrbništvom in še bi lahko naštevali. Težav seveda nimajo le starejši, z njimi se soočajo tudi tisti, ki starejšim nudijo potrebno nego in oskrbo. V domovih za starejše so nam tako povedali, da njihovi zaposleni le s težavo sledijo čedalje bolj zahtevni zdravstveni negi, ki jo potrebujejo njihovi stanovalci. Ob dejstvu, da je v domovih za starejše kar 21,3 % stanovalcev starejših od 90 let (Lekič Poljšak, 2018), to ne preseneča.

Pričujoči prispevek je namenjen seznanitvi bralca z ugotovitvami Varuha, ki so plod vrste raziskav, opravljenih v letošnjem letu. Ugotovitve raziskav smo 27. septembra

2018 predstavili na posvetu, ki smo ga pripravili v sodelovanju z Državnim svetom Republike Slovenije. Posvet je nosil naslov »Starejši kot sedanost in prihodnost družbe«.

Sodelavci Varuha so v letu 2018 na domove za starejše naslovili obsežne vprašalnike, ki so bili februarja 2018 na seznamu domov, objavljenem na spletni strani Skupnosti socialnih zavodov Slovenije. Vprašalniki so vsebovali vprašanja, povezana s prehrano v domovih za starejše, bolnišničnimi okužbami in skrbništvom. Do konca maja 2018 smo prejeli 76 odgovorov, s čimer smo zajeli podatke za nekaj več kot 14.000 stanovalcev. Na tak način smo pridobili osnovne podatke iz domov za starejše. Ker menimo, da je pomembno tudi mnenje stanovalcev, smo obiskali še nekaj domov za starejše in se pogovorili z naključnimi stanovalci ter s tistimi, ki so to izrecno želeli. Tako smo v mesecih od marca 2018 do julija 2018 obiskali 10 naključno izbranih domov za starejše, tri obiske smo opravili napovedano, preostale nenapovedano. Pogovorili smo se z več deset stanovalci in z nekaj svojci. Ob vsakem obisku smo govorili še z vodstvom doma in/ali s tam zaposlenimi. Pri devetih obiskih smo pustili za stanovalce in svojce na recepciji doma (in na varovanem oddelku, če ga je dom imel) anonimne ankete glede prehrane (skrbništva in nasilja) ter skrinjico, kamor so imeli možnost oddati izpolnjeno anketo tisti, ki so se odločili za sodelovanje. Tako smo dobili 359 izpolnjenih anket, 226 s strani stanovalcev in 113 s strani svojcev (za ostale ni bilo mogoče ugotoviti, kdo jih je izpolnjeval) (Russi Zagožen, 2018). Poleg tega so predstavniki državnega preventivnega mehanizma, ki je notranja organizacijska enota Varuha, obiskovali starejše v domovih za starejše in v institucijah, kjer je starejšim omejeno gibanje. V sodelovanju s Fakulteto za upravo Univerze v Ljubljani je bila pripravljena tudi študentska raziskava o dostopnosti postopkov Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: ZPIZ) za starejše.

V nadaljevanju so predstavljene ključne ugotovitve navedenih raziskav in na njihovi podlagi utemeljena priporočila.

Na področju prehrane starostnikov je Varuh ugotovil, da pri stanovalcih, ki so še samostojni pri hranjenju in ki lahko izrazijo svoje potrebe in želje, ni večjih razlogov za skrb. Večjo pozornost pa terja prehranjevanje stanovalcev, ki potrebujejo delno ali popolno pomoč pri hranjenju, še posebej tistih, ki ne zmorejo več povedati, ali so žejni ali lačni, ali je hrana prevroča ali premrzla, ali jim ne ustreza itd. Zagotoviti je treba zadostno število zaposlenih, da bo vsak stanovalec dobil toliko pomoči pri hranjenju, kot je potrebuje, da bo zaužil toliko, kot zmore oziroma želi, in da ne bo ostajal lačen. Pomembno je tudi, da hranjenje ne poteka v naglici, temveč z občutkom za stanovalca, s spoštovanjem njegove osebne integritete in dostojanstva.

V zvezi z bolnišničnimi okužbami oziroma kolonizacijo stanovalcev z večkratno odpornimi mikroorganizmi smo pri Varuhu ocenili, da je preprečevanju in obvladovanju bolnišničnih okužb treba nameniti več pozornosti – tako znotraj domov kot na sistemski ravni. Pristojna ministrstva in zavodi morajo sprejeti sistemske ukrepe za opravljanje spremljanja in nadzora nad programi preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb. Če obstoječe smernice ne zadostujejo potrebam na terenu in ne prispevajo k poenotenju praks med domovi za starejše, jih je treba ponovno proučiti in pripraviti nove. Zagotoviti je treba tudi učinkovit nadzor nad izvajanjem programov preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb. Tako smernice kot nadzorni mehanizmi morajo ustrezno rešiti problematiko izolacije okuženih, ki je lahko dolgotrajna in pomembno vpliva na kakovost življenja stanovalcev v domovih. Menimo, da je predvsem treba poskrbeti, da bodo vsi kolonizirani stanovalci v domovih prejeli pomoč, oskrbo in nego, ki jo potrebujejo. Posebno pozornost moramo nameniti ranljivim skupinam stanovalcev, predvsem tistim z demenco, in jim omogočiti aktivno vključevanje v življenje v domu, ne da bi pri tem ogrozili zdravje ostalih stanovalcev in zaposlenih. V zvezi s tem je v domovih treba izvajati ustrezna izobraževanja tako z vidika zdravstvene nege in oskrbe stanovalcev kot komunikacije z njimi in njihovimi svojci (Cotič Zidar & Jazbec, 2018).

Glede problematike skrbništva Varuh meni, da je treba razumeti, da je skrbništvo predvsem pomoč posamezniku pri izražanju njegove volje, ne pa nadomestitev volje posameznika. Področje nadzora nad skrbniki je nujno ustrezno urediti. V zvezi s tem je Varuh priporočil Vladi, naj pripravi predlog sprememb Zakona o ratifikaciji Konvencije o pravicah invalidov in izbirnega protokola h Konvenciji o pravicah invalidov: upoštevati morajo uveljavljeno slovensko pravno terminologijo, ki se nanaša tudi na področje skrbništva.

Glede nasilja nad starejšimi Varuh ocenjuje, da je to tema, ki zahteva izobraževanje vseh, predvsem pa tistih, ki za starejše osebe skrbijo, jim nudijo nego in varstvo. Le z izobraževanjem in ozaveščanjem o problematiki nasilja nad starejšimi bomo namreč lahko dosegli, da bodo različne oblike nasilja prepoznane in da bomo ob nasilju ustrezno ukrepali.

V zvezi s starejšimi, ki jim je omejeno gibanje v zaporih ali drugje, Varuh meni, da je treba vzpostaviti sistem, ki bo starejšim z omejenim gibanjem kar najbolj prilagojen. Pri zagotavljanju tovrstnega sistema morajo vsi zavodi za prestajanje kazni zapora, institucije z varovanimi oddelki in drugi upoštevati priporočila državnega preventivnega mehanizma ter v zvezi z njimi sprejeti ustrezne ukrepe (Gačnik, 2018).

Varuh je v letošnjem letu proučeval tudi t. i. pokojninske upravne postopke v povezavi z varstvom pravic starejših. Problemi, s katerimi se soočajo starejši pri poslovanju z ZPIZ, so predvsem nerazumevanje pravnega jezika, oddaljenost območnih enot in pomanjkanje znanja o uporabi eZPIZ. Varuh predlaga, da ZPIZ razmisli o tem, kako bi svoje delo in informiranje prilagodil specifiiki starejših oseb, in sicer z upoštevanjem znanstvenih dognanj na področju staranja možganov ter s sodelovanjem nevladnih organizacij, ki so seznanjene s problemi, s katerimi se starejši soočajo v postopkih pred upravnimi organi. Menimo, da bi bilo smiselno razmisliti tudi o učnih vsebinah za starejše o uporabi Moj e-ZPIZ spletne platforme.

Varuh posebno skrb posveča tudi starejšim invalidom. Ker se s staranjem prebivalstva povečuje tudi število starostno pogojene invalidnosti, menimo, da bo v prihodnje pri izobraževanju zaposlenih in gradnji domov za starejše, načrtovanju prostora in v socialnih politikah nujno nameniti več pozornosti programom in politikam, ki bodo upoštevali pogoste invalidnosti pri starejših, kot so gibalna oviranost, gluhost, slepost oziroma slabovidnost.

Iz vsega navedenega izhaja, da so za uresničevanje pravic starejših ter zagotavljanje kakovostne obravnave starostnikov v institucijah in domačem okolju potrebne sistemske spremembe. Varuh bo s predstavljenimi priporočili in zaključki seznanil pristojne državne organe, od katerih bomo pričakovali ustrezno ukrepanje, ki ga bomo tudi preverili.

Literatura

Cotič Zidar, Ž. & Jazbec, L., 2018, Preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb v domovih za starejše, Starejši kot sedanjost in prihodnost družbe, Državni Svet Republike Slovenije in Varuh človekovih pravic Republike Slovenije, str. 87–94.

Gačnik R., 2018, Razmere za zaprte osebe, ki so starejše, ali/in invalidne, z gibalnimi ovirami, gluhe/naglušne, slepe/slabovidne ali/in neme, Starejši kot sedanjost in prihodnost družbe, Državni Svet Republike Slovenije in Varuh človekovih pravic Republike Slovenije, str. 189–199, in Markič J., 2018, Državni preventivni mehanizem, vloga in pomen, Starejši kot sedanjost in prihodnost družbe, Državni Svet Republike Slovenije in Varuh človekovih pravic Republike Slovenije, str. 173–178

Lekič Poljšak, V., 2018, Delovanje domov za starejše, Starejši kot sedanjost in prihodnost družbe, Državni Svet Republike Slovenije in Varuh človekovih pravic Republike Slovenije, str. 61–68.

Russi Zagožen, I., 2018, Prehrana v domovih za starejše, Starejši kot sedanjost in prihodnost družbe, Državni Svet Republike Slovenije in Varuh človekovih pravic Republike Slovenije, str. 75–80.

NUJNOST ENOTNE SISTEMSKE UREDITVE DOLGOTRAJNE OSKRBE V SLOVENIJI

The need for a uniform systemic regulation of long-term care in Slovenia

mag. Klavdija Kobal Straus

Ministrstvo za zdravje
klavdija.kobal-straus@gov.si

mag. Emilija Guštin

Ministrstvo za zdravje
emilija.gustin@gov.si

Izvleček

Dolgotrajna oskrba v Sloveniji ni enotno sistemsko urejena. Potrebne so strukturne spremembe, med njimi tudi spremembe socialnih sistemov, ki bodo podlaga za nove storitve, nove oblike dela in zbiranje novih finančnih virov za zagotavljanje finančne stabilnosti in dolgoročne vzdržnosti sistema. To bo osebam, ki ne zmorejo več samostojno poskrbeti zase, ob njihovem dejavnem sodelovanju omogočilo kakovostno in varno življenje.

Ključne besede: starejše osebe, finančna vzdržnost, kakovost in varnost storitev, celostna obravnava

Abstract

Long-term care in Slovenia is not uniformly systemic. Structural changes are needed, including changes in social systems that will provide the basis for new services, new forms of work and the new financial resources to ensure the financial stability and long-term sustainability of the system, which will enable people who can no longer independently take care of themselves and enabled active participation of client for a quality and safe life.

Key words: elderly people, financial sustainability, quality and safety of services, comprehensive care

Uvod

Po mednarodnih definicijah je dolgotrajna oskrba (v nadaljnjem besedilu: DO) opredeljena kot niz storitev (ali prejemkov), ki jih potrebujejo posamezniki z zmanjšano stopnjo sposobnosti samooskrbe, zaradi česar so v daljšem časovnem obdobju odvisni od pomoči druge osebe pri opravljanju osnovnih oziroma podpornih dnevnih opravil, pri čemer se osnovna dnevna opravila pogosto zagotavljajo v kombinaciji z zdravstvenimi storitvami (Colombo, et al., 2011; EUROCARERS, 2015).

Pričakovana življenjska doba v starosti 65 let se je v zadnjih desetletjih za oba spola pomembno podaljšala, kar je povezano predvsem z boljšo in lažje dostopno zdravstveno oskrbo, bolj zdravim slogom življenja in izboljšanimi življenjskimi pogoji starejših oseb.

Podaljševanje življenjske dobe pa ne pomeni nujno, da bo posameznik ta leta preživel v zdravju in sposobnosti popolne samooskrbe. Slovenija je s pričakovano življenjsko dobo (19,5 let) v starosti 65 let v povprečju držav OECD (19,5 let), po pričakovanih letih zdravega življenja v starosti 65 let pa Slovenija (7,9 let) zaostaja za povprečjem OECD (9,4 let). Delež starejših od 65 let se je v državah OECD z manj kot 9 % v letu 1960 povečal na 17 % v letu 2015, pri čemer gre pričakovati nadaljnjo rast deleža starejših od 65 let, ki naj bi leta 2050 dosegel 28 %. Delež starejših od 65 let naj bi v Sloveniji z 18 % v letu 2015 narasel na preko 30 % v letu 2050, delež starejših od 80 let pa s 5 % na preko 10 % (OECD, 2017). Projekcije kažejo, da bosta leta 2050 Slovenija in Bolgarija demografsko najstarejši evropski državi (He, et al., 2016).

Pričakovati gre, da bomo v starosti določen del let življenja preživel v odvisnosti od pomoči drugih oseb pri opravljanju osnovnih oziroma podpornih dnevnih opravil, in zdi se, da kot družba na to nismo ustrezno pripravljeni. Rast izdatkov za DO se povečuje hitreje kakor rast zdravstvenih izdatkov, zato se bo po pričakovanjih zaradi vpliva demografskih sprememb do leta 2035 podvojila. Povečano povpraševanje in potreba po storitvah na področju DO, zlasti storitvah formalne oskrbe, ki so v večjem deležu sofinancirane iz javnih virov, ima lahko pomemben vpliv na javne finance. Ob staranju prebivalstva in s tem povečani potrebi po DO pa je treba upoštevati tudi dejavnike, ki niso neposredno povezani s staranjem prebivalstva, kot so manjša dostopnost izvajalcev neformalne oskrbe ter pričakovan višji standard oskrbe, kar ima prav tako lahko pomemben vpliv na javne izdatke (European Commission, 2018).

Če ne bomo zmogli hitrih proaktivnih odločitev za zagotovitev alternativnih virov, bomo v Sloveniji zaradi vpliva demografije morali zmanjševati obseg pravic iz javnih sredstev (Ministrstvo za zdravje, 2016). To bo pomembno zmanjšalo dostopnost in dosegljivost kakovostnih in varnih storitev DO in dodatno povečalo zasebne izdatke za DO oziroma pritisk na zdravstveno blagajno (European Commission, 2011), ne nazadnje pa tudi na družino osebe (tako s finančnega vidika kot z vidika zagotavljanja potrebnih storitev), ki potrebuje DO. Upoštevati je treba tudi dejstvo, da neustrezna

kakovost storitev DO predstavlja tveganje za zdravje in dobro počutje uporabnikov (European Commission, 2018), kar se ponovno izrazi v povečani obremenitvi zdravstvenega sistema, pa tudi v zmanjšani avtonomiji posameznika. Potreben je učinkovit javni nadzor nad kakovostjo izvajanja storitev s ciljem upoštevanja glasu in volje uporabnika v procesu načrtovanja in izvajanja storitev, učinkovite in namenske porabe sredstev za DO, saj se bo potreba po sredstvih glede na napovedi do leta 2050 podvojila, ne nazadnje zato, ker je vlada odgovorna za zaščito vseh državljanov, zlasti pa ranljivih skupin prebivalstva (OECD, 2013), med katere spadajo tudi posamezne kategorije starejših. Ključna je možnost zgodnjega dostopa upravičencev do storitev in do aktivnosti, ki jih bodo opolnomočile in podprle, da bodo izboljšali ali pa čim dlje zadržali obstoječo stopnjo samooskrbe (Senior Rights Service, 2018).

Potreba po DO ni omejena s konkretnim starostnim obdobjem, res pa je, da je tveganje odvisnosti manjše pri mlajši populaciji, zato je v središču pozornosti ureditve področja prvenstveno starejša populacija (Social Protection Committee, 2018).

Ureditev DO v Sloveniji

V Sloveniji področje DO ni enotno sistemsko urejeno, niti terminološko niti z vidika pravic. Ne moremo trditi, da v Sloveniji storitev ali pravic s področja DO ne izvajamo, saj so posamezne pravice urejene v okviru številnih predpisov, kot so Zakon o spremembi in dopolnitvah Zakona o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (2017), Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (2006), Zakon o socialnem varstvu (2007), Zakon o osebni asistenci (2017), Zakon o socialnem vključevanju invalidov (2018) itd. Posledično se nam dogaja, da osebe, ki ne zmorejo več samostojno zadovoljevati svojih potreb, v sistem vstopajo po različnih poteh, so ocenjeване z različnimi ocenjevalnimi orodji in ne dostopajo nujno do primerljivih pravic za primerljive potrebe (Prevolnik Rupel, et al., 2010; European Commission, 2014).

Čeprav je želja večine, da bi takrat, ko bodo DO potrebovali, to lahko dobili v okviru svoje socialne mreže ali vsaj v domačem okolju (Huber, et al., 2009), smo v Sloveniji v preteklosti krepili predvsem področje institucionalne oskrbe starejših, nismo pa sistemsko razvijali integriranih storitev v skupnosti.

Tako ima Slovenija na 1000 prebivalcev nad 65 let na področju DO višji delež (51,7 %) posteljnih kapacitet v institucijah in bolnišnicah, kot je povprečje OECD (49,7 %) (OECD, 2017). Pomembno manj pa smo namenjali in vlagali v razvoj skupnostnih storitev, torej razvoj možnosti, da starejši, tudi ko ne morejo več samostojno poskrbeti zase ali se soočajo s težje vodljivo boleznijo, lahko ostanejo doma. Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013–2020 (2013) si je za cilj postavila vključenost 3,5 % oseb, starejših od 65 let, v storitev pomoč družini na domu – pri osebah, ki zaradi starosti ali spremljajočih starostnih pojavov niso sposobne za popolnoma samostojno

življenje. V letu 2016 je bila povprečna vključenost 1,7 % oseb ciljne populacije (IRSSV, 2016). Razloge gre najbrž iskati v še vedno različni dostopnosti storitve, poleg tega pa za razliko od institucionalne oskrbe starejših uporabniki pomoči na domu trenutno ne morejo dostopati do integrirane storitve, saj določene storitve v skupnosti niso na voljo.

Evropska komisija (2018) ocenjuje, da v trenutni ureditvi DO v Sloveniji ostaja nejasno, kako bo država povečala stroškovno učinkovitost, dostopnost in kakovost oskrbe, zato je Sloveniji ponovno izdala priporočilo za izvedbo reforme na področju DO za leti 2018 in 2019. Delež financiranja DO iz javnih virov je v letu 2015 predstavljal 72,8 % vseh izdatkov, pri čemer so izdatki za zdravstveni del DO (kamor spadajo pomoč pri osnovnih dnevni opravih, zdravstvena nega v DO) dvakrat višji kakor izdatki za socialni del DO (kamor spadajo podpirne dnevne aktivnosti, kot so: pomoč pri nakupovanju, pranju perila ipd.), pri čemer je bila le malo več kot četrтина teh izdatkov namenjena storitvam v skupnosti (58,2 % domovi za starejše, 14,9 % drugi socialni zavodi, 4,2 % bolnišnice, 22,7 % storitve v skupnosti) (SURs, 2017). Izdatki za DO so v letu 2015 v zdravstvenem delu predstavljali 0,84 bruto družbenega proizvoda (v nadaljnjem besedilu: BDP), če pa prištejemo še delež izdatkov na področju sociale, so bili celotni izdatki 1,26 % BDP. Projekcije kažejo, da se bodo izdatki za DO povečali z 1,4 odstotka BDP v letu 2010 na 2,8 do 5,6 odstotka BDP v letu 2060 (European Commission, 2011).

Sistemska ureditev DO v Sloveniji

V Sloveniji je bilo že več poskusov priprave zakona, ki bi sistemsko in enotno uredil področje DO (Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, 2010; STA, 2010). Vlada Republike Slovenije je s sklepom št. 162-7/2016-10, z dne 14. 12. 2016, področje DO delno prenesla z Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (v nadaljnjem besedilu: MDDSZ) na Ministrstvo za zdravje (v nadaljnjem besedilu: MZ). MZ je tako prevzelo nalogo priprave predloga zakona o DO, razvoj integrirane mreže izvajalcev v sodelovanju z MDDSZ ter koordinacijo izvedbe pilotnih projektov, sofinanciranih iz strukturnih skladov Evropske unije. Za izvedbo navedenih nalog je bil na MZ dne 1. 1. 2017 ustanovljen Direktorat za dolgotrajno oskrbo. Novembra 2017 je MZ v javno razpravo vložilo Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi in obveznem zavarovanju za dolgotrajno oskrbo (v nadaljnjem besedilu: PZDO) (Ministrstvo za zdravje, 2017), ki je prinašal možnost sistemske ureditve DO, integral storitve zdravstva in socialnega varstva, ki jih potrebujejo osebe v daljšem časovnem obdobju pri zadovoljevanju osnovnih in podpornih dnevni opravih, odvisne od pomoči druge osebe. PZDO je odpravljal anomalije, ugotovljene v okviru predhodnih analiz in priporočil (Črnak Meglič, et al., 2014; Nagode, et al., 2014;

Hlebec, et al., 2015; Albreht, et al., 2016; European Commission, 2016; Ministrstvo za zdravje, 2016; Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo, 2017a; Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo, 2017b; OECD, 2017), ter sledil usmeritvam Resolucije o nacionalnem planu zdravstvenega varstva (2016) in Strategije dolgožive družbe (UMAR, 2017).

Tako je PZDO prinašal:

- vzpostavitev enotnih vstopnih točk s ciljem, da na področju DO na enem mestu zagotovi vse potrebne informacije s področja DO, zdravstva in socialnega varstva;
- uvedbo enotnega ocenjevalnega orodja, s katerim bi bili za razliko od obstoječega sistema vsi, ki bi uveljavljali upravičenost do DO, ocenjeni z enotnim ocenjevalnim orodjem in v primeru upravičenosti dostopali do primerljivih pravic za primerljive potrebe, ocena pa bi se praviloma izvajala na domu upravičenca;
- jasno opredeljene pravice v DO in način uveljavljanja pravic;
- krepitev storitev pri vseh izvajalcih DO, s poudarkom krepitev storitve v skupnosti – uvedba novih storitev, ki jih izvajata bolničar negovalec in tehnik zdravstvene nege, ter novih storitev za ohranjanje samostojnosti, vključno s storitvami e-oskrbe;
- povezavo med sistemom zdravstva, socialnega varstva in DO, s čimer bi bila zagotovljena kontinuirana obravnava upravičenca skozi različne sisteme socialne varnosti, s tem pa tudi kontinuiteta v oskrbi. Kot koordinator v DO je bila zaradi dejstva, da je večina uporabnikov DO oseb s kroničnimi zdravstvenimi stanji, ker potreba po storitvah s področja osnovnih dnevnih opravil največkrat izvira iz zdravstvenih težav uporabnika in ker je za učinkovito delovanje sistema DO potrebna povezava z zdravstvenim sistemom ter sistemom E-zdravja, predlagana diplomirana medicinska sestra;
- integrirano financiranje s ciljem zagotavljanja novih virov, dolgoročne finančne vzdržnosti sistema ter transparentne in namenske porabe sredstev, povečanje financiranja iz javnih sredstev in s tem zmanjšanje finančne obremenitve tako posameznika in družine kakor lokalnih skupnosti;
- podporo izvajalcem neformalne oskrbe – tako z vidika usposabljanja za kakovostno in varno izvajanje storitve za uporabnika in izvajalca neformalne oskrbe kakor tudi možnost nadomestne oskrbe s ciljem razbremenitve izvajalca neformalne oskrbe. Predlog zakona gradi mehanizme, ki krepijo zavest potrebne spolne enakosti izvajalcev in enakopravnosti v skrbi za družinske člane, ki potrebujejo pomoč, uvaja pa tudi mehanizme, ki omogočajo formalno vključevanje dveh družinskih članov v skrb za osebo, ki ne zmore popolne samooskrbe, ter
- učinkovit javni nadzor – tako na področju izvajanja neformalne kakor formalne DO – s ciljem zagotavljanja kakovostne in varne storitve tako za uporabnike, kakor izvajalce, pri čemer je bila v ospredju vseskozi zavest, da je upravičenec in kasneje uporabnik DO aktiven partner v procesu DO, ki soustvarja proces DO (Ministrstvo

za zdravje, 2017). Po javni razpravi je potekalo medresorsko usklajevanje, predlog zakona je bil dopolnjen s predlogi, prejetimi v javni razpravi, vendar zaradi odstopa predsednika Vlade Republike Slovenije (Državni zbor RS, 2018) in s tem nepopolnih pooblastil Vlade nadaljnji postopki v zvezi s sprejemom predloga zakona niso bili mogoči.

Diskusija in zaključek

Evropski steber socialnih pravic (European Commission, 2017) poudarja, da ima vsak posameznik pravico do dostopnih in kakovostnih storitev DO, s poudarkom na storitvah na domu in skupnostnih storitvah.

DO je področje, ki ne more in ne sme biti prepuščeno naključju, ampak enotno sistemsko urejeno in primerljivo glede dostopnosti upravičencem na ravni vse države. Raziskave kažejo (Laferrère & Van den Bosch, 2015), da je delež nezadovoljenih potreb upravičencev do DO pomembno večji v državah, kjer je odgovornost za zagotavljanje DO vezana pretežno na družinske člane in kjer je socialno-ekonomski status upravičencev do DO ali njihove družine slabši. Prezreti ne gre niti dejstva, da so tako večinski uporabniki kakor večinski izvajalci neformalne oskrbe najpogostejše ženske, ki so zaradi svoje skrbstvene vloge primorane v delo s krajšim delovnim časom, odhod s trga dela ali zgodnejšo upokojitvev, kar negativno vpliva tudi na njihove prihodke (European Commission, 2018), zato je PZOD uvajal mehanizme spodbujanja spolne enakosti družinskih članov v skrbstveni vlogi.

