Univerza v Novem mestu
Fakulteta za zdravstvene vede

Ljiljana Leskovic

Zdravstvena nega starostnika z gerontologijo





01
ZBIRKA ZDRAVSTVENE VEDE
UČBENIKI IN MONOGRAFIJE
2025

Univerza v Novem mestu
Fakulteta za zdravstvene vede

Ljiljana Leskovic

Zdravstvena nega starostnika z gerontologijo

Učbenik

Novo mesto, 2025

Zbirka **ZDRAVSTVENE VEDE** – učbeniki in monografije
Knjiga 1

Dr. Ljiljana Leskovic
ZDRAVSTVENA NEGA STAROSTNIKA Z GERONTOLOGIJO
Učbenik

Izdajatelj
Univerza v Novem mestu Fakulteta za zdravstvene vede

Založnik
Založba Univerze v Novem mestu

Urednica:
Prof. dr. Karmen Erjavec

Strokovna recenzija:
Prof. dr. Danica Železnik

Lektorirala:
Nuša Vešligaj, prof. slovenščine

Izdaja
Elektronska izdaja

Cena
Brezplačna publikacija

Dostopno na
https://www.zalozba-unm.si/index.php/press/catalog/book/87

Izdano
Novo mesto, 2025

To delo je ponujeno pod licenco Creative Commons Priznanje avtorstva - Deljenje pod enakimi pogoji 4.0 Mednarodna licenca. / This work is licensed under a Creative Commons Attribution-Share like 4.0 International License. https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/

Kataložni zapis o publikaciji (CIP) pripravili v Narodni in univerzitetni knjižnici v Ljubljani
COBISS.SI-ID 261422595
ISBN 978-961-7269-01-7 (PDF)

PREDGOVOR

Drage študentke in študenti,

v vaše roke oddajam učbenik **Zdravstvena nega starostnika z gerontologijo**, ki sem ga pripravila z namenom, da vas popelje skozi osnove in posebnosti zdravstvene nege starejših bolnikov. V zadnjih letih demografske spremembe pri nas in po svetu zaznamuje izrazito naraščanje oseb z daljšo življenjsko dobo. Starejši odrasli tako predstavljajo vedno večji delež naših bolnikov in so pogosto med najzahtevnejšimi skupinami, kadar gre za zagotavljanje celostne, strokovno utemeljene oskrbe. Z upoštevanjem tega trenda je nastala tudi potreba po učnem gradivu, ki bi povezalo teoretično znanje o procesih staranja z vsakodnevnimi izzivi zdravstvene nege.

Pri pisanju tega učbenika sem se namesto striktnega popisovanja dejstev osredotočila na razumevanje specifičnih potreb starejših oseb, na interdisciplinarno sodelovanje znotraj zdravstvenega tima ter na praktične pristope, ki vam bodo pomagali zagotoviti varno, spoštljivo in kakovostno oskrbo. Učbenik je namenjen predvsem študentom dodiplomskega študija zdravstvene nege, vendar je lahko v pomoč tudi vsem, ki opravljate svojo klinično prakso tam, kjer se srečujete s starejšimi bolniki: v bolnišnicah, institucijah za dolgotrajno oskrbo, v patronažni službi ali pri izvajanju rehabilitacije na domu.

Struktura učbenika je zasnovana tako, da vas najprej seznani z osnovnimi demografskimi in družbenimi pojavi staranja, nadalje pa vas popelje skozi ključne koncepte gerontologije (od opredelitve pojmov do pomembnosti multidisciplinarnega pristopa). V drugem delu boste spoznali glavne geriatrične sindrome, kot so demenca, inkontinenca, krhkost, pa tudi obravnavo bolečine, gibanja in premikanja starostnika. Poseben poudarek je namenjen paliativni oskrbi in socialnovarstvenim storitvam, saj brez sinergije medicinske in socialne komponente ni popolne oskrbe. Zadnji del učbenika podrobno obravnava sodobne metode delovanja z osebami z demenco, varnostne vidike in primere dobrih praks, ki temeljijo na konceptih uveljavljenih teoretičnih modelov zdravstvene nege (Hendersonova, Oremova in drugi).

Ker vemo, da je praksa še vedno temelj vašega izobraževanja, sem v besedilu vključila številne primere kliničnih scenarijev, vprašanja za samopreizkus in kratke študije primerov, ki vam bodo omogočile, da teorijo preizkusite v simuliranih položajih. Pogosto se prav pri reševanju konkretnih primerov pokažejo razlike med mladostno energijo in izkušnjami starejših, zato vas spodbujam, da si te primere ogledate kot iztočnice za diskusijo s sodelavci in mentorji.

Učni proces zdravstvene nege starejših je zahteven, pogojen s hitrimi spremembami v medicinski znanosti, pa tudi z družbenimi in tehnološkimi trendi. Zato vam kot avtorica priporočam, da besedilo učbenika dojemate kot izhodišče za nadaljnje raziskovanje: sledite strokovnim revijam, udeležujte se strokovnih izobraževanj, dvignite glas, kadar vidite priložnost za izboljšave klinične prakse. Pristop, ki ga predlagam, naj bo vedno usmerjen k

posamezniku – starostniku z edinstveno življenjsko zgodbo, vrednotami in željami. Ko bo delo zanj za vas postalo več kot sklop diagnostičnih postopkov in terapij, bo vaša zdravstvena oskrba resnično humizirana.

Upam, da vam bo ta učbenik v pomoč pri usvajanju temeljnih in naprednih vsebin gerontološke zdravstvene nege. Naj vam služi kot zanesljiv vir informacij, opora pri študiju in vodič pri poklicnem razvoju. Verjamem, da boste z lastnim trudom, sočutjem in strokovnostjo uspeli starejšim bolnikom povrniti občutek varnosti, spoštovanja in – kar je pogosto ključnega pomena – dostojanstva.

Posebno zahvalo izrekam kolegom z različnih strokovnih področij, ki so s svojimi dragocenimi izkušnjami sooblikovali vsebine tega učbenika. Hvaležna sem tudi študentom preteklih generacij, ki so testirali prve osnutke poglavij in s svojimi povratnimi informacijami pripomogli k jasnejši ter bolj razumljivi predstavitvi snovi.

Želim vam uspešno, radovedno in ustvarjalno študijsko pot.

Dr. Ljiljana Leskovic

Novo mesto, 2025

KAZALO

1 STAROST IN STARANJE SKOZI DEMOGRAFSKA GIBANJA 1
2 OPREDELITEV POJMOV 2
2.1 Gerontologija 2
2.1.1 Socialna gerontologija 2
2.2 Gerontagogika 2
2.3 Geriatrija 2
3 GERONTOLOGIJA IN GERONTOLOŠKA ZDRAVSTVENA NEGA 5
3.1 Razvoj gerontološke zdravstvene nege 5
3.2 Načela gerontološke zdravstvene nege 5
3.3 Zagotavljanje varnosti 6
3.4 Ohranjanje zdravja in preprečevanje krhkosti 6
3.5 Vloga izvajalcev gerontološke zdravstvene nege 7
4 GERIATRIJA IN GERIATRIČNA ZDRAVSTVENA NEGA 8
5 UGOTAVLJANJE POTREB STAREJŠIH PO ZDRAVSTVENI NEGI 9
5.1 Ocena prehranskega statusa 9
6 STRATEGIJE RAZVOJA VARSTVA STAREJŠIH 12
6.1 Strategija varstva v svetu in Sloveniji 12
6.2 Oblike varstva starejših 13
7 TEORIJE STARANJA 15
8 STAROSTNE SPREMEMBE 17
8.1 Fiziološki vidik 17
8.2 Biološki vidik starostnih sprememb 18
8.3 Psihični vidik starostnih sprememb 19
8.4 Socialni vidik starostnih sprememb 19
9 INTEGRIRANA DOLGOTRAJNA OSKRBA IN ZDRAVSTVENA NEGA 21
9.1 Neformalna oskrba starejših 29
9.2 Družbena vloga starejše populacije 29
10 SOCIALNOVARSTVENE STORITVE ZA STAREJŠE 31
10.1 Socialni preventivni programi 32
10.1.1 Storitve za premagovanje socialnih stisk in težav 32
10.2 Mobilne oblike pomoči 36
10.2.1 Oskrba na domu na daljavo 37
10.3 Institucionalna mreža storitev 37
10.4 Domovi za starejše 40
10.5 Dnevno varstvo 41
10.6 Oskrbovana stanovanja 41
10.7 Kratkotrajne (začasne) namestitve 42
11 UPORABA TEORIJ ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE V INSTITUCIONALNEM VARSTVU IN DOMAČEM OKOLJU 43
11.1 Teorija Virginije Henderson 43
11.2 Teorija Doroteje Orem 44
11.3 Druge teorije zdravstvene nege 49
11.3.1 Delitev teoretičnih modelov 49

12 KATEGORIZACIJA ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE V INSTITUCIONALNEM VARSTVU ... 50
12.1 Definicija kategorizacije ... 50
13 ZDRAVSTVENA NEGA STAROSTNIKA S SPECIFIČNIMI POTREBAMI ... 62
13.1 Demenca ... 62
13.2 Opredelitev demence ... 63
13.3 Stadiji demence ... 67
14 ORGANIZACIJA VARSTVA OSEB Z DEMENCO ... 71
14.1 Hišne skupnosti ... 71
14.2 Negovalne oaze ... 71
15 SODOBNE METODE DELA Z OSEBAMI Z DEMENCO ... 74
15.1 Komunikacija z osebo, obolelo za demenco ... 74
15.2 Validacija ... 75
15.3 Orientacija v realnosti ... 78
15.4 Bazalna stimulacija ... 79
15.5 Majevtika ... 79
15.6 Terapija spominjanja ... 80
15.7 Senzorne terapevtske dejavnosti ... 80
15.8 Glasbena terapija ... 80
15.9 Remotivacijska terapija ... 81
15.10 Snoezelen ... 81
15.11 Montessori ... 83
15.12 Sindrom krhkosti ... 83
15.13 Orodja za odkrivanje krhkosti ... 84
15.14 Inkontinenca ... 86
16 BOLEČINA ... 91
16.1 Vrste bolečine ... 91
16.1.1 Akutna bolečina ... 91
16.1.2 Kronična bolečina ... 93
16.1.3 Visceralna bolečina ... 93
16.1.4 Somatska bolečina ... 93
16.1.5 Psihogena bolečina ... 93
16.2 Vzroki za bolečino ... 95
16.3 Občutenje bolečine pri starostniku ... 95
16.4 Ocena bolečine ... 95
16.5 Zdravljenje bolečine ... 96
16.6 Bolečina in stres ... 97
16.7 Psihološki vpliv bolečine ... 97
16.8 Vloga medicinske sestre pri lajšanju bolečine ... 98
16.9 Ravnanje z zdravili ... 98
16.10 Aplikacije zdravil ... 99
16.11 Priprava starejšega bolnika na aplikacijo zdravila ... 99
16.12 Nadzor starejšega bolnika med in po aplikaciji zdravila ... 100
16.13 Dokumentiranje aplikacije zdravil ... 100
16.14 Prehrana starejših ... 101
17 GIBANJE STAROSTNIKA ... 105
17.1 Vzroki za ovirano gibanje ... 107

17.2 Zapleti zaradi dolgotrajnega ležanja 107
17.2.1 Razjeda zaradi pritiska 107
17.2.2 Kontrakture ali otrdelost sklepov 108
17.2.3 Tromboza 109
17.2.4 Zastojna pljučnica 109
17.3 Intervencije zdravstvene nege pri življenjski aktivnosti gibanje in ustrezna lega po V. Henderson 110
17.4 Tehnični pripomočki za gibalno ovirane starostnike 110
17.5 Bolezni, povezane z gibanjem 111
17.5.1 Osteoporoza 111
17.5.2 Revmatoidni artritis 112
17.5.3 Padci in poškodbe v starosti 113
17.6 Dejavniki tveganja za zlom kolka v starosti 114
17.7 Zunanji dejavniki tveganja 114
17.8 Notranji dejavniki tveganja 115
17.9 Vloga medicinske sestre pri zdravstveni vzgoji starostnika 116
17.10 Vloga medicinske sestre pri rehabilitaciji starostnika 117
17.11 Vloga medicinske sestre pri deliriju 118
18 PALIATIVNA OSKRBA 119
18.1 Hospic 119
18.2 Izobraževanje in podpora za strokovne delavce v paliativni oskrbi 119
18.3 Čustvena doživljanja ljudi z neozdravljivo boleznijo 120
18.4 Detabuizacija smrti 121
18.5 Žalovanje 121
18.6 Umiranje na domu 121
18.7 Skrb za umrlega in njegove svojce 121
19 SOCIALNOVARSTVENE sTORITVE, NAMENJENE STAROSTNIKU 123
19.1 Prva socialna pomoč 123
19.2 Pomoč družini na domu 123
19.3 Socialni servis 124
19.4 Institucionalno varstvo 125
19.5 Dolgotrajna oskrba (ZDOsk-1) 128
19.6 Plačilo in oprostitev plačila institucionalnega varstva in pomoči na domu 129
19.7 Socialna pomoč 131
19.8 Varstveni dodatek 132
19.9 Subvencije in oprostitve plačil določenih prispevkov 133
19.10 Letni dodatek ter dodatek za pomoč in postrežbo 133
19.11 Skrbništvo 134
20 LITERATURA IN VIRI 136

KAZALO TABEL

Tabela 1: *Novosti dolgotrajne oskrbe – nova paradigma* 24
Tabela 2: Razlike med staro in novo zakonodajo o dolgotrajni oskrbi 27
Tabela 3: Sistem socialnega varstva v Sloveniji 31
Tabela 4: Izvajalci pomoči na domu glede na status izvajalcev 34
Tabela 5: Zgodovinski razvoj institucionalnega varstva in modeli domov za stare 38
Tabela 6: Nabor storitev zdravstvene nege 54
Tabela 7: Nabor storitev fizioterapije in delovne terapije 58
Tabela 8: *Uporaba sklepov pri vsakdanjih aktivnostih starostnika* 106

KAZALO SLIK

Slika 1: *Občine glede na status izvajalca (31. 12. 2014)* 35
Slika 2: *Število uporabnikov pomoči na domu v Sloveniji med letoma 2006 in 2014* 36
Slika 3: *Povrnitev ravnovesja v samooskrbi* 48
Slika 4: *Vrste demence* 67
Slika 5: *Psihiatrična klasifikacija in Naomi Feil klasifikacija demence* 70

1 STAROST IN STARANJE SKOZI DEMOGRAFSKA GIBANJA

Staranje prebivalstva je svetovni trend, ki ima številne posledice za družbo, zdravje, socialno varstvo in gospodarstvo. Ključni dejavnik pri razumevanju tega procesa so demografski trendi. Staranje prebivalstva se odraža v povečanju deleža starejših odraslih v populaciji, kar pomembno vpliva na družbeno strukturo, gospodarske dejavnosti in potrebe po zdravstvenem varstvu. Demografski trendi vključujejo procese rojstev, smrti in migracij. V zadnjih desetletjih smo bili priča večjemu upadu rodnosti in podaljševanju pričakovane življenjske dobe, kar vodi v staranje prebivalstva. Raziskave kažejo, da se delež starejših odraslih povečuje zaradi daljše pričakovane življenjske dobe in manjšega števila rojstev. Povečanje deleža starejših ljudi vpliva na socialno strukturo. Spremembe v strukturi prebivalstva lahko vodijo do povečanja obremenitve socialne zaščite, pokojninskih sistemov in zdravstvenih storitev. Hkrati obstajajo priložnosti za razvoj novih storitev in prilagoditev socialnih institucij. Staranje prebivalstva pogosto pomeni večji pritisk na zdravstveni sistem. S staranjem se povečuje tveganje za kronične bolezni, invalidnost in druge zdravstvene težave. Prilagoditev zdravstvenih storitev, učinkovito preprečevanje ter razvoj novih in inovativnih pristopov so ključni za ohranjanje zdravja starejših ljudi. V družbi, v kateri se delež starejših povečuje, je pomembno zagotoviti njihovo dejavno sodelovanje. Socialna kohezija, sodelovanje v skupnosti in prilagojene storitve so ključni elementi za kakovostno staranje (OECD, 2024, str. 15).

»Staranje je del našega življenja, brez katerega ostajata mladost in izkušnje srednjih let nepopolni in nezaključeni obdobji življenja.« (Mali, 2008b, str. 75)

Poznamo **fiziološko** staranje – to je normalno, zdravo staranje in **patološko** staranje, ki je povezano z boleznimi (proučuje ga medicinska geriatrija), pri katerem so pomembni preprečevanje in zdravljenje bolezni ter rehabilitacija.

Ramovš (2014) deli obdobja v starosti na:

Zgodnje starostno obdobje od 65 do 75 let:

- pričakovanje na upokojensko svobodno življenje,
- človek je navadno zdrav, trden in dejaven.

Srednje obdobje od 76 do 85 leta:

- privajanje na upadanje moči in zdravja,
- smrt partnerja, prijateljev, vrstnikov.

Pozno starostno obdobje po 86. letu starosti:

- posameznik postaja prejemnik pomoči.

2 OPREDELITEV POJMOV

2.1 Gerontologija

Ramovš (2003, str. 31) gerontologijo in ostala področja pri obravnavi starostnika opredeli kot:

Gerontologija je veda, ki raziskuje starostne pojave in se ukvarja s težavami starejših ljudi. Deli se na medicinsko ali klinično, socialno in eksperimentalno gerontologijo. Gerontologija je sestavljena iz besed geron – *star, prileten, siv*; v samostalniški rabi pa *starec, starček, in logos – govorjenje, beseda, pogovor, govorica*. Gerontologija je res to, kar pove njeno ime: **znanost ali veda o starosti, staranju in starih ljudeh**.

2.1.1 Socialna gerontologija

Proučuje odnos družbe do staranja in njen vpliv na staranje ter obratno. Ukvarja se tudi s socialnimi in družbenimi težavami starejših ljudi (Mali, 2008a).

2.2 Gerontagogika

Gerontagogika ima prvi del besede isti, drugi del pa izhaja iz besede agoge – *vodstvo, vzgoja, vedenje, življenje*. Beseda torej pomeni **vodenje, vzgojo ali tudi življenje starih ljudi**. S svojo metodiko pomaga pri integraciji tretje generacije v obstoječih socialnih mrežah, pri njihovi reintegraciji, če niso vanje vključeni v obojestransko korist, zlasti pa pri oblikovanju novih socialnih mrež v skupnosti, da bi omogočile starejšim ljudem polno osebnostno rast tudi v tretjem obdobju življenja ter njihovo aktivno vlogo in prispevek skupnosti.

2.3 Geriatrija

Slovensko:	geriatrija, geriater, geriatričen
Grško:	γερόν, starec, in ιατρός ali ιατήρ, zdravnik
Angleško:	geriatrics, geriatrician ali geriatrist, geriatric
Nemško:	Geriatrie, Geriater
Francosko:	gériatrie
Italijansko:	geriatria

Geriatrija se kot posebna veja medicine ukvarja s proučevanjem, preprečevanjem, ugotavljanjem in zdravljenjem bolezni ali stanj, ki posameznike prizadevajo v tretjem življenjskem obdobju. Kot vsako drugo področje medicine pozna posebej usmerjene raziskave, svojo preventivo, diagnostiko in terapijo,

prav tako pa geriatrija zdravstvene poklice na vseh stopnjah izobražuje v posebnih znanjih in spretnostih, ki so potrebni za zdravstveno delo s starimi ljudmi.

Čeprav so se medicinska strokovna področja v preteklih stoletjih brez reda ali načrta razvijala tako, kot jih je narekoval razvoj medicine oziroma zdravstva, pa se v medicini nekemu področju prizna položaj posebne stroke le, če se ukvarja s pojavi, problemi in vprašanji, ki jih na drugih področjih medicine ne srečamo in ki so v tolikšni meri samosvoji, specifični, da zahteva njihovo reševanje posebno znanje, metode in tehnike. Ta specifičnost se lahko nanaša na način zdravljenja (kirurgija, fiziatrija), na posamezna telesna področja (interna medicina s številnimi specializacijami, ginekologija, otorinolaringologija, okulistika, dermatologija, stomatologija itd.), na določene bolezni (sladkorna bolezen, infekcijske bolezni, maligne bolezni itd.), na življenjsko okolje (higiena, socialna medicina), na poklice (medicina dela), na povezave z drugimi nemedicinskimi področji (sodna medicina), na lokacijo zdravniškega dela (splošna oziroma družinska medicina) ali na določeno starostno obdobje (pediatrija, geriatrija). Razvoj še naprej poteka tako, kakor je. V zadnjem času se je kot novo strokovno področje pojavila medicinska informatika.

Geriatrija je po naravi in obsegu svoje dejavnosti najbližja pediatriji, saj se prav tako ukvarja s celovito zdravstveno, deloma pa tudi socialno problematiko določenega starostnega obdobja. V primerjavi s pediatrijo je bogatejša na socialnem področju, še posebej, če privzamemo eno od izhodišč moderne geriatrije, da naj bi bil star človek, kolikor je le mogoče dolgo telesno in materialno samostojen ter socialno sprejemljiv. Od ostalih medicinskih strok se geriatriji še najbolj približa splošna oziroma družinska medicina, ki se prav tako ukvarja z vsemi zdravstvenimi, deloma pa tudi socialnimi težavami, ki lahko doletijo njene varovance. In v resnici so največja zdravstvena pričakovanja in obremenitve pri preprečevanju in zdravljenju kroničnih, nenalezljivih bolezni, ki v največji meri prizadevajo starejše odrasle, povezane prav z družinsko medicino (Voljč, 2008, str. 68).

Zdravnik geriater je lahko bodisi klinični strokovnjak, ki dela s starimi ljudmi le v bolnišničnem okolju, bodisi specialist drugih medicinskih področij, ki se je dodatno izobrazil o posebnostih svojega področja pri starajočih se posameznikih. Tako imamo na primer okulista, ortopeda, nevrologa, psihiatra itd., ki je posebej usposobljen za delo s starejšimi posamezniki na svojem področju. Seveda slednje v enaki meri velja tudi za specialista družinske medicine, pri katerem je tako dodatno izobraževanje zaradi zgoraj omenjenih okoliščin še posebej zaželeno. Zaradi vseh teh razlik tudi geriatrije v vseh okoljih ne razumejo na enak način. V Sloveniji je bila geriatrija v zadnjih 20 letih precej zanemarjana, zato tudi pri nas pojem geriatra še ni popolnoma opredeljen. Še najbolj verjetno je, da se bodo zdravniki različnih strok usposabljali za delo s starimi bolniki, ki jih bo po vseh predvidevanjih iz leta v leto več (Voljč, 2008, str. 69).

Izraz »geriatrija« je leta 1909 predlagal Ignatz Leo Nasher (1863–1944), ki je vodil tudi oddelek za reveže na kliniki Mount Sinai v New Yorku. Nasher se je s starimi na svoji kliniki ukvarjal bolj v negovalnem kot v terapevtskem smislu, saj so imeli na oddelku predvsem tiste posameznike, ki po končanem zdravljenju niso imeli kam iti, odvisni pa so bili od pomoči drugih. Nasherja danes prepoznavajo za očeta ameriške geriatrije (Voljč, 2008, str. 69).

V Evropi pa je matična država geriatrije Velika Britanija, kjer jo je začela uvajati Marjorie Waren (1897–1960), kirurginja, ki je delala v bolnišnici West Middlesex. Bolnišnici so leta 1935 priključili bolnišnico za revne. Zaradi prevelikega števila bolnikov, pomanjkljive diagnostike, nezadovoljivega zdravljenja in skoraj popolne odsotnosti medicinskega nadzora se je po drugi svetovni vojni lotila celovitega pristopa tako v zdravljenju starih kakor tudi v njihovem usposabljanju za samostojno

življenje. Njen pristop, ki je danes vključen v pojem rehabilitacije, so pri zdravljenju in usposabljanju bolnikov prevzele tudi druge medicinske stroke. S svojim pristopom in izkušnjami Warrenova ni razvila le koncepta razmeroma samostojne starosti, ampak je posebej opredelila tudi diagnostiko, zdravljenje in druge vrste zdravstvene pomoči, ki jo potrebujejo stari ljudje. Izkazalo se je, da lahko njen pristop pomaga k samostojnemu življenju tudi tistim starim ljudem, ki so bili že popolnoma navezani na pomoč drugih (Voljč, 2008, str. 69).

Naslednje veliko ime evropske in svetovne geriatrije je Bernard Isaacs (1924–1995). Bil je profesor geriatrije na univerzi v Birminghamu od 1974 do 1989. Izdelal je specialistični izobraževalni program za študente medicine, ki so želeli pridobiti posebna geriatrična znanja. Raziskoval je predvsem posebnosti kroničnih bolezni. V knjigi z naslovom *Preživetje nebogljenega (Survival of the Unfitest)*, objavljeni leta 1972, je opisal žalostno stanje te medicine in na utemeljen način predlagal ukrepe, s katerimi bi stare bolnike obravnavali na enak način kot vse druge. Pri tem je posebej poudaril terapevtsko možnost, hitro pomoč, osnovno oskrbo ter sodelovanje sorodnikov in znancev, opozoril pa je tudi na razlike med medicinskimi in socialnimi dejavniki. Bil je prvi, ki je največje nadloge starosti poimenoval za štiri geriatrične velikane. To so inkontinenca, nepokretnost, zmanjšanje intelektualnih sposobnosti in omedlevica. Vse težave starosti je možno strniti na eno ali drugo področje omenjenih »velikanov«. Pod njegovim vodstvom je bil v Birminghamu ustanovljen center za uporabno gerontologijo, ki je seznanjal javnost s težavami starih ljudi. Že od vsega začetka je sodeloval z arhitekti, oblikovalci opreme in servisnimi dejavnostmi, da bi se pri svojem delu bolj in bolje zavedali težav, s katerimi se spopadajo stari ljudje. Oblikoval je tudi skupino »Tisoč starčkov«, ki je raziskovala trg in ocenjevala proizvode. Vse svoje izkušnje je Isaacs strnil v knjigi *Izzivi geriatrične medicine (The Challenge of Geriatric Medicine)*, ki je izšla leta 1992 (Voljč, 2008, str. 69).

V Sloveniji velja za očeta geriatrije Bojan Accetto. Ko je spoznal, v kakšnih okoliščinah živijo varovanci v domovih za ostarele, je opustil svojo dotedanjo klinično kariero in v Trnovem leta 1966 ustanovil Inštitut za gerontologijo in geriatrijo, ki ga je nadvse uspešno vodil do leta 1983, ko je vodenje predal svojim naslednikom. Ti so delo inštituta preusmerili na drugo klinično področje, kar je pomenilo, da slovenska geriatrija ni več sledila razvoju, izgubila pa je tudi svoj pionirski položaj, ki ga je do takrat uživala v evropskem prostoru. Profesor Accetto se je kasneje povezal s Slovenskim gerontološkim društvom in Inštitutom Antona Trstenjaka z namenom, da bi nadaljevala njegovo delo. Inštitut Antona Trstenjaka je bil ustanovljen leta 1992, leta 1994 je njegova soustanoviteljica postala Slovenska akademija znanosti in umetnosti, leta 2004 pa tudi Vlada Republike Slovenije. Inštitut se ukvarja z vprašanji gerontologije, geriatrije in medgeneracijskega sožitja ter predstavlja v slovenskem prostoru nadaljevanje tradicije Accettovega inštituta v Trnovem. Od leta 1998 izdaja edino slovensko znanstveno in strokovno revijo *Kakovostna starost* za področja, ki jih pokriva s svojimi aktivnostmi (Voljč, 2008, str. 69).

3 GERONTOLOGIJA IN GERONTOLOŠKA ZDRAVSTVENA NEGA

Gerontologija je veda, ki proučuje staranje in vprašanja, ki so povezana s starostjo in starimi ljudmi. Gerontologija je veliko širši pojem od geriatrije, saj obsega vse značilnosti, ki so pomembne za kakovostno staranje. Gerontologija in geriatrija sta neločljivo povezani, saj je geriatrija ena od bistvenih strokovnih panog celostne obravnave (Leskovic, 2009, str. 22).

Gerontološka zdravstvena nega je specializirano področje zdravstvene nege, ki se osredotoča na oskrbo starejših ljudi. Znanstveni pristop h gerontološki zdravstveni negi vključuje razumevanje procesov staranja, edinstvenih potreb starejših ljudi in prilagajanje pristopov zdravstvene nege za podporo njihovega celostnega dobrega počutja (Leskovic, 2009, str. 23–24).

3.1 Razvoj gerontološke zdravstvene nege

Gerontološka zdravstvena nega se je razvijala vzporedno s povečevanjem deleža starejšega prebivalstva. Zgodovinsko gledano so bile osnovne oblike gerontološke zdravstvene nege prisotne v obliki tradicionalne medicine, vendar se je šele v moderni dobi formalizirala in strokovno razvila (Leskovic, 2018).

Gerontološka oskrba se nanaša na skrbno načrtovanje, spremljanje in izvajanje posebnih ukrepov za zagotavljanje varnosti in udobja starejših posameznikov. Vključuje spremljanje zdravstvenega stanja, preprečevanje padcev, ustrezno prehrano, zagotavljanje zdravil in spodbujanje telesne dejavnosti. Skozi zgodovinski razvoj, ključne koncepte, načela, cilje in varstvo ima gerontološka zdravstvena nega ključno vlogo pri zagotavljanju kakovostne oskrbe za starejše posameznike (Geč idr., 2011).

3.2 Načela gerontološke zdravstvene nege

Načela gerontološke zdravstvene nege so (Leskovic, 2018):

- spoštovanje dostojanstva: ohranjanje spoštovanja in človeškega dostojanstva starejših posameznikov na vseh vidikih zdravstvene nege;
- individualna zdravstvena nega: prilagajanje zdravstvene nege posamezniku glede na njegove potrebe, zmožnosti in cilje;
- timsko delo: sodelovanje v multidisciplinarnem timu zdravstvenih delavcev z namenom zagotavljanja najboljše možne oskrbe.

Cilji gerontološke zdravstvene nege so (Leskovic, 2018):

- ohranjanje kakovosti življenja: osredotočanje na funkcionalno neodvisnost in spodbujanje socialne vključenosti;
- preprečevanje padcev in poškodb: obravnavanje posebnih tveganj, s katerimi se lahko srečujejo starejši posamezniki;

- podpora družinam: zagotavljanje podpore družinskim članom pri skrbi za starejše družinske člane.

3.3 Zagotavljanje varnosti

Gerontološka oskrba se nanaša na skrbno načrtovanje, spremljanje in izvajanje posebnih ukrepov za zagotavljanje varnosti in udobja starejših posameznikov. Vključuje spremljanje zdravstvenega stanja, preprečevanje padcev, ustrezno prehrano, zagotavljanje zdravil in spodbujanje telesne dejavnosti (Leskovic, 2018).

3.4 Ohranjanje zdravja in preprečevanje krhkosti

Gerontološka zdravstvena nega kot specializirano področje ima ključno vlogo pri zagotavljanju celostne oskrbe ter spodbujanju zdravega in aktivnega življenja v starosti. Avtorji menijo, da je treba biti pozoren na spodaj navedene vidike (Fried idr., 2001).

Telesna dejavnost

Redna telesna dejavnost je ključnega pomena za ohranjanje mišične mase, kostne gostote in splošnega zdravja. Izvajalci gerontološke oskrbe spodbujajo starejše ljudi k izvajanju prilagojenih programov vadbe, ki izboljšujejo ravnotežje, moč in vzdržljivost.

Pravilna prehrana

Uravnotežena in s hranili bogata prehrana ima pomembno vlogo pri ohranjanju zdravja starejših oseb. Izvajalci zdravstvenega varstva svetujejo prehrano, ki podpira močno imunsko delovanje, preprečuje pomanjkanje hranil ter ohranja zdravje srca in ožilja.

Skrb za duševno stanje

Skrb za duševno zdravje je enako pomembna kot skrb za telesno zdravje. Ponudniki zdravstvenih storitev se posvečajo prepoznavanju in zdravljenju težav z duševnim zdravjem, kot sta depresija in tesnoba, ter spodbujanju socialne povezanosti in duševne dejavnosti.

Preprečevanje krhkosti pri starejših

Izvajalci gerontološke zdravstvene nege sledijo celostnemu pristopu, ki vključuje telesne, duševne, socialne in duhovne vidike zdravja starejših posameznikov. Ocenijo tveganja za krhkost in izvajajo individualne preventivne ukrepe.

Spremljanje splošnega zdravja

Redno spremljanje zdravja starejših oseb omogoča zgodnje prepoznavanje morebitnih težav. Izvajalci oskrbe izvajajo redne preglede, meritve in ocene, da bi oskrbo prilagodili potrebam posameznika.

Za posameznike s tveganjem za padce in poškodbe se organizira vodeni program vadbe.

3.5 Vloga izvajalcev gerontološke zdravstvene nege

Gerontološka zdravstvena nega opredeljuje vloge, naloge in standarde obravnave izvajalcev zdravstvene nege.

Vloga izvajalcev gerontološke zdravstvene nege je bistvena pri zagotavljanju celostne, prilagojene in učinkovite oskrbe starejšim posameznikom. Z vidika znanstvenega pristopa se osredotočamo na specifične naloge, odgovornosti in strokovno usposobljenost izvajalcev gerontološke zdravstvene nege ter njihov vpliv na kakovost življenja starejših.

Specifične naloge v gerontološki zdravstveni negi so:

- **Celostna ocena**: Izvajalci gerontološke oskrbe celostno ocenjujejo zdravstveno stanje starejših posameznikov, vključno s telesnimi, duševnimi, socialnimi in duhovnimi vidiki. Ta ocena služi kot podlaga za oblikovanje individualne oskrbe.
- **Načrt oskrbe**: Na podlagi ocene razvijejo izvajalci gerontološke zdravstvene nege načrte oskrbe, ki vključujejo preventivne ukrepe, rehabilitacijo, obvladovanje kroničnih bolezni in podporo pri vsakodnevnih dejavnostih.
- **Strokovno svetovanje**: Izvajalci gerontološke oskrbe nudijo svojim bolnikom in njihovim družinam strokovno svetovanje o zdravem načinu življenja, prehrani, telesni dejavnosti ter duševnem in socialnem blagostanju.
- **Spremljanje zdravstvenega stanja**: Redno spremljanje življenjskih funkcij, laboratorijskih parametrov in drugih kazalnikov omogoča izvajalcem zgodnje odkrivanje morebitnih težav in prilagajanje oskrbe glede na spremembe.

Odgovornost in naloge pri preprečevanju poškodb in padcev so (ANA, 2017):

- **Preprečevanje padcev:** Izvajalci gerontološke oskrbe se osredotočajo na prepoznavanje tveganj za padce in izvajanje ukrepov za njihovo preprečevanje, kar pomembno vpliva na varnost in neodvisnost starejših ljudi.
- **Podpora neodvisnosti:** Spodbujanje neodvisnosti starejših je ključna naloga izvajalcev, da bi zagotovili, da ostanejo posamezniki v vsakdanjem življenju čim bolj funkcionalni in neodvisni.
- **Rehabilitacija in telesna dejavnost:** Ponudniki spodbujajo rehabilitacijske pristope in organizirajo prilagojene programe vadbe, ki ohranjajo mišično maso in gibljivost ter zmanjšujejo tveganje za krhkost.
- **Stalno izobraževanje:** Izvajalci gerontološke zdravstvene nege so vključeni v stalno izobraževanje, saj se znanstveno znanje in praksa nenehno razvijata. To jim omogoča, da opravljajo svoje delo na najvišji strokovni ravni.
- **Napredna praksa:** Nekateri izvajalci zdravstvene nege so specializirani z naprednim znanjem, ki ga vnašajo v prakso, na primer medicinske sestre z magisterijem, in s tem prinašajo dodatno strokovno znanje in vodstvene sposobnosti v klinično okolje.

4 GERIATRIJA IN GERIATRIČNA ZDRAVSTVENA NEGA

Geriatrija je veja medicine, ki se osredotoča na zdravstveno oskrbo starejših odraslih. Ključni poudarek je na prepoznavanju, preprečevanju in zdravljenju bolezni ter ohranjanju optimalnega zdravja in kakovosti življenja pri starajoči se populaciji.

Ključni koncepti geriatrije

Leskovic (2018) in Fried idr. (2001) navajajo naslednje ključne koncepte geriatrije:

- Večdimenzionalno ocenjevanje: Ocenjevanje zdravstvenega stanja starejših posameznikov vključuje fizične, psihološke, socialne, ekonomske in okolijske vidike.
- Funkcionalna neodvisnost: Spodbujanje sposobnosti starejših, da ohranijo samostojnost in sodelujejo pri vsakodnevnih življenjskih aktivnostih.
- Polipragmatizem: Uporaba več zdravil hkrati s poudarkom na optimizaciji zdravljenja z zdravili in izogibanju neželenim interakcijam.

Načela geriatrične zdravstvene nege:

- Individualizacija oskrbe: Prilagajanje načrtov oskrbe posameznikovim potrebam in preferencam.
- Celostni pristop: Upoštevanje vseh vidikov zdravja in dobrobiti posameznika.

Cilji geriatrične zdravstvene nege:

- Ohranjanje kakovosti življenja: Zagotavljanje okolja, ki spodbuja pozitivno staranje.
- Preprečevanje neželenih dogodkov: Spremljanje in obvladovanje kroničnih bolezni ter preprečevanje padcev in poškodb.

Organizacija geriatrične zdravstvene nege:

- Specializirane enote geriatrične službe: Ustanove, specializirane za celovito obravnavo starejših bolnikov, kjer sodelujejo različni strokovnjaki.
- Domovi za starejše: Skupnosti z zdravstveno oskrbo, prilagojeno potrebam starejših.

Vloga izvajalcev zdravstvene nege:

- Ocenjevanje in načrtovanje oskrbe: Izvajanje celostnih ocen ter razvoj in izvajanje individualiziranih načrtov oskrbe.
- Zagotavljanje podpore družinam: Sodelovanje z družinami pri oskrbi starejših članov v družini ter zagotavljanje informacij in podpore.

Kakovost storitev zdravstvene nege in oskrbe:

- Ocenjevanje zadovoljstva bolnikov: Redno ocenjevanje izkušenj bolnikov in prilagajanje oskrbe v skladu s povratnimi informacijami.
- Spremljanje kliničnih kazalnikov: Ocenjevanje rezultatov oskrbe in ukrepanje v primeru odstopanj od standardov.

5 UGOTAVLJANJE POTREB STAREJŠIH PO ZDRAVSTVENI NEGI

Pri načrtovanju zdravstvene nege starejših je nujno prepoznati vse dejavnike, ki povečujejo tveganje za neželene dogodke. Eno izmed ključnih področij, kjer se torej osredotočamo na presejanje in oceno tveganj, so prav padci, saj lahko močno vplivajo na samostojnost in kakovost življenja starejših. V nadaljevanju so navedeni najpomembnejši dejavniki, ki prispevajo k pogostim padcem v tej populaciji.

Padci:

- fizični dejavniki: slaba mišična moč, težave z ravnotežjem, okvara vida;
- okolijski dejavniki: slaba osvetlitev, preproge, neravna tla;
- zdravstveni dejavniki: uporaba nekaterih zdravil, nepravilna očala.

Demenca:

- genetski dejavniki: družinska anamneza demence;
- življenjski slog: neustrezna prehrana, premalo telesne dejavnosti;
- prehranski dejavniki: slaba prehrana, težave s požiranjem;
- zdravstveni dejavniki: kronične bolezni, neustrezna zdravila;
- inkontinenca urina;
- fizični dejavniki: oslabitev medeničnega dna;
- zdravstveni dejavniki: sladkorna bolezen, nevrološke bolezni;
- slabost in utrujenost;
- fizični dejavniki: sarkopenija (izguba mišične mase), težave s spanjem;
- psihosocialni dejavniki: depresija, socialna izolacija.

Odkrivanje geriatričnih sindromov in preventivni pristopi (Inouye idr., 2007, str. 782–783):

- Celostna ocena posameznika: Vključuje telesne, psihološke, socialne in okolijske vidike ter je ključna za prepoznavanje dejavnikov tveganja.
- Individualna oskrba: Individualizirani načrti oskrbe, ki upoštevajo specifične dejavnike tveganja, omogočajo ciljno usmerjeno obravnavo posameznika.
- Izobraževanje posameznika in družine: Ozaveščanje o dejavnikih tveganja in izobraževanje o preventivnih pristopih lahko pomembno vplivata na zmanjšanje tveganja za geriatrične sindrome.

5.1 Ocena prehranskega statusa

Ocenjevanje stanja prehranjenosti je ključna sestavina celostne zdravstvene oskrbe, saj omogoča zdravstvenim delavcem vpogled v stanje prehranjenosti posameznika. Z ustrezno oceno stanja prehranjenosti lahko zdravstveni delavci ugotovijo tveganja za pomanjkanje hranil, opredelijo posebne potrebe posameznika in oblikujejo prilagojene načrte oskrbe (Fried idr., 2001, str. 13).

Povezanost prehranskega statusa z zdravjem

Prehransko stanje je neposredno povezano z zdravjem posameznika. Slabo prehransko stanje lahko prispeva k razvoju različnih bolezni, zmanjša odpornost telesa in upočasni procese zdravljenja.

Individualni pristop

Ocena stanja prehranjenosti omogoča individualno obravnavo posameznika. Glede na ugotovljene potrebe lahko zdravstveni delavci oblikujejo načrte oskrbe, ki izpolnjujejo posebne zahteve posameznika.

Metode ocene prehranskega statusa

Antropometrične metode

Antropometrične meritve, kot so telesna teža, višina in obseg nadlakti, so pogosto uporabljene metode za oceno prehranskega stanja. Te meritve omogočajo vpogled v telesno sestavo posameznika (Gibson, 2005).

Laboratorijske metode

Analize krvi in urina so ključnega pomena pri ocenjevanju ravni hranil v telesu. Merjenje koncentracij vitaminov, mineralov in drugih hranil daje natančno sliko prehranskega stanja.

Klinična vrednotenja

Klinične ocene vključujejo oceno splošnega zdravstvenega stanja posameznika, oceno kože, oči in las ter ugotavljanje morebitnih znakov prehranskih pomanjkljivosti.

Vloga zdravstvenih delavcev pri oceni prehranskega statusa

Edukacija

Zdravstveni delavci imajo ključno vlogo pri edukaciji bolnikov o pomenu uravnotežene prehrane in vzdrževanja zdravega prehranskega statusa.

Individualni načrt

Na osnovi rezultatov ocene prehranskega statusa oblikujejo zdravstveni delavci individualizirane načrte oskrbe, ki vključujejo prehranske spremembe in dopolnitve.

Interdisciplinarno sodelovanje

Sodelovanje z različnimi strokovnjaki, kot so nutricionisti, fizioterapevti in zdravstveni svetovalci, omogoča celostno obravnavo posameznika in zagotavljanje učinkovitih rešitev.

Prepoznavanje potreb starejših

Poleg ugotavljanja potreb starejših po zdravstveni negi je pomembno tudi pravočasno prepoznavanje potreb posameznika. Obstaja nekaj načinov, kako lahko izvajalci zdravstvenih storitev pravočasno prepoznajo zdravstvene potrebe starejših (Guralnik idr., 1995, str. 556):

1. **Celovita geriatrična ocena:** Celovita geriatrična ocena (Comprehensive Geriatric Assessment – CGA) je multidimenzionalni pristop k ocenjevanju zdravstvenega stanja in potreb starejših odraslih. Namenjen je prepoznavanju kompleksnih dejavnikov, povezanih s staranjem, ter izboljšanju celostnega pristopa k oskrbi starejših posameznikov. CGA vključuje oceno fizičnega, kognitivnega, čustvenega, socialnega in funkcionalnega stanja posameznika. Ta pristop ocenjuje telesne, duševne in funkcionalne sposobnosti starejših ljudi.
2. **Anamneza in fizični pregled:** To vključuje podrobno anamnezo bolnikove zdravstvene in socialne anamneze ter temeljit fizični pregled.
3. **Pregled zdravil:** Pregled bolnikovih zdravil, odmerkov in morebitnih stranskih učinkov lahko pomaga prepoznati težave, povezane z zdravili, ki lahko vplivajo na njihovo zdravje.
4. **Kognitivna ocena:** Ocena kognitivnih sposobnosti in spomina nam je v pomoč pri prepoznavi potencialnih oseb z demenco in drugimi kognitivnimi težavami.
5. **Ocena prehranjevanja:** Ocenjevanje prehranjevalnih navad in stanja prehranjevanja lahko pomaga prepoznati podhranjenost ali druge prehranske pomanjkljivosti.
6. **Ocena tveganja padca:** Z oceno bolnikovega ravnotežja in hoje je mogoče prepoznati morebitna tveganja padca.
7. **Preverjanje depresije:** Preverjanje depresije lahko odkrije morebitne težave z duševnim zdravjem, ki lahko vplivajo na bolnikovo dobro počutje.
8. **Socialna ocena:** Ocenjevanje bolnikove mreže socialne podpore in življenjskih razmer lahko identificira potencialno socialno izolacijo in druge socialne težave.
9. **Ocena paliativne oskrbe:** Ocena bolnikovih potreb po paliativni oskrbi lahko pomaga prepoznati morebitne težave ob koncu življenja in nam omogoča zagotoviti ustrezno oskrbo.
10. **Funkcionalna ocena:** Ocena bolnikovih funkcionalnih sposobnosti je lahko v pomoč pri načrtovanju dnevnih aktivnosti.

6 STRATEGIJE RAZVOJA VARSTVA STAREJŠIH

6.1 Strategija varstva v svetu in Sloveniji

Strategija varstva starejših v svetu se osredotoča na različne vidike, ki vplivajo na dobrobit in kakovost življenja starejših ljudi. Vključuje socialne, zdravstvene, ekonomske in druge dejavnike, ki so ključni za zagotavljanje primernega varstva in podpore starejšim v družbi. V nadaljevanju so predstavljeni ključni elementi, ki jih je treba vključiti v strategijo varstva starejših odraslih oseb. Imamo različne programe za zdravstveno oskrbo in preventive ukrepe, in sicer (World Health Organization, 2015):

- razvoj in implementacija programov za zdravstveno oskrbo, prilagojenih potrebam starejših;
- spodbujanje preventivnih ukrepov za ohranjanje zdravja in preprečevanje kroničnih bolezni (National Institute on Aging, [NIA], 2025).

Socialno vključevanje in participacija:

- krepitev socialnih mrež in medgeneracijskega sodelovanja *(*United Nations, 2019, str. 12; European Commission, 2018);
- zagotavljanje dostopa do kulturnih, izobraževalnih in rekreacijskih dejavnosti za starejše.

Ekonomsko varstvo in zaposlovanje:

- oblikovanje politik, ki spodbujajo prilagojene oblike zaposlovanja za starejše (International Labour Organisation, 2016, str. 12);
- razvoj ekonomskega varstva, vključno z dostopom do pokojnin in drugih finančnih virov (OECD, 2017).

Stanovanjske možnosti in okolje:

- ustvarjanje bivalnih pogojev, prilagojenih potrebam starejših (Binette in Farago, 2021),
- spodbujanje dostopnosti in varnosti v okolju, kjer starejši živijo (United Nations, 2020; WHO, 2015).

Izobraževanje in usposabljanje:

- razvoj programov za nenehno izobraževanje in usposabljanje starejših (OECD, 2024).
- spodbujanje digitalne pismenosti med starejšimi za lažjo vključenost v sodobno družbo (Vaillancourt Cassar, 2025).

Zagotavljanje pravic in enakosti:

- krepitev pravnega okvira za zaščito pravic starejših (United Nations Human Rights Council, 2021);
- spodbujanje enakosti in preprečevanje diskriminacije na podlagi starosti (Age UK, 2023).

Strategija varstva starejših v svetu mora biti celovita in mora vključevati sodelovanje vseh relevantnih deležnikov, vključno z vladnimi organi, nevladnimi organizacijami, zdravstvenimi ustanovami in

samimi starejšimi. Le tako lahko dosežemo dolgoročno in trajnostno izboljšanje kakovosti življenja starejših ljudi.

6.2 Oblike varstva starejših

Pri dograjevanju mreže institucionalnega varstva, ki bo vključevala nove zmogljivosti tako v javnih zavodih kot pri koncesionarjih, hkrati pa spodbujala razvoj zasebnih iniciativ, izhaja program iz družbene in demografske strukture naše države in sledi mednarodno sprejetim standardom in normativom, ki predvidevajo institucionalno varstvo za 5 odstotkov ljudi, starih najmanj 65 let. V obdobju, za katerega bo veljal program razvoja, pa bomo sledili cilju, zastavljenemu v predlogu nacionalnega programa socialnega varstva – 4,5-odstotni vključenosti v institucionalno varstvo (Resolucija … 2022–2030, 2022).

Pri tem bo treba zaokrožiti tudi mrežo oblik varstva za obravnavo posebnih skupin odraslih oseb, ki so v posebnih socialnih zavodih, v drugih socialnih zavodih in stanovanjskih skupinah. Po predlogu nacionalnega programa socialnega varstva bi bilo treba posebne oblike institucionalnega varstva zagotoviti za 0,25 odstotkov prebivalcev, starih od 18 do 65 let. Poseben poudarek daje program organiziranim storitvam v bivalnem okolju, saj je treba usklajeno načrtovati tako razvoj institucionalnega varstva kot mrežo pomoči v bivalnem okolju. S slednjo je možno z novimi organizacijskimi oblikami, metodami in tehničnimi rešitvami doseči številne cilje varstva in pomoči starejšim osebam. Z delno socialno oskrbo je mogoče zagotoviti, da stari ljudje sami, njihovo okolje in solidarnost v bivalnem okolju poskrbijo, da popolna socialna oskrba v ustanovi ni potrebna.

Organizirane oblike pomoči na domu naj bi zadržale v domačem okolju čim večje število prebivalcev, starih 65 let in več; tako bi se približali cilju, zapisanemu v predlogu socialnovarstvenega programa, tj. zagotoviti tovrstne oblike pomoči za 15 odstotkov starejših oseb.

Načrtovanje oblik varstva starejših oseb v Sloveniji izhaja iz strokovnih načel, ki so predstavljena v konceptu nadaljnjega razvoja. V skladu z določili zakona o socialnem varstvu je treba upoštevati tudi mednarodno sprejete standarde za tiste nove tehnologije, ki jih pri nas šele uvajamo. To velja za storitve, prostore ter za tehnično in tehnološko opremo.

Pri pripravi obeh delov programa so bile upoštevane velike razlike med posameznimi predeli Slovenije v dostopnosti do različnih oblik pomoči in pokritosti z zavodskimi zmogljivostmi, kjer so deleži v zmogljivostih bistveno drugačni od deležev prebivalcev, starih 65 let in več.

Pri načrtovanju celovitega varstva starejših oseb je treba izhajati iz dejstva, da je poleg zadovoljevanja materialnih potreb starejših oseb treba omogočiti tudi zadovoljevanje njihovih nematerialnih potreb. Gre predvsem za medčloveške odnose, kajti osamljenost in marginaliziranost starejših oseb ter brezciljno doživljanje starosti v praksi zelo zmanjšujejo učinek materialne in zdravstvene oskrbe starejših oseb in povzročajo psihosomatska obolenja.

Pri načrtovanju javne skrbi za staro prebivalstvo je bistvenega pomena tudi organizirana priprava sedanje srednje generacije na lastno starost, sicer bo v prihodnje socialna problematika starejših oseb neobvladljiva.

Program je usmerjen na tiste elemente skrbi za starejše osebe, ki sodijo v sklop področja socialnega varstva. Uresničitev njihovih ciljev pa je tesno povezana z drugimi nacionalnimi programi, zlasti s programi na zdravstvenem in stanovanjskem področju. Obravnavani program predpostavlja, da bo v skladu s predlogom nacionalnega programa zdravstvenega varstva prišlo do uresničitve zamisli o

negovalnih bolnišnicah in s tem do zmanjšanja pritiska za sprejeme v domove za starejše. Prav tako predpostavlja, da bodo posebni vidiki in potrebe pri reševanju stanovanjske problematike starejših našli ustrezno mesto v nacionalnem stanovanjskem programu.

Naraščanje starejših skupin prebivalcev postavlja državo pred zahtevne naloge pri ohranjanju možnosti za razvijanje dosedanjih formalnih oblik pomoči starejšim osebam ter hkrati terja organiziran način razvijanja novih oblik.

7 TEORIJE STARANJA

Ramovš (2014) opisuje staranje kot naraven pojav, prisoten povsod po svetu. To lastnost imajo vsa bitja in nihče ji ne more ubežati. Staranje je dolgotrajen proces in prizadene vse večcelične organizme ter posledično vodi v upad življenjskih funkcij. Samo staranje je kompleksen pojav. Vzroke za nastanek staranja pojasnjuje več teorij. Na hitro bi lahko teorije staranja razdelili na tiste, ki razumejo staranje kot posledico dejavnikov iz okolja, in pa na tiste, ki zagovarjajo vpliv genetskih lastnosti. Ne glede na to imata oba našteta dejavnika vpliv na potek staranja.

Poznamo več vrst staranja, na primer kronološko starost, ki je določena z rojstvom. Na to starost nimamo vpliva, saj označuje leta, ki so pretekla od rojstva. Biološko starost drugače imenujemo tudi funkcionalna starost. Določa delovanje osnovnih telesnih funkcij in procesov ter jih primerja z ostalimi ljudmi enake kronološke starosti. Ta ocenjuje, kako posameznik opravlja osnovne življenjske dejavnosti primerno svojim letom, pri tem se ocenjujejo vrednost krvnega tlaka, gibljivost telesa, mišična moč, sluh ter vid itd. Psihična ali doživljajska starost opredeljuje odnos do staranja – določa, kako starostnik sprejema in doživlja svoja leta. Na biološko in psihološko starost lahko le delno vplivamo, zelo pomemben pa je način življenja (Fink idr., 2012).

Poljšak in Lampe (2011, str. 1–2) sta razdelili teorije staranja na **evolucijske, molekulske ali celične in sistemske**.

Evolucijska teorija je povezana z zmanjševanjem selekcijskega pritiska. Vse vrste organizmov stremijo k ohranjanju vrste, zato je selekcijski pritisk v mladosti oz. v reproduktivni dobi najmočnejši, s staranjem populacije pa se ta pritisk postopoma zmanjšuje. Tako organizmi, ki ohranjajo vitalnost, v starosti pešajo. Z evolucijskega stališča gledano je te organizme nesmiselno vnaprej vzdrževati, ko potomci postanejo samostojni. Avtorja navedeta primer, kako je včasih primanjkovalo hrane, kar je organizme postavilo pred vprašanje, ali bo energija raje namenjena za reprodukcijo ali za ohranjanje celic (Poljšak in Lampe, 2011, str. 3). Preživetje vrste je povezano s selekcijo tistih lastnosti, ki omogočajo, da imajo odrasli osebki plodne potomce. Starost torej ni evolucijsko privilegirano obdobje, zato mehanizmi, ki ohranjajo vitalnost v starosti, niso tako dovršeni kot v mladostnem obdobju (Zorec, 2010, str. 38).

Sistemska teorija se deli na nevroendokrino teorijo, ki s staranjem povezuje spremembe v živčnem sistemu in posledično tudi porušeno ravnovesje hormonov, in na imunološko teorijo, ki trdi, da se s starostjo zmanjšuje učinkovitost imunskega sistema, kar privede do okužb in kroničnih vnetij (Poljšak in Lampe, 2011).

V obdobju staranja se spremeni intenzivnost izražanja nekaterih proteinov, s tem pa se spremeni tudi reparativna kapaciteta celice. Ker pa se vpliv škodljivih dejavnikov v okolici ne zmanjša, se začnejo poškodbe na molekulski ravni v celici kopičiti. Organizem se torej stara, ker se starajo njegove celice. Zorec (2010, str. 39) navaja manjše teorije, ki sodijo v vejo **molekulske teorije**. Te teorije so:

- Genetske teorije, ki razlagajo, da je staranje povezano z dednimi lastnostmi, ki se pokažejo ob določenem časovnem obdobju. Zato obstajajo tudi omejitve, ki določajo maksimalno delitev določene vrste celic.

- Mutacijska teorija, ki zagovarja stališče, da staranje povzročijo naključne poškodbe DNK, ki vzdržuje procese v telesu.
- Teorija obrambe, poškodb in popravljanja, ki razlaga staranje kot posledico poškodb celic in organov zaradi delovanja metaboličnih procesov.
- Teorija krajšanja telomerov, ki ščitijo konce kromosomov in se skrajšajo pri vsaki delitvi celice. Vendar ta teorija ne more razložiti staranja postmitotičnih celic, ki izgubijo sposobnost delitve celic že pred rojstvom. Med te spadajo živčne in mišične celice. Telomeri so konci kromosomov v evkariontskih celicah, kjer se DNA med replikacijo podvaja z encimom telomeraza. Če so ti encimi okvarjeni ali jih primanjkuje, se kromosomi ne podvojijo popolnoma. Med podvojitvami se skrajšujejo. S tem se izgubljajo geni, kar določa omejeno življenjsko dobo celic. Različne celice imajo različno dolge telomere, še posebej dolgi so v spermijih, celicah zarodka in v rakavih celicah.
- Teorija prostih radikalov pa razlaga staranje kot posledico neprestanega delovanja prostih radikalov na celični ravni in s tem povečanega kopičenja nastale škode v celicah. Ta teorija je tudi najbolj uveljavljena na področju gerontologije (Poljšak in Lampe, 2011, str. 4).

