

STAREJŠI KOT SEDANJOST IN PRIHODNOST DRUŽBE

Zbornik referatov in razprav, št. 3/2018

STAREJŠI KOT SEDANJOST IN PRIHODNOST DRUŽBE

Zbornik referatov in razprav, št. 3/2018

*IN MEMORIAM DRŽAVNEMU SVETNIKU
BORISU ŠUŠTARŠIČU
(1945 - 2018)*

STAREJŠI KOT SEDANJOST IN PRIHODNOST DRUŽBE

Posvet, 27. september 2018

ORGANIZATORJA POSVETA

Državni svet Republike Slovenije in Varuh človekovih pravic Republike Slovenije sta pripravila posvet, na katerem so strokovnjaki različnih strok iskali odgovore na izzive, ki jih s seboj prinaša dolgoživa družba.

IZHODIŠČA POSVETA

V Sloveniji se, tako kot drugod po Evropi, soočamo z velikimi demografskimi spremembami. Zaradi naraščanja starejšega prebivalstva vstopamo v dolgoživo družbo, ki s seboj prinaša velike spremembe v razmerju med starostnimi skupinami. Dejstvo je, da so starejši ljudje posebej ranljiva družbena skupina. Državni svet Republike Slovenije in Varuh človekovih pravic Republike Slovenije svojo pozornost med drugim namenjata prav tem skupinam prebivalstva.

Zbornik, ki je pred vami, je nastal na podlagi posveta, naslovljenega na probleme starejših v naši družbi. Svoja razmišljanja o vprašanjih, povezanih s starejšimi, predstavljajo predavatelji s področja socialne oskrbe, institucionalnega varstva, medicine in prava.

S prispevki v zborniku se želi javnosti predstaviti ukrepe, projekte in dejavnosti, namenjene pomoči starejšim in izboljšanju kvalitete njihovega življenja v Republiki Sloveniji. Kakovostno staranje ne pomeni le živeti dlje, ampak živeti bolje. Zbornik prinaša izsledke raziskav na področju prehrane, bolnišničnih okužb in skrbništva, ki jo dopolnjujejo mnenja strokovnjakov z omenjenih področij. Poseben poudarek je namenjen problematiki nasilja nad starejšimi, demenci in skrbi za starejše invalide ter druge ranljive skupine starejših.

KAZALO

I. UVODNE MISLI

ALOJZ KOVŠČA, predsednik Državnega sveta Republike Slovenije	11
VLASTA NUSSDORFER, varuhinja človekovih pravic.....	15
BORIS ŠUŠTARŠIČ, predsednik Komisije Državnega sveta za socialno varstvo, delo, zdravstvo in invalide	17

II. UKREPI, PROGRAMI IN PROJEKTI ZA IZBOLJŠANJE ŽIVLJENJA STAREJŠIH

ALEŠ KENDA, Ministrstvo za delo družino in socialne zadeve <i>Usmeritve na področju aktivnega staranja</i>	21
mag. KLAVDIJA KOBAL STRAUS, mag. EMILIJA GUŠTIN, Ministrstvo za zdravje <i>Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 "Skupaj za družbo zdravja"</i>	31
VESNA DRAGAN, Ministrstvo za okolje in prostor <i>Sobivamo. Slovenija razvija nove možnosti za kakovostno bivanje</i>	37
ROŽCA ŠONC, Zveza društev upokojencev Slovenije <i>Program Starejši za starejše</i>	45
mag. ANDREJA KRAJNC, Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov <i>Patronažno varstvo v skrbi za starejše osebe</i>	53
VALERIJA LEKIĆ POLJŠAK, Dom starejših občanov Črnomelj <i>Predstavitel delovanja domov za starejše</i>	61
mag. MARJANA KAMNIK, Koroski dom starostnikov Slovenj Gradec <i>V domu starostnikov v Slovenj Gradcu odnose negujemo v ključnih parih</i>	69

III. RAZISKAVE, ANALIZE IN UGOTOVITVE O PROBLEMIH, KI ZADEVAJO STAREJŠE

dr. INGRID RUSSI ZAGOŽEN, Varuh človekovih pravic Republike Slovenije <i>Prehrana v domovih za starejše</i>	75
ANDREJA ŠIRCA ČAMPA, Univerzitetni klinični center Ljubljana <i>Načrtovanje varovalne prehrane starostnikov v domovih za starejše občane</i>	81
ŽIVA COTIČ ZIDAR, LILI JAZBEC, Varuh človekovih pravic Republike Slovenije <i>Preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb v domovih za starejše</i>	87

doc. dr. VIKTORIJA TOMIČ, Nacionalna komisija za preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb, Ministrstvo za zdravje <i>Bolnišnične okužbe v domovih starejših občanov</i>	95
prof. dr. BOJANA BEOVIČ, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani <i>Predpisovanje antibiotikov in odpornost bakterij proti antibiotikom v s ocialnovarstvenih zavodih v Sloveniji</i>	103
mag. URBAN BRULC, Informacijski pooblaščenec Republike Slovenije <i>Varstvo osebnih podatkov pri obravnavi pacientov ali oskrbovancev z bolnišničnimi okužbami: uvod v razpravo</i>	113
LAN VOŠNJAK, Varuh človekovih pravic Republike Slovenije <i>Anketa, izvedena po centrih za socialno delo in v domovih za starejše občane, glede skrbništva oseb nad 65 let</i>	117
mag. VESNA ŠIPLIČ HORVAT, Dom Danice Vogrinc Maribor <i>Pravica starejših do zakonitega zastopanja - kdaj starostnik potrebuje skrbnika?</i>	131
PETER STEFANOSKI, Inšpektorat Republike Slovenije za delo <i>Strokovni izzivi izvajanja skrbništva pri starejših</i>	137
JOŽE RAMOVŠ, TJAŠA GREBENŠEK, VERONIKA MRAVLJAK ANDOLJŠEK, ANA GORENC VUJOVIČ, KSENIJA RAMOVŠ, Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje <i>Preprečevanje trpinčenja starejših</i>	147

IV. OBRAVNAVA, OSKRBA IN VARSTVO POSEBEJ RANLJIVIH SKUPIN STAREJŠIH

prof. dr. ZVEZDAN PIRTOŠEK, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani <i>Starajoči se možgani - kaj izgubimo in kaj pridobimo</i>	159
ŠTEFANIJA LUKIČ ZLOBEC, Spominčica - Alzheimer Slovenija - Slovensko združenje za pomoč pri demenci <i>Pravočasno odkrivanje demence in prednosti podpore bolniku in družini</i>	165
mag. JURE MARKIČ, Varuh človekovih pravic Republike Slovenije <i>Državni preventivni mehanizem, vloga in pomen</i>	173
mag. BARBARA KOBAL TOMC, Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo <i>Izzivi na področju skrbi za starejše invalide</i>	179
ROBERT GAČNIK, Varuh človekovih pravic Republike Slovenije <i>Razmere za zaprte osebe, ki so starejše, ali/in invalidne, z gibalnimi ovirami, gluhe/naglušne, slepe/slabovidne ali/in neme</i>	189

I. UVODNE MISLI

ALOJZ KOVŠČA, predsednik Državnega sveta Republike Slovenije

Državni svet Republike Slovenije je po svojem ustroju in ustavnem položaju stičišče med organiziranimi interesnimi skupinami civilne družbe in zakonodajno vejo oblasti, ki jo udejanjajo parlamentarne politične stranke. Državne svetnice in svetniki funkcije ne opravljajo profesionalno, zato ves čas svetniškega mandata ostajajo vpeti v svoja bivanjska in delovna okolja, iz katerih neposredno prenašajo v Državni svet informacije o aktualnih družbenih problemih ter učinkih zakonskih rešitev.

Aktivna vloga Državnega sveta pri artikulaciji družbenih problemov in iskanju rešitev je vidna tudi v naslavljanju problemov starajoče se družbe. Ta fenomen je prisoten v vseh državah razvitega sveta in zahteva preventivno ukrepanje že danes, da bomo sploh lahko obvladovali negativne procese, ki se jim ne bomo mogli izogniti. Ne gre zgolj za materialna, tehnična in logistična vprašanja, na katera moramo v kratkem času učinkovito odgovoriti, temveč tudi za vrsto moralnih in etičnih konfliktov, ki jih bomo morali reševati kot družba in posamezniki.

Zavedajoč se nujnosti zagotavljanja prihodnjega sožitja med kompetitivno populacijo »digitalnih« generacij in starajočo se »analogno« populacijo, v Državnem svetu sledimo pobudam iz prakse in poskušamo oblikovati rešitve za sedanjost in prihodnost. Del problematike starajoče se družbe je bil v preteklem delu Državnega sveta že obravnavan.

V sodelovanju z Zvezo društev upokoencev Slovenije smo že junija 2008 iskali odgovore na vprašanja sistemske ureditve preprečevanja nasilja nad starejšimi tako v družinskem krogu kot tudi v domovih za ostarele. Govorili smo o preprečevanju diskriminacije, izobraževanju oseb in psihosocialnih lastnosti oseb, ki se poklicno ukvarjajo s starejšimi, o standardih in normativih oskrbe v domovih.

23. 10. 2008 je Državni svet sam organiziral obsežno posvetovanje na temo sistemskih sprememb na področju institucionalnega varstva starejših. Že tedaj smo opozarjali na nepripravljenost sistema za soočanje s problemom velikega števila starejših in pomoči potrebnih oseb v bližnji prihodnosti. Že več kot desetletje opozarjamo na probleme dolgotrajne oskrbe in iščemo sistemske

rešitve za uzakonjanje pomoči na domu, pomoči na daljavo, dejavnosti dnevnih centrov, zagotavljanje pravice do družinskega pomočnika, osebne asistencije in še bi lahko naštevali.

Junija 2010 smo, ponovno v sodelovanju z Zvezo društev upokojencev Slovenije, organizirali posvet o zagovorništvu starejših. Čez leto dni, junija 2011, smo opozarjali na sistemske nepravilnosti, ki so privedle do nekaterih pojavnih oblik diskriminacije starejših oseb in predlagali rešitve ter pozivali zakonodajno oblast h konkretnim ukrepom. 14. 6. 2012 smo, spet v sodelovanju z Zvezo društev upokojencev Slovenije, pozvali k povezovanju lokalne skupnosti, javne službe in nevladne organizacije ter predlagali konkretne modele rešitev za celovitejšo obravnavo starejših, invalidov in dementnih oseb ter kroničnih bolnikov.

Veliko nakazanih rešitev je doživelo realizacijo tudi v praksi (npr. ureditev statusa družinskega pomočnika, Zakon o osebni asistenci), ostajajo pa odprta vprašanja medresorskih rešitev problema dolgotrajne oskrbe in financiranja tehnoloških rešitev za omogočanje samostojnega življenja. Prav tako še nimamo izdelane rešitve za t. i. negovalne oddelke v regijskih bolnišnicah, ustrezno rehabilitacijo po različnih boleznih in poškodbah, fizioterapijo in delovno terapijo na domu, paliativno oskrbo ...

Tokratni posvet je nadaljevanje aktivnosti deležnikov, ki, skladno z novimi medicinskimi spoznanji in rešitvami, željo po širjenju pravic do zdravljenja in zdravstvene nege na domu ter zagotavljanju enakih možnosti za uresničevanje pravic starejšim osebam, poskušajo ozaveščati družbo in usmerjati odločevalce k postopnemu zagotavljanju trajnih rešitev. Populacija starejših ne sme postati breme, temveč mora ostati sestavni del družbe, ki nas plemeniti, dela humane in nam pomaga vzgajati prihodnje rodove za medgeneracijsko sodelovanje.

Zmanjševanje psihofizičnih sposobnosti posameznika ne sme zmanjševati njegovega dostojanstva, človeške vrednosti in pravice do bivanja v sorazmerju s standardom družbe. Takšno stanje zavesti ni samo po sebi umevno. Treba ga je privzgajati, zakonsko in materialno podpreti. Aktualni posvet je organiziran na pobudo Varuha človekovih pravic Republike Slovenije z zavedanjem, da bo mogoče odprl več vprašanj, kot bo ponudil odgovorov. V principu gre za skladanje kamenčkov v mozaiku družbene akcije, ki naj bi se v doglednem času zložili v sliko slovenske družbe, prijazne mladostnikom v polni ustvarjalni moči in starostnikom v letih počitka po zaključku ustvarjalne poti.

Vsekakor pa je treba upoštevati dejstvo, da je iskanje rešitev problema starejše se družbe nemogoče brez aktivne udeležbe starejših. Njihova medsebojna prostovoljna pomoč, razumevanje in sodelovanje omogočata razbremenitev mlajših, ki se lahko posvetijo zagotavljanju materialnih pogojev za obstoj in razvoj družbe.

V Državnem svetu smo pripravljeni prisluhniti vsem, ki želijo dati svoj doprinos k boljšemu življenju državljanek in državljanov v vseh starostnih obdobjih. Nedvomno bomo tudi v prihodnosti prispevali k izboljševanju zakonodaje na tem področju s podporo dobrim rešitvam in zavračanjem neustreznih, pri čemer upravičeno računamo na podporo javnosti.

Vlasta NUSSDORFER, varuhinja človekovih pravic

*Vsak človek je zase svet,
čuden, svetel in lep
kot zvezda na nebu ...*

*Vsak tiho zori,
počasi in z leti,
a kamor že greš, vse poti
je treba na novo začeti.*

(Tone Pavček)

Varuh človekovih pravic (v nadaljevanju Varuh) vsako leto svojo pozornost namenja posebej ranljivim skupinam prebivalstva, med njimi zlasti otrokom, invalidom in starejšim. Prav slednjih je v naši družbi iz leta v leto več, saj postajamo dolgoživa družba, ki se sooča s spremembo starostne sestave prebivalstva in v kateri se močno povečuje delež ljudi, starejših od 65 let. Zavedamo se, da je takih, ki sami niso več sposobni skrbeti za uresničevanje svojih pravic, čedalje več, zato je zelo pomembno, da jim pri tem pomagamo, ugotavljamo kršitve in nanje opozarjamo vse pristojne.

Varuh namreč predstavlja 'kontrolni most' med javnostjo in državo. Sprejema pobude, mnoge aktualne teme pa odpira tudi kot širša vprašanja, namenjena večjemu krogu ljudi in stanju na posameznih, običajno perečih, področjih.

Prav letos smo pozornost usmerili v odkrivanje kršitev pravic starejših, prepoznavo dobrih praks in seznanjanje javnosti s stanjem na vseh področjih življenja starejših.

V ta namen smo poleg rednih aktivnosti obiskali več domov za starejše, se na obiskih osredotočali na težave, ki se pojavljajo na področju prehrane, bolnišničnih okužb in skrbništva, tako zaposlenim kot tudi stanovalcem pa smo poslali obširne vprašalnike. Odziv nanje nas je prijetno presenetil. Dodatno delo so predstavljali pogovori z vodstvom, zaposlenimi in stanovalci, kar je dalo jasnejšo sliko o stanju in razlogih za ukrepanje, bodisi s priporočili ali pohvalami.

Rezultati raziskave so tako prvič predstavljeni v pričajučem zborniku kot tudi na posvetu, ki ga organiziramo skupaj z Državnim svetom Republike Slovenije, za kar vodstvu in sodelujočim izrekam veliko zahvalo.

Zbornik sestavljajo pogledi strokovne javnosti in predstavitev nekaterih pomembnih projektov državnih organov in drugih organizacij, ki skrbijo za pravice starejših. Prvi del zbornika je namenjen predstavitvi ukrepov, programov in projektov, namenjenih izboljšanju kakovosti življenja starejših. Drugi del poleg ugotovitev Varuha predstavlja prispevki strokovnjakov na posameznih zanimivih področjih, tretji del pa zaokroža sliko nasilja, demence in skrbi za invalide ter druge ranljive skupine starejših oseb.

Vstopimo torej v ta svet, v realnost njihovega vsakdana, doma ali v ustanovah, v preteklost, sedanjost in prihodnost. Brez kritične ocene trenutnega stanja ni moč graditi sveta vseh nas, ki se sicer lahko spogleduje z izzivi tujine, a napredovati ne more in ne zmore brez ocene tega trenutka. Zavedajmo se, da lahko za lepšo, varnejšo in s spoštovanjem prežeto prihodnost prispevamo vsi, kajti ne gre za čas, ki je namenjen nekomu tretjemu. Govora je o nas in naših najbližjih in zato nam nikakor ne sme biti vseeno.

Varuhu ni in ne bo. Danes so namreč na vrsti oni, jutri že mi.

BORIS ŠUŠTARŠIČ¹, predsednik Komisije Državnega sveta za socialno varstvo, delo, zdravstvo in invalide

Starejši in invalidi kot značilni biološko pogojeni interesni skupini

V slovenski javnosti zadnja leta postaja kar vpadljivo, da je dokaj pogosto govora o mladini, otrocih, pa tudi o upokojencih in bolnikih. Izrazito so spregledani invalidi, katerih družbena identiteta se še dodatno zamegljuje s celo vrsto sinonimnih žaljivih poimenovanj (npr. osebe s primanjkljaji). Zelo redko zasledimo celovite teme o starejših ali pa ljudeh, ki so po kriteriju starosti v najproduktivnejšem obdobju življenja.

Izraz *upokojenec* sporoča, da gre za človeka, ki ni več v rednem delovnem razmerju ter je upravičenec do takih ali drugačnih upokojskih denarnih prejemkov. Takšen odnos je zanesljivo pomanjkljiv, kajti starejši niso samo upokojenci, ampak mednje uvrščamo tudi ljudi, ki so še z rednimi delovnimi obveznostmi ali pa imajo kakšen drugačen socialni status. Ko pa starejši dosežejo status upokojenca, seveda ni konec njihovega življenja, temveč želijo biti še naprej aktivni in koristni člani družbe po svojem socialnem izboru. Zaradi postopnih bioloških sprememb v njihovem zdravstvenem stanju se pri njih pojavljajo značilne nove zdravstvene in socialne potrebe ter pri tem pridemo do stičišča, v okviru katerega lahko upravičeno hkrati razpravljamo o starejših in invalidih na podlagi določene podobnosti potreb, čeprav je smiselno, da eni in drugi ohranjajo jasno družbeno identiteto.

Ena od skupnih značilnosti za starejše in invalide so različne oblike oviranega gibanja. V zvezi s tem v slovenskem okolju govorimo o odstranjevanju ovir,

¹ Boris Šuštaršič (1945–2018). Državni svetnik v štirih sklicih Državnega sveta, predstavnik interesov socialnega varstva. Kot državni svetnik je dosledno in zavzeto zagovarjal interese socialnega varstva in v njegovem obsegu seveda tudi invalidskega varstva. Lastne in prejete pobude je uspešno uveljavljal, s svojo iniciativnostjo je izoblikoval številne izboljšave za socialno življenje zlasti hujše prizadetih invalidov in upokojencev. Zavzemal se je, da Slovenija ostane socialna država v smislu 2. člena Ustave Republike Slovenije in da slovenska država izoblikuje razvidno socialno politiko in celovito strategijo razvoja invalidskega varstva.

medtem ko v razvitih državah zahodne Evrope dajejo pozornost dostopnosti, pri čemer nimajo v mislih samo urbanizirano ureditev okolja in prilagoditve zgradb, ampak razmišljajo o informacijah, tehničnih pripomočkih, bivalnem okolju, dolgotrajni oskrbi in drugih življenjskih pogojih.

Po moji presoji se, ko pripravljamo razne ukrepe v korist starejših in invalidov, daleč preveč osredotočamo na socialne rešitve v obliki denarnih prejemkov in bivanja v primernih institucijah. Izrazito pa so zanemarjene možnosti, ki se ponujajo z novimi tehnološkimi dosežki, kot so obtelesna robotizacija, hitro multimedijsko obvladovanje fizičnega in socialnega okolja, tehnične naprave, s katerimi druga oseba pomaga starejšemu ali invalidu, prilagojena bivališča, v katerih neizogibna uporaba invalidskega vozička ne pomeni nerešljive prepreke. Posebna zadeva pri obeh obravnavanih skupinah je očitno zanemarjenje tako imenovanih bioloških rešitev – zakaj bi namreč pristajali, da so demenca in podobne degenerativne spremembe neizbežno stanje, ko pa že zdaj bazični raziškovalni dosežki na področju nevrobiologije človeka upravičujejo pričakovanje, da bo medicina v ne oddaljeni prihodnosti te tragične posledice vsaj zadovoljivo preprečevala. Semkaj kot ključna sposobnost vsekakor spada samostojno gibanje, ki ga je treba čim dlje ohranjovati v funkciji obvladovanja lastnega telesa.

V tem kratkem uvodniku seveda ne morem opredeliti vseh najpomembnejših vsebinskih povezav, ki zadevajo starejše in invalide. Nedvomno pa se pri starejših in invalidih v slovenski družbi že zdaj pojavlja konsistentna humanistična in ekonomsko-socialna problematika, ki utemeljuje načrtno dolgoročno obravnavo. Odločilnega pomena je tudi uveljavitev njihovega subjektivnega faktorja, zato predlagam, da bi imela ena in druga skupina po enega neposredno izvoljenega državnega svetnika, od katerih bi prvega izvolili elektorji v razvejani strukturi Zveze društev upokojencev Slovenije, drugega pa elektorji reprezentativnih invalidskih organizacij, ki so povezane v Nacionalni svet invalidskih organizacij Slovenije in imajo v ta namen tudi zakonito podlago v Zakonu o invalidskih organizacijah. Za uresničitev tega predloga niso potrebne ustavne spremembe, ker je to možno doseči zgolj z dopolnitvijo Zakona o Državnem svetu.

II. UKREPI, PROGRAMI IN PROJEKTI ZA IZBOLJŠANJE ŽIVLJENJA STAREJŠIH

Usmeritve na področju aktivnega staranja

Uvod

Če je bilo 20. stoletje stoletje mladih, bo 21. stoletje stoletje starejših. Staranje prebivalstva je v Sloveniji predvsem rezultat daljšega trajanja življenja na eni strani in maloštevilnih mladih generacij na drugi strani. Migracije lahko ta proces še pospešijo, lahko pa ga tudi upočasnijo. Sadove daljšega povprečnega trajanja življenja uživa vse več starejših, saj se je npr. število stoletnikov v Sloveniji v zadnjih petindvajsetih letih skoraj podeseterilo in jih je trenutno okoli 250. Demografske spremembe pa po drugi strani pomenijo tudi proces, ki bo temeljito pretresel in predrugačil naše družbe. Na te procese se morajo odzivati tako posamezniki kot tudi vsi segmenti družbe.

Izziv staranja prebivalstva kot družbenega procesa pa ne zahteva samo iskanja ustreznih odzivov na različnih področjih, temveč zahteva tudi prevetritev dosedanjega razumevanja tega fenomena tako s strani posameznikov, kot tudi z vidika celotne družbe. Demografske spremembe bodo v prihodnje pomembno predrugačile družbe na področju dela, življenja in vključevanja v skupnost. Kakovostno staranje, temelječe na ideji aktivnega staranja, ne pomeni samo živeti dlje, gre predvsem za vprašanje, kako živeti bolje.

Aktivno staranje – ideja in nekateri odzivi po svetu

V zahodni kulturi ima beseda starost najpogosteje negativno konotacijo, največkrat je povezana z upadom različnih funkcij, boleznimi, odvisnostjo od drugih, osamljenostjo in podobnim. Vzporedno z zavedanjem, da se povprečna dolžina življenja daljša, da so današnji starejši bolj aktivni, bolj vitalni kot nekoč, se je začela pojavljati potreba po konceptu, ki bi dodana leta življenja osmislil in

1 Aleš Kenda, Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, Direktorat za socialne zadeve, ales.kenda@gov.si

ponudil pozitivno vizijo tega obdobja, istočasno pa bi pomenil odgovor družbe na izzive demografskih sprememb. Ko opazujemo nekatera poimenovanja, povezana s podaljševanjem življenja, kot npr. produktivno staranje, zdravo staranje, ugotavljamo, da so bili tovrstni pristopi pretežno usmerjeni na določene segmente človekovega življenja, najpogosteje na potrebo po podaljšanju delovne aktivnosti, ohranjanju produktivnosti, zdravju. Pri tem pa ni bila dovolj upoštevana raznolikost starejše populacije in večplastnost vpliva demografskih sprememb na družbo, zato se je začela pojavljati potreba po širšem konceptu, ki bi upoštevala posameznika, heterogenost starejše populacije, ter potrebo po odzivu različnih segmentov družbe, ki jih zadeva staranje prebivalstva. Tako se je pojavil koncept aktivnega staranja, ki je pomembno prispeval k preseganju razumevanja starosti kot obdobja upadanja.

Najpogosteje uporabljena definicija aktivnega staranja je definicija Svetovne zdravstvene organizacije iz leta 2002: »Aktivno staranje je proces, ki spodbuja in krepi možnosti za zdravje, varnost ter vključenost v družbo s ciljem, da izboljša kakovost življenja v starosti. Aktivno staranje omogoča ljudem, da uresničijo svoje možnosti za fizično, socialno in mentalno dobro počutje ter da sodelujejo v družbi, medtem ko družba poskrbi za njihovo zaščito, varnost in pomoč, ki jo potrebujejo« (Svetovna zdravstvena organizacija, 2002, str. 12).

Pomemben doprinos k popularizaciji ideje aktivnega staranja je doprineslo Evropsko leto aktivnega staranja in medgeneracijske solidarnosti 2012 (Evropska komisija). Evropska komisija je Evropsko leto 2012 opredelila kot leto, namenjeno dvigu ozaveščenosti o prispevku starejših ljudi družbi, zato so bile aktivnosti v tem letu namenjene spodbujanju odločevalcev in drugih deležnikov, da bi začeli z aktivnostmi pri ustvarjanju boljših priložnosti za aktivno staranje in krepitev solidarnosti med generacijami. Prvotno poimenovanje leta je bilo predvideno kot Evropsko leto aktivnega staranja, vendar je bila kasneje, tudi na podlagi prizadevanja Slovenije, dodana še medgeneracijska solidarnost, saj se je želelo poudariti, da to leto ni namenjeno samo starejšim, temveč tudi drugim generacijam. Kakovostno in aktivno staranje posameznika se namreč prične že v mladosti. Vse bolj pa je tudi dozorelo spoznanje, da predstavlja solidarnost in sodelovanje med generacijami 'lepilo', ki spodbuja kohezijo v družbi. Evropska komisija je v okviru Evropskega leta 2012 izpostavila, da lahko, ne glede na to, koliko smo stari, še vedno ohranjamo svojo vlogo v družbi kot njeni polnopravni člani in živimo kakovostno življenje. V okviru Evropskega leta aktivnega staranja in solidarnosti med generacijami 2012 so bila posebej izpostavljena naslednja tri področja:

-
- *zaposlovanje* – starejšim delavcem je treba omogočiti boljše pogoje na trgu dela;
 - *sodelovanje v družbi* – upokojitev ne pomeni brezdelja. Prispevek starejših ljudi kot prostovoljcev v družbi je pogosto spregledan. Evropsko leto 2012 si je prizadevalo omogočiti večjo prepoznavnost prispevka starejših ljudi družbi;
 - *neodvisno življenje* – veliko lahko tudi sami storimo zase in za svoje zdravje, ko se staramo. Že majhne spremembe v našem okolju lahko pomenijo veliko spremembo za ljudi, ki trpijo zaradi različnih zdravstvenih tegob. Aktivno staranje pomeni tudi opolnomočenje, da lahko odločamo o svojih življenjih kolikor dolgo je le mogoče.

Aktivno staranje v Sloveniji

Zaradi omejenega prostora se v tem poglavju omejujem na predstavitev dveh strategij odzivov na izzive staranja. Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti je sprejelo prvo obsežno strategijo odzivov na demografske spremembe leta 2006, in sicer s *Strategijo varstva starejših do leta 2010*, ki je v svojem podnaslovu izpostavljala solidarnost, dobre medgeneracijske odnose in kakovostno staranje. Omenjena strategija sicer še ni posebej izpostavljala aktivnega staranja. Iz njene vsebine pa že izhaja vrsta usmeritev, ki so sestavni deli aktivnega staranja, kot npr. medresorski pristop, ki izpostavlja potrebo pa dolgorčni kooperaciji vladnih resorjev, lokalnega okolja, gospodarstva, izvajalcev storitev, znanosti in civilne družbe, privrženost solidarnosti in dobrim medgeneracijskim odnosom. Poudarjena je bila potreba po zagotavljanju pogojev za sodelovanje starejših na vseh ravneh odločanja, ki se tičejo njih samih. Posebej je bil izpostavljen razvoj trga dela, da bi odgovarjal starajoči se populaciji in izkoriščal potencialne starejših. Strategija omenja tudi skrb za kakovostno staranje in oskrbo starejših, preseganje negativnih stereotipov o starejših, skrb za ustrezno zaščito starejših pred zlorabami in nasiljem, transport, ki omogoča mobilnost in vključenost v vsakodnevne aktivnosti itd.

Leta 2017 je Vlada Republike Slovenije sprejela zdaj veljavno *Strategijo dolgožive družbe*, ki temelji na konceptu aktivnega staranja (Vlada Republike Slovenije), saj poudarja aktivnost in ustvarjalnost v vseh življenjskih obdobjih, skrb za zdravje in medgeneracijsko sodelovanje ter solidarnost. S to strategijo želi Vlada prispevati k prilagajanju novi demografski stvarnosti na številnih področjih. Vendar ta strategija ne pomeni zgolj nadaljevanja obstoječih trendov

in iskanja rešitev zanje, temveč skuša v kar največji meri upoštevati tudi trende, ki bodo oblikovali prihodnost naše družbe, in sicer:

- tehnološki razvoj in digitalizacija družbe;
- spremenjeno razumevanje delovnega življenjskega cikla;
- fleksibilizacija trga dela z naraščanjem prilagodljivih oblik dela.

Strategija je razdeljena na štiri sklope:

1. trg dela in izobraževanje (prilagoditve na trgu dela, vključno z izobraževanjem in usposabljanjem, spodbujanje priseljevanja tuje delovne sile ...);
2. samostojno, zdravo in varno življenje vseh generacij (sistemi socialne zaščite, dostopnost do zdravstvenih storitev in dolgotrajne oskrbe, skrb za zdravje, zmanjševanje neenakosti v zdravju ...);
3. vključenost v družbo (medgeneracijsko sodelovanje, prostovoljstvo, uporaba IKT za komunikacijo, preprečevanje diskriminacije in nasilja v družbi, politično udejstvovanje ...);
4. oblikovanje okolja za aktivnosti v celotnem življenju (prilagoditve v gospodarstvu, prilagoditve bivalnih razmer in prometne ureditve s podporo IKT).

Pomembni sestavni deli strategije so usmeritve, ki so navedene po posameznih sklopih. Te usmeritve bodo v pomoč pri pripravi akcijskih načrtov, ki jih bodo pripravila ministrstva v sodelovanju z drugimi deležniki. Marca 2018 je bil ustanovljen Svet za aktivno staranje in medgeneracijsko sodelovanje ter imenovani njegovi člani. Maja 2018 so ministrstva pripravila pregled konkretnih aktivnosti oziroma sprememb v zakonodaji, ki so jih morebiti že opravila v preteklosti in so v skladu z usmeritvami nove strategije. Aktivnosti s pripravo akcijskih načrtov se nadaljujejo od septembra 2018. Rezultate izvajanja strategije se bo spremljalo s pomočjo kazalnikov indeksa aktivnega staranja, ki vključuje štiri glavne kriterije: delovno aktivnost, zmogljivosti za aktivno staranje, vključenost v družbo ter samostojno, zdravo in varno življenje.

V nadaljevanju iz omenjene strategije povzemam štiri stebre strategije in iz njih izhajajoče usmeritve. Zaradi omejitve prostora ne morem navajati vseh usmeritev.

a) Trg dela (delovna aktivnost) in izobraževanje

Spremenjena starostna struktura prebivalstva ter posledično zmanjšanje ponudbe delovne sile že vplivata na možnosti za gospodarsko rast, zato so potrebne prilagoditve na trgu dela in področju izobraževanja, ki bodo zagotovile

daljšo delovno aktivnost. Tudi pomanjkanje prilagodljivih oblik delovnega časa zaradi skrbi za otroke, vnuke, starše lahko predstavlja pomembno oviro za daljšo delovno aktivnost. Daljša delovna aktivnost in tehnološke spremembe zahtevajo stalno izpopolnjevanje veščin za večjo prilagodljivost posameznika na delovnem mestu in zaposljivost, zato je vključenost starejših v vseživljenjsko učenje vse pomembnejša za njihovo delovno aktivnost in produktivnost na delovnem mestu ter vključenost v družbo. Po drugi strani pa področji socialnega varstva in zdravstva predstavljata priložnost za razvoj novih delovnih mest, posebej še v obliki javno-zasebnih partnerstev in socialnega podjetništva.

Najpomembnejše usmeritve tega stebra strategije so:

- spodbujanje daljše delovne aktivnosti (tudi s podporo več karier v delovnem obdobju, omogočanjem stalnega izobraževanja in usposabljanja, uvajanje bolj prilagodljivih oblik dela za starejše in upokoјence) s ciljem večje delovne aktivnosti starejših;
- spodbujanje priseljevanja zaradi zaposlitve in oblikovanje pogojev za zmanjšanje odseljevanja državljanov Slovenije;
- uvajanje prilagodljivega delovnega časa in prostora, s posebno pozornostjo neformalnim oskrbovalcem;
- prilagajanje delovnih mest in procesov starejši delovni sili ter tehnološkemu napredku in digitalizaciji;
- promoviranje in podpiranje pozitivnega mnenja o staranju, o starejših in njihovem prispevku k družbi tudi z delovno aktivnostjo in preprečevanjem starostne diskriminacije na delovnem mestu;
- spodbujanje prenosa znanja med generacijami (npr. mentorske sheme, ustvarjalni laboratoriji);
- vzpostavitev sistemskih možnosti za stalno izobraževanje in usposabljanje na delovnem mestu s prilagoditvami izobraževalnega sistema;
- krepitev (kulture) vseživljenjskega učenja posameznikov v družbi in podjetjih;
- vlaganje v povečanje zaposljivosti nizko izobraženih in starejših s krepitevijo delovanja aktivne politike zaposlovanja;
- prilagajanje izobraževalnih programov spremembam zaradi digitalizacije;
- oblikovanje programov za pripravo na upokoјitev, ki spodbujajo vključenost v družbo in aktivnost tudi po upokoјitvi;

-
- večja podpora razvoju javno-zasebnega partnerstva in zasebnništva, ki lahko ob ustrezni regulaciji in nadzoru uspešno zadovoljita del naraščajočih potreb v zdravstvu in dolgotrajni oskrbi;
 - večja podpora delovanju nevladnih organizacij in društev, ki ob delni podpori javnih virov in tudi evropskih sredstev delujejo na področju zdravstva in dolgotrajne oskrbe;
 - krepitev družbenega (socialnega) podjetništva, ki spodbuja medgeneracijsko sodelovanje in katerega primarni cilj je družbena korist in
 - spodbujanje nastajanja novih delovnih mest na področju zelene ekonomije oziroma krožnega gospodarstva.

b) Samostojno, zdravo in varno življenje vseh generacij

Strategija v tem poglavju izpostavlja dohodkovno varnost, dobro zdravstveno stanje prebivalstva in sisteme socialne zaščite, ki z zagotavljanjem primernih dohodkov in dostopnosti do zdravstvenih storitev in dolgotrajne oskrbe prispevajo h kakovosti življenja vseh generacij. V strategiji je posebej izpostavljena potreba po zmanjšanju neenakosti v zdravju in povečanju zdravih let življenja. Zaradi demografskih in tehnoloških sprememb se hitro povečujejo potrebe v zdravstvu in v dolgotrajni oskrbi, kar povzroča pritiske na rast javnofinančnih izdatkov. Zaradi razdrobljenosti financiranja dolgotrajne oskrbe je smiselno oblikovati enovit sistem financiranja dolgotrajne oskrbe. Kot pomemben del sistema dolgotrajne oskrbe strategija izpostavlja neformalne oskrbovalce, ki jih OECD označuje kot hrbtenico sistemov dolgotrajne oskrbe.

Najpomembnejše usmeritve tega stebra strategije so:

- okrepitev politik za spodbujanje zdravega življenjskega sloga in obvladovanje tveganega vedenja ter ozaveščanje o zdravem življenjskem slogu od najzgodnejšega življenjskega obdobja naprej;
- oblikovanje programov za povečanje vlaganj delodajalcev v zdravje zaposlenih;
- okrepitev programov za promoviranje zdravja in zdravega življenjskega sloga (predvsem bolj zdrava prehrana in gibanje), ozaveščanje vseh državljanov o skrbi za lastno zdravje;
- oblikovanje medresorske politike za zmanjševanje neenakosti v zdravju;
- zmanjševanje materialne prikrajšanosti, ki mora postati ključni cilj vseh politik;

-
- oblikovanje programov za preprečevanje oviranosti pri starejših: programi preprečevanja padcev, telesne vadbe, razvoja zgodnje rehabilitacije in dolgotrajne oskrbe v domačem okolju;
 - ureditev področja najpogostejših starostnih bolezni (demenca, inkontinenca, diabetes in kronična rana, ustno zdravje), vključno z oblikovanjem prijaznih skupnosti in storitev, ki bodo povečevale kakovost bivanja starejših in njihovih bližnjih;
 - razvoj in uporaba naprednih tehnologij za spremljanje zdravja starejših in pomoč pri njihovi celostni in dolgotrajni domači oskrbi;
 - oblikovanje ukrepov in programov, ki bodo starejšim in starajočim se invalidom kar najbolj omogočili samostojnost in polno vključenost na vseh področjih življenja;
 - prilagoditve sistemov socialne zaščite (pokojninsko in zdravstveno zavarovanje, dolgotrajna oskrba) demografskim razmeram z bolj enakomerno porazdelitvijo bremen financiranja med generacijami ter med ekonomsko aktivnimi in neaktivnimi, tudi s spodbujanjem delovne aktivnosti in postopnim preходом v pokoj (strukturna reforma pokojninskega sistema);
 - vzpostavitev mehanizma za pretvorbo drugih oblik premoženja posameznika v dohodke v starosti (npr. obratna hipoteka, ki posamezniku omogoča rento v primeru odstopa stanovanjske pravice);
 - vzpostavitev učinkovitega sistema dolgotrajne oskrbe, ki bo spodbujal samostojno življenje na domu in skupnosti, preprečeval poslabšanje zdravja in oviranosti prejemnikov ter njihovo prezgodnjo institucionalizacijo; učinkovit sistem bo zagotavljal tudi povezovanje različnih sistemov pri zagotavljanju zdravstvene in psihosocialne oskrbe;
 - večja podpora neformalnim oskrbovalcem in njihova vključitev v sistem dolgotrajne oskrbe in
 - zagotavljanje zadostne ponudbe kadrov in njihova bolj uravnotežena spolna zastopanost v dolgotrajni oskrbi (migracije in aktivacija starejših).

c) Vključenost v družbo

Vključenost v družbo na družbenem, socialnem, gospodarskem in kulturnem področju je pomembna za dostojno in kakovostno življenje vseh generacij, posebej še starejših. Predpogoj za vključenost v družbo je dohodkovna varnost posameznika v vseh življenjskih obdobjih. V dolgoživi družbi so za vključenost v družbo še posebej pomembni medgeneracijsko sodelovanje, dostopnost

in poznavanje sodobnih informacijsko-komunikacijskih orodij, politično udejstvovanje, prostovoljstvo ter vključevanje v ljubiteljsko in kulturno dejavnost. Pomembno je, da se posamezniki in posameznice v družbi počutijo varno, zato je nujna ničelna toleranca do starostne diskriminacije in pojavov starizma ter vseh oblik nasilja (psihično, fizično, ekonomsko). Povezovanje in sodelovanje med generacijami in znotraj generacij povečuje medgeneracijsko sožitje ter medsebojno razumevanje. Strategija posebno pozornost namenja tudi t. i. mehkim pristopom do izizov staranja prebivalstva, zato posebej izpostavlja tudi vprašanje varstva in uveljavljanja pravic starejših. Človekove pravice starejših oseb in njihovo uresničevanje so eden od posebnih izzivov politik, ki se ukvarjajo s staranjem prebivalstva. Pri vprašanju človekovih pravic starejših je treba biti še posebej pozoren na tiste starejše osebe, ki potrebujejo pomoč drugih. Kljub njihovi krhkosti in odvisnosti imajo tudi one pravico do dostojanstva, samoodločanja, avtonomije oziroma do podpore pri sprejemanju odločitev, če teh same ne morejo sprejemati, pa do prilagojene, kakovostne in na individualnem pristopu temelječe oskrbe ter tudi pravico do dostojnega umiranja.

Najpomembnejše usmeritve tega stebra strategije so:

- oblikovanje posebne formalne skupine, sestavljene iz predstavnikov pristojnih vladnih resorjev, varuha človekovih pravic in nevladnih organizacij, ki bi se ukvarjala s področjem človekovih pravic starejših;
- zmanjševanje materialne prikrajšanosti;
- aktivno sodelovanje starejših pri pripravi in izvajanju vseh politik, ki so povezane z njimi;
- razvijanje možnosti ter spodbujanje mladih in starejših k medgeneracijskemu prenosu znanja in promoviranje primerov dobrih praks;
- ozaveščanje o pomenu medgeneracijskega sodelovanja (tudi z vključitvijo v formalne izobraževalne programe);
- povečanje dostopnosti do IKT storitev in povečanje digitalne pismenosti in e-znanja starejših;
- izobraževanje ustreznih služb za prepoznavanje diskriminatornih praks;
- zagotavljanje sistematičnega zbiranja podatkov in medresorskega sodelovanja v primerih nasilja in diskriminacije;
- ozaveščanje starejših in javnosti o problematiki nasilja in drugih prepovedanih dejanjih, storjenih proti starejšim;

-
- spodbujanje prostovoljskega dela starejših z zagotavljanjem rednih usposabljanj ter kakovostnih prostovoljskih programov in
 - zagotavljanje možnosti udejstvovanja v ljubiteljski, kulturni in športni dejavnosti.

d) Oblikovanje okolja za aktivno staranje

Med odzivi na spremenjeno starostno strukturo prebivalstva je pomembno oblikovanje gospodarskega in družbenega okolja, ki upošteva potrebe vseh generacij ter starejšim omogoča samostojno in aktivno življenje. Starejši postajajo čedalje pomembnejša skupina potrošnikov po številu in skupni kupni moči ter tako vplivajo na nove usmeritve v potrošnji. Ponudba se delno že prilagaja spremenjeni strukturi potrošnje, tudi tehnološki dosežki omogočajo nove proizvode, storitve in rešitve, ki pomembno prispevajo k zadovoljevanju potreb dolgožive družbe. Poleg prilagoditev v gospodarstvu so za podaljšanje samostojnega življenja v bivalnem okolju ključne tudi prilagoditve bivalnih razmer, oskrbovalnih storitev, prometne infrastrukture ter drugačne institucionalne in skupinske oblike bivanja.

Najpomembnejše usmeritve tega stebra strategije so:

- prilagajanje bivanjskega prostora za (podaljšano) samostojno življenje starejših v domačem okolju (prilagoditve stanovanjskih, socialnih, prostorskih politik);
- razvijanje starosti prijaznih mest in skupnosti;
- spodbujanje sodelovanja različnih generacij tudi z drugačnimi oblikami prebivanja in drugimi prostorskimi rešitvami;
- spodbujanje prenove stanovanjskega fonda, ki omogoča večjo kakovost bivanja v lastnem stanovanju (npr. energetska prenova, funkcionalne prilagoditve stanovanj);
- povečanje dostopnosti (za starejše) do objektov, do javnega prevoza in v prihodnosti do avtonomnih vozil;
- spodbujanje povezovanja med različnimi oblikami podpore neformalnim oskrbovalcem (organiziranje izobraževanja in usposabljanja, pravica do počitka, plačila) in
- razvoj drugačnih institucionalnih in skupnostnih oblik bivanja (npr. gospodinjске skupine; stanovanjske zadruge ali stanovanjske skupnosti; oskrbniške družine za starejše ljudi; dnevni centri, namenska stanovanja za starejše).

Zaključek

Strategije dolgožive družbe ne smemo razumeti kot kretnice, ki bi povzročila revolucionarne spremembe dosedanjih usmeritev na tem področju, temveč gre praviloma za logično nadaljevanje dosedanjih aktivnosti, le večji poudarki so dani posameznim segmentom, npr. človekovim pravicam starejših, tehnološkemu napredku, neformalnim oskrbovalcem in podobno. Zavedati se namreč moramo, da je temeljni dokument na področju staranja prebivalstva, ki je bil sprejet v okviru Združenih narodov, Madridski mednarodni akcijski načrt o staranju iz leta 2002 in na njem temelječa Regionalna izvedbena strategija z desetimi zavezami. Ta dva dokumenta že več kot petnajst let predpostavljata najširši okvir odzivanja na demografske spremembe.

Zaradi tega bo več aktivnosti posameznih ministrstev, ki so jih opravila v preteklih letih, lahko predstavljalo pomembne elemente prihodnjih akcijskih načrtov. Naj omenim le nekatere projekte: Aktivni do upokojitve in Celovita podpora za aktivno staranje delovne sile (MDDSZ), projekt Sobivamo (MOP), Program sofinanciranja zagotavljanja stanovanjskih enot za starejše (SSRS), sofinanciranje šolnin odraslim, da bi pridobili poklicno oziroma srednješolsko izobrazbo (MIZŠ), Resolucija o nacionalnem programu o prehrani in telesni dejavnosti za zdravje, Strategija obvladovanja demence v Sloveniji do leta 2020 (MZ).

Aktivno staranje je torej odziv sodobnih družb na izzive staranja prebivalstva. Temelji na drugačnem pojmovanju staranja in starosti, kot je bilo v preteklosti, saj poudarja aktivnost in ustvarjalnost v vseh življenjskih obdobjih, skrb za zdravje in medgeneracijsko sodelovanje in solidarnost. Aktivno staranje je medsektorski in večnivojski koncept, ki se zaveda heterogenosti starejše populacije in podaja temelje za pozitiven odnos do staranja in za ustvarjanje starosti prijazne družbe.

Viri:

Svetovna zdravstvena organizacija; World Health Organisation: Active Ageing, Policy Framework, dosegljivo na: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf;jsessionid=7F9C675E8C15B75158C0A5BCC7917157?sequence=1.

Evropska komisija; European Commission; European Year of Active Ageing and Solidarity between Generations 2012, dosegljivo na: <http://ec.europa.eu/archives/ey2012/ey2012main9ef0.html>.

Vlada Republike Slovenije, Strategija dolgožive družbe, dosegljivo na: http://www.vlada.si/teme_in_projekti/strategija_dolgozive_druzbe/.

mag. KLAVDIJA KOBAL STRAUS, mag. EMILIJA GUŠTIN¹,
Ministrstvo za zdravje

Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 "Skupaj za družbo zdravja"

V Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (2006) je v šestem členu podlaga za strateško načrtovanje razvoja sistema zdravstvenega varstva, ki naj temelji na analizi zdravstvenega stanja prebivalstva, izhaja iz zdravstvenih potreb po celovitem zdravstvenem varstvu, upošteva kadrovske in druge zmožljivosti ter zagotovi smotrno delitev dela. Krovni strateški dokument za načrtovanje in razvoj zdravstvenega varstva predstavlja Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 "Skupaj za družbo zdravja" (2016) (v nadaljnjem besedilu Resolucija), ki jo je sprejel tudi Državni zbor.

Evropski steber socialnih pravic (Evropska komisija, 2017) med ključna načela za zagotavljanje pravic in učinkovitega izvajanja pravic državljanov umešča pravico do pravočasnega, cenovno dostopnega in kakovostnega preventivnega in kurativnega zdravstvenega varstva ter pravico do kakovostnih in cenovno dostopnih storitev dolgotrajne oskrbe, s poudarkom na storitvah na domu. Ustavna pravica državljanov Republike Slovenije je, da ima vsakdo pravico do zdravstvenega varstva pod pogoji, ki jih določa zakon. Kljub temu je treba zavestno in ciljno ukrepati proti neenakostim v zdravju, s posebno skrbjo za zaščito ranljivih skupin prebivalstva, med katere sodijo tudi posamezne kategorije starejših oseb. Kar 18,2 % starejših od 65 let je v državah Evropske unije izpostavljenih tveganju revščine in socialne izključenosti, pri čemer se tveganje s starostjo povečuje. Prav tako med ranljive skupine prebivalstva spadajo starejše ženske, starejši, ki so socialno izolirani ali pri zadovoljevanju svojih potreb odvisni od drugih oseb, starejši izvajalci neformalne oskrbe, starejši z oškodovanim telesnim ali duševnim zdravjem, starejši, ki živijo na ruralnih

¹ mag. Klavdija Kobal Straus, mag. Emilija Guštin, Ministrstvo za zdravje, Direktorat za dolgotrajno oskrbo, klavdija.kobal-straus@gov.si, emilija.gustin@gov.si

območjih, istospolno usmerjene starejše osebe (Seniors Rights Service in collaboration with a National Work Group, 2018) in še bi lahko naštevali. Vse to se lahko odraža tudi v neenakosti v zdravju. Svetovna zdravstvena organizacija (2018) neenakosti v zdravju opredeljuje kot razlike v zdravstvenem stanju ali dostopnosti do zdravstvenih storitev med različnimi skupinami prebivalstva. Boljše zdravje in zmanjševanje neenakosti v zdravju mora biti skupen cilj vseh sektorjev, cilj, ki ga morajo zasledovati s skupnimi integralnimi politikami, strategijami in programi (Buzeti, et al, 2011). Cilj integriranih politik je zagotoviti, da državljani v največji možni meri uresničijo svoje fizične, mentalne, emocionalne in socialne potenciale. Ta cilj zasleduje tudi Resolucija (2016), saj naslavlja ključne probleme zdravja, sistema zdravstvenega varstva in postavlja temelje za zdravje v vseh politikah. V središče postavlja tako uporabnika kakor izvajalca in si z načrtovanimi ukrepi prizadeva za krepitev in varovanje zdravja ter preprečevanje bolezni, povečevanje uspešnosti sistema zdravstvenega varstva ter pravično, solidarno in vzdržno financiranje zdravstvenega varstva.

Strategija dolgožive družbe (UMAR, 2017), ki jo je Vlada Republike Slovenije sprejela leta 2017, nas opozarja na neizbežno dejstvo. Starostna struktura prebivalstva v Sloveniji se spreminja. Družba postaja dolgoživa: pričakovano trajanje življenja se podaljšuje, delež starejših od 65 let hitro narašča. S staranjem populacije se bodo stroški na področju zdravstva in dolgotrajne oskrbe hitro povečevali, še zlasti, če se bodo zdrava leta življenja podaljševala počasneje od pričakovanega trajanja življenja (Ministrstvo za finance, 2018). Demografske spremembe so dejstvo in temu moramo prilagoditi obstoječe sisteme in ureditve, tudi zdravstveni sistem. Nujna je sistemska ureditev dolgotrajne oskrbe, krepitev patronažne službe ter umestitev geriatrične obravnave ter obravnave oseb s težavami v duševnem zdravju na primarno raven zdravstvenega varstva. Ob vsem tem ne gre prezreti tudi vloge izvajalcev neformalne oskrbe.

Pričakovana življenjska doba se je pomembno podaljšala. Populacija se stara. Podaljševanje življenjske dobe v Sloveniji ne korelira s sorazmernim podaljševanjem let zdravega življenja (OECD, 2017). S podaljševanjem življenjske dobe, prisotnostjo kroničnih obolenj, je verjetnost, da bomo določeno različno dolgo obdobje svojega življenja preživeli z različnimi oblikami oviranosti in nepopolne samooskrbe, velika. Ključna je načrtovana in usklajena obravnava, zagotavljanje kakovostne in varne storitve, v kateri bo posameznik (pacient/uporabnik) imel aktivno vlogo in aktivno prispeval k izboljšanju in ohranitvi zdravstvenega stanja. Kakovostna integrirana obravnava pa je možna le ob učinkoviti povezavi sistema zdravstva, socialnega varstva in dolgotrajne oskrbe,

katerega preplet mora poskrbeti za kontinuiteto obravnave posameznika v vseh obdobjih življenja, v zdravju in bolezni, pa tudi za zagotavljanje kakovostnega življenja v vseh življenjskih obdobjih in okoliščinah. Vsakemu posamezniku je namreč poleg kakovostnih storitev pomembno tudi, da ohranja svojo avtonomijo, dostojanstvo in individualnost, da se počuti varnega in socialno vključenega. S tem namenom Resolucija (2016) predvideva ukrepe, ki bodo zasledovali cilje vzpostavitve geriatričnih oddelkov in drugih oblik geriatrične obravnave, oblikovanje protokolov za obravnavo krhkosti, protokolov povezovanja zdravstva in socialnega varstva ter vzpostavitev individualizirane preskrbe z zdravili, vključno z njihovo dostavo in skrbjo za varno in pravilno jemanje – tako v institucionalni kakor v domači oskrbi.

Področje dolgotrajne oskrbe v Sloveniji ni sistemsko enotno urejeno. Posledično upravičenci do dolgotrajne oskrbe do pravic dostopajo na podlagi različnih pravnih podlag, po različnih ocenjevalnih orodjih in pogosto ne dostopajo do primerljivih pravic za primerljive potrebe. Tudi Resolucija (2016) prepoznava nujnost sistemske ureditve področja dolgotrajne oskrbe, namenjene osebam, ki so zaradi posledic bolezni, starostne oslabelosti, poškodb, invalidnosti, pomanjkanja ali izgube intelektualnih sposobnosti v daljšem časovnem obdobju odvisne od pomoči drugih oseb pri opravljanju osnovnih in podpornih dnevnih opravil. Tako Resolucija (2016) med ukrepe uvršča sprejem zakonodaje o dolgotrajni oskrbi, razvoj modelov skupnostnih oblik dolgotrajne oskrbe, vključno s spodbujanjem preventive, uporabo storitev e-oskrbe, vzpostavitev enotne vstopne točke v sistemu dolgotrajne oskrbe in enotnega ocenjevalnega orodja za oceno upravičenosti do dolgotrajne oskrbe, kar vse je bilo upoštevano v Predlogu zakona o dolgotrajni oskrbi in obveznem zavarovanju za dolgotrajno oskrbo (2017), ki je bil v javni razpravi novembra 2017. Prav tako so v Resoluciji (2016) načrtovani pilotni projekti na področju dolgotrajne oskrbe, ki se bodo začeli izvajati še letos.