Nezadovoljene potrebe se pogosto odražajo v zdravstvenih zapletih, slabšem zdravstvenem stanju in socialni izključenosti (van Walsem, et al., 2015; Zhu, 2015; Berkowitz, et al., 2016), posledici pa sta slabša kakovost življenja starejših in večja obremenitev zdravstvenega sistema. Odsotnost možnosti do dostopa kakovostnih storitev s področja DO vpliva na počutje in zdravstveno stanje posameznika, njegovo dostojanstvo in celo na njegovo preživetje (Social Protection Committee, 2018). Večini držav predstavlja enega ključnih izzivov na področju DO finančna dostopnost storitev (OEWGA, 2018), saj finančna obremenitev pogosto posameznikom onemogoča, da bi lahko koristili kakovostne storitve v obsegu, ki ga potrebujejo. Osebe, ki nimajo dostopa do potrebne formalne oskrbe, so tudi pogostejše žrtve zlorab in nasilja (Norway Grants, 2015). Na področju formalne oskrbe bo enega ključnih izzivov predstavljalo zagotavljanje ustreznega števila in strukture zaposlenih na področju DO. Podatki kažejo, da je bilo v letu 2015 v Sloveniji na področju DO zaposlenih 11.514 oseb, od tega 22,4 % bolničarjev negovalcev in 36 % tehnikov zdravstvene nege ter diplomiranih medicinskih sester (Smolej Jež, et al., 2016). Zagotavljanje ustreznega števila ustrezno usposobljenega kadra, ustrezno upravljanje človeških virov, z možnostjo prenosa kompetenc med različnimi profili in strokovno ter etično močan management v DO so ključnega pomena pri zagotavljanju kakovosti storitev.

Spremenjene socialne vloge pogosto ne omogočajo zagotavljanja tradicionalne vloge družine, ko so lahko v okviru večgeneracijskih družin poskrbeli za družinske člane, ki so potrebovali DO. Odsotnost storitev formalne oskrbe in odsotnost podpore izvajalcem neformalne oskrbe se odražata v nezadovoljenih potrebah upravičencev do DO. Nezadovoljene potrebe skupaj z odsotnostjo kakovostnih in varnih storitev na področju DO zmanjšujejo kakovost življenja upravičencev do DO in povečujejo pritisk na zdravstveni sistem. Potrebna je okrepitev tako formalne kakor neformalne oskrbe, zagotoviti pa je treba tudi možnost primerljivih storitev ne glede na okolje, kjer se oseba odloči živeti, ko ne zmore več samostojno poskrbeti zase. Oblikovanje mehanizmov usposabljanja in razbremenitve izvajalcev neformalne oskrbe pomembno prispeva k višji kakovosti storitev in varnosti tako za uporabnika kakor izvajalca. Slovenija je pred izzivom, kako urediti področje DO, da bo kakovostno poskrbljeno tako za današnje kot bodoče generacije upravičencev. Upanje v konsenz o enotni sistemski ureditvi področja DO vliva tudi besedilo Koalicijskega sporazuma o sodelovanju v Vladi Republike Slovenije za mandatno obdobje 2018–2022 (LMŠ, SD, SMC, SAB, DeSUS, 2018). Vprašanje, ali sistemsko ureditev DO potrebujemo, ni več vprašanje, ampak dejstvo, ki potrebuje politično voljo za ureditev področja, saj bo lahko že danes ali jutri ključno za kakovost našega življenja, če pride do dogodka ali bolezni, ki nam odvzame sposobnost tega, kar si vsi želimo – sposobnost poskrbeti zase.

Literatura

Albrecht, T., Pribaković Brinovec, R., Jošar, D., Poldrugovac, M., Kostnapfel, T., Zaletel, M. et. al., 2016. Health Systems in Transition. Dostopno na: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/312147/HiT-Slovenia_rev3.pdf?ua=1 [15. 9. 2018].

Črnak Meglič, A., Drole, J., Kobal Tomc, B., Koprivnikar, B., Lebar, L., Nagode, M. et. al., 2014. Podpora samostojnemu bivanju v domačem okolju in dolgotrajna oskrba; Analitsko poročilo DP5 projekta AHA.SI. Delovna verzija 1. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, Ministrstvo za zdravje, Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti.

Berkowitz, SA., Hulberg, AC., Hong, C., Stowell, BJ., Tirozzi, KJ., Traore, CY., et. al., 2016. Addressing basic resource needs to improve primary care quality: a community collaboration programme. *BMJ Journals*.

Colombo, F., Nozal, A. L., Mercier, J. & Tajadens, F., 2011. Help Wanted? Providing and Paying for Long – Term Care. In: *OECD Health Policy Studies*. OECD Publishing.

Državni zbor RS, 2018. Seje delovnih teles - Izbrani zapis seje (v pregledu). Dostopno na: <https://www.dz-rs.si/wps/portal/Home/deloDZ/seje/evidenca?mandat=VII&type=magdt&uid=DF3D505E4699354CC125825200391275> [14. 9. 2018].

EUROCARERS, 2015. Care services for people with ADL limitations. Dostopno na: <http://eurocarers.org/informcare/carers/caring-the-elderly-en/care-and-support-services/care-services-for-people-with-adl-limitations/> [1. 9. 2018].

European Commission, 2011. ANCIEN — Result In Brief, Preparing for an ageing Europe. Dostopno na: https://cordis.europa.eu/result/rcn/86002_en.html [2. 9. 2018].

European Commission, 2011. The 2012 Ageing Report, Underlying Assumptions and Projection Methodologies. Dostopno na: http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2011/pdf/ee-2011-4_en.pdf [13. 9. 2018].

European Commission, 2014. Adequate social protection for long term care needs in an ageing society, Report jointly prepared by the Social Protection Committee and the European Commission. Dostopno na: [file:///C:/Users/kkobal/Downloads/DGEMPL_LTCReport_Accessible_v3.0%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/kkobal/Downloads/DGEMPL_LTCReport_Accessible_v3.0%20(1).pdf) [5. 9. 2018].

European Commission, 2016. 2016 European Semester: Country Specific Recommendations / Council Recommendations. Dostopno na: https://ec.europa.eu/info/european-semester/european-semester-timeline/eu-country-specific-recommendations/2016-european_en [12. 9. 2018].

European Commission, 2017. The European Pillar of Social Rights in 20 principles. Dostopno na: https://ec.europa.eu/commission/priorities/deeper-and-fairer-economic-and-monetary-union/european-pillar-social-rights/european-pillar-social-rights-20-principles_en [10. 9. 2018].

European Commission, 2018. COUNCIL RECOMMENDATION on the 2018 National Reform Programme of Slovenia and delivering a Council opinion on the 2018 Stability Programme of Slovenia. Dostopno na: <https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/2018-european-semester-country-specific-recommendation-commission-recommendation-slovenia-en.pdf> [19. 9. 2018].

European Commission, 2018. The 2018 Ageing Report Economic & Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2016–2070). In: Luxembourg: Publications Office of the European Union.

European Commission, 2018. Pension Adequacy Report 2018. In: Luxembourg: Publications Office of the European Union.

He, W., Goodkind, D. & Kow, P., 2016. An Aging World: 2015, International Population Reports. In: Washington: U.S. Government Publishing Office.

Hlebec, V., Srakar, A. & Majcen, B., 2015. DETERMINANTE NEZADOVOLJENIH POTREB PO OSKRBI MED STAREJŠO POPULACIJO. Zdrav Var 2016.

Huber, M. et al., 2009. Facts and Figures on Long-term Care, Europe and North America. In: Austria: European Centre for Social Welfare Policy and Research.

Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo, 2017a. Mreža izvajalcev dolgotrajne oskrbe po OE ZZS. In: Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, Direktorat za dolgotrajno oskrbo.

Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo, 2017b. Priprava podlag za izvedbo pilotnih projektov, ki bodo podpirali prehod v izvajanje sistemskega zakona o dolgotrajni oskrbi. In: Ljubljana: Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti.

IRSSV, 2016. Izvajanje pomoči na domu: Analiza stanja v letu 2016. Dostopno na: https://www.irssv.si/upload2/Izvajanje%20PND%20za%20leto%202016_3.pdf [3. 9. 2018].

LaFerrère, A. & Van den Bosch, K., 2015. Unmet need for long-term care and social exclusion. Dostopno na: <https://www.siiis.net/documentos/ficha/507113.pdf> [9. 9. 2018].

LMŠ, SD, SMC, SAB, DeSUS, 2018. Koalicijski sporazum o sodelovanju v Vladi Republike Slovenije za mandatno obdobje 2018–2022. Dostopno na: <http://www.strankalms.si/wp-content/uploads/2018/08/Koalicijski-sporazum-o-sodelovanju-v-Vladi-Republike-Slovenije-za-mandatno-obdobje-2018%E2%80%932022.pdf> [18. 9. 2018].

Ministrstvo za zdravje, 2016. Analiza zdravstvenega sistema v Sloveniji. Povzetek in ključne ugotovitve. Dostopno na: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/Analiza/analiza_ZS_povzetek_in_kljucne_ugotovitve_lectorirana_verzija.pdf [4. 9. 2018].

Ministrstvo za zdravje, 2017. Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi in obveznem zavarovanju za dolgotrajno oskrbo. Dostopno na: <https://e-uprava.gov.si/drzava-in-druzba/e-demokracija/predlogi-predpisov/predlog-predpisa.html?id=7885> [15. 9. 2018].

Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, 2010. Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo. Dostopno na: http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti_pdf/ZDOZDO_uvod_cleni_in_obrazlozitev-12.03.2010.pdf [13. 9. 2018].

Nagode, M. et al., 2014. Dolgotrajna oskrba - uporaba mednarodne definicije v Sloveniji, Delovni zvezek št. 2/2014, let. XXIII. Dostopno na: https://www.researchgate.net/profile/Mateja_Nagode/publication/323309211_Dolgotrajna_oskrba_uporaba_mednarodne_definicije_v_Sloveniji/links/5a8d4d9ba6fdcc786eb06d84/Dolgotrajna-oskrba-uporaba-mednarodne-definicije-v-Sloveniji.pdf [5. 9. 2018].

Norway Grants, 2015. Recognising and treating victims of domestic violence in Slovenia.

Dostopno na: <https://eeagrants.org/News/2015/Recognising-and-treating-victims-of-domestic-violence-in-Slovenia> [5. 9. 2018].

OECD, 2013. A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care. In: s.l.:OECD Publishing.

OECD, 2017. Health at a Glance 2017: OECD Indicators. In: Paris: OECD Publishing.

OEWGA, 2018. Analysis and overview of guiding questions on long received from Member States, "A" Status National Human Rights Institut and accredited non-governmental organizations. Dostopno na: https://social.un.org/ageing-working-group/documents/ninth/OEWGA9_Substantive_Report_LTC_Palliative-Care_DESA.pdf [20. 9. 2018].

Prevolnik Rupel, V., Ogorevc, M. & Majcen, B., 2010. LONG-TERM CARE SYSTEM IN SLOVENIA. Dostopno na: <http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/Slovenia.pdf> [5. 9. 2018].
Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013–2020, 2103. Uradni list RS, št. 39/13.

Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja«, 2016. Uradni list RS, št. HYPERLINK "<http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2016-01-0999>" \t "_blank" \o "Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025", 25/16.

Senior Rights Service, 2018. ABUSE OF OLDER PEOPLE: A COMMUNITY RESPONSE FINAL REPORT. Dostopno na: https://seniorsrightsservice.org.au/wp-content/uploads/2018/05/COMMUNITY-RESPONSE_Web.pdf [12. 9. 2018].

Smolej Jež, S., Nagode, M., Jacović, A. & Davor, D., 2016. Analiza kadra v dolgotrajni oskrbi. In: Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo.

Social Protection Committee, 2018. Adequate social protection for long-term care needs in an ageing society Report jointly prepared by the Social Protection Committee and the European Commission services. In: Brussels: Council of the European Union.

STA, 2010. Skupnost socialnih zavodov predstavila svoj predlog zakona o dolgotrajni oskrbi. Dostopno na: <https://www.sta.si/1588542/skupnost-socialnih-zavodov-predstavila-svoj-predlog-zakona-o-dolgotrajni-oskrbi> [27. 8. 2018].

SURS, 2017. Dolgotrajna oskrba, Slovenija, 2015, Celotni izdatki za dolgotrajno oskrbo v 2015 (489 milijonov EUR) višji kot v 2014. Dostopno na: <https://www.stat.si/StatWeb/News/Index/7116> [25. 9. 2018].

UMAR, 2017. Strategija dolgožive družbe. Dostopno na: http://www.vlada.si/fileadmin/dokumenti/si/projekti/2017/dolgoziva_druzba/Strategija_dolgozive_druzbe_200717.pdf [12. 9. 2018].

van Walsem, M. R. H. E. I., Iversen, K., Frich, J. & Andelic, N., 2015. Unmet needs for healthcare and social support services in patients with Huntington's disease: a cross-sectional population-based study. Orphanet J Rare Dis.

Zakon o osebni asistenci, 2017. Uradni list RS, št. 10/17 in 31/18.

Zakon o socialnem varstvu, 2007. Uradni list RS, št. 3/07 – uradno prečiščeno besedilo, 23/07 – popr., 41/07 – popr., 61/10 – ZSVarPre, 62/10 – ZUPJS, 57/12, 39/16, 52/16 – ZPPreb-1, 15/17 – DZ, 29/17, 54/17, 21/18 – ZNOrg in 31/18 – ZOA-A.

Zakon o socialnem vključevanju invalidov, 2018. Uradni list RS, št. 30/18.

Zakon o spremembi in dopolnitvah Zakona o pokojninskem in invalidskem zavarovanju. Uradni list RS, št. 23/17.

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, 2006. Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJE, 21/13 – ZUTD-A, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ.

Zhu, H., 2015. Unmet needs in long-term care and their associated factors among the oldest old in China. BMC Geriatrics.

IZZIVI STARANJA V DOMAČEM OKOLJU – POGLED MEDICINSKE SESTRE V PATRONAŽNEM VARSTVU

Challenges of Getting Older in the Home Environment – a Perspective of a Nurse in Community Health Nursing

mag. Andreja Krajnc, viš. med. ses., univ. dipl. org.

Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti
andreja.krajnc@trnovska-vas.si

Izvleček

Patronažno varstvo se pri svojem delu vse bolj srečuje s posledicami demografskih sprememb v družbi, med katerimi predstavlja poseben izziv staranje prebivalstva. Namen prispevka je predstaviti vlogo patronažnega varstva pri celostni obravnavi starejših oseb in njihovih družin v domačem okolju. Statistika in demografske napovedi zadnjih let napovedujejo, da se bo v Sloveniji v prihodnjih letih močno povečal delež starih ljudi. Pri patronažnih obravnavah posameznikov in družin v domačem okolju je že zaznan močan trend naraščanja starejših, bolnih in onemoglih ljudi, ki imajo specifične potrebe po zdravstveni negi. Gre za posameznike in družine, pri katerih se pojavljajo zdravstveni in/ali socialni problemi, ki lahko odločilno vplivajo na kakovost in način življenja posameznika ter posledično slabšajo njegovo zdravstveno stanje. Patronažno varstvo uvršča starejše osebe v najbolj ranljive skupine prebivalstva, ki so zaradi bioloških lastnosti in določenih obolenj posebej občutljive na škodljive vplive iz okolja. Aktivnosti medicinske sestre v patronažnem varstvu so usmerjene k ohranjanju in krepitvi zdravja starejše osebe in njene družine, k preprečevanju dejavnikov tveganja za razvoj bolezni ter k odkrivanju različnih odstopanj, ki zahtevajo ukrepanje. Sedanjo, sicer dobro organizirano mrežo patronažne dejavnosti v Sloveniji bi bilo treba ustrezno okrepiti, opolnomočiti, ji dati avtonomijo pri odkrivanju odstopanj in jo sistematično vključiti v obravnavo problematike starejših oseb v domačem okolju.

Ključne besede: starejša oseba v domačem okolju, zdravstveni in socialni problemi starejših oseb, medicinska sestra v patronažnem varstvu

Abstract

The community health nursing increasingly encounters consequences of demographical changes in the society, among which getting older represents a special challenge

The aim of this article is to represent the role of the community health nursing in an integral treatment of old people in their home environment. The statistics and demographical forecastings of the last year predict that the number of old people will raise increasingly in the future 5 years. In treatments of individuals and families at home the strong trend of increasing the number of elders, sick, and drawn people who have specific needs is already detected. Those are individuals and families who suffer due to various health and social issues which can decisively affect the quality and mode of one's life and consequentially weaken his/her health. The community health nursing classifies the elders among one of the most vulnerable groups of population, who are, due to their biological characteristics and certain diseases, especially sensitive to harmful influences of the environment. Activities of a community health nurse are directed towards preserving and strengthening the health of an elder and his family, preventing factors of risk of a disease emergence, and discovering of various deviations that demand a response. The already existing well-organised net of the community health nursing in Slovenia should be properly complemented and strengthened. Moreover, it should receive the autonomy in discovering deviations and be systematically joined in addressing the issue of the elders in their home environment.

Key words: an elder in a home environment, health and social issues of the elders, a community health nurse

Uvod

Starostna struktura prebivalstva v svetu in tudi Sloveniji se spreminja. Zaradi podaljševanja pričakovanega trajanja življenja in maloštevilnih mladih generacij postajamo dolgoživa družba, ki se bo morala soočiti z izzivom staranja prebivalstva. Če je bilo 20. stoletje stoletje mladih, potem bo glede na demografske napovedi 21. stoletje stoletje starejših ljudi.

Dolgoživa družba je za zdravstvo na eni strani sicer velik dosežek, a hkrati predstavlja tudi velik izziv, kako poskrbeti za vse več starejših ljudi. Znano je, da se s podaljševanjem življenjske dobe povečuje obseg zdravstvenih in socialnih težav, značilnih za starostnike. Te težave jim pogosto onemogočajo sposobnost samostojnega življenja v domačem okolju, zato vse pogostejše potrebujejo pomoč in podporo različnih oseb, ki se vključujejo v formalno in neformalno oskrbo starejših.

Patronažno varstvo je definirano kot posebna oblika zdravstvenega varstva, ki opravlja aktivno zdravstveno in socialno varovanje posameznikov, družin in skupnosti, ki so zaradi bioloških lastnosti, določenih obolenj ali ne navajenosti na novo okolje občutljivi za škodljive vplive iz okolja (Rajkovič & Šušteršič, 2000).

Patronažno varstvo uvršča starejše osebe v najbolj ranljive skupine prebivalstva, ki jih obravnava. Aktivnosti medicinske sestre v patronažnem varstvu so usmerjene k ohranjanju in krepitvi zdravja starejše osebe in njene družine, k preprečevanju dejavnikov tveganja za razvoj bolezni ter k odkrivanju različnih odstopanj, ki zahtevajo ukrepanje.

Ob dejstvu, da se populacija hitro stara, vse več starejših in bolnih ljudi pa ostaja v domačem okolju, ne preseneča podatek, da iz leta v leto naraščajo potrebe starejših ljudi po storitvah patronažnega varstva.

Leta 2017 je Vlada Republike Slovenije sprejela Strategijo dolgožive družbe, ki temelji na konceptu aktivnega staranja (Vlada RS, 2017), saj poudarja aktivnost in ustvarjalnost v vseh življenjskih obdobjih, skrb za zdravje in medgeneracijsko sodelovanje ter solidarnost. Strategija v drugem stebru namenja poudarek samostojnemu in varnemu življenju vseh generacij, med najpomembnejšimi usmeritvami pa je tudi varovanje zdravja starejših oseb. V nekatere od aktivnosti, ki jih strategija v tem delu predvideva, se patronažno varstvo vključuje že danes (programi za promocijo zdravja in zdravega življenjskega sloga, oblikovanje programov za preprečevanje oviranosti pri starejših, ureditev področja najpogostejših starostnih bolezni, vzpostavitev učinkovitega sistema dolgotrajne oskrbe itd.).

Preventivna in kurativna patronažna obravnava starejše osebe v domačem okolju

Medicinske sestre v patronažnem varstvu so edini izvajalci v sistemu zdravstvenega varstva, katerih delovno mesto je na domovih pacientov in v lokalnih skupnostih, kjer obravnavajo posameznika in njegovo družino v vseh življenjskih obdobjih in tudi v obdobju žalovanja po smrti družinskega člana. Delo medicinske sestre v patronažnem varstvu mora biti usmerjeno v obravnavo območja kot celote, saj za patronažno varstvo velja, da mora biti za vsako terensko območje določena medicinska sestra, ki je kot nosilka izvajanja zdravstvene nege odgovorna za izvajanje patronažne zdravstvene nege na dodeljenem terenskem območju.

Starejše osebe sodijo v skupino prebivalstva, ki potrebuje posebno poglobljeno obravnavo, tako osebno kot družinsko. Medicinska sestra v patronažnem varstvu jih obravnava času zdravja in bolezni ter ugotavlja potrebe po zdravstveni negi, načrtuje in izvaja intervencije zdravstvene nege in vrednoti dosežene cilje. Svetuje o zdravem načinu življenja in obnašanja ter opozarja na dejavnike tveganja, ki lahko ogrozijo zdravje. Pomaga posamezniku in družinam na njihovih domovih, da se soočijo z boleznijo, kronično nezmožnostjo in s stresom.

Ocenjuje, kdo, kdaj in kaj je sposoben (posameznik ali družina) storiti zase in česa ne. Je koordinatorka vseh oblik pomoči na domu in je vez med posameznikom in njegovim osebnim zdravnikom (Železnik et al., 2011). Največkrat prevzema vlogo koordinatorke med vsemi nivoji zdravstvene dejavnosti, Centrom za socialno delo, pomočjo na domu, lokalno skupnostjo in drugimi organizacijami, ki lahko pripomorejo k optimalnemu reševanju stanj in razmer pri posamezniku in njegovi družini.

Starejše osebe so lahko z vidika patronažnega varstva obravnavane na dva načina:

- na podlagi načrtovanih preventivnih aktivnosti, ki jih medicinska sestra na določenem terenskem območju sama načrtuje ob upoštevanju Pravilnika za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (Pravilnik, 2018) – preventivna obravnava; ali
- v skladu s pisnim napotilom oziroma delovnim nalogom, ki ga izda za to pooblaščen zdravnik – kurativna obravnava.

V obeh primerih je njen cilj nudenje ustrezne pomoči starejši osebi in njeni družini za čim kakovostnejše življenje v domačem okolju, kljub morebitnemu obolenju.

Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (Pravila OZZ, 2017) med pravice do storitev osnovne zdravstvene dejavnosti uvrščajo tudi patronažno dejavnost in zdravstveno nego na domu. Preventivno dejavnost v patronažnem varstvu (preventivne obiske) lahko medicinska sestra v patronažnem varstvu v skladu z veljavno zakonodajo kompetentno načrtuje in izvaja sama. Pri načrtovanju in izvajanju preventivne dejavnosti ni odvisna od zdravnikovega naročila. Za izvajanje postopkov in posegov zdravstvene nege na domu (kurativna dejavnost) pa je odvisna od zdravnikovega naročila. Kadar se pri starejši osebi, ki je bodisi odpuščena bolnišnice ali zaradi različnih razlogov ne more prihajati v ambulantno družinskega zdravnika, pojavi zdravstveni problem, ki zahteva izvedbo intervencij zdravstvene nege v domačem okolju, zdravnik, ki je pooblaščen za zdravljenje takšne osebe, izda patronažni službi delovni nalog za izvajanje kurativnih patronažnih obiskov.

Pravno podlago za opravljanje preventivne dejavnosti najdemo v Pravilniku za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (Pravilnik, 2018), ki je bil izdan leta 1998 in je do danes doživel mnogo sprememb in dopolnitev. V točki 7, ki določa »Zdravstveno varstvo za varovance, obravnavane v patronažnem varstvu« so med drugim opredeljene pravice starejših oseb in kroničnih bolnikov do preventivnih patronažnih obiskov. Tako Pravilnik že od leta 1998 določa (Pravilnik, 2018) *»dva patronažna obiska na leto v družini bolnika z aktivno tuberkulozo, dva patronažna obiska na leto pri bolniku z mišičnimi, živčno-mišičnimi boleznimi, paraplegijo,*

tetraplegijo, multiplo sklerozo, cerebralno paralizo, osebah z motnjami v razvoju, invalidih in kronično bolnih osebah ter osebah, ki so stare več kot 65 let in so osamele in socialno ogrožene».

V vsebini Pravilnika (Pravilnik, 2018) pa ni nikjer definirano, kaj pomeni dikcija »osamel in socialno ogrožen«, kar v prakso prinaša zmedo in nerazumevanje, saj si posamezni izvajalci vsak po svoje razlagajo osamelost in socialno ogroženost starejše osebe.

Pravice do preventivne obravnave starejših v domačem okolju pa ne glede na omenjeni Pravilnik (Pravilnik, 2018) dodatno omejuje še plačnik (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije – ZZZS), ki določa Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (Pravila OZZ, 2017). Glede pravice starejših oseb do preventivnih patronažnih obiskov so Pravila OZZ v neskladju s Pravilnikom (Pravilnik, 2018). Pravila OZZ (Pravila OZZ, 2017) za zavarovane osebe, stare 25 let in več, določajo »dva patronažna obiska na leto v družini bolnika z aktivno tuberkulozo ter dva patronažna obiska na leto pri kronično bolnih osebah in težkih invalidih, ki so osameli in socialno ogroženi ter pri osebah z motnjami v razvoju«.

V praksi to pomeni, da so torej Pravila (Pravila, 2017) iz Pravilnika (Pravilnik, 2018) neskladno prevzela dikcijo »osamel in socialno ogrožen« ter jo prenesla na kroničnega bolnika, medtem ko pravice do preventivne obravnave starejše osebe v domačem okolju sploh ne dopuščajo.

S tem zdravstvena blagajna starejšim osebam omejuje možnost, da bi jih medicinska sestra v patronažni dejavnosti obiskala preventivno, ko pri njih še niso nastali zdravstveni zapleti, čeprav jim pravni akt Ministrstva za zdravje to pravico dopušča (Pravilnik, 2018). Strokovna priporočila obravnave pacientov v patronažnem varstvu, ki jih je sprejela in potrdila stroka, med najpogostejše intervencije, ki naj jih medicinska sestra izvede na preventivnem patronažnem obisku starejše osebe, med drugim navajajo (Berčan & Krajnc, 2016):

- poučevanje starejše osebe in njenih svojcev za uspešno zdravljenje in rehabilitacijo;
- nadzor nad vrednostmi vitalnih funkcij;
- preverjanje poznavanja in razumevanja uporabe predpisane terapije, drugih zdravil in prehranskih dodatkov;
- preverjanje režima prehrane v primeru specifičnega zdravljenja in prehranjenosti nasploh ter uživanja zdrave prehrane;
- ocena bolečine;
- ocena ožjega in širšega bivalnega okolja;

- ocena stanja v skladu z zakonom o preprečevanju nasilja v družini;
- ocena stanja v skladu z zakonom o preprečevanju nasilja v družini;
- ocena ekonomskih in socialnih razmer ter družbene vloge v družini;
- podpora in medosebni odnosi v družini;
- informiranje o možnih oblikah pomoči;
- zdravstveno vzgojno delo glede na ugotovljene potrebe;
- ugotavljanje varnosti in zaščite ter potencialne socialne ogroženosti posameznika in družine.