Uporabnost teorij je v tem, da podajo osnovo za razmišljanje in smernice za uporabo določenih podatkov. Vsaka teorija staranja naj bi razložila naslednje (Milavec Kapun, 2011, str. 11–12):

- pojav izgube fizioloških funkcij starajočega se človeka,
- izgube funkcij so napredujoče,
- ni mogoča notranja reparacija, njihovo popravilo,
- nastajajo pri vseh ljudeh.

8 STAROSTNE SPREMEMBE

8.1 Fiziološki vidik

Staranje je naravni proces, ki prinaša številne biološke spremembe v telesu. Te spremembe se pojavljajo na molekularni, celični, tkivni in organski ravni ter vplivajo na različne telesne funkcije. Čeprav so biološke spremembe pri staranju neizogibne, se raziskovalci trudijo razumeti njihove mehanizme in ugotoviti, kako lahko vplivajo na proces staranja.

Molekularne spremembe:

- Telomeri: Na koncih kromosomov se nahajajo telomeri, ki se med vsako celično delitvijo skrajšajo. S staranjem se telomeri postopoma krajšajo, kar lahko vpliva na stabilnost celic (López-Otín idr., 2013; Willeit idr., 2010).
- DNA poškodbe: Akumulacija poškodb na DNA se s staranjem povečuje, kar lahko vodi do genetskih napak in pospeši proces staranja (Gensler in Bernstein, 1981, str. 279).

Celularne spremembe:

- Celična delitev postane manj natančna s staranjem, kar lahko privede do nastanka nenormalnih celic.
- Apoptoza: Programirana celična smrt se lahko zmanjša, kar vodi v kopičenje poškodovanih ali nepravilnih celic (López-Otín idr., 2013).

Tkivne spremembe:

- Izguba kolagena in elastina: Koža izgublja elastičnost in postane bolj nagnjena h gubam zaradi zmanjšane proizvodnje kolagena in elastina.
- Izguba mišične mase: S staranjem se zmanjšuje mišična masa, kar lahko vpliva na telesno moč in gibljivost (Fisher idr., 2002, str. 1463).

Organske spremembe:

- Spremembe v kardiovaskularnem sistemu: Arterije postanejo manj elastične, kar lahko poveča tveganje za bolezni srca in ožilja (Morrison in Baxter, 2012, str. 240).
- Spremembe v možganih: Zmanjšanje števila nevronov in spremembe v nevrotransmitorjih lahko vplivajo na kognitivne funkcije (Morrison in Baxter 2012, str. 241).

Imunološke spremembe:

»Zmanjšanje učinkovitosti imunskega sistema lahko poveča občutljivost na okužbe in vpliva na celjenje ran.« (Franceschi in Campisi, 2014, str. S4).

Presnovne spremembe:

Upočasnjenost metabolizma: Presnovna hitrost se zmanjšuje, kar lahko vodi v povečanje telesne mase.

Raziskave na področju »anti-aging« medicine in gerontologije se osredotočajo na identifikacijo potencialnih terapevtskih ciljev in ukrepov, ki bi lahko podaljšali zdravo življenjsko dobo in zmanjšali tveganje za starostne bolezni (Cantó in Auwerx, 2009, str. 326).

Staranje je odvisno od spola, rase, izobrazbe, etičnega in družbenega okolja ter od same zemljepisne lege. Na proces staranja pa lahko vplivamo tudi sami, in sicer z načinom življenja. Velik vpliv imajo prehrana ter različne razvade, kot so poživila, kajenje, alkohol, pomanjkanje gibanja ipd. Na staranje vplivajo še psihična uravnovešenost, stabilnost in socialno okolje. Tako so nekateri starostniki popolnoma samostojni in aktivni vse do konca življenja, drugi pa potrebujejo vedno več pomoči zaradi bolezni, fizičnih in psihičnih težav ter neurejenih socialnih razmer. Poleg procesa staranja se v telesu dogajajo tudi spremembe, ki so pogojene s starostjo. Spremembe opazimo tako na telesnem, psihičnem kot socialnem področju. Te spremembe ne sodijo med bolezenske, tudi če imajo podoben in sočasen potek, zato težko določimo razliko med bolezenskimi in starostnimi spremembami, ker tudi s starostjo narašča razvoj različnih bolezni (Dziechciaż in Filip, 2014*)*.

8.2 Biološki vidik starostnih sprememb

Biološke spremembe staranja se najbolj kažejo na oslabeli funkciji delovanja organov. Močno se zmanjša regeneracijska sposobnost in začnejo naraščati procesi razgradnje. Posledice staranja so vidne in se že opazijo na samem videzu starostnika. So pa tudi skrite spremembe, ki so očem nevidne, a povzročajo zmanjšano zmogljivost organizma in slabšanje delovanja telesnih organov. Začnejo se vidne spremembe na koži, laseh in nohtih. Koža je zaradi svoje velike površine in neposrednega stika z okoljem najbolj dovzeten organ za spremembe. Z leti postane ohlapna, tanka in zgubana, suha, slabše prekrvavljena, bolj dovzetna za okužbe, se hitro poškoduje in se dolgo celi. Na koži se začnejo pojavljati pigmentna znamenja ali starostne pege. S starostjo je povezano tudi zmanjšanje podkožnega maščevja, kar privede do krhkosti kapilar in posledično tudi več modric. S staranjem se zmanjšajo tudi velikost, število in aktivnost kožnih žlez. Lasje pa z leti izgubijo pigment in posivijo. Tudi dlakavost po telesu se z leti spreminja. Okoli spolovila, pod pazduhami in pri moških po prsih se dlakavost zmanjšuje, začne pa se pojavljati na netipičnih mestih po telesu, kot je v nosu, ušesih in pri ženskah na bradi. Nohti postanejo trši, lomljivi, hrapavi, izgubijo lesk, lahko pa so tudi deformirani, kar je posledica zmanjšane prekrvavljenosti prstnih jagodic (Fink idr., 2012).

Spremembe, povezane s staranjem, so opazne tudi na kosteh, ki postanejo krhke in lomljive. Spremembe na kosteh in mišicah torej povzročijo pri starostniku okornost in bolečine. Struktura kosti se spremeni, kar povzroči njihovo manjšo prožnost in posledično večje tveganje za poškodbe in zlome. Pomanjkanje kostnine privede do patoloških stanj organizma, kot je osteopenija, ki se pojavi zaradi spremenjenega razmerja med izgubljeno in obnovljeno kostno maso, ter osteoporoza, ki je bolezen kosti in se kaže z zmanjšanjem gostote kosti in s spremembami v sami strukturi kosti. Pridružijo se tudi degenerativne bolezni lokomotornega sistema. Obnova kostne mase je upočasnjena zaradi zmanjšanega izločanja rastnega hormona. Zelo značilna je majhna poškodba ob padcu s stojne višine. Najpomembnejši zlomi zaradi osteoporoze so zlomi vretenc, kolka in podlahti nad zapestjem. Mišična masa se zmanjša zaradi atrofije mišičnih vlaken, zato postanejo mišice ohlapne. Sklepni hrustanci postanejo slabše gibljivi in boleči, kar starostniku onemogoča normalno gibanje. S pomočjo aktivne vadbe je mogoče upočasniti hitrost propada mišične mase (Fink idr., 2012).

Starostnik z leti izgublja zobe, občutek za okušanje hrane, izločanje sline, pomanjkljivo prebavljanje hrane, sluznica ustne votline se tanjša, kar privede do pogostejših okužb v ustni votlini. Prisotne so spremembe na dihalih – starostnik težje diha in se hitreje utrudi. Žile v telesu izgubljajo prožnost. Veliko nevarnost predstavljajo aterosklerotične spremembe ožilja. Srčna funkcija peša, starostniki težje prenašajo večje napore, imajo težave z odvajanjem vode, pogosta je inkontinenca ali težave s povečano

prostato pri moških. Zraven se pridružujejo težave z vidom, slabšim sluhom in vonjem. Upočasnjeni so refleksi, pojavijo se motnje v ravnotežju, nestabilna hoja in pogoste vrtoglavice (Fink idr., 2012).

8.3 Psihični vidik starostnih sprememb

Na psihične spremembe v procesu staranja vplivajo mnogi dejavniki, kot so: stopnja izobrazbe, inteligentnost, aktivnost posameznika, njegovo zdravstveno stanje, poklic, spodbujajoče okolje, samopodoba, lasten odnos do življenja, okolja, sveta in pozitivna naravnanost. Starost prinese različne čustvene spremembe. Mišljenje in interesi se povezujejo s preteklostjo, še posebej pri tistih, ki so dosegli pomembnejše življenjske uspehe. Motivacija za ustvarjanje peša. V ospredju se kaže interes za rutino, prilagajanje terja izgubo energije, starejši lahko vztrajajo pri svojih navadah in so za novosti manj dovzetni. Veliko bolj se ukvarjajo sami s seboj, lahko postanejo egocentrični, interesi in potrebe drugih so manj pomembni. Pogosto so osredotočani na svoje zdravstvene in socialne težave. Psihične spremembe se kažejo kot duševna utrujenost, saj se zmogljivost za psihično delo zmanjša (Fink idr., 2012).

Starejši spremenijo interese zaradi sprememb, povezanih s staranjem. Izgubijo motivacijo za novosti in stremijo k rutini. Lahko postanejo zanemarljivi do drugih in skrb posvečajo le sebi. Psihične spremembe opazijo tudi v duševni utrujenosti, ker se zmanjša zmogljivost za psihično delo. Psihične spremembe lahko upočasnimo z redno miselno aktivnostjo (Fink idr., 2012).

Začetni znaki demence so pogosto podobni simptomom drugih telesnih ali duševnih bolezni, kot so razdražljivost, motnje razpoloženja, depresivne epizode in izguba interesa za zunanji svet. Starostniki lahko izgubijo zanimanje za dogajanje v okolici ali družabna srečanja ter se raje zadržujejo v znanem družinskem krogu, ki jim nudi občutek varnosti. Pojavijo se lahko spremembe v osebnosti, kot so pretirana natančnost ali površnost ter osredotočenost na posamezne ideje ali dejanja, ki so lahko neustrezna v danem trenutku. Osebe, ki so bile prej resne in zadržane, lahko postanejo nenavadno šaljive z oslabljenim občutkom za oliko, oblačenje ali osebno nego. Ob izgubi bližnjih ne pokažejo običajne stiske ali pa postanejo sumničavi. Med pogovorom težje najdejo posamezne besede ali jih izpuščajo, težje sledijo daljšim in zahtevnejšim pogovorom ter imajo težave z razumevanjem simbolnega izražanja. Pozabljivost in pešanje umskih sposobnosti lahko opazijo tudi sami, kar vodi v upad samospoštovanja, depresijo, razdražljivost in jezo (Kogoj, 2011).

8.4 Socialni vidik starostnih sprememb

Socialne spremembe zajemajo načine doživljanja staranja posameznika v odnosu do družbe. Človek se na prehodu v obdobje starosti spopada s spremembami, ki so večinoma povezane z njegovim življenjskim stilom, eksistenco in osebno identiteto. Sooča se z upokojitvijo, odhodom otrok od doma (fenomen praznega gnezda), z izgubo partnerja, smrtjo prijateljev, boleznijo, s težavami s spolnostjo, z odhodom v domsko varstvo in spremenjenim finančnim stanjem.

Socialne spremembe so povezane z vključevanjem starostnika v družbo in njegovo vlogo v njej. Ob vstopu v zadnje starostno obdobje se človek spopada z odhodom otrok od doma, upokojitvijo, zmanjša se finančna stabilnost, pridruži se izguba partnerja, prijateljev. Začnejo se težave s samostojnim opravljanjem opravil in vedno večjo potrebo po pomoči drugih. Starostnik se lahko priključi v domsko

oskrbo. Vse navedeno pa pri starostniku povzroča občutke prizadetosti in izgubo lastne vrednosti (Fink idr., 2012).

Socialne motnje v starosti, ki otežujejo medsebojne odnose med ljudmi, bi lahko razdelili na tri tipe glede na psihopatologijo (Fink idr., 2012):

- agresivno obtožujoč starostnik se veliko prepira in vse obsoja, tožari in vključuje sodišča;
- depresivno tarnajoč star človek je zagrenjen, črnogled, tarna, vidi vse slabo, se smili samemu sebi;
- histerično sebičen star človek svoj narcizem izkazuje kot nemočen in pri soljudeh vzbuja usmiljenje, lahko pa je odmaknjen, grozeč, pretirano natančen.

9 INTEGRIRANA DOLGOTRAJNA OSKRBA IN ZDRAVSTVENA NEGA

Staranje prebivalstva je neizogiben proces, ki ga povzročata predvsem daljša pričakovana življenjska doba in nižja stopnja rodnosti. Po podatkih iz leta 2009 je na svetu živelo približno 600 milijonov starejših ljudi, kar je trikrat več kot pred petdesetimi leti. Projekcije kažejo, da naj bi sredi 21. stoletja število starejših doseglo približno dve milijardi, kar pomeni ponovno trikratno povečanje v primerjavi s preteklimi petdesetimi leti. Raziskave napovedujejo, da bo leta 2050 delež oseb, starejših od 65 let, dosegel 21,8 % celotnega prebivalstva (Vertot, 2009).

Osebe, stare 80 let in več, predstavljajo najstarejšo starostno skupino, ki se letno povečuje za 3,8 odstotkov in trenutno predstavlja 11 odstotkov vseh starejših prebivalcev sveta. Po pričakovanjih bo do sredine 21. stoletja petina vseh starejših dosegla starost 80 let ali več. Leta 1999 je bilo na svetu približno 145.000 stoletnikov, do leta 2050 pa naj bi se to število povečalo na 2,2 milijona. Napovedi tudi kažejo, da se bo delež oseb, starejših od 60 let, povečal z nekaj manj kot 11 odstotkov svetovnega prebivalstva v letu 2009 (739 milijonov) na 22 odstotkov do leta 2050. Tako bo leta 2050 skoraj vsak deseti prebivalec starejši od 80 let. Če se bo trend nizke rodnosti nadaljeval, bo leta 2050 na svetu prvič več starih ljudi kot otrok (Vertot, 2009).

V zadnjih letih je dolgotrajna oskrba postala ključni del socialnih politik v državah Evropske unije in drugih gospodarsko razvitih državah, predvsem zaradi staranja prebivalstva, ki prinaša nove izzive za sodobne družbe. Mnoge države niso bile pripravljene na te demografske spremembe in se soočajo s težavami pri zagotavljanju ustrezne oskrbe. Pomemben prispevek k organizaciji bolj integrirane oskrbe je britanski projekt *Kent Community Care Project*, opisan s strani avtorjev Davies in Challis (2004). Bil usmerjen v zagotavljanje učinkovite oskrbe na domu za slabotne starejše ljudi. Vzpostavil je model, ki je predstavljal realno alternativo institucionalni oskrbi (Challis, 2004). Ciljal je na izboljšanje metod za uspešno in učinkovito trajno oskrbo različnih skupin prebivalstva ter na povezovanje razdrobljenih storitev v organiziran vzorec oskrbe, ki bi predstavljal realno alternativo institucionalni oskrbi za slabotne starejše ljudi. Težil je k zagotavljanju izboljšanih metod, ki bi prispevale k uspešni in bolj učinkoviti trajni oskrbi različnih skupin prebivalstva. Povezavo razdrobljenih storitev v organiziran vzorec oskrbe in bolj fleksibilne odzive na dejanske potrebe so omogočale organizacijske spremembe. Ta vzorec pa bi zagotovil realno alternativo institucionalni oskrbi različnih skupin, predvsem starejše populacije (Challis, 2004, str. 87).

V 20. stoletju je dolgotrajna oskrba postala pomemben družbeni izziv zaradi staranja prebivalstva in demografskih sprememb. Ključno vprašanje je, kako starejšim osebam kljub naraščajoči odvisnosti zagotoviti podporo, ki jim omogoča ohraniti želen način življenja (Flaker idr., 2008). S staranjem prebivalstva narašča tudi potreba po pomoči pri vsakodnevnih dejavnostih, kar povečuje povpraševanje po socialnovarstvenih storitvah v sodobnih družbah (Huber in Hennessy, 2005, str. 200).

Socialnovarstvena dejavnost vključuje preprečevanje in reševanje socialnih težav posameznikov, družin in skupin prebivalstva, kot je opredeljeno v Zakonu o socialnem varstvu (2007). Socialnovarstveni program sprejme državni zbor, ki določi strategijo razvoja socialnega varstva, opredli prednostna področja, specifične potrebe oziroma možnosti posameznih območij ter določi mrežo javne službe, ki jo zagotavlja država (ZSV, 2007, čl. 2).

Da bi zagotavljale učinkovito uresničevanje pravic starejših oseb do socialnega varstva, se države oziroma vlade pogodbenice članice Sveta Evrope zavezujejo, da neposredno oziroma v sodelovanju z javnimi ali zasebnimi organizacijami sprejmejo in spodbujajo ustrezne ukrepe, katerih namen je, da omogočijo starejšim ljudem, da ostanejo polnopravni člani družbe tako dolgo, kot je mogoče s pomočjo:

- ustreznih sredstev, ki jim omogočajo spodobno življenje, aktivno vlogo v javnem, družbenem ter kulturnem življenju;
- informacij o službah oziroma možnostih, dosegljivih starejšim osebam, in o priložnostih, da jih uporabijo;
- omogočijo starejšim osebam, da si svobodno izberejo svoj življenjski slog in živijo samostojno v domačem okolju tako dolgo, kot želijo oziroma zmorejo, ob pomoči: nastanitve, prilagojene njihovim potrebam oziroma zdravstvenemu stanju, ali ustrezne pomoči pri prilagajanju njihove nastanitve, zdravstvene nege ter storitev, ki jih potrebujejo glede na svoje stanje;
- jamčijo starejšim osebam, ki živijo v ustanovah, ustrezno pomoč, pri tem pa spoštujejo njihovo zasebnost in sodelovanje pri odločitvah, ki se nanašajo na življenjske razmere v ustanovi (Zakon o ratifikaciji socialne evropske listine, 1999).

Namen sistema socialnega varstva v Republiki Sloveniji je omogočiti socialno varnost ter socialno vključenost državljanov in tudi drugih prebivalcev Republike Slovenije. Cilji, ki se še vedno želijo doseči, so izboljšanje kakovosti življenja ljudi, povečanje družbene povezanosti (kohezije) in socialne vključenosti vseh prebivalcev, zmanjšanje revščine ter povečanje socialne vključenosti, izboljšanje razpoložljivosti, pestrosti socialnovarstvenih storitev in programov ter krepitev kakovosti in razvoja na področju socialnega varstva (Resolucija … 2022–2030, 2022).

Konec leta 2011 je bilo ljudi, starejših od 65 let, uporabnikov pomoči na domu 5834. Cilj resolucije je bil, da bo 3,5 % ciljne populacije oziroma 14.000 ljudi dnevno vključenih v obravnavo različne oblike pomoči na domu, vključno z oskrbo v oskrbovanih stanovanjih, kar se organizira na ravni občine (Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013–2020, 2013).

Sistem socialnega varstva vključuje:

- preventivne programe za preprečevanje pojava socialnih stisk in težav (World Bank, 2025),
- programe, storitve, prejemke, ki so namenjeni odpravljanju socialnih stisk, težav posameznikov ali skupin in delujejo znotraj ter zunaj mreže javne službe (International Labour Organization, 2024),
- javna pooblastila, ki so naloge in ukrepi, ki jih izvajalcem socialnega varstva nalagajo zakoni in drugi predpisi (International Labour Organization, 2024)

Socialno varstvo starejših je opredeljeno v naslednjih zakonskih podlagah:

- Splošna deklaracija človekovih pravic,
- Ustava Republike Slovenije,
- Zakon o ratifikaciji socialne evropske listine,
- Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva,
- Zakon o socialnem varstvu,
- Zakon o socialnovarstvenih prejemkih,
- Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev,
- Družinski zakonik,
- Uredba o merilih za določanje oprostitev pri plačilih socialnovarstvenih storitev,

- Zakon o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev,
- Zakon o dolgotrajni oskrbi.

Mnogi ljudje v določenih obdobjih svojega življenja potrebujejo dodatno pomoč zaradi bolezni ali začasne nezmožnosti. Pri nekaterih pa se zaradi starosti, duševnih bolezni, invalidnosti ali motenj v čutnem zaznavanju pojavi stalna potreba po trajni oskrbi. Tudi osebe s težavami zaradi drog ali alkohola ter tiste s progresivnimi boleznimi, kot sta AIDS ali multipla skleroza, lahko potrebujejo skupnostno oskrbo. Bela knjiga iz leta 1989 poudarja, da mora skupnostna oskrba zagotavljati ustrezno stopnjo intervencij in podpore, ki ljudem omogoča največjo možno neodvisnost in nadzor nad lastnim življenjem (Means idr., 2008).

Tudi pri nas se izvajajo storitve dolgotrajne oskrbe, ampak pomanjkljivo in nezadostno. To področje dolgotrajne oskrbe je premalo povezano in izvajano v premajhnem obsegu. Treba ga je reformirati in vpeljati sistemsko bolj učinkovite aktivnosti dolgotrajne oskrbe, saj to od nas zahtevajo novonastale demografske značilnosti družbe, porast kroničnih bolezni ter njihove mnogovrstne posledice. Ker izhaja koncept dolgotrajne oskrbe iz posledic demografske krize, jo kot povod za uvajanje dolgotrajne oskrbe spremlja tudi kriza solidarnosti, vzajemnosti in kriza klasičnih socialnih omrežij. Zato je ena izmed osnovnih in temeljnih nalog in izzivov sistema dolgotrajne oskrbe prav način učinkovite spodbude neformalnih pomoči ter oblikovanje novih omrežij solidarne tovarniške pomoči. Naložba v nov sistem je tudi investicija v uporabnike. Omogoča jim čim dlje ostati v skupnosti oziroma se spet vrniti vanjo. Starejši ostanejo dalj časa aktivni, mlajši pa imajo več možnosti za vključevanje in rehabilitacijo v novem načinu dolgotrajne oskrbe. Slednja naj bi bila tako naložba v samostojnost in aktivnost ljudi, ki bi bili drugače prezgodaj pasivni (Flaker idr., 2011).

Pri pripravi osnutka Zakona o zavarovanju za dolgotrajno oskrbo je Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije definiralo dolgotrajno oskrbo kot »posebno dejavnost, ki se ukvarja s pomočjo osebam, ki ne morejo same opravljati temeljnih življenjskih aktivnosti in so pri tem odvisne od pomoči druge osebe, pri čemer je potreba po pomoči prisotna daljše časovno obdobje, njeni izvajalci pa so poklicni izvajalci in v določenem obsegu tudi ustrezno usposobljeni nepoklicni izvajalci, kot na primer svojci, bližnji, prostovoljci in drugi« (Ministrstvo za zdravje, 2016).

Kot fenomen pa razumejo dolgotrajno oskrbo, ki prinaša veliko novosti na ravni zagotavljanja socialne varnosti (Flaker idr., 2008). Šlo naj bi za popolnoma novo paradigmo, ki presega stare organizirane oskrbe, zahteva nove načine pristopa k človeški stiski, spreminja status uporabnikov in bistvo procesov pomoči. Temelji namreč na storitvah po meri, na individualnih storitvah, ki si jih uporabnik lahko izbere na podlagi svojih želja in potreb.

Enakopravno vključevanje starih ljudi v družbo je še naprej zelo pomembno pri trajnostni oskrbi. Najti je treba takšne načine stimulacij, ki bodo pri ljudeh spodbudili načrtovanje in skrb za lastno prihodnost. To pomeni, da je treba oskrbo strukturirati tako, da bo delovala v skladu s človeško naravo – da bo v njihovem lastnem interesu. Stari ljudje si vedno bolj želijo ohraniti svoje dostojanstvo, kar lahko dosežemo s tem, da jim dopustimo samostojno izbiro vrste oskrbe, ki jo plačajo, namesto da jim v okviru socialnih služb dodeljujemo standardizirane pakete oskrbe. Treba bi bilo vpeljati tak sistem, ki bi ljudem dajal občutek vpletenosti in vključenosti v dogajanje. Ljudje niso več pripravljeni sprejemati sistema, kjer nimajo nobene izbire ali nadzora ter se počutijo popolnoma nemočne (Boyle, 2004, str. 213).

Uvajanje dolgotrajne oskrbe je paradigmatski preboj in prelom, ki ustvarja nove obrazce solidarnosti, pomoči in strokovnosti ter ni le nadgradnja obstoječega sistema socialnozdravstvenega varstva. Z

vzpostavljanjem novih organizacijskih struktur in novih mehanizmov zagotavljanja socialne varnosti in načinov zagotavljanja storitev pomoči ter podpore stoji družba pred izzivom, kako na različnih ravneh najti nove odgovore, ki bodo presegli stare delitve, paradokse in krivice, ki so vplivali na ustrezno obravnavo posameznikov in skupin (Flaker idr., 2008).

Tabela 1: *Novosti dolgotrajne oskrbe – nova paradigma*

	STARA PARADIGMA	**NOVA PARADIGMA**
Organizacija ponudbe	Ločeno zdravstveno in socialno varstvo	Posebno polje dolgotrajne oskrbe
Upravičenost	Status in diagnoza	Potrebe
Količina sredstev	Glede na zaposlitev in višino dohodkov	Glede na potrebne storitve
Plačilo	Posredno – prejmejo izvajalci storitev	Neposredno – prejmejo uporabniki
Razmerje do pomočnikov strokovnjakov	Odvisnost in pokroviteljstvo	Neodvisnost in partnerstvo
Položaj uporabnika	Ločenost, razvrednotene vloge	Sodelovanje v skupnosti, cenjene vloge
Organizacija oskrbe	Drama institucionalizacije	Kontinuiteta oskrbe
Metode načrtovanja in izvajanja oskrbe	Standardne storitve, pasivni prejemniki	Storitve, izbrane po meri uporabnika, z upoštevanjem želja
Znanje	Strokovno, aksiomatično	Uporabniško, izkustveno
Neformalni pomočniki	Preobremenjeni in izključeni	Podpora, povezana s skupnostjo
Podoba uporabnika	Nemočen in odvisen	Produktivni potrošnik
Prejete storitve	Glede na ponudbo, tudi nepotrebne	Glede na povpraševanje uporabniki prejmejo natančno to, kar potrebujejo.

Finance	Nejasne	Transparentne

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

V učbeniku so obravnavane temeljne spremembe v pristopu k dolgotrajni oskrbi, pri čemer poudarjajo prehod od stare paradigme, ki ločuje zdravstveno in socialno varstvo, k novi paradigmi, ki temelji na integriranem pristopu in prilagajanju storitev potrebam uporabnikov. Tabela 1 ponazarja te spremembe na različnih področjih, kot so organizacija ponudbe, upravičenost, financiranje in vloga uporabnika (Flaker idr., 2008):

- **Organizacija ponudbe**: Področje dolgotrajne oskrbe je bilo organizacijsko tradicionalno razdeljeno med različnimi sektorji socialne države. Obstajala pa je možnost, da z vzpostavljanjem novega stebra socialne varnosti in nove mreže storitev ustvarimo posebno polje dolgotrajne oskrbe, ki bo integrirano v enoten sistem.
- **Upravičenost**: Dejansko stanje posameznika je bistven premik pri ugotavljanju upravičenosti do storitev, ta pa temelji na njegovih dejanskih potrebah in ne na njegovi diagnozi in statusu.
- **Količina sredstev**: Posameznikova prejšnja zaposlitev in višina dohodka ne določata višine finančnih sredstev, ki jih človek prejme v okviru neposrednega financiranja dolgotrajne oskrbe, ampak jo določa količina potrebnih storitev.
- **Plačilo**: Posredno plačevanje storitev prevladuje v ustaljenem sistemu dolgotrajne oskrbe, kar pomeni, da izvajalci storitev prejmejo finančna sredstva. Bistvena novost pristopov dolgotrajne oskrbe je ta, da sredstva prejmejo neposredno uporabniki.
- **Razmerje do pomočnikov/strokovnjakov**: Neposredno plačevanje oskrbe zagotavlja več neodvisnosti in partnerstvo med uporabniki in izvajalci, medtem ko sistem posrednega plačila storitev postavlja uporabnika v odvisen položaj.
- **Položaj uporabnika**: Uporabnik je ločen od drugih (skupnosti) v odvisnem položaju in mora sprejeti razvrednotene vloge. Neposredno financiranje storitev in partnerski položaj pa uporabniku omogočata sodelovanje v skupnosti in zavzemanje cenjenih vlog. Nov način, ki temelji na partnerstvu in pogodbeni moči uporabnika, ustvarja podobo človeka, ki soodloča in lahko prispeva k skupnosti, medtem ko podoba uporabnika, ki temelji na odvisnem položaju, krepi vtis nemoči in odvisnosti.
- **Organizacija oskrbe**: V tradicionalnem sistemu je organizacija oskrbe izrazito binarna. Uporabnik ima le dve možnosti, in sicer da stopi v institucionalni sistem oskrbe, prejme storitve, ki jih zagotovi država, ali poskrbi sam zase in/ali s pomočjo svojih bližnjih. Več možnosti dolgotrajne oskrbe omogoča nova paradigma, ki se prilagaja individualnim potrebam in željam.
- **Metode načrtovanja in izvajanja oskrbe**: Uporabnik dolgotrajne oskrbe dobi vnaprej sestavljen, standardiziran paket storitev, ki odgovarja nekemu povprečju pri tradicionalnem izvajanju in načrtovanju oskrbe, saj le te temeljijo na standardnih storitvah. Nova paradigma dolgotrajne oskrbe pa temelji na storitvah po meri posameznika, na individualnih storitvah, ki si jih uporabnik izbere neposredno na podlagi svojih potreb in želja.
- **Znanje**: Strokovno znanje potrebujemo za iskanje ustreznih odgovorov za potrebe programa dolgotrajne oskrbe, ki temelji na družbenih normah in se opira na starost uporabnikov, prizadetost … Čedalje bolj pomembno pa postaja v okviru nove paradigme izkustveno uporabniško znanje, ki izhaja iz samih izkušenj in preko uporabnika samega.
- **Neformalni pomočniki**: Tradicionalno delitev med neformalnimi pomočniki na domu in institucionalno oskrbo naj bi novi način oskrbe presegel s kontinuiteto oskrbe, podpiranjem

neformalnih oblik oskrbe in spodbujanjem možnosti, da ostane posameznik čim dlje v svojem okolju. Ustrezna podpora neformalnim pomočnikom bi morala biti ključna naloga, saj so sedaj preobremenjeni ali izključeni iz organizirane pomoči. Potrebna pa je tudi vzpostavitev povezave med uporabnikom in skupnostjo ter neformalnimi pomočniki.

- **Podoba uporabnika**: Pri tradicionalnem sistemu podoba uporabnika temelji na njegovem odvisnem položaju. S tem se pri uporabniku krepi vtis odvisnosti in nemoči. Pri novem načinu dolgotrajne oskrbe pa vse temelji na pogodbeni moči in partnerstvu uporabnika ter s tem ustvarja podobo produktivnega potrošnika, ki lahko samostojno prispeva k skupnosti s tem, da njene člane pritegne kot svoje pomočnike. Ta način ustvarja vtis soodločanja, sodelovanja in večje avtonomije uporabnika.
- **Prejete storitve**: Uporabnik je pri starem načinu dolgotrajne oskrbe prisiljen sprejeti storitve, ki jih včasih sploh ne potrebuje, vendar mu stari model ponuja samo storitve, ki so omejene z obstoječo ponudbo. Novi model dolgotrajne oskrbe pa daje poudarek dejanskemu povpraševanju uporabnikov. To pomeni, da uporabniki prejmejo tiste storitve, ki jih tudi potrebujejo.
- **Finance**: Posamezniku je pogosto nejasno financiranje institucionalne oskrbe kot podpora za tujo nego in pomoč, saj je precej nefleksibilno in netransparentno urejeno. Nova paradigma pa uveljavlja z individualizacijo oskrbe plačevanje individualnih paketov, kar poveča učinkovitost porabe in transparentnost financiranja. Tako financiranje novega modela izhaja iz dejanske porabe. V Sloveniji je dolgotrajna oskrba dolgo temeljila samo na starem modelu, izvajala je izključno institucionalno oskrbo. Zaradi povečanega deleža starega prebivalstva so se šele v devetdesetih letih, ko je na površje prihajala nevzdržnost trenutnega socialnovarstvenega sistema, začele postopoma razvijati tudi oskrba v skupnosti in druge alternativne metode dolgotrajne oskrbe (Flaker in Nagode, 2009, str. 24).

Na področju dolgotrajne oskrbe je postala deinstitucionalizacija ena izmed temeljnih usmeritev tako pri nas kot v drugih evropskih državah. Proces deinstitucionalizacije se je začel vse bolj uveljavljati v sedemdesetih letih prejšnjega stoletja. Na eni strani se je začelo postopno zapiranje velikih ustanov, na drugi strani pa spodbujanje razvoja služb, ki zagotavljajo alternativne oblike oskrbe starih ljudi. Na načelih socialnega pristopa (modela) temelji delovanje novih, drugačnih programov. Zadovoljevanje vsestranskih potreb starih ljudi glede na spoštovanje njihove individualnosti in avtonomije je postalo ključno vodilo alternativnih metod. Gre za uvajanje novih skupnostnih služb, ki bi lahko nadomestile institucionalno obravnavo. Dolgotrajna oskrba se iz velikih ustanov s standardiziranimi oblikami pomoči seli na področje diferenciranih oblik pomoči, ki se usmerjajo k individualizaciji potreb posameznika v skupnosti. Nova paradigma pomeni predvsem spremembo vrednot ter ne le organizacijskih in strukturnih sprememb. Ljudje se morajo zavedati svoje pravice do življenja v skupnosti z drugimi ljudmi, pravice do vključenosti v družbene tokove in pravice do odločanja o svoji usodi, čeprav so bolni, slabotni in manj prisebni (Flaker idr., 2008).

Povečanje kakovosti življenja je cilj skupnostne oskrbe, pri čemer načrtovalci upoštevajo specifične potrebe uporabnikov. Celotno mrežo vseh virov pomoči in storitev vključuje skupnostna oskrba – tako neformalnega kot tudi formalnega dela civilne družbe do storitev javnih služb, ki so skupini uporabnikov ali posamezniku na razpolago (Žnidarec-Demšar, 2003).

Kot usmeritev, zbir načel, metod in postopkov opredeljujemo individualno načrtovanje potreb, ki delujejo v korist ohranitve in/ali večanja obsega vpliva uporabnika na načrtovanje, plačilo, izvedbo in ocenitev prejete storitve. Individualno načrtovanje mora izhajati iz uporabnika samega, kar krepi njegov

vpliv nad celotnim procesom dolgotrajne oskrbe. Možnost izbire in ohranitev vpliva nad pomembnimi življenjskimi odločitvami sta ob tem ključnega pomena (Škerjanc, 2006, str. 96).

Individualno načrtovanje pa obenem prinaša lokalnim oblastem informacije o storitvah, ukrepih in programih za podporo občanom pri upravljanju življenja ter tudi pomemben vpogled v dejansko stanje skupnosti. Vsi podatki, ki so zbrani na lokalni ravni, pa pomagajo tudi državi, saj pokažejo trende, s katerimi omogočajo postavljanje prioritet, učinkovito načrtovanje in sprejemanje ukrepov (Škerjanc, 2006, str.96).

Tabela 2: *Razlike med staro in novo zakonodajo o dolgotrajni oskrbi*

Področje	Stara zakonodaja (ZDOsk-1, ZDOsk-1A)	Nova zakonodaja (ZDOsk-1B, 2025)	Glavna razlika/učinek
Izplačilo denarnih prejemkov	Denarni prejemki so prenehali z dnem smrti upravičenca, neizplačani zneski niso bili izplačani dedičem.	Omogočeno izplačilo zapadlih denarnih prejemkov, ki niso bili izplačani do smrti upravičenca.	Večja pravičnost do dedičev/upravičencev.
Dnevna dolgotrajna oskrba (DO)	Opisana kot institucionalna oblika pomoči v določenem času dneva, brez jasne razmejitve.	Jasno opredeljena: od 6. do 22. ure, uporabnik se vrača domov; vključeni stari starši, razširjen pojem svaštva.	Bolj jasna definicija in širši krog upravičencev.
Upravičenci – tujci	Priznani le državljani RS in stalni prebivalci.	Dodani tuji zavarovanci iz EU, EGP in Švice.	Večja mednarodna skladnost in vključevanje.
Terminologija	Uporabljala se je beseda »storitve« za določene.	Beseda »storitve« zamenjana s »pravice«.	Natančnejša pravna terminologija.
Prispevki	Predvidena obvezna uvedba prispevkov, a zamaknjena.	Prispevki za DO se začnejo pobirati od 1. 7. 2025 (za dohodke po tem datumu).	Jasno določen začetek financiranja sistema.
Oprostitve plačil prispevkov	Ni bila natančno urejena izvedba oprostitev.	Dodano: država krije prispevke za tiste, ki so oproščeni plačila.	Varstvo socialno šibkejših.
Izvajalci DO	Možnost izvajanja preko koncesionarjev,	Uvedba javnega zavoda ali koncesije, ki	Krepitev javne mreže in boljši nadzor kakovosti.

	več nejasnosti glede mreže izvajalcev.	jo podeli država/občina; sklenitev pogodbe o sodelovanju.	
Pogoji prebivanja	Upravičenost vezana predvsem na pravni status prebivanja.	Dodano: oseba mora dejansko prebivati v Sloveniji.	Preprečuje zlorabe.
Osebna asistenca	Ni bila jasno povezana z dolgotrajno oskrbo.	Dodana določba o prenehanju izvajanja osebne asistence kot primerljiva pravica.	Boljša koordinacija med sistemi pomoči.
Prehodne določbe	Uporabniki in oskrbovalci prehajali postopoma, brez jasnih rokov za usposabljanje.	Vsi oskrbovalci z začasnim osebnim načrtom morajo opraviti usposabljanje v enem letu.	Večja strokovnost oskrbovalcev.
Finančna sredstva	Dodatek za pomoč in postrežbo ostal v breme ZPIZ.	Država zagotavlja sredstva za dodatek za pomoč in postrežbo v 2025–2026.	Bolj stabilno financiranje v prehodnem obdobju.

Nova zakonodaja na področju dolgotrajne oskrbe (2025) prinaša predvsem večjo pravičnost (izplačilo zapadlih prejemkov), širši krog upravičencev (tudi tujci, stari starši), jasen začetek prispevkov (1. julij 2025) ter okrepljeno javnost in strokovnost sistema.

Stara zakonodaja (2021–2023) je bila usmerjena v vzpostavitev sistema, vendar je bila deloma nejasna in pomanjkljiva pri financiranju, določitvi izvajalcev in socialnih varovalih (ZDOsk-1, 2023).

9.1 Neformalna oskrba starejših

Človeku pomagajo neformalni pomočniki, ki so predvsem družina v njenem širšem in ožjem smislu, prijatelji in sosedje. Pomembno je, da previdno in skrbno podpiramo, spodbujamo in ohranjamo vse obstoječe neformalne mreže ter hkrati zagovarjamo in varujemo interese vseh članov. Prav te mreže so lahko učinkovit sistem pomoči starim ljudem, hkrati pa tudi preventiva, ki varuje pred poslabšanjem neke situacije in nastajanjem novih težav. Uspešno preprečevanje osamljenosti in izolacije starih ljudi ter nadomeščanje potreb po preselitvi starega človeka iz njegovega primarnega okolja v institucionalno varstvo so pomembne prednosti neformalnih oblik pomoči. Rapoša-Tajnšek poudarja, da je treba previdno in zelo skrbno podpirati in ohranjati obstoječe neformalne mreže. Dobro delujoče in uspešne neformalne mreže so zelo učinkovit vir pomoči starim ljudem in hkrati uspešna preventiva (Rapoša-Tajnšek, 1987).

Individualizacijo dolgotrajne oskrbe in minimaliziranje njene standardizacije poudarja nova paradigma. S svojimi željami in potrebami, pogledom na svet in načinom življenja je vsak človek unikat, čemur pa tradicionalni sistem dolgotrajne oskrbe ni učinkovito in ustrezno sledil. Življenja starih ljudi pa so še posebej ustaljena in individualizirana, zato je njihovo standardiziranje na podlagi formalnih zahtev zaprtega institucionalnega sistema še manj ustrezno (Flaker idr., 2011). Individualizacija pa ne pomeni le bolj učinkovitih in koordiniranih storitev, ampak je tudi pomemben paradigmatski premik v dveh smereh: kontekstualizacije in krepitve moči uporabnikov. Gre za prilagajanje storitev in služb posamezniku in ne več za prilagajanje posameznika storitvam in službam (Flaker idr., 2011).

V večini sodobnih družb in naprednih držav je s preoblikovanjem trajne oskrbe postala dolgotrajna oskrba pomembno sredstvo, s katerim se lahko zagotovi urejena oskrba slabotnim starejšim ljudem. Institucionalna oskrba različnih skupin se je bistveno zmanjšala v tistih deželah, kjer je tovrstna pomoč uspešno in učinkovito vključena v modele socialnovarstvenih programov. V večini primerov je skupnostna skrb še vedno premalo financirana in je potrebna dodatnih izboljšav, saj je povprečna produktivnost nizka. Brez dolgoročnih finančnih naložb in brez vloženega truda pristojnih služb in organov ni mogoče doseči konkretnih in dolgoročnih sprememb (Freeman idr., 2017).

9.2 Družbena vloga starejše populacije

V svetu so že pred časom diskriminacijo starih ljudi označili z besedo »ageizem«. V slovenski socialni prostor je Ramovš za diskriminatoren odnos do starih ljudi vpeljal pojem »starizem«. Starizem ali staromrzništvo pojmuje kot »odpor do starih ljudi, starosti in staranja ter s tem povezano socialno ali psihično zapostavljanje in podcenjevanje starih ljudi zaradi njihove starosti« (Ramovš, 2014, str. 48).

Vsaka kultura in družba pozna razdelitev družbenih vlog, ki se lahko od družbe do družbe zelo razlikuje. Avtorji so soglasni, da sodobna zahodna družba ni ravno naklonjena starim ljudem. Stara generacija je vse bolj odrinjena na rob družbenega dogajanja, odnos družbe do njih pa je poln predsodkov. Zdi se, kot da mlajša generacija stremi k temu, da naj se starejša povsem umakne iz družbenega dogajanja, saj zanje naj ne bi bilo več prostora in je to del njihove družbene vloge. Biti star se razume kot biti neuporaben in odrinjen na rob. Pojem »biti star« ima danes pogosto ponižujoč, sramotilen prizvok. To razraščajoče negativno mnenje današnje populacije o starejši populaciji pušča hude posledice na čustvenem področju že tako osamljene, odrinjene in ranljive starejše populacije. Pogosto se ravno zaradi tega stari ljudje

sramujejo svoje starosti, svojih omejitev in se skrivajo pred svetom. Zato v tej skupini ljudi večkrat beležimo stanje osamljenosti, zavestne osame in izolacije, kar lahko privede tudi do depresivnih stanj (Mali, 2002, str. 317).

Tudi v 21. stoletju se še vedno soočamo s prevladujočim odnosom družbe do starih ljudi, ki je poln predsodkov, nevednosti in stigem. Družba ima do starejših ljudi vse manj spoštovanja, vse manj od njih pričakuje in jih odklanja. S takim vedenjem družba starejši populaciji vsakodnevno sporoča, da se mora umakniti iz družbenega življenja, saj naj bi sodobna družba potrebovala samo mlado in aktivno populacijo za dvig storilnosti. Vendar pa se miselnost mlajše generacije iz leta v leto spreminja. Večina sodobnih družb se zaveda, da prinaša porast deleža starega prebivalstva številne spremembe in s tem tudi izzive (Mali, 2008b).

10 SOCIALNOVARSTVENE STORITVE ZA STAREJŠE

Politika socialnega varstva v Sloveniji temelji na zagotavljanju pogojev, ki omogočajo posameznikom, da skupaj z drugimi člani v delovnem, družinskem in bivalnem okolju uresničujejo svoje razvojne možnosti ter sodelujejo pri doseganju primerljive kakovosti življenja (Nagode idr., 2016).

Mreža socialnega varstva v Sloveniji je razdeljena na tri sektorje:

1. **Javni sektor:** Vključuje centre za socialno delo, domove za starejše občane, centre za pomoč na domu in druge javne storitve v bivalnem okolju. Dejavnost temelji na enakovrednem, neposrednem in spoštljivem odnosu med uporabniki in izvajalci pomoči. Cilj je ravnati v korist posameznika, zlasti v socialnovarstveni dejavnosti.
2. **Zasebni sektor:** Obsega zasebne socialne servise in zasebne domove za starejše ljudi.
3. **Prostovoljni in nevladni sektor:** Vključuje društva upokojencev, skupine za samopomoč, univerze za tretje življenjsko obdobje, prostovoljne humanitarne organizacije, civilne pobude in druge podobne organizacije. Namen skupin za samopomoč je reševanje osebne osamljenosti ter zmanjševanje izolacije starejših ljudi, hkrati pa spodbujajo medgeneracijsko povezanost. Društva upokojencev skrbijo za dobro duhovno in psihično stanje starejših ter vključujejo družbene dejavnosti, materialno pomoč in sodelovanje z nosilci formalne mreže skrbi za starejše. Univerze za tretje življenjsko obdobje pa razvijajo izobraževanje starejših z namenom razumevanja njihovega položaja v družbi, osebne rasti in dejavnega delovanja v skupnosti.

Tabela 3: *Sistem socialnega varstva v Sloveniji*

Sistem socialnega varstva v Sloveniji	
Socialni preventivni program	Namenjen je krepiti vloge starega človeka v družbi.
Storitve za premagovanje socialnih stisk in težav	Prva socialna pomoč: Pomoč staremu človeku pri prepoznavanju težave in posredovanje informacij o obstoječih možnostih pomoči.
	Osebna pomoč: Strukturirana, dolgotrajnejša strokovna pomoč s svetovanjem, vodenjem in usmerjanjem posameznika.
	Pomoč družini za dom: Pomoč v družini sami, storitev za spodbujanje ali ustvarjanje medgeneracijskega sožitja, urejanje medsebojnih odnosov ter skrb za najšibkejše člane družine.

Mali, J. (2008b). *Od hiralnic do domov za stare ljudi*. Fakulteta za socialno delo.

Jana Mali (2008b) analizira razvoj institucionalnega varstva za starejše v Sloveniji. Poudarja, da je sistem socialnega varstva razdeljen na več segmentov, med katerimi so ključni:

10.1 Socialni preventivni programi

Ti programi so namenjeni krepitvi vloge starejših v družbi ter preprečevanju njihove socialne izolacije. Vključujejo priprave na upokojitev, univerze za tretje življenjsko obdobje in skupine za samopomoč.

10.1.1 Storitve za premagovanje socialnih stisk in težav

Miloševič Arnold in Poštrak (2003) poudarjata pomen socialnih preventivnih programov, namenjenih krepitvi vloge starejših v družbi. Ti programi pomagajo pri vključevanju starejših v vsakdanje življenje in pri preseganju njihove marginalizacije. Med takšne programe sodijo priprave na upokojitev, univerze za tretje življenjsko obdobje ter skupine za samopomoč starejših, ki so se sprva razvile v domovih za starejše, kasneje pa tudi izven institucionalnega varstva. Cilj teh programov je preprečevanje socialne izolacije starejših in spodbujanje njihove aktivacije.

Prva socialna pomoč: Vključuje prepoznavanje stiske starih ljudi, posredovanje potrebnih informacij o obstoječih možnostih pomoči in vrstah storitev. Pomembno je, da socialni delavec oz. druga usposobljena oseba pomaga starostniku premagati predsodke do sprejemanja pomoči. Večinoma to storitev opravljajo socialni delavci v centrih za socialno delo in socialni delavci v domovih za stare ljudi.

Osebna pomoč: Pomembno je, da socialni delavec ne upošteva samo materialnega vidika stiske, ampak vidi človeka celostno, v vseh njegovih dimenzijah. Osebna pomoč nudi svetovanje, vodenje in usmerjanje z namenom, da bi mu omogočili razvijanje, dopolnjevanje, ohranjanje in izboljšanje socialnih možnosti (Mali, 2008b).

Pomoč družini na domu: Je pomoč v družini sami, storitev za spodbujanje ali ustvarjanje medgeneracijskega sožitja, urejanje medosebnih odnosov ter skrb za najšibkejše člane (Brišar-Slana, 2003, str. 7–8).

Socialna oskrba na domu: Je ena izmed oblik pomoči družini na domu, namenjena osebam, ki imajo zagotovljene bivalne in druge pogoje za življenje v svojem bivalnem okolju, vendar se zaradi hude invalidnosti, starosti, kronične bolezni ali težje telesne ali duševne motnje ne morejo negovati in oskrbovati sami, njihovi svojci pa take nege in oskrbe ne zmorejo ali zanju nimajo možnosti. Gre za različne organizirane oblike praktične pomoči na domu, s katerimi upravičencem vsaj za določen čas nadomestimo institucionalno varstvo v zavodu, v drugi družini ali v drugi organizirani obliki. Pomoč na domu je izveninstitucionalna oblika socialnega varstva, ki ob organizirani pomoči na domu omogoča starejši in invalidni populaciji, da ostane v svojem socialnem in lokalnem okolju čim dlje avtonomna (Cijan in Cijan, 2003, str. 45–46).

V svoji knjigi *Community Care: Policy and Practice* avtorji Means idr. (2008) poudarjajo, da je domača oskrba nastala kot korektiv institucionalne oskrbe s ciljem, da socialno varstvo starejših čim bolj posnema običajno življenje. Organizirana mreža socialnih storitev v domačem okolju lahko starejšim popolnoma nadomesti ali odloži potrebo po institucionalni oskrbi. Ohranjanje lastnega doma ter s tem neodvisnosti in samostojnosti je za starejše izjemnega pomena. Tri temeljna načela politike skupnostne oskrbe so: želja ljudi po življenju doma, želja po neodvisnosti in nepripravljenost za bivanje v domovih za starejše. Avtorji poudarjajo, da običajni domovi nudijo več zasebnosti, svobode, sproščenosti in domačnosti v primerjavi z institucijami. Stanovalci lastnih domov jih dojemajo kot kraje, kjer se počutijo sproščeno in so obkroženi z njim znano in osebno lastnino.

Organizirana mreža socialnih storitev nosi velik pomen za stare ljudi v domačem okolju, saj lahko ta starim ljudem popolnoma nadomesti ali pa odloži odhod v institucionalno oskrbo za kasnejše obdobje. Ohranjanje lastnega doma in s tem neodvisnosti in samostojnosti je za starega človeka izjemnega pomena, če je to mogoče. Ob tem se seveda moramo zavedati, da se dom in institucija izredno razlikujeta v svojih osnovnih značilnostih. Boljše od institucij so običajne hiše, lastni domovi starih ljudi, saj nudijo več zasebnosti, svobode, sproščenosti in domačnosti. Dejstvo je, da tisti, ki bivajo v lastnih stanovanjih, razumejo svoje hiše kot dom oz. »kraj, kjer se počutijo sproščene in so obkroženi z njim znano in osebno lastnino« (Means idr., 2008). In ravno te glavne značilnosti institucija starim ljudem ne more nuditi v tolikšni meri, kot jim jo nudi dom. Zato je zelo pomembno, da se tudi država ukvarja z različnimi učinkovitimi programi za stare ljudi in spodbuja dolgotrajno oskrbo starih ljudi doma (Means idr., 2008).

Dom pa ni pomemben samo z vidika lastništva, ampak so še bolj pomembna čustva, ki nas vežejo nanj. Res so lahko pozitivna ali negativna, a za večino pomeni dom pozitivno izkušnjo, saj so tam največkrat podpora in ljubeči odnosi. Stari ljudje dom opisujejo kot »star naslanjač ob ognjišču, škripajoča postelja, poliran linolej s svojim zbledelim vzorcem, kredenca s svojo zbirko slik in stranišče s pokvarjenim zapahom, do katerega moramo skozi dež« (Means idr., 2008).

Dom obljublja veliko zadovoljstev in pooseblja na tisoče spominov, zato je na neki način podaljšek osebnosti. V današnjem času se tega vse bolj zavedamo. Prav zato pa postaja oskrba na domu pomemben del organizacije dolgotrajne oskrbe in je tudi glavna tema pravniško-skupnostne oskrbe mnogih naprednih držav, ki se posvečajo potrebam starajočega se prebivalstva (Challis, 2004b, str. 85).

V Sloveniji imamo Zakon o socialnem varstvu, ki določa, kdo, kdaj in kako bo izvajal pomoč na domu. Zakon o socialnem varstvu v 43., 44. in 99. členu določa, da spada organizacija pomoči na domu v pristojnost občine. Občina pa mora s pogodbo z javnim zavodom ali s podelitvijo koncesije zagotoviti mrežo javne službe na tem področju. Javni zavodi ali zasebni izvajalci lahko izvajajo pomoč na domu, vendar samo tisti, ki jim je občina podelila koncesijo/pogodbo za opravljanje te socialnovarstvene storitve (Lebar idr., 2015).

Socialna oskrba na domu je natančneje opredeljena v Pravilniku o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev. Storitev obsega tri sklope opravil:

1. **Pomoč pri temeljnih dnevnih opravilih:** Pomoč pri umivanju, hranjenju, oblačenju slačenju, opravljanju osnovnih življenjskih potreb, nega in vzdrževanje osebnih ortopedskih pripomočkov.
2. **Gospodinjska pomoč:** Nabava živil in priprava enega obroka hrane ali prinašanje enega pripravljenega obroka, pomivanje uporabljene posode, osnovno čiščenje bivalnega dela prostorov in odnašanje smeti, postiljanje in osnovno vzdrževanje spalnega prostora.
3. **Pomoč pri ohranjanju socialnih stikov:** Vzpostavljanje socialne mreže z okoljem, s prostovoljci in s sorodstvom, spremljanje upravičenca pri opravljanju nujnih obveznosti, informiranje ustanov o stanju in potrebah upravičenca ter priprava upravičenca na institucionalno varstvo (Lebar idr., 2015). Do te pomoči so upravičeni vsi tisti, ki jim preostale psihofizične sposobnosti omogočajo, da lahko delajo v bivalnem okolju in z občasno organizirano pomočjo drugih oseb ohranjajo zadovoljivo duševno in telesno počutje. Do pomoči na domu so pod temi pogoji upravičene osebe, stare nad 65 let, ki niso sposobne za popolnoma samostojno življenje zaradi starosti ali pojavov, ki spremljajo starost. Pomoč je namenjena tudi osebam s statusom invalida po Zakonu o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih oseb, ki po oceni pristojne komisije ne zmorejo samostojnega življenja, in pa druge invalidne osebe,

ki jim je priznana pravica do tuje pomoči in nege za opravljanje večine življenjskih funkcij. Sem spadajo tudi kronično bolne osebe in osebe z dolgotrajnimi okvarami zdravja, ki nimajo priznanega statusa invalida in so po oceni centra za socialno delo (v nadaljevanju CSD) brez občasne pomoči druge osebe nesposobni za samostojno življenje, ter hudo bolni otroci ali otroci s težko ali najtežjo motnjo v telesnem in duševnem razvoju, ki niso vključeni v organizirane oblike varstva (Lebar idr., 2015).

Konec leta 2014 so imele slovenske občine sklenjeno koncesijo oziroma pogodbo za izvajanje socialnovarstvene storitve pomoči na domu z 79 različnimi izvajalci. Med njimi je bilo največ centrov za socialno delo, in sicer kar 33. CSD-ji so tisti, ki so med prvimi izvajalci storitve pomoči na domu in so v dobrih 20 letih v slovenskem prostoru med številčnejšimi organizatorji in ponudniki te storitve. Vendar pa v zadnjih letih beležimo kar precejšen upad CSD-ja kot izvajalca pomoči na domu. V letu 2011 je pomoč na domu izvajalo 42 CSD-jev, v letu 2014 pa kar devet manj (Lebar idr., 2015).

V povprečju je v letu 2014 en izvajalec izvajal pomoč na domu za 2,7 občine, podobno kot v letu 2013, ko jo je izvajal za 2,6 občine, in v letu 2012 za 2,7 občine. Največje število občin v povprečju z ostalimi tipi izvajalcev pokrivajo CSD-ji, in sicer kar 3,1 občine na en CSD. Največ jih pokriva CSD Ptuj, in sicer kar 15 občin. Domovi za starejše in posebni socialnovarstveni zavodi pokrivajo povprečno 2,4 občine na en dom. Povprečno število pa iz leta v leto narašča pri zasebnikih s koncesijo občine. V letu 2012 so pokrivali v povprečju 1,9 občine, v letu 2014 pa že 2,2 občine. Od 19 zasebnikov v letu 2014 jih kar deset (52,6 odstotkov) izvaja pomoč na domu v le eni občini (Lebar idr., 2015).