Na področju celovite obravnave starejših nikakor ne gre prezreti področja paliativne oskrbe. Državni program paliativne oskrbe (2010) to opredeli kot aktivno celovito pomoč pacientom vseh starosti z napredovalo kronično neozdravljivo boleznijo ter njihovim bližnjim, tako v času bolezni kakor v procesu žalovanja. Namen paliativne oskrbe je izboljšati kakovost življenja oseb, ki se soočajo s kroničnimi boleznimi kot so rak, napredovale oblike srčnega popuščanja, Alzheimerjeva demenca, ipd. Paliativna oskrba predstavlja celovito obravnavo in naslavlja človekove psihološke, socialne, čustvene, duhovne in telesne potrebe, s ciljem obvladovanja bolečine in drugih spremljajočih simptomov

kronične bolezni, povečevanja kakovosti življenja, udobja, ohranjanja dostojanstva in zagotavljanja podpornega sistema osebi, ki potrebuje paliativno oskrbo in njeni socialni mreži (Rosser & Walsh, 2014). Resolucija (2016) poudarja pomen dostopa do paliativne obravnave na vseh nivojih zdravstvene obravnave kakor tudi v socialnih zavodih in v skupnosti oziroma na domu posameznika, kjer si večina, kljub morebitni prisotni bolezni ali oviranosti, želi ostati čim dlje.

Področje, potrebno posebne pozornosti, je tudi področje duševnega zdravja. Prisotnost težav v duševnem zdravju in njihova prepoznava ali neustrezna obravnava predstavlja veliko breme tako za posameznika kakor družbo (WHO, 2016). Prav zato Resolucija (2016) kot eno izmed aktivnosti opredeljuje tudi razvoj in krepitev duševnega zdravja, ki bosta vključevala vse - od ocene potreb, sprejema novega nacionalnega programa varovanja duševnega zdravja, sprememb obstoječih predpisov, vse do razvoja nacionalne mreže služb na področju duševnega zdravja in razvoja programov integrirane skupnostne obravnave ter podpore osebam z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju. Leta 2018 je Državni zbor Republike Slovenije sprejel Resolucijo o nacionalnem programu duševnega zdravja za obdobje 2018–2028 (2018), ki predstavlja prvi strateški dokument, ki v Sloveniji zarisuje celovito in dolgoročno strategijo razvoja na področju duševnega zdravja, kar je ob sprejemu dokumenta poudarila tudi državna sekretarka na Ministrstvu za zdravje Jožica Maučec Zakotnik. Tem vsebinam so namenjene referenčne ambulate z nadgrajenimi programi, ki podpirajo posameznike k aktivni skrbi za lastno zdravje s ciljem uspešnega preprečevanja in obvladovanja kroničnih bolezni ter centri za krepitev zdravja z nadgrajenimi preventivni programi.

Da bi sprejeli novo kulturo skrbi za lastno zdravje pa bo poleg podpore posameznikom treba nadgraditi tudi izobraževalne programe izvajalcev na področju zdravstva, socialnega varstva in dolgotrajne oskrbe, povezati vsebine in programe, premisliti o možnem prenosu kompetenc med različnimi profili in sistematično načrtovati kadrovske vire, konkretno pristopiti k podpori izvajalcem neformalne oskrbe, predvsem pa povezati resorje v usklajeno delovanje za zagotavljanje boljšega jutri za vse državljane.

Viri:

Buzeti, T., Djomba, J. K., Gabrijelčič Blenkuš, M., Ivanuša, M., Jeriček Klanšček, H., Kelšin, N., et al. (2011). *Neenakosti v zdravju v Sloveniji*. Dostopno na: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/neenakosti_v_zdravju_v_sloveniji.pdf [15. 8. 2018].

Evropska komisija. (2017). *Evropski steber socialnih pravic: 20 načel*. 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_sl [13. 8. 2018].

Ministrstvo za finance. (2018). *Informacija o Poročilu o staranju 2018 – povzetek s poudarkom na Sloveniji*. Dostopno na: http://www.mf.gov.si/fileadmin/mf.gov.si/pageuploads/tekgib/Informacija_o_Porocilo_o_staranju_2018_povzetek_s_pudarkom_na_Sloveniji.pdf [8. 8. 2018].

Ministrstvo za zdravje. (2010). *Državni program paliativne oskrbe*.

OECD. (2017). *Health at a Glance 2017*. Dostopno na: <https://www.health.gov.il/publications/files/healthataglance2017.pdf> [9. 8. 2018].

Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi in obveznem zavarovanju za dolgotrajno oskrbo. (2017). Dostopno na: <https://e-uprava.gov.si/drzava-in-druzba/e-demokracija/predlogi-predpisov/predlog-predpisa.html?id=7885> [15. 8. 2018].

Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja«. (2016). *Uradni list RS*, št. 25/16.

(2018). *Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028*. *Uradni list RS*, št. 24/18.

Rosser, M., & Walsh, H. (2014). *Palliative Care for Student Nurses*. Oxford: John Wiley & Sons Ltd.

Seniors Rights Service in collaboration with a National Work Group. (2018). *ABUSE OF OLDER PEOPLE: A COMMUNITY RESPONSE FINAL REPORT*. Dostopno na: http://seniorsrightsservice.org.au/wp-content/uploads/2018/05/COMMUNITY-RESPONSE_Web.pdf [13. 8. 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. 8. 2018].

Ustava Republike Slovenije. (1997). *Uradni list RS*, št. 33/91-I, 42/97 – UZS68, 66/00 – UZ80, 24/03 – UZ3a, 47, 68, 69/04 – UZ14, 69/04 – UZ43, 69/04 – UZ50, 68/06 – UZ121,140,143, 47/13 – UZ148, 47/13 – UZ90,97,99 in 75/16 – UZ70a.

WHO. (2016). *Out of the Shadows: Making Mental Health a Global Development Priority*. Dostopno na: http://www.who.int/mental_health/advocacy/wb_background_paper.pdf [9. 8. 2018].

World Health Organization. (2018). *Health Impact Assessment*. Dostopno na: <http://www.who.int/hia/about/glos/en/index1.html> [10. 8. 2018].

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 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUJF-C, 47/1.

VESNA DRAGAN¹, Ministrstvo za okolje in prostor

Sobivamo. Slovenija razvija nove možnosti za kakovostno bivanje

Ustvarimo zaupanje v skupnosti za odločno akcijo celotne družbe za kakovostno bivanje starejših

Republika Slovenija se je z nizom strateških dokumentov odločila, da vpricho demografskih sprememb in staranja prebivalstva okrepi politike za starejše. Nacionalni stanovanjski program si za enega osrednjih ciljev postavlja ustvarjanje primerne bivalne okolja za starejše. S tem hkrati podpira cilje nacionalne socialne politike na področju oskrbe starejših oseb in išče možnosti dodatnih bivanjskih rešitev, tudi sobivanja starejših, ker se kaže kot uspešen model za povečanje kakovosti življenja. Na podlagi teh ciljev Republika Slovenija predvideva pripravo pilotnih projektov in shem za bivanje starejših, posebej pa opredeljuje potrebo bo večji ozaveščenosti prebivalstva o novih možnostih. S ciljem informiranja in pridobivanja mnenj in stališč ljudi ter ustvarjanja konstruktivnega dialoga pri identifikaciji rešitev smo na Ministrstvu za okolje in prostor pripravili projekt *Sobivamo*.

Znotraj projekta smo se odločili zbrati in usmerjati vse informacije o možnostih izboljšanja bivanjske kulture starejših ter ugotoviti interes(e) za reševanje problematike bivanja starejše populacije, omogočiti aktivno vključevanje subjektov na različnih ravneh družbe ter vzpostaviti zavezništva s ključnimi akterji ter umestiti Slovenijo na zemljevid držav, ki se (pro)aktivno ukvarjajo s problematiko bivanja v tretjem življenjskem obdobju. Ključna namera projekta je povezovanje kompetenc posameznih organizacij v konkretno ponudbo novih, naprednih in bolj kakovostnih bivalnih rešitev za starejšo populacijo.

Projekt deluje na partnerski osnovi predvsem z drugimi ministrstvi (Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, Ministrstvo

¹ Vesna Dragan, Ministrstvo za okolje in prostor Republike Slovenije, vodja sektorja za stanovanja, vesna.dragan@gov.si

za zdravje) in Zvezo društev upokojencev Slovenije, aktivno se vključujeta tudi oba nepremičninska sklada, republiški in PIZ-ov, ter občine in njihovi javni zavodi ... Izbran povezovalni način dela in komuniciranja omogoča lažji pristop k hitremu in kompetentnemu reševanju izzivov, tudi na lokalnem nivoju, saj vsak partner prispeva svoje znanje, izkušnje in kompetence pri izoblikovanju skupne rešitve. Predhodni dialog z ljudmi, ki smo ga opravili na enajstih okroglih mizah po večjih slovenskih mestih, pa nam je pomagal pridobiti ključne informacije o tem, kako starejši dejansko živijo, kakšne izzive jim je prinesla starost ter kakšne rešitve in ukrepe pričakujejo in kdaj.

S projektom *Sobivamo* do višje kakovosti bivanja starejših v Republiki Sloveniji

Ministrstvo za okolje in prostor je na podlagi nacionalnega stanovanjskega programa, sprejetega 2015, in smernic Strategije dolgožive družbe jeseni 2017 pričelo s projektom *Sobivamo*, namenjenim starejši, še zmeraj aktivni populaciji, in vsem, ki se na starost želijo dobro pripraviti. Cilj projekta je iskanje in ustvarjanje možnosti in priložnosti za kakovostno življenje vseh generacij, medgeneracijsko sodelovanje in dostojno staranje. Da bi to dosegli, so nujne prilagoditve na številnih področjih: v zakonodaji, na trgu dela, pri izobraževanju in usposabljanju, ureditvi sistemov socialne zaščite, v bivalnem in delovnem okolju, na področju civilne in politične participacije ... Glede na to, da ukrepi na tem področju presegajo kompetence in pristojnosti Ministrstva za okolje in prostor, smo k vsebinskemu in strokovnemu sodelovanju pritegnili še vrsto partnerjev, ki popolnijo manjkajoča strokovna področja.

Sobivamo je v svoji začetni fazi predvsem komunikacijski projekt, kjer MOP skupaj s partnerji združuje informacije vseh deležnikov, aktivnih na področju tematike bivanja starejših, informira javnost o bivalni problematiki starejših, njenih posledicah in možnih rešitvah, predvsem pa ustvarja aktivni medgeneracijski dialog o konkretnih potrebah, ovirah in možnih rešitvah kakovostnejšega bivanja za starejše v Sloveniji. Znotraj projekta so bile v vseh slovenskih mestnih občinah organizirane tudi stalne *Sobivamo info točke*, kjer bodo zainteresiranim na voljo celovite informacije o možnostih izboljšanja bivalnih razmer za starejše ter konkretna strokovna pomoč za tiste, ki bodo katero od možnosti želeli tudi udejanjiti. Na ministrstvu si prizadevamo, da bi v Sloveniji v najkrajšem času postavili pilotni projekt sobivanja v bivalni ali gospodinjski skupnost povezane skupine starejših (ali različnih generacij), ki si z medsebojnim sodelovanjem in

pomočjo zagotavljajo dostojanstveno, vključeno, aktivno, finančno vzdržno in kakovostno starost.

Starejši in njihova kakovost bivanja (ljudje, blaginja, sodelovanje)

Slovensko prebivalstvo se stara, delež starejših od 65 let je 2013 presegel 17 %, povečuje pa se tudi delež prebivalcev, starejših od 80 let. Po zadnjih podatkih Evropske komisije se bo do 2030 delež starejših od 65 let v Republiki Sloveniji povečal na 25 %. S staranjem prebivalstva se v družbi pojavijo tudi s tem povezane težave, izzivi. Prvi izziv, s katerim se navadno srečajo starejši, je osamljenost po izgubi partnerja. Temu navadno sledi socialna stiska, saj nizki prihodki ter visoki življenjski stroški prisilijo starejše, da večino prihodkov porabijo za hrano in stroške bivanja. Nadaljuje se z zdravstvenimi težavami in boleznimi, pogosto z odhodom v oskrbo doma za starejše.

Vsemu temu botruje tudi visok odstotek starejših, ki so lastniki nepremičnin, te pa so navadno starejše, slabše vzdrževane, predimenzionirane in energetsko potratne. Slovenija se je z nizom strateških dokumentov odločila, da vpričo demografskih sprememb in staranja prebivalstva okrepi politike za starejše ter poišče rešitve za kakovostno bivanje starejših, ki je eden od temeljnih pogojev kakovostne in aktivne starosti. Seveda iščemo rešitve, ki jih bomo lahko hitro in učinkovito tudi izvedli, nekatere, npr. info točke za starejše in ustanovitev državne agencije za pomoč starejšim pri nepremičninskih poslih, so že izvedene ali v pripravi. Pomembno je, da se vse rešitve gradijo v partnerskem odnosu in od spodaj navzgor ter na podlagi pogovora o potrebah in ovirah ter pripravljenosti na spremembe in celovitih informacij o možnostih in ponudbi.

Partnerstva za konkretne rezultate

Ker je skrb za starejše naloga celotne družbe, smo projekt *Sobivamo* zgradili na ugotovitvah realnih ljudi in s sodelovanjem vseh deležnikov: starejših, njihovih svojcev, Vlade in njenih institucij, organizacij za starejše, medijev in drugih, ki sooblikujejo zgodbo o kakovostnem bivanju starejših. Na Ministrstvu za okolje in prostor je delovna skupina, v kateri sodelujejo še Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, Zveza društev upokojencev Slovenije (ZDUS), Stanovanjski sklad Republike Slovenije, Nepremičninski sklad pokojninskega in invalidskega zavarovanja ter združenja lokalnih skupnosti (Združenje mestnih občin Slovenije, Skupnost občin Slovenije in Združenje občin Slovenije). Vsi našeti člani delovne skupine so, poleg lokalnih

skupnosti, vsebinski partnerji projekta *Sobivamo*, saj se veliko njihovih vsebin in rešitev delno ali v celoti dotika zagotavljanja kakovosti bivanja starejših.

Najpomembnejša individualna partnerja projekta, predstavnika civilne družbe, mag. France Prosnik, klinični psiholog in varuh bolnikovih pravic, ki je kompetentno vodil okrogle mize *Sobivamo* in povedal veliko o staranju in pripravah na to življenjsko obdobje, ter Alenka Ogrin, vodja projektov pri ZDUS in odlična poznavalka modelov sobivanja starejših, ki je zainteresirane usmerjala na poti odkrivanja možnosti sobivanja zanje in opozarjala na potrebe starejših po kakovostnejšem bivanju tukaj in zdaj, je ministrica za okolje in prostor Irena Majcen po zaključenih okroglih mizah in info točkah *Sobivamo* imenovala za prva ambasadorja sobivanja v Sloveniji.

Strategija in izvedba projekta *Sobivamo*

Strategija projekta *Sobivamo* sledi smernicam sodobnih, proaktivnih in dvo-smernih javnih komunikacijskih kampanj, kjer sta informiranje in pridobivanje informacij enakovredna. Izvajanje projekta je zato enakovredno usmerjeno v pregledno, digitalno arhiviranje in podajanje informacij, hkrati pa tudi v delo z ljudmi na terenu, na okroglih mizah, javnih razpravah, novinarskih konferencah ter informacijskih točkah. Projekt so odlično sprejeli tudi mediji, saj jim nudi veliko kakovostnih informacij na eni strani ter pogled v zaodre današnje oskrbe starejših na drugi strani.

Strategija komuniciranja in izvajanja projekta *Sobivamo* temelji na naslednjih vodilih:

- *poiščemo*: rešitve, možnosti, modele, pravila, projekte dobre prakse, tuje reference, partnerje, zaveznike, pokrovitelje, pilotne projekte;
- *vprašamo*: za pričakovanja, želje, življenjske sloge, možnosti, omejitve, tveganja, strahove, prioritete;
- *predstavimo*: razmišljanja, možnosti, ukrepe, politike, poti, strategije, izkušnje, načrte, (prostovoljske) projekte, podpornike in sodelavce, nosilce, rezultate, prihodnost;
- *se pogovorimo*: o mnenjih in stališčih starejših (priložnosti, tveganja, miselnost, odločitve), o pravilnem razumevanju načrtov in modelov, o ustvarjanju motivacije za razmislek o spremembah;
- *motiviramo*: za spremembe, za razmišljanje o drugačnih možnostih in modelih, za pogovor s svojci, za odločitve, za selitev na boljše;

-
- *povežemo*: za dodatne informacije, za doseganje namer in ciljev, za skupno udejstvovanje, za optimalen razvoj storitev za starejše.

Projekt *Sobivamo* smo po tem, ko so strokovne službe Ministrstva za okolje in prostor in Medresorske delovne skupine za starejše, torej vseh začetnih partnerjev projekta, potrdile strategije in načrt aktivnosti, pričeli izvajati julija 2017. Najprej smo skupaj z izvajalcem, izbranim na javnem razpisu, pripravili načrtovano komunikacijsko infrastrukturo ter zbrali in ustvarili vse relevantne vsebine, domače in tuje. Glede na dejstvo, da gre za komunikacijsko kampanjo, usmerjeno predvsem na starejše, smo pri tem upoštevali tako tradicionalne medije (letaki, brošure, zloženke ...) kot tudi digitalne (splet, družbena omrežja ...). Ambicija projekta je, da je hkrati tradicionalen in digitalen, torej da se vse aktivnosti projekta preslikajo tudi na digitalne medije, katerih center je spletno mesto www.sobivamo.si, njegovi sateliti pa družbena omrežja, predvsem Facebook in Twitter, ter virtualna info točka. Tu so vsebine ves čas dosegljive vsem, predvsem pa mlajšim generacijam, ki si želijo aktivnega staranja ter se nanj želijo pripraviti.

Oktobra smo projekt *Sobivamo* predstavili na novinarski konferenci, sodelovali na zanimivi okrogli mizi o sobivanju v Sloveniji na Festivalu za tretje življenjsko obdobje in pričeli pripravljati serijo okroglih miz po slovenskih mestnih občinah. Bili smo prepričani, da moramo z vsebinami med ljudi in se o bivanjskih izzivih starejših najprej pričeti pogovarjati, pravzaprav poslušati, kaj si ljudje želijo, kakšni so njihovi pogledi in želje, kje vidijo ovire in omejitve za izbor drugačnih možnosti bivanja oziroma sobivanja.

Med lanskim novembrom in letošnjim marcem smo v enajstih mestnih občinah izvedli okrogle mize *Sobivamo*, kjer so v razgovoru s publiko sodelovali strokovnjaki za starejše, predstavniki Ministrstva za okolje in prostor ter Medresorske delovne skupine za starejše, predstavnika obeh državnih nepremičninskih skladov, predstavniki lokalne skupnosti (društva upokojencev, občine, domovi za starejše, univerze za tretje življenjsko obdobje, večgeneracijski centri ...) in predstavniki civilne družbe (prostovoljci, klinični psiholog in varuh bolnikovih pravic, ponudniki sobivanja starejših in tisti, ki to načrtujejo ...). Tako smo po Sloveniji gostili več kot 70 različnih govorcev in zbrali čez 800 obiskovalcev, hkrati pa ustvarili tudi veliko zanimanje lokalnih in nacionalnih medijev, saj je tematika (ne)kakovostnega življenja starejših zelo zanimiva tudi zanje.

Na okroglih mizah so govorci uvodoma predstavili ideje in izkušnje v zvezi s sobivanjem ter orisali poznane modele sobivanja, večino časa pa je bilo namenjeno pogovoru z obiskovalci. Zanimalo nas je, česa si dejansko želijo, ali bi

starost preživljali v sobivalni skupnosti, kje vidijo glavne ovire za dostojno staranje in kateri so največji izzivi samostojnega bivanja. Ob poslušanju konkretnih izzivov in idej starejših smo se res veliko naučili, spoznali konkretne stiske in izzive ter se pogovarjali o možnih rešitvah zanje – individualnih in sistemskih. Pomembno spoznanje teh srečanj je, da v Slovenijo ne moremo kar preslikati obstoječih rešitev iz tujine, temveč skupaj s partnerji razviti modele, ki bodo delovali tukaj, v Sloveniji, in reševali stiske in potrebe naših starejših.

Zanimivo in medijsko odmevno debato na terenu smo sklenili s pripravo dodatnih vsebin – takšnih, ki se dotikajo predvsem vprašanj odprtih na okroglih mizah, in takšnih, ki predstavljajo možnosti in izkušnje sobivanja starejših v Sloveniji. S temi vsebinami smo se želeli vrniti na teren, ko so vtisi z okroglih miz še sveži in interes partnerjev za sodelovanje, tudi medijev, visok.

Tako smo že aprila, mesec dni po zadnji okrogli mizi v Ljubljani, nadaljevali z obiski terena ter v mestnih občinah postavili 11 info točk *Sobivamo*, namenjenih starejšim, ki si želijo ob aktivnem življenju tudi bolj kakovostnega bivanja. Odprli smo tudi dodatno info točko v občini Ravne na Koroškem, saj smo tam med starejšimi začutili sobivanju najbolj naklonjen utrip v državi, morda zato, ker so odlično regionalno povezani ter predani izzivom starejših. Prav povezanost lokalnega partnerja, gostitelja info točke *Sobivamo*, z lokalnimi aktivnimi starejšimi in vsebinami zanje, je bilo osnovno vodilo izbora lokacije. Tako smo za osnovno hrbtenico info točk izbrali predvsem dnevne centre aktivnosti za starejše, medgeneracijske in večgeneracijske centre ter univerze za tretje življenjsko obdobje.

Osnovno delovanje info točke *Sobivamo* zajema distribucijo gradiv na temo sobivanja starejših in zagotavljanja kakovostnega bivanja v starosti ter individualne pogovore z zainteresiranimi občankami in občani. Obiskovalcem bo na voljo več informacij o možnostih sobivanja, zagotavljanja bolj prijaznega bivalnega okolja ali vzpostavljanja gospodinjskih skupnosti. Najmanj štirikrat letno bodo na info točki prisotni tudi predstavniki ministrstva in partnerji projekta *Sobivamo*, ki bodo prisluhnili starejšim, jih informirali o obstoječih rešitvah za njihove izzive ali prenesli njihove predloge v bodoče sistemske rešitve. Vprašanja, pobude, interesi, potrebe sogovornikov in obiskovalcev ter njihovi kontakti, če obstaja potreba po nadaljnjem komuniciranju, se beležijo v knjigi obiskov. Če bodo z obiska ostajala odprta vprašanja za določene sodelujoče partnerje ali zunanje deležnike, se bo odgovor iskal pri njih ter posredoval občanom, ki ga pričakujejo.

Info točke smo podprli tudi na spletni strani in družbenih omrežjih projekta *Sobivamo*. Na spletni strani so na virtualni info točki na razpolago enake vsebine (gradiva) kot na fizičnih info točkah, enako tudi trije kontaktni obrazci. Zainteresirana javnost lahko prek spletnega obrazca zahteva dodatne informacije, izrazi svojo željo po sobivanju (kot ponudnik rešitve ali član sobivalne skupnosti) ter napove svoj obisk info točke ter pojasni svoje izzive oziroma postavi konkretna vprašanja, kar nam omogoča večjo učinkovitost pri komunikaciji v živo, saj bomo lahko na info točko prišli pripravljeni s konkretnimi stališči in odgovori. Seveda pa smo, glede na ciljno skupino, pričakovali, da bo večina info točke obiskala nenapovedano, zato smo za usmeritve in pomoč obiskovalcem usposobili tudi predstavnike gostiteljev info točk.

Otvoritve info točk so bile obiskane še boljše kakor okrogle mize. Največ obiskovalcev je povpraševalo po dodatnih informacijah glede obstoječih sobivalnih možnosti ter vzpostaviti novih v njihovi bližini. Presenetljivo veliko ljudi je, namesto obiska info točke, možnost postavljanja vprašanj in vpisa v bazo ponudbe in povpraševanja sobivanja izkoristilo na spletni strani, odgovore zanje smo sproti in skrbno pripravljali na ministrstvu. Presenetilo nas je tudi dodatno povpraševanje po info točkah, zato smo julija odprli pet dodatnih, saj se zavedamo, da je info točka odlična lokalna platforma za naše vsebine in organizacijo srečanj z zainteresiranimi in motiviranimi posamezniki.

Kje smo in kako naprej?

Prepričani smo, da smo s projektom *Sobivamo* pričeli oznanjati spremembe in možnosti na področju kakovostnega bivanja starejših, ki bodo za seboj potegnile določene družbene premike, ne le bolj kakovostnega bivanja starejših, temveč tudi zniževanje njihovih ekonomskih in socialnih stisk, torej revščine, osamljenosti, neaktivnosti, odrezanosti od družbe, slabega zdravja. Tak odnos in pristop pa bosta poskrbela, da se Slovenijo s ponosom umesti na zemljevid držav, ki se aktivno ukvarjajo s problematiko bivanja v tretjem življenjskem obdobju.

Ministrstvo za okolje in prostor je s kampanjo *Sobivamo* naredilo tudi velik korak naprej k uvajanju novih možnosti bivanja starejših v sobivalnih gospodinjstvih ali stanovanjskih skupnostih. Dejansko stanje smo ugotavljali na terenu s pogovori s starejšimi po vsej državi, hkrati pa jih informirali o pristopu k izzivom starosti in možnostih bolj kakovostnega bivanja. Pomembno spoznanje teh srečanj je, da v Slovenijo ne moremo kar preslikati obstoječih rešitev iz tujine, temveč skupaj s partnerji razviti modele, ki bodo delovali v Sloveniji in

reševali stiske in potrebe naših starejših. Informacije s terena smo uporabili tudi za spodbujanje hitrih rešitev (npr. integracija DCA v soseske z oskrbovanimi stanovanji, ki jih gradi SSRS ali ustanovitev javnega servisa za nepremičninsko posredovanje ...) in pripravo strateških rešitev in bodočih politik.

Projekt je spodbudil veliko zanimanja med aktivnimi starejšimi. Okroglih miz se je udeležilo več kot 800 gostov, teme je predstavilo več kot 70 strokovnjakov z različnih področij. Tudi info točke so dobro obiskane, tudi virtualna. Zanimanje je in še raste. Baze starejših posameznikov, zainteresiranih za več informacij, osebno svetovanje ter spremembo bivališča, se hitro polnijo. V treh mesecih smo zabeležili več kot 200 konkretnih vnosov na terenu in virtualni info točki. Čez poletje smo na prošnje lokalnih skupnosti odprli dodatnih pet info točk ter vse obstoječe opremili z dodatnim svežnjem vsebin. Nove obiske terena načrtujemo za jesen. Informiranje in dialog tako potekata uspešno in po načrtih, zdaj potrebujemo le še več konkretnih rešitev, zasebnih in institucionalnih. Ideje o tem so nam že predstavili na Koroškem, v Kranju, v Velenju ter na Obali, zasebne iniciative pa se razvijajo v Račah, Kidričevem, Ljubljani, Celju in še kje.

Tudi mediji, tako nacionalni kot lokalni, so povzeli sporočila projekta *Sobivamo*, nekateri so jih celo nadgradili. V desetih mesecih je bilo na temo kakovostnega bivanja starejših objavljenih več kot 500 različnih medijskih prispevkov, večinoma pozitivnih in konstruktivnih, pa tudi kritičnih do položaja starejših v družbi in njihovih potreb.

Poročilo prvega dela projekta je pripravljeno, enako tudi predlogi ukrepov in aktivnosti za naprej. Ministrstvo za okolje in prostor je spoznanja, zaključke in svoje predloge predstavilo javnosti na novinarski konferenci, hkrati pa določene predloge in ukrepe integriralo v predlog novega Stanovanjskega zakona, katerega realizacija čaka novo Vlado. Zdaj je žogica pri partnerjih, lokalnih skupnostih in investitorjih. Medresorska delovna skupina za starejše ostaja aktivna na tem področju tudi v prihodnje. Prepričani smo, da bomo s projektom *Sobivamo* nadaljevali in začeto delo v sozvočju s potrebami in prioritetami starejših in dogovorjenimi partnerstvi pripeljali do zastavljenih rezultatov, tudi slovenskih pilotnih projektov sobivanja starejših.

Program Starejši za starejše

Uvod

Skrb za medsebojno pomoč je ena od temeljnih poslanstev društev upokojencev in jo društva izvajajo v okviru svojih programov dela. V letih 1998–2001 je bilo enajst društev upokojencev iz območja cele države vključenih v pet raziskav o kakovosti življenja starejših. Ugotovitve teh raziskav so bile podlaga ideji o organiziranem pristopu medsebojne pomoči starejših starejšim. Raziskave so potrdile želje starejših, da želijo čim dlje živeti samostojno v svojem domačem okolju, da se radi vključujejo v prostovoljne aktivnosti pomoči sovrstnikom, da potrebujejo različne pomoči, ki jih država s svojimi službami ne more zagotoviti. Take pomoči so druženje, gospodinjstva pomoč, spremstvo in prevozi k zdravniku, nakupi in prinašanje iz trgovine. Pomembno je tudi vključevanje starejših v aktivnosti nevladnih organizacij, medgeneracijsko povezovanje in preprečevanje socialne izključenosti. Vse to je bilo podlaga za pripravo projekta in kasneje programa Starejši za starejše.

Komu je program namenjen?

Program je namenjen vsem starejšim, ki vstopajo v 70. leto starosti. Analize izvedenih raziskav so pokazale, da so starejši v starostni skupini do 70 let še aktivni in samostojni, da le izjemoma potrebujejo pomoč drugih oseb, če je prisotna bolezen ali v primeru invalidnosti. Potrebe po pomoči nastopijo v 10–15 % v starostni skupini 70 in več let, zato je bila sprejeta odločitev, da se v program vključujejo starejši od 69 let, mlajši pa, če so bolni ali invalidni.

Cilji programa

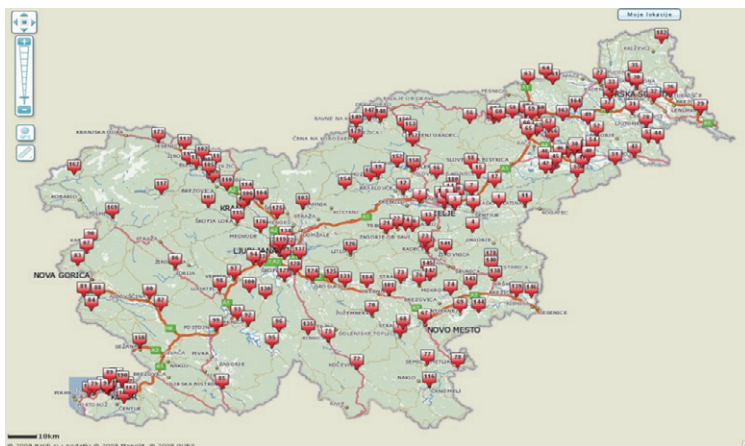
Cilji programa Starejši za starejše so:

¹ Rožca Šonc, upokojena pravnica, Zveza društev upokojencev Slovenije, vodja programa Starejši za starejše, rozca_sonc@t-2.net

- povezati znanje, izkušnje, energijo in empatijo starejših za organizacijo medsebojne pomoči;
- izboljšati pretok informacij o pomoči potrebnih med javnimi službami in nevladnimi organizacijami in izboljšati sodelovanje med njimi;
- razširiti skrb za kakovost življenja starejših od članov društev na vse starejše prebivalce lokalne skupnosti na območju delovanja društva;
- omogočiti uporabnikom, da čim dlje ostanejo v svojem okolju;
- povečati obseg medsebojne pomoči starejših z organiziranjem in izvedbo izraženih potreb po pomoči in storitvah;
- povečati informiranost uporabnikov in njihovo opolnomočenje;
- informirati zakonodajalce o položaju starejših, o kakovosti življenja in njihovih potrebah na lokalnem in državnem nivoju.

Izvajalci programa

Od leta 2004 je nosilec programa na državni ravni Zveza društev upokojencev Slovenije, ki programu zagotavlja organizacijsko podporo z implementacijo programa v društva upokojencev, strokovno podporo vodenja in razvoja programa z zaposlitvijo dveh strokovnih delavk z zahtevano strokovno izobrazbo in strokovnimi izpiti. Zahteve izhajajo iz verifikacije programa Socialne zbornice Slovenije in pogodbenih financerjev Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti in Fundacije invalidskih in humanitarnih organizacij z razpisnimi pogoji socialno varstvenih programov.



Izvajalci in nosilci programa na lokalni ravni so društva upokojencev. Društva kot izvajalci na lokalni ravni so organizirana v okviru 13-ih pokrajinskih zvez s sedemnajstimi pokrajinskimi koordinacijami glede na število vključenih društev upokojencev. Pokrajine Ljubljane, Celja in Maribora so razdeljene na tri oziroma dve enoti. Pokrajinske koordinacije vodijo pokrajinski koordinatorji, na nivoju nosilca programa je za program zadolžen osem članski programski svet. Njegova naloga je organizacija izvedbe pomoči in storitev.



Kako delamo?

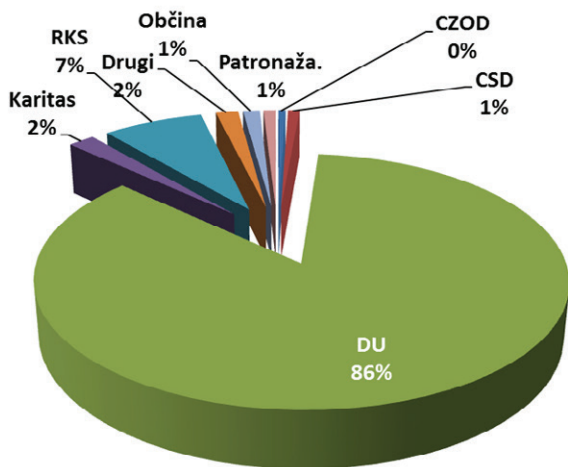
Za vstop v program društvo sprejme sklepe o odločitvi, dokumente, Etični kodeks, Pravilnik o varovanju osebnih podatkov, Pravilnik o izvajanju programa z metodologijo, sklene Dogovore o prostovoljskem delu s prostovoljci in sklene pogodbo o izvajanju z Zvezo društev upokojencev Slovenije kot nosilcem programa. Ob vstopu društva v program društvo o tem seznani svojega župana, v lokalnih medijih in lastnih glasilih seznani lokalno javnost s cilji in namenom programa in napovedjo obiskov prostovoljcev.

Odgovornost za izvajanje programa v društvih sloni na predsedniku društva, koordinatorju programa, ki je odgovoren za načrtovanje dela prostovoljcev, njihovo usposabljanje in izobraževanje ter prostovoljcih, brez katerih izvajanje programa ne bi bilo možno, zato lahko zanje rečemo, da so 'duša' programa.

Izvajanje programa je specifično in se razlikuje od drugih programov, saj prostovoljci starejšega obiščejo na njegovem domu, ga seznanijo s programom, njegovimi cilji in namenom. Vključitev v program je odvisna od želje oziroma volje starejšega, da se želi vključiti v program in danega soglasja o pravici uporabe njegovih osebnih podatkov kot uporabnika programa. Prostovoljci si pri vodenju pogovora pomagajo z vprašalnikom, s katerim ugotavljajo kakovost bivanja, potrebe po pomoči in storitvah, osebno počutje in želje. Uporabniki imajo v okviru razgovora možnost sporočiti svoje predloge oziroma pobude lokalni skupnosti, in sicer izboljšave kot odprava arhitektonskih ovir, gradnja oskrbovanih stanovanj itd.

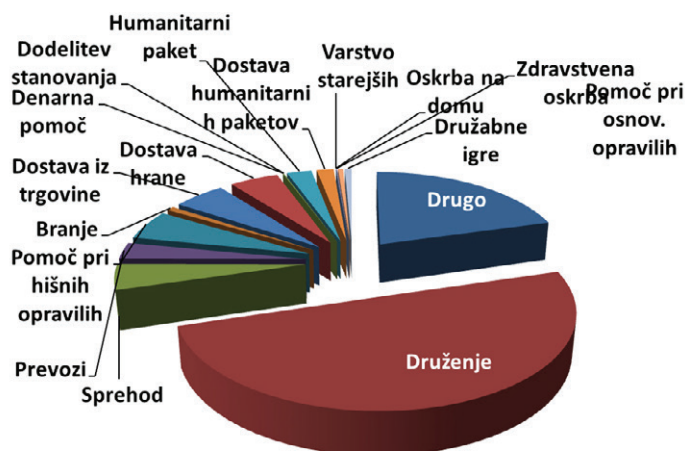
Prostovoljci izpolnjeni vprašalnik posredujejo društvenemu koordinatorju. Ta zbrane podatke vnese v poseben računalniški program BOPRO za spremljanje obiskov in organiziranih pomoči in organizira izvedbo pomoči, ki jih lahko izvedejo prostovoljci društva ali v organizacijo ali izvedbo pomoči vključi center za socialno delo, center za pomoč na domu, patronažno službo, občino ali Rdeči križ in Karitas, odvisno od vrste pomoči in tega, ali gre za prostovoljsko pomoč ali pomoč, do katere je uporabnik upravičen po zakonu. Tu je treba posebej poudariti, da 86 % vseh pomoči izvedejo prostovoljci društev upokoencev.

Graf 1: Prikaz izvajalcev pomoči



Analize zbranih podatkov so vir podatkov, zbranih in potrjenih neposredno od uporabnikov in nam služijo za načrtovanje ukrepov socialne politike, tako v društvih kot Zvezi društev upokoјencev, predvsem pa so vir za načrtovanje strategij na lokalni ravni in vse več občin jih tudi upošteva. Občine tudi imenujejo interdisciplinarne skupine za reševanje težav, ki presegajo okvir prostovoljcev. So pa ti podatki zbrani v takem številu edini realen prikaz položaja starejših v Sloveniji.

Graf 2: Prikaz vrste pomoči



Financiranje programa

Program financira Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti na osnovi uvrstitve v socialno varstveni program za obdobje 2017–2023 (letni program) in s strani Fundacije invalidskih in humanitarnih organizacij na osnovi vsakoletnih razpisov. Iz teh dveh naslovov zberemo dve tretjini sredstev. Manjkajoča sredstva zberemo s pomočjo pokroviteljev družbeno odgovornih podjetij in zavarovalnic.

Državljan Evrope 2017

Ne le številčni podatki o opravljenem delu z več kot 64 % vključenimi starejšimi nad 69 let (171.000), opravljenimi 900.000 obiski, ki ne pomenijo le

toliko obiskov in odprtih vrat, temveč dvakrat toliko stiskov rok, več kot 300.000 organiziranih in izvedenih pomoči, 8 milijonov prostovoljskih ur. Poslanstvo prostovoljstva, solidarnost in empatija do sočloveka so bili tisti razlogi, da je Evropski parlament prepoznal posebnost tega programa in utemeljil podelitev nagrade Državljan Evrope 2017 z besedami:

»Evropski parlament ugotavlja, da program predstavlja izjemen primer dobre prakse na področju prostovoljstva, ki omogoča bolj kakovostno in neodvisno življenje starejših. Skozi prizadevanja za boljše razumevanje in razvoj kulture sodelovanja med generacijami, pa odseva pomembne evropske vrednote prostovoljstva, humanizma, solidarnosti, povezanosti, vzajemnega razumevanja in sočutja.«

Program je, glede na vključeno število 297 društev upokojencev, 300 društvenih koordinatorjev in vnašalcev v program, 17 pokrajinskih koordinatorjev in 3.500 prostovoljcev, zahteven ne le po organizacijski plati, temveč tudi z vidika usposabljanja in izobraževanja celotne navedene strukture izvajalcev. Potrebno je bilo začetno usposabljanje o prostovoljski zakonodaji, etiki prostovoljskega dela, predpisih, začetno opremiti vključena društva z IT tehnologijo, usposobiti računalniško poslovanje s programom BOPRO, internetom, elektronsko pošto. Tako program poleg medsebojne pomoči širi tudi znanje o IT tehnologiji in skrbi za opremljenost društev z njo. Program je zahteven tudi z vidika ustrezne usposobljenosti in zahtevanih znanj, za kar skrbimo z ustreznim letnim strokovnim izobraževanjem koordinatorjev in prostovoljcev ter izvajanjem intervizije in supervizije.

Zakaj vse to delamo?

Vodi nas moto: Danes jaz pomagam tebi, jutri bo kdo mlajši pomagal meni. Iz predhodnih raziskav in ugotovitve iz analiz programa Starejši za starejše izhaja spoznanje, da je osamljenost in socialna izključenost velika težava starejših, še posebej tistih, ki živijo sami, da je za veliko oblik pomoči in storitev ter premagovanje osamljenosti nujna organizirana pomoč in da je delo naših prostovoljcev pri tem pomemben prispevek. Spoznali smo, da je medsebojna pomoč dragocena vrednota, ne le za tiste, ki pomoč prejemajo, temveč tudi za nas prostovoljce, ki ostajamo aktivni in vpeti v družbo.

Kaj želimo?

Želimo uresničiti zastavljeni cilj, to je vključiti celotno ciljno populacijo 69+. Želimo, da bi prostovoljstvo dobilo svoje mesto in priznanje v strateških dokumentih in pričakovani zakonodaji o dolgotrajni oskrbi skupaj z neformalnimi oskrbovalci. Želimo, da bi imeli sistemsko urejeno financiranje in dostop do osebnih podatkov nečlanov društva, ki jih vključujemo program, kar bi omogočalo razvoj in nadgradnjo programa.

Na ravni države potrebujemo organ, ki bo medresorsko usklajeval politike, ki zadevajo starejše, na lokalni ravni pa lokalne koordinacije vseh javnih in nevladnih deležnikov, ki imajo zakonske ali v programih zapisane odgovornosti do starejših.

Nedavno sem slišala, da smo »starejši prihodnost te družbe«, kar demografske napovedi tudi napovedujejo. Zato je toliko bolj pomembno medgeneracijsko povezovanje, razumevanje in solidarnost, ki jo gradimo tudi s programom Starejši za starejše.

mag. ANDREJA KRAJNC¹, Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov

Patronažno varstvo v skrbi za starejše osebe

Uvod

Patronažno varstvo je posebna oblika zdravstvenega varstva, ki opravlja aktivno zdravstveno in socialno varstvo posameznika, družine in skupnosti. Naloga medicinske sestre v patronažnem varstvu je, da v smislu preventivnega in kurativnega delovanja izvaja aktivno individualno in družinsko obravnavo na določenem geografskem območju. Njeno delovanje mora biti osredotočeno predvsem na tiste posameznike in skupine prebivalcev, ki so zaradi različnih vzrokov še posebej občutljivi in potencialno dovzetni za škodljive dejavnike iz okolja ali pa so tem dejavnikom že izpostavljeni.

V Sloveniji je v skladu z Zakonom o zdravstveni dejavnosti (ZZDej, ur. l. RS 2005/23) patronažno varstvo organizirano kot samostojna služba ali organizacijska enota v zdravstvenem domu, lahko pa se na podlagi pridobljene koncesije opravlja tudi kot samostojna dejavnost, vendar je vključena v mrežo javnega zdravstva. Tudi medicinske sestre, ki opravljajo patronažno dejavnost na podlagi pridobljene koncesije, so dolžne prevzemati vsa področja delovanja patronažnega varstva.

Po podatkih o številu timov, ki jih ZZZS financira za dejavnost patronaže in nege na domu, je bilo 2017 v Sloveniji načrtovanih skupaj 848 timov za patronažo in nego na domu (Splošni dogovor za pogodbeno leto 2017), v praksi pa je bilo po podatkih NIJZ (podatkovni portal NIJZ) za izvajanje patronažnega varstva na terenu dejansko zaposlenih 825 izvajalcev. V Sloveniji je že vrsto let približno 86 % medicinskih sester v patronažnem varstvu zaposlenih v

¹ mag. Andreja Krajnc, viš. med. sestra, univ. dipl. org., predsednica Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti, andreja.krajnc@trnovska-vas.si

zdravstvenih domovih, 14 % pa izvaja patronažno varstvo na podlagi pridobljene koncesije.

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.

Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (Pravila OZZ, 26. člen) med pravice do storitev osnovne zdravstvene dejavnosti med drugim uvrščajo tudi patronažno zdravstveno nego in zdravstveno nego na domu. Preventivno dejavnost v patronažnem varstvu (preventivne obiske) lahko medicinska sestra v patronažnem varstvu v skladu z veljavno zakonodajo kompetentno izvaja neodvisno od zdravnikovega naročila, medtem ko je za izvajanje postopkov in posegov zdravstvene nege na domu odvisna od zdravnikovega naročila (delovni nalog pooblaščenega zdravnika).

Pravno podlago za opravljanje preventivne dejavnosti v patronažnem varstvu, v izvajanju katere medicinska sestra ni odvisna od zdravnikovega naročila, najdemo v Pravilniku za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (v nadaljevanju Pravilnik), ki je bil izdan 1998 na podlagi Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju in Zakona o zdravstveni dejavnosti. Pravilnik (1998) je do danes doživel mnogo sprememb in dopolnitev. Zaradi velikih sprememb v izvajanju patronažne zdravstvene nege, spremenjenih potreb prebivalstva po obravnavah na terenu, pomanjkanju kadrovskih virov in neskladnosti s Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja (Pravila OZZ) se nekatere vsebine pravilnika v praksi več ne izvajajo na način, kot jih določa Pravilnik.

Ob dejstvu, da se nam populacija hitro stara, vse več starejših in bolnih ljudi pa ostaja v domačem okolju, posledično iz leta v leto naraščajo potrebe po vseh vrstah obravnav starejših ljudi na domu, kar zadeva patronažno varstvo. Zadnja leta v nekaterih okoljih te potrebe močno presegajo razpoložljiv kadrovski normativ in načrtovan obseg storitev, ki ga priznava ZZZS.

Interes skupnosti in zdravstvene politike mora biti, da starejše osebe ostanejo polnopravni člani družbe tako dolgo, kolikor je mogoče, dokler želijo ali zmorejo. Ko ne zmorejo več sami, pa jim je treba zagotoviti različne oblike zdravstvene in socialne pomoči, ki jo potrebujejo.

Preventivna obravnava starejše osebe v domačem okolju

Starejše osebe so ena od skupin prebivalstva, ki potrebujejo posebno poglobljeno obravnavo, tako osebno kot družinsko. Medicinska sestra v patronažnem varstvu jih obravnava v času zdravja in bolezni, v času blagostanja in revščine, v času poškodb, raznih oblik nasilja, socialne izključenosti ter drugih zdravstvenih in socialnih problemov, s katerimi se srečujejo. Pri delu s starejšimi osebami vedno uporablja individualen pristop ter posameznika obravnava celovito s telesnega, duševnega, čustvenega, duhovnega, družbenega in osebnega vidika. Skupaj s posameznikom in njemu pomembnimi med drugim ugotavlja, kaj lahko posameznik in njegovi bližnji zanj storijo sami.

Medicinska sestra v patronažnem varstvu ugotavlja potrebe po zdravstveni negi, načrtuje intervencije zdravstvene nege, jih izvaja in vrednoti dosežene cilje. Svetuje o zdravem načinu življenja in obnašanja ter opozarja na rizične faktorje, 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 in drugi, 2011). Največkrat prevzema vlogo koordinatorja 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.

Pacient, ki potrebuje pomoč, ne sme biti samo pasivni udeleženec v procesu zdravstvene nege, ampak naj v tem procesu sodeluje, kolikor je največ možno, glede na to kaj zmore, sme in zna. Zato je prva naloga medicinske sestre, da oceni sposobnost in zmožnost pacienta in ga, glede na oceno, aktivno vključi v reševanje problemov, povezanih z zdravjem. Ta ocena je zahteven diagnostično-miselni proces, premišljena intelektualna aktivnost medicinske sestre, ki zahteva veliko strokovnega znanja in izkušenj. Od točnosti presoje je odvisna pomoč pacientu, ki mora biti zelo natančno določena, ne sme je biti preveč in ne premalo. Oboje, preveč ali premalo pomoči, lahko privede do frustracij pri pacientu. Aktivno vključevanje pacienta v zdravstveno nego ne pomeni njegovega vključevanja za vsako ceno, temveč mora biti usklajeno z njegovim stanjem in sposobnostmi. Vloga medicinske sestre se, glede na stanje in sposobnosti pacienta, stalno spreminja in zahteva različne oblike pomoči, od spodbude, podpore, učenja do popolne oskrbe pacienta (Hajdinjak & Meglič, 2012).

S preventivno obravnavo starejše osebe v domačem okolju želimo izboljšati kakovost življenja starejše osebe na domu z ugotavljanjem še ohranjenih vitalnih funkcij, povezanih z dnevnimi aktivnostmi, in stopnjo samostojnosti. Prav tako želimo preprečiti že morebitne kronične zaplete. V primeru odkritih odstopanj skuša medicinska sestra skupaj s starejšo osebo in zanj pomembnimi drugimi poiskati ustrezne rešitve. S preventivno obravnavo želimo doseči, da starejša oseba čim dlje in v največji meri ohrani samostojnost in ostane v domačem okolju.

Cilj preventive delovanja v patronažnem varstvu je v skladu s ciljem preventive, ki ga navajajo tudi Zaletel in sodelavci (Zaletel-Kragelj in sodelavci, 2007) vse od vzpostavitve splošnih razmer, ki bi bile ugodne za ohranjanje in krepitev zdravja, pa do popolne ali čim bolj popolne povrnitve zdravstvenega stanja v stanje pred začetkom bolezenskega procesa, zmanjšanja intenzivnosti težav, povzročenih z boleznijo ali upočasnitve nadaljnjega razvoja bolezenskega procesa.

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 to, ali jih obravnava neodvisno na podlagi Pravilnika za izvajanje preventivne dejavnosti (Pravilnik) ali v skladu s pisnim naročilom zdravnika, usposobiti za polno, bogato življenje z osnovnim obolenjem. Od zdravnikovega naročila je 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, njegovi 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, k obvladovanju njegove bolezni pristopila na prav vseh ravneh preventive - od splošnih in nespecifičnih ukrepov za ohranjanje in krepitev zdravja pa vse do rehabilitacije po preboleli bolezni.

Če bo na primer ugotovila, da posameznik, pri katerem se izvajajo prevezi kronične rane, ni dovolj ozaveščen o zdravem načinu življenja, morda kadi, prekomerno uživa alkohol, se nepravilno prehranjuje ali so pri njem prisotni še kakšni drugi dejavniki ali simptomi, ki bi lahko ogrožali njegovo zdravje in zdravljenje osnovne bolezni, bo ob vsakodnevnih prevezah, ki jih je sicer

naročil zdravnik v skladu s svojimi strokovnimi kompetencami, izvajala ukrepe na vseh ravneh preventive (Krajnc, 2016).

Zelo pomembne so aktivnosti patronažnega varstva v izvajanju primarne, sekundarne in terciarne preventive, ki se izvaja pri posebej ranljivih starejših osebah. 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 starejših oseb v domačem okolju pomenijo tudi odkrivanje odstopanj od zdravja in primerne kakovosti življenja starejše osebe. Medicinska sestra na terenu velikokrat ugotovi osamljenost, izključenost in socialno ogroženost starostnika kljub temu, da ta ne živi sam in formalno prejema dostojno pokojnino.

Patronažne medicinske sestre se vse pogostejše srečujejo s starejšimi osebami, ki imajo specifične potrebe po zdravstveni negi. Zdravstvena nega na domu ne vključuje samo obravnave osnovne bolezni, ampak upošteva starostnika kot celoto z vsemi spremljajočimi bolezenskimi spremembami in deficitarnostjo čutil (vida, sluha, vonja), ki pride s procesom staranja. Pri preventivni obravnavi starejše osebe na domu lahko medicinska sestra odkrije različna odstopanja, ki zahtevajo ukrepanje in včasih tudi aktiviranje drugih služb.

Najpogostejša odstopanja in nevarnosti, ki jih medicinska sestra odkrije pri obravnavi starejše osebe v domačem okolju:

- neustrezno domače okolje v smislu tveganja za padce v domačem okolju (drseča tla, neoznačeni robovi stopnic, neprimerna obutev, neopremljenost kopalnic z ročaji, preproge, neprimerna osvetlitev ...);
- neustrezno razumevanje zdravnikovih navodil glede predpisane terapije;
- primeri, ko bi starejše osebe morale zaradi svojega zdravstvenega stanja obiskati zdravnika, pa s tem iz različnih razlogov odlašajo;
- različne vrste nasilja nad starejšo osebo.

Medicinske sestre v domačem okolju obravnavajo tudi veliko starejših ljudi, ki ne glede na to, ali živijo sami ali z družino, potrebujejo spodbudo, nadzor, podporo, informacije in tako preprečijo zaplete ali poslabšanje zdravstvenega stanja. Patronažno varstvo lahko na tak način veliko prispeva k skrbi za kakovostnejše življenje starejših v domačem okolju ter nenazadnje tudi k zmanjševanju bremena izdatkov iz zdravstvene blagajne za poslabšanja, ki bi jih lahko preprečili. V obstoječem sistemu bi lahko prispevali še več, če ne bi v Pravilniku

in pravilih OZZ kot kriterija za pravico do preventivnega obiska bila navedena »osamljenost in socialna ogroženost«, ki nista natančno definirana. V praksi tako zadnje čase prihaja do primerov, ko plačnik izvajalcu ne priznava opravljenih preventivnih obiskov pri starejših osebah, ker po mnenju nadzornikov določena starejša oseba ne izpolnjuje kriterija osamelosti in socialne ogroženosti. Posledično je zaradi tega iz leta v leto opravljenih manj preventivnih obravnav starejših oseb v domačem okolju.

Ob dejstvu, da se nam populacija nezadržno hitro stara, postaja vse pomembnejša tudi vloga in naloga patronažne medicinske sestre pri obravnavi starostnika v domačem okolju. Cilj vseh držav je, kot pravijo Maček, Skela Savič in Zurc (2011), da bi obdržali starostnika 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 čimbolj vključevati v družbene dejavnosti. V domačem okolju so patronažne medicinske sestre tiste, ki spodbujajo starostnike k temu, da bodo prevzeli 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.

Skela Savič (2009) ugotavlja, da bodo pomembno vlogo pri doseganju celovitosti obravnave imeli kadri v zdravstveni negi, ki bodo morali sistem zdravstvene obravnave graditi na resursih pacienta (fizični, psihični, socialni, ekonomski idr.), svojcev in celotne družbe ter pri tem upoštevati sposobnosti celotnega socialnega in družbenega okolja, v katerega se pacient vrača. Tovrstni proces obravnave zahteva usposobljene medicinske sestre, ki bodo gradile mrežo zdravstvene oskrbe pacienta v kontekstu kontinuirane oskrbe.

Podpore, edukacijo in spremljanje potrebujejo tudi svojci ali drugi neformalni oskrbovalci starejše osebe, kadar ta že potrebuje pomoč. Velikokrat prav zaradi podpore, spodbude, pomoči in občutka varnosti, ki so je deležni 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.