Z izvajanjem teh ukrepov bi lahko medicinska sestra na preventivnem patronažnem obisku v veliki meri preprečila potencialne zdravstvene zaplete ali pa s pravočasnim ukrepanjem omilila njihove posledice.

S preventivno obravnavo starejše osebe v domačem okolju izboljšujemo kakovost življenja na domu, saj ugotavljamo še ohranjene vitalne funkcije, povezane z dnevnimi aktivnostmi, in stopnjo samostojnosti. S preventivnim delovanjem lahko preprečimo in omilimo morebitne kronične zaplete. V primeru odkritih odstopanj medicinska sestra skupaj s starejšo osebo in zanjo pomembnimi drugimi skuša poiskati ustrezne rešitve. S preventivno obravnavo želimo doseči, da starejša oseba čim dlje in v največji meri ohrani samostojnost in ostane v domačem okolju (Krajnc, 2018). Aktivnosti medicinske sestre so usmerjene k pospeševanju, ohranjanju in krepitvi zdravja starejše osebe in njene družine, k preprečevanju dejavnikov tveganja za razvoj bolezni ter k dvigovanju kakovosti življenja.

Preventivni patronažni obiski v domačem okolju pomenijo tudi odkrivanje odstopanj od zdravja in primerne kakovosti življenja starejših oseb. Medicinska sestra na terenu velikokrat ugotovi osamljenost, izključenost in socialno ogroženost starostnika tudi v primerih, ko ne živi sam in formalno prejema dostojno pokojnino.

Medicinska sestra v patronažnem varstvu je nosilka patronažne zdravstvene nege pacienta, družine in skupnosti v stanju zdravja in blagostanja ter v stanju bolezni, poškodb, nezmožnosti, prizadetosti in nezaželenih stanj. Posameznike mora, ne glede na razlog začetka njihove obravnave, usposobiti za samostojno in čim bolj kakovostno življenje z osnovnim obolenjem oziroma zdravstvenim problemom, s katerim se soočajo. Kadar je v domače okolje vstopila na podlagi delovnega naloga, je od zdravnikovega naročila odvisna samo v neposredni izvedbi naročenih postopkov in posegov, sicer pa v procesu zdravljenja in rehabilitacije ves čas samostojno izvaja zdravstveno vzgojno delo, ki poteka zelo individualno, saj mora proces učenja prilagoditi posebnostim posameznika, njegove bolezni in zmožnostim sodelovanja njegove družine. Čeprav je vstopila v družino z namenom izvedbe kurativne obravnave, se ne bo usmerila samo v izvajanje naročenih posegov in postopkov pri posamezniku,

ampak bo glede na individualne potrebe njegovo bolezen obravnavala na prav vseh ravneh preventive, od splošnih in nespecifičnih ukrepov za ohranjanje in krepitev zdravja pa vse do rehabilitacije po preboleli bolezni (Krajnc, 2016).

Med pacienti, obravnavanimi v patronažni dejavnosti, se iz leta v leto povečuje delež starejših oseb, ki so obolele in jih medicinska sestra v patronažnem varstvu obišče zaradi izvajanja kurativnih storitev (obravnavo po naročilu zdravnika). Pri vseh teh pacientih izvaja poleg naročenih postopkov in posegov tudi sekundarno in terciarno preventivno dejavnost, čeprav statistično ti obiski štejejo med kurativne obravnave.

V letu 2016 je bilo po podatkih Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ, 2016) v Sloveniji v patronažnem varstvu opravljenih skupaj 1.207.608 patronažnih obiskov, med katerimi je bilo po naročilu zdravnika opravljenih 1.020.765 kurativnih obiskov, kar predstavlja 84,5 % vseh opravljenih patronažnih obiskov. Med vsemi je bilo le 15,5 % obiskov namenjenih preventivni obravnavi v skladu s Pravilnikom za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (Pravilnik, 2018). Pretežni del teh preventivnih obiskov (75 %) je bil namenjen obravnavam novorojenčkov, otročnic in dojenčkov (NIJZ, 2016).

Iz podatkov o opravljenih storitvah v patronažnem zdravstvenem varstvu (NIJZ, 2012; NIJZ, 2013; NIJZ, 2014; NIJZ, 2015; NIJZ, 2016) je razvidno, da med vsemi pacienti, pri katerih so bili opravljeni prvi kurativni obiski, prevladuje starostna skupina 75 let in več (glej Tabelo 1).

Delež pacientov, ki so stari več kot 70 let in so bili pri njih opravljeni prvi kurativni obiski, je v letu 2016 znašal 73,95 %, medtem ko je delež pacientov v starostni skupini nad 60 let predstavljal že več kot 87 % vseh opravljenih prvih kurativnih obiskov v letu 2016 (glej Tabelo 1).

Tabela 1: Delež opravljenih prvih kurativnih obiskov v dejavnosti patronažnega zdravstvenega varstva po starostnih skupinah med letoma 2012 in 2016 (vir: NIJZ, Zdravstveno statistični letopis 2012, 2013, 2014, 2015, 2016).

Starostna skupina	0–59 let	60–69 let	70–74 let	75 let in več
Leto				
2012	12,44 %	13,28 %	12,43 %	61,86 %
2013	12,92 %	12,25 %	16,19 %	58,63 %
2014	12,83 %	12,44 %	16,53 %	58,21 %
2015	11,92 %	12,87 %	10,58 %	64,63 %
2016	12,68 %	13,37 %	15,81 %	58,14 %

Nevarnosti, ki so jim izpostavljeni starejši ljudje v domačem okolju

Medicinske sestre v domačem okolju obravnavajo veliko starejših ljudi, ki so ne glede na to, ali živijo sami ali z družino, izpostavljeni številnim nevarnostim. Zato potrebujejo pomoč, spodbudo, nadzor, podporo in opolnomočenje o tem, kako lahko sami čim bolj poskrbijo zase, kako lahko preprečijo zaplete ali poslabšanje zdravstvenega stanja in kje lahko dobijo ustrezno pomoč v primerih, ko imajo zdravstvene in/ali socialne težave, ki vplivajo na kakovost njihovega življenja. Pri preventivni ali kurativni obravnavi starejše osebe na domu lahko medicinska sestra odkrije različna odstopanja, ki zahtevajo ukrepanje in včasih tudi aktiviranje drugih služb.

Odstopanja in nevarnosti, ki jih medicinska sestra odkrije pri obravnavi starejše osebe v domačem okolju, lahko strnemo v šest najpogostejših skupin odstopanj, ki zahtevajo ukrepe.

I. *Neustrezno domače okolje*

Predvsem gre za neustrezno domače okolje v smislu tveganja za poškodbe starejših oseb zaradi padcev. Starejše osebe se v domačem okolju praviloma počutijo najbolj varne pred padci, zato pogosto niti ne pomislijo, da je tudi v domači kuhinji, dnevni sobi, predvsem pa v kopalnici veliko nevarnosti za padec. Medicinska sestra, ki opravlja patronažne obiske na domu, pogosto te nevarnosti v domačem okolju prepozna, nanje opozori in posameznikom svetuje, na kakšen način naj uredijo domače okolje, da bo za starejše ljudi čim bolj varno.

Padci so pogosto posledica prepletajočih se dejavnikov, ki so različni glede na posameznika. Le redko se zgodijo samo zaradi nevarnosti v okolju, skoraj vedno so posledica prepletanja različnih individualnih dejavnikov (Gradišek, 2017). Vzroki so: ovire v okolici (neustrezna obutev, predolga obleka, slaba razsvetljava, prag, stopnice, kabli, premalo prostora med pohištvom ipd.), vzroki v pacientovem zdravstvenem stanju, ki so lahko povezani s starostjo (slabovidnost, vrtoglavica, zdravila, ki jih uživa ter vplivajo na reflekse in pozornost, inkontinenca, motnje krvnega obtoka, motnje ravnotežja itd.).

II. *Nerazumevanje zdravnikovih navodil*

Medicinska sestra v patronažnem varstvu pri starejših pogosto ugotavlja, da so pri obravnavah v ambulantni, bolnišnični ali drugih zdravstvenih ustanovah le delno razumeli navodila glede nadaljevanja zdravljenja, uporabe medicinsko-tehničnih pripomočkov in jemanja predpisanih zdravil. Pogosto se zgodi, da navodil sploh niso razumeli ali pa so jih preslišali in pozabili. Medicinska sestra usmerja aktivnosti v motivacijo pacientov, da bodo sami čim bolj aktivno sodelovali v procesu zdravljenja, ker le na tak način lahko pričakujejo ugoden izid reševanja zdravstvenih težav.

Kadar starejše osebe, ki zaradi različnih razlogov niso razumele navodil za ravnanje v domačem okolju, doma nimajo nikogar, ki bi jim nudil ustrezno pomoč, se pogosto zgodi, da: neredno jemljejo zdravila, jemljejo odmerek zdravil ob nepravem času, jemljejo nepravilne odmerke, prezgodaj prenehajo z jemanjem predpisanih zdravil ali pa, ker imajo stare zaloge zdravil, jemljejo več zdravil z enakim delovanjem hkrati (v primerih, ko dobivajo nadomestna zdravila z drugim imenom). Velikokrat medicinske sestre v domačem okolju v pogovorih s starejšimi ljudmi ugotavljajo, da nekateri starejši, ki so že dolga leta kronični pacienti in jemljejo določena zdravila, v nekem trenutku enostavno prenehajo z jemanjem, ker se jim zdi, da se dobro počutijo in da zdravil ne potrebujejo več. V teh primerih je izjemno pomembno ustrezno opolnomočenje starejše osebe in ponovna napotitev k zdravniku.

III. *Nesodelovanje v procesu zdravljenja*

Medicinske sestre v domačem okolju pogosto naletijo na primere, ko bi starejše osebe morale zaradi svojega zdravstvenega stanja obiskati zdravnika, pa s tem zaradi različnih razlogov odlašajo. Starejše osebe pogosto preslišijo, kdaj in kam se morajo naročiti na kontrolni pregled ali preiskavo, že naročene termine kontrolnih pregledov pa večkrat spregledajo.

IV. *Nasilje nad starejšimi ljudmi*

Domače okolje skriva mnoge težke zgodbe in stiske starejših ljudi, ki so pogosto neprepoznane in le redko prijavljene. Medicinske sestre v patronažnem varstvu so edini izvajalci v sistemu zdravstvenega varstva, ki starejše osebe obravnavajo v domačem okolju, zato imajo pomembno vlogo pri prepoznavanju in preprečevanju nasilja nad starejšimi. Po navadi starejši ljudje ne želijo odkrito govoriti o trpinčenju, ker jih je strah, da bo zanje samo še slabše, če bodo svoje stiske komu zaupali. Zato je naloga medicinske sestre, da je pozorna na odnos do starejših in njihovo počutje. Na tak način na patronažnih obiskih sama odkriva znake vseh možnih oblik nasilja, čeprav je starejša oseba na nasilje ne opozori. Posebej mora biti pozorna na tiste starejše, ki so stalno ali pa občasno odvisni od pomoči drugih. V primeru, ko nasilje zazna, je dolžna ustrezno ukrepati, saj ima lahko nasilje resne zdravstvene in socialne posledice za posameznika in družbo.

Trpinčenje starejših ljudi je pereč problem. Svetovna zdravstvena organizacija pojmuje trpinčenje starejših kot enkratno ali ponavljajoče se dejanje ali opustitev primerneга ukrepanja, ki starejši osebi povzroča škodo ali stisko in se dogaja v medčloveškem razmerju, kjer obstaja pričakovanje zaupanja. Vključuje telesno in duševno nasilje, spolno, finančno in drugo zlorabo ter zanemarjenje in zapustitev. Trpinčenje povzroča resno izgubo dostojanstva in spoštovanja starejšega človeka (WHO, 2017).

Čeprav današnja družba postaja vedno bolj občutljiva za nasilje nad starejšimi, še vedno ostajamo preveč tolerantni predvsem glede besednega nasilja, za katerega pogosto, čeprav je bilo odkrito izraženo, ni nihče odgovoren in ne prinaša sankcij. Ramovš in soavtorji (2018) navajajo, da v besedno ali verbalno nasilje sodijo grde in žaljive besede, namenjene starejšemu človeku, vpitje nanj, poniževanje, zasmehovanje, grožnje, ravnanje z njim, kot da je otrok, preprečevanje stikov z drugimi ljudmi in preziranje njegovih izjav ali vedenja.

V. *Osamelost starejših oseb*

Večina starejših oseb želi svojo starost preživeti v domačem okolju, ker se doma počutijo dobro in varno ter jih na dom vežejo številni spomini iz njihovega življenja. A v varnem zavetju svojih domov so pogosto osamljeni, kar je v starosti ena najhujših tegob. Težave nastopijo predvsem takrat, ko se v domačem okolju začnejo prepletati zdravstveni in socialni problemi, ki vplivajo na kakovost življenja. Kadar starejša oseba živi sama, izolirana od socialnega okolja, brez neformalne socialne mreže, potrebuje več posebne pozornosti in pomoči ustreznih služb, ki so njeno osamelost prepoznale. Osamljenost je za starega človeka tako huda kakor telesna podhranjenost. Če star človek nima zadovoljene potrebe po temeljnem ali osebnem medčloveškem odnosu z nekom, je osamljen. Osamljenost v starosti je lakota po bližini nekoga od svojih ljudi. Potrebe po osebnem medčloveškem odnosu so pri starih ljudeh med najmanj zadovoljenimi, zato je osamljenost ena od njihovih najbolj razširjenih in najhujših stisk. Osamljenost je čustveno stanje, v katerem oseba občuti močna čustva praznine in izolacije. Osamljenost je več kot samo želja po družbi nekoga drugega. Je občutek, da si odrezan od ljudi in odtujen od njih (Ramovš, 2003).

VI. *Socialna ogroženost starejših oseb*

Znano je, da so starejši ljudje z vidika socialne ogroženosti ena najbolj ranljivih skupin prebivalstva. Medicinska sestra v patronažnem varstvu se v domačem okolju velikokrat srečuje z ljudmi, ki so na različne načine socialno ogroženi.

Socialna ogroženost je opredeljena kot verjetnost za zmanjševanje zmožnosti za življenje, posledica tega pa je povečanje doživljanja negotovosti, osamljenosti, nepravičnosti in neenakosti (Wolleb & Daraio, 2009). Pri socialni ogroženosti sta poudarjena dva vidika prikrajšanosti: distribucijski vidik (kamor sodi tudi koncept revščine), tj. nizek dohodek, nizek življenjski standard, slabe stanovanjske razmere, življenje v nerazvitih in z javnimi storitvami slabo opremljenih okoljih itd., ter relacijski vidik. Pri relacijskem vidiku gre za udeležbo tako na medosebni ravni (npr. socialna izolacija, malo prijateljskih odnosov, enostarševske družine) kot na družbeni ravni, npr. nizka politična participacija, apatičnost do družbenega dogajanja, kulturna izključenost in druge oblike nematerialne prikrajšanosti ali izključenosti (Hlebec et al, 2010).

Medicinske sestre v patronažnem varstvu v praksi ugotavljajo socialno ogroženost tudi pri tistih starejših osebah, ki glede na razpoložljive podatke ne sodijo med prebivalce pod pragom revščine. To so starejše osebe, ki imajo sicer dokaj visoko pokojnino in so pogosto tudi lastniki nepremičnin, vendar zaradi različnih razlogov njihov denar in premoženje nista uporabljena v skladu z njihovim interesom in voljo. Pogosto prihaja do primerov, ko svojci ali drugi ljudje, ne glede na potrebe, ki jih ima starejša oseba, samovoljno uporabljajo njeno pokojnino, prihranke, posest ali lastnino. Ramovš in soavtorji (2018) takšne primere opredeljujejo kot ekonomsko, finančno in drugo materialno zlorabo starejših ljudi.

Diskusija in zaključek

Ob dejstvu, da se populacija nezadržno hitro stara, postajajo vse pomembnejše tudi vloga in naloge patronažne medicinske sestre pri obravnavi starostnika v domačem okolju. Cilj vseh držav je, kot ugotavlja Maček s soavtorji (2011), da bi obdržali starejšo osebo v domačem okolju. Če želimo ta cilj doseči, moramo spodbujati mlajše generacije k interaktivnemu sodelovanju s starejšimi, k zanimanju za potrebe in spoznavanje vlog starejših ljudi, pri tem pa moramo tudi starejše čim bolj vključevati v družbene dejavnosti. V domačem okolju so patronažne medicinske sestre tiste, ki spodbujajo starostnike, da prevzamejo aktivno vlogo in odgovornost v skrbi za lastno zdravje. Pri tej spodbudi pa morajo upoštevati možnosti samopomoči in sosedске pomoči, ki jim jo nudi okolica, ter sodelovati in se povezovati z različnimi organizacijami in službami v lokalnem okolju. Na tak način lahko patronažne medicinske sestre tudi v sodelovanju z mnogimi nevladnimi organizacijami pripomorejo k dvigu kakovosti življenja starostnika v domačem okolju.

Brigita Skela Savič (2009) ugotavlja, da bodo imeli pomembno vlogo pri doseganju celovitosti obravnave kadri v zdravstveni negi, ki bodo morali sistem zdravstvene obravnave graditi na virih pacienta (fizičnih, psihičnih, socialnih, ekonomskih idr.), svojcev in celotne družbe, pri tem pa upoštevati sposobnosti socialnega in družbenega okolja, v katerega se pacient vrača. Tovrsten proces obravnave zahteva usposobljene medicinske sestre, ki bodo gradile mrežo zdravstvene oskrbe pacienta v kontekstu kontinuirane oskrbe.

Podporo, izobraževanje in spremljanje potrebujejo tudi svojci ali drugi neformalni oskrbovalci starejše osebe, kadar ta že potrebuje pomoč. Velikokrat prav zaradi podore, spodbude, pomoči in občutka varnosti ob rednih preventivnih obiskih patronažne medicinske sestre svojci upajo prevzeti skrb za bolnega ali ostarelega družinskega člana.

Zavedanje, da se lahko v primeru zapletov in nepredvidenih situacij vsak trenutek obrnejo po pomoč in nasvet k nekomu, ki ima možnost priti na njihov dom, je za svojce in druge neformalne oskrbovalce neprecenljivo (Berčan & Krajnc, 2018).

Vlada Republike Slovenije je sprejela strategijo dolgožive družbe (Strategija dolgožive družbe, 2017). Ta strateški dokument v viziji, temeljnih ciljih in štirih stebrih prinaša odgovore na demografske izzive, ki čakajo našo družbo že danes in še bolj v prihodnosti. A pojavlja se vprašanje, kdaj in v kolikšni meri bomo uspeli zapisano prenesti v prakso.

Patronažno varstvo s svojim delovanjem veliko prispeva k skrbi za bolj kakovostno življenje starejših oseb v domačem okolju. S svojimi aktivnostmi vpliva na ohranitev čim višje možne stopnje samostojnosti starejših v domačem okolju in jim pomaga pri načrtovanju potrebne pomoči, kadar starejše osebe niso več sposobne same poskrbeti zase. Tako medicinske sestre v patronažnem varstvu pripomorejo, da lahko ljudje daljši čas brez večjih težav (oziroma ob obvladovanju težav) ostanejo v domačem okolju, s čimer posredno pripomorejo tudi k zmanjševanju bremena izdatkov iz zdravstvene blagajne. Patronažno varstvo bi lahko v smislu preventivnega delovanja prispevalo še več, če veljavna zakonodaja starejšim osebam ne bi omejevala pravice do preventivnega patronažnega obiska. Sedanja dobro organizirana mreža več kot 800 medicinskih sester v patronažni dejavnosti bi lahko bolj sistematično in tarčno obravnavala možne dejavnike tveganja, ki v domačem okolju negativno vplivajo na kakovost življenja starejših oseb. S tem je mišljena predvsem preventiva v smislu preprečevanja dejavnikov tveganja za tiste starejše osebe, pri katerih še niso nastopili zdravstveni problemi, ki bi zahtevali kurativne obiske medicinske sestre (preprečevanje padcev, nerazumevanje zdravnikovih navodil pri jemanju zdravil, preprečevanje preležanin ...). Te starejše osebe v domačem okolju glede na pravila, ki jih postavlja zdravstvena blagajna, trenutno nimajo pravice do preventivne obravnave, čeprav je znano, da so določenim dejavnikom tveganja že izpostavljene.

V praksi so pravila popolnoma nelogična, neprilagojena potrebam starejših ljudi in tudi glede financ povsem nerazumljiva, finančno neučinkovita ter celo potratna. Zdravstvena blagajna na primer izvajalcu patronažnega varstva ne priznava izvedbe svetovalnega preventivnega patronažnega obiska pri starejši osebi (če to ni kronični bolnik, ki je dokazano osamel in socialno ogrožen) v smislu preventive preprečevanja razjed zaradi pritiska, čeprav je ta oseba stara že krepko čez 80 let, nepokretna in odvisna od pomoči neformalnih oskrbovalcev. Z enim samim preventivnim patronažnim obiskom bi lahko medicinska sestra, ki bi svojce in neformalne oskrbovalce ustrezno izobrazila, pri takšni osebi preprečila ali zmanjšala možnost nastanka razjede zaradi pritiska.

Vendar plačnik takšnega preventivnega obiska ne priznava. Na drugi strani pa pri isti osebi plačnik nima nobenega zadržka in omejitve pri priznavanju številnih kurativnih obiskov po naročilu zdravnika za preveze, ko je razjeda zaradi pritiska že nastala. Prav tako npr. zdravstvena blagajna ne prizna niti enega preventivnega patronažnega obiska na leto pri starejši osebi zaradi odkrivanja dejavnikov tveganja in svetovanja za preprečevanje padcev v domačem okolju – tudi če medicinska sestra v dokumentaciji navede, da je na podlagi poznavanja terenskega območja naključno ugotovila (ali bila opozorjena), da je domače okolje glede tveganja za padce za starejšo osebo povsem neustrezno. Ko pa je ista oseba zaradi padca hospitalizirana in se po zlomu kolka vrne v domače okolje, kjer potrebuje vsakodnevne obiske medicinske sestre za izvajanje potrebnih postopkov in posegov zdravstvene nege – takrat patronažno varstvo nima omejitev pri izvedbi števila kurativnih obiskov po naročilu zdravnika. Če je potrebno, lahko po presoji in naročilu zdravnika najzahtevnejše kurativne obiske izvaja vse dni v letu in tudi dvakrat na dan.

Pri tako nelogičnih pravilih, ki veljajo v praksi, se človek upravičeno sprašuje, za koga je teorija zapisana v raznih strateških dokumentih, resolucijah in strategijah, ki poudarjajo pomen krepitve preventivnega delovanja patronažnega varstva za kakovostno življenje starejših ljudi v domačem okolju.

Literatura

Berčan M., Krajnc A., 2016. Preventivni obisk pri starostniku, ki je osamel in socialno ogrožen. V: RAMŠAK-PAJK, Jožica (ur.), LJUBIČ, Andreja (ur.). Priporočila obravnave pacientov v patronažnem varstvu za diplomirane medicinske sestre. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti, 2016, str. 55–57.

Berčan, M. & Krajnc, A. 2018. Kakovostna starost: Patronažna medicinska sestra je tesna sodelavka družinskih oskrbovalcev. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka; 2018: str. 44–69.

Gradišek, A., 2017. Ukrepi za zmanjševanje padcev pacientov v teoriji in praksi. V: Razkorak med teorijo in prakso v zdravstveni negi: zbornik prispevkov. 9. dnevi Marije Tomšič, Dolenjske Toplice. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede, str. 8.

Hlebec, V., Kavčič, M., Vezovnik, A., Trbanc, M., Filipovič Hrast, M. 2010. Samo da bo denar in zdravje: življenje starih revnih ljudi. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Nacionalni inštitut za javno zdravje (2012). Zdravstveni statistični letopis 2012. Dostopno na spletu. Nacionalni inštitut za javno zdravje (2013). Zdravstveni statistični letopis 2013. Dostopno na: <http://www.nijz.si/sl/publikacije/zdravstveni-statisticni-letopis-2013> [5. 9. 2018].

Nacionalni inštitut za javno zdravje (2014). Zdravstveni statistični letopis 2014. Dostopno na: <http://www.nijz.si/sl/publikacije/zdravstveni-statisticni-letopis-2014> [5. 9. 2018].

Nacionalni inštitut za javno zdravje (2015). Zdravstveni statistični letopis 2015. Dostopno na: <http://www.nijz.si/sl/publikacije/zdravstveni-statisticni-letopis-2015> [5. 9. 2018].

Nacionalni inštitut za javno zdravje (2016). Zdravstveni statistični letopis 2016. Dostopno na: <http://www.nijz.si/sl/publikacije/zdravstveni-statisticni-letopis-2016> [5. 9. 2018].

Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 79/94, 73/95, 39/96, 70/96, 47/97, 3/98, 3/98, 51/98 – odl. US, 73/98 – odl. US, 90/98, 6/99 – popr., 109/99 – odl. US, 61/00, 64/00 – popr., 91/00 – popr., 59/02, 18/03, 30/03, 35/03 – popr., 78/03, 84/04, 44/05, 86/06, 90/06 – popr., 64/07, 33/08, 7/09, 88/09, 30/11, 49/12, 106/12, 99/13 – ZSVarPre-C, 25/14 – odl. US, 25/14, 85/14 in 10/17 – ZCmIS).

Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (Uradni list RS, št. 19/98, 47/98, 26/00, 67/01, 33/02, 37/03, 117/04, 31/05, 83/07, 22/09, 17/15, 47/18, 57/18 in 57/18).

Ramovš, J. (2003), Kakovostna starost: socialna gerontologija in gerantagogika. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka; 2003: 223–41.

Ramovš, J., Grebenšek, T., Mravljak Andoljšek, V., Gorenc Vujović, A. & Ramovš, K. 2018. Preprečevanje trpinčenja starejših. V: Tratnik Volosko M. (ur), Starejši kot sedanjost in prihodnost družbe. Ljubljana: Državni svet Republike Slovenije, 2018, str. 147–155.

Skela Savič, B., 2009. Zdravstvena nega in raziskovanje; nekateri vplivni dejavniki za razvoj zdravstvene nege kot znanstvene discipline v Sloveniji. Obzornik zdravstvene nege, 43(3), str. 209–222.

Rajkovič, V. & Šušteršič, O. 2000. Informacijski sistem patronažne zdravstvene nege. Kranj: Moderna organizacija, str. 27.

Vlada Republike Slovenije, Strategija dolgežive družbe. Dostopno na: http://www.vlada.si teme_in_projekti/strategija_dolgezive_druzbe/ [19. 9. 2018].

WHO – World Health Organization (2017). Elder abuse fact sheet. Dostopno na: <http://apps.who.int/violence-info/elder-abuse>.