Tabela 4: *Izvajalci pomoči na domu glede na status izvajalcev*

	2007 (januar - junij)	2009 (1. 12.)	2012 (31. 12.)	2014 (31. 12.)			
	N	N	N	N	AS	MIN	MAX
Center za socialno delo	45	43	37	33	3,1	1	15
Dom za starejše in posebni socialnovarstveni zavod	15	16	21	25	2,4	1	8
Specializiran zavod za PND*	3	3	2	2	2,5	1	4
Zasebnik s koncesijo občine**	9	12	17	19	2,2	1	9
Skupaj	**72**	**74**	**77**	**79**	**2,7**	**1**	**15**

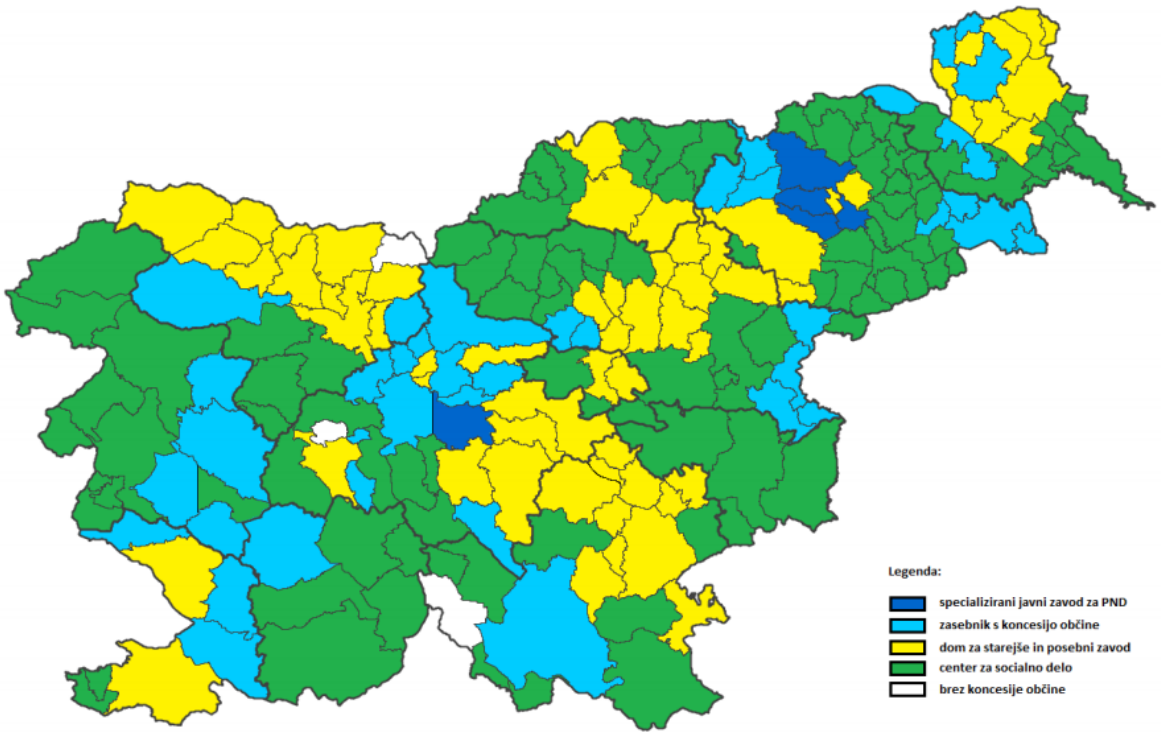
* Na primer Zavod za oskrbo na domu Ljubljana in Center za pomoč na domu Maribor.

** Med zasebnike s koncesijo občine smo uvrstili izvajalce, ki nimajo statusa javnega zavoda, imajo pa s strani občine podeljeno koncesijo za opravljanje pomoči na domu.

Legenda: AS - povprečje oziroma aritmetična sredina; MIN - enota z najmanjšo vrednostjo; MAX - enota z najvišjo vrednostjo.

Lebar, L., Kovač, N. in Nagode, M. (2015). *Izvajanje pomoči na domu: analiza stanja v letu 2014: končno poročilo*. Inštitut RS za socialno varstvo. http://www.vransko.si/wp-content/uploads/zdravstvo-in-sociala/IRSSV-Izvajanje-pomoci-na-domu-analiza-stanja-v-letu2014_koncno.pdf

Slika 1: *Občine glede na status izvajalca (31. 12. 2014)*



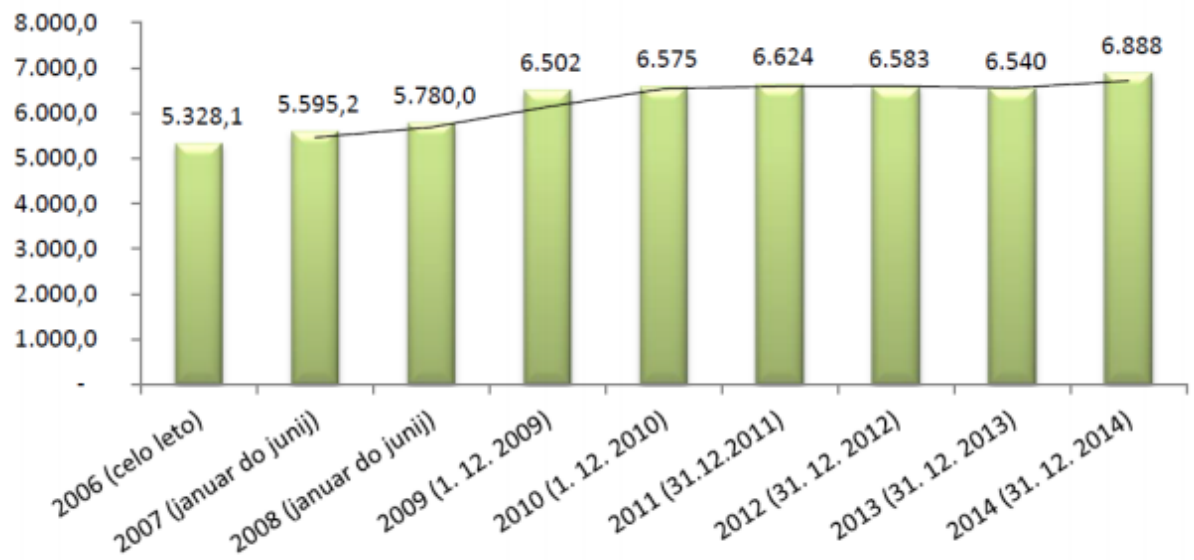
Lebar idr. (2015). *Izvajanje pomoči na domu: analiza stanja v letu 2014: končno poročilo*. Inštitut RS za socialno varstvo. http://www.vransko.si/wp-content/uploads/zdravstvo-in-sociala/IRSSV-Izvajanje-pomoci-na-domu-analiza-stanja-v-letu2014_koncno.pdf

Število vseh uporabnikov, ki so v letu 2014 prejemali pomoč na domu, je bilo 9664, kar je 239 več kot v letu 2013. Največje skupno število uporabnikov so beležili v občinah Ljubljana (1420), Maribor (544) in Celje (442). Precej višje je skupno število uporabnikov od števila uporabnikov na dan 31. 12. 2014, ko jih je bilo 6888. To kaže na precejšnje spreminjaje števila uporabnikov v letu (Lebar idr., 2015).

Na podlagi sinteze različnih raziskav zaznavajo tudi Lebar idr. (2015) veliko fluktuacijo uporabnikov. Ugotavljajo, da se v storitev vključujejo vedno novi uporabniki ter da je manjši delež uporabnikov v storitev vključen več kot sedem let. Za hitro spreminjanje števila uporabnikov sta največja razloga odhod nekdanjih uporabnikov v dom za starejše in smrt uporabnikov.

Glede na starost je bilo v letu 2014 88,7 % uporabnikov starih 65 let ali več. Od leta 2009 delež teh uporabnikov počasi upada (z 12,7 % na 11,3 %). Delež uporabnikov, starih 80 let ali več, pa je v letu 2014 znašal 61,3 % in je v primerjavi z letom 2013 narasel za 0,6 %. Delež žensk v primerjavi z deležem moških narašča z naraščanjem starosti. V starosti 65 let ali več je 68,6 % žensk, pri tistih, ki so stare 80 let ali več, pa ta delež naraste na 72,4 %. V celotni populaciji pomoči na domu je precej več žensk kot moških (Lebar idr., 2015).

Slika 2: *Število uporabnikov pomoči na domu v Sloveniji med letoma 2006 in 2014*



Lebar, L., Kovač, N. in Nagode, M. (2015). *Izvajanje pomoči na domu: analiza stanja v letu 2014: končno poročilo*. Inštitut RS za socialno varstvo. http://www.vransko.si/wp-content/uploads/zdravstvo-in-sociala/IRSSV-Izvajanje-pomoci-na-domu-analiza-stanja-v-letu2014_koncno.pdf

Število uporabnikov pomoči na domu v Sloveniji v letu 2023 je trenutno 9.004 na dan 31. 12. 2023.

S prejemanjem storitve je v tem obdobju prenehalo 4.236 uporabnikov pomoči na domu, medtem ko se je v storitev na novo vključilo 4.722 oseb. Tako se je fluktuacija uporabnikov gibala okoli 32 in 35 %, podobno kot v zadnjih dveh letih. Najpogostejša razloga za hitro spreminjanje števila uporabnikov sta smrt uporabnika (38,2 %) in vključitev v institucionalno varstvo (33,2 %) ter prenehanje potrebe (24,2 %). Poleg navedenih razlogov izvajalci navajajo tudi, da odpoved nastane bodisi zaradi izboljšanja bodisi poslabšanja zdravstvenega stanja uporabnika (npr. storitve ne potrebuje več oz. odide v bolnišnično oskrbo), prenosa oskrbe na neformalne izvajalce (sorodnike, svojce), preselitve v drugo občino ipd. (Inštitut RS za socialno varstvo, 2024).

Flaker idr. (2008) opozarjajo, da potrebujejo ljudje s potrebami po dolgotrajni oskrbi, ki bi še lahko živeli v domačem okolju, predvsem pomoč na domu. Največkrat potrebujejo pomoč v gospodinjstvu, pomoč pri vzdrževanju socialnih stikov in druge oblike podpore, ki bi jim tudi nadalje omogočale bivanje doma. Med težave štejemo visoke stroške za plačilo tovrstne pomoči in pomanjkanje oskrbovancev za kritje vseh potreb.

10.2 Mobilne oblike pomoči

Oblika strokovne pomoči na domu je mobilna pomoč, s katero se osebam z motnjami v duševnem in telesnem razvoju zagotavlja strokovna obravnava na domu. Obsega svetovalno in terapevtsko delo ter opravila in postopke za korekcijo motenj. Usmerjena je na svojce upravičencev ter odvisna od potreb obravnavanih oseb. Namenjena je socialni in psihološki obravnavi, specialnopedagoški obravnavi ter zaposlitvi. Upravičenci do mobilne pomoči so otroci, mladostniki in odrasle osebe z zmerno, težjo ali težko motnjo v duševnem in telesnem razvoju, katerim ta oblika storitve nadomešča vodenje, varstvo in

zaposlitev pod posebnimi pogoji ali institucionalno varstvo. Pri nekaterih je s to pomočjo mogoče pričakovati ublažitev stanja oziroma ohranitev pridobljenih znanj in sposobnosti (Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev, 2010).

10.2.1 Oskrba na domu na daljavo

»Rdeči gumb« je inovativna oblika pomoči na domu v Sloveniji, namenjena trajno bolnim osebam, zlasti starejšim in invalidom. Storitev omogoča nudenje pomoči v domačem okolju uporabnika. Ključnega pomena je obveščanje uporabnikov in skrbnikov ter zagotavljanje pomoči glede na socialne ali zdravstvene potrebe. Storitev vključuje daljinsko varovanje in neposredno pomoč na domu, in sicer s ciljem čim bolj odložiti potrebo po institucionalnem varstvu (Hojnik-Zupanc, 1999, str. 147).

10.3 Institucionalna mreža storitev

Institucionalna mreža storitev v Sloveniji vključuje tri oblike institucionalnega varstva: domove za starejše, dnevne centre in oskrbovana stanovanja. V okviru javne mreže te storitve izvajajo javni domovi za starejše, zasebni domovi s koncesijo ter zasebni domovi z dovoljenjem za delo. Osebe, starejše od 65 let, ter tiste, ki zaradi starosti, bolezni ali drugih razlogov ne morejo živeti doma, se lahko odločijo za bivanje v domu za starejše. Domovi za starejše so oblika socialnovarstvene storitve, namenjene odpravljanju osebnih stisk in težav, ter zagotavljajo celodnevno oskrbo. Institucionalno varstvo vključuje bivanje, organizirano prehrano, zdravstveno varstvo in socialno oskrbo. Poleg tega domovi za starejše izvajajo tudi pomoč posameznikom ali družinam na domu ter pripravljajo družine, okolje in posameznike na starost. Za mlajše invalidne osebe je lahko institucionalno varstvo organizirano v posebnih enotah, kjer se izvajajo gospodarske dejavnosti za izboljšanje kakovosti življenja in varstva starejših oseb (ZSV, 2007).

Po podatkih Skupnosti socialnih zavodov Slovenije je bilo konec leta 2023 s pregledom kapacitet v javni mreži 107 izvajalcev, od tega je bilo 59 javnih zavodov in 48 zasebnikov s koncesijami. Na področju institucionalnega varstva je bilo na dan 31. 12. 2023 zagotovljenih skupaj 22.010 mest, od tega 13.463 mest v 59 javnih domovih za starejše, 6.247 mest v 48 zasebnih institucijah s koncesijo in 2.300 mest za posebne skupine odraslih.

Za primerjavo: konec leta 2015 je bilo v Sloveniji po podatkih Skupnosti socialnih zavodov Slovenije na voljo 20.537 mest v 99 domovih in posebnih zavodih za starejše. Od tega je bilo v 54 javnih domovih za starejše 13.165 mest, pri 40 zasebnih izvajalcih s koncesijo 5.010 mest, v petih posebnih zavodih za odrasle 2.362 mest ter pri dveh izvajalcih z dovoljenjem za delo 161 mest. Povprečna kapaciteta slovenskega doma za starejše je tako približno 200 mest. Z dovoljenjem za delo je na voljo 161 mest pri dveh izvajalcih (Skupnost socialnih zavodov Slovenije, 2017).

Poleg domov za stare ljudi obstajajo še številne druge oblike pomoči, ki omogočajo starejšim bolj ali manj avtonomno bivanje v domačem okolju, a se na celotnem svetu večina še vedno odloči za bivanje v domu za stare.

Jones in Fowles (1984) ugotavljata, da se kljub obstoju številnih oblik pomoči, ki omogočajo starejšim ljudem avtonomno bivanje v domačem okolju, večina po svetu še vedno odloča za bivanje v domovih za starejše. Avtorja poudarjata, da se življenju v institucijah tudi sodobne družbe ne morejo izogniti, kar

potrjujejo številna prizadevanja za zmanjšanje ali odpravo tovrstnih ustanov. Podobno Hojnik-Zupanc (1999) meni, da so institucije kljub širjenju socialnovarstvenih in zdravstvenih storitev na domu še vedno neizogiben del starostnega okolja.

Domačega okolja institucionalno varstvo ne more nadomestiti, se mu pa lahko optimalno približa. Družbo brez institucionalnega varstva starih ljudi si je težko predstavljati. Izziv pa še vedno ostaja, kako bi institucionalno varstvo uredili oz. najbolj približali domačnosti ter ga organizirali tako, da bo na najoptimalnejši način omogočil osebni razvoj in avtonomijo posameznika, saj se prevečkrat zgodi, da institucija ne deluje najboljše za posameznika. Na stare ljudi se gleda kot na skupino in ne individualno (Hojnik-Zupanc, 1999).

V vsakdanjem življenju dojemamo ustanove kot kraj, kjer se dogaja neka vrsta dejavnosti. Goffman, (1961) in Mali (2008b) sta poimenovala tiste ustanove, ki zajamejo vse vidike posameznikovega življenja, denimo delo, zabavo in rekreacijo, kot totalne. Totalnost zajetja je v teh institucijah tudi simbolna, saj jo predstavljajo pregrade, ki so zgrajene med totalno ustanovo in zunanjim svetom. Goffman (1961) opredeli totalno institucijo kot ustanovo, kjer vsi vidiki življenja potekajo na istem kraju in pod isto oblastjo. Vse faze dnevnih aktivnosti potekajo vpričo večine ljudi, ki so enako obravnavani in od katerih ustanova zahteva, da delajo skupaj isto stvar. Za vse dejavnosti institucije obstaja urnik, ki ga od znotraj vsiljuje telo uradnikov in se oblikuje na podlagi formalnega sistema institucionalne dejavnosti. Enoten racionalen načrt institucije sestavljajo razne vsiljene dejavnosti tega formalnega sistema z namenom zadovoljitve njenih uradnih ciljev. Na prvi pogled izgleda, da tako funkcionirajo tudi domovi za stare, vendar lahko to pojmovanje le stežka popolnoma apliciramo na delovanje domov, to pa zato, ker je Goffmanova definicija totalne ustanove idealno tipska. Zato tudi ne moremo govoriti o vseh domovih za stare enako, saj v njih niso prisotne vse značilnosti Goffmanove totalne institucije, značilnosti, ki so prisotne, pa ne obstajajo v idealni obliki.

Večinoma je uporabnik v domu za stare upoštevan in se osebje načeloma prilagaja njegovim potrebam, a to zgolj v okviru delovanja ustanove. V ospredju so še vedno formalni cilji institucije, kot je skrb za množico ljudi, nakopičeni na enem mestu. In prav zato je življenje v ustanovi v veliki večini podrejeno pravilom in birokraciji (Mali, 2008b).

Tabela 5: *Zgodovinski razvoj institucionalnega varstva in modeli domov za stare*

Zgodovinski razvoj institucionalnega varstva in modeli domov za stare	
1946–1964: SKRBSTVENI MODEL	Značilno kategoriziranje in stigmatiziranje starih ljudi. Domovi so nastajali s preimenovanjem ubožnic v domove za stare. Stare ljudi so nameščali v za silo adaptirane in vzdrževane stare gradove in graščine, ki so bili oddaljeni od mest.
1965–1991: SOCIALNO-GERONTOLOŠKI MODEL	Domovi so bili zasnovani kot geriatrične institucije, namenjene starim in predvsem bolnim ljudem. Gerontologija je temeljila na medicini, kar ji je omogočalo klasificiranje ljudi na bolne in zdrave, na normalne in patološke.

	Medicinsko usmerjenost pretrgajo socialni delavci, ki začno v domove vnašati doktrino svojega področja – medsebojno sodelovanje stanovalcev, osebja in svojcev, spodbujanje izražanja čustev stanovalcev in njihove avtonomije.
1991–2000: BOLNIŠNIČNI MODEL	V domove prihajajo stanovalci s čedalje bolj kompleksnimi zdravstvenimi težavami, kar je upravičevalo in utemeljevalo vse bolj medicinsko usmerjenost domov.
2000 →: PREHOD V SOCIALNI MODEL	Poudarek je na individualnem pristopu do posameznika. Sodelovanje socialnih delavcev z osebjem odpira možnosti za enakopravno sodelovanje področij zdravstva in socialnega varstva.

Mali, J. (2008b). *Od hiralnic do domov za stare ljudi*. Fakulteta za socialno delo.

Zgodovinski razvoj institucionalnega varstva razdeli Mali (2008) v naslednje modele:

Skrbstveni model (1946–1964): V tem obdobju usmerjenost institucij še ni bila jasno začrtana, končni učinek tega modela pa je bilo kategoriziranje, izoliranje ter stigmatiziranje starih ljudi. Številni domovi so nastali zgolj s preimenovanjem ubožnic. Ta model je imel manjši poudarek na medicinskih vidikih varstva, starim ljudem pa je zagotavljal socialno eksistenco.

Socialno-gerontološki model (1965–1991): Na podlagi gerontoloških načel so v tem obdobju domovi postali gerontološko-geriatrične institucije. Namenjeni so bili predvsem starim in bolnim ljudem. Takrat je gerontologija temeljila na medicini, kar je klasificiralo ljudi na bolne in zdrave, normalne in patološke. Socialni delavci so pretrgali medicinsko usmerjenost, saj so začeli v domove vnašati doktrino svojega področja. Pomembnejše je postalo medsebojno sodelovanje stanovalcev, osebja in svojcev. Vse večji poudarek pa so dali na spodbujanje izražanja čustev stanovalcev in njihove avtonomije.

Bolnišnični model (1991–2000): Povečano število bolnih starih ljudi je upravičevalo in utemeljevalo medicinsko usmerjenost domov. V domove so prihajali stanovalci s čedalje bolj kompleksnimi zdravstvenimi težavami. Ker so se povečale potrebe po zdravstveni negi in oskrbi, so bili domovi prisiljeni zaposliti več delavcev različnih profilov – največ so zaposlili prav zdravstvenega kadra, bolničarjev, medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov … Ti so posledično v domove vnašali strokovno doktrino. V vseh domovih so bili prisotni socialni delavci, vendar pa njihova prisotnost ni bila zagotovilo za spreminjanje usmeritve domov iz medicinskih v bolj socialne.

Socialni modeli domov za stare (od leta 2000 naprej): Vse pomembnejše mesto dobiva v domovih socialna stroka, ki daje poudarek individualnemu pristopu do posameznika. Pri socialnem modelu gre za poudarek individualnosti, krepi avtonomnost in samostojnost stanovalcev. Vse to z namenom, da bi lažje ohranili vpliv nad lastnim življenjem. Socialni model govori o sodelovanju z osebjem in odpira možnosti za enakopravno sodelovanje zdravstva in socialnega modela.

10.4 Domovi za starejše

V sodobnem času je življenje ljudi tesno povezano z različnimi institucijami, ne da bi se tega sploh zavedali. Začetek življenja se že začne v instituciji – porodnišnici, nadaljuje se v vrtcu, šoli itd. V nekatere institucije vstopamo samo občasno, spet druge pa obiskujemo določeno obdobje v življenju. Ko se konča obiskovanje institucij, se obrnemo na krog družine ter svoj čas preživljamo v drugih socialnih okoljih, ko pa človek preide v zadnje življenjsko obdobje in doživi starostno pešanje in odvisnost od drugih, je najpogosteje vezan na domove za starejše ljudi (Mali, 2008b).

Stališča in mnenja starih ljudi glede domov za stare so zelo različna. Večinoma so odvisni od položaja ljudi, njihovega zdravstvenega stanja ter od okolice, pa tudi od splošne družbene podobe domov v očeh prebivalstva (Mali, 2008b). Negativni vidik, ki vpliva na vsesplošno sprejemanje institucionalnega varstva, počasi izginja prav zaradi spreminjanja drže domov. Dogaja se, da se domovi vse bolj odpirajo navzven in tako prejemajo spodbuden razvoj strok, ki delajo v domovih. Na tak način dobivajo drugačno podobo in vlogo, ta pa se kaže tudi v družbi. Na Fakulteti za socialno delo so izvedli raziskavo *Zgodovina domov za stare v Sloveniji (2005–2007)*, s katero so proučevali razmere v domovih po drugi svetovni vojni in razvoj socialnega dela v domovih. Raziskava je pokazala, da so se domovi za stare ljudi v preteklih šestdesetih letih razvili iz »hiralnic« v zapletene institucionalne sisteme, ki na področju skrbi za stare ljudi opravljajo pomembno vlogo. Na strokovno obravnavo stanovalcev v domu pa je pomembno vplivala vključitev socialnega dela v te sisteme in s tem tudi dvignila kakovost socialnovarstvene storitve pri nas (Mali, 2008b, str. 169–170).

V domovih za stare so nastanjeni ljudje, ki iz različnih razlogov ne morejo več živeti samostojno ali v domačem okolju s pomočjo lastne družine. Že vse to je lahko travmatično, zato načeloma svojci oz. stanovalci pričakujejo, da bo ena ključnih nalog domov čim bolj optimalna nadomestitev domačega okolja. Ustanove bi morale stanovalcu zagotavljati vse tisto, kar mu pomeni dom. Biti bi morale nekakšno varno zatočišče, kjer je lahko takšen, kot je v resnici, kjer se dobro počuti v prostoru, ki mu pripada, se čuti sprejetega, domačega, to pa mu tudi daje občutek stalnosti in zasebnosti. Od zadovoljitve potrebe po zasebnosti, neodvisnosti avtonomnosti ter individualnosti pa je odvisno zadovoljstvo starega človeka. Vendar je realnost drugačna. Institucija le stežka ugodi vsem tem zahtevam, stanovalci imajo bolj malo vpliva na svojo zasebnost, saj se morajo zelo prilagajati domskemu življenju. Težko je, da bi vsakemu posamezniku uresničili želje, da bi nadaljeval enak način življenja kot doma. Zato se zdi, da so vse zgoraj naštete potrebe zgolj nerealno pričakovanje.

Iz preteklosti nosijo domovi za stare še danes s seboj različne slabšalne popotnice, kot so »špitali«, »ubožnice« in »hiralnice«. Takšno dojemanje delovanja teh ustanov na Slovenskem v zgodnjem obdobju njihovega obstoja se je ljudem dodobra vtisnilo v spomin. Ker so domovi takrat kazali takšno sliko, saj so bili namenjeni predvsem ubogim, ljudem brez lastnih sredstev oziroma kužnim bolnikom, nekateri starostniki še vedno doživljajo dom kot nekakšno zadnjo ali končno postajo, kjer bodo životarili in čakali na svojo smrt. Vendar pa se je od takrat v domovih spremenila predvsem vsebina življenja v njih. Danes ponujajo bolj ali manj kakovostne zdravstvene in socialne storitve, imajo veliko bolj usposobljeno osebje, ki skuša čim bolj upoštevati življenjske navade stanovalcev, poleg tega pa skrbijo, da v domovih nenehno potekajo različne dejavnosti, ki omogočajo stanovalcem, da aktivno preživljajo svoj prosti čas (Mali, 2008b).

Osnovni namen tovrstnih institucij je, da zadovoljijo potrebe, ki jih posameznik ne zmore več zadovoljiti sam, ob tem pa se moramo zavedati, da ne gre zgolj za zagotavljanje zdravstvene in medicinske oskrbe.

Vse to se zdi povsem samoumevno, vendar socialna pomoč in moralna podpora postajata vse bolj pomembni (Mali, 2008b). Domovi so družbene institucije, ki zgolj na videz skrbijo za stare ljudi, v resnici pa velikokrat predstavljajo prostor, kamor družba odlaga odvečno in nekoristno delovno silo, ki se je s starostjo iztrošila. Večina institucij deluje kot totalna institucija, kjer se morajo stanovalci brezpogojno prilagoditi domskim pravilom. Prav zato pa postajajo stari ljudje kot uporabniki vse bolj vodljivi in odvisni od pomoči ter dobre volje osebja. Lahko bi rekli, da v Sloveniji še vedno prevladuje že zakoreninjena negativna podoba domov za stare. Med ljudmi prevladuje mnenje, da v teh ustanovah ljudje le umirajo. Tako mnenje pa seveda škodi vsem institucijam, ki se trudijo in uresničujejo svoje poslanstvo zagotavljanja čim prijetnejšega preživljanja starosti stanovalcev, saj jim poleg pomoči pri negi in oskrbi omogočajo vrsto dodatnih aktivnosti, s katerimi popestrijo življenje v domu (Mali, 2008b).

10.5 Dnevno varstvo

Dnevno varstvo je po Pravilniku o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev (z navajanjem letnika 2010 in sprememb v letih 2011–2019) oblika institucionalnega varstva, ki je namenjeno posameznikom, ki še ne potrebujejo celodnevne, stacionarne oskrbe in si želijo oziroma potrebujejo samo pomoč, nadzor ali organizirano obliko bivanja le za določeno število ur dnevno. Pod osnovne pogoje za vključitev oseb v dnevno varstvo spada, da se uporabniki dnevno vračajo domov. Ta dejavnost podaljšuje bivanje ljudi v lastnih domovih ter pomembno dopolnjuje in razbremenjuje družinsko oskrbo.

Ko so družinski člani odsotni ali na dopustu, so dnevni centri rešitev in zadovoljujejo potrebe vseh tistih, ki želijo pomoč, nadzor ali organizirano obliko bivanja za ta čas. Storitve dnevnega varstva so: prehrana, prevoz, zdravstvena in socialna oskrba, varovanje, socialna okupacija in integracija ter razvedrilo (Cijan in Cijan, 2003). Zaradi čedalje večje odsotnosti družinskih članov je dnevno varstvo nujnost in obenem dobra možnost za stare ljudi, da še vedno ostanejo v domačem okolju (Ramovš, 2003).

Dnevno varstvo bi lahko učinkovito razbremenilo oskrbovance, vendar v Sloveniji ta storitev še ni dovolj razvita. Zanimanje zanjo je manjše od dejanskih potreb, kar je posledica finančnih omejitev in odpora starejših do domov za stare. Trenutno so uporabniki dnevnih varstev predvsem osebe z demenco (Hvalič Touzery, 2007).

10.6 Oskrbovana stanovanja

Institucionalno varstvo v oskrbovanih stanovanjih na osnovi Pravilnika o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev (2015) obsega osnovno in socialno oskrbo ter zdravstveno varstvo in nego po predpisih o zdravstvenem varstvu. Oskrbovana stanovanja za stare so namenjena starim ljudem, ki se ne morejo več v celoti oskrbovati ali negovati sami, kljub temu pa lahko še vedno z večjo ali manjšo pomočjo strokovnega osebja živijo razmeroma samostojno življenje. Med osnovno oskrbo, ki jo nudijo strokovni delavci, spadajo pomoč pri bivanju (postiljanje, čiščenje, odnašanje smeti), pomoč pri pranju, sušenju, likanju perila ter organizirana prehrana (prinašanje pripravljenih obrokov, priprava hrane v stanovanju in pomivanje posode). Pomoč pri vzdrževanju osebne higiene, izvajanje dnevnih opravil ter pomoč pri ohranjanju socialnih stikov pa spada med socialno oskrbo. Stanovalcem je v oskrbovanih stanovanjih zagotovljena 24-urna pomoč. Željam in potrebam posameznega upravičenca se prilagodi

obseg in vrsta oskrbe. Večinoma so oskrbovana stanovanja locirana v bližini domov za stare, imeti pa morajo tudi oskrbnika, ki je pravna ali fizična oseba, ki skrbi za 24-urno pomoč stanovalcev oskrbovanih stanovanj. Oskrbovana stanovanja so lahko lastniška ali najemna. Po Sloveniji imamo veliko oskrbovanih stanovanj, in sicer v Celju, Laškem, Šentjurju pri Celju, Logatcu, Medvodah, Impoljci, Ljubljani, Trzinu, Ljutomeru, Mariboru, Novi Gorici, Tolminu, Postojni, Trebnjem in Kranju (Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, 2017). Ko govorimo o tovrstni pomoči, je bivanje v lastnih domovih za mnoge, ki so na visoki stopnji odvisnosti, res najboljša možnost. Vendar pa lahko v resnici 24-urna zdravstvena oskrba in nega prav hitro pomenita izgubo nadzora in zasebnosti, zaradi česar začne dobivati lastni dom podobo institucije (Means idr., 2008).

Ključnega pomena se za učinkovito izvajanje storitev oskrbovanih stanovanj zdi kakovostna ponudba tovrstnih bivališč. Velik poudarek je na pomembnost kakovosti bivališč dajala že Bela knjiga o skupnostni oskrbi iz leta 1989 (»Department of Health«). Prav zato pa je pri skupnostni oskrbi ključnega pomena, da pristojni organi s področja socialne oskrbe tesno sodelujejo s službami za stanovanjske zadeve, z združenji in drugimi ponudniki bivališč vseh vrst. Cilj mora biti kakovostna ponudba kakovostnih stanovanj. Ključne akterje tega projekta pa bi morala voditi želja po razvoju popolne in fleksibilne ponudbe bivališč. Izjemno pomemben vidik oskrbovanih stanovanj je kakovost bivališča, saj je v primeru zagotovljene ustrezne kakovosti več možnosti, da uspe v oskrbovanih stanovanjih starim ljudem ponovno najti občutek doma. V zelo varovanih stanovanjih in v stanovanjih s posebno oskrbo na visoki ravni lahko prav tako najdejo občutek, da so kljub preselitvi še naprej v svojem domu. Zaradi takih ugotovitev ne smemo že vnaprej sklepati, da se stari ljudje ne želijo preseliti v specializirana stanovanjska okolja (Means idr., 2008).

10.7 Kratkotrajne (začasne) namestitve

Kratkotrajne (začasne) namestitve so oblika celodnevnega institucionalnega varstva, namenjena posameznikom, ki imajo sicer zagotovljeno oskrbo izven institucionalnega varstva, vendar zaradi začasnih okoliščin potrebujejo namestitev v domu za starejše. To vključuje primere, ko je običajna oskrba začasno nedostopna (npr. odsotnost svojcev) ali ob akutnem poslabšanju zdravja, kjer je z ustrezno pomočjo mogoče doseči delno samostojnost. Kratkotrajna namestitev običajno traja do tri mesece. V tem času domovi nudijo namestitev, organizirano prehrano, osnovno in dodatno oskrbo, zdravstveno nego, fizioterapijo, delovno terapijo ter vključevanje v aktivnosti v sklopu domskega varstva (Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, 2017).

11 UPORABA TEORIJ ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE V INSTITUCIONALNEM VARSTVU IN DOMAČEM OKOLJU

11.1 Teorija Virginije Henderson

Virginia Henderson je prva teoretičarka, ki je zdravstveno nego opredelila kot samostojno in neodvisno zdravstveno disciplino. Izpostavila je štiri ključne koncepte:

1. **Koncept zdravstvene nege:** Hendersonova je poudarila, da je zdravstvena nega pomoč bolnemu ali zdravemu posamezniku pri zadovoljevanju 14 osnovnih potreb, če ima za to potrebno moč, znanje in voljo. Medicinska sestra mora prilagoditi svoje izrazoslovje znanju bolnika, ugotoviti njegovo voljo ter vzroke brezvoljnosti, da ga pritegne k sodelovanju. Za izvajanje zdravstvene nege je potreben pisni načrt.

2. **Koncept človeka:** Človeka razume kot celovito osebnost, psiho-fizično-socialno enoto, ki potrebuje pomoč pri doseganju zdravja, neodvisnosti ali mirne smrti. Celovitost se odraža v zadovoljevanju 14 osnovnih potreb, ki vključujejo fiziološke, psihološke, religiozne, moralne ter sociološke vidike.

3. **Koncept okolja:** Hendersonova okolje omejuje na bolnišnico in ožjo družino, vključuje pa tudi lokalno skupnost in njeno odgovornost za zagotavljanje zdravstvene oskrbe. Okolje vpliva na zdravje in dobro počutje preko osebnih (starost, kultura, fizična sposobnost, razum) in fizičnih dejavnikov (zrak, temperatura).

4. **Koncept zdravja:** Zdravje opredeljuje kot sposobnost posameznika, da samostojno zadovolji vseh 14 življenjskih potreb. Na zdravje vplivajo kraj, dežela, svet, v katerem posameznik živi, starost ter intelektualne in telesne sposobnosti.

Virginia Henderson je zdravstveno nego opredelila kot niz nepovezanih dogodkov – od nezasedene bolniške postelje do posegov v človeško telo (Gesse idr., 2006, str. 70–78). Gesse idr. (2006) nadalje opisujejo, da temelji njena teorija na **14 osnovnih komponentah zdravstvene nege**, ki vključujejo osebno higieno, spodbujanje zdravega načina življenja in pomoč ob medicinskem zdravljenju.

V svojem prevodu dela *Osnovna načela zdravstvene nege* (1998) Virginia Henderson opredeli temelj zdravstvene nege s poudarkom na profesionalni vlogi medicinske sestre, ki temelji na specifičnih znanjih in izkušnjah (Harih, 2009).

Naloge medicinske (Mencej, 2011, str. 73) so:

- deluje podporno, sporazumno in v timu s starostnikom, pri tem pa odkriva njegove potrebe, vrednote in doživljanja;
- biti mora občutljiva za emocionalne vidike v medosebnih odnosih;
- imeti mora sposobnost empatičnosti;
- znati mora vzpostaviti spoštljiv odnos, vljuden, pristen, razumevajoč, skrben;

- poklicno mora biti strokovno avtonomna, odgovorna, sposobna, pripravljena timsko sodelovati, imeti zanimanje za starostnika in biti potrpežljiva;
- znati mora poslušati, razumeti, motivirati, učiti, pomagati in posredovati oziroma delovati predvsem zdravstvenovzgojno.

Kot pravi Mencej (2011, str. 73) v nadaljevanju, lahko medicinska sestra pomaga starostniku na različne načine. Medicinska sestra deluje profesionalno s specifičnim znanjem in izkušnjami, kar vključuje podporno in sporazumno sodelovanje s starostnikom ter delovanje v timu. Pri tem odkriva njegove potrebe, vrednote in doživljanja. Biti mora občutljiva za emocionalne vidike v medosebnih odnosih, imeti sposobnost empatije ter znati vzpostaviti spoštljiv, vljuden, pristen, razumevajoč in skrben odnos. Poleg strokovne avtonomije in odgovornosti so pomembni tudi pripravljenost za timsko sodelovanje, zanimanje za starostnika ter potrpežljivost. Medicinska sestra mora znati poslušati, razumeti, motivirati, učiti, pomagati in delovati predvsem zdravstvenovzgojno. Pri delu s starostnikom uporablja znanje, pridobljeno med šolanjem in študijem zdravstvene nege, obvlada potrebne strokovne veščine ter se dodatno izpopolnjuje in poglablja svoje poznavanje starosti in staranja.

Pri obravnavi starostnika medicinska sestra izkazuje razumevanje za njegove stiske, prijaznost, toplino, pozornost in spoštljivost. Pokaže empatijo, potrpežljivost ter sprejema njegovo drugačnost, hkrati pa ostaja odločna, vztrajna in dosledna, kar daje starostniku občutek varnosti. Starostniki pogosto preverjajo trdnost in vztrajnost medicinske sestre, s čimer razvijajo lastno neodvisnost in odgovornost. Medicinska sestra mora starostniku zagotoviti varno, podporno in strukturirano okolje, ga motivirati, razbremenjevati, pomagati in spodbujati pri vseh življenjskih dejavnostih. Razumeti mora tako svoja kot starostnikova pričakovanja in cilje, ki morajo biti obojestransko in realno zastavljeni. Zdravstveno nego izvaja individualno, pri čemer upošteva starostnikovo vedenje v različnih fazah zdravja in bolezni. Takšno čustveno zahtevno delo zahteva aktivno poslušanje, pogovarjanje in prisotnost, kar omogoča pridobitev starostnikovega zaupanja za uspešno sodelovanje in poveča možnost njegovega čimprejšnjega okrevanja (Harih, 2009).

11.2 Teorija Doroteje Orem

Teorija samooskrbe Doroteje Orem se uvršča med najbolj razširjene teorije v praksi. Zaradi svoje uporabnosti in univerzalnosti se aktivno uporablja na vseh področjih zdravstvene nege, kjer bolniki ne morejo zadovoljiti svojih potreb po samooskrbi. Ključna predpostavka te teorije je, da si posameznik nenehno prizadeva za svojo dobrobit in dobrobit okolja, kar omogoča preživetje in optimalno delovanje. Avtonomija se izraža v prevzemanju odgovornosti za lastno dobrobit in dobrobit drugih, kar se uresničuje skozi odkrivanje, razvijanje in zagotavljanje sredstev za razumevanje in zadovoljevanje potreb (Hagran in Fakharany, 2015, str. 13–14).

Doroteja Orem (2001, str. 21) opozarja na to, da večina ljudi skrbi zase na različnih področjih, kot so prehranjevanje, vstajanje ter skrb za osebno higieno. Po njenem mnenju je samostojnost ključnega pomena za ohranjanje dostojanstva in neodvisnosti. Teorija samooskrbe predstavlja relevanten okvir za medicinske sestre, saj omogoča smiselno komuniciranje in jasno izražanje njihove odgovornosti ter miselnosti. Pri obravnavi bolnikov je poudarek na posamezniku z edinstvenimi težavami, kar se odraža v vprašanju, kot je »Kaj je za vas pomembno?« namesto tradicionalnega »Kaj je narobe?« (Zafošnik in Benkovič, 2017, str. 527)

McKenna idr. (2014, str. 117) poudarjajo, da teorija samooskrbe Doroteje Orem uvaja celosten in sočuten pristop, osredotočen na individualno oskrbo bolnika, kar prispeva k večjemu zadovoljstvu bolnikov, učinkovitejšemu reševanju težav ter izboljšani kakovosti oskrbe. Poleg tega ta teorija podpira proces učenja študentov in oblikovanje ciljev v praksi. Smith in Parker (2015, str. 1006) menita, da se osnovna ideja samooskrbe razlikuje od drugih oblik zdravstvene nege, saj poudarja učenje in redno izvajanje skrbi za lastno dobrobit skozi celotno življenje. Bolnik, ki prakticira samooskrbo, sodeluje z zdravstvenim delavcem pri določanju in izvajanju potrebnih ukrepov. Leskovic (2018) dodaja, da temelji teorija samooskrbe na operativni strukturi, ki vključuje ocenjevalna, prehodna in produktivna dejanja, pri čemer upošteva avtonomne potrebe bolnika. Ocena se nanaša na trenutno stanje, prehodni ukrepi vključujejo vrednotenje doseženih rezultatov, medtem ko produktivni ukrepi zagotavljajo potrebne vire za izvajanje ukrepov, ki izpolnjujejo potrebe po samooskrbi bolnika.

Teorija samooskrbe je usmerjena na posameznikovo sposobnost reguliranja samega sebe, tako da ostane pri življenju, ohranja zdravje in dobro počutje ter prispeva k lastnemu razvoju. Ljudje imamo naraven nagon in sposobnost, da skrbimo zase, zato mora biti zdravstvena nega usmerjena k prepoznavanju sprememb teh sposobnosti (O'Shaughnessy, 2014, str. 495). Teorija primanjkljaja samooskrbe trdi, da morajo vsi ljudje skrbeti zase in si lahko, v kolikor zmorejo, popolnoma opomorejo s samooskrbo (O'Shaughnessy, 2014, str. 495).

Da ostane zdrav, mora posameznik skrbeti za svoje univerzalne potrebe. To vključuje vzdrževanje ustreznih količin zraka, vode, hrane, zagotavljanje izločanja in odvajanja, uravnavanje pravilnega ravnovesja med aktivnostjo in počitkom ter med socializacijo in izolacijo, preprečevanje nevarnosti, ki služijo človekovemu življenju in produktivnosti ter ogrožajo funkcionalni sistem telesa. Enako pomembno je spodbujanje bolnikovega delovanja in razvoja znotraj družbenih skupin v skladu z možnostmi, omejitvami in človekovo željo po normalizaciji. Splošne potrebe po samooskrbi so skupne vsem ljudem v vseh življenjskih obdobjih, vendar se razlikujejo glede na čas, kulturo, etiko, izobrazbo, bolezen itd. Dejstvo, da nekdo zadovoljuje svoje potrebe na drugačen način, še ne pomeni, da dela nekaj narobe (Wilson idr., 2019, str. 59).

Medicinska sestra zagotavlja oskrbo z vodenjem, nudenjem pomoči, izobraževanjem ter prilagajanjem, da bi bolniku povrnila sposobnost za samooskrbo. Pomemben del ocenjevanja zdravstvenega stanja starostnika predstavljajo meritve krvnega tlaka, pulza, dihanja (globina, frekvenca, poraba energije), barve kože in saturacije krvi. To so temeljni vitalni znaki, ki jih medicinske sestre redno spremljajo v procesu zdravstvene nege (Sapra idr., 2023).

Pri ocenjevanju dihanja moramo biti pozorni na dejavnike, ki vplivajo na dihalno funkcijo, kot so respiratorne okužbe ali kajenje. Uporabljajo se posebne dihalne strategije, kot so pravilni položaji med spanjem, dihalne vaje ter skrb za splošno kondicijo. Pomemben pokazatelj stanja je tudi kašelj, pri čemer medicinska sestra opazuje njegovo vrsto, barvo in količino izločka (Sapra idr., 2023).

Pozorni smo na motene prehranjevalne vzorce in pitne navade, starostnika ne silimo k uživanju hrane. Starostnika lahko prizadenejo stres, depresija, motnje hranjenja, spremembe v družinskem okolju, psihična zloraba in zanemarjanje, strahovi in drugi zunanji vplivi. Na odstopanja smo vedno pozorni in poiščemo vzrok ter posameznikom nudimo pomoč (Herdman in Kamitsuru, 2019, str. 157).

Odvajanje urina in blata je univerzalna potreba, ki jo večina ljudi jemlje za samoumevno, zato lahko spremembe v sečnem in prebavnem sistemu povzročijo resnejše zaplete. Če odpove izločevalni sistem, bodo prej ali slej temu sledili tudi drugi organski sistemi (Potter idr., 2013, str. 1042).

Pozorni smo tudi na dejavnike, ki lahko vplivajo na količino in kakovost izločka. Prebavni in sečni trakt se skozi življenje spreminjata. Pozorni smo na starostnikove prehranjevalne navade, saj mora zaužiti dovolj vlaknin. Sadje, zelenjava in polnozrnata žita pomagajo izboljšati presnovo maščob, zato jih vedno vključimo v prehrano starostnika. Priporočljivo je popiti od 1,1 do 1,4 litra tekočine na dan. Bolezen, ki zmanjša pretok krvi skozi ledvice, lahko zmanjša volumen urina (npr. sladkorna bolezen in multipla skleroza spremenita delovanje živcev, zaradi česar starostnik izgubi občutek polnjenja mehurja, kar povzroči inkontinenco in zastajanje urina). Zdravila lahko neposredno ali posredno vplivajo na volumen, konsistenco in barvo urina. Upoštevamo tudi družbeno-kulturne dejavnike, ki se razlikujejo glede na kulturo (Evropejci imajo na primer manjšo potrebo po zasebnosti kot Američani). Psihološki dejavniki, kot so stres, čustvena stiska in anksioznost, lahko povečajo ali zmanjšajo količino urina. Vsi ljudje si zaslužijo zasebnost in dovolj časa za izločanje, zato spoštujemo njihove navade (Potter idr., 2013, str. 1043).

Medicinska sestra pri oceni starostnikovih prehranjevalnih in pitnih vzorcev pazljivo spremlja morebitne motnje prehranjevanja, vključno s spremembami, ki jih lahko povzročijo stres, depresija, družinske spremembe, psihična zloraba, zanemarjanje ali strahovi. V takih primerih ne sili starejše osebe k hranjenju, temveč identificira vzroke in jim nudi ustrezno pomoč (Herdman in Kamitsuru, 2019, str. 157).

Pomembno je, da starostnik vzdržuje ravnovesje med družabnostjo, stiki z drugimi ljudmi in ima dovolj prostega časa zase (Naz, 2017, str. 48). Dejavniki, ki so lahko pomembni, vključujejo vrsto in količino socialnih dejavnosti ter kakovost in vrsto skupin in ljudi, s katerimi ima starostnik stik. Ljudje smo si različni – nekateri se dobro počutijo sami, drugi potrebujejo in težijo h komunikaciji, zato k vsakemu posamezniku pristopamo individualno (Wilson idr., 2019, str. 62). Poleg nasvetov in usposabljanja, ki spodbujajo ponovni razmislek, se uporabljajo različne intervencije. Prav tako so na voljo strokovne in skupinske terapije za izboljšanje interakcije z drugimi. Delavnice so namenjene spodbujanju bolnika k izražanju čustev, kognitivno vedenjska terapija pa pomaga pri reševanju težav in spodbuja starostnika k bolj pozitivnemu razmišljanju (Wheeler, 2018, str. 2).

Človek se mora zavedati nevarnosti okoli sebe. Za ohranjanje varnega okolja sta enako pomembna zunanje in notranje okolje. Pred obravnavo preverimo starostnikovo zavest, ali se zna samostojno izogibati in prepoznavati nevarnosti. Pregledamo zgodovino poškodb in skupaj načrtujemo najustreznejše ukrepe za zagotavljanje varnosti. Starostnika z uporabo zvonca naučimo in razložimo sistem zvonjenja (O'Shaughnessy, 2014, str. 495). V primeru zapletov in poškodb se vsi postopki in dogodki beležijo in dokumentirajo, da preprečimo poslabšanje stanja in zagotovimo, da se to ne ponovi (Wilson idr., 2019, str. 63). Varnost je glavna naloga zdravstvenega osebja in je določena z odsotnostjo fizičnih in psihičnih poškodb. Varno okolje zmanjšuje tveganje za bolezni in poškodbe, saj so rane velik zdravstveni problem zaradi vedno večjega števila ljudi s poškodbami tkiva. Pomanjkanje samooskrbe lahko moti proces celjenja, škoduje bolniku in poveča verjetnost ponovitve rane, kar podaljša čas zdravljenja. Prav zato so potrebni izobraževalni ukrepi, ki spodbujajo prakse samooskrbe. Oremina teorija samooskrbe nam omogoča razmišljati o posameznikovi sposobnosti, da se zaščiti.

Proces zdravstvene nege je zasnovan tako, da izboljša samooskrbo in odpravi njeno pomanjkljivost. Dokazano je, da interakcija medicinske sestre motivira bolnika za izboljšanje samooskrbe (Olubiyi idr., 2019). Medicinska sestra uporablja za prepoznavanje primanjkljajev pri samooskrbi različne metode pomoči: aktivno samooskrbo, usmerjanje, psihično in fizično podporo, ustvarjanje spodbudnega okolja, vzpostavitev sposobnosti za zadovoljevanje potreb, učenje itd. (Leskovic, 2018).

Proces zdravstvene nege je mogoče predstaviti v šestih fazah: ocenjevanje, postavitev negovalne diagnoze, določanje ciljev, načrtovanje, izvajanje in vrednotenje. V prvi fazi ocenjevanja medicinska sestra posluša bolnika in razume njegove težave ter njihovo subjektivno oceno (Joseph, 1980, str.131).

Glede ciljev, ki jih zastavimo, morajo biti jasni in specifični. Razumljivi morajo biti tako medicinski sestri kot starostniku. Primarni cilj je ohranjanje in povračanje samostojnosti bolnika pri zadovoljevanju potreb samooskrbe (Hajdinjak in Meglič, 2012, str. 113–115).

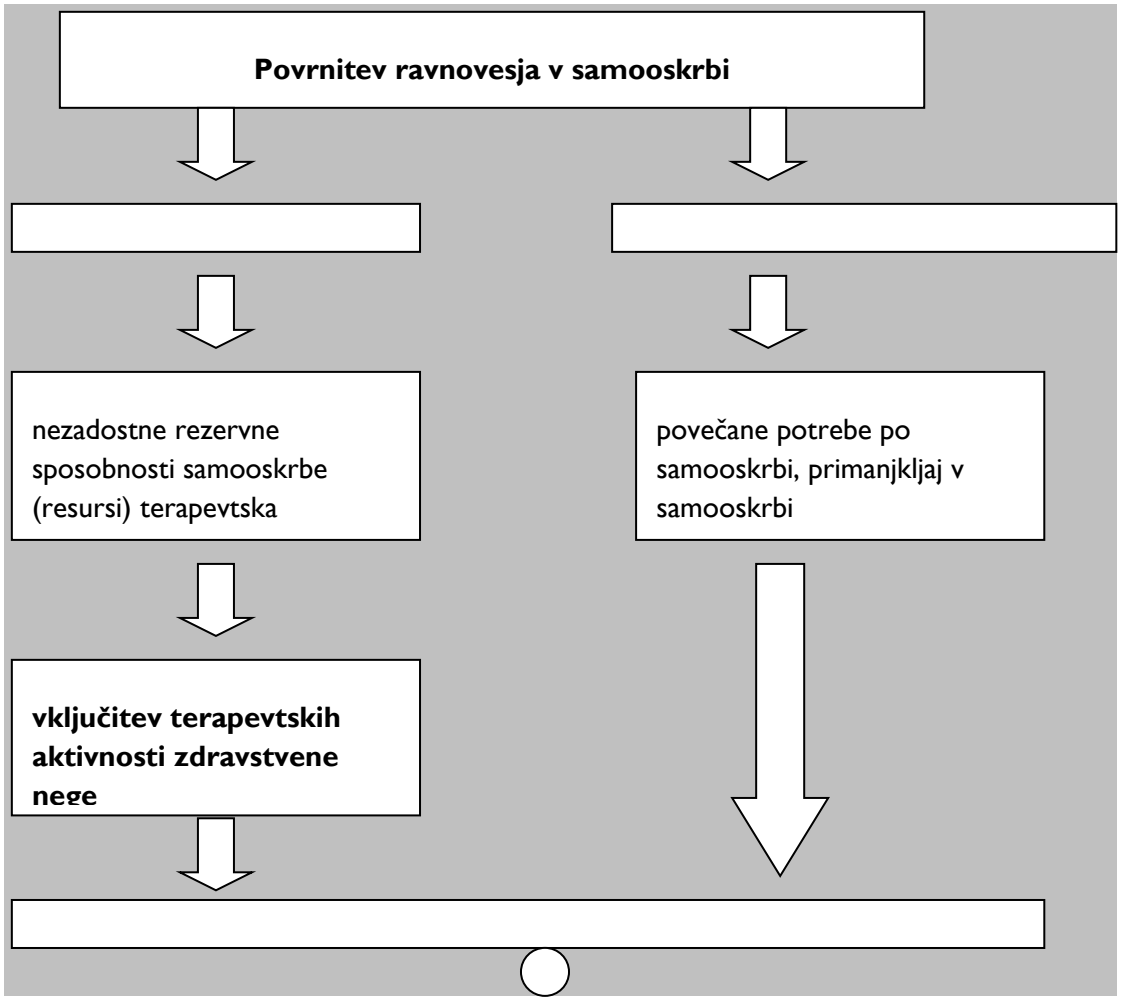
Med fazo načrtovanja se mora medicinska sestra z bolnikom pogovoriti o želenih rezultatih in jih upoštevati, preden načrtuje posege. Prednost daje negovalnim diagnozam in načrtuje terapevtske negovalne dejavnosti (Herdman in Kamitsuru, 2019, str. 42). Medicinska sestra sodeluje v procesu zdravstvene nege in nadomesti bolnikovo pomanjkanje veščin in znanja, zato negovalne intervencije delimo na popolnoma kompenzacijske, delno kompenzacijske in vzgojne. Posamezne posege zapišemo v načrt oskrbe. Z intervencijo medicinska sestra pomaga bolniku zadovoljiti njegove potrebe po samooskrbi. To pomaga družinam in bolnikom ustvariti pravo okolje za ohranitev in ponovno pridobitev neodvisnosti. Z bolnikom redno komunicira in spodbuja pogovor o njegovem stanju, počutju in mnenju o celotni situaciji. Medicinska sestra bolnika podpira in usmerja k čim bolj neodvisnemu življenju tako, da ga uči, kako se soočiti z novimi življenjskimi razmerami (Wilson idr., 2019, str. 164). Medicinska sestra in bolnik začneta izvajati dogovorjena dejanja s sodelovanjem v zdravstveni negi, med tem pa sta vedno v stiku. Medsebojne dejavnosti so nujnega pomena. V tem času medicinska sestra opazuje napredek bolnika. Njena vloga se v procesu izvajanja spreminja in prilagaja glede na potrebe in sposobnosti bolnika. Ko se bolnikova zmožnost samooskrbe poveča, terapevtska zdravstvena nega ni več potrebna (Smith, 2020, str. 129).

Vloga zdravstvenih tehnikov v procesu izvajanja je, da spremljamo bolnika in ga podpiramo pri samooskrbi. Koordinacija samooskrbe za ustvarjanje enotnega sistema samooskrbe in pomoč družini pri razvoju novih vlog v bolnikovem življenju s spodbujanjem samooskrbe in usklajevanjem želja družine z interesi in cilji bolnika. Med procesom zdravstvene nege zdravstveni tehniki usmerjamo in podpiramo bolnika pri samostojnem izvajanju aktivnosti ter s tem pripomoremo k ponovni vzpostavitvi bolnikovih sposobnosti in pridobivanju samostojnosti. Bolnika, ki se sooča z boleznijo in mora sprejeti nove ukrepe samooskrbe ali spremeniti način dosedanjih ukrepov samooskrbe, spodbujamo, da pokaže zanimanje in razpravlja o svoji bolezni. Poleg navedenega tudi poskušamo odgovoriti na njegova vprašanja in mu biti na voljo v primeru morebitnih zapletov. Bolnika podpiramo in spremljamo pri učnih aktivnostih, mu dajemo učne napotke, primerne njegovi bolezni, in ga obveščamo o morebitnih učnih lekcijah. Bolnika spremljamo, da ugotovimo učinkovitost sprejetih ukrepov in ali se njegove sposobnosti samooskrbe še naprej razvijajo. Hkrati ovrednotimo dosežene rezultate ter priporočamo prilagoditve in spremembe v vlogi medicinske sestre in bolnika (George, 2014, str. 129).

Vrednotenje je zadnji korak v procesu zdravstvene nege, vendar se postopek ponovi po vsaki interakciji s starostnikom. Namen nenehnega vrednotenja je ugotoviti učinek zastavljenih ciljev in izvedenih posegov in ugotoviti, ali je starostnik ponovno sposoben skrbeti zase. Napredek ocenjujemo ne le z

opazovanjem in merjenjem, ampak tudi s pogovori z bolnikom in njegovimi svojci. Bolnikovo perspektivo in izkušnje postavljamo v središče svojega ocenjevanja v celotnem procesu oskrbe (Wilson idr., 2019, str. 164). Če cilji niso doseženi, je potrebna razlaga in odprava vzrokov za napako. V tem primeru se vrnemo na izhodišče razvrščanja in ponovimo postopek. Bolnik in njegovo mnenje sta pri tem odločilnega pomena. Ugotoviti moramo tudi, ali so bili cilji realni in za bolnika dosegljivi. Ta proces se ponavlja, dokler skupaj z bolnikom ustrezno in uspešno ne dosežemo svojih ciljev (Smith, 2020, str. 129). Avtor George (2014, str. 129) pravi, da je končna ocena pomembna za analizo zdravstvenega stanja.