Izzivi za prihodnost

Patronažno varstvo se na terenu srečuje vsak dan s težjimi nalogami in večjimi delovnimi obremenitvami. V praksi se povečuje potreba po skrbi za vse bolj starajočo se in bolno populacijo, katere problemi in potrebe postajajo obsežnejši, njihova pričakovanja pa vse večja. Zdravstvena politika pa za temi problemi šepa in se ruši pod težo starajočega se prebivalstva. Glede na aktualna dogajanja v družbi si niti starejši ljudje v domačem okolju niti izvajalci, ki jih v sistemu zdravstvenega varstva obravnavamo, ne moremo obetati hitrih in učinkovitih rešitev.

Pa vendar je treba opozoriti, da je na ravni države treba čimprej sistematično pristopiti k nekaterim aktivnostim in s pomočjo obstoječih kadrov, ki jih imamo dnevno na terenu, posebno skrb posvetiti:

- obravnavi dementnih oseb in njihovih svojcev v domačem okolju, saj demenca postaja vse večji problem sodobne družbe in število oseb s to boleznijo zaradi staranja prebivalstva narašča;
- preventivi padcev v domačem okolju, saj so starejši ljudje na področju poškodb zaradi padcev še posebej ranljiva skupina in padci predstavljajo eno izmed najpogostejših težav, ki v starosti ogrožajo neodvisnost posameznikov.

Obstoječo dobro organizirano mrežo patronažnega varstva, ki z diplomirano medicinsko sestro ljudem zagotavlja storitve patronažne zdravstvene nege na domu, ne glede na to, v katerem skritem kotičku Slovenije prebivajo, je treba ohraniti, okrepiti in sistematično vključiti v naslavljanje problematike starejših oseb v domačem okolju. Medicinske sestre na terenu pa je treba primerno opremiti z dodatnimi znanji in drugimi viri, s katerimi bodo lahko še učinkovitejše odgovorile na potrebe dolgožive družbe.

Literatura:

Berčan, M., Krajnc, A. *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.

Hajdinjak, A., Meglič, R. and Zaletel, M. (2012). *Sodobna zdravstvena nega*. V Ljubljani: Zdravstvena fakulteta, pp. 168–280.

Krajnc, A. 2016. Preventivna in kurativna dejavnost v patronažnem varstvu. V: Ramšak Pajk J. (ur.), Ljubič A. (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. 22–26.

Krajnc, A., 2016. Obremenjenost kadra v patronažni zdravstveni negi: magistrsko delo. Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede, pp. 1–23.

Maček, B., Skela Savič, B. & Zorc, J. 2011. Dejavniki socialne integracije starostnika v domače okolje. *Obzornik zdravstvene nege*, 45(3), pp. 181–187.

Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, 1998, 2009. Uradni list RS, št. 19/98, 47/98, 26/2000, 67/2001, 33/2002, 37/2003, 117/2004, 31/2005, 83/2007 in 22/2009.

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), pp. 209–222.

Zakon o zdravstveni dejavnosti – uradno prečiščeno besedilo (ZZDej – UPB-2), 2005. Uradni list Republike Slovenije št. 23.

Zaletel Kragelj, L., Eržen, I., Premik, M., 2007. Uvod v javno zdravje. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Katedra za javno zdravje, pp. 168–170.

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS), 2015. Splošni dogovor za pogodbeno leto 2017. Dostopno na : <http://www.zzs.si/egradivap/82D005B0A48C9A75C1258164002781BA>).

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

Predstavitev delovanja domov za starejše

Uvod

Daljšanje življenjske dobe je po mnenju mnogih demografov najbolj značilen pojav sodobne dobe. Za razviti svet je značilno, da se zelo hitro večja delež starejših prebivalcev, ki s svojimi specifičnimi potrebami postajajo vedno bolj pomembna demografska skupina.

V Sloveniji se, podobno kot v drugih gospodarsko razvitih evropskih državah, struktura prebivalstva spreminja. Narašča delež starejših in znižuje se odstotek rodnosti. Posledice so veliki premiki v demografski strukturi prebivalstva, ki se kažejo tudi v tem, da odstotek prebivalstva, starejšega od 65 let, že presega odstotek prebivalcev, starih do 14 let. To dejstvo odpira vrsto novih vprašanj, na katera danes še nimamo pravih odgovorov.

Prav tako to stanje prinaša številne probleme za vse sisteme države blaginje, predvsem za zdravstvo in socialno varstvo. Čakajo nas številni izzivi, na katere odločevalci še niso našli odgovora.

Socialno varstvo

Pravica do socialne varnosti je po Ustavi Republike Slovenije temeljna človekova pravica. Te pravice so v Sloveniji urejene v sistemih obveznih socialnih zavarovanj, pokojninsko-invalidskega in zdravstvenega zavarovanja ter zavarovanja za brezposelnost in v sistemu otroškega varstva.

V sistemu socialnega varstva se morajo zagotavljati pravice do storitev vsem ogroženim skupinam prebivalstva, zlasti pa invalidom, starostnikom, otrokom

¹ Valerija Lekić Poljšak, direktorica Doma starejših občanov Črnomelj, predsednica strokovnega sveta pri Socialni zbornici Slovenije, valerija.poljsak@ssz-slo.si

in odraslim v posebnih življenjskih stiskah, ter pravice do denarnih pomoči osebam brez sredstev za življenje, ki zaradi starosti ali nezmožnosti za delo niso sposobne ustvariti dohodkov ali pa iz objektivnih razlogov nimajo minimalnih sredstev za preživljanje sebe in članov družine. Za organiziranje sistema socialnovarstvene dejavnosti je odgovorna država.

Institucionalno varstvo – domovi za starejše

Institucionalno varstvo starejših ljudi v Sloveniji po Zakonu o socialnem varstvu kot javno službo izvajajo socialnovarstveni zavodi - domovi za starejše (splošni in kombinirani). Storitve izvajajo javni zavodi in koncesionarji. Storitve institucionalnega varstva v domovih za starejše obsegajo vse oblike pomoči, s katerimi se upravičencem po zakonu nadomeščajo ali dopolnjujejo funkcije doma ali lastne družine, zlasti pa bivanje, organizirano prehrano in varstvo ter zdravstveno varstvo. Zdravstvena nega in rehabilitacija sta zdravstveni dejavnosti, ki sta opredeljeni in se izvajata skladno z Zakonom o zdravstveni dejavnosti.

V slovenskih domovih za starejše 9.531 zaposlenih vsak dan predano skrbi za 18.600 stanovalcev. Število prošelj za sprejem narašča, prav tako se daljšajo čakalne dobe. Število vlog je po podatkih Skupnosti socialnih zavodov več kot 6.000. Pokritost kapacitet ni enaka po vsej Sloveniji, neenaki pa so tudi pogoji glede na standard bivanja in strukturo stanovalcev. Kronično primanjkuje kapacitet v urbanih regijah, še posebej v osrednjeslovenski.

Struktura stanovalcev v domovih za starejše

Stanovalcev, ki so mlajši od 65 let je okvirno 5,5 %, kar kaže na splet različnih okoliščin, od dejstva, da ne obstajajo posebne ustanove za tovrstne uporabnike, do tega, da je pomoč na domu še vedno nerazvita in da imamo premalo stanovanjskih skupnosti in drugih oblik varstva, ki bi omogočale življenje tem osebam izven institucij. Starih od 65 do 79 let je 25 %, starih od 80 do 89 let je 48,2 % in starejših od 90 let je 21,3 %.

Velika večina stanovalcev je bolnih, saj so med prevladujočimi razlogi za preselitev v domove zdravstveni razlogi (kar 85 % primerov). Večina sprejemov v domove za starejše je neposredno iz bolnišnic. Razlog za to so prizadevanja za skrajševanje ležalne dobe v bolnišnicah, kar je posledica zmanjševanja stroškov zdravstvene blagajne.

Kategorije socialne oskrbe in zdravstvene nege

Skladno s Pravilnikom o standardih in normativih v socialnem varstvu stanovalce razvrščamo v različne stopnje socialne oskrbe. Gre za osebe, starejše od 65 let, in sicer:

1. osebe, ki zaradi starosti ali drugih razlogov, ki spremljajo starost, niso sposobne za popolnoma samostojno življenje in potrebujejo manjši obseg neposredne osebne pomoči; teh je 24,9 %;
2. osebe z zmernimi starostnimi in zdravstvenimi težavami, ki potrebujejo večji obseg neposredne osebne pomoči; teh je 19 %;
3. osebe z najzahtevnejšimi težavami, ki v celoti potrebujejo neposredno osebno pomoč, in sicer (a) za opravljanje vseh osnovnih življenjskih potreb in (b) za najtežje prizadete. Uporabnikov v tej kategoriji je 44,5 %;
4. osebe z zahtevnejšimi dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju, ki zaradi starostne demence ali sorodnih stanj potrebujejo osebno pomoč in nadzor; teh je 11,6 %.

Zdravstvena nega

Zdravstvena nega in rehabilitacija se izvajata skladno s predpisi s področja zdravstva. 76 % stanovalcev potrebuje najzahtevnejšo zdravstveno nego. To so popolnoma nepokretni bolniki, ki so odvisni od pomoči zdravstvenih delavcev zaradi fizične ali psihične prizadetosti oziroma obeh; gre za zelo zmedene, nemirne in delirantne bolnike. Vse potrebe jim zagotavljajo zdravstveni delavci, vključno s potrebo po varovanju. Potrebujejo pomoč, nadzor in zdravstveno nego v vseh treh izmenah. To skupino opredeljuje predvsem povečan obseg dela zaradi dodatnih zdravnikovih naročil po meritvah, posegih, nadzoru, opazovanju ter dajanju zdravil v vseh oblikah na določene ure. Zdravstvena nega sodi v osnovno zdravstveno dejavnost in je pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Kakovost v domovih za starejše

Domovi, ki se že vrsto let ukvarjamo z organizirano skrbjo za starejše, želimo izpostaviti problematiko skrbi za starejše in v skladu s poslanstvom ter vizijo predlagati boljšo kakovost življenja starejših v domovih in s tem povezane kakovostne storitve. Eden izmed glavnih ciljev zaposlenih v domovih je in mora biti usmeritev k stanovalcu, njegovim potrebam in pričakovanjem.

Stopenj doseganja kakovosti in poti za doseganje kakovostne storitve je gotovo veliko. Vsak napor in prizadevanje, katerega cilj je višja kakovost opravljene storitve, ima svoj smisel in predstavlja delček v mozaiku celovitega obvladovanja kakovosti. Zaposleni v domovih, kljub danes že skoraj nemogočim razmeram, želimo in delamo skladno z načeli, ki omogočajo najvišjo raven kakovosti za naše stanovalce. Eno izmed teh načel, ki nam je najpomembnejše, je osredotočenost na stanovalce.

Organizacija je odvisna od svojih stanovalcev, zato mora razumeti njihove sedanje in prihodnje potrebe, izpolnjevati njihove zahteve in si prizadevati za preseganje njihovih pričakovanj. Naš glavni cilj je zadovoljen stanovalec, zato izpolnjujemo njihove pravice in spremljamo ter razumemo njihove sedanje potrebe, obenem pa zaznavamo njihove prihodnje potrebe, interese, želje oziroma zahteve in pričakovanja. Te cilje dosegamo s preseganjem stanovalčevih zahtev in s stalnim ter sistematičnim merjenjem njihovega zadovoljstva in izvajanjem ustreznih preventivnih ter korektivnih ukrepov.

Osnova našega delovanja je torej stanovalec, ki je najpomembnejši člen sistema institucionalnega varstva starejših. Zagotovljena mu mora biti pravica do oskrbe, zdravstvene nege in rehabilitacije, kar obravnavamo vsebinsko kot celoto, ne glede na parcialne zakone, ki te pravice opredeljujejo. Stanovalčeve temeljne pravice so po pojmovanju Sveta Evrope izenačene s socialnimi pravicami in predstavljajo celoto, ki je najvišja vrednota v vseh državah članicah, zato v domu starejšim osebam zagotavljamo in jamčimo upoštevanje naslednjih vrednot: pravica do izbire, dostojanstvo, neodvisnost/samostojnost in ustreznost. Upošteevamo zasebnost svojih stanovalcev ter jih spodbujamo k sodelovanju pri odločitvah, ki se nanašajo na življenjske razmere v domu.

Pri izvajanju storitev v domu lahko rečemo, da je kakovost tem večja, čim manjši je razkorak med predpisanim (standardnim) in dejanskim stanjem izvajanja storitev. V domu pa zagotavljamo tudi nadstandardne storitve. Trudimo se v čim večji meri izpolniti pričakovanja stanovalcev. Kakovostna storitev ali izdelek v domu pomeni izpolnitev pričakovanj naših stanovalcev in njihovo zadovoljstvo, kar mora postati temeljni kriterij za merjenje kakovosti v domu. Bodoči in sedanji uporabnik naših storitev bo prav gotovo zadovoljen, če bo na vsa vprašanja v zvezi z storitvami, ki jih lahko zagotavlja dom, dobil hiter odgovor, in bo storitev tudi prijazno in pravilno opravljena. Za storitve, ki jih opravljamo v domu, je značilen tudi neposreden topel stik med uporabnikom in zaposlenim, saj uporabnik zaznava kakovost storitve na podlagi končnega

rezultata in na podlagi poteka same storitve. Ni vseeno, ali je uporabnik obveščen o vseh možnih storitvah, ki jih lahko dom kot institucija opravlja, če je sam postopek pridobivanja informacij in izvajanja storitev voden na korekten in prijazen način. Gre za splet kriterijev in ciljev v zvezi s kakovostjo, ki jih je težje opredeliti kakor izmeriti.

Domski red sicer zmanjšuje svobodo in kontrolo, ki jo imajo njegovi stanovalci nad svojim življenjem, s čimer poveča stopnjo odvisnosti, zato je nujno merjenje in vrednotenje počutja stanovalcev. Kakovost življenja v domu pomeni stopnjo, do katere se spodbujajo osebna identiteta, samostojnost in svobodna izbira. Model kakovosti življenja v domu pa opredeljujemo s posegi in ravnanjem zaposlenih v domu, fizičnim okoljem, prehrano in sodelovanjem z lokalno skupnostjo. Kombinacija vseh štirih elementov odraža stopnjo kakovosti domskega življenja.

Procesni in sistemski pristop

Želene rezultate uspešneje dosegamo, če aktivnosti in z njimi povezane vire obvladujemo kot proces. To pomeni, da opredelimo vse procese v zavodu, njihovo delovanje in medsebojno povezanost. Vsak proces mora imeti opredeljenega tudi nosilca procesa (odgovornega) in sodelujoče v procesu.

V proces varstva starejših vstopa stanovalec, ki pričakuje hitrost opravljene storitve, pravilno izvajanje storitev, hitro postrežbo in dobro hrano, prijetno okolje, prijaznost itd. Iz procesa izstopajo storitve, izdelki in tudi sami stanovalci. S stanovalci sklepamo dogovor o vrsti, obsegu, trajanju in načinu plačila storitev. Pri sklepanju dogovorov se prilagamo zahtevam in željam uporabnikov.

- a) *Odgovornost vodstva.* Najvišje vodstvo v zavodu mora nenehno dokazovati zavezo razvoju in izvajanju kakovosti ter nenehnemu izboljševanju svoje učinkovitosti.
- b) *Vključenost zaposlenih.* Vsi zaposleni so jedro organizacije, zato njihova polna vključenost omogoča, da se njihove sposobnosti kar najbolje uporabljajo v korist organizacije. V domu se zavedamo, da je človek-delavec osnova in pot do uspeha, vendar le, če bo strokovno usposobljen in motiviran za svoje delo z največjo mero empatije.
- c) *Nenehno izboljševanje.* V domovih nenehno izboljšujemo svoje delo, razvijamo nove programe, metode in vsebine dela z namenom povečevanja zadovoljstva uporabnikov in drugih zainteresiranih strani.

Težave domov za starejše

V zadnjih letih smo slovenski domovi za starejše postali največja slovenska negovalna bolnišnica. Zdravstveni sistem namreč poizkuša starejše čimprej odsloviti in jih poslati v cenejše ustanove – domove za starejše. Starejši s pomočjo svojcev nosijo vsaj 70 % stroškov storitve, ki jo tam dobijo. In to kljub temu, da so celo življenje plačevali obvezno zdravstveno zavarovanje in da pogosto potrebujejo zdravstvene storitve, kot sta na primer paliativna obravnava ali rehabilitacija po zlomih velikih kosti ali po kapi.

Delež plačil 'iz žepa' se vztrajno povečuje, predvsem zato, ker cena zdravstvene nege, ki jo plača ZZZS, ne sledi stroškom, ki nastajajo pri njenem izvajanju, predvsem povišanim stroškom dela. Pozna se tudi napredek medicine, zaradi katere ljudje živijo dlje ali pa preživijo določene bolezni oziroma nesreče, ki so bile prej praviloma smrtno, vendar imajo posledično zelo velike potrebe po tuji pomoči.

Država je tako starejše potisnila v domove za starejše, izvajalcem pa ne daje dovolj ustreznih možnosti za dvig kakovosti dela. Domovi se kljub temu trudimo, upoštevamo zgoraj napisana načela in zagotavljamo kakovostno zdravstveno nego ter oskrbo, ne vemo pa, kako dolgo bo to še šlo. Kljub temu, da več kot polovica stanovalcev pride v domove starejših zaradi zdravstvenih razlogov z najzahtevnejšimi težavami, kadrovski normativi vedno slabše zadostijo potrebam domov in uporabnikov, ker se že desetletja niso spremenili in niso prilagojeni standardom dela, ki ustrezajo sodobnim smernicam. Začele so se pojavljati tudi težave pri iskanju ustreznih kadrov, saj jih preprosto ni na trgu dela, ali pa niso pripravljeni delati za takšne plače, kot jih določa sistem javnih uslužbencev.

Prav tako so stavbe javnih zavodov stare 40 let in več ter pogosto niso več primerne za oskrbo starostnikov, saj so se potrebe in upravičena pričakovanja do danes močno spremenila. Država kot ustanovitelj javnih zavodov nima sredstev za nujne obnove ali širitve kapacitet. Te bi morale biti krite iz oskrbnin, a kaj, ko iz dela oskrbnine, namenjenega investicijskemu vzdrževanju, že dolgo krijemo stroške zdravstvene nege, saj plačila ZZZS za opravljene storitve ne zadostujejo niti za plače zdravstvenega kadra, ki smo ga dolžni zagotavljati.

Dodaten problem so tudi kapacitete, saj država določa velikost javne mreže in to žal počne stihijsko. Kljub zelo jasnim demografskim napovedim ne širi kapacitet v zadostnem obsegu. Sistem, kjer bolnišnice zelo hitro odpuščajo

starejše, ki morajo nato poiskati pomoč v domovih starejših, lahko funkcionira le, če vedno obstaja določen odstotek praznih postelj.

Velik problem so tudi osebe z demenco, saj slednje same oziroma s pomočjo svojcev plačujejo najdražjo oskrbo. Gre za ljudi, ki so obsojeni na pet ali več let potrebe po intenzivni tuji pomoči, zato bi bilo pravično, da bi jim država pomagala v večjem obsegu. Prav tako primanjkuje kapacitet za osebe z demenco, saj pred štiridesetimi leti, ko so se gradili javni domovi za starejše, demenca še ni bila tako velik problem.

Perspektive

Današnje razmere v varstvu starostnikov ne zadovoljujejo naraščajočih potreb po oskrbi in zdravstveni negi. Nujne so spremembe tako na področju domskega varstva kot varstva starostnikov na njihovem domu.

Družbe prihodnosti bodo odločilno zaznamovane z zelo radikalnimi premiki v starostni strukturi prebivalstva. S podaljšanjem življenjske dobe je povezano naraščanje števila starejših. Področje skrbi za starejše čakajo mnogi izzivi in nove naloge.

Žal se razsežnosti problemov, ki jih prinaša staranje družbe, v našem okolju še vedno premalo zavedamo. Rešitve izvajalci ne moremo zagotoviti sami le z zagotavljanjem prostorskih zmogljivosti v okviru institucionalnega varstva starejših.

Vse več je problemov, kot so številni uporabniki s potrebami po najzahtevnejši zdravstveni negi in socialni oskrbi, ki ju danes v domovih sploh ne moremo izvajati, večja socialna razsejanost in s tem potreba po diferencirani ponudbi storitev, sprememba vrednot in pogledov na staranje in starost ter s tem potrebe po novih oblikah skrbi za varstvo starejših.

Zato nujno potrebujemo obsežno dopolnitev sistema. Nov sistem mora ponuditi dostopne in kakovostne storitve vsem pomoči potrebnim. Ko govorim o dostopnosti, menim, da mora imeti sistem dovolj ustreznih kapacitet (eno- in izjemoma dvoposteljne sobe) in da mora biti oskrba dostopna vsem, ne glede na njihovo zmožnost plačila. Kakovostne storitve bomo lahko izvajali le, če bodo normativi ustrezali potrebam starostnikov in ne morebitnemu finančnemu stanju proračuna. Vsi bodo lahko dostopali do kakovostnih storitev, če bo država vzpostavila sistem zavarovanja za to socialno tveganje in če bo vedno dovolj ustreznih kapacitet.

Pričakujemo, da bo država nemudoma pristopila k reševanju teh problemov in iskreno povedala, kako jih namerava reševati. Država mora starostnikom in njihovim svojcem jasno povedati, ali bo pomagala ali pa bodo starostniki in njihovi svojci prepuščeni samim sebi.

Z ukrepanjem moramo začeti takoj, saj nas demografija prehiteva 'po desni'. Izvajalci storitev skrbi za starejše bomo, kot doslej, budno pazili, da bodo ukrepi res v korist starostnikov.

Prav bi bilo, da se vsi zavemo, da so stari ljudje del nas samih in del naše kulture, zato smo jim dolžni še naprej pomagati pri zagotavljanju njihovih (pogosto) skromnih potreb. Njihovo dobro počutje je odvisno predvsem od ohranjanja in vzpostavljanja stikov ter komunikacije v njihovem neposrednem okolju. Tako starejšim veliko pomeni stalnost odnosov, ki z leti bogatijo predvsem na čustvenem področju.

Omogočimo starejšim, da svoje dneve preživijo kar se da mirno in brez občutkov zavrženosti, brezkoristnosti in izoliranosti.

mag. MARJANA KAMNIK¹, Koroški dom starostnikov Slovenj Gradec

V domu starostnikov v Slovenj Gradcu odnose negujemo v ključnih parih

Staranje prebivalstva v Sloveniji ni več nov demografski pojav, ima pa številne pomembne posledice, ki nagovarjajo k novim metodam skrbi za stare ljudi, življenje pa mora zmeraj imeti prihodnost, vrednost in pomen.

V Koroškem domu starostnikov smo o teh izzivih razmišljali že pred deseti leti in več in tudi takrat, ko smo načrtovali gradnjo poslovne enote v Slovenj Gradcu. Novejša arhitektura in nove metode dela so odgovori na potrebe lokalnega okolja in posebnosti ljudi, ki te storitve koristijo.

Deset let mineva, kar smo vstopili skozi vrata nove zgradbe v Slovenj Gradcu, namenjene skrbi za stare ljudi. Korajžno smo pričeli ustvarjati zgodbo te zgradbe. Na odprtju sem si obiskovalce dovolila nagovoriti z besedami: »Potrudili se bomo, da bo objekt postal topel dom.« Že na praznovanju prve obletnice delovanja smo si upali pritrditi, da to že postaja, drugo in tretje leto enako, peto leto pa, da je zgradba postala dom za stare ljudi, kakršnega smo želeli in kakšnega si naši stanovalci zaslužijo.

Naše vodilo je normalizacija, ki temelji na filozofiji, da imajo ljudje pravico živeti sebi ustrezno življenje. Gre za življenje, ki je toliko normalno, kot je to mogoče. Koncept smo poimenovali *vmesne strukture*. Koncept *vmesnih struktur* na področju varstva starejših, ki ga izvajamo, je novost na področju skrbi za stare ljudi. Že z odprtjem doma smo ga začeli preverjati z oceno kriterijev po mednarodnem sistemu uvažanja kakovosti E-Qalin. Dobro je, da smo izpostavili tveganja in iskali načine, kako se s temi tveganji spopasti. Sproti smo se odzivali na pobude vseh ciljnih skupin (stanovalcev, zaposlenih in sorodnikov) in z

¹ mag. Marjana Kamnik, univ. dipl. soc. del., vodja Koroškega doma starostnikov Slovenj Gradec, marjana.kamnik@kor-dom.si

anketami preverjali zadovoljstvo. Rezultati so bili usmerjevalec naših aktivnosti. Izpostavljali smo kritične elemente E-Qalina, ki so nagovarjali k razmišljanju o novih metodah in pristopih. Tako smo se leta 2013 na kritične elemente odzvali s projektom *Ključna oseba*, v katerem je vsak stanovalec prejel svojo ključno osebo izmed zaposlenih. Projekt *Ključna oseba* ponuja priložnost, da drug drugega odkrivamo v spominih, v času, ki mineva, in prek različnih aktivnosti. Prepričana sem, da obstajajo čarobni trenutki, ki žal gredo mimo nas neopaženi, in prepričana sem, da si vsi želimo lepe prihodnosti in kakovostnega življenja v vseh obdobjih – od rojstva do smrti.

Tako smo pričeli novo pot. Skupna odločitev tako zaposlenih kot tudi stanovalcev je bila, da bo najbolj pravično in nepristransko, če ključno osebo določimo z žrebom. Vsi stanovalci in vsi zaposleni smo tako prejeli osebo, s katero smo si zaupniki, zagovorniki, spremljevalci, povezovalci in predvsem osebe, ki smo si vedno na voljo.

Za stanovalca je ključna oseba pomembna ob sprejemu v dom, pomaga mu pri vključevanju v novo okolje in v času, ko se stanovalci poslavljajo s tega sveta. Izvirnost prijavljenega projekta je naravnost na potrebe stanovalcev s konceptom, ki deluje na več nivojih: fizičnem, socialnem, čustvenem, duhovnem, odziva se na potrebe stanovalčeve družine (svojcev), odziva se na potrebe skupine, v kateri biva stanovalec, kot tudi celotne institucije, lokalnega okolja in širše javnosti. Ob tem pa pri projektu *Ključna oseba* bogatimo vsi: stanovalci in njihovi sorodniki, zaposleni, ožje in širše lokalno okolje in družba nasploh.

S tem projektom spreminjamo filozofijo življenja in dela v domu za stare. Inovativen pristop presega in odstopa od že poznane načina življenja v domovih za stare ljudi. Pomembno pa je dejstvo, da z obstoječimi kadrovskimi normativi lahko zagotavljamo le osnovne storitve (po določenih časovnih standardih). Naš namen oziroma cilj projekta pa je te normative preseči. Projekt *Ključna oseba* ne predstavlja dodatnih stroškov stanovalcem, prav tako ne dodatnih obremenitev na strani zaposlenih. Z gotovostjo pa lahko trdimo, da izvajanje projekta ustvarja na eni strani prihranek, na drugi pa bogastvo, ki se kaže v zadovoljstvu na vseh nivojih in je neizmerljivo. Projekt ključne pare povezuje z lokalno skupnostjo in širše in širi socialno mrežo tako stanovalcem kot tudi zaposlenim.

Projekt *Ključna oseba* torej ponuja korist, ki ni finančno merljiva, ima pa veliko stvarno vrednost. Naš cilj je, da naša praksa postane standard bivanja v slovenskih domovih. Zavedamo se, da skrb za stare ne pomeni zgolj zagotavljanja

storitev v sistemu socialnega in zdravstvenega varstva, temveč da je del kulture nekega sistema. Naše vodilo je, da delamo skupaj s stanovalci zanje in ravnamo tako, kot si želimo, da ravnajo z nami, ko bomo stari in bomo morda potrebovali pomoč.

Graditi z opeko je težko, z odnosi je še težje. Pri tem ima naš dom prednost, saj odnose negujemo v *ključnih parih*. Seveda pa lahko projekt izvaja samo institucija, ki ima motivirano ekipo zaposlenih. Naša kadrovska kultura zaposlene motivira k odličnemu delu, ključna oseba pa jih spodbuja, da širijo svoja znanja in kompetence in da so kreativni, predvsem pa empatični. Projekt nas uči, da svoja razmišljanja, doživljanja, spoznanja in izkušnje delimo z ljudmi. Drug od drugega se v tem odnosu veliko naučimo. Predvsem pa si v pristnem odnosu bogatimo življenje. Dr. Jana Mali je o projektu zapisala: »Spoznali smo, da je »Ključna oseba« ime projekta, ki odpira prostor ljudem, da izstopijo iz okovanih in utesnjujočih vsakdanjih vlog in pokažejo svoj čut za sočloveka na način, kot to počnejo ljudje, ki imajo radi ljudi. Spoznali smo, da je projekt odprl prostor za našo ustvarjalnost, da je v domu tudi prostor, da sebi in drugim pokažemo, kaj vemo, kaj nas zanima, kaj se želimo naučiti in da pri tem nismo sami«.

Podpora, sodelovanje in zanimanje za naše delo je izkazalo že več kot trideset slovenskih domov za stare, kar nam vliva dodatno voljo, pogum in delavnost. Delovanje na ključnih odnosih je torej postal biser našega doma, dlje ko traja, lepši in trdnjši postajajo. Ameriška pisateljica May Sarton je izjavila, da starost nikogar kaj prida ne zanima, dokler sam ne postane star. Verjamem, da s *ključno osebo* tudi prej.

III. RAZISKAVE, ANALIZE IN UGOTOVITVE O PROBLEMIH, KI ZADEVAJO STAREJŠE

dr. INGRID RUSSI ZAGOŽEN¹, Varuh človekovih pravic
Republike Slovenije

Prehrana v domovih za starejše

Varuh človekovih pravic Republike Slovenije se je za proučitev področja prehrane v domovih za starejše odločil zaradi informacij, ki so se pojavile v javnosti, da so stanovalci domov lačni oziroma podhranjeni. Nekateri so pri tem izpostavljali, da je podhranjenih med 35 in 85 % starostnikov v domovih za starejše, drugi pa poudarjali, da so razlogi za njihovo podhranjenost različni in da niso posledica slabe oskrbe ter da je navedeni podatek o deležu podhranjenih vzet iz tuje raziskave iz leta 1994, kar pomeni, da ga ne moremo prenašati na današnje razmere v naših domovih.

Z vprašalnikom, ki smo ga poslali domovom za starejše, smo želeli ugotoviti, kdo so danes njihovi stanovalci, kakšno oskrbo potrebujejo in kako zahtevno zdravstveno nego, koliko jih potrebuje delno ali popolno pomoč pri hranjenju in kdo jim to pomoč nudi ter ali imajo zaposleni zanj dovolj časa. Zanimalo nas je, koliko je potrebn po dietni prehrani, hrani s spremenjeno konsistenco, sondah ali PEG-u; kdo skrbi za načrtovanje in organiziranje prehranske oskrbe in kako lahko stanovalci sodelujejo pri oblikovanju jedilnikov ter ali dom meri (in če, kako) zadovoljstvo stanovalcev s prehrano. Glede na informacije, ki so se širile v javnosti o podhranjenosti stanovalcev, smo domove vprašali, ali ugotavljajo prehransko ogroženost in na kakšen način, koliko imajo prehransko ogroženih in koliko podhranjenih stanovalcev ter kje so razlogi za njihovo ogroženost/podhranjenost, pa tudi, kako ukrepajo v takih primerih. Vprašalnik smo poslali vsem domovom za starejše, ki so bili februarja 2018 na seznamu domov, objavljenem na spletni strani Skupnosti socialnih zavodov Slovenije. 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 s strani zavodov oziroma izvajalcev storitve. Ker pa je pomembno tudi mnenje stanovalcev glede prehrane in

¹ dr. Ingrid Russi Zagožen, univ. dipl. psih., svetovalka Varuha, Varuh človekovih pravic Republike Slovenije, info@varuh-rs.si

navedenih vprašanj, smo obiskali še nekaj domov za starejše in se pogovorili z naključnimi stanovančiki ter s tistimi, ki so to izrecno želeli. Tako smo v mesecih od marca 2018 do julija 2018 obiskali deset naključno izbranih domov za starejše, tri obiske smo opravili napovedano, preostale nenapovedano. Pogovorili smo se z več deset stanovančiki in z nekaj svojci. Ob vsakem obisku smo govorili še z vodstvom doma in/ali s tam zaposlenimi. Obiske smo opravljali v dopoldanskih in popoldanskih urah, enega med vikendom.

Pri devetih obiskih smo pustili za stanovančike 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 stanovančikov in 113 s strani svojcev (za ostale se ni dalo ugotoviti, kdo jih je izpolnjeval). Vprašali smo, kako zadovoljni so s prehrano, kako bi jo ocenili (nanizali smo več pridevnikov, npr. topla, brez okusa, zadostna ... in prosili, da izberejo tiste pridevnike, ki po njihovem držijo za prehrano v domu). Povprašali smo jih tudi, ali potrebujejo pomoč pri hranjenju in ali so kdaj lačni.

Iz odgovorov na vprašalnik, ki so nam jih posredovali domovi, izhaja, da za načrtovanje in organiziranje domske oskrbe najpogosteje skrbi vodja prehrane oziroma vodja kuhinje, v sodelovanju s službo zdravstvene nege in oskrbe. V približno četrtini domov je vključen tudi dietetik ali nutricionist. Da je njegova vloga pomembna, pa prepoznajo tudi nekateri domovi, ki ga sicer nimajo, bi si pa želeli, da bi se to delovno mesto sistemiziralo.

V vseh domovih imajo stanovančiki možnost, da sodelujejo pri pripravi jedilnikov in podajo svoje želje in pripombe, najpogosteje prek predstavnikov stanovančikov, ki so v komisijah za sestavo jedilnikov in na domskih skupnostih ali drugih tovrstnih srečanjih. Domovi merijo zadovoljstvo s prehrano z rednimi anketami, nekateri prek E-Qalina. Do informacij o zadovoljstvu stanovančikov s prehrano prihajajo tudi na druge načine: prek knjige pohval in pritožb, z beleženjem ustnih pripomb, v individualnih razgovorih s stanovančiki idr.

Stanovančiki so v pogovorih, ki smo jih z njimi opravili ob obiskih izbranih domov, menili, da je hrana na splošno dobra in da jo je dovolj, včasih celo preveč. Pohvalili so, če je obrok po velikosti in vsebini prilagojen njihovim željam in okusom. Več jih je povedalo, da niso vajeni, da hrano puščajo oziroma da se ta meče v smeti, zato imajo raje, če lahko že prej izberejo, koliko in kaj bodo jedli. Povedali so, da imajo rajši njim poznano (domačo) hrano in da niso naklonjeni uvajanju novih okusov ter da se zavedajo, da vsem okusom ni mogoče ustreči.

Zadovoljstvo s prehrano smo ugotavljali tudi z že zgoraj omenjenimi anonimnimi anketami. Polovica sodelujočih je s hrano zelo zadovoljnih, 40 % zadovoljnih in 7 % nezadovoljnih, pri čemer večjih razlik v ocenah med stanovalci in svojci ni. Temu pričakovano je tudi mnenje o hrani: da je količinsko zadostna (70 %), raznolika (53 %), okusna (46 %), dobra (41 %), primerna (36 %), zdrava (37 %). Negativnih ocen je bistveno manj: premajhni obroki (2%), nezdrava (3 %), premrzla (8 %), brez okusa (10 %), enolična (11 %). Podobno so domsko hrano ocenili tako tisti, ki imajo predpisano dieto (takih je bilo 22 % sodelujočih v anketi oziroma četrtnina stanovalcev po podatkih, ki so nam jih posredovali domovi) kot tudi tisti, ki diete nimajo. So pa razlike v ocenah med domovi. Tako je v enem od domov 86 % sodelujočih ocenilo, da je hrana raznolika, medtem ko v drugem le 27 %. In če v določenih domovih nihče ni bil mnenja, da je hrana premrzla in brez okusa, je v enem od domov hrano kot premrzlo ocenilo 19 % sodelujočih in kot brez okusa 30 %.

Glede na podatke domov je v domovih približno 20 % stanovalcev, ki potrebujejo delno pomoč pri hranjenju in še 20 % takih, ki potrebujejo popolno pomoč. Pomoč pri hranjenju jim praviloma nudi zdravstveno negovalno osebje, v nekaterih domovih stanovalec, ki potrebujejo le delno pomoč, pomagajo zaposleni s področja socialne oskrbe (varuhinje, gospodinje–oskrbovalke, socialni delavec), zaposleni prek javnih del in animatorji, v enem od domov zaradi pomanjkanja kadra celo prostovoljci. Manj kot tretjina domov meni, da ima osebje dovolj časa za nudenje pomoči pri hranjenju. Tisti, ki ocenjujejo, da je časa dovolj, so največkrat poudarili učinkovito organizacijo dela. Ostali so mnenja, da časa ni dovolj oziroma, da bi potrebovali več osebja, da bi npr. k stanovalcu pristopili bolj umirjeno, da bi mu posvetili čas, ki ga potrebuje (in da ga ne bi zato zmanjkalo pri drugih aktivnostih), da bi ga dostojno nahranili. Mnogim domovom so dobrodošla pomoč svojci stanovalcev, ki pomagajo pri hranjenju, če to želijo in znajo, npr. če so tovrstno pomoč nudili že doma. Domovi poročajo o različnem povprečnem času, ki ga potrebujejo, da nahranijo stanovalca, ki potrebuje popolno pomoč pri hranjenju. Največkrat se giblje med 10 do 30 minut za glavni obrok, čeprav, kot so opozorili nekateri domovi, je ta čas zelo težko določiti, saj je odvisen od posameznega stanovalca in njegovega zdravstvenega stanja, razpoloženja, težav z zobovjem, apetita ... Stanovalcu se torej poskuša prilagajati. Zastavlja pa se vprašanje, ali to vedno tudi uspe. Nekaj domov je odgovorilo, da ne porabi več kakor 10 minut na stanovalca. Velja omeniti tudi dom, ki je navedel, da porabi 6 minut in pojasnil, da žal kadrovski normativ ne omogoča daljšega hranjenja. Varuh meni, da je ta podatek

zaskrbljujoč. Prepričani smo, da že stanovalca, ki ima samo težave z žvečenjem ali požiranjem, ali pa je brez apetita, v tako kratkem času ni možno ustrezno in primerno nahraniti. Še več, v tako kratkem času ne more pojesti glavnega obroka niti tisti, ki nima nobenih tovrstnih težav.

V naši anketi je eden od stanovalcev, ki potrebuje pomoč pri hranjenju, na vprašanje, ali se navadno naje do sitega ali kdaj ostaja lačen oziroma ali se zgodi, da nima dovolj časa, da bi vse pojedel, odgovoril, da »odvisno, koliko časa si vzamejo zame«. Prav temu področju bi morali po mnenju Varuha domovi posvetiti več pozornosti. Kar 20 % tistih sodelujočih v anketi, ki potrebujejo pomoč pri hranjenju, je namreč navedlo, da ostajajo lačni ali da nimajo dovolj časa, da bi pojedli vse. Pri tistih, ki samostojno jejo, je ta delež sicer nižji (9 %). Zaskrbljujoč je tudi podatek, koliko se jih navadno naje do sitega: le 80 % tistih, ki se hranijo brez pomoči in 72 %, ki potrebujejo pomoč pri hranjenju.

Ob obisku enega izmed domov smo spremljali razdeljevanje večerje. Iz sobe s samimi ležečimi stanovalci, ki so samostojno jedli (ali pa jim drugega ni preostalo), so zaposleni pladnje odnesli že po desetih minutah. Ker je bila na enem hrana skoraj nedotaknjena, smo zaposlenega vprašali, zakaj stanovalka ni ničesar pojedla. Iz njegovega odziva je bilo očitno, da ne ve, zakaj, dobili pa smo odrezav odgovor, da »gospa pač ni lačna«.

Ob obiskih domov smo se poskušali pogovoriti tudi z več stanovalci, ki potrebujejo delno ali popolno pomoč pri hranjenju. Ena izmed stanovalk, ki potrebuje delno pomoč, nam je povedala, da je hrane dovolj, je pa razlika, če ti pomagajo pri hranjenju zaposleni ali svojci v tem, da zaposleni nimajo vedno na voljo toliko časa, kolikor bi ga ona potrebovala, da bi v miru zaužila celoten obrok, medtem ko si njena hčerka ta čas lahko vzame. Ni lačna, je pa praviloma bolj sita, če ji pri hranjenju pomaga hčerka. Pogovor s stanovalci, ki potrebujejo popolno pomoč, zaradi njihovega zdravstvenega stanja ni bil mogoč. Ker informacij o tem, ali so (ostajajo) kdaj lačni, od njih nismo uspeli dobiti, se nam je zastavilo vprašanje, kako to ugotovijo zaposleni, ki jih hranijo. Nanj so nekateri odgovorili, da poznajo posebnosti stanovalcev in njihove odzive, zato menijo, da znajo oceniti, če je stanovalec še lačen ter v takem primeru povečati obrok (ena od sogovornic je npr. dejala, »da ve, ker stanovalec še naprej odpira usta«). Izpostavila pa se je tudi druga dilema: koliko siliti k hranjenju stanovalca, ki noče jesti in pri katerem tudi s prigovarjanjem in spodbujanjem ni uspeha.

Po podatkih domov potrebuje prilagojeno konsistenco hrane četrtna stanovalcev, po sondi ali PEG-u se hrani približno 3 %. Domovi beležijo količino

zaužite hrane (in tekočine) na različne načine (v raportno knjigo, na evidenčni list bilance zaužite hrane in tekočine ...) in pri različnih skupinah rizičnih stanovalcev: pri prehransko ogroženih, pri tistih, ki potrebujejo pomoč pri hranjenju, pri stanovalcih z demenco, nepokretnih, pri tistih, ki odklanjajo hrano, pri stanovalcih, ki jih hranijo po PEG-u ali NGS ... Vsem domovom pa je skupno, da pri izbranih skupinah beležijo vse obroke.

Odgovori domov glede ugotavljanja prehranske ogroženosti stanovalcev in ukrepanja ob tem so različni. Večina domov (3/4) ocenjuje prehransko ogroženost, mnogi od teh prvič že ob sprejemu stanovalca, nato pa v postopku zdravstveno-negovalne obravnave, če ima npr. stanovalec motnje požiranja, če odklanja hrano ter ob določenih bolezenskih stanjih (npr. pri demenci). Prehranska ogroženost se ocenjuje na različne načine: s preverjanjem telesne teže oziroma uporabo antropometrične metode, z opazovanjem, z zbiranjem anamnestičnih podatkov ob sprejemu, z uporabo presejalnih testov ipd. Nato se ukrepa glede na ocenjeno prehransko stanje stanovalca. Določeni domovi pa prehranske ogroženosti sistematično sploh ne ocenjujejo. Tudi zato podatka, koliko je prehransko ogroženih stanovalcev v naših domovih, nismo uspeli dobiti. Poleg tega je na vprašanje, koliko je v domu prehransko ogroženih stanovalcev, odgovorilo žal le 41 domov. Odgovori teh domov, upošteva je njihove kapacitete in posredovane podatke, kažejo, da je prehransko ogroženih le približno 7 % njihovih stanovalcev. Seveda ostaja odprto vprašanje, ali je delež res tako nizek, ali pa morda domovi ne uspejo identificirati vseh prehransko ogroženih. Domovi namreč prehransko ogroženost ocenjujejo, če sploh jo, na različne načine. Poleg tega so med domovi velike razlike. V nekaterih domovih tako ni evidentiranih takih stanovalcev, medtem ko drugi poročajo o visokem deležu prehransko ogroženih (npr. tudi do 50 %). Eden izmed domov je bil celo mnenja, da so vsi starostniki prehransko ogroženi.

Praksa večine domov za starejše je, da v primeru ugotovljene prehranske ogroženosti izdelajo prehranski načrt. Oblikujejo se npr. posebni jedilniki, ponudi hrana po želji, doda gostilo za tekočino, uvede prilagojeno konsistenco hrane. V primeru uvedbe prehranskih dodatkov so plačniki različni: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije in bolnik oziroma stanovalec, v drugih primerih pa stanovalci sami in njihovi svojci. Ponekod te stroške krije celo dom.

Bolj enotni so odgovori domov glede podhranjenosti stanovalcev. Če imajo podhranjene stanovalce navajajo, da gre največkrat za posamezne primere, razlogi pa so specifične bolezni: nekatere bolezni v akutni ali terminalni fazi,

npr. maligna obolenja, uroinfekti, respiratorni infekti, depresija, napredovana demenca, Parkinsonova bolezen, stanje po možganski kapi, torej bolezni, povezane s splošno oslabelostjo, z zmanjšano sposobnostjo požiranja, pomanjkanjem apetita, odklanjanjem hrane in pijače ... Podhranjenost je pogostejša tudi med paliativno oskrbo. Domovi pa so opozorili tudi, da so bili nekateri stanovalci slabo prehranjeni že ob sprejemu v dom.

Pri stanovalcih z visokim tveganjem za podhranjenost in pri tistih, pri katerih je ugotovljena podhranjenost, se vpelje beljakovinske in visokokalorične prehranske dodatke, ponudi se hrana, ki jo ima stanovalec rad, prilagodi se njena konsistenca, aplicira infuzijo, preverja telesno težo, vpelje dodatne obroke, beleži vnos hrane, izdelava prehranski načrt, dodatno se spodbuja stanovalec, poskuša se stimulirati vonj in okus, kot skrajno rešitev se vstavi NSG ali PEG. Pomembna je tudi sanacija zobovja. Domovi navajajo, da skrbijo za ustno higieno stanovalcev, in sicer da jo pri nepokretnih izvajajo 1-krat do 3-krat dnevno oziroma po potrebi, enako pri osebah z demenco.

Na podlagi zbranih podatkov, opravljenih obiskov in razgovorov s stanovalci, svojci in zaposlenimi v domovih za starejše Varuh glede prehrane ocenjuje, 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, če so žejni ali lačni, če je hrana prevroča ali mrzla, če jim ne ustreza ... Varuh že več let opozarja, da so kadrovske normativi za domove za starejše neustrezni, saj niso prilagojeni naraščanju števila stanovalcev, ki potrebujejo večji obseg neposredne pomoči in zahtevnejšo zdravstveno nego. Zagotoviti je treba, da bo dovolj zaposlenih, da bo vsak stanovalec dobil toliko pomoči pri hranjenju, kot jo potrebuje, da bo zaužil toliko, kot zmore oziroma želi, in da ne bo ostajal lačen. Poleg tega pa, da hranjenje ne bo potekalo v naglici, temveč z občutkom za stanovalca, s spoštovanjem njegove osebne integritete in dostojanstva.

Načrtovanje varovalne prehrane starostnikov v domovih za starejše občane

Uvod

Staranje je normalni biološki proces in prinaša številne spremembe v fiziološkem, psihološkem in funkcionalnem vidiku človeka. Starostniki danes živijo dlje, so bolj zdravi in funkcionalno v boljši kondiciji kot kdajkoli prej. Življenjska doba se podaljšuje. Pričakovano bo danes ženska pri 65. letih živela še 19,8 let, moški iste starosti pa ima pred seboj še 16,8 let. S podaljševanjem življenjske dobe pa naletimo na težave pri zagotavljanju starostnikov ustrezne prehranjenosti.

Starostniki imajo številna kronična obolenja in se hkrati zdravijo z različnimi zdravili, ki negativno vplivajo na njihovo prehranjevanje. Zaradi tega prihaja do sprememb v apetitu, absorpciji in presnovi hranil, kar povečuje tveganje podhranjenosti. Starostnik, ki izgubi 10 % telesne teže, ima slabše možnosti za ozdravitev kot starostnik, ki ne hujša. Zmanjša se terapevtski učinek specifičnega zdravila, povečajo se stranski učinki in zapleti zdravljenja. Vse skupaj negativno vpliva na preživetje starostnika.

Spremembe pri starostniku kot posledica staranja

Običajni spremljevalci staranja so degenerativne spremembe v kostni masi, telesni sestavi, razporeditvi telesne maščobe, občutljivost na inzulin in nivo homocisteina. Če starostnik kadi, ima povišan indeks telesne mase (ITM), visok krvni tlak, povišan holesterol, uživa premalo zelenjave in sadja in je brez ali z zelo malo telesne aktivnosti, ima večjo stopnjo obolevnosti in umrljivosti. Starostnik z aktivnim življenjskim slogom si na drugi strani bistveno izboljša

¹ Andreja Širca Čampa, univ. dipl. inž. živ. teh., Univerzitetni klinični center Ljubljana, Pediatrična klinika, andreja.campa@kclj.si

kardiovaskularne ter mišične funkcionalne zmogljivosti, izboljša kakovost življenja in si podaljša zmožnost samostojnega življenja.

Kot smo že omenili, z leti fiziološke funkcije slabijo, vendar ne vse enako hitro. Hitrost prenosa živčevja se od 30. do 80. leta zmanjša za le 10–15 %, gibljivost zglobov se zmanjša za 20–30 %, pljučna kapaciteta pade za 40 %, delovanje ledvic in jeter pa upade za 40–50 %. Do sedemdesetega leta povprečna ženska izgubi 30 % kostne mase, moški pa 15 %. Tako ženske kakor moški dosežejo največjo fizično moč med 20. in 30. letom, nato pa se do 70. leta mišična moč zmanjša za 30 %. Vzrok je v izgubi puste mišične mase – sarkopeniji, s starostjo pogojenim progresivnim upadanjem količine mišičnega tkiva in njegove učinkovitosti, kar se kaže kot manjša mišična moč, manjša jakost in slabša vzdržljivost, ki je poleg staranja tudi posledica starostnikove fizične neaktivnosti.

S starostjo se spreminjajo tudi endokrine funkcije telesa, še posebno delovanje hipofize, trebušne slinavke, ščitnice in nadledvične žleze. Približno 40 % starostnikov med 65. in 75. leti ima zmanjšano glukozno toleranco, ki vodi v diabetes tip 2. Slabša presnova glukoze, ki vodi v visoke vrednosti glukoze v krvi, je posledica treh dejavnikov:

- inzulinska rezistenca (zmanjšan učinek inzulina na periferno tkivo),
- nezadostno izločanje inzulina trebušne slinavke (relativno pomanjkanje inzulina),
- kombinacija rezistence in nezadostnega izločanja inzulina.

Poleg genetsko pogojenih dejavnikov na nastanek diabetesa tipa 2 vplivajo tudi naslednji dejavniki: neprimerna prehrana, premajhna fizična aktivnost in povišana telesna maščoba (predvsem visceralno-abdominalna). Z leti pešajo tudi pljučna in kardiovaskularna funkcija.

Proces staranja je, vsaj pri neaktivnih posameznikih, povezan s številnimi fiziološkimi spremembami, ki vplivajo na potrebe po hranilih in energiji ter na izbiro hrane. S staranjem nastopi znatna izguba mišične in kostne mase, zmanjšana imunska odpornost, atrofija črevesne sluznice, slabše zaznavanje vonja in okusa ter zmanjšana žeja. Izguba mišične mase zaradi neprimerne prehrane ali bolezni je nereverzibilna, tudi fizična aktivnost ima žal pri starostniku na povečanje mišične mase majhen vpliv.

Beljakovinska podhranjenost

Največja težava pri zagotavljanju starostnikove ustrezne prehranjenosti je na eni strani starostnikov zmanjšan apetit in pokritje specifičnih prehranskih potreb (npr. zadostna oskrba z beljakovinami) s primerno načrtovanimi obroki na drugi strani. Študije EU kažejo da je največji problem starajočega prebivalstva beljakovinska podhranjenost. Beljakovinska podhranjenost je velik problem, čeprav energijske potrebe za kritje bazalnega metabolizma s starostjo padajo. 10 % nižje so v starostni skupini med 50. in 70. letom in kar 20 do 25 % manjše v starostni skupini po 70. letu.

V EU je v tem trenutku 7 milijonov starostnikov, starejših od 65 let, beljakovinsko podhranjenih. Evropska študija Seneca je dokazala redko podhranjenost med zdravimi starostniki na domu, saj je le 5 % starostnikov živečih doma podhranjenih. Zelo pogosta pa je podhranjenost pri oslabeledih in bolnih starostnikih ne glede, kje bivajo. Podhranjenih je 35 % starostnikov, ki ima organizirano nego na domu in kar 35–85 % starostnikov v domovih. Primerno prehranjenih je le 10 % starostnikov, živečih v domovih. Med hospitaliziranimi starostniki, ki pridejo iz teh domov, imajo podhranjeni petkrat višjo smrtnost v primerjavi s primerno prehranjenimi (ESPEN LLL, 2014).

Največja težava je, da teh starostnikov ne vidimo, saj imajo normalno telesno težo, so sarkopenični, kar pomeni, da imajo ob normalnem indeksu telesne mase (ITM) močno zmanjšano mišično maso in mišično moč ter so praktično nezmožni gibanja. Za prepoznavanje beljakovinske podhranjenosti in nezadostne oskrbe z mikrohranili poznamo preproste in učinkovite presejalne teste, ki se v institucionalnem varstvu starostnikov praktično ne uporabljajo. Za učinkovito oceno prehranske ogroženosti uporabljamo vprašalnik Mini prehranski pregled (MPP).

Prehransko preverjanje starostnikov mora biti pogosto – po priporočilih redno tedensko (MZ, 2008). Ukrepati moramo takoj, ko zaznamo odmik od normale. Ocena prehranske ogroženosti je orientacijska podlaga za pripravo ustreznega načrta prehranske podpore.

Prehranska podpora

Starostniki si zaslužijo skrbno načrtovano prehrano, ki bo energijsko in hranilno ovrednotena. Potrebe po energiji s staranjem padajo zaradi:

-
- zmanjšane porabe energije pri telesni aktivnosti in zaradi upočasnjene metabolizma,
 - zmanjšane kostne in mišične mase,
 - zmanjšane intenzivnosti in obsega vadbe.

Zdrav starostnik potrebuje 25–30 kcal (105 kJ–125 kJ)/kg telesne mase. To pomeni, da starostnica potrebuje 1500 kcal (6300 kJ) starostnik pa 1700 kcal (7100 kJ) energije na dan. Če je starostnik oslabele in/ali ima kronično obolenje, potrebuje še dodatek v višini 400 kcal (1680 kJ)/dan.

Poleg zadostnega vnosa energije je pomemben zadosten vnos beljakovin. Zdrav starostnik potrebuje 1.0 g B/kg telesne mase, oslabele in kronično bolan starostnik pa 1.2–1.5 g B/kg telesne mase. Najboljša sinteza beljakovin poteka čez dan, zato je pri starostniku pomembno, da so beljakovine razporejene enakomerno med vsaj tri glavne obroke v količini 25–30 g beljakovin/obrok, s tem zagotovimo organizmu 2.5g do 2.8g levcina, esencialne aminokisline, pomembne za vzdrževanje mišične mase.

Vnos maščob je do 30 % dnevnih energijskih potreb, ogljikovih hidratov od 55–60 %.