Wolleb, G., Daraio, A., 2009. Regional challenges in the perspective of 2020, regional disparities and future challenges. Bruselj: ISMERI Europa.

Železnik, D., Horvat, M., Panikvar Žlahtič, K., idr., 2011. Aktivnosti zdravstvene nege v patronažnem varstvu. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, str. 19.

POMEN ŽIVLJENJSKEGA SLOGA ZA ZDRAVJE IN KAKOVOST ŽIVLJENJA STAROSTNIKOV: REZULTATI PILOTNE RAZISKAVE

The Importance of Lifestyle for the Health and Life Quality of elderly: Pilot Survey Findings

dr. Radojka Kobentar, viš. med. ses.

Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana
rkobentar@gmail.com

Slavica Roljić, mag. zdr. neg.

Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana
slavica.roljic@psih-klinika.si

Izvleček

Uvod: Aktiven življenjski slog z zdravimi navadami pomembno vpliva na zdravje starostnikov in kakovost njihovega življenja. Prispeva k daljši samostojnosti in neodvisnosti pri izvajanju vsakodnevnih življenjskih aktivnosti. Namen raziskave je preučiti povezanost demografskih značilnosti z življenjskim slogom in zdravstvenimi kazalniki.

Metode: Uporabljen je kvantitativni pristop z uporabo za ta namen oblikovanega vprašalnika. Sodelovalo je 39 žensk ter 22 moških. 32 anketirancev je bilo starih med 65 in 74 let, 29 oseb pa 75 let in več. Podatki bodo obdelani z metodami deskriptivne in bivariantne statistike. Upoštevana bo statistična značilnost $p=0,05$ točk.

Rezultati: Skoraj vsi vprašani so odgovorili, da imajo vsaj eno kronično bolezen ($n=59$). Svoje splošno zdravstveno stanje so ocenili kot zadovoljivo ($n=26$) in dobro ($n=26$). Zaradi telesnega zdravja so vprašani izpolnili manj nalog, kot so pričakovali, s statistično značilnostjo $p=0,006$. Zaradi zdravstvenih težav so imeli omejitve v socialnih aktivnostih s $p=0,025$. Razlike med starostnima skupinama se kažejo pri izvajanju telesnih in produktivnih aktivnosti.

Diskusija in zaključek: Starostniki so svoje stanje in delovanje kljub zdravstvenim težavam ocenjevali pozitivno in optimistično. Z višjo starostjo so imeli več omejitev pri telesnih in produktivnih dejavnostih, zato so ohranjali duševne in družabne aktivnosti ter tako ostali vključeni v svojem okolju.

Starostniki s kroničnimi boleznimi so vse bolj vključeni v samoobvladovanje bolezenskih težav ter tako prevzemajo del odgovornosti za svoje zdravje. S tem ohranjajo neodvisnost in podaljšajo bivanje v domačem okolju.

Ključne besede: starostnik, zdravje, življenjski slog, samostojnost

Abstract

Introduction: An active lifestyle with healthy habits has a significant impact on the health of the elderly and the quality of their lives. It contributes to longer autonomy and independence in the carrying out of their day-to-day living activities. The purpose of this research is to explore the correlation between demographic characteristics, lifestyle and health indicators.

Method: A quantitative approach has been implemented using a questionnaire developed for this purpose. There were 39 women and 22 men involved in the study. With ages between 65 and 74 involving 32 respondents, aged over 75 years were 29 respondents. The data will be processed using descriptive and bivariate statistics. The statistical significance of $p = 0.05$ points will be applied.

Results: Almost all respondents affirmed that they had at least one chronic illness ($n = 59$). They assessed their overall health as satisfactory ($n = 26$) and good ($n = 26$). Due to physical health, the respondents completed fewer tasks than expected with a statistical significance of $p = 0.006$. Due to health issues, they experienced limitations in social activities with $p = 0.025$. Differences between age groups are reflected in performing physical and productive activities.

Discussion and conclusion: Older people evaluated their functioning as positive and optimistic, despite their health problems. With higher age they had more restrictions in physical and productive activity and that's why they kept their mental and social activities. In this way they stayed involved in their environment. Elderly with chronic diseases are increasingly more involved in self-management of the illnesses and thus take responsibility for their health. By doing so, they maintain independent functioning and extend their stay in the home environment.

Keywords: elderly, health, lifestyle, independence

Uvod

Pospešeno staranje prebivalstva postaja globalni pojav v razvitem svetu in Slovenija sodi med države z najvišjim deležem starih ljudi v Evropi z okoli 19,4 % starostnikov nad 65 let v letu 2018 (Statistični urad R Slovenije, 2018). Pričakovana življenjska doba pri 65 letih v Sloveniji znaša približno 21 let, od tega okoli 7 let zdravega življenja za ženske in nekoliko manj za moške (Gabrijelčič Blenkuš & Robnik, 2017). Dolgoživost starostnikov je večfaktorska kvantitativna lastnost, na katero vplivajo biološki, psihosocialni in okoljski dejavniki v interakciji z zdravim življenjskim slogom ter v povezavi s tem nizkim profilom zdravstvenega tveganja (Rizzuto, et al., 2012). Naraščajoče število starostnikov in njihovih potreb po zdravstvenih storitvah zahteva načrtovanje ustreznih politik v podporo k zdravju usmerjenega vedenja, ki vključuje izrabo vseh virov za ohranjanje zdravja in funkcionalnih sposobnosti (Rizzuto, et al., 2012; Taheri et al., 2013).

Življenjski slog starostnikov

Življenjski slog je vseživljenjski proces, ki vključuje načela zdrave prehrane, redno telesno gibalno aktivnost, higieno spanja, abstinenco od psihoaktivnih snovi, vključenost v socialne aktivnosti, redne kontrolne zdravstvene preglede in skrb za duševno zdravje (Taheri et al., 2013). Tuji raziskovalci menijo, da je zdrav življenjski slog starostnikov povezan z njihovim stabilnim zdravjem, funkcionalno samostojnostjo in zmanjšanim tveganjem za smrt (Rizzuto, et al., 2012; Taheri et al., 2013). V obsežni raziskavi so na Švedskem o preživetju po 75 letu na vzorcu 1810 starostnikov ugotovili tri skupine starostnikov glede na življenjski slog, socialne odnose in prostočasne aktivnosti: visok profil zdravstvenega tveganja, zmerno nizko in zelo nizko stopnjo tveganja. Tisti starostniki z nizkim tveganjem, ki so imeli zdrav življenjski slog, bogato ali zmerno razvito socialno mrežo in vsaj eno prostočasno dejavnost, so v povprečju preživel 5,4 leta dlje kot njihovi vrstniki z visokim tveganjem, ki vključuje nezdrav življenjski slog, šibko socialno mrežo in življenje brez prostočasne dejavnosti (Rizzuto, et al., 2012). Obstajajo dokazi o koristih zdravega življenjskega sloga v starosti (telesna aktivnost, prehrana, abstinenca od kajenja, optimalno spanje in socialna mreža), ki imajo vpliv na kakovost življenja, invalidnost, stroške zdravljenja in stopnjo umrljivosti (Bayan-Bravo, et al., 2017).

Življenjski slog starostniki povezujejo s kakovostjo življenja ter s telesno aktivnostjo, socialno podporo, zdravjem, institucionalizacijo in splošnim zadovoljstvom z življenjem kot celoto (Netuveli & Blane, 2008; Tripathi, 2012; Miranda et al., 2017). Starostniki pozitivno ocenjujejo svojo kakovost življenja na podlagi socialnih stikov, stanja zdravja, materialnih okoliščin in družbenih danosti (Netuveli & Blane, 2008).

Avtorja navajata tri pristope h kakovosti življenja: prvi, normativni, ki temelji na normah, načelih, prepričanjih in filozofiji, drugi opredeljuje možnosti izbire, ki zajema razpoložljivost različnih opcij in priložnosti izbire, tretji pristop pa opredeljuje subjektivno vrednotenje, ki vključuje zadovoljstvo z življenjem in ga posameznik občuti kot takšno (Netuveli & Blane, 2008). Tako je kakovost življenja opredeljena kot posameznikovo dožemanje položaja v življenju v kontekstu vrednostnega sistema, v katerem živi, kulture ter ciljev, pričakovanj in standardov, vključujoč fizično zdravje, psihološko stanje, stopnjo neodvisnosti in družbene odnose. Individualna kakovost življenja opredeljuje pet pomembnih dimenzij, ki ohranjajo kakovost; te so: sposobnost prilagajanja, osebna trdnost, možnosti izbire, kompenzacija primanjkljajev in optimizacija ciljev (Tripathi, 2012).

Taheri in sodelavci (2013) so na vzorcu 421 starostnikov nad 60 let (povprečje 71,34 let) raziskovali stopnjo znanja, odnos in udejanjanje zdravega življenjskega sloga. Ugotovili so, da sta višja stopnja izobrazbe ter izobraževanje v mladosti in srednjih letih v korelaciji z znanjem o zdravem življenjskem slogu (telesna aktivnost, osebna higiena, prehrana, spanje, socialni stiki in drugo) in več kot 70 % vprašanih je imelo odlično znanje. Odnos so merili s stališči do ukrepov zdravega življenjskega sloga, kjer je bila stopnja ozaveščenosti višja pri bolj izobraženih in nižji starosti, ter ugotovili da je imelo 90 % vprašanih pozitiven odnos. V raziskavi je upoštevanje zdravega življenjskega sloga pokazalo, da le 70 % vprašanih dejansko upošteva zdrav življenjski slog. Tuji strokovnjaki navajajo obsežno longitudinalno evropsko študijo (Survey in Europe on Nutrition and the Elderly: a Concerted Action (SENECA), ki je pokazala, da je zdrav življenjski slog zelo povezan s kasnejšim poslabšanjem zdravstvenega stanja, odloženo funkcionalno odvisnostjo in nižjim tveganjem za smrtnost v starosti (Taheri et al., 2013). Staranje populacije predstavlja veliko zdravstveno in ekonomsko breme za vse razvite države. V raziskavi na vzorcu 2547 starostnikov iz treh evropskih držav so strokovnjaki ugotovili, da je samoocena zdravja povezana z nizko stopnjo izobrazbe, omejeno gibljivostjo v povezavi s kronično boleznijo, neustrezno fizično aktivnostjo in slabim duševnim zdravjem (Stanojevič Jerkovič, et al., 2015).

Namen naše pilotne raziskave je ugotavljanje povezanosti demografskih značilnosti (spol, starost, izobrazba, zakonska zveza) z zdravstvenimi dimenzijami (kronične bolezni, zdravila, hospitalizacije, kognitivne sposobnosti, samoocena zdravja, omejitve zaradi zdravstvenih razlogov) in življenjskim slogom (prehrana, uživanje tekočine, nezdrave razvade, duševne aktivnosti, telesno-gibalne aktivnosti, družabno-kulturne aktivnosti, produktivne aktivnosti).

Metode

Uporabljen je kvantitativni raziskovalni dizajn.

Opis instrumenta: V raziskavi je na osnovi pregleda literature uporabljen vprašalnik, ki sprašuje o zdravju in zdravstvenih težavah, aktivnostih in počutju ter življenjskem slogu starostnikov v domačem okolju (Tripathi, 2012; Taheri, et al., 2013; Miranda et al., 2017). Prvi del vprašalnika vsebuje anonimne socio-demografske podatke (starost, spol, izobrazba, zakonski stan, odrasli otroci, vnuki, prijatelji), dodatno vključuje še podatke o boleznih, zdravilih, nezdravih razvadah in prehranjevanju z dihotomnimi, polodprtimi in zaprtimi vprašanji. Drugi del vprašalnika vključuje vprašanja o duševnih (branje, pisanje, križanke, učenje in drugo), telesno-gibalnih (hoja, tek, telovadba, ples, kolesarjenje in drugo), družabno-kulturnih (gledališče, koncerti, razstave, kartanje, potovanje, izleti in drugo) ter produktivnih dejavnostih (gospodinjenje, kuhanje, pranje, delo za plačilo, varovanje vnukov in drugo), pa tudi o ciljih za prihodnost. Tretji del vključuje vprašanja o težavah in omejitvah zaradi zdravstvenih razlogov ter o počutju s splošno samooceno zdravja z numerično lestvico.

Opis vzorca: V vzorcu je sodelovalo skupno 61 starostnikov, od tega jih je bilo 32 starih med 65 in 74 let ter 27 v starosti 75 in več let. Sodelovalo je 39 žensk in 22 moških. Izobrazbena struktura je bila najpogostejše osnovna, poklicna in srednja: 49 oseb. Višjo izobrazbo, univerzitetno ali več je imelo 11 oseb, 1 anketiranec se ni opredelil. Poročenih je bilo 28 in vdov/cev 20, v partnerski skupnosti je živelo 11 oseb, samski pa sta bili 2. Največ jih je živelo z zakoncem ali partnerjem, in sicer okoli 37, s sorodniki 9, samih pa je živelo 15 oseb. Večina oz. 56 je imela odrasle otroke; z njimi so imeli dnevne (n=33) in tedenske (n=23), najpogostejše osebne (n=43) in telefonske stike (n=11). Vnuke ali nečake je imelo 56 oseb, brate/sestre je imelo 49 starostnikov, prijatelje pa 60 posameznikov v vzorcu. Kronične bolezni je imelo 60 starostnikov.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov: Podatke smo pridobili tako, da smo poslali vprašalnike na tri naslove znanim zanesljivim osebam, te pa so jih posredovale naprej z navodilom, da prazen vprašalnik pošljejo svojim znancem, z vključitvenimi kriteriji: prostovoljni pristanek, starost nad 65 let, razumevanje besedila in samostojnost pri izvajanju vsakodnevnih aktivnosti. Anonimnost je bila v popolnosti zagotovljena, vrnjen vprašalnik je pomenil privolitev ali zavrnitev. Poslanih je bilo 80 vprašalnikov, izpolnjenih smo prejeli 61, kar predstavlja 76,25 % realizacijo. Izpolnjevanje je bilo omejeno na čas dveh tednov (od 1. 7. do 15. 7. 2018), podatke pa smo obdelali z metodami deskriptivne statistike in testi bivariantne statistike.

Rezultati

Tabela 1: Delež kroničnih bolezni

		Število	Delež	Veljavni delež	Kumulativni delež
Veljavno	Da	59	96,7	96,7	96,7
	Ne	2	3,3	3,3	100
	Skupno	61	100	100	

V našem vzorcu je imelo 96,7 % vprašanih vsaj eno ali več kroničnih bolezni. Najpogostejše so bile srčno-žilne bolezni.

Tabela 2: Vrsta kroničnih bolezni

		Povišan krvni pritisk	Srčno-žilne bolezni	Sladkorna bolezen	Bolezni dihal	Kostno-mišične bolezni	Očesne bolezni	Povišane skupne maščobe	Rakave bolezni
Starost	65–74 let	18	10	9	9	9	6	7	3
	75 in več let	9	9	5	2	5	9	9	1
Skupno	Število	27	19	14	11	14	15	16	4

Druge bolezni so bile prisotne v manjšem številu, in sicer okvare sluha 3 vprašani, bolezni ščitnice 2, bolezni prebavil 3, kožne bolezni 2, okvare sluha 8, duševne bolezni pa je omenil 1 vprašani. V povprečju je bilo 2,7 bolezni na vsakega vprašanega. Zdravila jemlje 52 oseb, hospitaliziranih jih je bilo v zadnjem letu 12.

Življenjski slog vprašanih je vključeval uživanje zdrave mešane prehrane (n=52), dietne prehrane (n=9), število 3 in več obrokov (n=37), vnos tekočine do 1 l (n=33), nad 1 l (n=29), kajenje (n=5), uživanje alkohola (n=12). Interesno dejavnost (hobi) je navedlo 36 vprašanih. Kot življenjske cilje je 42 vprašanih opredelilo zdravje (n=20), nato družino (15), samostojnost (n=4), dolgo življenje (n=2) in potovanja (n=1).

Tabela 3: Ocena zdravja glede na starost

		Ocena splošnega zdravja				
		Nezadovoljivo	Zadovoljivo	Dobro	Prav dobro	Odlično
Starost	65–74 Število	3	10	17	3	1
	75 in več let Število	4	13	10	0	0
Skupno Število		7	23	27	3	1

Kljub številnim kroničnim boleznim so starostniki svoje zdravje ocenili v povprečju kot zadovoljivo in dobro.

Tabela 4: Omejitve zaradi zdravstvenih razlogov

		Ocena omejitev aktivnosti – zdravstveni razlogi			Skupno
		Zelo omejuje	Delno omejuje	Sploh ne omejuje	
Starost	65–74 let Število	4	13	17	34
	75 in več let Število	5	13	9	27
Skupno Število		9	26	26	61

Omejitve zaradi zdravstvenih razlogov je potrdilo okoli 15 % ali le 9 vprašanih.

Tabela 5: Omejitve zaradi fizičnega zdravja

		Ste zaradi fizičnega zdravja izpolnili manj nalog, kot ste pričakovali?		Hi-kvadrat
		Da	Ne	
Starost	65–74 let Število	12	22	p=0,006
	75 in več let Število	19	8	
Skupno Število		31	30	61

Nekoliko več omejitev zaradi fizičnega zdravja so imeli starostniki v skupini nad 75 in več let.

Tabela 6: Počutje starostnikov glede na leta

		Počutje – potrnost, otožnost					Hi-kvadrat
		Malokdaj	Občasno	Pretežno	Pogosto	Vedno	
Starost	65–74 let Število	1	2	10	17	4	p=0,025
	75 in več let Število	3	4	12	3	5	
Skupno Število		4	6	22	20	9	61

Počutje starostnikov v smislu otožnosti je v skupini nad 75 let nekoliko bolj izraženo.

Tabela 7: Omejitve socialnih aktivnosti glede na zdravstvene težave

			Ocena oviranj socialnih aktivnosti					Hi-kvadrat
			Nikoli	Malokdaj	Občasno	Pogosto	Vedno	
Zdravstvene omejitve – ocena	Zelo omejuje	Število	2	3	2	0	2	p=0,001
	Delno omejuje	Število	0	5	8	8	5	
	Sploh ne omejuje	Število	0	0	5	7	14	
Skupno Število			2	8	15	15	21	61

Zaradi zdravstvenih razlogov so starostniki v več kot polovici primerov navedli omejitve pri izvajanju socialnih aktivnosti.

Tabela 8: Prikaz aktivnosti glede na starost

	Starost	N	AS	SO	OSN
Mentalne aktivnosti	65–74 let	34	1,06	0,24	0,04
	75 in več let	27	1,15	0,36	0,07
Telesne aktivnosti	65–74 let	34	1,13	0,33	0,06
	75 in več let	27	1,33	0,48	0,09
Družabne aktivnosti	65–74 let	34	1,47	0,51	0,09
	75 in več let	27	1,48	0,51	0,1
Produktivne aktivnosti	65–74	34	1,09	0,29	0,05
	75 in več let	27	1,41	0,5	0,1

Legenda: N=število; AS=aritmetična sredina; SO=standardni odklon; OSN=odklon standardne napake

Tabela 9: Prikaz aktivnosti starostnikov s t-testom za dva vzorca

		Laevenova statistika		t-test za enakost aritmetičnih sredin				SO sredine
		F	p	t	sp	P dvostranski	Razlika sredin	
Mentalne aktivnosti	Predpostavljen o enaki varianci	5,65	0,02	-1,16	59	0,25	-0,09	0,08
	Predpostavljen o neenaki varianci			-1,11	43,03	0,28	-0,09	0,08
Telesne aktivnosti	Predpostavljen o enaki varianci	18,24	0	-2,08	59	0,04	-0,22	0,1
	Predpostavljen o neenaki varianci			-1,99	43,97	0,05	-0,22	0,11
Družabne aktivnosti	Predpostavljen o enaki varianci	0,03	0,87	-0,08	59	0,93	-0,01	0,13
	Predpostavljen o neenaki varianci			-0,08	55,79	0,93	-0,01	0,13
Produktivne aktivnosti	Predpostavljen o enaki varianci	44,28	0	-3,13	59	0	-0,32	0,1
	Predpostavljen o neenaki varianci			-2,95	39,31	0,01	-0,32	0,11

Legenda: F test homogenosti varianc; p=statistična značilnost; sp=stopnje prostosti; p=statistična pomembnost; SO=standardni odklon sredin

V Tabeli 9 je razvidno, da se starostniki statistično pomembno razlikujejo glede izvajanja aktivnosti: starostniki nad 75 let so manj aktivni pri telesnih ($p=0,04$) in produktivnih aktivnostih ($p=0,00$).

Drugih statistično značilnih povezav med demografskimi in zdravstvenimi spremenljivkami ter življenjskim slogom nismo ugotovili.

Diskusija in zaključek

Starost je obdobje, ko so številne aktivnosti odvisne od zdravstvenih, okoljskih, finančnih, socialnih in drugih dejavnikov. Zato je vzdrževanje zdravja ena najbolj pomembnih nalog slehernega starostnika, ker z zdravim življenjskim slogom neposredno vpliva nanj ter tako vzdržuje aktivno in pasivno telesno in kognitivno rezervo. Slednje omogoča spoznavanje možnosti za razvoj, dojemanje vzročno-posledičnih zvez, optimizacijo spoprijemalnih strategij, prilagajanje na nastale spremembe in kompenzacijo želenih ciljev. Povedano govori v prid teoriji vseživljenjskega razvoja (Life-Span Development) tudi v starosti, česar se starostniki premalo zavedajo.

Starostniki v naši raziskavi so pokazali visok delež bolezenskih težav, saj je imel v povprečju vsak vprašani 2,7 bolezni, le dva bolezenskih stanj nista omenila. Najpogostejše so navedli povišan krvni pritisk in srčno-žilne bolezni ter druga spremljajoča obolenja, zaradi katerih jemljejo zdravila in so bili v manjšem številu hospitalizirani. Kljub temu je svoje zdravje polovica vprašanih ocenila z dobro in prav dobro, kar lahko deluje precej subjektivno in optimistično. Ugotavljamo, da so zdravstveni dejavniki enako pomembni kot drugi dejavniki okolja. Tuji avtorji navajajo, da je pogled starostnikov na zdravje pogosto pozitiven, kar je odvisno tudi od funkcionalnega statusa, socialne podpore in okolja (Tripathi, 2012; Miranda, et al., 2017). Svoj vpliv imajo tudi osebnostne lastnosti, kot so počutje, zadovoljstvo z življenjem, sreča in odzivanje v določenih situacijah (Netuveli & Blane, 2008). Sklepamo, da na splošno počutje in zadovoljstvo vpliva aktivno staranje, ki vključuje zdrav življenjski slog. Danes se starostniki vse bolj zavedajo pomena zdravja in odgovornega spoprijemanja z zdravstvenimi težavami, kar spreminja paradigmo zdravstvenega varstva.

Starostniki so na vprašanja o omejitvah zaradi zdravstvenih težav odgovorili, da so zaradi fizičnega zdravja dosegli manj, kot so pričakovali, s statistično značilnostjo $p=0,006$. Zagotovo je pri vseh aktivnostih treba vključiti tudi počutje, ki je v našem vzorcu kazalo statistično pomembnost s $p=0,025$. Tuji viri navajajo, da so slabši funkcionalni rezultati in nižja kakovost življenja starostnikov povezani s težavami v duševnem zdravju, socialno izolacijo in kroničnimi zdravstvenimi težavami (Tripathi, 2012). Zdravstveni razlogi pogosto ovirajo socialne aktivnosti, ki v starosti predstavljajo vir socialne opore. V naši raziskavi je bilo ugotovljeno, da je imela zaradi zdravstvenih težav omejitev v socialnih aktivnostih okoli polovica starostnikov s statistično značilnostjo $p=0,001$.

Življenjski slog starostnikov kaže na pestrost različnih dejavnosti s področja duševnih, telesnih, družbenih in produktivnih aktivnosti. Z višjo starostjo se dejavna vloga spreminja; tako imajo tisti z višjo starostjo zaradi telesnih omejitev več družbenih in duševnih aktivnosti, kar pomeni zdravo kompenzacijo sposobnosti in priložnosti. Kakovost življenja starostnikov smo opredelili s socialnimi stiki v okolju, aktivno udeležbo v interesnih dejavnostih in s samooceno zdravja. Ugotovljeno je bilo, da so imeli vprašani starostniki dobro družinsko in prijateljsko mrežo in so svoje zdravje, kljub prisotnim boleznim, ocenili več kot dobro ter ga uvrstili v prioritete življenjske cilje.

Pomanjkljivosti naše raziskave so majhen vzorec, nestandardiziran instrumentarij z velikim številom spremenljivk in vključenost oseb iz mestnega okolja. V prihodnosti bi kazalo zajeti večji vzorec starostnikov iz različnih okolij in ugotoviti zdravstvene kazalnike v povezavi z življenjskim slogom.

Celostna obravnava starostnikov na vseh ravneh zdravstva predstavlja izziv za strokovnjake in laike, ki se formalno in neformalno srečujejo s težavami starostnikov. Zdravstvena vzgoja starostnikov in zvišanje stopnje znanja s področja zdravja je naloga zdravstvene nege, ki jo je treba obravnavati zavzeto in odgovorno spričo vse večjega deleža starostnikov v družbi. Multidisciplinarni pristop pomeni integracijo znanj, veščin, sposobnosti različnih strokovnjakov z optimalnim vključevanjem starostnikov. Družbena ureditev naj zagotavlja pogoje, ki bodo omogočali dejavno, zdravo in zadovoljno staranje.

Literatura

Bayan-Bravo, A., Perez-Tasigchana, R.F., Sayon-Orea, C., Martinez-Gomez, D., Lopez-Garcia, E., Rodriguez-Artalejo, F. et al. 2017. Combined Impact of Traditional and Non-Traditional Healthy Behaviors on Health-Related Quality of Life: A Prospective Study in Older Adults. PLoS ONE 12, 1, e0170513.

Gabrijelčič Blenkuš, M. & Robnik, M. 2017. Starostniki: od epidemiologije do specifičnih lastnosti populacije – nekateri spregledani (javno)zdravstveni problemi starejših. Farm vestn, 68, str. 97–105.

Miranda, L.C.V., Soares, S.M. & Silva, P.A.B. 2017. Quality of life and associated factors in elderly people. Ciência & Saúde Coletiva, 21,11, str. 3533–3544.

Netuveli, G. & Blane, D. 2008. Quality of life in older ages. British Medical Bulletin, 85: str. 113–126.

Rizzuto, D., Orsini, N., Chengxuan, Q., Hui-Xin, W. & Fratiglioni, L. 2012. Lifestyle, social factors, and survival after age 75: population based study Open Access, BMJ, 345: e5568.

