

-
- Integriran pristop oskrbe starejših ljudi na domu
 - *Integriran pristup skrbi za starije osebe u kući*

Spoštovane bralke in bralci zaključne publikacije projekta Projekt CrossCare, programa sodelovanja Interreg Slovenija – Hrvaška, ki z aktivnostmi na področju oskrbe starejših oseb na domu sledi ciljem Evropske strategije 2020, Slovenskega nacionalnega programa na področju socialnega varstva 2013-2020 ter Nacionalne strategije Republike Hrvaške 2012-2020 na področju zdravstva, ki poudarjajo pomen varovanja potreb starejših, ki potrebujejo oskrbo.

PROJEKTNI PARTNERJI

REPUBLIKA SLOVENIJA

1. NOSILNI PARTNER - ZAVOD ZA OSKRBO NA DOMU LJUBLJANA
2. MESTNA OBČINA LJUBLJANA
3. CENTER ZA POMOČ NA DOMU MARIBOR

REPUBLIKA HRVAŠKA

1. GRAD ZAGREB
2. USTANOVA ZA NJEGU U KUĆI ZAGREB
3. DOM ZDRAVLJA ČAKOVEC

Pridruženi partnerji v Republiki Sloveniji so bili: Center za socialno delo Brežice, v Republiki Hrvaški pa Ustanova za zdravstveno nego u kući Karlovac.

Skupna višina nepovratnih sredstev je bila 1.052.257,68 EUR, lastni prispevek pa 157.838,69 EUR.

Glavni cilj projekta je povečati socialno vključenost različnih skupin starejših, zmanjšati družbeno neenakost in povečati kakovost njihovega življenja.

S projektom CrossCare smo vzpostavili novo strokovno čezmejno strukturo sodelovanja med Republiko Slovenijo in Republiko Hrvaško, ki v okviru celostne in integrirane oskrbe starejših ljudi na domu zagotavlja socialne in zdravstvene storitve. Projektni partnerji uporabnikom zagotavljajo brezplačne storitve fizioterapije, delovne terapije, dietetike in zdravstvene nege, in sicer v obdobju od 01.09.2018 do 30.08.2020.

Splošni cilj projekta je bil vzpostavitev novega strukturo čezmejnega sodelovanja, s pomočjo katerega bi se zagotovil integriran pristop oskrbe za starejše ljudi na domu, ki bi bil usmerjen na ruralna območja zunaj središča Mestne občine Ljubljana, Podravsko regijo, Grad Zagreb, Međimursko županijo, Brežice in Karlovac.

Ključni cilji projekta so bili:

- Izboljšanje kakovosti življenja za starejše
- Vzpostavitev nove IKT platforme, ki bo v pomoč vsem zaposlenim na področju povezovanja in združevanja profesionalnih delovnih procesov na vseh področjih, ter v pomoč pri obdelovanju statističnih podatkov, z namenom analize in uporabe za nadaljnja raziskovanja
- Celostna in individualna oskrba starejših na domu
- Povezovanje in sodelovanje socialnih in zdravstvenih storitev, s ciljem izboljšanja kakovosti storitev na obeh področjih
- Izmenjava znanj, izkušenj, dobrih praks
- Dvig kompetenc in spretnosti vseh zaposlenih
- Pozitivni prispevek rezultatov k vzpostavitvi sistemskih rešitev v obeh državah
- - Omogočanje trajnostnega razvoja in uporabnost rezultatov projekta, ki se bo odražal v vzpostavitvi stalnih struktur za čezmejno sodelovanje in v izvajanju aktivnosti za starejše, ki potrebujejo oskrbo na domu...

V publikaciji boste našli veliko zanimivih strokovnih izsledkov, praks ter izkušenj pri delu vseh projektnih partnerjev, ki so delovali v različnih državah in različnih zdravstvenih ter socialnih sistemih. Predvsem pa je pomembno skupno spoznanje, da moramo pro delu s starejšimi nadaljevati z uvajanjem novih storitev ter prisluhniti potrebam starejše populacije, ki pri življenju v svojem domačem okolju potrebuje našo pomoč.

Naj se na koncu zahvalim SVRK, vsem projektnim partnerjem ter drugim sodelujočim pri projektu za odlično sodelovanje v času priprave in izvajanja projekta ter zavzetost pri uresničevanju skupnih ciljev. Zahvaljujem se tudi vsem uporabnikom, ki so nove storitve sprejeli z veseljem in nam pri delu izkazali veliko hvaležnost.

Želim vam prijetno branje in vas lepo pozdravljam,



Liljana Batič

direktorica Zavoda za oskrbo na domu Ljubljana

Poštovani čitatelji završne publikacije CrossCare projekta, programa suradnje Interreg Slovenija – Hrvatska koji aktivnostima na području skrbi za starije osobe u kući slijedi ciljeve Europske strategije za 2020. godinu, Slovenskog nacionalnog programa na području socijalne zaštite 2013-2020, te Nacionalne strategije Republike Hrvatske 2012-2020, na području zdravstva koji naglašavaju značenje potreba starijih osoba za koje je potrebna skrb.

PROJEKTI PARTNERI

REPUBLIKA SLOVENIJA

1. GLAVNI PARTNER - ZAVOD ZA OSKRBO NA DOMU LJUBLJANA
2. MESTNA OBČINA LJUBLJANA
3. CENTER ZA POMOĆ NA DOMU MARIBOR

REPUBLIKA HRVATSKA

1. GRAD ZAGREB
2. USTANOVA ZA KUĆNU NJEGU ZAGREB
3. DOM ZDRAVLJA ČAKOVEC

Pridruženi partneri u Republici Sloveniji bili su: Centar za socijalni rad Brežice, a u Republici Hrvatskoj Ustanova za zdravstvenu kućnu njegu Karlovac.

Ukupna visina bespovratnih sredstava je bila 1.052.257,68 EUR, a vlastiti doprinosi 157.838,69 EUR.

Glavni cilj projekta je povećati socijalnu uključenost različitih zajednica starijih, smanjiti društvenu nejednakost i povećati kvalitetu njihovog života..

S CrossCare projektom uspostavili smo novu stručnu prekograničnu strukturu suradnje između Republike Slovenije i Republike Hrvatske koja u okviru cjelovite i integrirane skrbi za starije ljude u kući pruža socijalne i zdravstvene usluge. Projektni partneri korisnicima pružaju besplatne usluge fizioterapije, radne terapije, dijetetike i zdravstvene njege u razdoblju od 01.09.2018 do 30.08.2020.

Opći cilj projekta bila je uspostava nove strukturne prekogranične suradnje, pomoću koje bi se osigurao integrirani pristup skrbi za starije ljude u kući, koji bi bio usmjeren na ruralna područja izvan središta Gradske općine Ljubljana, Podravske regije, Grad Zagreb, Međimursku županiju, Brežice i Karlovac.

Ključni ciljevi projekta bili su:

- Pобољшanje kvalitete života za starije
- Uspostava nove IKT platforme koja bi pomogla svim zaposlenicima na području povezivanja i udruživanja profesionalnih radnih procesa na svim područjima, te pomoć u obradi statističkih podataka u svrhu analiza i upotrebe za daljnja istraživanja
- Cjelovita i individualna skrb za starije u kući
- Povezivanje i suradnja socijalnih i zdravstvenih institucija, u svrhu poboljšanja kvalitete usluga na oba područja
- Razmjena znanja, iskustava, dobrih praksi
- Podizanje kompetencija i spretnosti svih zaposlenih
- Pozitivan doprinos rezultata uspostavi sustavnih rješenja u obje države
- Omogućavanje održivog razvoja i upotrebljivosti rezultata projekta koji će se odražavati uspostavom stalnih struktura prekogranične suradnje i u izvođenju aktivnosti za starije za koje je potrebna kućna njega...

U publikaciji se nalazi veliki broj zanimljivih stručnih rezultata, praksi te radnih iskustava svih projektnih partnera koji su djelovali u različitim državama i različitim zdravstvenim te socijalnim sustavima. Prvenstveno, važan je zajednički zaključak da u radu sa starijim osobama moramo nastaviti uvođenjem novih usluga te poslušati potrebe starije populacije koja u životu u svojem domaćem okolišu treba našu pomoć.

Na kraju, želim se zahvaliti SVRK-u, svim projektnim partnerima te drugim suradnicima na projektu za odličnu suradnju tijekom pripreme i provedbe projekta te predanosti u realizaciji zajedničkih ciljeva. Zahvaljujem se i svim korisnicima koji su nove usluge prihvatili s veseljem i u radu nam pokazali veliku zahvalnost.

Želim vam ugodno čitanje i pozdravljam vas,



Liljana Batič

Direktorica Zavoda za oskrbu na domu Ljubljana

Predgovor

Leta 2020 evropsko teritorialno sodelovanje, bolj znano kot Interreg, praznuje 30 let svojega obstoja. V zadnjih treh desetletjih je Interreg pomembno prispeval k doseganju ciljev kohezijske politike Evropske unije. Odprlo se je nešteto priložnosti za upravičence iz sosednjih držav in sorodnih regij, ki so združili moči pri soočanju s skupnimi izzivi ter izmenjavi izkušenj na čezmejni, transnacionalni in medregionalni ravni, kar je prineslo številne koristi evropskim regijam kot tudi njihovim prebivalcem.

Leta 2019 smo obeležili tudi 15. obletnico čezmejnega sodelovanja med Slovenijo in Hrvaško v okviru programov Interreg. Namen čezmejnega sodelovanja je reševanje skupnih izzivov, ki so prepoznani v obmejnem območju Slovenije in Hrvaške, obenem pa izkoristiti še neizkoriščene potenciale rasti in krepitve procesov sodelovanja za splošni razvoj Evropske unije. Čezmejno sodelovanje med Slovenijo in Hrvaško se je v preteklih treh programskih obdobjih vseskozi krepilo ter nadgrajevalo v smislu sodelovanja institucij na različnih področjih, kar se je odrazilo tudi v večji prepoznavnosti programa.

Med urbanih in podeželskih območji so bile med pripravo »Programa sodelovanja Interreg V-A Slovenija-Hrvaška 2014-2020« ugotovljene precejšnje demografske in družbeno-gospodarske razlike. Staranje prebivalstva, neenakosti na področju zdravja, neenak dostop do storitev, nevarnost socialne izključenosti zahtevajo bolj učinkovito in uporabnikom prilagojeno zagotavljanje storitev. Čeprav na čezmejnem območju obstaja mreža ustanov, se obseg in kakovost javnih storitev zmanjšujeta z oddaljenostjo od urbanih središč. Na nekaterih področjih obstaja očitno pomanjkanje čezmejnega sodelovanja.

»Prednostna naložba 11: Izboljšanje institucionalne zmogljivosti javnih organov in deležnikov ter prispevanje k učinkoviti javni upravi s spodbujanjem pravnega in upravnega sodelovanja med državljani in institucijami«, v katero je vključen tudi projekt CrossCare, se osredotoča na povečanje institucionalnih zmogljivosti na področju zdravstva in socialnega varstva.

Javne institucije in drugi deležniki so skozi projekt izkoristili možnosti sodelovanja in sinergij, uskladili postopke, zmanjšali morebitne ovire pri izvajanju

čezmejnih storitev za boljše zadovoljevanje potreb prebivalcev ter spodbudili institucije iz urbanih središč, da izboljšajo dostopnost in kakovost zdravstvenih, socialnih, varnostnih in mobilnostnih storitev na svojih podeželskih območjih. Z izvajanjem kakovostnih preventivnih in rehabilitacijskih terapij je projekt presegel ustaljen institucionalni kurativni pristop ter povečal kakovost bivanja starejših na domu s posebnim poudarkom na nudenju celovite storitve, ki poleg zdravstva obsega tudi storitve socialnega varstva. Aktivnosti, usmerjene v zmanjšanje diskriminacije, pa so bile namenjene spodbujanju socialne vključenosti in krepitvi družbenoekonomske stabilnosti najbolj občutljivih družbenih skupin obrobni skupnosti.

Projekt CrossCare se je uspešno soočil s skupnim izzivom programskega območja, saj je zaradi staranja prebivalstva izkazana potreba po formalni ureditvi področja oskrbe starejših na domu. Splošni cilj projekta je bil razvoj in vzpostavitev nove čezmejne strukture sodelovanja za zagotavljanje integriranega pristopa oskrbe na domu, ki združuje storitve zdravstvenega in socialnega varstva. Takšna, vsebinsko celovita čezmejna struktura, ki deluje na podlagi enake metodologije, predstavlja popolno novost na območju obeh držav in krepi kohezivnost slovensko-hrvaškega čezmejnega območja.

*Organ upravljanja in Skupni sekretariat
Programa sodelovanja Interreg V-A Slovenija-Hrvaška
2014-2020*

Predgovor

2020. program europske teritorijalne suradnje, poznatije kao Interreg, slavi 30. godina svojega postojanja. U zadnjih trideset godina Interreg je dao svoj doprinos za postizanje ciljeva kohezijske politike Europske unije. Otvorile su se brojne mogućnosti za korisnike iz susjednih država i sličnih regija koje su udružile snage tijekom hvatanja u koštac sa zajedničkim izazovima i razmjenama iskustava na prekograničnoj, transnacionalnoj i međuregionalnoj razini, što je opet koristilo europskim regijama i njihovom stanovništvu.

2019. godine obilježili smo i 15. obljetnicu prekogranične suradnje između Slovenije i Hrvatske u okviru Interreg programa. Svrha prekogranične suradnje rješavanje je zajedničkih izazova u pograničnom području Slovenije i Hrvatske, a ujedno iskoristiti još neiskorištene potencijale rasta i jačanja procesa suradnje namijenjenih cjelovitom razvoju Europske unije. Prekogranična suradnja između Slovenije i Hrvatske, u protekla tri programska razdoblja, redovito se krijepila i nadograđivala u smislu suradnje institucija na različitim područjima, što se odrazilo i u većoj prepoznatljivosti programa.

Među urbanim i ruralnim područjima, tijekom pripreme „Programa suradnje Interreg V-A Slovenija-Hrvatska“, utvrđene su znatne demografske i društveno-gospodarske razlike. Starenje stanovništva, nejednakosti na području zdravlja, nejednakost pristupa uslugama, opasnost od socijalne isključenosti zahtijevaju učinkovitije i korisnicima prilagođeno pružanje usluga. Iako na prekograničnom području postoji mreža ustanova, opseg i kvaliteta javnih usluga smanjuje se povećavanjem udaljenosti od urbaniziranih centara. Na nekim područjima postoji i očiti nedostatak prekogranične suradnje. Prioritet ulaganja 11: Poboljšanje institucionalnih kapaciteta

javnih organa i sudionika te davanje doprinosa učinkovitoj javnoj upravi, poticanjem pravne i upravne suradnje između državljana i institucija u koju je uključen i projekt CrossCare, usredotočuje se na povećavanje institucionalnih kapaciteta na području zdravstva i socijalne zaštite.

Javne institucije i drugi sudionici, tijekom trajanja projekta, iskoristili su mogućnosti suradnje i sinergija, uskladili postupke i smanjili moguće prepreke u izvođenju prekograničnih usluga namijenjenih boljem zadovoljavanju potreba stanovništva te poticali institucije iz urbanih središta, kako bi poboljšali dostupnosti i kvalitetu zdravstvenih, socijalnih, sigurnosnih i mobilnih usluga na svojim ruralnim područjima. Pružanjem kvalitetnih preventivnih i rehabilitacijskih terapija projekt je premašio ustaljeni institucionalni kurativni pristup i povećao kvalitetu života starijih u njihovim domovima s posebnim naglaskom na nuđenju cjelovite usluge koja uz samo zdravlje, obuhvaća i usluge socijalne zaštite. Aktivnosti usmjerene prema smanjenju diskriminacije bile su namijenjene poticanju socijalne uključenosti i jačanju društveno-ekonomske stabilnosti najosjetljivijih društvenih skupina i marginaliziranih zajednica.

Projekt CrossCare uspješno se suočio sa zajedničkim izazovom programskog područja, budući da je zbog starenja stanovništva iskazana potreba za formalnim uređenjem područja skrbi za starije u njihovim domovima. Opći cilj projekta bio je u razvoju i uspostavi nove prekogranične strukture suradnje za osiguravanje integriranoga pristupa pružanje skrbi u domu, koja obuhvaća pružanje usluge zdravstvene i socijalne zaštite. Takva, sadržajno cjelovita prekogranična struktura utemeljena na jednakoj metodologiji, odlična je novost na području obje države i jača koheziju slovensko-hrvatskog prekograničnog i pograničnog područja.

*Upravljačko tijelo/zajedničko tajništvo
Program suradnje Interreg V-A Slovenija-Hrvatska
2014-2020*

INTEGRIRAN PRISTOP OSKRBE STAREJŠIH LJUDI NA DOMU



INTEGRIRAN PRISTOP OSKRBE STAREJŠIH LJUDI NA DOMU: REALIZACIJA PROJEKTA CROSSCARE

Avtorji:

Maja Jarc

Mojca Preglau

Nina Dečman

Adriana Beslić

Mirela Šentija Knežević

Marijana Prevendar

Andrea Miškulin

Saša Radić

POVZETEK

Skupni izziv Slovenije in Hrvaške je trend staranja prebivalstva, zaradi česar naraščajo potrebe po formalni ureditvi področja oskrbe starejših na domu. Splošni cilj projekta CrossCare je razvoj in vzpostavitev nove čezmejne strukture sodelovanja za zagotavljanje integriranega pristopa oskrbe na domu, ki združuje storitve zdravstvenega in socialnega varstva. Takšna, vsebinsko celovita čezmejna struktura, ki deluje na osnovi enake metodologije, predstavlja popolno novost na območju obeh držav, predvsem pa je usmerjena trajnostno, saj je področje normativno oziroma sistemsko neurejeno. Sicer se na območju obeh držav izvajajo posamezni segmenti storitev oskrbe starejših na domu, a ne obstaja formaliziran koncept integriranega pristopa, kjer je vsebina z vidika nujenja storitev socialnega in zdravstvenega varstva podrobno definirana. Tako projekt predstavlja inovativnost na visoki ravni. Rezultati projekta bodo služili kot strokovne podlage za normativno ureditev področja, saj se na območju Slovenije pripravljajo normativna ureditev področja dolgotrajne oskrbe na domu. Izvajanje kvalitetnih preventivnih in rehabilitacijskih terapij namreč presega ustaljen institucionalni kurativni pristop in povečuje kakovost bivanja starejših na domu. S projektom se je izvajal integriran pristop oskrbe na domu na območjih izven urbanih središč Ljubljane, podravske regije, Grada Zagreba in Međimurske županije. Projekt je temeljil na partnerstvu in sodelovanju med institucijami, z namenom trajnega prenosa znanj, praks, pristopov in metod dela vseh projektnih partnerjev.

Vzpostavljena je bila nova čezmejna struktura sodelovanja, ki vključuje več institucij v okviru katerih se bodo izboljšale kompetence in spretnosti mnogih zaposlenih. S tem se je izboljšala kvaliteta izvajanja storitev, s posebnim poudarkom na nujenju celovite storitve, ki poleg zdravstva obsega tudi storitve socialnega varstva (Prijava, 2018).

Ključne besede: Integriran pristop oskrbe, socialna in zdravstvena oskrba, celovita storitev, oskrba starejših ljudi na domu, kakovost storitev na domu, medsebojno povezovanje in sodelovanje, mednarodno sodelovanje, aktivnosti projekta

UVOD

Projekt naslavlja izzive staranja prebivalstva, zagotavljanja enakega dostopa do zdravstvene oskrbe in storitev socialnega varstva, izključenosti posameznih družbenih skupin, pomanjkanje normativne ureditve področja, neobstoj enovitega programa, na osnovi katerega se izvaja integriran pristop oskrbe na domu. V slovenski osrednjeslovenski regiji je delež oseb starih 65 let in več 16,9%, v podravske regiji pa 18,6%. Na hrvaški strani je delež oseb starih 65 let in več v mestu Zagreb 19,2 % (Državni zavod za statistiko, 2018), v Međimurski županiji pa 15,6%. Projekt izhaja iz trenutnega stanja na čezmejnem območju, ki se sooča s trendom staranja prebivalstva. To področje trenutno ni normativno urejeno kot integriran

pristop, urejena so zgolj posamezna področja, torej posebej področje zdravstvenega varstva in posebej področje socialnega varstva. V okviru projekta bo zagotovljen enak pristop do skupin neposrednih uporabnikov na njihovem domu, ki bo prvenstveno usmerjen izven urbanih središč Ljubljane, Maribora, Zagreba ter Međimurske županije, ter na širšem območju Brežic in Karlovca. V okviru projekta se bodo okrepile institucionalne zmogljivosti sodelujočih partnerjev pri zagotavljanju integriranega pristopa oskrbe starejših ljudi na domu (Prijavnica, 2018).

Vodilni partner projekta je Zavod za oskrbo na domu Ljubljana (ZOD LJ), ki je pri projektu največ sodeloval z ostalimi petimi projektnimi partnerji, ki so Mestna občina Ljubljana (MOL), Center za pomoč na domu Maribor (CPND Maribor), Dom zdravlja Čakovec (DZ Čakovec), Ustanova za zdravstveno nego u kući Zagreb (UZNK Zagreb) in Grad Zagreb (GZ).

Pridruženi partnerji projekta so še Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti Republike Slovenije, Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske, Center za socialno delo Brežice, Ustanova za zdravstveno nego u kući Karlovac, Univerzitetni klinični center Ljubljana – Center za geriatrično medicino, Nastavni zavod za javno zdravstvo »Dr. Andrija Štampar«, Hrvatska Udruga radnih terapevta, Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo, in Univerza v Ljubljani, Zdravstvena Fakulteta.

Institucije, vključene v novonastalo strukturo čezmejnega sodelovanja zgodovinsko izhajajo iz enake ureditve in sistema nujenja zdravstvenih in socialnih storitev, medtem ko se sistem nujenja zdravstvenega in socialnega varstva razlikuje. Tekom projekta so partnerji (med katerimi sta dve mestni občini) ter pridruženi partnerji (resorna ministrstva in strokovno-zdravstvene institucije) pridobili pomembno korist pretoka informacij in dobrih praks med državama (Prijavnica, 2018).

Splošni cilj projekta je tako razvoj in vzpostavitev integriranega pristopa oskrbe starejših na domu, v katerem se med seboj povezujejo in dopolnjujejo storitve socialnega varstva in zdravstvenega varstva, saj sistemske ureditve tega področja zaenkrat še nimamo.

S projektom želimo predvsem izboljšati dostop do storitev ljudem, ki do njih sicer težje dostopajo, pri čemer storitve zagotavljamo ne glede na socialni status, saj so storitve brezplačne, prednost pa so imeli tisti, ki so bili bolj oddaljeni od mestnega središča.

SKUPNE AKTIVNOSTI PROJEKTHNIH PARTNERJEV PROJEKTA

Čezmejni prenos pristopov reševanja skupnih problemov, metod dela, znanj, ureditev in demonstracija storitev v realnem okolju ter pilotno testiranje, nam je omogočilo trdo podlago za izdelavo poenotenega programa za izvajanje integriranega pristopa oskrbe starejših na domu, saj je ta odraz realno izkazanih potreb in tako služi kot strokovna podlaga za sistemsko oziroma normativno ureditev področja.

Izvedba projekta zgolj z lokalnim, regionalnim in nacionalnim pristopom ne bi bila mogoča, saj ne bi prišlo do mednarodnega sodelovanja in posledično bolj intenzivnega pretoka znanja, metod dela ter novih praks iz območja z drugačno sistemsko ureditvijo. Projekt tako prispeva k zmanjševanju razlik znotraj in med regijami na čezmejnem območju, saj so vsi strokovni kadri, zaposleni pri projektnih partnerjih enakovredno participirali pri razvoju svojih kompetenc ter oblikovanju enovitega programa dela, posledično pa so bili tudi končni uporabniki nove inovativne storitve (ne glede na njihovo lokacijo) glede na njihove potrebe deležni enakega pristopa oskrbe na domu (Prijavnica, 2018).

Projekt se je začel veliko pred uradnim začetkom projekta, saj so se v fazi priprave projekta že izvajale pripravljalne aktivnosti, v katerih so sodelovali vsi projektni partnerji. Izvedlo se je več delovnih in bilateralnih srečanj z namenom, da smo vsi projektni partnerji poiskali sinergije in opredelili skupne cilje, ki jih želimo s projektom doseči (Program CrossCare, 2019).

Projektni partnerji smo se že v fazi priprave projekta strinjali s kriteriji sodelovanja, ki bi omogočali čim bolj kakovostno delo in storitve za uporabnike. Ti kriteriji sodelovanja partnerjev so:

- 1)** Skupno načrtovanje, ki omogoča k rezultatom usmerjen projekt od katerega ima največjo korist uporabnik;
- 2)** Skupno izvajanje, ki ustreza usposobljenosti in izkušnjam posameznega partnerja in prispeva k skupnim specifičnim ciljem projekta;
- 3)** Skupno osebje, kar je partnerjem omogočilo da so prezaposlili ali na novo zaposlili kompetentno osebje z določeno vlogo, s čimer smo se izognili podvajanju funkcij in poskrbeli za racionalno in kakovostno izvedbo projekta in
- 4)** skupno financiranje, kar je še dodatno podkrepilo

pomen skupne strukture, čezmejno sodelovanje in medsebojno zaupanje med projektnimi partnerji (Prijavnica 2018).

Na podlagi skupne vizije in ciljev projekta, so bile definirane aktivnosti, ki so bile skupne vsem projektnim partnerjem ter smo jih začeli realizirati z začetkom projekta CrossCare, na dan 01. 09. 2018.

Projekt je razdeljen na štiri časovna, periodična obdobja:

1. periodično obdobje:

od 01. 09. 2018 do 31. 01. 2019;

2. periodično obdobje:

od 01. 02. 2019 do 31. 07. 2019;

3. periodično obdobje:

od 08. 01. 2019 do 31. 01. 2020 in

4. periodično obdobje:

od 01. 02. 2020 do 30. 08. 2020.

Dne 06. 09. 2018 je bil organiziran Kick off sestanek, ki je potekal na Zavodu za oskrbo na domu Ljubljana in smo se ga udeležili vsi partnerji. Na ta dan smo v Mestni hiši Mestne občine Ljubljana vsi projektni partnerji (6 organizacij) podpisali Sporazum o dolgoročnem sodelovanju, skozi katerega se je v nadaljevanju projekta vzpostavila in vsebinsko definirala nova čezmejna struktura sodelovanja (Partner progress report SLO-HR 310 CrossCare, b.d.).

Dostop do pomoči na domu je odvisen od lokalnega okolja, kar povečuje regionalne razlike in ustvarja neenakosti. S tem namenom je bil v okviru projekta eden izmed glavnih ciljev razvoj in vzpostavitev nove čezmejne strukture sodelovanja za zagotavljanje integriranega pristopa oskrbe na domu ter priprava Programa izvajanja integriranega pristopa oskrbe starejših na domu (Prijavnica 2018). Že v prvem obdobju je bilo ključno oblikovanje Programa integriranega pristopa oskrbe starejših ljudi na domu, pri čemer so aktivno sodelovali vsi projektni partnerji s timom strokovnjakov in tudi zunanji strokovnjaki. S tem namenom je Ustanova za zdravstveno nego u kući Zagreb na začetku projekta v septembru 2018 za vse partnerje organizirala tridnevno strokovno delavnico v Zagrebu, kjer so posamezni strokovnjaki prispevali svoja ključna znanja in program, ki temelji na predstavitvi dobrih praks, ki jih izvajajo partnerske organizacije, dobre prakse drugih pridruženih partnerjev in strokovnih sodelavcev iz različnih ustanov v mestu Zagreb. Inovativnost programa najdemo v dejstvu, da je program nastal kot rezultat sodelovanja med ustanovami socialnega

varstva (Republika Slovenija) in zdravstvenimi zavodi (Republika Hrvaška), tako da se lahko določeni postopek opravljanja storitev izvaja v obeh državah kot del sistematično opravljenih storitev. V nekaterih segmentih modela bodo, zaradi razlik v zakonodajnem okviru držav in sistemov, razlike v sistemu očitne.

Program je služil kot podlaga za pripravo in oblikovanje IKT platforme, katere skrbnik je Dom zdravlja Čakovec. Na novo zaposleni strokovni delavci v partnerskih institucijah, razen Mestna občina Ljubljana in Grad Zagreb, so z oktobrom 2018, začeli z izvajanjem storitev na terenu. Program je bil nadgrajen, dopolnjen in prilagojen glede na dejanske izkušnje ter spoznanja, ki so izhajala iz demonstracije storitev v realnem okolju in je bil kot podlaga za nadaljnje izvajanje storitev dokončno oblikovan tri mesece kasneje na tri-dnevni delavnici v Mariboru, kjer je bila dokončno oblikovana tudi IKT platforma. IKT platforma kot digitalna platforma omogoča oddaljeno sodelovanje med projektnimi partnerji iz različnih regij. Strokovni delavci so tekom projekta vseskozi vnašali podatke o uporabnikih in obravnavah v IKT platformo, zaradi česar smo lahko sproti sledili realizaciji zastavljenih ciljev ter zbirali statistične podatke, s pomočjo katerih bomo lahko naše dosežke dokazovali tudi na nacionalni ravni, v obliki sistemskih sprememb.

Prav tako je bilo že v začetnem delu projekta pomembno oblikovanje skupne zunanje grafične podobe projekta kot je izdelava logotipa, za kar je poskrbel Grad Zagreb, in oblikovanje drugih kanalov komuniciranja z različnimi ciljnim javnostmi, kot je oblikovanje spletne strani, zloženek, nalepk, blokov, map in ovratnih trakov, za kar je poskrbel Zavod za oskrbo na domu Ljubljana. Obenem smo v tem obdobju kupili, dobavili in si projektni partnerji medsebojno razdelili promocijski material, med katerega spadajo: mape, bloki, 2xroll up, ovratni trakovi, lupe, in antistres žogice. Prvi stik s ciljno javnostjo, kjer je šlo za informiranje javnosti o projektu Crosscare, je bil že 24. 09. 2018 na tiskovni konferenci v prostorih Grada Zagreb te prezentacijo projekta organizirano u Gradskoj skupštini grada Zagreba, kjer so bili prisotni vsi projektni partnerji uz mnogobrojne zainteresirane sudionike, uključujući predstavnike Ministarstva zdravlja, Domova zdravlja, Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, Referentnog centra Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske za zaštitu zdravlja starijih osoba. Navedeni događaj je imao i za cilj otvoriti diskusiju o najboljima praksama u domeni integriranog pristup te osnažiti izradu Programa integrirane skrbi koja je slijedila.

Prvo periodično obdobje smo zaključili z aktivno udeležbo vseh projektnih partnerjev na Začetni konferenci, ki jo je 23. 01. 2019 organizirala Mestna občina Ljubljana in na kateri smo vsi partnerji predstavili doseganje dosežke.

Kot omenjeno, je bil v okviru projekta pomemben čezmejni, mednarodni in medinstitucionalni prenos praks in metod dela, znanj ter izkušenj. S tem namenom je vsak od projektnih partnerjev v drugem periodičnem obdobju organiziral vsaj eno medsebojno izobraževanje, skupaj je bilo izvedenih kar 6 medsebojnih izobraževanj, na katerih so prisotni člani operativne skupine in strokovni delavci predstavili svoje pristope in poglede na projekt, ki so se pokazali v praksi.

Za optimalen razvoj veščin in kompetenc smo se projektni partnerji medsebojno dogovorili za prenos že obstoječih znanj in izvajanje storitev integriranega pristopa oskrbe starejših ljudi na domu oziroma demonstracijo nove celovite storitve v realnem okolju, ki zajema storitve fizioterapije, delovne terapije, zdravstvene nege in dietetike. Izvajanje aktivnosti prenosa dobrih praks, znanj, izkušenj, metod dela in izvajalskih pristopov je bilo razdeljeno na naslednji način:

- **Zavod za oskrbo na domu Ljubljana** je poskrbel za prenos znanja s področja socialne oskrbe, socialnega servisa, delovne terapije partnerjem CPND Maribor, DZ Čakovec in UZNK Zagreb, v okviru projekta pa je izvajal storitve fizioterapije, zdravstvene nege, dietetike in delovne terapije;

- **Center za pomoč na domu Maribor** je poskrbel za prenos znanja s področja pomoči na doma, v okviru projekta pa bo izvajal storitve na področjih fizioterapije, zdravstvene nege, dietetike in delovne terapije;

- **Dom zdravlja Čakovec** je poskrbel za prenos znanja s področja zdravstvene nege in dietetike, v okviru projekta pa je izvajal storitve s področja fizioterapije in dietetike;

- **Ustanova za zdravstveno nego u kući Zagreb** je poskrbel za prenos znanja s področja izvajanja storitev fizioterapije, zdravstvene nege te palijativne skrbi, v okviru projekta pa je izvajal storitve s področja delovne terapije (Program CrossCare, 2019).

Aktivnosti v okviru socialnega in zdravstvenega varstva, so bile izvedene na reprezentativnem vzorcu končnih uporabnikov, pri čemer je bil za vsako posamezno področje določeno ciljno število doseženih uporabnikov, ki bi jih dosegli projektni partnerji z vzajemnim delovanjem.

ZOD Ljubljana, CPND Maribor in DZ Čakovec je kot reprezentativen vzorec za fizioterapijo sestavilo iz 1.070 starostnikov, ZOD Ljubljana, CPND Maribor in UZNK Zagreb je kot reprezentativen vzorec za delovno terapijo sestavilo iz 570 oseb, ZOD Ljubljana in CPND Maribor sta kot reprezentativen vzorec za zdravstveno nego sestavila iz 650 oseb in ZOD Ljubljana, CPND Maribor in DZ Čakovec so kot reprezentativen vzorec za dietetiko sestavili iz 450 starostnikov. Znotraj končnega ciljnega števila doseženih uporabnikov v okviru projekta, so si partnerji glede na število zaposlenih na posameznih področjih, razdelili še število uporabnikov, ki predstavljajo cilj za posameznega zaposlenega.

Z namenom pridobitve novih znanj in izkušenj nacionalnega značaja, smo se vsi partnerji, razen Mestna občina Ljubljana, udeležili v 2. periodičnem obdobju sejma Pravo doba v Zagrebu (17. 05. 2019) in v 3. periodičnem obdobju Festivala za tretje življenjsko obdobje v Ljubljani (01. 10. 2019), kjer smo projektni partnerji imeli skupinsko predavanje »Integriran pristop oskrbe starejših ljudi na domu«, na katerem smo širši javnosti tako potencialnim odločevalcem kot potencialnim novim uporabnikom, predstavili projekt CrossCare in jih povabili k vključitvi v projekt (01. 10. 2019). V 3. periodičnem obdobju smo v Mestni hiši MOL (03. 12. 2019) za interno javnost na predlog SVRK vsi partnerji demonstrirali oziroma praktično prikazali integriran pristop dela s starejšimi uporabniki na domu, kjer se strokovni delavci najpogosteje srečujejo s splošno starostno oslabelostjo, z uporabniki po možganski kapi, z uporabniki z demenco ter s področjem preprečevanja padcev.

Strokovni delavci ZOD Ljubljana so se udeležili tudi dogodka v organizaciji programa INTERREG V-A Slovenija – Hrvaška »Crosscare EC day«, v Krapini na Hrvaškem, z namenom informiranja strokovne javnosti in seznanitve širše populacije z namenom, cilji ter pomenom projekta za skupnost.

Skupaj smo vsi projektni partnerji izvedli veliko število aktivnosti s čimer smo realizirali skupne cilje projekta. Poleg skupnih je bilo tudi precej aktivnosti, ki jih je izvedel vsak posamezen partner v okviru svoje regije, glede na vlogo, ki mu je bila določena v okviru projekta.

IZVEDENE AKTIVNOSTI PO POSAMEZNIH PARTNERJIH

Koordinacijo specifičnih aktivnosti so zagotovili vodje projekta/koordinatorji posameznih projektnih partnerjev na obeh straneh meje. V nadaljevanju predstavljamo aktivnosti izvedene s strani posameznih partnerjev.

Zavod za oskrbo na domu Ljubljana

Vodilni partner projekta je Zavod za oskrbo na domu Ljubljana (v nadaljevanju ZOD Ljubljana), ki je z omenjeno vlogo prevzel funkcijo vodenja in koordinacije projekta CrossCare kot zaključene celote s čimer je prevzel odgovornost tudi za končno poročanje in vrednotenje projekta. ZOD Ljubljana je v Mestni hiši Mestne občine Ljubljana, dne 06. 09. 2019 podpisal Pogodbo o sofinanciranju projekta iz programa sodelovanja Interreg SL-HR, iz Evropskega sklada za regionalni razvoj. Poleg tega je kot vodilni partner v okviru Finančnega upravljanja najel kompetentnega zunanjšega izvajalca, v okviru administrativnega upravljanja pa je v sodelovanju z zunanjim izvajalcem pripravil Koordinacijski načrt, ki je bil predstavljen in sprejet s strani vseh projektnih partnerjev na Začetni konferenci, 23. 01. 2019.

Pri vodilnem partnerju smo v obdobju od začetka projekta 01. 09. 2018 do 20. 02. 2020, zaposlili za namen projekta CrossCare na novo zaposlili dva delovna terapevta, dva fizioterapevta, eno medicinsko sestro-dietetičarko in eno koordinatorico. Glede na potrebe dela pa smo v vodenje projekta vključili še že zaposleno pomočnico direktorice, ki je prevzela vodenje projekta, komunikacijo med projektnimi partnerji in vnašanje v eMS sistem za poročanje. Strokovni delavci ZOD Ljubljana so redno izvajali posamezne storitve v realnem okolju. Cilj Zavoda za oskrbo na domu je vključiti v fizioterapijo 306 uporabnikov, v delovno terapijo 128 uporabnikov, v zdravstveno nego 406 uporabnikov in v storitve dietetike 169 uporabnikov. Ciljno število vključenih uporabnikov je ZOD Ljubljana do 20. 02. 2020 pri nekaterih storitvah že precej presegel, in sicer pri zdravstveni negi, dietetiki in delovni terapiji, približujemo pa se tudi ciljnemu številu vključenih uporabnikov v storitve fizioterapije, ki ga bomo do konca projekta, 30. 08. 2020, zagotovo dosegli.

Tako koordinatorica kot vodja projekta in strokovni delavci (ekipa CrossCare) ZOD Ljubljana so v začetku projekta aktivno sodelovali pri vzpostavitvi nove

čezmejne strukture sodelovanja, tako z udeležbo na 3 –dnevni delavnici v Zagrebu, kot na 3- dnevni delavnici v Mariboru, kjer se je oblikoval in dokončno pripravil Program integriranega pristopa oskrbe na domu in se je definirala IKT platforma z namenom zbiranja statističnih podatkov. Poleg tega so strokovni delavci skozi celotno obdobje trajanja projekta dopolnjevali Program in digitalno IKT platformo, aktivno sodelovali pri dogovarjanju glede vsebine ter glede izvajanja različnih storitev na terenu (skype sestanki, e-pošta). ZOD Ljubljana je skozi celotno obdobje trajanja projekta, dajal velik pomen tudi na razvijanje veščin kompetenc redno zaposlenih socialnih oskrbovalk, kar je potekalo skozi redno informiranje koordinatorik o projektu CrossCare, redno sodelovanje na terenu tj. na domu uporabnikov za še bolj celovit pristop oskrbe in skozi izobraževanja socialnih oskrbovalk, in sicer je bilo zaradi prenosa dobrih praks in izkušenj s strani strokovnih delavcev na projektu CrossCare za socialne oskrbovalke izvedenih 12 internih izobraževanj. Poleg povezovanja interno s socialnimi oskrbovalkami, se je ZOD Ljubljana skozi celotno obdobje trajanja redno povezoval tudi z drugimi službami v skupnosti, kot so Centri za socialno delo in patronažna služba. Redno se je izvajalo sodelovanje tudi med ZOD Ljubljana in Centrom za socialno delo Brežice, kot pridruženim partnerjem, na način, da je strokovni delavec periodično (izmenjaje s CPND Maribor), enkrat mesečno izvedel strokovni obisk na CSD Brežice, v okviru katerega so obiskali uporabnike in izvedli izobraževanje socialnih oskrbovalk. ZOD Ljubljana je od 27. 02. 2019 do 20. 02. 2020, izvedel 6 tovrstnih obiskov. Za ZOD Ljubljana je bilo pomembno tudi sodelovanje z Biotehniško fakulteto na področju dietetike in z Zdravstveno fakulteto ter Fakulteto za socialno delo na področje delovne terapije.

Poleg povezovanja z namenom izmenjave znanj in izkušenj, je bil za ZOD Ljubljana in sam projekt pomemben tudi dvig strokovnih kompetenc in spretnosti samih strokovnih delavcev v okviru projekta CrossCare. Fizioterapevti so pridobili dodatna strokovna znanja s področja »Manualna limfna drenaža« po dr. Vodddru in Fascial distorsion model«, delovna terapevta sta pridobila dodatna strokovna znanja na strokovnem srečanju delovnih terapevtov in na izobraževanjih "Occupational Based Practise and CMOP_E, "COPM" in AMPS, medicinska sestra pa se je s področja dietetike udeležila izobraževanj »Aktualne teme iz paliativne oskrbe« in »Klinična prehrana v praksi«, s področja zdravstvene nege pa izobraževanja za »Svetovalce za promocijo zdravja pri delu«. Z namenom strokovne, kakovostne in integrirane obravnave

posameznega uporabnika so se koordinatorica projekta in strokovni delavci CrossCare ter po potrebi socialni delavci, srečevali na rednih tedenskih internih timih in strokovnih kolegijih ZOD Ljubljana.

Za izvajanje storitev je bila zelo pomembna tudi prepoznavnost projekta, in sicer je bilo s tem namenom potrebno konstantno in konsistentno komuniciranje z različnimi ciljnim javnostmi, tako s širšo javnostjo skozi tiskane medije, javne in občinske dogodke kot komuniciranje s strokovno zdravstveno in socialno javnostjo, na strokovnih dogodkih, festivalih, konferencah in preko kanalov komuniciranja pridruženih partnerjev, ki imajo dostop do široke mreže strokovnjakov. Z namenom komuniciranja z različnimi ciljnim javnostmi in predstavljanja projekta in brezplačnih storitev CrossCare, so se koordinator projekta in strokovni delavci ZOD Ljubljana na povabilo MOL, udeležili 6 okroglih miz v četrti skupnosti, petkrat dogodka Dan sosedov v Četrtnih skupnosti, enkrat so se udeležili dogodka Dan četrtih skupnosti Polje in enkrat predstavitev projekta v Dnevnom centru aktivnosti Rudnik. Koordinator projekta in strokovni delavci ZOD Ljubljana so predstavitev brezplačnega nujenja storitev v okviru projekta CrossCare izvedli tudi v okviru zdravstva in sicer patronažnim sestram, na URI Soča, na sestanku socialne službe Univerzitetne psihiatrične klinike LJ, v UKC Ljubljana, na Festivalu zdravja in na tretjem simpoziju Sekcije socialnih delavk in delavcev v zdravstveni dejavnosti. Z namenom predstavitve in posameznih storitev projekta CrossCare so koordinator projekta in strokovni delavci ZOD Ljubljana pripravili delavnice na katerih so se predstavljali skozi tri dneve festivala na Tednu vseživljenjskega učenja in se s prispevkom aktivno udeležili tudi okrogle mize v sklopu TVU na Fakulteti za socialno delo. Dve leti zaporedoma (2x) so se aktivno z delavnicami udeležili dogodka Festival za tretje življenjsko obdobje, na katerem so poleg projekta CrossCare predstavili še posamezne strokovne teme. Koordinatorica projekta je predstavila projekt CrossCare na sestanku koordinatorjev Društva upokojencev Komandanta Staneta in se s prispevkom aktivno udeležila Kongresa socialnega dela, strokovni delavci pa so se udeležili še dogodka Sprehod za spomin – Spominčica in Oviratlona, kjer so nagrajencu žrebanja ponudili nagrado v obliki brezplačne storitve CrossCare projekta fizioterapije. Delovna terapevtka je štirikrat izvedla dogodek "Biblioterapija z osebami z demenco". Prav tako so se koordinatorica projekta in strokovni delavci udeležili javnega dogodka Dan odprtih vrat ZOD Ljubljana in Letno srečanje uporabnikov ZOD Ljubljana in internega vsakoletnega dogodka ZOD Ljubljana »Zbor delavcev« (Arhiv Zavod za oskrbo za domu Ljubljana, 2020).

Poleg udeležb na različnih dogodkih z namenom promocije projekta, so koordinator in strokovni delavci projekta ZOD Ljubljana s strokovnimi prispevki sodelovali tudi pri pripravi promocijskih materialov CrossCare, kot so zgibanke, spletna stran in zaključna publikacija projekta.

Mestna občina Ljubljana

MOL se je projektu pridružil kot partner za obveščanje javnosti o projektu in sicer je skrbel za informiranje ciljne skupine o dostopnosti storitev, strokovne javnosti o inovativnem integriranem pristopu oskrbe starejših na domu, širše javnosti na čezmejnem območju o projektu, tuje strokovne javnosti o vsebini in pomenu projekta ter za obveščanje ciljne skupine o novem programu za izvajanje integriranega pristopa oskrbe na domu.

Z namenom promocije projekta je tako MOL izvedel različne dejavnosti. Ob začetku projekta je organiziral svečan podpis partnerskega sporazuma v Mestni hiši v Ljubljani, nekaj mesecev kasneje pa prav tako v Mestni hiši v Ljubljani ob medijski prisotnosti še začetno konferenco projekta, ki je bila zelo dobro obiskana. MOL je projekt aktivno predstavljal tudi na 18. in 19. Festivalu za tretje življenjsko obdobje v Cankarjevem domu in sicer z organizirano predstavitvijo v predavalnici ter večdnevnim informiranjem občanov in občanov o projektu na predstavitvenem prostoru MOL.

Prav tako je MOL poskrbel za objave člankov o projektu v Glasilu Ljubljana, poskrbel je za predstavitev projekta na nacionalnem nivoju na konferenci Združenja mestnih občin Slovenije, prav tako pa na dveh mednarodnih dogodkih. Junija 2019 je MOL predstavil projekt na srečanju EURO CITIES delovnih skupin Zdravo staranje in Dostopna mesta, oktobra 2019 pa še na dvodnevni mednarodni konferenci Dunajski dnevi v Ljubljani.

Z namenom obveščanja ciljne skupine o novem projektu in možnosti vključitve ter koriščenja storitev, je MOL v šestih od svojih četrtih skupnosti organiziral okrogle mize za občanke in občane in sicer so bile za predstavitev projekta izbrane bolj ruralne četrtne skupnosti, da bi s tem prispevali k manjši depopulaciji ruralnih območij in omogočili dobro informiranost ter možnost koriščenja storitev tudi tistim, ki so od centra mesta najbolj oddaljeni. Na interaktivni predstavitvi so bile občanom in občankam predstavljene brezplačne storitve v okviru projekta, po predstavitvi pa so imeli možnost meritve krvnega tlaka ter posvetovanje s strokovnjaki, ki izvajajo storitve.

Ustanova za zdravstveno nego na domu Zagreb

Mesto Zagreb je ustanovitelj Ustanove za zdravstveno nego na domu, najstarejše tovrstne ustanove, ki našim pacientom, osebam z omejeno mobilnostjo in nepokretnim državljanom že skoraj 60 let nudi zdravstvene storitve in storitve fizikalne terapije. Ustanova ima 124 zaposlenih: 63 medicinskih sester, 42 fizioterapevtov (za katere sklepa pogodbe s hrvaškim zavodom za zdravstveno zavarovanje in se dogovarja o »omejitvi« za vsakega zaposlenega), 12 nemedicinskih delavcev, 1 glavna medicinska sestra in 6 delovnih terapevtov. Ustanova se pridružuje projektu z namenom izmenjave izkušenj in sodelovanja, zaradi razvoja nadstandardne storitve za paciente v smislu širitve paketa dostopnih storitev, ki se zagotavljajo v zdravstveni negi in fizikalni terapiji, in sicer z vključitvijo »delovne terapije na domu« kot dodatne izboljšave primarne/sekundarne ravni zdravstvenega varstva na področju Mesta Zagreb s preizkušanjem modela zagotavljanja celostne oskrbe oseb v starejšem življenjskem obdobju, ki vključuje medicinsko sestro, fizioterapevta in delovnega terapevta. Prav tako se Ustanova pridružuje projektu zaradi obogatitve strokovnih zmogljivosti Ustanove s spremljajočim potencialom za širjenje znanja, povečanje učinkovitosti pri zagotavljanju obstoječih storitev ter prenosom znanja in izkušenj fizikalne terapije in zdravstvene nege. Projektne aktivnosti koordinatorja in zaposlenih v Ustanovi so se začele s sodelovanjem na uvodnem sestanku v Ljubljani. Ustanova je septembra 2018 zaposlila 6 delovnih terapevtov z namenom izboljšanja kakovosti življenja starejših na domu in uporabnikov Projekta. Za uspešno izvedbo dejavnosti projektov je Ustanova nabavila naslednjo opremo: dva avtomobila, dve električni kolesi, dva skuterja, šest tabličnih računalnikov, šest mobilnih telefonov in dvanajst elektrostimulatorjev. Konec septembra je Ustanova organizirala 1. strokovno delavnico v prostorih skupščine mesta Zagreba in v prostorih Ustanove (V.Varičaka 18), ki se jo je udeležilo več kot 60 udeležencev iz zdravstvenih domov, specialističnih bolnišnic, hrvaškega zavoda za zdravstveno zavarovanje, domov za upokojeince, fundacij in nevladnih organizacij. Med 1. strokovno delavnico je bil oblikovan program celostne oskrbe za starejše osebe na domu, ki je bil v naslednjem obdobju preverjen z izvajanjem na terenu. Ustanova je izdelala promocijske materiale, in sicer 500 zemljevidov, 2 rolo stojali, 500 trakov za okrog vratu in 500 blokov. Novembra so koordinatorji in strokovni sodelavci Ustanove sodelovali na partnerskem sestanku v Čakovcu, na katerem je bil dogovorjen razvoj platforme IKT, ki zagotavlja celovit statistični vpogled

v izvajanje integriranega pristopa do uporabnikov. V obdobju do decembra, ko je v Mariboru potekala 2. strokovna delavnica, so delovni terapevti delali z 10 % uporabnikov od skupnega števila pacientov, ki je opredeljeno s programom, in tako dobili vpogled v potrebne spremembe programa, kar so posredovali na strokovni delavnici. Prav tako so med delavnico strokovni delavci Ustanove izmenjali informacije, znanje, izkušnje in skupaj oblikovali segmente platforme IKT za potrebe delovnoterapevtskih storitev. Ker je bil pri projektu velik poudarek na širitvi kompetenc vključenih strokovnjakov, so bila v tem obdobju organizirana tudi štiri stalna izobraževanja oziroma usposabljanja s področja ocenjevanja motoričnih in procesnih spretnosti AMPS ter uporabe k strankam usmerjenega pristopa (CMOP-E in COPM). Prav tako so tri terapevtke med projektom zaključile strokovno usposabljanje o uporabi Ayresovega pristopa k senzorični integraciji pri populaciji oseb z demenco. V obdobju od septembra 2018 do marca 2020 so pri pripravi strokovnih temeljev delovne terapevtke, zaposlene v Ustanovi, izvedle individualna terapevtska srečanja z uporabniki, občani Mesta Zagreb. S tem je bilo v storitve delovne terapije prvič na ravni primarne zdravstvene oskrbe vključenih 340 bolnikov, starejših oseb in invalidov, tem uporabnikom pa je bilo nudenih več kot 4500 intervencij delovne terapije dvakrat na teden, pri čemer nobena od terapij pa ni bila krajša od 60 minut. Program izvajanja celostne oskrbe starejših je bil prikazan tudi v zdravstvenem zavodu Karlovac. V 12 medsebojnih partnerskih izobraževanjih je Ustanova prenašala znanje na treh delavnicah o paliativni oskrbi, fizioterapevtski praksi in zdravstveni negi na domu, na devetih delavnicah pa so sodelovali zaposleni v Ustanovi kot udeleženci, in sicer delovni terapevti, fizioterapevti in medicinske sestre. Za krepitev povezovanja sistema zdravstvenega in socialnega varstva so bile organizirane in izvedene tudi delavnice za socialne delavce Centra za socialno varstvo Mesta Zagreb, izvedena pa so bila tudi usposabljanja za prostovoljce paliativne oskrbe. Izkušnje so bile prenesene na društva v Sisaško-moslavaški županiji, Krapinsko-zagorski županiji in Mestu Zagreb. Pripravljena je bila vrsta poučnega gradiva za družine oseb z demenco, za preprečevanje padcev, prilagoditev doma pri totalni endoprotezi kolka, prilagoditev doma na splošno, izdelavo pripomočkov za vsakodnevne aktivnosti in smernice za delo s specifičnimi diagnozami ter težavami. Z namenom informiranja in prenosa izkušenj na širšo javnost so strokovne sodelavke sodelovale na mestnih sejmih za starejše življenjsko obdobje, Gerontološkom tulumu 2018, sejmu Pravo doba, Maksimirskih jeseni, Dnevih

evropske udeležbe v Krapini in Gerontološkem tulumu 2019. Zaradi velikega poudarka na širjenju znanja in pridobljenih izkušenj so delovne terapevtke svoje delo predstavile tudi v mednarodnem kontekstu, in sicer na CECD Mira Sintra (Sintra, Portugalska), E-Seniors (Francija), CERCIOEIRAS - Cooperative Education and Rehabilitation of Citizens with Disabilities, CRL - a Cooperative Social Solidarity and Public Utility, Amica, GESMED, COPAVA - Asociación Coordinadora de Recursos de atención a personas con Diversidad Funcional intelectual (Španija), Centrul IT pentru Stiinta si Tehnologie i ASOCIATIA A.D.I.V (ADIV) (Romunija), ARISTOTLE UNIVERSITY OF THESSALONIKI – AUTH (Grčija), WESTFALISCHE HOCHSCHULE GELSENKIRCHEN, BOCHOLT, RECKLINGHAUSEN (IAT) (Nemčija). Z namenom izmenjave znanja s prihodnjimi generacijami so izkušnje iz projekta prenesene na študente delovne terapije na Zdravstvenega vseučilišča v Zagrebu. Rezultati projekta so bili predstavljeni v obliki predstavitenih plakatov in navdihujočega videa na Evropskem srečanju vzgojiteljev v delovni terapiji ENOTHE Annual meeting 2019, prav tako pa bodo septembra 2020 predstavljeni na 2. Evropskem kongresu delovne terapije v Pragi.

Center za pomoč na domu Maribor

Center za pomoč na domu Maribor je javni socialno varstveni zavod, katerega ustanoviteljica je Mestna občina Maribor. Občanom Mestne občine Maribor, Občine Starše, Občine Hoče-Slivnica in Občine Rače-Fram nudimo socialnovarstveno storitev pomoč na domu, ki obsega tri temeljne sklope opravil – pomoč pri temeljnih dnevni opravih, gospodinska pomoč in pomoč pri ohranjanju socialnih stikov. Projektu CrossCare smo se pridružili, da bi razširili spekter možnosti, ki jih lahko nudimo našim uporabnikom. Na projektu smo zaposleni medicinska sestra, delovna terapevtka, fizioterapevt in socialna delavka. Skozi celotno trajanje projekta smo nudili uporabnikom integriran pristop - storitve iz zdravstva in socialnega varstva. Storitve zdravstvene nege smo do sedaj nudili 246 uporabnikom, storitve dietetične 145 uporabnikom, storitve delovne terapije 106 uporabnikom in storitve fizioterapije 147 uporabnikom. S temi rezultati smo že skoraj v celoti presegli zastavljene cilje.

Sodelovali in aktivno smo prispevali k vsem skupnim aktivnostim projekta (sestanki, medsebojna izobraževanja, priprava Programa integriranega pristopa oskrbe na domu, IKT platforma, 3- dnevne delavnice,...). Z namenom vključitve v proces demonstracije in preizkusa storitve v realnem

okolju smo sodelovali s pridruženim partnerjem CSD Brežice, katerega smo obiskovali vsaki drugi mesec. Ob vsakem obisku smo pripravili delavnico za socialne oskrbovalke zaposlene na Centru in obiskali uporabnike na domu. Velik poudarek smo dajali na dvig strokovnih kompetenc in spretnosti. V ta namen smo organizirali interna izobraževanja za socialne oskrbovalke zaposlene na Centru za pomoč na domu Maribor. Teme izobraževanj smo pripravili kot odgovor na potrebe, ki se kažejo na terenu pri neposrednem delu z uporabniki. Izobraževanja so bila izpeljana na način, da so vsebovala tudi praktični prikaz povedanega. Dodatna znanja smo pridobivali tudi zaposleni na projektu. Medicinska sestra se je udeležila izobraževanja »Korak za korakom«, ki nudi dodatna znanja iz paliativne oskrbe, delovna terapevtka pa je v fazi izobraževanja za AMPS.

Uporabnikom smo želeli nuditi najkvalitetnejše storitve in holistični pristop, zato smo vzpostavili sodelovanje z vsemi službami, ki bi lahko doprinesle dobrobiti uporabnika. Dnevno smo izmenjali informacije s koordinatoricami pomoči na domu in socialnimi oskrbovalkami glede skupnim uporabnikov. Enkrat tedensko smo imeli strokovne sestanke vsi zaposleni na projektu CrossCare in koordinatorice pomoči na domu. Vsak mesec smo se udeležili sestanka razširjenega strokovnega tima, kjer so sodelovali tudi CSD Maribor, Hospic, patronaža, Kralji ulice, socialna služba UKC Maribor in predstavniki programa Starejši za starejše.

Projekt smo predstavili v Mestnih četrtih Maribora, s stojnico smo sodelovali na festivalu Lent – Art Kamp, predstavili smo se na festivalu prostovoljstva na Pedagoški fakulteti Maribor. Bili smo gosti v televizijski oddaji V Mariboru si na BK TV Maribor in v radijski oddaji Dodajmo letom nasmeh na Radio Maribor. V časniku Večer sta bila objavljena dva članka z opisom dejavnosti projekta in opisom praktičnega primera, kako projekt deluje.

Na terenu smo zaznali, da je vedno več ljudi z demenco, ki bi potrebovali dodatno podporo. Organizirali smo skupino namenjeno ljudem z demenco, ki jo vodita delovna terapevtka in koordinatorica pomoči na domu, ki je v Zavodu tudi informatorka s področja demence. Skupina se sestaja enkrat mesečno in odzivi uporabnikov so zelo pozitivni.

Dogodkov in aktivnosti znotraj projekta je bilo zelo veliko. Največjo težo projektu pa dajejo ljudje in zgodbe, ki smo jih skupaj z njimi soustvarili. Ko nam je dovoljeno, da vstopimo v domove ljudi in se

dotaknemo njihovih življenj, se lahko zgodi nekaj krasnega. Ko postaneta sodelavca v delovnem procesu človek, ki je ekspert iz izkušenj za svoje življenje in na drugi strani strokovni delavec iz svojega področja, se nam obeta zgodba o uspehu. In takšnih zgodb smo v Centru za pomoč na domu Maribor ustvarili zelo veliko. Največja zahvala in potrditev dobrega dela na projektu CrossCare je stavek izrečen ob koncu obravnave: »Hvala, spremenili ste mi življenje. Od zdaj naprej bo lažje.«

Zdravstveni dom Čakovec

Zdravstveni dom Čakovec je začel delovati leta 1993, ko ga je ustanovila Medžimurska županija. Zdravstveni dom zagotavlja storitve splošnega zdravstvenega varstva, med katerimi najbolj izstopa zdravstvena oskrba na domu s patronažno službo, ki pokriva celotno Medžimursko županijo. Županija je izključno podeželsko področje z mnogimi manjšimi vasi in zaselki ter s številnimi starejšimi prebivalci, ki živijo v gospodinjstvih, oddaljenih od ordinacij, kjer bi se jim lahko zagotovile določene storitve, ki jih potrebujejo. Zdravstveni dom se pridružuje projektu z namenom uvajanja novih storitev, fizikalne terapije in dietetike, kar bo zmanjšalo razlike med oddaljenimi kraji bivanja in središčem županije, s tem pa se bosta samodejno izboljšala dostop do pomoči na domu za starejše in kakovost življenja starejših prebivalcev.

Projektne aktivnosti so se začele izvajati septembra 2018 z administrativnim delom in podpisom partnerskega sporazuma ter z udeležbo na sestanku Kick off v Ljubljani. Da bi zdravstveni dom začel izvajati ciljno usmerjene aktivnosti, ki vključujejo terensko delo, je v okviru projekta najel 1 koordinatorja, 1 nutricionista in 4 fizioterapevte. Za lažje izvajanje dejavnosti in komunikacijo med zaposlenimi je zdravstveni dom nabavil 6 mobilnih telefonov, 5 tabličnih računalnikov, 6 prenosnih računalnikov, 1 avtomobil in 2 večnamenski napravi, potrebni za opravljanje fizioterapevtskih storitev.

Zaposleni strokovnjaki so se v skladu s svojim znanjem in veščinami udeležili strokovnih delavnic, ki so bile organizirane v Ustanovi za zdravstveno varstvo na domu in mariborskem Centru za pomoč na domu, da bi se na osnovi prenosa izkušenj in dobre prakse s skupnimi močmi oblikoval program celostnega pristopa za oskrbo starejših na domu. Na podlagi skupno oblikovanega Programa je vsak partner na svojem območju nudil individualne storitve na reprezentativnem vzorcu oseb, ki je na območju Medžimurske županije štel 612 uporabnikov na področju fizioterapije in 169 uporabnikov na področju

dietetike. S skupnim delom nam je uspelo to število preseči še pred načrtovanim koncem projekta. Z udeležbo na delavnicah so strokovnjaki opredelili tudi videz in vsebino platforme IKT, ki služi in olajša pregled opravljenega dela ter hkrati zagotavlja prikaz statističnih podatkov. Za izdelavo platforme IKT oziroma za izbiro najboljšega zunanega izvajalca je bil odgovoren Zdravstveni dom Čakovec.

Z namenom razširjanja projekta in njegovega prispevka k družbi je Zdravstveni dom nabavil 2000 kosov protistresnih žogic z logotipom projekta.

Za izboljšanje kompetenc in veščin vseh zaposlenih strokovnjakov na projektu je ena izmed projektne aktivnosti vključevala izobraževanje strokovnega osebja, kar je tudi eden izmed specifičnih ciljev projekta. V obdobju izvajanja projekta so se strokovnjaki s področja fizioterapije udeležili 5 stalnih usposabljanj, ki so vključevala izobraževanja Fizioterapevtske možnosti pri psihiatričnih bolnikih, Rehabilitacija rame, Dekompresijska terapija hrbtenice, Konzervativne oblike zdravljenja mladostniške idiopatske skolioze ter Fascija in fascialne tehnike. Na začetku projekta je bilo organizirano izobraževanje za nutricioniste z namenom pridobivanja novih znanj in veščin o težavah, povezanih s prehrano starejših, in izbiri pravilne prehrane. Organizirano je bilo tudi usposabljanje za koordinatorja projekta z namenom pridobivanja novih znanj in veščin, potrebnih za izvajanje projekta EU.

V postopek predstavitve nove storitve in pregled v resničnem okolju so bili vključeni pridruženi partnerji. Na hrvaški strani je bil to Zavod za zdravstveno nego na domu Karlovac, kjer so strokovnjaki Zdravstvenega doma Čakovec vsak drugi mesec izvajali prikaz nove storitve, skupno 5-krat.

V okviru medinstitucionalne čezmejne strukture sodelovanja je bilo izvedenih 12 vzajernih usposabljanj z namenom prenosa dobrih praks in izkušenj v okviru partnerstva. Zdravstveni dom Čakovec je znanje prenašal na druge partnerje z izvedbo 3 usposabljanj s področja paliativne oskrbe, ostalih 9 delavnic pa so strokovnjaki Zdravstvenega doma Čakovec sodelovali kot udeleženci.

Za izboljšanje celostnega pristopa v sistemu zdravstvenega in socialnega varstva so bile organizirane delavnice s Centrom za socialno varstvo Čakovec in Centrom za pomoč na domu Medžimurske županije.

Za udeležbo na različnih javnih dogodkih v zvezi s projektom smo zagotovili obveščanje ciljnih skupin. Promocije projekta so potekale v sklopu prireditve Dan zdravstvene nege, Dan sladkorne bolezni, Dnevi mesta Čakovec, Festival Porcijunkulovo, Združenje slepih in Jesen v mestu Zrinskih. Dogodke so organizirale zdravstvene ustanove, društva in Turistične skupnosti mesta Čakovec.

Z vključenostjo vseh partnerjev v tem projektu in s skupnim sodelovanjem strokovnjakov smo dobili vpogled v pomanjkljivosti, ki jih je treba odpraviti, prepoznali pa smo tudi potrebo po nadaljevanju izvajanja storitev za ohranjanje, vzdrževanje in izboljšanje kakovosti življenja starejših in njihovih družin.

Mesto Zagreb

Mesto Zagreb je glavno mesto Republike Hrvaške in tudi županija. V primerjavi z evropskimi državami je Republika Hrvaška ena izmed držav z najstarejšim prebivalstvom in spada v skupino desetih evropskih držav z največjim deležem starejših v celotnem prebivalstvu. Starostna struktura prebivalstva v Zagrebu je nekoliko ugodnejša kot v preostalem delu Republike Hrvaške, vendar so ljudje, stari 65 let in več, stalno rastoči del prebivalstva, ki je po popisu iz leta 2001 znašal 14,88 % celotnega prebivalstva Zagreba, po popisu iz leta 2011 pa je znašal 17,3 %. Po ocenah Državnega urada za statistiko za leto 2018 v Zagrebu živi 154.053 ljudi, starih 65 let in več, od tega 60.067 moških in 93.986 žensk, kar je 19,2% prebivalstva. Povečuje se tudi število starejših, torej 85 let in več, kar je leta 2018 predstavljalo 10,1 % celotnega števila starejših v mestu Zagreb (Državni zavod za statistiko, 2018).

Da bi ustvarili predpogoje za dostojno starost za svoje starejše občane z zagotavljanjem storitev, ki bodo vplivale na boljšo kakovost življenja, je Mesto Zagreb poleg obstoječih strateških dokumentov razvilo nove intervencije in strateške dokumente, ki bodo še naprej prispevali k vzpostavitvi celostnega pristopa in dolgoročne oskrbe starejših.

Mesto Zagreb že vrsto let s pomočjo zavarovanih zdravstvenih in socialnih programov vpliva v izboljšanje in ohranjanje zdravja starejših. Zdravstveno varstvo in oskrba obolelih starejših se izvaja v zdravstvenih zavodih Mesta Zagreb in na domu uporabnikov preko institucionalnih in neinstitucionalnih programov oskrbe. Zdravstveno varstvo je organizirano na treh ravneh (primarni, sekundarni in terciarni), ki so

medsebojno povezane in sodelujejo pri zagotavljanju zdravstvene oskrbe občanov Mesta Zagreb.

Poleg obstoječe institucionalne oskrbe je treba razviti nove neinstitucionalne oblike oskrbe starejših (Havelka, 2001). Nedavne raziskave poudarjajo pomen razvitega sistema storitev za zagotavljanje številnih in raznolikih vrst pomoči in podpore v lokalni skupnosti, ki so prilagojene individualnim potrebam starejših (Havelka idr., 2000). To je tudi osnova za nove intervencije, ki jih izvaja Mesto Zagreb v okviru Projekta celostne oskrbe starejših občanov CrossCare, katerega namen je razvoj novih storitev pomoči na domu za starejše in prenos dobrih praks. Cilj ukrepov v okviru projekta CrossCare, ki jih je nudila Ustanova za nego na domu, ki jo je ustanovilo Mesto Zagreb, je zagotoviti pomoč starejšim v gospodinjstvih, omogočiti bivanje v lastnem domu, doseči višjo raven psihološkega in fizičnega počutja, občutek pripadnosti skupnosti in upravljanje z lastnim življenjem v okviru neinstitucionalnih zdravstvenih storitev. Na ta način se hkrati zmanjšujejo tudi stroški namestitve v domovih za starejše in onemogle ter skrajšuje trajanje hospitalizacij in odloženih odpusćanj iz zdravstvenih ustanov. Posebej je treba poudariti, da smo z zagotavljanjem dostopnosti neinstitucionalnih storitev v okviru projekta CrossCare ob sodelovanju z drugimi partnerji in ponudniki storitev pomembno prispevali k oblikovanju modela kombinirane socialne politike (welfare-mix), zmanjšanju revščine in k napredku socialne kohezije.

Socialna kohezija se bo preko dejavnosti v okviru projekta CrossCare in po modelu dobrih praks v EU s širjenjem pozitivnih izkušenj predstavila na ravni Republike Hrvaške tudi v okviru zaključne konference, ki bo potekala maja 2020 v organizaciji Mesta Zagreb. Dejavnosti Mesta Zagreb so se v obdobju izvajanja projekta nanašale na zagotavljanje storitev izdelave vizualne prepoznavnosti projekta – logotip in predstavitev projekta na Hrvaškem ter na mednarodnih konferencah.

Predstavniki Mesta Zagreb so sodelovali na Kick off sestanku, ki se je odvijal v Ljubljani (2018), na katerem je Jelena Pavić Vukićević, namestnica župana mesta Zagreb, podpisala Pogodbo o sofinanciranju projekta in Pogodbo o partnerstvu.

Od 24. do 26. 9. 2018 je v Zagrebu je potekala tridnevna strokovna delavnica. Prvi dan, 24. 9. 2018, je ob 9. uri v stavbi Mestne uprave Mesta Zagreb potekala tiskovna konferenca, ki so se je udeležili župan mesta Zagreb in predstavniki vseh projektnih partnerjev. Predstavniki

Mestne občine Zagreb so sodelovali tudi na Začetni konferenci 23. 1. 2019 v Ljubljani. Javna predstavitev projekta je potekala preko vseh javno dostopnih kanalov komunikacij. Tako je Mirela Šentija Knežević, koordinatorka projekta, gostovala na lokalni televiziji Z1 in s projektom seznanila javnost.

Projekt CrossCare je bil javno predstavljen tudi na sejmu zarezlo generacijo »Pravo obdobje«, ki je potekal od 15. do 18. maja 2019 na Zagrebškem velesejmu in je namenjen osebam v tretjem življenjskem obdobju. Za promocijo je bila zagotovljena stojnica vse tri dni trajanja sejma, projekt pa je bil predstavljen na strokovnem delu sejma v petek, 17. maja 2019. Projekt sta predstavili Mirela Šentija Knežević iz mesta Zagreb in Saša Radić iz Ustanove za zdravstveno nego na domu.

Projekt je bil predstavljen na mednarodni konferenci »Živeti starost - izziv za posameznika, družino in družbo«, ki je potekala oktobra 2019 v Zagrebu. Projekt je bil skupaj s predstavniki partnerjev Mesta Ljubljane predstavljen tudi na konferenci Dnevi Dunaja v Ljubljani - Dunajski dnevi, v imenu projektne skupine pa je projektne aktivnosti mesta Zagreb predstavila Marijana Prevendar. Predstavniki mesta Zagreb so v sodelovanju z vsemi projektnimi partnerji 3. 12. 2019 sodelovali pri predstavitvi projekta Skupnemu sekretariatu Vlade Republike Slovenije za razvoj in evropsko kohezijsko politiko.

Projekt je bil prijavljen in sprejet za predstavitev na 20. Mednarodni konferenci o celostni oskrbi - 20th International Conference on Integrated care, ki bo potekala v Šibeniku od 27. do 29. septembra 2020. Mesto Zagreb je z Ustanovo za zdravstveno nego na domu predstavilo projektne dejavnosti v okviru javne zdravstvene akcije »Dan rdečih oblek«, ki se organizira z namenom preprečevanja možganske kapi pri ženskah. V okviru akcije smo javnosti predstavili storitve delovne terapije in ukrepe, ki v vsakdanjem življenju lahko pomagajo osebam, ki so prebolele možgansko kap.

Zaključna konferenca projekta CrossCare se bo v skladu z dovoljenjem generalnega sekretariata odvijala v organizaciji mesta Zagreb dne 7. 5. 2020 v Opatiji v sklopu 4. hrvaškega gerontološkega in geriatričnega kongresa z mednarodno udeležbo. To bo hkrati tudi priložnost za predstavitev dejavnosti integrirane oskrbe v okviru projekta CrossCare in projektnih rezultatov zainteresiranim stranem iz zdravstvenega in socialnega sistema. Poleg tega bosta

na zaključni konferenci predstavljeni tudi vzdržnost in dostopnost projektnih storitev v okviru obstoječega sistema Slovenije in Hrvaške.

ZAKLJUČEK

Kot je razvidno iz prispevka, je bilo v okviru projekta, ki je skupno trajal dve leti, izvedenih mnogo aktivnosti, ki smo jih s partnerji izvedli skupaj ali posamezno, vse z namenom uveljavitve integriranega pristopa, ki združuje zdravstvene in socialne storitve, kot trajnostno rešitev za sistem. Pletli smo mreže povezav na vseh nivojih, ki so se globoko zasidrale v vsakega, ki je sodeloval. Zaposleni na projektu smo najbolj občutili pomembnost projekta, saj smo bili nenehno v stiku z ljudmi, ki so to pomembnost izkusili na način izboljšanja kvalitete lastnega življenja. Tako se je skozi nova poznanstva, izkušnje in znanja kvaliteta življenja, izboljšala prav vsem sodelujočim.

Literatura

- Arhiv Zavod za oskrbo na domu Ljubljana (2020). Neobjavljeno.
- Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske. www.dzs.hr
- Havelka, M., Despot Lučanin J. i Lučanin, D. (2000.), Potrebe starijih osoba za cjelovitim uslugama skrbi u lokalnoj zajednici, Revija za socialnu politiku, 7., (1.): 19.-27.
- Havelka, M. (2001.), Skrb za starije ljude u Hrvatskoj – potreba uvođenja novih modela, Društvena istraživanja, 12., (1.-2.): 225.-245.
- Partner progress report SLO-HR 310 CrossCare, (b.d.) Pridobljeno 02. 03. 2020 s <https://ems.si-hr.eu/ems/app/main?execution=e4s1>. Neobjavljeno.
- Prijavnica projekta Integriran pristop oskrbe starejših na domu CrossCare (2018). Neobjavljeno.
- Program projekta Integriran pristop oskrbe starejših na domu CrossCare (2019). Neobjavljeno.



INTEGRIRANI PRISTUP SKRBI ZA STARIJE OSOBE U KUĆI: REALIZACIJA PROJEKTA CROSSCARE

Autori:

Maja Jarc

Mojca Preglau

Nina Dečman

Adriana Beslić

Mirela Šentija Knežević

Marijana Prevendar

Andrea Miškulin

Saša Radić

SAŽETAK

Zajednički izazov Slovenije i Hrvatske je trend starenja stanovništva, zbog čega rastu potrebe za formalnim uređenjem područja skrbi za starije u kući. Opći cilj projekta CrossCare je razvoj i uspostavljanje nove prekogranične strukture suradnje kako bi osigurali integrirani pristup skrbi za starije u kući, koji udružuje usluge zdravstvene i socijalne zaštite. Takva, sadržajno cjelovita prekogranična struktura, koja djeluje na temelju jednake metodologije predstavlja potpunu novost na području obje države. Usmjerena je, prije svega, na održivost jer je područje normativno, odnosno sustavno neuređeno. Premda se na području obje države izvodi pojedinačni segment usluga skrbi za starije u domu, ne postoji formalizirani koncept integriranog pristupa, u okviru kojega je sadržaj usluga socijalne i zdravstvene zaštite detaljno definiran. Projekt predstavlja inovaciju na visokoj razini. Rezultati projekta služit će kao stručni temelji za normativno uređenje područja, jer se u Sloveniji priprema normativno uređenje područja dugotrajne skrbi u kući. Naime, izvođenje kvalitetnih preventivnih i rehabilitacijskih terapija nadilazi ustaljeni institucionalni kurativni pristup i povećava kvalitetu života starijih osoba u kući. U sklopu projekta izvodio se integrirani pristup skrbi u kući na područjima izvan urbanih središta Ljubljane, podravske regije, grada Zagreba i Međimurske županije. Projekt se temelji na partnerstvu i suradnji između institucija, sa svrhom trajnog prijenosa znanja, praksi, pristupa i metoda rada svim projektnim partnerima. Uspostavljena je nova prekogranična struktura suradnje, koja obuhvaća

više institucija u okviru kojih će se poboljšati stručnost i vještine mnogih zaposlenika. Time se poboljšala kvaliteta izvođenja usluga s posebnim fokusom na pružanje cjelokupnih usluga, koje pored zdravstva obuhvaća i usluge socijalnog osiguranja (Prijavnica, 2018).

Ključne riječi: Integrirani pristup skrbi, socijalna i zdravstvena skrb, cjelovito pružanje usluga, skrb za starije osobe u kući, kvaliteta usluga u kući, međusobno povezivanje i suradnja, međunarodna suradnja, projektne aktivnosti

UVOD

Projekt adresira izazove starenja stanovništva, osigurava jednaki pristup zdravstvenoj skrbi i uslugama socijalne zaštite, isključenost pojedinih društvenih skupina, pomanjkanje normativnog uređenja područja, nepostojanje cjelovitog programa na osnovi kojega bi se izvodio integrirani pristup pomoći u domu. U Središnjoj Sloveniji udio osoba starijih od 65 godina je 16,9%, u podravskoj regiji 18,6%. U Hrvatskoj udio osoba starijih od 65 godina u gradu Zagrebu je 19,2% (Državni zavod za statistiku, 2018), u Međimurskoj županiji 15,6%. Projekt je nastao zbog trenutnog stanja na prekograničnom području, koje se suočava s trendom starenja stanovništva. To područje trenutno nije uređeno kao integrirani pristup, već su uređena samo pojedinačna područja. Dakle, posebno područje

zdravstvene zaštite i područje socijalne zaštite. U okviru projekta bit će osiguran jednak pristup skupinama neposrednih korisnika u njihovoj kući, koji će prvenstveno biti usmjeren na područja izvan urbanih središta Maribora, Zagreba, Međimurske županije te na širem području Brežica i Karlovca. U okviru projekta mjerit će se institucionalni kapaciteti sudjelujućih partnera pri osiguranju integriranog pristupa pomoći u domu za starije osobe (Prijavnica, 2018).

Vodeći partner projekta je Zavod za oskrbu na domu Ljubljana (ZOD LJ), koji je u okviru projekta najviše surađivao s ostalih pet projektnih partnera, Mestno občino Ljubljana (MOL), Centrom za pomoć na domu Maribor (CPND Maribor), Domom zdravlja Čakovec (DZ Čakovec), Ustanovom za zdravstvenu njegu u kući Zagreb (UZNK Zagreb) i Gradom Zagrebom (GZ).

Pridruženi partneri projekta su Ministarstvo rada, obitelji, socijalnih pitanja i jednakih mogućnosti Republike Slovenije, Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske, Centar za socijalni rad Brežice, Ustanova za zdravstvenu njegu u kući Karlovac, Sveučilišni klinički centar Ljubljana - Centar za gerijatrijsku medicinu, Nastavni zavod za javno zdravstvo »Dr. Andrija Štampar«, Hrvatska Udruga radnih terapeuta, Univerzitet u Ljubljani, Fakultet za socijalni rad i Medicinski fakultet.

Institucije, uključene u novonastalu strukturu prekogranične suradnje povijesno proizlaze iz jednakog uređenja i sustava pružanja zdravstvenih i socijalnih usluga, dok se sustav pružanja zdravstvene i socijalne zaštite razlikuje. Tijekom projekta partneri (među kojima su dvije gradske općine) i pridruženi partneri (resorna ministarstva i stručno-zdravstvene institucije) ostvarili su značajne koristi od protoka informacija i dobrih praksi među državama (Prijavnica, 2018).

Opći cilj projekta je razvoj i uspostavljanje integriranog pristupa pomoći u kući starijih osoba, u okviru kojega se povezuju i nadopunjuju usluge socijalne i zdravstvene zaštite jer takvog sustavnog uređenja još uvijek nemamo.

Projektom želimo prije svega poboljšati pristup uslugama ljudima koji do njih teže pristupaju, pri čemu usluge osiguravamo bez obzira na socijalni status jer su besplatne. Prednost imaju oni koji su udaljeniji od gradskog središta.

GRUPNE AKTIVNOSTI PROJEKTNIH PARTNERA PROJEKTA

Prekogranični prijenos pristupa za rješavanje zajedničkih problema, metoda rada, znanja, uređenje i demonstracija usluga u stvarnom okruženju te pilotno testiranje omogućilo nam je čvrste temelje za izradu jedinstvenog programa za izvođenje integriranog pristupa skrbi za starije u kući jer odražava realne potrebe i na taj način služi kao strukovna podloga za sustavno, odnosno normativno uređenje područja.

Izvedba projekta samo s lokalnim, regionalnim i nacionalnim pristupom ne bi bila moguća jer bi došlo do međunarodne suradnje i posljedično tome, intenzivnijeg protoka znanja, metoda rada i novih praksi s područja s drugačijim uređenjem sustava. Projekt doprinosi smanjenju razlika unutar i između regija na prekograničnom području jer su svi stručni kadrovi, zaposleni kod projektnih partnera, jednakovrijedno sudjelovali u razvoju svojih kompetencija i oblikovanju programa rada, a posljedično su krajnji korisnici nove inovativne usluge (bez obzira na njihovu lokaciju) imali jednaki pristup pomoći u domu s obzirom na svoje potrebe (Prijavnica, 2018).

Projekt je započeo s radom puno prije službenog početka jer su se u fazi pripreme projekta već izvodile pripremne aktivnosti u kojima su sudjelovali svi projektni partneri. Provedeno je više radnih i bilateralnih susreta sa svrhom da svi projektni partneri pronađu sinergiju i opredijele zajedničke ciljeve koje želimo ostvariti projektom (Program CrossCare, 2019).

Projektni partneri su se već u fazi pripreme projekta usuglasili s kriterijima suradnje, koji bi omogućili što kvalitetniji rad i usluge za korisnike. Ti kriteriji suradnje partnera su:

- 1)** Zajedničko planiranje, koje omogućuje projekt usmjeren na rezultate od kojega najviše koristi ima korisnik;
- 2)** Zajedničko izvođenje, koje odgovara osposobljenosti i iskustvima pojedinog partnera i pridonosi zajedničkim ciljevima projekta;
- 3)** Zajedničko osoblje, što je partnerima omogućilo zaposlenje novog kompetentnog osoblja s određenom ulogom, čime smo izbjegli odvajanje funkcija i pobrinuli se za racionalnu kvalitetnu izvedbu projekta te
- 4)** Zajedničko financiranje, što je dodatno osnažilo značaj zajedničke strukture, prekograničnu suradnju

i međusobno povjerenje između projektnih partnera (Prijavnica 2018).

Na temelju zajedničke vizije i ciljeva projekata definirane su aktivnosti zajedničke svim projektnim partnerima, čija je realizacija započela s početkom projekta CrossCare, dana 01. 09. 2018.

Projekt se sastoji od četiri vremenska, periodična razdoblja:

1. periodično razdoblje:

od 01. 09. 2018 do 31. 01. 2019;

2. periodično razdoblje:

od 01. 02. 2019 do 31. 07. 2019;

3. periodično razdoblje:

od 08. 01. 2019 do 31. 01. 2020 i

4. periodično razdoblje:

od 01. 02. 2020 do 30. 08. 2020.

Dana 06. 09. 2018 organiziran je Kick off sastanak koji se održao u Zavodu za oskrbu na domu Ljubljana na kojemu su sudjelovali svi partneri. Tog dana su u Gradskoj vijećnici Mestne občine Ljubljana svi projektni partneri (6 organizacija) potpisali Sporazum o dugoročnoj suradnji temeljem kojega je u nastavku projekta uspostavljena i sadržajno definirana nova prekogranična struktura suradnje (Partner progress report SLO-HR 310 CrossCare, b.d.)

Dostupnost pomoći u kući ovisi o lokalnom okruženju, što povećava razlike između regija istvarane jednakosti. U tu svrhu je u okviru projekta jedan od glavnih ciljeva razvoj i uspostavljanje nove prekogranične strukture sudjelovanja kako bi osigurali integrirani pristup pomoći u kući te pripremu Programa izvođenja integriranog pristupa pomoći za starije osobe u kući (Prijavnica 2018). Već u prvom razdoblju ključno je bilo oblikovanje Programa integriranog pristupa pružanja pomoći starijim osobama u kući, pri čemu su aktivno sudjelovali svi projektni partneri s timom stručnjaka, uključujući i vanjske stručnjake. S tom svrhom je Ustanova za zdravstvenu njegu u kući Zagreb, na početku projekta u rujnu 2018. godine za sve partnere organizirala trodnevnu stručnu radionicu u Zagrebu gdje su pojedini stručnjaci prenijeli svoje ključno znanje i na kojoj je izrađen program utemeljen na prezentaciji dobrih praksi koje provode partnerske organizacije, dobre prakse ostalih pridruženih partnera i stručnih suradnika iz različitih institucija u gradu Zagrebu. Inovativnost programa pronalazimo u činjenici da je program stvoren kao rezultat udružene suradnje između ustanova socijalne skrbi (Republika Slovenija) i zdravstvenih ustanova (Republike Hrvatske), kako bi se definirani postupak za pružanje usluga mogao implementirati u obje zemlje kao dio

sustavno pruženih usluga. Različitosti sustava biti će evidentne u određenim segmentima modela, zbog različitosti legislativnog okvira zemalja i sustava. Program je služio kao temelj za pripremu i oblikovanje IKT platforme čiji administrator je Dom zdravlja Čakovec. Novozaposleni stručni radnici u partnerskim institucijama, osim u Gradskoj općini Ljubljana i Gradu Zagrebu, započeli su izvođenjem usluga na terenu u listopadu 2018. godine Program je bio nadograđen, nadopunjen i prilagođen s obzirom na stvarna iskustva i spoznaje koje proizlaze iz demonstracije usluga u stvarnom okruženju i predstavljao je temelj za daljnje izvođenje usluga. Konačno je oblikovan tri mjeseca kasnije na trodnevnoj radionici u Mariboru gdje je bila razvijena i IKT platforma. IKT platforma kao digitalna platforma omogućuje daljinsku suradnju između projektnih partnera iz različitih regija. Stručni suradnici su tijekom projekta redovito unosili podatke o korisnicima i postupcima u IKT platformu, zbog čega smo mogli neprestano biti u mogućnosti pratiti realizaciju postavljenih ciljeva i prikupljati statističke podatke pomoću kojih naša postignuća možemo dokazati i na nacionalnoj razini, u obliku izmjena sustava.

Također, u početnoj fazi projekta bilo je važno oblikovanje zajedničkog vizualnog identiteta, kao što je izrada logotipa, za što se pobrinuo Grad Zagreb te uspostava drugih kanala komunikacije s ciljnom publikom, poput izrade internetske stranice, letaka, naljepnica, blokova, mapa i traka, za što se pobrinuo Zavod za oskrbu na domu Ljubljana. Istodobno su u tom razdoblju svi projektni partneri kupili, nabavili i međusobno podijelili promocijski materijal među koji spadaju: mape, blokovi, 2xroll up, trake, povećala i antistres loptice. Prvi kontakt s ciljnom javnošću, u sklopu kojega se informirana javnosti o projektu CrossCare, bio je 24. 09. 2018. godine na tiskovnoj konferenciji u prostorima Grada Zagreba i prezentaciji projekta organiziranoj u Gradskoj skupštini grada Zagreba, gdje su bili prisutni svi projektni partneri uz mnogobrojne zainteresirane sudionike, uključujući predstavnike Ministarstva zdravlja, Domova zdravlja, Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, Referentnog centra Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske za zaštitu zdravlja starijih osoba. Navedeni događaj je imao i za cilj otvoriti diskusiju o najboljima praksama u domeni integriranog pristupa te osnažiti izradu Programa integrirane skrbi koja je slijedila.

Prvo periodičko razdoblje zaključili smo s aktivnim sudionicima svih projektnih partnera na Početnoj konferenciji, koju je 23. 01. 2019. organizirala Mestna občina Ljubljana i na kojoj su svi partneri predstavili dosadašnja postignuća.

Kao što je već spomenuto, u okviru projekta važan je prekogranični, međunarodni i međuinstitucionalni prijenos praksi i radnih metoda, znanja i iskustva. S tom svrhom je svaki od projektnih partnera u drugom periodičkom razdoblju organiziramo jednu uzajamnu edukaciju. Ukupno je izvedeno 6 uzajamnih edukacija na kojima su prisutni članovi radne skupine i strukovni radnici predstavili svoje pristupe i perspektive o projektu koje su se pokazale u praksi.

Za optimalan razvoj vještina i kompetencija projektni partneri su se međusobno dogovorili sa prijenos već postojećeg znanja i izvođenja usluga integriranog pristupa pomoći za starije osobe u kući, odnosno demonstraciju nove cjelovite usluge u stvarnom okruženju, koja obuhvaća usluge fizioterapije, radne terapije, zdravstvene njege i dijetetike. Izvođenje aktivnosti prijenosa dobrih praksi, znanja, iskustva, radnih metoda i pristupa k izvođenju podijeljeno je na sljedeći način:

- **Zavod za oskrbu na domu Ljubljana** pobrinuo se za prijenos znanja s područja socijalne skrbi, socijalnih usluga, radne terapije partnerima CPND Maribor, DZ Čakovec i UZNK Zagreb, u okviru projekta izvodio je usluge fizioterapije, zdravstvene njege, dijetetike i radne terapije;

- **Center za pomoć na domu Maribor** pobrinuo se za prijenos znanja s područja pomoći u kući, u okviru projekta izvodio je usluge na području fizioterapije, zdravstvene njege, dijetetike i radne terapije;

- **Dom zdravlja Čakovec** pobrinuo se za prijenos znanja s područja zdravstvene njege i dijetetike, u okviru projekta izvodio je usluge s područja fizioterapije i dijetetike;

- **Ustanova za zdravstvenu njegu u kući Zagreb** pobrinula se za prijenos znanja s područja pružanja usluga fizioterapije, zdravstvene njege te palijativne skrbi te je u okviru projekta pružala usluge s područja radne terapije (Program CrossCare, 2019).

Aktivnosti u okviru socijalne i zdravstvene zaštite bile su izvedene na reprezentativnom uzorku krajnjih korisnika, pri čemu je za svako pojedinačno područje bio određen ciljni broj korisnika kojima bi projektni partneri uzajamnim radom pružili svoje usluge.

ZOD Ljubljana, CPND Maribor i DZ Čakovec su reprezentativni uzorak za fizioterapiju sastavili od 1.070 starijih osoba, ZOD Ljubljana, CPND Maribor i UZNK Zagreb su reprezentativni uzorak za radnu terapiju sastavili od 570 osoba, ZOD Ljubljana i CPND Maribor su reprezentativni uzorak za zdravstvenu njegu sastavili od 650 osoba te ZOD Ljubljana, CPND Maribor i DZ Čakovec su reprezentativni uzorak za

dijetetiku sastavili od 450 starijih osoba. U odnosu na krajnji ciljni broj korisnika projekta partneri su, s obzirom na broj zaposlenih na pojedinim područjima, razdijelili broj korisnika koji predstavljaju cilj za pojedinog zaposlenika.

Sa svrhom usvajanja novih znanja i iskustva nacionalnog značaja, svi projektni partneri, osim Mestne občine Ljubljana, sudjelovali su na sajmu Pravo doba u Zagrebu, u drugom periodičkom razdoblju (17. 05. 2019.) te na festivalu za treće životno doba u Ljubljani u 3. Periodičkom razdoblju (01. 10. 2019.) gdje su projektni partneri imali zajedničko predavanje »Integrirani pristup pomoći u kući starijim osobama«, na kojemu su široj javnosti i potencijalnim donositeljima odluka, kao novom korisniku, predstavili projekt CrossCare i pozvali ih da se uključe u projekt (01. 10. 2019). U 3. periodičkom razdoblju u Gradskoj vijećnici MOL (03. 12. 2019.) na prijedlog SVRK projektni partneri su internoj javnosti demonstrirali, odnosno prikazali integrirani pristup rada sa starijim osobama u kući, gdje se strukovni radnici najčešće susreću s općom slabosti, korisnicima s moždanim udarom, demencijom te s područjem sprječavanja padova.

Strukovni radnici ZOD Ljubljana sudjelovali su i na događaju o organizaciji programa INTERREG V-A Slovenija - Hrvatska »Crosscare EC day« u Krapini sa svrhom informiranja strukovne javnosti i upoznavanja šire populacije sa svrhom, ciljevima i značenjem projekta za zajednicu.

Svi projektni partneri su zajedno izveli veliki broj aktivnosti čime smo realizirali zajedničke ciljeve projekta. Pored zajedničkih, bilo je mnogo aktivnosti koje je organizirao svaki pojedini partner u okviru svoje regije, s obzirom na ulogu koja mu je dodijeljena u okviru projekta.

IZVEDENE AKTIVNOSTI POJEDINIH PARTNERA

Koordinaciju specifičnih aktivnosti osigurali su upravitelji projekta/koordinatori pojedinih projektnih partnera na obje strane. U nastavku predstavljamo aktivnosti izvedene od strane pojedinih partnera.

Zavod za oskrbu na domu Ljubljana

Vodeći partner projekta je Zavod za oskrbu na domu Ljubljana (u nastavku ZOD Ljubljana), koji je s ograničenom ulogom preuzeo funkciju upravljanja i koordinacije projekta CrossCare kao cjeline čime preuzima odgovornost i za krajnje izvještavanje i

vrednovanje projekta. ZOD Ljubljana je u Gradskoj vijećnici Mestne občine Ljubljana dana 06. 09. 2019. potpisao Ugovor o sufinanciranju projekta iz programa suradnje Interreg SLO - HR, iz Europskog fonda za regionalni razvoj. Pored toga, kao vodeći partner je u okviru Financijskog upravljanja pronašao kompetentnog vanjskog izvođača, u okviru administrativnog upravljanja je u suradnji s vanjskim izvođačem pripremio Koordinacijski nacrt, predstavljen i primljen od strane svih projektnih partnera na Početnoj konferenciji 23. 01. 2019.

Kod vodećeg partnera smo u razdoblju od početka projekta 01. 09. 2018 do 30. 06. 2020. u svrhu projekta CrossCare zaposlili dva nova radna terapeuta, dva fizioterapeuta, jednu medicinsku sestru - dijetetičarku i jednu koordinatoricu. S obzirom na radne potrebe u upravljanje projektom uključili smo već zaposlenu asistenticu direktorice, koja je preuzela upravljanje projektom, komunikaciju između projektnih partnera i unos u eMS sustav za slanje poruka. Strukovni radnici ZOD Ljubljana redovito su izvodili pojedine usluge u stvarnom okruženju. Cilj ZOD Ljubljana je uključiti u fizioterapiju 306 korisnika, u radnu terapiju 128 korisnika, u zdravstvenu njegu 406 korisnika te u usluge dijetetike 169 korisnika. Ciljni broj obuhvaćenih korisnika ZOD Ljubljana je do 20. 02. 2020. već ostvario kod određenih usluga, i to u zdravstvenoj njezi, dijetetici i radnoj terapiji, a približava se ciljnom broju korisnika uključenih u usluge fizioterapije, kojega će do kraja projekta, 30. 08. 2020., gotovo preći.

Koordinatorica, kao voditeljica projekta, i stručni suradnici (CrossCare ekipa) ZOD Ljubljana su na početku projekta aktivno sudjelovali pri uspostavljanju nove prekogranične strukture suradnje, sudjelovanjem na trodnevnoj radionici u Zagrebu te na trodnevnoj radionici u Mariboru, gdje je oblikovan i konačno pripremljen Program integriranog pristupa pomoći u domu i definirala IKT platforma sa svrhom prikupljanja statističkih podataka. Pored toga, strukovni radnici su tijekom cijelog razdoblja trajanja projekta popunjavali Program i digitalnu IKT platformu, aktivno sudjelovali u dogovaranju oko sadržaja i izvođenja različitih usluga na terenu (skype sastanci, e-pošta).

ZOD Ljubljana je tijekom cijelog razdoblja trajanja projekta veliko značenje posvetio razvoju vještina i kompetencija redovno zaposlenih socijalnih radnica, što se odvijalo putem redovitog informiranja koordinatorica o projektu CrossCare, redovito sudjelovanje na terenu, to jest u kući korisnika za cjeloviti pristup skrbi i putem obrazovanja socijalnih

radnica te je zbog prijenosa dobrih praksi i iskustva od strane strukovnih radnika na projektu CrossCare za socijalne radnice izvedeno 12 internih obuka. Pored internog povezivanja sa socijalnim radnicama, ZOD Ljubljana se tijekom cijelog razdoblja trajanja redovito povezivao s drugim službama u zajednici, kao što su Centri za socijalni rad i patronažna služba. ZOD Ljubljana i Centar za socijalni rad Brežice, kao pridruženi partner, redovito su surađivali tako da je strukovni radnik povremeno (izmjenjujući se s CPND Maribor), jednom mjesečno izvodio stručne obilaskе CSD-a Brežice, u okviru kojega su posjećivali korisnike i educirali socijalne radnice. ZOD Ljubljana je od 27. 02. 2019 do 30. 06. 2020. izveo 6 posjeta takve vrste. Za ZOD Ljubljana posebno je bila važna suradnja s Biotehnoološkim fakultetom na području dijetetike, Medicinskim fakultetom te Fakultetom za socijalni rad na području radne terapije.

Pored povezivanja u svrhu razmjene znanja i iskustva, za ZOD Ljubljana i sam projekt bilo je posebno važno podizanje razine strukovnih kompetencija i vještina samih strukovnih radnika u okviru projekta CrossCare. Fizioterapeuti su usvojili dodatno stručno znanje s područja »Ručna limfna drenaža« prema dr. Vodddru i »Fascial distorsion« modelu, radni terapeuti su usvojili dodatno stručno znanje na susretu radnih terapeuta i edukacijama „Occupational Based Practise and CMOP_E, COPM“ i AMPS, medicinske sestre su na području dijetetike sudjelovale na edukaciji »Aktualne teme palijativne skrbi« i »Klinička prehrana u praksi«, a na području zdravstvene njege u edukaciji namijenjenoj »Savjetnicima za promociju zdravlja na radu«. U svrhu stručnog, kvalitetnog i integriranog postupanja s pojedinim korisnikom, koordinatorica projekta CrossCare i strukovni radnici te, po potrebi, socijalni radnici redovito su sudjelovali na redovitim internim sastancima i stručnim kolegijima ZOD Ljubljana.

Za izvođenje usluga bila je vrlo važna i prepoznatljivost projekta, zbog čega je bilo potrebno neprestano i dosljedno komuniciranje s različitim ciljnom publikom i širom javnosti putem tiskanih medija, javni i lokalni događaji za komunikaciju sa strukovnim zdravstvenim i socijalnim djelatnicima, strukovni događaji, festivali, konferencije, i putem komunikacijskih kanala pridruženih partnera, koji imaju pristup široj mreži stručnjaka. U svrhu komunikacije s različitim ciljnom publikom te predstavljanja projekta i besplatnih CrossCare usluga, koordinator projekta i strukovni radnici ZOD Ljubljana su na poziv MOL-a sudjelovali na 6 okruglih stolova u gradskoj četvrti, pet puta na Danu susjeda u gradskoj zajednici,

jednom su sudjelovali na događaju Dan gradskih zajednica Polje i na predstavljanju u Dnevnom centru aktivnosti Rudnik. Koordinator projekta i strukovni radnici ZOD Ljubljana su predstavljanje besplatnih usluga u okviru projekta CrossCare izveli i u okviru zdravstvenog sustava, patronažnim sestrama na URI Soča, na sastanku Sveučilišne psihijatrijske klinike LJ, u UKC Ljubljana, na Festivalu zdravlja i trećem simpoziju Odjela socijalnih radnica i radnika u okviru zdravstvene djelatnosti. Sa svrhom predstavljanja pojedinačnih usluga projekta CrossCare, koordinator projekta i strukovni radnici ZOD Ljubljana pripremili su radionice na kojima su se predstavljali tijekom tri dna festivala na Tjednu cjeloživotnog učenja i i svojim doprinosom aktivno sudjelovali na okruglom stolu u sklopu TVU na Fakultetu za socijalni rad. Dvije godine zaredom (2x) su s radionicama aktivno sudjelovali na Festivalu za treće životno razdoblje na kojemu su pored projekta CrossCare predstavili i pojedine stručne teme. Koordinatorica projekta je predstavila projekt CrossCare na sastanku koordinatora Društva umirovljenika Komandanta Staneta i svojim doprinosom aktivno sudjelovala na Kongresu socijalnog rada, a strukovni radnici su sudjelovali u događaju Hod sjećanja - Spominčica i Oviratlonu, gdje su pobjedniku ponudili nagradu u obliku besplatne usluge fizioterapije CrossCare projekta. Radna terapeutkinja je četiri puta izvela događaj „Biblioterapija s osobama s demencijom“, Također, koordinatorica projekta i strukovni suradnici sudjelovali su u javnom događaju Dan otvorenih vrata ZOD Ljubljana, Godišnji susret korisnika ZOD Ljubljana i internom godišnjem događaju ZOD Ljubljana »Zbor delavcev« (Arhiv ZOD Ljubljana, 2020).

Pored sudjelovanja na raznim događajima u svrhu promocije projekta, koordinator i strukovni radnici projekta ZOD Ljubljana sudjelovali su i u pripremi promotivnih materijala CrossCare, kao što su letci, internetske stranice i završna publikacija projekta.

Mestna občina Ljubljana

MOL se projektu pridružio kao partner za informiranje javnosti o projektu i pobrinuo se za informiranje ciljnih skupina o dostupnosti usluga, stručnu javnost o inovativnom integriranom pristupu pomoći u kući za starije osobe, širu javnost na prekograničnom području o projektu, inozemne stručnjake o sadržaju i značenju projekta te za informiranje ciljnih skupina o novom programu izvođenja integriranog pristupa pomoći za starije u kući.

U svrhu promocije projekta MOL je izveo različite aktivnosti. Na početku projekta organizirao je

svečano potpisivanje partnerskog sporazuma u Gradskoj vijećnici Ljubljana, a nekoliko mjeseci kasnije u Gradskoj vijećnici Ljubljana uz prisutnost medija najavio je početak konferencija, koja je zabilježila vrlo dobru posjećenost. MOL je aktivno predstavljao projekt na 18. i 19. Festivalu za treće životno razdoblje u Cankarjevom domu s organiziranom prezentacijom u predavaonici i višednevnim informiranjem građana o projektu na vlastitom prezentacijskom prostoru.

Također, MOL se pobrinuo za objave članaka o projektu u Glasilu Ljubljana, pobrinuo se za predstavljanje projekta na nacionalnoj razini na konferenciji Udruženja gradskih općina Slovenije, uključujući i dva međunarodna događaja. U lipnju 2019. MOL je predstavio projekt na EUROCITIES susretu radnih skupina Zdravo starenje i Dostupna mjesta, a u listopadu i na dvodnevnoj međunarodnoj konferenciji Dani Beča u Ljubljani.

U svrhu informiranja ciljnih skupina o novom projektu i mogućnostima sudjelovanja i korištenja usluga, MOL je u šest od svojih četiri zajednica organizirao okrugle stolove za građane, za predstavljanje projekta odabrane su ruralne zajednice kako bi na taj način doprinijeli smanjenju depopulacije ruralnih područja i omogućili dobru informiranost, kao i mogućnost korištenja usluga onima koji su udaljeni od gradskog središta. Na interaktivnoj prezentaciji građanima su predstavljene besplatne usluge u okviru projekta, a nakon predstavljanja imali su mogućnost mjerenja krvog tlaka i savjetovanje sa stručnjacima koji izvode usluge.

Ustanova za zdravstvenu njegu u kući Zagreb

Grad Zagreb osnivač je Ustanove za zdravstvenu njegu u kući, najstarije ustanove ovog tipa, koje već skoro 60 godina pružaju usluge zdravstvene njege i fizikalne terapije našim bolesnicima, teško pokretnim i nepokretnim građanima grada Zagreba u njihovoj kući. Ustanova zapošljava 124 djelatnika: 63 medicinske sestre, 42 fizioterapeuta (za koje sklapa ugovor s HZZO-em te ugovara „limit“ za svakog djelatnika), 12 nezdravstvenih djelatnika, 1 glavna sestra i 6 radnih terapeuta. Ustanova se pridružuje projektu sa ciljem razmjena iskustava i suradnje, zbog razvijanja nadstandardne usluge pacijentima u smislu proširenja paketa dostupnih usluga, koje pruža u zdravstvenoj njezi i fizikalnim terapijama, uključivanjem "radne terapije u kući" kao dodatnim unapređenjem primarne/sekundarne razine zdravstvene zaštite na području Grada Zagreba, testiranjem modela pružanja integrirane skrbi za osobe starije životne dobi, koji

uključuje medicinsku sestru, fizioterapeuta i radnog terapeuta, obogaćenja stručnog kapaciteta Ustanove uz prateći potencijal za širenje znanja, povećanja efikasnost u pružanju postojećih usluga te prenošenju znanja i iskustava na području fizikalne terapije i zdravstvene njege. Projektne aktivnosti od strane koordinatora i zaposlenika Ustanove na projektu, započete su suradnju na kick-off meetingu u Ljubljani. Tijekom rujna 2018. godine Ustanova zapošljava 6 radnih terapeuta u svrhu poboljšanja kvalitete života starijih osoba u kući i korisnika za potrebe Projekta. Kako bi se uspješno provele projekte aktivnosti ustanova nabavlja slijedeću opremu dva osobna automobila, dva električna bicikla, dva skutera, šest tablet računala, šest mobilnih telefona i dvanaest elektostimulatora. Krajem rujna Ustanova organizira 1. stručnu radionicu u prostoru Skupštine Grada Zagreba i prostora Ustanove (V.Varičaka 18) na kojoj je sudjelovalo više od 60 sudionika iz domova zdravlja, specijalnih bolnica, Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, domova umirovljenika, zaklada te nevladinih organizacija. Tijekom 1. stručne radionice oblikovan je program integrirane skrbi za starije osobe u domu, koji se u idućem vremenskom periodu provjeravao kroz provedbu na terenu. Ustanova je izradila promotivne materijale i to, 500 mapa, 2 rol-up stalka, 500 traka za vrat i 500 blokova. Tijekom studenog, koordinatori i stručni suradnici Ustanove, sudjelovali su na partnerskom sastanku u Čakovcu tijekom kojega je dogovorena izrada IKT platforme, koja pruža sveobuhvatni statistički uvid u implementaciju integriranoga pristupa na korisnicima. U periodu do prosinca kada je održana 2. stručna radionica u Mariboru, radni terapeuti odradili su 10% od ukupno programom definiranog broja pacijenata te time stekli uvid o potrebnim izmjenama programa koje su i razmijenile tijekom stručne radionice. Također, tijekom radionice stručni radnici Ustanove su razmijenili informacije, znanja, iskustva i zajednički uobličili segmente IKT platforme vezane za radnoterapijske usluge. Kako je veliki naglasak projekta bio na proširenju kompetencija uključenih stručnjaka, tako je u ovom periodu također i organizirana i sudjelovalo se na 4 trajna usavršavanja i to edukaciju iz Procjene motoričkih i procesnih vještina – AMPS te primjene primjene klijent usmjerenog pristupa (CMOP-E i COPM). Također 3 terapeutkinje su tijekom projekta završile su stručno usavršavanje iz primjene Ayres pristupa senzoričke integracije te njegove primjene na populaciji osoba s demencijom. Tijekom perioda od rujna 2018 do ožujka 2020, u pripremi stručnih temelje, zaposlenice Ustanove, radne terapeutkinje su provele individualne terapijske susrete s korisnicima, građanima grada

Zagreba te time po prvi puta na razini primarne zdravstvene zaštite uključeno je 340 pacijenata, osoba starije životne dobi i osoba s invaliditetom u usluge iz djelatnosti radne terapije te pruženo više od 4.500 radnoterapijskih intervencija u trajanju ne kraćem od 60 minuta, dvaput tjedno. Program za provedbu integrirane skrbi starijih osobama je demonstriran je i u Ustanovi za zdravstvenu njegu Karlovac. Tijekom 12 međusobnih partnerskih edukacija, Ustanova je prenijela znanja kroz 3 radionice o palijativnoj skrbi, fizioterapijskoj praksi i medicinskoj njezi u domu, dok su na 9 radionica sudjelovali zaposlenici ustanove kao sudionici i to radni terapeuti, fizioterapeuti i medicinske sestre. Radi osnaživanja povezivanja sustava zdravstva i socijalne skrbi organizirane su i provedene radionice za socijalne radnike Centra za socijalnu skrb grada Zagreba, provedene edukacije za volontere palijativne skrbi. Prenesena iskustva udrugama u Sisačko-moslavačkoj županiji, Krapinsko-zagorskoj županiji te Gradu Zagrebu. Provedene Pripremljen niz edukativnih materijala za obitelji osoba s demencijom, zatim za prevenciju padova, prilagodbu doma kod totalne endoproteze kuka, prilagodbu doma općenito, izradu pomagala za aktivnosti dnevnog života te smjernice za rad s specifičnim dijagnozama i poteškoćama. Sa ciljem informiranja i prenošenja iskustva općoj javnosti, stručne suradnice su sudjelovale na gradskim sajmovima za stariju životnu dob, Gerontološkom tulumu 2018., Sajmu Pravo doba, Maksimirskim jesenima, Danima europskog sudjelovanja u Krapini i Gerontološkom tulumu 2019. Kako je veliki naglasak da na širenju spoznaja i sakupljenih iskustava radne terapeutkinje su prezentirale svoj rad i u međunarodnom kontekstu i to CECD Mira Sintra (Sintra, Portugal), E-Seniors (Francuska) CERCIOEIRAS – Cooperative Education and Rehabilitation of Citizens with Disabilities, CRL is a Cooperative Social Solidarity and Public Utility, Amica, GESMED, COPAVA - Asociación Coordinadora de Recursos de atención a personas con Diversidad Funcional intelectual (Španjolska –), Centrul IT pentru Stiinta si Tehnologie i ASOCIATIA A.D.I.V (ADIV) (Rumunjska), ARISTOTLE UNIVERSITY OF THESSALONIKI – AUTH (Grčka), WESTFALISCHE HOCHSCHULE GELSENKIRCHEN, BOCHOLT, RECKLINGHAUSEN (IAT)(Njemačka). Kako bi se razmjena znanja i sa budućim generacijama, iskustva sa projekta prenesena su studentima studija radne terapije Zdravstvenog veleučilišta u Zagrebu. Projektne rezultati su se prezentirali u obliku poster prezentacije i inspirativnog videa na Europskom sastanku edukatora u radnoj terapiji ENOTHE Annual meeting 2019 te će također biti prezentirani u rujnu 2020 godine na 2 Europskom kongresu radne terapije u Pragu.

Center za pomoć na domu Maribor

Center za pomoć na domu Maribor je javni zavod socijalne zaštite kojega je osnovala Mestna občina Maribor. Građanima Mestne občine Maribor, občine Starše, občine Hoče-Slivnica i občine Rače-Fram nudimo socijalno-zdravstvenu uslugu pomoći u kući koja obuhvaća tri temeljne skupine zadataka - pomoć kod obavljanja svakodnevnih zadataka, pomoć u kućanstvu i pomoć u održavanju socijalnih kontakata. Projektu CrossCare pridružili smo se kako bi proširili spektar mogućnosti koje možemo ponuditi našim korisnicima. Na projektu su zaposleni medicinska sestra, radna terapeutkinja, fizioterapeut i socijalna radnica. Tijekom cjelokupnog trajanja projekta korisnicima smo ponudili integrirani pristup - usluge zdravstvene i socijalne zaštite. Usluge zdravstvene njege do sada smo ponudili 246 korisnicima, usluge dijetetike 145 korisnicima, usluge radne terapije 106 korisnicima i usluge fizioterapije 147 korisnicima. Ovim rezultatima smo gotovo u cijelosti ostvarili postavljene ciljeve.

Sudjelovali smo i aktivno doprinijeli svim grupnim aktivnostima projekta (sastancima, međusobne edukacije, priprema Programa integriranog pristupa pomoći u kući, IKT platforma, trodnevne radionice...). Sa svrhom uključivanja u proces demonstracije i testiranja usluge u stvarnom životu, sudjelovali smo s pridruženim partnerom CSD Brežice, kojega smo posjećivali svaki mjesec. Tijekom svakog posjeta pripremali smo radionice za socijalne radnice zaposlene u Centru i posjećivali korisnike u kući. Veliki fokus posvetili smo podizanju razine stručnih kompetencija i vještina. U tu svrhu organizirali smo interne obuke za socijalne radnice zaposlene u Centru za pomoć na domu Maribor. Teme edukacije pripremili smo kao odgovor na potrebe koje su se pojavile na terenu tijekom neposrednog rada s korisnicima. Edukacije su bile izvedene tako da su sadržavale i praktični prikaz navedenoga. Dodatna znanja usvojili su i zaposlenici projekta. Medicinska sestra sudjelovala je na edukaciji »Korak po korak«, koja nudi dodatno znanje iz palijativne skrbi, a radna terapeutkinja je u fazi edukacije za AMPS.

Korisnicima smo htjeli ponuditi najkvalitetnije usluge i holistički pristup, zbog čega smo uspostavili suradnju sa svim službama koje bi mogle doprinijeti dobrobiti korisnika. Svakodnevno smo izmjenjivali informacije s koordinatoricama pomoći u kući i socijalnim radnicama o zajedničkim korisnicima. Jednom tjedno održavali smo strukovne sastanke svih zaposlenika na projektu CrossCare i koordinatorica pomoći u kući. Svaki mjesec sudjelovali smo na sastanku šireg

stručnog tima, na kojima su učestvovali i CSD Maribor, Hospic, patronaža, Kraljevi ulice, socijalna služba UKC Maribor i predstavnici programa Stariji za starije.

Projekt smo predstavili u gradskim četvrtima Maribora, imali postavljen štand na festivalu Lent - Art Kamp i predstavili se na festivalu volontiranja na Pedagoškom fakultetu Maribor. Gostovali smo u televizijskom emisiji u Mariboru na BK TV Maribor te u radijskoj emisiji Dodajmo smijeh godinama na Radio Mariboru. U novinama Večer objavljena su dva članka s opisom djelatnosti projekta i opisom praktičnog primjera o načinu djelovanja projekta.

Na terenu smo doznali da je sve više osoba s demencijom kojima je potreba dodatna potpora. Organizirali smo zajednicu namijenjenu osobama s demencijom koju vode radna terapeutkinja i koordinatorica pomoći u kući, koja je i informatorica u Zavodu s područja demencije. Skupina se sastaje jednom mjesečno, a odazivi korisnika su veoma pozitivni.

Održano je zaista mnogo događaja u okviru projekta. Najveći značaj projektu daju ljudi i priče koje kreirali zajedno zajedno s njima. Kad nam je dozvoljen pristup kućama ljudi i kada dotaknemo njihove živote može dogoditi nešto prekrasno. Kada suradnici u radnom procesu postanu čovjek koji je pun životnog iskustva te, s druge strane, strukovni radnik iz svojega područja, stvara se priča o uspjehu. U Centru za pomoć na domu Maribor ispričali smo veoma mnogo takvih priča. Najveća zahvala i potvrda dobrog rada na projektu CrossCare je rečenica izrečena na kraju postupka: »Hvala, promijenili ste mi život. Od sada će biti lakše.«

Dom zdravlja Čakovec

Dom zdravlja Čakovec započinje sa svojim radom 1993. godine kada je osnovan od strane Međimurske županije. Dom zdravlja pruža usluge opće zdravstvene zaštite od kojih se najviše izdvaja pružanje zdravstvene zaštite u kući putem patronažne službe koja pokriva područje cijele Međimurske županije koje je isključivo ruralno područje, s puno manjih sela i zaseoka te s puno starijih stanovnika koji žive u domaćinstvima udaljenom od ordinacija gdje im se mogu pružiti određene usluge koje su im potrebne. Dom zdravlja se pridružuje projektu s ciljem uvođenja novih usluga, fizikalne terapije i dijetetike, kojim će se smanjiti razlike između udaljenih mjesta stanovanja i centara županije a time se automatski postiže bolja dostupnost pomoći u kući za osobama starije životne dobi a time povećava i kvaliteta života starijeg pučanstva.

Projektne aktivnosti započele su u rujnu 2018. godine administrativnim radnjama te potpisivanjem partnerskog sporazuma i prisustvovanjem na Kick off meetingu u Ljubljani. Kako bi započeli sa ciljnom provedbom aktivnosti, koja uključuje terenski rad, Dom zdravlja je u okviru projekta zaposlio 1 koordinatora, 1 nutricionista i 4 fizioterapeuta. Za lakšu provedbu aktivnosti i komunikaciju između zaposlenika Dom zdravlja je nabavio 6 mobilnih telefona, 5 tablet računala, 6 laptopa, 1 automobil te 2 multifunkcijska uređaja potrebna za pružanje usluga fizioterapije.

Sukladno svojim znanjima i vještinama, zaposleni stručnjaci prisustvovali su stručnim radionicama organiziranih u Ustanovi za zdravstvenu njegu u kući Zagreb i Centru za pomoć na domu Maribor kako bi, na temelju prenosa iskustva i dobre prakse zajednički formirali Program integriranog pristupa skrbi za starije osobe u kući. Na temelju zajednički oblikovanog Programa, svaki partner je na svom području pružao individualne usluge na reprezentativnom uzorku osoba koji je na području Međimurske županije iznosio 612 korisnika u području fizioterapije i 169 korisnika za područje dijetetike. Zajedničkim radom smo navedene brojke uspjeli nadmašiti i prije predviđenog kraja projekta. Svojim prisustvom na radionicama, stručnjaci su također definirali izgled i sadržaj IKT platforme koja služi i olakšava pregled nad provedenim poslom te ujedno osigurava prikaz starističkog podataka. Za izradu IKT platforme, odnosno, odabir najboljeg vanjskog izvođača bio je odgovoran Dom zdravlja Čakovec.

S ciljem diseminacije projekta i njegovog doprinosa društva Dom zdravlja je nabavio 2.000 komada antistres optica sa logotipom projekta.

Kako bi poboljšali kompetencije i vještine svih zaposlenih stručnjaka na projektu, jedna od projektnih aktivnosti obuhvaćala je i obrazovanje stručnog osoblja što je također i jedan od specifičnih ciljeva projekta. U razdoblju od provedbe projekta stručnjaci s područja fizioterapije prisustvovali su na 5 trajnih usavršavanja koji su obuhvaćali edukacije iz Fizioterapijske mogućnosti kod psihijatrijskih bolesnika, Rehabilitacija ramena, Dekompresijska terapija kralješnice, Konzervativni oblici liječenja idiopatske adolescentne skolioze i Fascija i fascijalne tehnike. Na samom početku projekta organizirana je edukacija za nutricionista s ciljem stjecanja novih znanja i vještina o problemima vezanim uz prehranu osoba starije životne dobi te o odabiru pravilne prehrane. Također je organizirana edukacija za

koordinatora projekta sa ciljem usvajanja novih znanja i vještina potrebnih za provedbu EU projekta.

Sam proces demonstracije nove usluge i preispitivanja u realnom okruženju obuhvaćao je i pridružene partnere, sa hrvatske strane to je bila Ustanova za zdravstvenu njegu u kući Karlovac, gdje su stručnjaci iz Doma zdravlja Čakovec provodili usluge demonstracije nove uslugevaizmjence svaki drugi mjesec, ukupno 5 puta.

U okviru međuinstitucionalne prekogranične strukture suradnje provedeno je 12 međusobnih edukacija s ciljem prijenosa dobre prakse i iskustva u okviru partnerstva. Dom zdravlja Čakovec prenio je znanja ostalim partnerima kroz provedbu 3 edukacije iz područja paljativne skrbi, dok su na ostalih 9 radionica stručnjaci iz Doma zdravlja Čakovec prisustvovali kao sudionici.

S ciljem unapređenja integriranog pristupa između sustava zdravstvene i socijalne skrbi, organizirane su radionice sa Centrom za socijalnu skrb Čakovec i Centrom za pomoć u kući Međimurske županije. Prisustvovanje raznim javnim događajima osigurali smo informiranje ciljnih skupina o projektu. Promocije projekta održavale su se u sklopu događaja za Dan sestinstva, Dan šećerne bolesti, Dane grada Čakovca, Festivala Porcijunkulovo, Udruge slijepih i manifestacije Jesen u gradu Zrinskih. Događaji su bili organizirani od strane zdravstvenih ustanova, udruga i Turističke zajednice grada Čakovca.

Angažmanom svih partnera na ovom projektu i zajedničkom suradnjom stručnjaka uvidjeli smo nedostatke koje je potrebno ispraviti ali smo prepoznali i potrebu za nastavkom usluga kako bi održali, zadržali i unaprijedili kvalitetu života starijih osoba te njihovih obitelji.

Grad Zagreb

Grad Zagreb je glavni grad Republike Hrvatske ujedno i županija. U usporedbi s europskim zemljama Republika Hrvatska spada među zemlje s najstarijom populacijom, te se nalazi u skupini od deset europskih zemalja s najvećim udjelom starijih osoba u ukupnom stanovništvu. Starosna struktura stanovništva na području grada Zagreba nešto je povoljnija nego u ostatku Republike Hrvatske, ali osobe u dobi od 65 i više godina života stalno su rastući dio populacije koji je po Popisu stanovništava iz 2001. iznosio 14,88% u ukupnom pučanstvu Grada Zagreba, a po popisu stanovništva iz 2011. iznosi 17,3%. Prema procjenama Državnog zavoda za statistiku za 2018. u Zagrebu

živi 154 053 starih 65 i više godina, od čega 60 067 muškaraca i 93 986 žena, što čini 19,2 % stanovništva. U porastu je i broj osoba u dubokoj starosti, odnosno od 85 i više godina, koji u 2018. iznosi 10,1 % ukupnog broja starijih osoba u gradu Zagrebu (Državni zavod za statistiku, 2018.).

Kako bi svojim starijim sugrađanima stvorili preduvjete za dostojanstvenu starost osiguravajući usluge koje će utjecati na kvalitetniji život Grad Zagreb je uz postojeće strateške dokumente pristupio izradi novih intervencija i strateških dokumenata koji će dodatno doprinijeti uspostavi cjelovitog pristupa i dugoročne skrbi o starijim osobama.

Grad Zagreb niz godina ulaže u unapređenje i očuvanje zdravlja starijih osoba kroz osigurane zdravstvene i socijalne programe. Zdravstvena skrb i briga o oboljelim osobama starije životne dobi provodi se u zdravstvenim ustanovama Grada Zagreba, te u kući korisnika kroz programe institucionalne te izvaninstitucionalne skrbi. Zdravstvena zaštita organizirana je na tri razine (primarna, sekundarna i tercijarna) koje su međusobno povezane i surađuju u pružanju zdravstvene skrbi građanima Grada Zagreba. Uz postojeću institucionalnu skrb, neophodan je razvoj i novih izvaninstitucionalnih oblika skrbi za starije (Havelka, 2001). Recentna istraživanja naglašavaju važnost razvijenog sustava servisa za pružanje brojnih i raznolikih vrsta pomoći i podrške u lokalnoj zajednici koji su prilagođeni individualnim potrebama starijih osoba (Havelka i sur., 2000). To je ujedno i osnova za nove intervencije koje Grad Zagreb provodi u okviru Projekta integrirane skrbi za starije osobe CrossCare, koji ima za cilj razvoj novih usluga za pomoć u kući za starije stanovništvo i prijenos dobre prakse. Cilj mjera u okviru projekta CrossCare koje je pružala Ustanova za zdravstvenu njegu u kući Zagreb čiji je osnivač Grad Zagreb je pružiti pomoći starijim osobama u kućanstvima, omogućiti im ostanak u vlastitim domovima, postići viši stupanj psihološke i fizičke dobrobiti, osjećaj pripadnosti zajednici i upravljanja vlastitim životima, a u okviru izvaninstitucionalnih zdravstvenih usluga. Na taj način se ujedno smanjuju i troškovi smještaja u domovima za starije i nemoćne, skraćuje trajanje hospitalizacija i odgođenih otpuštanja iz zdravstvenih ustanova. Posebno je važno istaknuti da smo zagovaranjem dostupnosti izvaninstitucionalnih usluga u okviru Projekta CrossCare, a u suradnji sa drugim partnerima i pružateljima usluga, značajno doprinijeli i zagovaranju modela kombinirane socijalne politike (welfare-mix), smanjenju siromaštva te unapređenju socijalne kohezije.

Socijalna kohezija kroz aktivnosti u okviru Projekta CrossCare, a prema modelu dobrih EU praksi diseminacijom iskustava zagovarati će na razini RH i u okviru završne konferencije koja će se održati u svibnju 2020., a u organizaciji Grada Zagreba.

Aktivnosti Grada Zagreba u razdoblju provedbe Projekta odnosile su se na osiguranje usluge izrade vizualnog identiteta projekta – logotipa, promociju i predstavljanje projekta u Hrvatskoj te na međunarodnim konferencijama.

Predstavnici Grada Zagreba sudjelovali su na Kick off sastanku održanom u Ljubljani (2018) na kojoj je Jelena Pavičić Vukičević, zamjenica gradonačelnika Grada Zagreba potpisala Ugovor o sufinanciranju Projekta i Ugovora o partnerstvu.

Dana 24. - 26. 9.2018. - u Zagrebu je održana trodnevna strukovna radionica. Prvi dan 24. 9. 2018. s početkom u 9 sati održana je konferencija za medije u zgradi Gradske uprave Grada Zagreba na kojoj su uz Gradonačelnika grada Zagreba sudjelovali predstavnici svih projektnih partnera. Predstavници Grada Zagreba sudjelovali su i na Početnoj konferenciji održanoj 23. 01. 2019. u Ljubljani. Promocija projekta održana je kroz sve dostupne javne kanale komunikacije, tako je Mirela Šentija Knežević koordinatorica Projekta gostovala lokalnoj televiziji Z1 gdje je predstavila javnosti Projekt.

Od 15- 18. svibnja 2019. na Sajmu "Pravo doba" - Sajmu za zrele generacije koji je održan na Zagrebačkom Velesajmu, a namijenjen je osobama 3 životne dobi promoviran je Projekt CrossCare. Za promociju je osiguran štand sva tri dana trajanja Sajma, a sam Projekt prezentiran je u stručnom dijelu programa u petak 17. svibnja 2019. Projekt su predstavile Mirela Šentija Knežević iz Grada Zagreba i Saša Radić iz Ustanove za zdravstvenu njegu u kući.

Projekt je predstavljen na Međunarodnoj konferenciji "Živjeti starost - izazov za pojedinca, obitelj i društvo" koja je održana u listopadu 2019. u Zagrebu. Projekt je zajedno s predstavnicima partnera iz Grada Ljubljane predstavljen na konferenciji Dani Beča u Ljubljani - Dunajski dnevni, a u ime projektnog tima projektne aktivnosti Grada Zagreba je predstavila Marijana Prevendar.

Predstavnici Grada Zagreba sudjelovali su u predstavljanju Projekta Zajedničkom tajništvu Vlade Republike Slovenije za razvoj i europsku kohezijsku politiku u suradnji sa svim projektnim partnerima u Ljubljani dana 3.12.2019.

Projekt je prijavljen i prihvaćen za predstavljanje na 20. Međunarodnoj konferenciji o integriranoj skrbi - 20th International Conference on Integrated care koja će se održati u Šibeniku 27-29. travnja 2020.

Grad Zagreb predstavio je projektne aktivnosti zajedno s Ustanovom za zdravstvenu njegu u kući u okviru javnozdravstvene akcije „Dan crvenih haljina“, koja se organizira u cilju prevencije moždanog udara kod žena. U okviru akcije prezentirali smo javnosti uslugu radne terapije i intervencije koje mogu svakodnevno pomoći osobama koje su preboljele moždani udar.

Završna konferencija Projekta CrossCare održati će se u organizaciji Grada Zagreba 7.5.2020. u Opatiji u sklopu 4. hrvatskog gerontološkog i gerijatrijskog kongresa s međunarodnim sudjelovanjem, a sukladno dopuštenju Glavnog tajništva. To će ujedno biti prilika da predstavimo aktivnosti integrirane skrbi u okviru Projekta CrossCare te projektne rezultate dionicima iz zdravstvenog i socijalnog sustava. Osim toga na završnoj konferenciji zagovarati će se održivost i dostupnost projektnih usluga i u okviru redovitog sustava Slovenije i Hrvatske.

ZAKLJUČAK

Kao što je vidljivo iz priloženog, u okviru projekta, koji je trajao ukupno dvije godine, izvedeno je mnogo aktivnosti koje smo izveli zajedno s partnerima ili pojedinačno, u svrhu provođenja integriranog pristupa koji spaja zdravstvene i socijalne usluge kao rješenje održivo sustavu. Spleli smo mrežu veza na svim razinama, koje su se duboko usidrile u svakom sudioniku. Zaposleni na projektu su nabolje osjetili njegovu važnost jer su neprestano bili u kontaktu s ljudima koji su to iskusili kao način poboljšanja kvalitete vlastitog života. Tako se kvaliteta života poboljšala svim sudionicima pomoću novih poznanstava, iskustava i znanja.

Literatura

- Arhiv Zavod za oskrbu na domu Ljubljana (2020). Neobjavljeno.
- Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske. www.dzs.hr
- Havelka, M., Despot Lučanin J. i Lučanin, D. (2000.), Potrebe starijih osoba za cjelovitim uslugama skrbi u lokalnoj zajednici, Revija za socijalnu politiku, 7., (1.): 19.-27.
- Havelka, M. (2001.), Skrb za starije ljude u Hrvatskoj – potreba uvođenja novih modela, Društvena istraživanja, 12., (1.-2.): 225.-245.
- Partner progress report SLO-HR 310 CrossCare, (b.d.) Pridobljeno 02. 03. 2020 s <https://ems.si-hr.eu/ems/app/main?execution=e4s1> . Neobjavljeno.
- Prijavnica projekta Integriran pristop oskrbe starijih na domu CrossCare (2018). Neobjavljeno.
- Program projekta Integriran pristop oskrbe starijih na domu CrossCare (2019). Neobjavljeno.