Pri bolnikih, ki so podhranjeni ali so prehransko ogroženi, čim bolj zgodaj uporabimo peroralne prehranske dodatke za povečanje vnosa energije, beljakovin in mikrohranil. S tem vzdržujemo ali izboljšamo prehransko stanje in možnost preživetja starostnika.

Zagotavljanje prehranske terapije

Starostniki s kroničnimi obolenji si zaslužijo skrbno načrtovano prehransko terapijo (dieto) še posebej takrat, ko pride zaradi nezmožnosti ali oteženega žvečenja in požiranja do spremembe v konsistenci hrane (sesekljana, kašasta, pasirana prehrana, sondna prehrana). Ni namreč dovolj, da osnovni obrok le zmiksamo in prepasiramo skozi cedilo. Tako pripravljen obrok je hranilno in energijsko vprašljiv. Druga težava je, da praviloma »rjave kaše« ne pripoznajo niti negovalno osebje, ki z njo hrani starostnika. Starostnik ne ve, kaj je. Ste kdaj pomislili, kako se pri tem počuti? Starostnikov občutek med hranjenjem je podoben občutku, kot da bi jedli z zavezanimi očmi, ne da bi prej ponujeno jed videli in nevedoč, kdo vam jo je pripravil - bi si upali?

Hranilne in energijske potrebe starostnika, ki mora uživati obroke spremenjene konsistence, so enake ali celo večje kot pri zdravem starostniku, saj ima starostnik z disfagijo kup kroničnih obolenj in s tem povezanih zdravil. Področje priprave prehrane s spremenjeno konsistenco zato zahteva skrbno načrtovanje, saj mora starostniku zagotoviti ohranjanje najpomembnejšega – mišične mase in posledično telesne teže. Na ta način lahko starostniku s posebnimi prehranskimi potrebami zagotovimo ohranjanje zdravja in dostojno staranje, do katerega ima vso pravico.

Na nastanek podhranjenosti pri starostnikih vplivajo številni dejavniki:

- poslabšanje okusa, vonja in apetita;
- motnje hranjenja (anoreksija);
- motnje požiranja (disfagija);
- pomanjkljivo zobovje;
- bolezni, povezane s starostjo;
- demenca;
- številna zdravila;
- socialna izolacija;
- nezmožnost samohranjenja;
- finančno pomanjkanje;
- čustveni problemi (depresija);
- anoreksija;
- zloraba starostnikov;
- starostna paranoja.

V domsko oskrbo starostnikov je zato nujno treba uvesti redno prehransko presejanje na podlagi testa MPP, ki bo služil kot podlaga k načrtovanju varovalne in terapevtske prehrane starostnikov. Del zdravstvenega tima bo moral postati tudi diplomirani dietetik, ki bo poskrbel za uresničevanje ciljev prehranske podpore starostnika, ki so:

- zagotovitev zadosti energije, beljakovin in mikrohranil;
- vzdrževanje ali izboljšanje prehranskega stanja;
- vzdrževanje ali izboljšanje funkcionalnosti, dejavnosti in sposobnosti za rehabilitacijo;
- zmanjševanje obolevnosti in smrtnosti pri bolnih in oslabeledih starostnikih;

- pri prehransko ogroženih starostnikih pravočasna uvedba peroralnih energijskih dodatkov oz. po potrebi enteralno hranjenje z ustreznimi formulami.

Nenehno se moramo zavedati, da je pri starejših ljudeh obnova celične telesne mase počasnejša kakor pri mlajših, zato je smiselna uporaba dovolj zgodnje preventivne prehranske podpore.

Literatura:

Carrión S, Roca M, Costa A, Arreola V, Ortega O, Palomera E, Serra-Prat M, Cabré M, Clavé P. Nutritional status of older patients with oropharyngeal dysphagia in a chronic versus an acute clinical situation. *Clin Nutr.* 2017 Aug; 36(4):1110–1116.

Cereda E, Valzolgher L, Pedrolli C. Mini nutritional assessment is a good predictor of functional status in institutionalised elderly at risk of malnutrition. *Clin Nutr.* 2008 Oct; 27(5):700–5.

Courtney-Martin G, Ball RO, Pencharz PB, Elango R. Protein Requirements during Aging. *Nutrients.* 2016 Aug 11; 8(8).

De Groot LCPGM, van Staveren WA, Dirren H, Hautvast JGAJ. Seneca: Nutrition and the elderly in Europe, follow-up study and longitudinal analysis. *Eur J Clin Nutr* 1996; Suppl. 2:50.

Gariballa S, Alessa A. Impact of poor muscle strength on clinical and service outcomes of older people during both acute illness and after recovery. *BMC Geriatr.* 2017 Jun 7; 17(1):123.

Lardiés-Sánchez B, Sanz-París A, Pérez-Nogueras J, Serrano-Oliver A, Torres-Anoro ME, Cruz-Jentoft AJ. Influence of nutritional status in the diagnosis of sarcopenia in nursing home residents. *Nutrition.* 2017 Sep; 41:51–57.

Lardiés-Sánchez B, Sanz-París A, Pérez-Nogueras J, Serrano-Oliver A, Torres-Anoro ME, Ballesteros-Pomar MD. Disability and its influence in nutritional assessment tools in elderly people living in nursing homes. *Nutr Hosp.* 2017 Oct 24; 34(5):1080–1088.

Liguori I, Russo G, Aran L, Bulli G, Curcio F, Della-Morte D, Gargiulo G, Testa G, Cacciatore F, Bonaduce D, Abete P. Sarcopenia: assessment of disease burden and strategies to improve outcomes. *Clin Interv Aging.* 2018 May 14; 13:913–927.

Lofgren I, Greene G, Schembre S, Delmonico MJ, Riebe D, Clark P. Comparison of diet quality, physical activity and biochemical values of older adults either reporting or not reporting use of lipid-lowering medication. *J Nutr Health Aging.* 2010 Feb; 14(2):168–72.

Priporočila za prehransko obravnavo bolnikov v bolnišnicah in starostnikov v domovih za starejše občane. Ur. Kozjek Rotovnik N, Milošević M. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, 2007Dostop:http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javno_zdravje_09/Priporocila_za_prehransko_obravnavo_bolnikov.pdf.

Preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb v domovih za starejše

Na Varuha človekovih pravic Republike Slovenije se je obrnilo več pobudnikov, ki so opozarjali na problematiko obvladovanja bolnišničnih okužb, t. j. okužb, ki nastanejo zaradi izpostavljenosti postopkom, povezanih z zdravljenjem v bolnišnicah in drugih institucijah, ki izvajajo zdravstvene storitve, kot so domovi za starejše (domovi). Pobudniki so nas opozarjali, da zase ali za svoje svojce, ki so okuženi z bolnišnično okužbo, ne morejo urediti premestitve iz bolnišnice v dom. Glede na v pobudah izpostavljeno problematiko in dejstvo, da tovrstne okužbe predstavljajo enega večjih javnozdravstvenih problemov pri nas, smo se odločili, da bomo področje obravnave in preprečevanja bolnišničnih okužb podrobneje proučili.

Tako smo 2017 slovenske bolnišnice povprašali, ali se srečujejo s težavami pri premestitvi pacientov, ki so kolonizirani z večkratno odpornimi mikroorganizmi, v domove. Na podlagi odgovorov bolnišnic smo ugotovili, da so razmere na terenu različne, različna pa je tudi uspešnost bolnišnic pri obvladovanju te problematike. Težave se pojavljajo predvsem pri dolgotrajnem čakanju na premestitev pacienta v institucionalno varstvo, ki lahko v nekaterih primerih traja tudi več kot pol leta. Pacienti čakajo na oddelkih za neakutno obravnavo, ponekod pa zasedajo postelje, ki so namenjene akutni obravnavi. Poseben problem pri takih sprejemih v institucionalno varstvo predstavlja potreba o namestitvi v enoposteljno sobo, saj so take sobe najbolj zasedene, hkrati pa tudi najdražje; pri namestitvi koloniziranih pacientov v večposteljne sobe pa je ovira, da morajo

1 Živa Cotič Zidar, univ. dipl. prav., mag. prava (MA), svetovalka Varuha, Varuh človekovih pravic Republike Slovenije, info@varuh-rs.si

2 Lili Jazbec, prof. defekt., svetovalka Varuha, Varuh človekovih pravic Republike Slovenije, info@varuh-rs.si

imeti vsi stanovalci v sobi isto okužbo. Težavo predstavljajo tudi nove oblike odpornih bakterij in, kot nas je opozorila Skupnost socialnih zavodov Slovenije (SSZS), pomanjkanje kadra, ki bi osebam z bolnišničnimi okužbami zagotavljal ustrezno zdravstveno nego.

Glede na navedeno, smo leta 2018, ki ga je Varuh posvetil problematiki starejših, o problematiki preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb (POBO) v domovih povprašali tudi pristojne državne organe in institucije. Na Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (MDDSZ), Ministrstvo za zdravje (MZ) in Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ) smo naslovili poizvedbe v zvezi z njihovo dejavnostjo na tem področju.

MDDSZ nam je sporočil, da so 2016 organizirali sestanek, na katerem so sodelovali predstavniki MDDSZ, MZ, Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije in SSZS. Na sestanku je bilo sprejetih več sklepov, s katerimi so se navedeni deležniki dogovorili za usposabljanje osebja domov za starejše na področju bolnišničnih okužb, Nacionalna komisija za obvladovanje bolnišničnih okužb (NAKOBO) pri Ministrstvu za zdravje pa naj bi pregledala dejavnike tveganja za bolnišnične okužbe in po potrebi novelirala Navodila za POBO iz leta 2007. MZ in ZZZS naj bi na podlagi ugotovitev NAKOBO pripravila finančne ukrepe, če bodoči stanovalci prihaja v dom iz domačega okolja oziroma prek osebnega zdravnika. MDDSZ nam ni sporočilo, ali so katerega od sklepov tudi realizirali.

MZ nam je v posredovanem odgovoru sporočilo, da imenovane nadzorne komisije, ki jih sestavljajo člani NAKOBO, zaenkrat ne opravljajo nadzorov izvajanja programa POBO v domovih. Zaradi majhnega števila ustreznih strokovnjakov se namreč nadzori izvajajo le v bolnišnicah. Tudi NIJZ nam je sporočil, da zaradi omejenih virov ne spremlja izvajanja POBO v domovih za starejše, raziskave in spremljanje bolnišničnih okužb opravljajo le v okviru bolnišnic oziroma podatkov iz bolnišnic.

Iz navedenega izhaja, da je področje preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb v domovih podvrženo sistemskim pomanjkljivostim, ki se najverjetneje odražajo tudi v delovanju domov. Ker smo želeli pridobiti tudi stališča in podatke domov, smo na te naslovili vprašalnik, s katerim smo želeli ugotoviti, na kakšen način urejajo preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb, kdo in na kakšen način tovrstne programe izvaja, kakšni so preventivni ukrepi za preprečevanje (širjenja) okužb pri stanovalcih in zaposlenih v domovih in kje domovi zaznavajo največje težave. Želeli smo pridobiti in proučiti tudi mnenja stanovalcev in zaposlenih v domovih, zato smo, kot je pojasnjeno že v

prejšnjem prispevku o problematiki prehrane, obiskali tudi deset domov in se o problematiki bolnišničnih okužb pogovorili z naključnimi stanovalci in tistimi, ki so to izrecno želeli.

Iz odgovorov na vprašalnik, ki smo ga posredovali domovom, je razvidno, da imajo vsi domovi, ki so bili vključeni v našo raziskavo, sprejet program POBO, pri čemer je pri pripravi programa 40 % domov sodelovalo z zunanjimi strokovnjaki (npr. strokovnjaki s področja higiene, mikrobiologije, infekcij) ali internimi strokovnjaki (npr. domski zdravniki, vodje zdravstvene nege in oskrbe, diplomirane medicinske sestre zaposlene v domu). Domovi so program POBO utemeljevali tudi na Navodilih za POBO v socialnovarstvenih zavodih, ki jih je novembra 2007 pripravila delovna skupina iz domov v sodelovanju z NAKOBO.

Za izvajanje POBO v domovih skrbijo različni kadri, pri čemer so to največkrat vodje zdravstvene nege in oskrbe ali namestniki direktorjev za to področje, diplomirane medicinske sestre ali drugi zaposleni v zdravstveni negi. V manjšini domov je za izvajanje zdravstvene nege pristojen direktor. Domovi so večkrat poudarili, da POBO pravzaprav izvajajo vsi zaposleni. Kljub temu velja omeniti, da smo ob obisku enega izmed domov opazili nepoznavanje navodil za POBO, saj dežurna medicinska sestra ni vedela, ali imajo v domu kakšna priporočila za ravnanje s koloniziranimi stanovalci.

Domovi imajo največkrat imenovano tudi t. i. odgovorno osebo za POBO. To so v 35 % domov vodje zdravstvene nege in oskrbe oziroma namestniki direktorjev za to področje, v enakem odstotku so odgovorne osebe medicinske sestre, v nekaterih domovih pa so odgovorne osebe strokovnjaki s področja higiene ali domski zdravnik. Le trije domovi odgovorne osebe nimajo imenovane, pri čemer sta dva domova izpostavila, da v praksi za to področje odgovarja zdravstveno-negovalno osebje.

Zanimalo nas je tudi, ali program POBO vsebuje tudi protokole pri sprejemu novih stanovalcev iz bolnišnice ali domačega okolja. Približno 60 % domov sicer tovrstne protokole izvaja, vendar se med seboj razlikujejo glede na to, iz katerega okolja prihajajo, pa tudi glede na dejanske potrebe in zdravstveno stanje stanovalca. 20 % domov nam je odgovorilo, da njihov program POBO tovrstnih protokolov ne vsebuje.

Domovi se pri testiranju stanovalcev na prisotnost bolnišničnih okužb poslužujejo različnih pristopov, kar so pokazali tako vprašalnik kot tudi obiski

domov. Le dva domova ob sprejemu testirata vse novo sprejete stanovalce, pri čemer en dom testiranja ne izvaja, če je bil stanovalec testiran v bolnišnici ali drugem zavodu in izvid ni starejši od 14 dni. Približno 50 % domov novo sprejetih stanovalcev sicer ne testira, vendar pa od stanovalcev, ki prihajajo iz bolnišnic zahtevajo, da jim posredujejo izvide odvzetih brisov oziroma izvide pridobijo kot del dokumentacije iz bolnišnic. Preostali domovi testiranja izvajajo takrat, ko se pojavi sum na bolnišnično okužbo ali ko stanovalec pride iz bolnišnice, in ne domačega okolja.

Tudi obiski domov so pokazali različno prakso testiranja stanovalcev. V enem od domov, kjer sicer stanovalcev ne testirajo, morajo stanovalci testiranje pred prihodom v dom plačati sami. Po prihodu v dom jih lahko na testiranje napoti domski zdravnik. V enem od domov so nam povedali, da domski zdravnik stanovalcev ne napotuje na testiranja, ker ne želi povzročati dodatnih stroškov zdravstvenemu domu.

Velika večina domov (približno 90 %) izvaja izolacijo stanovalcev, ki so kolonizirani z večkratno odpornimi mikroorganizmi. Izolacija se izvaja v enoposteljnih sobah ali večposteljnih sobah, kamor so nameščeni stanovalci z istimi okužbami. Manjšina domov izolacijo izvaja, ko jim to dopuščajo prostorske zmožnosti. Nekateri domovi menijo, da stanovalcem gibanja ne morejo omejiti, vendar pa zato sprejemajo druge ukrepe, kot je umivanje rok in razkuževanje okolice.

Težave se v domovih pojavljajo predvsem pri izvajanju izolacije stanovalcev z demenco. Približno 30 % domov izvaja izolacijo za stanovalce z demenco na enak način kot za ostale stanovalce, približno 40 % pa izvaja tudi dodatne ukrepe, kot so pomoč stanovalcu pri higieni in spremljanje. Nekateri domovi primerov stanovalcev z demenco, ki so okuženi z večkratno odpornimi mikroorganizmi, še ni imelo, nekateri pa na naše vprašanje niso odgovorili.

Pri obiskih domov smo ugotovili, da imajo domovi glede izvajanja izolacije očitno različne prakse. V nekaterih domovih kolonizirane stanovalce namestijo v enoposteljne ali večposteljne sobe ali pa celo na posebne oddelke, kjer so okuženi stanovalci popolnoma ločeni od ostalih stanovalcev. V drugih domovih kontaktne izolacije ne izvajajo ali pa jo izvajajo samo pri bolnikih z določenimi bolnišničnimi okužbami, npr. pri okuženih z MRSA in CRAB, ne pa pri okuženih z ESBL, ki je v nekaterih izmed obiskanih domov ne obravnavajo kot bolnišnično okužbo.

Prav pri okužbah z MRSA in ESB� nekateri domovi kot zaščitni ukrep uporabljajo le osnovne higienske ukrepe, kot je na primer umivanje rok, druge pa osebe v stik z okuženimi prihaja le v popolni zaščitni opremi (maska, predpasnik, rokavice ipd.). Pri okužbi z CRAB smo v enem od domov zasledili tudi uporabo zaščitnega skafandra.

V primeru težav (npr. pri izvajanju izolacije, testiranj) domovi pomoč največkrat poiščejo pri bolnišničnih službah in NAKOBO, obračajo se tudi na NIJZ, domaše zdravnike in strokovnjake s področja mikrobiologije ter infektologe.

V raziskavo smo poskušali vključiti tudi podatke domov o številu okuženih stanovalcev (po posamezni bakteriji), vendar pridobljenih podatkov po okužbah zaradi napak pri vnosu ni bilo mogoče analizirati. Pogoste so predvsem okužbe z MRSA in ESB�, pojavljajo pa se tudi druge okužbe ali kombinacije okužb. Domovi so navajali, da so stanovalci okuženi z bakterijami CRAB, CRPs, E.coli, VRE in CRE. Večina domov je zaznala porast vsaj ene vrste okužbe, manjšina pa sprememb ne opaža ali pa zaznava trend izboljšanja.

Zaradi navedb pobudnikov o težavah pri sprejemu stanovalcev, ki so okuženi z večkratno odpornimi mikroorganizmi, v domove, smo domove vprašali tudi, kdaj so nazadnje sprejeli koloniziranega stanovalca. Približno 60 % domov je koloniziranega stanovalca sprejelo 2018, 25 % domov pa 2017, preostali domovi so koloniziranega stanovalca nazadnje sprejeli v letih 2013 do 2015. Trije domovi nam na to vprašanje niso odgovorili ali pa je bil odgovor nedoločen. Domovi večino koloniziranih stanovalcev sprejmejo iz bolnišnic, vendar pa je tu treba omeniti, da večina domov stanovalcev, ki prihajajo od doma, ne testira, tako da ta podatek ni zanesljiv.

Ker so poleg stanovalcev bolnišničnim okužbam izpostavljeni tudi zaposleni, nas je zanimalo, ali so domovi kolonizacijo ugotovili tudi pri zaposlenih, in ali izvajajo testiranja zaposlenih. Le štirje domovi so ugotovili, da je zaposleni koloniziran z večkratno odpornim mikroorganizmom, o testiranjih zaposlenih je sicer poročalo deset domov. V domovih glede testiranj zaposlenih ni enotne prakse. V nekaterih domovih so nam ob obiskih pojasnili, da zaposlenih ne testirajo, da pa, če bi bil zaposleni okužen, nedvomno ne bi mogel biti na delovnem mestu. V nekaterih domovih so nam povedali, da bi testiranje omogočili, če bi zaposleni tako želeli.

Domovi zaposlene o bolnišničnih okužbah večinoma redno izobražujejo. Tako v približno polovici domov za izobraževanja poskrbijo enkrat letno, v

določenih domovih tudi večkrat letno. Domovi so poročali tudi o izobraževanju novo zaposlenih in pripravnikov. Kljub temu, da večina domov redno izvaja izobraževalne prakse oziroma se zaposleni izobraževanju udeležujejo drugje, pri približno 15 % domov ni bilo mogoče ugotoviti, ali izobraževanja dejansko izvajajo. Pri obisku enega od domov od vodstva nismo uspeli pridobiti informacije o tem, kdaj je bilo izobraževanje nazadnje izvedeno, zaznali pa smo tudi nepoznavanje bolnišničnih okužb s strani zaposlenih.

Nekateri domovi (približno 20 %) izvajajo izobraževanje tudi za svojce, sicer pa svojce o pravilnem ravnanju s koloniziranimi osebami izobražujejo individualno (ob pojavu okužbe). Kljub temu pri obisku enega od domov sorodnica okuženega stanovalca ni bila seznanjena z njegovim zdravstvenim stanjem, prav tako ni vedela, zakaj medicinska sestra nosi zaščitno opremo. V enem od domov so nam povedali, da za informiranje zadostujejo le zloženke, v katerih lahko stanovalci in svojci najdejo vse informacije.

Večina (približno 90 %) domov meni, da so pri preprečevanju in obvladovanju bolnišničnih okužb uspešni ali da vsaj sledijo smernicam, preostali menijo, da so deloma uspešni oziroma da se trudijo po najboljših močeh. Kljub temu so domovi navedli vrsto težav, s katerimi se soočajo.

Prva težava, ki so jo izpostavili, je neupoštevanje navodil o preprečevanju in obvladovanju bolnišničnih okužb. Težavo predstavlja predvsem izolacija pokretnih stanovalcev, ki jim dom ne more omejiti gibanja. Domovi so navedli, da »...mi nismo bolnišnica in so v naši ustanovi stanovalci doma, zato jih težko omejujemo pri gibanju in pri koriščenju skupnih prostorov«, pri čemer so izpostavili, da imajo »stanovalci potrebo po druženju, zato jim ne omejujemo gibanja.«

Domovi so posebej izpostavili težave, ki jih pri razumevanju navodil povzroča demenca: »Ko npr. pri dementnem, begajočem stanovalcu odkrijemo kolonizacijo, ga ne moremo/smemo seliti, osebja za nadzor nimamo dovolj, in tak stanovalec predstavlja veliko nevarnost za vse ostale stanovalce in obiskovalce DSO. Tudi če bi imeli varovani oddelek, kolonizacija ni in ne more biti razlog za selitev na tak oddelek.« Nerazumevanje in nespoštovanje navodil domovi zaznavajo tudi pri svojcih in drugih stanovalcih, ki niso kolonizirani. V domovih so navedli, da »največje težave zaznavamo pri svojcih, ki včasih ne jemljejo dovolj resno navodil, ki jih dobijo, bodisi ob sprejemu bodisi ko je pri njihovem svojcu ugotovljena kolonizacija« in da »največ težav povzročajo svojci, ki ne želijo upoštevati naših navodil, ker želijo imeti pristen stik s stanovalcem.«

Poleg neupoštevanja navodil po mnenju domov predstavljajo težavo tudi neustrezni kadrovski normativi, visoki stroški, časovno in strokovno zahtevna obravnava ter pomanjkanje prostora, ki onemogoča izvajanje izolacije. Domovi so tako navedli, da »bolnišnične okužbe predstavljajo zelo velik strošek za domove, saj je poraba zaščitnih sredstev zelo velika, za samo izvajanje dela pa se porabi ogromno časa«, »največjo težavo predstavlja zagotavljanje kontaktne izolacije zaradi prostorske stiske«, »največji problem zaznavamo pri namestitvi stanovalca po vrniti iz bolnice nazaj v dvoposteljno sobo, kjer sostanovalec te okužbe nima«, »težave so v finančnih sredstvih za zagotavljanje izvajanja ukrepov in pri številu kadra.« Tudi pri obiskih domov je bila izpostavljena problematika spremenjene cene storitev, če je zaradi zagotavljanja izolacije potrebna namestitev osebe v enoposteljno sobo, ki je dražja. V enem od obiskanih domov so posameznika premestili v podstandardno sobo zato, da so lahko ohranili ceno storitve.

Nekateri domovi so izpostavili tudi željo po poenotenih (novih) navodilih za POBO, saj naj bi bila zdajšnja navodila zastarela, predvsem v luči pojavljanja novih odpornih bakterij. Domovi so kot problematično navajali tudi komunikacijo z bolnišnicami; če je stanovalec doma obravnavan v bolnišnici in se tam okuži z bolnišnično okužbo, ta podatek v dom večkrat prispe pozno, torej po tem, ko je stanovalec že nameščen nazaj v dom.

Na podlagi opravljene raziskave, obiskov domov in pogovorov, ki smo jih ob obiskih domov opravili s stanovalci, svojci in zaposlenimi, Varuh ocenjuje, da je treba preprečevanju in obvladovanju bolnišničnih okužb nameniti več pozornosti tako znotraj domov kot tudi na sistemski ravni.

Pristojna ministrstva in zavodi morajo sprejeti sistemske ukrepe za opravljanje spremljanja in nadzora nad programi POBO. Če obstoječe smernice ne zadostujejo potrebam na terenu in ne prispevajo k poenotenju praks med domovi za starejše, je treba smernice ponovno proučiti in pripraviti nove. Treba je zagotoviti tudi učinkovit nadzor nad izvajanjem programov POBO.

Tako smernice kot tudi 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 bo vsak koloniziran stanovalec v domovih deležen pomoči, oskrbe in nege, ki jo potrebuje. Posebno pozornost je treba nameniti posebej ranljivim skupinam stanovalcev, predvsem stanovalcem

z demenco, ki jim je treba 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, ki bodo naslovila tako vidik zdravstvene nege in oskrbe stanovalcev kot tudi komunikacijo z njimi in njihovimi svojci.

doc. dr. VIKTORIJA TOMIČ¹, Nacionalna komisija za
preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb, Ministrstvo
za zdravje

Bolnišnične okužbe v domovih starejših občanov

Izvod

Ob staranju populacije se bo v prihodnosti povečevalo število oseb, ki bodo potrebovale nastanitev in oskrbo v socialno-varstvenih ustanovah. Zaradi starosti imajo starostniki slabše delovanje imunskega sistema z zmanjšano zmožnostjo odziva na okužbe in cepljenje. Na imunsko disfunkcijo pri stanovalcih socialnovarstvenih ustanov vplivajo in jo poglobljajo različni dejavniki, kot so pridružene kronične bolezni, slaba prehranjenost, dehidracija, zdravljenje z zdravili. Okužbe, ki se pojavljajo pri stanovalcih ustanov za dolgotrajno oskrbo, so po definiciji bolnišnične okužbe zaradi dolgotrajnega bivanja v ustanovi. Kolonizacija in možnost okužbe z večkratno odpornimi mikroorganizmi postaja vedno večji problem tako v zdravstvenih kot tudi v socialnovarstvenih ustanovah in nenazadnje tudi že v splošni populaciji. Širjenje večkratno odpornih bakterij pomeni vedno večje težave pri izbiri ustreznega antibiotika za zdravljenje okužb. Z doslednim izvajanjem programa preprečevanja bolnišničnih okužb in preprečevanjem širjenja večkratno odpornih bakterij med stanovalci socialnovarstvenih ustanov, bi zagotovili varno in kakovostno bivanje starostnikov.

Uvod

Po podatkih Evropskega statističnega urada je v EU-28 januarja 2015 živelo 508,5 milijonov ljudi, starejših od 65 let je bilo 18,9 % prebivalcev. Najvišji delež starejših od 65 let so zabeležili v Italiji (21,7 %), Nemčiji (21,0 %) ter Grčiji

¹ doc. dr. Viktorija Tomič, dr. med., spec. klin. mikrobiol., Univerzitetna klinika Golnik,
viktorija.tomic@klinika-golnik.si

(20,9 %), najnižjega pa na Irskem (13 %) (1). Po podatkih Statističnega urada Republike Slovenije je leta 2016 (podatek za julij 2016) v Sloveniji živel 385.572 oseb, starejših od 65 let, kar predstavlja 18,7 % celotnega prebivalstva Slovenije (2). V prihodnjih letih in desetletjih se bo delež starejšega prebivalstva še povečeval tako v Sloveniji kot tudi drugje v Evropi in širše. Leta 2060 bo delež oseb, starejših od 60 let, predstavljal že 30 % celotnega prebivalstva Evrope (1).

Ravno starejša populacija pogosto potrebuje pomoč pri vsakodnevni opravi ali pa so posamezniki popolnoma odvisni od nege in potrebujejo institucionalno namestitve. V Sloveniji je približno 110 domov starejših občanov (DSO), v katerih prebiva okrog 22.000 ljudi (3). Po podatkih Statističnega urada Slovenije so bili leta 2014 izdatki Republike Slovenije za dolgotrajno oskrbo na domu in v institucijah 487 milijonov EUR; od tega je bilo 73 % iz javnih virov, preostalih 27 % pa iz zasebnih (3). Razmerje med izdatki za zdravstveni in socialni del dolgotrajne oskrbe se od leta do leta bistveno ne spreminja. Leta 2014 je bilo 67 : 33. Največ izdatkov je bilo namenjenih za izvajanje dolgotrajne oskrbe v institucijah, in sicer 76,5 %, od tega največ v domovih za starejše (57,1 %), nato v različnih socialnih zavodih (15,4 %) in nazadnje v bolnišnicah (3,9 %). Leta 2014 je bilo 60.750 prejemnikov dolgotrajne oskrbe in delež tistih, ki so prejeli storitve dolgotrajne oskrbe v institucijah, je bil največji (36,5 % ali malo več kot 22.000 oseb).

Kolonizacija z večkratno odpornimi bakterijami pri stanovalcih v domovih starejših občanov

Kolonizacija z večkratno odpornimi mikroorganizmi, kot so proti metilinu odporen *Staphylococcus aureus* (ang. Methicillin-resistant *S. aureus* – MRSA), enterobakterije, ki izločajo beta-laktamaze razširjenega spektra (ang. Extended spectrum beta-lactamase producing enterobacteria – ESBL), proti vankomicinu odporni enterokoki (ang. Vancomycin-resistant enterococci – VRE), enterobakterije, odporne proti karbapenemom (ang. Carbapenem-resistant enterobacteria – CRE) in proti karbapenemom odporni nefermentativni po Gramu negativni bacilli (*Pseudomonas aeruginosa* in *Acinetobacter baumannii*), postaja vedno večji problem ne samo v bolnišnicah, temveč tudi v socialnovarstvenih ustanovah. Asimptomatska kolonizacija je prvi korak kasnejše okužbe (4, 5). Kolonizacija z večkratno odpornimi bakterijami (VOB) lahko vztraja daljše obdobje, zato je kolonizirani stanovalec socialnovarstvenih ustanov eden najpomembnejših virov vnosa VOB v bolnišnice in vir kasnejših prenosov znotraj socialnovarstvenih

ustanov (6). Za ustrezno ukrepanje in obvladovanje ter preprečevanje širjenja VOB potrebujemo natančne epidemiološke podatke o MRSA, ESBL in drugih VOB.

Po izdaji priporočil za preprečevanje bolnišničnega širjenja MRSA leta 2005 je postalo poročanje pojavnosti MRSA v akutnih bolnišnicah obvezen kazalnik kakovosti, ki nam je omogočal nadaljnje ukrepanje in prilagajanje priporočil. Priporočila za preprečevanje širjenja ESBL smo dobili leta 2010, vendar pa poročanje pojavnosti ESBL ni postalo obvezno, tako da nimamo dobrih vseslovenskih podatkov o razširjenosti ESBL v bolnišnicah. Leta 2007 so predstavniki Nacionalne komisije za preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb (NAKOBO) skupaj s predstavniki Skupnosti socialnih zavodov Slovenije pripravili Priporočila za preprečevanje bolnišničnih okužb v socialnovarstvenih ustanovah, ki vključujejo tudi priporočila za preprečevanje širjenja MRSA, medtem ko priporočil za ESBL ne vsebuje. Presejalno testiranje za odkrivanje nosilcev je priporočeno, vendar se pogosto zatakne zaradi pomanjkanja finančnih sredstev. Večina podatkov o pojavnosti MRSA in ESBL v socialnovarstvenih ustanovah je pridobljena s presejalnim testiranjem stanovalcev ob sprejemu v bolnišnico.

Leta 2011 smo za diplomsko nalogo na Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik izvedli manjšo raziskavo prevalence MRSA in ESBL v dveh slovenskih DSO, in sicer v največjem slovenskem DSO Domu Danice Vogrinc Maribor in v DSO Ilirska Bistrica (7). Med obema ustanovama je precejšnja razlika v velikosti, saj lahko mariborski DSO sprejme 809 stanovalcev, medtem ko je kapaciteta ilirskobistriškega 231 postelj. Nadzorne brise smo odvzeli 40 stanovalcem v vsakem izmed obeh DSO. Po 20 stanovalcev iz vsakega DSO se je uvrščalo v eno izmed dveh skupin, in sicer skupino zdravih starostnikov (v zadnjem letu niso potrebovali zdravniške oskrbe) in skupino bolnih starostnikov (v zadnjem letu so vsaj enkrat potrebovali bolnišnično oskrbo). V nadzornih brisih smo iskali MRSA in ESBL. V vsakem izmed obeh DSO smo ugotovili dva (5 %) z MRSA kolonizirana stanovalca. V DSO Ilirska Bistrica nihče izmed 40 stanovalcev ni bil koloniziran z ESBL, medtem ko smo v DSO Danice Vogrinc ugotovili 5 nosilcev ESBL (12,5 %). Ker je vstop novih stanovalcev v največji slovenski DSO vsako leto kar precejšen, smo se odločili, da v času trajanja raziskave pregledamo tudi vse novosprejete stanovalce Doma Danice Vogrinc. Med novosprejetimi stanovalci nismo odkrili nobenega nosilca MRSA, medtem ko smo pri 14 izmed 87 (16 %) novosprejetih stanovalcev ugotovili kolonizacijo z ESBL.

Za zagotavljanje čimbolj kakovostne in varne nastanitve svojih stanovalcev se je vodstvo Doma Danice Vogrincec odločilo izvajati presejalno testiranje vseh novosprejetih stanovalcev tudi po zaključku raziskave. Od 1. januarja 2012 do 1. 1. 2014 smo pri 313 novosprejetih stanovalcih opravili presejalno testiranje za MRSA in pri 684 za ESBL. Odkrili smo 20 nosilcev MRSA (6,4 %) in 84 nosilcev ESBL (12,3 %). V istem obdobju smo na Univerzitetni kliniki Golnik presejalno testirali 5.551 novosprejetih bolnikov za ugotavljanje kolonizacije z MRSA in našli 96 nosilcev MRSA (1,7 %) ter 5.261 bolnikov za ugotavljanje kolonizacije z ESBL in našli 343 nosilcev (6,5 %). Rezultati kažejo na večjo pojavnost VOB pri osebah, ki bodo ali so že nastanjene v DSO. Presejalno testiranje novosprejetih stanovalcev in stanovalcev, ki se vrnejo po hospitalizaciji nazaj v Dom Danice Vogrincec je že dolga leta stalen in utečen postopek, s katerim si pomagajo pri odločitvah o ustrezni namestitvi posameznikov in pri preprečevanju in obvladovanju okužb.

Okužbe pri stanovalcih domov za starejše občane

Okužbe pri stanovalcih DSO so povezane z visoko stopnjo obolevnosti in umrljivosti, pogostimi hospitalizacijami, podaljšanim bolnišničnim zdravljenjem in precejšnjimi stroški zdravljenja. Tveganje za razvoj okužbe je pri stanovalcih DSO višje zaradi dejavnikov samega gostitelja in zaradi načina bivanja v skupnosti. Dejavniki tveganja gostitelja so starostno spremenjena imunost, kar se odraža tudi v slabšem odgovoru na cepiva, povečani dovzetnosti za nekatere sistemske okužbe in reaktivaciji latentnih okužb (npr. tuberkuloza). Pri starejši populaciji so pogostejše pridružene kronične in degenerativne bolezni, nastanitev v skupnosti pa olajša in vzpodbuja izbruhe respiratornih in gastrointestinalnih okužb. Pogosto empirično zdravljenje okužb pri stanovalcih DSO povečuje tveganje za kasnejše okužbe z VOB ter *Clostridium difficile*. Ti večkratno odporni mikroorganizmi se lahko nenamerno prenesejo na druge stanovalce DSO kot tudi na hospitalizirane paciente, ko koloniziran ali okužen stanovalec DSO potrebuje zdravljenje v bolnišnici. Zaradi daljših in pogostejših stikov zdravstvenih delavcev s koloniziranimi stanovalci DSO je možen prenos večkratnoodpornih mikroorganizmov tudi na zdravstvene delavce, ki skrbijo za stanovalce v DSO.

Okužbe, ki nastanejo pri stanovalcih DSO, so po definiciji okužbe, povezane z zdravstvom (OPZ), za katere smo v preteklosti uporabljali izraz bolnišnične okužbe (BO).

Glede na rezultate evropske raziskave HALT-2 (Healthcare-associated infections in long-term care facilities) ocenjujemo, da vsako leto nastane 4,2

milijona OPZ pri stanovalcih ustanov za dolgotrajno oskrbo, medtem ko jih v evropskih akutnih bolnišnicah nastane 3,5 milijona (8). Omenjeno raziskavo so izvedli med aprilom in majem 2013 pri 77.264 stanovalcih v 1.181 ustanovah za dolgotrajno oskrbo v 19 evropskih državah. Večina ustanov, ki so sodelovale v raziskavi, so bili splošni DSO (65 %), mešane ustanove za dolgotrajno oskrbo (19 %), rehabilitacijski centri (6 %) in varovana stanovanja (5 %). Ker sta v raziskavi sodelovali le dve ustanovi za dolgotrajno oskrbo iz Slovenije, podatki ne zadoščajo za sklepanje o razmerah v slovenskih ustanovah za dolgotrajno oskrbo. Raziskava je pokazala, da je 2.626 (3,4 %) stanovalcev imelo na dan raziskave vsaj eno OPZ. Večina izmed njih (95,9 %) je imela eno OPZ, 96 (3,7 %) stanovalcev je imelo 2 OPZ in 13 (0,5 %) stanovalcev je imelo 3 ali več OPZ. Raziskava je tudi pokazala, da na vsak posamezen dan več kot 150.650 stanovalcev ustanov za dolgotrajno oskrbo prejema vsaj eno protimikrobno zdravilo.

V okrožju Stockholm na Švedskem z 2.198.044 prebivalci so leta 2002 uvedli enostaven sistem sledenja pojavnosti okužb pri stanovalcih DSO (9). Po podatkih tega sistema je leta 2014 v DSO bivalo 15.848 stanovalcev, v sistem nadzora okužb pa je bilo vključenih 8.157 stanovalcev. Najpogostejše so bile okužbe sečil (incidence 7,9 na 100 stanovalcev brez urinskih katetrov, 33,8 na 100 stanovalcev z vstavljenim urinskim katetrom), okužbe kroničnih razjed (4,5 / 100 stanovalcev), pljučnice (3,9 / 100 stanovalcev), virusni gastroenteritisi (2,3 / 100 stanovalcev), okužbe kože in mehkih tkiv (1,9 / 100 stanovalcev), druge okužbe zdravljene z antibiotiki (2,5 / 100 stanovalcev). Okrožje Stockholm je velikostno podobno Sloveniji in tudi delež populacije, ki biva v DSO, je primerljiv slovenskemu, zato je njihov sistem zanimiv kot model, ki bi ga lahko udeležili v Sloveniji, ko bi uredili morebitne manjkajoče predpogoje.

Preprečevanje okužb v domovih za starejše občane

Uspešno ugotavljanje, obravnavanje in še posebej preprečevanje okužb v DSO je težavno zaradi različnih razlogov. Prvi razlog je način bivanja stanovalcev v skupnosti z vzpodbujanjem skupnih aktivnosti (skupna jedilnica, skupni prostori za prosti čas in družabne aktivnosti), kar prispeva k večji kakovosti življenja, je pa velik dejavnik tveganja za prenos okužb. Poleg tega starostniki lahko izražajo znake in simptome okužbe drugače kot mlajše osebe, obenem je zaradi kognitivnega upada včasih otežena komunikacija in ubesedenje težav starostnikov. Pomembna ovira pri uspešnem preprečevanju okužb v DSO je še večje pomanjkanje zdravstvenega osebja kot v bolnišnicah in premajhno število ustrezno usmerjeno izobraženega osebja za področje preprečevanja OPZ.

Leta 2007 je delovna skupina Skupnosti socialnovarstvenih zavodov s pomočjo strokovnjakov Nacionalne komisije za preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb pripravila Navodila za izvajanje programa preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb v socialnovarstvenem zavodu, ki tako, kot navodila za bolnišnice, zajemajo zahtevana poglavja (10):

- epidemiološko spremljanje bolnišničnih okužb v DSO;
- doktrina izvajanja diagnostičnih, terapevtskih, negovalnih in drugih postopkov z večjim tveganjem okužb in higieno rok v DSO;
- doktrina sterilizacije, razkuževanja in čiščenja ter ravnanja z odpadki;
- doktrina ravnanja z bolniki, zdravstvenimi delavci in s sodelavci z okužbami;
- program zaščite zdravstvenih delavcev in sodelavcev;
- program usposabljanja zdravstvenih delavcev in drugih zaposlenih in
- tehnični pogoji za izvajanje programa preprečevanja bolnišničnih okužb.

Strokovna priporočila so zelo podobna bolnišničnim, le da so ponekod prilagojena drugačni vsebini bivanja v DSO. DSO je trajno bivališče/dom in zato so nekateri ukrepi za preprečevanje okužb v DSO zelo težko izvedljivi in jih moramo prilagajati glede na možnosti, značilnosti stanovalca, tip okužbe ali kolonizacije, nevarnost za ostale stanovalce, ipd. Dodaten problem pri preprečevanju okužb v DSO predstavlja pomanjkanje zdravstvenega osebja nasploh in še posebej pomanjkanje usmerjeno izobraženega osebja za področje preprečevanja okužb. Poleg omenjenega so skopo odmerjena finančna sredstva ovira za izvedbo mikrobioloških preiskav in za nabavo ustreznih sredstev in pripomočkov. Ob kolonizacijah stanovalcev z VOB, ki narekujejo namestitve/preselitev stanovalca v kontaktno izolacijo, se pogosto dodatno zaplete zaradi nerazumevanja in neustreznih zahtev svojcev. Kljub omenjenim oviram pa je najpomembnejši ukrep preprečevanja okužb v DSO – razkuževanje rok z alkoholnimi razkužili - možno izvajati. Poleg higiene rok so pomembni sestavni deli kakovostnega programa za preprečevanje okužb v DSO cepljenje, dobro obvladovanje izbruhov ter preprečevanje prenosov večkratnoodpornih mikroorganizmov, k čemur pripomore tudi mikrobiološka diagnostika nadzornih kužnin.

Glede na tuje izkušnje in izkušnje iz slovenskih bolnišnic bi morali za uspešno preprečevanje okužb v DSO izpolniti naslednje pogoje:

- prenos uspešnih strategij in prilagoditev programov iz bolnišničnega okolja za izvenbolnišnične negovalne, rehabilitacijske in bivalne ustanove;

-
- zagotovitev števila specializiranega zdravstvenega osebja za preprečevanje in obvladovanje okužb;
 - spremljanje pojavnosti okužb v DSO in poročanje v centralno bazo podatkov s posledičnim ukrepanjem oziroma prilagajanjem priporočil glede na spremenjene epidemiološke pogoje;
 - zagotovitev namenskih finančnih sredstev za preprečevanje in obvladovanje BO.

Zaključek

Ker se povečuje delež populacije, starejše od 65 let, se bo ustrezno povečeval delež ljudi, ki bodo v prihodnjih desetletjih prebivali v DSO. Problemi starostnikov v DSO so drugačni kot problemi starostnikov v domačem okolju ali bolnišnicah, kar je pogojeno delno s samimi značilnostmi teh starostnikov, delno pa z bivanjem v skupnosti. Nenehna rast pojavnosti večkratnoodpornih mikroorganizmov pomeni dodatno tveganje tako za starostnike v DSO kot za ostalo populacijo, če z ukrepi preprečevanja okužb oziroma preprečevanja prenosov in širjenja večkratnoodpornih mikroorganizmov ne bi bili uspešni. S primerno naravnanimi programi preprečevanja okužb, zadostnim številom zdravstvenega/negovalnega osebja in s pomočjo nadzornega sistema za spremljanje pojavnosti okužb in VOB bi lahko omogočili varnejše in bolj kakovostno bivanje starostnikov v DSO.

Reference:

1. Eurostat. *Population structure and aging*. Dostopno na: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_structure_and_ageing.
2. Statistični urad RS. *Število in sestava prebivalstva*. Dostopno na: <http://www.stat.si/StatWeb/Field/Index/17/104>.
3. Statistični urad RS. *Dolgotrajna oskrba, Slovenija, 2014*. Dostopno na: <http://www.stat.si/StatWeb/News/Index/6306>.
4. Reddy P, Malczynski M, Obias A, Reiner S, Jin N, Huang J, et al. *Screening for extended-spectrum beta-lactamase producing Enterobacteriaceae among high risk patients and rates of subsequent bacteremia*. *Clin Infect Dis* 2007; 45: 846–52.
5. Salidar N, Bradley EA. *The risk of infection after nasal colonization with Staphylococcus aureus*. *Am J Med* 2008; 121: 310–5.

-
6. Gruber I, Heudorf U, Werner G, Pfeifer Y, Imirzalioglu C, Ackermann H, et al. Multi-drug resistant bacteria in geriatric clinics, nursing homes, and ambulant care – prevalence and risk factors. *Int J Med Microbiol* 2013, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijmm.2013.05.002>.
 7. Tomič V. MRSA in ESBL v socialnovarstvenih ustanovah – danes, jutri. In: Valenčič G, ed. Večkratno odporni organizmi – okužbe, povezane z zdravstvom: zbornik predavanj: 35. strokovno srečanje. Kranjska gora, 15. in 16. april 2015; Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih, 2015. 2–4.
 8. ECDC Surveillance Report. Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European long-term care facilities. April–May 2013. Stockholm: ECDC, 2014. Dostopno na: <https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/point-prevalence-survey-healthcare-associated-infections-and-antimicrobial-use-2>.
 9. Tammelin A. Infection surveillance in nursing homes in Stockholm county, Sweden, 2005–2014. *Int J Infect Control* 2016; 12: i3.
 10. Delovna skupina SVZS, Delovna skupina NAKOBO. Navodila za izvajanje programa preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb v socialno varstvenem zavodu. Ljubljana: Skupnost socialnovarstvenih zavodov RS; 2007.

prof. dr. BOJANA BEOVIĆ¹, Univerzitetni klinični center
Ljubljana, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani

Predpisovanje antibiotikov in odpornost bakterij proti antibiotikom v socialnovarstvenih zavodih v Sloveniji

Izvleček

Staranje prebivalstva je povezano s potrebo po oskrbi starostnikov, ki zato pogosto živijo v socialnovarstvenih zavodih (SVZ). Okužbe so pogost zdravstveni problem starostnikov, na katere posebej vpliva bivanje starostnikov v SVZ. V nedavni točkovnoprevalenčni raziskavi v slovenskih SVZ je 2,4 % stanovalcev potrebovalo antibiotično zdravljenje, najpogosteje je šlo za okužbe dihal in sečil. Stanovalci so v večini primerov prejeli širokospektralno antibiotično zdravljenje, približno petina jih je bila koloniziranih z večkratno odpornimi bakterijami. Če želimo izboljšati predpisovanje antibiotikov in obravnavo okužb v SVZ, je treba v Sloveniji uvesti spremljanje porabe antibiotikov in odpornosti bakterij v SVZ, uvesti smernice za obravnavo stanovalcev z okužbami ter okrepiti izobraževanje zdravstvenih delavcev in informiranje stanovalcev in njihovih svojcev.

Uvod

Po poročilu EU o staranju prebivalstva iz leta 2015 bo do leta 2060 kar 30 % evropskih prebivalcev starejših od 65 let (1). Tudi v Sloveniji se srečujemo s staranjem prebivalstva. Leta 2008 je bilo 16 % prebivalcev Slovenije starejših od 65 let, po predvidevanjih pa jih bo konec leta 2060 že 33,4 % (2) in posledično s številnimi boleznimi, ki so pogostejše v starosti. Mednje spadajo različne okužbe, ki so med

¹ prof. dr. Bojana Beović, dr. med., Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani, bojana.beovic@kclj.si

glavnimi vzroki smrti pri starostnikih (3,4). S staranjem prebivalstva se večja potreba po dolgotrajni oskrbi, število ljudi, ki potrebuje eno od oblik zdravstvene ali socialne pomoči, je večje. Zaradi bolezni, splošne oslabelosti, gibalne nezmožnosti in demence, ki spremljajo starost, vse več starostnikov v Sloveniji prebiva v socialnovarstvenih zavodih (SVZ). V Sloveniji v socialnovarstvenih zavodih prebiva približno odstotek vsega prebivalstva, 15 % stanovalcev je starejših od 90 let (5,6).

V preglednem prispevku je predstavljen problem okužb pri starostnikih s poudarkom na stanovalcih SVZ, podatki o okužbah pri stanovalcih v SVZ v Sloveniji in predlagani ukrepi na področju obravnave okužb v SVZ.

Problem okužb pri starostniku

Okužbe so v starosti pogostejše kot pri mlajših odraslih ljudeh (3,4), smrtnost zaradi nekaterih okužb je v starosti lahko nekajkrat večja, znaki in simptomi okužbe so pri starostniku pogosto zabrisani (3,4,7). Starostniki so bolj dovzetni za okužbe zaradi epidemioloških dejavnikov, staranja imunskega sistema, slabega prehranskega stanja in številnih fizioloških in anatomskih sprememb, ki jih prinaša starost. V starosti so pogoste kronične bolezni srca, pljuč, ledvic, ožilja, pogosta je sladkorna bolezen. Kronične bolezni slabijo starostnikovo obrambno sposobnost pred okužbami, poleg tega se znaki kroničnih bolezni prepletajo z znaki okužbe in otežujejo njeno prepoznavo. Smrtnost okužb pri starostniku je lahko večja zaradi težavne diagnostike in neustreznega zdravljenja (3,7-9).

Zdravljenje okužb je posebej oteženo zaradi številnih drugih zdravil, ki jih starostniki prejemajo zaradi omenjenih kroničnih bolezni, saj lahko pride do nevarnih součinkovanj med zdravili. Poleg tega so v starosti bolj pogosti tudi neželeni učinki zdravil (7-9).

V SVZ predstavljajo okužbe enega od pogostih zdravstvenih problemov (10,11) in so eden glavnih vzrokov za premestitev starostnika iz SVZ v bolnišnico, to velja predvsem za pljučnico (12). Stanovalci bivajo v zavodih dalj časa in zato so po definiciji okužbe, ki se pojavijo v SVZ, okužbe povezane z zdravstveno oskrbo (OPZ) (angl. Healthcare Associated Infections) (13). V SVZ so tako kot v domačem okolju in bolnišnici najpogostejše okužbe dihal in okužbe sečil. Pri nepomičnih starostnikih so pogoste okužbe razjed zaradi pritiska. Okužbe v SVZ se pojavljajo posamično ali epidemično, lahko so endemične. Bolniki z okužbami predstavljajo za zdravstveno nego še posebno breme. Pomembne so kolonizacije in okužbe z večkratno odpornimi mikroorganizmi (8,14,15).

Pogostnost in vrste okužb pri stanovalcih socialnovarstvenih zavodov

Čeprav nekateri stanovalci v SVZ stanujejo skoraj tako kot doma, jih veliko potrebuje nego in zdravstveno pomoč. Okužbe v SVZ se pojavljajo posamično ali epidemično, lahko so endemične. Pogostnost okužb v SVZ se spreminja glede na obdobje v letu in se lahko močno poveča ob izbruhih bolezni, zato je ocena prevalence okužb s SVZ težavna. V večji italijanski raziskavi je bila prevalenca okužb 11,5 % (11). V SVZ so tako kot v domačem okolju kot bolnišnici najpogostejše okužbe dihal in sečil. Pri nepomičnih starostnikih so pogoste okužbe razjed zaradi pritiska (8,13). V Evropi so do zdaj izvedli dva večja projekta, ki ju je podprl Evropski center za preprečevanje in nadzor bolezni (European Center for Disease Prevention and Control, ECDC), in sicer HALT in HALT-2 (13,16). V obeh projektih, eden je bil izveden leta 2010 in drugi 2013, sta bili najpogostejši okužba dihal (31,2 %) in okužba sečil (31,2 %). Okužbe kože so se pojavile pri 22,8 % stanovalcev SVZ, v nekaterih državah so bile najpogostejše okužbe sečil, druge okužbe dihal. Podobni so bili izsledki nedavne vseslovenske raziskave: 42,7 % je imelo okužbo dihal, 33,3 % jih je imelo okužbe sečil in 19,6 % stanovalcev je imelo okužbo kože in mehkih tkiv (17). Razlike odražajo trenutne razmere, lahko pa tudi različne diagnostične pristope lečečih zdravnikov.

Predpisovanje antibiotikov v socialnovarstvenih zavodih

Ustrezno antibiotično zdravljenje je pomembno za učinkovito zdravljenje bakterijskih okužb ob čim manj neželenih učinkih in součinkovanjih z drugimi zdravili. Poleg tega je odgovorno predpisovanje antibiotikov pomembno tudi za omejitev protimikrobne odpornosti, ki postaja vedno večji javnozdravstveni problem. Zaradi večje pogostnosti okužb v starosti je tudi antibiotično zdravljenje v SVZ pogostejše kot v splošni populaciji. Poznavanje značilnosti predpisovanja antibiotikov v SVZ je pomembno za načrtovanje ukrepov, s katerimi bi izboljšali zdravljenje bolnikov in obenem omejili razvoj in širjenje odpornosti. V SVZ razmeroma pogosto predpisujejo protimikrobno terapijo. Od 47 % do 79 % stanovalcev vsaj enkrat letno prejme protimikrobno terapijo, ki naj zelo pogosto sploh ne bila indicirana. Takšna neprimerna raba antibiotikov posebej prispeva k razvoju odpornosti bakterij (18). V okviru omenjenih dveh vseevropskih projektih so poročali o zelo različni rabi protimikrobnih zdravil v SVZ po Evropi. V novejši raziskavi HALT-2, izvedeni leta 2013, poročajo, da je povprečna pogostnost rabe protimikrobne terapije v Evropi 4,4 % (1,3 % do 11,3 %) (16). V tej raziskavi je sodelovala tudi Slovenija, vendar sta

bila vključena le dva SVZ, zato so bili podatki za našo državo ocenjeni kot slabo reprezentativni. Leta 2016 smo izvedli točkovnoprevalenčno raziskavo, v katero je bilo vključenih 68,43 % SVZ oziroma 70,6 % vseh stanovalcev SVZ v Sloveniji. Antibiotike je prejelo 2,4 % stanovalcev, kar nas uvršča v države z manjšo porabo (17). Rezultat je skladen z ambulantno porabo antibiotikov v Sloveniji, ki je med manjšimi v Evropi (19). Bolj zaskrbljujoč je spekter predpisanih antibiotikov. Najpogostejše uporabljan antibiotik v Sloveniji je bil v omenjeni nedavni raziskavi amoksicilin s klavulansko kislino, na drugem mestu pa so bili fluorokinoloni. V obeh primerih gre za antibiotike širokega spektra, ki pri bakterijah spodbujajo razvoj odpornosti proti antibiotikom. Podoben našemu je bil spekter predpisanih antibiotikov v francoski raziskavi (20). V obeh evropskih raziskavah so bili najpogostejše predpisani penicilinski antibiotiki, med katere spada omenjeni amoksicilin s klavulansko kislino, vendar so med njimi v nekaterih državah prevladovali drugi ožjespektralni penicilini. Sledil je nitrofurantoin in nato fluorokinoloni. Na Norveškem, v eni od držav z znano skrbno rabo antibiotikov, so v SVZ predpisovali predvsem ozkospektralni penicilin in pivmecilinam, ozkospektralni antibiotik, namenjen okužbam sečil, ki ga v Sloveniji ne uporabljamo (21). V slovenskih SVZ sta le dva od 255 stanovalcev, vključenih v omenjeno raziskavo, prejela antibiotike parenteralno (v žilo ali mišico), medtem ko je parenteralna raba antibiotikov v drugih evropskih državah tudi zunaj bolnišnic bolj običajna (13,16).