Stanojević Jerković, O., Sauliune, S., Šumskas, L., Birt, C.A. & Kersnik, J. 2015. Determinants of self-rated health in elderly populations in urban areas in Slovenia, Lithuania and UK: findings of the EURO-URHIS 2 survey. European Journal of Public Health, 27, Supplement 2, str. 74–79.

Statistični urad R Slovenije, 2018. Dostopno na: <https://www.stat.si/StatWeb/Field/Index/17> [18. 9. 2018].

Taheri, M., Mohammadi, M., Paknia, B. & Mohammadbeigi, A. 2013. Elderly Awareness on Healthy Lifestyle during Aging. Trop Med Surg 1: 139.

Tripathy, R.K. 2012. Quality of Life: An Important Issue in Geriatric Research. J Gerontol Geriat Res 1: e114.

DOLGOTRAJNA OSKRBA V LUČI INTEGRACIJE ZDRAVSTVENO-SOCIALNIH STORITEV

Long-term care in the context of integrating health and social services

dr. Ljiljana Leskovic, viš. pred.

Univerza Novo mesto Fakulteta za zdravstvene vede

ljiljana.leskovic@guest.arnes.si

Izvleček

Uvod: S propadanjem medgeneracijskih in integracijskih povezav ljudje v domačem okolju ostajajo sami, brez pomembne socialne mreže, ki bi jim nudila ustrezno oporo. V preteklosti se je intenzivno razvijala institucionalna oskrba. Oskrba starejših na njihovem domu je bila domena patronažne službe in neformalnih izvajalcev. Namen prispevka je predstaviti pomen izvajanja dolgotrajne oskrbe z vidika integracije zdravstvenih in socialnih storitev v domačem okolju.

Metode: Raziskava je temeljila na kvantitativnem raziskovalnem pristopu, metodi deskripcije. Za merski instrument je bil uporabljen strukturiran anketni vprašalnik, ki je bil oblikovan na podlagi pregleda strokovne in znanstvene literature. Uporabili smo namenski vzorec, v katerega smo vključili starostnike, starejše od 65 let. Anketne vprašalnike smo razdelili med 31 naključno izbranih starostnikov, ki so bili v obravnavi patronažne medicinske sestre. Pravilno izpolnjenih in vrnjenih je bilo 31 anketnih vprašalnikov. Pridobljeni podatki so bili obdelani z računalniškim programom Microsoft Office Excel.

Rezultati: Ugotovili smo, da je polovica anketirancev samostojnih pri opravljanju temeljnih funkcij vsakdanjega življenja. Druga polovica anketirancev potrebuje pomoč otrok, zakonca ali partnerja pri gospodinjskih opravilih, kuhanju in pospravljanju. Ena četrтина potrebuje pomoč pri osebni higieni in oblačenju. Ugotavljamo tudi, da 61 % vprašanih trenutno ne potrebuje pomoči, 13 % bi jo potrebovalo enkrat tedensko, 6,5 % dvakrat na teden, 20 % vprašanih pa bi potrebovalo vsakodnevno pomoč.

Diskusija in zaključek: Ugotovili smo, da v visoki starosti pomeni biti neodvisen takrat, ko obvladujemo in nadzorujemo temeljne funkcije vsakodnevnega življenja – kar pa je mogoče doseči tudi z ustrezno pomočjo. Mreža formalnih izvajalcev, ki zagotavlja terapevtski program, obvladovanje kroničnih bolezni in oskrbo ob koncu življenja tudi v domačem okolju, postaja bolj nujna in kompleksnejša.

Ključne besede: dolgotrajna oskrba, starostnik, formalni izvajalci, domače okolje

Abstract

Introduction: With the decay of intergenerational and integration links people in the domestic environment remain alone, without the important social networks that would allow them to provide appropriate support. In the past, intensive to develop institutional care. Care of the elderly at their home was the domain of nursing services, and informal providers. The aim of this article is to present the importance of the implementation of the long-term care from the perspective of the integration of health and social services in the home environment.

Methods: the Survey was based on a quantitative research approach, method deskripcije. For the measuring instrument it was used a structured survey questionnaire, which was designed on the basis of the review of the professional and scientific literature. We used the assigned sample, in which we have included the elderly than 65 years. Survey questionnaires we distributed among 31 randomly selected older persons, who have been in the reading nursing nurses. Correctly filled and returned were 31 survey questionnaires (100 % realization of the sample). The data obtained were treated with computer programs Microsoft Office Excel.

Results: we found that half of the respondents is independent in performing basic functions of everyday life. The other half of the respondents needs the help of the side of the children or spouse and needs help with household chores, cooking and cleaning. One-quarter need help with personal hygiene and dressing. Further, data show that 61% of the respondents do not need current aid, 13% would take once a week and 6.5% would need help twice a week, and 20% of respondent's day to day help.

Discussion and conclusion: we found that in the high age means to be independent when we control the basic functions of day-to-day life – which is possible even with appropriate assistance. The network of formal providers, that provides a therapeutic program, management of chronic disease and care at the end of life in the home environment, it is becoming more urgent and more complex.

Key words: long-term care, elderly, contractors, home environment

Uvod

Dolgotrajna oskrba je v tesni povezavi s pojavom dolgožive družbe, kar ima za posledico spremenjena demografska razmerja v družbi. Z naraščanjem deleža starejšega prebivalstva zaradi podaljševanja življenjske dobe ljudi se povečujejo potrebe po formalni dolgotrajni oskrbi (Nagode, et al., 2012).

S povečanjem stopnje odvisnosti starejših se kaže potreba po intenzivnejšem povezovanju s svojci in socialno mrežo. Mreža formalnih izvajalcev, ki zagotavlja terapevtski program, obvladovanje kroničnih bolezni in oskrbo ob koncu življenja tudi v domačem okolju, postaja vse bolj nujna in kompleksnejša (Milavec, 2013).

Najpogostejše zdravstvene težave starejših povzročajo srčno-žilna obolenja, maligna obolenja, nevro-psihiatrična obolenja (demenca, depresija), bolezni prebavnega trakta, slabše delovanje imunskega sistema ipd. (Šelb-Šemerl, et al., 2010).

V preteklosti se je intenzivno razvijala institucionalna oskrba. Oskrba starejših na njihovem domu je bila domena patronažne službe. Skrb za dodatno pomoč starejšim je bila prepuščena svojcem (Leskovic, 2017).

Pregled uvajanja dolgotrajne oskrbe kot enotnega področja v Sloveniji

Prve osnutke zakona o dolgotrajni oskrbi naj bi imelo Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve pripravljene že leta 2002. Prvi predlog zakona je bil javno predstavljen leta 2005, sledilo mu je nekaj novih predlogov različnih strokovnih skupin, zakon se je dopolnjeval in spreminjal. Predlog Zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo je bil nato dan v javno razpravo leta 2010. Najnovejši osnutek zakona naj bi bil v parlamentu predložen leta 2013. Zakon opredeljuje in spodbuja oskrbo v skupnosti (Hočevlar, 2013). Nadaljnji predlog novega zakona izhaja iz predpostavke, da se bo porast deleža potreb po dolgotrajni oskrbi s 5,1 % iz leta 2017 zvišal na 12,3 % do leta 2060 (SURS, 2016).

V mednarodnem prostoru dolgotrajno oskrbo definirajo kot niz storitev in ukrepov, ki jih potrebujejo ljudje z zmanjšano stopnjo telesnih in kognitivnih sposobnosti in so v daljšem časovnem obdobju odvisni od pomoči pri izvajanju osnovnih in podpornih dnevnih opravil (OECD, Health Statistics, 2018).

Sprejetje zakonodaje naj bi naredilo pomemben korak v smeri integracij storitev, povezovanja izvajalcev, nudenja podpore laičnim izvajalcem ter večjemu vključevanju nevladnih organizacij v oskrbo starih ljudi v domačem okolju. Pri tem pa je bistvenega pomena oblikovanje individualno prilagojenih storitev (Dominkuš, 2010; Kadivec, et al., 2011).

Iz posameznikove samoocene situacije in samoocene potreb po storitvah izhaja načrtovanje potreb po načelu »od spodaj navzgor«, s čimer bi lahko izboljšal kakovost svojega življenja (Škerjanc, 2010).

Odgovore na dolgotrajne stiske je treba iskati tako v pristojnih službah in stroki kot v sistemu. Za izboljšanje stanja so potrebni različni organizacijski ukrepi – pomembni sta uveljavitev novih načel in metod ter izboljšava splošnih strategij (Mali, 2008).

Izhajajoč iz predstavljenih ugotovitev dosedanjih raziskav sta bila namen in cilj naše raziskave ugotoviti potrebe po dolgotrajni pomoči starejšim ljudem občine Velike Lašče.

Postavili smo naslednji raziskovalni vprašanja:

- Katere storitve prejemajo starejši ljudje občine Velike Lašče?
- Katere dodatne oblike dolgotrajne pomoči bi potrebovali starejši ljudje v občini Velike Lašče?
- Kakšni sta informiranost in finančna zmožnost starih ljudi občine Velike Lašče za prejemanje storitev pomoči na domu?

Metoda

Raziskava je temeljila na kvantitativnem raziskovalnem pristopu, metodi deskripcije. Zbiranje podatkov smo izvedli s pomočjo anketnega vprašalnika. Podatki so bili obdelani s pomočjo statističnega programa Microsoft Office Excel.

Opis merskega instrumenta

Podatki so bili zbrani z anketnim vprašalnikom, ki so ga sestavljali: prvi sklop vprašanj o demografskih podatkih, drugi sklop o potrebah po storitvah pomoči na domu, tretji sklop pa je zajemal vprašanja ponudb storitev pomoči na domu in zanimanja za druge oblike socialnega varstva. V anketnem vprašalniku je uporabljena tudi Likertova lestvica stališč. Vsako trditev so anketiranci ocenjevali s 5-stopenjsko ocenjevalno lestvico, pri čemer je vrednost 1 pomenila, da se sploh ne strinjajo; ocena 2, da se ne strinjajo; ocena 3, da se delno strinjajo; ocena 4, da se strinjajo; ocena 5 pa, da se popolnoma strinjajo z navedeno trditvijo. Za merski instrument je bil uporabljen strukturiran anketni vprašalnik, ki je bil oblikovan na podlagi pregleda strokovne in znanstvene literature. Uporabili smo namenski vzorec, v katerega smo vključili starostnike, starejše od 65 let. Od skupno razdeljenih 31 anketnih vprašalnikov je bilo pravilno izpolnjenih in vrnjenih 31 (100 % realizacija vzorca). Za ugotavljanje potreb anketirancev po storitvah dolgotrajne oskrbe smo uporabili taksonomijo potreb na področju zdravstvenega in socialnega dela, povezano z dolgotrajno oskrbo; za zdravstvo,

in sicer *življenjske dejavnosti*, model Roper-Logan-Tierney (Roper, et al., 2001), za področje sociale pa smo pri nas razvili *indeks potreb* (Flaker et al., 2008).

Opis vzorca

Raziskava je potekala v občini Velike Lašče, kjer je bil uporabljen namenski vzorec. V raziskavo so bili vključeni starejši od 65 let. Anketne vprašalnike smo razdelili 31 naključno izbranim starostnikom, ki so bili v obravnavi patronažne medicinske sestre. Večina anketiranih je bila ženskega spola, in sicer kar 71 % (22 anketirank), samo 29 % pa jih je bilo moškega spola (9 anketirancev). Najmanj vključenih anketirancev je bilo v starosti 86 let in več (12,9 % vseh). Največ anketirancev je bilo starih med 76 in 85 let (48,4 %). Največ je bilo anketiranih žensk, ki so bile stare med 76 in 85 let, najmanj pa moških v starosti 86 let in več (samo 1). Večji delež anketirancev živi samih – en moški in kar deset žensk. Skupaj je to 35,5 % anketirancev v občini Velike Lašče. Najmanj anketirancev živi s partnerjem – skupaj samo 25,8 % vprašanih. Največ moških prebivalcev občine Velike Lašče živi skupaj z družino.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

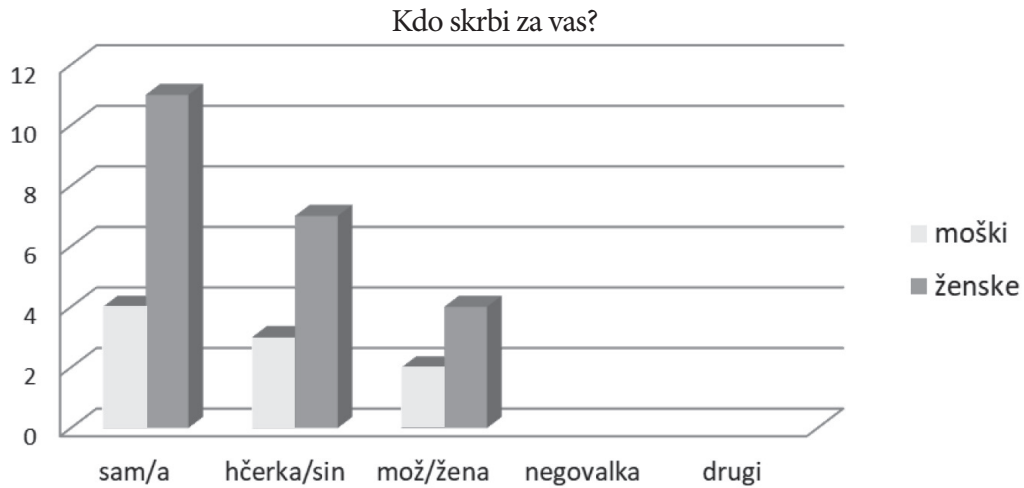
Anketiranje je potekalo od 1. do 31. 3. 2017. Anketne vprašalnike smo razdelili naključno izbranim starostnikom, ki so bili v obravnavi patronažne medicinske sestre v občini Velike Lašče. Sodelovanje udeležencev je bilo prostovoljno. Zagotovljena je bila anonimnost. Za izvedbo raziskave smo pridobili soglasje pristojne institucije. Podatki so bili analizirani z opisno statistiko. Demografske značilnosti vzorca so bile pregledane s frekvenčno in odstotkovno analizo. Primarni viri so bili analizirani s pomočjo računalniškega programa Microsoft Office Excel.

Etični vidik raziskovanja

Upoštevali smo načela Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014).

Rezultati

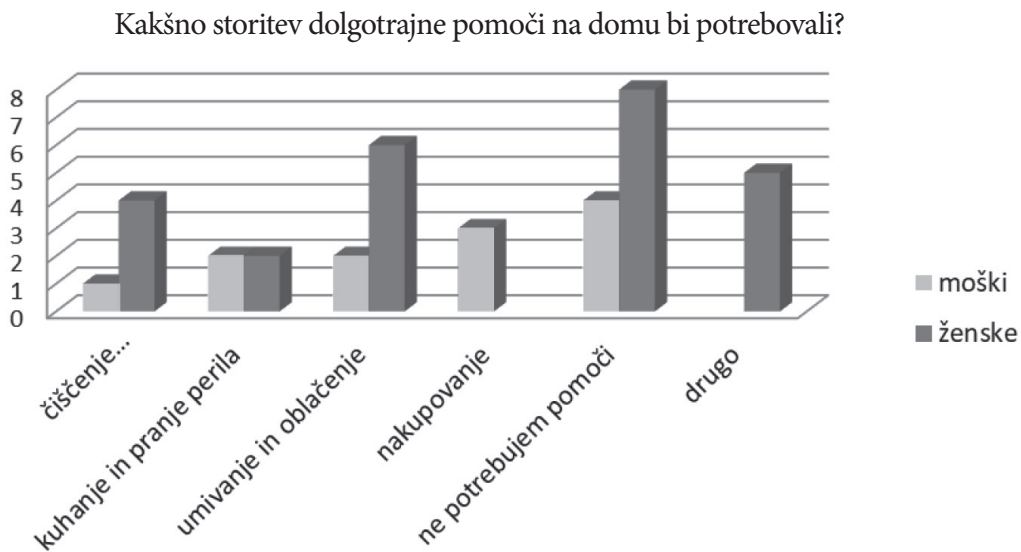
V nadaljevanju so podrobneje predstavljeni rezultati o oceni potreb po storitvah pomoči na domu starejših oseb, vključenih v raziskavo.



Graf 1: Kdo je vaš skrbnik?

Vir: raziskava, 2017

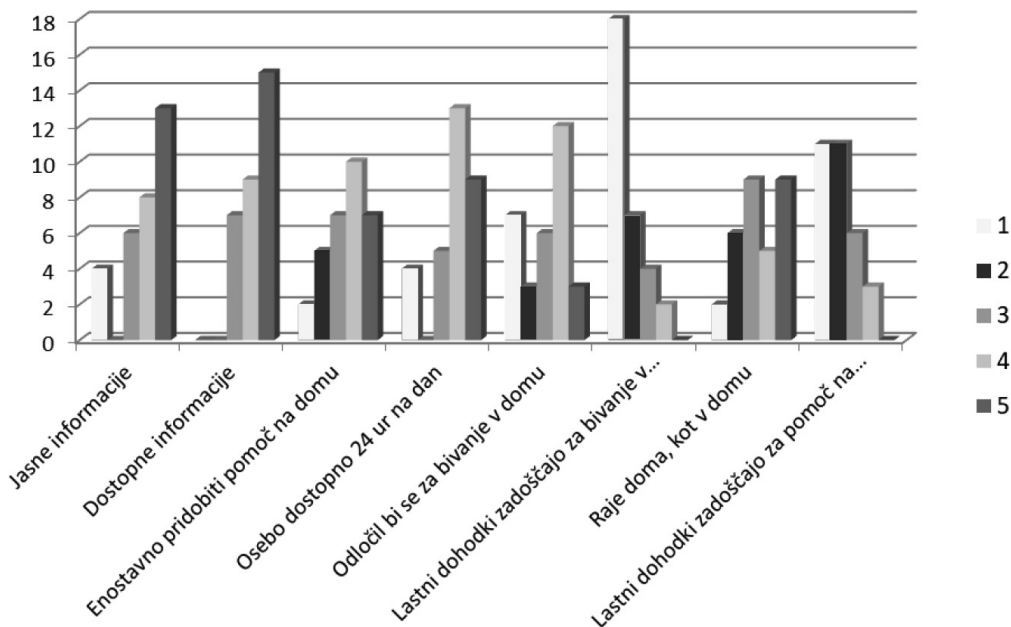
Rezultati (graf 1) kažejo, da je samostojnih pri opravljanju temeljnih funkcij vsakdanjega življenja 12,9 % moških in 35,5 % žensk (skupaj moških in žensk v deležu 48,4 %). Hčerki/sinu je skrb zaupalo 32,3 % in v 19,4 % anketirancev možu/ženi. Nihče od anketirancev ni obkrožil možnosti odgovora negovalka ali drugi.



Graf 2: Kakšno vrsto storitev pomoči na domu bi potrebovali?

Vir: raziskava, 2017

Na vprašanje, kakšno vrsto pomoči potrebujejo, je 61,3 % anketirancev odgovorilo, da pomoči trenutno ne potrebujejo. Sledili so jim tisti, ki so odgovorili, da bi jim najbolj prav prišla pomoč pri umivanju in oblačenju (25,8 %). Na odprto vprašanje so nekateri anketiranci odgovorili, da bi potrebovali prevoz za nakupe. Takšno pomoč bi potrebovalo enkrat tedensko 12,9 % anketirancev. 6,5 % anketirancev bi pomoč potrebovalo dvakrat tedensko in 19,4 % vsak dan.



Graf 3: Informiranost, dostopnost in možnosti prejemanja dolgotrajne oskrbe

Vir: raziskava, 2017

Graf 3 prikazuje oceno strinjanja z določeno trditvijo. Prva trditev je bila, da so informacije o tem, kje lahko starostniki pridobijo pomoč na domu, jasne. Anketiranci so se v 41,9 % popolnoma strinjali s to trditvijo. Tudi naslednja trditev je bila povezana z informacijo, kje lahko pridobijo pomoč na domu in ali je dostopna. Skoraj polovica anketirancev (48,4 %) se je strinjala s to trditvijo. Da je pomoč na domu enostavno pridobiti, so se anketiranci strinjali v 32,5 %. Da bi se bolje počutili, če bi imeli ob sebi osebo, ki bi bila dostopna 24 ur na dan, je odgovorilo 41,9 %. Za bivanje v domu starejših občanov bi se odločilo 38,7 % anketirancev, če ne bi bili samostojni pri lastni oskrbi. Več kot polovica anketirancev (58,1 %) je izrazila nestrinjanje pri plačevanju stroškov domske oskrbe.

Trdili so, da si s svojimi dohodki ne morejo privoščiti storitve v domu starejših občanov. Pri trditvi, da bi raje ostali doma, kot pa da bi se odločili za bivanje v domu, anketiranci niso bili enotni. 29,1 % se deloma strinja s to trditvijo in enak odstotek se popolnoma strinja. Prav tako niso bili enotni pri zadnji trditvi, da lastni dohodki zadoščajo za storitve pomoči na domu. 35,5 % se jih sploh ne strinja s to trditvijo in enak odstotek se jih ne strinja.

Diskusija in zaključek

V opravljeni raziskavi med starostniki občine Velike Lašče smo ugotovili, da starejše osebe večinoma živijo same in tudi skrbijo same zase. Največkrat jim pomoč nudijo otroci, ki jim tudi pomagajo pri vsakdanjih gospodinjskih opravilih, na primer kuhanju in pospravljanju. Kot najbolj zaželena oblika pomoči se je izkazala pomoč pri osebni higieni. Glede na to, da večina anketirancev živi samih, zaenkrat še ne potrebujejo dolgotrajne oskrbe.

Sedanje demografske in ekonomske razmere kažejo na povečano potrebo po načrtovanju in razvijanju raznovrstnih in dopolnjujočih se oblik pomoči za stare ljudi. Družina še vedno ostaja pomemben partner pri skrbi za družinskega člana in istočasno posrednik pri zagotavljanju formalnih oblik pomoči (Glavica & Hižman, 2007).

Podobna raziskava je bila izvedena tudi v pomurski regiji, kjer je ta problem še posebej pereč. Trenutno storitev pomoči na domu prejema 1,5 % prebivalstva, potrebuje pa jo 16 % starejšega prebivalstva. Večina vprašanih, ki potrebujejo katerokoli storitev pomoči na domu, bi potrebovala pomoč pri čiščenju stanovanja in vsakodnevnih nakupih. 17 % vseh anketirancev zaznava potrebo po občasnem urejanju vrta. Občasno pomoč pri osebni higieni potrebuje 8 % prebivalstva, pri zdravstveni negi pa 13 % anketiranih, te potrebe pa se z leti povečujejo (Center za zdravje in razvoj Murska Sobota, 2017).

Poslabšanje zdravstvenega stanja, starostno oslabelost in potrebo po druženju štejemo med glavne dejavnike, ki sprožajo potrebo po pomoči na domu in s tem ohranjanju socialne mreže. Analiza izvajanja pomoči na domu in vseslovenska raziskava ugotavlja, da pomoč na domu prejema 6046 oseb, kar je 1,7 % starih nad 65 let, ki zaradi starosti ali spremljajočih pojavov niso sposobni za popolnoma samostojno življenje (Lebar, et al., 2015).

Ugotovili smo, da so ljudje v občini seznanjeni s pomočjo na domu, vendar jim to predstavlja nekaj slabšalnega, saj bi potem vsi vedeli, da potrebujejo pomoč, da ne zmorejo več sami skrbeti zase.

Nič ne bi bilo narobe, če bi jim pomagali svojci (otroci, vnuki). Načeloma so ljudje seznanjeni s storitvami pomoči na domu in menijo, da so informacije o tem, kje lahko pridobijo pomoč na domu, dostopne in jasne. Vendar pa jih skrbi finančni vložek, saj večinoma navajajo, da je njihov dohodek premajhen, da bi si lahko privoščili storitve pomoči na domu.

Pomoč na domu je namenjena izboljšanju kakovosti življenja starejših ljudi, ki živijo doma in ki zaradi bolezni ne morejo skrbeti sami zase. Prav tako pa jim tudi družina ne more zagotoviti vse potrebne oskrbe. Med upravičenci so starejši od 65 let, ki so nesposobni za samostojno življenje zaradi starosti ali s starostjo povezanih dejavnikov (Filipovič Hrast, et al., 2014).

Po analizi rezultatov raziskave smo prišli tudi do ugotovitve, da bi si starejši ljudje želeli dom starejših občanov v občini Velike Lašče, saj bi jim bližina doma v znanem okolju veliko pomenila. Nekateri so mnenja, da bi tako lahko imeli več obiskov svojcev. Sklepamo, da bi se ljudje raje odločili za dom starejših občanov, če bi ga zgradili v njihovi občini, kot pa za pomoč na domu, saj menijo, da pomoči ne potrebujejo. Ne predstavljajo si, kakšen strošek bi to lahko bil za njih, saj imajo večinoma vsi manjše dohodke in si tega ne bi mogli privoščiti (doma za starejše in pomoči na domu).

Raziskava, ki smo jo izvedli, ima določene metodološke omejitve. Pri posploševanju dobljenih ugotovitev je zato treba upoštevati, da gre za samo-ocenjevanje sposobnosti vključenih starostnikov v raziskavo, ki vključuje tudi tveganje, da posamezen starostnik nerealno ocenjuje svoje sposobnosti, pričakovano in želeno stanje. Kljub navedenemu pa je naša raziskava zajela podatke potreb po pomoči v občini Velike Lašče majhnega deleža starejših oseb nad 65 let. Ocena stanja izvajanja pomoči na domu se torej nanaša na imenovano populacijo starostnikov in ni odraz stanja vse ostale starejše populacije v Sloveniji.

Za ljudi, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo, so stiki izjemno pomembni, saj iz njih lahko črpajo pomembno pomoč in podporo. Žal pa so njihove socialne mreže pogosto šibke, revne, maloštevilne, bodisi zaradi naravnih procesov (smrti in umiranja) bodisi zaradi institucionalizacije ali stigme.

Literatura

Dominkuš, D., 2010. Zakon o dolgotrajni oskrbi. Kakovostna starost: časopis za socialno gerontologijo in gerontagogika. 13(1), str. 4–10.

Filipovič Hrast, M., Hlebec, V., Knežević Hočevar, D., Černič Istenič, M., Kavčič, M., Jelenc Krašovec, S., Kump, S. in Mali, J. 2014. Oskrba starejših v skupnosti: dejavnosti, akterji in predstave. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Flaker, V., Mali, J., Kodele, T., Grebenc, V., Škerjanc, J. in Urek, M. (2008). Dolgotrajna oskrba – Očrt potreb in odgovorov nanje. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Glavica, M., & Hižman, R., 2007. Vloga družine pri skrbi za starega družinskega člana: diplomska naloga. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo, str. 151–153.