Slika 3: *Povrnitev ravnovesja v samooskrbi*



Hajdinjak, G. in Meglič, R. (2012). *Sodobna zdravstvena nega*. Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, str. 281.

11.3 Druge teorije zdravstvene nege

11.3.1 Delitev teoretičnih modelov

V preteklosti so teoretiki najpogosteje vsa teoretična dela (konceptualne modele, modele in teorije) poimenovali kot teorije in jih razvrstili po vsebini.

Teorije potreb izhajajo iz humanističnih ved, predvsem motivacijske teorije A. Maslowa, in so najbližje medicinskemu modelu. Medicinsko sestro predstavljajo kot osebo, ki pomaga bolnikom v njihovih prizadevanjih za samostojnost in neodvisnost. Pojasnjujejo, kaj je delo medicinske sestre oz. kaj mora storiti, da bolnik doseže cilj. Predstavnice so Hajdinjak in Meglič (2012), V. Henderson (1955), F. Abdellah (1960), D. Orem (1971) in N. Roper (1976).

Teorije interakcij temeljijo na humanističnih teorijah osebnosti, interakcije in filozofije. Interakcija pomeni spreminjanje samopodobe bolnika kot posameznika ob hkratnem razvijanju novih vzorcev vedenja tako bolnika kot medicinske sestre. Teorija interakcije odgovarja na vprašanje, kako naj medicinska sestra deluje. Predstavnice so: H. Peplau (1952), I. King (1971), I. Orlando (1961) in E. Wiedenbach (1964).

Teorije izidov so našle svoj vir znanja v razvojni teoriji osebnosti, teoriji sistemov in adaptacijski teoriji. Te teorije dajejo odgovore na vprašanja, zakaj in kakšen je cilj delovanja zdravstvene nege. Cilj medicinske sestre je, da bolnemu povrne stabilnost in mu pomaga doseči harmonijo z okoljem. Predstavnice so: D. Johnson (1959), M. Levine (1966), M. Rogers (1970), K. Roy (1976) in B. Neuman (1979).

Delitev teoretičnih del po vsebini in obsegu:

- filozofije predstavljajo zgodnja dela teoretičark, ki so dale osnovo za razvoj teorij, modeli zdravstvene nege (Nightingale, Henderson);

- najabstraktnejša, najsplošnejša in ena sama podoba samostojnega področja zdravstvene nege (internacionalna). Identificira področje zdravstvene nege in jo jasno ločuje od drugih strok. Vključuje in poimenuje koncepte zdravstvene nege (človek, okolje, zdravje, zdravstvena nega), jih opredeli in predstavi povezave med njimi.

12 KATEGORIZACIJA ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE V INSTITUCIONALNEM VARSTVU

Namen kategorizacije zdravstvene nege bolnikov je predvsem, da bi ocenili intenzivnost zdravstvene nege ter izračunali stroške (dejanske, predvidene) za posamezni oddelek. Pri razvrščanju bolnikov v kategorije zdravstvene nege lahko izmerimo tudi čas, ki je potreben za zdravstveno nego bolnikov (Petkovšek Gregorin in Karan, 2008, str. 32).

Kategorizacija zahtevnosti zdravstvene nege omogoča tudi smotrno porazdelitev kadra glede na obremenitve na delovnem mestu. Kategorizacija zahtevnosti zdravstvene nege je pomemben element zagotavljanja kakovosti v zdravstveni negi. Celovito zagotavljanje kakovosti je tudi ena izmed temeljnih usmeritev področja menedžmenta v zdravstveni negi (Vrečar in Skela Savič, 2009, str. 171–172).

Na podlagi ugotovljenih potreb po storitvah zdravstvene nege in rehabilitacije, ki izhajajo iz zdravstvenega stanja in Nabora storitev zdravstvene nege in rehabilitacije, se določi kategorija zahtevnosti zdravstvene nege za razvrščanje uporabnika. Kategorizacija se spreminja glede na aktualne zahteve, ki izhajajo iz zdravstvenega stanja uporabnika, in glede na načrt storitev zdravstvene nege in rehabilitacije, ki bodo sledile ugotovljenim potrebam (Skupnost socialnih zavodov Slovenije, b. d.).

12.1 Definicija kategorizacije

Kategorizacija je sistematična delitev ali združevanje predmetov ali pojmov po skupinah in razredih ali po splošnih značilnostih, po katerih se razlikujejo ali so si podobni. Kategorizaciji podobni pojmi so: klasifikacija, razdelitev, grupiranje, razvrščanje. Ena od prvih, ki je bolnike razvrščala v posamezne skupine, je bila Florence Nightingale. Razvrščala jih je intuitivno po obsegu oz. intenzivnosti zdravstvene nege, potem pa je presodila, koliko osebja je potrebnega ter kako bodo bolnike razvrstili po prostorih, kjer so bili hospitalizirani. Sistemi razvrščanja v kategorije, ki jih zdaj uporabljamo, niso stari, saj začetki segajo v petdeseta in šestdeseta leta prejšnjega stoletja. Kategorizacija zdravstvene nege bolnikov je metoda, razvrščanja bolnikov v kategorije glede na zadovoljevanje potreb po zdravstveni negi v določenem časovnem obdobju. Namen kategorizacije zdravstvene nege je predvsem, da bi ocenili intenzivnost zdravstvene nege ter izračunali stroške (dejanske, predvidene) (Petkovšek Gregorin in Karan, 2008).

Kategorizacija zahtevnosti je pomemben element zagotavljanja kakovosti zdravstvene nege, naša dolžnost je zagotavljanje in izboljšanje kakovosti zdravstvene nege, kar ugotavljata tudi Hajdinjak in Meglič (2012). Hkrati poudarjata, da mora biti uspeh stalnega zagotavljanja in izboljševanja kakovosti vedno osredotočen na uporabnike in se na njih odražati (Petkovšek Gregorin, Karan, 2008, str. 34–35).

Po navedbah Müller-Staub idr. (2006, str. 514–515) se negovalne intervencije štejejo za osnovo zdravstvene nege, postavljene na rezultatih klinične presoje in znanja, izvajajo pa jih medicinske sestre z namenom izboljšanja izida zdravljenja. Njen namen je poudariti pomen strokovnih negovalnih postopkov in intervencij, ki jih opravljajo medicinske sestre v zdravstveni negi. Müller-Staub (2009, str. 10) ugotavlja, da je zdravstvena negovalna dokumentacija zelo pomembna. Medicinske sestre naj bi

vse negovalne postopke in vrednotenja teh redno in natančno beležile. S tem naj bi prispevale k izboljšanju kakovosti zdravstvene nege.

Merila za razvrščanje stanovalcev po zahtevnosti zdravstvene nege, kot jih je določil Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

Osnovna dokumentacija, ki je potrebna v domovih za starejše za strokovno opravljanje medicinskega dela, je zdravstvena kartoteka. Spremljajoča dokumentacija: evidenčni list št. 1/DS – dnevna evidenca opravil zdravstvene nege, ki je lahko tudi računalniško vodena; evidenčni list št. 2 – evidenčni list za obračun zdravstvene nege, izpisan po stanovalcih za določeno obračunsko obdobje (ZZZS, 2009).

Po merilih za razvrščanje stanovalcev po zahtevnosti zdravstvene nege, ki so bili objavljeni v Občasniku ZZZS leta 2009, je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) določil, da se stanovalce razvršča v kategorije zdravstvene nege po zahtevnosti zdravstvene nege.

Nega je kategorizirana v štiri tipe glede na dnevno porabo časa negovalnega tima na enega stanovalca po normativu dela ZZZS (2009):

Zdravstvena nega I:

Storitve se praviloma nanašajo na pomične stanovalce – to so lažje duševno moteni stanovalci, stabilni kronični stanovalci in vsi tisti, ki se jim nudi splošen nadzor, izvaja zdravstveno vzgojno delo in se jim zagotavljajo določene zdravstvene storitve. Potrebni sta najmanj dve različni storitvi nege I, ki skupno dnevno zahtevata nad 15 minut časa negovalnega tima na stanovalca. Lahko pa gre za eno samo storitev iz nege I, ki se dnevno ponavlja trikrat in več ter skupno zahteva nad 15 minut časa negovalnega osebja.

Zdravstvena nega II:

Storitve se praviloma nanašajo na delno pomične, delno inkontinentne stanovalce s srednjo stopnjo demence in nepsihotičnimi duševnimi motnjami, nestabilne somatske kronične stanovalce, stanovalce po amputaciji okončin, ki se jim poleg splošnega nadzora in zdravstveno vzgojnega dela zagotavljajo določene zdravstvene storitve. Potrebni sta najmanj dve različni storitvi nege II, ki skupno dnevno zahtevata nad 30 minut časa negovalnega tima na stanovalca. Lahko pa gre za eno samo storitev iz nege II, ki se dnevno ponavlja trikrat ali več ter skupno dnevno zahteva nad 30 minut časa negovalnega tima.

Zdravstvena nega III:

Storitve se praviloma nanašajo na nepomične stanovalce, ki so odvisni od pomoči zdravstvenih delavcev zaradi fizične ali psihične prizadetosti oziroma obeh – zelo zmedeni, nemirni ali stanovalci v deliriju; vse potrebe jim zagotavljajo zdravstveni delavci, vključno tudi potrebo po varovanju; potrebujejo pomoč, nadzor in zdravstveno nego v vseh treh izmenah. To skupno opredeljuje predvsem povečan obseg dela zaradi dodatnih zdravnikovih naročil po meritvah, posegih, nadzoru, opazovanju ter dajanju zdravil v vseh oblikah na določene ure.

Zdravstvena nega IV:

V skupino stanovalcev, ki potrebujejo zdravstveno nego IV, sodijo predvsem tisti, ki so premeščeni iz bolnišnice v socialnovarstveni zavod, pri katerih sta bistveno povečana obseg dela zdravstvene ekipe in poraba materiala za zdravstveno nego. V to skupino uvrščamo tudi tiste stanovalce socialnovarstvenih

zavodov, ki kljub medicinski indikaciji iz določenih razlogov niso bili sprejeti v bolnišnico. Čas izvajanja zdravstvene nege je podaljšan na ves dan. Stanovalci, ki sodijo v IV. kategorijo zdravstvene nege, so življenjsko ogroženi in popolnoma odvisni pri zadovoljevanju osnovnih življenjskih aktivnosti od pomoči zdravstvenega in negovalnega kadra. Potrebujejo neprekinjen nadzor somatskega in/ali psihičnega zdravstvenega stanja. V socialnovarstvenih zavodih se v nego IV uvrščajo stanja stanovalcev z vsemi stopnjami motenj duševnega razvoja ali stanovalci z duševno boleznijo in drugi duševno bolni stanovalci, ki imajo hude motnje vedenja in osebnosti. Ti stanovalci so popolnoma odvisni pri izvajanju nekaterih življenjskih aktivnosti zaradi osamitve ali fizične omejitve. Hude vedenjske motnje se javljajo ob vsaki situaciji. Potrebujejo 24-urno individualno obravnavo in nadzor, kar terja stalno prisotnost zdravstvenega delavca zaradi psihičnega in fizičnega stanja. Stanovalci z nego IV v posebnih socialnovarstvenih zavodih potrebujejo pomoč in vodenje pri opravljanju vseh osnovnih življenjskih potreb ter stalno dosegljivost nege in drugih medicinskih storitev, vključno z varovanjem zaradi nevarnosti samopoškodb ali poškodb okolice. Predstavljajo najtežje obvladljivo skupino stanovalcev, ki potrebuje konstantni nadzor in opazovanje zdravstvenega stanja. V posebnih socialnovarstvenih zavodih je za vsak postopek zdravstvene nege ali medicinsko tehnični poseg potreben specifično funkcionalno usposobljen zdravstveni negovalni tim. Za izvajanje zdravstvene nege IV morata biti v socialnovarstvenem zavodu zagotovljeni 24-urna prisotnost osnovnega zdravstveno-negovalnega tima (diplomirana medicinska sestra/višja medicinska sestra ali tehnik zdravstvene nege, bolničar – negovalec) ter vsakodnevna dosegljivost zdravnika – tudi v času, ko ni prisoten v socialnovarstvenem zavodu.

Vsebinski opis kategorij zdravstvene nege po merilih za razvrščanje stanovalcev po zahtevnosti zdravstvene nege (po merilih Zavoda za zdravstveno zavarovanje)

V normativu dela za storitev *Dan zdravstvene nege v domovih za starejše in posebnih socialnovarstvenih zavodih Slovenije (2009)* so navedeni vsebinski opisi zdravstvene nege po merilih za razvrščanje stanovalcev po zahtevnosti zdravstvene nege (po merilih Zavoda za zdravstveno zavarovanje).

Nega I:

V negi I se stanovalcem zagotavljajo naslednje zdravstvene storitve: manjše preveze (defekt povrhnjice, velikost do 5 x 5 cm) in aplikacija manjših obkladkov; priprava, razdeljevanje in aplikacija zdravil; opazovanje zdravstvenega stanja; aplikacija svečk, subkutane ali intramuskularne injekcije; vlažilna inhalacija; menjava – vzdrževanje urinskih vrečk, aplikacija urinala; merjenje vitalnih funkcij.

Nega II:

V negi II se stanovalcem zagotavlja naslednje zdravstvene storitve: aplikacije klizme; srednje velika preveza (defekt usnjice do 10 x 10 cm); odvzem materiala za laboratorijske preiskave; katetrizacija žene; aplikacija večjih obkladkov na intaktno kožo; aplikacija zdravil na kožo pri kroničnih dermatozah in preventivi razjede zaradi pritiska; aplikacija kisika ali terapevtske inhalacije; aplikacija intravenozne injekcije; pomoč pri vstajanju, hoji, pomoč pri vzdrževanju dnevnih aktivnosti ob poslabšanjih zdravstvenega stanja; terapevtski položaji; kontrola odvajanja, aplikacija odvajal in opazovanje izločkov; vodenje in nadzor stanovalca z neurejenim diabetesom na inzulinski terapiji; aspiracija sekreta iz ust in grla.

Nega III:

V negi III se stanovalcem zagotavlja naslednje zdravstvene storitve:

III/1: Zdravstvena nega nepomičnega stanovalca – nepomičen je stanovalec, ki ni sposoben samostojnega premikanja niti z vozičkom.

III/2: Zdravstvena nega težje duševno prizadetih in motenih stanovalcev. Kriterij obsega:

A: trajna stanja v duševnem razvoju in duševne motenosti,;

B: začasna stanja težje duševne motenosti ob relapsih kroničnih psihoz in zaradi kratkotrajnih funkcionalnih motenj, ki se evidentirajo kot nega III v primeru naslednjih stanj: avto- in heteroagresivnost, psihomotorni nemir, avtizem, nastajajoča demenca ali že obstoječa z nestabilno klinično sliko, predvsem z motnjami mišljenja in aktivnim agresivnim vedenjem; stanovalci v deliriju.

III/3: Zdravstvena nega po težkih operacijah in pri drugih težkih stanjih: zdravstvena nega po težjih operacijah in politravmi; zdravstvena nega pri zapletih po kemoterapiji in obsevanju; nega pri dekompenzaciji kroničnih bolezni.

III/4: Medicinski postopki, pri katerih je porabljen čas negovalnega kadra več kot eno uro na dan: vzpostavitev venskega kanala, nega stome, menjava in nega endotrahealne kanile s trahealno aspiracijo, aplikacija obsežnih obkladkov, preveze obsežnih ran, hranjenje po nazogastričnih sondi ali po gastrostomi, hranjenje stanovalcev z motnjami požiranja.

Kategorizacija zdravstvene nege po merilih za razvrščanje stanovalcev v kategorije zahtevnosti zdravstvene nege in rehabilitacije (pilotna kategorizacija)

V splošnem dogovoru Skupnosti socialnih zavodov Slovenije z dne 27. 12. 2011, str. 1 se določa, da se stanovalce dnevno (z namenom beleženja) in mesečno (z namenom poročanja) razvršča v kategorije zahtevnosti zdravstvene nege in rehabilitacije glede na ugotovitve kliničnega stanja in glede na načrtovane in izvedene storitve zdravstvene nege in rehabilitacije. Dokumentacija zdravstvene nege in rehabilitacije mora pri vseh izvajalcih vsebovati: individualni načrt storitev zdravstvene nege in rehabilitacije; evidenčni list št. 1 za dnevno evidenco opravljenih storitev zdravstvene nege in rehabilitacije; evidenčni list št. 2 za obračun storitev »dan zdravstvene nege«, izpisan po stanovalcih za določeno obračunsko obdobje. Ob upoštevanju zahtevnosti storitev s porabo časa izvajalcev se stanovalci razvrstijo v naslednje kategorije zahtevnosti nege.

Zdravstvena nega I:

Praviloma se nanaša na pomične stanovalce, stanovalce z lažjimi duševnimi motnjami, stanovalce z zmerno motnjo v duševnem razvoju in tiste, ki se jim nudi splošni nadzor. V izvajanje storitev iz Nabora storitev zdravstvene nege in rehabilitacije je v posamezno storitev vključeno tudi zdravstvenovzgojno delo. Za izvajanje storitev iz Nabora storitev zdravstvene nege in rehabilitacije je skupna dnevna poraba časa izvajalcev 15 minut ali več na stanovalca v skladu z veljavnim kadrovskim normativom (Skupnost socialnih zavodov Slovenije, 2017).

Zdravstvena nega II:

Praviloma se nanaša na delno pomične stanovalce, delno inkontinentne stanovalce s srednjo stopnjo demence in nepsihotičnimi duševnimi motnjami, s težjimi motnjami v duševnem razvoju. V izvajanje storitev iz Nabora storitev zdravstvene nege in rehabilitacije je v posamezno storitev vključeno tudi zdravstvenovzgojno delo. Za izvajanje storitev iz Nabora storitev zdravstvene nege in rehabilitacije je skupna poraba časa izvajalcev 30 minut ali več na stanovalca v skladu z veljavnim kadrovskim normativom (Skupnost socialnih zavodov Slovenije, b. d.).

Zdravstvena nega III:

Storitve se praviloma nanašajo na nepomične stanovalce, odvisne od pomoči zdravstvenih delavcev zaradi fizične ali psihične prizadetosti, zelo zmedene, nemirne in stanovalce v deliriju; z zmerno, težjo in težko motnjo v duševnem razvoju z dodatnimi motnjami in boleznimi ter stanovalce z več motnjami po pridobljeni možganski poškodbi. V izvajanje storitev iz Nabora storitev zdravstvene nege in rehabilitacije je v posamezno storitev vključeno tudi zdravstvenovzgojno delo. Za izvajanje storitev iz Nabora storitev zdravstvene nege in rehabilitacije je skupna dnevna poraba časa izvajalcev 60 minut ali več na oskrbovanca v skladu z veljavnim kadrovskim normativom (Skupnost socialnih zavodov Slovenije, b. d.).

Zdravstvena nega IV:

Za izvajanje storitev iz Nabora storitev zdravstvene nege in rehabilitacije je skupna dnevna poraba časa izvajalcev 300 minut ali več na stanovalca, v skladu z veljavnim kadrovskim normativom. Stanovalci, ki sodijo v IV. kategorijo zdravstvene nege, so življenjsko ogroženi in popolnoma odvisni pri zadovoljevanju osnovnih življenjskih storitev od pomoči izvajalcev. Potrebujejo neprekinjen nadzor somatskega in/ali psihičnega zdravstvenega stanja (prav tam, str. 3). Za izvajanje zdravstvene nege IV morata biti pri izvajalcu zagotovljeni 24-urna prisotnost izvajalcev zdravstvene nege ter vsakodnevna prisotnost zdravnika oziroma zagotovljena dosegljivost zdravnika tudi v času, ko ni prisoten pri izvajalcu storitev (Skupnost socialnih zavodov Slovenije, b. d.).

Tabela 6: *Nabor storitev zdravstvene nege*

DIHANJE – aktivnosti, intervencija, sodelovanje	**Čas (v min)**
Aplikacija inhalacije (z zdravili)	15
Aplikacija kisika	15
Aspiracija dihalnih poti skozi kanilo, skozi nos, skozi usta	15
Namestitev in čiščenje govorne kanile	10
Odstranitev dihalne kanile	10

PREHRANJEVANJE IN PITJE – aktivnost, intervencija, sodelovanje	**Čas (v min)**
Hranjenje in nega gastrostome, jejunostome, želodčne sonde	15
Hranjenje uporabnika skozi usta z motnjami hranjenja in požiranja	20
Vodenje bilance tekočin	5
Vstavljanje želodčne sonde	20
IZLOČANJE IN ODVAJANJE – aktivnost, intervencija, sodelovanje	**Čas (v min)**
Aplikacija čistilne ali zdravilne klizme v črevesno stomo, v črevo, aplikacija mikroklizme, odvajalne svečke	15
Izvajanje kateterizacije ženske, menjava stalnega urinskega katetra pri ženski, nadzor in učenje samokateterizacije moškega, ženske; izpiranje urinske stome	20
Merjenje diureze, menjava urinske vrečke, zbiranje izločkov	5
Spremljanje uporabnika v zvezi z izločanjem blata	3
Nega črevesne stome, urinske stome, vhodnega mesta pri drenažnem sistemu, nastavitev vrečk na različne stome, vzdrževanje prehodnosti drenažnih sistemov	14
Prebrizgavanje urinskih katetrov	5
Preveza nefrostome, suprapubičnega urinskega katetra, vbodnega mesta pri drenažnem sistemu	5
Ročna pomoč pri odstranjevanju blata	15
GIBANJE, HOJA, SEDENJE, LEŽANJE IN SPREMINJANJE POLOŽAJA – aktivnosti, intervencija, sodelovanje	**Čas (v min)**

Menjave položajev v postelji, namestitev v fiziološki položaj, nameščanje pripomočkov za razbremenitev in preprečevanje kontrakture na blazino za preprečevanje razjede zaradi pritiska (na dan)	10
Pomoč pri vstajanju (na dan)	15
OBLAČENJE IN SLAČENJE – aktivnost, intervencija	**Čas (v min)**
Oblačenje ali slačenje delno pomičnega ali nepomičnega uporabnika zaradi specifičnega zdravstvenega stanja (osteoporoza, kontrakture)	10
TELESNA TEMPERATURA – aktivnost, intervencija	**Čas (v min)**
Merjenje telesne temperature in ukrepanje ob odstopanjih	5
Izvajanje hladne kopeli, lokalno hlajenje, nameščanje hladilne blazine, ledene vrečke ali nameščanje grelne blazine, lokalno ogrevanje	15
OSEBNA HIGIENA IN UREJENOST – aktivnost, intervencija	**Čas (v min)**
Kopanje ali posteljna kopel nepomičnega uporabnika zaradi specifičnega zdravstvenega stanja (kontrakture, osteoporoza, rane)	20
Nega diabetičnega stopala	15
Nega ustne votline ob motnjah požiranja in spremembah ustne sluznice	5
ZAGOTAVLJANJE VARNEGA OKOLJA – aktivnost, intervencija ob avto- in heteroagresivnih stanjih	**Čas (v min)**
Izvajanje posebnih varovalnih ukrepov (PVU)	15
Prisotnost med trajanjem PVU	60
Prilagajanje pogojev v zvezi z zagotavljanjem varnega okolja	15

Omejevanje gibanja s posebnimi varovalnimi sredstvi	60
KOMUNIKACIJA – IZRAŽANJE POTREB IN ČUSTEV – aktivnost, intervencija	**Čas (v min)**
Podpora svojcem umirajočega, podpora svojcem umrlega	30
Podpora umirajočemu	30
UČENJE IN PRIDOBIVANJE ZNANJA – aktivnost, intervencija	**Čas (v min)**
Svetovanje v zvezi s spremenjenim načinom življenja zaradi bolezni	10
Učenje in usposabljanje uporabnikov za izvajanje negovalnih intervencij	
OSTALE AKTIVNOSTI zdravstvene nege	**Čas (v min)**
Ocenjevanje in dokumentiranje stopnje bolečine z uporabo lestvice ali drugih tehnik prepoznavanja	3
Imobilizacija poškodovanih delov telesa – ročna, z vratno opornico, z žično opornico	10
Izvajanje dekolonizacije	40
Odvzem vzorcev za mikrobiološke in druge preiskave (odvzem krvi iz pete, uhlja, iz vene, prsta …)	15
Merjenje in evidentiranje pulza, frekvence dihanja, saturacije	3
Merjenje krvnega tlaka	5
Preveza čiste rane, drena, fistule, kronične rane, nečiste rane, razjede zaradi pritiska, opeklinske rane	15
Izvajanje ukrepov kontaktne izolacije pri kolonizaciji z večkratno odpornimi mikroorganizmi (brez dekolonizacije)	5

AKTIVNOSTI PRIPRAVE IN APLIKACIJE ZDRAVIL	Čas (v min)
Priprava analgetskih mešanic, priprava in dajanje zdravil intravenozno	20
Priprava in dajanje zdravil v bolusu po epiduralnem katetru (EDK)	15
Priprava in dajanje zdravil intrakutano, intramuskularno, subkutano, transkutano, na kožo, na sluznico, per os, po sondi, rektalno, v mehur, v nos, v oko, v stomo, v ušesa, v vagino	5
Priprava, nastavitev in odstranitev intravenozne, subkutane infuzije in infuzijske raztopine, črpalk za lajšanje bolečine, paranteralnih infuzijskih raztopin in vzdrževanje poti vnosa	20
Učenje uporabnika samoaplikacije zdravil v obliki injekcij	20

Skupnost socialnih zavodov Slovenije. (b. d.)

Poleg storitev zdravstvene nege stanovalci prejemajo v domovih za starejše še storitve s področja fizioterapije in delovne terapije.

Tabela 7: *Nabor storitev fizioterapije in delovne terapije*

DIHANJE – aktivnosti, intervencija, sodelovanje	Čas (v min)
Izvajanje respiratorne terapije – fizioterapija	15
Asistirano izkašljevanje – fizioterapija	10
PREHRANJEVANJE IN PITJE – aktivnost, intervencija, sodelovanje	**Čas (v min)**
Učenje, ohranjanje in obnavljanje samostojnosti pri aktivnosti hranjenja in pitja – delovna terapija	20
Izbira, izdelava, aplikacija ustreznega pripomočka za hranjenje ter prilagoditve jedilnega pribora in posode – delovna terapija	60
Vodenje treninga aktivnosti v zvezi s prehranjevanjem – delovna terapija	20

IZLOČANJE IN ODVAJANJE – aktivnost, intervencija, sodelovanje	**Čas (v min)**
Izbira, svetovanje, namestitve pripomočkov za uporabo stranišča – delovna terapija	20
GIBANJE, HOJA, SEDENJE, LEŽANJE IN SPREMINJANJE POLOŽAJA – aktivnost, intervencija, sodelovanje	**Čas (v min)**
Pomoč pri hoji, učenje hoje – fizioterapija	15
Izvajanje aktivnosti za izvajanje aktivnih telesnih vaj – fizioterapija	15
Učenje posedanja na postelji, učenje vstajanja in transferja pri posedanju na stol, na voziček – fizioterapija in delovna terapija	10
Ocenjevanje, izbiranje, učenje vožnje z vozičkom ter nadzor, svetovanje pri vzdrževanju in prilagoditvi vozička – fizioterapija in delovna terapija	15
Učenje, trening dnevnih aktivnosti – delovna terapija	20
Izvajanje delovne terapije na področju telesnih funkcij	45
Učenje usedanja in vstajanja – delovna terapija in fizioterapija	10
Terapevtske vaje, skupinske, na osebo – delovna terapija, fizioterapija	3
Terapevtske vaje, individualne – delovna terapija, fizioterapija	25
Razgibavanje sklepov in vaje – fizioterapija	10
Lokalno gretje IR – fizioterapija	10
Terapija z diadinamičnimi in interferenčnimi tokovi – fizioterapija	15
Terapija z ultrazvokom – fizioterapija	15
Lokalno ohlajevanje (kriopak, ledene obloge, kopeli) – fizioterapija	15

Razgibavanje sklepa z elektronskimi in mehanskimi napravami – fizioterapija	10
Biostimulacija z laserjem (kratka) – fizioterapija	5
Biostimulacija z laserjem (daljša) – fizioterapija	15
Magnetoterapija – fizioterapija	15
Učenje uporabe hodulje – fizioterapija	10
OBLAČENJE, SLAČENJE – aktivnost, intervencija	**Čas (v min)**
Svetovanje, izbiranje, učenje uporabe pripomočkov za oblačenje in slačenje; učenje, trening aktivnosti v zvezi z oblačenjem in slačenjem, ohranjanje sposobnosti nameščanja in odstranjevanja osebnih pripomočkov, protez, ortoz pri oblačenju in slačenju – delovna terapija	20
OSEBNA HIGIENA IN UREJENOST – aktivnost, intervencija	**Čas (v min)**
Učenje, trening uporabe primernih pripomočkov, čiščenja in vzdrževanja in ureditev okolja, ohranjanje samostojnosti s področja izvajanja osebne higiene in urejenosti uporabnika – delovna terapija	30
Testiranje, aplikacija, učenje uporabe ustreznega pripomočka za osebno higieno in urejenost v dnevnih aktivnostih – delovna terapija	30
KOMUNIKACIJA, IZRAŽANJE POTREB IN ČUSTEV – aktivnost, intervencija	**Čas (v min)**
Izvajanje vaj in aktivnosti za urjenje in ohranjanje spomina – delovna terapija	30
Izvajanje kognitivno perceptivnega treninga, izvajanje senzorne integracije – delovna terapija	45
Izvajanje individualnih aktivnosti s področja komunikacije, izražanja potreb in čustev, izbira pripomočkov in svetovanje za lažjo komunikacijo in učenje – delovna terapija	30

KORISTNO DELO – aktivnost, intervencija	**Čas (v min)**
Ocena sposobnosti uporabnika za koristno delo, opredelitev interesov, spretnosti uporabnika za vključevanje prostočasne in produktivne aktivnosti – delovna terapija	40
Izvajanje individualnih in skupinskih aktivnosti s področja produktivnosti in prostega časa – delovna terapija	15
Priprava in prilagoditev prostočasnih in produktivnih aktivnosti ter pripadajočih pripomočkov za potrebe uporabnika – delovna terapija	60
RAZVEDRILO IN REKREACIJA – aktivnost, intervencija	**Čas (v min)**
Izbiranje, organiziranje, izvajanje in evalvacija primernih individualnih in skupinskih aktivnosti rekreacije in razvedrila – delovna terapija	10
UČENJE IN PRIDOBIVANJE ZNANJA – aktivnost, intervencija	**Čas (v min)**
Ocena sposobnosti in motiviranje uporabnika za učenje in pridobivanje znanja – delovna terapija, fizioterapija	10
Poučevanje in svetovanje uporabniku v zvezi s spremenjenim načinom življenja zaradi bolezni in spremenjene samopodobe – delovna terapija, fizioterapija	15

Skupnost socialnih zavodov Slovenije. (b. d.). *Nabor storitev rehabilitacije.*

13 ZDRAVSTVENA NEGA STAROSTNIKA S SPECIFIČNIMI POTREBAMI

13.1 Demenca

»Demenca je pojem, ki opisuje vsako stanje, v katerem se delovanje različnih možganskih funkcij, kot so spomin, mišljenje, prepoznavanje, govor, načrtovanje in osebne lastnosti, postopoma poslabšajo. Demenca ni del normalnega staranja.« (Graham in Warner, 2013, str. 13)

Demenco so že v času rimskega imperija opazovali, čeprav so takrat le redki dosegli starost, v kateri demenca običajno nastopi (Kogoj, 2008). V zgodovini so se pojavljale različne razlage – od možnih okužb, izpostavljenosti kovinam, kot je aluminij, do pomanjkanja acetilholina – vendar se je v zadnjem času pokazalo, da gre za možgansko disfunkcijo, kar Buijssen (2005) jasno pojasnjuje.

Frontotemporalno demenco je prvi opisal Arnold Pick že leta 1892, najpogostejšo obliko – Alzheimerjevo – pa je leta 1907 prvič zaznal Alois Alzheimer (Kogoj, 2008).

Demence se glede na vzrok delijo na primarne in sekundarne. Primarne oblike demence predstavljajo kar 85 odstotkov vseh demenc. Naprej se delijo na degenerativne (50 odstotkov), vaskularne (20 odstotkov) in mešane oblike (15 odstotkov). Sekundarne oblike demence se pojavljajo v 15 odstotkih (Van Hülsen, 2010). Med degenerativne demence sodijo Pickova bolezen, Parkinsonova Huntingtonovo Horeo, Spinocerebralna degeneracija ter najpogostejša in najbolj poznana med obolenji Alzheimerjeva demenca (Van Hülsen, 2010).

Vaskularne oziroma multiinfarktne demence se pogosteje pojavijo pri moških, starih nad 70 let. Obolenja so večinoma posledica infarkta na malih subkotrikalnih žilah, koder vsaka nova sprememba privede do poslabšanja intelektualnih sposobnosti in nevroloških izpadov. Med vaskularne demence spadajo mikrogangiopatija, levkoencefalopatija, uniinfarktna demenca, krvavitve, vaskulitis in hiperperfuzij (Van Hülsen, 2010).

Sekundarne oblike demence so posledica drugih bolezni, kot so na primer endokrine motnje, presnovne bolezni, kardiovaskularne bolezni, kronična obolenja pljuč, zloraba alkohola ali zdravil, avitaminoze, hipovitaminoze itd. (Graham in Warner, 2013).

Po ocenah WHO je leta 2015 po svetu živelo približno 47,5 milijona oseb z demenco, v Evropi pa več kot devet milijonov (Prince idr., 2015).

V Sloveniji je bilo ocenjenih več kot 32.000 oseb z demenco, zanje pa je skrbelo približno 100.000 svojcev, zdravstvenih, socialnih in drugih delavcev (Vlada RS, 2023).

Kljub neprestano naraščajočemu številu obolelih za demenco pa se pri nas še vedno v premajhni meri zavedamo pomena dela in uporabe sodobnih pristopov za delo z obolelimi osebami. To je bil povod za raziskavo o načinih dela z osebami z demenco v nekaterih slovenskih domovih starejših, ki jo je izvedla

Fakulteta za socialno delo med letoma 2003 in 2004. V raziskavo je bilo vključenih 23 domov upokojencev. Raziskovalci so z opazovanjem oseb z demenco in zaposlenih, ki so bili v stiku z obolelimi (vodje domov, vodje zdravstvene nege in oskrbe, višje in diplomirane medicinske sestre, srednje medicinske sestre/tehniki zdravstvene nege, bolničarji negovalci, strežnice in čistilke, socialni delavci, fizioterapevti, delovni terapevti) zbirali potrebne podatke. Ugotovili so, da se domovi razlikujejo že po sami urejenosti oddelka z demenco, saj število stanovalcev na oddelkih z demenco močno variira. V nekaterih domovih je na oddelku za demenco le 12, v drugih pa kar 35 stanovalcev. V manjših skupinah prevladuje družinsko vzdušje, v večjih skupinah pa se niso mogli izogniti institucionalnemu, brezosebnemu odnosu. Med raziskavo so zaposleni raziskovalce opozorili na organizacijske, prostorske in kadrovske probleme (neustrezni pogoji, preslaba usposobljenost za tovrstno delo, premalo delavcev in posledično izgorevanje zaposlenih) ter probleme z zastarelimi normativi in težave z nekooperativnimi svojci. Raziskovalci so s pomočjo izvedene raziskave ugotovili tudi to, da obstajajo v Sloveniji trije različni modeli skrbi za osebe z demenco, in sicer:

- integrirani model – skupna obravnava in nastanitev zdravih posameznikov in obolelih za demenco;
- delno segregirani model – osebe z demenco so obravnavane v posebni skupini, nastanjene pa so z zdravimi posamezniki;
- segregirani model – obravnava in nastanitev oseb z demenco sta v popolnosti ločeni od drugih stanovalcev.

Vsaka od treh oblik oskrbe pa ima svoje tako pozitivne kot negativne lastnosti (Mali in Miloševič Arnold, 2011). Ne glede na način oskrbe in možnosti zgodnjega odkrivanja bolezni s sodobno tehnologijo pa zdravljenje bolezni za enkrat še ni mogoče. Odkrili so le zdravila, ki upočasnijo kognitivni upad obolele osebe, ne zdravijo pa bolezni kot take (Cahill in Dooley, 2005, str. 208).

13.2 Opredelitev demence

Demenca je skupek simptomov in znakov, ki se pojavljajo pri bolniku in so lahko posledica različnih bolezni. Za demenco so značilne motnje spomina, osiromašeno mišljenje ter prizadetost opravljanja vsakodnevnih dejavnosti. Prizadeto je pomnjenje in priklic novih informacij (pozabljivost), zmanjšana je zmožnost orientacije, razumevanja, računanja, govornega izražanja in presoje, zmanjšana je sposobnost obvladovanja čustev ter socialnega vedenja. Z napredovanjem demence postaja oseba vedno manj samostojna ter potrebuje dodatno oskrbo in nego. Pri demenci gre torej za upad prej obstoječih intelektualnih in spominskih sposobnosti (t. i. spoznavne sposobnosti). Demenco lahko povzroči več kot sto različnih bolezni, najpogostejši vzrok pa je Alzheimerjeva bolezen, ki je vzrok skoraj 60 odstotkov vseh demenc. Dokaj pogosta je tudi demenca zaradi bolezni možganskega žilja, redko pa jo povzročajo hormonske motnje, tumorji ali okužbe. Število oseb z demenco narašča s starostjo, zato bi lahko rekli, da je demenca bolezen starosti. Po dostopnih podatkih naj bi pred dopolnjenim 65. letom za demenco obolel en odstotek prebivalstva, po 65. letu pa ta odstotek strmo narašča. Po 90. letu naj bi imelo demenco skoraj 60 odstotkov ljudi. 7. člen Pravilnika o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev opredeljuje kot upravičence do institucionalnega varstva pod točko D/4 »osebe, starejše od 65 let, z zahtevnejšimi dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju, ki zaradi starostne demence ali sorodnih stanj potrebujejo delno ali popolno osebno pomoč in nadzor«. Po veljavni normativni ureditvi torej oskrbo starejših oseb z demenco zagotavljajo domovi za starejše. Osebe z demenco so seveda tudi v posebnih zavodih in psihiatričnih bolnicah, vendar jih je daleč največ v domovih za starejše. Natančnih

podatkov o številu stanovalcev z demenco v slovenskih domovih nimamo. Po oceni je v DSO več kot 3.000 stanovalcev z diagnozo demenca, kar je toliko ali več, kot je vseh mest v posebnih zavodih in psihiatričnih bolnišnicah skupaj. Z vidika domov za starejše kot socialnovarstvenih institucij je pri obravnavi oseb z demenco temeljnega pomena celosten pristop, usmerjen na posameznika in njegove specifične omejitve v zmožnosti samooskrbe (Vlada RS, 2023).

Alzheimerjeva bolezen

Alois Alzheimer, nemški psihiatrični zdravnik, je že leta 1906 vnesel prvi opis nenavadne bolezni možganske skorje, svoj izjemno značilen zapis pa je objavil leta 1907 na primeru 50-letne pacientke z motnjami spomina, dezorientacijo, govornimi težavami in nevrofibrilarnimi pentljami pri mikroskopskem pregledu možganskega tkiva (Alzheimer, 1907; Alzheimer, 1906).

Žal dejavnike tveganja za razvoj Alzheimerjeve bolezni še vedno poznamo le delno, ti pa so pri redki obliki Alzheimerjeve bolezni, ki se pojavi med 30. in 60. letom starosti, povezani s trisomijo kromosoma 21 (perkusor amiloidnega proteina), mutacijami na kromosomu 14 (presnelin 1) in kromosomu 1 (presenelin 2).

Tveganje za Alzheimerjevo bolezen po 60. letu se znatno poveča pri prisotnosti alela apolipoproteina E4, čeprav njegova prisotnost ne pomeni nujno, da bo oseba zbolela – tveganje je ocenjene okoli dva- do trikrat večje pri heterozigotih in do 12-krat večje pri homozigotih (še vedno pa se bolezen pojavi tudi pri približno sedem do devet odstotkov ljudi brez alela E4). Dodatno so identifikatorji tveganja tudi spremembe na kromosomih 6, 12 in 17 ter dejavniki, kot so starost, ženski spol, bolezni ščitnice, nizka serumska koncentracija folata in vitamina B12, kajenje, zgodovinski dogodki v družini ter nižja izobrazba (Bertram in Tanzi, 2012).

Pri klinični diagnostiki se uporablja **Kratek preizkus spoznavnih sposobnosti (KPSS)**, slovenska prilagoditev MMSE, sestavljena iz 30 vprašanj, ki ocenjujejo orientacijo, spomin in druge funkcije – optimalni presečni točki sta 25/26 (za splošno) in 26/27 (za visoko izobražene) – kar potrjuje veljavnost KPS testa pri diagnostiki demence (Cullen idr., 2005; Rakuša idr., 2006).

Po pojavu prvih simptomov oboleli z Alzheimerjevo boleznijo v povprečju živijo sedem do deset let. V tem času se pri 80–90 odstotkih bolnikov skupaj z napredovanjem bolezni pojavijo tudi vedenjske in psihične spremembe, ki so zelo pomemben del klinične slike demence in predstavljajo resen problem za bolnike, njihove svojce, skrbnike in družbo v celoti. Prisotnost teh simptomov je odvisna od stadija bolezni, v katerem je bolnik. K vedenjskim motnjam pri demenci spadajo vznemirjenost, verbalna in fizična agresija, tavanje, motnje spanja in prehranjevanja ter neprimerno spolno vedenje. Med psihične simptome sodijo blodnje, halucinacije, tesnobnost, depresija, sumničavost in motnje prepoznavanja oseb (ocenjuje se, da BPSD prizadene do 90 odstotkov bolnikov). Nezdravljene vedenjske in psihične spremembe vodijo v zgodnejšo institucionalizacijo, višje stroške oskrbe, slabšo kakovost življenja za bolnika in svojce ter povečano psihično breme za svojce in osebje institucije. V razvitih državah je demenco prepoznanih približno 50 odstotkov bolnikov, zdravljenih pa je 17.5–25 odstotkov, medtem ko je v Sloveniji stopnja prepoznavnosti okoli 25 odstotkov, delež zdravljenih pa le okoli deset odstotkov (Zdravje v Sloveniji, 2001).

Demenca z Lewyjevimi telesci

Demenca z Lewyjevimi telesci je druga najpogostejša oblika demence. Značilna je z nižanjem in povečanimi spremembami kognitivnih funkcij, kjer se izmenjujeta zmedenost in relativna bistroumnost (fluktuacije kognicije) (Graham in Warner, 2013) .Simptomi bolezni so podobni Parkinsonovi bolezni — prisotnost parkinsonizma, vizualne halucinacije ter motnje razpoloženja in spanja (Graham in Warner, 2013). Pri demenci z Lewyjevimi telesci se zmanjša število pigmentnih celic v substantia nigra, pade nivo acetilholina in se pojavijo kopičenja alfa-sinuklein beljakovin, znana kot Lewyjeva telesca (Graham in Warner, 2013). Dejavniki tveganja vključujejo starost, moški spol in družinsko anamnezo (Graham in Warner, 2013). Klinični potek je odvisen od lokalizacije Lewyjevih telesc; prisotnost v avtonomnem živčevju vodi v pogoste padce in sinkope. Zdravljenje vključuje nevroleptike zaradi prisotnih blodnje, halucinacij, motoričnih motenj in vedenjskih sprememb (Kogoj, 2008).

O samih vzrokih demence z Lewyjevimi telesci je malo znanega. Dejavniki tveganja so tako kot pri vseh drugih tipih demence starost, poleg tega pa poznamo še dva dejavnika tveganja, in sicer moški spol in prisotnost te bolezni v družini (Graham in Warner, 2013).

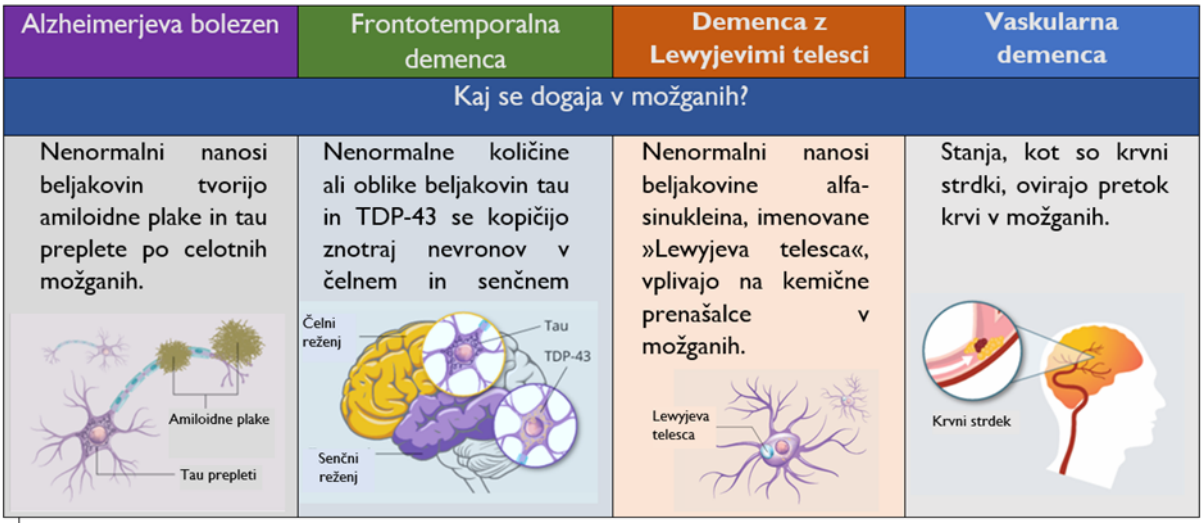
Vaskularna demenca

Vaskularna demenca se pojavi zaradi preslabega dovoda krvi v možgane ali zaradi prekinitve dotoka krvi v del možganov (Graham in Warner, 2013). Začetek te demence je v primerjavi z drugimi oblikami demence nenaden z značilnim stopničastim upadom kognitivnih sposobnosti. Pri obolelih opazimo razdrto in socialno neustrezno vedenje (kraje, vznemirjenost, izbruhi nasilnega vedenja, tavanje ...), neprimerno spolno vedenje (neprimerne šale, kompulzivno masturbiranje …) ter izgubo občutka za ustrezno osebno higieno in videz. Bolezen lahko privede tudi do motenj hranjenja (pretirano hranjenje, jedo le določeno vrsto hrane, ekscesivno popivanje, ne ločijo med užitno in neužitno hrano). Pogosti bolezenski znaki so tudi oralna fiksacija (v pozni fazi), izguba interesov (apatičnost, socialni umik, pomanjkanje skrbi za druge), motnje govora, kompulzivno in ponavljajoče se vedenje (drgnjenje rok, ploskanje, prepevanje iste pesmi, zbiranje določenih stvari – tudi odpadkov). Izguba spomina ni med prvimi znaki, pojavi pa se z napredovanjem bolezni (Kogoj, 2008).

Frontotemporalna demenca

Skupina frontotemporalnih demenc predstavlja od pet do sedem odstotkov vseh demenc (Kogoj, 2008). Ker so osebe s tem tipom demence praviloma mlajše (bolezen se pojavi pri ljudeh v petdesetih letih), ko sum na demenco ni običajen, je frontotemporalno demenco najtežje odkriti (Graham in Warner, 2013). Gre za vrsto nevrodegenerativne bolezni, ki prizadene predvsem čelni (frontalni) in senčni (temporalni) reženj možganov. Obstajajo različne klinične slike bolezni, ki so odvisne od tega, kateri del možganov je najbolj prizadet. Najpogosteje je prizadet prefrontalni del čelnega režnja, zaradi česar se pojavi vedenjska oblika bolezni, za katero so značilne spremembe v osebnosti in obnašanju. Spremembe spremljajo izbruhi jeze, agresivnost, neredko tudi neprimerne seksualne pripombe in geste. Če je prizadet senčni reženj, pa se pojavijo motnje govora (Graham in Warner, 2013). Frontotemporalna demenca se največkrat deduje avtosomno dominantno. Približno 40 odstotkov bolnikov ima bolezen v družinski anamnezi. V družinah z genetsko predispozicijo je najpogostejša vedenjska frontotemporalna demenca. Najpomembnejši med sedmimi različnimi geni, povezanimi z dedno obliko imenovane demence, je progranulin.

Slika 4: *Vrste demence*



Prirejeno po National Institute on Aging. (2025). *Understanding different types of dementia.*

13.3 Stadiji demence

Nekateri strokovnjaki delijo demenco na tri, drugi pa na štiri stadije. Vsi pa so si enotni v tem, da med posameznimi stadiji ni strogih ločnic. Po Van Hülsen (2010) ni redko, da je oboleli za demenco zjutraj še orientiran, opoldne v stadiju dve, zvečer ponovno orientiran, ponoči pa je v stadiju ena.

Demenca se ponavadi začne postopoma, zato je težko določiti, kdaj se je zares začela. Začetna faza pogosto mine neopaženo (Graham in Warner, 2013), zato je le malo obolelih zdravljenih v začetni fazi, ko je zdravljenje najbolj uspešno. Dezorientiranost lahko opazimo šele, ko je nekdo v drugi oziroma tretji fazi (Van Hülsen, 2010).

Najpogosteje uporabljena delitev v stadije demence je delitev po Naomi Feil (1982), ki je razdelila demenco na štiri stadije, za katere je razvila tudi določene tehnike, ki dopolnjujejo temeljni odnos. Razdelitev na stadije nam je v pomoč pri razvrščanju stanj, v katerih so ljudje z demenco v določenem trenutku. Ustrezne tehnike pa olajšajo sobivanje z obolelimi za demenco (van Hülsen, 2010).

Pri nas se najpogosteje uporabljata dve klasifikaciji demence, in sicer:

1. **Psihiatrična klasifikacija** (Lokar, 1994, str. 81), ki deli demenco na več razvojnih stopenj, pri čemer pa meje med njimi niso izrazito začrtane:

Lahka demenca:

- bolnike onesposobi za zahtevnejše poklicno delo,
- lahko še sami poskrbijo zase, opravljajo lahka preprosta vsakdanja opravila, ki jih znajo še od prej,
- ne zmorejo se naučiti novih opravil**.**

Srednje hude demence:

- bolniki niso sposobni opravljati poklicnega dela,

- bolnikom se zmanjšujejo sposobnosti za vsakdanja življenjska opravila**,**
- odvisni so od pomoči drugih in predstavljajo tveganje, če živijo sami**.**

Huda demenca:

- bolniki so popolnoma onesposobljeni,
- bolniki niso več sposobni skrbeti zase in so odvisni od pomoči drugih.

2. **Psihosocialni model klasifikacije po Naomi Feil**, ki poudarja preostale sposobnosti oseb z demenco, na katerih lahko gradimo delo z njimi (van Hülsen, 2010):

Prvi stadij (pomanjkljiva, nesrečna orientacija):

- časovno, prostorsko in osebno so orientirani,
- pogosto živijo v lastnem gospodinjstvu,
- pogosto se prepirajo z bližnjimi,
- pogosto obtožujejo,
- tajijo izgubo sluha, vida in gibljivosti,
- tajijo razne občutke, kot so osamljenost, zavračanje ali strah, deloma tudi veselje,
- svoje izgube in omejitve opazijo, a si jih ne priznajo,
- njihov govor je razumljiv,
- za izgubo spomina si izmišljujejo opravičila,
- stvari želijo imeti vedno na istem mestu,
- ne želijo biti v istem prostoru z ljudmi z demenco,
- pogled je usmerjen v cilj, zavračajo stik z očmi.

Drugi stadij (časovna dezorientiranost):

- zaradi vedenjskih sprememb so pogosto hospitalizirani na psihiatričnih oddelkih,
- so nemirni,
- občasno opazijo svoje omejitve in so nato nesrečni,
- osebno so orientirani, časovno in prostorsko pa večinoma dezorientirani,
- osebe iz sedanjosti zamenjujejo z osebami iz preteklosti,
- velikokrat mislijo, da njihovi starši še živijo, da so otroci še majhni,
- želijo si nazaj v svoj prejšnji dom (pogosto v obdobje otroštva, mladosti, v hišo svojih staršev),
- občasno ne prepoznajo svojega zadnjega bivališča,
- svoje občutke izživljajo,
- ohranjen je dolgoročni spomin, kratkoročni pa se občasno izgublja,
- občasno slišijo zvoke in glasove iz preteklosti,
- pogled je oddaljen, pogosto ni usmerjen,
- govorijo tiho in nejasno, oblikujejo lastne besede (ne najdejo pravih besed),
- s svojo okolico so največkrat sprti.

Tretji stadij (ponavljajoči se gibi):

- živijo pretežno v domovih za starejše ali pri svojcih, pogosto so hospitalizirani na psihiatriji,
- nenehno hodijo, brišejo, kličejo, pri čemer imajo občudovanja vredno kondicijo,
- svojih deficitov skoraj ne opazijo,
- redko so še osebno orientirani, časovno in prostorsko so dezorientirani,

- svojcev ne prepoznajo, občasno se odzivajo na osebe in stvari iz preteklosti,
- izgubljajo svoj »jaz«,
- odzivajo se na neposreden pogled, vendar oči hitro odmaknejo,
- znanih opravil ne zmorejo več,
- pogosto so inkontinentni**.**

Četrti stadij (vegetiranje):

- živijo skoraj izključno v domovih,
- na zunanje dražljaje se le redko odzovejo,
- ležijo v postelji ali sedijo v vozičku,
- svojih deficitov ne zaznajo več,
- no svoje ime se ne odzovejo ali le redko**,**
- lastne pobude ni več oziroma je ta neznatna,
- svojcev ne prepoznajo, tudi, če ti dnevno prihajajo na obisk,
- ne kažejo občutkov (vsaj ne tako, da bi bili vidni za druge),
- oči imajo zaprte,
- zavedanja lastnega telesa ne opazimo,
- ne govorijo več ali pa zelo malo,
- so inkontinentni.

Slika 5: *Psihiatrična klasifikacija in Naomi Feil klasifikacija demence*

Stopnja	Psihiatrična klasifikacija (LOKAR, 1994)	Sta-diji	Naomi Feil (Psihosocialni model dela z dementnimi)	Obravnava	Kategorija oskrbe (8. čl. PSN)	Ustrezne oblike varstva	Upravičenost do DDD (39. čl. KPJS)
1.	**LAHKA DEMENCA** začetne spremembe (pozablja, depresivnost, razdražljivost, nespečnost, umik iz soc. okolja)	1.	**PRVI STADIJ** **pomanjkljiva, nesrečna orientacija** (še dokaj samostojen, zaveda se občasne zmedenosti, izgub in omejitev, vendar jih ne priznava, spremembe v čustvovanju)	Potrebujejo predvsem **SPODBUJANJE**	**I (II III)**	**I**	**NE**
2.	**SREDNJE HUDA DEMENCA** napredujoči stadij (ne zmore sam vsakdanjih aktivnosti, tavanje, nočni nemir, inkontinenca, doma ena oseba ne zmore skrbi)	2.	**DRUGI STADIJ** **časovna dezorientacija** (časovno in prostorsko večinoma dezorientirani, osebno so orientirani, za osebno higieno še lahko skrbi, vedenjske spremembe)	Potrebujejo vsaj delno **OSEBNO POMOČ in NADZOR (VARSTVO)**	**IV**	**OPP (GSSD) VO**	**DA**
		3.	**TRETJI STADIJ** **ponavljajoči se gibi** (zelo redko še osebno orientirani, ritmično ponavljanje gibov, nenehno hodijo, izguba govorice)	Potrebujejo popolno **OSEBNO POMOČ, NADZOR (VARSTVO) in NEGO**	**IV**	**OPP VO**	**DA**
3.	**HUDA DEMENCA** končni stadij (oseba povsem nemočna, besedne komunikacije ni več, popolna osebna, časovna in krajevna dezorientacija, zelo omejena zmožnost gibanja, motnje hranjenja…)	4.	**ČETRTI STADIJ** **vegetiranje** (ležijo v postelji ali sedijo v vozičku, na zunanje dražlje se le redko ali sploh ne odzivajo)	Potrebujejo predvsem **NEGO**	**IV (III)**	**OPP, VO NO**	**DA NE**

Prirejeno po Lokar, L. (1994). Organske duševne motnje in delazmožnost. *Zdravniški vestnik, 63*, 81–85 in Van Hülsen, B. (2010). *Validacija: komunikacija z zelo starimi ljudmi z dezorientacijo*. Inštitut Antona Trstenjaka.

14 ORGANIZACIJA VARSTVA OSEB Z DEMENCO

14.1 Hišne skupnosti

Gre za novejši program, ki je namenjen starejšim, ki potrebujejo popolno oskrbo. Hišne skupnosti so oblikovali leta 1999 v Nemčiji in so uspešna alternativa klasičnim institucijam za varstvo in oskrbo starejših, saj združujejo prednosti pomoči na domu, domske oskrbe in varovanih stanovanj. Sama arhitekturna zasnova in sestava zaposlenih sta bistveno drugačni od standardnih domov za starejše. Temelje hišne skupnosti predstavljajo (Ramovš, 2014):

- povezovanje zasebnega in skupnega, pri čemer skušamo omogočiti varnost in nadzor nesamostojnih stanovalcev;
- ustanavljanje majhnih skupnosti, ki zagotavljajo zasebnost in domačnost, hkrati pa z zadostno povezanostjo omogočajo dobro oskrbo, ki je poceni;
- postavitev oskrbe, ki temelji na profilu hišnih gospodinj, ki zaradi svoje stalne prisotnosti delujejo kot članice hišne skupnosti;
- sodelovanje s svojci in prostovoljci.