Večkratno odporne bakterije v socialnovarstvenih zavodih

Zaradi pogoste rabe protimikrobnih zdravil, pa tudi zaradi pogostih hospitalizacij, so starostniki, še posebej tisti, ki stanujejo v SVZ, pogosto kolonizirani ali okuženi z bakterijami, odpornimi proti antibiotikom, kot so proti meticilinu odporni *Staphylococcus aureus* (angl. methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*, MRSA), gramnegativne bakterije z razširjenim spektrom betalaktamaz (angl. extended-spectrum beta-lactamases, ESBL) in *Clostridium difficile*. Kolonizacija se pojavi največkrat med zdravljenjem v bolnišnici; bolnik prinese večkratno odporno bakterijo v SVZ in tam nato pride do kolonizacije ali okužbe več stanovalcev (3,8). V ameriških raziskavah poročajo, da je pogostnost MRSA v SVZ od 4 do 26 % (22–24). Nemška točkovnoprevalenčna raziskava iz leta 2013 je pokazala, da je bila v nekaterih nemških SVZ prevalenca MRSA 6,5 %, prevalenca ESBL in drugih večkratno odpornih po Gramu negativnih bakterij 17,8 % in prevalenca proti vankomicinu odpornih enterokokov (angl. vancomycin-resistant enterococci) VRE 0,4 % (25). Nedavni sistematični pregled raziskav iz vsega sveta je pokazal, da je povprečno v SVZ

koloniziranih z bakterijami, ki izločajo ESBL, 18 % stanovalcev negovalnih ustanov. Razlike med raziskavami so bile zelo velike, v nekaterih državah so ugotavljali nekajodstotno kolonizacijo, drugje je bilo koloniziranih več kot polovica stanovalcev (26). V nedavni vseslovenski raziskavi smo lahko beležili koloniziranost samo tistih stanovalcev, ki so prejeli antibiotično zdravljenje in so z raziskavo pisno soglašali. Informacijo o koloniziranosti smo pridobili iz bolniške dokumentacije. Ugotovili smo, da je bilo vsaj z eno večkratno odporno bakterijo koloniziranih 19,8 % stanovalcev. Največ (15,8 %) stanovalcev je bilo koloniziranih z bakterijami, ki izločajo ESBL, 4,5 % z MRSA, koloniziranosti z VRE nismo ugotovili, pač pa sta bila dva stanovalca kolonizirana z bakterijami, ki so odporne proti karbapenemom, ki predstavljajo zaradi svoje res slabe občutljivosti za antibiotike posebno grožnjo. Trije stanovalci so bili kolonizirani z več kot eno večkratno odporno bakterijo. Ker smo koloniziranost z večkratno odpornimi bakterijami beležili le pri stanovalcih, ki so prejeli antibiotike, bi lahko sklepali, da so bile naše ugotovitve pretirane. Res pa je, da smo podatke o koloniziranosti pridobili iz dokumentacije, torej je šlo le za stanovalce z že dokazano koloniziranostjo. Zelo verjetno bi bilo njihovo število večje, če bi koloniziranost iskali z mikrobiološkimi preiskavami. Stanovalci, kolonizirani z omenjenimi večkratno odpornimi bakterijami, so za zdravljenje okužb v času raziskave prejeli antibiotike, ki so proti večkratno odpornim bakterijam neučinkoviti. V raziskavi nismo ugotavljali povzročiteljev okužb, mikrobiološke preiskave so bile opravljene precej manj pogosto kot v podobnih raziskavah v drugih državah (13,16), lahko pa sklepamo, da so bili vsaj v nekaterih primerih povzročitelji okužb odporni mikroorganizmi in da bolniki kljub temu, da so prejeli zelo širokospektralne antibiotike, niso bili učinkovito zdravljeni (19).

Kako izboljšati obravnavo okužb in predpisovanje antibiotikov v socialnovarstvenih zavodih

V razvitem svetu prebiva v SVZ več kot 2 do 5 % starejših ljudi (22). Izsledki navedenih tujih in slovenskih raziskav kažejo, da so pogosto kolonizirani z večkratno odpornimi bakterijami in da so pogosto zdravljeni z antibiotiki, ki postajajo zaradi večkratno odpornih mikroorganizmov vse manj učinkoviti. Glede na navedeno je nujno, da tudi v Sloveniji sistematično pristopimo k preprečevanju in zdravljenju okužb v SVZ.

S skupino slovenskih strokovnjakov smo nedavno pod okriljem Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) in njene Mreže za z dokazi podprte politike

(Evidence Informed Policy Network, EVIPNet) pripravili osnutek predloga z dokazi podprtih politik za izboljšanje predpisovanja antibiotikov v SVZ za starejše (27). Besedilo je sprejeto za objavo kot dokument SZO in bo predstavljeno na konferenci, ki jo bo letos novembra ob Svetovnem tednu antibiotikov organiziral Urad SZO v Sloveniji. Pričakujemo, da bo predstavitvi sledil dialog z odločevalci, ki bodo omogočili izvedbo politik in ukrepov.

V prvi vrsti potrebujemo kakovostno in sprotno informacijo o tem, kakšne so razmere glede okužb, prisotnosti večkratno odpornih mikroorganizmov in predpisovanja antibiotikov, potrebujemo strokovno utemeljene in okolju v SVZ prilagojene usmeritve za diagnostiko, zdravljenje in preprečevanje okužb, izboljšati pa je treba tudi zavedanje in vedenje zdravstvenih delavcev, stanovalcev in svojcev na tem področju, ki je pomembno za varnost stanovalcev in kakovost njihovega življenja. Predlogi sicer ne vključujejo preprečevanja in obvladovanja z zdravstvom povezanih okužb, v besedilu pa opozarjamo, da je treba v sodelovanju s stroko smiselno sočasno vključiti tudi smernice za to področje. V dokumentu so navedeni trije predlogi, ki so podrobneje opisani v Razpredelnici 1.

Razpredelnica 1: Predlogi z dokazi podprtih ukrepov za izboljšanje predpisovanja antibiotikov v SVZ za starejše v Sloveniji

Področje	Spremljanje in nadzor s povratno informacijo	Smernice	Izobraževanje
Ukrepi	Spremljanje porabe antibiotikov v SVZ	Oblikovanje smernic za diagnostiko okužb v SVZ	Izobraževanje in usposabljanje zdravstvenih delavcev v okviru stalnega podiplomskega usposabljanja
	Spremljanje občutljivosti bakterij, ki povzročajo okužbe v SVZ	Oblikovanje smernic za antibiotično zdravljenje okužb	Stalno in sistematično informiranje stanovalcev, družin in obiskovalcev
	Spremljanje koloniziranosti stanovalcev SVZ z večkratno odpornimi bakterijami	Oblikovanje smernic za ponovno oceno antibiotičnega zdravljenja	
	Spremljanje okužb z bakterijo <i>Clostridium difficile</i>	Oblikovanje smernic za obravnavo okužb v SVZ ob koncu življenja	
	Nadzor predpisovanja antibiotikov s povratno informacijo	Implementacija smernic	

Sklep

S staranjem prebivalstva se v zdravstvu odpirajo nova vprašanja in nova delovna področja. Eno od področij je obvladovanje okužb pri starostnikih, drugo področje pa predstavljajo okužbe, ki ogrožajo starostnike v povezavi z njihovim bivanjem v SVZ. Kljub naraščajočemu številu starostnikov, ki jih obravnavamo, v desetih letih se je na primer na Kliniki za infektivne bolezni in vročinska stanja več kot podvojilo število sprejemov bolnikov, starejših od 80 let, je videti, da na razmere ne kadrovsko ne prostorsko, pa tudi strokovno, nismo pripravljeni. Obravnava starostnika z okužbo ne glede na to, kje poteka, zahteva poseben pristop, ki upošteva vse biološke in socialne posebnosti, zato pa so potrebna posebna znanja in viri, kadrovske in prostorske.

Reference:

1. European Commission. *Employment, Social Affairs & Inclusion Eurostat Demography Report*. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2015.
2. Statistični urad Republike Slovenije. *Starejše prebivalstvo v Sloveniji*. Statistični urad Republike Slovenije [internet]. 2010 [citirano 31 Aug 2016]. Dosegljivo na: <http://www.stat.si/doc/StarejsePrebivalstvo.pdf>.
3. McClean P, Hughes C, Tunney M et al. Antimicrobial prescribing in European nursing homes. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*. 2011; 66: 1609–1616.
4. Bellmann-Weiler R, Weiss G. Pitfalls in the Diagnosis and Therapy of Infections in Elderly Patients – A Mini-Review. *Gerontology*. 2009; 55: 241–9.
5. Skupnost socialnih zavodov Slovenije. *Splošno o domovih in posebnih zavodih* [internet]. Ljubljana: Skupnost socialnih zavodov Slovenije. Dosegljivo na: <http://www.ssz-slo.si/splosno-o-domovih-in-posebnih-zavodih>.
6. Skupnost socialnih zavodov Slovenije. *Poudarki iz analiz področja institucionalnega varstva starejših in odraslih s posebnimi potrebami* [internet]. 2014. Dosegljivo na: <http://www.ssz-slo.si/Media/Default/documents/publikacije/2014-Poudarki%20iz%20analiz%20-%20Skupnost%20socialnih%20zavodov%20Slovenije%20-%20kon%20C4%8Dna.pdf>.
7. Beović B. Posebnosti antibiotičnega zdravljenja v starosti. In: Angeleski H, Baklan Z, Beović B, eds. *Pristop k starostniku z okužbo : zbornik predavanj : 10. Beđjaničev simpozij/strokovno srečanje z učnimi delavnicami*; 2015 May 29-30; Maribor: Univerzitetni klinični center (Maribor). Oddelek za nalezljive bolezni in vročinska stanja; 2015. p. 51–56.
8. Montoya A, Cassone M, Mody L. Infections in Nursing Homes. *Clin Geriatr Med*. 2016; 32: 585–607.
9. Noreddin AM, Haynes V. Use of Pharmacodynamic Principles to Optimise Dosage Regimens for Antibacterial Agents in the Elderly. *Drugs Aging*. 2007; 24 (4): 275–92.

-
10. Kotnik Kevorkijan B., Skok P., Saletinger R. Okužbe v domovih starejših občanov. In: Angeleski H, Baklan Z, Beović B, eds. *Pristop k starostniku z okužbo: zbornik predavanj*: 10. Bedjaničev simpozij/strokovno srečanje z učnimi delavnicami; 2015 May, 29–30; Maribor: Univerzitetni klinični center (Maribor). Oddelek za nalezljive bolezni in vročinska stanja; 2015. p. 137–147.
11. Moro ML, Jans B, Cookson B, et al. *The Burden of Healthcare-Associated Infections in European Long-Term Care Facilities*. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2010; 31 Suppl 1: S59–S62.
12. El-Solh AA, Peter M, Alfarah Z, et al. *Antibiotic Prescription Patterns in Hospitalized Patients with Nursing Home-acquired pneumonia*. *J Hosp Med*. 2010; 5: E5–E10.
13. ECDC. *Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European long-term care facilities*. European Centre for Disease Prevention and Control. 2013. Dosegljivo na: <http://ecdc.europa.eu/en/publications/publications/healthcare-associated-infections-point-prevalence-survey-long-term-care-facilities-2013.pdf>.
14. Montoya A, Mody L. *Common infections in nursing homes: a review of current issues and challenges*. *Aging Health*. 2011; 7(6): 889–899.
15. Benoit SR, Nsa W, Richards CL, et al. *Factors Associated with Antimicrobial Use in Nursing Homes: A Multilevel Model*. *J Am Geriatr Soc*. 2008; 56: 2039–2044.
16. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). *Point prevalence survey of healthcare associated infections and antimicrobial use in European long-term care facilities*. April–May 2013. Stockholm: ECDC; 2014. Dosegljivo na: <https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/point-prevalence-survey-healthcare-associated-infections-and-antimicrobial-use-2>.
17. Stepan D, Ušaj L, Petek Šter M, Smolinger M, Smole H, Beović B. *Antimicrobial prescribing in long-term care facilities: a nation-wide point prevalence study in Slovenia, 2016*. *Euro Surveill* 2018 (sprejeto za objavo).
18. Moro ML, Ricchizzi E, Morsillo F, et al. *Infections and antimicrobial resistance in Long Term Care Facilities: a national prevalence study*. *Ann Ig*. 2013; 25: 109–118.
19. ECDC. *Antimicrobial consumption database (ESAC-Net)*. Dosegljivo na: <https://ecdc.europa.eu/en/antimicrobial-consumption/surveillance-and-disease-data/database>.
20. Marquet A, Thibaut S, LePabic E, Huon JF, Ballereau F. *Three years of antibiotic consumption evaluation in French nursing homes*. *Médecine et maladies infectieuses*. Aug 2015; 45(8): 313–317.
21. Blix H. S, Bergman J, Schjøtt J. *How are antibacterials used in nursing homes? Results from a point-prevalence prescription study in 44 Norwegian nursing homes*. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2010; 19: 1025–103.
22. Crnich C, Jump R, Trautner B. *Optimizing antibiotic stewardship in nursing homes: a narrative review and recommendations for improvement*. *Drugs Aging* 2015; 32: 699–716.

-
23. Pop-Vicas A, Mitchell SL, Kandel R, Schreiber R, D'Agata EM. Multidrug-resistant gram-negative bacteria in a long-term care facility: prevalence and risk factors. *J Am Geriatr Soc* 2008; 56 (7): 1276–80.
24. Hudson LO, Reynolds C, Spratt BG, Enright MC, Quan V, Kim D. Diversity of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* strains isolated from residents of 26 nursing homes in Orange County, California. *J Clin Microbiol* 2013; 51 (11): 3788–95.
25. Hogardt M, Proba P, Mischler D, Cuny C, Kempf VA, Heudorf U. Current prevalence of multidrug-resistant organisms in long-term Care Facilities in the Rhine-Main District, Germany. *Nemčija*: 2013. *Euro Surveill* 2015; 20 (26): pii = 21171.
26. Flokas ME, Alevizakos M, Shehadeh F, Andreatos N, Mylonakis E. Extended-spectrum β -lactamase-producing Enterobacteriaceae colonization in long-term care facilities (LTCFs): a systematic review and meta-analysis. *Int J Antimicrob Agents*. 2017 Nov; 50(5):649–656.
27. Beović B, Čižman M, Papst L, Pečavar B, Šubelj M, Truden Dobrin P. Policy brief: Antibiotic prescribing in long-term care facilities for the elderly (World Health Organization EVIPNet initiative). Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2018 (accepted for publication).

Varstvo osebnih podatkov pri obravnavi pacientov ali oskrbovancev z bolnišničnimi okužbami: uvod v razpravo

Informacijska zasebnost se nanaša na možnost posameznika, da obdrži informacije o sebi, ker ne želi, da bi bili z njimi seznanjeni drugi. Prav tako se nanaša na omejevanje drugih oseb (na primer zdravstvenih delavcev ali delavcev v socialno varstveni organizaciji) pri nadaljnjem razkrivanju informacij o njem. Ta kategorija zasebnosti je predmet sistema varstva osebnih podatkov. Sistem varstva osebnih podatkov pa sestavlja vrsta predpisov, ki na relativno tog način urejajo dopustnost, način, obseg, namene, omejitve in subjekte ravnanja z osebnimi podatki, ter odgovornost za neskladno ravnanje.

Temeljno vprašanje na področju varstva osebnih podatkov je, ali ima upravljavec (na primer izvajalec zdravstvene ali socialno varstvene dejavnosti) na voljo pravno podlago za to, da osebne podatke na določen način obdeluje (na primer jih zbira, shranjuje, vpogleduje, analizira, kopira, razkriva, posreduje, uničuje, spreminja). Pravna podlaga je lahko podana v zakonu ali višjem predpisu (na primer v Zakonu o pacientovih pravicah - ZPacP, Zakonu o socialnem varstvu, Splošni uredbi (EU) o varstvu podatkov, zlasti v členih 6 in 9), pod določenimi pogoji pa je kot alternativa zakonski podlagi možna tudi privolitev posameznika, na katerega se podatki nanašajo. Pri oskrbovancih v socialno varstvenih organizacijah privolitev, zaradi stanja privolitvene nesposobnosti, pogosto ne pride v poštev.

Osnovna vprašanja, na katere je treba odgovoriti, če želi upravljavec osebne podatke na določen način obdelovati, so (v tem vrstnem redu):

¹ mag. Urban Brulc, univ. dipl. prav., samostojni svetovalec Informacijskega pooblaščenca, Informacijski pooblaščenec Republike Slovenije, urban.brulc@ip-rs.si

-
- Ali sploh gre za osebne podatke? Če ne gre za osebne podatke, ker se na primer nanašajo na nedoločljivo osebo, pravila varstva osebnih podatkov ne pridejo v poštev.
 - Ali je podana zveza z neko zbirko osebnih podatkov kot sistematično urejenega oziroma strukturiranega zbira različnih osebnih podatkov (na primer, ali nek podatek izvira iz zdravstvene dokumentacije oziroma ali je namenjen vključitvi vanjo) ali pa gre vsaj za avtomatizirano obdelavo podatkov (na primer za obdelavo osebnih podatkov s sredstvi informacijske tehnologije)? V nasprotnem primeru namreč ne gre za obdelavo osebnih podatkov in pravila varstva osebnih podatkov ne pridejo v poštev.
 - Ali je na voljo pravna podlaga za obdelavo?
 - Ali so osebni podatki in njihova obdelava v skladu z načelom sorazmernosti (člen 5 Splošne uredbe (EU) o varstvu podatkov), t. j. ali so po vsebini in obsegu primerni za namen, za katerega se obdelujejo?
 - Kako mora upravljavec poskrbeti za tehnično varnost osebnih podatkov glede na naravo podatkov, vrsto obdelave, notranjo organizacijo in potrebe, tveganja in druge okoliščine?

Pojem podatka ali informacije o zdravstvenem stanju je zelo široko definiral že ZPacP (45. člen), zato na videz nova definicija po Splošni uredbi (EU) o varstvu podatkov (člen 4, točka 15) v resnici ne prinaša bistvene spremembe. Ta pojem ne vključuje le zdravstvenega stanja v ožjem smislu (na primer anamneza, rezultati kliničnega pregleda, neinterpretirani rezultati diagnostičnih postopkov in sama diagnoza), temveč tudi podatke o času, kraju, vrsti in poteku izvedenega zdravstvenega posega oziroma oskrbe, rezultatih te oskrbe, načrtovani oskrbi in podobno. Za pojem zdravstvenega podatka ni nujno, da izvira oziroma je namenjen v zdravstveno dokumentacijo, saj se ti podatki lahko nahajajo in obdelujejo tudi izven klasične zdravstvene dokumentacije.

Podatek o bolnišnični okužbi je seveda tudi podatek o zdravstvenem stanju, in sicer ne glede na to, ali gre zgolj za dejstvo obstoja bolnišnične okužbe, konkretno vrsto bolezni, vzrok za okužbo, posledice okužbe, potek zdravljenja, rezultate zdravljenja, prognozo in podobno.

Vsaka informacija o zdravstvenem stanju posameznika je (enako) pravno varovana kategorija. V vsakdanjem življenju pa ima subjektivno dožemanje posega v zasebnost (t. j. intimno občutenje glede tega, glede česa in v kakšni meri želi posameznik omejiti širjenje informacij o sebi) širok razpon, ki je odvisen od

vrste, vsebine, izvora, resničnosti in podrobnosti informacij, namena njihovega razkritja, komu in kdaj naj bi se razkrile, pričakovanih posledic razkritja in še vrste drugih okoliščin. Tako nekemu pacientu ali oskrbovancu dejstvo bolnišnične okužbe ne predstavlja kaj posebnega in nima težav s tem, da se s to informacijo seznanijo druge osebe, drugemu ali celo isti osebi pa lahko v določenih okoliščinah enako dejstvo pomeni zelo neprijetno izkušnjo, za katero bi rad, da zanj vedo le zdravstveni delavci ali zdravstveni sodelavci, ki ga obravnavajo.

Posebnih pravnih pravil, ki bi neposredno in izrecno urejala prav ravnanje s podatki o bolnišničnih okužbah, ni, zato se na tem področju uporabljajo splošna pravila varstva osebnih podatkov, ki veljajo v zdravstvu.

Osnovno pravilo pri dostopu in nadaljnji uporabi osebnih podatkov pacientov je, da lahko zaposleni ali pogodbeni delavci pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti dostopajo do osebnih podatkov pacientov prek notranjih in zunanjih informacijskih sistemov, če podatke neizogibno potrebujejo za svoje delo v okviru dejavnosti izvajalca. Dostop ali pridobitev in nadaljnja uporaba zdravstvenih podatkov s strani zdravstvenega delavca ali zdravstvenega sodelavca je torej dopustna, če jo je možno utemeljiti s potrebami zdravstvene oskrbe pacienta. Povedano drugače, če je z vidika medicinske stroke možno utemeljiti, da so določeni podatki določenega pacienta v konkretnem primeru nujni za učinkovito, kakovostno, varno in primerno zdravstveno oskrbo pacienta, na katerega se podatki nanašajo, potem je dostop do teh podatkov ter njihova nadaljnja uporaba dopustna z vidika varstva osebnih podatkov. Tak primer je tudi medsebojno interno obveščanje zaposlenih o zdravstvenem stanju pacienta, če je to pomembno za izvajanje zdravstvene oskrbe, ter med različnimi izvajalci zdravstvene dejavnosti. Podobno velja tudi v socialnovarstvenih organizacijah, vendar le znotraj posamezne organizacije.

Zgoraj omenjena pravna podlaga ne pride v poštev pri razkrivanju zdravstvenih podatkov drugim osebam – na primer svojcem pacienta ali oskrbovanca, drugim pacientom ali oskrbovancem in obiskovalcem v organizaciji. Možnosti za razkrivanje podatkov svojcem so sicer omejene, a ne povsem zaprte. Razkrivanje podatkov drugim osebam pa je zelo omejeno in možno le v izjemnih primerih.

Pacient ali oskrbovanec (slednji le v delu, ki se nanaša na zdravstveno nego v socialnovarstveni organizaciji) ne uživa varstva le na ozkem področju varstva osebnih podatkov, temveč ima po ZPacP tudi dve pravici, ki se tičeta širše

zasebnosti in prideta v poštev tudi glede razkrivanja informacij o zdravstvenem stanju:

- pravica do omejene prisotnosti tretjih oseb med izvajanjem zdravstvene oskrbe (na primer pravica, da so pri zdravstveni storitvi prisotni le zdravstveni delavci, ki neposredno izvajajo storitev);
- splošna pravica zahtevati izvedbo kakršnih koli ukrepov za varstvo pacientove zasebnosti pri zdravstveni oskrbi, pod pogojem, da so ti ukrepi v danih okoliščinah objektivno primerni in razumni (na primer pravica zahtevati, da se ustno sporočanje informacij pacientu izvaja brez prisotnosti drugih oseb).

Anketa, izvedena na centrih za socialno delo in v domovih za starejše občane, glede skrbništva nad osebami nad 65 let

Vprašalnik za centre za socialno delo

Vsem centrom za socialno delo (CSD) smo posredovali vprašalnik s prošnjo po podatkih o številu skrbnikov ter skrbnikov za posebni primer, postavljenih osebam nad 65 let. Zanimalo nas je, koliko skrbnikov je postavljenih izmed zaposlenih na CSD in koliko izmed zaposlenih v domu za starejše (dom). V primerjavi smo uporabili rezultate v razmerju do števila prebivalcev, ki jih posamezni CSD pokriva. Prejeli smo odgovore 36 CSD, ki skupno pokrivajo več kot 60 odstotkov prebivalstva.

Povprečni delež skrbnikov osebam nad 65 let je 0.06 odstotka celotnega prebivalstva. Posebej zanimivo je, da je razmerje med CSD z najmanj skrbniki na prebivalca in tistim z največ kar 1 : 10 (0.02 odstotka prebivalstva : 0.2 odstotka). Razliko ocenjujemo za pomembno in menimo, da dejansko kaže na velike razlike med pristopi posameznih CSD, na kar opozarja tudi mnogo domov v anketi, ki bo predstavljena v nadaljevanju.

Skrbnikov za posebni primer je povprečno štirikrat toliko (0.24 odstotka prebivalstva), pri čemer je razmerje med CSD z najmanj in največ skrbniki za posebni primer kar 1 : 16 (0.04 odstotka : 0.66 odstotka).

Med postavljenimi skrbniki jih je povprečno tretjina postavljenih izmed zaposlenih na CSD, redki so primeri, ko so skrbniki zaposleni v domu, razen pri enem CSD, kjer je 40 odstotkov postavljenih skrbnikov zaposlenih v domu, 60 odstotkov pa na CSD.

¹ Lan Vošnjak, univ. dipl. pravnik, svetnik Varuha, Varuh človekovih pravic Republike Slovenije, info@varuh-rs.si

Med postavljenimi skrbniki za posebni primer jih je povprečno osmina zaposlenih na CSD (največ 48 odstotkov in najmanj 3 odstotki), v bistveno manjšem deležu (2,5 odstotka; največ 12 odstotkov in najmanj 1 odstotek) pa to vlogo opravljajo zaposleni v domu.

Vprašalnik za domove za starejše

V predhodnih prispevkih je že bil predstavljen vzorec vprašalnikov, ki smo jih naslovili na domove. Vključena so bila tudi vprašanja glede skrbništva, in sicer o deležu stanovalcev s postavljenim skrbnikom (ali skrbnikom za posebni primer), predvsem pa smo iskali njihova stališča glede morebitne problematike na področju skrbništva. Zelo na kratko lahko prepoznane težave strnemo:

- domovi se srečujejo z osebami, ki bi morale imeti zagotovljeno skrb skrbnika, a je nimajo;
- osebe, ki ne morejo skrbeti za svoje koristi, so brez skrbnika izpostavljene zlorabam, pri čemer sama postavitev skrbnika ne pomeni nujno zaščite pred zlorabo;
- težave sicer poslovno sposobnih oseb, ki so fizično nezmožne raznih opravil in nimajo svojcev ali prijateljev;
- vedno več stanovalcev nima svojcev ali prijateljev;
- stanovalci prihajajo v domove z vedno slabšim zdravstvenim stanjem;
- stanovalci v domu, ki ne morejo odločati o sebi, so praviloma prepuščeni volji svojcev, pri čemer se za svojca šteje praviloma tisti, ki stanovalca v domu obiskuje;
- volja osebe pod skrbništvom ni vedno ustrezno upoštevana;
- vprašanje veljavnosti pooblastila, ki ga oseba da pred upadom kognitivnih funkcij. Po upadu kognitivnih funkcij oseba izvajanja pooblastilnega razmerja ne more nadzirati in pooblastila ne more preklicati;
- praksa dela CSD je zelo različna;
- CSD zavzemajo stališča, da oseba v domskem varstvu ne potrebuje skrbnika;
- pri osebah s postavljenim skrbnikom za posebni primer praviloma ni urejeno odločanje o zdravstvenih posegih;
- stroški postopka so opazna ovira pri proženju postopkov postavitve pod skrbništvo (odvzem ali omejitev poslovne sposobnosti);
- redki so postopki omejevanja poslovne sposobnosti po uradni dolžnosti;

-
- skrbniki ali skrbniki za posebni primer, postavljeni stanovalcem v domu izmed zaposlenih v domu, so lahko v koliziji interesov;
 - domovi niso seznanjeni, kdo izmed stanovalcev ima skrbnika;
 - CSD kot skrbniki prelagajo naloge na zaposlene v domovih;
 - svojci se praviloma izogibajo skrbništva, če niso v ozadju večji premoženjski interesi;
 - hitrost je bistvena sestavina izvajanja nadzora nad delom skrbnika;
 - ko skrbnik prepove stike stanovalca z drugimi osebami, se pojavi vprašanje možnega ukrepanja – ni pravnih sredstev za zagotavljanje stikov;
 - nujno je treba normativno in skozi skladno prakso urediti področje skrbništva.

Prejeti odgovori se praviloma ponavljajo med različnimi domovi in v nadaljevanju povzemamo navedbe, ki jih lahko označimo za splošne. Mnenja so razporejena v skupine. V pridobljenih odgovorih je veliko pohval, predvsem na račun dela CSD, vendar je v besedilu v nadaljevanju poudarek na izpostavljenih težavah. Celotno besedilo v nadaljevanju je povzeto po mnenjih domov in z njihove perspektive.

Povzetek mnenj z vidika domov za starejše

a) Glede težav stanovalcev

Do težav prihaja, če se stanovalcem zdravstveno stanje spremeni v tolikšni meri, da postanejo nepomični, ali pride do upada kognitivnih funkcij. Potrebna je sprememba sobe ali kategorije oskrbe - uporabnik pa povedanega ne razume in ni nikogar, ki bi lahko podpisal zahtevane dokumente. Ali ko svojci želijo preseliti uporabnika v drug DSO zaradi npr. nižjih oskrbnih stroškov in izhajajo iz plačilne nesposobnosti, ne pa iz njegovih pravic. Prav tako nastopijo težave pri uveljavljanju oprostitev plačila institucionalnega varstva, dodatka za pomoč in postrežbo, uveljavljanju drugih pravic iz javnih sredstev, zaradi pretečenih osebnih dokumentov, pri podpisovanju potrdil o živjetju (prejemniki tujih pokojnin). Težave so pri urejanju finančnih zadev (prihod bančnih uslužbencev v dom, podpisovanje, dvig gotovine na bankah, plačilo položnic ...), pri reševanju terjatev iz preteklosti, ko so še bivali v domačem okolju, pri urejanju zadev na ZPIZ, upravljanju z delnicami in glede varovanja osebnih podatkov, saj ni ključne osebe, s katero bi lahko sodelovali v primerih spremenjenega zdravstvenega

stanja in v primeru smrti. Težave so glede vzdrževanja stanovanja, avtomobila, ni pooblaščenca za vročanje/dvigovanje priporočene pošte.

Pogoste so pritožbe stanovalcev, da jih skrbniki premalokrat obiščejo, se ne zanimajo zanje, ne upoštevajo njihovih želja, potreb. Domovi skrbnike občasno le s težavo vključujejo v skrb za varovanja. Pojavljajo se tudi zlorabe finančnih sredstev stanovalca s strani skrbnika (nadzor dela skrbnika opravlja CSD). Pojavijo se tudi primeri, ko (nam) skrbnik prepoveduje, da bi stanovalec imel stike z drugimi svojci.

Težave nastanejo, ko stanovalci, ki jim ni odvzeta poslovna sposobnost, imajo pa imenovanega skrbnika za poseben primer, in sicer za opravljanje določenih nalog, potrebujejo tudi zastopanje pri urejanju zadev s področja zdravstva (izbira osebnega zdravnika, razna soglasja za zdravstvene in medicinske posege - spremembe zdravil, zobozdravstvene storitve, amputacije, vstavitve katetra, PEGa idp.). Večkrat se zgodi, da se na nas pri zgoraj omenjenih stanovalcih, ob njihovi hospitalizaciji, obrnejo iz bolnišnic z vprašanjem, kdo lahko podpiše privolitev v medicinski poseg.

V domu bivajo oziroma vanj prihajajo tudi stanovalci, ki so mentalno in operativno sposobni, vendar bi zaradi raznih bolezenskih težav (predvsem gibalnih ovir) potrebovali skrbnika predvsem v primeru, da nimajo svojcev. Ravno tako je potreba po skrbnikih v primeru, da svojci oziroma stanovalci sami porabijo denarna sredstva, ki so namenjena za plačilo domske oskrbe. Običajno nastopijo težave pri stanovalcih, ki nimajo svojcev.

Letos se je pokazala težava stanovalcev, ki so nepomični in nimajo ne svojcev ne prijateljev, ki bi jih lahko pooblastili za dvig svojega denarja, ne potrebujejo pa skrbnika, saj so orientirani in lahko zastopajo svoje pravice in koristi. Težava je nastala zato, ker so banke spremenile način poslovanja. Če stanovalec ni več sposoben varovati svojih koristi, smo z našim strokovnim pristopom dolžni poskrbeti za ustrezno obravnavo stanovalcev v vseh vidikih bivanja v domu. Težava nastane, ko nekdo ne more izraziti svojih posebnih potreb in pri tem nima nikogar, ki bi ga že od prej поблиže poznal in bi take potrebe ali želje zato tudi hitreje prepoznal. Poleg tega je težava pri stanovalcih, ki nimajo skrbnika in prejemajo mesečni dohodek (preostanek pokojnine ali žepnine), ki ga običajno pošiljamo na osebni bančni račun stanovalca. Pri tem stanovalec nima možnosti porabiti svojih sredstev za lastne potrebe. Skrbnik za poseben primer bi lahko pri tem bistveno pomagal stanovalcu pri zadovoljevanju njegovih materialnih potreb.

Pogosta stališča centrov za socialno delo so, da domovi lahko nameščamo z odločbo, kar pa pomeni, da nimamo podpisanega dogovora o trajanju, vrsti, obsegu in načinu zagotavljanja storitve institucionalnega varstva, ki je osnova za opravljanje storitev in izdajo računov za opravljene storitve. V primerih neplačil opravljenih storitev pomeni to velik problem za nadaljnje postopke.

Težave se pojavljajo na finančnem področju, ko stanovalci ne zmorejo več razpolagati s svojimi finančnimi sredstvi oziroma sorodniki, ki so pooblaščen za razpolaganje z njihovimi finančnimi sredstvi, z njimi ne razpolagajo v korist stanovalca. Problem se pojavi pri stanovalcih, ki imajo težave zaradi začetne demence, hkrati pa nimajo svojcev ali pa z njimi niso v dobrih odnosih. Stanovalci pogosto stvari narobe razumejo, pozabijo. Soočajo se s težavami pri urejanju bančnih in podobnih zadev, hkrati pa ne dovolijo pomoči strokovne službe doma in ne upoštevajo nasveta.

Primer: Stanovalka zaradi svojega zdravstvenega stanja ne more skrbeti za svoje koristi. Potrebuje zdravstveno nego in oskrbo. Sinovi, ki so po zakonu dolžni doplačevati stroške oskrbe, pa ne izpolnjujejo svoje obveznosti. Dolg iz naslova neplačevanja oskrbnih stroškov je iz meseca v mesec večji. Center za socialno delo meni, da v tem primeru gospa skrbnika ne potrebuje.

Opažamo, da v dom prihajajo stanovalci v precej slabšem psihofizičnem stanju kot v preteklosti, kar posledično pomeni tudi, da potrebujejo več pomoči pri uveljavljanju svojih pravic in dolžnosti. Zaradi tega se povečuje število postopkov urejanja skrbništva ter sodelovanja s skrbniki.

b) Glede dela skrbnikov

Poglavitne težave, ki so se pokazale, so v glavnem zaradi nevestnega delovanja skrbnikov oziroma zaradi zlorab pri izvajanju skrbniške funkcije (npr. dvigi denarja na bančnem računu v neprave namene, skrbniki prihodke varovanja porabijo zase, neplačevanje računov za domsko oskrbo ...). Četudi CSD takega skrbnika razreši funkcije in postavi novega, je še vedno problem dolg, ki je nastal zaradi nevestnega ravnanja in izterjava tega. Dodatno težavo nato predstavlja ažurnost CSD, da bi skrbnika razrešili, saj dolg potem zelo hitro narašča. V veliko primerih si skrbniki za posebni primer (npr. za finance) svojo nalogo razlagajo zmotno. Skušamo jim dopovedati, da so skrbniki samo za določeno opravilo, torej tisto, ki je navedeno v odločbi, ampak si kljub temu nekateri želijo imeti vpliv na več oziroma na vsa področja življenja varovanca. Včasih

opazamo neodzivnost skrbnikov, drugič pretirano zavzeto opravljanje funkcije, ki ni vedno v skladu s potrebami stanovalca.

Opazamo, da se pojavijo težave pri stanovalcih, ki nimajo najbližjih svojcev in jim je bil postavljen za skrbnika daljni sorodnik.

Primer: Stanovalca sta imela kar nekaj denarnih sredstev, s katerimi bi lahko nekaj časa pokrivala oskrbne stroške. Kmalu se je ugotovilo, da njunih prihrankov ni več. Kljub temu, da imajo centri za socialno delo vpogled v denarna sredstva in premoženje ter da je dolžnost skrbnika, da vsako leto poda poročilo o skrbništvu, je center za socialno delo izdal odločbo, da je doplačnik oskrbnih stroškov občina. Ni nam bilo jasno, kdo je porabil njune prihranke.

Težave so tudi v primerih, ko je stanovalcu postavljen skrbnik za posebni primer za urejanje plačila domske oskrbe oziroma da so pogostejše težave tam, kjer je v ozadju večje premoženje. Svojci včasih zlorabijo pravice stanovalcev (glede financ, nepremičnin, oporok). Svojci domu ne predložijo odločbe o skrbništvu za posebni primer. Večkrat si svojci prisvojijo pravico glede odločanja o vseh zadevah za stanovalca, ne le tistih, ki so navedene v odločbi za skrbništvo za posebni primer.

Včasih so želje skrbnikov v nasprotju z željo stanovalca.

Primer: Stanovalka je imela sklenjeno pogodbo o preživljanju z nečakinjo, ki pa je umrla. Gospa je občasno zmedena, skrbi jo glede njenih prihrankov oziroma denarja (kje se hrani, kdo ima dostop do njega ipd.) Ker so med sorodniki nespo-razumi, skrbi glede denarja noče prevzeti nihče od njih. Na CSD so mnenja, da gospa ne potrebuje skrbnika za posebni primer, ker že ima urejen račun na banki, kamor se lahko denar nakazuje.

Kadar pride do takšnih težav o neizpolnjevanju skrbniških nalog, obvestimo pristojni center za socialno delo. Zaznavamo, da ukrepanje centrov za socialno delo v takšnih situacijah ni enotno. V podobni situaciji, ko je prišlo do zlorabe finančnih sredstev s strani skrbnika za posebni primer, je namreč en CSD odre-agiral zelo hitro, razrešil skrbnico ter zanjo podal kazensko ovadbo, medtem ko je drugi CSD v podobni situaciji začel ukrepati šele po enem letu obveščanja z naše strani, da skrbnik ne opravlja vestno svojih skrbniških nalog.

Naloge skrbnikov za posebni primer so pogosto premalo opredeljene. Včasih je postavljen skrbnik samo za urejanje sprejema v domsko varstvo, ne pa tudi za nadaljnje urejanje domskega varstva (podpisov morebitnih aneksov

k dogovoru). Nejasnosti so tudi glede tega, ali podpis skrbnika sploh zadošča pri podpisu dogovora.

c) Glede dela centrov za socialno delo

Kadar so stanovalci dolžniki in z denarjem ne znajo več ravnati, prihaja do zlorab, CSD pa odgovori, da za postavitev skrbništva ni zakonske osnove. Nekateri CSD pobude spregledajo, nekateri jih ne obravnavajo stanovalcu v prid, pri določenih pa se uspe doseči, da se določi skrbništvo. V veliko primerih centri za socialno delo od domov pričakujejo, da prevzamemo skrbništvo za posamezne stanovalce, kar pa je v nasprotju interesov. V primerih, ko skrbništvo prevzame neposredno center za socialno delo, se od doma pričakuje, da jim ob koncu leta napišemo poročilo, kar pa je naloga skrbnika. Odziv CSD je precej počasen. Želeli bi si, da bi bili bolj ažurni in bi nas razumeli.

Če je skrbnik postavljen izmed svojcev, tovrstnih težav niti ne zaznavamo. Večje težave so ponekod, kjer je skrbnik CSD. V teh primerih ne pošiljajo ažurno žepnine, ne prihajajo nikoli na obisk k stanovalcem, z varovancem ne vzpostavijo odnosa, ne urejajo glede premestitev v drug zavod, kajti menijo, da če je oseba v domu, je zanj poskrbljeno, četudi bi si stanovalec želel drugam. Določene stvari je na daljavo težko urejati in stanovalci pogrešajo, da bi se skrbnik oglasil pri njih. Večkrat se zamenja zaposleni na CSD, ki zadeve ne pozna in mine nekaj časa, da jo spozna.

Primer: Imamo primer slepega stanovalca s sprtimi sorodniki, a brez skrbnika, ki bi zaščitil njegovo premoženje. CSD je obveščen, a ne ukrepa.

Stališče večine centrov za socialno delo je, da če ima stanovalec pooblaščen osebo na transakcijskem računu, skrbništva za poseben primer ne potrebuje. V teh primerih pogosto nastanejo težave. Pooblaščenec lahko nekontrolirano dviguje in troši denar, posledica so neplačila raznih računov, terjatve, blokirani računi. Imeli smo primere, ko smo CSD obvestili o postavitvi skrbnika za poseben primer za varovanje svojih koristi. Po obisku stanovalke so ugotovili, da stanovalka lahko sama ureja formalne zadeve ob pomoči strokovne službe doma. Pri tem je stanovalka imela večji dolg do doma. V tem primeru menimo, da bi stanovalka potrebovala tretjo osebo za urejanje zadev.

V drugem primeru je pooblaščenec porabil sredstva stanovalke. Zdravstveno stanje stanovalke se je v času namestitve v domu izredno spreminjalo. V določenih obdobjih komunikacija s stanovalko ni bila mogoča, nato se je zdravstveno stanje ponovno izboljšalo. Ves čas namestitve je bila nepomična. V tem primeru smo

posredovali na CSD obvestilo, da pooblaščenec ne izvršuje svojih dolžnosti in prosili za postavitev skrbnika za poseben primer za urejanje domskega varstva in razpolaganje s finančnimi sredstvi stanovalke, vendar je bila reakcija prepočasna oziroma so menili, da se v tem primeru ne potrebuje skrbnika za poseben primer.

Izhajajoč iz odločb CSD v primeru urejanja skrbništev (predvsem skrbništva za posebni primer) ni enotne prakse (določeni CSD imenujejo z odločbo skrbnika za posebni primer za več nalog v okviru institucionalnega varstva, določeni samo za eno). Največkrat naletimo na težavo tam, kjer osebe nimajo svojcev. Takrat CSD ne želi urejati skrbništva za posebni primer oziroma prevzeti naloge morebitnega skrbnika, želijo odvzem opravilne sposobnosti s strani sodišča. Odzivi centrov za socialno delo so različni. Nekateri centri za socialno delo izpeljejo postopek skrbništva za posebni primer v zelo hitrem času, nekaterim centrom za socialno delo pa se zdi postopek nesmiseln (ker so stanovalci že nastanjeni v domu; imajo urejena pooblastila).

Svojci se urejanju zadev izogibajo, kajti to jim prinese dodatne zadolžitve. Tudi po izdaji odločbe so svojci večkrat primorani k ponovnemu urejanju skrbništva zaradi razširitve pravic. CSD bi morali svojcem ob urejanju nuditi večjo podporo pri naboru pravic, ki jih bodo potrebovali v prihodnje.

Postopki urejanja skrbništva so predolgi. Od centra do centra se razlikujejo odločbe o dodeljevanju pravic za urejanje. Pogosto ostane pri skrbništvu za posebni primer, večina se jih ne odloči za odvzem poslovne sposobnosti zaradi finančnega bremena postopka. Moteče je, da pogosto nismo seznanjeni z odločbami o skrbništvu za posebni primer, kajti vsi svojci niso vestni in nam tega podatka ne sporočijo, ko je stanovalec enkrat nastanjen v domu.

Ko je skrbnik CSD, nas nemalokrat zaprosi za letno poročilo o stanovalcu, ki ga sami niso niti enkrat obiskali (dejansko poročilo pišemo namesto njih). Odzivi so različni glede na CSD. Nekateri CSD svoje napotijo k notarjem, da jim overijo pooblastilo. Svojce prepričajo, da vložijo pobudo za odvzem poslovne sposobnosti na pristojno sodišče, kar časovno zelo podaljša odločanje o skrbniku v škodo stanovalca.

CSD razlagajo, da ne morejo postavljati skrbnika za posebni primer, ker je oseba nameščena na varovani oddelek s sklepom sodišča. Naše mnenje je, da sodišče s sklepom namesti in zadrži osebo na varovanem oddelku, mi pa še vedno potrebujemo nekoga (skrbnika), ki bi urejal domske zadeve (podpisanje dogovora, raznih dodatkov k dogovoru, izjav ...). Trenutna praksa CSD naj bi šla v smeri, da ljudem ne bi več postavljali skrbnika za posebni primer za

urejanje institucionalnega varstva, ker naj bi domovi lahko sprejemali prosilce z odločbo po uradni dolžnosti. To pomeni težavo za domove, saj odločba daje tudi možnost roka pritožbe in ne moremo takoj namestiti človeka na pristoječe mesto. Slednje pomeni, da bomo lahko mesece imeli prazne postelje in s tem se bo gotovo še daljšala čakalna doba ter stiska prosilcev doma.

Z nekaterimi centri za socialno delo dobro sodelujemo, z nekaterimi pa imamo velike težave pri imenovanju skrbnikov za poseben primer. Ne želijo postavljati skrbnikov za poseben primer, predvsem ne za urejanje institucionalnega varstva (podpisovanje dodatkov k dogovoru, izjav, drugih morebitnih dokumentov v času bivanja v domu). Centri argumentirajo neimenovanje skrbnikov na ta način, da je stanovalec že v domu, da je zanj poskrbljeno v celoti in da zato ne potrebuje skrbnika ter da lahko domovi o vsem odločamo tudi po Zakonu o splošnem upravnem postopku.

Nekateri CSD zavračajo izdajanje skrbništev, ker naj ne bi bili potrebni (zadostovalo naj bi splošno pooblastilo uporabnika ne glede na to, v kakšnem zdravstvenem stanju ga je podpisal). Odziv centrov za socialno delo je različen – nekateri takoj reagirajo, razumejo situacijo in poskušajo čim prej zaključiti postopek in izdati odločbo. Nekateri pa iščejo možnosti, kako ne začeti postopka in ne izdati odločbe, ker je treba iskati druge možnosti, ki jih, realno gledano, ni.

Centri se v veliki meri obračajo na nas zaradi postavitve skrbnika, saj sami ne razpolagajo z osebami, ki bi morebiti prevzele skrbniške dolžnosti, in prosijo, da bi dolžnosti prevzel nekdo od zaposlenih v domu. Obe socialni delavki v domu sva že dalj časa skrbnici stanovalkama, ki jima je bila odvzeta poslovna sposobnost. Obenem so tudi delavke CSD izjemoma pripravljene sprejeti skrbništvo.

Centri za socialno delo se na tem področju slabo odzivajo, saj nimajo nabora oseb, ki bi bile pripravljene prevzeti skrbniško funkcijo. Kadar imajo stanovalci že predhodno s pooblastilom urejeno skrb za svoje finančne zadeve, običajno center za socialno delo pobudo zavrne in skrbnika za poseben primer, za splošne zadeve (urejanje institucionalnega varstva, sploh če se ne pričakuje sprememb ali potreb po podpisu novega aneksa k dogovoru) ne postavi, razen če stanovalec poleg pomoči pri finančnih zadevah potrebuje skrbnika še za kakšno opravilo. Najpogostejši odziv je, da je uporabnik že nameščen v institucionalnem varstvu ter da zato na tem področju ne potrebuje ščitenja pravic.

Dodatna težava je, da se centri za socialno delo vedno ne strinjajo, da je skrbnik za poseben primer potreben, oziroma nas napotujejo na postopek

odvzema poslovne sposobnosti. Vse težje je tudi urediti skrbnika za poseben primer. Centri se sklicujejo na navodilo inšpektorjev in zavračajo imenovanje skrbnika za podpis dogovora.

Občasno se dogaja, da skrbniki, ki so imenovani največkrat v vlogi strokovnega delavca CSD, svoje naloge »prelagajo« strokovni delavki v domu; npr. skrb za denar in plačilo ter nakup raznih zadev, ki jih potrebuje stanovalec v domu, je naloga skrbnika za posebni primer, vendar dejansko za to pogosto skrbi strokovna delavka doma.

Največ težav je glede financ oz. glede žepnin, ki pripadajo stanovalcu, ki je pod skrbništvom. Tam, kjer je skrbnik tudi za finančne zadeve CSD, postopek ni avtomatiziran, da bi mesečno pošiljali žepnino za stanovalca, ki so mu postavljeni za skrbnika. Socialna služba v domu je potem podaljšana roka stanovalcev, ki dejansko skrbi za njihove pravice in koristi in mesečno, oziroma ob izraženi potrebi, zaprosi CSD, da prinesejo žepnino. Če pošiljajo denar po poštni nakaznici, dobi stanovalec, ki mu je žepnina namenjena, še toliko manj svoje žepnine, ker so pošiljanju prek poštne nakaznice obračunani tudi poštni stroški. Problem nastane tudi tam, kjer oseba nima svojcev, ki bi ji prinesli osebna oblačila, predmete in če je CSD skrbnik za posebni primer, stanovalec prepogosto ne dobi nobenih svojih predmetov. Dom tako sam iz nabora oblačil, ki so mu jih zapustili stanovalci ob odhodu, oblačila podari stanovalcem, ki nimajo ničesar.

Menim, da je pravica, korist in interes oseb, ki same ne morejo izraziti svoje volje zaradi takšnih in drugačnih razlogov, da imajo zastopnika. Pogosto se dogaja, da skrbniki po uradni dolžnosti (CSD) svojih varovancev ne poznajo. Razumem, da imajo obilico dela in so preobremenjeni, vendar bi bilo na generalni ravni države smiselno razmisliti o prenosu skrbništva na drug organ oziroma zadeve urediti drugače. Vedno več prosilcev je brez svojcev in bližnjih.

Opažamo, da za nekatere starostnike, ki so brez svojcev, centri za socialno delo težko pridobijo skrbnika za posebni primer, zato se obračajo na strokovne delavce domov za upokojence, da bi prevzeli te naloge. To pa lahko privede do nasprotja interesov zaradi drugih nalog, ki jih strokovni delavci opravljajo v domovih. Odzivi CSD so različni:

- določeni pridejo pogledat stanovalca, drugi želijo, da se jim pošlje samo zdravniško oziroma psihiatrično mnenje;
- največkrat nam odločbe o skrbništvu ne pošljejo, ker nismo stranke v postopku;

-
- večkrat je njihov odziv, zakaj potrebuje stanovalec skrbnika, če je že nameščen v domskem varstvu; odgovornost zanj naj prevzame socialna delavka oziroma zdravstvo;
 - želijo, da stanovalce nameščamo k nam in spreminjamo oskrbo in namestitev znotraj z odločbo ali s pooblastilom (kadar se stanovalec ne more podpisati ali ne razume postopka).

d) Glede težav domov starostnikov

Zaradi pomanjkljive zakonodaje oziroma razlag CSD pri postavitvi skrbnika za poseben primer bi bilo dobro uskladiti mnenje glede skrbništva s centri za socialno delo in podati enotna navodila. Smiselno bi se nam zdelo, da bi bil o postavitvi skrbnika obveščen tudi dom, ki sicer ni stranka v postopku. V teh primerih smo odvisni od dobre volje svojcev, da nam informacijo posredujejo ali pa od pripravljenosti sodelovanja centra, kar ni v redu. Zaznavamo, da je v ozadju veliko sporov med družinskimi člani in se nam zdi izrednega pomena, da vemo, kdo je skrbnik in za katero opravilo je bil postavljen.

Čim prej je treba poenotiti sistem skrbništva oziroma upati, da bo s sprejetjem Pravilnika skrbništva za poseben primer zadeva bolje funkcionirala. Če bodo postopki skrbništva prešli na sodišča, se bojimo, da bo zadeva terjala še daljše procese.

Pojavljajo se dileme pri podpisovanju dokumentov, kjer sta pravna stroka in inšpekcijska služba podali različni mnenji o tem, ali mora biti na dokumentu obvezno podpisan tudi uporabnik, kljub temu da ima skrbnika, in je v pogodbi določeno, da ta podpisuje vso dokumentacijo v imenu oskrbovanca. S postavitvijo skrbnika je posamezniku omejena poslovna sposobnost. V določenih primerih, npr. popolnoma nepokretni osebi brez kognitivnih motenj in ki nima svojcev, CSD težko dodeli skrbnika, saj ji s tem omeji poslovno sposobnost. Brez skrbnika pa ni samostojno sposobna plačevati računov mesečne oskrbe, sama pa ne želi, da bi drugi opravljali z njenim bančnim računom. Pojavi se potreba po nekem novem subjektu - *zaupanja vredni osebi*, ki bi jo CSD postavil in bi imela enake pristojnosti kot skrbnik, le da bi ga zastopala po navodilih oskrbovanca samega.

Opozoriti želimo na že navedeno težavo pri podpisovanju privolitve za določene zdravniške posege oziroma zdravstvene obravnave, posebej po sprejemu dopolnil oziroma novele Zakona o pacientovih pravicah. Če v sedanji formalni ureditvi ni podpisnika, je edina možnost za ureditev formalnega podpisnika predlog za oziroma odvzem poslovne sposobnosti in postavitve osebe, ki ne

more varovati svojih pravic in koristi, pod skrbništvo. Sprašujemo se o smiselnosti tako skrajnega ukrepa odvzema opravilne sposobnosti za odločanje oziroma podaji soglasja pri zdravstvenih zadevah, postopkih v primeru, da zdravstveni postopki niso življenjsko nujni. Poleg tega je postopek odvzema opravilne sposobnosti dolgotrajen in drag (vir financiranja je različno določen glede na predlagatelja postopka). Sprašujemo se, ali obstaja kakšna alternativa tej ureditvi oziroma praksa iz tujine?