Hočevar, B., 2013. Za dolgotrajno oskrbo starejših nujen dodaten vir financiranja. Delo, Dostopno na: <http://www.delo.si/novice/slovenija/za-dolgotrajno-oskrbo-starejsih-nujen-dodaten-vir-financiranja> [1. 9. 2018].

Kadivec, S., Skela Savič, B., Kramar, Z., Zavrl Džananović, in Bregar, B., 2011. Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji za obdobje 2011 do 2020. Dostopno na: <http://www.obzornikzdravstvenenege.si/> /2013.47.1.97 [1. 9. 2018].

Lebar, L., Kovač, N., Nagode, M., 2015. Izvajanje pomoči na domu: Analiza stanja v letu 2014 (Poročilo). Ljubljana: Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti. Dostopno na: http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti_pdf/sociala/Analiza_izvajanja_pomoci_na_domu_-_analiza_stanja_v_letu_2014_koncno.pdf [1. 9. 2018].

Leskovic, L., 2017. Uspešnost uvajanja in izvajanja dolgotrajne oskrbe starih oseb v domačem okolju. Dostopno na: http://www.dmszt-nm.si/media/pdf/Zbornik_DMT_2017.pdf [1. 9. 2018].

Mali, J., 2008. Od hiralnic do domov za stare ljudi. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo, str. 31–33.

Milavec Kapun, M., 2013. Model informatizacije dolgotrajne oskrbe pacienta na domu: magistrsko delo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za ekonomijo, str. 65–67.

Nagode, M., Marn, S., Jacović, A. & Zver, E. 2012. Uporaba mednarodne definicije dolgotrajne oskrbe na nacionalnem nivoju. Dostopno na: <http://www.stat.si/StatističniDnevi/docs/Radenci%202012/prispevki/Nagode-dolgotrajna%2012oskrba.pdf> [1. 9. 2018].

OECD, Health Statistics, 2018. Long-term Care. www.oecd.org >...> Health policies and data, str. 1.

Roper, N., Logan, W., & Tierney, A. J. (2001). The Roper-Logan-Tierney Model of Nursing. Edinburgh: Churchill Livingstone.

Statistični urad Republike Slovenije. 2012. Evropsko leto aktivnega staranja in solidarnosti med generacijami. Najdeno 1. 9. 2018 na spletnem naslovu http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=5023.

Šelb-Šemerl, J., Mihevc Ponikvar, B., Primc Žakelj, M., Rok Simon, M., Tomšič, S., & Zadnik, V., 2010. Zdravje starejših. V.D. Hočevar Grom, (ur.). Najdeno 1. septembra 2018 na spletnem naslovu <http://img-stari.ivz.si/1151-1945.pdf>.

Škerjanc, J., 2010. Individualizacija storitev socialnega varstva. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Viri

Center za zdravje in razvoj Murska Sobota (b.d.). Dostopno na: <http://czzr.si/files/czzr-clanek-v-delo-plus50.pdf> [1. 9. 2018].

Kodeks etike zdravstvene nege in oskrbe Slovenije. Ljubljana: Uradni list Republike Slovenije št. 71.

AKTUELNI PROBLEMI U PROCESU ZDRAVSTVENE NEGE GERIJATRIJSKIH BOLESNIKA

Actual problems in the process of nursing care of geriatric patients

Aleksandra Stojić,

strukovna medicinska sestra, dipl. ecc. – menadžer u zdravstvu
Savez udruženja zdravstvenih radnika Beograda, Beograd, Republika Srbija
glavnasestra.kbczemun@gmail.com

Rezime

Zahvaljujući porastu opšteg životnog standarda i unapređenju zdravstvene zaštite te kao posledica smanjenja prirodnog priraštaja, u razvijenim zemljama došlo je do produženja životnog veka, a time i većeg udela starijeg stanovništva u celokupnoj populaciji. Broj stanovnika starijih od 65 godina neprekidno i ubrzano raste, prvenstveno u ekonomski razvijenim zemljama, ali je ta tendencija prisutna i u zemljama u razvoju. Za procenu stanja gerijatrijskih bolesnika potrebna su saznanja iz nekoliko oblasti od kojih je svaka multidimenzionalna: funkcionalni status (aktivnosti svakodnevnog života i instrumentalne aktivnosti svakodnevnog života), mentalno zdravlje, fizičko zdravlje, socijalni izvori, ekonomski izvori, uslovi okoline. Medicinska sestra prikuplja podatke, tumači ih i pohranjuje u odgovarajućoj dokumentaciji, a njihovom daljom obradom dobijaju se informacije koje čine osnovu za unapređenje kvaliteta i razvoj zdravstvene nege. Na osnovu prikupljenih podataka medicinska sestra identifikuje problem i pravi plan nege bolesnika. Gerontološka istraživanja ukazuju na pojavu dve grupe glavnih gerontološko-javnozdravstvenih problema kod starijih ljudi: „4N“ (nepokretnost koja se pojavljuje kao gerijatrijsko imobilizacioni sindrom kod starijih osoba, nestabilnost, koja je uzrok velikog broja padova i povreda, nesamostalnost, nekontrolisano mokrenje odnosno inkontinencija kod gerijatrijskih bolesnika) i „4D“ (depresija, demencija, delirijum, dekubitusi). Ciljevi ovog rada jesu analiza važnosti primene procesa zdravstvene nege kao metode u svakodnevnom radu medicinskih sestara, utvrđivanja potreba za negom i dobre procene aktuelnih i potencijalnih problema gerijatrijskog bolesnika i ukazivanje na postojeće probleme koji se odnose na sprovođenje procesa zdravstvene nege. Kroz proces zdravstvene nege možemo da istražujemo kvalitet, kvantitet, uspešnost primenjenih metoda nege, sredstava rada, da pratimo faktore rizika i da istražujemo veličinu neke pojave.

Sestrinska dokumentacija može da posluži i za istraživanje opterećenosti medicinskih sestara, složenosti i raznovrsnosti sestrinskog rada, što je takođe značajno.

Ključne reči: gerijatrijski bolesnik, aktuelni i potencijalni problem, proces zdravstvene nege

Uvod

Trenutno, oko 700 miliona ljudi na svetu ima preko 60 godina, a procenjuje se da će do 2050. godine taj broj iznositi 2 milijarde, što će predstavljati preko 20 odsto svetske populacije. Imajući sve ovo u vidu, očigledno je potrebno skrenuti pažnju na posebne potrebe i izazove sa kojima se suočavaju mnoge starije osobe u sredini u kojoj žive. Međutim, važno je znati da možemo očekivati njihov pun doprinos u društvu samo ako postoje odgovarajuće garancije za uvažavanje njihovih ljudskih prava.

Stare ljude prate određene specifičnosti koje se javljaju kao posledica procesa starenja i odnose se na sve komponente zdravlja. Gerijatrijska procena podrazumeva objektivno sagledavanje stanja zdravlja starih ljudi uz uvažavanje njihovih specifičnosti i omogućava odgovarajući pristup njihovom lečenju i njihovoj zdravstvenoj nezi. Iz toga proizilazi da procena stanja gerijatrijskog pacijenta mora da se obavlja timski. Za procenu stanja starih osoba potrebna su saznanja iz nekoliko oblasti od kojih je svaka multidimenzionalna: funkcionalni status (aktivnosti svakodnevnog života i instrumentalne aktivnosti svakodnevnog života), mentalno zdravlje, fizičko zdravlje, socijalni izvori, ekonomski izvori, uslovi okoline i teškoće osoba koje pružaju negu. Sticanje znanja specifičnih za populaciju starijih od 65 godina neophodan je preduslov za uspešno lečenje i negu ove kategorije stanovništva, koja je jedan i od najčešćih korisnika zdravstvenih usluga. Ciljevi ovog rada jesu analiza važnosti primene procesa zdravstvene nege kao metode u svakodnevnom radu medicinskih sestara, utvrđivanja potreba za negom i dobre procene aktuelnih i potencijalnih problema gerijatrijskog bolesnika i ukazivanje na postojeće probleme koji se odnose na sprovođenje procesa zdravstvene nege.

Proces zdravstvene nege

Proces zdravstvene nege jeste složena višestapna metoda, zasnovana na opštenaučnim principima i principima zdravstvene nege i maksimalno je prilagođena zadovoljavanju individualnih potreba korisnika/bolesnika za negom prema njihovim aktuelnim ili potencijalnim problemima.

Ona podrazumeva planski i sistemski rad, kontrolu i proveru participaciju pojedinca i drugih relevantnih subjekata, što omogućava uspešne rezultate i razvoj svih učesnika, kroz uzajamnu razmenu znanja, iskustva i razumevanja. To je kompleksna metoda čija se složenost ogleda u strukturi procesa koji se sastoji iz pet faza a svaka faza ima svoje korake. Proces od medicinske sestre zahteva primenu niza misaonih procesa kao što su analiza, sinteza, apstraktno, kauzalno, stvaralačko i kritičko mišljenje.

Sestrinska dokumentacija

Medicinska sestra prikuplja podatke, tumači ih i pohranjuje u odgovarajućoj dokumentaciji, a njihovom daljom obradom dobijaju se informacije koje čine osnovu za unapređenje kvaliteta i razvoj zdravstvene nege. Posmatranje bolesnika i njegovog celokupnog stanja danas se ne može zamisliti bez sestrinske dokumentacije. Dokumentacija zdravstvene nege temelji se na teoretskim osnovama i potpomognuta je procesom zdravstvene nege. U Srbiji, nažalost, sestrinska dokumentacija još uvek nije zakonski regulisana i nije zakonom obavezna iz tih razloga ne postoje univerzalni i zakonom određeni obrasci za proces zdravstvene nege. U ustanovama širom Srbije sestre koriste raznolike obrasce koje same prave na osnovu potreba bolesnika. Obrasci su uglavnom standardizovani i primenjuju se za sve pacijente.

Utvrđivanje potreba za negom kod gerijatrijskih bolesnika

Gerijatrijski pacijenti imaju mnoge hronične bolesti, sa svim posledicama i terapijskim dilemama koje hronične bolesti sa sobom nose. Hronične bolesti, zajedno sa specifičnim ispoljavanjem akutnih bolesti, znače da je klinička slika u gerijatriji retko jednostavna. Nažalost u gerijatriji se retko govori samo o jednoj dijagnozi, čak naprotiv, prosek je najčešće četiri dijagnoze. Dijagnoze mogu biti povezane ili uslovljene jedna drugom, recimo da se radi o istom sistemu organa ili da ispoljavaju sličnu patofiziologiju, ali je najčešće slučaj da koegzistirajuće bolesti jednostavno postoje i pojavljuju se zajedno. Šta god da je slučaj, mnogobrojne hronične bolesti uslovljavaju jedna drugu i imaju međusobne interakcije koje uslovljavaju češće komplikacije i doprinose težem definisanju bolesti. Kao rezultat, klinička slika je skoro uvek teška, zahteva mnogo znanja, dobro prosuđivanje i sposobnosti za prepoznavanje pravih rešenja problema. Potreba za negom starih ljudi ne određuje se toliko prema dijagnozi bolesti koliko prema stepenu onesposobljenosti. Da bi se napravio adekvatan plan zdravstvene nege i ispunili zadati ciljevi, prvi korak koji medicinska sestra treba da napravi jeste prikupljanje podataka o pacijentu. Podaci se prikupljaju o psihofizičkom, socijalnom i funkcionalnom stanju bolesnika. Prikupljanje podataka počinje od prvog kontakta sa bolesnikom i traje kontinuirano do otpusta bolesnika.

Utvrđivanje potreba za negom predstavlja temelj procesa zdravstvene nege od kojeg zavisi kvalitet svih ostalih faza.

Potencijalni i aktuelni problemi u procesu zdravstvene nege

Svaki potencijalni problem u zdravstvenoj nezi gerontoloških bolesnika može da preraste u aktuelni i zato potencijalnim problemima treba da posvetimo istu pažnju kao i aktuelnim. Gerontološka istraživanja ukazuju na pojavu dve grupe glavnih gerontološko-javnozdravstvenih problema kod starijih ljudi „4N“ i „4D“.

„4N“ gerijatrijski sindrom:

- **nepokretnost** koja se pojavljuje kao gerijatrijsko-imobilizacioni sindrom kod starijih osoba što za posledicu ima pojavu dekubitusa, jednog od najvećih problema u zdravstvenoj nezi;
- **nestabilnost**, zbog koje se dešavaju veliki broj padova i povreda;
- **nesamostalnost** sa sve većim udelom demencija i Alchajmerove bolesti kod najstarijih starijih osoba, problem koji zahteva kontinuiranu zdravstvenu negu;
- **nekontrolisano mokrenje** odnosno inkontinencija kod gerijatrijskih bolesnika.

Da bi se procena stanja bolesnika adekvatno uradila, medicinske sestre koriste razne skale za procenu sposobnosti bolesnika u svakodnevnom aktivnostima. Najčešće se koriste Bartelov indeks, Kacov indeks i FIM (FIM – *functional independence measure*) da bi se donele odluke o daljem planu lečenja i terapijskim ciljevima. U kliničkoj primeni vrlo malo je standardizovanih testova za procenu aktivnosti svakodnevnog života i često medicinske sestre same prave liste ili koriste delove postojećih testova.

Bartelov indeks procenjuje 10 osnovnih funkcija u aktivnostima samozbrinjavanja. Maksimalni skor koji pacijent može da ostvari jeste 100, a što je skor viši osoba je nezavisnija u procenjivanim aktivnostima. Bartelov indeks je dobar pokazatelj oblasti svakodnevnog života u kojima je korisniku potrebna pomoć, ali nam ne pruža detaljniji uvid u razloge koji dovode do nemogućnosti izvođenja određenih aktivnosti (loš balans, slaba snaga mišića, neuvežbani transferi i sl.). Medicinske sestre ga često koriste za početnu, inicijalnu procenu i usmeravanje opšteg plana mera zdravstvene nege.

Kacov indeks procenjuje 6 bazičnih aktivnosti samozbrinjavanja – kupanje, oblačenje, toalet transfer, sposobnost zbrinjavanja, inkontinencija, hranjenje. Svaka aktivnost se ocenjuje 1 bodom – nezavisan (nema nadzora, naredbe ili pomoći druge osobe), ili 0

bodova – zavisan (potreban nadzor, naredba delimična ili potpuna pomoć). Maksimalni skor je 6 bodova što znači da je pacijent nezavisan u osnovnim aktivnostima samozbrinjavanja.

FIM – (u produžetku FIM – *functional independence measure*) mere funkcionalne nezavisnosti

FIM skala se koristi kao mera ili stepen funkcionalne nezavisnosti pacijenta. FIM se sastoji iz 18 tačaka od čega je 13 za procenu fizičkih funkcija (zasnovanih na Bartelovom indeksu) i 5 je za procenu kognitivnih funkcija. Alternativno, skala se može podeliti i 13 tačaka koje procenjuju fizičke funkcije mogu se odvojiti od onih koje procenjuju kogniciju. Funkcije se ocenjuju na osnovu nivoa pomoći koja je potrebna osobi da dovrši ASŽ (aktivnosti svakodnevnog života). Svaka funkcija se ocenjuje ocenama od 1 do 7, gde je ocena 1 totalna zavisnost od tuđe pomoći, a ocena 7 predstavlja potpunu nezavisnost. Skor se kreće od 18 do 126 i što je viši skor veća je nezavisnost pacijenta. FIM skalu može koristiti lekar, terapeut, medicinska sestra ili laik (administrator).

Pad kao potencijalni problem u procesu zdravstvene nege

Kao rezultat starosti, bolesti, bolova i nekretanja, stari često imaju otežano kretanje što može

rezultirati padovima. Izuzetan značaj padova u starosti nije samo u činjenici da su često prisutan problem već i u tome da vrlo često ostavljaju teške fizičke i psihosocijalne posledice. S obzirom na to da raste broj ljudi starijeg životnog doba u odnosu na stanovništvo uopšte, raste i broj padova među starima.

Kada već do pada dođe, s obzirom na pomenutu osteoporozu nastaje ponekad i prelom kosti, a kod starih je to najčešće prelom vrata butne kosti. Što je osoba starija to je za prelom potrebna manja sila, pa je opis pada često vrlo neupadljiv.

Padovi hospitalizovanih pacijenata spadaju u neželjene događaje u zdravstvenim ustanovama, oni su pokazatelj bezbednosti pacijenata u bolnici, što je na kraju i najpouzdaniji indikator kvaliteta zdravstvene zaštite. U prevenciju pada bolesnika moraju biti uključeni svi zdravstveni radnici, a posebno medicinske sestre/medicinski tehničari. S obzirom na to da medicinska sestra provodi najveći deo vreme na u direktnom kontaktu s pacijentom, njena dužnost jeste da proceni rizik od pada i u zavisnosti od procene da preduzme odgovarajuće mere za njegovu prevenciju u skladu s njenim kompetencijama i resursima koji su dostupni u zdravstvenoj ustanovi. Potrebno je odmah pri prijemu izvršiti procenu rizika od pada te ga kasnije (najbolje svakodnevno) evaluirati zavisno od toka lečenja, promena i ponašanja pacijenta u bolničkoj ustanovi. Najvažniji alat koji medicinska sestra poseduje za procenu pada jeste njeno iskustvo i znanje.

Jedan od alata za pomoć pri proceni rizika od pada jesu standardizovane skale koje se primenjuju u tu svrhu. Upotrebljavaju se četiri skale: Morseova skala, skala STRATIFY, Hendrikova skala II i skala koju je osmislilo osoblje baltimorske bolnice „Johns Hopkins“. Svaka od njih ima određene prednosti i nedostatke, a poželjno je da im je osetljivost i specifičnost što veća. Idealna skala trebala bi da bude jednostavna za upotrebu, precizna, da ne iziskuje previše vremena za ispunjavanje i da se lako uklapa u kliničku praksu bez dodatnog opterećivanja. Rezultat skale jest numerička vrednost kojom se kod pacijenta procenjuje rizik od pada (nizak, srednji, visok...) te se u skladu s tim pravi plan zdravstvene nege.

Urinarna inkontinencija

Urinarna inkontinencija je često oboljenje kod starih osoba i za posledicu može da ima plasiranje trajnog katetera, infekcije urinarnog trakta, urosepsu, nepokretnost, padove i dekubituse. Prevalenca inkontinencije raste sa starošću, a žene češće obolevaju od muškaraca, s tim da je kod mlađih starih odnos 2-3:1 kod žena, a kod starijih od 80 godina taj odnos se „normalizuje“ na 1:17. Sem promena na bešici i uretri vezanih za starost, stari često imaju i druga obolenja koja utiču na kontinenciju a u koje spadaju poremećaji hidracije, poremećaji ekskrecije urina, funkcionalni poremećaji koji otežavaju pristup toaletu, česti su cerebrovaskularni incidenti, TIA- tranzistorni ishemični atak, srčana insuficijencija, fekalna inkontinencija i konstipacija, gojaznost, hronična opstruktivna bolest pluća, depresija i mnoga druga stanja koja nepovoljno utiču na kontinentnost.

„4D“ gerijatrijski sindrom

- depresija,
- demencija,
- delirijum,
- dekubitusi.

Depresija je najučestaliji mentalni problem starijih odraslih, koji se negativno reflektuje na sve aspekte života. U starom životnom dobu depresija proizilazi iz gubitka samopoštovanja, gubitka značajnih uloga i značajnih osoba iz života, kao i devalvacije socijalnih kontakata, uslovljene zdravstvenim i finansijskim teškoćama, kao i smanjenom funkcionalnošću.

Poremećaji raspoloženja u starijem životnom dobu nisu retkost, a depresivni simptomi često ostaju neprepoznati. Razlozi su mnogobrojni – depresivni simptomi po pravilu koegzistiraju sa telesnim bolestima i stanjima koja proističu iz samog procesa starenja, kao i zbog tendencije pacijenata da u prvi plan istaknu vegetativne i kognitivne simptome, uz zanemarivanje afektivnih. Pored toga, dešava se da se depresivni simptomi tumače kao normalna reakcija na prisutnu telesnu bolest. Česti simptomi su: depresivno ili žalosno raspoloženje, gubitak interesa za svakodnevne aktivnosti koje su pre predstavljale zadovoljstvo, potištenost, gubitak nade i vere u budućnost, smanjenje energije, umor, poteškoće sa spavanjem (ranojutarnje ustajanje, isprekidan san, poteškoće da zaspi), gubitak apetita i telesne mase, osećaj bezvrednosti i krivice, pojava psihomotorne usporenosti ili agitacije, smanjenje koncentracije, suicidalne misli i dr.

Demencija je klinički sindrom obeležen stečenim gubitkom kognitivnih i emotivnih sposobnosti koji je prisutan u tolikoj meri da ometa svakodnevnu aktivnost bolesnika i značajno smanjuje njegov kvalitet života. To je progresivna, neurodegenerativna bolest od koje uglavnom obolevaju ljudi starijeg životnog doba.

Pogađa oko 6% starijih od 65 godina, raste sa godinama, a pogađa 25% starijih od 85 godina. Oko 2/3 svih demencija čini Alchajmerova bolest.

Demencija kod starih ljudi predstavlja veliki socijalni i ekonomski problem društvu jer osobe koje pate od demencije obično nisu sposobne za samostalni život. U ranoj fazi bolesti bolesnik počinje da zaboravlja, govor postaje usporen, pisanje, računanje, ponavlja što čuje (eholalija), slabi orijentacija u prostoru – gubi se u prostoru i u vremenu. Kod tih bolesnika primećujemo poremećaje prosuđivanja i ponašanja, apatiju i nezainteresovanost a može se desiti i suprotno, da je pacijent agitiran i nemiran, sumnjičav ili indiferentan. Samozbrinjavanje svakodnevno slabi a zavisnost od tuđe nege se povećava.

Demencija se opisuje kao sindrom progresivnog oštećenja stečenih kognitivnih sposobnosti pri očuvanoj svesti koje se ispoljavaju kao promene u mentalnom statusu i ponašanju bolesnika.

Demencija dovodi do intelektualnog propadanja centralnog nervnog sistema (CNS) kod bolesnika sa organskim bolestima, tako da su najviše oštećene sposobnosti pamćenja, učenja, orijentacije, apstraktnog mišljenja i poimanja vidno-prostornih odnosa.

Pojavnost demencije ometa bolesnika u njegovom profesionalnom i socijalnom funkcionisanju i može dovesti do potpune zavisnosti od drugih. Simptomi se javljaju na celokupnom psihičkom nivou ličnosti (npr. mišljenju, raspoloženju, psihomotorici, emocijama, volji), a svi se ti deficiti manifestuju i na fizičkom nivou, što neretko dovodi do nemogućnosti obavljanja svakodневnih životnih aktivnosti.

Delirijum je posledica funkcionalnog poremećaja metabolizma mozga. Simptomi delirantnog pacijenta jesu poremećaj svesti, inkoherentno mišljenje, poremećaj percepcije, motorna hiperaktivnost, poremećaj orijentacije, pamćenja i ciklusa spavanja, afektivno uzbuđenje, halucinacije i dr. U starijem životnom dobu delirantna stanja isto tako mogu nastati usled stresa, metaboličkih bolesti, predoziranja lekovima, srčanih i cerebrovaskularnih bolesti, trauma glave, neoplazme i dr. Potrebno je utvrditi uzrok delirantnog stanja kod starije osobe, održavati vitalne funkcije bolesnika, ublažiti psihijatrijske simptome, održavati primereno okruženje bolesnika te pružiti adekvatnu medicinsku negu. Delirantno stanje traje od nekoliko sati do nekoliko nedelja, a prognoza će za bolesnika zavisiti od uzroka bolesti i sposobnosti organizma da se izbori sa noksom.

Dekubitus kao potencijalni i aktuelni problem zdravstvene nege

Dekubitalne rane predstavljaju lokalizovano ishemično oštećenje kože, potkožnog tkiva i mišića

koje nastaje bilo kao rezultat intenzivnog pritiska u kraćem vremenskom intervalu, bilo usled dugotrajnog pritiska slabijeg intenziteta. Naziv potiče od latinske reči decumbere što znači „ležeći položaj“ i ukazuje na specifični položaj tela koji je preduslov za nastanak ovih promena. Dekubitalne rane predstavljaju značajan zdravstveni problem savremenog društva. Cena lečenja dekubita postaje značajna stavka u zdravstvenim troškovima, zato se sve veći broj naučnih istraživanja počeo baviti unapređenjem prevencije dekubitalnih rana.

Dekubitalne rane je još uvek lakše sprečiti nego lečiti. Kada se već razviju dekubiti, lečenje je dugotrajno i mukotrpno, zahteva puno materijalnih sredstava i intenzivno angažovanje timova lekara, medicinskih sestara, porodice i samog pacijenta.

Svi ovi razlozi dovode do toga da je za prevenciju najvažnije uzeti dobru sestrinsku anamnezu na osnovu koje će se napraviti plan nege čijim će se sprovođenjem smanjiti ili potpuno ukloniti pojava dekubita.

Procenu rizika od dekubita treba uraditi po prijemu kod svakog gerijatrijskog bolesnika koji se otežano kreće, u toku hospitalizacije ako dođe do promena zdravstvenog stanja, i u određenim vremenskim intervalima kod pacijenata koji su dugo hospitalizovani. Skale koje koristimo za procenu jesu Nortonova i Bardenova skala.

Diskusija i zaključak

Medicinske sestre koje rade sa gerijatrijskim bolesnicima moraju razumeti biologiju starenja koja može korelirati sa kliničkim manifestacijama bolesti u starosti. Nijedna klinička manifestacija ne treba biti pripisana samo starosti ili senilnosti. Stari pacijent ima simptome i znakove bolesti zato što je bolestan, a ne zato što je star. Potrebno je demonstrirati pozitivan pristup starosti, govoreći protiv predrasuda. Svi zdravstveni radnici moraju usvojiti dovoljna znanja o fiziologiji starenja da bi se razumeli koncepte kao što su smanjenje funkcionalne sposobnosti i njen odnos sa razvojem različitih bolesti. Kako bi se smanjio broj neželjenih incidenata, potrebno je raditi na kontinuiranoj medicinskoj edukaciji zdravstvenih radnika i saradnika.

Kontinuirana edukacija je definisana kao sinonim celoživotnog učenja ili stručnog usavršavanja. Ostale definicije uključuju profesionalni razvoj ili profesionalno učenje kao nastavne aktivnosti osmišljene da povećaju znanje, veštine i stavove medicinskih sestara i time obogate doprinos medicinskih sestara kvalitetu zdravstvene zaštite.