Normativi hišnih skupnosti so:

- sobe z lastno kopalnico,
- neposredna povezanost sob z osrednjim prostorom, v katerem sta kuhinja in dnevni prostor,
- za sedem oskrbovancev skrbijo tri stalne gospodinje.

Hišne gospodinje so usposobljene za izvajanje kakovostne nege starejših, druge posebne storitve, kot je na primer fizioterapija, pa opravljajo zunanji strokovnjaki, ki se hišni skupnosti pridružijo po potrebi.

Dve hišni skupnosti sta nastanjeni v eni zgradbi, ki je z drugimi zgradbami povezana v manjše zaselke s skupnimi servisnimi službami, upravo in skladiščem. Hišne skupnosti predstavljajo velik korak k bolj osebnemu življenju oseb z demenco.

14.2 Negovalne oaze

Negovalna oaza je oblika gospodinjske skupnosti, ki se je uveljavila v evropskem prostoru glede na posebne potrebe obolelih v četrtem stadiju demence po Naomi Feil. Gre za enoto, veliko od 100–140 kvadratnih metrov, v kateri biva šest do osem bolnikov s hudo demenco. Koncept oaze je stimulacija čutov na podlagi biografije stanovalca (Verbeek idr., 2010, str. 663).

V prostoru, ki je obdan z vonjavami, barvami, glasbo in posebno svetlobo, stanovalci doživljajo ljubeznivo in varno okolje. Posebno pozornost v oazah namenjajo kopanju stanovalcev, ki ga opravljajo dvakrat tedensko v wellnes kopalnicah. Po kopanju sledita ogrevanje s toplimi rjuhami in bazalna

stimulacija z oljem ali kremo, ki je izbrana na podlagi potreb stanovalca. Delovni prostor, ki je na sredini oaze, omogoča zaposlenim dober nadzor nad stanovalci in zagotavlja zadovoljevanje stanovalčevih potreb ob njihovem nastanku. Izražanje potreb oseb z demenco je okrnjeno, zato jih mora osebje znati prepoznati in zadovoljiti (Verbeek idr., 2010, str. 664).

Koncept oaze zahteva dobro usposobljeno osebje, ki mora posedovati znanja s področja gerontologije, paliativne zdravstvene nege, preprečevanja preležanin, prepoznavanja bolečine, etike, komunikacije, bazalne stimulacije, kinestetike, aromaterapije, prehrane. Ker oboleli z demenco več ne zmorejo delovanja po načelih normalizacije, je v timu največ zdravstvenega osebja, ki se mora kontinuirano izobraževati na zgoraj naštetih področjih (Verbeek idr., 2010, str. 664).

15 SODOBNE METODE DELA Z OSEBAMI Z DEMENCO

15.1 Komunikacija z osebo, obolelo za demenco

Pri komunikaciji z osebo z demenco sta ključna pristop **človek človeku** in izraznost čustev – ne gre zgolj za prenos informacij, temveč za vzpostavljanje stika (Alzheimer's Society, 2022). Pri osebah, ki imajo težave z verbalnim izražanjem, moramo biti občutljivi tudi na nebesedne načine komunikacije: telesni stik, mimiko, ton glasu in geste (Alzheimer's Society, 2022).

Za kakovostno komunikacijo si moramo vzeti čas, biti potrpežljivi in omogočiti osebi, da sama poišče manjkajoče besede. Če poskušamo izpolniti manjkajoče dele stavkov, se lahko počuti nemočno, kar lahko odvrne nadaljevanje komunikacije (Alzheimer's Association, 2025; National Health Service, 2023) .

Pri tem je terapevtska komunikacija osrednji pristop, saj zajema tehnično razumevanje in strpnost, hkrati pa krepi odnos in spodbuja dostojanstvo posameznika (Alzheimer's Society, 2022).

Navodila, ki jih upoštevamo:

- zaupanje, ki si ga pridobimo s spoštljivostjo, empatičnim poslušanjem in jasno ter razločno komunikacijo;
- sprejemanje obolelega takšnega, kot je, čeprav se kot zdravstveni tehniki ne strinjamo z njegovim načinom vedenja;
- empatija, ki vključuje dovzetnost zdravstvenih tehnikov za občutke obolelega;
- spoštovanje, ki se kaže z izkazovanjem pozornosti, ohranjanjem dostojanstva in priznavanjem vrednot obolelega;
- zaupnost, kar pomeni, da bomo zdravstveni tehniki o obolelem govorili le v službi, na sestankih negovalnega in zdravstvenega tima;
- samorazkrivanje, ki obolelega vodi v zavedanje občutkov in problemov, pri tem pa moramo biti pozorni, da med komunikacijo ne pride do samorazkrivanja, saj bi s tem obolelega le zmedli (Harih, 2009, str. 81–82).

Izhodišče za reševanje težav pri motnjah v sporazumevanju pa Powell (2007, str. 45–46) vidi v razmisleku o tem, zakaj in kako je težava nastala. Če negovalec razume, zakaj se je nekaj zgodilo, bo lahko našel najprimernejši način odziva. Zavedati se moramo, da so vedenje in komentarji, ki se negovalcu zdijo nesmiselni, poskus obolelega, da razvozla zmedene misli in podobe, ki se krojijo v njegovih možganih. Negovalcu blago usmerjanje in prikrita podpora, za ohranjanje samostojnosti obolelega, predstavljata velik izziv, zato so bile oblikovane smernice ABC:

A – izogni se konfrontaciji,

B – ravnaj smotrno,

C – ubesedi čustva varovanca in ga potolaži, če je prestrašen ali vznemirjen (Powell, 2007, str. 45–46).

V napredovalnem stadiju demence, ko je verbalna komunikacija vedno manj mogoča, so dovolj le topla beseda, nežen stisk roke ali prijazen nasmeh, ki daje obolelemu občutek, da je sprejet in spoštovan. Muršec (2012) poudarja, da demenca ni zgolj pozabljivost, ampak stanje, pri katerem osebnostne motnje in motnje informacijske obdelave znatno vplivajo na vsakdanje funkcije, samostojnost in socialne odnose posameznika.

15.2 Validacija

Metoda validacije je bila zasnovana že leta 1963 s strani ameriške socialne delavka Naomi Feil. Gre za čustveno metodo, s katero izboljšamo odnose med obolelo osebo, njenimi svojci in strokovnimi delavci. Pri tej tehniki moramo upoštevati verbalno in neverbalno sporočanje obolelega, saj lahko le tako oblikujemo vzorce za medsebojno sporazumevanje (Van Hülsen, 2010). Validacija temelji na razumevanju in sprejemanju oseb, obolelih za demenco, takšnih, kot so, kljub njihovim zmanjšanim sposobnostim in zmožnostim (Mali in Miloševič Arnold, 2011, str. 45). Čeprav je namen validacije sprejemanje in ne spreminjanje, je slednje pogost stranski učinek omenjene metode (Van Hülsen, 2010). Temelj validacije predstavlja šest dejavnikov, ki so (Feil, 1993):

- socialni nadzor,
- kognitivno mišljenje,
- izostreni čuti,
- refleksivno samozavedanje,
- govor in
- gibanje

Poleg zgoraj naštetih dejavnikov je za uspešno validacijo treba upoštevati še naslednja načela in vrednote:

- vsak človek je edinstven, zato mora biti obravnavan kot posameznik;
- vsak človek je dragocen, ne glede na stopnjo dezorientiranosti;
- vedno obstaja razlog za vedenje dezorientiranih starih ljudi;
- vedenje v starosti je posledica kombinacije anatomskih sprememb v možganih, telesnih, socialnih in psihičnih sprememb, ki so se zgodile v življenju;
- vedenja starih ljudi ne moremo spreminjati, če oni tega ne želijo;
- osebe, obolele za demenco, moramo sprejemati, ne da bi jih pri tem ocenjevali;
- neopravljene naloge v določenem življenjskem obdobju lahko povzročijo psihične probleme (teorija razvojnih nalog po Eriksonu);
- ko začne kratkoročni spomin popuščati, poskušajo starejši vzpostaviti ravnovesje s tem, da obujajo dogodke iz preteklih let;
- ko se slabšata vid in sluh, slišijo zvoke iz preteklosti;

- izraženi in priznani boleči občutki, ki jih validira (razume, čuti skupaj z osebami z demenco) referenčna oseba, oslabijo, npr. gospa z demenco veliko joka, je žalostna in se umika vase. Če druga oseba z njo nežno govori, jo objame, gospa ve, da jo nekdo posluša;
- vedno močnejši so ignorirani in potlačeni boleči občutki (če gospe z demenco ne bomo potolažili, se bo še bolj umaknila v svoj svet);
- empatija zmanjšuje anksioznost in znova vzpostavlja dostojanstvo (Van Hülsen, 2010).

Cilji validacije so: (Van Hülsen, 2010).

- povečanje samozavesti in posledično zmanjšanje občutka strahu in stresa;
- omejitev uporabe kemičnih in fizikalnih prisilnih sredstev;
- preprečevanje umika v stadij životarjenja, v katerem oseba le leži v postelji;
- izboljšanje zmožnosti za gibanje in dobro telesno počutje;
- upočasnitev procesa staranja;
- upočasnitev poglabljanja demence

Tehnike validacije prilagodimo stadiju demence. Nekatere tehnike so uporabne le v določenem stadiju, spet druge pa lahko uporabljamo neglede na to, v katerem stadiju je oboleli. Naomi Feil je oblikovala naslednje tehnike validacije (Van Hülsen, 2010):

- **Centriranje**: Preusmerjanje misli s pomočjo dihalnih vaj, ki jih izvedemo tako, da se osredotočimo na točko 5 centimetrov nad ali pod telesno sredino in globoko vdihnemo skozi nos, nato izdihnemo skozi usta. Ta postopek osemkrat ponovimo pred vsakim pogovorom, zato da osvobodimo glavo prejšnjih misli in jo pripravimo na novo situacijo.
- **Uporaba jasnih, vrednostno nevtralnih besed**: V vprašanjih uporabljamo besede, ki se začnejo s »k«: kdo, kaj, kje, kako, kdaj, saj te ne zahtevajo utemeljevanja.
- **Ponavljanje**: Sogovornik ponovi smisel tega, kar je povedala oseba z demenco, pri čemer je pozoren tudi na barvo glasu in melodijo govora.
- **Uporaba ekstremov**: Z vprašanjem pripravimo osebo z demenco, da preusmeri svoje misli v še hujšo ali lepšo situacijo.
- **Predstavljati si nasprotje**: Ta tehnika se uporablja v negativnih situacijah, da obolelemu omogoči občutek varnosti in vpogled v lepšo stran življenja.
- **Spominjanje**: Nakazovanje rešitev, ki so bile uporabljene v preteklosti (npr. gospod z demenco se pritožuje nad nespečnostjo, mi pa ga vprašamo: »Ali je bilo že od nekdaj tako, da niste mogli spati?«).
- **Vzpostaviti pristen stik z očmi**: Pogled naj nato nekaj časa počiva na tej točki. Potreben je stik z očmi, s čimer drugemu signaliziramo, da mislimo nanj. Tehniko lahko povežemo z rahlim dotikom roke ali rame, kar deluje pomirjajoče in vzpostavi zaupanje.
- **Večpomenskost***:* Tu uporabljamo zaimke – on, ona, ono, nekdo, nekaj itd., s katerimi nadomestimo besede, ki jih je oblikovala oseba z demenco.
- **Ustrezen glas, primeren situaciji***:* Ton svojega glasu prilagajamo tonu glasu obolelega, npr. če se oseba z demenco jezi, moramo povzdigniti glas tudi mi, saj bo le tako dobila občutek, da jo jemljemo resno.
- **Zrcaljenje** (samo v stadiju 3): Pri tej tehniki je pomembno vživljanje v drugo osebo, s tem, da jo opazujemo in nato ponavljamo njene gibe in občutke. Tehniko lahko izvajamo večkrat na dan od 30 sekund do največ treh minut.

- **Povezovanje vedenja** s človekovo temeljno potrebo, ki ni izpolnjena: Temeljne potrebe morajo biti zadovoljene, žal pa so osebe z demenco velikokrat prikrajšane za temeljni potrebi po naklonjenosti in priznanju, kar se odraža v njihovem vedenju.
- **Prepoznati in uporabiti prednostno čutilo**: Pri komunikaciji z osebo, obolelo za demenco, so čutila zelo pomembna. Z opazovanjem lahko ugotovimo, katero čutilo največ uporablja, da bi nato z njo lažje navezali stik, npr. z nekom, ki rad posluša, poslušamo glasbo.
- **Dotiki**: Tehnika se uporablja od drugega stadija dalje, saj takrat sposobnosti na področju zaznavanja občutno opešajo.
- **Uporaba glasbe**: Glasba poživlja in stimulira, če jo uporabljamo načrtno, časovno omejeno in prilagojeno vsakemu posamezniku. Včasih obolele osebe ne govorijo skoraj nič več, ob glasbi pa znajo zapeti besedilo.

V uporabi je tudi skupinska validacija, ki je pogosto učinkovitejša od individualne, saj naenkrat komuniciramo z večjim številom ljudi. Izvaja se v drugem in tretjem stadiju demence v skupini s šestimi do osmimi udeleženci. Skupinska validacija poteka pod vodstvom terapevta, dva- do trikrat tedensko, od 20 minut do največ ene ure. Potek dela in vsebina sta že vnaprej določena. Cilji skupinske validacije so: spodbujanje interakcije, prevzemanje socialne vloge, spodbujanje zadovoljstva, dobrega počutja in verbalne komunikacije. Tovrstna tehnika preprečuje socialno izolacijo (Van Hülsen, 2010).

15.3 Orientacija v realnosti

Ameriška psihiatra Folsom in Taulbee sta metodo orientacije v realnosti razvila v šestdesetih letih. Namenjena je bila delu z veterani korejske vojne, ki so se zaradi hudih stisk umaknili iz realnosti. S to metodo spodbujamo orientacijsko sposobnost, tako da dezorientirane ljudi dejavno vključujemo v dnevno dogajanje, zato se je ta metoda izkazala primerna za delo z osebami z demenco v začetnem stadiju. S treningom orientacije ohranimo posameznikovo osebno identiteto, izboljšamo spominske funkcije, spodbujamo komunikacijo in socialno interakcijo. Pri tej metodi gre za taktno popravljanje na področju časovne, osebne in prostorske dezorientacije. Zmedene izjave so pri orientaciji v realnosti nesprejemljive, zato so oddelki opremljeni z napisi, s pomočjo katerih se oboleli za demenco orientira (Van Hülsen, 2010). Za lažje orientiranje je pogosta uporaba informacijskih tabel, koledarjev in podobnih pripomočkov (Feil, 2003).

Ker vloga v terapiji dodeljuje negovalcu moč za nadzor vsakdanjih dejavnosti oseb z demenco, uporaba te metode ni primerna za vse izvajalce. Za večjo učinkovitost metode so ključni trije dejavniki, in sicer (Van Hülsen, 2010):

- kontinuirano izobraževanje negovalnega osebja,
- 24-urna orientacija v realnost in
- strukturirana skupinska srečanja

Za kakovostno izvedbo pa je poleg zgoraj naštetih dejavnikov potrebno tudi dobro načrtovanje, saj so praktične izkušnje s treningom orientacije v realnosti pokazale, da je implementacija treninga smiselna le v primeru vključenosti celotne institucije (Van Hülsen, 2010).

15.4 Bazalna stimulacija

Metodo je leta 1975 razvil specialni pedagog Andreas Frohlich. Prvotno je bila namenjena obravnavi otrok z duševno in telesno prizadetostjo ter izhaja iz terapije celega telesa. V osemdesetih letih prejšnjega stoletja pa je diplomirana medicinska sestra Christel Bienstein ugotovila ugoden vpliv bazalne stimulacije na bolnike s kraniocerebralno poškodbo in na bolnike, ki so v komi. Na podlagi te ugotovitve se je ta način dela uvedel na vseh področjih zdravstvene nege. Bazalno stimulacijo lahko izvajamo ob vsakodnevnih dejavnostih, pri čemer je terapevt dejaven z dajanjem dražljajev, ki jih bolnik sprejme in pretvori v lastno zaznavo (Van Hülsen, 2010).

Področja zaznave so naslednja:

- somatska zaznava, ki poteka skozi kožo (človekov največji zaznavni organ);
- vestibularna stimulacija, pri kateri gre za usmerjeno spodbujanje ravnotežja in gibanja;
- vibratorna stimulacija, katere cilj je občutenje globine telesa, njegove polnosti in notranje stabilnosti;
- oralna stimulacija, pri kateri so pomembni okus, vonj, temperatura, količina, površina, položaj in konsistenca hrane, ki obolelemu omogoča občutenje zadovoljstva ter užitka;
- avditivna stimulacija, katere cilj je spodbujanje s pomočjo znanih zvokov;
- taktilno-haptična stimulacija, pri kateri gre za otipavanje okolja, ki sicer sodi v somatsko področje, a je pri bazalni stimulaciji podrobneje razdeljeno, npr. otipavanje kosov obleke;
- vizualna stimulacija omogoča bolniku, da se lažje orientira (Van Hülsen, 2010).

Cilja vseh področij pa sta spremljanje in spodbujanje zaznavanja, gibanja in komuniciranja (Van Hülsen, 2010).

15.5 Majevtika

Nizozemska strokovnjakinja je v svojem delu razvila *adaptacijsko-coping* model, teoretično in praktično orodje, namenjeno negovalnemu osebju in terapevtom pri vsakodnevnem delu z obolelimi za demenco. Model poudarja potrebo po uravnoteženem pristopu: dovoliti empatijo in bližino obolelemu, hkrati pa ohranjati profesionalno distanco, da se prepreči prekomerna navezanost ali »oklepanje« stanovalcev, kar je ključno za ohranitev strokovnosti in dobrobiti zaposlenih (Finnema, 2000).

Zaposleni v institucijah socialnega varstva so zaradi težkih zdravstvenih stanj oskrbovancev pogosto preobremenjeni z delom, kar vodi do izčrpanosti in nemalokrat tudi do izgorelosti. Da bi se primeri izčrpanosti in izgorelosti preprečili, je potrebno uspešno spopadanje z vsakodnevnimi problemi in konflikti, pri čemer si zaposleni lahko pomagajo z majevtiko (van Hülsen, 2010).

Majevtični koncept nege vsebuje interakcijo metod na osnovi stika. Cilja majevtike sta celovitost in bližina, ki jo ustvarjamo do sodelavcev in stanovalcev. Pri tej metodi dela imata zaposleni in stanovalec enakopravni vlogi. Le dobro počutje vseh vključenih pa vodi do bolj kakovostne oskrbe (van Hülsen, 2010).

15.6 Terapija spominjanja

Metoda treninga spomina, razvita leta 1963, temelji na delih Roberta N. Butlerja, ki je uvajal koncepte reminiscence in revizije življenja kot strukturiran pristop k spodbujanju spomina pri starejših (Butler, 1963; Webster idr., 2010). Ta metoda podpira tudi identifikacijo vedenjskih vzorcev in ima ključno vlogo na besednem področju (Webster idr., 2010) .

Sprva se je domnevalo, da retrospektiva vodi v regresijo, vendar je danes jasno, da **reminiscenca** – ob ustreznem poznavanju bolnikove preteklosti – predstavlja učinkovito terapijo za osebe z demenco (Woods idr., 2018) .

Terapiji spominjanja in validaciji je skupno to, da obe metodi temeljita na predpostavki, da gre človekov razvoj skozi določene stadije, v katerih se mora posameznik spoprijeti z različnimi izzivi. Poleg tega pa sta obe metodi uporabni tako v individualni kot v skupinski terapiji (Feil, 2003).

Individualna terapija je namenjena osebam, ki imajo težave z vidom ali sluhom, skupinska terapija pa naj bi potekala vedno v istem prostoru, 20 do 45 minut. Skupina je lahko sestavljena iz petih do največ osmih udeležencev. Ti so pod okriljem vodje skupine, čigar dolžnost je opazovanje vedenja vsakega izmed udeležencev. Teme terapij so lahko različne, pomembno pa je uporabljanje standardnih stavkov, kot na primer: »Se še spomnite …« ali »Spomnim se …« (Van Hülsen, 2010). Za priklic spominov lahko uporabljamo konkretna ali abstraktna sredstva, kot so na primer glasba, vonji, barve … Terapija spominjanja služi tudi spoznavanju novih stanovalcev in ugotavljanju stopnje demence (Van Hülsen, 2010).

15.7 Senzorne terapevtske dejavnosti

Pri tovrstnih metodah za navezovanje stikov in komuniciranje uporabljamo čutila in ne klasično besedno komunikacijo. Osebe, obolele za demenco, pogosto ne znajo poimenovati stvari in izraziti svojih občutkov, zato jih verbalna komunikacija spravlja v zadrego. Da bi se takšnim položajem izognili, v komunikaciji z osebami z demenco uporabljamo senzorne terapevtske dejavnosti, katerih namen je zmanjševanje anksioznost in izboljšanje splošnega počutja obolelega (Brooker, 2001).

15.8 Glasbena terapija

Glasbena terapija je definirana kot nadzorovana uporaba glasbe in njenih vplivov na človeka z namenom izboljšanja psihične, fizične in čustvene integracije posameznika v procesu zdravljenja bolezni ali nezmožnosti (Lipar, 2012b). Glasbena terapija se lahko uporablja tako doma kot v domovih upokojencev. Udeleženci skupinske glasbene terapije naj bi bili v enaki fazi demence, da ni prevelikih razlik v zmožnostih. V skupino je navadno vključenih tri do pet udeležencev, ki se sestajajo vsaj enkrat tedensko. Trajanje glasbene terapije je odvisno od sposobnosti zbranosti udeležencev, skupinske terapije navadno trajajo od 30 do 45 minut, individualne pa deset minut (Ledger in Baker, 2007, str. 331). Terapija je učinkovitejša v majhnih skupinah, kjer so vsi udeleženci v podobni fazi demence – omenjeno pri Verbeek idr. (2010)

Cilji glasbene terapije so (Ledger in Baker, 2007, str. 331):

- zmanjševanje agresije, tavanja in nemira,
- krepitev osebne, časovne in prostorske orientacije,
- ohranjanje socialne povezanosti obolelega za demenco z drugimi.

Glasbena terapija je podporna storitev za ohranjanje osebne blaginje človeka, s katero dobijo stari ljudje priložnost za razgibavanje telesa in duha ter ohranjanja različnih sposobnosti, kot so: govor, kognitivne, telesne, gibalne, socialne in čustvene spretnosti (Lipar, 2012b). Glasba lahko v primeru, da vzpostavimo stik z dogajanjem, ki je »pod površjem«, pri osebi z demenco izzove jok in žalost. To pomeni, da je oseba z demenco s pomočjo stika izrazila svoja čustva, kar vodi v olajšanje (Ledger in Baker, 2007, str. 331). Zvok znane glasbe daje obolelemu občutek domačnosti, zato se ob njem začne spominjati lepih trenutkov. Glasbena terapija se je izkazala kot učinkovito orodje za blaženje vedenjskih sprememb (Lipar, 2012b). Zaradi njene učinkovitosti, preprostosti uporabe in dostopnosti Bright predlaga uvedbo glasbene terapije v vsakodnevni obravnavi oseb z demenco (Ledger in Baker, 2007, str. 331).

15.9 Remotivacijska terapija

To metodo je leta 1957 razvila Dorothy Hoskins Smith z namenom vpletanja starostnikov v dogajanje okoli njih (Feil, 2003). Remotivacijska terapija je namenjena aktiviranju oseb z blago obliko demence. Gre za trening prepoznavanja določenih situacij, s pomočjo katerega ohranjamo obstoječe sposobnosti, hkrati pa aktiviramo tiste pozabljene. Dejavnosti, s katerimi osebe z demenco aktiviramo, so peka kolačev, priprava obrokov, izbira oblačil glede na letni čas in stimuliranje okusa. Vse dejavnosti lahko izvajamo individualno ali skupinsko, pomembno je, da jih izvajamo v mirnem prostoru z blagodejnimi dražljaji, ki izhajajo iz svetlobnih učinkov in opreme prostorov (Van Hülsen, 2010).

Pod vodstvom delovnega terapevta se skupina srečuje enkrat ali dvakrat tedensko, teme pogovorov so različne, poudarek pa je na opazovanju zunanjega sveta, vezanega na sedanjost. Remotivacijski terapiji in validaciji je skupna težnja k razvoju pozitivnega vidika človekove osebnosti in k razvoju samospoštovanja in občutka lastne vrednosti. Razlikujeta pa se v tem, da remotivacijska terapija spodbuja skupino k pogovoru o eni temi naenkrat, validacija pa dovoljuje pogovor o čemerkoli (Feil, 2003).

15.10 Snoezelen

Beseda Snoezelen izhaja iz nizozemščine ter sestoji iz besed *sniffelen* (vohati/raziskovati) in *doezelen* (dremati/sprostitev) (Chung idr., 2002). Klasičen koncept so pred 36 leti razvili na Nizozemskem za ljudi s težko motnjo v duševnem razvoju, leta 1992 pa ga je Martina Dennerlein reformirala v večnamenski izobraževalni in terapevtski pristop, kakršnega poznamo danes. Za delo z metodo Snoezelen se je treba pripraviti glede na uporabnikove individualne potrebe, ob tem pa je treba upoštevati njegove primanjkljaje in obliko bolezni. Reformiran koncept, v primerjavi s klasičnim, zajema tudi usmerjeno spodbujanje ter strukturirano terapevtsko in pedagoško delo, ki je osredotočeno na spodbujanje celovitega čutnega zaznavanja (International Snoezelen Association, b. d.).

Osnova za Snoezelen, ki je na področju dela s starejšimi prišel v veljavo pred kratkim, je zaprt prostor, v katerem s pomočjo različnih pripomočkov stimuliramo čutila (van Hülsen, 2010). Pri osebah z demenco lahko pogosto zaznamo pomanjkanje motivacije, energije in zanimanja za okolico. Za aktivacijo slednjih moramo pri obolelih stimulirati čutila. To naredimo tako, da starostniku predvajamo znane zvoke (ptičje petje, zvoke valov), mu pokažemo slike gozdov, travnikov, morja itd. Vse to pa podkrepimo s stimulacijo dotika. Na ta način pri osebi z demenco stimuliramo še neokrnjen dolgoročni spomin, kar obolelega popelje v preteklost, o kateri nato pripoveduje. Uporabnost reformiranega koncepta Snoezelen zagotavlja multisenzorično okolje, ki v ospredje postavlja zmožnosti, ki so osebam z demenco še ostale, in ne njihovih intelektualnih sposobnosti (Chung idr., 2002).

Prijetno vzdušje je ustvarjeno na podlagi potreb uporabnika in je rezultat sovplivanja odnosa, prostora in uporabljenih materialov (prostor je zato treba načrtovati s skupino ljudi, ki razume potrebe uporabnika in ima dovolj strokovnega znanja, da razume namen in cilje uporabe koncepta). Pri načrtovanju prostorov za Snoezelen moramo upoštevati smernice za oblikovanje multisenzornega okolja, ki vključujejo uporabo različnih senzoričnih dražljajev za spodbujanje čutov in izboljšanje počutja oseb z demenco. To vključuje skrbno izbiro svetlobnih učinkov, zvokov, tekstur in arom, ki ustvarjajo sproščujoče in stimulativno okolje. Prav tako je ključnega pomena zagotoviti varnost in prilagodljivost prostora glede na potrebe uporabnikov. Čeprav so smernice specifične, številni viri poudarjajo pomen celostnega pristopa pri oblikovanju takšnih prostorov, in sicer veljajo naslednja pravila:

- prostor mora biti oddaljen od neposrednih virov hrupa,
- zagotoviti moramo dostopnost,
- prostor mora biti dobro prezračen,
- prostor mora biti v skladu s predpisi,
- v prostoru mora biti veliko električnih priključkov, ki jih potrebujemo za nemoteno obratovanje naprav, ki so del terapije.

Haigh in Mytton (2016, str. 120–122) sta v svojem kritičnem pregledu ugotovila, da senzorne intervencije, prilagojene posameznikovim preteklim izkušnjam in preferencam, lahko izboljšajo dobro počutje oseb z demenco. Prav tako sta Treadaway in Kenning (2016, str. 76) raziskovala uporabo senzoričnih e-tekstilij, oblikovanih v sodelovanju z osebami z demenco, ter ugotovila, da lahko takšni pristopi povečajo občutek namena in izboljšajo vsakodnevne sposobnosti.

Cilj veččutnega pristopa je doseči posameznike z demenco preko primarnih čutil – vida, dotika, sluha, vonja, okusa in gibanja – ter jim omogočiti sodelovanje brez potrebe po višji kognitivni obdelavi. Takšen pristop se lahko izvaja skozi vsakodnevno nego, izboljšavo bivalnega okolja ali uporabo posebej zasnovanih prostorov, kot so sobe Snoezelen. Senzorično neravnovesje pri osebah z demenco pogosto vodi v problematično vedenje, zato lahko uravnotežena senzorična stimulacija pozitivno vpliva na kakovost njihovega življenja in dobrobit negovalcev (Hope in Waterman, 2004; Maseda idr., 2018).

Programi senzorne modulacije omogočajo individualiziran pristop z varnostjo, samoregulacijo, senzorno podporo in angažiranjem v smiselne aktivnosti, prilagojene osebam z demenco, ki imajo težave s senzorno obdelavo in vedenjskimi odzivi (Champagne, 2018).

Multisenzorna stimulacija je nefarmakološka metoda, ki ponuja bogato senzorično izkušnjo brez osredotočanja na kratkoročni spomin. Prostor za multisenzorno stimulacijo – kot Snoezelen soba – vsebuje elemente, kot so optična vlakna, vodni stebri, difuzorji vonjav in ambientalna glasba. Ti prostori

zmanjšujejo agresijo, izboljšujejo komunikacijo, znižujejo krvni tlak in srčni utrip ter povečujejo nasičenost s kisikom (Collier idr., 2010, str. 699; Maseda idr., 2018) .

15.11 Montessori

Metodo Montessori je razvila Maria Tecla Artemisia Montessori, italijanska učiteljica, zdravnica, filozofinja in dobrodelnica. Nastala je na podlagi opazovanja otrok, saj je njihovo spontano početje strokovnjakinjo pripeljalo do novih spoznanj o otroškem učenju in vedenju. Spoznala je, da otroci čutijo potrebo po ponavljanju, ki jim daje občutek varnosti. Osnova učnega procesa in bistvo njene metode so čutni pripomočki, s katerimi otroci razvijajo vsa čutila (Ljubič in Štemberger Kolnik, 2017, str. 81).

Metoda Montessori pri obravnavi oseb z demenco je v tujini že vrsto let uspešna oblika pomoči, medtem ko je v Sloveniji še dokaj neznana oblika obravnave. Metoda poudarja k osebi usmerjen pristop, ki v ospredje postavlja individualne potrebe posameznika. Temelji na aktivaciji proceduralnega spomina, ki je pri osebah, obolelih za demenco, dokaj dobro ohranjen (Ljubič in Štemberger Kolnik, 2017, str. 84).

V tujini dajejo velik poudarek raznim terapevtskim dejavnostim, ki so usmerjene v rehabilitacijo na področju vedenja, ohranjanja in spodbujanja kognitivnih sposobnosti, redukcijo vedenjskih motenj in pozitiven vpliv na kakovost življenja oseb z demenco. Mednje sodi tudi metoda Montessori, ki se osredotoča na podporno usmerjanje k ohranjanju samostojnosti. Njen cilj je osebam z demenco omogočiti doseganje višje ravni samostojnosti pri opravljanju dnevnih dejavnosti (Ljubič in Štemberger Kolnik, 2017, str. 85).

15.12 Sindrom krhkosti

V Evropski uniji (EU) sta starostna krhkost in oslabljenost pogost in obenem naraščajoč multidimenzionalni zdravstveni in socialni izziv, povezan s fizičnim, kognitivnim in funkcionalnim upadanjem starajoče se populacije.

Krhkost je geriatrični sindrom in se kaže kot rezultat pod-pražnega zmanjšanja zmogljivosti številnih fizioloških sistemov, ki vodi v stanje visokega tveganja za neugodne zdravstvene izide. Ker se lahko proces, ki vodi do starostne krhkosti in oslabljenosti upočasni ali celo popolnoma zavre, so zgodnje intervencije in morebitno zdravljenje ključnega pomen (Skela Savič in Gabrovec, 2018, str. 252).

Bolniki/starostniki s krhkostjo so pogosto kompleksni in imajo specifične klinične potrebe. Skela Savič in Gabrovec (2018) sta predstavila tri korake, ki bi jih pri geriatrični oskrbi morali upoštevati pri presajanju, ocenjevanju in končnem zdravljenju krhkih oseb s kroničnimi ali akutnimi boleznimi: 1. presajanje za krhkost je treba izvesti pri vsakem stiku starostnika z zdravstvenim sistemom; 2. celovita ocena krhkosti je nujna pri osebah, ki imajo pozitiven izid presajanja za krhkost, pri čemer je pomembna tudi stratifikacija tveganja za opredelitev kratkoročnih in dolgoročnih tveganj; 3. izvesti je treba ustrezen načrt ukrepanja za zadostitev tako kliničnih kot nekliničnih potreb bolnika..

Starostna krhkost vključuje več različnih področij, ki jih ne moremo v celoti ločevati – tako socialno, duševno in telesno. Krhkost poveča tveganje za padce, obolevnost ter hospitalno obravnavo, prav tako pa vpliva tudi na duševno zdravje posameznika, ki se kaže kot socialna izolacija, umik, opustitve

odnosov s prijatelji in osamljenost. Sindrom krhkosti vpliva na izgubo samostojnosti, ki se odraža pri zmanjšani telesni aktivnosti, kognitivni sposobnosti, inkontinenci, izgubi telesne teže in drugo (Roljić in Kobentar, 2017).

Psihološki dejavniki so ključne komponente krhkosti pri starejših – depresivnost, osamljenost, zmanjšana kvaliteta življenja, psihološka odpornost, kognitivna funkcija in čustvena stabilnost, kot tudi socialni dejavniki (socialni stiki in podpora) – vse to so pomembni elementi, povezani s krhkostjo (Ellwood, 2022).

15.13 Orodja za odkrivanje krhkosti

Obstaja več metod za ugotavljanje krhkosti: prvi, najpogosteje uporabljeni, je fenotip krhkosti, ki označuje telesno krhkost z merjenjem petih fizičnih komponent: nenamerna izguba telesne teže, utrujenost, omejitve pri izvajanju telesnih aktivnosti, počasna hoja in zmanjšana moč stiska roke. Za potrditev diagnoze morajo biti potrjene tri komponente. Drugi pristop ocenjevanja je s pomočjo (Dent idr. 2016, str. 3) indeksa krhkosti – *Frailty index* (FI), ki temelji na več kot 30 različnih dejavnikih glede kopičenja izgube zdravja, sposobnosti in funkcij, na kognitivnem, socialnem, telesnem in vedenjskem področju. Pri tretjem pristopu pa opisujejo *Tilburg frailty indicator* (TFI), ki je specifičen vprašalnik in zajema celostni pogled na oceno krhkosti.

Avtorja Conroy in Parker (2014, str. 174) opisujeta tudi ostala orodja za odkrivanje krhkosti, kot so:

- *Clinical frailty scale* (CFS) – to je devetstopenjska lestvica za ocenjevanje krhkosti. Je hitra, preprosta in enostavna za uporabo v urgentnih situacijah.
- *Comprehensive geriatric assessment* (CGA) – holistična obravnava bolnika, kar predstavlja ključen pomen pri izboljšanju izidov krhkih starostnikov na zdravstvenem in psihološkem področju, funkcionalnih zmožnostih, socialnih okoliščinah v okolju, kjer živi.

- *Frailty Phenotype* (FP) – fenotip krhkosti, ki je orodje za ocenjevanje izčrpanosti, zmanjšane porabe energije (neaktivnost), zmanjšane moči stiska dlani (šibkost), zmanjšane hitrosti hoje (počasnost) in nenamerne izgube telesne teže.
- *Frailty assessment for Care-planning* (FACT) – orodje, s katerim se meri bolnikova stopnja krhkosti kognicije, mobilnosti, funkcionalnosti in socialnih okoliščin.
- *PRISMA-7* – vprašalnik krhkosti, sedmih točk, ki zajemajo področja starosti, spola, zdravstvenih problemov, ki omejujejo aktivnosti, potrebe po pomoči drugih, zdravstvenih problemov, ki človeka zadržijo doma, uporabo palice, hojce ali invalidskega vozička ter imeti nekoga, na katerega se lahko zaneseš.
- *FRAIL Questionnaire* – orodje, ki sestavlja pet komponent: *Fatigua* (izčrpanost), *Resistance* (vzdržljivost), *Ambulation* (gibanje), *Illnesses* (bolezni) in *Loss of weight* (izguba telesne mase).
- *FiND– Frail Non-Disabled Questionnaire* – orodje za ocenjevanje krhkosti, a ne zmožnosti.

Starostniki imajo povečano tveganje za razvoj »prehranske krhkosti«, ki lahko pomembno ogrozi vnos hrane in sposobnost, da bi pokrili prehranske potrebe. Neustrezna prehrana (prebitek ali pomanjkanje posameznih hranil) se pri starostnikih hitreje klinično izrazi v motnjah delovanja različnih fizioloških sistemov (Rotovnik Kozjek idr., 2023).

Za oceno prehranskega statusa se uporablja mini prehranska ocena MNA (Mini Nutritional Assessment), ki poleg prehranskega presajanja vsebuje nekaj prijemov natančnejše prehranske ocene in odkrije podhranjenost. Metodo so uporabili v raziskavi v socialnovarstvenem zavodu za analizo dejanskega vnosa hranil in prehranskega statusa starostnikov (Urh idr., 2017, str. 207).

Edmonton Frailty Scale (EFS) je večdimenzionalno merjenje krhkosti, ki se lahko uporablja za odkrivanje primerov, oceno resnosti in izboljšanje načrtovanja oskrbe v bolnišnični obravnavi (Rolfson idr., 2006, str. 526).

Gröningenov indeks krhkosti – *Gröningen Frailty Index* se uporablja v kliničnem in domačem okolju ter ocenjuje fizične, kognitivne, socialne in psihološke vidike starostnika (Rolfson idr., 2006, str. 526).

Celovita geriatrična ocena predstavlja učinkovit način za zmanjševanje stopenj krhkosti, še posebej, če se izvaja v geriatričnih oddelkih. Med učinkovite ukrepe za zmanjšanje krhkosti sodijo večkomponentna telesna vadba in večdimenzionalne intervencije (Veninšek in Gabrovec, 2018, str. 106).

Krhkost bo morala v prihodnosti postati pomemben dejavnik načrtovanja in izvajanja zdravstvene oskrbe, kar hkrati pomeni, da bomo morali razviti ustrezne zmogljivosti, ki bodo namenjene prepoznavanju in obravnavanju krhkih starih ljudi. Predvsem pa bo presajanje na krhkost treba vpeljati v rutinsko obravnavo na vseh ravneh zdravstvene obravnave z namenom, da prepoznamo tiste posameznike, ki jih krhkost ogroža oz. so predkrhki ali krhki. Z dokazi je podprto, da obstajajo učinkovite intervencije za zmanjševanje krhkosti, med katere poleg telesne vadbe, prehranske intervencije in kognitivne vadbe umeščamo tudi celovito geriatrično oceno (vključno z vodenjem farmakoterapije), ki je temeljna medicinska tehnologija na področju geriatrične medicine (Kim in Rockwood, 2024; Parker idr., 2018).

Krhkost poveča tveganje za neželene dogodke, vključno s padci, delirijem ter invalidnostjo in umrljivostjo. Bolniki s sindromom krhkosti v paliativni oskrbi imajo veliko več potreb po fizični, psihosocialni in podporni obravnavi, ki jih je treba celostno obravnavati. Člani primarne zdravstvene ravni imajo veliko vlogo, da neposredno ocenijo in zadovoljijo številne fizične potrebe ter vključijo ostale člane multidisciplinarnega tima, glede na bolnikove potrebne intervencije. Vendar se zdi, da bodo zdravstveni delavci potrebovali večjo ozaveščenost o potrebah po oskrbi ob koncu življenja starejših s sindromom krhkosti skupaj z ostalimi specialističnimi službami (Stow idr., 2019, str. 399).

Ocena krhkosti bi morala biti usmerjena v naslednje: prepoznati in zdraviti reverzibilne vzroke za upad, zaznati in nadzorovati moteče simptome ter oblikovati individualne načrte zdravljenja. Pomembno je oceniti resnost krhkosti in identificirati potrebne intervencije v primeru bolečine, dispneje, preprečevanja padcev, depresije in nespečnosti. O prognostičnih posledicah in napredovanju krhkosti je treba razložiti bolniku in svojcem ter jim ponuditi potrebno pomoč. Celovita geriatrična ocena (CGA) je primerna za celostno oceno potreb in je že od samega začetka ustrezna za pristop paliativne oskrbe bolnikov s sindromom krhkosti (Pal in Manning, 2014).

Medicinske sestre na primarni ravni zdravstvenega varstva, ki se v ambulantah družinske medicine in v patronažni službi prve srečajo s starostnikom, prav tako tudi v domovih za starejše, imajo osrednjo vlogo v smislu zgodnjega prepoznavanja krhkosti ter izvajanja ključnih aktivnosti, ki vključujejo prehrano, telesno aktivnost, obvladovanje kroničnih bolezni in zdravil. Poznavanje krhkosti in z njo povezanih dejavnikov pomaga medicinskim sestram določiti prednostne naloge pri obravnavi starostnikov.

Pomembni so predvsem zgodnje prepoznavanje, proaktivna in kompenzacijska obravnava ter preventiva, saj vodijo k preprečevanju obolevnosti in umrljivosti (Parker idr., 2018, str. 149).

15.14 Inkontinenca

Inkontinenca je pogost problem pri starejših odraslih, ki pomembno vpliva na kakovost življenja, samostojnost in psihosocialno dobrobit. Zaradi staranja prebivalstva in povečanega pričakovanega trajanja življenja se število starejših oseb s težavami z zadrževanjem urina in/ali blata povečuje.

Urinska inkontinenca (v nadaljevanju UI) je od leta 2002 po definiciji International Continence Society (ICS) opredeljena kot vsako nehoteno uhajanje urina. Nova definicija je tako nadomestila starejšo, ki je stanje opredeljevala kot uhajanje urina, ki je prizadeti osebi povzročalo socialni oziroma higienski problem in ki ga je bilo mogoče objektivno dokazati (D'Ancona idr., 2019, str. 433).

Po priporočilih Mednarodnega konzorcija za inkontinenco (ICS) ločimo več oblik inkontinence urina (Abrams idr., 2009):

- stresna inkontinenca: uhajanje ob povečanju intraabdominalnega pritiska (npr. kašljanje, kihanje, dvigovanje bremen);
- urgentna inkontinenca: nenadna, neodložljiva potreba po uriniranju, ki vodi do uhajanja urina; pogosto je posledica prekomerne aktivnosti detruzorja;
- mešana inkontinenca: hkratna prisotnost stresnih in urgentnih simptomov;
- funkcijska inkontinenca: posledica omejene mobilnosti ali kognitivnih motenj, ko oseba preprosto ne prispe pravočasno do sanitarnih prostorov, čeprav so se pojavljali normalni izhodi fizioloških signalov (Tannenbaum idr., 2013).

Prevalenca inkontinence urina pri osebah, starih več kot 65 let, se v različnih študijah giblje med 20 in 50 odstotkov (Milsom idr., 2013; Tannenbaum idr., 2013). V institucionaliziranih okoljih (domovi za ostarele, dolgotrajna oskrba) je pogostnost še višja, od 50 do 70 odstotkov (Milsom idr., 2013). Stresna inkontinenca je pri ženskah, starejših od 65 let, ocenjena na približno 15 odstotkov, urgentna inkontinenca pa na okoli 20 odstotkov (Milsom idr., 2013). Pri moških je urgentna inkontinenca pogostejša kot stresna – deloma zaradi sočasnih bolezni prostate in nevroloških stanj.

Fiziološki dejavniki urinske inkontinence:

- slabljenje mišičnega tonusa medeničnega dna: pri ženskah privede do slabše podpore mehurja in sečil (Abrams idr., 2009), pri moških se lahko pojavi po operacijah prostate (Milsom idr., 2013);

- nevrološke spremembe: demenca, možganska kap, Parkinsonova bolezen in periferna nevropatija so pogosti vzroki za urgentno inkontinenco (Tannenbaum idr., 2013);

- hormonske spremembe: pri ženskah prispevajo postmenopavzne hormonske spremembe k atrofiji urotektilne mukoze in oslabitvi mišic medeničnega dna (Milsom et al., 2013);

- motnje sfinktra pri inkontinenci blata: starostno nespecifično tanjšanje gladke in prečne mišice okrog analnega kanala ter motnje senzoričnega zaznavanja (Norton in Chelvanayagam, 2004).

Zdravstveni dejavniki urinske inkontinence:

- družinska anamneza ali pretekle genetike motnje izločanja urina/blata (Milsom idr., 2013);
- sočasne kronične bolezni: sladkorna bolezen, ki lahko povzroči periferne nevropatije, srčno-žilne bolezni, bolezni sklepov, ki omejujejo mobilnost (Tannenbaum idr., 2013);
- uporaba nekaterih zdravil: diuretiki, sedativi in opiati lahko povečajo tveganje za inkontinenco (Tannenbaum idr., 2013);
- bolezni možganov in živčevja: možganska kap, multipla skleroza, Parkinsonova bolezen (Milsom idr., 2013).

Posledice urinske inkontinence in vpliv na kakovost življenja

Fizične posledice:

- kožne težave: pogoste mokre plenice ali stalni stik z izločki lahko vodijo do razjed, dermatitisov ter okužb (Tannenbaum idr., 2013);
- okužbe sečil: kronična stagnacija seča in pogosta vlaga povečujeta tveganje za okužbe urinskega trakta (Milsom idr., 2013);
- dehidracija: strah pred uhajanjem lahko vodi do zadrževanja tekočin, kar poveča tveganje za dehidracijo in zaprtje (Abrams idr., 2009).

Psihosocialne posledice:

- zmanjšanje samopodobe in občutki sramu (Tannenbaum idr., 2013);
- socialna izolacija: starejši se lahko izogibajo obiskom sorodnikov ali socialnih dogodkov (Norton in Chelvanayagam, 2004);
- depresija in tesnoba, povezani s kronično izgubo nadzora nad osnovnimi funkcijami (Wald idr., 2016).

Ocena in diagnostika

Zbiranje anamneze:

- podrobno spraševanje o vzorcih uhajanja urina/blata: pogostost, količina, sprožilni dejavniki (npr. kašljanje, občutek urgence) (Abrams idr., 2009);
- pregled sočasnih bolezni in zdravil, ki lahko privedejo do inkontinence (Tannenbaum idr., 2013).

Fizični pregled:

- nevromišični pregled: ocena tonusa medeničnega dna, refleksi medeničnega dna, nevrološki izpadi (Milsom idr., 2013);
- ginekološki/urološki pregled: pri ženskah pregled medeničnega dna, pri moških ocena prostate (Abrams idr., 2009);

- anorektalni pregled: pri inkontinenci blata ocena tonusa analnega sfinktra, senzibilnosti, prisotnosti analnih fisur ali hemoroidov (Norton in Chelvanayagam, 2004).

Dodatne preiskave:

- dnevnik izločanja urina: beleženje vnosa tekočine, številnih odvajanj, količine in situacij uhajanja (Milsom et al., 2013);
- urodinamske raziskave: pri kompleksnih primerih ali pred operativnim posegom (Abrams idr., 2009);
- ultrazvok urinskega mehurja: za oceno preostalega seča po mikciji (Abrams idr., 2009);
- stolica – povečanje volumna: količina, učinek vlaknin pri inkontinenci blata (Norton in Chelvanayagam, 2004).

Pristopi k zdravljenju in obvladovanju

Konservativni ukrepi:

- vadba mišic medeničnega dna (Keglove vaje): dokazano izboljšajo kontinenčni nadzor pri stresni in urgentni inkontinenci (Tannenbaum idr., 2013);
- terapija mehurja (*bladder training*): postopno podaljševanje intervalov med odvajanjema, pogosto v kombinaciji z vajami medeničnega dna (Milsom idr., 2013);
- »biofeedback« in električna stimulacija: pri posameznikih, ki ne morejo ustrezno aktivirati mišice medeničnega dna (Abrams idr., 2009).

Farmakoterapija:

- pri urgentni inkontinenci so antidetruzorji (antimuskariniki, β3-agonisti) standardna možnost (Milsom idr., 2013);
- pri stresni inkontinenci se lahko uporabijo lokalni estrogenski pripravki pri ženskah v postmenopavzi (Abrams idr., 2009).

Inkontinenca blata

Inkontinenca blata (fekalna inkontinenca) je nezmožnost zadrževanja trdnih ali tekočih iztrebkov. Diagnostično se ločujeta (Norton in Chelvanayagam, 2004; Wald idr., 2016):

- parcialna inkontinenca blata – občasno ravninsko uhajanje blata ali sluzi;
- popolna inkontinenca blata – popolna izguba nadzora analnega sfinktra, ki vodi do nenadzorovanega odvajanja.

Prevalenca inkontinence blata pri starejših osebah v domačem okolju se giblje med osem in 15 odstotki (Norton in Chelvanayagam, 2004; Wald idr., 2016). V institucionaliziranih okoljih je razširjenost višja, pogosto med 30 in 50 odstotki (Norton in Chelvanayagam, 2004). Pogostost s starostjo raste – pri osebah

nad 80 let je poročana prevalenca blizu 20 odstotkov v domačem okolju in do 60 odstotkov v okolju institucionalne oskrbe (Wald idr., 2016).

Prehranska prilagoditev: višji vnos vlaknin, redno uživanje pitne vode, po potrebi uporaba mehčalcev blata (Norton in Chelvanayagam, 2004).

Bioritmično odvajanje blata (*scheduled toileting*): vzpostavitev redne rutine, na stranišče v času običajnih odvajanj (Wald idr., 2016).

Farmakološka podpora: uporabljajo se antisekretorna zdravila (npr. loperamid) pri tekočem blatu ter antibiotiki ob stranskih okužbah (Norton in Chelvanayagam, 2004).

Biofeedback in elektrostimulacija: izboljšanje tonusa analnega sfinktra s pomočjo namenjenih naprav (Norton in Chelvanayagam, 2004).

Kirurški posegi (rezervirani za refraktorne primere): analna sfinkter plastika, implantacija umetnega sfinktra, sakralna nevrostimulacija (Wald, 2016, str. 157).

Pripomočki in oblačila:

- inkontinenčne plenice in vložki: razpoložljivi v različnih stopnjah absorpcije; pomembno je izbrati ustrezen tip glede na mobilnost in stopnjo inkontinence (Tannenbaum idr., 2013);
- higienski pripomočki: balzami in kreme za zaščito kože, preprečevanje razjed (Tannenbaum idr., 2013);
- adaptacije bivalnega prostora: postavitev nočnih posod, grablje za lažji dostop do stranišča, nočna luč (Abrams idr., 2009).

Psihosocialni vidiki in podpora

Stigma in sram

Starejši se pogosto sramujejo svojih težav, kar otežuje odprto komunikacijo z zdravstvenimi strokovnjaki in sorodniki. Pogovor o inkontinenci je lahko tabu tema, kar vodi v socialno izolacijo (Tannenbaum idr., 2013).

Vpliv na družino in oskrbovalce

Dolgotrajna oskrba starejših z inkontinenco predstavlja psihično in fizično breme za svojce. Potrebna je izobraženost oskrbovalcev o previjanju, ustrezni higieni in prepoznavanju zapletov (Milsom et al., 2013).

Pomen interdisciplinarnega pristopa

Uspešno obvladovanje inkontinence zahteva sodelovanje zdravnikov, medicinskih sester, fizioterapevtov, ergoterapevtov in socialnih delavcev (Abrams et al., 2009). Psihološka podpora in svetovanje glede prilagoditev življenjskega sloga in negovalnih strategij bistveno izboljšata rezultate (Tannenbaum idr., 2013).

Preprečevanje in promocija zdravja:

- redna telesna dejavnost: krepi mišice celega telesa, vključno z mišicami medeničnega dna, kar pomaga pri ohranjanju kontinence (Gibson idr., 2014);
- izogibanje odvečnemu dvigovanju težkih bremen in pravilna tehnika dvigovanja (Abrams idr., 2009);
- uravnotežena prehrana bogata z vlakninami za preprečevanje zaprtja, ki lahko poslabša tako urinsko kot fekalno inkontinenco (Norton in Chelvanayagam, 2004);
- preprečevanje okužb sečil: zadosten vnos tekočin, higiena zunanjih genitalij, pravočasno zdravljenje okužb (Milsom idr., 2013);
- redni pregledi pri stroki: dosegljiv pregled pri pojavu prvih znakov uhajanja, da se vzpostavi zgodnje zdravljenje (Abrams idr., 2009).

Inkontinenca urina in blata je kompleksen problem pri starejših, ki zahteva celosten in interdisciplinaren pristop. Temeljna vloga kakovostne ocene, individualiziranih terapevtskih strategij ter podpore tako starejšemu bolniku kot izvajalcem zdravstvene nege je ključna za izboljšanje kakovosti življenja. Skladno z aktualnimi smernicami je pomembno, da se zdravljenje začne zgodaj ter vključi tako konservativne kot po potrebi invazivne ukrepe. Pomembno je tudi ozaveščanje družbe o inkontinenci, da se zmanjša stigma in olajša dostop do pomoči.

16 BOLEČINA

Bolečina je neprijetno dogajanje v telesu in hkrati zapleteno stanje. Bolečina je zaznava naših možganov, ki si jo vsakdo razlaga na svoj način, nanjo pa vplivajo tudi naša življenjska naravnanost in pretekle izkušnje. Ljudje pri skoraj enakih poškodbah zelo različno zaznajo bolečino. Nekatere lahko zelo boli, drugi pa za podobno poškodbo skoraj ne potrebujejo sredstev proti bolečini. Bolečina nam navadno sporoča, da je v našem telesu nekaj narobe. Včasih se bolečina javlja nenadoma, intenzivno in traja določen čas – tako bolečino imenujemo akutna in je vedno opozorilo na neko nepravilno dogajanje v telesu. Ne smemo je zanemariti, ker nezdravljena vodi v kronično bolečino. Včasih pa bolečina traja več tednov, mesecev ali pa sploh ne mine – tej vrsti bolečine pravimo kronična. Vzroki so lahko različni – poškodbe, vnetje živcev in druga obolenja. Nekatere poškodbe živcev povzročajo še posebej neprijetne bolečine, ki so lahko tako hude, da varovanci zaradi njih zelo trpijo (Požlep, 2009, str. 95).

16.1 Vrste bolečine

Bolečino lahko delimo po različnih merilih v več vrst (Požlep, 2009, str. 96):

- fiziološka bolečina (bolečina, ki ima opozorilno in obrambno vlogo),
- patološka bolečina (vsaka kronična bolečina, ki ovira posameznika v vsakodnevnem življenju).

Glede na trajanje ločimo:

- akutno bolečino: pojavi se zaradi tkivne poškodbe in izzveni po prenehanju bolečinskega dražljaja;
- kronično bolečino: dolgotrajna bolečina, ki postane neodvisna od bolečinskih dražljajev; o njej govorimo, ko simptomatika traja več kot tri mesece.

Glede na lokacijo ločimo:

- somatsko bolečino (povrhnja bolečina) in
- visceralno bolečino (bolečina, ki jo čutimo v notranjih organih).

16.1.1 Akutna bolečina

Akutna bolečina je tista, ki nastane nenadoma, ne traja dolgo, njen vzrok pa je največkrat jasen. Vedno je posledica delovanja škodljivega dejavnika, njena vloga pa naj bi bila, da organizem nanj opozarja in s tem prepreči nastanek dodatne škode. O akutni bolečini govorimo takrat, ko nastane nenadno, traja do tri mesece in je njeno mesto običajno lahko določljivo. Pojavi se vzporedno s poškodbo tkiva in se umirja skladno z okrevanjem od poškodbe. Po zacelitvi poškodbe oziroma ozdravitvi tkiva bolečina izgine. Huda akutna bolečina lahko sproži stresni odziv z dvigom krvnega tlaka, tahikardijo, pospešenim dihanjem, znojenjem in razširjenimi zenicami. Pogosto je težava v tem, da začetek bolečine težko ugotovimo. Akutno bolečino spremljata močan strah in negotovost. Pri oceni bolečine pri starejših je

ključno naslavljanje pogostih skrbi in negotovosti. Medicinski tehniki naj pacientom zastavijo jasna in odprta vprašanja, kot so (Herr idr., 2019):

- »Kaj mislite, da je vzrok vaše bolečine?«
- »Kaj se dogaja z vami ali prizadetim mestom?«
- »Ali menite, da bo bolečina prenehala, in kaj mislite, da bi lahko pomagalo?«
- »Ali pričakujete, da morate trpeti, in kakšen izhod vidite?«

Tak pristop, ki spodbudi bolnikovo razmišljanje in lastne rešitve, povečuje kakovost komunikacije in zaznavanja bolečine pri starejših osebah (Herr idr., 2019).