1

ZAVOD ZA OSKRBO NA DOMU LJUBLJANA

KDO JE ZAVOD ZA OSKRBO NA DOMU LJUBLJANA

Laura Perko

Večina uporabnikov, uporabnic, zaposlenih, Ljubljančanov in Ljubljančank nas pozna pod krajšim imenom ZOD Ljubljana. Je javni socialnovarstveni zavod, ki ga je ustanovila Mestna občina Ljubljana (v nadaljevanju besedila: MOL). ZOD Ljubljana kot osnovno dejavnost izvaja socialno oskrbo na domu na območju MOL, dodatno pa še programa organiziranega prostovoljstva in medgeneracijskega sodelovanja. Prav tako se s številnimi projekti odzivamo na potrebe uporabnikov, ki živijo na domu. Ima 150 zaposlenih, od teh 125 socialnih oskrbovalk in oskrbovalcev, ki dnevno oskrbujejo uporabnike in uporabnice na domovih.

Letno oskrbujemo več kot tisoč uporabnikov v Ljubljani. ZOD Ljubljana s svojimi številnimi aktivnostmi omogoča bolj kakovostno življenje vsem tistim, ki zaradi starosti, bolezni ali invalidnosti potrebujejo pomoč in oporo pri življenju v domačem okolju. Poleg zaposlenih h kakovosti storitev veliko prispeva tudi 80 aktivnih prostovoljcev.

Od ustanovitve ZOD Ljubljana dobiva nove dimenzije in pomene, nemalokrat je pobudnik in začetnik novih praks na področju socialne oskrbe in drugih storitev ter

aktivnosti na domu in v skupnosti. Socialna oskrba je v vseh teh letih napredovala in se razvijala, večkrat tudi manj hitro in intenzivno, kot bi si želeli tisti, ki delamo na tem področju, predvsem pa ne v zadostni meri, kot bi je uporabniki potrebovali. Razloge za to lahko iščemo v različnih dejavnikih. Ne glede na to je zavod večkrat oral ledino na področju novih programov, inovativnih projektov in aktivnosti z namenom, da bi starejšim ljudem, ki živijo doma, ponudili storitve, ki jih zares potrebujejo. ZOD Ljubljana že dolgo ni le izvajalec socialne oskrbe na domu, temveč ponudnik različnih programov in projektov. Med njimi je več takih, ki so odmevni v širšem slovenskem prostoru. Za nekatere je zavod prejel tudi nacionalna priznanja. Prav tako se je v vseh teh letih razvijal poklic socialna oskrbovalka na domu, ki se je profesionaliziral in je v programih za pridobitev nacionalne poklicne kvalifikacije. Danes je zelo iskan profil.

Socialna oskrba

Pomoč na domu – socialna oskrba na domu ima dolgo tradicijo. Razvijati se je začela v osemdesetih letih prejšnjega stoletja, zato je že dolgo uveljavljena in v slovenskem prostoru prepoznana storitev. V zadnjem času, ko govorimo o dolgotrajni oskrbi in potrebi po organiziranju več storitev ter novih oblikah oskrbe v skupnosti, je tudi vse bolj aktualna. ZOD Ljubljana je največji javni zavod v Sloveniji, ki izvaja socialno oskrbo na domu. Neposredno oskrbo na domovih uporabnikov in uporabnic izvajajo socialne oskrbovalke in oskrbovalci, za njihovo koordinacijo in vodenje skrbijo strokovni delavci in delavke ter zaposleni v upravi. Uporabnikom nudimo pomoč pri temeljnih dnevni opravilih, pomoč v gospodinjstvu

in pri ohranjanju socialnih stikov. Storitve je z visoko subvencionirano ceno MOL, v višini 80 odstotkov, dostopna starejšim.

Programa organiziranega prostovoljstva in medgeneracijskega sodelovanja kot dodatna dejavnost

ZOD Ljubljana od aprila 2014 izvaja programa organiziranega prostovoljstva in medgeneracijskega sodelovanja. Prostovoljci delujejo na štirih področjih: družabništvo z uporabniki, izvajanje delavnic za uporabnike in njihove svojce, promocija zavoda in prostovoljskega dela ter prostovoljsko delo v okviru projektov. Prostovoljci uporabnikom omogočajo bolj kakovostno preživljanje prostega časa v obliki družabništva na njihovem domu. S prostovoljstvom se krepijo socialne mreže, se povečuje osebno zadovoljstvo, se združujejo generacije in spodbuja medgeneracijsko povezovanje. Od začetka programa do danes je v programu organiziranega prostovoljstva sodelovalo več kot 200 prostovoljcev, ki so skupno opravili skoraj 20.000 prostovoljskih ur. Prostovoljci so vključeni v uvodna usposabljanja in imajo redna mentorska srečanja. Supervizijo za prostovoljce pa izvaja licencirana supervizorka s področja socialnega varstva; prostovoljci in prostovoljke so z njo zelo zadovoljni ter jim vse pridobljeno znanje koristi pri delu.

V okviru omenjenega programa izvajamo več dogodkov, usposabljanja, izobraževanja, delavnice in druge aktivnosti, s katerimi uporabnikom, njihovim svojcem, prostovoljcem in drugim zainteresiranim meščanom MOL omogočamo druženje ter jih spodbujamo za medgeneracijsko sodelovanje. V letu 2019 smo v sodelovanju s prostovoljci, zaposlenimi, uporabniki in njihovimi svojci izvedli več dogodkov: Dan odprtih vrat ZOD Ljubljana; tradicionalno letno srečanje uporabnikov, ki se ga udeleži okoli 400 uporabnikov, svojcev, zaposlenih in prostovoljcev; novoletno medgeneracijsko druženje na Srednji frizerski šoli Ljubljana; tečaj Ruščina za starejše; delavnice za urjenje spomina in kognitivnih sposobnosti in druge. Vsako leto se pridružimo številnim aktivnostim v sklopu projekta Teden vseživljenjskega učenja. Vsak mesec se redno srečujejo člani skupine za samopomoč za svojce oseb z demenco, medtem ko za uporabnike z demenco potekajo delavnice urjenja spomina. Lani smo za božično-novoletne praznike obdarili nekaj uporabnikov, ki imajo nizke dohodke oz. živijo v revščini. Vsako leto izvajamo Unicefov projekt Punčka iz cunj. Po vsaki sezoni organiziramo dobrodelno razstavo s prodajo. Nakup izdelkov v prostorih zavoda, kjer so tudi stalno razstavljeni, pa je mogoč celo leto. Izkupiček se zbira na Unicefu in je namenjen otrokom.

ZOD Ljubljana sodeluje s četrtnimi skupnostmi, na Festivalu za tretje življenjsko obdobje, Festivalu zdravja, Festivalu prostovoljstva, Tednu vseživljenjskega učenja in Evropskem tednu mobilnosti. Prav tako vrsto let sodeluje z ljubljanskimi vrtci, centrom medgeneracijskega učenja Cene Štupar, dnevnimi centri aktivnosti za starejše, Fakulteto za socialno delo Univerze v Ljubljani, Zdravstveno fakulteto Univerze v Ljubljani, Fakulteto za družbene vede v Ljubljani in Fakulteto za dizajn. Organiziramo strokovne ekskurzije in gostimo predavatelje s strokovnimi vsebinami. S prostovoljci sodelujemo tudi na nekaterih drugih dogodkih (festival Veseli dan prostovoljstva; Festival zdravja; Arena mladih; Sprehod za spomin ob svetovnem dnevu Alzheimerjeve bolezni in drugih) ter na strokovnih srečanjih.

ZOD Ljubljana je med drugim tudi Mladim prijazna prostovoljska organizacija. Naše izkušnje z organiziranim prostovoljstvom prenašamo tudi na druge in jim nudimo pomoč pri vzpostavitvi prostovoljskega programa (npr. Društvu gluhih in naglušnih Ljubljana).

Projekt urbano vrtičkanje z babico in dedkom kot prostovoljski projekt

Gre za avtorski, pilotni in medgeneracijski projekt, ki je edinstven na področju medgeneracijskega povezovanja. Vrtičkarstvo je dejavnost, ki ne zahteva formalne izobrazbe, ampak zgolj izkušnje. Izkazalo se je kot dejavnost, ki je uporabna za vključevanje ljudi v skupino in skupnost. Lokalna samooskrba je tudi ena od pomembnih tematik prihodnosti, ne le Ljubljane – Zelene prestolnice Evrope 2016, temveč tudi drugih mest. Cilj projekta je v lokalnem okolju spodbuditi več generacij k aktivnemu preživljanju prostega časa, z aktivnostmi okrepiti vrednote medgeneracijskega sodelovanja v lokalnem okolju, preprečevati ali zmanjševati osamljenost, predvsem starejših meščanov, premagovati stereotipe in predsodke med generacijami, omogočiti pridobitev različnih znanj, veščin in praktičnih izkušenj ter okrepiti povezovanje javnih institucij in nevladnih organizacij v lokalnem okolju. Prostovoljci, ki sodelujejo v projektu, obdelujejo in skrbijo za skupni vrt v eni od urbanih ljubljanskih sosek. Aktivnosti načrtujejo skupaj in jih prilagajajo letnemu času. Pridelke skupaj posadimo, pobereemo in shranjujemo. Jeseni in pozimi imamo v načrtu skupno kuhanje in izmenjavo receptov. Pri tem uporabljamo prostore dnevnega centra, ki je v bližini vrtička. Uporabo zemljišča, ki nam ga je letos uspelo tudi ograditi, nam je omogočila MOL. Nosilec projekta je ZOD Ljubljana, projektna partnerja pa Mestna zveza upokojencev Ljubljana s programom Dnevni centri aktivnosti za starejše Ljubljana in Javni zavod Mladi zmaji.

ZAKLJUČENI PROJEKTI V SOPARTNERSTVU

Sobivanje z demenco z Zdravstveno fakulteto

Študentski inovativni projekt za družbeno korist (trajanje od 15. 8. do 15. 9. 2018, nosilec projekta Zdravstvena fakulteta Univerze v Ljubljani) je bil sofinanciran s strani Ministrstva za izobraževanje, znanost in šport ter Evropske unije iz Evropskega socialnega sklada. Projekt je obsegal osem srečanj z uporabniki z demenco in njihovimi svojci. Srečanja so potekala na Zdravstveni fakulteti Univerze v Ljubljani ter so jih izvedli študenti 2. letnika pod mentorstvom profesorice in njene asistentke. Delavnic za svoje osebe z demenco se je udeležilo 16 oseb, od tega osem oseb z demenco in osem njihovih svojcev. Organizirane so bile na temo senzorne integracije ter izdelave spominskega priročnika in pripomočkov za senzorno integracijo uporabnikov z demenco; potekala je tudi kreativna delavnica. Njihovi svojci so hkrati imeli svoje delavnice na temo komunikacije z osebo z demenco, priprave demenci zdravih obrokov, izdelave spominskega priročnika za osebo z demenco in pripomočkov za senzorno stimulacijo ter uporabe sprostitvenih tehnik. Zanje so pripravili tudi delavnico na temo, kako poskrbeti za svoje lastne potrebe ob skrbi za osebe z demenco.

Za demenci prijazna skupnost s Spominčico – Alzheimer Slovenija (od oktobra 2017 do novembra 2018)

V okviru nacionalnega projekta Za demenci prijazna skupnost smo skupaj s Spominčico in drugimi projektnimi partnerji izvedli strokovna predavanja kot tudi usposabljanje za strokovne delavce, strokovne sodelavce, prostovoljce, neformalne oskrbovalce in drugo zainteresirano javnost. Namen projekta je bilo oblikovanje neformalnih izobraževalnih programov in usposabljanj za posamezne ciljne skupine, ki bodo prispevali k oblikovanju demenci prijazne skupnosti, ki ljudi z demenco sprejema in podpira. Namen je informiranje o možnostih pomoči in podpore, ki so na voljo v skupnostih, o dostopnosti zdravstvene obravnave, povezovanju različnih organizacij z namenom večje prepoznavnosti demence, večjem ozaveščanju in s tem večjih možnosti za zgodnjo diagnozo bolezni. Projekt je sofinanciralo Ministrstvo za zdravje, nosilec projekta je bila Spominčica – Alzheimer Slovenija – Slovensko združenje za pomoč pri demenci, projektni partnerji pa ZOD Ljubljana, Psihiatrična bolnišnica Ormož, Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Dom Hmelina, Dom upokojeencev Nova Gorica in Zdravstveni dom Izola.

Projekt CrossCare

Leta 2015 smo v okviru evropskega projekta Aktivno in kvalitetno staranje v domačem okolju (A-Qu-A), ki ga je financiral program norveškega finančnega mehanizma 2009-2014, izvajali brezplačne storitve fizioterapije, delovne terapije in druge zdravstvene dejavnosti na domu uporabnikov. Projekt, katerega nosilec in vodilni partner je bil prav ZOD Ljubljana, je bil inovativen in izredno odmeven v slovenskem prostoru. Nadaljujemo kot nosilec s podobnim, a tokrat mednarodnim, čezmejnim projektom CrossCare. Projekt uvaja integriran pristop oskrbe starejših ljudi na domu. Meščankam in meščanom MOL smo znova omogočili brezplačne storitve delovne terapije, fizioterapije, zdravstvene nege in dietetike. Cilj projekta CrossCare je razvoj in vzpostavitev nove čezmejne strukture sodelovanja za zagotavljanje integriranega pristopa oskrbe na domu, ki predstavlja sinergijo socialne in zdravstvene oskrbe v skupnosti. Vodilni projektni partner je ZOD Ljubljana. Pri izvajanju projekta se povezujemo s številnimi partnerji. Partnerji in aktivnosti projekta so predstavljeni v pričujoči publikaciji.

Prav tako smo sodelovali v več projektih, denimo s Fakulteto za socialno delo Univerze v Ljubljani v študentskem inovativnem projektu za družbeno korist Krepimo zdravje v starosti; z Zdravstveno fakulteto Univerze v Ljubljani v projektu Sobivanje z demenco in drugih manjših. S svojim strokovnim delom prispevamo k uveljavitvi dobre prakse na področju postavitve nacionalnega sistema dolgotrajne oskrbe v skupnosti. Smo učna in raziskovalna baza s področja socialnega dela in zdravstva.

Za svoje inovativno in strokovno odmevno delo na področju oskrbe in aktivnosti za starejše smo prejeli številne nagrade: leta 2016 državno priznanje oz. skupinsko nagrado za zaposlene na področju socialnega varstva za leto 2016, ki jo podeljuje Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti; leta 2017, v okviru XXIV. Dnevo slovenske uprave, ki jih organizirajo na Fakulteti za upravo Univerze v Ljubljani, je bil ZOD Ljubljana razglašen za zmagovalca natečaja za naj izboljšavo v javni upravi »Premik naprej 2017«. Priznanje smo prejeli za projekt A-Qu-A, socialni servis ter programa organiziranega prostovoljstva in medgeneracijskega sodelovanja. Med drugim smo prejeli naslednja naziva: Unicefova varna točka za otroke (2016) in Demenci prijazna točka (2018). V letu 2016 smo prejeli ISO standard in ga v letu 2019 ponovno potrdili ter bili v letu 2018 podpisniki Listine raznolikosti.



Vse od ustanovitve si prizadevamo, da bi nudili kakovostno oskrbo meščanom in meščankam MOL. Poleg tega pa vpeljujemo novosti in strokovni napredek, ki temelji na sodobnih trendih in smernicah v oskrbi na domu in v skupnosti. Pri svojem delu in aktivnostih izhajamo iz dobre organizacije, povezovanja in sodelovanja z drugimi akterji na lokalnem in nacionalnem nivoju. Prizadevamo si za vzpostavitev celostnega pristopa pri organizaciji in nujenju storitev uporabnikom z upoštevanjem individualnih razlik med ljudmi, izhajamo iz spoštovanja starejših in iz želje krepiti njihovo moč. Že skoraj dvajset let s svojim strokovnim delom prispevamo k dobri praksi na področju pomoči na domu in aktivnosti v skupnosti. S strokovnimi predlogi, ki temeljijo na izkušnjah iz prakse, sooblikujemo predloge za prihajajočo organizacijo sistema dolgotrajne oskrbe.

Opisano je tudi namen projekta CrossCare, ki mu posvečamo publikacijo, ki je pred nami. Njegovi nameni pa so še drugi: uporabnikom, ki živijo na domu, ponuditi brezplačne storitve s področja zdravstva, izmenjava strokovnih izkušenj med izvajalci s področja zdravstva in socialnega varstva ter preizkušati in uvajati nove pristope integrirane

oskrbe, nove tehnike in prakse pri delu z uporabniki na domu in v skupnosti. Najpomembnejši cilj, ki ga želimo uresničiti po zaključenem projektu, je ta, da bi lahko z aktivnostmi za uporabnike nadaljevali, saj storitve, ki jih v okviru projekta izvajamo, ljudje, ki živijo na domu, nujno potrebujejo.

INTEGRIRAN PRISTOP OSKRBE STAREJŠIH NA DOMU: PROJEKT CROSSCARE KOT PRIMER DOBRE PRAKSE

Maja Jarc

Razvite države že dolgo vidijo prednost v integraciji različnih področij z namenom zagotavljanja optimalne storitve in vključujoče obravnave udeleženca. Podoben trend je tudi na področju oskrbe starejših na domu, kjer gre predvsem za združevanje storitev, ki spadajo pod področje zdravstvenega in socialnega varstva, saj lahko s skupnimi znanji, spretnostmi in izkušnjami uporabniku zagotovimo celostno obravnavo, ki upošteva njegove unikatne, njemu specifične fizične, psihične, socialne in duhovne potrebe in zmožnosti. Ker je v zadnjih letih zaslediti trend staranja prebivalstva in, ker potrebe po formalni ureditvi področja oskrbe starejših na domu naraščajo, je najbolj smiselno vzpostaviti celosten in integriran pristop pri izvajanju zdravstvenih in socialnih storitev. S tem namenom smo med 01. 09. 2018 in 31. 08. 2020 s sodelovanjem pri vzpostavitvi nove čezmejne strukture med Slovenijo in Hrvaško, dobili priložnost, da teorijo in primere dobre prakse iz tujine, preizkusimo tudi na našem območju in tako projekt CrossCare Interreg SL-HR, ki združeno ponuja brezplačne storitve fizioterapije, delovne terapije, zdravstvene nege in dietetike – integriran pristop k uporabniku, ki je bil mišljen kot testni, prikažemo kot nujno potreben na vsakodnevni in sistemski ravni države oziroma občine Ljubljana, saj je področje dolgotrajne oskrbe starejših ljudi na domu normativno neurejeno, kar pri starejših osebah vpliva tudi na nivo zadovoljstva z življenjem.

Ključne besede: integriran pristop, celovita oskrba starejših, oskrba starejših na domu, dolgotrajna oskrba, kakovostna oskrba na domu, realizacija projekta, koordinacija projekta, fizioterapija, delovna terapija, zdravstvena nega, dietetika

UVOD

S projektom Integriran pristop oskrbe starejših na domu »CrossCare« v sklopu Zavoda za oskrbo na domu Ljubljana odgovarjamo predvsem na izziv staranja prebivalstva in oskrbe starejših ljudi na domu s področja mestne občine Ljubljana, a skozi izmenjavo izkušenj in znanj sodelujemo še s Centrom za pomoč na domu Maribor, Centrom za socialno delo Brežice, z različnimi fakultetami in seveda s partnerskimi institucijami iz Hrvaške.

Glavni namen projekta je pokazati, kako bi z zaposlitvijo različnih strokovnih delavcev iz socialne in zdravstvene stroke, v praksi izvajali in vzpostavili integriran pristop oskrbe starejših ljudi na domu, kar bi služilo kot podlaga za formalno normativno ureditev področja dolgotrajne oskrbe starejših ljudi na domu.

S projektom smo ponudili dostop do storitev fizioterapije, delovne terapije, zdravstvene nege in dietetike ljudem, ki do njih sicer sploh ne dostopajo, storitve so bile brezplačne, pri čemer so imeli prednost tisti, ki živijo bolj oddaljeno od mestnega središča.

V praksi se je izkazalo, da se je zaradi celostnega pristopa do uporabnika dvignila kakovost oskrbe na domu, tudi skozi konstantno medsebojno sodelovanje in izmenjavo znanj strokovnih delavcev, ne le na srečanjih v živo temveč tudi preko vzpostavljene digitalne platforme, ki poenoteno in integrirano obravnava in analizira posameznega uporabnika.

V nadaljevanju predstavljamo, kako smo v okviru projekta CrossCare v praksi (so)delovali zaposleni na projektu, v okviru Zavoda za oskrbo na domu Ljubljana.

KLJUČNI CILJI IN AKTIVNOSTI V OKVIRU PROJEKTA CROSSCARE

Splošni cilj projekta je razvoj in vzpostavitev integriranega pristopa oskrbe starejših na domu, v katerem se med seboj povezujejo in dopolnjujejo storitve socialnega varstva in zdravstvenega varstva, saj sistemske ureditve tega področja zaenkrat še nimamo.

Redno izvajanje strokovnih storitev oziroma demonstracija integriranega pristopa CrossCare v realnem okolju – cilji in aktivnosti

S projektom smo pridobili strokovnjake, ki jih sicer v Zavodu za oskrbo na domu (ZOD LJ) ne zaposlujejo, in sicer smo za namen projekta CrossCare na novo zaposlili dva fizioterapevta ki izvajata storitve fizioterapije, dva delovna terapevta, ki izvajata storitve delovne terapije, eno medicinsko sestro-dietetičarko, ki izvaja storitve zdravstvene nege in dietetike in eno koordinatorico projekta, ki projekt vodi.

Fizioterapija je namenjena posameznikom, ki potrebujejo ponovno vzpostavitev optimalnega gibanja in funkcijskih sposobnosti, pri čemer vključuje uporabo različnih metod dela, kot so kinezioterapija, hidroterapijo, manualne tehnike in uporabo različnih fizikalnih agensov v terapevtske namene (elektroterapija, magnetoterapija, ultrazvočna terapija, itd.) (Zloženska CrossCare, Perko 2020). Starejši osebi na projektu CrossCare, v okviru fizioterapevtskih storitev na domu nudimo do 8 obravnav v trajanju približno 45 minut. **Delovna terapija** omogoča posameznikom in skupinam doseganje optimalnega funkcioniranja v aktivnostih vsakdanjega življenja, ki vključujejo skrb zase, produktivnost in prosti čas. Delovno-terapevtska obravnava vključuje tudi prilagoditev življenjskega okolja za izvajanje aktivnosti in izobraževanje svojcev oziroma oseb, ki živijo z uporabnikom. V sklopu projekta delovna terapevta posameznemu uporabniku nudita 10 oziroma 15 obravnav, v trajanju od 45 do 90 minut (Zloženska CrossCare, Perko 2020). **Zdravstvena nega** omogoča pomoč in nego bolnih, starejših oseb, hkrati pa sodeluje tudi v procesu preventive, zdravljenja in rehabilitacije (Zloženska CrossCare, 2018). Medicinska sestra je v okviru projekta spremljala osnovne življenjske aktivnosti uporabnika, ki temelji na unikatni življenjski zgodbi uporabnika, storitve pa so se nanašale na zadovoljevanje vsakodnevnih potreb in želja, pri čemer je nudila povprečno 2 obravnavi, v trajanju povprečno 60 minut. **Dietetika** je namenjena

individualnemu svetovanju in promociji zdravega načina prehranjevanja ter varovanju in krepitvi zdravja (Zloženska CrossCare, 2018). Medicinska sestra dietetičarka je v okviru projekta CrossCare nudila povprečno 1 obravnavo, v trajanju približno 30 minut. Koordinacija projekta je namenjena celostnemu pregledu nad projektom, v smislu projektnega vodenja, ki vključuje načrtovanje, koordiniranje, izvajanje in evalvacijo opravljenih aktivnosti v okviru projekta. V okviru koordinacije projekta se povezuje in spodbuja sodelovanje na različnih nivojih in tako koordinator deluje kot vezni člen med vsemi posamezniki, ki so vključeni v projekt, od uporabnikov in strokovnih delavcev ter služb na različnih področjih zdravstva in socialnega dela do projektne partnerjev in medijev.

Ciljna skupina, ki so jim bile omenjene brezplačne storitve na domu namenjene, so ljudje stari nad 65 let ali ovirani (ki imajo priznan statusom invalida), pogoj za vključitev v projekt je tudi prijavljeno stalno oz. začasno prebivališče v tisti občini, kjer ustanova deluje – za ZOD Ljubljana torej Mestna občina Ljubljana (MOL), pri čemer imajo prednost uporabniki, ki živijo zunaj urbanih središč.

Strokovni delavci ZOD Ljubljana so redno izvajali oziroma demonstrirali posamezne storitve v realnem okolju. Cilj Zavoda za oskrbo na domu je vključiti v fizioterapijo 306 uporabnikov, v delovno terapijo 128 uporabnikov, v zdravstveno nego 406 uporabnikov in v storitve dietetike 169 uporabnikov. V kolikšni meri je bil cilj dosežen je prikazano v Tabeli 1, glede na posamezno strokovno področje posebej, in sicer je navedeno ciljno število obravnavanih uporabnikov do konca projekta 30. 08. 2020 v primerjavi z realiziranim številom obiskanih uporabnikov do 30. 06. 2020.

ZOD Ljubljana je v obdobju od 01. 09. 2018 do 30. 06. 2020, izvajal storitve s področja fizioterapije, delovne terapije, zdravstvene nege in dietetike. Do konca projekta, 30. 08. 2020, je predvideno ciljno število uporabnikov na področju fizioterapije za ZOD Ljubljana 306 oseb, pri čemer je bilo 30. 06. 2020, obravnavanih 306 oseb, kar pomeni, da smo cilj dosegli. Na področju delovne terapije je bilo do konca projekta, 30. 08. 2020 za ZOD Ljubljana, predvideno ciljno število uporabnikov 128 oseb, pri čemer je bilo 20. 02. 2020, obravnavanih 241 oseb, kar pomeni, da je to cilj presegló za 113 oseb, kar je za 88,28 % presežen cilj v primerjavi z zelenim končnim ciljnim številom uporabnikov (128). Na področju zdravstvene nege je bilo do konca projekta, 30. 08. 2020 za ZOD Ljubljana, predvideno ciljno število uporabnikov 406 oseb, pri

Tabela 1: Prikaz dosega ciljnega števila uporabnikov in realizacija demonstracije storitev v realnem okolju za ZOD Ljubljana za vse posamezne storitve, v obdobju od začetka projekta, 01. 09. 2018 do 30. 06. 2020.

ZOD Ljubljana - storitve	Cilji do 30. 08. 2020	Realizacija do 30. 06. 2020	Doseganje realizacije do 30. 06. 2020
Fizioterapija	306	306	-
Delovna terapija	128	241	+113
Zdravstvena nega	406	578	+172
Dietetika	169	244	+75
Skupaj	1009	1359	+350

čemer je bilo 20. 02. 2020, obravnavanih 578 oseb, kar pomeni, da je to cilj preseženo za 172 oseb, kar je za 42,36 % presežen cilj v primerjavi z zelenim končnim ciljnimi številom uporabnikov (406). Na področju dietetike je bilo do konca projekta, 30. 08. 2020 za ZOD Ljubljana, predvideno ciljno število uporabnikov 169 oseb, pri čemer je bilo 20. 02. 2020, obravnavanih 244 oseb, kar pomeni, da je to cilj preseženo za 75 oseb, kar je za 44,38 % presežen cilj v primerjavi z zelenim končnim ciljnimi številom uporabnikov (406).

Ciljno število vključenih uporabnikov smo do 30. 06. 2020 dosegli.

Dvig kompetenc strokovnih delavcev zaposlenih na projektu CrossCare

Za ZOD Ljubljana in sam projekt pomemben tudi dvig strokovnih kompetenc in spretnosti samih strokovnih delavcev v okviru projekta CrossCare. Fizioterapevti so pridobili dodatna strokovna znanja z izobraževanjem »Manualna limfna drenaža« po dr. Vodddru - Terapija 1 in »Fascial distorsion model«, delovna terapevta sta pridobila dodatna strokovna znanja skozi udeležbo na strokovnem srečanju delovnih terapevtov in na izobraževanjih "Occupational Based Practise and CMOP_E, "COPM" in AMPS, medicinska sestra se je s področja dietetike udeležila izobraževanj »Aktualne teme iz paliativne oskrbe« in »Klinična prehrana v praksi«, s področja zdravstvene nege pa se je udeležila izobraževanja za »Svetovalce za promocijo zdravja pri delu« (Arhiv Zavod za oskrbo na domu Ljubljana, 2020).

Poleg izobraževanj strokovnih delavcev pri zunanjih izvajalcih, so se z namenom strokovne, kakovostne in integrirane obravnave posameznega uporabnika, koordinatorica projekta in strokovni delavci CrossCare

ter po potrebi socialni delavci, srečevali na rednih tedenskih internih timih, ki so jih do konca tretjega periodičnega obdobja (31. 01. 2020) izvedli kar 45 (Arhiv Zavod za oskrbo na domu Ljubljana, 2020). Več o pomenu tedenskih internih timov, predstavljam skozi predstavitev procesa vključitve, obravnav in evalvacije posameznega uporabnika v integrirane storitve projekta CrossCare.

Proces vključitve, obravnave in evalvacije uporabnika v projektu CrossCare

Vstopna točka v projekt je koordinatorica projekta, ki jo zainteresirani uporabniki ali njihovi sorodniki pokličejo po telefonu ali jo kontaktirajo preko e-pošte, ker so o projektu prebrali v javnih občilih ali jim je projekt kdo priporočil, na primer patronažne sestre, osebni zdravnik in predvsem socialne oskrbovalke, ki zaznajo potrebo na terenu. Ob prvem kontaktu jih koordinatorica projekta informira o projektu, preveri ali izpolnjujejo pogoje za vključitev in se dogovori za prvi obisk na domu. Prvi obisk praviloma opravi diplomirana medicinska sestra, ki z uporabnikom sklene osebni načrt, pri čemer preveri kakšne so njihove potrebe in želje, katere storitve potrebujejo ter podpiše dogovor o sodelovanju. Kot že omenjeno imamo v ZOD Ljubljana redne, tedenske interne time, na katerih diplomirana medicinska sestra predstavi osebni načrt posameznega uporabnika, na podlagi katerega vsi strokovni delavci skupaj ugotovimo, katero storitev ali kombinacijo storitev bi uporabniku ponudili. Po dogovoru strokovnih delavcev je uporabnik vključen na čakalno listo, čemur sledi izvajanje storitev neposredno na terenu, na domu uporabnika, po zaključenih obravnavah pa sledi še evalvacija obravnav in storitev.

V situacijah, kjer je pri uporabniku situacija bolj kompleksna in se pojavljajo socialne stiske, uporabnika ponovno obišče koordinatorka in z uporabnikom izdelata poglobljen načrt, ki služi kot dopolnitev tistemu, ki ga je na prvem obisku naredila medicinska sestra. Skupaj s strokovnimi delavci se ponovno pogovorimo na internem timu in pripravimo revizijo osebnega načrta. Glede na zapisano v poglobljenem osebnem načrtu, se koordinatorka projekta poveže še z drugimi službami v skupnosti. Ves čas projekta se tako povezujemo strokovni sodelavci med sabo, torej koordinator projekta, fizioterapevti, delovni terapevti in medicinska sestra, kot tudi z drugimi zunanjimi sodelavci s področja socialnega in zdravstvenega varstva, predvsem s patronažno službo in Centrom za socialno delo (CSD), z namenom, da uporabniku na domu zagotovimo čim bolj kakovostno oskrbo, kar pomeni, da se storitve ne prekrivajo in podvajajo, ampak dopolnjujejo in nadgrajujejo.

Ravno tovrstna kakovostna oskrba je tudi cilj projekta, v okviru katerega se izvajajo aktivnosti na področju lokalnega, regijskega in nacionalnega sodelovanja ter tudi mednarodnega, zaradi česar je prišlo do bolj intenzivnega pretoka znanja, metod dela ter novih praks, tudi iz območja z drugačno sistemsko ureditvijo.

Ključne aktivnosti v okviru lokalnega, regijskega in nacionalnega sodelovanja na projektu CrossCare: Slovenija

Velik poudarek smo v projektu dali tudi na sodelovanje in povezovanje strokovnjakov s področja socialnega in zdravstvenega varstva na območju Slovenije, in sicer konstantno povezovanje znotraj matične ustanove, medsebojna izmenjava znanj in dopolnjevanje pri izvedbi storitev z že obstoječimi službami v skupnosti (Centri za socialno delo (CSD) in patronaža na območju Ljubljane), periodično sodelovanje s Centrom za socialno delo Brežice in redno sodelovanje in skupno načrtovanje aktivnosti s projektnima partnerjema CPND Maribor in MOL Ljubljana.

Znotraj matične ustanove je ZOD Ljubljana dajal velik pomen razvijanju veščin in kompetenc redno zaposlenih socialnih oskrbovalk, kar je potekalo skozi redno informiranje koordinatork o projektu CrossCare in direktno sodelovanje s socialnimi oskrbovalkami na terenu tj. na domu uporabnikov za še bolj celovit pristop oskrb ter preko izobraževanj socialnih oskrbovalk, namreč s strani strokovnih delavcev na projektu CrossCare je izvedenih kar 12 internih izobraževanj. Redno sodelovanje z drugimi službami v skupnosti, kot so Centri za socialno delo

in patronažna služba, je delovalo kot dopolnjevanje znanja in s tem bolj kakovostna integrirana in strokovna oskrba starejših ljudi na domu. Redno se je izvajalo sodelovanje med ZOD Ljubljana in Centrom za socialno delo Brežice, kot pridruženim partnerjem, na način, da je strokovni delavec periodično (izmenjuje s CPND Maribor), enkrat mesečno izvedel strokovni obisk na CSD Brežice, v okviru katerega se je obiskalo uporabnike in izvajalo delavnice - ZOD Ljubljana je od 27. 02. 2019 do 04. 03. 2020, izvedel 7 obiskov oziroma delavnic (Arhiv Zavod za oskrbo na domu Ljubljana, 2020).

Ključne aktivnosti v okviru mednarodnega sodelovanja na projektu Crosscare: Slovenija in Hrvaška

Zavod za oskrbo na domu Ljubljana (ZOD Ljubljana) kot vodilni partner projekta CrossCare, je v sodelovanju s projektnimi partnerji, ki so Mestna občina Ljubljana (MOL), Center za pomoč na domu Maribor (CPND Maribor), Dom zdravlja Čakovec (DZ Čakovec), Ustanova za zdravstveno nego u kući Zagreb (UZNK Zagreb) in Grad Zagreb (GZ), za ta namen vzpostavil novo čezmejno strukturo sodelovanja, na podlagi katere je bil spisal Program integriranega pristopa oskrbe za starejše ljudi na domu in IKT platforma. Program je omogočil sistematičen in medsebojno dogovorjen način izvajanja storitev na posameznih območjih, medtem ko je digitalna IKT platforma služila celovitemu pregledu nad uporabniki, in tako omogočila integriran pristop k analizi statističnih podatkov. V sodelovanju s projektnimi partnerji je bila med trajanjem projekta, ključna tudi medinstitucionalna izobraževanja, zaradi izmenjave znanj, praks in izkušenj na podlagi katerih so bile storitve izvedene bolj kakovostno (Arhiv Zavod za oskrbo na domu Ljubljana, 2020).

ZAKLJUČEK

Demonstracija integriranih storitev v realnem okolju, torej celostna obravnava in skrb starejših ljudi na domu, ki jim je bila pogosto ponujena kot kombinacija storitev fizioterapije, delovne terapije, zdravstvene nege in dietetike, se je na območju Ljubljane, izkazala za ključno pri zagotavljanju večje kakovosti življenja na domu. Z vključitvijo v storitve so uporabniki dobili ustrezne informacije glede zdravstvenega stanja, prav tako se jim je izboljšalo zdravstveno stanje, poleg tega pa je izvajanje storitev razbremenilo svojce uporabnika. Uporabniki so občutili večjo samostojnost pri vsakodnevnih opravilih, storitve so jim omogočile tudi ohranjanje dosedanjega načina življenja in bolj

učinkovito rehabilitacijo. Prav tako se terapija na domu prilagodi dejanskemu bivalnemu okolju, kar pomeni, da lahko uporabnik tudi po prenehanju obravnave izvaja aktivnosti v okolju, kjer jih je že izvajal in tako ohrani dosednji slog življenja (Perko, 2020). Da se potreba po tovrstnih storitvah pojavlja v veliki meri nakazuje tudi dejstvo, da bi bilo kar tri četrtine, kar 75 % uporabnikov storitev CrossCare po koncu projekta pripravljenih plačevati za storitve (Perko, 2020). V nadaljevanju priporočam razmislek o posamezni storitvi in kombinaciji storitev, ki bi jih nudili v okviru oskrbe starejših ljudi na domu, da bi bilo njihovo življenje tem dlje tem bolj kakovostno in bi lahko v starosti celo kdaj pa kdaj tudi uživali.

Viri

- Arhiv Zavod za oskrbo na domu Ljubljana (2020). Neobjavljeno.
- Perko, L. (2020). Rezultati raziskave o zadovoljstvu uporabnikov s storitvami zavoda za oskrbo na domu Ljubljana. Neobjavljeno.
- Zloženska projekta Integriran pristop oskrbe starejših na domu CrossCare (2018). Promocijsko gradivo/Siva literatura.

DELOVNA TERAPIJA

DELOVNI TERAPEVT KOT DEL DOLGOTRAJNE OSKRBE STAREJŠIH

Petra Boh

»Zdravnik mi je rešil življenje, delovni terapevt pa ga je naredil vrednega živeti.«

POVZETEK

Delovna terapija je s svojo edinstveno, individualno in celostno obravnavo vodilna in nosilna stroka pri odkrivanju težav, lajšanju in preprečevanju zapletov, ki jih prinašajo starost kot tudi spremljajoča stanja. V Sloveniji je širši javnosti še vedno premalo poznana veja terapevtske obravnave. Njen primarni cilj je, da omogoči posameznikom kljub okvaram, boleznim in pomanjkljivostim čim bolj samostojno opravljanje vsakodnevnih aktivnosti. Zaradi tega je človek bolj zadovoljen in zdrav, kar pomeni tudi večjo kakovost življenja.

Ključne besede: delovna terapija, starost, dolgotrajna oskrba, integriran pristop, dezinstucionalizacija.

V Sloveniji deluje približno 500 delovnih terapevtov. To pomeni 25 delovnih terapevtov na 100 000 prebivalcev, kar je v primerjavi z nekaterimi razvitejšimi državami (kot so Anglija, Švedska, Nemčija, Nizozemska, Danska, Irska), kjer je tudi sto in več delovnih terapevtov na 100 000 prebivalcev, tudi do štirikrat manj. Pri nas je večina delovnih terapevtov zaposlena v različnih institucijah na sekundarni in terciarni ravni (bolnišnice, klinike, inštituti), zelo malo pa je tistih, ki delujejo na primarni ravni (zdravstveni domovi – preventiva, zasebna dejavnost, kot jo poznamo pri fizioterapevtih) ali v lokalni skupnosti in delovnih organizacijah, torej tam, kjer so tudi najbolj učinkoviti (Zbornica delovnih terapevtov Slovenije). Kljub prizadevanju stroke umestiti delovno terapijo v skupnost, kjer bi lahko učinkovito pomagala posameznikom do aktivnejšega, samostojnejšega in bolj zadovoljnega življenja, pri nas na tem področju

še zmeraj zelo zaostajamo v primerjavi s prej omenjenimi državami, kjer 60 odstotkov delovnih terapevtov deluje v skupnosti. Žal naš trenutni sistem ne omogoča delovanja delovne terapije tam, kjer nas posameznik najbolj potrebuje – v domačem in delovnem okolju, šolah, vrtcih ter skupnosti. Flaker je do totalnih ustanov izredno kritičen. Meni, da institucije kršijo številne človekove pravice ter okrnijo možnosti majhnih vsakodnevnih odločitev, kaj hočemo delati in s kom si želimo biti (Flaker, 2014).

S spremljanjem smernic nacionalne in lokalne strategije socialnega varstva je Zavod za oskrbo na domu Ljubljana kot nosilec projekta CrossCare (kot tudi projekta A-Qu-A, 2015-2016) poleg svoje redne dejavnosti nudil storitve delovne terapije, fizioterapije, zdravstvene nege in dietetike meščankam in meščanom Ljubljane. Projekt je zagovarjal integriran pristop sociale in zdravstva z namenom, da uporabnik ne išče storitve za svoje potrebe na več mestih, ampak mu projekt nudi celovito oskrbo – s tem storitve deinstitucionalizira in približa uporabniku na domu. Buzetijeva je dejala, da smo z integriranim pristopom različnih strokovnih služb izstopili iz uveljavljenih vzorcev razmišljanja in prakse v povezovanje in sodelovanje vseh uporabnikov kot tudi v spoštovanje pravice do izbire. Namreč strategija dolgotrajne oskrbe je v središče sistema dolgotrajne oskrbe postaviti upravičenca, ki v okviru svoje pravice izbere način in obliko dolgotrajne oskrbe, ter ljudem, ki to želijo, omogočiti, da ob ustrezni pomoči pri oskrbi čim dlje ostanejo v domačem okolju (Buzeti, 2017).

Zaradi demografskih podatkov, ki močno opozarjajo na naraščajoči proces staranja prebivalstva, je na področju zdravstvenega in socialnega varstva eden najpomembnejših političnih ciljev usmeriti se na programe in storitve, ki jih lahko zagotavlja lokalna skupnost ter tako olajša življenje mnogim starejšim in njihovim svojcem. Število ljudi, ki zaradi bolezni, oviranosti, oslabelosti ali kakšne druge dolgotrajne stiske potrebujejo pomoč in podporo drugih, narašča. Vsakdanje življenje starejših pa je kljub pestri izbiri programov in storitev vse bolj obremenjeno. Poleg krčenja sredstev za pokojnine in socialne denarne prejemke starejši pogosteje nosijo bremena izgube zaposlitve svojih otrok. S svojo pokojnino ne preživljajo le sebe, temveč tudi svoje odrasle otroke. Prav tako velja obratno stališče – vse več je odraslih, ki prevzemajo skrb za svoje ostarele starše, ker ne zmorejo plačila oskrbe v domu za starejše ali plačila storitve pomoči družini na domu. Z vse večjim številom ljudi v visoki starosti se povečujejo potrebe po pomoči, kar predstavlja veliko finančno breme za

starejše in njihove svojce. Nedostopnost formalnih storitev dolgotrajne oskrbe zaradi pomanjkanja finančnih sredstev ali prostih zmogljivosti je tako problematika, ki najbolj prizadene ravno posameznike z nižjimi dohodki in nižjo socialno vključenostjo. Posledično se pri skrbi za starejše razvijata črni trg zaposlovanja in siva ekonomija, ki zaradi pomanjkanja nadzora predstavljata lahek teren za razvoj in nastanek raznovrstnih zlorab starejših. Povečalo se je število neformalnih negovalcev, ki negujejo starejše na njihovih domovih ali pa opravljajo gospodinjstva dela. V Sloveniji je to področje precej neregulirano. Ker gre običajno za nešolane negovalce, so lahko storitve na črnem trgu nekakovostne. Negovalke se na drugi strani soočajo s tveganji, ker niso zaščitene, pogosto so deležne nasilja, grobosti in kršenja zasebnosti (Klančar idr., 2014).

Največji prispevek projekta je bil na socialni komponenti trajnostnega razvoja, saj je projekt prispeval k zmanjševanju neenakosti na področju socialnega in zdravstvenega varstva. Izvajanje aktivnosti oskrbe ciljnih skupin je povečalo socialno vključenost, zmanjšalo prikrajšanost in tako vplivalo na širšo družbeno blaginjo. S projektom CrossCare smo razvijali delovnoterapevtske metode, s čimer smo se približali kolegom v razvitejših državah.

Cilj delovne terapije v projektu CrossCare je bil zagotoviti starejšim uporabnikom aktivno in samostojno sodelovanje v dnevni aktivnosti, ki so zanje pomembne in prilagojene njihovim potrebam, starosti, željam, pričakovanjem. Doseganje omenjenih ciljev delovni terapevti zagotovimo s spodbujanjem in usposabljanjem uporabnika, da aktivno sodeluje pri aktivnostih, ki mu omogočajo, da razvije, ohrani oz. prilagodi potrebno znanje in izvajanje dejavnosti ali spremeni okolje, vse z namenom spodbujanja aktivnega sodelovanja. V skladu z osnovami delovnoterapevtske prakse številne študije s področja delovnoterapevtske znanosti dokazujejo, da samostojno in aktivno sodelovanje posameznika v izbranih aktivnostih, ki mu omogočajo sodelovanje doma, v šoli in skupnosti, ohranjajo in izboljšajo njegovo zdravje in dobro počutje (Law, Steinwender, Leclaire, 1998).

Ne moremo mimo dejstva, da tako Svetovna zdravstvena organizacija kot tudi Evropska unija opozarjata na vedno višjo porabo sredstev, namenjenih za zdravstveno varstvo. Zaradi usmerjenosti k večji obravnavi posameznikov v domačem okolju oz. na primarni ravni, se v strategiji razvoja sledi cilju organizacije različnih služb,

ki bi bile dostopne in bi zadovoljile potrebo po celoviti obravnavi posameznikov. Flaker pravi, da bi dezinstitutionalizacija morala postati vodilno načelo celotnega sistema. Da bi to dosegli, se je treba vrniti k temeljnemu pojmu totalnih ustanov, predvsem pa kar najboljše začrtati proces dolgotrajne oskrbe tako, da bodo rezultati pravi (Flaker, 2014).

Preventiva temelji na korelaciji med pozitivnimi učinki na zdravju in stroških, kar dokazujejo v Združenju delovnih terapevtov Velike Britanije, kjer ugotavljajo, da z ustrezno delovnoterapevtsko obravnavo v domačem okolju lahko padce, katerih posledica so zlomi kolka, zmanjšajo za 50 odstotkov. S tako obravnavo prihranijo svoji zdravstveni blagajni okoli 720 milijonov funtov letno, kar bi za slovenske razmere to pomenilo med 25 in 30 milijoni evrov letno. Strošek zdravljenja zlomljenega kolka pomeni od 4,5- do 100-kratnik stroška delovnoterapevtskih intervencij za zmanjšanje tveganja zloma. Omenjene podatke je Zbornica delovnih terapevtov Slovenija leta 2013 poslala tudi v Državni zbor Republike Slovenije, takratnemu ministru za zdravje ter ministrici za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti pa pisno poslansko vprašanje v zvezi z ureditvijo področja delovne terapije v slovenski zakonodaji (Zbornica delovnih terapevtov Slovenije).

V starosti padci predstavljajo eno od najpogostejših težav, ki ogroža samostojnost starejših. Večina padcev je posledica kombinacije dejavnikov tveganja. Padci so pogost dejavnik, ki povzroči poškodbo, hospitalizacijo in ne nazadnje namestitve v socialni zavod. Ponavljajoči se padci pa vodijo v funkcionalno oviranost. Zato so ugotavljanje okoljskih dejavnikov tveganja za padce ter nato prilagoditve in odstranjevanje ovir, kot ugotavlja Tomšičeva, eden od načinov preprečevanja padcev, hkrati pa osnovna naloga delovnih terapevtov, ki delajo v skupnosti (Tomšič, 2011).

S prilagoditvijo bivalnega okolja potrebam starejših ter svetovanjem in učenjem uporabe medicinsko tehničnih pripomočkov delovni terapevti učinkovito zmanjšujemo tveganje za padce. V projektu CrossCare smo delovnoterapevtsko prilagoditev ožjega in širšega življenjskega okolja za izvajanje aktivnosti izvedli pri 169 uporabnikih, medtem ko smo storitvi svetovanja in nabave, prilagoditve pripomočkov ter učenje in trening uporabe pripomočkov in sredstev pri 212 uporabnikih.

Prav tako se je delovnoterapevtska obravnava v skupnosti pokazala koristna tudi pri zmanjševanju

stroškov na področju socialnega varstva. Britanske študije kažejo prihranke pri dragih namestitvah v institucije – pri stroških oskrbe in zmanjševanju stroškov za nego na domu in drago opremo v povprečju za 25 odstotkov. Po objavljenih raziskavah v Združenju delovnih terapevtov Velike Britanije so se posamezniki, ki so bili deležni delovne terapije, vrnili na svoje delovno mesto tri mesece prej, so delovno aktivni več ur dnevno in se obdržijo v delovnem razmerju precej dlje časa od tistih, ki so bili deležni drugih zdravstvenih storitev. Raziskava je tudi pokazala, da so finančne koristi vključitve v delovno terapijo neprimerno večje od stroškov za tovrstno obravnavo, saj pomenijo 20 000 funtov prihranka za posamezno osebo na leto državni blagajni in 33 000 funtov prihranka za posamezno osebo gospodarstvu. Če te podatke prilagodimo slovenskemu prostoru, dobimo zanimiv izračun: zdravstvena blagajna bi po teh izračunih prihranila okoli 23 500 evrov letno na osebo, gospodarstvo pa kar 38 500 evrov na posamezno osebo (Zbornica delovnih terapevtov Slovenije).

Iz raziskav, ki so jih s področja delovne terapije opravili v Združenju delovnih terapevtov Velike Britanije, je torej razvidno, da lahko delovni terapevti s svojim strokovnim delovanjem omogočijo ljudem, da se izognejo morebitnemu nastanku bolezni ali poškodb, če pa se je bolezen ali poškodba že pojavila, pomagajo do čimprejšnje rehabilitacije in preprečujejo nadaljnje slabšanje ali celo invalidnost. Kot še izhaja iz britanske študije, pri tem ne gre zanemarjati tudi ekonomskega učinka takšnega pristopa in s tem prihrankov, ki jih delovnoterapevtska obravnava prinese zdravstveni blagajni (Zbornica delovnih terapevtov Slovenije).

Potreba po delovnoterapevtskih storitvah je vedno večja:

- Osnovna naloga delovnih terapevtov v skupnosti mora biti usmerjena v intervencijo preprečevanja padcev, to pomeni ugotavljanje vseh dejavnikov tveganja za padce, ter v odstranjevanje dejavnikov tveganja in prilagajanje bivalnega okolja.
- Uporabniki delovne terapije na domu bodisi zaradi svojega zdravstvenega stanja, oddaljenosti svojega kraja bivanja bodisi arhitektonskih ovir niso sposobni koristiti predpisanih in potrebnih storitev delovne terapije v ambulanti.
- Svetovnim trendom krajšanja hospitalizacij sledimo tudi pri nas, žal pa ni poskrbljeno za kontinuiteto obravnave na domu oz. v skupnosti. Zaradi tega v večini primerov ob odpustu iz bolnišnice ne dosežemo samostojnosti pri opravljanju vsakodnevnih aktivnosti.
- Rehabilitacije v zdraviliščih niso deležni vsi

uporabniki ali pa je ta prekratka – uporabnik ne doseže maksimalne samostojnosti, velikokrat je treba na rehabilitacijo v zdraviliščih čakati tudi po več mesecev, medtem pa uporabniki lahko izgubijo velik del svojih funkcionalnih sposobnosti ter postanejo odvisni od pomoči, kar je spet povezano z visokimi stroški oskrbe.

- Demenca je vse večji družbeni in zdravstveni problem. V Sloveniji ocenjujemo število obolelih na več kot 32 000, zanje pa skrbi približno 100 000 svojcev, zdravstvenih in socialnih delavcev ter drugi. Demenca ni le zdravstveni problem, ampak močno obremenjuje tudi družbo kot celoto.

Zato je delovna terapija dobrodošla:

- v času premostitve, ko uporabnik čaka na odločbo o nadaljnjem zdravljenju ali pa ko se vrne iz rehabilitacije in v domačem okolju še nadgradi že doseženo funkcionalno stanje;
- v domačem okolju, kjer je uporabnik bolj sproščen, saj ga dobro pozna, prav tako je obkrožen s svojimi najbližjimi, kar pozitivno vpliva na psihološko stanje in motivacijo posameznika;
- na domu, kjer se prilagodi dejanskemu bivalnemu okolju, kar pomeni, da lahko uporabnik tudi po prenehanju obravnav izvaja aktivnosti v okolju, kjer jih je že izvajal;
- pri vsaki aktivnosti pri osebah z demenco, saj ohranja ali krepi vitalnost miselnih procesov, senzornih zaznav in motoričnih funkcij. Preventivno delovanje je zato ključnega pomena. Raziskave kažejo, da različne priložne aktivnosti, ki ohranjajo in krepijo možgansko plastičnost, lahko napredovanje demence celo upočasnijo ali osebi omogočajo, da ostaja samostojna čim dlje časa.

Prva profesorica delovne terapije v Evropi Lena Borell je izjavila, da se kakovost življenja prebivalstva meri po številu delovnih terapevtov na število prebivalcev v državi. Prizadevanja delovnih terapevtov v Sloveniji so usmerjena v povečanje prepoznavnosti stroke in razširitev njenega delovanja tudi v lokalno skupnost, s čimer bi bil omogočen dostopnost do delovnoterapevtskih storitev čim širši populaciji.

Z delovno terapijo v projektu CrossCare smo meščankam in meščanom Mestne občine Ljubljana omogočili enake možnosti pri zadovoljevanju potreb ter zagotavljanju zdravega in aktivnega staranja prebivalstva. Program in storitve so bili prilagojeni potrebam vsakega posameznika, kar je zmanjšalo trenutne neenakosti med posameznimi skupinami ljudi, ki živijo doma, in skupinami, ki so nameščene v institucionalno varstvo.

Literatura in viri

- Buzeti, T. (2017). Predlog ključnih rešitev v predlogu Zakona o dolgotrajni oskrbi v Sloveniji. RS Ministrstvo za zdravje. Pridobljeno 12. 2. 2020 s strani <https://skupnostobcin.si/wp-content/uploads/2017/07/dolgotrajna-oskrba-koncept-sos-25-7-2017.pdf>
- Flaker, V. (2014). Dezinstitucionalizacija v Sloveniji (Dezinstitucionalizacija kot stroj 2. del). Pridobljeno 20. 2. 2020 s strani <http://vitoflakeragenda.blogspot.com/2014/11/dezinstitucionalizacija-v-sloveniji.html>
- Flaker, V. (2014). Dezinstitucionalizacija kot stroj 1. del: Uvod. Pridobljeno 20. 2. 2020 s strani <http://vitoflakeragenda.blogspot.com/2014/11/dezinstitucionalizacija-kot-stroj-1-del.html>
- Klančar, T., Hodnik, T., Žagar, A., Božnik, D., Strniša, N., Leskošek, V., Skornšek Pleš, T. (2014). Strategija razvoja socialnega varstva v MOL od 2013 do 2020. Ljubljana: Mestna občina Ljubljana.
- Law, M., Steinwender, S., LeClaire, L. (1998). Occupation, Health and Well-Being. Canadian Journal of Occupational Therapy. Pridobljeno 12. 2. 2020 s strani <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/000841749806500204>
- Tomšič, M. (2001). Ugotavljanje dejavnikov tveganja za padce pri starejših v domačem okolju. V D. Rugelj & F. Sevšek (ur.), Aktivno in zdravo staranje – Posvetovanje, Zbornik predavanj (str. 99–104). Univerza v Ljubljani: Zdravstvena fakulteta.
- Zbornica delovnih terapevtov Slovenije. (2013). Poslansko vprašanje. Pridobljeno 12. 2. 2020 s strani <http://www.zdts.si/index.php/dokumenti/send/12-zakonodaja/34-poslansko-vprasanje>

VLOGA DELOVNE TERAPIJE V PROJEKTU CROSSCARE

Petra Boh

POVZETEK

S staranjem prebivalstva se kažejo vse večje potrebe po delovni terapiji na domu, ki uporabniku omogoča čim večjo samostojnost in kakovost življenja v domačem okolju. Pomembna je v času premostitve, ko uporabnik čaka na odločbo o nadaljnjem zdravljenju ali ko se vrne iz rehabilitacije in v domačem okolju nadgradi že doseženo funkcionalno stanje. V domačem okolju je uporabnik bolj sproščen, saj je z njim seznanjen, prav tako je obkrožen s svojimi najbližjimi, kar pozitivno vpliva na psihološko stanje in motivacijo posameznika. Delovna terapija na domu se prilagodi dejanskemu bivalnemu okolju, kar pomeni, da lahko uporabnik tudi po prenehanju obravnav izvaja aktivnosti v okolju, kjer jih je že izvajal.

Ključne besede: CrossCare, delovna terapija, integriran pristop, individualen pristop, domače okolje.

DELOVNA TERAPIJA

Delovna terapija je zdravstvena stroka, delovni terapevt pa zdravstveni delavec, ki je predan svojemu poklicu in je pri svojem delu empatičen. V vseživljenjskem procesu učenja svoje strokovno znanje dopolnjuje in nadgrajuje. Posamezniku želi omogočiti vključevanje v njem smiselne aktivnosti in konjičke, s katerimi se izboljšuje njegovo zdravstveno stanje na področju telesnih funkcij, struktur in zgradb ter aktivnosti. Deluje na področju otrok, mladostnikov, odraslih in starejših v vseh življenjskih okoljih kot tudi na vseh področjih delovanja človeka pri skrbi zase, delu, storilnosti in v prostem času. Delo z uporabniki opravlja profesionalno, v skladu s standardi prakse, pri čemer upošteva etična načela, ki so zapisana v Kodeksu etike delovnih terapevtov. Delovni terapevt je avtonomen član rehabilitacijskega oz. strokovnega tima. Uporabnike obravnava v skladu z načeli timskega pristopa in jasno določenim protokolom delovnoterapevtske obravnave (Zbornica delovnih terapevtov Slovenije).

DELOVNA TERAPIJA V PROJEKTU CROSSCARE

V projektu CrossCare smo delovni terapevti v sodelovanju z drugimi projektnimi partnerji izoblikovali in vsebinsko definirali povsem nov program za izvajanje integriranega pristopa oskrbe na domu, ki obsega tako storitve socialnega varstva kot tudi zdravstva. Projekt CrossCare storitve dezinstucionalizira in približa uporabniku na domu, zlasti tistim, ki so pomoči potrebni, bodisi jih zaradi različnih ovir ne morejo poiskati sami v instituciji bodisi jim sistem ustreznih storitev za njihovo stanje ne nudi. Na območju Slovenije se sicer pripravljata normativna ureditev področja dolgotrajne oskrbe na domu, žal pa trenutno to področje še ni normativno urejeno kot integriran pristop.

IKT PLATFORMA

Z razvojem in vzpostavitvijo nove čezmejne strukture sodelovanja smo bili vsi projektni partnerji vključeni v oblikovanje IKT platforme. Ta nam je služila kot orodje, saj nam je na enem mestu nudila vpogled v program dela za vse segmente, dostop do smernic in strokovnih podlag ter statistično obdelavo podatkov. V IKT platformi smo za vsakega uporabnika vodili vso strokovno dokumentacijo, ki obsega okupacijski profil uporabnika, rezultate ocenjevanj, načrt procesa delovne terapije, sprotne intervencije in končno poročilo procesa delovne terapije.

ZBIRANJE PODATKOV

Zbrani podatki vključujejo uporabnikove trenutne težave in stanja, zaznavanje in videnje težav, pričakovanja od delovnoterapevtske obravnave, dosedanje zdravljenje, dosedanje terapije, uporabnikove demografske značilnosti in dejavnike okolja. Podatke so delovni terapevti pridobivali tudi prek tedenskih strokovnih timov ter iz dokumentacije. Vsi navedeni podatki, ki so predstavljeni v nadaljevanju, so bili zbrani v času trajanja projekta, tj. od 01.09.2018 do 01.06.2020 (Trajanje projekta do 31.8.2020). Na ta dan (1.6.2020) je bilo v IKT platformi vpisanih 330 uporabnikov, ki so prejeli storitve delovne terapije. Zbirali so demografske podatke, spol, starost, kje uporabniki živijo – je to v hiši ali stanovanjskem bloku, ali imajo uporabniki dostop do dvigala ter vrsta vrat v dvigalu, imajo stopnice ter koliko in ali imajo ob stopnišču nameščeno ograjo.

OCENJEVANJA V DELOVNI TERAPIJI

Ocenjevanje uporabnikov je potekalo izključno individualno. Ocenjevalni instrumenti, ki se v praksi že uporabljajo, nekateri pa se uvajajo, so standardizirani in v stroki preverjeni kot učinkovito ocenjevalno orodje.

Ocenjevanje je vključevalo obvezno izvedbo Kanadskega testa ocenjevanja problemov dejavnosti – COPM (Law et al., 2014), ki je v delovni terapiji pomemben ocenjevalni instrument. Je standardiziran, zanesljiv in klinično uporaben instrument za merjenje izida na ravni dejavnosti. Skozi polstrukturiran intervju uporabnik in delovni terapevt skupaj opredelita najpomembnejše vsakodnevne dejavnosti ter težave v njihovem izvajanju. Na podlagi izpostavljenih težav pri izvajanju dejavnosti določimo cilje in oblikujemo potek obravnave.

Delovni terapevti smo v procesu ocenjevanja uporabljali tudi ocenjevalni instrument AMPS (Fisher in Jones, 2011), s katerim dobimo oceno motoričnih in procesnih spretnosti, ki so potrebne pri izvedbi določene funkcijske aktivnosti (Zbornica delovnih terapevtov Slovenije).

Po lastni presoji kot tudi glede na potrebe uporabnika in smiselnost smo uporabili še dodatne ocenjevalne instrumente, ki smo jih izvedeli na začetku in koncu obravnave, po potrebi pa tudi med obravnavo samo.

DELOVNOTERAPEVTSKA OBRAVNAVA

Delovnoterapevtska obravnava temelji na vzajemnem odnosu terapevta in uporabnika. V delovnoterapevtskem procesu smo sledili načrtu obravnave. Na podlagi dokumentacije, zbranih podatkov in ocenjevanj smo se nato odločili za uporabo primernih teoretičnih temeljev (modelov, pristopov, strategij) za obravnavo uporabnika. Poudariti je treba pomen celostnega pristopa, ki zajema telesne, duševne, socialne in duhovne dejavnike. Zaposleni na projektu smo delovali po etičnem kodeksu, kar pomeni, da smo pri vsaki obravnavi upoštevali avtonomijo uporabnika.

Struktura posameznih področij in število uporabnikov (%), ki so bili vključeni v posamezno področje delovanja, je bila sledeča:

1. Mišično-skeletno področje (starostna oslabelost,

obrade, poškodbe, amputacije, mišična distrofija, revmatoidne spremembe, pljučna obolenja) – 28,67%

2. Nevrološko področje (stanje po CVI, Parkinsonova bolezen, Multipla skleroza, ALS, stanje po poškodbah glave in hrbtenjače) – 33,25%

3. Področje duševnega zdravja (kognitivni upad, vse oblike demence, duševne motnje) – 28,69%

4. Kardiološko področje (stanje po srčnem infarktu, srčno popuščanje, stanje po vstavitvi srčnega vzpodbujevalca, stanja po operacijah na srcu) – 8,67%

5. Paliativno področje – 0,72%

V okviru projekta smo izvedli do 15 obravnav na uporabnika, pri čemer se je število obravnav po potrebi spreminjalo, glede na stanje uporabnika. Tu je ključnega pomena kakovostna in strokovna ocena delovnega terapevta, ki ustrezno presodi stanje in temu primerno prilagodi obravnave. Vsaka obravnava je bila usmerjena individualno, upoštevajoč uporabnikove potrebe in želje.











Prav tako smo glede na potrebe in želje uporabnika izvajali pogostost obravnav, ki so potekale 1-3x tedensko. Časovni okvir smo prilagajali glede na psihofizično kondicijo uporabnika (od 45 do 90 minut).

Na izvedbo vsakodnevnih življenjskih aktivnosti vplivajo navade, rutine in vloge, za kar posameznik potrebuje različne motorične in procesne spretnosti, ki so zaradi bolezni ali drugih stanj ter starosti spremenjene ali pa jih sploh ni. Če ljudje dalj časa ne moremo početi stvari, ki nas veselijo, ali če se od nas pričakuje, da jih izvedemo, pa jih ne moremo, to v nas vzbuja neprijetna občutja, ki lahko vodijo v poslabšanje zdravstvenega stanja, slabše sodelovanje z okolico in splošen upad zanimanja za življenje. Zatorej je naloga delovne terapije omogočiti posameznikom kljub okvaram, boleznim in pomanjkljivostim čim bolj samostojno opravljanje vsakodnevnih aktivnosti. Zaradi vsega naštetega je človek tudi bolj zadovoljen in zdrav, kar pomeni večjo kakovost življenja.

Delovni terapevti uporabljamo znanja in terapevtske metode, s katerimi lahko posameznik kljub pomanjkljivostim in omejitvam ostane ali postane samostojen pri opravljanju osnovnih dnevnih in širših dnevnih aktivnostih ter vključevanju v družbo. Delovni terapevti sodelujejo s posameznikom na način, da z vključevanjem v smiselne in namenske aktivnosti pri ljudeh spodbujajo zdravje in dobro počutje.

V okviru čezmejnega sodelovanja smo vsi delovni terapevti izdelali skupni seznam delovnoterapevtskih storitev.

Graf 1: Število enkratnih delvnoterapevtskih storitev

DT001		135
DT002		94
DT003		183
DT004		192
DT005		0
DT006		24
DT007		163
DT008		140
DT009		311
DT010		168
DT011		91

Šifrant delvnoterapevtskih storitev v projektu CrossCare

DT001: Ocenjevanje in vrednotenje stanja uporabnika – delna ocena

DT002: Ocenjevanje in vrednotenje stanja uporabnika – popolna ocena

DT003: Delvnoterapevtska obravnava za vzpostavljanje/izboljševanje/ohranjanje/izvajanje ožjih/širših dnevnih aktivnosti

DT004: Delvnoterapevtska obravnava za vzpostavljanje/izboljšanje/ohranjanje telesnih funkcij in struktur ter izpostavljanje/izboljševanje/ohranjanje spretnosti

DT005: Skupinska delvnoterapevtska obravnava za vzpostavljanje/izboljšanje/ohranjanje telesnih funkcij, struktur in spretnosti ter izvajanje ožjih/širših dnevnih aktivnosti

DT006: Specialna delvnoterapevtska obravnava za izboljšanje funkcijskih sposobnosti in izvedbo aktivnosti z uporabo specialnih znanj; nevrotapevtska obravnava po terapevtskem pristopu Bobath

DT007: Svetovanje, nabava, izdelava/prilagoditev pripomočkov ter učenje in trening uporabe pripomočkov in sredstev

DT008: Delvnoterapevtska prilagoditev ožjega in širšega življenjskega okolja za izvajanje aktivnosti

DT009: Delvnoterapevtsko svetovanje/zdravstveno vzgojno svetovanje/izobraževanje

DT010: Priprava poročil in vodenje dokumentacije delovne terapije

DT011: Informiranje sodelavcev o izidu delvnoterapevtskih obravnav/timsko delo

DELOVNOTERAPEVTSKA STORITEV DT008 - Prilagoditve bivalnega okolja

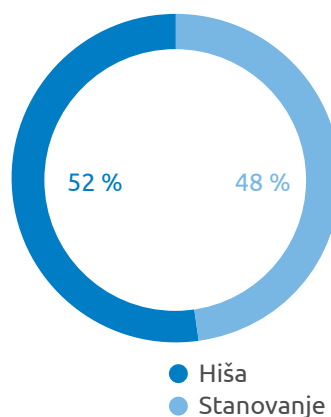
Delo v skupnosti od delovnega terapevta zahteva predvsem veliko mero iznajdljivosti in prilagodljivosti, upoštevajoč okolje, v katerem uporabniki bivajo, ter razpoložljiva sredstva, ki jih ima na voljo. Terapevt mora upoštevati številne dejavnike ter glede na potrebe in slog življenja uporabnika prilagoditi potek obravnave. Številne epidemiološke študije potrjujejo dejstvo, da ovire oz. neprilagojeno ožje življenjsko okolje in zdravstveno stanje posameznika povečujejo tveganje za padce. Preprečevanje padcev nam predstavlja pomembno področje integriranega pristopa, saj so padci eden od glavnih razlogov za nastanek poškodbe, začasne ali trajne nepokretnosti ali celo smrti.

Fizično okolje ima pomemben vpliv na počutje in zdravje ljudi ter posledično na kakovostno življenje starejših. Večina naših uporabnikov živi v bivalnem okolju, ki ne ustreza njihovim dejanskim potrebam, jim ne omogoča samostojnega življenja in je celo nevarno. Na žalost je večina pripomočkov zasnovanih za zdrave in mlade ljudi. Starejši teh predmetov ne morejo uporabljati v popolnosti, kar povzroča stres, slabo počutje in ne nazadnje tudi izgubo samostojnosti. Tako postajajo vedno bolj odvisni od okolice oz. pomoči drugih. Pogosto se niti ne zavedajo, da je posledica večine težav ravno neprilagojeno okolje. Težave, s katerimi se srečujejo, pripisujejo le boleznim ali starosti, ne pa tudi opreči. Z minimalnimi posegi si lahko ustvarijo okolje, ki bi jim bistveno olajšalo bivanje v domačem okolju.

Dejstvo je, da si večina naših uporabnikov želi preživeti starost doma, v domačem, njim poznanim okolju. Zato je prilagoditev bivalnega okolja starejšim izrednega pomena. Pri 140 uporabnikih smo izvedli delovnoterapevtske postopke za prilagajanje življenjskega okolja za večjo vključenost in kakovostnejše življenje. Storitve vključuje učenje in trening socialnih veščin, urejanja ožjega in širšega okolja, prilagoditev fizičnega okolja, prilagoditev posameznika socialnemu okolju in prilagoditve v okolju, kar prikazuje Graf 1. Tako lahko delovni terapevt učinkovito svetuje, kako z drobnimi prilagoditvami ali novim načinom delovanja doseči samostojnost.

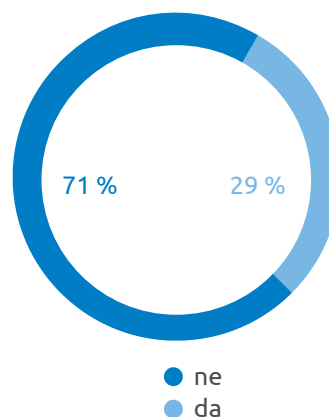
Zanimalo nas je tudi, v kakšnem bivalnem okolju živijo meščanke in meščani Mestne občine Ljubljana. Iz podatkov, ki smo jih zbirali v IKT platformi je razvidno, da 52% naših uporabnikov živi v hiši in 48% v stanovanjskih blokih, kar je razvidno iz Grafa 2.

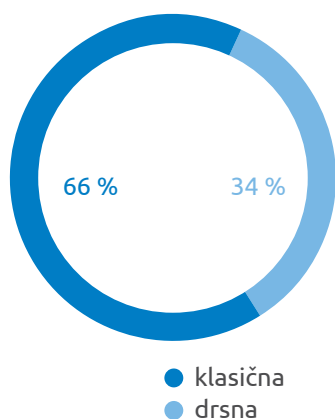
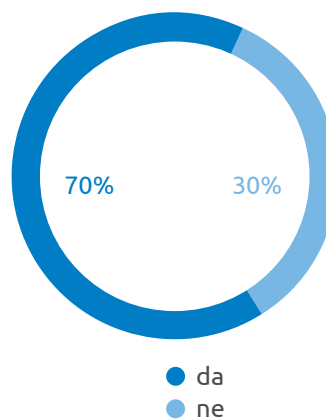
Graf 2: Vrsta bivalne enote



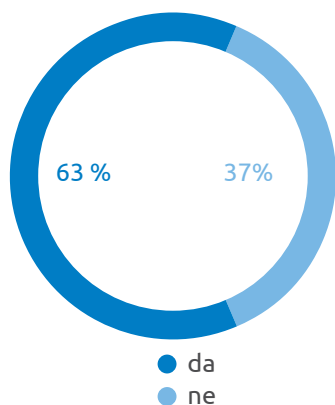
Glede na to, da dobra polovica uporabnikov, ki so bili vključeni v storitve projekta CrossCare, živi v stanovanjskih blokih, je za obvladovanje širšega življenjskega okolja pomemben podatek, ali je v blokih, kjer živijo uporabniki, vgrajeno dvigalo. Iz zbranih podatkov je razvidno, da več kot 70% uporabnikov nima dostopa do dvigala (Graf 3). Tam pa, kjer dvigalo je, ga uporabniki v veliki večini niso mogli uporabljati oz. jim je handlig uporabe dvigala povzročal težave pri samostojnosti zaradi vrste oz. tipa vrat – drsna ali klasična vrata, kjer je treba vrata dvigala fizično odpreti. Vrsta vrat je ponazorjena v Grafu 4.

Graf 3: Prisotnost dvigala v objektu



Graf 4: Vrsta vrat v dvigalu**Graf 6:** Prisotnost ograje na stopnišču

Nadalje nas je zanimalo naslednje: uporabniki v stanovanjskih blokih nimajo dvigala (ali pa dvigalo imajo, vendar se ustavlja v vsakem drugem nadstropju, torej je dostop do njega omejen in je za osebo z oviranostjo v gibanju neuporabno), kar pomeni, da lahko do zunanjega okolja dostopajo po stopnicah. Kar 63% stanovanjskih objektov, ki smo jih zajeli v okviru projekta CrossCare, ima stopnišče (Graf 5), kjer je v večini (70%) prisotna tudi ograja (Graf 6). Še vedno pa je skrb vzbujajoče dejstvo, da marsikateri uporabnik zaradi omejene funkcionalne gibljivosti ne zmore dostopati do širšega življenjskega okolja zaradi prej navedenih podatkov.

Graf 5: Prisotnost stopnic v objektu

DELOVNOTERAPEVTSKA STORITEV DT007 - Svetovanje in učenje uporabe medicinskih pripomočkov

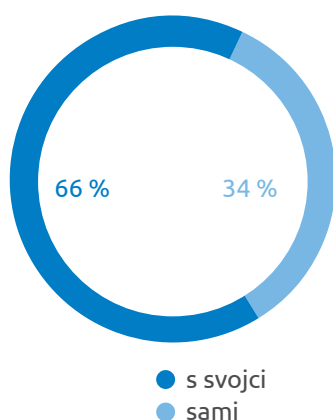
Med trajanjem projekta in delovnoterapevtskimi obravnavami se je velikokrat izkazalo, da imajo uporabniki v domačem okolju premalo informacij, na kakšen način lahko pridobijo določen pripomoček, kaj lahko uveljavljajo s strani Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije in kateri pripomočki se med seboj izključujejo. To je tudi ena od storitev, ki smo jo velikokrat vključili v obravnavo. Iz Grafa 1 je razvidno, da smo storitvi svetovanja in nabave, prilagoditve pripomočkov ter učenje in trening uporabe pripomočkov izvedli pri 163 uporabnikih. Uspešno smo sodelovali s podjetjem SOČA-OPREMA iz Ljubljane, ki nam je nesebično priskočilo na pomoč pri brezplačni izposoji in testiranju raznih medicinskih pripomočkov. V individualni obravnavi smo uporabnikom svetovali, na kakšen način lahko pridobijo primeren, ustrezen in predvsem varen pripomoček ter izvedli izobraževanje svojcev o pravilni in varni rabi pripomočka.

DELOVNOTERAPEVTSKA STORITEV DT011 – Informiranje sodelavcev o izidu DT obravnav/timsko delo

Storitev je vključevala delo s svojci, s socialnimi oskrbovalkami in drugimi projektnimi partnerji.

Sodelovanje s svojci

Graf 7: Gospodinjska skupnost – s kom živijo uporabniki



Izredno pomembno je sodelovanje s svojci - tu je potrebno omeniti pomen edukacije svojcev oz. družinskih članov, ki živijo vsakodnevno življenje z našim uporabnikom. 66% uporabnikov, vključenih v projekt CrossCare živi s svojci ter 34% živi samostojnih gospodinjstvih (Graf 7) Delovni terapevti smo dajali poudarek na individualni edukaciji, demonstraciji in učenju različnih postopkov za ohranjanje in varovanje zdravja, samostojnosti uporabnikov, kateri potrebujejo pomoč svojcev.

SODELOVANJE S SOCIALNIMI OSKRBOVALKAMI

Socialne oskrbovalke so za marsikaterega uporabnika ostale edini vir socialnega stika, zato so one tiste, ki uporabnika dobro poznajo, z nekaterimi delajo vsak dan, tudi po večkrat dnevno. Delovni terapevti smo s socialnimi oskrbovalkami aktivno sodelovali pri delu z uporabniki v domačem okolju. Vključeni smo bili v pripravo in izvedbo delavnic z ostalimi strokovnimi delavci, zaposlenimi na projektu. Izobraževanja so bila izvedena z namenom dvigniti nivo znanja kadra ter njihove kakovosti izvajanja storitev. Tematika izobraževanja je vključevala načine varnega premeščanja, pomen prilagoditve bivalnega

okolja, jih seznanili z medicinskimi pripomočki in njihovo uporabo, izvedli so izobraževanja na temo demence ter o temeljnih ravneh zaznavanja pri ljudeh z demenco z izobraževanjem o bazalni stimulaciji.

SODELOVANJE Z DRUGIMI PROJEKTNIMI PARTNERJI

Delovni terapevti smo aktivno sodelovali tudi s pridruženim partnerjem v projektu, in sicer s Centrom za socialno delo Posavje, enota Brežice (CSD Brežice). Sodelovanje v čezmejni strukturi panožnih panog je doprineslo dodatna strokovna znanja za oskrbovalke CSD Brežice, saj so se koordinatorice pomoči na domu in socialne oskrbovalke seznanile z dobrimi praksami in pristopi pri oskrbi uporabnikov na področju delovne terapije. Periodično, v sodelovanju s Centrom za pomoč na domu Maribor, smo delovni terapevti enkrat mesečno odhajali na CSD Brežice, kjer smo izvedli storitve na domu in izobraževanja za socialne oskrbovalke.

Delovni terapevti delujemo kot neodvisni strokovnjaki. Smo del širšega tima, ki zahteva stalno sodelovanje in medsebojno komunikacijo z namenom zagotavljanja kakovostne in celostne oskrbe uporabnika.

Tako so se v okviru projekta okrepile institucionalne zmogljivosti sodelujočih partnerjev pri zagotavljanju integriranega pristopa oskrbe starejših ljudi na domu. Z namenom skupnega oblikovanja enotnega programa, smo delovni terapevti sodelovali z ostalimi projektnimi partnerji na večih večdnevnik strokovnih delavnicah, na enodnevnih delavnicah in posvetih ter izvedli številna izobraževanja za strokovno osebje, se udeležili medpartnerskih usposabljanj ter izmenjav dobrih praks. Program smo v nadaljnjih fazah nadgrajevali, dopolnjevali in prilagajali glede na dejanske izkušnje, dobre prakse ter spoznanja, ki izhajajo iz izvajanja storitev v domačem okolju.

ZOD Ljubljana kot vodilni partner je prenašal znanja s področja delovne terapije vsem ostalim partnerjem z namenom usposabljanja novih kadrov, za potrebe specifičnih znanj pa so se vsi partnerji poslužili kompetentnih zunanjih izvajalcev – tako so tudi delovni terapevti na ZOD Ljubljana nadgradili svoje strokovne kompetence z izobraževanjem AMPS.

DELOVNOTERAPEVTSKO SVETOVANJE V ČASU EPIDEMIJE KORONAVIRUSA COVID-19

Delo s starejšimi je bilo izrednih razmerah še posebej vredno pozornosti. V času, ko se je naša država soočala z epidemijo, so bili starejši ljudje še bolj potrebni pomoči in prijazne besede.

V Zavodu za oskrbo na domu Ljubljana smo v okviru projekta CrossCare starejšim meščankam in meščanom Mestne občine Ljubljana ter njihovim družinskim članom preko telefonskega pogovora omogočali brezplačno delovnoterapevtsko telefonsko svetovanje, s ciljem ohranjanja čim večje samostojnosti v domačem okolju.

Delovni terapevti smo uporabnikom svetovali ter jih vodili skozi gibalne in dihalne aktivnosti ter jim svetovali, kako ohranjati spretnosti pri vsakodnevnih dejavnostih. Preko video vsebin smo jim prikazali, na kakšen način se najlažje obrniti v postelji, kako se posesti, vstati ali izvesti presedanje na invalidski voziček. Prav tako smo delovni terapevti starejšim ljudem priporočali, kako si urediti življenjsko okolje z namenom preprečevanja padcev ter jih vodili skozi smiselno uporabo medicinskih pripomočkov. Posebno pozornost smo namenili ljudem z demenco v obliki vodenih pogovorov s poudarkom na ohranjanju miselnih procesov. Svetovanje je bilo namenjeno tudi družinskim članom, saj jih v stisko pogostokrat potisnejo vprašanja povezana s področja funkcioniranja človeka z demenco v vsakodnevnih aktivnostih, vprašanja glede prehranjevanja ljudi z demenco, načini in tehnike primerne za sproščanje tako ljudi z demenco kot tudi njih samih.

ZAKLJUČEK

Delo delovnega terapevta v projektu CrossCare je temeljilo na interdisciplinarnem sodelovanju različnih strok – pri tem govorimo o integriranem pristopu, ki je prilagojen uporabniku, njegovim navadam, načinu življenja in okolju, v katerem živi. Zavzemali smo se za socialno vključenost vseh ekonomskih in socialnih skupin starejših ljudi in gibalno oviranih ljudi, s čimer smo prispevali k zmanjšanju neenakosti in prispevali k dvigu kakovosti storitev. Projekt je tako predstavljal inovativnost na visoki ravni, saj bodo rezultati projekta služili kot strokovne podlage za normativno ureditev področja.

Literatura

Fisher. A.G., Jones. K.B. (2011) Introduction. In: Assessment of motor and process skills, Seventh Edition, Revised, Volume 1 . Development, Standardization, and Administration manual. Law. M., About the COPM. Pridobljeno 1.6. 2020 s strani <http://www.thecopm.ca/about/> ZDTS Assesment of Motor and Process skill. Pridobljeno 1.6.2020 s strani <https://www.zdts.si/index.php/del-terapija/amps> ZDTS O delovni terapiji. Pridobljeno 1.6.2020 s strani <https://www.zdts.si/index.php/delovna-terapija>

ZAGOTAVLJANJE DOSTOJNEGA ŽIVLJENJA V SKUPNOSTI OSEBAM Z DEMENCO

Petra Boh

POVZETEK

Razsežnosti demence so številne, obravnava pa je predvsem socialna: osebi je treba zagotoviti dostojno življenje ter zgraditi socialno okolje, ki je prijazno in potrpežljivo. Kot pravi Malijeva, je potreba po vzpostavljanju stikov z ljudmi pri osebah z demenco zelo izražena, zadovoljevanje te potrebe pa pogosto ovirano. Osebe z demenco, ki so nam bile zaupane v projektu CrossCare, so povedale, da so zelo osamljene in prestrašene, da pogrešajo družjenje s sorodniki in znanci ter si želijo, »da bi jih razumeli«. Sodobna obravnava oseb z demenco stremi k dvigu kakovosti njihovega življenja. To ni povezano samo z bivalnim okoljem in lažanjem spremljajočih zdravstvenih tegob, temveč zajema tudi pozitivne premike v pomoči osebam z demenco pri ohranjanju preostalih sposobnosti in osvajanju novih znanj, potrebnih za njihovo čim bolj aktivno in polno življenje.

Ključne besede: delovna terapija, demenca, oskrba v skupnosti, domače okolje, celostni pristop.

KAJ JE DEMENCA?

Staranje je naraven pojav, ki mu nihče ne more ubežati. Čeprav razmišljanje o lastni starosti po navadi potiskamo daleč v prihodnost, je ta pogosteje tudi del sedanjosti, ko se vsak dan srečujemo s svojimi bližnjimi, ki so že zakorakali v zrela leta. Nekateri imajo srečo, da njihovi svojci preživljajo to življenjsko obdobje vedro in da jim zdravje dobro služi. Žal pa ni malo starih ljudi, katerih življenje se povsem obrne na glavo. Ne samo njim, ampak tudi tistim, ki z njimi živijo vsakodnevno življenje in zanje skrbijo. Zgodi se, da jih svojci sploh ne prepoznajo več. Obnašajo se drugače, govorijo drugače, pozabljajo stvari, so popadljivi, včasih celo grobi ali nasilni. »Kaj se z njimi dogaja?« se sprašuje tudi Velikonja (b.d.).

Demenca spremeni človeka. Vendar ne tako, da bi

se človek zjutraj zbudil in bil »dementen«. Začne se počasi. Zgodijo se prve pozabljivosti, štedilnik ostane prižgan, ključ nekje založen, rdeča nit v pogovoru se izgublja. So dnevi, ko se ne zgodi nič, vse je kot po navadi, nobenih pozabljivosti. In kar naenkrat je svet drugačen, zaslišimo obtožbe, pojavi se časovna dezorientacija, ritem dneva in noči se spremeni ... Nato znova sledijo dnevi, ko svojci, oskrbovalci in drugi ne opazijo nobenih sprememb. Star človek je spet »normalen«. Pozneje se spremembe stopnjujejo, oseba z demenco ne prepozna več znanih ljudi, preteklost lahko postane sedanjost.

Ob besedi demenca navadno najprej pomislimo na starost in pozabljivost. Vendar demenca ni nujno del starosti in je precej več kot samo pozabljivost, kakršna nas po navadi spremlja vse življenje. Demenca pomeni upad možganskih funkcij, ki se kaže z motnjami spomina, govornega izražanja, mišljenja, orientacije, razumevanja, presoje in drugih sposobnosti. Upad omenjenih sposobnosti je tolikšen, da vpliva na izvajanje dnevnih aktivnosti. Posledico demence predstavljajo tudi različne psihične in vedenjske spremembe, kot so motnje razpoloženja, vznemirjenost, blodnje, nespečnost, pomanjkanje motivacije in podobno.

Demenca je posledica različnih bolezni, med katerimi so najpogostejši vzroki Alzheimerjeva bolezen, možgansko-žilne bolezni, bolezen Lewyjevih teles in frontotemporalne demence.

Po ugotovitvah strokovnjakov imajo osebe z napredovalo demenco v zadnjem obdobju življenja po navadi ne le kognitivno, temveč tudi telesno težko oslabeledost, zaradi česar so popolnoma odvisne od oskrbe druge osebe. Pri tem imajo lahko motnje hranjenja, hujšajo, so negibne, lahko imajo rane zaradi pritiska in se niso več sposobne jasno sporazumevati. Ob tem imajo lahko bolečine, težave v smislu težavnega vedenja ali nevropsihiatrične simptome (apatija, depresija). Najpogosteje umrejo zaradi okužbe dihal ali sečil ali pridruženih bolezni. Bolezen ne prizadene le osebe z demenco, ampak tudi vse, ki skrbijo zanje. Za eno osebo z demenco v povprečju skrbijo vsaj tri osebe. Bolezen povzroča čustveno stisko, je finančno breme ter ob dolgoletni oskrbi vodi do izgorevanja in družbene izključenosti (Ministrstvo za zdravje, 2016).

Ošlakova in Musil menita, da je v družbi še vedno prisotna določena mera stigme do oseb z demenco. Ta jim še dodatno otežuje življenje in negativno vpliva na iskanje pomoči, zato je pomembno, da si

prizadevamo za njeno identifikacijo in zmanjšanje. Prvi korak, ki ga moramo narediti, je obveščanje in izobraževanje družbe o dejanskih simptomih in vzrokih demence ter napačnih prepričanjih, ki o njej obstajajo. Ljudje si namreč ustvarijo prepričanja, da človek že takoj, ko je diagnosticiran za demenco, ni več sposoben sprejemanja odločitev in skrbi zase. Veliko vlogo pri nastanku in ohranjanju stigme imajo mediji, saj pri poročanju o osebah z demenco te pogosto upodabljajo v zadnjih fazah bolezni, ko je pri njih že okrnjena sposobnost verbalnega komuniciranja in opravljanja vsakdanjih opravil. Zato je izrednega pomena podučiti družbo o tem, da osebe z demenco po diagnozi še vedno lahko sodelujejo v številnih aktivnostih in ohranjajo relativno neodvisnost v vsakdanjem življenju ter da se napredovanje bolezni zelo razlikuje med posamezniki. Ključno vlogo pri tem pa igra zgodnja diagnoza demence, ki posamezniku in njegovi družini omogoča pravočasno pripravo na potek bolezni in spopadanje z njenimi simptomi (Ošlak in Musil, 2017).

Demenca postaja vedno večji zdravstveni, socialni in finančni problem, ki močno obremenjuje družbo kot celoto.

Danes:

- ima demenco približno 33.000 prebivalcev Slovenije.
- je vsak 5. prebivalec starejši od 65 let.
- ima vsak 62. prebivalec demenco.
- je vsak 21. prebivalec oskrbovalec osebe z demenco.
- ima vsak 15. prebivalec demenco ali je oskrbovalec osebe z demenco.

Čez 20 let:

- bo demenco imelo približno 48.000 prebivalcev Slovenije.
- bo vsak 3. prebivalec starejši od 65 let.
- bo vsak 43. prebivalec imel demenco.
- bo vsak 14. prebivalec oskrbovalec osebe z demenco.
- bo vsak 10. prebivalec imel demenco ali bo oskrbovalec osebe z demenco (L. Zlobec idr., 2018).

MODELI RAZUMEVANJA DEMENCE

Kot ugotavlja Milošević Arnoldova, se je z demenco do druge polovice 20. stoletja ukvarjala zlasti medicina. Klasični medicinski model vidi demenco kot bolezensko stanje, za katerega je značilna organska poškodovanost možganov. S tega vidika ne moremo dejansko veliko narediti, saj je pomembno le to, da za osebe z demenco čim bolj humano poskrbimo. Takemu razumevanju demence sledijo negativni družbeni stereotipi in odiranje oseb z demenco na družbeni rob (Milošević Arnold, 2007, str. 27).

Demenca pa ni le medicinski fenomen, saj njene posledice prizadenejo celotno osebnost ter zmožnost za socialno funkcioniranje in posameznikovo primarno socialno mrežo. Socialni model upošteva, da je vedenje osebe z demenco odvisno od njene preteklosti, splošnega zdravstvenega stanja kot tudi številnih dejavnikov v njenem ožjem in širšem življenjskem okolju. Socialni model ni usmerjen le na človeka »samega«, ampak tudi na njegovo socialno okolje in interakcije med njima (Milošević Arnold, 2007, str. 28).

Socialni psiholog Tom Kitwood pa je razvil holistični pristop, ki mu lahko rečemo tudi celostni ali integrativni. Bistvo njegovega pristopa je v delu, ki je osredotočeno na osebo z demenco. Kitwood problemov v zvezi z demenco ne pripisuje osebi z demenco, temveč moteni interakciji in komunikaciji med njim in drugimi ljudmi. Do nesporazumov in motenj v odnosu in delu z osebami z demenco pride zaradi njihovega občasnega nenavadnega vedenja, ki ga okolica ne razume in nanj odreagira odklonilno. To počasi privede do tega, da osebe z demenco postopoma razvijejo oblike vedenja, ki so za okolico moteče (Milošević Arnold, 2007, str. 28).

Izkušnje so pokazale in kažejo, da se vedenje osebe z demenco bistveno spremeni v okolju, ki ga sprejema in mu daje dovolj podpore. Da bi dosegli višjo raven kakovosti življenja oseb z demenco, pa moramo biti sposobni prepoznavati njihove potrebe v tem obdobju življenja in spodbujati njihove čustvene odzive ter znati in hoteti vstopati v empatičen odnos. Empatijo razumemo kot sposobnost vživljanja in prepoznavanja čustev sočloveka. Pomeni tudi absolutno strpnost do sočlovekovih napak, njegovega vrednostnega sistema in stališč.

Priporočilo Alzheimer Europe in Alzheimer's Disease International je, »naj ljudje z demenco ostanejo čim dlje v domačem okolju ob podpori ustreznih služb.

Tako ostanejo dlje časa dejavni in samostojni ter imajo kakovostno in dostojno življenje» (L. Zlobec idr., 2018).

DELOVNI TERAPEVT, KI DODAJA ŽIVLJENJE LETOM

Stari ljudje z demenco potrebujejo storitve delovnih terapevtov, ki vplivajo na kakovost življenja oseb z demenco. Delovna terapija namreč temelji na vključenosti uporabnika v njemu pomembne dejavnosti v vsakdanjem življenju (skrb zase, izobraževanje, delo ali socialne interakcije) (AOTA, 2018). Osebe z demenco, ki živijo v domačem okolju, niso deležne enakih možnosti strokovne obravnave v primerjavi z osebami z demenco, ki bivajo v domu starejših občanov. Galofova meni, da so ti v domovih deležni različnih strokovnih obravnav s strani strokovno usposobljenega kadra, kot so delovni terapevti, fizioterapevti, socialni delavci in medicinsko osebje. Skozi različne priložnosti v obliki prireditev imajo starostniki poleg kakovostnega načina preživljanja prostega časa možnost razvijati in širiti socialno mrežo ter se medgeneracijsko družiti z mlajšimi generacijami. Z razvojem družbe in družinskega življenja je medgeneracijsko življenje znotraj večgeneracijskih družin vse manj prisotno v naši družbi. Osebe z demenco, ki živijo v domačem okolju, imajo možnost prejemanja zgolj storitve patronažne službe, storitve pomoči družini na domu in storitve socialnega servisa (Galof, 2019). Projekt CrossCare potrjuje potrebo in željo starejših, ki bivajo v domačem okolju, po storitvah delovne terapije in socialnega dela. Statistični podatki IKT platforme kažejo visoko potrebo po delovnoterapevtskih storitvah pri osebah z demenco, saj smo v projektu CrossCare od začetka trajanja projekta 1. 9. 2018 do 14. 2. 2020 zabeležili 31 odstotkov storitev delovne terapije na področju duševnega zdravja.

Tako kot vsi ljudje tudi oseba z demenco potrebuje socialno in aktivno življenje. Ko postopoma izgublja sposobnost poskrbeti za svoje vsakodnevne potrebe, se namreč ne zna več sama zaposliti in ne ve več, kako bi se lotila smiselnih nalog in aktivnosti. Lahko se dolgočasi, cele ure sedi in gleda predse ali pa nenehno sprašuje, kaj početi. Morda se česa loti in se ne spomni, kako naj to naredi, kar jo spravlja v stisko. Vendar pa lahko oseba z demenco še dolgo sodeluje in pomaga pri aktivnostih, čeprav je pozneje zelo težko poiskati tisto, kar še zmore. Čim dlje naj ostane dejavna na področjih, ki jih še obvlada in jo veselijo. Pomembno je, da ne opravimo dela namesto nje (na primer oblačenje, obuvanje, umivanje,

preprosta gospodinjska opravila), ampak ji dovolimo, da samostojno naredi, kolikor še zmore. Tudi to jo ohranja pri močeh in ji vrača samozavest (Galof, 2019). »Ustvarjanje novih situacij ustvarja novo znanje,« pravi Flaker (2014).

Vsaka aktivnost pri osebah z demenco ohranja ali krepi vitalnost miselnih procesov, senzornih zaznav in motoričnih funkcij. Preventivno delovanje je zato ključnega pomena. Raziskave kažejo, da različne priložnostne aktivnosti, ki ohranjajo in krepijo možgansko plastičnost, lahko napredovanje demence celo upočasnijo ali osebi omogočajo, da ostaja samostojna čim dlje časa. **Zato potrebujejo nekoga, ki načrtuje in vodi njihov vsakdan.** Naloga svojcev je pomoč osebi z demenco, da se ta loti različnih vsakodnevnih opravil, pri njih sodeluje ter načrtuje aktivnosti, ki pomagajo zapolniti in pravilno načrtovati dan.

Vendar pa se svojci osebe z demenco zelo težko soočijo z diagnozo, zato potrebujejo veliko informacij o poteku bolezni, načinu zdravljenja in komunikaciji. Spoznanje, da je bližnji zbolel za demenco, privede do hudih stisk svojcev. Največkrat doživljajo občutke krivde, žalosti, sramu in jeze (Spominčica: Alzheimer Slovenija, 2017). Osebe z demenco se umaknejo vase, pozabljajo besede, raje ne govorijo več, da jih ne bi drugi nenehno popravljali; prav tako tudi svojci molčijo – iz strahu pred »sramoto«, ko se sprašujejo: »Kaj smo zagrešili, da je doletelo prav nas, mojega svojca?« Astrid van Hülsen demenco primerja z zidom molka (2007). Zato svojci potrebujejo podporo in razumevanje okolice, ne nazadnje tudi sogovornika, s katerim delijo svoje stiske in nemoč. Sorodniki, ki skrbijo za osebe z demenco, so pogosto v stiski, ker niso dovolj seznanjeni z načini, kako se soočiti z napredujočo se boleznijo. Najpogosteje jih v stisko potisnejo vprašanja, povezana s področji funkcioniranja osebe z demenco v vsakodnevnih aktivnostih, vprašanja glede prehranjevanja oseb z demenco ter načini in tehnike, primerne za sproščanje tako oseb z demenco kot tudi njih samih. Ustrezna podpora za osebe z demenco in njihove svojce oz. skrbnike vključuje strokovnjake z različnih področij: ob zdravstvenem osebju tudi psihologe, socialne delavce in strokovnjake s področja družinskega prava. Ustrezna pomoč pripomore k lažjemu sprejemanju diagnoze – skupaj načrtujejo prihodnost, dokler je to še mogoče – ter tako omogoča čim daljše in kakovostno življenje oseb z demenco v skupnosti (Galof, 2019).

Velik pomen pripisujemo tudi prilagoditvi ožjega bivalnega okolja. Fizično okolje ima pomemben vpliv na počutje in zdravje ljudi ter posledično na kakovostno življenje oseb z demenco. Večina uporabnikov, ki

smo jih zajeli v projektu CrossCare, živi v bivalnem okolju, ki ne ustreza njihovim dejanskim potrebam, jim ne omogoča samostojnega življenja in je celo nevarno. Hrovatinova meni, da je na žalost večina izdelkov projektiranih za zdrave in mlade ljudi. Osebe z demenco teh predmetov ne morejo uporabljati v popolnosti, kar povzroča stres, slabo počutje in ne nazadnje tudi izgubo neodvisnosti (Hrovatin, 2016). Delovni terapevt je v domačem okolju tudi v vlogi učitelja, saj seznanja svojce z ustreznimi prilagoditvenimi tehnikami, ki omogočajo lažje izvajanje aktivnosti. Z delovnoterapevtsko prilagoditvijo ožjega in širšega življenjskega okolja vzpostavljamo, ohranjamo in/ali izboljšamo spretnosti, dejavnosti na področju ožjih in širših aktivnosti ter dosežemo čim višjo stopnjo kakovosti življenja.

Pomembno vlogo pri zagotavljanju kakovosti bivanja oseb z demenco imajo tudi lokalne skupnosti, ki lahko ustvarijo okolje, v katerem se te osebe počutijo varne in sprejete. Standard skrbi in podpore obolelim naj ne vključuje le čim daljšega bivanja v domačem okolju, ampak naj omogoča osebi z demenco tudi vidno in dejavno vlogo v lokalni skupnosti. Spodbujati je treba vzpostavitev demenci prijaznega okolja, ki to bolezen pozna ter je do nje strpno in razumevajoče, kar je mogoče med drugim doseči tudi z različnimi oblikami ozaveščanja in izobraževanja za tiste, ki se z osebami z demenco pogosto srečujejo predvsem v okviru javnih služb (policisti, gasilci, šoferji javnih avtobusov, bankirji, poštni delavci) (Ministrstvo za zdravje, 2016). Demenci prijazna točka je točka, ki je namenjena osebami z demenco, svojcem in zaposlenim kot tudi vsem drugim v lokalni skupnosti, saj je pomembno, da tudi sosedje prepoznajo osebe z demenco in jim pomagajo.

Največjo nemoč pa svojci osebe z demenco najpogosteje občutijo pri iskanju in vzpostavljanju načinov učinkovite komunikacije z njimi. Vsakomur se včasih zgodi, da ne najde prave besede, zlasti tiste, ki jih redkeje uporablja. Lahko se nam zgodi, da ne poznamo točnega pomena kakšnega žargonskega izraza ali narečne besede. Iz celotnega stavka ali okoliščin pa vendarle lahko domnevamo pomen neznanega izraza.

Osebe z demenco morda sprva še dojamejo pomen kratkega, preprostega stavka, ne razumejo pa več daljših, sestavljenih stavkov ali posameznih besed, ki so jih nekdanji sami uporabljali. Pozabljajo tudi posamezne preproste, pogosto uporabljene besede ali pa jih nadomeščajo z neustreznimi besedami oz.

»si izmislijo« povsem nove besede. Ker ne najdejo ustreznega imena predmeta, ga opišejo (telefon – to je za telefonirati; brivnik – to je za brado pokositi). Zaradi vsega tega stavki postanejo nerazumljivi.

Pri osebami z demenco se velik pomen pripisuje verbalni komunikaciji. Enak pomen, včasih še celo večji, ima neverbalna komunikacija, torej mimika, gestikulacija, drža telesa, kakovost glasu, položaj rok. Vsaj 55 odstotkov celotnega sporazumevanja med ljudmi sestavlja telesna govorica. Kot pravi dr. Kogoj: »Ko beseda utihne, govori srce.« (b.d.)

Nova paradigma oskrbe oseb z demenco poudarja človeka in njegove potrebe. Pomoč osebi z demenco je namreč učinkovita takrat, ko na potrebe človeka odgovori v skladu z njegovimi pričakovanji in nujami. Zato je podpora skrbnikom in sorodnikom, ki bivajo z osebami z demenco, izjemno pomembna ter predstavlja eno od področij »Strategije obvladovanja demence v Sloveniji do leta 2020« (Ministrstvo za zdravje, 2016).

POMEN ZAGOTOVITVE CELOSTNEGA PRISTOPA

Pri obravnavi oseb z demenco je treba njihove potrebe obravnavati celostno, z integriranim pristopom različnih strok. Hitro naraščanje deleža starejšega prebivalstva predstavlja velik izziv, s katerim se soočajo vse razvite države, vključno s Slovenijo. Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije (WHO) za leto 2015 je na svetu približno 47,5 milijona oseb z demenco. Vsako leto se število teh poveča za okoli 7,7 milijona novih primerov, kar kaže na to, da se simptomi pri novih posameznikih odkrivajo vsake štiri sekunde. Visoki stroški obravnave te bolezni bodo velik izziv za zdravstvene sisteme vseh svetovnih držav, upoštevajoč naraščanje števila obolelih (Ministrstvo za zdravje, 2016). Ob zgodnji diagnozi je osebami z demenco z integriranim pristopom različnih strok na posameznikovem domu mogoče zagotoviti dostojno in kakovostno življenje, ki bi z vpeljavo novih rešitev lahko zagotovili bolj stabilen sistem oskrbe in zdravstva. »Vpeljevanje inovativnih rešitev se je treba lotiti sistematično in celostno. Niso dovolj le posamezne storitve ali pripomočki, ampak je treba zagotoviti celosten pristop. Le s celostnim pristopom bo zagotovljena dolgotrajna oskrba, ki je dovolj kakovostna in je na voljo vsem, ki jo potrebujejo. V Sloveniji je do sedaj razvitih in implementiranih malo rešitev, ki bi zagotavljale sistem dolgotrajne oskrbe.« (Jakob, 2019) Slovenske dobre prakse, kot je bil projekt CrossCare

v okviru Zavoda za oskrbo na domu Ljubljana, predstavljajo le posamezne rešitve ali pa gre za prakse, vpeljane na lokalni ravni, ki niso povezane v širši kontekst, saj žal sistema, ki bi povezoval in zagotavljal dolgotrajne rešitve, na tem področju še ni. S primerno podporo so lahko osebe z demenco še naprej pomemben del družbe. Nove oblike integriranega pristopa v projektu CrossCare temeljijo na znanju, spretnostih in izkušnjah različnih strok. Le tako bodo lahko v prihodnje delovale po meri starih ljudi in v skladu z njihovimi potrebami.

Alzheimer Slovenija – Slovensko združenje za pomoč demenci.

Velikonja, I. (b.d.). Naj ostanejo takšni, kot jih poznamo (str. 3). V I. Velikonja, J. Kersnik, A. Oštir, M. Tovornik, H. Zupančič & H. Kurtin (ur.). Ljubljana: Johnson & Johnson.

Literatura in viri

- Galof, K. (2019). Sobivanje z demenco. V J. Mali & F. Jakob (ur.), Izzivi interdisciplinarnega sodelovanja na področju pomoči starim ljudem (str. 10–16). Pridobljeno 16. 2. 2020 s <http://www.ssz-slo.si/wp-content/uploads/Zbornik-brez-barvne-naslovnice.pdf>
- Hrovatin, J. (2016). Prilagoditev bivalnega okolja potrebam starejših. Trzin: Fakulteta za dizajn.
- Hülsen, A. (2007). Zid molka. Logatec: Firis Imperl & Co.
- Jakob, F. (2019). Sobivanje z demenco. V J. Mali & F. Jakob (ur.), Nagovor ob otvoritvi strokovnega srečanja. Pridobljeno 16. 2. 2020 s <http://www.ssz-slo.si/wp-content/uploads/Zbornik-brez-barvne-naslovnice.pdf>
- Kogoj, A. (b.d.). Ko beseda utihne, govori srce. V M. Muršec (ur.), Sporazumevanje z bolniki z demenco: Vodnik za svojce in negovalce starejših z demenco. Ljubljana: Johnson & Johnson.
- L. Zlobec, Š., Krivec, D., Bastarda, M., Virant, A., Jurjevič, M., Hojan, V., Tratnik, L. & Jurinčič, H. (2018). Demenci prijazne točke. Spominčica Alzheimer Slovenija – Slovensko združenje za pomoč demenci.
- Milošević Arnold, V. (2007). Socialno delovni pogled na demenco. V J. Mali & V. Milošević Arnold (ur.), Demenca – izziv za socialno delo (str. 27–28). Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Ministrstvo za zdravje. (2016). Strategija obvladovanja demence v Sloveniji do leta 2020. Pridobljeno 16. 2. 2020 s <https://www.alz.co.uk/sites/default/files/plans/Slovenia-National-Plan-2016.pdf>
- Ošlak, K., Musil, B. (2017). Odnos do demence in stigma demence. Pridobljeno 16. 2. 2020 s https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/oslak_jz_01-09.pdf
- Spominčica: Alzheimer Slovenija (2017). Soočanje z demenco in podpora svojcem po diagnozi. V Š. L. Zlobec, D. Krivec, B. Pajk, A. Virant, M. Jurjevič & M. Tratnik (ur.), Živeti z demenco doma. Spominčica

DELOVNOTERAPEVTSKA OBRAVNAVA OSEBE PO MOŽGANSKI KAPI V DOMAČEM OKOLJU

Matevž Globočnik

POVZETEK

Uvod: Možganska kap je prizadetost dela možganov, ki se izraža kot popolna odsotnost ali ohromelost ene polovice človeškega telesa. Poleg vidnih prizadetosti telesa lahko povzroči tudi motnje ali odsotnost govora, kognitivne težave, afazijo, hemianopsijo ali neglekt in podobno. Zaradi posledic je oseba lahko popolnoma ali delno odvisna od pomoči drugih, le redko pa posledice sploh niso zaznane. **Namen:** Cilj študije je ugotoviti, kako delovnoterapevtska obravnava osebe po možganski kapi v domačem okolju po razvojno nevroloških načelih vpliva na zadovoljstvo in kakovost izvajanja dnevnih dejavnosti. **Metode dela:** Uporabnica v primeru je ženska, stara 90 let, diagnosticirano ima možgansko kap, ki se izraža kot desnostranska pareza. Kot ocenjevalni instrument je bil izbran Kanadski test ocenjevanja problemov dejavnosti (COPM). Obravnavo je izvajal delovni terapevt, zaposlen na projektu CrossCare v okviru Zavoda za oskrbo na domu Ljubljana. Rezultati: Ob koncu obravnave je ocenjevalni instrument COPM pokazal napredek pri povprečni oceni za izvedbo za 5 točk in z zadovoljstvom z izvedbo za 4 točke. **Razprava in sklep:** Delovnoterapevtska obravnava po razvojno nevroloških načelih na domu se je izkazala za učinkovito.

Ključne besede: možganska kap, razvojno nevrološka obravnava, domače okolje, študija primera.

IZHODIŠČA

Ena od najpogostejših boleznij v starosti je možganska kap. Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije (v nadaljevanju besedila: WHO) je opredeljena kot akutna nevrološka motnja žilja z nenadnim ali hitrim pojavom simptomov, ki prizadene določen del možganov. Pogosto povzroči dolgoročne funkcionalne in duševne motnje. Več kot polovica bolnikov, ki preživi možgansko kap, pri opravljanju vsakodnevnih dejavnosti postane odvisna od pomoči drugih (NSA, 2011).

Zaradi pogostosti, visoke smrtnosti in velikokrat tudi hude invalidnosti predstavljajo velik zdravstveni kot tudi socialno-ekonomski izziv (Šmuc in Kos, 2010). Posledice kapi se v 80 odstotkih kažejo kot težave na gibalnem področju. Običajno se pojavijo kot oslabeleost ali ohromelost roke in noge (hemiplegija ali hemipareza) desne ali leve polovice telesa, nepravilnosti v obliki polovice obraza in v nekaterih primerih tudi druge posledice, kot so motnje ravnotežja, govora in vida, izguba nadzora nad mokrenjem in izločanjem blata ter težave pri požiranju (Brejč, 2001).

Gibalne težave povzročijo zmanjšano samostojnost pri opravljanju vsakodnevnih dejavnosti (Fletcher-Smith, Walker, Cobley, Steultjens in Sackley, 2013). Zato je v procesu rehabilitacije zelo pomembna pomoč različnih strokovnjakov, ki s svojim znanjem prispevajo k ponovnemu učenju veščin in spretnosti, nujnih za čim večjo samostojnost (Poje, 2004). Pomemben član rehabilitacijskega tima je delovni terapevt, ki obravnava pri osebi po možganski kapi usmerja na aktivnosti z vseh področij človekovega delovanja: dnevne dejavnosti, dejavnosti s področja dela (produktivnosti) in pristočasne dejavnosti (Oven in Šergan, 2012).

Kljub posledicam možganske kapi si veliko oseb želi čim dlje ostati v domačem okolju, saj jim to omogoča samouresničevanje, udobje, življenje v njihovem toku, poznavanje stanovanja in okolice (Boldy, Grenade, Lewin, Karol in Burton, 2011). S tem izpolnijo svoje fizične, duševne in duhovne potrebe. Življenje jim na ta način daje nepretrgano povezavo s preteklostjo in vsakodnevnimi dejavnostmi, ki jih izvajajo v njim znanem okolju (Wilese, Leibing, Guberman, Reeve in Allen, 2011).

V evropskem prostoru se obravnave v domačem okolju izvajajo multidisciplinarno. Delovni terapevti so člani strokovnega tima, ki pridobijo vpogled v avtentično stanje starejše osebe in okolja, v katerem živi. Slednje ocenijo in prilagodijo tako, da je varno in primerno za izvajanje vsakodnevnih dejavnosti (Vu in Mackenzie, 2012).

Delovni terapevti se pri osebah po možganski kapi največkrat poslužujejo razvojno nevrološke obravnave po konceptu Bobath. Ta temelji na analizi normalnega gibanja in analizi odstopanja zaradi poškodb osrednjega živčevja. S specifičnim načinom dela delovni terapevt želi izboljšati/povrniti gibanje na prizadeti strani (Tomšič, 2011).

Cilj študije primera je prikazati učinkovitost delovnoterapevtske obravnave z razvojno nevrološkimi strategijami pri osebi po možganski kapi v domačem okolju ter vpliv obravnave na izvedbo in kakovost izvedbe dnevnih dejavnosti.

METODE

Študija primera osebe po možganski kapi, vključene v delovnoterapevtsko obravnavo, ki je obsegala 25 delovnoterapevtskih obravnav. Obravnavo je izvajal delovni terapevt, zaposlen na projektu CrossCare, katerega nosilec in izvajalec je Zavod za oskrbo na domu Ljubljana.

Okupacijski profil: Uporabnica v obravnavi je stara 90 let, živi v vrstni hiši skupaj s hčerko in njeno družino. V prostem času je skrbela za gospodinjstvo in sobne rastline, reševala križanke, brala časopis, urejala vrt, nakupovala v bližnji trgovini ter se tedensko družila s prijateljicami v središču mesta, do katerega je prispela z uporabo javnega prevoza. Pred dvema letoma je utrpela možgansko kap, ki je povzročila parezo desne (dominantne) strani telesa. Od nastanka poškodbe uporabnica ni zmožna izvajati nobene dnevne dejavnosti samostojno ali brez spremstva oz. nadzora druge osebe. Zaradi zmanjšanega mišičnega tonusa v roki gibi niso možni. Gibi v prizadeti nogi so dokaj tekoči, nadzorovani, bolečina ni prisotna. Uporabnica ima zaradi možganske kapi težave tudi z ravnotežjem, zato za mobilnost po stanovanju uporablja invalidski

voziček. V širšo okolico se ne vključuje, saj ni zmožna hoje po stopnicah. Od delovnoterapevtske obravnave pričakuje, da bo zmožna pojesti obrok z desno roko, bo ponovno hodila s pomočjo sprehajalne palice, ponovno čitljivo pisala in lahko reševala križanke, se samostojno oblekla in slekla ter da bo ob spremstvu druge osebe premagala stopnišče in odšla na sprehod.

Ocenjevanje: Uporabljen je bil Kanadski test ocenjevanja problemov dejavnosti (angl. Canadian Occupational Performance Measure; v nadaljevanju besedila: COPM), ki je ocenjevanje v obliki polstrukturiranega intervjuja. Uporabnik izbere in oceni do pet njemu prioritetenih problematičnih dejavnosti, za katere oceni izvedbo in zadovoljstvo z izvedbo na lestvici od 1 do 10, pri čemer 1 pomeni zelo nizko, 10 pa zelo visoko oceno. Delovni terapevt ugotovi, katere so uporabnikove problematične dejavnosti in za katere je motiviran (Law, Baptiste, Carswell, McColl, Polatajko in Pollock, 2005). Izveden je bil tudi test mišične moči rok oz. prijema z uporabo dinamometra. Uporabnik izvede test z vsako roko dvakrat, roka je podprta v komolcu, zapestja ne sme podpirati. Končni rezultat ocenjevanja se zabeleži v kilogramih. Test nam pokaže moč prijema posamezne roke, kot tudi daje možnost primerjave začetnega in končnega stanja. Med drugim pokaže tudi učinkovitost obravnave predvsem pri osebah z mišično-skeletnimi obolenji ali poškodbami kot tudi pri nevroloških bolnikih. Dinamometer, uporabljen pri osebah po možganski kapi, predstavlja kontraindikacijo, saj z izvajanjem fleksije prizadete roke izzovemo patološke vzorce.

Tabela 1: COPM, izveden 10. 1. 2019

Aktivnost	Ocena izvedbe	Ocena zadovoljstva ob izvedbi
Oblačenje in slačenje zgornjega dela	2	1
Hoja po stanovanju	1	1
Premagovanje stopnic	1	1
Pisanje	1	1
Povprečje	1,25	1

Tabela 2: Dinamometrija, izvedena 10. 1. 2019

Roka	Rezultat v kg
Desna	0 kg
Leva	6 kg

Obravnavna: Uporabnica je imela jasno oblikovane cilje – ob koncu obravnave je želela hoditi, se samostojno obleči in sleči, pisati ter ponovno jesti z desno roko. Delovnoterapevtska obravnavna je temeljila na pripravljanih in namenskih dejavnostih v sedečem položaju ter stoje ob opori. V sedečem položaju je uporabnica izvajala rotacije zgornjega dela trupa z iztegnjenimi rokami in predklon. Za doseganje iztega obeh rok si je uporabnica asistiralna z neprizadeto roko. Prizadeto roko je prijela na podlakti nekaj centimetrov pred zapestjem in tako izvajala dejavnosti. Ob opori je izvajala vstajanje s kuhinjskega stola in usedanje. Stoj ob opori je izvajala prenašanje teže z ene noge na drugo ter dvigovanje na prste in pete. Za večjo stopnjo varnosti in preprečevanje nastanka padca je delovni terapevt asistiral na prizadeti strani ter ji nudil oporo. Vnašal je tudi dražljaje z manipuliranjem celotne roke in izvajanjem rahlega pritiska na ramenski sklep. Pri stopnjevanju zahtevnosti dejavnosti so bili dodani še dvigovanje kolena, abdukcija spodnjega uda in povečano število ponovitev vsake dejavnosti. Izvajane dejavnosti so bile usmerjene na zavedanje lastnega položaja telesa kot tudi na izvajanje kompleksnejših dejavnosti, kot so hoja, sedenje, stoja, doseganje predmetov v horizontalni in vertikalni ravnini. Kotaljenje, metanje in ujemanje žoge, prenašanje in zatikanje lesenih paličic različnih debelin v desko z luknjami v različnih smereh ter različne dejavnosti z gumijastimi žogicami so stopnjevanje pripravljanih dejavnosti. Uporabnik mora za izvajanje teh ohranjati dinamično ravnotežje, tako da prilagodi upravljanje drže zahtevam dejavnosti. S ponavljanjem dejavnosti, ki zahtevajo dinamično ravnotežje, prilagajamo središče gravitacije, ki sčasoma omogoči prenos naučenega na kompleksnejšo dejavnost (Rugelj, 2014). Kot namenske dejavnosti je uporabnica ob asistenci terapevta izvajala tudi brisanje mize s

prizadeto roko sede na kuhinjskem stolu pri mizi in pomivanje posode. Pri slednjem je stala ob kuhinjskem koritu. Pri izvajanju obeh dejavnosti je bil cilj izboljšati funkcije in doseči uporabo prizadete roke pri izvajanju dejavnosti. Terapevt je bil pozoren na poravnavo ključnih točk telesa, uporabnica pa je ohranjala ravnotežje, ritem izvajanja, moč oz. napor, ki ji ga je predstavljala dejavnost.

Za lažje izvajanje dnevnih dejavnosti je terapevt z različnimi medicinsko tehničnimi pripomočki in prilagoditvami bivalnega okolja omogočil višjo stopnjo varnosti in samostojnosti uporabnice. Med obravnavami je terapevt odstranil preproge, ki veljajo za velik dejavnik za nastanek padca, premaknil fotelje v dnevni sobi, da uporabnica lažje dostopa do kavča, kjer največkrat sedi, obrnil jedilno mizo, da je več prostora v jedilnem kotu in da lahko do mize dostopa z uporabo sprehajalne palice, rolatorja ali invalidskega vozička. Uporabnici in njeni hčerki sta bila predstavljena tudi stol za tuš kabino ter sobno stranišče; oba medicinsko tehnična pripomočka sta bila svetovana za doseganje večje samostojnosti in preprečevanje možnosti nastanka padca.

IZIDI

Po petindvajseti obravnavi je bil ponovno izveden test COPM, ki je pokazal napredek pri oceni izvedbe. Ta se je z 1,25 povečal na 6,25. Ocena zadovoljstva z izvedbo se je po ponovnem ocenjevanju povečala, in sicer z 1 na 5. Ponovni test mišične moči rok z dinamometrom je pokazal napredek v desni roki, kjer se je moč stiska z 0 kilogramov povečala na 8 kilogramov, in v levi roki, kjer se je moč stiska s 6 kilogramov povečala na 12 kilogramov.

Tabela 3: COPM – primerjava rezultatov

Aktivnost	Ocena izvedbe 10. 1. 2019	Ocena zadovoljstva 10. 1. 2019	Ocena izvedbe 30. 5. 2019	Ocena zadovoljstva 30. 5. 2019
Oblačenje in slačenje zgornjega dela	2	1	8	8
Hoja po stanovanju	1	1	6	6
Premagovanje stopnic	1	1	5	4
Pisanje	1	1	6	2
Povprečje	1,25	1	6,25	5

Tabela 4: Dinamometrija – primerjava rezultatov

Roka 10. 1. 2019	Rezultat v kg	Roka 30. 5. 2019	Rezultat v kg
Desna	0 kg	Desna	8 kg
Leva	6 kg	Leva	12 kg

RAZPRAVA

Delovnoterapevtska obravnava v domačem okolju pomeni izvedbo obravnave na uporabnikovem domu, ki se pogosto izkaže za zelo učinkovito. Na uporabnikovo motivacijo, željo za vključitev in sodelovanje v delovnoterapevtski obravnavi pozitivno vpliva prav domače okolje, ki mu je poznano in omogoča navzočnost bližnjih. Obravnava je bila usmerjena v izboljšanje spretnosti, ki so bile okvarjene zaradi možganske kapi, ter izvajanje dejavnosti, pri katerih je uporabnica imela težave in si jih je želela izboljšati. Potekala je po razvojno nevrološkem pristopu, to je vključevanje prizadete strani telesa v dejavnosti. Poseben poudarek je bil na ravnotežju in hoji. Analiza študij o delovni terapiji v domačem okolju je pokazala izboljšanje uporabnikovega izvajanja osnovnih dnevnih dejavnosti. Največji učinki so bili pri starejših bolnikih in ciljno usmerjenih ukrepih. Zgodnja obravnava oseb po možganski kapi omogoča največje okrepanje, če je uporabnik »prisiljen« uporabljati prizadete ude, vadi intenzivno in ponovljivo z veliko ponovitvami in če se zahtevnost nalog postopoma zvišuje (Goljar, 2010).

Na podlagi opazovanja uporabnikovega funkcioniranja in participacije v različnih dejavnostih je terapevt ugotovil dejavnike, ki spodbujajo ali zavirajo izvedbo dejavnosti, ter morebitne dejavnike tveganja za nastanek padca.

Delovnoterapevtska obravnava se je izkazala za učinkovito. Dosegli smo vse zastavljene cilje. Izboljšala se je izvedba ožjih (oblačenje in slačenje, hranjenje, hoja) kot tudi širših dejavnosti (pisanje). Uporabnica je izboljšala vključenost v dejavnosti in stopnjo samostojnosti, ki jo je imela ob začetku obravnave. Z izobraževanjem uporabnice in svojcev je terapevt zagotovil znanje za učinkovitejše, varnejše in samostojnejše izvajanje dejavnosti kot tudi ohranjanje uporabničnih navad in vlog.

Literatura

- Tomšič, M. (2011). Delovna terapija na nevrološkem področju: zgodnja delovnoterapevtska obravnava oseb s hemiplegijo. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.
- Vu, T., Mackenzie, L. (2012). The inter-rater and test-retest reliability of the Home Falls and Accidents Screening Tool. *Australian Occupational Therapy Journal*, Vol 59, 235–242.
- Wiles, J. L., Leibing, A., Guberman, N., Reeve, J., Allen, R. (2011). The Meaning of »Ageing in Place« to Older People. *The Gerontologist*: 1–10. Pridobljeno 1. 2. 2020 s <http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/early/2011/10/07/geront.gnr098.full>
- Oven, A., Šergan, L. (2012). Samostojnost izvajanja osnovnih dnevnih aktivnosti po možganski kapi. Posvetovanje. Delovna terapija – stroka sedanosti, 2. februar 2012.
- Boldy, D., Grenade, L., Lewin, G., Karol, E. in Burton, E. (2011). Older people's decision regarding »ageing in place«: A Western Australian case study. *Australian Journal on Ageing*, Vol 30, No 3: 136–142.
- Fletcher-Smith, J. C., Walker, M. F., Cobley, C. S., Steultjens, E. M. J., Sackley, C. M. Occupational therapy for care home residents with stroke (Review). *The Cochrane Collaboration*: 1–44. Pridobljeno 13. 2. 2020 s <https://europepmc.org/article/PMC/6464854>
- Poje, J. (2004). Sodobni pristopi v delovni terapiji pri bolnikih z možgansko žilno boleznijo. V: *Novosti v rehabilitaciji po možganski kapi. Zbornik predavanj, 15. dnevi rehabilitacijske medicine, 26. in 27. marec*. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo, 153–159.
- Poje, J. (2004). Delovna terapija pri bolnikih z desnostransko ali levostransko hemiplegijo po ICV. V: *Človeku prijazni pristopi. Zbornik predavanj, 40 let izobraževanja delovnih terapevtov, 26.–28. maj*. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, 75–76.
- Brejc, T. (2001). Možganska kap. Vprašanja in odgovori. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo, 10–20.

- Šmuc, T. in Kos, J. (2010). Srčni infarkt in možganska kap. V: V skrbi za vaše zdravje: Ko so minute pomembne. Novo mesto: www. Krka.si: 4–6. Pridobljeno 13. 2. 2020, s http://www.krka.si/media/prk/dokumenti/3783_ko_minute_19_vsvz.pdf.
- National Stroke Association (NSA) (2011). Rehabilitation therapy after stroke. info.stroke.org/site/PageServer?pagename=REHABT.
- Pridobljeno 16. 2. 2020 s <http://www.thecopm.ca/about/>
- Pridobljeno 15. 2. 2020 s https://books.google.si/books?hl=sl&lr=&id=QcNvRf-HZJ4C&oi=fnd&pg=PA145&dq=dynamometer+hand+strength&ots=lpz6OdMW3u&sig=pCjeULeJD43TxIhJD_uNr0szGxg&redir_esc=y#v=onepage&q=dynamometer%20hand%20strength&f=false
- Pridobljeno 16. 2. 2020 s <https://books.google.si/>

FIZIOTERAPIJA

ZDRAVSTVENOVZGOJNO DELO FIZIOTERAPEVTA V DOMAČEM OKOLJU

Mirjana Vukadinov

POVZETEK

Fizioterapija se ukvarja z opredeljevanjem in izboljševanjem kakovosti posameznikovega življenja in njegovih zmožnosti za gibanje ter deluje na področjih promocije zdravja, preventive, zdravljenja, rehabilitacije in rehabilitacije. Fizioterapija vključuje sodelovanje med fizioterapevtom in uporabniki storitev kot tudi sodelovanje z drugimi zdravstvenimi strokovnjaki, negovalnim osebjem, družinami in skupnostjo (Fizioterapija, 2013).

Fizioterapija se izvaja v različnih okoljih, bolnišnicah, domovih za starejše občane, rehabilitacijskih centrih in na domovih uporabnika.

Ključne besede: fizioterapija, svetovanje, domače okolje, svojci.

V procesu fizioterapevtske obravnave je najpomembnejše upoštevanje uporabnika kot celote. Uporabnik mora dobiti informacije o predlaganih postopkih fizioterapije. Pri tem je treba upoštevati njegovo starost ter čustveno in mentalno sposobnost za sodelovanje pri fizioterapevtski obravnavi (Puh idr., 2015).

V procesu izvajanja fizioterapije na domu v projektu CrossCare je bila ena od zelo pomembnih nalog fizioterapevta sodelovanje z uporabnikom in njegovimi družinskimi člani oz. svojci, ki skrbijo za uporabnika, kot tudi sodelovanje s socialnimi oskrbovalkami.

Namen izvajanja fizioterapije na domu obsega:

- spodbujanje zdravja in dobrega počutja uporabnikov ter poudarjanje pomena telesne vadbe;
- zagotavljanje fizioterapevtskih postopkov za obnovitev integritete telesnih sistemov, bistvenih za gibanje, za izboljšanje funkcije in okrevanja,

zmanjšanje nezmožnosti, izboljšanje kakovosti življenja ter omogočanje neodvisnega življenja;

- prilagoditve bivalnega okolja;
- izboljšanje kakovosti življenja uporabnika v njegovem domačem okolju.

Pri delu z uporabnikom fizioterapevt na podlagi medicinske diagnoze in fizioterapevtskih testov postavi fizioterapevtsko diagnozo. Na podlagi rezultatov nato skupaj z uporabnikom, po predhodnem dogovoru o izvajanju storitev, načrtuje fizioterapevtsko obravnavo.

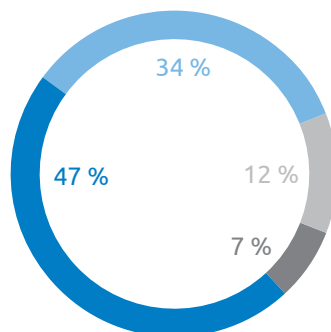
Za marsikaterega uporabnika so storitve fizioterapije na domu zelo pomembne, zato nas z veseljem in zaupanjem spustijo v svoj dom. Starejše osebe se v domačem okolju počutijo najbolj varne. Bolnišnično zdravljenje in rehabilitacija v rehabilitacijskem centru, toplicah ali kakšni drugi ustanovi sta prilagojena potrebam bolnih. Prostori, postelje, drugi medicinsko tehnični pripomočki in strokovno zdravstveno osebje sledijo medicinskemu modelu. Ob odpustu v domače okolje uporabniki in njihovi družinski člani dobijo le ustna in pisna navodila, kako naj z rehabilitacijo nadaljujejo, vendar se pogostokrat izkaže, da starejši ljudje potrebujejo predvsem podporo druge osebe pri izvajanju aktivnosti. Med trajanjem projekta CrossCare smo velikokrat ugotovili, da so uporabniki in njihovi družinski člani le delno razumeli navodila, ki so jih prejeli ob koncu bolnišničnega zdravljenja.

Ob vrnitvi v domače okolje se uporabniki sprašujejo, kako naprej, kako naj pravilno in čim bolj učinkovito izvajajo aktivnosti, ki so se jih naučili v zdravilišču. Soočajo se z vprašanjem, kakšen je pravilni, terapevtski položaj v postelji, kako naj se sami obračajo v postelji, na kakšen način naj se posedejo, vstanejo ter grejo v gibanje in hojo.

V projektu CrossCare smo na Zavodu za oskrbo na domu Ljubljana od začetka trajanja projekta, tj. od 1. 9. 2018 do 1. 3. 2020, v fizioterapiji obravnavali 296 uporabnikov s funkcionalno diagnozo. To nazorno prikazuje Graf 1 z naslednjimi podatki:

- nepokreten: 22 uporabnikov,
- težko pokreten: 35 uporabnikov,
- pokreten s pripomočki: 138 uporabnikov,
- pokreten: 101 uporabnik.