Osim usvajanja opštih znanja o osobenosti oboljevanja starih ljudi i specifičnosti nege medicinske sestre moraju da nauče i primenu procesa zdravstvene nege u svakodnevnoj praksi. Prvi problem koji se javlja jeste taj što se proces zdravstvene nege još uvek ne nalazi u nastavnom planu srednjih medicinskih škola tako da medicinske sestre svoju profesionalnu praksu započinju bez osnovnog znanja o ovoj metodi. Medicinskih sestara sa visokim tj. višim obrazovanjem je još uvek malo (oko 10%) tako da one ne mogu adekvatno da obučavaju medicinske sestre sa srednjom školom. Drugi problem je nedostatak dovoljnog broja kadra što prouzrokuje preopterećenost medicinskih sestara a poseban akcenat bih stavila na opterećenost administrativnim poslovima i transportom bolesnika na dijagnostičke procedure.

Rešenje možemo da vidimo u zakonskoj proceduri kroz zakon o zdravstvenoj nezi koji ne može da oživi i zakonsko regulisanje sestrinske dokumentacije kao obavezne. Medicinske sestre moraju da budu svesne da ono što je urađeno a nije evidentirano ne može ni da se vrednuje. Nažalost, u nomenklaturi usluga, usluge pružanja nege zastupljene su u zanemarljivom procentu. Uglavnom se usluge zdravstvene nege podrazumevaju kroz bolesnički dan. Da bi se to izmenilo, formalno školovanje medicinskih sestara mora se podići na viši nivo tj. mora se veći broj medicinskih sestara školovati na visokim medicinskim školama. Kroz proces zdravstvene nege možemo da istražujemo kvalitet, kvantitet, uspešnost primenjenih metoda nege, sredstava rada, da pratimo faktore rizika i da istražimo veličinu neke pojave. Sestrinska dokumentacija može da posluži i za istraživanje opterećenosti medicinskih sestara, složenosti i raznovrsnosti sestrinskog rada, što je podjednako važno.

Gerijatrijska procena je značajna za staru osobu, njenu porodicu, za zdravstvene radnike, sistem zdravstvene zaštite, užu i širu društvenu zajednicu iz velikog broja razloga, i to: veća dijagnostička tačnost, poboljšanje funkcionalnog statusa starih osoba, poboljšanje zdravstvenog stanja bolesnika, pad stope mortaliteta i morbiditeta starih osoba, smanjenje potreba za trajnim smeštajem starih osoba, smanjenje potreba za smeštajem u bolnicu starih osoba, češće korišćenje kućnog lečenja i socijalnih servisa, racionalnije propisivanje lekova, smanjenje propusta u pružanju zdravstvene zaštite starim osobama, poboljšanje kvaliteta života starih osoba, smanjenje godišnjih troškova zbrinjavanja starih osoba i dr.

Korišćenje metode procesa zdravstvene nege kod gerijatrijskih bolesnika važno je iz više razloga a pre svega jer je nega usmerena prema potrebama bolesnika, ne odvija se stihijski već je organizovana i planirana, kontrolisana od strane medicinskih sestara i samim tim garantuje kvalitet. Raditi sa problemima, pre nego sa dijagnozama, jeste optimalni pristup tretiranja starog čoveka.

Padovi su kategorija koja ima poseban značaj u gerijatriji. Prepoznavanje rizika za pad i njihova prevencija jeste najbolji način da se spreče nepokretnost i ostale komplikacije padova. Treba obratiti pažnju na hipotenziju i nuspojave lekova, uočiti značaj mišićne snage i potrebu za aktivnošću kao osnovu prevencije padova. Potrebno je tragati za simptomima depresije i biti u stanju da se lečenje preduzme na vreme. Treba razumeti ozbiljnost žalbi na lošu memoriju u cilju ranog prepoznavanja demencije, definisati nepokretnost kao stanje koje vodi zavisnosti od tuđe pomoći i nege, povećava rizik od inkontinencije, dekubitusa i ostalih komplikacija. Palijativnu negu treba razmotriti kao adekvatnu negu na kraju života.

Literatura

Alzheimer's Association. (2016). Alzheimer's disease: Facts and figures report. Dostupno: from https://www.alz.org/documents_custom/2016-facts-and-figures.pdf.

Caplan G, Williams A, Daly B, Abraham K. A randomized controlled trial of comprehensive geriatric assessment and multidisciplinary intervention after discharge of elderly from the emergency department - the DEED II study. *J Amer Geriat Soc* 2004; 52:1417-23

Davidović, M., Đurica, S., Kostić, V.S., Milošević, D.P. (1998) *Gerijatrija*. Beograd: Medicinski fakultet, Poslediplomska katedra iz gerontologije

Dragošev G., Edukacija medicinskih sestara intenzivnih nega. *INSPIRIUM*, april 2014, 24,13-15
Fučkar, G., Uvod u sestrinske dijagnoze, HUSE, Zagreb, 1996.

Istraživanje centra za starenje, „Demographic change in China: ageing of the world largest population“, *Papers in population ageing*, No. 4 (Bangkok: UNFPA Country Technical Services Team for East and South East Asia, December 2007)

Kulić, L. (2012) *Zdravstvena nega u gerijatriji*. Beograd: Visoka medicinska škola strukovnih studija „Milutin Milanković“

Milosavljević, N. (1999) *Gerontologija – starenje i starost*, Novi Sad: Old commerce

Petrovic M., Professional standards in geriatric training in Europe. *Gerontology. Review of the Gerontological Society of Serbia* 2010; 1:9-16.

Rudić R., Kocev N., Munćan B. (2005) *Proces zdravstvene nege*, Beograd, Knjiga komerc

Vir:

„Ethel Percy Andrus“. USC Davis School of Gerontology. Архивирано из оригинала на датум 16.7.2013. Приступљено 25.6.2013.

DEJANSKE TEŽAVE V PROCESU ZDRAVSTVENE NEGE GERIATRIČNIH BOLNIKO

Actual problems in the process of nursing care of geriatric patients

Aleksandra Stojić,

višja medicinska sestra, dipl. ekon. – organizatorica dela v zdravstvu
Zveza združenj zdravstvenih delavcev Beograda, Beograd, Republika Srbija
glavnasestra.kbczemun@gmail.com

Izveček

Izboljšanje splošnega življenjskega standarda in zdravstvenega varstva, zmanjšanje rasti prebivalstva in daljša pričakovana življenjska doba še posebno v razvitih državah so vplivali na porast oziroma večji delež starejših v celotni populaciji. Število ljudi, starejših od 65 let, stalno in hitro narašča, ne samo v razvitih državah, temveč tudi v državah v razvoju. Ocena zdravstvenega stanja geriatričnih bolnikov zahteva poznavanje različnih področij, med katerimi je vsako večdimenzionalno: funkcionalni status (dejavnosti in instrumentalne dejavnosti vsakdanjega življenja), duševno zdravje, fizično zdravje, socialni viri, gospodarski viri, okolijske razmere. Medicinska sestra te podatke zbira, jih pojasnjuje in shranjuje v ustrezno dokumentacijo, njihova nadaljnja obdelava pa pomaga pri zbiranju informacij, ki tvorijo osnovo za izboljšanje kakovosti ter razvoj zdravstvene nege. Na podlagi zbranih podatkov medicinska sestra ugotovi težavo in sestavi načrt za nego bolnika. Gerontološke raziskave kažejo na nastanek dveh skupin glavnih gerontoloških – javnozdravstvenih težav pri starejših ljudeh: »4N« (nepremičnost, ki se pojavi kot geriatrični imobilizacijski sindrom pri ostarelih, nestabilnost, zaradi katere nastaja veliko padcev in poškodb, nesamostojnost in neobvladljivo mokrenje oziroma inkontinenca pri starejših bolnikih) in »4D« (depresija, demenca, delirij, dekubitus). Namen prispevka je analizirati pomen izvajanja postopka zdravstvene nege kot metode v vsakodnevnem delu medicinskih sester, določiti potrebo za izvajanje nege ter presoditi dejanske in mogoče težave geriatričnih bolnikov, kot tudi opozoriti na obstoječe težave, povezane z izvajanjem postopka zdravstvene nege. Skozi izvajanje postopka zdravstvene nege je mogoče raziskati kakovost, količino, učinkovitost uporabljenih metod nege in delovna sredstva, kot tudi spremljati dejavnike tveganja in preučiti velikost določenega pojava. Prav tako je mogoče na osnovi dokumentacije medicinskih sester raziskati obremenjenost medicinskih sester ter kompleksnost in raznolikost njihovega dela.

Ključne besede: geriatrični bolnik, dejanska in mogoča težava, postopek zdravstvene nege.

Uvod

Trenutno je okoli 700 milijonov ljudi na svetu starih več kot 60 let, ocenjeno pa je, da bo do leta 2050 to število znašalo 2 milijardi, kar bo predstavljalo več kot 20 odstotkov svetovnega prebivalstva. Glede na omenjeno je očitno treba nameniti posebno pozornost potrebam in izzivom, s katerimi se srečujejo številni starejši ljudje v skupnostih, kjer živijo. Ob tem je pomembno vedeti, da lahko pričakujemo njihov polni prispevek k družbi le, če obstajajo ustrezna jamstva za spoštovanje njihovih človekovih pravic. Starejši ljudje imajo določene specifičnosti, ki nastanejo kot rezultat procesa staranja in se nanašajo na vse komponente zdravja. Geriatrična ocena vključuje objektivno preučevanje zdravstvenega stanja starejših ljudi glede na njihove specifičnosti ter zagotavlja primeren pristop k njihovem zdravljenju in zdravstveni oskrbi. Iz navedenega lahko zaključimo, da je treba skupinsko oceniti stanje geriatričnega bolnika. Ocena zdravstvenega stanja starejših oseb zahteva poznavanje različnih področij, med katerimi je vsako večdimenzionalno: funkcionalni status (dejavnosti in instrumentalne dejavnosti vsakdanjega življenja), duševno zdravje, fizično zdravje, socialni viri, gospodarski viri, okoljske razmere, težave, s katerimi se soočajo izvajalci zdravstvene oskrbe in nege. Pridobivanje znanja, specifičnega za prebivalstvo, ki je starejše od 65 let, je pogoj za uspešno zdravljenje in nego te kategorije prebivalstva, ki je eden najpogostejših uporabnikov zdravstvenih storitev.

Namen prispevka je analizirati pomen izvajanja postopka zdravstvene nege kot metode v vsakodnevnem delu medicinskih sester, določiti potrebo za izvajanje nege ter presoditi dejanske in mogoče težave geriatričnih bolnikov, kot tudi opozoriti na obstoječe težave, povezane z izvajanjem postopka zdravstvene nege.

Postopek zdravstvene nege

Postopek zdravstvene nege je kompleksna večstopenjska metoda, ki temelji na splošnih znanstvenih načelih in načelih zdravstvene nege ter je maksimalno prilagojena zadovoljevanju posameznih potreb uporabnika/bolnika glede na njegove dejanske ali mogoče težave, povezane z zdravstveno nego. V postopek je vključeno načrtovanje in sistemsko delo, nadzor in preverjanje udeležbe posameznika ter drugih relevantnih oseb, kar omogoča uspešne rezultate in razvoj vseh udeležencev skozi vzajemno izmenjavo znanja, izkušenj in razumevanja. Postopek zdravstvene nege je zapletena metoda, katere kompleksnost se odraža v dejstvu, da ima postopek svojo strukturo,

sestavljeno iz petih faz, pri čemer je v vsaki fazi treba slediti določenim korakom. Medicinska sestra mora v postopku izvajanja zdravstvene nege uporabiti miselne procese, kot so analiza, sinteza, abstraktno, vzročno, ustvarjalno in kritično razmišljanje.

Dokumentacija medicinskih sester

Medicinska sestra zbira podatke, jih pojasnjuje in shranjuje v ustrezno dokumentacijo, njihova nadaljnja obdelava pa pomaga pri zbiranju informacij, ki tvorijo osnovo za izboljšanje kakovosti ter razvoj zdravstvene nege. Opazovanja bolnika in njegovega celotnega zdravstvenega stanja si dandanes ne moremo zamisliti brez dokumentacije medicinskih sester. Dokumentacija zdravstvene nege temelji na teoretičnih osnovah in je podprta s postopkom zdravstvene nege. Na žalost v Srbiji dokumentacija medicinskih sester še vedno ni zakonsko urejena in posledično ni zakonsko obvezna, zato ni nobenih univerzalnih in zakonsko opredeljenih obrazcev zdravstvene nege. V ustanovah po vsej Srbiji medicinske sestre uporabljajo različne obrazce, ki jih prirejajo na podlagi potreb bolnikov. Obrazci so splošno standardizirani in veljajo za vse bolnike.

Določanje potreb za zdravstveno nego pri geriatričnih bolnikih

Geriatrični bolniki imajo navadno veliko kroničnih bolezni ter se spoprijemajo z vsemi posledicami in terapevtskimi dilemami le-teh. Kronične bolezni, skupaj s specifično manifestacijo akutnih bolezni, pomenijo, da je klinična slika v geriatrici le redko preprosta. Na žalost geriatrica redko govori o samo eni diagnozi, temveč ravno nasprotno, saj povprečje kaže običajno štiri diagnoze pri posameznem bolniku. Diagnoze so lahko povezane ali medsebojno pogojene, na primer, ko je govora o istem sistemu organov ali ko imajo diagnoze podobno patofiziologijo, vendar najpogosteje rezultati kažejo soobstoj in pojav različnih bolezni. Ne glede na navedeno so mnoge kronične bolezni medsebojno pogojene in vplivajo ena na drugo, kar posledično povzroča večje zaplete pri natančnejši opredelitvi bolezni, klinična slika je skoraj vedno težavna in zato zahteva veliko znanja, dobro presojo in sposobnost prepoznavanja pravih rešitev težav. Ne glede na diagnozo bolezni pri starejših osebah je potreba po zdravstveni negi odvisna od stopnje invalidnosti. Za pripravo ustreznega načrta zdravstvene nege in uresničitve zastavljenih ciljev je prvi korak, ki ga medicinska sestra mora narediti, zbiranje informacij o bolniku. Medicinska sestra mora zbrati podatke o psihofizičnem, socialnem in finančnem stanju bolnikov. Zbiranje podatkov se začne ob prvem stiku z bolnikom in neprekinjeno traja vse do odpusta bolnika. Določanje potreb po zdravstveni negi je osnova postopka zdravstvene nege, od katerega je odvisna kakovost vseh drugih faz.

Mogoče in dejanske težave v postopku zdravstvene nege

Vsaka mogoča težava na področju zdravstvene nege geriatričnih bolnikov lahko preraste v dejansko, zato moramo nameniti vsem mogočim težavam enako pozornost, kot jo namenjamo dejanskim težavam. Gerontološke raziskave kažejo na nastanek dveh skupin glavnih gerontoloških – javnozdravstvenih težav pri starejših ljudeh: »4N« in »4D«.

»4N« geriatrični sindrom:

- **nepremičnost**, ki se pojavi kot geriatrični imobilizacijski sindrom pri starejših osebah in posledično vpliva na pojav dekubitusa, eno največjih težav na področju zdravstvene nege;
- **nestabilnost**, zaradi katere nastaja veliko padcev in poškodb;
- **nesamostojnost** z vedno večjim deležem demence in Alzheimerjeve bolezni pri starejših osebah, ki posledično vpliva na potrebo po neprekinjeni zdravstveni negi;
- **neobvladljivo mokrenje** oziroma inkontinenca pri geriatričnih bolnikih.

Za ustrezno ocene bolnikovega stanja medicinske sestre uporabljajo različne lestvice za merjenje bolnikovih sposobnosti pri dnevni dejavnosti. Najpogosteje uporabljeni so Barthelov indeks, Katzev indeks in lestvica funkcijske neodvisnosti FIM (FIM – functional independence measure), s katerimi se določijo nadaljnji načrti zdravljenja in terapevtski cilji. V klinični praksi je zelo malo standardiziranih testov za ocenjevanje dejavnosti v vsakodnevem življenju, zato medicinske sestre pogosto same naredijo seznam ali uporabijo le dele obstoječih testov.

Barthelov indeks ocenjuje 10 osnovnih funkcij v dejavnostih samooskrbe. Največje število točk, ki jih lahko bolnik doseže, je 100. Čim večje število točk oseba prejme, tem bolj je le-ta neodvisna v ocenjevanih dejavnostih. Barthelov indeks je dober kazalnik tistih dejavnosti v vsakdanjem življenju, pri katerih je uporabniku potrebna pomoč, vendar pa nam žal ne poda podrobnega vpogleda v razloge, ki vodijo do nezmožnosti izvajanja določenih dejavnosti (motnje ravnotežja, slaba mišična moč, nevajeni prenosi itn.). Medicinske sestre indeks pogosto uporabljajo v začetni fazi, za oceno in vodenje splošnega načrta za izvajanje postopka zdravstvene nege.

Katzev indeks ocenjuje 6 osnovnih dejavnosti samooskrbe – kopanje, oblačenje, uporaba stranišča, samooskrba, kontinenca in hranjenje. Vsaka dejavnost je ocenjena s številko 1 – neodvisen (brez nadzora, ukazov ali pomoči druge osebe) ali s številko 0 – odvisen (potreben nadzor, ukaz in delna ali popolna pomoč). Največje število točk je 6, kar pomeni, da je bolnik neodvisen pri osnovnih dejavnostih samooskrbe.

FIM – lestvica funkcijske neodvisnosti (v nadaljevanju FIM – functional independence measure) se uporablja kot mera ali stopnja bolnikove funkcionalne neodvisnosti. Lestvica FIM je sestavljena iz 18 točk, od katerih se 13 točk nanaša na ocenjevanje motoričnih funkcij (zasnovanih na podlagi Barthelovega indeksa) in 5 točk za oceno kognitivnih funkcij. Alternativno lahko lestvico razdelimo na dva dela, in sicer na tisti del, ki ocenjuje motorične funkcije, in tisti del, ki ocenjuje kognitivne funkcije. Funkcije se ocenjujejo na osnovi stopnje pomoči, ki jo oseba potrebuje za dokončanje dejavnosti v vsakdanjem življenju. Vsaka funkcija je ocenjena s številkami od 1 do 7, kjer 1 pomeni popolno odvisnost, 7 pa popolno neodvisnost. Število točk se giblje od 18 do 126, pri čemer večje število točk pomeni večjo neodvisnost bolnika. Lestvico FIM lahko uporablja zdravnik, terapevt, medicinska sestra ali pa tudi laik (skrbnik).

Padec kot mogoča težava v postopku zdravstvene nege

Starejše osebe imajo zaradi starosti, bolezni, bolečin in nepremičnosti pogosto oteženo gibanje, ki lahko vodi do padcev. Izjemen pomen padcev v starosti ni le v dejstvu, da so le-ti pogosta težava, temveč tudi, da zelo pogosto puščajo resne fizične in psihosocialne posledice. Glede na to, da se število starejšega prebivalstva povečuje glede na splošno prebivalstvo, se prav tako povečuje tudi število padcev med starejšimi osebami. Ob padcu, glede na omenjeno osteoporozo, se včasih pojavi zlom kosti, pri starejših pa je najpogostejši zlom vratu stegenice. Čim starejša je oseba, manjša sila je potrebna za zlom, zato je opis padca pogosto zelo neopazen. Padci hospitaliziranih bolnikov spadajo med neželene dogodke v zdravstvenih ustanovah in kažejo na varnost bolnikov v bolnišnici, kar je na koncu najzanesljivejši kazalnik kakovosti zdravstvenega varstva.

Vsi zdravstveni delavci, zlasti pa medicinske sestre / medicinski tehniki, morajo sodelovati pri preprečevanju padcev bolnikov. Medicinska sestra večino časa preživi v neposrednem stiku z bolnikom, zato mora oceniti tveganje za padce in glede na oceno sprejeti ustrezne ukrepe za preprečevanje le-teh v skladu z lastnimi kompetencami in sredstvi, ki so ji na voljo v zdravstveni ustanovi. Ko je bolnik sprejet v zdravstveno ustanovo, mora medicinska sestra takoj oceniti tveganje za padce, pozneje pa (najbolje vsakodnevno) ovrednotiti tveganje glede na potek zdravljenja, spremembe

in obnašanje bolnika v bolnišnici. Najpomembnejše orodje, ki ga medicinska sestra poseduje, so njene izkušnje in znanje.

Eno od orodij za pomoč pri oceni tveganja za padce so standardizirane lestvice, ki se uporabljajo v ta namen. Običajno se uporabljajo naslednje štiri lestvice: lestvica Morse, lestvica Stratify, lestvica Hendrich II in lestvica, ki jo je oblikovalo osebje baltimorske bolnišnice Johns Hopkins. Vsaka lestvica med omenjenimi ima določene prednosti in slabosti, zato je zaželeno, da sta njihova občutljivost in specifičnost čim višji. Popolna lestvica bi morala biti preprosta za uporabo, natančna, ne bi smela vzeti preveč časa za dokončanje in bi se morala preprosto zlit v klinično prakso brez dodatnega bremena. Rezultat lestvice je številčna vrednost, s katero se ocenjuje tveganje za padce pri bolnikih (nizka, srednja, visoka ...) ter se v skladu s tem naredi ustrezen načrt za izvajanje zdravstvene nege.

Urinska inkontinenca

Urinska inkontinenca je pogosta bolezen starejših oseb in posledično lahko pripelje do vstavitve trajnega urinskega katetra, okužbe sečil, urosepse, nepremičnosti, padcev in dekubitusa. Razširjenost inkontinence se povečuje s starostjo, pri ženskah pogosteje kot pri moških, z razmerjem 2–3 : 1 pri ženskah med mlajšimi starejšimi osebami in razmerjem 1 : 17 med starejšimi osebami nad 80 let, kjer se to razmerje nekoliko »normalizira«. Poleg sprememb mehurja in uretre pri staranju imajo starejše osebe pogosto tudi druge bolezni, ki vplivajo na kontinenco, vključujoč motnje hidracije, motnje ekskrecije urina, funkcionalne motnje, ki otežujejo dostop do stranišča, pogosti so tudi cerebrovaskularni incidenti, TIA – tranzitorna ishemična ataka, srčna insuficienca, fekalna inkontinenca in konstipacija, debelost, kronična obstruktivna pljučna bolezen, depresija in številna druga stanja, ki negativno vplivajo na kontinenco.

»4D« geriatrični sindrom:

- depresija,
- demenca,
- delirij,
- dekubitus.

Depresija je najpogostejša duševna težava pri starejših odraslih, ki negativno vpliva na vse vidike življenja. V starosti se pojavlja depresija zaradi izgube samospoštovanja, izgube pomembnih vlog in pomembnih oseb v življenju, razvrednotenja socialnih stikov, ki so pogojeni z zdravstvenimi in finančnimi težavami, , kot tudi zaradi

zmanjšane funkcionalnosti. Razpoloženske motnje v starosti niso redke, vendar žal depresivni simptomi pogosto ostanejo neprepoznani. Razlogi za to so številni – depresivni simptomi praviloma sobivajo s fizičnimi boleznimi in stanji, ki izhajajo iz samega procesa staranja, zato so neprepoznani, drugi razlog pa so same težnje bolnikov, ki v ospredje postavljajo vegetativne in kognitivne simptome, zanemarjajo pa afektivne. Poleg tega so depresivni simptomi velikokrat pojasnjeni kot normalen odziv na prisotno fizično bolezen. Pogosti simptomi so: depresivno ali žalostno razpoloženje, izguba zanimanja za vsakodnevne dejavnosti, ki so prej predstavljale zadovoljstvo, potrtnost, izguba upanja in vere v prihodnost, zmanjšana energija, utrujenost, težave s spanjem (vstajanje zgodaj zjutraj, prekinjeno spanje, oseba težko zaspi), izguba teka in hujšanje, občutek ničvrednosti in krivde, nastanek psihomotorične zaostalosti ali agitacije, zmanjšana koncentracija, samomorilne misli in drugi simptomi.

Demenca je klinični sindrom, zaznamovan z izgubo kognitivnih in čustvenih sposobnosti, ki je prisoten v tolikšni meri, da dnevno ovira dejavnost bolnikov in znatno zmanjša njihovo kakovost življenja. Demenca je napredujoča, nevrodegenerativna bolezen, ki večinoma prizadene starejše osebe, in sicer 6 % ljudi, starejših od 65 let. Z višjo starostjo, tj. osebe, starejše od 85 let, bolezen prizadene 25 % ljudi. Približno 2/3 vseh dementnih bolezni povzroča Alzheimerjeva bolezen.

Demenca pri starejših osebah predstavlja veliko socialno in gospodarsko težavo v družbi, saj bolniki običajno ne morejo živeti samostojno. V zgodnji fazi bolezni začne bolnik pozabljati stvari, govoriti, pisati in računati počasneje, ponavljati, kar sliši (eholalija), kazati dezorientiranost v prostoru in času. Pri teh bolnikih opazamo motnje v presoji in vedenju, apatijo in pomanjkanje zanimanja ali pa ravno nasprotno agitacijo in nemirnost, sumničavost ali brezbrižnost. Samooskrba je vsakodnevno manj mogoča, medtem ko se odvisnost od pomoči in nege drugih povečuje. Demenca je opisana kot sindrom napredne poškodbe pridobljenih kognitivnih sposobnosti v ohranjeni zavesti, ki se izraža kot sprememba duševnega stanja in vedenja bolnikov.

Demenca povzroča intelektualni padec v osrednjem živčevju pri bolnikih z organskimi boleznimi, kjer so sposobnosti spomina, učenja, orientacije, abstraktnega mišljenja in razumevanja ter vizualno-prostorskih odnosov najbolj poškodovane.

Pojav demence bolnika ovira pri njegovem strokovnem in socialnem delovanju ter lahko pripelje do popolne odvisnosti od drugih. Simptomi se pojavljajo na celotni psihološki ravni osebnosti (npr. na ravni mišljenja, razpoloženja, psihomotorike, čustev, volje) in vsi tako imenovani primanjkljaji se manifestirajo na fizični ravni, kar pogosto vodi v nezmožnost izvajanja vsakodnevnih dejavnosti.

Delirij je posledica funkcionalne motnje metabolizma možganov. Simptomi delirantnega bolnika so motnje zavesti, nepovezano mišljenje, motnje zaznavanja, motorična hiperaktivnost, orientacijske motnje, motnje spomina in ciklusa spanja,

afektivno vznemirjenje, halucinacije itn. Pri starejših osebah lahko delirantna stanja nastanejo zaradi stresa, metaboličnih bolezni, prevelikega odmerka zdravila, srčnih in cerebrovaskularnih bolezni, poškodbe glave, neoplazme itn. Zato je treba določiti vzrok delirantnega stanja pri geriatričnih bolnikih, vzdrževati vitalne funkcije bolnika, ublažiti psihiatrične simptome, vzdrževati ustrezno okolje bolnika in zagotoviti ustrezno zdravstveno nego. Delirantno stanje lahko traja od nekaj ur pa vse do nekaj tednov, bolnikova prognoza pa je odvisna od vzroka bolezni in sposobnosti organizma, da premaga bolezen.