16.1.2 Kronična bolečina

Kronična bolečina je javnozdravstveni problem, sej se pojavlja pri velikem odstotku prebivalcev in negativno vpliva na kakovost življenja bolnikov ter na stroške zdravstvene oskrbe. Najpogosteje je kronična bolečina nasledek akutne bolečine, ki ni bila učinkovito olajšana, čeprav na njen nastanek vplivajo tudi psihološki dejavniki in dejavniki okolja. Je stanje bolezni, ki pogosto povzroča trpljenje. Bolečina ostane po času, ki je običajen za ozdravitev bolezni ali zacelitev poškodbe. Pogosto jo časovno opredelimo kot bolečino, ki traja več kot tri do šest mesecev. Kronična bolečina pogosto povzroča bolniku fizične omejitve in ga uničuje psihično, socialno in ekonomsko. Bolečina je topa, boleča in skeleča, neznosna in vzbuja strah. Povezana je s težavami pri spanju, z vzdržljivostjo, s strahom, brezupom, nemočjo in depresivnostjo, fizično in socialno izolacijo, zmanjšano sposobnostjo za opravljanje dnevnih aktivnosti, pomanjkanjem teka, spremembo telesne teže in motnjami v gibljivosti (Herr idr., 2019).

16.1.3 Visceralna bolečina

Visceralna bolečina nastane zaradi vzdraženosti receptorjev za raztezanje in kemoreceptorjev v votlih organih, krvnih žilah, poprsnici in potrebušnici. Povzročijo jo lahko vnetje, draženje simpatičnega in parasimpatičnega živčevja v notranjih organih, bolečinski dražljaji, kot so natezanje, kemični dražljaji sluznice, hipoksija, bolečinski dražljaji in razteznostni nebolečinski dražljaji, ki lahko odvisno od jakosti preidejo v bolečino (Svilenković, 2009).

16.1.4 Somatska bolečina

Somatska bolečina je posledica vzdraženja nociceptorjev v koži in v globokem tkivu. Je dobro lokalizirana, stalna in tipična, po občutku tiščanja, kljuvanja in tope bolečine. Somatska bolečina dobro odgovori na terapijo z opioidi in jo je mogoče obvladovati s kemičnim blokom ali kirurško (Herr idr., 2019).

16.1.5 Psihogena bolečina

Psihogeno bolečino je zelo sporno oceniti kot psihogeno. Psihični vpliv na doživljanje bolečine je sicer zelo močan in za bolnika ni pomembno, ali je bolečina zgolj psihičnega izvora ali tudi somatskega.

Bolnik občuti bolečino, zato je treba njegove težave temeljito oceniti. Zdravljenje mora biti načrtovano, previdno, poleg dodatnih postopkov, kot je fizioterapija in psihoterapija, pa je pomembno tudi farmakološko zdravljenje (Herr idr., 2019).

16.2 Vzroki za bolečino

Razlogi za nastanek bolečine so lahko tudi duševne stiske, kot so strah pred smrtjo, boleznijo, izgubo, strah, da postane posameznik odvisen od tuje pomoči, ločitev itd. Ko nas nekaj boli, je to že samo po sebi dovolj hudo. Študije kažejo, da ima več kot 80 odstotkov starostnikov različne bolezni, ki so povezane z bolečino (bolezni srca in ožilja, nevrološka degenerativna stanja, osteoartritisi različne etiologije, nevralgične bolečine različnih vzrokov, stanja po poškodbi). Pri starejših se najpogosteje pojavljajo bolečine v križu (40 odstotkov), v sklepih (24 odstotkov), v področju zlomov (14 odstotkov) in nevropatije (11 odstotkov). Pogost vzrok za bolečino je tudi rakava bolezen. Več kot 80 odstotkov starostnikov nad 65 let ima težave zaradi degenerativnih bolezni mišično-kostnega sistema. Ostali vzroki za bolečino pri starejših so okužbe, bolezni perifernega živčevja, kožne spremembe z ulceracijami, zastajanje urina, zaprtje, glavoboli. Pri dementnih bolnikih povzroči nezadovoljiva nega hudo nelagodje (pomanjkljiva higiena, lakota, žeja), kar vpliva tudi na povečano intenzivnost bolečin International (Herr idr., 2019).

16.3 Občutenje bolečine pri starostniku

Na spremenjeno občutenje bolečine vplivajo poleg sprememb v živčnih poteh tudi duševni dejavniki in drugi vplivi zaradi starostnih sprememb. Z vsakim pridobljenim letom se zmanjšuje gostota živčnih vlaken, zaradi tega se upočasni prevajanje perifernega bolečinskega dražljaja. Na spinalni in supraspinalni ravni strokovnjaki ugotavljajo manjšo gostoto serotoninergičnih in noradrenergičnih nevronov ter opioidih receptorjev, kar vpliva na funkcijo descendente zaviralne kontrole in povzroča slabo prenašanje hujše bolečine. Zmanjšano je tudi število nevronov, živčnih prenašalcev supraspinalnih in dendritskih povezav v možganski skorji, srednjih možganih in v podaljšani hrbtenjači. Starostniki imajo višji prag zaznavanja električnega in termičnega dražljaja bolečine, kar ne pomeni, da čutijo manj bolečine. Spremembe za zaviranje bolečinskega prenosa povzroči starostniku manjšo toleranco za bolečino. Tako so določeni tipi visceralne bolečine pri starostniku manj izraženi, enako pri akutnem abdomnu. Glavoboli niso tako pogosti, če pa so prisotni, pa so pogosto povezani z določenimi boleznimi, kot so (Herr idr., 2019):

- temporalni arteriitis,
- subduralni hematom,
- popuščanje srca,
- cervikalni osteoartritis in depresija.

16.4 Ocena bolečine

Pri bolečini moramo najprej oceniti, ali gre za kronično ali akutno bolečino ter ali gre za eksacerbacijo kronične bolečine. Akutno bolečino ponavadi starostniki dobro opišejo, pogosto je združena z

vzburjanjem avtonomnega živčnega sistema, kar se kaže kot povečana frekvenca srca, povečan krvni tlak, razširjene zenice, pospešeno dihanje in pospešeno potenje ali diaforeza. Spremljajoči znaki so tudi strah, nemir in nezmožnost koncentracije. Kronično bolečino pa starostniki težko opredelijo, saj jo redkeje spremljajo spremembe v delovanju avtonomnega živčnega sistema. Najpogosteje to vrsto bolečine spremljajo depresija in pogoste spremembe v razpoloženju. Z natančno anamnezo moramo ugotoviti, ali gre za nociceptivno (somatsko ali visceralno) ali nevropatsko bolečino. Nociceptivno bolečino oseba opiše kot topo, globoko, stalno, pritiskajočo. Ta je največkrat posledica vnetja tkiva, lokalne destrukcije ali deformacije. Nevropatska bolečina pa nastopi kot posledica poškodbe živčnega sistema in jo delimo na periferno (npr. herpes zoster, diabetična nevropatija) in centralno (po kapi, fantomska bolečina po amputaciji, po poškodbi hrbtenjače). Starostniki jo opišejo kot zbadajočo, ostro, občasno in kot občutek električnega udara. Tukaj se pogosto uporablja skrajšana verzija McGillovega vprašalnika. Na vprašanja odgovarjajo z »da« ali »ne«. Poizvemo o mestu bolečine, ali je omejena na mesto poškodbe, kam izžareva, ali je omejena na mesto poškodbe tkiva, ali se prenaša. Za oceno jakosti bolečine uporabljamo vizualno analogno skalo – VAS (bolečina se oceni z oceno od 1 do 10, 10 pomeni najhujša možna bolečina). Uporabljajo se tudi številčna analgetična skala in razne verbalne skale za oceno jakosti. Z lestvicami poskušamo opredeliti vzorec pojavljanja bolečine. Akutna bolečina je epizodična ali intermitentna ter poveča se ob določenih aktivnostih, kronična bolečina pa je navadno konstantna.

Jakost bolečine je mogoče meriti, čeprav je rezultat merjenja subjektiven podatek. Pomembno je, da je pri ocenjevanju in vrednotenju vedno vključen bolnik kot aktivni udeleženec. Poleg jakosti bolečine ocenjujemo tudi učinek zdravljenja in bolnikovo psihološko stanje. Pomen merjenja bolečine v klinični praksi(Herr idr., 2019).:

- merjenje bolečine je potrebno za postavitev diagnoze,
- jakost bolečine je treba določiti za oceno učinka terapije in njeno spremljanje,
- merjenje bolečine je potrebno pri raziskavah o kontroli bolečine.

Za oceno jakosti bolečine nekateri uporabljajo skalo izrazov obraza. Pri dementnih bolnikih omenjenih skal ne moremo uporabiti. Priporoča se subjektivno opazovanje bolnikov in na bolečino vezanih vzorcev obnašanja (gibanje, izraz obraza, položaj telesa) in fizioloških kazalcev, kot so frekvenca srca, krvni tlak, frekvenca dihanja. Hurley s sodelavci je razvil skalo, ki opredeli nelagodje bolnikov s hujšo obliko Alzheimerjeve bolezni, pri kateri se ocenjuje dihanje, izraz obraza in položaj telesa. Pri kognitivno motenih starostnikih moramo biti pozorni na spremembe, ki lahko pomenijo bolečino: spremenjena mimika obraza, grimasiranje, zatiskanje oči, neartikulirani glasovi, glasno dihanje, klicanje na pomoč, preklinjanje, spremenjen položaj telesa, agresivno vedenje, zapiranje vase, spremembe v že dalj časa obstoječih vzorcih obnašanja in rutinskih opravilih, zmanjšanje telesne dejavnosti, povečana zmedenost, pogost jok ipd. Če bolnik prejema opioidne analgetike in se kognitivne funkcije začnejo slabšati, lahko to zmotno pripišemo stranskim učinkom analgetika, ne pa nezadostni analgeziji. Pri opredelitvi bolečine opravimo še okvirni fizikalni in nevrološki pregled bolnika.

16.5 Zdravljenje bolečine

Zdravljenje bolečine pri starejših vključuje farmakološke in nefarmakološke pristope, pri čemer je ključnega pomena celosten pristop k bolniku – upoštevati moramo spremljajoče bolezni, kognitivne funkcije in socialni status (Beveridge, 2024). Predpisana zdravila morajo biti prilagojena starosti,

upoštevati je treba presnovne spremembe, zmanjšano delovanje ledvic in jeter ter možne interakcije z drugimi zdravili, ki jih bolnik jemlje (Herr idr., 2019).

Farmakološki pristop sledi načelu »start low, go slow« – začeti z nizkimi odmerki, redno ocenjevanje učinka in varnosti ter previdnost pri uporabi opioidov in NSAR (Beveridge, 2024). Pogosto je treba izbirati alternativna zdravila, kot so paracetamol ali lokalni analgetiki, kadar sistemski niso priporočljivi.

Nefarmakološki ukrepi vključujejo telesno vadbo, fizioterapijo, masažo, kognitivno-vedenjsko terapijo in sprostitvene tehnike. Te metode omogočajo zmanjšanje odvisnosti od zdravil, povečujejo občutek samokontrole in izboljšujejo splošno kakovost življenja (Herr idr., 2019).

16.6 Bolečina in stres

Bolečina in stres sta močno povezana fenomena. Bolečina je aktivator stresnega odziva, po drugi strani pa stresni odziv močno vpliva na doživljanje bolečine. Ločimo modele, pri katerih s stresom izzovemo povečano občutljivost na bolečino (hiperalgezija), in modele, pri katerih se občutljivost na bolečino zmanjša (hipoalgezija). Pomembno pa je tudi trajanje stresa – tako na primer na začetku vnetnega odziva (prvi dan) limfociti ob aktivaciji tvorijo veliko protibolečinskih endorfinov in zmanjšujejo pojav bolečine, pozneje v poteku vnetja se tvorba limfocitnih endorfinov zmanjša. Endorfini se ob začetku vnetja tvorijo v možganskih in limfocitih, večje količine nastajajo tudi v črevesju. Endorfini se stalno izločajo v telesu, močneje v stanju akutnih bolečin. So posebej znani, ker zaradi protibolečinskega učinka povečujejo vzdržljivost pri telesnih naporih. Raven endorfinov se poveča v stresnih okoliščinah, zlasti ob stresnem, motiviranem vedenjskem odzivanju na stresor (boj, beg, športna aktivnost) in v okoliščinah, povezanih z zadovoljstvom (smeh, hranjenje). Dolgotrajna telesna vadba poveča tvorbo endorfinov, ki se ob tem sčasoma tudi počasneje razgrajujejo. Pri stalni kronični bolečini se raven endorfinov zmanjša, kar še poveča zaznavanje bolečine. Pri kronični bolečini se razvije tudi toleranca za delovanje endorfinov. Številne študije v zadnjem desetletju dokazujejo, da so nekateri kronični bolečinski sindromi povezani s ponavljajočo se izpostavljenostjo okoliščinam – kronična bolečina v medenici, hrbtenici, fibromialgija in revmatoidni artritis. Kronična izpostavljenost stresu vpliva na doživljanje bolečine, vendar o vrsti vpliva na doživljanje bolečine ne odloča le stres, ampak tudi okoliščine, v katerih je posameznik stres doživljal (Beveridge, 2024).

16.7 Psihološki vpliv bolečine

Bolečina ima fizično in psihično komponento, ki sta med seboj tesno povezani, vplivata druga na drugo in se med seboj tudi dopolnjujeta. O fizični komponenti danes vemo veliko in imamo na voljo različna sredstva, s katerimi jo lajšamo. Bistveni del psihične bolečine je bolnikovo osebno spoprijemanje s seboj in novonastalim položajem. Ta individualna sestavina ima dolgo obdobje in je zaznamovana z negativnimi stanji, s katerimi se mora bolnik spoprijeti. Pri tem mislimo na mobilnost, vitalnost, ustvarjalnost, integriteto, identiteto, družbo, spopadanje z omejitvami in motnje izgube. Bolečina je ena najbolj univerzalnih človekovih izkušenj in prav zato je lahko in težko govoriti o njej (Gamse, 1997, str. 345).

16.8 Vloga medicinske sestre pri lajšanju bolečine

Medicinska sestra, kot izvajalka zdravstvene nege, se z bolnikom z bolečino srečuje v različnih fazah bolezni in v različnih zdravstvenih ustanovah. Pri tem procesu aktivno in kreativno sodeluje z zdravnikom in ostalimi člani zdravstvenega delovne skupine. Je profil zdravstvenega delavca, s katerim pride bolnik najprej v stik, zato naj bi imela poleg strokovnega znanja tudi sposobnost komunikacije. Psihološka komponenta je pri zdravljenju bolečine zelo pomembna. Pomembno je, da si pridobimo zaupanje bolnika. Nikoli ne smemo pokazati, da bolniku ne verjamemo in da dvomimo o resničnosti njegove bolečine, ker je lahko slednje kasnejša ovira pri zdravljenju. Področja dejavnosti, ki so vključena v delo bolečinske medicinske sestre, so: predoperativna edukacija bolnika o lajšanju bolečine, pooperacijsko vodenje bolečine in kontinuirana edukacija negovalnega tima o lajšanju bolečine (Svilenković, 2009, str. 164).

Medicinska sestra mora vedeti, da je bolečina simptom, ki zahteva resen pristop, stalno vodenje in nadzor. Postaviti si mora jasne cilje: omiliti ali odpraviti bolečino, vzpostaviti stalni nadzor ter omogočiti bolniku miren počitek. Pomembno je tudi zmanjšanje neugodja, krepitev kakovosti življenja, spodbujanje sodelovanja in zaupanja v zdravljenje ter aktivno vključevanje družine in negovalnih strokovnjakov (Herr idr., 2019; Maryland Board of Nursing, 2000).

16.9 Ravnanje z zdravili

Diplomirana medicinska sestra mora biti pri uporabi zdravil zbrana in natančna, prav tako mora dosledno upoštevati načela oziroma smernice pri dajanju zdravil. Poznavanje pravil za varno uporabo zdravil in načinov za aplikacijo zdravil med medicinskimi sestrami zmanjša možnost komplikacij pri bolnikih in je zagotovilo, da bodo zdravila dosegla želeni učinek.

Ivanuša in Železnik (2008) izpostavita naslednje smernice, ki jih mora medicinska sestra upoštevati pri pripravi in uporabi zdravila:

- skrbno pregleda vsa zdravnikova naročila;
- od zdravnika zahteva, da so vsa nepravilno in nečitljivo napisana zdravila prepisana;
- uporablja predpisane standarde za pripravo tekočin;
- pri pripravi in ravnanju z zdravili uporablja aseptično metodo dela (tablet se ne dotika z roko, temveč uporabi žličko ali pinceto);
- spoštuje bolnikovo pravico, da zdravilo odkloni;
- spoštuje bolnikovo pravico, da je o zdravilu seznanjen;
- daje samo tisto zdravilo, ki ga je sama pripravila, in nikoli tistega zdravila, ki ga je pripravila druga medicinska sestra;
- ne uporablja zdravil brez etikete;
- ne daje zdravil s spremenjenim videzom ali usedlino;
- vedno preveri rok uporabnosti zdravila;
- posvetuje se z zdravnikom, kadar se ji zdi predpisani odmerek nerealen ali pa se je spremenilo bolnikovo stanje;
- zdravilo aplicira v 30 minutah, kadar je naročeno na ure, ker le tako zagotovi terapevtsko raven zdravila;

- izvaja potreben nadzor in merjenje vitalnih funkcij pred dajanjem nekaterih zdravil;
- ne pušča zdravil pri bolniku;
- po uporabi zdravila bolnika spremlja;
- kadar naredi napako pri dajanju zdravila, o tem takoj obvesti zdravnika.

16.10 Aplikacije zdravil

Da bi medicinska sestra bolniku zagotovila večjo stopnjo varnosti, je pomembno, da upošteva pravila varne aplikacija zdravila. **Poznamo pravilo »10P« in pravilo «12P«**, ki opredeljujeta načela varne aplikacije zdravila pri bolniku z upoštevanjem naslednjih načel: (Remškar, 2017, str. 290).

1. pravo zdravilo,
2. pravi odmerek,
3. pravi čas,
4. pravilen način,
5. pravi bolnik,
6. pravi razlog,
7. pravilo informiranja bolnika,
8. pravilo dokumentiranja,
9. pravilo odklonitve,
10. pravilo opazovanja,
11. pravilo vrednotenja in
12. preverjanje datuma uporabnosti

Poleg naštetega vplivajo na varnost bolnika tudi drugi dejavniki, kot so: dostop do zdravstvenih podatkov o bolniku, ustrezen dostop do podatkov o zdravilu, ustrezni in standardizirani postopki pri pripravi terapije, odpravljanje motečih dejavnikov, izobraževanje izvajalcev zdravstvene nege itd. (Panić in Vidmar, 2011, str. 348).

16.11 Priprava starejšega bolnika na aplikacijo zdravila

Medicinska sestra mora vedeti, da je bolečina simptom, ki zahteva resen pristop, stalno vodenje in nadzor. Postaviti si mora jasne cilje: omiliti ali odpraviti bolečino, vzpostaviti stalni nadzor ter omogočiti bolniku miren počitek. Pomembno je tudi zmanjšanje neugodja, krepitev kakovosti življenja, spodbujanje sodelovanja in zaupanja v zdravljenje ter aktivno vključevanje družine in negovalnih strokovnjakov (Herr idr., 2019).

Delokrog medicinske sestre pri obravnavi bolečine je širok in zahteva teoretično znanje, empatijo, komunikacijske sposobnosti in stalno izpopolnjevanje. Vsakodnevno delo prinaša nove izkušnje, ki omogočajo osebno rast in večjo sposobnost sočutne oskrbe pacientov z bolečino (Blöndal in Halldórsdóttir, 2009).

Pri bolnikih, ki so nemirni, poskuša medicinski tehnik izpeljati vse varnostne manevre, saj če bolnik ne bo miroval, lahko pride do incidenta in neželenih učinkov oziroma poškodb. Bolniku v njemu razumljivem jeziku razložimo potek postopka, pridobimo njegovo sodelovanje in vsekakor dovoljenje.

Bolnik ima pravico, da zdravilo odkloni, kar smo dolžni upoštevati in o tem obvestiti zdravnika. Ko se bolnik s posegom strinja, lahko začnemo pripravo zdravila in pri tem upoštevamo pravilo »12P«. Postopek izvajamo aseptično in se skušamo izogniti kakršnemukoli zapletu. Diplomirana medicinska sestra pri bolniku poudarja bistvene informacije, odgovarja na bolnikova vprašanja v zvezi aplikacije zdravila, pripravo izvaja počasi in pri tem spodbuja bolnika k čim učinkovitejšemu sodelovanju (Herr idr., 2019).

16.12 Nadzor starejšega bolnika med in po aplikaciji zdravila

Nadzor bolnika med in po uporabi zdravila izvaja diplomirana medicinska sestra, ki zdravilo aplicira. Nadzor bolnikovih vitalnih funkcij izvaja tik pred aplikacijo in po končani uporabi, pri določenih zdravilih tudi med aplikacijo oziroma ob vsakem poslabšanju. Med aplikacijo zdravil je treba ves čas imeti v mislih tudi neželene učinke ter ukrepe, ki jih je treba po tem izvajati. Bolnik po aplikaciji zdravila nikakor ne sme biti brez nadzora, ampak ga je treba opazovati, kontrolirati njegove vitalne funkcije, biti pozoren na želene in neželene učinke, kar je treba tudi vestno dokumentirati (Zafošnik, 2011, str. 153).

Bolniki po uporabi zdravila pričakujejo izboljšanje zdravstvenega stanja zelo hitro, njihova pričakovanja so tudi nemalokrat previsoka. Z bolnikom je treba vzpostaviti delovni odnos, ki vodi k postopnemu oblikovanju želenih izidov. Pogovor z bolnikom je treba voditi osebno, kjer se mora izvajalec zdravstvene nege osebno odzivati. Pomembno je izpostaviti tudi dejstvo, da je bolniku treba vedno verjeti na besedo, kadar nam sporoča, da po uporabi zdravila ni prišlo do izboljšanja, se slabše počuti, ima slab občutek; vedno moramo izhajati iz tega, da bolnik govori resnico. Izvajalec mora svoje delo tudi dokumentirati, in sicer z obkljukano predpisano terapijo, parafo in časom izvedbe (Zafošnik, 2011, str.153).

16.13 Dokumentiranje aplikacije zdravil

Eno izmed ključnih pravil izmed nabora »12 P« načel zahteva takojšnje izvrševanje zapisa po aplikaciji zdravila. Zdravstvena sestra mora dokumentirati ime zdravila, odmerek, čas, način uporabe in se podpisati. Če zdravilo ni bilo dano, čeprav je bilo predpisano, je nujno označiti, zakaj ni bilo uporabljeno. Poleg tega je treba zapisati vsa odstopanja ali opazke (Bowen, 2024)

Dokumentiranje je ključno orodje pri komuniciranju med zdravstvenimi delavci – omogoča vedenje, kakšno nego je pacient prejel, in načrt nadaljnje obravnave. Poleg tega dokumentirani zapisi služijo kot pravno dokazilo in temelj kakovosti oskrbe (Hankey, 2023).

Za dobro dokumentiranje zdravstvene nege je pomembno, da diplomirana medicinska sestra in vsi, ki sodelujejo v procesu dokumentiranja, upoštevajo naslednja načela: (Hankey, 2023).

- dokumentirati moramo čitljivo;
- vsak, ki bere, kar smo zapisali, mora biti sposoben jasno razbrati zapisano, saj dokumentacija nima nobene vrednosti, če je nečitljiva;
- za dokumentiranje uporabljamo pisalo, ki ni izbrisljivo;
- če naredimo napako, jo prečrtamo z eno samo črto in zapišemo svoje začetnice poleg napake;

- dokumentacija mora biti strokovno in jezikovno neoporečna;
- uporabljamo izraze, ki so sprejemljivi za stroko in za slovenski jezik;
- dokumentirati moramo sproti, stvari moramo zapisati, ko so še nespremenjene v spominu;
- z odlašanjem dokumentiranja lahko podatki izgubijo verodostojnost – vedno moramo zapisati točen čas nekega dogodka oziroma opravila;
- dokumentirati moramo objektivno, opišemo, kaj se je zgodilo, in ne, kaj mislimo, da se je zgodilo;
- dokumentirati moramo natančno, pomanjkljivo dokumentiranje nima nikakršne vrednosti;
- vsa dokumentacija mora biti zaupna, dosegljiva le tistim, ki so za to pristojni;
- dokumentacija mora biti varno shranjena, vendar dostopna tistim, ki imajo pravico do vpogleda vanjo;
- pri dokumentiranju se moramo izogibati izrazom, kot so: v redu, bp, normalno itd., opišimo, kaj mislimo z izrazom »normalno«, saj so lahko interpretacije tega pojma zelo različne;
- dokumentirati moramo kratko, jedrnato in ustrezno;
- vedno dokumentiramo le tisto, o čemer smo prepričani in kar se je resnično zgodilo, in ne tistega, česar ne moremo zanesljivo trditi.

16.14 Prehrana starejših

Pri prehranskih priporočilih za starejše se najpogosteje uporablja formula **30 kcal na kilogram telesne teže** dnevno, pri čemer je treba vrednost prilagoditi njihovemu prehranskemu stanju, ravni telesne aktivnosti in zdravstvenim pogojem (Volkert idr., 2019).

Potreba po beljakovinah je pri starostnikih višja kot pri drugih odraslih – priporočajo 1,0–1,2 g/kg dnevno za splošno populacijo, pri kroničnih boleznih ali oslabljenih osebah pa 1,2–1,5 g/kg telesne teže (Volkert idr., 2019). Beljakovinski vnos je priporočljivo enakomerno razporediti med glavnimi obroki za optimalno mišično presnovno reakcijo (Mayo Clinic Health System, 2024).

Energijske in beljakovinske vrednosti so torej naslednje:

- energija: ≈ 30 kcal/kg/dan,
- beljakovine: 1,0–1,2 g/kg (zdrav posameznik) in 1,2–1,5 g/kg (pri boleznih ali oslabelosti).

Pri moških in ženskah se vnosi razlikujejo le v energijskih vrednostih (≈1700 kcal za moške, ≈1500 kcal za ženske), kar se sklada z bolnišničnimi smernicami in nacionalnimi standardi.

Zadosten vnos hranil je izrednega pomena tudi pri starostnikih, saj primerna prehranjenost bistveno prispeva k preprečevanju in izboljšanju bolezenskih stanj in k obvladovanju kroničnih boleznih. Pri načrtovanju prehranskih priporočil starostnikov je treba upoštevati njihovo prehransko, presnovno in zdravstveno stanje. Zmanjšan vnos hrane je velik problem pri starostnikih; pri njih se največkrat pojavijo zmanjšan vnos beljakovin, vlaknin, karotenoidov, kalcija, magnezija, kalija in vitaminov B6, B12, D in E (Rotovnik Kozjek, 2023).

Prehranska priporočila za starostnike se precej razlikujejo od priporočil za odrasle; prehranska priporočila za starostnike so prilagojena, saj se zaradi staranja pojavijo fiziološke spremembe, ki vplivajo na prehranske potrebe in vnos hrane (Rotovnik Kozjek, 2023).

Prehranska priporočila za starostnike glede osnovnega energijskega vnosa pravijo, da naj bi starostnik dnevno zaužil 30 kcal na kilogram telesne mase. Vrednost se prilagaja glede na prehransko stanje starostnika, stopnjo telesne aktivnosti, bolezensko stanje in toleranco vnosa hrane (Rotovnik Kozjek, 2023). Pri starostniku je potreba po vnosu energije različna glede na spol. Pri ženkah je potreba po energiji 1500 kcal, medtem ko je pri moških 1700 kcal, potreba se poveča za 400 kcal, če so starostniki kronično bolni in oslabeli.

Priporočen vnos ogljikovih hidratov pri starostniku je od 55 do 60 odstotkov dnevnih energijskih potreb. Starostnik naj bi dnevno zaužil najmanj 1 do 1,2 g beljakovin na kilogram telesne mase, tudi ta vrednost se prilagaja glede na prehransko in bolezensko stanje ter fizično aktivnost (npr. zaradi vadbe dodamo vnos beljakovin skupaj z ogljikovimi hidrati). Beljakovinski vnos je treba porazdeliti enakomerno med vsemi obroki. Za učinkovito presnovo beljakovin je treba energijske potrebe pokriti z ogljikovimi hidrati in maščobami. V primeru kronične bolezni je priporočen dnevni vnos beljakovin višji (od 1,2 do 1,5 g na kg telesne mase). Priporočen dnevni vnos vitaminov in mineralov za starostnike se ne razlikuje od priporočenega dnevnega vnosa za odrasle (Rotovnik Kozjek, 2023).

Prisotnost kroničnih bolezni pri starostniku pomeni potrebo po prilagojeni prehranski podpori. Prehranska priporočila tako upoštevajo energijske potrebe, sestavo hranil in način vnosa, prilagojen zdravstvenemu stanju posameznika (Volkert idr., 2019). Kronične bolezni povečujejo presnovne zahteve in z njimi povezano tveganje za podhranjenost in sarkopenijo, zato je priporočljivo izvajati prehransko presejanje in oblikovati individualni prehranski načrt, ki je prilagojen specifični bolezni, z oceno energijskega vnosa glede na zmožnost absorpcije in porabe hranil (Volkert idr., 2019).

Pri arterijski hipertenziji je znan DASH protokol (Dietary Approaches to Stop Hypertension), ki je splošno priporočilo in vsebuje omejitev soli, povečan vnos sadja, zelenjave, nizkomaščobnih mlečnih izdelkov in polnozrnatih žitaric. Omejitev maščob in alkohola ter uravnavanje telesne teže zmanjšujejo krvni tlak in tveganje za srčno-žilne zaplete (Mayo Clinic Staff, 2023).

Po srčnem infarktu zahteva prehrana strogo zmanjšanje maščob, soli in sladkorjev; omogočiti je treba nadzorovan kalorični vnos in podporo regeneraciji. Takšna oskrba zmanjšuje tveganje ponovne ishemije in ustrezno podpira obnovo telesne teže in funkcionalnost (Daley, 2025).

Za preprečevanje možganske kapi je nujna ustrezna prehrana; zdrav življenjski slog zniža tveganje za možgansko kap za 80 odstotkov. Ena izmed primernih vrst prehrane za preprečevanje možganske kapi je mediteranska dieta – pri bolnikih z visokim tveganjem namreč zmanjša tveganje za vsaj 40 odstotkov. Mediteranska dieta vključuje visok delež olivnega olja, polnozrnatega žita, veliko sadja in zelenjave, stročnice. Prehrana v sklopu mediteranske diete je nizka v holesterolu in nasičenih maščobah. V prehransko podporo za preprečevanje možganske kapi je vključena tudi zmanjšana uporaba soli (2–3 g na dan) in zauživanje hrane z visoko vrednostjo vitamina B12, ki znižuje homocistein (Spance, 2019, str. 2–3). Uspešna prehranska podpora za zdravljenje starostnikov po možganski kapi je tudi ketonska dieta, saj deluje zaščitno. Ketonska telesa v sklopu ketonske diete zmanjšujejo posledice oksidativnega stresa, citotoksičnosti in apoptoze, ki so posledice možganske kapi.

Pri preprečevanju zaprtosti je v prehrano treba poleg zadostne količine tekočine vnesti še živila z visokim deležem prehranskih vlaknin. V prehrano je tako priporočljivo vključiti oreščke, jagodičevje, fige, avokado, jabolko, semena, oves, kvinojo, stročnice, rjavi riž in zeleno listnato zelenjavo. Vlaknine močno vplivajo na konsistenco blata.

Prehranska podpora pri diareji vključuje izogibanje mleku in mlečnim izdelkom, sladkorjem, čistim maščobam in čisti, surovi zelenjavi. Presladka hrana, kot so sokovi in sladkarije, je prav tako odsvetovana. Izogibati se je treba tudi mastni, težki, začinjeni hrani in kavi, saj deluje kot diuretik in lahko še bolj spodbudi izločanje blata. Odlične so tudi suhe borovnice, ki jih pripravljamo kot čaj. Pomagata tudi indijski in ruski čaj. V prehrano je treba vnesti še dobre bakterije, saj se v času driske poruši ravnovesje bakterij v črevesju. Probiotične bakterije so naravno prisotne v fermentiranih živilih, kot so kislo zelje, repa in fermentirani mlečni izdelki (Valenčič, 2013).

Starostniki s kronično ledvično boleznijo pogosto nimajo teka, so brez volje do življenja in niso fizično aktivni. Vse našteto se izrazi kot zmanjšanje puste telesne mase in podhranjenosti, zlasti v smislu beljakovin. Podhranjenost je tako pred načrtovanjem prehranskega načrta treba tudi oceniti. Ocena podhranjenosti vključuje oceno prehrane, antopometrijo, koncentracijo plazemskih beljakovin, biokemične kazalnike, število limfocitov in komplement v serumu. Zaradi beljakovinske podhranjenosti je pri prehranski podpori pri kronični ledvični bolezni ključen vnos beljakovin. Minimalen dnevni vnos beljakovin je po priporočilih 0,8 g beljakovin na kg telesne mase. Dve tretjini beljakovin morata biti živalskega izvora. Pri načrtovanju prehranskega načrta je treba omejiti tudi vnos fosfatov, pozorni moramo biti tudi na prehransko stanje, vodno in elektrolitsko ravnotežje. Kar se tiče mineralov in vitaminov, prehranska podpora kronične ledvične bolezni vključuje dodajanje piridoksina in askorbinske kisline ter dodajanje vitamina D3. Priporočila za vnos ogljikovih hidratov se ne razlikujejo od prehranskih priporočil za zdrave; ogljikovi hidrati naj bi predstavljali 55 odstotkov dnevnega energijskega vnosa, vnos maščob pa omejimo na največ 30 odstotkov (Prehranska …, b. d.).

Obravnava starostnika s sladkorno boleznijo tipa 2 mora temeljiti na **celoviti geriatrični** oceni, ki vključuje kognitivne teste (npr. Montreal Cognitive Assessment – MoCA), oceno depresije, oceno prehranskega statusa in druge ocenjevalne pripomočke (IDF, 2023). Prehranska podpora mora biti individualizirana, prilagojena tako posameznikovim potrebam kot spremljajočim boleznim.

Za obvladovanje bolezni Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) priporoča več prehranskih modelov: mediteranska, vegetarijanska/veganska dieta, LCHF (low-carb, high-fat) in ketogena dieta. Vse navedene diete vključujejo povečano uživanje zelenjave, zmanjšan vnos enostavnih sladkorjev, rafiniranih žit ter zmanjšan delež predelanih živil in jedi z visoko vsebnostjo škroba (ADA, 2019) .

Priporočeni dnevni vnos ogljikovih hidratov znaša približno 50–60 g na obrok, vir pa so zelenjava, sadje, stročnice, mleko in polnozrnata žita. Priporoča se pitje vode ali nesladkanega čaja, delež maščob naj znaša 20–35 odstotkov dnevnega energijskega vnosa, beljakovine se naj uživajo redno, zlasti tiste, ki so rastlinskega izvora (ADA, 2019; IDF, 2023).

Za osebe z demenco, ki so v veliki večini starostniki, je značilen nezadosten prehranski vnos, ki je posledica napredujočih kognitivnih okvar, vedenjskih in psiholoških sprememb ter zmanjšanih funkcijskih zmožnosti. Osebe z demenco so pogosto podhranjene, kar je za starostnike še posebej nevarno. Pri načrtovanju prehranske podpore pri starostniku z demenco je treba upoštevati tudi prisotnost odbijajočih oblik prehranjevalnega vedenja, kot so apraksija, agnozija, odpor do hranjenja in

nekoordinirano požiranje. Največkrat je pri osebah z demenco priporočen paliativni pristop hranjenja *per os*, saj predstavlja takšen način višjo stopnjo dobrega počutja pri osebi z demenco in samostojnosti te osebe. Enteralno hranjenje je manj ugodno, predvsem zaradi vstavitve sonde. Uporaba perkutane endoskopske gastrostome (PEG) je pri nekaterih vrstah demence povezana z višjo stopnjo umrljivosti (Florjančič in Milavec Kapun, 2022, str. 142–143).

Obstaja več prehransko presejalnih testov, ki se pogosto uporabljajo pri sprejemu bolnikov v institucionalno oskrbo. Med njimi je najbolj uveljavljen *Mini Nutritional Assessment (MNA)*, ki je bil prvič objavljen leta 1994 in so ga razvili Yves Guigoz**,** Bruno Vellas ter Philip Garry. Leta 2001 so predstavili njegovo skrajšano obliko, MNA-SF, ki so jo razvili Rubenstein, Guigoz in Vellas. MNA je sestavljen iz 18 vprašanj, medtem ko MNA-SF vsebuje šest vprašanj, pri čemer lahko tudi nadomesti določene parametre, kot na primer indeks telesne mase z obsegom meče.

Medicinska sestra je pogosto glavni vir informacij o pravilni prehrani za bolnike s kroničnimi boleznimi, saj pacienti zaupajo njenim navodilom in podpori. Poleg izobraževanja o zdravem prehranjevanju ima medicinska sestra ključno vlogo pri izvajanju prehranskih presejalnih testov, ki bi se morali po priporočilih izvesti v prvih 24 urah po sprejemu bolnika v bolnišnico ali dom. Na podlagi rezultatov takšnega testiranja se nato v sodelovanju z dietetikom in zdravnikom načrtuje prehranski načrt. Medicinska sestra izvaja prehransko terapijo, spremlja in dokumentira kalorični vnos pacienta ter zagotavlja izvajanje načrta (Lim idr., 2013).

17 GIBANJE STAROSTNIKA

Gibanje je sprememba lege telesa glede na okolico. Starostnik ohrani gibalne sposobnosti, gibčnost sklepov in moč mišic, če redno skrbi za telesno dejavnost in vadbo. Gibanje izboljša njegovo telesno in psihosocialno zdravje, vendar pa se mora vsak starostnik pred začetkom telesne dejavnosti najprej posvetovati s svojim osebnim zdravnikom (Fink idr., 2012).

Nacionalni inštitut za javno zdravje (2022) ugotavlja, da je redna in zadostna telesna dejavnost zelo priporočljiva tudi v starosti, pripomore namreč k ohranjanju telesnih sposobnosti, ki so potrebne za vsakodnevna opravila in aktivnosti, vpliva pa tudi na posameznikovo počutje in splošno zadovoljstvo. Redna telesna dejavnost krepi mišice, vpliva na zdravje kosti, blaži upadanje psihofizičnih in funkcionalnih sposobnosti telesa, pripomore k zmanjšanju stresa in depresije, krepi imunski sistem ter vpliva na kakovost spanca.

Redna vadba, vsaj 15 do 30 minut na dan, občasno pa tudi bolj intenzivni trening (počasen tek, plavanje, pohodništvo, fitnes …), izboljša fizično počutje starostnikov, njihove telesne zmožnosti, poveča občutek lastne vrednosti in pripomore k temu, da jim socialno okolje izreka priznanje in občudovanje. Vse to je potrebno za čim dlje trajajoče neodvisno življenje starostnikov in aktivno staranje. Redna rekreacija pri starostnikih izboljša njihovo koordinacijo, mobilnost in vzdržljivost telesa, pa tudi motorične sposobnosti, stabilnost gibalnega aparata, krepijo pa se tudi mišice.

Po priporočilih se za starejše priporočajo naslednje vrste telesnih dejavnosti (NIJZ, 2022):

- aerobne gibalne dejavnosti (hoja, nordijska hoja, kolesarjenje, hoja, tek na smučeh),
- vaje za mišično moč,
- vaje za gibljivost,
- vaje za ravnotežje.

Gibanje vpliva na različne dejavnike, ki so:

- gibljivost, trdnost sklepov in prožnost, moč mišic tudi v starosti,
- boljša prekrvavitev organov, telesa,
- manjša možnost nastanka preležanin, poškodb, padcev,
- boljša prebava,
- nemoten in mirnejši spanec,
- primerna telesna teža,
- poveča samospoštovanje, samozavest, možnosti za druženje,
- zmanjša stres, osamljenost,
- preprečuje oz. zmanjšuje tveganje za osteoporozo,
- zmanjšuje tveganje za nastanek obolenj srca in ožilja, možganske kapi, povišanega krvnega tlaka in drugo.

Tabela 8: *Uporaba sklepov pri vsakdanjih aktivnostih starostnika*

UPORABA SKLEPOV PRI VSAKDANJIH AKTIVNOSIH STAROSTNIKA		
SKLEP	DNEVNE AKTIVNOSTI	GIB
Vratna hrbtenica	Prikimavanje, odkimavanje, nagib glave k levi ali desni rami, pogled navzgor.	Upogib, obračanje, nagib v stran, izteg.
Rama	Prižiganje luči nad glavo, seganje za knjigo na omarico, praskanje po hrbtu, obračanje ramena proti prsnemu košu, obračanje proti hrbtu.	Vzorčenje, izteg, obrati navzven, obrat navznoter.
Komolec	Hranjenje, kopanje, britje, urejanje sebe.	Upogib, izteg.
Zapestje	Hranjenje, kopanje, britje, urejanje sebe.	Upogib, nagib koželjnice, nagib podlaktnice.
Prsti rok	Izvajanje finih motoričnih gibov, pisanje, hranjenje, hobi.	Upogib, izteg, odmik od dlani, primik.
Kolk	Hoja, obračanje na bok in z boka, odnožitev, prinožitev, obračanje noge navzven, obračanje noge navznoter.	Izteg, odmik, primik, obratno navznoter, obrat navzven.
Koleno	Hoja.	Upogib, izteg.
Gleženj	Hoja, premikanje stopal navzgor in navzdol.	Upogib hrbtno, podplatno, zvračanja navznoter in navzven.
Prsti nog	Hoja, gibanje s prsti.	Izteg, odmik, primik, upogib.
Prsno-ledvena hrbtenica	Pobiranje predmetov s tal, obuvanje, oblačenje nogavic.	Upogib, izteg, nagib v stran, obračanje.

NIJZ. (2022). *Starejši in telesna dejavnost.*

17.1 Vzroki za ovirano gibanje

Fink idr. (2012) naštevajo vzroke za moteno ali ovirano gibanje, kot so poškodbe, degenerativna obolenja sklepov (artritis), obolenja kosti (osteoporoza), obolenje mišic (mišična distrofija), ohromelost in razna druga obolenja (npr. nevrološka obolenja, demenca, Parkinsonova bolezen itd.). Vzroki za motnje gibanja so lahko tudi stranski učinki nekaterih zdravil, kot so pomirjevala, uspavala, diuretiki in podobno.

Glede na stopnjo gibljivosti je starostnik lahko gibljiv ali negibljiv. Sposobnosti gibanja starostnika in motnje gibljivosti ugotovimo z opazovanjem. Opazujemo gibljivost starostnika, držo telesa, mišični tonus, usklajenost gibov (koordinacija gibov), delovanje refleksov, motnje občutljivosti in prisotnost ohromitev. Gibljivost starostnika je lahko dobra, motena, prekomerna, oslabljena ali neusklajena. Motnje gibanja se odražajo v spremenjeni ali ovirani hoji, ročnih spretnostih, izražanju z gibi, mimiko.

Drža telesa je lahko pokončna ali spremenjena zaradi okvare hrbtenice. Mišični tonus pomeni stalno napetost mišic ter pomaga ohranjati položaj in držo telesa. Mišični tonus popusti v globokem spanju, v nezavesti, v narkozi. Ločimo hipotonijo, kar pomeni nenormalno zmanjšan mišični tonus skeletnih ali gladkih mišic, ter hipertonijo, kar pomeni nenormalno zvečan mišični tonus skeletnih ali gladkih mišic.

Ohromitve sodijo med najtežje motnje gibanja. Ohromelost pomeni delno (plegija) ali popolno (paraliza) izgubo občutkov ali zmožnosti krčenja mišic v posameznih organih ali po vsem telesu.

Razlikujemo naslednje vrste ohromelosti (Fink idr., 2012):

- monoplegija ali monopareza: ohromelost ene okončine (roka ali noga);
- hemiplegija ali hemipareza: ohromelost ene strani oz. polovice telesa (navadno po možganski kapi);
- paraplegija ali parapareza: ohromelost obeh zgornjih ali spodnjih okončin (pogosto pri poškodbi hrbtenice);
- tetraplegija ali tetrapareza: popolna ohromelost vseh štirih okončin.

17.2 Zapleti zaradi dolgotrajnega ležanja

Ovirano gibanje in dolgotrajno ležanje vodita do različnih zapletov in slabše kakovosti življenja varovanca. Najpogostejši zapleti dolgotrajnega ležanja so: razjeda zaradi pritiska, kontrakture, tromboza, zastojna pljučnica in zaprtje. Z izvajanjem skrbne nege in oskrbe lahko preprečimo nastanek zapletov zaradi oviranega gibanja in dolgotrajnega ležanja ter tako izboljšamo kakovost življenja starostnika (Leskovic, 2021).

17.2.1 Razjeda zaradi pritiska

Razjeda zaradi pritiska ali preležanina (dekubitus) je lokalno **omejena poškodba celic** in okvara tkiva v različnem obsegu. Glavna vzroka za nastanek razjede zaradi pritiska sta dlje časa trajajoč pritisk na določeno mesto in strižna sila. Posledica je prekinjen lokalni krvni obtok v tkivu, ki vodi v zmanjšano preskrbo celic s kisikom, v kopičenje presnovnih odpadkov in odmrtje tkiva.

Dejavnike tveganja za nastanek razjede zaradi pritiska (Leskovic, 2021) delimo na:

- zmanjšano gibanje,
- motnje prekrvavitve,
- motnje v presnovi,
- povišano telesno temperaturo,
- nekontrolirano izločanje urina in blata,
- prekomerno ali prenizka telesno težo,
- dehidracijo,
- poškodbe, ki varovanca prisilijo v določeno lego,
- nekatera zdravila, ki upočasnijo funkcijo gibanja,
- starostnike, ki veliko presedijo na stolu ali invalidskem vozičku.

Ločimo pet stopenj nastanka razjede zaradi pritiska:

1. stopnja – rdečina, ki izgine po razbremenitvi kože;
2. stopnja – stalna rdečina, ki po razbremenitvi ne izgine, koža se lušči ali pa postane mehurjasta;
3. stopnja – dermalna rana: prizadeto je vso kožno tkivo, delno tudi podkožje;
4. stopnja – globoka rana: poškodba tkiva do mišic (vnetje, oteklina, rana se širi v globino in širino);
5. stopnja – vneto, mrtvo tkivo (nekroza): mišica hitro propada, rana se širi do kosti, sklepov.

Pri starostniku, ki je izpostavljen nastanku razjede zaradi pritiska, je pomembno preprečevanje nastanka razjede zaradi pritiska. Ukrepi, s katerimi preprečujemo nastanek razjede zaradi pritiska, so: zmanjšanje, odstranjevanje pritiska in preprečevanje strižne sile, redno obračanje, primerno in udobno ležišče, ustrezna nega kože, ustrezna prehrana in uporaba pripomočkov za preprečevanje nastanka razjede zaradi pritiska.

Starostnika, ki več ur sedi na invalidskem vozičku ali v naslonjaču, dvignemo vsakih 30 do 40 minut tako, da se postavi na noge. V negovalno dokumentacijo (list obračanja) zabeležimo čas in položaj, v katerega smo namestili starostnika, ter morebitne posebnosti (npr. spremembe na koži, bolečina v določenem položaju).

17.2.2 Kontrakture ali otrdelost sklepov

Vsako nepravilno, nefiziološko ležanje in daljša negibljivost vodita k okorelosti in napačni drži. Če prizadetih sklepov ne razgibavamo, to pripelje do trajnih poškodb, ki jih imenujemo kontrakture. Te nastanejo zaradi skrajšanja mišic, vezi in zmanjšanja sklepnih ovojnic, kar vodi k otrdelosti sklepov. Ker so mišice, ki krčijo, skoraj vedno močnejše kot mišice, ki raztezajo, prihaja največkrat do krčenja komolcev, prstov, kolen in stopal. Leskovic (2018) navaja, da so znaki kontraktur:

- prisilna drža,
- starostnik ne more več sam premikati sklepa oz. mu ga druga oseba še komaj premakne,
- bolečina,
- neusklajeno gibanje.

Vzroki za nastanek kontraktur so: negibljivost in dolgotrajno mirovanje, bolezni in vnetja sklepov, mišic, poškodbe, ohromelost, nefiziološka lega in neizvajanje gibalnih vaj pri varovancu, ki je v

nezavesti ter se ne more premikati. Kontrakture preprečujemo z gibanjem, razgibavanjem in s pravilno, fiziološko lego starostnika v postelji.

17.2.3 Tromboza

Venska tromboza nastane pri osebah, ki dlje časa ležijo in le malo premikajo noge, ali pri paraplegikih, ki dolgo sedijo v invalidskem vozičku. Kaže se kot otečena meča, ki bolijo, so občutljiva na dotik in so topla. Otečejo lahko tudi gležnji, stopalo ali stegno, kar je odvisno od tega, katere vene so prizadete. Nevarnost nastanka globoke venske tromboze zmanjšamo s povijanjem nog, po naročilu zdravnika vse do dimelj, z elastičnim povojem ali z nošenjem medicinskih kompresijskih nogavic. Pri dolgotrajnem ležanju varovanca v postelji je pomembno prvo vstajanje iz postelje. Noge varovancu vedno povijemo z elastičnim povojem oziroma mu obujemo medicinske kompresijske nogavice v ležečem položaju, preden vstane s postelje. Medicinske kompresijske nogavice ne smejo biti nagubane, ker bi tako ovirale pretok krvi v nogah(Fink, 2012; Lipar, 2012a).

17.2.4 Zastojna pljučnica

Zaradi negibljivosti je dihanje plitvo, površno, kar vpliva na slabšo predihanost pljuč in lahko vodi v nastanek zastojne pljučnice. Slednjo preprečujemo z rednimi dihalnimi vajami in z izkašljevanjem, razgibavanjem v postelji (pasivno, aktivno), rednim obračanjem, dovolj tekočine in opazovanjem.

Pri ugotavljanju potreb pri aktivnosti gibanje in ustrezna lega ocenimo starostnikovo stopnjo samooskrbe. Ugotovimo (Fink, 2012; Lipar, 2012a) lahko:

- starostnik je samostojen pri gibanju: samostojno vstane, stoji, hodi, se posede in se giblje;
- starostnik je delno gibljiv in potrebuje pomoč pri vstajanju, pri stoji, hoji, posedanju, uporablja pripomočke: palico, bergle, hoduljo, invalidski voziček, ambulift;
- starostnik ne more hoditi, lahko pa samostojno uporablja invalidski voziček;
- starostnik čez dan večinoma sedi ali leži;
- starostnik je negibljiv, vendar se v postelji lahko sam obrača in spreminja lego ter položaj telesa;
- starostnik je negibljiv, potrebuje delno pomoč pri obračanju in spreminjanju lege ter položaja telesa v postelji;
- starostnik je negibljiv in je pri gibanju popolnoma odvisen od tuje pomoči;
- starostnik ima motnje gibanja: zmanjšana sposobnost koordinacije gibov, težave z ravnotežjem, prisotni so tremor rok in krči (tonično-klonični napadi);
- mišična moč je zmanjšana;
- mišični tonus je zmanjšan ali povečan;
- drža telesa je spremenjena (pojavi se varovalni položaj zaradi bolečine, poškodbe ali strahu);
- prisotne so motnje občutljivosti: monoplegija, hemiplegija, paraplegija, tetraplegija itd.;
- starostnik ima povečan ali zmanjšan občutek za položaj, pritisk, toploto, bolečino;
- starostnikova vadba je nezadostna in neredna, gibanje je glede na zmožnosti, sposobnosti starostnika pomanjkljivo;
- starostnik je ogrožen ali so pri njem že prisotni zapleti zaradi omejenega gibanja: razjeda zaradi pritiska, kontrakture, zastojna pljučnica, tromboza, obstipacija, depresija;
- starostnik uporablja antidekubitusno blazino.

17.3 Intervencije zdravstvene nege pri življenjski aktivnosti gibanje in ustrezna lega po V. Henderson

Intervencije zdravstvene nege starostnika pri življenjski aktivnosti gibanje in ustrezna lega so (Fink idr., 2012):

- starostnika opazujemo in ugotavljamo njegovo stopnjo samooskrbe pri vstajanju, stoji, hoji in izvajanju drugih gibov;
- spodbujamo ga h gibanju in mu pri gibanju pomagamo;
- starostnika naučimo pravilno uporabljati različne pripomočke za lažje in varno gibanje;
- starostniku omogočimo gibanje na svežem zraku, ga spremljamo na sprehod, če ne zmore hoje, ga peljemo z invalidskim vozičkom;
- skrbimo za primerno lego in položaj starostnika;
- izvajamo ukrepe za preprečevanje nastanka zapletov zaradi dolgotrajnega ležanja;
- pri starostniku z motnjami gibanja, kot so spremenjen mišični tonus, spremenjena drža telesa, motnje občutljivosti, ohromelost in varovalna drža, izvajamo intervencije zdravstvene nege za preprečevanje fizioloških, psihičnih in socialnih posledic negibljivosti;
- spremembe in opažanja dokumentiramo v zdravstveno in negovalno dokumentacijo.

17.4 Tehnični pripomočki za gibalno ovirane starostnike

Tehnični pripomočki so nujno potrebni za lažje in bolj funkcionalno življenje oseb z gibalno oviranostjo. Vrsta in oblika pripomočka, ki ga starostniku uvedemo v uporabo, sta odvisni od prisotnih težav pri gibanju, aktivnosti, ki jih oseba izvaja, in okolja, v katerem živi. Za določitev pripomočka moramo dobro poznati sposobnosti starostnika, pripomoček moramo prilagoditi njegovim potrebam in mu dati ustrezna navodila za uporabo (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, b. d.).

Pripomočki za hojo in stojo:

- **Sprehajalna palica:** Uporabljajo jo za delno razbremenitev spodnjega uda, zlasti kadar gre za bolečino ali slabšo moč v področju spodnjih udov. Pomembna sta dobra moč in oprijem roke za uporabe palice. Praviloma uporabimo eno v roki nasprotne od noge, ki jo želimo delno razbremeniti.
- **Bergla**: Uporabljajo jo, kadar gre za večje težave in ne le manjšo bolečino ali slabšo moč in stabilnost. Odvisna je predvsem od funkcije in moči rok. Večinoma zadoščajo dokomolčne bergle. V primeru slabše moči v roki uporabijo podpazdušne bergle, kadar gre za deformacijo zgornjih udov, pa uporabijo bergle s prilagojenim držalom.
- **Hodulja:** Uporabijo jo, kadar gre za večjo oslabelost, motnje ravnotežja in pridružene različne bolezni, ki otežujejo možnost hoje. Z njo želimo upočasniti hojo in obenem razbremeniti spodnji ud. Poznamo navadno ali recipročno hoduljo.
- **Vozički:** Poznamo voziček za prevoz bolnikov, voziček na ročni pogon, voziček na elektromotorni pogon in vozičke višjih kategorij z individualno prilagoditvijo. Uporabljamo jih, kadar gre za nezmožnost gibanja ter hoje. Oseba je pri tem na kratke razdalje še sposobna gibanja s hojo, na srednje in večje razdalje pa hoje ne zmore in potrebuje voziček. Odvisno je

od tega, katero vrsto vozička oseba potrebuje. Pri deformacijah v sklepih in trupu je pri sedenju treba poskrbeti za pravilno oblikovane in čvrste površine za sedenje in oporo glave.

Pripomočki za izvajanje dnevnih opravil:

- **Toaletni stol**: Dobi ga oseba, ki zaradi slabe možnosti gibanja ne more uporabljati toaletnih prostorov (stranišča), kjer živi.
- **Sedež za kopalno kad ali tuš**: Omogoča varnejše kopanje oziroma tuširanje in je primeren za osebe z zmerno motnjo gibanja oz. tudi za lažji prehod v kad ali tuš. Najpreprostejši pripomočki so v obliki deske, ki sega od enega do drugega roba kadi in je brez naslona. Kadar gre za težjo oslabelost, morajo pripomočki ponuditi tudi več opore trupu. Uporabi se vrtljiv sedež z naslonom.
- **Dvigalo za kopalnico**: Uporablja se pri osebah z zelo težko gibalno oviranostjo, ki je praktično nepomična in v dnevnih opravilih odvisna od drugih.
- **Sobno dvigalo**: Predpišemo ga, kadar je oseba popolnoma nesposobna za samostojno gibanje, praviloma tudi ne zdrži sedenja in živi v domačem okolju. Z njim olajšamo delo negovalcem in omogočamo varnejše izvajanje nege.
- **Nastavek za toaletno školjko**: Namesti se na običajno toaletno školjko in poviša raven, na katero mora oseba sesti. Uporabljajo ga osebe z omejeno gibljivostjo v sklepih spodnjih udov, zlasti kolkov.
- **Negovalna postelja**: Potrebuje jo oseba, ki je pretežno vezana na posteljo in se sama ne more gibati ter biva v domačem okolju. S posteljo zagotovimo različne položaje, je pregibna na večjih mestih in je dosegljiva z elektromotornim upravljanjem. Negovalna postelja vključuje trapez za obračanje, posteljno ograjico, posteljno mizico ter prenosni nastavljiv hrbtni naslon.

Drugi pripomočki:

- blazina za posteljo proti preležaninam,
- blazina za sedež proti preležaninam,
- blazina za ude,
- rokavice za poganjanje vozička.

17.5 Bolezni, povezane z gibanjem

17.5.1 Osteoporoza

Osteoporoza je bolezen kosti, za katero so značilni zmanjšanje kostne gostote in spremembe v strukturi kosti, kar povečuje tveganje za zlome. Obstajata dva glavna tipa osteoporoze:

- **Tip I** (postmenopavzalna osteoporoza): Pojavi se pri ženskah po menopavzi zaradi zmanjšane ravni estrogena, običajno med 50. in 70. letom starosti. Najpogostejši zlomi pri tem tipu so zlomi zapestja in vretenc.
- **Tip II** (senilna osteoporoza): Razvije se po 70. letu starosti in prizadene tako moške kot ženske, pri čemer so ženske dvakrat bolj dovzetne. Pri tem tipu pride do tanjšanja tako zunanjega kot notranjega dela kosti, kar vodi do zlomov kolka in vretenc.

Za preprečevanje osteoporoze se priporoča uživanje hrane, bogate z minerali, zlasti magnezijem, redna telesna dejavnost, zadosten vnos vode ter izpostavljenost sončni svetlobi za 15–30 minut dnevno, kar spodbuja sintezo vitamina D. (International Osteoporosis Foundation. b. d.).

Priporočila sodobne literature poudarjajo pomen zadostnega vnosa ključnih mineralov, zlasti magnezija, kalcija in vitamina D. Magnezij ima pomembno vlogo pri ohranjanju kostne gostote, zato se priporoča dnevni vnos med 310 in 430 mg. Kalcij ostaja osrednji mineral pri zdravju kosti z dnevno priporočeno količino med 1.000 in 1.200 mg, ki naj bi se v največji možni meri zagotovil preko prehrane, pri čemer pridejo dodatki v poštev predvsem pri posameznikih s povečanimi potrebami (International Osteoporosis Foundation, b. d.; Mayo Clinic, 2024). Vitamin D je bistven za absorpcijo kalcija in ohranjanje kostne trdnosti; njegova sinteza v koži je učinkovita pri vsakodnevni zmerni izpostavljenosti soncu (približno 15–30 minut med 10. in 16. uro), vendar so dodatki (800–1000 IU na dan) pogosto potrebni, zlasti v zimskih mesecih (Bailey, 2025; Godman, 2022).

Poleg ustreznega vnosa hranil ima pomembno vlogo celostna prehrana. Priporoča se uživanje surove in minimalno predelane hrane, bogate s sadjem, zelenjavo, polnozrnatimi žitaricami, oreščki in semeni, ki prispevajo tudi k zdravju črevesnega mikrobiota, kar lahko dodatno pozitivno vpliva na presnovo kosti. Raziskave opozarjajo, da imajo vegani nekoliko povečano tveganje za zlome zaradi možnega pomanjkanja ključnih hranil, zato morajo biti pri tej skupini posameznikov priporočila še posebej skrbno individualizirana (Mutchler, 2024).

Pomemben zaščitni dejavnik predstavlja redna telesna dejavnost. Priporoča se vsaj 150 minut tedensko zmerne do intenzivne vadbe, vključno z vajami z obremenitvijo (npr. hoja, tek, vadba z utežmi), ki krepijo mišično maso, izboljšujejo ravnotežje in zmanjšujejo tveganje za padce (Mayo Clinic, 2024). Poleg tega se priporočajo vaje za ravnotežje in koordinacijo, kot so joga, tai-chi ali vadba na ravnotežni žogi, ki dodatno zmanjšujejo verjetnost padcev in posledičnih zlomov (Mutchler, 2024).

Pri življenjskem slogu je poleg hidracije, kjer se priporoča dnevni vnos okoli 26–30 ml vode na kilogram telesne teže, pomembno omejiti dejavnike, ki negativno vplivajo na presnovo kosti. Med te sodijo pretirano uživanje alkohola, kofeina in soli, saj povečujejo izločanje kalcija iz telesa, ter kajenje, ki neposredno zmanjšuje kostno gostoto (Bailey, 2025; Mutchler, 2024).

Sodobna priporočila poudarjajo tudi pomen zadostnega vnosa beljakovin, saj te predstavljajo gradnik kostne matrice in mišičnega tkiva, kar je bistveno za ohranjanje stabilnosti in gibljivosti pri starejših. Dnevno naj bi posameznik zaužil 1,0–1,2 g beljakovin na kilogram telesne teže (International Osteoporosis Foundation, b. d.).

Ob upoštevanju teh smernic lahko pomembno prispevamo k ohranjanju zdravja kosti skozi celotno življenjsko obdobje ter zmanjšamo tveganje za razvoj osteoporoze in njenih zapletov.

17.5.2 Revmatoidni artritis

Revmatoidni artritis je kronična vnetna revmatična bolezen, ki lahko prizadene vse sklepe in tudi obsklepne dele. Na začetku bolezni so boleči in otekli predvsem mali sklepi rok, stopal, zapestja in komolci, in sicer obojestransko. Pozneje v teku bolezni se lahko vnetje razširi še na velike sklepe, kot so kolena, kolki in gležnji, redkeje na hrbtenico. Dostikrat revmatoidni artritis poteka blago in počasi napreduje. Včasih se zgodi, da se bolezen sama umiri in izzveni za več let. Možen pa je tudi hujši potek

s hitrim napredovanjem in slabšanjem, kar pa je na srečo redko. Spremljajoči splošni znaki bolezni so slabo počutje, utrujenost, izguba teka, hujšanje in manj pogosta nekoliko zvišana telesna temperatura. Poleg tega se lahko pojavi slabokrvnost, ki poslabša splošno počutje. Nekateri bolniki imajo podkožne revmatoidne vozliče, največkrat na komolcih, lahko pa tudi nad drugimi sklepi (Društvo, 2025).

17.5.3 Padci in poškodbe v starosti

Ker puščajo starostne spremembe posledice v strukturi kosti, je tako že manjši zdrs ali lažji padec vzrok za zelo hude in nevarne zlome. Zlom kolka je pogosta poškodba, ki spremlja starostnike, in ima velik vpliv na kakovost življenja in samostojnost osebe. Starostnik pade neposredno na kolk, saj njegovi refleksi, s katerimi se poskuša uloviti na roke, niso več prisotni. Ženske so bolj dovzetne za zlom kolka zaradi daljše življenjske dobe in pogostejše prisotnosti osteoporoze. Hud zlom povzroči že manjša sila, kot je padec s stojne višine (Karan, 2014).

Večina poškodovancev je zaradi operativnih posegov hospitaliziranih, hospitalizacija pa je relativno dolga (17 dni). Takšni zlomi imajo tudi visoko stopnjo umrljivosti. Vzrok smrti so zlasti drugotni zapleti po poškodbi, operaciji in hospitalizaciji (pljučnice, pljučne embolije, tromboza itd.). Zaradi prisotnosti kroničnih bolezni in slabšega delovanja vitalnih organov je vsak padec bolj ogrožajoč za življenje. Zaradi počasnejšega zdravljenja je doba ležanja daljša, kar lahko privede do zapletov. Za preprečitev zapletov je nujno hitro ukrepanje (prva pomoč, odzivnost urgentnih služb). Poleg tega je treba izboljšati še dostop do rehabilitacij v zdravilišču, ortopedskih pripomočkov ter spremeniti zakonodajo, predpise in standarde za doseganje večje varnosti ljudi v bivalnem in delovnem okolju (Karan, 2014).

Zlom kolka se kaže s hudimi bolečinami v predelu kolka ali v dimljah. Bolnik ne more premikati noge, stopiti nanjo ali je drugače obremenjevati. Noga je ponavadi zvrnjena navzven in pogosto je videti krajša od zdrave noge. Pridružijo se tudi drugi simptomi, kot so okornost, modrice in otekline v predelu poškodovane kosti. Pri zlomu kolka sta moteni tudi aktivna in pasivna gibljivost. Ko zlom kolka potrdijo s slikovnimi metodami, se začne zdravljenje, ki je navadno operativno. Posledice so dobro opazne pri sami kakovosti življenja, zmanjšani mobilnosti in večji umrljivosti po poškodbi. Zaradi zloma kolka po poškodbi je v Sloveniji v bolnišnično oskrbo sprejetih približno 2020 ljudi na leto. Med njimi jih je 85 odstotkov starejših od 64 let (Karan, 2014).

Zlome zgornjega dela stegnenice prištevamo med poškodbe kolka. Z njimi se najpogosteje srečujejo predvsem starejši ljudje, običajno pa so posledica padca in patoloških sprememb na okostju. Zlomi predstavljajo veliko tveganje pri starostnikih, ki imajo pridružene bolezni srca in ožilja, pljuč, nevrološke bolezni in sladkorno bolezen. V zadnjih letih narašča pojavnost zloma kolka tudi pri mlajših ljudeh, večinoma kot posledica prometnih, delovnih in športnih poškodb. Pomembno je, da izberemo pravilen način zdravljenja, ker lahko v nasprotnem primeru zlom kolka povzroči hudo telesno invalidnost. Prizadeti so predvsem kadilci, alkoholiki, bolniki, ki jemljejo steroide, in ženske po menopavzi (Karan, 2014).

Od štirih poškodovanih bolnikov z zlomom so tri ženske, kar pa je posledica večjega števila žensk v starejši populaciji in tudi večje incidence osteoporoze. Zaznane pa so tudi rasne razlike med populacijo. Belke imajo v povprečju več zlomov kot črnke in Azijke. 70 let stara ženska je petkrat bolj ogrožena za zlom kolka in ima trikrat večje tveganje za katerikoli zlom v primerjavi z mlado žensko (Woolf in Åkesson, 2003).

17.6 Dejavniki tveganja za zlom kolka v starosti

Zlom kosti povzroči sila, lahko je padec ali udarec na kost, saj je ta sila večja od same trdnosti in prožnosti kosti. Stopnjo in obliko zloma pa določa smer, hitrost in jakost sile, starostne spremembe in bolezni, pri katerih sta trdnost in prožnost kosti oslabljeni (Vodovnik, 2009).

Dejavniki tveganja za izgubo kostne mase, osteoporozo in zlome pri starejših so (Lipar, 2012a):

- starost nad 75 let,
- ženski spol,
- zlomi v preteklosti,
- radiološko potrjena izguba gostote kosti, deformacije vretenc ali oboje,
- izguba višine,
- nizka telesna teža (indeks telesne mase <19),
- zdravljenje s kortikosteroidi,
- pozitivna družinska anamneza zlomov kosti, povezana z osteoporozo (zlom kolka pri materi),
- krajši čas izpostavljenosti estrogenu (izguba menstruacije, menopavza),
- obolenja, povezana z osteoporozo (nizka telesna teža, revmatoidni artritis, malabsorbcijski sindrom, vključno s kronično jetrno boleznijo in vnetno boleznijo črevesa, dolgotrajna imobilizacija),
- življenjski slog (prehrana z malo kalcija, pomanjkanje vitamina D (premajhna izpostavljenost sončnim žarkom), telesna neaktivnost, kajenje, prekomerno uživanje alkohola).

Lipar (2012a) navaja dejavnike tveganja za padce v tri skupine. Deli jih v notranje, ki se kažejo kot izguba orientacije, upočasnjena hoja in reakcijski čas. Naslednja skupina so zunanji dejavniki tveganja, kot so neprimerna obutev in obleka, jemanje zdravil. Tretja skupina so dejavniki tveganja, ki izvirajo iz starostnikove okolice. Preventiva padcev vključuje poleg rednega zdravstvenega testiranja in medicinskih pregledov tudi ocenjevanje in prepoznavanje mentalnega stanja posameznika. Opazimo tudi posameznikovo moč prepoznavanja in prilagajanja zunanjim okoliščinam in dejavnikom okolja. Starostnik mora prepoznati spremembe, kot so mokra tla, slabša osvetljava, poškodovana tla itd.

Vodovnik (2009) našteje dejavnike tveganja kot kombinacijo bioloških, vedenjskih, socialno-ekonomskih in dejavnikov tveganja iz fizičnega okolja. Biološki dejavniki so povezani s fiziološkim procesom staranja in vključujejo posledice kroničnih in akutnih obolenj; vedenjske dejavnike sestavljajo človekova ozaveščenost, ravnanje in odločitve v določenih situacijah; dejavniki fizičnega okolja pa kažejo urejenost in varnost bivalnega okolja.

17.7 Zunanji dejavniki tveganja

Zunanji dejavniki tveganja so drugače imenovani tudi socialno-ekonomski dejavniki in dejavniki okolja. Med zunanje dejavnike tveganja za zlom kolka najpogosteje prištevamo celotno starostnikovo okolje. Po predhodnih raziskavah je znano, da so poškodbe starejših najpogosteje posledica neprimerne gradnje, oblikovanja notranje opreme, neprimernih materialov obutve in tal (Rok Simon, 2020).

Nevarno ožje in širše bivalno okolje vključuje:

- stopnice brez držala,
- razmetane otroške igrače,
- zavihana, drseča ali predebela preproga,
- nizek, mehak stol,
- nizka toaletna školjka,
- neprimerno urejeni električni kabli,
- otežen dostop do stikal za luči,
- neprimerna osvetlitev prostora,
- visok prag pri vratih in prehodu med prostori,
- drseča tla, sneg, led, voda, nevaren teren,
- večnadstropno stanovanje z vmesnimi stopnicami,
- stopnica, robnik, nevaren pločnik,
- nošenje težkih predmetov, ki povzročijo padec.

Tveganje za padec starostnika predstavljajo dejavniki socialno-ekonomskega okolja. Starostniki zaradi finančne stiske ne morejo ustrezno prilagoditi bivalnega prostora, ki bi jim olajšal bivanje in zmanjšal tveganje za padce. Zaradi pomanjkanja denarja imajo starostniki tudi neprimerne pripomočke, kot so očala, obutev. Vpliv ima tudi vključevanje v storitvenih opravilih, kar vključuje pomoč pri gospodinjskih opravilih, domačih popravilih, kot so menjava žarnice, zaves, plačevanje računov in možnost nastanitve v domovih za ostarele ali varovanih stanovanjih. Veliko starostnikov tudi ne sodeluje v zdravstvenovzgojnih programih ali v rekreacijskih programih za vzdrževanje telesne aktivnosti in ne uporablja pripomočkov za hojo – vse to pa dodatno poveča tveganje za padec in posledično poškodbe, zlome (Vodovnik, 2009)

17.8 Notranji dejavniki tveganja

Notranji dejavniki tveganja za zlom kolka pri starostniku vključujejo vse spremembe, ki so posledica staranja, torej biološki dejavniki in tudi vedenjski dejavniki tveganja. To so fiziološke spremembe, akutna in kronična obolenja, velikokrat pa je padec posledica stranskih učinkov zdravil, ki jih jemljejo starostniki. Starejše osebe postanejo počasnejše, imajo upočasnjene reflekse, so manj spretne pri gibanju in imajo zaradi zmanjšanja gostote kosti večje tveganje za nastanek poškodb (Vodovnik, 2009).

Med najpogostejše notranje ali intrizične dejavnike tveganja štejemo splošno oslabelost lokomotornega sistema in dejavnike, ki povzročajo nezmogljivost gibanja. Z leti se slabša mišična zmogljivost, ki je v veliki meri odvisna od telesne aktivnosti. Izguba mišične mase se izraziteje kaže pri ženskah kot pri moških, saj imajo ženske že fiziološko manjšo mišično maso kot moški. Gibanje pa omejujejo tudi kronične degenerativne spremembe gibalnega sistema. Prisotne so tudi okvare ravnotežja zaradi zmanjšanja senzornih celic in živčnih vlaken v ravnotežnem sistemu, kar pri starostnikih povzroča pogoste vrtoglavice, ki so velik vzrok za padce. Med notranje dejavnike štejemo tudi okvare vida in sluha ter kognitivne okvare, ki se kažejo kot senzorična ali duševna zmedenost, delirij, napačno dojemanje okolja, izguba zavesti (Vodovnik, 2009)

Starostniki imajo strah pred padci, ki je pomemben dejavnik tveganja in je pogostejši pri ženskah. Izogibajo se dnevnim aktivnostim, posledično pa se zmanjšuje socializacija, poslabša se tudi dinamika telesa. Starostniki, ki so že padli, hodijo počasneje in zmanjšajo aktivnost hoje, kar povzroči zakrnelost

mišic, skrajšanje fleksorjev kolka in kontrakturo kolčnega sklepa. Sposobnost hoje je zmanjšana, tveganje za padec in posledično poškodbe pa je še večje. Lipar (2012) navaja notranje dejavnike tveganja:

- izguba orientacije,
- upočasnjen reakcijski čas,
- šibkost mišic,
- bolezni sklepov,
- bolezni srca in ožilja,
- Parkinsonova bolezen,
- tvegano pitje alkohola,
- oslabljen vid,
- nenadna izguba zavesti – lahko zaradi nizke ravni sladkorja v krvi,
- aritmija,
- strah,
- ishemični napad,
- epilepsija itd.

17.9 Vloga medicinske sestre pri zdravstveni vzgoji starostnika

Izvajalci zdravstvene nege morajo delovati zdravstvenovzgojno (primarna, sekundarna in terciarna raven). Samo bolnik, ki je dobro informiran in motiviran, bo upošteval načela zdravega načina življenja in bo znal prepoznati odstopanja ter preprečiti nastanek bolezni. Medicinske sestre imajo ključno vlogo pri zdravljenju bolnikov, saj z njimi preživijo največ časa. Sposobne so prepoznati, kdaj je bolnik pripravljen in voljan za učenje. Bolnika morajo torej ves čas aktivno vključevati v proces zdravstvene nege (Kvas, 2011, str. 45–46).

Zdravstvena vzgoja pa ni le širjenje informacij, ampak tudi aktivno učenje iz lastnih izkušenj. Zdravstveno vzgojo izvajajo medicinske sestre pri svojem vsakodnevnem delu. Lahko je neorganizirana, kadar gre za informiranje glede zdravja, bolezni, zdravljenja in zdravstveno nego. Dodatna organiziranost in načrt pa sta potrebna pri vzgojno-izobraževalnih ciljih in kadar gre za učenje novega znanja in pridobivanje novih veščin ali spremembe tveganega načina življenja. Potrebno je zadostno in primerno znanje medicinske sestre za izvajanje vzgojnozdravstvenega dela (Hercan, 2009, str. 123).

Aprisunadi idr. (2023) opisujejo prioritete, ki jih morajo upoštevati oz. uporabljati izvajalci zdravstvene oskrbe. Pravočasno je treba opaziti in preprečiti zaplete, motivirati bolnike, da začnejo z gibanjem, spremljajo bolečine in jih po naročilu zdravnika preprečujejo oz. lajšajo ter informirajo bolnika o zdravstvenem stanju, poteku zdravljenja in želenem izidu. Pri negovanju bolnikov je najprej treba nameniti pozornost preprečevanju okužb. Za preprečevanje infekcij se izvajajo aseptični postopki, higiena rok in inštrumentov, uporabljajo se tudi antibiotiki, redno se nadzorujejo telesna temperatura in ostali vitalni znaki, spremlja pa se tudi zadosten vnos tekočine. Kot drugi pomembni člen pri negovanju je motiviranje gibanja in spremljanje izboljšanja oz. slabšanja fizične mobilnosti. Bolečina, nelagodje in prisotne poškodbe mišic lahko poslabšajo fizično napredovanje. Kot tretje omenja tveganje za periferno nevrovaskularno okvaro, ki je lahko posledica operativnega posega ali pa zaplet pri imobilizaciji, mehanski pritisk. Redno se spremljajo pulz, temperatura ter barva na obolelem udu, ki se primerja z zdravim udom. Pod točko štiri omenja pomen spremljanja in lajšanja bolečine. Kot zadnjo

pomembno točko pri oskrbi pa omenja pomanjkanje znanja oz. pojava premalo informiranih bolnikov. Medicinske sestre in zdravstveni tehniki učijo bolnika po zlomu kolka samostojnega izvajanja osebne higiene, pri tem pa sodelujejo s fizioterapevtom in delovnim terapevtom, ki skupaj usposabljajo posameznike za izvajanje vsakodnevnih življenjskih aktivnostih. K sami zdravstveni negi sodi tudi psihična oskrba, ki vsebuje motiviranje, spodbujanje za čim hitrejše okrevanje in doseganje kakovostnega življenja za naprej. Medicinske sestre morajo biti dovolj ozaveščene oz. morajo imeti zadostna znanja za negovanje bolnikov z zlomom kolka. Morajo se zavedati, kakšne so lahko posledice nepravilne in nestrokovne oskrbe, in biti pozorne za možne zaplete, jih pravočasno opaziti in, če je le mogoče, preprečiti.

Pri svojem delu so medicinske sestre usmerjene k bolniku, kar pomeni, da je posameznik vedno v središču dogajanja. Zdravstveno nego načrtujejo individualno in celovito na osnovi ugotovljenih težav, vnaprej si zastavijo cilje, ki pa so podlaga za nadaljnje načrtovanje, izvajanje in vrednotenje zdravstvene nege. Tradicionalna zdravstvena nega, ki je organizirana po funkcionalnem modelu, ugotavlja, česa bolnik ne more opraviti sam. Sodobna zdravstvena nega pa je usmerjena k bolniku in ugotavlja, kaj bolnik lahko opravi sam (Hajdinjak in Meglič, 2012). Medicinska sestra bo pri bolniku z zlomljenim kolkom po tradicionalni zdravstveni negi ugotovila, da bolnik ne more sam obleči spodnjega dela oblačil. Po sodobni zdravstveni negi pa bo bolniku pomagala obleči poškodovano nogo, hlače si bo gor potegnil sam (Karan, 2014).

Na bolniškem oddelku (Ivanuša in Železnik, 2008) v času rehabilitacije je skrb medicinske sestre usmerjena v merjenje vitalnih znakov, vrsto infuzije, oceno bolnikovega stanja, preiskave, terapije, pravilno lego bolnika, dieto, terapijo, beleženje bilance tekočine, nadzor drenaže, prevez in oskrbo rane, po zdravnikovem naročilu in bolnikovi potrebi apliciranje ustreznih analgetikov, pomoč pri življenjskih aktivnostih (hoja, oblačenje, umivanje idr.), izvajanje zdravstvenovzgojnega dela, redno spremljanje in beleženje podatkov (zavest, aplicirana zdravila, življenjske funkcije in zapleti).

17.10 Vloga medicinske sestre pri rehabilitaciji starostnika

V rehabilitaciji poteka delo v okviru rehabilitacijskega tima, ki deluje organizirano, z medsebojno komunikacijo, skupnimi cilji, medsebojnim zaupanjem, reševanjem konfliktov, prenašanjem znanja in skupnim sprejemanjem odločitev. Uspešna in iskrena komunikacija pa je ključ za produktivno sodelovanje v delovni skupini. Pomembno je, da se v proces komunikacije aktivno in enakopravno vključujejo vsi člani tima. Torej je rehabilitacijski tim multidisciplinaren, vendar so prisotne značilnosti interdisciplinarnosti, kar pomeni, da vsi člani opravljajo svoje delo neodvisno, vendar pod nadzorom vodje, ki je odgovoren za končne odločitve. Značilnosti interdisciplinarnosti dajejo poudarek na medsebojno sodelovanje med člani. Vsak član zase je neodvisen, vendar sodeluje z drugimi člani, ki so delno odvisni drug od drugega, ohranjajo profesionalen odnos, moč odločanja pa je enakomerno razdeljena med vsemi člani tima (Karan, 2014).

17.11 Vloga medicinske sestre pri deliriju

Delirij je akutna motnja zavesti in kognicije, ki se pogosto pojavi pri hospitaliziranih bolnikih, zlasti pri starejših. Značilni simptomi vključujejo zmedenost, motnje spomina, dezorientacijo ter spremembe v vedenju in čustvovanju. Pogosto se pojavljajo tudi halucinacije in iluzije. Simptomi so običajno izrazitejši ponoči ali v zgodnjih jutranjih urah. Dejavniki tveganja za razvoj delirija vključujejo starost nad 65 let, zlorabo alkohola ali psihoaktivnih snovi, demenco, depresijo, uporabo določenih zdravil, senzorne okvare (npr. slabši vid ali sluh), dehidracijo, slabo prehranjenost, pomanjkanje spanja ter prisotnost več telesnih bolezni hkrati. Zdravljenje delirija temelji na prepoznavanju in odpravi vzroka ter vključuje nefarmakološke ukrepe, kot so zagotavljanje mirnega okolja, orientacijske pripomočke in ustrezno hidracijo. V primerih hude vznemirjenosti ali halucinacij se lahko uporabijo antipsihotiki (Kogoj, 2011).

18 PALIATIVNA OSKRBA

18.1 Hospic

Hospic je nevladna, neprofitna humanitarna organizacija, ustanovljena junija 1995. Osnovni program društva je oskrba hudo bolnih/ljudi z napredovalo kronično boleznijo v zaključni fazi in njihovih svojcev na domu, slednjih tudi v procesu žalovanja (info@ljubhospic.si). Prizadevajo si, da bi tako kot rojstvo tudi smrt postala naravni element živega, s tem pa naraven tudi odnos do umiranja in žalovanja v slovenski družbi (Slovensko društvo Hospic, b. d.).

Programi hospica:

- spremljanje na domu,
- žalovanje odraslih,
- žalovanje otrok in mladostnikov,
- prostovoljstvo,
- detabuizacija smrti.

Razvoj hospica skozi čas

Hospic, izpeljanka iz latinske besede *hospitium*, kar pomeni hiša ali zavetišče, ima svoje korenine v srednjem veku, ko so samostani in zavetišča nudili prenočišče popotnikom, bolnim in starejšim. V 11. stoletju so se pojavili prvi hospici, ki so med drugim služili kot prostori za neozdravljivo bolne, zlasti v času križarskih vojn. V začetku 14. stoletja je malteški viteški red na Rodosu odprl hospic za popotnike ter bolne in umirajoče. Po drugi svetovni vojni je ideja sodobnega hospica ponovno oživela – najprej v Angliji, nato pa se je razširila po svetu. Danes hospic predstavlja filozofijo celostne oskrbe neozdravljivo bolnih in njihovih svojcev, s poudarkom na ohranjanju dostojanstva ter kakovosti življenja do konca.

V Sloveniji je bilo Slovensko društvo Hospic ustanovljeno leta 1995 z namenom zagotavljanja celostne oskrbe hudo bolnih in njihovih svojcev. Leta 2013 je svoja vrata odprla Hiša Ljubhospic, prva stacionarna hospic ustanova v državi, ki od takrat nudi brezplačno 24-urno celostno in strokovno hospic paliativno oskrbo neozdravljivo bolnim (Slovensko društvo Hospic, b. d.).

18.2 Izobraževanje in podpora za strokovne delavce v paliativni oskrbi

Društvo Hospic nudi veliko izobraževanj in podpornih dejavnosti za strokovne delavce v zdravstvu, socialnem varstvu in drugih strokovnih službah, ki jih pripravljajo za čutečo skrbno in sočutno oskrbo umirajočih bolnikov ter njihovih svojcev, tam, kjer umirajoči bolniki bivajo (bolnišnice, domovi za starejše ali domače okolje). Izobraževanja delujejo na osnovi dobre komunikacije, etičnih področjih skrbi, podpori družini v času bolezni in žalovanja. Eno izmed področij je podpora delavcem v službi za pomoč umirajočim in njihovim svojcem s pomočjo izkustvenih delavnic in podporno-izobraževalnih skupin na osnovi modelov in znanja iz prakse. Izobraževanja v obliki učnih delavnic izvajajo na sedežih

Hospica v Ljubljani in Mariboru, po želji pa se izvajajo tudi v zdravstveno-socialnih institucijah, bolnišnicah, službah nege, pomoči na domu in centrih za socialno delo. Namenjena so zdravnikom, MS, negovalcem in oskrbovalcem, socialnim in svetovalnim delavcem, skratka vsem, ki bi se želeli na tem področju izobraziti in nuditi kakovostno pomoč umirajočim ter njihovim svojcem. Poleg tega izvajajo tudi učne delavnice za dijake in študente, ki se izobražujejo za poklice, pri katerih imajo neposreden stik z umirajočim ter njihovimi svojci (Slovensko društvo Hospic, b. d.).

Izobraževanje za prostovoljce

S programom želijo s šolanjem usposobiti prostovoljce, da postanejo del tima hospica, ki s strokovnimi delavci bolnim in njihovim svojcem nudijo sočutje, podporo in pomoč pri soočanju in sprejemanju težke življenjske situacije (Slovensko društvo Hospic, b. d.).

Naloge prostovoljca

Vse dejavnosti, ki jih prostovoljec opravlja, morajo biti v soglasju z bolnikom in svojci. Delo prostovoljcev usmerjajo in vodijo strokovni delavci hospica in zajema:

- pogovor,
- spremstvo bolnika,
- branje bolniku,
- pomoč pri osebni negi, hoji, hranjenju (Slovensko društvo Hospic, b. d.).

18.3 Čustvena doživljanja ljudi z neozdravljivo boleznijo

Stopnje doživljanja si ne sledijo po zaporedju ali časovnem obdobju, so individualne in odvisne od dejavnikov, ki so v človeku ali izhajajo iz vplivov dogajanja v okolju.

Faze sprejemanja ob soočanju s terminalno boleznijo so:

- **Zanikanje**: Nepriznavanje resnice, bolnik se najprej osami, noče sprejeti dejstva, da je bolan, išče izgovore, opravičila, da se to njemu ne more zgoditi, da je napaka. Zdravstveni delavci se z bolnikom pogovarjamo, ga poslušamo, ne smemo vsiljevati dejstev o bolezni, ker se lahko njegovo obnašanje do nas spremeni.
- **Jeza**: Vsi so krivi za posameznikovo bolezen, bolnik se upira, je agresiven (tudi proti samemu sebi, možnost samomora), v tej fazi se obnaša agresivno, zamerljivo, lahko tudi fizično napadalno. Krivce išče v okolici, zato se spravlja na druge, prepričan je, da so za njegovo stanje krivi drugi in noče sprejeti pomoči. Agresije ne smemo jemati osebno, do bolnika smo prijazni in delujemo pomirjajoče.
- **Pogajanje:** Pogaja se z usodo (npr. če bo nehal kaditi ali se odrekel kakšni drugi škodljivi navadi, bo ozdravel). Bolnika spodbujamo, vendar mu ne smemo dajati lažnega upanja.
- **Depresija** z globokim žalovanjem nad pričakovano izgubo lastnega življenja. V tej fazi bolnik velikokrat izgubi voljo do življenja, je nedružaben in se prepusti usodi. Pomembno je, da to stanje preprečimo, pravočasno opazimo znake depresije in se z bolnikom pogovarjamo. Tukaj je velikega pomena vključevanje svojce.
- **Nevednost, zanikanje:** Bolnik trdi, da mu niso ničesar povedali, da mu stvari prekrivajo.

- **Sprejetje, privolitev**: Oboleli svojo bolezen sprejme in se z njo spopade. Je bolj družaben in upošteva naše nasvete (Štefančič, 2005).

18.4 Detabuizacija smrti

Sprejemanje smrti, kot naravnega zaključka življenja, je osnovno vodilo delovanja društva hospic. Uresničuje ga s celostno oskrbo bolnikov, družin in žalujočih ter aktivnostmi, ki bi spremenile odnos cele družbe do bolnih in umirajočih. Znotraj svoje dejavnosti izvaja društvo hospic program detabuizacija, ki zajema učenje ljudi za sočutno skrb in strokovno kompetentno oskrbo umirajočih in podporo žalujočim (Leskovic, 2018).

18.5 Žalovanje

Kljub pripravi na smrt je ta za svojce zelo obremenilna in stresna ter ne mine ob smrti, ampak se takrat še poveča. Vpliva lahko na psihično in fizično zdravje, poveča tveganje za depresijo, nespečnost, samopoškodbe in zlorabe različnih snovi, vendar lahko to tveganje zmanjšamo s pravilno podporo bližnjim preminulega (Leskovic, 2018).

18.6 Umiranje na domu

Umiranje na domu pomeni, da je umirajoči v oskrbi svojcev. Če se svojci odločijo, da umirajočega bolnika negujejo doma in so mu tudi sposobni zagotoviti primerno nego, je prav, da zdravstveni delavci podprejo njihovo odločitev. Umreti v domačem okolju je za bolnika vsekakor prednost, težko pa je za svojce, ki v tem primeru potrebujejo vsestransko pomoč zdravstvenih delavcev, predvsem patronažne medicinske sestre. Patronažna medicinska sestra skrbi, da se v okviru nege bolnika na domu izvaja zdravljenje po naročilu zdravnika, vodi in vrednoti nego umirajočega bolnika, hkrati pa pomaga pri reševanju težav, s katerimi se srečujejo bolnikovi svojci v vlogi negovalcev (Leskovic, 2018).

18.7 Skrb za umrlega in njegove svojce

Ko medicinska sestra opazi, da se je stanje umirajočega bolnika poslabšalo oziroma ko zazna bolnikovo nenadno smrt, naj takoj pokliče zdravnika oziroma začne z reanimacijskimi ukrepi, zdravnika pa naj pokliče najbližji sodelavec. Oživljanje le takrat ne pride v poštev, kadar je smrt prizadetega iztek naravnih vzrokov. Smrt ugotovi le zdravnik, ki vpiše točno uro smrti na temperaturni list.

Dokumentacija umrlega (Leskovic, 2018):

- ob ugotovitvi smrti zdravnik izpolni vso potrebno dokumentacijo,
- zdravniško poročilo o vzroku smrti,
- bolniško-statistični list,
- vznožni listek (tega dobro pritrdimo na prst desne noge umrlega),
- napotnico za prevoz umrlega,

- priloži se kopija popisa bolezni, drugi administrativni postopek pa je podoben kot ob odpustu bolnika.

19 SOCIALNOVARSTVENE STORITVE, NAMENJENE STAROSTNIKU

Socialnovarstvene storitve, ki so namenjene odpravljanju stisk in težav starostnika, so:

- prva socialna pomoč,
- pomoč družini na domu,
- socialni servis,
- institucionalno varstvo (ZSV, 2007, čl. 11).

19.1 Prva socialna pomoč

Prva socialna pomoč pomaga pri prepoznavanju socialne stiske, ocenjuje možne rešitve, upravičenca seznanja z obstoječimi storitvami ter ga napoti na ustrezne izvajalce. Gre za samostojno storitev, prvi stik, kjer strokovnjak v treh korakih izvede razgovor: zbiranje informacij, strokovna pomoč in predstavitev nadaljnjih korakov; izvajalci so socialni delavci z opravljenim izpitom in vsaj petletnimi izkušnjami. Njihov standard je ena oseba na 130 storitev oziroma na 25.000 prebivalcev (Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev, 2010, čl. 3; ZSV, 2007, čl. 12).

Upravičenec je vsakdo, ki se znajde v socialni stiski, velikokrat tudi starostnik, ki se odloči, sprejme in privoli v storitev. PSP se opravi kot samostojna storitev, ko upravičenec prvič išče pomoč. Izvaja se v obliki usmerjenega razgovora s posameznikom v treh delih. V prvem delu strokovni delavec omogoči, da starostnik poda čim več informaciji, podatkov o svojih težavah, stiskah, da pove tudi o svojem gmotnem stanju. V drugem delu izvajalec nudi strokovno pomoč, oporo pri prepoznavanju stisk, težav, upoštevajo se posameznikova pričakovanja, predlogi, rešitve. V tretjem delu se predstavijo možne rešitve, načini reševanja, posameznika se seznani z vrstami storitev, napoti se ga k organu, kjer bo pridobil informacije ali sprožil postopek, starostniku se nudi pomoč pri oblikovanju zahtevkov oziroma vlog. Velikokrat gre za reševanje tako imenovane akutne socialne stiske, ko tretja oseba sporoči stisko nekega posameznika, ali pa gre za predlog drugih služb. Izvajalec v tem primeru odloča po uradni dolžnosti in se odloči o možnih rešitvah ter izvede nujne ukrepe. Izvajalec storitev je strokovni delavec, ki ima opravljen izpit iz socialnega varstva ter pet let delovnih izkušenj. Mesečni normativ je en strokovni delavec na 130 storitev oziroma na 25.000 prebivalcev (Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev, 2010, čl. 3; ZSV, 2007, čl. 12).

19.2 Pomoč družini na domu

Ta storitev nadomešča institucionalno varstvo, kadar starostnik v domačem okolju potrebuje pomoč z osnovnimi življenjskimi opravilih (obleka, prehranjevanje, higiena) in gospodinjskimi opravili. Upravičenec potrebuje vsaj dve storitvi iz različnih sklopov, ki jo izvajajo strokovni delavci in sodelavci s primerljivimi kvalifikacijami (Pravilnik…, 2015, 6. člen; ZSV, 2007, čl. 15). Pomoč družini na domu zajema socialno oskrbo upravičenca v primeru invalidnosti, starosti ter v drugih

primerih, ko socialna oskrba na domu lahko nadomesti institucionalno varstvo (Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev, 2010, čl. 6; ZSV, 2007, čl. 15).

Socialna oskrba na domu obsega:

- Pomoč pri temeljnih dnevnih opravilih: pri oblačenju, slačenju, umivanju, hranjenju, opravljanju osnovnih življenjskih potreb, vzdrževanju in negi osebnih ortopedskih pripomočkov.
- Gospodinjsko pomoč: prinašanje enega pripravljenega obroka, nabava živil in priprava enega obroka hrane, pomivanje posode, osnovno čiščenje bivalnih prostorov z odnašanjem smeti, postiljanje ter osnovno vzdrževanje spalnega prostora.
- Pomoč pri ohranjanju socialnih stikov: vzpostavljanje socialne mreže z okoljem, prostovoljci, sorodniki; spremljanje pri upravljanju nujnih obveznosti; informiranje ustanov o stanju, potrebah upravičenca; priprava upravičenca na institucionalno varstvo.

19.3 Socialni servis

Zajema prevoze, nakup, gospodinjska opravila, pedikerske/frizerske storitve, spremljanje in druge oblike družabništva, organizacijo bančnih opravil ter nočno varstvo. Storitev se upravlja prek pogodbe in vključuje strokovno sodelavce z nacionalno poklicno kvalifikacijo (Pravilnik…, 2015, 7. člen). V primeru starosti socialni servis zajema pomoč pri hišnih ter drugih opravilih. Gre za storitev, ki ne sodi v javno službo, obsega pa:

- prinašanje pripravljenih obrokov hrane,
- nakup, prinašanje živil in drugih potrebščin,
- priprava drv, kurjave,
- nabava ozimnice,
- manjša hišna popravila,
- pranje, likanje perila,
- vzdrževanje vrta, okolice stanovanja,
- čiščenje v stanovanju, opremljanje,
- spremljanje pri obiskih trgovin, predstav, sorodnikov ali na počitnicah,
- organiziranje, izvajanje drugih oblik družabništva,
- pedikerske, frizerske storitve ter druge storitve za nego telesa in vzdrževanje videza,
- pomoč pri opravljanju bančnih poslov, plačevanju računov, sprejemanju in odpošiljanju poštnih pošiljk po pooblastilu upravičenca,
- varovanje, nadziranje uporabnika ponoči,
- celodnevna povezava preko osebnega telefonskega alarma.

Izvajalec mora nuditi vsaj tri od naštetih opravil razen zadnje, vključujoč s prinašanjem pripravljenih obrokov hrane. Upravičenec do storitve pa je lahko vsak starostnik, ki naroči določeno opravilo in storitev plača. Postopek, obseg storitve uporabnik in izvajalec določita z dogovorom ali pogodbo. Izvajalci so strokovni sodelavci, ki so končali srednjo poklicno ali srednjo strokovno šolo, ki usposablja za socialno oskrbo ali zdravstveno nego, lahko pa tudi delavci, ki imajo pridobljeno nacionalno poklicno kvalifikacijo za izvajanje socialne oskrbe na domu in opravljeno usposabljanje po verificiranem

programu za socialno oskrbo, oziroma delavci, ki imajo pridobljeno nacionalno poklicno kvalifikacijo za izvajanje socialne oskrbe na domu. Za vsakega uporabnika je treba voditi dokumentacijo oziroma evidenco storitev (Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev, 2010, čl. 7).

19.4 Institucionalno varstvo

Obsega oskrbo v domovih, drugih družinah ali organiziranih enotah. Zagotavlja osnovno oskrbo (bivanje, prehrana, prevozi), socialno varstvo in zdravstveno nego. Poleg fizične pomoči omogoča tudi delovne/terapevtske dejavnosti, družabništvo in psihosocialno podporo – vse v okviru individualnih načrtov in multidisciplinarnega pristopa, ob sodelovanju uporabnika, njegovih svojcev in strokovnega tima (Pravilnik o standardih in normativih, 2010, 8. člen; ZSV, 2007, čl. 16). Upravičencem nadomešča, dopolnjuje, zagotavlja funkcijo doma ali lastne družine.

Institucionalno varstvo v zavodu obsega:

- osnovno oskrbo,
- socialno oskrbo,
- zdravstveno varstvo.

Osnovna oskrba zajema:

- bivanje,
- organiziranje prehrane,
- tehnično oskrbo,
- prevoze.

Socialna oskrba je opredeljeno kot strokovno vodena dejavnost, namenjena izvajanju:

- socialne preventive,
- terapije,
- varstva in vodenja upravičencev.

Varstvo zajema nudenje pomoči pri:

- vzdrževanju osebne higiene,
- prehranjevanju in pitju,
- oblačenju, slačenju,
- odvajanju,
- gibanju,
- komunikaciji,
- orientaciji ter
- pri pripravi na počitek.

Posebne oblike varstva so namenjene:

- ohranjanju in razvoju samostojnosti,
- razvoju socialnih odnosov,

- delovni okupaciji,
- korekciji, terapiji motenj,
- aktivnemu preživljanju prostega časa in
- reševanju osebnih ter socialnih stisk.

Vodenje zajema:

- oblikovanje, izvajanje in spremljanje individualnih programov,
- kontaktiranje, sodelovanje s posameznikom, svojci,
- sodelovanje z drugimi institucijami ter strokovnimi sodelavci.

Podrobnejše standarde za izvedbo oskrbe institucionalnega varstva starejših določi Skupnost socialnih zavodov Slovenije.

Upravičenci so starejše osebe od 65 let, ki potrebujejo manjši obseg pomoči, popolno pomoč ter nadzor zaradi starosti, zdravstvenih težav ali dolgotrajnejših težav v duševnem zdravju, največkrat demence.

Postopek izvajana obsega:

- začetno informiranje,
- izvajanje postopka v zvezi s sprejemom,
- podpis dogovora,
- priprava individualnega načrta,
- namestitev,
- izvajanje storitve in
- prenehanje storitve.

Izvajanje storitve zajema:

- oblikovanje predloga storitve,
- izdelavo posebnega individualnega načrta s stroškovnikom,
- odobritev načrta,
- izvajanje načrta,
- periodične revizije ter
- pripravo letnih poročil.

V vseh fazah sodeluje upravičenec, pomagajo pa mu lahko njegovi zastopniki, svojci ali ključne osebe iz organizacije, ki skrbijo zanj. Za izvajanje individualnega načrta skrbi koordinator v sodelovanju z uporabnikom ter njegovimi zastopniki (Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev, 2010, čl. 8).

Zavodska oblika institucionalnega varstva, kjer so nastanjene starejše osebe, so domovi za starejše in posebni socialni zavodi, kadar gre za starejše, ki imajo zahtevnejše dolgotrajne težave v duševnem zdravju. Institucionalno varstvo v domu se izvaja kot celodnevno varstvo, kar pomeni, da gre za celodnevno oskrbo 24 ur na dan.

Lahko pa se izvaja varstvo v obliki dnevnega varstva, ki je namenjeno starejšim osebam, ki še ne potrebujejo celodnevne oskrbe in potrebujejo pomoč oziroma nadzor za določeno število ur dnevno. Izvaja se do deset ur dnevno, pet dni v tednu, vse tedne v letu. Kot dodatno storitev vsebuje dnevno varstvo tudi prevoz starostnika (Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev, 2010, čl. 8).

Institucionalno varstvo v drugi družini se izvaja v družini, ki ni sestavljena iz družinskih članov uporabnika. Izvaja se na podlagi pogodbe med centrom za socialno delo in osebo, ki storitev izvaja. Kadar pa ima uporabnik status stanovalca zavoda, se pogodba sklene med izvajalcem institucionalnega varstva iz javne mreže in osebo, ki izvaja storitev. Izvajalec je dolžan starostniku zagotoviti izvajanje zdravstvenega varstva in zdravstvene nege v sodelovanju z zdravstvenim domom ali izvajalcem s koncesijo na področju zdravstvenega varstva. Za pogoje glede primernosti bivanja, obveznosti izvajalca in financiranja se uporabljajo določbe zakona, ki ureja izvajanje rejniške dejavnosti (Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev, 2010, čl. 8).

Institucionalno varstvo v drugi organizirani obliki je zagotovljeno v:

- stanovanjski skupini, ki je organizirana kot samostojna enota ali dislocirana enota, velikost stanovanjske skupina pa je od štiri do šest oseb;
- bivalni enoti, ki je organizirana prav tako kot samostojna enota ali dislocirana enota, vključuje pa največ 24 oseb;
- oskrbovanih stanovanjih;
- oskrbovanem domu;
- z bivanjem zunaj institucije.

Vse možne oblike se izvajajo na podlagi individualnega paketa s pomočjo individualnega načrta. Individualni paket vsebuje:

- osnovno oskrbo: bivanje; prehrano; pranje osebnega in posteljnega perila ter čiščenje in vzdrževanje bivalnega prostora;
- socialno oskrbo: nega, pomoč pri vseh življenjskih opravilih; pomoč pri vzpostavljanju in ohranjanju socialnih stikov; organiziranje prevozov in drugih storitev;
- zdravstveno varstvo in zdravstveno nego.

Pri načrtovanju individualnega programa institucionalnega varstva uporabnika sodelujejo: uporabnik sam, njegov zakoniti zastopnik, če ga ima, ter strokovni tim. Koordinacija del je predvidena vsakih šest mesecev.

Storitev institucionalnega varstva je lahko trajna ali začasna oziroma občasna. Začasna ne sme biti daljša od treh mesecev. Izvaja se po metodah individualnega in timskega dela, upoštevaje strokovnih načel individualizacije, normalizacije, celovitosti, kontinuiranosti obravnave ter multidisciplinarnega dostopa (Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev, 2010, čl. 8).

»Kakovostna dolgotrajna oskrba je pomembna za zagotavljanje osebnega dostojanstva, izbire in dobrega počutja ter za preprečevanje nepotrebnih hospitalizacij. Trenutno obstajajo v EU različni standardi in razlage kakovosti, države članice pa so na različnih stopnjah zagotavljanja kakovosti. Pomembno je opozoriti, da obstajajo različni načini zagotavljanja kakovostne dolgotrajne oskrbe. S storitvami v

skupnosti za starejše, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo, vključno z invalidi, se lahko podpira njihova pravica, da samostojno živijo v skupnosti, dokler je to mogoče. Po drugi strani pa se lahko z institucionalnimi in drugimi storitvami zagotavljajo storitve oskrbe, ki presegajo zmogljivosti v skupnosti.« (Zelena knjiga o staranju, 2021, str. 17)

19.5 Dolgotrajna oskrba (ZDOsk-1)

V Sloveniji se je leta 2023 uveljavil celovit Zakon o dolgotrajni oskrbi (ZDOsk-1), ki predstavlja sistemski pristop k ureditvi področja dolgotrajne oskrbe in naslavlja dolgoletne potrebe starajoče se družbe. Namen zakona je omogočiti osebam, ki zaradi starosti, bolezni, invalidnosti ali drugih okoliščin potrebujejo dolgotrajno pomoč pri opravljanju osnovnih življenjskih aktivnosti, dostop do kakovostnih, enakopravnih in finančno dostopnih storitev.

Zakon temelji na načelih univerzalnosti, solidarnosti, enakosti, dostopnosti, kakovosti in neodvisnosti. Dolgotrajna oskrba postaja pravica, ki je dostopna vsem državljanom pod enakimi pogoji, neglede na njihove osebne okoliščine (ZDOsk-1, 2023).

Zakon se uvaja postopoma:

- od 1. januarja 2024: pravica do oskrbovalca družinskega člana;
- od 1. julija 2025: začetek izvajanja dolgotrajne oskrbe na domu, e-oskrbe, preventivnih storitev za ohranjanje samostojnosti in uvedba obveznega prispevka za dolgotrajno oskrbo;
- od 1. decembra 2025: pravica do denarnega prejemka kot alternativne oblike dolgotrajne oskrbe (Rathjen, 2025; ZDOsk-1, 2023).

Financiranje dolgotrajne oskrbe

Financiranje temelji na obveznem prispevku za dolgotrajno oskrbo, ki bo znašal 1 odstotek bruto plače zaposlenega in delodajalca skupaj. Obvezno zavarovanje omogoča vzpostavitev stabilnega finančnega vira za izvajanje oskrbe, podobno kot sistem zdravstvenega zavarovanja (Gateway to Global Aging Data, 2024; ZDOsk-1, 2023).

Pravica do oskrbovalca družinskega člana

Od januarja 2024 lahko upravičenci, ki sodijo v 4. ali 5. kategorijo oskrbe, imenujejo družinskega člana za svojega oskrbovalca. Ta mora izpolnjevati določene pogoje (primerno zdravstveno stanje, stalno bivanje z oskrbovancem, usposobljenost) in ima možnost prejemanja nadomestila za opravljanje oskrbe (ZDOsk-1, 2023).

Ocenjevanje upravičenosti in kategorije oskrbe

Upravičenci bodo razvrščeni v pet kategorij oskrbovalnih potreb glede na obseg pomoči, ki jo potrebujejo:

- v okviru dolgotrajne oskrbe na domu od sedem do 37 ur mesečno,
- v institucionalnem varstvu do 110 ur mesečno,

- v sistemu preventivnih storitev za ohranjanje samostojnosti pa individualno glede na ocenjene potrebe (Gateway to Global Aging, 2024; ZDOsk-1, 2023).

Vključitev e-oskrbe in novih oblik pomoči

Pomembna novost je uvedba e-oskrbe, ki omogoča stalni nadzor nad zdravstvenim stanjem uporabnikov preko telemedicinskih naprav in alarmnih sistemov ter tako zagotavlja večjo varnost starostnikov v njihovem domačem okolju (ZDOsk-1, 2023).

Zagotavljanje kakovosti

Zakon določa stroge standarde kakovosti, spremljanje in nadzor nad izvajanjem storitev s strani države in javnih institucij, pri čemer aktivno sodelujejo centri za socialno delo, zdravstveni domovi in izvajalci storitev na domu ter v institucijah (Bagari, 2023; ZDOsk-1, 2023).

Pričakovani učinki zakona

Zakon o dolgotrajni oskrbi pomembno prispeva k dostojanstvenemu staranju prebivalstva, k večji dostopnosti oskrbe in razbremenitvi družinskih članov, ki pogosto sami opravljajo neformalno oskrbo brez ustrezne podpore države. Ob tem pomembno zmanjšuje tudi tveganja institucionalizacije, saj omogoča, da starejši čim dlje ostanejo v domačem okolju (Evropska komisija, 2021).

Za starostnike zakon prinaša:

- enostaven dostop do oskrbovalcev iz družine, brez obveznosti finančnih obremenitev;
- možnost izbire med različnimi oblikami oskrbe – oskrba doma, institucionalno, e-oskrba ali denarni prejemek;
- finančna varnost – sistem prispevkov in povračila zagotavlja višjo kakovost oskrbe z minimalnim direktnim stroškom uporabnike;
- krepitev neodvisnosti in samostojnosti – programi in storitve za samostojno življenje;
- zagotavljanje kakovosti in dostopa – enake pravice, standardizirani postopki in izvajalci ter prisotni nadzor.

19.6 Plačilo in oprostitev plačila institucionalnega varstva in pomoči na domu

Upravičenci oziroma zavezanci so storitev institucionalnega varstva dolžni plačati (ZSV, 2007, čl. 100).

Če starši nimajo dovolj sredstev za življenje in si jih ne morejo pridobiti, mora polnoletni otrok po svojih zmožnostih preživljati starše, vendar najdlje toliko časa, kot so starši dejansko preživljali njega. Starša polnoletnemu otroku ni treba preživljati, če ta iz neupravičenih razlogov ni izpolnjeval preživninskih obveznosti do otroka (Zakon o družinskem zakoniku, 2017, čl. 185).

Če je oseb, ki morajo preživljati nekoga, več, se ta obveznost razdeli mednje po njihovih zmožnostih in tudi glede na to, koliko skrbi in pomoči je bil kdo deležen kot otrok (Zakon o družinskem zakoniku, 2017, 186. člen).

Upravičenec (starši) in zavezanec (polnoletni otrok) lahko o preživnini skleneta sporazum v obliki izvršljivega notarskega zapisa (ZD, 2017, 193. člen).

Na zahtevo uporabnika do storitve oziroma njegovega zakonitega zastopnika pa center za socialno delo, ki je pristojen za odločanje, odloči o delni ali celotni oprostitvi plačila storitev, in sicer na podlagi materialnega stanja vlagatelja določi višino oprostitev in prispevkov k plačilu socialnovarstvene storitve (ZSV, 2007, čl. 100).

V skladu z določili Uredbe o merilih za določanje oprostitev pri plačilih socialnovarstvenih storitev (ZSVarPre, 2010) je meja socialne varnosti opredeljena kot znesek, ki mora ostati upravičencu oziroma zavezancu za preživetje po plačilu prispevka za institucionalno varstvo ali pomoč na domu. Ta meja je odvisna od minimalnega dohodka in ugotovljenega dohodka uporabnika; pri samski osebi, nastanjeni v celodnevnem institucionalnem varstvu, znaša 10 % njenega ugotovljenega dohodka, vendar ne manj kot 0,2 osnovnega zneska minimalnega dohodka (ZSVarPre, 2010).

Ko prispevki upravičenca in zavezancev ne zadostujejo za kritje celotne storitve, razliko med vrednostjo storitve in plačili uporabnika krije občina ali država. Če je upravičenec, ki prejema oprostitev plačila institucionalnega varstva, hkrati lastnik nepremičnine, se mu z odločbo o oprostitvi prepove odtujiti ali hipotekarno obremeniti nepremičnino v korist občine. Ta prepoved se nato zaznamuje v zemljiški knjigi (ZSV, 1992, 100b člen).

Po podatkih Statističnega urada Republike Slovenije je bila v letu 2020 stopnja tveganja revščine pri upokojencih, starih 75 let ali več, višja od 20 %. Ta podatek kaže na naraščajoče ekonomske izzive starejših in hkrati potrjuje potrebo po sistemski podpori za njihovo osnovno preživetje.

Za zagotavljanje minimalnih življenjskih potreb, ki omogočajo preživetje, obstaja v Sloveniji pravni okvir, po katerem upravičencem pripada denarna socialna pomoč. Višina te pomoči je določena tako, da posameznik razpolaga z dohodkom po plačilu prispevkov in davkov v višini minimalnega dohodka. Poleg tega varstveni dodatek krije stroške, kot so vzdrževanje stanovanja in nadomestna potrošna dobrina, ki niso del minimalnih življenjskih potreb (ZSVarPre, 2010, čl. 4).

Pravica do socialne pomoči temelji tudi na določbah Zakona o družinskem zakoniku (2017, čl. 185), kjer je določena dolžnost polnoletnih otrok do preživljanja staršev, če ti nimajo drugih virov za preživetje.

19.7 Socialna pomoč

Socialna pomoč zajema pravico do:

- denarne socialne pomoči,
- izredne denarne socialne pomoči,
- pomoč pri kritju stroškov pogreba – pogrebnina,
- pravico do enkratne izredne denarne socialne pomoči po smrti družinskega člana – posmrtnina (Zakon o socialnovarstvenih prejemkih, 2010).

Denarna socialna pomoč je namenjena zadovoljevanju minimalnih življenjskih potreb v višini, ki omogoča preživetje. Upravičenec je tudi starostnik, ki ima nizko pokojnino. Uveljavlja jo lahko, če dohodek na osebo ne dosega meje dohodkov, ki je predpisana z zakonom (Kalan, 2020, str. 4).

Pri uveljavljanju **pravice do denarne socialne pomoči** se pri ugotavljanju materialnega položaja upoštevajo osebe, določene v Zakonu o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev (ZUPJS, 2010). Pri tem se upoštevajo njihov dohodek in premoženje, razen v primeru konkretnih izjem, kjer se uporabljajo določbe Zakona o socialnovarstvenih prejemkih (2010, čl.. 11).

Na področju dedovanja pa Zakon o dedovanju (ZD, 1976, čl. 128) določa, da se *dedovanje premoženja osebe, ki je uživala pomoč v skladu s predpisi o socialnem varstvu*, omeji do višine prejete pomoči, razen če zakonski predpis določa drugače.

Socialna pomoč vključuje različne oblike, med katerimi sta pogrebnina in posmrtnina pomembni »izredni denarni socialni pomoči«. Po slovenski zakonodaji se ti dve pomoči ne vračata, če sta bili podeljeni prek standardnih pravil – ne glede na trajanje prejema (denimo prejem manj kot 12 mesecev). Dodatno velja, da se v postopku dedovanja omejitev vračila socialne pomoči uporablja le do višine prejete popuste, razen pri časih, ko je imel prejemnik stanovanje v vrednosti nad 120.000 € – v tem primeru se prepove odtujitev in zaznamuje v zemljiško knjigo, če je po prejemu pomoči v zadnjih 24 mesecih prejel več kot 18-krat ali se je strinjal z zaznambo (ZD, 1976).

Od 1. aprila 2022 znaša osnovni znesek denarne socialne pomoči za samsko, delovno neaktivno osebo v institucionalnem varstvu 421,89 €, kar pomeni minimalni dohodek, namenjen kritju osnovnih življenjskih stroškov (DATA d. o. o., 2022; eUprava, 2024) .

Izredna denarna socialna pomoč je namenjena posameznikom v izredni materialni stiski, pri čemer se sredstva dodelijo za kritje nujnih stroškov (npr. plačilo položnic, nakup gospodinjskih aparatov ali ogrevanje), kadar dohodki ne zadostujejo (MDDSZ, 2024). Upravičenec mora sredstva porabiti v 30 dneh, dokazila o namenski porabi pa predložiti v 45 dneh od prejema, sicer se zapre dostop do nadaljnjih vlog za obdobje 14 mesecev .

Najvišji mesečni znesek izredne pomoči za samsko osebo je 494,09 €, v celotnem letu pa največ 2.470,45 €.

Posebej sta izpostavljeni tudi pogrebnina in posmrtnina kot obliki izredne denarne pomoči: pogrebnina krije stroške pogreba in znaša do dvakratnika osnovnega minimalnega dohodka, posmrtnina pa je enkratni znesek, enak enemu osnovnemu minimalnemu dohodku (eUprava, 2024; Žalujka d. o. o, 2022).

19.8 Varstveni dodatek

Varstveni dodatek je samostojna socialnovarstvena pravica, namenjena posameznikom, ki si zaradi okoliščin, na katere sami ne morejo vplivati, ne morejo zagotoviti materialne varnosti (zakrita z Zakonom o socialno varstvenih prejemkih – ZSVarPre) . Namenjen je kritju življenjskih stroškov, kot so vzdrževanje doma in zamenjava trajnih potrošnih dobrin, vendar ni namenjen za kritje minimalnih življenjskih potreb.

Za samsko osebo znaša cenzus za varstveni dodatek od 1. aprila 2025 726,31 €, kar je mejna višina dohodka za upravičenost. Najvišji možni mesečni znesek za samskega prejemnika znaša 232,22 € .

Do pravice so upravičene osebe, ki so trajno nezaposljive, nezmožne za delo ali starejše, pri čemer se upoštevajo ženske od 63 let in moški od 65 let, v kolikor niso v delovnem razmerju in so upravičeni do denarne socialne pomoči ali njihov dohodek ne presega cenzusa za varstveni dodatek, a presega cenzus za denarno socialno pomoč. Osebe, nastanjene v celodnevnem institucionalnem varstvu, niso upravičene do varstvenega dodatka .

Enačba za izračun zneska dodatka je razlika med cenzusom in lastnim dohodkom, pri čemer ne sme presegati zgornje meje 232,22 € mesečno .

Praktični primer:

- Osnovni minimalni dohodek za samsko osebo znaša 392,75 € .
- Če oseba hkrati prejema najnižjo pokojnino 294,78 € (ZPIZ, 2022) in doda 50 € preživnine, je skupni dohodek 344,78 €.
- Ker cenzus znaša 726,31 €, razlika znaša 381,53 € – kar pomeni, da je oseba upravičena do maksimalne višine varstvenega dodatka 232,22 €.

Primer iz prakse:

Oseba, ki prejema najnižjo pokojnino in ima dva otroka, nima pa premoženja, zaprosi na krajevno pristojnem centru za socialno delo za denarno socialno pomoč. Glede na Družinski zakonik sta polnoletna otroka osebe dolžna poskrbeti zanjo. Eden od polnoletnih otrok je samski, drugi pa ima svojo družino in svoje mladoletne otroke, za katere je tudi dolžan poskrbeti. Najbolje je, da oba otroka skleneta sporazum o preživnini, ki ga overita pri notarju. Torej se dogovorita, da vsak po svojih zmožnostih nekaj prispeva za starše ter ta dokument dostavita centru za socialno delo. Prvi otrok je imel sklenjen sporazum, da za starša prispeva 40,00 € mesečno, drugi otrok pa 10,00 € mesečno, torej skupno 50,00 €. Torej oseba poleg minimalne mesečne pokojnine prejema še teh dodatnih 50,00 €, kar je skupno 344,78 €. Center odloči, da prejema 77,11 € denarne socialne pomoči, kar skupno predstavlja osnovni znesek denarne socialne pomoči, ki znaša 421,89 €. Ker pa znaša cenzus varstvenega dodatka 620,18 €, osebi pripada še 198,29 €.

19.9 Subvencije in oprostitve plačil določenih prispevkov

Po Zakonu o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev (ZUPJS, 2010, čl. 6) imajo krajevno pristojni centri za socialno delo pooblaščenost za odločitve o subvencijah, vključno z najemnino za neprofitna in tržna najemna stanovanja ter hišniška stanovanja.

Prav tako ZUPJS v 29. členu določa, da imajo upravičenci do denarne socialne pomoči (ali tisti, ki izpolnjujejo pogoje zanjo) pravico do kritja razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev, razen če poleg tega prejemajo varstveni dodatek in imajo že zagotovljeno zdravstveno zavarovanje iz drugih virov.

Poleg tega ZUPJS v 30. členu določa, da imajo upravičenci do denarne socialne pomoči pravico do plačila prispevka za obvezno zdravstveno zavarovanje, če te pravice nimajo urejene na drug način.

Starostniki, ki se znajdejo v finančni stiski, lahko poleg tega zaprosijo za pomoč v hrani pri Rdečem križu Slovenije ali Slovenski Karitas. Projekt subvencionirane prehrane za upokojence je sofinanciran iz Evropskega socialnega sklada in Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve.

Na podlagi Zakona o Radioteleviziji Slovenije (ZRTVS-1, 2005) so socialno ogroženi upravičenci do izpolnitve oprostitve plačila RTV-prispevka, kar vključuje prejemnike denarne socialne pomoči ali varstvenega dodatka.

19.10 Letni dodatek ter dodatek za pomoč in postrežbo

Letni dodatek je **pravica iz obveznega pokojninskega zavarovanja**, namenjena predvsem izboljšanju materialnega položaja prejemnikov nizkih pokojnin in nadomestil iz invalidskega zavarovanja ter njihovi večji socialni varnosti. Prejemniki pokojnin po tujih predpisih načeloma niso upravičeni, izjema so le tisti, ki pokojnino prejemajo z območja nekdanje SFRJ – pod pogojem, da država, iz katere pokojnino prejemajo, ne izplačuje letnega dodatka osebam s stalnim prebivališčem v Sloveniji . Vlogo za izplačilo letnega dodatka in dodatka za pomoč in postrežbo vložijo starostniki preko Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije (ZPIZ).

Dodatek za pomoč in postrežbo, ki ga ureja 101. člen ZPIZ-2, je namenjen tistim, ki zaradi trajnih zdravstvenih omejitev ne morejo zadovoljiti osnovnih življenjskih potreb, kot so slepe osebe, nepokretni in osebe z motnjami v duševnem zdravju, pri čemer dodatek zagotavlja stalno strokovno pomoč ali nadzor.

Od 1. marca 2022 velja, da dodatek za:

- pomoč pri vseh osnovnih življenjskih opravilih in potrebi po 24-urni negi znaša 451,27 €,
- pomoč pri opravljanju vseh osnovnih življenjskih opravil (slepi in nepokretni) znaša 314,70 €,
- pomoč pri večini osnovnih opravil (slabovidni) znaša 157,35 €.

19.11 Skrbništvo

»Skrbništvo za odrasle osebe je v 239. členu Družinskega zakonika opredeljeno kot institut varstva osebnosti odraslih, ki se uresničuje predvsem z urejanjem zadev, ki jih te osebe ne morejo narediti same, ter s prizadevanjem za zdravljenje in usposabljanje za samostojno življenje. Namen skrbništva pa je tudi zavarovanje njihovih premoženjskih in drugih pravic ter koristi (Stefanoski, 2018, str. 137).

Postavitev osebe pod skrbništvo je velik poseg v posameznikovo svobodo, zato je ključno, da se postavi pod skrbništvo osebo oziroma se imenuje skrbnika odrasli osebi, ki zaradi motnje ali težav v duševnem razvoju ali nekega drugega vzroka, ki vpliva na njeno zmožnost razsojanja, sama brez škode zase ni sposobna poskrbeti za svoje pravice in koristi. Kadar center za socialno delo (v nadaljevanju CSD) izve, da je treba nekomu imenovati skrbnika, mora takoj urediti vse potrebno, da zavaruje njegovo osebnost, pravice in koristi. O tem, da se osebi imenuje skrbnika, zakonsko odloča sodišče. Postopek se začne na predlog: CSD-ja, državnega tožilca, zakonca ali osebe, ki živi z osebo v dalj časa trajajoči življenjski skupnosti, sorodnika v ravni črti in stranski črti do drugega kolena ali oseba sama, če je sposobna razumeti pomen in pravne posledice svojega predloga. Če sodišče izve za okoliščine, iz katerih izhaja utemeljen razlog, zaradi katerega je treba posamezniku imenovati skrbnika, sodišče začne postopek po uradni dolžnosti. Sodišče osebo zasliši, razen če ugotovi, da bi to škodilo njenemu zdravju ali glede na njeno zdravstveno stanje zaslišanje ni možno. Osebo lahko sodišče zasliši tam, kjer biva. Če oseba ne pride na narok in se ne opraviči, sme sodišče odrediti, da se jo privede. Sodišče odredi, da osebo pregleda izvedenec medicinske stroke. Če je oseba v psihiatrični bolnišnici, pa iz poročila te bolnišnice izhaja potreba, da se oseba postavi pod skrbništvo, to zdravniško poročilo pa ni starejše od šest mesecev, sodišče ne imenuje izvedenca. CSD imenuje skrbnika za posebni primer ali skrbnika za določeno vrsto opravil: odsotni osebi, katere prebivališče ni znano in ki nima zastopnika; neznanemu lastniku premoženja, kadar je treba, da nekdo za to premoženje skrbi; v drugih primerih, kadar je to potrebno za varstvo pravic in koristi posameznika (Stefanoski, 2018, str. 137).

Skrbnika za posebni primer ni mogoče imenovati v primerih, ko so podani pogoji za postavitev otroka pod skrbništvo oz. ko so podani pogoji za postavitev odrasle osebe pod skrbništvo, razen če zakon določa drugače. Skrbnika za posebni primer v naštetih primerih sme imenovati tudi organ, pred katerim poteka postopek. Ta organ mora o tem takoj obvestiti CSD, ki ima do njega enake pravice kakor do skrbnika, ki bi ga imenoval sam. Kadar sodišče ali CSD ali drugi organ odloči o imenovanju skrbnika za posebni primer, določi tudi obseg njegovih obveznosti in pravic. Samo z dovoljenjem CSD sme skrbnik:

- odtujiti ali obremeniti varovančeve nepremičnine;
- odtujiti iz varovančevega premoženja premičnine večje vrednosti ali razpolagati s premoženjskimi pravicami večje vrednosti;
- odpovedati se dediščini ali volilu ali odkloniti darilo;
- vložiti tožbo otroka za ugotovitev ali izpodbijanje očetovstva;
- izvesti druge ukrepe, če tako določa zakon.

Na predlog skrbnika v teh primerih CSD izda odločbo bodisi da dovoli oz. odobri neki pravni posel, a le v primeru varovančeve koristi.

Pravne podlage, ki se nanašajo na skrbništvo odrasle osebe, so:

- Družinski zakonik, ki zagotavlja pravni okvir za skrbništvo,

- Zakon o nepravdnem postopku,
- Pravilnik o popisu in ocenitvi premoženja oseb pod skrbništvom in o sestavi in vsebini skrbniškega poročila.

20 LITERATURA IN VIRI

1. Abrams, P., Andersson, K. E., Birder, L. in Brubaker, L. (2009). Fourth international consultation on incontinence: Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and sexual dysfunction. *Neurourology and Urodynamics, 29*(1), 213–240. https://doi.org/10.1002/nau.20870
2. Age UK. (2023). *Ageism and age equality: Policy position paper*. https://www.ageuk.org.uk/siteassets/documents/policy-positions/ageism-and-equalities/ageism-and-age-equality-sept-2023.pdf
3. Alzheimer, A. (1906). *Vortrag: A peculiar severe disease process of the cerebral cortex*. In H. Stelzner (ur.), *Histories of psychiatry and neuroscience*.
4. Alzheimer, A. (1907). Über eine eigenartige Erkrankung der Hirnrinde (About a peculiar disease of the cerebral cortex). *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychischgerichtliche Medizin, 64, 146*–148.
5. Alzheimer's Association. (2025). *Communicating with someone with dementia.*
6. Alzheimer's Society. (2022). *Non-verbal communication and dementia.*
7. American Diabetes Association [ADA]. (2019). Classification and diagnosis of diabetes: Standards of medical care in diabetes—2019. *Diabetes Care, 42*(Supplement 1), S13–S28. https://doi.org/10.2337/dc19-S002
8. American Nurses Association [ANA]. (2017). *Gerontology nursing: Scope and standards of practice* (2. izd.). ANA.
9. Aprisunadi, N., Nursalam, N., Mustikasari, M., Ifadah, E., Hapsari E. D. (2023). Effect of Early Mobilization on Hip and Lower Extremity Postoperative: A Literature Review. *Sage Open Nursing*, *11*(9). https://doi.org/10.1177/23779608231167825
1. Bagari, S. (2023). *The new long-term care act in Slovenia*. *Revue de droit comparé du travail et de la sécurité sociale*, 4. https://doi.org/10.4000/rdctss.6970
2. Bailey, A. (2025). *7 ways to increase and maintain bone density*. Verywell Health. https://www.verywellhealth.com/how-to-increase-bone-density-11721928
3. Bertram, L. in Tanzi, R. E. (2012). The genetics of Alzheimer's disease. *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine, 2*(10), a006296. https://doi.org/10.1101/cshperspect.a006296
4. Beveridge, A. (2024). Pharmacological pain treatment in older persons. *Drugs & Aging, 41*(3), 345–362. https://doi.org/10.1007/s40266-024-01151-8
5. Binette, J. in Faragó, F. (2021). *Where we live, where we age: trends in home and community preferences: Home and community preference survey: A national survey of adults age 18-plus*. AARP Research. https://doi.org/10.26419/res.00479.001
6. Blöndal, K. in Halldórsdóttir, S. (2009). The challenge of caring for patients in pain: from the nurse's perspective. *Journal of Clinical Nursing, 18*(20), 2897–2906. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02794.x
7. Bowen, C. (2024). Documentation of medication administration. V *Clinical nursing skills* (pogl. 11.3). OpenStax.
8. Boyle, G. (2004). Facilitating choice and control for older people in long-term care. *Health & Social Care in the Community, 12*(3), 212–220. https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2004.00490.x
9. Brooker, D. (2001). Therapeutic activity for people with dementia: A practical guide. V C. Cantley (ur.), *A handbook of dementia care* (str. 146–159). Open University Press.
10. Butler, R. N. (1963). The life review: An interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry, 26*(1), 65–76. https://doi.org/10.1080/00332747.1963.11023339

11. Cantó, C. in Auwerx, J. (2009). Caloric restriction, SIRT1 and longevity. *Trends in Endocrinology & Metabolism, 20*(7), 325–331. https://doi.org/10.1016/j.tem.2009.03.008
12. Challis, D. (2004). *Long-term care: Matching resources and needs* (1. izd.). Routledge.
13. Champagne, T. (2018). *Sensory modulation in dementia care: Assessment and activities for sensoryenriched care.* Jessica Kingsley Publishers.
14. Chung, J. C. C., Lai, C. K. Y., Chung, P. M. in French, H. P. (2002). Snoezelen for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews,* (4), članek CD003152. https://doi.org/10.1002/14651858.CD003152
15. Cijan, R. in Cijan, V. (2003). *Zdravstveni, socialni in pravni vidiki starostnikov*. Visoka zdravstvena šola.
16. Collier, L., McPherson, K., Ellis-Hill, C., Staal, J. in Bucks, R. (2010). Multisensory stimulation to improve functional performance in moderatetosevere dementia: Interim results. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias, 25*(8), 698–703. https://doi.org/10.1177/1533317510387582
17. Conroy, S. in Parker, S. (2014). Acute care for frail older people: Time to get back to basics?. *Age and Ageing, 43*(4), 448–449. https://doi.org/10.1093/ageing/afu063
18. Cullen, B., Fahy, S., Cunningham, C. J., Coen, R. F., Bruce, I., Greene, E., Coakley, D., Walsh, J. B. in Lawlor, B. A. (2005). Screening for dementia in an Irish community sample using MMSE: a comparison of normadjusted versus fixed cutpoints. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 20*(4), 371–376. https://doi.org/10.1002/gps.1291
19. Daley, S. F. (2025). *The DASH diet: A guide to managing hypertension through nutrition.* StatPearls. https://www.statpearls.com/point-of-care/38838
20. D'Ancona, C., Haylen, B., Oelke, M., Abranches-Monteiro, L., Arnold, E., Goldman, H., Hamid, R., Homma, Y., Marcelissen, T., Rademakers, K., Schizas, A., Singla, A., Soto, I., Tse, V., de Wachter, S. in Herschorn, S. (2019). The International Continence Society (ICS) report on the terminology for adult male lower urinary tract and pelvic floor symptoms and dysfunction. *Neurourology and Urodynamics, 38*(2), 433–477. https://doi.org/10.1002/nau.23897
21. DATA d. o. o. (2022, 18. april). *Denarna socialna pomoč 2022 se je s 1. aprilom povišala!*. https://data.si/blog/denarna-socialna-pomoc-2022/
22. Davies, B. in Challis, D. (2004). Channelling projects and community care. V B. Davies in D. Challis (ur.), *Matching resources to needs in community care: an evaluated demonstration of a long-term care model* (str. 87–149). Routledge.
23. Dent, E., Kowal, P. in Hoogendijk, E. O. (2016). Frailty measurement in research and clinical practice: A review. *European Journal of Internal Medicine, 31*, 3–10. https://doi.org/10.1016/j.ejim.2016.03.007
24. Društvo revmatikov Slovenije. (2025). Revmatoidni artritis (RA). *Revmatoidni artritis* [Opis bolezni]. https://www.revmatiki.si/vnetne-revmaticne-bolezni/revmatodini-artiritis-ra/
25. Družinski zakonik (DZ). (2017). *Uradni list RS*, št. 15/17, 21/18 – ZNOrg, 22/19, 67/19 – ZMatR-C, 200/20 – ZOOMTVI, 94/22 – odl. US, 5/23 in 34/24 – odl. US. https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ZAKO7556
26. Dziechciaż, M. in Filip, R. (2014). Biological psychological and social determinants of old age: Bio-psycho-social aspects of human aging. *Annals of Agricultural Environmental Medicine, 21*(4), 835–838. https://doi.org/10.5604/12321966.1129943
27. Ellwood, A., Quinn, C. in Mountain, G. (2022). Psychological and social factors associated with coexisting frailty and cognitive impairment: A systematic review. *Research on Aging, 44*(5-6), 448–464. https://doi.org/10.1177/01640275211045603
28. eUprava. (2024). *Izredna denarna socialna pomoč.*
29. European Commission [Evropska komisija]. (2018). *The silver economy: Final report.* https://data.europa.eu/doi/10.2759/685036

30. Evropska komisija. (2021). *Zelena knjiga o staranju: spodbujanje solidarnosti in odgovornosti med generacijami.* EUR-Lex. https://op.europa.eu/sl/publication-detail/-/publication/d918b520-63a9-11eb-aeb5-01aa75ed71a1
31. Feil, N. (1993). *Validation: The feil method, how to help disoriented old-old.* Edward Feil Productions.
32. Feil, N. (2003). *The validation breakthrough: Simple techniques for communicating with people with 'Alzheimer's-type dementia'.* Health Professions Press.
33. Fink, D., Jelen Jurič, J. in Kolar J. (2012). *Zdravstvena nega starostnika: učbenik za izbirni modul Zdravstvena nega v geriatrični dejavnosti v programu Zdravstvena nega.* Grafenauer.
34. Finnema, E. J. (2000). *Emotion-oriented care in dementia: A psychosocial approach* [Doktorska disertacija, Vrije Universiteit Amsterdam].
35. Fisher, G. J., Kang, S., Varani, J., Bata-Csorgo, Z., Wan, Y., Datta, S. in Voorhees, J. (2002). Mechanisms of photoaging and chronological skin aging. *Archives of Dermatology, 138*(11), 1462–1470. https://doi.org/10.1001/archderm.138.11.1462
36. Flaker, V. in Nagode, M. (2009). Dolgotrajna oskrba – stanje, izzivi, eksperimenti in reforma. *Kakovostna starost, 12*(3), 24–37.
37. Flaker, V., Mali, J., Kodele, T., Grebenc, V., Škerjanc, J. in Urek, M. (2008). *Dolgotrajna oskrba: očrt potreb in odgovorov nanje.* Fakulteta za socialno delo.
38. Flaker, V., Nagode, M., Rafaelič, A. in Udovič, N. (2011). *Nastajanje dolgotrajne oskrbe: ljudje in procesi, eksperiment in sistem.* Fakulteta za socialno delo.
39. Florjančič, P. in Milavec Kapun, M. (2022). Prehranjevanje oseb z napredovalo demenco: integrativni pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege, 56*(2), 141–153. https://doi.org/10.14528/snr.2022.56.2.3099
40. Franceschi, C. in Campisi, J. (2014). Chronic inflammation (inflammaging) and its potential contribution to age-associated diseases. *The Journals of Gerontology: Series A, Biological Sciences and Medical Sciences, 69*(1), S4–S9. https://doi.org/10.1093/gerona/glu057
41. Freeman, E., Knapp, M. in Somani, A. (2017). Longterm care organization and financing. V S. R. Quah (ur.), *International encyclopedia of public health* (str. 469–476). Academic Press.
42. Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W. J., Burke, G. in McBurnie, M. A. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 56*(3), M146–M156. https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.m146
43. Gamse, R. (1997). Bolečina: psihosocialni vidik. V N. Krčevski Škvarč (ur.), Se*minar o bolečini: zbornik predavanj* (str. 125–130). Slovensko združenje za zdravljenje bolečine.
44. Gateway to Global Aging Data. (2024). *Slovenia: Long-term care series.* Policy Explorer Series.
45. Geč, T., Štandeker, J. in Verdev, N. (ur.). (2011). *Sodobna gerontološka zdravstvena nega v socialno varstvenih zavodih: zbornik prispevkov z recenzijo*. DOSOR, Dom starejših občanov.
46. Gensler, H. L. in Bernstein, H. (1981). DNA damage as the primary cause of aging. *Quarterly Review of Biology, 56*(3), 279–303. https://doi.org/10.1086/412317
47. George, J. B. (2014). *Nursing theories: The base for professional nursing practice* (6 izd.). Pearson.
48. Gesse, T., Dombro, M., Gordon, S. C. in Rittman, M. R. (2006). Twentieth-century nursing: Wiedenbach, Henderson, and Orlando's theories and their applications. V M. E. Parker (ur.), *Nursing theories & nursing practice* (2. izd., str. 70–78). F. A. Davis.
49. Gibson, R. S. (2005). *Principles of nutritional assessment* (2. izdaja). Oxford University Press.
50. Gibson, W. in Wagg, A. (2014). New horizons: urinary incontinence in older people. *Age and Ageing*, 43(2), 157–163. https://doi.org/10.1093/ageing/aft214

51. Godman, H. (2022). *Essential nutrients your body needs for building bone.* Harvard Health Letter. https://www.health.harvard.edu/staying-healthy/essential-nutrients-your-body-needs-for-building-bone
52. Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Anchor Books.
53. Graham, N. in Warner, J. (2013). *Demence in Alzheimerjeva bolezen: vzroki, terapije in preventiva – izkušnje in nasveti zdravnikov specialistov*. eBesede
54. Guralnik, J. M., Ferrucci, L., Simonsick, E. M., Salive, M. E. in Wallace, R. B. (1995). Lower-extremity function in persons over the age of 70 years as a predictor of subsequent disability. *The New England Journal of Medicine, 332*(9), 556–561. https://doi.org/10.1056/NEJM199503023320902
55. Hagran, A. in Fakharany, E. (2015). Critique of Orem's theory. *Journal of Middle East and North Africa Sciences, 1*(5), 12–17. http://nebula.wsimg.com/be4b5c6a2602f37b0b7065a0a8b1e490?AccessKeyId=496D8DBA34323A04A464&disposition=0&alloworigin=1
56. Haigh, J. in Mytton, C. (2016). Sensory interventions to support the wellbeing of people with dementia: A critical review. *British Journal of Occupational Therapy, 79*(2), 120–126. https://doi.org/10.1177/0308022615598996
57. Hajdinjak, A. in Meglič, R. (2012). *Sodobna zdravstvena nega* (2. dop. izd.). Zdravstvena fakulteta.
58. Hankey L. (2023). Proper documentation protects patients and your license. *American Nurse Journal, 18*(8), 28–31. https://doi.org/10.51256/ANJ082328
59. Harih, M. (2009). Terapevtska komunikacija pri starostniku z demenco. V L. Leskovic in J. Tršek (ur.), *Starost – izziv ali problem sodobne družbe* (str. 238–251). Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih v socialnovarstvenih zavodih.
60. Hercan, J. (2009). *Kakovost življenja starostnika po operaciji kolka* [Diplomsko delo, Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede].
61. Herdman, T. H. in Kamitsuru, S. (ur.). (2019). *Negovalne diagnoze NANDA International: definicije in klasifikacija, 2018–2020* (11 izd.). Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije.
62. Herr, K., Coyne, P. J., Ely, E., Gélinas, C. in Manworren, R. C. B. (2019). Pain assessment in the patient unable to self-report: Clinical practice recommendations in support of the ASPMN 2019 position statement. *Pain Management, 20*(5), 404–417. https://doi.org/10.1016/j.pmn.2019.07.005
63. Hojnik-Zupanc, I. (1999). *Samostojnost starega človeka v družbeno-prostorskem kontekstu*. Fakulteta za družbene vede.
64. Hope, K. W. in Waterman, H. A. (2004). Using multi-sensory environments (MSEs) with people with dementia: Factors impeding their use as perceived by clinical staff. *Dementia, 3*(1), 45–68. https://doi.org/10.1177/1471301204039324
65. Huber, M. in Hennessy, P. (2005). Long-term care for older people: ageing societies, new social risks and policy responses. V P. Taylor-Gooby (ur.), *New risks, new welfare: The transformation of the European welfare state* (str. 200–223). Oxford University Press.
66. Hvalič Touzery, S. (2007). *Družinska oskrba starih družinskih članov* [Doktorska disertacija, Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo].
67. Inouye, S. K., Studenski, S., Tinetti, M. E. in Kuchel, G. A. (2007). Geriatric syndromes: Clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. *Journal of the American Geriatrics Society, 55*(5), 780–791. https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01156.x
68. Inštitut RS za socialno varstvo. (2024). *Analiza izvajanja pomoči na domu 2023*. https://irssv.si/analiza-izvajanja-pomoci-na-domu-2023/

69. International Diabetes Federation [IDF]. (2023). *Managing older people with type 2 diabetes: Global guideline*. https://idf.org/media/uploads/2023/05/attachments-48.pdf
70. International Labour Organisation. (2016). *World Employment and Social Outlook 2016: Transforming jobs to ensure decent work for all.* ILO. https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/@publ/documents/publication/wcms_481534.pdf
71. International Labour Organization. (2024). *World Social Protection Report 2024: Universal social protection for climate action and a just transition.* ILO. https://www.ilo.org/sites/default/files/2024-09/WSPR_2024_EN_WEB_1.pdf
72. International Osteoporosis Foundation. (b. d.). *Nutrition – International Osteoporosis Foundation*. https://www.osteoporosis.foundation/health-professionals/prevention/nutrition
73. International Snoezelen Association. (b. d.). *History of Snoezelen.* Snoezelen.info. https://snoezelen.info/history/
74. Ivanuša, M. in Železnik, D. (2008). *Standardi aktivnosti zdravstvene nege.* Fakulteta za zdravstvene vede Maribor.
75. Jones, K. in Fowles, A. J. (1984). Ideas *on institutions: Analysing the literature on long-term care and custody.* Routledge in Kegan Paul.
76. Joseph, L. S. (1980). Self-care and the nursing process. *Nursing Clinics of North America, 15*(1), 131–143. https://doi.org/10.1016/S0029-6465(22)00528-X
77. Karan, K. (2014). Rehabilitacijska zdravstvena nega. V T. Erjavec in K. Karan (ur.), *Rehabilitacijska zdravstvena nega* (str. 9–15). Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča.
78. Kim, H. in Rockwood, K. (2024). Frailty in older adults. *The New England Journal of Medicine, 391*(6), 538–548. https://doi.org/10.1056/NEJMra2301292
79. Kogoj, A. (2008). Etiologija Alzheimerjeve bolezni in drugih najpogostejših demenc. *Farmacevtski vestnik, 59*(2), 55–58. http://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-0I9TBHFH
80. Kogoj, A. (2011). *Vedenjske in psihične spremembe pri demenci s študijskimi primeri*. Visoka zdravstvena šola. http://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-F9WO1KEP
81. Kvas, A. (2011). Medicinske sestre na področju promocije zdravja in zdravstvene vzgoje: kje smo, kam gremo? V A. Kvas (ur.), *Zdravstvena vzgoja – moč medicinskih sester: zbornik prispevkov z recenzijo* (str. 33–46). Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov.
82. Lebar, L., Kovač, N. in Nagode, M. (2015). *Izvajanje pomoči na domu: analiza stanja v letu 2014: končno poročilo.* Inštitut RS za socialno varstvo. http://www.vransko.si/wp-content/uploads/zdravstvo-in-sociala/IRSSV-Izvajanje-pomoci-na-domu-analiza-stanja-v-letu2014_koncno.pdf
83. Ledger, A. J. in Baker, F. A. (2007). An investigation of longterm effects of group music therapy on agitation levels of people with Alzheimer's disease. *Aging & Mental Health, 11*(3), 330–338. https://doi.org/10.1080/13607860600963406
84. Leskovic, L. (2009). Status in vloga zdravstvene nege v socialnih zavodih. V L. Leskovic in J. Tršek (ur.), *Starost – izziv ali problem sodobne družbe: zbornik predavanj 1. kongresa gerontološke zdravstvene nege, Portorož, 10.-12. junij 2009* (str. 22–27). Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih.
85. Leskovic, L. (2018). *Teorija zdravstvene nege: učno gradivo.* Univerza v Novem mestu, Fakulteta za zdravstvene vede.
86. Leskovic, L. (2021). Sodobni pristopi pri obravnavi kroničnih ran. V N. Kregar Velikonja (ur.), *Celostna obravnava bolnika: zbornik povzetkov: mednarodna znanstvena konferenc*a (str. 9–20). Univerza v Novem mestu, Fakulteta za zdravstvene vede.

87. Lim, S. L., Ang, E., Foo, Y. L., Ng, Y. Y., Tong, C. Y., Ferguson, M. in Daniels, L. (2013). Validity and reliability of nutrition screening administered by nurses. *Nutrition in Clinical Practice, 28*(6), 675–682. https://doi.org/10.1177/0884533613502812
88. Lipar, T. (2012a). Preprečevanje zlomov pri starejših. *Kakovostna starost, 15*(4), 43–45. https://www.inst-antonatrstenjaka.si/tisk/kakovostna-starost/clanek.html?ID=1289
89. Lipar, T. (2012b). Terapija z glasbo za ljudi z demenco. *Kakovostna starost, 15*(4), 48–49. http://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:doc-KRCIJOW6
90. Ljubič, A. in Štemberger Kolnik, T. (2017). Prednosti metode Montessori pri obravnavi bolnikov z demenco. *Obzornik zdravstvene nege, 51*(1), 75–88. https://doi.org/10.14528/snr.2017.51.1.117
91. Lokar, J. (1994). *Duševne motnje zaradi možganskih okvar*. Planpirinet, Litterapica.
92. López-Otín, C., Blasco, M. A., Partridge, L., Serrano, M. in Kroemer, G. (2013). The hallmarks of aging. *Cell, 153*(6), 1194–1217. https://doi.org/10.1016/j.cell.2013.05.039
93. Mali, J. (2002). Starost, emocije in emocionalno delo. *Socialno delo, 41*(6), 317–323.
94. Mali, J. (2008a). Comparison of the characteristics of homes for older people in Slovenia with Goffman's concept of the total institution. *European Journal of Social Work, 11*(4), 431–443. https://doi.org/10.1080/13691450802220966
95. Mali, J. (2008b). *Od hiralnic do domov za stare ljudi*. Fakulteta za socialno delo.
96. Mali, J. in Miloševič Arnold, V. (ur.). (2011). *Demenca – izziv za socialno delo* (2. natis). Fakulteta za socialno delo.
97. Maseda, A., Cibeira, N., Lorenzo-López, L., González-Abraldes, I., Buján, A., de Labra, C. in Millán-Calenti, J. C. (2018). Multisensory stimulation and individualized music sessions on older adults with severe dementia: Effects on mood, behavior, and biomedical parameters. *Journal of Alzheimer's Disease, 63*(4), 1415–1425. https://doi.org/10.3233/JAD-180114
98. Mayo Clinic Health System. (2024). Are you getting enough protein? https://www.mayoclinichealthsystem.org/hometown-health/speaking-of-health/are-you-getting-too-much-protein?
99. Mayo Clinic Staff. (2023). *DASH diet: Healthy eating to lower your blood pressure.* https://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/nutrition-and-healthy-eating/in-depth/dash-diet/art-20048456
100. McKenna, H., Pajnkihar, M. in Murphy, F. (2014). *Fundamentals of nursing models, theories and practice* (2. izd.). Wiley-Blackwell.
101. Means, R., Richards, S. in Smith, R. (2008). *Community care: Policy and practice* (4. izd.). Palgrave Macmillan.
102. Mencej, M. (2011). *Bolezni in sindromi v starosti 5*. Gerontološko društvo Slovenije.
103. Milavec Kapun, M. (2011). *Starost in staranje.* Zavod IRC. http://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:doc-GRPFLOLS
104. Miloševič Arnold, V. in Poštrak, M. (2003). *Uvod v socialno delo*. Študentska založba.
105. Milsom, I., Altman, D., Cartwright, R., Lapitan, M. C., Nelson, R., Sillén, U. in Tikkinen, K. (2013). Epidemiology of Urinary Incontinence (UI) and other Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS), Pelvic Organ Prolapse (POP) and Anal Incontinence (AI). V P. Abrams, L. Cardozo, S. Khoury in A. J. Wein (ur.), *Incontinence: 5th International Consultation on Incontinence, Paris, February 2012* (5 izd., str. 15–107). ICUD-EAU. https://www.ics.org/Publications/ICI_5/INCONTINENCE.pdf
106. Ministrstvo za zdravje. (2016). *Strategija obvladovanja demence v Sloveniji do leta 2020.* https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/NOVICE/Strategija-obvladovanja-demence-v-Sloveniji-do-leta-2030.pdf
107. Morrison, J. H. in Baxter, M. G. (2012). The ageing cortical synapse: Hallmarks and implications for cognitive decline. *Nature Reviews Neuroscience, 13*(4), 240–250. https://doi.org/10.1038/nrn3200

108. Müller-Staub, M. (2009). Evaluation of the implementation of nursing diagnoses, interventions, and outcomes. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications, 20*(1), 9–15. https://doi.org/10.1111/j.1744-618x.2008.01108.x
109. Müller-Staub, M., Lavin, M. A., Needham, I. in van Achterberg, T. (2006). Nursing diagnoses, interventions and outcomes – application and impact on nursing practice: systematic review. *Journal of Advanced Nursing, 56*(5), 514–531. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04012.x
110. Muršec, M. (2012). *Sporazumevanje z bolniki z demenco: vodnik za svojce in negovalce starejših z demenco*. Johnson in Johnson.
111. Mutchler, C. (2023). Lifestyle changes to prevent and manage osteoporosis. *Medicine.net.* https://www.medicine.net/news/OrthopedicsSportsmedicine/Lifestyle-Changes-to-Prevent-and-Manage-Osteoporosis.html
112. Nacionalni inštitut za javno zdravje [NIJZ]. (2022). *Starejši in telesna dejavnost*. https://nijz.si/zivljenjski-slog/telesna-dejavnost/starejsi-in-telesna-dejavnost/
113. Nagode, M., Lebar, L., Kovač, N. in Vidrih, N. (2016). *Izvajanje pomoči na domu: analiza stanja v letu 2015.* Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo.
114. National Health Service. (2023). *Communicating with someone with dementia.*
115. National Institute on Aging. (2025). *Strategic directions for research.* https://www.nia.nih.gov/about/aging-strategic-directions-research
116. Naz, S. (2017). Application of Dorothea Orem's theory into nursing practice. *Journal of Rehman Medical Institute,* 3(3–4), 46–50. https://jrmi.pk/article/view/106
117. Norton, C. in Chelvanayagam, S. (2004). *Bowel continence nursing*. Beaconsfield Publishers.
118. O'Shaughnessy, M. (2014). Application of Dorothea Orem's selfcare theory to the elderly patient on peritoneal dialysis. *Nephrology Nursing Journal, 41*(5), 495–497. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26295092/
119. OECD. (2017). *Pensions at a glance 2017: OECD and G20 indicators.* http://dx.doi.org/10.1787/pension_glance-2017-en
120. Olubiyi, S. K., Ibitoye, O. F., Onasoga, O., Shaibu, E. O., Ibitoye, B. in Nyamngee, A. (2019). Nurses' application of Dorothea Orem's Self-Care Theory towards management of chronically-ill patients at University of Ilorin Teaching Hospital, Kwara State. *Islamic University Multidisciplinary Journal*, *6*(5), 213–217.
121. Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6. izd.). Mosby.
122. Pal, L. M. in Manning, L. (2014). Palliative care for frail older people. *Clinical Medicine, 14*(3), 292–295. https://doi.org/10.7861/clinmedicine.14-3-292
123. Panić, Z. in Vidmar, L. (2011). Zagotavljanje varnosti pri aplikaciji zdravil. V T. Štemberger Kolnik, S. Majcen Dvoršak in D. Klemenc (ur.), *Medicinske sestre in babice zagotavljamo dostopnost in enakost zdravstvene oskrbe bolnikov: zbornik prispevkov z recenzijo* (str. 348–351). Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
124. Parker, S. G., McCue, P. in Phelps, K. (2018). What is comprehensive geriatric assessment (CGA)? An umbrella review. *Age and Ageing, 47*(1), 149–155. https://doi.org/10.1093/ageing/afx166
125. Petkovšek Gregorin, R. in Karan, K. (2008). Razvrščanje pacientov v kategorije glede na zahtevnost bolnišnične zdravstvene nege. *Rehabilitacija, 7*(1), 32–36. http://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-F4KDWVCH
126. Poljšak, B. in Lampe, T. (2011). Proces staranja, vzroki, posledice in ukrepi. V D. Rugelj in F. Sevšek (ur.), *Posvetovanje Aktivno in zdravo staranje: zbornik predavanj* (str. 1–6). Zdravstvena fakulteta.
127. Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A. in Hall, A. M. (2013). *Fundamentals of nursing* (8 izd.). Elsevier Mosby.

128. Powell, J. (2007). *Care to communicate: Helping the older person with dementia* (2. izd.). Hawker Publications.
129. Požlep, G. (2009). Akutna bolečina v klinični praksi. *Farmacevtski vestnik, 60*(2), 95–97.
130. Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev. (2010). *Uradni list RS*, št. 45/10, 28/11, 104/11, 111/13, 102/15, 76/17, 54/19, 81/19, 203/21, 54/22, 159/22, 15/24 in 47/24. https://www.pisrs.si/pregledPredpisa?id=PRAV10060
131. *Prehranska priporočila za starejše odrasle*. (b. d.). Prehrana.si. https://www.prehrana.si/moja-prehrana/starejsi-odrasli
132. Prince, M., Wimo, A., Guerchet, M., Ali, G.-C., Wu, Y.-T. in Prina, M. (2015). *World Alzheimer Report 2015: The global impact of dementia – An analysis of prevalence, incidence, cost and trends*. Alzheimer's Disease International. https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2015/
133. Rakuša, M., Granda, G., Kogoj, A., Mlakar, J. in Vodušek, D. B. (2006). Mini-mental state examination: Standardization and validation for the elderly Slovenian population. *European Journal of Neurology, 13*(2), 141–145. https://doi.org/10.1111/j.1468-1331.2006.01185.x
134. Ramovš, J. (2003). *Kakovostna starost: socialna gerontologija in gerontagogika.* Inštitut Antona Trstenjaka.
135. Ramovš, J. (2014). Življenjska obdobja. *Kakovostna starost, 17*(1), 46–50.
136. Rapoša-Tajnšek, P. (1987). Neformalne aktivnosti so bistvena sestavina socialnega dela. *Socialno delo, 26*(2), 120–128.
137. Rathjen, J. (2025). *Slovenia prepares for July 1 start of long-term care contribution.* Bloomberg Tax. https://news.bloombergtax.com/payroll/slovenia-prepares-for-july-1-start-of-long-term-care-contribution
138. Remškar, D. (2017). Pravilen način in pot aplikacije zdravil. V R. Vajd in M. Gričar (ur.), *Urgentna medicina: izbrana poglavja: 24. mednarodni simpozij o urgentni medicin*i (str. 290–294). Slovensko združenje za urgentno medicino. http://www.szum.si/media/uploads/files/Simpozij_zbornik_2017.pdf
139. Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013–2020 (ReNPSV13–20). (2013). *Uradni list RS,* št. 39/13. https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=NACP68
140. Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2022–2030 (ReNPSV22–30). (2022). *Uradni list RS*, št. 49/22. https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=RESO137
141. Rok Simon, M. (2020). *Padci starejših odraslih – naraščajoči problem javnega zdravja.* NIJZ. https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/padci_pri_starejsih_2019_publikacija_oblikovano_2020_koncna_mrs.pdf
142. Rolfson, D. B., Majumdar, S. R., Tsuyuki, R. T., Tahir, A. in Rockwood, K. (2006). Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. *Age and Ageing, 35*(5), 526–529. https://doi.org/10.1093/ageing/afl041
143. Roljić, S. in Kobentar, R. (2017). Starost kot izziv: zdravje in oskrba [interno gradivo]. Javni zavod Cene Štupar – Center za izobraževanje.
144. Rotovnik Kozjek, N., Tonin, G., Puzigaća, L., Veninšek, G., Pirkmajer, S., Košir Božič, T., Mlakar Mastnak, D., Košir, J. A., Petrica, L., Berlec, K., Kogovšek, K., Marš, T., Jordan, T., Lainščak, M., Farkaš Lainščak, J., Poličnik, R., Peklaj, E., Majdič, N., … Klen, J. (2023). Terminologija klinične prehrane: motnje prehranjenosti in s prehranjenostjo povezana stanja. *Zdravniški vestnik, 92(*9-10), 356–370. https://doi.org/10.6016/ZdravVestn.3446
145. Sapra, A., Malik, A. in Bhandari, P. (2023). *Vital sign assessment*. StatPearls. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553213/
146. Skela Savič, B. in Gabrovec, B. (2018). Management of frailty at individual level – Frailty prevention: narrative literature review from the perspective of the European Joint Action on frailty – ADVANTAGE JA. *Obzornik zdravstvene nege, 52*(4), 252–263. https://doi.org/10.14528/snr.2018.52.4.228

147. Škerjanc, J. (2006). *Individualno načrtovanje z udejanjanjem ciljev: pomen uporabniškega vpliva pri zagotavljanju socialnovarstvene storitve.* Center RS za poklicno izobraževanje. https://cpi.si/wp-content/uploads/2020/08/individualno_nacrtovanje_jelka_skrjanc.pdf
148. Skupnost socialnih zavodov Slovenije. (2017). *Splošno o domovih za starejše*. https://www.ssz-slo.si/splosno-o-domovih-in-posebnih-zavodih/
149. Skupnost socialnih zavodov Slovenije. (b. d.). *Nabor storitev zdravstvene nege in rehabilitacije* [Notranje gradivo].
150. Slovensko društvo Hospic. (b. d.). *Naša zgodovina.* https://hospic.si/nasa-zgodovina/
151. Smith, M. C. in Parker, M. E. (2015). *Nursing theories and nursing practice* (4 izd.). F. A. Davis Company.
152. Smith, M. J. (2020). *Nursing theories and nursing practice* (5. izd.). F. A. Davis Company.
153. Stefanoski, P. (2018). Strokovni izzivi izvajanja skrbništva pri starejših. V *Starejši kot sedanjost in prihodnost družbe: zbornik referatov in razprav* (str. 137–146). Varuh človekovih pravic RS. http://www.ds-rs.si/sites/default/files/dokumenti/ds_zbornik_starejsi_notranjost_e.pdf
154. Stow, D., Spiers, G., Matthews, F. E. in Hanratty, B. (2019). What is the evidence that people with frailty have needs for palliative care at the end of life? A systematic review and narrative synthesis. *Palliative Medicine, 33*(4), 399–414. https://doi.org/10.1177/0269216319828650
155. Svilenković, V. (2009). Ocenjevanje bolečine kot element kakovosti oskrbe bolnika. [Diplomsko delo, Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede]. DKUM. http://dkum.uni-mb.si/Dokument.php?id=7584
156. Tannenbaum, C., Gray, M., Hoffstetter, S. in Cardozo, L. (2013). Comorbidities associated with bladder dysfunction. *International Journal of Clinical Practice, 67*(2), 105–113. https://doi.org/10.1111/ijcp.12085
157. Treadaway, C. in Kenning, G. (2016). Sensor e-textiles: Person centered co-design for people with late stage dementia. *Working with Older People, 20*(2), 76–85. https://doi.org/10.1108/WWOP-09-2015-0022
158. United Nations Human Rights Council. (2021). *Resolution 48/3: human rights of older persons (A/HRC/RES/48/3).* https://docs.un.org/en/A/HRC/res/48/3
159. United Nations. (2019). *United Nations Department of Economic and Social Affairs.* https://www.un.org/en/desa
160. United Nations. (2020). *World population ageing 2019.* https://digitallibrary.un.org/record/3907988/files/WorldPopulationAgeing2019-Report.pdf
161. Urh, N., Babnik, K., Rebec, D. in Poklar Vatovec, T. (2017). Ocena prehranskega stanja starejših v socialnovarstvenem zavodu. Obzornik *zdravstvene nege, 51*(3), 207–218. https://doi.org/10.14528/snr.2017.51.3.167
162. Vaillancourt Cassar, J. P. (2025). *Lifelong learning and digital literacy for older adults*. European Commission. https://epale.ec.europa.eu/en/blog/lifelong-learning-and-digital-literacy-older-adults
163. Valenčič, G. (2013). *Prehrana starostnika: zbornik predavanj.* Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije.
164. Van Hülsen, A. (2010). *Zid molka: oblike dela z osebami z demenco na primeru validacije in drugih novih teorij.* Fins Imperl & Co.
165. Veninšek, G. in Gabrovec, B. (2018). Management of frailty at individual level – clinical management: systematic literature review. *Slovenian Journal of Public Health, 57*(2), 106–115. https://doi.org/10.2478/sjph-2018-0014
166. Verbeek, H., Zwakhalen, S. M. G., van Rossum, E., Ambergen, T., Kempen, G. I. J. M. in Hamers, J. P. H. (2010). Dementia care redesigned: Effects of small-scale living facilities on residents, their family caregivers, and staff. *Journal of the American Medical Directors Association, 11*(9), 662–670. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2010.08.001

167. Vertot, N. (2009). *Slovenia's population today and tomorrow, 2008–2060: EUROPOP2008 population projections for Slovenia.* Statistični urad RS. https://www.stat.si/doc/pub/SloveniaPopulation2008-2060.pdf
168. Vlada RS (2023). *Strategija obvladovanja demence v Sloveniji do leta 2030. https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/NOVICE/Strategija-obvladovanja-demence-v-Sloveniji-do-leta-2030.pdf*
169. Vodovnik, D. (2009). Zdravstvena nega starostnika po operaciji kolka med rehabilitacijo v Termah Zreče [Diplomsko delo, Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede]. DKUM. https://dk.um.si/Dokument.php?id=8700&lang=slv
170. Voljč, B. (2008). Geriatrija: gerontološko izrazje. *Kakovostna starost, 11*(1), 68–69.
171. Volkert, D., Beck, A. M., Cederholm, T., Cruz-Jentoft, A., Goisser, S., Hooper, L., Kiesswetter, E., Maggio, M., Raynaud-Simon, A., Sieber, C. C., Sobotka, L., van Asselt, D., Wirth, R. in Bischoff, S. C. (2019). ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clinical Nutrition, 38*(1), 10–47. https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.05.024
172. Vrečar, A. in Skela Savič, B. (2009). Kategorizacija zahtevnosti zdravstvene nege pri onkoloških bolnikih v specialistični ambulantni obravnavi. *Obzornik zdravstvene nege, 43*(3), 171–182. https://obzornik.zbornica-zveza.si/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/2721
173. Wald, A. (2016). Update on the management of fecal incontinence for the gastroenterologist. *Gastroenterology & Hepatology, 12*(3), 155–164. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4872843/
174. Webster, J. D., Bohlmeijer, E. in Westerhof, G. J. (2010). Mapping the future of reminiscence: A conceptual guide for research and practice. *Research on Aging, 32*(4), 527–564. https://doi.org/10.1177/0164027510364122
175. Wheeler, K. (2018). *Psychotherapy for the advanced practice psychiatric nurse* (2. izd.). Springer Publishing Company.
176. Willeit, P., Willeit, J., Brandstätter, A., Ehrlenbach, S., Mayr, A., Gasperi, A., Weger, S., Oberhollenzer, F., Reindl, M., Kronenberg, F. in Kiechl, S. (2010). Cellular aging reflected by leukocyte telomere length predicts advanced atherosclerosis and cardiovascular disease risk. *Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology, 30*(8), 1649–1656. https://doi.org/10.1161/ATVBAHA.110.205492
177. Wilson, B., Woollands, A. in Barrett, D. (2019). *Care planning: A guide for nurses* (2. izd.). Routledge.
178. Woods, B., O'Philbin, L., Farrell, E. M., Spector, A. E. in Orrell, M. (2018). Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews,* (3), CD001120. https://doi.org/10.1002/14651858.cd001120.pub3
179. Woolf, A. D. in Åkesson, K. (2003). Preventing fractures in elderly people. BMJ: British Medical Journal, 327(7406), 89-95. https://doi.org/10.1136/bmj.327.7406.89
180. World Bank. (2025). *Social protection overview.* https://www.worldbank.org/en/topic/socialprotection/overview
181. World Health Organization [WHO]. (2015). *World report on ageing and health.* https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042
182. Zafošnik, U. (2011). Prepoznava neželenih učinkov zdravil in ustrezno ukrepanje. V A. Posavec (ur.), *Varna uporaba zdravil v predbolnišnični nujni medicinski pomoči: zbornik predavanj* (str. 153–166). Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije.
183. Zafošnik, U. in Benkovič, R. (2017). Osebni pristop k bolniku v osnovnem zdravstvu. V N. Kregar-Velikonja (ur.), *Celostna obravnava bolnika: starostnik v zdravstvenem in socialnem varstvu: zbornik prispevkov: mednarodna znanstvena konferenca* (str. 526–533). Fakulteta za zdravstvene vede. https://www.zalozba-unm.si/index.php/press/catalog/book/38

184. Zakon o dedovanju (ZD). (1976). *Uradni list SRS*, št. 15/76, 23/78; *Uradni list RS*, št. 13/94 – ZN, 40/94 – odl. US, 117/00 – odl. US, 67/01, 83/01 – OZ, 73/04 – ZN-C, 31/13 – odl. US, 63/16 in 102/24. https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ZAKO317
185. Zakon o dolgotrajni oskrbi (ZDOsk-1). (2023). *Uradni list RS*, št. 84/23, 112/24 in 44/25. https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ZAKO8819
186. Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (ZPIZ2). (2022). *Uradni list RS*, št. 96/12, https://www.pisrs.si/pregledPredpisa?id=ZAKO6315
187. Zakon o Radioteleviziji Slovenija (ZRTVS-1). (2005). *Uradni list RS, št. 96/05, 109/05 – ZDavP-1B, 105/06 – odl. US, 26/09 – ZIPRS0809-B, 9/14 in 163/22*. https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ZAKO4461
188. Zakon o ratifikaciji Evropske socialne listine (spremenjene) (MESL). (1999). *Uradni list RS – Mednarodne pogodbe*, št. 24/99. https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ZAKO1956
189. Zakon o socialnem varstvu (ZSV). (2007). *Uradni list RS*, št. 3/07 – uradno prečiščeno besedilo, 23/07 – popr., 41/07 – popr., 61/10 – ZSVarPre, 62/10 – ZUPJS, 57/12, 39/16, 52/16 – ZPPreb-1, 15/17 – DZ, 29/17, 54/17, 21/18 – ZNOrg, 31/18 – ZOA-A, 28/19, 189/20 – ZFRO, 196/21 – ZDOsk, 82/23, 84/23 – ZDOsk-1, 24/25. https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ZAKO869
190. Zakon o socialno varstvenih prejemkih (ZSVarPre). (2010). *Uradni list RS*, št. 61/10, 40/11, 14/13, 99/13, 90/15, 88/16, 31/18, 73/18, 196/21 – ZDOsk, 84/23 – ZDOsk-1, 28/25 – odl. US, 36/25. https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ZAKO5609
191. Zakon o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev (ZUPJS). (2010). Uradni list RS, št. 62/10, 40/11, 40/12 – ZUJF, 57/12 – ZPCP-2D, 14/13, 56/13 – ZŠtip-1, 99/13, 14/15 – ZUUJFO, 57/15, 90/15, 38/16 – odl. US, 51/16 – odl. US, 88/16, 61/17 – ZUPŠ, 75/17, 77/18, 47/19, 189/20 – ZFRO, 54/22 – ZUPŠ-1, 76/23 – ZŠolPre-1B, 122/23 – ZŠtip-1C, 22/25 – ZZZRO-1, 40/25.
192. Žalujka d. o. o. (2022). *Pogrebnina in posmrtnina: višina pomoči.* https://www.zalujka.si/novica/podrobno/5377/29089/pogrebnina-in-posmrtnina.aspx
193. Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije. (2025). *Izplačilo letnega dodatka v letu 2025. https://www.zpiz.si/cms/content2019/letni-dodatek*
194. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2009). Normativ dela za storitev "Dan zdravstvene nege" v domovih za starejše in posebnih socialnovarstvenih zavodih. *Občasnik ZZZS: akti, navodila,* (4), 1–5.
195. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (b. d.). *Seznami in zbirke za medicinske pripomočke.* https://partner.zzzs.si/medicinski-pripomocki/predpisovanje/seznami-in-zbirke-za-medicinske-pripomocke/
196. Zdravje v Sloveniji. (2001). *Stopnja prepoznavnosti in zdravljenja demence.* Nacionalni zdravstveni inštitut.
197. *Zelena knjiga o staranju: spodbujanje solidarnosti in odgovornosti med generacijami.* (2021). Urad za publikacije Evropske unije. https://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:doc-G0V8E2S1/963a7ba3-24ba-455e-baf0-cf11191b2dd0/PDF
198. Žnidarec-Demšar, S. (2003). *Skupnostna usmeritev v socialnem delu: analiza skupnostnih projektov in skupnostne skrbi na celjskem območju* [Magistrsko delo, Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede].
199. Zorec, R. (2010). Biologija staranja. V S. Strgulc Krajšek (ur.), *Organizmi kot živi sistemi: zbornik prispevkov* (str. 38–41). Zavod RS za šolstvo.



Ljiljana Leskovic

Doc. dr. Ljiljana Leskovic je docentka na Univerzi v Novem mestu, Fakulteti za zdravstvene vede. Diplomirala je na Fakulteti za zdravstvo v Ljubljani leta 1984 z diplomskim delom Obravnava bolnika s sladkorno boleznijo. Univerzitetno izobraževanje je nadaljevala na Univerzi v Mariboru, Fakulteti za organizacijske vede, kjer je leta 2001 uspešno zaključila drugo stopnjo študija z magistrskim delom Razvoj modela varstva starejših oseb. Na isti fakulteti je nadaljevala doktorski študij in leta 2014 uspešno zagovarjala doktorsko disertacijo z naslovom Vpliv delovnih in organizacijskih dejavnikov na nastanek sindroma izgorevanja v socialnovarstvenih zavodih v Republiki Sloveniji.

Je avtorica številnih znanstvenih člankov, objavljenih v mednarodno priznanih revijah, strokovnih člankov, strokovnih priročnikov, znanstvene monografije ter znanstvenih konferenčnih prispevkov. Sodelovala je pri nastanku visokošolskega učbenika, dejavna je kot recenzentka znanstvenih člankov, urednica zbornikov ter aktivna članica strokovnih združenj. Redno sodeluje tudi pri mentoriranju diplomskih in magistrskih del.

Na Univerzi v Novem mestu je članica komisije za znanstvenoraziskovalno dejavnost, komisije za založbo in komisije za etiko. Na Fakulteti za zdravstvene vede opravlja funkcijo predstojnice Katedre za zdravstvene vede, kjer pomembno prispeva k razvoju pedagoškega in raziskovalnega dela.

9 789617 269017

Cena: 00,00 eur