V praksi je največji problem, kateri od javnih socialnovarstvenih zavodov bo kršil pravico do samostojnega odločanja in izrekanja osebi, ki sama ne zmore več uveljavljati svojih pravic in koristi, ji pa ni odvzeta poslovna sposobnost. Ali bo to center za socialno delo ali pa bo to zavod-izvajalec? Prihodnost poraja tudi nova vprašanja, ki jih bo prinesel Zakon o dolgotrajni oskrbi, ki predvideva dogovarjanje z upravičencem o koriščenju oskrbe ali denarnega nadomestila, o sodelovanju upravičenca pri izdelavi individualnega načrta, ki bo osnova za odločitev zavarovalnice za oskrbo. Kako in kdo bo to urejal za osebo, ki ji ni odvzeta poslovna sposobnost, sama pa ne zmore več zastopati svojih koristi in uveljavljati pravic, pri tem, da zdravstvo še ne izvaja zgodnje detekcije demence, da svojci nočejo predlagati sodišču odvzema (vsaj delnega) poslovne sposobnosti in da je odprt prostor manipulacij oziroma zlorab s takšno osebo. Po smrti stanovalca je velikokrat treba še kaj urediti (npr. plačilo za zadnji mesec itd.), funkcija skrbnika za poseben primer pa s smrtjo preneha.

Vedno več stanovalcev ali prosilcev za sprejem želi svoje zastopanje urediti z ustreznimi pooblastili. Skrbništvu se želijo izogniti, saj imajo potem določene težave s CSD (popis premoženja, pupilne vloge na denarna sredstva, skrbniška poročila, itd.). Bodoče stanovalce ob oddaji prošnje za sprejem obvestimo, da bo treba urediti zastopanje za urejanje institucionalnega varstva in drugih zadev, povezanih z bivanjem v domu.

Ko centri za socialno delo z odločbo postavijo skrbnika, naj bodo pri letnem poročilu skrbnika res natančni, skrbnik naj prinese vse račune oziroma naj predloži natančno evidenco, kako in zakaj so se porabila denarna sredstva osebe, ki ima postavljenega skrbnika.

Med bivanjem v domu se pojavi velik nabor situacij, ki bi jih bilo dobro predvideti že prej pri postavitvi skrbnika za posebni primer, ki v odločbi niso zajete. V praksi se naknadno izdajajo dopolnilne ali dodatne odločbe za te situacije (npr. dvig priporočenih pošilk, dvig denarja iz domskega sefa, izdelava nove osebne izkaznice, podpis izjave ...). Stanovalec v takih primerih potrebuje stalnega

skrbnika, vendar se svojci redko odločajo za to zaradi prevelikih stroškov ali pa iz etičnega vidika.

Za stanovalca in prihodnjega skrbnika ter dom bi bilo dobro, da bi se odločba o skrbništvu za posebni primer izdala čim prej. Stanovalec fizično ni sposoben podpisati dokumenta, je pa popolnoma orientiran in razume pomen dokumenta. Ali je mogoče upoštevati, da je bil stanovalec o zadevi seznanjen, če to potrdi priča s svojim podpisom?

Obstoječa zakonodaja na področju skrbništva pušča stvari preveč nedorečene in ohlapne. Stanovalci, ki sami ne zmorejo več varovati svojih koristi, potrebujejo osebo, ki v njihovem imenu skrbi za njihove pravice in koristi. Tu lahko nastopijo skrbniki za posebni primer. Socialna inšpekcija odločno nasprotuje postavljanju skrbnikov za posebni primer, saj so mnenja, da s tem kratimo stanovalcem osnovne človekove pravice. Odvzem poslovne sposobnosti pa je dolgotrajen, drag postopek in v praksi bolj izjema kot pravilo.

Kaj storiti, če imamo oceno zdravstvenega tima, da oseba ne more sama skrbeti za svoje koristi, svojci in CSD odklanjajo postopek odvzema poslovne sposobnosti, dom pa ni upravičen predlagatelj? Kako bo nadalje urejen sodni postopek za skrbništvo za osebe v visoki starosti, z demenco, v terminalni fazi bolezenskega stanja ali v primeru hujše telesne onemoglosti – kdo bo lahko predlagatelj in kdo bo kril stroške? Občasno postopki za postavitve skrbnika za poseben primer trajajo predolgo. Postopek za postavitve skrbnika je predrag in se svojci zanj praviloma ne odločajo.

Če ne bo neposrednega sodelovanja med MDDSZ, CSD, Varuhom človekovih pravic in DSO, se zadeve ne bodo premaknile na bolje. Glede na porast demence in sorodnih stanj ter večanje števila starostnikov je potreben enoten pristop CSD ter ob tem upoštevati tudi prakso dela v domovih. Usklajene smernice bi zmanjšale sedanje prepričevanje centrov za socialno delo, da je postavitve skrbnika za posebni primer smiselna ter nujna.

Predlagamo, da inštitut Varuha človekovih pravic, Socialna inšpekcija in Socialna zbornica uskladijo mnenja v zvezi z urejanjem skrbništva za posebni primer, saj uporabniki praviloma pred sprejemom v domsko varstvo (pri polni zavesti) pooblastijo osebo (praviloma tisto, ki ji zaupajo), da v njihovem imenu zastopa interese in pravice v času bivanja v domu, ko sami tega ne bodo zmogli več.

Pravica starejših do zakonitega zastopanja. Kdaj starostnik potrebuje skrbnika?

Uvod

Država zagotavlja varstvo tudi starejšim osebam, ki nimajo možnosti same skrbeti za svoje pravice. Namen skrbništva je varstvo osebnosti oseb, ki se pri odraslih uresničuje predvsem z oskrbo, zdravljenjem in usposabljanjem za samostojno življenje. Poleg tega je namen skrbništva tudi varovanje premoženjskih in drugih pravic ter koristi oseb, ki so pod skrbništvom.

Naša zakonodaja pri tem pozna dve možnosti: odvzem poslovne sposobnosti/postavitev odrasle osebe pod skrbništvo po uveljavitvi Družinskega zakonika in skrbništvo za posebni primer. Medtem ko število prvih ostaja dokaj stabilno, se število drugih zadnja leta izrazito povečuje. Ker pa se s postavitvijo osebe pod skrbništvo globoko poseže v njene človekove pravice in njeno dostojanstvo, ne glede na to, za katero obliko skrbništva gre, je na eni strani zelo pomembno, kako je to področje pravno formalno urejeno in na drugi strani, kako se sprejeta določila izvajajo v praksi. Treba je poudariti, da je obstoj instituta skrbništva zelo pomemben in nujen, saj v določenih primerih predstavlja edino rešitev za ustrezno varovanje pravic in koristi posameznika. Obstoječa zakonodaja s področja skrbništva, tudi s sprejetjem Družinskega zakonika, ni uspela v celoti zajeti kompleksnosti tega področja in kot taka pušča stvari nedorečene in preveč ohlapne.

Moj namen je predstaviti problematiko pri izvajanju skrbništva starejših, ki bivajo v socialnovarstvenih zavodih v zadevi zakonitega zastopanja uporabnikov institucionalnega varstva, ki zaradi kognitivnega upada ali hude starostne

¹ mag. Vesna Šiplič Horvat, univ. dipl. soc. del., specialistka managementa v socialnem delu, strokovni vodja Doma upokojencev Ptuj, predsednica Aktiva socialnih delavcev pri Skupnosti socialnih zavodov Slovenije, vesna.siplic@gmail.si

oslabeledosti ne zmorejo več uveljavljati svojih pravic in koristi pri urejanju svojih osebnih zadev in pri urejanju zadev domskega varstva ter izluščiti vse obstoječe veljavne predpise, ki omogočajo zakonito zastopanje te skupine uporabnikov oziroma urejajo medsebojno sodelovanje skrbstvenih in sodnih organov v zadevi zakonitega zastopanja ter predlagati rešitve za prihodnje obdobje, da bi bilo teh težav in dilem čim manj. Cilj države mora biti, da se prednostno najdejo možne rešitve v obstoječih sistemskih danostih in sekundarno predlagati nove ali ustreznejše formalno-pravne rešitve.

Primeri iz prakse

V praksi je največji problem, kateri od javno socialnovarstvenih zavodov bo kršil pravico do samostojnega odločanja in izrekanja osebi, ki sama ne zmore več uveljavljati svojih pravic in koristi, ji pa ni odvzeta poslovna sposobnost, in sicer ali center za socialno delo z imenovanjem skrbnika za poseben primer po 16. členu Pravilnika o postopkih pri uveljavljanju pravice do institucionalnega varstva (Uradni list RS, št. 38/2004, 23/2006, 42/2007, 4/2014, v nadaljevanju Pravilnik), ker se skrbnik za poseben primer ne more izrekat, izjavljati in sklepati poslov za osebo, ki je fizično prisotna in ji ni odvzeta poslovna sposobnost, ali bo to zavod - izvajalec institucionalnega varstva po 5. členu tega Pravilnika oziroma po 96. členu Zakona o socialnem varstvu (Uradni list RS, št. 54/1992, 56/1992 - popr., 13/1993, 42/1994 - odl. US, 1/1999 - ZNIDC, 41/1999, 54/2000 - ZUOPP, 36/2000 - ZPDZC, 26/2001, 6/2002, 110/2002 - ZIRD, 5/2003, 2/2004, 7/2004 - popr., 3/2004, 6/2005, 69/2005 - odl. US, 9/2006, 21/2006 - odl. US, 114/2006 - ZUTPG, 5/2007, 105/2006, 5/2008, 73/2008, 53/2009, 56/2010, 57/2011, 61/2010 - ZSVarPre, 62/2010 - ZUPJS, 40/2011 - ZUPJS-A, 40/2011 - ZSVarPre-A, 57/2012, 39/2016, 15/2017 - DZ, 29/2017, 52/2016 - ZPPreb-1, 21/2018 - ZNOrg; v nadaljevanju ZSV) z izdajo odločbe za sprejem ali premestitev ali odpust oziroma bo javni zavod odločal o pravicah osebe, ki ji ni odvzeta poslovna sposobnost.

Podpis Dogovora o trajanju, vrsti in načinu zagotavljanja storitve institucionalnega varstva v 92. členu ZSV določa, da si je socialnovarstveni zavod oziroma strokovni delavec dolžan prizadevati, da z upravičencem ob uveljavljanju storitve doseže dogovor o trajanju, vrsti in načinu zagotavljanja storitve, kadar ugotovi, da zadeva sodi v njegovo pristojnost. Socialnovarstveni zavodi se zgornjega določila držijo, vendar težava nastane, ko uporabniki ne zmorejo podpisati dogovora oziroma je njihovo zdravstveno stanje tako slabo, da ni mogoče

oceniti, ali se z namestitvijo strinjajo ali ne (pogosti so predvsem primeri pri osebah z demenco ali osebah po kapi).

Socialnovarstveni zavodi imajo, skladno z zakonodajo, na voljo tri različne načine ravnanj v takšnih primerih.

a) Možnost 1

Dogovor o trajanju, vrsti in načinu zagotavljanja storitve institucionalnega varstva (v nadaljevanju: dogovor) lahko podpiše pooblaščenec, seveda le v primerih, če ga je uporabnik ustrezno pooblastil. Treba je poudariti, da je tovrstnih pooblastitev izredno malo, saj uporabniki o svojih potrebah, ki jih bodo potrebovali v starejših letih, predhodno ne razmišljajo, zato navedeni institut v praksi ni prav pogost, posledično tako tudi ne predstavlja težav.

b) Možnost 2

Če z uporabnikom ni mogoče skleniti dogovora, prav tako pa nima pooblaščenca, lahko domovi o sprejemu, premestitvi ali odpustu odločijo z odločbo, in sicer na podlagi 96. člena ZSV. Smiselno v enakem besedilu pa sprejem na podlagi odločbe zavoda ureja tudi 5. člen Pravilnika. Zoper odločbo, izdano na podlagi 96. člena ZSV, ima uporabnik, skladno z Zakonom o splošnem upravnem postopku (Uradni list RS, št. 80/99, 70/00, 52/02, 73/04, 22/05-UPB1, 119/05, 24/06-UPB2, 105/06-ZUS-1, 126/07, 65/08, 47/09 Odl. US: U-I-54/06-32 (48/09 popr.), 8/10, 82/13) sicer pravico do pritožbe, vendar v praksi npr. osebe po kapi, zaradi psihične pa tudi fizične nezmožnosti, niso sposobne vložiti pritožbe, zato je treba sprožiti postopek postavitve takšne osebe pod skrbništvo. Ker so postopki za postavitve skrbnika dolgotrajni, rok za vložitev pravnega sredstva poteče, posledično pa so takšnemu posamezniku (lahko) kršene pravice. Pri postavitvi skrbnika so pogosti tudi primeri, ko centri za socialno delo brez pojasnila zavračajo izdajanje odločb o skrbništvu, saj med strokovnimi delavci centrov za socialno delo prevladuje mnenje, da uporabnik v socialnovarstvenem zavodu ne potrebuje skrbnika, saj lahko strokovne odločitve namesto njega sprejemajo službe znotraj zavoda. Če je takšni osebi z odločbo postavljen skrbnik, gre za postavitve skrbnika za poseben primer in ne (stalnega) skrbnika. Pri izdajanju odločbe na podlagi 96. člena ZSV je treba ločevati med sprejemom na splošni oddelek zavoda in med sprejemom v varovani oddelek. Če je uporabnik nameščen na varovani oddelek zavoda, zavod o izdaji odločbe o namestitvi obvesti sodišče, saj gre za sprejem brez privolitve. Izdana odločba zavoda velja do izdaje sklepa sodišča. Če gre za namestitev v t. i.

»splošni oddelek« zavoda, pa sodišča ni treba obveščati. V teh primerih odločba zavoda (po poteku roka za vložitev pravnih sredstev) postane dokončna. Pri tem se postavlja vprašanje smiselnosti navedene ureditve, saj so socialnovarstveni zavodi v razmerju do svojih uporabnikov v koliziji interesov. Socialnovarstveni zavodi morajo svoje delo opravljati nepristransko in objektivno ter morajo skrbeti za najvišje zagotavljanje pravic posameznikov. Je zavod res primeren organ, ki z odločbo enostransko odloča o namestitvi, premestitvi ali odpustu posameznika?

c) Možnost 3

Pravilnik v 16. členu določa, da v primerih, ko je osebi postavljen skrbnik, lahko namesto uporabnika dogovor podpiše njegov zakoniti zastopnik, skrbnik ali skrbnik za poseben primer. Stališče Socialne inšpekcije in Varuha človekovih pravic Republike Slovenije je, da oblika skrbnika za poseben primer zadostuje za manjša, občasna opravila, ne pa tudi za sklepanje poslov, kot je podpis dogovora za uveljavitev neke pravice. Tudi sicer je postavitve skrbnika za poseben primer sporna, saj njegova funkcija ni trajna, pač pa preneha, ko preneha naloga, zaradi katere je bil skrbnik postavljen. Zato bi bilo treba razmisliti o postavitvi skrbnika, ki bi trajno skrbel za pravice in koristi posameznika, saj praviloma ni pričakovati, da se bo zdravstveno stanje teh uporabnikov izboljševalo. Glede na navedeno bi bilo smiselno, da pri odločanju o namestitvi, premestitvi ali odpustu uporabnikov kot tudi glede reševanja ostalih številnih vprašanj, o katerih se osebe morajo v času domskega varstva izjavljati oziroma soglašati, npr. v zadevi varstva osebnih podatkov, urejanja različnih upravnih zadev (naslov prebivališča, plačevanja stroškov lastniških nepremičnin, prevzem uradne pošte, urejanja plačila storitev ...) ter uveljavljati pravice pacientov za zdravstvene storitve in oskrbo (izjave, soglasja, cepljenje proti gripi, jemanje zdravil, operativni posegi ...), da večji poudarek (stalnim) skrbnikom in se na ta način rešijo odprte zadeve.

Na tem mestu želimo poudariti še razliko med odvzemom poslovne sposobnosti in postavitvijo skrbnika. Ni dovolj stališče, da se zgolj posameznikom, ki jim je odvzeta poslovna sposobnost, postavi skrbnik, in da se za takšne primere uporabijo tudi določbe Zakona o duševnem zdravju (Uradni list RS, št. 77/08, 46/15 – odl. US; v nadaljevanju ZDZdr) in da se le v takšnih primerih nadomešča voljna in zavestna odločitev posameznika. Odvzem poslovne sposobnosti in postavitve skrbnika namreč nista nujno neločljivo povezana. Kot pogost primer uporabnika, ki svoje volje zaradi različnih zdravstvenih stanj ne more izjaviti, je

oseba z demenco. Glede na to, da demenca ni motnja v duševnem zdravju, pač pa skupek kliničnih stanj, ki zahteva dolgotrajno obravnavo obolelih, osebam z demenco ni dopustno odvzeti poslovne sposobnosti – kljub temu, da se to v praksi sicer dogaja. Oseba z demenco, kljub temu da ji poslovna sposobnost ni odvzeta, potrebuje skrbnika, ki ji bo zagotavljal vse pravice, ki ji pripadajo (pa sama ni zmožna poskrbeti zanje). Pri tem je treba še poudariti, da se za osebe pod skrbništvom ne morejo uporabljati določbe ZDZdr, saj gre za specialnejši zakon, ki ureja področje socialnega varstva oseb s težavami v duševnem zdravju ter glede posebnih varovalnih ukrepov. Navedeno področje je tako treba urediti v ZSV oziroma z novim Zakonom o skrbništvu.

V prihodnje se porajajo tudi nova vprašanja, ki jih bo prinesel Zakon o dolgotrajni oskrbi, ki predvideva dogovarjanje z upravičencem o koriščenju oskrbe ali denarnega nadomestila, o sodelovanju upravičenca pri izdelavi individualnega načrta, ki bo osnova za odločitev zavarovalnice za oskrbo. Kako in kdo bo to urejal za osebo, ki ji ni odvzeta poslovna sposobnost, sama pa ne zmore več zastopati svojih koristi in uveljavljati pravic, ob tem, da zdravstvo še ne izvaja zgodnje detekcije demence, da svojci nočejo predlagati sodišču odvzema (vsaj delnega) poslovne sposobnosti in da je odprt prostor manipulacij oziroma zlorab s takšno osebo?

Predlog Skupnosti socialnih zavodov Slovenije

Nobena od zgoraj predstavljenih možnosti, ki se trenutno v praksi izvajajo, ni optimalna, zato bi se bilo treba zavzemati za enostavne birokratske postopke in urejen zakonodajni okvir, ki bo posameznikom zagotavljal ustrezne storitve in skrbel za njihove pravice in koristi, med izvajalci pa odpravil strah glede morebitne odgovornosti. Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (MDDSZ) je sicer pred časom zavzelo stališče, da je postavitve skrbnika za poseben primer začasna rešitev – dokler ne bo sprejet nov Zakon o skrbništvu. Zaradi obstoječe pasivnosti so centri za socialno delo glede postavitve skrbnika vzpostavili različne prakse, kot že omenjeno, pa institut skrbništva največkrat zavračajo. Sprejemi uporabnikov so tako oteženi, njihove koristi pa niso zavarovane. V vmesnem obdobju pa bi bilo nujno dati jasna navodila izvajalcem institucionalnega varstva, kako naj se v postopkih uveljavljanja in v samem koriščenju pravice do institucionalnega varstva in do zdravstvenih storitev, zaščitijo pravice in koristi te skupine uporabnikov glede na predhodne ugotovitve prakse domskega varstva po obstoječih predpisih.

Strokovni izzivi izvajanja skrbništva pri starejših

Prispevek se namerno izogiba informativni predstavitvi ureditve skrbništva v veljavni zakonodaji Republike Slovenije, saj ga bralec prispevka oziroma udeleženec posveta že pozna. Na predstavljenih izbranih določilih predpisov pa želim opozoriti na strokovne izzive in naloge, ki jih ta določila zastavljajo vsem, ki sodelujemo pri oblikovanju in izvajanju skrbništva za konkretnega posameznika.

Skrbništvo za odrasle osebe je v 239. členu Družinskega zakonika (v nadaljevanju DZ) opredeljeno kot institut varstva osebnosti odraslih, ki se uresničuje predvsem z urejanjem zadev, ki jih te osebe ne morejo narediti same, ter s prizadevanjem za zdravljenje in usposabljanje za samostojno življenje. Namen skrbništva pa je tudi zavarovanje njihovih premoženjskih in drugih pravic ter koristi.

Ob pripravi besedila DZ so se krepila pričakovanja in zahteve strokovne javnosti, da se področje izvajanja nalog s področja skrbništva, kot je opredeljeno v Zakonu o zakonski zvezi in družinskih razmerjih (v nadaljevanju ZZZDR), temeljito prouči ter sprejme poseben zakon, ki bi urejal to področje. Zaradi različnih razlogov se to ni zgodilo in zdi se, da je novejša ureditev poskušala predvsem odpraviti dvoumnosti pri tolmačenju posameznih določil - npr. kdo »izvaja« skrbniške naloge v primerih, ko je CSD »skrbnik«, ter sledila načelu prenosa stvarne pristojnosti odločanja na sodišče. V delu, kjer se je stvarna pristojnost odločanja s CSD prenesla na sodišča (postavitev pod skrbništvo in imenovanje skrbnika), pa z vidika osebe, ki se postavlja pod skrbništvo, ni prišlo do bistvenih sprememb. Tako v »stari« kot »novi« ureditvi je pred postavitvijo pod skrbništvo treba najprej ugotoviti, da oseba ni več sposobna poskrbeti za svoje pravice in koristi. Po ureditvi, ki se še uporablja, sodišče v nepravdnem

¹ Peter Stefanoski, univ. dipl. soc. delavec, socialni inšpektor, direktor Inšpektorata Republike Slovenije za delo – socialna inšpekcija, peter.stefanoski@gov.si

postopku ugotavlja, ali oseba iz različnih vzrokov ni sposobna sama skrbeti zase, za svoje pravice in koristi (44. člen Zakona o nepravdnem postopku) in v primeru odločitve sodišča o odvzemu poslovne sposobnosti postavi to osebo pod skrbništvo CSD (206. čl. ZZZDR). Z začetkom uporabe določil DZ o skrbništvu pa bo že sodišče osebo, ki iz različnih vzrokov, ki vplivajo na zmožnost razsojanja, sama brez škode zase ni sposobna poskrbeti za svoje pravice in koristi, postavilo pod skrbništvo in ji imenovalo skrbnika (262. čl. DZ). »Prenova« področja skrbništva je torej še pred nami in ta prispevek naj bo eden od kamenčkov v mozaiku predlogov, na kaj je treba biti pozoren pri razmišljanju o varstvu osebnosti (tudi pri starejših osebah) ter zavarovanju njihovih premoženjskih in drugih pravic ter koristi z institutom skrbništva.

V dosedanjih analizah obstoječe pravne ureditve skrbništva so morda najbolj prezrta prav temeljna vprašanja koncepta skrbništva, ki se neposredno navezujejo na dosedanje definicije namenov izvajanja skrbništva.

Konceptualnim težavam v zvezi z opredelitvijo »starejših« se tokrat ne posvečam in za »starejšega« povsem arbitrarno poimenujem vsakega posameznika, ki izpolnjuje pogoje za uveljavljanje pravice do institucionalnega varstva starejših po Zakonu o socialnem varstvu oziroma Pravilniku o standardih in normativih socialno varstvenih storitev – torej osebe, starejše od 65 let, ki zaradi svojega telesnega oziroma duševnega stanja niso sposobne popolnoma samostojnega življenja.

Seveda samo zaradi »starosti« ne more biti nihče postavljen pod skrbništvo. DZ v 262. členu izrecno določa, da sodišče postavi pod skrbništvo osebo, ki zaradi motnje v duševnem razvoju ali težav v duševnem zdravju ali drugega vzroka, ki vpliva na zmožnost razsojanja, sama brez škode zase ni sposobna poskrbeti za svoje pravice in koristi. Osebi, postavljeni pod skrbništvo, sodišče imenuje skrbnika in določi obseg skrbnikovih obveznosti in pravic. Imenovanje skrbnika in določitev obsega skrbnikovih obveznosti in pravic pa zahteva skrben razmislek in podrobno poznavanje osebnosti posameznika, postavljenega pod skrbništvo, saj je primarni namen skrbništva varstvo njegove osebnosti (240. čl. DZ).

Eden od bolj znanih raziskovalcev osebnosti H. Eysenck je osebnost opredelil kot relativno trajno organiziranost duševnih procesov (čustvenih, motivacijskih, kognitivnih) in lastnosti (značaj, temperament, sposobnosti, telesne značilnosti) posameznika, ki določa njegov prepoznaven vzorec odzivanja na okolje. Tudi oseba, postavljena pod skrbništvo, je svoj »vzorec« odzivanja na okolje, ki ga

prepoznamo kot osebnost, oblikovala od rojstva dalje. Do odločitve sodišča, da iz različnih »vzrokov, ki vplivajo na njeno zmožnost razsojanja, sama brez škode zase ni sposobna poskrbeti za svoje pravice in koristi«, je ta oseba lahko zagovarjala in poskušala udejanjati svoje »izbire« v skladu s svojimi stališči, vrednotami, prepričanji, sposobnostmi ...

Po postavitvi pod skrbništvo pa se pomembno omejijo ali prek skrbnika vzpostavijo drugačni dopustni ali zahtevani načini odzivanja osebe, ki je postavljena pod skrbništvo (kar je logična posledica ugotovitve, da ta oseba s svojim prejšnjim odzivanjem na okolje ni bila sposobna poskrbeti za svoje pravice in koristi), hkrati pa se (ne)hote omeji tudi polje možnega in dopustnega na področju čustvenih, motivacijskih in kognitivnih procesov. Tisti, ki neposredno omejujejo ali spodbujajo nove načine odzivanja varovanca na okolje – s čemer varujejo njegovo osebnost, premoženje in pravice ter koristi – so skrbniki in CSD v primerih, ko je za posamezno dejanje skrbnika potrebno dovoljenje CSD (248. čl. DZ).

Skrbništvo je soustvarjalen delovni odnos osebe, postavljene pod skrbništvo, skrbnika in CSD. Prepoznavanje želja in potreb osebe pod skrbništvom, pravic in koristi, njihova artikulacija in skupno iskanje načinov za njihovo izpolnitev oziroma uveljavitev, se nikakor ne sme zvesti samo na »administrativno« preverjanje, ali posamezniku še pripada kakšna z zakonom opredeljena pravica ali mu je morda možno zagotoviti še kakšno (pričakovano) korist ...

V nadaljevanju navajam nekaj strokovnih izzivov, s katerimi se srečujemo pri artikulaciji potreb in želja osebe pod skrbništvom, pri načrtovanju in sooblikovanju življenja te osebe v okviru možnega ter iskanju ustreznega skrbnika, ki bo pripravljen v največji meri spoštovati in slediti »osebnosti« varovanca pri varovanju njegove osebnosti, premoženja, njegovih pravic ter koristi.

Razlikovanje med »zastopništvom« in »pokroviteljstvom«

Primer: Kot socialni inšpektor sem se srečal z osebo, ki je skrbniku oziroma CSD očitala, da so ji vsilili »pomoč« za nakup pralnega stroja. Dolgoletni invalidski upokojenec je vztrajal pri tem, da je še vedno dovolj »močan«, da lahko pere na roke in da ga ob tem ne bo nihče žalil z »miloščino«. Tako skrbnik kot CSD sta ob srečevanju z njim »pravilno« ugotavljala, da mu lahko olajšata vsakdanjik. Skrbnik s svojim vrednostnim sistemom, v katerem je »poiskati pomoč« in »uveljaviti pravico« do izredne denarne socialne pomoči izraz obvladovanja socialnega prostora nikakor ni mogel razumeti in sprejeti nerazumnega »ponosa« osebe pod

skrbništvom, da za svoje vsakdanje bivanje ne potrebuje pomoči, da je dovolj močan, da mu ni treba sprejemati miloščine v obliki izredne denarne socialne pomoči.

Skrbnik (oziroma CSD ali sodišče) se mora o pravicah in koristih, ki jih lahko varovanec v skladu z veljavnimi predpisi uveljavlja, z njim dosledno posvetovati. Čeprav 247. člen DZ govori o rednem poslovanju in upravljanju varovančevega premoženja, pa razumem določilo drugega odstavka tega člena, da se mora skrbnik pred vsakim važnejšim opraviлом posvetovati z varovancem in da mora njegovo mnenje upoštevati, če ga je varovanec izrazil in če je sposoben razumeti njegov pomen in posledice kot zavezo k doslednemu posvetovanju tudi v drugih zadevah, ki so povezane z odločitvijo o uveljavljanju posamezne pravice.

Ena od ključnih razlik med »zastopništvom« in »pokroviteljstvom« je občutek dostojanstva, ki je v »pokroviteljskem« odnosu lahko hitro ogrožen.

»Korist« oseb pod skrbništvom je pravni standard!

Seveda je številna ravnanja oseb pod skrbništvom možno označiti za neracionalna, neekonomična, nepotrebna ... vendar samo, če jim poleg njihove »poslovne sposobnosti« odtegnemo tudi njihovo »sposobnost (pravico) biti individuum«.

Primer: Oseba pod skrbništvom je po očetu podedovala traktor. Izpita nima, je pa v času, ko je bil oče še živ, z več deset let starim traktorjem redno opravljala dela na kmetiji. Po očetovi smrti in postavitvi pod skrbništvo je »sprejela«, da traktorja ne sme voziti, vendar so sosedje obvestili skrbnika (in CSD), da ga občasno vidijo na traktorju. Skrbnik in CSD sta »odločila«, da se traktor proda, saj varovancu tako ni v korist, ker ga ne sme uporabljati, hkrati pa bo nekaj sto evrov kupnine varovancu v korist. Prošnje varovanca, da naj traktor ne prodajo, da mu predstavlja ljub spomin na očeta, da se bo trudil narediti izpit in da do takrat ne bo več vozil ... so enostavno preslišali. Preslišali so človeka. V imenu koristi na abstraktno regulativni ravni, kot jo vidi »ekonomija« in »zaščitnik« ljubega miru (varstva javnega reda in miru) običajnih ljudi brez upoštevanja konkretnega življenja. In predvsem brez iskanja »koristi«, ki bo sprejemljiva tako za okolje, v katerem varovanec živi, kot zanj.

Razločevanje koristi osebe pod skrbništvom od koristi skrbnika, njegovih sorodnikov oziroma partnerjev

DZ v 241. členu izrecno določa, da skrbnik ne more biti oseba, katere koristi so v navzkrižju s koristmi varovanca, ne more biti oseba, ki je z varovancem sklenila pogodbo o dosmrtnem preživljanju oziroma oseba, katere zakonec ali zunajzakonski partner je z varovancem sklenil pogodbo o dosmrtnem preživljanju. Če pa je mogoče in če to ni v nasprotju s koristmi varovanca, potem se imenuje za skrbnika njegov zakonec, zunajzakonski partner ali sorodnik (prvi odstavek 242. čl. DZ).

V praksi ni večjih težav s prepoznavanjem navzkrižja koristi, če gre za »sodelniške odnose« varovanca in skrbnika. DZ je na podlagi izkušenj iz prakse dopolnil določila ZZZDR o navzkrižju koristi tudi z navedbo »preživninskega odnosa«. Če je za skrbnika imenovan zakonec, zunajzakonski partner ali sorodnik, je zlasti pri spremljanju izvajanja skrbniških nalog s področja rednega poslovanja in upravljanja varovančevega premoženja treba biti še posebej pozoren na sicer že omenjeno razločevanje med »ekonomsko« in »osebnostno« koristjo. »Ekonomsko« korist ocenjujemo s kriterijem dobička, »osebnostno« korist pa z vidika osebnega zadovoljstva posameznika. Zakonec, zunajzakonski partner ali sorodnik so tudi potencialni dediči varovanca, zato bolj ali manj zavestno upravljajo s premoženjem varovanca tako, da zasledujejo svoje bodoče koristi. V večini primerov sicer to ni v navzkrižju s koristmi osebe pod skrbništvom, vendar pa je vseeno treba biti na to pozoren.

Primer: Nekaj let pred odhodom v dom za starejše je z lastnico živela »negovalka«, ki je lastnici pomagala pri vsakdanjih opravilih in ji nudila družbo. »Negovalki« je bilo kot plačilo za njeno skrb omogočeno brezplačno bivanje v stanovanju. Ob odhodu v dom za starejše je lastnica stanovanja dovolila »negovalki«, da v njem še naprej brezplačno biva (ob plačevanju obratovalnih stroškov). Sorodniki so kljub temu, da je lastnica s svojimi dohodki v celoti krila stroške doma za starejše, pritiskali nanjo, naj stanovanje oddaja po tržni ceni. V svojem prepričanju, da so njihove bodoče »ekonomske« koristi pomembnejše od »osebnostne« koristi, ki jo ima lastnica stanovanja s tem, ko z njim upravlja po svoji volji, vesti, v skladu s svojimi vrednotami ... so zahtevali celo postavitev lastnice pod skrbništvo. Na srečo neuspešno.

Ugovori in pritožbe varovanca

Zakon o nepravdnem postopku (v nadaljevanju ZNP) v 39. členu določa, da sodišče dovoli, da udeleženec, ki ni poslovno sposoben, zaradi uveljavitve svojih pravic ali interesov sam opravi posamezna procesna dejanja, če oceni, da je sposoben razumeti pomen in pravne posledice takih dejanj. Oseba, ki ji je bila s pravnomočnim sklepom odvzeta poslovna sposobnost, poslovne sposobnosti nima več in nima več sposobnosti izvajati procesnih dejanj v katerem koli postopku, razen v postopku uveljavitve svojih pravic ali interesov na podlagi ZNP v postopkih, ki se vodijo po ZNP.

Ob pravnomočnosti sodne odločitve tak posameznik poslovne sposobnosti nima več in s tem niti procesnih sposobnosti v postopkih nastopati kot stranka. V postopku postavitve osebe pod skrbništvo in imenovanja skrbnika na CSD se na podlagi 183. člena ZZZDR mora pridobiti mnenje varovanca in njegove želje. Vendar to ne pomeni, da varovanec lahko opravlja v postopku tudi procesna dejanja, saj sposobnosti zanje nima več, ne glede na to, da gre za postopek postavitve pod skrbništvo in imenovanje skrbnika. Navedeno potrjujeta sklep Vrhovnega sodišča I Up 273/2015 z dne 13. 1. 2016 in sklep Višjega sodišča številka II Cp 1979/2017 z dne 13. 9. 2017. V prvem je med drugim izrecno navedeno, da pravdno nesposobna oseba ne more samostojno opravljati procesnih dejanj, zaradi česar se njene vloge ne upoštevajo, v drugem pa med drugim tudi, da ima oseba, ki ji je odvzeta poslovna sposobnost, sicer sposobnost biti naslovnik pravic oziroma biti stranka, nima pa sposobnosti vlaganja procesnih aktov oziroma procesne sposobnosti. Še več – slednji sklep izrecno opredeljuje, da je oseba, ki ji je odvzeta poslovna sposobnost, ves čas pod skrbništvom bodisi prejšnjega skrbnika oziroma spremenjenega novega. Sodišče izrecno poudari, da je »tak /.../ tudi namen skrbništva.«

V citiranih sklepih je še navedeno, da pravdno nesposobna oseba ne more samostojno opravljati procesnih dejanj, posledično pa se njene vloge ne upoštevajo, zato vlog, ki jih pravdno nesposobna stranka vloži samostojno, ni mogoče obravnavati in o njih odločiti kot o procesnih vlogah, ne glede na njihovo poimenovanje. Takšna vloga namreč nima pravnega učinka, ne glede na njeno poimenovanje.

Za ugotavljanje primernosti dela skrbnika in CSD ima varovanec možnost podati ugovor (256. člen DZ), kar ni procesno dejanje v smislu splošnega upravnega postopka, ampak gre za dejansko varovanje pravic in koristi varovanca, ki jih do neke mere lahko uresničuje tudi sam, skladno s svojo preostalo

spodobnostjo in izhajajoč iz zahteve, da je treba pridobiti in upoštevati mnenje varovanca in njegove želje, če se le da. Formalno ne gre za procesno dejanja pritožbe, temveč izražanje nestrinjanja z delom skrbnika ali delom CSD. Gre za način, kako lahko varovanec brez poslovne in procesne sposobnosti vseeno do neke mere štiti svoje koristi.

ZNP samo v primerih sodnih postopkov glede odvzema in vrnitve poslovne sposobnosti določa možnost, da varovanec, ki nima poslovne sposobnosti, opravi posamezna procesna dejanja sam. Torej varovanec, ki mu je odvzeta poslovna sposobnost od trenutka pravnomočnosti sodne odločitve dalje, v vseh postopkih samostojno ne more več opravljati procesnih dejanj, kar pomeni, da tudi samostojno ne more vložiti pritožbe zoper odločbo CSD o postavitvi pod skrbništvo in imenovanjem skrbnika oziroma samostojno vlagati pritožb zoper druge (u)pravne akte – npr. zgoraj omenjeno nestrinjanje s prejemom izredne denarne pomoči.

Primer: Socialna inšpekcija je do zdaj obravnavala nekaj prijav oseb pod skrbništvom, ki so do postavitve pod skrbništvo vložili več desetih tožb, predlogov, vlog, prijav ... zoper znane in neznane osebe. Inšpekcija zaradi narave svojega dela nima ne procesnih ne vsebinskih zadržkov s proučitvijo vsebine prijave take osebe in ugotavljanjem zakonitosti ravnanja izvajalca socialnovarstvene dejavnosti, na katerega se prijava nanaša, vseeno pa se postavlja vprašanje, ali je v dovolj veliki meri poskrbljeno za varstvo pravic in koristi oziroma osebnosti osebe pod skrbništvom v primerih, ko se varovanec ne strinja z ravnanji in odločitvami skrbnika, CSD in sodišč.

Morda bi bilo smiselno razmisliti o institutu »zagovornika«, podobnega institutu zagovorništva otrok, saj je možno, da se zaradi neprestanih »neupravičenih« pritoževanj varovanca, zmanjša pozornost tako skrbnika kot CSD na vsebino pritoževanj, in se zaradi tega presliši »upravičeno« pritožbo.

Skrbništvo za posebne primere

Za razliko od skrbnika, ki je zakoniti zastopnik osebi, postavljeni pod skrbništvo, skrbnik za posebne primere ni zakoniti zastopnik osebe, za katero opravlja naloge, opredeljene v odločbi CSD. ZZZDR v 211. členu določa, da CSD postavi skrbnika za posebni primer ali skrbnika za določeno vrsto opravi- odsotni osebi, katere prebivališče ni znano in ki nima zastopnika, neznanemu lastniku premoženja, kadar je potrebno, da nekdo za to premoženje skrbi, pa tudi v primerih, kadar je to potrebno za varstvo pravic in koristi posameznika.

Ti primeri v zakonu niso navedeni niti primeroma, lahko pa si pri razmisleku o tem, kdaj je skrbnik za poseben primer potreben zaradi varstva pravic in koristi posameznika, pomagamo z določilom drugega odstavka 267. člena DZ, ki izrecno določa, da skrbnika za posebni primer ni mogoče imenovati v primerih, ko so podani pogoji za postavitev osebe pod skrbništvo.

Skrbnik za poseben primer zato v nobenem primeru ne more nadomestiti voljne in zavestne odločitve posameznika, ki mu ni odvzeta poslovna sposobnost oziroma ni postavljen pod skrbništvo in s katerim lahko stopimo v stik (torej ni odsotna oseba). Poseben primer seveda predstavljajo življenjske situacije, ko je posameznik za določen čas nesposoben za opravljanje posameznih opravil, ki so nujne za varstvo njegove osebnosti, njegovih pravic in koristi ali premoženja, kljub temu, da fizično ni odsoten in vemo, kje je (npr. dolgotrajnejše zdravljenje hujših poškodb ...), urejanja teh opravil pa ni (več) možno urediti z osebnimi pooblastili.

V neskladju z določili in namenom veljavne zakonodaje je zato pogosta praksa postavljanja skrbnikov za poseben primer posamezniku, ki nerazumno troši svoja finančna sredstva, s katerim mu omejimo njegovo voljno in zavestno odločitev. Ni redko, da je predlog odvzema poslovne sposobnosti v takšnih primerih, po predhodnem mnenju sodnega izvedenca, sodišče zavrnilo!

Skrbnika za poseben primer se torej, poleg z zakonom izrecno določenih primerov (odsotna oseba ...), lahko postavi posamezniku, ki mu ni odvzeta poslovna sposobnost takrat, ko:

- je zaradi spleta okoliščin zadržan sam skrbeti za svojo osebnost, pravice in koristi ali premoženje, te skrbi pa ni mogel ali ne more več prenesti na druge osebe z osebnim pooblastilom,
- je z njim možno komunicirati (pa ne more pooblastiti drugih oseb) in se s postavitvijo skrbnika za poseben primer in njegovimi nalogami strinja,
- ali pa je v stanju, ko z njim komunikacija ni možna (npr. koma po poškodbi) in je treba zavarovati njegove pravice, koristi ali premoženje (npr. preprečiti odklop elektrike zaradi neplačanih računov ...).

Posebno poglavje bi lahko posvetil strokovnim izzivom in nevarnosti možnih zlorab instituta skrbništva za posebne primere v zvezi s starejšimi osebami pri uveljavljanju pravice do institucionalnega varstva. Socialna inšpekcija je o tem na svojih spletnih straneh izdala obširna pojasnila glede nalog skrbnika

za posebni primer v tem postopku (http://www.id.gov.si/si/delovna_podrocja/socialne_zadeve/), zato jih na tem mestu ne povzemam.

Upam, da sem na nekaj posameznih točkah v tem prispevku uspel nakazati, zakaj bo pred prenovo zakonske ureditve področja skrbništva treba odprto premisliti strokovne koncepte razumevanja skrbništva z vidika človekovih pravic in temeljnih svoboščin.

JOŽE RAMOVŠ, TJAŠA GREBENŠEK, VERONIKA MRAVLJAK
ANDOLJŠEK, ANA GORENC VUJOVIĆ, KSENIJA RAMOVŠ¹,
Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko
sožitje

Preprečevanje trpinčenja starih ljudi

Nasilje nad starimi ljudmi in zanemarjanje njihovih potreb

Trpinčenje starejših ljudi je pereč problem. Svetovna zdravstvena organizacija je glavna pobudnica njegovega raziskovanja in preprečevanja ter ozaveščanja o njem; po njej povzemamo naslednjo opredelitev. Trpinčenje starejših ljudi je enkratno ali ponavljajoče se dejanje ali opustitev primerne ukrepanja, ki starejši osebi (nad 60 let) 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 zanemarjanje in zapustitev. Trpinčenje povzroča resno izgubo dostojanstva in spoštovanja starejšega človeka (WHO, 2017).

Človek je bitje, ki je zmožno trpinčiti druge; v njem so biološke, duševne, socialne in svobodne duhovne zmožnosti, da druge napada, jim škodi ali jih brezčutno prezre. Prav tako lahko izziva nasilje drugih. Z določenim doživljanjem sebe in drugih ter s svojim govorjenjem in vedenjem sam rine v vlogo žrtve; kriminologija upošteva tudi krivdo žrtve, vendar pa ta nikdar ni opravičilo za trpinčenje. Za ta pojav se uporabljajo trije strokovni pojmi (Ramovš, 2016): *nasilje nad starimi ljudmi*, *zloraba starejših* in v zadnjem času čedalje bolj *trpinčenje starih ljudi*, ki se kaže kot najbolj ustrezen, zlasti za preprečevanje tega pojava.

Beseda *nasilje* usmerja pozornost na povzročitelja, ki izvaja silo nad drugim, in v njegovo kaznovanje – zakonito prisilo nasilneža, da nasilja ne bi ponavljal,

¹ Jože Ramovš, Tjaša Grebenšek, Veronika Mravljak Andoljšek, Ana Gorenc Vujović, Ksenija Ramovš, Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje, info@inst-antonatrstenjaka.si

pri storjenem nasilju pa čim bolj popravil nastalo škodo. S tem pojmom ostajamo v krogu nasilja, v katerem velja spoznanje, da so kriminalci pred preganjalci, zato je ta paradigma neučinkovita za razvijanje programov preprečevanja trpinčenja, pa tudi pri sankcioniranju storjenega nasilja sama ne dosega uspeha.

Zloraba starih ljudi vključuje vse oblike in načine nehumanega ravnanja z njimi. Šibka stran tega pojma je brezosebni poudarek na zli rabi, ki pomensko zavaja v predmetno mišljenje. Predmete rabimo in uporabljamo, človek pa je vedno – naj je še tako onemogel in odvisen – osebni subjekt, s katerim sodelujemo, smo v sožitju, mu pomagamo, zanj skrbimo, zadovoljujemo njegove človeške potrebe ipd. Izraz zloraba torej zavaja v miselni proces razosebljanja starejšega človeka, prav to pa je antropološka osnova vsake zlorabe.

Pojem *trpinčenje starih ljudi* izhaja iz žrtve, ki pri nasilju ali zlorabi trpi telesno, duševno in socialno bolečino ter materialno škodo. Pozornost na človeka, ki zaradi nasilja ali zanemarjanja trpi, usmeri miselni proces človekovih možganov v solidarnost in empatijo z njim, v reševanje njegovega trpljenja z ustrezno pomočjo in v njegovo okrepitev, da tudi sam preprečuje in rešuje svoje trpljenje. Strokovni pojem preprečevanje trpinčenja se uveljavlja zaradi spoznanja, da pozornost na žrtev učinkoviteje preprečuje nasilje kakor pozornost na storilca ali na pojav nasilja.

Med vrstami trpinčenja je najpogostejše *besedno* in *drugo duševno*, druge vrste so še: *telesno* ali *fizično*, *ekonomsko*, *spolno* in drugo ter *zanemarjanje*.

Besedno ali verbalno trpinčenje so 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.

Z njim se deloma prekriva *čustveno*, *duševno* ali *psihično trpinčenje*, ko povzroča notranje trpljenje staremu človeku. Povzroča ga neustrezno obnašanje, molk in druge, lahko zelo prikrite oblike vedenja; pogosto se npr. drugi odločajo o pomembnih stvareh starega človeka brez dogovora z njim. Hudo trpinčenje je osamitev starega človeka, onemogočanje obiskov, njegova odstranitev pri družinskih srečanjih in druge nenormalne oblike vsakdanjega sožitja z njim doma ali v ustanovi. Druga skrajnost je prisila v trajno neželeno bivanje z drugim, npr. v večposteljni sobi v ustanovi. *Besedno in drugo duševno nasilje* povzroči, da se staremu človeku zažre strah v kosti, da izgubi spoštovanje samega sebe,

da se umakne v pasivnost in malodušje ter se zapre vase, da slabo spi in druge slabe posledice.

Pri *telesnem* ali *fizičnem nasilju* utrpi žrtev bolečine, lahko tudi telesne poškodbe. Nasilnež povzroča trpljenje s klofutanjem, s ščipanjem, s stresanjem, z lasanjem, odrivanjem, udarjanjem, z brcanjem in na druge načine. Telesno trpinčenje je tudi pretirana vsiljivost pri hranjenju ali negi, omejevanje gibanja, npr. zaklepanje, skrivanje bergel ali vozička, privezovanje na posteljo in čezmer-na uporaba pomirjeval.

Ekonomsko, finančno in drugo materialno zlorabljanje starega človeka je uporaba njegovega premoženja proti njegovi volji ali proti njegovim interesom. Svojci ali drugi ljudje samovoljno uporabljajo prihranke, posest ali lastnino starejšega človeka, mu kradejo denar, ga dvigajo z njegovega računa, ponaredijo njegov podpis na pogodbah, ga s silo ali prevaro pripravijo do podpisa pogodbe ali oporoke itd. Huda zloraba je tudi vsiljivo vstopanje akviziterjev, prodajalcev, zdravilcev in zbiralcev denarja za »dobrodelne akcije« v stanovanja starih ljudi, kjer priliznjeno in pretkano vsilijo staremu človeku nakup nepotrebne stvari ali darovanje denarja. S podobnimi razlogi ali s tem, da se predstavijo kot uradni serviserji elektrike, kurjave, vodovoda ipd., lahko vstopajo v stanovanje starega človeka tudi običajni tatovi, navadno v paru, da se eden pogovarja, drugi pa krade. Materialni zlorabi so izpostavljeni zlasti tisti onemogli in bolni, ki imajo zmanjšane zmožnosti za presojo in odločanje, npr. oboleli za demenco in depresijo.

Spolno nasilje je kakršenkoli neprostoVOLjen spolni stik s starejšo osebo. Te vrste zlorabe starih ljudi so veliko redkejše kakor besedno, ekonomsko in telesno nasilje, raven ponižanja in trpljenja pa je lahko hujša in trajnejša.

Zanemarjanje potreb starih ljudi obsega vse pojave, ko bi nekdo moral in mogel zadovoljiti neko potrebo starega človeka, ki je sam ne more, pa tega iz kateregakoli vzroka ne stori. Dogaja se doma in v ustanovah.

Najhujše oblike zanemarjanja so tedaj, ko onemoglemu staremu človeku nih-če ne pomaga opraviti osnovnih vsakdanjih opravil: vstajati, se obleči in sleči, opraviti higieno, se gibati, izločati, se hraniti in uživati zdravila, se pripraviti na varno spanje ter biti v človeškem stiku. Posledice zanemarjanja na telesno, duševno in socialno zdravje so lahko zelo hude. Star človek postane podhranjen, ker ne dobi hrane, ker prinesene hrane ne more jesti zaradi svoje nemoči, ker mu oskrbovalec ni narezal mesa, krompirja ali sadja. Če ne popije dovolj

tekočine, ker mu je nihče ne prinese, ker sam ne more držati skodelice s čajem ali je postavljena izven njegovega dosega, lahko zaradi dehidracije hitro oboli in umre. Nevarno je, če je higiensko zanemarjen, če mu nihče ne pomaga k zadostnemu gibanju in razgibavanju ali premikanju v postelji, če se ustrezno ne zdravi njegove bolezni ali poškodbe, npr. preležanin, če je na mrzlem, če nima zobne proteze, če ne prejema zdravil ali jih prejema prevelik ali premajhen odmerek. Poniževalno je, če je neprimerno oblečen, če nima slušnega aparata ali očal. Duhovno in socialno je star človek zanemarjen, če ne upoštevamo njegovih izkušenj, vrednot in nazora, če dnevno nima osebnega stika s človekom.

Raziskovalni podatki o trpinčenju starih ljudi so dokaj različni. Pri njihovi interpretaciji je treba upoštevati poleg njihovega raziskovalnega cilja, metod in dosega še dvoje. Prvo: vzorec je običajno premajhen, ker je nasilje, zlasti družinsko in institucionalno, zelo prikrito in težavno za odkrivanje, celo storilci in žrtve se ga pogosto ne zavedajo. Drugo: razveseljivo je dejstvo, da so razvite družbe vedno bolj občutljive za nasilje nad starimi ljudmi, ga čedalje bolj odkrivajo in sankcionirajo – podatki o njem tudi zaradi tega naraščajo.

Po zadnjem poročilu Svetovne zdravstvene organizacije je nasilja deležnih 16 % starih ljudi na svetu (WHO, 2017). Poročilo za Evropo je na podlagi raziskav navajalo naslednje ocene: telesno trpinčenih naj bi bilo 2,7 % nad 60 let starih ljudi (to je štiri milijone), finančno 3,8 %, duševno 19,4 % in spolno 0,7 % (WHO, 2011).

V raziskavi reprezentativnega vzorca nad 50 let starih prebivalcev Slovenije (Ramovš, ured., 2013) je bilo vprašanje, ali so v zadnjem letu kdaj trpeli zaradi nasilja nad seboj; v vprašanju je bilo opredeljeno, da so nasilje besede in dejanja, ki nekomu povzročijo kakršnokoli škodo in trpljenje. Tabela 1 kaže podatke po starostnih skupinah tistih, ki so nasilje utrpeli.

Tabela 1: Izkušnje starejših ljudi v Sloveniji s trpinčenjem v preteklem letu

	N (raziskava)	f (žrtve nasilja)	%
50–59	354	35	9,9
60–69	313	22	7,0
70–79	244	14	5,7
80–89	120	5	4,2
90+	16	1	6,3
skupaj	1047	77	7,4

Vir: Inštitut Antona Trstenjaka, 2010

Med vrstami nasilja je daleč največ besednega (69,3 %), sledi telesno (slabih 15 %) in ekonomsko (dobrih 10 %), vse druge vrste pa tvorijo po tej raziskavi manj kakor desetino celote nasilja nad starejšimi ljudmi. Po teh podatkih doživlja trpinčenje v Sloveniji okoli 60.000 starejših ljudi (Ramovš K., 2013).

Vzroki za trpinčenje starih ljudi so v družbenem okolju, v človeku in življenjskih razmerah. Ljudje so skozi vso zgodovino uveljavljali svoja upravičena in neupravičena hotenja tudi s nasiljem nad drugimi; tega do danes ni uspela povsem izkoreniniti nobena skupnost, ampak le posamezniki s smiselno vzgojo in samovzgojo od začetka do konca življenja. Nasilno vedenje narašča, če prevladuje v skupnosti strpno stališče do njega, če ljudje niso ozaveščeni o ničelni toleranci do trpinčenja, če nista uveljavljeni vseživljenjska vzgoja in samovzgoja za spoštovanje sebe in vsakega človeka, če se ljudje znajdejo v revščini in drugih stresnih razmerah brez pomoči skupnosti, če človek ni razvijal svoje frustracijske odpornosti za smiselno doživljanje in ravnanje v neprijetnem in težavnem položaju in podobno. Med dejavniki za nasilje so tudi človekova krhkost in nemoč za obrambo, bolezni, ki jih spremlja nelogično vedenje (npr. demenca) in se ga drugi niso naučili razumeti, starostno okrnjeno vedenje, komuniciranje, ki izziva nasilno odzivanje, slaba organizacija dolgotrajne oskrbe in zastareli oskrbovalni programi. Med današnjimi vzroki za povečanje trpinčenja starih ljudi sta tudi odpor do starosti (staromrzišvo ali ageizem) ter nagla rast števila starih ljudi, ki potrebujejo oskrbo, ob manjšanju števila ljudi, ki so na voljo za oskrbovanje, kar povzroča preobremenjenost oskrbovalcev (WHO, 2017; Belisário in sod., 2017).

Navedena spoznanja narekujejo dve smeri strokovnega razvoja in družbenega ukrepanja:

- odkrivanje in čim bolj smiselno sankcioniranje posledic trpinčenja starih ljudi – ta strokovna in družbena prizadevanja so usmerjena tako v storilce kakor v žrtve;
- preprečevanje ali preventivo trpinčenja starih ljudi, ki obsega znanstveni razvoj spoznanj o možnostih in metodah, na njih temelječe oblikovanje učinkovitih preventivnih programov ter njihovo dejansko izvajanje v praksi.

Najpogostejše povzročajo trpljenje starejših ljudi njegovi domači, torej družinski člani, od katerih je odvisen na svojem domu, ter poklicni socialni in zdravstveni oskrbovalci, ki izvajajo nego in oskrbo v ustanovah ali na domu. V raziskavi Orfile in sodelavcev je tretjina družinskih oskrbovalcev spregovorila o visokem tveganju slabega ravnanja z onemoglim svojcem, ki ga oskrbujejo že

daljše obdobje (Orfila in sod., 2018). Poročilo za evropsko regijo kaže, da stopnja nasilja nad oslabeledimi starejšimi s kognitivnimi motnjami in odvisnostjo od oskrbovanja doseže 25 %, družinski oskrbovalci pa so vključeni v tretjino primerov zlorab (WHO, 2011). Na temelju raziskovalnih podatkov ocenjujemo, da se do tri četrtine duševnega, zlasti verbalnega, telesnega in ekonomskega nasilja nad starimi ljudmi ter njihovega zanemarjanja dogaja v domačem okolju s strani najbližjih.

Za razumevanje tega podatka je treba upoštevati naslednja dejstva. Nad 95 % ljudi, ki so stari 65 let in več, živi doma. 75 % tistih, ki potrebujejo pomoč pri opravljanju vsakdanjih opravil, jim jo nudijo domači. Pri oskrbi svojca so pogosto brez podpore, brez znanja o starosti in značilnostih starostnih bolezni, brez veščin za komuniciranje s starim človekom in brez oskrbovalnega znanja. Svojca oskrbujejo ob drugih družinskih, službenih ali lastnih starostnih obremenitvah. Stresna preobremenjenost družinskih oskrbovalcev je eden največjih dejavnikov tveganja za trpinčenje starih ljudi. Oskrbovanje onemoglega človeka je ena od zahtevnejših, vendar pa tudi pomembnejših življenjskih nalog.

Nehoteno trpinčenje starih ljudi

Dyer in sodelavci so v svoji raziskavi že leta 2003 ugotavljali, da je zanemarjanje oskrbe svojca lahko namerno ali nenamerno in da nenamerno trpinčenje izhaja iz nezmožnosti družinskega oskrbovalca za oskrbo zaradi njegovih kognitivnih motenj, duševnih bolezni ali omejene zdravstvene pristojnosti (Dyer in sod., 2003).

Na Inštitutu Antona Trstenjaka odkrivamo pri delu z družinskimi oskrbovalci in pri raziskovanju, da se večina besednega in telesnega trpinčenja ne dogaja zavestno ali hote, ampak nenamerno – nehote zaradi stresne preobremenitve in izčrpanosti, zaradi nerazumevanja starostnikove bolezni (npr. demence) in podobnih vzrokov. Družinski člani zaradi tega občutijo včasih močno krivdo, mnogokrat pa se sploh ne zavedajo, da onemoglemu svojcu povzročajo trpljenje s svojimi besedami, dejanji, z odmikom od njega ali s tem, ko ne opazijo njegovih bistvenih potreb.

Tudi v oskrbovalnih ustanovah odkrivamo, da je velik del trpinčenja starih ljudi nehoten. Sem sodi nezavedno zanemarjanje potreb stanovalcev s strani oskrbovalnega osebja, da jim ne nudijo na učinkovit način dovolj tekočine, ne narežejo hrane, ne poskrbijo za gibanje in podobno. Drugo veliko polje nehotenega trpinčenja starih ljudi v ustanovah so neustrezne razmere zastarelih

oskrbovalnih konceptov, zlasti nezaželeno bivanje v dvo- ali večposteljni sobi z osebno neizbranim sostanovalcem. Sem sodi tudi pomanjkanje osebnega človeškega stika pri tistih, ki nimajo ustreznih obiskov svojcev ali prostovoljcev, ter neosebno izvajanje oskrbovalnih storitev. To trpinčenje preprečuje sodobno strokovno prizadevanje za uvajanje novih konceptov individualizirane oskrbe v gospodinjskih skupinah na osnovi osebne zgodovine, kjer ima vsak stanovalec med zaposlenimi svojo referenčno osebo (Imperl, 2012), poklicni oskrbovalci pa se usposablajo za pristno (kongruentno) odnosno nego (Ramovš, 2016a).

Nehoteno trpinčenje je tisto, ki ga povzročitelj stori nesvobodno ali nehoteno, ker se ne zaveda, da je do žrtve nasilen ali da zanemarja njene potrebe, ki bi jih bil dolžan zadovoljiti, ali pa se tega zaveda, toda zaradi stresa, svoje izgorelosti ali druge osebnostne omejitve ne zmore ravnati mirno in pravilno. Pojem nehoteno trpinčenje je v gerontologiji nov, lahko se zdi, da je nepotreben ali celo protisloven. Zato zahteva pojav nehotenega trpinčenja širši prikaz in utemeljitev, kakor jo dovoljuje ta prispevek; v poljudnoznanstveni obliki sta dostopna v priročniku za preprečevanje nasilja nad starimi ljudmi (Grebenšek in sod., 2018). Spoznanje, da trpinčenje starih ljudi marsikdaj ni povzročeno vedé in hoté ali iz hudobije, odpira širši prostor za dojemanje tega pojava, zlasti pa daje velike možnosti za razvoj programov za preprečevanje trpinčenja starih ljudi.

Zaključna spoznanja

Za nasilje nad starimi ljudmi ni opravičila. Za ničelno toleranco je treba delati z odkrivanjem in s kaznovanjem storilcev, zlasti pa trpinčenje preprečevati z ozaveščanjem, usposabljanjem in razbremenilno pomočjo oskrbovalcem v sodobnih sistemih dolgotrajne oskrbe; to zahtevajo tudi osnovni socialni dokumenti EU (European Pillar, 2017). Naloga sodobne gerontologije je razvijanje uspešnih metod za preprečevanje nehotenega trpinčenja, ključ za to so naglo razvijajoče se metode učenja za lepo komuniciranje (Ramovš, 2018).

Na opisanih spoznanjih že dve desetletji na Inštitutu Antona Trstenjaka razvijamo programe za usposabljanje družinskih in drugih neformalnih oskrbovalcev ter jih množično izvajamo po Sloveniji in v tujini (Ramovš in Ramovš, 2017; 2018). Od leta 2015 razvijamo preventivni program Staranje brez nasilja, ki ga 2018 izvajamo v petih slovenskih regijah. Udeleženci delavnic v srednje velikih skupinah med deset in dvajset ljudi, ki delajo po aktivni metodi socialnega učenja, večajo občutljivost za trpinčenje starih ljudi, spoznavajo in krepijo

varovalne dejavnike ter osvajajo veščine za osebno varovanje pred nasiljem; temu je namenjeno tudi osebno svetovanje. Sestavni del tega programa so tudi regijski posveti za preprečevanje nasilja nad starimi ljudmi in raziskovanje tega pojava. V skupinah za kakovostno staranje, ki smo jih uvedli po Sloveniji več sto, lahko predelajo sistematični širiteljski preventivni program Varno staranje (Grebenšek in sod., 2018); vsako leto ga izvaja po več deset skupin.

Naše izkušnje in raziskovalna spoznanja kažejo dve pomembni prednosti takih skupin. Že samo dejstvo, da se starejši in prostovoljski voditelji skupin redno tedensko srečujejo v skupini in gojijo kulturo pogovora, preprečuje trpinčenje. Učenje lepega medgeneracijskega sožitja se stopnjuje, če v skupinah sodelujejo prostovoljci isrednje in mlade generacije. V dom za stare ljudi mreža medgeneracijskih skupin poleg žive povezave z okoljem prinese tudi močno varovalko pred trpinčenjem starih ljudi. Druga korist od takih skupin je, da njeni člani z metodo socialnega učenja uspešno osvajajo pozitivno doživljanje, komuniciranje in vedenje, kar preprečuje izzivanje k nasilju. V starosti se človek težje uči že intelektualnih vsebin in podatkov, na osvajanje novega, staranju primernejšega doživljanja in komuniciranja večina niti ne pomisli; pa tudi, če se odloči, se tega zelo težko uspešno nauči. Socialno učenje iz dobrih izkušenj v medgeneracijskih skupinah za kakovostno staranje je metoda, po kateri uspeva vsakemu, ki želi, učiti se lepšega doživljanja, komuniciranja in ravnanja.

Danes smo torej priče spodbudnega razvoja spoznanj in ozaveščanja družbe o uničujočem vplivu trpinčenja na staranje. Spoznanja o nehotenem trpinčenju starih ljudi doma in v oskrbovalnih ustanovah nam omogočajo, da razvijamo učinkovite skupinske programe za preprečevanje trpinčenja starih ljudi ter za osvajanje samozaščitnega doživljanja in vedenja.

Literatura:

Belisário M. Santos, Dias Flavia Aparecida, Pegorari Maycon Sousa, Paiva Mariana Mapelli de, Ferreira Pollyana Cristina dos Santos, Corradini Fabricio Anibal in Tavares, Darlene Mara dos Santos (2018). *Cross-sectional study on the association between frailty and violence against community-dwelling elderly people in Brazil*. V: *Sao Paulo Medical Journal*, 136 (1), 10–19.

Dyer C. B., Connolly M. T., McFeeley P. (2003). *The clinical and medical forensics of elder abuse and neglect*. V: Wallace R. B., Bonnie R. J. (ured.) *Elder mistreatment: abuse, neglect and exploitation in an aging America*. Washington, D. C.: National Academies Press, 339–381.

European Pillar of Social Rights (2017). European Parliament, Council and Commission.

Grebenšek Tjaša, Mravljak Andoljšek Veronika, Ramovš Jože, Ramovš Ksenija, Gorenc Vujović Ana (2018). *Varno staranje. Priročnik za člane skupin. 2. dopolnjena izdaja*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje.

Imperl Franc (2012). *Kakovost oskrbe starejših – izziv za prihodnost*. Logatec: Firis Imperl & Co., Seniorprojekt.

Orfila F, Coma-Solé M., Cabanas M., Cegri-Lombardo F, Moleras-Serra A. in Pujol-Ribera E. (2018). *Family caregiver mistreatment of the elderly: prevalence of risk and associated factors*. V: *BMC Public Health*, 18, 167.

Ramovš J., ured. (2013). *Staranje v Sloveniji. Raziskava o potrebah, zmožnostih in stališčih nad 50 let starih prebivalcev Slovenije*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje.

Ramovš Jože (2016). *Preprečevanje trpinčenja starejših ljudi*. V: *Kakovostna starost*, letnik 19, št. 3, str. 59–60.

Ramovš Jože (2016a). *Kongruentna odnosna nega*. V: *Kakovostna starost*, letnik 19, št. 2, str. 56–57.

Ramovš Jože (2018). *Sožitje v družini*. Celje–Ljubljana: Celjska Mohorjeva družba–Inštitut Antona Trstenjaka.

Ramovš Ksenija (2013). *Nasilje nad starejšimi*. V: Ramovš Jože (ured.), *Staranje v Sloveniji*, str. 342–533.

Ramovš Jože, Ramovš Ksenija (2017). *Obiteljska njega starejšega člana obitelji. Priručnik za tečaj za obiteljske negovalce 2. izdanje*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.

Ramovš Jože, Ramovš Ksenija (2018). *Družinska oskrba starejšega svojca. Priročnik na tečaju za družinske oskrbovalce 8. izdaja*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.

WHO – World Health Organization (2011). *European report on preventing eldermaltreatment*. Copenhagen. Na: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/144676/e95110.pdf.

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

IV. OBRAVNAVA, OSKRBA IN VARSTVO POSEBEJ RANLJIVIH ŠKUPIN STAREJŠIH

Starajoči se možgani - kaj izgubimo in kaj pridobimo

V času, ki ga živimo, se v razvitih družbah strahu pred smrtjo počasi umika strah, da bo v globoki starosti naše telo preživel svoje možgane.

Staranje možganov je neizogibno, a vendar zelo individualno in različno. Po eni strani je biološko zakoličeno (geni), po drugi strani pa lahko z življenjskim slogom nanj vsaj delno vplivamo, ga pospešimo ali pa omilimo. Biološkega staranja torej ne gre enačiti s kronološkim.

Kako se staranje možganov kaže biološko in kako vedenjsko?

Možgani so sestavljeni iz mnogih delov in sistemov, od katerih so nekateri evolucijsko starejši, drugi evolucijsko mlajši. Nekateri so trdno vezani na zapovedi genov, drugi bolj odprti za vplive iz okolja. Nekateri sistemi s svojim razvojem in dozorevanjem zaključijo prej, nekateri kasneje. In podobno je s staranjem možganov – so deli in sistemi v možganih, ki se pričnejo starati že po drugem desetletju našega življenja in so taki, ki še desetletja kasneje ne bodo kazali starostnega upada.

In vendar s pretekom desetletij lahko v možganih opazujemo tipične spremembe:

1. zmanjšanje možganskega tkiva (atrofija): po 40 letu vsakih 10 let izgubimo 5 % možganskega volumna, vendar izguba ni enakomerna. Najbolj so prizadeti predeli, ki omogočajo hitro in dinamično miselno aktivnost (prefrontalna skorja), priklic podatkov in učinkovito vkodiranje novega znanja (prefrontalna skorja in hipokampus). Zdi se, da so pri moških bolj prizadeti frontalni (in temporalni) predeli, pri ženskah pa hipokampus (in parietalni predeli);

¹ prof. dr. Zvezdan Pirtošek, dr. med., nevrolog, Nevrološka klinika Univerzitetnega kliničnega centra, Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, zpirtosek@gmail.com

-
2. manj povezav med možganskimi celicami v sivini in oslabele 'izolacijo' možganskih poti v belini (počasnejša miselna in motorična aktivnost, slabše zaznavanje dražljajev);
 3. oslabiljeno prekrvavitev in bolj krhko ožilje in s tem povečano tveganje za demenco, a tudi za možgansko kap, sladkorno bolezen, zvišan krvni pritisk ...;
 4. znižanje nivoja kemičnih prenašalcev (nevrotransmiterjev): dopamin, ki je pomemben za gibanje in miselne funkcije, se prične zniževati že v zgodnji odrasli dobi in se vsako desetletje zniža za 10 %. Znižujejo se tudi serotonin, acetilholin in noradrenalin zaradi česar lahko pride do motenj razpoloženja, spomina in pozornosti;
 5. hormonske spremembe: do kognitivnih motenj lahko privede padeč estrogena v menopavzi (pri ženskah je Alzheimerjeva demenca bolj pogosta) in znižanje nivoja ravnega hormona;
 6. kopičenje škodljivih beljakovin, ki jih s starostjo oslabele možganski mehanizmi ne morejo več odstraniti (npr. amiloid, povezan z Alzheimerjevo demenco in alfa-sinuklein, povezan s Parkinsonovo boleznijo).

Že dolgo je znano, da v starosti postanemo manj gibljivi, da nam oslabe vid in sluh. Študije zadnjih let pa so potrdile, da v procesu staranja zaradi upada nekaterih višjih možganske funkcij pride tudi do miselne (kognitivne) upočasnitve.

Posebej pogosto tovrstno upočasnitev povzroči prizadetost naslednjih funkcij:

- spomin: ločimo več vrst spomina (epizodični spomin – npr. spomin na prvo zaljubljenost; semantični spomin – glavno mesto Rusije je Moskva; delovni spomin – nekajsekundno vzdrževanje informacije, npr. telefonske številke, ki nam bo omogočila izvršitev neke naloge; in proceduralni spomin – npr. vožnja kolesa), ki so umeščeni v različnih predelih možganov. Z leti oslabi predvsem epizodični spomin, semantični pa se od srednjih let v starost najprej krepi, v pozni starosti pa upada. Pri 70 letih po 30 minutah priključimo v primerjavi z 18-letnikom prosto (brez namigov) le še 75 % podatkov, ki jih vsebuje določena zgodba. Možgansko slikanje pokaže, da se pri priklicu spominov starejšim aktivirajo dosti širši predeli možganov kot v mladosti, ni pa še jasno, ali je to zaradi oslavitve specializiranih spominskih centrov ali zaradi dodatne, morda kompenzatorne nove in dodatne aktivacije novih področij;

-
- pozornost: zlasti, ko je potrebno hitro preklapljanje z ene naloge na drugo ('multitasking');
 - izvršilne funkcije: procesi odločanja, načrtovanja, presoje, situaciji ustrezne akcije;
 - govor in jezik: se skozi desetletja presenetljivo dobro ohranjata, z eno izjemo: po 70 letu hitro upada sposobnost priklica določenih imen oseb, predmetov ali dogodkov. Dostikrat jih ima starostnik 'na koncu jezika' (angl. 'tip of the tongue');
 - vidna zaznava bolj kompleksnih, zlasti prostorskih razmerij (kar npr. lahko bistveno vpliva na sposobnost vožnje).

Je v procesih staranja možganov kako optimistično sporočilo?

A če je res, da se možgani (kot vsi organi našega telesa) starajo, da vrh možganskih sposobnosti v veliki meri dosežemo v zgodnjih dvajsetih letih in da se po 65. letu z vsakim dnem neusmiljeno povečuje verjetnost demence, je v zadnjem desetletju nevroznanost razkrila nepričakovane in v veliki meri optimistične vidike staranja možganov:

- najprej je treba poudariti, da navedene motnje niso neizogibne in da se ne pojavijo pri vseh starostnikih. Ena od študij je ugotovila, da 20 % preiskovancev pri sedemdesetih letih rešuje kognitivne naloge ravno tako uspešno kot povprečen dvajsetletnik;
- obstaja manjša skupina starejših, ki se starajo 'super uspešno' (angl. 'super-agers') in ki v pozno starost zadržijo izjemno ostrino intelekta in ravnovesje, umirjenost in pozitivno naravnost svoje osebnosti. Medicina skuša odkriti skrivnost takega 'super' staranja, h kateremu delno pripomore genetska struktura (zlasti prisotnost ene od oblik gena za protein holesteril ester transfer), delno pa okolje in življenjski slog;
- čeprav se naše možganske celice ne razmnožujejo (večina jih je stara toliko kot mi in bo umrla skupaj z nami), pa danes vemo, da vse življenje nastajajo tudi nove (nevrogeneza – npr. v hipokampusu, predelu, povezanim s spominom), da se razvijajo in povezujejo in da možgani tudi v starosti ostanejo plastični, sposobni učenja in prilagajanja (nevroplastičnost);
- starajoči se zdravi možgani pogosto oblikujejo srečnejši vsakdan, kjer se stres umika umirjenosti in nad grenkimi prevladajo prijetni spomini. Prevalenca depresije je najvišja med 25. in 45. letom in je kar pol manjša pri zdravih starejših, a neodvisnih ljudeh;

-
- tiste kognitivne sposobnosti, ki so s starostjo manj prizadete (govor, jezik, splošna izobrazba, aritmetika) lahko v starosti z izkušnjami, bolj zrelo presojo in modrostjo celo bistveno nadgradimo;
 - posebej uspešni so zdravi starostniki na področjih, kjer je velikega pomena socialna kognicija in preplet kognitivnega, emocionalnega in socialnega.

Ni zato nenavadno, da je - ob kombinaciji znanja, presoje, izkušenj in modrosti - ravno starost izjemno plodno obdobje prenekaterega umetnika, pisatelja, filozofa, pravnika, zdravnika, znanstvenika ali politika.

Ali za bolj uspešno možgansko staranje lahko karkoli storimo sami?

Možganske funkcije so delno določene z geni, ki jih prejmemo od staršev, in danes rutinsko še ni mogoče spremeniti diktata genov (že jutri bo tehnologija omogočila tudi to). A naše usode ne pišejo zgolj geni. Kot jasno dokazujejo študije na dvojčkih, si usodo delno pišemo tudi sami, s slogom svojega življenja – s tem, kaj jemo, v kakšnem okolju živimo, kako in koliko se gibljemo, kako čustvujemo, s kom in kako se povezujemo, kako razmišljamo. Praviloma te aktivnosti oblikujejo naše lastno življenje, sprememba se ne zapiše v genetsko kodo in ne prenese na bodoče generacije; vsaka generacija mora bitko za kakovostno življenje in starost biti sama. Pa vendar smo v zadnjem času spoznali, da lahko z aktivnostmi spremenjenega življenjskega sloga vklopimo ali izklopimo določene gene (epigeneza) in se na tak ali drugačen način spremembe lahko prenesejo tudi na bodoče generacije.

Študije zadnjih let so pokazale, da so za uspešno možgansko staranje pomembne predvsem naslednje aktivnosti:

- redna fizična aktivnost, vsaj 30 minut petkrat tedensko. Med fizično aktivnostjo v možganih nastajajo hormonom podobne substance, ki pospešujejo nevrogenezo, ščitijo že obstoječe možganske celice in spodbujajo nastanek novih stikov med njimi;
- intelektualna aktivnost: zlasti koristno je učenje in ustvarjalnost, ki ju načrtno spodbujamo od mladosti dalje. Nedavna škotska študija je pokazala, da je najpomembnejši napovedni dejavnik umske sposobnosti v starosti rezultat na kognitivnem testiranju v starosti 11 let. Taka dolgotrajna miselna aktivnost bo na starost ustvarila in ohranjevala aktivne celice in povezave med njimi, t. i. kognitivno rezervo, tovrstno vzdrževanje miselnih sposobnosti pa bo lahko za nekaj let odložilo miselni upad in demenco. Študije so pokazale, da so nekatere umske aktivnosti posebej uspešne (npr. učenje tujega jezika);

-
- izbrana prehrana: starajočim možganom koristi predvsem energetsko relativno siromašna prehrana, ki pa vsebuje antioksidante. Primer take prehrane je obilje sadja, zelenjave, oreščkov, rib – živil, zajetih npr. v t. i. mediteranski dieti ali dieti MIND;
 - vzdrževanje socialnih stikov;
 - izogibanje stresu oziroma njegovo obvladovanje;
 - dovolj spanja: nedavne študije so pokazale, da se med spanjem izplavljajo patološke beljakovine, ki jih najdemo v možganih bolnikov z Alzheimerjevo boleznijo; nasprotno pa se z neprespanimi nočmi količina teh beljakovin zvišuje.

Še pred nekaj leti so bile besede o staranju redke, izrečene predvsem v romanih, pesnitvah in pridigah. Pred stotimi leti prebivalci Evrope povprečno niso dočakali petdesetega leta in so bile s starostjo povezane bolezni medicini skoraj neznane; ko je Alois Alzheimer opisal prvo bolnico z demenco, ni v obstoj take bolezni verjel skoraj nihče. Lani v Sloveniji rojen deček pa lahko pričakuje, da bo dočakal 78 in deklica 84 let. Danes prebivalci, ki so stari 65 let ali več, sestavljajo dobro šestino vsega prebivalstva, v prihodnjih štirih desetletjih pa se bo njihov delež približal tretjini. Starost – kakovostna in dostojna - mora postati visoka prioriteta celotne družbe.

Pravočasno odkrivanje demence in prednosti podpore bolniku in družini

Uvod

S staranjem človeka se povečuje verjetnost nevrodegenerativnih bolezni, med katerimi je najpogostejša demenca. Leta 2015 je bilo po svetu že 46,8 milijona oseb z demenco, do leta 2050 pa naj bi to število doseglo že 131,5 milijonov. Po ocenah Alzheimer's Disease International (ADI) naj bi se vsakih 20 let število ljudi, ki zbolijo za demenco, podvojilo. Ocenjujejo, da je bilo 2015 kar 9,9 milijonov novih primerov – to pomeni, da je vsake 3,2 sekunde nekdo zbolel za to boleznijo.

V Sloveniji ocenjujemo, da je več kot 32.000 obolelih, zanje pa skrbi približno 100.000 svojcev, zdravstvenih in socialnih delavcev ter drugih. Za demenco zaenkrat še ne poznamo učinkovitega zdravila, obstajajo pa različne vrste zdravljenja, s katerimi lahko omilimo spremljajoče simptome in upočasnimo napredovanje bolezni.

Po svetu je stopnja diagnosticiranja demence še vedno precej nizka in večina ljudi, ki živi z to boleznijo, nima postavljene diagnoze. Prav nizka stopnja prepoznavanja demence in posledično nizka stopnja diagnosticiranja predstavlja za osebe, obtele za demenco, njihove svojce in oskrbovalce težko premagljivo oviro. Zaradi tega je njihova kakovost življenja nižja, kot bi bila sicer. Razlog za to je v omejenem oziroma v določenih primerih onemogočenem dostopu do zdravljenja demence, uveljavljanja pravic iz zdravstvenega in socialnega varstva ter drugih oblik pomoči v skupnosti. Farmakološke oblike zdravljenja demence,

¹ Štefanija Lukič Zlobec, univ. dipl. ekon., predsednica Združenja Spominčica - Alzheimer Slovenija - Slovensko združenje za pomoč pri demenci, info@spomincica.si

ki so na voljo, in psihološke ter psiho-socialne intervencije so dokazano učinkovite pri blaženju simptomov v začetnih fazah bolezni. Podobno velja za zmanjševanje obremenitev svojcev, ki skrbijo za osebo z demenco. V primerih, ko so dovolj zgodaj deležni pomoči in podpore, so ti ukrepi bolj učinkoviti. Tako lahko svojci kakovostneje in dalj časa skrbijo za osebo z demenco doma, s čimer se zakasni premik v institucionalizirano oskrbo.

Vsakdo ima pravico do pravočasne diagnoze demence, ko sam oziroma njegovi družinski člani zaznajo potrebo po nasvetu, pomoči, zdravljenju ali pa izrazijo zaskrbljenost o stanju kognitivnih sposobnosti. Evropski konzorcij zdravstva na primarni ravni je priporočil, da se je bolje osredotočiti na pravočasno diagnozo kakor na zgodnjo diagnozo, ki je v večji meri povezana s populacijskimi presejalnimi testi.

V slovenski Nacionalni strategiji o demenci je poudarjen pomen pravočasne diagnoze ter usklajenega in celovitega zdravljenja ves čas trajanja bolezni, svojcem in osebam z demenco pa nuditi čim več informacij o predvidenih in nepredvidenih težavah, o poteku bolezni, možnostih izobraževanja o demenci in informacije o oblikah pomoči, ki so jim na voljo.

Zagotavljanje pravočasne diagnoze demence je prvi med cilji, zapisanimi v Strategiji obvladovanja demence v Sloveniji do leta 2020, ki omogoča dostop posameznika do zdravljenja in ustrezne podpore po diagnozi.

Prednosti pravočasne diagnoze

Pravočasna diagnoza je za osebo, ki je zbolela, in svojce zelo pomembna, dobiti pa morajo čim več informacij in podpore. V nasprotnem primeru se lahko soočajo z mnogimi dvomi, dilemami, se počutijo nemočne in jih je strah pred tem, kaj jim bolezen prinaša. Osebe z demenco in njihovi svojci, ki prejmejo ustrezno podporo takoj po diagnozi, lahko omogočijo osebam z demenco in tudi sebi bolj kakovostno življenje. Tako lahko osebe z demenco ostanejo dlje doma, kar je najbolj humano, etično in za celotno družbo najcenejše. To je tudi priporočilo krovnih organizacij na področju demence, na primer Alzheimer's Disease International in Alzheimer Europe. Vodilo Alzheimer's Disease International (2016) je tudi, da ima vsaka oseba z demenco pravico do pravočasne diagnoze, ustrezne oskrbe, zdravljenja in podpore, prilagojene njenim potrebam, ter čim večjo kakovost življenja ves čas bolezni.

Pravočasna diagnoza zagotavlja priložnost za učinkovito načrtovanje nadaljnje oskrbe, pomoči in podpore oseb z demenco, njihovih svojcev in oskrbovalcev. Za osebe z demenco in njihove svojce je izredno pomembno, da čim prej po diagnozi dobijo čim več informacij o poteku bolezni in zapletih, ki so lahko posledica napredovanja demence, saj se le tako lahko ustrezno soočijo z boleznijo. Pravočasna diagnoza osebam z demenco in njihovim bližnjim omogoča, da se dobro informirajo o bolezni, se ustrezno pripravijo na njeno napredovanje, načrtujejo oskrbo in pomoč ter pridobijo usmeritve in informacije o podpori in storitvah, ki so jim na voljo. Pravočasna diagnoza je pomembna tudi za načrtovanje pomembnih odločitev in urejanje pomembnih zadev.

Osebe z demenco in svojci po diagnozi potrebujejo zdravstveno, socialno in psihološko podporo ter tudi pravne in finančne nasvete. Pomembno je, da poskrbijo za čustveno podporo ob soočanju z demenco, za svoje zdravje in zdrav življenjski slog ter uredijo finančne in pravne zadeve.

Podpora po diagnozi v Sloveniji

Postdiagnostična podpora je eden ključnih elementov Strategije obvladovanja demence v Sloveniji do leta 2020, ki je bila sprejeta maja 2016 (v nadaljevanju Strategija). V Strategiji je zapisano, da mora biti postdiagnostična podpora osebam z demenco in svojcem vedno na voljo ter dobro organizirana. Potrebna je multidisciplinarna oblikovanost in prilagojenost posamezniku; podpora mora združevati zdravstvene, socialne, pravne in druge oblike pomoči.

Pri zagotavljanju pomoči in podpore osebam z demenco in njihovim svojcem imajo pomembno vlogo tudi nevladne organizacije, ki sodelujejo pri uresničevanju potreb po zagovorništvu, koordinaciji postdiagnostične podpore, ozaveščanju o demenci, zmanjševanju stigme, zagotavljanju socialne vključenosti oseb z demenco in svojcev ter zaščiti človekovih pravic.

Strategija naj bi zagotavljala osebam z demenco, njihovim svojcem in skrbnikom podporo na domu, krepitev podpornih storitev ves čas bolezni, prilagoditev oskrbe in podpore posamezniku ter preoblikovanje in povečanje učinkovitosti storitev. V večini evropskih držav je namreč strokovna postdiagnostična podpora osebam z demenco in svojcem zagotovljena takoj po diagnozi. Na voljo jim morajo biti informacije o poteku bolezni in zapleti, ki jo spremljajo, o pravicah, pravni ureditvi in postopkih ter usposabljanja za kakovostno življenje z osebo z demenco.

Nevladne organizacije kot nosilci neformalnih oblik pomoči osebam z demenco in njihovim svojcem v skupnosti

Dr. Aleš Kogoj, psihiater, je pri svojem delu ugotovil, da poleg bolnika z demenco potrebujejo pomoč in podporo tudi svojci, ki se znajdejo v hudih stiskah in težavah. Po zgledu zahodnoevropskih držav je leta 1997 ustanovil *Spominčico – Alzheimer Slovenija – Slovensko združenje za pomoč pri demenci* (Linhartova 13, 1000 Ljubljana, 01 25 65 111, info@spomincica.si, www.spomincica.si).

Glavna naloga Spominčice je pomoč osebam z demenco, njihovim svojcem in skrbnikom skozi ves čas trajanja bolezni. Demenca je največji zdravstveni, socialni in tudi finančni izziv današnje družbe, saj bolezen traja od 10–15 let, zanj še ni učinkovitega zdravila, število bolnikov pa zaskrbljujoče narašča po celem svetu (po ocenah Alzheimer's Disease International je bilo 2015 po vsem svetu 49 milijonov oseb z demenco). Priporočilo Alzheimer Europe je, naj osebe z demenco ostanejo čim dlje doma, kar je zanje najbolj humano, za družbo pa najceneje. Svojci pa so ob večletni skrbi za bolnika izpostavljeni velikim psihičnim, fizičnim in čustvenim obremenitvam in izgorevanju. Prav zaradi tega potrebujejo večjo podporo socialnih služb in servisov na domu. V zadnjih 10 letih je prišlo do velikega napredka pri obravnavi bolnika z demenco: kako strukturirati vsakdan bolnika, kako z njim komunicirati in z njim živeti. Vsi, ki delajo z osebami z demenco, pa potrebujejo permanentno izobraževanje in usposabljanje.

Demenca je v družbi, tako v Sloveniji kot po svetu, še vedno močno stigmatizirana, o njej se premalo ve in govori. Je bolezen in ne normalni del staranja. Zaradi hitrega naraščanja števila bolnikov po svetu in velike stigmatizacije o demenci je Alzheimer Europe priporočal vsem članicam k ozaveščanju družbe o demenci, prepoznavanju njenih prvih znakov, zato da bi osebe z demenco čim prej prišle do diagnoze, ustreznega zdravljenja in postdiagnostične podpore. Prav je, da vsi vemo, kateri so prvi znaki in da, ko opazimo osebo, ki kaže te znake, pomagamo čim prej priti do zdravnika in s tem tudi do diagnoze. Vsaka pozabljivost pa še ni demenca. O demenci govorimo takrat, ko so prvi znaki tako pogosti, da motijo posameznikovo vsakdanje življenje.

Med prve znake demence spadajo:

1. postopna izguba spomina;
2. težave pri govoru;
3. osebnostne in vedenjske spremembe;

-
4. upad intelektualnih funkcij, nezmožnost presoje in organizacije;
 5. težave pri vsakodnevnih opravilih;
 6. iskanje, izgubljanje in prestavljanje stvari;
 7. težave s krajevno in časovno orientacijo;
 8. neskončno ponavljanje enih in istih vprašanj;
 9. spremembe čustvovanja in vedenja;
 10. zapiranje vase in izogibanje družbi.

Z napredovanjem bolezni imajo osebe z demenco težave z besednim sporazumevanjem. Pogosto ne zmorejo povedati, da so lačne, žejne, da jih zebe ali kaj boli. Zato je pomembno, da vemo, kako se sporazumevati z njimi:

1. pristopimo prijazno in mirno;
2. gledamo jih v oči;
3. pazimo na govorico telesa, saj jo najbolj razumejo;
4. govorimo jasno, razločno, z mirnim glasom;
5. uporabljamo kratke in jasne stavke;
6. postavljamo vprašanja, na katera odgovorijo z da/ne;
7. ne silimo jih v izbiro;
8. ne nasprotujemo jim;
9. ob neprijetnih temah preusmerimo pogovor;
10. ne prepirajmo se z njimi;
11. ne pričakujemo vedno odgovora;
12. uporabljamo vprašanja na k: kdo, kaj, kje, kako, kdaj; nikoli pa zakaj;
13. ne prekinjamo jih, ko govorijo: spodbudimo jih, da se izrazijo, dokler se še lahko.

Spominčica za svojce in osebe z demenco izvaja številne dejavnosti v okviru programa *Živeti z demenco v demenci prijaznem okolju*, ki potekajo skladno s smernicami mednarodnih organizacij Alzheimer's Disease International in Alzheimer Europe:

V *Posvetovalnici za demenco*, katere del je tudi SOS svetovalni telefon (059 305 555), nudimo osebni pogovor in svetovanje svojcem ter obolelim za demenco, vsak delovnik med 9. in 15 uro, ob ponedeljkih do 18. ure.

Skupine za samopomoč svojcem, ki skrbijo za osebe z demenco v domačem okolju, na katerih pod vodstvom strokovnjaka svojci čim prej po diagnozi pridobijo kar največ informacij o poteku bolezni, težavah, ki bolezen spremljajo, in o negi ter ukvarjanju z osebo z demenco. Skupine delujejo v skoraj vseh domovih za starejše po vsej Sloveniji. Vsako prvo sredo v mesecu ob 18. uri potekajo v prostorih Spominčice.

Alzheimer Cafe je oblika druženja v kavarnah, knjižnicah, društvih, župniščih ... Srečanja so namenjena predvsem svojcem obolelih oseb z demenco. Alzheimer Cafeje izvajamo od leta 2012 po vsej Sloveniji že na več kot 80 lokacijah. Svojci na tovrstnih srečanjih dobijo najrazličnejše informacije o demenci, postavljajo vprašanja in si izmenjujejo tudi izkušnje. Alzheimer Europe priporoča, da se Alzheimer Cafeje organizira izven institucij, v javnih prostorih, saj s tem pripomorejo k destigmatizaciji bolezni, k ozaveščanju javnosti in prepoznavanju demence kot bolezni sodobnega časa. Na srečanjih poleg predstavnikov Spominčice pogosto predavajo priznani strokovnjaki s področja demence.

Program usposabljanja svojcev in drugih, ki skrbijo za osebe z demenco "*Ne pozabi me*" pripomore da spoznajo značaj in potek bolezni, pridobijo znanja in veščine, ki jih potrebujejo vsakodnevno pri komunikaciji in negi bolnikov ter pri dolgoletni skrbi za osebo z demenco znajo poskrbeti tudi zase. Program, ki ga je začel dr. Aleš Kogoj, poteka od 1999 v sodelovanju s strokovnjaki z Univerzitetne Psihiatrične klinike v Ljubljani. Organiziramo jih dvakrat letno, spomladi in jeseni. Podobno izobraževanje poteka tudi po drugih krajih v Sloveniji.

Na usposabljanjih "*Demenci prijazno okolje*" informiramo in usposabljammo javne delavce in druge uslužbence, ki imajo pogosto stik z osebami z demenco ter ostalo zainteresirano javnost (odrasle in otroke), da bodo znali prepoznati znake demence ter komunicirati z osebami z demenco.

Spletna stran www.spomincica.si, Facebook, Twitter, Instagram bralcu ponujajo informacije o aktivnostih, Alzheimer Cafejih, Skupinah za samopomoč po Sloveniji, informacije o demenci, negi in oskrbi ter aktualne novice, povezane z demenco.

Izdajamo *Glasilo Spominčica* v tiskani obliki trikrat na leto kot samostojno prilogo revije *Ženska* v nakladi 24.000 izvodov. Na ta način je Spominčica dostopna bralcem po vsej Sloveniji. V glasilu objavljamo strokovne članke, izpovedi svojcev in informacije, ki so namenjene svojcem bolnikov z demenco. Na spletni

strani objavljamo mesečni novičnik *e-Spominičica*. Glavni cilj je ozaveščanje javnosti, zlasti prepoznavanje prvih znakov bolezni.

Spominičica za osebe z demenco izvaja tudi *družabništvo na domu*. Izvajajo ga usposobljeni prostovoljci. To je pomoč, namenjena osebam z demenco, ki živijo doma, so nesamostojne in si težko organizirajo življenje. Večinoma so to starejše osebe, ki živijo same in si želijo družbe, izmenjave osebnih izkušenj in pomoči pri dnevnih aktivnostih, za osebe z demenco pa lahko družabništvo predstavlja dober način za ohranjanje samostojnosti. Po tej obliki pomoči je vedno več povpraševanja, kar bo v prihodnje zahtevalo razvoj širše mreže tovrstne pomoči.

Podporna mreža v skupnosti

Leta 2017 je Spominičica pričela z nacionalno kampanjo ozaveščanja o demenci – *mreža Demenci prijaznih točk* (DPT). V okviru programa Mreža demenci prijaznih točk Spominičica izvaja izobraževanja, namenjena organizacijam, ki se želijo vključiti v ta program. DPT so v organizaciji zaposlene osebe, ki uspešno zaključijo usposabljanje in so opolnomočene z osnovnim znanjem s področja demence, ki ga potrebujejo osebe z demenco in svojci.

DPT je točka, ki je namenjena vsem, ki živijo v lokalni skupnosti: osebam z demenco, njihovim svojcem in vsem zaposlenim (policisti, trgovci, bančni in poštni uslužbenci, farmacevti, gasilci in sosedje ...). Zaposleni na točki so predhodno usposobljeni in nudijo informacije, kako prepoznati prve znake demence, kako komunicirati z osebami z demenco in kam jih usmeriti po nadaljnjo pomoč, ko se osebe izgubijo in ne vedo, kje so.

Prvo Demenci prijazno točko je Spominičica odprla v prostorih Varuhinje človekovih pravic 11. julija 2017. Otvoritev prve DPT je sprožila velik interes za odpiranje DPT po celi Sloveniji v različnih organizacijah. Do julija 2018 smo odprli že več kot 50 DPT po vsej Sloveniji.

Na DPT je informativno gradivo o demenci, ki je na voljo tudi naključnim mimoidočim, vedno pa je na voljo tudi usposobljena oseba, ki lahko nudi pogovor in svetovanje o oblikah pomoči v njihovem lokalnem okolju in jih nenazadnje usmeri v nadaljnjo pomoč – na Spominičico, k zdravniku, na center za socialno delo in podobno. Z mrežo DPT se v lokalni skupnosti zagotavlja podporno okolje osebam z demenco in njihovim svojcem. S tem povečamo dostopnost do informacij o demenci in tudi do pomoči osebam z demenco in njihovim svojcem, ko se znajdejo v stiski.

Namen Demenci prijaznih točk je oblikovanje demenci prijazne družbe, ki osebe z demenco spodbuja k vključenosti v družbo, ohranjanju njihove samostojnosti, varnosti, jim zagotavlja razumevanje, pomoč, podporo in sprejetost. Na ta način prispevamo k boljši kakovosti življenja, mobilnosti in dostopnosti do storitev, ki jih osebe z demenco v zgodnji fazi še lahko opravijo same (nakupovanje v trgovini, opravila na bankah, poštah, obisk pri frizerju ...). Z ozaveščenostjo in informiranostjo spodbujamo ohranjanje dostojanstva oseb z demenco in prispevamo k njihovi večji samostojnosti. Le s skupnim sodelovanjem in podporo različnih socialnih servisov bodo lahko osebe z demenco ostale čim dlje doma, kar je zanje najbolj humano. Z mrežo Demenci prijaznih točk soustvarjamo demenci prijazno Slovenijo.

Zaključek

Ključnega pomena je sprememba obstoječe paradigme poznega prepoznavanja demence k paradigmi pravočasnega prepoznavanja. S tem bodo premagane ključne ovire v dostopu do informacij, zdravljenja in podpore. Spominčica – Alzheimer Slovenija z dejavnostmi ozaveščanja o demenci, neformalnega izobraževanja, nudenja podpore osebam z demenco in njihovim svojcem ter s sodelovanjem z organizacijami in institucijami, ki delujejo v skupnosti, aktivno deluje za odpravo teh ovir na vseh področjih.

Osnovna izhodišča, na katerih temeljijo oblike podpore in neformalnega izobraževanja oseb z demenco in njihovih svojcev, so Strategija obvladovanja demence v Sloveniji do 2020, priporočila Alzheimer Europe in Alzheimer's Disease International ter pobuda Svetovne zdravstvene organizacije po starejšim prijaznih mestih. Osnova za uresničevanje ciljev strategije je 10 prednostnih področij, prvo med njimi je ozaveščanje in destigmatizacija demence. Vzpostavitev podporne in izobraževalne mreže sodi v prvo prioriteto, saj postavlja osnove za oblikovanje demenci prijazne družbe, v kateri lahko osebe z demenco čim dlje živijo samostojno, ohranijo aktivno vlogo v družbi, skupnosti ter v socialni mreži.

mag. JURE MARKIČ¹, Varuh človekovih pravic Republike Slovenije

Državni preventivni mehanizem, vloga in pomen

Uvod

Po opcijskem protokolu h Konvenciji proti mučenju in drugim krutim, nečloveškim ali poniževalnim kaznim ali ravnanju imajo državni preventivni mehanizmi (DPM) posamezne države pooblastila, da na krajih odvzema prostosti redno preverjajo ravnanje z osebami, ki jim je bila odvzeta prostost, da bi okrepili njihovo varstvo pred mučenjem in drugimi oblikami okrutnega, nečloveškega ali ponižujočega ravnanja ali kaznovanja. Hkrati, ob upoštevanju ustreznih norm Organizacije združenih narodov (OZN), dajejo priporočila ustreznim organom, da bi izboljšali razmere in ravnanje z osebami, ki jim je bila odvzeta prostost. Predložijo lahko tudi predloge in pripombe k veljavnim ali predlaganim zakonom. Po Zakonu o ratifikaciji omenjenega opcijskega protokola v Republiki Sloveniji naloge DPM izvršuje Varuh človekovih pravic Republike Slovenije, v dogovoru z njim pa tudi izbrane nevladne organizacije, registrirane v Republiki Sloveniji, ter organizacije, ki so pridobile status humanitarne organizacije v Republiki Sloveniji in se ukvarjajo z varstvom človekovih pravic ali temeljnih svoboščin.

Državni preventivni mehanizem in njegove ugotovitve ob obiskih domov starejših

Ob svojih obiskih DPM poseben poudarek daje tudi obiskom gerontopsihiatričnih oddelkov psihiatričnih bolnišnic in domov starejših, kjer se osredotoča predvsem na razmere na oddelku pod posebnim nadzorom oziroma varovanem oddelku. DPM se sam odloči za obisk posameznega zavoda. Obisk je praviloma nenapovedan. Ob vsakem obisku se DPM najprej pogovori z vodstvom zavoda

1 mag. Jure Markič, svetnik Varuha, Varuh človekovih pravic Republike Slovenije, info@varuh-rs.si

in tako skuša dobiti osnovne podatke o številu zadržanih oseb, osebja, oskrbi, bivanjskih razmerah, možnosti obiskov in drugih okoliščinah, ki vplivajo na kakovost bivanja. DPM si vedno pogleda varovani oddelek oziroma oddelke in se ob tem brez prisotnosti osebja skuša pogovoriti s posameznimi stanovalci. Po ogledu DPM ob ponovnem srečanju z vodstvom zavoda opozori na najbolj očitne, ob obisku ugotovljene, nepravilnosti in po možnosti tudi predlaga njihovo odpravo. DPM v Sloveniji ob vsakem obisku pripravi izčrpno poročilo o svojih ugotovitvah v obiskani ustanovi. To poročilo vsebuje tudi predloge in priporočila za odpravo ugotovljenih nepravilnosti in za izboljšanje stanja, vključno z ukrepi za zmanjšanje možnosti nepravilnega ravnanja v prihodnje. Uresničevanje priporočil DPM je zaveza države pogodbenice Opcijskega protokola. Po določbi 22. člena Opcijskega protokola morajo namreč pristojni organi države pogodbenice obravnavati priporočila DPM in z njim vzpostaviti dialog o mogočih ukrepih za izvedbo priporočil. Uspeh uresničevanja priporočil z obiskov DPM vsako leto prikazujemo v Varuhovem letnem poročilu in tudi ločeni publikaciji v obliki sinteze naših ugotovitev in priporočil ter odzivov pristojnih organov v zapisu o obiskih v posameznih ustanovah. Poleg najpomembnejšega preventivnega učinka obiskov, katerih namen je preprečiti mučenje ali drugo grdo ravnanje, še preden se zgodi, sicer ugotavljamo, da so se v mnogih obiskanih ustanovah zaradi naših priporočil izboljšale bivalne razmere in ravnanje z osebami, ki jim je odvzeta prostost.

Nekaj najpomembnejših priporočil, ki jih je DPM podal ob svojih obiskih domov starejših in spremembe, do katerih je zaradi njih prišlo:

Usmeritve za delo z osebami z demenco

MDDSZ je leta 2011 pripravilo Usmeritve za delo z osebami z demenco na področju institucionalnega varstva starejših in jih posredovalo izvajalcem. DPM je pripravo usmeritev načeloma pozdravil, vendar pa smo po proučitvi vsebine usmeritev ugotovili, da nekatere rešitve niso najboljše. Še več, nekatere rešitve so bile po naši oceni v nasprotju z Zakonom o duševnem zdravju (ZDZdr), kar pa je nedopustno.

Usmeritve so poleg natančnejše opredelitve varovanega oddelka (VO) uvedle povsem novo obliko varovanja demenčnih oseb, in sicer oddelek s povečano pozornostjo (OPP). OPP tako glede na opredelitev v usmeritvah nima fizičnega varovanja oziroma je to bistveno oddaljeno od bivalne enote (npr. zunanja ograja okoli doma). Varovanje v tem primeru izvaja osebje z odnosom, ki temelji

na zaupanju, z usmerjanjem, vodenjem in drugimi tehnikami strokovnega dela z demenco. Čeprav naj bi bile kadrovske, tehnične in prostorske zahteve za obe vrsti oddelkov enake, pa naj bi za OPP ne bila potrebna verifikacija oddelka, ravno tako pa naj bi tudi postopek sprejema stanovanca na takšen oddelek ne potekal po določilih ZDZdr.

Po večkratnem opozarjanju na nesprejemljivost takšne ureditve je MDDSZ iz usmeritev OPP črtalo, pri pripravi prenovljenih usmeritev pa vanje vključilo novo obliko zagotavljanja varnosti stanovalcev z demenco, ki temelji na osebnem spremljanju. Ob prenovi je upoštevalo stališča in pripombe DPM, še posebej pa ob dopolnitvah omenjenih usmeritev, ki so bile sprejete in domovom starejših posredovane v začetku 2018. Omenjene dopolnitve namreč temeljijo prav na ugotovitvah DPM, razvidnih iz podanih priporočil po obiskih posameznih zavodov. MDDSZ je v njih jasneje opredelilo koncept osebnega spremljanja, ki sme temeljiti zgolj na spremljanju stanovanca, ne pa omejevanju njegovega gibanja z oviranjem ali odvrčanjem, jasneje opredelilo varovani oddelek (skladno z opredelitvijo, ki jo vsebuje 17. točka 2. odstavek ZDZdr) in določilo, da je v primeru sprejema na takšen oddelek treba za zadržanje pridobiti ustrezno pravno podlago, ter jasneje opredelilo nekatere posebnosti glede uporabe posebnih varovalnih ukrepov (PVU) in varovalnih ukrepov ter predpisovanja terapije po potrebi. Upoštevanje priporočil DPM in posvetovanje z DPM o najboljših rešitvah, ki naj se vključijo v omenjene usmeritve, je vsekakor pohvalno.

Pravna podlaga za zadržanje po ZDZdr

V povezavi z gornjo alinejo, DPM že vse od uveljavitve ZDZdr opaža težave pri opredelitvi varovanega oddelka, kot ga določa 17. alineja 2. člena ZDZdr. Tako imamo ob nekaj domovih, ki imajo verificirane varovane oddelke, in večjem številu tistih, ki imajo varovane oddelke, ki pa (še) niso verificirani in na drugi strani ob nekaj redkih domovih, kjer je očitno koncept osebnega spremljanja stanovalcev, torej varovanja brez zaustavljanja, vračanja na oddelek ali drugačnega omejevanja, dejansko zaživel, največje število domov, ki so na stališču, da varovanega oddelka nimajo, DPM pa ob svojih obiskih ugotavlja omejevanje svobode gibanja.

Domovi bi tako po prepričanju DPM morali najprej skrbno pretehtati, če varovanje stanovalcev z demenco, predvsem torej begavih, ki imajo okrnjeno orientacijo znotraj prostora in časa, ustreza zakonski opredelitvi varovanega

oddelka. Nato pa za zadržanje stanovalcev pridobiti ustrezno pravno podlago, bodisi soglasja oseb, ki bivajo na tem oddelku s poučitvijo o možnosti preklica tovrstnega soglasja ali (predhodno) izvedbo postopka na sodišču pri osebah, ki soglasja niso sposobne podati (če stanovalec svoje volje (zaradi zdravstvenega stanja) ni sposoben oblikovati, če se torej ne zaveda, kaj bi takšno soglasje zanj pomenilo). Izjema velja zgolj glede sprejema oseb z odvzeto poslovno sposobnostjo, kjer se uporablja prehodna ureditev, skladna z odločbo Ustavnega sodišča Republike Slovenije, opr. št. U-I-294/12-20 z dne 10. 6. 2015.

Predpisovanje terapije po potrebi

Ob pregledu zdravstvenih kartonov stanovalcev smo opazili, da zdravnik velikokrat predpiše tudi terapijo po potrebi. Gre za terapijo, ki jo zdravstveno osebe v domu starejših ob odsotnosti zdravnika da stanovalcu v primeru, ko se pojavi določeno zdravstveno stanje stanovalca, ki ga je zdravnik predvidel vnaprej. Težavo lahko predstavlja predpisovanje terapije po potrebi v primeru psihotropnih zdravil, saj bi osebe zaradi nejasnih navodil zdravnika ali slabe evidence lahko prekoračilo največji predpisani odmerek zdravila, kar skladno z ZDZdr predstavlja posebno obliko zdravljenja, ki se lahko izvaja zgolj v psihiatrični bolnišnici po posebnem, z zakonom določenem postopku. DPM je tako večkrat, tudi na podlagi mnenja zunanjega izvedenca priporočil, da mora biti predpisovanje zdravil »po potrebi« točno obrazloženo, tako da zaposleni vedo, kdaj naj stanovalec tako zdravilo prejme in največ kolikokrat na dan lahko stanovalec določeno količino zdravila prejme. Hkrati smo tudi večkrat priporočili, da se zapisane omejitve pri posameznem zdravilu iz zdravstvenega kartona stanovalca dosledno prepišejo na druge dokumente, kjer se zapisuje oziroma odreja, katero zdravilo naj posamezni stanovalec prejme oziroma ga je prejel.

V zadnjem času ob obiskih domov starejših ugotavljamo, da se predpisovanje terapije spreminja, nekateri domovi so za osebe zdravstvene nege pripravili natančna navodila z razlago predpisovanja terapije po potrebi, drugi so posodobili obrazce za predpisovanje terapije. Oboje omogoča zdravniku oziroma ga dejansko sili, da napiše tako stanje stanovalca, ob katerem je dovoljeno terapijo uporabiti (nemir, nespečnost in podobno), pa tudi količinsko omejitve terapije (npr. največ 3x5 kapljic Haldola v 24 urah).

Posebni varovalni ukrep (PVU) je skrajni ukrep

Domovi starejših sicer ukrepe za umirjanje stanovalcev, ki jih skladno z ZDZdr lahko opredelimo kot PVU, izvajajo redko. To je tudi razumljivo, saj je izvesti ukrep na varovanem oddelku tovrstnega socialno varstvenega zavoda, upoštevajoč zahteve ZDZdr o stalni prisotnosti zaposlenega ob veljavnih kadrovskih normativih skrajno težko, če ne nemogoče. Pri obiskih DPM smo bili posebej pozorni na obrazce, ki jih mora osebe ob telesnem oviranju izpolniti. Ob tem smo večkrat ugotovili pomanjkljivosti, predvsem pa smo na tovrstnih obrazcih pogrešali rubriko, kamor bi bilo možno navesti ukrepe, ki so bili izvedeni pred samo izvedbo ukrepa (pogovor, tehnike deeskalacije in podobno), prav tako pa tudi rubriko, kjer bi se navedlo, ali je bil opravljen pogovor s stanovalcem po izvedenem ukrepu (pojasnilo o razlogih za ukrep, zmanjšanje morebitne travme stanovalca zaradi izvedenega ukrepa ter znova vzpostavitev ustrezne ravni zaupanja). Takšna navedba ni in ne sme biti sama sebi namen, temveč mora biti namenjena tudi morebitni kontroli izvedbe PVU, predvsem pa nadzoru, ali je bil PVU res uporabljen kot skrajni ukrep, ko so bile vse druge možnosti (že) izčrpane.

Ob tem je treba poudariti, da je DPM večkrat opozarjal na težave, do katerih prihaja pri opredelitvi PVU in razmejitvi z varovalnimi ukrepi, zato je tudi na podlagi teh opozoril prišlo do poziva Ministrstva za zdravje Razširjenemu strokovnemu kolegiju za psihiatrijo pri omenjenem ministrstvu, da smernice za uporabo PVU iz leta 2001 ponovno prouči in po potrebi posodobi. V začetku leta 2018 smo tako prejeli prenovljena Priporočila in smernice za uporabo PVU v psihiatriji, ki bodo nedvomno pomembno vplivala tudi na uporabo tovrstnih ukrepov v socialno-varstvenih zavodih.

Zaključek

DPM nedvomno velik poudarek daje starejšim, ki so velikokrat potisnjeni na rob družbe, ob duševni bolezni, kot je demenca, pa še posebej izpostavljeni, nemočni in potrebni ustrezne skrbi in zaščite. Zato vsako leto opravi prek 25 obiskov (rednih, kontrolnih in tematskih) v domovih starejših, pa tudi na gerontopsihiatričnih oddelkih psihiatričnih bolnišnic in ob tem preveri stanje na varovanih oddelkih oziroma oddelkih pod posebnim nadzorom ter obiskani ustanovi poda priporočila za izboljšanje stanja. Pomemben vidik delovanja DPM je vsekakor tudi v prenosu dobrih praks, saj pozitivne rešitve, opažene v enem zavodu, lahko močno izboljšajo položaj tudi drugje. V povezavi s podanimi

priporočili za ureditev stanja obiski DPM nedvomno močno pripomorejo k izboljšanju bivanjskih pogojev za stanovalce, pa tudi k boljšim delovnim pogojem za zaposlene. Predvsem pa delujejo preventivno, saj odstranijo razloge, zaradi katerih bi lahko prišlo do mučenja in drugih oblik okrutnega, nečloveškega ali ponižujočega ravnanja ali kaznovanja.

Izzivi na področju skrbi za starejše invalide

S pojmom starejši običajno označujemo osebe, stare 65 ali več let. Po podatkih Statističnega Urada Republike Slovenije (SURS 1), se delež starejših v Sloveniji, tako kot v drugih razvitih državah, povečuje: 2010 je bilo starejših 16,5 %, 1. 1. 2018 pa že 19,4 % prebivalstva Slovenije.

Demografska gibanja (rodnost, nizek selitveni prirast) v Sloveniji, različni scenariji projekcije prebivalstva kažejo, da se bo, ob približno enakem številu prebivalcev Slovenije, do leta 2060 bistveno spremenila njihova starostna struktura (UMAR 2016). Po osnovnem scenariju projekcije prebivalstva naj bi se brez večjega selitvenega prirasta v prihodnje število prebivalcev Slovenije v starosti 20–64 let, ki predstavlja delovno sposobno prebivalstvo, zmanjševalo v takem obsegu, da bi jih lahko bilo leta 2060 kar pol milijona manj kot 2013 (prav tam).

Invalidnost pa najbolje opredeljuje Konvencija o pravicah invalidov (KOPI) v svojem prvem členu, in sicer pravi, da so invalidi »ljudje z dolgotrajnimi telesnimi, duševnimi, intelektualnimi ali senzoričnimi okvarami, ki jih, v povezavi z različnimi ovirami, lahko omejujejo, da bi enako kot drugi polno in učinkovito sodelovali v družbi«.

Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije se število invalidov povečuje. Naraščanje števila invalidov je v glavnem posledica staranja prebivalstva. Vedno večji je namreč delež starejših invalidov in čedalje daljša je življenjska doba starajočih se invalidov. Med prebivalci Evropske unije je več kot 15 % invalidov, med prebivalci Slovenije pa jih je okoli 12–13 %. Uradnih podatkov o številu invalidov v Sloveniji sicer ni, je pa to število ocenjeno na podlagi vpisov v registre posameznih kategorij invalidnosti (SURS 2).

¹ mag. Barbara Kobal Tomc, direktorica Inštituta Republike Slovenije za socialno varstvo, barbara.kobal@guest.arnes.si

Vsi ti trendi nakazujejo, da se povečuje število tistih, ki potrebujejo storitve pomoči in oskrbe. Torej bo zagotavljanje tovrstnih storitev hkrati izziv in priložnost za ustvarjanje novih delovnih mest.

Staranju z invalidnostjo posebno pozornost posveča 13. člen Akcijskega programa za invalide (API), ki naslavlja tako socialni položaj starejših oseb z invalidnostjo kot tudi organizacijo ustreznih storitev in krepitev medgeneracijske solidarnosti.

Država Slovenija se je s podpisom konvencij in sprejetjem različnih strategij zavezala, da bo tej populaciji namenjala posebno pozornost, zato je zelo pomembno, kakšen model skrbi imamo. Model skrbi za starejše in za invalide je določen s tipom sistema blaginje. Model, ki je bil v ospredju pred pluralizacijo slovenske družbe, lahko imenujemo državnosocialistični tip sistema blaginje (Črnak Meglič 2000; Kolarič 1993; Kolarič in drugi 2002), v katerem je imela pri zagotavljanju zdravstvenih in socialnovarstvenih storitev dominantno vlogo država. Ta je bila usmerjena prvenstveno v razvijanje institucionalne oskrbe v javnih zavodih (Nagode in drugi 2004). V zadnjih petdesetih letih lahko v slovenskem modelu skrbi za starejše identificiramo trend, ki ga v Evropi označujejo s terminom »welfare mix« ali blaginjski pluralizem (Bahle v Kobal Tomc 2003). Država je v tem modelu obdržala dominantno vlogo kot financer, ne pa tudi kot izvajalec posameznih storitev. Kot ustanoviteljice različnih oblik varstva so začele nastopati zasebne neprofitne in profitne organizacije. Prav invalidske organizacije imajo v Sloveniji eno izmed najdaljših tradicij delovanja nevladnih organizacij. Proces pluralizacije izvajalcev oskrbe se je intenziviral v devetdesetih letih prejšnjega stoletja, ko se je pomoč zlasti starim na njihovih domovih (npr. storitev pomoč na domu) intenzivno izvajala v obliki javnih del (Nagode 2009).

Skrb za starejše in invalide se je v Sloveniji torej dolga leta izvajala skoraj izključno v javnih institucijah (formalna oskrba) ali pa v okviru neformalne oskrbe v domačem okolju. Glavno breme pri zagotavljanju oskrbe za tiste, ki so živeli v domačem okolju, so nosile neformalne socialne mreže.

Kot formalno oskrbo razumemo oskrbo, ki jo izvajajo plačani oskrbovalci oziroma izvajalci storitev, ki so organizirane v skupnosti in katerih namen je podpora osebi pri bivanju v skupnosti, ali pa zagotavljajo bivanje in izvajajo oskrbo v institucionalnem kontekstu (Smolej Jež in drugi 2015). Ponudniki storitev v formalni mreži so tako javni zavodi kot zasebniki (s koncesijo ali dovoljenjem za delo). Neformalno oskrbo izvajajo neplačani oskrbovalci, najpogosteje

družinski člani, sosedje in prijatelji. Pa vendar je veliko pomoči in podpore opravljene tudi v okviru nevladnih organizacij in prostovoljnega dela (Hlebec in drugi 2014). Pri tem številni avtorji (npr. Timoten v Hlebec in drugi 2014) opozarjajo, da je meja med formalnimi in neformalnimi izvajalci v nekaterih primerih zabrisana. Tako npr. neformalni izvajalci v nekaterih primerih dobijo finančno kompenzacijo za izvajanje oskrbe (npr. družinski pomočnik) ali pa se t. i. formalna ali plačljiva oskrba izvaja v okviru družinskega okolja (npr. oskrba v drugi družini).

Včasih pa so tudi meje med institucionalno in skupnostno oskrbo zabrisane. Če med institucionalne oblike pomoči uvrščamo namestitve v zavodih (domovi za starejše, kombinirani domovi, posebni socialnovarstveni zavodi) ali drugih družinah in med skupnostne oblike uvrščamo pomoč na domu, družinskega pomočnika, socialni servis, patronažno varstvo ter programe osebne asistencе in druge programe za neodvisno življenje invalidov, pa med vmesne oblike lahko umestimo stanovanjske skupine, oskrbovana stanovanja, dnevne oblike varstveno delovnih centrov in dnevne centre. In prav te vmesne strukture se, poleg »čistih« skupnostnih oblik, zdijo iz vidika procesov deinstitutionalizacije še posebej zanimive.

Na področju socialnega varstva ugotavljamo, da je med uporabniki socialnovarstvenih storitev in programov, ki so namenjeni bodisi starejšim, vedno več starejših od 80 let in vedno več invalidov; prav tako pa se populacija stara pri tistih storitvah in programih, ki so namenjeni invalidom. To zagotovo predstavlja velik izziv za prilagoditev obstoječih storitev in programov ter za razvoj novih.

V Sloveniji velik problem predstavlja šibak socialni položaj starejših. Stopnja tveganja revščine starejših (65 let in več) je bila 2016 17,6 %, 2017 je pod pragom tveganja revščine živelo 78.000 oziroma 15,9 % vseh upokoјencev. Tveganje revščine starejših je močno povezano z nizkimi pokojninami, kar vpliva na njihovo sposobnost korišćenja socialnovarstvenih storitev, za katere mora uporabnik doplačati (Smolej Jež, Trbanc 2017).

V domovih za starejše je 1. januarja 2017 prebivalo skoraj 16.800 prebivalcev, starih 65 ali več let (SURS 3). Podatki iz leta 2015 kažejo, da osebe iz te starostne skupine nimajo dovolj visokega dohodka, da bi lahko same plačevale bivanje in najzahtevnejšo oskrbo v domu za starejše (imajo namreč povprečno za približno 280 EUR prenizek mesečni dohodek), zato jim pri tem pomagajo družinski člani in občine.

Problem institucionalnega varstva nekaterih skupin starejših invalidov pa je tudi v tem, da zavodi niso ustrezno opremljeni: resda nimajo arhitektonskih ovir, pa vendar se uporabniki srečujejo z mnogimi komunikacijskimi ovirami. Kot najbolj ranljivo kategorijo lahko prepoznamo starejše gluhe in gluhoslepe, ki so prav zaradi nepoznavanja specifičnih načinov komuniciranja zaposlenih v teh zavodih premnogokrat izolirani. Ne smemo pa spregledati dejstva, da so lahko osebe izolirane tudi v primeru, ko ne bivajo v instituciji, če je njihovo sodelovanje v skupnosti omejeno zaradi nedostopnega grajenega in komunikacijskega okolja, pomanjkanja transporta, revščine, stigme ipd.

Iz tega naslova je še posebej nujno, da se tudi v Sloveniji končno uredi področje dolgotrajne oskrbe in se to prepozna kot novo področje socialne varnosti, ki zahteva novo obliko socialnega zavarovanja. Letos je bil v javno razpravo posredovan predlog Zakona o dolgotrajni oskrbi, ki je bil zaradi številnih kritik umaknjen. Pa vendar v Sloveniji že več kot desetletje pripravljamo zakonodajo s tega področja in skrajni čas je že (bil), da bi zakonodaja s tega področja ugledala luč sveta. Zakon namreč nujno potrebujemo: ponujene rešitve ne bodo nikoli popolnoma sprejemljive za vse deležnike, pa vendar je treba najti konsenz in sprejeti zakon, ki se bo potem, glede na izkušnje iz prakse, moral dopolnjevati in izboljševati.

Naloge dolgotrajne oskrbe so namreč trenutno porazdeljene med zdravstveno in socialno področje, posamezne naloge so v pristojnosti dveh, posredno treh ministrstev: Ministrstva za zdravje in Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (MDDSZ), v okviru izobraževalnega sistema pa posredno tudi Ministrstva za izobraževanje, znanost in šport. Po sedanji ureditvi v Sloveniji dolgotrajno oskrbo zagotavljamo na različne načine, z različnimi storitvami socialnega in zdravstvenega varstva in denarnimi prejemki (npr. dodatek za pomoč in postrežbo). Ker so naloge tako razpršene in nepovezane, je njihov učinek pričakovano slabši.

MDDSZ je že v Nacionalnem poročilu o strategijah socialne zaščite in socialnega vključevanja za obdobje 2008–2010 (MDDSZ 2008) identificiralo več pomanjkljivosti obstoječega sistema, med drugim tudi, da obstoječe storitve in prejemki niso povezani v enovit sistem; da slaba koordinacija med službami, ki zagotavljajo različne storitve, otežuje dostopnost do storitev in zmanjšuje njihovo kakovost; da uporabnikom ni vedno omogočena enaka dostopnost do kakovostnih storitev in mnogokrat storitve ne zadovoljijo potreb in da so storitve v bivalnem okolju slabo razvite, kar povzroča dodaten pritisk na

podaljševanje dragih hospitalizacij in širitev institucionalnih oblik dolgotrajne oskrbe. Žal bistvenega napredka na tem področju ne zaznavamo.

Ena izmed ključnih zavez naše države je bila tudi spodbujanje procesa deinstitucionalizacije. V praksi se je proces začel že v sedemdesetih letih prejšnjega stoletja (Flaker 2012), a se zdi, da je v zadnjih desetletjih zastal. Dejavnikov, ki so in še vplivajo na to, je več in so zelo kompleksni: od formalnega oziroma zakonskega okvira, ki bi se moral spremeniti (npr. že omenjeno dolgotrajno sprejemanje nove zakonodaje na področju dolgotrajne oskrbe), premalo razvitih služb za načrtovanje, koordiniranje in izvajanje storitev v skupnosti (vključno s premalo izkoriščenimi možnostmi, ki jih ponujajo sodobne storitve, podprte z informacijsko komunikacijsko tehnologijo), do splošne nenaklonjenosti ključnih akterjev, strokovne in laične javnosti večjim spremembam (Lebar in drugi 2018). To so le nekateri najbolj očitni razlogi, zakaj v strokovnih krogih o deinstitucionalizaciji govorimo že več desetletij, bistvenih korakov v smeri izvedbe procesa v praksi pa ne izvedemo.

Sprememb v institucionalni oskrbi v smeri deinstitucionalizacije, ki so jih nekateri zavodi bolj, nekateri pa manj zavzeto in spretno vpeljali, kljub vsemu ne smemo zanemariti (npr. zmanjševanje velikih oddelkov v manjše bivalne enote; spremembe v konceptu oskrbe - individualiziranje oskrbe, ključne osebe, gospodinjске enote; začasne oblike oskrbe - občasno varstvo, dnevno varstvo) (Mali 2014), prav tako ne formalnih (npr. pomoč na domu, družinski pomočnik, oskrbovana stanovanja, socialni servis) in neformalnih (neformalna pomoč družine, sorodnikov in sosedov, pomoč nevladnih organizacij) oblik skupnostne oskrbe, ki so že razvite.

Skupnostna storitev, ki je za starejše izjemnega pomena, je storitev pomoč na domu, katere izvajanje spremljamo na Inštitutu Republike Slovenije za socialno varstvo (IRSSV) že vrsto let. Zadnji razpoložljivi podatki so podatki na dan 31. 12. 2017 (Nagode in drugi 2018). Tedaj je bilo v storitev vključenih 7.734 oseb, in sicer 66 % žensk in 34 % moških. 88 % vseh je bilo starejših od 65 let, 6 % je bilo invalidov in 7 % kronično bolnih in oseb z dolgotrajnimi okvarami zdravja. Ob podrobnejšem pregledu kronično bolnih prejemnikov, oseb z dolgotrajnimi okvarami zdravja in invalidov, ugotovimo, da je bilo 80 % mlajših od 65 let, 18 % starih med 65 in 80 let in 2 % starejših od 80 let. Glede na demografske trende upravičeno pričakujemo, da se bo zadnja omenjena skupina uporabnikov povečevala.

Pomembna pridobitev na tem področju je tudi sprejetje Zakona o osebni asistenci (ZOA), ki daje dolgo pričakovano normativno podlago za sistemsko izvajanje storitev osebne asistencije, ki so bili doslej projektno financirane. Osebna asistencija je sicer primarno namenjena osebam, mlajšim od 65 let, pa vendar naj bi vsi tisti, ki danes prejemajo te storitve (v obliki projektnega financiranja), te storitve prejemali še naprej.

Po zadnjih razpoložljivih podatkih (2016) je v programe osebne asistencije, ki jih financira MDDSZ, in jih spremljamo na IRSSV (Smolej in Orehek 2017), vključenih 1.279 uporabnikov. Razmerje med spoloma je približno enako. Najmlajši uporabnik osebne asistencije je bil star osem let, najstarejši pa 96 let, v povprečju pa 51,8 let. Največ uporabnikov je bilo starih od 25 do 70 let, glede na petletne starostne razrede pa je bilo največ tistih v skupini od 55 do 59 let (103 osebe).

Z vidika načrtovanja ustrezne skrbi za starejše invalide pa je pomembno tudi področje razvoja varstveno-delovnih centrov (VDC) in centrov za usposabljanje, delo in varstvo (CUDV). V naših letnih analizah ugotavljamo, da prav staranje populacije v teh ustanovah predstavlja velik izziv za oblikovanje novih storitev.

Leta 2017 je bilo v storitve VDC in CUDV vključenih skoraj 4.000 odraslih uporabnikov (Nagode in drugi 2018). Najmlajša oseba je bila stara 18 let, najstarejša pa 95 let. Povprečna starost uporabnika je bila 41,06 leta, največ uporabnikov pa je bilo starih med 36 in 45 let. Starostna struktura odraslih uporabnikov VDC in CUDV se je v zadnjih 15 letih bistveno spremenila, in sicer se predvsem na račun mlajših uporabnikov (s 26,3 % 2003 na 4,2 % 2017) povečuje delež starejših, t. j. tistih nad 55 let (z 1,9 % 2003 na 11,0 % v 2017). Lahko govorimo o starajoči se populaciji v VDC. Zakonodaja, ki ureja področje delovanja VDC, je bila večinoma sprejeta v 80-ih letih prejšnjega stoletja in takrat so bili ljudje, ki so se vključevali v storitve, uporabniki torej, odrasli. S spreminjajočo se strukturo starostne populacije v VDC se posledično spreminjajo tudi potrebe in s tem nujna po preoblikovanju ponudbe oziroma storitev.

Razvite države se torej soočajo z demografskimi spremembami, kot sta nizka rodnost in daljša pričakovana življenjska doba, kar vodi v proces staranja družbe. Staranje družbe pa ima za posledico tudi večje število invalidov in oseb, ki so v vsakdanjem življenju odvisni od tuje pomoči. Daljša pričakovana življenjska doba predstavlja velik civilizacijski napredek družbe, a omenjene demografske spremembe prinašajo številne izzive. Zato je nujno, da se z izzivi

čimprej soočimo in nanje odgovorimo z novimi rešitvami, ki bodo na eni strani zagotavljale visoko kakovost življenja vseh prebivalcev in na drugi strani finančno vzdržnost sistemov socialne varnosti.

Zagotovo moramo sprejeti ustrezne ukrepe na področju trga dela, pokojninskega in zdravstvenega sistema ter sistema socialnega varstva in sistema invalidskega varstva. Pri tem je izjemnega pomena, da v Sloveniji končno dokončamo dva izjemno pomembna »projekta«: sistemske ureditve dolgotrajne oskrbe in spodbujanja procesov deinstitucionalizacije. V zadnjem času smo priča ponovnim zagonom procesa deinstitucionalizacije: začeli smo namreč s črpanjem dodatnih finančnih sredstev za izvajanje evropske kohezijske politike v obdobju 2014–2020 in sprejeli smo Zakon o osebni asistenci.

S tem se kaže priložnost, da v Sloveniji naposled le realiziramo deklarativne težnje in obljube države zadnjih dvajsetih let na način, da se osebam, ki v vsakdanjem življenju potrebujejo pomoč drugih, zagotovi bolj dostojno in kakovostno življenje, z možnostjo izbire kako, s kom in kje bodo živeli. Pri tem je ključno, da se upošteva načelo »univerzalnega oblikovanja«, ki se nanaša na širok spekter oblikovanja namestitev, storitev in okolja za uporabo vseh ljudi ne glede na telesne sposobnosti.

Vsi ti družbeni procesi pa se odvijajo s ciljem izboljšati kakovost življenja ne samo starejših in invalidov, temveč vseh pripadnikov naše celotne družbe. Zato je tako pomembno, da čimprej sprejmemo izzive in udejanjimo odgovorne rešitve.

Viri:

API – Akcijski program za invalide 2014–2012. dostopno na http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti__pdf/invalidi_vzv/API_2014-2021.pdf, (julij 2018).

Črnak Meglič, A. (2000): *Vpliv (tipov) države blaginje na obseg in vlogo neprofitno-volonterskega sektorja v sodobnih družbah: doktorska disertacija*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Flaker, V. (2012): *Kratka zgodovina deinstitucionalizacije*. V: *Časopis za kritiko znanosti, domišljijo in novo antropologijo* 39: 13–31.

Hlebec V., Nagode M., Flipovič-Hrast M. (2014): *Kakovost socialne oskrbe na domu: vrednotenje, podatki in priporočila*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, Založba FDV.

Kobal Tomc B. (2003): *Upravljanje neprofitnih organizacij: primer upravljanja skrbništva v centrih za socialno delo v Sloveniji: magistrsko delo*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Kolarič, Z. (1993): *Privatizacija na področju socialnega varstva v slovenski, postsocialistični družbi*. V: Rus, V. (ur.): *Privatizacija na področju družbenih dejavnosti*: 276–306. Ljubljana: Državna založba Slovenije.

Kolarič, Z., Črnak Meglič A., Vojnovič M. (2002): *Zasebne neprofitno-volonterske organizacije*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

KOPI - Zakon o ratifikaciji Konvencije o pravicah invalidov in Izbirnega protokola h Konvenciji o pravicah invalidov. Uradni list RS, št. 37/2008.

Lebar L., Dremelj P., Smolej Jež S., Nagode M., Rosič J., Ilievski O., Kobal Tomc B. (2018): *Podpora pri načrtovanju razvoja in krepitve storitev v procesu deinstitucionalizacije, analiza potreb po regijah - končno poročilo*. Ljubljana. Inštitut RS za socialno varstvo.

Mali J. (2009): *Spremembe v institucionalnem varstvu starejših*. V: Hlebec V. (ur.): *Starejši ljudje v družbi sprememb*. Maribor: Aristej.

Mali J. (2014): *Deinstitucionalizacija na področju oskrbe starih ljudi*. Mednarodna konferenca o deinstitucionalizaciji. Brdo pri Kranju, 6. 5. 2015. Dostopno prek: http://www.mddsz.gov.si/si/delovna_podrocja/sociala/mednarodna_konferenca_o_deinstitucionalizaciji/ (julij 2018).

Nacionalno poročilo o strategijah socialne zaščite in socialnega vključevanja za obdobje 2008–2010 (2008). MDDSZ. Dostopno na: http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti__pdf/npsszsv08_10.pdf (julij 2018).

Nagode M. (2009): *Organizirana pomoč za stare ljudi, ki živijo na domu: pomoč na domu in varovanje na daljavo*. V: Hlebec V. (ur.): *Starejši ljudje v družbi sprememb*. Maribor: Aristej.

Nagode M., Lebar, Vidrih N., L., Ramović S., Kobal Tomc B. (2018): *Izvajanje pomoči na domu: Analiza stanja v letu 2017, končno poročilo*. Ljubljana. Inštitut RS za socialno varstvo.

Nagode M., Smolej Jež S., Vidrih N., Ramović S., Kobal Tomc B. (2018): *Spremljanje izvajanja storitev za odrasle v VDC in CUDV, končno poročilo*. Ljubljana. Inštitut RS za socialno varstvo.

Nagode, M., Kolarič Z., Hlebec V. (2004): *Delovanje in vrednotenje varovalno alarmnega sistema za starostnike*. *Kakovostna starost* 7 (1): 21–34.

Operativni program za izvajanje evropske kohezijske politike v obdobju 2014–2020. Ljubljana: Služba Vlade RS za razvoj in evropsko kohezijsko politiko, 2015. Dostopno na: http://www.eu-skladi.si/sl/dokumenti/kljucni-dokumenti/op_slo_web.pdf (julij 2018).

Smolej Jež S., Lebar, L., Kobal Tomc B. (2015): *Potencial nevladnih organizacij v okviru deinstitucionalizacije skrbi za starejše*. Ljubljana. Inštitut RS za socialno varstvo.

Smolej Jež S., Orehek Š. (2017): *Spremljanje programov osebne asistence - analiza izvajanja programov v letu 2016*. Ljubljana. Inštitut RS za socialno varstvo.

Smolej Jež S., Trbanc M. (2017): *Spremljanje uresničevanja in doseganja ciljev Resolucije o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013–2020, končno poročilo*. Ljubljana. Inštitut RS za socialno varstvo.

SURS 3: dostopno na <http://www.stat.si/StatWeb/News/Index/6952> (julij 2018).

SURS 1: dostopno na <http://www.stat.si/StatWeb/Field/Index/17/104> (julij 2018).

SURS 2: dostopno na <http://www.stat.si/StatWeb/News/Index/4916> (julij 2018).

UMAR (2016): Poročilo o razvoju 2016. Ljubljana, UMAR, dostopno na: http://www.umar.gov.si/fileadmin/user_upload/publikacije/pr/2016/PoR_2016_s.pdf (avgust 2017).

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

Razmere za zaprte osebe, ki so starejše, ali/in invalidne, z gibalnimi ovirami, gluhe/naglušne, slepe/slabovidne ali/in neme

Uvod

Varuh človekovih pravic Republike Slovenije (Varuh) je marca 2008 začel skupaj z izbranimi nevladnimi organizacijami izvajati naloge in pooblastila državnega preventivnega mehanizma (DPM). Osnovna naloga DPM je redno obiskovanje ustanov, kjer so ali bi lahko bile osebe, ki jim je odvzeta prostost oziroma kakor koli omejeno gibanje, kamor spadajo tudi zavodi za prestajanje kazni zapora in njihovi dislocirani oddelki. Namen obiska DPM je, da na krajih odvzema prostosti (kot so opredeljeni v 4. členu Zakona o ratifikaciji Opcijskega protokola h Konvenciji proti mučenju in drugim krutim, nečloveškim ali poniževalnim kaznim ali ravnanju) redno preverja ravnanje z osebami, ki jim je bila odvzeta prostost, da bi se okrepilo njihovo varstvo pred mučenjem in drugimi oblikami okrutnega, nečloveškega ali poniževalnega ravnanja ali kaznovanja. Če je treba, daje priporočila ustreznim organom, da bi izboljšali razmere in ravnanje z osebami, ki jim je bila odvzeta prostost. DPM lahko predloži tudi predloge in pripombe k veljavnim ali predlaganim zakonom.

V Sloveniji so centralni zavodi za prestajanje kazni zapora trije: za ženske na Igu, za moške na Dobu (prestajanje kazni zapora nad enim letom in pol), ki ima tudi (dislociran) Polodprti oddelek Slovenska vas in Odprti oddelek Puščava in za mladoletnike in mlajše polnoletnike v Celju. Prav tako so regionalni zavodi trije, in sicer v Kopru, Mariboru in Ljubljani (prestajanje kazni zapora do enega

¹ Robert Gačnik, diplomirani varstvoslovec, specialist kriminalističnega preiskovanja, svetovalec Varuha, Varuh človekovih pravic Republike Slovenije, info@varuh-rs.si

leta in pol) ter njihovi dislocirani oddelki v Novi Gorici, Novem mestu, Murski Soboti, na Igu in v Rogozi (prestajanje kazni zapora do šest mesecev).

Med obiskovanjem zavodov in njihovih dislociranih oddelkov je DPM ugotovil, da je bilo število zaprtih oseb različno. Tako je bilo iz statističnih podatkov mogoče razbrati, da je bilo povprečno število vseh zaprtih oseb leta 2008 – 1.364 (od tega 1.002 obsojenca in 308 pripornikov) do največ leta 2015 – 1.511 (od tega 1.180 obsojencev in 220 pripornikov) in nato spet manj leta 2016 – 1.376 (od tega 1.145 obsojencev in 210 pripornikov).

Prav tako je bilo ugotovljeno, da se je spremenila tudi starostna struktura zaprtih oseb oziroma, da je v zavodih in na njihovih oddelkih zaprtih vedno več starejših ali/in invalidnih, oseb z gibalnimi ovirami, gluhih/naglušnih, slepih/slabovidnih ali/in nemih (v nadaljevanju odrasle invalidne osebe). To ugotovitev so potrdili tudi podatki, ki so objavljeni v letnih poročilih Uprave Republike Slovenije za izvrševanje kazenskih sankcij (UIKS) in se nanašajo na starost zaprtih oseb. V letnem poročilu UIKS za leto 2008 (kot že navedeno, je to leto začetka izvajanja nalog DPM) je na strani 23 v podpoglavju »2.3.6. struktura obsojencev po starosti« tudi preglednica s podatki o starosti zaprtih oseb. Iz preglednice je v delu starostne skupine v razponu med 59. do 69. letom razvidno, da je bilo takrat v tej starostni skupaj 53 zaprtih oseb in pet zaprtih oseb, starejših od 69 let. Iz enake preglednice letnega poročila UIKS za leto 2016 pa je na strani 68 razvidno, da se je število zaprtih oseb v istih starostnih skupinah več kot podvojilo. Tako je bilo 106 zaprtih oseb v starostni skupini med 59. in 69. letom ter 18 oseb, starejših od 69 let.

Ker je večina zavodov in njihovih dislociranih oddelkov v starejših zgradbah, katerih prostori praviloma niso (bili) predvideni za nastanitev zaprtih odraslih invalidnih oseb, se je Varuh odločil, da v vlogi izvajanja nalog in pooblastil DPM razmere za te zaprte osebe natančno prouči in o svojih ugotovitvah poroča v obliki tematskega poročila, ki vključuje tudi priporočila za izboljšanje razmer za nastanitev odraslih invalidnih oseb.

Na težave, s katerimi se spoprijemajo zaprte odrasle invalidne osebe, je Varuh sicer v preteklosti že večkrat opozoril tako ob obiskih v vlogi DPM kot tudi pri obravnavanju posamičnih pobud zaprtih oseb. Na težave, s katerimi se srečujejo ostarele, bolne in gibalno ovirane ter druge prizadete zaprte osebe med prestajanjem kazni zapora, smo opozorili tudi že v nekaj zadnjih letnih poročilih, tudi v poročilu za leto 2014 (str. 102–104) in 2015 (str. 86) ter 2016 (str. 133–135). Ob tem smo poudarjali, da ima država, če posamezniku vzame prostost,

zavezo zagotoviti, da odvzem prostosti in izvrševanje kazni potekata tako, da je zagotovljeno spoštovanje človekove osebnosti in njegovega dostojanstva. Pri tem je treba še toliko bolj upoštevati položaj oseb, ki so morda prizadete zaradi starosti, zdravstvenih težav in/ali invalidnosti. Kadar se znajdejo na prestajanju kazni zapora, je zato treba poskrbeti za njihovo ustrezno nastanitev in zagotoviti takšne bivalne razmere, da tudi takšna oseba dostojno prestaja kazen zapora, sicer gre lahko za nečloveško ali ponižujoče ravnanje in s tem za kršitev 3. člena Konvencije o varstvu človekovih pravic in temeljih svoboščin oziroma 18. člena Ustave RS.

Potek aktivnosti

Da bi ugotovili dejansko število v zavode in njihove dislocirane oddelke nastanjenih zaprtih odraslih invalidnih oseb, predvsem pa število zmogljivosti, ki so na razpolago za njihovo nastanitev, je bil pripravljen vprašalnik. V vprašalniku je bila meja »starejši« opredeljena tako, da gre za osebe, ki so stare med 65 in 75 let ter starejše od 75 let. Vprašalnik je bil 23. 5. 2017 poslan v vse zavode in njihove dislocirane oddelke s predlogom, naj nanj odgovorijo in ga vrnejo do 15. 7. 2017, kar so naslovniki (z manjšimi časovnimi odstopanji) tudi upoštevali.

Po prejemu in pregledu izpolnjenih vprašalnikov so bili v času med 14. 9. 2017 in 10. 10. 2017 opravljeni obiski zavodov in njihovih dislociranih oddelkov. Vsi so bili opravljeni nenapovedano. Namen teh obiskov je bil preveriti dejanske okoliščine oziroma razmere za namestitve zaprtih odraslih invalidnih oseb. Med obiski smo se z zaprtimi odraslimi invalidnimi osebami, če so bile med našim obiskom v zavodu ali dislociranim oddelku prisotne in če so to želele, tudi pogovorili.

Sklepne ugotovitve

Tako na podlagi odgovorov na vprašalnike kot tudi ob tematskih obiskih je bilo ugotovljeno, da za nastanitev zaprtih odraslih invalidnih oseb v zavodih in njihovih dislociranih oddelkih v večini primerov ni primerno poskrbljeno oziroma to področje ni ustrezno urejeno. Delno primerno ureditev za njihovo nastanitev po presoji DPM omogočata le ZPKZ Dob (v drugem nadstropju prvega oddelka s prirejenimi prostori) in pogojno tudi ZPMZ KZ Celje, ki ima dva prostora, poimenovana kot »prostora za gibalno ovirane« (en prostor v pritličju in en prostor v prvem nadstropju). Vendar tudi v teh dveh zavodih prostori, ki se uporabljajo za nastanitev zaprtih odraslih invalidnih oseb, niso

opremljeni s primernimi bolniškimi posteljami (na primer s trapezom za pomoč pri vstajanju in z možnostjo regulacije višine in naklona ležišča).

Velika večina zavodov in dislociranih oddelkov ima sicer določen prostor, namenjen za bolniško sobo (ZPKZ Dob, ZPKZ Ljubljana, ZPKZ Ig, ZPKZ Koper, ZPKZ Koper – Oddelek Nova Gorica, ZPKZ Maribor – Oddelek Rogoza, ZPMZ KZ Celje), vendar tudi ti prostori niso opremljeni z ustreznimi bolniškimi posteljami (običajno le s starimi in iztrošenimi posteljami). Postelje, ki so na voljo v teh prostorih, namreč ne omogočajo nastavitve (višine in naklona ležišča), vse (ob tematskih obiskih) tudi niso bile opremljene s pomagalom (trapezom) za vstajanje.

Zakon o izvrševanju kazenskih sankcij (ZIKS-1) določa, da mora vsak zavod za prestajanje kazni zopora imeti bolniško sobo, v kateri se zdravijo obsojenci. Pri tem glede opremljenosti bolniških sob ZIKS-1 zgolj določa, da mora biti bolniška soba opremljena skladno s splošnimi predpisi (prvi odstavek 60. člena ZIKS-1). Primerno opremljenost zahteva tudi drugi odstavek 47. člena Pravilnika o izvrševanju kazni zopora (PIKZ), vendar je posebej ne opredeljuje.

UIKS smo v preteklosti zato v enem od obravnavanih primerov že zaprosili za sporočilo meril, ki jih mora izpolnjevati posamezna soba v zavodu za prestajanje kazni zopora, da je (lahko) opredeljena kot bolniška soba. Odgovor se je glasil, da so bolniške sobe opremljene podobno, kot so opremljene bolniške sobe v zdravstvenih ustanovah zunaj zavoda. ZPKZ Dob je Zdravstvenemu domu Trebnje tudi predlagal, da izdelava merila za bolniško sobo v zavodu in njeno opremljenost po splošnih predpisih. Ta je ugotovil, da je zakonodaja v tem delu pomanjkljiva in Ministrstvo za pravosodje pozval, naj izda predpis, ki bo urejal vse v zvezi z bolniškimi sobami v zaporih, do izdaje predpisa pa začasno navodilo. Pri tem je poudaril, da ni nikjer omenjeno, da bi moral izvajalec zdravstvenih storitev izdelati merila opremljenosti bolniških sob. Splošni predpisi sicer ne upoštevajo posebnega stanja v zaporu. Odprta zato ostajajo vprašanja zagotavljanja različnih varnostnih režimov, pravice do kajenja in številna druga. Ocenil je tudi, da so bolniške in zaporniške sobe z najbolj problematičnimi obsojenci v istem traktu ZPKZ Dob neprimerne.

Ministrstvo za pravosodje je takrat na naše zaprosilo glede normativne opredeljenosti (opremljenosti) bolniških sob v ZIKS-1 in drugih podrejenih predpisih, tudi zaradi izpostavljenega predloga Zdravstvenega doma Trebnje, pojasnilo, da v navedenih predpisih sicer ni pooblastila za izdajo ustreznega podzakonskega predpisa, ki naj bi po predlogu Zdravstvenega doma Trebnje

moral urejati specifičnosti bolniških sob v zavodih za prestajanje kazni zapora, zlasti glede zagotavljanja različnih varnostnih režimov in podobno. Sama opremljenost bolniške sobe v zavodih za prestajanje kazni zapora je opredeljena v Standardih za gradnjo in opremljanje zavodov za prestajanje kazni zapora, ki jih je na podlagi meril za ureditev poslovnih prostorov za potrebe državne uprave (Vlada RS št. 361-00/2001-8 z dne 4. 11. 2004) dne 24. 11. 2005 izdala Uprava za izvrševanje kazenskih sankcij. Ta v 3. členu za celico za bolnike določa, da se opremi z:

- bolniško posteljo s trapezom,
- visoko nočno omarico za bolnike,
- premično mizo na kolesih za bolnike,
- stolom brez naslona,
- kovinskim košem za smeti s pokrovom,
- polico za TV,
- dvodelno garderobno omaro,
- manjšim hladilnikom – 40 l (samo za novogradnje z urejeno delno ali celotno individualno pripravo hrane).

Glede zagotavljanja posameznih režimov v bolniških sobah, pravice do kajenja in drugih podobnih vprašanj pa je Ministrstvo za pravosodje zagotovilo, da bo proučilo možnosti za najustreznejšo obliko podrobnejše ureditve. Optimistično je sklenilo, da bo večina težav v zvezi z bolniškimi sobami v ZPKZ Dob dokončno rešenih šele z dokončanjem obnove tega zavoda, ko bodo zgrajene nove bolniške sobe v novem objektu, vendar je bilo s tematskimi obiski ugotovljeno, da se te napovedi niso povsem uresničile. Glede na različno urejenost in zaradi ne povsem primerne opremljenosti teh prostorov zato menimo, da je nujno, da se bolniške sobe uredijo in opremijo v skladu z njihovim namenom in enotno po vseh lokacijah ter da se poskrbi tudi za njihovo primerno prostorsko umestitev (po možnosti v pritličju).

Velike težave pri nastanitvi zaprtih odraslih invalidnih oseb v zavodih in njihovih dislociranih oddelkih povzročajo tudi arhitekturne ovire, ki dejansko onemogočajo oziroma zelo otežujejo neovirano gibanje. Razen ZPKZ Dob in ZPKZ Koper noben zavod ni opremljen z dvigalom, ki bi tem zaprtim osebam (predvsem tistim, ki pri gibanju uporabljajo različne pripomočke) omogočil lažje gibanje in npr. odhod na prosto oziroma svež zrak – sprehajališče, knjižnico, zavodsko trgovino ali drugam. Arhitekturne ovire tudi sicer lahko povzročajo

težave pri gibanju tudi drugih zaprtih oseb (ki niso odrasle invalidne osebe), pa so se med prestajanjem kazni poškodovale (npr. pri delu ali pri drugih dejavnostih) in so primorane pri gibanju uporabljati pripomočke (npr. bergle). Vse navedeno je lahko, po navedbah zaprtih oseb samih, razlog, da odrasle invalidne osebe ne odhajajo na sprehode niti se ne udeležujejo različnih drugih dejavnosti v zavodih oziroma na njihovih dislociranih oddelkih (npr. delovnih terapij ...). Ob upoštevanju nekaterih standardov na tem področju bi morali biti prostori, ki jih te osebe uporabljajo, urejeni tako, da je do njih mogoče dostopati z invalidskim vozičkom, z dovolj širokimi vrati, širokimi hodniki, opremljeni z oprijemalnimi ročaji, z ustreznimi dimenzijami stopnic (tam, kjer to so) z oprijemalnimi ročaji na ustrezni višini in s klančinami z največ 8-odstotnim naklonom. Tudi tla stopnic in drugih prostorov bi morala biti neдрseča in varna za gibanje, tudi ko so mokra, in sanitarni prostor ustrezno velik in opremljen za uporabo invalidov na vozičkih, z opornimi ročaji in prho na ravni tlaka (tako je določeno na primer v Pravilniku o zahtevah za zagotavljanje neoviranega dostopa, vstopa in uporabe objektov v javni rabi ter večstanovanjskih stavb in Pravilniku o minimalnih tehničnih zahtevah za izvajalce socialnovarstvenih storitev).

V nobenem od zavodov in njihovih dislociranih oddelkov (še) ni zaposlenega osebja – negovalcev, ki bi zaprtim odraslim invalidnim osebam lahko po potrebi pomagali pri vzdrževanju osebne higiene ali drugih podobnih dejavnostih. Tovrstna pomoč je po naših ugotovitvah v različnih zavodih in na njihovih dislociranih oddelkih različno urejena oziroma jo tako nudi ali medicinsko osebje ali pa je omogočen prihod zunanjega izvajalca – negovalca, pri čemer ni enotno urejeno, kdo takšno storitev plača (v določenih primerih to plača zaprta oseba sama, v določenih primerih zavod na podlagi naročilnice ali pa na podlagi delovnega naloga zavodske ambulate Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije).

Večina zaprtih odraslih invalidnih oseb za lajšanje bolečin in vzdrževanje zdravja na dan zaužije tudi več različnih zdravil. V večini zavodov in njihovih dislociranih oddelkov je bilo ugotovljeno, da se zdravila zanje (tudi za druge zaprte osebe) sicer pripravijo v zavodski ambulanti, vendar pa jih pozneje delijo pravosodni policisti. Tak pristop je Varuh oziroma DPM v svojih poročilih že večkrat problematiziral (npr. tudi ob obisku ZPKZ Koper, 21. 6. 2017).

Priporočila DPM za izboljšanje stanja

Priporočali smo, da UIKS pripravi posebno strategijo s podrobnejšimi navodili in usmeritvami za obravnavo potreb zaprtih odraslih invalidnih oseb, zato da bi zagotovili njihovo enako obravnavo. Med drugim bi morala strategija vključevati zagotavljanje in usposabljanje osebja, ki bo skrbelo za potrebe te ranljive skupine, določalo posebnosti pri njihovem razvrščanju in nastanitvi, določalo skrb za njihovo zdravstveno varstvo, dostop do dejavnosti in aktivnosti v zavodu za prestajanje kazni zapora, zagotavljalo njihovo varnost in pripravo na odpust, vključno s pripravo zgodnejšega (pogojnega) odpusta.

Nujno bi bilo treba v celoti vzpostaviti prilagojen(e) prostor(e) ali oddelek(ke) v enem ali več zavodih za prestajanje kazni zapora, da bodo ti primerni za prebivanje obsojencev, ki zaradi starosti, bolezni ali invalidnosti potrebujejo dodatno pomoč pri zadovoljevanju osnovnih potreb ter ga (jih) opremiti s prilagojeno opremo, ki omogoča varno izvajanje dejavnosti zaprtih odraslih invalidnih oseb na vseh področjih življenja in omogoča neovirano gibanje, torej brez arhitekturnih ovir (stopnišč in drugih neravnin).

Vsi prostori, ki so v zavodih in na dislociranih oddelkih namenjeni za potrebe bolniške sobe, bi morali biti dovolj veliki in brez nepotrebnih arhitekturnih ovir ter enotno opremljeni z ustreznimi bolniškimi posteljami in drugo opremo.

Nujno bi bilo treba začeti zaposlovati ustrezno negovalno in oskrbno osebje za zaprte odrasle invalidne osebe, ki (na primer pri vzdrževanju osebne higiene in drugih življenjskih dejavnostih) potrebujejo dodatno pomoč, hkrati pa zaradi varnostnih in drugih razlogov ne morejo biti premeščene v ustrezne socialno varnostne ali druge ustanove. Če pa zaposlovanje ustreznega negovalnega kadra ne bi bilo umestno, bi bilo treba enotno urediti načine in pogoje, da bi vsi zavodi in njihovi dislocirani oddelki enotno omogočali zagotavljanje te pomoči (na primer pri vzdrževanju nege na podlagi naročilnice ...).

Odziv Generalnega urada URSIKS na priporočila

V zvezi s prvim priporočilom: Generalni urad URSIKS je sporočil, da se, z izjemo pomanjkanja kadra in pomanjkljivosti pri tehnični ureditvi prostorov v zavodih v URSIKS, ne soočajo s posebnimi odkloni pri obravnavi te populacije zaprtih oseb. Glede na relativno majhnost sistema se srečujejo z majhnim številom - in prav zato izrazito raznolikim naborom primerov, ko je treba izvrševanje kazni prilagoditi posebnim potrebam zaprte osebe. Glede na navedeno ne vidijo

potrebe po oblikovanju predlagane posebne strategije. Zaradi pomanjkanja kadra, na katerega naj bi se tovrstna strategija nanašala, ter raznolikosti posameznih konkretnih primerov in specifičnosti posameznih zavodov (in oddelkov), menijo, da posebna strategija ne bi doprinesla k želenemu cilju. Menijo, da bi strategija lahko »zgolj« zajela splošne, že poznane usmeritve glede ravnanja v tovrstnih okoliščinah, kar pa ne bi predstavljalo posebne dodatne vrednosti v praksi ali posebnega prispevka k boljši obravnavi teh oseb (v primerjavi z dosedanjimi praksami). Ob tem prednosti v tem trenutku vidijo pri: prizadevanju za ustrezno obravnavo v posameznih (raznolikih) konkretnih primerih, spremljanju primerov dobrih rešitev in dobrih praks, prepoznavanju in spremljanju težavnejših oziroma zahtevnejših primerov in rešitev zanje. Prednosti v tem trenutku vidijo tudi v prizadevanjih za vzpostavitev optimalnih tehničnih in prostorskih pogojev in nadaljnjem spodbujanju za zaposlovanje kadrov v okviru svoje pristojnosti.

V zvezi z drugim in tretjim priporočilom: Generalni urad URSIKS je sporočil, da bodo zahteve glede opremljenosti bolniških sob, ki so definirane v Standardih za gradnjo in opremljanje zavodov za prestajanje kazni zapora, ponovno proučili in si v nadaljevanju prizadevali, da bodo zavodi uresničili standarde o opremljenosti bolniških sob. Prav tako bodo proučili tudi možnosti sprememb glede prostorske umestitve bolniških sob znotraj zavodov (umestitev v pritličje).

Poleg izpostavljenosti opremljenosti bolniških sob je DPM ugotavljal tudi druge pomanjkljivosti na posameznih lokacijah in opremljenosti drugih prostorov zavodov. V zvezi s tem je Generalni urad URSIKS navedel nekatere aktivnosti, ki jih na posameznih lokacijah načrtuje, in sicer:

- V ZPMZKZ Celje so začeli z obnovo skupinskih kopalnic, kjer bodo tudi sanitarni prostori za zaprte odrasle invalide osebe.

- V ZPKZ Maribor načrtujejo v skladu z razpoložljivimi finančnimi zmoglostmi v čim krajšem možnem času zaključiti investicijo v okviru II. faze prenove prostorov za obiske zaprtih oseb, kjer bodo dostop do prostorov ter prostori primerno opremljeni oziroma prilagojeni tudi zaprtim osebam s posebnimi potrebami, pa tudi obiskovalcem, ki so gibljivo ovirani.

- ZPKZ Maribor je za celovitejšo oskrbo zaprtih odraslih invalidnih oseb pripravil tudi projekt prenove ambulantnih prostorov, v okviru katerega je predvidena ureditev bolniške sobe po sodobnih zdravstvenih standardih. Z vidika

funkcionalnosti prostora in zagotovitve mobilnosti zaprtih oseb, nameščenih v bolniški sobi, je predvideno dvigalo za dostop oseb do sprehajališča.

- V ZPKZ Maribor, Oddelku Murska Sobota, so že pripravili projektno nalogo delne preureditve oddelka, v okviru katere se načrtuje tudi kopalnica za gibalno ovirane osebe in izgradnja klančine. Projektna naloga se bo realizirala v okviru razpoložljivih finančnih možnosti.

- V ZPKZ Dob pri Mirni bodo proučili možnost nabave ali donacije novejših bolniških postelj, ki bi omogočale nastavitve višin in naklona ležišča ter bile opremljene z bočnimi ograjicami. Ponovno bodo tudi preverili ustreznost naklona klančin ter poskušali dostop za starejše ali/in invalidne in osebe z gibalnimi ovirami urediti prijaznejše.

- V Polodprtem oddelku Slovenska vas so v sanitarije v enem izmed bivalnih objektov namestili držalo in sedalo pod prho.

- V ZPKZ Ig poteka sprememba enega bivalnega prostora v kopalnico, ki bo primerna tudi za uporabo gibalno oviranim osebam. Prilagojeni prostori za zaprte odrasle invalidne osebe, se sicer načrtujejo v okviru prenove zavoda.

- Prav tako je predvidena zagotovitev posebnih prostorov za to populacijo v projektni nalogi novogradnje novega zapor v Dobrunjah, ki bo nadomestil trenutni Ljubljanski zapor in v sklopu katerega bo tudi sedanji odprti oddelek na Igu.

V zvezi s četrtem priporočilom: Generalni urad URSIKS je sporočil, da različnost prakse zagotavljanja pomoči in nege zaprtim osebam temelji na različnosti okoliščin, na podlagi katerih se ureja tovrstna pomoč. Zagotavljanje tovrstne nege in pomoči je namreč pogojeno z drugimi pravicami oziroma koristmi, do katerih so upravičene posamezne zaprte osebe. Nekatere osebe so upravičene do dodatka za pomoč in postrežbo iz naslova socialno varstvenih prejemkov, nekaterim pa zdravstveni resor zagotovi delovni nalog za ta namen. Glede na izhodiščne možnosti konkretne zaprte osebe za uveljavljanje tovrstnih prispevkov oziroma koristi se v nadaljevanju načrtujejo tudi aktivnosti Generalnega urada URSIKS v zvezi z zagotavljanjem pomoči in nege konkretni osebi (na primer z dopolnitvijo dostopa do pomoči in nege na način, da Generalni urad URSIKS sklene dogovor z zunanjim izvajalcem, ki nudi tovrstno pomoč). Glede na prepletenost možnosti za koriščenje nege in pomoči s področjem socialnega in tudi zdravstvenega varstva ocenjuje, da določitev »univerzalne« enotne poti za zagotavljanje nege in pomoči zaprtim osebam ne bi bila optimalna in najbolj

ustrezna rešitev. Ob tem dodaja, da se strinja z opozorili DPM, da je neustrezno pomoč načrtovati ali organizirati tako, da jo nudijo (tudi) druge zaprte osebe (npr. pomoč pri vzdrževanju osebne higiene).

Generalni urad URSIKS je tudi pojasnil, da v zvezi s tematskim poročilom kot celoto meni, da je pomembno in ustrezno poudariti tudi umeščenost področja zdravstvenega varstva zaprtih oseb v sistemu izvrševanja kazni zapora (in drugih prostostnih sankcij ter ukrepov). Menil je, da bi bilo ustrezno v vsa ta prizadevanja, načrtovanja in opozorila aktivno vključevati tudi Ministrstvo za zdravje. Skrb za ustrezno zdravstveno in rehabilitacijsko obravnavo oseb s posebnimi potrebami bi morala biti tudi skrb tega resorja. V poročilu namreč DPM obravnava in izpostavlja tudi vprašanje telesne rehabilitacije, področje zagotavljanja in predpisovanja higienskih pripomočkov s strani zdravnikov, pa tudi vprašanje določanja skrbi za zdravstveno varstvo te populacije zaprtih oseb. Generalni urad URSIKS se zaveda svoje vloge pri omogočanju zaprtim osebam, da uresničujejo pravico do zdravstvenega varstva (in drugih človekovih pravic). Zaveda se tudi pomanjkljivosti, ki jih, kot izhaja iz poročila, še mora odpraviti, za kar si bo tudi posebej prizadeval. Obenem pa se na poti zagotavljanja varnega in dostojnega prestajanja kazni pogosto srečujejo prav s preveč pasivno vlogo resorja, ki bi, po njihovem mnenju, moral biti bolj prisoten pri vprašanju zdravja zaprtih oseb.

Tematsko poročilo je bilo tako v seznanitev poslano tudi Ministrstvu za zdravje in lokalnim zdravstvenim domovom. Pri tem smo predlagali, da naslovniki tematsko poročilo obravnavajo in sporočijo svoja stališča glede izpostavljenе problematike, zlasti pa glede danih priporočil za izboljšanje stanja na tem področju.

Ministrstvo za zdravje je zanikalo svojo pasivnost na tem področju. Ministrstvo za zdravje namreč zagotavlja plačilo razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev za vse pripornike in obsojence ne glede na starostne ali katerekoli druge osebne, telesne ali zdravstvene okoliščine. Med temi stroški so tudi medicinski pripomočki. Prav tako je sporočilo, da osnovno zdravstveno oskrbo za zapornike in pripornike zagotavljajo zdravstveni domovi, ki jim Ministrstvo za zdravje plačuje pavšal.

Hkrati je Ministrstvo za zdravje sporočilo, da izraža pripravljenost, da z drugimi pristojnimi službami aktivno sodeluje pri reševanju vprašanj, ki jih je izpostavil DPM ter pri rešitvah, ki bi omogočile, da bi bila zdravstvena oskrba še naprej ustrezna, zlasti za ranljive skupine na katere DPM opozarja. Ministrstvo

za zdravje se sicer zavzema za medsektorski dialog in sodelovanje, ki se ga bodo zanesljivo udeležili.

Od lokalnih zdravstvenih domov sta se na poslano tematsko poročilo odzvala le dva zdravstvena domova, in sicer Zdravstveni dom Novo mesto in Zdravstveni dom Murska Sobota. Njun odgovor je bil, da zdravstveno oskrbo za obsojence in pripornike zagotavljata v skladu s pogodbo o izvajanju programa zdravstvenih storitev.

Zaključek

Glede na zgoraj opisane ugotovitve DPM na temo zaprtih odraslih invalidnih oseb in odzive Generalnega urada URSIKS ter Ministrstva za zdravje na dana priporočila se zavedamo, da do rešitve izpostavljene problematike ne bo prišlo v kratkem. Kljub vsemu pa pričakujemo, da smo s tematskim poročilom opozorili na nujnost, da se v okviru zaporskega sistema k reševanju problematike nameščanja zaprtih odraslih invalidnih oseb čim prej pristopi.

Prejeti odgovori Generalnega urada URSIKS na priporočila iz tematskega poročila, v katerih sporoča, da so k reševanju določenih pomanjkljivosti oziroma nepravilnosti v zavodih in njihovih dislociranih oddelkih že pristopili, pa za DPM predstavlja dobro osnovo, da napredek na tem področju sprotno spremlja pri naslednjih obiskih ter po potrebi še dodatno opozarja na morebitne nove pomanjkljivosti na tem področju.