Dekubitus kot mogoča in dejanska težava zdravstvene nege

Dekubitalne rane predstavljajo lokalizirano ishemično poškodbo kože, podkožnega tkiva in mišic, ki nastajajo bodisi kot posledica intenzivnega pritiska v krajšem časovnem intervalu bodisi zaradi dolgotrajnega pritiska nižje intenzivnosti. Ime izhaja iz latinske besede decumbere, kar pomeni »ležeči položaj« in kaže na specifični položaj telesa, ki vnaprej določa nastanek teh sprememb. Dekubitalne rane predstavljajo zelo veliko zdravstveno težavo v sodobni družbi. Cena zdravljenja dekubitusa postaja pomemben element v stroških zdravstvenih storitev, zato se je vse več znanstvenih študij začelo ukvarjati z izboljšanjem preprečevanja dekubitalnih ran. Dekubitalne rane je še vedno lažje preprečevati kot zdraviti. Ko se dekubitusi že razvijejo, je zdravljenje dolgotrajno in zahtevno, potrebuje veliko materialnih sredstev in intenzivno sodelovanje skupin zdravnikov, medicinskih sester, družine in bolnika. Vsi ti razlogi vodijo k preprečevanju nastanka dekubitusa na osnovi dobre anamneze medicinske sestre, na podlagi katere se naredi načrt izvajanja zdravstvene nege, ki zmanjša ali popolnoma odpravi pojav dekubitusa. Ocenjevanje tveganja dekubitusa je treba narediti ob sprejemu v bolnišnico pri vseh geriatričnih bolnikih, ki imajo težave z gibanjem, v času hospitalizacije, če se pojavi sprememba v zdravstvenem stanju, in v določenih časovnih presledkih pri bolnikih, ki so hospitalizirani za daljši čas. Lestvici, ki jih uporabljamo za ocenjevanje, sta Nortonova in Bradenova lestvica.

Diskusija in zaključek

Medicinske sestre, ki delajo z geriatričnimi bolniki, morajo razumeti biologijo staranja, ki je lahko povezana s kliničnimi manifestacijami bolezni v starosti. Klinične manifestacije ni treba pripisati samo starosti ali senilnosti. Starejši bolnik kaže simptome in znake bolezni, ker je bolan, ne zato, ker je star. Treba je pokazati pozitiven pristop k starosti, ki govori proti predsodkom.

Vsi zdravstveni delavci morajo pridobiti zadostno znanje o fiziologiji staranja, da bi razumeli pojme, kot sta zmanjšanje funkcionalnih zmogljivosti in njihova povezava z razvojem različnih bolezni. Če želimo zmanjšati število nezaželenih incidentov, si je treba prizadevati za redno zdravstveno izobraževanje zdravstvenih delavcev in sodelavcev. Redno izobraževanje je opredeljeno kot sinonim za vseživljenjsko učenje ali strokovni razvoj. Druge opredelitve vključujejo strokovni razvoj ali strokovno učenje kot pedagoško dejavnost, namenjeno povečanju znanja in spretnosti ter izboljšanju odnosa medicinskih sester, s čimer medicinske sestre prispevajo h kakovosti zdravstvenega varstva. Poleg pridobivanja splošnega znanja o značilnostih obolenja starejših oseb in specifičnosti zdravstvene nege se medicinske sestre morajo naučiti, kako uporabljati postopek zdravstvene nege v vsakodnevni praksi. Prva težava je, da postopek zdravstvene nege še vedno ni v učnem načrtu srednjih medicinskih šol, tako da medicinske sestre začnejo svojo strokovno prakso brez osnovnega znanja o tej metodi. Medicinskih sester z visoko ali višjo stopnjo izobrazbe je še vedno premalo (približno 10 %), zato le-te ne morejo ustrezno usposobiti medicinskih sester s srednjo šolo. Druga težava, ki se pojavlja, je pomanjkanje zadostnega števila zaposlenih, kar povzroča preobremenjenost medicinskih sester, pri čemer bi še posebej rada poudarila preobremenjenost z administrativnim delom in prevozom bolnikov na diagnostične postopke. Rešitev za te težave je v zakonskem postopku oziroma z zakonom o zdravstveni negi in pravno ureditvijo dokumentacije medicinskih sester, ki mora postati obvezna. Medicinske sestre se morajo zavedati, da ni mogoče oceniti tistega, kar je narejeno, vendar ni zabeleženo. Na žalost so v nomenklaturi storitev storitve zdravstvene nege predstavljene v zanemarljivem odstotku. Na splošno so storitve zdravstvene nege razumljene kot bolniški dan. Če želimo to spremeniti, moramo postaviti formalno izobraževanje medicinskih sester na višjo raven, tj. več medicinskih sester se mora izobraževati na visokih medicinskih šolah. Skozi izvajanje postopka zdravstvene nege je mogoče raziskati kakovost, količino, učinkovitost uporabljenih metod nege in delovna sredstva, kot tudi spremljati dejavnike tveganja in preučiti velikost določenega pojava. Prav tako je mogoče na osnovi dokumentacije medicinskih sester raziskati obremenjenost medicinskih sester ter kompleksnost in raznolikost njihovega dela.

Geriatrična ocena je pomembna za starejše osebe in njihove družine, za zdravstvene delavce in sistem zdravstvenega varstva ter za ožjo in širšo skupnost zaradi številnih razlogov. Med njimi so: povečana diagnostična natančnost, izboljšano funkcionalno stanje starejših oseb, izboljšano zdravstveno stanje bolnikov, padec stopnje umrljivosti in obolevnosti pri starejših ljudeh, zmanjšana potreba po dolgoročni namestitvi starejših oseb, zmanjšana potreba po namestitvi v bolnišnici za starejše ljudi, pogostejša uporaba zdravljenja na domu in socialnih storitev, racionalnejše predpisovanje zdravil,

zmanjšanje napak pri zagotavljanju zdravstvenega varstva za starejše osebe, izboljšana kakovost življenja starejši ljudi, znižani letni stroški oskrbe starejših oseb itn. Uporaba metode postopka zdravstvene nege pri geriatričnih bolnikih je pomembna iz več razlogov, predvsem pa zaradi tega, ker je nega prilagojena potrebam bolnikov in ni spontana, temveč organizirana in načrtovana ter nadzirana s strani medicinske sestre, ki s tem jamči kakovost nege. Delati s težavami, pred diagnozami, je optimalen pristop k zdravljenju starejše osebe. Padci spadajo v kategorijo, ki ima poseben pomen v geriatрії.

Opredelitev tveganja za padce innjihovo preprečevanje je najboljši način za preprečevanje nepremičnosti in drugih zapletov. Treba je biti pozoren na hipotenzijo in stranske učinke zdravil ter upoštevati pomembnost mišične moči in potrebo po fizični dejavnosti kot osnovo za preprečevanje padcev. Poleg tega je treba iskati depresivne simptome in jih pravočasno zdraviti. Razumeti moramo resnost pritožb o slabem spominu z namenom zgodnjega odkrivanja demence in določiti stopnjo nepremičnosti kot stanja, ki vodi v odvisnost od tuje pomoči in nege, poveča tveganje za pojav inkontinence, dekubitusa in drugih zapletov. Na koncu pa moramo razmisliti o paliativni negi kot ustrezni negi proti koncu življenja starejših oseb.

Literatura

Alzheimer's Association. (2016). Alzheimer's disease: Facts and figures report. Dostupno: from https://www.alz.org/documents_custom/2016-facts-and-figures.pdf.

Caplan G, Williams A, Daly B, Abraham K. A randomized controlled trial of comprehensive geriatric assessment and multidisciplinary intervention after discharge of elderly from the emergency department - the DEED II study. *J Amer Geriat Soc* 2004; 52:1417–23.

Davidović, M., Đurica, S., Kostić, V.S., Milošević, D.P. (1998) *Gerijatrija*. Beograd: Medicinski fakultet, Poslediplomska katedra iz gerontologije.

Dragošev G., *Edukacija medicinskih sestara intenzivnih nega*. INSPIRIUM, april 2014, 24,13-15.

Fučkar, G., *Uvod u sestrinske dijagnoze*, HUSE, Zagreb, 1996.

Istraživanje centra za starenje, „Demographic change in China: ageing of the world largest population“, *Papers in population ageing*, No. 4 (Bangkok: UNFPA Country Technical Services Team for East and South East Asia, December 2007).

Kulić, L. (2012) *Zdravstvena nega u gerijatriji*. Beograd: Visoka medicinska škola strukovnih studija „Milutin Milanković“.

Milosavljević, N. (1999) *Gerontologija – starenje i starost*, Novi Sad: Old commerce

Petrovic M., Professional standards in geriatric training in Europe. *Gerontology. Review of the Gerontological Society of Serbia* 2010; 1:9–16.

Rudić R., Kocev N., Munćan B. (2005) *Proces zdravstvene nege*, Beograd, Knjiga komerc.

Vir:

„Ethel Percy Andrus“. USC Davis School of Gerontology. Архивирано из оригинала на датум 16.7.2013. Приступљено 25.6.2013.

ANDRAGOŠKI PRINCIPI PRI IZOBRAŽEVANJU STAROSTNIKA

Andragogical principles in the education of the elderly

Jana Klavs, dipl. m. s.

Univerzitetni klinični center Ljubljana

jana.klavs@kclj.si

Izvleček

Živimo vse dlje, prebivalstvo se stara, v Evropski uniji je bil po podatkih Eurostata lani vsak peti prebivalec star 65 let in več. Aktivna populacija ne predstavlja več ljudi, ki so v zgodnjih šestdesetih končali delovno dobo in se upokojili. Danes je vse več oseb, ki svoje službovanje nadaljujejo celo do sedemdesetega ali zgodnjih osemdesetih let starosti. Seveda je taka aktivnost povezana s spremenjeno zakonodajo in obveznostjo po minimalni starosti 65 let ali štirideset let dolgim delovnim stažem. Starejši in starostniki so se prisiljeni učiti novih vsebin, prispevek pa je usmerjen k izobraževanju starostnika v povezavi z novoodkrita sladkorno boleznijo.

Ključne besede: starostnik, andragoški principi, kronična bolezen, edukacija, sladkorna bolezen

Abstract

The world's population is ageing rapidly. According to EUROSTAT data from the last year every fifth inhabitant in EU was old 65 years or more. The active population is no longer the number of people who ended their years of service and retire in the early 60's. Today there are more and more people who continue their service until the seventies or early eighties. Of course, such activity is linked to changed legislation and an obligation after a minimum age of 65 years or forty years of work experience. The elderly are forced to learn new content, and the contribution is aimed at educating the elderly in connection with a newly diagnosed diabetes mellitus.

Key words: elderly, andragogical principles, chronic illness, education, diabetes

Uvod

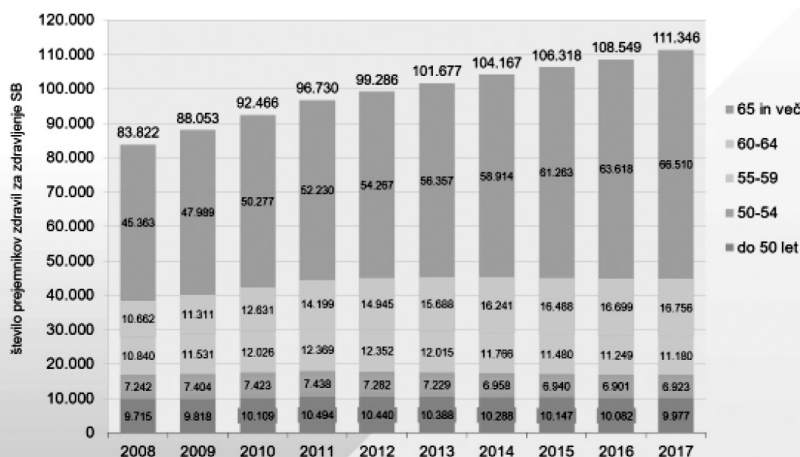
Sladkorna bolezen predstavlja svetovno pandemijo in prav za vsako državo veliko finančno breme. Neposredni stroški zdravstvene obravnave sladkorne bolezni in njenih posledic so ocenjeni na 114,3 milijona evrov (NIJZ, 2012). Letni pribitek bolnikov s sladkorno boleznijo je okoli pet tisoč. Pojavnost sladkorne bolezni se gledano na starost bolnikov manjša – zbolevalo vse mlajše osebe. Če je sladkorna bolezen tipa 2 včasih veljala za bolezen babic in dedkov, to danes ne drži – nobena redkost ni, da so v naših ambulantah osebe stare med 20 in 40 let. Celo otroci zbolevali za sladkorno boleznijo tipa 2, tako da ni moč spregledati, kako spremenjen, nezdrav življenjski slog vpliva na pojavnost sodobnih bolezni. Kronična bolezen se po svoji naravi zdravi vse življenje. Življenjska obdobja prinesejo spremembe: od mladostniškega obdobja, šolanja, študija, prve službe, partnerstva in prilagajanja potreb družini do možnih selitev, upokojitve, morda samskega življenja itd. Naučiti se, kako živeti z boleznijo skozi vsa ta obdobja, je zahtevno. Tudi če vemo veliko o bolezni, jo je težko usklajevati z vsemi dejavniki, na katere bolnik nima vpliva.

Izobraževanje bolnikov s sladkorno boleznijo

»Sladkorna bolezen traja celo življenje, zdravljenje je kompleksno in zahteva bolnikovo polno sodelovanje, pogosto pa tudi sodelovanje njegovih bližnjih. Edukacija bolnika je osnovni ukrep, s katerim ga usposabljammo za samostojno vodenje sladkorne bolezni, kar imenujemo opolnomočenje bolnika za samooskrbo. Bolnik je v središču delovanja zdravstvenega tima in v njem enakopravno sodeluje.« (Nacionalni program za obvladovanje sladkorne bolezni 2010–2020)

Po podatkih NIJZ se število bolnikov strmo povečuje (slika 1) (dostopno na: <http://www.nijz.si/sl/sladkorna-bolezen-v-sloveniji-kje-smo-in-kam-gremo> [23.10.2018]). Delež bolnikov, starejših od 65 let, je iz leta v leto večji. Čeprav se zaradi zgodnje pojavnosti povečuje tudi število bolnikov, ki so mlajši od 65 let, predstavlja izobraževanje starostnikov velik izziv. Staranje in vse višja življenjska doba v izobraževalne programe (na primer zdravljenje z inzulinom, ki velja za enega bolj zahtevnih) pripelje osebe, ki so stare osemdeset ali devetdeset let.

Število prejemnikov zdravil za zniževanje glukoze v krvi, Slovenija, 2008 - 2017



NIJZ
Nacionalni inštitut
za javno zdravje

Vir: NIJZ, Zbirka porabe zdravil na recept

Slika 1: povečevanja števila bolnikov s sladkorno boleznijo (Vir: dostopno na: <http://www.nijz.si/sl/sladkorna-bolezen-v-sloveniji-kje-smo-in-kam-gremo> [23.10.2018])

Ti starostniki danes pogosteje živijo sami, zase skrbijo po svojih zmožnostih, za mnoge so osnovna dnevna opravila zahteven podvig. Oblačenje, priprava hrane in urejanje doma jim vzamejo bistveno več časa kot nekoč. Naslednja težava je prevoz do ambulate, kjer bi zaradi opisanih težav starostniki vrsto storitev najraje opravili v enem dnevu. Ta želja pa je v nasprotju z načrtovanimi programi in andragošskimi principi: obseg informacij o zdravljenju sladkorne bolezni je namreč tako obsežen, da enkraten obisk edukacije ne more zadostovati. V Združenih državah Amerike osnovni program ob novoodkriti bolezni obsega 30 ur izobraževanja. Velika Britanija ob novoodkriti sladkorni bolezni tipa 1 izvaja program, imenovan DAFNE (dostopno na: http://www.dafne.uk.com/What_is_DAFNE_-I293.html, [23.10.2018]), ki predstavlja 40-urno izobraževanje, kateremu sledi še osem srečanj enkrat tedensko. Za novoodkrite bolnike pa že leta izvajajo program DESMOND (dostopno na: <https://www.desmond-project.org.uk/portfolio/desmond-newly-diagnosed>, [23.10.2018]), ki obsega osem učnih ur, izvedenih v enem celem dnevu ali dveh polovičnih dneh.

Slovenske smernice za klinično obravnavo sladkorne bolezni tipa 2

Izobraževanju bolnikov s sladkorno boleznijo pravimo edukacija. V Slovenskih smernicah za klinično obravnavo sladkorne bolezni tipa 2 (Smernice, 2016) je tej temi namenjeno celo četrto poglavje. Edukacija je temelj zdravljenja sladkorne bolezni, saj ozaveščen bolnik bistveno lažje dosega cilje zdravljenja oziroma stanje urejene sladkorne bolezni. Nefarmakološko zdravljenje se zdi včasih podcenjeno, saj bolniki težko razumejo, da sladkorna bolezen ni enaka akutni bolezni, pri kateri škatlica antibiotikov trajno izboljša zdravje, težave pa izginejo v nekaj dneh ali tednih. Kronična bolezen zahteva mnogo več sodelovanja, kot ga bolniki namenijo zdravljenju pri gripi ali angini. Zato je cilj edukacije, kot je navedeno v smernicah, opolnomočen bolnik. »Opolnomočenje je proces, pri katerem bolnik prepozna svojo vlogo v zdravstvenem timu. Bolnik pridobiva znanje in veščine ter s časom povečuje nadzor nad boleznijo in kakovostjo življenja. V procesu opolnomočenja se vloge zdravstvenega delavca in bolnika prerazporejajo, ob tem postaja bolnik čedalje bolj samostojen. Torej je opolnomočenje bolnikov proces, ki omogoča osebam, da povečajo nadzor nad lastnim življenjem, krepí pa tudi zmožnost ljudi, da ukrepajo v zvezi z zadevami, ki jih sami prepoznajo kot pomembne.« (Dostopno na: <http://endodiab.si/priporocila/smernice-za-vodenje-sladkorne-bolezni/>, [20.10.2018]).

Obdobje pozne odraslosti in stereotipi

Razvojna psihologija opredeljuje obdobje po 65. letu do smrti kot obdobje pozne odraslosti (Umek et al., 2009). Ob načrtovanju izobraževalnih procesov je pomembno, da upoštevamo sledeče razvojne dejavnike:

Socialni razvoj

- starostniki so pogosto dejavni pri prostovoljnem delu v skupnosti;
- večinoma ohranjajo število socialnih odnosov, le pri manjšem deležu starostnikov ti upadejo;
- velik delež prevzema skrb za vnuke in svojega partnerja ter družini nudi praktično ali denarno pomoč;
- posameznikom v pozni odraslosti je bolj kot čas, preživet z bližnjimi, pomembna ocena kakovosti teh odnosov;
- visoka ocena kakovosti odnosov vpliva tako na starostnikovo zdravje in zadovoljstvo z življenjem kot tudi na dolžino življenja.

Spoznavni razvoj

- razlike med posamezniki v splošni inteligentnosti se povečajo;
- načeloma velja, da splošna inteligentnost bolj strmo upade šele po 80; oziroma 85. letu starosti;
- kaže se določen upad spominskih sposobnosti;
- na spoznavne primanjkljaje se starostniki učinkovito prilagajajo;
- med ustvarjalci na različnih področjih je visok delež posameznikov tudi nad 60. letom starosti.

Čustveno-osebnostni razvoj

- večji upad pogostosti pozitivnih čustev se pojavi šele okrog 85. leta starosti, kar je lahko posledica zoženja socialne mreže;
- rezultati raziskav kažejo na minimalne spremembe v osebnostnih potezah;
- s starostjo se tudi predstave o sebi, stališča in vrednote po večini ohranjajo;
- posamezniki s starostjo postajajo vedno bolj učinkoviti pri spoprijemanju s čustveno obremenjujočimi situacijami – psihološka prožnost;
- kljub temu da so starostniki pogosto opisani kot pesimistični, težavni in razdražljivi, pa zanje velja, da pogosteje doživljajo pozitivna kot negativna čustva (Umek et al., 2009).

S starostjo in sladkorno boleznijo so povezane mnoge stigmatizacije, pa tudi stereotipi. Bolniku s sladkorno boleznijo pogosto pripisujejo neodgovornost do lastnega zdravja, češ da je zbolel samo zaradi zanemarjanja zdravega življenjskega sloga ter slabega nadzora nad telesno težo in gibanjem. Žal je to eden od stereotipov, saj vemo, da z zdravim življenjskim slogom lahko odložimo, morda celo preprečimo pojavnost sladkorne bolezni, ne moremo pa je zagotovo preprečiti. S stereotipi so povezane mnoge stigmatizacijske prakse, od družbene zaznamovanosti in zdravstvenih odločitev do kadrovske politike zaposlovanja itd. Stereotipi so prisotni tudi z vidika starostnika. Simona Hvalič Touzery navaja (citirano v Lyons et al., 2009) nekaj stereotipov, med katerimi so tudi takšni, ki bi lahko vplivali na proces edukacije. Ti stereotipi so:

- izguba spomina in demenca so neizogibni,
- neizogibna odvisnost od drugih in institucionalizacija,
- stari ljudje so vsi enaki,
- starost se izenačuje z onemoglostjo in nesamostojnostjo,
- upad zanimanja in sposobnosti za spolnost,
- stari ljudje so nekoristni,
- staranje je bolezen,
- v starosti neizogibno slabijo telesne funkcije (Hvalič Touzery, 2003).

Hvalič Touzeryjeva (2003) naštete stereotipe demantira. Poudariti je treba, da je staranje povezano z mnogimi dejavniki, zato je grobo posploševanje tako tesno povezano s starizmom.

Upoštevanje andragoških principov pri načrtovanju izobraževanj ob sladkorni bolezni

Zagotavljanje ustrezne oskrbe za varno in uspešno zdravljenje kroničnih bolezni je v zdravstvu večni izziv. Družina, družba in zdravstvena oskrba so dejavniki, ki pripomorejo k obvladovanju sladkorne bolezni v pozni starosti (Hollander, 2018). Načrtovanje edukacije, delavnic in programov za potrebe sladkorne bolezni v Sloveniji ni novo (Klavs, 2018). Vse od leta 1921, ko je bil odkrit inzulin, tako po svetu kot pri nas bolnike izobražujemo za samostojno življenje ob tovrstnem zdravljenju. Tudi merilniki za merjenje krvnega sladkorja so na tržišču že dobrih petdeset let. Za mnoge starostnike je učenje uporabe modernih tehnoloških pripomočkov še večji izziv kot obvladovanje sladkorne bolezni zgolj z zdravim življenjskim ciljem.

Zaradi vse večjega števila bolnikov s sladkorno boleznijo ter zagotavljanja dostopnosti in kakovosti so od leta 2015 na voljo novi programi za bolnike z visokim sladkorjem v krvi, pa tudi za bolnike, ki imajo sladkorno bolezen tipa 2. Del edukacije se je premaknil na primarno zdravstveno raven, bližje bolnikovemu domu. Edukacije so domišljene skladno z učnimi tipi (slušni, vidni in tipni), upoštevajoč, da gre pri edukaciji za starejše in starostnike, da ob edukaciji sodelujejo tudi bližnji in svojci ter da gre za vseživljenjsko zdravljenje. Programe, izobraževanja in implementacijo sta soustvarila Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v endokrinologiji in Nacionalni inštitut za javno zdravje. Do leta 2019 je bilo izobraževanje mogoče le v treh zdravstvenih domovih v Sloveniji, po letu 2018 pa ta številka poskoči na 28 zdravstvenih domov. Po letu 2019 naj bi bila edukacija za sladkorno bolezen dostopna prav v vsakem zdravstvenem domu v Sloveniji.

Zasnovana edukacija je skupinska (6–8 udeležencev), izvaja se v dveh kratkih programih po 90 minut in enem dolgem, petkrat po uro in pol. Vsebine so vezane na želje skupine, cilj pa je ozaveščanje o sladkorni bolezni in motiviranje k spremembam za zagotavljanje zdravega življenjskega sloga. Za izvajanje programov so bila izvedena izobraževanja za izvajalce teh delavnic, ki so obsegala sto ur. Programi sledijo fazam andragoškega ciklusa, od zbiranja informacij za oblikovanje programa do evalvacije in nadaljnjega načrtovanja reedukacije ali individualnih posvetov. Individualni posveti so v Centih za krepitev zdravja novost, ravno ta organizacijska sprememba pa upošteva individualne razlike med udeleženci, še posebno z vidika starosti.

Zaključek

Starajoča se družba narekuje tudi potrebe po izobraževanju ob bolezni. Čeprav to ni pravilo, starost pomeni več bolezni, komorbidnih stanj, ob katerih trčijo interesi, priporočila in zgledi različnih zdravstvenih strokovnjakov ter vej medicine. Posploševanje, kaj starostnik zmore in česa ne, je močno povezano s stereotipi, ki jih raziskave demantirajo. Morda so današnji starostniki še vajeni, da so izobraževanje zaključili s formalnim izobraževanjem po srednji šoli ali fakulteti. Starostniki, ki bodo prihajali na edukacijo v prihodnjih letih in desetletju, pa so drugačni, bolj vajeni vseživljenjskega izobraževanja in tehnologije, vsekakor pa so bistveno bolj psihološko prožni.

Literatura

Hollander Priscilla, A., 2018. Treating Diabetes in the Elderly: A Balanced Approach, Baylor University Medical Center Proceedings, 10(3)3, pp. 141-146. <https://doi.org/10.1080/08998280.1997.11930049>
Hvalič Touzery, S., 2003. Stereotipi in dejstva o staranju in starih ljudeh. Kakovostna starost, 6(3), pp. 52-56.

Klavs, J., 2016. Edukacija. In: Zaletel, J., at al. eds. Slovenske smernice za klinično obravnavo sladkorna beolezni tipa 2. 1. izd. Ljubljana. 2016: Diabetološko združenje Slovenije Available at: <http://endodiab.si/priporocila/smernice-za-vođenje-sladkorne-bolezni/> (20.10.2018)

Klavs, J., ed., 2018. Almanah zgodovine endokrinološke zdravstvene nege. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Lyons, I., Drennan, J., Treacy, M. P., Phelan, A., Quin, S., Lafferty, et al., 2009. Public perceptions of older people and aging: a literature review. Dublin: National centre for the protection of older people.
Marjanovič Umek, L., Zupančič, M., 2009. Razvojna psihologija. Ljubljana: Znanstvenoraziskovalni inštitut Filozofske fakultete, pp. 758-802

Viri:

<http://www.nijz.si/sl/sladkorna-bolezen-v-sloveniji-kje-smo-in-kam-gremo> (23.10.2018)

http://www.dafne.uk.com/What_is_DAFNE_-I293.html (23.10.2018)

<https://www.desmond-project.org.uk/portfolio/desmond-newly-diagnosed> (23.10.2018)

Beleške:

Beleške:

Beleške:

Beleške: