



GERONTOLOŠKO DRUŠTVO
SLOVENIJE

Mestna občina Ljubljana



LJUBLJANA – STAREJŠIM PRIJAZNO MESTO: IZBOLJŠANJE SOCIALNE VKLJUČENOSTI STAREJŠIH V MESTNI OBČINI LJUBLJANA PO PANDEMIJI COVID-19

**LJUBLJANA – STAREJŠIM PRIJAZNO MESTO:
IZBOLJŠANJE SOCIALNE VKLJUČENOSTI STAREJŠIH
V MESTNI OBČINI LJUBLJANA PO PANDEMIJI
COVID-19**

LJUBLJANA – STAREJŠIM PRIJAZNO MESTO: IZBOLJŠANJE SOCIALNE VKLJUČENOSTI STAREJŠIH V MESTNI OBČINI LJUBLJANA PO PANDEMIJI COVID-19

Strokovna monografija

<i>Urednik:</i>	doc. dr. Nikolaj Lipič
<i>Uredniški odbor:</i>	Amir Crnojevič, dr. Marija Milavec Kapun, Vilko Kolbl, mag.
<i>Recenzenta:</i>	doc. dr. Peter Seljak, viš. pred. dr. Suzana Oreški
<i>Slovenski jezikovni pregled:</i>	Breda Tekavec
<i>Angleški jezikovni pregled:</i>	Petra Polanič
<i>Oblikovanje:</i>	Žiga Vuk, zzigc.net
<i>Izdajatelj:</i>	Gerontološko društvo Slovenije
<i>Odgovorna oseba izdajatelja:</i>	Amir Crnojevič, predsednik
<i>Kraj in leto izdaje:</i>	Ljubljana, 2021
<i>Tisk:</i>	Demago d.o.o., Maribor
<i>Naklada:</i>	100

Za vsebino so odgovorni avtorji prispevkov.

**Izdajo strokovne monografije sofinancira
Mestna občina Ljubljana.**



Mestna občina
Ljubljana

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

364.4-053.9(497.4)(082)
616.98:578.834(082)

LJUBLJANA - starejšim prijazno mesto. Izboljšanje socialne vključenosti starejših v Mestni občini Ljubljana po pandemiji Covid-19 / [urednik Nikolaj Lipič]. - Ljubljana : Gerontološko društvo Slovenije, 2021

ISBN 9978-961-92650-8-6

COBISS.SI-ID 71021315

Kazalo

Socialna vključenost med protislovji in dilemami sodobnih strateških usmeritev socialne politike	7
Social inclusion between contradictions and dilemmas of modern strategic orientations of social policy	
Marija Ovsenik, Nikolaj Lipič	
Spremembe v odnosu do starih ljudi zaradi epidemije covida-19 in priložnosti za nove prakse na področju dolgotrajne oskrbe	13
Changes in attitudes towards older people due to the COVID-19 epidemic and opportunities for new long-term care practices	
Jana Mali	
Dostopnost zdravstvenih storitev za starostnike v času epidemije covida-19	19
Accessibility of healthcare services for older people during the COVID-19 epidemic	
Marija Milavec Kapun	
Skrb za duševno zdravje starostnikov z demenco in njihovih svojcev v času pandemije covida-19	25
Mental health care for the elderly with dementia and their relatives during the COVID-19 pandemic	
Polona Rus Prelog, Anja Kokalj Palandačič	
Socialna vključenost preko skupin starih ljudi za samopomoč v Mestni občini Ljubljana	33
Social inclusion through self-help groups of older adults in the City of Ljubljana	
Barbara Grintal	
Program Starejši za starejše v času epidemije	40
The Elderly for the Elderly program during the COVID-19 epidemic	
Amalija Šiftar, Beata Akerman	
Z integriranim pristopom nad osamljenost starih ljudi med pandemijo covida-19	48
Using an integrated approach against elderly loneliness during the COVID-19 pandemic	
Petra Boh, Ana Bevk Umiastowski, Medeja Novljan	
Starizem in zdravstvo v Sloveniji: zaznave zdravja Ljubljančanov in drugih prebivalcev Slovenije v času epidemije koronavirusa	57
Ageism and health care in Slovenia: the perceptions of health among residents of Ljubljana and other residents of Slovenia in the times of the coronavirus epidemic	
Otto Gerdina	
Vključevanje oseb z demenco v prilagojene aktivnosti v času covida-19	67
Involving persons with dementia in adapted activities during COVID-19	
David Krivec, Jelka Cerar, Laura Fajkovič, Špela Glišović Krivec	
Izobraževanje starejših kot podlaga za njihovo socialno vključenost	75
Education of older people as a basis for their social inclusion	
Alijana Šantej, Urška Telban	

Odpiranje v času splošnega zapiranja: odziv Rdečega križa Slovenije – Območnega združenja Ljubljana na potrebe starejših v času epidemije Staying open during lockdown: Slovenian Red Cross – local branch Ljubljana response to the needs of the elderly during the epidemic Klara Golob	85
Dnevni centri aktivnosti za starejše (DCA) kot priložnost za izboljšanje socialne vključenosti starejših v Mestni občini Ljubljana Daily Activity Centres for Seniors as an opportunity to improve social inclusion of the elderly in the City of Ljubljana Katja Krivec	95
Dobre prakse socialne participacije v domovih za stare ljudi v času epidemije covid-19 Good practices of social participation in care homes for older people during the COVID-19 epidemic Jana Mali, Benjamin Penič	102
Pomoč na domu kot priložnost za socialno vključevanje starejših: razvoj skozi čas Home care as an opportunity for social inclusion of the elderly: development over time Miranda Vrh	108
Razpoloženske in anksiozne motnje starostnikov v času pandemije covid-19 Mood and anxiety disorders among older adults during the COVID-19 pandemic Anja Kokalj Palandačič, Polona Rus Prelog	114
Celostna oskrba v domačem okolju po epidemiji covid-19 Integrated care in a home environment after the COVID-19 epidemic Edisa Halimovič	120
Družabništvo – socialni vidik dolgotrajne oskrbe Companionship - the social aspect of long-term care Vlasta Hojan, Alenka Virant	125
Socialno vključevanje starih ljudi skozi prizmo organiziranega prostovoljstva Social inclusion of older people through the prism of organized volunteering Amir Crnojevič	133
Razumevanje koncepta socialne vključenosti v kontekstu demografskih razmer v Mestni občini Ljubljana ter nacionalnih in evropskih primerjalnih študij Understanding the concept of social inclusion in the context of demographic conditions in the City of Ljubljana and national and European comparative studies Nikolaj Lipič, Vilko Kolbl, Miranda Vrh	142
Turistični programi vodenja za starejše v Mestni občini Ljubljana kot faktor socialnega vključevanja Tourist guide programs for older people in the City of Ljubljana as a factor of social inclusion Igor Rajner	152

Uvodnik predsednika Gerontološkega društva Slovenije na strokovnem posvetu

Spoštovani!

Gerontološko društvo Slovenije je tudi v letu 2021 organiziralo strokovni posvet z naslovom »Ljubljana – starejšim prijazno mesto: izboljšanje socialne vključenosti starejših v Mestni občini Ljubljana po pandemiji covida-19«, ki ga sofinancira Mestna občina Ljubljana.

Današnja generacija starejših je gradila tovarne, domove in tudi našo državo. Delali so 40 let, nekateri še dlje, danes pa mnogi od teh dobesedno životarijo. Starejši se čutijo odrinjeni od razvojnih vprašanj na lokalni in državni ravni in tudi v okviru evropske skupnosti. Stereotipi o staranju in starosti ter starostne diskriminacije niso odpravljeni niti omiljeni. Ni še v zavesti, da starost ni fatalna, temveč izziv. Aktivno staranje je povezano s trajno udeležbo v socialnem, gospodarskem, kulturnem, duhovnem in civilnem življenju. Celotna družba nosi odgovornost za to, da ponudi priložnosti za prijazno in aktivno staranje. Prijazno in aktivno staranje se lahko odvija zgolj v spodbudnih okoljih, tam, kjer ni omejitev. Te nam je prinesla pandemija covida-19, saj smo bili prisiljeni čez noč prekiniti oziroma omejiti osebne stike z drugimi. Nekateri so ostali popolnoma sami, na vprašanja, stiske in skrbi niso dobili odgovorov. Številni stari ljudje so že tako osamljeni, epidemija je te stiske še poglobila.

Tematika letošnjega strokovnega posveta je v krizi pandemije covida-19 še posebej aktualna, saj obravnava vprašanja in razsežnosti socialne izključenosti starih ljudi v Mestni občini Ljubljana, v času pandemije, in preučuje nove inovativne pristope za postopno vzpostavljanje in izboljšanje socialne vključenosti starih ljudi v Mestni občini Ljubljana, po pandemiji. Multidisciplinarnost strokovnega posveta zagotavlja predstavitev različnih strokovnih praks in pristopov, metod in oblik dela, projektnih in raziskovalnih rešitev za izboljšanje socialne vključenosti starih ljudi v Mestni občini Ljubljana na različnih področjih obravnave, skrbi in dela.

Mestna občina Ljubljana je do sedaj sofinancirala izvedbo že treh strokovnih posvetov Gerontološkega društva Slovenije, in sicer v letih 2017, 2018 in 2020. Letošnji strokovni posvet z vodilnim sloganom »Ljubljana – starejšim prijazno mesto« je že četrti v nizu.

Na tem mestu se še enkrat zahvaljujemo Mestni občini Ljubljana za podporo pri izvedbi strokovnega posveta, Socialni zbornici Slovenije za brezplačno uporabo predavalnice in vsem sodelujočim – diskutantom in udeležencem ter seveda vodji projekta in nekdanjemu predsedniku Gerontološkega društva Slovenije doc. dr. Nikolaju Lipiču za pomoč pri organizaciji in izvedbi strokovnega posveta.

Strokovna monografija, ki je nastala v okviru strokovnega posveta, bo zagotovo obogatila naše znanje in pripomogla k temu, da razvijemo še boljše skupnostne storitve za stare ljudi.

*Amir Crnojevič,
predsednik Gerontološkega društva Slovenije*

Nagovor Zorana Jankovića, župana

Mestne občine Ljubljana,

ob izdaji strokovne monografije, ki je nastala v okviru strokovnega posveta »Ljubljana – starejšim prijazno mesto: izboljšanje socialne vključenosti starejših v Mestni občini Ljubljana po pandemiji covid-19«

Ljubljana je mesto za vse generacije!

Epidemija covid-19, ki je pred dobrim letom udarila z vso silo, je popolnoma spremenila naše vsakdanje življenje in nas postavila pred velike preizkušnje. Še posebej je ta čas zarezal v vsakdan ranljivih skupin ljudi, med katere sodijo tudi starejši.

V Ljubljani se zavedamo, da je skrb za starejše generacije naših meščank in meščanov izjemnega pomena, zato jim posvečamo posebno pozornost in neprestano nadgrajujemo storitve in programe, s katerimi omogočamo kakovostno in aktivno starost.

Poleg zakonsko določenih obveznosti, kot so (do)plačevanje oskrbe v institucionalnem varstvu, zagotavljanje pomoči na domu ter zagotavljanje primarnega zdravstvenega varstva v Mestni občini Ljubljana, vsako leto preko javnih razpisov podpiramo tudi številne druge aktivnosti, programe in projekte s področja socialnega varstva, športa, kulture in izobraževanja. Z njimi starejšim nudimo različne oblike podpore in pomoči za samostojnejše in kakovostnejše življenje v domačem okolju.

Ob razglasitvi epidemije koronavirusa smo se v Ljubljani zelo hitro in učinkovito prilagodili novim razmeram. Ponosen sem, da so tako javni zavodi kot nevladne organizacije s področja socialnega varstva z izjemno predanostjo in strokovnostjo, predvsem pa s čutom za sočloveka, poskrbeli za nemoteno skrb za najbolj ranljive meščanke in meščane prav vsak dan, tudi v času najhujših omejitev.

V Zavodu za oskrbo na domu Ljubljana so poleg takojšnje prilagoditve njihovega rednega dela zelo hitro vzpostavili mrežo prostovoljk in prostovoljcev, v katero so vključili še sodelavce javnih zavodov s področja kulture. Vsi skupaj so s telefonskimi pogovori lajšali vsakdan starejših, ki so ostali sami, zaprti med štirimi stenami. Strokovno svetovanje po telefonu in spletu ter druge aktivnosti za lajšanje življenja v času epidemije so vzpostavili tudi drugi javni zavodi ter nevladne organizacije, ki delujejo v Ljubljani.

Ljubljana je solidarno, tovariško in strpno mesto, v katerem je medsebojno spoštovanje na prvem mestu. To se je še posebej pokazalo v času negotovosti in omejitev zaradi koronavirusa. Prav ganljivo je bilo, ko smo potrebovali prostovoljce za razvoz kosil socialno ogroženim otrokom in starejšim, pa se je v eni uri javilo kar 200 voznikov mestnih avtobusov, ki so bili sicer na čakanju na delo, ker je ves javni promet obstal. Ali pa, ko so se javile vzgojiteljice iz naših vrtcev, ki so bile pripravljene prostovoljno paziti na otroke tistih staršev, ki so morali biti na delovnih mestih tudi v času, ko so bili vrtci zaprti. Ljubljanski grad je zaposlenim Univerzitetnega kliničnega centra (UKC) ponudil v brezplačno uporabo Hostla Celica, prav tako pa smo jim izdali brezplačne dovolilnice za parkiranje. Tudi številni drugi sodelavci so pokazali veliko srce in pripravljenost pomagati.

Zdi se, da se naše življenje počasi vrača v bolj umirjene tirnice. Na Mestni občini Ljubljana bomo še naprej v središče naše pozornosti postavljali skrb za starejše. Še naprej bomo širili nabor aktivnosti, projektov in ukrepov, namenjenih kakovostnemu vsakdanu v tretjem življenjskem obdobju. Med drugim načrtujemo sprejetje novega akcijskega načrta za prihodnjih pet let, kjer bomo zbrali vse načrtovane ukrepe za izboljšanje dostopnosti mesta starejšim in osebam z ovirami.

Zoran Janković,
župan Mestne občine Ljubljana

Socialna vključenost med protislovji in dilemami sodobnih strateških usmeritev socialne politike

Social inclusion between contradictions and dilemmas of modern strategic orientations of social policy

zasl. red. prof. ddr. Marija Ovsenik
Gerontološko društvo Slovenije

doc. dr. Nikolaj Lipič
Gerontološko društvo Slovenije

POVZETEK

V času covida-19 so vse bolj spregledane in zamolčane socialne razlike med revnimi in bogatimi, stari in mladimi, zdravimi in bolnimi. Razlike se celo poglobljajo. Beležimo kolaps spremljanja koncepta kakovosti življenja, kolaps spremljanja potreb dolgožive, hitro starajoče se družbe, spremljamo kolaps družbenega dogovora o potrebni strategiji in implementaciji ukrepov socialne politike. Ni dvoma, da so družbeno pogojene spremembe tudi zgodovinsko pogojene. Razlike med državami in kulturnimi okolji determinirajo negotovost in nejasnost enotnega razumevanja socialne politike. Mednarodno relevantne raziskave so praktično izostale. Še vedno govorimo o bolj ali manj uspešnih poskusih mednarodno primerljivega načrtovanja zgodovinsko determiniranih fenomenov dolgožive družbe v družbenosocialnem okolju, ki naj bi odgovorno obravnavalo pravico do enakovrednega vključevanja vsakogar. In prav vključevanje vsakogar pomeni demokratizacijo družbe, pomeni sodelovanje in pomeni odzivnost na probleme posameznika in družbe.

Ključne besede: socialna politika, stari, socialno vključevanje, covid-19, družbena neenakost.

ABSTRACT

In the COVID-19 era, social differences between poor and rich, old and young, healthy and sick people are increasingly overlooked and silenced. The differences are even deepening. We are witnessing the collapse of monitoring the concept of quality of life, the collapse of monitoring the needs of a long-lived, rapidly ageing society, and we are seeing the collapse of social agreement on the necessary strategy and implementation of social policy measures. There is no doubt that socially conditioned changes are also historically conditioned. Differences between countries and cultural environments determine the uncertainty and ambiguity of a common understanding of social policy. Internationally relevant research was practically absent. We are still talking about more or less successful attempts at internationally comparable planning of historically determined phenomena of a long-lived society in the social and community environment, which should responsibly address the right

to equal inclusion of everyone. And the inclusion of everyone means the democratization of society, it means cooperation and it means responding to the problems of individuals and society.

Key words: social policy, old people, social inclusion, COVID-19, social inequality.

1. Konceptualna in etimološka opredelitev socialne vključenosti

Konceptualna in etimološka opredelitev socialne vključenosti zahteva pojasnila, saj identificira paradigmo razmišljanja o načinu sprejemanja oziroma odzivanja na spremembe na vseh ravneh. Pri tem ne gre le za globalne, tektonske spremembe na ravni tehnologij, ki zasvajajo mlade in ogrožajo starejše ljudi, gre tudi za geopolitične in podnebne spremembe, ki determinirajo našo prihodnost. In še posebej gre za kompleksnost kriz sodobnega časa: demografske, socialne, zdravstvene, ekonomske ... Zgolj utrinek: Kitajska spreminja pogled na sobivanje, Evropa živi pod nenehnim pritiskom ogroženosti, znotraj in izven meja, Amerika išče nove poti povezovanja in mednarodne demokratizacije. Toda spregledane in zamolčane so socialne razlike med revnimi in bogatimi, stari in mladi, zdravi in bolni. Razlike se celo poglobljajo. Neodvisnost in s tem izključenost predstavljata neobvladljiv izziv, pa naj gre za ruralno versus urbano, izobraženost versus neukost, kompetentnost versus šarlatanstvo ... Družbena okolja se na problematiko odzivajo zgolj pred volitvami – običajno s praznimi obljubami, neuresničljivimi strategijami in s preusmerjanjem pozornosti k lažje dosegljivim nebistvenim rešitvam.

Ljudje so negotovi, saj obljube po volitvah zbledijo, spremembe – večinoma negativne in obremenjujoče – pa vplivajo na njihov vsakdan. Spremembe s sindromom pospešitve prizadevajo stare ljudi, katerih prilagajanje je oteženo – ne le na osebni, ampak tudi na družbeni ravni. Hromi tudi vseobsegajoči birokratizem vladnih struktur, ki reducira spontanost družbenega in socialnega življenja. Odzivi na spremembe zamujajo (če se sploh zgodijo), nove strategije in nova politična arhitektura EU brišejo jasnost pozicij na družbeni ravni.

Zato vprašanje, kje smo, Slovenija in Slovenci, povzroča zaskrbljenost. Mnenje večine je zabrisano, zdi se, da ima Slovenija več obrazov. Prvi obraz je slika Slovenije, zaznamovane z vojnami, ki ohranja zgolj kratek zgodovinski spomin, Slovenije, v kateri ni jasno, kdo ima monopol nad resnico, ki protežira informirane in vnaša globoko družbeno polarizacijo. In ne nazadnje Slovenije, ki je bila in ki želi biti zgodba o uspehu, ki želi s pluralnostjo različnosti združevati v identiteto slovenstva. Drugi obraz se nanaša na pragmatizem. Dnevno smo priča sprejemanju novih nedorečenih zakonov, ki spreminjajo ustaljeno prakso brez predhodnih poglobljenih raziskav, ki bi nove zakone utemeljevale in implementirale v okolje. Nema lokrat se zdi, da so zakoni sprejeti zgolj za krepitev moči družbenopolitičnih elit. In tretji obraz je obraz krize. Ne zgolj na ravni procesov integracije, socialne politike in socialne kohezije, ampak tudi na ravni kulturnega soživetja, na ravni socialnih perspektiv in protislovij družbe blaginje.

Beležimo kolaps spremljanja koncepta kakovosti življenja in potreb dolgožive, hitro starajoče se družbe, spremljamo kolaps družbenega dogovora o potrebni strategiji in implementaciji ukrepov socialne politike. Ni dvoma, da so družbeno pogojene spremembe tudi zgodovinsko pogojene. Razlike med državami in kulturnimi okolji determinirajo negotovost in nejasnost enotnega razumevanja socialne politike. Praktično izostale so mednarodno relevantne raziskave. Še vedno govorimo o bolj ali manj uspešnih poskusih mednarodno primerljivega načrtovanja zgodovinsko determiniranih fenomenov dolgožive družbe v družbenosocialnem okolju, ki naj bi odgovorno obravnavalo pravico do enakovrednega vključevanja slehernika. In prav vključevanje slehernika pomeni demokratizacijo družbe, pomeni sodelovanje in pomeni odzivnost na probleme posameznika in družbe.

Dejstvo (ne)odzivnosti socialne politike ima za posledico dve trditvi: na eni strani znanje na tem področju ne omogoča preraščanja družbenih stereotipov in na drugi strani identificiramo nespo-

sobnost vzpostavitve boljših rešitev na področju socialne integracije z identifikacijo protislovij in perspektiv na zastavljeno vprašanje. Zaradi specifičnosti v načinu odzivanja je namreč pridobljeno znanje o socialni politiki in socialnem delu imanentno okolju in s tem težko prenosljivo v druga socialno-kulturna okolja. Še več, mnogokrat je težko prenosljivo tudi iz teorije v prakso (Ovsenik 1989).

Roessner (1974), eden izmed prvih avtorjev sistemskega pristopa, skuša v svojih raziskavah poudariti pomen ustrezne socialne politike in socialnega ter socialnogerontološkega raziskovanja kot trdne osnove za delo v praksi. Doktrinarne rešitve s področja socialne politike, socialnega in socialnogerontološkega dela generirajo odnose in preprečujejo starizme, osamljenost in socialno izolacijo starih. Landeiro idr. (2017) ocenjujejo, da socialna izolacija in osamljenost prizadeneta približno tretjino – ponekod celo polovico starejše populacije – in negativno vplivata na njihovo fizično in duševno zdravje. Zdi se, da so skupinske intervencije, pri katerih so pospeševalci dobro usposobljeni in so stari ljudje dejavno vključeni v razvoj socialne vključenosti, učinkovitejše. Omejenost na področju pogojujejo šibki akcijski načrti in izostanek poglobljenih kvantitativnih in kvalitativnih študij o kakovosti življenja starih in še posebej o njihovi socialni vključenosti.

2. Izzivi družbene neenakosti v času covid-19

Utemeljeno torej razpravljamo o kompleksnih problemih »po-covid-19« času, o problemih, ki obremenjujejo in izključujejo. Eklatanten problem izraža transparentnost, pa tudi civilizacijska vprašanja – celo vprašanje identitete. Zakaj razpravljati o identiteti? Značilno za slovenski živelj je bilo, da so stari starši soživeli v družini kot enakovredni in spoštovani člani. Babice so pomenile naročje, prenos tradicionalnih vrednot, osveščanje otrok o pomenu spoštovanja ljudi in vsega živega, bile so učiteljice življenja. Dedki so bili svetovalci in pomočniki. Ko so onemogli, je bilo normalno, da so vsi družinski člani poskrbeli zanje. Podkrepimo z osebno izkušnjo: *»Babica mi je, ko sem kot otrok pri štirih letih navdušeno trgala glavice marjeticam, postavila le vprašanje: 'Ali misliš, da rožic to ne boli?' V mojih mladih možganih je sprožila plaz vprašanj o življenju in bolečini. Nikoli več nisem trgala glavic cvetlicam ... Ko je obnemogla, pri šestinosemdesetih letih, je bilo jasno, da smo nenehno skrbeli, da ji je bilo udobno, da je ob oknu še zadnjič lahko videla slovenske gore v zimskem sijaju. Ne bom pozabila, da so bile njene zadnje besede: 'Umiram srečna'.«*

Pa danes? Spremembe so kaotizirale družbeno življenje na sistemski ravni, spremenile pa so ga tudi na povsem osebni, družinski ravni. Povzročile so spremembo vrednot. S spremembo družinskih struktur in odnosov v družinah so se spremenili tudi spoštljiv odnos med različnimi generacijami, povezanost in solidarnost med generacijami, kar je vplivalo na družbeno neenakost, na visoko stopnjo ne vključevanja starih v načrtovanje družinskega, skupnostnega in družbenega življenja.

Proučevanje družbene neenakosti skozi družbeno polarizacijo na horizontalni ravni, med tistimi »znotraj« in tistimi »zunaj« oziroma med tistimi »v centru« in tistimi »na obrobju«, pa je bistvo socialne izključenosti (Hlebec idr. 2010, 13–14). Še več, pomeni polarizacijo med tistimi, ki imajo vzvode družbene moči, in med tistimi, ki moči nimajo, torej med tistimi, ki imajo, in tistimi, ki nimajo (npr. sredstev za preživetje, zdravljenje, dostopnosti, druženja in prostočasnih aktivnosti, stanovanjskih pogojev za človeka vredno življenje ...), in končno, med tistimi, ki imajo vzpostavljeno socialno mrežo s pristnimi odnosi, in tistimi, ki tega nimajo in v socialni izolaciji doživljajo izključenost. Pa ne govorimo zgolj o verjetnih stanjih, govorimo o refleksiji realnih okolij, npr. življenje v domu za starejše, kot primer mikro ravni življenja starega človeka, ki se doživlja kot »odložen na smetišče človeške zgodovine«.

Pojem socialne izključenosti izhaja iz Francije, kjer je v tradiciji francoske republikanske misli in v navezavi na Durkheimovo pojmovanje družbe razumljen širše – kot družbena izključenost, torej ne le kot ekonomski, socialni in politični, ampak tudi kot moralni problem, saj do izključenosti prihaja tudi zaradi posledic pomanjkanja solidarnosti v družbi in trganja družbenih vezi (Hlebec idr. 2010,

14–15). Socialna izključenost ali socialno izključevanje pomeni, da je poudarek na preučevanju ranljivosti posameznikov in skupin v družbi, torej njihove izključenosti iz posameznih področij. Socialna izključenost se kot koncept pogosto uporablja v političnem diskurzu in ga v širšem razumevanju vzpostavljajo dohodek (stopnja tveganja revščine, neenakost dohodka), materialna prikrajšanost (nezmožnost nakupa določenih materialnih dobrin, ki se v družbi obravnavajo kot nujne/običajne za dostojno življenje), dostopnost finančnih sredstev, zaposlenost (stopnja brezposelnosti), dostopnost socialnih storitev (varstvo otrok, dolgotrajna oskrba), stanovanjske razmere (prenaseljenost, stroški, stanovanjska »prikrajšanost«), kakovost okolja, izobraževanje (stopnja izobrazbe, pismenost, udeležba v formalnem in neformalnem izobraževanju), zdravje (samoocenjevanje zdravja, dostopnost do zdravstvenih storitev, življenjska doba, umrljivost) in medsebojni odnosi (Filipovič Hrast in Hlebec 2015, 95–97).

Zastavlja se vprašanje, kaj lahko naredimo za stare ljudi v okviru socialne politike vključevanja. Raziskava Brandt in Deindl (2010) kaže, da otroci pomagajo staršem s finančnimi transferi v južnih in vzhodnih sistemih blaginje (Grčija, Poljska): socialna politika drugih, predvsem zahodnih držav, bi zato morala predvideti verjetnost medgeneracijskih transferov starim ljudem, saj socialno ogroženi stari ljudje najprej za pomoč prosijo družinske člane, sorodnike, sosedo, šele nato zaprosijo za formalne oblike pomoči. Kot težava, ki generira osamljenost in izključenost, se kaže tudi časovna stiska družine (Hlebec idr. 2010). Socialna izključenost starih je očitna predvsem na področju stikov in podpornih sistemov.

Četudi se kdaj pa kdaj na makro ravni vsi počutimo potencialno socialno izključeni, pa v socialnih institucijah in v mnogih domačih okoljih govorimo o bedi človeške izključenosti. V domačem okolju te oblike izključenosti pogojujejo nasilja, zanemarjenja, zaničevanja in medgeneracijska zanikanja. V institucionalnem okolju pa se to izključevanje kaže na več ravneh. Najprej, ko govorimo o negi stanovalca, smo priča mnogim zatajitvam in neupoštevanju standardov. Npr. stanovalce naj bi kopal dvakrat tedensko, pa se to izvaja kvečjemu enkrat; dnevno naj bi zaradi starostne onemoglosti in pogoste inkontinence človeka preoblekli, da ne ostaja v z urinom premočenih oblačilih, pa se dogaja, da zjutraj v premočene higienske hlačke in mokra oblačila zgolj porinejo suho plenico. Stanovalec ostaja moker, zaudarja sebi in drugim in doživlja občutek osramočenosti in ponižanosti. Na klice na pomoč običajno ni odziva. Še več, ko svojci opazijo, da se njihov svojec počuti slabo več dni zapored, domski zdravnik ne čuti potrebe, da bi ga pregledal, pač pa napiše zgolj napotnico za urgentni center, kjer stanovalec spet ure in ure preživlja sam, na invalidskem vozičku, na hodnikih, preplašen, saj ne razume dolgotrajnosti procesa in ne strokovnega izrazja pri obravnavi. Le redko dobi razumljiv odgovor o tem, kakšno je njegovo stanje in kakšno bolezen ima. Zbegan se vrne nazaj v dom starejših, kjer zdravnik ne čuti potrebe, da bi stanovalca obiskal in mu pojasnil stanje. To vse bolj pogloblja pomanjkanje institucionalne participacije in kaže na eni strani nekompetenten odnos institucij in na drugi strani neprofesionalen odnos deležnikov pri obravnavi, skrbi in delu s starimi.

V času covida-19 so stanovalci v institucionaliziranih oblikah bivanja doživljali občutek strahu, ogroženosti, osamljenosti in izključenosti. Bili so priča tudi različnim oblikam starizmov. Zaradi preobremenjenosti osebja je bilo vzdušje nabito z negativno energijo in ni naključje, da je suicidalnost naraščala eksponentno. Pa še to: četudi so domovi za starejše dobili dodatna sredstva (v okviru podpornih paketov zaradi covida-19) za zaposlitev več negovalnega in drugega podpornega osebja, so sredstva običajno usmerjali drugam. Očitno družbena skrb (relevantne inšpekcije) na tem področju ne deluje v smeri zagotavljanja kakovosti življenja starih ljudi in ne preprečuje razvrednotenja osebne integritete, njihove osamljenosti in izključenosti iz družbenih sistemov. Tudi mediji so zatajili. Problematiko covida-19 v domovih za starejše so predstavljali zgolj pragmatično: kvantitativna poročila o obolelih in umrlih so napolnjevala časopise in druge medije, o tem, kako

razumeti položaj in se ustrezno zaščitno vesti pa ni bilo veliko zapisanega, četudi bi starejši potrebovali prav to.

Pravimo, da je starost doba slabšanja in propadanja fizičnih, kognitivnih in psihičnih funkcij, čas pozabljenosti, fizičnih bolečin in invalidnosti. Toda koncept kakovosti življenja je socialno-kulturno pogojen in družbena konstrukcija kakovosti življenja bi morala na vseh ravneh človekovega življenja zagotavljati večplastno skrb, ki jo je možno doseči s sistematičnimi in večnivojskimi ukrepi, ki zajemajo posameznika, tim, organizacijo in vse druge nivoje sistema.

Prevladujoče družbene konstrukcije starostne identitete so negativne, kar vodi do socialne izključenosti starih, zato bi bilo treba raziskati, kako starostna identiteta povzroča in ohranja socialno izključenost starih. Raziskave kažejo, da ko se starostna identiteta ozavešča, stari ljudje negativno zaznavajo sebe in podpirajo negativno doživljanje staranja. Starostna identiteta povzroči visoko stopnjo materialnega primanjkljaja in splošno socialno izključenost starih. Zaznavamo, da je bilo staranje povezano z visoko stopnjo socialne izključenosti. Neustrezna družbena udeležba in normativna integracija pa vodita do visoke stopnje socialne izključenosti. Negativna samopodoba o staranju znatno povečuje socialno izključenost. Študija še ugotavlja, da negativno samozaznavanje staranja poleg sociodemografskih dejavnikov vodi do visoke stopnje socialne izključenosti starih (Mariyamand in Pallickal 2017).

Da bi odpravili to vrzel socialne izključenosti starih, so v dveh avstralskih domovih za starejše izvedli šestmesečno večmetodsko kvalitativno študijo, ki je vključevala opazovanje udeležencev in razgovore z dvaindvajsetimi prebivalci, ki so bili izpostavljeni osamljenosti in/ali socialni izolaciji. Ugotovitve kažejo, da so udeleženci osamljenost in socialno izolacijo razumeli kot razmerja, povezana s staranjem (starostni konteksti, norme, status), osebnimi težavami in boleznijo. Osamljenost in socialno izoliranost so zato postavili kot večdimenzionalna pojava, povezana tako s strukturnimi (npr. starostjo) kot ageističnimi (npr. osebne odločitve) dimenzijami. Uporabljali so individualne in socialne strategije za spopadanje in urejanje razkrivanja osamljenosti in izključenosti (Bardosa Neves idr. 2019).

3. Zaključek

Identificiramo torej, da osamljenost in socialna izoliranost v poznejših letih povzročata socialno izključenost, slabše počutje in zdravstvene težave. Etimološka opredelitev pomenov je različna od razumevanja pomenov, ki jih stari ljudje pripisujejo osamljenosti in socialni izolaciji. Toda to, kako razumejo in doživljajo osamljenost in izolacijo, pogojuje način njihovega preživetja in spopadanja s težavami. Pomanjkanje raziskav o tem beležimo še posebej pri starih ljudeh, ki živijo v skupnosti. Tudi o izkušnjah tistih, ki živijo v institucionaliziranih okoljih, kljub ranljivosti te skupine, kar zadeva osamljenost in socialno izolacijo, raziskave ne govorijo.

Družbena odgovornost se kaže v tem, kako v »reko življenja« odgovorno vključujemo tudi margine – v tem primeru stare ljudi – in kako dovolimo, da stari v osamljenosti in izključenosti preprosto »erodirajo«. Družba pa ostaja nema.

Literatura

- Barbosa Neves, Barbara, Alexandra Sander in Renata Kokanovič. 2019. "It's the worst bloody feeling in the world": Experiences of loneliness and social isolation among older people living in care homes. *Journal of Aging Studies* 49, 74–84. doi: 10.1016/j.jaging.2019.100785.
- Brandt, Martina in Christian Deindl. 2010. Pomoč ostarelim staršem v vzhodni in zahodni Evropi. *Kakovostna starost* 13(1), 26–37.
- Filipovič Hrast, Maša in Valentina Hlebec. 2015. *Staranje prebivalstva: oskrba, blaginja in solidarnost*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

- Hlebec, Valentina, Matic Kavčič, Maša Filipovič Hrast, Andreja Vezovnik in Martina Trbanc. 2010. *Samo da bo denar in zdravje: življenje starih revnih ljudi*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Landeiro, Filipa, Paige Barrows, Ellen Nuttall Musson, Alastair M. Gray in Jose Leal. 2017. Reducing social isolation and loneliness in older people: a systematic review protocol. *BMJ Open* 7, 1–5. doi:10.1136/bmjopen-2016-013778.
- Mariyamand, Soumi in Justin Jose Pallickal. 2017. Age Identity and Social Exclusion of Elderly Persons: A Cross Sectional Study. *International Journal of Social Science* 6(3), 191–198. doi: 10.5958/2321-5771.2017.00022.9.
- Ovsenik, Marija. 1989. *Protivriječja i perspektive socijalnog rada: slovenačka iskustva*. Doktorska disertacija. Sarajevo: Fakultet političkih nauka »Veljko Vlahović«, Univerzitet u Sarajevu.
- Roessner, Lutz 1974. *Theorie der Sozialarbeit – ein Entwurf*. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag.

Spremembe v odnosu do starih ljudi zaradi epidemije covida-19 in priložnosti za nove prakse na področju dolgotrajne oskrbe

Changes in attitudes towards older people due to the COVID-19 epidemic and opportunities for new long-term care practices

izr. prof. dr. Jana Mali

Fakulteta za socialno delo, Univerza v Ljubljani

POVZETEK

Epidemija covida-19 je zelo posegla v življenje vseh nas, še posebej pa v življenje starih ljudi. V prispevku prikažemo, kako so ukrepi za zaježitev epidemije vplivali na življenje starih ljudi in njihovih sorodnikov, kako na izvajanje strokovne pomoči v okviru dolgotrajne oskrbe in kako na družbeni položaj starih ljudi. Dobro je, da se zavedamo negativnih učinkov epidemije na življenje starih ljudi in da iščemo načine za njihovo odpravljanje. Pri tem se stroka socialnega dela čuti poklicana za ukrepanje in iskanje rešitev. Slednje se najbolj izrazito kažejo v delu socialnih delavk v domovih za stare ljudi. Ker pa je področje socialnega dela zelo široko, je nedvomno potrebnih veliko sprememb za odpravljanje zapostavljenega družbenega položaja starih ljudi, ki se je med epidemijo izrazito poslabšal.

Trenutne razmere na področju oskrbe starih ljudi kažejo, da ne moremo več čakati na sprejemanje dolgotrajne oskrbe na nacionalni ravni, temveč je treba začeti z razvojem nemudoma na lokalni ravni. Razmere epidemije vidimo kot dodaten izziv za razvoj dolgotrajne oskrbe na lokalni ravni, pri čemer bi Mestna občina Ljubljana morala prevzeti aktivno vlogo.

Epidemija covida-19 je med nas vnesla spoznanja o socialni izolaciji, kot fenomenu, ki se je pojavil kot nujen ukrep za zaježitev epidemije, a je hitro prerasel v novo obliko epidemije, morda pandemije izoliranosti različnih družbenih skupin ljudi. Med njimi so jo prav stari ljudje doživeli v najbolj kruti in surovi obliki, saj je načela že sicer močno okrnjene socialne odnose, zmanjšala socialne mreže v starosti in okrnila stike z drugimi ljudmi.

Ključne besede: staranje, epidemija covida-19, dolgotrajna oskrba, socialno delo, domovi za stare ljudi.

ABSTRACT

The COVID-19 epidemic has had a major impact on the lives of all of us, and especially on the lives of older people. In this paper we show how the measures taken to contain the epidemic have affected the lives of older people and their relatives, the professional help that can be provided in the context of long-term care, and the social position of older people. It is good to be aware of the negative impact of the epidemic on the lives of older people and to look for ways to combat it. In doing so, the social work profession feels called upon to take action and find solutions. The latter are most promi-

nent in the work of social workers in care homes for older people. However, as social work takes place in a wide variety of settings, there is undoubtedly a strong need for change to address the neglected social situation of older people, which has increased significantly as a result of the epidemic. The current situation in the field of care for older people shows that we can no longer wait for long-term care to be implemented at national level, but that development must begin immediately at local level. We see the epidemic as an additional challenge for the development of long-term care at the local level, in which the City of Ljubljana should play an active role. The COVID-19 epidemic provided us with an insight into social isolation as a phenomenon that appeared as a necessary measure to contain the epidemic, but quickly turned into a new epidemic of its own, perhaps a pandemic of isolation of various social groups of people. Among them, older people experienced it in the cruellest form, having already greatly reduced social relations, smaller social networks in old age and reduced contacts with other people.

Key words: old age, COVID-19 epidemic, long-term care, social work, care homes for older people.

1. Uvod

Epidemija covida-19 je vdrla v naša življenja leta 2020 in bo verjetno določala potek naših življenjskih dogodkov tudi v naslednjih letih. Najbolj je prizadela stare ljudi, saj se je v prvem valu epidemije njihova umrljivost povečala kar za 15 % (Morley in Vellas 2020, 364). Med starimi ljudmi so bili najranljivejši za bolezen tisti, ki so imeli več pridruženih bolezni in so zato potrebovali intenzivno zdravstveno nego. V Sloveniji po navadi za te skupine ljudi skrbijo v domovih za stare ljudi, zato ni presenetljiv podatek, ki ga navaja Flaker (2020, 310), da so domovi za stare skoraj izključno »teren za korono«.

Skrb vzbuja tudi, da se je kot preventivni ukrep zaščite pred boleznijo po vsem svetu uvajal koncept socialne izolacije, po načelu – manj kot imamo stikov z ljudmi, manjša je verjetnost, da bomo zboleli. Najbolj je prizadel starejšo populacijo, ki že sicer najbolj občuti posledice socialne izolacije zaradi staranja, vsaj zaradi dveh razlogov. Prvič, ker je staranje izrazito stigmatiziran družbeni fenomen (Berg-Weger in Schroeffer 2020, 525), zaradi katerega so stari ljudje izolirani, izključeni iz družbenega dogajanja in imajo temu primerno manjšo družbeno moč. Drugič, zaradi zmanjševanja socialnih stikov z vrstniki, ki je posledica naravnega procesa umiranja v starosti in zmanjševanja socialne mreže. V obeh primerih je posledica osamljenost. Da je osamljenost eden najhujših pojavov v starosti, ki določa kakovost človekovega življenja, samo vedeli že pred epidemijo (Flaker idr. 2008; Mali 2008). Le predvidevamo lahko, kakšne bodo posledice osamljenosti, ki je nastala kot posledica ukrepov socialne izolacije ob epidemiji covida-19. Menimo, da je socialna izolacija kot ukrep za preprečevanje širitve obolenosti za covidom-19 postala izhodišče za novo epidemijo izoliranosti, zapostavljenosti in stigmatizacije starih ljudi. Prepoznali jo bomo kmalu in bo potekala sočasno z epidemijo covida-19.

Epidemija je zelo zgodaj pokazala na nekatere družbene pojave, za katere smo pred epidemijo že menili, da smo jih presegli, odpravili njihove negativne posledice na življenje starih ljudi. Ukrepi, ki so jih sprejemale države, da bi ustavile širjenje bolezni in zaščitile državljane pred boleznijo, so sprožili val neenakosti med ljudmi, revščino, zlorabe, stiske ljudi, kako preživeti v novih razmerah. Epidemija je opozorila na prevladujoče starizme, vtakane v vse pore našega družbenega delovanja. Berg-Wenger in Schropfer (2020) opozarjata na zanemarjanje odnosa politike do starih ljudi, ki se na nacionalni ravni kaže v sprejemanju protokolov, neprilagojenih potrebam starih ljudi, v pomanjkanju gerontoloških vsebin v izobraževalnih kurikulumih različnih strok, ki se ukvarjajo s pomočjo starim ljudem, in v neenakosti pri zagotavljanju virov pomoči v času epidemije, saj so stari ljudje do njih najpogosteje neupravičeni.

V prvem valu epidemije je politika s sprejemanjem ukrepov za zajezitev epidemije v Sloveniji očitno pokazala, kakšen odnos ima do starih ljudi. Na primer, za starejše od 65 let je uvedla »urnik« naku-

pov v trgovinah, da bi preprečila širjenje okužb med najranljivejšo skupino. Rezultat so bile večja gneča v trgovinah in idealne razmere za širjenje bolezni. Ustavila je sprejeme v domove in izvajanje socialne oskrbe na domu, da med najšibkejše prebivalce ne bi zanesli novih okužb. Kakšne stiske pa je povzročila starim ljudem in njihovim sorodnikom, ker jim je bila zanikana pravica do prejetja formalne pomoči, ki so jo potrebovali, si lahko le predstavljamo. Možnosti za spremljanje umirajočih družinskih članov v institucijah so se zelo zmanjšale. V bolnišnicah to ni bila več izbira, v domovih pa zelo omejena, povezana z uporabo zaščitnih sredstev (maske, vizirji, zaščitna obleka ipd.), zaradi katerih umirajoči sorodnikov niso prepoznali.

V drugem valu je politika sprejemala različne ukrepe glede zapiranja in odpiranja osnovnih šol, odvisno od števila okužb v določeni regiji. Tako smo doživeli zapiranje šol, ker se je v nekaterih občinah nenadno povečalo število okužb v domovih za stare. Takšen ukrep je v hipu zrušil medgeneracijsko sožitje in sodelovanje, za katera smo si leta prizadevali, da bi ju vzpostavili in negovali. Zaprte meje med občinami in regijami, omejene možnosti potovanja po državi in obiskovanja sorodnikov, starejših od 65 let, so dodatno stopnjevale socialno izoliranost in večale nepreskrbljenost z osnovnimi življenjskimi potrebščinami. Smrtnost v domovih za stare se je zelo povečala in marsikatera stanovalka doma je bila priča izgubi sostanovalke, sovrstnice, s katero je soustvarjala življenje v instituciji.

Pri naštevanju primerov, kako je država zapostavljala in zanemarjala zadovoljevanje potreb starih ljudi, nismo bili niti natančni niti analitični. Želeli smo le prikazati nepremišljene politične poteze, ki so grobo posegle v življenje starih ljudi.

2. Vpliv epidemije na medčloveške odnose in avtonomijo starih ljudi

Ljudje v času epidemije doživljajo različne stiske, ki vplivajo na medsebojne odnose, velja pa tudi, da medsebojni odnosi lahko sprožajo nove stiske, s katerimi ljudje ne znajo ravnati, zato potrebujejo pomoč strokovnjakov. V nekaterih skupnostih in družinah so se odnosi v času epidemije izboljšali, ljudje so našli čas in priložnosti za bolj kakovostno druženje, seveda v zaprtem okolju svoje družine. Epidemija je bila v teh primerih za družinske odnose nekaj pozitivnega.

Pomembno je, da razumemo delovanje skupnosti in odnose med ljudmi holistično, upoštevamo potrebe vseh vključenih ljudi v medsebojne odnose. Zato smo pozorni tudi na negativne vidike epidemije in na tiste ljudi, ki živijo v skupnostih z že načetimi ali porušenimi odnosi, kjer so se dogajali nasilje, zlorabe drog, alkohola ipd. Ukrepi, ki jih politika predvideva v času epidemije, predpostavljajo, da vsi ljudje živijo v dobrih medsebojnih odnosih, se dobro razumejo med seboj, se spoštujejo, sprejemajo medsebojne enkratnosti in razlike. Takšne predstave so pomanjkljive, preveč posplošene in zato stereotipne. Nikakor se ne skladajo z dejansko sliko o paleti odnosov, ki se vzpostavljajo med ljudmi, zato ti ukrepi ne morejo biti učinkoviti.

Čas, v katerem nas je epidemija ujela, ni takšen, da bi zagotavljal dobre odnose med ljudmi. Razmere in zahteve neoliberalizma, ki poudarjajo profit, dobiček, dajejo neusmiljeno prednost delu in karieri, ne zagotavljajo pogojev za dobre odnose med ljudmi. Priča smo povečanemu številu razvez med starimi ljudmi, slabim odnosom med generacijami v družinah, nasilju in zlorabam starih ljudi, veliko starih ljudi živi samih in izoliranih, z majhnimi možnostmi za medčloveške stike. Pomembno je, da z vsakim posameznikom vedno znova odkrivamo, kakšne odnose in socialne stike sploh ima star človek, na koga se lahko zanes, kdo mu lahko pomaga in kako. Vemo, na primer, da pojav demence v družini lahko poruši dobre odnose med družinskimi člani (Mali idr. 2011). Vprašanje pa je, kako bomo v času epidemije takšnim družinam pomagali, če smo zaradi prekinjene oskrbe v formalnih oblikah pomoči izgubili možnost, da do takšnih družin sploh pridemo.

Na področju socialnega dela si prizadevamo, da bi stari ljudje živeli dostojno življenje, da bi se njihov glas slišal, da bi o svojem življenju odločali avtonomno in samostojno. Kadar teh možnosti nimajo, potrebujejo našo pomoč, da njihove interese zagovarjamo pred odločevalci, ki utegnejo samodejno odločati o usodi njihovega življenja. Ukrepi ob epidemiji in prakse, izpeljane na podlagi teh ukrepov¹, so pokazali, da je avtonomija starih ljudi prezrta, nepomembna kategorija. Socialne delavke v domovih so svoje delovanje iz časov pred epidemijo, ko so se ukvarjale večinoma s prosilci za sprejem v dom, preusmerile v preseljevanje stanovalcev znotraj doma. Večletna prizadevanja, da bi stanovalci ostali v sobi, v katero so prišli v dom, tudi če se jim zdravje poslabša, da jih zaposleni ne bi selili na druge oddelke (na primer varovane, negovalne), so se v nenadnem razmahu epidemije v hipu razblinila. Socialne delavke so se morale sprijazniti s selitvami, ker je bila to edina podana rešitev za zamejitev širitve okužb v domu. Kljub temu so ostale pozorne na osnovne vrednote socialnega dela in skrbele, da so se preselitve izvedle na za stanovalce čim prijaznejši način. V novem življenjskem okolju v domu so vzpostavljale stike s sorodniki tako, da je najbolj ustrezalo posameznemu stanovalcu, ob upoštevanju njegovih kognitivnih sposobnosti in čutnih zaznav.

V zadnji gospodarski krizi², ki je imela tudi številne družbene razsežnosti, smo spoznali, da se je takrat močno spremenil odnos do starih ljudi znotraj družin in da so stari ljudje izgubili moč samostojnega odločanja o svojem življenju (Mali in Leskošek 2015). Mnogi so se odpovedali pravici do varstvenega dodatka, da bi ohranili pravico do nepremičnin, ki bi jih po smrti namenili otrokom. Zaradi izpada dohodka so postali finančno odvisni od otrok in drugih sorodnikov. Finančno odvisnost smo zaznali tako pri tistih starih ljudeh, ki so živeli doma, kot pri tistih, ki so živeli v domovih za stare in so bile njihove pokojnine premajhne, da bi si lahko samostojno plačevali oskrbne stroške. Priča smo bili odhodu stanovalcev iz domov, ker sorodniki niso zmogli doplačevanja oskrbnin. Pa smo se kaj naučili iz takratne krize? To, kar se kaže zdaj in lahko povežemo s krizo, ki jo je povzročila epidemija covid-19, je prav odvisnost starih ljudi od družinskih članov. Le da tokratna odvisnost ni le materialne narave, ampak predvsem socialne in je posledica socialne izolacije – ukrepa za zaježitev epidemije.

3. Priložnosti za razvoj novih praks na področju dolgotrajne oskrbe starih ljudi

Kljub številnim negativnim vplivom, ki jih je epidemija imela na odnos do starih ljudi in na zagotavljanje pomoči starim ljudem, se kažejo različne priložnosti za razvoj dolgotrajne oskrbe, ki upošteva potrebe starih ljudi. Sledenje je izredno pomembno, ker omogoča ustvarjanje razmer za drugačno vrednotenje starosti in starih ljudi, takšno, ki ne temelji le na dnevnem preštevanju okuženih in umrlih, ampak odpira prostor za življenjske zgodbe in izkušnje življenja s covidom-19, pri čemer imajo stari ljudje ne le izkušnje, ampak tudi svoja stališča in mnenje.

Nujno je, da izvajalci dolgotrajne oskrbe razvijajo nove in inovativne oblike pomoči, prilagojene novim izzivom, ki jih narekujejo razmere epidemije. V Mestni občini Ljubljana smo jih prepoznali med izvajalci institucionalnega varstva. Na dveh strokovnih srečanjih socialnih delavk domov za stare, ki smo jih na Fakulteti za socialno delo izvedeli februarja in marca 2021, smo prepoznali naslednje primere dobrih praks, s katerimi velja nadaljevati tudi po zaključku epidemije.

¹ Na primer vzpostavljanje rdečih in sivih con v domovih za stare ljudi je bilo izvedeno na podlagi navodil Ministrstva za zdravje in strokovnjakov (praviloma medicinskih ali zdravstvenih strok), ki so usmerjali ukrepe ob epidemiji. Mnenja in potreb stanovalcev pri tem niso spoštovali. Sklepamo, da so domove razumeli kot medicinske ustanove, v katerih se stari ljudje zdravijo, in ne kot socialne oziroma takšne, v katerih star človek živi – večinoma daljše obdobje, kot poteka zdravljenje v bolnišnicah.

² Z začetkom leta 2008.

1. Primeri spodbujanja socialnih stikov kljub ukrepu socialne izolacije

V domovih za stare je bilo v času omejitve obiskov tudi v Mestni občini Ljubljana pravi izziv razviti različne nove oblike vzpostavljanja stikov in negovanja sporazumevanja med stanovalci in njihovimi sorodniki. Obudili so že malce pozabljeno prakso negovanja stikov preko običajne pošte. Čeprav je za večino ljudi pisanje klasičnih pisem le lep spomin na preteklost, so stari ljudje (in pogosto tudi njihovi sorodniki, ki sodijo v to starostno skupino) vajeni takšne korespondence. Nastali so različni projekti ohranjanja stikov z navadno pošto, s pisemskimi ovojnicami. Obenem pa so stanovalce učili vzpostavljanja stikov s pomočjo sodobne informacijsko-komunikacijske tehnologije (IKT), denimo e-pošte, preko programov Skype, Zoom idr.

2. Razvijanje novih dejavnosti

Zaposleni v domovih so spoznali, da je treba kljub ukrepom, ki prepovedujejo druženje stanovalcev, skrbeti za aktivno vlogo stanovalcev v domu. Dejavnosti, ki so bile pred epidemije večinoma skupinske, je bilo treba preoblikovati, premestiti iz skupnih prostorov v sobe stanovalcev ali jih izvajati na fizični distanci med stanovalci in zaposlenimi. Treba je bilo okrepiti timsko delo vseh zaposlenih in okrepiti medsebojno komunikacijo.

3. Posebna skrb za umirajoče

Ukrepi, sprejeti v času epidemije, so posegli v uresničevanje želja umirajočih stanovalcev. Okrnjene so bile možnosti za pogrebne rituale (na primer omejeno število ljudi ob slovesu, prepovedani dogodki po slovesu), omejena je bila navzočnost ljubljenih ob poslavljanju družinskega člana, stari ljudje so pogostejše umirali v institucijah, sami in zapuščeni. Smrt je postala še bolj oddaljena od ljudi, tradicionalni rituali poslavljanja pa so slovo od pokojnih bolj razosebili kot kadar koli prej. Socialne delavke v domovih so se prav zato trudile za navzočnost sorodnikov ob umirajočem družinskem članu. Pomoč se je razširila tudi na čas žalovanja, saj sorodnikom pomagajo tudi z nasveti, kako se soočiti z izgubo.

Socialno delo v domovih za stare je sprejelo epidemijo covida-19 kot izziv za razvoj novih praks pomoči uporabnikom. Na področju socialnega dela s starimi ljudmi so nastali različni projekti za uresničevanje njihovih želja in interesov. Pri tem se je bilo treba odzvati hitro, ukrepati učinkovito, v dobro starih ljudi, pogosto tudi zavzeti kritično stališče do prevladujočega stigmatizirajočega odnosa politike, različnih strok, skupin in posameznikov do starih ljudi.

4. Zaključek

Epidemija covida-19 je med nas vnesla spoznanja o socialni izolaciji kot fenomenu, ki se je pojavil kot nujen ukrep za zajezitev epidemije, a je hitro prerasel v novo obliko epidemije, morda pandemije izoliranosti različnih družbenih skupin ljudi. Med njimi so jo prav stari ljudje doživeli v najbolj kruti in surovi obliki, saj je načela že sicer močno okrnjene socialne odnose, manjše socialne mreže in stike z drugimi ljudmi.

Epidemija je prinesla številne negativne izide za stare ljudi – povečalo se je zapostavljanje starih ljudi, manjšala se je njihova družbena moč in zato povečala potreba po intenzivnem razvoju zagovorništva za stare ljudi. Pred epidemijo smo zagovorništvo za stare ljudi prepoznavali kot potrebo, nanj opozarjali v različnih strokovnih krogih, danes pa se kaže kot nuja v številnih situacijah, v katerih se znajdejo stari ljudje. Mestna občina Ljubljana bi morala prepoznati potrebo po razvoju zagovorništva za stare ljudi in pomagati pri razvoju konkretnih praks, spodbujati pilotne projekte zagovorništva, tako v obstoječih oblikah oskrbe kot s spodbujanjem formalnega in neformalnega zagovorništva. Med formalnimi oblikami poznamo zastopnike pravic na področju duševnega zdravja, ki so slabo dejavni na področju oskrbe starih ljudi. Treba je spodbuditi njihovo dejavnost, ker so razmere epidemije vplivale na kršitev pravic na področju duševnega zdravja. Po zgledih iz tuji-

ne poznamo različne oblike zagovorništva, ki bi jih bilo smotrno začeti razvijati. To so predvsem: neprofesionalno zagovorništvo, denimo samozagovorništvo, vrstniško, kolektivno in občansko zagovorništvo.

Na makro ravni je najbolj očitno, da se v družbi do starih ljudi povečujejo stigmatizacija, zaposlavljenost, socialno izključevanje in zmanjševanje družbene moči. Pri odpravljanju teh pojavov je lahko učinkovita tudi dolgotrajna oskrba oziroma njen intenzivni razvoj. Predolgo že čakamo, da se bo sistem dolgotrajne oskrbe začel urejati na nacionalni ravni. In prav epidemija je pokazala, da nimamo več časa za razvoj dolgotrajne oskrbe. Treba je začeti z njenim razvojem na lokalni ravni in pri tem je vloga Mestne občine Ljubljana ključna. Dolgotrajna oskrba je namreč tudi področje našega delovanja, ki lahko okrepi vezi med ljudmi, ki je lahko lepilo medsebojne solidarnosti in sprejemanja drugačnosti (Mali 2013). V danih družbenih razmerah, s pojavom epidemije, je razvoj dolgotrajne oskrbe na tej ravni zelo pomemben.

Da bi se na lokalni ravni lahko lotili reševanja teh fenomenov v družbi, potrebujemo dolgotrajno oskrbo, ker predstavlja prostor za družbene spremembe. Konkretno lahko razmišljanje podkrepimo s primerom reševanja revščine med starimi ljudmi. Že pred epidemijo smo v raziskavah (Mali in Leskošek 2015; Mali idr. 2017; Mali idr. 2019) prepoznali revščino med starimi ljudmi, predvidevamo pa, da se je med epidemijo še okrepila. Zelo pomembno je, kakšno zakonodajo o dolgotrajni oskrbi namerava sprejeti država, da bo pomoč dejansko dostopna vsem starim ljudem, tudi tistim, ki spadajo v kategorijo revnih. Ne podpiramo razvoja takšnih oblik dolgotrajne oskrbe, za katere se predvideva plačevanje izven sistema zavarovanja za dolgotrajno oskrbo. Tudi če bomo sprejeli prostovoljno zavarovanje, je treba stremeti k temu, da bo v obvezno zavarovanje vključen dovolj širok nabor storitev, ki bodo zagotavljale kakovostno dolgotrajno oskrbo. Prostovoljno zavarovanje ne sme kriti tega, kar bi moralo zagotavljati obvezno zavarovanje, saj se utegne zgoditi, da osnovnih storitev dolgotrajne oskrbe ljudje ne bi zmogli plačevati sami.

Literatura

- Berg-Weger, Marla in John E. Morley. 2020. Loneliness and social isolation in older adults during the Covid-19 pandemic: implications for gerontological social work. *J Nur Health Aging*, 24(5): 456–458.
- Flaker, Vito. 2020. Corona virus institutionalis – kronski institucionalni virus. *Socialno delo*, 59(4): 307–324.
- Flaker, Vito, Jana Mali, Tadeja Kodele, Vera Grebenc, Jelka Škerjanc in Mojca Urek. 2008. *Dolgotrajna oskrba: očrt potreb in odgovorov nanje*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Mali, Jana. 2008. *Od hiralnic do domov za stare ljudi*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Mali, Jana. 2013. *Dolgotrajna oskrba v Mestni občini Ljubljana*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Mali, Jana in Vesna. Leskošek. 2015. The impact of austerity measures and disintegrating welfare state on social work with older people in Slovenia = Vpliv varčevalnih ukrepov in razpadajoče države blaginje na socialno delo s starimi ljudmi v Sloveniji. *Dialogue in praxis: a social work international journal*, 4(17), 1/2(28/29): 1–22.
- Mali, Jana, Nina Mešl in Lijana Rihter. 2011. *Socialno delo z osebami z demenco: raziskovanje potreb oseb z demenco in odgovorov*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Mali, Jana, Vera Grebenc, Vito Flaker, Andreja Rafaelič, Tjaša Filipovič, Amra Šabić, Maruška Lucija Peršič in Tina Zaplatar. 2017. *Hitra ocena potreb in storitev dolgotrajne oskrbe v Občini Straža: končno poročilo*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Mali, Jana, Vera Grebenc, Anamarija Kejžar, Davorin Buher, Laura Fajkovič, Klara Koželj, Anže Štrancar in Maja Zupan. 2019. *Ocena potreb in storitev dolgotrajne oskrbe v Občini Žirovnica: končno poročilo*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Mali, Jana in Vera Grebenc. 2020. *Strategije raziskovanja in razvoja dolgotrajne oskrbe starih ljudi v skupnosti*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Morley, John E. in Bruno Vellas. 2020. Covid-19 and older adults. *J Nur Health Aging*, 24(4), 364–365.

Dostopnost zdravstvenih storitev za starostnike v času epidemije covida-19

Accessability of healthcare services for older people during the COVID-19 epidemic

dr. Marija Milavec Kapun, viš. med. ses., uni. dipl. org., prof. def.

Gerontološko društvo Slovenije

POVZETEK

Uvod: Aktualna epidemija je vplivala na dostopnost do zdravstvenih storitev. Pri tem so bile najbolj prizadete ranljive skupine prebivalstva, kot so starostniki, ki imajo pogosto kronične nenalezljive bolezni. Namen prispevka je ugotoviti, kako je epidemija vplivala na zdravje in na dostopnost do zdravstvenih storitev zaradi spremenjenega načina izvajanja.

Metoda: Narejena je bila študija primera starostnice, ki je v času epidemije covida-19 večkrat potrebovala zdravstveno obravnavo.

Rezultati: Starostnica je v času epidemije imela več zdravstvenih težav, zaradi katerih je bila dvakrat obravnavana v službi nujne medicinske pomoči, enkrat pri osebni zdravnici, obravnavana pri fizioterapevtu in napotena k specialistu. Zdravstvene težave so ji povzročile tudi dodatne finančne obremenitve. V času epidemije so bili njeni socialni stiki omejeni na telefonske pogovore, deloma so se nekatere aktivnosti preselile v digitalno okolje. V tem času se ni mogla udeleževati družabnih dejavnosti.

Razprava in zaključek: Pravočasna in dostopna zdravstvena obravnava bi lahko zmanjšala potrebe po nadaljnjih zdravstvenih storitvah. S tem bi bili starostniki manj izpostavljeni stresu, ki negativno vpliva na zdravje. Uspešne spremembe načina izvajanja in oblik zdravstvenih storitev spremljajo opolnomočenje starostnikov in njihovo aktivno vključevanje v družbeno življenje. Z različnimi intervencijami bi bilo treba bolj intenzivno spremljati problematiko osamljenosti in socialne izolacije med starostniki, ki se je stopnjevala zaradi ukrepov za zaježitev širjenja okužb. Potrebne so nadaljnje raziskave o težavah in ovirah pri dostopanju do zdravstvenih storitev med starostniki, ki bi predstavljale osnovo za oblikovanje novih in nadgradnjo obstoječih storitev.

Ključne besede: zdravstveno varstvo, dostopnost zdravstvenih storitev, zdravje, kronično obolenje, pacient.

ABSTRACT

Introduction: The current epidemic has affected access to health services. Vulnerable populations, such as the elderly who often suffer from chronic non-communicable diseases, have been most affected. This paper aims to examine how the epidemic has affected health and access to health services due to changes in implementation.

Method: A case study was conducted of an elderly woman who needed medical treatment several times during the COVID-19 epidemic.

Results: The elderly woman had several health problems at the time of the epidemic. Due to these problems, she was treated twice by emergency medical services, once by a general practitioner, had three visits with a physiotherapist, and by referral to a specialist. She had additional financial expenses due to her health problems. During the epidemic, her social contacts were limited to telephone calls, to a certain extent some activities shifted to a digital environment. During this time, she was unable to participate in social activities.

Discussion and conclusion: Timely and accessible medical treatment could have a positive impact on reducing the need for additional healthcare services. This would reduce older people's exposure to stress, which has a negative impact on health. Successful changes in the way health services are delivered and the form they take is associated with the empowerment of older people and their active participation in social life. Appropriate interventions should address more intensively the problem of loneliness and social isolation among older people which has been exacerbated by infection control measures. Further research is needed as a basis for designing new services and improving existing ones.

Key words: health care, availability of healthcare service, health, chronic disease, patient.

1. Uvod

Starostniki³, ki predstavljajo 20,7 % slovenske populacije (Statistični urad Republike Slovenije 2021), so ranljiva skupina in zato potrebujejo posebno pozornost družbe tudi v sistemih pomoči in podpore. Pričujoče demografske spremembe pomenijo drastično večanje potreb po zdravstvenih in socialnovarstvenih storitvah (Čelebič idr. 2016; Atella idr. 2019), saj imajo starostniki pogosto dolgotrajne zdravstvene težave (Nacionalni inštitut za javno zdravje 2014). Kot v drugih razvitih državah (Atella idr. 2019) tudi v Sloveniji med starostniki naraščajo prevalenca kroničnih nenalezljivih bolezni ter komorbidnost in multimorbidnost (Softič idr. 2011). Ti trendi zahtevajo spremembo v pristopu k zdravstveni obravnavi iz tradicionalnega enobolezenskega modela v celostno in interdisciplinarno obravnavo starostnikov ter obravnavo v skupnosti (Bell in Saraf 2016). Izrazito se kaže potreba, da se zdravje starostnikov in z zdravjem povezane težave ne smejo obravnavati izolirano (Shrivastava idr. 2013), temveč v celotnem kontekstu življenja posameznika.

Bolezen covid-19 je intenzivno zaznamovala družbo in življenje v letih 2020 in 2021 ter je zaradi hitrega širjenja postala globalna grožnja. Razglasitvi pandemije 11. marca 2020 (World Health Organization 2021) je hitro sledila tudi Slovenija z razglasitvijo epidemije in spremljajočih ukrepov (Odredba o razglasitvi epidemije nalezljive bolezni SARS-CoV-2 (COVID-19) na območju Republike Slovenije 2020). Nepredvidljivost dogajanja in naraščanje števila okuženih z novim koronavirusom po vsem svetu in pri nas sta ustvarila med ljudmi občutek negotovosti in zaskrbljenosti. To je v povezavi z ostrimi ukrepi za zajezitev širjenja okužbe vplivalo na mentalno zdravje ljudi (World Health Organization n. d.), saj se izredne situacije pogosto kažejo v spremembah socialnega in mentalnega zdravja (Sato idr. 2020).

V preteklem letu, ko je bilo javno življenje omejeno in v določenih obdobjih celo ustavljeno, so bile spremembe zaznane tudi v izvajanju storitvenih dejavnosti, vključno z zdravstvenimi, ki so se v delu transformirale v virtualno in telezdravstvo (Mann idr. 2020). S tem so se starostniki in druge ranljive skupine znašli v še slabšem položaju in povečal se je digitalni razkorak (van Deursen 2020), saj starostniki niso dobro digitalno (zdravstveno) pismeni (Neter in Brainin 2017).

3 Starostnik je po Slovenskem medicinskem slovarju opredeljen kot oseba, stara več kot 65 let (Legan in Petrovič 2012).

2. Namen in cilj

Namen prispevka je na študiji primera raziskati dostopnost in uporabo zdravstvenih storitev ter spremembe v zdravstvenem stanju in dobrem počutju. Cilj je odgovoriti na raziskovalno vprašanje, kako je epidemija covid-19 vplivala na zdravje ter dostopnost do zdravstvenih storitev za starostnike zaradi spremenjene organizacije in načina izvajanja.

3. Metoda

Uporabljen je bil kvalitativni pristop. Metoda raziskovanja je bila študija primera, ki omogoča raziskovanje resničnega aktualnega primera ali več podobnih primerov, ki jim je skupna ista problematika; za poglobljeno razumevanje raziskovalnega fenomena lahko zadošča en primer (Creswell in Poth 2018; Heale in Twycross 2018).

Starostnike iz priložnostnega vzorca smo povabili k sodelovanju v raziskavi. Odzvalo se jih je 11. Kriteriji za vključitev v študijo primera so bili: starostnik je v večini samostojen v vsakdanjem življenju, živi v domačem okolju, nima kognitivni težav, je sposoben konstruktivnega pogovora in je imel v času epidemije več izkušenj z dostopom do različnih zdravstvenih storitev. Kriterijem je ustrezala ena starostnica in je soglašala s sodelovanjem v raziskavi. S starostnico smo izvedli poglobljen intervju, v katerem so delno sodelovali tudi njeni sorodniki, ki ji po potrebi pomagajo pri vsakdanjih opravilih. Pogovor je v dogovoru z njo potekal na njenem domu 2. maja 2021. V pogovoru je pojasnila zdravstvene težave in doživljanje zdravstvene obravnave v času epidemije. Pokazala je tudi zdravstveno dokumentacijo. Raziskava je potekala skladno z načeli Helsinško-tokijske deklaracije.

4. Rezultati

Starostnica je stara 76 let in živi v mestnem okolju, v lastni hiši, skupaj z možem. Ima dva otroke, ki z družinama živita v drugem kraju. Zaradi prirojenih težav s kolčnimi sklepi je imela več operacij, doživela je tudi spontani zlom medenice. Ima diagnosticirane osteoporoze, srčno aritmijo in sivo mreno, zaradi katere je bila na enem očesu operirana leta 2017. Ima pogosta vnetja mehurja (antibiotik je nazadnje jemala decembra 2020). Trenutna terapija so zdravila Bioprexanl 5 mg, Concor COR 1,25 mg, D3 ter Helex 0,25 mg in Katptopril 25 mg, oboje po potrebi. Splošno počutje ocenjuje kot dobro. Navede, da se redno prehranjuje in poskuša jesti čim bolj zdravo.

V prostem času rada bere, kuha, pospravlja, vrtnari. V času epidemije se je s pomočjo svojcev naučila dostopati do e-knjig. Njena socialna mreža je razgibana, a zaradi epidemije okrnjena, stiki so omejeni na telefonske pogovore. Pomembna ji je Šola zdravja, v okviru katere se je pred epidemijo vsak dan udeležila jutranje telovadbe, zdaj pa to počne prek televizije. Z drugimi upokojenci je pred epidemijo redno tedensko balinala. Vključena je v skupino za samopomoč Snežinke. Aktivna je v krajevni skupnosti, kjer je bila pred epidemijo vsak prvi torek v mesecu administrativna pomoč zdravnici, ki je lokalnim prebivalcem merila glukozo in krvni tlak. Kot aktivna članica Rdečega križa deluje v akcijah v lokalnem okolju.

Spomladi 2021 so začeli otekati in mravljinčiti prsti desne in malo kasneje tudi leve roke. Pojavljale so se bolečine, predvsem ponoči, zaradi katerih je slabo spala. Na večkratno pobudo svojcev se je naročila na pregled pri osebni zdravnici. Ob pregledu je zdravnica izdala delovni nalog za fizioterapijo, kjer so ji naredili opornico in pokazali vaje. Po nasvetu fizioterapevke je prišla še dvakrat na samoplačniško masažo. Osebna zdravnica je zaradi težav z rokami izdala tudi napotnico, z oznako hitro, za pregled pri kirurgu. Sama se na pregled ni znala naročiti, saj se ni znašla v portalu zVem, vnuk ji je pomagal pri izbiri izvajalca in sestavil elektronsko sporočilo, kasneje je preverjal odzivnost institucije in razumevanje prejetih informacij v zvezi s pregledom.

Dober mesec kasneje se je pozno zvečer zelo slabo počutila. Vrednost meritve krvnega tlaka je bila 237/136 mmHg, zato so jo svojci odpeljali v enoto nujne medicinske pomoči. Zaradi epidemioloških ukrepov je ostala v čakalnici sama, s sorodnikom je bila v stiku prek telefona, bila je nervozna. Ob pregledu je imela krvni tlak 223/122 mmHg, glavobol je ocenila z 8/10 po NAL, prisotne so bile palpitacije, vrtoglavica in rdečica obraza. Po nekajurni obravnavi krvni tlak ni padel, zato je bila premeščena v enoto internistične prve pomoči. Postavljena je bila diagnoza esencialna arterijska hipertenzija. Zjutraj so jo po stabilizaciji zdravstvenega stanja z reševalnim vozilom odpeljali domov. Ob odpustu dobi e-recept in navodila za jemanje zdravila (Bioprexanil 2,5 mg). Po prihodu domov je kmalu odšla na cepljenje proti covidu-19, ker je bila naročena.

Isti večer so se težave s krvnim tlakom ponovile: glavobol, težka sapa, povišan krvni tlak nad 200/100 mmHg, tiščoča bolečina za prsnico, zato so jo svojci ponovno odpeljali na urgenco. Krvni tlak se je med obravnavo kmalu normaliziral. Zdravnik je poudaril, da mora redno jemati predpisana zdravila, gospa pa ni vedela, katera so ta zdravila. Zdravila v lekarni je prevzela šele drugi dan, ko so ji svojci pojasnili, da gre za elektronski recept in kako pride do zdravila. Navodil zdravnika in drugih zdravstvenih delavcev ni razumela v celoti, saj je bila zaradi slabega zdravstvenega stanja in obravnave pod stresom. Pove, da je k slabšemu razumevanju prispevalo tudi nošenje mask. V pogovoru pove, da ji krvni tlak niha, ob večerih ima od 165/70 do 180/90 mmHg, če se slabo počuti, vzame zdravilo Katptopril in gre počivat. Drugih navodil od zdravstvenih delavcev ni dobila.

5. Razprava

Skozi analizo primera lahko ugotovimo, da je starostnica zaradi epidemije in spremenjenega načina izvajanja zdravstvenih storitev utrpela negativne posledice na področju fizičnega, psihičnega in socialnega zdravja ter dobrega počutja. Na področju skrbi za fizično zdravje je odlašala z obiskom zdravnika zaradi težav z rokami, bolečinami in posledično nespečnostjo. Zaradi tega je doživljala stres, ki aktivira nevroendokrini odgovor z vključitvijo osi hipotalamus-hipofiza-nadledvična žleza (HHA-os), ki jo imenujemo tudi stresna os, in avtonomnega živčnega sistema. To vpliva na odziv telesa na stres z aktivacijo avtonomnega živčevja in posledično izločanjem stresnih hormonov, predvsem kortizola, ki med drugim vplivajo tudi na dvig krvnega tlaka (Fink 2017). Zaradi povišanega krvnega tlaka je potrebovala obravnavo v enoti nujne medicinske pomoči. Zaradi slabše digitalne zdravstvene pismenosti, ki se je kazala kot nepoznavanje e-recepta, in zaradi težav pri informiranju (uporaba maske, stres ob obravnavi) starostnica ni pravočasno začela jemati zdravil za zniževanje krvnega tlaka, kar je pripeljalo do ponovne nujne zdravstvene obravnave. Zdravstveni delavci bi lahko pri nižji oceni digitalne in zdravstvene pismenosti pri starostnikih z dodatnim informiranjem, s posredovanjem skozi več kanalov (pisna navodila z ustreznimi črkami in slogom zapisa) ter z vključevanjem svojcev v obveščanje vplivali na boljšo adherenco zdravljenju, kar je pomembno zlasti v času izrednih razmer. Starostnica je odlašala z obiskom osebne zdravnice. Zdravstveno stanje se ji je poslabšalo, ni dobila pravočasne zdravstvene obravnave in potrebovala je opornico, kar pomeni dodatno breme za zdravstveno zavarovalnico. Na pobudo fizioterapevtke je uporabila samoplačniške storitve za blažitev bolečin, kar je vplivalo na njeno ekonomsko stanje.

Iz analize primera lahko oblikujemo predlog, da bi bilo v času epidemioloških razmer smiselno, posebno starostnikom in drugim ranljivim skupinam prebivalstva, omogočiti boljšo dostopnost do zdravstvenih storitev. Spremeniti se lahko način in oblika izvajanja storitev, kar pa morajo spremljati aktivnosti za opolnomočenje ljudi za optimalno samooskrbo in dostopanje do potrebnih zdravstvenih storitev brez strahu pred okužbo ali zavrnitvijo obravnave. Pri tem je treba za informiranje uporabiti tiste komunikacijske kanale, ki so jim blizu in jih znajo uporabljati.

Zaradi izraženosti simptomov somatskih bolezni in pri strokovni obravnavi, ki je usmerjena v telesno zdravje, je pogosto spregledana simptomatika, ki kaže na slabo socialno zdravje. Osamljenost je

med starostniki pogosto prisotna. Iz analize primera lahko ugotovimo, da je starostnica prekinila z dejavnostmi v lokalnem okolju, v času epidemije se ni družila z družino in prijatelji zaradi zahtev po fizičnem distanciranju, ki je hkrati vodilo v socialno distanciranje. Osamljenost in socialna izolacija sta psihosocialna dejavnika tveganja in sta močno povezana s pojavom srčno-žilnih dogodkov (Bu idr. 2020), ki so najpogostejši vzrok smrti, ter s povišanim krvnim tlakom, holesterolom in diabetesom (Christiansen idr. 2021). Socialna izolacija vpliva na patofiziologijo z dvigom vnetnih parametrov (Smith idr. 2020), ki vplivajo na razvoj in poslabšanje kroničnih nenalezljivih bolezni. Znaki minimalnega sistemskega vnetja, ki ga osamljenost lahko povzroči, so povezani s številnimi kroničnimi boleznimi, staranjem organizma in lahko celo prispevajo k njihovi vzročnosti (Pawelec idr. 2014).

Sindemija, to je več prepletajočih se epidemij, najbolj prizadene ranljive skupine prebivalstva (Grkman idr. 2021), zato je treba starostnikom zaradi večje verjetnosti obolevnosti za covidom-19, prevalence kroničnih nenalezljivih bolezni in posledično večje neenakosti (Horton 2020) v času epidemije, ko se kot družba soočamo z izjemnimi problemi, posvetiti dodatno pozornost. Iz preteklih in aktualne epidemije je treba ozavestiti spoznanje, da zgolj ukrepi za zaježitev širjenja okužb, brez spremljajočih ukrepov zgodnjega odkrivanja in preprečevanja poslabšanj kroničnih nenalezljivih bolezni kot tudi drugih ukrepov, ki optimalno krepijo celostno zdravje in dobro počutje med vsem prebivalstvom in predvsem med starostniki, niso zadostni. S tem se lahko vpliva na zmanjšanje pogovorno poimenovanih »karantena smrti« starostnikov, živečih doma in v institucijah, ki so brez očitnih znakov takšne ali drugačne okužbe »tiho odšli«, njihove smrti družbe niso posebno pretrsele in ostale so neprepoznane. Te smrti in smrti zaradi zamujenih diagnoz ter prepoznega ukrepanja bomo lahko preštevali v bližnji prihodnosti.

V času epidemije je bil zdravstveni kader na preizkušnji, zato so mogoče nekateri predlogi na prvi pregled nerealni. Menimo, da je to zgolj na prvi pogled. Če zavzamemo širšo perspektivo, bi z boljšo dostopnostjo (ne samo fizično, ampak tudi psihično) primarne ravni zdravstva, če bi pravočasno in poglobljeno obravnavali starostnico na primarni ravni, ne obremenjevali enote nujne medicinske pomoči, prav tako ne bi bilo potrebnih dodatnih zdravil in fizioterapije. Pri tem starostniki ne bi povzročali stroškov zaradi prevozov in samoplačniških storitev. K temu lahko prištejemo še stroške slabše delovne učinkovitosti svojcev zaradi dveh neprespanih noči zaradi skrbi za starostnico.

Na osnovi študije primera ne moremo posploševati ugotovitev na celotno populacijo starostnikov, vseeno pa lahko oblikujemo nekatera izhodišča za prilagoditev izvajanja zdravstvenih in drugih storitev v morebitnem sledečem valu epidemije ali ob drugih kriznih situacijah. V nadaljevanju bi bilo smiselno poglobljeno in širše raziskovati doživljanja epidemije in spremljajočih ukrepov s stališča starostnikov. To bi dalo trdnjše temelje za prilagoditev izvajanja zdravstvenih in drugih storitev na način, ki bi bil optimalen za starostnike in izvajalce ter bi imel kar najmanjši negativni vpliv na zdravje in dobro počutje starostnikov in njihovih bližnjih.

6. Zaključek

Spremenjen in omejen način izvajanja zdravstvenih storitev ter ukrepi za zaježitev okužb so negativno vplivali na zdravje in dobro počutje starostnikov. Potrebno bi bilo poglobljeno in širše raziskovati zdravje starostnikov v času epidemije in na osnovi spoznanj prilagoditi izvajanje zdravstvenih in drugih storitev ob morebitnih podobnih situacijah. Ugotovitve je smiselno uporabiti tudi za nadgradnjo storitev v novi normalnosti.

Literatura

- Atella, Vincenzo, Andrea Piano Mortari, Joanna Kopinska, Federico Belotti, Francesco Lapi, Claudio Cricelli, in Luigi Fontana. 2019. Trends in age-related disease burden and healthcare utilization. *Aging Cell*, 18(1), 1–8. <https://doi.org/10.1111/ace.12861>.
- Bell, Susan P. in Avantika A. Saraf. 2016. Epidemiology of multimorbidity in older adults with cardiovascular disease. *Clinics in Geriatric Medicine*, 32(2), 215–226. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2016.01.013>.
- Bu, Feife, Paola Zaninotto in Daisy Fancourt. 2020. Longitudinal associations between loneliness, social isolation and cardiovascular events. *Heart*, 106(18), 1394–1399. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2020-316614>.
- Čelebič, Tanja, Barbara Ferk, Janja Pečar, Mitja Perko in Eva Zver. 2016. *Demografske spremembe ter njihove ekonomske in socialne posledice*. Ljubljana: Urad za makroekonomske analize in razvoj. Dostopno na: http://www.umar.gov.si/fileadmin/user_upload/publikacije/kratke_analize/Demografske_spremembe_UMAR.pdf (7. maj 2021).
- Christiansen, Julie, Rikke Lund, Pamela Qualter, Christina Maar Andersen, Susanne S. Pedersen in Mathias Lasgaard. 2021. Loneliness, social isolation, and chronic disease outcomes. *Annals of Behavioral Medicine: A Publication of the Society of Behavioral Medicine*, 55(3), 203–215. <https://doi.org/10.1093/abm/kaaa044>.
- Creswell, John W. in Cheryl L. Poth. 2018. *Qualitative Inquiry & Research Design: Choosing Among Five Approaches* (4th ed.). Los Angeles, London, New Delhi: SAGE Publications, Inc. <https://doi.org/10.13187/rjs.2017.1.30>.
- Fink, George. 2017. Stress neuroendocrinology: Highlights and controversies. V *Stress: Neuroendocrinology and Neurobiology*, ur. George Fink, 3–15. Amsterdam itd.: Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-802175-0.00001-2>.
- Grkman, Lucija, Barbara Lovrečič in Mercedes Lovrečič. 2021. Covid-19: pandemija in sindemija ter ranljivost. *ISIS: Glasilo zdravniške zbornice Slovenije*, 30(2), 45–48.
- Heale, Roberta in Alison Twycross. 2018. What is a case study? *Evidence-Based Nursing*, 21(1), 7–8. <https://doi.org/10.1136/eb-2017-102845>.
- Horton, Richard. 2020. Offline: COVID-19 is not a pandemic. *The Lancet*, 396(10255), 874. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32000-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32000-6).
- Legan, Mateja in Danijel Petrovič, ur. 2012. *Slovenski medicinski slovar*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta.
- Mann, Devin M., Ji Chen, Rumi Chunara, Paul A. Testa in Oded Nov. 2020. COVID-19 transforms health care through telemedicine: Evidence from the field. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 27(7), 1132–1135. <https://doi.org/10.1093/jamia/ocaa072>.
- Nacionalni inštitut za javno zdravje. 2014. Dolgotrajna bolezen ali zdravstvena težava po spolu in starosti. *Podatkovni Portal*. Dostopno na: <https://podatki.nijz.si/> (8. maj 2021).
- Neter, Efrat in Brainin Esther. 2017. Perceived and performed eHealth literacy: Survey and simulated performance test. *JMIR Human Factors*, 4(1), e2. <https://doi.org/10.2196/humanfactors.6523>.
- Odredba o razglasitvi epidemije nalezljive bolezni SARS-CoV-2 (COVID-19) na območju Republike Slovenije. Ur. l. RS 19/2020.
- Pawelec, Graham, David Goldeck, in Evelyn Derhovanessian. 2014. Inflammation, ageing and chronic disease. *Current Opinion in Immunology*, 29(1), 23–28. <https://doi.org/10.1016/j.coi.2014.03.007>.
- Sato, Koryu, Airi Amemiya, Maho Haseda, Daisuke Takagi, Mariko Kanamori, Katsunori Kondo in Naoki Kondo. 2020. Postdisaster changes in social capital and mental health: A natural experiment from the 2016 Kumamoto earthquake. *American Journal of Epidemiology*, 189(9), 910–921. <https://doi.org/10.1093/aje/kwaa041>.
- Shrivastava, Saurabh Ram Bihar Lal, Prateek Saurabh Shrivastava in Jegadeesh Ramasamy. 2013. Health-care of elderly: Determinants, needs and services. *International Journal of Preventive Medicine*, 4(10), 1224–1225.
- Smith, Kimberley, Shannon Gavey, Natalie E. Riddell, Panagiota Kontari in Christina Victor. 2020. The association between loneliness, social isolation and inflammation: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 112, 519–541. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.02.002>.
- Softič, Nina, Mateja Smogavec, Zalika Klemenc-Ketiš in Janko Kersnik. 2011. Prevalence of chronic diseases among adult Slovene population. *Zdravstveno varstvo*, 50(3), 185–190. <https://doi.org/10.2478/v10152-010-0043-4>.
- Statistični urad Republike Slovenije. 2021. *Prebivalstvo - izbrani kazalniki, kohezijski regiji, Slovenija, polletno*. Dostopno na: <https://pxweb.stat.si/SiStatData/pxweb/sl/Data/-/05C1006S.px/table/tableViewLayout2/> (20. maj 2021).
- van Deursen, Alexander J. A. M. 2020. Digital inequality during a pandemic: Quantitative study of differences in COVID-19-related internet uses and outcomes among the general population. *Journal of Medical Internet Research*, 22(8), e20073. <https://doi.org/10.2196/20073>.
- World Health Organization. n. d. *Mental health & COVID-19*. Dostopno na: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/covid-19> (5. maj 2021).
- World Health Organization. 2021. *Timeline: WHO's COVID-19 response*. Dostopno na: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/interactive-timeline> (5. maj 2021).

Skrb za duševno zdravje starostnikov z demenco in njihovih svojcev v času pandemije covid-19

Mental health care for the elderly with dementia and their relatives during the COVID-19 pandemic

asist. dr. Polona Rus Prelog

Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana

Anja Kokalj Palandačič

Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana

POVZETEK

Pandemija covid-19 predstavlja posebno tveganje za ljudi z demenco. Raziskave kažejo, da imajo ljudje z demenco višje tveganje za hujši potek okužbe s covidom-19 in tudi za pojav ali poslabšanje vedenjskih in psihičnih motenj ob demenci zaradi preventivnih ukrepov, kot sta omejevanje gibanja in socialna izolacija. V času izbruha pandemije leta 2020 smo na Univerzitetni psihiatrični kliniki Ljubljana sprva beležili upad, nato pa postopno rast števila hospitalizacij bolnikov z demenco, v letu 2021 pa je v primerjavi z letom prej hospitalizacij konstantno več. 44,4 % vseh hospitalno obravnavanih bolnikov z demenco je iz Mestne občine Ljubljana. V celotnem obdobju epidemije v Sloveniji je bilo največ hospitaliziranih bolnikov z demenco oktobra 2020, kar časovno sovпада s porastom okužb s SARS-CoV-2 in ponovno razglasitvijo epidemije. Zato sta med pandemijo pomembni zagotovitev in implementacija dodatne podpore negovalcem, zlasti ožjim družinskim članom, v okoljih institucionalnega varstva pa zagotavljanje dovolj izkušenega negovalnega osebja, da lahko vzdržujejo socialno interakcijo in omogočijo dodatno podporo starostnikom z demenco.

Ključne besede: demenca, epidemija, covid-19, Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, negovalci.

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic represents a special risk for people with dementia. Research shows that people with dementia are at higher risk of a more severe course of a COVID-19 infection, as well as the onset or deterioration of behaviour and mental disorders caused by prevention measures, such as restrictions of movement and social isolation. At the time of the outbreak of the COVID-19 pandemic in 2020, University Psychiatric Clinic Ljubljana first noted a decrease in the number of hospitalizations which was followed by a gradual increase in admissions of patients with dementia. In the year 2021, the number of hospitalized patients steadily and constantly increases, compared to 2020. 44% of the patients who received hospital treatment come from the City of Ljubljana. In October 2020, the number of patients with dementia who were admitted to the hospital was the highest in the whole

period of the epidemic in Slovenia. This coincides with the increase in the number of SARS-CoV-2 infections and the re-declaration of the epidemic. During the epidemic, it is therefore important to provide and implement additional support for caregivers, especially close family members. In an institutional care environment, sufficient experienced nursing staff should be engaged to maintain social interaction and offer additional assistance to the elderly with dementia.

Key words: dementia, epidemic, COVID-19, BPSD, caregivers.

1. Uvod

Izbruh novega koronavirusa SARS-CoV-2 in razširitev v Evropo leta 2020 imata globalne razsežnosti in številne posledice za milijone ljudi. Raziskave kažejo, da bolezen covid-19 povzroča sistemske in nevrološke simptome (Whittaker 2020). Starejši ljudje in tisti z več pridruženimi boleznimi imajo slabšo prognozo, prisotnost demence pa ob bolezni covid-19 znatno poveča tveganje za smrtnost (Gklinos 2020).

Ljudje z demenco so krhki, odvisni od drugih in potrebujejo pomoč pri vsakodnevnih aktivnostih ter dobro postdiagnostično zdravstveno podporo in obravnavo. Omejitev gibanja in socialna izolacija zato lahko predstavljata pomembno oviro in stres in sta povezani s številnimi tveganji za telesno in psihično obolevnost, tako bolnikov z demenco kot njihovih najbližjih (Cagnin 2020). V obdobju po pandemiji sta zato pomembni ocena učinkov oziroma posledic za duševno stanje starostnikov z demenco in priprava strategij za obravnavo le-teh.

2. Demenca

Demenca je sindrom, ki ga povzroča možganska bolezen, gre za motnjo več višjih kortikalnih funkcij: spomina, mišljenja, orientacije, razumevanja, računskih zmožnosti, učnih sposobnosti ter govornega izražanja in presoje. Poleg slabšanja kognitivnih funkcij pride do manjše sposobnosti obvladovanja čustev, socialnega vedenja ali motivacije. Ta sindrom se pojavlja pri Alzheimerjevi bolezni, pri cerebrovaskularnih boleznih in pri drugih stanjih, ki primarno ali sekundarno prizadenejo možgane (American Psychiatric Association 2013). Poleg zgodnje diagnoze, ki lahko upočasni potek, je izjemno pomembna tudi dobra postdiagnostična podpora. Oseba z diagnozo demence potrebuje redno spremljanje pri specialistu, najpogosteje psihiatru ali nevrologu.

2.1. Prevalenca demence

Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije (v nadaljevanju SZO) je leta 2018 na svetu živel okrog 50 milijonov oseb z demenco, do leta 2050 naj bi se število potrojilo, demenco naj bi imelo 152 milijonov ljudi (WHO 2020). Najpogostejša med demencami je Alzheimerjeva bolezen, predstavlja 2/3 vseh demenc in je primarna degenerativna možganska bolezen neznane etiologije. Razvija se postopno, enakomerno, skozi več let. Druga najpogostejša je vaskularna demenca, ki predstavlja 20 % vseh demenc in je posledica infarktov možganov zaradi vaskularne bolezni, ki vključuje hipertenzivno cerebrovaskularno bolezen. Po pogostosti sledijo še demenca z Lewyjevim telesci, ki predstavlja 15 % (McKeith 2017), okrog 5 % je frontotemporalnih demenc, ostali tipi demenc so redkejši (Graham 2017).

Ocenjujejo, da ima demenco v Sloveniji približno 35.000 ljudi (Lovrečič 2020), zanje skrbi vsaj 50.000 do 100.000 svojcev in negovalcev. Ocenjena prevalenca demence v Sloveniji po 65. letu je 6,9 %, za ženske je dvakrat višja kot za moške. V naslednjih letih in desetletjih pričakujemo porast bolnikov z demenco, predvsem na račun daljše pričakovane življenjske dobe (Alty 2020; Lovrečič 2020).

3. Dejavniki tveganja in zaščite

Demenca je multifaktorska bolezen in je rezultat genetske dovzetnosti in dejavnikov okolja. Starost je najpomembnejši dejavnik tveganja za Alzheimerjevo bolezen in druge demence, pacienti, ki zbolijo pred 65. letom na račun genetskih dejavnikov, predstavljajo le majhen delež (1–5 %). Pomemben genetski dejavnik tveganja za nastanek demence je oblika apolipoproteina E (ApoE), nosilci kombinacije APOE4/APOE4 imajo za razvoj demence 16-krat večjo verjetnost kot ostali. Vedno več raziskav je usmerjenih tudi v preventivo bolezni (Anstey 2017; Graham 2017). Znano je, da večino primerov demence lahko vsaj delno pripišemo kardiovaskularnim dejavnikom (hipertenzija, diabetes in debelost) in psihosocialnim dejavnikom (socialna integracija, druženje, izobrazba, pristočasne aktivnosti itd.), ki predstavljajo tudi glavne dejavnike, na katere lahko preventivno vplivamo (Winblad 2016; Livingston 2020).

3.1. Demenca in obremenjenost svojcev

Pacienti z demenco pogosto prebivajo doma tudi do poznih stadijev, zanje skrbijo svojci, za nekatere tudi negovalci. Svojci oseb z demenco so obremenjeni zaradi narave bolezni in še bolj zaradi vedenjskih in psihičnih simptomov, ki se ob napredovanju bolezni pogosto vpletajo v klinično sliko (Armstrong 2019). Znano je, da svojci oseb z demenco v primerjavi s svojci in negovalci pri drugih boleznih pogosteje doživljajo čustveni stres. Kar do 75 % svojcev oziroma družinskih članov, ki so primarni negovalci osebe z demenco, doživlja tesnobo in depresijo, ki je tesno povezana z višjim bremenom nege, ki jo vsakodnevno morajo zagotavljati (Omranič 2018; Livingston 2020).

3.2. Vedenjski in psihični simptomi ob demenci

Pri starostnikih z demenco se z napredovanjem motenj spomina in drugih znakov pogosto pojavijo tudi spremembe v vedenju, t. i. vedenjski in psihični simptomi demence (v nadaljevanju VPSD), ki se med potekom bolezni pojavijo pri veliki večini (90 %) bolnikov in še dodatno otežujejo delovanje bolnikov in obremenjujejo svojce in negovalce. Psihični simptomi vključujejo depresijo (ki se pojavlja pri vseh oblikah demence, pri Alzheimerjevi bolezni pa v kar 30–50 %), psihozo, anksioznost, apatijo, nespečnost, blodnje, napačno prepoznavanje in halucinacije. Med vedenjske simptome pa štejemo nasilno vedenje, kričanje, preklinjanje, jokanje, nemir, vznemirjenost, tavanje, socialno neustrezno vedenje, spolno dezinhbirano vedenje, kopičenje stvari, ponavljajoča se vprašanja, spremljanje svojcev, odklonilno vedenje, pogoste so tudi motnje prehranjevanja. Nekateri simptomi so prisotni pri vseh bolnikih z demenco in so bolj obremenjujoči kot motnja spomina; so poglaviti razlog za breme negovalcev in zgodnejšo institucionalizacijo (Leyhe 2017). Obravnava vedenjskih in psihičnih simptomov ob demenci je zahtevna in občasno zahteva hospitalizacijo, zelo pomembna je tudi prilagoditev okolja.

Ob demenci se lahko pojavi tudi delirij, ki je stanje skaljene zavesti in izrazitih motenj spoznavnih sposobnosti, razvije se lahko v času nekaj ur ali dni. Pogosto je neprepoznan in nezdravljen, je pa povezan s povečano smrtnostjo in je vedno urgentno stanje. Vzrok delirija je vedno telesni, zaradi česar mora biti obravnava usmerjena v iskanje in odpravljanje sprožilnih dejavnikov. Pri starejših bolnikih je delirij najpogosteje posledica bolezni, okužbe (npr. okužbe sečil, pljučnice itd.), dehidracije ali zdravljenja in pri demenci pogosto spremlja potek okužbe s covidom-19.

4. Vpliv epidemije covid-19 na duševno zdravje starostnikov z demenco

4.1. Vpliv fizične distance na osebe z demenco

Covid-19 predstavlja tveganje za povečanje socialne izključenosti starejših. Ukrepi, kot so omejitve gibanja izven območja doma ter karantena in izolacija, so sicer ključni za zagotavljanje varnosti družbe kot celote, pomembno pa je upoštevati, kolikor je mogoče, realnost življenja posameznih starostnikov, da s tem ne povečujemo socialne izoliranosti in poslabšujemo zdravstvenega stanja. Tveganja, ki jih prinaša izoliranost, se še pomnožijo, če omejitve trajajo daljše obdobje in ne dovoljujejo človeških interakcij (Brown 2020). Mnogi starejši so odvisni od družbenih storitev in podpore, še zlasti tisti, ki živijo doma. V času epidemije so bili v domovih starejših občanov in bolnišnicah obiski omejeni, ponekod omejitve še trajajo. Vse to prinaša dodatno tveganje za psihične in kognitivne težave. Zagotavljanje kontinuitete obravnave in storitev je za bolnike z demenco ključno.

4.2. Povečano tveganje za okužbo

Raziskave zadnjega leta so pokazale, da so ljudje z demenco izjemno občutljivi za okužbo s SARS-CoV-2. Ljudje z demenco so posebej dovzetni za okužbo in hkrati širjenje, ker ne morejo v zadostni meri razumeti, izvajati in upoštevati ukrepov (fizična distanca, uporaba mask itd.). Za tiste med njimi, ki imajo pridruženo vedenjsko in psihično simptomatiko, še zlasti tavanje ali dezinhibicijo, je tveganje za okužbo še večje. Fizična distanca ni primerna za tiste, ki so odvisni od pomoči drugih pri temeljnih življenjskih aktivnostih (skrb za prehrano, osebno higieno itd.), to so zlasti starostniki z napredovalimi stopnjami demence s pridruženo telesno oviranostjo. Mnogi ljudje z demenco živijo v domovih starejših občanov, kjer je ob vdoru okužb tveganje za prenos med njimi izjemno visoko. V času epidemije so domovi starejših občanov uvedli stroge ukrepe, ki pa še poslabšujejo vedenjske in psihične simptome pri oskrbovancih.

4.3. Povečano tveganje za slabši izid okužbe s SARS-CoV-2 pri demenci

95 % vseh smrti bolnikov s covidom-19 je bilo med starejšimi od 65 let. Smrtnost je bila še posebej povezana z demenco ali kapjo. Okužba se pri starostnikih lahko začne z zelo nespecifičnimi simptomi, kot npr. spremenjena splošna aktivnost, padci ali delirij, brez tipičnih covid-19 simptomov, kot so vročina, kašelj, težko dihanje. Velika kohortna raziskava v Veliki Britaniji je pokazala, da je tveganje za hud potek covid-19, ki zahteva hospitalizacijo, trikrat večje pri ljudeh z demenco, v primerjavi z ljudmi brez demence. Dejavniki tveganja za demenco, kot so leta, debelost, kardiovaskularne bolezni, hipertenzija in sladkorna bolezen, pa so hkrati dejavniki tveganja za okužbo s SARS-CoV-2 in težji potek bolezni (Fahed 2020). Med možnimi razlogi povezave med demenco in težjim potekom covid-19 so, da imajo bolniki z demenco višje virusno breme, ker se ne zmorejo držati preventivnih ukrepov in se bolj izpostavijo. Večina okuženih starostnikov je bila iz domov starejših občanov in negovalnih ustanov. Smrtnost gre tudi na račun preobstoječe patologije možganov ob demenci. Ob zapolnitvi kapacitet bolnišnic, ko so respiratorji v intenzivnih enotah uporabljeni, racionalizacija kandidatov za respiratorje ni na strani bolnikov z demenco, kar tudi prispeva k višji smrtnosti.

Raziskave kažejo tudi težji potek bolezni pri homozigotih apolipoproteina E4 (ApoE4). Mehanizmov, ki pojasnjujejo možne povezave med homozigoti (ApoE4) genotipa in hudim potekom covid-19, je lahko več. V možganih ApoE4 sproži vnetje, ki ga medira mikroglija, sledi nevrodegeneracija. Periferno ApoE4 povečuje produkcijo citokinov v makrofagih (npr. interleukina 6, tumorskega nekrotičnega faktorja itd.). Ker citokinski vihar prispeva k izražanju bolezni covid-19, lahko ApoE genotip oteži bolezen tako, da vpliva na imunski odgovor (Kasparian 2020).

4.4. Negativni učinki socialne izolacije na vedenjske in psihične simptome demence

Omejitve, ki so jih uvedli v mnogih državah za zamejitev širjenja pandemije, so imele tudi pomemben vpliv na vedenjske in psihične simptome pri ljudeh z demenco. V celotni populaciji je socialna izolacija povzročila več psihiatričnih simptomov, kot so stres, anksioznost in depresija. Podatki kažejo, da je socialna izolacija povezana z nevropsihiatričnimi simptomi tudi pri kognitivno zdravih starostnikih (Mahase 2021).

Obdobje epidemije pa lahko povzroči poslabšanje vseh psihičnih in vedenjskih simptomov iz več vzrokov; odpoved aktivnosti in prekinitev dnevne rutine sta za bolnike z demenco, zlasti pa za tiste z VPSD, zelo obremenjujoči (Keng 2020). Fizična distanca in preventivni ukrepi lahko povzročijo, da ljudi z demenco družina, svojci in negovalci redkeje obiskujejo, kar poveča socialno izolacijo in poslabša razpoloženske simptome, kot sta anksioznost in depresivno razpoloženje (Drunat 2020; Cagnin 2020). Ljudje z demenco, ki razumejo nekatere aspekte pandemije, lahko občutijo tudi stres negovalcev. Ne nazadnje pa ljudje z VPSD težko uporabljajo telekomunikacijska sredstva in virtualna orodja, ki bi jim pomagala premagovati psihosocialni vpliv pandemije. Nedavna raziskava je pokazala, da karantena povzroči hiter porast VPSD pri približno 60 % pacientov z demenco in stresne simptome pri dveh tretjinah negovalcev. Za načrtovanje zdravstvene obravnave v bolnišnicah je pomembno te podatke upoštevati.

5. Obravnava starostnikov z demenco iz Mestne občine Ljubljana na Univerzitetni psihiatrični kliniki Ljubljana v času trajanja epidemije covid-19

V Enoti za gerontopsihiatrijo (v nadaljevanju EGP), ki deluje v okviru Univerzitetne psihiatrične klinike Ljubljana (v nadaljevanju UPKL), obravnavamo starostnike z demenco, tako tiste s prvo duševno motnjo v starosti kot tudi bolnike z že poznanimi duševnimi motnjami. Obravnava v naši enoti je namenjena diagnostiki, zdravljenju, socialni obravnavi in rehabilitaciji. V EGP deluje pet bolnišničnih in en dnevni oddelek. Na UPKL deluje tudi osem gerontopsihiatričnih ambulant za prve preglede in diagnostiko demence in duševnih motenj v starosti. Bolnikom z demenco sta namenjena dva bolnišnična oddelka: Oddelek za urgentno gerontopsihiatrijo, ki je namenjen obravnavi bolnikov, ki potrebujejo intenzivni nadzor zaradi psihičnega ali telesnega stanja, ker je ogroženo njihovo zdravje ali življenje, zlasti tistih z demenco in delirijem, ter Oddelek za zdravljenje vedenjskih in psihičnih sprememb, intenzivnega tipa, namenjen je obravnavi bolnikov s prevladujočimi vedenjskimi in psihičnimi simptomi pri demenci ter ljudem z drugimi duševnim motnjam v starosti, ki potrebujejo več nadzora in pomoči osebja.

Od začetka trajanja epidemije smo na UPKL sprva beležili upad pregledov in obravnav starostnikov z duševnimi motnjami in tudi tistih z demenco. Tako je v letu 2020 urgentno hospitalizacijo potrebovalo 313 starostnikov z demenco, od tega 139 iz Mestne občine Ljubljana (v nadaljevanju MOL), kar predstavlja 44,4 % vseh hospitalizacij bolnikov z demenco, med njimi je bilo 60 % žensk in 40 % moških. Dodatno smo v triažni in urgentni ambulanti Centra za klinično psihiatrijo zabeležili 218 pregledov starostnikov z diagnozo demence od začetka epidemije v marcu 2020 do decembra 2020.

Pregled po mesecih pa kaže, da leta 2021 beležimo več urgentnih hospitalizacij bolnikov z demenco. Bolnišnično zdravljenje na UPKL je letos (od 1. 1. 2021 do 30. 4. 2021) potrebovalo 161 starostnikov z demenco, od tega 67 iz MOL (kar predstavlja 41,6 %); razmerje žensk in moških je bilo enako, 60 % proti 40 %. Najverjetneje tudi na račun večjega števila urgentnih sprejemov pa je bilo pregledov brez potrebne hospitalizacije nekoliko manj (54 pacientov od 1. 1. 2021 do 30. 4. 2021). V bolnišnico je bilo tako letos sprejetih 74 % vseh pregledanih starostnikov z demenco, lani pa 58,9 %. Med

sprejetimi bolniki v obdobju epidemije covid-19 beležimo bolj napredovale stopnje demence, težji potek bolezni ter več pridruženih psihičnih in vedenjskih težav v primerjavi s preteklimi leti.

Podobno poročajo nekatere druge evropske države. Mnoge države po svetu so sprva omejile sprejeme bolnikov z demenco v bolnišnice, tudi z namenom zmanjšanja tveganja za prenos okužb na minimum; hkrati pa je v času porasta okužb manj bolnikov z demenco obiskalo urgentne in dežurne službe, manj so se odločali tudi za hospitalizacijo zaradi strahu pred okužbo (BMJ 2020). V zadnjem obdobju pa število obravnav narašča (Mahase 2021).

5.1. Podpora svojcem oseb z demenco na Univerzitetni psihiatrični kliniki Ljubljana v času epidemije

V EGP smo letos posebno pozornost namenili tudi svojcem oseb z demenco; v teku je cikel spletnih predavanj »Življenje z demenco«, ki predstavlja multidisciplinarno zastopan sklop desetih predavanj različnih strokovnjakov s področja demence (psihiatri, klinični farmacevt, fizioterapevt, delovni terapevt, socialni delavec, diplomirane medicinske sestre). Predavanja z vključenim časom za razpravo so namenjena izboljšanju izobraženosti svojcev ljudi z demenco, svojce opolnomočijo s praktičnimi nasveti za obdobje med pandemijo. Zaradi številnih stisk, ki jih predstavlja bolezen demenca in jih pandemija še pogloblja, smo formirali tudi podporno psihoterapevtsko skupino za svojce obravnavanih starostnikov v naši enoti, ta je pričela delovati junija.

6. Oddaljena pomoč in digitalne rešitve v obravnavi psihičnih simptomov ob demenci

Mnoge bolnišnice in centri, specializirani za obravnavo bolnikov z demenco po svetu, so v času epidemije prekinili dejavnosti. Telemedicina in digitalne tehnološke rešitve v psihiatriji in obravnavi demence so ponekod zagotovile oddaljeno spremljanje; ob podobnih izbruhih in okoliščinah lahko podobne rešitve tudi v prihodnosti omogočijo hitro prilagoditev in potrebno obravnavo (Cuffaro 2020).

V času epidemije smo ambulantne paciente z demenco na UPKL prehodno spremljali telefonsko, kar se je izkazalo za dobro rešitev; predvsem preko heteroanamnestičnih podatkov, ki smo jih pridobili od najbližjih svojcev, smo lahko spremljali psihično stanje naših pacientov. Takšna obravnavna seveda ne more predstavljati trajne rešitve, je pa ob upoštevanju (ne)varnosti pacientov pred okužbo, ki jo obisk prinaša, vendarle zagotavljala kontinuiteto spremljanja stanja.

Telemedicina lahko pomaga zmanjšati tveganje za razvoj negativnih posledic za duševno zdravje, ki jih sprožita zmanjšanje socialnih stikov in slabši dostop do zdravstvenih storitev, lahko pomaga pri obravnavi simptomov demence, predvsem VPSD (Soares 2020). Lahko pa pomaga tudi negovalcem pri nefarmakoloških ukrepih, ki jih morajo prilagoditi na novo, omejeno, zaprto okolje. Tako lahko telemedicina omogoči zdravstveno podporo pravočasno, tudi na daljavo, omogoča prilagajanje terapije z zdravili, če je potrebno, brez tveganja za okužbo pri ranljivi skupini oseb z demenco (Liu 2020).

7. Zaključek

Treba bi bilo zagotavljati in spodbujati socialno vključenost vseh starejših v MOL. Posebno pozornost terjajo bolniki z demenco in vsi ogroženi za nastanek demence, saj socialna izolacija in pomanjkanje stikov z drugimi na eni strani predstavljata dejavnik tveganja za nastop demence, pri tistih, ki pa bolezen že imajo, pa lahko osamljenost pomembno poslabša kognitivno stanje. Nudenje osnovne pomoči pri ljudeh z demenco ne zadošča. Bistvenega pomena je zato zagotovitev zadostne pomoči formalnih in neformalnih oskrbovalcev (prek prostovoljstva, družabništva itd.) tistim, katerih družinski člani ne morejo biti v zadostni meri vključeni; v okoljih institucionalnega

varstva pa zagotovitev ustreznih kapacitet izkušenega negovalnega osebja, ki lahko vzdržuje socialno interakcijo in omogoči dodatno podporo starostnikom z demenco.

V času po pandemiji poleg poslabšanja kognitivnega statusa starostnikov ob številnih smrtih, ki jih pandemija covid-19 posredno ali neposredno prinaša, lahko pričakujemo porast starejših s kognitivnimi, duševnimi in spremljajočimi telesnimi težavami. Dobro je, da smo kot družba za pomoč najranljivejši skupini krhkih starostnikov pripravljeni. Z izboljšanjem socialne vključenosti in skrbnim spremljanjem lahko pomembno prispevamo k psihičnemu, kognitivnemu in telesnemu stanju.

Literatura

- Alty, Jane, Maree Farrow in Katherine Lawler. 2020. Exercise and dementia prevention. *Practical Neurology* 20: 234–240.
- Armstrong, Nicole M, Laura N. Gitlin, Jeanine M. Parisi, David L. Roth in Alden L. Gross. 2019. Association of physical functioning of persons with dementia with caregiver burden and depression in dementia caregivers: an integrative data analysis. *Aging & Mental Health* 23(5): 587–594.
- American Psychiatric Association. 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th edition. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anstey, Karin J., Ruth Peters, Linda Clare, Nicola T. Lautenschlager, Hiroko H. Dodge, Deborah Barnes et al. 2017. Joining forces to prevent dementia: the International Research Network on Dementia Prevention (IRNDP). *Int Psychogeriatr* 29: 1757–1760.
- BMJ Best Practice. 2020. *Coronavirus disease 2019 (COVID-19) – Symptoms, diagnosis and treatment*. Dostopno na: <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/3000168> (22. maj 2021).
- Brown, Eric. E, Sanjeev Kumar, Tarek K. Rajji, Bruce G. Pollock in Benoit H. Mulsant. 2020. Anticipating and Mitigating the Impact of the COVID-19 Pandemic on Alzheimer's Disease and Related Dementias. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 28(7): 712–721.
- Cagnin, Annachiara, Raffaele Di Lorenzo, Camillo Marra, Laura Bonanni, Chiara Cupidi, Valentina Laganà et al. 2020. Behavioral and Psychological Effects of Coronavirus Disease-19 Quarantine in Patients With Dementia. *Frontiers in Psychiatry* 11: 916.
- Cuffaro, Luca, Di Lorenzo, F., Bonavita, S., Tedeschi, G., Leocani, L. in Lavorgna, L. 2020. Dementia care and COVID-19 pandemic: a necessary digital revolution. *Neurological sciences: official journal of the Italian Neurological Society and of the Italian Society of Clinical Neurophysiology* 41(8): 1977–1979.
- Drunat, Oliver, Jean Roche, Samuel Kohler, Julien Vernaoudon, Saidlitz Pascal, Hermine Lenoir et al. 2020. What the COVID-19 pandemic entails for the management of patients with behavioral and psychological symptoms of dementia: Experience in France. *International Psychogeriatrics* 32(11): 1361–1364.
- Fahed, Mario, Gregory C. Barron in David C. Steffens. 2020. Ethical and Logistical Considerations of Caring for Older Adults on Inpatient Psychiatry During the COVID-19 Pandemic. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 28(8): 829–834.
- Gklinos, Panagiotis. 2020. Neurological manifestations of COVID-19: a review of what we know so far. *J Neurol* 267(9): 2485–2489.
- Graham W. Vallen., Alessandra Bonito-Oliva in Thomas P. Sakmar. 2017. Update on Alzheimer's Disease Therapy and Prevention Strategies. *Annu Rev Med* 68: 413–430.
- Kasparian, Kyle, David Graykowski in Eiron Cudaback. 2020. Commentary: APOE e4 Genotype Predicts Severe COVID-19 in the UK Biobank Community Cohort. *Frontiers in immunology* 11: 1939.
- Keng, Alvin, Eric E. Brown, Aviva Rostas, Tarek K. Rajji, Bruce G. Pollock, Benoit H. Mulsant in Sanjeev Kumar. 2020. Effectively Caring for Individuals With Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia During the COVID-19 Pandemic. *Frontiers in Psychiatry* 11: 963.
- Leyhe, Thomas, Charles F. Reynolds, Tobias Melcher, Christoph Linnemann, Stefan Klöppel, Kaj Blennow et al. 2017. A common challenge in older adults: Classification, overlap, and therapy of depression and dementia. *Alzheimer's & Dementia* 13: 59–71.
- Livingston, Gill, Jonathan Huntley, Andrew Sommerlad, David Arnes, Clive Ballard, Sube Banerjee et al. 2020. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet* 396: 413–446.
- Liu, Shuai, Lulu Yang, Chenxi Zhang, Yu-Tao Xiang, Zhongchun Liu, Shaohua Hu et al. 2020. Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry* 7(4): 17–8.
- Lovrečič, Barbara, Marjetka Jelenc, Aleš Korošec, Maruška Vidovič in Mercedes Lovrečič. 2020. The Prevalence of Dementia in Europe and in Slovenia. *Coll. Antropol.* 44(1): 55–60.

- Mahase, Elisabeth. 2021. Covid-19: One in three has neurological or psychiatric condition diagnosed after covid infection, study finds. *BMJ* 373: 908.
- McKeith, Ian G, Bradley F. Boeve, Dennis W. Dickson, Glenda Halliday, John-Paul Taylor, Daniel Weintraub, Dag Aarsland et al. 2017. Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies. Fourth consensus report of the DLB Consortium. *Neurology* 89: 1–13.
- Omranifard, Victoria, Ebrahim Haghighizadeh in Shahla Akouchejian. 2018. Depression in Main Caregivers of Dementia Patients: Prevalence and Predictors. *Advanced biomedical research* 7, 34.
- Soares, Walter Barbalho, Ingrid Tinoco Silvestre, Amannda Melo de Oliveira Lima in Katie Moales de Almondes. 2020. The Influence of Telemedicine Care on the Management of Behavioral and Psychological Symptoms in Dementia (BPSD) Risk Factors Induced or Exacerbated During the COVID-19 Pandemic. *Front. Psychiatry* 11: 577–629.
- Whittaker, Abigail, Matthew Anson in Amer Harky. 2020. Neurological Manifestations of COVID-19: A review. *Acta Neurol Scand* 142: 14– 22.
- Winblad, Bengt, Phillipe Amouyel, Sandrine Andrieu, Clive Ballard, Carol Brayne, Henry Brodaty et al. 2016. Defeating Alzheimer's disease and other dementias: a priority for European science and society. *Lancet Neurol* 15: 455–532.
- World Health Organisation. 2020. *Dementia: key facts*. Dostopno na: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia> (20. maj 2021).

Socialna vključenost preko skupin starih ljudi za samopomoč v Mestni občini Ljubljana

Social inclusion through self-help groups of older adults in the City of Ljubljana

doc. dr. Barbara Grintal

Zveza društev za socialno gerontologijo Slovenije

POVZETEK

Dolgoživa družba zaradi pandemije covida-19 prepoznava težavo socialne izključenosti starejših ljudi. Kot rizična skupina so bili zajeti v tiste ukrepe, ki so jim onemogočali osebne stike z njihovimi najbližjimi, dostop do pomembnih storitev ter nakup njim pomembnih dobrin. V prispevku preko študije primera predstavljamo delovanje skupin starih ljudi za samopomoč, ki so povezane v nacionalno mrežo Zveze društev za socialno gerontologijo Slovenije. Predstavljamo tudi izkušnje delovanja skupin v času pandemije v Medgeneracijskem društvu za samopomoč Tromostovje ter njihove prilagoditve in ukrepe za delovanje skupin po pandemiji. Skupina predstavlja članicam in članom pomemben vir psihološke podpore, medgeneracijskega sodelovanja in solidarnosti ter okolje za krepitev komunikacijskih veščin. Za vse to so bili v času covida-19 večinoma prikrajšani. To sproža potrebo po uporabi alternativnih izvedbenih oblik v primeru ponovnega zaprtja družbe in izolacije starejših ljudi zaradi pandemije.

Ključne besede: socialna vključenost, starejši ljudje, skupine starih ljudi za samopomoč, pandemija covida-19, Medgeneracijsko društvo za samopomoč Tromostovje.

ABSTRACT

Due to the COVID-19 pandemic, a long-lived society is recognizing the problem of social exclusion of older people. As a risk group, they were included in the measures that prevented them from having personal contact with their loved ones, access to important services and the chance to purchase important goods. This article uses a case study to present the activities of self-help groups of older people, which are connected to the national network of the Association of Societies for Social Gerontology of Slovenia. We also present the situation of groups that are part of the Intergenerational Self-Help Association Tromostovje, their experience during the COVID-19 pandemic and their adjustments and measures that enable the operation of groups after the COVID-19 pandemic. To its members, the group represents an important source of psychological support, intergenerational cooperation, and solidarity, as well as an environment for strengthening communication skills. They were mostly deprived of all this during the COVID-19 pandemic. This creates the need to use alternative forms of implementation in the event of another lockdown and the consequent isolation of older people due to the pandemic.

Key words: social inclusion, older people, self-help groups of older people, COVID-19 pandemic, Intergenerational Self-Help Association Tromostovje.

1. Uvod

V dolgoživi družbi se soočamo s problemom socialnega izključevanja starejših ljudi, ki je v času covida-19 postal še izrazitejši. Starejši ljudje so bili že pred pandemijo pogosto potisnjeni na rob družbe ter so imeli manjše možnosti participacije v družbeno dogajanje. V času covida-19 in različnih omejitvenih ukrepov pa so bili starejši ljudje, kot rizična skupina, pogosto zajeti v tiste ukrepe, ki so jim onemogočali stike z njihovimi najbližjimi ter nakupe pomembnih izdelkov in storitev, s čimer so jih ščitili pred okužbo z novim koronavirusom. Tako je bilo mnogo starejših ljudi, še posebno tistih v institucionalnem okolju, popolnoma izoliranih od drugih ljudi in družbenega dogajanja, kar je njihove stiske še poglobilo. Tudi izvajanje dejavnosti različnih skupin za samopomoč je bilo začasno ustavljeno. Nekatere so se izvajale preko spletnih aplikacij ali pa so skupine drugače prilagodile delo. Vse to je zahtevalo veliko organizacijskih kot tudi vsebinskih oziroma strokovnih prilagoditev.

Zveza društev za socialno gerontologijo Slovenije (v nadaljevanju ZDSGS) povezuje nacionalno mrežo 450 skupin starih ljudi za samopomoč (v nadaljevanju skupin), katere vodi 754 prostovoljcev, ki so usposobljeni za vodenje skupin. ZDSGS je krovna organizacija, ki združuje 19 medgeneracijskih društev in 23 drugih društev, ustanov in organizacij iz celotne Slovenije, ki izvajajo program v skupinah. Srečanja skupin potekajo tedensko, udeležuje se jih preko 4.000 članic in članov širom Slovenije (ZDSGS 2021).

Program skupin je eden najobsežnejših programov na področju zadovoljevanja nematerialnih potreb starejših ljudi v Sloveniji in kot takšen edinstven tudi v evropskem prostoru (ZDSGS 2021). Program prepoznavamo kot izredno pomemben za socialno vključenost starejših ljudi v Sloveniji. Izvajalci programa so ga bili v času pandemije prisiljeni začasno ustaviti oziroma ga prilagoditi glede na omejitvene ukrepe.

2. Teoretična izhodišča

2.1. Socialna vključenost starejših ljudi

Hlebec in Kogovšek (2003) ugotavljata, da se pri proučevanju socialne vključenosti starejših ljudi osredotočamo predvsem na njihove odnose in prejemanje socialne podpore članov socialne mreže. Je pa za starejše ljudi socialna vključenost izjemnega pomena, saj jim predstavlja vir dobrega počutja ter jim daje občutek neodvisnosti (Cosco idr. 2013). Prav tako socialno vključeni starejši ljudje močneje zaznavajo lastno vrednost in samoučinkovitost ter imajo občutek uspešnega staranja (Whitley idr. 2016).

Če na drugi strani izpostavimo socialno izključene starejše ljudi, so le-ti potisnjeni na rob družbe. Nimajo možnosti participacije v družbi ter priložnosti za vseživljenjsko učenje zaradi revščine, pomanjkanja osnovnih kompetenc ali pa je to posledica diskriminacije. To jih oddaljuje od mnogih področij, kot so na primer aktivnosti na trgu dela, možnosti izobraževanja in soodločanje v skupnosti. Prav tako pogosto občutijo nemoč in nezmožnost nadzora nad odločitvami, kar zmanjšuje njihovo kakovost življenja. Zato se na ravni institucij Evropske unije politične pobude, akcijski načrti in programi usmerjajo v preprečevanje socialne izključenosti starejših ljudi (European Commission 2004). Socialno izključeni starejši ljudje nimajo enakih možnosti izbire virov, odnosov, moči ter pravic na ključnih področjih v skupnosti. Omejeni so pri storitvah, mobilnosti, materialnih in finančnih sredstvih, družbenih odnosih ter participaciji v družbi (Walsh idr. 2017).

Dejavniki tveganja za socialno izključenost starejših ljudi so v stanju družbene blaginje prepoznani v okoljski razsežnosti, zdravstvenem stanju, pričakovani življenjski dobi ter socialni mreži (Naegale in Schnabel 2010). Kot družbeno realnost izpostavljamo, da se s starostjo krepi socialna izključe-

nost, saj je za starejše ljudi pogosto značilno, da se pričnejo umikati iz družbe. To povzroča krčenje njihove socialne mreže in s tem upad prejemanja podpore njenih članov. Kot navajajo Walsh in drugi (2017) je povečano verjetnost za socialno izključenost pri starejših ljudeh potrebno pripisati naraščajoči družbeni heterogenosti starejših ljudi v sodobni dolgoživi družbi. Prav tako je socialna izključenost odvisna od ureditve socialnega varstva ter kakovosti obstoječih socialnih, zdravstvenih ter drugih storitev, usmerjenih v socialno vključevanje starejših ljudi (Hoff 2008; Malcolm idr. 2019). Starejši ljudje imajo zaradi slabšega zdravja in poslabšanja mobilnosti oteženo povezovanje z zunanjim svetom, kar povzroči zmanjšanje njihove socialne mreže, s tem pa njihov svet postaja vse manjši, oni pa vse bolj izključeni (Bruggencate idr. 2019).

Socialna vključenost vseh družbenih skupin in enake možnosti vključevanja starejših ljudi iz urbane in ruralnega okolja so ključna socialnopolitična izhodišča dolgožive družbe, saj se, kot ugotavljata Mandič in Filipovič Hrast (2011), zaradi staranja prebivalstva in dolgožive družbe soočamo z izzivi zagotavljanja pogojev za kakovostno staranje in socialno vključevanje starejših ljudi v družbo. Socialna izključenost je še posebej zaskrbljujoča v luči družbenega razvoja, pri čemer Vertot (2010) poudarja, da je najpomembnejši prispevek k oblikovanju družbenega razvoja prav iskanje rešitev socialne vključenosti vseh ljudi, vseh starosti, v družbo tako, da presežemo starostno diskriminacijo in neprosto voljno osamitev. Zagotavljanje pravice do socialne vključenosti je še posebej pomembno za starejše ljudi, saj je kakovost življenja vseh generacij enako pomembna kot dolga življenjska doba. Starejšim ljudem je treba omogočiti, da kot neločljiv sestavni del družbene skupnosti živijo polno, zdravo, varno in zadovoljno življenje.

Kot eno od možnosti premagovanja socialne izključenosti in osamljenosti starejših ljudi predstavljamo vključevanje v različne podporne skupine, kjer starejši ljudje spoznajo nove ljudi ter v skupini prejmejo psihološko podporo.

2.2. Socialna vključenost starejših ljudi v času pandemije covida-19

V času covida-19 je socialna izključenost starejših ljudi pridobila na razsežnosti. Mnogi so bili zaradi zaprtja družbe kot ukrepa proti širjenju novega koronavirusa »prisilno« zaprti v svojih domovih oziroma institucijah. Subudhi in drugi (2020) namreč ugotavljajo, da so bili prav starejši ljudje najbolj prizadeta starostna skupina, ki so svoje gibanje omejili na svoja bivališča, s svojimi bližnjimi pa so komunicirali le prek različnih tehnoloških orodij. Prav fizična oddaljenost od njihovih bližnjih jim je sprožala občutek tesnobe, stresa in depresije. Stisko je dodatno poglobilo tudi to, da prenekateri starejši ljudje niso imeli znanja ali možnosti uporabe tehnoloških orodij. Poleg tega Seifert in drugi (2021) dodajajo, da so se starejši ljudje v institucionalnem okolju spopadali z dvojnim bremenom: socialno in digitalno izključenostjo. Nekateri namreč zaradi fizičnih in kognitivnih omejitev niso mogli uporabljati informacijsko-komunikacijske tehnologije brez pomoči drugih. Digitalna izključenost pomeni izključenost iz družbe, v kateri prevladujejo internet in digitalne tehnologije, kar lahko pri starejših ljudeh ustvari subjektivni občutek socialne izključenosti. Zato bi morala biti pandemija covida-19 opomnik za obstoječi digitalni razkorak, dejstvo je, da so nekateri starejši ljudje izključeni iz digitalno povezane družbe, kar lahko sproža velike družbene probleme.

Izkušnje v času covida-19 so izhodišče za prilagoditev izvajanja določenih aktivnosti, pri čemer je treba upoštevati, da določene skupine ljudi iz različnih razlogov ne uporabljajo sodobne tehnologije. Pri tem Xie in drugi (2020) poudarjajo, da je treba poiskati hibridne rešitve, ki bodo vključile tako digitalne kot nedigitalne

strategije, za zagotavljanje vključevanja ranljivih skupin prebivalstva, kot so bili starejši ljudje v času covida-19. Vzpostavitev ustreznih sistemskih rešitev in zagotavljanje digitalne infrastrukture sta pomembna cilja sedanosti in prihodnosti vsake družbe. Učinkovite rešitve morajo prihajati s strani skupnosti, saj le ta razume edinstvene potrebe lokalnih prebivalcev ter razpoložljivih virov.

3. Metode

Namen študije primera je predstaviti pomen delovanja skupin v Medgeneracijskem društvu za samopomoč Tromostovje (v nadaljevanju MD Tromostovje) ter njihove ukrepe in prilagoditve v skupinah v času covida-19 v luči socialne vključenosti. Temeljna hipoteza v raziskavi je naslednja: pandemija covida-19 sproža potrebo po določenih prilagoditvah delovanja skupin. Hipoteza izhaja iz raziskovalnih vprašanj: kakšne so izkušnje delovanja skupin v času covida-19 v MD Tromostovje; katere prilagoditve in ukrepi so potrebni za delovanje skupin po pandemiji v MD Tromostovje.

Podatki so bili pridobljeni v mesecu maju 2021 z intervjuvanjem treh pomembnih oseb MD Tromostovje: predsednice Janje Žlogar Piano, organizatorke mreže Danijele Gutić Ravnikar in tajnice društva Anje Žitnik.

4. Rezultati

Program skupin, ki ga na območju Mestne občine Ljubljana izvaja MD Tromostovje, ima pomembne učinke tako za prostovoljce kot člane skupin, in sicer: zmanjšuje osamljenost in socialne stiske, razvija samopomoč, solidarnost in medsebojno pomoč, utrjuje in širi socialno mrežo, ohranja psihofizično aktivnost, omogoča lažje sprejemanje lastne starosti in priprave na starost, spodbuja prostovoljno delo, spodbuja medgeneracijsko povezovanje, povezuje strokovne službe javnega z nevladnim sektorjem, omogoča prepletanje profesionalnega in prostovoljnega dela ter preprečuje poklicno izgorelost voditeljev skupin (ZDSGS 2021). Tridesetletne izkušnje voditeljev skupin oziroma prostovoljcev kažejo na pomembnost skupin, ki spodbujajo aktivnost starejših ljudi, na spreminjanje čustvovanja in ravnanja v medsebojnih odnosih ter pripomorejo k poglobljenemu razmišljanju o sebi, prispevajo h krepitvi komunikacijskih veščin ter izboljšanju psihičnega počutja (Bertoncelj in Gutić Ravnikar 2018). Iz navedenega ugotavljamo, da je program pomemben tako za socialno vključevanje prostovoljcev kot članic in članov skupin. Pri tem so pomembna ravno kontinuirana tedenska srečanja, ki tako prostovoljcem kot članicam in članom nudijo ustrezen razvoj in potrebno podporo.

V okviru MD Tromostovja deluje 18 skupin, ki jih sestavlja 168 članov. 16 skupin deluje na različnih lokacijah po Ljubljani, od tega tri v institucionalnem okolju, ena skupina deluje v Medvodah in ena v Grosuplju. Vodenje skupin izvaja 24 usposobljenih voditeljev oziroma prostovoljcev, sedem se jih je v letu 2020 udeležilo usposabljanj in so pripravljeni za vodenje skupin.

V nadaljevanju predstavljamo rezultate intervjuvanja vodstvene ekipe MD Tromostovje, s katerim smo želeli ugotoviti, kakšne so njihove izkušnje glede socialne vključenosti članic in članov ter voditeljev skupin v času covida-19, kakšne so posledice pandemije, predvsem zaradi prekinitev oziroma prilagoditev srečanj, katere ukrepe, prilagoditve in spremembe so vpeljali v skupinah ter kakšne spremembe načrtujejo v času po pandemiji.

Na vprašanje glede izkušenj o socialni vključenosti članic in članov skupin v času pandemije intervjuvanke odgovarjajo, da se je ta močno poslabšala. Na to niso vplivali le ukinitve različnih dejavnosti zaradi covida-19 in zaprtja storitev in institucij, temveč strah njihovih bližnjih in prostovoljcev, da bi z osebnim stikom lahko ogrozili zdravje članic in članov skupin. Poleg tega članice in člani skupin v tem življenjskem obdobju nimajo široke socialne mreže, pogosto so osamljeni, imajo nizko samopodobo, malo prijateljskih vezi in se težje soočajo z družbenimi in tehnološkimi spremembami. Zaradi pandemije so tako članice in člani ostali brez podporne mreže, s katero zadovoljujejo nematerialne potrebe. Pogosto so ostali prepuščeni samim sebi, stiskam zaradi negotovosti in strahu, kaj covid-19 sploh povzroča, kako ga dobiš, kako opraviti nakupe v trgovini, storitve na pošti in banki. Negotovost so povzročale tudi zgodbe o znanih ljudeh, ki so bolezen preboleli oziroma so zaradi nje umrli. Socialna vključenost članic in članov skupin je bila zelo nizka.

Intervjuvanke smo spraševali tudi o izkušnjah glede socialne vključenosti prostovoljcev v skupine v času pandemije. Voditelji skupin oziroma prostovoljci so članice in člane skupin v tem obdobju poklicali po telefonu ali z njimi komunicirali preko različnih aplikacij na pametnih napravah ter izvajali obliko individualnega družabništva. Pri tem je bila glavna ovira to, da zna le majhno število članic in članov skupin uporabljati sodobno tehnologijo. Tako so prostovoljci ohranjali stik preko telefona, v posameznih primerih pa so izvedli tudi osebni stik, pri čemer so upoštevali vse varnostne ukrepe. Prostovoljci so bili v stalnem stiku tudi s strokovno službo MD Tromostovje, srečanja so se izvajala preko aplikacije Zoom. Večina njih se je počutila opolnomočeno navkljub stiskam, ki so jih doživljali članice in člani njihovih skupin.

Na vprašanja o posledicah pandemije in s tem povezanimi prekinitvami oziroma prilagoditvami srečanj skupin smo prejeli odgovore, da sta se pri članicah in članih močno povečala strah in negotovost, zmanjšalo se je zaupanje v institucije, medije, ukrepe ipd. A se želja po srečanjih v skupini ni zmanjšala, temveč nasprotno. Članice in člani so z velikih hrepenenjem pričakovali sprostitev ukrepov do te mere, da so bila osebna srečanja skupin spet možna. Pomenila so jim prvi korak nazaj v normalno življenje, ki so ga močno pogrešali. Pomanjkanje in omejevanje medsebojnih stikov so doživljali kot hudo kazen in psihično breme, ki se je odražalo tudi na njihovem telesnem zdravju. Intervjuvanke predvidevajo, da ima večina članic in članov blage anksiozne težave, povezane z blago depresijo in žalostjo, kot posledico razmišljanja, da so stari in osamljeni. Prav tako se soočajo z dilemami, ali bo to sploh kdo opazil, če bodo umrli, saj jih nihče ne pokliče ali pride na obisk.

Intervjuvanke so glede ukrepov, prilagoditev in sprememb v skupinah v času covida-19 izpostavile, da se zaradi ukrepov skupine niso sestajale v živo, niti se niso redno sestajale enkrat na teden. Prostovoljci so članice in člane skupin klicali po telefonu, se z njimi pogovarjali, pomagali z nasveti in jim dajali prave informacije. Nekateri prostovoljci so pisali tudi različna sporočila z veselo oziroma razvedrilno vsebino. Spodbujali so telefonske pogovore med članicami in člani iste skupine, nekateri pa so uporabljali tudi ČvekiFON.

V MD Tromostovje razmišljajo o spremembah in prilagoditvah izvajanja programa. Članice in člane skupin bodo usposabljali za uporabo pametnih telefonov, jih spodbudili k nakupu sodobnejše tehnologije ter jih usposobili za uporabo te tehnologije. Vendar pri tem izpostavljajo, da to za nekatere članice in člane predstavlja veliko finančno breme, prav tako je diskriminatorno do tistih članic in članov, ki sodobne tehnologije ne želijo uporabljati. Za prihodnost razmišljajo tudi o vpeljavi programa individualnega družabništva.

5. Razprava

V nekaterih družbah se starost povezuje z modrostjo in izkušenostjo, starejši ljudje pa zavzemajo spoštovan položaj v družbi in so socialno vključeni. Vendar pa se nekatere družbe soočajo z resnimi problemi, povezanimi z revščino in slabim zdravjem starejših ljudi, kar je pogosto povezano z njihovo socialno izključenostjo. Socialno izključeni starejši ljudje so prikrajšani za pravice, različne vire in storitve ter ne sodelujejo v odnosih in dejavnostih kot večina drugih v družbi. Ta situacija negativno vpliva tako na kakovost življenja starejših ljudi kot njihovih družin. Socialna izključenost pri starejših ljudeh povzroča depresijo, zato se vedno bolj umikajo iz družbe, kar njihovo izključenost še pogloblja.

Starejše ljudi, ki v starosti prenehajo opravljati določene aktivnosti, izgubijo stike z nekaterimi njim pomembnimi ljudmi in se počutijo manj koristne za družbo, je treba podpreti pri družbenih aktivnostih, ohranjanju stikov z njihovimi družinami in prijatelji ter jih spodbujati k izvajanju pravočasnih dejavnosti, ki so v njihovem interesu. Starejši ljudje iz institucionalnega okolja se zaradi slabšega zdravja in zmanjšane funkcionalnosti soočajo z občutkom nekoristnosti, izključenosti in osamljenosti, zato jih mora osebje spodbuditi in podpirati pri razvoju družbenih dejavnosti in

odnosov, ki ustrezajo njihovim potrebam, željam in zmožnostim. Tako starejšim ljudem, ki živijo v domačem okolju, kot tistim v institucionalnem okolju predstavljajo skupine za samopomoč pomemben vir psihološke podpore, medsebojne povezanosti, krepitve komunikacijskih veščin in širitve socialne mreže.

V obdobju pandemije smo bili priča družbeni izolaciji vseh starostnih skupin, najbolj pa so bili prizadeti prav starejši ljudje, ki so bili pogosto omejeni le na svoje domače okolje oziroma sobo v institucionalnem okolju. Njihovo komuniciranje je potekalo večinoma preko sodobne tehnologije, pri čemer se je izkazalo, da so starejši ljudje pogosto digitalno slabše pismeni. To pa je še dodatno krepilo njihovo izključenost in občutek osamljenosti, anksioznosti in depresije. Tudi članice in člani skupin za samopomoč v okviru MD Tromostovje so v obdobju covida-19 ostali brez pomembne podporne mreže, ostali so prepuščeni samim sebi, bili so negotovi in polni strahu, tako zaradi nevednosti glede covida-19 kot glede njihovega vsakodnevnega opravljanja pomembnih življenjskih aktivnosti. Večina članic in članov skupin je digitalno manj pismena, zaradi česar so težje komunicirali tako s prostovoljci kot s preostalimi članicami in člani skupin. Tako sta jim pomemben vir socialne podpore pomenila le telefonski pogovor s prostovoljcem ali ČvekiFON.

Vodstvena ekipa MD Tromostovje ugotavlja, da so posledice omejitvenih ukrepov v obdobju covida-19 sprožile vrsto vprašanj in dilem, kako in na kakšen način izvajati srečanja skupin za samopomoč. Zavedajo se, da jih je zelo težko ali celo nemogoče izvajati preko spletnih aplikacij, saj jih večina članic in članov ne zna uporabljati. Izpostavljajo, da komuniciranje preko spletnih aplikacij ne more nadomestiti osebnega stika in odkritega pogovora v skupini, a vendarle bi se lahko z dvigom digitalne pismenosti članic in članov določen del izvajanja programa prilagodil tako, da bi se lahko odvijal tudi preko spletnih aplikacij. Prav tako za izvajanje programa v prihodnje razmišljajo o vpeljavi individualnega družabništva. Vsekakor je tudi pri skupinah za samopomoč treba razmisliti o določenih alternativnih izvedbenih oblikah, ki se uporabijo v primeru zaprtja družb in izolacije starejših ljudi zaradi pandemije. Na osnovi zbranih podatkov, stališč in mnenj z intervjuvanjem lahko hipotezo, da pandemija covida-19 sproža potrebo po določenih prilagoditvah delovanja skupin, potrdimo.

6. Zaključek

Obdobje pandemije covida-19 odpira mnoga vprašanja, na katera ni enoznačnih in jasnih odgovorov. Predvsem ne na tista, ki so povezana s socialno vključenostjo starejših ljudi, ki se je zaradi različnih omejitvenih ukrepov izrazito poslabšala. Za družbo je pomembno, da se tudi v in po obdobju pandemije osredotoča na podporo takšnim dejavnostim, ki bodo starejšim ljudem predstavljale pomemben vir socialne vključenosti. Ena od takšnih aktivnosti so skupine za samopomoč, ki članicam in članom zagotavlja potrebno psihološko podporo, spodbuja medgeneracijsko sodelovanje in solidarnost, krepi njihove komunikacijske veščine in predvsem povečuje njihovo socialno vključenost.

Literatura

- Bertoncelj, Maruša in Danijela Gutic Ravnikar. 2018. Skupine starih ljudi za samopomoč. *Socialni izziv* 23(39): 64–67.
- Bruggencate, Tina Ten, Katrien G. Luijkx in Janienke Sturm. 2019. When your world gets smaller: how older people try to meet their social needs, including the role of social technology. *Ageing & Society* 39(8): 1826–1852.
- Cosco, Theodore D., A. Matthew Prina, Jamie Perales, Blossom C. M. Stephan in Carol Brayne. 2013. Lay perspectives of successful ageing: A systematic review and meta-ethnography. *BMJ Open* 3(6): 2710.
- European Commission. 2004. *Joint report on social inclusion 2004*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Hlebec, Valentina in Tina Kogovšek. 2003. Konceptualizacija socialne opore. *Družboslovne razprave* 19(43): 103–125.

- Hoff, Andreas. 2008. *Tackling poverty and social exclusion of older people – Lessons from Europe*, Working paper 308. Oxford: The Oxford Institute of Ageing.
- Malcolm, Martin, Helen Frost in Julie Cowie. 2019. Loneliness and social isolation causal association with health-related lifestyle risk in older adults: a systematic review and meta-analysis protocol. *BioMed Central* 8(48), 1–8.
- Mandič, Srna in Maša Filipovič Hrast. 2011. *Blaginja pod pritiski demografskih sprememb*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Naegale, Gerhard, Eckart Schnabel, Jan Willem van de Maat, Pawel Kubicki, Carlos Chiatti in Tine Rostgaard. 2010. *Measures for social inclusion of the elderly: The case of volunteering*. Working paper. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Seifert, Alexander, Shelia R. Cotten in Bo Xie. 2021. A Double Burden of Exclusion? Digital and Social Exclusion of Older Adults in Times of COVID-19. *Journals of Gerontology: Social Sciences B* 76(3): 99–103.
- Subudhi, Rabi N., Srikant Das in Sonalimayee Sahu. 2020. Social Inclusion of older adults During covid 19 pandemic. *Parikalpana – KIIT Journal of Management* 16(I&II): 164–172.
- Vertot, Nelka. 2010. *Starejše prebivalstvo v Sloveniji*. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije.
- Walsh, Kieran, Thomas Scharf in Norah Keating. 2017. Social exclusion of older persons: a scoping review and conceptual framework. *European Journal of Ageing* 14: 81–98.
- Whitley, Elise, Frank Popham in Michaela Benzzeval. 2016. Comparison of the Rowe–Kahn Model of Successful Aging With Self-rated Health and Life Satisfaction: The West of Scotland Twenty-07 Prospective Cohort Study. *The Gerontologist* 56(6): 1082–1092.
- Xie, Bo, Neil Charness, Karen Fingerman, Jeffrey Kaye, Miyong T. Kim in Anjum Khurshid. 2020. When Going Digital Becomes a Necessity: Ensuring Older Adults' Needs for Information, Services, and Social Inclusion During covid-19. *Journal of Aging & Social Policy* 32(4-5): 460–470.
- Zveza društev za socialno gerontologijo Slovenije [ZDSGS]. 2021. *Kaj je skupina*. Dostopno na: <https://www.skupine.si/skupine/kaj-je-skupina/> (18. maj 2021).

Program Starejši za starejše v času epidemije

The Elderly for the Elderly program during the COVID-19 epidemic

Amalija Šiftar, dipl. iur.

Zveza društev upokojencev Slovenije

dr. Beata Akerman, univ. dipl. soc. del., spec.

Zveza društev upokojencev Slovenije

POVZETEK

Program Starejši za starejše je pričakal pandemijo ravno sredi letnega izobraževanja društvenih koordinatorjev in njihovih namestnikov. Na nov način delovanja smo prešli dejansko čez noč, z novimi pristopi komuniciranja, uporabo novih tehnologij in povezovanjem z okoljem.

S posebnim vprašalnikom smo v prvem valu epidemije novega koronavirusa poskušali izvedeti, kaj se dogaja na terenu in kako smo v to dogajanje vključeni. Poleg vprašalnika smo opravili analizo opravljenega dela iz naše baze podatkov, ki smo jo zaradi novih metod dela na terenu še dopolnili.

Pomembno vlogo so odigrali sedemnajst področnih koordinatorjev kot povezovalcev dela na terenu in društveni koordinatorji kot vez z lokalnimi strukturami – z občinsko, krajevno ali četrtno skupnostjo. Dve koordinatorji delujeta v Osrednjeslovenski regiji in sta iz Mestne občine Ljubljana. Prispevek nudi prikaz opravljenega dela prostovoljcev programa Starejši za starejše v času epidemije koronavirusa, s poudarkom na izvajanju programa na območju Mestne občine Ljubljana.

Ključne besede: Starejši za starejše, pandemija, strah, iznajdljivost, nove tehnologije, povezovanje.

ABSTRACT

The Elderly for the Elderly program saw the pandemic right in the middle of the annual training of the coordinators and deputies of the program. We actually switched to a new way of working overnight, with new approaches to communication, the use of new technologies, and new ways of connecting with the environment.

With a special questionnaire in the first wave of the pandemic, we tried to find out what was happening in the field and how we were involved in it. In addition to the questionnaire, we performed an analysis of the work performed as part of our program, based on our database which was supplemented due to new methods of working in the field.

An important role was played by 17 fieldwork coordinators as well as the association coordinators who were the connection to local structures – municipalities, local or district communities. Two of these coordinators operate in the Central Slovenia region and are from the City of Ljubljana. The article provides an overview of the work done by the volunteers of the Elderly for the Elderly program during the coronavirus epidemic, with an emphasis on the implementation of the program in the City of Ljubljana.

Key words: the Elderly for the Elderly program, pandemic, fear, ingenuity, new technologies, networking.

1. Uvod

Program Starejši za starejše (v nadaljevanju SzS) je nastal na predhodnih delnih raziskavah, ki so pokazale in potrdile željo starejših ostati čim dlje v domačem okolju in potrebo po zagotavljanju različnih oblik pomoči in storitev, ki bi jim to zagotavljale. Projekt je zorel do leta 2004, ko je bilo za njegovo implementacijo treba zagotoviti mrežo izvajalcev, ki bi dosegli starejše na celotnem območju države. Tako mrežo izvajalcev je projektu lahko zagotovila le Zveza društev upokojencev Slovenije s svojo mrežo več kot 500 društev upokojencev. Leta 2004 je bil projekt preizkušen v društvih upokojencev Kog in Optimisti, leta 2005 pa je v program vstopilo prvih 16 društev upokojencev z nekaj več kot 190 prostovoljci. Po tem letu se je projekt širil z vstopanjem novih društev, ki je z leti zaradi trajnosti izvajanja prerasel v program in danes lahko s ponosom povemo, da program izvaja 286 društev upokojencev po vsej Sloveniji, v njem je doslej sodelovalo preko 5.500 prostovoljcev, ki so v tem času v program vključili malo manj kot 198.000 starejših iz 164 občin. V veliko čast nam je omeniti, da je Evropski parlament leta 2017 programu podelil nagrado državljan Evrope. Nagrada izraža priznanje državljanom, skupinam in organizacijam, ki si izjemno prizadevajo za boljše razumevanje in tesnejše povezovanje med narodi.

Program temelji na medsebojni (vrstniški) pomoči starejših prostovoljcev starejšim od 69 let, ki živijo doma. Njegova posebnost pa je, da prostovoljci uporabnike poiščejo na njihovem domu, kjer ugotovijo kakovost njihovega življenja v domačem okolju in morebitne potrebe po pomoči. Vedno več starejših po 70. letu postaja odvisnih od pomoči drugih, hkrati si večina starejših želi živeti doma, pri tem pa jih po dosedanjih izkušnjah v programu približno 20 % potrebuje pomoč okolja na nekaterih področjih. S prostovoljno pomočjo vrstnikov je mogoče bistveno prispevati k zagotavljanju laične, s pomočjo vladnih organizacij pa tudi profesionalne pomoči potrebnim. Program na neformalen in dostopen način dviguje kakovost življenja vseh starejših v Sloveniji. Prednost programa je tudi v tem, da so storitve za uporabnika brezplačne, zato so še toliko bolj dostopne.

2. Prostovoljci programa Starejši za starejše v MOL

V programu Starejši za starejše sodeluje 286 društev upokojencev (v nadaljevanju DU) v celi državi. Samo v Mestni občini Ljubljana (v nadaljevanju MOL) je bilo v 16 letih izvajanja programa vključenih 15 DU. Od tega jih nekaj v programu ne deluje več. Pregled dejavnih DU v MOL leta 2019 pred pandemijo, leta 2020 in v prvih 5 mesecih leta 2021 je prikazan v tabeli 1. Prikazano je število prostovoljcev in število oseb, ki smo jih tako ali drugače oskrbovali.

Tabela 1: Vključenost DU v MOL v času trajanja programa in sedanje delovanje

DU	Četrtna skupnost	Število aktivnih prostovoljcev			Število obiskanih oseb		
		2019	2020	2021 ¹	2019	2020	2021 ²
Bežigrad	Bežigrad	9	7	5	86	56	15
Boris Kidrič	Bežigrad	11	8	8	224	163	120
Stadion	Bežigrad	8	7	7	119	61	34
Savsko naselje ³	Bežigrad	-	-	-	-	-	-
Boris Ziherl ⁴	Bežigrad	-	-	-	-	-	-
Črnuče	Črnuče	3	5	8	228	201	199
Komandant Stane	Šiška	10	8	8	175	63	46
Na jami ⁵	Šiška	-	-	-	-	-	-
Krim Rudnik ⁶	Rudnik	-	-	-	-	-	-
Nove Jarše	Jarše	7	7	7	212	223	193
Ljubljana Poljane	Center	9	8	8	113	102	65
Tabor	Center	4	1	1	45	11	0
Stari Vodmat	Moste	0	2	0	0	2	0
Trnovo	Trnovo	7	6	5	125	100	19
Zadvor	Sostro	14	16	14	236	217	150
Skupaj		82	75	71	1563	1199	841

1, 2 Zajeti podatki do 31. 5. 2021.

3,4 DU izvaja program skupaj z DU Boris Kidrič.

5, 6 DU ne deluje v programu več kot 5 let oziroma je izstopilo iz programa.

Značilno za MOL je tudi to, da se nova društva upokojencev ne vključujejo v program. Upad že vključenih je vezan na subjektivne razloge – staranje prostovoljcev, prostovoljcev je premalo, vodstvo DU in okolica ne poznata smisla programa, vzrok pa je tudi nepripravljenost preostalih DU za dodatne organizacijske, izobraževalne in administrativne napore. Opazili smo tudi, da se društva, ki bi program lahko izvajala skupaj, ne povezujejo.

Delovanje prostovoljcev tako ni vezano zgolj na četrtno skupnost. Naši prostovoljci z veseljem priskočijo na pomoč tudi drugje na območju MOL, kjer je izražena ali ugotovljena potreba po prostovoljcu. V zadnjih letih prihaja največ potreb po pomoči s področja Viča, Vižmarij in posamično od drugod, najmanj pa iz nekdanje občine Moste-Polje. Žal pa pridobivanje podatkov za starejše od 69 let v občini ni sistemsko urejeno in je odvisno od županovega razumevanja in podpore programu. Naši prostovoljci, ki delujejo na območju MOL, podatke pridobivajo na podlagi informacij s terena, v zadnjem času predvsem od patronažnih sester.

Iz tabele 1 je razvidno, da se v društvih upokojencev, ki delujejo, število aktivnih prostovoljcev počasi zmanjšuje. Moramo poudariti, da je ponekod fluktuacija prostovoljcev, eni prenehajo, drugi se vključijo, drugje pa je upad števila prostovoljcev zaradi prenehanja dela DU v programu. Dejansko je v programu registriranih 95 usposobljenih prostovoljcev, aktivnih pa je le 71, kar je odvisno tudi od oseb, ki jih obiskujejo posamezni prostovoljci.

Prostovoljstvo je na način, kot se izvaja program, poseben izziv nasploh, še posebej pa v MOL, kjer so potrebe po prostovoljstvu tudi na drugih področjih, kot na primer v kulturi, športu, izobraževa-

nju in podobno. To so področja, ki so vsekakor manj čustveno naporna in manj stresna ter po drugi strani podprta s profesionalno podporo.

Poleg omenjenega se prostovoljci na območju MOL soočajo tudi z drugimi izzivi, ki so bili v času epidemije še dodatno izraženi. Prostovoljcem se večkrat zgodi, da navkljub zagotovitvi, da na določenem naslovu živi pomoči potreben starostnik, ostanejo pred zaprtimi vrati. To še zlasti velja v blokovskih naseljih, kjer so vhodna vrata v stavbo zaklenjena. Če starostnik iz kakršnega koli razloga vhodnih vrat ne odpre, se obisk običajno konča neuspešno. Preostali stanovalci blokov ali stolpnice pa prostovoljcev ne spuščajo v stavbo, kar pojasnjujemo s strahom, da bi v blok spustili nepovabljenega gosta. Posebej v starih naseljih, kjer v stavbah ni dvigal, je to nemalokrat ovira tako za starejše osebe kakor tudi za prostovoljce, katerih starost je 70 let in več.

Leta 2020 smo zabeležili občutno povečano število odklonjenih obiskov (za primerjavo, v letu 2019 so bili odklonjeni do 4 %, v letu 2020 pa 15 %). Prostovoljci so večkrat poročali o močnejše izraženem strahu pred okužbo, zato so nekateri starostniki odklanjali obiske prostovoljcev, v posameznih primerih pa so obiske, celo telefonske klice, prepovedali svojci v program vključenih starostnikov.

V MOL je v program vključenih 6.027 občanov. V letu 2019 pred pandemijo je bilo pomoči deležnih 25,9 % vključenih, v času pandemije pa 19,9 %. Po podatkih iz evidenc opravljenega dela v prvih petih mesecih leta 2021 pa že 13,9 %, čeprav še niso vsi začeli delati s »polno paro«. Osebe, ki so bile večkrat deležne pomoči, smo na začetku pandemije najprej povprašali, v kolikšni meri bodo potrebovali našo ali kako drugo pomoč. Ob tem lahko posebej poudarimo, da so se svojci takoj angažirali, sploh če so bili na območju MOL. Kljub temu jih je bilo kar nekaj občanov, ki so jim še naprej pomagali naši prostovoljci. Bilo jih je nekaj manj, vendar pa so na nekaterih področjih potrebovali več pomoči.

V nadaljevanju bomo najprej prikazali delo v programu leta 2019 pred pandemijo in v času pandemije leta 2020.

3. Delovanje prostovoljcev v programu v Republiki Sloveniji in v MOL leta 2019 pred pandemijo in v letu pandemije 2020

Podatki za prikaz v tabeli 2 so iz letnega poročila, ki ga je pripravila vodja programa na podlagi podatkov o opravljenem prostovoljskem delu, vnesenem v BOPRO-program. Povzeli smo tudi poudarke, ki so jih v svojih letnih poročilih predstavili koordinatorji.

Prvi stolpec v tabeli 2 prikazuje število storitev po vrstah pomoči, drugi pa število prejemnikov različnih oblik pomoči v posameznem letu. Za oboje smo pripravili tudi prikaz za MOL.

Tabela 2: Delovanje prostovoljcev v programu v Republiki Sloveniji in v MOL leta 2019 pred pandemijo in v letu pandemije 2020

Oblika pomoči	Št. storitev po vrstah pomoči v letu 2019		Št. prejemnikov različnih oblik pomoči v letu 2019		Št. storitev po vrstah pomoči v letu 2020		Št. prejemnikov različnih oblik pomoči v letu 2020	
	RS	MOL	RS	MOL	RS	MOL	RS	MOL
Družabne igre	2435	4	283	3	1207	3	183	2
Pomoč pri osnov. oseb. opravilih	2656	294	238	18	1950	254	206	9
Pomoč ohranjanja soc. stikov	4	2	2	0	4	0	2	0
Zdravstvena oskrba	120	0	36	0	92	0	37	0
Oskrba na domu	31	0	13	0	139	0	44	0
Varstvo starejših	17	0	8	0	25	0	11	0
Socialnovarstvene storitve	46	0	19	0	25	0	12	0
Dostava human. paketov	4176	7	1890	7	3642	67	1626	64
Humanitarni paket	2203	51	871	50	1837	30	699	24
Dodelitev stanovanja	0	0	0	0	6	0	2	0
Denarna pomoč	42	0	21	0	89	0	42	0
Dostava hrane	5044	27	667	10	4270	74	484	13
Dostava iz trgovine	3435	165	637	50	4049	1524	776	74
Branje	417	33	123	18	192	26	57	5
Pomoč pri hišnih opr.	5158	259	668	56	3521	145	493	32
Prevozi	4820	132	1272	35	2885	190	786	35
Sprehod	3503	641	889	118	2143	155	605	47
Druženje	27663	1314	7817	308	15638	607	4776	104
Drugo	14359	470	5345	202	10737	613	4138	154
Skupaj	76129	3399	20799	875	52451	3688	14979	563
Telefonska pomoč					18981	709	6746	101
Skupaj					71432	4397	21725	664

V tabeli 2 smo predstavili tudi storitve pomoči preko telefona. S tem smo dopolnili naš program in spremljanje dela. Telefonsko pomoč smo uporabili tudi za spletno prijavljanje za obiske pri zdravniku. Posamični koordinatorji so preko elektronske pošte naročali naše obiskovance na preglede in opravljali druge pomoči, če posamezniki niso imeli računalnikov.

Kaj smo ugotovili? V letu 2020 je bilo vseh storitev na nivoju države manj, prejemnikov pa več, v MOL pa ravno obratno. Prejemnikov je bilo manj, pomoči pa več. To v povezavi s tabelo 1 pomeni naslednje: manj posameznikov je dobilo več pomoči ob nižjem številu aktivnih prostovoljcev.

MOL ima od vseh občin največ možnosti za izvajanje pomoči na domu: Zavod za oskrbo na domu Ljubljana (ZOD), druge izvajalce pomoči na domu, številne humanitarne in prostovoljske organizacije. Tudi zaradi tega DU iz MOL v našem programu določenih oblik pomoči ne nudijo. Tako v MOL ne dodeljujemo denarnih pomoči ali stanovanja, ne izvajamo varstva starejših ali oskrbe na domu, niti ne zdravstvenih ali socialnovarstvenih storitev, ker je to delo profesionalnih služb, ki na tem območju delujejo.

V času soočanja z novim koronavirusom se je povečalo število dobitnikov humanitarnih paketov. V letu 2019 jih je bilo 58, leta 2020 pa 97. Večina te pomoči je bila leta 2020 dostavljena do vhoda v stanovanje. Posamezniki so tudi sami prišli ponje. Povečalo se je število oseb, ki so potrebovale dostavo iz trgovine, in sicer večkrat kot leto poprej.

Imamo konstantno število oseb, ki jim prostovoljci nudijo prevoze. Število potreb po prevozi se je leta 2020 povečalo za 50 %. Sploh pa v prvem valu širjenja novega koronavirusa. Potrebo po prevozu, predvsem za obiske zdravnikov ali drugih, z zdravjem povezanih storitev, imajo tudi drugi občani, saj se z vprašanji o potrebi po tej pomoči obračajo na ZDUS. Naši koordinatorici sta že pred šestimi leti na MZU predstavili predlog, da naj Ljubljana uvede Prostofer. Mnenja so bila deljena. MOL ima brezplačni prevoz – Kavalir, ki pa obratuje samo v centru mesta. Ostalo je torej pri posredovani informaciji, mi pa še naprej prevažamo občane.

Več je bilo izvedenih tudi drugih storitev, ki niso posebej navedene v tabeli 2.

4. Povzetek analize anketiranja o aktivnostih prostovoljcev programa Starejši za starejše v času prvega vala širjenja novega koronavirusa

Anketni vprašalniki so se zbirali v času od 30. 3. do 30. 4. 2020. Anketne vprašalnike so dobili vsi prostovoljci konec marca 2020. Prostovoljci so na tej podlagi tedensko poročali koordinatorju o lastnih aktivnostih in sporočali odzive na terenu ter posredovali predloge, ki so jih podali bodisi občani bodisi sami. Tedenska poročila so zbrali društveni koordinatorji, ki so zbrane podatke posredovali območnim koordinatorjem, ki so pripravili zbirnike anketnih vprašalnikov. Izdelanih je bilo 25 zbirnikov anketnih vprašalnikov. Podatki so bili obdelani glede na prejete zbirnike anketnih vprašalnikov za 14 od 17 območij in tudi glede na prejete izpolnjene anketne vprašalnike za 3 DU enega območja: Koper (center), Sežana in Jagodje (južna Primorska). Iz območij Zasavje, Ljubljana z okolico in južna Primorska od območnih koordinatorjev nismo prejeli zbirnikov anketnih vprašalnikov za to obdobje. Na podlagi zbirnikov anketnih vprašalnikov je takratna vodja programa Urška Borak pripravila analizo.

Predstavljamo ugotovitve in posebej izpostavimo značilnosti za MOL:

1. Na osnovi prejetih odgovorov so se prostovoljci programa SzS za potrebe organizacije dostave hrane, zdravil in drugega pomembnega za naše uporabnike povezali in posredovali podatke občinam, Rdečemu križu (v nadaljevanju RK), civilni zaščiti, Karitasu, patronažni službi, centrom za socialno delo in domovom za starejše občane.
V MOL smo bili povezani z RK in s patronažno službo, ponekod s četrtno skupnostjo.
2. Vsi prostovoljci programa SzS v času karantene novega koronavirusa ohranjajo stik z uporabniki preko telefona, z obiski (za dostavo hrane, zdravil in preprečevanje osamljenosti, seveda s priporočenim upoštevanjem navodil o medsebojnih stikih) in tudi preko spleta (Zoom, FB, YouTube).
V MOL so nekateri uvedli še posredovanje informacij o možnosti toplih obrokov, naročanja, pisanja pisem z osnovnimi informacijami (v primeru potrebe po pomoči) in telefonskih sporočil.
3. Prostovoljci so namesto fizičnih obiskov svoje dejavnosti opravljali preko telefonskih stikov z uporabniki.

4. Uporabniki programa SzS so kot pomoč največkrat potrebovali pogovor, nakup v trgovini in prinašanje zdravil, sledila je dostava hrane.
V MOL je bila ta pomoč povečana skozi celo leto, čeprav so bila možna naročila hrane, živil in zelenjave na dom s telefonskim klicem ali spletnim naročilom. Kljub temu je nekaj oseb zaprosilo in tudi dobilo nekajkrat tedensko pomoč v obliki toplih obrokov. Prostovoljke so jih namreč oskrbovale s toplimi obroki, ki so jih sicer pripravile zase.
5. Prostovoljci so uporabnikom programa SzS pomagali na sledeče načine: pogovor, povpraševanje, nasveti glede zaščite, dostava zaščitne opreme (maske), nakup in dostava iz trgovine, lekarne, dostava hrane (tudi domače proizvodnje in izdelave: sok, med, rezanci, meso, kruh), kuhanje hrane, prinašanje kosil (iz domov starejših) in paketov hrane, nanos drv v stanovanje, obisk na domu, vzpostavitev kontakta z drugimi organizacijami in institucijami in pomoč uporabnikom (Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje, center za socialno delo, Karitas, civilna zaščita, Lions club, Sibahe, občine, zdravniki, RK), urejanje zdravstvenih zadev, bančne storitve (dvig denarja, plačilo položnic), prevoz uporabnikov (trgovina, zdravnik), informiranje in usmerjanje uporabnikov (telefonske številke za pomoč in dostavo hrane), izdelava zaščitnih mask, delitev doniranih zaščitnih mask, telefonsko obveščanje, skrb za prostore DU (čiščenje, razkuževanje, dezinfekcija), nudenje pomoči na vrtu, pošiljanje čestitk in prinašanje darilc pred vrata, izvajanje osebne nege.
6. Prostovoljci programa SzS so v tem obdobju odkrili več kot 123 ljudi, ki so potrebovali pomoč.
Za MOL smo sicer v polovici DU našli 27 takih oseb, kar pa ni realen podatek, saj za to obdobje od druge polovice DU iz programa nismo dobili podatkov. Tako najdenih občanov je bilo na podlagi poročanja medijev v drugih organizacijah bistveno več.
7. Prostovoljci so zašite zaščitne maske namenili predvsem občanom svojega kraja ter uporabnikom in prostovoljcem programa SzS.
Za MOL je tudi značilna delitev zaščitnih mask in razkužil. Nekaj smo jih dobili v četrtnih skupnostih, smo pa tudi sami šivali maske zase, za svoje bližnje in druge prostovoljce. Kar smo dobili v četrtni skupnosti, pa smo razdelili glede na potrebe v okolici in tudi ostalim občanom.

5. Zaključek

S programom SzS v DU smo v času pandemije covida-19 tudi v MOL dokazali, da znamo sodelovati in se organizirati. Ugotovili smo tudi, da ima »strah velike oči«. Prostovoljci smo spoznali, da se moramo bolje seznaniti z možnostmi novih tehnologij, saj se bomo sicer morda tudi sami socialno izključili.

Dokazali smo, da ob upoštevanju vseh varnostnih ukrepov lahko delujemo in izpolnjujemo svoje poslanstvo tudi v tako težkih trenutkih, kot je pandemija. Kljub strahu pred neznanim in nevarnim smo se do drugega vala koronavirusa toliko opolnomočili, da smo kljub delovanju na terenu skoraj stoodstotno ostali zdravi, zdaj pa smo prostovoljci v takem odstotku tudi cepljeni.

Kljub mnogim drugim možnostim za prejemanje pomoči potrebnim starejšim je na področju prostovoljnega dela v MOL jasno, da je več kot dovolj dela tudi za prostovoljce, kar smo dokazali s svojim delom v letu 2020. Naše prostovoljce pa najbolj boli to, da lokalna skupnost, v primerjavi s preostalim delom države, našega dela ni prepoznala.

V zaključku bi obnovili svoj predlog, ki smo ga v letu 2015 predstavili na MZU in posredovali županstvu. Predlagamo ustanovitev Prostoferja ali druge oblike brezplačnih prevozov v MOL in sodelovanje s pisarno »65+«, ki ima prostore na Mačkovi ulici v Ljubljani.

Predlagamo, da se v četrtne skupnosti uvedejo nove oblike sodelovanja, s katerimi bi vsi pristojni, npr. vsaj enkrat letno, pregledali socialno in drugo problematiko vseh starostnih skupin, s poudarkom na pomoči potrebnih.

Prav tako podpiramo idejo, da se v okviru Socialne zbornice Slovenije ustanovi sekcija za razvoj organiziranega prostovoljstva na področju socialnega varstva. S tem bi prostovoljstvo ta strokovna organizacija drugače sprejela in bi tudi bolje razumela pomen strokovne pomoči prostovoljcem, našli pa bi tudi učinkovitejši način povezovanja strokovne in laične pomoči.

Z integriranim pristopom nad osamljenost starih ljudi med pandemijo covid-19

Using an integrated approach against elderly loneliness during the COVID-19 pandemic

Petra Boh, dipl. del. ter.

Zavod za oskrbo na domu Ljubljana

Ana Bevk Umiastowski, univ. dipl. ped. – smer andrag.

Zavod za oskrbo na domu Ljubljana

Medeja Novljan, univ. dipl. soc. del.

Zavod za oskrbo na domu Ljubljana

POVZETEK

Razglasitev pandemije covid-19 in posledično zmanjšanje obsega storitev socialne oskrbe na domu in delovne terapije ni pomenilo samo, da so uporabniki ostali brez temeljnih storitev, ki jih potrebujejo za vsakdanje življenje, temveč je povzročilo tudi nenadno izoliranost in posledično povečano zaznavanje pojava osamljenosti. Vsaka storitev socialne oskrbe ali delovne terapije marsikateremu uporabniku ne pomeni samo pomoč pri opravljanju osnovnih življenjskih potreb, temveč je to tudi pomemben socialni stik v vsakdanjem življenju. Spremljajoče ovire, ki so lahko povezane s starostjo, kot so demenca, gluhost, slabovidnost, težave pri gibanju, še dodatno otežujejo vse poskuse preprečevanja osamljenosti. Namen prispevka je prikazati, kako je pandemija covid-19 vplivala na izvajanje dejavnosti Zavoda za oskrbo na domu Ljubljana. Ugotovitve so podprte s podatki in z določenimi teoretičnimi spoznanji.

Zaradi pandemije covid-19 smo morali izvajanje storitev v posameznih fazah različno prilagoditi, nekatere dejavnosti smo morali začasno celo ustaviti, kar pa je močno vplivalo na psihofizično stanje uporabnikov. Pojav osamljenosti med starimi ljudmi se je v tem času še povečal in poglobil. V prvem valu pandemije covid-19 so bile osebne človekove potrebe močno potisnjene v ozadje, v zadnjem času smo osredotočeni predvsem na odpravljanje posledic in vzpostavljanje pogojev za novo realnost. Vse te prilagoditve so zahtevale in še vedno zahtevajo določen čas, zato lahko v prihodnje negativne posledice učinkoviteje zmanjšamo, če bomo na spremembe bolj pripravljeni. Pri zmanjševanju posledic po prebolelem covidu-19 so izkušnje pokazale koristi integriranega pristopa, tj. povezovanja socialne oskrbe in storitev drugih zdravstvenih dejavnosti – delovne terapije. Kljub ukrepom osamitve ter izolacije v epidemiji moramo biti pozorni predvsem na to, da ne poglobljamo osamljenosti.

Ključne besede: Zavod za oskrbo na domu Ljubljana, socialna oskrba, delovna terapija, osamljenost, pandemija covid-19.

ABSTRACT

The pandemic declaration and the consequent reduction in the scope of home social care and occupational therapy services not only meant that users were left without the basic services they need

for everyday life, but also caused sudden isolation and therefore increased feelings of loneliness. For many users, any social care or occupational therapy service they receive not only provides help with performing basic living needs, but also serves as an important social contact in everyday life. Accompanying barriers that can be associated with old age, such as dementia, deafness, low vision, movement problems, further complicate all attempts to prevent loneliness. The purpose of this article is to show how the COVID-19 epidemic affected the implementation of the activities of the Home Care Institute Ljubljana (Zavod za oskrbo na domu Ljubljana). The data are presented statistically, and the findings are supported with specific theoretical knowledge.

Due to the epidemic, we had to make different adjustments to the provision of services in individual phases. Some activities even had to be suspended, which had a strong impact on the users' psychophysical condition. The phenomenon of loneliness during this time only increased and deepened among the elderly. In the first part of the epidemic, for the benefit of the community and society, personal human needs were strongly pushed into the background. Lately we have focused mainly on eliminating the consequences and establishing the conditions for a new reality. All these adjustments have required and still require some time. We could reduce the negative consequences more effectively if we prepare for some changes in the future. In reducing the consequences after suffering from COVID-19, experience has shown the benefits of an integrated approach, that is connecting social care and other health services — occupational therapy. Despite the isolation mandates in the epidemic, we must be especially careful not to deepen loneliness.

Key words: Home Care Institute Ljubljana, social care, occupational therapy, loneliness, COVID-19 pandemic.

1. Uvod

V svetu se že več kot leto dni spopadamo s pandemijo virusne bolezni covid-19. Vsakdanje življenje in z njim povezane rutine in aktivnosti so postali močno omejeni in podvrženi nenehnim spremembam, kar za večino starih ljudi predstavlja nenehen stres. Upoštevati moramo vrsto zaščitnih ukrepov, ki nam dopuščajo manj priložnosti za pridobivanje in vzdrževanje osebnih stikov. Vse več komuniciranja poteka z uporabo informacijskih tehnologij, vendar večina starih ljudi sploh ni večjih njihove uporabe. V tem času smo ponotranjili pomen socialne distance in nujo po nošenju zaščitnih mask, ki skrivajo našo obrazno mimiko. Vse to na nas pušča kar velik pečat, zato z zaskrbljenostjo premišljujemo o tem, kako ta neobičajen čas doživljajo stari ljudje. Ukrepi med pandemijo covid-19, ki narekujejo omejevanje in izogibanje nenujnim stikom, so socialno izolacijo, osamljenost in socialno izključenost starih ljudi zagotovo še dodatno sprožili, pri tistih, ki so jo doživljali že prej, pa poglobili.

Zavod za oskrbo na domu Ljubljana (v nadaljevanju ZOD Ljubljana) je leta 2002 ustanovila Mestna občina Ljubljana in je največji tovrstni zavod v Republiki Sloveniji. V okviru javne službe izvajamo osnovno dejavnost socialne oskrbe na domu v Mestni občini Ljubljana. Kasneje, leta 2014, smo v dejavnost zavoda vključili tudi prostovoljstvo in medgeneracijsko sodelovanje. Kot vodilni na tem področju je ZOD Ljubljana pri izvajanju osnovne dejavnosti, socialne oskrbe na domu, po večletnih izkušnjah pri delu z našimi uporabniki zaznal stalno potrebo po dodatnih storitvah na domu – potrebo po delovni terapiji. Zato ZOD Ljubljana nudi brezplačne storitve delovne terapije, do katerih so upravičeni uporabniki, ki živijo v svojem bivalnem okolju v Mestni občini Ljubljana in niso vključeni v celodnevno institucionalno varstvo, so uporabniki storitev ZOD Ljubljana ter so stari 65 let ali več, upravičeni so tudi kronično bolni ter ljudje s statusom invalida, ki prejemajo dodatek za pomoč in postrežbo.

Pandemija je močno posegla tudi v delovanje ZOD Ljubljana in posledično v osebna življenja naših uporabnikov. V prispevku bomo obravnavali pojav osamljenosti pri uporabnikih v času pandemije covida-19 in naš odziv s prilagojenim načinom delovanja.

2. Osamljenost in stari ljudje

Prav vsakdo izmed nas je že kdaj bil osamljen, veliko ljudi pa se počuti osamljene ves čas. Kaj pravzaprav sploh je osamljenost? Lake (1989) pravi, da so osamljeni ljudje tisti, ki potrebujejo druge ljudi, da bi z njimi lahko komunicirali in soustvarjali odnose, pa naj gre za prijateljski stik, poznanstvo, globoko navezanost ali trajno ljubezen. Vsi potrebujemo odnose, v katerih si lahko podelimo, kar se nam pripeti

v življenju. Za soustvarjanje in sodelovanje v odnosih pa potrebujemo komunikacijo, saj le tako lahko delimo lastna občutja, izkusimo, razumemo in se odzovemo na doživljanje drugih ljudi. Komunicirati pomeni pogovarjati se, poslušati in opazovati drugega ter se dotikati. Komunikacija in vpetost v odnose sta pomembni zato, ker nam dajeta informacije o tem, kako nas drugi dojemajo in kakšen odnos imamo mi do drugih ljudi in do sveta. Pomagata nam, da lahko ocenimo lastno vrednost in da lahko ocenjujemo notranja občutja in zunanje dogodke, ki se nam pripetijo. Osamljenost občutimo takrat, kadar ne moremo presoјati teh vrednosti, kar je posledica pomanjkanja komunikacije in soljudi. Mali (2002) opisuje, da družba osamljenost pogosto povezuje s staranjem, vendar pa osamljenost ni vedno povezana s pomanjkanjem stikov in komunikacije z ljudmi. Nekdo se namreč lahko počuti osamljenega tudi v množici ljudi, zato ne gre zanemariti dejstva, da gre pri osamljenosti za t. i. subjektivni fenomen. Osamljenost je lahko prisotna pri vseh ljudeh, še posebej velikokrat pri starih ljudeh, pri katerih je pogosto povezana s pomanjkanjem medčloveških vezi in pojavnostjo socialne izključenosti.

Širše gledano, lahko osamljenost razdelimo v dve glavni skupini. Prvo povezujemo z okoliščinami, ki privedejo do osamljenosti, in drugo z osebnostjo posameznika (Lake 1989). Ko razmišljamo o populaciji starih ljudi, lahko njihove vzroke za osamljenost umestimo v obe skupini. Okoliščine, ki privedejo do osamljenosti starih ljudi, so lahko različne. Ziherl (v Tekavčič Grad 1994) navaja naslednje: smrt partnerja, vrstnika, odhod otroka od doma, zmanjšanje telesnih sposobnosti, bolezni, slabljenje sluha in vida, slabša gibljivost, zmanjšana mobilnost, spominske motnje, težave pri mišljenju, upokoјitev, manjši dohodki, stigmatizacija, socialna izolacija ipd. Obstajajo pa tudi vzroki osamljenosti, ki jih lahko povežemo z osebnostjo starostnika. Pečjak (2007) pravi, da se s staranjem spreminjajo razumske in emocionalne funkcije ter tudi motivacija in celotna osebnost posameznika. Stari ljudje pogosto postanejo bolj pasivni in zaprti vase, neprilagodljivi, v samoobrambni drži. Bolj so tudi podvrženi depresiji, ki je neizogibna spremljevalka staranja, vendar mnogi zaradi občutkov sramu ne priznajo te motnje. Depresija med starimi ljudmi v razvitem delu sveta v primerjavi s prejšnjimi desetletji narašča, po mnenju nekaterih bolj kritičnih izvedencev naj bi kar 60 % starih kazalo znake depresije. Znaki depresije so številni, med najpogostejšimi izpostavljam: potrtost, počasnost, izguba apetita, apatičnost, izguba interesov, motnje spanja, kronična utrujenost, občutek nemoči in brezvoljnost, težave pri koncentraciji in odločanju, razdražljivost, zanemarjenost, spremembe gibljivosti, upad spomina, zmedenost, opuščanje socialnih odnosov, samomorilnost itd. Pri večini starih ljudi je prisotna milejša oblika depresije, vendar je zaskrbljujoč podatek, da je v Sloveniji največ samomorov v starostni skupini med 60. in 70. ter med 80. in 85. letom starosti (Kostnapfel v Pečjak 2007). V obsežni študiji je Leskošek (v Pečjak 2007) pri slovenski upokoјenski populaciji potrdil, da sta glavna razloga za samomorilnost pri starostnikih nevarnost telesnih obolenj in osamljenost. Pogosto jih namreč spremlja občutek nekoristnosti in potisnjenosti na rob družbenega dogajanja.

Podatki Statističnega urada Republike Slovenije (v nadaljevanju SURS) kažejo, da se prebivalstvo Slovenije nezadržno stara in to dejstvo predstavlja velik ekonomski in tudi socialni izziv za prihodnost. Julija 2020 je bilo že kar 20,5 % prebivalcev Slovenije starih najmanj 65 let (SURS 2021). Ramovš (2003) poudarja, da osamljenost pri starih ljudeh predstavlja eno izmed največjih tegob. Zadovoljevanje nematerialnih socialnih potreb je pri njih pogosto zanemarjeno, zlasti eksistencialna potreba po sprejemanju svoje starosti kot smiselnega obdobja življenja, potreba po predaji lastnih izkušenj mlajšim generacijam ter potreba po odnosu s soljudmi. Če se počutijo oropani tega, iz najrazličnejših razlogov, pogosto postanejo osamljeni. Že pred pandemijo bolezni covid-19 je bilo opaziti, da je potreba po osebnem stiku in odnosu pri starih ljudeh med najmanj zadovoljivimi, zato je osamljenost ena njihovih najhujših stisk. V primežu osamljenosti začnejo doživljati lastno, bogato življenjsko preteklost kot nekaj nevrednega in praznega, zato nujno potrebujejo socialne stike, ki jim omogočajo občutke vrednosti in varnosti.

3. Vpliv osamljenosti na psihofizične sposobnosti starih ljudi

Nekateri na osamljenost gledajo kot na napredujočo bolezen, ki napade človekovo osebnost. Prva stopnja se začne z okoliščinami, ki ljudem preprečujejo stik z drugimi ljudmi, posledica je pomanjkanje medsebojne interakcije in občutka pripadnosti. Prva stopnja osamljenosti še ne naredi veliko škode, zlasti če vemo, da so stiki z bližnjimi ljudmi pretrgani zgolj za določen čas. V nekaterih primerih prvi stopnji osamljenosti sledi druga, ki pa je že bolj resna. Tu je opaziti izgubo zaupanja, tako vase kot v druge ljudi. Zaradi pomanjkanja socialnih interakcij ljudje npr. izgubijo sposobnost smejanja, stisk roke postane neroden, prizadete pa postanejo tudi poteze na obrazu, ton in hitrost govora sta spremenjena, opazna je prostorska odmaknjenost od sogovornika, spremeni se zunanja podoba posameznika. Postopoma se vse bolj izgublja zaupanje v lastno sposobnost navezovanja in ohranjanja stikov z drugimi ljudmi, kar pa jih posledično še bolj oddaljuje od soljudi in jih še bolj osami. Pri tretji fazi osamljenosti je sposobnost ohranjanja medsebojnih odnosov tako omejena, da je težko popravljiva. Prisotna postane apatičnost posameznika, nesposobnost čustvovanja in občutenja. Tu lahko govorimo o kronični osamljenosti, katere najbolj dramatičen simptom je lahko tudi samomor (Lake 1989). K sreči tretje stopnje osamljenosti ne doseže vsak, je pa vse več raziskav, ki kažejo na to, da korelacija med osamljenostjo in zdravjem obstaja. Tomat (2020) navaja raziskave, v katerih so ugotovili, da osamljenost lahko vpliva na imunski sistem in s tem na odpornost proti različnim boleznim. Povezava obstaja tudi s slabšo kvaliteto spanja, anksioznostjo, depresijo, upadom kognitivnih sposobnosti itd. Osamljeni ljudje so pogosto bolj pozorni na negativne dražljaje iz okolja in socialne grožnje ter bolj pričakujejo socialno izključenost. Socialni odnosi zagotovo pripomorejo k boljšemu počutju, saj dobri medosebni odnosi zagotavljajo čustveno oporo, ki omogoča ustrezen odziv na akutni in kronični stres. Vpetost v socialne mreže pa zagotavlja občutke sprejetosti, varnosti in pripadnosti, kar zvišuje motivacijo za skrb zase, to pa ima ugoden vpliv na zdravje. Tudi Holt-Lunstad in drugi (2010) ugotavljajo, da so socialni odnosi prepoznani kot dejavnik, ki pomembno vpliva na zdravje. Pogostost in kvaliteta odnosov močno vplivata na naše psihofizično zdravje. Vpetost posameznika v socialne odnose se je izkazala celo za pomemben napovednik umrljivosti, po magnitudi primerljiv s fizično (ne)aktivnostjo, kajenjem in prekomerno težo. Deep in Jeste (v Kralj 2013) sta leta 2006 ugotovila, da stari ljudje za kakovostno starost dajejo večji poudarek socialnemu vključevanju kot fizičnemu zdravju, saj se pri ljudeh, ki so družbeno izolirani, umrljivost poveča za dva- do štirikrat.

Ugotavljamo, da so za zdravje ljudi, predvsem starih ljudi, socialni stiki izjemno pomembni. Socialna izolacija in osamljenost med starimi ljudmi sta bila že pred pandemijo prepoznavna kot velik javnozdravstveni problem, zato domnevamo, da danes dobiva še večje razsežnosti.

4. Krčenje dejavnosti v ZOD Ljubljana v prvem valu pandemije covida-19

Razglasitev pandemije covida-19 in ustavitev javnega življenja sta za uporabnike ZOD Ljubljana pomenili precejšno spremembo v njihovih življenjih. Pri tem ni šlo samo za to, da so uporabniki ostali brez temeljnih storitev, ki jih potrebujejo za vsakdanje življenje, temveč je povzročilo tudi nenadno izoliranost. V ZOD Ljubljana se zavedamo širine posledic pandemije covida-19, ki je ohromila svet in ogrozila zdravje starih ljudi. Koronavirus je s seboj prinesel tudi epidemijo osamljenosti. Ker so naši uporabniki del najbolj ranljive skupine tudi v času pandemije covida-19, smo se morali na nastalo situacijo nemudoma prilagoditi in iskati ustrezne rešitve. Prvi ukrep je bil, da smo morali, po navodilih pristojnega ministrstva, zmanjšati obseg naših dejavnosti na najnujnejše. Razlog za to je bila splošna ustavitev javnega življenja, zmanjšanje vseh socialnih stikov na minimum in pomanjkanje zalog zaščitne opreme. Na začetku smo bili namreč odvisni izključno od dobav in zalog, ki so nam jih razdeljevali civilna zaščita in drugi javni zavodi v okviru Mestne občine Ljubljana (v nadaljevanju MOL). Z zalogo zaščitne opreme, ki smo jo imeli na razpolago, je bilo nemogoče zagotavljati storitve v enakem obsegu kot prej. Obvezna oprema so postali zaščitne maske, vizir ali zaščitna očala, zaščitna obleka ter druga zaščitna sredstva.

Da bi zaščitili naše uporabnike in socialne oskrbovalke ter oskrbovalce (v nadaljevanju socialni oskrbovalci), smo morali precej zmanjšati obseg storitev. V nekaj dneh smo po telefonu poklicali vse uporabnike in njihove družinske člane in se na novo dogovorili glede začasnega zmanjšanja obsega oskrbe. Nismo mogli niti predvideti, koliko časa bo trajalo izredno stanje, zato smo sproti in redno telefonsko preverjali stanje uporabnikov in se na ta način prepričali, da nihče od njih ni bil ogrožen.

V telefonskih pogovorih so nam uporabniki, ki začasno niso prejeli socialne oskrbe na domu, povedali, da se soočajo z najrazličnejšimi stiskami. Navajali so strah in nemoč. Skrbelo jih je, kdo jim bo odnesel smeti, šel v trgovino, plačal položnice, dostavil kosilo. Nekateri pa so potrebovali le pogovor po telefonu.

V nov in spremenjen način so se vključili tudi delovni terapevti. Izvajanje storitve delovne terapije je bilo treba prilagoditi ter organizirati telefonsko svetovanje z namenom ohranjanja čim večje samostojnosti uporabnikov v domačem okolju.

Delovni terapevti so v telefonskih pogovorih uporabnikom svetovali, jih vodili skozi gibalne in dihalne aktivnosti ter jim priporočali, kako ohranjati že pridobljene spretnosti v vsakodnevnih aktivnostih. Svetovali so jim na primer, kako se najlažje obrniti v postelji, kako se posedati in vstajati. Mnogi družinski člani so čez noč postali oskrbovalci svojih staršev in so se na delovne terapevte obračali s praktičnimi vprašanji. Z njimi so večkrat vzpostavili video klic, kjer so se konkretno in z osebnim, individualnim pristopom posvetili posameznemu vprašanju in se na tak način še bolj približali uporabniku. V ta namen so pripravili video material s praktičnimi napotki, kako izvesti vsakodnevne dejavnosti samostojno in pa predvsem varno (posedanje preko roba postelje, oblačenje/slačenje z uporabo pripomočkov, transfer na invalidski voziček, transfer v kopalno kad, transfer z invalidskega vozička v avtomobil, premagovanje stopnic z invalidskim vozičkom ...). V času pandemije covida-19 se je potreba po tovrstni storitvi izkazala za neprecenljivo, kar kaže na visoko potrebo ljudi po izvajanju delovne terapije v domačem okolju.

Pri zagotavljanju najnujnejše pomoči nam je v največji meri pomagalo to, da so tudi družinski člani uporabnikov ostali doma ter so lahko prevzeli določena opravila. Nekateri, ki ne živijo skupaj, so svojca – uporabnika vzeli k sebi domov ali pa so ga pogosteje obiskovali. Nekaterim uporabnikom, ki niso imeli ustrezne socialne mreže, smo še vedno nudili najnujnejše storitve, ki so obsegale predvsem pomoč pri osebni higieni, skrb za zdravila in prehrano. Če so uporabniki potrebovali nakup v trgovini, smo jih povezali z obstoječo mrežo društev prostovoljcev.

V zmanjšanim obsegu smo delovali od 16. 3. 2020 pa do 1. 6. 2020. Najnižjo raven števila ur smo dosegli v mesecu aprilu 2020, in sicer smo opravili le 30 % načrtovanih ur. Ravno tako se je za kar 71 % zmanjšalo število uporabnikov (Batič in Knapič 2021). Nato smo v sredini maja 2020, glede na razpoložljive zaloge zaščitnih sredstev in glede na nujnost storitev, začeli postopoma povečevati število opravljenih ur storitev pri obstoječih uporabnikih, ki so že težko pričakovali, da jih ponovno vključimo v storitve.

Pri ponovnem postopnem vključevanju smo upoštevali kriterije nujnosti, pri čemer so bile najbolj nujne storitve po naslednjem vrstnem redu:

- pomoč pri temeljnih dnevni opravih, postrežba kosila in pomoč pri hranjenju;
- prinos iz trgovine, lekarne, pošta in plačilo položnic (enkrat tedensko);
- pomoč v gospodinjstvu (nujna opravila osnovnega čiščenja bivalnih prostorov in podobno) na 14 dni oziroma enkrat tedensko, glede na razpoložljivost terminov;
- opravila za vzdrževanje in ohranjanje socialnih stikov (npr. spremstvo pri sprehodih) se opravlja le kot pridružena drugim opravih (pomoč pri temeljnih dnevni opravih in gospodinjstva pomoč), izvaja se v omejenem obsegu in po tem, ko smo že vključili ostale oskrbovance glede na zgornje prioritete (ZOD Ljubljana 2020).

Tudi pri vključevanju novih uporabnikov smo upoštevali enake kriterije.

Po povratnih informacijah socialnih oskrbovalcev smo opazili, da je bilo veliko uporabnikov po nekajtedenskem ali nekajmesečnem premoru pri ponovni vključitvi v socialno oskrbo v slabši fizični kondiciji. Veliko jih je kazalo tudi manj motivacije za opravljanje najosnovnejših opravih in osebne higijene. Zaznali smo povečano število uporabnikov, ki so bili v času neizvajanja naše oskrbe močno zanemarjeni.

Glede na prioritete smo najprej povečali izvajanje storitev, ki vključujejo pomoč pri temeljnih dnevni opravih oziroma pomoč pri osebni higijeni. Vzdrževanje oziroma ohranjanje socialnih stikov je bilo torej na zadnjem mestu. Storitve, ki jih nismo mogli izvesti, smo jih, kjer je bilo to mogoče in sprejemljivo za uporabnike, delno nadomestili s telefonskim prostovoljstvom v okviru ZOD Ljubljana in pa s povezovanjem z drugimi prostovoljskimi dejavnostmi izven delovanja ZOD Ljubljana, ko je šlo na primer za najnujnejše nakupe ipd. Naši prostovoljci so odigrali pomembno vlogo pri ohranjanju stikov z uporabniki, saj so bili po telefonu redno v kontaktu z uporabniki, predvsem s tistimi, ki začasno sploh niso prejeli storitve socialne oskrbe. Socialnega stika je bilo torej zelo malo, saj so bile storitve krajše, poleg tega je bilo zaradi zaščitne opreme socialnih oskrbovalcev delo precej oteženo.

5. Ponovno vključevanje v drugem valu pandemije covida-19

Drugi val pandemije covida-19 je v manjši meri vplival na obseg dejavnosti in število opravljenih ur storitev v ZOD Ljubljana, saj smo storitve lahko izvajali v enakem obsegu kot prej, pojavile pa so se druge težave.

Srečevali smo se z velikim številom okužb tako pri uporabnikih kot tudi pri njihovih družinskih članih in socialnih oskrbovalcih. Dokler so okužbe med uporabniki in socialnimi oskrbovalci skokovito naraščale, smo se skušali prilagoditi tudi tako, da smo skušali vzpostavljati t. i. »mehurčke«, kar je pomenilo, da se socialni oskrbovalci pri uporabnikih niso preveč menjavali, kolikor je bilo to mogoče.

Ob sumih okužb s covidom-19 je bilo potrebno vzpostaviti t. i. sive cone. Po navodilih ministrstva smo bili pripravljeni na izvajanje storitev v rdeči coni, v primeru, da bi morali oskrbovati okužene uporabnike. Rdečih con do sedaj ni bilo treba realizirati, saj so v vseh primerih okužb uporabnikov

lahko skrb zanje začasno prevzeli družinski člani ali pa so bili hospitalizirani. Kljub temu so bile izolacije kratkotrajne in takoj po prenehanju smo ponovno vzpostavili storitev.

Neomejeno smo izvajali tudi opravila za izvajanje in ohranjanje socialnih stikov, vendar pri tem ni šlo brez določenih ovir. Tako uporabniki kot socialni oskrbovalci morajo še vedno nositi zaščitne maske. Pri tem ni vidna obrazna mimika, tudi usta so zakrita, zaradi česar sogovornik pogosto ne razume drugega. Kljub prisotnosti sočloveka se pri uporabniku lahko pojavi osamljenost.

Podobno strokovni delavci opažamo tudi pri sklepanju dogovorov. Uporabnik nas slabše sliši, ker nas ne razume, se umika vase, dogovor in pogovor prepušča svojcu, ki se na koncu dogovori v njegovem imenu.

V mesecu juniju 2020, ko smo ponovno zagotavljali storitve v normalnem obsegu, pa se je približno 4 %, uporabnikov in njihovih svojcev odločilo, da začasno ali celo trajno odpovedo storitve zaradi strahu pred okužbo s covidom-19. To so uporabniki, ki so se najbolj izolirali in so ves ta čas v stiku samo z nekaterimi najožjimi družinskimi člani. Ravno v tem času, ob umirjanju tretjega vala, opažamo, da nas ti uporabniki šele zdaj ponovno kličejo in jih vključujemo v storitve.

V tej fazi se je v delo na terenu vključila tudi delovna terapevtka. Delovna terapija je namreč stroka, ki se tudi v času trajanja pandemije covida-19 izvaja med ljudmi in z ljudmi. Skupaj z njimi, ne namesto njih, soustvarjamo rešitve. Rešitve soustvarjamo vsi, ki smo del ZOD Ljubljana. V zadnjem letu so se še toliko bolj izkazale potreba in korist povezovanja strokovnih delavcev ter hitra, natančna in učinkovita komunikacija. S prepoznavanjem potreb uporabnikov po delovni terapiji, bodisi zaradi osnovne bolezni bodisi zaradi stanja po prebolelem covidu-19, smo s takojšnjo intervencijo delovnega terapevta omogočili uspešno rehabilitacijo v domačem okolju.

Bolezen covid-19 je bolezen tisočernih obrazov, bolezen, ki vpliva na posameznika na vseh ravneh delovanja. V času razglašene epidemije v Republiki Sloveniji so delovni terapevti v jesenskem in zimskem času obravnavali večje število uporabnikov po prebolelem covidu-19, pri katerih so se pokazala izrazita odstopanja v motoričnih, procesnih in komunikacijskih spretnostih, ki so potrebne za samostojno in varno izvajanje ožjih in širših dnevnih aktivnosti. Omenjene spretnosti potrebujemo pri skrbi za sebe ter produktivnostih in dejavnostih prostega časa. Zato lahko z gotovostjo trdimo, da covid-19 posega na različna področja delovanja delovnega terapevta.

Tako kot vsi tudi stari ljudje potrebujejo socialno in aktivno življenje. Ko človek postopoma izgublja sposobnost poskrbeti za svoje vsakodnevne potrebe, se namreč ne zna več sam zaposliti in ne ve več, kako bi se lotil smiselnih nalog in aktivnosti, kar je pandemija covida-19 samo še poglobila. S pozitivnim in holističnim pristopom uporabnike spodbujamo, da naj čim dlje ostanejo dejavni na področjih, ki jih še obvladajo in jih veselijo. Pomembno je, da ne opravimo dela namesto njih (npr. oblačenje, obuvanje, umivanje, preprosta gospodinjstva opravila), ampak jim dovolimo, da samostojno naredijo, kolikor še zmorejo, saj vsaka aktivnost pri ljudeh ohranja ali krepi vitalnost miselnih procesov, senzornih zaznav in motoričnih funkcij.

Velik pomen v delovni terapiji pripisujemo tudi prilagoditvi ožjega bivalnega okolja. Fizično okolje ima pomemben vpliv na počutje in zdravje ljudi ter posledično na kakovostno življenje starih ljudi. Večina uporabnikov živi v bivalnem okolju, ki ne ustreza njihovim dejanskim potrebam, jim ne omogoča samostojnega življenja in je celo nevarno, prav tako ljudje v času pandemije covida-19 večino dneva preživijo v svojem ožjem bivalnem okolju. Preprečevanje padcev delovnim terapevtom predstavlja pomembno področje dela v delovni terapiji, saj so padci eden od glavnih razlogov za nastanek poškodb, začasne ali trajne nepomičnosti ali celo smrti. Tako je delovni terapevt v domačem okolju tudi v vlogi učitelja, saj seznanja družinske člane z ustreznimi prilagoditvenimi tehnikami, ki omogočajo lažje in varno izvajanje aktivnosti. Z delovnoterapevtsko prilagoditvijo ožjega in širšega

življenjskega okolja vzpostavljamo, ohranjamo in/ali izboljšamo spretnosti oziroma dejavnosti na področju ožjih in širših dnevnih aktivnosti ter dosežemo čim višjo stopnjo kakovosti življenja.

6. Novi izzivi v tretjem valu pandemije covid-19

Precepljenost in prebolelost večine uporabnikov in socialnih oskrbovalcev ter tedensko hitro testiranje, poleg socialne distance in uporabe zaščitnih sredstev, pozitivno vplivajo na zmanjšanje strahu pred okužbo in tudi zmanjšanje števila okužb.

Na prvi pogled je videti, da smo se vrnili v t. i. »normalo«. Storitve izvajamo v polnem obsegu, vzdrževanje in ohranjanje socialnih stikov ponovno dobivata svoj pomen in obseg socialne oskrbe ni več omejen. Spremenil se je le način, kako te stike izvajamo. Pri tem ugotavljamo, da nam je pandemija covid-19 pustila trajne posledice, vendar ne vemo, v kakšni meri in za koliko časa nas bodo še zaznamovale. Večinoma smo ponotranjili varnostne ukrepe, kot so vzdrževanje fizične distance, odsotnost rokovanja, nošenje maske ipd.

Kljub temu pa ostaja del uporabnikov, pri katerih ostajajo določene ovire, ki nam jih do zdaj še ni uspelo premostiti. Tako je na primer zaščitna maska zelo pomembna pri preprečevanju prenosa okužbe, po drugi strani pa je lahko tudi nepremostljiva ovira v komunikaciji pri uporabnikih, ki imajo demenco, težave s sluhom in druge komunikacijske ovire. Ravno komunikacija je ena od spretnosti, kjer moramo ustvariti pogoje, da lahko uporabnik pove tisto, kar čuti in misli. Komunikacija je pomembna tema raziskovanja delovanja posameznika v skupnosti in družini, ko se »v procesu ubesedenja razmejeni koščki umestijo v nastajajočo sestavljanko skupnega, je to ključna naloga pri ustvarjanju rešitev v delovnem odnosu (Čačinovič Vogrinčič in Mešl 2019, 85). Enak pomen, včasih še celo večji, ima neverbalna komunikacija, torej mimika, gestikulacija, drža telesa, kakovost glasu, položaj rok. Vsaj 55 % celotnega sporazumevanja med ljudmi sestavlja telesna govorica. In ravno neverbalna komunikacija je bila vsem, tako negovalcem, ki vstopajo v proces oskrbe starih ljudi, kot uporabnikom v času pandemije covid-19 odvzeta. Nasmeh, s katerim vzpostavimo prvi stik s sočlovekom, je izginil. Prijazne, mehke gube obraze so bile ob tem zakrite. Raziskave kažejo, da je za dobro komunikacijo zelo pomemben prvi vtis, ki ga naredimo na sogovornika. Za ustvarjanje dobrega prvega vtisa nikoli ne dobimo druge priložnosti. Prvi vtis, ki ga naši uporabniki dobijo o nas, je odločilen in določa, na kakšen način in v kolikšni meri se bo razvijal naš odnos. Alan in Barbara Pease (2007) opisujeta, da si ljudje o nas ustvarijo mnenje v času od tridesetih sekund do treh minut. Znano je tudi dejstvo, da je eden izmed tipičnih simptomov starosti prizadet sluh, posledica tega pa večinoma naglušnost in zmanjšanje občutljivosti, zlasti za visoke tone. Torej lahko z gotovostjo trdimo, da smo s prekrivanjem obraza in obvezno uporabo zaščitnih mask težje vzpostavili prvi stik in delovni odnos ter ne nazadnje tudi vodili proces obravnave starega človeka.

Pogosto je to tudi razlog, da uporabniki težje sprejmejo pomoč, se umikajo v samoto, komunikacija pa jim povzroča še večji napor kot sicer. Že sama zaščitna oprema socialnih oskrbovalcev zmanjšuje domačnost in intimo v domačem okolju. Nekateri uporabniki pri sebi ne sprejemajo nošenja maske, saj svoj dom dojemajo kot intimno okolje, v katerem imajo pravico do udobja. Stroge zahteve, da bi morali obvezno nositi masko, jih lahko odvrnejo od sprejemanja pomoči.

Ob odsotnosti ključnih elementov naravnega sporazumevanja, tj. obrazne mimike, razločnega govora, dotika, rokovanja, se kljub intenzivnosti socialnih interakcij lahko pojavljata apatija in osamljenost, predvsem pri starih ljudeh, ki niso navajeni sodobnih načinov komuniciranja.

Zagotovo je to eno ključnih vprašanj, s katerimi se bomo spopadali v bližnji prihodnosti tudi pri izvajanju storitev socialne oskrbe. Pri tem bomo morali upoštevati, da se ljudje v pozni starosti težje prilagajajo spremembam in da bomo morali zaradi tega spremembe prilagoditi ljudem.

7. Zaključek

Ugotavljamo, da je pandemija covida-19 stare ljudi še nekoliko bolj socialno izključila, jih izolirala, osamila. Dejstvo je, da ne potrebujejo zgolj nege, potrebujejo tudi socialne stike, ki močno vplivajo na njihovo duševno in telesno zdravje. Pri izvajanju socialne oskrbe na domu in delovne terapije se v času pandemije covida-19 srečujemo z osamljenimi starimi ljudmi, zato pred nami ostaja velik izziv, kako v prihodnosti razviti mehanizme, ki bodo pomagali pri prepoznavanju in preprečitvi osamljenosti in socialne izključenosti med starimi ljudmi. Obdobje pandemije covida-19 in z njo povezanih ukrepov traja namreč že toliko časa, da lahko pri mnogih starih ljudeh govorimo o t. i. kronični osamljenosti, ki bo zagotovo večini pustila opazne posledice, tako na ravni fizičnega kot tudi psihičnega zdravja.

S storitvami socialne oskrbe in delovne terapije želimo tudi v času pandemije covida-19 omogočiti starim ljudem in ljudem z demenco ustrezno podporo, prilagojeno njihovim željam, potrebam ter zmožnostim, tako da ohranjajo ustrezno kakovost življenja in čim dlje ostajajo v domačem okolju. Vodilo pri našem delu je ohranjanje samostojnosti in dostojanstva starih ljudi ter s tem vključenost v skupnost ter širšo družbo. Nove oblike dela v skupnosti temeljijo na znanju, spretnostih in izkušnjah različnih strok. Delo delovnega terapevta temelji na vrhunskem sodelovanju različnih strok – pri tem govorimo o integriranem pristopu, ki je usmerjen na življenjsko okolje posameznika. In ravno prepletanje socialnih in zdravstvenih storitev se je pokazalo in se kaže kot nenadomestljiv člen uspešnega dela. S holističnim pristopom je mogoče zagotoviti dostojno in kakovostno življenje, ki bi z vpeljavo novih rešitev lahko zagotovilo bolj stabilen sistem oskrbe in zdravstva. Le tako bomo lahko v prihodnje delovali po meri starih ljudi in v skladu z njihovimi potrebami.

Literatura

- Batič, Liljana in Janja Knapič. 2021. *Poslovno poročilo za leto 2020*. Ljubljana: Zavod za oskrbo na domu.
- Čačinovič Vogrinčič, Gabi in Nina Mešl. 2019. *Socialno delo z družino. Soustvarjanje zelenih izidov in družinske razvidnosti*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Holt-Lunstad, Julianne, Timothy B. Smith in J. Bradley Layton. 2010. Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *PLoS Med* 7(7): e1000316. Dostopno na: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316> (6. maj 2021).
- Kralj, Mojca. 2013. *Starostnik in osamljenost. Specialistično delo*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede, Univerza v Mariboru.
- Lake, Tony. 1989. *Osamljenost*. Ljubljana: Založba mladinska knjiga.
- Mali, Jana. 2020. Starost, emocije in emocionalno delo v domovih za stare. *Socialno delo* 41(6)_ 317–323.
- Pease, Allan in Barbara Pease. 2007. *Kako spretno komunicirati z ljudmi*. Ljubljana: Lisac & Lisac.
- Pečjak, Vid. 2007. *Psihologija staranja*. Bled: samozaložba.
- Ramovš, Jože. 2003. *Kakovostna starost, socialna gerontologija in gerontagogika*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka in Slovenska akademija znanosti in umetnosti.
- Statistični urad Republike Slovenije [SURŠ]. 2021 *Število in sestava prebivalstva*. Dostopno na: <https://www.stat.si/StatWeb/Field/Index/17/104> (6. maj 2021).
- Tomat, Nastja. 2020. Psihološki vidiki omejevanja socialnih stikov med pandemijo COVID-19. *Delo*, 31. december. Dostopno na: http://www.sinapsa.org/eSinapsa/stevilke/2020-19/292/Psiholoski_vidiki_omejevanja_socialnih_stikov_med_pandemijo_COVID-19 (6. maj 2021).
- Ziherl, Slavko. 1994. Starostnik v stiski. V *Pomoč človeku v stiski*, ur. Onja Tekavčič Grad O. Ljubljana: Litterapicta.

Starizem in zdravstvo v Sloveniji: zaznave zdravja Ljubljančanov in drugih prebivalcev Slovenije v času epidemije koronavirusa

Ageism and health care in Slovenia: the perceptions of health among residents of Ljubljana and other residents of Slovenia in the times of the coronavirus epidemic

asist. Otto Gerdina, mag. soc.

Fakulteta za družbene vede, Univerza v Ljubljani

POVZETEK

Namen prispevka je predstaviti in kontekstualizirati zaznave zdravja starejših Ljubljančanov in drugih prebivalcev Slovenije ter stanje v zdravstvu med prvim in drugim valom epidemije koronavirusa. Na podlagi primerjave podatkov iz dveh serij raziskave Slovensko javno mnenje (SJM 2020/1 in SJM 2020/3), ki sta bili opravljeni v času prvega in drugega vala epidemije v Sloveniji, v prispevku ugotovljamo, da je med prvim in drugim valom epidemije prišlo do sprememb v subjektivni oceni zdravja in oceni stanja v zdravstvu. Rezultati deskriptivne analize podatkov so postavljeni v kontekst starizma v zdravstvu, katerega vpliv na dostopnost in kvaliteto zdravstvenih storitev bi se lahko zaradi večjih obremenitev zdravstvenega sistema v času epidemije okrepil.

Ključne besede: starizem, kvaliteta zdravstvene obravnave, ocena stanja v zdravstvu v Sloveniji, prvi in drugi val epidemije koronavirusa, javno mnenje.

ABSTRACT

The purpose of this paper is to present and contextualize perceptions of health and the state of health care among older residents of Ljubljana as well as among other residents of Slovenia during the first and second wave of the coronavirus epidemic. Based on a comparison of data from two series of the Slovenian Public Opinion Survey (SJM 2020/1 and SJM 2020/3), which were conducted during the first and second wave of the coronavirus epidemic in Slovenia, the paper concludes that there were changes in the subjective assessment of health and in the assessment of the state of health care. The results of the descriptive analysis of the data are set in the context of ageism in health care; its impact on the availability and quality of health services could be further strengthened due to the greater strain on the health system during the epidemic.

Key words: old age, quality of medical treatment, assessment of the state of health care in Slovenia, first and second wave of the coronavirus epidemic, public opinion.

1. Uvod

Dobro zdravje je ključni element kakovosti življenja, zato sta dostopnost in kakovost zdravstvene obravnave poglavitna pogoja za kakovostno življenje. Dostopnost in kakovost zdravstvene obravnave sta še posebej pomembni v starosti, saj stari ljudje pogosteje uporabljajo zdravstvene storitve kot mladi (Pahor idr. 2011). Od njiju je odvisno, kako uspešni bodo posamezniki pri upravljanju z zdravstvenimi tveganji in posledično, kako dolgo bodo sposobni sodelovati v družbi. V tem prispevku nas bo zanimalo, kako sta prvi in drugi val epidemije koronavirusa vplivala na samoznavo zdravja in stanja v zdravstvenem sistemu, ali so bile te zaznave v prestolnici, torej v Ljubljani, drugačne kot drugje po Sloveniji in kakšne posledice imajo lahko te zaznave na uporabo zdravstvenih storitev, če upoštevamo, da sta že pred epidemijo dve tretjini starejših od 65 let v Sloveniji pri zdravstveni obravnavi občutili starizem (Lešnik in Tomažič 2017).

Starizem v tem prispevku obravnavamo kot specifično obliko diskriminacije, ki utemeljuje in vzdržuje neenakosti pri zdravstveni obravnavi različno starih posameznikov in skupin. Manifestira se v institucionalnih normah in strategijah, ki podpirajo starostne stereotipe in zmanjšujejo priložnosti za stare ljudi (Voss idr. 2018) na več področjih življenja. Posledica je, da so stari ljudje lahko tudi v zdravstvu drugače (manj kakovostno) obravnavani kot drugi odrasli, kar se pogosto legitimira z zmotnim prepričanjem, da imajo stari ljudje drugačne potrebe in želje kot drugi polnopravni člani skupnosti (Thompson 2017; Beauvoir de 2018, 2020).

Slednje se je nedavno pokazalo v podjetjih, ki v klinična testiranja pri razvoju cepiv za koronavirus niso vključila starih ljudi, čeprav je večina držav v Evropski uniji opredelila stare ljudi kot skupino, ki jo je treba prioritarno zaščititi. Posledično se za nekatera cepiva dolgo ni vedelo, ali so učinkovita pri starejših od petinšestdeset let, zato so jih v določenih obdobjih in državah celo odsvetovali za uporabo med starimi. Problematika izključevanja starih ljudi iz kliničnih testiranj ni nova. Socialni gerontologi in nekateri zdravniki že dolgo opozarjajo, da so stari ljudje manj prisotni pri kliničnih preizkusih zdravil (glej npr. Pirtošek 2020). Raziskava intervencij v primeru kapi in rehabilitacije po njej je denimo pokazala, da je bila povprečna starost udeležencev deset let nižja od povprečne starosti, pri kateri ljudje doživijo kap (Hadbavna in O'Neill 2013). Težave se pojavljajo tudi pri kliničnem preizkušanju zdravil, kjer so zaradi potencialno višjega tveganja negativnih stranskih učinkov in zagotavljanja homogenosti vzorca stari ljudje izključeni. Največkrat zaradi potencialno višjega tveganja negativnih stranskih učinkov in zagotavljanja homogenosti vzorca, lahko pa tudi zaradi želje farmacevtskih podjetij, da bi prikazala boljšo učinkovitost zdravil in si zagotovila hitrejšo lansiranje. Čeprav gre pri prvih dveh za utemeljena razloga, je posledica takšnih praks, kot se je pokazalo pri razvoju cepiv za koronavirus, lahko izključitev starih ljudi iz kliničnih testiranj, kar preprečuje posploševanje rezultatov raziskave na starejše bolnike. Brez kliničnih dokazov, ki bi podpirali učinke uporabe novih zdravil, medicinskih intervencij ali cepiv med starejšimi bolniki, je manj verjetno, da jih bodo (pravočasno) deležni (Wyman idr. 2018).

2. Starizem: strukturna ovira pri zdravstveni oskrbi starih ljudi

Negativni stereotipi, predsodki in starostna diskriminacija vplivajo tako na količino kot na kakovost oskrbe, ki je na voljo in jo dobijo starejši bolniki. Storitve zdravstvene in socialne oskrbe rutinsko implementirajo ideologijo pešanja v svojih postopkih, pri sprejemanju odločitev in strokovnih vrednotah, s čimer institucionalizirajo starostno diskriminacijo na vseh področjih zdravstvenih storitev (Lloyd-Sherlock idr. 2016). Zdravstveni strokovnjaki pogosto diskriminirajo na podlagi starosti, saj raziskave »redno dokumentirajo vzpostavljeno razmerje med višanjem starosti in slabšanjem zdravstvene oskrbe« (Salter in Salter 2018, 1075). Zaradi visoke umrljivosti starih med pandemijo je možno, da se bo med zdravstvenim osebjem še okrepila povezava med starimi ljudmi in smrtjo, ki

se lahko manifestira v večanju distance med zdravstvenim osebjem in starimi bolniki, kar zmanjšuje željo po delu z njimi.

Staristični odnos do starih ljudi lahko pri zdravstvenem osebju izhaja iz potrebe po blaženju tesnobe pred lastno umrljivostjo, ki jo podžiga povezava med starostjo in umiranjem. Sistematični pregled 25 raziskav, ki so raziskovale prediktorje starističnih prepričanj med zdravstvenimi delavci, je pokazal, da sta bili izbira za delo s starejšimi bolniki in stopnja znanja o staranju med najmočnejšimi prediktorji manj izrazitih starističnih prepričanj, visoka tesnoba zaradi lastnega staranja pa najmočnejši prediktor bolj izrazitega starističnega prepričanja (Liu idr. 2013).

Raziskave o sprejemanju odločitev v hipotetičnih scenarijih zdravljenja različno starih ljudi kot tudi pregledi dejanskih kartotek so pokazali starostne razlike pri diagnostičnih postopkih in ponujenih zdravljenjih (za pregled glej Wyman idr. 2018). Zdravniki so pri obravnavi starejših bolnikov v primerjavi z mlajšimi prav tako manj potrpežljivi, manj spoštljivi, manj angažirani in manj optimistični (Wyman idr. 2018). Na ravni komunikacije je raziskava, ki so jo opravili Caris-Verhallen in drugi (1999), pokazala, da negativen odnos do starosti med zdravstvenimi tehnikami vodi do krajših in bolj površinskih pogovorov. Podobno sta McLafferty in Morrison (2004) ugotovila, da so bolniške sestre stare bolnike obravnavale z večjo distanco, se z njimi redkeje šalile in si manj verjetno zapomnile njihova imena.

Stari ljudje pogosteje kot druge starostne skupine za bolečine prejemajo preveč ali premalo zdravil, manj pogosto se jih testira za spolno prenosljive bolezni ali zlorabo substanc in manj verjetno se znajdejo na seznamih za transplantacijo organov (Swift in Steeden 2020). Cuddy in Fiske (2002) opozarjata, da enako velja na področju duševnega zdravja, saj je manj verjetno, da bodo zdravniki stare bolnike napotili k psihiatru, čeprav bodo kazali enake simptome kot mlajši. Pretirana uporaba psihiatričnih zdravil pri starih ljudeh je predvsem v kontekstu institucij dolgotrajne oskrbe dobro dokumentirana (glej Ruxton idr. 2015), kljub jasnim dokazom, da pretirana uporaba pomirjeval, antipsihotikov in antidepresivov povečuje tveganja za padce, kognitivno oviranost, razvoj tolerance in odvisnost od zdravil pri starih ljudeh (Bodner idr. 2018).

Starostna izključenost na področju zdravstvenih storitev se delno reproducira tudi na sistemski ravni, saj trenutni sistem plačevanja zdravstvenih storitev spodbuja zdravstvene posege in teste, pri katerih se uporabljajo napredne tehnologije, manj denarja pa namenja za geriatrično oskrbo, ki je pogosto kompleksna in časovno zahtevna (Wyman idr. 2018). Tuji raziskovalci kot problematiko navadno poudarjajo tudi pomanjkanje zanimanja za geriatrijo in majhno število geriatrov, kar posredno kaže, da večina zdravnikov raje zdravi mlade kot stare (Palmore 1999).

Stari ljudje imajo prav tako manjše možnosti za vključitev v rehabilitacijske programe ali zanje pogosto ni preventivnih oziroma presejalnih programov (Gerdina 2020). Razlike v zdravstvenih tretmajih obstajajo tudi med različnimi skupinami starih. Veliko starih bolnikov z diagnosticirano demenco denimo ni vključenih v rehabilitacijske programe, saj nekateri zdravstveni delavci kljub nasprotnim dokazom še vedno verjamejo, da demenca ni ozdravljiva, ali se soočajo z nediagnosticiranjem drugih zdravstvenih težav, ki bi bile pri osebi brez demence verjetneje diagnosticirane in zdravljene (Evans 2018). Posledica je slabše zdravje starih z diagnosticirano demenco kot starih brez nje, saj nezdravljenje z demenco nepovezanih bolezenskih znakov pri prvih povzroči hitrejši upad opravljanja vsakodnevnih opravil, zmanjša kakovost življenja in povzroči zgodnejšo smrt (Evans 2018). Vse naštetu so posledice starostne izključenosti na področju zdravstvene oskrbe, ki izhaja iz širšega starističnega prepričanja, da se s starostjo družbena vrednost posameznika zmanjša.

Del težav izvira tudi iz zanemarjanja starosti in specifičnih potreb zdravljenja starih ljudi v medicinski stroki, ki se še ni prilagodila zgodovinsko gledano največjemu deležu starih bolnikov (Pahor idr. 2011). Ilustrativna je raziskava, o kateri poroča Wehling (2016), ki je po pregledu 926 kliničnih

navodil v Nemški zvezi znanstvenih medicinskih društev (German Association of Scientific Medical Societies Guideline Register) ugotovila, da sta zgolj dve eksplicitno nagovarjali geriatrične bolnike (eno se je nanašalo na prehrano, drugo na inkontinenco). Ista raziskava je dodatno pokazala, da so bile informacije o uporabi zdravil pri starejših pacientih kratke in nejasne, čeprav je bila večina uporabnikov zdravil geriatričnih bolnikov.

2.1. Namen in cilj

Namen prispevka je predstaviti in kontekstualizirati zaznave zdravja starejših Ljubljančanov in drugih prebivalcev Slovenije ter stanja v zdravstvu med prvim in drugim valom epidemije koronavirusa. Ker zaradi dolgoživosti traja 'tretje življenjsko obdobje' vse dlje, se poleg zdravih starih ljudi povečuje tudi število starih, ki živijo s kroničnimi ali akutnimi boleznimi in so pri svojih dnevnih dejavnostih odvisni od zdravstvene oskrbe (Pahor idr. 2011). Glede na to, da je epidemija koronavirusa močno povečala čakalne dobe in zmanjšala dostop do zdravstvenega varstva (v določenih obdobjih so se opravljale le najbolj nujne zdravstvene storitve), predpostavljamo, da se je zdravstveno stanje med epidemijo poslabšalo, kar formaliziramo v naslednjih hipotezah:

H1: Epidemija koronavirusa vpliva na subjektivno oceno zdravja⁴.

H1a: Subjektivna ocena zdravja bo v prvem valu epidemije boljša kot v drugem valu epidemije.

H1b: Subjektivna ocena zdravja se bo med prvim in drugim valom epidemije bolj poslabšala pri starejših od 55 let.

Dodatno nas bo zanimala ocena stanja v zdravstvu med starimi ljudmi, kjer si bomo pomagali z naslednjima raziskovalnima vprašanjema:

RV1: Kako je epidemija koronavirusa vplivala na subjektivno oceno zdravstva v Sloveniji v prvem in drugem valu in ali se bo ocena razlikovala glede na starost respondenta?

RV2: Kako se je subjektivna ocena stanja v zdravstvu razlikovala med Ljubljančani in drugimi prebivalci Slovenije?

3. Metoda

Hipoteze bomo preverili s pomočjo sekundarne analize podatkov, ki so bili zbrani v okviru raziskave Slovensko javno mnenje SJM 2020/1 (Hafner-Fink idr. 2020) in Slovensko javno mnenje SJM 2020/3 (Hafner-Fink idr. 2021), ki v grobem sovpadata s prvim in drugim valom epidemije.

Podatki za prvi val epidemije so bili zbrani z metodo računalniško podprtega anketiranja prek spleta med 1. aprilom in 31. majem 2020 (SJM 2020/1). Populacijo so predstavljali vsi prebivalci Republike Slovenije stari 18 let ali več. Izbor v vzorec vključenih oseb je bil izveden na podlagi Centralnega registra prebivalcev Slovenije kot izhodiščnega vzorčnega seznama. Izbor je bil slučajni dvostopenjski in je upošteval predhodno stratifikacijo na osnovi 12 statističnih regij in 6 tipov naselij. Velikost izhodiščnega bruto vzorca je bila 2000 oseb, stopnja odzivnosti pa 44,4 %. V celoti je anketo izpolnilo 853 anketirancev.

Podatki za drugi val epidemije so bili zbrani z metodo računalniško podprtega anketiranja prek spleta ali prek pošte (respondenti so lahko sami izbrali, ali bodo anketo izpolnili s pomočjo spletnega ali pisemskega vprašalnika) med 10. novembrom 2020 in 31. januarjem 2021. Osnovni instrument raziskave je bil standardizirani vprašalnik. Izbor oseb, ki so bile vključene v vzorec, je bil izveden na

⁴ Čeprav je zdravje kompleksen koncept, ki zajema objektivne fizične, psihične in socialne dimenzije, se je v družboslovnem raziskovanju uveljavilo subjektivno ocenjevanje zdravja, ki predvsem pri primerjalnih raziskavah velja za zelo dober indikator. Ljudje se namreč primarno odločajo za iskanje pomoči v formalnem sistemu zdravstvenega varstva na podlagi subjektivnega občutja (Pahor idr. 2011).

podlagi Centralnega registra prebivalcev Slovenije kot izhodiščnega vzorčnega seznama. Postopek izbora oseb je bil naključni sistematični, kjer je imela vsaka oseba iz populacije enako verjetnost, da bo vključena v vzorec. Za sistematični izbor oseb se je upoštevala predhodna stratifikacija glede na 12 statističnih regij in 6 tipov naselij in naključno začetno točko. Velikost izhodiščnega bruto vzorca je bila 2500 oseb, stopnja odzivnosti pa 46 %. V celoti sta anketo izpolnila 1102 anketiranci.

S pomočjo deskriptivne statistike so bili analizirani odgovori na vprašanja:

1) Kako bi na splošno ocenili vaše zdravje? Ali bi rekli, da je ... Možni so bili odgovori zelo slabo, slabo, zadovoljivo, dobro in zelo dobro.

2) Kakšno je po vašem mnenju splošno stanje zdravstva danes v Sloveniji? Anketiranci so stanje zdravstva v Sloveniji ocenili na 11-stopenjski lestvici od 0 do 10, pri čemer je 0 pomenila, da je stanje izredno slabo, 10 pa izredno dobro.

Po izključitvi manjkajočih vrednosti je bilo končno število odgovorov, zajetih v analizo, pri prvem vprašanju 845 za prvi in 1096 za drugi val, pri drugem vprašanju pa 842 za prvi in 1084 za drugi val.

4. Rezultati

Pri analizi subjektivne ocene zdravja smo združili ocene zelo slabo in slabo ter zelo dobro in dobro.

Tabela 1: Primerjava ocen zdravja med Ljubljančani in drugimi prebivalci Slovenije glede na starost respondenta v prvem in drugem valu epidemije leta 2020

	PRVI VAL				DRUGI VAL			
	(zelo) slabo	zadovoljivo	(zelo) dobro	skupaj	(zelo) slabo	zadovoljivo	(zelo) dobro	skupaj
LJ 55+	8	19	19	46	8	26	31	65
%	17,4	41,3	41,3	100	12,3	40,0	47,7	100
LJ MLAJŠI	2	13	53	68	2	10	65	77
%	2,9	19,1	77,9	100	2,6	13,0	84,4	100
LJ SKUPAJ	10	32	72	114	10	36	96	142
%	8,8	28,1	63,2	100	7,0	25,4	67,6	100
DRUGI PREBIVALCI SLOVENIJE 55 +	39	144	108	291	53	197	154	404
%	13,4	49,5	37,1	100	13,1	48,8	38,1	100,0
DRUGI PREBIVALCI SLOVENIJE MLAJŠI	21	97	322	440	21	123	406	550
%	4,8	22,0	73,2	100	3,8	22,4	73,8	100
DRUGI PREBIVALCI SLOVENIJE SKUPAJ	60	241	430	731	74	320	560	954
%	8,2	33,0	58,8	100	7,8	33,5	58,7	100
VSA SLOVENIJA 55 +	47	163	127	337	61	223	185	469
%	13,9	48,4	37,7	100	13,0	47,6	39,4	100
VSA SLOVENIJA MLAJŠI	23	110	375	508	23	133	471	627
%	4,5	21,7	73,8	100	3,7	21,2	75,1	100
SKUPAJ	70	273	502	845	84	356	656	1096
%	8,3	32,3	59,4	100	7,7	32,5	59,9	100,0

Med prvim in drugim valom se je subjektivna ocena zdravja v splošni populaciji minimalno izboljšala (tabela 1); delež respondentov, ki so svoje zdravje ocenili kot slabo, se je zmanjšal za 0,6 odstotne točke, delež tistih, ki so svoje zdravje ocenili kot dobro, pa se je povečal za 0,5 odstotne točke. Med starejšimi in mlajšimi od 55 let ni bilo pomembnih razlik.

Ljubljancani so bili v prvem letu epidemije glede na subjektivno oceno bolj zdravi kot drugi prebivalci Slovenije. Prav tako so v drugem valu epidemije bolje ocenili svoje zdravje kot v prvem valu. Oboje velja tako za starejše od 55 let kot za mlajše, čeprav so slednji v obeh časovnih točkah poročali o bistveno boljšem zdravju kot starejši.

Kot slabo ali zelo slabo je svoje zdravje v prvem valu ocenilo 17,4 % Ljubljancanov, starejših od 55 let, kot dobro ali zelo dobro pa 41,3 %. Delež prvih se je v drugem valu zmanjšal za 5,1 odstotne točke, delež drugih pa povečal za 6,4 odstotne točke. Med mlajšimi Ljubljancani jih je o slabem ali zelo slabem poročalo zgolj 2,9 % v prvem in 2,6 % v drugem valu, medtem ko je svoje zdravje kot dobro v prvem valu ocenilo 77,9 % mlajših in kar 84,4 % v drugem valu.

Pri analizi subjektivne ocene zdravstva v Sloveniji smo združili negativne vrednosti merske lestvice (od 0 do 4), obdržali sredinsko vrednost (5) in združili pozitivne vrednosti merske lestvice (od 6 do 10).

Tabela 2: Primerjava ocen stanja zdravstva v Sloveniji med Ljubljancani in drugimi prebivalci Slovenije glede na starost respondenta v prvem in drugem valu epidemije leta 2020

	PRVI VAL				DRUGI VAL			
	slabo	zadovoljivo	dobro	skupaj	slabo	zadovoljivo	dobro	skupaj
LJ 55+	14	6	26	46	32	9	22	63
%	30,4	13,0	56,5	100,0	50,8	14,3	34,9	100
LJ MLAJŠI	17	13	38	68	34	14	27	75
%	25,0	19,1	55,9	100,0	45,3	18,7	36	100
LJ SKUPAJ	31,0	19,0	64,0	114,0	66,0	23,0	49,0	138,0
%	22,5	13,8	46,4	82,6	47,8	16,7	35,5	100,0
DRUGI PREBIVALCI SLOVENIJE 55 +	89	35	162	286	177	66	160	403
%	31,1	12,2	56,6	100,0	43,9	16,4	39,7	100
DRUGI PREBIVALCI SLOVENIJE MLAJŠI	149	79	214	442	283	93	167	543
%	17,7	9,4	25,4	52,5	52,1	17,1	30,8	100
DRUGI PREBIVALCI SLOVENIJE SKUPAJ	238,0	114,0	376,0	728,0	460,0	159,0	327,0	946,0
%	25,2	12,1	39,7	77,0	48,6	16,8	34,6	100,0
VSA SLOVENIJA 55 +	103	41	188	332	209	75	182	466
%	31,0	12,3	56,6	100	44,9	16,1	39,0	100
VSA SLOVENIJA MLAJŠI	166	92	252	510	317	107	194	618
%	32,6	18,0	49,4	100	51,3	17,3	31,4	100
VSA SLOVENIJA SKUPAJ	269	133	440	842	526	182	376	1084
%	31,9	15,8	52,3	100	48,5	16,8	34,7	100

Iz tabele 2 je razvidno, da so respondenti v prvem valu epidemije stanje zdravstva ocenili bistveno bolj pozitivno kot v drugem valu, saj je delež ljudi, ki so ocenili, da je stanje zdravstva v Sloveniji dobro, padel z 52,3 % na 34,7 %, delež tistih, ki so ocenili, da je stanje zdravstva slabo, pa narasel z 31,9 % na 48,5 %. V primerjavi z drugimi prebivalci Slovenije so v prvem valu Ljubljančani stanje v zdravstvu ocenili bolj pozitivno. Kot dobro ga je ocenilo 46,4 % Ljubljančanov v primerjavi z 39,7 % drugih prebivalcev Slovenije in kot slabo 22,5 % v primerjavi s 25,2 %. Te razlike v drugem valu praktično ni več, saj oba deleža ljudi, ki ocenjujejo stanje zdravstva v Sloveniji kot dobro, padeta na 35 %, deleža tistih, ki ocenjujejo stanje zdravstva v Sloveniji kot slabo, pa narasteta na 48 %.

Delež ljudi, ki so stanje zdravstva v Sloveniji pozitivno ocenili v prvem valu epidemije, je bil med starejšimi večji kot med mlajšimi, saj je kot dobro stanje zdravstva v Sloveniji ocenilo 56,6 % starejših od 55 let in 49,4 % mlajših, kot slabo pa 31 % starejših in 32,6 % mlajših. V drugem valu epidemije je kot dobro stanje zdravstva v Sloveniji ocenilo 18 % manj tako mlajših kot starejših od 55 let, se je pa razlika glede na starost vendarle nekoliko povečala, saj se je delež respondentov, ki so stanje zdravstva v Sloveniji ocenili kot slabo, bolj povečal pri mlajših kot pri starejših od 55 let.

Ljubljančani, starejši od 55 let, se glede ocene stanja v zdravstvu v Sloveniji v prvem valu epidemije praktično ne razlikujejo od drugih prebivalcev Slovenije, se pa razlika poveča v drugem valu, ko se delež Ljubljančanov, ki stanje zdravstva v Sloveniji ocenjujejo kot slabo, poveča s 30,4 % na 50,8 %, delež tistih, ki ga ocenjujejo kot dobro, pa se zmanjša s 56,5 % na 34,9 %, medtem ko se delež drugih respondentov, ki stanje zdravstva v Sloveniji ocenjujejo kot slabo, poveča z 31,1 % na 43,9 %, delež tistih, ki ga ocenjujejo kot dobro, pa se zmanjša s 56,6 % na 39,7 %.

V primerjavi z mlajšimi so Ljubljančani, starejši od 55 let, stanje zdravstva v Sloveniji v prvem valu ocenili nekoliko slabše; medtem ko je 30,4 % Ljubljančanov starejših od 55 let menilo, da je stanje v zdravstvu v Sloveniji slabo, je bilo med mlajšimi takih le 25 %. V prvem valu starostnih razlik pri deležu respondentov, ki so stanje v zdravstvu v Sloveniji ocenili kot dobro, skoraj ni bilo – pri obojih je bil delež okoli 56 %. V drugem valu epidemije so se starostne razlike v oceni stanja zdravstva v Sloveniji med Ljubljančani obdržale; delež respondentov, ki so stanje v zdravstvu ocenili kot slabo, se je pri obeh starostnih skupinah povečal za približno 20 odstotnih točk, delež tistih, ki so stanje v zdravstvu v Sloveniji ocenili kot dobro, pa se je zmanjšal za prav toliko.

5. Razprava in sklep

Zagotovljen dostop in kakovost zdravstvene oskrbe sta ključnega pomena za kakovostno starost. Ob upoštevanju dejstva, da so stari ljudje pogostejši uporabniki zdravstvenih storitev kot mlajši (Pahor idr. 2011) in da zdravstveni delavci ob večjih obremenitvah verjetneje uporabljajo stereotipe (Levy in Banaji 2002), smo predpostavljali, da bi pandemija koronavirusa lahko povečala starostno izključenost na področju zdravstvenih storitev, okrepila negativne starostne stereotipe med zdravstvenimi delavci, spodbudila obravnavo bolnikov na osnovi stereotipov in posledično znižala kakovost zdravstvene oskrbe, ki jo stari ljudje lahko pričakujejo. Za stare bolnike je namreč bolj verjetno, da jim bo dodeljena identiteta »stare osebe«, ki na družbeno legitimen način upravičuje in normalizira staristično zdravstveno obravnavo.

Prepričanje, da je večina bolezni za starost 'normalna', lahko preprečuje ustrezno zdravljenje bolezni in stanj, ki jih je dejansko mogoče izboljšati na institucionalnem nivoju: »V kontekstu zdravstvene oskrbe lahko vidiki učnih načrtov, ki razlagajo določena zdravstvena stanja kot 'tipična' za stare ljudi, v kombinaciji z institucionalnimi zahtevami (npr. pomanjkanje časa), ustvarijo okolje, ko so odločitve utemeljene na stereotipih in potencialno negativno vplivajo na obravnavo starejših pacientov« (Voss idr. 2018, 20). Predvsem slednje lahko postane bolj problematično v času epidemije, saj je v »situacijah, ko so ljudje pod časovnim pritiskom, in v situacijah, v katerih morajo biti pozorni na več stvari hkrati, stereotipiziranje bolj verjetno« (Levy in Banaji 2002, 50). Stereotipi-

ziranje in spregledovanje razlik med posamezniki pa sta za starizem značilna elementa (Ayalon in Tesch-Römer 2018a).

Starizem v zdravstvu znižuje tako kakovost zdravstvene oskrbe kot samospoštovanje starih ljudi (Lešnik in Tomažič 2017). Če stari ljudje pričakujejo, da jih bo obisk zdravstvene ustanove povzročil stres, ki izčrpa psihološke vire, potrebne za sodelovanje v procesu zdravstvene obravnave starega človeka, bodo verjetno bolj zadržani pri kontaktiranju zdravnika zaradi nenujnih bolezenskih stanj.

Zaradi teh razlogov smo, kot je razvidno iz prve hipoteze, pričakovali, da se bo subjektivna ocena zdravja med anketiranci v drugem valu epidemije poslabšala, vendar tega izsledki naše analize niso potrdili. Nasprotno, v splošni populaciji se je subjektivna ocena zdravja v drugem valu epidemije v primerjavi s prvim valom celo izboljšala, čeprav minimalno. Glede na subjektivno oceno zdravja je do izboljšanja prišlo tako med Ljubljančani kot v splošni populaciji, tako med starejšimi od 55 let kot med mlajšimi. Podatki kažejo, da lahko sprejmemo hipotezo H1, da epidemija koronavirusa vpliva na subjektivno oceno zdravja, ne pa tudi hipotez H1a in H1b, ki sta pričakovali poslabšanje v subjektivni oceni zdravja v drugem valu epidemije (glede na prvi val). Razglabljanja o vzrokih za boljšo oceno zdravja v drugem valu epidemije presegajo doseg tega prispevka, saj ne vemo, kako na subjektivno oceno zdravja vpliva življenje z epidemijo koronavirusa, denimo, kako dnevno poročanje o številu smrti in prikazovanje umirajočih ali hudo bolnih na intenzivnih oddelkih bolnišnic vpliva na subjektivno oceno zdravja.

V povezavi z raziskovalnim vprašanjem RV1 se je pokazalo, da je v drugem valu epidemije, v primerjavi s prvim, prišlo do poslabšanja ocene stanja zdravstva v Sloveniji. Čeprav je primerjava odgovorov anketirancev glede na starost pokazala, da se je delež respondentov, ki so stanje zdravstva v Sloveniji ocenili kot slabo, bolj povečal pri mlajših kot pri starejših od 55 let, je rast deleža pri slednjih za skoraj polovico skrb vzbujajoča. Pomeni lahko, da bodo stari ljudje bolj verjetno pričakovali obravnavo na podlagi stereotipnih predpostavk o starosti, ki je pogosto manj kakovostna. To pričakovanje pa se lahko manifestira v samoomejevanju preventive: stari ljudje se lahko zaradi strahu pred tem, da jih bodo obravnavali nespoštljivo, ne odločajo za obisk zdravnika, dokler ni za učinkovito zdravljenje že prepozno (Lešnik in Tomažič 2017).

V povezavi z raziskovalnim vprašanjem RV2 smo ugotovili, da v prvem valu epidemije med Ljubljančani in drugimi prebivalci Slovenije pri subjektivni oceni stanja v zdravstvu ni bilo večjih razlik. So se pa te pokazale v drugem valu epidemije, ko se je subjektivna ocena stanja v zdravstvu v Sloveniji bolj poslabšala med Ljubljančani. Kar pomeni, da so tveganja, povezana s pričakovanjem staristične obravnave v času epidemije koronavirusa, v Ljubljani večja. Otežen dostop do zdravstvenega varstva lahko pomeni manj preventivnih pregledov in pravočasnih odločitev za zdravljenje, to pa lahko vodi do slabšega zdravja. Ker stari ljudje zdravstveno varstvo potrebujejo pogosteje kot mladi, je verjetno, da bo manjša splošna dostopnost do zdravstvenega varstva najbolj prizadela ravno stare Ljubljančane, ki jih na podlagi tega prispevka identificiramo kot skupino, ki je – navkljub izboljšanju zdravja v drugem valu epidemije v primerjavi s prvim valom – posebej izpostavljena tveganju starostne izključenosti na področju zdravstvenega varstva.

6. Omejitve

Ta raziskava ni brez omejitev. Najpomembnejša je, da lahko na podlagi subjektivne ocene zdravja in stanja zdravstva v Sloveniji le predvidevamo, kakšne so lahko posledice takšne zaznave na teoretski, ne pa tudi na praktični ravni. Prihodnje študije bodo morale raziskati, v kolikšni meri stari ljudje povezujejo stanje v zdravstvu s stopnjo starizma v zdravstvu in v kolikšni meri na podlagi tega pričakovanja sprejemajo odločitve, povezane s preventivno zdravstveno oskrbo. Pri zadnjem raziskovalnem vprašanju velja poudariti, da smo izhajali iz raziskave javnega mnenja, ki je bila na-

rejena na nacionalnem vzorcu, zaradi česar smo pri delitvi vzorca na Ljubljance in ostale prebivalce Slovenije pri podvzorcu Ljubljanci operirali z relativno majhnim številom ljudi.

7. Afiliacije in zahvale

Doseženi raziskovalni rezultati so nastali v okviru nalog, ki so bile (so)financirane iz državnega proračuna po pogodbah, ki so bile sklenjene med ARRS in izvajalcem. Za pomoč pri zbiranju in obdelavi podatkov se avtor zahvaljuje Tini Vovk ter Centru za raziskovanje javnega mnenja in množičnih komunikacij, ki deluje pod okriljem Fakultete za družbene vede Univerze v Ljubljani.

Literatura

- Ayalon, Liat in Clemens Tesch-Römer. 2018. Introduction to the Section: Ageism—Concept and Origins. V *International Perspectives on Aging*, ur. Liat Ayalon in Clemens Tesch-Römer, 1–10. Springer. doi: 10.1007/978-3-319-73820-8_1.
- Beauvoir de, Simone. 2018. *Starost I – Stališče zunanosti*. Ljubljana: OPRO, zavod za aplikativne študije.
- Beauvoir de, Simone. 2020. *Starost II – Biti-v-svetu*. Ljubljana: OPRO, zavod za aplikativne študije.
- Bodner, Ehud., Yuval Palgi in Mary F. Wyman. 2018. Ageism in Mental Health Assessment and Treatment of Older Adults. V *International Perspectives on Aging*, ur. Liat Ayalon in Clemens Tesch-Römer, 241–262. Springer. doi: 10.1007/978-3-319-73820-8_15.
- Caris-Verhallen, Wilma M. C. M., Ingrid M. De Gruijter, Ada Kerkstra in Jozein M. Bensing. 1999. Factors related to nurse communication with elderly people. *Journal of Advanced Nursing* 30(5), 1106–1117. doi: 10.1046/j.1365-2648.1999.01197.x.
- Cuddy, Amy J. in Susan T. Fiske. 2002. Doddering but Dear: Process, Content, and Function in Stereotyping of Older Persons. V *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons*, ur. Todd D. Nelson, 3–26. Cambridge, MA: MIT Press.
- Evans, C. Simon. 2018. Ageism and Dementia. V *International Perspectives on Aging*, ur. Liat Ayalon in Clemens Tesch-Römer, 263–275. Springer. doi: 10.1007/978-3-319-73820-8_16.
- Gerdina, Otto. 2020. Predgovor. V *Crescendo v istem duru: O usodi starih na sončni strani Alp*, ur. Otto Gerdina, 9–21. Ljubljana: OPRO, zavod za aplikativne študije.
- Hadbavna, Adriana in Desmond O'Neill. 2013. Ageism in interventional stroke studies. *Journal of the American Geriatrics Society* 61(11), 2054–2055.
- Hafner-Fink, Mitja, Živa Broder, May Doušak, Rebeka Falle-Zorman, Otto Gerdina, Ana Jagodic, Ivana Kecman, Slavko Kurdija, Vlado Miheljak, Marko Polič, Samo Uhan, Niko Toš, Tina Vovk, Špela Zajšek in Brina Malnar. 2020. *Slovensko javno mnenje 2020/1 – Poročilo o izvedbi raziskave in sumarni pregled rezultatov*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Hafner-Fink, Mitja, Živa Broder, May Doušak, Rebeka Falle-Zorman, Otto Gerdina, Ana Jagodic, Ivana Kecman, Slavko Kurdija, Vlado Miheljak, Mojca Pajnik, Samo Uhan, Niko Toš, Tina Vovk, Špela Zajšek in Brina Malnar. 2021. *Slovensko javno mnenje 2020/3 – Poročilo o izvedbi raziskave in sumarni pregled rezultatov*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Lešnik, Amadeus in Jožefa Tomažič. 2017. Starizem v zdravstvenih ustanovah. *Obzornik zdravstvene nege* 51(4), 312–319. doi: 10.14528/snr.2017.51.4.166.
- Levy, R. Becca in Mahzarin R. Banaji. 2002. Implicit Ageism. V *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons*, ur. Todd D. Nelson, 49–76. Cambridge Massachusetts; London England: MIT Press.
- Liu, Yun-E., Ian J. Norman in Alison E. While. 2013. Nurses' attitudes towards older people: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies* 50(9), 1271–1282. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.11.021.
- Lloyd-Sherlock, G. Peter, Shah Ebrahim, Martin McKee in Marin J. Prince. 2016. Institutional ageism in global health policy. *BMJ (Clinical research ed.)*, 354, 451–454. doi: 10.1136/bmj.i4514.
- McLafferty, Isabella in Frederic Morrison. 2004. Attitudes towards hospitalized older adults. *Journal of Advanced Nursing* 47(4), 446–453. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03122.x.
- Pahor, Majda, Barbara Domajnko in Valentina Hlebec. 2011. Zaznave zdravja in dostopnosti zdravstvenega varstva: Mesto Slovenije v evropskih razdeljenostih. V *Blaginja pod pritiski demografskih sprememb*, ur. Srna Mandič in Maša F. Hrast, 189–160. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Palmore, Erdman. 1999. *Ageism: negative and positive*. New York: Springer Publishing Company.

- Pirtošek, Zvezdan. 2020. (Ne)sprejemljivost različne obravnave zaradi starosti. V *Crescendo v istem duru: O usodi starih na sončni strani Alp*, ur. Otto Gerdina, 25–36. Ljubljana: OPRO, zavod za aplikativne študije.
- Ruxton, Kimberley, Richard J. Woodman in Arduino A. Mangoni. 2015. Drugs with anticholinergic effects and cognitive impairment, falls and all-cause mortality in older adults: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Clinical Pharmacology* 80(2), 209–220. doi: 10.1111/bcp.12617.
- Salter, Brian in Charlotte Salter. 2018. The politics of ageing: health consumers, markets and hegemonic challenge. *Sociology of Health & Illness* 40(6), 1069–1086. doi: 10.1111/1467-9566.12743.
- Swift, J. Hannah in Ben Steeden. 2020. *Exploring representations of old age and ageing Literature review About us Centre for Ageing Better*. Dostopno na: <https://www.ageing-better.org.uk/sites/default/files/2020-03/Exploring-representations-of-old-age.pdf> (5. januar 2021).
- Thompson, Sue. 2017. Ageing and Ageism. V *Handbook of the Sociology of Death, Grief, and Bereavement: A Guide to Theory and Practice*, ur. Neil Thompson in Gerry R. Cox, 210–223. Routledge.
- Voss, Peggy, Ehud Bodner in Klaus Rothermund. 2018. Ageism: The Relationship between Age Stereotypes and Age Discrimination. V *International Perspectives on Aging*, ur. Liat Ayalon in Clemens Tesch-Römer, 11–31. doi: 10.1007/978-3-319-73820-8_2.
- Wehling, Martin. 2016. Efficacy and safety of medication in the old age, clinical guidelines and FORTA recommendations. V *EU COST action 1402 training school abstract book 'European perspectives in rational and individualized drug therapy and ageism - priorities for the next decades*, ur. Daniela Fialova idr., 10–13. Prague: Prager Press.
- Wyman, F. Mary, Sharon Shiovitz-Ezra in Jürgen Bengel. 2018. Ageism in the Health Care System: Providers, Patients, and Systems. V *International Perspectives on Aging*, ur. Liat Ayalon in Clemens Tesch-Römer, 193–212. doi: 10.1007/978-3-319-73820-8_13.

Vključevanje oseb z demenco v prilagojene aktivnosti v času covida-19

Involving persons with dementia in adapted activities during COVID-19

David Krivec, univ. dipl. soc.

Spominčica – Alzheimer Slovenija – Slovensko združenje za pomoč pri demenci

Jelka Cerar, univ. dipl. soc. del.

Spominčica – Alzheimer Slovenija – Slovensko združenje za pomoč pri demenci

Laura Fajkovič, dipl. soc. del.

Spominčica – Alzheimer Slovenija – Slovensko združenje za pomoč pri demenci

dr. Špela Glišović Krivec, univ. dipl. biol.

Spominčica – Alzheimer Slovenija – Slovensko združenje za pomoč pri demenci

POVZETEK

Demenca, za zdaj neozdravljiva in napredujoča bolezen, ni del običajnega staranja. O demenci govorimo takrat, ko se zaradi bolezni možganov posameznikove kognitivne sposobnosti poslabšajo do te mere, da je to moteče pri vsakdanjem življenju. Demenca vedno močno vpliva na življenje prizadete osebe in njeno družino. Za osebe z demenco je koristno, da so čim dlje v domačem (poznanem) okolju in vključeni v socialne stike. V času epidemije covida-19 se je izkazalo, da so družine oseb z demenco in tudi tisti, ki v začetni fazi bolezni živijo sami doma, v še večjih stiskah in težavah. Raziskovalci po svetu so v številnih raziskavah ugotavljali vplive epidemije covida-19 na zdravstveno stanje oseb z demenco, oseb z blagim kognitivnim upadom (MCI) in njihove svojce. Negativne vplive so povezali predvsem z zmanjšanjem socialnih stikov, zmanjšano aktivnostjo, spremenjeno dnevno rutino in povečanimi izdatki zaradi oskrbe.

V združenju Spominčica smo želeli ugotoviti, s kakšnimi težavami se srečujejo osebe z demenco in njihovi svojci v času epidemije covida-19 in se nanje ustrezno odzvati. Izvedli smo periodične evalvacije tematik svetovanj v okviru posvetovalnice in skupaj s strokovnjaki ustrezno prilagodili dejavnosti ter pripravili odzive s ciljem ohranjanja socialne vključenosti, ohranjanja kognitivnih sposobnosti in opolnomočenja uporabnikov.

Skupna značilnost posledic epidemije je, da se je zdravstveno stanje oseb z demenco in njihovih oskrbovalcev poslabšalo, bistveno se je zmanjšala dostopnost do podpornih storitev v skupnosti in institucionalnih storitev. Dejavnosti skupin za samopomoč svojcem, delavnice Dejva in Alzheimer Cafe, smo prilagodili novim razmeram in jih izvajali preko spleta. Svojci so se med epidemijo soočali tudi z novimi dilemami in stiskami. Kot odgovor na opaženo smo pripravili vrsto napotkov in začeli kampanjo ozaveščanja in opolnomočenja „Demenca in epidemija covida-19“. Pomembno vlogo pri zagotavljanju dostopnosti do informacij o demenci in oblikah pomoči imajo Demenci prijazne točke, katerih nosilke so prepoznane organizacije v lokalnem okolju z usposobljenimi zaposlenimi,

z znanji o demenci in oblikah pomoči. Tudi ti dostopi so omogočili blaženje negativnih vplivov v lokalnih okoljih.

Spremenjene razmere v času epidemije covid-19 so jasno pokazale nujnost, da se razvijejo pravilni pristopi za ohranjanje človeške bližine in se za krepitev posameznika spodbuja sodelovanje v aktivnostih na daljavo ter sprejme ustrezne ukrepe za zajezitev potencialnega zdrsa v revščino tistih družin, ki živijo z demenco.

Ključne besede: demenca, socialno vključevanje, ranljiva skupina, epidemija covid-19, Mestna občina Ljubljana.

ABSTRACT

Dementia is not part of normal ageing but a result of brain disease. We speak of dementia when an individual's cognitive abilities deteriorate to such an extent that it becomes disruptive in their everyday life. Dementia always has a major impact on the lives of the person and their family. It is beneficial for people with dementia to stay in their home environment and to maintain social contacts for as long as possible. The families of people with dementia, as well as people in the early stages of the disease still living on their own, were found to face even greater difficulties and problems during the COVID-19 epidemic. Several international studies were carried out to examine the effect of the COVID-19 epidemic on the cognitive state of people with dementia, those with mild cognitive impairment (MCI), and their families. The negative influences were mainly linked to a reduction in social contracts and activity, changes in the daily routine, and an increase of care expenses. Therefore, we wanted to identify the problems people with dementia and their carers face during the epidemic and to respond accordingly. Spominčica carried out periodic evaluations of the provided counselling and, in collaboration with experts, adjusted the activities and prepared responses with the aim of maintaining social inclusion and cognitive abilities, and empowering people living with dementia. A common feature is that the health condition of people with dementia and their carers has deteriorated, and access to community-based support and institutional services has been significantly reduced. The activities of self-help support groups for relatives of persons with dementia, DEJVA workshops, and Alzheimer Cafes were adapted to the new conditions and carried out online. Relatives were also faced with new dilemmas and hardships during COVID-19. In response, Spominčica has prepared a series of guidelines and launched an awareness and empowerment campaign „Dementia and the COVID-19 epidemic“. Dementia-friendly points, recognized organizations in the local environment with qualified staff and knowledge about dementia and forms of care play an important role in ensuring access to information about dementia and forms of care. These institutions were also an important source of support in the time of the COVID-19 pandemic.

The changed situation during the COVID-19 epidemic clearly exposed the need to develop the right approaches to maintaining human closeness, to support the individual by encouraging participation in remote activities, and also to prevent potential poverty of families living with dementia.

Key words: dementia, social inclusion, vulnerable group, COVID-19 epidemic, City of Ljubljana.

1. Uvod

Demenca, za zdaj neozdravljiva in napredujoča bolezen, ni del običajnega staranja. O demenci govorimo takrat, ko ima posameznik težave pri vsakodnevni sposobnosti pomnjenja, razumevanja, govora, prostorske orientacije in presoje. Posameznikova kognicija se poslabša do te mere, da vpliva na njegovo zaznavanje sveta in je moteča pri vsakdanjem življenju. Demenca je posledica različnih bolezni, najbolj pogost vzrok je Alzheimerjeva bolezen, ki povzroča dve tretjini vseh demenc. Ocenjujejo, da je leta 2018 v Sloveniji živelo 34.137 oseb z demenco, kar predstavlja 1,6 odstotka

prebivalstva (Alzheimer Europe 2019). Alzheimer Europe je v poročilu pripravil tudi dolgoročno napoved, v kateri so ocenili, da se bo kljub zmanjšanju števila prebivalstva skupno število oseb z demenco do leta 2050 skoraj podvojilo, na 65.892, in bodo osebe z demenco v letu 2050 predstavljale 3,4 odstotka celotnega prebivalstva Slovenije. Slovenija tako sledi ostalim zahodnim evropskim državam ter demografskim spremembam, ki napovedujejo, da se bo do leta 2050 skoraj podvojilo število oseb z demenco.

Za ljudi z demenco je priporočljivo, da živijo čim dlje v poznanem domačem okolju, kar predstavlja velik izziv – tako za osebe z demenco kot njihove bližnje. Demenca lahko pri posamezniku povzroča tveganja. Socialni delavci stremimo k temu, da se s človekom z demenco naredita osebni načrt ter analiza tveganja. Pomembno je, da so osebe z demenco čim bolj aktivne, da opravljajo dejavnosti, ki jih še zmorejo, ter so vključene v lokalno skupnost. Pri ljudeh z demenco je še posebej pomembno, da imajo stike z drugimi. Žal se pogosto dogaja, da starejši ljudje velikokrat živijo sami in imajo redke socialne stike. Ker pa smo ljudje socialna bitja in potrebujemo bližino drugih, redko druženje in krčenje socialnega kapitala lahko povežemo s slabo kognicijo, to pa vodi do poslabšanje zdravstvenega stanja – tako na področju kognitivnih kot fizičnih sposobnosti (Evans idr. 2018). Kot ključna je prepoznana potreba po socialnem vključevanju starejših odraslih, še posebej pa ljudi z demenco. Za posameznike v začetni fazi demence priporočajo, da so čim bolj aktivni, se vključujejo v pogovorne skupine, skupine za samopomoč ter druge družbene aktivnosti, ki imajo za posameznika smisel.

V letu 2020 je življenje mnogih ljudi popolnoma spremenila epidemija covida-19. Epidemija in ukrepi za varovanje zdravja so močno vplivali na vse segmente vsakdanjega življenja. Izkazalo se je, da so družine oseb z demenco in tudi tisti, ki v začetni fazi bolezni živijo sami, v še večjih stiskah in težavah. Povsod po svetu so raziskovalci ugotavljali vplive epidemije na stanje oseb z demenco, oseb z blagim kognitivnim upadom (v nadaljevanju MCI) in njihove svojce. Slabšanje stanja so povezali predvsem z zmanjšanjem socialnih stikov ter zmanjšano aktivnostjo. Zaradi omejitev stikov in izolacijskih ukrepov se je stopnja telesne neaktivnosti ljudi povečala do 30 %, kar bo verjetno imelo škodljive posledice na primarni in sekundarni ravni preprečevanja demence tudi v prihodnosti (Müller idr. 2020). Ugotovitve kažejo tudi, da so ljudje z MCI zaradi pandemije izpostavljeni tveganju poslabšanja kognitivnega in duševnega zdravja, na kar primarno vplivata socialna izolacija in osamljenost (Manca idr. 2020). Različne omejitve, povezane z epidemijo covida-19, vključno z motenimi rutinami, pomanjkanjem ohranjanja strukture dneva, z manjšim dostopom do nadomestne oskrbe in poslabšanjem varnostnih vprašanj, povezanih z medosebnim nasiljem in higieno, predstavljajo pomembne izzive za oskrbovalce in osebe z demenco (Azarpazhooh idr. 2020). Študije kažejo, da tudi oskrbovalci in družinski člani, ki skrbijo za osebo z demenco, povečano obolevajo za nevrološkimi težavami zaradi preobremenjenosti (Alexopoulos idr. 2020). Pandemija grozi, da bo porušila osnovne rutine, ki so nujne za ohranjanje duševnega in fizičnega zdravja tako oseb z MCI in/ali demenco kot njihovih svojcev in oskrbovalcev (Tsapanou idr. 2021).

Poslabšanje zdravstvenega stanja in počutja zaradi nenadne ukinitve socialnih stikov, porušeni dnevni rutini ter finančne stiske zaradi stroškov oskrbe smo zaznali tudi v Sloveniji. Spremenjena realnost med epidemijo covida-19 nas opominja, da je treba zagotoviti ustrezno raven oskrbe in pomoči ljudem z upadom kognitivnih sposobnosti ter njihovim oskrbovalcem in okrepiti storitve socialnega varstva, predvsem s prilagoditvijo in nadgradnjo oblik pomoči v skupnosti.

1.1. Namen in cilj

Epidemija covida-19 in ukrepi za ohranjanje zdravja so imeli za posledico zmanjšanje socialnih stikov in slabši dostop do institucionalnih storitev in storitev v skupnosti. Želeli smo ugotoviti, s kakšnimi težavami se v času epidemije srečujejo osebe z demenco in njihovi svojci. V združenju

Spominčica smo se na to odzvali in pripravili dejavnosti s ciljem ohranjanja socialne vključenosti, kognitivnih sposobnosti in opolnomočenja uporabnikov.

2. Metode

Marca 2020, ko se je začela epidemija covida-19, smo zaznali spremembe v vsebinah pogovorov preko svetovalnega telefona v posvetovalnici združenja Spominčica. Izvedli smo periodične kvalitativne evalvacije vsebin. Kasneje, maja 2020, smo v evalvacije vključili tudi tematike vprašanj, ki smo jih prejeli po elektronski pošti in v spletni posvetovalnici. Uporabniki posvetovalnice predstavljajo vzorec oseb z zaznanimi težavami kognitivnih funkcij ali demenco in njihovi svojci oziroma oskrbovalci. Na osnovi rezultatov kvalitativne analize in intervizijskih sestankov smo oblikovali odzive na zaznane potrebe uporabnikov. V pripravo dejavnosti smo vključili tudi delovno skupino oseb z demenco, ki deluje v sklopu Spominčice. Dejavnosti, namenjene neposrednim uporabnikom, in ozaveščanje javnosti smo izvajali v okviru socialnovarstvenega programa Ljubljana – demenci prijazno mesto, ki ga Spominčica izvaja v Mestni občini Ljubljana (v nadaljevanju MOL). Glavni cilji programa so: ozaveščana in o demenci informirana lokalna skupnost MOL, zmanjšana stigma demence, o demenci informiran in izobražen uporabnik programa, opolnomočen uporabnik in uporabnik s pozitivnejšim smislom do življenja.

Vsebine vključevanja oseb z demenco v aktivnosti za ohranjanje socialne vključenosti in kognitivnih sposobnosti smo predhodno razvili v Erasmus+ KA2 projektih AD-AUTONOMY (Razvoj programa usposabljanja za povečanje avtonomnosti oseb z Alzheimerjevo boleznijo), AD-GAMING (Oblikovanje programa usposabljanja za uporabo »resnih iger« za izboljšanje kakovosti življenja oseb z Alzheimerjevo boleznijo), SINCALA (Podpora neformalnim oskrbovalcem: celostni družinski in (vse) življenjski pristop) in AD-ARTS (Uporaba kreativnih umetnosti za izboljšanje kakovosti življenja oseb z demenco). Vsebine in njihovo izvedbo smo prilagodili novim razmeram in jih prenesli v spletne delavnice.

3. Rezultati

V okviru posvetovalnice smo v letu 2020 izvedli 945 svetovanj uporabnikom. Svetovanje je potekalo v prostorih Spominčice, v okviru Knjižnice pod krošnjami, na dogodkih ozaveščanja ter na aktivnostih na daljavo. Osebno, telefonsko in elektronsko svetovanje je potekalo vsak delovnik od 9. do 15. ure, v času epidemije smo povečali obseg delovanja svetovalnega telefona, ki je deloval vsak dan, tudi med vikendi in prazniki, med 9. in 22. uro. Izvedli smo kvalitativno analizo vsebin pogovorov v posvetovalnici. Vsebine smo razdelili glede na bivalno okolje osebe z demenco: živi sama, živi s svojci, živi v domu starejših. Glavni vsebinski sklopi so prikazani v tabeli 1.

Tabela 1: Težave, ki jih osebe z demenco in njihovi svojci izpostavljajo preko svetovalnega telefona

OSEBA Z DEMENCO ŽIVI SAMA
Ostali so brez pomoči svojcev, ker živijo predaleč, ker so zboleli, ker imajo takšne službe, da ne upajo do njih, da jih ne bi okužili, cel dan delajo in nimajo časa ...
Niso odprta dnevna varstva ali dnevni centri, kar bi jim zapolnilo del dneva.
Opazno se je poslabšalo zdravstveno stanje – upad kognitivnih sposobnosti.
Ne glede na to, da se je zdravstveno stanje osebe z demenco močno poslabšalo, ne morejo dobiti prostega mesta v domu starejših, ker domovi v času epidemije ne sprejemajo novih stanovalcev.
Svojci se srečujejo s tavanjem osebe z demenco, ki ne razume, kako težka je situacija. S tem ogroža sebe in druge. Svojci so v stiski, ker nimajo nadzora nad tem, kaj oseba z demenco počne doma.
Akviziterji in ostali prodajalci po telefonu in preko pošte še toliko lažje pridejo do oseb z demenco, ki so sami doma.
OSEBA Z DEMENCO ŽIVI SKUPAJ S SVOJCEM/SVOJCI
Ne prejemajo pomoči oseb iz okolja (prijatelji, sorodniki, družabniki), ki so jim prej pomagali pri skrbi za svojca z demenco in jih nekoliko razbremenili.
Osebe z demenco so zmedene, razdražljive. Svojci namenijo še toliko več energije za umirjanje.
Svojci so preobremenjeni. So bili že prej, zdaj pa so še bolj.
Poročajo o povečanju nasilja v družinah.
Težave zaradi poslabšane finančne situacije.
Težje pridejo do zdravstvenih storitev.
Nekateri pa poročajo, da se zanje v času epidemije ni nič spremenilo, ker ob osebi z demenco že prej niso mogli nikamor in ne prejemajo nikakršne pomoči.
OSEBA Z DEMENCO ŽIVI V DOMU STAREJŠIH OBČANOV
Občutki krivde svojcev, da ne morejo poskrbeti za bližnjega z demenco, ki so ga prej vsakodnevno obiskovali, pomagali pri hranjenju in podobno.
Strah, da za bližnje v domu ni poskrbljeno, saj so prej pomagali svojci.
Nemoč in strah, da jih bodo osebe z demenco pozabile, da jih po končani karanteni ne bodo več sprejele.
Svojci se soočajo z očitki svojih bližnjih z demenco, da jih puščajo same, da ne pridejo na obisk in podobno.
Poslabšalo se je zdravstveno stanje – upad kognitivnih sposobnosti.

Vir: Lastna raziskava 2020.

Za osebe z demenco, ki živijo same, ugotavljamo povečanje socialne izključenosti zaradi otežene dostopnosti družinskih oskrbovalcev in ukinitve delovanja institucionalnega varstva, predvsem dnevnega varstva (tabela 1). Svojci so izražali zaskrbljenost zaradi bolj izraženih znakov kognitivnega upada. V prvem valu novega koronavirusa so poročali predvsem o nerazumevanju ukrepov za ohranjanje zdravja, kot so nošenje maske, ohranjanje razdalje, omejevanje potovanj in obiskov ter ukinitve storitev. V jeseni 2020 pa se je povečalo število klicev svojcev, ki so izražali zaskrbljenost zaradi napredovanja bolezni in slabšega dostopa do primarne in sekundarne ravni zdravstvene obravnave. Prizadelo jih je, da se je bolezen v tem letu tako hitro poslabšala, saj so se pred tem osebe z demenco še pogovarjale, bile krajevno in časovno orientirane, niso nenehno postavljale istih vprašanj.

Predvsem pri svojcih, ki živijo skupaj z osebo z demenco, smo zaznali preobremenjenost z oskrbo in težave, povezane s pomočjo na domu ter z denarno pomočjo, saj se jih je veliko v času epidemije znašlo v hujših denarnih stiskah (tabela 1). Svojce je predvsem zanimalo, kako in kje lahko dobijo pomoč na domu, ki je brezplačna. Nekateri so se znašli v hujših eksistencialnih stiskah, saj so poročali, da finančno ne zmorejo pokrivati niti osnovnih sprotnih stroškov, kaj šele izvajanja zasebnih storitev nege in skrbi na domu. Strokovnjaki in mediji poročajo o povečanju nasilja oziroma agresije v družinah, tudi pri vsebinah svetovanja v obdobju drugega vala epidemije smo opazili porast relevantnih vsebin. Že pred epidemijo so bili prisotni spori in nesoglasja v družinah, v posvetovalnici pa smo zaznali, da so spori, nesoglasja, nasilje in nerazumevanje med ljudmi v času epidemije še pogostejši. Za obe skupini, tiste, ki živijo sami, in tiste, ki živijo s svojci, je ključna težava tudi nedostopnost strokovnih in zdravstvenih storitev (tabela 1).

Svojci, ki imajo osebo z demenco v domu starejših, so se soočali predvsem s stiskami in občutki krivde (tabela 1) zaradi nemoči nad nastalo situacijo. V času epidemije niso mogli obiskati in pomagati svojcu z demenco pri življenjskih aktivnostih, prisoten je bil tudi strah, da jih svojec ne bo več prepoznal. Po sprostitvi ukrepov, ko so bili obiski ponovno omogočeni, so svojci poročali o upadu kognitivnih sposobnosti svojca v institucionalnem varstvu.

4. Razprava

Več kot dve tretjini oseb z demenco živi doma, v oskrbi svojcev. To so praviloma zakonci bolnika in otroci, ki se kot neformalni oskrbovalci oseb z demenco zaradi progresivne narave bolezni srečujejo s posebnimi zdravstvenimi, socialnimi in finančnimi izzivi. Poslabša se njihovo telesno zdravje in poveča duševni stres v primerjavi s splošno populacijo in oskrbovalci bolnikov z drugimi boleznimi. Obremenjenost svojcev se je v času epidemije covid-19 še povečala. Tudi svojci potrebujejo dejavnosti za ohranjanje socialne vključenosti. Prav socialna vključenost in osebni stiki so pomembni za vse ljudi. Partnerjem in svojcem osebe z demenco ter družinskim članom predstavlja vključevanje v pogovorne skupine za samopomoč in udeležba na usposabljanjih in delavnicah obliko druženja in ohranjanja socialnih stikov. Poleg tega svojci na ta način pridobijo kompetence, kako zadovoljiti potrebe oseb z demenco, urediti strukturo dnevnih dejavnosti in zmanjšati tveganje za nevarne dogodke. V Spominčici smo aktivnosti prilagodili novim razmeram in jih izvajali preko spleta. Poleg omenjenega so bili svojci med pandemijo soočeni tudi z novimi dilemami in stiskami. Pripravili smo vrsto napotkov in začeli s kampanjo ozaveščanja „Demenca in epidemija covid-19“. Na spletni strani in Facebooku Spominčice smo dnevno objavljali nasvete, predloge za strukturiranje dneva, vaje za ohranjanje kognitivnih sposobnosti in druge predloge za aktivnosti. V sklopu kampanje smo pripravili tudi vrsto vsebin za krepitev oskrbovalcev oseb z demenco: 10 napotkov, kako ravnati z osebo z demenco v sedANJI epidemiji covid-19, 10 nasvetov svojcem, ki imajo osebe z demenco v domu starejših, 10 nasvetov za pomoč osebi z demenco, ki živi sama, 10 nasvetov za svojce, ki imajo osebe z demenco doma – »kako lahko pomagamo v času epidemije covid-19«, »kako govoriti z osebo z demenco v času epidemije«, »tavanje oseb z demenco«, »urnik dnevne rutine« idr.

Po obdobju zaprtja države smo leta 2020, z namenom zmanjšanja negativnih učinkov, začeli izvajati skupinske aktivnosti z osebami z demenco, ob upoštevanju vseh ukrepov za varovanje zdravja. Odprli smo »Knjižnico pod krošnjami« in v tem sklopu v parku pred sedežem združenja za osebe z demenco izvajali delavnice Dejva za krepitev socialnih veščin, kognitivnih zmožnosti in ohranjanje gibljivosti. Delavnice vključujejo tudi aktivno skupinsko druženje z osebami z demenco in krepitev komunikacijskih veščin. Pri izvajanju smo posebno pozornost namenili druženju in skupinskemu igranju raznih iger. Vse aktivnosti so bile zasnovane tako, da jih je bilo mogoče med samim izvajanjem prilagajati psihofizičnim in kognitivnim sposobnostim posameznih udeležencev ter epidemiološkim razmeram. Vključili smo IKT-aplikacije, ki omogočajo, da se dejavnosti izvajajo na daljavo, v domačem okolju. Uspeh pri igri in skupinskih aktivnostih krepi občutek samozavesti, koristnosti, vrednosti in dostojanstva (WHO 2019).

Skupne zaznane težave uporabnikov so bile poslabšanje zdravstvenega stanja, omejena dostopnost do storitev zdravstvenega in socialnega varstva ter novo nastale finančne težave, s potencialnim zdrsom v revščino. Uporabniki so pogosto potrebovali nasvet glede sprememb, povezanih z zdravstvenim stanjem, zdravili, urejanjem pravic iz socialnega varstva ... Na to smo se odzvali z vključevanjem zunanjih strokovnjakov s področja medicine, zdravstva, pravnega in socialnega varstva ter psihologije. Pomembno vlogo pri zagotavljanju dostopnosti do informacij o demenci in oblikah pomoči imajo Demenci prijazne točke, katerih nosilke so prepoznavne organizacije v lokalnem okolju, kot so knjižnice, domovi starejših, lekarne, Rdeči križ, nevladne organizacije in institucije. V njih smo zaposlene usposobili z znanji o demenci, kako je treba ukrepati ter usmerjati pri iskanju pomoči in nasvetov. Institucije, ki so nosilke Demenci prijazne točke, poznajo svoje lokalno okolje in potrebe ter stiske ljudi, ki tam živijo. Ljudje so se obračali nanje, da so dobili potrebne informacije, saj je marsikdo težko prišel do zdravnika ali drugih storitev. V zadnjem letu sta se nam v MOL, v mreži Demenci prijaznih točk, pridružili tudi Narodna galerija in Lekarna Ljubljana. Tako je zdaj v mrežo Demenci prijaznih točk vključenih 33 organizacij.

5. Zaključek

Vsi ljudje, tudi osebe z demenco, kot družabna bitja potrebujemo za ohranjanje kakovosti življenja socialne stike, ustrezno sporazumevanje in spodbudno okolje za ohranjanje samostojnosti pri vsakodnevnih opravilih ter ohranjanje kompetenc za vključenost v aktivnosti družbe. Ugotavljamo, da se je v času pandemije covida-19 povečalo tveganje ranljivih skupin, ki živijo z demenco, saj so bili izpostavljeni pomanjkanju socialnih stikov, pomanjkanju dostopa do storitev, finančnim težavam in posledično soočeni s poslabšanjem zdravja in počutja oseb z demenco in njihovih svojcev ter s povečanim tveganjem za ogroženost. Osamitev, zmanjšanje stikov, izguba prihodkov ali povečani izdatki zaradi oskrbe, nedostopnost do javnih storitev, zmanjšanje oskrbe in podpore družinskih članov ter obiskov formalnih in neformalnih oskrbovalcev vodijo v slabšanje zdravstvenega in duševnega stanja tako oseb z demenco kot njihovih svojcev, ki so bili poleg vsega velikokrat še gmotno ogroženi. Spremenjene razmere v času epidemije covida-19 so jasno pokazale nujnost, da razvijemo pravilne pristope za ohranjanje človeške bližine, sodelovanje v aktivnostih na daljavo za krepitev posameznika, da olajšamo dostopnost do storitev ter sprejememo ustrezne ukrepe za zaježitev potencialnega zdrsa v revščino. Izkazalo se je, da je treba prilagoditi in nadgraditi oblike pomoči v skupnosti. Socialnovarstvene storitve in ostali servisi bi morali biti čim bolj dostopni in prilagodljivi ter nuditi k posamezniku usmerjen in prilagodljiv način storitev glede na življenjske razmere, potek bolezni, ob tem pa upoštevati pridružene obolevnosti, ki so že prisotne ali se razvijajo ob poteku bolezni.

Literatura

- Alzheimer Europe. 2019. *Dementia in Europe Yearbook 2019*. Dostopno na: <https://www.alzheimer-europe.org/Publications/Dementia-in-Europe-Yearbooks> (17. maj 2021).
- Azarpazhooh, M. Reza, Amin Amiri, Negar Morovatdar, Sandy Steinwender, Amir Rezaei Ardani, Nawaf Yassi, Jose Biller, Saverio Stranges, Masoud Tokazebani Belasi, Sepideh Kazemi Neya, Bitra Khorram, Mohammad Sobhan Sheikh Andalibi, Shahram Arsang-Jang, Naghmeh Mokhber in Mario Di Napoli. 2020. Correlations between COVID-19 and burden of dementia: An ecological study and review of literature. *Journal of Neurological Science* 416: 117013. doi: 10.1016/j.jns.2020.117013.
- Evans, Isobel E. M., David J. Llewellyn, Fiona E. Matthews, Robert T. Woods, Carol Brayne in Linda Clare. 2019. Social isolation, cognitive reserve, and cognition in older people with depression and anxiety. *Aging & Mental Health* 23(12): 1691–1700. doi: 10.1080/13607863.2018.1506742.
- Manca, Riccardo, Matteo De Marco in Annalena Venneri. 2020. The Impact of COVID-19 Infection and Enforced Prolonged Social Isolation on Neuropsychiatric Symptoms in Older Adults With and Without Dementia. A Review, *Frontiers in Psychiatry* 11: 1086. doi: 10.3389/fpsy.2020.585540.
- Müller, Patrick, Ammar Achraf, Liye Zou, Christian Apfelbacher, Kirk I. Erickson in Notger G. Müller. COVID-19, physical (in-)activity, and dementia prevention. *Alzheimer's Dement* 2;6(1):e12091. doi: 10.1002/trc2.12091. eCollection 2020.
- Tsapanou, Angeliki, John D. Papatriantafyllou, Konstantina Yiannopoulou, Dimitra Sali, Fedra Kalligerou, Eva Ntanasi, Panagioti Zoi, Eleni Margioti, Vasiliki Kamtsadeli, Maria Hatzopoulou, Maria Koustimpi, Athina Zagka, Sokratis G. Papageorgiou in Paraskeui Sakka. 2021. The impact of COVID-19 pandemic on people with mild cognitive impairment/dementia and on their caregivers. *Int J Geriatr Psychiatry* 36: 583–587. doi: 10.1002/gps.5457.
- WHO. *Guidelines 2019. Risk reduction of cognitive decline and dementia*. Dostopno na: https://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/guidelines_risk_reduction (17. maj 2021).

Izobraževanje starejših kot podlaga za njihovo socialno vključenost

Education of older people as a basis for their social inclusion

Alijana Šantej, prof. ped.

Slovenska univerza za tretje življenjsko obdobje

Urška Telban, prof. slov. in org. soc.

Slovenska univerza za tretje življenjsko obdobje

POVZETEK

Avtorici v prispevku utemeljujeva potrebo po izobraževanju starejših kot podlago za njihovo družbeno vključenost in nujnost vseživljenjskega učenja za enakovredno sodelovanje vseh generacij v sodobni vključujoči družbi. Utrjujeva sodoben, razvojni pogled na življenje po upokojitvi, ki starejšim odpira možnosti nadaljnega osebnostnega razvoja, postavljanja novih življenjskih ciljev, tkanja novih socialnih vezi in omogoča njihovo aktivno delovanje v dobro skupnosti. V svojem prispevku predstavljava pomen in vlogo univerze za tretje življenjsko obdobje, njeno delovanje med epidemijo, vpliv epidemije na življenje in delovanje starejših ter prizadevanja za vključenost njenih članov v tem obdobju. Predstaviva tudi rezultate raziskave o vključevanju starejših v izobraževanje na daljavo in na podlagi rezultatov predlagava ukrepe za boljšo digitalno vključenost starejših v izobraževalne in druge aktivnosti.

Ključne besede: socialna vključenost, dejavno staranje, izobraževanje starejših, univerza za tretje življenjsko obdobje, izobraževanje na daljavo.

ABSTRACT

In this article, the authors show the need for education of older people as a basis for their social inclusion and the necessity of lifelong learning for equal participation of all generations in a modern inclusive society. The authors consolidate a modern, developmental view of life after retirement, which opens up opportunities for older people to further their personal development, set new life goals and create new social ties. It also enables their active work for the good of the community. In their contribution the authors assess the impact of the epidemic on the lives and activities of older people. The authors present the importance and purpose of the third age university, its work during the epidemic and the efforts to involve its members during this period. Results of the research on the inclusion of older people in online education are presented and, based on the results, measures for better digital inclusion of older people in educational and other activities are proposed.

Key words: social inclusion, active ageing, education of older people, the third age university, on-line education.

1. Uvod

1.1. Družbeni položaj starejših in doživljanje starosti

Starost je skozi vso zgodovino veljala predvsem za obdobje upadanja bioloških, kognitivnih, socialnih in psiholoških sposobnosti, torej za obdobje, ko je človeku določeno življenje brez razvoja, ciljev, perspektive. Zlagoma, predvsem v zadnjih desetletjih 20. stoletja, se začena v razvitih družbah uveljavljati drugačen, bolj human in razvojni pogled na staranje. Staranje se začena vse bolj dojemati kot izziv, priložnost in starejše ljudi kot socialni kapital družbe, ki lahko s svojim znanjem in izkušnjami dejavno prispevajo k razvoju družbe.

Položaj starejših se spreminja predvsem takrat, ko se tudi sami začnejo boriti za enakovreden položaj v družbi. Seveda pa morajo tudi politike temeljiti na ljudeh in potrebah njihovega okolja, kar velja tudi za politike staranja, ki se morajo v starajoči se družbi ukvarjati s starejšimi na vseh ravneh, od izzivov razvojno naravnane staranja, do problemov dolgotrajne oskrbe in institucionalnega varstva starejših (Findeisen 2017, 287).

1.2. Diskriminacija po starosti

Humane družbe si prizadevajo za boj proti starizmu, proti neenakovredni obravnavi starejših, proti uporabi slabšalne terminologije (starci, starostniki, ostareli ipd.) kot tudi proti diskriminatorni obravnavi katere koli družbene skupine. Če so ljudje navajeni, da je starost nekaj, kar je vredno podcenjevanja, se bodo tako tudi obnašali do starejših. Dostikrat pa starejši sami nehoti podpirajo družbene stereotipe o starejših in staranju. Vse znanje in bogate življenjske izkušnje starejših nič ne pomagajo, če tudi sami ravnaajo v skladu z družbenim stereotipom o starosti. Pomembna vloga univerze za tretje življenjsko obdobje je zato tudi premagovanje stereotipov o starejših in staranju, uveljavljanje razvojnega pogleda na starost, prizadevanje za prepoznavnost družbene vrednosti starejših in krepitev družbenih vezi z drugimi generacijami.

2. Pomen izobraževanja starejših in vloga univerze za tretje življenjsko obdobje

2.1. Zakaj izobraževanje starejših?

Po upokojitvi lahko starejši hitro postanejo osamljeni, imajo občutek praznine, dostikrat se počuti-jo odveč, nekoristni in oddaljeni od družbenih dogajanj. Nekdanjega položaja v službi nimajo več, otroci si ustvarijo svoje družine in odidejo od doma, včasih že nastopi ovdovelost. To je obdobje, ko si lahko človek vzame čas zase, se posveti sebi, prisluhne svojim željam, uresničuje svoje potrebe, za katere prej, skozi življenje, ni imel časa ali možnosti. Razvije lahko nove ali obudi stare dejavnosti, ki ga povežejo z drugimi ljudmi in omogočajo socialno vključenost.

Z izobraževanjem se spreminjamo in osebnostno razvijamo. Povečamo samopodobo, postanemo bolj samostojni, pridobimo nove spretnosti za reševanje svojih težav in problemov drugih, lažje sledimo spremembam, bolje razumemo dogajanja okoli sebe. Izobraževanje nam strukturira čas in omogoča, da se lažje soočimo z obremenitvami in težavami vsakdanjega življenja.

Pomembno je, da imajo starejši poleg vključenosti v izobraževalne in druge dejavnosti tudi možnost prispevati svoje znanje v skupnost, svoje izkušnje, kulturo, ki so pomemben del človeškega in družbenega kapitala. Aktiviranje in uporaba teh zmožnosti in znanja utrjuje družbeni položaj starejših in razbremeni mlajše generacije. Spreminjanje položaja ene generacije povzroči spremembe pri drugih. Ker se razvijajo starejši, se razvija vsa družba. Dolgoživa družba je privilegij razvoja, vendar pod pogojem, da se spremeni podoba pasivne, družbeno izločene starosti v dejavno starost (Krajnc 2016, 16–21).

2.2. Izobraževalne in druge dejavnosti dajejo življenju po upokojitvi strukturo in vsebino

Izobraževanje starejših mora upoštevati posebnosti tretjega življenjskega obdobja. Starejši se ne učijo za diplomo, napredovanje v poklicu, kariero. Učijo se, ker jih neko področje zanima, ker želijo to znanje uporabiti v svojem življenju, si z njim olajšati in izboljšati tako svoje kot življenje svojih bližnjih (otrok, vnukov, skupnosti). Učijo se, da lahko stopajo v korak s časom, bolje razumejo mlajše generacije, pomagajo vnukom pri učenju, se lažje vključijo v družbeno življenje, delujejo prostovoljno ali razvijajo nove dejavnosti v svoji skupnosti itd.

V drugem življenjskem obdobju nam cilje večinoma postavljajo drugi (zahteve službe, profesionalni razvoj, družinsko življenje, potrebe otrok itd.). V poznejših letih, predvsem po upokojitvi, pa si mora človek cilje postaviti sam, v soglasju z okoljem in družbenimi razmerami. V času kriz, tako tudi v primeru aktualne zdravstvene krize, se naši cilji lahko zožijo zgolj na skrb za varno preživetje, zdravje, osnovne dobrine (hrana, ogrevanje, zdravila ...). Zlasti v času kriz je pomembno, da ima človek sposobnost, podporo in predvsem možnost, da poišče dejavnosti, ki mu osmislijo življenje ter pomagajo preživljati in premagovati krizno obdobje.

2.3. Dejavnosti so pogoj za razvoj novih socialnih odnosov po upokojitvi

Človek je družbeno bitje od rojstva do smrti, zato ne more živeti brez socialnih odnosov. Ljudje mu dajejo občutek varnosti, socialne pripadnosti, ljubezni, spoštovanja in samopotrjevanja. Brez odnosov z drugimi bi človek izgubil psihično in posledično tudi telesno ravnotežje. Zato je pomembno, da po upokojitvi poiščemo nove dejavnosti in razvijemo nove odnose ali obudimo nekdanje socialne vezi iz mladosti (Krajnc 2016, 46–47).

Temeljne psihosocialne potrebe ostanejo bistveni del človeka vse življenje. Človek potrebuje druge ljudi zato, ker lahko samo z njimi krepí svoj družbeni jaz, gradi svojo družbeno vrednost. Brez ljudi človek ne preživi. Razvita socialna mreža je eden temeljnih pogojev za enakovredno in polno življenje po upokojitvi. Ena tovrstnih organiziranih socialnih mrež je univerza za tretje življenjsko obdobje, v kateri starejši lahko uresničujejo potrebe po socialni pripadnosti in uresničevanju sorodnih interesov (Krajnc 2015, 37–41).

Naše izkušnje so pokazale, da so tisti, ki so imeli že prej dobro razvito socialno mrežo, tudi med pandemijo ohranili večino teh stikov po digitalni poti. Oni, ki pa so imeli že prej okrnjene socialne stike, so v telefonskem razgovoru z nami izražali večjo tesnobo, napetost, strah pred prihodnostjo, željo, »da bi le bilo čim prej tako kot prej«.

2.4. Možnosti za organizirano učenje, ustvarjanje in delovanje starejših

V slovenskem prostoru je Slovenska univerza za tretje življenjsko (v nadaljevanju UTŽO) prva zaznala velike potrebe starejših po osebostnem razvoju, učenju, delovanju, vstopu v javnost, enakovrednem sodelovanju in prispevanju v družbenem življenju.

Zlagoma, predvsem v zadnjih dveh, treh desetletjih, so se v Sloveniji razvile tudi številne druge organizirane možnosti za dejavno vključevanje starejših: dnevni centri aktivnosti za starejše, medgeneracijski in večgeneracijski centri, programi Inštituta Antona Trstenjaka, programi Gerontološkega društva Slovenije, programi ljudskih univerz in andragoških zavodov, društva upokojencev so posodobila in razširila svojo vlogo, predvsem pri utrjevanju družbene vloge starejših in medgeneracijskem povezovanju, razvili so se številni programi kulturnih ustanov za starejše (knjižnic, muzejev, kulturnih centrov ipd.), posebne športne aktivnosti za starejše itd. Zlasti v Mestni občini Ljubljana (v nadaljevanju MOL) je ta paleta možnosti za starejše dokaj široka, saj so v glavnem mestu zgoščene izobraževalne in kulturne ustanove, razna strokovna in stanovska združenja, socialna,

humanitarna, zdravstvena, športna in druga društva. Starejši prebivalci MOL imajo veliko možnosti za dejavno vključevanje in osebni razvoj.

2.5. Pandemija je prekinila skupinske dejavnosti za starejše

Vendar pa smo vse organizacije, razumljivo, gradile in uresničevale svoj koncept na skupinskih oblikah delovanja in druženju starejših v živo, v kar je pandemija grobo posegla in prekinila naše delovanje. Ob prvem valu epidemije covida-19, marca 2020, je tako veliko število starejših nenadoma ostalo brez možnosti socialnih vezi, delovanja, vključenosti, povezovanja. Organizacije nismo bile pripravljene na to nenadno prekinitev delovanja, starejši večinoma niso bili dovolj digitalno usposobljeni, da bi se lahko takoj prilagodili prehodu na delovanje preko spleta. Epidemija je izjemno povečala razkorak med digitalno pismenimi in digitalno nepismenimi starejšimi.

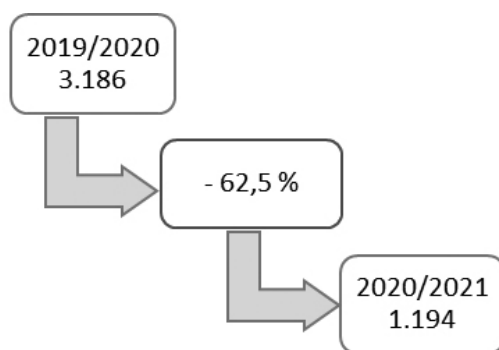
Brez učenja in odzivanja na spremembe postanejo starejši breme za mlajše generacije. Čas pandemije je v mnogih ozirih dobro ponazoril to odvisnost starejše od mlajših generacij. Socialna izolacija, v kateri smo se znašli, in nezmožnost fizičnega dostopa do mnogih ustanov sta bolj kot kdaj koli doslej pospešili digitalno delovanje družbe. Vse dejavnosti so se v največji možni meri prestavile na splet in starejši, ki niso vešči uporabe digitalnih orodij, so med pandemijo postali v veliki meri odvisni od mlajših generacij (otrok, vnukov, sorodnikov, sosedov, prostovoljcev itd.) ali so se znašli v popolni izolaciji.

3. Izobraževanje starejših na univerzi za tretje življenjsko obdobje v času pandemije

Po raziskavah Statističnega urada Republike Slovenije (v nadaljevanju SURS) je imelo v letu 2019 dostop do interneta 218.621 oseb v starostni skupini med 65 in 74 let (SURS 2019). Podatki SURS-a o rabi interneta med starejšimi zajemajo zgolj kategorijo upokojencev, starih do 74 let. V starostni skupini 65–74 let je bil delež rednih uporabnikov interneta tudi v prvem četrtletju leta 2020 najmanjši, delež tistih, ki interneta do takrat še niso uporabljali, pa največji; delež prvih je znašal 51 % (v letu 2019: 47 %), delež drugih 44 % (v letu 2019: 47 %). Podatki SURS-a kažejo, da v starostni skupini od 65 do 74 let delež tistih, ki uporabljajo internet, upade za 49 % (SURS 2020).

3.1. Prehod na izobraževanje na daljavo na UTŽO Ljubljana

V študijskem letu 2019/2020 je bilo na UTŽO Ljubljana do nastopa pandemije, torej do marca 2020, vključenih v izobraževanje 3.186 oseb, v študijskem letu 2020/2021 pa zgolj 1.194 (slika 1). Članstvo se je zmanjšalo za 62,5 %, kar kaže predvsem na veliko potrebo starejših po socialnih stikih v živo. Mnogo jih je izjavilo, da se niso vpisali na UTŽO, da bi se izobraževali po digitalni poti. Vključili so se zaradi želje po skupinskem učenju v živo, stikih s sovrstniki, skupnem doživljanju in druženju. Ker to v času pandemije ni mogoče, bodo rajši počakali do takrat, ko bodo ponovno dane možnosti za izobraževanje v živo. Po drugi strani pa kaže ta upad članstva tudi na veliko potrebo po digitalni usposobljenosti starejših, ki jim uporaba digitalnih orodij še vedno ni blizu, imajo pred njimi strah, odpor ali pa morda nimajo ustrezne tehnološke opreme.



Slika 1: Upad članstva v izobraževalnih programih UTŽO ob prehodu na izobraževanje preko spleta

Najvišja udeležba v spletnih izobraževalnih programih na UTŽO Ljubljana je na naslednjih študijskih področjih: 21,8 % umetnostna zgodovina, 13,7 % računalništvo, 12,7 % zgodovina, 9,1 % geografija, 8,3 % angleščina, 6,3 % italijanščina, 3,8 % nemščina, 3,7 % francoščina, z manj kot 3 % pa književnost, naravoslovne vede, arhitektura, glasba, novinarstvo, slikarstvo in drugi programi (Bališ idr. 2021).

4. Raziskava o izobraževanju na daljavo na UTŽO Ljubljana

4.1. Namen in cilj raziskave

Namen naše raziskave je bil preveriti, ali sta se spolna in starostna struktura udeležencev UTŽO Ljubljana s preходом na izobraževanje prek spleta spremenili, ali so udeleženci zadovoljni z izobraževanjem na daljavo in v čem vidijo njegove prednosti oziroma kaj jih pri vključitvi v izobraževanje na daljavo ovira. V ta namen smo zastavili 4 hipoteze:

H1: Starostna struktura udeležencev se je s preходом na izobraževanje na daljavo spremenila v korist mlajših udeležencev.

H2: Spolna struktura udeležencev se je s preходом na izobraževanje na daljavo spremenila v korist moških udeležencev.

H3: Udeleženci izobraževanja na daljavo so zadovoljni s spletno obliko izobraževanja in opažajo njegove prednosti.

H4: Nepoznavanje IKT je bistvena ovira starejših za vključitev v izobraževanje na daljavo.

4.2. Metode

Empirični del prispevka sloni na kombinaciji kvantitativne in kvalitativne metode. Podatke smo zbirali s pomočjo anketiranja. Za preverjanje hipotez 1 in 2 smo opravili primerjavo podatkov iz obdobja pred epidemijo, ko so izobraževalna srečanja potekala v živo (Poročilo za leto 2019), in podatkov iz obdobja, ko so izobraževalna srečanja potekala na daljavo (Poročilo za leto 2020). Hipotezi 3 in 4 smo preverjali s primerjavo med pridobljenimi podatki aprila 2021 (rezultati anketiranja) in podatki za študijsko leto 2019/2020 (Poročilo za leto 2020).

4.3. Opis instrumenta

Kot raziskovalni instrument smo uporabili anketni vprašalnik, ki ga je za namen raziskave pripravila dr. Dušana Findeisen. Zajemal je 3 zaprta vprašanja o socialno demografskih podatkih (spol, starost in podatek o vključenosti v spletne izobraževalne programe), 4 polodprta in 2 odprti vprašnji, ki so

se nanašala na njihovo oceno zadovoljstva s spletno obliko izobraževanja ter mnenja in predloge za izboljšanje. Vprašalnik smo vnesli tudi na spletno stran 1ka. Cilj je bil zbrati najmanj 300 izpolnjenih vprašalnikov in je bil dosežen, saj smo zbrali 471 ustrezno izpolnjenih anket.

4.4. Opis vzorca

Vzorec je zajemal člane in članice UTŽO Ljubljana. Povezava do spletnega anketnega vprašalnika je bila poslana na 1.831 elektronskih naslovov in 6 fizičnih naslovov, skupaj na 1.837 naslovov. Prejeli smo 26 izpolnjenih vprašalnikov po e-pošti ali fizični pošti in 826 vprašalnikov na spletnem mestu 1ka, skupaj 852 vprašalnikov. Od tega je bilo ustreznih, torej takih, ki vsebujejo vsaj nekaj odgovorov respondentov, 471 vprašalnikov, od tega 69 % vprašalnikov od vključenih in 31 % od nevklučenih članov UTŽO v izobraževanje na daljavo.

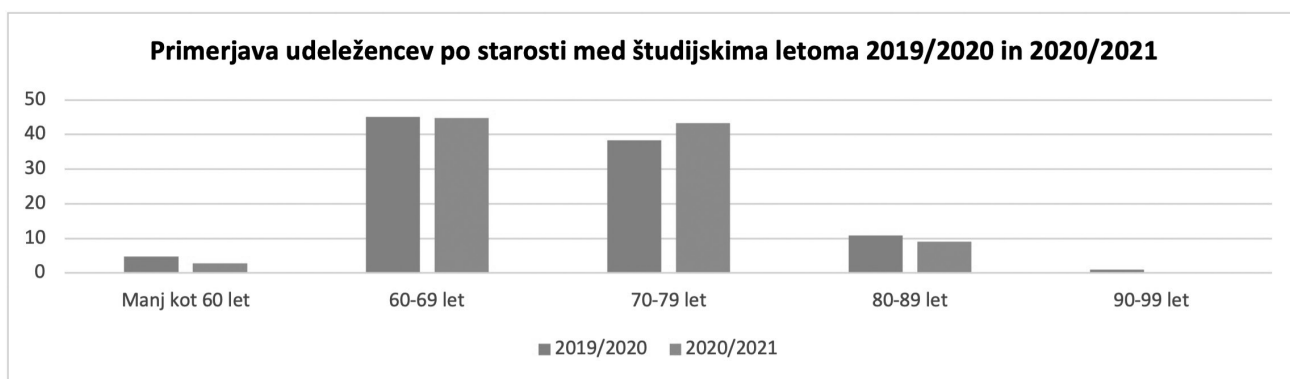
4.5. Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Anketiranje je potekalo od 31. 3. do 30. 4. 2021. Sodelovanje v raziskavi je bilo prostovoljno in anonimno, s čimer smo anketirance seznanili že v nagovoru anketnega vprašalnika. Kot člani UTŽO že ob vpisu dajo soglasje za obveščanje o naših dejavnostih. Po zaključenem obdobju zbiranja podatkov smo odgovore kategorizirali na podlagi določenih tem in kod: spol, starostna struktura, vključenost v spletno izobraževanje itd., jih vnesli v Excel in združevali v kategorije z enakimi vzorci. Dve zaprti vprašanji sta se nanašali na demografsko stanje (spol, starost), eno pa na stanje vključenosti v izobraževanje na daljavo.

5. Rezultati raziskave

5.1. Vključenost v izobraževanje na daljavo po starosti

Število udeležencev izobraževanja na daljavo v starostni skupini 70–79 let je za 5 % višje kot v času, ko je izobraževanje potekalo v živo (graf 1). Prav tako nas je prijetno presenetil podatek, da se tudi udeležba v starostni skupini 80–89 let ni bistveno zmanjšala, zgolj za 1,8 %. V izobraževanje prek spleta ni v starostni skupini nad 90 let vključenega nobenega udeleženca, medtem ko je bilo leto poprej vključenih v izobraževanje v živo takih 1 %. Udeležba v ostalih starostnih skupinah se s prehodom izobraževanja na daljavo ni bistveno spremenila.

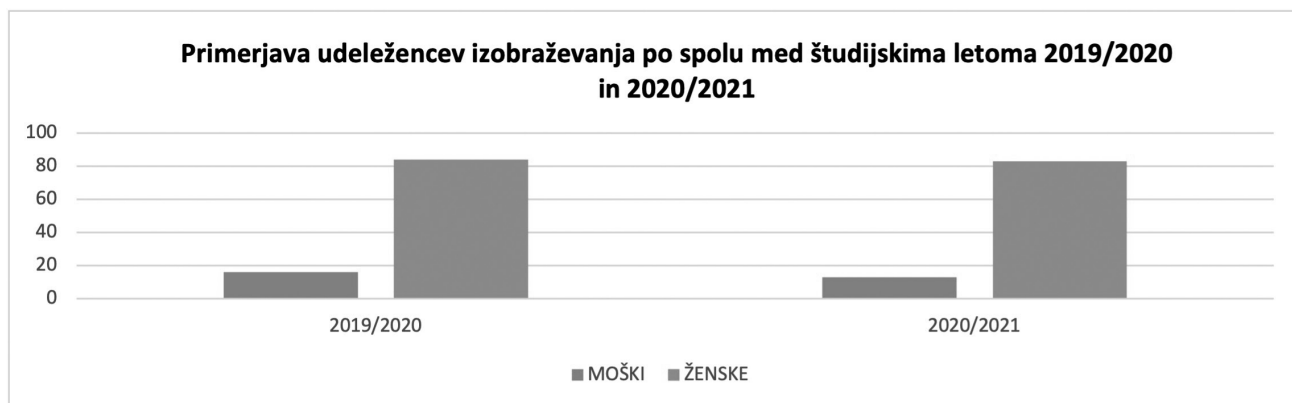


Graf 1: Primerjava udeležencev izobraževanja po starosti med študijskima letoma 2019/2020 in 2020/2021

5.2. Vključenost v izobraževanje na daljavo po spolu

Spolna struktura anketiranih je pokazala, da je v anketi sodelovalo 62 moških in 409 žensk. Rezultat nas ni presenetil, saj je tudi sicer v izobraževanje po upokojitvi vključenih manj moških. Če ga primerjamo s stanjem v študijskem letu 2019/2020, ko so izobraževalni programi potekali v živo,

je odstotek moških, vključenih v izobraževanje na daljavo, celo za 3 % nižji, kar prikazuje graf 2. V študijskem letu 2019/2020, ko je do marca 2020 potekalo izobraževanje v živo, je bilo vključenih v izobraževanje 16 % moških (Bališ idr. 2020).



Graf 2: Primerjava udeležencev izobraževanja po spolu med študijskima letoma 2019/2020 in 2020/2021

5.3. Prednosti izobraževanja na daljavo

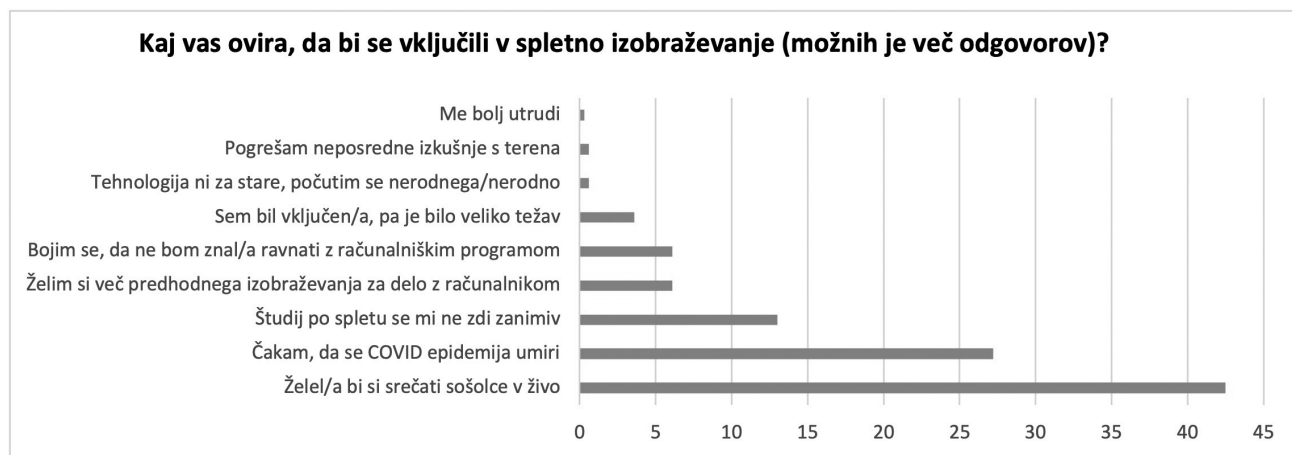
Udeležence izobraževanja na daljavo smo povprašali, v čem vidijo njegovo prednost. V vprašalniku smo dali 16 možnih odgovorov zaprtega tipa in odgovor »drugo«, kjer so lahko navedli svoje odgovore. Možnih je bilo več odgovorov, kot prikazuje graf 3. Anketiranci so največkrat navedli odgovor, da jim spletno izobraževanje daje občutek povezanosti (11,3 %), da niso izključeni iz dogajanja (10 %), veseli jih, da se dobivajo redno, ob isti uri (9,9 %), da se izobraževanje začne točno in zaključí točno (8,6 %), pomaga jim ohranjati telesno in duševno zdravje (8,6 %), da dobijo gradivo po elektronski pošti in se na temo pripravijo (6,6 %), da jih izobraževanje postavi na tir razmišljanja (6,3 %), da lahko iz pižame smuknejo pred računalnik in že so »med ljudmi« (6 %), razvija se jim »računalniška« logika (6 %), je manj naporno (5,9 %), se nasmejijo (4,5 %), postajajo neodvisni od pomoči drugih, mlajših (4,4 %), izobraževanje je bolj strukturirano kot sicer (3,3 %), jim daje več zaupanja (2,9 %), izvedo, kako drugi preživljajo čas, in dobijo zamisli zase (2,9 %) ter da sami »poguglajo« in dobijo odgovor, ki ga posredujejo drugim (1,3 %). 0,9 % anketiranih ne vidi prednosti spletnega izobraževanja, 0,2 % pa jih ni odgovorilo.



Graf 3: Prednosti izobraževanja prek spleta

5.4. Razlogi za ne vključenost v izobraževanje na daljavo

Med tistimi, ki so sporočili, da se izobraževanja na daljavo ne udeležujejo, smo iskali vzroke za to, da se zanj niso odločili. Ta podatek bomo lahko uporabili za lažje načrtovanje izobraževalnih aktivnosti v prihodnjem študijskem letu 2021/2022.



Graf 4: Ovire za vključitev v spletno izobraževanje

Med najbolj pogostimi ovirami navajajo (graf 4): 42,5 % anketiranih si želi srečavati »sošolce« v živo, 27,2 % jih čaka, da se umirijo epidemiološke razmere, le 13 % tak način izobraževanja ni dovolj zanimiv. 10,3 % jih meni, da tehnologija ni za starejše, da se bojijo dela z računalnikom in da so imeli ob vključitvi preveč tehničnih težav, 6,1 % pa, da bi potrebovali predhodno več znanja za delo z računalnikom. Manj kot 1 % pa jih je odgovorilo, da jih ta način bolj utruja in da pogrešajo učenje na terenu (obiske muzejev, galerij, botaničnih vrtov ipd.).

Glede na odgovore lahko sklepamo, da je bilo naše izobraževanje za delo z aplikacijo Zoom, ki smo ga izvajali v septembru 2020, uspešno. Večina anketirancev namreč ni izpostavila nepoznavanja dela z računalnikom kot glavni vzrok za ne vključenost v izobraževanje na daljavo, temveč je vzrok bolj socialne narave (želijo si učenje in druženje v živo).

Tudi to poletje, leta 2021, si bomo prizadevali za nadaljnje usposabljanje za delo s »pametnimi« napravami in spoznavanje orodja Zoom. Na ta način bomo lahko opolnomočili tiste, ki so navedli, da se dela z računalnikom bojijo, da nimajo dovolj znanja, da so imeli z vključitvijo v spletno okolje in aplikacijo Zoom preveč težav in da tehnologija ni za starejše.

V anketi smo dali tudi možnost, da nam v odprtih odgovorih izrazijo svoja mnenja, predloge ali pripombe v povezavi z izobraževanjem na daljavo. Pridobljene odgovore smo na podlagi skupnih značilnosti združili v kategorije s podobno vsebino. Kar 38,3 % anketiranih je izrazilo željo, da se ohrani možnost izobraževanja preko spleta tudi v prihodnje. Pri tem so izpostavili lažjo dostopnost za vse, ki so iz bolj oddaljenih krajev, za gibalno ovirane, slabše mobilne ali odvisne od javnega prevoza. Navajali so tudi preventivno vlogo izobraževanja na daljavo (manj je možnosti za okužbo), poudarili so časovni prihranek (ni iskanja parkirišč, izgube časa za pot).

Pričakovano pa je kar precejšen odstotek anketiranih (26,7 %) mnenja, da je izobraževanje na daljavo zgolj izhod v sili in da ni primerjave z izobraževanjem v živo. 6,6 % anketirancev nam je sporočilo, da se soočajo s tehničnimi težavami (težave z nestabilno povezavo, z orodjem Zoom, s slabo računalniško opremo). Nekaj odgovorov se je nanašalo zgolj na organizacijsko delo (termini, gradivo, posnetki predavanj) in za ta prispevek niso relevantni, zato jih bomo pri tolmačenju rezultatov izpustili.

6. Razprava

Število udeležencev v starostni skupini 70–79 let se je s preходом na izobraževanje na daljavo celo povečalo za 5 %. Prav tako se ni bistveno zmanjšalo število udeležencev v starostni skupini 80–89 let, zgolj za 1,8 %. Ti podatki kažejo, da lahko ovržemo hipotezo 1, da se v izobraževanje na daljavo vključujejo predvsem mlajši udeleženci UTŽO Ljubljana.

Raziskava je tudi ovrgla družbeni stereotip, da so moški bolj naklonjeni uporabi digitalnih tehnologij. Tudi sami smo pričakovali večji delež moških, vključenih v izobraževalne programe na daljavo. Vendar je moških, vključenih v izobraževanje na daljavo, za 3 % manj kot vključenih v izobraževanje v živo leto poprej, zato hipotezo 2 ovržemo.

Med vključenimi v izobraževanje na daljavo je večina z njim zadovoljna, saj na ta način ohranjajo povezanost s svetom, niso izključeni iz dogajanja, spletna predavanja jim pomagajo strukturirati čas, ohranjati telesno in duševno zdravje ter neodvisnost od drugih. Hkrati ob tem razvijajo računalniška znanja. Kar 38,3 % anketiranih si želi ohraniti ta način tudi v prihodnje. Hipotezo 3, da so udeleženci izobraževanja na daljavo z njim zadovoljni in opažajo njegove številne prednosti, lahko potrdimo.

Rezultati ankete nam bodo pomagali pri načrtovanju izobraževalnih programov za prihodnje študijsko leto. Če bodo epidemiološke razmere dopuščale, bodo izobraževanja potekala v živo, a vendarle ne gre spregledati deleža tistih, ki si želijo nadaljevati izobraževanje na daljavo. Smiselno je torej uvesti tudi del programov, ki bodo še naprej, ne glede na epidemiološke pogoje, potekali na daljavo.

Hipotezo 4 ovržemo zaradi nizkega deleža anketiranih, ki so odgovorili, da jim nepoznavanje informacijsko-komunikacijskih tehnologij (v nadaljevanju IKT) predstavlja oviro za vključitev v izobraževanje na daljavo, saj je takih le 16,4 %. To dejstvo nas ni presenetilo, saj smo ves mesec pred začetkom študijskega leta 2020/2021 namenili usposabljanju za delo z aplikacijo Zoom, pripravili smo priročnik s pisnimi navodili za njeno namestitvev in uporabo ter ves čas nudili tehnično podporo preko telefona ali različnih spletnih aplikacij (npr. Teamviewer).

Naše izkušnje iz meseca marca 2020 pa potrjujejo, da veliko udeležencev doma nima urejenega dostopa do interneta niti nima ustrezne IKT-opreme. S temi smo bili povezani preko telefonov. V času prvega vala epidemije smo z našimi člani opravili tudi precejšnje število razbremenilnih razgovorov, s katerimi smo poskušali blažiti njihove psihološke in socialne stiske. Polet 2020 smo pridobili tudi donacijo računalniške opreme, ki smo jo razdelili med tiste, ki so to potrebo izrazili.

7. Zaključek

Vseživljenjsko izobraževanje in vseživljenjsko delovanje sta nujna pogoja za enakovredno družbeno vključenost starejših. Tudi po upokojitvi je treba ljudem omogočiti osebno rast, nadaljnje učenje in delovanje ter možnost predajanja znanja drugim. Pandemija covid-19 je nenadno posegla v delovanje organizacij, ki starejšim omogočajo povezanost, pridobivanje novega znanja in aktivno delovanje v skupnosti. Posledično se je zelo povečala socialna izključenost starejših, še zlasti kot zdravstveno najbolj ranljive družbene skupine, pa tudi zaradi pomanjkanja računalniške usposobljenosti, ki bi jim vsaj po digitalni poti omogočila socialno povezanost s svetom.

Četudi je epidemija posegla na vsa področja življenja in delovanja vseh generacij, pa so bili zaradi največje zdravstvene ogroženosti prav starejši najbolj potisnjeni v socialno osamo. Poleg tega je stopnja digitalne pismenosti občutno povečala razlike med starejšimi in njihovimi možnostmi za socialno vključenost med pandemijo. Starejši s poznavanjem novih tehnologij so se večinoma dokaj uspešno vključevali v razne dejavnosti po spletu, ohranjali stike po digitalni poti, medtem ko so ostali starejši, in njih je pretežna večina, ostali zunaj digitalne socialne vključenosti. Splet in digitalna orodja namreč omogočajo interaktivno komunikacijo med ljudmi, medtem ko je spremljanje drugih medijev (radia, televizije, pisnih medijev) enosmerna komunikacija, v kateri smo zgolj pasivni udeleženci.

Organizacije, ki delamo s starejšimi, smo si vsaka po svojih močeh prizadevale za vključenost starejših tudi med epidemijo. Na UTŽO Ljubljana smo si prizadevali za računalniško usposabljanje starejših in jih spodbujali za vključitev v izobraževanje na daljavo. Razumljivo je, da smo pri prehodu na izobraževanje prek spleta naleteli tudi na nekaj odpora do »digitalnih stikov« kot tudi na računalniško neusposobljenost starejših ali slabo tehnološko opremljenost. Po drugi strani pa je raziskava o spletnem učenju na UTŽO Ljubljana pokazala, da kar 38,3 % anketiranih želi izobraževanje na daljavo tudi v prihodnje. Delno lahko ta rezultat pripišemo dejstvu, da so epidemiološke razmere v prihodnosti še vedno negotove. Izobraževanje na daljavo jim torej pomeni določeno stopnjo socialne vključenosti, po drugi strani pa varnost za zdravje.

Naša prizadevanja se v zadnjem času usmerjajo tudi v spodbujanje stanovalcev domov za starejše in članov invalidskih organizacij za vključitev v izobraževanje prek spleta. Menimo, da nas čaka na področju digitalnega opismenjevanja starejših kot tudi članov drugih ranljivih družbenih skupin še veliko dela. Naše izkušnje kažejo, da kratkotrajni računalniški tečaji z zgoščenimi vsebinami praviloma ne dajejo dolgoročnih rezultatov. S tehnologijo je treba vsakodnevno živeti, jo uporabljati, le tako lahko postane del našega življenja, sicer se znanje izgubi, razdrobi, pozabi. Poleg tega se tehnologije hitro spreminjajo, nadgrajujejo in že generacije srednjih let težko sledijo vsem novostim. Ena od rešitev bi lahko bila organizacija stalnih brezplačnih točk za digitalno tehnično podporo starejšim, tako za svetovanje v živo kot omogočanje tehnične pomoči na daljavo, ter razvoj novih, za uporabnika bolj preprostih programov.

Avtorici sva se v prispevku osredotočili na socialno vključenost starejših na podlagi izobraževalnih dejavnosti na UTŽO Ljubljana. Posvetili sva se predvsem digitalni vključenosti starejših, ki je bila med pandemijo dostikrat edina možnost povezanosti s svetom. Seveda je problem večplasten. V naši organizaciji smo začutili med starejšimi močno potrebo po psihološkem svetovanju, včasih zgolj po razgovoru, opogumljanju v dani situaciji, tudi po razumevanju in obrazložitvi nekaterih dogajanj in ukrepov v okolju. Strokovni sodelavci smo nudili v obdobju pandemije veliko razbremenilnih pogovorov, večinoma tistim članom, ki so ostali zunaj digitalne spletne povezanosti. Pandemija nam je vsem pustila posledice, razgalila je številne probleme v družbi, vendar nas je hkrati učila premagovati nove izzive in iskati nove rešitve, kar je vsaj nekoliko pripomoglo k večji vključenosti starejših.

Literatura

- Bališ, Petra, Mirjam Bevc Peressutti, Dušana Findeisen, Ana Krajnc, Anteja Šantej, Urška Telban in Marija Velikonja. 2020. *Poročilo Slovenske univerze za tretje življenjsko obdobje, združenja za izobraževanje in družbeno vključenost za leto 2019*. Ljubljana: Slovenska univerza za tretje življenjsko obdobje, združenje za izobraževanje in družbeno vključenost. Dostopno na: <http://www.utzo.si/wp-content/uploads/2020/03/Vsebinsko-poro%C4%8Dilo-za-leto-2019-spletna-stran.pdf> (4. maj 2021).
- Bališ, Petra, Dušana Findeisen, Ana Krajnc, Alijana Šantej, Urška Telban in Marija Velikonja. 2021. *Poročilo Slovenske univerze za tretje življenjsko obdobje, združenja za izobraževanje in družbeno vključenost za leto 2020*. Ljubljana: Slovenska univerza za tretje življenjsko obdobje, združenje za izobraževanje in družbeno vključenost. Dostopno prek <http://www.utzo.si/wp-content/uploads/2021/03/Vsebinsko-poro%C4%8Dilo-za-leto-2020.pdf> (4. maj 2021).
- Findeisen, Dušana. 2017. Slovenska univerza za tretje življenjsko obdobje – oranje in utrjevanje poti k družbeno zaznani in prepoznani dejavnosti starosti. V *Starost – izzivi historičnega raziskovanja*, ur. Mojca Šorn, 279–293. Ljubljana: Inštitut za novejšo zgodovino.
- Krajnc, Ana. 2015. *Spoznaj sebe in druge: človek kot družbeno bitje in medosebni odnosi*. Ljubljana: Društvo za izobraževanje za tretje življenjsko obdobje.
- Krajnc, Ana. 2016. *Starejši se učimo. Izobraževanje starejših v teoriji in praksi*. Ljubljana: Slovenska univerza za tretje življenjsko obdobje, združenje za izobraževanje in družbeno vključenost.
- Statistični urad Republike Slovenije [SURs]. (2019). *Načini dostopa do interneta pri rednih uporabnikih interneta, po starostnih razredih in spolu, Slovenija, večletno* [Podatkovni portal SI-STAT]. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije. Dostopno prek <https://pxweb.stat.si/SiStatData/pxweb/sl/Data/-/2974209S.px> (4. maj 2021).
- Statistični urad Republike Slovenije [SURs]. (2020). *Uporaba interneta v gospodinjstvih in pri posameznikih, Slovenija, 2020* [Podatkovni portal SI-STAT]. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije. Dostopno prek <https://www.stat.si/StatWeb/News/Index/9136> (4. maj 2021).

Odpiranje v času splošnega zapiranja: odziv Rdečega križa Slovenije – Območnega združenja Ljubljana na potrebe starejših v času epidemije

Staying open during lockdown: Slovenian Red Cross – local branch Ljubljana response to the needs of the elderly during the epidemic

Klara Golob, mag. soc. del. in univ. dipl. etn. in kult. antr.

Rdeči križ Slovenije – Območno združenje Ljubljana

POVZETEK

Prispevek prinaša vpogled v odzivanje Rdečega križa Slovenije – Območnega združenja Ljubljana (RKS-OZLJ) na stiske starejših ljudi med epidemijo covid-19. Temelji na empirično zbranim gradivom, dokumentaciji, ki je nastala ob neposrednih stikih s starejšimi, njihovimi svojci, sosedi, znanci in predstavniki različnih organizacij v obdobju od prve razglasitve epidemije do konca leta 2020. S pomočjo kvalitativne in kvantitativne metode obdelave podatkov smo na eni strani predstavili poznane potrebe in izzive starejših v času epidemije, na drugi strani pa odzive nanje in vzpostavljene rešitve. Prispevek izpostavi velik pomen dostopnosti javnih storitev za oskrbo na domu ter izredno vlogo neformalne podporne mreže starejšim, ki pa se je pokazala kot ranljiva in v obdobju epidemije nezadostna. V sodelovanju z Mestno občino Ljubljana je RKS-OZLJ na novo vzpostavil storitve, kot so dostava hrane, higienskih paketov, zdravil in toplih obrokov na dom ter zagotavljanje nujnih prevozov. Zagotavljanje pomoči se je izvajalo z mrežo prostovoljk in prostovoljcev. Sočasno prispevek opozarja na starejše ljudi, ki so se prvič po pomoč na RKS-OZLJ obrnili v času epidemije, čeprav tudi sicer živijo v materialni ogroženosti in socialni izključenosti. Na podlagi tega podajamo predloge za nadaljnjo krepitev dostopnosti pomoči in podpore ljudem ter urejanja sistema socialnega varstva, ki bo učinkoviteje obravnaval življenjske situacije in stiske ljudi. Ključna priporočila, ki izhajajo iz prispevka, so krepitev solidarnosti, večja prisotnost na terenu, med ljudmi, in ustrezna podpora organiziranemu prostovoljstvu; krepitev mreže vstopnih točk za pomoč in podporo ter nujnost sistema urejanja pogojev za dostojno življenje starejših.

Ključne besede: epidemija, stari ljudje, ocena potreb in odziv, prostovoljstvo, nevladne organizacije.

ABSTRACT

This article provides an insight into the response of the Slovenian Red Cross, local branch Ljubljana to the needs of the elderly during the COVID-19 epidemic. The research is based on the empirical data collected between 13 March 2020, when COVID-19 was declared an epidemic in Slovenia, and 31 December 2020. Data consists of documented communication with the elderly, their relatives, neighbours, acquaintances, and representatives of various organizations. Using qualitative and quantitative data analysis methods, the research identifies both the needs and challenges the elderly

faced during the epidemic, and the measures that were developed in response to their needs. The article emphasizes the importance of public and accessible domiciliary care services and the crucial role of informal support networks, even though these were revealed as vulnerable and insufficient during the epidemic. Slovenian Red Cross, local branch Ljubljana, in cooperation with the City of Ljubljana, developed various forms of support for the elderly such as home delivery of food, hygiene parcels, medical drugs, and warm meals. In addition, free transport services were organized for people in need. This support system was set up with the help of the Red Cross volunteer network. The analysis exposes the limitations of the social system's ability to reach the elderly who are living in poverty and experiencing social exclusion. The author concludes with key recommendations derived from the analysis, including the following: strengthening solidarity; the importance of working in and with local communities and ensuring sufficient support for organized volunteering; building a network of support entry points; the need for systemic national measures to enable decent living for the elderly in Slovenia.

Key words: epidemics, the elderly, needs assessment and response, volunteering, NGOs.

1. Uvod

Letos obeležujemo 155. obletnico delovanja Rdečega križa na Slovenskem. Od začetka obstoja organizacije do danes je njeno poslanstvo preprečevati in lajšati stiske ljudi. V obdobju vsesplošnega zapiranja države zaradi razglašene epidemije covida-19, marca 2020, smo na Rdečem križu Slovenije – Območnem združenju Ljubljana (v nadaljevanju RKS-OZLJ) podaljšali uradne ure za prevzem materialne pomoči in iskali dodatne metode, kako vzpostaviti stik z ljudmi, ki pomoč potrebujejo, ter načine, kako jih ustrezno podpreti.

Dne 12. marca 2020 je bila z objavo v Uradnem listu RS v naši državi razglašena epidemija covida-19. S postopno zaustavitvijo javnega življenja so ljudje, ki zaradi materialne ogroženosti in socialne izključenosti že tako težje dostopajo do vseh storitev, postali dodatno izolirani, pojavile pa so se tudi nove skupine prebivalstva, ki so se zaradi epidemije znašle v ranljivem položaju.

Položaj starejših v času epidemije je bila pogosta tema, predstavljena v dnevnem časopisju, na okroglih mizah in posvetih, v slovenski literaturi pa je strokovnih in znanstvenih prispevkov do tega trenutka še razmeroma malo.

Namen in cilj

Osrednji namen prispevka je osvetliti vlogo in pomen proaktivnega odzivanja na stisko sočloveka. Analiza se osredotoča na položaj starejših v naši družbi, v času epidemije. Raziskavo so vodila naslednja raziskovalna vprašanja: kakšne stiske so v času epidemije nastale; kakšne so bile potrebe ljudi, še posebej starejših; s kakšnimi ovirami so se soočali; kakšni so bili odzivi in možne rešitve; kakšna so ključna sporočila in priporočila za delovanje v prihodnje.

Prispevek izhaja iz realnih življenjskih situacij ljudi, ki so nastale v času epidemije. Bolj poglobljeno razumevanje zbranega gradiva naj bo podlaga za urejanje sistema (od mikro do makro ravni), ki bo bolje obravnaval stiske sočloveka, ne le v času t. i. »izrednih razmer«, temveč tudi v t. i. »mirnih časih«.

2. Metodološki pristop

Vsebina prispevka je zasnovana na empirično pridobljenem gradivu v obdobju od razglasitve epidemije do konca leta 2020, ki je nastalo kot del odziva RKS-OZLJ na epidemijo. Osrednji vir podatkov predstavljajo zapisi klicev, sprejetih na dežurni telefonski številki 040 788 698, ki je namenjena nujni oskrbi prebivalstva (1220 sprejetih klicev). Dodatni viri so še delovni zapisi in korespondence strokovnih sodelavk RKS-OZLJ (opombe ob povratnih klicih, zapisi posameznih primerov osebnega

spremljanja), poročila in refleksije prostovoljcev o delu po neposrednem stiku s starejšimi (poročilo po vsaki aktivnosti) ter dnevna, mesečna in obdobjna poročila RKS-OZLJ.

Večji del gradiva zaradi narave potreb izhaja iz prvega vala epidemije covida-19, saj je drugi val epidemije v bistveno večjem obsegu zahteval podporo v bolnišnicah in domovih starejših občanov, kjer smo imeli manj neposrednega stika s starejšimi ljudmi. Sočasno tudi ta odziv predstavlja pomemben vidik položaja starejših v času epidemije. Pregledu in urejanju gradiva sta sledili kvalitativna obdelava (odprto kodiranje) in kvantitativna obdelava (deskriptivna statistika). Gradivo je strukturirano v dva sklopa. Prvi obsega analizo potreb in situacij, s katerimi so se soočali ljudje, ki so bili v stiku z nami. Poudarjeni so ključne teme in pojmi, ponazorjeni tudi z dobesednimi navedki zapisov klicev. Drugi del analize predstavlja pregled odzivov na potrebe ljudi in vzpostavljenih rešitev. Avtorica prispevka sem bila kot strokovna delavka celotno obdobje aktivno vključena v sooblikovanje, spremljanje in evalvacijo odziva RKS-OZLJ.

3. Novonastale potrebe in situacije prvega vala epidemije

Ob začetku izrednih razmer v marcu 2020 je veliko stisk posameznikov in družin nastalo zaradi odpovedi različnih storitev, ki so jim pred tem omogočale samostojno življenje ali lajšale stisko (omejitev storitev oskrbe na domu na najnujnejše, ukinitve dostav toplih kosil na dom iz domov starejših občanov in vrtcev, zaprtje zavoda Pod strehco, ki je ljudem nudil subvencionirane tople obroke), del ljudi je samostojnost izgubil tudi zaradi ukinitve javnega prevoza.

»Oba invalida, na vozičkih, ne hodita. ZOD imela nego trikrat na teden. Ukinili dostavo iz trgovine in zdravila.«

»Žena in mož invalid, stara 70 let. Sin je pokojni. Sta brez zaščite, maske. Iščeta pomoč za nakup, nekdo, ki gre lahko v trgovino. Spletne trgovine so zasedene.«

»Gospa je sama, na berglah, brez svojcev. Nima več storitve s strani ZOD.«

»Do zdaj imela pomoč na domu, gospa 97 let stara, ne hodi ven, sosedge ne pomagajo, imajo sami oskrbo.«

Epidemija je vnovič pokazala, da velik del oskrbe starejših, ki potrebujejo podporo za samostojno življenje, poteka preko *neformalne podporne mreže* (družina, prijatelji, znanci, sosedi). V negotovih razmerah in zaradi številnih dejavnikov se je ta mreža v več primerih izkazala za nezadostno. Neformalni pomočniki so zboleli ali pa so bili v izolaciji, zaradi ukinitve javnega prevoza niso več mogli nuditi pomoči ali pa so tudi sami spadali med še posebej rizične skupine za obolenje. Pri tem so se znašli v hudih skrbah, kako poskrbeti za svoje bližnje.

»Išče pomoč za mamo. Mama živi sama, skrbi zase, stara 91 let. Domači zboleli.«

»Gospa je na kisiku, hoja 2–3 m. Zdravila je prinašal sin, je v izolaciji.«

»Mama biva sama, kliče hči, ki je zbolela in je v samoizolaciji. Gospa nima nikogar drugega.«

»Gospa kliče prvič, je starejša (79 let) in čaka na operacijo srca. Zanima se za brezplačne tople obroke, saj vedno težje kuha, je pa na minimalni pokojnini in si dostave ne more privoščiti. Do zdaj ji je lahko pomagala hčerka, vendar je tudi sama bolna in živi 30 km stran, javnega prevoza ni, prav tako pa se boji obiska, ker je gospa zaradi srca rizična oseba.«

»Gospa skrbi za 92-letnega gospoda. Je hudo bolan, popolnoma nemočen in potrebuje tople obroke tudi po zaključku meseca. /.../ Gospod sicer živi sam, brez svojcev, ki bi zanj skrbeli.«

Zdravstvene težave starejših ljudi so pogosto dejavnik, ki vpliva na to, da težje samostojno bivajo. V času epidemije se je to kazalo kot dodatni dejavnik tveganja, ki je ljudi spravil v nemoč. Zaznali smo več ljudi, ki so se spopadali z dodatnimi ovirami zaradi slabega zdravja.

»... težko živi, ne zmore več plačevati niti položnic, nima nikogar, ki bi ji pomagal ...« »Pove, da je pričakovala, da si bo lahko kuhala sama, vendar ima zdaj nogo zelo otečeno in težko stoji.«

»Gospa sama, osamljena, težko ji je, ker ne zmore več skrbeti za vse, jezna, ker ne more dobiti zdravil in razkužila. Ker je stara, ima več zdravil, zjutraj potrebuje več časa, da poskrbi zase, in ne more priti do trgovine do 10. ure.«

»Po zdravila v lekarno; kronična pljučna bolnica, 68 let, rabi zdravila, ima stalni recept, ne upa ven že 5 tednov.«

V času epidemije smo na novo vzpostavili stik z mnogimi starejšimi ljudmi, ki so se na nas obrnili prvič. V več primerih se je izkazalo, da gre za ljudi, ki so že pred epidemijo težko shajali zaradi nizke pokojnine in/ali šibkih socialnih mrež, a se pred tem niso obrnili na nas.

»Prosi za ponovni prehranski paket. Začela jih je dobivati v času korone. Pokojnine 540 EUR. Prosi tudi za dostavo. Bolna, sama.«

»Gospa ima nizko pokojnino in visoke življenjske stroške, tako da se težko prebije skozi mesec. Z veliko zdravstvenimi težavami. Živi sama, brez pomoči svojcev.«

Zaznali smo več razlogov, da so se ljudje prvič na nas obrnili v času epidemije: večja sprejemljivost, da v teh nenavadnih časih »zaprosimo za pomoč«, intenzivno informiranje o možnostih in oblikah pomoči (»je poklicala, ko je slišala po TV za pomoč, ki jo nudi RKS«, klic št. 444), dostopnost telefonske številke, poleg javnih objav so klicatelje k nam usmerjali tudi z nacionalne številke za informacije o koronavirusu, večji občutek soodgovornosti za sočloveka v času izrednih razmer.

»... je klicala 93-letna gospa za svojo prijateljico.«

»Kliče za gospo, znanko, ki bi potrebovala topel obrok.«

»Mnogo je bilo klicev, ko so klicatelji klicali za nekoga drugega, ki potrebuje ... Mnogi so torej opazili v svoji bližini sočloveka, potrebnega pomoči, in se zavzeli zanj.« (Refleksija prostovoljke, maj 2020).

Veliko število novo vzpostavljenih stikov kaže na to, da del ljudi z rednimi programi pomoči in podpore ne dosežemo, a sočasno gre za ljudi, ki so že pred epidemijo živeli v resni socialni izključenosti. Kljub temu jih osnovna podpora iz sistema socialnega varstva, centrov za socialno delo, niti drugih organizacij ne doseže.

V prvem valu epidemije smo tako vzpostavili stik z osemdesetletno gospo, ki nima svojcev. Na njeno situacijo nas je opozorila znanka, ki pa je pogosto ni v Ljubljani, da bi ji lahko nudila pomoč. Gospa živi v najeti sobi v starejši stanovanjski stavbi. Kopalnice nima, sanitarije so skupne. Sooča se z več zdravstvenimi težavami, ki ji otežujejo samostojno življenje (npr. samostojen odhod v trgovino, težko kuha), kar se je v času epidemije še dodatno povečalo. Vzpostavljanje stika in odnosa je bilo postopno in v več drobnih korakih. Še med epidemijo smo ji s pomočjo znanke uspeli urediti varstveni dodatek, ki je vsaj nekoliko izboljšal težak finančni položaj. Sama se na institucije zaradi nezaupanja ni obrnila. V času epidemije smo ji zagotovili dostavo brezplačnih toplih obrokov, v nadaljevanju pa pomagali pri zagotavljanju redne prehrane. Redne stike ohranjamo še naprej. (Povzetek osebnega spremljanja, marec 2021).

Samooomejevanje pri zagotavljanju življenjskih potreb je ena od strategij shajanja z revščino (Hlebec idr. 2010). Po izgubi drugih aktivnih strategij preživetja (npr. priložnostna dela, lastna pridelava hrane) v starosti ljudem ne preostane veliko drugih možnosti. Izkušnje neposrednega dela s starejšimi ljudmi kažejo, da samooomejevanje pri starejših seže tudi do osnovnih vitalnih potreb (npr. ne

jedo več tople pripravljene hrane, bivanje v hladnih prostorih), kar vodi v dodatno opešnost in še hitrejšo izgubo samostojnosti.

Zaznali smo široko mrežo vstopnih točk, preko katerih so ljudje dobili informacije in podporo, da dobijo ustrezno pomoč, na kar kaže več zabeleženih klicev.

»Gospa je zelo oslabela, prebolela virozo, sama si ne more kuhati, prosi za topel obrok. Na nas se obrne po nasvetu osebne zdravnice.«

»Klicala je patronažna sestra upokojene gospe, ki sama živi v bloku, na kisiku in se težko premika. Je tudi na minimalni pokojnini, zato bi prosila za topel obrok zanjo. Prej ji je pri kuhi pomagala sestra (drugih sorodnikov nima), ki pa zdaj ne more do nje, saj ni javnih prevozov, obe pa sta starejši osebi.«

V pogostem stiku smo bili s strokovnimi delavci centrov za socialno delo in različnih nevladnih organizacij (Kralji ulice, Šent, Ozara, DrogArt, društva upokojencev ipd.), z nami so kontaktirale patronažne sestre, zdravniki, socialni delavci v bolnišnicah, svetovalne delavke v šolah. Mreža organizacij in posameznikov, ki so zaznali stiske sočloveka, pa se je še dodatno razširila – klicali so nas tudi iz lekarne (za pomoč uporabniku, ki sam ni mogel do zdravil), trgovine (za pomoč starejši gospe, ker sami ne dostavljajo), z nami je vzpostavil stik upravnik stavbe (ki je želel preko oglasne deske informirati ranljive skupine o možnih oblikah pomoči). Kljub že utečenemu sodelovanju z nekaterimi organizacijami in službami je bilo sodelovanje v času epidemije bistveno bolj intenzivno in v večjem obsegu.

Z namenom, da pomoč doseže kar največ ljudi, smo na elektronske naslove več kot 30 organizacij za strokovne delavce in prostovoljce poslali informacije o oblikah pomoči, ki smo jih v času epidemije nudili. Proaktiven odziv ljudi in občutek solidarnosti je bil v prvem valu epidemije izjemen, to potrjuje tudi število ljudi, ki je le RKS-OZLJ ponudilo svojo prostovoljsko pomoč (več kot 450 prijav). Razmere se umirjajo, pomembno pa si je zastaviti vprašanje, kako zdaj živijo starejši ljudje, ki jih je epidemija še dodatno izolirala in osamila. Marsikateri stiske starejših ljudi, ki se soočajo z revščino in/ali socialno izključenostjo, namreč ostajajo in se še poglobljajo.

4. Odziv na stiske ljudi

Pomoč in podpora starejšim ljudem je eden od rednih programov RKS-OZLJ. Vsakodnevno se srečujemo s starejšimi ljudmi, ki živijo z minimalnimi osebnimi dohodki, globoko pod pragom tveganja revščine. Starost že sama po sebi prinese številne izzive in omejitve. V kombinaciji z minimalnimi dohodki, torej življenjem v revščini, pa ti izzivi in omejitve pogosto postanejo nepremostljivi. Predhodni stik s ciljno populacijo, ki v času epidemije spada med še posebej ranljivo skupino prebivalstva, je predstavljal pomembno osnovo za bolj učinkovito odzivanje na novonastale stiske. Sočasno pa je bila z razglasitvijo epidemije potrebna reorganizacija dela, razvoj novih storitev in metod dela za zadovoljevanje potreb starejših ljudi v tem času.

V odziv na epidemijo smo v RKS-OZLJ, s podporo Mestne občine Ljubljana (v nadaljevanju MOL), razvili storitve, kot so oskrba ljudi na domovih – dostava prehranskih in higienskih paketov, toplih kosil, zdravil, zagotavljanje nujnih prevozov (ki jih je izvajal LPP). Za to, da smo dosegli ljudi, je bila ključna vzpostavitev naše dežurne telefonske linije. V prvem valu epidemije smo bili dosegljivi vsak dan, vključno z vikendi in prazniki, od 8. do 16. ure. Skupaj z mrežo prostovoljk in prostovoljcev, usposobljenih članov skupine za nudenje psihosocialne pomoči, smo bili in smo še vedno ljudem na razpolago za informacije o oblikah pomoči, za pogovor in oporo. V marcu in aprilu 2020, ko je bila negotovost največja, spremembe pa nenehne, je bilo za sprejem klicev na delovni dan običajno na razpolago pet sogovornikov. Zagotavljanje zadostnega števila prostovoljcev in zaposlenih je

pomenilo, da smo lahko klicateljem namenili dovolj časa za pogovor, kar se je po poročilih prostovoljcev izkazalo kot zelo koristno.

»Ljudje (skoraj vsi) želijo poleg rešitve problema, ki ga imajo, tudi pogovor, pogovor kar tako.« (Refleksija prostovoljke, april 2020).

Za lažje delo prostovoljcev in zaposlenih smo pripravili navodila za delo, kjer so združene vse pomembne informacije in smernice, ki jih potrebujejo za nemoteno in čim lažjo obravnavo klicev: informacije o oblikah pomoči RKS-OZLJ, informacije o plačljivih storitvah (za osebe, ki niso materialno ogrožene), informacije o oblikah pomoči za ljudi v duševni stiski, odzivi in usmeritve za najbolj pogosta vprašanja ter telefonske številke drugih organizacij in institucij (sprejeli smo kar nekaj klicev glede osebne varovalne opreme, omejitev gibanja ipd.). Še posebej v prvih dveh mesecih epidemije smo dokument z navodili zaradi nenehnih sprememb (in razvoja oblik pomoči, ki jih nudimo) vsakodnevno posodabljali.

Za sistematično spremljanje potreb občanov smo pripravili t. i. »triažni« vprašalnik za sprejem klicev, v katerega smo zabeležili vse ključne informacije, potrebne za nadaljnje delo in morebitno oskrbo prebivalcev na domu.

V prvem valu epidemije smo do 31. 5. 2020 na dežurni telefonski liniji sprejeli 1032 klicev, od tega jih je bilo 538 namenjenih preverjanju možnosti za oskrbo na domu, preostalih 487 pa informiranju. Starejši so predstavljali največji delež klicateljev, v prav tako velikem deležu pa smo govorili s svojci, sosedi ali znanci starejših, ki so bili v skrbeh zanje in so iskali načine, kako bi jim zagotovili ustrezno oskrbo in podporo. Druga večja skupina so bile družine in posamezniki, ki so se zaradi epidemije znašli v materialni ogroženosti.

Večji del klicateljev je ob podpori uspešno razrešilo nastalo situacijo, pogosto so zadostovale že nekatere informacije, na primer o možnosti dostave hrane in toplih obrokov na dom proti plačilu, kontakti drugih organizacij (npr. društvo Petka za nasmeh je nudilo brezplačno pomoč pri nakupu v trgovinah) in informacije o rednih oblikah humanitarne pomoči Rdečega križa. Pomoč v obliki posredovanja informacij je bila še posebej koristna za starejše, ki so brez dostopa do interneta in z zmanjšanimi stiki z zunanjim svetom ostali brez pomembnih informacij, ki bi jim olajšale življenje. Od vseh sprejetih klicev je tako slabi tretjini (308 predlogov) sledila pomoč v obliki ene od novo vzpostavljenih storitev (dostava prehranskega/higienskega paketa, zdravil, toplega obroka ali zagotovitev nujnega prevoza).

Ob sprejemu informacij smo čas namenili tudi podpori posamezniku za reševanje lastne situacije in zagotovili dovolj časa za pogovor in razbremenitev. Ocenjujemo, da je v tem obdobju tretjina klicateljev potrebovala dodatno odzivanje strokovnih sodelavk, vračanje klicev in podporo pri urejanju kompleksnih življenjskih situacij (torej oblika spremljanja pri urejanju življenjskih razmer).

Poleg potreb, ki smo jih beležili ob prejetih klicih v klicnem centru, smo s pomočjo prostovoljcev krajevnih organizacij Rdečega križa spremljali potrebe na terenu. Prostovoljci so preverjali in spremljali potrebe ljudi na svojem lokalnem območju in nas o tem redno obveščali, da smo lahko pravočasno odreagirali na stiske in po potrebi, s pomočjo prostovoljcev, končnim uporabnikom dostavili ustrezno pomoč.

Tabela 1: Podatki o oskrbljenih na domu za obdobje od 13. 3. do 31. 5. 2020

	Skupaj oskrbljenih na domu	Oskrba s prehranskimi paketi/ sredstva za higieno (dežurna številka)	Oskrba s prehranskimi paketi/ sredstva za higieno (preko KORK)	Dostava zdravil	Oskrba s toplimi obroki ¹
Št. oskrbljenih ljudi	764	362	328	18	56
Št. paketov/ dostav	3328	190	298	18	2822

Opomba 1: Del toplih kosil (557) smo zaradi specifične prehrane/potreb zagotovili in dostavili na RKS-OZLJ, preostale tople obroke (2265; realna številka lahko zaradi morebitnih dnevnih odpovedi nekoliko odstopa) pa so v MOL dostavili vozniki LPP.

Dodatno smo posredovali 37 predlogov za nujni prevoz, pri čemer je v večini primerov šlo za omogočanje dostopa do zdravniških pregledov v bolnišnicah in ambulantah.

V odzivu na prvi val epidemije je bilo le za nujno oskrbo in podporo ljudem (sprejem klicev za nujno oskrbo, dostavo na dom, delo v lokalni skupnosti) aktivnih 105 prostovoljk in prostovoljcev, ki so opravili 2006 zabeleženih prostovoljskih ur. Skupno pa se je za odziv na prvi val epidemije aktiviralo 206 prostovoljcev, ki so opravili 4144 prostovoljskih ur (poleg naštetega še psihosocialna podpora na posebni telefonski liniji, učna pomoč ter pomoč ekip prve pomoči pri merjenju temperature na državnih mejah).

Drugi val epidemije se je iz vidika obsega sprejetih klicev precej razlikoval, saj smo v obdobju od razglasitve epidemije do 31. 12. 2021 sprejeli le 188 klicev na dežurno številko. Razlika odraža razmere v družbi, saj je bilo razpoložljivih več informacij o samem virusu, o prenosu okužb ipd. Sočasno pa smo izvedli kar nekaj dostav na dom, saj so bile nekatere okoliščine spet podobne kot v prvem valu (npr. ukinitve javnega prevoza), starejši ter bolni ljudje pa še vedno zdravstveno dodatno ogroženi. Že vzpostavljene stike iz prvega vala epidemije smo ohranili, marsikdo se je na nas obrnil s prošnjo za ponovno podporo oziroma smo z nudenjem pomoči nadaljevali.

Tabela 2: Podatki o oskrbljenih na domu za obdobje od 16. 10. do 31. 12. 2020

	Skupaj oskrbljenih na domu	Oskrba s prehranskimi paketi/ sredstva za higieno (dežurna številka)	Oskrba s prehranskimi paketi/ sredstva za higieno (preko KORK)	Dostava zdravil	Oskrba s toplimi obroki
Št. oskrbljenih ljudi	297	57	187 ¹	2	51
Št. paketov/dostav	627	31	187	3	406

Opomba 1: Gre za pretežno enočlanska gospodinjstva, možna so odstopanja za drugega družinskega člana.

V jesenskem valu epidemije so se potrebe spremenile. Več pomoči smo zagotavljali v socialno-varstvenih in zdravstvenih ustanovah. Zaradi povečanja potreb in obolevnosti delavcev v zdravstvenih in socialno-varstvenih institucijah smo s prostovoljkami in prostovoljci pomagali tudi tam. Odzvali smo se na nacionalni vpoklic za pomoč v bolnišnicah. Naši bolničarji – člani ekip prve po-

moči – so kar 134 dni pomagali v UKC Ljubljana (od oktobra 2020 do marca 2021). Po dobrem mesecu in pol premora pa smo bili v maju 2021 ponovno aktivirani za pomoč.

Na vrhuncu drugega vala, od novembra 2020 do januarja 2021, smo s pomočjo prostovoljk in prostovoljcev zagotavljali tudi pomoč v domovih starejših občanov – tako logistično kot neposredno pomoč pri negi in oskrbi stanovalcev: v MOL, v Domu starejših občanov Ljubljana Vič-Rudnik (enota Bokalce, enota Kolezija) in v Domu starejših občanov Bežigrad. Zaskrbljujoče je bilo slišati, da brez prostovoljk in prostovoljcev ne bi zmogli zagotavljati potrebne oskrbe, a sočasno smo veseli, da smo se lahko odzvali in prispevali, da je šlo tudi to obdobje mimo. Starejši ljudje so tudi v tem okviru predstavljali eno od bolj ranljivih skupin, težak potek bolezni in pogostost smrti po okužbi s covidom-19 sta bila med njimi največja, ne le v Sloveniji, temveč tudi po vsej Evropi (Results of the 1st SHARE Corona Survey 2021).

V drugem valu epidemije se je do 31. 12. 2020 aktiviralo 187 prostovoljcev in prostovoljk, ki so skupno opravili 7662 zabeleženih prostovoljskih ur.

5. Razprava in sklepi

Epidemija in spremljajoči ukrepi so pokazali ranljivost vseh, tako otrok, mladih, odraslih kot starih ljudi. Načelo medgeneracijske solidarnosti poudarja prepletenost in soodvisnost vseh generacij, vsi smo del istega sveta. Celotna razsežnost posledic bo vidna šele čez čas.

Ko govorimo o stiskah in potrebah starejših ljudi v času epidemije, lahko na eni strani govorimo o novih potrebah, ki so nastale neposredno zaradi preventivnih ukrepov (npr. fizično distanciranje, priporočilo »ostani doma«) ali ukrepov za omejevanje širjenja virusa (npr. ukinitve delovanja javnega prevoza, ukinitve nenujnih storitev), na drugi strani pa več avtorjev opozarja (Čeh 2021; Dimerl idr. 2020), da je epidemija potencirala že obstoječe stiske in potrebe starejših ljudi ter izpostavila težave obstoječega sistema socialnega in zdravstvenega varstva.

Prvi val epidemije je pokazal veliko vlogo javnih storitev, ki ohranjajo samostojnost ljudi, ki živijo v domačem okolju. Opredelitev »nenujnih« storitev je za marsikoga predstavljala nezmožnost samostojnega bivanja, kar je v stisko spravilo tako starejše kot tudi svojce, če so jih ti imeli. Alternativne možnosti plačljivih storitev za marsikoga niso bile realne alternative.

Oskrba starejših na domu, ki poteka prek neformalne podporne mreže, se je v času epidemije v več primerih izkazala za nezadostno oziroma krhko. Za Slovenijo je na podlagi raziskave SHARE v letu 2015 ugotovljeno, da kar 85.000 oseb nudi praktično pomoč in pomoč pri osebni negi odraslim osebam (Nagode in Srakar 2015), glede na staranje prebivalstva pa je število trenutno še večje. Kljub delni ureditvi statusa neformalnih oskrbovalcev v letu 2017 še vedno manjkata ustrezna sistemska ureditev in podpora (Ramovš 2018), na primer končno sprejetje kvalitetnega zakona o dolgotrajni oskrbi.

Zdravstvene težave, s katerimi se soočajo tudi starejši ljudje, že sicer predstavljajo obremenitveni dejavnik za kvaliteto bivanja, v času epidemije pa so predstavljale še dodatni dejavnik tveganja. Starejši ljudje, s katerimi smo imeli stik, so v največji meri delovali preventivno in samozaščitno, sočasno pa so se zaradi tega znašli v situaciji, ko niso mogli samostojno poskrbeti za vsakdanje potrebe, kot so nakup živil, obisk lekarne ipd.

»Prednost« epidemije je bila le v tem, da je vseobsegajoča. Ni prizadela le revnih ali le premožnih, gre za kolektivno izkušnjo, ki pa se pri vsakem posamezniku odraža drugače. Ne glede na to je bil bistveno bolj prizadet nekdo, ki si na primer ni mogel privoščiti nakupa večje zaloge hrane ali plačljive dostave na dom. Nekdo, ki ima že sicer šibke socialne mreže, ima na razpolago precej manj možnosti. Revščina na splošno zmanjšuje obseg izbir, ki jih ima posameznik (Lishman idr. 2014). Velikokrat človek tako izbira med slabo ali manj slabo možnostjo.

Solidarni odzivi ljudi, tako neformalne pobude (»obvestilo za sosede, ki potrebujejo pomoč«) kot pomoč več nevladnih organizacij, so omogočili ljudem resnično koristno podporo. Prostovoljke in prostovoljci predstavljajo ključne sodelavce v odzivu, ki so se vključili tako v zaznavanje potreb ljudi (sprejem klicev, proaktivno vzpostavljanje stika z ljudmi) kot v zagotavljanje ustrezne pomoči (izvajanje dostav, nudenje psihosocialne pomoči). V okviru RKS-OZLJ ocenjujemo, da je vzpostavljena dežurna telefonska številka koristno pripomogla k večji dostopnosti pomoči ljudem, ki so se zaradi epidemije znašli v hudih stiskah, oblike pomoči, ki smo jih v sodelovanju z MOL zagotavljali (oziroma še vedno zagotavljamo), pa predstavljajo ustrezne odgovore na potrebe po pomoči, ki smo jih zaznali.

Toda ravno izkušnje prvega in drugega vala epidemije opozarjajo na vse tiste ljudi, ki do ustrezne pomoči in podpore še vedno niso prišli. Številne ovire, kot so sram, stigma, nezaupanje in pomanjkljiva informiranost, onemogočajo večjo dostopnost storitev in pomoči, ki bi ljudem lahko izboljšala kakovost življenja. Zgolj z vidika materialne ogroženosti to ponazarja podatek, da kar 90.000 upokoјencev živi z dohodki pod pragom tveganja revščine (SURS 2020). Od tega jih je le 23.500 v letu 2020 prejelo varstveni dodatek, ki naj bi služil kot oblika socialne varnosti ljudi, ki si sami z delom ne (z)morejo več zagotoviti preživetja.

Kot primer dobre prakse v času epidemije vsekakor lahko izpostavimo široko mrežo vstopnih točk, organizacij in posameznikov, ki so starejše ljudi podprli, da so dobili ustrezno pomoč. Zapis prostovoljke po opravljenem dežurstvu za sprejem klicev naj to dodatno ponazarja (april 2020):

»Ugotavljam, kako zelo je pomembno, da smo prav vsi pozorni na potrebe soljudi v svoji okolici. Pogosto prav tisti najbolj potrebni nočejo ali ne zmorejo poiskati pomoči sami. Moja današnja izkušnja potrjuje stari rek: Bolje dober sosed kot deset stricev.«

6. Zaključek

Če bi revščino in socialno izključenost, tako kot epidemijo, opredeli kot »izredno stanje«, ki zahteva nujno ukrepanje, bi bile možnosti za starejše ljudi, ki živijo v socialni izključenosti in revščini, bistveno boljše. Epidemija, tako kot vsaka kriza, lahko predstavlja priložnost za spremembe na bolje. Izhajajoč iz neposrednih izkušenj podajamo naslednje predloge.

6.1. Krepitev solidarnosti

Vrednote humanosti, solidarnosti in spoštovanja človekovega dostojanstva so se pokazale kot ključne v teh nenavadnih časih. Krepitev solidarnosti, tako na mikroravni medosebnih in medsosredskih odnosov, na mezo ravni kot krepitev skupnosti in na makro ravni kot krepitev sistema socialne in solidarne družbe, je potrebna, če se želimo uspešneje odzivati na stiske sočloveka.

6.2. Prisotnost na terenu, med ljudmi in ustrezna podpora organiziranemu prostovoljstvu

Že predhodno vzpostavljeni stiki in odnosi z ranljivimi skupinami prebivalcev so omogočili večjo dostopnost pomoči in podpore. Potrebna je prisotnost med ljudmi, delovanje v lokalni skupnosti in iskanje načinov za krepitev dostopnosti storitev ciljni skupnosti. Obsežen odziv RKS-OZLJ je bil možen le zaradi že predhodno vzpostavljene in usposobljene mreže prostovoljk in prostovoljcev.

6.3. Mreže vstopnih točk za pomoč in podporo

Pomembni so nadaljnje povezovanje in krepitev kapacitet različnih organizacij, ki se lahko odzovejo na stiske starejših ljudi, tesnejše povezovanje organizacij s področja socialnega varstva in zdravstva ter prepoznavanje kapacitet drugih organizacij in podjetji, ki so s starejšimi v stiku.

6.4. Sistemsko urejanje pogojev za dostojno življenje starejših

Urediti je treba sistem dolgotrajne oskrbe, ki bo omogočal ljudem ustrezno podporo za samostojno življenje v skupnosti, uvajal sodobne oblike skrbi za ljudi in ohranjal človekovo dostojanstvo ne glede na ovire, s katerimi se posameznik sooča. Konkretnije je treba omogočiti dejansko dostopnost varstvenega dodatka kot enega od mehanizmov za zagotavljanje socialne varnosti materialno ogroženih starejših in zakonsko urediti sistem dolgotrajne oskrbe.

Literatura

- Čeh, Silva. 2021. V času epidemije so se pokazale vse slabosti pri oskrbi starejših. *Delo*, 13. 1. Dostopno na: <https://www.delo.si/magazin/generacija-plus/v-casu-epidemije-so-se-pokazale-vse-slabosti-pri-oskrbi-starejsih/>. (15. maj 2021).
- Drimel, Gordana, Jože Ramovš in Franc Imperl. 2020. Epidemija Covid-19 v domu in sistem dolgotrajne oskrbe v Sloveniji. *Kakovostna starost* 23(2): 56–78.
- Hlebec, Valentina, Matic Kavčič, Maša Filipovič Hrast, Andreja Vezovnik in Martina Trbanc. 2010. *Samo da bo denar in zdravje: Življenje starih revnih ljudi*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Lishman, Joyce, Chris Yuill, Jill Brannan in Alastair Gibson, ur. 2014. *Social work: An Introduction*. London, California, New Delhi in Singapor: Sage.
- Nagode, Mateja in Andrej Srakar. 2015. Neformalni oskrbovalci: Kdo izvaja neformalno oskrbo, v kolikšnem obsegu in za koga? V *Značilnosti starejšega prebivalstva v Sloveniji – prvi rezultati SHARE*, ur. Boris Majcen, 232–243. Dostopno na: http://www.share-slovenija.si/files/documents/prvi_rezultati_slovenija/Publikacija_IER_23.pdf (15. maj 2021).
- Statistični urad Republike Slovenije [SURS]. 2021. *Kazalniki dohodka, revščine in socialne izključenosti, Slovenija, 2019*. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije. Dostopno na: <https://www.stat.si/StatWeb/News/Index/8895> (15. maj 2021).
- Ramovš, Jože. 2018. Uvodnik. *Kakovostna starost* 21 (2).
- SHARE. 2021. *Results of the 1st SHARE Corona Survey*. Munich: SHARE-ERIC. Dostopno na: http://share-project.de/fileadmin/pdf_publications/EU_Report_SHARE-COVID19_Feb2021_web.pdf (15. maj 2021).

Dnevni centri aktivnosti za starejše (DCA) kot priložnost za izboljšanje socialne vključenosti starejših v Mestni občini Ljubljana

Daily Activity Centres for Seniors as an opportunity to improve social inclusion of the elderly in the City of Ljubljana

Katja Krivec, univ. dipl. soc. del.

Mestna zveza upokojencev Ljubljana, OSZDU

POVZETEK

Ljudje smo socialna bitja in kot takšni za svoj obstoj potrebujemo močno in ustrezno socialno mrežo. Ena od osnovnih človekovih potreb po Maslowu je potreba po pripadnosti in ljubezni, ki se s staranjem ne zmanjšuje. Prav nasprotno, ker se s starostjo socialne mreže praviloma manjšajo in ožijo, je potrebo po pripadnosti in vključenosti vse težje zadovoljiti. Obdobje epidemije je socialno izključenost vseh generacij poglobilo. Medčloveški odnosi so na veliki preizkušnji. Ena od možnosti za ponovno socialno vključitev starejših je vključitev v programe dnevnih centrov aktivnosti za starejše (DCA), ki so namenjeni aktivnemu staranju, vseživljenjskemu učenju, medgeneracijskemu sodelovanju, spodbujanju prostovoljstva in druženju. Z vključitvijo v DCA si lahko starejši razširijo ali na novo vzpostavijo socialno mrežo, ki je vsekakor eden od pomembnejših dejavnikov za kakovostno starost.

Ključne besede: epidemija, socialna izključenost in vključenost, potrebe v starosti, socialne mreže, dnevni centri aktivnosti za starejše.

ABSTRACT

We are social beings and as such we require strong, adequate social networks. According to Maslow, the need for love and belonging constitutes one of the basic human needs, and does not lessen as we get older. On the contrary: as social networks tend to diminish with age, the need for belonging and inclusion becomes increasingly difficult to satisfy. The period of the epidemic has deepened the social exclusion of all generations, putting interpersonal relationships to the test in a significant way. One of the possibilities for social re-inclusion of the elderly is their participation in the programs of Daily Activity Centres for Seniors, intended to encourage active ageing, lifelong learning, intergenerational cooperation, promotion of volunteering, and socialising. By joining Daily Activity Centres, seniors expand or re-establish their social networks – undoubtedly one of the most important factors contributing to the quality of old age.

Key words: epidemic, social exclusion and inclusion, needs in old age, social networks, Daily Activity Centres for Seniors.

1. Uvod

Leti 2020 in 2021 je nedvomno zaznamovala epidemija covida-19. Epidemija se je zažrla v vse pore naših življenj in nikomur ni prizanesla. Nobena starostna struktura ali skupina ljudi ni bila izjema pri strogih omejitvah in ukrepih za zajezitev epidemije in posledično ne-izpostavljena tveganju za socialno izključenost. Starejši, ki so bili ranljiva skupina že pred epidemijo, so postali še ranljivejši: ranljivejši z vidika materialne ogroženosti, dostopa do storitev, vključevanja v družbeno življenje, predvsem pa z vidika socialne izključenosti oziroma vključenosti. Še bolj izrazito so se pokazale razlike med tistimi, ki živijo sami, in tistimi, ki imajo široko socialno mrežo. Strah, negotovost, tesnoba, obup, potrtnost in jeza – vse to so občutki, s katerimi se je v času epidemije srečala večina ljudi. Vsakdanje aktivnosti in s tem življenje so se čez noč spremenili in znašli smo se v neznani, nepredvidljivi situaciji, ki je marsikdo ni bil sposoben obvladati. Posledica so bila že omenjena čustvena stanja. Če temu dodamo še osamljenost, je lahko psihična stiska zelo močna. Marsikdo je potreboval oziroma še potrebuje oporo in strokovno pomoč.

2. Socialna izključenost

Stroka pravi, da so posledice epidemije najbolj prizadele mlajšo generacijo, ki ji bo treba posvetiti posebno pozornost. Menimo, da bo enako mero pozornosti treba posvetiti tudi starejši generaciji, saj se bodo posledice izolacije in zmanjševanja socialnih stikov pokazale šele na dolgi rok. Že pred epidemijo so bili temu tveganju izpostavljeni številni starejši, ki niso imeli razvite socialne mreže, v času epidemije so brez nje ostali še mnogi drugi.

Epidemija starejših ni zaznamovala le zaradi bolezni in strahu pred okužbo, temveč tudi zaradi omejitve in pomanjkanja socialnih stikov. Pomanjkanje socialnih stikov, predvsem dolgotrajna izolacija, kot smo jo doživeli v tem času, lahko vodi v socialno izključenost, le-ta pa v številne druge težave, iz katerih se posameznik brez strokovne pomoči težko reši.

Hvalič Touzery (2010) socialno izključenost definira kot nesprejemanje posameznika ali skupine ljudi s strani družbenega okolja. Temelji lahko na rasi, etničnosti, jeziku, kulturi, veri, spolu, starosti, socialnem razredu, ekonomskem ali zdravstvenem stanju. Socialna izključenost odvzema človeku njegove temeljne pravice in veže nase revščino, prikrajšanost in nestrpnost.

Čeprav v primeru epidemije ne moremo govoriti o izključenosti starejših zgolj zaradi njihovih lastnosti, pa definicija jasno pokaže, do kakšnih resnih posledic lahko pride. V primeru epidemije gre za socialno izključenost celotne generacije, ki se lahko, kot pravi Hvalič Touzery (2010), pojavi po dalj časa trajajočem materialnem pomanjkanju, ko se ljudje počasi izključujejo iz družbenega dogajanja in postanejo socialno, kulturno in politično izolirani.

Za družbeno okolje sta pomembni dve obliki izključenosti: izključenost iz civilnih aktivnosti in izključenost iz socialnih odnosov. Medtem ko se prva nanaša na posameznikovo sodelovanje v dejavnostih, v katerih se v demokratičnih družbah sprejemajo odločitve, se druga nanaša na vključenost v osrednje socialne vloge (Hvalič Touzery 2010). In ravno iz slednjih so bili številni starejši v času epidemije izključeni.

3. Potrebe v starosti

Ko govorimo o potrebah starejših, moramo imeti v mislih vse starejše: starejše, ki živijo v institucionalni oskrbi, starejše, ki živijo doma, starejše, ki imajo šibke socialne vezi, in tudi tiste starejše z močnimi družinskimi vezmi, ki pa nimajo stikov z vrstniki. Torej, misliti moramo na celotno skupino starejših, ki imajo prav tako kot vse ostale generacije lastne potrebe: celo paleto potreb, ki se jih zavemo predvsem takrat, ko jih ne moremo zadovoljiti ali pa jih lahko zadovoljimo le delno.

Ramovš (2003) opredeli naslednje vrste potreb v tretjem življenjskem obdobju: (i) potreba po materialni preskrbljenosti, (ii) potreba po ohranjanju telesne, duševne in delovne svežine, (iii) potreba po osebnem medčloveškem odnosu, (iv) potreba po predajanju življenjskih izkušenj in spoznanj mladi in srednji generaciji, (v) potreba po doživljanju smisla starosti, (vi) potreba po negi v starostni onemoglosti in (vii) potreba po nesmrtnosti.

Potreba po osebnem medčloveškem odnosu je morda najtežje zadovoljliva potreba, saj je ne moremo zadovoljiti sami. Za odnos je potrebna komunikacija, ki pa je bila v zadnjem letu za marsikoga zelo otežena. Nezadovoljena potreba po odnosih lahko vodi v osamljenost, ki je v starosti ena najhujših tegob. Osamljenost je bolezen 21. stoletja, ki se je razširila že pred epidemijo koronavirusa, med epidemijo pa se je samo še poglobila.

Osamljenost je za starega človeka tako huda kot telesna podhranjenost, ki lahko vodi v razne bolezni in duševne stiske. Če star človek nima zadovoljene potrebe po temeljnem ali osebnem medčloveškem odnosu z nekom, je osamljen, pa čeprav je okrog njega veliko ljudi. Ta potreba je danes med najslabše zadovoljenimi, zato je osamljenost ena od najbolj razširjenih in najhujših stisk starega človeka (Ramovš 2003).

4. Socialne mreže

Človek je v socialne mreže vpet celo življenje. Močne in stabilne socialne mreže so bistvene za kakovostno in zadovoljujoče življenje. S starostjo se praviloma ožijo, zato je velikokrat potrebno načrtno ustvarjanje možnosti in priložnosti za širjenje in oblikovanje novih.

Pojem socialna mreža pomeni človekovo povezanost z drugimi ljudmi, ki je ena od bistvenih človeških potreb in lastnosti; izraža se v osebnih medčloveških odnosih in v stvarnih delovnih ter drugih robnih razmerjih. Medčloveška razmerja in odnosi so za človeka v resnici kot mreža; v različnih socialnih mrežah živi vse življenje, če to hoče ali pa ne. Socialne mreže imajo zanj naslednje vloge: (i) pomagajo mu, da uspeva, zadovoljuje svoje potrebe, ustvarja in napreduje; (ii) v življenju postavljajo pravila igre za družbeno sožitje; (iii) človekovo vedenje in ravnanje »sejejo« v družbeno sprejemljive in nesprejemljive vloge; (iv) varujejo ga pred pomanjkanjem in nevarnostmi, s svojimi omejitvami pa mu povzročajo tudi nevšečnosti; (v) v težavah mu pomagajo, da ne propade (Hvalič Touzery 2010).

Nekateri starejši zmorejo sami »plesti« socialne mreže, negujejo skozi leta pridobljena poznanstva in prijateljstva in imajo širok družinski krog. Nekateri zmorejo potrebo po medčloveškem odnosu zadovoljiti že z enim globokim in iskrenim prijateljem, spet drugi pa pri tem potrebujejo pomoč in iščejo več površinskih odnosov. Ljudje smo različni in ta različnost se kaže tudi pri vključevanju v socialne mreže. Strokovni delavci morajo prepoznati potrebe posameznika in jih pri načrtovanju pomoči starejšemu tudi upoštevati.

5. Socialna vključenost

Cilj zmanjševanja socialne izključenosti je torej socialna vključenost. Če je skupina ljudi ali posameznik socialno izključen, ga je treba ponovno aktivirati. Da lahko strokovni delavci starejše aktivirajo in jim pokažejo možnosti vključitve, morata potrebe celotne skupine najprej prepoznati družba in lokalno okolje. Nato morata ustvariti možnosti za njihovo uresničevanje, da se lahko starejši ponovno integrirajo v družbo. Socialna vključenost temelji na enakosti, pravičnosti in solidarnosti.

Mestna občina Ljubljana (v nadaljevanju MOL) je na tem področju zagotovo primer dobre prakse, saj že vrsto let podpira in načrtno razvija storitve in programe, namenjene starejšim. S podporo nevladnim organizacijam pri izvajanju programov za kakovostno staranje nudi široko paleto različnih aktivnosti, katerih cilj je zagotavljati čim daljše in kakovostno bivanje starejših v domačem

okolju. Poleg sofinanciranja programov za starejše MOL izvaja tudi ključne zakonske obveznosti s področja socialnega varstva starejših. Lokalno okolje mora prepoznati potrebe in potencial starejših, zato je nujno sodelovanje z različnimi izvajalci storitev in programov, saj lahko na podlagi tega dobro načrtujejo mrežo pomoči. Strateške usmeritve so opredeljene v Strategiji razvoja socialnega varstva v Mestni občini Ljubljana od 2013 do 2020. Že leta 2011 se je Ljubljana kot prvo mesto v Sloveniji vključila v mrežo starosti prijaznih mest Svetovne zdravstvene organizacije.

Eden od programov, s katerimi želijo zagotoviti zdravo in aktivno staranje, s posebnim poudarkom na socialni vključenosti, je mreža dnevnih centrov za starejše (v nadaljevanju DCA).

6. Namen in cilji dnevnih centrov aktivnosti za starejše (DCA)

Dnevni centri aktivnosti za starejše (DCA), ki v Ljubljani delujejo pod okriljem Mestne zveze upokojencev Ljubljana, so pomembna srečevališča starejših v Mestni občini Ljubljana. V centrih imajo starejši možnost aktivnega staranja, vseživljenjskega učenja, medgeneracijskega sodelovanja in širjenja socialne mreže. V program se lahko vključijo kot aktivni udeleženci ali kot prostovoljci za vodenje aktivnosti. V DCA starejši lahko dobijo prvo socialno pomoč, informacije o vseh pomembnih življenjskih dogodkih ali nasvet o tem, kakšne so njihove pravice in kje jih lahko uveljavljajo. Tako program DCA ponuja množico storitev, s katerimi se starejšim zagotavlja aktivnejše vključevanje v socialno okolje in vzdrževanje psihofizične kondicije. To pa je vsekakor pogoj za bolj polno, zadovoljno in zdravo življenje starejših.

DCA so v prvi vrsti namenjeni druženju in organizirani aktivnosti starejših občanov. Zasnovani so na spoznanju, da želi velika večina starejših živeti v okolju, na katero so navezani, dokler jim to dopuščajo moči in zdravstveno stanje. Centri po eni strani preprečujejo izključenost starejših, ki je zaradi sodobnega individualiziranega načina življenja v urbanih središčih in popuščanja družinskih vezi vse bolj razširjena, po drugi pa izkoriščajo podaljšano vitalnost uporabnikov za aktivnosti, oblike samopomoči ter medsebojno pomoč in podporo.

V Konceptu razvoja intergeneracijskih dnevnih centrov aktivnosti za starejše je Sedmak (2009) opredelil dolgoročnejši cilj koncepta DCA, in sicer širjenje mreže predinstitucionalnih ustanov na vsedrжавni ravni in njihovo vključevanje v mrežo socialnovarstvenih ustanov s tremi cilji:

1. omogočiti starejšim aktivno staranje, preprečevati izoliranost in spodbujati vključenost v mrežo socialnih odnosov = socialno vključevanje;
2. omogočiti podaljševanje življenja v privajenem domačem okolju in preprečevati nepotreben pritisk na institucionalno varstvo in oskrbo, ki lahko nastaja izključno zaradi socialne osamitve v domačem okolju = ohranjanje samostojnosti;
3. aktivirati starejše kot vir pomoči, samopomoči in prostovoljstva.

Programi DCA so v prvi vrsti namenjeni starejšim, ki se soočajo z osebnimi, socialnimi, zdravstvenimi, finančnimi in pravnimi težavami, ki potrebujejo pomoč pri urejanju svojega vsakodnevnega življenja s potrebo po socialnih stikih (preprečevanje izključenosti), ki potrebujejo usmerjanje, ki so se pripravljene vključiti v neprofesionalne ali prostovoljske dejavnosti in skušajo kot prostovoljci ohranjati svoje pridobljene kvalifikacije.

Glavni cilji DCA so:

- krepitev in ohranjanje samostojnosti ter telesnega in duševnega zdravja,
- spodbuda za vztrajanje v domačem okolju,
- podpora samostojnemu odločanju o načinu življenja,
- krepitev sposobnosti in zmožnosti posameznika,
- pospeševanje socialnih stikov in ohranjanje integracije v družbeno dogajanje,

- preprečevanje osamitve in izključenosti ter
- spodbujanje k občanskemu/političnemu angažiranju (Sedmak 2009).

Sedmak (2012) je kot posebno značilnost DCA opredelil tudi možnost samoodločanja. Udeleženci lahko storitve vseskozi prilagajajo lastnim potrebam in zanimanjem; ni jim potrebno slediti vsiljenim programom, kar je značilnost klasične institucionalne oskrbe starejših.

Z izkušnjami, pridobljenimi s širjenjem mreže DCA, so strokovni delavci začeli izvajati inovativen pristop dela z uporabniki. Uporabljajo tako imenovano participatorno metodo. Participatorna metoda se opira na potrebe, želje in težnje, ki jih izražajo sami uporabniki, hkrati pa omogoča, da ob podpori strokovnih delavcev programske sklope oziroma aktivnosti uporabniki večinoma tudi sami izvajajo – kot prostovoljci. V program se uporabniki (ne glede na kronološko starost) vključujejo na podlagi lastnih interesov. Cilj participatornega pristopa je vključevanje različnih akterjev na različnih ravneh – od zasnove do izvedbe; starejši so torej del celotnega procesa. S participatorno metodo razvijajo manj birokratski postopek od spodaj navzgor, lahko pa ga uporabijo tudi za zbiranje podatkov o pričakovanih različnih ciljnih skupin na mikroravni. Pri tem se ustvarjata civilni dialog in občutek za »solastništvo« programa. Tovrstna orodja pomagajo tudi pri opolnomočenju uporabnikov, saj jih na ta način vključujejo v procese in prilagajajo dejavnosti njihovim potrebam. Pri ustvarjanju participatornih postopkov si je treba kot cilj zastaviti predvsem izpolnjevanje potreb ranljivih posameznikov z redkimi socialnimi stiki, oseb, katerih glasu ni lahko slišati.

V programu DCA, poleg metode dela s skupino, strokovni delavci DCA uporabljajo tudi metodo dela s posameznikom (individualno delo – svetovanje). Velik poudarek je na skupnostnem socialnem delu (odnos družbe do starosti in starejših). Najpogostejše teme svetovanja uporabnikom DCA so povezane z osebnimi, socialnimi, zdravstvenimi, finančnimi, pravnimi in podobnimi težavami uporabnika. Zelo pogosto pa strokovni delavec zgolj nudi informacije o vseh pomembnejših življenjskih zadevah, po potrebi uporabnike napoti v pristojne institucije, seznanja jih z njihovimi pravicami in odgovornostmi. Velikokrat je strokovni delavec tudi mediator oziroma posrednik v konfliktnih situacijah med uporabniki, na željo uporabnika je lahko zagovornik v procesih in postopkih, kjer je treba uporabnika še dodatno okrepiti, je tolmač v postopkih, ko so ti za uporabnika nerazumljivi, seveda v okviru svojih pristojnosti in strokovnih znanj. Gre torej za obliko prve socialne pomoči, kjer strokovni delavec vzpostavi delovni odnos, oceni, kakšno obliko pomoči bi uporabnik potreboval oziroma skupaj z njim poišče najboljše možne rešitve nastale situacije. Po potrebi skupaj z uporabnikom naredi oceno tveganja. Pri tem uporablja etiko udeležnosti, perspektivo moči, individualno načrtovanje, aktivno vključevanje in participacijo uporabnika v procesu pomoči.

7. Dnevni centri aktivnosti za starejše (DCA) v času epidemije

Po več kot petnajstih letih uspešnega delovanja smo DCA prvič začasno zaprli za obiskovalce. Vsi skupaj smo se znašli v okoliščinah, ki so izredno neprijetne in so od vsakega od nas zahtevale mnogo prilagajanja in samodiscipline. Telovadba, ustvarjanje in učenje v varnem zavetju svojega doma se kljub vsemu ne morejo primerjati z delom v skupini, kot smo ga vajeni v DCA. Telefoni, elektronska pošta in socialna omrežja ne morejo nadomestiti pristnega človeškega stika in prijateljskega druženja. Obiskovanje DCA je za marsikoga postalo način življenja in za nekatere edina socialna mreža. Stiske, ki so jih člani doživeli ob zaprtju centrov, so se pokazale že v prvem tednu samoizolacije, saj so se na nas obrnili številni člani, da z nami podelijo svoje misli, strahove in stiske.

Izkušnje iz prvega vala epidemije so nam pomagale, da smo se na ponovno zaprtje dobro pripravili. Že poleti 2020 smo člane in prostovoljce začeli usposablјati za uporabo spletnih aplikacij in tako smo skupaj dokazali, da se lahko na spremembe prilagajamo celo življenje in da starost ni ovira za učenje in uporabo aplikacij. S pomočjo prostovoljcev smo omogočili članom udeležbo na kar 76 aktivnostih, ki smo jih izvajali preko spleta in različnih spletnih aplikacij. Člani so lahko

vsak dan v živo telovadili, izvajali jogo, chi gong in tai ji, se učili deset tujih jezikov, risali in slikali, urili spomin, meditirali, izvajali vaje za oči in se celo pridružili dramskemu krožku. Tako so lahko člani ostali aktivni in so ohranjali gibalne navade, ki krepijo imunski sistem tudi v času epidemije. Dobro fizično počutje vpliva tudi na izboljšanje psihičnega počutja in čustvovanja. Velik poudarek smo dali vseživljenjskemu učenju in zavedanju pomena uravnotežene prehrane. Na spletni strani in profilu Facebook smo dnevno objavljali ideje za sprehode in gibanje v naravi, prispevke z motivacijsko in sprostitveno vsebino, nasvete, kako okrepiti imunski sistem, ustvarjalne ideje ... Člane smo spodbudili, da so nam poslali fotografije svojih izdelkov in tako smo pripravili kar nekaj virtualnih slikarskih razstav, razstavi pletenih izdelkov in voščilnic ... Izpeljali smo fotografski natečaj in aktivni izziv (vsak dan vsaj 30 minut gibanja na svežem zraku), ki še kar traja. Izvedli smo tudi usposabljanja za uporabo spletne aplikacije Zoom. Opazili smo, da članom poleg vseh aktivnosti manjka klepet, sproščen pogovor o vsakdanjih stvareh, zato smo uvedli tedenska srečanja »Klepet ob kavi«. Odziv članov je bil zelo dober, kar samo kaže na to, da sta socialni stik in socialna mreža bistvena za zdravje in dobro počutje vseh generacij. Pripravili smo prvo spletno proslavo DCA ob kulturnem prazniku, spletno pustovanje in prireditve »Pozdrav pomladi«. Seveda pa nismo pozabili na člane, ki nimajo možnosti ali želje uporabiti računalnik ali pametni telefon. Z njimi smo ostajali v stiku preko telefonskih pogovorov. Največji poudarek po ponovnem odprtju DCA smo namenili ravno tistim članom, ki so v času epidemije prekinili stike s prijatelji in znanci, tistim, ki jim je v tem času razpadla socialna mreža.

8. Dnevni centri aktivnosti za starejše (DCA) po epidemiji

DCA se osredotočajo na starejšega človeka in njegovo najbližje okolje, ne glede na njegov socialni, ekonomski in pravni status, spol, raso, veroizpoved, izobrazbo, invalidnost ali spolno usmerjenost. Bistvene vrednote v programu DCA so solidarnost, učenje, gibanje, prostovoljstvo, zdravje, prijateljstvo.

Načini vključevanja v program DCA so naslednji: (i) starejši se v program vključujejo na podlagi lastnih interesov; (ii) program je medgeneracijski, zato se vanj lahko vključi kdorkoli, upokojitve ni pogoj za članstvo; (iii) program ima »nizek prag dostopnosti«; (iv) vključitev omogočimo vsakomur.

Prednost DCA je predvsem v tem, da se na mikroravni lahko hitro prilagajajo spremembam lokalne demografske strukture, strukture družine in socialne strukture nasploh. Ker so DCA povezani tudi z drugimi ponudniki storitev, namenjenih predvsem starejšemu prebivalstvu, lahko zaposleni delujejo »medresorsko« ter združujejo socialno podporo z različnimi oblikami izobraževanja in zdravstveno preventivo. Z dejavnostmi, predavanji, svetovanji in skupinskimi prireditvami program DCA deluje preventivno, po potrebi tudi »kurativno« – strokovni delavec ali delavka v vlogi svetovalca skupaj s starejšim išče rešitev težave. Skupinska svetovanja lahko zaradi obravnave podobnih individualnih težav prerastejo v oblikovanje mrež za pomoč in samopomoč, kjer si udeleženci in udeleženke pomagajo z izmenjavo izkušenj. Strokovni delavci spodbujajo, usmerjajo in spremljajo takšne procese samopomoči in po potrebi poskrbijo za poglobljeno strokovno svetovanje ali v posameznih primerih tudi za svetovanje zunanjih strokovnjakov ali drugih institucij, ki imajo ustrezna strokovna znanja (Sedmak 2009).

Stiske starejših so se v zadnjih desetih letih bistveno povečale, zato je vse več potreb po individualnem svetovanju. Starejši ljudje DCA ne doživljajo kot obveznost ali prisilo, zato tam dosti lažje poiščejo pomoč ali nasvet. Poleg tega se lahko istočasno vključijo v širok nabor aktivnosti ali pa se v program vključijo kot prostovoljci. S prostovoljnim delom uresničujejo svoje vloge, nadaljujejo aktivno vključenost po upokojitvi in tako ustvarjajo nove izkušnje, pridobivajo in delijo znanje ter bistveno prispevajo h kakovostnejšemu in aktivnejšemu življenju tako njih samih kot članov DCA.

Člani in prostovoljci med seboj vzpostavljajo nove odnose, v katerih eni in drugi bolje skrbijo zase, si nudijo podporo in tako ohranjajo aktivno vključenost na različnih področjih.

Z ustrezno socialno mrežo se lahko človek uspešno stara, mreža mu nudi oporo in nadomesti morebitne izgube. Z vključitvijo v DCA lahko starejši zadovoljijo večino potreb v tretjem življenjskem obdobju, ki jih je opredelil Ramovš (2003). Strokovni delavci v DCA zato načrtno iščemo možnosti za vključevanje starejših. S tem namenom se izrazito povezujemo z lokalno skupnostjo in sodelujemo z društvi in javnimi zavodi. Še vedno je tudi v MOL veliko starejših, ki živijo izolirano in osamljeno, zato bo potrebno sodelovanje vseh ključnih deležnikov na področju dela s starejšimi, da jih bomo čim več ponovno aktivirali in vključili v družbeno življenje.

9. Zaključek

Skozi leta delovanja so delovni centri aktivnosti z učinkovitim prilagajanjem in zaznavanjem potreb uporabnikov prerasli v centre, kjer starejši lahko zadovoljijo večino svojih osnovnih življenjskih potreb. Postali so varen in spodbuden prostor za učenje, medgeneracijsko sodelovanje, predvsem pa za druženje in širjenje socialnih mrež, ki je dodana vrednost programa DCA. So prostor za ustvarjanje novih in negovanje že pridobljenih odnosov. Izvajanje programa DCA je načrtno ustvarjanje možnosti in priložnosti za socialno vključevanje starejših v družbo. V sodelovanju z vsemi deležniki na področju skrbi za starejše v MOL bo informiranje in spodbujanje starejših za vključitev v programe DCA prioriteta naloga strokovnih delavcev tudi v obdobju po epidemiji koronavirusa.

Nikomur ni treba samevati. Pridruži se nam!

Literatura

- Hvalič Touzery, Simona. 2010. *Gerontologija – slovar: socialna izključenost*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka. Dostopno na: <http://www.instantonatrstenjaka.si/gerontologija/slovar/1026.html> (5. maj 2021).
- Hvalič Touzery, Simona. 2010. *Gerontologija – slovar: Socialna izključenost*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka. Dostopno na: <http://www.inst-antonatrstenjaka.si/gerontologija/slovar/1433.html> (5. maj 2021).
- Ramovš, Jože. 2003. *Kakovostna starost*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.
- Sedmak, Marjan. 2009. *DCA, Intergeneracijski dnevni centri aktivnosti za starejše. Koncept razvoja 2009–2013*. Ljubljana: DCA Ljubljana.
- Sedmak, Marjan. 2012. *Dnevni centri aktivnosti za starejše. Koncept razvoja 2013–2020*. Ljubljana: DCA Ljubljana.

Dobre prakse socialne participacije v domovih za stare ljudi v času epidemije covida-19

Good practices of social participation in care homes for older people during the COVID-19 epidemic

izr. prof. dr. Jana Mali

Fakulteta za socialno delo, Univerza v Ljubljani

asist. Benjamin Penič, mag. soc. del

Fakulteta za socialno delo, Univerza v Ljubljani

POVZETEK

Ljudje potrebujemo stike z drugimi ljudmi, v starosti pa se ta potreba še okrepi zaradi pojava zmanjševanja sovrstniških socialnih mrež. Epidemija covida-19 je posegla prav na področje socialnih stikov, saj se je socialna izolacija dolgo nakazovala kot edina rešitev za omejitev epidemije. Pri uvajanju tega ukrepa so vodilne stroke v času epidemije prezrle pomen socialne participacije v starosti. V prispevku želimo prikazati, kako so v domovih za stare ljudi, kljub novim razmeram epidemije, našli rešitve za ohranjanje in vzdrževanje stikov stanovalcev z drugimi ljudmi, da bi v čim večji meri zagotavljali njihovo socialno participacijo.

Epidemija covida-19 ni razkrila samo pomanjkljivosti sistemske ureditve oskrbe za stare ljudi, temveč tudi mnoge pomanjkljivosti v institucionalni oskrbi. Kljub stiskam in novim izzivom so se domovi za stare na spremembe odzvali z dobrimi praksami, ki si zaslužijo posebno pozornost. Zaradi omejenih možnosti osebnih obiskov so uporabili sodobno tehnologijo, zaposleni so stanovalcem namenili več svojega časa in iskali možnosti za individualno zadovoljevanje njihovih želja in potreb. Domovi za stare ljudi so okrepili povezanost z lokalno skupnostjo, organizirali individualne aktivnosti ali aktivnosti v manjših skupinah, prav tako pa so ob upoštevanju ukrepov za zaježitev in preprečevanje okužb organizirali aktivnosti in prireditve na prostem. V domovih za stare ljudi sta se okrepila medsebojno zaupanje in sodelovanje med stanovalci, zaposlenimi in sorodniki, oskrba pa je postala še bolj usmerjena k uporabniku.

Ključne besede: institucionalna oskrba, socialna participacija, socialno delo, epidemija covida-19.

ABSTRACT

We humans need contact with others, and in old age this need is exacerbated by the natural phenomenon of declining peer social networks. The COVID-19 epidemic affected the area of social contact because, for a long time, social isolation was seen as the only solution to curb the epidemic. In adopting this measure, leading experts overlooked the importance of social participation in old age during the epidemic. In this paper, we aim to show how, despite the new epidemic conditions in care homes for older people, solutions were found to maintain and nurture contacts between residents and others to ensure their social participation as much as possible. The COVID-19 epidemic has highlighted not only the inadequacies of the system of care for older people, but also many shor-

tcomings in institutional care. Despite the hardships and challenges, care homes for older people responded to the changes with good practices that deserve special attention. They responded to the limited opportunities for face-to-face visits with the use of modern technology, staff devoted more time to residents, and found more ways to meet individual needs and desires. Care homes for older people increased their links with the local community, organised individual or small group activities and held outdoor activities and events, while taking into account measures to contain and prevent infections. In care homes for older people, mutual trust and cooperation between residents, staff, and relatives was strengthened, and care became even more user-oriented.

Key words: institutional care, social participation, social work, COVID-19 epidemic.

1. Uvod

Epidemija covida-19 je v naš vsakdanjik vnesla raznolike spremembe na več ravneh sodobnega življenja. V izredno kratkem času smo bili postavljeni pred nove izzive, odgovore in rešitve nanje pa smo morali šele najti. Negotovost je postala vsakdanja spremljevalka na mnogih ravneh našega dela in življenja.

Prve okužbe z novim koronavirusom v domovih za stare ljudi so institucionalno oskrbo v vsej svoji razsežnosti postavile v ospredje medijske pozornosti in splošne javnosti. Tudi drugi val epidemije je najprej prizadel stanovalce domov in ustvarjal se je vtis, da je koronavirus institucionalni virus (Flaker 2020), ki ga ne moremo odpraviti, podobno, kot ne moremo odpraviti institucij in njihovega škodljivega učinka na življenje ljudi.

Kako ravnati v novih razmerah, so se zaposleni skupaj s stanovalci domov za stare ljudi učili sami. Kljub izzivom, omejitvam in stiskam, ki jih je epidemija vnesla v delovanje domov, smo bili priča dobrim praksam na področju organizacije življenja in dela v domovih. Ukrepi, ki jih je sprejemala vlada za zaježitev epidemije, so bili pogosto v nasprotju z uveljavljenimi praksami oskrbe, ki v ospredje postavljajo stanovalce, njihove potrebe, želje, krepijo avtonomijo odločanja o življenju v domu ipd. V raziskavi o inovacijah dolgotrajne oskrbe smo jih pred leti popisali več kot devetdeset (Mali idr. 2018), zato smo imeli občutek, da se v razmerah epidemije niso kar izgubile. In imeli smo prav. V domovih so kljub strogim omejitvam druženja zaposleni našli inovativne rešitve, tako imenovane dobre prakse za zagotavljanje socialne participacije, s katerimi so krepili socialne vezi med stanovalci in njihovimi sorodniki ter med stanovalci in zaposlenimi. Zato želimo nekaj najvidnejših predstaviti v tem prispevku.

V medijih smo sicer lahko zasledili kakšno dobro prakso, večinoma pa smo zasledili prispevke, ki so poudarjali pomanjkljivosti institucionalnega sistema oskrbe, slabe bivalne in kadrovske razmere (Flaker 2020, 308). Strokovna javnost tudi ni bila seznanjena z dogajanjem v domovih, saj zaradi epidemije vse od pomladi 2020 ni bilo strokovnih srečanj, kongresov in drugih strokovnih dogodkov, na katerih bi si lahko izmenjali izkušnje s področja oskrbe starih ljudi. Zato smo se na aktivu socialnih delavk domov, ki deluje pri Skupnosti socialnih zavodov Slovenije in na Katedri za dolgotrajno oskrbo Fakultete za socialno delo, odločili, da organiziramo strokovno srečanje z uporabo programa Zoom. V februarju in marcu 2021 smo organizirali dve strokovni srečanja na temo dobrih praks socialnega dela in timskega sodelovanja zaposlenih, kar je vplivalo na višjo kakovost življenja stanovalcev domov. Na srečanju so sodelovali tako zaposleni v domovih za stare ljudi iz Mestne občine Ljubljana kot tudi drugih občin. Izkazalo se je, da je pomembno okrepiti socialne stike stanovalcev in jim omogočiti socialno participacijo v novih razmerah, ki jih predstavljajo ukrepi za zaježitev epidemije covida-19.

2. Pomen socialne participacije za stanovalce domov

Potreba po stikih in družabnosti je ena od osnovnih človeških potreb, za ljudi, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo, pa predstavlja specifično področje, saj pri njenem zadovoljevanju naletijo na prenekatere težavo – od vzpostavljanja stikov do vzdrževanja ter razmejevanja med odvisnostjo in samostojnostjo. V naših novejših raziskavah (Mali idr. 2017; Mali idr. 2018; Mali idr. 2019) so stari ljudje izrazito izražali potrebo za zagotavljanju aktivne vloge v socialnih odnosih, ki smo jo poimenovali socialna participacija. Socialna participacija se kaže na različne načine, najpogosteje pa kot prispevek starih ljudi k delovanju v skupnosti. Novejše raziskave v ZDA kažejo, da se je participacija starih ljudi v različnih socialnih vlogah povečala (Scharlach in Lehning 2016, 91), kar je v veliki meri posledica višje izobrazbe starih ljudi, boljšega zdravstvenega stanja, večjega povezovanja med stariimi in mladimi ljudmi kakor tudi novih prostovoljnih vlog, ki zapolnjujejo vrzeli propadlih državnih oblik pomoči in podpore.

Oblike socialne participacije so različne, vendar raziskave kažejo, da so učinki na življenje starih ljudi neodvisni od vrste participacije. Vsaka oblika socialne participacije za stare ljudi predstavlja priložnost za krepitev socialnih vezi, mrež in omrežja, ki se pričakovano krči zaradi umiranja sovrstnikov. Aktivnost in participacija v teh dejavnostih vplivata na fizično zdravje starih ljudi, pa čeprav so morda v ospredju druženje, pripadnost verskim obredom ali doseganje ciljev društva, katerega člani so. Na drugi strani denimo pasivne dejavnosti, kot je npr. gledanje televizije, povečujejo tveganje za smrt (Scharlach in Lehning 2016, 93). Socialne aktivnosti, kot denimo obiskovanje prijateljev in skupinsko preživljanje prostega časa, zmanjšujejo smrtnost, ker zagotavljajo kombinacijo pozitivnih učinkov, kot so socialna vključenost, osebno zadovoljstvo, fizična in kognitivna stimulacija, in krepijo posameznikovo moč za samostojno življenje (Scharlach in Lehning 2016, 69).

Ljudje, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo, so osamljeni, omejeni na stike z domačimi, ki zanje skrbijo, ali na stike z zaposlenimi v domu. Kontinuirano jim primanjkuje stikov z različnimi ljudmi, v domovih npr. z znanci in prijatelji iz domačega okolja, podobno je tudi v domačem okolju, saj se v primeru nezmožnosti samostojnega gibanja ne morejo udeleževati organiziranih dejavnosti za upokoјence. Tisti, ki so omejeni pri samostojnem gibanju, potrebujejo prevoze, da bi obiskovali prijatelje, znance, a žal teh ni na voljo v zadostni meri. Prevoze potrebujejo tudi za urejanje osebnih stvari na uradih, pošti, banki – te storitve se umikajo iz mest na obrobje, dostop do njih pa je možen le s prevozom.

Upokoјenci, ki obiskujejo upokoјence na domu, zaznavajo veliko osamljenost med tistimi, ki niso zmožni samostojnega gibanja (Mali idr. 2019). Ostajajo vezani na dom, družino oziroma domače, ki ob številnih vsakodnevnih obveznostih lahko poskrbijo za osnovne življenjske potrebe svojih družinskih članov, ne zmorejo pa preprečiti njihove osamljenosti. Osamljenost vpliva tudi na zmanjševanje želja v starosti, omejitve pri doživljanju smisla življenja in s tem močno posega v zmanjševanje kakovosti življenja v starosti.

Na oblike socialne participacije v starosti vpliva mnogo dejavnikov. Kaže se, da so stari ljudje bolj socialno dejavni v bližini svojega doma, v soseski, v kateri živijo, se bolj povezujejo s sosedi in manj z ljudmi, ki ne živijo v njihovi bližini. To kaže, da so bolj odvisni od socialnih stikov, ki jih navezujejo neposredno v skupnosti, v kateri živijo. Na to vplivajo tudi njihove zmožnosti za mobilnost in pogoji, ki so v njihovi življenjski okolici dani za mobilnost. Močne socialne vezi v soseski so izrednega pomena za preprečevanje socialne izolacije in zagotavljanje blagostanja v starosti (Scharlach in Lehning 2016, 69).

Socialno participacijo determinirajo značilnosti socialnega kapitala, ki se v svojem bistvu nanašajo na kvantiteto in kvaliteto socialnih odnosov, ki jih ljudje vzpostavljamo v skupnosti, v kateri živimo. Med socialnimi odnosi predstavljajo posebno vrednost tisti, pri katerih socialne interakcije

temelji na vzajemnem zaupanju in koristi. Obstajajo trije tipi socialnega kapitala: vezni, premostitveni in povezovalni. Vezni se nanaša na povezovanje znotraj sorodne skupine, npr. v starostnih skupinah. Premostitveni se nanaša na sodelovanje med različnimi skupinami, npr. starostnimi, kjer gre za medgeneracijsko sodelovanje. Povezovalni pa opisuje sodelovanje med posamezniki, organizacijami ali institucijami v skupnosti, npr. prostovoljstvo v društvu upokojencev (Scharlach in Lehning 2016, 99).

Ljudem veliko pomeni osebni stik, neposredno družabništvo, da človeka vidijo, čutijo, se ga dotaknejo. Po telefonu je stik drugačen, predvsem kratkotrajen, a pogosto razbije dolgoročno izključenost iz skupnosti in nenehno osamljenost. Pomoč »na daljavo« ima določene prednosti, ki so se izkazale za pomembne še posebej v času epidemije covida-19. Zaradi omejenih socialnih stikov predstavljata klic po telefonu ali vzpostavitev video konference za veliko starih ljudi edino možnost stika z drugimi. Težave se kažejo v tem, kako uporabiti nove pripomočke za sporazumevanje (mobilne telefone, tablične računalnike, programe za video konference), kako stare ljudi v teh novih razmerah sploh naučiti in poučiti o rabi nove tehnologije. Že pred epidemijo covida-19 so imeli stari ljudje težave z uporabo sodobne komunikacijske tehnologije. Starim ljudem so bolj pomembni stiki v živo, ker dejansko potrebujejo družbo, v številnih situacijah pa tudi sočloveka, ki je pripravljen pomagati v stiski, ki jo starim ljudem povzroča odtujenost od ljudi.

Za zagotavljanje socialne participacije v dolgotrajni oskrbi potrebujemo skupnosti, ki spoštujejo stare ljudi, razumejo njihove specifične potrebe in so na splošno starosti prijazne, sprejemajo starost in je ne zapostavljajo ali izpostavljajo kot življenjsko obdobje, ki se ga bojimo ali ga ne želimo dočakati. Skupnosti, ki so starosti prijazne, so skupnosti, v katerih člani živijo polno in smiselno življenje v času staranja. Spremembe, ki jih v procesu staranja doživljajo ljudje, se nanašajo na običajno predvidljive fizične in kognitivne, ki spremljajo starost, kakor tudi psihične in socialne, ki določajo naš položaj v skupnosti. Starosti prijazne skupnosti upoštevajo vse naštet vidike staranja, ki se spreminjajo tudi časovno in kulturno, zato se takšne skupnosti razvijajo, spreminjajo in so precej fleksibilne narave.

V starosti prijaznih skupnostih je pomembna subjektivna percepcija staranja. Najpogosteje stari ljudje navajajo, da na dobro staranje vplivajo stiki med ljudmi, še posebej pomembni so tesni prijateljski odnosi, medsebojna pomoč, spoštovanje in dobri medosebni odnosi (Scharlach in Lehning 2016, 18). Močno vplivajo tudi percepcija staranja, sprejemanje in doživljanje procesa staranja, pri čemer igra pomembno vlogo sprejemanje telesnih sprememb zaradi staranja, doživljanje zadovoljstva in srečnega življenja ter želja in smisla življenja v starosti.

Prilagajanje življenja staranju in obratno, prilagajanje staranja življenju, je eno od vodil, ki zagotavlja dobro, pozitivno naravnano staranje (ang. ageing well). Človek, ki se je pripravljen prilagajati na spremembe, ki jih prinaša proces staranja, bo tudi samo staranje razumel kot proces prilagajanja različnim pričakovanim in nepričakovanim spremembam (Scharlach in Lehning 2016, 21). Takšen pogled na staranje je korak stran od uveljavljenega prepričanja, da stari ljudje ne marajo sprememb, ali celo, da se s spremembami niso pripravljeni spoprijemati. Je tudi vodilo za zagotavljanje socialne participacije, kajti brez razumevanja staranja kot procesa prilagajanja spremembam ne moremo razumeti pomena participacijske vloge starih ljudi.

Pomembno je, da spoznanja o socialni participaciji strokovnjaki poznajo in da jih pri svojem delu kar se da upoštevajo. In kako jih lahko upoštevajo v institucionalnem okolju in v razmerah, ki jih narekuje epidemija covida-19? Na to vprašanje bomo iskali odgovore v nadaljevanju.

3. Nekatere nove, dobre institucionalne prakse za krepitev socialnih stikov

Epidemija je močno omejila stike stanovalcev s sorodniki in drugimi ljudmi, ki sestavljajo socialno mrežo stanovalcev. Zaposleni so prepoznali pomanjkanje stikov in spremljajočo stisko stanovalcev ter njihovih sorodnikov že v začetku epidemije, zato so veliko pozornosti namenili vzpostavljanju in ohranjanju stikov z uporabo moderne tehnologije – pametnih telefonov, tabličnih in prenosnih računalnikov. Uporabljali so jih za vzpostavljanje video klicev s sorodniki. Pri izvajanju video klicev so sodelovali tako zaposleni kot tudi javni delavci in prostovoljci. Posluževali so se različnih računalniških programov, med katerimi sta prevladovala Zoom in Skype za pogovore v živo in elektronska pošta za dopisovanje. Zaposleni so sorodnike in stanovalce spodbujali k pisanju pisem in elektronskih sporočil ter opravljanju telefonskih klicev. Ob vzpostavljanju novih praks so se zavedali, da te oblike ne morejo nadomestiti neposrednih stikov, zato so iskali načine za izvajanje obiskov. Glede na kadrovske, prostorske in druge zmožnosti ter ob upoštevanju ukrepov za zaježitev in preprečevanje okužb so domovi za stare ljudi omogočali obiske za stanovalce, pri katerih bi odsotnost stikov lahko predstavljala veliko tveganje za poslabšanje zdravja (denimo pri ljudeh z demenco), vsi pa so omogočali obiske za stanovalce, ki potrebujejo paliativno oskrbo.

Močno se je osvetlila nujnost pravočasnega obveščanja sorodnikov in zainteresirane javnosti. Zaposleni so okrepili obveščanje preko telefona, elektronske pošte, spletne strani doma in različnih socialnih omrežij (na primer Facebook, Messenger ipd.). S tem se je močno okrepilo tudi medsebojno zaupanje, za sorodnike in stanovalce pa je redna obveščenost delovala razbremenilno in pomirjujoče.

Okrepili so se tudi medsebojni odnosi med stanovalci in zaposlenimi. Zaposleni so si vzeli več časa za pogovor s stanovalci in po svojih najboljših močeh z individualnimi pristopi skušali nadomestiti tisto, kar je epidemija omejila ali odvzela. Okrepil se je timski duh, ne le med zaposlenimi, temveč tudi v odnosu med stanovalci in zaposlenimi, s ciljem zagotoviti čim bolj človeške razmere v nečloveških razmerah epidemioloških ukrepov. Krepitev sodelovanja in medstrokovno dopolnjevanje sta tako predstavljala korak bližje holistični in k uporabniku usmerjeni oskrbi.

Domovi za starejše so prepoznali nujnost organiziranja in izvajanja aktivnosti za stanovalce, zato so ob upoštevanju ukrepov začeli izvajati predstave in koncertov na prostem kot tudi skupinske telovadbe. Mnogi stanovalci so se prireditve in dejavnosti lahko udeležili kar s svojega balkona, kar je bila za njih nova izkušnja, ki so jo z odobravanjem sprejeli. S takšnimi praksami so omogočili tudi praznovanje rojstnih dni, še posebej obeleževanje stoletnic. V drugem valu epidemije se niso odpovedali novoletnemu praznovanju, le njihovo izvedbo so prilagodili novim razmeram. V enem od ljubljanskih domov so novoletni koncert izvajali v domu, stanovalci pa so ga preko aplikacije Zoom spremljali v svojih sobah.

Zaposleni so poskrbeli, da so sorodniki lahko varno dostavili zelena darila, obenem pa tudi sami opravili nakupe priboljškov po željah stanovalcev. S takšnim ravnanjem so razbijali togost institucionalnega življenja in vnašali elemente normalizacije življenja v tako imenovano »koronsko institucionalno okolje«.

Razmere epidemije so v nekaterih domovih okrepile povezanost z lokalno skupnostjo. Ob upoštevanju epidemioloških ukrepov so bili deležni donacij tako za stanovalce kot zaposlene in različnih oblik pomoči prostovoljcev ter drugih organizacij. Okrepilo se je sodelovanje s prostovoljci. Tako so v enem od ljubljanskih domov prostovoljci posneli sporočila za stanovalce, zaposleni pa so jim te posnetke predvajali. S posnetki so nekako nadomestili osebne stike, ki so bili prepovedani zaradi ukrepov za zaježitev epidemije.

Podobno je ugotovila tudi študentka magistrskega študija na Fakulteti za socialno delo Maja Stojchevska (2021), ki je v okviru študijskih obveznosti opravila kvalitativno raziskavo v treh domovih

za stare ljudi na območju Ljubljane. Intervjuje je v decembru 2020 opravila s socialnimi delavci oziroma delavkami, raziskovala pa je predvsem, kako je epidemija vplivala na ritem življenja v domu za stare ljudi, kako so ukrepi za zaježitev in preprečevanje okužbe z virusom vplivali na potek vsakdanjika stanovalcev, kako so zaposleni stanovalcem zagotavljali občutek varnosti in kakšne so bile strategije za izboljšanje kakovosti življenja v domu ter ustvarjanje dobrega vzdušja.

Z raziskavo je Stojchevska (2021) ugotovila, da so se stanovalci močno razveselili video klicev, pisem in telefonskih pogovorov, nekaj tako preprostega pa jim je celo zaznamovalo dan in ga polepšalo. Aktivnosti v domovih so potekale v majhnih skupinah ali individualno, v toplejših dneh so bile prireditve organizirane na prostem. Sodelujoči v raziskavi so poudarjali pomen pristnega človeškega stika in opisovali, koliko jim pomeni, da so si zaposleni vzeli čas za pogovor, sprehod, pomoč pri klicu sorodnikov ali za obujanje prijetnih spominov, nemalokrat pa so zaposleni naklonjenost izkazovali tudi z majhnimi opravili, ki so jih sicer opravljali sorodniki. Več je bilo individualnega dela s stanovalci in njihovimi sorodniki, v veliko pomoč pri tem pa so bili tudi študenti in prostovoljci. V raziskavi je Stojchevska (2021) ugotovila, kako pomembno je sprotno obveščanje sorodnikov in stanovalcev ter razvijanje medsebojnega sporazumevanja. Intervjuvanci so ubesedili, da so si pogosto »nadeli« veder obraz in poskrbeli za dobro voljo, ki se je tako lažje selila tudi med stanovalci.

4. Zaključek

Zagotovo je epidemija razgrnila mnoge pomanjkljivosti v ureditvi institucionalne oskrbe za stare ljudi in poglobila obstoječe neenakosti med ljudmi, a so domovi za stare ljudi razvili mnoge uspešne pristope, rešitve, odgovore na potrebe stanovalcev in oblikovali usmeritve za oskrbo, ki bodo uporabne tudi po koncu epidemije.

Na strokovnih srečanjih aktiva socialnih delavcev in delavk v domovih za stare ljudi smo bili preseñeni, ko smo spoznali, da se je socialno delo v domovih za stare ljudi v času epidemije vrnilo k svojim »koreninam«, kar se kaže z zagotavljanjem individualizacije storitev, krepitvijo dostojanstva in avtonomije stanovalcev oziroma zagotavljanjem socialne pravičnosti. Priča smo inovativnostim in okrejitvi nekaterih ravni življenja in dela v domovih za stare ljudi, ki kažejo na možnosti in priložnosti za razvoj institucionalne oskrbe ter presegajo tradicionalno pojmovanje institucionalne oskrbe.

Epidemija vsekakor nima le negativnih posledic na življenje in delo v domovih. V tistih domovih, ki so v epidemiji prepoznali priložnost za razvoj boljših oblik oskrbe, kot smo jih poznali pred epidemijo, smo našli primere dobrih praks, ki krepijo moč stanovalcev in vlivajo upanje za razvoj dolgotrajne oskrbe po meri starih ljudi.

Literatura

- Flaker, Vito. 2020. Corona virus institutionalis – kronski institucionalni virus. *Socialno delo* 59(4): 307–324.
- Mali, Jana, Vera Grebenc, Vito Flaker, Andreja Rafaelič, Tjaša Filipovič, Amra Šabić, Maruška Lucija Peršič in Tina Zaplatar. 2017. *Hitra ocena potreb in storitev dolgotrajne oskrbe v Občini Straža: končno poročilo*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Mali, Jana, Vito Flaker, Mojca Urek in Andreja Rafaelič. 2018. *Inovacije v dolgotrajni oskrbi: primer domov za stare ljudi*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Mali, Jana, Vera Grebenc, Anamarija Kejžar, Davorin Buher, Laura Fajkovič, Klara Koželj, Anže Štrancar in Maja Zupan. 2019. *Ocena potreb in storitev dolgotrajne oskrbe v Občini Žirovnica: končno poročilo*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Scharlach, Andrew in Amanda Lehning. 2016. *Creating Aging – Friendly Communities*. New York: Oxford University Press.
- Stojchevska, Maja. 2021. *Življenje v domovih za stare ljudi v času epidemije covid-19. Izpitna naloga pri predmetu Dolgotrajna oskrba in socialno delo*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Pomoč na domu kot priložnost za socialno vključevanje starejših: razvoj skozi čas

Home care as an opportunity for social inclusion of the elderly: development over time

Miranda Vrh, univ. dipl. soc. del.
Gerontološko društvo Slovenije

POVZETEK

V času epidemije novega koronavirusa je število socialnih stisk in težav med različnimi ranljivimi skupinami izrazito poraslo. Tukaj niso izvzeti starejši, ki bivajo v institucionalnem ali domačem okolju. Predvsem slednji, ki potrebujejo pomoč in podporo formalnih in tudi neformalnih oskrbovalcev pri negi ali drugih aktivnostih, so bili zaradi omejevanja stikov pogosto nemočni v iskanju ustreznih rešitev. Ena izmed možnih rešitev je pomoč na domu kot socialnovarstvena storitev, katere cilj je tudi prispevati k socialni vključenosti starejše osebe v domačem okolju.

V prispevku je predstavljena retrospektivna študija primera, ki je vključevala deskriptivno metodo, metodo komparacije in analize. Študija je bila izvedena v občini Ilirska Bistrica.

Razvoj socialnovarstvene storitve pomoč na domu prispeva k izboljšanju socialnega vključevanja starejših. Pri tem je treba upoštevati, da k temu stremijo vsi deležniki: starejša oseba s podporno socialno mrežo in izvajalci pomoči na domu.

Razvoj pomoči na domu na lokalnem in regionalnem nivoju, na primeru občine Ilirska Bistrica, smo razmejili na ključne razvojne mejnike, ki so po vseh karakteristikah primerljivi z razvojem na nacionalni ravni. Pandemija novega koronavirusa je razkrila, da bo tudi zaradi negotovih časov s potencialnimi novimi zdravstvenimi krizami in zaradi spremenjenih potreb starejših potrebno reorganizirati in redefinirati nekatere socialnovarstvene storitve, med njimi tudi pomoč na domu.

Ključne besede: pomoč na domu, socialnovarstvena storitev, starejši, socialna vključenost, pandemija.

ABSTRACT

During the epidemic of the novel coronavirus, the number of social hardships and problems among various vulnerable groups increased notably. Elderly people living in an institutional or home environment are not excluded here. In particular, the latter, who need the help and support of formal as well as informal carers in care or other activities, have been powerless to find appropriate solutions due to limited social contacts. One of the possible solutions is home care as a social care service, the aim of which is also to contribute to the social inclusion of the elderly in their home environment. The paper presents a retrospective case study that employs a descriptive method, as well as the methods of comparison and analysis. The study was conducted in the Municipality of Ilirska Bistrica. The development of social care services at home contributes to improving the social inclusion of the elderly. It is necessary to take into account that all stakeholders strive for this: an elderly person with a supportive social network and home care providers.

The development of home help at the local and regional level, in the case of the Municipality of Ilirska Bistrica, was divided into key developmental milestones, which are comparable to the development at the national level in all respects. The new coronavirus pandemic has revealed that these uncertain times with potential new health crises and the changing needs of the elderly require the reorganization and redefinition of some social care services, including home care.

Key words: home care, social care service, the elderly, social inclusion, pandemic.

1. Ključni mejniki v razvoju pomoči na domu kot socialnovarstvene storitve

1.1. Obdobje med 1980 in 1990

V letu 1980 sem zaključevala študij na takratni Višji šoli za socialne delavce Univerze v Ljubljani. Ker sem kot otrok živela v večgeneracijski družini, kjer je mlajša generacija skrbela za zadovoljevanje potreb starejših, me je zanimalo, kako te potrebe zadovoljujejo starejši, ki ob sebi nimajo svojcev, zato sem se odločila, da to raziščem v svojem okolju. Kot štipendistka takratne Občinske skupnosti socialnega skrbstva Ilirska Bistrica (ki se je v letu 1993 preimenovala v Center za socialno delo Ilirska Bistrica) sem za izbrano temo pridobila tudi soglasje strokovnih delavk te skupnosti. Cilj raziskave je bil ugotoviti število občanov v Krajevni skupnosti Podgrad, ki potrebujejo tujo pomoč, in vrste oziroma oblike te pomoči, analiza pa naj bi služila Občinski skupnosti socialnega skrbstva Ilirska Bistrica pri organizaciji izvenzavodskega varstva starejših.

Krajevna skupnost Podgrad vključuje štiri vasi, in sicer Podgrad, Račice, Podbeže in Sabonje. Takrat je na tem področju živelo 165 oseb, starih nad 65 let. Po drugi svetovni vojni so se ljudje v glavnem preživljali s kmetijstvom, ker pa pogoji za kmetovanje niso bili najbolj ugodni, so ljudje migrirali v večja mesta ali v tujino. Mlajši, ki so v sedemdesetih in osemdesetih letih prejšnjega stoletja še živeli v teh vaseh, so se zaposlili in dnevno migrirali v bližnje industrijske kraje, starejši pa so ostajali doma, prepuščeni sami sebi.

Tako sem v okviru diplomske naloge z naslovom »Izvenzavodsko varstvo ostarelih v Krajevni skupnosti Podgrad – ugotavljanje potreb« na domu obiskala 50 ljudi, starejših od 65 let, in ugotavljala njihovo vključenost v družbeno okolje ter potrebe po pomoči na domu.

Pri zbiranju podatkov sem uporabila metodo polstrukturiranega intervjuvanja s posameznikom na njegovem domu in ob tem uporabila predhodno pripravljen opomnik z 18 vprašanji polstrukturiranega intervjuja. Zbrane podatke sem obdelala ročno, jih prikazala v tabelah ter pripravila zaključke in predloge za nadaljnje delo.

Rezultati raziskave so pokazali, da je velika večina anketirancev že takrat živela v lastnem (samskem) gospodinjstvu ali pa z zakoncem, skupaj z otroki in njihovimi družinami je živelo samo 14 anketirancev. Približno 20 % samskih anketirancev je bilo brez otrok, ostali anketiranci pa so imeli po več otrok, vendar so v glavnem živeli v drugih krajih in staršem niso mogli pomagati pri vsakodnevni opravi. Glede na to, da takrat ni bilo realnih možnosti čezoceanskih potovanj, lastnih stacionarnih telefonov in računalnikov, so bili čustveno prizadeti predvsem tisti starejši, ki so imeli svoje otroke v tujini. Edini stik z njimi so predstavljala težko pričakovana ročno napisana pisma in kakšna fotografija »na kredenci«. Večina ljudi je v glavnem živela v lastni, zelo skromno opremljeni in adaptacije potrebni hiši, pogosto podedovani od prednikov.

Večina anketirancev, kar 70 %, je prejela pokojnino, v glavnem je bila to izjemno nizka kmečka pokojnina, 10 % anketirancev je prejelo družbeno denarno pomoč (sedanja denarna socialna pomoč), 20 % anketirank pa je bilo brez dohodka. Slednje so v mlajših letih opravljale gospodinjska dela, v času anketiranja pa so se preživljale z moževo pokojnino.

Kljub skromnim življenjskim pogojem in očitni potrebi po dodatni pomoči je večina anketirancev odgovorila, da trenutno ne potrebuje pomoči. Predvsem so imeli zadržke pri sprejemu tuje, družbeno organizirane pomoči, medtem ko bi pomoč otrok, svojcev ali sosedov brez oklevanja sprejeli. V pogovoru je bil pogosto izpostavljen sram pred vstopom tujcev v hišo.

Anketiranci, ki so izjavili, da potrebujejo pomoč, pa so navajali, da potrebujejo predvsem pomoč pri kmečkih delih, pripravi kurjave, pranju perila in pri gospodinjskih opravilih. Največ ljudi bi potrebovalo pomoč enkrat na teden oziroma nekajkrat na mesec.

Raziskava je pokazala, da potreba po organizirani pomoči na domu obstaja. Podatek, da je bilo med 50 anketiranci kar 11 takih (22 %), ki potrebujejo pomoč, kaže, da obstaja velika verjetnost, da med tistimi starejšimi, ki niso bili zajeti v raziskavo, ni malo takih, ki bi potrebovali razne oblike pomoči.

V začetku leta 1981 sem se kot socialna delavka, takrat pripravnica, zaposlila na Občinski skupnosti socialnega skrbstva Ilirska Bistrica. Občina Ilirska Bistrica meri 480 km², v njej je takrat, v 62 naseljih, živel 15.293 prebivalcev, od tega je bilo kar 19,7 % prebivalcev starih več kot 65 let. Za dobro izvedbo socialnega dela je veljalo pravilo, da mora vsak socialni delavec dobro poznati »teren«, kar je pomenilo poznati vsa naselja in čim več ljudi, zato smo bili kot strokovnjaki veliko na terenu. Srečevali smo ljudi, ugotavljali njihove potrebe in jim nudili pomoč pri uveljavljanju različnih pravic, tudi takih, ki niso neposredno sodile v stvarno pristojnost socialne službe, kot npr. pomoč pri pridobitvi ustreznega stanovanja, uveljavljanje pokojnin, štipendij, namestitev otrok v vrtec, brezplačne malice v šoli ipd.

Glede na nadpovprečno število starega prebivalstva smo strokovne delavke tej kategoriji namenjale posebno pozornost, saj smo se ves čas zavedale potreb po socialnem vključevanju starejših in organizaciji socialne oskrbe. Z namenom preprečevanja osamljenosti, stisk in težav posameznikov ter z namenom razvoja medsebojne pomoči in solidarnosti smo začeli stare ljudi povezovati v prijateljske skupine. Tako so začele nastajati skupine starih ljudi za samopomoč. Vodja teh projektov v Ilirski Bistrici je bila sodelavka, ki je 13. 11. 1989 ustanovila prvo skupino starih ljudi za samopomoč v domačem okolju, kar je predstavljalo prvo tovrstno skupino v Republiki Sloveniji. Projekt skupin starih ljudi za samopomoč je deloval v okviru centra za socialno delo (v nadaljevanju CSD) do leta 2000, ko je bilo ustanovljeno Društvo Jesen, ki je združevalo vse skupine starih ljudi za samopomoč v občini Ilirska Bistrica, se je pozneje povezovalo v Zvezo društev za socialno gerontologijo Slovenije.

1.2. Obdobje med 1990 in 2000

Po dolgoletnih pripravah smo pomemben napredek v občini dosegli v začetku devetdesetih let prejšnjega stoletja. Leta 1991 smo slavnostno odprli Dom starejših občanov Ilirska Bistrica. Takrat smo strokovne delavke Občinske skupnosti socialnega skrbstva Ilirska Bistrica vse naše občane, ki so bili do takrat v drugih domovih starejših (Izola, Koper, Sežana, Postojna, Idrija ...), preusmerile v domsko varstvo v domači kraj. Seveda smo pri tem upoštevale želje uporabnikov po premestitvi, vendar se je velika večina odločila za selitev v dom starejših v domači kraj.

V letu 1991 smo v domačem okolju začeli izvajati tudi socialnovarstveno storitev pomoč družini: najprej z zaposlitvijo delavcev preko javnih del, pozneje pa z različnimi organizacijskimi oblikami, na podlagi posebnega dogovora z občino ter na podlagi prijav na javne razpise pri takratnem ministrstvu za delo. V začetku je bila izvedba storitve enovita in smo v isti program vključevali tako otroke in mladostnike kakor tudi starejše ljudi, s tem, da smo za vsako populacijo pripravili poseben program dela. Tako smo za otroke in mladostnike v takrat zasebnih prostorih začeli izvajati program za učno in psihosocialno pomoč šoloobveznim otrokom Sonček, ki bo v letu 2021 praznoval 30-letnico delovanja, za starostnike pa program socialne oskrbe na domu.

Začetni program socialne oskrbe na domu je sledil potrebam ljudi na terenu, saj na tem področju takrat še ni bilo jasnih zakonskih navodil. Starejšim smo predvsem želeli zagotoviti pogoje, da bi lahko čim dlje ostali v domačem okolju. Tako smo v sodelovanju z Občino Ilirska Bistrica, Kari-tasom in Rdečim križem organizirali akcije za zagotavljanje najnujnejših bivalnih pogojev, kot so npr. popravilo strehe, generalno čiščenje in pleskanje bivalnih prostorov, priprava kurjave, pranje in likanje perila itn. Pomoč pri vzdrževanju osebne higiene je takrat izvajala negovalka, ki je bila v začetku formalno zaposlena pri Rdečem križu, pozneje pa postala del redno zaposlenih delavcev centra za socialno delo.

V letu 1992 je bil sprejet Zakon o socialnem varstvu, ki je socialnovarstveno storitev pomoč družini delil v tri segmente, in sicer pomoč družini za dom, pomoč družini na domu in mobilno pomoč. Jasna navodila o izvajanju storitev pa je ponudil šele Pravilnik o standardih in normativih socialno-varstvenih storitev, ki je bil sprejet leta 1995.

Po takrat sprejetem in pozneje večkrat spremenjenem in dopolnjenem pravilniku je socialna oskrba na domu namenjena upravičencem, ki imajo zagotovljene bivalne in druge pogoje za življenje v svojem bivalnem okolju, vendar se zaradi kronične bolezni, invalidnosti ali starosti ne morejo oskrbovati in negovati sami, pri tem pa jim ne morejo pomagati niti njihovi svojci. Storitve vsebuje različne oblike praktične pomoči, s katerimi se upravičencem vsaj za določen čas nadomesti potrebo po institucionalnem varstvu.

Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev je že ob prvi objavi natančno določil upravičence in obseg storitve, zato je bilo treba praktična opravila prilagoditi novi zakonodaji, kar pomeni, da sta marsikateri prejemnik pomoči in marsikatero opravilo izpadla iz seznama upravičencev in opravil. Kljub temu smo bili nove zakonodaje veseli, saj smo imeli jasne usmeritve za delo.

Po trenutno veljavni zakonodaji se storitev pomoč na domu prilagodi potrebam posameznega upravičenca in obsega naslednje sklope opravil:

- pomoč pri temeljnih dnevnih opravilih (pomoč pri oblačenju, slačenju, umivanju, hranjenju, opravljanju osnovnih življenjskih potreb, vzdrževanje in nega osebnih ortopedskih pripomočkov),
- gospodinjska pomoč (prinašanje enega pripravljenega obroka ali nabava živil in priprava enega obroka hrane, pomivanje uporabljene posode, osnovno čiščenje bivalnega dela prostorov z odnašanjem smeti, postiljanje in osnovno vzdrževanje spalnega prostora),
- pomoč pri ohranjanju socialnih stikov (vzpostavljanje socialne mreže z okoljem, s prostovoljci in sorodstvom, spremljanje upravičenca pri opravljanju nujnih obveznosti, informiranje ustanov o stanju in potrebah upravičenca ter priprava upravičenca na institucionalno varstvo).

Pozneje, ko je bil sprejet še Pravilnik o metodologiji za oblikovanje cen socialnovarstvenih storitev, smo izvajalci imeli vsa potrebna orodja za poenoteno delo. Kljub temu pa izzivov in soočenj s težavami še ni bilo konec.

Zakonodajalec je namreč določil, da socialnovarstvena storitev pomoč na domu sodi v pristojnost občin. Tako občina izbere izvajalca, ki je lahko javni zavod ali koncesionar, in nato storitev izvaja v okviru mreže javne službe. Normativ storitve za neposredno izvajanje na domu upravičenca je določal povprečno 110 ur efektivnega dela na mesec, za posameznega izvajalca za neposredno izvajanje storitve. Obenem je bilo določeno, da morajo občine subvencionirati storitev v višini najmanj 50 % celotnih stroškov, kar je pomenilo, da je bilo pristojnim organom občin prepuščeno odločanje o tem, koliko sredstev bodo namenili za izvajanje pomoči na domu. Kjer so bili v občinskih svetih ljudje s socialnim čutom, je bilo financiranje višje, v nasprotnem primeru pa so tej postavki namenili le toliko, kolikor je bilo zakonsko določeno.

Čeprav smo v strateške dokumente na področju socialnega varstva večkrat zapisali, da bomo vsem upravičencem nudili enako dostopnost do vseh storitev pod enakimi pogoji, smo s tem zakonskim določilom državljanke potisnili v neenakopraven položaj.

Občina Ilirska Bistrica se med slovenskimi občinami po površini uvršča na drugo mesto, z nizko gostoto prebivalstva na kvadratni kilometer, zato smo se soočali z velikim obsegom krajevne pristojnosti in velikim številom naselij (takrat 62), v katerih pa je živelo sorazmerno malo ljudi. Tako so neposredni izvajalci storitve veliko časa potrebovali za prevoz do upravičencev, posledica so bili visoki materialni stroški in nedoseganje učinkovitih ur. Pogosto smo se primerjali z občino iz primorske regije, ki je imela nekoliko večje število prebivalcev in približno sedemnajstkrat manjši teritorij. Jasno je, da pod enakimi pogoji nismo mogli dosegati enakih rezultatov. Izvajalci, ki smo delo opravljali v večjih občinah s težko dostopnim terenom in manjšim številom prebivalcev, smo ministrstvo neprestano opozarjali na neenakopraven položaj, v katerega je država potisnila tako uporabnike kot izvajalce storitve pomoči na domu, zato je bil spremenjen normativ, da če so prisotne posebne okoliščine (npr. razpršenost naselij), lahko povprečno število učinkovitih ur za neposredno izvajanje storitve odstopa največ za 10 % mesečno. Seveda tudi ta normativ ni popolnoma odpravil zgoraj navedene težave, saj je v mestih in strnjenih naseljih dostopnost uporabnikov veliko lažja.

Leta 1998 je takratno ministrstvo za delo objavilo razpis za izvajanje pomoči na domu kot javne službe, v katerem je prijaviteljem zagotavljalo zagonska sredstva za materialne stroške in nekajmesečne plače za novo zaposlene delavce. Po predhodnem medsebojnem dogovoru se je Občina Ilirska Bistrica na omenjeni razpis prijavila in tako je Center za socialno delo Ilirska Bistrica 1. 1. 1999 začel izvajati socialnovarstveno storitev pomoč na domu kot javno službo. Na podlagi razpisa je center za socialno delo takrat dobil tri redno zaposlene socialne oskrbovalke, sorazmerni del strokovnega delavca – koordinatorja, službene avtomobile ter primerne prostore in opremo za vodenje dokumentacije. Po izčrpanih sredstvih iz javnega razpisa je Občina Ilirska Bistrica takrat sofinancirala storitev v višini nekaj več kot 75 % celotnih stroškov, kar je bilo znano in dogovorjeno še pred prijavo na razpis.

1.3. Razvojno obdobje po letu 2000

Po letu 2000 smo se v Centru za socialno delo Ilirska Bistrica soočali z novimi, deprivilegiranimi skupinami ljudi, ki so potrebovali pomoč pri socialnem vključevanju. Prvo so predstavljale odrasle osebe s težavami v duševnem zdravju, ki so bile pogosto na zdravljenju v psihiatrični bolnišnici, ob odpustu pa prepuščene same sebi, zato niso imele perspektive za izboljšanje zdravstvenega stanja. Nekateri so v CSD prihajali na razgovor vsak delovni dan, zato smo navezali stik z Društvom za duševno zdravje in kreativno preživljanje prostega časa »Vezi« iz Štorij pri Sežani, jim zagotovili prostorske pogoje ter začetno strokovno pomoč pri integraciji njihovega programa v naše okolje. Danes ima društvo Vezi v naši občini dnevni center, ki je odprt vsak delovni dan, od 8. do 16. ure, ter dve stanovanjski skupini za celodnevno varstvo uporabnikov.

Drugo večjo deprivilegirano skupino so predstavljale odrasle ženske albanske narodnosti, ki se niso mogle vključiti v družbeno življenje, ker niso znale slovenskega jezika. Za zadovoljevanje njihovih zakonskih pravic s področja socialnega varstva so jih v CSD spremljali predvsem njihovi otroci. Tako smo leta 2006 v CSD začeli izvajati medijsko zelo odmeven program Socialno vključevanje žensk, ki je bil namenjen učenju slovenskega jezika žensk albanske narodnosti. Program smo izvajali brez dodatnih finančnih sredstev, saj je potekal v sejni sobi CSD, učenje pa je kot prostovoljka izvajala upokojena profesorica slovenskega jezika. Na povabilo takratnega Urada za enake možnosti smo program predstavili tudi na mednarodni ravni.

Po naročilu Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti je Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo leta 2008 začel spremljati izvajanje pomoči na domu v mreži javne

službe po vseh občinah, zato smo izvajalci lahko spremljali razvoj te storitve na državnem nivoju in primerjali medsebojne podatke.

Iz Analize izvajana pomoči na domu za leto 2019 (IRSSV 2020) je razvidno, da je bilo na dan 31. 12. 2019 v storitev vključeno 8.339 uporabnikov in 81 izvajalcev, vsak pa je storitev izvajal povprečno za 2,6 občine. Neposredno socialno oskrbo je izvajalo 1.178 izvajalcev. Če so v preteklosti pomoč na domu razvijali in izvajali predvsem centri za socialno delo, danes kot izvajalci prednjačijo domovi za starejše in zasebniki.

Cilj Resolucije o nacionalnem programu socialnega varstva 2013–2020 (ReNPSV 2013–20 2013) je bil do leta 2020 v storitev vključiti 3,5 % prebivalcev, starih več kot 65 let, rezultati analize iz leta 2019 pa kažejo, da je bilo v storitev vključenih zgolj 1,8 % prebivalcev, starih nad 65 let, kar pomeni, da zastavljenega cilja nismo dosegli.

Povprečna potrjena cena ob delavnikih, ki jo plača uporabnik storitve pomoči na domu, je na dan 31. 12. 2019 znašala 5,62 EUR na uro, vendar so med posameznimi občinami velike razlike. Najvišja cena za uporabnika v Republiki Sloveniji znaša 9,52 EUR na uro, najnižja pa 2,5 EUR na uro, ena občina pa storitev še vedno izvaja brezplačno. Podatki kažejo na že zgoraj naveden neenakopraven položaj državljanov Republike Slovenije, ki jih je zakon spravil v neenakopraven (in krivičen) položaj s tem, ko je določitev cene za izvajanje pomoči na domu zaupal občinam.

2. Zaključek

Zastavimo si lahko vprašanje: »Kakšne so razvojne perspektive na področju pomoči na domu v letu 2020?«. Kljub dolgotrajnemu razvoju te storitve zgornji podatki in retrospektivni metodološki pristop kaže, da je treba na tem področju marsikaj dopolniti in spremeniti. Ravno kar je v postopku sprejemanja Zakon o dolgotrajni oskrbi, ki ga pričakujemo že skoraj dve desetletji. Verjamem in upam, da bo prinesel rešitve za izzive in dileme današnjega časa na področju skrbi za ranljive skupine ljudi.

Literatura

- Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo [IRSSV]. 2020. *Analiza izvajanja pomoči na domu: analiza stanja v letu 2019*. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo. Dostopno na: https://www.irssv.si/upload2/Analiza%20izvajanja%20PND%20za%20leto%202019_30.9.2020_pop2.pdf (17. maj 2021).
- Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti [MDDSZ]. 2013. *Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013–2020*. Ur. l. RS, št. 39/13. Ljubljana: Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti. Dostopno na: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=NACP68> (17. maj 2021).
- Pravilnik o metodologiji za oblikovanje cen socialno varstvenih storitev. Ur. l. RS, št. 87/06, 127/06, 8/07, 51/08, 5/09 in 6/12. Dostopno na: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=PRAV7728> (17. maj 2021).
- Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev. Ur. l. RS, št. 45/10, 28/11, 104/11, 111/13, 102/15, 76/17, 54/19 in 81/19. Dostopno na: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=PRAV10060> (17. maj 2021).
- Zakon o socialnem varstvu. Ur. l. RS, št. 3/07 – uradno prečiščeno besedilo, 23/07 – popr., 41/07 – popr., 61/10 – ZSVarPre, 62/10 – ZUPJS, 57/12, 39/16, 52/16 – ZPPreb-1, 15/17 – DZ, 29/17, 54/17, 21/18 – ZNOrg, 31/18 – ZOA-A, 28/19 in 189/20 – ZFRO). Dostopno na: <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO869> (17. maj 2021).

Razpoložensjske in anksiozne motnje starostnikov v času pandemije covida-19

Mood and anxiety disorders among older adults during the COVID-19 pandemic

Anja Kokalj Palandačič, dr. med., spec. psihiatrije

Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana

asist. dr. Polona Rus Prelog, dr. med., spec. psihiatrije

Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana

POVZETEK

Ukrepi v času epidemije covida-19 vključujejo samoizolacijo in socialno distanciranje z namenom, da se zaščitijo skupine ljudi z velikim tveganjem za težji potek okužbe. A ob tem so posledice ukrepov, kot so npr. izolacija in osamljenost ter slabše duševno zdravje, zanemarjen. V prispevku bomo opisali klinično sliko najpogostejših motenj razpoloženja in anksioznih motenj pri starostnikih ter zdravstvene, socialne in psihološke težave, ki so posredno povezane z epidemiološkimi ukrepi. Glede na znane težave bi lahko v prihodnosti poskušali zagotoviti primerno podporo in pomoč ogroženim skupinam.

Ključne besede: osamljenost, depresija, anksioznost, covid-19, starostniki.

ABSTRACT

COVID-19 epidemiological strategies include self-isolation and social distancing to protect people whose risk for severe illness is higher. Meanwhile, the consequences of social isolation/loneliness and poor mental health are neglected. In this article, we will describe the most common clinical presentations of mood and anxiety disorders in the elderly. We will also describe medical, social, and psychological issues that are indirectly associated with COVID-19 epidemiological restrictions. Based on the identified problems, we hope to provide proper care to our elders in the future.

Key words: loneliness, depression, anxiety, COVID-19, the elderly.

1. Uvod

Decembra leta 2019 je v Wuhanu na Kitajskem prišlo do izbruha koronavirusne pljučnice, zaradi katere je zbolelo in umrlo veliko ljudi. Kmalu po tem se je virus razširil v druge države po svetu, zaradi česar smo tudi v Sloveniji, kot drugje po svetu, razglasili epidemijo s posebnimi ukrepi in izrednimi razmerami (fizično distanciranje, prepoved gibanja med občinami, prepoved izvajanja mnogih dejavnosti ipd.). Ukrepi so močno spremenili naš vsakdan, navade posameznikov in širše družbe, s čimer so lahko ranljivejši posamezniki izgubili občutek varnosti in kontrole. Znano je, da so strah, negotovost in stigmatizacija pogosti v vsaki biološki nesreči, zato je pomembno ustvariti močne ukrepe za ohranjanje telesnega in duševnega zdravja (Galatzer-Levy idr. 2018). Raziskave so pokazale, da je dve tretjini oseb odpornih na spremembe, ki so povezane s covidom-19, hkrati

pa je vsaj 10 % populacije razvilo psihične motnje, kot so npr. motnje razpoloženja, anksioznost in posttravmatska stresna motnja (Galatzer-Levy idr. 2018).

Starostniki imajo običajno vsaj eno bolezen (srčno-žilno, avtoimuno, nevrokognitivno), zato socialna izolacija, kot posledica fizičnega distanciranja, predstavlja veliko zdravstveno težavo. Ta skupina ljudi je tako bolj ogrožena za razvoj razpoloženskih motenj in anksioznosti.

1.1. Namen in cilji

Namen prispevka je podati osnovne informacije o klinični sliki razpoloženskih motenj pri starostnikih, opisati dejavnike tveganja kritičnih skupin starostnikov, ki so v podobnih epidemioloških razmerah bolj ogroženi za razvoj razpoloženskih motenj, in možne ukrepe za zmanjšanje tveganja za poslabšanje duševnega zdravja.

2. Razpoloženske motnje v starosti

2.1. Depresija

Pogostost depresivne motnje med starostniki v splošni populaciji je med 10 in 15 %, medtem ko je pri hospitaliziranih starostnikih in starostnikih v domski oskrbi več kot 30 %. Depresija ni običajni del staranja, kot sta npr. žalost in žalovanje (Sheehan idr. 2009). Dejavniki tveganja za razvoj depresivne motnje so: ženski spol, socialna izolacija, komorbidne telesne bolezni, nepokretnost, nepremičnost, nespečnost in bolečinska simptomatika. Da lahko postavimo diagnozo depresivna motnja, morajo simptomi trajati vsaj dva tedna in pomembno vplivati na bolnikovo vsakodnevno delovanje (Espinoza in Unutzer 2017; Sheehan idr. 2009). Pri starostnikih najpogosteje ugotavljamo melanholično obliko depresije z depresivnim razpoloženjem, hipohondričnimi simptomi, nizkim samospoštovanjem, brezupom, s samoobtoževanjem in samomorilnostjo (Sadock 2015, 1334–1352). Ob tem je pogosto prisotna psihomotorična agitacija ali zavrtost, ki jo spremljata izrazitejša tesnoba in smrtno nevaren zmanjšan vnos tekočin in hrane. Lahko ugotavljamo tudi apatijo in pomanjkanje motivacije. Bolniki pogosto navajajo težave s spominom (psevdomenca), ki se z uspešnim zdravljenjem lahko povrnejo na prvotno raven (Kogoj 2013, 157–163).

2.2. Anksiozne motnje

Najpogostejša anksiozna motnja v starosti je fobija, ki prizadene 3–6 % starostnikov. Bolniki se pritožujejo zaradi stalne tesnobe, tresenja, mišične napetosti, potenja, vrtoglavice, omotice, palpitacij in bolečin v epigastriju. Kadar se fobije ali panični napadi pojavijo v starosti, moramo vedno najprej pomisliti na depresijo ali telesno bolezen (srčno-žilne bolezni, endokrine bolezni, bolezni dihal, nevrološke bolezni, zastrupitev ali odtegnitev) (Kogoj 2013, 157–163).

2.3. Somatoformne motnje in somatizacija

S pojmom somatizacija označujemo izražanje psihične stiske preko telesnih simptomov in pri starostnikih je njena prevalenca 1–8 %. Pogosto je pridružena depresivni ali anksiozni motnji. V ospredju so telesni simptomi (omotica, mišična napetost, vrtoglavica, napetost v grlu), ki niso del nobene telesne bolezni in kljub negativnim diagnostičnim preiskavam ne izzvenijo (Sadock 2015, 1334–1352).

2.4. Motnje spanja

Več kot 40 % starostnikov trpi zaradi nespečnosti. Najpogostejši vzroki so fiziološke spremembe v starosti, slaba higiena spanja, telesne bolezni in motnje, kot so depresija, anksiozne motnje in demenca. Fiziološka potreba po spanju se s starostjo zmanjšuje. Od telesnih vzrokov za motnje spanja

pa so pogosti nočno uriniranje, mišično-skeletna bolečina, obstruktivna pljučna bolezen, kronično srčno popuščanje in gastrointestinalni refluks (Sadock 2015, 1334–1352).

2.5. Samomorilnost

Smrt je del staranja, zato so ji starostniki zelo blizu. Samomori v starosti pa so običajno načrtovani in manj impulzivni ter pogosto izvedeni s predoziranjem z zdravili. Najpomembnejši dejavniki tveganja za samomor so prisotnost depresivne simptomatike, moški spol in telesna bolezen (zlasti, če je prisotna bolečina). Za preprečevanje samomorilnosti pa je pomembno zgodnje prepoznavanje depresije in anksioznih motenj in nato uspešno zdravljenje (Sheehan idr. 2009).

3. Dejavniki tveganja za razvoj razpoloženjskih motenj v času epidemije

Raziskave so pokazale, da strah pred boleznijo covid-19 vodi v različne anksiozne motnje (skrb, panični napadi, nespečnost, strah pred smrtjo, strah pred neznanim, posttravmatska stresna motnja) in depresivna stanja, ki se vzdržujejo z informacijami o virusu, številom obolelih, umrlih, nezadostno kontrolo in neučinkovitim zdravljenjem (Armitage in Nellums 2020). Zmanjšana dostopnost do zdravstvenih storitev je vodila v poslabšanje duševnih motenj in pojava neobvladljivega vedenja (hiperaktivnost, agitacija, samopoškodovanje, samomorilnost) (Yao idr. 2020). Že obstoječa psihiatrična stanja so se razvila v psihotične motnje, ki so vodile tudi do samomora (Wang idr. 2020). Retrospektivno so raziskovalci ugotovili, da so ljudje zaradi strahu pred okužbo ostajali doma, medtem ko bi se v normalnih razmerah veliko prej oglasili pri osebnem zdravniku ali v urgentni službi, zato je zdravljenje duševne bolezni, ki poteka že dlje časa, težje. Enako velja tudi za druga kronična obolenja (npr. kardiovaskularne dogodke) (Burlacu idr. 2020).

Socialna izolacija pomeni objektivno pomanjkanje socialnih stikov ali odnosov z drugimi ljudmi in je lahko povezana z osamljenostjo. Osamljenost pa je subjektivni občutek, ki se nanaša na razkorak med količino in kakovostjo odnosa, ki ga posameznik trenutno ima, in njegovo željo, da bi bile njegove potrebe zadovoljene. Pri analizi teh dveh pojmov sta Newall in Menec (2020) razdelila osebe v štiri skupine: največja skupina (ki ni ne osamljena ne izolirana), osamljeni v množici (osamljeni in ne izolirani), osebe, ki so celo življenje bolj ali manj same (izolirani, a niso osamljeni) in ranljiva skupina (osamljeni in izolirani). Socialna izolacija vpliva na kaskado psihosocialnih dejavnikov, ki imajo neželene učinke na zdravje starostnikov: povečana smrtnost, tveganje za nastanek demence, upad v kognitivnem funkcioniranju in poslabšanje demence, razvoj depresije in škodljivega ali tvegane vedenja (Burlacu idr. 2020).

Raziskave so pokazale, da obstajajo individualni dejavniki, ki lahko ogrozijo posameznika, da se izolira in postane osamljen. Od demografskih dejavnikov so to višja starost, živeti sam, nižji dohodki in ženski spol. Razlike pa obstajajo tudi glede na lokacijo življenja. Starostnike, ki živijo v urbanih naseljih, so epidemiološki ukrepi manj prizadeli kot starostnike, ki živijo na ruralnih območjih. Ugotovili so, da je slednja skupina starostnikov že v osnovi (tj. v času brez epidemije) bolj osamljena, a so to osamljenost v sklopu epidemioloških ukrepov bolj začutili. Tisti, ki so bili najbolj osamljeni, velikokrat niso imeli možnosti razpolagati s sredstvi, s katerimi bi lahko oplemenitili svoje življenje (ne morejo voziti avtomobila, ne živijo v lastnem stanovanju/hiši, imajo telesne bolezni/okvare). Zato so bili vezani na svoj dom, doma pa prav tako niso imeli pomembnih stikov, s katerimi bi si osmislili življenje (Herron idr. 2021).

Ukrepi fizičnega distanciranja so močno prizadeli starostnike, ki živijo sami in ki so vzdrževali socialne odnose v dnevni varstvi domov starejših občanov, v različnih skupinah za starostnike, cerkvah, pri zdravniku ipd. Tovrstna druženja so pomembna za vzdrževanje občutka vključenosti in dobrega psihičnega počutja, zato se je po zaprtju pri tej skupini starostnikov povečala anksioznost (Giebel idr. 2020).

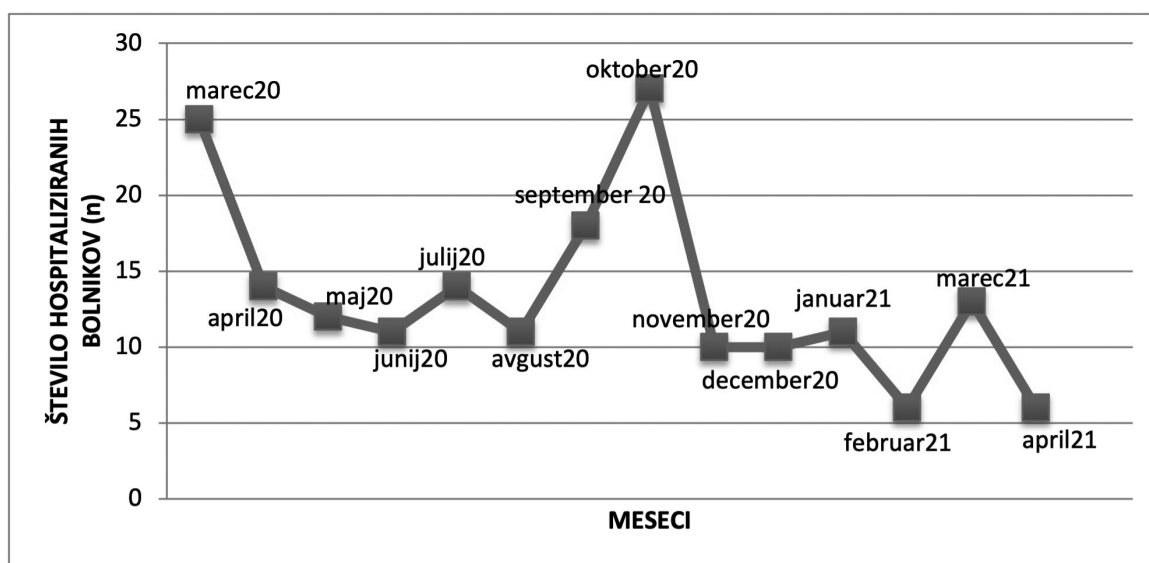
Ukrepi fizičnega distanciranja in manjšnje števila dejavnosti so močno prizadeli tudi telesno aktivnost starostnikov. Veliko starostnikov je bilo pred epidemijo covid-19 telesno aktivnih in vključenih v dejavnosti, s katerimi so ohranjali zdravje. Raziskava, ki so jo izvedli v Veliki Britaniji, je pokazala, da je v letu 2020 v populaciji ljudi, starih med 55 in 96 let, prišlo do porasta tako depresivnih kot anksioznih motenj. Statistično značilno povezani s slabšim duševnim zdravjem sta bili osamljenost in zmanjšana telesna aktivnost (Creese idr. 2020).

V Španiji so izvedli raziskavo, s katero so ugotovili, da je skupina ljudi, starejših od 66 let, s pridruženimi kroničnimi boleznimi bolj ogrožena za razvoj psiholoških simptomov (depresija, anksioznost, slabše spoprijemanje s stresom), kar razlagajo s tem, da je potek bolezni covid-19 pri tej skupini težji (Gorrochategi idr. 2020). Zanimiva je tudi raziskava, s katero so preverjali, ali subjektivno doživljanje starosti vpliva na osamljenost in razvoj psihiatričnih simptomov. Ugotovili so, da so starostniki, ki se doživljajo starejše, bolj dovzetni za neželene učinke osamljenosti (Shrira idr. 2020).

V indijski študiji je več kot polovica udeležencev izrazila željo, da se o svojih skrbih glede virusa s kom pogovorijo, kar 80 % pa jih je izrazilo potrebo po pomoči glede duševnega zdravja (Roy idr. 2020).

4. Obravnava starostnikov na Univerzitetni psihiatrični kliniki Ljubljana v času epidemije

Na Univerzitetni psihiatrični kliniki Ljubljana (UPKL) smo od marca do decembra 2020 hospitalno zdravili 152 starostnikov z razpoloženjskimi in anksioznimi motnjami, medtem ko smo 197 starostnikov pregledali v urgentnih ambulantah in svetovali farmakološke ter nefarmakološke ukrepe v domačem okolju. V leto pa je bilo na kliniki hospitaliziranih 36 starostnikov z razpoloženjskimi motnjami, ambulantno pa smo v urgentnih službah pomagali 87 starostnikom z razpoloženjskimi motnjami. Graf 1 prikazuje število starostnikov, hospitaliziranih v UPKL od začetka epidemije marca 2020 do aprila 2021. Na grafu lahko vidimo, da je v času po začetku epidemije leta 2020 število sprejemov na kliniko upadlo za skoraj 40 %, kar bi lahko pripisali upoštevanju vseh epidemioloških ukrepov in strahu pred boleznijo covid-19. Jeseni 2020 pa se je število sprejemov ponovno povečalo, kar si lahko razložimo s tem, da se je duševno zdravje starostnikov poslabšalo na račun ponovnega strahu pred okužbo (glede na to, da se je število okužb v tistem času povečevalo), podaljšanja ukrepov fizične distance in ponovnega zaprtja družbe.



Graf 1: Število hospitaliziranih bolnikov z razpoloženjskimi ali anksioznimi motnjami po mesecih (od 1. 3. 2020 do 30. 4. 2021)

5. Diskusija

V času epidemije moramo ljudem učinkovito zagotoviti ustrezne in zadostne informacije, saj se za-tečejo h katastrofiziranju, s čimer se povečata strah in tveganje za nastanek duševne motnje (Brooks idr. 2020). Na Kitajskem se je izkazalo, da so točne informacije o ukrepih in bolezni zmanjšale neugodne psihološke posledice izbruha in stresa (Wang idr. 2020). Ugotovljeno je, da večina neže-lenih učinkov karantene izvira iz omejitve svobode, ob čemer je prostovoljna karantena povezana z manj stiske in manj dolgoročnimi zapleti (Brooks idr. 2020). Pomembno je, da zagotovimo ustrezno psihoedukacijo o možnih psihičnih težavah in o tem, da sta strah in stres normalna odziva v takih situacijah. Jasno moramo opredeliti, kdaj naj se ljudje obrnejo po pomoč in kam se lahko obrnejo po pomoč – telefonske številke/spletna pomoč (priporočila WHO 2020).

Izkazalo se je, da izguba vsakdanje rutine vodi do občutkov osamljenosti in pojava duševnih mo-tenj, zato mora biti glavna prioriteta med epidemijo aktiviranje socialne mreže (tudi na daljavo) in aktivacija podpornih skupin za ljudi, ki so v domači karanteni (izmenjava lastnih izkušenj, opolno-močenje, podpora) (Pan idr. 2005).

6. Zaključek

S prispevkom sva poskušali orisati glavne težave, s katerimi se soočajo starostniki v času epidemi-je. Pomembno je vedeti, da je socialna izolacija oblika socialne izključenosti, ki neposredno vpliva na blagostanje posameznika in posledično na družbo. Trenutna epidemija covid-19 je s svojimi ukrepi povečala anksioznost in depresijo pri določenih skupinah starostnikov. Ko pa se pogovarja-mo o možnih rešitvah, s katerimi bi olajšali oziroma izboljšali blagostanje starostnikov v času epi-demije, pa ne smemo pozabiti tudi na tiste, ki so že preboleli covid-19 in potrebujejo psihiatrično/ psihološko podporo zaradi postvirusne depresije (Lyons idr. 2020).

Literatura

- Armitage, Richard in Laura B. Nellums. 2020. COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. *Lancet Public Health* 5(5): e256. doi: 10.1016/S2468-2667(20)30061-X.
- Brooks, K. Samantha, Rebecca K. Webster, Louise E. Smith, Lisa Woodland, Simon Wessely, Neil Greenberg in Gideon James Rubin. 2020. The psychological effects of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet* 395(10227): 912–920. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8.
- Burlacu, Alexandru, Ionut Mavrichi, Radu Crisan-Dabija, Daniel Jugrin, Smaranda Buju, Bogdan Artene in Adrian Covic. 2021. "Celebrating old age": an obsolete expression during the COVID-19 pandemic? Medical, social, psychological, and religious consequences of home isolation and loneliness among the elderly. *Archives of Medical Science* 17(2): 285–295. doi: 10.5114/aoms.2020.95955.
- Creese, Byron, Zunera Khan, William Henley, Siobhan O'Dwyer, Anne Corbett, Miguel Vasconcelos Da Silva, Kathryn Mills, Natalie Wright, Ingelin Testad, Dag Aarsland in Clive Ballard. 2020. Loneliness, physical activity, and mental health during COVID-19: a longitudinal analysis of depression and anxiety in adults over the age of 50 between 2015 and 2020. *International Psychogeriatrics* 1–10. doi: 10.1017/S1041610220004135.
- Espinoza, Randall in Jurgen Unutzer. 2017. *Diagnosis and management of late-life unipolar depression*. Dostopno na: <https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-and-management-of-late-life-unipolar-depression> (23. maj 2021).
- Galatzer-Levy, Issac, Sandy H. Huang in George A. Bonanno. 2018. Trajectories of resilience and dysfunction following potential trauma: A review and statistical evaluation. *Clinical Psychology Review* 63, 41–55.
- Giebel, Clarissa in Kathryn Lord. 2020. A UK survey of COVID-19 related social support closures and their effects on older people, people with dementia, and carers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1–10.
- Gorrochategi, Maitane Picaza, Amaia Eiguren Munitis, Maria Dosil Santamaria in Naiara Ozamiz Etxebarria. 2020. Stress, Anxiety, and Depression in People Aged Over 60 in the COVID-19 Outbreak in a Sample Collected in Northern Spain. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 28: 993–998.
- Herron, V. Rachel, Nancy E. G. Newall, Breanna C Lawrence, Doug Ramsey, Candice M Waddell, Jennifer Dauphinais. 2021. Conversations in Times of Isolation: Exploring Rural-Dwelling Older Adults' Experiences of Isolation and Loneliness

- during the COVID-19 Pandemic in Manitoba, Canada. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18. <https://doi.org/10.3390/ijerph18063028>.
- Kogoj, Aleš. 2013. Duševne motnje v starosti. V *Psihijatrija*, ur. Peter Pregelj, Blanka Kores Plesničar, Martina Tomori, Bojan Zalar in Slavko Zihel, 157–163. Ljubljana: Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana.
- Lyons, Declan, Maria Frampton, Seyed Naqvi, Declan Donohoe, Grace Adams in Kevin Glynn. 2020. Fallout from the COVID-19 pandemic - should we prepare for a tsunami of post-viral depression? *Irish Journal of Psychological Medicine* 37(4): 295-300. doi: 10.1017/ipm.2020.40.
- Newall, E. G. Nancy in Verena H. Menec. 2019. Loneliness and Social Isolation of Older Adults: Why it is Important to Examine these Social Aspects Together. *Journal of Social and Personal Relationships* 36: 925–939.
- Pan, J. D. Peter, Shih-Hua Chang in Yen-Yen Yu. 2005. A support group for homequarantined college students exposed to SARS: learning from practice. *The Journal for Specialists in Group Work* 30: 363–374.
- Roy, Deblina, Sarvodaya Tripathy, Sujita Kumar Kar, Nivedita Sharma, Sudhir Kumar Verma in Vikas Kaushal. 2020. Study of knowledge, attitude, anxiety & perceived mental healthcare need in Indian population during COVID-19 pandemic. *Asian Journal of Psychiatry* 51: 1–7. doi: 10.1016/j.ajp.2020.102083.
- Sadock, J. Benjamin. 2015. Geriatric Psychiatry. V *Kaplan&Sadock's Synopsis of Psychiatry 11th edition*, ur. Benjamin J. Sadock in Virginia Alcott Sadock, 1334–1352. Netherlands: Wolters Kluwer.
- Shrira, Amit, Yaakov Hoffman, Ehud Bodner in Yuval Palgi. 2020. COVID-19-Related Loneliness and Psychiatric Symptoms Among Older Adults. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 28(11): 1200–1204.
- Sheehan Bart, Salman Karim, Alistar Burns. 2009. Mood disorders. V *Old Age Psychiatry*, ur. Bart Sheehan, Salman Karim in Alistar Burns, 95–143. New York: Oxford University Press.
- Yao, Hao, Jian-Hua Chen in Yi-Feng Xu. 2020. Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry* 7(4): e21. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30090-0.
- Wang, Cuijan, Riyu Pan, Xiaoyang Wan, Yilin Tan, Linkang Xu, Cyrus S Ho in Roger C Ho. 2020. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17(5): 1729.
- World Health Organization [WHO]. 2020. *Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak*. Dostopno na: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf?sfvrsn=6d3578af_2 (23. maj 2021).

Celostna oskrba v domačem okolju po epidemiji covida-19

Integrated care in a home environment after the COVID-19 epidemic

Edisa Halimovič, dipl. m. s.
Center Celostne Oskrbe na domu

POVZETEK

Center Celostne Oskrbe je primer multidisciplinarne, neprofitne organizacije, ki nudi storitve za kakovostno življenje doma. Znotraj socialnega podjetništva so združene storitve, ki predstavljajo edinstveno ponudbo, usmerjeno v družbeno korist. Tako je nastala celostna oskrba, ki je usmerjena k uporabniku, je visoko strokovna in kakovostna ter cenovno dostopna. Sodobna oblika dela v zdravstveni oskrbi je celostni pristop, ki zagotavlja individualnost ter omogoča zdravljenje in rehabilitacijo. Uporabniku so omogočeni dostop do zdravstvene nege in oskrbe, fizioterapija, delovne terapije, prilagoditev bivalnega okolja, pedikura, čiščenje in manjša hišna opravila. Torej vse, kar potrebuje uporabnik, da kljub bolezni in oslabelosti lahko ostane v domačem okolju in živi kakovostno življenje. Možnost dostopa do multidisciplinarnega tima uporabniku predstavlja veliko dodano vrednost v skrbi za lastno zdravje, v obdobju, ko je najbolj ranljiv. Izvajalcem storitev pa predstavlja priložnost za sodelovanje znotraj tima za kakovostno ter individualno obravnavo uporabnikov. In prav dostop do tovrstnih storitev je v času epidemije covida-19 pomenil svojevrsten izziv, tako za uporabnike kot tudi za izvajalce.

Ključne besede: multidisciplinaren tim, celostna oskrba, zdravstvena nega, fizioterapija, delovna terapija, covid-19.

ABSTRACT

The Integrated Care Center is an example of a multidisciplinary non-profit organization that offers quality home-based services. Within social entrepreneurship, services are combined in a unique offer that aims to benefit society. This has resulted in integrated user-centered care that is highly professional, high-quality and affordable. A modern form of work in health care is an integrated approach that guarantees individuality and enables treatment and rehabilitation. It provides the user with access to medical care, physiotherapy, occupational therapy, adaptation of their living environment, pedicure, cleaning services and small house tasks. All needs are taken care of in order to allow the user to stay in their home environment and live a quality life despite illness and weakness. To the user, the ability to access a multidisciplinary team represents a great added value in the care for their own health during a period when they are most vulnerable. Service providers also have the opportunity to work together within the team to ensure a quality and individual treatment of users. It was the access to such services during the COVID-19 epidemic that posed a unique challenge to both users and providers.

Key words: multidisciplinary team, integrated care, nursing, physiotherapy, occupational therapy, COVID-19.

1. Uvod

Slovenija postaja starajoča se družba. Danes je v Sloveniji 19,7 % oseb, starejših od 65 let, in projekcije napovedujejo, da bo leta 2050 delež te populacije 30 %. Delež starejših od 80 let se bo s 5 % v letu 2016 do leta 2050 povečal na 11,4 %. S staranjem se verjetnost potrebe po dolgotrajni oskrbi povečuje (Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije 2021).

Ravno hitro naraščanje števila starejših od 65 let oziroma starejših od 80 let v Republiki Sloveniji pomeni ključni izziv za ustrezno ureditev sistema dolgotrajne oskrbe in pomoči na domu. Storitve oskrbe in nege na domu so v Sloveniji premalo razvite in nimajo strokovne podpore zdravstva, česar so deležni oskrbovalci v institucionalnem varstvu, kjer prav tako kot osnovno storitev ponujajo socialno oskrbo. V obravnavo in delo z uporabniki so v institucionalnem varstvu vključeni zdravstveni tehniki in diplomirane medicinske sestre kot nosilci dejavnosti. Poleg tega imajo uporabniki možnost dostopa do terapevtskih storitev, tako fizioterapije kot delovne terapije. Zato je nujno med storitve pomoči na domu vključiti storitev zdravstvene nege in terapevtske storitve ter s tem odpraviti neenakosti v oskrbi starejših, ki želijo ostati v domačem okolju. Storitve v domačem okolju bi morale biti usmerjene v celostno obravnavo, v ugotavljanje in reševanje negovalnih problemov in zadovoljstvo uporabnika s kvalitetnim in strokovno opravljenim delom.

Kot odgovor na potrebe uporabnikov, ki kljub odvisnosti od pomoči drugih želijo ostati v domačem okolju, je ustanovljen Center Celostne Oskrbe. Kot neprofitna organizacija znotraj socialnega podjetništva združuje zdravstvene, terapevtske in podpirne storitve v strukturi pomoči na domu. Tako je nastala celostna oskrba v multidisciplinarnem timu, ki je usmerjena k uporabniku, je visoko strokovna in kakovostna ter cenovno dostopna. Združuje storitve zdravstvene nege in oskrbe, fizioterapije ter delovne terapije. Torej vse, kar uporabnik potrebuje, da kljub bolezni in oslabelosti lahko ostane v domačem okolju.

Zdravstvena nega v domačem okolju s primerno izobraženim kadrom omogoča izvajanje ustreznih storitev, s katerimi se izognemo večjemu poslabšanju uporabnikovega šibkega zdravstvenega stanja. Obvladovanje kroničnih bolezni, storitve rehabilitacije za povrnitev funkcionalnosti in oskrba, katere cilj je zaviranje ali zmanjševanje poslabšanja funkcionalnosti ali ohranjanje funkcionalnosti, pa jo še nadgradijo.

Fizioterapija v domačem okolju zagotavlja samostojnost in omogoča čim bolj kakovostno in prijetno bivanje v domačem okolju. Z obiski fizioterapevta na domu upočasnimo napredovanje bolezni. Najbolj pomembno je vključevanje fizioterapevta v obravnavo starejših po možganski kapi, z boleznijo multiple skleroze, s Parkinsonovo boleznijo, po dolgotrajni hospitalizaciji in s kroničnimi bolečinami. Vse to z namenom rehabilitacije, ki jim omogoča kakovostno življenje kljub obolenju.

Prav tako so izrednega pomena storitve delovne terapije za celosten pristop, ki je usmerjen k uporabniku. Delovni terapevti namreč preko vključevanja v smiselne in namenske aktivnosti pri uporabnikih vzpodbujajo zdravje in dobro počutje. Delovna terapija posamezniku omogoča ohranjanje zmožnosti izvajanja določenih aktivnosti, lahko se nauči aktivnosti izvajati na novo ali na drugačen način (tudi s pomočjo prilagoditve okolja ali uporabe medicinskotehničnih pripomočkov). Zelo pomembna je vključitev delovnega terapevta v obravnavo in oskrbo oseb z demenco. Znotraj Centra Celostne Oskrbe je prvič omogočen dostop do delovnega terapevta v domačem okolju ter kombinirane obravnave in s tem celostne rehabilitacije.

2. Staranje prebivalstva

Prebivalstvo Slovenije je staro. Delež prebivalstva, starega 65 let in več, je precej velik, delež mladih pa dokaj skromen. Demografski trendi za Slovenijo kažejo povečevanje deleža starejših oseb tudi v prihodnje (Milavec Kapun 2011).

Statistični urad Republike Slovenije je v okviru Eurostata izdelal projekcijo, ki obravnava prihodnje demografske »trende«, kot jih je mogoče predvideti z današnjega stališča. Tako v dokumentu zasledimo, da se bo trajanje življenja postopno zvišalo iz 74,4 na 83,7 leta za moške in za ženske iz 81,9 na 88,8 leta. Bistveno pa naj bi se spremenila tudi starostna sestava prebivalstva. Delež prebivalcev v starosti nad 65 let naj bi se več kot podvojil do leta 2060 in bi znašal 31,6 %, starih osemdeset let in več pa 12,7 % (Vertot 2010).

Velik delež denarja v zdravstvu se porabi za zdravljenje kroničnih bolnikov, ki je navadno dolgotrajno. Prebivalstvo se stara na račun boljše zdravstvene oskrbe in boljšega preživetja kroničnih bolnikov. Skrb za tovrstne bolnike pa je, zaradi prezasedenosti domov za starejše in neprimerne oskrbe ostarelih doma, vedno bolj izpostavljena problematika v družbi. Kronični bolniki so velikokrat breme za družine, ki zaradi preobremenjenosti in pomanjkanja znanja ne morejo nuditi primerne in kakovostne oskrbe za starejše.

Tako je problematika kroničnih ter ostarelih bolnikov vedno večja. In vedno večji problem predstavljajo uporabniki, ki so v domači oskrbi, kjer praviloma nekdo skrbi za njih. In zakaj ravno ta skupina ljudi? V Sloveniji imamo v 94 domovih starejših že 19.236 postelj, kar zadostuje za pet odstotkov starostnikov. S tem smo v samem evropskem vrhu po deležu starejših ljudi, ki živijo v institucijah.

3. Pomoč na domu v dolgotrajni oskrbi

Pomoč na domu je namenjena pretežno starejšim osebam, ki živijo na svojem domu, vendar se zaradi bolezni ali drugih težav, povezanih s starostjo, ne morejo več v celoti oskrbovati ali negovati sami, niti tega v zadostnem obsegu ne zmorejo njihovi svojci ali sosede. S pomočjo na domu se nadomesti potrebo po institucionalnem varstvu ter se tako posamezniku omogoči, da lahko čim dlje ostane v domačem okolju. Pomoč na domu in njen obseg se prilagodi potrebam posameznega upravičenca.

Storitev pomoč na domu lahko obsega naslednje vrste pomoči:

- pomoč pri temeljnih dnevni opravilih (pomoč pri oblačenju, slačenju, pomoč pri umivanju, hranjenju, opravljanju osnovnih življenjskih potreb, vzdrževanje in nega osebnih ortopedskih pripomočkov),
- gospodinjska pomoč (prinašanja enega pripravljenega obroka ali nabava živil in priprava enega obroka hrane, pomivanje uporabljene posode, osnovno čiščenje bivalnega dela prostorov z odnašanjem smeti, postiljanje in osnovno vzdrževanje spalnega prostora),
- pomoč pri ohranjanju socialnih stikov (vzpostavljanje socialne mreže z okoljem, s prostovoljci in sorodstvom, spremljanje upravičenca pri opravljanju nujnih obveznosti, informiranje ustanov o stanju in potrebah upravičenca ter priprava upravičenca na institucionalno varstvo) (MDDSZ 2021).

Pomoč na domu je v pristojnosti občin, saj občina izbere izvajalca, ki nato storitev izvaja v »okviru mreže javne službe« znotraj zakonskih okvirjev Zakona o socialnovarstvenih storitvah. Izvajalec storitve je lahko javni zavod ali koncesionar. Občine pomoč na domu tudi sofinancirajo, najmanj v višini 50 %, v povprečju pa preko 70 % celotnih stroškov. V tem primeru je to pomoč na domu kot socialna oskrba, nekateri izvajalci nudijo tudi storitev socialnega servisa, ki obsega različne storitve – spremstvo oseb, pedikuro na domu, čiščenje itd (Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo 2019).

Naraščajoče potrebe tudi v domačem okolju in hitro naraščanje števila starejših od 65 oziroma starejših od 80 let v Republiki Sloveniji pomenijo ključni izziv za ustrezno ureditev sistema dolgotrajne oskrbe.

Predlogi sistemskih ukrepov na področju dolgotrajne oskrbe gredo v smeri:

- vzpostavitve enotne vstopne točke z namenom, da se čim bolj centralizirajo informacije s področja zdravstva, socialnega varstva in dolgotrajne oskrbe ter postopki za upravičence naredijo čim preprostejši;
- uvedbe enotne ocene upravičenosti z namenom, da se poenoti način ocenjevanja in da posledično upravičenci s primerljivimi potrebami dostopajo do primerljivih pravic;
- uvedbe novih storitev zato, da bi upravičenci v vseh okoljih – tako doma kot v instituciji – lahko dostopali do primerljivih storitev in da se zagotovijo tudi storitve za krepitev in ohranjanje samostojnosti ter storitve e-oskrbe;
- vzpostavitve učinkovitega nadzora kakovosti in varnosti storitev;
- višjega deleža sofinanciranja pravic na področju dolgotrajne oskrbe iz javnih sredstev, kar bi pomenilo, da posameznik za potrebne storitve plača manj, načrtovano pa je tudi zmanjšanje finančnih obremenitev za lokalne skupnosti (Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije 2021).

4. Kaj pa, ko uporabnik potrebuje več?

Center Celostne Oskrbe je primer multidisciplinarne neprofitne organizacije, ki nudi storitve za kakovostno življenje doma. Znotraj socialnega podjetništva so združene storitve, ki predstavljajo edinstveno ponudbo, usmerjeno v družbeno korist. Tako je nastala celostna oskrba, ki je usmerjena k uporabniku, je visoko strokovna in kakovostna ter cenovno dostopna. Sodobna oblika dela v zdravstveni oskrbi je celostni pristop, ki zagotavlja individualnost ter omogoča zdravljenje in rehabilitacijo.

Uporabniku je omogočen dostop do zdravstvene nege in oskrbe, fizioterapije, delovne terapije, prilagoditev bivalnega okolja, medicinske pedikure, čiščenja in manjših hišnih opravil, e-oskrbe in e-zdravja. Torej vsega, kar potrebuje, da kljub bolezni in oslabelosti lahko ostane v domačem okolju in živi kakovostno življenje. Možnost dostopa do multidisciplinarnega tima uporabniku predstavlja veliko dodano vrednost v skrbi za lastno zdravje, v obdobju, ko je najbolj ranljiv. Izvajalcem storitev pa priložnost za sodelovanje znotraj tima za kakovostno ter individualno obravnavo uporabnikov.

Zdravstvena nega in oskrba v domačem okolju s primerno izobraženim kadrom zagotavljata storitve, ki so namenjene tudi osebam z najtežjimi oblikami obolenj. Kakovostna oskrba in nega namreč pomembno prispevata k ohranitvi zdravja. Naši negovalci delujejo v multidisciplinarnem timu pod vodstvom diplomirane medicinske sestre, kar njihovemu delu daje dodano vrednost.

Fizioterapija v domačem okolju zagotavlja samostojnost ter omogoča starejšim čim bolj kvalitetno in prijetno bivanje v domačem okolju ter poteka drugače kot ambulantna oziroma bolnišnična terapija. Glavni cilj fizioterapevtske obravnave je usmerjen v zagotavljanje funkcionalne samostojnosti uporabnika, z upoštevanjem njegovih potreb in želja ter specifičnih bivalnih dejavnikov. Delo na terenu od fizioterapevta zahteva predvsem veliko mero iznajdljivosti in prilagodljivosti, upoštevajoč okolje, v katerem uporabniki živijo, saj je naš cilj ponuditi visoko kakovostne storitve, ki kažejo rezultate.

Večina delovnih terapevtov v Sloveniji deluje v institucijah, za razliko od bolj razvitih držav, kjer delovni terapevti delujejo predvsem na uporabnikovem domu. Načrtovalci zdravstvene in socialne politike teh držav zagovarjajo, da morajo ljudje čim dlje ostati v svojem domačem okolju, zato jim je treba omogočiti zdravljenje in rehabilitacijo na domu.

5. Covid-19 in pomoč na domu

Ob razglasitvi epidemije covid-19, v prvem valu, smo bili vsi izvajalci pomoči na domu, ob že tako zahtevnih pogojih dela, soočeni z novimi izzivi, ki si jih nihče ni želel niti jih ni pričakoval. Preko noči smo se morali organizirati, da smo lahko varno izvedli svoje delo. Imeli smo zelo malo infor-

macij, predvsem pa samo bili vsi zelo prestrašeni. A pomoč je morala potekati nemoteno naprej. Nekateri uporabniki (ki so imeli možnost, da so svojci ostali doma in so zmogli skrb za onemoglega) so se izolirali, za vse ostale pa smo morali zagotoviti varne obiske. Tu nam je zelo prav prišel zdravstveni kader in hitro smo vzpostavili protokole varnega dela. Kot največjo težavo v tem obdobju smo občutili pomanjkanje dostopa do zaščitnih sredstev. Tu nam je zelo pomagala civilna zaščita in veseli smo, da smo ves čas epidemije zagotavljali varno delo in nismo zabeležili prenosa okužb na delovnem mestu. Ob tem so bili najbolj pomembni ukrepi:

- opolnomočenje kadra in usposabljanje za pravilno uporabo OVO;
- pridobivanje informacij in priprava ustreznih navodil za varno delo;
- dnevno spremljanje epidemiološke situacije;
- dnevno sodelovanje z uporabniki in njihovimi svojci;
- aktivno povezovanje s strokovnimi službami (zbornica zveza medicinskih sester, NIJZ);
- izvedba hitrih testiranj – zelo pomemben ukrep;
- spremljanje uradnih navodil Ministrstva za zdravje za izvajanje pomoči na domu, ki so bila dostopna šele 1. marca 2021.

6. Zaključek

Delež starejših in kronično bolnih ljudi v Sloveniji narašča. Hkrati pa narašča tudi delež ljudi, ki kljub starosti in odvisnosti od pomoči drugih želijo ostati v domačem okolju. Sistemske rešitve in spremembe naj bi prinesel Zakon o dolgotrajni oskrbi, ki v svoji vsebini, med drugim, predvideva boljšo dostopnost do storitev pomoči na domu. Obstoječa struktura že dolgo ne zadošča potrebam posameznikov, odvisnih od pomoči drugih.

Storitve pomoči na domu s primerno usposobljenim kadrom v multidisciplinarni organizaciji omogočajo izvajanje storitev, s katerimi se izognemo večjemu poslabšanju uporabnikovega šibkega zdravstvenega stanja. Obvladovanje kroničnih bolezni, storitve rehabilitacije za povrnitev funkcionalnosti in oskrba, katere cilj je zaviranje ali zmanjševanje poslabšanja funkcionalnosti ali ohranjanje funkcionalnosti, pa jo še nadgradijo. Na kratko, omogočeno je zagotavljanje visoke kakovosti življenja tudi v domačem okolju, ne glede na vrsto zdravstvenih težav.

V prispevku je predstavljen primer organizacije, ki nudi multidisciplinarne storitve, ki so prilagojene posamezniku. Žal je to le ena organizacija in storitve niso enakovredno ponujene vsem prebivalcem Slovenije. Zato upamo na ustrezen odziv države s hitrim sprejetjem in implementacijo težko pričakovanega Zakona o dolgotrajni oskrbi.

Literatura

- Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo. 2019. *Analiza izvajanja pomoči na domu. Analiza stanja v letu 2018*. Dostopno na: https://www.irssv.si/upload2/Analiza%20izvajanja%20PND%20za%20leto%202018_29.8.2019_pop.pdf (20. maj 2021).
- Milavec Kapun, Marija. 2011. *Starost in staranje*. Ljubljana: Zavod IRC. Dostopno na: http://www.impletum.zavod-irc.si/docs/Skriti_dokumenti/Starost_in_staranje-Milavec.pdf (20. maj 2021).
- Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti [MDDSZ]. 2021. *Pomoč na domu*. Ljubljana: Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti. Dostopno na: <https://www.gov.si teme/pomoc-na-domu/> (20. maj 2021).
- Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. 2021. *Dolgotrajna oskrba*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. Dostopno na: <https://www.gov.si/podrocja/zdravje/dolgotrajna-oskrba/> (20. maj 2021).
- Vertot, Nelka. 2010. *Starejše prebivalstvo v Sloveniji*. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije. Dostopno na: <https://www.stat.si/doc/pub/StarejsePrebivalstvo.pdf> (20. maj 2021).

Družabništvo – socialni vidik dolgotrajne oskrbe

Companionship – the social aspect of long-term care

Vlasta Hojan, univ. dipl. soc.

Društvo za pomoč v tretjem življenjskem obdobju

Alenka Virant, mag. prof. andrag.

Društvo za pomoč v tretjem življenjskem obdobju

POVZETEK

Družabništvo je edinstvena oblika storitve v okviru dolgotrajne oskrbe, ki združuje čustveno in socialno podporo starejšim, praktično pomoč pri izvajanju vsakodnevnih aktivnosti ter izmenjavo izkušenj s temeljnim ciljem izboljšati kakovost bivanja uporabnika na njegovem domu. V zadnjih letih, predvsem v času pandemije covid-19, postaja zelo razširjena oblika za ohranjanje socialne mreže starejših, ki živijo sami, so osamljeni ter zaradi različnih vzrokov omejeni glede institucionalne oskrbe. Poudarja koncept staranja na domu (»ageing in place«), če so starejši daleč stran od svojcev. Koncept družabništva vključuje druženje, aktivno preživljanje prostega časa, spodbujanje socialne vključenosti v lokalno skupnost, aktivno državljanstvo, zagovorništvo, ohranjanje samostojnosti, samoaktualizacijo ter negovanje priljubljenih hobijev in interesov.

Zaradi razširjenih aktivnosti preko spleta, v katere se vključuje upokojenec sodobnega časa, bo ravno družabništvo v prihodnjih letih okrepilo razvoj formalnih oblik pomoči na domu ter s tem približalo socialno politiko države uresničevanju ciljev evropske socialne politike.

Družabnik je oseba, ki ne pokriva osebne nege, temveč pomaga starejšim ljudem, da živijo bolj polno, varno in smiselno življenje ter pri tem gradi mostove med generacijami.

Katere vrste družabništva poznamo, kakšne stiske z njim premoščamo ter kakšno je družbeno mišljenje o tej neformalni pomoči dolgotrajne socialne oskrbe v času pandemije covid-19, predvsem na domu, pa tudi v institucionalnem varstvu, bomo predstavili s kvalitativno analizo teorij in primerov dobrih praks Društva za pomoč v tretjem življenjskem obdobju.

Ključne besede: družabništvo, starejši, socialno vključevanje, epidemija covid-19, Mestna občina Ljubljana.

ABSTRACT

Companionship is a unique form of service in the framework of long-term care. It combines both emotional and social support for elderly people, practical assistance in performing daily activities, and valuable exchange of good practices, aimed at enhancing the quality of life of individuals who still live in their home environment. In recent years, especially during the COVID-19 pandemic, companionship has become a widespread form of maintaining social networks of the elderly who live alone, are lonely and for various reasons

have limited access to institutional care. It emphasizes the concept of ageing at home ("ageing in place") if older people are not near family. The concept of companionship includes socialising, active ways to spend free time, promotes social inclusion in the local community, active citizenship, advocacy work, improves autonomy, self-actualization, and maintaining one's hobbies and interests. Due to a variety of available online activities retired people of the modern era are engaged with, companionship will encourage the development of formal services of home care in the following years and advance national social policy to meet European social policy goals. A companion is an individual who is not responsible for the personal hygiene of elderly people; their role is to help elderly people live a full, safe, and meaningful life, with a key focus on building intergenerational relationships. In this paper, we highlight types of companionship, the social difficulties companionship addresses, and the general opinions on this non-formal service of long-term care during the COVID-19 pandemic, with special emphasis on home and institutional care. The final results will be based on qualitative theoretical analysis and the presentation of good practices, based on the field work of volunteers within the Association for Help in the Third Age.

Key words: companionship, the elderly, social inclusion, COVID-19 pandemic, City of Ljubljana.

1. Uvod

Demografski podatki kažejo, da je v Sloveniji skoraj četrtina ljudi v starostni skupini od 60 do 100 let. Med odzivi na spremenjeno starostno strukturo prebivalstva je pomembno oblikovanje gospodarskega in družbenega okolja ter mišljenja, ki upošteva potrebe vseh generacij ter starejšim omogoča samostojno in aktivno življenje. Poleg prilagoditev v gospodarstvu so ključne prilagoditve bivalnih razmer in prometne infrastrukture, ki čedalje bolj vključujejo napredne tehnološke rešitve. Pomemben del pogojev za kakovostno staranje v domačem okolju je učinkovit sistem dolgotrajne oskrbe, ki vključuje tudi neformalne oskrbovalce (UMAR 2017, 59).

Izboljšave in napredki v tehnologiji ter standardu življenja prispevajo k boljši zdravstveni oskrbi prebivalstva, k dvigu kakovosti življenja in potrebi po večjem družbenem vključevanju ter dajejo možnost večje mobilnosti. Posledica tega je, da starejši ljudje raje ostanejo doma in se ne vključujejo v institucionalno oskrbo, če to ni nujno potrebno. In vedno več je dilem, ali je institucionalno varstvo res tista zadnja »postaja«.

Na Konferenci Slovenija 2030 – Izzivi srebrne generacije, ki je potekala 8. maja 2017, je dr. Flaker poudaril, da razvoj integrirane dolgotrajne oskrbe prinaša tudi gospodarski razvoj, ki ne sme biti postavljen na kaskadni način, da je odhod v dom zadnja faza, temveč da to postane izbira za tiste, ki si to želi (Slovenija 2030 – Izzivi srebrne generacije 2017).

2. Družabništvo

Program usposabljanja Družabnik/družabnica za starejše osebe je nastal v letih 2010–2011, v okviru projekta Razvoj kakovosti izobraževalne ponudbe za brezposelne v izbranih regijah, vodil ga je Andragoški center Slovenije in financiralo Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve.

Program usposabljanja, ki obsega 300 ur, izvajajo nekatere ljudske univerze in zavodi za izobraževanje odraslih po Sloveniji. Zasnovan je modularno in sestoji iz treh vsebinskih sklopov, preko katerih udeleženci spoznajo ciljno skupino, njihove potrebe in veščine, položaj starejših v družbi, način komunikacije s starejšimi in najpogostejše ovire pri sporazumevanju z njimi ter priljubljene aktivnosti, ki jih lahko izvajamo v okviru družabništva.

Temeljni cilj programa je usposobiti osebe za opravljanje storitve družabnika/družabnice, ki bodo kasneje zadovoljevale potrebe starejših oseb po tej storitvi z namenom, da se izboljša kakovost njihovega življenja in se aktivno vključujejo v družbeno življenje.

Program usposabljanja je podpora uresničevanju razvojne strategije Slovenije do leta 2020, ki je usmerjena k doseganju štirih razvojnih prioritet: konkurenčnega gospodarstva, znanja in zaposlovanja, zelenega življenjskega okolja in vključujoče družbe.

Novi trendi nakazujejo potrebo po razvoju novih izobraževalnih programov, ki podpirajo izboljšanje pogojev za večjo kakovost življenja starejšega prebivalstva in njihovega aktivnega vključevanja v družbeno življenje (Andragoški center RS 2011).

Socialnovarstvena storitev pomoč družini na domu vsebuje socialno oskrbo na domu, ki je namenjena upravičencem, ki imajo zagotovljene bivalne in druge pogoje za življenje v svojem bivalnem okolju, vendar se zaradi starosti, invalidnosti ali kronične bolezni niso sposobni sami oskrbovati in negovati. Storitve obsega pomoč v treh sklopih: (1) temeljna dnevna opravila (oblačenje, umivanje, vzdrževanje osebnih ortopedskih pripomočkov ...), (2) gospodinjstva pomoč (prinašanje hrane ali priprava obroka, pomivanje posode, čiščenje bivalnega prostora ...) in (3) pomoč pri ohranjanju stikov (vzpostavljanje socialne mreže, spremljanje upravičenca, informiranje ustanov o stanju in potrebah upravičenca), kamor sodi tudi družabništvo.

Upravičenci so osebe, ki potrebujejo najmanj dve opravili iz dveh različnih sklopov opravil in so starejše od 65 let, invalidne osebe, kronično bolne osebe in osebe z dolgotrajnimi okvarami zdravja ter gibalno ali senzorno ovirane osebe.

Plačljiva storitev socialnega servisa, kot ena od socialnovarstvenih storitev pomoči družini, po Zakonu o socialnem varstvu (2019) obsega pomoč pri hišnih in drugih opravilih v primerih invalidnosti, rojstva otroka, nesreč ter v drugih primerih, ko je ta pomoč potrebna za vključitev oseb v vsakdanje življenje. Po Pravilniku o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev (2019) obsega naslednja opravila: prinašanje pripravljenih obrokov hrane, nakup in prinašanje živil, priprava drv ali druge kurjave, nabava ozimnice, manjša hišna opravila, pranje in likanje perila, vzdrževanje vrta in okolice stanovanja, čiščenje stanovanja, opremljanje, spremljanje pri obisku trgovin, predstav, sorodnikov ali spremstvo na počitnicah, organiziranje in izvajanje drugih oblik družabništva, pedikerske, frizerske in druge podobne storitve za nego telesa in vzdrževanje videza, pomoč pri opravljanju bančnih poslov, plačevanju računov, spremljanju in odpošiljanju pošilk, varovanju in nadziranju stanja uporabnika preko noči, celodnevna povezava preko osebnega telefonskega alarma.

Izvajalec mora nuditi vsaj tri opravila iz prejšnjega odstavka, razen celodnevne povezave preko osebnega telefonskega alarma, ki se lahko opravljajo kot samostojna storitev socialnega servisa.

Upravičenec je vsakdo, ki zaradi invalidnosti, starosti, rojstva otroka, bolezni, nesreč in drugih primerov, ko je potrebna vključitev osebe v vsakdanje življenje, naroči določeno opravilo ali več opravil in prevzame obveznost plačila storitve (Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev 2019).

2.1. Individualno družabništvo

Med dejavnosti individualnega družabništva na domu uporabnika tako uvrščamo pogovor, petje, družabne igre, prebiranje knjig, časopisov in revij, sprehod, prilagojeno športno aktivnost, osnovni nakup hrane, pomoč pri vsakodnevnih aktivnostih (opominjanje na pravočasno jemanje zdravil ali razgibavanje) ter spremstvo na družabnih dogodkih.

Družabništvo starejšim omogoča aktivno in družabno življenje ter zadovoljevanje osnovnih življenjskih potreb. Primerno je zlasti za razmeroma zdrave starostnike, ki potrebujejo individualno obravnavo in podporo na svojem domu.

Program »Starejši za starejše« je ena največjih trajnostnih oblik individualnega družabništva, razširjena v Sloveniji, in poteka pod okriljem ZDUS, ki na svoji spletni strani navaja obseg pomoči: »V času od 13. 3. do 30. 5. 2020, v času karantene, ko so bili omejeni fizični obiski, je bilo opravljenih

40.000 telefonskih pogovorov, SMS-sporočil in kontaktov preko Zooma, 24.300 izdelanih zaščitnih mask, 1.200 obiskov, 1.875 dostavljenih paketov, 680 dostavljenih obrokov donirane hrane in odkrili so 120 novih starejših, potrebnih pomoči. V času od 1. 6. do 19. 11. 2020 so opravili 26.616 obiskov pri 20.139 osebah, 17.540 različnih oblik pomoči za 3.999 oseb, 1.821 telefonskih klicev, 870 druženj in sprehodov, 258 prevozov, 302 dostavi iz trgovine, 511 dostav humanitarnih paketov in drugih pomoči. Potrebe po pomoči pa gredo v številke s tremi ali štirimi ničlami» (Šonc 2020).

Individualno družabništvo se v največjem obsegu izvaja kot organizirano prostovoljno delo v številnih humanitarnih društvih, nevladnih organizacijah, ki delujejo v javnem interesu po Sloveniji, in je v nekaterih primerih sofinancirano s strani države in občin kot preventivni socialnovarstveni program, zato je za uporabnike brezplačno.

Večje humanitarne organizacije, kot so Rdeči križ, Karitas, Slovenska filantropija in Simbioza, vključujejo svoje člane v posredovanje pomoči za reševanje osebnih stisk na podlagi zaznave okolja.

Socialnovarstveno storitev pomoč družini na domu, kot javno službo, izvajajo izključno javni zavodi (npr. domovi starejših občanov, centri za socialno delo) ali zasebni zavodi s koncesijo (npr. Zavod Pristan) in je namenjena odpravljanju socialnih stisk in težav prebivalcev Republike Slovenije.

V Mestni občini Ljubljana v največjem obsegu storitev zagotavlja Zavod za oskrbo na domu Ljubljana, ki je največji zavod za izvajanje pomoči družini na domu v Sloveniji. Poleg temeljne naloge izvajanja storitve pomoči na domu omogočajo starejšim tudi socialni servis in medgeneracijsko sodelovanje in druženje, pri čemer pomaga več kot 70 prostovoljcev. Letno nudijo pomoč že 1.500 osebam. Vključujejo se tudi v mednarodne projekte, s katerimi zvišujejo standard socialne oskrbe in zagotavljajo večje število storitev brezplačno, vendar je to vedno omejeno na trajanje projekta (MOL 2021a).

2.2. Skupinsko družabništvo

Skupinsko družabništvo je organizirana oblika druženja za starejše v organizacijah, ki delujejo na področju aktivnega in zdravega staranja, predvsem v lokalnem okolju (dnevni centri aktivnosti za starejše, knjižnice, ljudske univerze, univerza za tretje življenjsko obdobje, društva upokojencev, več- in medgeneracijski centri).

Ena večjih mrež skupinskega druženja je organizirana v Zvezi društev za socialno gerontologijo (ZDSGS 2021a). Kot navajajo na svoji spletni strani, se njihove skupine starih ljudi za samopomoč, trenutno jih je 450, po vsej Sloveniji povezujejo v lokalno mrežo 41 skupin, te pa v skupne aktivnosti medgeneracijskih društev. Skupine vodi 754 prostovoljcev – voditeljev skupin, ki združujejo 4.058 starejših oseb. V skupini poteka proces zadovoljevanja nematerialnih potreb po temeljnem medčloveškem odnosu, doživljanju smisla starosti in povezanosti generacij. Učinki vključenosti oseb v skupino so: (i) zmanjšanje osamljenosti ljudi, (ii) zmanjšanje socialne stiske, (iii) razvijanje samopomoči, solidarnosti in medsebojne pomoči, (iv) utrjevanje in širitev socialne mreže, (v) ohranjanje psihofizične aktivnosti, (vi) lažje sprejemanje lastne starosti in priprava na starost, (vii) spodbujanje prostovoljnega dela, (viii) spodbujanje medgeneracijskega povezovanja in solidarnosti, (ix) povezovanje strokovne službe javnega sektorja z nevladnim sektorjem, (x) omogočanje prepletanja profesionalnega in prostovoljnega dela ter (xi) preprečevanje poklicne izgorelosti voditeljev skupin – strokovnih delavcev.

Leta 2013 pa so v Zvezi društev za socialno gerontologijo (ZDSGS 2021b) začeli s projektom »Aktivna priprava na starost«. Program je namenjen socialnemu vključevanju ter preprečevanju, lajšanju in zmanjševanju socialnih stisk brezposelnih oseb, starih 50 let in več, ter pripravi posameznikov, ki so v procesu skorajšnje upokojitve oziroma so se upokojili v bližnji preteklosti. Skozi strokovno vodene aktivnosti, temelječe na skupinskem, individualnem in skupnostnem delu, vključeni v pro-

gram razvijejo oziroma okrepijo kompetence (znanja, veščine, osebno držo), ki jim predstavljajo pomembno osnovo pri vstopu v novo življenjsko obdobje, z namenom čim bolj izpolnjenega življenja v starosti. Aktivna priprava na starost je za uporabnike brezplačna (ZDSGS 2021b).

Tudi Mestna občina Ljubljana (v nadaljevanju MOL) s Strategijo razvoja socialnega varstva v MOL prispeva k socialni varnosti in socialnemu vključevanju starejših. S strategijo se MOL zavezuje, da bo še naprej sledila načelom socialne pravičnosti, stremela k zagotavljanju enakih možnosti za vse ter aktivno prispevala k preprečevanju socialne izključenosti meščank in meščanov. Pri tem so nepogrešljive tudi nevladne organizacije, ki dopolnjujejo in bogatijo javno službo na tem področju (MOL 2021b).

3. Reševanje socialnih stisk starejših: življenjski zgodbi

V nadaljevanju predstavljamo prvo življenjsko zgodbo starejše gospe iz MOL: *»Sem upokojenka, stara 87 let, do nedavna sem vse opravila sama, skrbela za moža, dom in odrasle otroke, če so kaj potrebovali. Otroci so poročeni, ne živijo doma, imajo naporno službo, ne želim jih obremenjevati. Saj mi pomagajo, vendar imajo sami dovolj dela in nimajo časa. Težko mi je, toliko bi bilo treba postoriti, pa ne zmorem, nimam moči v rokah. Okna bi bilo treba pomiti, pa si ne upam. Kontakt sem dobila v časopisu »Ljubljana«, ki ga izdaja Mestna občina Ljubljana, njim zaupam. Z možem sva precej sama, niti na sprehod ne upam več. Potrebovala bi nekoga, da mi pride pomagat, zaves ne morem več sneti. Pride patronažna k možu, kosilo imava naročeno. Občasno pride tudi pedikerka, ampak oba bi potrebovala nekoga tudi za družbo.«*

V nadaljevanju predstavljamo še drugo življenjsko zgodbo starejše gospe iz MOL: *»Sem 86-letna upokojenka, že eno leto vdova, zato živim sama v veliki hiši na obrobju mesta. Med vikendi me za dva dni obišče sin z ženo in družino, da mi pomagajo pri zahtevnejših hišnih opravilih. Med tednom sem bolj kot ne prepuščena sama sebi, na srečo imam dve prijazni sosedji, s katerima občasno spregovorim par besed. Vendar zaradi epidemije covida-19 sedaj tudi to druženje poteka bolj poredko, zato me je začela pestiti osamljenost, pojavlja se strah, da se mi bo zgodilo kaj hudega in da nikogar ne bo v bližini, ki bi mi pomagal. Zame so najtežje noči, ko premlevam svojo življenjsko zgodbo, preganjajo me težke misli, bojim se, da bo nekdo prišel v hišo, zato se zaklenem v svoj manjši kabinet, v katerem imam posteljo in se počutim varna. Snaha mi je pred kratkim v okviru nekega društva priskrbela mlado družabnico, ki mi krajša popoldneve in večere, občasno tudi prespi pri meni, da sem mirna in se počutim varno.«*

Takšne in podobne življenjske zgodbe, ki nas dosežejo, so del našega vsakdana v času epidemije covida-19. Gre za samoizolacijo, zaradi epidemije ali pa zaradi lastnega prepričanja in vrednot, ki jih gojimo. V času našega aktivnega in zdravega staranja je to še sprejemljivo, saj še obvladujemo psihične in fizične spremembe. Ko pa se situacija spremeni zaradi starostnega pešanja, bolezni ali poškodbe, se soočimo z nemočjo in osamljenostjo. Mnogi ugotovijo, da so popolnoma odtujeni od sistema in ljudi. Ljudje smo družbena bitja. In družbena klima močno vpliva na nas. Hkrati pa smo gradniki družbene klime prav mi sami s svojim mnenjem in vedenjem. Naš zgled pa so starejši.

3.1. Koristi družabništva

Ko ostanemo sami, potrebujemo človeški stik, vendar moramo, kot zatrjuje Tornstam (2017) v razvojni teoriji o dobrem staranju, življenje sprejemati širše in dopuščati posamezniku grajenje integritete. To se še posebno močno izraža pri osebah s kroničnimi napredujočimi boleznimi, npr. demenco, kjer je dokazano, da je vpliv človeškega razumevanja in sprejemanja ključen za kakovostno življenje z boleznijo, njih in družine. Takšno vedenje in komunikacija bi v našo družbo vnesla veliko boljše pogoje za življenje.

Ramovš (2016) navaja naslednje koristi medgeneracijskega družabništva (ang. intergenerational companionship) oziroma prostovoljskega osebnega družabništva v naslednjih primerih:

- v domovih za stare ljudi za nemajhno skupino ljudi, ki jih ne obiskujejo svojci – prostovoljski družabnik jim omogoči reden tedenski stik z nekom izven ustanove;
- za onemogle starejše stanovalce, ki živijo sami v domačem okolju;
- za medgeneracijske prostovoljce in člane skupin za kakovostno staranje, ki zaradi starosti ali bolezni ne morejo več prihajati v skupino – te mnogokrat obiskujejo člani skupin, ki prevzamejo vlogo skupinskega družabnika;
- medgeneracijsko družabništvo dijaka in upokojenca ob učenju informacijsko-komunikacijske tehnologije – to enoletno družabništvo je učinkovit način sodobnega elektronskega opismenjevanja starejših, pri tem pa pride do zelo lepe medgeneracijske povezave med mladim človekom in upokojemcem.

Organizirano medgeneracijsko družabništvo za kakovostno staranje je po Ramovšu (2016) oblika prijateljskega druženja med starejšim človekom in prostovoljcem iz mlajše generacije, ki nista v krvnem sorodstvu, z namenom medosebnega bogatenja in izključuje vsako materialno korist. Vanj vključujemo naslednje skupine starejših:

- člane medgeneracijskih skupin, ki zaradi starosti ali bolezni ne morejo več hoditi v skupino;
- manj mobilne in kronično bolne, ki živijo sami in imajo malo pristnih človeških stikov;
- oskrbovance z demenco ali drugimi težjimi boleznimi, da se za uro ali dve razbremenijo svojci;
- osamljene individualiste, ki jim ne ustreza skupinsko druženje;
- starejše ljudi, ki se želijo naučiti uporabljati sodobno informacijsko-komunikacijsko tehnologijo (IKT).

V preteklosti je bilo za osebne medčloveške odnose samoumevno poskrbljeno v tradicionalnih družinah, sorodstvenih in sosedskih povezavah, danes pa so življenjske razmere takšne, da se je treba tudi v družini, sorodstvu in sosedstvu osebno odločiti za pristen odnos z drugimi in se učiti dobre komunikacije. Potrebo po pristnih osebnih odnosih pogosto prekrijejo površni in formalni stiki ali navidezno osebni stiki preko virtualnih aplikacij, ki jih omogoča sodobna informacijsko-komunikacijska tehnologija (Ramovš 2017). Odgovornost je na nas samih, nas na zelo aplikativen način opozarja Zadel (2013), ki ima v okviru svoje prakse zelo realno podobo, kdo je odgovoren za stanje v naši družbi.

4. Vizija družabništva z vidika dolgotrajne oskrbe

Rezultati analize Inštituta RS za socialno varstvo (Kovač idr. 2019) kažejo, da je 1,8 % ciljne skupine vključene v storitev pomoči na domu, kar pomeni, da je cilj ReNPSV 2013–2020 realiziran polovično. Cilj vključenosti ciljne skupine do leta 2020 je 3,5 % oz. 14.000 oseb (Kovač idr. 2019).

Življenje v skupnosti prinaša ogromno izzivov, ne glede na to, ali živimo sami, v paru, v veliki družini ali skupnosti. Obvladljivost skupin je po trditvah Ramovša (2016) idealna do velikosti deset članov, ob večanju števila članov se zgodi naravna frakcija na sekcije. Dejstvo pa je, da je naše preživetje odvisno od skupin, ki delajo za iste cilje. Nastajajo nove bivanjske skupnosti, ki bodo razpršile tveganja in omogočile izbiro, potrebno pa bo tudi zavedanje, da nam bo to spremenilo vizijo dobrega staranja. Obetajo se nam dobre rešitve, podprte s sodobno tehnologijo.

Ker v prispevku sicer obravnavamo predvsem družabništvo, bi radi izpostavili, kako pomembno je organizirano družabništvo za zaščito in pomoč. Če pogledamo zadevo z vidika človeka, ki potrebuje

pomoč na domu, ugotovimo, da že imamo sistematično urejeno pomoč, ki bi jo bilo treba kadrovske okrepiti in razširiti oblike in vrste oskrbe.

Od nas pa je odvisno, kako se organiziramo in koga prosimo za pomoč oziroma koliko pomoči sprejmemo v svoj dom. Na tem področju se skriva velika stigma pred uporabo pomoči, zlasti pri ženskah. Na terenu delujejo socialni oskrbovalci v okviru pomoči družini na domu, patronažna služba v okviru zdravstvene oskrbe na pacientovem domu in pa prostovoljci, za oskrbo prejemamo tudi denarno nadomestilo, če imamo dobre odnose, nam pomagajo tudi sorodniki ali prijatelji. Zato je priporočljivo, da v dolgotrajno oskrbo in pomoč na domu vključimo čim večje število ljudi, ki nas razbremenijo, vsak po svojih močeh in strokovnem znanju.

5. Zaključek

Ob zaključku povzemamo, da bi bilo potrebno še nadaljnje raziskovanje o možnostih trajnostno naravnane neformalne oskrbe kot dopolnilu k dolgotrajni oskrbi starejših v lokalni mreži skupnosti. Zaradi varnosti ljudi bi bila potrebna tudi trajnostna naravnost financiranja socialnovarstvenih programov na tem področju.

Ob prvem vprašanju o vrstah družabništva smo izpostavili dobre prakse tako individualnega kot skupinskega družabništva, ki se navezuje na skupnostno skrb ali dolgotrajno oskrbo. Dolgotrajnost se veže na sistemsko procesno urejenost, kadrovske ter finančno vzdržnost v okviru celostnega pojmovanja oskrbe ljudi, zato je treba vključiti vse deležnike.

Odtujenost, osamljenost, nemoč in strah lahko izginejo v trenutku, ko človek začuti toplino, sprejetost, pripadnost in v luči izboljšanja odnosov lahko poudarimo, da je vključevanje otrok, mladostnikov, srednje generacije in starejših naša osnovna preživetvena strategija. Ta ni samo izziv srebrne generacije, ampak vseh generacij. Naša vizija in rešitev sta medgeneracijsko sodelovanje in solidarnost.

Literatura

- Andragoški center RS. 2011. *Družabnik/družabnica za starejše osebe*. Ljubljana, Črnomelj: Zavod za izobraževanje in kulturo Črnomelj in Andragoški center RS. Dostopno na: https://arhiv.acs.si/programoteka/Druzabnik_za_starejse_osebe.pdf (21. maj 2021).
- Konferenca Slovenija 2030 – Izzivi srebrne generacije. Dostopna na: <https://www.predsednik.si/up-rs/uprs.nsf/objave/AA25EBCA09544DA8C125811A0030FA44?OpenDocument> (22. april 2021).
- Kovač, Nadja, Špela Orehek in Mateja Črnič. 2019. *Analiza izvajanja pomoči na domu v letu 2019*. Ljubljana: Inštitut RS za socialno varstvo. Dostopno na: https://www.irssv.si/upload2/Analiza%20izvajanja%20PND%20za%20leto%202019_30.9.2020_pop2.pdf (21. maj 2021).
- Mestna občina Ljubljana [MOL]. 2021a. *Oskrba na domu*. Ljubljana: Mestna občina Ljubljana. Dostopno na: <https://www.ljubljana.si/sl/moja-ljubljana/zdravje-in-socialno-varstvo/pomoc-druzini-na-domu/oskrba-na-domu/> (21. maj 2021).
- Mestna občina Ljubljana [MOL]. 2021b. *Strategija socialnega varstva*. Ljubljana: Mestna občina Ljubljana. Dostopno na: <https://www.ljubljana.si/sl/moja-ljubljana/zdravje-in-socialno-varstvo/strategija-socialnega-varstva/> (21. maj 2021).
- Pravilnika o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev. Ur. l. 81/2001.
- Ramovš, Jože. 2016. *Medgeneracijsko družabništvo*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka. Dostopno na: <http://www.inst-antonatrstenjaka.si/tisk/kakovostna-starost/clanek.html?ID=1642> (21. maj 2021).
- Ramovš, Ksenija. 2017. Organizirano medgeneracijsko družabništvo za kakovostno staranje. *Kakovostna starost, Revija za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje*, 20(1). Dostopno na: <http://www.inst-antonatrstenjaka.si/tisk/kakovostna-starost/clanek.html?ID=1737> (21. maj 2021).
- Šonc, Rožca. 2020. Program Starejši za starejše v drugem valu Covid-19. *Revija Zveze društev upokojencev Slovenije* XIII(10–11), 12.

- Tornstam, Lars. 2017. *Gerotranscendenca: razvojna teorija o dobrem staranju*. Ljubljana: Opro, zavod za aplikativne študije.
- Urad za makroekonomske analize in razvoj [UMAR]. 2017. *Strategija dolgožive družbe*. Ljubljana: Urad za makroekonomske analize in razvoj. Dostopno na: <https://www.irssv.si/index.php/category-list-potreben-za-bt-slider/630-dolgotrajna-oskrba-uporaba-mednarodne-definicije-v-sloveniji> (21. maj 2021).
- Zadel, Aleksander. 2013. *Vdihnimo navdih: Odgovornost posameznika ali odgovornost družbe?* Zavod Studio 12, 14. junij. Dostopno na: <http://studio12.si/dogodki/2-vdihnimo-navdih-odgovornost-posameznika-ali-odgovornost-druzbe-aleksander-zadel/> (21. maj 2021).
- Zakon o socialnem varstvu* (ZSV). 2019. Ur. l. RS 28/2019.
- Zveza društev za socialno gerontologijo [ZDSGS]. 2021a. *Kaj je skupina*. Dostopno na: <https://www.skupine.si/skupine/kaj-je-skupina/> (21. maj 2021).
- Zveza društev za socialno gerontologijo [ZDSGS]. 2021b. *Aktivna priprava na starost*. Dostopno na: <https://www.skupine.si/projekti/2020061108523544/aktivna-priprava-na-starost> (21. maj 2021).

Socialno vključevanje starih ljudi skozi prizmo organiziranega prostovoljstva

Social inclusion of older people through the prism of organized volunteering

Amir Crnojević, org. soc., dipl. soc. menedž.

Gerontološko društvo Slovenije

POVZETEK

Stari ljudje so ena najbolj ranljivih družbenih skupin. Svoj davek je pred kratkim terjala tudi osamitev, ko so bili socialni stiki z drugimi med epidemijo covid-19 omejeni zaradi karanten in omejitev izhoda. V Ljubljani, ki je od leta 2011 starejšim prijazno mesto, so se številne organizacije, tudi na pobudo Mestne občine Ljubljana, hitro odzvale na epidemijo in organizirale pomoč in podporo starim ljudem v skupnosti. Veliko pomoči je bilo v obliki organiziranega prostovoljstva, ki je ena od možnih oblik socialnega vključevanja starih ljudi. Stari ljudje so bili bodisi izvajalci bodisi prejemniki prostovoljstva. V razpravi poudarimo pomen in pomembnost prostovoljstva za posameznika in izpostavimo, da so stari ljudje v različnih delih Slovenije neenako obravnavani, saj imajo slabši dostop do številnih storitev v skupnosti; ponudbe je manj ali skoraj nič, zato je v Sloveniji stopnja socialne izključenosti starih ljudi različna. V zaključku poudarimo, da mora organizirano prostovoljstvo dobiti svoje mesto in priznanje tudi v strateških dokumentih države in pričakovani zakonodaji o dolgotrajni oskrbi skupaj z neformalnimi oskrbovalci.

Ključne besede: stari ljudje, socialno vključevanje, organizirano prostovoljstvo, epidemija covid-19, Mestna občina Ljubljana.

ABSTRACT

Elderly people are among the most vulnerable social groups. Recently the isolation related to the COVID-19 epidemic social distancing, stay-at-home and quarantine mandates took its toll. In Ljubljana, an age-friendly city since 2011, numerous organizations (with the encouragement of the City of Ljubljana) have responded rapidly to the epidemic and provided help and assistance to old people. A significant share of the help provided was in the form of organized volunteering, which is one of the possible forms of social inclusion of older people. The elderly were either the providers or the users of volunteer work. The discussion emphasizes the meaning and significance of volunteering for the individual, and highlights the fact that older people are not treated equally in different parts of Slovenia. Based on location, they may face lower accessibility of numerous services in their community, with little or no options to choose from, therefore the degree of social isolation older people experience in Slovenia varies. The conclusion stresses the need for organized volunteering to be recognized and appropriately included in national strategy papers, and the upcoming legislation on long-term care with the inclusion of informal carers.

Key words: old people, social inclusion, organized volunteering, COVID-19 epidemic, City of Ljubljana.

1. Uvod

Čas, v katerem živimo, zahteva od nas resen razmislek, kako naprej. Epidemija virusa covid-19 je spremenila naša življenje, še najbolj pa življenje starih ljudi. Odprla je stare rane sistemov in izpostavila pomanjkljivosti v oskrbi starih ljudi, razdrobljenost in pomanjkljivosti zdravstvene in socialne oskrbe. Izolacija, omejevanje osebnih stikov, ukrepi, ki so bili zlasti do starejše populacije nemalokrat diskriminatorni, so posegli tudi na že tako kritično področje – osamljenost in posledično socialno izključenost starih ljudi.

Osamljenost je v starosti ena od najhujših tegob. Osamljeni stari ljudje začnejo doživljati tudi vso svojo bogato življenjsko preteklost kot nekaj praznega in nevrednega. Osamljenost je za starega človeka tako huda kot telesna podhranjenost. Če star človek nima zadovoljene potrebe po temeljnem ali osebnem medčloveškem odnosu z nekom, je osamljen. Osamljenost v starosti je lakota po bližini nekoga od svojih ljudi. Potreba po osebnem medčloveškem odnosu je pri starih ljudeh med najmanj zadovoljenimi, zato je osamljenost ena od njihovih najbolj razširjenih in najhujših stisk (Ramovš 2003, 104). Osamljenost je čustveno stanje, v katerem oseba občuti močne čustvene praznine in izolacije. Osamljenost je več kot samo želja po družbi nekoga drugega. Je občutek, da si odrezan od ljudi in odtujen od njih (Hvalič Touzery 2006).

Raziskave iz nekaterih zahodnoevropskih držav kažejo, da osamljenost tare od 10 in 15 odstotkov prebivalcev, še več je osamljenih med starimi ljudmi. Eurostat je za leto 2015 ugotavljal, da več kot trije odstotki ljudi nimajo s sorodniki ali prijatelji nobenega stika več, v skupini starejših od 65 let je takih sedem odstotkov. Razlogi za to so, da se povečuje število enočlanskih gospodinjstev in razvez, rodnost je nizka, odrasli otroci po eni strani ostajajo pri starših, po drugi strani pa zaradi delovnih obveznosti družinske vezi ohranjajo le še na daljavo (Eurostat 2015).

Družbena osamitev in osamljenost sta v Evropski uniji kruta realnost. Raziskava Eurostata iz leta 2017 je pokazala, da 6 % Evropejcev (starih 16 let in več) nima okrog sebe ljudi, na katere bi se obrnili po pomoč, če bi jo potrebovali, prav tako nimajo nikogar za pogovor o osebnih zadevah. Na splošno ugotovitve kažejo, da so moški bolj osamljeni kot ženske. Prebivalci mest imajo manj oseb, ki bi se jim lahko potožili, kot prebivalci podeželja. Ljudje z nižjimi dohodki so družbeno bolj izolirani od premožnejših. Še posebej pa stari ljudje pogosto nimajo nikogar, da bi se obrnili nanj (Eurostat 2017).

Na zdravje vseh, tudi starih ljudi, pomembno vplivajo občutki in počutje. V letu 2018 je 13 % starih ljudi (65+) ocenilo, da so bili v zadnjih štirih tednih pred anketiranjem ves čas ali večino časa zelo nervozni, 9 % se jih je ves čas ali večino časa počutilo »na tleh« ali potrte, 8 % osamljene, 4 % pa malodušne ali depresivne. Med njimi pa je bilo tudi več kot polovica (59 %) takih, ki so se ves ta čas ali večino tega časa počutili sproščene in umirjene, skoraj polovica (49 %) pa takih, ki so bili v zadnjih štirih tednih pred anketiranjem ves čas ali večino časa srečni (SURs 2020).

Tabela 1: Občutki, ki spremljajo osamljenost

OBUP	NEVZDRŽNO DOLGOČASJE
- brezupno	- nemir
- nebogljenost	- želja, da bi bil drugje
- preplašeno	- razdražljivost
- zapuščeno	- jeza
- ranljivo	- nezmožnost koncentracije

SAMOOBTOŽEVANJE	DEPRESIJA
- negotovost	- žalost
- sram	- praznina
- neumnost	- izoliranost
- neprivlačnost	- samopomilovanje
- zavrženost	- melanholičnost
- odtujenost	

Vir: Lacković-Grgin 2008.

Socialna izključenost predstavlja mešanico večdimenzionalnih procesov prikrajšanosti, ki se med seboj še krepijo, ter vključuje postopno ločitev od socialnega okolja, kar vodi v izolacijo posameznikov in skupin, stran od vseh priložnosti, ki jih nudi družba.

Revščino pogosto razumemo kot del socialne izključenosti (materialni aspekt) ali pa kot enega od predpogojev za razvoj socialne izključenosti. Vendar pa sam pojem lahko razumemo v širšem ali ožjem smislu. Ko revščino razumemo v ožjem smislu, torej kot materialno pomanjkanje, socialno izključenost razumemo kot večdimenzionalen in bolj dinamičen koncept kot revščino. Če pa si jo razlagamo v širšem smislu, potem tudi revščino razumemo kot večdimenzionalen koncept: poudarjeni so tako materialni kot tudi nematerialni vidiki, pa tudi posledice prikrajšanosti (Hlebec idr. 2010).

Na kratko bi lahko rekli, da so posamezniki opredeljeni kot socialno izključeni, ko trpijo zaradi različnih težav, ki lahko ali pa tudi ne vključujejo revščine, v vsakem primeru pa te težave ogrožajo posameznikov odnos z družbo, v kateri živi. Duffy (v Kneale 2012, 5) kot primer navede »nezmožnost sodelovanja v ekonomskem, družbenem, političnem in kulturnem življenju ter odtujenost od večinske (mainstream) družbe«. Burchardt in drugi (v Kneale 2012) pa so definirali štiri dimenzije izključenosti:

- nezmožnost nakupovanja dobrin in storitev,
- nezmožnost udeleževanja v ekonomsko ali družbeno pomembnih dejavnostih,
- pomanjkanje vključenosti pri sprejemanju lokalnih ali državnih odločitev,
- pomanjkanje socialnih vezi z družino, prijatelji in skupnostjo.

Prostovoljstvo je družbeno koristna brezplačna aktivnost posameznikov, ki s svojim delom, znanjem in izkušnjami prispevajo k izboljšanju kakovosti življenja posameznikov in družbenih skupin ter k razvoju solidarne, humane in enakopravne družbe. Prostovoljstvo krepi medsebojno solidarnost ljudi, spodbuja razvoj človeških zmožnosti in vseživljenjskega učenja, zagotavlja družbeno povezanost in sodelovanje pri reševanju problemov posameznikov in družbe (Zakon o prostovoljstvu, 2. čl.).

Prostovoljstvo tako predstavlja način socialne integracije najrazličnejših ranljivih družbenih skupin (Gladek 2017, 3).

2. Ljubljana – starejšim prijazno mesto

Lokalne skupnosti imajo pomembno vlogo pri soustvarjanju pogojev za kakovostno bivanje ljudi. V začetku leta 2011 je Mestna občina Ljubljana postala članica Globalne mreže starosti prijaznih mest Svetovne zdravstvene organizacije (SZO), katere poudarek je na prizadevanju za ustvarjanje urbanih okolij, ki spodbujajo zdravo in aktivno staranje.

S tem je Ljubljana, kot prvo mesto oziroma občina v Sloveniji, pristopila k programu *Starosti prijazna mesta*. Konec septembra 2011 je Mestna občina Ljubljana podpisala prvo Dublinsko deklaracijo starosti prijaznih mest, leta 2013 pa še drugo, bolj evropsko naravnano.

Članstvo v Globalni mreži starosti prijaznih mest med drugim predvideva izdelavo akcijskega načrta po osmih ključnih področjih:

1. javne površine in stavbe,
2. prevoz,
3. stanovanjski objekti,
4. družabno življenje,
5. spoštovanje in vključevanje v družbo,
6. družbeno angažiranje in zaposlitev,
7. komuniciranje in informiranje,
8. skupnostni programi in zdravstvene službe.

Mestna občina Ljubljana je pripravila že dva akcijska načrta. Akcijski načrt »Starosti prijazna Ljubljana za obdobje od 2013 do 2015« je Mestni svet Mestne občine Ljubljana sprejel 18. marca 2013, akcijski načrt »Starosti prijazna Ljubljana za obdobje od 2016 do 2020« pa je Mestni svet Mestne občine Ljubljana sprejel 23. maja 2016.

Cilji akcijskega načrta Starosti prijazno mesto so:

- urejenost in vzdrževanost zunanjih površin in stavb Mestne občine Ljubljana, ki so v javni rabi;
- dostopnost javnega prevoza;
- dostopnost stanovanjskih stavb in stanovanj;
- spodbujanje razvoja in zagotavljanje kontinuiranega izvajanja programov in storitev s področij športa in rekreacije;
- spodbujanje razvoja in zagotavljanje kontinuiranega izvajanja programov in storitev s področja kulture;
- spodbujanje razvoja in zagotavljanje kontinuiranega izvajanja programov in storitev s področja izobraževanja;
- spodbujanje razvoja in zagotavljanje kontinuiranega izvajanja programov in storitev s področja socialnega varstva in varovana zdravja;
- možnost sodelovanja starejših pri odločevalskih procesih za stare ljudi v Mestni občini Ljubljana;
- spodbujanje vključevanja starih ljudi v prostovoljske in druge aktivnosti;
- skrb za stalen pretok informacij in vsebin s področja skrbi za stare ljudi in krepitve socialne vključenosti starih ljudi v življenje lokalne skupnosti;
- podpora skupnosti podaljševanju in dvigu kakovosti življenja starih ljudi v domačem okolju;
- pomoč socialno šibkejšim starejšim občankam in občanom;
- dostopnost in kakovost zdravstvenih storitev ter izvajanje preventivnih programov in programov varovanja zdravja (Mestna občina Ljubljana 2021).

3. Možnosti socialnega vključevanja starih ljudi v Mestni občini Ljubljana

Mestna občina Ljubljana preko rednih letnih javnih razpisov, ki niso zakonska obveza, izdatno podpira tudi številne druge aktivnosti, programe in projekte, ki pomembno dopolnjujejo storitve javnih

služb in jih večinoma izvajajo nevladne organizacije ter nekateri javni zavodi. S področja socialnega varstva so to npr. dnevni centri aktivnosti za starejše, programi za spodbujanje medgeneracijskega sodelovanja, za zmanjšanje padcev med starimi ljudmi, za ljudi z demenco in njihove sorodnike, skupine za samopomoč idr.

V nadaljevanju bomo izpostavili tiste programe, projekte in organizacije, ki najbolj izstopajo, so v lokalnem okolju dobro prepoznani in sprejeti in vključujejo večje število starih ljudi.

3.1. Dnevni centri aktivnosti za starejše

V Ljubljani deluje devet dnevnih centrov aktivnosti za starejše, ki so razporejeni po celotnem območju Mestne občine Ljubljana. Dnevni centri aktivnosti za starejše izvajajo množico dejavnosti, ki pripomorejo k vzdrževanju psihofizične kondicije in medsebojnemu druženju. Starim ljudem tako omogočajo možnost aktivnega staranja, vseživljenjskega učenja, medgeneracijskega sodelovanja in druženja ter spodbujajo prostovoljstvo.

V okviru Mestne zveze upokojencev Ljubljana deluje sedem dnevnih centrov, v okviru Doma starejših občanov Fužine deluje en dnevni center, imenovan CAF (Center aktivnosti Fužine), ter v okviru Društva gluhih in naglušnih Ljubljana en dnevni center za starejše osebe z okvarami sluha (Mestna občina Ljubljana 2021).

V omenjenih centrih se stari ljudje lahko vključujejo v organizirane aktivnosti kot uporabniki, lahko pa so tudi izvajalci teh aktivnosti in delujejo v okviru organiziranega prostovoljstva.

3.2. Prostovoljski servis

Program Prostovoljski servis izvaja Slovenska filantropija – Združenje za promocijo prostovoljstva, ki je humanitarna organizacija in deluje v javnem interesu vse od leta 1992. Njeni programi so usmerjeni v dvig kakovosti bivanja v skupnosti in v zagovorništvo socialno šibkejših. Osrednja dejavnost je promocija prostovoljstva. Prostovoljski servis je namenjen posameznikom in družinam v stiski, ki bi za kakovostno življenje potrebovali pomoč, ki si je zaradi finančne stiske ne morejo zagotoviti oziroma takšna pomoč na trgu ne obstaja. V Slovenski filantropiji so program vzpostavili z namenom pomoči ljudem, ki se ne znajdejo med različnimi socialnovarstvenimi programi javnih zavodov in nevladnih organizacij. V primeru, da ni programa, ki bi jim lahko nudil pomoč, vključijo prostovoljce. Deluje tako, da povezuje ljudi, ki so se znašli v stiski, s prostovoljci in prostovoljskimi organizacijami. V sklopu programa koordinirajo: družabništvo osebam, ki težko zapustijo dom, spremljanje starih ter gibalno oviranih oseb, pomoč pri rehabilitaciji po zdravljenju v bolnišnici, varstvo otrok, učne pomoči otrokom, druge pomoči – odvisno od specifične situacije posameznika oziroma družine (Slovenska filantropija 2021).

3.3. Humanitarno prostovoljsko delo

Prostovoljsko delo v okviru Rdečega križa Slovenije

Poslanstvo Rdečega križa Slovenije je z močjo humanosti izboljšati življenje ranljivih ljudi. Rdeči križ Slovenije deluje v skladu s sedmimi temeljnimi načeli gibanja Rdečega križa, v lokalnih okoljih spremlja življenje ljudi in aktivno reagira na pojave stisk in nemoči, še posebej ranljivih skupin, kot so otroci in stari ljudje, zagotavlja spoštovanje človeka in nagovarja ljudi, da delijo del svojega blagostanja s tistimi, ki so nemočni in v stiski, v organizaciji in med ljudmi spodbuja in gradi čut za solidarnost in razumevanje stiske drugih, spodbuja in širi vrednote zdravja in zdravega življenja, uvaja načrtno izobraževanje in usposabljanje za izvajanje poslanstva in nalog ter širi znanja o gibanju Rdečega križa in mednarodnem humanitarnem pravu (Rdeči križ Slovenije 2021).

Prostovoljci delujejo na naslednjih področjih: ozaveščanje in izobraževanje (Klub 25, Klub 100 kapljic, promocija darovanje organov in tkiv po smrti), izvajanje preventivnih delavnic prve pomoči

– samo eno življenje imaš (izvajanje preventivnih delavnic prve pomoči na osnovnih šolah, mentorstvo in treniranje osnovnošolskih in srednješolskih ekip prve pomoči ter izvajanje kratkih delavnic prve pomoči za najmlajše v vrtcih), socialne dejavnosti (pomoč v humanitarnem centru, pomoč v okviru projektov Izmenjevalnica in Srečevalnica), nudenje psihosocialne pomoči ljudem, ki se soočajo z materialno ogroženostjo in socialno izključenostjo, učna pomoč in psihosocialna pomoč otroku in družini ter pomoč in podpora starim ljudem, zaščita in reševanje (ekipe prve pomoči RKS, nastanitvene enote, izvajanje delavnic Sem sreča v nesreči: ozaveščanje o ukrepanju, pred, med in po nesreči ter nudenje psihosocialne pomoči v primeru nesreč) ter lokalne dejavnosti (organiziranje in izvajanje dejavnosti v lokalni skupnosti: prireditve, srečanja, zbiranje in delitev humanitarne pomoči, obiskovanje starih ljudi, izvajanje meritev krvnega tlaka, sladkorja, holesterola in kisika v krvi) (Rdeči križ Slovenije 2021).

Prostovoljsko delo v okviru Slovenske Karitas

Slovenska Karitas je dobrodelná ustanova Rimskokatoliške cerkve na Slovenskem in je namenjena uresničevanju karitativnega in socialnega poslanstva Cerkve. Temelj delovanja je prostovoljsko delo. Prostovoljci vseh starosti delujejo na naslednjih področjih: prostovoljsko delo v župnijskih in škofijskih enotah Slovenske Karitas (odgovarjanje na materialne stiske, usmerjanje in osnovno svetovanje, obisk starih, invalidov in osamljenih, prostovoljsko delo v socialnih zavodih, pomoč zasvojenim, materam in ženskam v stiski, druženje), prostovoljsko delo v pisarni Slovenske Karitas (administrativna dela, priprava gradiv ob različnih akcijah, animatorstvo na letovanju družin, pomoč pri pripravi Klica dobrote in shoda prostovoljcev Karitasa) ter prostovoljsko delo na Počitnicah biserov (prostovoljci animatorji se v okviru prostovoljskega dela posvetijo otrokom in mladostnikom, se skupaj z njimi družijo in jim pomagajo, da se bodo počutili čim bolj sprejete (Slovenska Karitas 2021).

3.4. Družabništvo na domu

Program Starejši za starejše

Zveza društev upokojencev Slovenije (v nadaljevanju ZDUS) deluje od leta 1946 in je po številu članstva (230.000 članov) in društev (preko 500) ena največjih nevladnih organizacij v Sloveniji. ZDUS je organizirana na lokalni, regionalni in nacionalni ravni. Je nevladna, neprofitna in samopomočna organizacija upokojencev s statusom humanitarne organizacije in organizacije v javnem interesu na področju sociale in kulture.

Upokojene strokovnjakinje Slovenske filantropije in ZDUS so leta 1995 začele razvijati projekt medsebojne pomoči starim ljudem, da bi lahko čim dlje ostali v domači oskrbi. V sedanjí obliki teče od leta 2004. Bistvo programa je v tem, da starejši prostovoljci obiščejo vse stare ljudi od 69 let v svoji okolici, jih povprašajo o tem, kako živijo, in jim poskušajo organizirati pomoč, če jo potrebujejo. Na ravni države program vključuje 193.000 starih ljudi ali kar 65 % starih od 69 let. Leta 2017 je prejel nagrado Evropskega parlamenta državlján Evrope (ZDUS 2021).

Program organiziranega prostovoljstva in medgeneracijskega sodelovanja

Zavod za oskrbo na domu Ljubljana (ZOD) je ustanovila Mestna občina Ljubljana za izvajanje socialnovarstvenih storitev socialna oskrba na domu in socialni servis na območju Mestne občine Ljubljana in je največji tovrstni zavod v Sloveniji. Od aprila 2014 dalje izvajajo program organiziranega prostovoljstva in program medgeneracijskega sodelovanja. Prostovoljci delujejo na štirih področjih: družabništvo z uporabniki (prostovoljci uporabnikom omogočajo bolj kakovostno preživljanje prostega časa v obliki družabništva na njihovem domu oziroma v času epidemije družabništvo po telefonu), izvajanje delavnic za uporabnike in njihove svojce, promocija zavoda in prostovoljskega dela ter prostovoljsko delo v okviru projektov (ZOD 2021).

3.5. Izobraževanje in vseživljenjsko učenje

Slovenska univerza za tretje življenjsko obdobje (SUTŽO) je namenjena izobraževanju in dejavnemu razvoju starejših. V njene dejavnosti se vključujejo upokojenci, starejši brezposelni in starejši zaposleni, ki se pripravljajo na upokožitev. Od ustanovitve leta 1984 do danes je SUTŽO zrasla v nacionalno mrežo 53 univerz v 51 krajih po Sloveniji. Njihovo poslanstvo je integracija starih ljudi v skupnost in razvoj izobraževalnih programov za osebno rast, za dejavno delovanje v okolju v dobro vseh generacij in programov za razumevanje položaja starih ljudi v družbi. Člani se tako izobražujejo na predavanjih, strokovnih delavnicah, krožkih ter pohodih in potepanjih (SUTŽO 2021).

4. Razprava

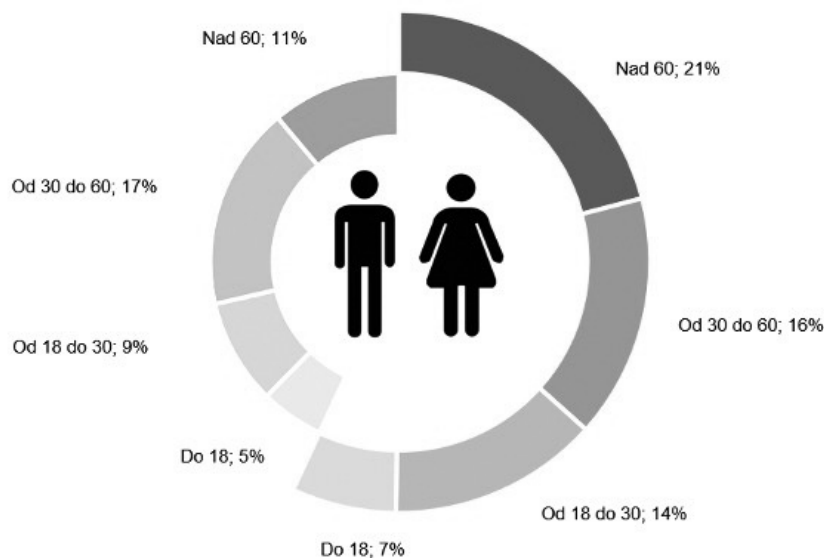
Nastala situacija v času pandemije covida-19 zahteva takojšnje in temeljito ukrepanje ter prilagoditve izbranih lokalnih in nacionalnih politik, ki bodo zagotavljale socialno vključenost, oskrbo in pomoč starim ljudem ter dostojno, človeka vredno življenje v tretjem življenjskem obdobju.

V Mestni občini Ljubljana imamo dobro razvito mrežo podpore in pomoči za stare ljudi. Poleg številnih nevladnih organizacij na tem področju deluje tudi nekaj javnih zavodov, ki starim ljudem preko programov in projektov omogočajo socialno vključevanje. Zavedamo se, da je stanje izven Ljubljane bistveno drugačno. Stari ljudje imajo slabši dostop do vseh storitev, ponudbe je manj ali skoraj nič, zato je v Sloveniji stopnja socialne izključenosti starih ljudi različna.

Prostovoljstvo je za ranljive posameznike pomembno za potrditev lastne sposobnosti, občutka lastne vrednosti, za ohranjanje in širjenje socialne mreže. Vsak, ne glede na trenutno življenjsko situacijo, lahko nekomu pomaga in s tem opravlja pomembno delo. Največji prispevek prostovoljstva za ljudi iz socialno ranljivih skupin je to, da so enakovredno sprejeti, cenjeni, spoštovani, da lahko koristno prispevajo, da dobijo občutek dostojanstva.

Podatki iz Skupnega poročila o prostovoljstvu za leto 2019 kažejo, da slovenski prostovoljci, ki delujejo v okviru prostovoljskih organizacij in javnih zavodov, opravijo več kot enajst milijonov in pol ur prostovoljskega dela. Ocenjena vrednost prispevka prostovoljskega dela k družbeni blaginji je več kot 115 milijonov evrov. Če bi upoštevali še prostovoljsko delo, ki poteka neorganizirano, bi bila ta številka še višja (Ministrstvo za javno upravo 2020, 25. september).

Iz grafikona 1 je razvidno, da je največji delež prostovoljcev moškega spola v starostni skupini od 30 do 60 let, enako kot v letu 2018, medtem ko je bil v letu 2017 največji delež prostovoljcev moškega spola v starostni skupini nad 60 let. Iz poročila nadalje izhaja, da je največ prostovoljk v starostni skupini nad 60 let, kar je enako kot v letu 2018 in 2017. Podrobnejša analiza podatkov je ponovno pokazala, da je delež žensk v starostni skupini nad 60 let najvišji v društvih upokojencev, ki delujejo na področju sociale. Visok je delež prostovoljcev moškega spola v starostni skupini od 30 do 60 let, ki delujejo na področju športa oziroma rekreacije.



Grafikon 1: Delež števila prostovoljk in prostovoljcev po starostnih skupinah v letu 2019

Vir: Ministrstvo za javno upravo 2020.

5. Zaključek

Epidemija covid-19 s seboj prinaša tudi novo opredelitev pomena socialne države. Družba vseh generacij sloni na komplementarnih vlogah starih ljudi, zato moramo prerasti njihovo diskriminacijo in socialno izključenost. Ko govorimo o starih ljudeh, moramo hkrati obravnavati in upoštevati življenjske razmere vseh generacij, da bi bile rešitve prave in dolgotrajnejše. Epidemija je razgalila vse nepravilnosti, ki smo jih kot družba povzročali desetletja. To je le vrh ledene gore.

Država in lokalne skupnosti morajo spodbujati in omogočiti sodelovanje starih ljudi v družbi, tako v obliki smiselnega preživljanja prostega časa, v obliki izobraževanja, plačanega dela in ne nazadnje prostovoljskega dela. Pomembno je namreč, da se star človek lahko prepozna v javnem prostoru, kjer srečuje druge, z njimi izmenjuje znanje, z njimi dela prostovoljno ali kako drugače.

Prostovoljke in prostovoljci s svojim delom družbo plemenitijo ter ljudem in skupnosti vlivajo občutek zaupanja v solidarnost in človečnost. S prostovoljstvom krepimo socialno mrežo, povečujemo osebno zadovoljstvo in se vključujemo v družabno življenje. Ljudje, ki so po 65. letu prostovoljci, živijo dlje, zato je prostovoljstvo v dolgoživi družbi kar dvakrat koristno: za starejšega prostovoljca, ki se počuti koristnega, in za družbo, ki s spodbujanjem prostovoljstva krepi vrednote solidarnosti in tako postaja bolj socialna in povezana.

Pomembno je tudi, da organizirano prostovoljstvo dobi svoje mesto in priznanje v strateških dokumentih države in pričakovani zakonodaji o dolgotrajni oskrbi skupaj z neformalnimi oskrbovalci. Vsaka kriza je tudi priložnost, da se znova vzpostavijo programi in projekti, za katere trdne temelje v Sloveniji že imamo.

Literatura

Gladek, Nevenka Alja. 2017. *Socialna aktivacija brezposelnih in drugih ranljivih skupin skozi spodbujanje prostovoljstva*. Dostopno na: https://www.prostovoljstvo.org/resources/files/pdf/Socialna_aktivacija_brezposelnih_in_drugih_ranljivih_skupin_skozi_spodbujanje_prostovoljstva.pdf (15. maj 2021).

Hlebec, Valentina, Kavčič, Matic, Hrast Filipovič, Maša, Vezovnik, Andreja, Trbanc, Martina. 2010. *Samo, da bo denar in zdravje: življenje starih revnih ljudi*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Hvalič Touzery, Suzana. 2006. Gerontološko izrazje: osamljenost: Socialna izolacija. *Kakovostna starost* 9 (4): 55.

- Kneale, Dylan. 2012. *Is Social Exclusion still important for Older People?* London: The International Longevity Centre. Dostopno na: http://www.ilcuk.org.uk/index.php/publications/publication_details/is_social_exclusion_still_important_for_older_people (11. maj 2021).
- Lacković Grgin, Katica. 2008. *Usamljenost. Fenomenologija, teorije i istraživanja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Mestna občina Ljubljana. *Dnevni centri za starejše*. Dostopno na: <https://www.ljubljana.si/sl/moja-ljubljana/starejsi-v-ljubljani/aktivnosti-za-starejse/dnevni-centri-za-starejse/> (13. maj 2021).
- Mestna občina Ljubljana. *Ljubljana – starejšim prijazno mesto*. Dostopno na: <https://www.ljubljana.si/sl/moja-ljubljana/starejsi-v-ljubljani/starosti-prijazna-ljubljana/> (13. maj 2021).
- Ramovš, Jože. 2003. *Kakovostna starost. Socialna gerontologija in gerontagogika*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka in Slovenska akademija znanosti in umetnosti.
- Ministrstvo za javno upravo. *Skupno poročilo o prostovoljstvu v Republiki Sloveniji za leto 2019*. Dostopno na: <https://www.gov.si/novice/2020-09-25-skupno-porocilo-o-prostovoljstvu-v-republiki-sloveniji-za-leto-2019/> (29. maj 2021).
- Slovenska filantropija. *Prostovoljski servis*. Dostopno na: <https://www.filantropija.org/prostovoljski-servis/> (15. maj 2021).
- Slovenska Karitas. Dostopno na: <https://www.karitas.si/o-karitas/> (15. maj 2021).
- Služba Evropskega parlamenta za raziskave. *Ljudje, ki trpijo zaradi osamljenosti*. Dostopno na: https://what-europe-does-for-me.eu/data/pdf/social/C23_sl.pdf (15. maj 2021).
- Zakon o prostovoljstvu* (ZProst). Ur. l. RS, št. 10/11 (s poznejšimi spremembami in dopolnitvami).
- Zavod za oskrbo na domu Ljubljana. Dostopno na: <https://www.zod-lj.si/> (15. maj 2021).
- Zveza društev upokojencev Slovenije. Dostopno na: <https://zdus-zveza.si/> (15. maj 2021).

Razumevanje koncepta socialne vključenosti v kontekstu demografskih razmer v Mestni občini Ljubljana ter nacionalnih in evropskih primerjalnih študij

Understanding the concept of social inclusion in the context of demographic conditions in the City of Ljubljana and national and European comparative studies

doc. dr. Nikolaj Lipič

Gerontološko društvo Slovenije

Vilko Kolbl, mag.

Gerontološko društvo Slovenije

Miranda Vrh, univ. dipl. soc. del.

Gerontološko društvo Slovenije

POVZETEK

V drugi polovici leta 2020 je v Mestni občini Ljubljana (MOL) živel 14 % vsega slovenskega prebivalstva. Ljubljana ima v letu 2019 oziroma 2020 nižji delež prebivalcev, starih 65 let in več, nižjo povprečno starost njenih prebivalcev in nižji koeficient starostne odvisnosti starih v primerjavi s slovenskim povprečjem. MOL ima v istem obdobju višji naravni prirast na 1000 prebivalcev in boljšo izobrazbeno strukturo prebivalcev glede na slovensko povprečje. Vrednost indeksa staranja in struktura prebivalcev glede statusa aktivnosti sta v tem obdobju v MOL primerljiva s slovenskim povprečjem.

V primerjalni študiji prejemkov za socialno izključenost na prebivalca držav EU-27 za leto 2018 ugotavljamo, da je deset evropskih držav nad in sedemnajst držav pod evropskih povprečjem. Slovenija se v tej študiji uvršča pod evropsko povprečje.

V Sloveniji je v obdobju 2005–2019 najvišja stopnja tveganja socialne izključenosti pri ženskah, starih 65 let in več. Stopnja tveganja socialne izključenosti je bila leta 2019 najnižja v Gorenjski in Osrednjeslovenski ter najvišja v Zasavski in Koroški statistični regiji.

Ključne besede: socialna vključenost, Mestna občina Ljubljana, Slovenija, EU, demografija.

ABSTRACT

In the second half of 2020, 14% of the total Slovenian population lived in the City of Ljubljana (MOL). In 2019 and 2020, Ljubljana has a lower share of the population aged 65 and over, a lower average age of its inhabitants and a lower coefficient of age dependence of the elderly compared to the Slovenian average. Compared to the Slovenian average in the same period, the City of Ljubljana has a higher natural increase per 1000 inhabitants and a better educational structure of the population.

The values of the ageing index and the structure of the population in terms of activity status in this period in the City of Ljubljana are comparable to the Slovenian average.

In a comparative study of social exclusion benefits per capita in the EU-27 for 2018, we find that 10 European countries are above and 17 countries below the European average. Slovenia ranks below the European average.

In the period 2005-2019, Slovenia had the highest level of risk of social exclusion for women aged 65 and over. The level of risk of social exclusion in 2019 was the lowest in the Upper Carniola and Central Slovenia regions, and the highest in the Central Sava and Carinthia statistical regions.

Key words: social inclusion, City of Ljubljana, Slovenia, EU, demography.

1. Uvod

Aktualna zdravstvena kriza je zaradi novega koronavirusa v zadnjem letu generirala val številnih družbenih sprememb globalnih razsežnosti, ki so izrazito determinirale življenje posameznika, družin in skupnosti. Izhodišče vsega so bili najrazličnejši ukrepi za zaježitev širjenja novega koronavirusa na vseh ravneh družbenega življenja: od individualne oziroma družinske perspektive do skupnostne ravni, katere razsežnosti so bile lokalne, regionalne, nacionalne in širše mednarodne. Doživeli smo paradigmatški prelom v razumevanju nove življenjske in družbene stvarnosti z uporabo zaščitnih mask in drugih zaščitnih sredstev, omejevanjem vseh fizičnih oblik potencialno »rizičnih« kontaktov, z novim konceptom »dela od doma«, zaprtjem regionalnih in nacionalnih meja, omejitvami, ki veljajo v času nočne policijske ure, z zaustavitvijo javnega življenja (lockdown) ipd.

V tem obdobju sta ob podpori vlade tok družbenega dogajanja v slovenskem prostoru uravnavali medicinska in zdravstvena stroka s strokovnimi stališči in policija z vsemi vrstami nadzorov. Stališča drugih strok in znanosti – tudi s področja razumevanja socialnih dimenzij kakovosti življenja – so bila pogosto povsem preslišana, četudi so bila podprta z utemeljenimi argumenti in raziskovalnimi spoznanji. V perspektivi posameznika, družine in različnih ranljivih družbenih skupin se v tem času še posebej identificirajo pojavi zdrsa v revščino, družinskega nasilja, brezposelnosti, neenake zdravstvene in druge obravnave, povečane umrljivosti zaradi posledic novega koronavirusa, porast različnih oblik zasvojenosti, povečanega tveganja za socialno izključenost ipd. Izpostavljamo le nekaj aktualnih socialnih problematik, s katerimi se soočajo vse generacije. Stara populacija je prav gotovo najbolj zaznamovana s povečanjem tveganja za socialno izključenost, saj so ukrepi za zaježitev širjenja novega koronavirusa prav zaradi njihove zdravstvene krhkosti najbolj vplivali na kakovost njihovega življenja. Pri tem ne smemo spregledati tudi nizke IKT-pismenosti starih, ki je še dodatno poglobila socialno izključenost.

Evropska unija si v okviru različnih strateških dokumentov prizadeva za izboljšanje socialne vključenosti v okviru trajnostnega razvoja. V središču strategije Evropa 2020 so ekonomska, socialna in ozemeljska kohezija (Evropska komisija 2010, 23), ki jih je mogoče doseči s petimi vodilnimi splošnimi cilji, in sicer na področju socialne vključenosti, zaposlovanja, raziskav, razvoja in inovacij, podnebnih sprememb in izobraževanja (Atkinson idr. 2017, 50). Tudi strateški dokument Spremenimo svet: agenda za trajnostni razvoj do leta 2030 (Združeni narodi 2015) med drugim izpostavlja nujno po odpravi revščine vseh oblik in razsežnost, zagotovitev osnovnega življenjskega standarda tudi preko sistemov socialnega varstva in da se vsem, ne glede na osebne ali druge okoliščine, omogoči celovito vključitev v družbeno življenje.

In na kaj opozarjajo slovenski strateški dokumenti? Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013–2020 (MDDSZ 2013, 3) opredeljuje tri ključne cilje razvoja socialnega varstva, kjer se pri prvem cilju osredotoča na zmanjševanje tveganja revščine in povečevanje socialne vključenosti socialno ogroženih in ranljivih skupin prebivalstva. Resolucija zaradi spremenje-

nih demografskih razmer v socialnem in zdravstvenem sistemu še posebej izpostavlja problematiko starih, ki se pogosto soočajo z nizkimi prihodki (pokojninami), zaradi česar je stopnja tveganja revščine visoka in njihova socialna vključenost pogosto slaba.

Strategija dolgožive družbe (UMAR 2017), ki je zasnovana na konceptu aktivnega staranja, pomen vključenosti v družbo za odzivanje na potrebe dolgožive družbe opredeljuje v okviru tretjega stebra, kjer kot relevantne dejavnike izpostavlja medgeneracijsko sodelovanje, prostovoljstvo, uporabo IKT za komunikacijo, preprečevanje diskriminacije in nasilja v družbi ter politično udejstvovanje. Strategija razvoja Slovenije 2030 (Služba Vlade Republike Slovenije za razvoj in evropsko kohezijsko politiko 2017), ki v središče postavlja kakovost življenja za vse, se v tretjem cilju (izmed dvanajstih) osredotoča na dostojno življenje za vse, ob upoštevanju kazalnikov stopnje tveganja socialne izključenosti, neenake porazdelitve dohodka in izkušnje diskriminacije. Strategija razvoja Slovenije 2030 (Služba Vlade Republike Slovenije za razvoj in evropsko kohezijsko politiko 2017, 13) nadalje ugotavlja, da sta se v letu 2015 zmanjšali stopnji tveganja socialne izključenosti in revščine, ki sta višji kot ob začetku krize, vendar nižji od povprečja EU. Stopnja tveganja socialne izključenosti je v letu 2016 za Slovenijo znašala 18,4 %, evropsko povprečje pa je 23,7 % (Služba Vlade Republike Slovenije za razvoj in evropsko kohezijsko politiko 2017, 21).

Izhajajoč iz teh spoznaj se raziskovalni problem v prispevku osredotoča na identifikacijo demografskih trendov v Mestni občini Ljubljana (v nadaljevanju MOL), ki pogosto nakazujejo tudi trende na področju socialne vključenosti. Zato smo v prvem delu predstavili ključne demografske kazalnike za razumevanje socialnogerontološke podobe MOL, v drugem delu pa smo na osnovi sekundarnih kvantitativnih podatkov predstavili gibanje prejemkov za socialno izključenost v evropskem okviru in stopnjo tveganja socialne izključenosti v slovenskem prostoru.

2. Namen in cilj

Namen raziskave je predstaviti demografsko sliko MOL in razsežnosti socialne izključenosti v nacionalnem in evropskem kontekstu. V raziskavi smo si zastavili in realizirali tri cilje. Prvi cilj raziskave je bil proučiti izbrane demografske kazalnike za MOL, ki predstavijo generacijsko sliko in njihove socialno-demografske značilnosti. Drugi cilj je bil predstaviti gibanje prejemkov za socialno izključenost na ravni držav EU-27 v obdobju 2009–2018 in med državami EU v letu 2018. Tretji cilj raziskave je bil predstaviti gibanje stopnje tveganja socialne izključenosti v Sloveniji, v obdobju 2005–2019, in razlike v stopnji socialne izključenosti med slovenskimi statističnimi regijami v letu 2019.

3. Metode

V prispevku smo uporabili kvantitativni raziskovalni pristop, saj smo sekundarne podatke Statističnega urada Republike Slovenije in Eurostata zbrali, uredili in predstavili s pomočjo metod deskriptivne statistike.

4. Rezultati

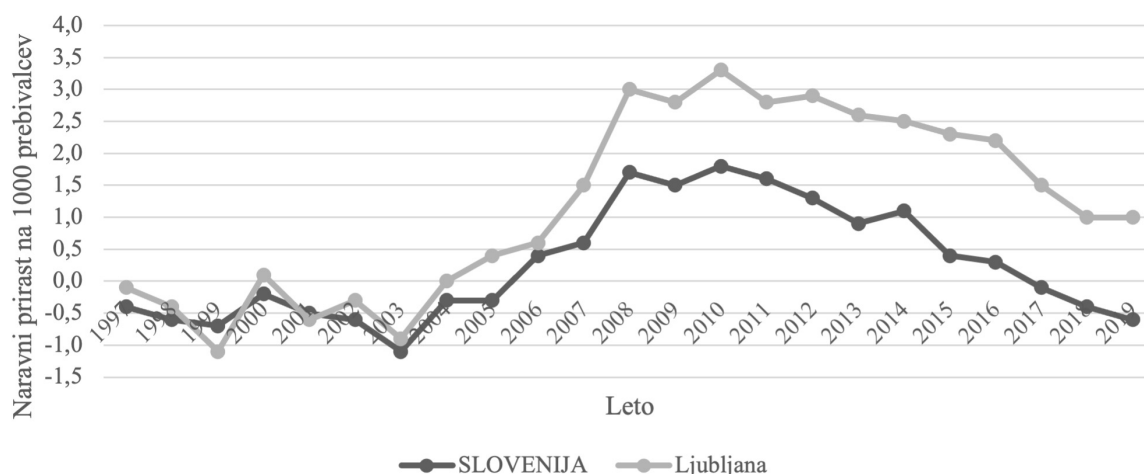
Uvodoma predstavljamo osnovno demografsko sliko MOL v primerjavi s podatki za celotno Slovenijo v drugem polletju 2020.

Tabela 1: Število in delež prebivalcev po izbranih starostnih skupinah in spolu v Ljubljani in Sloveniji v drugem polletju 2020

Spol	Območje	0–14 let		15–64 let		65+ let		Skupaj	
		št.	%	št.	%	št.	%	št.	%
Moški	Ljubljana	21703	15,1	98305	68,6	23382	16,3	143390	13,6
	Slovenija	163071	15,5	706351	67,0	185061	17,5	1054483	100,0
Ženske	Ljubljana	20810	13,8	95567	63,4	34287	22,8	150664	14,4
	Slovenija	153586	14,7	647263	61,9	244794	23,4	1045643	100,0
Skupaj	Ljubljana	42513	14,5	193872	65,9	57669	19,6	294054	14,0
	Slovenija	316657	15,1	1353614	64,5	429855	20,5	2100126	100,0

Vir: SURS 2020c.

V Ljubljani je v drugem polletju 2020 živel 14 % vsega slovenskega prebivalstva (tabela 1). Ljubljana ima v primerjavi s Slovenijo višji delež prebivalcev, starih 15–64 let (Lj: 65,9 %; Slo: 64,5 %), ter nižja deleža prebivalcev, starih 0–14 let (Lj: 14,5 %; Slo: 15,1 %) in 65 let in več (Lj: 19,6 %; Slo: 20,5 %). Skupna spolna struktura za Ljubljano pokaže, da v njej živi 51,3 % žensk in 48,7 % moških.

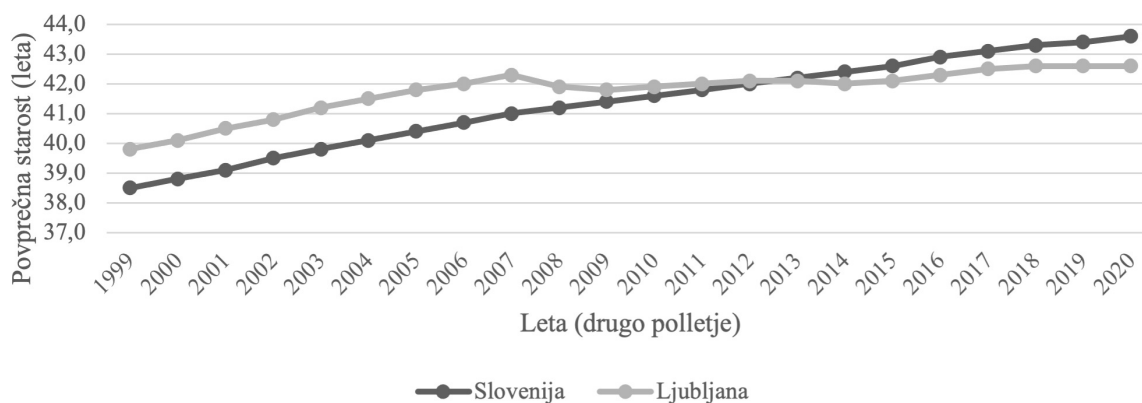


Slika 1: Naravni prirast na 1000 prebivalcev v Ljubljani in Sloveniji v obdobju 1997–2019

Opomba: Naravni prirast na 1000 prebivalcev je razmerje med naravnim prirastom v koledarskem letu in številom prebivalstva sredi istega leta na določenem območju, pomnoženo s 1.000.

Vir: SURS 2020d.

Gibanje naravnega prirasta na 1000 prebivalcev za Ljubljano in Slovenijo, v obdobju 1997–2019, na sliki 1 pokaže več prelomnic: do leta 2004 je bil v glavnini negativen, med letoma 2004 in 2008 raste, leta 2009 beležimo upad, leta 2010 je bila zabeležena najvišja vrednost, po letu 2011 v glavnini počasi upada. Le v letih 1999 in 2001 je bil naravni prirast na 1000 prebivalcev v Ljubljani nižji od slovenskega povprečja.

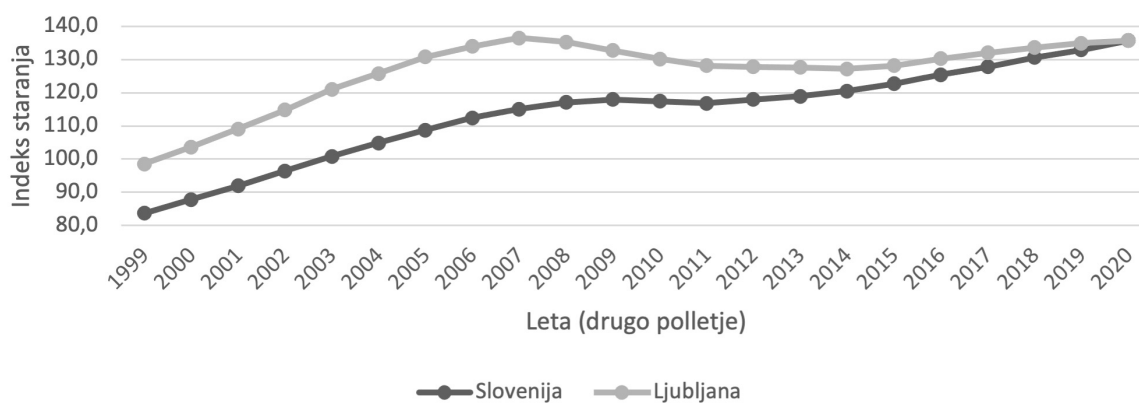


Slika 2: Gibanje povprečne starosti prebivalcev Ljubljane in Slovenije v obdobju 1999–2020

Opomba: upoštevali smo vrednosti povprečne starosti le za druga polletja izbranih let.

Vir: SURS 2020e.

Gibanje povprečne starosti prebivalcev Ljubljane in Slovenije, v obdobju 1999–2020, na sliki 2 kaže, da je bila do leta 2012 oziroma 2013 povprečna starost prebivalcev Ljubljane višja od slovenskega povprečja, po tem letu je pod slovenskim povprečjem. V drugi polovici leta 2020 je znašala povprečna starost prebivalcev Ljubljane 42,6 leta, povprečna starost Slovencev pa 43,6 leta.

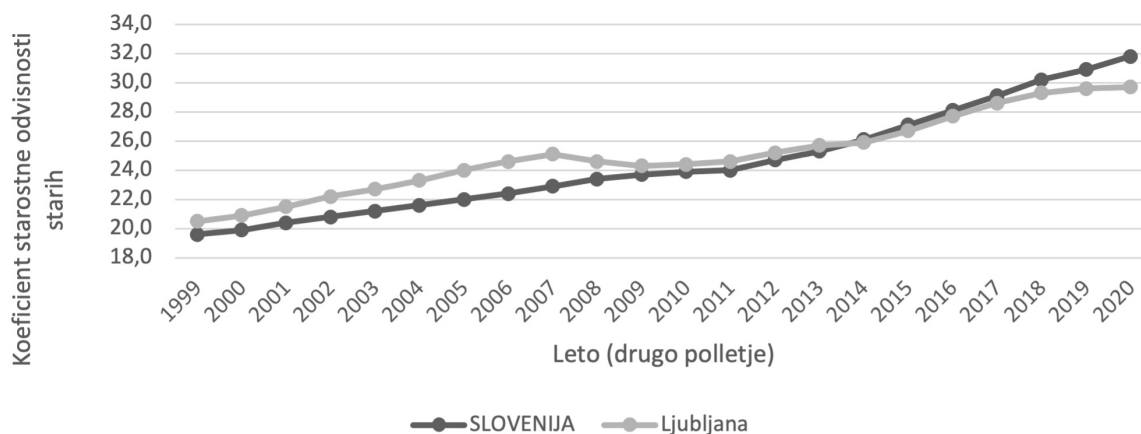


Slika 3: Gibanje indeksa staranja za Ljubljano in Slovenijo v obdobju 1999–2020

Opomba: upoštevali smo vrednosti indeksa staranja le za druga polletja izbranih let. Indeks staranja je razmerje med starim [stari 65 let ali več] in mladim prebivalstvom [stari od 0 do 14 let], pomnoženo s 100.

Vir: SURS 2020e.

V obdobju 1999–2020 je bilo razmerje med starim in mladim prebivalstvom v Ljubljani bistveno slabše od slovenskega povprečja, saj je bil indeks staranja v Ljubljani ves čas višji od slovenskega povprečja (slika 3). Izjemi sta vrednosti indeksa staranja v letu 2020 za Ljubljano in Slovenijo, ko sta enaki in znašata 135,7. To pomeni, da je bilo v državi na 100 oseb, mlajših od 15 let, 135 oseb, starih najmanj 65 let.



Slika 4: Gibanje koefficienta starostne odvisnosti starih za Ljubljano in Slovenijo v obdobju 1999–2020

Opomba: upoštevali smo vrednosti indeksa staranja le za druga polletja izbranih let. Koefficient starostne odvisnosti starih je razmerje med številom starejših [65 let ali več] in številom delovno sposobnih prebivalcev, torej prebivalcev, starih 15 do 64 let, pomnoženo s 100. Koefficient starostne odvisnosti starih pove, koliko starejših je odvisnih od 100 delovno sposobnih prebivalcev.

Vir: SURS 2020e.

Primerjava koefficienta starostne odvisnosti starih za Ljubljano in Slovenijo, v obdobju 1999–2020, na sliki 4 kaže, da je bil koefficient starostne odvisnosti starih v Ljubljani višji od slovenskega povprečja do leta 2014, po tem letu je pod slovenskim povprečjem. V letu 2020 je bilo 29 starih v Ljubljani in 31 starih v Sloveniji odvisnih od 100 delovno sposobnih prebivalcev.

Tabela 2: Struktura glede na status aktivnosti v Ljubljani in Sloveniji leta 2020

Status aktivnosti	Slo – skupaj		Lj – skupaj		Slo – ženske		Lj – ženske		Slo – moški		Lj – moški	
	št.	%	št.	%	št.	%	št.	%	št.	%	št.	%
Zaposleni	911111	51,2	127492	50,4	412461	46,3	59746	45,7	498650	56,1	67746	55,5
Brezposelni	79636	4,5	11970	4,7	39214	4,4	5510	4,2	40422	4,5	6460	5,3
Aktivni – skupaj	990747	55,7	139462	55,2	451675	50,7	65256	49,9	539072	60,7	74206	60,8
Učenci, dijaki, študenti	146487	8,2	30736	12,2	77266	8,7	17053	13,0	69221	7,8	13683	11,2
Upokojenci	532169	29,9	67946	26,9	301280	33,8	40873	31,3	230889	26,0	27073	22,2
Drugi neaktivni	110656	6,2	14686	5,8	61412	6,9	7607	5,8	49244	5,5	7079	5,8
Neaktivni – skupaj	789312	44,3	113368	44,8	439958	49,3	65533	50,1	349354	39,3	47835	39,2
Prebivalci stari 15+ let – skupaj	1780059	100	252830	100	891633	100	130789	100	888426	100	122041	100

Vir: SURS 2021a.

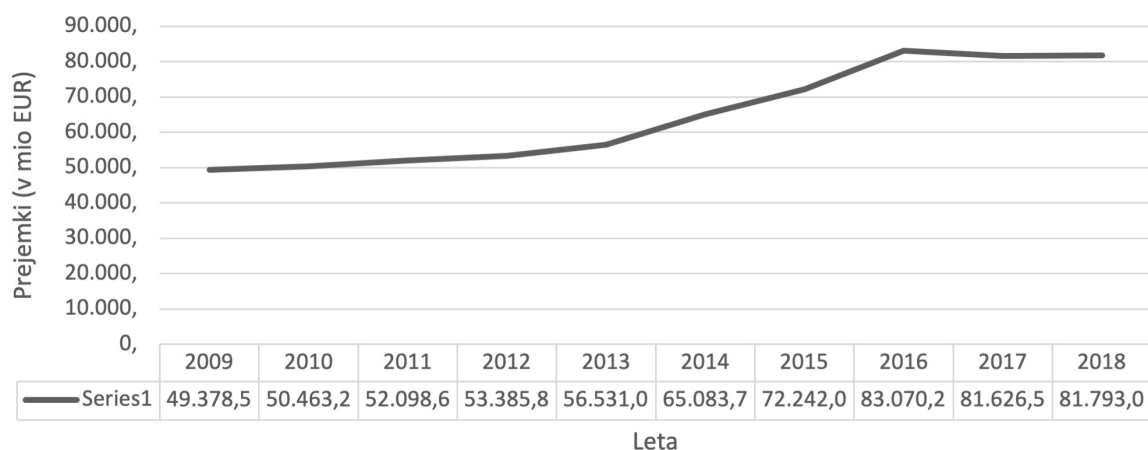
Iz tabele 2 lahko ugotovimo, da je bilo v letu 2020 glede na status aktivnosti v Ljubljani skupaj 55,2 % aktivnih (od tega 50,4 % zaposlenih in 4,7 % brezposelnih) in skupaj 44,8 % neaktivnih (26,9 % učencev, dijakov in študentov, 26,9 % upokojencev in 5,8 % drugih neaktivnih). To stanje je povsem primerljivo s slovenskim povprečjem, le da je delež upokojencev v Ljubljani pod slovenskim povprečjem. Tudi status aktivnosti glede na spol je v Ljubljani primerljiv s slovenskim povprečjem.

Tabela 3: Izobrazbena struktura v Ljubljani in Sloveniji leta 2020

Izobrazba	Slo – skupaj		Lj – skupaj		Slo – ženske		Lj – ženske		Slo – moški		Lj – moški	
	št.	%	št.	%	št.	%	št.	%	št.	%	št.	%
Brez izobrazbe, nepopolna OŠ	50607	2,8	3730	1,5	30799	3,5	2358	1,8	19808	2,2	1372	1,1
OŠ	352963	19,8	38567	15,3	207732	23,3	22450	17,2	145231	16,3	16117	13,2
Nižja in srednja poklicna	402988	22,6	39857	15,8	140020	15,7	13692	10,5	262968	29,6	26165	21,4
Srednja strokovna, srednja splošna	537612	30,2	80323	31,8	258216	29,0	40567	31,0	279396	31,4	39756	32,6
Visoko-šolska 1. stopnje	205043	11,5	32337	12,8	119614	13,4	18740	14,3	85429	9,6	13597	11,1
Visoko-šolska 2. stopnje	193449	10,9	45241	17,9	116065	13,0	26420	20,2	77384	8,7	18821	15,4
Visoko-šolska 3. stopnje	37397	2,1	12775	5,1	19187	2,2	6562	5,0	18210	2,0	6213	5,1
Skupaj	1780059	100	252830	100	891633	100	130789	100	888426	100	122041	100

Vir: SURS 2021b.

Primerjava izobrazbene strukture v Sloveniji in Ljubljani, v letu 2020, v tabeli 3 kaže, da je v Sloveniji višji delež prebivalcev brez izobrazbe oziroma z nepopolno osnovno šolo (Slo: 2,8 %; Lj: 1,5 %), z dokončano osnovno šolo (Slo: 19,8 %; Lj: 15,3 %) ter nižjo in srednjo poklicno šolo (Slo: 22,6 %; Lj: 15,8 %). V Ljubljani je v primerjavi s slovenskim povprečjem višji delež prebivalcev s srednjo strokovno oziroma srednjo splošno šolo (Slo: 30,2 %; Lj: 31,8 %), z visokošolsko izobrazbo 1. stopnje (Slo: 11,5 %; Lj: 12,8 %), visokošolsko izobrazbo 2. stopnje (Slo: 10,9 %; Lj: 17,9 %) in visokošolsko izobrazbo 3. stopnje (Slo: 2,1 %; Lj: 5,1 %). Enake so ugotovitve o izobrazbeni strukturi v Ljubljani in Sloveniji leta 2020 glede na spol.

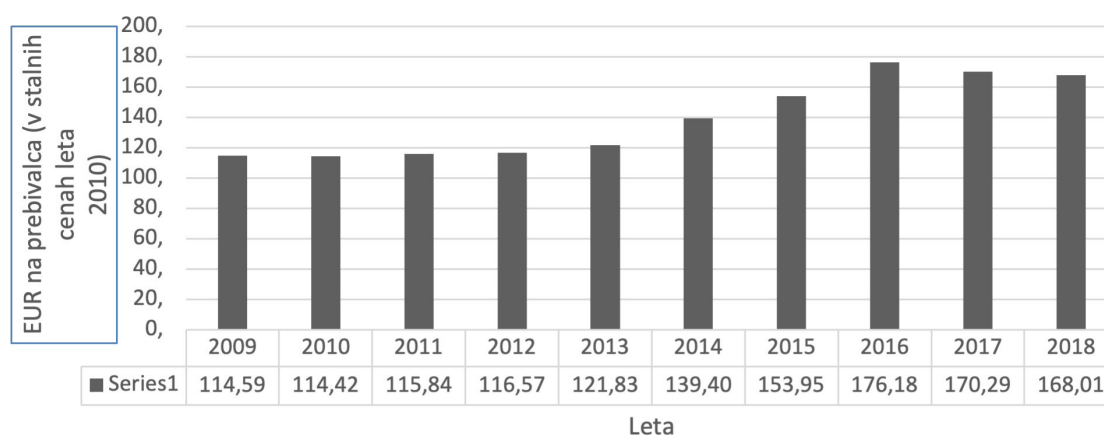


Slika 5: Prejemki za socialno izključenost (v mio EUR) skupaj za 27 držav EU za obdobje 2009–2018

Vir: Eurostat 2021.

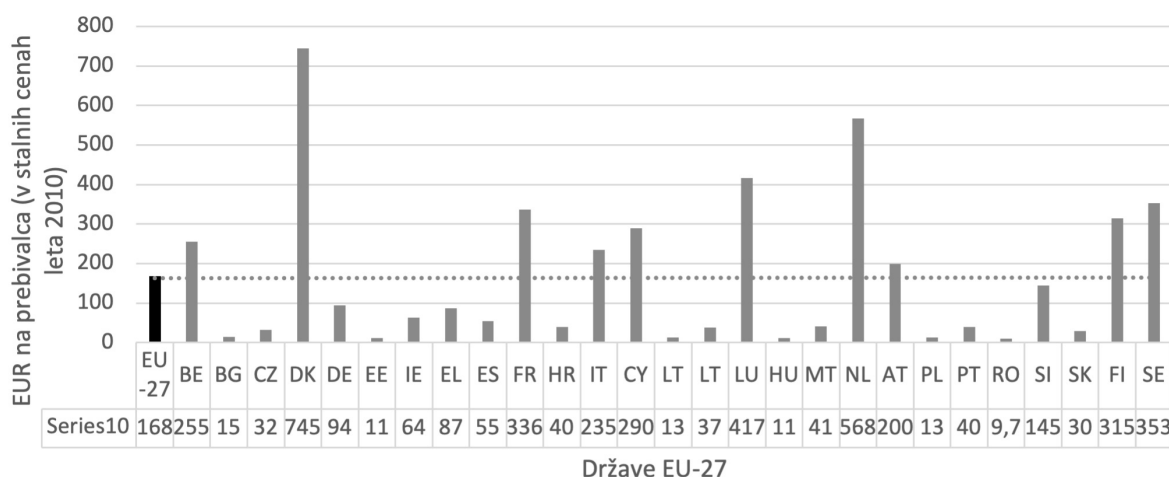
Primerjalna študija prejemkov za socialno izključenost za 27 držav EU skupaj (slika 5), za obdobje 2009–2018, kaže, da so se prejemki za socialno izključenost od leta 2009 do 2016 konstantno pove-

čevali, v letu 2017 upadejo in se v letu 2018 ponovno nekoliko povečajo. V celotnem preučevanem obdobju so bili najnižji prejemki za socialno izključenost v letu 2009 in najvišji v letu 2016.



Slika 6: Prejemki za socialno izključenost na prebivalca EU-27 (v EUR) za obdobje 2009–2018
Vir: Eurostat 2021.

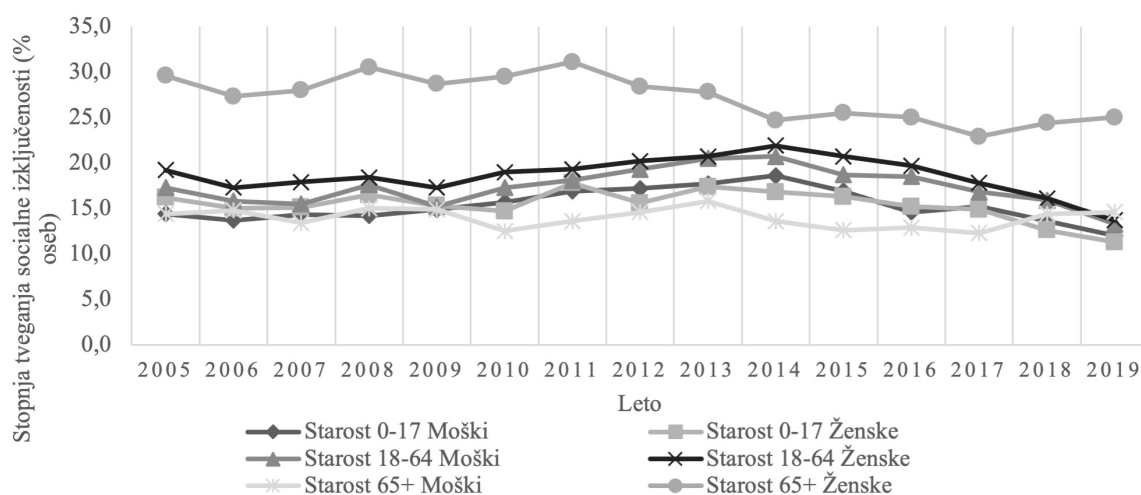
Prejemki za socialno izključenost na prebivalca 27 držav EU so od leta 2009 do 2016 naraščali, v letih 2017 in 2018 pa beležimo upad (slika 6).



Slika 7: Prejemki za socialno izključenost na prebivalca po državah EU-27 (v EUR) leta 2018
Vir: Eurostat 2021.

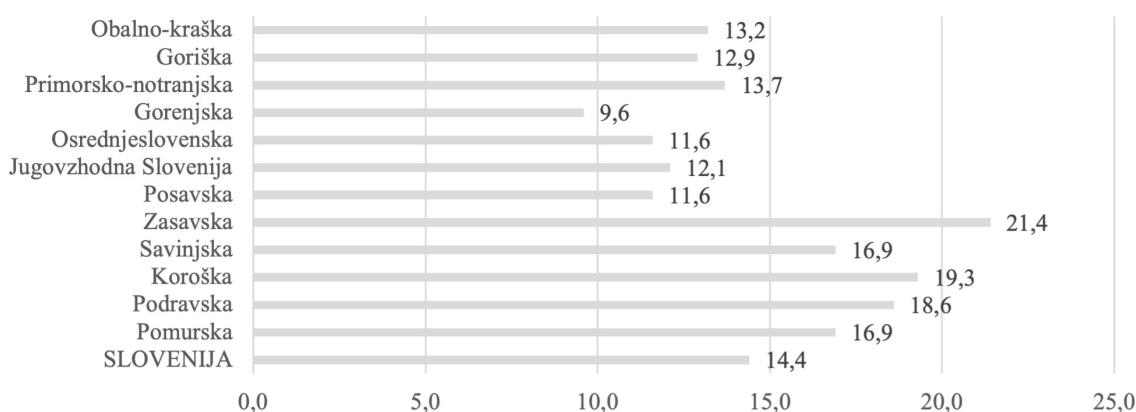
Evropsko povprečje prejemkov za socialno izključenost na prebivalca po državah EU-27, v letu 2018, znaša 168,01 EUR (slika 7). V desetih državah EU-27 so prejemki za socialno izključenost na prebivalca nad evropskim povprečjem, v preostalih sedemnajstih državah, med drugim tudi v Sloveniji (145,02 EUR), pa pod evropskim povprečjem. Najvišji prejemek za socialno izključenost na prebivalca so leta 2018 zabeležili na Danskem (744,87 EUR), najnižji pa v Romuniji (9,72 EUR).

Za razumevanje obsega raziskovalnega problema v Sloveniji predstavljamo tudi stopnjo tveganja socialne izključenosti v Sloveniji, v obdobju 2005–2019. Statistični urad Republike Slovenije (2020) opredeljuje stopnja tveganja socialne izključenosti kot odstotek oseb, ki živijo pod pragom tveganja revščine ali so resno materialno prikrajšane ali živijo v gospodinjstvih z zelo nizko delovno intenzivnostjo.



Slika 8: Stopnja tveganja socialne izključenosti (% oseb) v Sloveniji v obdobju 2005–2019
Vir: SURS 2020a.

Stopnja tveganja socialne izključenosti v Sloveniji je v celotnem proučevanem obdobju 2005–2019 najvišja pri ženskah, starih 65 let in več, sledijo ženske, stare 18–64 let (slika 8). V zadnjih treh letih (2017–2019) stopnja tveganja socialne izključenosti raste pri ženskah, starih 65 let in več, in pri moških, starih 0–17 let.



Slika 9: Stopnja tveganja socialne izključenosti (% oseb) po statističnih regijah in v Sloveniji leta 2019
Vir: SURS 2020b.

Stopnja tveganja socialne izključenosti je po statističnih regijah glede na slovensko povprečje v letu 2019 višja v Zasavski, Savinjski, Koroški, Podravski in Pomurski statistični regiji (slika 9). Ugotovljamo, da gre za statistične regije iz vzhodne kohezijske regije.

5. Zaključek

Demografska analiza pokaže, da je leta 2020 v Ljubljani živel približno sedmina vsega slovenskega prebivalstva. Primerjalno s slovenskim povprečjem ima Ljubljana višji delež prebivalcev srednje generacije (starih 15–64 let) ter nižji delež prebivalcev mlade (starih 0–14 let) in stare generacije (stare 65 in več let). V Ljubljani živi več žensk kot moških. Naravni prirast na 1000 prebivalcev v Ljubljani je bil v letu 2019 nad slovenskim povprečjem. V drugi polovici leta 2020 je znašala povprečna starost prebivalcev Ljubljane 42,6 leta, povprečna starost Slovencev pa 43,6 leta. V letu 2020 je bil indeks staranja za Ljubljano in Slovenijo enak in je znašal 135,7, kar pomeni, da je bilo tako v Ljubljani kot v Sloveniji na 100 oseb, mlajših od 15 let, 135 oseb, starih najmanj 65 let. V letu 2020 je bilo 29 starih v

Ljubljani in 31 starih v Sloveniji odvisnih od 100 delovno sposobnih prebivalcev. Struktura prebivalcev Ljubljane glede na status aktivnosti kaže, da je skupaj 55,2 % aktivnih (od tega 50,4 % zaposlenih in 4,7 % brezposelnih) in skupaj 44,8 % neaktivnih (26,9 % učencev, dijakov in študentov, 26,9 % upokojencev in 5,8 % drugih neaktivnih). Izobrazbena struktura za leto 2020 kaže, da ima Ljubljana primerjalno s slovenskim povprečjem nižji delež prebivalcev brez izobrazbe oziroma z nepopolno osnovno šolo, z dokončano osnovno šolo, nižjo in srednjo poklicno šolo ter višji delež prebivalcev s srednjo strokovno oziroma srednjo splošno šolo in visokošolsko izobrazbo 1., 2. in 3. stopnje.

V obdobju 2009–2018 so prejemki za socialno izključenost skupaj za 27 držav EU do leta 2016 naraščali, v letu 2017 upadejo in se v letu 2018 ponovno povečajo. Prejemki za socialno izključenost na prebivalca 27 držav EU so od leta 2009 do 2016 naraščali, po tem letu pa beležimo upad v letih 2017 in 2018. Evropsko povprečje prejemkov za socialno izključenost na prebivalca po državah EU-27 v letu 2018 znaša 168,01 EUR. V desetih državah EU-27 so bili leta 2018 prejemki za socialno izključenost na prebivalca nad evropskim povprečjem, v preostalih sedemnajstih državah, med drugim tudi v Sloveniji, pa pod evropskim povprečjem.

V obdobju 2005–2019 je bila v Sloveniji stopnja tveganja socialne izključenosti najvišja pri ženskah iz stare generacije, sledijo ženske iz srednje generacije. V zadnjih treh letih stopnja tveganja socialne izključenosti raste pri ženskah iz stare in pri moških iz mlade generacije.

Literatura

- Atkinson, Anthony B., Anne-Catherine Guio in Eric Marlier. 2017. *Monitoring social inclusion in Europe*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Dostopno na: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/8031566/KS-05-14-075-EN-N.pdf/c3a33007-6cf2-4d86-9b9e-d39fd3e5420c?t=1495095453000> (10. maj 2021).
- Eurostat. 2021. *Tables by benefits - social exclusion n.e.c. function*. Luxembourg: European Commission, Eurostat.
- Evropska komisija. 2010. *Evropa 2020. Strategija za pametno, trajnostno in vključujočo rast*. Bruselj: Evropska komisija. Dostopno na: https://ec.europa.eu/eu2020/pdf/1_SL_ACT_part1_v1.pdf (10. maj 2021).
- Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti [MDDSZ]. 2013. *Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013–2020*. Ur. l. RS, št. 39/13. Ljubljana: Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti. Dostopno na: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=NACP68> (10. maj 2021).
- Služba Vlade Republike Slovenije za razvoj in evropsko kohezijsko politiko. 2017. *Strategija razvoja Slovenije 2030*. Ljubljana: Služba Vlade Republike Slovenije za razvoj in evropsko kohezijsko politiko.
- Statistični urad Republike Slovenije [SURs]. 2020a. *Stopnja tveganja socialne izključenosti po: meritve, starostne skupine, spol, leto*. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije.
- Statistični urad Republike Slovenije [SURs]. 2020b. *Stopnja tveganja socialne izključenosti po: meritve, statistična regija, leto*. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije.
- Statistični urad Republike Slovenije [SURs]. 2020c. *Prebivalstvo po: spol, občine, polletje, starost*. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije.
- Statistični urad Republike Slovenije [SURs]. 2020d. *Naravno gibanje prebivalstva po: občine, leto, meritve*. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije.
- Statistični urad Republike Slovenije [SURs]. 2020e. *Prebivalstvo – izbrani kazalniki po: občine, polletje, spol, kazalnik*. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije.
- Statistični urad Republike Slovenije [SURs]. 2021a. *Prebivalstvo po: občine, leto, status aktivnosti, spol*. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije.
- Statistični urad Republike Slovenije [SURs]. 2021b. *Prebivalstvo, staro 15 ali več let po: spol, občine, leto, izobrazba*. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije.
- Urad za makroekonomske analize in razvoj [UMAR]. 2017. *Strategija dolgožive družbe*. Ljubljana: Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, Urad za makroekonomske analize in razvoj.
- Združeni narodi. 2015. *Spremenimo svet: agenda za trajnostni razvoj do leta 2030*. New York: Združeni narodi.

Turistični programi vodenja za starejše v Mestni občina Ljubljana kot faktor socialnega vključevanja

Tourist guide programs for older people in the City of Ljubljana as a factor of social inclusion

Igor Rajner

Gerontološko društvo Slovenije

POVZETEK

Pandemija covid-19 je močno spremenila tok in dinamiko življenja tako na individualni kot družbeni ravni. Med drugim je sesula prejšnjo turistično ekonomijo, zato se soočamo z novim pristopom na področju turističnega vodenja. Čas je za nove pristope v turističnem vodenju skupin starejših turistov. Namen prispevka je prikazati izzive na področju turističnega vodenja skupin starejših v Mestni občini Ljubljana (v nadaljevanju MOL) kot priložnost za njihovo socialno vključenost v družbo. Tudi starejši turisti so turisti prihodnosti v MOL. Turizem v MOL je usmerjen v zeleni, zdravi, tematski in butični turizem. Pomemben del družbenoekonomskega razvoja na nivoju turizma je, da se iščejo poti in načini, kako starejše s turističnimi programi vodenja vključiti v aktivno družbo. Starejši so intenzivno tradicionalni, radi imajo lokalne posebnosti, prav tako jih motivirajo tematski ogledi in dejavnosti v nekem mestu ali velemestu. Danes obstaja visoka stopnja skladnosti med MOL in starejšimi prebivalci mesta, ki želijo Ljubljano kot eno vodilnih destinacij med evropskimi mesti. Starejši imajo s svojimi izkušnjami, socialno empatijo in z željami po novih doživljajskih izzivih v turizmu odlične priložnosti za socialno vključevanje v MOL oziroma so nosilci razvoja tematske turistične ponudbe MOL.

Ključne besede: starejši, turizem, turistični programi vodenja, socialna vključenost, Mestna občina Ljubljana.

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic has dramatically changed the flow and dynamic of life on both the individual and the social level. The COVID-19 pandemic has crippled the tourist economy, therefore new strategies for guided tours are needed in various destinations. The time has come to try out new guided tour approaches for groups of older tourists. The goal of this article is to present new challenges in the field of guided tours for elderly groups in the City of Ljubljana (hereinafter MOL) as an opportunity for their social inclusion in society. Older tourists are also recognized as the tourists of the future in MOL. The tourism in MOL is focused on green, healthy, thematic and boutique tourism in the capital. An important part of the socio-economic development on the level of tourism is the search for ways and means to include the elderly in an active society through tourist guide training programs. Older people are intensely traditional, they like local specialties, and they are highly motivated by thematic tours and activities that are available in a certain city or metropolis. Today, there is a high level of compatibility between the City of Ljubljana and the elderly residents

of the city who want Ljubljana to become one of the leading destinations among European cities. With their experience, social empathy, and a desire for new challenges in tourism, the elderly have excellent opportunities for social inclusion in the City of Ljubljana and are thus the facilitators of MOL's thematic tourist offer development.

Key words: seniors, tourism, tourist guide programs, social inclusion, City of Ljubljana.

1. Uvod

Pandemija covid-19 je močno spremenila tok in dinamiko življenja tako na individualni kot družbeni ravni. Še posebej izrazito je zaznamovala gospodarstvo, saj sta se gospodarski razvoj in napredek zadnjih nekaj let spremenila v gospodarsko recesijo in krizo. Tudi turistična panoga pri tem ni bila izvzeta. Še več, turistična dejavnost, kot ključna gospodarska razvojna panoga Slovenije, je bila zaradi različnih omejevalnih ukrepov politike zaradi širjenja novega koronavirusa povsem ustavljena. Vse njene panoge – hotelirska, gostinska, agencijska in druge – so bile v vseh poskusih zaustavitve javnega življenja prve, ki so bile zaprte, in lahko bi rekli tudi zadnje, ki so jih odpirali. To je onemogočilo kontinuiteto razvoja turistične dejavnosti na eni in povzročilo množično prestrukturiranje kadra iz turizma v druge gospodarske panoge na drugi strani. Turizem, kot storitvena panoga, pa je še kako odvisen od kompetentnega in odgovornega kadra, ki je gonilo napredka turistične stroke.

Pred pandemijo covid-19 so različne turistične dejavnosti doživele razvojno ekspanzijo, saj so potovanja, letovanja in počitnikovanja najrazličnejših oblik in za najrazličnejše ciljne skupine pomenila način življenja, način izrabe prostega časa, način sproščanja in vseživljenjskega učenja, način druženja in krepitve človeškega kapitala – nujo in potrebo, željo in motiv, izziv in priložnost za osebni razvoj. Mobilnost posameznika, družin in skupin s turistično noto je pomenila normo sodobnega načina življenja. Še več, prispevala je k ugledu posameznika v družbi. Kje si bil na dopustu oziroma potovanju? Koliko časa si letoval v tujini? S katero letalsko družbo si letel? Kaj vse ponuja določena turistična destinacija in kaj vse si tam videl? To je le nekaj najpogostejših vprašanj iz korpusa zanimanja socialne mreže o potovanju posameznika in kaže na veliko naklonjenost mnogih potovanjem in letovanjem tako v slovenskem kot tujem okolju.

Prejšnjo turistično ekonomijo je »sesula« pandemija covid-19. Turistična dejavnost je bila ustavljena. V tem času se tudi ni izvajala turistična vodniška dejavnost za domače in tuje turiste. Vzrok je bil v vzpostavljanju nove kulture bivanja brez socialnih stikov, brez potovanj in letovanj zaradi zaprtja nacionalnih in regionalnih meja. Omejevanje stikov in druženj večjega števila ljudi, ki niso iz istega »socialnega mehurčka«, je pomenilo zamrtje skupinskega turističnega vodenja na vseh turističnih destinacijah v Sloveniji.

Soočamo se z novim pristopom na področju turističnega vodenja na različnih destinacijah. V zadnjih mesecih se pomika od nekdanje prakse večjega skupinskega vodenja turistov k manjšim, bolj specifičnim, pogosto družinsko, sorodstveno ali prijateljsko povezanim manjšim skupinam. To velja skorajda za vse ciljne skupine. Tudi za skupine starejših domačih in tujih turistov. Refleksija turistične vodniške dejavnosti zadnjih mesecev enak trend kaže tudi pri turističnem vodenju skupin starejših. Turistični programi vodenja namreč predstavljajo možnost za nove načine socialnega vključevanja starejših v družbeno življenje.

Čas je za nove pristope v turističnem vodenju skupin starejših turistov. V prispevku se osredotočamo na potrebo po oblikovanju in implementaciji novih in inovativnih turističnih programov vodenja za starejše v Mestni občini Ljubljana (v nadaljevanju MOL), saj nas socialna in socialnogerontološka stroka opozarjata, da je treba s turističnimi programi vodenja starejših slediti specifičnim turističnim potrebam, motivom in željam te ciljne skupine. Prešli smo nekdanjo razvojno fazo na področju priprave turističnih programov, ki so primerni za vse ciljne skupine, za vse okoliščine

in v vseh časih. Nov čas in nove družbene okoliščine narekujejo nove turistične trende – tudi na področju turističnega vodenja.

Namen prispevka je prikazati izzive na področju turističnega vodenja skupin starejših v MOL kot priložnost za njihovo socialno vključenost v družbo. Cilj prispevka je tudi oblikovati specifični turistični program vodenja za starejše v MOL, katerega izhodišče je spoznavanje Ljubljane in njene okolice na področju literarne ustvarjalnosti in vključevanja elementov naše izjemne kulturne dediščine.

2. Mestna občina Ljubljana – starejšim prijazno mesto, tudi na področju turizma

V zadnjih dveh letih je tudi v MOL turistična panoga ena najbolj prizadetih gospodarskih panog, ki jo je zdravstvena kriza z novim koronavirusom dodobra zaznamovala. V Ljubljani, in seveda tudi v drugih slovenskih mestih, kjer se je v zadnjih dveh desetletjih še posebej dobro razvil t. i. »mestni turizem«, so številne turistične znamenitosti naenkrat začele samevati, ni več obleganja turistov in bliskavic fotoaparotov. Tudi v MOL se soočamo z novo epoho dožemanja turizma, stopamo v novi, negotovi turistični svet, ki je drugačen in spremenjen, še vedno omejen s številnimi zaščitnimi ukrepi proti širjenju novega koronavirusa in ponekod morda še vedno (preveč) profiliran le za določeno skupino turistov. Še več, pogosto tudi izključevalen do starejših turistov. In pri tem ne poznamo pravega ozadja.

Na ulicah MOL smo pogosto naklonjeni le skupinam mladih in vitalnih, zvedavih in glasnih, dinamičnih in hitrih turistov. Naše začudenje vzbudijo skupine starejših, ki uporabljajo različne invalidske pripomočke, kot so npr. bergele ali vozički, ali uporabljajo prevozne storitve »Kavalirja«, potrebujejo glasnejše vodnike, da jih lahko slišijo, se močneje približajo neki znamenitosti, da jo bolje vidijo, potrebujejo klopco v mestnem centru, da si odpočijejo, se počasneje pomikajo po ulicah in z naše perspektive ovirajo pretočnost pešcev na mestnih ulicah, se zgražajo ali prestrašijo ob hitrem šviganju kolesarjev v conah za pešce ...

Tudi starejši turisti so turisti prihodnosti v MOL. To je družbena realnost, saj smo se znašli v času globalnega trenda naraščanja števila starejših ljudi in vzpostavljanja različnih dolgoživih evropskih in izvenevropskih družb. Starejši turisti imajo veliko prostega časa in nekateri tudi dovolj finančnih resursov, da si lahko privoščijo najkakovostnejše storitve. So te dovolj prilagojene skupinam starejših ljudi z vsemi njihovimi specifičnimi potrebami? Smo prilagodili tudi turistične programe vodenja za starejše? Ali smo zagotovili pogoje na področju mestotvornih in mestoslužnih funkcij v MOL tako, da ni barrier pri vključevanju starejših v turistične programe vodenja, katerih namen sta izboljšanje socialne vključenosti starejših v družbo ter krepitev vseživljenjskega učenja, psihofizičnega, psihološkega, socialnega in kognitivnega počutja in zdravja? To so številni izzivi za relevantne stroke na področju izvajanja turističnih programov vodenja na eni in spremljanja socialnogerontoloških učinkov na drugi strani.

Pri tem moramo slediti novim trendom sodobnega turista. Turizem v MOL je usmerjen v zeleni, zdravi, tematski in butični turizem v prestolnici. Zelo pomembno je, da so starejši turisti v stiku z naravo, da se spoštujejo prvine lokalnega in tradicionalnega okolja, da se cenijo prednosti našega socialnokulturnega miljeja in so v oblikovanje in izvajanje turističnih programov vodenja starejših vključeni vsi ključni deležniki, ki kakorkoli prispevajo v mozaik bogastva in pestrosti mestnega turizma MOL.

Novi med- ali pokoronski čas zahteva posodobljen, na doktrini turističnih znanosti utemeljen načrt oblikovanja in implementacije aktualiziranih in moderniziranih turističnih programov vodenja starejših turistov, ki mora biti boljši od tistega pred začetkom pandemije v smislu specializacije, saj so

starejši turisti nova družbena realnost. Ob tem je treba upoštevati še konkurenčne modifikacije na subtilnem turističnem trgu – subtilnem v smislu vrednotenja specifičnih potreb starejših kot ciljne skupine mestnega turizma v MOL. Nekatere evropske prestolnice so že naredile prve in odločne razvojne premike na področju izboljšanja turistične ponudbe za starejše turiste, tudi s specializiranimi turističnimi programi vodenja. MOL pri tem ne sme zaostajati in mora čas epidemije izkoristiti za redefinicijo turističnih programov vodenja za starejše in novo paradigmo socialnega vključevanja starejših v turistične dejavnosti. Turizem v MOL je ena izmed vodilnih gospodarskih dejavnosti, saj razvoj splošne in specifične turistične infrastrukture spreminja podobo Ljubljane v »aktivno, kulturno, literarno, boljše in lepše mesto« tudi za starejše turiste. Pri tem pa ne smemo pozabiti na učinke medgeneracijskega turističnega povezovanja vseh treh generacij: mlade, srednje in starejše. MOL ima dobro izhodišče za razvoj specializiranih turističnih programov vodenja za starejše tudi v kompetentnih in prilagodljivih turističnih vodnikih.

3. Izzivi na področju vključevanja starejših v turistične programe vodenja v Mestni občini Ljubljana

Vključevanje starejših v turistične dejavnosti je potreba in nuja sodobnega turizma. Turizem in starejši so močno povezani, saj jim vključevanje v turistične dejavnosti omogoča druženje in osebni razvoj, socialne stike in vključenost v družbeno dogajanje, medsebojno sodelovanje in učenje. Starejši so hkrati sooblikovalci in potrošniki turistične ponudbe v MOL. Z usvajanjem novih znanj in izkušenj, ki jih pridobijo na turističnih vodenjih v določenem okolju, pozitivno vplivajo na družbo in krepijo medsebojne odnose.

»Seniorji, starejši občani, tretja, srebrna ali siva generacija, zlata leta, upokojenci ali zgolj starejši je le nekaj izrazov, ki se uporabljajo, ko v potovalni in turistični industriji govorimo o ciljni skupini starejših« (Krašovec 2003, 27). So pomembna skupina turistov in predstavljajo t. i. »baby boom« generacijo, ki je že upokojena oziroma prihaja v leta upokojitve (Macuh in Raspor 2020).

Ravno aktivna vloga starejših v turizmu lahko povezuje in navdihuje marsikaterega starejšega, ki v času upokojitve sicer ne najde pravega motiva za kakovostno preživljanje prostega časa, turizem pa ga lahko v tem smislu psihosocialno izpolni. Pogosto slišimo aktivne zaposlene, nekaj let pred upokojitvijo: »Ko bom upokojen, pa bom potoval, ker želim videti in spoznati ...«

Turizem je pojem, ki največkrat označuje potovanje in z njim povezano sprostitev, razvedrilo ali užitek. Obstaja seveda več oblik turizma, npr. individualni, skupinski, mladinski, športni, butični, mestni, seniorski itd. »Turizem postaja v Sloveniji vse pomembnejša gospodarska dejavnost, z vstopom v Evropsko unijo pa sta se njegova vloga in vrednost še povečali. Zaradi pogostega zamenjevanja z drugimi državami ali regijami (Slovaška, Slavonija) si Slovenija v Evropski uniji želi boljše prepoznavnost in uveljavitev na vseh področjih, tudi na področju turizma. Uveljavitev Slovenije kot turistične dežele doma in v svetu med drugim pogojuje tudi celovita in kakovostna ter z razvojnimi trendi usklajena turistična ponudba, pa tudi strateški interes države na tem področju. Turizem postaja dejavnost, ki omogoča razvoj, zaposlovanje, zaslužek in socialno varnost, predvsem če upoštevamo, da večina gospodarskih storitvenih dejavnosti sodeluje v turistični ponudbi in da ima skoraj vsak kraj v državi možnost za razvoj turizma« (Ravnjak 2009).

»Prav zaradi daljšanja življenjske dobe in boljšega zdravja se število starejših turistov povečuje. Spremenili so se tudi vrednote in življenjski slog starejših, saj si mnogi želijo v starosti še veliko doživeti, si okrepiti zdravje in se družbeno udejstvovati« (Pogačnik idr. 2008, 27–38). Sooblikovanje turistične ponudbe MOL-a in izvedbe le-te starejšim omogoča, da se počutijo vključene in kot aktivni del družbe, saj so s svojim znanjem, izkušnjami in modrostmi vezni člen med organizatorjem in potrošnikom.

Turizem je živ gospodarski sistem, ki ga je treba prilagajati številnim ekonomskim, družbenim, okoljskim in drugim procesom. Vedno smo razpeti med priložnostmi in pomanjkljivostmi zakonitosti turističnega trga na področju vključenosti starejših turistov, tako v Sloveniji kot tudi v MOL. »Kljub temu da so turisti zadovoljni s ponudbo, še vedno obstajajo pomanjkljivosti, ki bi jih bilo treba spremeniti oziroma odpraviti. Če želimo obdržati in tudi pridobiti nove odjemalce, se moramo nenehno truditi, da ugodimo njihovim željam. Predvsem pomembno je, da turistična destinacija ponuja kakovostno ponudbo, ki je turistom všeč« (Božič 2013). Pomemben del družbenoekonomskega razvoja na nivoju turizma je ta, da se iščejo poti in načini, kako s turističnimi programi vodenja vključiti starejše v aktivno družbo. Ravno turizem je tisti, ki z njihovim znanjem in prisotnostjo lahko povzroči miselne oziroma nazorske spremembe, ki pozitivno vplivajo na lokalno družbo in sprejemanje starejših turistov kot specifične ciljne skupine z vsemi njihovimi potrebami.

»Pred pandemijo covida-19 je turizem v najrazličnejših pojavnih oblikah globalno ter v Sloveniji predstavljal eno najhitreje rastočih in najdonosnejših gospodarskih panog. Še posebej se je v zadnjih desetletjih okrepil mestni turizem. Zaradi njega so prebivalci mest uživali številne pozitivne učinke, npr. pestro kulturno ponudbo, nova delovna mesta, razvoj kritične infrastrukture, rast bruto domačega proizvoda in podobno. Vse več pa je bilo tudi negativnih učinkov – od višjih cen stanovanj in drugih dobrin, gneče v mestnih središčih, do hrupa in onesnaženosti« (Raziskovanje mestnega turizma v času pandemije 2021).

MOL je postala dobro organizirana in vzorčna turistična destinacija tako za domače kot tuje starejše turiste. Slednji so v novem turističnem času, v katerega smo stopili zaradi pandemije, zelo pomembni deležniki. V mestu se starejši turisti počutijo posebej dobro in varno, zanje je dobro poskrbljeno na področju transporta, gostinstva, mobilnosti in sooblikovanja mestnega kulturnega turizma. Čeprav je pandemija osamila številne mestne trge in ulice v Ljubljani, lahko ravno ta ciljna skupina turistov s strokovno pripravljeno strategijo oblikovanja in implementacije turističnih programov turistično gospodarstvo ponovno okrepi.

»Ključna rdeča nit pri pripravi strategije pa je bila, da osrednji strateški dokument turizma ni osredotočen le na obiskovalce, ampak tudi na lokalne prebivalce. Ti ustvarjajo mesto in so njegovi najboljši ambasadorji, zato njihov pozitiven odnos do turizma ostaja ključnega pomena. Nujno je načrtovanje turističnega razvoja, ki zagotavlja sobivanje lokalnega prebivalstva in obiskovalcev ter gre z roko v roki s povečevanjem kakovosti življenja prvih. Pobude v strategiji so oblikovane s ciljem preusmeritve turističnih tokov izven mestnega jedra in s ciljem okoljske razbremenitve prostora« (MOL 2021).

4. Specializirani turistični programi vodenja v MOL za starejše: »Literarna zakladnica v Ljubljani«

Starejši so intenzivno tradicionalni, radi imajo lokalne posebnosti, prav tako jih motivirajo tematski ogledi in dejavnosti v nekem mestu ali velemestu. Za krepitev kognitivnega spomina se udeležujejo različnih delavnic, se izobražujejo in izpopolnjujejo tudi v sklopu tretje univerze. Hrepenijo po spremembah in inovativnosti, mnogi tudi v turističnih dejavnostih. Radi berejo in pojejo, z jezikom in odnosom do njega pa prispevajo k ohranitvi literature in pesništva. Jezik je sporazumevalno sredstvo povezovanja ljudi, hkrati pa z njim stopamo po sledih velikih ustvarjalcev Slovenije in Ljubljane, ki so zapustili bogato kulturno dediščino. Slednja mnoge starejše prebivalce navdihuje in se z veseljem udeležujejo tovrstnih dogodkov.

Proučevanje in ugotavljanje potreb različnih ciljnih skupin prebivalstva, tudi turistov, je namreč eden izmed vidikov obravnavanja in proučevanja človeka, njegove osebnosti ter njegove vpetosti v organizacijo in lokalno skupnost, poleg tega pa se vsak lokalni projekt začne z analizo izobraževalnih in drugih potreb ljudi, njihovih problemov, zmožnosti in priložnosti za razvoj. Gre za razse-

žnosti globalizacije, razvoj informacijsko-komunikacijske tehnologije in druge vzporedne pojave ter opredelitev njihovega vpliva na lokalno skupnost in posameznike v povezavi s potrebami po znanju (Mikolič 2020).

Raziskava, ki je upoštevala vidike strateške usmerjenosti slovenske države v turizmu, je bila opravljena na področju turističnega komuniciranja, jezika, avtentičnosti in prepričljivosti turističnega oglaševalskega diskurza ter jezika kot dela turistične ponudbe, ugotavlja, da turizem, ki se skladno z globalnimi turističnimi smernicami razvija v smeri trajnostnega turizma, na eni strani dojemamo kot gonilo celotnega družbenega razvoja, na drugi pa še vedno kot zgolj prostočasno in gospodarsko dejavnost. Obstajajo tudi primeri dobrih praks, kjer ponudniki v komuniciranju izpostavljajo avtentičnost in prepričljivost sporočanja, ki ju dosegajo z ozaveščeno rabo jezika in posameznih jezikovnih sredstev (Šturmberger 2017).

Zato smo za potrebe tega prispevka oblikovali specifični turistični program vodenja za starejše turiste v MOL, katerega izhodišče je upoštevanje literarne zgodovine v Ljubljani. Program smo poimenovali »Literarna zakladnica v Ljubljani«, saj izhajamo iz spoznanja, da starejši slovenski turisti zelo dobro poznajo literarno zakladnico Slovenije, so nanjo ponosni in še vedno znajo številne pesmi znanih slovenskih pesnikov na pamet. Naš turistični program vodenja za starejše po prestolnici je zato literarno obarvan. V program so vključene različne mestne in kulturne znamenitosti, kjer se skupine starejših turistov ob strokovnem vodenju ustavijo, posvetijo nekaj minut izpostavljeni literarni osebi in obudijo spomin nanj in na njegovo literarno zapuščino v slovenski kulturi.

Pri tem je treba skrbno spremljati potrebe starejših ljudi in njihovo psihofizično počutje. Zato je povsod v mestu treba poskrbeti za izogibanje arhitektonskim, urbanističnim in drugim oviram, primerno senco in zaščito, možnost počitka na klopci, dostopnost do urejenih toaletnih prostorov in zadostno konzumiranje tekočin v primeru vročine. Treba je zagotavljati vsesplošno udobje in ugodje starejših turistov. Vodilo turističnega druženja mora biti umirjenost in sproščenost preživljanja ustvarjalnih uric skupaj na eni ter krepitev socialnega druženja in vključevanja starejših v družbeno okolje na drugi strani.

Prva turistična točka: Cankarjev dom, kjer bomo obudili spomin na velikega predstavnika slovenske moderne, pisatelja, romanopisca, pesnika in esejista Ivana Cankarja. Prebrali bomo odlomek iz njegovega dela Hlapec Jernej in njegova pravica:

»Naj ti pomagam. Veliko znanja in izkušenj imam. In tu je vendar moj dom.

Tu je bil tvoj dom. Ali nočeš razumeti? Pri Slastnem smrčku ni več prostora zate. Bogu hvala in čast. In moje pravice? Tu sem vendar delal leta in leta.

Starec, poveži culo in se odpravi, kamor te je volja» (Cankar 1907).

Druga turistična točka: ob Zoisovi hiši na Bregu, kjer so se svoj čas zbirali napredni slovenski misleci. Prebrali bomo odlomke Jerneja Kopitarja in Antona Tomaža Linharta. Jezikoslovec Jernej Kopitar se je ukvarjal z jezikoslovjem in slovničarstvom. Tudi v slovnici je omenjal delovanje in jezik sv. Cirila in Metoda. Ker je ravno on izdal prvo slovensko znanstveno slovnico »Grammatik der slawischen Sprache in Krain, Kärnten und Steyermark« (1808–1809), bomo izpostavili določene slovnične zakonitosti 19. stoletja.

»Die Millionen Slaven in Inner – Desierreich, mit deren Grammatik sich gegenwärtiges Werk beschäftigt, sind ein kleiner aber alter, und durch seine geographische Lage – am Eingange Italiens und Deutschlands – nicht unwichtiger Zweig der ausgebreiteten aller Völkerfamilien auf Gottes Erdeboden ...« (Kopitar 1808).

Slovenski dramatik, pesnik, pisatelj, šolnik in zgodovinar Anton Tomaž Linhart je bil najpomembnejša osebnost razsvetljenstva in pionir gledališča, zato bomo slišali odlomek iz njegovega prvega knjižnega dela, pesniške zbirke »Blumen aus Krain« (Cvetje s Kranjskega):

»Siebenter Auftritt. wanidald, RonstantiaRonftantia. Weil mich nun auf eine Zeit Meine Sylvic verlassen, Will ich für die Ewigkeit Zu- Was noch fehlt, dazu verfassen, gleich. wanibald. Weil mich nun auf eine Zeit Mein geliebter Freund verlassen. Will ich nun mit Zärtlichkeit. Ungestört den Stein umfassen. Die himmlischen Mächte mögen mir bey stehen! Konstantia! — Dein Schatten, oder du? — Ronstantia. Ich! — Derräther!« (Linhart 1781).

Tretja turistična točka: Vodnikov trg, na katerem dominira kip, posvečen slovenskemu jezikoslovcu, prevajalcu, pesniku, pisatelju in uredniku Valentinu Vodniku. Ker je bil priznani urednik, bomo slišali odlomek iz prvega slovenskega časopisa »Lublanske novice« (1797–1806):

*» Je Kafha savrela, Se terga kej nit?
Moj fofed kaj dela?Sim barat she fit.
Al vumnofti jmajo Po fvejti kej vezh?
Al drujga kej snajo, Ko hrufhke fam pezh?«* (Vodnik 1797).

Četrta točka: Prešernov trg, kjer se bomo vsi skupaj miselno vrnil v čas 19. stoletja, ko je največji slovenski pesnik France Prešeren napisal besedilo slovenske himne. Pred njegovim spomenikom bomo slišali Zdravljico v več evropskih jezikih in jo tudi skupaj zapeli:

*»Živé naj vsi naródi,
ki hrepené dočakat dan,
ko, koder sonce hodi,
prepír iz svéta bo pregnan,
ko rojak
prost bo vsak,
ne vrag, le sosed bo mejak!«* (Prešeren 1848).

5. Zaključek

Turizem je bil in bo ostal ena glavnih komponent povezovanja različnih kultur med seboj. Ostaja pomembna gospodarska dejavnost vseh držav in mest, tudi MOL. Obdobje pandemije je turizem na eni strani zaustavilo, na drugi strani pa modificiralo do te mere, da domači turizem ni več odvisen le od tujih gostov, ampak tudi od lokalnih prebivalcev. Danes obstaja visoka stopnja skladnosti med MOL in starejšimi prebivalci mesta, ki si želijo Ljubljano kot eno vodilnih destinacij med evropskimi mesti. Zadovoljni meščani, urejeno zeleno mesto, sproščeno vzdušje itd. lahko prispevajo k visokemu življenjskemu standardu. Starejše prebivalstvo socialno vključimo v družbo in angažiramo na način, da se vključijo kot sooblikovalci lokalnih turističnih tokov, kar prispeva k izboljšanju kakovosti življenja v MOL. Starejši imajo s svojimi izkušnjami, socialno empatijo in željami po novih doživljajskih izzivih v turizmu odlične priložnosti za socialno vključevanje v MOL oziroma so nosilci razvoja tematske turistične ponudbe MOL.

MOL si prizadeva vključiti starejše v vse oblike aktivnega sodelovanja z mestom, saj se na ta način krepijo pozitivni učinki socialnega vključevanja v družbo. Prepoznamo lahko kognitivne učinke z vseživljenjskim učenjem in umsko kondicijo starejše populacije, s čimer prispevajo k sodobni kulturno-umetniški produkciji. Z njihovo prisotnostjo se ohranja kulturna dediščina. Socialni učinki so prepoznani pri njihovi socialni vključenosti in udeležbi, saj so podpora kulturnemu razvoju, vzpostavljajo socialne stike in ohranjajo socialno mrežo, imajo možnost povezovanja z okoljem in se integrirajo v lokalno socialno okolje. Učinki na ravni fizičnega zdravja se kažejo v spodbujanju

zdravega načina življenja, saj se gibljejo v naravi. Vse to so učinki na ravni krepitev koncepta aktivnega staranja.

Literatura

- Božič, Kaja. 2013. *Merjenje zadovoljstva turistov na destinaciji Rogaška Slatina*. Dostopno na: https://plus-ul.si/cobiss.net/opac7/discovery/eNriZLDzdQ3ycvXzclWlcnTxD_P38QoOCXNUCAkN8gwO8Q9T8HNUChENDvH0c3T-29PJUCPJ3dzy6wNtRldjHESTlw8CalphTnMoLpbkZPN1cQ5w9dPMLUvMSM4tS4wuKMnMTiyrj8xMz41PyUkvi-81PiDS1MzeMTUw1SUwswsjcwMUo3TzC1MUyxMTCotkizNDc2MkpMsT12paRYAjmVGBA#full (5. junij 2021).
- Cankar, Ivan. 1907. *Hlapec Jernej in njegova pravica*. Dostopno na: <https://www.dobreknjige.si/Knjiga.aspx?knjiga=5304> (5. junij 2021).
- Ekonomsko poslovna fakulteta, Univerza v Ljubljani. 2021. *Raziskovanje mestnega turizma v času pandemije*. Ljubljana: Ekonomsko poslovna fakulteta, Univerza v Ljubljani. Dostopno na: <http://efnet.si/2021/01/raziskovanje-mestnega-turizma-v-casu-pandemije/> (5. junij 2021).
- Kopitar, Jernej. 1808. *Grammatik der Slawischen Sprache in Krain, Kärnten und Steyermark*. Dostopno na: <https://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:DOC-MHA8ZZD1/b9bf6e4a-46e0-4171-aaec-2ab5f1d86e74/PDF> (5. junij 2021).
- Linhart, Anton Tomaž. 1781. *Blumen aus Krain*. Dostopno na: <https://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:DOC-ZNPY2D4R/568b5f74-53f9-45c8-b9e0-36458d431e9b/PDF> (5. junij 2021).
- Macuh, Bojan in Andrej Raspor. 2020. Društva upokojencev kot pospeševalci turistične potrošnje in prostočasnih dejavnosti slovenskih upokojencev. *Revija za univerzalno odličnost* 9(1): 16–30. Dostopno na: https://www.fos-unm.si/media/pdf/RUO/2020-9-1/RUO_175_cLANEK_Macuh.pdf (5. junij 2021).
- Mestna občina Ljubljana. 2021. *Kako bomo v prihodnje razvijali turizem v Ljubljani?* Ljubljana: Mestna občina Ljubljana. Dostopno na: <https://www.mojaobcina.si/ljubljana/novice/kako-bomo-v-prihodnje-razvijali-turizem-v-ljubljani.html> (5. junij 2021).
- Mikolič, Vesna. 2020. Komuniciranje v turizmu kot samospoznavanje in povezovanje. *Teorija in praksa* 1(57): 71–88. Dostopno na: https://plus-ul.si/cobiss.net/opac7/discovery/eNotTU2PgjAU7GFNNOp_aLJnkudredC9EcJqV6FGgQMXU0o9mM36gf5_iescZjKZzMwHmwBICESo4jGb9_0JBsQAhDhhX2uTV4VO9S4pfjJe87La6Sav-NqUfj_kZr81TZHU1QXfGvqrDEvO2Ojo_3t_fytU1Z-Z2W6CjZmqdNkE1wU3APrvHwOZExekredE6ELICUjBDF0lihC4Y64IltOdKFsQSpSJjUg1UadmLLP_9nL7Xx9-P5-OJ0ft7_h8YByEYmhPvATBsg80A (5. junij 2021).
- Prešeren, France. 1848. *Zdravljica*. Dostopno na: http://www.preseren.net/slo/3_poezije/13_zdravljica.asp (5. junij 2021).
- Ravnjak, Tomaž. 2009. *Management v turizmu – razvojne možnosti občine Radlje ob Dravi*. Maribor: Univerza v Mariboru. Dostopno na: https://plus-ul.si/cobiss.net/opac7/discovery/eNriZHD0dfRzdHf1dfULUQHtCAkN8ozyDVXQVQhyjArz9_JzVfD1P7rXzz84xFPB3-lljydQJMjRxcFLFchVcAlyDPPkYWBNS8wpTuWf0twMnm6ulc4euvkFqXmJmUWp8QVfmbmJRZXx-YmZ8Sl5qSXx-Snxhham5vHmhsmp5qYmSaaJRklphskpRmnmJpbmpqmWRoZGqUamFsbUNAsArb9HfA (5. junij 2021).
- Šturmburger, Karmen. 2017. Izobraževalne potrebe v turizmu. *Andragoška spoznanja* 13(2): 43 – 66. Dostopno na: https://plus-ul.si/cobiss.net/opac7/discovery/eNo9kE1LAzEQhoMoWLRH7wuet2Y2m9nkKMWPQsGLnsMkm8iWtqnZ3YL9cd78X6ZWP3v8PI8wzB2A3xWC6juqJ-BmFU5lIhnbFIjycsalDpnExCgSgnIL9m071ec84rXKFU9YcXiEG2i7y-_p_XWF7s4JG99sS-GMXWHzXjNLgKtez_9m1fs7fHhdf5cLL-eFvP7ZQmgNJRYV9oFyblF1EJL54TzNSK3vgFOGqkNFEho7bK9VUIHa7WVVY6qbUBcsCwJ20ZamV3qNpQ-TaTO_C5iejeUhs6tvQlKuwy1jfk-puBVdofseEtoG7CYWbcn1i7Fj9H3g1nFMW3z-eZ4rOZS4dFYnlouxb5PvxbgZvjTw3lvjBVDgZR_ACG8mf7 (5. junij 2021).
- Vodnik, Valentin. 1797. *Lublanske novice*. Dostopno na: https://sl.wikipedia.org/wiki/Lublanske_novice#/media/Slika:Lublanske_novice.jpg (5. junij 2021).