Graf 3: Gospodinjska skupnost – s kom živijo uporabniki



- pokreten s pripomočki
- pokreten
- težko pokreten
- nepokreten

Izobraževanje uporabnikov in njihovih svojcev smo izvedli pri 272 uporabnikih.

Za socialne oskrbovalke smo na Zavodu za oskrbo na domu Ljubljana izvedli strokovne delavnice na temo pravilnega pozicioniranja uporabnika v postelji in o nevroloških obolenjih. Prav tako smo na Centru za socialno delo Posavje, enota Brežice, izvedli svetovalne delavnice za socialne oskrbovalke o pravilnem nameščanju uporabnikov in nevroloških boleznih ter svetovalne obiske na terenu oz. domu uporabnikov.

Pri geriatričnih uporabnikih smo se najpogosteje srečevali s poškodbami, zlomi, nevrološkimi boleznimi (možganska kap, Parkinsonova bolezen, multipla skleroza), degenerativnimi obolenji, kroničnimi boleznimi, srčno-žilnimi obolenji, revmatičnimi boleznimi, onkološkimi stanji in podobno. Navadno gre za polimorbiditeto, kar pomeni, da je prisotnih več pomembnih diagnoz, ki vse na tak ali drugačen način vplivajo na psihofizično stanje posameznika.

Starejšim največ težav predstavljajo slabo ravnotežje, vrtoglavica, bolečine, oslabelelost (neaktivnost), demenca, osteoporoza, strah pred padci, sladkorna bolezen, respiratorne težave, slabši vid ali sluh, vnetja sečil, srčno popuščanje in podobno.

Upad funkcionalnih zmožnosti pomeni nezmožnost izvajanja dnevnih aktivnosti, kot so hranjenje, oblačenje, osebna higiena in gibanje. Sorazmerno je povezana tudi z neaktivnostjo.

Upad se kaže v slabšem ravnotežju in večjem številu padcev. Slednji se pojavljajo zaradi motenj dinamičnega ravnotežja, splošne oslabeledosti, oslabeledosti spodnjih okončin in podobno.

Dolgotrajno mirovanje in neaktivnost uporabnika negativno vplivata na dihanje kot tudi pljučni krvni obtok. Posledice ležanja so nezadostna ventilacija pljuč, oslabeledjen mehanizem čiščenja dihalnih poti in povečano tveganje za respiratorne infekcije, kar vodi v respiratorne zaplete.

Dolgotrajno mirovanje prav tako negativno vpliva na kožo, predvsem zaradi pritiska na kožo in mehka tkiva, zaradi česar se lahko pojavi dekubitus oz. preležanine.

Urinska ali fekalna inkontinenca se razvije pri več kot 40 odstotkov starejše populacije, kar še slabše vpliva na zdravstveno stanje uporabnika.

V zvezi z vsemi navedenimi problemi smo se v projektu CrossCare timsko povezali z ostalimi strokovnimi sodelavci. Na timskih sestankih smo se pogovorili o uporabniku oz. njegovih težavah ter se odločili, kako bo potekala pomoč uporabniku in njegovim družinskim članom. Po potrebi smo se v obravnavo skupaj vključili delovni terapevt in fizioterapevt ali dva fizioterapevta ali fizioterapevt in diplomirana medicinska sestra ter fizioterapevt s socialno oskrbovalko.

Fizioterapevtski proces tako izpostavlja pomembnost kinezioterapije, s poudarkom na treningu ravnotežja, vadbi za moč in vzdržljivost mišic, boljši tehniki hoje, uporabi pripomočkov za hojo, dihalnih vajah ter vajah za cirkulacijo. Vse metode in tehnike so določene individualno glede na naravo bolezni oz. poškodbo uporabnika.

Nevrološki bolniki, na primer, zahtevajo dolgotrajno obravnavo z namenom doseganja optimalnega funkcionalnega stanja oz. vzdrževanja tega. Redna aktivnost uporabnika po možganski kapi je izrednega pomena, saj v nasprotnem primeru zmanjšana aktivnost lahko privede do nepokretnosti, ki pa je povezana z mnogimi dejavniki tveganja, kot smo jih že prej omenili (preležanine, pljučnica, globoka venska tromboza).

Redno izvajanje individualno določenih fizioterapevtskih vaj je tako ključnega pomena za samostojnost, neodvisnost in čim bolj kakovostno življenje.

Obvsakiobravnavismoizvedliizobraževanje družinskih članov in samega uporabnika – z uporabnikom smo

med drugim teoretično in praktično izvajali učenje obračanja v postelji in posedanja, trening transferja s postelje na invalidski voziček in z vozička na posteljo ter učenje vstajanja in hoje. V proces rehabilitacije v domačem okolju smo vključevali tudi uporabnikove svojce.

Zaradi naraščanja števila starejših ljudi je bistvenega pomena celostna obravnava starejših in kronično bolnih ljudi v domačem okolju. S projektom CrossCare smo fizioterapevti pomembno vplivali na integriran pristop oskrbe, s čimer smo se približali socialnemu modelu oskrbe starejših na njihovem domu.

Literatura in viri

- Puh, U., Zupanc, A., Hlebš, S. (2015). Visokokakovostna fizioterapija – kaj je to? Fizioterapija 2015, letnik 2.
- Fizioterapija (2013). Opis poklica fizioterapevt. Fizioterapija 2013, letnik 21, številka 1. Pridobljeno 2. 3. 2020 s <https://www.physio.si/wp-content/uploads/2016/11/Opis-poklica-fizioterapevt.pdf>

POMEN FIZIOTERAPIJE NA DOMU PRI GERIATRIČNI POPULACIJI IN GLAVNA PODROČJA DELA V OKVIRU PROJEKTA CROSSCARE

Urša Zupančič

Delež prebivalstva, starejšega od 65 let, se v Sloveniji hitro povečuje. Starostniki si želijo čim dlje preživeti v domačem okolju ter pri tem ohraniti samostojnost in doseči čim boljšo kakovost življenja. V Sloveniji je dostop do pomoči na domu odvisen od lokalnega okolja, kar pomeni, da se ustvarja neenakost med regijami. V okviru projekta CrossCare smo fizioterapevti delovali na bolj ruralnih območjih mestne občine Ljubljana, kjer smo poleg fizioterapevtskih storitev izvajali tudi okrogle mize z namenom informiranja posameznikov o možnosti pridobitve storitev fizioterapije na domu. Gibanje je eden najpomembnejših členov za ohranjanje samostojnosti in premičnosti. To je vsesplošna želja, ki pa žal ni dostopna vsakemu posamezniku. Vrednost vadbe oz. gibanja je v tem, da pomaga pri ohranjanju najboljšega možnega funkcionalnega stanja starostnika; tako se vzdržujeta kakovost življenja in participacija v širšem družbenem okolju. Koristi vadbe so sistemske in pozitivno vplivajo na vse organske sisteme in funkcije. V obdobju starosti je pogosto opazen upad funkcionalnega stanja, ki se kaže v obliki upočasnjene gibanja, slabše mišične moči in hitre utrujenosti. Razlog za to so različne kronične bolezni kot tudi akutna stanja, ki vplivajo na splošno (ne)aktivnost posameznika. Posledično ima veliko starostnikov funkcionalne omejitve pri hoji, dviganju, vzdrževanju posturalnega ravnotežja in rehabilitaciji padcev (Kauffman idr. 2014, 5)–. Fizioterapija na domu tako predstavlja zaželeno intervencijsko strategijo za preprečevanje funkcionalnega upada starostnika. V procesu rehabilitacije smo fizioterapevti upoštevali potrebe in želje uporabnika ter specifične bivalne dejavnike. Uporabniku je bila omogočena individualna obravnava, prilagojena okolju, v katerem biva. Prav specifično okolje pri delu na terenu predstavlja izziv; potrebna je bila velika mera iznajdljivosti in modifikacij za zasnovanje primerne, namenskega programa, po drugi strani pa smo s specifičnim

pristopom spodbujali in povečali možnost dolgoročne participacije uporabnika v vadbenem programu. Ugotovili smo tudi, da sta pomembni prednosti pri delu na terenu sodelovanje kot tudi izobraževanje družine in oskrbovalcev, ki delujejo v neposredni bližini uporabnika in dobro poznajo njegove potrebe. Tudi v literaturi (Guccione idr. 2012, 457–481) so izpostavljene specifične domačega okolja. Čeprav ima slednje svojo notranjo avtonomijo, predstavlja tudi situacijsko izolacijo od ustaljenih protokolov, na primer dostopa do sistematično organizirane zdravstvene dokumentacije, ter od fizioterapevta zahteva učinkovito izrabo časa in sprejemanje praktičnih odločitev. Posebnost dela na terenu je tudi v tem, da fizioterapevt vstopa v uporabnikov dom, kar lahko predstavlja občutljivo okolje; izrednega pomena je pridobitev zaupanja uporabnika. Ko ga fizioterapevt pridobi, se lahko šele začne nadaljnje strokovno delo, tj. promocija samostojnosti v aktivnostih dnevnega življenja in reintegracija uporabnika v skupnost. Pogosto namreč neaktivnost ali hospitalizacije privedejo do zmanjšanih zmogljivosti v aktivnostih dnevnega življenja, zmanjša se kakovost življenja, obstaja tveganje za depresijo kot tudi tveganje za (ponovne) padce. Fizioterapevt na domu, ki oceni tveganje za padce in upad funkcionalnega statusa, igra ključno vlogo v prevenciji ponavljajočih se hospitalizacij. Tudi avtorji raziskave (Chen idr., 2019) navajajo, da zdravniki s področja rehabilitacijske medicine in raziskovalci vse bolj prepoznavajo pomen vadbe v domačem okolju, saj se tako prihrani čas, uporabniki pa jo lahko izvajajo sami in brez posebne opreme.

Najpomembnejši del fizioterapevtske obravnave predstavlja kakovostna ocena uporabnikovega stanja, na podlagi katere naredimo načrt dela in izberemo primerne fizioterapevtske intervencije. Na projektu CrossCare so se izkazale največje potrebe po naslednjih storitvah: izobraževanju uporabnika in svojcev, terapevtskih vajah za mišično moč, terapevtskih vajah za koordinacijo in ravnotežje, treningu hoje, manualnih tehnikah, terapevtskemu ultrazvoku ter protibolečinskemu TENS-u. V povprečju smo izvajali osem fizioterapevtskih obravnav na uporabnika, kar ni dovolj za doseganje dolgoročnih ciljev, še posebej pri kroničnih stanjih. Pri geriatrični populaciji se namreč srečujemo s pojavom komorbiditete (več kot polovica starostnikov ima tri ali več kroničnih bolezni), kar pomeni, da v večini primerov ne moremo pričakovati popolne odprave simptomov ali težav, lahko pa s kolaborativnim, interdisciplinarnim pristopom, ki je usmerjen k pacientu, povečamo možnosti za izboljšanje ali vsaj ohranjanje obstoječega funkcionalnega stanja. Izobraževanje uporabnika, svojcev in oskrbovalcev

se je izkazalo za enega najpomembnejših ukrepov, za katere menimo, da imajo dolgoročni učinek. Če fizioterapevtu uspe zagotoviti, da bo uporabnik vztrajal pri predlaganem vadbenem sklopu in upošteval določene predloge v različnih funkcionalnih aktivnostih, se na ta način lahko doseže dolgoročni učinek fizioterapevtskih obravnav. Med projektom se je največja potreba po izobraževanju vseh udeleženih pokazala na področju pravilne posturalne stabilizacije za učinkovito izvajanje terapevtskih vaj, strategij za preprečevanje padcev, strategij za obvladovanje bolečine, nameščanja nepokretnega uporabnika v postelji, transferja ter na področju ergonomike pri delu ali gospodinjstvih opravilih. Eden pomembnejših ciljev fizioterapevtskih obravnav v sklopu projekta je bilo tudi zmanjšanje bolečine. Večji napredek smo beležili pri kombiniranju različnih metod dela za zmanjšanje bolečine; najpomembnejša elementa sta predstavljali aktivna vadba in usvojitev posturalne stabilizacije. Komplementarne metode dela so bile različne manualne tehnike (manipulacija fascij, sklepna mobilizacija ipd.), uporaba terapevtskega ultrazvoka in protibolečinske naprave TENS ter aplikacija kineziotapinga. Za vsakega uporabnika smo individualno ocenili, katero kombinacijo bomo izbrali glede na prisotne indikacije in kontraindikacije. Med obravnavami smo od uporabnika ves čas pridobivali povratne informacije z namenom reevalvacije izbranih terapevtskih postopkov, ki smo jih po potrebi spremenili ali opustili. Poleg izobraževanja in zmanjševanja oz. obvladovanja bolečine je bilo pomembno področje, na katerem smo delovali, preprečevanje padcev. V sklopu projekta smo tako pogosto izvajali vaje za ravnotežje in koordinacijo v povezavi z vadbo za mišično moč.

Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije pri osebah nad 65 let beležimo 28- do 35-odstotno pojavnost padcev na leto, medtem ko se pri osebah nad 70 let ta odstotek poveča na 32 do 42 odstotkov. Padci so posledica različnih dejavnikov, med drugim stranskih učinkov zdravil, ovir v okolju, kardiorespiratornih težav, kognitivnih sprememb, splošne oslabelosti ter senzoričnih in motoričnih primanjkljajev (Kauffman idr. 2014, 433). Znanstveno dokazane intervencije pri padcih so individualno oblikovane obravnave, ki vključujejo primerno intenzivnost in specifičnost terapevtskih vaj ter raznolikost rehabilitacijskega programa. Prednost fizioterapije na domu je, da je fizioterapevt v dejanskem okolju uporabnika in tako lahko naredi oceno v najbolj relevantnem okolju. Eden od pomembnih dejavnikov pri oceni tveganja za padce je prisotnost predhodnih padcev, ki so že povzročili določen upad funkcije, hospitalizacijo in strah pred ponovnim padcem. Veliko padcev se zgodi znotraj

doma (20 do 55 odstotkov); uporabnik se navadno ni sposoben sam pobrati s tal, zato je pomemben del fizioterapevtskih obravnav tudi trening vstajanja s tal, če uporabnikovo stanje to omogoča. Strah pred padcem močno poveča možnost ponovnega padca, veliko uporabnikov zaradi strahu omeji svojo premičnost in tako postanejo vezani na dom (Guccione idr. 2012, 457–481). Vzemimo za primer gospoda H. po operaciji kolka, ki smo ga imeli v obravnavi v okviru projekta CrossCare. Ob prvem obisku in fizioterapevti oceni smo ocenili, da je uporabnik sposoben samostojnega gibanja s pomočjo bergel; hojo z njimi je obvladal. Glavno težavo je predstavljal strah pred ponovnim padcem, kar je pomenilo, da gospod H. pravzaprav ni zapustil svojega stanovanja v drugem nadstropju. Ob prisotnosti fizioterapevta ter dodatnih navodilih in zagotovilih, da gre za varno okolje, je med prvimi tremi obravnavami popolnoma usvojil hojo po stopnicah in hojo po neravnih površinah v širšem okolju. V nadaljnjih obravnavah je še vedno potreboval veliko verbalne spodbude in razumevanja fizioterapevta, zato da je pridobil popolno zaupanje v proces rehabilitacije. Tako je postopoma začel s hojo po stopnicah tudi ob odsotnosti fizioterapevta. Mesec dni po zaključenih obravnavah je gospod H. telefoniral in povedal, da je povsem samostojen, dnevno hodi v širšem okolju ter se udeležuje raznih socialnih aktivnosti.

Številne raziskave potrjujejo učinkovitost vadbenih intervencij za preprečevanje padcev. Avtorji raziskave (Mittaz Hager idr., 2019) so raziskovali vpliv domačega vadbenega programa na preprečevanje padcev, kakovost življenja in participacijo v vadbenem programu pri starostnikih z izraženim tveganjem za padce. Rezultati so pokazali, da so intervencije za preprečevanje padcev, ki vključujejo vadbene programe, dokazano učinkovite, tj. zmanjšujejo incidenco padcev med starostniki, na ta način se zmanjša število poškodb kot tudi posledic padca, prav tako je izboljšana kakovost življenja. Terapevtski vadbeni program za uporabo v domačem okolju se osredotoča na izboljšanje ravnotežja, mišične moči spodnjih udov ter funkcije in samozavesti v gibanju. Avtorji raziskave (Hill idr., 2015) so izpostavili tri glavne karakteristike vadbenega programa za zmanjševanje števila padcev, to so zmerne do visoka zahtevnost vaj za ravnotežje; najmanj 50 ur vadbe na leto (približno dve uri na teden); redna, vsakodnevna vadba po zastavljenem programu. Rezultati raziskave so pokazali superiornost individualnega programa, prilagojenega potrebam posameznika. Individualiziran pristop zagotavlja več varnosti pri treningu ravnotežja, pomemben je tudi nadzor in po potrebi povečanje zahtevnosti terapevtskega vadbenega programa.

V povezavi s padci smo fizioterapevti pri delu na terenu opažali tudi visoko pogostost splošne oslabelosti starostnikov, ki je bila bodisi vzrok bodisi posledica padca, poškodbe ali hospitalizacije. Izkazalo se je, da je vadbo za moč smiselno kombinirati z vajami za ravnotežje ali pa morebitnimi protibolečinskimi intervencijami. Tudi avtorji raziskave (Soukkio idr., 2018) so preučevali pojav oslabelosti starostnika (nenamerna izguba telesne teže, utrujenost, fizična neaktivnost, počasna hoja) in vpliv fizioterapije na domu na funkcionalno stanje starostnikov. Rezultati raziskave so pokazali, da fizioterapevtska vadba izboljša funkcionalno stanje oslabelega starostnika, med drugim se izboljša hitrost hoje kot eden od pokazateljev izboljšanja funkcionalnega stanja; na ta način se podaljša bivanje v domačem okolju. Svetujejo se vadbene intervencije, ki zajemajo različna področja (aerobna vadba, vaje za moč, vaje za ravnotežje in vaje za gibljivost) ter so strukturirane individualno in progresivno. Prav tako se je izkazalo, da je individualno strukturiran program z nadzorom terapevta bolj učinkovit kot udeležba v skupinskih vadbah.

Starostniki potrebujejo vadbeni program, ki je prilagojen njihovim potrebam in funkcionalnim ciljem. Ključnega pomena je nadzor nad izvajanjem vadbe (opazovanje dihanja, utrujenosti, kakovosti gibanja) kot tudi podajanje individualnih navodil in usmeritev. Za dobro počutje in uspešno izpeljan vadbeni program sta pomembni prehrana z zadostnim vnosom hranilnih snovi in primerna hidracija, na kar moramo biti pri starostnikih še posebej pozorni (Kauffman idr. 2014, 112–119). Raziskave so pokazale, da je najbolj priporočljivo, če uporabniku predlagamo le dve do tri vaje, ki pa so izvedene v pravilni formi in jih posameznik tudi redno, torej vsakodnevno, izvaja; predlaga se tudi dnevna hoja. Vadbeni program se nadgrajuje po načelu postopnosti. Redno se preverja, ali je uporabnik predlagane vaje usvojil in ali jih izvaja varno. Če menimo, da uporabnik potrebuje dodaten nadzor, je najboljši način, da v proces vključimo svojce. Za dolgoročno participacijo so pomembne tudi strategije za izboljšanje motivacije, kot so verbalna spodbuda pri izvajanju aktivnosti, izobraževanje o pozitivnih učinkih vadbe, kognitivno-vedenjski pristopi (bolj realen pogled na bolečino, relaksacijske tehnike, zmanjšanje strahu pred padcem), uporaba humorja, pisna oblika vadbenega programa, uporaba družbenega okolja kot motivacija za doseganje cilja ter postavljanje realnih in jasnih ciljev (Guccione idr. 2012, 457–481). Fizioterapevti so v okviru projekta CrossCare kljub razmeroma kratkemu obdobju obravnav delovali po načelu postopnosti in močno poudarjali pomembnost participacije v vadbenem

programu na daljši čas. V podobnih projektih v prihodnosti bi bilo smiselno izvajati tudi reevalvacijske obiske na daljše obdobje z namenom preverjanja sledenja predlaganemu vadbenemu programu.

Poleg preprečitve padcev in splošne oslabelosti je treba izpostaviti še bolečino kot enega najpogostejših simptomov pri uporabnikih v projektu CrossCare. Vseprisotnost bolečine je kompleksen pojav ter se kaže v oviranosti in trpljenju. Prisotnost bolečine se povezuje z večjo funkcijsko oviranostjo, padci, depresijo, zmanjšanim tekom, motnjami spanja in socialno izolacijo v primerjavi s starostniki, ki nimajo bolečin. Osebe s kognitivnimi motnjami pogosto kažejo neverbalne znake (vokalizacija, mimika) bolečine, ki jih je treba prepoznati. Obvladovanje bolečine zahteva celostni pristop in vključuje farmakološke (analgetiki, opioidi) kot tudi nefarmakološke pristope (fizioterapija, akupunktura, kognitivno-vedenjska terapija ipd.). Pri predpisovanju zdravljenja je treba pretehtati stranske učinke zdravljenja in njihovo interakcijo, zato je potreben individualni pristop. Cilj je zmanjšanje bolečine; popolna odprava bolečine navadno ni dosegljiv cilj (Malec in Shega, 2015). Najboljši indikator bolečine pri starostnikih še vedno ostaja samoocenjevanje intenzitete bolečine. Veliko starostnikov ne poroča o bolečini zaradi zmotnih prepričanj, da je bolečina normalen del staranja; navajajo strah pred diagnostičnimi postopki, skrb glede prisotnosti bolečine in možnost izgube samostojnosti. Zaradi pogostega pojava komorbiditete pri starostnikih je potrebno, da se naslavlja različne izvore bolečine in se jih tudi obravnava (Schwan idr., 2019). Fizioterapevti, zaposleni na projektu CrossCare, smo pri svojem delu uporabljali lestvico VAS za ocenjevanje bolečine, ki je samoocenjevalno orodje za določanje intenzitete bolečine in je tudi v literaturi navedeno kot zanesljivo merilno orodje. Ob koncu obravnav smo v veliki večini primerov beležili pozitivne rezultate; kombinirali smo različne tehnike za obvladovanje bolečine (manualna terapija, terapevtski ultrazvok, protibolečinska terapija TENS, raztezne vaje, kineziotaping) v povezavi s kinezioterapijo in tehnikami za samoobravnavo.

Fizioterapija na domu ima kompleksno vlogo v rehabilitacijskem procesu in jo je možno uporabiti v različnih obdobjih; predstavlja zapolnitev vrzeli med bolnišničnim zdravljenjem in nadaljnjo rehabilitacijo v rehabilitacijskih ustanovah, prav tako je dobrodošla v obdobju po zaključeni institucionalni rehabilitaciji, ko se še lahko nadgradi že doseženo funkcionalno stanje uporabnika. Na ta način se dosežeta večja samostojnost in boljša kakovost življenja. Ima

pomembno izobraževalno in preventivno vlogo, ki dolgoročno zmanjšuje število ali trajanje hospitalizacij, kar posledično znižuje tudi stroške zdravstvene blagajne. Domače okolje ima pozitiven vpliv na uporabnika, saj mu je znano in se v njem počuti bolj sproščeno; pri obravnavah so prisotni tudi svojci, kar dodatno poveča učinek izobraževanja, ki ga izvaja fizioterapevt, hkrati pa se tako povečuje možnost doseganja večje samostojnosti in boljše kakovosti življenja. Uporabniki, ki se zaradi omejitev v gibanju ne morejo udeleževati fizioterapevtskih programov v širšem okolju, so omejeni le na storitve v svojem domu, zato jim fizioterapija na domu predstavlja edini način udeleževanja v rehabilitacijskem procesu z namenom doseganja ali ohranjanja funkcionalnega stanja. Gre torej za široko uporabnost storitev na domu, ki bi jih bilo smiselno vključiti v sistemsko ureditev, pri tem pa delovati tako preventivno kot tudi kurativno. S povezovanjem različnih strokovnih delavcev bi se uporabniku tako lahko zagotovila kakovostna in celostna obravnava.

Tawfik. 2019. Chronic pain management in the elderly. *Anesthesiology Clinics* 37 (3): 547–560.

Soukkio, Paula, Sara Suikkanen, Sanna Kaaria, Hannu Kautiainen, Sarianna Sipila, Katrina Kukkonen-Harjula in Mrkku Hupli. 2018. Effects of 12-month home-based physiotherapy on duration of living at home and functional capacity among older persons with signs of frailty or with a recent hip fracture – protocol of a randomized controlled trial (HIPFRA study). *BMC Geriatrics* 18: 232.

Literatura in viri

Chen, Hongbo, Xiaoyan Zheng, Hongjie Huang, Congying Liu, Qiaoqin Wan in Shaomei Shang. 2019. The effects of a home-based exercise intervention on elderly patients with knee osteoarthritis: a quasi-experimental study. *BMC Musculoskeletal Disorders* 20: 160.

Guccione, Andrew A., Rita A. Wong in Dale Avers. 2012. *Geriatric Physical Therapy*. St. Louis: Elsevier Mosby.

Hill, Keith D., Susan W. Hunter, Frances Batchelor, Vinicius Cavalheri in Elissa Burton. 2015. Individualized home-based exercise programs for older people to reduce falls and improve physical performance: A systematic review and meta-analysis. *Maturitas* 82 (1): 72–84.

Kauffman, Timothy L., Ron Scott, John O. Barr, Michael L. Moran in Steven L. Wolf. 2014. *A Comprehensive Guide to Geriatric Rehabilitation*. Churchill Livingstone: Elsevier.

Malec, Monica in Joseph W. Shega. 2015. Pain management in the elderly. *Medical Clinics of North America* 99: 337–350.

Mittaz Hager, Anne-Gabrielle, Nicolas Mathieu, Constanze Lenoble-Hoskovec, Jaap Swanenburg, Rob de Bie in Roger Hilfiker. 2019. Effects of three home-based exercise programmes regarding falls, quality of life and exercise-adherence in older adults at risk of falling: protocol for a randomized controlled trial. *BMC Geriatrics* 19: 13.

Schwan Josianna, Joseph Sclafani in Vivianne L.

ORGANIZACIJA PODROČJA FIZIOTERAPIJE ZNOTRAJ PROJEKTA CROSSCARE TER POVEZOVANJE IN SODELOVANJE Z OSTALIMI PODROČJI SOCIALNEGA IN ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

Urša Zupančič

Projekt CrossCare izpostavlja in poudarja pomembnost vključitve fizioterapevtskih storitev na domu v zdravstveni sistem z namenom vzpostavitve normativne ureditve področja, saj trenutni javni sistem v Sloveniji tega ne omogoča in so dostopne le samoplačniške storitve. Republika Hrvaška ima fizioterapijo na domu urejeno na sistemski ravni, kar je tudi ena bistvenih razlik med državama. Čezmejni projekt CrossCare tako predstavlja dobrodošlo sodelovanje med državama s prenosom dobrih praks in različnih znanj. Ključni cilj projekta je integriran in celosten pristop, kar v praksi pomeni, da smo se fizioterapevti povezovali in sodelovali znotraj interdisciplinarnega tima na Zavodu za oskrbo na domu Ljubljana (v nadaljevanju besedila: ZOD Ljubljana) kot tudi z ostalimi fizioterapevti in strokovnimi sodelavci iz Slovenije in Hrvaške. Aktivno vlogo pri izvajanju fizioterapevtskih storitev smo imeli ZOD Ljubljana in Center za oskrbo na domu Maribor ter Dom zdravlja Čakovec na Hrvaškem. Med projektom smo fizioterapevti ves čas medsebojno komunicirali, izvedli več videokonferenc, kjer smo usklajevali programske predloge, oblikovali primeren fizioterapevtski program ter si izmenjali mnenja in izkušnje pri izzivih, ki so se pojavljali pri delu na terenu. Ustanova za zdravstveno nego u kući Zagreb je igrala pomembno vlogo pri prenosu znanj, saj ima večdesetletno prakso na področju fizioterapije na domu. Predstavljeni so bili primeri dobrih praks in dolgotrajni rezultati izvajanja storitev na domu; pri tem je sodelovala tudi Ustanova za zdravstveno nego u kući Karlovac.

Fizioterapija na domu predstavlja del integriranega in celostnega pristopa, usmerjenega k uporabniku, ki živi v domačem okolju in potrebuje različne vrste oskrbe. Poseben poudarek projekta CrossCare je bil na nudenju celovite oskrbe, kar pomeni, da smo strokovni delavci, zaposleni na ZOD Ljubljana, med seboj ves čas sodelovali in se dopolnjevali. Fizioterapevti smo pri uporabniku izvedli fizioterapevtsko oceno stanja in pridobili pomembne podatke o trenutnih potrebah uporabnika, ki niso bile omejene zgolj na področje fizioterapevtskih storitev. Eno najpogostejših težav je predstavljalo bivalno okolje uporabnika, ki je zaradi ovir ali neprimerne razporeditve pohištva predstavljalo visoko tveganje za padce; izkazala se je potreba po natančni oceni bivalnega okolja in morebitnih modifikacijah. Prav tako uporabniki velikokrat niso imeli dovolj natančnih podatkov o tem, kako pridobiti določen medicinsko tehnični pripomoček, ki bi ga potrebovali pri bivanju na domu. Veliko težav se je pokazalo tudi na področju izvajanja aktivnosti dnevnega življenja, kot so oblačenje, slačenje, prehranjevanje in osebna higiena. V ta namen smo se fizioterapevti redno povezovali z delovnimi terapevti, zaposlenimi na projektu CrossCare, jim na internem timu predstavili uporabnikovo stanje in predlagali vključitev delovnoterapevtskih obravnav oz. svetovalnih obiskov. Tudi raziskave na tem področju potrjujejo (Hill idr., 2015), da je po vrnitvi iz bolnišnice, ko je, denimo, velika možnost ponovnega padca, potrebno narediti natančno oceno stanja uporabnika z več strokovnih vidikov (ocena funkcionalnega stanja, ocena bivalnega okolja in prilagoditve, izobraževanje glede varnosti, spodbujanje samostojnosti), saj je takšen pristop bolj učinkovit kot pa samo eden od ukrepov v izolaciji.

Drugo takšno področje, ki je prav tako zahtevalo vključitev preostalih strokovnih sodelavcev, je bila organizacija jemanja predpisanih zdravil. Tudi literatura navaja, da geriatrični bolniki zdravila pogosto jemljejo po drugačnem protokolu, kot jim je bil predpisan po odpustu iz bolnišnice. Navodila za pravilni protokol in preverjanje interakcije oz. součinkovitosti zdravil niso področja v domeni fizioterapevta, vendar je pomembno, da prav ta prepozna morebitne stranske učinke, ki imajo lahko vpliv tudi na fizioterapevtsko obravnavo. Starostniki, ki jemljejo več kot štiri zdravila, imajo, na primer, večje tveganje za padce, saj lahko pride do interakcije zdravil in nasprotujočih si učinkov zdravil (Guccione idr. 2012, 467–469). Če smo fizioterapevti med obravnavami prepoznali, da ima uporabnik težave pri pripravi zdravil (prepoznavanje videza vsake tablete, njen namen, organizacija po dnevih in urah ipd.), in ocenili, da obstaja nevarnost

nepravilnega protokola jemanja zdravil, smo svoja opazovanja predstavili diplomirani medicinski sestri, zaposleni na projektu CrossCare, ki se je nato v proces vključila s svojimi storitvami in se po potrebi povezala z zunanjimi institucijami (npr. s patronažnim varstvom). Povezovanje na področju socialnega varstva je potekalo s socialno delavko oz. koordinatorico, zaposleno na projektu CrossCare. Fizioterapevti smo se pri svojem delu srečevali tudi s socialno problematiko, med drugim so potrebovali pomoč pri iskanju varovanih stanovanj, usmeritev na prave institucije in informiranje uporabnika o vseh razpoložljivih možnostih s področja socialnega varstva. Prav tako sta med starostniki zaradi številnih dejavnikov prisotni osamljenost in socialna izolacija, zato smo ob opažanju takšne problematike na internem timu predlagali vključitev socialnih storitev, na primer vključitev prostovoljcev ali drugih oblik pomoči. Sodelovali smo tudi s koordinatorji oskrbe na domu, zaposlenimi na ZOD Ljubljana. Večkrat smo se posvetovali o morebitnih izzivih v procesu dela pri uporabnikih, ki so bili deležni tako oskrbe na domu kot tudi storitev fizioterapije v okviru projekta CrossCare. Prav tako smo se dogovorili in izvedli skupni obisk pri uporabniku (koordinator, socialni oskrbovalec, fizioterapevt), kjer smo na domu uporabnika preučili omejitve kot tudi predlagali primerne rešitve. Storitve, ki smo jih izvajali na terenu skupaj s socialnimi oskrbovalkami, so bile izobraževalne narave, pri čemer je prišlo do medsebojne izmenjave znanj in izkušenj.

Poleg povezovanja znotraj interdisciplinarnega tima smo se povezovali tudi z drugimi projektnimi partnerji in zunanjimi sodelavci. Izvajali smo interne delavnice za socialne oskrbovalke ZOD Ljubljana z namenom dviga strokovnih znanj, pri čemer smo se osredotočili na različne teme, ki so se izkazale za koristne neposredno pri oskrbi na domu, med drugim pozicioniranje nepokretnega uporabnika, transfer, nevrološka obolenja in pravilna ergonomika pri delu. Nadalje smo se povezali tudi s pridruženim partnerjem, Centrom za socialno delo Posavje, enota Brežice, kjer smo predstavili fizioterapijo in delo na terenu v okviru projekta CrossCare v ZOD Ljubljana. Izvedli smo interne delavnice za socialne oskrbovalke (ergonomika pri delu, transfer) kot tudi obiskali uporabnike na lokalnem območju, kjer smo izvedli izobraževalne fizioterapevtske obiske. Na takšen način smo poskrbeli za prenos znanj tudi na širše lokalno okolje, ki zaradi neenakega dostopa do storitev še toliko bolj potrebuje povezovanja takšne vrste.

Med projektnimi partnerji je bilo izvedenih 12 medsebojnih izobraževanj. Fizioterapevti smo tako prejeli raznovrstna znanja iz različnih strokovnih

smeri (paliativna nega, fizioterapija na domu na območju Republike Hrvaške, komunikacija z bolniki ipd.), predstavljeni so bili primeri dobre prakse, katerih načela smo implementirali tudi v svoje delo. Prav tako smo se udeležili tudi izobraževanja iz amiotrofične lateralne skleroze, ki so ga pripravili zdravstveni delavci interdisciplinarnega tima iz UKC Ljubljana, kar je pripomoglo k dvigu strokovnih znanj fizioterapevtov, zaposlenih na projektu CrossCare. Nadalje smo fizioterapevti v okviru projekta uspešno zaključili izobraževanje iz manualne limfne drenaže po dr. Vodddru in fascialnega distorzijskega modela, kar smo uporabljali pri delu z uporabniki. V okviru projekta CrossCare smo veliko pozornosti posvečali tudi informiranju javnosti in svojcev o potrebah fizioterapije na domu. Pripravili smo okrogle mize v ljubljanskih četrtih skupnostih, kjer smo predstavili aktivnosti na področju fizioterapije in izvedli gibalne aktivnosti za udeležence. Aktivno smo sodelovali na Tednu vseživljenjskega učenja ter Festivalu za tretje življenjsko obdobje, kjer smo predstavili integriran pristop projekta CrossCare, izvedli gibalne aktivnosti za starejše in delavnico premeščanja.

Z namenom vzpostavitve čezmejne strukture sodelovanja smo za potrebe projekta CrossCare razvili enako metodologijo dela. Vsi projektni partnerji smo uporabljali IKT platformo, s katero smo imeli pregled nad izvedenim delom na področju fizioterapije, torej znotraj stroke, kot tudi med različnimi strokami znotraj tima, zaposlenega na ZOD Ljubljana (fizioterapija, delovna terapija, zdravstvena nega, socialno delo). S pomočjo IKT platforme smo vodili elektronsko evidenco dela in zbirali podatke za statistično obdelavo. Za postavitev enakih parametrov pri delu smo fizioterapevti iz vseh institucij na skupni delavnici v Mariboru oblikovali fizioterapevtsko poročilo, s pomočjo katerega smo beležili proces dela (ocena stanja, načrt dela, cilji fizioterapevtske obravnave, standardizirana testiranja, končna ocena, izobraževanje uporabnika in svojcev). Standardizirani testi, ki smo jih uporabljali, so bili Bergova lestvica ravnotežja, Vidna analogna lestvica oz. skala (VAS) za ocenjevanje bolečine, Vstani in pojdi test, goniometrija in manualno mišično testiranje. Teste smo fizioterapevti uporabljali po lastni strokovni presoji glede na stanje uporabnika in zastavljene cilje ter jih uporabili tako pri začetni kot tudi končni oceni, po potrebi pa tudi ob vmesnih evalvacijah z namenom spremljanja napredka oz. učinkovitosti izbranih fizioterapevtskih postopkov. Fizioterapevti ZOD Ljubljana smo se najpogosteje posluževali lestvice VAS in Bergove lestvice ravnotežja. Avtorji raziskave (Rugelj in Palma, 2013) navajajo, da je bila Bergova lestvica prvotno namenjena ocenjevanju

ravnotežja pri starostnikih. Namen lestvice je funkcijska ocena ravnotežja s pomočjo gibalnih nalog, ki ocenjujejo sposobnost ohranjanja in spreminjanja položaja. Lestvica ima visoke psihometrične lastnosti in fizioterapevtu omogoča, da glede na dosežene rezultate obravnavo oblikuje ciljano. Ko govorimo o bolečini, jo avtorji raziskave (Jakovljevič in Puh, 2014) definirajo kot najpogostejši simptom bolnikov v fizioterapevtski obravnavi. Lestvica VAS predstavlja oceno bolečine s samoporočanjem in je pogosto uporabljena v klinični praksi. Velja za zanesljivo, veljavno in občutljivo merilno orodje. Fizioterapevti, zaposleni na projektu CrossCare, smo od standardiziranih testiranj najpogosteje uporabljali lestvico VAS, kar nakazuje na to, da je med starostniki bolečina vseprisotna. Zmanjšanje bolečine je bil tako eden od pomembnejših ciljev, ki smo si jih skupaj z uporabnikom zastavili ob začetku obravnave.

Na področju fizioterapije v okviru projekta CrossCare je bil cilj zagotoviti storitve fizioterapije 1070 uporabnikom, kar pomeni 153 uporabnikov na enega fizioterapevta. V ZOD Ljubljana smo od oktobra 2018 do decembra 2019 v projekt vključili 261 uporabnikov, ki smo jim skupaj zagotovili 1667 obiskov. Do konca februarja 2020 se je število vključenih uporabnikov povzpelo na 296 (od predvidenih 306). Glede na zastavljene cilje smo fizioterapevti navadno izvedli osem obravnava na uporabnika z delno možnostjo prilagajanja števila obravnava glede na dejanske potrebe. Ključnega pomena v procesu ocene potreb je bila kakovostna strokovna ocena, s katero smo pridobili podatke o stanju uporabnika ter na podlagi tega izdelali individualen načrt dela, upoštevajoč uporabnikove potrebe in želje. Tako smo oblikovali program dela, ki je bil realističen in sprejemljiv tako za uporabnika kot fizioterapevta; tu je treba posebej poudariti pomen uporabnika kot aktivnega člana v rehabilitacijskem procesu. Storitve, ki smo jih izvajali, smo beležili po vnaprej določenih šifrah, ki so bile skupne vsem projektnim partnerjem in torej specifične za potrebe projekta CrossCare. Vsebinsko gledano pa smo izvajali storitve, ki so sistemsko natančno definirane tako v hrvaškem kot tudi slovenskem prostoru in smo jih v takšni obliki tudi zapisovali.

Fizioterapija na domu, ki se je izvajala v okviru projekta CrossCare, je pomemben člen integriranega pristopa, kar pomeni, da je bil uporabnik deležen celostne in individualne oskrbe na domu. Z naslavljanjem različnih področij, ki so uporabniku predstavljala težavo, smo delovali kompleksno in celovito ter tako povečali možnost izboljšanja stanja. S povezovanjem socialnega in zdravstvenega varstva smo imeli fizioterapevti

možnost sodelovanja z različnimi strokami, ki so s svojimi specifičnimi znanji pomembno obogatile rehabilitacijski pristop in proces dela.

Literatura in viri

- Guccione, Andrew A., Rita A. Wong in Dale Avers. 2012. *Geriatric Physical Therapy*. St. Louis: Elsevier Mosby.
- Hill, Keith D., Susan W. Hunter, Frances Batchelor, Vinicius Cavalheri in Elissa Burton. 2015. Individualized home-based exercise programs for older people to reduce falls and improve physical performance: A systematic review and meta-analysis. *Maturitas* 82 (1): 72–84.
- Jakovljevič, Miroljub in Urška Puh. 2014. Ocenjevanje intenzivnosti bolečine z vidno analogno lestvico. *Fizioterapija: glasilo Društva fizioterapevtov Slovenije* 22 (2): 46–55.
- Rugelj, Darja in Polona Palma. 2013. Bergova lestvica za oceno ravnotežja. *Fizioterapija: glasilo Društva fizioterapevtov Slovenije* 21 (1): 15–25.
- dejavnike. Uporabniku je bila omogočena individualna obravnavna, prilagojena okolju, v katerem biva. Prav specifično okolje pri delu na terenu predstavlja izziv; potrebna je bila velika mera iznajdljivosti in modifikacij za zasnovanje primerne, namenskega programa, po drugi strani pa smo s specifičnim

ZDRAVSTVENA NEGA

ZDRAVSTVENA NEGA V OKVIRU PROJEKTA CROSSCARE

Maja Kržišnik

Zaradi spreminjajočih se zdravstvenih potreb prebivalstva, vse starejše populacije, vse krajše zdravstvene obravnave v bolnišnicah ter vse bolj zahtevne zdravstvene nege v socialnovarstvenih zavodih izvajalci zdravstvene nege izzive lahko izpolnjujemo strokovno in kakovostno samo s strokovnostjo in znanjem, ki mora slediti hitremu napredku tehnologij in razvoju zdravstvenih strok ter spremenjenim zdravstvenim potrebam populacije (https://www.zbornicazveza.si/sites/default/files/doc_attachments/dokument_kpa_vzbn_16.5._2019_sprejete.pdf)

Ključne besede: zdravstvena nega, socialna oskrba, integriran pristop, uporabnik, družina, sodelovanje.

POVZETEK

Starost je sama po sebi vrednota, posebna življenjska oblika, ki posega v družbeno okolje, ga plemeniti in množi oblike življenja. Biti star je prav tako vrednota kot biti mlad ali biti moški ali ženska. Daljše življenje namreč ne sme pomeniti zmanjšanja kakovosti življenja (Železnik, Železnik, Panikvar Žlahtič, 2011).

Zdravstvena nega

Proces zdravstvene nege je metoda dela v zdravstveni negi, ki nam omogoča individualno in strokovno obravnavo ter zajema opazovanje posameznika v njegovih:

- fizično telesnih potrebah,
- psihično duševnih potrebah,
- socialno družbenih potrebah.

Družinski člani se velikokrat srečajo z zdravstvenimi in socialnimi problemi, ki jih ne znajo reševati, zato je potreben holistični pristop do posameznika s strani različnih strokovnih služb. Delovna metoda sloni na stalni interakciji vseh članov, ki imamo kljub

različnim pristojnostim isti položaj in pomen v okviru interdisciplinarnega tima (fizioterapija, delovna terapija, zdravstvena nega, dietetika in socialna služba). Medicinske sestre so kompetentne za prepoznavanje, vključevanje v iskanje in izvajanje najrazličnejših oblik pomoči kot tudi aktivnosti, saj se srečujemo z ljudmi v vseh obdobjih življenja. Tako imamo možnost, da vplivamo na aktivno, zdravo in kakovostno življenje v vseh obdobjih, kar vpliva na kakovost življenja v starosti. Pri Svetovni zdravstveni organizaciji definirajo kakovost življenja kot posameznikovo zaznavanje družbenega položaja v življenju, povezanega s kulturo oz. s sistemom vrednot v okolju, v katerem živi, kot tudi z njegovimi osebni cilji, pričakovanji in merili (Lahajnar, 2014). Zdravstvena nega vključuje promocijo zdravja, preprečevanje bolezni ter skrb za bolne, invalide in umirajoče. Glavne naloge zdravstvene nege so tudi zagovorništvo, promoviranje varnega okolja, raziskovanje, dodelovanje pri oblikovanju zdravstvene politike ter managementa zdravstvenih sistemov in izobraževanja (Zbornica – zveza, 2004 cit. po ICN, 2002). Temeljne življenjske potrebe posameznika označujejo tri skupine potreb. V prvo skupino spadajo fiziološke potrebe in potrebe po varnosti, v drugo potrebe po pripadnosti, v tretjo pa potrebe po samouresničevanju (Allardtova klasifikacija). To so temeljne življenjske potrebe, ki naj bi jih bil sposoben zadovoljevati vsak posameznik. Starost ni bolezen, zato je ni ovire, da teh življenjskih potreb starostniki ne bi bili sposobni samostojno opravljati. Vemo pa, da je veliko ljudi, ki so nagnjeni h kroničnim boleznim in zdravstvenim težavam (najpogostejše so kardiovaskularne bolezni, rak, sladkorna bolezen, osteoartritis, bolezen dihal in prebavil, Alzheimerjeva bolezen, druge duševne motnje, predvsem depresija in demenca). Vse to lahko privede do tega, da človek potrebuje pomoč ali pa je za zadovoljevanje teh potreb v celoti odvisen od drugih oseb (Križaj, 1999).

CILJI

Zagotoviti integriran pristop na podlagi IKT platforme ter podati nova spoznanja, ki bodo izvajalcem zdravstvenih in socialnih storitev v pomoč pri oblikovanju dolgotrajne oskrbe.

METODA DELA

V sklopu projekta CrossCare na področju zdravstvene nege smo zajeli 578 uporabnikov v Mestni občini Ljubljana. Skupaj s projektnimi partnerji smo oblikovali operacijski sistem – IKT platformo. Namen IKT platforme je bila izdelava enotnega dokumenta

za pomoč uporabnikom kot integrirana pomoč pri ugotavljanju pomoči posameznika. Osebni načrt je vseboval osebne podatke ter socialno, zdravstveno in negovalno anamnezo. Uporabili smo naslednja orodja: lestvico LOOS, Morsejevo lestvico padcev in Nortonovo lestvico za ugotavljanje nevarnosti za nastanek razjed zaradi pritiska.

Zbiranje podatkov

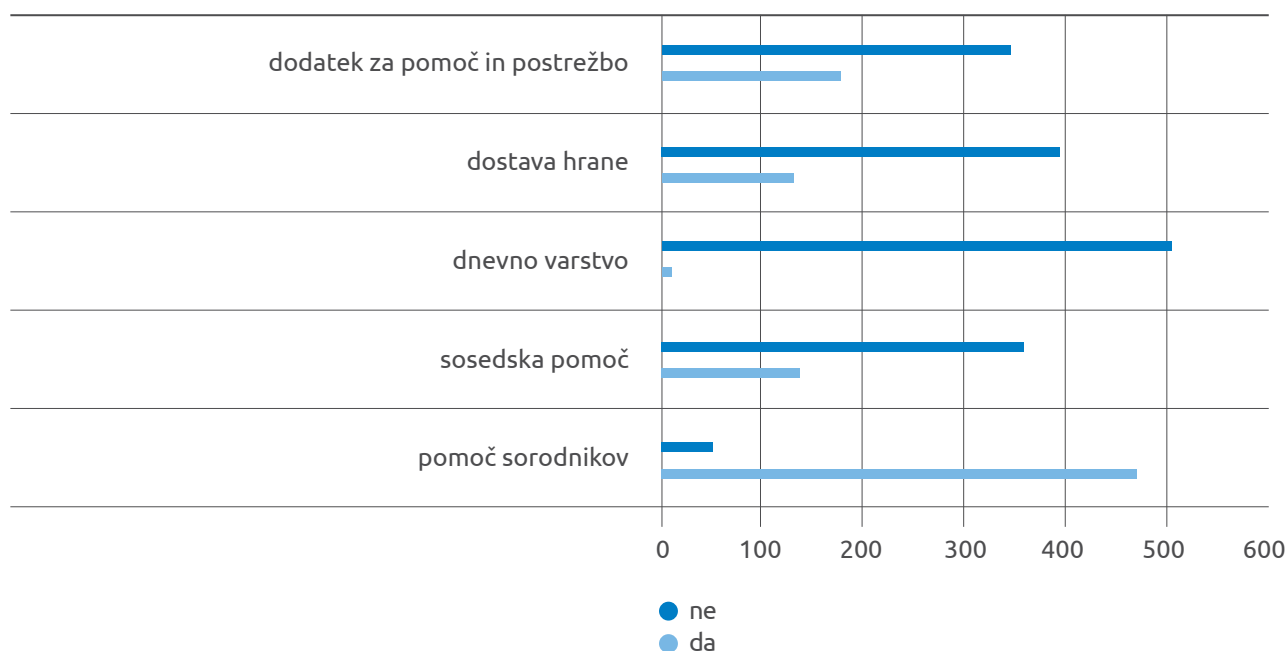
Prvi obisk pri uporabniku na domu je izvedla diplomirana medicinska sestra. Z uporabnikom in družino je izdelala osebni načrt, ki je bil sestavljen iz socialne, zdravstvene in negovalne anamneze. V vprašalniku sta bili zajeti oceni tveganja za padce in ogroženosti za padce. Glede na pridobljene podatke smo izvedli interdisciplinarni tim, kjer smo povezali vse stroke (diplomirana medicinska sestra, delovni terapevt, fizioterapevt, socialna delavka). Z integriranim pristopom smo začeli izvajati storitve pri uporabniku na domu. Vprašalnik je vseboval obsežen sklop vprašanj o pomoči ter v kolikšni meri anketiranec opravlja različna vsakdanja opravila sam oz. kdo mu pri tem pomaga. Pri tem smo si pomagali z ocenjevalnim orodjem, tj. z vprašalnikom za ocenjevanje s sposobnostjo samooskrbe. Želeli smo pridobiti oceno stopnje sposobnosti samooskrbe, ki bo omogočala oceno socialnih in zdravstvenih potreb posameznika s ciljem omogočiti celosten pristop in izboljšati kakovost obravnave. Zanimalo nas je tudi, kakšne

oblike pomoči se uporabniki poslužujejo (neformalne oz. formalne). Za ugotavljanje ogroženosti za padce so pomembna orodja za preprečevanje padcev in zagotavljanje varnosti uporabnikov. Z ocenjevalno lestvico smo želeli oceniti psihofizične sposobnosti ali druge dejavnike, ki vplivajo na padce. Zanimalo nas je tudi, koliko uporabnikov je izpostavljenih nevarnosti nastanka razjedam zaradi pritiska. Glede na pridobljene podatke smo se v socialni oskrbi povezovali ter sodelovali s koordinatoricami in socialnimi oskrbovalkami. Delo je temeljilo na izobraževanju in dvigu kompetenc zaposlenih s področja oskrbe. Za strokovno in celostno oskrbo na območju Ljubljane smo tesno sodelovali s patronažno službo Ljubljana ter ostalimi zdravstvenimi in socialnimi institucijami.

REZULTATI – IKT PLATFORMA

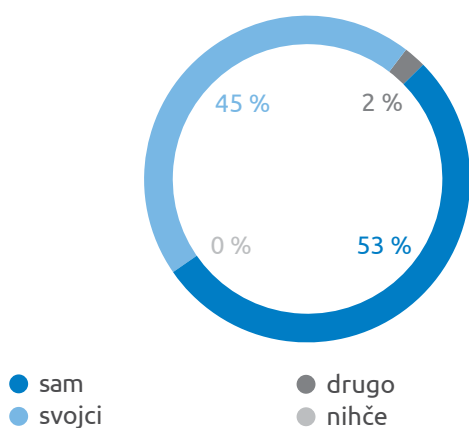
V Grafu 1 je prikazana socialna integracija – neformalne oblike pomoči. Pomoči sorodnikov pri vsakodnevni opravi (nakup hrane, čiščenje stanovanja, prevozi) se poslužuje 89,88 % uporabnikov. Kar 28,37 % uporabnikov je odvisnih od sosedске pomoči (emocionalna podpora). V dnevno varstvo se vključuje le 2,7 % uporabnikov. Vzroki so različni, predvsem zaradi odsotnosti svojcev za zagotavljanje večje varnosti.

Graf 1: Oblika pomoči

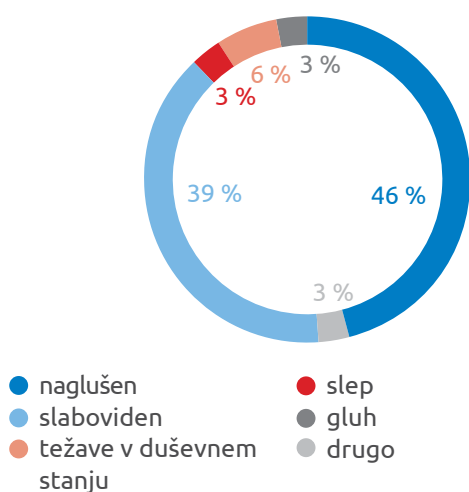


Ocenjujemo, da 20 do 50 odstotkov starostnikov ne uporablja zdravil po navodilih zdravnika. Pri 20 do 40 odstotkih zdravljen z zdravili pri starostnikih je prisotna sočasna uporaba petih ali več zdravil, ki se kažejo kot neželeni učinki zdravila in medsebojno delovanje zdravil (<http://www.sfd.si/modules/catalog/products/prodfile/knizicawww2010.pdf>). V Grafu 2 prikazujemo, da kar 52,55 % uporabnikov sami pripravljajo in aplicirajo zdravila. Od teh jih je 39 % slabovidnih, kar lahko samo povečuje nezaželene učinke.

Graf 2: Priprava zdravil



Graf 3: Posebnosti zdravstvenega stanja

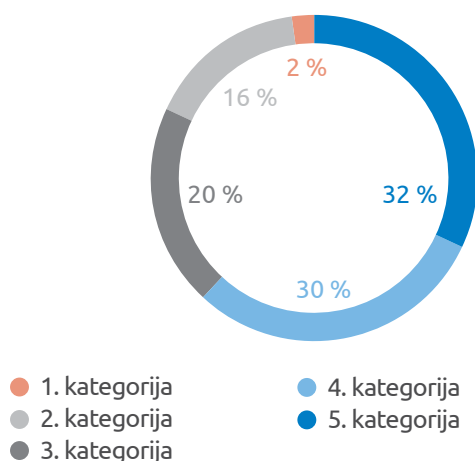
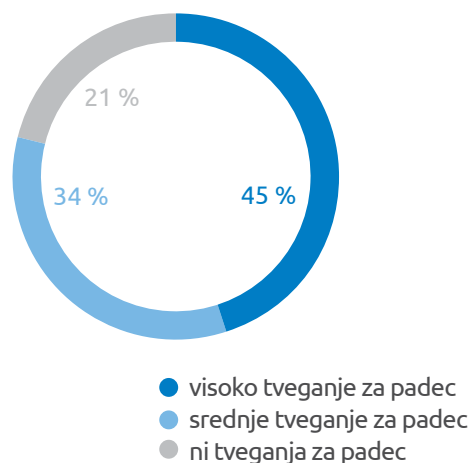


V spodnji tabeli so predstavljeni rezultati po lestvici življenjskih dejavnosti po Virginiji Henderson, ki služi kot osnova lestvici LOSS. Zdravstvena nega je potrebna, kadar posameznik ni sposoben samooskrbe, potrebno je izobraževanje do delne ali popolne samostojnosti, predvsem je poudarek na zdravstveni vzgoji. Namen razvrščanja ali kategorizacije uporabnika je ugotoviti zahtevnost zdravstvene nege. Do sprememb samooskrbe lahko pride zaradi poslabšanja zdravja, pritiskov iz okolice, socialnih problemov, težav z izobraževanjem, problemov s prilagoditvijo v družbi. Z opazovanjem ter zdravstveno, negovalno in socialno anamnezo medicinska sestra prepozna potrebe po vključitvi. Na podlagi ugotovljenih potreb skupaj s posameznikom in družino kot tudi s pomočjo multidisciplinarnega tima načrtuje storitve in cilje.

Tabela: Opis posameznih kategorij stanja sposobnosti samooskrbe in število točk, ki jih posameznik potrebuje za doseg določene kategorije.

Stanje sposobnosti samooskrbe	Kategorija	Število točk
Oseba je v večini samostojna pri izvajanju vseh temeljnih življenjskih aktivnosti in dnevni opravilih ter ne potrebuje pomoči druge osebe.	1	15–29
Oseba je pri izvajanju temeljnih življenjskih aktivnosti in dnevni opravilih občasno odvisna od pomoči druge osebe.	2	30–44
Oseba je pri izvajanju temeljnih življenjskih aktivnosti in dnevni opravilih ves čas delno odvisna od pomoči druge osebe.	3	45–59
Oseba je pri izvajanju temeljnih življenjskih aktivnosti in dnevni opravilih večji del odvisna od pomoči druge osebe.	4	60–74
Oseba je pri izvajanju temeljnih življenjskih aktivnosti in dnevni opravilih popolnoma odvisna od pomoči druge osebe.	5	75

Vir: Kavšček (2009)

Graf 4: Ocena stopnje samooskrbe in sodelovanja pri življenjskih aktivnostih**Graf 5:** Tveganje za padec

Proces zdravstvene nege obsega ugotavljanje potreb, postavljanje negovalnih diagnoz, določitev ciljev, načrtovanje, izvedbo aktivnosti in vrednotenje. Predstavlja osnovo za nadaljnjo podrobnejšo razdelitev poklicnih aktivnosti. Posamezna poklicna aktivnost (PA) je v tabeli nanizana skozi prizmo pristojnosti in odgovornosti za posamezne ključne faze oz. postopke dela (https://www.zbornicazveza.si/sites/default/files/doc_attachments/dokument_kpa_vzbn_16.5._2019_sprejete.pdf).

Po oceni stopnje samooskrbe in potreb po aktivnosti zdravstvene nege smo se vključili v proces zdravstvene nege. Izvajali smo naslednje najpogostejše intervencije: aplikacija zdravil (per os, podkožne injekcije), hranjenje po perkutani endoskopski gastrostomi, kompresijsko povijanje nog, paliativna oskrba (povezovanje, psihofizična podpora družini in podobno).

V Sloveniji zaradi poškodb letno umre 340 moških in 330 žensk, starejših od 64 let, od tega 43,7 % zaradi padcev (https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/poskodbe_starejsih_ljudi_zaradi_padcev_v_sloveniji.pdf). Visoko tveganje za padce predstavlja 43,34-odstotni delež uporabnikov (Graf 5).

Glede na oceno ogroženosti zaradi nastanka razjede zaradi pritiska so izpostavljeni uporabniki zaradi težav v duševnem stanju, sledijo težave zaradi aktivnosti in pomicnosti. Najpogostejše negovalne diagnoze so: nevarnost za sindrom krhkosti starostnika, nevarnost za elektrolitsko neravnovesje, nevarnost za sindrom imobilnosti, oslabljen spomin, nevarnost za padce, okrnjeno udobje ter primanjkljaj v samooskrbi pri oblačenju in hranjenju.

ZAKLJUČEK

Komunikacija in timsko delo sta najpomembnejša za varno in kakovostno obravnavo posameznika in družine. Orodja, ki smo jih uporabili v projektu CrossCare, bi bilo treba še dodatno obdelati kot tudi vključiti dodatne podatke. Pregled je sicer jasen in enostaven, vendar z uporabo lestvice LOSS, s katero ugotavljamo potrebe po temeljnih življenjskih aktivnostih, ne izražajo natančnih težav za izvajanje aktivnosti zdravstvene nege. Osebni načrt nam služi kot orodje za povezovanje v interdisciplinarnem timu in vključitev posameznih strok. Dobro zasnovana je bila struktura dokumenta, ki je celostno zajemala uporabnika. Rezultati analize, ki smo jih pridobili iz obdelave podatkov, kažejo na izjemno pomembno povezovanje znotraj institucije strokovnih kadrov in socialnih oskrbovalk z zunanjimi institucijami, kot je patronažno varstvo. Kot dobra praksa v projektu CrossCare so se izkazali delo diplomirane medicinske sestre, prvo srečanje z uporabnikom in nadaljnja obravnava, kjer je potekala izmenjava informacij med

uporabniki in zdravstvenimi delavci v zdravstvenih ustanovah kot v socialnem okolju. Povezovanje in sodelovanje sta zagotavljala kakovostno zdravstveno nego in oskrbo na domu uporabnika. Kako pomembna je koordinacija, se je pokazalo predvsem v izboljšanju zadovoljstva uporabnikov in zaposlenih v socialni oskrbi ter v okviru promocije zdravja na delovnem mestu.

Literatura

- Kavšek, M. (2006). Smernice kategorizacije za izboljšanje kakovosti zdravstvene nege in oskrbe v domovih starejših občanov (diplomsko delo). Kranj: Univerza v Mariboru: Fakulteta za organizacijske vede.
- Križaj, M. (1999). Zdravstvena nega – pomemben dejavnik kakovosti življenja v tretjem življenjskem obdobju. Obzornik zdravstvene nege, letnik 33, številka 5/6, str. 269–274. URN:NBN:SI:DOC-9GAMAT75 pridobljeno s <http://www.dlib.si>
- Železnik, D., Železnik, U., Panikvar Žlahtič, K. (2011). Pomen etike za kakovostno obravnavo starejše osebe (strokovno srečanje). Celostna obravnava starostnika z demenco. Laško.
- Lahajnar, M. Kakovost življenja v starosti – vidiki zdravstvene vzgoje. 2014. cit. Po Buck et al., 2000, cit. po Kuralt, Goljar, 2009.
- Zbornica – zveza, 2004 cit. po ICN, 2002.
- Zdravila in starostniki: o pravilni in varni uporabi zdravil. Pridobljeno s <http://www.sfd.si/modules/catalog/products/prodfile/knizicawww2010.pdf>
- Poklicne kompetence in aktivnosti izvajalcev v dejavnosti zdravstvene nege. Pridobljeno s https://www.zbornicazveza.si/sites/default/files/doc_attachments/dokument_kpa_vzbn_16.5._2019_sprejete.pdf

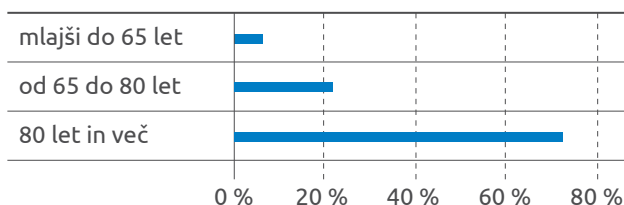
REZULTATI RAZISKAVE O ZADOVOLJSTVU UPORABNIKOV S STORITVAMI ZAVODA ZA OSKRBO NA DOMU LJUBLJANA

Laura Perko

O anketi in udeleženi v anketi

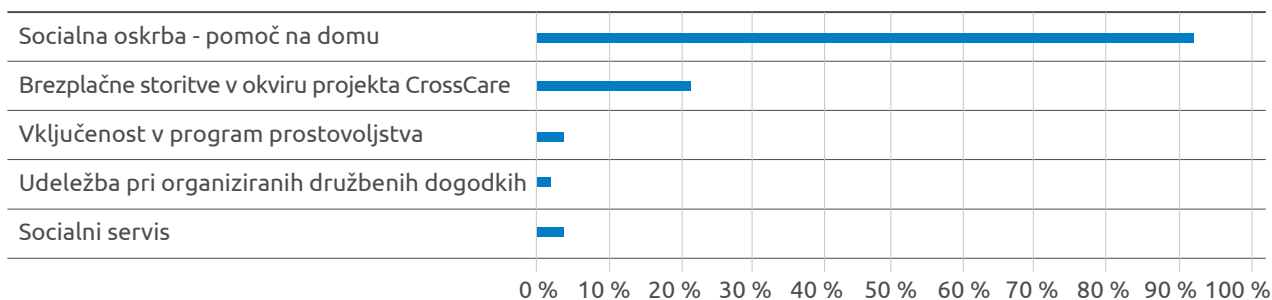
V decembru 2019 in januarju 2020 smo v Zavodu za oskrbo na domu Ljubljana (v nadaljevanju besedila: ZOD) izvedli anketo o zadovoljstvu s storitvami. V ta namen smo oblikovali vprašalnik, sestavljen iz dveh delov: prvi je vseboval 14 vprašanj (zaprtoga, delno odprtega in odprtega tipa) ter ocenjevalne lestvice, drugi del vprašalnika pa tri vprašanja, ki so se nanašala na storitve, ki jih izvajamo v okviru projekta CrossCare. Vprašalnike smo po pošti poslali 997 uporabnikom, ki so bili v decembru 2019 vključeni v vsaj eno od storitev ZOD Ljubljana: socialna oskrba na domu, programa organiziranega prostovoljstva in medgeneracijskega sodelovanja ter projekt CrossCare. Uporabniki so vprašalnike izpolnjevali sami ali v sodelovanju s svojci oz. drugimi in jih v zaprtih ovojnicah vrnili po pošti na naslov ZOD Ljubljana. Vseh vrnjenih vprašalnikov je bilo 231, med njimi je bilo 227 veljavnih in 4 neveljavni, ki jih nismo vključili v raziskavo. Zbrali in analizirali smo vrnjene anketne vprašalnike, ki smo jih prejeli vključno do 31. 1. 2020. Anketa je bila anonimna.

Vseh uporabnikov (socialna oskrba, programa organiziranega prostovoljstva in medgeneracijskega sodelovanja, projekt CrossCare), ki so vrnili in izpolnili vprašalnike, je bilo 231, od tega sta dobri dve tretjini žensk (70 %) in tretjina moških (30 %), kakršno je tudi sicer razmerje med spoloma uporabnikov storitev ZOD Ljubljana. Med uporabniki, ki so vrnili veljavni vprašalnik, je največ starih 80 ali več let (70 %), sledi skupina starih med 65 in 80 let (21 %), najmanj številčna je skupina mlajših od 65 let (6 %). Razmerje med zastopanostjo posameznih starostnih skupin uporabnikov, ki so vrnili izpolnjene ankete, odraža razmerje med starostnimi skupinami uporabnikov ZOD Ljubljana.

Graf 1: Starost anketirancev

Vključenost v storitve in druge dejavnosti

Največ uporabnikov, ki so vrnili vprašalnike, uporablja storitev socialne oskrbe (93 %), sledijo uporabniki, ki koristijo oz. so koristili storitve v projektu CrossCare (21 %). Anketiranci so označili več storitev, v katere so (bili) vključeni. Najpogosteje so označili, da so vključeni v storitve socialne oskrbe; približno četrtnina je vključenih v brezplačne storitve projekta CrossCare, 3 % jih je prejelo storitve socialnega servisa. Nekaj uporabnikov, ki prejemajo socialno oskrbo, je vključenih v program organiziranega prostovoljstva (3 %), nekaj pa se jih udeležuje organiziranih družabnih dogodkov (2 %), ki jih ZOD Ljubljana organizira skoraj vsak mesec (delavnica Možganski fitness, letno srečanje uporabnikov, njihovih svojcev, zaposlenih in prostovoljcev, Dan odprtih vrat, izobraževalne delavnice, kulturni dogodki, skupine za samopomoč ipd.). Uporabniki, ki so vključeni v program organiziranega prostovoljstva ali se vključujejo v organizirane družabne dogodke, so hkrati uporabniki socialne oskrbe. Dobro so sprejeli dodatne storitve in aktivnosti, ki jih ponujamo v projektu CrossCare. Anketa kaže na to, da uporabniki potrebujejo več različnih storitev (socialno oskrbo, zdravstvene storitve, druženje) in da se lahko odločajo za več storitev hkrati.

Graf 2: Storitve glede na pogostost

V nadaljevanju bomo predstavili rezultate ankete o zadovoljstvu uporabnikov s storitvami, ki se izvajajo v okviru projekta CrossCare.

Delovna terapija je zdravstvena dejavnost, njen namen je omogočiti posameznikom, da dosežejo optimalno delovanje pri vsakodnevni dejavnosti: skrb zase, produktivnost in prosti čas. Namenjena je tistim, ki imajo zmanjšano zmožnost za opravljanje vsakodnevnih dejavnosti zaradi poškodbe, bolezni, staranja, psiholoških, socialnih, kulturnih dejavnikov ali kombinacije teh. Cilj delovne terapije je zagotoviti posameznikom, v tem primeru starejšim, aktivno in samostojno sodelovanje v dnevni aktivnosti, ki so zanje pomembne, prilagojene pa njihovim potrebam, starosti, željam in pričakovanjem. V okviru projekta delovno terapijo izvajata diplomirana delovna terapevtka in terapevt, ki izvajata 10 oz. 15 obravnav s posameznim uporabnikom v trajanju od 45 do 90 minut. Število in trajanje obravnave se po potrebi spreminjata, kar je odvisno od stanja in zmožnosti uporabnika.

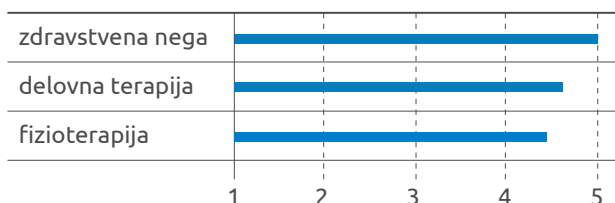
Fizioterapija vključuje uporabo različnih metod dela: kinezioterapijo, hidroterapijo, manualne tehnike in uporabo različnih fizikalnih agensov v terapevtske namene (elektroterapija, magnetoterapija, ultrazvočna terapija ipd.). Poudarja povezovanje in sodelovanje med fizioterapevti kot tudi sodelovanje z uporabniki storitev, njihovimi družinami, drugimi zdravstvenimi strokami, socialnimi oskrbovalkami in skupnostjo. V sodelovanju z drugimi naštetimi člani ter glede na fizioterapevtsko oceno, znanje in spretnosti se postavijo cilji fizioterapevtske obravnave. Storitve fizioterapije prav tako izvajata dve fizioterapevtki. Pri posameznem uporabniku je predvidenih osem obravnav.

Zdravstvena nega temelji na psihofizični in socialni podpori posameznika. Pri delu z uporabnikom uporabljamo integriran in celostni pristop. Pri integriranem pristopu je pomembna interaktivna komunikacija z uporabnikom, njegovo družino, drugimi sodelavci v projektu in drugimi službami v skupnosti. S tem se izboljša kakovost storitev. Poudarek je tudi na zagotavljanju celostne obravnave potreb uporabnika, ki poleg zdravstva obsega tudi storitve socialnega varstva. Metode, ki jih uporabljamo, temeljijo na biografiji, življenjski zgodbi uporabnika, storitve pa se nanašajo na zadovoljevanje vsakodnevnih potreb in želja. V proces dela vključujemo tudi uporabnikovo družino in člane njegove socialne mreže ter lokalno skupnost.

Največ uporabnikov je bilo vključenih v delovno terapijo, fizioterapijo in zdravstveno nego. Uporabniki so ocenjevali zadovoljstvo s storitvami z ocenami od 1 (nezadovoljivo) do 5 (odlično). Vse tri storitve so uporabniki ocenili z visokimi ocenami. Najbolje so ocenili zdravstveno nego; vsi odgovori so opredeljeni z odlično oceno. Delovna terapija je bila v veliki večini ocenjena z odlično oceno (73 %), manj z oceno prav dobro (19 %) in nekaj z oceno dobro (8 %). Prav tako je bila izredno dobro ocenjena fizioterapija. Kar 71 % uporabnikov jo je ocenilo z odlično oceno, 21 % z oceno prav dobro in 2 % z oceno dobro. Uporabniki se za nižje ocene od dobro niso odločali.

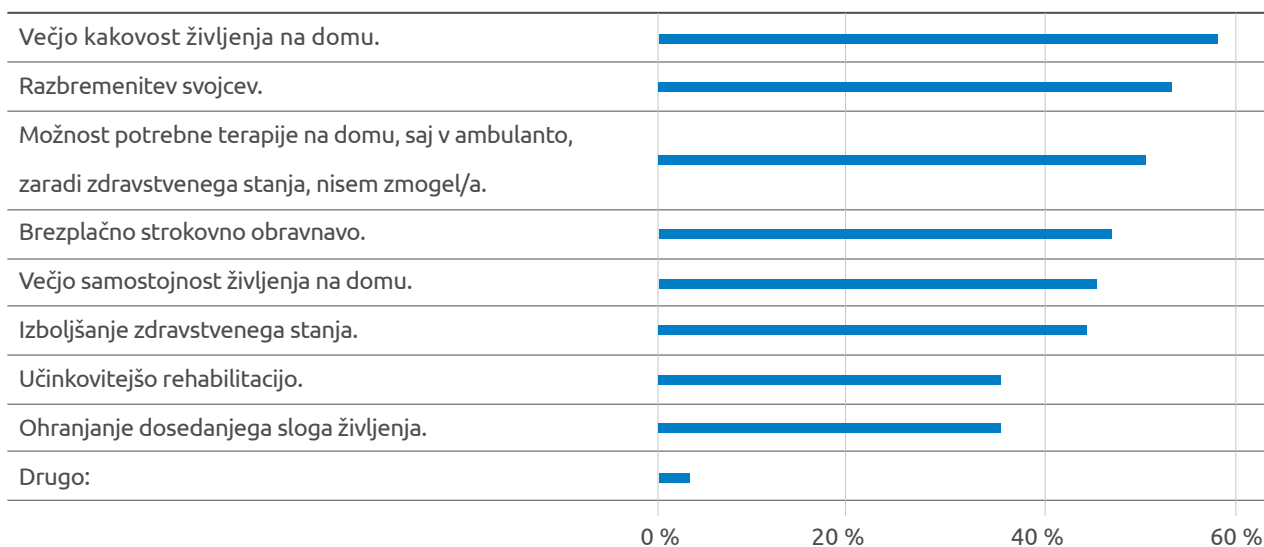
V projektu smo izvajali tudi prehransko svetovanje. Izvedeni so bili antropometrične meritve, ocena prehranskega statusa, indeks telesne mase, telesni obsegi, telesna teža, stopnja telesne aktivnosti. Opravili smo tudi intervjuje, v roku 24 ur, s katerimi pridobimo podatke o vrsti in količini vnosa tekočine in hrane; uporabniki so nam odgovarjali na vprašalnik o prehrabnih navadah. Glede na rezultate meritev smo z uporabniki opredelili postopke zdravstveno vzgojnega dela in oblikovali smernice zdrave prehrane. Svetovanje uporabnikom smo izvajali glede na njihove morebitne zdravstvene diagnoze (npr. popuščanje srca – svetovanje prehrane srčnega bolnika; manj vnosa tekočin, manj soli ipd. – na podlagi priporočil prehrane kroničnega bolnika). Ocene storitev prehranskega svetovanja in meritve psihofizičnih sposobnosti nismo prejeli, saj jih uporabniki niso šteli za ločene storitve in so jih ocenjevali v sklopu zdravstvene nege (in svetovanja), ki jih je, poleg izdelave negovalne anamneze in načrta negovalnih problemov, izvajala diplomirana medicinska sestra.

Graf 3: Zadovoljstvo s prejetimi storitvami



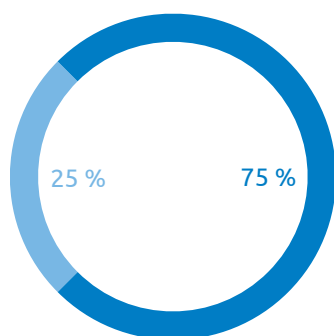
Pomen storitev

Uporabnike smo povprašali, kaj jim pomenijo storitve, kiso jih prejemale v okviru projekta. Izvajanje storitev na domu uporabnikom pomeni predvsem večjo kakovost življenja na domu. Uporabniki so bili zadovoljni, ker so imeli možnost terapevtske obravnave na domu, saj zaradi zdravstvenega stanja, oddaljenosti svojega kraja bivanja in ali arhitektonskih ovir niso zmogli do predpisanih in potrebnih storitev v ambulanto. Prav tako se jim je terapija na domu zdela dobrodošla zaradi skrajševanja hospitalizacij v bolnišnici, saj v večini primerov takoj ob odpustu iz bolnišnice ne dosežemo samostojnosti pri opravljanju vsakodnevnih dejavnosti. Prav tako je bila zanje obravnava na domu, zaradi dolgih čakalnih vrst na nadaljnje zdravljenje v zdraviliščih, zelo dobrodošla. Z vključitvijo v storitve se jim je izboljšalo zdravstveno stanje. Vključenost v projekt je prinesla tudi nekaj razbremenitve svojcem, hkrati pa so dobili ustrezne informacije o zdravstvenem stanju uporabnika. Slednji so predvsem občutili večjo samostojnost pri vsakodnevnih opravilih, storitve so jim omogočile ohranjanje dosedanjega načina življenja in učinkovitejšo rehabilitacijo. Strokovni delavci so obravnavo oz. terapevtsko delo prilagodili stanovanju oz. razmeram na domu, tako da je uporabnik tudi po prenehanju obravnave sam nadaljeval z dejavnostmi. Največ odgovorov, možno jih je bilo označiti več, se je nanašalo na boljšo kakovost življenja na domu; takih je več kot polovica odgovorov (58 %). Sledita odgovora, da uporabnikom storitve pomenijo razbremenitev svojcev (53 %) in možnost terapevtske obravnave na domu, saj v ambulanto ne zmorejo (51 %). Uporabnikom je tudi pomembno, da so strokovne storitve brezplačne (47 %) in jim omogočajo večjo samostojnost življenja na domu (46 %), da jim pripomorejo k izboljšanju zdravstvenega stanja (44 %), učinkovitejši rehabilitaciji (36 %) in ohranjanju dosedanjega sloga življenja (36 %). Nekaj uporabnikov pa je pod drugo še navedlo: pomoč; pomoč pri obisku obveznih pregledov; vsi odgovori se dotikajo mojega bivanja doma.

Graf 4: Pomen storitev v okviru projekta

Plačilo storitev

Zanimalo nas je, ali bi bili uporabniki pripravljene plačati storitve, ki jih prejema ali so jih prejeli brezplačno v okviru projekta. Po koncu projekta bi bila večina uporabnikov (75 %) pripravljena plačati storitve. Ena tretjina od teh jih je pripravljena plačati fizioterapevtske storitve (76 %), več kot polovica bi plačevala delovno terapijo (59 %) in nekaj manj zdravstveno nego (17 %) na domu. Nekateri bi plačevali več storitev (fizioterapijo, delovno terapijo, zdravstveno nego), takih je dobra tretjina vseh, ki bi bili pripravljene plačati (41 %). Prav tako si uporabniki želijo, da bi se terapije nadaljevale ali pa da bi se lahko ponovno vključili v obravnavo. Izredno so bili zadovoljni, ker so bile storitve brezplačne, večina si je želela še več obravnave.

Graf 5: Mnenje uporabnikov o plačilu za storitve

● da
● ne

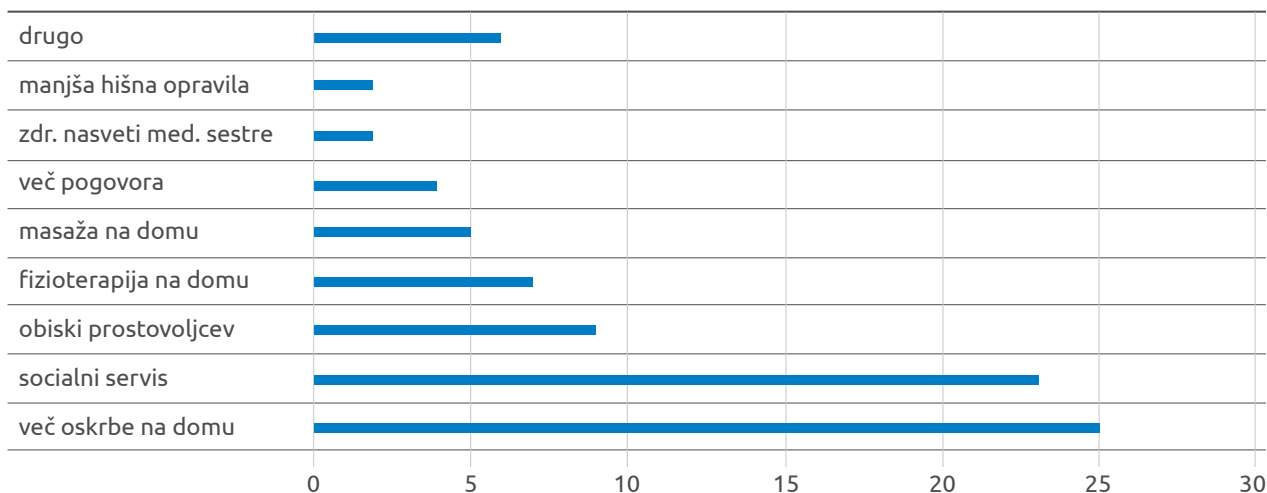
Potreba po dodatnih storitvah

Uporabniki so imeli možnost, da v anketi navedejo potrebe po storitvah, ki bi jih, poleg teh, ki jih že prejema, še potrebovali. Njihove navedbe povzemamo po sklopih. Najbolj pogosto so bile med odgovori navedene potrebe po večjem obsegu oskrbe na domu, potreba po storitvah socialnega servisa (pedikura, frizer na dom, generalno čiščenje, likanje, varstvo na domu, spremstva na družabne dogodke), obiski prostovoljcev, fizioterapija na domu, masaža na domu, pogovor, potreba po zdravstvenih nasvetih medicinske sestre, manjša hišna popravila in druge. Med slednje smo uvrstili tista opravila, ki so jih uporabniki navedli zgolj enkrat, to so: delovna terapija na domu, vračilo knjig v knjižnico, storitev na klic, nadaljevanje nudenja storitev v okviru projekta CrossCare, brezplačne storitve.

Preglednica 1: Prikaz potreb po sklopih

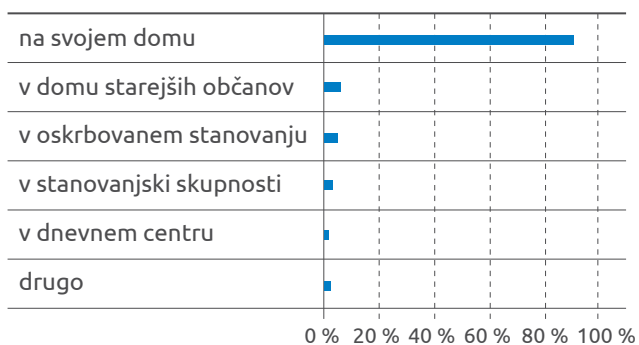
Več oskrbe na domu	25
Socialni servis	23
Obiski prostovoljcev	9
Fizioterapija na domu	7
Masaža na domu	5
Več pogovora	4
Zdr. nasveti med. sestre	2
Manjša hišna popravila	2
Drugo	6

V grafičnem prikazu so razvidne potrebe po posameznih opravilih oz. storitvah, kot so jih v odgovorih navajali uporabniki.

Graf 6: Dodatne potrebe uporabnikov

Kje bi najraje preživel starost, če bi imeli možnost izbire?

V anketi nas je tudi zanimalo, kje si želijo uporabniki preživeti svojo starost, če bi imeli možnost izbire. Najpogostejši odgovor je bil na svojem domu; tako je odgovorilo kar 89 % vseh, ki so sodelovali v anketi. V precej manjših odstotkih sledijo še odgovori: v domu starejših občanov (4 %), v oskrbovanem stanovanju (2 %), v stanovanjski skupnosti (2 %). Pod drugo so bili navedeni še nekateri odgovori, ki niso neposredno povezani z vprašanjem (npr. odvisno od zdravja; dokler sem mobilni; ko si nesposoben skrbeti sam zase; da nisi drugim v breme; najbolje čim prej umreti). CrossCare, brezplačne storitve.

Graf 7: Kje bi najraje preživel starost

Sporočila uporabnikov

Ob koncu sklopa vprašanj o rednih dejavnostih zavoda smo uporabnike povabili, da nam posredujejo sporočila, pripombe, pohvale in predloge v zvezi z delom zavoda in zaposlenimi. Večinoma gre za pohvale, tudi poimensko posameznim zaposlenim, za pozitivne komentarje, spodbudne besede in želje za višje plačilo oskrbovalcem. Pohvale uporabnikov se nanašajo na splošno zadovoljstvo, zadovoljstvo s storitvami socialne oskrbe in drugimi dejavnostmi ZOD Ljubljana. Uporabniki so zadovoljni, da pomoč obstaja, kot tudi z odnosom zaposlenih, njihovo komunikacijo in strokovnostjo. Izražali so splošne zahvale za pomoč, zahvale, ker jim pomoč na domu omogoča bivanje v domačem okolju, ter zahvale posameznim oskrbovalkam in oskrbovalcem. Nekaj pa je pripomb, vezanih predvsem na menjavanje oskrbovalk, premajhno število zaposlenih, hitenje oskrbovalk; en komentar se je nanašal na slabo opravljeno delo socialne oskrbovalke. Želje se nanašajo predvsem na časovni obseg storitev (dodatni termini med tednom in vikendom, večje število ur socialne oskrbe in storitve socialnega servisa). Sporočila uporabnikov in njihovih svojcev navajamo po sklopih glede na njihovo vsebino.

Storitve

Pozitivno: vse, kar mi nudite, je vredno vse pohvale; do sedaj smo domači skrbeli za mojega moža, odkar smo se odločili za vašo pomoč, vidimo, koliko ste nas razbremenili; bravo za tak začetek in program dela s starejšimi; s storitvami sem zelo zadovoljna in mi res veliko pomenijo; zelo, zelo smo bili zadovoljni z vašimi storitvami in podobno.

Negativno: čiščenje bivalnih prostorov je katastrofalno.

Zaposleni

Pozitivno: imate zelo prijetne in urejene zaposlene, vsem, ki sem jih spoznala, velika hvala; vsi zaposleni so empatični, strokovni in pripravljeni na komunikacijo; upam, da se bo uredilo njihovo nagrajevanje, saj le tako lahko pričakujemo ustrezno pomoč še naprej; vse oskrbovalke zelo pohvalim, sem zelo zadovoljna; večinoma so zaposleni zelo v redu; veliko mi pomeni dejstvo, da bodo zagotovo prišli; zelo cenim prijaznost oskrbovalk; z gospo (soc. oskrbovalko), ki me obiskuje, zelo dobro sodelujem in si ne predstavljam, kako bi bilo brez nje; osebje zavoda je zelo prijazno in predvsem razumevajoče; zelo smo zadovoljni z delom oskrbovalk; poleg profesionalne oskrbe je oče deležen še prijaznega pogovora, motivacije in veselega obraza; z vašimi zaposlenimi sem zelo zadovoljna, izredne pohvale medicinski sestri in fizioterapevtki; poimenske pohvale in zahvale socialnim oskrbovalkam in podobno.

Negativno: zelo veliko se menjavajo, ne le v času dopustov; oskrbovalke hitijo, ker jih je premalo, več časa za mirno delo; določeni oskrbovalci so 100 %, drugi le opravljajo svojo službo; različno delajo, včasih kdo zamudi; moti me, da nikoli ne vem, kdo bo prišel.

Zavod za oskrbo na domu Ljubljana

Uporabniki navajajo: odlični ste, potrebovali bi še več kadra; brez vaše pomoči bi težko preživel z nepokretno ženo; kljub drobnim pomanjkljivostim sem hvaležna za pomoč in se zahvaljujem za vaše obiske; iskrena hvala za vse, kar storite; nagrajevanje za odlične oskrbovalke; povišanje plače; zelo sem zadovoljna, da mi omogočate ostati na svojem domu; zelo lepo se zahvaljujem za vašo srčno pomoč, ki v moje življenje vsak dan prinese sonce.

Želje in predlogi

Uporabniki navajajo: rada bi, da bi bilo za starejše boljše poskrbljeno s strani države; za tiste, ki rabijo nego vsak dan, bi bilo zelo dobro, da so lahko v navezi z negovalko tudi prek telefona, ker je včasih potrebno obvestiti negovalko o čem potrebnem za naslednji dan; dobro bi bilo, da je več možnosti, da si izberemo uro prihoda negovalke; več kadra, da bi uporabniki prejeli pomoč tudi ob vikendih; dobro bi bilo pridobiti evropska sredstva v višji meri; MOL bi lahko več prispevala glede finančnih sredstev; dohodke oskrbovalk bi bilo potrebno povišati; večjo pomoč bi bilo treba zagotoviti svojcem, ki skrbijo doma za starostnike; poslušaj za potrebe in organizacija storitve na realen način, recimo, da sme umakniti tepih, da počisti tla; o vaših zaposlenih imam najboljše mnenje, kot pa razberem iz medijev, niso ustrezno plačani, bojim se, da bo zaradi tega na daljši rok nastal kadrovski problem in bi ta mreža pomoči razpadla.

POVEZOVANJE SOCIALE IN ZDRAVSTVA

POMEN SODELOVANJA RAZLIČNIH STROK PRI IZVAJANJU OSKRBE NA DOMU STAREJŠIM

Marjeta Bizaj, Ana Bevk Umiastowski

Zavod za oskrbo na domu Ljubljana je kot dopolnitev osnovni dejavnosti v septembru 2018 začel izvajati projekt »Integriran pristop oskrbe starejših ljudi na domu« (projekt CrossCare). V okviru projekta smo nudili brezplačne storitve, kot so fizioterapija, delovna terapija, zdravstvena nega in dietetika.

Ves čas obstoja Zavoda za oskrbo na domu Ljubljana se srečujemo z omejitvami, ki jih s seboj prinaša togi pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev, ki pomoč na domu opredeljujejo kot pomoč pri osebni higieni, osnovno gospodinjstvo pomoč in pomoč pri stikih. Pravilnik je bil pisan v drugačnih časih, v katerih sta bila življenje starejših in njihova oskrba očitno manjšega pomena za družbo, saj so skrb za svoje ostarele in bolne člane prevzemale ženske v družini, ki so bile upokojene v sredini svojih petdesetih let in so za ostarele družinske člane lahko skrbele, ker jim je to omogočal čas, pridobljen z zgodnjo upokojitvijo in vlogo ženske v družbi. Pravilnik ni predvideval takšnih demografskih sprememb, s katerimi se srečujemo danes, kot tudi ne, da se bo starostna upokojitev dvignila na starost 65 in več let. V času njegovega nastajanja prav tako ni mogel predvidevati, da se bo rast kroničnih bolezni zaradi zastrupljanja okolja, neprimerne prehrane in nezdravega načina življenja povečala do te mere, da skoraj ni več starostnika, ki ne bi jemal vsaj tablet za zdravljenje povišanega krvnega tlaka, holesterola ali sladkorne bolezni.

Zaradi vseh teh vzrokov pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev že davno več ne zadostuje za povečane potrebe demografsko starega prebivalstva. Zakon o dolgotrajni oskrbi se nam z vsako politično razprtijo odmika v prihodnost. V pisarno velikokrat dobivamo obupane klice starostnikov in njihovih svojcev z željami o obsegu pomoči, ki je zaradi kadrovske stiske ne zmoremo nuditi. Svojci so zaradi podaljševanja starosti upokojitve večinoma še zaposleni, zato za nego in varstvo svojih ostarelih svojcev ne zmorejo poskrbeti v zadostni meri. Najhuje izstopa skrb za dementne ostarele, ki bi potrebovali večurno varstvo. Njihovi svojci se pogosto na nas obračajo z željami po storitvah, ki jih kot socialnovarstvena storitev pomoč na domu ne pokriva: povijanje nog, apliciranje inzulina, menjave katetrov, stome, kanile ter potrebe po obravnavah delovne terapije in fizioterapije. Do določene meje je te potrebe pokrila naš drugi projekt te vrste; projekt CrossCare z možnostjo brezplačnega koriščenja paketa obravnave fizioterapevta in delovnega terapevta na domu uporabnika.

Projekt je za čas delovanja omogočil integrirano socialno in zdravstveno oskrbo na domu ter bi lahko služil kot model celostne obravnave starega človeka na njegovem domu. S projektom odpiramo pot novim idejam in pogledom v prakso umeščene celostnega pristopa oskrbe starega

človeka, ki poleg socialne oskrbe potrebuje tudi zdravstvene storitve. Deluje preventivno, saj s storitvami delovne terapije, fizioterapije, ohranjanja človekove sposobnosti poskrbeti za svoje življenjske potrebe omogoča podaljševanje kakovosti življenja pozno v starost. S tem podaljšuje sposobnost človeka, da lahko do pozne starosti skrbi sam zase ter ne obremenjuje svojcev in državne blagajne.

Redno sva sodelovali z diplomirano medicinsko sestro Majo Kržišnik in delovno terapevtko Petro Boh. Sodelovanje se je izkazalo za odlično, saj smo s tem dvignili raven kakovosti socialne oskrbe. Vsaka posebej z različnimi znanji socialnega dela, delovne terapije in zdravstvene nege smo lahko uporabnika obravnavale bolj celostno. Vsem sodelujočim se je dvignil in spremenil pogled na potrebe človeka, saj smo si strokovnjaki izmenjavali mnenja in stališča, s tem »brusili« svoja znanja ter se učili sprejemanja in vključevanja več pogledov na potrebe starega človeka. Kot vodja enote in koordinatorica socialne oskrbe imava pred očmi tako uporabnika kot socialno oskrbovalko, ki neposredno izvaja storitve in se na terenu srečuje z vsemi mogočimi delovnimi pogoji, situacijami, stiskami starejših. Poskrbeti morava, da so potrebe uporabnika zadovoljene, da se v najvišji meri upošteva kodeks etičnih načel, da je oskrba izvedena v skladu z individualnim načrtom uporabnika in da so urniki socialnih oskrbovalk optimalno narejeni. Ves čas smo med dvema svetovoma, na eni strani uporabnika in njegovih pričakovanj ter na drugi pričakovanih socialnih oskrbovalk, ki morajo prav tako imeti zagotovljene vsaj osnovne delovne pogoje, upoštevajoč pravice, ki jih imajo po zakonu o delovnih razmerjih in varstva pri delu. Starejši na domu, ki koristijo storitve oskrbe na domu, živijo v zelo različnih življenjskih pogojih. Na terenu oskrbovalke in socialne delavke vidimo ves možni razpon življenjskih bivanj človeka, od revščine, osamljenosti, nefunkcionalnih družinskih odnosov do zelo dobrih stanovanjskih pogojev in ljubečih družinskih odnosov. Vsak novi uporabnik pripelje v našo sredino novo izkušnjo kot tudi dinamiko med oskrbovalcem, uporabnikom in njihovimi svojci. Naloga vodje in koordinatorja je, da ta odnos po potrebi dopolnjuje, usklajuje, spodbuja. Le tako se lahko razvije v pravo smer, kjer lahko vsi vpleteni delamo in sobivamo v dobro vseh. Včasih se znajdemo v situaciji, ko moramo biti odločni in pravični do vseh vpletenih, a vendarle dovolj trdni, da, vključujoč vse vidike vsakega vpletenega, zagotavljamo rešitev, ki bo v korist vsem.

Primer dobre prakse

Gospa S. M. je naša dolgoletna uporabnica. Na sestankih enote je bilo s strani oskrbovalk večkrat izpostavljeno, da nega postaja zelo težka in rizična v smislu varnega izvajanja oskrbe za gospo kot tudi naše oskrbovalke. Gospa postaja čedalje težje pokretna, povezava možgani-noge pa vedno slabša, v smislu izgubljanja sposobnosti pošiljanja ustreznih signalov možganov za koordinacijo nog. Zaradi neprimerne invalidskega vozička, nizke postelje in navadnega kuhinjskega stola, kjer je gospa po navadi sedela, je bila izvedba oskrbe težja, nevarnost padca gospe pa velika. Tudi s stališča varnosti pri delu je bila izvedba oskrbe neprimerna za naše oskrbovalke, saj so potrebovale veliko moči in naprezanja, da so gospo obaroval pred padcem. Gospa se zelo trudi, da ne bi izgubila preostale sposobnosti hoje, zato o ureditvi zvišanja postelje in novem invalidskem vozičku ni hotela nič slišati. S hčerko gospe S. M. sva bili večkrat v stiku, da bi se dogovorili za ustrezne ukrepe, ki bi našim oskrbovalkam omogočali varno izvedbo oskrbe, gospe pa varnost in vzdrževanje ter ohranjanje njenih preostalih gibalnih sposobnosti. Do dogovora o potrebnih ukrepih zaradi zavračanja gospe S. M. ni prišlo. Za pomoč pri strokovni oceni potrebnih ukrepov o varnem izvajanju oskrbe in primernih tehničnih pripomočkov sem se nato obrnila na našo delovno terapevtko Petro Boh. Gospo S. M. je že poznala, saj je v okviru projekta CrossCare že koristila paket obravnav delovne terapije. Skupaj s Petro Boh in socialno oskrbovalko T. G. smo opravile drugi obisk na domu z namenom ureditve delovnih

pogojev. Ugotovile smo, da je obstoječi invalidski voziček, ki ga je gospa imela, zaradi velikosti neprimeren za stanovanje, saj ni šel skozi ozka vrata kopalnice. Ker gospa stežka lahko še vstane iz postelje, je delovna terapevтка Petra Boh oskrbovalki pokazala, kako ji lahko varno pomaga, da gospa vstane. Predlagali smo, da se invalidski voziček zamenja z rolatorjem, ki ima naslonjalni pas za hrbtišče. Preskusili smo manever in ugotovili, da lahko gospo s postelje premaknemo na rolator ter jo zadenjsko odpeljemo do kopalnice, kjer se lahko sama prestavi na stranišče ali pod tuš. Oskrbovalka nato po končani negi v kopalnici gospo na rolatorju prepelje do kuhinje, kjer gospa vstane in sama naredi nekaj korakov ter se presede na ožji invalidski voziček. Ta bo prilagojen tako, da jo bo pri sedenju podpiral in ji omogočal varnost, da ne bo padla z vozička. V zadovoljstvo vseh vpletenih smo rešile težavo s primernimi tehničnimi pripomočki in nasveti delovne terapevтке Petre Boh. S hčerko smo se dogovorile, da se oskrba lahko izvaja na tak način; v primeru poslabšanja zdravstvenega stanja gospe S. M. pa se bomo ponovno dogovarjali o primernih rešitvah.

Zaključek

Primer predhodno opisanega zdravstvenega stanja uporabnice in ureditev delovnih pogojev lahko izpostavimo kot primer dobre prakse. Uporabniki domov za starejše občane imajo pravico do terapevtskih obravnav delovne terapije in fizioterapije, medtem ko jih starejši občani, ki so se odločili za življenje na svojem domu, zaradi neprimerne zakonske ureditve nimajo. Zakonodajalec, ki bo sprejemal Zakon o dolgotrajni oskrbi, bi moral nujno predvideti pravico do teh storitev tudi starejšim, ki živijo doma. Urejena bo morala biti na način, da se bodo te storitve izvajale na domu uporabnika. V nasprotnem primeru bodo tisti najranljivejši starostniki spet ostali brez potrebnih obravnav, saj zaradi gibalnih omejitev ne bodo mogli prihajati v institucije, kjer se take storitve navadno izvajajo. Želiva si, da bi socialna oskrba zaživela z roko v roki z zdravstvenimi storitvami v taki meri, da bodo naši starejši občani imeli od tega korist. Ne pozabimo, da vsakega od nas čaka starost. To, kar bomo danes naredili za današnje starejše občane, bomo v naši starosti lahko koristili tudi mi sami.

ORGANIZIRANO PROSTOVOLJSTVO KOT DEL INTEGRIRANE OSKRBE STAREJŠIH LJUDI V DOMAČEM OKOLJU

Amir Crnojevič

Povzetek

Tudi v Sloveniji se srečujemo z demografskimi spremembami. Nanje nismo pripravljeni, saj še vedno nimamo ustrezno urejene dolgotrajne oskrbe starejših, ki vključuje potrebe teh ljudi po celostni individualizirani obravnavi in integriranih storitvah oskrbe na domu s povezovanjem storitev socialnega in zdravstvenega varstva. V okviru socialnega varstva številni javni zavodi v Sloveniji izvajajo tudi druge dejavnosti, s katerimi omogočajo aktivno in kakovostno staranje. Ena od teh je organizirano prostovoljstvo, ki je pomembno področje pri premagovanju osamljenosti in zagotavljanju socialne vključenosti starejših ljudi. Storitve integrirane oskrbe z individualiziranim pristopom so v prihodnosti nujne, če želimo zagotoviti kakovostno življenje starejših, ki potrebujejo pomoč in podporo in želijo jesen življenja preživeti v domačem okolju.

Ključne besede: dolgotrajna oskrba, integrirana oskrba, oskrba v skupnosti, organizirano prostovoljstvo, skupnostno socialno delo.

Uvod

Demografske spremembe bodo predrušile družbo, pri čemer nobena generacija ni izvzeta iz sprememb, ki jih prinašajo pričujoči demografski trendi. Kakovostno staranje temelji zlasti na ideji aktivnega staranja, zato bo treba v prihodnosti nadgraditi sistem socialnega varstva.

V Sloveniji potekajo na različnih ravneh prizadevanja za zagotavljanje kakovostnejših socialnovarstvenih storitev. Okrepilo se je tudi razumevanje pomena individualiziranega pristopa v socialnem varstvu (Škerjanc, 2010).

Poleg individualiziranega pristopa je treba razvijati storitve integrirane oskrbe. Pojem integrirane oskrbe¹ še ni sprejet v naših strokovnih krogih in je verjetno tudi napačno razumljen. Integrirana oskrba je dobra koordinacija, povezovanje in komunikacija znotraj služb in navzven med izvajalci, uporabnikom ali neformalnim izvajalcem oskrbe. Vpliva na večje zadovoljstvo posameznika in izvajalcev, izboljša kakovost storitev ter je stroškovno tudi učinkovitejša. Zmanjšuje neučinkovitost služb in posameznika znotraj sistema. Integrirana oskrba je celostna obravnava, ki izhaja izključno iz potreb posameznika z dolgotrajnimi stanji in mnogovrstnimi vzporednimi problemi (Portal za izobraževanje iz zdravstvene nege, b.d.).

Starejši ljudje želijo ostati čim dlje doma, vendar ob predpostavki, da so aktivni in polnopravni člani družbe. Poleg pomoči pri temeljnih in podpornih dnevni opravilih zato ne smemo pozabiti na še eno pomembno področje – socialno vključevanje: spodbujanje in omogočanje stikov z drugimi, spodbujanje k aktivnostim ter vključevanje v družbo. Prostovoljstvo je zagotovo ena od možnih oblik socialnega vključevanja.

Prostovoljstvo je osnovna sodobna oblika osebne solidarnosti v socialnem delovanju (Ramovš, 2001). Je vrednota in temeljna človeška dejavnost, ki se razvija, nadgrajuje in s tem neposredno vpliva na spremembo v okolju, v katerem poteka. Spremlja nas že od prvih začetkov civilizacije, vendar zaradi vse večje globalizacije in družbene ureditve nasploh na to preprosto pozabljamo. Prostovoljstvo širi strpnost in solidarnost ter ob tem oblikuje posameznega človeka v duhu resnične enakopravnosti, svobode in humanistične morale, pravičnosti in solidarnosti, ker le nesebična pomoč sočloveku pokaže, kakšni smo v resnici ljudje. Medtem ko se nekateri preprosto ukvarjajo z optimizacijo upravljanja prostovoljskega dela, se drugi zanimajo za širšo družbeno in politično vlogo razvijanja in spodbujanja prostovoljstva (Crnojevič, 2018).

V nadaljevanju želim predstaviti primer dobre prakse celostnega pristopa pri delu z uporabniki, tako v okviru javne službe kot dodatnih dejavnosti in storitev v okviru projektov.

Organizirano prostovoljstvo, medgeneracijsko in projektno sodelovanje

Zavod za oskrbo na domu Ljubljana (v nadaljevanju besedila: ZOD Ljubljana) je največji izvajalec socialne oskrbe na domu v Sloveniji. Smo razvojno naravnani in pri svojem delu vseskozi iščemo nove odgovore na potrebe ljudi v skupnosti. Glavna izziva, s katerimi se srečujemo, sta osamljenost starejših ljudi in pomanjkanje nekaterih zdravstvenih storitev, ki se izvajajo na njihovih domovih.

Kot odgovor na to smo leta 2014 uvedli program organiziranega prostovoljstva in nekoliko pozneje še program medgeneracijskega sodelovanja. Prostovoljci v okviru programa organiziranega prostovoljstva delujejo na štirih področjih: družabništvo z

uporabniki, promocija prostovoljskega dela v skupnosti, organizacija in vodenje različnih aktivnosti ter sodelovanje v projektih. Največ potreb zaznavamo na področju družabništva, zato tu sodeluje večina prostovoljcev. Prostovoljci v skladu z dogovorom enkrat do dvakrat tedensko obiščejo uporabnika na njegovem domu. Srečanja trajajo do dve uri, v tem času pa se lahko odpravijo na skupni sprehod, berejo knjige, igrajo družabne igre, izmenjujejo znanje in izkušnje ali le klepetajo o vsakdanjih temah, ubujajo spomine in podobno.

Posebno pozornost namenjamo razvijanju prostovoljskega dela z ljudmi z demenco. Sorodnike oskrba človeka z demenco obremeni tako fizično kot psihično. Znajdejo se v nepoznani situaciji, ob vsem tem pa doživljajo veliko stisk, ki jih težko rešujejo sami. Naloga strokovnih delavcev je, da sorodnike krepimo, podpremo in opremimo z znanjem o demenci, prostovoljec pa s svojim prihodom v družino prinese svežino; postane pomemben del družine človeka z demenco, saj njegov obisk ne vpliva zgolj na človeka z demenco, temveč razbremenilno deluje tudi na sorodnika, ki lahko tisti čas, ko je prostovoljec na obisku, nameni sebi in svojim potrebam.

Programu organiziranega prostovoljstva se je od leta 2014 do konca 2019 pridružilo več kot 200 prostovoljcev, ki so opravili več kot 20.000 prostovoljskih ur, v okviru katerih so več kot 3.500-krat obiskali več kot 400 uporabnikov (Batič, 2020). Trenutno je aktivnih 67 prostovoljcev.

Uporabnike in njihove sorodnike poleg družabništva spodbujamo tudi k vključevanju v številne aktivnosti, ki jih organiziramo v okviru programa medgeneracijskega sodelovanja. Vsak teden namreč na zavodu potekata učenje tujega jezika Ruščina za starejše in medgeneracijska kreativna delavnica Punčka iz cunj. Enkrat mesečno organiziramo delavnice za krepitev spomina.

Že peto leto na zavodu poteka Skupina za samopomoč za svoje osebe z demenco, kjer v varnem okolju in ob podpori voditeljice skupine enkrat mesečno izmenjujejo mnenja, delijo izkušnje in pridobivajo nova znanja o demenci. Sočasno poteka delavnica Biblioterapija z osebami z demenco.

V letu 2020 smo ustanovili novo skupino starejših za samopomoč, ki poteka po metodi Zveze društev za socialno gerontologijo Slovenije. Poimenovali smo jo Nežka. Cilj Skupine za samopomoč Nežka je gradnja pozitivne komunikacijske in izkustvene izkušnje pri starejših ljudeh, nekakšne vzporedne družine, ki zna poslušati in slišati. Delo v skupini temelji na samopomoči. V okviru skupine tako poteka proces zadovoljevanja nematerialnih potreb po temeljnem medčloveškem odnosu, doživljanju smisla starosti in povezanosti vseh treh generacij.

V okviru predstavljenih programov sodelujemo z ljubljanskimi vrtci, šolami, fakultetami, številnimi nevladnimi organizacijami in strokovnimi združenji. Otroci iz vrtca enkrat letno, navadno na dan žena, na domu obiščejo nekaj uporabnic, ki svojega doma ne morejo zapustiti. Zapojejo jim kakšno pesem in z ročno izdelanimi darili polepšajo dan, ki je za mnoge osamljene ljudi predolg. Srednja frizerska šola Ljubljana vsako leto v decembru gosti medgeneracijsko srečanje z dijaki in našimi uporabniki. Dijaki pripravijo krajši kulturni program, nato pa vse goste sfrizirajo. Enkrat letno organiziramo tudi Dan odprtih vrat in Letno srečanje uporabnikov. Slednji je za mnoge uporabnike edini kulturni dogodek, ki se ga udeležijo, saj v sodelovanju z ljubljanskim potniškim prometom poskrbimo, da uporabnike pripeljejo od doma na prizorišče in potem odpeljejo nazaj. Zagotovimo jim tudi spremstvo s strani naših socialnih oskrbovalk in prostovoljcev.

Na številne potrebe ljudi v skupnosti odgovarjamo s projekti. Med letoma 2017 in 2018 smo v sodelovanju s Spominčico – Slovensko združenje za pomoč pri demenci izvedli in zaključili projekt Za

¹ Definicija integrirane oskrbe, ki je priporočena v državah Evropske unije, opredeljuje integrirano oskrbo kot sklop dobro načrtovanih in organiziranih različnih vrst storitev in služb, ki so usmerjene v mnogovrstne potrebe posameznika ali specifične skupine z namenom omogočiti posamezniku čim bolj neodvisno življenje.

demenci prijazno skupnost. V okviru tega smo po Sloveniji izvedli strokovna predavanja in usposabljanje za strokovne delavce, strokovne sodelavce, prostovoljce, neformalne oskrbovalce ter drugo zainteresirano javnost. Na zavodu smo odprli Demenci prijazno točko. Z Zdravstveno fakulteto Univerze v Ljubljani smo izvedli projekt Sobivanje z demenco. Študenti delovne terapije so z uporabniki izvajali storitve delovne terapije in svetovanje o prilagoditvah domačega okolja.

Zasnovali smo tudi medgeneracijski projekt Urbano vrtičkanje z babico in dedkom, ki temelji na spodbujanju socialnega vključevanja, vseživljenjskega učenja in koristnega preživljanja prostega časa v skupnosti. Urbano vrtičkarstvo ni ostanek ruralnega v urbanem okolju, temveč značilna mestna dejavnost, ki se razvija zaradi potreb meščank in meščanov, tako mladih kot starih. Vrtičkarstvo ima več funkcij: socialno, ekonomsko, psihološko, ekološko, zdravstveno, izobraževalno, vzgojno in rekreacijsko. A nemalo meščank in meščanov nima možnosti obdelovanja svojega vrtička, saj samo želja največkrat ni dovolj. Potrebna sta tudi čas in znanje, ne nazadnje tudi izkušnje. Kot odgovor na to smo v ZOD Ljubljana razvili omenjeni medgeneracijski projekt, ki od leta 2017 poteka v večji ljubljanski soseski. Temelj projekta so prostovoljci, pri čemer vsakdo lahko soustvarja potek projekta, ki je zasnovan dolgoročno in večfazno.

Projektni partner je Mestna zveza upokojencev Ljubljana s programom Dnevni centri aktivnosti za starejše, v skupnostne akcije pa vključujemo otroke, dijake, študente in mlade družine.

Vpliv projekta CrossCare na programa organiziranega prostovoljstva in medgeneracijskega sodelovanja

ZOD Ljubljana je v okviru projekta CrossCare zaposlil šest strokovnih delavcev različnih profilov; dva delovna terapevta, dva fizioterapevta, diplomirano medicinsko sestro in socialno delavko, ki je koordinirala projekt. Strokovni delavci projekta CrossCare so spoznali tudi druge dejavnosti zavoda in bili aktivno vpeti tudi v druga področja njegovega delovanja. Med drugim so se aktivno vključevali v programa organiziranega prostovoljstva in medgeneracijskega sodelovanja.

V okviru omenjenih programov zavod aktivno sodeluje na številnih dogodkih ali jih organizira.

Z delovno terapevtko smo v februarju 2019 uvedli nov mesečni dogodek, ki poteka v okviru skupine za samopomoč za svoje osebe z demenco, tj. Biblioterapija z osebami z demenco. Dogodek je namenjen ljudem z demenco, v okviru tega pa poteka enourna delavnica z različnimi aktivnostmi; največkrat preberemo zgodbo in se nato skušamo navezati na prebrano ter povezati temo z njihovimi življenji.

Vsako leto za zainteresirano javnost v maju organiziramo Dan odprtih vrat. V okviru celodnevne dogodka smo s strokovnimi delavci projekta pripravili predavanja in številne delavnice. Delovna terapevтка se je vključila tudi pri pripravi izobraževanj za prostovoljce; tako je v marcu 2020 izvedla predavanje in delavnico z naslovom Kako do večje samostojnosti v domačem okolju.

Od maja do oktobra se zavod vključuje v različne dogodke, ki potekajo na območju Mestne občine Ljubljana. Na dogodkih promoviramo dejavnosti zavoda, strokovni delavci pa smo zainteresirani javnosti na voljo tudi za vsa vprašanja z našega strokovnega področja. Tudi tu smo vključevali strokovne delavce projekta, ki so se vabilu vedno odzvali. Na ta način smo lahko sestavili ekipo strokovnjakov – multidisciplinarni tim, ki je bil sestavljen iz strokovnega delavca zavoda, strokovnega delavca projekta in prostovoljca. Ljudje so tako res dobili celostne informacije o vseh storitvah, ki jih izvajamo v zavodu. Slednji je aktiven in dolgoletni partner Festivala za tretje življenjsko obdobje. Poleg promocije zavoda na festivalu, ki je med drugim

največji dogodek za starejše v Evropi, se strokovni delavci vključujemo tudi v izvajanje delavnic in predavanj za obiskovalce. Tako smo k sodelovanju povabili tudi strokovne delavce projekta ter izvedli številna predavanja in delavnice, denimo Prikaz izvajanja storitve socialne oskrbe na domu – izvedba oskrbe in osebne nege, Meritve vitalnih funkcij, Gibalne aktivnosti za starejše, Kognitivni trening za vse generacije in podobno.

Razvijamo tudi manjše, enkratne projekte. Tako smo, denimo, s socialno delavko na projektu v oktobru 2018 razvili manjši projekt Obdarovanje starih osamljenih ljudi. Številni osamljeni uporabniki so tako v decembru 2018 dobili darilo manjše vrednosti; uporabne izdelke so donirala različna podjetja. Zavod je tudi pridružen partner v nekaterih nacionalnih projektih, denimo projekt Teden vseživljenjskega učenja, ki ga vodi Andragoški center Republike Slovenije, v okviru katerega smo v letu 2019 s strokovnimi delavci projekta CrossCare organizirali in izvedli več delavnic: Prilagoditve potrebam starejših in predstavitev medicinsko tehničnih pripomočkov, Zdrav življenjski slog – zdrava prehrana ter Pravilno premeščanje in nameščanje nepokretnega svojca. Organizirali smo tudi okroglo mizo Potrebe starejših ljudi na domu – povezovanje storitev socialnega in zdravstvenega varstva, ki je potekala v juniju 2019 na Fakulteti za socialno delo, v sklopu katere sta sodelovali tudi socialna delavka in delovna terapevтка.

Vpliv projekta CrossCare je programoma organiziranega prostovoljstva in medgeneracijskega sodelovanja doprinesel nova strokovna znanja in spoznanja, zaradi katerih je bila raven izvajanja storitev bistveno višja kot sicer. Ker je bil projekt CrossCare mednarodni, je vplival tudi na prepoznavnost zavoda (in dejavnosti, ki jih izvajamo) širše, tj. zunaj meja Mestne občine Ljubljana. Dodano vrednost vidimo tudi pri vključevanju prostovoljcev po zaključeni obravnavi strokovnih delavcev projekta, zlasti smo veliko predlogov prejeli s strani delovnih terapevtov. Strokovni delavci projekta so bili tudi izjemni promotorji dogodkov in so pripomogli k vključevanju uporabnikov v dogodke, ki jih zavod organizira vsak mesec.

Sklep

Socialna in zdravstvena politika Evropske unije vse bolj poudarjata potrebo po ustrezni reformi sistemov dolgotrajne oskrbe ranljivih družbenih skupin, zlasti starejših ljudi, kot tudi po prehodu iz institucionalne v oskrbo v skupnosti. V skladu z Resolucijo o nacionalnem programu socialnega varstva v Republiki Sloveniji za obdobje 2013-2020 so osnovna načela za izvajanje socialnega varstva v Republiki Sloveniji zagotavljanje človekovega dostojanstva in socialne pravičnosti, spodbujanje prostovoljstva in solidarnosti, krepitev moči posameznikov in skupin z namenom preprečevanja in blaženja socialnih stisk, spodbujanje medgeneracijske povezanosti, proste izbire in individualizirane obravnave. Menimo, da ima organizirano prostovoljstvo glede na mednarodne in nacionalne strateške dokumente, strokovne smernice in izkušnje ZOD Ljubljana velik potencial kot tudi izjemen pomen za razvoj in prihodnost socialnega varstva in družbenega življenja, saj prispeva k razvijanju obstoječih sistemov, socialnemu in drugemu napredku družbe, razvijanju vrednot solidarnosti, ne nazadnje tudi k bolj povezani, humani, stabilnejši in uspešnejši družbi oz. družbeni blaginji nasploh. Na področju socialnega varstva je organizirano prostovoljstvo že danes dopolnitev in obogatitev javnih programov. Če temu dodamo še storitve socialne oskrbe, delovne terapije, fizioterapije in zdravstveno nego, kot kažejo izkušnje ZOD Ljubljana, imamo tu že izdelan in preverjen model integrirane oskrbe starejših ljudi. Mali (2013) je v svoji monografiji o dolgotrajni oskrbi zapisala, da lahko načrtujemo še tako dober sistem dolgotrajne oskrbe, sprejemamo dokumente, razvijamo nove oblike pomoči, pomembno je prepoznati, da je osrednje vodilo dolgotrajne oskrbe pomoč človeku, ker je človek in ker je ohranjanje njegovega dostojanstva pomembno za človeško skupnost, za obstoj človeštva.

Viri

Batič, L. (2020). Poslovno poročilo Zavoda za oskrbo na domu Ljubljana za leto 2019. Ljubljana: Zavod za oskrbo na domu Ljubljana.

Crnojevič, A. (2018). Razvoj organiziranega prostovoljstva v javnih socialnovarstvenih zavodih v Mestni občini Ljubljana. Nova Gorica: Fakulteta za uporabne družbene študije.

Mali, J. (2013). Dolgotrajna oskrba v Mestni občini Ljubljana. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Portal za izobraževanje iz zdravstvene nege (b.d.). Pridobljeno 29. 2. 2020 s <https://www.zdravstvena.info/vsznj/novi-pristopi-v-organizaciji-celostne-obravnavе-bolnika-integrirana-oskrba/>

Ramovš, J. (2001). Prostovoljstvo pri delu z ljudmi in za ljudi. Pridobljeno 20. 2. 2020 s <https://www.fsd.uni-lj.si/mma/Ramovs/2008061614123779/>

Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013–2020 (ReNPSV13–20) (2013). Uradni list Republike Slovenije, št. 39/13.

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

KAKO JE PROJEKT CROSSCARE PRIPOMOGEL K IZBOLJŠANJU STORITVE SOCIALNE OSKRBE NA DOMU?

Medeja Novljan, Tadeja Rink

Socialna oskrba je socialnovarstvena storitev, ki omogoča starejšim, invalidnim in hudo bolnim osebam življenje na domu. Socialne oskrbovalke in oskrbovalci opravljajo storitve iz treh različnih sklopov, ki so opredeljene v Katalogu storitev Zavoda za oskrbo na domu Ljubljana (v nadaljevanju besedila: ZOD Ljubljana). To so:

- **pomoč pri temeljnih dnevni opravilih:** pomoč pri oblačenju in slačenju, umivanju, hranjenju, opravljanju osnovnih življenjskih potreb, vzdrževanju ter negi osebnih ortopedskih pripomočkov;
- **gospodinjsko pomoč:** prinašanje enega pripravljenega obroka, nabava živil, priprava manjšega obroka, pomivanje uporabljene posode, osnovno čiščenje bivalnega dela prostorov z odnašanjem smeti, postiljanje;
- **pomoč pri ohranjanju socialnih stikov:** spremljanje pri opravljanju nujnih obveznosti, vzpostavljanje socialne mreže z okoljem, prostovoljci in sorodstvom, informiranje ustanov o stanju in potrebah upravičenca.

Socialna oskrba je torej kombinacija različnih storitev, ki so prilagojene individualnim potrebam uporabnika, in je zato že v osnovi celostna. Poleg tega morajo imeti socialne oskrbovalke in oskrbovalci zelo visoko razvite socialne veščine, saj njihovo delo vključuje motiviranje uporabnikov, prepoznavanje njihovih potreb, še posebej v primerih, ko gre za uporabnike, ki zaradi svojega psihofizičnega stanja sami težje izražajo svoje potrebe. Starejši ljudje, ki si ne želijo bivanja v institucionalnem varstvu, za bivanje v domačem okolju potrebujejo dodatno pomoč, ki jim jo v ZOD Ljubljana poskušamo v čim večji meri zagotoviti, in sicer v obliki socialne oskrbe na domu. Večina ljudi si namreč želi svoje življenje v starejšem obdobju preživeti dostojno in čim bolj zdravo, če je le možno v svojem domačem, njim znanem okolju. Socialna oskrba to v precejšnji meri omogoča, žal pa ne zajema tudi storitev zdravstvene oskrbe oz. določenih opravil, ki bi jih uporabniki dodatno potrebovali (npr. povijanje nog, aplikacija zdravil, aspiriranje, povijanje ran, fizioterapija,

delovna terapija). V nekaterih primerih je velikokrat potrebna vključitev zdravstvenih delavcev.

ZOD Ljubljana je prav zaradi omenjenih potreb starejših oseb in tudi mlajših invalidov kot dopolnitev osnovni dejavnosti v septembru 2018 začel izvajati projekt »Integriran pristop oskrbe starejših ljudi na domu (CrossCare)«. V okviru projekta smo nudili brezplačne storitve, kot so fizioterapija, delovna terapija, zdravstvena nega in dietetika.

S projektom smo želeli vzpostaviti strukturo za zagotavljanje integrirane oskrbe na domu, ki združuje storitve socialnega in zdravstvenega varstva. Pri integrirani oskrbi na domu gre namreč za oskrbo, ki je prilagojena uporabniku, njegovim navadam, načinu življenja in okolju, v katerem živi.

Prilagoditev domačega bivalnega okolja potrebam starejših in pogojev dela socialne oskrbe

Življenje doma lahko predstavlja velik izziv, tako zaradi starosti, poškodb in bolezni kot tudi drugih okoliščin. Prav zato je zelo pomembna prilagoditev domačega bivalnega okolja gibalno oviranim osebam, starejšim ter invalidom za varno in udobno bivanje, saj so nekateri vezani tudi na uporabo invalidskih vozičkov, negovalnih postelj, dvigal ali hodulj. Pomembna pa je tudi za zagotavljanje neodvisnosti in dostojanstva, udobja in varnosti uporabnika v domačem okolju. Dobra prilagoditev domačega okolja poleg večje stopnje neodvisnosti uporabnika pomeni tudi dobro in primerno delovno okolje, tako za socialne oskrbovalke in oskrbovalce kot tudi za zdravstvene delavce, saj jim omogoča bolj kakovostno oskrbovanje. Pomembna je čim bolj optimalna zasnova prostora (npr. kopalnice, sanitarij, kuhinje), ki ga je mogoče prilagoditi spreminjajočim se potrebam uporabnika.

Velikokrat je potrebno tudi veliko iznajdljivosti in prilagajanja socialnih oskrbovalk in oskrbovalcev, saj domače okolje uporabnikov ni vedno najbolje prilagojeno psihofizičnemu stanju uporabnikov, prav tako delovni pogoji za izvajanje storitev niso najboljše.

V domačem okolju, ki ni ustrezno prilagojeno potrebam uporabnika, obstaja visoko tveganje za padce. To tveganje pa lahko z nekaj prilagoditvami v stanovanju ali hiši precej zmanjšamo. Padci starejših so statistično najpogostejši vzrok poškodb (npr. zlomi kolkov in udov, udarci v glavo), polovica vseh padcev starejših pa se zgodi ravno doma.

Pozorni moramo biti tudi na varno izvajanje osebne higiene in transferja pri slabše pokretnih uporabnikih, varno izvajanje nege ter preprečevanje preležanin pri nepokretnih. Prilagoditev stanovanja ali hiše je predvsem preventiva. S tem odpravimo nekatere ovire in tudi nevarnosti, pa tudi zmanjšamo možnosti poškodb. Življenje starejših doma je tako lahko še naprej bolj neodvisno, prijetno in predvsem varno.

Včasih pa je pri izvajanju oskrbe tovrstna prilagoditev nujno potrebna. Dogovor o obsegu, trajanju in načinu opravljanja storitve pomoč družini na domu v obliki socialne oskrbe v 5. členu določa, da je uporabnik pred začetkom izvajanja storitve oz. med izvajanjem storitve dolžan zagotoviti ustrezne tehnične pripomočke, predmete ali dele pohištva in drugo prilagojeno opremo ter sredstva, ki so potrebna za izvajanje storitve (bolniška postelja, trapez, dvigalo za transfer, invalidski voziček ipd.) in za nemoteno ter varno in zdravju neškodljivo izvajanje neposredne socialne oskrbe tako socialnih oskrbovalcev kot uporabnikov storitve.

Eden od ciljev projekta CrossCare je bil gibalno oviranim, starejšim in invalidom s pomočjo prilagoditev bivalnega okolja izboljšati kakovost bivanja ter omogočiti neodvisno in varno bivanje v domačem okolju. Koordinatorji pomoči na domu

in delovni terapevti smo skupaj izvedli več obiskov na domu uporabnikov, kjer smo njim kot tudi svojcem svetovali, kako prilagoditi bivalno okolje in delovne pogoje za čim bolj varno in udobno izvajanje oskrbe.

V nadaljevanju predstavlja nekaj primerov dobre prakse sodelovanja s projektom.

Primeri dobre prakse

Primer 1: Prilagoditev kopalnice

Uporabnik je živel skupaj z ženo, ki sama zaradi starosti in slabotnosti ni več mogla skrbeti za moža. Gospod je bil po operaciji hrbtenice težje pokreten. Pri hoji si je pomagal s hoduljo. Pestile so ga tudi težave z vrtoglavico in ravnotežjem. Z njim smo koordinatorji pomoči na domu na prvem uvodnem obisku sklenili dogovor oz. pripravili osebni načrt, da mu bomo dvakrat tedensko pomagali pri skrbi za osnovno osebno higieno oz. pri prhanju. Kmalu so nastale težave, saj sta imela zakonca staro, zelo majhno in dotrajano kopalnico. Kopalna kad je bila posledično prav tako majhna, neprimerna za kopanje ali prhanje starejšega, gibalno oviranega človeka. Gospod po operaciji hrbtenice ni več zmogel v kad. Uporabnika smo zato ponovno obiskali skupaj z delovno terapevtko, ki je preučila stanje v kopalnici ter pogoje dela za socialne oskrbovalke in oskrbovalce. Delovna terapevtka je izmerila prostor in kad ter svetovala gospodu namestitev vrtljivega stola nad kad kot tudi držal na določenih mestih v kopalnici. Izvajanje socialne oskrbe je postalo tako bolj varno za socialne oskrbovalke in oskrbovalce kot tudi za uporabnika.

Prilagoditve domačega okolja so najpomembnejše tam, kjer so poškodbe najpogostejše, to je v kopalnici. Slabo nameščena ali celo dotrajana kopalniška oprema prinaša dodatne nevarnosti za padce in poškodbe. V kopalnici je namreč vlaga, zato so zelo pogosti zdrsi pri vstopanju v kopalno kad in iz nje ali pri vstopanju pod prho. Razni pripomočki in izdelki omogočajo, da je kopalnica varno okolje (npr. ročaji, držala, kopalna klop, vrtljiv stolček, neuderča podloga). Pripomorejo k zmanjšanju fizičnega obremenjevanja, hkrati pa olajšajo in izboljšajo delovne rutine. Varna okolica v kopalnici daje uporabniku višjo stopnjo neodvisnosti in varnosti kot tudi več dostojanstva in samozavesti. Široka uporabnost pripomočkov in izdelkov zagotavlja tudi lažje pogoje dela socialnim oskrbovalkam in oskrbovalcem.

Primer 2: Ureditev negovalne postelje

Uporabnici, ki je bila težje pokretna, se je zdravstveno stanje močno poslabšalo. Težko je prišla do kopalnice, zato je obstajala nevarnost padca. Oskrbovalka ni želela tvegati padca uporabnice, zato jo je negovala v postelji, ki pa je bila zelo nizka in za nego neprimerna. Uporabnico smo zato obiskali skupaj z delovno terapevtko, ki je najprej ocenila njene funkcijske sposobnosti. Ugotovila je, da bi z določenimi prilagoditvami lahko umivali gospo v kopalnici, vendar pa je bila ta zelo oddaljena od spalnice, zato je gospa na poti do tja večkrat padla. Delovna terapevtka je svojcem predlagala ureditev negovalne postelje. S takšno prilagoditvijo smo omogočili varno delo oskrbovalke in varnost uporabnice.

Negovalna postelja je nujno potreben pripomoček za varno izvajanje nege nepokretne osebe. Pomembna je tako za varovanje zdravja socialne oskrbovalke, saj omogoča prilagajanje delovne površine po višini kot tudi maksimalno varnost in udobje za uporabnika.

Primer 3: Delovna terapija z osebo z demenco

Uporabnica z demenco je živila sama. Imela je malo socialnih stikov, bila je sicer pokretna, vendar je obstajala možnost, da pade s postelje. Obiskali smo jo skupaj z delovno terapevtko, ki je svetovala primerno ograjo za posteljo, negovalna postelja

pa za zdaj ni bila potrebna, saj je bila gospa še pokretna. Delovna terapevtka je svetovala tudi veliko senzornih dražljajev (vidnih, slušnih, tipalnih ipd.). Socialne oskrbovalke so po nasvetu delovne terapevtke gospo spodbujale, da je čim bolj samostojno opravljala vsakodnevna življenjska opravila. Gospa si je s pomočjo navodil, na primer, sama umila obraz, pobrisala mizo, zložila svoja oblačila, pometla tla in podobno. Uporabnica je veliko bolje sodelovala, kadar je aktivno izvajala omenjena opravila.

Za osebe z demenco je zelo pomembno navezovanje stikov z okoljem, ohranjanje aktivnosti pri vsakodnevnih opravilih in krepitev kognitivnih sposobnosti. S takim načinom dela z osebo z demenco ohranjamo njeno dostojanstvo in samostojnost.

Primer 4: Prilagoditev pogojev za varen transfer

Uporabnika so oskrbovalke presedale z bolniške postelje na voziček in obratno. Pri transferju sta bili prisotni dve oskrbovalki. Kljub temu so se pojavile težave pri transferju z vozička na posteljo, saj se gospod ni mogel opreti na noge in sta ga morali oskrbovalki fizično dvigniti. Pri transferju s postelje na voziček ni bilo težav, saj je nivo postelje višji od nivoja vozička in sta to lahko izvedli s pomočjo deske za premeščanje. Za pomoč smo prosili našo fizioterapevtko, ki je imela gospoda že v obravnavi in je poznala njegove funkcijske sposobnosti. Izkazalo se je, da se gospod sicer lahko opre na noge, vendar je premalo motiviran in pri vsakodnevnem transferju tega ne naredi. Skupaj s fizioterapevtko smo našli rešitev – podložili smo sedišče na vozičku in ga s tem toliko dvignili, da so oskrbovalke lahko izvedle transfer s pomočjo deske za premeščanje v obe smeri. Hkrati je fizioterapevtka predlagala, da se gospoda čim bolj motivira k sodelovanju pri opiranju na noge, saj se s tem ohranjajo njegove fizične sposobnosti.

Pri transferju uporabnikov uporabljamo različne pripomočke in večšine, ki so odvisne predvsem od fizičnega stanja uporabnika. Pri popolnoma nepokretni osebi uporabljamo dvigalo, medtem ko je pri težje pokretnih potrebna uporaba deske za premeščanje, v nekaterih primerih pa se uporabnika lahko presede z uporabo znanja iz kinestetike v negi.

Opisane primere lahko izpostavimo kot primere dobre prakse, ko lahko s celostnim pristopom prispevamo k izboljšanju izvajanja oskrbe na domu in poskrbimo za bolj kakovostno življenje uporabnika v domačem okolju.

Zaključek

Skupaj s sodelavci projekta CrossCare smo tako rešili marsikatero težavo in marsikateremu uporabniku tudi omogočili nadaljnje bivanje v domačem okolju. Nasveti o prilagoditvah bivalnega prostora in uporabi pripomočkov so zelo pripomogli k lažjemu izvajanju socialne oskrbe tako za uporabnika kot tudi za socialne oskrbovalke. Izkazalo se je, da so v primerih, ko smo sodelovali v projektu, uporabniki in njihovi svojci veliko lažje sprejeli spremembe ter bili bolj dovzetni za prilagoditve domačega okolja.

Projekt je bil zelo koristen za starejše in njihove svojce, saj so izkazali veliko zadovoljstvo z našimi storitvami. Večina jih je izrazila željo, da bi bile tovrstne storitve na voljo tudi v prihodnje. Poleg tega pa so tudi socialne oskrbovalke in koordinatorji pomoči na domu pridobili nova znanja ter pomembne poklicno specifične kompetence, ki jim bodo še naprej v veliko pomoč pri nadaljnjem delu. Meniva, da tovrstno tesno sodelovanje z zdravstvenimi delavci pomembno prispeva k izboljšanju kakovosti storitev in bi ga morali zagotavljati tudi po zaključku projekta.

Viri:

- Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev (Uradni list RS, št. 52/95, 2/98, 19/99, 28/99 – popr., 127/03, 125/04, (60/05), (120/05), 2/06 – popr., (140/06), 120/07, 90/08, 121/08, (53/09) in 45/10).

- Katalog storitve socialne oskrbe na domu Zavoda za oskrbo na domu Ljubljana, št.: 229/16, Ljubljana, avgust 2016.
- Dogovor o obsegu, trajanju in načinu opravljanja storitve pomoč družini na domu v obliki socialne oskrbe, Ljubljana, 28. 2. 2011.
- Pridobljeno 10. 2. 2020 s <https://www.zod-lj.si/index.php/o-zavodu>

POVEZOVANJE STORITEV SOCIALNEGA IN ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

Ramza Kurtović

Povzetek

S projektom CrossCare smo storitvam socialnega varstva (socialna oskrba na domu) pridružili še storitve zdravstvenih dejavnosti (fizioterapija, delovna terapija, zdravstvena nega in dietetika). Uporabnikom na domu smo tako zagotavljali integriran pristop oskrbe, ki povezuje storitve ter strokovnjake socialnega in zdravstvenega varstva.

Zdravstvena in socialna politika EU vse bolj poudarjata nujnost ustreznih reform sistemov oskrbe ter prehod iz institucionalne k skupnostnim oblikam oskrbe. V Sloveniji sistemsko še nismo poskrbeli za kontinuirano obravnavo starejših ljudi na domu. Potrebe po tovrstnih storitvah integrirane oskrbe na domu pa nam kažejo na nujnost sistemske ureditve tega področja. V okviru projekta, katerega vodilni partner je Zavod za oskrbo na domu Ljubljana (v nadaljevanju besedila: ZOD Ljubljana), smo izvajali socialne in zdravstvene storitve na domu. Oskrba je bila prilagojena uporabniku, njegovim navadam, načinu življenja in okolju, v katerem živi. Izvajanje kakovostnih preventivnih in rehabilitacijskih aktivnosti presega ustaljen institucionalni pristop ter dviguje kakovost življenja starejših ljudi na domu. Z aktivnostmi v okviru projekta želimo prispevati k pozitivnim spremembam na področju dolgotrajne oskrbe, tako na ravni posameznika kot tudi na sistemski ravni.

Ključne besede: dolgotrajna oskrba starejših, integriran pristop, socialne in zdravstvene storitve, oskrba v skupnosti, pomoč na domu.

Vpliv projekta CrossCare

Eden od glavnih ciljev projekta je bil razvoj in vzpostavitev nove čezmejne strukture sodelovanja za zagotavljanje integrirane oskrbe na domu uporabnika, ki združuje tako socialne kot tudi zdravstvene storitve v zaključeno celoto in predstavlja celovito storitev. Izkušnje s področja socialnega varstva (SLO) so se dopolnjevale z izkušnjami s področja zdravstvenega varstva (HRV), kar je izrednega pomena za integriran pristop oskrbe starejših ljudi na domu.

Projekt predstavlja inovativnost, saj bodo rezultati projekta služili kot strokovne podlage za normativno ureditev področja. Na območju obeh držav se tako že izvajajo posamezni segmenti oskrbe starejših ljudi na domu. Imamo storitve in različne oblike zagotavljanja oskrbe: patronažne službe, socialne oskrbe po občinah, domove za starejše občane, družinske pomočnike, osebno asistenco kot tudi dajatve oz. prejeme (dodatek za pomoč in postrežbo, invalidnina). Omenjene službe v veliki meri delujejo vsaka zase, vendar potrebujemo izboljšave in povezanost sistema. Prav tako ne obstaja enovit program za izvajanje integriranega pristopa oskrbe na domu (ne obstaja formaliziran koncept integriranega pristopa, kjer je vsebina z vidika nudenja storitev socialnega in zdravstvenega varstva podrobno definirana).

ZOD Ljubljana je socialnovarstveni zavod z osnovno dejavnostjo storitev socialne oskrbe na domu (pomoč na domu). S projektom CrossCare je ZOD Ljubljana pridobil tim strokovnjakov s področja zdravstvenega varstva. Tako so se strokovnjaki s področja zdravstva s pomočjo koordinatorice povezovali s strokovnjaki s področja socialnega varstva znotraj matične ustanove (strokovnimi delavci, socialnimi oskrbovalkami, vodjo programa organiziranega prostovoljstva), po potrebi pa tudi z drugimi službami v skupnosti. S takim sodelovanjem smo že znotraj ustanove uporabnikom zagotavljali integrirano oskrbo na domu.

Ker je namen projekta tudi prenos znanja, praks in metod dela, smo med projektom izvedli tudi več izobraževanj za strokovne delavce pri zunanjih strokovnjakih, medsebojna izobraževanja med partnerji ter interna izobraževanja znotraj ustanove, kar vedno znova prispeva k izboljšanju kompetenc in spretnosti zaposlenih. S tem se izboljšuje kakovost izvajanja storitev s poudarkom na izvajanju celovite storitve, ki poleg zdravstva obsega tudi storitve socialnega varstva.

Koordinacija

V okviru projekta sta v Sloveniji bili zaposleni dve koordinatorici, ena na Centru za pomoč na domu Maribor in druga na ZOD Ljubljana. Obe koordinatorici sta socialni delavki. Sama sem bila zaposlena kot koordinatorica na ZOD Ljubljana, in sicer od maja do novembra 2019.

V sklopu projekta je koordinatorica delovala v skladu z načeli in metodami socialnega dela. Predvsem je skrbela za dobro povezovanje med storitvami socialnega in zdravstvenega varstva znotraj matične ustanove. To se je dosegalo s skupnimi tereni, sestanki, izobraževanji in delavnicami ter s povezovanjem z drugimi službami v skupnosti (patronažna služba, centri za socialno delo ...). Uporabnike je informirala o storitvah ter organizirala razne skupne aktivnosti in izobraževanja. Z delavnicami kot tudi z ostalimi dogodki je opozarjala na škodljive posledice diskriminacije in izključenosti starejših.

V okviru projekta CrossCare so zdravstveni delavci, kadar je bilo potrebno, skupaj s socialnim delavcem obiskali uporabnika in njegove sorodnike na domu. Pomembno je, da skupaj z uporabnikom ustvarjamo vizijo. Uporabnik, ki je strokovnjak z izkušnjami, je naš ključni sodelavec, zato izhajamo iz njegovih želja in potreb. Na ta način oblikujemo oskrbo po osebni meri uporabnika.

Izrednega pomena je osebni pristop, kar pomeni, da si vzamemo čas, naredimo oceno potreb, predstavimo možnosti, ki so na voljo, in prilagodimo opravila individualnim potrebam. V osebem načrtu, ki ga izdelamo skupaj z uporabnikom, je oskrba oziroma izvajanje storitev prilagojeno uporabniku, njegovim navadam in zmožnostim, načinu življenja ter okolju, v katerem živi. Pomembni so tudi neformalni oskrbovalci, ki jih povabimo k sodelovanju, podpremo v njihovi vlogi in krepimo njihovo moč, da zmorejo v svoji vlogi (da delajo dobro, dobijo čas zase, predvsem pa občutek, da niso sami). Pogosto potrebujejo informacije kot tudi izobraževanje o stanju uporabnika in zdravstvenih postopkih. Velikokrat je prav stik z drugimi tisto, kar potrebujejo (tako se strokovni delavci velikokrat ob svojih prvih obiskih srečajo s svojci in njihovimi potrebami).

Koordinatorica je tako s pomočjo metod socialnega dela ter na podlagi osebnega načrta skrbela za povezovanje raznih strok in služb v skupnosti, da bi uporabniku zagotovili čim bolj celostno oskrbo.

Literatura

- Arhiv ZOD Ljubljana.
- Prijava projekta »Integriran pristop oskrbe starejših ljudi na domu (CrossCare)«, 2018.

MOJE IZKUŠNJE S PROJEKTOM CROSSCARE

Barbara Samec

Po zelo pozitivnih izkušnjah s projektom A-Qu-A smo pridobivali in nadgradili izkušnje z novim evropskim projektom CrossCare, s katerim se izvajanje integrirane oskrbe na domu prenaša na območji Slovenije in Hrvaške.

Večina starejših si želi biti neodvisnih v starosti in, kolikor je le mogoče, aktivno preživeti čas ob sobivanju več generacij ter ob pomoči različnih služb, s pomočjo katerih lahko ostajajo v domačem okolju. Torej, v njim dobro znanem in predvidljivem okolju, s poudarkom na samostojnosti ter, kolikor je le mogoče, neodvisnosti.

V Zavodu za oskrbo na domu Ljubljana (v nadaljevanju besedila: ZOD Ljubljana) se zavedamo, da klasična oblika socialne oskrbe na domu že dolgo več ne zadostuje. Če želijo posamezniki ostati doma, potrebujejo integriran pristop kot tudi storitve, ki lahko popolnoma nadomestijo ali vsaj začasno odložijo odhod v institucionalno varstvo.

Pogosto je prav bolezen ali poškodba razlog, da človek ostane v bolniški postelji za daljše obdobje; pri tem izgubi mišično moč in pride do upada določenih vitalnih funkcij. S staranjem pa se že tako zmanjšajo funkcionalne sposobnosti. Človek ne zmore več samostojno in aktivno skrbeti zase, zato prav tu nastopi potreba po vključevanju delovnih terapevtov, fizioterapevtov, logopedov, diplomirane medicinske sestre in kineziologa.

Strokovnjaki omenjenih strok so se združili v tokratnem projektu in skupaj s strokovnimi delavci ZOD Ljubljana pomagajo posamezniku pri vključevanju v samostojno življenje z manjšimi prilagoditvami v bivalnem okolju, določenimi tehničnimi pripomočki, vajami, fizikalnimi postopki ter svetovanjem. Tako pridobijo, ohranjajo ali vsaj delno izboljšajo svoje fizične in psihične sposobnosti ter poskušajo ostati enakovredni člani družbe. Poskušamo jim vrniti vero in upanje v svoje sposobnosti, predvsem pa v življenje, ki je še pred njimi.

S timskim sodelovanjem in integriranim pristopom tako z uporabniki, njihovimi svojci, socialnimi oskrbovalci, koordinatorico projekta kot tudi z vsemi sodelavci v projektu CrossCare smo v ZOD Ljubljana zagotovo pripomogli do izboljšanja kakovosti življenja mnogih starejših Ljubljančanov.

Kot strokovna delavka in koordinatorica sem se največ srečevala z usmerjanjem novih uporabnikov oz. upravičencev v projekt CrossCare ter s posredovanjem njihovih želja in potreb koordinatorici na projektu. Na obisku bodočih uporabnikov na terenu pa sem sodelovala z diplomirano medicinsko sestro. S skupnimi prizadevanji in znanji obeh strok tako socialnega varstva kot zdravstva nama je ob vključevanju svojcev in drugih sodelujočih uspelo vpeljati izboljšan pristop pri obravnavi posameznika v domačem okolju. Tako sva sodelovali pri pripravi domačega okolja in svojcev za lažje izvajanje socialne oskrbe kot tudi poznejše slovo pri enem od onkoloških bolnikov.

Z diplomirano medicinsko sestro sem sodelovala tudi preventivno; torej, kako zagotoviti varno in zdravo delovno okolje za naše socialne oskrbovalce.

Pri že vključenem uporabniku pa sem na njegovem domu sodelovala z delovno terapevtko, ki je ob sodelovanju svojcev pojasnila in omilila marsikatero dilemo, ki se pojavlja pri premagovanju tako fizičnega kot psihičnega upada nekaterih njegovih funkcij. Z njeno pomočjo je uporabnik dobil veselje in pogum do ponovnega samostojnega gibanja kot tudi opravljanja

določenih opravil, ki jih je zmožel pred poškodbo.

Na koncu naj povem, da so izkušnje sodelovanja in interdisciplinarnega pristopa pri premagovanju težav, boleznin in poškodb, ki spremljajo staranje, izredno pozitivne. Velik poudarek je vsekakor na vstopni točki za obravnavo, to je brezplačnost, saj si takšne obravnave marsikateri uporabnik oz. upravičenec ne zmore privoščiti, kot tudi na individualnem pristopu za vsakega posameznika v njegovem domačem okolju.

PREMIK

Blanka Vilfan

Pri delu, ki ga opravljam, se pogosto srečujem s svojci, ki so v neizmerni stiski, ker so njihovi sorodniki »čez noč« postali odvisni od pomoči. Enako je tudi z osebami, ki so postale odvisne od pomoči.

Zagotovo je socialna oskrba na domu del odgovora na potrebe, ki jih imajo ljudje, potrebni pomoči. Ves čas pa sem bila prepričana, da bi z dopolnitvijo storitve lahko naredili več.

S projektom CrossCare je bila storitev dopolnjena z zdravstveno nego, fizioterapijo in delovno terapijo ter tako omogočila celovito storitev. Ves čas trajanja projekta sem se srečevala z neverjetnimi zgodbami uporabnikov in s tem, kako se jim je s pomočjo naših storitev spremenilo življenje. In zdaj na koncu sem tudi sama lahko doživela tako veliko spremembo.

Vsi naši gibi so tako samoumevni, da o njih nikoli ne razmišljamo, samo naredimo jih. Zaradi njih smo samostojni in neodvisni.

Moja mama ima že vrsto let Parkinsonovo bolezen. Je zelo vztrajna in uporna ženska, ki ni dovolila, da bi ji bolezen bistveno spremenila življenje. Potem pa se je »čez noč« pojavila bolečina v križu, ki ji je onemogočila hojo. Njene samostojnosti ni bilo več. Z občutkom odvisnosti pa ji je začela pojemati tudi volja do življenja, saj je svoje zdravstveno stanje doživljala kot breme za naju s sinom. Vsa najina zagotovila, da ni tako, niso spremenila njenega mnenja.

V iskanju različnih rešitev in pripomočkov je mama postala uporabnica projekta CrossCare. Vključitev v fizioterapijo ji je spremenila življenje. Naučila se je novih načinov vstajanja, premikov, vaj za ohranjanje fizične kondicije in podobno. Znova je začela pridobivati samostojnost, s tem pa se ji je vračala volja, izboljšalo se ji je tudi razpoloženje. Vztrajno dela vaje ter naju poučuje, kako mora ravnati, da bo vstala in ali varno prišla do sobnega stranišča.

Tako se mamina zgodba pridruži zgodbam ge. Olge, ki se je naučila presesti z bolniške postelje na invalidski voziček in z njim potem obvladovati prostor, g. Alojza, ki je lahko spet videl svoje sosede, g. Antona, ki mu je uspelo malo hoditi, ge. Bogomire, ki si je čas zapolnila z novimi občutki, ter številnimi drugimi, ki se jim je zaradi storitev projekta nekoliko spremenilo življenje.

Vseskozi je delo sodelavcev na projektu dokazovalo, da njihovo vključevanje lahko bistveno izboljša življenje naših uporabnikov. Pridobijo večjo samostojnost, se naučijo tehnik, s katerimi spet lahko nekaj naredijo sami, prevzemajo nadzor nad nekim delom življenja ali opravili ali celo popolnoma, morda na drugačen način, postanejo samostojni.

Prepričana sem, da nam bo uspelo narediti premik tudi v sistemu in bodo storitve, ki jih je ponujal projekt, postale del sistema.

ZAVOD ZA OSKRBO NA DOMU LJUBLJANA

ŠTO JE ZAVOD ZA OSKRBO NA DOMU LJUBLJANA

Laura Perko

Većina korisnika, zaposlenika i građana Ljubljane pozna nas pod kraćim imenom ZOD Ljubljana. To je javni zavod za socijalnu zaštitu kojega je osnovala Mestna občina Ljubljana (u daljnjem tekstu: MOL). ZOD Ljubljana kao osnovnu djelatnost izvodi socijalnu pomoć u kući na području MOL-a, a dodatno se bavi i organizacijom volonterstva na području međugeneracijske suradnje. Također, brojnim projektima odazivamo se na potrebe korisnika koji žive u domu. Imamo 150 zaposlenika, od čega 125 socijalnih radnika i radnica, koji se dnevno brinu za korisnike i korisnike u domovima.

Godišnje opskrbljujemo više od tisuću korisnika u Ljubljani. ZOD Ljubljana svojim brojnim aktivnostima omogućuje kvalitetan život svima, koji zbog starosti, bolesti ili invaliditeta trebaju pomoć i potporu pri življenju u domaćem okruženju. Pored zaposlenika kvaliteti usluga značajno pridonosi 80 aktivnih volontera.

Od uspostavljanja ZOD Ljubljana dobiva nove dimenzije i značenje, često je pokretač i začetnik novih praksi na području socijalne skrbi i drugih aktivnosti te aktivnosti u domu i zajednici.

Socijalna skrb je u svim ovim godinama napredovala i razvijala se, često sporije i manje intenzivno u odnosu na želje nas, koji radimo na tom području, a prije svega ne u dovoljnom mjeri potrebnoj korisnicima. Razloge za to možemo pronaći u raznim čimbenicima. Bez obzira na to zavod je često probijao led na području novih programa, inovativnih projekata i aktivnosti sa svrhom da starijim ljudima, koji žive u kući, možemo ponuditi usluge koje zaista trebaju. ZOD Ljubljana već dugo nije samo izvođač socijalne skrbi u kući, već nudi različite programe i projekte. Među njima su i oni koji odjekuju na širem slovenskom području. Za neke je zavod primio i nacionalna priznanja. Također, tijekom svih tih godina razvijao se poziv socijalne radnice u kući, koji se profesionalizirao i dio je programa za dobivanje nacionalne strukovne kvalifikacije. Danas je vrlo traženi profil.

SOCIJALNA POMOĆ

Pomoć u kući - socijalna pomoć u kući ima dugu tradiciju. Počela se razvijati osamdesetih godina prošlog stoljeća, zato je već dugo uspostavljena kao prepoznata usluga na slovenskom prostoru. U zadnje vrijeme, kada govorimo o dugotrajnoj skrbi i potrebi za organiziranjem više usluga i novih oblika skrbi u zajednici, sve je aktualnija. ZOD Ljubljana je najveći javni zavod u Sloveniji koji izvodi socijalnu pomoć u kući. Neposrednu skrb u kući korisnika i korisnica izvode socijalne radnice i radnici, a za njihovu koordinaciju i upravljanje brinu se stručni radnici i radnice te zaposlenici upravnog odjela. Korisnicima nudimo pomoć kod izvođenja temeljnih dnevnih

zadataka, pomoć u kućanstvu i očuvanju socijalnih kontakata. Usluga, koju subvencionira MOL u visini od 80 posto, dostupna je starijim osobama.

Program organiziranog volonterstva i međugeneracijske suradnje kao dodatna djelatnost ZOD Ljubljana od travnja 2014. godine izvodi programe organiziranog volonterstva i međugeneracijske suradnje. Volonteri djeluju na četiri područja: druženje s korisnicima, izvođenje radionica za korisnike i njihovu obitelj, promocija zavoda i volonterskog rada te volonterski rad u okviru projekta. Volonteri omogućuju kvalitetnije uživanje slobodnog vremena u obliku druženja u njihovoj kući. S volonterstvom jačaju socijalne mreže, povećava se osobno zadovoljstvo, druže generacije i potiče međugeneracijsko povezivanje. Od početka programa do danas je u programu organiziranog volonterstva sudjelovalo više od 200 volontera, koji su zajednički odradili 20.000 volonterskih sati, Volonteri su uključeni u uvodno osposobljavanje i imaju redovite mentorske susrete. Nadzor nad volonterima izvodi licencirana nadzornica s područja socijalne zaštite; volonteri i volonterke su veoma zadovoljni s njezinim radom, a usvojeno znanje im koristi pri radu.

U okviru ograničenog programa izvodimo više događaja, osposobljavanja, edukaciju, radionice i druge aktivnosti kojima korisnicima, njihovoj obitelji, volonterima i drugim zainteresiranim građanima MOL-a omogućujemo druženje i potičemo ih na međugeneracijsku suradnju. U 2019. godini smo u suradnji s volonterima, zaposlenicima, korisnicima i članovima njihove obitelji organizirali više događaja: *Dan otvorenih vrata ZOD Ljubljana*; tradicionalni godišnji susret korisnika u kojem sudjeluje približno 400 korisnika, članova njihove obitelji te zaposlenici i volonteri; novogodišnje međugeneracijsko druženje u Srednjoj frizerskoj školi Ljubljana, tečaj Ruskog jezika za starije; radionice za vježbanje pamćenja i kognitivnih sposobnosti i drugo. Svake godine sudjelujemo u brojnim aktivnostima u sklopu projekta *Tjedan cjeloživotnog učenja*. Svaki mjesec održavaju se redoviti susreti članova zajednice za samopomoć za članove obitelji osoba s demencijom, a za korisnike s demencijom izvode se radionice vježbanja pamćenja. Lani smo za božićne i novogodišnje praznike darivali korisnike koji imaju niske prihode ili žive u neimaštini. Svake godine izvodimo Unicefov projekt Krpena lutka. Nakon svake sezone organiziramo dobrotvornu izložbu s prodajom. Kupovina proizvoda u prostorima zavoda, gdje su stalno postavljeni, moguća je cijele godine. Prihodi se prikupljaju za Unicef i namijenjeni su djeci.

ZOD Ljubljana surađuje s četiri zajednice na Festivalu za treće životno doba, Festivalu zdravlja, Festivalu volonterstva, Tjednu cjeloživotnog učenja i Europskom tjednu mobilnosti, Također, svake godine surađuje s ljubljanskim vrtićima, centrom međugeneracijskog učenja Cene Štupar, dnevnim aktivnostima centara za starije, Fakultetom za socijalni rad Sveučilišta u Ljubljani, Medicinskim fakultetom Sveučilišta u Ljubljani, Fakultetom humanističkih znanosti u Ljubljani i Fakultetom za dizajn. Organiziramo stručne radionice i ugošćujemo predavače sa stručnim sadržajima. S volonterima sudjelujemo i na drugim događajima (festival Veseli dan volonterstva; Festival zdravlja; Arena mladih; Hod sjećanja povodom svjetskog dana Alzheimerove bolesti i drugih) i stručnim susretima.

ZOD Ljubljana je, između ostalog, *Volonterska organizacija mladih*. Naša iskustva s organiziranim volonterstvom prenosimo na druge i nudimo im pomoć kod uspostavljanja volonterskog programa (npr. Udruga gluhih i nagluhih Ljubljana).

PROJEKT URBANO VRTLARENJE S DJEDOM I BAKOM KAO VOLONTERSKI PROJEKT

Radi se autorskom, pilotnom i međugeneracijskom projektu, koji je jedinstven na području međugeneracijskog povezivanja. Vrtlarenje je djelatnost koja ne zahtjeva formalnu naobrazbu, već samo iskustvo. Pokazala se kao korisna djelatnost za uključivanje mladih u zajednicu. Lokalna samoopskrba je jedna od važnih tematika budućnosti, ne samo Ljubljane - Zelene prijestolnice Europe 2016. godine, već i drugih gradova. Cilj projekta je potaknuti u lokalnom okruženju više generacija k aktivnom uživanju slobodnog vremena, aktivnostima osnažiti vrednote međugeneracijske suradnje u lokalnom okruženju, sprječiti ili smanjiti usamljenost, prije svega starijih građana, nadvladati stereotipove i predrasude među generacijama, omogućiti stjecanje različitih znanja, vještina i praktičnih iskustva te osnažiti povezivanje javnih institucija i nevladinih organizacija u lokalnom okruženju. Volonteri koji sudjeluju u projektu obrađuju i brinu za zajednički vrt u jednom od urbanih ljubljanskih kvartova. Aktivnosti zajednički planiraju i prilagođavaju ljetnom vremenu. Usjeve zajednički sadimo, ubiremo i skladištimo. Jeseni i zimi u planu imamo zajedničko kuhanje i razmjenu recepata. Pritom koristimo prostore dnevnog centra koji se nalazi u blizini vrta. Uporabu zemljišta, koje smo ljetos ogradili, omogućila nam je MOL. Nositelj



projekta je ZOD Ljubljana, projektni partner Gradska udruga umirovljenika Ljubljana s projektom Dневnih aktivnosti za starije Ljubljana i Javni zavod Mladi zmaji.

DOVRŠENI PROJEKTI U PARTNERSTVU

Suživot s demencijom s Medicinskim fakultetom
Studentski inovativni projekt za društvenu korist (trajanje od 15. 8. do 15. 9. 2018. godine, nositelj projekta je Medicinski fakultet Sveučilišta u Ljubljani) sufinanciran je od strane Ministarstva obrazovanja, znanosti i sporta te Europske unije iz Europskog socijalnog fonda. Projekt je obuhvaćao osam susreta s korisnicima s demencijom i članovima njihove obitelji. Susreti se se izvodili na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Ljubljani, a izvodili su ih studenti 2. godine pod mentorstvom profesorice i njezine asistentice. Na radionicama za članove obitelji i osobe s demencijom sudjelovalo je 16 osoba, od toga 8 osoba s demencijom i osam članova njihove obitelji. Bile su organizirane na temu senzorne integracije te izrade priručnika pamćenja i pomagala za senzornu integraciju korisnika s demencijom; izvodila se i kreativna radionica. Članovi njihove obitelji su istovremeno imali radionice na temu komunikacije s osobom s demencijom, priprema obroka zdravih za demenciju, izrade priručnika za pamćenje za osobe s demencijom i pomagala za senzornu stimulaciju te uporabe tehnika opuštanja. Za njih je pripremljena i radionica na temu kako se brinuti za svoje potrebe i skrbiti o osobi s demencijom.

Za zajednicu pristupačnu demenciji sa Spominčicom – Alzheimer Slovenija (od listopada 2017. do studenog 2018.)

U okviru nacionalnog projekta *Za zajednicu pristupačnu demenciji* zajedno sa Spominčicom i drugim projektnim partnerima organizirali smo stručna predavanja i osposobljavanje za stručne radnike, stručne suradnike, volontere, neformalne skrbnike i drugu zainteresiranu javnost. Svrha projekta je stvaranje neformalnih edukacijskih programa i osposobljavanje za pojedine ciljne skupine, koje će pridonijeti stvaranju zajednice pristupačne za demenciju, koja će prihvatiti i poduprijeti ljude s demencijom. Svrha je informiranje o mogućnostima pomoći i potpore dostupnih u zajednici, o dostupnosti zdravstvene obrade, povezivanju različitih organizacija sa svrhom veće prepoznatljivosti i osviještenosti o demenciji te većim mogućnostima za raniju dijagnozu bolesti. Projekt je sufinanciralo Ministarstvo zdravlja, a nositelj projekta je Spominčica - Alzheimer Slovenija - Slovenska udruga za pomoć kod demencije. Projektni partneri su ZOD Ljubljana, Psihijatrijska bolnica Ormož, Medicinski fakultet Sveučilišta u Ljubljani, Dom Hmelina, Dom umirovljenika Nova Gorica i Dom zdravlja Izola.

PROJEKT CROSSCARE

2015. godine smo u okviru europskog projekta Aktivno i kvalitetno starenje u domaćem okruženju (A-Qu-A),

financiran programom norveškog financijskog mehanizma 2009 - 2014, izvodili besplatne usluge fizioterapije, radne terapije i druge zdravstvene djelatnosti u kući korisnika. Projekt, čiji je nositelj i vodeći partner ZOD Ljubljana, je bio inovativan i izvanredno vrlo značajan na slovenskom području. Nastavljamo kao nositelj sličnog, ali međunarodnog projekta CrossCare, Projekt uvodi integrirani pristup skrbi za starije osobe u kući. Građanima i građankama MOL-a omogućili smo besplatne usluge radne terapije, fizioterapije, zdravstvene njege i dijetetike. Cilj projekta CrossCare je razvoj i uspostavljanje nove prekogranične strukture suradnje kako bi osigurali integrirani pristup skrbi za starije u kući, koji predstavlja sinergiju zdravstvene i socijalne zaštite u zajednici, Vodeći partner je ZOD Ljubljana. Tijekom izvođenja projekta povezali smo se s brojnim partnerima. Partneri i aktivnosti projekta predstavljani su u postojećoj publikaciji.

Također, sudjelovali smo u više projekata, na primjer s Fakultetom za socijalni rad Sveučilišta u Ljubljani u inovativnom studentskom projektu za društvenu korist Jačamo zdravlje u starosti; s Medicinskim fakultetom Sveučilišta u Ljubljani u projektu Suživot s demencijom i brojnim manjim projektima. Svojim stručnim radom doprinosimo provođenju dobre prakse na području uređenja nacionalnog sustava dugotrajne skrbi u zajednici. Mi smo nastavna i istraživačka baza s područja socijalnog rada i zdravlja.

Za svoj inovativni i stručni rad na području skrbi za starije primili smo brojne nagrade: 2016. godine državno priznanje, odnosno grupnu nagradu za zaposlene na području socijalne zaštite za 2016. godinu, koju dodjeljuje Ministarstvo rada, obitelji, socijalnih pitanja i jednakih mogućnosti; 2017. godine u okviru XXIV. Dana slovenske uprave, koji je organiziran na Upravnom fakultetu Sveučilišta u Ljubljani, ZOD Ljubljana proglašen je za pobjednika natječaja za najveća poboljšanja u javnoj upravi »Premik naprej 2017«. Priznanje smo primili i za projekt A-Qu-A, socijalni servis te program organiziranog volonterstva i međugeneracijske suradnje. Između ostalog, primili smo i sljedeće titule: *Unicefova sigurna točka za djecu* (2016) i *Demenciji prijateljska točka* (2018). U 2016. godini primili smo ISO standard i ponovno ga potvrdili 2019., a u 2018. bili smo potpisnici Povelje raznolikosti.

Od naše uspostave nastojimo ponuditi kvalitetnu skrb građanima i građankama MOL-a. Pored toga, uvodimo novosti i stručni napredak utemeljen na modernim trendovima i smjernicama o pomoći u

kući i u zajednici. Naš rad i aktivnosti temelje se na dobroj organizaciji, povezivanju i suradnji s drugim sudionicima na lokalnoj i nacionalnoj razini. Trudimo se uspostaviti cjeloviti pristup organizaciji i ponudi usluga korisnicima uzimanjem u obzir individualnih razlika među ljudima, vodi nas poštovanje prema starijima i želja za jačanjem njihove snage. Već gotovo dvadeset godina svojim stručnim radom pridonosimo dobroj praksi na području pomoći u kući i aktivnostima u zajednici. Stručnim prijedlozima, utemeljenima na iskustvima iz prakse, surađujemo na izgradnji prijedloga za organizaciju nadolazećeg sustava dugotrajne skrbi.

Opisana je i svrha projekta CrossCare, kojem je posvećena publikacija pred nama. Njegove svrhe su još i: korisnicima, koji žive u kući, ponuditi besplatne usluge s područja zdravstva, razmjena stručnih iskustava između izvođača s područja zdravstva i socijalne zaštite, testirati i uvoditi nove pristupe integrirane pomoći, nove tehnike i prakse tijekom rada s korisnicima u kući i u zajednici. Najvažniji cilj, kojega želimo ostvariti nakon završenog projekta, je da nastavimo s aktivnostima jer su usluge, koje u okviru projekta nudimo korisnicima, nužno potrebne.

INTEGRIRANI PRISTUP SKRBI ZA STARIJE OSOBE U KUĆI: PROJEKT CROSSCARE KAO PRIMJER DOBRE PRAKSE

Maja Jarc

SAŽETAK

Razvijene države već dugo vide prednost u integraciji različitih područja, u svrhu pružanja optimalnih usluga i prikladnog tretmana sudionika. Sličan trend je i na području skrbi za starije u kući gdje se prvenstveno radi o spajanju usluga koje spadaju u područje zdravstvene i socijalne zaštite jer zajedničkim znanjima, spretnostima i iskustvima korisniku možemo osigurati cjelovitu skrb koja uvažava njegove unikatne, njemu specifične fizičke, psihičke, socijalne i duhovne potrebe te mogućnosti. Budući da se u zadnjim godinama povećava trend starenja stanovništva i jer potrebe za formalnim uređenjem područja skrbi za starije u kući rastu, najsmislenije je uspostaviti cjeloviti i integrirani pristup izvođenju zdravstvenih i socijalnih usluga. U tu svrhu smo između 01. 09. 2018 i 31. 08. 2020. godine, sudjelovanjem u uspostavi nove prekogranične strukture između Slovenije i Hrvatske, dobili mogućnost da teoriju i primjere dobre prakse iz inozemstva, isprobamo i na našem području i tako projekt CrossCare Interreg SL-HR, koji zajednički nudi besplatne usluge fizioterapije, radne terapije, zdravstvene njege i dijetetike - integrirani pristup korisniku koji je bio osmišljen kao testni, prikazujemo kao nužno potreban na svakodnevnoj i sustavnoj razini države ili općine Ljubljana, budući da je područje dugotrajne skrbi za starije ljude u kući normativno neuređeno što kod starijih osoba utječe i na razinu njihove kvalitete života.

Ključne riječi: integrirani pristup, cjelovita skrb za starije osobe, skrb za starije osobe u kući, dugotrajna skrb, kvalitetna skrb u kući, realizacija projekta, koordinacija projekta, fizioterapija, radna terapija, zdravstvena njega, dijetetika

UVOD

Projektom Integrirani pristup skrbi za starije osobe u kući »CrossCare«, u sklopu Zavoda za oskrbu na domu Ljubljana, prvenstveno odgovaramo na izazove starenja stanovništva i skrbi za starije osobe u kući na području Mestne občine Ljubljana, a razmjenom iskustava i znanja surađujemo još s Centrom za pomoć na domu Maribor, Centrom za socijalni rad Brežice, različitim fakultetima i partnerskim institucijama Hrvatske.

Glavna namjena projekta je pokazati kako bi zapošljavanjem različitih stručnih kadrova iz socijalne i zdravstvene struke u praksi izvodili i uspostavili integrirani pristup skrbi za starije osobe u kući, što bi služilo kao temelj za formalno normativno uređenje područja dugotrajne skrbi za starije osobe u kući. Projektom smo ponudili pristup fizioterapeutskim uslugama, radnoj terapiji, zdravstvenoj njezi i dijetetici. Usluge su bile besplatne osobama koje nemaju pristup istim uslugama, pri čemu su prednost imali oni koji žive u krajevima udaljenijima od gradskog središta.

U praksi se pokazalo da se zbog cjelovitog pristupa korisnicima poboljšala kvaliteta skrbi u kući, čak i kroz konstantnu međusobnu suradnju i razmjenu znanja stručnih radnika, ne samo na sastancima licem u lice nego i putem uspostavljene digitalne platforme koja objedinjeno i integrirano obrađuje i analizira pojedinog korisnika.

U nastavku predstavljamo kako su, u okviru CrossCare projekta, u praksi zaposlenici surađivali na projektu, u okviru Zavoda za kućnu njegu Ljubljana.

KLJUČNI CILJEVI I AKTIVNOSTI U OKVIRU CROSSCARE PROJEKTA

Opći cilj projekta je razvoj i uspostava integriranoga pristupa skrbi za starije osobe u kući u kojemu se međusobno povezuju i nadopunjuju usluge zdravstvene i socijalne zaštite jer još uvijek nemamo sustavnog uređenja tog područja.

Redovito pružanje stručnih usluga i demonstracija integriranog pristupa CrossCare u realnom okruženju – ciljevi i aktivnosti

Projektom smo dobili stručnjake koje inače u Zavodu za oskrbu na domu Ljubljana (ZOD LJ) ne zapošljavamo i, u svrhu projekta CrossCare, ponovo smo zaposlili dva fizioterapeuta koji pružaju fizioterapeutske

usluge, dva radna terapeuta koji pružaju usluge radne terapije, jednu medicinsku sestru-dijetetičarku koja pruža usluge zdravstvene njege i dijetetike i jednu koordinatoricu projekta koja vodi projekt.

Fizioterapija je namijenjena korisnicima koji trebaju ponovnu uspostavu optimalnog gibanja i funkcionalnih sposobnosti pri čemu se uključuje upotreba različitih radnih metoda kao što su kinezioterapija, hidroterapija, manualne tehnike i korištenje različitih fizikalnih agenasa u terapeutske svrhe (elektroterapija, magnetoterapija, ultrazvučna terapija, itd.) (Brošura CrossCare, Perko 2020). Starijoj osobi na projektu CrossCare, u okviru fizioterapeutskih usluga u kući, nudimo do 8 tretmana u trajanju od približno 45 minuta. **Radna terapija** pojedincima i grupama omogućuje postizanje svakodnevnih optimalnih funkcionalnosti koja uključuje brigu za sebe, produktivnost i slobodno vrijeme. Radno-terapeutski tretman uključuje i prilagodbu životnog okoliša potrebnu za izvođenje aktivnosti i izobrazbu obitelji ili osoba koje žive s korisnikom. U sklopu projekta, radni terapeuti pojedinom korisniku nude 10 ili 15 tretmana u trajanju od 45 do 90 minuta (Brošura CrossCare, Perko 2020). **Zdravstvena njega** omogućuje pomoć i njegu bolesnih, starijih osoba i istovremeno sudjeluje u preventivnim, zdravstvenim i rehabilitacijskim procesima (Brošura CrossCare, 2018). Medicinska sestra je u okviru projekta pratila osnovne životne aktivnosti korisnika utemeljene na unikatnoj životnoj priči korisnika. Također, usluge su se odnosile na zadovoljavanje svakodnevnih potreba i želja, pri čemu je prosječno nudila 2 tretmana u trajanju od prosječno 60 minuta. **Dijetetika** je namijenjena individualnom savjetovanju i promociji zdravog načina prehrane te očuvanju i poboljšanju zdravstvenog stanja (Brošura CrossCare, 2018). Medicinska sestra dijetetičarka je u okviru projekta CrossCare nudila prosječno 1 tretman u trajanju od približno 30 minuta.

Koordinacija projekta namijenjena je cjelovitom nadzoru nad projektom, u smislu vođenja projekta, koja uključuje planiranje, koordinaciju, provedbu i evaluaciju aktivnosti izvedenih u okviru projekta. U okviru koordinacije projekta povezuje se i potiče suradnja na različitim razinama i tako koordinator djeluje kao vezni član među svim pojedincima uključenima u projekt, od korisnika i stručnih radnika te službi na različitim područjima zdravstvenog i socijalnog rada, do projektnih partnera i medija.

Ciljne skupine, kojima su bile ograničene besplatne usluge u kući, namijenjene su za osobe starije od 65 godina ili osobe sa smetnjama (osobe sa statusom invalida), uvjet za uključivanje u projekt je i prijavljeno stalno ili privremeno prebivalište u općini u kojoj ustanova djeluje - za ZOD Ljubljana, odnosno Mestna občina Ljubljana (MOL), pri čemu prednost imaju korisnici koji žive izvan urbanih središta.

Stručni radnici ZOD Ljubljane redovito su izvodili, odnosno demonstrirali pojedine usluge u stvarnom okolišu. Cilj ZOD Ljubljana je u fizioterapiju uključiti 306 korisnika, u radnu terapiju 128 korisnika, u zdravstvenu njegu 406 korisnika i u usluge dijetetike 169 korisnika. Postignuti ciljevi prikazani su u Tablici 1, posebno s obzirom na stručno područje, a naveden je i ciljani broj obrađenih korisnika do kraja projekta 30. 08. 2020. godine, u usporedbi s realiziranim brojem posjećenih korisnika do 30. 06. 2020. godine.

ZOD Ljubljana je u razdoblju od 01. 09. 2018 do 30. 06. 2020, pružala usluge na području fizioterapije, radne terapije, zdravstvene njege i dijetetike. Do kraja projekta, 30. 08. 2020, je predviđen ciljani broj korisnika na području fizioterapije za ZOD Ljubljana 306 osoba pri čemu je 30. 06. 2020. godine bilo tretirano 306 osoba.

Tablica 1: Prikaz ciljanoga broja korisnika i realizacija demonstracije usluga u stvarnom okolišu za ZOD Ljubljana za sve pojedine usluge, u razdoblju od početka projekta, 01. 09. 2018 do 30. 06. 2020.

ZOD Ljubljana - usluge	Ciljevi do 30. 08. 2020	Realizacija do 30. 06. 2020	Postizanje realizacije do 30. 06. 2020
Fizioterapija	306	306	-
Radna terapija	128	241	+113
Zdravstvena njega	406	578	+172
Dijetetika	169	244	+75
Ukupno	1009	1359	+350

Na području radne terapije, do kraja projekta 30. 08. 2020 za ZOD Ljubljana, predviđen je ciljani broj korisnika od 128 osoba, pri čemu je 30. 06. 2020, obrađena 241 osoba, što znači da je taj cilj bio premašen za 113 osoba, što je za 88,28% premašen cilj u usporedbi sa željenim krajnjim ciljnim brojem korisnika (128). Na području zdravstvene njege, do kraja projekta 30. 08. 2020 za ZOD Ljubljana, predviđen je ciljani broj korisnika od 406 osoba, pri čemu je 20. 02. 2020, obrađena 578 osoba, što znači da je taj cilj bio premašen za 172 osoba, što je za 42,36 % premašen cilj u usporedbi sa željenim krajnjim ciljnim brojem korisnika (406). Na području dijetetike, do kraja projekta 30. 08. 2020 za ZOD Ljubljana, predviđen je ciljani broj korisnika od 169 osoba, pri čemu je 20. 02. 2020, obrađena 244 osoba, što znači da je taj cilj bio premašen za 75 osoba, što je za 44,38 % premašen cilj u usporedbi sa željenim krajnjim ciljnim brojem korisnika (169).

Ciljani broj uključenih korisnika smo do 30. 06. 2020. dostigli.

Podizanje kompetencija stručnih radnika zaposlenih na projektu CrossCare

Za ZOD Ljubljana i sam projekt važno je i podizanje stručnih kompetencija i spretnosti samih stručnih radnika u okviru projekta CrossCare. Fizioterapeuti su stekli dodatna stručna znanja programom izobrazbe pod nazivom »Manualna limfna drenaža« po dr. Vodddru - Terapija 1 i »Fascial distorsion model«, radni terapeuti su stekli dodatna stručna znanja sudjelovanjem na stručnim susretima radnih terapeuta i na programima izobrazbe „Occupational Based Practise and CMOP_E, „COPM“ i AMPS, medicinska sestra s područja dijetetike sudjelovala je u programu izobrazbe pod nazivom »Aktualne teme iz paliativne oskrbe« i »Klinična prehrana u praksi«. Na području zdravstvene njege sudjelovala je u programu izobrazbe za »Svetovalce za promociju zdravlja pri delu« (Arhiv Zavod za oskrbu na domu Ljubljana, 2020).

Uz programe izobrazbe stručnih radnika, kod vanjskih izvođača, u svrhu stručnog, kvalitetnog i integriranog tretmana pojedinog korisnika, koordinatorica projekta i stručni radnici CrossCare te, po potrebi, socijalni radnici, susretali su se na redovnim tjednim internim timskim sastancima kojih su do kraja trećeg razdoblja (31. 01. 2020) izveli čak 45 sastanaka (Arhiv Zavod za oskrbu na domu Ljubljana (2020). Više o značenju tjednih internih timova predstavljam prezentacijom procesa integracije, obrade i evaluacije pojedinog korisnika u integrirane usluge projekta CrossCare.

Proces integracije, obrade i evaluacije korisnika u projektu CrossCare

Pristupna točka projektu je koordinatorica projekta koju zainteresirani korisnici ili njihova obitelj nazovu telefonom ili je kontaktiraju putem e-pošte jer su o projektu pročitali u javnim medijima ili im je projekt netko preporučio, npr. patronažne sestre, osobni liječnik i prvenstveno socijalne radnice koje prepoznaju potrebu na terenu. Tijekom prvog kontakta koordinatorica projekta informira ih o projektu, provjeri da li ispunjavaju uvjete i dogovara se o prvoj posjeti u kući. Prvu posjetu u pravilu obavlja diplomirana medicinska sestra koja s korisnikom izrađuje osobni plan kojim provjerava kakve su njihove potrebe i želje, koje usluge trebaju te potpisuje dogovor o suradnji. Kao što je već spomenuto u ZOD Ljubljana imamo redovne tjedne interne timove na kojima diplomirana medicinska sestra predstavlja osobni plan pojedinog korisnika, temeljem kojega svi stručni radnici zajedno utvrđujemo koje su usluge ili kombinacije usluga potrebne korisniku. Dogovorom stručnih radnika korisnik se stavlja na listu čekanja, slijedi pružanje usluga neposredno na terenu, u kući korisnika i nakon završenih tretmana slijedi i evaluacija tretmana i usluga.

U situacijama u kojima je kod korisnika stanje kompleksnije pojavljuju se socijalni problemi, korisnika ponovo posjećuje koordinatorica i s korisnikom izrađuje detaljniji plan koji služi kao nadopuna planu kojega je tijekom prve posjete izradila medicinska sestra. Zajedno sa stručnim radnicima ponovo razgovaramo u internom timu i pripremamo reviziju osobnog plana. Obzirom na napisano u detaljnijem osobnom planu, koordinatorica projekta povezuje se i s drugim službama u zajednici. U razdoblju trajanja projekta međusobno se povezuju stručni suradnici, dakle koordinator projekta, fizioterapeuti, radni terapeuti i medicinska sestra, kao i s drugim vanjskim suradnicima na području socijalne i zdravstvene zaštite, prvenstveno s patronažnom službom u Centrom za socijalni rad (CSD) u svrhu da korisniku u kući osiguramo što kvalitetniju skrb, što znači da se usluge ne prekrivaju i ne udvostručavaju nego se nadopunjuju i nadograđuju.

Baš takva kvalitetna skrb je i cilj projekta u okviru kojega se izvode aktivnosti na području lokalne, regionalne i nacionalne suradnje te međunarodne suradnje, zbog čega je došlo do intenzivnijeg protoka znanja, radnih metoda te novih praksi, čak i na području s drugačije uređenim sustavom.

Ključne aktivnosti u okviru lokalne, regionalne i nacionalne suradnje na projektu CrossCare: Slovenija

U projektu veliki naglasak stavili smo i na suradnju i povezivanje stručnjaka na području socijalne i zdravstvene zaštite na području Slovenije, odnosno na konstantno povezivanje unutar matičnih ustanova, međusobnu razmjenu znanja i nadopune tijekom izvođenja usluga s već postojećim službama u zajednici (Centri za socijalni rad (VSD) i patronaža na području Ljubljane), povremena suradnja s Centrom za socijalni rad Brežice i redovita suradnja i zajedničko planiranje aktivnosti s projektnim partnerima CPND Maribor i MOL Ljubljana.

U matičnoj ustanovi ZOD Ljubljana veliki naglasak stavila je na razvijanje vještina i kompetencija redovito zaposlenih socijalnih radnika, što se odvijalo kroz proces redovitog informiranja koordinatorica o projektu CrossCare i direktne suradnje sa socijalnim njegovateljicama na terenu, odn. U domu korisnika za što cjelovitiji pristup skrbi te preko izobrazbe socijalnih njegovateljica. Naime, od strane stručnih djelatnika na projektu CrossCare izvedeno je 12 internih programa izobrazbe. Redovita suradnja s drugim službama u zajednici, kao što su Centri za socijalni rad i patronažna služba djelovalo je kao nadopuna znanja i time kvalitetna integrirana i stručna njega starijih ljudi u kući. Redovito se izvodio program suradnje između ZOD Ljubljana i Centrom za socijalni rad Brežice, kao pridruženim partnerom, na način da je stručni radnik povremeno (u suradnji s CPND Maribor), jednom mjesečno izveo stručnu posjetu u CSD Brežice, u okviru kojega se posjećivalo korisnike i izvodilo radionice - ZOD Ljubljana je od 27. 02. 2019 do 04. 03. 2020) izveo 7 posjeta ili radionica (Arhiv Zavod za oskrbu na domu Ljubljana (2020).

Ključne aktivnosti u okviru lokalne međunarodne suradnje na projektu CrossCare: Slovenija i Hrvatska

Zavod za oskrbu na domu Ljubljana (ZOD Ljubljana), kao vodeći partner projekta CrossCare, u suradnji s projektnim partnerima koji su Mestna občina Ljubljana (MOL), Center za pomoć na domu Maribor (CPND Maribor), Dom zdravlja Čakovec (DZ Čakovec), Ustanova za zdravstvenu njegu u kući Zagreb (UZNK Zagreb) i Grad Zagreb (GZ), u tu svrhu uspostavio je novu prekograničnu strukturu suradnje, temeljem koje je bio napisan Program integriranoga pristupa skrbi za starije ljude u kući i IKT platforma. Program je omogućio sustavan i međusobno dogovoren način pružanja usluga na pojedinim područjima dok je digitalna IKT platforma služila cjelovitom

pregledu korisnika i tako omogućila integrirani pristup analizi statističkih podataka. U suradnji s projektnim partnerima, u razdoblju trajanja projekta, bila je ključna i međuinstitucionalna izobrazba, zbog razmjene znanja, praksi i iskustava temeljem kojih su usluge bile kvalitetnije izvedene (Arhiv Zavod za oskrbu na domu Ljubljana, 2020).

ZAKLJUČAK

Demonstracija integriranih usluga u realnom okolišu, dakle cjelovita obrada i skrb starijih ljudi u domu, kojima je često kao kombinacija bila ponuđena usluga fizioterapije, radne terapije, zdravstvene njege i dijetetike, na području Ljubljane iskazala se za ključnu pri pružanju više kvalitete života u kući. Uključenjem u usluge korisnici su dobili prikladne informacije o zdravstvenom stanju, a tako im se poboljšalo i zdravstveno stanje. Također, pružanje usluga rasteretilo je obitelj korisnika. Korisnici su osjetili veću samostalnost u obavljanju svakodnevnih zadaća, a usluge su im omogućile i očuvanje dosadašnjeg načina života i učinkovitiju rehabilitaciju. Također, terapija u kući prilagođava se stvarnom životnom okolišu što znači da korisnik nakon prestanka tretmana može izvoditi razne aktivnosti u svojem domaćem okolišu i tako očuvati dosadašnji životni stil (Perko, 2020). Budući da se potreba za takvim uslugama pojavljuje u velikom intenzitetu pokazuje i činjenica da je nakon kraja projekta čak tri četvrtine, odnosno 75% korisnika CrossCare usluga spremno plaćati za usluge (Perko, 2020). U nastavku preporučujem da se razmisli o pojedinoj usluzi u kombinaciji usluga koje bi nudili u okviru skrbi za starije u kući, kako bi njihov život bio što duži i kvalitetniji te da bi mogli uživati u svojoj starosti.

Izvori

Arhiv Zavod za oskrbu na domu Ljubljana (2020). Neobjavljeno.

Perko, L. (2020). Rezultati raziskave o zadovoljstvu uporabnikov s storitvami zavoda za oskrbu na domu Ljubljana. Neobjavljeno.

Zloženska projekta Integriran pristop oskrbe starejših na domu CrossCare (2018). Promocijsko gradivo/Siva literatura.

RADNA TERAPIJA

RADNI TERAPEUT KAO DIO DUGOTRAJNE SKRBI ZA STARIJE OSOBE

Petra Boh

»Liječnik mi je spasio život, a zbog radnog terapeuta moj život je vrijedan živjeti.«

SAŽETAK

Svojom jedinstvenom, individualnom i cjelovitom skrbi, radna terapija je vodeća i glavna struka u otkrivanju poteškoća, lakšanju i sprječavanju komplikacija koje se pojavljuju sa starošću, kao i prateća stanja. U Sloveniji u široj javnosti još uvijek je premalo poznata grana terapijskih tretmana. Njezin primarni cilj je da, bez obzira na probleme, bolesti i ozljede, pojedincima omogući što samostalnije obavljanje svakodnevnih aktivnosti. Zbog toga je čovjek zadovoljniji i zdraviji, što omogućuje veću kvalitetu života.

Ključne riječi: radna terapija, starost, dugotrajna skrb, integrirani pristup, dezinstitutionalizacija.

U Sloveniji djeluje približno 500 radnih terapeuta. To znači da je na 100 000 žitelja, 25 radnih terapeuta, što je u usporedbi s nekim razvijenijim državama (kao što su Engleska, Švedska, Njemačka, Nizozemska, Danska, Irska), gdje je čak sto i više radnih terapeuta na 100 000 žitelja, čak i do četiri puta manje terapeuta. Kod nas je većina radnih terapeuta zaposlena u različitim institucijama na sekundarnoj i tercijarnoj razini (bolnice, klinike, instituti), jako malo je onih koji djeluju na primarnoj razini (zdravstveni domovi - preventiva, privatna djelatnost koju prepoznajemo kod fizioterapeuta) ili u lokalnoj zajednici i radnim organizacijama, dakle tamo gdje su najučinkovitiji (zbornica radnih terapeuta Slovenije).

Bez obzira na napore struke, radnu terapiju integrirati u zajednicu gdje bi mogla učinkovitije pomoći pojedincima do aktivnijeg, samostalnijeg i zadovoljnijeg života. Kod nas na tom području još uvijek jako zaostajemo u usporedbi s prethodno spomenutim državama, gdje 60% radnih terapeuta djeluje u zajednici. Na žalost, naš trenutni sustav

ne omogućuje djelovanje radne terapije tamo gdje nas pojedinac najviše treba - u domaćem radnom okolišu, školama, vrtićima te zajednici. Flaker je jako kritičan prema institucijama, misli da institucije krše brojna ljudska prava te utječu na mogućnost malenih svakodnevnih odluka koje se odnose na ono što želimo raditi i s kojom osobom želimo biti (Flaker, 2014).

Praćenjem smjernica nacionalne i lokalne strategije socijalne sigurnosti je Zavod za oskrbu na domu Ljubljana kao nositelj CrossCare projekta (kao i projekta A-Qu-A, 2015-2016), uz svoju redovitu djelatnost, nudio usluge radne terapije, fizioterapije, zdravstvene njege i dijetetike, građankama i građanima Ljubljane. Projekt je podržavao integrirani pristup socijale i zdravstva, u svrhu da korisnik ne traži usluge za svoje potrebe na više mjesta, nego mu projekt nudi cjelovitu njegu - time deinstitucionalizira usluge i približava ih korisniku u njegovoj kući. Buzetijeva je mislila da smo integriranim pristupom različitih stručnih službi izašli iz uspostavljenih uzoraka razmišljanja i prakse u povezivanje i suradnju svih korisnika, kao i poštivanje prava na izbor. Naime, strategija dugotrajne skrbi je u središte sustava postaviti štíćenika koji u okviru svojega prava odabere način i oblik dugotrajne skrbi te ljudima koji to žele omogućiti da uz prikladnu pomoć u skrbi što duže ostanu u domaćem okolišu (Buzeti, 2017).

Zbog demografskih podataka koji upozoravaju na rastući proces starenja stanovništva, na području zdravstvene i socijalne skrbi, jedan od najvažnijih političkih ciljeva je usmjeriti se na programe i usluge koje može osigurati lokalna zajednica te tako olakšati život mnogim starijim osobama i njihovim obiteljima. Broj ljudi koji zbog bolesti, invaliditeta, oslabljenosti ili bilo kakvog drugog dugotrajnog problema konstantno raste. Svakodnevni život starijih, bez obzira na veliki izbor programa i usluga, jako je opterećen. Uz smanjenje sredstava za mirovine i socijalne novčane primitke, stariji češće snose teret gubljenja posla svoje djece. Svojom mirovinom ne uzdržavaju samo sebe nego i svoju odraslu djecu. Također, vrijedi i obrnuto stajalište - sve je više odraslih koji preuzimaju brigu za svoje ostarjele roditelje, jer više ne mogu podnijeti teret plaćanja kućne njege za starije ili plaćanja usluge pomoći obitelji u kući. Sa sve većim brojem ljudi u visokoj starosti, povećavaju se potrebe za pomoći, što predstavlja veliki financijski teret za starije i njihove obitelji. Nedostupnost formalnih usluga dugotrajne skrbi, zbog manjaka financijskih sredstava ili slobodnih mogućnosti, problema koji najviše utječu na pojedince s nižim prihodima i nižom socijalnom uključenosti. Najzad, kod skrbi za starije razvija se i crno tržište zapošljavanja i siva ekonomija

koji zbog manjka kontrole predstavljaju lagani teren za razvoj i nastanak raznovrsnih zlouporaba starijih osoba. Povećao se i broj neformalnih njegovatelja koji starije osobe njeguju u njihovim kućama ili za njih obavljaju kućanske poslove. Navedeno područje podosta je neregulirano u Sloveniji. Budući da se radi o neškoloranim njegovateljima, usluge na crnom tržištu mogu biti jako nekvalitetne. S druge strane, njegovateljice se suočavaju s rizicima od nasilja, grubosti i kršenja privatnosti (Klančar idr., 2014).

Najveći doprinos projekta bio je na socijalnoj komponenti održivog razvoja, jer je projekt svoj naglasak davao na smanjenju nejednakosti na području socijalne i zdravstvene sigurnosti. Izvođenje aktivnosti na području skrbi za ciljane skupine povećalo je socijalnu uključenost, smanjilo uskraćenost usluga i tako utjecalo na šire društveno blagostanje. S CrossCare projektom razvijali smo radno-terapijske metode, čime smo se približili kolegama u razvijenijim državama.

Cilj radne terapije u CrossCare projektu bio je korisnicima osigurati aktivno i samostalno sudjelovanje u dnevnim aktivnostima koje su za njih važne i prilagođene njihovim potrebama, starosti, željama i očekivanjima. Postizanje spomenutih ciljeva radni terapeuti osiguravaju poticanjem i osposobljavanjem korisnika da aktivno sudjeluju u aktivnostima koje im omogućuju da razviju, očuvaju ili prilagode potrebno znanje i izvođenje aktivnosti te da promijene okoliš u svrhu poticanja aktivne suradnje. U skladu s osnovama radno-terapeutske prakse, brojne studije s područja radno-terapijske znanosti dokazuju da samostalna i aktivna suradnja pojedinca u odabranim aktivnostima koje mu omogućuju sudjelovanje kod kuće, u školi i zajednici, čuvaju i poboljšavaju njegovo zdravlje i dobro raspoloženje (Law, Steinwender, Leclair, 1998).

Ne možemo prijeći preko činjenice da Svjetska zdravstvena organizacija, kao i Europska unija upozoravaju na veću potrošnju sredstava namijenjenih za zdravstvenu zaštitu. Zbog usmjerenosti prema većoj njezi pojedinaca u domaćem okolišu, odn., na primarnoj razini, u strategiji razvoja slijedimo ciljeve organizacije različitih službi koje bi bile dostupne i zadovoljile potrebu za cjelovitom negom pojedinaca. Flaker kaže da bi deinstitucionalizacija morala postati vodeće načelo cijelog sustava. Za postizanje navedenoga potrebno je vratiti se temeljnim pojmovima totalnih ustanova i prvenstveno najbolje planirati proces dugotrajne skrbi, tako da polučimo dobre rezultate (Flaker, 2014).

Preventiva je utemeljena na korelaciji pozitivnih učinaka za zdravlje i troškova, što dokazuju u Udruzi radnih terapeuta Velike Britanije gdje je utvrđeno da se prikladnim radno-terapeutskim tretmanom u domaćem okolišu, posljedice padanja mogu smanjiti i do 50%. Takvim tretmanom svojoj zdravstvenoj blagajni mogu uštedjeti oko 720 milijuna funti godišnje, što bi za slovenske uvjete značilo uštedu između 25 i 30 milijuna eura godišnje. Trošak liječenja slomljenog kuka znači od 4,5 do 100 posto troškova radno-terapeutskih intervencija za smanjenje opasnosti od lomova. Zbornica radnih terapeuta Slovenija, spomenute podatke je 2013. godine poslala u Narodnu skupštinu Republike Slovenije, tadašnjem ministru zdravstva te ministrici rada, obitelj, socijalna pitanja i jednake mogućnosti te zastupničko pitanje u vezi uređenjem područja radne terapije u slovenskom zakonodavstvu (Zbornica radnih terapeuta Slovenije). U starosti padanja su jedna od najčešćih poteškoća koje ugrožavaju samostalnost starijih osoba. Većina padanja posljedica je kombinacije rizičnih čimbenika. Padanja su česti razlozi koji prouzročavaju ozljede, hospitalizaciju i smještaj u socijalni zavod. Ponavljajuća padanja vode u funkcionalne smetnje. Zato je utvrđivanje okolišnih faktora rizika od padanja te prilagodbe i uklanjanje smetnji, kao što utvrđuje Tomšičeva, jedan od načina sprječavanja padanja i istovremeno osnovna zadaća radnih terapeuta koji rade u zajednici (Tomšič, 2011).

Prilagodbom životnog okoliša potrebama starijih te savjetovanjem i učenjem upotrebe medicinskih i tehničkih pomagala, radni terapeuti učinkovito smanjuju opasnosti od padanja. U CrossCare projektu, radno-terapeutsku prilagodbu užeg i šireg životnog okoliša, aktivnosti smo izvodili kod 169 korisnika dok smo usluzi savjetovanja i nabave, prilagodbe pomagala te učenje i trening korištenja pomagala i sredstava izvodili kod 212 korisnika.

Također, radno-terapeutski tretman u zajednici pokazao se korisnim čak i kod smanjenja troškova na području socijalne sigurnosti. Britanske studije pokazuju uštede kod skupih smještaja u institucije - kod troškova skrbi i smanjenje troškova za njegu u kući i skupu opremu u prosjeku od 25%. Nakon objavljenih istraživanja u Udruzi radnih terapeuta Velike Britanije, pojedinci koji su sudjelovali u radnoj terapiji, vratili su se na svoje radno mjesto, radno su aktivni više sati dnevno i u radnom odnosu ostaju duže vremensko razdoblje od onih koji su sudjelovali u drugim zdravstvenim uslugama. Istraživanje je pokazalo da su financijske koristi uključivanja u radnu terapiju, dosta veće od troškova takog tretmana jer



znače 20000 funti ušteta na jednu osobu godišnje, a državnoj blagajni 33 000 funti uštete po osobi u gospodarstvu. Ako navedene podatke prilagodimo slovenskom prostoru dobivamo zanimljiv izračun: zdravstvena blagajna bi po tim izračunima uštedjela oko 23 500 eura godišnje na osobu, a gospodarstvo čak 38 500 eura na osobu (Zbornica radnih terapeuta Slovenije).

U istraživanjima, koja su s područja radne terapije obavili u Udruženju radnih terapeuta Velike Britanije, vidljivo je da svojim stručnim djelovanjem radni terapeuti ljudima omogućuju izbjegavanje mogućeg nastanka bolesti ili ozljeda, ako se bolest ili ozljeda već pojavila, pomažu do što brže rehabilitacije i sprječavaju dodatno pogoršanje ili invalidnost. Kao što već proizlazi iz britanske studije, pritom se ne smije zanemariti i ekonomski vidik takvog pristupa i time ušteta koje radno terapeutski tretman donosi zdravstvenoj blagajni (Zbornica radnih terapeuta Slovenije).

Potreba za radno terapeutskim uslugama je sve veća:

- Osnovna zadaća radnih terapeuta u zajednici mora biti usmjerene u intervenciju sprječavanja padanja, a to znači da se moraju utvrditi svi čimbenici rizika od

padanja te uklanjanje čimbenika rizika i prilagođavanje životnog okoliša.

- Korisnici radne terapije u kući, zbog svojeg zdravstvenog stanja, udaljenosti svojeg prebivališta ili arhitektonskih prepreka, nisu sposobni koristiti propisane i potrebne usluge radne terapije u ambulanti.

- Svjetske trendove skraćanja razdoblja hospitalizacija slijedimo i mi. Na žalost, ne brinemo se za kontinuitet kućne njege i njege u zajednici. Zbog toga, u većini slučajeva, tijekom otpuštanja iz bolnice ne postizemo samostalnost u obavljanju svakodnevnih aktivnosti.

- Rehabilitacije u zdravstvenim ustanovama ne mogu koristiti svi korisnici ili je ona prekratka - korisnik ne postiže maksimalnu samostalnost, često je na rehabilitaciju u zdravstvenim ustanovama potrebno čekati i više mjeseci, a korisnici mogu izgubiti veliki dio svojih funkcionalnih sposobnosti te postati ovisni o pomoći, što je opet povezano s visokim troškovima skrbi.

- Demencija je sve veći društveni i zdravstveni problem. U Sloveniji ocjenjujemo broj oboljelih na više od 32 000, za njih se brine približno 100 000 članova obitelji, zdravstvenih i socijalnih radnika te drugih. Demencija nije samo zdravstveni problem nego u cijelosti opterećuje i društvo.

Zašto je radna terapija dobrodošla:

- tijekom premošćivanja, dok korisnik čeka na odluku o nastavku liječenja ili kada se vrati s rehabilitacije i u domaćem okolišu nadogradi već postignuto funkcionalno stanje;
- u domaćem okolišu gdje je korisnik opušteniji jer ga dobro poznaje dok je okružen svojom obitelji što pozitivno utječe na psihološko stanje i motivaciju pojedinca;
- u kući gdje se prilagođava stvarnom životnom okolišu, što znači da korisnik nakon prestanka tretmana izvodi aktivnosti u okolišu u kojemu ih je već izvodio;
- svaka aktivnost kod osoba s demencijom može očuvati ili okrijepiti vitalnost misaonih procesa, osjetilnih opažanja i motoričkih funkcija. Preventivno djelovanje je zato od vitalnog značenja. Istraživanja pokazuju da različite slobodne aktivnosti koje čuvaju i okrijepljuju cerebralnu plastičnost, mogu čak i usporiti napredovanje demencije ili osobi omogućiti da što duže ostane samostalna.

Prva profesorica radne terapije u Europi Lena Borell izjavia je da se kvaliteta života ljudi mjeri po broju radnih terapeuta na broj žitelja u državi. Napori radnih terapeuta u Sloveniji usmjereni su prema povećanju prepoznatljivosti struke i širenje njezinog djelovanja u lokalnu zajednicu, čime bi bila omogućena dostupnost radno-terapeutskih usluga što široj populaciji.

Radnom terapijom u CrossCare projektu, građanima i građankama Mestne občine Ljubljana omogućili smo jednake mogućnosti u zadovoljavanju potreba te osiguravanju zdravog i aktivnog starenja stanovnika. Program i usluge bili su prilagođeni potrebama svakog pojedinca što je smanjilo trenutne nejednakosti među pojedinim zajednicama ljudi koji žive kod kuće i u zajednicama koje se nalaze u institucionalnoj zaštiti.

Literatura i izvori

- Buzeti, T. (2017). Predlog ključnih rešitev v predlogu Zakona o dolgotrajni oskrbi v Sloveniji. RS Ministrstvo za zdravje. Pridobljeno 12. 2. 2020 s strani <https://skupnostobcin.si/wp-content/uploads/2017/07/dolgotrajna-oskrba-koncept-sos-25-7-2017.pdf>
- Flaker, V. (2014). Dezinstucionalizacija v Sloveniji (Dezinstucionalizacija kot stroj 2. del). Pridobljeno 20. 2. 2020 s strani <http://vitoflakeragenda.blogspot.com/2014/11/dezinstucionalizacija-v-sloveniji.html>
- Flaker, V. (2014). Dezinstucionalizacija kot stroj 1. del: Uvod. Pridobljeno 20. 2. 2020 s strani <http://vitoflakeragenda.blogspot.com/2014/11/dezinstucionalizacija-kot-stroj-1-del.html>

- Klančar, T., Hodnik, T., Žagar, A., Božnik, D., Strniša, N., Leskošek, V., Skornšek Pleš, T. (2014). Strategija razvoja socialnega varstva v MOL od 2013 do 2020. Ljubljana: Mestna občina Ljubljana.
- Law, M., Steinwender, S., Leclaire, L. (1998). Occupation, Health and Well-Being. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. Pridobljeno 12. 2. 2020 s strani <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/000841749806500204>
- Tomšič, M. (2001). Ugotavljanje dejavnikov tveganja za padce pri starejših v domaćem okolju. V D. Rugelj & F. Sevšek (ur.), *Aktivno in zdravo staranje – Posvetovanje*, Zbornik predavanj (str. 99–104). Univerza v Ljubljani: Zdravstvena fakulteta. Zbornica delovnih terapevtov Slovenije. (2013). *Poslansko vprašanje*. Pridobljeno 12. 2. 2020 s strani <http://www.zdts.si/index.php/dokumenti/send/12-zakonodaja/34-poslansko-vprasanje>

ULOGA RADNE TERAPIJE U CROSSCARE PROJEKTU

Petra Boh

SAŽETAK

Starenjem stanovništva rastu potrebe za radnom terapijom u kući, koja korisniku omogućuje veću samostalnost i kvalitetu života u domaćem okruženju. Važna je dok korisnik čeka na donošenje odluke o daljnjem liječenju ili nakon povratka s rehabilitacije da u domaćem okruženju poboljša već ostvareno funkcionalno stanje. U domaćem okruženju korisnik je opušteniji, okružen je sa svojim najbližima što pozitivno utječe na psihološko stanje i motivaciju pojedinaca. Radna terapija u kući prilagođava se životnom okruženju, što znači da korisnik i nakon njezinog prestanka može izvoditi aktivnosti u okruženju u kojemu ih je već izvodio.

Ključne riječi: CrossCare, radna terapija, integrirani pristup, individualni pristup, domaće okruženje.

RADNA TERAPIJA

Radna terapija je zdravstvena struka, a radni terapeut zdravstveni radnik, koji je predan svom pozivu i stručno obavlja svoj posao. Svoje stručno znanje nadopunjuje i nadograđuje kroz proces cjeloživotnog učenja. Pojedincu želi omogućiti uključenost u njemu smislene aktivnosti i hobije kojima poboljšava njegovo zdravstveno stanje na području tjelesnih funkcija, struktura, građe i aktivnosti. Djeluje kod djece, mladih, odraslih i starijih osoba u svim životnim okruženjima i na svim radnim područjima - skrb tijekom rada, poboljšanje produktivnosti i tijekom slobodnog vremena. Rad s korisnicima obavlja profesionalno, u skladu sa standardima prakse, pri čemu poštuje etička načela zapisana u Etičkom kodeksu radnih terapeuta. Radni terapeut je autonomni član rehabilitacijskog, odnosno stručnog tima. Korisnike obrađuje u skladu s načelima timskog pristupa i jasno određenim protokolom radnoterapijske obrade (Udruga radnih terapeuta Slovenije).

RADNA TERAPIJA U PROJEKTU CROSSCARE

U projektu CrossCare radni terapeuti su u suradnji s drugim projektnim partnerima oblikovali i sadržajno definirali posve novi program za izvođenje integriranog pristupa pomoću u domu, koji obuhvaća usluge socijalne i zdravstvene zaštite. Projekt CrossCare deinstucionalizira usluge i približava ih korisniku u njihovom kućanstvu, osobito onima kojima je takva pomoć potrebna ali je zbog različitih razloga ne mogu sami potražiti u odgovarajućoj instituciji ili im sustav nije ponudio odgovarajuće usluge za njihovo stanje. Na području Slovenije priprema se normativno uređenje područja dugotrajne pomoći u kući. Na žalost, to područje trenutno još nije normativno uređeno kao integrirani pristup.

IKT PLATFORMA

Razvojem i uspostavom nove prekogranične strukture suradnje, svi projektni partneri su bili uključeni u razvoj IKT platforme. Poslužila nam je kao alat jer na jednom mjestu obuhvaća uvid u sve segmente programa rada, pristup smjernicama i stručnim temeljima te statističku obradu podataka. U okviru IKT platforme smo za svakog korisnika vodili stručnu dokumentaciju koja obuhvaća radni profil, rezultate ocjenjivanja, nacrt procesa radne terapije, izvedene intervencije i završno izvješće o procesu radne terapije.

PRIKUPLJANJE PODATAKA

Prikupljeni podaci obuhvaćaju korisnikove poteškoće i stanja, prepoznavanje i opažanje poteškoća, čekanje na radnoterapijsku obradu, dosadašnje liječenje, korisnikove demografske značajke i okolišne čimbenike. Radni terapeuti podatke su dobivali na tjednim sastancima stručnih timova i putem dokumentacije. Svi navedeni podaci, koji su predstavljeni u nastavku, prikupljenu su tijekom trajanja projekta od 1.09.2018. do 01.06.2020. (projekt traje do 31.08.2020.). Tog dana (1.6.2020.) u IKT platformu upisano je 300 korisnika koji su primili usluge radne terapije. Prikupljali su demografske podatke, spol, starost, mjesto gdje korisnik živi - da li se radi o kući ili stambenoj zgradi, da li korisnici imaju pristup dizalu te vrsta vrata u dizalu, da li imaju stubište i ugrađenu ogradu.

OCJENJIVANJE KORISNIKA U RADNOJ TERAPIJI

Ocjenjivanje korisnika izvodilo se isključivo pojedinačno. Instrumenti za ocjenjivanje koji se još koriste u praksi, a neki se i uvoze, standardizirani su i provjereni od strane struke kao učinkoviti alat za ocjenjivanje.

Ocjenjivanje je obuhvaćalo obveznu izvedbu Kanadskog modela izvođenja okupacija - COPM (Law et al., 2014.) koji predstavlja važan ocjenjivački instrument u radnoj terapiji. Standardiziran je, pouzdan i klinički upotrebljiv za mjerenje ishoda na razini aktivnosti. Putem polustrukturiranoga intervjua korisnik i radni terapeut zajedno definiraju najvažnije svakodnevne aktivnosti i poteškoće u njihovom izvođenju. Temeljem prepoznatih poteškoća prilikom izvođenja aktivnosti određujemo ciljeve i oblikujemo tijek obrade.

Radni terapeuti su, u procesu ocjenjivanja, koristili i instrument za ocjenjivanje AMPS (Fisher i Jones, 2011.), pomoću kojega su dobili ocjenu motoričkih i procesnih vještina potrebnih za izvođenje određenih funkcionalnih aktivnosti (Udruga radnih terapeuta Slovenije).

Po vlastitoj prosudbi i s obzirom na smislenost i potrebe korisnika, upotrijebili su i dodatne instrumente za ocjenjivanje koje su izveli na početku i na kraju obrade, a po potrebi i tijekom same obrade.

RADNOTERAPIJSKA OBRADA

Radnoterapijska obrada temelji se na uzajamnom odnosu terapeuta i korisnika. U radnoterapijskom procesu pratili su nacrt obrade. Zatim smo se, temeljem dokumentacije, prikupljenih podataka i procjene, odlučili za uporabu primjerenih teoretskih temelja (modela, pristupa, strategija) za obradu korisnika. Potrebno je naglasiti značenje cjelovitog pristupa, koji obuhvaća tjelesne, psihičke, socijalne i duhovne čimbenike. Zaposleni na projektu radili su u skladu s etičkim kodeksom, što znači da smo kod svake obrade poštovali autonomiju korisnika.

Struktura pojedinih područja i broj korisnika (%) koji su bili uključeni u pojedino područje rada bila je sljedeća:

1. Mišićno-skeletno područje (starosna slabost, trošenje, ozljede, amputacije, mišićna distrofija, reumatoidne promjene, plućna oboljenja) - 28,67 %.

2. Neurološko područje (stanje nakon CVI-a, Parkinsonova bolest, multipla skleroza, ALS; stanje nakon ozljeda glave i kralježnice) – 33,25%

3. Područje psihičkog zdravlja (pad kognitivnih sposobnosti, svi oblici demencije, psihičke bolesti) – 28,69%

4. Kardiološko područje (stanje nakon srčanog infarkta, srčani zastoj, stanje nakon umetanja srčanog elektrostimulatora, stanja nakon operacije srca) – 8,67 %

5. Palijativno područje – 0,72%

U okviru projekta izveli smo 15 tretmana korisnika, pri čemu se broj tretmana po potrebi mijenjao, ovisno o stanju korisnika. Od ključnog je značaja kvalitetna i stručna ocjena radnog terapeuta, koji treba procijeniti stanje na odgovarajući način i tome prilagoditi proces obrade. Svaka obrada je individualno usmjerena, uzimajući u obzir korisnikove potrebe i želje.











Obratili smo pažnju i na želje i potrebe korisnika s obzirom na učestalost obrada, koje su se izvodile 1 - 3x tjedno. Vremenski okvir prilagodili smo psihofizičkoj kondiciji korisnika (od 45 do 90 minuta).

Na izvođenje svakodnevnih životnih aktivnosti utječu navike, rutine i uloge za koje pojedinac treba različite motoričke i procesne vještine, koje su zbog bolesti ili drugih stanja te starosti promijenjene ili ih više nema. Ako ljudi duže vrijeme ne mogu obavljati stvari koje ih vesele ili se od njih to očekuje, a oni ih nisu u mogućnosti napraviti, to će u njima probuditi neugodan osjećaj koji im može pogoršati zdravstveno stanje, smanjiti kontakt s okolinom i zanimanje za život. Stoga, glavni zadatak radne terapije je omogućiti pojedincima bez obzira na invaliditet, bolesti ili nedostatke što samostalnije izvođenje svakodnevnih aktivnosti. Zbog svega navedenog, čovjek je sretniji i zdraviji, što znači i bolju kvalitetu života.

Radni terapeuti koriste znanja i terapijske metode kojima pojedinac može, unatoč nedostacima i ograničenjima, ostati ili postati samostalan tijekom obavljanja osnovnih svakodnevnih i širih aktivnosti i uključiti se u društvo. Radni terapeuti surađuju s pojedincem tako što, uključivanjem u smislene i svrhovite aktivnosti, potiču u ljudima zdravlje i dobrobit.

U okviru prekogranične suradnje svi radni terapeuti izradili su zajednički popis radnoterapijskih usluga.

Grafikon 1: Broj jednokratnih radnoterapijskih usluga

DT001		135
DT002		94
DT003		183
DT004		192
DT005		0
DT006		24
DT007		163
DT008		140
DT009		311
DT010		168
DT011		91

Šifrniki radnoterapijskih usluga u projektu CrossCare

DT001: Ocjenjivanje i vrednovanje stanja korisnika - djelomična ocjena

DT002: Ocjenjivanje i vrednovanje stanja korisnika - potpuna ocjena

DT003: Radnoterapijska obrada za uspostavljanje/poboljšavanje/očuvanje/izvođenje užih/širih dnevnih aktivnosti

DT004: Radnoterapijska obrada za uspostavljanje/poboljšanje/očuvanje tjelesnih funkcija i struktura te uspostavljanje/poboljšanje/očuvanje vještina

DT005: Grupna radnoterapijska obrada za uspostavljanje/poboljšanje/očuvanje tjelesnih funkcija, struktura i vještina te izvođenje užih/širih svakodnevnih aktivnosti

DT006: Posebna radnoterapijska obrada za poboljšanje funkcionalnih sposobnosti i izvedbu aktivnosti uporabom specijalnog znanja: neuroterapijska obrada u skladu s Bobath terapeutskim pristupom.

DT007: Savjetovanje, nabava, izrada/prilagođavanje pomagala te učenje i trening uporabe pomagala i sredstava

DT009: Radnoterapijsko savjetovanje/zdravstveno odgojno savjetovanje/edukacija

DT010: Priprema izvješća i vođenje dokumentacije o radnoj terapiji

DT011: Informiranje suradnika o ishodu radnoterapijskih obrada/timskog rada

DT008: Radnoterapijsko prilagođavanje užeg i šireg životnog okruženja za izvođenje aktivnosti

RADNOTERAPIJSKA USLUGA DT008 - Prilagodba životnog okruženja

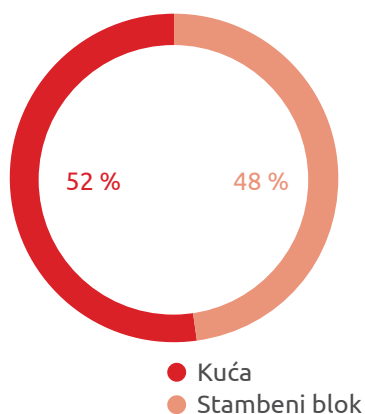
Rad u zajednici od radnog terapeuta zahtijeva, prije svega, veliku mjeru snalažljivosti i prilagodljivosti s obzirom na okruženje u kojem korisnici žive i raspoloživa sredstva. Terapeut mora uzeti u obzir brojne čimbenike te, s obzirom na potrebe i stil života korisnika, prilagoditi tijek obrade. Brojne epidemiološke studije potvrđuju činjenicu da prepreke, odnosno neprilagođena životna okolina i zdravstveno stanje pojedinca povećavaju rizik od padova. Sprječavanje padova predstavlja važno područje integriranog pristupa jer su padovi jedan od glavnih razloga za nastanak ozljeda, privremene ili trajne nepokretnosti, čak i smrti.

Fizičko okruženje ima važan utjecaj na dobrobit i zdravlje ljudi, a posljedično i na kvalitetan život starijih osoba. Većina korisnika živi u okruženju koje ne odgovara njihovim stvarnim potrebama, onemogućuje samostalan život pa čak je i opasno. Na žalost, većina je pomagala izrađena za zdrave i mlade osobe. Starije osobe ne mogu u potpunosti koristiti te predmete, što uzrokuje stres, loše utječe na njihovo raspoloženje, a u konačnici i gubitak samostalnosti. Tako postaju ovisni o okolini, odnosno o pomoći drugih osoba. Često nisu ni svjesni da je većina poteškoća uzrokovana upravo neprilagođenim okruženjem. Poteškoće s kojima se susreću pripisuju se samo bolesti ili starosti, ali ne i opremi. Uz minimalnu intervenciju mogu ostaviti okruženje koje će im znatno olakšati život u domaćem okruženju.

Činjenica je da većina naših korisnika želi proživjeti starost u vlastitoj kući, u njima poznatom, domaćem okruženju. Zato je od izvanrednog značenja prilagođavanje životnog okruženja. Kod 140 korisnika izveli smo radnoterapijske postupke za prilagođavanje životnog okruženja za veću uključenost i kvalitetniji život. Usluga uključuje učenje i trening socijalnih vještina, uređivanje užeg i šireg okruženja, prilagodbu fizičkog okruženja, prilagođavanje pojedinca socijalnom okruženju i zajednici, što prikazuje Grafikon 1. Na taj način, radni terapeut učinkovito savjetuje kako pomoću manjih prilagodbi ili novim načinom postupanja ostvariti samostalnost. Zanimalo nas je u kakvom životnom okruženju žive građani Gradske općine Ljubljana. Temeljem podataka koje smo prikupili u IKT platformi vidljivo je da 52 % naših korisnika živi u kući, a 48 % u stambenim blokovima, što prikazuje Grafikon 2.

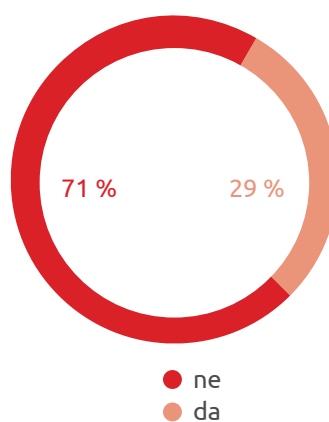
S obzirom na to da polovica korisnika, uključenih u usluge projekta CrossCare, živi u stambenim blokovima, za upravljanje širim životnim okruženjem

Grafikon 2: Vrsta stambene jedinice

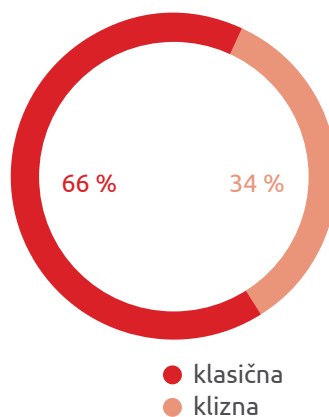


važan je podatak da li je u blokovima, gdje žive korisnici, ugrađeno dizalo. Iz prikupljenih podataka vidljivo je da više od 70 % korisnika nema pristupa dizalu (Grafikon 3). Tamo gdje je ugrađeno dizalo, korisnici ga većinom nisu mogli koristiti jer im je uporaba dizala uzrokovala poteškoće zbog vrste, odnosno tipa vrata - klizna ili klasična vrata koja je trebalo fizički otvoriti. Vrsta vrata je prikazana u Grafikonu 4.

Grafikon 3: Prisutnost dizala u objektu



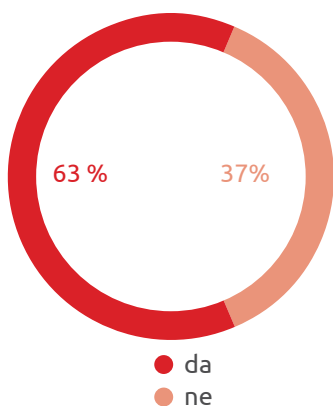
Grafikon 4: Vrsta vrata u dizalu



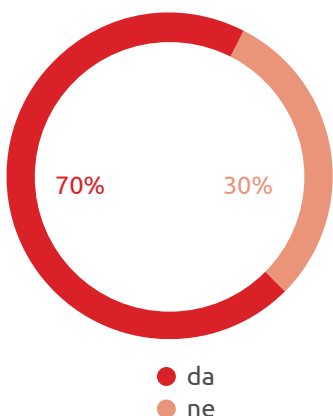
Nadalje, zanimalo nas je sljedeće: korisnici u stambenim blokovima nemaju dizala (ili se ono zaustavlja na svakom katu pa je pristup do njega ograničen, što je neuporabljivo za osobu s poteškoćama u kretanju), što znači da do vanjskog okruženja moraju pristupiti pomoću stubišta. Otprilike 63% stambenih objekata, koje smo posjetili u okviru projekta CrossCare, ima stubište (Grafikon 5), a kod većine (70%) prisutna je ograda (Grafikon 6). Skrb je još uvijek zabrinjavajuća činjenica jer mnogi korisnici zbog ograničene funkcionalne pokretljivosti ne može pristupiti širem životnom okruženju zbog gore navedenih podataka.

Nadalje, zanimalo nas je sljedeće: korisnici u stambenim blokovima nemaju dizala (ili se ono zaustavlja na svakom katu pa je pristup do njega ograničen, što je neuporabljivo za osobu s poteškoćama u kretanju), što znači da do vanjskog okruženja moraju pristupiti pomoću stubišta. Otprilike 63% stambenih objekata, koje smo posjetili u okviru projekta CrossCare, ima stubište (Grafikon 5), a kod većine (70%) prisutna je ograda (Grafikon 6). Skrb je još uvijek zabrinjavajuća činjenica jer mnogi korisnici zbog ograničene funkcionalne pokretljivosti ne može pristupiti širem životnom okruženju zbog gore navedenih podataka.

Grafikon 5: Prisutnost stubišta u objektu



Grafikon 6: Prisutnost ograde na stubištu



RADNOTERAPIJSKA USLUGA DT007 - Savjetovanje i učenje uporabe medicinskih pomagala

Tijekom trajanja projekta i radnoterapijske obrade često se pokazalo da su korisnici u vlastitom okruženju nedovoljno informirani o tome na koji način nabaviti određeno pomagalo, što je moguće ostvariti uz pomoć Zavoda za zdravstvenu zaštitu Slovenije, te koja se pomagala međusobno isključuju. To jedna od usluga koju smo često uključili u postupak obrade. Iz Grafikona 1 vidljivo je da smo usluge savjetovanja i nabave, prilagođavanje pomagala te učenje i obuku uporabe pomagala izveli kod 163 korisnika. Uspješno smo sudjelovali s tvrtkom SOČA - OPREMA iz Ljubljane, koja nam je nesebično priskočila u pomoć s besplatnom posudbom i testiranjem raznih medicinskih pomagala.

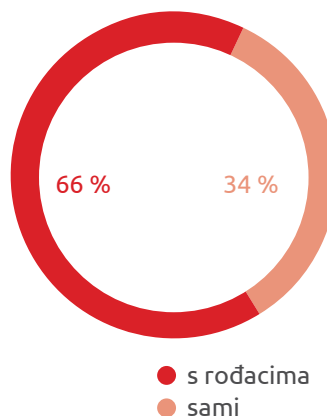
Tijekom individualne obrade korisniku smo savjetovali kako dobiti prikladno i, prije svega, sigurno pomagalo te educirali članove obitelji o pravilnoj i sigurnoj uporabi pomagala.

RADNOTERAPIJSKA USLUGA DT011 - Informiranje suradnika o ishodu DT obrade/timskog rada

Usluga je obuhvaćala rad s obitelji, socijalnim radnicama i drugim projektnim partnerima.

Sudjelovanje s članovima obitelji

Grafikon 7: Zajedničko domaćinstvo - s kim žive naši korisnici



Izvanredno je važno sudjelovanje s članovima obitelji - tu je važno spomenuti značenje edukacije članova obitelji koji svakodnevno žive s našim korisnikom. 66% korisnika, uključenih u projekt CrossCare žive s obitelji te 34% žive u neovisnom kućanstvu (Grafikon 7). Radni terapeuti posebno su istaknuli individualnu edukaciju, demonstraciju i učenje različitih postupaka za očuvanje i zaštitu zdravlja te neovisnosti korisnika kojima je potrebna pomoć obitelji.

SURADNJA SA SOCIJALNIM RADNICAMA

Socijalne radnice su za mnogo korisnika ostale jedini izvor socijalnog kontakta, one su te koje korisnike dobro poznaju, s kojima svakodnevno rade, čak i više puta dnevno. Radni terapeuti su sa socijalnim radnicama aktivno sudjelovali u radu s korisnicima u domaćem okruženju. Sudjelovali smo u pripremi i izvedbi radionica s ostalim stručnim radnicama zaposlenima na projektu. Edukacije su bile izvedene s namjerom da se podigne razina znanja kadra i kvalitete izvođenja usluga. Tematika edukacije obuhvaćala je načine sigurnog premještanja, značenje prilagođavanja životnom okruženju, upoznali smo ih s medicinskim pomagalicama i njihovom uporabom, izveli edukaciju na temu demencije te o temeljnim razinama opažanja kod ljudi s demencijom edukacijom o bazalnoj stimulaciji.

SURADNJA S DRUGIM PROJEKTNIM PARTNERIMA

Radni terapeuti su aktivno surađivali s pridruženim partnerima u okviru projekta, i to s Centrom za socijalni rad Posavje, jedinica Brežice (CSD Brežice). Sudjelovanjem u prekograničnoj strukturi kod pojedinih djelatnosti radnice CSD Brežice usvojile su dodatna stručna znanja jer su se s koordinatoricama pomoći u kući upoznale s dobrim praksama i pristupima pomoći u domu na području radne terapije. Periodički, u suradnji s Centrom za pomoć u kući Maribor, radni terapeuti su jednom mjesečno odlazili u CSD Brežice, gdje su izvodili usluge u kući i edukaciju socijalnih radnika.

Radni terapeuti djeluju kao neovisni stručnjaci. Dio smo šireg tima koji zahtijeva stalnu suradnju i međusobnu komunikaciju u svrhu osiguravanja kvalitetne i cjelovite pomoći za korisnike.

U okviru projekta mjereni su institucionalni kapaciteti sudjelujućih partnera pri osiguranju integriranog pristupa pomoći u domu za starije osobe. U svrhu

zajedničkog oblikovanja jedinstvenog programa, radni terapeuti su surađivali s ostalim projektnim partnerima na višednevnih stručnim radionicama, jednodnevnim radionicama i konzultacijama te proveli brojne edukacije za stručno osoblje, sudjelovali smo i u međupartnerskim osposobljavanjima i u razmjeni dobrih praksi. U daljnjim fazama program smo nadograđivali, nadopunjavali i prilagođavali s obzirom na stvarna iskustva, dobre prakse i spoznaje proizašle iz izvođenja usluga u domaćem okruženju.

ZOD Ljubljana je kao vodeći partner prenio znanja s područja radne terapije svim ostalim partnerima sa svrhom osposobljavanja novih kadrova i za potrebe stjecanja znanja pa su svi partneri imali koristi od kompetentnih vanjskih izvođača - tako su i radni terapeuti na ZOD Ljubljana nadogradili svoje stručne kompetencije s AMPS edukacijom.

RADNOTERAPIJSKO SAVJETOVANJE U TIJEKU EPIDEMIJE KORONAVIRUSA COVID-19

Radu sa starijim osobama u izvanrednim okolnostima potrebno je posvetiti više pažnje. Dok se naša država suočavala s epidemijom, starijim osobama su pomoć i prijazne riječi bile najpotrebnije.

U ZOD Ljubljana, u okviru projekta CrossCare, starijim građanima Mestne občine Ljubljana i njihovim članovima obitelji omogućili smo putem telefonskog razgovora besplatno radnoterapijsko telefonsko savjetovanje s ciljem očuvanja što veće samostalnosti u domaćem okruženju.

Radni terapeuti savjetovali su korisnike i vodili iz kroz aktivnosti kretanja i disanja te pružali savjete kako očuvati vještine kod izvođenja svakodневnih aktivnosti. Putem video sadržaja pokazali samo im kako se najlakše okrenuti u krevetu, kako sjesti, ustati ili premjestiti u invalidska kolica. Također, kao radni terapeuti starijim ljudima dali su preporuke kako si urediti životno okruženje u svrhu sprječavanja padova i vodili ih kroz smislenu uporabu medicinskih pomagala. Posebnu pozornost posvetili smo ljudima s demencijom u obliku vođenih razgovora s naglaskom na očuvanje misaonih procesa. Savjetovanje je bilo namijenjeno i članovima obitelji jer ih u nevolju često dovode upiti vezani uz područje funkcioniranja čovjeka s demencijom u svakodnevnom aktivnostima, upiti vezani uz prehranu osoba s demencijom, načini i tehnike pripreme za opuštanje, kako osoba s demencijom, tako i njih samih.

ZAKLJUČAK

Rad radnog terapeuta u projektu CrossCare temeljio se na interdisciplinarnoj suradnji različitih struka - pritom govorimo o integriranom pristupu, koji je prilagođen korisniku, njegovim navikama, načinu života i okruženju u kojem živi. Zauzimali smo se za socijalnu uključenost svih ekonomskih i socijalnih skupina starijih osoba i osoba sa smanjenom pokretljivošću, čime smo doprinijeli smanjenju nejednakosti i podizanju kvalitete usluga. Projekt je predstavljao inovativnost na visokoj razini jer će njegovi rezultati poslužiti kao stručna osnova za normativno uređenje područja.

Literatura

Fisher. A.G., Jones. K.B. (2011) Introduction. I: Assesment of motor and process skills, Seventh Edition, Revised, Volume 1 . Development, Standardization, and Administration manual. Law. M., About the COPM. Preuzeto 1.6. 2020. sa stranice <http://www.thecopm.ca/about/> ZDTS Assesment of Motor and Process skill. Preuzeto 1.6.2020. sa stranice <https://www.zdts.si/index.php/del-terapija/amps> ZDTS O delovni terapiji. Preuzeto 1.6.2020 sa stranice <https://www.zdts.si/index.php/delovna-terapija>

OSIGURAVANJE DOSTOJNOG ŽIVOTA U ZAJEDNICI OSOBA S DEMENCIJOM

Petra Boh

SAŽETAK

Dimenzije demencije su brojne, a skrb je prvenstveno socijalna: osobi je potrebno osigurati dostojan život te izgraditi ugodan i strpljiv socijalni okoliš. Kao što kaže Malijeva, potreba za uspostavom kontakata s ljudima kod osoba s demencijom je jako izražena i zadovoljavanje te potrebe je često ometano. Osobe s demencijom koje su nam bile povjerene u projektu CrossCare rekly su nam da su jako usamljene i prestrašene, da im nedostaje druženje s njihovim obiteljima i poznanicima te da najviše žele „da ih se razumije“. Moderna skrb za osobe s demencijom usmjerena je prema podizanju kvalitete njihovog života. To nije povezano samo sa životnim okolišem i lakšanjem pratećih zdravstvenih tegoba, nego obuhvaća i pozitivne promjene na području skrbi za osobe s demencijom, prilikom očuvanja preostalih sposobnosti i usvajanja novih znanja potrebnih za njihov aktivniji i puniji život.

ključne riječi: Radna terapija, demencija, skrb u zajednici, domaće okruženje, cjeloviti pristup.

ŠTO JE DEMENCIJA?

Starenje je prirodna pojava od koje nitko ne može pobjeći. Premda razmišljanje o vlastitoj starosti guramo daleko u budućnost, ona je često i dio sadašnjosti, kada se svakoga dana susrećemo sa svojim bližnjima koji su već zašli u zrele godine. Neki pojedinci imaju tu sreću da članovi njihovih obitelji to životno razdoblje provode vedro i da ih zdravlje jako dobro služi. Na žalost postoje i stariji ljudi čiji se život u potpunosti okrenuo naglavačke. Ne samo njima nego i onima koji s njima žive i onima koji se brinu za njih. Postoje situacije kada ih članovi obitelji više ne mogu prepoznati. Ponašaju se drugačije, govore drugačije, zaboravljaju stvari, jako su agresivni i ponekad jako grubo ili nasilni. »Što se događa s njima?« pita se i Velikonja (b.d.).

Demencija mijenja čovjeka. Normalno, ne postoje slučajevi da bi se čovjek probudio ujutro i da bi bio „dementan“. Sve se započinje polako. Dolazi do prvih situacija, štednjak ostaje upaljen, gubljenje ključeva, gubi se ona „crvena nit“ u razgovoru. Postoje dani kada se ništa ne događa, sve je po starom i ne dolazi do zaboravljanja. Odjednom je svijet drugačiji, čujemo optužbe, pojavljuje se povremena dezorijentacija, mijenja se ritam dana i noći ... Zatim se opet ponavljaju dani kada članovi obitelji, skrbnici i ostali ne primjećuju promjene. Stari čovjek je opet „normalan“. Kasnije se stanje pogoršava, osoba s demencijom više ne može prepoznati poznate ljude, a prošlost često postaje i sadašnjost.

Riječi demencija često pripisujemo starost i zaboravljivost. Iako demencija nije nužno dio starosti i više je nego samo zaboravljivost koja nas prati cijeli život. Demencija znači pogoršanje moždanih funkcija koje se pokazuje smetnjama u pamćenju, govoru, razmišljanju, orijentaciji, razumijevanju, prosudbi i drugih sposobnosti. Pogoršanje spomenutih sposobnosti je takvo da utječe na svakodnevne aktivnosti. Posljedice demencije manifestiraju se u različitim promjenama psihološke i emocionalne prirode, kao što su smetnje raspoloženja, uznemirenost, halucinacije, nesanica, pomanjkanje motivacije i slično.

Demencija je posljedica različitih bolesti među kojima su najčešći uzroci Alzheimerova bolest, cerebrovaskularne bolesti, bolest Lewyjevih tjelesaca i frontotemporalne demencije.

Po mišljenjima stručnjaka, osobe s uznapredovalom demencijom u zadnjem razdoblju života osjećaju ne samo kognitivnu nego i tjelesnu slabost, zbog čega su u potpunosti ovisne o skrbi drugih osoba. Pritom imaju smetnje u hranjenju, gube na kilaži, ne mogu se gibati, pojavljuju se rane zbog pritisaka i ne mogu se jasno i razgovijetno sporazumijevati. Pojavljuju se i bolovi, poteškoće u smislu neuropsihijatrijskih i ponašajnih simptoma (apatija, depresija). Najčešće umiru zbog respiratornih infekcija ili infekcija urinarnog trakta te sličnih bolesti. Ne oboljevaju samo osobe s demencijom nego i sve osobe koje se brinu za tu osobu. U prosjeku, za jednu osobu s demencijom, brinu se barem tri osobe. Bolest prouzročava emocionalne probleme, financijsko je opterećenje te tijekom dugogodišnje skrbi dovodi do socijalne isključenosti (Ministarstvo zdravstva, 2016). Ošlakova i Musil smatraju da je u društvu još uvijek prisutna određena doza stigmatizacije osoba s demencijom. To im još dodatno otežava živote i

negativno utječe na traženje pomoći. Zato je važno da poduzimamo dodatne napore za njezinu identifikaciju i smanjenje stigmatizacije. Prvi korak, kojega je potrebno poduzeti, je informirati i izobraziti društvo o stvarnim simptomima i uzrocima demencije te o pogrešnim postojećim predrasudama o demenciji. Naime, ljudi općenito misle da osoba nakon dijagnoze o demenciji, nije više sposobna donositi odluke i brinuti se za sebe. Veliku ulogu u nastanku i stvaranju stigme imaju mediji jer o osobama s demencijom često izvještavaju u zadnjim fazama bolesti, kada je kod njih već narušena sposobnost verbalne komunikacije i obavljanja svakodnevnih zadataka. Zato je od iznimne važnosti društvo podučiti o tome da osobe s demencijom i nakon dijagnoze još uvijek mogu sudjelovati u brojnim aktivnostima i očuvati relativnu neovisnost u svakodnevnom životu te da se napredovanje bolesti razlikuje od pojedinca do pojedinca. Pritom, ključnu ulogu igra i rana dijagnoza demencije koja pojedincu i njegovoj obitelji omogućuje pravovremenu pripremu na tijek bolesti i suočavanje s njezinim simptomima (Ošlak i Musil, 2017).

Demencija postaje sve veći zdravstveni, socijalni i financijski problem koji jako opterećuje društvo kao cjelinu.

Danas:

- demenciju ima približno 33.000 korisnika Slovenije.
- svaki 5. korisnik stariji je od 65 godina.
- svaki 62. korisnik ima demenciju.
- svaki 21. korisnik je skrbnik osobe s demencijom.
- svaki 15. korisnik ima demenciju ili je skrbnik za osobu s demencijom.

Preko 20 godina:

- demenciju će imati približno 48.000 korisnika Slovenije.
- svaki 3. korisnik stariji od 65 godina.
- svaki 43. korisnik će imati demenciju.
- svaki 14. korisnik će biti skrbnik osobe s demencijom.
- svaki 10. korisnik će imati demenciju ili će biti skrbnik osobe s demencijom (L. Zlobec idr., 2018).

MODELI RAZUMIJEVANJA DEMENCIJE

Kao što tvrdi Milošević Arnoldova, do druge polovice 20. stoljeća, demencijom se bavila samo medicina. Klasični medicinski model demenciju vidi kao medicinsko stanje čija je glavna karakteristika organsko oštećenje mozga. U tom pogledu ne možemo napraviti puno ali je važna samo činjenica da što bolje i humanije postupamo s osobama s demencijom. Takvom razumijevanju slijede negativni društveni stereotipi i marginalizacija osoba s demencijom (Milošević Arnold, 2007, str. 27).

Demencija nije samo medicinski fenomen jer njezine posljedice nepovoljno utječu na cijelu osobnost te mogućnost socijalnog funkcioniranja i primarne socijalne mreže pojedinca. Socijalni model uzima u obzir činjenicu da ponašanje osobe s demencijom ovisi o njezinoj prošlosti, općem zdravstvenom stanju kao i o brojnim čimbenicima u njezinoj užoj i široj životnoj sredini. Socijalni model ne odnosi se samo na „samog“ čovjeka, nego i na njegov socijalni okoliš i međusobne interakcije (Milošević Arnold, 2007, str. 28).

Socijalni psiholog Tom Kitwood razvio je holistički pristup kojega možemo okarakterizirati kao cjeloviti ili integrativni. Bit njegovog pristupa je u dijelu koji je usmjeren prema osobama s demencijom. Kitwood probleme u vezi s demencijom ne pripisuje osobama s demencijom nego smetnjama u interakciji i komunikaciji među njima i drugim ljudima. Do nesporazuma i smetnji u odnosu i radu s osobama s demencijom dolazi zbog njihovog povremenog neobičnog ponašanja kojega okolica ne razumije i zbog toga ga i marginalizira. To polako dovodi do toga da osobe s demencijom postupno razvijaju oblike za okolicu neugodne oblike ponašanja (Milošević Arnold, 2007, str. 28).

Iskustva su pokazala da se ponašanje osobe s demencijom bitno mijenja u okolišu koje ga prihvaća i pruža mu podršku. Kako bi stvorili višu razinu kvalitete života osoba s demencijom moramo biti sposobno prepoznati njihove potrebe u tom životnom razdoblju i poticati njihove emocionalne odazive te znati i htjeti ulaziti u empatični odnos. Empatiju razumijemo kao sposobnost uživljavanja i prepoznavanja emocija naših bližnjih. Znači i apsolutnu toleranciju prema njihovim greškama, sustavu vrijednosti te osobe i stajalištima. Priporočilo Alzheimer Europe i Alzheimer's Disease International je, »neka osobe s demencijom, što je duže moguće, ostanu u domaćem okolišu uz potporu odgovarajućih službi. Tako duže vremenski razdoblje ostaju aktivni i samostalni te imaju samostalan i dostojan život« (L. Zlobec idr., 2018).

Radni terapeut koji godinama daje život

Starije osobe s demencijom trebaju usluge radnih terapeuta koji utječu na kvalitetu života osoba s demencijom. Naime, radna terapija utemeljena je na uključenosti korisnika u njemu važne aktivnosti u svakidašnjem životu (briga za sebe, izobrazba, rad ili socijalne interakcije) (AOTA, 2018). Osobe s demencijom koje žive u domaćem okolišu ne posjeduju jednake sposobnosti stručnih tretmana, u usporedbi s osobama s demencijom koje žive u domu za starije i nemoćne. Galofova smatra da su osobama u domovima omogućeni razni stručni tretmani od strane stručno osposobljenog kadra, kao što su radni terapeuti, fizioterapeuti, socijalni radnici i medicinsko osoblje. Kroz razne slobodne aktivnosti u obliku priredbi, uz kvalitetni način provođenja slobodnog vremena, imaju mogućnost razvijati i širiti mrežu društvenih kontakata i mogućnost međugeneracijskoga druženja s mlađim generacijama. Razvojem društva i obiteljskog života, međugeneracijski život unutar višegeneracijskih obitelji, sve je manje prisutan u našem društvu. Osobe s demencijom koje žive u domaćem okolišu imaju mogućnost dobivanja usluga samo patronažne službe, usluge pružanja pomoći obitelji u kućanstvu i usluge socijalnog servisa (Galof, 2019). Projekt CrossCare potvrđuje potrebu i želju starijih osoba koje žive u domaćem okolišu za uslugama radne terapije i socijalnog rada. Statistički podaci IKT platforme ukazuju na izrazito visoku potrebu za radno terapijskim uslugama kod osoba s demencijom jer smo u CrossCare projektu već na samom početku trajanja projekta 1. 9. 2018 do 14. 2. 2020. godine zabilježili 31 posto usluga radne terapije na području duševnoga zdravlja.

Tako, kao i svi ljudi, osoba s demencijom treba društven i aktivan život. Kada postupno gubi sposobnosti potrebne za brigu za svoje svakodnevne potrebe, ako se ne može više sama zaposliti i ako više ne zna kako bi obavljala smislene zadaće i aktivnosti. Možda joj je dosadno, stalno sjedi i gleda u prazno ili se neprestano pita što treba raditi. Možda nešto počne raditi i ne može se sjetiti kako da to napravi, što joj opet prouzročava probleme. Iako osoba s demencijom još dugo može sudjelovati i pomagati u svakodnevnim aktivnostima, kasnije je jako teško potražiti ono što još uvijek može raditi. Neka što duže ostane aktivna na područjima na kojima je stvarno dobra jer je to jako veseli. Važno je da rad ne obavljamo umjesto nje (npr. oblačenje, obuvanje, umivanje, jednostavni kućanski poslovi), nego im moramo dozvoliti da samostalno naprave koliko još mogu. Navedeno im daje snagu i vraća samopouzdanje (Galof, 2019). »Stvaranje novih situacija stvara novo znanje,« Flaker (2014).

Svaka aktivnost kod osoba s demencijom može očuvati ili okrijepiti vitalnost misaonih procesa, osjetilnih opažanja i motoričkih funkcija. Preventivno djelovanje je zato od vitalnog značenja. Istraživanja pokazuju da različite slobodne aktivnosti koje čuvaju i okrijepljuju cerebralnu plastičnost, mogu čak i usporiti napredovanje demencije ili osobi omogućiti da što duže ostane samostalna. Zato trebaju osobu koja planira i vodi njihovu svakidašnjicu. Zadatak obitelji je pomoći osobama s demencijom, kako bi ona mogla obavljati svakodnevne zadatke, sudjeluje s njima te planira aktivnosti koje pomažu u planiranju i ispunjavanju dana.

Iako se obitelji osobe s demencijom jako teško suočavaju s dijagnozom, zato trebaju veliku količinu informacija o bolesti, načinu liječenja i komunikaciji. Spoznaja da je član obitelji obolio od demencije dovodi do velikih problema u obitelji. Najčešće doživljavaju osjećaje krivnje, žalosti, srama i ljutnje (Spominčica: Alzheimer Slovenija, 2017). Osobe s demencijom zatvaraju se u sebe, zaboravljaju riječi, najradije više ne govore, kako bi izbjegnuli stalne popravke u govoru; obitelj šuti zbog „sramote“ i postavljaju si pitanja: „Gdje smo pogriješili da se desilo baš nama, članu naše obitelji?“ Astrid van Hülsen demenciju uspoređuje se zidom tišine (2007). Zato članovi obitelji trebaju potporu, razumijevanje okoline i sugovornika s kojim dijele svoje probleme i nemoć. Članovi obitelji koji brinu za osobe s demencijom često su u problemima jer nisu dovoljno upoznati s načinima izlaženja ususret napredujućoj bolesti. Najčešće probleme prouzročavaju im pitanja povezana s područjima funkcioniranja osobe s demencijom u svakodnevnim aktivnostima, pitanja koja se odnose na prehranu osoba s demencijom te načini i tehnike opuštanja, kako osoba s demencijom, kao i njih samih. Prikladna potpora za osobe s demencijom i njihove obitelji ili skrbnike obuhvaća stručnjake s različitih područja: uz zdravstveno osoblje i psihologe, socijalne radnike i stručnjake s područja obiteljskog prava. Prikladna pomoć pomaže u lakšem prihvaćanju dijagnoze - zajedno planiraju budućnost, dok je to još moguće - te tako omogućuje što duži i kvalitetniji život osoba s demencijom u zajednici (Galof, 2019).

Veliko značenje pripisujemo i prilagodbi uže životne sredine. Fizički okoliš ima važan utjecaj na raspoloženje, zdravlje ljudi i kvalitetan život osoba s demencijom. Većina korisnika koje smo obuhvatili projektom CrossCare živi u životnom okolišu koje ne zadovoljava njihove stvarne potrebe, ne omogućuje im samostalni život i jako je opasan. Hrovatinova smatra da je, na žalost, većina proizvoda projektirana

za zdrave i mlade ljude. Osobe s demencijom te predmete ne mogu u potpunosti koristiti, što prouzročava stres, slabo raspoloženje i gubitak neovisnosti (Hrovatin, 2016).

Radni terapeut u domaćem okolišu igra ulogu učitelja jer obitelj upoznaje s prikladnim tehnikama prilagodbe, koje omogućuju lakše izvođenje aktivnosti. Radnoterapijskom prilagodbom užeg i šireg životnog okoliša uspostavljamo, okrijepljujemo i/ili poboljšavamo spretnosti, aktivnosti na području užih i širih aktivnosti te postizemo što veću kvalitetu života.

Važnu ulogu u osiguravanju kvalitete života osoba s demencijom imaju i lokalne zajednice koje mogu stvoriti okoliš u kojemu se te osobe osjećaju sigurne i prihvaćene. Standard skrbi i podrške oboljelima neka ne uključuje samo što duži život u domaćem okolišu, nego neka osobi s demencijom omogućuje i vidljivu i aktivnu ulogu u lokalnoj zajednici. Potrebno je poticati uspostavu demenciji ugodnog okoliša koji tu bolest prepoznaje te je prema njoj tolerantno i razumijevajuće, što je između ostaloga moguće postići i različitim oblicima osvježavanja i izobrazbe pojedinaca koje se često susreću s osobama s demencijom, prvenstveno u okviru javnih institucija (policajci, vatrogasci, šoferi javnih autobusa, bankari, poštanski djelatnici) (Ministarstvo za zdravlje, 2016). Točka koja odgovara demenciji je točka namijenjena osobama s demencijom, obiteljima i zaposlenicima, kao i svima u lokalnoj zajednici jer je važno da i susjedi prepoznaju osobe s demencijom i da im pruže potrebnu pomoć.

Obitelj osobe s demencijom najveću nemoć najčešće osjete kod traženja i uspostave načina učinkovitije komunikacije s njima. Svakoj osobi ponekad se dogodi da ne mogu pronaći prave riječi, odnosno one riječi koje rijetko koristi. Može nam se dogoditi da ne poznamo točno značenje žargonskih izraza ili riječi izrečene u dijalektu. Iz cijele rečenice ili okolnosti možemo razumijeti značenje nepoznatog izraza.

Na početku, osobe s demencijom možda još i prepoznaju značenje kratke i jednostavne rečenice ali više ne razumiju duže sastavne rečenice ili pojedine riječi koje smo nekada i sami koristili. Zaboravljaju i pojedine jednostavne, često korištene riječi ili ih zamjenjuju neodgovarajućim riječima ili „izmisle“ u potpunosti nove riječi. Budući da ne mogu pronaći prikladno ime za predmet, opisuju ga (telefon - to je za telefonirati; britva - košnja brade). Zbog svega navedenoga rečenice su nerazumljive.

Kod osoba s demencijom veliko značenje pripisuje se verbalnoj komunikaciji. Isto značenje, ponekad čak i veće, ima neverbalna komunikacija ili mimika, gestikulacija, položaj tijela, ton glasa, položaj ruku. Barem 55% cijelog međuljudskog sporazumijevanja sastoji se od govora tijela. Kao što nam kaže dr. Kogoj: »Kada se riječ stiša, govori srce.« (b.d.)

Nova paradigma skrbi za osobe s demencijom odnosi se na čovjeka i njegove potrebe. Naime, pomoć osobi s demencijom učinkovita je tada, kada na ljudske potrebe odgovara u skladu s njegovim očekivanjima i željama. Zato je potreba skrbnicima i članovima obitelji, koje žive s osobama s demencijom, iznimno važna te predstavlja jedno od područja „Strategije upravljanja demencijom u Sloveniji do 2020. godine“ (Ministarstvo za zdravlje, 2016).

VAŽNOST PRUŽANJA CJELOVITOG PRISTUPA

Tijekom pružanja skrbi osobama s demencijom, njihove potrebe potrebno je tretirati cjelovito s integriranim pristupom različitih struka. Brzi rast starijeg stanovništva veliki je izazov s kojim se suočavaju sve razvijene države, zajedno sa Slovenijom. Po podacima Svjetske zdravstvene organizacije (WHO) za 2015. godinu na svijetu je 47,5 milijuna osoba s demencijom. Svake godine broj oboljelih povećava se za oko 7,7 milijuna novih slučajeva što nam ukazuje na to da se simptomi kod novih pojedinaca otkrivaju svake četiri sekunde. Visoki troškovi liječenja te bolesti veliki je izazov za zdravstvene sustave svih svjetskih država, uzimajući u obzir rastući broj oboljelih (Ministarstvo za zdravlje, 2016). Kod rane dijagnoze, integriranim pristupom različitih struka u domu pojedinca s demencijom moguće je osigurati dostojan i kvalitetan život koji bi integracijom novih rješenja mogli osigurati stabilniji sustav skrbi i zdravstva. »Uvođenje inovativnih rješenja potrebno je izvoditi sistematski i cjelovito. Nisu dovoljne samo individualne usluge ili pomagala nego je potrebno osigurati cjeloviti pristup. Samo cjelovitim pristupom može se osigurati dugotrajna skrb koja je dovoljno kvalitetna i dostupna svima. U Sloveniji je do sada razvijeno i implementirano malo rješenja koje bi mogle osigurati sustav dugotrajne skrbi.« (Jakob, 2019)

Slovenske dobre prakse, kao što je bio projekt CrossCare u okviru ZOD Ljubljana, predstavljaju samo pojedina rješenja ili se radi o praksama uvedenima na lokalnoj razini, koje nisu povezane u širi kontekst jer, na žalost, još ne postoji sustav koji bi mogao povezati

o osigurati dugotrajna rješenja na tom području. Primjerenom podrškom, osobe s demencijom još uvijek su važan dio društva. Novi oblici integriranog pristupa u projektu CrossCare utemeljeni su na znanju, spretnostima i iskustvima različitih struka. Samo na taj način ubuduće mogu djelovati u skladu s potrebnama starijih ljudi i u skladu s njihovim potrebama.

Literatura i izvori

- Galof, K. (2019). Sobivanje z demenco. V J. Mali & F. Jakob (ur.), Izzivi interdisciplinarnega sodelovanja na področju pomoči starim ljudem (str. 10–16). Dobiveno 16. 2. 2020 s <http://www.ssz-slo.si/wp-content/uploads/Zbornik-brez-barvne-naslovnice.pdf>
- Hrovatin, J. (2016). Prilagodba životne sredine potrebama starijih osoba. Trzin: Fakulteta za dizajn.
- Hülßen, A. (2007). Zid molka. Logatec: Firis Imperl & Co.
- Jakob, F. (2019). Sobivanje z demenco. V J. Mali & F. Jakob (ur.), Nagovor ob otvoritvi strokovnega srečanja. Dobiveno 16. 2. 2020 s <http://www.ssz-slo.si/wp-content/uploads/Zbornik-brez-barvne-naslovnice.pdf>
- Kogoj, A. (b.d.). Ko beseda utihne, govori srce. V M. Muršec (ur.), Sporazumevanje z bolniki z demenco: Vodnik za svoje in negovalce starejših z demenco. Ljubljana: Johnson & Johnson.
- L. Zlobec, Š., Krivec, D., Bastarda, M., Virant, A., Jurjevič, M., Hojan, V., Tratnik, L. & Jurinčič, H. (2018). Demenci prijazne točke. Spominčica Alzheimer Slovenija – Slovensko združenje za pomoč demenci.
- Milošević Arnold, V. (2007). Socialno delovni pogled na demenco. V J. Mali & V. Milošević Arnold (ur.), Demenca – izziv za socialno delo (str. 27–28). Ljubljana: Fakulteta za socialni rad.
- Ministrstvo za zdravje. (2016). Strategija obvladovanja demence v Sloveniji do leta 2020. Dobiveno 16. 2. 2020 s <https://www.alz.co.uk/sites/default/files/plans/Slovenia-National-Plan-2016.pdf>
- Ošlak, K., Musil, B. (2017). Odnos do demence in stigma demence. Dobiveno 16. 2. 2020 s https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/oslak_jz_01-09.pdf
- Spominčica: Alzheimer Slovenija (2017). Soočanje z demenco in podpora svojcem po diagnozi. V Š. L. Zlobec, D. Krivec, B. Pajk, A. Virant, M. Jurjevič & M. Tratnik (ur.), Živeti z demenco doma. Spominčica Alzheimer Slovenija – Slovensko združenje za pomoč demenci.
- Velikonja, I. (b.d.). Naj ostanejo takšni, kot jih poznamo (str. 3). V I. Velikonja, J. Kersnik, A. Oštir, M. Tovornik, H. Zupančič & H. Kurtin (ur.). Ljubljana: Johnson & Johnson.

RADNOTERAPIJSKI TRETMAN OSOBA NAKON MOŽDANE KAPI U OBITELJSKOM OKRUŽENJU

Matevž Globočnik

SAŽETAK

Uvod: Moždana kap bolest je dijela mozga koja se izražava kao potpuna odsutnost ili oduzetost jedne polovice ljudskog tijela. Uz vidljivu oduzetost tijela može doći do smetnji ili odsutnosti govora, kognitivnih poteškoća, afazije, hemioanopsije ili neglektu i slično. Zbog posljedica osoba je u potpunosti ili djelomično ovisna o pomoći drugih osoba, u rijetkim slučajevima posljedice uopće nisu prepoznatljive. Namjena: Cilj studije je utvrditi kako radnoterapijski tretman osobe nakon moždane kapi u domaćem okolišu, po razvojno neurološkim načelima, utječe na zadovoljstvo i kvalitetu izvođenja dnevnih aktivnosti. Metode rada: Korisnica u primjeru je žena stara 90 godina s dijagnosticiranom moždanom kapi koja se pokazuje kao paraliza desne strane. Kao instrument za ocjenjivanje bio je odabran Kanadski test ocjenjivanja problema aktivnosti (COPM). Tretman je izvodio radni terapeut zaposlen na CrossCare projektu u okviru Zavoda za oskrbu na domu Ljubljana. Rezultati: Na kraju tretmana, instrument za ocjenjivanje COPM pokazao je napredak u prosječnoj ocjeni za izvođenje 5 točki i sa zadovoljstvom provedbe za 4 točke. Zaključna rasprava: Radno terapijski tretman, pokazao se za učinkovitoga i u skladu s razvojno neurološkim načelima.

Ključne riječi: moždana kap, razvojno neurološki tretman, domaći okoliš, studija slučaja.

ISHODIŠTA

Jedna od najčešćih bolesti u starosti je moždana kap. Po podacima Svjetske zdravstvene organizacije (u nastavku teksta: WHO) opredijeljena je kao akutna neurološka bolest žila s naglom ili brzom pojavom simptoma koja utječe na određeni dio mozga. Često uzrokuje dugoročne funkcionalne i psihološke probleme. Više od polovice bolesnika koji prežive

moždanu kap, u obavljanju svakodnevnih aktivnosti, postaje ovisna o pomoći drugih (NSA, 2011).

Zbog visoke smrtnosti i teške invalidnosti, predstavljaju veliki zdravstveni kao i socijalno-ekonomski izazov (Šmuc i Kos, 2010). U 80% slučajeva posljedice kapi pokazuju se kao poteškoće na području kretanja. Obično se pojavljuju kao onemoćalost ili invalidnost ruke i noge (hemiplegija ili hemipareza) desne ili lijeve polovice tijela, nepravilnosti u obliku jedne polovine lica i, u nekim slučajevima i druge posljedice, kao što su smetnje u ravnoteži, govoru i vidu, gubitku kontrole nad mokrenjem i izlučivanjem blata, te poteškoćama gutanja (Brejc, 2001).

Poteškoće skretanjem uzrokuju smanjen usamljenost prilikom obavljanja svakodnevnih aktivnosti (Fletcher-Smith, Walker, Copley, Steultjens i Sackley, 2013). Zato je u procesu rehabilitacije jako važna pomoć raznih stručnjaka koji svojim znanjem pomažu u ponovnom učenju vještina i spretnosti nužnih za što veću samostalnost (Poje, 2004). Važan član rehabilitacijskog tima je radni terapeut koji tretman osobe nakon moždane kapi usmjerava prema aktivnostima iz svih područja ljudskih aktivnosti: dnevne aktivnosti, aktivnosti s područja rada (produktivnosti) i aktivnosti u slobodnom vremenu (Oven in Šergan, 2012).

Unatoč posljedicama moždane kapi, veliki broj osoba što duže želi ostati u domaćem okolišu, jer im to omogućuje samorealizaciju, udobnost, život u njihovom okolišu, poznavanje stambenog prostora i okoliša (Boldy, Grenade, Lewin, Karol i Burton, 2011). Time ispunjavaju svoje fizičke, duševne i duhovne potrebe. Na taj način, život im pruža neometanu vezu s prošlošću i svakodnevnim aktivnostima koje se izvode u njima poznatom okolišu (Wilese, Leibing, Guberman, Reeve i Allen, 2011).

U europskom prostoru aktivnosti u domaćem okolišu izvode se multidisciplinarno. Radni terapeuti članovi su stručnog tima koji dobivaju uvid u autentično stanje starije osobe i okoliša u kojemu živi. Sljedeće ocjenjuju i prilagođavaju tako da je sigurno i primjereno za izvođenje svakodnevnih aktivnosti (Vu i Mackenzie, 2012).

Radni terapeuti, kod osoba nakon moždane kapi, često koriste razvojno neurološke tretmane, u skladu s konceptom Bobath. Tretman je utemeljen na analizi normalnog gibanja i analizi odstupanja zbog ozljeđivanja centralnog živčanog sustava. Specifičnim načinom rada, radni terapeut želi poboljšati/vratiti sposobnost gibanja povrijeđenoj strani (Tomšič, 2011).

Cilj studije slučaja je prikazati učinkovitost radno terapijske terapije s razvojno-neurološkim strategijama kod osobe pogođene moždanom kapi u domaćem okolišu, te utjecaj tretmana na izvođenje i kvalitetu dnevnih aktivnosti.

METODE

Studija primjera osobe pogođene moždanom kapi uključene u radno terapijski tretman koji je obuhvaćao 25 radno terapijskih tretmana. Tretman je izvodio radni terapeut zaposlen na CrossCare projektu u okviru Zavoda za oskrbu na domu Ljubljana.

Okupacijski profil: Korisnica tretmana je stara 90 godina, živi u kući zajedno s kćerkom i njezinom obitelji. U slobodno vrijeme brinula se za kućanske poslove i sobne biljke, rješavala križaljke, čitala časopis, uređivala vrt, kupovala u obližnjoj trgovini i tjedno se družila s prijateljicama u gradskom središtu do kojega je dolazila upotrebom javnog prijevoza. Prije dvije godine pretrpjela je moždanu kap koja je prouzročila parezu desne (dominantne) strane tijela. Od nastanka ozljede, korisnica ne može samostalno izvoditi dnevne zadatke ili bez pratnje, odn., nadzora druge osobe. Gibanje nije moguće zbog smanjenog mišićnog tonusa u ruci. Gibanje noge je normalno i pod nadzorom, bolovi nisu prisutni. Korisnica, zbog moždane kapi ima poteškoće s ravnotežom i zato za mobilnost po stanu koristi invalidska kolica. Nema kontakta s širom okolicom jer

ne može hodati po stepenicama. Od radno terapijskog tretmana očekuje da će moći jesti desnom rukom, ponovo hodati pomoću štapa, ponovo čitko pisati i rješavati križaljke, samostalno se oblačiti i svlačiti te da će uz pratnju druge osobe hodati po stepenicama i odlaziti u šetnju.

Ocjenjivanje: Koristio se Kanadski test ocjenjivanja problema aktivnosti (en. Canadian Occupational Performance Measure; u nastavku teksta: COPM), što je ocjenjivanje u obliku polustrukturiranoga intervjua. Korisnik odabere i ocijeni do pet za njega prioriternih problematičnih aktivnosti za koje ocjenjuje provedbu i zadovoljstvo izvođenjem na ljestvici od 1 do 10, pri čemu 1 označava jako nisku, a 10 jako visoku ocjenu. Radni terapeut zaključuje, koje su za korisnika problematične aktivnosti i aktivnosti za koje je motiviran (Law, Baptiste, Carswell, McColl, Polatajko i Pollock, 2005). Bio je izveden i test mišićne snage ruku, odn., prihvata korištenjem dinamometra. Korisnik svakom rukom dva puta izvodi testiranje, ruka je poduprta na laktu i ne smije se pridržavati zapešće. Krajnji rezultat ocjenjivanja zabilježen je u kilogramima. Test nam pokazuje snagu prihvata pojedine ruke kao što i daje mogućnost usporedbe početnog i krajnjeg stanja. Između ostaloga pokazuje i učinkovitost tretmana, prvenstveno kod osoba s mišićno-skeletnim oboljenjima ili ozljedama, kao kod neuroloških bolesnika. Dinamometar korišten kod osoba pogođenih moždanom kapi predstavlja kontraindikaciju, jer izvođenjem fleksije ruke izazivamo patološke uzorke.

Tablica 1: COPM, izveden 10. 1. 2019

Aktivnost	Ocjena izvođenja aktivnosti	Ocjena zadovoljstva tijekom izvođenja
Oblačenje i svlačenje gornjeg dijela	2	1
Hodanje po stanu	1	1
Savladavanje stepenica	1	1
Pisanje	1	1
Prosjek	1,25	1

Tablica 2: Dinamometrija, izvedena 10. 1. 2019

Ruka	Rezultat u kg
Desna	0 kg
Lijeva	6 kg

Razmatranje: Korisnica je imala jasno oblikovane ciljeve - na kraju tretmana htjela je hodati, samostalno se oblačiti i svlačiti, pisati te ponovo jesti desnom rukom. Radno terapijski tretman utemeljen je na pripremnim i namjenskim aktivnostima u sjedećem položaju te u uspravnom položaju uz potporu. U sjedećem položaju korisnica je izvodila okretanje gornjeg dijela trupa s ispruženim rukama i nagibima. Za istezanje obje ruke korisnica je koristila zdravu ruku. Bolesnu ruku je prihvatila za podlakticu nekoliko centimetara pred zapešćem i tako izvodila aktivnosti. Uz potporu izvodila je ustajanje s kuhinjskog stola i sjedenje. U stojećem položaju uz potporu prenosila je težinu s jedne noge na drugu te podizanje na prste i pete. Za veću razinu sigurnosti i sprječavanje padanja radni terapeut asistirao je na ozlijeđenoj strani te joj nudio potporu. Unosio je i stimulacije manipuliranjem cijele ruke i laganim pritiskom na zglobov ramena. Kod stupnjevanja zahtjevnosti aktivnosti, bilo je dodano i podizanje koljena, abdukcija donjeg uda i povećani broj ponavljanja svake aktivnosti. Izvođene aktivnosti bile su usmjerene prema svijesti o vlastitom položaju tijela kao i na svijest o izvođenju kompleksnijih aktivnosti, kao što su hodanje, sjedenje, stajanje, prihvatanje predmeta u vodoravnom i okomitom položaju. Okretanje, bacanje i hvatanje lopte, nošenje i stavljanje drvenih štapova različitih debljina u dasku s rupama u različitim smjerovima te različite aktivnosti gumenim lopticama namijenjene su za stupnjevanje pripremnih aktivnosti. Korisnik, za izvođenje tih aktivnosti mora očuvati dinamičku ravnotežu tako da prilagođava položaj zahtjevima aktivnosti. Ponavljanjem aktivnosti koje zahtijevaju dinamičku ravnotežu, prilagođavamo središte gravitacije koja, u određenom razdoblju omogućuje prijenos naučenoga na kompleksniju aktivnost (Rugelj, 2014). Kao namjenske aktivnosti korisnica je, uz pomoć terapeuta brisala stol bolesnom

rukom sjedeći na kuhinjskom stolu uz stol i prale posude. Uz sljedeće je stajala uz kuhinjski sudoper. Kod izvođenja obje djelatnosti, cilj je bio poboljšati funkcije i omogućiti upotrebu bolesne ruke tijekom izvođenja aktivnosti. Terapeut je obratio pozornost na ravnanje ključnih točki na tijelu, korisnica je očuvala ravnotežu, ritam izvođenja, snaga ili napor kojega je predstavljala djelatnost.

Za lakše izvođenje dnevnih aktivnosti terapeut je s različitim medicinsko tehničkim pomagalicama i prilagodbama životnog okoliša omogućio viši stupanj sigurnosti i samostalnosti korisnice. Tijekom tretmana terapeut je odstranio tepihe koji su veliki čimbenik potreban za padanje, pomaknuo fotelje u dnevnoj sobi, kako bi korisnica lakše pristupila kauču na kojemu najviše sjedi, okrenuo stol u blagovaonici tako da je više prostora u kutu za hranjenje i da do stola može pristupiti upotrebom štapa za hodanje, rolatora ili invalidskim kolicima. Korisnici i njezinoj kćeri postavljen je stol za tuš kabinu te sobni toalet; ova medicinsko tehnička pomagala bila su savjetovana za postizanje veće samostalnosti i sprječavanje mogućnosti padanja.

ISHODI

Nakon dvadeset i pet tretmana ponovo je bio izveden COPM test koji je pokazao napredak u ocjeni izvođenja tretmana. Ona se s 1m25 povećala na 6,25. Ocjena zadovoljstva, nakon novog ocjenjivanja, povećala se nakon ponovnog izvođenja tretmana, odn. s 1 na 5. Ponovni test mišićne snage ruku dinamometrom pokazao je napredak u desnoj ruci u kojoj se snaga stiska s 0 kilograma počela na 8 kilograma i u lijevoj ruci u kojoj se snaga stiska s 6 kilograma povećala na 12 kilograma.

Tablica 3: COPM – usporedba rezultata

Aktivnost	Ocena izvođenja aktivnosti 10. 1. 2019	Ocena zadovoljstva 10. 1. 2019	Ocena izvođenja aktivnosti 30. 5. 2019	Ocena zadovoljstva 30. 5. 2019
Oblačenje i svlačenje gornjeg dijela	2	1	8	8
Hodanje po stanu	1	1	6	6
Savladavanje stepenica	1	1	5	4
Pisanje	1	1	6	2
Prosjek	1,25	1	6,25	5

Tablica 2: Dinamometrija – usporedba rezultata

Ruka 10. 1. 2019	Rezultat u kg	Ruka 30. 5. 2019	Rezultat u kg
Desna	0 kg	Desna	8 kg
Lijeva	6 kg	Leva	12 kg

RASPRAVA

Radno terapijski tretman u domaćem okolišu znači izvođenje tretmana u domu korisnika koji je često jako učinkovit. Na motivaciju korisnika, želju za uključivanje i suradnju u radno terapijskom tretmanu, pozitivno utječe na domaći okoliš koji mu je poznat i koji mu omogućuje prisutnost obitelji. Tretman je bio usmjeren prema poboljšanju spretnosti koje su bile pogoršane zbog moždane kapi te izvođenje aktivnosti kod kojih je korisnica imala poteškoće i koje je željela poboljšati. Odvijala se u skladu s razvojno neurološkim pristupom što je uključivanje bolesne strane tijela u aktivnost. Poseban naglasak bio je na ravnoteži i hodanju. Analiza studija o radnoj terapiji u domaćem okolišu pokazala je poboljšanje izvođenja osnovnih dnevnih aktivnosti korisnika. Najveći rezultati pokazali su se kod starijih bolesnika i ciljano usmjerenih aktivnosti. Rana faza aktivnosti osoba, nakon moždane kapi omogućuje bolji oporavak, ako je korisnik »prisiljen« koristiti bolesne udove, intenzivno vježba s puno ponavljanja i ako se zahtijevnost zadataka postupno povećava (Goljar, 2010).

Temeljem praćenja funkcioniranja korisnika i participacije u različitim djelatnostima, terapeut je utvrdio čimbenike koji potiču ili sprječavaju izvođenje aktivnosti te moguće čimbenike rizika od padanja.

Radno terapijski tretman pokazao se učinkovitim. Postigli smo sve postavljene ciljeve. Poboljšalo se izvođenje uži (oblačenje i svlačenje, hranjenje, hodanje) kao i širih djelatnosti (pisanje) Korisnica je poboljšala uključenost u djelatnosti i razinu samostalnosti koju je imala na početku tretmana. Izobrazbom korisnice i obitelji terapeut je osigurao znanje za učinkovitije, sigurnije i samostalnije izvođenje aktivnosti, kao i za očuvanje navika i uloga korisnice.

Literatura

- Tomšič, M. (2011). Delovna terapija na nevrološkem področju: zgodnja delovnoterapevtska obravnava oseb s hemiplegijo. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.
- Vu, T., Mackenzie, L. (2012). The inter-rater and test-retest reliability of the Home Falls and Accidents Screening Tool. *Australian Occupational Therapy Journal*, Vol 59, 235–242.
- Wiles, J. L., Leibing, A., Guberman, N., Reeve, J., Allen, R. (2011). The Meaning of »Ageing in Place« to Older People. *The Gerontologist*: 1-10. Pridobljeno 1. 2. 2020 s <http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/early/2011/10/07/geront.gnr098.full>
- Oven, A., Šergan, L. (2012). Samostojnost izvajanja osnovnih dnevnih aktivnosti po možganski kapi. Posvetovanje. Delovna terapija – stroka sedanjosti, 2. februar 2012.
- Boldy, D., Grenade, L., Lewin, G., Karol, E. in Burton, E. (2011). Older people's decision regarding »ageing in place«: A Western Australian case study. *Australian Journal on Ageing*, Vol 30, No 3: 136-142.
- Fletcher-Smith, J. C., Walker, M. F., Copley, C. S., Steultjens, E. M. J., Sackley, C. M. Occupational therapy for care home residents with stroke (Review). *The Cochrane Collaboration*: 1-44. Pridobljeno 13. 2. 2020 s <https://europepmc.org/article/PMC/6464854>
- Poje, J. (2004). Sodobni pristopi v delovni terapiji pri bolnikih z možgansko žilno boleznijo. V: *Novosti v rehabilitaciji po možganski kapi*. Zbornik predavanj, 15. dnevi rehabilitacijske medicine, 26. in 27. marec. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo, 153–159.
- Poje, J. (2004). Delovna terapija pri bolnikih z desnostransko ali levostransko hemiplegijo po ICV. V: *Človeku prijazni pristopi*. Zbornik predavanj, 40 let izobraževanja delovnih terapevtov, 26.–28. maj. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, 75–76.
- Brejc, T. (2001). Možganska kap. Vprašanja in odgovori. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo, 10-20.
- Šmuc, T. in Kos, J. (2010). Srčni infarkt in možganska kap. V: *V skrbi za vaše zdravje: Ko so*

- minute pomembne. Novo mesto: www. Krka.si: 4-6.
Pridobljeno 13. 2. 2020, s http://www.krka.si/media/prk/dokumenti/3783_ko_minute_19_vsvz.pdf.
11. National Stroke Association (NSA) (2011).
Rehabilitation therapy after stroke. info.stroke.org/site/PageServer?pagename=REHABT.
12. Pridobljeno 16. 2. 2020 s <http://www.thecopm.ca/about/>
13. Pridobljeno 15. 2. 2020 s https://books.google.si/books?hl=sl&lr=&id=QcNvRf-HZJ4C&oi=fnd&pg=PA145&dq=dynamometer+hand+strength&ots=lpz6OdMW3u&sig=pCjeULeJD43TxlhJD_uNr0szGxg&redir_esc=y#v=onepage&q=dynamometer%20hand%20strength&f=false
14. Pridobljeno 16. 2. 2020 s <https://books.google.si/>

FIZIOTERAPIJA

RADNO TERAPIJSKI TRETMAN OSOBA NAKON MOŽDANE KAPI U OBITELJSKOM OKRUŽENJU

Mirjana Vukadinov

SAŽETAK

Fizioterapija se bavi opredjeljivanjem i poboljšanjem kvalitete života pojedinca i njegovih mogućnosti gibanja te djeluje na područjima promocije zdravlja, preventivne, liječenja, rehabilitacije i rehabilitacije. Fizioterapija obuhvaća suradnju između fizioterapeuta i korisnika usluga kao i suradnju s drugim zdravstvenim stručnjacima, osobljem za njegu bolesnika, obiteljima i zajednicom (Fizioterapija, 2013).

Fizioterapija se izvodi u različitim okolišima, bolnicama, domovima za starije i nemoćne, rehabilitacijskim centrima i u domovima korisnika.

Ključne riječi: fizioterapija, savjetovanje, domaći okoliš, obitelj.

U procesu fizioterapeutskog tretmana najvažniji je cjeloviti tretman korisnika. Korisnik mora dobiti informacije o predloženim postupcima fizioterapije. Pritom je potrebno uzimati u obzir njegovu starost te emocionalne i mentalne sposobnosti za suradnju tijekom fizioterapeutskog tretmana (Puh idr., 2015). U procesu izvođenja fizioterapije u kući, u CrossCare projektu, jedna od jako važnih zadaća fizioterapeuta bila je suradnja s korisnikom i njegovim obiteljskim članovima, odn., obitelji koja brine za korisnika, kao i suradnja sa socijalnim skrbnicima.

Namjena izvođenja fizioterapije u kući obuhvaća:

- poticanje zdravlja i dobrog raspoloženja korisnika s naglaskom na tjelesnoj aktivnosti;
- pružanje usluga fizioterapije potrebne za obnovu integriteta tjelesnih sustava bitnih za gibanje, za poboljšanje funkcije i oporavka, smanjenje

nemogućnosti, poboljšanje kvalitete života te omogućavanje neovisnog života;

- prilagodbe životnog okoliša;
- poboljšanje kvalitete života korisnika u njegovom domaćem okolišu.

U radu s korisnicima fizioterapeut, temeljem medicinske dijagnoze i fizioterapeutskih testiranja, postavlja fizioterapeutsku dijagnozu. Zatim, temeljem rezultata i nakon prethodnog dogovora o pružanju usluga planira fizioterapeutski tretman.

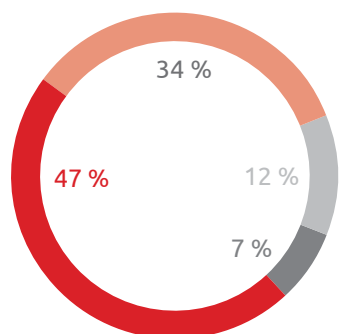
Za mnoge korisnike, jako su važne fizioterapijske usluge u domu i zato nas rado i s povjerenjem puštaju u svoju kuću. U domaćem okolišu starije osobe se osjećaju najsigurnije. Bolničko liječenje i rehabilitacija u rehabilitacijskom centru, toplicama ili kakvoj drugoj ustanovi, prilagođeni su potrebama bolesnih. Prostori, kreveti, druga medicinsko tehnička pomagala i stručno zdravstveno osoblje slijede medicinski model. Tijekom otpuštanja u domaći okoliš korisnici i njihovi obiteljski članovi dobivaju samo usmene i pisane upute kako da nastave s rehabilitacijom, iako se često pokazuje da stariji ljudi prvenstveno trebaju podršku druge osobe, prilikom izvođenja aktivnosti. Tijekom trajanja CrossCare projekta često smo utvrdili da su korisnici i njihovi obiteljski članovi samo djelomično razumjeli upute koje su dobili na kraju bolničkog liječenja.

Vraćanjem u domaći okoliš korisnici se pitaju, kako dalje, kako da ispravno i što učinkovitije izvode aktivnosti koje su naučili u lječilištu. Suočavaju se s pitanjem o ispravnom terapijskom položaju u krevetu, kako da se sami okreću u krevetu, na koji način moraju sjesti, ustati te kako se gibati i hodati.

U CrossCare projektu u Zavodu za oskrbu na domu Ljubljana od početka trajanja projekta, tj. od 1. 9. 2018 do 1. 3. 2020. godine u fizioterapiji tretirali 296 korisnika s funkcionalnom dijagnozom. To detaljno prikazuje Grafikon 1 sa sljedećim podacima:

- nepokretan: 22 korisnika,
- teško pokretan: 35 korisnika,
- pokretan s pomagalima: 138 korisnika,
- pokretan: 101 korisnik.

Grafikon 1: Odsutnost korisnika s funkcionalnom dijagnozom



- pokretan s pomagalima
- pokretan
- teško pokretan
- nepokretan

Izobrazbu korisnika i njihovih obitelji izvodili smo kod 272 korisnika.

Za socijalne skrbnike, u ZOD Ljubljana izvodili smo strune radionice na temu ispravnog pozicioniranja korisnika u krevetu i o neurološkim oboljenjima. Također, u Centru za socijalni rad Posavje, jedinica Brežice, izvodili smo savjetodavne radionice za socijalne skrbnike o ispravnom namještanju korisnika i neurološkim bolestima te savjetodavne posjete na terenu ili domu korisnika.

Kod gerijatrijskih korisnika najčešće smo se susretali s ozljedama, lomovima, neurološkim bolestima (moždana kap, Parkinsonova bolest, multipli skleroza), degenerativnim oboljenjima, kroničnim bolestima, kardiovaskularnim oboljenjima, reumatskim bolestima, onkološkim stanjima i slično. Obično se radi o polimorbiditetu, što znači da je prisutno više važnih dijagnoza koje na jedan ili drugi način utječu na psihofizičko stanje pojedinca.

Starijim osobama najviše poteškoća predstavlja slaba ravnoteža, vrtoglavica, bolovi, oslabljenost (neaktivnost), demencija, osteoporoza, strah od padanja, šećerna bolest, respiratorne poteškoće, slabiji vid ili sluh, upale urinarnog trakta, problemi sa srcem i slično.

Problemi s funkcionalnim mogućnostima znači nemogućnost izvođenja dnevnih aktivnosti kao što su hranjenje, oblačenje, osobna higijena i gibanje. Proporcionalno je povezana s neaktivnostima.

Smanjenje se pokazuje u slaboj ravnoteži i većem broju padanja. Sljedeći se pojavljuju zbog smetnji u

dinamici ravnoteže, općoj oslabiljivosti, oslabiljivosti donjih udova i slično.

Dugotrajno mirovanje i neaktivnost korisnika negativno utječu na disanje kao i na krvotok u plućima. Posljedice ležanja nedovoljna je ventilacija pluća, oslabljeni mehanizam čišćenja dišnih putova i povećani rizik respiratornih infekcija što vodi u respiratorne probleme.

Također, dugotrajno mirovanje negativno utječe na kožu, prvenstveno zbog pritiska na kožu i mekana tkiva, zbog čega se može pojaviti dekubitus odn., rana od ležanja.

Urinska ili fekalna inkontinencija razvija se kod više od 40% starije populacije što još slabije utječe na zdravstveno stanje korisnika.

U vezi sa svim navedenim problemima u CrossCare projektu timski smo se povezali s ostalim stručnim suradnicima. Na timskim sastancima porazgovarali smo o korisniku, odn., njegovim poteškoćama te odlučili se kako će se pružati pomoć korisniku i njegovim obiteljskim članovima. Po potrebi, u tretman su se uključili radni terapeut i fizioterapeut ili dva fizioterapeuta ili fizioterapeut te diplomirana medicinska sestra te fizioterapeut sa socijalnom skrbnicom.

Tako, fizioterapeutski proces naglašava važnost kinezioterapije s naglaskom na treningu ravnoteže, vježbi snage i snage mišića, boljoj tehnici hodanja, korištenju pomagala za hodanje, vježbama disanja te vježbama cirkulacije. Sve metode i tehnike određene su individualno s obzirom na prirodu bolesti, odn., ozljedu korisnika.

Neurološki bolesnici zahtijevaju dugotrajni tretman u svrhu postizanja optimalnog funkcionalnog stanja, odn. održavanja istoga. Redovita aktivnost korisnika nakon moždane kapi, od izvanrednog je značenja jer u suprotnom smanjena aktivnost može prouzročiti nepokretnost koja je povezana s mnogim rizičnim čimbenicima, koje smo već prethodno spomenuli (dekubitusi, upala pluća, guboka venska tromboza). Redovito izvođenje individualno određenih fizioterapeutskih vježbi od ključnog je značenja za samostalnost, neovisnost i što kvalitetniji život.

Tijekom svakog tretmana izveli smo program izobrazbe obiteljskih članova i samog korisnika - s korisnikom smo teoretski i praktično izvodili učenje okretanja u krevetu i sjedanja, trening transfera s

kreveta na invalidska kolica i s kolica na krevet te učenje ustajanja i hodanja. U proces rehabilitacije u domaćem okolišu uključili smo i obitelj korisnika.

Zbog rasta broja starijih ljudi, od bitnog značenja je cjeloviti tretman starijih i kronično bolesnih ljudi u domaćem okolišu. CrossCare projektom fizioterapeuti su utjecali na integrirani pristup skrbi čime smo se približili socijalnom modelu skrbi za starije u njihovoj kući.

Literatura i izvori

- Puh, U., Zupanc, A., Hlebš, S. (2015).
Visokokakovostna fizioterapija – kaj je to?
Fizioterapija 2015, letnik 2.
Fizioterapija (2013). Opis poklica fizioterapevt.
Fizioterapija 2013, letnik 21, številka 1. Pridobljeno
2. 3. 2020 s <https://www.physio.si/wp-content/uploads/2016/11/Opis-poklica-fizioterapevt.pdf>

ZNAČENJE FIZIOTERAPIJE U KUĆI KOD GERIJATRIJSKIH OSOBA I GLAVNA PODRUČJA RADA U OKVIRU PROJEKTA CROSSCARE

Urša Zupančič

Količina stanovništva starijega od 65 godina u Sloveniji, brzo se povećava. Starije osobe žele što duže živjeti u domaćem okolišu te pritom očuvati samostalnost i postići što bolju kvalitetu života. U Sloveniji, pristup pomoći u kući ovisi o lokalnom okolišu, što znači da se među regijama stvara nejednakost. U okviru projekta CrossCare fizioterapeuti su djelovali u ruralnijim područjima gradske općine Ljudljana, gdje smo uz fizioterapeutske usluge imali i okrugle stolove, u svrhu informiranja pojedinaca o mogućnostima fizioterapeutskih usluga u kući.

Gibanje je jedan od najvažnijih čimbenika potrebnih za očuvanje samostalnosti i mobilnosti. Općenito, to je želja koja na žalost nije dostupna svakom pojedincu. Vrijednost vježbanja ili gibanja je u tome da pomaže u očuvanju najboljeg mogućeg funkcionalnog stanja starije osobe; tako se održava kvaliteta života i participacija u širem društvenom okolišu. Koristi vježbanja su sustavne i pozitivno utječu na sve organske sustave i funkcije. U razdoblju starosti često se zapažaju smanjenja funkcionalnoga stanja koja se pokazuju u obliku usporenog gibanja, slabije mišićne snage i brzog umaranja. Razlog za navedeno različite su kronične bolesti, kao i akutna stanja koja utječu na opću (ne)aktivnost pojedinca. Posljedica je da velika količina starijih osoba ima funkcionalna ograničenja u hod, podizanju, održavanju posturalne ravnoteže i rehabilitacije zbog posljedica padanja (Kauffman idr. 2014, 5). Fizioterapija u kući tako predstavlja željenu intervencijsku strategiju za sprječavanje funkcionalnih problema starijih ljudi. U procesu rehabilitacije fizioterapeuti su uzimali u obzir potrebe i želje korisnika te specifične čimbenike. Korisniku je bio omogućen individualni tretman prilagođen okolišu u kojemu živi. Specifičan okoliš tijekom rada na terenu predstavla izazov; bila je potrebna velika mjera snalažljivosti i modifikacija za osiguravanje primjerenoga

namjenskoga programa, s druge strane, specifičnim pristupom poticali smo i povećavali mogućnosti dugoročne participacije korisnika u programu vježbanja. Utvrdili smo i da su važne prednosti u radu na terenu suradnja kao i izobrazba obitelji i skrbnika koji djeluju u neposrednoj blizini korisnika i koji su dobro upoznati s njegovim potrebama. U literaturi (Guccione idr. 2012, 457–481) ispostavljene su specifičnosti domaćega okoliša. Budući da sljedeće ima svoju unutarnju autonomiju, predstavlja i situacijsku izolaciju od ustaljenih protokola, npr. pristupa sustavno organiziranoj zdravstvenoj dokumentaciji, te od fizioterapeuta zahtijeva učinkovito korištenje vremena i prihvaćanje praktičnih odluka. Posebna karakteristika rada na terenu je i u tome da fizioterapeut ulazi u korisnikov dom, što može predstavljati osjetljivi okoliš; od izvanrednoga značenja je i stjecanje povjerenja korisnika. Nakon što fizioterapeut dobije povjerenje korisnika, započinje s daljnjim stručnim radom, tj. promocija samostalnosti u aktivnostima svakodnevnog života i reintegracija korisnika u zajednicu. Naime, neaktivnosti ili hospitalizacije često dovode do smanjenih mogućnosti u svakodnevnim aktivnostima, smanjuje se kvaliteta života, postoji rizik od depresije kao i rizik od (ponovnog) padanja. Fizioterapeut u kući koji ocjenjuje rizike od padanja i smanjenje funkcionalnog statusa, ključnu ulogu igra u prevenciji pojavljajućih hospitalizacija. Čak i autori istraživanja (Chen idr., 2019) navode da doktori s područja rehabilitacijske medicine i istraživači, sve bolje i bolje prepoznaju značenje vježbanja u domaćem okolišu jer se tako štedi na vremenu, a korisnici je mogu izvoditi sami i bez posebne opreme.

Najvažniji dio fizioterapeutskog tretmana predstavlja kvalitetna ocjena stanja korisnika, temeljem kojega napravimo plan rada i odaberemo primjerene fizioterapeutske intervencije. Na projektu CrossCare

najveće potrebe pokazale su se za sljedećim uslugama: izobrazbi korisnika i obitelji, terapijskim vježbama za mišićnu snagu, terapijskim vježbama za koordinaciju i ravnotežu, treningu hodanja, manualnim tehnikama, terapijskom ultrazvuku TENS-u namijenjenom protiv bolova. U prosjeku izvodili smo osam Fizioterapeutskih tretmana korisnika, što nije dovoljno za postizanje dugoročnih ciljeva, posebno kod kroničnih stanja. Kod gerijatrijske populacije susrećemo se s pojavom komorbiditeta (više od polovice starijih osoba ima tri ili više kroničnih bolesti), što znači da u većini slučajeva ne možemo očekivati potpuno uklanjanje simptoma ili poteškoća. Kolaborativnim i interdisciplinarnim pristupom koji je usmjeren na pacijenta možemo povećati mogućnosti poboljšavanja ili barem očuvanja postojećeg funkcionalnog stanja. Izobrazba korisnika, obitelji i skrbnika pokazala se za jednu od najvažnijih mjera za koje mislimo da imaju dugoročne rezultate. Ako fizioterapeut uspije utvrditi da će korisnik ustrajati u predloženom vježbenom sklopu i uzimati u obzir određene prijedloge u različitim funkcionalnim aktivnostima, na taj način postižu se dugoročni rezultati fizioterapeutskih tretmana. Tijekom projekta najveća potreba za izobrazbom svih sudionika pokazala se na području ispravne posturalne stabilizacije za učinkovito izvođenje terapijskih vježbi, strategija za sprječavanje padanja, strategija za savladavanje bolova, namještanja nepokretnog korisnika u krevetu, transfera te na području ergonomije rada ili kućanskih poslova. Jedan od važnijih fizioterapeutskih ciljeva u sklopu projekta bilo je smanjenje bolova. Veći napredak zabilježili smo tijekom kombiniranja različitih metoda rada za smanjenje bolova; najvažniji elementi bili su aktivno vježbanje i usvajanje posturalne stabilizacije. Komplementarne metode rada bile su različite manualne tehnike (manipulacija fascija, mobilizacija zglobova itd.), upotreba terapijskog ultrazvuka i uređaji za smanjenje bolova TENS te primjena kineziotapinga. Za svakog korisnika individualno smo ocijenili koju ćemo kombinaciju odabrati s obzirom na prisutne indikacije i kontraindikacije. Među tretmanima od korisnika smo cijelo vrijeme dobivali povratne informacije u svrhu reevaluacije odabranih terapijskih postupaka koje smo po potrebi promijenili ili izostavili. Uz izobrazbu i smanjenje, odn. savladavanje bolova važno područje je bilo ono područje na kojemu smo djelovali, sprječavanje padanja. Tako, u sklopu projekta, često smo izvodili vježbe za ravnotežu i koordinaciju u vezi s vježbama mišićne snage.

Po podacima Svjetske zdravstvene organizacije, kod osoba starijih od 65 godina, bilježimo od 20 do 35 postotnu pojavu padanja godišnje, dok se kod osoba starijih od 70 godina taj postotak povećava

na 32 do 42 posto. Padanja su posljedica različitih čimbenika, nuspojava lijekova, prepreka u okolišu, kardiorespiratornih poteškoća, kognitivnih promjena, opće oslabljenosti te sentoričkih i motoričkih problema (Kauffman idr. 2014, 433). Znanstveno dokazane intervencije kod padanja individualno su oblikovani tretmani koji obuhvaćaju primjerenu intenzivnost i specifičnost terapijskih vježbi te raznolikost rehabilitacijskog programa. Prednost fizioterapije u kući je da je fizioterapeut u stvarnom okolišu korisnika i tako može napraviti ocjenu u najrelevantnijem okolišu. Jedan od važnijih čimbenika u ocjeni rizika od padanja prisutnost je prethodnih padanja koja su već prouzročila određeno smanjenje funkcionalnosti, hospitalizaciju i strah od ponovnog padanja. Velika količina slučajeva padanja događa se u samom domu (20 do 55 posto); općenito korisnik se ne može sam dignuti s tla i zato je važan dio fizioterapeutskih tretmana i trening ustajanja s tla, ako to omogućuje stanje korisnika. Strah od padanja jako povećava mogućnost od ponovnog padanja, veliki broj korisnika, zbog straha, ograničava svoju mobilnost i tako postaju ovisni od doma (Guccione idr. 2012, 457–481). Za primjer uzmimo gospodina H. nakon operacije kuka s kojim smo izvodili tretman u okviru CrossCare projekta. Tijekom prve posjete i fizioterapeutske ocjene, ocijenili smo da se korisnik može samostalno gibati pomoću štaka. Glavna poteškoća bio je strah od ponovnog padanja što je značilo da gospodin H. nije izlazio iz svojega stana na drugom katu. Uz prisutnost fizioterapeuta te dodatnih informacija da se radi o sigurnom okolišu, među prvima tri tretmana pacijenta u potpunosti je usvojio vještinu hodanja po stapanicama i hodanja po neravnim površinama u širem okolišu. Nakon dodatnih tretmana još uvijek je trebao jako puno verbalnoga nagovaranja i razumijevanja fizioterapeuta radi stjecanja potpunog povjerenja u proces rehabilitacije. Tako je u potpunosti započeo s hodačnjem po stepenicama čak i tijekom odsutnosti fizioterapeuta. Mjesec dana nakon završenih tretmana gospodin H. telefonirao je javio da je u potpunosti samostalan, da se dnevno kreće u širem okolišu te da sudjeluje u raznim socijalnim aktivnostima.

Brojna istraživanja potvrđuju učinkovitost vježbenih intervencija za sprječavanje padanja. Autori istraživanja (Mittaz Hager idr., 2019), istraživali su utjecaj domaćeg vježbenog programa na prevenciju padanja, kvalitetu života i participaciju u vježbenom programu kod starijih osoba s povećanim rizikom od padanja. Rezultati su pokazali da su intervencije za prevenciju padanja, koje obuhvaćaju vježbene programe, dokazano učinkovite, odn. da smanjuju broj incidenata padanja među starijim osobama i tako smanjuju broj ozljeda kao i

posljedica padanja. Također, poboljšana je i kvaliteta života. Terapeutski program vježbanja za upotrebu u domaćem okolišu usredotočava se na poboljšanje ravnoteže, mišićne snage donjih udova te funkcije i samopouzdanja u gibanju. Autori istraživanja (Hill idr., 2015) istaknuli su tri glavne karakteristike programa vježbanja za smanjenje broja padanja, a to su umjerena do visoka zahtjevnost vježbi ravnoteže; najmanje 50 sati vježbanja godišnje (približno dva sata tjedno); redovita svakodnevna vježba u skladu s programom. Rezultati istraživanja pokazali su superiornost individualnog programa prilagođenog potrebama pojedinaca. Individualizirani pristup omogućuje više sigurnosti pri treningu ravnoteže, važan je i nadzor i po potrebi povećanje zahtjevnosti terapeutskog programa vježbanja.

U vezi s padanjima, fizioterapeuti su u radu na terenu primjećivali i visoku učestalost opće oslabljenosti starijih osoba koja je bila ili uzrok ili posljedica padanja, ozljeda ili hospitalizacije. Pokazalo se da je vježbu snage potrebno kombinirati s vježbama ravnoteže ili s mogućim intervencijama protiv bolova. Čak i autori istraživanja (Soukio idr., 2018) proučavali su pojavu oslabljenosti starijih ljudi (nenamjerno smanjenje tjelesne težine, umor, fizička neaktivnost, sporo hodanje) i utjecaj fizioterapije u kući na funkcionalno stanje starijih osoba. Rezultati istraživanja pokazali su da fizioterapeutska vježba poboljšava funkcionalno stanje slabije starije osobe, a između ostaloga, poboljšava se brzina hodanja kao jedan od pokazatelja poboljšanja funkcionalnog stanja. Na taj način produžuje se život u domaćem okolišu. Savjetuju se intervencije za vježbu koje obuhvaćaju različita područja (aerobna vježba, vježbe snage, vježbe ravnoteže i vježbe mobilnosti) te su strukturirane individualno i progresivno. Također, pokazalo se da je individualno strukturiran program pod nadzorom terapeuta učinkovitiji kao sudjelovanje u zajedničkim vježbama.

Starije osobe trebaju program vježbanja koji je prilagođen njihovim potrebama i funkcionalnim ciljevima. Od ključnog značenja je nadzor nad izvođenjem vježbe (promatranje disanja, umor, kvaliteta gibanja) kao i davanje individualnih uputa i smjernica. Za dobro raspoloženje i uspješno izvedeni program vježbanja važna je prehrana s dovoljnim unosom hranjivih tvari i primjerena hidracija, na što posebno moramo obratiti pozornost kod starijih osoba (Kauffman idr. 2014, 112-119). Istraživanja su pokazala da se najviše preporučuje ako korisniku predložimo samo dvije ili tri vježbe koje su izvedene u pravilnoj formi i ako ih pojedinac redovito i svakodnevno izvodi; predlaže se i dnevna šetnja. Program vježbanja nadograđuje se sukladno načelu postupnosti. Redovito

se provjerava da li je korisnik usvojio predložene vježbe i da li ih izvodi na siguran način. Ako mislimo da je potreban poseban nadzor korisnika, najbolji je način da u proces uključimo i obitelj. Za dugoročnu participaciju važne su i strategije poboljšanja motivacije kao što su verbalno poticanje na izvođenje aktivnosti, izobrazba o pozitivnim rezultatima vježbe, kognitivno-bihevioralni pristupi (realniji pogled na bolest, tehnike opuštanja, smanjenje straha od padanja), upotreba humora, program vježbanja u pisanom obliku, upotreba društvenog okoliša kao motivacije za postizanje ciljeva te postavljanje realnih i jasnih ciljeva (Guccione idr. 2012, 457-481). Fizioterapeuti su u okviru projekta CrossCare, bez obzira na kratko razdoblje tretmana, djelovali u skladu s načelima postupnosti i jako naglašavali važnost dugoročne suradnje u programu vježbanja. Ubuduće, u sličnim projektima imalo bi smisla izvoditi i reevalucijske posjete na duže razdoblje, u svrhu provjere praćenja predloženog programa vježbanja.

Uz prevenciju padanja i opću oslabljenost potrebno je istaknuti i bol kao jedan od najčešćih simptoma kod korisnika u projektu CrossCare. Prisutnost boli kompleksna je pojava i pokazuje se u smetnjama i poteškoćama. Prisutnost bolova povezuje se s većim smetnjama u funkcionalnosti, padanjima, depresijom, smanjenim sposobnostima, smetnjama u spavanju i socijalnom izolacijom u usporedbi sa starijim osobama koje ne pate od bolova. Osobe s kognitivnim smetnjama često pokazuju neverbalne znakove (vokalizacija, mimika) bolova koje je potrebno prepoznati. Savladavanje bolova zahtijeva cjeloviti pristup i obuhvaća farmakološke (analgetici, opiodi) kao i nefarmakološke pristupe (fizioterapija, akupunktura, kognitivno-bihevioralna terapija, itd.). Kod propisivanja lijekova potrebno je provjeriti nuspojave lijekova i njihovu interakciju. Zato je potreban individualan pristup. Cilj je smanjiti bolove; naravno, potpuno uklanjanje bolova, često nije moguće (Malec in Shega, 2015). Najbolji indikator bolova kod starijih osoba još uvijek je samoocjenjivanje intenziteta boli. Veliki broj starijih osoba ne govori o bolovima zbog krivih uvjerenja da je bol normalan dio starenja; navode strah od dijagnostičkih postupaka, brigu o prisutnosti bolova i mogućnost gubitka samostalnosti. Zbog česte pojave komorbiditeta kod starijih osoba, potrebno je da se navodi različite izvore bolova i da ih se, shodno navedenom, i tretira (Schwan idr., 2019). Fizioterapeuti zaposleni na projektu CrossCare, u svojem radu koriste VAS ljestvicu potrebnu za ocjenjivanje bolova koja je alat za samoocjenjivanje potreban za određivanje intenziteta bolova i u literaturi je navedena kao pouzdani alat za mjerenje. Na kraju tretmana, u velikoj većini slučajeva zabilježili smo pozitivne rezultate;

kombinirali smo različite tehnike kontrole bolova (manualna terapija, terapeutski ultrazvuk, terapija protiv bolova TENS, vježbe rastezanja, kineziotaping) u vezi s kinezioterapijom i tehnikama samoprocjene.

Fizioterapija u kući ima kompleksnu ulogu z rehabilitacijskom procesu i može se koristiti u različitim razdobljima; rješava probleme među bolničkim liječenjem i daljnjom rehabilitacijom u rehabilitacijskim ustanovama. Također, dobrodošla je u razdoblju nakon završene institucionalne rehabilitacije, kada se može nadograditi postignuto funkcionalno stanje korisnika. Na taj način postiže se veća samostalnost i bolja kvaliteta života. Ima važnu obrazovnu i preventivnu ulogu koja dugoročno smanjuje broj ili trajanje hospitalizacija, što opet smanjuje troškove zdravstvene blagajne. Domaći okoliš pozitivno utječe na korisnika jer mu je poznato i u njemu se osjeća opuštenije; kod tretmana prisutna je i obitelj što dodatno povećava rezultate izobrazbe koju izvodi fizioterapeut. Istovremeno se povećava mogućnost postizanja bolje samostalnosti i bolje kvalitete života. Korisnici koji zbog ograničenja u gibanju ne mogu sudjelovati u fizioterapeutskim programima u širem okolišu, ograničeni su samo na usluge u svojoj kući i zato im fizioterapija u kući predstavlja jedini način sudjelovanja u rehabilitacijskom procesu, u svrhu postizanja ili ouvanja funkcionalnog stanja. Dakle, radi se o širokoj iskoristivosti usluga u kući koje bi bilo smisljeno uključiti u sustavno uređenje te pritom djelovati preventivno i kurativno. Povezivanjem različitih stručnih djelatnika korisniku bi se mogao osigurati kvalitetan i cjeloviti tretman.

Literatura i izvori

Chen, Hongbo, Xiaoyan Zheng, Hongjie Huang, Congying Liu, Qiaoqin Wan in Shaomei Shang. 2019. The effects of a home-based exercise intervention on elderly patients with knee osteoarthritis: a quasi-experimental study. *BMC Musculoskeletal Disorders* 20: 160.

Guccione, Andrew A., Rita A. Wong in Dale Avers. 2012. *Geriatric Physical Therapy*. St. Louis: Elsevier Mosby.

Hill, Keith D., Susan W. Hunter, Frances Batchelor, Vinicius Cavalheri in Elissa Burton. 2015. Individualized home-based exercise programs for older people to reduce falls and improve physical performance: A systematic review and meta-analysis. *Maturitas* 82 (1): 72-84.

Kauffman, Timothy L., Ron Scott, John O. Barr, Michael L. Moran in Steven L. Wolf. 2014. *A Comprehensive Guide to Geriatric Rehabilitation*. Churchill Livingstone: Elsevier.

Malec, Monica in Joseph W. Shega. 2015. Pain

management in the elderly. *Medical Clinics of North America* 99: 337-350.

Mittaz Hager, Anne-Gabrielle, Nicolas Mathieu, Constanze Lenoble-Hoskovec, Jaap Swanenburg, Rob de Bie in Roger Hilfiker. 2019. Effects of three home-based exercise programmes regarding falls, quality of life and exercise-adherence in older adults at risk of falling: protocol for a randomized controlled trial. *BMC Geriatrics* 19: 13.

Schwan Josianna, Joseph Sclafani in Vivianne L. Tawfik. 2019. Chronic pain management in the elderly. *Anesthesiology Clinics* 37 (3): 547-560.

Soukkio, Paula, Sara Suikkanen, Sanna Kaaria, Hannu Kautiainen, Sarianna Sipila, Katrina Kukkonen-Harjula in Mrkku Hupli. 2018. Effects of 12-month home-based physiotherapy on duration of living at home and functional capacity among older persons with signs of frailty or with a recent hip fracture – protocol of a randomized controlled trial (HIPFRA study). *BMC Geriatrics* 18: 232.

ORGANIZACIJA PODRUČJA FIZIOTERAPIJE U OKVIRU PROJEKTA CROSSCARE TE POVEZIVANJE I SURADNJA S OSTALIM PODRUČJIMA SOCIJALNE I ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Urša Zupančič

Projekt CrossCare ispostavlja i naglašava važnost uključivanja fizioterapeutskih usluga u kući u zdravstveni sustav, u svrhu uspostave normativnog uređenja područja, budući da trenutni javni sustav u Sloveniji to ne omogućuje i da su dostupne samo usluge s plaćanjem. Program fizioterapije u kući uredila Republika Hrvatska je na državnoj razini što je jedna od bitnih razlika među državama. Prekogranični projekt CrossCare, prijenosom dobrih praksi i različitih znanja, predstavlja dobrodošlu međudržavnu suradnju. Ključni cilj projekta je integrirani i cjeloviti pristup, što u praksi znači da smo se povezivali i surađivali s fizioterapeutima, unutar interdisciplinarnog tima u Zavodu za oskrbu na domu Ljubljana (u nastavku teksta: ZOD Ljubljana), kao i s ostalim fizioterapeutima i stručnim suradnicima iz Slovenije i Hrvatske. Tijekom pružanja fizioterapeutskih usluga aktivnu ulogu odigrali su ZOD Ljubljana i Center za pomoć na domu Maribor te Dom zdravlja Čakovec u Hrvatskoj. Tijekom provedbe projekta, fizioterapeuti su cijelo vrijeme međusobno komunicirali, izveli veći broj videokonferencija na kojima su uskladili programske prijedloge, oblikovali primjereni fizioterapeutski program te kod izazova razmijenili mišljenja i iskustva koja su se pojavila tijekom rada na terenu. Ustanova za zdravstvenu njegu u kući Zagreb odigrala je važnu ulogu u prijenosu znanja jer ima višegodišnju prasku na području fizioterapije u kući. Bili su predstavljeni primjeri dobrih praksi i dugotrajni rezultati pružanja usluga u kući; pritom je sudjelovala i Ustanova za zdravstvenu njegu u kući Karlovac.

Fizioterapija u kući predstavlja dio integriranog i cjelovitog pristupa usmjerenoga korisniku koji živi u domaćem okolišu i koji treba različite vrste skrbi. Poseban naglasak CrossCare projekta stavljen ponudom cjelovite skrbi, što znači da su stručni djelatnici

zaposleni u ZOD Ljubljana, cijelo vrijeme međusobno surađivali i pomagali jedni drugima. Mi fizioterapeuti, kod korisnika smo izvodili fizioterapeutsku ocjenu stanja i dobili važne podatke o trenutnim potrebama korisnika koje nisu bile ograničene samo na područje fizioterapeutskih usluga. Jednu od najčešćih poteškoća predstavlja životni okoliš korisnika koji je zbog prepreka ili neprimjerenog rasporeda namještaja predstavljao visoki rizik od padanja; pokazala se potreba za detaljnom ocjenom životnog okoliša i mogućim modifikacijama. Također, korisnici često nisu posjedovali dovoljnu količinu detaljnih podataka o tome kako dobiti određeno medicinsko tehničko pomagalo potrebno za život u kući. Puno poteškoća pokazalo se na području izvođenja dnevnih aktivnosti kao što su oblačenje, svlačenje, prehrana i osobna higijena. U tu svrhu fizioterapeuti su se redovito povezivali s radnim terapeutima zaposlenima na CrossCare projektu i u internom timu prezentirali stanje korisnika te predložili integraciju radnoterapijskih tretmana ili savjetodavnih posjeta. Također, istraživanja na tom području potvrđuju (Hill idr., 2015) da nakon povratka iz bolnice postoji velika mogućnost od ponovnog padanja. Potrebno je napraviti detaljnu ocjenu stanja korisnika s više stručnih vidika (ocjena funkcionalnog stanja ocjena životnog okoliša i prilagodbe, izobrazbe o sigurnosti, poticanje samostalnosti) jer je takav pristup učinkovitiji kao samo jedna od mjera u izolaciji.

Drugo takvo područje koje je također zahtijevalo suradnju preostalih stručnih suradnika, bila je organizacija uzimanja propisanih lijekova. Literatura navodi da gerijatrijski bolesnici često konzumiraju lijekove u skladu s protokolima koji se razlikuju od protokola propisanih nakon otpuštanja iz bolnice. Upute za ispravne protokole i provjeru interakcija ili efikasnosti lijekova, nisu područja u domeni fizioterapeuta, iako je važno da baš on mora prepoznati moguće nuspojave koje bi mogle utjecati na fizioterapeutski tretman. Starije osobe koje konzumiraju više od četiri lijeka, u većoj su opasnosti od padanja jer može doći do interakcije lijekova i nuspojava (Guccione idr. 2012, 467-469). Ako fizioterapeuti tijekom tretmana prepoznamo da korisnik ima poteškoće u pripremi lijekova (prepoznavanje izgleda svake tablete, njezina namjena, organizacija po danima i satima, itd.), ocijenili smo da postoji opasnost od neispravnog protokola uzimanja lijekova. Svoja opažanja predstavili smo diplomiranoj medicinskoj sestri zaposlenoj na CrossCare projektu koja se u proces uključila sa svojim uslugama i po potrebi se povezivala s vanjskim institucijama (npr. s patronažnom zdravstvenom zaštitom).

Povezivanje na području socijalne zaštite odvijalo

se u suradnji sa socijalnom djelatnicom, odn. koordinatoricom zaposlenom na CrossCare projektu. U svojem radu fizioterapeuti smo se susretali i sa socijalnom problematikom, između ostaloga, trebali su pomoć u traženju osiguranih stanova, smjernice o pravim institucijama i informiranje korisnika o svim raspoloživim mogućnostima na području socijalne zaštite. Također, među starijim osobama, zbog brojnih čimbenika, prisutne usamljenosti i socijalne izolacije i zato smo, tijekom procjene takve informacije u internom timu, predložili integraciju socijalnih usluga, npr. uključivanje dobrovoljaca ili drugih oblika pomoći. Sudjelovali smo i s koordinatorima programima skrbi u kući te zaposlenima u ZOD Ljubljana. U više navrata potražili smo savjete o mogućim izazovima u procesu rada s korisnicima koji su sudjelovali u programu pružanja usluga skrbi u kući, kao i fizioterapeutskim uslugama u okviru CrossCare projekta. Također, dogovorili smo se i zajedno posjetili korisnika (koordinator, socijalni radnik, fizioterapeut), gdje smo u domu korisnika proučili ograničenja i predložili primjerena rješenja. Usluge koje smo u suradnji sa socijalnim radnicima pružali na terenu, bile su edukativne prirode, pri čemu je došlo do međusobne razmjene znanja i iskustava.

Uz povezivanje unutar interdisciplinarnog tima, povezali smo se i s drugim projektnim partnerima i vanjskim suradnicima. Izvodili smo interne radionice za socijalne radnike ZOD Ljubljana, u svrhu podizanja razine stručnih znanja, pri čemu smo se koncentrirali na različite teme koje su se pokazale neposredno korisne tijekom pružanja pomoći u kući, između ostaloga pozicioniranje nepokretnog korisnika, transfer, neurološka oboljenja i ispravna ergonomija tijekom rada. Dodatno, povezali smo se i s pridruženim partnerima, Centrom za socijalni rad Posavje jedinice Brežice, gdje smo predstavili fizioterapiju i rad na terenu u okviru projekta CrossCare u ZOD Ljubljana. Izvodili smo interne radionice za socijalne djelatnike (ergonomija radam transfer) i posjetili korisnike na lokalnom području gdje smo izvodili edukativne fizioterapeutske posjete. Na taj način pobrinuli smo se za prijenos znanja na šire lokalno područje, koje zbog nejednakog pristupa uslugama još više treba tovrсна povezivanja.

Među projektnim partnerima bilo je izvedenih 12 međusobnih edukacijskih programa. Tako smo stekli raznovrsna znanja iz različitih stručnih usmjerenja (palijativna njega, fizioterapija u kući na području Republike Hrvatske, komunikacija s bolesnicima, itd.). Bili su predstavljeni i primjeri dobre prakse čija načela smo implementirali i u svoj rad. Također, sudjelovali smo u programu edukacije o amiotrofičnoj

lateralnoj sklerozi kojega su pripremili zdravstveni radnici interdisciplinarnog tima iz UKC Ljubljana, što je pomoglo u podizanju stručnih znanja fizioterapeuta zaposlenih na CrossCare projektu. Dodatno, u okviru projekta, uspješno smo zaključili s programom izobrazbe iz manualne limfne drenaže po dr. Vodrdru i facijalnog distorzijskog modela kojega smo koristili u radu s korisnicima. U okviru CrossCare projekta, veliku pozornost posvetili smo informiranju javnosti i obitelji o potrebama fizioterapije u kući. Pripremili smo okrugle stolove u ljubljani na kojima smo predstavili aktivnosti na području fizioterapije i izveli vježbe tjelesnog gibanja za sudionike. Aktivno smo sudjelovali na Tjednu cjeloživotnog učenja te na Festivalu za treće životno razdoblje na kojemu smo predstavili integrirani pristup CrossCare projektu, izveli tjelesne vježbe za starije i radionicu gibanja.

U svrhu uspostave prekogranične strukture suradnje, za potrebe CrossCare projekta, razvili smo jednaku metodologiju rada. Svi projektni partneri koristili smo IKT platformu s kojom smo imali pregled nad izvedenim radom na području fizioterapije, dakle, unutar struke, kao i među različitim strukama unutar tima zaposlenoga u ZOD Ljubljana (fizioterapija, radna terapija, zdravstvena njega, socijalan rad). Pomoću IKT platforme vodili smo elektroničku evidenciju rada i prikupljali podatke za statističku obradu. Za postavljanje jednakih radnih parametara, fizioterapeuti iz svih institucija na zajedničkoj radionici u Mariboru, izradili smo fizioterapeutski izvještaj, pomoću kojega smo bilježili radni proces (ocjena stanja, plan rada, ciljevi fizioterapeutske obrade, standardizirana testiranja, krajnja ocjena, izobrazba korisnika i obitelji). Standardizirana testiranja koja smo koristili bili su Bergova ljestvica ravnoteže, Vidiljiva analogna ljestvica ili skala (VAS) za ocjenjivanje bolova, test ustajanja i hodanja, goniometrija i manualno mišićno testiranje. Fizioterapeuti su testiranja koristili u skladu s vlastitom stručnom prosudbom, s obzirom na stanje korisnika i postavljene ciljeve i tako ih koristili kod početne kao i kod krajnje ocjene te kod privremenih evaluacija u svrhu praćenja napretka ili učinkovitosti odabranih fizioterapeutskih postupaka. Fizioterapeuti ZOD Ljubljane najčešće smo koristili VAS ljestvicu i Bergovu ljestvicu ravnoteže. Autori istraživanja (Rugelj i Palma, 2013) navode da je Bergova ljestvica prvo bila namijenjena ocjenjivanju ravnoteže kod starijih osoba. Svrha ljestvice funkcijska je ocjena ravnoteže, pomoću zadataka potrebnih za gibanje, koji ocjenjuju sposobnosti očuvanja i promjene položaja. Ljestvica ima visoke psihometrijske osobine i fizioterapeutu omogućuje da, s obzirom na postignute rezultate, ciljano oblikuje tretman. Kada govorimo o bolovima,

autori istraživanja (Jakovljević in Puh, 2014) definiraju ih kao najčešći simptom bolesnika u fizioterapeutskom tretmanu. VAS ljestvica predstavlja ocjenu bolova samostalnim izvješćivanjem i često se koristi u kliničkoj praksi. Pouzdan je, valjani i osjetljivi mjerni alat. Fizioterapeuti zaposleni na CrossCare projektu, od standardiziranih testiranja najčešće smo koristili VAS ljestvicu, što ukazuje na to da su bolovi stalno prisutni među starijim osobama. Tako je smanjenje bolova bio jedan od važnijih ciljeva koje smo, zajedno s korisnicima, postavili na početku tretmana.

Na području fizioterapije, u okviru CrossCare projekta, glavni cilj je bio osigurati usluge fizioterapije 1070 korisnika, odnosno 153 korisnika na jednog fizioterapeuta. U ZOD Ljubljana, u razdoblju od listopada 2018. godine do prosinca 2019. godine, u projekt smo uključili 261 korisnika s kojima smo zajedno osigurali 1667 posjeta. Do kraja veljače 2020. godine broj uključenih korisnika povećao se na 296 (od predviđenih 306). Obzirom na postavljene ciljeve fizioterapeuti smo izveli osam tretmana na korisnika s djelomičnom mogućnošću prilagodbe broja tretmana i s obzirom na potrebe. Od ključnog značenja u procesu ocjene potreba, bila je i kvalitetna stručna ocjena, kojom smo dobili podatke o stanju korisnika te, temeljem navedenoga, izradili individualni plan rada, uzimajući u obzir potrebe i želje korisnika. Tako smo izradili realističan i prihvatljiv program rada, kako za korisnika, tako i za fizioterapeuta; tu je posebno potrebno naglasiti značenje korisnika kao aktivnog člana u rehabilitacijskom procesu. Usluge koje smo izvodili bilježili smo u skladu s unaprijed određenim šiframa koje su bile zajedničke svim projektnim partnerima i specifične za potrebe CrossCare projekta. S obzirom na sadržaj izvodili smo usluge koje su sistematski i detaljno definirane, kako u hrvatskom, tako i u slovenskom prostoru i zapisivali smo ih u takvom obliku.

Fizioterapija u kući koja se izvodila u okviru CrossCare projekta, važan je član integriranoga pristupa što znači da je korisnik sudjelovao u cjelovitom i individualnom programu skrbi u kući. Naglašavanjem različitih područja koja su za korisnika predstavljala poteškoće, djelovali smo kompleksno i cjelovito te tako povećali mogućnost poboljšanja stanja. Povezivanjem socijalne i zdravstvene zaštite fizioterapeuti su imali mogućnost suradnje s različitim strukama koje su svojim specifičnim znanjima obogatile rehabilitacijski pristup i radne procese.

Literatura i izvori

- Guccione, Andrew A., Rita A. Wong in Dale Avers. 2012. *Geriatric Physical Therapy*. St. Louis: Elsevier Mosby.
- Hill, Keith D., Susan W. Hunter, Frances Batchelor, Vinicius Cavalheri in Elissa Burton. 2015. Individualized home-based exercise programs for older people to reduce falls and improve physical performance: A systematic review and meta-analysis. *Maturitas* 82 (1): 72-84.
- Jakovljević, Miroljub in Urška Puh. 2014. Ocenjevanje intenzivnosti bolečine z vidno analogno lestvico. *Fizioterapija: glasilo Društva fizioterapevtov Slovenije* 22 (2): 46-55.
- Rugelj, Darja in Polona Palma. 2013. Bergova lestvica za oceno ravnotežja. *Fizioterapija: glasilo Društva fizioterapevtov Slovenije* 21 (1): 15-25.

ZDRAVSTVENA NEGA

ZDRAVSTVENA NJEGA U OKVIRU CROSSCARE PROJEKTA

Maja Kržišnik

Zbog konstantnih promjena zdravstvenih potreba stanovništva, sve starije populacije, sve kraćih zdravstvenih tretmana u bolnicama te sve zahtjevnije zdravstvene njege u zavodima socijalne skrbi izvođači zdravstvene njege izazove možemo ispunjavati na stručan i kvalitetan način koji mora slijediti brzi napredak tehnologija i razvoj zdravstvenih struka te promijenjene zdravstvene potrebe populacije (https://www.zbornicazveza.si/sites/default/files/doc_attachments/dokument_kpa_vzbn_16.5._2019_sprejete.pdf)

Ključne riječi: zdravstvena njega, socijalna skrb, integrirani pristup, korisnik, obitelj, suradnja.

SAŽETAK

Starost je sama po sebi vrijednost, poseban životni oblik koji utječe na društveni okoliš, oplemenjuje ga i umnožava oblike života. Biti star je vrijednost kao i biti mlad, muško ili žensko. Naime, duži život ne smije značiti smanjenje kvalitete života (Železnik, Železnik, Panikvar Žlahtič, 2011).

Zdravstvena njega

Proces zdravstvene njege je metoda rada u zdravstvenoj njezi koja nam omogućuje individualan i stručni tretman te obuhvaća promatranje pojedinca u njegovim:

- fizičkim i tjelesnim potrebama,
- psihičkim i duševnim potrebama,
- socijalnim i društvenim potrebama.

Obiteljski članovi često se susreću sa zdravstvenim i socijalnim problemima koje ne znaju rješavati i zato je potreban holistički pristup pojedincu od strane različitih stručnih službi. Radna metoda utemeljena je na stalnoj interakciji svih članova koji bez obzira na različite nadležnosti imaju isti položaj i značenje u okviru interdisciplinarnog tima (fizioterapija, radna

terapija, zdravstvena njega, dijetetika i socijalna služba). Medicinske sestre smo kompetentne za prepoznavanje, integraciju, traženje i izvođenje najrazličitijih oblika pomoći kao i aktivnosti jer se susrećemo s ljudima u svim životnim razdobljima. Tako imamo mogućnost da utječemo na aktivan, zdrav i kvalitetan život u svim razdobljima što utječe na kvalitetu života u starosti. U svjetskoj zdravstvenoj organizaciji kvalitetu života definiraju kao prepoznavanje društvenog položaja u životu, povezanoga s kulturom, odn., sustavom vrijednosti u okolišu u kojemu živi, kao i s njegovim osobnim ciljevima, očekivanjima i mjerilima (Lahajnar, 2014). Zdravstvena njega uključuje promociju zdravlja, sprječavanje bolesti te brigu za bolesne, invalide i umiruće. Glavni zadaci zdravstvene njege su i zagovaranje, promocija sigurnog okoliša, istraživanja, dodjela prilikom oblikovanja zdravstvene politike te managementa zdravstvenih sustava i izobrazbe (Zbornica – savez, 2004 cit. po ICN, 2002). Temeljne životne potrebe pojedinca označavaju tri skupine potreba. U prvu skupinu spadaju fiziološke potrebe i potrebe za sigurnošću, u drugu potrebe za pripadnošću, u treću potrebe za samorealizacijom (Allardtova klasifikacija). To su temeljne životne potrebe koje bi trebao biti sposoban zadovoljavati svaki pojedinac. Starost nije bolest i zato nema prepreke da te životne potrebe stariji više nebi mogli samostalno obavljati. Znamo da postoji velika količina ljudi podložna kroničnim bolestima i zdravstvenim poteškoćama (najčešće su kardiovaskularne bolesti, rak, šećerna bolest, osteoartritis, bolest dišnih putova i probavnog trakta, Alzheimerova bolest, druge duševne smetnje, depresija i demencija). Sve navedeno dovodi do toga da čovjek treba pomoć ili da je za zadovoljavanje tih potreba u cijelosti ovisan o drugim osobama (Križaj, 1999).

CILJEVI

Osigurati integrirani pristup utemeljen na IKT platformi te omogućiti nove spoznaje koje će izvođačima zdravstvenih i socijalnih usluga pomoći pri oblikovanju dugotrajne skrbi.

METODA RADA

U sklopu projekta CrossCare, na području zdravstvene njege obuhvatili smo 578 korisnika u Mestni občini Ljubljana. Zajedno s projektnim partnerima oblikovali smo operativni sustav - IKT platformu. Namjena IKT platforme bila je izrada jednog dokumenta za pomoć

korisnicima kao što je integrirana pomoć u utvrđivanju pomoći pojedinca. Osobni plan sadržavao je osobne podatke te socijalnu, zdravstvenu i terapijsku anamnezi. Koristili smo sljedeće alate: ljestvicu LOOS, Morzeovu ljestvicu padanja i Nortonovu ljestvicu za utvrđivanje opasnosti od nastanka rana zbog pritiska.

Prikupljanje podataka

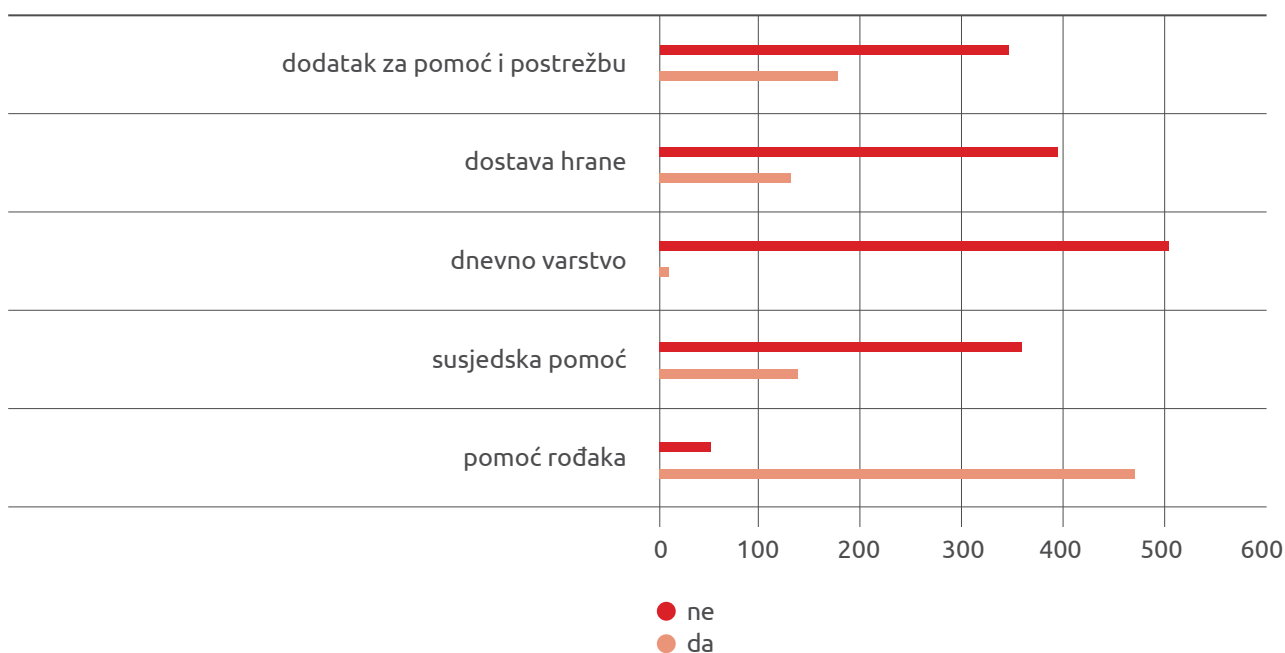
Prva posjeta kod korisnika u kući izela je diplomirana medicinska sestra. S korisnicima i obitelji izradila je osobni plan koji je bio sastavljen od socijalne, zdravstvene i terapijske anamneze. U upitniku bile su obuhvaćene ocjene rizika od padanja i ugroženosti od padanja. Obzirom na dobivene podatke izveli smo interdisciplinarni tim gdje smo povezali sve struke (diplomirana medicinska sestra, radni terapeut, fizioterapeut, socijalna radnica). Integriranim pristupom započeli smo izvoditi usluge kod korisnika u kući. Upitnik je sadržavao opsežan sklop pitanja o pomoći te uolikoj mjeri anketirani sam obavlja različite svakidašnje zadatke, odn., tko mu ptirom pomaže. Pritom smo si pomogli alatom za ocjenjivanje, tj., upitnikom za ocjenjivanje sa sposobnošću brige same za sebe. Željeli smo dobiti ocjenu razine sposobnosti samostalne skrbi koja bi omogućila ocjenu socijalnih i zdravstvenih potreba pojedinca u svrhu ocjene cjelovitog pristupa i poboljšanja kvalitete tretmana. Zanimalo nas

je i kakve oblike pomoći korisnici upotrebljavaju (neformalne ili formalne). Kako bi utvrdili ugroženost od padanja, važni su alati za utvrđivanje sigurnosti korisnika. Ljestvicom za ocjenjivanje ocijenili smo psihofizičke sposobnosti ili druge čimbenike koji utječu na padanja. Zanimalo nas je i koliko korisnika je ispostavljeno opasnosti od nastanka rana zbog pritiska. Obzirom na dobivene podatke u socijalnoj skrbi povezali smo se i sudjelovali s koordinatoricama i socijalnim skrbnicima. Rad je utemeljen na izobrazbi i podizanju kompetencija zaposlenih na području skrbi. Za stručnu i cjelovitu skrb na području Ljubljane tijesno smo sudjelovali s patronažnom službom Ljubljana te ostalim zdravstvenim i socijalnim institucijama.

REZULTATI

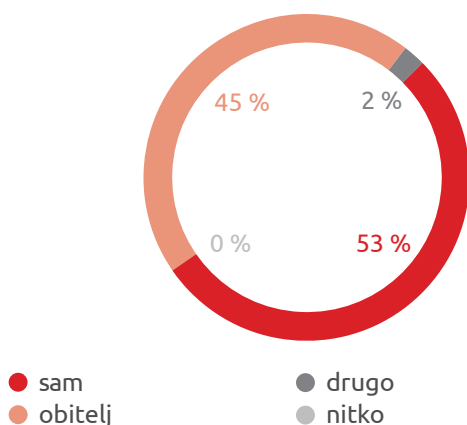
U Grafikonu 1 prikazana je socijalna integracija - neformalni oblici pomoći. Pomoć obitelji u svakodnevnim zadacima (kupnja hrane, čišćenje stanova, prijevozi) koristi 89,88 % korisnika. Čak 28,37 % korisnika ovisi o pomoći susjeda (emocionalna podrška). U dnevnu zaštitu uključuje se samo 2,7% korisnika. Uzroci su različiti prvenstveno zbog odsutnosti članova obitelji koji mogu osigurati veću sigurnost.

Grafikon 1: Oblik pomoći

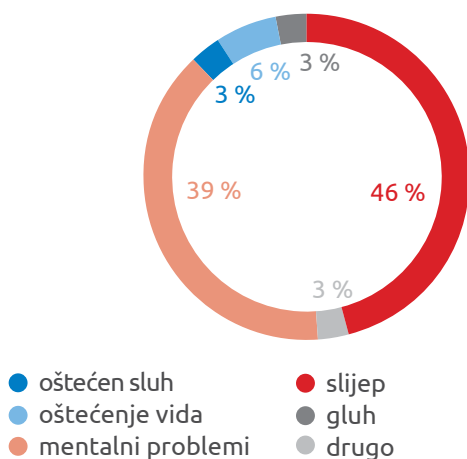


Ocjenjuju, da 20 do 50 posto starijih osoba ne koristi lijekove u skladu s uputama liječnika. Kod 20 do 40 posto liječenja lijekovima, kod starijih osoba prisutna je upotreba pet ili više vrsta lijekova koji se pokazuju kao neželjene nuspojave lijekova i međusobno djelovanje lijekova (<http://www.sfd.si/modules/catalog/products/prodfile/knizicawww2010.pdf>). U Grafikonu 2 prikazujemo, da čak 52,55 % korisnika sami pripremaju i apliciraju lijekove. Od navedenih je 39 % slabovidnih, što samo može povećati neželjene učinke.

Grafikon 2: Priprema lijekova



Grafikon 3: Karakteristike zdravstvenog stanja

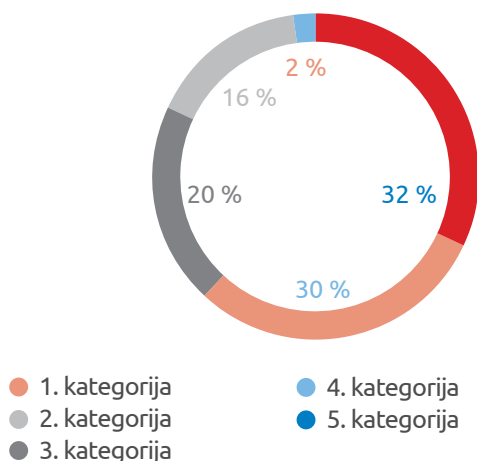
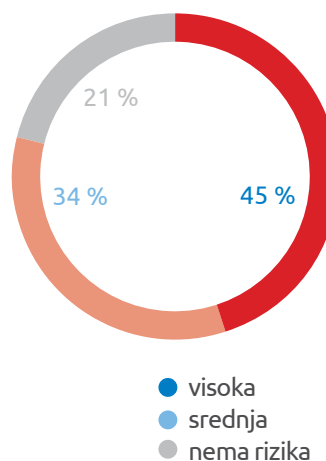


U donjoj tabeli predstavljeni su rezultati po ljestvici životnih aktivnosti po Virginiji Henderson koja služi kao osnova ljestvice LOSS. Zdravstvena njega potrebna je kada pojedinac nije sposoban brinuti se sam za sebe, potrebna je izobrazba do djelomične ili potpune samostalnosti, a prvenstveno se naglasak stavlja na zdravstveni odgoj. Namjena kategorizacije korisnika je utvrditi zahtjevnost zdravstvene njege. Do promjena u samostalnoj skrbi može doći zbog pogoršanja zdravstvenog stanja, utjecaja okoline, socijalnih problema, poteškoća s izobrazbom, problema s prilagodbom u društvu. Promatranjem te zdravstvenom i socijalnom anamnezom, medicinska sestra prepoznaje potrebe za uključivanjem. Temeljem utvrđenih potreba, zajedno s pojedincom i obitelji, kao i pomoću multidisciplinarnog tima planira usluge i ciljeve.

Tablica: Opis pojedinih kategorija stanja sposobnosti samostalne skrbi i broj bodova koje pojedinac treba za postizanje određene kategorije.

Stanje sposobnosti samostalne skrbi	Kategorija	Br. bodova
Osoba je većinom samostalna u izvođenju svih temeljnih životnih aktivnosti i dnevnih zadataka te ne treba pomoć druge osobe.	1	15–29
Osoba je povremeno, u izvođenju svih temeljnih životnih aktivnosti i dnevnih zadataka, ovisna o pomoći druge osobe.	2	30–44
Osoba je povremeno, u izvođenju svih temeljnih životnih aktivnosti i dnevnih zadataka, djelomično ovisna o pomoći druge osobe.	3	45–59
Osoba je povremeno, u izvođenju svih temeljnih životnih aktivnosti i dnevnih zadataka, većim dijelom ovisna o pomoći druge osobe.	4	60–74
Osoba je povremeno, u izvođenju svih temeljnih životnih aktivnosti i dnevnih zadataka, u potpunosti ovisna o pomoći druge osobe.	5	75

Izvor: Kavšček (2009)

Grafikon 4: Ocjena stupnja samostalne skrbi i suradnje u životnim aktivnostima**Grafikon 5:** Ocjena rizika od pada

Proces zdravstvene njege obuhvaća utvrđivanje potreba, postavljanje dijagnoza, određivanje ciljeva, planiranje, izvođenje aktivnosti i vrednovanje. Predstavlja temelj za daljnju detaljniju podjelu profesionalnih aktivnosti. Pojedina profesionalna aktivnost (PA) u tablici je navedena kroz prizmu nadležnosti i odgovornosti za pojedine ključne faze, odn., radne postupke (https://www.zbornicazveza.si/sites/default/files/doc_attachments/dokument_kpa_vzbn_16.5._2019_sprejete.pdf).

Sukladno ocjeni samostalne skrbi i potreba za aktivnostima zdravstvene njege uključili smo se u proces zdravstvene njege. Izvodili smo sljedeće najčešće intervencije: aplikacija lijekova (per os, potkožne injekcije), hranjenje nakon perkutane endoskopske gastrostome, kompresijko omatanje nogu, palijativna skrb (povezivanje, psihofizička podrška obitelji i slično).

U Sloveniji zbog ozljeda godišnje umre 340 muškaraca i 330 žena, starijih od 64 godina, od toga 43,7 % zbog padanja (https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/poskodbe_starejsih_ljudi_zaradi_padcev_v_sloveniji.pdf). Visoki rizik od padanja predstavlja 43,34 postotni dio korisnika (Grafikon 5).

Obzirom na ocjenu ugroženosti zbog nastanka rane od pritiska, ispostavljeni su korisnici s poteškoćama duševnih stanja, slijede poteškoće zbog aktivnosti i pokretnosti. Najčešće dijagnoze su: opasnost od sindroma krhkosti starije osobe, opasnost za elektrolitsku ravnotežu, opasnost za sindrom imobilnosti, oslabljeno pamćenje, opasnost od

padanja, problemi s udobnošću te problemi sa samostalnim oblačenjem i hranjenjem.

ZAKLJUČAK

Komunikacija i timski rad važni su za siguran i kvalitetan tretman pojedinca i obitelji. Alate koje smo koristili u CrossCare projektu potrebno je još dodatno obraditi kao i uključiti dodatne podatke. Pregled je jasan i jednostavan, iako korištenjem LOSS ljestvice kojom utvrđujemo potrebe za temeljnim životnim aktivnostima, ne izražavaju precizne poteškoće potrebne za izvođenje aktivnosti zdravstvene njege. Osobni plan služi nam kao alat za povezivanje u interdisciplinarnom timu i uključivanje pojedinih struka. Dobro utemeljena bila je struktura dokumenta koja je u cijelosti obuhvaćala korisnika. Rezultati analize koje smo dobili iz obrade podataka ukazuju na iznimno važno povezivanje unutar institucija stručnih kadrova i socijalnih skrbnica s vanjskim institucijama kao što je patronažna zaštita. Kao dobra praksa u CrossCare projektu pokazali su se rad diplomirane medicinske sestre, prvi susreti s korisnikom i dodatni tretman u kojemu se odvijala razmjena informacija između korisnika i zdravstvenih radnika u zdravstvenim ustanovama, kao i u socijalnom okolišu. Povezivanje i surednja osigurali su kvalitetnu zdravstvenu njegu i skrb u kući korisnika. Važnost koordinacije pokazala se u poboljšanju zadovoljstva korisnika i zaposlenih u socijalnoj skrbi te u okviru promocije zdravlja na radnom mjestu.

Literatura:

Kavšek, M. (2006). Smernice kategorizacije za izboljšanje kakovosti zdravstvene nege in oskrbe v domovih starejših občanov (diplomsko delo). Kranj: Univerza v Mariboru: Fakulteta za organizacijske vede.

Križaj, M. (1999). Zdravstvena nega – pomemben dejavnik kakovosti življenja v tretjem življenjskem obdobju. Obzornik zdravstvene nege, letnik 33, številka 5/6, str. 269–274. URN:NBN:SI:DOC-9GAMAT75 pridobljeno s <http://www.dlib.si>

Železnik, D., Železnik, U., Panikvar Žlahtič, K. (2011). Pomen etike za kakovostno obravnavo starejše osebe (strokovno srečanje). Celostna obravnava starostnika z demenco. Laško.

Lahajnar, M. Kakovost življenja v starosti – vidiki zdravstvene vzgoje. 2014. cit. Po Buck et al., 2000, cit. po Kuralt, Goljar, 2009.

Zbornica – zveza, 2004 cit. po ICN, 2002.

Zdravila in starostniki: o pravilni in varni uporabi zdravil. Pridobljeno s <http://www.sfd.si/modules/catalog/products/prodfile/knizicawww2010.pdf>

Poklicne kompetence in aktivnosti izvajalcev v dejavnosti zdravstvene nege. Pridobljeno s https://www.zbornicazveza.si/sites/default/files/doc_attachments/dokument_kpa_vzbn_16.5._2019_sprejete.pdf

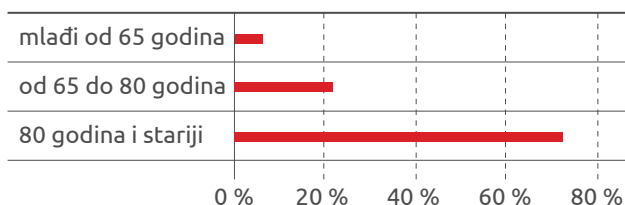
REZULTATI ISTRAŽIVANJA O ZADOVOLJSTVU KORISNIKA USLUGAMA ZAVODA ZA OSKRBO NA DOMU LJUBLJANA

Laura Perko

O anketi i sudionicima ankete

U prosincu 2019. godine i siječnju 2020. godine Zavod za oskrbu na domu Ljubljana (u nastavku testa: ZOD) izradili anketu o zadovoljstvu uslugama. U tu svrhu izradili smo upitnik sastavljen od dva dijela: prvi je sadržavao 14 pitanja (zatvorenoga, djelomično otvorenogai otvorenogtipa)teljestvicezaocjenjivanje, a drugi dio upitnike tri pitanja koja su se odnosila na usluge koje pružamo u okviru CrossCare projekta. Upitnike smo poštom poslali 997 korisnika koji su u prosincu 2019. Godine bili uključeni u berem jednu od usluga ZOD Ljubljana: socijalna skrb u kući, programa organiziranog dobrovoljnog rada i međugeneracijske suradnje te CrossCare projekt. Korisnici su upitnike ispunjavali sami ili u suradnji s obiteljima, odn. drugim osobama i u zatvorenim omotnicama poštom ih vratili na adresu ZOD Ljubljana. Sve vraćene upitnike bilo je 231, među njima je bilo 227 važećih i 4 nevažećih koje nismo uključili u istraživanje. Prikupili smo i analizirani vraćene anketne upitnike koje smo dobili do 31. 1. 2020. godine. Anketa je bila anonimna.

Svih korisnika (socijalna skrb, program organiziranih dobrovoljaca i međugeneracijske suradnje, CrossCare projekt), koji su vratili i ispunili upitnike, bilo je 231, od toga su dobre dvije trećine bile žene (70%) i trećina muškaraca (30%), kakav je inače odnos između spolova korisnika usluga ZOD Ljubljana. Među korisnicima koji su vratili valjani upitnik najviše je starijih od 80 ili više godina (70%), je zajednica starijih između 65 i 80 (21%), najmanji broj je mlađih od 65 godina (6%). Odnos između pojedinih dobnih skupina korisnika koji su vratili ispunjene ankete, odražava odnos između dobnih skupina korisnika ZOD Ljubljana.

Grafikon 1: Starost anketiranih

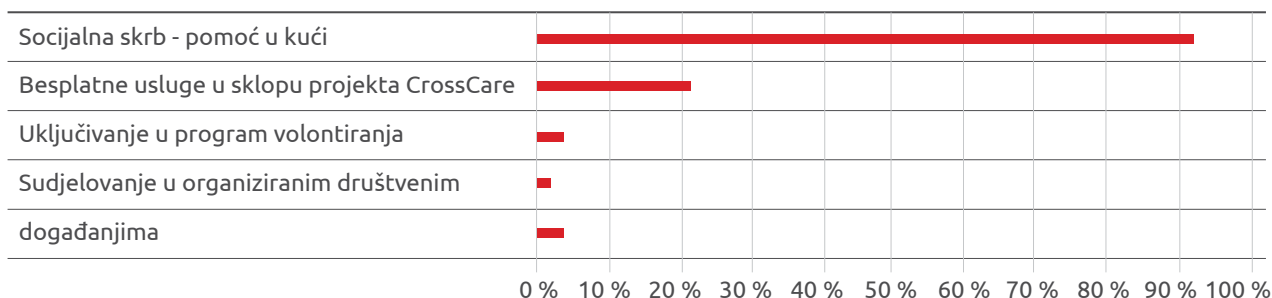
Uključenost u usluge i druge djelatnosti

Najviše korisnika koji su vratili upitnike koristi usluge socijalne skrbi (93%), slijede korisnici koji koriste ili koji su koristili usluge u projektu CrossCare (21%). Anketirani su označili više usluga u koje su (bili) uključeni. Najčešće su označili da su uključeni u usluge socijalne skrbi; približno četvrtina anketiranih je uključeno u besplatne usluge projekta CrossCare, a 3% ih je dobivalo usluge socijalnog servisa. Nekoliko korisnika koji su dobivali socijalnu skrb, uključeno je u program organiziranog volonterskog rada (3%), nekoliko sudjeluje na organiziranim društvenim događanjima (2%), koje ZOD ljubljana organizira skoro svakoga mjeseca (radionica Moždani fitness, godišnji susreti korisnika, njihovih obitelji, zaposlenika i volontera, Dan otvorenih vrata, radionice, kulturni događaji, grupe za samopomoć, itd.). Korisnici uključeni u program organiziranog volontiranja ili sudjeluju na organiziranim društvenim događanjima, istovremeno su korisnici socijalne skrbi. Dobro su prihvatili dodatne usluge i aktivnosti koje nudimo u CrossCare projektu. Anкета pokazuje da je korisnicima potrebno pružiti više različitih usluga (socijalnu skrb, zdravstvene usluge, druženje) i da se istovremeno mogu odlučiti za više usluga.

U nastavku predstavljamo rezultate ankete o zadovoljstvu korisnika uslugama koje se pružaju u okviru CrossCare projekta.

Radna terapija zdravstvena je djelatnost, a njezina namjena je pojedincima omogućiti postizanje optimalnog rada svakodnevnih djelatnosti: briga za sebe, produktivnost i slobodno vrijeme. Namijenjena je za osobe sa smanjenim mogućnostima obavljanja svakodnevnih aktivnosti zbog ozljede, bolesti, starenja, psiholoških, socijalnih, kulturnih čimbenika ili kombinacije istih. Cilj radne terapije je korisnicima osigurati, u ovom slučaju starijima, aktivno i samostalno sudjelovanje u dnevnim aktivnostima koje su važne i prilagođene njihovim potrebama, starosti, željama i očekivanjima. U okviru projekta, radnu terapiju izvode diplomirani radni terapeuti i terapeut koji izvode 10 ili 15 tretmana s pojedinim korisnikom, u trajanju od 45 do 90 minuta. Broj i trajanje tretmana mijenjaju se po potrebi, što ovisi o stanju i mogućnostima korisnika.

Fizioterapija uključuje upotrebu različitih radnih metoda: kinezioterapiju, hidroterapiju, manualne tehnike i upotrebu različitih fizikalnih agenasa u terapeutske svrhe (elektroterapija, magnetoterapija, ultrazvučna terapija, itd.). Naglašava povezivanje i suradnju među terapeutima, kao i suradnju s korisnicima usluga, njihovim obiteljima, drugim zdravstvenim strukama, socijalnim skrbnicima i zajednicom. U suradnji s drugim nabrojanim članovima, te obzirom na ocjenu fizioterapeuta, znanje i spretnost, postavljaju se ciljevi fizioterapeutskog tretmana. Također, usluge fizioterapije izvode dva fizioterapeuta. Za svakog korisnika predviđeno je osam tretmana.

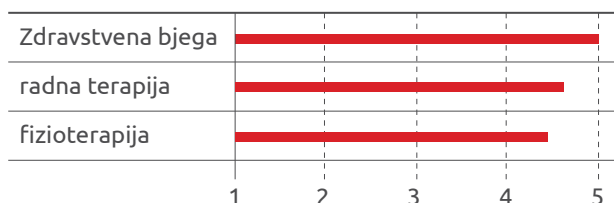
Grafikon 2: Usluge s obzirom na učestalost

Zdravstvena njega utemeljena je na psihofizičkoj i socijalnoj podršci pojedinca. U radu s korisnicima koristimo integrirani i cjeloviti pristup. Kod integriranog pristupa važna je interaktivna komunikacija s korisnikom, njegovom obitelji, drugim suradnicima u projektu i drugim službama u zajednici. Time se poboljšava kvaliteta usluga. Naglasak je na pružanju cjelovitog tretmana korisnika koji, uz zdravlje, obuhvaća i usluge socijalne zaštite. Metode koje koristimo utemeljene su na biografiji, životnoj priči korisnika, a usluge se odnose na zadovoljavanje svakodnevnih potreba i želja. U radni proces uključujemo obitelj korisnika i članove njegove socijalne mreže te lokalnu zajednicu.

Najviše korisnika uključeno je u radnu terapiju, fizioterapiju i zdravstvenu njegu. Korisnici su ocjenjivali zadovoljstvo uslugama s ocjenama od 1 (nedovoljan) do 5 (odlično). Sve tri usluge korisnici su ocijenili visokim ocjenama. Najbolje su ocijenili zdravstvenu njegu; svi odgovorni opredijeljeni odličnom ocjenom. Radna terapija u velikoj većini bila je ocijenjena odličnom ocjenom (73%), manje ocjenom vrlo dobar (19%) i nekoliko ocjenom dobar (8%). Također, izvanredno dobro bila je ocijenjena fizioterapija. Čak 71 % korisnika ocijenilo ju je odličnom ocjenom, 21 % ocjenom vrlo dobar i 2 % ocjenom dobar. Korisnici se nisu odlučivali za ocjene niže od dobar.

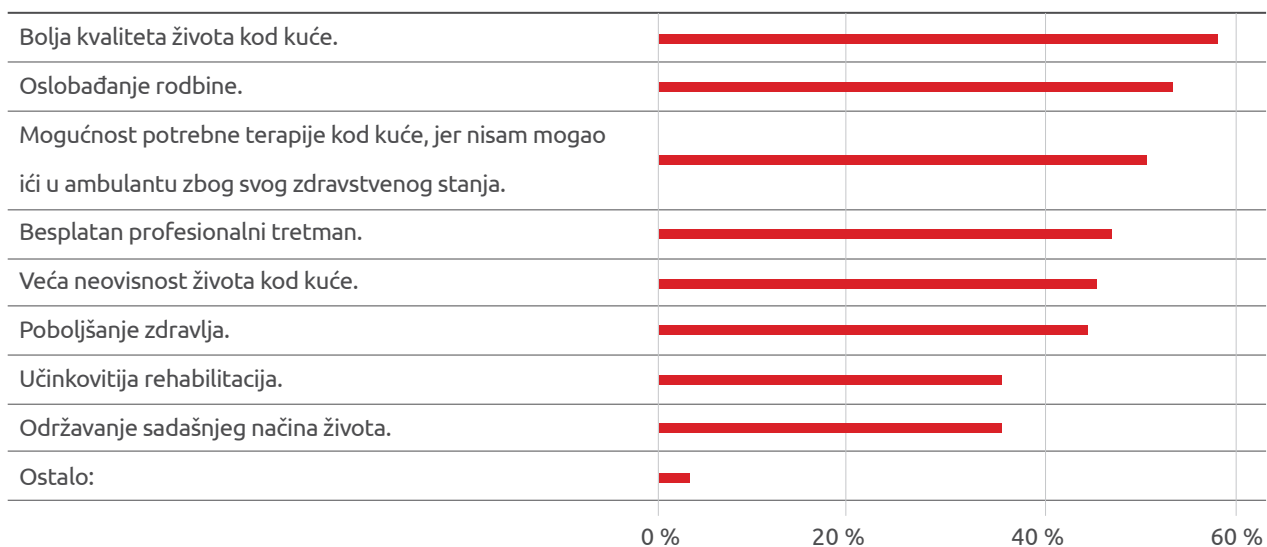
U projektu smo izvodili i prehrambeno savjetovanje. Bila su izvedena antropometrijska mjerenja, ocjena prehrambenog statusa, indeks tjelesne mase, obujam dijela, tjelesna težina, razina tjelesne aktivnosti. Obavili smo intervjue u roku od 24 sata s kojima dobivamo podatke o vrsti i količini unosa tekućine i hrane; korisnici su nam odgovarali na upitnik o prehrambenim navikama. Obzirom na rezultate mjerenja, s korisnicima smo opredijelili postupke zdravstveno-odgojnog rada i oblikovali smjernice zdrave prehrane. Savjetovanje korisnika izvodili smo s obzirom na njihove moguće zdravstvene dijagnoze (nor. Popuštanje srca - savjetovanje prehrane srčanog bolesnika; unos manje količina tekućina, manja količina soli, itd. - temeljem preporuka prehrane kroničnog bolesnika). Ocjene usluga prehrambenog savjetovanja i mjerenja psihofizičkih sposobnosti nismo dobili jer ih korisnici nisu donosili za odvojene usluge i ocjenjivali su ih z sklopu zdravstvene njege (i savjetovanja) koje je, uz izradu sestrinske anamneze i plana problema s njom, izvodila diplomirana medicinska sestra.

Grafikon 3: Zadovoljstvo uslugama



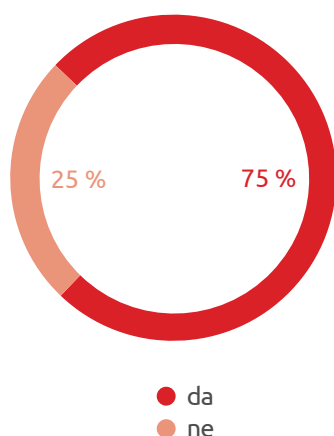
Važnost usluga

Korisnike smo pitali što im znače usluge koje su dobivali u okviru projekta. Pružanje usluga u kući korisnicima prvenstveno znači veću kvalitetu života u kući. Korisnici su bili zadovoljni, jer su imali mogućnost terapijskog tretmana u kući i zato što zbog zdravstvenog stanja, udaljenosti svojeg prebivališta ili arhitektonskih prepreka, nisu mogli doći po propisane i potrebne usluge u ambulantu. Također, terapija u kući bila je dobrodošla zbog skraćivanja razdoblja hospitalizacija u bolnici jer u većini slučajeva, odmah nakon otpuštanja iz bolnice, ne postizemo samostalnost u obavljanju svakodnevnih aktivnosti. Također, tretman u kući, zbog dugih lista čekanja na dodatne tretmane u zdravstvenim ustanovama, bio je jako dobrodošao. Uključivanjem u usluge poboljšalo se njihovo zdravstveno stanje. Uključenost u projekt rasteretila je obitelji, istovremeno su dobili prikladne informacije o zdravstvenom stanju korisnika. Slijedeći su prvenstveno osjetili veću samostalnost u obavljanju svakodnevnih zadaća, a usluge su im omogućile i očuvanje dosadašnjeg načina života i učinkovitiju rehabilitaciju. Stručni radnici su tretman, odn. terapijski rad prilagodili stanu i uvjetima u kući, tako da je korisnik, odmah nakon prestanka tretmana, sam nastavio s aktivnostima. Najviše odgovora, bila je mogućnost označiti ih više, odnosilo se na bolju kvalitetu života u kući; takvih je više od pola odgovora (58%). Slijede odgovori da korisnicima usluge znače rasterećenje članova obitelji (53%) i mogućnost terapijskog tretmana u kući jer ne mogu doći do ambulante (51%). Također, korisnicima je važno da su stručne usluge besplatne (47%) i omogućuju im veću samostalnost života u kući (46%) da im pomognu u poboljšavanju zdravstvenog stanja (44%), učinkovitijoj rehabilitaciji (36%) i očuvanju dosadašnjeg životnog stila (36%). Nekoliko korisnika pod „drugo“ navelo je: pomoć; pomoć u posjeti obveznih pregleda; svi odgovori odnose se na moj dom.

Grafikon 4: Važnost usluga u okviru projekta

Plaćanje usluga

Zanimalo nas je da li su korisnici spremni plaćati za usluge koje dobivaju ili su ih dobivali besplatno u okviru projekta. Nakon projekta većina korisnika (75%) bila bi spremna plaćati usluge. Jedna trećina od navedenoga spremna je platiti fizioterapeutske usluge (76%), više od polovice bi platila radnu terapiju (59%) i nešto manji broj zdravstvenu njegu u kući (17%). Neke osobe bi plaćale više usluga (fizioterapiju, radnu terapiju, zdravstvenu njegu), takvih je bila dobra trećina svih osoba spremnih na plaćanje (41%). Također, korisnici žele da bi se terapije nastavile ili da bi se mogle ponovo uključiti u tretman. Bili su jako zadovoljni jer su usluge bile besplatne, a većina je željela još više tretmana.

Grafikon 5: Mišljenje korisnika o plaćanju usluga

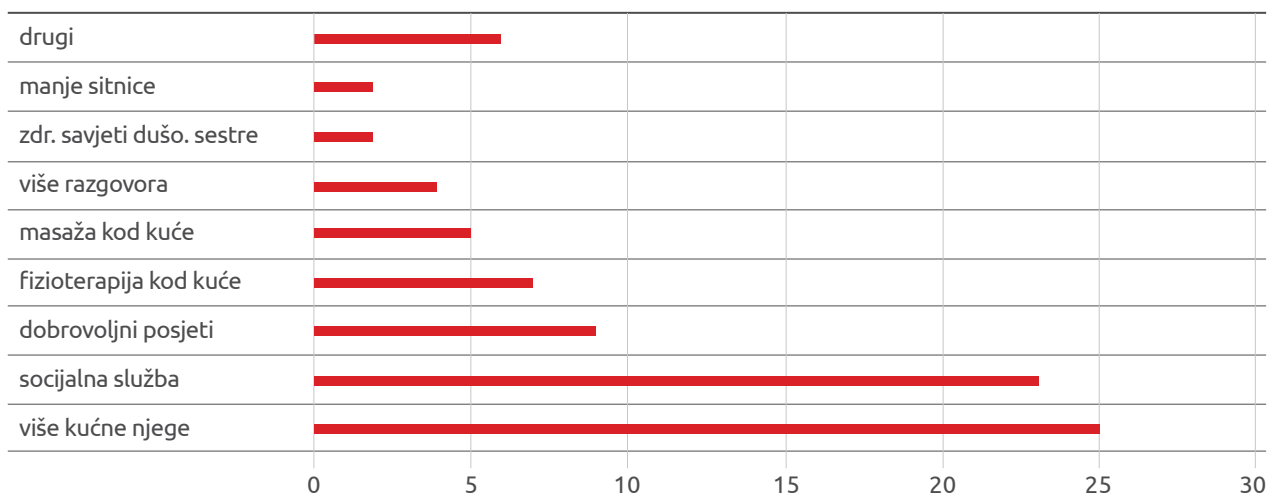
Potreba za dodatnim uslugama

Korisnici su imali mogućnost da u anketi navedu potrebe za uslugama koje bi uz već dostupne usluge trebali dobivati. Njihove navode obrađujemo po sklopovima. Tijekom davanja odgovora najčešće su bile navedene potrebe za većim opsegom skrbi u kući, potrebe za uslugama socijalnog servisa (pedikura, frizer u kući, generalno čišćenje, farbanje, sigurnost u kući, pratnja na društvene događaje), posjete dobrovoljaca, fizioterapija u kući, masaža u kući, razgovor, potreba za zdravstvenim savjetima medicinske sestre, manji kućni popravci i druge. Među sljedeće uvrstili smo one zadatke koje su korisnici naveli samo jednom, a to su: radna terapija u kući, vraćanje knjiga u knjižnicu, usluga na poziv, nastavak pružanja usluga u okviru CrossCare projekta, besplatne usluge.

U grafičkom prikazu vidljive su potrebe za pojedinim zadacima ili uslugama koje su u odgovorima navodili korisnici.

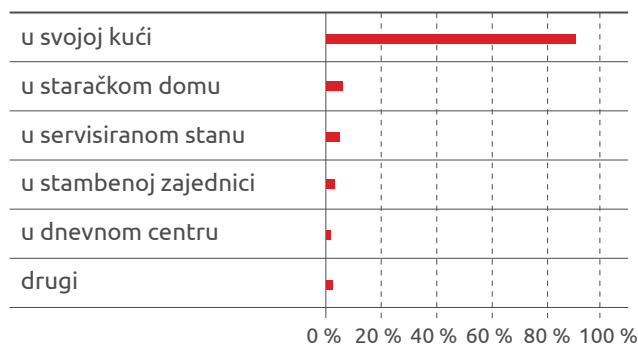
Tablica 1: Prikaz potreba po sklopovima

Više skrbi u kući	25
Socijalni servis	23
Posjeti dobrovoljaca	9
Fizioterapija u kući	7
Masaža u kući	5
Više razgovora	4
Zdr. savjeti med. sestre	2
Manji kućni popravci	2
Drugo	6

Grafikon 6: Dodatne potrebe korisnika

Gdje bi najradije proživjeli svoju starost ako bi imali mogućnost odabira

U anketi nas je zanimalo gdje korisnici žele proživjeti svoju starost ako bi imali mogućnost odabira. Najčešći odgovor je bio „u svojoj kući“; tako je odgovorilo čak 89% sudionika ankete. U dosta manjim postocima slijede još odgovori: u domu za starije i nemoćne (4%), u prilagođenom stanu (2%), u stambenoj četvrti (2%). Pod drugo bili su navedeni još neki odgovori koji nisu neposredno povezani s pitanjem (npr. ovisno o zdravlju; dok sam pokretan; kada si nesposoban brinuti se za sebe; da nisi drugima na teret; najbolje je što prije umrijeti).

Grafikon 7: Gdje bi najradije preživjeli starost

Poruke korisnika

Na kraju sklopa pitanja o redovnim aktivnostima zavoda, korisnike smo pozvali da nam prosljede izvješća, primjedbe, pohvale i prijedloge u vezi s radom zavoda i zaposlenicima. Većinom se radi o pohvalama, također i o pojedinim zaposlenicima, za pozitivne komentare, ohrabrujuće riječi i želje za višim iznosom plaćanja skrbnika. Pohvale korisnika odnose se na opće zadovoljstvo uslugama socijalne skrbi i drugim aktivnostima ZOD Ljubljana. Korisnici su bili zadovoljni zbog činjenice da pomoć postoji kao i s odnosom zaposlenika, njihovom komunikacijom i stručnošću. Izražavali su opću zahvalnost za pomoć, zahvalnost jer im pomoć u kući omogućuje život u domaćem okolišu te zahvalnost pojedinim skrbnicima i skrbnicama. Nekoliko je primjedbi, prvenstveno vezanih na zamjenu skrbnica, premaleni broj zaposlenih, brzanje skrbnika; jedan komentar odnosio se na slabo obavljeni posao socijalne djelatnice. Želje se prvenstveno odnose na vremenski opseg usluga (dodatni termini tijekom tjedna i vikenda, veći broj sati socijalne skrbi i usluge socijalnog servisa). Poruke korisnika i njihovih obitelji navodimo po sklopovima s obzirom na njihov sadržaj.

Usluge

Pozitivno: sve što mi nudite vrijedno je hvale; do sada smo mi domaći brinuli za mojeg muža. Otkad smo se odlučili za vašu pomoć vidimo koliko ste nas rasteretili; bravo za takav početak i program rada sa starijim osobama; jako sam bila zadovoljna uslugama i stvarno mi puno znače; jako smo bili zadovoljni vašim uslugama i slično.

Negativno: čišćenje boravišnih prostora je katastrofalno.

Zaposleni

Pozitivno: Imate jako uređene zaposlenike i svima koje sam upoznala želim veliko hvala; svi zaposlenici su empatični, stručni i spremni za komunikaciju; nadam se da će se urediti njihovo nagrađivanje jer samo tako možemo očekivati prikladnu pomoć; pohvale svim skrbnicima i jako sam zadovoljna; zaposlenici su većinom jako uredi; puno mi znači činjenica da će ponovo doći; jako cijenim pristojnost skrbnica; s gospođom (soc djelatnica), koja me posjećuje, jako dobro surađujem i ne mogu više zamisliti život bez nje; osoblje zavoda jako je pristojno i prvenstveno razumijevajuće; jako smo zadovoljni s radom djelatnica; uz profesionalnu skrb otac sudjeluje u ugodnom razgovoru, motivaciji i veselim licima; jako sam zadovoljna vašim zaposlenicima, posebne pohvale medicinskoj sestri i fizioterapeutu; posebne pohvale i zahvale socijalnim skrbnicama i slično.

Negativno: jako se često mijenjaju, ne samo tijekom praznika; skrbnice brzaju jer ih je premalo, potrebno je više vremena za miran rad; određeni skrbnici su 100%, drugi samo obavljaju svoj rad; različito rade, pojkad kasne; smeta me da nikada ne znam tko će me posjetiti.

Zavod

Korisnici navode: odlični ste i trebate više kadra; bez vaše pomoći teško bi preživio s nepokretnom ženom; bez obzira na sitne nedostatke, jako sam zahvalna za pomoć i zahvaljujem se za vaše posjete; iskreno se zahvaljujem za sve što radite; nagrađivanje odličnih skrbnica; povećanje plaće; jako sam zadovoljna da mi omogućujete da ostanem u svojoj kući; zahvaljujem se za vašu pomoć koja u moj život svakoga dana donosi sunce.

Želje i prijedlozi

Korisnici navode: želim da bi se za starije dobro pobrinulo od strane države; za one koji njegu trebaju svakoga dana bilo bi jako dobro da mogu biti u vezi s njegovateljicom čak i preko telefona, gdje je ponekad potrebno obavijestiti njegovateljicu o

stvarima koje trebam za sljedeći dan; bilo bi dobro da je više mogućnosti da si odaberemo sat posjete njegovateljice; više kadra da bi korisnici primili pomoć čak i tijekom vikenda; dobro bi bilo dobiti europska sredstva u većoj mjeri; MOL bi mogla dati svoj doprinos u pogledu financijskih sredstava; prihode djelatnice je potrebno povećati; veću pomoć potrebno je osigurati obiteljima koji brinu za starije osobe; svijest o potrebama i organizacija usluge na realan način, recimo, da smije maknuti tepih, počistiti pod; o vašim zaposlenicima imam najbolje mišljenje ali, kao što čitam u medijima, nisu plaćeni na prikladan način i bojim se da bi dugoročno mogli nastati kadrovski problemi i da bi moglo doći do raspada te mreže pomoći.

POVEZIVANJE SOCIJALE I ZDRAVSTVA

ZNAČAJ SURADNJE RAZLIČITIH STRUKA PRI PRUŽANJU POMOĆI U KUĆI STARIJIM OSOBAMA

Marjeta Bizaj, Ana Bevk Umiastowski

Zavod za oskrbu na domu Ljubljana, kao nadopunu osnovne djelatnosti, u rujnu 2018. godine započeo je izvoditi projekt »Integrirani pristup skrbi za starije osobe u kući« (projekt CrossCare). U okviru projekta nudili smo besplatne usluge kao što su fizioterapija, radna terapija, zdravstvena njega i dijetetika. Cijelo vrijeme postojanja ZOD Ljubljana susrećemo se s ograničenjima koja sa sobom donose pravilnici o standardima i normativima usluga socijalne skrbi koje pomoć u kući opredjeljuju kao pomoć u osobnoj higijeni, osnovnu pomoć u kući i pomoć u ostvarivanju kontakata. Pravilnik je bio pisan u drugim vremenima u kojima su životi starijih osoba i njihova skrb bila od manjeg značenja za društvo jer su skrb za svoje ostarijele i bolesne članove preizimale žene u obitelji koje su bile umirovljene sredinom svojih pedeset godina i mogle su se brinuti za ostarijele članove obitelji jer im je to omogućilo vrijeme dobiveno ranijim umirovljenjem i ulogom žene u obitelji. Pravilnik nije predvidio takve demografske promjene s kojima se susrećemo danas, kao i promjene da će se starosna mirovina podignuti na starost od 65 i više godina. Također tijekom njegovog nastajanja nije mogao predvidjeti da će se rast kroničnih bolesti zbog trovanja okoliša, neprimjerene prehrane i nezdravog načina života povećati do te mjere da skoro nema više starijih ljudi koji ne uzimaju barem tablete za liječenje povećanog krvnog tlaka, kolesterola ili šećerne bolesti.

Zbog svih navedenih uzroka pravilnik o standardima i normativima, uslugama socijalne skrbi već odavno više nije dostatan za povećanje potrebe demografsko starih stanovnika. Zakon o dugotrajnoj skrbi, svakom političkom podjelom prenosi se u budućnost. U ured često dolaze očajni vapaji starijih osoba i njihovih obitelji za željama o opsegu pomoći koju zbog kadrovskih problema ne možemo nuditi. Obitelji su zbog produženja roka potrebnog za umirovljenje većinom još zaposleni i zato se za njegu i zaštitu svojih ostarijelih obitelji ne mogu pobrinuti u dovoljnoj mjeri. Najgore je zastupljena skrb za dementne ostarijele koji bi trebali višesatnu zaštitu. Njihove obitelji često nam se obraćaju s željama za uslugama koje, kao usluga socijalne skrbi za pomoć u kući ne pokriva: zamatanje nogu, primjena inzulina, zamjena katetera, stome, kanila te potreba za radnom terapijom i fizioterapijom. Do određene granice navedene potrebe pokrio je naš drugi projekt te vrste; CrossCare projekt s mogućnošću besplatnog korištenja paketa tretmana fizioterapeuta i radnog terapeuta u domu korisnika.

Projekt je tijekom djelovanja omogućio integriranu socijalnu i zdravstvenu njegu u kući te bi mogao poslužiti kao model cjelovite njege starijih ljudi u njihovim kućama. Projektom otvaramo put novim idejama i pogledima u praksu cjelovitog pristupa skrbi za starije osobe koje uz socijalnu skrb trebaju i zdravstvene usluge. Djeluje preventivno jer uslugama radne terapije, fizioterapije, očuvanja sposobnosti potrebnih za brigu za životne potrebe, omogućuje produženje kvalitete života do

kasne starosti. Time produžuje sposobnost čovjeka da se do kasne starosti može brinuti za sebe te da ne opterećuje obitelj i državnu blagajnu.

Redovito smo surađivali s diplomiranom medicinskom sestrom Majom Kriznik i radnim terapeutom Petrom Boh. Suradnja se pokazala za odličnu jer smo time dignuli razinu kvalitete socijalne skrbi. Svaki terapeut s različitim znanjima iz područja socijalnog rada, radne terapije i zdravstvene njege korisnika je cjelovitije njegovao. Svim sudionicima podignuo se i promijenio pogled na ljudske potrebe jer smo stručnjaci razmjenjivali mišljenja i stajališta i time „brusili“ svoja znanja i učili se prihvatiti i uključivati više pogleda na potrebe starijih osoba. Kao voditelj jedinice i koordinatrica socijalne skrbi, pred očima imam korisnika kao i socijalnu skrbnicu koja neposredno pruža usluge i na terenu se susreće sa svom mogućim radnim uvjetima, situacijama i problemima starijih osoba. Moramo se pobrinuti da su potrebe korisnika zadovoljene, da se u najvećoj mjeri poštuju kodeks etičkih načela, da je njega izvedena u skladu s individualnim planom korisnika i da su rasporedi socijalnih skrbnika optimalno izrađeni. Cijelo smo vrijeme između dva svijeta, na jednoj strani korisnika i njegovih očekivanja te na drugoj očekivanja socijalnih skrbnica koje također moraju imati osigurane barem osnovne radne uvjete, uzimajući u obzir prava koja po zakonu o radnim odnosima i sigurnosti na radu i posjeduju. Stariji u kući koji koriste usluge kućne njege, žive u jako različitim životnim uvjetima. Na terenu, skrbnice i socijalne radnice cijelo vrijeme vide moguću raspon životnih aspekata čovjeka, od siromaštva, usamljenosti, nefunkcionalnih obiteljskih odnosa do jako dobrih stanarskih uvjeta i dobrih obiteljskih odnosa. Svaki novi korisnik u našu sredinu implementira nova iskustva, kao i dinamiku između skrbnika, korisnika i njihovih obitelji. Uloga voditelja i koordinatora je da po potrebama taj odnos nadopunjuje, usklađuje, potiče. Samo tako se može razvijati u pravom smjeru gdje svi umiješani možemo raditi i živjeti za dobro cijele zajednice. Ponekad se nalazimo u situaciji kada moramo biti odlučni i pravedni prema svima upletenima ali i dovoljno čvrsti da, uljučujući sve vidike svake upletene osobe, osiguramo rješenje koje će biti korisno za sve.

Primjer dobre prakse

Gospođa S.M. naša je dugogodišnja korisnica. Na sastancima jedinica, od strane skrbnica više puta bilo je ispostavljeno da njega postaje jako teška i rizična u smislu sigurnog pružanja skrbi i za naše skrbnice. Gospođa postaje sve teže pokretna, slabi i veza između mozga i nogu, u smislu gubljenja sposobnosti slanja prikladnih signala mozga za koordinaciju nogu. Zbog neprimjerenih invalidskih kolica, niskog kreveta i običnog kuhinjskoga stola na kojemu je gospođa sjedila, pružanje njege bilo je teže jer je opasnost od padanja bila jako velika. Čak i sa stajališta sigurnosti na radu, izvođenje skrbi bilo je neprimjereno za naše skrbnice jer su trebale puno snage i naprezanja, kako bi gospođu zaštitile od padanja. Gospođa se jako trudi da ne izgubi preostale sposobnosti hodanja i zato o povećanju visine kreveta i o novim invalidskim kolicima nije htjela ni čuti. S kćerkom gospođe S.M. bili smo u kontaktu kako bi se dogovorili za prikladne mjere koje bi našim skrbnicama mogle omogućiti sigurno pružanje njege koja bi gospođi omogućila sigurnost i održavanje te očuvala njezine preostale sposobnosti gibanja. Do dogovora o potrebnim mjerama zbog odbijanja gospođe S. M. nije došlo. Za pomoć u stručnom ocjenjivanju potrebnih mjera koje se odnose na sigurno izvođenje skrbi i primjerenim tehničkim pomagalima, potražila sam pomoć našeg radnog terapeuta Petre Boh. Gospođu S.M. je već poznavala jer je u okviru CrossCare projekta već koristila paket tretmana radne terapije. Zajedno s Petrom Boh i socijalnom skrbnicom T.G. obavile smo drugu posjetu u kući, u svrhu uređenja radnih uvjeta. Utvrdile smo da su postojeća invalidska kolica koja je imala gospođa, zbog veličine neprimjerena za stan jer zbog veličine nisu mogla proći kroz uska vrata kupaonice. Budući da se gospođa teško ustaje iz kreveta, radni terapeut Petra Boh skrbnici je pokazala kako joj

na siguran način može pomoći da ustane iz kreveta. Predložili smo da se invalidska kolica zamijene s rolatorom s leđnim pojasom za naslanjanje. Isprobali smo manevar i utvrdili da gospođu možemo s kreveta prebaciti na rolator te je odvesti do kupaonice gdje se sama može premjestiti na toalet ili pod tuš. Zatim, nakon njege u kupaonici, gospođu na rolatoru dovodi do kuhinje gdje gospođa ustaje i sama napravi nekoliko koraka te se prebacuje na uža invalidska kolica. Kolica će biti prilagođena tako da će je kod sjedenja podupirati i omogućiti joj sigurnost od padanja s kolica. U zadovoljstvo svih sudionika riješile smo poteškoću s primjerenim tehničkim pomagalicama i savjetima radnog terapeuta Petre Boh. S kćerkom smo se dogovorile da se skrb može izvoditi na takav način; u slučaju pogoršanja zdravstvenog stanja gospođe S.M., ponovo ćemo se dogovarati o primjerenim rješenjima.

Zaključak

Primjer prethodno opisanog zdravstvenog stanja korisnice i uređenja radnih uvjeta možemo ispostaviti kao primjer dobre prakse. Korisnici domova za starije osobe imaju pravo na terapijske tretmane radne terapije i fizioterapije do ih starije osobe koje su se odlučile za život u svojem domu, zbog neprimjerenog zakonodavstva nemaju. Zakonodavac koji će mijenjati Zakon o dugotrajnoj skrbi mora nužno predvidjeti pravo na te usluge čak i za starije osobe koje žive kod kuće. Pravo mora biti uređeno tako da se navedene usluge pružaju u domu korisnika. U suprotnom slučaju one najranjivije starije osobe opet će ostati bez posebnih tretmana jer zbog ograničenja u kretanju neće moći dolaziti u institucije u kojima se takve usluge izvode. Želimo da socijalna skrb zaživi iz ruke u ruku sa zdravstvenim uslugama u takvoj mjeri da naši stariji žitelji imaju koristi od toga. Ne zaboravimo da svakog od nas čeka starost. To što ćemo danas napraviti za današnje starije žitelje, u našoj starosti možemo iskoristiti i mi.

ORGANIZIRANO VOLONTERSTVO KAO DIO INTEGRIRANE POMOĆI STARIJIM OSOBAMA U OBITELJSKOM OKRUŽENJU

Amir Crnojević

Sažetak

I u Sloveniji se susrećemo s demografskim promjenama. Međutim, nismo još spremni za njih jer još uvijek nemamo uređen sustav dugotrajne skrbi za starije, koja obuhvaća potrebe za cjelovitom individualiziranom obradom i integriranim uslugama pomoći u domu povezivanjem usluga socijalne i zdravstvene zaštite. U okviru socijalnog osiguranja brojni javni zavodi u Sloveniji izvode i druge djelatnosti, kojima omogućuju aktivno i kvalitetno starenje. Jedna od tih je organizirano volonterstvo, što je važno područje za prevladavanje osamljenosti i omogućavanje socijalne uključenosti starijih osoba. Usluge integrirane skrbi s individualiziranim pristupom nužne su jer u budućnosti želimo ostvariti kvalitetan život starijih osoba, kojima je potrebna pomoć i potpora jer žele jesen svog života proživjeti u domaćem okruženju.

Ključne riječi: dugotrajna skrb, integrirana skrb, skrb u zajednici, organizirano volonterstvo, socijalni rad u zajednici.

Uvod

Demografske promjene transformirat će društvo pri čemu niti jedna generacija neće biti izuzeta iz promjena koje donose

demografski trendovi. Kvalitetno starenje posebno se temelji na ideji aktivnog starenja, zato u budućnosti treba nadograditi sustav socijalne zaštite.

U Sloveniji se na različitim razinama provode naponi za osiguranje kvalitetnijih usluga socijalne zaštite. Poboljšano je razumijevanje značenja individualiziranog pristupa socijalnoj zaštiti (Škerjanc, 2010).

Pored individualiziranog pristupa potrebno je razviti usluge integrirane skrbi. Pojam integrirane skrbi još nije¹ prihvaćen u našim stručnim krugovima i vjerojatno je pogrešno shvaćen. Integrirana skrb je dobra koordinacija, povezivanje te interna komunikacija u službama, kao i između izvođača, korisnika ili neformalnih izvođača skrbi. Utječe na veće zadovoljstvo pojedinaca i izvođača, poboljšava kvalitetu usluga i financijski je učinkovitija. Smanjuje neučinkovitost službi i pojedinaca u sustavu. Integrirana skrb je cjelovita obrada, koja proizlazi isključivo iz potreba pojedinaca za dugotrajnom skrbi i višestrukim usporednim problemima (Portal za izobražavanje iz zdravstvene nege, b.d.).

Starije osobe žele što duže ostati doma uz pretpostavku da su aktivni i punopravni članovi obitelji. Pored pomoći kod osnovnih i dodatnih svakodnevnih zadataka ne smijemo zaboraviti na još jedno važno područje - socijalnu uključenost: poticanje i omogućavanje kontakta s društvom, poticanje aktivnosti i uključenosti u društvo. Volonterstvo je jedan od mogućih oblika socijalne uključenosti.

Volonterstvo je osnovni oblik osobne solidarnosti u socijalnom radu (Ramovš 2001). Predstavlja vrednotu i temeljnu djelatnost čovjeka koja se razvija, nadograđuje i neposredno utječe na promjene u okruženju u kojem se izvodi. Prati nas od samih početaka civilizacije, premda zbog globalizacije i općeg društvenog uređenja često to zaboravljamo. Volonterstvo širi toleranciju i solidarnost, a time oblikuje pojedinog čovjeka u duhu istinske jednakosti, slobode i humanističkoga morala, pravednosti i solidarnosti jer samo nesebična pomoć našim bližnjima pokazuje kakvi smo zapravo ljudi. Dok se jedni bave optimizacijom upravljanja volonterstvom, druge zanima šira društvena i politička uloga razvijanja i poticanja volonterstva (Crnojević, 2018).

U nastavku želimo predstaviti primjer dobre prakse cjelovitog pristupa u radu s korisnicima u okviru javne službe i dodatnih djelatnosti te usluga u okviru projekta.

Organizirano volonterstvo, međugeneracijska i projektna suradnja

Zavod za oskrbu na domu Ljubljana (u daljnjem tekstu: ZOD Ljubljana) je najveći izvođač socijalne pomoći u domu na području Slovenije. Usmjereni smo na razvoj i tijekom rada često tražimo nove odgovore na potrebe ljudi u zajednici. Glavni izazov s kojim se susrećemo su usamljenost ljudi i pomanjkanje određenih zdravstvenih usluga, koje se izvode u njihovim domovima.

Kao odgovor na to 2014. godine uveli smo program organiziranja volonterskog rada, a nešto kasnije i program međugeneracijske suradnje. Volonteri u okviru organiziranog volonterskog rada djeluju na četiri područja: druženje s korisnicima, promocija volonterskog rada u zajednici, organizacija i upravljanje različitim aktivnostima te suradnja u projektima. Najčešće opažamo potrebu za druženjem, zbog čega na tom području djeluje najviše ljudi. Volonteri, prema dogovoru, jednom ili dvaput tjedno obilaze korisnike u njihovom domu. Susreti traju

¹ Definicija integrirane skrbi, koja je preporučena u državama Europske unije, integriranu skrb definira kao skup dobro isplaniranih i organiziranih različitih vrsta usluga i službi usmjerenih na razne potrebe pojedinaca ili specifične skupine, kako bi pojedincu omogućili što neovisniji život.

do dva sata, a u to vrijeme mogu se prošetati, čitati knjige, igrati društvene igre, razmjenjivati znanje i iskustvo ili razgovarati o svakodnevnim temama, prisjećati se uspomena i slično.

Posebnu pozornost posvećujemo razvoju volonterskog rada kod ljudi s demencijom. Rođake briga za čovjeka s demencijom psihički i fizički opterećuje. Pronađu se u nepoznatoj situaciji i u velikom pritisku, kojega teško sami rješavaju. Zadatak stručnih radnika je osnažiti, poduprijeti i opremiti rođake znanjem o demenciji, volonter svojim dolaskom donosi svježinu u obitelj; postaje važan dio obitelji čovjeka s demencijom jer njegov obilazak ne utječe samo na čovjeka s demencijom, već rasterećuje i rođake koji mogu vrijeme, koje volonter provodi s članom njihove obitelji, posvetiti sebi i svojim potrebama.

Programu organiziranog volonterstva se od 2014. do kraja 2019. godine pridružilo više od 200 volontera koji su odradili više od 20.000 volonterskih sati, u okviru kojih je više od 3.500 volontera posjetilo više od 400 korisnika (Batič 2020). Trenutno je aktivnih 67 volontera.

Korisnike i njihove rođake, pored druženja, potičemo i na sudjelovanje u borjne aktivnosti koje organiziramo u okviru programa međugeneracijske suradnje. Naime, svaki tjedan na zavodu izvodi se učenje stranog jezika Ruski za starije i međugeneracijska kreativna radionica Krpena lutka. Jednom mjesečno organiziramo radionice za jačanje pamćenja. Već petu godinu se na zavodu izvodi Zajednica za samopomoć članova obitelji osoba s demencijom na kojoj u sigurnom okruženju i uz potporu voditeljice jednom mjesečno razmjenjuju mišljenja, dijele iskustva i usvajaju nova znanja o demenciji. Istovremeno izvodi se radionica Biblioterapija s osobama s demencijom.

U 2020. godini osnovali smo novu zajednicu starijih osoba za samopomoć, koja se izvodi u skladu s metodom Saveza društava za socijalnu gerontologiju Slovenije. Nazvali smo je Než-ka. Cilj Zajednice za samopomoć Nežka je gradnja pozitivnih komunikacijskih iskustava kod starijih osoba, neka vrsta paralelne obitelji koja pažljivo sluša i čuje. Rad u zajednici temelji se na samopomoći. U okviru zajednice izvodi se proces zadovoljavanja nematerijalnih potreba za osnovnim međuljudskim odnosima, doživljavanjem smisla starosti i povezanosti svih triju generacija.

U okviru predstavljenih programa surađujemo s ljubljanskim vrtićima, školama, fakultetima, brojnim nevladinim organizacijama i strukovnim udruženjima. Djeca iz vrtića jednom godišnje, obično na dan žena, posjete nekoliko korisnika koje ne mogu napustiti svoj dom. Zapjevaju pjesmu i ručno izrađenim darovima uljepšaju dan, koji je predug za mnoge usamljene ljude. Srednja frizerska škola Ljubljana svake godine u prosincu organizira međugeneracijski susret s učenicima i našim korisnicima. Učenici pripremaju kraći kulturni program, potom svim gostima uređuju kosu. Jednom godišnje organiziramo Dan otvorenih vrata i Godišnji susret korisnika. Potonji je za mnoge korisnike jedini kulturni događaj u kojem sudjeluju jer se u suradnji s Putničkim prijevozom u ljubljani pobrinemo da sve korisnike dovedemo do pozorišta i natrag. Također, osigurana im je pratnja od strane naših socijalnih radnica i volontera.

Na brojne potrebe ljudi u zajednici odgovaramo projektima. Tijekom 2017. i 2018. godine, u suradnji sa Spominčicom - Slovenskom udrugom za pomoć ljudima s demencijom, organizirali smo projekt Za demenciju ugodnu zajednicu. U okviru tog projekta izveli smo stručna predavanja diljem Slovenije i osposobljavanje za stručne radnike, stručne suradnike, volontere, neformalne pružatelje skrbi i drugu zainteresiranu javnost. Na zavodu smo otvorili Demenciji ugodnu točku. S Medicinskim fakultetom Sveučilišta u Ljubljani izveli smo projekt Suživot s demencijom. Studenti radne terapije su korisnicima pružali usluge radne terapije i savjetovanje o prilagođavanju domaćeg okruženja.

Osnovani su međugeneracijski projekt Urbano vrtlarjenje s djedom i bakom, koji se temelji na poticanju socijalne uključenosti, cjeloživotnog učenja i korisnog provođenja slobodnog vremena u zajednici. Urbano vrtlarjenje nije samo ostatak ruralnoga u urbanom okolišu, već je i značajna gradska djelatnost koja se razvija zbog potreba građana, kako mladih tako i starijih. Vrtlarjenje ima više funkcija: socijalnu, ekonomsku, psihološku, ekološku, zdravstvenu, edu-kacijsku, odgojnu i rekreacijsku. Značajan broj građana nema mogućnosti obrađivanja svog vrta jer samo želja često nije dovoljna. Potrebno je vrijeme i znanje, a konačno i iskustvo. Kao odgovor na to smo u ZOD Ljubljana razvili spomenuti međugeneracijski projekt, koji se od 2017. godine izvodi i u ljubljanskom susjedstvu. Temelj projekta čine volonteri. Svatko može pomoći u izvođenju projekta koji je dugoročan i sastoji se od više faza.

Projekt partner je Gradska udruga umirovljenika Ljubljana s programom Dnevni centri aktivnosti za starije. U zajedničke akcije uključeni su i djeca, učenici, studenti i mlade obitelji.

Utjecaj projekta CrossCare na program organiziranog volonterstva i međugeneracijske suradnje

ZOD Ljubljana je u okviru CrossCare projekta zaposlio šest stručnih radnika različitih profila; dva radna terapeuta, dva fizioterapeuta, diplomiranu medicinsku sestru i socijalnu radnicu koja je koordinirala projekt. Stručni radnici projekta CrossCare upoznali su se s drugim djelatnostima zavoda i aktivno sudjelovali na drugim područjima njegovog rada. Između ostaloga, aktivno su sudjelovali u program organiziranog volonterstva i međugeneracijske suradnje.

U okviru spomenutih programa zavod aktivno sudjeluje u ili organizira brojne događaje.

S radnom terapeutkinjom smo u veljači 2019. godine uveli novi mjesečni događaj, koji se izvodi u okviru zajednice za samopomoć članova obitelji osoba s demencijom, tj. Biblioterapija s osobama s demencijom. Događaj je namijenjen ljudima s demencijom u okviru kojega se izvodi jednosatna radionica s različitim aktivnostima; najčešće pročitamo priču, zatim se pokušamo povezati s pričom i temu približiti njihovim životima.

Svake godine za zainteresiranu javnost organiziramo Dan otvorenih vrata u svibnju. U okviru cjelodnevnog događaja sa stručnim suradnicima projekta pripremili smo brojna predavanja i radionice. Radna terapeutkinja uključila se u pripremu edukacije za volontere; tako je u ožujku 2020. izvela predavanje i radionicu pod naslovom Kako do veće samostalnosti u domaćem okruženju.

Od svibnja do listopada zavod se uključio u različite događaje, koji se izvode na području Gradske općine Ljubljana. Na događajima promoviramo djelatnosti zavoda, stručni radnici su zainteresiranoj javnosti dostupni za sva moguća pitanja s njihovog stručnog područja. U do-gađaje smo uključili i stručne radnike projekta, koji se pozivu rado odabrali. Na taj način mogli smo sastaviti ekipu stručnjaka - multidisciplinarni tip, koji je bio sastavljen od stručnog radnika zavoda, stručnog radnika projekta i volontera. Također, ljudima su pružili detaljne informacije o svim uslugama, koje izvode u zavodu. Potonji je aktivni i dugogodišnji partner Festivala za treće životno doba. Pored promocije zavoda na festivalu, koji je jedan od najvećih događaja za starije u Europi, stručni radnici uključeni su u izvođenje radionica i predavanja za posjetitelje. Poziv na suradnju uputili smo i stručnim radnicima projekta te izveli brojna predavanja i radionice, na primjer Prikaz izvođenja usluga socijalne pomoći u domu - izvedba pomoći i osobne njege, Mjerenje vitalnih funkcija, Aktivnosti kretanja za starije, Kognitivni trening za sve generacije i slično.

Razvijamo i manje, jednokratne projekte. Tako smo, na primjer, sa socijalnom radnicom u listopadu 2018. godine

razvili manji projekt Darivanje starijih usamljenih osoba. Brojni usamljeni korisnici su u prosincu 2018. primili darove manje vrijednosti; korisne proizvode donirala su brojna poduzeća. Zavod je pridružen partner u nekim nacionalnim projektima, na primjer projekt Tjedan cjeloživotnog učenja, kojega izvodi Andragoški centar Republike Slovenije, u okviru kojega smo 2019. Sa stručnim radnicima projekta CrossCare organizirali više radionica: Prilagođavanje potrebama starijih i predstavljanje medicinsko tehničkih pomagala, Zdrav životni stil - zdrava prehrana te Pravilno premještanje i namještanje nepokretnog člana obitelji. Organizirali smo okrugli stol Potrebe starijih osoba u kući - povezivanje usluga socijalne i zdravstvene zaštite, koja se održala u lipnju 2019. godine na Fakultetu za socijalni rad u sklopu kojega su sudjelovali i socijalna radnica te radna terapeutkinja.

Utjecaj projekta CrossCare je programima organiziranog volonterstva i međugeneracijske suradnje pridonio novim stručnim znanjima i spoznajama, zbog kojih je razina izvođenja usluga bila značajno viša. Budući da je projekt CrossCare međunarodni, utjecao je na širu prepoznatljivost zavoda (i djelatnosti koje izvodimo), tj. izvan područja Gradske općine Ljubljana. Dodatnu vrijednost vidimo i u uključivanju volontera nakon završene obrade stručnih radnika projekta. Mnogo prijedloga primili smo od strane radnih terapeuta. Stručni radnici projekta bili su iznimni promotori događaja i pomogli su kod uključivanja korisnika u događaje koje zavod organizira svakoga mjeseca.

Zaključak

Socijalna i zdravstvena politika Europske unije sve češće ističe potrebu za odgovarajućim sustavom reformi dugotrajne skrbi ranjivih društvenih skupina, posebice starijih osoba, nakon tranzicije iz institucionalne u skrb zajednice. U skladu s Rezolucijom o nacionalnom programu socijalne zaštite u republici Sloveniji za razdoblje od 2013. do 2020. godine, osnovna načela za izvođenje socijalne zaštite u Sloveniji su osiguravanje čovjekovog dostojanstva i socijalne pravednosti, poticanje volonterstva i solidarnosti, jačanje snage pojedinaca i skupina sa svrhom sprječavanja i ublažavanja socijalnih pritisaka, poticanje međugeneracijske povezanosti, slobodnog izbora i individualizirane obrade. Smatramo da organizirano volonterstvo, s obzirom na međunarodne i nacionalne strateške dokumente, stručne smjernice i iskustva ZOD Ljubljana, ima veliki potencijal i iznimno značenje za razvoj i budućnost socijalne zaštite i društvenog života jer doprinosi razvijanju postojećih sustava, socijalnom i društvenom napretku, razvijanju vrednota solidarnosti, a u konačnici i k povezanijem, humanijem, stabilnijem i uspješnijem društvu, odnosno, općenito društvenom blagostanju. Volonterstvo na području socijalne zaštite već danas doprinosi i obogaćuje javne programe. Ako tome dodamo i usluge socijalne pomoći, radne terapije, fizioterapije i zdravstvenu njegu, kako pokazuju iskustva ZOD Ljubljana, imamo već izrađen i provjeren model integrirane skrbi starijih osoba. Mali (2013) je u svojoj monografiji o dugotrajnoj skrbi napisala da možemo organizirati veoma dobar sustav dugotrajne skrbi, primati dokumente, razviti nove oblike pomoći. Važno je prepoznati da je središnja misao vodilja dugotrajne skrbi pomoć čovjeku jer su čovjek i očuvanje njegova dostojanstva važni za ljudsku zajednicu i ljudsku zajednicu.

Izvori

Batič, L. (2020). Poslovno poročilo Zavoda za oskrbu na domu Ljubljana za leto 2019. Ljubljana: Zavod za oskrbu na domu Ljubljana.
Crnojević, A. (2018). Razvoj organiziranega prostovoljstva v javnih socialnovarstvenih zavodih v Mestni občini Ljubljana. Nova Gorica: Fakultet društvenih znanosti
Mali, J. (2013). Dolgotrajna oskrba v Mestni občini Ljubljana. Ljubljana: Fakultet za socijalni rad
Portal za izobraževanje iz zdravstvene nege (b.d.). Preuzeto 29.

2. 2020 s <https://www.zdravstvena.info/vsxnj/novi-pristopi-v-organizaciji-celostne-obravnave-bolnika-integrirana-oskrba/>
Ramovš, J. (2001). Prostovoljstvo pri delu z ljudmi in za ljudi. Preuzeto 20. 2. 2020 s <https://www.fsd.uni-lj.si/mma/Ramovs/2008061614123779/>
Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013–2020 (ReNPSV13–20) (2013). Uradni list Republike Slovenije, br. 39/13.
Škerjanc, J. (2010). Individualizacija storitev socialnega varstva. Ljubljana: Fakultet za socijalni rad

KAKO JE PROJEKT CROSSCARE POMOGAO K POBOLJŠANJU USLUGE SOCIJALNE SKRBI U KUĆI?

Medeja Novljan, Tadeja Rink

Uvod

Socijalna skrb program je koji starijim, invalidnim, starijim i jako bolesnim osobama omogućuje život u kući. Socijalne skrbnice i skrbnici pružaju usluge iz tri različite sklopa koje su opredijeljene u Katalogu usluga Zavoda za oskrbu na domu Ljubljana (u nastavku teksta: ZOD Ljubljana). To su:

- **pomoć u obavljanju temeljnih dnevnih zadataka** koji se odnose na pomoć u oblačenju ili svlačenju, kupanju, hranjenju, obavljanju osnovnih životnih potreba, održavanju i njezi osobnih ortopedskih pomagala;
- **pomoć u kućanstvu:** donošenje jednog pripremljenog obroka, nabava namirnica, priprema manjeg obroka, pranje iskorištenog posuđa, osnovno čišćenje boravišnih prostora odnošenjem smeća, održavanje spavaonice;
- **pomoć u očuvanju socijalnih kontakata:** praćenje korisnika u obavljanju nužnih obveza, informiranje ustanova o stanju i potrebama korisnika te priprema korisnika na institucionalnu skrb.

Dakle, socijalna srb kombinacija je različitih usluga prilagođenih individualnim potrebama korisnika i zato je već u osnovi cjelovita. Također, socijalne radnice i radnici moraju imati jako razvijene socijalne vještine jer njihov rad uključuje motiviranje korisnika i prepoznavanje njihovih potreba, posebno u slučajevima ako se radi o korisnicima koji zbog svojeg psihofizičkog stanja sami teže izražavaju svoje potrebe.

Stariji ljudi, često mlađi kronični bolesnici ili invalidi koji ne žele živjeti u institucionalnoj skrbi, za život u domaćem okolišu trebaju dodatnu pomoć koji im u ZOD Ljubljana, u što većoj mjeri pokušavamo i osigurati u obliku socijalne skrbi u kući. Naime, većina ljudi svoj život u starijem životnom razdoblju želi proživjeti dostojno i što zdravije, ako je to samo moguće, u svojem domaćem i njima poznatom okolišu. Socijalna skrb u određenoj mjeri to i omogućuje. Na žalost, ne obuhvaća usluge zdravstvene skrbi, odn., određenih zadataka koje bi korisnici mogli dodatno trebati (npr. povijanje nogu, primjena lijekova, aspiriranje, povijanje rana, fizioterapija, radna terapija). U nekim slučajevima često je potrebno uključiti i zdravstvene radnike.

Baš zbog spomenutih potreba starijih osoba i mlađih invalida, kao nadopunu osnovne djelatnosti, u rujnu 2018. godine ZOD Ljubljana započeo je s izvođenjem projekta „integrirani pristup skrbi za starije osobe u domu (CrossCare)«. U okviru projekta nudili smo besplatne usluge kao što su fizioterapija, radna

terapija, zdravstvena njega i dijetetika.

Projektom smo željeli uspostaviti strukturu integrirane skrbi u kući, koja udružuje usluge socijalne i zdravstvene zaštite. Naime, kod integrirane skrbi u kući radi se za skrb koja je prilagođena korisniku, njegovim navikama, načinu života i okolišu u kojemu živi.

Prilagodba domaćeg životnog okoliša potrebama starijih i radnih uvjeta socijalne skrbi

Život kod kuće može predstavljati veliki izazov, kako zbog starosti, ozljeda i bolesti kao i drugih okolnosti. Također, jako je važna prilagodba domaćeg životnog okoliša osobama sa smetnjama u kretanju, starijima te invalidima za siguran i udoban život, jer su neke osobe vezane i na upotrebu invalidskih kolica, kreveta za njegu, dizala ili hodalice. Važna je i za neovisnost i dostojanstvo, udobnost i sigurnost korisnika u domaćem okolišu. Dobra prilagodba domaćeg okoliša, uz veću razinu neovisnosti korisnika znači i dobar i primjeren radni okoliš, kako za socijalne skrbnike i skrbnice kao i za zdravstvene radnike jer im omogućuje kvalitetniju njegu. Važan je što optimalniji raspored prostora (npr. kupaonica, sanitarije, kuhinje), kojega je moguće rasporediti u skladu s potrebama korisnika.

Često je potrebna i velika snalažljivost tijekom prilagodbi socijalnih skrbnika i skrbnica jer domaći okoliš korisnika nije uvijek najbolje prilagođen psihofizičkom stanju korisnika. Također, radni uvjeti nisu najbolji za pružanje usluga.

U domaćem okolišu koji nije prikladno prilagođen potrebama korisnika postoji visoki rizik od padanja. Taj rizik s nekoliko prilagodbi u stanu ili kući možemo smanjiti. Padanja starijih statistički su najčešći uzroci ozljeda (npr. Lomovi kukova i udova, udarci u glavu), polovica svih padanja starijih osoba događa se kod kuće.

Moramo obratiti pozornost na sigurno izvođenje osobne higijene i transfera kod slabije pokretnih korisnika, sigurno izvođenje njege te sprječavanje pojave dekubitusa kod nepokretnih. Prilagodba stana ili kuće prvenstveno je preventivna. Time uklanjamo neke prepreke i opasnosti te smanjujemo mogućnost od ozljeda. Život starijih osoba kod kuće je još neovisnije, ugodnije i sigurnije.

Povremeno, pri pružanju usluge nužno je potrebna takva prilagodba. Dogovor je u opsegu, trajanju i načinu pružanja usluge pomoći obitelji u kući, u obliku socijalne skrbi u 5. članku odredio da je korisnik prije početka pružanja usluge, odn., tijekom izvođenja usluge dužan osigurati prikladna tehnika pomagala, predmete ili dijelove pokućstva i drugu prilagođenu opremu te sredstva potrebna za pružanje usluge (bolnički krevet, trapeza, dizalica za transfer, invalidska kolica, itd.) i za neometano, sigurno i zdravlju sigurno pružanje neposredne socijalne skrbi, kako socijalnih skrbnika tako i korisnika usluge. Jedan od ciljeva Cross Care projekta bio je osobama sa smetnjama u gibanju, starijim osobama i invalidima, pomoću prilagodbi životnog okoliša, poboljšati kvalitetu života te omogućiti neovisan i siguran život u domaćem okolišu. Koordinator pomoći u kući i radni terapeuti, zajedno smo izveli veći broj posjeta u kući korisnika gdje smo im, kao i njihovim obiteljima, savjetovali kako prilagoditi životni okoliš i radne uvjete za što sigurnije i udobnije pružanje kvalitetne skrbi.

U nastavku predstavljamo nekoliko primjera dobre prakse suradnje s projektom.

Primjeri dobre prakse

Primer 1: Prilagodbe kupaonice

Korisnik je živio sa svojom ženom koja se zbog starosti i slabosti nije više mogla brinuti za muža. Gospodin je nakon

operacije kralježnice bio teško pokretan. Hodao je pomoću hodalice. Mučile su ga poteškoće s vrtoglavicom i ravnotežom. S njima smo mi, koordinatori pomoći u kući, na prvoj uvodnoj posjeti sklopili dogovor, odn. pripremili osobni plan o pružanju pomoći u roku od dva tjedna za osnovnu osobnu higijenu, odn. kod tuširanja. Uskoro su nastale poteškoće jer je bračni par imao jako malenu i dotrajalu kupaonicu. Kupaonica, kada je bila baš tako malena i neprimjerena za kupanje ili tuširanje starije osobe, čovjeka sa smetnjama u gibanju. Gospodin se nakon operacije kralježnice nije više mogao kupati u kadi. Zato smo korisnike ponovo posjetili zajedno s radnim terapeutom, koji je pregledao stanje kupaonice te uvjete rada za socijalne skrbnike i skrbnice. Radni terapeut izmjerio je prostor i kartu te gospodinu savjetovao namještanje okretnog stola nad kadu, kao i držače na određenim mjestima u kupaonici. Pružanje socijalne skrbi postalo je sigurnije za socijalne skrbnice i skrbnike kao i za korisnika.

Prilagodbe domaćeg okoliša su najvažnije tamo gdje su ozljede najčešće, a to je u kupaonici. Slabo montirana ili dotrajala oprema u kupaonici donosi dodatne opasnosti od padanja i ozljeda. Naime, u kupaonici je vlaga i zato su jako česta klizanja prilikom ulaska u kadu i iz nje ili kod tuširanja. Razna pomagala i proizvodi omogućuju da je kupaonica siguran okoliš (npr. ručke, držači, klupica za kupanje, okretna stolica, neklizeća podloga). Pomagaju u smanjenju fizičkog opterećenja, istovremeno lakšaju i poboljšavaju dnevne rutine. Sigurna kupaonica korisniku pruža višu razinu neovisnosti i sigurnosti kao i više dostojanstva i samopouzdanja. Široka upotrebljivost pomagala i proizvoda osigurava što lakše radne uvjete socijalnim skrbnicama i skrbnicima.

Primer 2: Adaptacija kreveta za njegu

Teže pokretnoj korisnici zdravstveno se stanje jako pogoršalo. Teško je došla do kupaonice i zato je postojala opasnost od padanja. Skrbnica nije željela riskirati padanje korisnice i zato ju je negovala u krevetu koji je bio jako nizak i neprimjeren za njegu. Korisnicu smo zato posjetili zajedno s radnim terapeutom koji je najprije ocijenio njezine funkcijske sposobnosti. Utvrdila je da bi određenim prilagodbama gospođu mogli prati u kupaonici iako je ona bila jako udaljena od spavaonice i zato je gospođa na putu do tamo više puta pala. Radni terapeut obitelji je predložila uređenje kreveta za njegu. Takvom prilagodbom omogućili smo siguran rad skrbnice i sigurnost korisnice.

Krevet za njegu nužno je potrebno pomagalo za sigurno izvođenje njege nepokretne osobe. Važna je za zaštitu zdravlja socijalne skrbnice jer omogućuje prilagodbu radne površine po visini kao i maksimalnu sigurnost i udobnost za korisnika.

Primer 3: Radna terapija s osobom s demencijom

Korisnica s demencijom je živjela sama. Imala je malo socijalnih kontakata, bila je pokretna iako je postojala mogućnost padanja s kreveta. Posjetili smo je zajedno s radnim terapeutom koji je savjetovao primjerenu ogradi za krevet. Za sada, krevet za njegu nije bio potreba jer je bospođa bila još pokretna. Radni terapeut je savjetovao i puno osjetljivih podražaja (vidnih, slušnih, dodirnih, itd.). Socijalne skrbnice su, u skladu sa savjetom radnog terapeuta gospođu poticale da je što samostalnije obavljala svakodnevne životne zadatke. Gospođa je pomoću uputa, npr., sama prala svoje lice, brisala stol, složila svoju odjeću, pomela tlo i sl. Korisnica je puno bolje sudjelovala, kada je aktivno izvodila spomenute zadatke.

Za osobe s demencijom jako je važno uspostavljanje kontakata s okolišem, očuvanje aktivnosti u svakodnevnim zadacima i krijepljenje kognitivnih sposobnosti. Takvim načinom rada s osobama s demencijom čuvamo njezino dostojanstvo i samostalnost.

Primer 4: Prilagodba uvjeta za siguran transfer

Korisnika su korisnice presjedale iz bolničkog kreveta na kolica i obrnuto. Kod transfera bile su prisutne dvije skrbnice. Uspriko tome pojavile su se poteškoće kod transfera s kolica na krevet jer se gospodin nije mogao osloniti na noge i skrbnici su ga fizički morali dignuti. Kod transfera s kreveta na kolica nije bilo poteškoća jer je razina kreveta viša od razine kolica i zato su ga izveli pomoću daske za premještanje. Za pomoć smo zamolili našeg fizioterapeuta koji je pomagao gospođi i poznavala je njegove funkcijske sposobnosti. Pokazalo se da se gospodin može osloniti na noge iako je premalo motiviran i kod svakoga transfera to ne napravi. Zajedno s fizioterapeutom pronašli smo rješenja - podložili smo sjedalo na kolicima i time ga toliko podignuli da su skrbnice mogle napraviti transfer pomoću daske, za premještanje u oba smjera. Istovremeno, fizioterapeut je predložio da se gospođa što bolje motivira na suradnju prilikom oslanjanja na noge jer se time mogu očuvati njihove fizičke sposobnosti.

Kod transfera korisnika koristimo različita pomagala i vještine koje su prvenstveno ovisne o fizičkom stanju korisnika. Kod potpuno nepokretne osobe koristimo dizalicu, dok je kod teže pokretnih potrebna upotreba daske za premještanje, u nekim slučajevima korisnika se može presjediti upotrebom znanja iz kinestetike u njezi.

Opisane primjere možemo prikazati kao primjere dobre prakse, kada cjelovitim pristupom dajemo svoj doprinos poboljšanju pružanja skrbi u kući i kada se pobrinemo za kvalitetniji život korisnika u domaćem okolišu.

Zaključak

Zajedno s kolegama iz CrossCare projekta tako smo riješili probleme i korisnicima omogućili kvalitetniji život u domaćem okolišu. Savjeti o prilagodba životnog prostora i upotrebi pomagala jako su pomogli u lakšem pružanju socijalne skrbi, kako za korisnika tako i za socijalne skrbnike. Pokazalo se da su, u slučajevima kada smo sudjelovali na projektu, korisnici i njihove obitelji puno su lakše prihvatili promjene te bili podložniji prilagodba domaćeg okoliša.

Projekt je bio jako koristan za starije i njihove obitelji jer su pokazali veliko zadovoljstvo s našim uslugama. Većina ih je izrazila želju da bi takve usluge bile dostupne i ubuduće. Također, socijalni skrbnici i koordinatori pomoći u kući dobili su nova znanja te važne kompetencije važne za poziv koje će im još i dalje biti jako korisne u daljnjem radu. Mislimo da takva tijesna suradnja sa zdravstvenim djelatnicima važno pomaže u poboljšanju kvalitete usluga i morali bi je osigurati i nakon završetka projekta.

Izvori:

- Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev (Uradni list RS, št. 52/95, 2/98, 19/99, 28/99 – popr., 127/03, 125/04, (60/05), (120/05), 2/06 – popr., (140/06), 120/07, 90/08, 121/08, (53/09) in 45/10).
- Katalog storitve socialne oskrbe na domu Zavoda za oskrbo na domu Ljubljana, št.: 229/16, Ljubljana, avgust 2016.
- Dogovor o obsegu, trajanju in načinu opravljanja storitve pomoč družini na domu v obliki socialne oskrbe, Ljubljana, 28. 2. 2011.
- Pridobljeno 10. 2. 2020 s <https://www.zod-lj.si/index.php/o-zavodu>

POVEZIVANJE USLUGA SOCIJALNOG I ZDRAVSTVENOG SUSTAVA

Ramza Kurtović

Sažetak

S CrossCare projektom uslugama socijalne skrbi (socijalna skrb na domu) pridružili smo usluge zdravstvenih djelatnosti (fizioterapija, radna terapija, zdravstvena njega i dijetetika). Korisnicima u domu osigurali smo integrirani pristup skrbi, koji povezuje usluge stručnjaka na polju socijalne skrbi i zdravstvene zaštite.

Zdravstvena i socijalna politika Europske unije naglašava nužnost odgovarajućih reformi sustava skrbi i prijelaz iz institucionalne skrbi na oblike skrbi koji se izvode u okviru zajednice. U Sloveniji još se nismo sustavno pobrinuli za kontinuiranu skrb starijih osoba u domovima. Potrebe za uslugama integrirane skrbi u domu pokazuju nam nužnost sustavnog uređenja tog područja. U okviru projekta čiji glavni partner je Zavod za oskrbu na domu Ljubljana (u nastavku testa: ZOD Ljubljana, realizirali smo usluge socijalne skrbi i zdravstvene zaštite u kući. Skrb je prilagođena korisniku, njegovim navikama, načinu života i okruženju u kojem živi. Pružanje kvalitetnih preventivnih i rehabilitacijskih aktivnosti nadilazi ustaljeni institucionalni pristup i podiže kvalitetu života starijih ljudi u kući. Aktivnostima u okviru projekta želimo doprinijeti pozitivnim promjenama na području dugotrajne skrbi na razini pojedinca i na razini cijelog sustava.

Ključne riječi: dugotrajna skrb starijih osoba, integriran pristup, socijalne i zdravstvene usluge, skrb u zajednici, pomoć u domu.

Utjecaj projekta CrossCare

Jedan od glavnih ciljeva projekta je razvoj i uspostava nove prekogranične strukture suradnje na osiguranju integrirane skrbi u domu korisnika, koja udružuje socijalne i zdravstvene usluge u gotovu cjelinu i predstavlja cjelovitost usluga. Iskustva na području socijalne sigurnosti (SLO) nadopunjene su iskustvima s područja zdravstvene zaštite (HRV), što je od izvanrednog značenja za integrirani pristup skrbi za starije osobe u kući.

Projekt predstavlja inovativnost jer će rezultati projekta poslužiti kao stručna osnova za normativno uređenje područja. Na području obiju država izvode se pojedinačni segmenti skrbi za starije ljude u domu. Imamo različite oblike pružanja usluga skrbi: patronažnu službu, socijalnu skrb po općinama, domove za starije i nemoćne osobe, obiteljske pomoćnike, osobna pomoć te pristojbe, odnosno primanja: (dodatak za pomoć i usluge, invalidnina). Spomenute službe u velikoj mjeri djeluju svaka za sebe, iako trebamo poboljšanja i povezanost sustava. Također, ne postoji ujednačen program za izvođenje integriranog pristupa skrbi u domu (ne postoji formalizirani koncept integriranog pristupa u kojem bi sadržaj, s gledišta ponude usluga socijalne skrbi i zdravstvene zaštite, bio detaljno definiran).

ZOD Ljubljana je ustanova socijalne skrbi s osnovnom djelatnošću ponude usluga socijalne skrbi u kući (pomoć u kući). S CrossCare projektom ZOD Ljubljana dobio je tim stručnjaka s područja zdravstvene zaštite. Na taj način su se stručnjaci s područja zdravstva pomoću koordinatorice povezali sa stručnjacima s područja socijalne skrbi unutar matične ustanove (sa stručnim djelatnicima, socijalnim njegovateljicama, voditeljima programa organiziranog volontiranja), a po potrebi i s drugim službama u zajednici. S takvom suradnjom smo već u samoj ustanovi osigurali korisnicima integriranu skrb u domu.

Budući da je svrha programa prijenos znanja, praksi i radnih metoda, u sklopu projekta organizirali smo više obrazovnih programa za stručne radnike kod vanjskih stručnjaka, uzajamne obrazovne radionice među partnerima, interno obrazovanje unutar ustanove, što uvijek iznova pridonosi poboljšanju kompetencija i vještina zaposlenika. Time se poboljšava kvaliteta pružanja usluga s naglaskom na pružanju cjelokupne usluge, što pored zdravstva obuhvaća i usluge socijalne skrbi.

Koordinacija

U okviru projekta u Sloveniji bile su zaposlene dvije koordinatorice, jedna u Centru za pomoć u domu, a druga u ZOD Ljubljana. Obje koordinatorice su socijalne radnice. Sama sam bila zaposlena kao koordinatorica u ZOD LJ, od svibnja 2019. do studenoga 2019. godine.

U sklopu projekta koordinatorica djeluje u skladu s načelima i metodama socijalnog rada. Prvenstveno, brine o dobroj povezanosti usluga socijalne skrbi i zdravstvene zaštite u matičnoj ustanovi. Navedeno se postizalo zajedničkim izlaženjem na terene, sastancima, programima izobrazbe i radionicama te povezivanjem s drugim službama u zajednici (patronažna služba, centri za socijalni rad...). Korisnike je informirala o uslugama, organizirala razne grupne aktivnosti i programe izobrazbe, te pomoću radionica i drugih događanja, upozorio na štetne posljedice diskriminacije i izoliranosti starijih osoba. Radionicama, kao i ostalim događajima, upozoravala je na štetne posljedice diskriminacije i izoliranosti starijih osoba. U okviru CrossCare projekta zdravstveni djelatnici su, kada je bilo potrebno, zajedno sa socijalnim radnicima posjetili korisnika i članove njegove obitelji u kući. Važno je da našu viziju ostvarimo zajedno s korisnikom. Korisnik, koji je stručnjak sa iskustvima, naš je ključni suradnik zbog čega započinjemo s njegovim željama i potrebama. Na taj način oblikujemo skrb po osobnoj mjeri korisnika.

Od iznimnog značenja je osobni pristup što znači da je potrebno određeno vremensko razdoblje za ocjenu potreba, kako bi mogli predstaviti dostupne mogućnosti i zadatke prilagoditi individualnim potrebama. U osobnom nacrtu, kojega izrađujemo zajedno s korisnikom, skrb/pružanje usluga prilagođeno je korisniku, njegovim navikama, mogućnostima i načinu života u okruženju u kojemu živi. Važni su i njihovi neformalni skrbnici, koje pozivamo na suradnju, podupiremo ih u njihovoj ulozi i jačamo njihovu snagu kako bi polučili uspjeh tijekom obavljanja njihovih dužnosti (da dobro rade, da imaju vrijeme za sebe i, prije svega, osjećaj da nisu sami). Često trebaju informacije i edukaciju o stanju korisnika i zdravstvenim postupcima. Često je stvarni kontakt s drugima ono što im je potrebno (tako se stručni radnici, tijekom prve posjete, često susreću i s članovima obitelji i njihovim potrebama).

<-<-

Na taj način, koordinatorica se pomoću metoda socijalnog rada i temeljem osobnog nacrtu brine o povezivanju različitih struka i službi u zajednicu koja će korisniku omogućiti cjelovitu skrb.

Literatura

- Arhiv ZOD Ljubljana.
- Prijavnica projekta »Integriran pristop oskrbe starijih ljudi na domu (CrossCare)«, 2018.

MOJA ISKUSTVA S CROSSCARE PROJEKTOM

Barbara Samec

Nakon jako po pozitivnih iskustava s A-Qu-A projektom, dobili smo nova iskustva s novim europskim CrossCare projektom, kojim se pružanje integrirane skrbi u kući izvodi na područjima Slovenije i Hrvatske.

Većina starijih želi biti neovisnih u starosti i, ako je to moguće, aktivno živjeti svoje vrijeme više generacija te pomoću različitih službi koje im pomažu da ostanu u vlastitom okolišu. Dakle, u njima dobro poznatom i predvidivom okolišu s naglaskom na samostalnosti i neovisnosti.

U Zavodu za oskrbu na domu Ljubljana (u nastavku teksta: ZOD Ljubljana) svjesni smo da klasičan oblik socijalne skrbi u kući već dugo nije dostatan. Ako Pojedinci žele ostati kod kuće, trebaju integrirani pristup kao i usluge koje u potpunosti mogu zamijeniti ili bavem privremeno odgoditi odlazak u institucionalnu skrb.

Često su baš bolest ili ozljeda razlog da čovjek duže ostane u bolničkom krevetu; pritom gubi mišićnu snagu i dolazi do smanjenja određenih vitalnih funkcija. Starenjem se tako smanjuju funkcionalne sposobnosti. Čovjek se više ne može samostalno i aktivno brinuti za sebe i zato baš tu nastupa potreba za uključivanjem radnih terapeuta, fizioterapeuta, logopeda, diplomirane medicinske sestre i kineziologa.

Stručnjaci spomenutih struka udružili su se u takvom projektu i zajedno sa stručnim djelatnicima ZOD Ljubljana pojedincu pomažu prilikom uključivanja u samostalan život s manjim prilagodbama životnog okoliša. Određenih tehničkih pomagala, vježbi, fizičkih postupaka te savjetovanjem. Tako dobivaju, čuvaju ili barem djelomično poboljšavaju svoje fizičke i psihičke sposobnosti te pokušavaju ostati jednakovrijedni članovi društva. Pokušavamo im vratiti vjeru i nadu u svoje sposobnosti, prvenstveno u život koji je još pred njima.

Timskom suradnjom i integriranim pristupom, kako s korisnicima, njihovim obiteljima, socijalnim skrbnicima, koordinatoricom projekta, kao i sa svim suradnicima u CrossCare projektu, u ZOD Ljubljana sigurno smo pomogli poboljšati kvalitetu života mnogih starijih Ljubljančana.

Kao stručna djelatnica i koordinacija najviše sam usmjeravala nove korisnike i korisnike u CrossCare projekt te prosljeđivala njihove želje i potrebe koordinatorici na projektu. Tijekom posjete budućih korisnika, na terenu sam surađivala s diplomiranom medicinskom sestrom. Zajedničkim naporima i znanjima iz obje struke, kako socijalne sigurnosti, tako i zdravstva, uključivanjem obitelji i drugih suradnika uspjelo nam je poboljšati pristup tretmanu pojedinca u domaćem okolišu. Tako smo sudjelovali u pripremi domaćeg okoliša i obitelji za potrebe lakšeg pružanja usluga socijalne skrbi, kao i kasnijem pozdravu od onkoloških bolesnika.

S diplomiranom medicinskom sestrom surađivala sam preventivno; dakle, kako osigurati siguran i zdrav radni okoliš za naše socijalne skrbnike.

Kod već uključenog korisnika, u njegovom domu surađivala sam s radnim terapeutom koji je uz suradnju obitelji objasnio i uklonio bilo kakvu dilemu koja se pojavljuje tijekom savladavanja, kako fizičke, tako i psihičkog smanjenja nekih njegovih funkcija. Pomoću terapeuta korisnik je postao veseliji

i hrabriji do ponovnog samostalnog gibanja, kao i obavljanja određenih zadataka koje je moga obavljati prije ozljede. Na kraju mogu reći da su iskustva suradnje i interdisciplinarnog pristupa u savladavanju poteškoća, bolesti i ozljeda koje dolaze sa starenjem, izvanredno pozitivne. Veliki naglasak svakako je na ulaznoj točki tretmana, a to je besplatnost jer si takve tretmane mnogi korisnici ne mogu priuštiti, kao i na individualnom pristupu za svakog korisnika u njegovom domaćem okolišu.

NAPREDAK

Blanka Vilfan

U radu kojega obavljam često se susrećem sa obiteljima koje su u velikim problemima, jer su njihovi članovi „preko noći „ postali ovisni o pomoći. Isto je i s osobama koje su postale ovisne o pomoći.

Socijalna skrb u domu sigurno je dio odgovora na potrebe koje imaju ljudi kojima je potrebna pomoć. Cijelo vrijeme bila sam uvjereni da bi dodatnim uslugama mogli napraviti puno više. CrossCare projektom usluga je bila nadopunjena zdravstvenom njegom, fizioterapijom i radnom terapijom te tako omogućila cjelovitu uslugu. U cijelom razdoblju trajanja projekta susretala sam se s nevjerojatnim pričama korisnika i s time kako im se pomoću naših usluga promijenio život. I na kraju sam i sama doživjela veliku promjenu.

Sve naše kretnje uzimamo zdravo za gotovo, tako da o njima nikada ni ne razmišljamo nego ih samo napravimo. Zbog njih smo samostalni i neovisni.

Moja mama već nekoliko godina ima Parkinsonovu bolest.. Jako je ustrajna i uporna žena koja nije dozvolila da joj bolest promijeni život. Zatim se „preko noći“ pojavila bol u križima koja joj je onemogućila hodanje. Nije više bila samostalna. Zbog osjećaja neovisnosti smanjila se i njezina volja za životom jer je svoje zdravstveno stanje doživljavala kao da je teret nama i sinu. Sva naša nagovaranja da to nije tako, nisu promijenila njezino mišljenje.

U traženju različitih rješenja i pomagala, mama je postala korisnica CrossCare projekta. Sudjelovanje u fizioterapiji promijenilo joj je život. Naučila je nove načine ustajanja, kretanja, vježbe za fizičku kondiciju i slično. Ponovo je postala samostalna i vratila joj se volja, a poboljšalo se i raspoloženje. Ustrajno radi vježbe te nas uči kako se mora postavljati kako bi ustala ili sigurno došla do sobe.

Tako se mamina priča pridružila pričama gospođe Olge koja se naučila presjedati iz bolničkoga kreveta na invalidska kolica i kretati u prostoru, g. Alojza koji je opet mogao posjetiti svoje susjede, g. Antona kojemu je uspjelo malo šetati, Ge. Bogomire koja je svoje vrijeme napunila novim brojnim iskustvima, kojima se zbog uspjeha projekta promijenio život. Cijelo vrijeme rad djelatnika na projektu se konstantno dokazivao na način da njihovo uključivanje u projekt može poboljšati živote naših korisnika. Dobivaju veću samostalnost, uče tehnike kojima opet nešto mogu napraviti sami, preuzimaju kontrolu nad nekim dijelom života ili zadataka ili u potpunosti, možda na drugi način, postanu samostalni.

Uvjerena sam da ćemo uspjeti napraviti pomak i u sustavu i da će usluge, koje je nudio projekt, postati dio sustava.



2

MESTNA OBČINA LJUBLJANA

SKRB ZA KAKOVOST BIVANJA STAREJŠIH OSEB V MESTNI OBČINI LJUBLJANA

Mojca Preglau

POVZETEK:

V Sloveniji je trenutno stanje na področju dolgotrajne oskrbe sistemsko neurejeno in se sooča z veliko pomanjkljivostmi, ki bi jih bilo treba s strani države nujno odpraviti, saj se s staranjem prebivalstva večja število oseb, ki za kakovostno bivanje potrebujejo pomoč drugih. Mestna občina Ljubljana (v nadaljevanju besedila: MOL) v skrbi za starejše izvaja ter podpira številne aktivnosti in programe za izboljšanje njihove kakovosti bivanja, aktivno pa se vključuje tudi v evropske projekte, med drugim tudi v projekt »Integriran pristop oskrbe starejših ljudi na domu (CrossCare)«. Prispevek predstavi aktivnosti MOL v projektu CrossCare in poudari nujnost sprememb na področju dolgotrajne oskrbe v Sloveniji.

Ključne besede: dolgotrajna oskrba, Mestna občina Ljubljana, integriran pristop oskrbe, aktivnosti v projektu CrossCare, promocijske aktivnosti.

Podatki Statističnega urada Republike Slovenije do julija 2019 kažejo, da je v Sloveniji kar 20 odstotkov prebivalcev starih 65 let ali več, projekcije pa

napovedujejo, da se bo ta delež do leta 2050 povečal na 30 odstotkov; podobno stanje in pričakovana povečanja odstotka starejših pa veljajo za celotno Evropo. S staranjem prebivalstva se večja tudi število oseb s kroničnimi degenerativnimi boleznimi ter tako narašča število oseb, ki potrebujejo pri opravljanju osnovnih in podpornih dnevnih opravil pomoč druge osebe. Zaradi tega prihaja v ospredje dolgotrajna oskrba, ki v Sloveniji sicer nima enotne opredelitve, mednarodne institucije (OECD, Eurostat, WHO) pa jo v enotni definiciji opredeljujejo kot niz storitev, ki jih potrebujejo ljudje z zmanjšano stopnjo funkcionalne zmožnosti in so posledično v daljšem časovnem obdobju odvisni od pomoči pri izvajanju temeljnih in/ali podpornih dnevnih opravil.

Čeprav število starejših vztrajno narašča in se o vzpostavitvi enotno urejenega in celovitega sistema dolgotrajne oskrbe govori vse več, v Sloveniji za zdaj slednjega še nimamo. Naloga države je zagotoviti sistem, ki bo odgovarjal na potrebe družbe in vsem upravičencem s primerljivimi potrebami omogočal dostopanje do primerljivih pravic, ki bodo v višjem deležu financirane iz javnih sredstev. Trenutno stanje nikakor ne odgovarja na potrebe hitro starajoče se družbe, saj se na področju dolgotrajne oskrbe soočamo z nezadostnim financiranjem, pomanjkanjem socialnih vsebin, integracijo socialnih in zdravstvenih storitev, pomanjkanjem primernega kadra, razdrobljenostjo pravic med posameznimi predpisi ter nezadostno ponudbo in obsegom storitev.

MOL se zaveda, da predstavljajo starejši zaradi svoje številčnosti in aktivne vključenosti v družbo kot tudi

zaradi potreb po posebnih oblikah pomoči pomemben segment družbe, zato jim namenja posebno pozornost. Na področju skrbi za starejše prebivalke in prebivalce mesta stremi k zagotavljanju čim večje izbire različnih možnosti za njihovo udejstvovanje v lokalnem okolju ter uresničevanje pravice do odločanja, kje in na kakšen način želi posameznica oziroma posameznik živeti v obdobju staranja. Tako poleg rednega izvajanja dejavnosti za starejše, ki jih lokalnim skupnostim v Sloveniji nalaga nacionalna zakonodaja, kot so (do)plačevanje oskrbe v institucionalnem varstvu, zagotavljanje mreže javne službe za pomoč družini na domu ter zagotavljanje primarnega zdravstvenega varstva za vse skupine prebivalcev, MOL prek rednih letnih javnih razpisov, ki niso zakonska obveza, izdatno podpira tudi številne druge aktivnosti, programe in projekte. Na ta način so starejšim v mestu omogočene raznovrstne oblike podpore in pomoči za samostojnejše in kakovostnejše življenje v domačem okolju, pogoji za družabništvo, izobraževanje ter udejstvovanje v športu in kulturi. Ponudba in vsebine, ki jih večinoma izvajajo nevladne organizacije, nekatere pa tudi državni in občinski javni zavodi, tako pomembno dopolnjujejo storitve javnih služb.

Med drugim se MOL zaveda pomembnosti enake dostopnosti do kakovostnih storitev dolgotrajne oskrbe ter integrirane in celovite obravnave, hkrati pa upošteva spreminjajoče se potrebe starajoče se populacije. Slovenska zakonodaja na področju starejših občinam nalaga izvajanje storitev, žal pa jim ne omogoča uvajanje sprememb in izboljšav, saj je celotno področje dolgotrajne oskrbe vodeno s strani države, ki je zadolžena za vzpostavitev učinkovitega in celovitega sistema dolgotrajne oskrbe. Eden od načinov, kako na lokalni ravni kljub temu spodbuditi napredek in potrebne spremembe na tem področju, je izvajanje projektov, ki so podprti z evropskimi sredstvi. Tako je MOL skupaj s svojim javnim zavodom za pomoč družini na domu, Zavodom za oskrbo na domu Ljubljana, ter drugimi partnerji med letoma 2015 in 2016 uspešno izpeljal projekt »Aktivno in kvalitetno staranje v domačem okolju (A-Qu-A)«, ki je bil sofinanciran s strani Norveškega finančnega mehanizma 2009-2014 in je občankam in občanom MOL po 65. letu starosti omogočal brezplačno koriščenje naslednjih storitev na njihovem domu: fizioterapije, delovne terapije, logopedije, prehranskega svetovanja, zdravstvene nege, programov gibalne vadbe in prilagoditev bivalnega okolja potrebam starejših. Projekt je bil zelo uspešen, hkrati pa primer dobre prakse, ki je pokazal, kako velika je potreba po tovrstnih storitvah in dodatnih ukrepih pri zagotavljanju čim daljšega kakovostnega

bivanja starejših na domu. Projekt A-Qu-A je doživel nadgradnjo septembra 2018, ko je prav tako Zavod za oskrbo na domu Ljubljana kot nosilni partner, tokrat s partnerji iz Slovenije in Hrvaške, začel z izvajanjem novega projekta z nazivom »Integriran pristop oskrbe starejših ljudi na domu (CrossCare)«, ki je imel za cilj razvoj in vzpostavitev nove čezmejne strukture sodelovanja, s poudarkom na integriranem pristopu oskrbe na domu, ki združuje tako storitve zdravstvenega kot socialnega varstva. V okviru projekta so občanke in občani MOL, stari 65 let ali več, lahko brezplačno na svojem domu koristili storitve fizioterapije, delovne terapije, zdravstvene nege in dietetike.

MOL se je tudi tokrat projektu pridružil kot partner za obveščanje javnosti o projektu. Skrbel je za informiranje ciljne skupine o dostopnosti storitev, strokovne javnosti o inovativnem integriranem pristopu oskrbe starejših na domu, širše javnosti na čezmejnem območju o projektu, tuje strokovne javnosti o vsebini in pomenu projekta ter za obveščanje ciljne skupine o novem programu za izvajanje integriranega pristopa oskrbe na domu. Z namenom promocije projekta je tako MOL izvedel različne dejavnosti. Ob začetku projekta je organiziral svečan podpis partnerskega sporazuma v Mestni hiši v Ljubljani, nekaj mesecev pozneje pa prav tako v Mestni hiši v Ljubljani ob medijski prisotnosti še začetno konferenco projekta, ki je bila zelo dobro obiskana.



Podpis partnerskega sporazuma v Mestni hiši v Ljubljani
Foto: Nik Rovani

MOL je projekt aktivno predstavljal tudi na 18. in 19. Festivalu za tretje življenjsko obdobje v Cankarjevem domu z organizirano predstavitvijo v predavalnici ter večdnevnim informiranjem občank in občanov o projektu na predstavitvenem prostoru MOL. Prav tako je MOL poskrbel za objave člankov o projektu v Glasilu Ljubljana ter predstavitev projekta na nacionalni ravni na konferenci Združenja mestnih občin Slovenije in dveh mednarodnih dogodkih. Junija 2019 je MOL predstavil projekt na srečanju EURO CITIES delovnih skupin »Zdravo staranje« in »Dostopna mesta«, oktobra 2019 pa še na dvodnevni mednarodni konferenci »Dunajski dnevi v Ljubljani«.



Udeleženci predstavitve v ČS Šmarna gora
Foto: arhiv MOL



Dunajski dnevi v Ljubljani
Foto: arhiv MOL



Merjenje krvnega tlaka v ČS Šentvid
Foto: arhiv MOL

Znamenom obveščanja ciljne skupine o novem projektu ter možnosti vključitve in koriščenja storitev je MOL v šestih od svojih četrtnih skupnosti organiziral okrogle mize za občanke in občane. Za predstavitev projekta so bile izbrane bolj ruralne četrtne skupnosti, da bi s tem prispevali k manjši depopulaciji ruralnih območij kot tudi omogočili dobro informiranost in možnost koriščenja storitev tudi tistim, ki so od središča mesta najbolj oddaljeni. Na interaktivni predstavitvi so bile občankam in občanom predstavljene brezplačne storitve v okviru projekta, po predstavitvi pa so imeli možnost meritve krvnega tlaka in posvetovanje s strokovnjaki, ki izvajajo storitve.

Projekt je bil tako med laično kot strokovno javnostjo dobro sprejet, potreba po ponujenih storitvah in integriranem pristopu oskrbe na domu pa se je znova potrdila z zelo velikim interesom in koriščenjem storitev starejših občank in občanov, saj je veliko projektnih partnerjev marsikaterega od zastavljenih ciljev doseglo ali celo preseгло že jeseni 2019, skoraj leto dni pred iztekom projekta.

Ob vseh pozitivnih rezultatih tovrstnih projektov se v ospredje znova postavlja vprašanje, kako organizirati dejavnost dolgotrajne oskrbe in zagotoviti čim boljše dostopnost njenih storitev ter v kolikšnem deležu pri izvajanju storitev prevzamejo vloge država, lokalne skupnosti in posamezniki. Dobra praksa in izkušnje kažejo na nujno sodelovanje kot tudi integracijo socialnega in zdravstvenega področja, razbremenitev posameznikov in njihovih svojcev ter zakonsko urejeno zadostno financiranje storitev dolgotrajne oskrbe, ki se osredotoča na zagotavljanje storitev v domačem okolju. Potreba po učinkoviti sistemski ureditvi področja dolgotrajne oskrbe, ki bi po kakovosti in naboru storitev sledila spreminjajočim se potrebam starejših generacij, je z vsakim letom večja. MOL se bo po svojih močeh in pristojnostih tako kot do zdaj na področju skrbi za starejše še naprej trudila ter opozarjala na pomembnost kakovostnih, integriranih storitev za starejše v njihovem domačem okolju.

MESTNA OBČINA LJUBLJANA

2

MESTNA OBČINA LJUBLJANA

SKRB O KVALITETI ŽIVOTA STARIJIH OSOBA U MESTNI OBČINI LJUBLJANA

Mojca Preglau

SAŽETAK

U Sloveniji, trenutno stanje na području dugotrajne skrbi, sustavno je neuređeno i suočava se s velikim nedostacima koje je potrebno ukloniti od strane države jer se starenjem stanovništva povećava broj osoba koje za kvalitetan život trebaju pomoć drugih osoba. Mestna občina Ljubljana (u daljnjem tekstu: MOL) u brizi za starije osobe izvodi i podupire brojne aktivnosti i programe za poboljšanje njihove kvalitete života, a aktivno se uključuje i u europske projekte, uključujući s projektom pod naslovom „Integrirani pristup skrbi za starije osobe u domu (CrossCare)“. Doprinos predstavlja aktivnosti MOL u projektu CrossCare te ističe nužnost promjena na području dugotrajne skrbi u Sloveniji.

Ključne riječi: dugotrajna skrb, Gradska općina Ljubljana, integrirani pristup skrbi, aktivnosti u projektu CrossCare, promidžbene aktivnosti.

Podaci Statističkog ureda Republike Slovenije do srpnja 2019. godine pokazuju da je u Sloveniji čak

20% žitelja starijih od 65. godina ili više. Projekcije predviđaju da će se taj udio od 2050. godine povećati za 30% što je slično stanje i očekivanja povećanja postotka starijih vrijede za cijelu Europu. Starenjem stanovništva povećava se i broj osoba s kroničnim degenerativnim bolestima i tako raste broj osoba koje u obavljanju osnovnih i potpornih dnevnih zadataka trebaju pomoć druge osobe. Time se naglasak stavlja na dugotrajnu skrb koja u Sloveniji nema jedinstvenoga opredjeljenja, međunarodne institucije (OECD, Eurostat, WHO) u jedinstvenoj definiciji opredjeljuju je kao niz usluga koje ljudi trebaju sa smanjenom razinom funkcionalnih mogućnosti i koje su posljedično, u dužem vremenskom razdoblju, ovisni o pomoći u izvođenju temeljnih i/ili potpornih dnevnih zadataka.

Iako broj starijih osoba ustrajno raste i da se o uspostavi jedinstveno uređenog i cjelovitog sustava dugotrajne skrbi sve više govori, potonjega još nemamo. Zadaća države je osigurati sustav koji će odgovarati na potrebe društva i svim korisnicima s primjerenim potrebama omogućiti pristup usporedivim pravima koje će većinom biti financirane iz javnih sredstava. Trenutno stanje nikako ne odgovara na potrebe brzo starećeg društva, jer se na području dugotrajne skrbi suočavamo s nedovoljnim financiranjem, pomanjkanjem socijalnih sadržaja te integracijom socijalnih i zdravstvenih usluga, pomanjkanjem primjerenog kadra, fragmentacijom prava među pojedinim propisima te s nedostatnom ponudom i opsegom usluga.

MOL je svjestan da starije osobe zbog svoje brojnosti i aktivne uključenosti u društvo, te zbog potreba

za posebnim oblicima pomoći, predstavljaju važan segment društva i zbog toga im namjenjuje posebnu pozornost. Na području skrbi za starije osobe u gradu želimo osigurati što veći izbor različitih mogućnosti za njihovo sudjelovanje u lokalnom okolišu te ostvarivanje prava na odlučivanje gdje i na koji način pojedinci žele živjeti u razdoblju starenja. Tako, uz redovito izvođenje djelatnosti namijenjenih za starije osobe, koje lokalnim zajednicama u Sloveniji nalaže nacionalno zakonodavstvo, kao npr., (na) plaćanje skrbi u institucionalnoj skrbi, osiguravanje mreže javne službe za pomoć obitelji u domu, te osiguravanje primarne zdravstvene skrbi za sve zajednice žitelja. MOL preko redovitih godišnjih javnih natječaja koji nisu zakonska obveza, podupire i brojne druge aktivnosti, programe i projekte. Na taj način starijim osobama u gradu omogućeni su raznovrsni oblici potpore i pomoći za samostalniji i kvalitetniji život u domaćem okolišu, uvjeti za društvenost, izobrazbu te sudjelovanje u sportu i kulturi. Ponuda i sadržaji koje većinom izvode nevladine organizacije, a neke i državnih i općinski javnih zavoda, tako važno nadopunjuju usluge javnih službi.

Između ostaloga, MOL je svjestan važnosti jednakog pristupa kvalitetnim uslugama dugotrajne skrbi, integrirane i cjelovite skrbi i uvažava prateće potrebe stareće populacije. Slovensko zakonodavstvo na području starijih općina nalaže izvođenje usluga, ali im ne omogućuje promjene i poboljšanja jer je cijelo područje dugotrajne skrbi vođeno od strane države koja je zadužena za uspostavu učinkovitog i cjelovitog sustava dugotrajne skrbi. Jedan od načina kojima na lokalnoj razini možemo poticati napredak i potrebne promjene je izvođenje projekata podržanih europskim sredstvima. Tako je MOL, zajedno sa svojim javnim zavodom za kućnu njegu, ZOD Ljubljana te drugim partnerima, u 2015. godini i 2016. godini, uspješno realizirao projekt pod naslovom Aktivno i kvalitetno starenje u domaćem okolišu (A-Qu-A) sufinanciran od strane Norveškog financijskog mehanizma 2009-2014 i građanima i građankama MOL-a starijima od 65. godina omogućio je besplatno korištenje sljedećih usluga u njihovom domu: fizioterapije, radne terapije, logopedije, prehranbenog savjetovanja, zdravstvene njege, programa vježbi gibanja i prilagodba životne sredine potrebama starijih osoba. Projekt je bio jako uspješan i primjer je dobre prakse koja je pokazala koliko je velika potreba za takvim uslugama i dodatnim mjerama u osiguravanju što dužeg kvalitetnog života starijih u kući.

Projekt A-Qu-A nadograđen je u rujnu 2018. godine, kada je ZOD Ljubljana, kao glavni partner s partnerima iz Slovenije i Hrvatske, započeo s izvođenjem novog

projekta pod nazivom „Integrirani pristup skrbi za starije ljude u domu (CrossCare)“, koji je za cilj imao razvoj i uspostavu nove prekogranične strukture suradnje s naglaskom na integriranom pristupu kućnoj njezi koji obuhvaća usluge zdravstvene i socijalne zaštite. U okviru projekta stanovnici općine MOL, stariji od 65 godina, besplatno u svojoj kući mogu koristiti usluge fizioterapije, radne terapije, zdravstvene njege i dijetetike.

Također, MOL se projektu pridružio kao partner za izvješćivanje javnosti o projektu. Brinuo se za informiranje ciljane skupine o dostupnosti usluga, stručne javnosti o inovativnom integriranom pristupu skrbi za starije u kući, šire javnosti na prekograničnom području o projektu, strane stručne javnosti o sadržaju i važnosti projekta te za izvješćivanje ciljane skupine o novom programu za izvođenje integriranoga pristupa skrbi u kući.

U svrhu promocije projekta MOL je izvodio različite djelatnosti. Na početku projekta organizirao je svečani potpis partnerskog sporazuma u Gradskoj vijećnici u Ljubljani, a nekoliko mjeseci kasnije opet u Gradskoj vijećnici u Ljubljani, uz prisutnost medija, organizirana je početna konferencija projekta koja je bila jako dobro posjećena.



*Potpis partnerskog sporazuma u Gradskoj vijećnici u Ljubljani
Foto: Nik Rovani*

MOL je projekt aktivno predstavio i na 18. i 19. Festivalu za treću životnu dob u Cankarovom domu, organiziranom prezentacijom u predavaonici te višednevnim informiranjem građana o projektu, u prostoru za prezentacije MOL. Također MOL se pobrinuo za objave članaka o projektu u Glasilu Ljubljana te za prezentaciju projekta na nacionalnoj razini na konferenciji Zajednice gradskih općina Slovenija i na dva međunarodna susreta. U lipnju 2019. godine MOL je predstavio projekt radnih skupina na EURO CITIES susretu „Zdravo starenje“ i „Dostupna mjesta“, u listopadu 2019. godine i na dvodnevnoj međunarodnoj konferenciji »Dunajski dnevni u Ljubljani«.



Dunajski dnevni u Ljubljani
Foto: arhiv MOL

U svrhu izvješćivanja ciljane skupine o novom projektu te o mogućnostima integriranja i korištenja usluga MOL, u šest svojih zajednica organizirala je okrugle stolove za građane. Za prezentaciju projekta bile su odabrane ruralnije zajednice, kako bi se dao bitan doprinos manjoj depopulaciji ruralnih područja, kao i omogućili dobru informiranost i mogućnost korištenja usluga onima koji su najudaljeniji od gradskih središta. Na interaktivnoj prezentaciji, građanima i građankama, predstavljene su besplatne usluge u okviru projekta, a nakon prezentacije imali su mogućnost mjerenja krvnog tlaka i savjetovanja sa stručnjacima koji pružaju usluge.

Tako je projekt, među laičnom kao i stručnom javnosti, bio dobro prihvaćen, a potreba za ponuđenim uslugama i integriranom pristupu skrbi u kući ponovo se potvrdila zbog jako velikog interesa i korištenja usluga starijih žitelja, jer se veliki broj projektnih partnera zaduženih za bilo koji od postavljenih ciljeva, realizirao ili premašio već tijekom jeseni 2019. godine, odn. skoro godinu dana prije kraja projekta.



Sudionici prezentacije u ČS Šmarna gora
Foto: arhiv MOL



Mjerenje krvnog tlaka u ČS Šentvid
Foto: arhiv MOL

Uz sve pozitivne rezultate tavih projekata, naglasak se ponovo stavlja na pitanje kako organizirati djelatnost dugotrajne skrbi i osigurati što volju dostupnost njezinih usluga, te u koju ulogu tijekom pružanja usluga preuzima država, lokalne zajednice i pojedinci. Dobra praksa i iskustva ukazuju na nužnu suradnju, kao i integraciju socijalnog i zdravstvenog područja, rasterećenja pojedinaca i njihovih obitelji te zakonski uređeno dostatno financiranje usluga dugotrajne skrbi, koja se usredotočava na pružanje usluga u domaćem okolišu. Potreba za učinkovitim sustavnim uređenjem područja dugotrajne skrbi, koje po kvaliteti i rasponu usluga slijedi mijenjajućim potrebama starijih generacija, povećava se svake godine. MOL će u skladu sa svojim ovlastima, kao i do sada, pružati pomoć starijim osobama i truditi se te upozoravati na važnost kvalitetnih integriranih usluga za starije u njihovom domaćem okolišu.

CENTER ZA POMOČ NA DOMU MARIBOR

3

CENTER ZA POMOČ NA DOMU MARIBOR

KO SE SREČATA SOCIALNO VARSTVO IN ZDRAVSTVO

Nina Dečman

Kakovostno starost omogočajo mnogi zdravstveni, socialni, vedenjski in psihološki dejavniki (Kadiš in Šiplič 2002). Zaposleni v Centru za pomoč na domu Maribor na projektu CrossCare smo se skozi celotno trajanje projekta soočali z omenjenimi področji in jih tudi nagovarjali. Vsakodnevno smo se srečevali z ljudmi z različnimi potrebami in željami ter različnimi omejitvami. Poleg formalnih storitev (zdravstvo in socialno varstvo) smo se znašli tudi v vlogi aktivnega poslušalca, varnega zatočišča za podelitev ranljivega dela sebe in tople dlani. Projekt se je skozi celotno trajanje izkazoval kot nujen in prepotreben za zagotavljanje kakovostne starosti, preživete na svojem domu.

Glavni izzivi, ki jih naslavlja projekt, so staranje prebivalstva, zagotavljanje enakega dostopa do zdravstvene oskrbe in storitev socialnega varstva, izključenost posameznih družbenih skupin, pomanjkanje normativne ureditve ter neobstoj enovitega programa, na podlagi katerega se izvaja integriran pristop oskrbe na domu. Zaposleni na projektu orjemo ledino na tem področju, postavljamo temelje in smernice dobrega sodelovanja med strokami kot tudi zagotavljanja visokokakovostnih

storitev za uporabnike. Neizpodbitno dejstvo je, da je izvajanje takšnih storitev na domu uporabnika nujno, kar nam uporabniki potrjujejo na vsakem koraku, saj so za prejete storitve neizmerno hvaležni. Menimo, da bi bilo treba takšne storitve vpeljati kot standard, dostopen vsem starostnikom.

Center za pomoč na domu Maribor deluje kot javni zavod s področja socialnega varstva. Ustanoviteljica zavoda je Mestna občina Maribor. Zavod je bil ustanovljen za opravljanje storitev socialne oskrbe. Storitve obsega pomoč pri temeljnih dnevni opravilih, gospodinjski pomoči in ohranjanju socialnih stikov (Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev, 2010). Ker te storitve niso več zmožne zadovoljiti vseh potreb, izkazanih na terenu, se je Center za pomoč na domu Maribor pridružil projektu CrossCare kot projektni partner. Sistemskih rešitev za vprašanje dolgotrajne oskrbe v domačem okolju še ni, tendenca razvoja skrbi za starejše pa je njena izrazita institucionaliziranost, kar pa za izzive, s katerimi se zadnja leta srečujemo, ne zdrži več, zato so nujni novi pristopi, usmerjeni na razvoj storitev izven institucij (Flaker idr., 2011). Znajdemo se v situaciji, ko bi človek želel preživeti svojo starost doma, vendar mu je zaradi premalo strokovne podpore to pogosto onemogočeno. Stiske ljudi so zelo velike. Tukaj se srečujemo z velikim praznim prostorom, ki smo ga z delom in storitvami na projektu CrossCare uspešno napolnili z vsebino. Upravičenci do dolgotrajne oskrbe ostajajo na negovalnih oddelkih v bolnišnicah ali pridejo domov v neustrezne razmere. Pogosto se zgodi, da so svojci teh oseb še vedno zaposleni, nekateri tudi

sami obnemogli, ali svojcev sploh nimajo. Tako ne nastane samo situacija, da pride uporabnik domov v neustrezne razmere, ampak tudi nima nikogar, ki bi lahko zanj ustrezno poskrbel. Pogosti so primeri, da ko pridejo upravičenci domov iz različnih institucij po rehabilitaciji, kjer so s strokovno pomočjo vidno napredovali in usvojili delno samostojnost, spet zdrsnejo nazaj v popolno odvisnost od pomoči druge osebe, saj doma nimajo ustreznih bivalnih razmer niti svojci niso bili pravilno poučeni o načinih nadaljnje oskrbe. Zaznati je tudi velik porast števila oseb z demenco, kar predstavlja velik izziv za družino in družbo. Služba pomoči na domu ne more odgovoriti na vse specifične potrebe vseh uporabnikov. Velikokrat je potrebna dodatna strokovna pomoč oz. nadgradnja že obstoječe pomoči.

Čakalne dobe za namestitve v institucionalno varstvo so vedno daljše, pa tudi težnja ljudi je, da ostanejo v domačem okolju. Starim ljudem priznava pravico do oskrbe v domačem okolju tudi 25. člen Listine o človekovih pravicah Evropske unije. Listina omogoča ljudem tudi pravico, da izberejo, ali želijo živeti v domačem okolju ali institucionalnem varstvu, kar jim omogoča pravico izbirati kraj bivanja, ki je prilagojen njihovim potrebam (Mali idr., 2018). S projektom CrossCare smo storitve, ki so bile do zdaj dostopne samo uporabnikom v institucionalnem okolju, preselili na njihov dom, v okolje, ki so ga navajeni, ga imajo radi in se v njem dobro počutijo.

V času trajanja projekta CrossCare smo uporabnikom nudili integriran pristop oskrbe na domu. Nudili smo brezplačne storitve na področju zdravstva (fizioterapija, delovna terapija, zdravstvena nega, dietetika) in socialnega varstva z zaposleno socialno delavko na delovnem mestu koordinatorice projekta. Storitve smo izvajali na izrazito individualen način, prilagojen uporabniku, njegovim željam in zmožnostim, ter hkrati v okviru strokovno dovoljenega in dopustnega. Z vsakim uporabnikom smo začeli delovni proces, kot pravita W. Kempler in S. de Vries, »osebno, konkretno, tukaj in zdaj«, v sedanjem trenutku njegove življenjske zgodbe in s težavami, ki ga trenutno obremenjujejo, ter vanj vključili njemu drage ljudi, ki mu lahko v dani situaciji pomagajo. Kot je nekoč rekel Søren Kierkegaard: »Če resnično hočemo človeka varno pripeljati na določeno mesto, ga moramo najprej poiskati tam, kjer se nahaja, in začeti iz dane izhodiščne točke.« Pri delu z uporabniki je bilo to vedno naša izhodiščna točka. Zanimali so nas življenjske zgodbe uporabnikov, spraševali smo po njihovih navadah in običajih znotraj družine, kaj jih veseli in radosti, kaj

si še želijo doseči v življenju, kakšni so njihovi cilji in hrepenenja. Vse pridobljene informacije smo pozneje skrbno umestili v naš kontekst dela ter se po timskem interdisciplinarnem posvetu med vsemi zaposlenimi na projektu CrossCare odločili, katere storitve bi bile najprimernejše in potrebne za dosego optimalnega učinka. Seveda smo pri tem vedno upoštevali tudi izražene želje in potrebe uporabnikov.

Če je bilo potrebno, smo vključili in povabili k sodelovanju tudi vse ostale službe, ki bi lahko pripomogle k soustvarjanju priložnosti in rešitev za uporabnika (center za socialno delo, hospic, osebni zdravniki, patronaža, URI Soča, UKC Maribor ...). Velik poudarek je bil tudi na sodelovanju znotraj zavoda. V želji nuditi storitve kar najvišje kakovosti smo dnevno sodelovali s koordinatoricami oskrbe na domu in socialnimi oskrbovalkami. Z oskrbovalkami in koordinatoricami smo imeli skupne sestanke, na katerih smo predelali specifične problematike, po potrebi pa smo izvedli tudi skupne obiske na domu uporabnika. Za socialne oskrbovalke smo izvedli interna izobraževanja o pravilni izvedbi transferja, jih seznanili z delovnoterapevtskimi pripomočki in jim nudili druga specifična znanja, ki jim lahko pridejo prav pri vsakodnevnem delu z uporabniki.

Pomemben vidik projekta ni samo nuditi storitve uporabnikom in jih opolnomočiti v najvišji možni meri, ampak tudi opolnomočiti svojce ter jih naučiti, kako pravilno ravnati in skrbeti za svojce z morebitnimi omejitvami. Sodelovanje z družino je ključno in izredno pomembno v delovnem procesu. Ko mi zaključimo s storitvami, so največkrat družinski člani tisti, ki spodbujajo in pomagajo, da uporabnik v domačem okolju nadaljuje začeti delovni proces. Družinski člani, ki dolgotrajno skrbijo za svojca, so največkrat tudi sami potrebni pomoči, saj so izčrpani, obnemogli in v svoji stiski pogosto osamljeni. Včasih sta dovolj samo varen prostor in čas, da lahko izrazijo, kako se počutijo, in povedo, da je tudi njim težko, predvsem pa da so slišani.

Projekt CrossCare je v praksi pokazal, da so storitve, ki smo jih nudili med projektom, za uporabnike nujne. Nujno je tudi, da so nudene na domu, saj veliko uporabnikov nima možnosti, da bi jih uveljavljali zunaj svojega doma (finančni, zdravstveni ali katerikoli drugi razlogi). Projekt lahko služi kot zgled, kako se načrtuje celostna oskrba, ki se bo izvajala v korist državljanov Slovenije. Z nudenjem storitev smo preprečili marsikatero hospitalizacijo, razjedo zaradi pritiska, padec in posledično morebitni zvin ali zlom. Naštevali bi lahko v nedogled. Preventiva je vedno boljša kot kurativa in je tudi finančno bolj vzdržna.

V nadaljevanju predstavljamo zgodbe uporabnikov, ki so odraz našega dela.

Gospa M. Š. ima zlomljeno in nezaceljeno hrbtenico ter metastaze po celem telesu. Zaradi bolečin in strahu že dve leti ni bila zunaj. Po opravljenih storitvah fizioterapije in psihosocialnega opolnomočenja sta gospa in fizioterapevt na zadnjem obisku skupaj spila kavo v bližnji kavarni, kamor je gospa nekoč zahajala.

Gospod M. K. je po večkratnih operacijah hrbtenice obležal v postelji. Obravnavo je začel fizioterapevt, ki je gospoda skozi obravnave opogumil in opremil z znanjem ter močjo, kako opraviti varen transfer s postelje na invalidski voziček in z invalidskega vozička do hoje s hoduljo. Strokovno obravnavo je na tej točki nadaljevala delovna terapevtka, ki je z gospodom vadila hojo z berglami in hojo po stopnicah. Velika angažiranost gospoda in terapevtov je obrodila velike sadove – gospod je po šestih letih znova šel sam po stopnicah.

Gospa Z. Š. in gospa M. K. živita v istem bloku, obe stari čez 90 let. Zaradi strahu pred padcem že vsaj pet let nista bili zunaj. Fizioterapevt je obe povezal v skupno obravnavo treninga hoje po bližnjem parku. Obravnava ni samo povečala stabilnosti hoje obeh uporabnic, ampak je občutno prispevala tudi k višji kakovosti življenja na družabnem področju in zmanjšanemu občutku osamljenosti.

Pri gospodu D. Š. so prisotne epilepsija od otroštva in motnje v duševnem razvoju. Zanj skrbi mati, pri kateri je bil prisoten izrazit strah pred epileptičnimi napadi. Posledično je gospod ležal v postelji. Strokovno delo je zajemalo tako opolnomočenje matere, da se sooči s svojimi strahovi, izobraževanja svojca o terapevtskem pristopu do uporabnika kot tudi fizioterapevtsko in delovnoterapevtsko obravnavo gospoda. Po zaključenih storitvah je gospod samostojno hodil po hiši in okoli nje.

Takšnih zgodb je ogromno. Prav vsaka predstavlja velik uspeh za uporabnike in svojce ter strokovne službe. Ko nam je omogočeno, zmoremo narediti skupaj ogromno in občutno prispevati h kakovostnejši starosti.

Proces staranja je neizbežen proces za vse nas. Vsak si želi starost preživeti po svoje, predvsem pa v okolju, v katerem se počutimo varno in domače. V okolju, kjer smo lahko to, kar v resnici smo. Prav je, da vsak posameznik in kot družba poskrbimo, da bo

to mogoče, saj s tem gradimo lepšo prihodnost ne samo zase, temveč za vse prihodnje generacije. Vsak star človek se slej ko prej sooči z vprašanjem, kakšno vrednost in kakšen pomen je imelo njegovo življenje. Poskrbimo, da bomo ob koncu življenja zadovoljni z odgovori na tako pomembna vprašanja in ponudimo roko bližnjemu že danes. Vsako dejanje prijaznosti šteje in vsak odločen korak v pravo smer lahko prinese spremembo.

Literatura:

- Flaker, V., Nagode, M., Rafaelič, M. & Udovič, N. (2011). Nastajanje dolgotrajne oskrbe: ljudje in procesi – eksperiment in sistem. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Kadiš, D., Šiplič, V. (2002). Psihosocialni vidik staranja. *Socialno delo*, letnik 41, številka 5, str. 295–300.
- Mali, J., Flaker, V., Urek, M., Rafaelič, A. (2018). Inovacije v dolgotrajni oskrbi: Primer domov za stare ljudi. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev. Uradni list RS, št. 45/10, 28/11, 104/11, 111/13, 102/15, 76/17 in 54/19.

PRIMER DOBRE PRAKSE – ŠTUDIJA PRIMERA

Metka Miško, Petra Zavasnik, Jože Vrbančič, Nina Dečman

Prvi stik z gospodom M. K. je bil vzpostavljen prek socialne oskrbovalke, ki je pri gospodu zaznala potrebo po storitvah projekta CrossCare. O tem je obvestila koordinatorico projekta, ki je vzpostavila prvi stik z ženo gospoda M. K. V telefonskem pogovoru ji je na kratko predstavila projekt in storitve, ki jih nudimo v okviru projekta. Dogovorili sta se za termin, ko se bo pri njima oglasila diplomirana medicinska sestra, ki opravlja vključitve v projekt CrossCare, osnovne zdravstvene meritve in storitve iz dietetike.

OSNOVNI PODATKI O UPORABNIKU

Gospod M. K.
Zakonski stan: poročen
Starost: 80 let

Diagnoze: degenerativne spremembe hrbtenice in hrbtenjače (pet operativnih posegov hrbtenice)
 Medicinsko tehnični pripomočki: invalidski voziček in električni invalidski voziček, električna bolniška postelja, bergle, recipročna hodulja, stojka, pobiralec s tal, deska za presedanje, zunanje dvigalo za spust na dvorišče

Zdravstveno stanje ob vključitvi: delno pomičen, s pomočjo druge osebe in deske za presedanje možen transfer na invalidski voziček

Zdravstveno stanje po obravnavi ekipe CrossCare: hoja po stopnicah s pomočjo bergle in terapevta

ZDRAVSTVENA NEGA

Diplomirana medicinska sestra je gospoda M. K. prvič obiskala 18. februarja 2019. Ob vključitvi je bila prisotna tudi njegova žena. Sprva sta bila zadržana, potem pa je pogovor lepo stekel. Najprej smo zapisali osnovne podatke, se pogovorili, kako poteka projekt CrossCare ter izdelali osebni načrt, ki vključuje opis vsakdanjega življenja in poklica, želje, cilje in podobno. Nato se je pogovor nadaljeval o posebnostih zdravstvenega stanja. Gospod je opisal celotni potek od prve do zadnje operacije in vmesna stanja, ki so se pojavljala med zdravstvenimi obravnavami.

Pogovorili smo se o trenutnem zdravstvenem stanju. Gospod je povedal, da je delno pomičen in da večji del dneva presedi na vozičku. Je tudi slaboviden in potrebuje očala ter zaradi naglušnosti nosi slušni aparat.

Pogledali in zapisali smo, katere pripomočke ima in kako jih uporablja.

Pogovorili smo se o medikamentozni terapiji, ki jo ima predpisano in jo redno jemlje. Ugotovila sem, da ima predpisane tablete za zniževanje pritiska, srčno-žilno funkcijo in zdravljenje povečane prostate ter spazmolitik. Gospod ima že dolga leta težave z obstopacijo, zato redno jemlje odvajalni sirup. Vse tablete pozna in jih pravilno jemlje po navodilu zdravnika.

Izmerila sem mu vitalne funkcije (krvni pritisk, pulz, krvni sladkor in nasičenost kisika v krvi). Pri krvnem sladkorju je bilo rahlo odstopanje, saj je gospod pred tem pojedel zajtrk. Ostale meritve so bile v mejah normale.

Gospod pove, da ima bolečine v nogah in križu po VAS 6/10. Proti bolečinam ima predpisane tablete, ki jih po potrebi vzame in mu pomagajo.

Stanje zavesti je normalno, časovno in krajevno je orientiran, barva kože in sluznic je rožnata, turgor zadovoljiv. Vrtoglavic ne navaja, občasno je utrujen, noge mu ne zatekajo. Potrebo po uriniranju čuti in urin lahko zadrži.

Po oceni sposobnosti po samooskrbi doseže 25 točk od 75 ter se uvrsti v drugo kategorijo, ki pomeni, da je pri izvajanju samooskrbe večji del odvisen od pomoči druge osebe. Pri temeljnih življenjskih aktivnostih mu pomagata žena in socialna oskrbovalka.

Po Morsejevi lestvici padcev spada v srednje tveganje za padec (50 točk). Gospod se tega zaveda in zelo pazi pri presedanju s postelje na voziček ali pri katerem drugem transferju, da ne bi prišlo do padca in posledično do poškodb.

Zaradi dobrega duševnega stanja, kontinence in aktivnosti, ki jih izvaja po svojih močeh (vstajanje ob stojki, razgibavanje ...), ima zelo nizko raven za nastanek razjede zaradi pritiska (13 točk od 20).

Najpogostejše negovalne diagnoze (NANDA International), ki sem jih izpostavila pri gospodu, so: oslABLJENA fizična mobilnost (00085), nevarnost za padce (00155), nevarnost za srčno-žilno funkcijo (00239), bolečina (00133), obstopacija (00011), samooskrba (00182).

Pri gospodu je bilo izvedeno široko zdravstveno-vzgojno svetovanje glede na njegovo zdravstveno stanje, prav tako je vključena tudi žena, saj zanj skrbi 24 ur na dan in mu pomaga pri vseh življenjskih aktivnostih.

FIZIOTERAPIJA

Gospod je bil dvakrat na rehabilitaciji v URI Soča v Ljubljani, kjer je dobro sodeloval z rehabilitacijskimi timi kot tudi dosegel zelo dobre rezultate, predvsem v izboljšanju funkcionalnega stanja in zmanjšanja bolečin.

Uporabnik živi z ženo, ki mu vsestransko pomaga pri vseh opravilih. Zakonca sta skladen par, kar je pomembno vplivalo na pozitivne rezultate terapevtskih intervencij v sklopu projekta CrossCare. Ob prvem obisku fizioterapevta je bil uporabnik sposoben transferja s postelje na invalidski voziček in nazaj ob pomoči žene ter samostojnega sedenja na invalidskem vozičku, ki je vsakodnevno trajalo tudi po več ur skupaj. Poznal je številne terapevtske vaje, ki se jih je naučil med samo rehabilitacijo in jih je tudi redno izvajal. Vendar je med rehabilitacijskim procesom ostal na mrtvi točki: rehabilitacijsko zdravljenje na URI Soča je zaključil, vrnil se je v domače okolje, kjer ni več prejemal nobene ustrezne zdravstvene podpore, ki bi mu pomagala pri dokončanju rehabilitacijskega procesa. Po temeljitem pregledu zdravstvene dokumentacije in poglobljenem pogovoru z zakoncema smo naredili okvirni terapevtski načrt.

Na začetku fizioterapevtskega procesa smo si skupaj zastavili cilj, da bomo ob koncu našega sodelovanja skupaj šli na dvorišče nabirat češnje – bil je junij in češnje so bile zrele. Ta psihična spodbuda, da bo uporabnik po dolgih letih spet morda lahko sam obiral češnje z drevesa, ki ga je sam zasadil, se je izkazala za zelo motivacijsko.

Ob prvem obisku sta bila zakonca precej čustveno prizadeta, depresivna in obupana nad zdravstvenim stanjem moža. Zaradi vsakodnevne in vsestranske asistencije možu je začelo resno pešati zdravje tudi ženi. Vendar sta z vsemi močmi pristopila k »poskusu«, kot sta imenovala našo fizioterapevtsko intervencijo. Tako smo na prvem obisku podrobno preverili brezhibnost terapevtske in negovalne opreme, ki sta jo imela v hiši. Kljub velikemu strahu pred padcem smo že ob prvem obisku opravili nekaj uspešnih poskusov vstajanja ob recipročni hodulji in izdatni opori fizioterapevta. Prav tako smo že ob prvem obisku

preverili, kolikšna je sposobnost samostojne stoji ob uporabi recipročne hodulje. Spoznanje, da lahko ob primerno izvedeni strokovni opori fizioterapevta vstane in tudi nekaj minut skupaj samostojno stoji, je uporabnika tako navdušilo, da je ob naslednjem obisku že želel poskusiti s hojo po stanovanju. Zaradi načela previdnosti smo se dogovorili, da bomo najprej ustrezno utrdili spretnost vstajanja in sposobnost samostojne stoji ob recipročni hodulji.

Ob tretjem obisku je bil napredek v tehniki in sposobnosti vstajanja z invalidskega vozička ter samostojni stoji ob recipročni hodulji že očitni. Zakonca sta prav tako soglasno povedala, da je mož – uporabnik začel precej več jesti, ker je po fizioterapevtskem tretmaju utrujen in potrebuje več hrane, da obnovi moči.

Med četrtem terapevtskim obiskom smo uspešno preizkusili sposobnost hoje z recipročno hoduljo ob spremstvu fizioterapevta. Uporabnik je po uvodnem treningu vstajanja z invalidskega vozička ob spremstvu fizioterapevta in s hoduljo trikrat prehodil kuhinjo, zato smo se domenili, da bomo šli naslednjič na dvorišče.

Ob naslednjem obisku smo trening vstajanja in hoje zares opravili na dvorišču. Zakonca sta povedala, da je uporabnik pridobil toliko samozavesti in da se je strahu pred padcem osvobodil v tolikšni meri, da nekajkrat dnevno ob prisotnosti žene vadi vstajanje ob recipročni hodulji ter utrjuje sposobnost stoji. Zato je bil peti terapevtski obisk pravi preskok v napredku rehabilitacije – uporabniku je zares uspelo nabrati nekaj češenj z nizkih vej. To pa je zakoncema dalo toliko upanja in zagona, da je uporabnik ob vsakem naslednjem obisku z recipročno hoduljo hodil do skrajnih meja svojih telesnih sposobnosti.

Ob zadnjem, enajstem obisku je bil uporabnik sposoben samostojnega vstajanja z invalidskega vozička ter samostojne hoje z recipročno hoduljo do hišnih vrat in nazaj v kuhinjo ob budnem spremstvu fizioterapevta. Z invalidskim vozičkom se je zmozel samostojno z dvigalom odpeljati na dvorišče in z uporabo recipročne hodulje nekajkrat prehoditi dvorišče. Odšel je celo do poštnega nabiralnika po časopis in se nato vrnil v hišo.

Po zaključku fizioterapevtskih tretmajev se je v delo z uporabnikom vključila strokovna služba delovne terapije, ki je zelo uspešno nadaljevala rehabilitacijski proces.

DELOVNA TERAPIJA

Uporabnik je bil po uspešni obravnavi fizioterapevta vključen še v storitve delovne terapije, ki je bila pravzaprav nadaljevanje fizioterapije. Delovno terapijo je zelo dobro sprejel ter bil aktiven med eno in drugo delovnoterapevtsko obravnavo, zato je bil rezultat nadpovprečno uspešen.

Delovnoterapevtski pristopi in modeli:

- na klienta usmerjen pristop,
- nevrorazvojni pristop,
- psihosocialni pristop,
- izobraževalni pristop,
- rehabilitacijski model.

Cilji obravnave: hoja z berglo ali rolatorjem in priprava na samostojno izvajanje dnevnih aktivnosti v domačem okolju.

Uporabnik je bil obravnavan na področju motorike, kjer je izvajal rehabilitacijo za pripravo hoje po stopnicah:

- krepitev trebušnih mišic in osrednjega mišičnega tonusa trupa,
- razgibavanje zgornjih in spodnjih okončin,
- trening hoje z rolatorjem in berglami.

Uporabnik je dosegel vidne rezultate pri hoji po stopnicah tudi z uporabo delovnoterapevtskih pripomočkov.

Delovnoterapevtske aktivnosti:

- trening hoje po stopnicah,
- trening fine motorike,
- trening branja in pisanja,
- uporaba delovnoterapevtskih pripomočkov.

Uporabnik je ob začetku delovnoterapevtske obravnave želel hoditi z berglo ali rolatorjem. Med obravnavo je toliko napredoval, da smo si zadali novi končni cilj: hojo po stopnicah, kar je po petnajsti obravnavi uspešno uresničil in presegel svoja pričakovanja.

ZAKLJUČEK

Primer gospoda M. K. je primer dobre prakse usklajenega multidisciplinarnega terapevtskega pristopa. Vsak član tima je prispeval svoj del k zgodbi uspeha, ki pa se seveda ne bi mogla zgoditi brez izrednega sodelovanja uporabnika in njegove žene. V praksi se je potrdilo, da sta projekt CrossCare in nudenje storitev na domu uporabnika izrednega pomena za posameznike kot tudi družbo.



DELOVNA TERAPIJA

VLOGA DELOVNEGA TERAPEVTA PRI INTEGRIRANI OSKRBI STAREJŠIH NA DOMU V SKLOPU PROJEKTA CROSSCARE

Petra Zavasnik

Svetovno združenje delovnih terapevtov (WFOT, 2004) definira delovno terapijo kot stroko, ki promovira zdravje in dobro počutje skozi okupacijo. Delovni terapevti se osredotočamo na vprašanje, zakaj ima neka oseba težave v izvedbi vsakodnevnih aktivnosti in kaj lahko naredimo, da ji omogočimo boljše in lažjo izvedbo teh ter s tem prispevamo k boljšemu zdravju in dobremu počutju.

Delovni terapevti uporabljamo podrobno analizo fizičnih, psihosocialnih, mentalnih, duhovnih, okoljskih dejavnikov, da ugotovimo ovire za okupacijo. Osnovni cilj delovne terapije je, da posamezniku, skupini ali skupnosti omogoči sodelovanje/vključenost v aktivnostih, ki so zanj pomembne, izražajo njegove vrednote in prepričanja ter mu dajejo občutek zadovoljstva. Delovna terapija črpa znanja iz medicine, psihologije, sociologije, antropologije, etnologije, arhitekture in še nekaterih drugih znanstvenih disciplin. Kot bazična znanost za delovno terapijo pa se je v osemdesetih letih prejšnjega stoletja v Ameriki razvila nova znanost, imenovana »znanost o okupaciji«.

V Sloveniji so delovni terapevti še vedno najbolj prisotni znotraj institucij, čeprav je v svetovni znanstveni literaturi zaslediti, da so programi delovne terapije za starejše zelo učinkoviti in nujno potrebni tudi na njihovih domovih. Približati delovno terapijo kot stroko potencialnim starejšim uporabnikom, ki še vedno samostojno delujejo v domačem okolju, je ključnega pomena za vzdrževanje njihovega zdravja in dobrega počutja.

Število starostnikov se povečuje hitreje kot število ljudi v drugih starostnih skupinah, zaradi česar je staranje postalo svetovni fenomen. Leta 2015 je bilo

ugotovljeno, da je bil vsak osmi prebivalec star več kot 60 let, do leta 2030 pa se bo to število z 901 milijona povečalo na 1,4 milijarde. Podatki za Slovenijo kažejo, da je bilo leta 2015 kar 521.000 ljudi starih več kot 60 let, kar znaša 25,2 odstotka slovenskega prebivalstva. Do leta 2030 jih bo 32,7 odstotka, do 2050 pa že 39 odstotkov (World population ageing, 2015). Vzroki za povečanje starostnikov so zmanjšanje rodnosti, napredek na področju javnega zdravja in podpornih tehnologij ter izboljšanje življenjskih razmer. Hitro povečanje števila starostnikov pripelje do številnih ekonomskih, socialnih in političnih posledic (World population ageing, 2015). To posledično pomeni tudi povečanje izdatkov v zdravstvu, večjo obremenitev skrbnikov in sorodnikov ter pomanjkanje izvajalcev strokovne nege in oskrbe.

Prednost domovanja in oskrbe na domu z vidika delovne terapije je, da omogoča starejšim varno zavetje, kjer se najbolje znajdejo, jim ohranja zasebnost in intimni prostor ter občutek pripadnosti nečemu, kar so sami ustvarjali dolga leta še delovno aktivnega življenja. Daje jim najvišjo stopnjo neodvisnosti, funkcionalnosti in udobja v lastnem okolju. Na prvi pogled je dom prostor, ki je namenjen osebni negi in gospodinjstvom, vendar podpira več dragocenih vlog in dejavnosti, ki imajo na starostnike pozitiven vpliv, predvsem jim daje občutek varnosti, zasebnosti in sprostitve (Galof et al., 2014).

V svoji študiji Robinsonova in Moenova (2000) ugotavljata, da se več kot polovica upokojencev nikoli ne namerava izseliti iz svojega doma, čeprav je zamisel vzdrževanja neodvisnega bivanja v lastnem domu pogosto nezdržljiva z realnostjo. Pomoč oz. oskrba na domu je tako najpomembnejši element za podporo starostnikom v domačem okolju.

Delovna terapija se kot stroka ukvarja z različnimi terapevtskimi pristopi, modeli, metodami in oblikami dela. Njen osnovni terapevtski medij je aktivnost, ki glede na poškodbo, bolezen ali nezmožnost – okvaro kljub omejitvam kot posledico omenjenih težav, zmanjšane zmožnosti za sodelovanje, skozi ponovno usposabljanje in edukacijo zdravih vzorcev gibalnih in miselnih aktivnosti ponovno čim bolj samostojno izvajajo vsakodnevne življenjske aktivnosti-okupacije.

Delovni terapevt je pomemben član multidisciplinarnega tima skupaj z ostalimi strokovnjaki, kot so fizioterapevt, diplomirana medicinska sestra, dietetičarka, koordinatorica oz. univerzitetna diplomirana socialna delavka, ki je hkrati vodja projekta CrossCare. V tem projektu se izvajajo

storitve integriranega pristopa oskrbe starejših na domu znotraj službe javnega socialnovarstvenega zavoda Center za pomoč na domu Maribor (v nadaljevanju besedila: CPND Maribor), kjer pokrivamo področje dela oskrbovalk, tj. pomoči na domu starejšim in invalidom, ter uspešno združujemo strokovna dela negovalk in strokovnih sodelavcev starejših na domu.

Integriran pristop oskrbe starostnikov na domu v okviru projekta CrossCare uporabnikom predstavlja predvsem lažji dostop do storitev multidisciplinarnega tima in njegovih strokovnjakov z ustreznimi znanji, saj jih že ob obisku oskrbovalke seznanijo z možnostjo posluževanja tovrstnih storitev. Z oskrbo na domu se uporabniki srečujejo tako rekoč prvič v okolici Maribora. Po vztrajnem prigovarjanju in ozaveščanju o načinu dela strokovnjakov, ki so del projekta CrossCare, so bili v večini primerov zelo zadovoljni, kar govori spodnja študija primera. Tako strokovnjaki kot uporabniki bi si želeli umestitve strokovnih sodelavcev v zakonodajni sistem na ravni državne zakonodaje, ki pa še zdaleč ni tako urejena, kot narekujejo potrebe po strokovni službi, številčnost starostnikov in bivanja teh na njihovih domovih. Glede na to, da se projektno delo strokovnih sodelavcev zaključuje v juniju 2020, bo po vsem opravljenem delu s starostniki na njihovih domovih in seznanitvijo z možnostjo posluževanja strokovnih služb nastala velika praznina, če se ta zakonodajni prispevek ne bo uredil v najkrajšem možnem času po zaključku delovanja integrirane oskrbe starejših na domu.

Pri projektne delu smo zbirali uporabnikova mnenja ob koncu obravnav, katerih število se je lahko gibalo najmanj od ene do dveh, znotraj tega števila pa do največ 20 obravnav pri posamezniku. Kriteriji, ki smo jih upoštevali pri navedenem številu obravnav, so bili naslednji: diagnostika uporabnika, izkušnje, znanje in splošna praksa dela na terenu ter doseganje kakovostnega dela delovnoterapevtskih obravnav z uporabniki in ciljev obravnave. Ob tem smo upoštevali tudi perspektivnost samih uporabnikov, ki so med obravnavami narekovala število le teh pri posameznem starostniku. Upoštevali smo tudi njihove osebne želje in se prilagajali glede na napredek posameznega starostnika pri obravnavi. Delovna praksa integrirane oskrbe starostnikov na njihovem domu se je pokazala kot zelo dobra, zelena in še kako potrebna, predvsem pa učinkovita.

Pri svojem delu kot delovna terapevtka uporabljam različne pristope. Ti so na uporabnika usmerjen pristop, nevro-razvojni, izobraževalni, psihosocialni,

kognitivni, biomehanski in podobno. Znotraj stroke delovne terapije smo pri vsakem od uporabnikov izvedli test COPM, v katerem smo na podlagi polstrukturiranega intervjuja z uporabnikom skupaj zastavili cilje in se odločili za aktivnosti, ki smo jih pri uporabniku izvedli za izboljšanje njegovega stanja. Ob začetku so se uporabniki sami ocenili pri izvedbi aktivnosti kot tudi pri zadovoljstvu njene izvedbe. Prav tako so se ob koncu obravnave ocenili pri izvedbi aktivnosti in zadovoljstvu izvedbe, kar jim je omogočilo aktivno sodelovanje v delovnoterapevtski obravnavi. Ugotovili smo, da so se v povprečju ocene izvedbe in zadovoljstva izvedbe dvignile za $n = 3$ do $n = 5$ enot, kar je za večino uporabnikov pomenilo precejšen napredek znotraj delovnoterapevtske obravnave. Uporabniki so bili zelo zadovoljni in hvaležni, zelo radi so se zahvaljevali s kakšno drobno pozornostjo, ki smo jo največkrat zaradi vljudnosti tudi sprejeli. Socializacija v smislu druženja jim pomeni zelo veliko. Kadar smo ocenili, da uporabniki ne bodo več potrebovali podpore strokovnih sodelavcev, ampak le pogovor in druženje, smo jih napotili k družabnicam, ki so prek javnih del izvajale storitve družabništva. Tudi teh so se zelo razveselili, saj je osamljenost bilo občutiti pri marsikaterem starostniku, predvsem pri tistih, ki so živeli sami. Topla, razumevajoča in spodbudna beseda ter prijateljski pogovor so jim pomenili zelo veliko, hvaležnost za to pa so izkazovali na različne načine.

Na terenu nudimo storitve v obliki ocenitve skozi delovnoterapevtske teste. Sem sodijo COPM, ki ga izvedemo pri vsakem uporabniku, proces DT z okupacijskim profilom, MoCA test – Montrealska lestvica spoznavnih sposobnosti, mini mental test – mini COGO, dnevnik izvajanja storitev DT, kognitivna rehabilitacija, spretnosti izvedbe – ocena motoričnih, procesnih in komunikacijskih spretnosti, test taktilnih sposobnosti, test stereognozije, delovnoterapevtska obravnava v ožjem okolju z analizo bivalnega okolja, vprašalnik The community integration Questionnaire-Revised (CIQ-R), prilagoditev bivalnega okolja s svetovanjem uporabe medicinsko tehničnih pripomočkov, test funkcionalne neodvisnosti (FIM), GAS za ocenitev DT v ožjem in širšem okolju, dinamometrija, LAWTON test (IADL), širše dnevne aktivnosti in kratek preizkus spoznavnih sposobnosti (KPSS).

Delovna terapija je prisotna na vseh ravneh človekovega delovanja. Zastopa več komponent delovanja, mi smo se osredotočili na okupacijski profil. Sem sodijo različne komponente delovanja; te so povzetek družinske anamneze in diagnostike

starostnika, poklic in poklicna pot uporabnika ter družinska anamneza v smislu svojcev. Povzamemo tudi informacije o konjičkih in razvedrilu, navadah, potrebah, rutinah, ki so jih starostniki vajeni in jih vsakodnevno izvajajo.

Uporabnike tako obravnavamo z vidika različnih strokovnih komponent, med katere sodijo motorična, kognitivna, perceptivno-zaznavna, senzorična, psihosocialna in duhovna komponenta. Tako s primernimi komponentami opolnomočimo uporabnike, da postanejo skozi procesno metodo dela delovne terapije in izvajanje aktivnosti samostojnejši, manj odvisni od pripomočkov ali druge osebe pri opravljanju vsakodnevnih aktivnostih.

Vključuje tudi psihosocialni vidik obravnave, kar pomeni, da razdelamo odnose in družinske relacije glede na družinske člane v ožjem krogu, nato pa vloge starostnika v ožjem in širšem krogu, denimo kot svojci, sosede, prijatelji in znanci. Ob prvem obisku tudi ocenimo kognitivne sposobnosti, kamor sodijo spomin, pozornost, mišljenje, logično razmišljanje, pomnjenje z raznimi testi, pri čemer najpogosteje takoj dobimo vpogled, s katero vrsto terapevtskih pristopov in metod dela bomo uporabnika obravnavali ter kakšni bodo končni cilji obravnave glede na obravnavano stanje in stanje obravnav ostalih strokovnih sodelavcev.

Tako smo glede na sposobnosti ocenili tudi motorične spretnosti, kot so pomični brez ali s pomočjo asistencije terapevta. Kadar je bila potrebna pomoč s pripomočki, smo svetovali aktivnosti izvedbe hoje s pomočjo hojice, recipročne hodulje, bergle ali sprehajalne palice. Včasih so se teh aktivnosti po predhodnem izobraževanju uporabniki učili na novo glede na njihovo zdravstveno stanje in sposobnost mobilnosti. Za možnost ponovnega sprehajanja je včasih bilo potrebno predhodno posedanje ali vstajanje na ali ob postelji, ob kuhinjskem pultu, prenos teže na levo in desno stran, krepitev mišic centralnega mišičnega tonusa za možnost stabilnega sedenja na invalidskem vozičku ali stolu ter pri izvedbi transferja z invalidskega vozička na postelja in obratno. Vse te aktivnosti so bile izvedene z namenom, da so se starostniki lahko znova začeli pomikati s pomočjo terapevtskih pripomočkov ali samostojno brez njih. Velikokrat smo izvajali krepitev mišične moči rok in nog z razgibavanjem, predvsem pri obolenjih mišično-skeletnega značaja. Večkrat smo izvedli aktivnosti izobraževanja pravih dihalnih tehnik, nad katerimi so bili navdušeni.

Pri izvajanju dela na perceptivno-zaznavni ravni se večkrat prepletajo ostala področja dela. Sem sodijo zaznavanje s čutili ter vidno, slušno, taktilno, okušalno in zaznavanje z vonjem. Tudi občutek za zaznavanje bolečin je večkrat prisoten in je prepleten s senzoričnim področjem dela. Prav na slednjem področju dela smo uporabljali aktivnosti s pomočjo terapevtskih pripomočkov za stimulacijo senzibilitete. V psihosocialno komponento smo vključevali odnose s svojci, skrbništvo pa so po navadi določili že svojci sami. Namen delovnega terapevta je bil delovati povezovalno med svojci in sosedi; kadar so uporabniki dovolj samostojni pri pomikanju zunaj njihovega doma, tudi s sosedi, znanci ali prijatelji. Tudi spodbud uporabnikov k urejanju domačega okolja in skrbi zase je bilo zelo veliko.

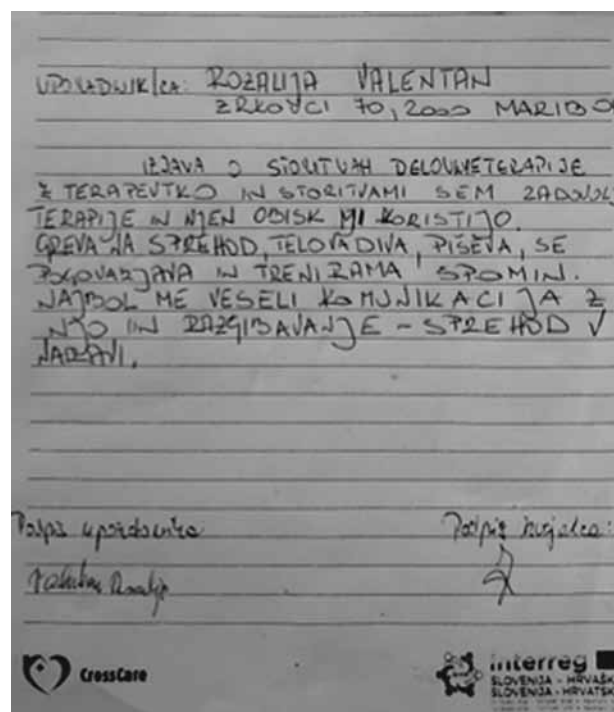
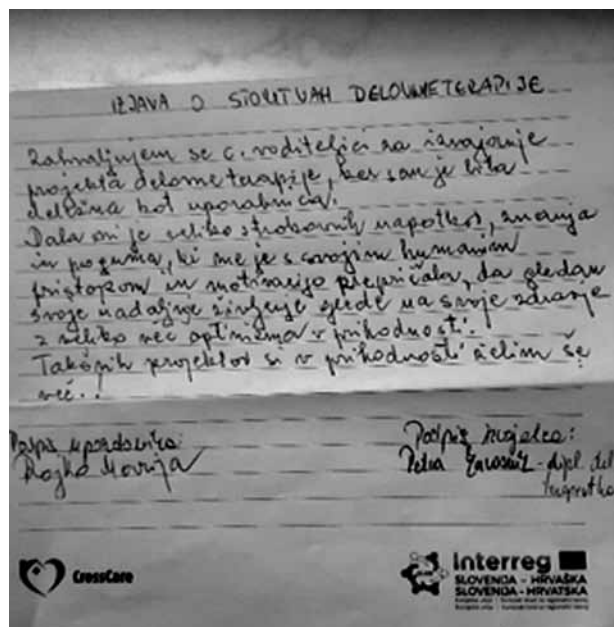
Pri duhovni komponenti se opazi, da določeno število vključenih uporabnikov redno posluša oddaje po radiu in televiziji ali pa se tudi z obiski udeležujejo mašnih obredov.

Najpogostejše težave, s katerimi smo se v projektu srečevali, so bile:

- možganske kapi, posledično nezmožnost samostojnega pomikanja v domačem ali zunanjem okolju;
- bolezni srca in ožilja, kot so srčne kapi, popuščanja srčne mišice – insuficienca, angina pektorisa, atrijska fibrilacija, hiper- ali hipotenzija;
- padci in posledično zlomi kolka ali kolena;
- artroze sklepov;
- zlomi nadlahtnice;
- težave v duševnem zdravju, kot so demenca ali depresija, tudi občasna apatičnost in asocialnost zaradi izoliranosti iz socialne mreže;
- rakava obolenja in soočanje s posledicami tega;
- živčno-mišična obolenja, kot so multipla skleroza, Parkinsonova bolezen, mišična distrofija;
- težave s čutili, kot so slabovidnost, naglušnost, slabo zaznavanje okusov;
- splošna psihofizična ali starostna oslabelelost ipd.

Skozi projektno delo smo se srečevali tudi z različnimi drugimi obolenji, ki so manj pogosta med ljudmi in smo jih temu ustrezno obravnavali. Rezultati dela so bili zelo dobri in v večini primerov uspešni ali zelo uspešni, kar se je pokazalo tudi v izjavah naših uporabnikov, ki jih prikazujemo v nadaljevanju.

Izjave uporabnikov



STATISTIČNI PODATKI V SKLOPU PROJEKTA CROSSCARE

Tabela: Diagnostika uporabnikov in sistematično področje delovanja

Naziv	Skupaj uporabnikov
Mišično-skeletno	67 (39,41 %)
Nevrološko	42 (24,71 %)
Področje duševnega zdravja	26 (15,29 %)
Kardiološko	20 (11,76 %)
Paliativno	3 (1,76 %)
Ostalo	12 (7,06 %)

Statistično smo pri uporabnikih povzemali več informacij, ki so bile nujno potrebne za oblikovanje terapevtskih obravnav pri delu na terenu. Tako se je na področjih diagnostičnega obolenja pri posameznem uporabniku lahko pojavila ena, dve ali več vrst bolezni, ki smo jih obravnavali na primeren terapevtski način. Zato imamo statistično večje procentualne relativne vrednosti posameznih področij diagnostičnega delovanja. Področja diagnostičnega delovanja so bila naslednja (v vzorec je bilo zajetih 100 uporabnikov): mišično-skeletna 67 uporabnikov (39,41 %), kardiološka 20 uporabnikov (11,76 %), nevrološka 42 uporabnikov (24,71 %), področja duševnega zdravja 26 uporabnikov (15,29 %), paliativna 3 uporabniki (1,76 %) in ostalo 12 uporabnikov (7,06 %).

Od tega 38,38 odstotka starostnikov živi samih, 61,61 odstotka starostnikov pa s svojci. Pri oceni zadovoljstva z izvedbo aktivnosti so starostniki, ki živijo sami, dosegli boljše rezultate kot tisti, ki živijo z nekom. Čeprav so se motorične spretnosti izboljšale tako pri starostnikih kot tistih, ki sobivajo z nekom ali pa so sami, so se procesne spretnosti izboljšale le pri tistih, ki živijo z nekom. Randstrom in sodelavci menijo, da je za starostnike bolje, da je sodelovanje družinskih članov v rehabilitaciji starostnika zaželeno, saj je spodbujevalni dejavnik njihove rehabilitacije, hkrati pa jim vliva upanje. Tako je starostnikom omogočeno, da še naprej živijo v svojih domovih, kar je po raziskavah (Sixsmith & Sixsmith, 2018, cit. po Hwang et al., 2011) ceneje, kot če živijo v institucionalnem

varstvu. Uporabniki so v našem projektnem delu sodelovali pri izboru aktivnosti, kar je pomembno pripomoglo k zvišanju motiviranosti za sodelovanje in doseganje napredka. Do zdaj smo na CPND Maribor v okviru projekta CrossCare obravnavali 100 uporabnikov v delovni terapiji. Od tega jih je bilo več kot 80 umeščenih v sistem dobre prakse omenjenega projekta, ostali pa so še v obravnavi.

Večina formalnih storitev delovne terapije se izvaja v institucionalnem varstvu. Ker se število starostnikov iz leta v leto drastično povečuje, bo potreba po urejeni zakonodaji dolgotrajne oskrbe na domu in umestitvi delovne terapije kot stroke na domu uporabnikov nujna. S tem projektom smo dokazali, da so tovrstne storitve še kako potrebne, predvsem pa uspešne in učinkovite za uporabnike. To ne nazadnje prikazuje tudi primer dobre prakse, ki smo ga umestili v multidisciplinarni tim in z uporabnikom M. K. dosegli zavidljive rezultate.

Na podlagi danih podatkov iz projektnega dela CrossCare je razvidno, da je delo timske narave za uporabnike, starejšo populacijo, katere število nenehoma in vztrajno narašča, nujno potrebno za dvig kakovostnega staranja na njihovih domovih kot tudi za razbremenitev svojcev. Slednji so obremenjeni s svojimi družinami, dostopnost do tovrstnih storitev pa je starejši populaciji vedno bolj potrebna. V okviru projekta smo k umeščanju in ozaveščanju strokovnega dela na domu pripravljali večje število ljudi, ne le v večjih mestnih središčih, ampak tudi na ruralnih območjih oz. podeželju, ki so težje dostopna, uporabnikom pa omogočajo trajnejše in kakovostnejše bivanje v lastnem domačem okolju.

Dodatno smo znotraj projektnega dela opravili izobraževanja, predstavitve delovne terapije kot stroke in uporabe DT pripomočkov v različnih sklopih organizacij, vse to pa z namenom približanja projektnega dela in delovne terapije ter ozaveščanja ljudi na širšem regijskem in državnem območju. V nadaljevanju navajamo vidnejše aktivnosti v okviru projekta:

- 31. 8. 2019: Stojnica na Festivalu Lent – Art kamp
- 1. 10. 2019: Predstavitve projekta CrossCare in do zdaj doseženih rezultatov na Festivalu za 3. življenjsko obdobje (sodelovanje na okrogli mizi »Integriran pristop starejših ljudi na domu (CrossCare)«).
- 24. 9. 2019, 17. 12. 2019 in 25. 2. 2020: Na pobudo Medobčinskega društva slepih in slabovidnih Maribor je bilo izvedeno izobraževanje za osebne asistente.
- 18. 9. 2019: Interna diseminacija znanja (predstavitve delovnoterapevtskih pripomočkov socialnim oskrbovalkam, zaposlenim na CPND Maribor).

- 2. 10. 2019: Interna diseminacija znanja (izvedena praktična delavnica s socialnimi oskrbovalkami v sodelovanju s fizioterapevtom na temo izmenjave izkušenj iz terena).

- 27. 11. 2019: Obisk pridruženega partnerja CSD Posavje, enota Brežice (vključitev treh uporabnikov na terenu in delavnica s predavanjem »Predstavitev delovne terapije na terenu in uporaba DT pripomočkov«).

- 3. 12. 2019: Predstavitve projekta CrossCare s praktičnim prikazom dejavnosti (organizirana na ponudbo Odbora Skupnega sekretariata Službe Vlade Republike Slovenije za razvoj in evropsko kohezijsko politiko).

- 31. 1. 2020: Predstavitve Centra za pomoč na domu Maribor in projekta CrossCare v Mestni četrti Tabor.

- 3. 3. 2020: Predstavitve Centra za pomoč na domu in projekta CrossCare ter delovne terapije kot stroke z uporabo delovnoterapevtskih pripomočkov v Mestni četrti Radvanje.

S predavanji in delavnicami smo prav tako pripomogli k promociji in ozaveščanju znanj iz delovne terapije, uporabi delovnoterapevtskih pripomočkov, izvajanju transferjev gibalno oviranih ljudi in ozaveščanju ljudi z različnimi oblikami dela samopomoči. Z vsemi zgoraj omenjenimi aktivnostmi smo aktivno pripomogli k dvigu kakovostnega staranja v domačem okolju starejših in ozaveščanju, da je delovna terapija stroka prihodnosti, ki bi jo bilo za starostnike na domu nujno potrebno umestiti v sistem slovenske zakonodaje. Namreč trendi in priporočila tako evropske kot svetovne strokovne javnosti narekujejo smernice k integrirani oskrbi tako delovne terapije kot multidisciplinarnega sodelovanja različnih strok starostnikov na domu.

Lahko bi sklenili, da rezultati dela opravičujejo sredstva, kar je bil tudi cilj sodelovanja. Po zaključku projekta, ki bo avgusta 2020, bo nastala praznina, ki bi si sijo želeli zapolniti z nadaljevanjem samega dela, lahko tudi prek kakšne drugačne oblike organiziranosti, kjer bi naše delo prešlo v stalno prakso za starostnike na terenu, sistemizacija delovnih mest pa bi bila nujno potrebna. Zato si vsi želimo, da se ta stalna praksa umesti in implementira v sistemizacijo delovnih mest ter uredi na sistemski državni ravni. Tako bi bili najbolj zadovoljni uporabniki sami, naše delo pa ne bi izzvenelo v nič, ampak bi bilo oplemeniteno z novimi znanji, kar bi vsem zaposlenim omogočal CPND Maribor.

Literatura:

- Galof, K., Matjaž, A., Ozvatič, K., Zadavec, L. (2004). Domače bivalno okolje pri starejših. Tomšič, M. (ur.). Zrela leta slovenske delovne terapije: Zbornik prispevkov z recenzijo, 28. maj 2014. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta pp. 141–150.
- Robinson, J. T., Moen, P. (2000). A life-course perspective of housing expectations and shifts in late midlife. *Research on Ageing* 22(5): 429–532.
- World population ageing (2015). Department of Economic and Social Affairs: Population Division. United Nations, New York. Pridobljeno 28. 6. 2016 s http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf.
- Randstrom, K. B., Asplund, K., Svedlund, M., Paulson, M. (2013). Activity and participation in home rehabilitation: older people's and family members' perspectives. *Journal of Rehabilitation Medicine* 45(2): 211–216.

DIETETIKA

DIETETIKA V PROJEKTU CROSSCARE

Metka Miško

Staranje je pojav, ki se začne že ob rojstvu, pozneje v življenju pa prinaša številne fizične, psihične in socialne spremembe. Na te spremembe se moramo pripravljati že v mladosti, predvsem pa v zrelostnem obdobju.

Življenjska doba prebivalstva se podaljšuje. Pri podaljšanju te igrajo pomembno vlogo aktivnosti na področju preprečevanja bolezni, izboljšana zdravstvena oskrba, učinkovitejša obravnava s starostjo povezanih bolezni srca, ožilja in kosti ter primerna prehranska oskrba.

S pravilno prehrano podpiramo delovanje našega telesa in tudi njegovo odpornost proti boleznim. Preveč sladkorja, preveč maščob, preveč mesa – vse to, kar je bil včasih znak blaginje, povzroča pešanje našega zdravja. Tudi dejstvo, da nas je industrijska revolucija rešila težkega fizičnega dela, značilnega za pretekle čase, slabo vpliva na naše zdravje, saj je tudi gibanje poleg zdrave prehrane prvi korak k trdnemu zdravju. Zdrava prehrana zagotavlja dobro počutje, obenem pa omogoča, da ostanemo dejavni tudi v poznih letih. Je najboljša preventiva za vse kronične bolezni in najboljša popotnica za zdravo starost.

Cilj prehranjevanja v kateremkoli življenjskem obdobju mora biti vzdrževanje normalne prehranjenosti, ki je seveda pogoj za dobro zdravje in počutje. Življenje v tretjem življenjskem obdobju se navadno razlikuje od življenja v obdobju polne zaposlitve. Človek živi bolj umirjeno, zmanjšajo se mu telesne obremenitve in spremeni delo, ki ga opravlja. Z leti se zmanjša tudi telesna dejavnost. Pogosteje se pojavljajo tudi različna obolenja. Vse te spremembe v življenju pa vplivajo tudi na potrebe starostnika po hranilih in energiji. Potrebe po energiji se zmanjšajo, povečajo pa se potrebe po kakovostnih hranilih. Prehrana v starejšem obdobju mora biti zato sestavljena iz kakovostnih živil ter razbremenilna za prebavni in presnovni proces.

Z leti se povečuje izguba mišičnega tkiva in kostne mase, kopičiti pa se začnejo zaloge telesnih maščob.

Poveča se intoleranca na glukozo, medtem ko se upočasnijo metabolizem, izločanje prebavnih sokov in absorpcija hranljivih stvari. Prebava se poleni, še posebej, če starostnik težko uživa hrano z balastom, premalo pije in se manj giblje. Na prebavo prav tako vplivajo tudi številna zdravila. Po dopolnjenem 60. letu se starostniku okus in vonj hrane spremenita, saj se zmanjšata število okušalnih celic in njihova občutljivost, zato jim hrana ne diši več. Aromatičnost namreč povečuje vsečnost hrane, hkrati pa je pomembna tudi za normalno prebavo. Ko hrana postane manj vabljava, jo zaužijemo manj. Začnemo izgubljati telesno maso, pojavi se lahko pomanjkanje določenih hranljivih snovi in naša psihofizična kondicija upade – počutimo se slabo. Prag zaznavanja je pri starostnikih 2,5-krat višji, pri maščobah pa celo 4-krat. To prinaša težave pri starostnikih, ki imajo predpisano dieto z manj maščob, saj jim običajno mastna hrana v ustih ne daje značilnega občutka obloženosti. Nevede lahko zaužijejo velike količine maščob, na da bi pri tem resnično zaznali njen okus. Lahko se dogodi, da star človek pozabi zaužiti obrok hrane zaradi živčnih in duševnih bolezni, npr. Alzheimerjeve bolezni (Pokorn, 2003).

Energijske potrebe organizma so z leti vse manjše. Organizem po 60. letu starosti potrebuje že 20 do 25 odstotkov manj energije. Manjša telesna aktivnost in vpad mišične mase sta pomembna vzroka za znižane energijske potrebe. Znižane energijske potrebe starostnika in nespremenjen tek po hrani pa lahko privedeta do pojava debelosti, zato mora starostnik iz svoje prehrane izločiti čim več maščob, sladkorjev in alkohola. Po drugi strani pa telo ne zmore več v polni meri izkoriščati vseh hranljivih snovi, zato pogosto prihaja do pomanjkanja vitaminov B6, B12 in D ter cinka.

Ameriško združenje dietetikov (ADA) je v svoji obširni raziskavi ugotovilo, da starejši pogosto zaužijejo premalo beljakovin, kalcija, železa, cinka, folne kisline, vitaminov A, C in B12 ter vode (Anon, 2004). Pogosto pozabljajo, da organizem potrebuje tudi vodo. Starejši so nagnjeni k dehidraciji, saj s starostjo popušča občutek žeje. Prav zaradi tega so starostniki veliko počasneje opozorjeni na to, da so »izsušeni«. Dehidracija poslabša stanje skoraj vseh bolezni. Pitje vode je še posebej pomembno, ko so temperature višje.

Prehranski vodnik prehrane starostnikov vsebuje vse lastnosti varovalne prehrane, ki nas varuje pred rakom, osteoporozo, boleznimi srca in ožilja ter sladkorno boleznijo. Pri sestavljanju jedilnikov izhajamo iz

znanih priporočil varovalne – uravnotežene prehrane. Upoštevati je treba zdravstveno stanje starostnika, prehranske navade in okus starostnika, kajti še tako dobro sestavljen jedilnik ne doseže svojega namena, če ostane hrana nedotaknjena na krožniku.

Po pregledu dosedanje dokumentacije in statistike v projektu CrossCare so pri starostnikih najbolj izpostavljene bolezni, kot so kratkovidnost in daljnovidnost, bolezni kosti, sklepov in mišic, srčno popuščanje ter kronično obstruktivna bolezen. Zaradi bolezni, ki so spremljevalci staranja, si težje sami pripravijo obroke, zato jim te pripravljajo svojci (40 odstotkov). Dostavo hrane jih ima 26 odstotkov, saj nimajo bližnjih, ki bi jim pripravili topel obrok, sami pa tega ne zmorejo.

Velika večina starostnikov (91 odstotkov) vsak dan zaužije zajtrk, saj se držijo pravila, »da je treba najprej nekaj pojesti, potem pa vzeti zdravila«. Kar 95 odstotkov starostnikov jemlje zdravila, zato tudi tako dosledno zajtrkujejo, da nimajo težav z želodcem. V zadnjih šestih mesecih se teža ni spremenila pri 40 odstotkih uporabnikov, kar tudi kaže podatek, da jih polovica (52 odstotkov) zaužije pet obrokov na dan in upoštevajo smernice zdrave prehrane.

Kar 47 odstotkov vprašanih nima težav s prebavo, saj imajo v prehrano vključene vse hranilne snovi (99 odstotkov), s čimer si zagotavljajo mešano in uravnoteženo prehrano.

Več kot polovica vprašanih (57 odstotkov) nima težav z žvečenjem hrane, saj imajo zobno protezo. Kot sem že omenila, se starostniku po dopolnjenem 60. letu spremenita okus in vonj, zaradi česar jim hrana ne diši več. Ravno nasprotno pa pokaže rezultat vprašanih, saj jih kar 81 odstotkov potrdi, da imajo dober vonj in občutek za okus hrane, medtem ko jih 59 odstotkov nima nikoli izgube teka. Med pogovorom večina uporabnikov pove, da so v otroštvu trpeli pomanjkanje hrane, velikokrat so bili lačni, zato pa si zdaj privoščijo več, četudi za to odštejejo zadnje evre. Kar 72 odstotkov vprašanih jih zatrdi, da nimajo ekonomskih težav, kar zadeva prehrano, da pa si česa drugega ne morejo privoščiti, saj jim minimalne pokojnine tega ne omogočajo.

Za nadomeščanje izgubljene vode je treba dnevno zaužiti zadostne količine tekočine. Zato so najprimernejše pijače voda, nesladkani čaji, naravni sokovi z malo sladkorja, čista juha in podobno. Slabih 93 odstotkov vprašanih zaužije manj kot dva litra tekočine na dan. Nekateri od teh imajo omejeitev

tekočin zaradi zdravstvenih težav, predvsem tisti, ki imajo srčno popuščanje (18 odstotkov).

Ob jedi se priporoča uživanje kakovostnega rdečega vina. Priporočena dnevna količina je en do dva decilitra. Slabih 16 odstotkov vprašanih včasih popije alkohol.

Sladkorna živila naj bodo v prehrani starostnika v omejenih količinah. Vključujemo jih v kompleten obrok hrane skupaj z drugimi živili. Kar 73 odstotkov vprašanih doda eno žlico sladkorja kavi, čaju, sadnim solatam in podobno.

Čeprav naj bi se zaradi povečanega števila obolelih za srčno-žilnimi boleznimi izogibali slanim jedem in soli nasploh, jih kar 75 odstotkov vprašanih skoraj vedno doda sol prehrani.

Le 29 odstotkov uporabnikov ima predpisano dieto, ampak nekateri se je držijo samo takrat, ko imajo težave, potem pa jo kmalu opustijo. Z dietno prehrano bi se jim izboljšala kakovost življenja in zmanjšala obolevnost za različnimi boleznimi, ki jih prinese starost. Vsak starostnik ima vsaj eno bolezensko stanje, ki bi ga s primerno prehrano lahko omilil. Energijske potrebe med 50. in 70. letom starosti upadejo za 10 odstotkov, po 70. letu pa za 20 do 25 odstotkov. Zmanjša se tudi gibljivost, upadeta pljučna kapaciteta ter delovanje ledvic in jeter, izgubi se tudi kostna masa (predvsem pri ženskah). Izguba telesne mase pri starostnikih ni zaželena, saj je nadomeščanje te zelo težko.

Za zdravo in uravnoteženo prehrano je treba zmanjšati porabo sladkorja, zmerno uporabljati maščobe, uživati čim manj živil, ki vsebujejo holesterol, omejevati vnos soli, zmerno uživati pusto meso in mlečne izdelke ter uživati veliko sadja in zelenjave, polnozrnatih žitnih izdelkov, riža, kaš, stročnic.

Obroki naj bodo enakomerno porazdeljeni čez dan (pet obrokov), hrana naj bo okusno pripravljena in na način, ki ohrani čim bolj kakovostno sestavo hranil. Nikakor pa ne smemo pozabiti na zadosten vnos tekočin. Poleg zdrave prehrane pa sta za čim kakovostnejšo ohranitev zdravja starejših pomembna tudi izogibanje življenjskim razvadam (kajenje, alkohol) in aktiven življenjski slog.

Za zaključek bi dodala, da so uporabniki zelo dobro ozaveščeni, kaj pomeni uravnotežena in zdrava prehrana starostnika, vendar se te zaradi težkih finančnih pogojev v veliki meri ne morejo privoščiti. Navadno kupijo tisto, kar je cenejše. Zato so bili

uporabniki zelo veseli svetovanj in tehtanja ter meritev telesnih sestavin, saj jim to ni omogočeno s strani drugih služb, ki prihajajo na njihov dom.

Zdrava prehrana je najboljša preventiva za vse kronične bolezni in tudi najboljša popotnica za zdravo starost.

Literatura:

1. Anon. Prehransko fiziološke potrebe starostnikov po hrani. Nova spoznanja o hrani. Ljubljana: Dietetika d.o.o., 2004.
2. Bandur, U. (2015). Prehrana starostnika (magistrsko delo). Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.
3. Prehrana starostnika. Pridobljeno 18. 2. 2020 s <http://www.dom-drjankabenedika.si/media/2017.dso.prehrana.starostnika.pdf>
4. Prehrana starostnika. Pridobljeno 18. 2. 2020 s <https://www.dso-moste.si/index.php/novice/prehrana-starostnika/>
5. Prehrana za starostnike. Pridobljeno 18. 2. 2020 s <https://www.dom-hrastnik.si/sl-SI/10/prehrana-za-starostnike>
6. Pravilna prehrana in dodatki za optimalno počutje starostnika. Pridobljeno 18. 2. 2020 s <https://www.nasa-lekarna.si/clanki/clanek/pravilna-prehrana-in-dodatki-za-optimalno-pocutje-starostnika/>
7. Pokorn, D. Prehrana v različnih življenjskih obdobjih. Prehrana v starosti. Ljubljana: Marbona, 2003.
8. Pokorn, D. Skrivnost dolgoživosti: Kako si z zdravo prehrano podaljšati življenje. Ljubljana: Debora, 1996.

FIZIOTERAPIJA

FIZIOTERAPIJA V OKVIRU PROJEKTA CROSSCARE V MESTNI OBČINI MARIBOR

Jože Vrbančič

Fizioterapija je zdravstvena veda, ki deluje na področju promoviranja zdravja, preprečevanja in zdravljenja poškodb in bolezni.

Fizioterapevti so zdravstveni delavci, ki so na eni strani vpeti v številne multidisciplinarne time na vseh ravneh zdravstvenega sistema, na drugi pa poskušajo čim bolj sodelovati tudi z uporabniki njihovih storitev in njihovimi svojci, drugimi zdravstvenimi strokami ter širšo družbo.

Fizioterapevti se v vseh fazah življenja aktivno vključujejo v procese ohranjanja zdravja ter rehabilitacijo bolezenskih stanj in poškodb.

Povsod v razvitem svetu se prebivalstvo stara, s tem pa se povečuje tudi obolevnost vedno večjega odstotka prebivalstva – starostnikov. Uveljavljene definicije določajo, da se starost začne pri dopolnjenih 65 letih starosti.

Skupaj s staranjem prebivalstva strmo narašča tudi ekonomsko breme zdravstvene oskrbe obolelih in poškodovanih prebivalcev posamezne države, saj se s staranjem pri človeku pojavlja vedno več zdravstvenih težav in poškodb. Najpogostejše so:

- bolezni krvno-žilnega sistema (srčno popuščanje, srčna kap, možganska kap, odpoved ledvic);
- presnovne bolezni (diabetes);
- revmatske bolezni (različne vrste artritsov);
- bolezni gibalnega sistema (artroze sklepov, obolenja hrbtenice);
- duševne bolezni (različne vrste demence, depresija, anksioznost);
- padci in njihove posledice (zlomi, udarnine, modrice).

V Republiki Sloveniji sistem javne zdravstvene oskrbe ne omogoča storitev fizioterapije na domu. Zato so izjemno dobrodošle vse oblike pomoči na domu, ki vključujejo tudi razne terapevtske prakse,

kot so fizioterapija, delovna terapija, dietetika, zdravstvenovzgojno svetovanje, psihološka in socialna podpora in podobno.

PROJEKT CROSSCARE

Osnovni cilj projekta CrossCare je zagotavljanje čim bolj kakovostnega preživljanja starosti, čim daljše funkcionalne samostojnosti ter varnega in kakovostnega življenja v domačem okolju.

V terapevtsko delo smo, kjer je bilo mogoče, vključili tudi svojce uporabnikov. Naučili smo jih preprostih terapevtskih pristopov in tehnik, s katerimi lahko veliko pripomorejo k boljši kakovosti življenja svojega ostarelega svojca.

V okviru projekta smo velik poudarek dali ozaveščanju in izobraževanju širše javnosti o zdravstveni in socialni problematiki staranja. Izvedli smo številne interne izobraževalne delavnice znotraj Centra za pomoč na domu Maribor, na katerih so socialne oskrbovalke pridobile dodatna znanja o zdravstveni problematiki starostnikov.

Fizioterapija na domu je v primerjavi s fizioterapijo v ambulantah, bolnišnicah in rehabilitacijskih centrih drugačna.

Vsi uporabniki projekta CrossCare so že imeli izkušnjo vsaj ene od zgoraj omenjenih oblik fizioterapije, zato je fizioterapevtsko delo na domu za številne predstavljalo nov izziv, ki so ga z veseljem sprejeli in v njem tudi zelo dobro sodelovali.

Uporabnike je navdušilo predvsem dejstvo, da bodo fizioterapevtske obravnave usmerjene v zagotavljanje funkcionalne samostojnosti kot tudi učenje svojcev o osnovnih vsakodnevnih potrebah uporabnikov (kako pravilno izvajati transferje, kako pravilno povijati otečene noge, kako pravilno nuditi oporo med sedenjem, vstajanjem, hojo, posedanjem in podobno).

Pri delu na domu uporabnikov smo vedno upoštevali uporabnikove potrebe in želje, možnosti sodelovanja in vključevanja svojcev ter pogoje bivalnega okolja.

Delo fizioterapevta na terenu zahteva od fizioterapevta veliko mero strokovnega znanja in samostojnosti pri delu ter suverenost pri prepoznavanju uporabnikovih potreb in pravilni izbiri ustreznih terapevtskih pristopov.

Prav tako je v večini primerov potrebna velika mera prilagodljivosti in iznajdljivosti, da se lahko proces fizioterapije uspešno izvede tudi v domačem okolju, kjer ni na voljo skoraj nič pripomočkov, ki so standardni inventar vsake fizioterapevtske ambulante.

Posebej je treba izpostaviti področje padcev. Padci predstavljajo enega glavnih razlogov težjih telesnih poškodb starostnikov, posledice padcev pa pogosto pripeljejo do prezgodnje smrti.

V fizioterapevtski del projekta CrossCare smo v Mestni občini Maribor vključili 147 uporabnikov. Vsakega uporabnika storitev tega projekta smo poskušali obravnavati čim bolj celostno in multidisciplinarno, s stalnim usklajevanjem posameznih strokovnih aktivnosti in posegov pri posameznem uporabniku.

Storitve projekta CrossCare so bile vedno izbrane v skladu s trenutnim zdravstvenim in socialnim stanjem uporabnika, če je le bilo mogoče, smo poskusili v terapevtsko obravnavo vključiti tudi svojce.

Število fizioterapevtskih obravnav smo prilagodili zdravstvenemu in funkcionalnemu stanju uporabnika. V nekaj primerih smo opravili le en oziroma dva svetovalna obiska. V povprečju pa so uporabniki bili deležni osem obiskov fizioterapevta.

Vsakega uporabnika smo strokovno ocenili z vidika funkcionalnih sposobnosti in sposobnosti za samostojno življenje, preučili dostopno zdravstveno dokumentacijo, za vsakega uporabnika izdelali fizioterapevtsko poročilo, v katero smo sproti beležili vse obiske, izvedene aktivnosti in posebnosti ter morebitne spremembe v zdravstvenem stanju uporabnika.

Vsakega uporabnika smo pred in po procesu fizioterapevtskih obravnav testirali z uporabo standardiziranih merilnih orodij, teste pa smo izbrali na podlagi tega, v katero smer smo usmerili terapevtske cilje. Po potrebi smo teste izvedli tudi med procesom fizioterapevtskih obravnav.

V toku celotnega projekta CrossCare smo fizioterapevti in drugi strokovni delavci na projektu izvedli številne skupne delavnice in strokovna srečanja z namenom izmenjave izkušenj in primerov dobre prakse.

Večinoma smo se srečevali s tipičnimi zdravstvenimi in socialnimi težavami starostnikov, kjer je bilo hkrati prisotnih več zdravstvenih težav. Prepletanje večjega

števila zdravstvenih težav in hkratno zdravljenje oz. blaženje teh je še posebej značilno za starostnike.

Tako se je z nevrološkimi zdravstvenimi težavami soočalo 41 odstotkov uporabnikov, revmatološka obolenja je imelo 37,5 odstotka, različna internistična obolenja 29 odstotkov, ortopedske in travmatološke zdravstvene težave pa 26 odstotkov uporabnikov.

Presenetil nas je visok delež nevroloških obolenj, saj smo pričakovali daleč največji delež revmatološke in ortopedske problematike.

Kombinacija različnih zdravstvenih težav večino starostnikov močno ovira pri normalnem funkcionalnem gibanju ali ga povsem preprečuje. Kar 36 odstotkov uporabnikov je bilo nepokretnih ali težko pokretnih, nadaljnjih 37 odstotkov uporabnikov je bilo pokretnih le z uporabo pripomočka, ki je največkrat bil rolator ali recipročna hodulja, v manjši meri tudi bergla ali sprehajalna palica. Tako je bilo normalno pokretnih le 27 odstotkov uporabnikov.

Glavni razlogi za tako veliko število nepokretnih in težko pokretnih uporabnikov so:

- bolečina (prisotna pri 82 odstotkih uporabnikov),
- pomanjkanje mišične moči (prisotno pri 95 odstotkih uporabnikov),
- slabo ravnotežje (prisotno pri 43 odstotkih uporabnikov),
- skrajšave mišic in slaba gibljivost (prisotne pri 34 odstotkih uporabnikov).

Bolečine v mišicah in sklepah so pogosto posledice preteklih padcev ali revmatskih obolenj, splošna oslabelost je bila pogosto povezana z obolenji srčno-žilnega sistema, demence, prebolele možganske kapi ali internističnih bolezni, nepokretnost pa je bila pogosto posledica prebolele možganske kapi, zloma kolka ali neuspešnega kirurškega zdravljenja obolenj hrbtenice.

Vsi zdravstveni delavci projekta CrossCare smo imeli možnost vpogleda v zdravstveno dokumentacijo uporabnikov, ki so jo ti imeli pri sebi doma. Ta je namreč zelo pomembna pri celostni obravnavi uporabnika, ki vključuje tudi socialno oskrbo. Dejstvo je, da socialne oskrbovalke nimajo pravice do vpogleda v zdravstveno dokumentacijo in tako niso seznanjene o posebnostih kot zdravstvenem stanju uporabnika. To pa lahko predstavlja resno težavo z vidika varnosti tako delavke kot uporabnika.

Težav z vpogledom v zdravstveno dokumentacijo

zaposleni na projektu CrossCare nismo imeli, se je pa izkazalo, da niti svojci niti uporabniki sami velikokrat niso dovolj seznanjeni ali podučeni o vseh boleznih in dejanskem zdravstvenem stanju. Po temeljitem pregledu dokumentacije ter pogovoru z uporabniki in svojci smo razrešili številne dileme in vprašanja, na katera uporabniki in njihovi svojci med obravnavami v zdravstvenih ustanovah niso dobili zadovoljujočih odgovorov.

Ocenjujemo, da smo s tem nepričakovano dosegli eno od koristi projekta CrossCare – uporabnikom in svojcem smo dali bolj jasno predstavo o zdravstvenem stanju uporabnikov, resničnih prioritetah zdravstvenih intervencij ter resničnih funkcionalnih sposobnostih potencialnih uporabnikov in načinih pomoči svojcev.

Pri temeljitih pregledih zdravstvene dokumentacije smo namreč odkrili stanja, ki so za fizioterapevta ključna pri obravnavi uporabnika. Določene zdravstvene težave uporabnikov so posledica rakavih obolenj. V nekaj primerih so bili v zdravstveni dokumentaciji jasno zabeleženi zlomi kosti in vretenc kot posledica metastaz v kosteh, uporabniki in njihovi svojci pa se teh izjemno nevarnih zdravstvenih tveganj niso zavedali in jih posledično tudi niso upoštevali.

Informacije, do katerih smo prišli, smo predali tako uporabnikom kot tudi svojcem. O ugotovitvah smo obvestili tudi socialne oskrbovalke Centra za pomoč na domu Maribor, da so lahko svoje delo z uporabniki ustrezno in varno prilagodile dejanskemu zdravstvenemu stanju uporabnika. Na tak način smo socialne oskrbovalke Centra za pomoč na domu Maribor opremili s koristnimi informacijami za pravilno in varno delo z uporabniki, hkrati pa smo uporabnike in socialne oskrbovalke zaščitili pred morebitnimi posledicami nenamernih poškodb, ki bi se lahko zgodile pri njihovem delu z uporabniki.

Izkazalo se je, da je pretok informacij izjemno pomemben z vidika varnosti. Nepoznavanje dejanske zdravstvene slike osebe lahko privede do nenamernih poškodb in ponavljanja zapletov.

Z uporabo različnih fizioterapevtskih metod smo dosegli izboljšanje trenutnega zdravstvenega stanja pri 70 odstotkih uporabnikov. Brez bistvenih sprememb zdravstvenega stanja je bilo ob koncu fizioterapevtskih obravnav 28 odstotkov uporabnikov, le nekaj več kot odstotek uporabnikov je poročal o poslabšanju zdravstvenega stanja. V teh redkih primerih smo takoj spremenili terapevtske pristope ali prekinili s fizioterapevtskim delom.

ZAKLJUČEK

Proces fizioterapije na domu poteka bistveno drugače kot ambulantna, bolnišnična ali zdraviliška fizioterapija.

Glavni cilj fizioterapije na domu je zagotavljanje čim daljše in čim večje funkcionalne samostojnosti uporabnika. Ob tem je vedno treba upoštevati želje in potrebe uporabnika, razmere bivalnega okolja, prisotnost oz. odsotnost svojcev ter njihovo pripravljenost oz. nepripravljenost za sodelovanje v fizioterapevtskih postopkih.

V projektu CrossCare so bili svojci pogosto bistveni vplivni dejavnik za uspešnost fizioterapevtske intervencije na domu, zato je bila uspešna komunikacija z njimi izjemnega pomena za učinkovito in uspešno delo z uporabniki.

Prav tako se je skorajda brez izjeme pokazalo, da je uspešna komunikacija s svojci izjemnega pomena za čas, ko se terapevtske obravnave zaključijo, svojci pa z uporabniki ostanejo brez pomoči ali prejemajo le storitve pomoči na domu.

Aktivna pomoč svojcev pri zdravstvenih storitvah je zelo pomembna za uspešnost ohranjanja in vzdrževanja funkcionalnega stanja uporabnikov. Zato so se svojci po svojih najboljših zmožnostih aktivno vključevali v vse faze terapevtskega procesa z namenom, da se naučijo pravih transferjev, pravih položajev uporabnika v postelji in/ali na invalidskem vozičku, pravih podlaganja okončin ter da pravočasno prepoznajo nujna zdravstvena stanja, ob katerih je treba brez odlašanja pravilno odreagirati.

Pomembno je poudariti, da je več kot 90 odstotkov uporabnikov in njihovih svojcev izrazilo veliko zadovoljstvo s projektom CrossCare, hkrati pa tudi željo, da bi moralo biti za starostnike bolj poskrbljeno v sistemu javnega zdravstva, saj bi zajelo vse starostnike v državi, ki potrebujejo zdravstveno pomoč na domu.

Uporabniki po zaključku obravnave izražajo hvaležnost, da smo prišli k njim domov in jim po najboljših močeh pomagali v njihovem domačem okolju. Večina namreč nima nobenih možnosti, da bi se fizioterapevtskih obravnav udeleževali zunaj svojega doma. V tem segmentu so bistveno prikrajšani in v neenakovrednem položaju s starostniki v institucionalnem varstvu. Storitve fizioterapije se je kot taka izkazala za zelo pomembno v luči prihodnjih razprav o sistemski ureditvi področja socialne oskrbe na domu.

ZDRAVSTVENA NEGA

ZDRAVSTVENA NEGA STAROSTNIKA IN PALIATIVNA OSKRBA V PROJEKTU CROSSCARE

Metka Miško

Zdravstvena nega je zdravstvena disciplina, ki obravnava posameznika, družino in družbeno skupnost v času zdravja in bolezni s ciljem, da se doseže čim višja stopnja zdravja. Naloga zdravstvene nege je omogočiti varovancem njihovo neodvisnost pri opravljanju osnovnih življenjskih aktivnosti, krepitev in ohranjanje zdravja, negovati bolne in sodelovati v procesu zdravljenja in rehabilitacije. Kot integralni del zdravstvenega sistema obsega promocijo zdravja, preprečevanje obolenja ter zdravstveno nego telesno in duševno bolnih ter invalidov vseh starosti v zdravstvenih ustanovah in lokalnih skupnostih. Področje delovanja je specifično in fleksibilno in je odvisno od potreb ljudi, organiziranosti zdravstvenega sistema, dostopnosti do zdravstvene službe in različnih virov (Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, 2020).

Poslanstvo zdravstvene nege je obravnava človeka, zdravega ali bolnega (pacient, bolnik, varovanec, stanovalec, uporabnik, klient ...), ki je enkratni in neponovljiv v času in prostoru in je zato najvišja vrednota vrednostnega sistema medicinske sestre. Sposobnost doživljanja in razumevanja človeka kot celote telesnega, duševnega, duhovnega in socialnega bitja usklajuje diplomirana medicinska sestra s svojimi znanji, izkušnjami in sposobnostmi ob nenehnem prilagajanju in spreminjanju svojega pozitivnega odnosa do sebe, drugih in okolice (Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, 2020).

Človek se stara celo življenje (Jurđana, 2011). Biološko staranje organizma prepoznamo po naslednjih znakih: sivenje las, gubanje kože, menopavza pri ženskah, plešavost, pri obeh spolih zmanjšanje telesne in duševne zmogljivosti, ki se pojavljajo različno. Obdobje starosti ni pri vseh enako. Medtem ko nekateri živijo do 90. leta brez večjih problemov, so ustvarjalni in mobilni, drugi že pred 65. letom ne zmorejo živeti polnega

življenja. Strokovnjaki ugotavljajo, da je za doseganje kakovostne starosti pomembnih več dejavnikov: telesno in duševno zdravje, dobro ekonomsko stanje, zdravo okolje ter družba. Stroka govori, da starost nastopi po 65. letu, a se s fiziološkega vidika začne že veliko prej (Jurđana, 2011). V obdobju starosti se povečajo potrebe po zdravstveni in socialni oskrbi, zato se pogosto poveča tudi tveganje za revščino kot posledica socialnih transferjev, zaposlovanja/upokojevanja, zdravstva.

V obdobju starostnika so pogoste kronične bolezni, organi slabše delujejo, pogostejša je sladkorna bolezen tipa 2, slabša se tudi sposobnost centralnega živčnega sistema, velikokrat odziv organizma ni značilen za bolezensko dogajanje. Starostnik slabše komunicira z okolico, zato je problem pridobiti ustrezne uporabne podatke (Žmavc, 2007).

Po Žmavcu (2007) so najpogostejša nujna stanja pri starostnikih: nenadni kardiovaskularni dogodki, srčno popuščanje, pljučni edem, hude motnje srčnega ritma, nenadne ledvične odpovedi, hude dihalne stiske, sepse in hipoglikemične kome.

V projekt CrossCare smo v Mestni občini Maribor vključili 244 uporabnikov. Na podlagi opravljene statistike ugotavljamo, da imajo uporabniki največ težav z boleznimi kosti, sklepov in mišic, srčnim popuščanjem, zelo pogoste so tudi bolezni hrbtenice, demenca in sladkorna bolezen.

Kakovostno staranje je v veliki meri odvisno od preprečevanja kroničnih bolezni že v mladosti. Po preboleli bolezni je pomembna dobra rehabilitacija, s katero želimo povrniti delovanje prizadetih organskih sistemov ter s tem ohraniti pomicnost in posledično samostojnost. Tudi s psihološkega vidika je pomembno, da je starostnik čim dlje neodvisen od drugih. Kakovostna in dolga starost je odvisna od življenjskega sloga posameznika že od zgodnje mladosti (Poredoš, 2004).

Da je pomembna dobra rehabilitacija po poškodbah in bolezni, se zaveda večina starostnikov, saj so med pogovorom večkrat omenili in povpraševali po fizioterapiji in delovni terapiji, ki ju nudimo v projektu. Večina priznava, da bi bilo lahko njihovo življenje z vidika ohranitve zdravja in obvladovanja zdravstvenih tegob lažje, če bi v mlajših letih bolje poskrbeli za svoje zdravje in zdrav slog življenja.

Z naraščanjem števila starejšega prebivalstva narašča tudi število ljudi, ki trpijo za različnimi duševnimi

motnjami. Ena od najpogostejših pri starejši populaciji je demenca. Prizadeti so spomin, mišljenje, orientacija, sposobnost učenja, besedno izražanje. Ob takih vključitvah je pomembno sodelovanje svojcev zaradi lažje komunikacije ter pridobitve realnih podatkov o zdravstvenem stanju in posebnostih zdravstvenega stanja uporabnika. Izvede se tudi individualno zdravstveno vzgojno svetovanje svojcem. Nekateri starostniki z demenco slabše sodelujejo, še zlasti so nemirni pri meritvah osnovnih vitalnih funkcij (krvni pritisk, pulz, nasičenost kisika v krvi, krvni sladkor, tehtanje). Iz izkušenj vemo, da jih prisoten svojec lahko umirja, zato lažje izvedemo meritve. Če pride do odstopanj, so o tem svojci seznanjeni in starostnika napotimo do osebnega zdravnika, patronažne medicinske sestre ali pa se odgovorimo za naslednji obisk.

Med najpogostejše vzroke obolevnosti in umrljivosti v razvitem svetu in Sloveniji že desetletja spadajo srčno-žilne bolezni. Srčni infarkt in možganska kap sta nenadna zapleta koronarne bolezni srca ter povzročata dolgotrajno prizadetost ali smrt. Največkrat so za nastanek bolezni srca in ožilja značilni dejavniki, kot so zvišan krvni tlak, holesterol, krvni sladkor, čezmerna telesna teža, kajenje, telesna neaktivnost, stres, spol in starost (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2014). Pri vsakem uporabniku sem izmerila vitalne znake, jih ob povišanih vrednostih opozorila, kako ukrepati, ter preverila, če in kako jemljejo predpisane tablete. Dobra polovica vprašanih uporabnikov (52 odstotkov) si sama pripravi tablete. Sledijo tisti, ki jim tablete pripravijo svojci (43 odstotkov). Le 5 odstotkov pa je takšnih, ki potrebujejo pomoč pri pripravi s strani drugih oz. patronažne medicinske sestre.

Med pogovorom sem pridobila podatke o njihovi aktivnosti ali neaktivnosti in o težavah, ki jih bremenijo. Precej pogosto uporabniki omenjajo prenizke pokojnine, zaradi katerih se znajdejo v socialnih stiskah. Večje socialne stiske pa privedejo do pogostejših zdravstvenih težav. Kot razlog za dodatne zdravstvene težave navajajo tudi neurejene družinske odnose. Takih je kar 22 odstotkov uporabnikov, ki so zaradi takšnih in drugačnih okoliščin popolnoma odvisni od tuje pomoči. Pri pomičnih in stabilnih sem izvedla tehtanje in meritve telesnih sestavin ter opravila zdravstvenovzgojno svetovanje o zdravi prehrani. Pri večini sem morala prilagoditi svetovanja o zdravi prehrani na njihovo socialno raven, saj si ne morejo privoščiti niti osnovnih dobrin. V takih primerih se je pokazalo, kako pomembna sta individualna obravnava in sodelovanje s socialnimi oskrbovalkami, ki dnevno vstopajo v njihove domove. Slednje zelo dobro poznajo razmere, v katerih živijo, in

poskrbijo tudi za pripravo obrokov. Med uporabniki se jih 31 odstotkov poslužuje dostave hrane na dom. Med pogovorom povejo, da so zadovoljni s hrano, ki jim jo dostavijo. Nekateri od teh imajo naročeno hrano vsak drugi dan, ker so obroki hrane preveliki, nekateri pa si zaradi finančnih težav ne morejo privoščiti dostave vsak dan. Hrano imajo naročeno pri različnih ponudnikih, ki jim zagotavljajo tudi primerno dieto, če je to potrebno. Kar 69 odstotkov vprašanih uporabnikov si pripravlja obroke sami ali za to poskrbijo ožji družinski člani.

Padci so v starosti eden najpogostejših vzrokov za poškodbe. Nevarnost padcev se s starostjo večja. Med poškodbe pri padcih štejemo zlome kolka, zapestja, sklepov. Najpogostejši so padci v domačem okolju, ki so velikokrat povezani s starostnimi obolenji in stanji. So poglavitni vzrok za izgubo samostojnosti in odhod v institucionalno oskrbo. Med najpogostejše vzroke za padce spadajo slabo ravnotežje, neprilagojeno stanovanje, osebne navade in nezavedni strah po že doživetem padcu (Ramovš in sod., 2014).

Z Morsejevo lestvico za padce sem izvedla oceno tveganja za padec pri vsakem uporabniku. Ta lestvica zajema stopnjo ogroženosti za padec, ki jo ocenjujemo po točkah in standardiziranem vprašalniku. Slednji zajema oceno duševnega stanja, sposobnost gibanja, podporo, ki je potrebna pri gibanju, spremljajoče medicinske diagnoze, anamnezo padcev in druge dejavnike tveganja za padec (katetri, terapija). Kar 39 odstotkov uporabnikov ima visoko tveganje za padec, 41 odstotkov srednje tveganje za padec, 17 odstotkov pa je brez tveganja za padec.

Zelo priporočljiva je redna in zadostna telesna dejavnost v starosti, saj pripomore k ohranjanju telesnih sposobnosti in spretnosti, ki so potrebne pri vsakodnevnih opravilih in dejavnostih. Redno gibanje vpliva tudi na posameznikovo počutje in zadovoljstvo z življenjem. S tem ko je starostnik aktiven, se krepijo tudi njegove mišice, blaži upad psihofizičnih in funkcionalnih sposobnosti telesa, pripomore k zmanjšanju stresa in depresije ter izboljšuje imunski sistem telesa (Drev, 2010).

Med vključenimi uporabniki v projekt CrossCare je 49 odstotkov pomičnih, 31 odstotkov delno pomičnih in 20 odstotkov nepomičnih. Ker je velika večina uporabnikov pomičnih, se pokaže tudi dober rezultat v oceni ogroženosti za nastanek razjede zaradi pritiska. Ocenijo se telesna kondicija, duševno stanje, aktivnost, pomičnost in inkontinenca. Ocenjujemo po točkah in standardiziranem vprašalniku. Kar 47 odstotkov oseb nima tveganja za nastanek razjede

zaradi pritiska (v nadaljevanju besedila: RZP), sledijo jim uporabniki z nizko ravno (23 odstotkov), s srednjo ravno (16 odstotkov) in z visoko ravno (12 odstotkov) za nastanek RZP. Pri nepomičnih in tudi delno pomičnih je zelo pomembna kakovostna nega. Z njo lahko preprečimo marsikatero razjedo zaradi pritiska. Kakovostno nego na domovih izvajajo za to strokovno usposobljene socialne oskrbovalke. Te dnevno vstopajo v domove uporabnikov, pri nekaterih celo večkrat na dan. Pri svojem delu zaznavajo tudi potrebo pri posamezniku po prilagoditvi okolja oz. uporabi pripomočkov, potrebnih za izvajanje kakovostne zdravstvene nege. Največkrat se izpostavljajo potrebe po bolniški postelji, antidekubitusni blazini, blazinah za podlaganje, zaščitnih in vlažilnih kremah za kožo kot tudi po storitvah, ki jih izvajajo patronažne medicinske sestre v sodelovanju z osebnim zdravnikom.

Pogosti skrbniki so družinski člani, kar zanje predstavlja velik stres, napor in strah, da starostnik ne bo deležen pravilne nege. Pojavijo se tudi težave zaradi neizkušenosti, pomanjkanja znanja in njihove zaposlenosti, kar vodi v preobremenjenost in slabo oskrbo. Poslanstvo oskrbe na domu je predvsem njeno izvajanje v lokalnem okolju oz. skupnosti. Ljudem se s tovrstno storitvijo omogoča čim daljše in kakovostno bivanje doma ter nudi pomoč družinskim članom, ki se trudijo skrbeti za svojega svojca.

V sklopu negovalne anamneze, kjer sem uporabnike spraševala o stopnji inkontinence, sem ugotovila, da 47 odstotkov uporabnikov čuti in lahko zadržuje urin, 23 odstotkov jih ima srednjo stopnjo inkontinence, 11 odstotkov težko ter 19 odstotkov zelo težko stopnjo inkontinence.

Pomemben del starostnikovega življenja je sposobnost poskrbeti sam zase pri vsakodnevni opravi. Človekovo zdravje je ogroženo celo življenje, a se s starostjo močno poveča. Bolečine in vrtoglavica sta vzroka, zaradi katerih starostnik ne more več poskrbeti za vsakodnevna opravila. Kar 66 odstotkov vprašanih čuti bolečino vsak dan, medtem ko se pri 44 odstotkih pojavlja vrtoglavica, ki jim otežuje opravljanje vsakodnevnih opravil.

Pri vsakem uporabniku sem izvedla oceno sposobnosti samooskrbe po štirinajstih temeljnih življenjskih aktivnostih. Iz tega sledi, da 12 odstotkov uporabnikov ni sposobnih samooskrbe, torej so popolnoma odvisni od drugih, 26 odstotkov je pri samooskrbi večji del odvisnih od pomoči druge osebe, 22 odstotkov je pri izvajanju samooskrbe delno odvisnih od pomoči druge osebe, 27 odstotkov je občasno odvisnih od

pomoči druge osebe, 9 odstotkov pa je pri izvajanju samooskrbe samostojnih.

Vsakega vključenega uporabnika sem uvrstila v kriterij zahtevnosti zdravstvene nege in izpostavila nekaj negovalnih diagnoz, ki so bile za posameznika problem zaradi zdravstvenega stanja. V prvi kriterij zdravstvene nege spadajo uporabniki, ki so večinoma samostojni (28 odstotkov). V drugega spadajo tisti, ki potrebujejo delno pomoč pri osebni higieni, gibanju in hranjenju (38 odstotkov). V tretji kriterij zahtevnosti zdravstvene nege spadajo tisti, ki potrebujejo popolno pomoč pri osebni higieni, gibanju in hranjenju ter pomoč pri zagotavljanju varnosti (33 odstotkov). V četrti kategorizaciji pa so tisti, ki potrebujejo stalen nadzor in popolno pomoč pri vseh aktivnostih (1 odstotek).

Pri svojem delu se vsakodnevno srečujem z napredujočimi neozdravljivimi kroničnimi boleznimi pri starostniku. Veliko teh je paliativnih bolnikov. Zaradi slabe prepoznavnosti pomena paliativne oskrbe niso obravnavani kot paliativni bolniki.

Paliativna oskrba ni opredeljena z določenim obolenjem in starostjo pacienta, temveč temelji na podlagi ocene stanja pacienta s katerikoli neozdravljivo boleznijo, ocene prognoze ter specifičnih potreb pacienta in njegovih bližnjih. Razen pacientov z napredujočim neozdravljivim rakom mora biti paliativna oskrba zagotovljena tudi pacientom z drugimi napredujočimi kroničnimi boleznimi in težavami, kot so psihiatrične, nevrološke, pulmološke, kardiološke, gastroenterološke, ginekološke, nefrološke, nekatere dermatološke, imunološke in nekatere infektivne bolezni v katerikoli starosti, kajti paliativna oskrba mora biti namenjena pacientom vseh starosti, torej tudi otrokom in starostnikom (Državni program paliativne oskrbe, 2010).

Njen namen je izboljšati kakovost življenja pacientom in njihovim bližnjim s preventivnimi ukrepi ter lajšanjem trpljenja tako, da ga zgodaj prepoznamo, ustrezno ocenimo in obravnavamo. Pri tem trpljenju ni omejeno le na bolečino, temveč zajema tudi druge telesne, psihološke, socialne ter duhovne stiske in težave. Paliativna oskrba zagotavlja spoštovanje veljavnih etičnih pravil in norm: človekove pravice, pravice pacientov in umirajočih (Državni program paliativne oskrbe, 2010).

Paliativna zdravstvena nega je posebno področje zdravstvene nege, ki temelji na značilnostih in ciljnih paliativne oskrbe, katere nepogrešljivi del je. Je celostna zdravstvena nega pacientov z napredujočo

in neozdravljivo boleznijo. Za kakovostno izvajanje paliativne zdravstvene nege so poleg dodatnega strokovnega znanja potrebne ustrezne komunikacijske spretnosti, vedenjske in osebnostne lastnosti izvajalcev paliativne zdravstvene nege, ki so v skladu z značilnostmi paliativne oskrbe starostnikom (Državni program paliativne oskrbe, 2010).

Namen paliativne zdravstvene nege je izboljševati kakovost življenja pacientov ob poteku neozdravljive bolezni z lajšanjem trpljenja, ki vključuje skrb za umirajoče kot tudi proces žalovanja za družino in svojce.

Vsak človek je z vsakim dnem bližje smrti. Starostnika na bližajoči se konec opozarjajo spremenjen videz, dogajanje okoli njega, razne bolezni in starostne težave. Pogosteje se s smrtjo srečuje med svojimi vrstniki. Soočajo se s stiskami in vprašanji, povezanimi s smrtjo. Razmišljajo o posmrtnem življenju. V sodobnem načinu življenja je smrt nekako odrinjena na rob družbenega dogajanja. Umiranje je vedno bolj potisnjeno v bolnišnice in domove starejših občanov, čeprav si večina ljudi želi umreti doma. V prejšnjih časih je bila smrt ljudem bolj domača, saj so se že kot otroci soočali z umiranjem v sorodstvu in soseščini, z vsemi običaji in obredi, ki so bili povezani z njo (Milavec Kapun, 2011).

Težavnost pogovorov o umiranju in smrti se začne med samimi zdravstvenimi delavci, še težje je spregovoriti s hudo bolnimi in njihovimi svojci. Zavedanje o pomenu pridobivanja znanj in veščin komuniciranja v paliativni oskrbi je bistvenega pomena tako za zdravstvene delavce kot delavce v socialnovarstvenih dejavnostih. Znano in dokazano je, da v svetu narašča delež starejše populacije, da se življenjska doba daljša in da se ekonomsko stanje prebivalstva slabša. Zato je smiselno ljudi usmerjati v odgovornost do lastnega zdravja in skrb za zagotavljanje kakovostne starosti. Danes ljudi preHITEVajo časovni okvirji hitrega življenjskega sloga, zato pozabljajo na skrb za lastno telo in duha. S starostjo se skrb za zdravje odraža na različne načine. Ljudje zbolijo za različnimi neozdravljivimi kroničnimi boleznimi, so podvrženi padcem zaradi neokrepljenih mišic in so pogosto osamljeni, ker si skozi življenje niso ustvarjali socialne mreže. Pomembno je povezovanje in sodelovanje zdravstvenih in socialnih ustanov, družinskih članov, vladnih in nevladnih organizacij, da bi lahko starostnikom omogočili starost preživeti v domačem okolju, kjer si najbolj želijo.

Pri svojem delu zdravstvene nege sem zaznala, da tako sami uporabniki kot njihovi bližnji, ki skrbijo

zanje, potrebujejo zelo široko zdravstvenovzgojno svetovanje, saj so pri specialistih, osebnih zdravnikih ter ostalem zdravstvenem in socialnem osebju časovno omejeni. In prav tukaj se pojavijo težave. Starostniki ne zmorejo hitro predajati in sprejemati informacij, ki jih potrebujejo zaradi vseh svojih bolezni ter starostne krhkosti. Vsi uporabniki, vključeni v projekt CorssCare, so bili zelo hvaležni za vsak obisk in zadovoljni za potrpežljiv osebni pristop. Želeli so si še več tega, saj smo rešili in hkrati preprečili marsikatero zdravstveno kot tudi občasno ne zdravstveno težavo.

»Če nam uspe, da na staranje ne gledamo kot na propadanje telesa, temveč kot žetveni čas duše, bomo spoznali, da je staranje lahko čas velike moči, pokončne drže in samozavesti.« (John O'Donohue)

Literatura:

1. DPPO – Državni program paliativne oskrbe (2010). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
2. Drev, A. (2010). V gibanju tudi v starosti (spletni vir). Dostopno 3. 3. 2020 s https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/v_gibanju_tudi_v_starosti.pdf
3. Definicija zdravstvene nege. Dostopno 3. 3. 2020 s <https://www.zbornica-zveza.si/o-zbornici-zvezi/6136-2/>
4. Jurdana, M. (2011). Staranje. V: Jurdana, M., Poklar Vatovec, T., Peršolja Černe, M., ur. Razsežnosti kakovostnega staranja. Koper: Znanstveno raziskovalno središče, Univerzitetna založba Annales.
5. Nacionalni inštitut za javno zdravje RS (2014). Srčno-žilne bolezni (spletni vir). Dostopno 3. 3. 2020 s <https://www.nijz.si/sl/srcno-žilne-bolezni>
6. Milavec Kapun, M. (2011). Starost in staranje. Ljubljana: Zavod IRC.
7. Poredoš, P. (2004). Zdravstveni problem starostnikov (spletni vir). Zdravstveni vestnik, letnik 2004, št. 73. Dostopno 4. 3. 2020 s <file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/2363-Article%20Text-6780-1-10-20161103.pdf>
8. Ramovš, K. in sod. (2014). Preprečevanje padcev v starosti. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje.
9. Žmavc, A. (2007). Obravnava ogroženega starostnika v predbolnišnični nujni medicinski pomoči. V: Posavec, A., ur. Nujna obravnava starostnika v predbolnišničnem okolju: zbornik predavanj. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija reševalcev v zdravstvu.



CENTER ZA POMOĆ NA DOMU MARIBOR

KADA SE SUSRETNU SOCIJALNA SKRB I ZDRAVSTVENA ZAŠTITA

Nina Dečman

Kvalitetnu starost omogućuju mnogi zdravstveni, socijalni, bihevioralni i psihološki čimbenici (Kadiš in Šiplič 2002). Mi, zaposlenici Centra za pomoć na domu Maribor (CPND Maribor), na projektu CrossCare, tijekom trajanja cijelog projekta, suočavali smo se sa izazovima na svim spomenutim područjima. Svakodnevno smo se susretali s ljudima s različitim potrebama i željama te različitim ograničenjima. Uz formalne usluge (zdravstvo i socijalna skrb) našli smo se u ulozi aktivnih slušatelja, sigurnog utočišta za dijeljenje ranjivog dijela sebe i toplog dlana. Projekt se tijekom cijelog trajanja iskazao kao nužan i potreban za osiguravanje kvalitetnijeg života starijih osoba u kući.

Glavni izazovi projekta su starenje stanovništva, jednaki pristup zdravstvenoj skrbi i usluge socijalne zaštite, isključenost pojedinih društvenih skupina, nedostatak normativa i nepostojanje jedinstvenoga programa temeljem kojega se izvodi integrirani pristup skrbi u kući. Zaposlenici na projektu pomičemo granice na tom području i postavljamo temelje te smjernice dobre suradnje među strukama i pružanja visoko kvalitetnih usluga za korisnike. Nesporna je činjenica da je pružanje takvih usluga u domu korisnika

nužno, što nam korisnici potvrđuju na svakom koraku i jako su zahvalni za dobivene usluge. Mislimo da je takve usluge potrebno implementirati kao standard dostupan svim starijim osobama.

CPND Maribor djeluje kao javni zavod na području socijalne zaštite. Osnivač zavoda je Gradska općina Maribor. Zavod je bio osnovan za pružanje usluga socijalne skrbi. Usluga obuhvaća pružanje pomoći u osnovnim dnevnim zadaćama, pomoć u kućanstvu i pomoć u očuvanju socijalnih kontakata (Pravilnik o standardima i normativima službe socijalne skrbi, 2010). Budući da te usluge nisu više mogle zadovoljiti sve potrebe na terenu, Centar za pomoć u domu Maribor pridružio se projektu CrossCare kao projektni partner. Sustavnih rješenja za pitanje dugotrajne skrbi u domaćem okolišu još nema, tendencija razvoja skrbi za starije njezina je izrazita institucionaliziranost zbog čega više ne možemo izaći ususret izazovima s kojima se susrećemo u zadnjih par godina. Zbog toga su nužni novi pristupi usmjereni fokusirani na razvoj vaninstitucionalnih institucija (Flaker idr., 2011). Nalazimo se u situaciji kada neki ljudi svoju starost žele proživjeti kod kuće iako mu je zbog premalo stručne podrške to jednostavno onemogućeno. Problemi ljudi su jako veliki. Ovdje se susrećemo s velikim praznim prostorom kojega smo radom i uslugama na projektu CrossCare uspješno napunili sadržajem. Korisnici dugotrajne skrbi ostaju na odjelima za njegu u bolnicama ili se vraćaju kući u neprikladne razmjere. Često se događa da je obitelj tih osoba još uvijek zaposlena ili da su neke osobe same nemoćne ili da uopće nemaju obitelj. I tako ne nastaje samo situacija da se korisnik vraća kući u

neprikladne uvjete nego da ni nema niti jedne osobe koja bi se za toga korisnika mogla pobrinuti. Jako su česti slučajevi, kada se korisnici vrate svojim kućama iz različitih institucija nakon rehabilitacije, u kojima su uz stručnu pomoć vidno napredovali i usvojili djelomičnu samostalnost, da se usprkos svojem napretku vrate u potpunu ovisnost o pomoći druge osobe jer kod kuće nemaju prikladne životne uvjete, a obitelj nije bila podučena o načinima daljnje skrbi. Prepoznat je i veliki porast broja osoba s demencijom što je veliki izazov za obitelj i društvo. Služba za pomoć u domu ne može odgovoriti na sve specifične potrebe svih korisnika. Često je potrebna i dodatna stručna pomoć, odnosno nadogradnja već postojeće pomoći.

Razdoblje čekanja za smještaj u prostore institucionalne skrbi stalno se povećava, ali povećavaju se i želje ljudi da ostanu u domaćem okolišu. Čak i 25. članak Povelje o ljudskim pravima u Europskoj Uniji starijim ljudima priznaje pravo na skrb u domaćem okolišu ili domu. Dokument ljudima omogućuje i pravo na odabir da li žele živjeti u domaćem okolišu ili instituciji, što im omogućuje pravo izbora mjesta prebivališta prilagođenog njihovim potrebama (Mali idr., 2018). Projektom CrossCare preselili smo usluge koje su do sada bile dostupne samo korisnicima u institucionalnom okolišu u njihov dom, ž i u okoliš na koji su bili naviknuti, kojega vole i u kojemu se dobro osjećaju.

Tijekom trajanja projekta CrossCare korisnicima smo nudili integrirani pristup programu skrbi u domu. Nudili smo besplatne usluge na području zdravstvene zaštite (fizioterapija, radna terapija, zdravstvena njega, dijetetika) i socijalne zaštite sa zaposlenom socijalnom radnicom na radnom mjestu koordinatorice projekta. Usluge smo pružali na izrazito individualan način prilagođen korisniku i njegovim željama, mogućnostima te istovremeno u stručno dozvoljenim i dopuštenim okvirima. Sa svakim korisnikom započeli smo radni proces, kao što kažu W.Kempler i S.de Vries, „osobno, konkretno, ovdje i sada“, u sadašnjem trenutku njegove životne priče i s poteškoćama koje ga trenutno opterećuju, te u njega uključili njemu drage ljude koji mu u danoj situaciji mogu pomoći. Kao što je jednom rekao Søren Kierkegaard: „Ako čovjeka stvarno želimo dovesti na određeno mjesto, najprije ga moramo potražiti tamo gdje se nalazi i započeti iz dane početne točke“. U radu s korisnicima ta izreka uvijek je bila naša polazišna točka. Zanimale su nas životne priče korisnika, pitali smo o njihovim navikama i običajima u obitelji, o onome što ih veseli, radosti, o onome što žele postići u životu, o njihovim ciljevima i čežnjama. Sve dobivene informacije kasnije

smo uvrstili u naš kontekst rada te se u skladu s timskim interdisciplinarnim savjetovanjima između svih zaposlenika na projektu CrossCare odlučili koje usluge bi bile najprimjerenije i najpotrebnije za postizanje optimalnog učinka. Normalno, pritom smo uvijek uzimali u obzir želje i potrebe korisnika.

Po potrebi, na sudjelovanje i suradnju pozvali smo sve ostale službe koje bi mogle pridonijeti stvaranju prilika i rješenja za korisnika (Centar za socijalni rad, Hospic, osobni liječnici, patronaža, URI Soča, UKC Maribor,...). Veliki naglasak bio je na suradnji unutar zavoda. Po želji nuditi najkvalitetnije usluge dnevno smo surađivali s koordinatoricama dostave na dom i socijalnim skrbnicama i njegovateljicama. Sa skrbnicama i koordinatoricama održali smo sastanke na kojima smo obradili specifične problematike i po potrebi izvodili zajedničke posjete u domu korisnika. Za socijalne skrbnike izvodili smo interne programe izobrazbe o ispravnom izvođenju transfera, upoznali smo ih s radno terapeutskim pomagalicama te nudili druga specifična znanja koja im dobro dođu u svakodnevnom radu s korisnicima.

Važan vidik projekta nije samo nuditi usluge korisnicima i opunomoćiti ih u najvećoj mogućoj mjeri nego i opunomoćiti obitelji te ih naučiti kako mogu na ispravan način brinuti za rodbinu s mogućim ograničenjima. Suradnja s obitelji je ključna i izvanredno važna u radnom procesu. Nakon što završimo s pružanjem usluga, obiteljski članovi većinom su oni koji potiču i pomažu da korisnik u domaćem okolišu nastavi sa započetim radnim procesima. Članovi obitelji koji se dugotrajno brinu za člana obitelji, većinom i sami trebaju pomoć jer su iscrpljeni, onemoćali i često usamljeni. Ponekad je dovoljan samo siguran prostor i vrijeme da mogu izraziti kako se osjećaju, da kažu da je i njima teško i da se čuje njihov glas.

Projekt CrossCare u praksi se pokazao da su usluge koje smo nudili tijekom projekta, nužne za korisnika. Nužno je i da se nude u domu jer brojni korisnici nemaju mogućnosti dobivanja tih usluga izvan svojega doma (financijski, zdravstveni ili bilo koji razlozi). Projekt može poslužiti kao primjer cjelovite skrbi koja će se pružati u korist državljana Slovenije. Pružanjem usluga spriječili smo hospitalizacije, ulceracije zbog pritiska, padove i moguća iščašenja ili lomove. Mogli bi nastaviti unedogled. Preventiva je uvijek bolja nego njega i financijski je održiva.

U nastavu predstavljamo priče korisnika koji su odraz našega rada.

Gospođu M.Š. sa slomljenom i nezacijeljenom kralježnicom si metastazama po cijelom tijelu. Zbog bolesti i straha već dvije gorine nije izlazila iz kuće. Nakon pružanja usluga fizioterapije i psihosocijalne pomoći, nakon zadnje posjete, gospođa i psihoterapeut zajedno su popili kavu u obližnjoj kavani koju je gospođa nekoć i posjećivala.

Gospodin M.K., je nakon nekoliko operacija kralježnice ostao u krevetu. Tretman je započeo fizioterapeut koji je gospodina ohrabrio i opremio znanjem i snagom o tome kako se izvodi siguran transfer iz kreveta na invalidska kolica i iz invalidskih kolica do hodanja pomoću hodalice. Pružanje stručne pomoći na toj razini nastavio je radni terapeut i s gospodinom vježbao hodanje sa štakama te hodanje po stepenicama. Velika angažiranost gospodina te terapeuta urodila je velikim plodovima i gospodin je nakon šest godina ponovo hodao sam po stepenicama.

Gospođa Z. Gospođa Z.Š. i gospođa M.K. žive u istoj zgradi i starije su od 90 godina. Zbog straha od padanja već 5 godina nisu izašle iz stanova. Fizioterapeut je povezao obje gospođe u zajednički trening hodanja po obližnjem parku. Tretmani nisu samo povećali stabilnost hodanja gospođe Z.Š. i gospođe M.K., nego su i znatno poboljšali kvalitetu života na društvenom području i smanjili osjećaj usamljenosti.

Kod gospodina D.Š. od djetinjstva je prisutna epilepsija i smetnje u duševnom razvoju. Za gospodina brine majka kod koje je bio prisutan izraziti strah od epileptičkih napadaja. Gospodin je zbog toga ležao u krevetu. Stručni rad obuhvaćao je opunomoćene majke, kako bi se mogao suočiti sa svojim strahovima i edukaciju člana obitelji o terapijskom pristupu korisniku ali i fizioterapeutske i radnoterapeutske tretman gospodina. Nakon tretmana gospodin je samostalno hodao po kući i oko nje.

Takvih priča je jako puno. Svaka priča je veliki uspjeh za korisnike i članove obitelji te stručne službe. Kada nam je omogućeno zajedno možemo napraviti puno i dati svoj doprinos kvalitetnijoj starosti.

Proces starenja neizbježan je proces za sve nas. Svaka osoba svoju starost želi preživjeti na svoj vlastiti način i u okolišu u kojemu se osjeća sigurno i domaće. U okolišu u kojemu možemo biti ono što doista jesmo. Bitno je da se kao pojedinci i društvo pobrinemo

da to postane moguće jer time gradimo ljepšu budućnost, ne samo za sebe, nego i za sve buduće generacije. Svaki stari čovjek prije ili kasnije suočava se s pitanjem kakvu vrijednost i kakvo značenje je imao njegov život. Brinemo se da na kraju života budemo zadovoljni odgovorima na tako važna pitanja i već danas ponudimo ruku našim bližnjima. Važan je svaki čin ljubaznosti i svaki odlučni korak u pravome smjeru može donijeti promjene.

Literatura:

- Flaker, V., Nagode, M., Rafaelič, M. & Udovič, N. (2011). Nastajanje dugotrajne oskrbe: ljudje in procesi – eksperiment in sistem. Ljubljana: Fakulteta za socijalni rad.
- Kadiš, D., Šiplič, V. (2002). Psihosocialni vidik staranja. *Socialno delo*, letnik 41, številka 5, str. 295–300.
- Mali, J., Flaker, V., Urek, M., Rafaelič, A. (2018). Inovacije v dugotrajni oskrbi: Primer domov za stare ljudi. Ljubljana: Fakulteta za socijalni rad.
- Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev. Uradni list RS, br. 45/10, 28/11, 104/11, 111/13, 102/15, 76/17 in 54/19.

PRIMJER DOBRE PRAKSE – STUDIJA PRIMJERA

*Metka Miško, Petra Zavasnik, Jože Vrbančič,
Nina Dečman*

UVOD

Prvi kontakt s gospodinom M. K. bio je uspostavljen preko socijalne skrbnice koja je kod gospodina prepoznala potrebu za uslugama CrossCare projekta. O tome je obavijestila koordinatoricu projekta koja je prvi kontakt uspostavila s ženom gospodina M.K. Telefonom je nakratko predstavila projekt i usluge koje nudimo u okviru projekta. Dogovorili su se o terminu posjete diplomirane medicinske sestre koja izvodi integracije u CrossCare projekt, osnovna zdravstvena mjerenja i usluge iz dijetetike.

OSNOVNI PODACI O KORISNIKU

Gospodin M. K.

Bračno stanje: oženjen

Starost: 80 godina

Dijagnoze: degenerativne promjene kralježnice i leđne moždine (pet operativnih zahvata na kralježnici)
Medicinsko tehnička pomagala: invalidska kolica i električna invalidska kolica, električni bolnički krevet, štake, resipročna hodalica, stajalica, dizalo s tla, daska za presjedanje, vanjsko dizalo za spuštanje u dvorište.

Početno zdravstveno stanje: djelomično pokretan, pomoću druge osobe i daske za presjedanje moguć je prijenos na invalidska kolica

Zdravstveno stanje nakon tretmana CrossCare ekipe: hodanje po stepenicama pomoću štake i terapeuta

ZDRAVSTVENA NJEGA

Diplomirana medicinska sestra je gospodina M. K. prvi put posjetila 18. veljače 2019. godine. Na početku je bila prisutna i njegova žena. Prvo su bili sumnjičavi, a zatim se razgovor odvijao opušteno. Najprije smo zapisali osnovne podatke, objasnili kako se odvija CrossCare projekt te izradili personalizirani plan koji uključuje opis svakodnevnice i poziva, želje, ciljeve i slično.

Zatim se razgovor nastavio o posebnim karakteristikama zdravstvenog stanja. Gospodin je opisao cijelo trajanje

tretmana od prve do zadnje operacije i međustanja koja su se pojavljivala tijekom zdravstvenih tretmana.

Razgovarali smo o trenutnom zdravstvenom stanju. Gospodin je izjavio da je djelomično pokretan i da veći dio dana sjedi u invalidskim kolicima. Također, gospodin je i slabovidan i treba naočale, te zbog naglušnosti nosi slušni aparat.

Pogledali smo i zapisali koja pomagala ima i kako ih koristi.

Razgovarali smo o propisanoj medikamentoznoj terapiji i da li je redovito uzima. Utvrdila sam da su mu propisane tablete za smanjenje tlaka, kardiovaskularnu funkciju i liječenje povećane prostate te spazmolitik. Gospodin već dugo godina ima poteškoće sa zatvorom i zato redovito uzima laksativni sirup. Poznaje sve tablete i uzima ih u skladu s uputama liječnika.

Izmjerala sam mu vitalne funkcije (krvni tlak, puls, šećer u krvi i zasićenost ksru kisikom). Kod krvnog šećera postoji lagano odstupanje jer je gospodin prethodno pojeo doručak. Ostala mjerenja bila su u normalnim granicama.

Gospodin kaže da ima bolove u nogama i križima po VAS 6/10. Ima propisane tablete protiv bolova koje po potrebi uzima i koje mu pomažu.

Stanje svijesti je normalno, vremenski i lokacijski orijentirano, boja kože i sluznica je rožnata, a turgor je zadovoljavajući. Ne govori o vrtoglavicama, povremeno je umoran, noge ne otiču. Osjeća potrebu za uriniranjem i može zadržati urin.

Po ocjeni sposobnosti samostalnosti ima 25 bodova od 75 bodova te uvrštava se u drugu kategoriju što znači da je prilikom izvođenja samostalnih radnji većinom ovisan o pomoći druge osobe. U osnovnim životnim aktivnostima pomaže mu žena i socijalna skrbnica.

Po Marseovoj ljestvici spada u kategoriju srednjeg rizika padanja (50 bodova). Gospodin je svjestan svojih sposobnosti i pazi tijekom presjedanja s kreveta na kolica ili kod bilo kojeg drugog transfera da ne dođe do padanja i do ozljeda.

Zbog dobrog duševnog stanja, kontinancije i aktivnosti koje izvodi u skladu sa svojim snagama (ustajanje uz stup, razgibavanje ...), ima jako niski rizik od nastanka rana zbog pritiska (13 bodova od 20).

Najčešće dijagnoze (NANDA International), koje sam ispostavila kod gospodina: slabija fizička mobilnost (00085), opasnost od padanja (00155), opasnost za kardiovaskularnu funkciju (00239), bolovi (00133), zatvor (00011), samostalnost (00182).

Kod gospodina bilo je izvedeno široko zdravstveno-obrazovno savjetovanje s obzirom na njegovo zdravstveno stanje. Također, uključena je i žena jer za nju brine 24 sata na dan i pomaže mu u svim životnim aktivnostima.

FIZIOTERAPIJA

Gospodin je dva puta bio na rehabilitaciji u URI Soča u Ljubljani gdje je dobro sudjelovao s rehabilitacijskim timovima i postizao dobre rezultate, prvenstveno u poboljšanju funkcionalnog stanja i smanjenja bolova. Korisnik živi sa ženom koja mu pomaže u svim aktivnostima i zadaćama. Bračni par živi u skladu, što je bitno utjecalo na pozitivne rezultate terapijskih intervencija u sklopu CrossCare projekta.

Tijekom prve posjete fizioterapeuta korisnik je bio sposoban za transfer iz kreveta na invalidska kolica i natrag, pomoću žene te samostalnog sjedenja na invalidskim kolicima, što je svakodnevno trajalo i nakon više sati. Poznao je brojne terapijske vježbe koje je naučio tijekom same rehabilitacije i redovito ih izvodio. Iako je tijekom rehabilitacijskog procesa ostao na mrtvoj točki: zaključio je rehabilitacijsko liječenje u URI Soča, vratio se u domaći okoliš gdje nije više dobivao prikladnu zdravstvenu potporu koja bi mu pomagala prilikom završetka rehabilitacijskog procesa. Nakon temeljitijeg pregleda zdravstvene dokumentacije i detaljnijeg razgovora s bračnim parom, napravili smo okvirni terapijski plan.

Na početku fizioterapeutske procesa zajedničkim snagama postavili smo cilj da ćemo na kraju naše suradnje zajedno izaći na dvorište brati trešnje - bio je lipanj i trešnje su bile zrele. Ta mentalna stimulacija, da korisnik nakon dugih godina sam može brati trešnje sa stabla kojega je sam posadio, pokazala se jako motivirajućom.

Tijekom prve posjete bračni parovi su bili jako emocionalno slabi, depresivni i očajni zbog zdravstvenog stanja muža. Zbog svakodnevne i svestranske asistencije započeli su se ozbiljniji problemi sa zdravljem žene. Ipak, svim snagama pristupili su „pokušaju“ naše fizioterapeutske intervencije.

Tako smo tijekom prve posjete detaljno provjerili ispravnost opreme za terapiju i njegu koju su imali u kući. Bez obzira na strah od padanja, tijekom prve posjete, obavili smo nekoliko uspješnih pokušaja ustajanja uz recipročnu hodalicu i pomoću fizioterapeuta. Također, tijekom prve posjete provjerili smo sposobnosti samostalnog stajanja, uz upotrebu recipročne hodalice. Spoznanje da, uz primjereno izvedenu stručnu pomoć fizioterapeuta ustane i da nekoliko minuta samostalno stoji, korisnika je odmah inspiriralo tako da je tijekom sljedeće posjete već želio pokušati hodati po cijeloj kući. Zbog načela opreznosti dogovorili smo se da ćemo na prikladan način utvrditi spretnost ustajanja i sposobnosti samostalnog stajanja uz recipročnu hodalicu.

Tijekom treće posjete bio je očiti napredak u tehnici i sposobnost ustajanja s invalidskih kolica te samostalnom stajanju uz recipročnu hodalicu. Bračni par je izjavio da je muž počeo više jesti jer je nakon fizioterapeutske tretmana umoran i treba više hrane, kako bi obnovio snagu.

Tijekom četvrte posjete uspješno smo testirali sposobnost hodanja recipročnom hodalicom uz pratnju fizioterapeuta. Nakon uvodnog treninga ustajanja iz invalidskih kolica, korisnik je, uz pratnju fizioterapeuta i hodalicom tri puta hodao po kuhinji i zato smo se dogovorili da slijedeći put idemo u dvorište.

Tijekom sljedeće posjete, trening ustajanja i hodanja izveli su u dvorištu. Bračni par je izjavio da je korisnik dobio toliko samopouzdanja i da se straha od padanja oslobodio u tolikoj mjeri da nekoliko puta dnevno uz prisutnost žene vježba ustajanje uz recipročnu hodalicu te poboljšava sposobnost stajanja.

Zato je peta posjeta bila velika promjena u napretku rehabilitacije - korisniku je stvarno uspjelo nabrati nekoliko trešnji s niskih grana. To je bračnom paru dalo toliko nade i poleta da je korisnik tijekom svake sljedeće posjete, pomoću recipročne hodalice, hodao do krajnjih granica svojih tjelesnih sposobnosti.

Tijekom zadnje jedanaeste posjete korisnik je bio sposoban samostalno ustajati iz invalidskih kolica te samostalno hodati recipročnom hodalicom do kućnih vrata i natrag u kuhinju uz budnu pratnju fizioterapeuta. Invalidskim kolicima mogao je samostalno dizalicom izaći u dvorište i upotrebom recipročne hodalice nekoliko puta prehodati dvorište. Otišao je do poštanskog sandučića po časopis i zatim se vratio u kuću.

Nakon završetka fizioterapeutskih tretmana, u rad s korisnicima uključila se stručna služba radne terapije koja je jako uspješno nastavila rehabilitacijski proces.

RADNA TERAPIJA

Korisnik je nakon uspješnog tretmana fizioterapeuta bio uključen u usluge radne terapije koja je bila nastavak fizioterapije. Radnu terapiju je jako dobro prihvatio i bio aktivan između jednog i drugog radno terapijskog tretmana i zato je rezultat natprosječno bio uspješan.

Radno terapijski pristupi i modeli:

- pristup usmjeren na klijenta,
- neurorazvojni pristup,
- psihosocijalni pristup,
- obrazovni pristup,
- rehabilitacijski model.

Cilj tretmana: hodanje štakama ili rolatorom i priprema na samostalno izvođenje dnevnih aktivnosti u domaćem okolišu.

Korisnik je bio tretiran na području motorike gdje je izvodio rehabilitaciju za pripremu hodanja po stepenicama:

- jačanje trbušnih mišića i centralnog mišićnog tonusa trupa,
- razgibavanje gornjih i donjih udova,
- trening hodanja rolatorom i štakama.

Korisnik je polučio vidljive rezultate kod hodanja po stepenicama upotrebom radno terapijskih pomagala.

Radno terapijske aktivnosti:

- trening hodanja po stepenicama,
- trening fine motorike,
- trening čitanja i pisanja,
- korištenje radno terapijskih pomagala.

Korisnik je na početku radno terapijskog tretmana želio hodati pomoću štaka ili rolatora. Tijekom tretmana toliko je napredovao da smo si zadali krajnji cilj: hodanje po stepenicama što je nakon petnaestog tretmana uspješno realizirao i premašio svoja očekivanja.



ZAKLJUČAK

Primjer gospodina M. K. primjer je dobre prakse usklađenog multidisciplinarnog terapijskog pristupa. Svaki član tima dao je svoj doprinos priči o uspjehu koja se normalno nebi mogla dogoditi bez izvanrednog sudjelovanja korisnika i njegove žene. U praksi se potvrdilo da su CrossCare projekt i pružanje usluga u kući korisnika od izvanrednog značenja za pojedinca kao i za društvo.

RADNA TERAPIJA

ULOGA RADNOG TERAPEUTA U INTEGRIRANOJ SKRBI ZA STARIJE OSOBE U KUĆI U SKLOPU PROJEKTA CROSSCARE

Petra Zavasnik

Svjetska udruga radnih terapeuta (WFOT, 2004), radnu terapiju definira kao struku koja promovira zdravlje i dobro raspoloženje kroz rad. Mi radni terapeuti odgovaramo na pitanje, „zašto neka osoba ima poteškoće u izvođenju svakodnevnih aktivnosti i što možemo napraviti, kako bi takvoj osobi omogućili bolje i lakše pružanje te usluge čime svoj doprinos dajemo boljem zdravlju i raspoloženju?

Radni terapeuti koristimo sličnu analizu fizičkih, psihosocijalnih, mentalnih, duhovnih, okolišnih čimbenika, kako bi utvrdili moguće prepreke i probleme. Osnovni cilj radne terapije je da pojedincu, skupini ili zajednici omogući sudjelovanje/uključenost u aktivnosti koje su značajne za njih i koje odražavaju njihove vrijednosti i uvjerenja, te koje im pružaju osjećaj zadovoljstva. Radna terapija svoja znanja dobiva iz medicine, psihologije, sociologije, antropologije, etnologije, arhitekture i još nekih drugih znanstvenih disciplina. Kao osnovna znanost za radnu terapiju, u 80-im godinama prošlog stoljeća u Americi se razvila nova znanost »znanost o okupaciji“.

U Sloveniji radni terapeuti najprisutniji su unutar institucija, iako u svjetskoj znanstvenoj literaturi nalazimo informacije da su programi radne terapije za starije osobe jako učinkoviti i nužno potrebni čak i u njihovim domovima. Približiti radnu terapiju kao struku potencijalnim starijim korisnicima koji još uvijek samostalno djeluju u domaćem okolišu, od ključnoga je značenja za održavanje njihovog zdravlja i dobrobiti.

Broj starijih povećava se brže od broja ljudi u drugim dobnim skupinama zbog čega je starenje postalo svjetski fenomen. 2015. godine bilo je utvrđeno da je

svaki osmi žitelj bio stariji od 60 godina, a do 2030. godine taj broj će se od 901 milijuna povećati na 1,4 milijarde. Podaci za Sloveniju pokazuju da je 2015. godine 521.000 ljudi bilo starijih od 60. godina, što je oko 25,2 % slovenskog stanovništva. Do 2030. godine bit će ih 32,7 posto, do 2050 za 39 % više (World population ageing, 2015). Uzroci za povećanje starije populacije su u smanjenju rodosti, napretku na području javnog zdravstva i pomoćnih tehnologija te u poboljšanju životnih uvjeta. Brzo povećavanje broja starijih prouzročava mnoge ekonomske, socijalne i političke posljedice (World population ageing 2015). Posljedica navedenoga je i povećavanje izdataka u zdravstvu, veće opterećenje skrbnika i užih i širih članova obitelji te pomanjkanje pružatelja usluga stručne njege i skrbi.

Prednost života kod kuće i skrbi u domu s vidika radne terapije, starijima omogućuje siguran prostor u kojemu se najbolje snalaze, čuva njihovu privatnost i intimni prostor te osjeća pripadnosti onome što su stvarali kroz cijeli aktivni radni život. Pruža im viši stupanj neovisnosti, funkcionalnosti i udobnosti u vlastitom okolišu. Na prvi pogled, dom je prostor namijenjen za osobnu njegu, aktivnosti u kućanstvu, iako podupire više dragocijenih uloga i aktivnosti koje pozitivno utječu na starije, pruža im osjećaj sigurnosti, privatnosti i opuštenosti (Galof et al., 2014).

U svojoj studiji Robinsonova i Moenova (2000) utvrđuju da se više od pola umirovljenika nikada ne namjerava iseliti iz svojeg doma, iako je zamisao održavanja neovisnog načina života u vlastitom domu često nespajiva s realnošću. Pomoć ili skrb u domu najvažniji je element potreban za pružanje potpore starijima u domaćem okolišu.

Radna terapija kao struka baviserazličitim terapeutskim pristupima, modelima, metodama i oblicima rada. Njezin osnovni terapeutski medij su aktivnosti koje s obzirom na ozljede, bolesti ili hendikepiranost, usprkos ograničenjima kao posljedicama spomenutih poteškoća, smanjuju mogućnosti sudjelovanja i kroz ponovno osposobljavanje i edukaciju o zdravim uzorcima tjelesnih i mentalnih aktivnosti, ponovno i što bolje i samostalnije izvode svakodnevne životne aktivnosti-okupacije.

Radni terapeut važan je član multidisciplinarnog tima, zajedno s ostalim stručnjacima kao što su fizioterapeuti, dipl. med. sestra, dietetičarka, koordinatorica odn., univ. dipl. soc. radnica koja je istovremeno i voditelj projekta CrossCare. U tom projektu pružaju se usluge integriranoga pristupa

skrbi za starije u domu, unutar službe javnog zavoda za socijalnu skrb Centra za pomoć na domu Maribor (u nastavku teksta CPND Maribor), gdje pokrивamo područje rada pružanja skrbi-pomoći u domu starijim osobama i invalidima, te uspješno spajamo stručni rad njegovateljica i stručnih skrbnika za starije u domu.

Integrirani pristup skrbi za starije u domu, u okviru projekta CrossCare, starijim osobama i korisnicima predstavlja prvenstveno lakši pristup uslugama multidisciplinarnog tima i njegovih stručnjaka s prikladnim znanjima, jer ih već tijekom posjete skrbnice upoznaju s mogućnostima pružanja takvih usluga. S programom skrbi u domu korisnici se prvi put susreću u okolici Maribora. Nakon ustrajnih razgovora i podizanja svijesti o načinu rada stručnjaka koji su dio projekta CrossCare, u većini slučajeva bili su jako zadovoljni o čemu nam govori donje studija primjera. Tako stručnjaci, kao i korisnici žele uvrštavanje stručnih suradnika u zakonodavni sustav na razini državnoga zakonodavstva, koje još izdaleka nije tako uređeno, kao što zahtijevaju potrebe za stručnom službom i brojnosti starijih ljudi i života u njihovim domovima. S obzirom na to da se projektni radovi stručnih suradnika završavaju u lipnju 2020. godine, nakon rada sa starijima u njihovim domovima i nakon upoznavanja s mogućnošću opskrbe stručnih službi nastat će velika praznina, ako se taj zakonodavni doprinos ubrzo ne uredi, odn., u najkraćem mogućem vremenskom razdoblju, nakon provedbe i završetka programa integrirane skrbi za starije u domu.

Pri projektnom radu prikupili smo mišljenja korisnika nakon tretmana, čiji broj se gibao najmanje od 1-2 do najviše 20 tretmana po pojedincu. Kriteriji, koje smo uvažavali kod navedenog br. tretmana u potpunosti su bili različiti odn.: dijagnostika korisnika, iskustva, znanje i opća praksa rada na terenu, te postizanje kvalitetne provedbe radno terapijskih tretmana s korisnicima i ciljeva tretmana. Također, uzimali smo u obzir i perspektivnost samih korisnika koji su tijekom izvođenja tretmana govorili o broju istih tretmana kod pojedine starije osobe. Uzimali smo u obzir i njihove osobne želje i prilagođavali se sukladno napretku pojedine starije osobe tijekom samoga tretmana. Radna praksa integrirane skrbi za starije osobe u njihovom domu pokazala se kao jako dobra, poželjna i jako potrebna te učinkovita.

U svojem radu, kao radni terapeut, koristim različite pristupe. Navedeni pristupi usmjereni su prema korisniku, neuro-razvojni pristup, edukacijski, psihosocijalni, kognitivni, biomehanički pristupi, itd. Unutar stručne radne terapije, kod svakog korisnika

izvodili smo COPM test, u kojemu smo, temeljem polusutrukturiranoga razgovora s korisnikom, zajedno postavili ciljeve i odlučili se za aktivnosti koje smo kod korisnika izvodili, u svrhu poboljšanja njegovog stanja. Na početku, korisnici su se sami ocijenili tijekom izvođenja aktivnosti, a ocijenili su i svoje zadovoljstvo uslugom. Također, na kraju tretmana, ocijenili su same aktivnosti i zadovoljstvo samom provedbom, što im je omogućila aktivna suradnja u radno terapijskom tretmanu. Utvrdili smo da su se u prosjeku ocjene provedbe i zadovoljstva provedbe podignule za n=3 do n=5 jedinica, što je za veliku većinu korisnika značilo značajan napredak unutar radno terapijskog tretmana. Korisnici su bili jako zadovoljni i zahvalni, zahvaljivali su se malenim znakovima pažnje koju smo često zbog same uljudnosti i prihvatili.

Socijalizacija u smislu druženja znači im jako puno. Nakon što smo ocijenili da korisnici više neće trebati potporu stručnih suradnika nego samo razgovor i druženje, uputili smo ih suradnicama koje su javnim putem pružale i usluge druženja. Bili su veseli i zbog njihovih posjeta jer se usamljenost mogla osjetiti kod skoro svih starijih osoba, a prvenstveno kod onih osoba koje su živjele same. Topla, razumijevajuća i ohrabrujuća riječ te prijateljski razgovor značio im je jako puno, a zahvalnost su pokazivali na različite načine.

Na terenu nudimo usluge u obliku ocjenjivanja pomoću radno terapijskih testiranja. Tu spadaju COPM, kojega izvodimo kod svakoga korisnika, proces DT s okupacijskim profilom, MoCA test- Montrealska ljestvica kognitivnih sposobnosti, Mini mental test- Mini COGO, dnevnik pružanja usluga DT, kognitivnu rehabilitaciju, spretnosti ocjenjivanja motoričkih, procesnih i komunikacijskih spretnosti, test taktilnih sposobnosti, test stereognozije, radno terapijski tretman u užem okolišu s analizom životnog prostora, The community integration Questionnaire-Revised (CIQ-R), prilagodba životnog prostora savjetovanjem korištenja medicinsko tehničkih pomagala, test funkcionalne neovisnosti (FIM), GAS za ocjenu DA u užem i širem okolišu, dinamometrija, LAWTON test (IADL), šire dnevne aktivnosti i KPSS-kratko testiranje kognitivnih sposobnosti.

Radna terapija prisutna je na svim razinama ljudskih aktivnosti. Zastupa više radnih komponenti, a mi smo se usmjerili prema okupacijskom profilu. Tu spadaju različite radne komponente; one su sažetak obiteljske anamneze i dijagnostike starijih osoba, stručan i profesionalan put korisnika te obiteljska anamneza u smislu članova obitelji. Prikupljamo informacije

o konjicima i aktivnostima, navikama, potrebama i rutinama na koje su starije osobe naviknute i koje svakodnevno izvode.

Tako, korisnike možemo tretirati s vidika različitih stručnih aspekata, među koje spadaju motoričke, kognitivne, perceptivno prepoznatljive, senzoričke, psihosocijalne i duhovne komponente. Tako, primjerenim komponentama korisnike osposobimo da kroz procesnu radnu metodu i izvođenjem aktivnosti postanu samostalniji, manje ovisni o pomagalima ili općenito o drugim osobama tijekom obavljanja svakodnevnih aktivnosti.

Uključuje i psihosocijalni vidik tretmana, što znači da razrađujemo odnose i obiteljske odnose, s obzirom na uže članove obitelji, zatim uloge starijih u užem i širem krugu kao što su rodbina, susjedi, prijatelji i poznanici. Tijekom prve posjete ocjenjujemo i rangiramo kognitivne sposobnosti: pamćenje, koncentriranost, razmišljanje, logično razmišljanje, testiranje pamćenja, pri čemu najčešće odmah dobivamo uvid s kojom vrstom terapijskih postupaka i radnih metoda tretiramo korisnika te kakvi će biti krajnji ciljevi tretmana s obzirom na stanje tretmana ostalih stručnih suradnika.

Tako smo s obzirom na sposobnosti ocijenili i motoričke spretnosti kao što su pokretni bez ili s terapeutom. U trenucima kada je bila potrebna pomoć, pomagalima smo savjetovali aktivnosti hodanja pomoću hodalice, recipročne hodalice, štakama ili štapom. Ponekad su nakon prethodne edukacije korisnici morali opet naučiti navedene aktivnosti, u skladu s njihovim zdravstvenim stanjem i sposobnostima mobilnosti. Za mogućnost ponovne šetnje ponekad je bilo potrebno sjesti ili ustati na ili uz krevet, uz kuhinjski pult, prijenos težine na lijevu ili desnu stranu, jačanje mišića centralnog mišićnog tonusa za mogućnost stabilnog sjedenja na invalidskim kolicima ili na stol i izvoditi transfer iz invalidskih kolica na krevet i obratno. Sve navedene aktivnosti bile su izvedene, kako bi se starije osobe ponovo mogle kretati pomoću terapijskih pomagala ili samostalno bez njih. Često smo izvodili vježbe jačanja mišićne snage ruku i nogu razgibavanjem prvenstveno kod osoba s mišićno-skeletnim oboljenjima. Više puta izvodili smo aktivnosti izobrazbe pravilnih tehnika disanja koje su ih jako obradovale.

Kod izvođenja rada na perceptivno-osjetilnoj razini, često se isprepliću ostala radna područja. Tu spadaju i percepcija osjetilima vida, sluha, dodira, okusa i mirisa. Često je prisutan i osjećaj za prepoznavanje bolova

koji je prepleten sa senzoričkim područjem rada. Baš na sljedećem području rada koristili smo aktivnosti pomoću terapijskih pomagala namijenjenih za stimulaciju senzibiliteta.

U psihosocijalnu komponentu uključili smo i obiteljske odnose, a skrbništvo je obično određivala i sama obitelj. Zadatak radnog terapeuta bio je stvoriti vezu između obitelji i susjeda, kada su korisnici dovoljno samostalni pri kretanju izvan njihovog doma, čak i sa susjedima ili prijateljima. Bilo je jako puno inicijativa namijenjenih za uređivanje domaćeg okoliša i brige za sebe.

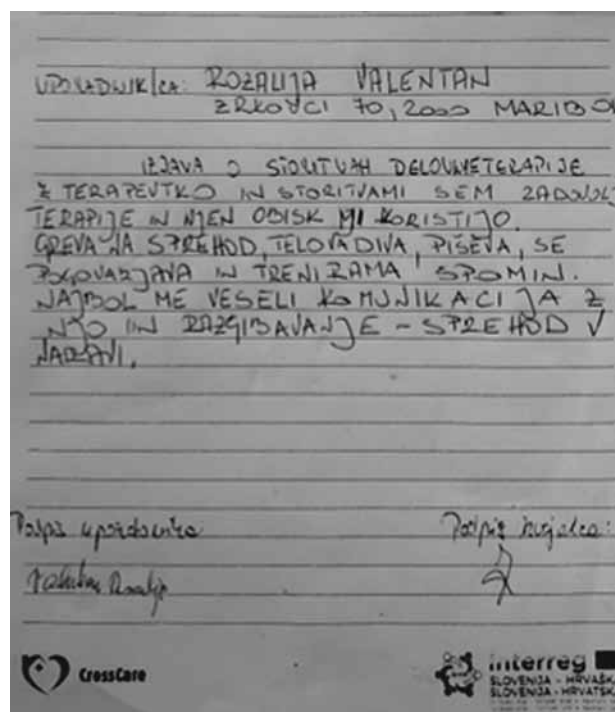
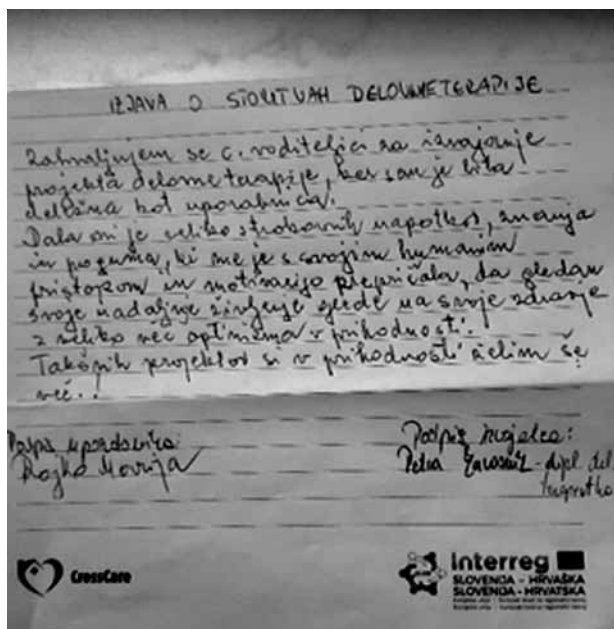
Kod duhovne komponente primjećuje se da određeni broj uključenih korisnika redovito sluša emisije preko Radija i TV-a ili prilikom posjeta sudjeluju na misama.

Najčešće poteškoće s kojima smo se susretali u projektu su sljedeće:

- moždani udari, nemogućnost samostalnoga kretanja u domaćem ili vanjskom okolišu;
- bolesti kardiovaskularnog sustava, slabljenje srčanih mišića-insuficijencija, angina pektoris, atrijska fibrilacija, hiper ili hipotenzija;
- padanja i lomovi kukova ili koljena;
- artroze zglobova;
- prijelomi nadlaktice;
- poteškoće u duševnom zdravlju kao što su demencija ili depresija te povremena apatija i asocijalnost zbog izoliranosti iz socijalne mreže;
- rakasta oboljenja i suočavanje s posljedicama bolesti;
- živčano mišićna oboljenja kao što su multipla skleroza, Parkinsonova bolest, mišićna distrofija;
- poteškoće s osjetilima kao što su slabovidnost, naglušnost, slabo prepoznavanje okusa;
- opća psihofizička ili starosna oslabljenost, itd.

Kroz projektne rad susretali smo se i s različitim drugim oboljenjima koja nisu toliko česta među ljudima i sukladno tome smo ih i obrađivali. Rezultati rada bili su jako dobri i u većini slučajeva uspješni ili jako uspješni, što se pokazalo i u izjavama naših korisnika koje prikazujemo u nastavku.

Izjave korisnika



STATISTIČKI PODACI U SKLOPU PROJEKTA CROSSCARE

Dijagnostika korisnika i sistematsko područje rada

Naziv	Zajedno korisnika
Mišično-skeletno	67 (39,41 %)
Neurološko	42 (24,71 %)
Područje duševnog zdravlja	26 (15,29 %)
Kardiološko	20 (11,76 %)
Palijativno	3 (1,76 %)
Ostalo	12 (7,06 %)

Statistički smo kod korisnika uzimali više informacija koje su, tijekom rada na terenu, bile nužno potrebne za oblikovanje terapijskih tretmana. Tako se na području dijagnostički oboljenja kor pojednog korisnika mogla pojaviti samo jedna, dvije ili više vrsta bolesti koje smo tretirali na primjereni terapijski način. Zato imamo statistički veće procentualne relativne vrijednosti pojedinih područja dijagnostičkog djelovanja. Područja dijagnostičkoga djelovanja bila su sljedeća (u uzorku je bilo obuhvaćeno ukupno 100 korisnika): mišično-skeletna 67 korisnika (39.41%), kardiološka 20 korisnika (11.76%), neurološka 42 korisnika (24.71%), područja duševnog zdravlja 26 korisnika (15.29%), palijativna od 3 korisnika (1.76%) i ostalo od 12 korisnika (7.06%).

Od navedenog broja 38,38 % starijih ljudi živi samih, a 61,61 posto starijih ljudi sa svojim obiteljima. Pri ocjeni zadovoljstva sa izvođenjem aktivnosti su stariji ljudi koji žive sami, postigli su bolje rezultate od onih koji stanuju s nekom osobom. Budući da su se poboljšale motoričke sposobnosti starijih osoba, koje žive s drugim osobama ili ako su same, procesne spretnosti poboljšae su se samo kod onih osoba koje žive s drugim osobama. Randstrom i suradnici misle da je za starije osobe bolje da je poželjna suradnja članova obitelji u rehabilitaciji starijih osoba, jer je poticajni čimbenik njihove rehabilitacija i uljeva im nadu. Tako je starijim osobama omogućeno da još uvijek žive u svojim domovima, što je po istraživanjima (Sixsmith & Sixsmith, 2018, cit.po Hwanget al., 2011)

jeftinije od institucionalne skrbi. Korisnici su u našem projektnom radu sudjelovali u odabiru aktivnosti što je pomoglo u povećanju motiviranosti za suradnju i postizanje napretka.

Do sada smo u CPND Maribor, u okviru projekta CrossCare, obradili 100 korisnika u radnoj terapiji. Od navedenog broja, više od 80 osoba bilo je uvršteno u sustav dobre prakse spomenutog projekta, a ostali se još obrađuju.

Većina formalnih usluga radne terapije izvodi se u institucionalnoj skrbi. Budući da se broj starijih osoba iz godine u godinu drastično povećava, nužno je urediti zakonodavstvo na području dugotrajne skrbi u domu i implementirati radnu terapiju kao struku u domu korisnika. Ovim projektom dokazali smo da su takve usluge jako potrebne i prvenstveno su uspješne i učinkovite za same korisnike. To prikazuje i primjer dobre prakse kojega smo uvrstili u multidisciplinarni tim i s korisnikom M.K. postigli zavidne rezultate.

Temeljem danih podataka iz projektnog dijela CrossCare proizlazi da je rad timske prirode namijenjen za korisnike, stariju populaciju, čiji broj ustrajno raste i da je nužno potreban za podizanje kvalitetnog starenja u njihovim domovima kao i za rasterećenje obitelji. Rodbina je opterećena svojim obiteljima, a dostupnost navedenih usluga je potrebna starijoj populaciji. U okviru projekta, na uvrštavanje i osveščivanje stručnog rada u domu, pripremali smo veći broj ljudi, ne samo u većim gradskim sredinama nego i u ruralnim područjima, odnosno teško dostupnim selima, a korisnicima smo omogućili trajniji i kvalitetniji život u njihovom vlastitom domaćem okolišu.

Dodatno, u projektnom radu izvodili smo programe izobrazbe, prezentacije radne terapije kao struke i upotrebu DT pomagala u različitim sklopovima organizacija u svrhu približavanja projektnoga rada i struke radne terapije pri promociji i osveščivanju ljudi na širem regionalnom i državnom području. U nastavku navodimo vidljive aktivnosti u okviru projekta:

- 31. 8. 2019: Štand na Festivalu Lent-Art KAMP
- 1. 10. 2019: Prezentacija projekta CrossCare i do sada postignutih rezultata na Festivalu za 3. Životnu dob (sudjelovanje na okruglom stolu »Integrirani pristup starijih ljudi u domu(CrossCare).«
- 24. 9. 2019, 17. 12. 2019 i 25. 2. 2020: Inicijativom međuopćinskog Društva slijepih i slabovidnih Maribor bila je izvedena izobrazba osobnih asistenata.
- 18. 9. 2019: Interna diseminacija znanja (prezentacija

radno terapeutskih pomagala socijalnim skrbnicima zaposlenima u CPND Maribor).

- 2. 10. 2019: Interna diseminacija znanja (izvedena praktična radionica sa skrbnicima u suradnji s fizioterapeutom na temu razmjene iskustava na terenu).
- 27. 11. 2019: Posjeta pridruženog partnera CSD Brežice-uključivanje 3 korisnika na terenu i radionica s predavanjem »Prezentacija radne terapije na terenu i upotreba DT pomagala«).
- 3. 12. 2019: Prezentacija projekta Crosscare s praktičnim prikazom djelatnosti organiziranih ponudom Službe Vlade Republike Slovenije za razvoj i europsku kohezijsku politiku.
- 31. 1. 2020: Prezentacija Centra za pomoć u domu i projekta CrossCare u gradskoj četvrti Tabor.
- 3. 3. 2020: Prezentacija Centra za pomoć u domu i projekta CrossCare te prezentacija radne terapije kao struke korištenjem radno terapeutskih pomagala u gradskoj četvrti Radvanje.

Predavanjima i radionicama pomogli smo u promociji i osveščivanju znanja iz radne terapije, upotrebi radno terapeutskih pomagala, izvođenju transfera ljudi sa smetnjama u kretanju i osveščivanju ljudi s različitim oblicima rada i samopomoći. Sa svim gore spomenutim aktivnostima aktivno smo pomagali u podizanju kvalitete života starijih osoba u njihovom domaćem okolišu, osveščivanju činjenice da je radna terapija struka budućnosti koju je za starije osobe potrebno staviti i u sustav slovenskog zakonodavstva. Naime, trendovi i preporuke europske i svjetske stručne javnosti zahtijevaju smjernice za integriranu skrb, kako radne terapije tako i multidisciplinarne suradnje različitih struka starijih u domu.

Možemo zaključiti da rezultati rada opravdavaju sredstva što je bio i cilj sudjelovanja. Nakon završetka projekta u kolovozu 2020. godine nastaje praznina koju želimo popuniti nastavkom samoga rada, čak i preko bilo kakvo drugačijeg oblika organiziranosti, gdje bi naš rad mogao prijeći u stalnu praksu skrbi za starije na terenu. Potrebna je i sistematizacija radnih mjesta. Zato svi želimo da se ta stalna praksa implementira u sistematizaciju radnih mjesta te uredi na sustavnoj državnoj razini. Tako bi bili najzadovoljniji i najveseliji sami korisnici, a naš rad bi imao svoj smisao i oplemenio bi se novim znanjima koja bi svim djelatnicima omogućio CPND Maribor.

Literatura:

- Galof, K., Matjaž, A., Ozvatič, K., Zadravec, L. (2004). Domaće bivalno okolje pri starijima.
Tomšič, M. (ur.). Zrela leta slovenske delovne

terapije: Zbornik prispevkov z recenzijo, 28. maj 2014. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta pp. 141-150.
 Robinson, J. T., Moen, P. (2000). A life-course perspective of housing expectations and shifts in late midlife. *Research on Ageing* 22(5): 429-532.
 World population ageing (2015). Department of Economic and Social Affairs: Population Division. United Nations, New York. Dobiveno 28. 6. 2016 s http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf.

Randstrom, K. B., Asplund, K., Svedlund, M., Paulson, M. (2013). Activity and participation in home rehabilitation: older people's and family members' perspectives. *Journal of Rehabilitation Medicine* 45(2): 211-216.

DIETETIKA

DIJETETIKA U SKLOPU PROJEKTA CROSSCARE

Metka Miško

Starenje je pojava koja počinje rođenjem, a kasnije u životu donosi brojne fizičke, psihičke i socijalne promjene. Na te promjene moramo se početi pripremati već u mladosti, a pogotovo u zrelo doba. Životni vijek stanovništva se produžuje. Kod produživanja važnu ulogu imaju aktivnosti na području sprječavanja bolesti, poboljšana zdravstvena skrb, učinkovitije postupanje s bolestima srca, krvožilnog sustava i kostiju povezane sa starošću te primjerena prehrana.

Pravilnom prehranom podupiremo djelovanje našega tijela i njegovu otpornost na bolesti. Previše šećera, masnoća, mesa - sve to, što je bilo znak blagostanja, šteti našem zdravlju. Činjenica da nas je industrijska revolucija oslobodila teškog fizičkog rada, karakterističnog za protekla vremena, loše utječe na naše zdravlje jer je kretanje, pored zdrave prehrane, prvi korak ka jačanju zdravlja. Zdrava prehrana omogućuje da se bolje osjećamo i ostanemo aktivni i u kasnijim godinama. Predstavlja najbolju preventivu za sve kronične bolesti i suputnik je u zdravijoj starosti. Cilj prehrane u bilo kojem životnom razdoblju mora biti održavanje normalne ishranjenosti, što predstavlja uvjet za bolje zdravlje i dobrobit. Život u trećem životnom razdoblju obično se razlikuje od života u razdoblju punog zaposlenja. Čovjek živi smirenije, smanjena su tjelesna opterećenja i mijenja se rad kojeg obavlja. S godinama se smanjuje i tjelesna aktivnost. Često se javljaju različite bolesti. Sve te životne promjene utječu na potrebe starijih osoba za nutrijentima i energijom. Potrebe za energijom za smanjuju, a povećavaju se potrebe za kvalitetnim nutrijentima. Prehrana u starijem razdoblju mora biti sastavljena od kvalitetnih namirnica koje ne opterećuju probavni i metabolički proces.

S godinama se povećava gubitak mišićnog tkiva i koštane mase, a počinju se gomilati naslage tjelesnih masnoća. Povećava se intolerancija na glukozu, a usporava se metabolizam, izlučivanje probavnih sokova i apsorpcija nutrijenata. Probava se usporava pogotovo ako starija osoba uživa u hrani s balastnim tvarima, pije

premalo i manje se kreće. Također, na probavu utječu i štetni lijekovi. Nakon navršenih 60 godina starijim osoba se okus i miris hrane počinje mijenjati jer se smanjuje broj okusnih stanica i njihova osjetljivost, zbog čega hrana više ne miriše. Naime, aromatska svojstva povećavaju sklonost hrani i važna su za normalnu probavu. Kad hrana više nije toliko primamljiva, manje ćemo u njoj uživati. Počet ćemo gubiti na tjelesnoj masi, pojavljuje se pomanjkanje određenih nutrijenata i pada naša psihofizička kondicija - pa se osjećamo loše. Prag osjetilne percepcije kod starijih osoba je 2,5 puta veći, a za masnoće 4,5 puta. To pridonosi poteškoće kod starijih osoba, koje imaju propisanu dijetu s manje masnoća, jer im obično masna hrana u ustima ne pruža osjećaj punine. Nesvjesno uživaju u velikoj količini masnoće, a da pritom ne osjećaju okus masne hrane. Može se dogoditi da starija osoba zaboravi konzumirati obrok zbog neuroloških ili psihičkih bolesti, npr. Alzheimerove bolesti (Pokorn, 2003).

Energijske potrebe organizma s godinama su sve manje. Nakon 60 godina starosti organizmu treba 20 do 25 posto manje energije. Smanjena tjelesna aktivnost i slabljenje mišićne mase važni su uzroci za smanjene energijske potrebe. Smanjene energijske potrebe starijih osoba i nepromijenjena želja za hranom dovode do pojave debljine, zato starije osobe iz prehrane trebaju izbaciti masnoće, šećer i alkohol. S druge strane, tijelo više ne može u punoj mjeri iskoristavati sve nutrijente, zato često dolazi do pomanjkanja vitamina B6, B12, D i cinka.

Američka udruga dijetetika (ADA) je u svojem opširnom istraživanju ustanovila da starije osobe često konzumiraju premalo bjelancevina, kalcija, željeza, cinka, folne kiseline, vitamina A, C B12 i vode (Anon., 2004). Često zaboravljaju da organizmu treba voda. Starije osobe sklonije su dehidraciji jer sa starošću popušta osjećaj žeđi. Upravo zbog toga ih treba češće upozoravati na to da su »isušeni«. Dehidracija pogoršava stanje skoro svih bolesti. Posebno je važno piti vodu tijekom visokih temperatura.

Vodič za prehranu starijih osoba sadrži sve značajke sigurne prehrane, koja nas štiti od raka, osteoporoze, bolesti srca, krvožilnog sustava i dijabetesa. Jelovnik sastavljamo na temelju poznatih preporuka za sigurnu i uravnoteženu prehranu. Potrebno je uzeti u obzir zdravstveno stanje starijih osoba, prehrambene navike i ukus jer dobro sastavljen jelovnik neće ostvariti svoju svrhu ako hrana ostane netaknuta na tanjuru.

Nakon pregledavanja postojeće dokumentacije i statistike u okviru CrossCare projekta kod starijih osoba

najčešće su bolesti kratkovidnosti, dalekovidnosti, bolesti kostiju, zglobova i mišića, zastoji srca te kronična opstruktivna bolest. Zbog bolesti koje prate starost, starije osobe teže sami pripremaju obroke, zato ih pripremaju članovi obitelji (40 posto). Dostavu hrane prima 26 posto jer nemaju bližnjih koji bi mogli pripremiti obrok, a sami ne mogu.

Velika većina starijih osoba, (91 posto), svaki dan konzumira doručak jer se drže pravila »da najprije treba nešto pojesti, potom uzeti lijekove«. Otprilike 95 posto starijih osoba prima lijekove, zato su tako dosljedni s konzumacijom doručka, kako ne bi imali poteškoća sa želucem.

U proteklih šest mjeseci nije se promijenila težina kod 40 posto korisnika, što ukazuje na podatak da polovica (52 posto) konzumira pet obroka na dan i poštuju smjernice zdrave prehrane.

47 posto ispitanika nema poteškoća s probavom jer su u njihovu prehranu obuhvaćeni gotovo svi nutrijenti (99 posto), čime osiguravaju miješanu i uravnoteženu prehranu.

Više od polovice ispitanika (57 posto) nema poteškoća sa žvakanjem hrane jer imaju zubnu protezu.

Kao što sam već spomenula, nakon navršenih 60 godina, mijenja se okus i miris zbog čega im hrana više ne miriši. Upravo suprotno pokazuje rezultat ispitanika jer 81 posto tvrdi da imaju dobar osjećaj mirisa i okusa hrane. Među njima čak 59 posto nema nikakav gubitak apetita. Tijekom razgovora većina korisnika izjavljuje da u djetinjstvu trpjeli nestašicu hrane, često su bili gladni, zato si sada žele priuštiti ono za čime su nekad patili, čak i ako trebaju potrošiti zadnji euro.

72 posto ispitanika tvrdi da nemaju ekonomskih poteškoća što se tiče prehrane, ali da si drugo ne mogu priuštiti jer im to ne omogućuju malene mirovine. Za nadomještanje izgubljene vode potrebno je dnevno konzumirati dovoljnu količinu tekućine. Zato su najprimjerenija pića voda, nezaslađeni čaj, prirodni sokovi s malo šećera, bistra juha i slično. Samo 93 % ispitanika konzumira manje od dvije litre tekućine dnevno. Neki među njima imaju ograničenu konzumaciju tekućine zbog zdravstvenih poteškoća, prije svega osobe sa zastojem srca (18 posto).

Prilikom jela preporuča se uživanje u kvalitetnim crnom vinu. Preporučena dnevna količina je jedan do dva decilitara. Samo 16 posto ispitanika povremeno pije alkohol.

Prehrana starijih osoba treba sadržavati ograničenu količinu namirnica punih šećerom. Dodali smo ih kompletnom obroku hrane, zajedno s drugim prehrambenim namirnicama. Otprilike 73 posto ispitanika dodaje jednu žličicu šećera kavi, čaju, voćnim salatama i slično.

Premda bi, zbog povećanog broja oboljelih od kardiovaskularnih bolesti, trebali izbjegavati sol i slanu hranu, 75 posto korisnika svejedno dodaje sol u hranu. Samo 29 posto korisnika ima propisanu dijetu. Međutim, mnogi od njih se dijetu drže samo kada imaju poteškoće, potom se opuste. Dijetalnom prehranom poboljšala bi se njihova kvaliteta života i smanjila stopa pobola od raznih bolesti koje donosi starost.

Svaka starija osoba ima barem jednu bolest, koju bi mogli ublažiti pravilnom prehranom. Energetske potrebe između 50 i 70 godina starosti padaju za 10 posto, a nakon 70. godine za 20 do 50 posto. Smanjuje se pokretljivost, kapacitet pluća, rad bubrega i jetra, gubi se koštana masa, prije svega kod žena. Gubitak tjelesne težine kod starijih osoba nije poželjno jer je nadomještanje izgubljene mišićne mase veoma teško. Za zdravu i uravnoteženu prehranu potrebno je smanjiti uporabu šećera, razmjerno konzumirati masnoće i što manje namirnica koje sadrže kolesterol, ograničiti unos soli, umjereno konzumirati krto mesto i mliječne proizvode, šećer i povrće, punozrate žitarice, rižu, kašu i mahunarke.

Obroci trebaju biti ravnomjerno raspoređeni tijekom dana (pet obroka), hrana treba biti ukusno pripremljena i na način koji će očuvati maksimalnu kvalitetu nutrijenata. Nikako ne smijemo zaboraviti na dovoljan unos tekućine. Pored zdrave prehrane, za što kvalitetnije očuvanje zdravlja starijih važno je izbjegavati loše navike (pušenje, alkohol) te aktivan životni stil.

Na kraju bi dodala da su korisnici veoma dobro osviješteni o značenju uravnotežene i zdrave prehrane, ali si to ne mogu priuštiti zbog teških financijskih uvjeta. Obično kupuju ono što je jeftinije. Zato su se korisnici veoma radovali savjetovanju, vaganju i mjeranju tjelesnih sastojaka jer im to nije omogućeno od strane drugih službi, koje dolaze u njihov dom. Zdrava prehrana je najbolja preventiva za sve kronične bolesti i suputnik je u zdravijoj starosti.

Literatura:

1. Anon. Prehransko fiziološke potrebe starostnikov po hrani. Nova spoznanja o hrani. Ljubljana: Dietetika d.o.o., 2004.
2. Bandur, U. (2015). Prehrana starostnika (magistarski rad). Maribor: Sveučilište u Mariboru, Medicinski fakultet.
3. Prehrana starostnika. Preuzeto 18. 2. 2020 s <http://www.dom-drjankabenedika.si/media/2017.dso.prehrana.starostnika.pdf>
4. Prehrana starostnika. Preuzeto 18. 2. 2020 s <https://www.dso-moste.si/index.php/novice/prehrana-starostnika/>
5. Prehrana za starostnike. Preuzeto 18. 2. 2020 s <https://www.dom-hrastnik.si/sl-SI/10/prehrana-za-starostnike>
6. Pravilna prehrana in dodatki za optimalno počutje starostnika. Preuzeto 18. 2. 2020 s <https://www.nasalekarna.si/clanki/clanek/pravilna-prehrana-in-dodatki-za-optimalno-pocutje-starostnika/>
7. Pokorn, D. Prehrana v različnih življenjskih obdobjih. Prehrana v starosti. Ljubljana: Marbona, 2003.
8. Pokorn, D. Skrivnost dolgoživosti: Kako si z zdravo prehrano podaljšati življenje. Ljubljana: Debora, 1996.

FIZIOTERAPIJA

FIZIOTERAPIJA U OKVIRU PROJEKTA CROSSCARE U MESTNI OBČINI MARIBOR

Jože Vrbančič

UVOD

Fizioterapija je zdravstvena znanost koja djeluje na području promoviranja zdravlja, sprječavanja i liječenja ozljeda i bolesti.

Fizioterapeuti su zdravstveni djelatnici koji su na jednoj strani upleteni u brojne multidisciplinarne teme na svim razinama zdravstvenog sustava, na drugoj pokušavaju što bolje sudjelovati i s korisnicima njihovih usluga i njihovim obiteljima, drugim zdravstvenim strukama te širim društvom.

Fizioterapeuti se u svim životnim fazama aktivno uključuju u procese očuvanja zdravlja te rehabilitacijom od bolesti i ozljeda.

Posvuda u razvijenom svijetu stanovništvo stari čime se povećava oboljelost stalno većeg postotka stanovništva - starijih osoba. Definicije određuju da se starost započinje s napunjenih 65 godina starosti.

Zajedno sa starenjem stanovništva strmo raste i ekonomski teret zdravstvene skrbi oboljelih i ozlijeđenih stanovnika pojedine države, jer se starenjem kod čovjeka stalno pojavljuje sve više zdravstvenih poteškoća i ozljeda. Najčešće su:

- Bolesti krvožilnog sustava (popuštanje srca, srčana kap, moždana kap, otkazivanje bubrega);
- probavne bolesti (dijabetes);
- reumatske bolesti (različite vrste artritisa);
- bolesti lokomotornog sustava (artroze zglobova, oboljenja kralježnice);
- duševne bolesti (različite vrste demencije, depresija, anksioznost);
- padanja i njihove posljedice (lomovi, udarci, modrice).

U Republici Sloveniji sustav javne zdravstvene skrbi ne omogućuje usluge fizioterapije u kući. Zato su iznimno dobrodošli svi oblici pomoći u kući koji uključuju i razne terapijske prakse, kao što su fizioterapija,

radna terapija, dijetetika, zdradstveno-odgojno savjetovanje, psihološka i socijalna potpora i slično.

PROJEKT CROSSCARE

Osnovni ciljevi CrossCare projekta su osiguravanje što kvalitetnije starosti, što duže funkcionalne samostalnosti te sigurnog i kvalitetnog života u domaćem okolišu.

U terapijski rad smo, gdje je bilo moguće, uključili obitelji korisnika. Naučili smo ih jednostavne terapijske pristupe i tehnike s kojima mogu pomoći boljoj kvaliteti života svojeg ostarjelog člana obitelji.

U okviru projekta veliki naglasak dali smo na osvježavanje i izobrazbu šire javnosti o zdravstvenoj i socijalnoj problematici starenja. Izvodili smo brojne interne obrazovne radionice unutar Centra za pomoć u kući Maribor na kojima su socijalne skrbnice dobile dodatna znanja o zdravstvenim problemima starijih ljudi.

Fizioterapija u kući, u usporedbi s fizioterapijom u ambulantama, bolnicama i rehabilitacijskim centrima drugačija.

Svi korisnici CrossCare projekta imali su iskustva barem jednog od gore navedenog oblika fizioterapije, zato je fizioterapeutski rad u kući za brojne predstavljaju novi izazov kojega su s veseljem prihvatili i u njemu jako dobro sudjelovali.

Korisnike je prvenstveno inspirirala činjenica da će fizioterapeutski tretmani usmjereni prema osiguravanju funkcionalne samostalnosti kao i učenje članova obitelji osnovnim svakodnevnim potrebama korisnika (kako pravilno izvoditi transfere, kako ispravno omatati natečene noge, kako pravilno nuditi potporu tijekom sjedenja, ustajanja, hodanja, sjedenja i slično).

U radu u kući korisnika uvijek smo uvažavali potrebe korisnika i želje, mogućnosti suradnje i uključivanja obitelji te uvjete životnog okoliša.

Rad fizioterapeuta na terenu, od fizioterapeuta zahtijeva veliku mjeru stručnog znanja i samostalnosti u radu te suverenosti pri prepoznavanju potreba korisnika i ispravnom odabiru prikladnih terapijskih pristupa.

Također, u većini slučajeva potrebna je velika mjera prilagodljivosti i domišljatosti, kako bi se proces

fizioterapije morau uspješno izvoditi i u domaćem okolišu gdje skoro uopće nisu dostupna pomagala koja su standardni inventar svake fizioterapeutske ambulante.

Posebno je ispostaviti područje padanja. Padanje je jedan od glavnih razloga težih tjelesnih ozljeda starijih ljudi, a posljedice padanja često prouzročavaju preranu smrt.

U fizioterapeutski dio CrossCare projekta, u Mestni občini Maribor uključili smo 147 korisnika. Svakog korisnika usluga tog projekta pokušali smo tretirati što cjelovitije i multidisciplinarno sa stalnim usklađivanjem pojedinih stručnih aktivnosti i intervencija kod pojedinog korisnika.

Usluge CrossCare projekta uvijek su bile odabrane u skladu s trenutnim zdravstvenim i socijanim stanjem korisnika. Po mogućnosti, u terapijski tretman pokušali smo uključiti i članove obitelji.

Broj fizioterapeutskih tretmana prilagodili smo zdravstvenom i funkcionalnom stanju korisnika. U ekoliko slučajeva obavili smo samo jedan, odn., dvije savjetodavne posjete. U prosjeku korisnici su sudjelovali na osam fizioterapeutskih posjeta.

Svakog korisnika stručno smo ocijenili s vidika funkcionalnih sposobnosti i sposobnosti za samostalni život, proučili dostupnu zdravstvenu dokumentaciju za svakog korisnika izradili fizioterapeutsko izvješće u koje smo bilježili sve posjete, izvedene aktivnosti i posebnosti te moguće promjene u zdravstvenom stanju korisnika.

Svakog smo korisnika prije i nakon procesa fizioterapeutskih tretmana testirali upotrebom standardiziranih mjernih alata, testove smo utemeljili na smjerovima terapijskih ciljeva. Po potrebi, testove smo izvodili tijekom procesa fizioterapeutskih tretmana.

Tijekom cijelog CrossCare projekta smo mi, fizioterapeuti i drugi stručni djelatnici na projektu izveli brojne zajedničke radionice i stručne susrete u svrhu razmjene iskustava i primjera dobre prakse. Većinom smo se susretali s tipičnim zdravstvenim i socijalnim problemima starijih osoba gdje je istovremeno bilo prisutno više zdravstvenih poteškoća. Preplitanje većeg broja zdravstvenih poteškoća i istovremeno zdravljenje ili ublažavanje navedenih, posebno je bilo značajno za starije osobe. Tako se s neurološkim zdravstvenim poteškoćama

suočavalo 41% korisnika, reumatološka oboljenja je imalo 37,5 %, različita internistička oboljenja 29%, a ortopedske i traumatološke zdravstvene poteškoće 26% korisnika.

Iznenadio nas je visoki udio neuroloških oboljenja jer smo očekivali daleko najveći udio reumatološke i ortopedske problematike.

Kombinacija različitih zdravstvenih poteškoća većinu starijih ometa u normalnom funkcionalnom gibanju ili ga u potpunosti sprječava. Ček 36% korisnika bilo je nepokretnih ili teško pokretnih, dodatnih 37% korisnika bilo je pokretno korištenjem pomagala koje je često bilo rolator ili recipročna hodalica, a u manjoj mjeri štaka ili štap za hodaње. Tako je normalno pokretnih bilo samo 27 % korisnika.

Glavni razlozi za tako veliki broj nepokretnih i teško pokretnih korisnika su:

- bol (prisutna kod 82% korisnika),
- nedostatak mišićne snage (prisutno kod 95% korisnika),
- slaba ravnoteža (prisutna kod 43% korisnika),
- skraćenje mišića i slaba mobilnost (prisutni kod 34% korisnika).

Bolovi u mišićima i zglobovima često su posljedice prethodnih padova ili reumatskih oboljenja, opća oslabilost često je bila povezana s oboljenjima kardiovaskularnog sustava, demencije, preboljele moždane kapi ili internističkih bolesti, a nepokretnost je često bila posljedica moždane kapi, lomova kuka ili neuspješnog kirurškog liječenja oboljenja kičme.

Svi zdravstveni djelatnici CrossCare projekta imali smo mogućnost uvida u zdravstvenu dokumentaciju korisnika koji su je imali kod kuće. Naime, dokumentacija je jako važna za cjeloviti tretman korisnika i uključuje i socijalnu skrb. Činjenica je da socijalni skrbnici nemaju prava na uvid u zdravstvenu dokumentaciju i nisu upoznati s posebnim okolnostima kao ni sa zdravstvenim stanjem korisnika. To može predstavljati ozbiljnu poteškoću s vidika sigurnosti djelatnice kao i korisnika.

Poteškoća s uvidom u zdravstvenu dokumentaciju, zaposlenici na CrossCare projektu nisu imali ali se pokazalo da obitelji i korisnici često nisu dovoljno upoznati ili podučeni o svim bolestima i stvarnom zdravstvenom stanju. Nakon temeljitijeg pregleda dokumentacije te razgovora s korisnicima i članovima obitelji, riješili smo brojne dileme i pitanja na koja korisnici i njihove obitelji, tijekom tretmana u

zdravstvenim ustanovama, nisu dobili zadovoljavajuće odgovore.

Ocjenjujemo da smo time neočekivano postignuli jedno od koristi CrossCare projekta - korisnicima i obiteljima dali smo jasniju predodžbu o zdravstvenom stanju korisnika, ozbiljnim prioritetima zdravstvenih intervencija te o ozbiljnim funkcionalnim sposobnostima potencijalnih korisnika i načinima pomoći obiteljima.

Kod temeljitijih pregleda zdravstvene dokumentacije otkrili smo stanja koja su za fizioterapeuta ključna za tretman korisnika. Određene zdravstvene poteškoće korisnika posljedica su rakastih oboljenja. U nekim slučajevima, u zdravstvenoj dokumentaciji jasno su bili zabilježeni lomovi kostiju i kralježaka kao posljedica metastaza u kostima. Korisnici i njihove obitelji nisu bili svjesni tih iznimno opasnih zdravstvenih rizika i nisu ih uzimali u obzir.

Informacije, do kojih smo došli, predali smo korisnicima i obiteljima. O mišljenjima obavijestili smo socijalne skrbnike Centra za pomoć u kući Maribor, kako bi svoj rad s korisnicima prilagodili na prikladan i siguran način i u skladu sa stvarnim zdravstvenim stanjem korisnika. Na taj način, socijalne skrbnike Centra za pomoć u kući Maribor, opremili smo korisnim informacijama za ispravan i siguran rad s korisnicima. Također, korisnike i socijalne skrbnike štitili smo od mogućih posljedica i nenamjernih ozljeda do kojih bi moglo doći u njihovom radu s korisnicima.

Pokazalo se da je protok informacija jako važan s vidika sigurnosti. Nepoznavanje stvarne zdravstvene slike osobe može prouzročiti nenamjerne ozljede i ponavljanje komplikacija.

Korištenjem različitih fizioterapeutskih metoda poboljšali smo zdravstveno stanje 70% korisnika. Bez bitnih promjena zdravstvenog stanja, na kraju fizioterapeutskih tretmana, bilo je 28% korisnika, a samo veći postotak korisnika izvješćivao je o slabljenju zdravstvenog stanja. U tim rijetkim primjerima odmah smo promijenili terapijske pristupe ili prekinuli s fizioterapeutskim tretmanom.

ZAKLJUČAK

Proces fizioterapije u kući odvija se bitno drugačije od ambulantne bolničke ili lječilišne fizioterapije.

Glavni cilj fizioterapije u kući je pružanje što duže i što veće funkcionalne autonomije korisnika. Također, uvijek je potrebno uzeti u obzir želje i potrebe

korisnika, uvjete životnog okoliša, prisutnost, odn., odsutnost obitelji te njihovu spremnost ili nesprijetnost na sudjelovanje u fizioterapeutskim postupcima.

U CrossCare projektu obitelji su često bile bitni utjecajni čimbenik za uspješnost fizioterapeutske intervencije u kući i zato je uspješna komunikacija s njima bila od iznimnog značenja za učinkoviti i učinkoviti rad s korisnicima.

Također, skoro se bez iznimke pokazalo da je uspješna komunikacija s obiteljima od iznimnog značenja za vrijeme, kada se terapijski tretmani završavaju, a obitelji s korisnicima ostanu bez pomoći ili dobivaju samo usluge pomoći u kući.

Jako je važna aktivna pomoć u pružanju zdravstvenih usluga, za uspješnost očuvanja i održavanja funkcionalnog stanja korisnika.

Zato su se obitelji, u skladu sa svojim najboljim mogućnostima, aktivno uključile u sve faze terapijskog procesa, kako bi se naučili pravilnim transferima, pravilnim položajima korisnika u krevetu i/ili u invalidskim kolicima, ispravnom postavljanju udova, te pravovremenom prepoznavanju nužnih zdravstvenih stanja na koje je bez odlaganja potrebno i pravilno reagirati.

Važno je naglasiti da je više od 90% korisnika i njihovih obitelji izrazilo veliko zadovoljstvo CrossCare projektom. Također, žele da bi se za starije osobe bolje pobrinulo u sustavu javnog zdravstva jer bi obuhvaćalo sve starije osobe u državi, za koje je potrebna zdravstvena pomoć u kući.

Korisnici, nakon završetka tretmana izražavaju zahvalnost da smo došli kod njih i da smo im, u skladu s najboljim snagama, pomagali u njihovom domaćem okolišu. Naime, većina nema mogućnosti da bi fizioterapeutske usluge koristili izvan svoje kuće. U tom segmentu bitno su uskraćeni i da nisu u jednakovrijednom položaju sa starijim osobama u institucionalnoj skrbi. Usluga fizioterapije se kao takva pokazala za jako važnu u svjetlu budućih rasprava o sustavnom uređenju područja socijalne skrbi u kući.

ZDRAVSTVENA NJEGA

ZDRAVSTVENA NJEGA STARIJIH OSOBA I PALIJATIVNA SKRB U PROJEKTU CROSSCARE

Metka Miško

Zdravstvena njega disciplina je koja brine za pojedinca, obitelj i društvenu zajednicu u zdravom stanju i tijekom bolesti, kako bi se postigla što veća kvaliteta zdravlja. Zadaća zdravstvene njege je štićenicima omogućuje njihovu neovisnost prilikom obavljanja osnovnih životnih aktivnosti, krijepljenje i očuvanje zdravlja, njegu bolesnih i sudjelovanje u procesu liječenja i rehabilitacije. Kao integralni dio zdravstvenoga sustava, obuhvaća promociju zdravlja, sprječavanje bolesti te zdravstvenu njegu fizičkih ili duševnih bolesnika te invalida svih starosnih dobi, u zdravstvenim ustanovama i lokalnim zajednicama. Područje rada specifično je i fleksibilni i ovisi o potrebama ljudi, organiziranosti zdravstvenog sustava, dostupnosti zdravstvenih službi i različitih izvora (Zbornica zdravstvene i babiške nege Slovenije, 2020).

Svrha zdravstvene njege je tretman zdravih ili bolesnih ljudi (pacijent, bolesnik, štićenik, stanar, korisnik, klijent ...), koji je jedinstven i neponovljiv u vremenu i prostoru te zato predstavlja najveću vrijednost sustava medicinskih sredstava. Sposobnost doživljanja i razumijevanja čovjeka kao cjeline tjelesnog, duševnog i socijalnog bića usklađuje diplomirana medicinska sestra svojim znanjima, iskustvima i sposobnostima, neprestanim prilagođavanjem i mijenjanjem svojega pozitivnoga odnosa prema sebi, drugima i okolini (Zbornica zdravstvene i babiške nege Slovenije, 2020). Čovjek stari cijeli život (Jurđana, 2011). Biološko starenje organizma prepoznajemo po slijedećim znakovima: sijeda kosa, boranje kože, menopauza kod žena, ćelavost i kod oba spola smanjenje tjelesnih i duševnih mogućnosti koje se pojavljuju u različitim stadijima. Razdoblje starosti nije jednako kod svih osoba. Međutim, dok neke osobe i do 90 godina žive bez većih problema, oni su aktivni i mobilni, a drugi već prije 65. godine ne mogu živjeti punim životom.

Stručnjaci zaključuju da je za postizanje kvalitetne starosti važno više čimbenika: tjelesno i duševno stanje, dobro ekonomsko stanje, zdrav okoliš i obitelj. Struka nam govori da starost nastupa nakon 65. godine, ali se u filozofskom pogledu započinje puno prije (Jurđana, 2011). U razdoblju starosti povećavaju se potrebe za zdravstvenom i socijalnom skrbi i zato se često povećava i rizik od siromaštva kao posljedice socijalnih transfera, zapošljavanja/umirovljenja, zdravstva.

U starijoj životnoj dobi česta pojava su kronične bolesti, organi slabije djeluju, češća je šećerna bolest tipa 2, slabi sposobnost centralnog živčanog sustava, puno puta odziv organizma nije značajan za stanje bolesti. Starija osoba slabije komunicira s okolinom i zato je problem u dobivanju prikladnih korisnih podataka (Žmavc, 2007).

Po Žmavcu (2007) najčešća su nužna stanja kod starijih osoba: neočekivani kardiovaskularni problemi, popuštanje jačine srca, plućni edem, teške smetnje srčanoga ritma, neočekivani problemi s bubrezima, problemi s disanjem, sepse i hipoglikemijske kome.

U projekt CrossCare, u Gradskoj općini Maribor uključili smo 244 korisnika. Temeljem izvedene statistike zaključujemo da korisnici najviše poteškoća imaju s bolestima kostiju, zglobova i mišića, srcem, a jako su česte i bolesti kralježnice, demencija i šećerna bolest. Kvalitetno starenje u velikoj je mjeri ovisno o sprječavanju kroničnih bolesti već u mladosti. Kod preboljele bolesti važna je dobra rehabilitacija kojom želimo vratiti radne sposobnosti organskih sustava te time očuvati mobilnost i samostalnost. Čak i s prihološkog vidika važno je da je starija osoba što duže neovisna od drugih osoba. Kvalitetna i duga starost ovisi o životnom stilu pojedinca, već od rane mladosti (Poredoš, 2004).

Činjenice da je dobra rehabilitacija nakon povreda i bolesti važna, svjesna je većina starijih ljudi jer su tijekom razgovora više puta spomenuli i interesirali se za fizioterapiju i radnu terapiju koje nudimo u projektu. Većina priznaje da bi njihov život s vidika očuvanja zdravlja i savladavanja zdravstvenih tegoba bio lakši ako bi se već u mlađim godinama pobrinuli za svoje zdravlje i zdravi životni stil.

Rastom broja starijeg stanovništva, raste i broj osoba koje pate od različitih duševnih problema. Jedan od najčešćih problema starije populacije je demencija. Demencija utječe na pamćenje, razmišljanje, orijentaciju, sposobnost učenja, govorne sposobnosti. Tijekom takvog uključivanja važno je sudjelovanje obitelji, zbog lakše komunikacije te dobivanja realnih

podataka o zdravstvenom stanju i posebnostima zdravstvenoga stanja korisnika. Izvodi se i individualno zdravstveno - odgojno savjetovanje članova obitelji. Neke starije osobe s demencijom slabije sudjeluju od drugih jer su nemirni kod mjerenja osnovnih vitalnih funkcija (krvni tlak, puls, kisik u krvi, šećer u krvi, težina). Iz iskustva znamo da ih prisutan član obitelji smiruje i zato lakše izvodimo mjerenja. Ako dođe do odstupanja, o tome je upoznata obitelj i stariju osobu šaljeemo osobnom liječniku, a patronažne medicinske sestre dogovaramo se za sljedeću posjetu.

Među najčešće uzroke bolesti smrti u razvijenom svijetu i Sloveniji već desetljećima spadaju kardiovaskularne bolesti. Srčani infarkt i moždana kap, neočekivani su zapleti koronarne bolesti srca, te uzrokuju dugotrajne probleme ili smrt. Često su za nastanak kardiovaskularnih bolesti značajni čimbenici kao što su povišeni krvni tlak, kolesterol, šećer u krvi, prekomjerna tjelesna težina, pušenje, tjelesna neaktivnost, stres, spol i starost (Nacionalni institut javnog zdravstva, 2014).

Kod svakog korisnika izmjerila sam vitalne znakove, upozorila ih o povišenim vrijednostima te provjerila da li i na koji način uzimaju svoje tablete. Dobra polovica ispitanih korisnika (52%) sama priprema svoje tablete. Slijede oni kojima tablete priprema obitelj (43%). Samo je 5% osoba koje trebaju pomoć u pripremi od strane drugih osoba, odn. patronažne medicinske sestre.

Tijekom razgovora dobila sam podatke o njihovoj aktivnosti ili neaktivnosti te o drugim poteškoćama koje ih opterećuju. Jako često korisnici govore o premalenim mirovinama zbog kojih imaju socijalne i novčane probleme. Veći socijalni problemi uzrokuju češće zdravstvene probleme. Kao razlog za dodatne zdravstvene probleme navode i neuređene obiteljske odnose. Takvih je čak 22% korisnika koji, zbog takvih ili drugačijih okolnosti, u potpunosti ovise o pomoći drugih osoba.

Pod pokretnih i stabilnih osoba izvodila sam vaganje i mjerenja rjelesnih sastojaka te obavila zdravstveno-odgojno savjetovanje o zdravoj prehrani. Kod većine morala sam prilagoditi savjetovanja o zdravoj prehrani njihovom socijalnom statusu jer ne mogu priuštiti niti osnovne namirnice. U takvim slučajevima pokazalo se koliko su važni svi individualni tretmani i suradnja sa socijalnim radnicama koje na dnevnoj bazu ulaze u njihove domove. Slijedeće jako dobro poznaju životne uvjete i brinu se za pripremu obroka. Među korisnicima čak 31% koristi službu dostave hrane u kuću. Tijekom razgovora kažu da su zadovoljni s dostavljenom

hranom. Neke osobe naručuju hranu svaki drugi dan jer su obroci hrane preveliki, a neke osobe zbog financijskih poteškoća ne mogu si priuštiti svakodnevnu dostavu. Hranu imaju naručenu kod različitih pružatelja usluga koji im, po potrebi, osiguravaju primjerenu dijetu. Čak 69% ispitanih korisnika priprema svoje obroke ili se za to pobrinu uži članovi obitelji.

U starosti padanja su jedan od najčešćih uzroka ozljeđivanja. Opasnost od padanja povećava se tijekom starenja. Ozljede tijekom padanja najčešće su lomovi kukova, zapešća, zglobova. Najčešća su padanja u domaćem okolišu koja su često povezana s bolestima i medicinskim stanjima. Česti su uzrok gubljenja samostalnosti i odlazjenja u institucionalnu skrb. U najčešće uzroke padanja spada slaba ravnoteža, neprilagođen životni prostor, osobne navike i strah nakon padanja (Ramovš i sod., 2014).

Pomoću Morseove ljestvice, za svakog korisnika, napravila sam ocjenu rizika od padanja. Takva ljestvica obuhvaća stupanj ugroženosti za padanje koji ocjenjujemo u skladu s točkama i standardiziranim upitnikom. Sljedeći obuhvaća ocjenu duševnoga stanja, sposobnosti gibanja potporu potrebu kod gibanja, prateće medicinske dijagnoze, anamnezu padanja i druge rizične čimbenike padanja (kateteri, terapija). Čak 39% korisnika ima visoki rizik od padanja, 41% srednjeg rizika od padanja, 17% je bez rizika od padanja.

Preporučena je redovita i dostatna tjelesna aktivnost u starosti jer pomaže u očuvanju tjelesnih sposobnosti i spretnosti koje su potrebne u obavljanju svakodnevnih zadataka i aktivnosti. Redovito gibanje utječe i na raspoloženje pojedinca i zadovoljstvo životom. Time, kada je starija osoba aktivna, krijepe se i njezini mišići, ublažava se smanjenje psihofizičkih i funkcionanih sposobnosti tijela, pomaže u smanjenju stresa i depresije te poboljšava imunološki sustav tijela (Drev, 2010).

Među uključenim korisnicima u projekt CrossCare je 49 posto je pokretnih, 31 posto djelomično pokretnih 20 posto nepokretnih. Budući da je velika većina korisnika pokretnih, pokazuje se i dobar rezultat, u ocjeni ugroženosti za nastanak rane zbog pritiska. Ocjenjuje se tjelesna kondicija, duševno stanje, aktivnost, pomičnost i inkontinencija. Ocjenjujemo u skladu s točkama i standardiziranim upitnikom. Čak 47 posto osoba nema rizika od nastanka rane zbog pritiska (u nastavku teksta: RZP), slijede im korisnici s niskom razinom (23 posto), srednjom razinom (16 posto) i visokom razinom (12 posto) za nastana RZP-a.

Kod nepokretnih ljudi i djelomično pokretnih jako je važna kvalitetna njega. Njome možemo spriječiti bilo kakvu ranu zbog pritiska. Kvalitetnu njegu u domovima izvode za to stručno osposobljene djelatnice. One na dnevnoj bazi ulaze u domove korisnika, a kod nekih čak i više puta dnevno. U svojem radu prepoznaju i potrebu kod korisnika za prilagodbom okoliša, odn., upotrebi pomagala potrebnih za pružanje kvalitetne zdravstvene njege. Često se ispostavlja potreba za bolničkim krevetom, jastukom protiv dekubitusa, jastucima za podstavljanje, kremama za zaštitu i vlaženje za kožu kao i za uslugama koje pružaju patronažne medicinske sestre u suradnji s osobnim liječnikom.

Česti skrbnici su obiteljski članovi što za njih predstavlja veliki stres, napor i strah da starija osoba ne dobiva pravu njegu. Pojavljuju se i poteškoće zbog manjka iskustava, znanja i njihovog posla, što vodi u preopterećenost i slabu skrb. Cilj skrbi u kući prvenstveno je njezino pružanje u lokalnom okolišu, odn. zajednici. Ljudima se takvom uslugom omogućuje što duži i kvalitetniji život kod kuće te obiteljskim članovima, koji se žele brinuti za svojeg člana obitelji, nudi nužnu pomoć.

U sklopu sestrinske anamneze, gdje sam korisnike pitala o razini inkontinencije, utvrdila sam da 47% korisnika osjeća i može zadržavati urin, 23% ih ima srednji oblik inkontinencije, 11% teški te 19% jako težak oblik inkontinencije.

Važan dio života starije osobe sposobnost je pobrinuti se za sebe kod izvođenja svakodnevnih zadataka. Ljudsko zdravlje ugroženo je cijeloga života ali se jako povećava u starosti. Bolovi i vrtoglavica uzroci su zbog kojih starija osoba ne može više izvoditi svakodnevne zadatke. Čak 66% ispitanika osjeća svaki dan osjeća bolove dok se kod 44% ispitanika pojavljuje vrtoglavica koja im otežava obavljanje svakodnevnih zadataka.

Kod svakog korisnika izvodila sam ocjenu sposobnosti skrbi za sebe u skladu s četrnaest temeljnih životnih aktivnosti. Iz toga slijedi da 12 posto korisnika nije sposobno brinuti se sami za sebe, dakle, u potpunosti ovise o drugima, prilikom brige za sebe veći dio ovisi o pomoći druge osobe, kod brige za sebe 22% djelomično ovisi o pomoći druge osobe, 27% povremeno ovisi o drugoj osobi, 9% je samostalno.

Svakog uključenog korisnika uvrstila sam u kriterij zahtjevnosti zdravstvene njege i ispostavila nekoliko dijagnoza potrebnih za njegu, koje su za pojedinca bile problem zbog zdravstvenog stanja. Prvi kriterij zdravstvene njege većinom su samostalni korisnici (28

%). U drugog spadaju oni koji trebaju djelomičnu pomoć kod osobne higijene, gibanja i hranjenja (38 posto). U treći kriterij zahtjevnost zdravstvene njege spadaju oni koji trebaju savršenu pomoć u osobnoj higijeni, kretanju i hranjenju te pomoć u pružanju sigurnosti (33%). U četvrtoj kategorizaciji su oni koji trebaju stalan nadzor i pomoć u izvođenju svih aktivnosti (1%). U radu svakodnevno se susrećem s naprednim kronični bolestima kod starijih ljudi. Puno takvih bolesnika je palijativnih. Zbog slabe prepoznatljivosti značenja palijativne skrbi ne tretiraju se kao palijativni bolesnici. Palijativna skrb nije opredijeljena određenim oboljenjem i starosti pacijenta, nego i temeljem ocjene stanja pacijenta s bilo kojom neozdravljivom bolesti, ocjenom prognoze te specifičnim potrebama pacijenta i njegovog obitelji. Osim pacijenata s uznapredovalim neozdravljivim rakom, palijativna skrb mora se pružiti i pacijentima s drugim nauznapredovalim kroničnim bolestima i poteškoćama, kao što su psihijatrijske, neurološke, pulmološke, kardiološke, gastro-enterološke, ginekološke, nefrološke, neke dermatološke, imunološke i neke infektivne bolesti u bilo kojoj starosti jer palijativna skrb mora biti namijenjena za pacijente svih starosti, odn. djecu i starije osobe (Državni program palijativne skrbi, 2010). Njezina svrha je pacijentima i njihovim obiteljima preventivnim mjerama te lakšanjem bolova poboljšati kvalitetu života tako da probleme rano prepoznamo, ocijenimo ih i tretiramo. Stanje nije ograničeno samo na bolove nego obuhvaća i druge telesne, psihološke, socijalne te duševne probleme i poteškoće. Palijativna skrb osigurava poštovanje valjanih etičkih pravila i normi: ljudska prava, prava pacijenata i umirućih (Državni program palijativne skrbi, 2010).

Palijativna zdravstvena njega posebno je područje zdravstvene njege utemeljeno na značajkama i ciljevima palijativne skrbi. Cjelovita je zdravstvena njega pacijenata s uznapredovalom i neozdravljivom bolesti. Za kvalitetno pružanje palijativne zdravstvene njege, uz dodatno stručno znanje, potrebne su prikladne komunikacijske spretnosti, karakterne i osobne karakteristike pružatelja palijativne zdravstvene njege koje su u skladu sa značajkama palijativne skrbi starijih osoba (Državni program palijativne skrbi, 2010).

Namjena palijativne zdravstvene njege je poboljšati kvalitetu života pacijenata nakon isteka neozdravljive bolesti, lakšanjem bolova što uključuje brigu za uniruće, kao i proces tugovanja za obitelj i rodbinu.

Svaki čovjek svakoga dana je bliže smrti. Starije osobe na približavajući kraj upozoravaju promijenjeni izgled, događaji oko njega, razne bolesti i poteškoće u starosti.

Češće se sa smrću susreće među svojim vršnjacima. Suočavaju se s problemima i pitanjima povezanim sa smrću. Razmišljaju o zagrobnom životu. U modelnom načinu života smrt je nekako gurnuta na rub obiteljskih aktivnosti. Umiranje se sve češće gura u bolnice i domove za starije i nemoćne, iako većina ljudi želi umrijeti kod kuće. U stara vremena smrt je ljudima bila poznatija jer su se već kao djeca susretali s umiranjem u obitelji i kod susjeda te sa svim uobičajenim povezanim obredima (Milavec Kapun, 2011).

Do poteškoća u razgovoru o umiranju i smrti dolazi već među samim zdravstvenim radnicima, a još je teže razgovarati s jako bolesnim osobama i njihovom obitelji. Svijest o značenju stjecanja znanja i vještina komuniciranja u palijativnoj skrbi, od bitnog je značenja, kako za zdravstvene radnike, kao i za radnike u djelatnostima socijalne zaštite.

Poznato je i dokazano je da u svijetu raste broj starije populacije, da se produžuje životni vijek i da slabi ekonomsko stanje stanovništva. Zato je smisleno ljude usmjeriti prema odgovornosti o vlastitom zdravlju i brizi za osiguravanje kvalitetne starosti. Danas ljude prestižu vremenski okviri brzog životnog stila, zato zaboravljaju na brigu za vlastito tijelo i duh. U starosti briga za zdravlje manifestira se na različite načine. Ljudi oboljevaju od različitih neozdravljivih kroničnih bolesti, podvrgnuti su padanjima zbog neokrijepljenih mišića i često su usamljeni jer tijekom života nisu stvarali društvena okruženja. Važno je povezivanje i suradnja zdravstvenih i socijalnih ustanova, obiteljskih članova vladinih i nevladinih organizacija, kako bi starijim osobama omogućili proživljavanje starosti u domaćem okolišu.

U svom radu na području zdravstvene njege doznala sam da sami korisnici, kao i njihovi bližnji koji se brinu za njih trebaju jako široki spektar zdravstveno-odgojnog savjetovanja jer su kod specijalista, osobnih liječnika te u ostalom socijalnom osoblju vremenski ograničeni. I čak i ovdje se pojavljuju poteškoće. Starije osobe ne mogu brzo predavati i preuzimati informacije koje trebaju, zbog svih svojih bolesti te starosne krhkosti. Svi korisnici uključeni u CrossCare projekt bili su jako zahvalni za svaku posjetu i zadovoljni za strpljivi i osobni pristup. Željeli su jako puno toga jer smo riješili i istovremeno spriječili puno zdravstvenih i povremeno nezdravstvenih poteškoća.

»Ako nam uspije da na starenje ne gledamo kao na propadanje tijela, nego kao i na žetveno vrijeme duše, spoznat ćemo da je starenje razdoblje velike moći, ponosa i samopouzdanja.« (John O'Donohue)

Literatura:

1. DPPO – Državni program paliativne oskrbe (2010). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
2. Drev, A. (2010). V gibanju tudi v starosti (spletni vir). Dostupno 3. 3. 2020 s https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/v_gibanju_tudi_v_starosti.pdf
3. Definicija zdravstvene njege. Dostupno 3. 3. 2020 s <https://www.zbornica-zveza.si/o-zbornici-zvezi/6136-2/>
4. Jurdana, M. (2011). Staranje. V: Jurdana, M., Poklar Vatovec, T., Peršolja Černe, M., ur. Razsežnosti kakovostnega staranja. Koper: Znanstveno raziskovalno središče, Univerzitetna založba Annales.
5. Nacionalni inštitut za javno zdravje RS (2014). Srčno-žilne bolezni (spletni vir). Dostupno 3. 3. 2020 s <https://www.nijz.si/sl/srcno-zilne-bolezni>
6. Milavec Kapun, M. (2011). Starost in staranje. Ljubljana: Zavod IRC.
7. Poredoš, P. (2004). Zdravstveni problem starostnikov (spletni vir). Zdravstveni vestnik, letnik 2004, št. 73. Dostupno 4. 3. 2020 s <file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/2363-Article%20Text-6780-1-10-20161103.pdf>
8. Ramovš, K. in sod. (2014). Preprečevanje padcev v starosti. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje.
9. Žmavc, A. (2007). Obravnava ogroženega starostnika v predbolnišnični nujni medicinski pomoči. V: Posavec, A., ur. Nujna obravnava starostnika v predbolnišničnem okolju: zbornik predavanj. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija reševalcev v zdravstvu.



4

GRAD ZAGREB

ZAGOTAVLJANJE STORITEV DELOVNE TERAPIJE S CELOSTNIM PRISTOPOM NA RAVNI PRIMARNEGA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

*Vjekoslav Jeleč, Mirela Šentija Knežević,
Marijana Prevendar, Andrea Miškulin,
Saša Radić*

Zdravstveni sistemi po vsem svetu uporabljajo celostno oskrbo kot eno od možnih socialno in ekonomsko učinkovitih rešitev za prebivalstvo z naraščajočimi in spreminjajočimi se potrebami, njena storitev pa mora vključevati več ciljev, na primer pri starejšem prebivalstvu (WHO, 2016). Ker Svetovna zdravstvena organizacija poudarja pomen na posameznika usmerjene, celovite, celostne in nenehne oskrbe, ki vključuje sodelovanje osebe, pacienta, njegove družine in skupnosti (WHO, 2016), bi bilo treba vse te storitve organizirati na primarni ravni zdravstvene oskrbe, torej tam, kjer se odvija življenje. Tudi Strokovni odbor Evropske komisije, ki je razpravljal o učinkovitih načinih vlaganja v zdravje, navaja, da je treba zagotoviti na osebo usmerjene celovite zdravstvene storitve v lokalni skupnosti, če

se želimo osredotočiti na »velik zalogaj« naraščajočih osebnih zdravstvenih potreb, (EXPH, 2014).

Mesto Zagreb že vrsto let razvija storitve, usmerjene na zmožnosti posameznika in njegovo funkcionalnost v vsakdanjem življenju, ki imajo večji učinek kot izključno medicinski model oskrbe (De Maeseneer, Boeckxstaens, 2012; EXPH, 2014). Ta oblika prakse se je najprej izvajala z oblikovanjem razpoložljivih storitev v lokalni skupnosti, financiranjem projektov nevladnih organizacij, namenjenih starejšim osebam, in razvijanjem vsebin, ki nudijo podporo starejšim prebivalcem, vse z namenom prepoznavanja izzivov staranja prebivalstva kot enega od dejavnikov, ki vplivajo na razvoj družbeno in gospodarsko učinkovitega zdravstvenega sistema. Projekt EU Celostni pristop k oskrbi starejših na domu »CrossCare« je nadgradil redne storitve (ki so nadstandardne), ki so na voljo z dejavnostmi Ustanove za zdravstveno varstvo na domu, katere ustanovitelj je Mesto Zagreb. Poleg zdravstvene nege, fizikalne rehabilitacije, paliativne oskrbe in zobozdravstvene oskrbe v skupnosti se obseg storitev širi na storitve delovne terapije. Delovna terapija je kot zdravstvena stroka vse od nastanka oblikovala svojo filozofijo in teoretična načela, ki vodijo praktično delo delovnega terapevta s predpostavko, da vključitev v okupacije (angl. occupational engagement) pozitivno vpliva na zdravje in kakovost življenja (Grey, 1998; Reilly, 1962). Delovni terapevti so nujen del človeških virov v zdravstvu, kot je navedeno v Nacionalni strategiji zdravstvenega razvoja 2012–2020, kar potrjujejo raziskave ekonomsko in socialno uspešnega ter trajnostnega zdravstvenega sistema (»največja

vrednost vloženega denarja»), zlasti v omejenih gospodarskih virih. Z zaposlitvijo šestih delovnih terapevtov in zagotovitvijo potrebnih kontekstualnih elementov (dva avtomobila, dve električni kolesi, dva skuterja, šest tabličnih računalnikov, šest mobilnih telefonov in dvanajst elektrostimulatorjev) je bila na primarni ravni zdravstvenega varstva prvič zagotovljena storitev delovne terapije. Med trajanjem projekta CrossCare (IKT, 2020 – 3. periodično poročilo) so delovne terapevtke v svoje intervencije vključile 340 pacientov, starejših oseb in invalidov ter dvakrat na teden zagotovile več kot 4500 intervencij delovne terapije, ki ne trajajo manj kot 60 minut. Osnovni predpogoj projekta in prenos znanja, praks, pristopov ter metod dela vseh projektnih partnerjev in drugih zainteresiranih strani je prispeval k temu, da so delovne terapevtke uporabljale sofisticirane sodobne metodologije za oceno izvajanja in zadovoljstva ob izvajanju vsakodnevnih dejavnosti (Law et al., 2016) ter potrebnih veščin (motoričnih, procesnih, senzoričnih itd.) (Fisher, 2006; 2009), ki so sicer na voljo državljanom Evrope, s tem projektom pa tudi prebivalcem mesta Zagreb. Delovni terapevti imajo namreč kompetence za oceno vpliva razvojnih, fizičnih in duševnih dejavnikov, ki vplivajo na posameznikovo sposobnost sodelovanja v zanj pomembnih dejavnostih, ob podpori zbranih informacij pa tudi za oblikovanje intervencijskega načrta za spodbujanje vključevanja v vsakodnevne okupacije oziroma dejavnosti (College of Occupational Therapists Ltd, 2015). Znanje s področja biomedicine in znanje s področja družbenih in okupacijskih ved ter njegova praktična uporaba delovnim terapevtom omogoča, da se lahko osredotočijo na vsakodnevno delovanje in udeležbo oziroma sodelovanje osebe v vsakodnevnih dejavnostih, ki so zanj pomembne. To zagotavlja, da so strokovnjaki, ki sodelujejo s pacienti, da bi našli rešitve, kadar obstaja vrzel med fizičnimi in/ali duševnimi sposobnostmi in spretnostmi, ki so potrebne za sodelovanje v vsakodnevnih dejavnostih, hkrati pa nudijo oporo za varno življenje v lastnem domu in zmanjšajo verjetnost hospitalizacije ali institucionalizacije (Bolt in sod., 2019). Med projektom so imele delovne terapevtke največ bolnikov z nevrološkimi težavami (33,63 %), sledile so jim težave z mišično-skeletnim sistemom (29,8 %) in težave z duševnim zdravjem (21,9 %). Pri intervencijah so poklicne terapevtke z uporabniki najpogosteje uporabljale pristop »top down«, v katerem se najprej opredeli sposobnost uporabnika za izvajanje določenih dejavnosti/vlog in pomen, ki ga uporabnik pripiše dejavnostim/vlogam, ki jih navaja kot pomembne. Te informacije nato določijo izbiro vrste intervencije, ki je lahko usmerjena v spodbujanje, vzpostavitev

ali obnavljanje, vzdrževanje, spreminjanje in/ali preprečevanje. Med projektom se je pokazala največja potreba po različnih oblikah svetovanja, predvsem svetovanju pri prilagajanju pripomočkov za izvajanje vsakodnevnih dejavnosti (na primer pripomočki za hranjenje, oblačenje ali kopanje). Najpogostejša oblika intervencije so bile intervencije z osnovnimi in/ali instrumentalnimi dejavnostmi vsakodnevnega življenja, in sicer preko dejavnosti skrbi za sebe (samonega, oblačenje, obuvanje, spanje, odhod na stranišče) in skrbi za druge (kuhanje, pospravljanje, gospodinjska opravila). Stalna razpoložljivost storitev v tem segmentu zagotavlja premagovanje izzivov v smislu tega, kar v literaturi imenujejo pomanjkanje kontinuitete pri vsakodnevnih dejavnostih oziroma ohranjanju zdravega življenjskega sloga ne glede na starost (Burton, Shapiro in German, 1999). Vzpostavljane, obnavljanje ali vzdrževanje veščin je bila tudi ena pogostejših intervencij, najverjetneje zaradi splošno sprejetega in v literaturi pogosto omenjenega stališča, da telesna neaktivnost oziroma zmanjšanje veščin prispevata k smrtnosti, pogostnosti bolezni in zmanjšani stopnji funkcionalnosti (Stav et al., 2012). Ker so v literaturi na voljo pomembni dokazi o povezavi med vključenostjo v družbene dejavnosti in participacijo v vrstniških skupinah, so delovne terapevtke, zaposlene v projektu CrossCare, v sodelovanju z gerontološkim centrom »Maksimirk« izvajale tudi skupinske delavnice v lokalni skupnosti. Delavnice so bile zasnovane v skladu s potrebami starejše populacije v sodelovanju s strokovnjaki, zaposlenimi v gerontološkem centru, teme pa so bile naslednje: Program za zlato dobo - »Življenje po meri«, »Listi padajo, ljudje ne bi smeli - preprečevanje padcev v vsakdanjem življenju«, »Prepletena življenja«, »Skrinjica življenjskih zgodb«, »Spomni se, kdo si«, »Znam IT«. Delavnice so bile izvedene na praktičen način z namenom, da bi posamezniku zagotovile čim več informacij o tem, kako spremeniti izvajanje vsakodnevnih dejavnosti, da bi bile te varnejše, primernejše in da bi pozitivno vplivale na zdravje posameznika. Potekale so v lokalni skupnosti v prostorih mestnega odbora, na njih pa je sodelovalo od 10 do 15 udeležencev. Udeleženci so pokazali večje zavedanje o tem, kaj je delovna terapija (7 %), kaj so storitve delovnih terapevtov (52 %), kako dnevne aktivnosti lahko služijo kot terapija (7 %), večje pa je bilo tudi samozavedanje o aktivnem sodelovanju udeležencev v procesu izboljšanja zdravja (23 %). Študija literature s področja celostne oskrbe (Armitage et al., 2009) navaja številne opredelitve in koncepte s področja celostne oskrbe, kar ima verjetno za posledico, da v Republiki Hrvaški in Republiki Sloveniji ni formaliziranega koncepta celostnega

pristopa, ki bi opredeljeval storitve socialnega in zdravstvenega varstva, ki so dostopne končnim uporabnikom. Dejavnosti projekta CrossCare v bistvu predstavljajo visoko stopnjo inovativnosti na območju Mesta Zagreb in v Republiki Hrvaški in so prišle ravno ob pravem času. Vzpostavljena struktura čezmejnega sodelovanja, ki je vključevala osem institucij, je izboljšala kompetence in zmogljivosti najmanj 153 zaposlenih, vključenih v projektne aktivnosti, vplivala na kompetence zaposlenih v partnerskih organizacijah in pospešila izdelavo programa celostnega pristopa k skrbi za starejše na domu. Napisan in preizkušen program celostnega pristopa k skrbi za ostarele na domu danes lahko služi kot strokovna podlaga za normativno ureditev tega področja. Na ozemlju Republike Hrvaške je ta program nastal ravno ob pravem času, saj je od 1. januarja 2019 s spremembami Zakona o zdravstvenem varstvu dejavnost delovne terapije prvič urejena na primarni ravni zdravstvenega varstva, tako da tudi zakonodajni okvir zagotavlja možnost dostopa do storitev delovne terapije. V Mestu Zagreb je skrb za starejše oseba ena od najpomembnejših prednosti javnega zdravstva, na kar nas demografski podatki opozarjajo že dolgo.

Literatura

- Armitage GD, Suter E, Oelke ND, Adair CE. (2009). Health systems integration: state of the evidence. *Int J Integr Care*;9(2). Preuzeto 20/1/2020. DOI: (<http://www.ijic.org/article/10.5334/ijic.316/>).
- College of Occupational Therapists Ltd (2015). The contribution of occupational therapy to GP services. London, UK: College of Occupational Therapists Limited. [Google Scholar]
- EXPH (Expert Panel on effective ways of investing in Health) (2014) Definition of a frame of reference in relation to primary care with a special emphasis on financing systems and referral systems. Brussels, Belgium: European Commission. Preuzeto 18/1/2020. DOI: https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/004_definitionprimarycare_en.pdf. [Google Scholar]
- Fisher AG. (2006). Assessment of Motor and Process Skills, vol. 1: Development, standardization, and administration manual. 6th ed. Fort Collins, CO: Three Star Press [Google Scholar]
- Fisher, A. G. (2013). Occupation-centred, occupation-based, occupation-focused: Same, same or different? *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20, 162–173. Preuzeto 15/1/2020. DOI: <https://doi.org/10.3109/11038128.2012.754492>
- Fisher, A. G. (2009). *Occupational Therapy Intervention Process Model: A model for planning and implementing top-down, client-centered, and occupation-based interventions*. Ft. Collins, CO: Three Star Press.
- Fisher, A. G., Adler, K., & Potts, A. (2007). Effectiveness of occupational therapy with frail community living older adults. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 14, 240–249. <https://doi.org/10.1080/11038120601182958>
- Gray, J. M. (1998). Putting occupation into practice: Occupation as ends, occupation as means. *American Journal of Occupational Therapy*, 52, 354–364. [Article] [PubMed]
- Larsen AE, Carlsson G. (2011). Utility of the Canadian Occupational Performance Measure as an admission and outcome measure in interdisciplinary community-based geriatric rehabilitation. *Scand J Occup Ther*. 2012 Mar;19(2):204-13. DOI: 10.3109/11038128.2011.574151.
- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M. A., Polatajko, H., & Pollock, N. (2016). *Canadian Occupational Performance Measure (5th ed.)*. Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Reilly, M. (1962). Occupational therapy can be one of the great ideas of 20th medicine (Eleanor Clarke Slagle Lecture). *American Journal of Occupational Therapy*, 16, 2–9.
- Stav WB, Hallenen T, Lane J, Arbesman M (2012). Systematic Review of Occupational Engagement and Health Outcomes Among Community-Dwelling Older Adults. *American Journal of Occupational Therapy*, May/June 2012, Vol. 66, 301-310. <https://doi.org/10.5014/ajot.2012.003707>
- The Regional Office for Europe of the World Health Organization (2016). Integrated care models: an overview. Health Services Delivery Programme Division of Health Systems and Public Health. Denmark
- Vlada RH (2012). Nacionalna strategija razvoja zdravstva RH.

GRAD ZAGREB

Mirela Šentija Knežević

Zagreb je glavno mesto Republike Hrvaške, hkrati pa tudi županija. V primerjavi z drugimi evropskimi državami spada Republika Hrvaška med države z najstarejšo populacijo in se nahaja v skupini desetih evropskih držav z največjim deležem starejših oseb v celotnem prebivalstvu. Starostna struktura prebivalstva na področju mesta Zagreb je malce ugodnejša kot v preostalem delu Republike Hrvaške, vendar delež oseb, starih 65 let ali več, ves čas narašča in je po popisu prebivalstva iz leta 2001 znašal 14,88 % skupnega prebivalstva mesta Zagreb, v popisu prebivalstva iz leta 2011 pa 17,3 %. Po ocenah Državnega statističnega zavoda za leto 2018 v Zagrebu živi 154.053 oseb, starih 65 let ali več, od katerih je 60.067 moških in 93.986 žensk, kar predstavlja 19,2 % prebivalstva. Narašča tudi število oseb v globoki starosti, to je 85 let in več, ki je leta 2018 znašalo 10,1 % skupnega števila starejših oseb v mestu Zagreb (Državni statistični zavod, 2018).

Da bi za svoje starejše someščane ustvarili predpogoje za dostojanstveno starost z zagotavljanjem storitev, ki bodo vplivale na kakovost življenja, je mesto Zagreb ob obstoječih strateških dokumentih pristopilo k pripravi novih ukrepov in strateških dokumentov, ki bodo dodatno prispevali k vzpostavitvi celovitejšega pristopa in dolgoročne oskrbe starejših oseb.

Mesto Zagreb že leta vlaga v napredek in varovanje zdravja starejših oseb preko zagotovljenih zdravstvenih in socialnih programov. Zdravstvena oskrba in skrb za obolele starejše osebe se izvaja v zdravstvenih ustanovah mesta Zagreb in na domovih uporabnikov s pomočjo programov institucionalne in neinstitucionalne oskrbe. Zdravstveno varstvo je organizirano na treh ravneh (primarna, sekundarna in terciarna), ki so med seboj povezane in pri nujenju zdravstvene oskrbe meščanom mesta Zagreb sodelujejo.

Ob obstoječi institucionalni oskrbi je nujen razvoj tudi novih neinstitucionalnih oblik oskrbe starejših (Havelka, 2001). Nedavne raziskave poudarjajo pomen razvitega sistema storitev pri nujenju številnih in raznovrstnih oblik pomoči ter podpore v lokalni skupnosti, ki so prilagojeni individualnim potrebam starejših oseb (Havelka in sod., 2000). To je hkrati tudi osnova za nove ukrepe, ki jih mesto

Zagreb izvaja v okviru Projekta integrirane oskrbe starejših oseb CrossCare, ki ima za cilj razvoj novih storitev za pomoč na domu starejšemu prebivalstvu in prenos dobrih praks. Cilji ukrepov v okviru projekta CrossCare, ki jih je izvajala Zdravstvena ustanova za nego na domu, katere ustanovitelj je mesto Zagreb so: nudenje pomoči starejšim osebam v gospodinjstvu, ustvarjanje pogojev, da starejši ostanejo v lastnem domu, doseganje čim višje stopnje psihološke in fizične blaginje, ustvarjanje občutka pripadnosti skupnosti in upravljanje lastnega življenja znotraj neinstitucionalnih zdravstvenih storitev. Na ta način se hkrati zmanjšujejo tudi stroški namestitve v domovih za starejše in onemogle ter skrajšuje trajanje hospitalizacij in odloženih odpuščanj iz zdravstvenih ustanov. Posebej je treba poudariti, da smo z zagotavljanjem dostopnosti neinstitucionalnih storitev v okviru projekta CrossCare ob sodelovanju z drugimi partnerji in ponudniki storitev pomembno prispevali k oblikovanju modela kombinirane socialne politike (welfare-mix), zmanjšanju revščine in k napredku socialne kohezije.

Socialna kohezija se bo preko dejavnosti v okviru projekta CrossCare in po modelu dobrih praks v EU s širjenjem pozitivnih izkušenj predstavila na ravni Republike Hrvaške tudi v okviru zaključne konference, ki bo potekala maja 2020 v organizaciji mesta Zagreb. Aktivnosti mesta Zagreb so se v obdobju izvajanja projekta nanašale na zagotavljanje storitev izdelave vizualne prepoznavnosti projekta – logotip in predstavitev projekta na Hrvaškem ter na mednarodnih konferencah.

Predstavniki mesta Zagreb so sodelovali na Kick off sestanku, ki se je odvijal v Ljubljani (2018), na katerem je Jelena Pavičić Vukičević, namestnica župana mesta Zagreb, podpisala Pogodbo o sofinanciranju projekta in Pogodbo o partnerstvu.

Od 24. do 26. 9. 2018 se je v Zagrebu odvijala tridnevna strokovna delavnica. Prvi dan je potekala konferenca za medije v zgradbi mestne uprave mesta Zagreba, na kateri so ob županu mesta Zagreb sodelovali predstavniki vseh projektnih partnerjev. Predstavniki mesta Zagreb so sodelovali tudi na začetni konferenci, ki se je odvijala 23. 1. 2019 v Ljubljani. Javna predstavitev projekta je potekala preko vseh javno dostopnih kanalov komunikacij. Tako je Mirela Šentija Knežević, koordinatorka projekta, gostovala na lokalni televiziji Z1s projektom seznanila javnosti. Projekt CrossCare je bil javno predstavljen tudi na sejmu za zrelo generacijo »Pravo obdobje«, ki je potekal od 15. do 18. maja 2019 na Zagrebškem velesejmu in

je namenjen osebam v tretjem življenjskem obdobju. Za promocijo je bila zagotovljena stojnica vse tri dni trajanja sejma, projekt pa je bil predstavljen na strokovnem delu sejma v petek, 17. maja 2019. Projekt sta predstavili Mirela Šentija Knežević iz mesta Zagreb in Saša Radić iz Ustanove za zdravstveno nego na domu.

Projekt je bil promoviran tudi na mednarodni konferenci »Živeti starost – izziv za posameznika, družino in družbo«, ki se je odvijala novembra 2019 v Zagrebu, s predstavniki partnerjev iz mesta Ljubljane pa tudi na konferenci Dnevi Dunaja v Ljubljani – Dunajski dnevi. V imenu ekipe projekta je dejavnosti projekta mesta Zagreb predstavila Marijana Prevendar.

Predstavniki mesta Zagreb so v sodelovanju z vsemi projektnimi partnerji 3. 12. 2019 sodelovali pri predstavitvi projekta Skupnemu sekretariatu Vlade Republike Slovenije za razvoj in evropsko kohezijsko politiko.

Projekt je prijavljen in sprejet za predstavitev na 20. mednarodni konferenci o integrirani oskrbi – 20th International Conference on Integrated care – ki se bo odvijala v Šibeniku od 27. do 29. aprila 2020.

Mesto Zagreb je z Ustanovo za zdravstveno nego na domu predstavilo projektne dejavnosti v okviru javne zdravstvene akcije »Dan rdečih oblek«, ki se organizira z namenom preprečevanja možganske kapi pri ženskah. V okviru akcije smo javnosti predstavili storitve delovne terapije in ukrepe, ki v vsakdanjem življenju lahko pomagajo osebam, ki so prebolele možgansko kap.

Zaključna konferenca projekta CrossCare se bo v skladu z dovoljenjem generalnega sekretariata odvijala v organizaciji mesta Zagreb dne 7. 5. 2020 v Opatiji v sklopu 4. hrvaškega gerontološkega in geriatričnega kongresa z mednarodno udeležbo. To bo hkrati tudi priložnost za predstavitev dejavnosti integrirane oskrbe v okviru projekta CrossCare in projektnih rezultatov zainteresiranim stranem iz zdravstvenega in socialnega sistema. Poleg tega bosta na zaključni konferenci predstavljeni tudi vzdržnost in dostopnost projektnih storitev v okviru obstoječega sistema Slovenije in Hrvaške.

Literatura

1. Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske. www.dzs.hr
2. Havelka, M., Despot Lučanin J. i Lučanin, D. (2000.), Potrebe starijih osoba za cjelovitim uslugama skrbi u lokalnoj zajednici, Revija za socijalnu politiku, 7., (1.): 19.-27.
3. Havelka, M. (2001.), Skrb za starije ljude u Hrvatskoj – potreba uvođenja novih modela, Društvena istraživanja, 12., (1.-2.): 225.-245.

GRAD ZAGREB

OSIGURANJE USLUGA RADNE TERAPIJE KROZ INTEGRIRANI PRISTUP NA RAZINI PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

*Vjekoslav Jeleč, Mirela Šentija Knežević,
Marijana Prevendar, Andrea Miškulin, Saša Radić*

Zdravstveni sustavi širom svijeta koriste integriranu skrb kao jedan od mogućih socijalno i ekonomski učinkovitih rješenja za populacije sa rastućim, promjenjivim zahtjevima čija usluga treba uključivati višestruke ciljeve, poput populacije starijih osoba (WHO, 2016). Kako Svjetska zdravstvena organizacija naglašava važnost na osobu usmjerene, sveobuhvatne, integrirane, kontinuirane skrbi koja uključuje participaciju osobe, pacijenta, njegove obitelji i zajednice (WHO, 2016) sve navedeno trebalo bi biti organizirano na primarnoj razini zdravstvene zaštite, dakle, dostupno tamo gdje se život odvija. Stručni panel Europske komisije koji je raspravljao o učinkovitim načinima investiranja u zdravlje također navodi da, ako se želimo usmjeriti na "velike zalogaje" osobnih rastućih zdravstvenih potreba pojedinca, potrebno je osigurati na osobu usmjerene, sveobuhvatne zdravstvene usluge u lokalnoj zajednici (EXPH, 2014).

Grad Zagreb već dulji niz godina razvija usluge usmjerene na mogućnosti pojedinca i njegovu funkcionalnosti u svakodnevnom životu, a koje pružaju veći učinak od isključivo medicinskog modela skrbi (De Maeseneer, Boeckxstaens, 2012; EXPH, 2014). Ovaj oblik prakse prvotno je implementiran kroz uobličavanje dostupnih usluga u lokalnoj zajednici, financiranje projekata nevladinih udruga usmjerenih na starije osobe te razvijanjem sadržaja koji pružaju podršku starijim građanima, a sve s ciljem prepoznavanja izazova starenja populacije kao jednog od čimbenika koji utječu na razvoj socijalno i ekonomski učinkovitog zdravstvenog sustava. EU projekt Integriran pristup skrbi za starije osobe u kući „CrossCare“ nadogrudio je redovite usluge (koje su nadstandard) dostupne kroz aktivnosti Ustanove za zdravstvenu njegu u kući, a čiji je osnivač Grad Zagreb. Uz usluge zdravstvene njege, fizikalne rehabilitacije, palijativne skrbi i stomatološke skrbi u zajednici, proširuje se opseg usluga na usluge radne terapije. Radna terapija, kao zdravstvena profesija, od dana postanka struke uobličila je svoju filozofiju i teorijske principe koji vode praktičan rad radnog terapeuta kroz pretpostavke da uključivanje u okupacije (engl. occupational engagement) pozitivno utječe na zdravlje i kvalitetu života (Gray, 1998; Reilly, 1962). Radni terapeuti neophodan su dio ljudskih resursa u zdravstvu, što je naznačeno i u Nacionalnoj strategiji razvoja zdravstva 2012.-2020., a što potvrđuju i istraživanja ekonomski i socijalno uspješnog i održivog zdravstvenog sustava („vrijednost za novac“), posebno kod limitiranih ekonomskih resursa. Zapošljavanjem ukupno šest radnih terapeuta te osiguravanjem potrebnih kontekstualnih elemenata (dva osobna

automobila, dva električna bicikla, dva skutera, šest tablet-računala, šest mobilnih telefona i dvanaest elektrostimulatora) prvi put je osigurana usluga radne terapije, i to na primarnoj razini zdravstvene zaštite. Tijekom trajanja projekta CrossCare (IKT, 2020 - 3. periodično izvješće), radne terapeutkinje su u svojim intervencijama obuhvatile 340 pacijenata, osoba starije životne dobi i osoba s invaliditetom te pružile više od 4.500 radnoterapijskih intervencija u trajanju ne kraćem od 60 minuta, dvaput tjedno. Temeljni preduvjet projekta, prijenosa znanja, praksi, pristupa i metoda rada svih projektnih partnera i drugih zainteresiranih strana utjecao je na to da su radne terapeutkinje koristile sofisticirane, suvremene metodologije procjenjivanja izvedbe i zadovoljstva izvedbom svakodnevnih aktivnosti (Law i sur, 2016) te potrebnih vještina (motoričkih, procesnih, senzoričkih i sl.) (Fisher, 2006; 2009) koje su inače dostupne građanima Europe, a kroz ovaj projekt i građanima Grada Zagreba. Naime, radni terapeuti posjeduju kompetencije procjene utjecaja razvojnih, fizičkih i mentalnih čimbenika na vještine pojedinca da participira (sudjeluje) u aktivnostima koje su mu važne te uz podršku sakupljenih informacija uobličavanja intervencijskog plana poticanja uključenja u svakodnevne okupacije (College of Occupational Therapists Ltd, 2015.). Uz svoja znanja iz područja biomedicinskih znanosti, njihovo poznavanje i praktična primjena znanja iz socijalnih te okupacijskih znanosti osiguravaju im fokus na svakodnevnom funkcioniranju i participaciji, odnosno sudjelovanju u za osobu značajnim svakodnevnim aktivnostima. To im osigurava da postaju stručnjaci koji zajedno s pacijentima pronalaze rješenja kada postoji jaz između fizičkih i/ili mentalnih sposobnosti i vještina potrebnih za sudjelovanje u aktivnostima dnevnog života te oni koji mogu pružiti podršku pri sigurnom životu u vlastitom domu, smanjiti mogućnosti hospitalizacije ili institucionalizacije (Bolt i sur, 2019.). Tijekom projekta radne terapeutkinje su imale najviše pacijenata s neurološkim poteškoćama (33,63%), zatim poteškoćama mišićno-koštanog sustava (29,8%) te poteškoćama mentalnog zdravlja (21,9%). Po pitanju intervencija, radne terapeutkinje provodile su najviše „top down“ pristup s klijentom, tijekom kojega na samom početku identificiraju klijentove sposobnosti izvođenja određenih aktivnosti/uloga i značenje koje on/ona pripisuje aktivnostima/ulogama koje navodi kao važne. Te informacije tada određuju i odabir vrste intervencije, koja može biti usmjerena na promicanje, uspostavljanje ili obnavljanje, održavanje, modificiranje i/ili preveniranje. Tijekom projekta najviše se potrebe pokazalo za raznim oblicima savjetovanja, posebno

savjetovanjima o prilagodbi pomagala za izvedbu svakodnevnih aktivnosti (primjerice, pomagala za hranjenje, za odijevanje ili za kupanje). Intervencije kroz bazične i/ili instrumentalne aktivnosti dnevnog života bile su najčešći oblik intervencije, i to kroz aktivnosti brige o sebi (samo njega, odijevanje, obuvanje, spavanje, obavljanje toaleta), brige o drugima (kuhanje, spremanje, održavanje kućanstva). Kontinuitet dostupnosti usluga u ovom segmentu mogao bi osigurati nadilaženje izazova u smislu onoga što se u literaturi spominje kao Manjak kontinuiteta u uključenju u svakodnevne aktivnosti, odnosno održavanje zdravih životnih stilova bez obzira na dob (Burton, Shapiro, & German, 1999.). Uspostavljanje, obnavljanje ili održavanje vještina također je bila jedna od češćih intervencija, vrlo vjerojatno zbog dosta prihvaćenog i u literaturi spominjanog razumijevanja da fizička neaktivnost, odnosno smanjene vještine povećavaju mortalitet, veću prevalenciju oboljenja i smanjeni stupanj funkcionalnosti (Stav i sur., 2012.). Kako u literaturi pronalazimo značajne dokaze povezanosti uključenja u socijalne aktivnosti i participaciju u vršnjačkim skupinama, radne terapeutkinje zaposlene na CrossCare projektu provodile su i grupne radionice u lokalnoj zajednici u suradnji s Gerontološkim centrom "Maksimir". Radionice su uobličene u skladu s potrebama populacije starije životne dobi u suradnji sa stručnjacima zaposlenima u Gerontološkom centru te su imale sljedeće teme: Program za zlatno doba - "Život po mjeri", "Lišće pada, ljudi ne bi trebali - Prevencija padova u aktivnostima svakodnevnog života", "Isprepleteni životi", "Kutija životne priče", "Sjeti se tko si", "Znam IT". Radionice su provedene na praktičan način kako bi se pojedincu pružilo što više informacija o tome kako izmijeniti provedbu svakodnevnih aktivnosti da budu sigurnije, primjerenije i utječu pozitivno na zdravlje pojedinca. Održavale su se u lokalnoj zajednici u prostorima mjesnog odbora i na njima je sudjelovalo od 10 do 15 sudionika. Sudionici su pokazali povećanje informiranosti o tome što radna terapije jest (7%), upoznatosti s uslugama koje radni terapeuti pružaju (52%), svjesnosti kako svakodnevne aktivnosti mogle poslužiti kao terapija (7%) te svjesnosti sebe kao aktivnog sudionika procesa unaprjeđenja zdravlja (23%).

Istraživanje literature u području integrirane skrbi (Armitage i sur, 2009.) ukazuje na mnogobrojne definicije te koncepte u području integrirane skrbi, što je vjerojatno i rezultiralo time da u Republici Hrvatskoj i u Republici Sloveniji ne postoji formalizirani koncept integriranog pristupa koji definira sadržaj

u pogledu ponude usluga socijalne i zdravstvene zaštite dostupne konačnim korisnicima. Projektne aktivnosti CrossCare projekta u biti predstavljaju inovativnost na visokoj razini na području Grada Zagreba i Republike Hrvatske te su došle točno u pravi trenutak. Uspostavljena prekogranična struktura suradnje koja je uključivala osam institucija ne samo da je poboljšala kompetencije i sposobnosti za najmanje 153 zaposlenika uključena u projektne aktivnosti te utjecala na kompetencije zaposlenika partnerskih organizacija već je i polučila izradu programa integriranog pristupa skrbi za starije osobe u kući. Napisani i isprobani program integriranog pristupa skrbi za starije osobe u kući danas može poslužiti kao stručni temelji za normativno reguliranje područja. Na području Republike Hrvatske to je došlo točno u pravi trenutak jer od 1. siječnja 2019. godine s izmjenama Zakona o zdravstvenoj zaštiti, prvi put je djelatnost radne terapije regulirana i na primarnoj razini zdravstvene zaštite, čime je i legislativni okvir osigurao mogućnost dostupnosti usluga radne terapije. U Gradu Zagrebu skrb za osobe starije životne dobi jedan je od najvažnijih javnozdravstvenih prioriteta Grada Zagreba, na što nas već dugo upozoravaju demografski podaci.

Literatura:

- Armitage GD, Suter E, Oelke ND, Adair CE. (2009). Health systems integration: state of the evidence. *Int J Integr Care*;9(2). Preuzeto 20/1/2020. DOI: (<http://www.ijic.org/article/10.5334/ijic.316/>).
- College of Occupational Therapists Ltd (2015). The contribution of occupational therapy to GP services. London, UK: College of Occupational Therapists Limited. [Google Scholar]
- EXPH (Expert Panel on effective ways of investing in Health) (2014) Definition of a frame of reference in relation to primary care with a special emphasis on financing systems and referral systems. Brussels, Belgium: European Commission. Preuzeto 18/1/2020. DOI: https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/004_definitionprimarycare_en.pdf. [Google Scholar]
- Fisher AG. (2006). Assessment of Motor and Process Skills, vol. 1: Development, standardization, and administration manual. 6th ed. Fort Collins, CO: Three Star Press [Google Scholar]
- Fisher, A. G. (2013). Occupation-centred, occupation-based, occupation-focused: Same, same or different? *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20, 162–173. Preuzeto 15/1/2020. DOI: <https://doi.org/10.3109/11038128.2012.754492>
- Fisher, A. G. (2009). Occupational Therapy Intervention Process Model: A model for planning and implementing top-down, client-centered, and occupation-based interventions. Ft. Collins, CO: Three Star Press.
- Fisher, A. G., Adler, K., & Potts, A. (2007). Effectiveness of occupational therapy with frail community living older adults. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 14, 240–249. <https://doi.org/10.1080/11038120601182958>
- Gray, J. M. (1998). Putting occupation into practice: Occupation as ends, occupation as means. *American Journal of Occupational Therapy*, 52, 354–364. [Article] [PubMed]
- Larsen AE, Carlsson G. (2011). Utility of the Canadian Occupational Performance Measure as an admission and outcome measure in interdisciplinary community-based geriatric rehabilitation. *Scand J Occup Ther*. 2012 Mar;19(2):204-13. DOI: 10.3109/11038128.2011.574151.
- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M. A., Polatajko, H., & Pollock, N. (2016). Canadian Occupational Performance Measure (5th ed.). Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Reilly, M. (1962). Occupational therapy can be one of the great ideas of 20th medicine (Eleanor Clarke Slagle Lecture). *American Journal of Occupational Therapy*, 16, 2–9.
- Stav WB, Hallenen T, Lane J, Arbesman M (2012). Systematic Review of Occupational Engagement and Health Outcomes Among Community-Dwelling Older Adults. *American Journal of Occupational Therapy*, May/June 2012, Vol. 66, 301-310. <https://doi.org/10.5014/ajot.2012.003707>
- The Regional Office for Europe of the World Health Organization (2016). Integrated care models: an overview. Health Services Delivery Programme Division of Health Systems and Public Health. Denmark
- Vlada RH (2012). Nacionalna strategija razvoja zdravlja RH.

GRAD ZAGREB

Mirela Šentija Knežević

Grad Zagreb je glavni grad Republike Hrvatske ujedno i županija. U usporedbi s europskim zemljama Republika Hrvatska spada među zemlje s najstarijom populacijom, te se nalazi u skupini od deset europskih zemalja s najvećim udjelom starijih osoba u ukupnom stanovništvu. Starosna struktura stanovništva na području grada Zagreba nešto je povoljnija nego u ostatku Republike Hrvatske, ali osobe u dobi od 65 i više godina života stalno su rastući dio populacije koji je po Popisu stanovništava iz 2001. iznosio 14,88% u ukupnom pučanstvu Grada Zagreba, a po popisu stanovništva iz 2011. iznosi 17,3%. Prema procjenama Državnog zavoda za statistiku za 2018. u Zagrebu živi 154 053 starih 65 i više godina, od čega 60 067 muškaraca i 93 986 žena, što čini 19,2 % stanovništva. U porastu je i broj osoba u dubokoj starosti, odnosno od 85 i više godina, koji u 2018. iznosi 10,1 % ukupnog broja starijih osoba u gradu Zagrebu (Državni zavod za statistiku, 2018.).

Kako bi svojim starijim sugrađanima stvorili preduvjete za dostojanstvenu starost osiguravajući usluge koje će utjecati na kvalitetniji život Grad Zagreb je uz postojeće strateške dokumente pristupio izradi novih intervencija i strateških dokumenata koji će dodatno doprinijeti uspostavi cjelovitog pristupa i dugoročne skrbi o starijim osobama.

Grad Zagreb niz godina ulaže u unapređenje i očuvanje zdravlja starijih osoba kroz osigurane zdravstvene i socijalne programe. Zdravstvena skrb i briga o oboljelim osobama starije životne dobi provodi se u zdravstvenim ustanovama Grada Zagreba, te u kući korisnika kroz programe institucionalne te izvaninstitucionalne skrbi. Zdravstvena zaštita organizirana je na tri razine (primarna, sekundarna i tercijarna) koje su međusobno povezane i surađuju u pružanju zdravstvene skrbi građanima Grada Zagreba. Uz postojeću institucionalnu skrb, neophodan je razvoj i novih izvaninstitucionalnih oblika skrbi za starije (Havelka, 2001). Recentna istraživanja naglašavaju važnost razvijenog sustava servisa za pružanje brojnih i raznolikih vrsta pomoći i podrške u lokalnoj zajednici koji su prilagođeni individualnim potrebama starijih osoba (Havelka i sur., 2000). To je ujedno i osnova za nove intervencije koje Grad Zagreb provodi u okviru Projekta integrirane skrbi za starije osobe CrossCare, koji ima za cilj razvoj

novih usluga za pomoć u kući za starije stanovništvo i prijenos dobre prakse. Cilj mjera u okviru projekta CrossCare koje je pružala Zdravstvena ustanova za njegu u kući čiji je osnivač Grad Zagreb je pružiti pomoći starijim osobama u kućanstvima, omogućiti im ostanak u vlastitim domovima, postići viši stupanj psihološke i fizičke dobrobiti, osjećaj pripadnosti zajednici i upravljanja vlastitim životima, a u okviru izvaninstitucionalnih zdravstvenih usluga. Na taj način se ujedno smanjuju i troškovi smještaja u domovima za starije i nemoćne, skraćuje trajanje hospitalizacija i odgođenih otpuštanja iz zdravstvenih ustanova. Posebno je važno istaknuti da smo zagovaranjem dostupnosti izvaninstitucionalnih usluga u okviru Projekta CrossCare, a u suradnji sa drugim partnerima i pružateljima usluga, značajno doprinijeli i zagovaranju modela kombinirane socijalne politike (welfare-mix), smanjenju siromaštva te unapređenju socijalne kohezije.

Socijalna kohezija kroz aktivnosti u okviru Projekta CrossCare, a prema modelu dobrih EU praksi diseminacijom iskustava zagovarati će na razini RH i u okviru završne konferencije koja će se održati u svibnju 2020., a u organizaciji Grada Zagreba.

Aktivnosti Grada Zagreba u razdoblju provedbe Projekta odnosile su se na osiguranje usluge izrade vizualnog identiteta projekta – logotipa, promociju i predstavljanje projekta u Hrvatskoj te na međunarodnim konferencijama.

Predstavnici Grada Zagreba sudjelovali su na Kick off sastanku održanom u Ljubljani (2018) na kojoj je Jelena Pavičić Vukičević, zamjenica gradonačelnika Grada Zagreba potpisala Ugovor o sufinanciranju Projekta i Ugovora o partnerstvu.

Dana 24. - 26. 9.2018. - u Zagrebu je održana trodnevna strukovna radionica. Prvi dan 24. 9. 2018. s početkom u 9 sati održana je konferencija za medije u zgradi Gradske uprave Grada Zagreba na kojoj su uz Gradonačelnika grada Zagreba sudjelovali predstavnici svih projektnih partnera. Predstavnicima Grada Zagreba sudjelovali su i na Početnoj konferenciji održanoj 23. 01. 2019. u Ljubljani. Promocija projekta održana je kroz sve dostupne javne kanale komunikacije, tako je Mirela Šentija Knežević koordinatorica Projekta gostovala lokalnoj televiziji Z1 gdje je predstavila javnosti Projekt.

Od 15 - 18. svibnja 2019. na Sajmu "Pravo doba" - Sajmu za zrele generacije koji je održan na Zagrebačkom Velesajmu, a namijenjen je osobama 3 životne dobi

promoviran je Projekt CrossCare. Za promociju je osiguran štand sva tri dana trajanja Sajma, a sam Projekt prezentiran je u stručnom dijelu programa u petak 17. svibnja 2019. Projekt su predstavile Mirela Šentija Knežević iz Grada Zagreba i Saša Radić iz Ustanove za zdravstvenu njegu u kući.

Projekt je predstavljen na Međunarodnoj konferenciji "Živjeti starost - izazov za pojedinca, obitelj i društvo koja je održana u listopadu 2019. u Zagrebu. Projekt je zajedno s predstavnicima partnera iz Grada Ljubljane predstavljen na konferenciji Dani Beča u Ljubljani - Dunajski dnevni, a u ime projektnog tima projektne aktivnosti Grada Zagreba je predstavila Marijana Prevendar.

Predstavnici Grada Zagreba sudjelovali su u predstavljanju Projekta Zajedničkom tajništvu Vlade Republike Slovenije za razvoj i europsku kohezivnu politiku u suradnji sa svim projektnim partnerima u Ljubljani dana 3.12.2019.

Projekt je prijavljen i prihvaćen za predstavljanje na 20. Međunarodnoj konferenciji o integriranoj skrbi - 20th International Conference on Integrated care koja će se održati u Šibeniku 27-29. travnja 2020.

Grad Zagreb predstavio je projektne aktivnosti zajedno s Ustanovom za zdravstvenu njegu u kući u okviru javnozdravstvene akcije „Dan crvenih haljina“, koja se organizira u cilju prevencije moždanog udara kod žena. U okviru akcije prezentirali smo javnosti uslugu radne terapije i intervencije koje mogu svakodnevno pomoći osobama koje su preboljele moždani udar.

Završna konferencija Projekta CrossCare održati će se u organizaciji Grada Zagreba 7.5.2020. u Opatiji u sklopu 4. hrvatskog gerontološkog i gerijatrijskog kongresa s međunarodnim sudjelovanjem, a sukladno dopuštenju Glavnog tajništva. To će ujedno biti prilika da predstavimo aktivnosti integrirane skrbi u okviru Projekta CrossCare te projektne rezultate dionicima iz zdravstvenog i socijalnog sustava. Osim toga na završnoj konferenciji zagovarati će se održivost i dostupnost projektnih usluga i u okviru redovitog sustava Slovenije i Hrvatske.

Literatura

1. Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske. www.dzs.hr
2. Havelka, M., Despot Lučanin J. i Lučanin, D. (2000.), Potrebe starijih osoba za cjelovitim uslugama skrbi u lokalnoj zajednici, Revija za socijalnu politiku, 7., (1.): 19.-27.
3. Havelka, M. (2001.), Skrb za starije ljude u Hrvatskoj – potreba uvođenja novih modela, Društvena istraživanja, 12., (1.-2.): 225.-245.



5

USTANOVA ZA ZDRAVSTVENU NJEGU U KUĆI ZAGREB

ERGONOMSKA PRILAGODITEV IN PRIPOMOČKI PRI VSAKODNEVNIH ŽIVLJENJSKIH AKTIVNOSTIH

Veronika Lukić, Monika Haldek

S procesom staranja povezujemo številne telesne, psihofizične, biološke in socialne spremembe, ki bistveno določajo funkcionalne sposobnosti (Lučanin D., 2017). Ko se zaradi različnih bolezni te sposobnosti spremenijo, pride tudi do spremembe izvajanja naših dejavnosti. Vsakodnevne aktivnosti posameznika se odvijajo v njegovi okolici, ki vključuje naravno ali ustvarjeno fizično in socialno okolje, pri čemer pojem okolja obsega vse dejavnike, ki vplivajo na razvoj in vedenje osebe (AOTA, 2014).

Delovni terapevt, ki ga vodi adaptacijski pristop, ponuja načrt za preseganje ovir, ki jih povzroča fizično okolje, da bi posameznik razvil/izboljšal/ohranil izvedbo dejavnosti (Radić, 2017). Ocena fizične okolice, v kateri oseba živi in izvaja svoje vsakodnevne aktivnosti, je osnova za delo delovnega terapevta. Po izvedeni oceni delovni terapevt izvede izobraževanje in svetovanje osebi o ergonomski prilagoditvi prostorov, o pripomočkih za vsakdanje življenjske

aktivnosti in usposabljanje za uporabo pripomočkov (AOTA, 2014). Asistenčna tehnologija/pripomoček je vsak predmet, kos opreme ali sistem izdelkov, bodisi nabavljen komercialno, spremenjen ali prilagojen, ki se uporablja za povečanje, vzdrževanje ali izboljšanje funkcionalnih sposobnosti ljudi z invalidnostjo (AOTA, 2010).

V času trajanja projekta CrossCare je bilo 22 % pacientov vključenih v delovno terapevtsko intervencijo, usmerjeno na svetovanje, nabavo in izdelavo pripomočkov za vsakodnevne življenjske aktivnosti, medtem ko je bilo pri 19 % bolnikov za izvajanje dejavnosti zagotovljena delovno-terapevtska prilagoditev ožjega in širšega okolja.

OSEBNA HIGIENA

Omejitev gibljivosti rame in/ali lakta lahko pri aktivnostih osebne nege povzroča težave pri doseganju hrbta, zadnje strani vratu ali glave (Radić, 2017). Da bi oseba lahko izvajala aktivnosti osebne higiene v kopalnici, mora biti ta prilagojena njegovim potrebam. To pomeni, da mora biti pri osebi v vozičku zagotovljen dostop k umivalniku, WC školjki, kadi/kabini za prho, na voljo pa mora tudi ustrezen manevrski prostor (Kroemer, Grandiean 1999). Oseba z zadostnim ravnotežjem in posturalno stabilnostjo se lahko umiva ali si pere roke v stoječem položaju, medtem ko je nezmožnost vzdrževanja normalnega stoječega položaja ovira za umivanje, saj ga je mogoče izvesti samo z uporabo gobice, ko oseba sedi v invalidskem vozičku ali na stolu (Chan in sod., 2009).

Česanje je lahko oteženo, če ima oseba težave z oprijemom in obsegom gibanja. Delovni terapevt lahko svetuje odebeljeno držalo krtače ali na krtačo pritrdi univerzalno manšeto, ki omogoča držanje brez oprijema. Glavnik s podaljšanim ročajem se uporablja za lažje doseganje las brez visokega dvigovanja rok, če obstaja omejena gibljivost ramena in/ali lakta (Chan in sod., 2009).

Pripomoček za striženje nohtov in pripomočki z odebeljenim ročajem in utori za pilico ter britvico (slika 1) se lahko uporabljajo pri težavah z oprijemom/slabši funkciji pesti. Za lajšanje/omogočanje oprijema pri aktivnosti pranja zob se lahko uporabi univerzalna manšeta okoli metakarpofalangealnega področja pesti, na katero se pritrdi ščetka. Stiskanje zobne iz tube se lahko olajša z dozirnikom. Ta prav tako omogoča stiskanje zobne paste na ščetko z uporabo ene roke (Chan in sod., 2009).

Aktivnost kopanja je prva aktivnost, pri kateri večina oseb v starejšem življenjskem obdobju izgubi samostojnost. Najpogosteje aktivnost kopanja izvedejo družina, skrbniki ali patronažna sestra (Radić, 2017). Z vgradnjo ograje, ročaja, stenskega sedeža/stola v kabini za prho ali s prečno deske za kad (slika 2) se prihrani energija in omogoči varna izvedba aktivnosti. Deska za kad omogoča sedenje pri vstopu in izstopu iz kadi, kot tudi sedenje med prhanjem (Šantek, 2007). Za lažje umivanje težje dostopnih delov telesa se uporablja goba s podaljšanim ročajem (Chan in sod., 2009).

Standardna višina WC-školjke je lahko za osebe v starejšem življenjskem obdobju neprimerna, na primer pri prisotnih spremembah v kolenih in kolku (Radić, 2017). To pomeni, da bodo nekateri potrebovali dodatno podporo v smislu povišanja



Slika 1.



Slika 2.

školjke brez ročaja/ z ročajem ali z namestitvijo ročaja na steno zaradi lažjega posedanja in vstajanja z WC-školjke.

OBLAČENJE

Oblačenje je zelo kompleksna aktivnost in za osebo ter delovnega terapevta obvladovanje te aktivnosti zahteva velik napor (Šantek, 2007). Odvisno od stopnje omejitve gibljivosti zgornjih okončin večina oblačil lahko povzroča težave. Na primer pri poškodbi ramenskega zgloba ali lakta (art. humeri, art. cubiti) prihaja do večjih težav pri oblačenju preko glave (majice) ali preko ramen (srajca), zapenjanju zgornjih gumbov srajce ali zapenjanja zadaj (modrček). Pri prisotnih poškodbah kolka ali kolena (art. coxae, art. genus) prihaja do težav pri oblačenju hlač, krila, nogavic, čevljev. Pri poškodbi dlani zaradi zmanjšane moči v dlaneh nastajajo težave pri zapenjanju pasu, gumbov, pa tudi pri oblačenju na splošno (Radić, 2017). Najpogostejši pripomočki, ki jih delovni terapevti lahko priporočajo osebi in jih usposobijo za uporabo so: pripomoček za obuvanje nogavic (slika 3), oprijemalo za slačenje spodnjih delov oblačil, pripomoček za zapenjanje gumbov z zanko (slika 4), žlica za obuvanje s podaljšanim ročajem.



Slika 3.



Slika 4.

Za omogočanje samostojnega prehranjevanja delovni terapevt po prepoznavi sprememb v majhnih sklepih dlani, omejene gibljivosti lakta ali rame rešitev najde v prilagoditvi jedilnega pribora in s tem nadomesti porušeno/izgubljeno funkcijo. Prilagojen jedilni pribor vključuje odebeljen in/ali ukrivljen ročaj pribora (slika 5). Če je možnost oprijema izgubljena v celoti, lahko delovni terapevt priporoči jedilni pribor z držalom (slika 5) ali manšeto z utorom za pribor, ki jo je mogoče prilagajati odvisno od velikosti dlani. Za zmanjšanje tremorja, ki je lahko posledica različnih bolezni, je priporočljiva uporaba obteženega jedilnega pribora z možnostjo individualnega odmerjanja teže (slika 5). Prilagojen krožnik s povišano in zaobljeno eno stranjo

krožnika (slika 5) ali dodatek za krožnik se uporablja za preprečevanje razlivanja hrane. Prav tako se lahko za preprečevanje drsenje krožnika uporabi protidrsko podlago. Prilagojeni pribor za pitje je lahko v obliki kozarca z ročajema, ki je pokrit s pokrovom z ustnikom (slika 5), ki prepreči polivanje pri težavah s koordinacijo. Ročaja na kozarcu omogočata bilateralno aktivnost, ki zagotavlja boljši in varnejši oprijem. Drugi pripomočki lahko vključujejo: desko za rezanje, ki živilo med rezanjem stabilizira, držalo za posodo za premeščanje hrane iz ene posode v drugo, odpirac za konzerve, ki je nameščen na steno in omogoča odpiranje konzerv z eno roko, pripomoček za odpiranje konzerv/steklenic/kozarcev pri pomanjkanju moči ali drobne motorike.



Slika 5.

PISANJE

Slaba funkcionalnost dlani lahko povzroča težave pri aktivnosti pisanja, pri čemer delovni terapevt priporoča odebeltene pripomočke različnih oblik (slika 6). (Radić, 2017)



Slika 6.

JEMANJE ZDRAVIL

Tedenski organizatorji zdravil se uporabljajo zaradi lažjega razporeda zdravil po dnevih in obdobju dneva, ko jih je treba jemati. Za razpolavljanje, rezanje in drobljenje se lahko uporablja rezalnik.

PREMEŠČANJE IN MOBILNOST

Delovni terapevt sodeluje pri nabavi pripomočkov za gibanje (palica, bergle, hodulje, dvigala, invalidski vozički), ko se opravijo antropometrične meritve, ki so potrebne za individualno prilagoditev pripomočka (Šantek, 2007). Premeščanje pomeni premikanje z ene površine na drugo. Da bi oseba to lahko izvedla samostojno, mora biti sposobna sedeti in vzdrževati ravnotežje v sedečem položaju (Grozdek Čovčić, Maček, 2011). Za premeščanja iz invalidskega vozička na drugo površino za sedenje (postelja, stol, WC školjka, avto) se lahko uporabi tudi deska za presedanje.

Delovni terapevt s posredovanjem izobražuje uporabnika o pravilnem načinu sedenja (položaj, pri katerem je kot med kolkom in kolenom 90°, ko so stopala na tleh) in priporoči ergonomsko prilagoditev stola s premikanjem posameznih delov stola (Radić, 2017). Pri starejših osebah s kroničnimi boleznimi, prekomerno telesno težo in stanji, ki omejujejo mobilnost (gonartroza, vgradnja totalne endoproteze kolka, spremembe hrbtenice kot posledica različnih poškodb), delovni terapevt priporoča uporabo pripomočka za pobiranje (slika 7). Uporablja se za pobiranje predmetov s tal ter doseganje predmetov na nižjih in višjih površinah. Osebe z znatno omejeno gibljivostjo ramenskega sklepa pripomoček za pobiranje/palico lahko uporabljajo kot pripomoček za upravljanje svetlobnih stikal.



Slika 7.

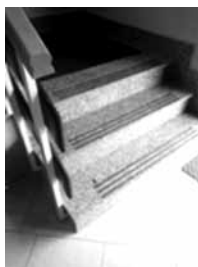
Večina oseb, starejših od 65 let, ima težave z obvladovanjem prostorov, kjer živijo, zlasti z neprilagojenimi stopnišči in vhodnimi vrati, pa tudi z obvladovanjem ovir, s katerimi se soočajo v skupnost. V večini primerov to vodi v postopno socialno izolacijo, pa tudi do izgube večine okupacij, ki so jih izvajale izven doma (okupacijska deprivacija) (Radić 2017). Slike spodaj prikazujejo fizične prilagoditve okolja, npr. ograja ob stopnicah (slika 8), klančina v hiši (slika 9) in označeni robovi stopnic (slika 10).



Slika 8.



Slika 9.



Slika 10.

INDIVIDUALNO IN SKUPINSKO POSREDOVANJE Z VSAKODNEVNIMI AKTIVNOSTMI PRI PREPREČEVANJU PADCEV

Marija Tufeković

Literatura

- American Occupational Therapy Association. (2014). Occupational therapy practice framework: Domain and process (3rd ed.). American Journal of Occupational therapy
- American Occupational Therapy Association. (2010). Specialized knowledge and skills in technology and environmental interventions for occupational therapy practice. American Journal of Occupational Therapy
- Chan, W.C., Cusson, C., Saindon, A.L., Korner-Bitensky N. (2009). Assistive devices: Information for Patients and Families
- Grozdek Čovčić, G., Maček, Z. (2011). Neurofacilitacijska terapija, neobjavljeni nastavni tekstovi. Zagreb: Zdravstveno veleučilište
- Kroemer, K.H.E., Grandjean, E. (1999). Prilagođavanje rada čovjeku-ergonomski priručnik. Jastrebarsko: Naklada Slap
- Radić S. (2017). Pomagala i ergonomska prilagodba pribora za provedbu aktivnosti svakodnevnog života. Vodič za starije građane grada Zagreba. Grad Zagreb: Gradski ured za socijalnu zaštitu i osobe s invaliditetom
- Šantek, V. (2007). Aktivnosti samozbrinjavanja, neobjavljeni nastavni tekstovi. Zagreb: Zdravstveno veleučilište

Glavni uzrok za nesreće v starosti so padci (stopnja umrljivosti 30,3/100.000). Leta 2018 je bilo pri osebah, starih 65 let in več, zaradi poškodb zabeleženih 1875 smrti (stopnja 2,25/1000). Največ smrti zaradi poškodb so povzročili padci (1135 ljudi, stopnja 1,36/1000). Najpogostejši vzrok smrti v starostnih skupinah od 75 do 84 in 85 let ter starejši so pri moških in ženskah padci (stopnje za starostno skupino 75 do 84 let: moški 1,55/1000 in ženske 1,39/1000; 85+ let: moški 6,07/1000 in ženske 7,08/1000). (Slika 1) (HZJZ, 2018.)

Padci so veliko tveganje za zdravje in neodvisnost starejših odraslih oseb. Vsako leto doživi padec vsaka tretja oseba, starejša od 65 let, pri ljudeh, ki padejo enkrat, pa je verjetnost, da bodo ponovno padli, dvado trikrat večja. Pri starejših odraslih je padec glavni vzrok za poškodbe, ki se ne končajo s smrtjo. Vsak deseti padec povzroči resne poškodbe, kot so zlomi kolka ali poškodbe glave, zaradi katerih je potrebna hospitalizacija. Poleg fizičnih in čustvenih bolečin morajo mnogi vsaj eno leto preživeti v ustanovi za dolgotrajno oskrbo, da si opomorejo, nekateri pa morda sploh ne bodo mogli več živeti sami.

PADEC

Padec je nenadna in nenamerna sprememba položaja, zaradi katere človek omahne na nižji nivo, predmet ali tla, in ni posledica nenadne paralize, epileptičnega napada ali zunanje sile. (Sirven in Malamut, 2008) Padec se ne »zgodí sam od sebe«, ampak je pogosto posledica več dejavnikov tveganja:

- Slab vid.
- Zmanjšano ravnotežje, npr. zaradi premalo telesne vadbe, Parkinsonove bolezni, demence.
- Težave s spodnjimi okončinami, npr. osteoartritis kolena, možganska kap.

- Vrtoglavica, npr. srčana aritmija, posturalna hipotenzija.
- Kombinacija več zdravil, npr. diuretikov, antihipertenzivnih zdravil, hipnotikov.
- Okolje, ki ni varno, npr. spolzka tla, nezadostna osvetlitev, neprimerna oblačila, talne ovire, neustrezno pohištvo.
- Urinska inkontinenca

Strah pred padcem kot posledice padca je prav tako lahko dejavnik tveganja za padec. Opredeljen kot stalna skrb zaradi padca, zaradi katerega se posameznik izogiba dejavnostim, ki jih je sicer sposoben izvajati. Strah pred padcem pogosto vodi do omejevanja dejavnosti in nalog, ki jih morajo ljudje izpolnjevati, da bi ostali čim bolj neodvisni. Kot posledica samoomejevalnega vedenja se pri starejših ljudeh pojavlja zmanjšana telesna dejavnost, kar še dodatno prispeva k povečanemu tveganju za padce. (AOTA, 2017)

Preprečevanje padca se na prvi pogled ne zdi zanimiva tema, vendar je zelo pomembna. S staranjem lahko telesne spremembe in zdravstveno stanje - včasih tudi zdravila za zdravljenje teh stanj - povzročijo padec. Vendar strah pred padcem ne bi smel upravljati z vašim življenjem. Namesto tega razmislite o šestih preprostih strategijah za preprečevanje padca.

1. Dogovorite se za obisk pri zdravniku - z njim se pogovorite o tem, katera zdravila jemljete, ali vaše zdravstveno stanje lahko vpliva na možnost padca (slab vid, omotica ...) in mu povejte, če ste že kdaj padli. Naredila se bo ocena tveganja za padec s oceno vašega zdravstvenega stanja ter izvedel test ravnotežja. Na podlagi vaših odgovorov vam bo zdravnik svetoval najboljše strategije za zmanjšanje možnosti padca ali njegovo ponovitev ali pa vas bo napotil k specialistu.
 - Fizioterapevt - oceni telesno aktivnost in mišično moč starejših. Priporoča ustrezne vadbene programe za krepitev mišic, trening hoje, vaje za izboljšanje gibljivosti sklepov in izboljšanje moči ter ravnotežja spodnjih okončin. Priporočil bo ustrezne pripomočke za pomoč pri hoji. Prav tako fizioterapevt da navodila za vaje medeničnega dna za starejše osebe z urinsko inkontinenco.
 - Delovni terapevt - oceni vsakodnevno delovanje, življenjski slog in navade starejših oseb ter oceni možnosti za izboljšanje. Pri projektu CrossCare so delovne terapevtke na uporabnikovem domu izvajale individualno posredovanje glede na potrebe uporabnika. Posredovanje je temeljilo na celoviti oceni tveganja za padec in okolja, na izobraževanju in

svetovanju uporabniku in njegovi družini, kakor tudi na izobraževanju o uporabi pripomočkov, kot so deska za kopalno kad, držala, pripomočki za obuvanje nogavic in nasveti za tehnike dvigovanja in premeščanja brez in z desko za premeščanje.

- Nutricionist - oceni stanje prehranjevanja in svetovanje izboljšanje prehrabnih navad ter prehrano za preprečevanje osteoporoze.

2. Gibajte se - telesna dejavnost je lahko dolga pot k preprečevanju padcev. S pomočjo zdravnika/fizioterapevta/delovnega terapevta/družine razmislite o dejavnostih, kot so hoja (slika 4), vadba v vodi ali tai chi - to je nežna vadba, ki vključuje počasno in graciozno gibanje, podobno plesu. Takšne dejavnosti zmanjšujejo tveganje za padec z izboljšanjem moči, ravnotežja, koordinacije in prožnosti. Razmislite tudi o prilagojenem programu vadbe, kije usmerjen v izboljšanje ravnotežja, gibljivosti, mišične moči in v hojo.

3. Nosite ustrezne čevlje - razmislite o spremembi obutve kot delu načrta za preprečevanje padca. Med hojo v čevljih z visokimi petami, v japonkah in čevljih z gladkimi podplati ali v nogavicah vam lahko zdrsne, lahko se spotaknete ali padete. Namesto tega nosite ustrezne trdne čevlje z nehrsečimi podplati. Čevlji, ki segajo čez gležnje, lahko tudi zmanjšajo bolečine v sklepkih.

4. Odstranite nevarnosti v hiši - oglejte si svoj dom. Dnevna soba, kuhinja, spalnica, kopalnica, hodniki in stopnice so lahko polni nevarnosti.

Da bo vaš dom postal varnejši:

- Iz prostora, v katerem se gibljete, odstranite vse škatle, časopise, električne in telefonske kable.
 - Premaknite kavno mizico, stojalo za časopise in posode z rastlinami iz območij, kjer se pogosto premikate.
 - Preproge z gladkim hrbtom zavarujte z obojestranskim trakom za preproge, s sponkami ali nezdrso podlago - ali pa take preproge odstranite iz doma.
 - Majave lesene talne plošče in talne obloge takoj popravite.
 - Oblačila, posodo, hrano in druge potrebščine imejte na dosegu rok.
 - Razlito tekočino, maščobo ali hrano takoj očistite.
 - V kadi ali prhi uporabljajte nehrseče podloge. Uporabljajte desko ali stol za v kad, ki omogočata, da med prhanjem sedite.
5. Osvetlite si življenjski prostor - naj bo dom osvetljen, da se ne boste spotaknili ali padlina predmete, ki se jih ne vidi. Prav tako:
 - V spalnici, kopalnici in na hodniku namestite nočne luči.

- Če morate vstati sredi noči, svetilko namestite tako, da jo dosežete iz postelje.
- Naredite prosto pot/prehod do stikal za luč, ki niso v bližini vhoda v sobo.
- Razmislite o zamenjavi klasičnih stikal za luči s stikali, ki imajo osvetlitev ali se svetijo v temi.
- Prižgite luči, preden se odpravite navzgor ali navzdol po stopnicah.
- V primeru izpada električne energije ročno svetilko hranite na lahko dostopnem mestu.

6. Uporabljajte pripomočke - zdravnik vam lahko priporoči uporabo palice ali hodulje, da boste stabilnejši. V pomoč so tudi drugi pripomočki, na primer:

- Ročaji na obeh straneh stopnic.
- Če je potrebno, si kupite desko za presedanje, da bo presedanje čim varnejše.
- Na lesene stopnice namestite protizdrsko oblogo.
- Povišana WC deska ali deska z naslonjali za roke.
- Ročaji za prho ali kopalno kad.
- Trden plastični stol za prho ali kopalno kad - ročna prha v kadi za kopanje med sedenjem.

Nasveti, kaj storiti, če se kljub temu nenadoma znajdete na tleh:

Kot starejša oseba bi morali znati oceniti tveganje za padec, ne glede na to, ali ste ga že doživeli ali ne. Če vam zdrzne in padete, morate ustrezno ukrepati, da si boste lahko pomagali sami:

- Ostanite mirni.
- Ocenite teže poškodbe in se premikajte počasi, če poškodba ni resna.
- Počasi se na tleh pomikajte proti steni ali stabilnemu pohištvu in se šele nato s pomočjo pohištva začnite počasi dvigovati.
- Če ne morete vstati in imate telefon pri roki, pokličite nekoga v družini ali urgentno službo, če lahko pridete do vrat, ga odprite in prosite za pomoč na glas. Če tega ne morete storiti, poskusite s čim več hrupa, da vas nekdo sliši.
- Če imate odprto poškodbo, ko padete, jo poskusite očistiti in zaviti v gazo
- Če imate težave z gibanjem in vas spremljajo hude ali ostre bolečine tudi brez očitnih poškodb, se hitro posvetujte z zdravnikom.

Glede na to, da med projektom CrossCare več kot 25% uporabnikov s tveganjem padca ali s tveganjem pade na intervencijo delovne terapije, so delovni terapevti CrossCare v sodelovanju z Gerontološkim centrom Maksimir začeli izvajati skupinske delavnice v lokalni skupnosti.

Delavnice "Listi padajo, ljudje ne bi smeli - Preprečevanje padcev v vsakodnevni dejavnosti" so potekali na praktičen način, da bi posamezniku zagotovili čim več informacij o tem, kako spremeniti izvajanje vsakodnevnih dejavnosti, da bodo varnejši, ustrežnejši in pozitivno vplivali zdravje posameznika in na koncu zmanjšati stroške morebitnih hospitalizacij (slika 8). Delavnice so bile zasnovane glede na potrebe starejših v sodelovanju s strokovnjaki Gerontološkega centra. Potekale so v krajevni skupnosti v prostorih krajevnega odbora in se jih je udeležilo od 10 do 15 udeležencev. Delavnice so bile interaktivne in so pokrivalo teme: vsakdanje življenje in vsakodnevne dejavnosti, prepoznavanje tveganja padca v vašem domu, osebni in okoljski dejavniki tveganja, najpogostejši prostori, kjer se pojavijo padci, kontrolni seznam za preprečevanje padcev, svetovanje o novih načinih izvajanja dejavnosti in prilagajanje prostora, da se preprečijo padci. Vsem udeležencem je bilo prav tako prikazano, kako padati in stati pravilno, tako da vedo, kako pravočasno reagirati, če pride do padca.

Literatura:

- American Occupational Therapy Association (2017) Occupational Therapy and Prevention of Falls, American Occupational Therapy Association
- Anon, (2020). [online] Available at: <http://www.merckmanuals.com/professional/geriatrics/falls-in-the-elderly/falls-in-the-elderly>. [Accessed 1 Mar. 2020].
- Alexander BH, Rivara FP, Wolf ME. The cost and frequency of hospitalization for fall-related injuries in older adults. *American Journal of Public Health* 1992;82(7):1020-3.
- Bergen G, Stevens MR, Burns ER. Falls and Fall Injuries Among Adults Aged ≥65 Years — United States, 2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2016;65:993-998. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6537a2>
- Burns, E. R., Stevens, J. A., & Lee, R. (2016). The direct costs of fatal and non-fatal falls among older adults—United States. *Journal of Safety Research*, 58, 99-103. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsr.2016.05.001>
- Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control. Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS) [online]. Accessed August 5, 2016.
- Department of Health (2018). Fall Prevention, Elderly Health Service and Primary Care Office.
- Florence CS, Bergen G, Atherly A, Burns ER, Stevens JA, Drake C. Medical Costs of Fatal and Nonfatal Falls in Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2018 March, DOI:10.1111/jgs.15304

- Hayes WC, Myers ER, Morris JN, Gerhart TN, Yett HS, Lipsitz LA. Impact near the hip dominates fracture risk in elderly nursing home residents who fall. *Calcif Tissue Int* 1993;52:192-198.
- Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP). 2012. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <http://hcupnet.ahrq.gov/External>. Accessed 5 August 2016..
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2019). Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis hrvatski za 2018. godinu. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Zagreb. Dostupno: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2019/10/Ljetopis_Yearbook_2018-1.pdf
- Jager TE, Weiss HB, Coben JH, Pepe PE. Traumatic brain injuries evaluated in U.S. emergency departments, 1992–1994. *Academic Emergency Medicine* 2000;7(2):134–40.
- Kiel DP. (2019) Falls in older persons: Risk factors and evaluation. DOI: <http://www.uptodate.com/home>
- NIH Senior Health (2016) Falls and older adults: Fall proofing your home.. <http://nihseniorhealth.gov/falls/homesafety/01.html>. Takahashi PY (expert opinion). Mayo Clinic, Rochester, Minn.
- O’Loughlin J et al. Incidence of and risk factors for falls and injurious falls among the community-dwelling elderly. *American journal of epidemiology*, 1993, 137:342–54.
- Parkkari J, Kannus P, Palvanen M, Natri A, Vainio J, Aho H, Vuori I, Järvinen M. Majority of hip fractures occur as a result of a fall and impact on the greater trochanter of the femur: a prospective controlled hip fracture study with 206 consecutive patients. *Calcif Tissue Int*, 1999;65:183–7.
- Stevens JA, Ballesteros MF, Mack KA, Rudd RA, DeCaro E, Adler G. Gender differences in seeking care for falls in the aged Medicare Population. *Am J Prev Med* 2012;43:59–62.
- Sterling DA, O’Connor JA, Bonadies J. Geriatric falls: injury severity is high and disproportionate to mechanism. *Journal of Trauma–Injury, Infection and Critical Care* 2001;50(1):116–9
- Sirven J, Malamut B (2017). *Clinical neurology of the older adult* (2nd edition). Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2008
- Vellas BJ, Wayne SJ, Romero LJ, Baumgartner RN, Garry PJ. Fear of falling and restriction of mobility in elderly fallers. *Age and Ageing* 1997;26:189–193.

UPORABA INSTRUMENTALNA PAL (THE POOL ACTIVITY LEVEL), VSAKODNEVNIH AKTIVNOSTI IN SENZORIČNIH STRATEGIJ PRI LJUDEH Z DEMENCO

Saša Radić, Veronika Lukić

Zmanjšana sposobnost izvajanja osnovnih in instrumentalnih dnevni aktivnosti sta eden kliničnih znakov pri postavljanju diagnoze demence [American Psychiatric Association, 2002]. Največji del osebe z demenco (60–80 %) je razvrščen v skupino Alzheimerjeve demence (Alzheimer’s Association). Med osnovne dejavnosti skladno z Okvirjem delavno-terapevtske prakse spadajo dejavnosti, ki so ključne za osnovno preživetje in dobro počutje v družbenem svetu (AOTA, 2014; Christiansen & Hammecker, 2001, str. 156) in vključujejo kopanje, prhanje, uporabo in higieno na stranišču, oblačenje, prehranjevanje, hranjenje, funkcionalno mobilnost, skrb za osebne stvari, osebno higieno, nego in spolno aktivnost (AOTA, 2014). Pri zmernih do težjih stadijih demence so pri osnovnih dnevni aktivnostih najpogosteje moteni hranjenje, oblačenje, nega, kopanje in uporaba stranišča (Marshall, Amariglio, Sperling, Rentz, 2013).

Instrumentalne vsakodnevne aktivnosti so skladno z Okvirjem delavno-terapevtske prakse opredeljene kot aktivnosti, ki podpirajo vsakodnevno življenje na domu in v skupnosti in ki vključujejo kompleksnejše interakcije od osnovnih dnevni življenjskih aktivnosti (AOTA, 2014). Vključujejo namreč tudi skrb za druge, za ljubljence in otroke, upravljanje s komunikacijami, vožnjo in mobilnost v skupnosti, upravljanje denarnih sredstev, skrb za zdravje, skrb za dom, pripravo obrokov, verske in duhovne aktivnosti, varnost na domu in nakupe (AOTA, 2014). Instrumentalne vsakodnevne aktivnosti pričenjajo propadati v stadiju blage kognitivne okvare, malce hitreje propadajo v zmernih stadijih demence (Marshall, Amariglio, Sperling, Rentz, 2013). V času trajanja projekta CrossCare so delovne terapevte v okviru Ustanove od skupnega števila bolnikov sodelovale s približno 4 % bolnikov z diagnozo demence. Toda glede na populacijo, vključeno v projektne aktivnosti, je težave, povezane z demenco, kazalo znatno večje število

oseb (težave z vsakodnevnimi nalogami, zmedenost v znani okolici, težave z besedami in številkami, izguba spomina, spremembe razpoloženja in vedenja).

Delovni terapevti pri osebah z demenco z namenom vzdrževanja vsakodnevnega delovanja uporabljajo pristop promocije zdravja (vzdrževanje veččin z razvijanjem zdravih življenjskih navad, npr. z zmanjšanjem stresa), remediacije (izboljšanje izvajanja vsakodnevni aktivnosti in funkcionalne aktivnosti, npr. z vzdrževanjem obsega gibanja, moči in vzdržljivosti), vzdrževanja (vzdrževanje komunikacije s pomožnimi načini komunikacij, uporaba senzoričnih strategij) in sprememb (npr. sprememba izbire oblačil, ko oseba ni sposobna samostojno izbrati oblačil, ki so skladna z leti, prilagoditev okolja za osebo z demenco in sladkorno boleznijo, ki pozablja na jemanje inzulina ali se prenajeda) (AOTA, 2017). Eden od pristopov, ki se uporablja pri delu z demenco in ki so ga uporabljale tudi terapevtke projekta CrossCare, je načelo, ki ga je zasnovala Jackie Pool, delovna terapevtka, specializirana za delo z osebami z demenco. Želele so namreč imeti perspektiven pogled na osebe z demenco in drugimi oblikami kognitivnih okvar, vključno s travmatičnimi poškodbami možganov, kapjo in težavami pri učenju. Pool je zasnovala orodje Pool Activity Level (PAL), ki je bil razvit z namenom identificiranja/prepoznavanja/določanja ravni sposobnosti posameznika in razumevanja njegove fizične in socialne okolice, za katero je pomembno, da je podporna. PAL uporablja pristop, ki temelji na sposobnostih posameznika, in ne na izzivih/težavah/ovirah, ter na teoriji kognitivnega razvoja Clauda Allena. V okviru orodja PAL obstaja seznam preverjanja z izjavami, ki opisujejo možne načine izvedbe devetih vsakodnevni aktivnosti. Za vsako od devetih aktivnosti obstajajo štiri izjave, vsaka pa opisuje drugačno raven sposobnosti. Po izpolnitvi seznama preverjanja PAL je mogoče identificirati/prepoznati/ugotoviti raven kognitivni in funkcionalni sposobnosti posameznika. Glede na rezultate se izbere ustrezen profil PAL, ki opisuje in daje smernice, kako posameznika podpirati na tej njegovi ravni sposobnosti. V Nacionalni smernicah klinične prakse za demenco se orodje PAL priporoča za trening zmogljivosti in načrtovanje vsakodnevni življenjskih aktivnosti, pomembnih za posameznika. The Pool Activity Level je standardna ocena ukrepov z dokazano zanesljivostjo in veljavo. PAL-ova temeljna načela so, da imajo osebe s kognitivni okvarami sposobnost, da v ustrezni okolici te potencialne sposobnosti lahko realizirajo/uresničijo, da je aktivnost osnova za »odklepanje« potencialov osebe/sposobnosti, da je treba razumeti sposobnosti osebe

kot tudi njene omejitve ter da morajo imeti izbrane aktivnosti za posameznika osebni pomen/vrednost.

PAL je sestavljen iz štirih ravni aktivnosti, in sicer načrtovane, raziskovalne, senzorične in refleksne ravni, odvisno od stadija funkcioniranja osebe. Načrtovana raven predstavlja najvišjo raven sposobnosti sodelovanja osebe pri aktivnostih. Oseba lahko izvaja k cilju usmerjene aktivnosti z otipljivim izidom, a morda ne bo mogla rešiti težav, ki se utegnejo pojaviti v postopku. Oseba bo morda izvedla vso nalogo, še posebej če se je ukvarjala s kuhanjem v družini ali je bila poklicni kuhar, če rada kuha in če je v znanem okolju. Če na primer oseba ni v svoji kuhinji, lahko zanjo predstavlja izziv najti določen predmet/sestavino in potrebovala bo pomoč. Prav tako bo verjetno potrebna pomoč, če se pojavijo težave. Da bi spodbudili sodelovanje osebe, so priporočila naslednja: uporaba kratkih stavkov, biti prisoten v pravem smislu te besede, nuditi pomoč pri reševanju nastalih težav, osredotočiti se na aktivnosti, pri katerih je dosegljiv »otipljiv« rezultat. Če na primer oseba kot pomembno aktivnost izbere kuhanje, a pri izvajanju aktivnosti potrebuje pomoč za reševanje določenega problema, je lahko ob določeni pomoči pri reševanju težav sposobna na enem mestu zbrati potrebne surovine za kuhanje.

Raziskovalna raven je raven, pri kateri oseba lahko izvaja znane aktivnosti v znanem okolju, ob načelu, da oseba uživa v delovnem postopku ne glede na končni rezultat. Da bi spodbudili sodelovanje osebe, so priporočila naslednja: vzpostaviti prvi stik, uporabljati enostavna, razumljiva navodila, uporabljati ustvarjalen in spontan pristop, razdeliti aktivnost na korake. Na primer pri aktivnosti kuhanja se pogovarjamo o korakih k napredku, dajemo navodila, kako katerega od korakov izvesti in nudimo največjo možno podporo za zaključek aktivnosti. Ni pomembno, v kolikšni meri je končni produkt kuhanja uspešen, kar pomeni, da je oseba v aktivnosti sposobna izvesti 2 do 3 korake. Tako bo morda zmogla razbiti jajca v posodo in jih zmešati, ali pa oblikovati zmes v kroglice in jih postaviti na pladenj. Na tretji, senzorični ravni aktivnosti se oseba prvenstveno ukvarja s senzoričnim doživljanjem aktivnosti in s premikanjem vsega telesa kot odgovor na te dražljaje. Da bi spodbudili sodelovanje osebe, so priporočila naslednja: nuditi ustna navodila pri vsakem koraku aktivnosti, zagotoviti, da oseba doživlja širok spekter senzoričnih dražljajev, uporabljati preprosta navodila in prikaze. Primer aktivnosti kuhanja bi bil naslednji: oseba je sposobna izvesti en korak v aktivnosti ob možnem prikaz (demonstraciji), a je poudarek na uživanju v senzoričnih kakovostih, kot

so vonj, okus, otip in podobno. Oseba na tretji ravni bo verjetno zmoгла samostojno izvesti en korak aktivnosti, kot je npr. mešanje zmesi, mešanje testa, stiskanja limone, a bo potrebovala pomoč v smislu strategij, da se spomni govornih navodil in prikazov (demonstracije). Na četrti, refleksni ravni aktivnosti obstaja možnost, da se oseba ne zaveda okolja in/ali lastnega telesa. Da bi spodbudili sodelovanje osebe, so priporočila naslednja: uporabljati neposredno senzorično stimulacijo za dvigovanje samozavesti, ne nuditi pretirane stimulacije, uporaba enozložnih navodil, uporabljati podporen in umirjen izraz obraza in ton glasu. Oseba je na tej ravni sposobna vonjati, okusiti in občutiti posamezne sestavine ter končni izdelek s poudarkom na dejstvu, da je pri tem koraku pomemben samo njen odziv ugodja. Vsaka aktivnost, ki nudi več različnih senzoričnih stimulacij, bo za to osebo odličen medij. Osebi se na primer lahko da določeno zmes, ki jo bo občutila z rokama in seveda okusila končni izdelek.

PAL se čez čas lahko ponovi, saj se predpostavlja, da ob dejanskem prizadevanju strokovnjakov in težnji k izboljšanju uporabniki postajajo bolj neodvisni in začnejo počasi uporabljati preostale sposobnosti.

Uporaba orodja PAL (The Pool Activity Level) in vsakodnevnih aktivnosti ter senzoričnih strategij pri ljudeh z demenco je ena od oblik intervencij, ki lahko podpre naš pogled na posameznika in njegove sposobnosti, kar je zagotovo ključno, če mu želimo zagotoviti višjo kakovost življenja ne glede na starostno obdobje.

Literatura:

1. American Occupational Therapy Association. (2014). Occupational therapy practice framework: Domain and process (3rd ed.). American Journal of Occupational Therapy, 68(Suppl.1), S1–S48. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.2014.682006>
2. American Occupational Therapy Association (2017). Dementia and the Role of Occupational Therapy. DOI: <https://www.aota.org/~media/Corporate/Files/AboutOT/Professionals/WhatIsOT/MH/Facts/Dementia.pdf>
3. Alzheimer's Association. (n.d.). What is dementia? Retrieved from <http://www.alz.org/what-is-dementia.asp>
4. American Psychiatric Association. (2002). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (4th Edt) Washington, DC, USA: American Psychiatric Association.
5. Christiansen, C. H., & Hammecker, C. L. (2001). Self-care. In B. R. Bonder & M. B. Wagner (Eds.), Functional performance in older adults (pp. 155–175). Philadelphia: F. A. Davis.
6. Marshall GA, Amariglio RE, Sperling, RA, Rentz, DM (2013) Activities of daily living: where do they fit in the diagnosis of Alzheimer's disease? Neurodegener Dis Manag. 2012 Oct 1; 2(5): 483–491. doi: 10.2217/nmt.12.55
7. Schaber, P., & Lieberman, D. (2010). Occupational therapy practice guidelines for adults with Alzheimer's disease and related disorders. Bethesda, MD: AOTA Press.

VSAKODNEVNE AKTIVNOSTI IN KOGNITIVNE SPRETNOSTI

Sanja Lulić

Človeški možgani so središče kognicije. Kognitivne ali spoznavne funkcije omogočajo najvišjo raven intelektualnega delovanja osebe. Delijo se na osnovne in višje sposobnosti, kot so pozornost, obdelava informacij, pomnjenje, sprejemanje odločitev in sklepanje. Kognitivne funkcije s senzoričnim in zaznavnim sistemom telesa omogočajo spoznavanje dogajanja okoli nas in uspešnejše delovanje v vsakodnevem življenju. Sposobnost razmišljanja, pomnjenja in sklepanja omogoča osebi, da vstopa v interakcijo z okolico, v kateri živi in deluje. Kognitivne sposobnosti nam omogočajo sodelovanje v edinstvenih in zahtevnih okoliščinah, pa tudi v vseh aktivnostih dnevnega življenja, kot so načrtovanje obeda, redno jemanje zdravil, upravljanje z denarjem ali hitro ukrepanje v nujnih okoliščinah. Kognitivne sposobnosti imajo z leti tendenco zmanjševanja, zato pri osebah v starejšem življenjskem obdobju obstaja nevarnost propadanja kognitivnih veščin. Zmanjševanje katere koli spretnosti vpliva na vsakodnevno delovanje, oslabiljene kognitivne spretnosti pa posledično vplivajo na vsakodnevno delovanje, saj kognitivna disfunkcija pomeni upad v aktivnostih vsakodnevnega življenja. Če obstajajo določene kognitivne motnje, je treba izvesti oceno kognitivnih funkcij, nato pa osebo vključiti v postopek kognitivne rehabilitacije. V času trajanja projekta CrossCare so v delovno-terapevtsko posredovanje v Ustanovi za zdravstveno nego na domu vključili približno 132 oseb s težavami in odstopanji na nevrološkem področju (možganska kap, Alzheimerjeva, Parkinsonova bolezen).

Kognitivna rehabilitacija je opredeljena kot »sistemsko, funkcionalno usmerjeno nudenje terapevtskih aktivnosti, ki temeljijo na oceni in razumevanju deficita v vedenju, ki ga ima oseba zaradi poškodbe možganov« (Kostović, S. M., 2006). Postopki so usmerjeni v doseganje sprememb vedenja s pomočjo:

- spodbujanja, krepitve ali vzpostavljanja prej naučenih oblik vedenja,
 - vzpostavljanja novih oblik kognitivne aktivnosti s pomočjo kompenzacijskih kognitivnih mehanizmov za poškodovane nevrološke sisteme.
- Kognitivna rehabilitacija se nanaša na terapevtski

postopek izboljšanja pacientovih zmogljivosti glede obdelave in uporabe informacij z namenom boljšega funkcioniranja v vsakodnevem življenju. Vključuje tudi metode za izboljšanje kognitivnega funkcioniranja in kompenzacijske strategije. Postopki za izboljšanje kognitivnih funkcij se imenujejo kognitivna rehabilitacija, med najpogostejšimi profili strokovnjakov s tega področja pa so nevropsihologi, logopedi in delovni terapevti. V času trajanja projekta CrossCare je bilo v delovno-terapevtske intervencije, pri katerih je bil uporabljen trening kognitivnih spretnosti v vsakodnevem okviru, vključenih več kot 20 % pacientov.

Delovni terapevti se kot strokovnjaki ukvarjajo s področjem kognitivne funkcionalnosti, ki je sestavni del ocene izvajanja vsakodnevnih aktivnosti, zato lahko prepoznajo kognitivna odstopanja. Funkcionalna kognitivnost je interakcija med kognitivnimi spretnostmi, spretnostmi v skrbi za samega sebe in življenjskih spretnosti v skupnosti. Nanaša se na spretnosti razmišljanja, ki so potrebne za izvajanje osnovnih in instrumentalnih aktivnosti vsakodnevnega življenja (upravljanje gospodinjstva, denarja, jemanje zdravil, proste aktivnosti, vožnja avtomobila, delo in podobno). Delovni terapevti opazujejo odnos med kognitivnimi spretnostmi, funkcionalno izvedbo in kontekstom okolice, da bi izboljšali participacijo oseb s kognitivnim deficitom pri aktivnostih vsakodnevnega življenja. Ocenjujejo niz sposobnosti, ki so potrebne za izvedbo določene naloge (način izvedbe, določanje zaporedja, interpersonalne spretnosti, upravljanje s časom, osredotočenost na nalogo), kar se v projektu CrossCare izvaja z uporabo ocene AMPS. AMPS (Assessment of motor and process skill) je ocena motoričnih in procesnih/kognitivnih spretnosti, ki je omogočila prepoznavanje teh ravni pri osebah, vključenih v projekt CrossCare. Z ocenjevanjem kognitivnesposobnosti in prepoznavanjem kognitivnih omejitev v kontekstu izvedbe vsakodnevnih aktivnosti delovni terapevti nudijo posamezniku podporo, da ozavestijo strategijo remediacije in adaptacije ter tako povečajo neodvisnost pri izvajanju vsakodnevnih aktivnosti v lastnem domu. Najpogostejša ukrepa, ki sta se pri osebah z določenim kognitivnim deficitom izvajala v projektu CrossCare, sta bila remediacija in adaptacija, kar je skladno s sodobno literaturo na navedenem področju.

Remedijski pristop je zasnovan na obnavljanju oslabiljenih kognitivnih funkcij. Delovne terapevtke projekta CrossCare so ga izvajale na primer z nalogami papir – svinčnik, nalogami in aktivnostmi na računalniku ter stopnjevanjem aktivnosti skladno s potrebami in sposobnostmi osebe. Trening in

ponavljanje nalog se uporabljata, da bi se izkoristila plastičnost možganov, kar je v skladu s predpostavko, da se natrenirane kognitivne spretnosti generalizirajo v aktivnostih dnevnega življenja, kjer je potrebna določena spretnost.

Adaptacijski pristop, ki temelji na kompenzaciji omejitev, ki so nastale zaradi oslabljenih kognitivnih funkcij, uporablja okupacijsko izvedbo, kar je bolj v duhu sodobne delovno terapevtske prakse. Ta pristop uporablja kognitivne sposobnosti osebe z namenom kompenzacije omejitev. Uporabljajo se notranje ali zunanje strategije, kot so vizualni dnevnik, sezname preverjanja, asistenčni pripomočki, prilagoditev okolice, sprememba vloge v družini in socialna podpora.

Tabelarični prikaz primera intervencije in načina uporabe

Primer posega	Način uporabe posega
Trening specifičnih spretnosti (pozornost, pomnjenje, kategorizacija, konceptualizacija, reševanje težave)	Senzorična stimulacija Stopnjevanje in povečanje zahtev Uporaba kompenzacijskih strategij – vizualizacija ali verbalno samoupravljanje
Metakognitivni trening	Povečanje zavesti in izvajanje učinkovitih strategij dela Tehnika načrtovanja in organizacije Izvedba različnih nalog v različnem okolju
Kompenzacijske strategije	Uporaba dnevnika Uporaba popisa Sezname preverjanja
Trening specifičnih nalog	Trening ponavljanja Vedenjske tehnike (spodbudna in nesposbudna vedenja) Asociativno učenje
Ukrepi v realnem okolju	Trening specifičnih sposobnosti
Prilagoditev okolice	Prilagoditev okolja Prilagoditev nalog Izobraževanje osebe in družinskih članov

Teorija delovne terapije temelji na načelu, da so kognitivne sposobnosti osnova za izvajanje vsakodnevnih aktivnosti. Zato delovni terapevti opazujejo odnos med kognitivnimi procesi in aktivnostmi v vsakodnevnem življenju. Treba je poudariti pomen udeležbe osebe v pomembnih aktivnostih, ki delujejo kot pospeševalno sredstvo kognitivne funkcionalnosti.

Literatura

- Cognition, Cognitive Rehabilitation, and Occupational Performance, *American Journal of Occupational Therapy*, November/December 2013, Vol. 67, S9-S31. <https://doi.org/10.5014/ajot.2013.67S9>
- Oros RI, Popescu CA, Iova CA, Mihancea P, Iova SO. The impact of cognitive impairment after stroke on activities of daily living. *HVM Bioflux* 2016;8(1):41-44.
- Kostović Srzentić M., (2006), Kognitivna rehabilitacija, Katedra za zdravstveno psihologiju, Zdravstveno veleučilište
- Lidstrom Holmqvist K., (2012). Occupational therapy practice with cognitive impairments following acquired brain injury- Occupational therapy perspective.
- Robert A., Gélinas I., Mazer B., (2009). Occupational Therapists Use of Cognitive Interventions for Clients with Alzheimer's Disease
- Ball K.K. et al., (2004) Cognitive skills: Training, Maintenance, and Daily Usage, *Encyclopedia of Applied Psychology*
- Toglia, J. (1999). Management of occupational therapy services for persons with cognitive impairments (Statement). *American Journal of Occupational Therapy*, 53, 601-607.
- Tondat Carter L., Olsen Oliveira D., Duponte J., Lynch S.V., (1988) The Relationship of Cognitive Skills Performance to Activities of Daily Living in Stroke Patients *American Journal of Occupational Therapy*, July 1988, Vol. 42, 449-455. <https://doi.org/10.5014/ajot.42.7.449>

PODPRTA KOMUNIKACIJA PRI LJUDEH Z AFAZIJO, DEMENCO IN ALS

Ivana Vasilj, Saša Radić

V vsakdanjem življenju vsi uporabljamo različne alternativne oblike komunikacije. To je takrat, ko svoje občutke in misli delimo na način, ki ne vključuje govora. Alternativno obliko komunikacije uporabljamo vsakič, ko nekaj izrazimo z obrazno mimiko ali krettno namesto z govorom, ko pomignemo sodelavcu za mizo na drugi strani, pošljemo sporočilo po družabnem omrežju, upočasnimo vožnjo z avtom, ko pridemo do znaka za omejitve hitrosti, pogledamo, pri kateri temperaturi moramo oprati svojo najljubšo majico ali preverimo, ali je mleko, ki ga pravkar nalivamo v skodelico kave, sploh še dobro. Verjetno se sploh ne zavedamo, kako pogosto komuniciramo, prenašamo in prejemamo komunikacijska sporočila brez uporabe govora. To delamo, da bi si olajšali vsakodnevno komunikacijo, toda obstajajo ljudje, ki brez tega ne bi mogli uspešno komunicirati. Kadar ima oseba prirojene ali pridobljene težave v komunikaciji in se sooča z izzivi pri udeležbi v vsakodnevnih, smiselnih in pomembnih dejavnostih, potem je potrebna intervencija strokovnjaka, ki s svojim znanjem lahko zagotovi način komunikacije, ki je skladen z zmožnostmi in potrebami posameznika.

Delovni terapevt na poti do uspešne izvedbe razume medsebojno povezavo med posameznikovimi sposobnostmi, okoljskimi dejavniki in želeno okupacijo, zato uporablja asistenčno tehnologijo kot sestavni del okolja in s tem izvedbo okupacije olajša (WHO, 2001). Zaradi integrirane perspektive je poklicni terapevt pomemben član vsakega tima, ki si prizadeva za razvoj in uporabo asistenčne tehnologije

v vsakdanjem življenju (Cook & Miller Polgar, 2008). S krettno podprta komunikacija (KPK) ali alternativna ali augmentativna komunikacija (AAK) je eden od načinov uporabe asistenčne tehnologije v obliki integrirane skupine komponent, ki vključuje: simbole, pripomočke, strategije in tehnike, ki jih uporabniki uporabljajo za krepitev komunikacije (American Speech-Language-Hearing Association, 1991). S krettno podprto komunikacijo je mogoče uporabljati skupaj z govornim jezikom ali kot nadomestek govornega jezika. Raziskave so pokazale, da s krettno podprta komunikacija pomaga pri razvoju govora, zato je odveč skrb, da bi preprečila govorni in jezikovni razvoj (Thunberg).

S krettno podprta komunikacija je namenjena osebam s kompleksnimi komunikacijskimi potrebami, ki imajo komunikacijske motnje, za katere so značilne oslabiljene jezikovno-govorne spretnost in ne morejo uporabljati govornega jezika in/ali imajo težave pri razumevanju jezika.

Pri prebivalstvu, starem 65 in več let, vključenem v projektne dejavnosti projekta CrossCare, najpogosteje govorimo o pridobljenih težavah s komunikacijo, ki se pojavljajo pri:

- Cerebrovaskularne bolezni
- Nezgodne ali pridobljene možganske poškodbe
- Nevrodegenerativne bolezni (ALS, multipla skleroza, Parkinsonova bolezen ...)
- Onesposobitev kot posledica operacije (glosektomija, laringektomija ...)
- Začasna stanja (npr. intubacija) pri kritično bolnih pacientih (Beukelman in Mirenda, 2005).

Med projektom CrossCare je bil v delovnoterapevtsko intervencijo vključenih 10 % bolnikov s težavami na področju komunikacije. Delovni terapevt je eden ključnih strokovnjakov v intervenciji, namenjeni rehabilitaciji komunikacijskih veščin s pomočjo s

Tabela 1. Oblike augmentativne in asistenčne komunikacije (prirejeno po ASHA)

Brez pripomočka	S pripomočkom	
	Nizkotehnoška	Visokotehnoška
<ul style="list-style-type: none"> • Kretnje • Ročni znaki • Mimika obraza • Vokalizacija • Verbalizacija • Govorica telesa 	<ul style="list-style-type: none"> • Slike • Predmeti • Fotografije • Pisanje • Komunikacijske plošče/knjige 	<ul style="list-style-type: none"> • Naprave za generiranje govora • Preprosti komunikatorji • Programska oprema AAK (aplikacije ICT-AAC) za nekatere oblike strojne opreme (osebni računalniki, tablice, pametni telefoni)

kretnjama podprte komunikacije. Pregled literature kaže, da se pri svojih intervencijah le manjše število delovnih terapevtov osredotoča na komunikacijske veščine, saj izhajajo iz predpostavke, da je to področje delo logopeda. Med projektnimi aktivnostmi je bilo mogoče opaziti, da je bilo od skupnega števila ljudi z motnjami v komunikaciji (afazija, dizartrija itd.) več kot 23 % zagotovljena intervencija, osredotočena na težave v komunikaciji in razvoj komunikacijskih strategij s pomočjo s kretnjama podprte komunikacije. Pri ljudeh, za katere je komunikacija izziv, je cilj terapevtske intervencije delovnega terapevta izboljšati ali omogočiti udeležbo v vsakodnevnih dejavnostih, ki so pomembne za osebo, s katero delamo in pri kateri je komunikacija nujna. (AOTA) Ob upoštevanju, da je pri več kot 70 % ljudi s komunikacijskimi izzivi, ki so vključeni v delovno terapijo v okviru projekta CrossCare, potrebna intervencija, usmerjena v komunikacijo, lahko sklepamo o pomembnosti vključevanja logopeda kot dodatnega člana ekipe v integriranem pristopu skrbi za starejše osebe.

Z oceno vsakodnevnih dejavnosti poklicni terapevti dobijo vpogled v omejevalni vpliv, ki ga imajo težave pri komunikaciji na opravljanje teh dejavnosti, prepoznajo pa tudi prednosti posameznika, ki se lahko uporabijo kot podlaga za priporočila pri razvoju komunikacijskih strategij, ki ustrezajo potrebam posameznika (Petty idr., 2005). Če je oseba vizualni tip, bomo zagotovo uporabili vizualne oblike komunikacije (PODD, komunikacijske plošče/knjige), in če je oseba kinestetični tip, bomo v večji meri uporabljali gestovno komunikacijo. Z usposabljanjem, podporo in natančno prilagoditvijo je zagotovljena popolna skladnost med posameznikom, sistemom podprte komunikacije in potrebami pri vsakodnevnih dejavnostih (Miller Polgar, 2001; Hastings Kraskowsky in Finlayson, 2001). Zato je bila intervencija delovnih terapevtov med projektom CrossCare usmerjena na:

□ Oceno posameznikovih komunikacijskih in interakcijskih veščin ter veščin, ki lahko nudijo podporo pri razvoju komunikacije.

□ Prepoznavanje vpliva, ki ga imajo izzivi na področju komunikacije in interakcije na sodelovanje pri okupacijah (dejavnostih), ki so za osebo pomembne, in svetovanje/oblikovanje/ustvarjanje optimalnega sistema podporne komunikacije, ki pozitivno vpliva na vključenost osebe v vse zanjo pomembne okupacije.

□ Prepoznavanje podporne mreže v okolju, ki jo posameznik ima/nima, z usposabljanjem o uporabi pripomočkov in izobraževanjem družine o zagotavljanju potrebne podpore.

□ Razvoj in obvladovanje komunikacijskih strategij na področju podprte komunikacije (PODD,

komunikacijska plošča/knjiga ...) ter sprememba in prilagoditev sistema podporne komunikacije za največjo možno neodvisnost.

□ Zagotavljanje uporabe usvojenih sistemov podporne komunikacije doma in v drugih naravnih okoljih za resničen uspeh in doslednost v posameznem okolju.

Čeprav imajo poklicni terapevti v okviru svojega dela tudi pristojnosti, ki so potrebne za uporabo podporne komunikacije, pa je zaradi hitrosti razvoja in raznolikosti oblik podporne tehnologije nujno potrebno zavedanje o strokovnem razvoju, zlasti s sodelovalnim učenjem s prebivalstvom, ki mu služimo. Celostni pristop, ki ga zagovarja projekt CrossCare, je pri tako specifičnih potrebah starejših okrepil zavedanje o potrebi po dodatnih članih skupine (na primer logoped) in nujnosti transdisciplinarnosti.

Literatura:

- Assistive technology and occupational performance. *The American Journal of Occupational Therapy*, 70, 7012410030p1-7012410030p9. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.2016.706S02> American Physical Therapy Association. (2013).
- Beukelman, D.R., Mirenda, P. (2005). *Augmentative and alternative communication: Supporting children and adults with complex communication needs*. Baltimore: Paul H. Brooks.
- Cook AM., & Miller Polgar, J. (2008). *Cook and Hussey's Principles of Assistive Technology*. St. Louis, MO: Elsevier.
- Hastings Kraskowsky, L., & Finlayson, M. (2001). Factors affecting older adults use of adaptive equipment: Review of the literature. *American Journal of Occupational Therapy*, 55, 303-310.
- Masselink, C. E. (2018). Considering Technology in the Occupational Therapy Practice Framework. *The Open Journal of Occupational Therapy*, 6(3). <https://doi.org/10.15453/2168-6408.1497>
- Miller Polgar, J. (2010). The myth of neutral technology. In MMK Oishi, IM Mitchell, & HF Machiel Van der Loos (eds). *Design and use of assistive technology: Social, technical, ethical, and economic challenges*. New York: Springer, p. 17-23.
- Occupational therapy practice framework: Domain and process (3rd ed.). *The American Journal of Occupational Therapy*, 68(Suppl. 1), S1-S48. <https://doi.org/10.5014/ajot.2014.682006> American Occupational Therapy Association. (2015a).
- Petty, L., McArthur, L., & Treviranus, J. (2005). Clinical Report: Use of the Canadian Occupational Performance Measure in vision technology. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 72, 309-312.
- The effect of training older adults with stroke to use home-based assistive devices. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 24(3), 113-120. <https://doi.org/10.1177/153944920402400305> Cook, A. M., & Polgar, J. M. (2015).
- World Health Organization (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva: WHO
- https://miota.org/docs/MiOTA_AAC_Presentation_Final_Copy.pdf



USTANOVA ZA ZDRAVSTVENU NJEGU U KUĆI ZAGREB

ERGONOMSKA PRILAGODBA I POMAGALA U AKTIVNOSTIMA DNEVNOG ŽIVOTA

Veronika Lukić, Monika Haldek

S procesom starenja povezujemo brojne tjelesne, psihofizičke, biološke i socijalne promjene koje bitno određuju funkcionalne sposobnosti (Lučanin D., 2017). Kada se prouzrokovane različitim bolestima te sposobnosti promjene, dolazi i do mijenjanja izvedbi naših aktivnosti. Svakodnevne aktivnosti pojedinca odvijaju se u njegovoj okolini koja uključuje prirodno ili stvoreno fizičko i socijalno okruženje, a pojam okoline obuhvaća sve čimbenike koji utječu na razvoj i ponašanje osobe (AOTA, 2014).

Vodeći se adaptacijskim pristupom radni terapeut osigurava plan za nadilaženje barijera koje fizičko okruženje uzrokuje kako bi razvio/ unaprijedio/ održao izvedbu aktivnosti (Radić, 2017). Procjena fizičkog okruženja u kojoj osoba živi i provodi svoje svakodnevne aktivnosti je osnovica rada radnog terapeuta. Nakon provedene procjene radni terapeut provodi edukaciju i savjetovanje osobe o ergonomskoj prilagodbi prostora, pomagala u aktivnostima svakodnevnog života te treningu korištenja pomagala (AOTA, 2014). Asistivna tehnologija/pomagalo je bilo koja stavka, dio

opreme ili sustav proizvoda, bilo da je komercijalno nabavljen, modificiran ili prilagođen, koji se koristi za povećanje, održavanje ili poboljšanje funkcionalnih sposobnosti osoba s invaliditetom (AOTA, 2010).

Tijekom trajanja CrossCare projekta 22% pacijenata je uključeno u radno terapijsku intervenciju usmjerenu na savjetovanje, nabavu i izradu pomagala za aktivnosti dnevnog života, dok je za 19% pacijenata osigurana radno terapijska prilagodba uže i šire okoline za izvedbu aktivnosti.

OSOBNA HIGIJENA

Ograničenje pokretljivosti ramena i/ili lakta može uzrokovati probleme pri dosezanju leđa, stražnje strane vrata ili glave pri aktivnostima osobne njege (Radić, 2017). Da bi osoba mogla obavljati aktivnosti osobne higijene u kupaonici, ona mora biti prilagođena njegovim potrebama. To znači da ako je osoba u kolicima, treba biti osiguran pristup umivaoniku, WC školjci, kadi/tuš kabini, te mora postojati adekvatan manevarski prostor (Kroemer, Grandiean 1999). Osoba koja ima dovoljno reakcija ravnoteže i posturalne stabilnosti može se umivati i prati ruke u stojećem položaju, ali istodobno nemogućnost održavanja normalnog stojećeg položaja nije prepreka za samostalno umivanje koje se može olakšati upotrebom spužve ili peračice dok osoba sjedi u invalidskim kolicima ili stolici (Chan i sur, 2009).

Češljanje može biti otežano ako osoba ima poteškoća s hvatom i opsegom pokreta. Radni terapeut može

savjetovati zadebljanje drške četke ili na četku pričvrstiti univerzalnu manžetu koja omogućava držanje bez hvata. Češalj s produljenom drškom koristi se za lakše doseganje kose bez visokog podizanja ruke ukoliko postoji ograničena pokretljivost ramena i/ili lakta (Chan i sur, 2009).

Pomagalo za rezanje noktiju te pomagala sa zadebljanom drškom i utorima za rašpicu i britvicu (slika 1.) mogu se koristiti kod poteškoća hvata/oslabljene funkcije šake. Za olakšavanje/omogućavanje hvata u aktivnosti pranja zubi, može se koristiti univerzalna manžeta oko metakarpofalangealnog područja šake na koji se fiksira četkica. Istiskivanje paste za zube iz tube može olakšati pomagalo za doziranje. Također, ono omogućuje stavljanje paste za zube na četkicu koristeći jednu ruku (Chan i sur, 2009).

Aktivnost kupanja je prva aktivnost u kojoj većina osoba starije životne dobi gubi samostalnost. Najčešće aktivnost kupanja provodi obitelj, skrbnici ili patronažna sestra (Radić, 2017). Ugradnjom rukohvata, zidne sjedalice/ stolice u tuš kabini i poprečne daske za kadu (slika 2.) štedi se energija i omogućuje sigurna provedba aktivnosti. Daska za kadu omogućuje sjedenje prilikom ulaska i izlaska iz kade kao i sjedenje za vrijeme tuširanja (Šantek, 2007). Kako bi se lakše oprali teško dostupni dijelovi tijela koristi se spužva s produljenom drškom (Chan i sur, 2009).

Standardna visina WC-a može biti neprimjerena za osobe starije životne dobi, primjerice kada su prisutne promjene na koljenu i kuku (Radić, 2017). S obzirom na to nekima će trebati dodatna potpora u vidu toaletnog povišenja bez rukohvata/ s rukohvatom ili ugradnja rukohvata uza zid zbog lakšeg posjedanja i ustajanja s wc školjke.



Slika 1.



Slika 2.

ODIJEVANJE

Odijevanje je vrlo složena aktivnost i zahtijeva veliki napor kod osobe i radnog terapeuta u savladavanju te aktivnosti (Šantek, 2007). Ovisno o stupnju ograničenja pokreta gornjih ekstremiteta većina odjevnih predmeta može stvarati poteškoće. Primjerice, kod oštećenja zgloba ramena ili lakta (art. humeri, art. cubiti) dolazi do značajnih problema pri odijevanju preko glave (majice) ili preko ramena (košulja), zakopčavanja gornjih gumbiju košulje i stražnjeg zakopčavanja (grudnjaka). Kada su prisutna oštećenja kuka ili koljena (art. coxe, art. genus) dolazi do poteškoća pri odijevanju hlača, suknja, čarapa, cipela. Kod oštećenja šake problemi će nastati pri zakopčavanju remena, gumba, ili čak općenito kod oblačenja iz razloga što dolazi do smanjene snage u šaci (Radić, 2017). Najčešća pomagala koja radni terapeuti mogu preporučiti osobi i uvježbati njihovu uporabu su: pomagalo za oblačenje čarapa (slika 3.), hvataljka za skidanje donjih odjevnih predmeta, pomagalo za zakopčavanje gumbi s kukicom za povlačenje patenta (slika 4.), žlica za obuvanje s produljenom drškom.



Slika 3.



Slika 4.

HRANJENJE

S ciljem omogućavanja samostalnog hranjenja, radni terapeut nakon identifikacije promjena u malim zglobovima šake, ograničenih pokreta u laktu ili ramenu, rješenje pronalazi u adaptaciji pribora kako bi nadomjestio narušenu/izgubljenu funkciju. Adaptirani pribor za hranjenje uključuje zadebljanu i/ili zakrivljenu dršku pribora (slika 5.), a ukoliko je hvat u potpunosti izgubljen radni terapeut može preporučiti pribor za jelo s držačem (slika 5.) ili manžetu s utorom za pribor koju je moguće prilagođavati ovisno o veličini šake. Kako bi se umanjio tremor koji može biti posljedica različitih bolesti preporuča se upotreba pribora za jelo s utezima s mogućnošću individualnog doziranja težine (slika 5.). Prilagođeni tanjur za jelo s povišenom i zaobljenom jednom stranom tanjura (slika 5.) ili dodatak za tanjur, tzv. graničnik, koriste se u

svrhu sprječavanja prosipanja hrane. Također, kako bi se preveniralo klizanje tanjura moguće je upotrijebiti protuklizni podložak. Adaptirani pribor za pijenje može biti u obliku čaše s ručkama koja je prekrivena poklopcem s usnikom (slika 5.) kako bi se izbjeglo proljevanje kod poremećaja koordinacije. Ručke na čaši omogućuju bilateralnu aktivnost koja osigurava bolji i sigurniji hvat. Ostala pomagala mogu uključivati: dasku za rezanje sa šiljcima koje stabiliziraju hranu prilikom rezanja, držač zdjela za prebacivanje hrane iz jedne posude u drugu, otvarač konzervi montiran na zid za otvaranje konzervi jednom rukom, pomagalo za otvaranje konzervi/boca/staklenki kod nedostatka snage i fine motorike.



Slika 5.

PISANJE

Slaba funkcionalnost šake može uzrokovati teškoće u aktivnosti pisanja pri čemu radni terapeut preporuča zadebljana pomagala različitih oblika (slika 6.) (Radić, 2017).



Slika 6.

UZIMANJE LIJEKOVA

Tjedni organizatori za lijekove koriste se s ciljem lakšeg rasporeda lijekova po danima i dobu dana kada se uzimaju. Za prepolavljanje tableta može se koristiti rezač za rezanje i usitnjavanje.

TRANSFERI I MOBILNOST

Radni terapeuti sudjeluju u nabavi pomagala za kretanje (štap, štake, hodalice, dizalice, invalidska kolica) nakon što obave antropometrijsko mjerenje koje im je potrebno za individualnu prilagodbu pomagala (Šantek, 2007). Transfer podrazumijeva kretanje s jedne površine na drugu. Da bi ga osoba mogla samostalno izvesti potrebno je da ima sposobnost posjedanja i održavanja ravnoteže u sjedećem položaju (Grozdek Čovčić, Maček, 2011). Prilikom izvođenja transfera iz invalidskih kolica na ostale sjedeće površine (krevet, stolac, wc školjka, auto) može se koristiti klizna daska.

Radni terapeut kroz intervenciju educira korisnika o ispravnom načinu sjedenja (pozicioniranje na način da je položaj kuka i koljena 90°, sa stopalima na podu), te preporuča ergonomsku prilagodbu stolca u vidu postavljanja podizača (Radić, 2017). Kod starijih osoba, osoba koje pate od kroničnih bolesti, prekomjerne tjelesne težine, stanja koja ograničavaju pokretljivost (gonartroza, ugradnja totalne endoproteze kuka, promjene na kralježnici kao posljedica različitih oštećenja) radni terapeut preporuča upotrebu hvataljke (slika 7.). Koristi se u svrhu podizanja predmeta s poda te dohvaćanja predmeta s nižih i viših površina. Osobe koje imaju znatno ograničenu pokretljivost ramenog zgloba mogu koristiti hvataljku/ štap kao pomagalo za baratanje s prekidačima za svjetlo.



Slika 7.

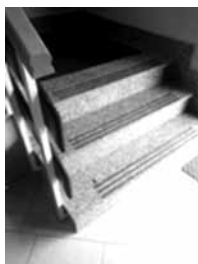
Većina populacije 65+ ima problema sa savladavanjem prostora u kojem žive, posebice neprilagođenog stepeništa, ulaznih vrata, ali i savladavanjem prepreka s kojim se suočavaju kada izlaze u zajednicu. U većini slučajeva to vodi postupnoj socijalnoj izolaciji, ali i gubitku većine okupacija koje se provode izvan doma (okupacijska deprivacija) (Radić 2017). Slike ispod prikazuju prilagodbe fizičkog okruženja kao npr. rukohvat uz stepenice (slika 8.), rampu u kući (slika 9.) i označavanje ruba stepenica (slika 10.).



Slika 8.



Slika 9.



Slika 10.

INDIVIDUALNA I GRUPNA INTERVENCIJA KROZ SVAKODNEVNE OKUPACIJE U PREVENCIJI PADOVA

Marija Tufeković

Literatura:

- American Occupational Therapy Association. (2014). Occupational therapy practice framework: Domain and process (3rd ed.). American Journal of Occupational therapy
- American Occupational Therapy Association. (2010). Specialized knowledge and skills in technology and environmental interventions for occupational therapy practice. American Journal of Occupational Therapy
- Chan, W.C., Cusson, C., Saindon, A.L., Korner-Bitensky (2009). N. Assistive devices: Information for Patients and Families
- Grozdek Čovčić, G., Maček, Z. (2011). Neurofacilitacijska terapija, neobjavljeni nastavni tekstovi. Zagreb: Zdravstveno veleučilište
- Kroemer, K.H.E., Grandjean, E. (1999). Prilagođavanje rada čovjeku-ergonomski priručnik. Jastrebarsko: Naklada Slap
- Radić S. (2017). Pomagala i ergonomska prilagodba pribora za provedbu aktivnosti svakodnevnog života. Vodič za starije građane grada Zagreba. Grad Zagreb: Gradski ured za socijalnu zaštitu i osobe s invaliditetom
- Šantek, V. (2007). Aktivnosti samozbrinjavanja, neobjavljeni nastavni tekstovi. Zagreb: Zdravstveno veleučilište

Vodeći uzrok među nesretnim slučajevima u strajnoj životnoj dobi su padovi (stopa smrtnosti 30,3/100.000), U 2018. godini zabilježeno je 1.875 nasilnih smrti (stopa od 2,25/1.000) u osoba 65 i više godina. Najveći broj nasilnih smrti uzrokovan je padovima (1.135 osoba; stopa 1,36/1.000). Najčešći uzroci smrti u dobnim skupinama 75-84 i 85 i više godina kod muškaraca i žena su padovi (stope za dobnu skupinu 75-84 godina: muškarci 1,55/1.000 i žene 1,39/1.000; 85+ godina: muškarci 6,07/1.000 i žene 7,08/1.000), (Slika 1). (HZJZ,2018.)

Padovi su glavna prijetnja zdravlju i neovisnosti starijih odraslih osoba. Svake godine jedna od tri osobe starije od 65 godina doživi pad, a ljudi koji padnu jednom, dva do tri puta su vjerojatniji da će ponovo pasti. Padovi su vodeći uzrok nefatalnih ozljeda starijih odraslih osoba. Jedan od deset padova uzrokuje ozbiljne ozljede, poput prijeloma kuka ili ozljede glave, što zahtijeva hospitalizaciju. Pored fizičke i emocionalne boli, mnogi ljudi trebaju provesti barem godinu dana oporavljajući se u ustanovi za dugotrajno zbrinjavanje, a neki čak više nikada ne mogu samostalno živjeti.

PAD

Pad je iznenadna, nenamjerna promjena položaja koja dovodi osobu na nižu razinu, predmet, pod ili zemlju, a nije posljedica nagle paralize, epileptičnog napada ili vanjske sile. (Sirven and Malamut,2008.)

Padovi se ne "događaju", ali vrlo često se javljaju kao rezultat više faktora rizika:

- Loš vid
- Loša ravnoteža, npr. nedostatak vježbanja, parkinsonova bolest, demencija
- Problem s donjim udovima, npr. osteoartritis koljena, moždani udar
- Vrtoglavica, npr. srčana aritmija, posturalna hipotenzija
- Kombinacija više lijekova, npr. diuretici, antihipertenzivni lijekovi, hipnotici

- Nesigurno okruženje, npr. sklizak pod, nedovoljna rasvjeta, neadekvatna odjeća, prepreke na podu, neadekvatan namještaj
- Urinarna inkontinencija

Strah od pada može biti i faktor rizika od pada i posljedica pada. Definirana kao trajna zabrinutost zbog pada koja vodi do toga da pojedinac izbjegava aktivnosti koje je inače sposoban obavljati. Strah od pada često vodi do ograničavanja aktivnosti i zadataka koje ljudi trebaju ispuniti kako bi ostali što neovisniji. Kao posljedica samoograničavajućih ponašanja, starije osobe imaju smanjeno fizičko funkcioniranje, što onda doprinosi povećanom riziku od padova. (AOTA,2017).

Sprečavanje pada ne izgleda kao živahna tema, ali je vrlo važna. Kako starite, fizičke promjene i zdravstvena stanja - a ponekad i lijekovi koji se koriste za liječenje tih stanja - mogu uzrokovati pad. Ipak, strah od pada ne treba upravljati vašim životom. Umjesto toga, razmotrite šest jednostavnih strategija sprečavanja pada.

- 1. Zakažite sastanak sa svojim liječnikom - s liječnikom porazgovarajte o tome koje lijekove trošite, može li vaše zdravstveno stanje utjecati na mogućnost pada (lošiji vid, vrtoglavice...) te jeste li ikada pali. Provesti će se procjena rizika od pada ocjenjujući zdravstveno stanje te napraviti test ravnoteže. Liječnik će vam na temelju vaših odgovora dati najbolje strategije kako bi se smanjila mogućnost pada ili njegovo ponavljanje ili će vas dalje uputiti stručnjacima.**
 - Fizioterapeut - procjenjuje tjelesnu aktivnost starije osobe i snagu mišića. Preporučuje prikladne programe vježbanja za jačanje mišića, treninge hodanja, poboljšanje rada zglobova, poboljšanje snage i ravnoteže donjih udova. Preporučiti će odgovarajuća asistivna pomagala za hodanje. Daje upute za vježbanje dna zdjelice starijim osobama sa urinarnom inkontinencijom.
 - Radni terapeut - radi procjenu svakodnevnog funkcioniranja, načina života te navika starijih osoba kako bi pronašli prostor za poboljšanje. Radne terapeutkinje na CrossCare projektu provodile su individualnu intervenciju u domu korisnika prema potrebama korisnika, a temeljila se na sveobuhvatnoj procjeni rizika pada i okoline, edukaciji i savjetovanju osobe i obitelji kao i edukaciji o upotrebi asistivnih pomagala npr. daske za kupanje, hvataljke, pomagalo za oblačenje čarapa i savjetovanju o tehnikama podizanja i prijenosa bez transfer daske i s njom.
 - Nutricionist - ocjenjivanje prehrambenog statusa te savjetovanje za optimizaciju prehrambenog stanja i sprječavanje osteoporoze

- 2. Krećite se - Tjelesna aktivnost može biti dug put prema prevenciji pada. Uz pomoć liječnika/ fizioterapeuta/radnog terapeuta/obitelji, razmislite o aktivnostima kao što su hodanje (Slika 4), vježbanje u vodi ili tai chi - blaga vježba koja uključuje sporo i graciozno kretanje nalik plesu. Takve aktivnosti smanjuju rizik od pada poboljšavajući snagu, ravnotežu, koordinaciju i fleksibilnost. Razmislite i o prilagođenom programu vježbanja usmjerenom na poboljšanje vaše ravnoteže, fleksibilnosti, snage mišića i hoda.**

- 3. Nosite primjerene cipele - Razmislite o promjeni obuće kao dijela plana za prevenciju pada. Hodanje u cipelama s visokim potpeticama, japankama i cipelama s glatkim potplatima te čarapama, može uzrokovati da se poskliznete, posrnete ili padnete. Umjesto toga, obucite odgovarajuće čvrste cipele s protukliznim potplatima. Cipele koje idu preko gležnja također mogu umanjiti bolove u zglobovima.**

- 4. Uklonite opasnosti po kući - Promotrite svoj dom. Vaša dnevna soba, kuhinja, spavaća soba, kupaonica, hodnici i stepeništa mogu biti ispunjeni opasnostima.**

Da biste učinili svoj dom sigurnijim:

- Uklonite sve kutije, novine, električne kabele i telefonske kablove s prostora kojim se krećete.
- Premjestite stolice za kavu, stalake za časopise i posude s biljkama s područja čestog kretanja.
- Osigurajte labave prostirke s dvostrukom trakom, kvačicama ili podlogom otpornom na klizanje - ili uklonite labave prostirke iz svog doma.
- Odmah popravite labave drvene podne ploče i tepihe.
- Odjeću, posuđe, hranu i druge potrebštine držite na dohvatu ruke.
- Prolivene tekućine, masti ili hranu odmah očistite.
- U kadi ili tušu koristite protuklizne prostirke. Koristite dasku ili stolac za kadu, koje vam omogućuju da sjedite dok se tuširate.

- 5. Osvijetlite svoj životni prostor - Neka dom bude osvjetljen kako ne bi posrtali ili pali preko teško vidljivih predmeta.**

Također:

- Postavite noćna svjetla u svoju spavaću sobu, kupaonicu i hodnike.
- Ukoliko imate potrebe ustajati usred noći, postavite svjetiljku u razinu dosega iz kreveta
- Napravite jasne staze/prolaze do prekidača za svjetlo koji nisu u blizini ulaza u sobu.
- Razmislite o zamjeni klasičnih prekidača za svjetlo onima koje imaju osvjetljenje ili svijetle u mraku.
- Uključite svjetla prije nego što krenete stepenicama gore ili dolje.

- Pospremite ručne svjetiljke na mjesta koja su lako dostupna, u slučaju nestanka struje.

6. Koristite asistivna pomagala - Vaš liječnik može preporučiti korištenje štapa ili hodalice kako biste bili stabilniji. I drugi pomoćni uređaji mogu pomoći.

Na primjer:

- Rukohvati s obje strane stubišta
- Ukoliko je potrebno, nabavite transfer dasku kako bi što sigurnije proveli određeni transfer
- Postaviti protuklizne podloge na stepenice od golog drveta
- Povišeno WC sjedalo ili sjedalo s naslonima za ruke
- Rukohvati za tuš ili kadu
- Čvrsto plastično sjedalo za tuš ili kadu - plus ručna tuš mlaznica za kupanje dok sjedite

Savjeti ukoliko se ipak nenadano nađete na podu:

Kao starija osoba trebali bi znati procijentiti rizik od pada, bez obzira na to jeste li doživjeli pad ili ne. Jednom kad se poskliznete i padnete trebali bi poduzeti odgovarajuće korake kako bi pomogli sami sebi:

- Ostanite mirni
- Procijenite težinu ozljede, krećite se polako ukoliko ozljeda nije ozbiljna
- Lagano se krećite po tlu prema zidovima ili stabilnom namještaju, te se tek onda lagano počnite uspinjati uz pomoć namještaja
- Ako ne možete ustati, a imate pri ruci telefon nazovite nekoga iz obitelji ili hitnu službu, ukoliko možete doći do vrata, otvorite ih te glasno zatražite pomoć. Ukoliko ne možete ništa od toga, probajte napraviti čim veću buku kako bi vas netko čuo.
- Ako ste zadobili otvorenu ozljedu prilikom pada probajte je očistiti i zaviti gazom
- Ukoliko imate teškoće pri kretanju koje prati jaka ili oštra bol čak i bez očite ozljede, brzo se posavjetujte s liječnikom

S obzirom da je tijekom projekta CrossCare u radnoterapijsku intervenciju uključeno više od 25% korisnika s izazovima nastalim uslijed pada ili koji su u riziku od pada, radne terapeutkinje CrossCare projekta počele su provoditi grupne radionice u lokalnoj zajednici u suradnji s Gerontološkim centrom "Maksimir".

Radionice "Lišće pada, ljudi ne bi trebali - Prevencija padova u aktivnostima svakodnevnog života" su provedene na praktičan način da bi se pojedincu pružilo što više informacija o tome kako izmijeniti provedbu svakodnevnih aktivnosti, a da iste budu sigurnije, primjerenije te da pozitivno utječu na

zdravlje pojedinca te u konačnici da se smanje troškovi mogućih hospitalizacija. Radionice su bile uobličene sukladno potrebama osoba starije životne dobi u suradnji sa stručnjacima Gerontološkog centra. Održavale su se u lokalnoj zajednici u prostorima mjesnog odbora te je na njima sudjelovalo od 10 do 15 sudionika. Radionice su bile interaktivnog karaktera te su se obradile teme: svakodnevni život i aktivnosti dnevnog života, prepoznavanje rizika za pad u vlastitom domu, osobni i okolišni rizični čimbenici, najčešće prostorije u kojima se padovi događaju, check lista provjere prevencije padova, savjetovanje o novim načinima provedbe aktivnosti i prilagodbe prostora sa ciljem prevencije pada. Svim sudionicima je također bilo pokazano kako pravilno pasti i ustati, kako bi znali pravodobno reagirati ukoliko dođe do pada.

Literatura:

- American Occupational Therapy Association (2017) Occupational Therapy and Prevention of Falls, American Occupational Therapy Association
- Anon, (2020). [online] Available at: <http://www.merckmanuals.com/professional/geriatrics/falls-in-the-elderly/falls-in-the-elderly>. [Accessed 1 Mar. 2020].
- Alexander BH, Rivara FP, Wolf ME. The cost and frequency of hospitalization for fall-related injuries in older adults. *American Journal of Public Health* 1992;82(7):1020–3.
- Bergen G, Stevens MR, Burns ER. Falls and Fall Injuries Among Adults Aged ≥65 Years — United States, 2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2016;65:993–998. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6537a2>
- Burns, E. R., Stevens, J. A., & Lee, R. (2016). The direct costs of fatal and non-fatal falls among older adults—United States. *Journal of Safety Research*, 58, 99–103. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsr.2016.05.001>
- Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control. Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS) [online]. Accessed August 5, 2016.
- Department of Health (2018). Fall Prevention, Elderly Health Service and Primary Care Office.
- Florence CS, Bergen G, Atherly A, Burns ER, Stevens JA, Drake C. Medical Costs of Fatal and Nonfatal Falls in Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2018 March, DOI:10.1111/jgs.15304
- Hayes WC, Myers ER, Morris JN, Gerhart TN, Yett HS, Lipsitz LA. Impact near the hip dominates

fracture risk in elderly nursing home residents who fall. *Calcif Tissue Int* 1993;52:192-198.

- Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP). 2012. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <http://hcupnet.ahrq.gov/External>. Accessed 5 August 2016..
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2019). Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis hrvatski za 2018. godinu. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Zagreb. Dostupno: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2019/10/Ljetopis_Yearbook_2018-1.pdf
- Jager TE, Weiss HB, Coben JH, Pepe PE. Traumatic brain injuries evaluated in U.S. emergency departments, 1992–1994. *Academic Emergency Medicine* 2000;359;7(2):134–40.
- Kiel DP. (2019) Falls in older persons: Risk factors and evaluation. DOI: <http://www.uptodate.com/home>
- NIH Senior Health (2016) Falls and older adults: Fall proofing your home.. <http://nihseniorhealth.gov/falls/homesafety/01.html>. Takahashi PY (expert opinion). Mayo Clinic, Rochester, Minn.
- O’Loughlin J et al. Incidence of and risk factors for falls and injurious falls among the community-dwelling elderly. *American journal of epidemiology*, 1993, 137:342–54.
- Parkkari J, Kannus P, Palvanen M, Natri A, Vainio J, Aho H, Vuori I, Järvinen M. Majority of hip fractures occur as a result of a fall and impact on the greater trochanter of the femur: a prospective controlled hip fracture study with 206 consecutive patients. *Calcif Tissue Int*, 1999;65:183–7.
- Stevens JA, Ballesteros MF, Mack KA, Rudd RA, DeCaro E, Adler G. Gender differences in seeking care for falls in the aged Medicare Population. *Am J Prev Med* 2012;43:59–62.
- Sterling DA, O’Connor JA, Bonadies J. Geriatric falls: injury severity is high and disproportionate to mechanism. *Journal of Trauma–Injury, Infection and Critical Care* 2001;50(1):116–9
- Sirven J, Malamut B (2017). *Clinical neurology of the older adult* (2nd edition). Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2008
- Vellas BJ, Wayne SJ, Romero LJ, Baumgartner RN, Garry PJ. Fear of falling and restriction of mobility in elderly fallers. *Age and Ageing* 1997;26:189–193.

PRIMJENA PAL (THE POOL ACTIVITY LEVEL) INSTRUMENTA, SVAKODNEVNIH AKTIVNOSTI I SENZORIČKIH STRATEGIJA U OSOBA SA DEMENCIJOM

Saša Radić, Veronika Lukić

Smanjena sposobnost izvedbe bazičnih i instrumentalnih svakodnevnih aktivnosti su jedan od kliničkih znakova kadase postavlja dijagnoza demencije [American Psychiatric Association, 2002]. Najveći dio osoba s demencijom (60% do 80%) klasificiran je u skupinu Alzheimerove demencije (Alzheimer’s Association). Prema Okviru radnoterapeutske prakse, bazične aktivnosti uključuju aktivnosti koje su nužne za bazično preživljavanje i dobrostanje u socijalnom svijetu (AOTA, 2014; Christiansen & Hammecker, 2001, p. 156), te uključuju kupanje, tuširanje, toalet i higijenu na toaletu, odijevanje, jedenje, hranjenje, funkcionalnu mobilnost, skrb o osobnim uređajima, osobnoj higijeni, dotjerivanju i seksualnoj aktivnosti (AOTA, 2014). Kod umjerenih do težih stadija demencija u bazičnim aktivnostima dnevnog života najčešće je narušeno hranjenje, odijevanje, dotjerivanje, kupanje i odlazak na toalet (Marshall, Amariglio, Sperling, Rentz, 2013). Instrumentalne svakodnevne aktivnosti su prema Okviru radnoterapeutske prakse definirane kao aktivnosti koje podržavaju svakodnevni život u domu i zajednici, a koje uključuju kompleksnije interakcije od onih u bazičnim aktivnostima dnevnog života (AOTA, 2014), te uključuju brigu o drugima, brigu o ljubimcima, brigu o djeci, rukovođenje komunikacije, vožnju i mobilnost u zajednici, rukovođenje financijama, brigu o zdravlju, brigu o domu, pripremanje obroka, religijske i duhovne aktivnosti, sigurnost u domu i kupovanje (AOTA, 2014). Instrumentalne svakodnevne aktivnosti započinju propadati u stadiju blagog kognitivnog oštećenja te nešto brže propadaju u umjerenim stadijima demencije (Marshall, Amariglio, Sperling, Rentz, 2013). Tijekom trajanja CrossCare projekta, radne terapeutkinje Ustanove su imale oko 4% pacijenata s postavljenom dijagnozom demencije od ukupnog broja pacijenata. Iako, kada gledamo

populaciju uključenu u projektne aktivnosti, značajno veći broj je pokazao poteškoće vezane za demenciju (poteškoće sa svakodnevnim zadacima, zbunjenost u poznatoj okolini, poteškoće s riječima i brojevima, gubitak pamćenja, promjene u raspoloženju i ponašanju).

Radni terapeuti u osoba s demencijom provode intervencije sa ciljem održavanja svakodnevnog funkcioniranja koristeći pristup promocije zdravlja (održavanje vještina kroz razvijanje zdravih životnih navika, poput smanjenja stresa), remedijacije (unaprijeđenje izvedbe svakodnevnih aktivnosti i funkcionalne mobilnosti, kroz recimo održavanje opsega pokreta, snage i izdržljivosti), održavanja (održavanje komunikacije kroz potpomognute načine komunikacije, korištenje senzoričkih strategija) i modifikacije (primjerice modifikacije odabira odjeće kada osoba nije samostalna odabrati odjeću primjerenu dobi, prilagodba okoline za osobu s demencijom i dijabetesom koja zaboravlja uzimati inzulin ili pretjerano jede) (AOTA, 2017). Jedan od pristupa koji se u radu s demencijama koristi, a kojeg su primjenjivale i terapeutkinje Crosscare projekta, je princip kojeg je osmislila Jackie Pool, radna terapeutkinja specijalizirana za rad s osobama s demencijom, sa željom perspektivnog pogleda na osobe s demencijom i drugim oblicima kognitivnih oštećenja uključujući traumatske ozljede mozga, moždani udar i teškoće učenja. Pool je primarno osmislila Pool Activity Level (PAL) instrument razvijen sa ciljem identificiranja/prepoznavanja/utvrđivanja razine sposobnosti svakog pojedinca te razumijevanju njegove fizičke i socijalne okoline za koju je važno da je podržavajuća. PAL koristi pristup temeljen na snagama pojedinca, umjesto izazova/teškoća/prepreka, a utemeljen je na teoriji kognitivnog razvoja Claudie Allen. Unutar PAL instrumenta postoji Check lista s izjavama koje opisuju moguće načine izvedbe u devet svakodnevnih aktivnosti. Za svaku od devet aktivnosti postoje četiri izjave, a svaka opisuje drugačiju razinu sposobnosti. Nakon ispunjene PAL Check liste moguće je identificirati/prepoznati/utvrditi razinu kognitivnih i funkcionalnih sposobnosti pojedinca. S obzirom na rezultate odabire se prikladni PAL profil koji opisuje i daje nam smjernice kako podržati pojedinca na toj/njegovoj razini sposobnosti. U Nacionalnim smjernicama kliničke prakse za demenciju, instrument PAL preporučuje se za trening vještina i planiranje aktivnosti svakodnevnog života koje su pojedincu značajne. The Pool Activity Level standardizirana je procjena mjera ishoda s dokazanom pouzdanošću i valjanošću. Njena temeljna načela su da osobe s kognitivnim oštećenjima imaju sposobnosti, da se

u povoljnom okruženju te potencijalne sposobnosti mogu realizirati/ostvariti, da je aktivnost temeljna za „otključavanje“ potencijala osobe/sposobnosti, da je potrebno razumjeti sposobnosti osobe kao i njegova/njezina ograničenja te da odabrane aktivnosti trebaju pojedincu imati osobni značaj/vrijednost.

PAL se sastoji od četiri razine aktivnosti, planirana, istraživačka, senzorička i refleksna razina, ovisno o stadiju funkcioniranja osobe. Planirana razina predstavlja najvišu razinu sposobnosti sudjelovanja osobe u aktivnostima. Osoba može izvoditi cilj usmjerene aktivnosti s opipljivim ishodom, ali možda neće moći riješiti probleme koji se mogu pojaviti u procesu. Osoba će možda obaviti cijeli zadatak, posebno ako se bavila kuhanjem u obitelji ili je profesionalno bila kuharica/kuhar, ako voli kuhati i ako je u poznatom okruženju. Ukoliko, na primjer, osoba nije u svojoj kuhinji, za nju može predstavljati izazov pronalazak određenog predmeta/sastojka i trebat će pomoć. Također će vjerojatno trebati pomoć ako se pojave problemi. Kako bi potaknuli sudjelovanje osobe preporuke su slijedeće: koristiti kratke rečenice, biti prisutan u pravom smislu te riječi, pružiti pomoć u rješavanju nastalih problema, usredotočiti se na aktivnosti u kojima je dostižan „opipljiv“ rezultat. Primjer, ako osoba kao važnu aktivnosti odabere aktivnost kuhanja, tijekom nje je sposoban izvesti aktivnost uz određenu pomoć u rješavanju problema, primjerice podršku pri sakupljanju potrebnih materijala za kuhanje na jedno mjesto.

Istraživačka razina, tijekom koje osoba može izvoditi poznate aktivnosti u poznatom okruženju, s načelom da osoba uživa u procesu radnje bez obzira na konačni ishod. Kako bi potaknuli sudjelovanje osobe preporuke su sljedeće: uspostaviti prvi kontakt, koristiti jednostavne, razumljive upute, koristiti kreativan i spontan pristup, razdvojiti aktivnost na korake. Primjer, kod aktivnosti kuhanja komuniciramo o koracima u napretku, dajemo upute kako provoditi koji korak, pružamo maksimalno podršku kako bi dovršili aktivnost, no ne gledamo koliko nam je uspješan konačan produkt kuhanja, znači osoba je sposobna izvesti 2-3 koraka u aktivnosti. Tako će možda moći razbiti jaja u zdjelu i izmiješati, kao i oblikovati smjesu u kuglice i staviti ih na pladanj. Na trećoj, senzoričkoj razini aktivnosti osoba se prvenstveno bavi doživljajem senzoričkog aspekta aktivnosti i pomicanjem svog tijela kao odgovor na te podražaje. Kako bi potaknuli sudjelovanje osobe preporuke su sljedeće: pružiti verbalne upute u svakom koraku aktivnosti, osigurati da osoba doživljava široki spektar

senzoričkih podražaja, koristiti jednostavne upute i demonstraciju. Primjer aktivnosti kuhanja bi tada bio da je osoba sposobna izvesti jedan korak u aktivnosti uz moguću demonstraciju, no naglasak je na uživanju u senzoričkim kvalitetama, poput mirisa, okusa, opipa i slično. Osoba na trećoj razini vjerojatno će moći samostalno izvesti jedan korak u aktivnosti, poput npr. miješanja smjese, miješanja tijesta, cijedenja limuna te će biti potrebna pomoć u vidu strategija za dosjećanje/gotovih verbalnih uputa i demonstracije koraka. Na četvrtoj, refleksnoj razini aktivnosti postoji mogućnost da osoba nije svjesna okruženja i/ili vlastitog tijela. Kako bi potaknuli sudjelovanje osobe preporuke su sljedeće: koristiti izravnu osjetilnu stimulaciju za podizanje samosvijesti, ne pružati pretjerane stimulaciju, upotrijebiti jednosložne upute, koristiti podržavajući i umirujući izraz lica i ton glasa. Osoba je na ovoj razini sposobna mirisati, okusiti i osjetiti pojedine sastojke i krajnji proizvod sa naglaskom na činjenicu da je njena reakcija ugone konačan produkt. Svaka aktivnost koja pruža mnogo različitih senzoričkih stimulacija biti će odličan medij za osobu. Osobi se može npr. dati određena mješavina koju će osjetiti u rukama i, naravno, okusiti krajnji proizvod.

PAL se tijekom vremena može ponoviti jer je pretpostavka da ukoliko se stručnjaci zaista angažiraju i teže poboljšanju korisnici postaju neovisniji i počinju koristiti preostale sposobnosti.

Primjena PAL (The Pool Activity Level) instrumenta, svakodnevnih aktivnosti i senzoričkih strategija u osoba sa demencijom je jedan od oblika intervencija, koji može osnažiti naše sagledavanje pojedinca kroz njegove snage, što je pogotovo ključno ako želimo osigurati veću kvalitetu življenja bez obzira na dob.

Literatura:

- American Occupational Therapy Association. (2014). Occupational therapy practice framework: Domain and process (3rd ed.). American Journal of Occupational Therapy, 68(Suppl.1), S1–S48. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.2014.682006>
- American Occupational Therapy Association (2017). Dementia and the Role of Occupational Therapy. DOI: [https://www.aota.org/~media/Corporate/Files/AboutOT/Professionals/WhatIsOT/MH/Facts/Dementia.pdf](https://www.aota.org/~/media/Corporate/Files/AboutOT/Professionals/WhatIsOT/MH/Facts/Dementia.pdf)
- Alzheimer's Association. (n.d.). What is dementia? Retrieved from <http://www.alz.org/what-is-dementia.asp>
- American Psychiatric Association. (2002). Diagnostic

and Statistical Manual of Mental Disorders, (4th Edt) Washington, DC, USA: American Psychiatric Association.

- Christiansen, C. H., & Hammecker, C. L. (2001). Self-care. In B. R. Bonder & M. B. Wagner (Eds.), Functional performance in older adults (pp. 155–175). Philadelphia: F. A. Davis.
- Marshall GA, Amariglio RE, Sperling, RA, Rentz, DM (2013) Activities of daily living: where do they fit in the diagnosis of Alzheimer's disease? *Neurodegener Dis Manag.* 2012 Oct 1; 2(5): 483–491. doi: 10.2217/nmt.12.55
- Schaber, P., & Lieberman, D. (2010). Occupational therapy practice guidelines for adults with Alzheimer's disease and related disorders. Bethesda, MD: AOTA Press.

SVAKODNEVNE AKTIVNOSTI I KOGNITIVNE VJEŠTINE

Sanja Lulić

Ljudski mozak središte je spoznaje. Kognitivne ili spoznajne funkcije omogućuju najvišu razinu intelektualnog funkcioniranja osobe. Dije se na temeljne i više sposobnosti, kao što su pažnja, obrada informacija, pamćenje, izvršne funkcije i zaključivanje. Kognitivne funkcije zajedno sa osjetilnim i perceptivnim sustavom tijela omogućuju spoznaju događaja oko nas i uspješnije funkcioniranje u svakodnevnom životu. Sama sposobnost razmišljanja, pamćenja i zaključivanja omogućuje osobi da uđe u interakciju sa okolinom u kojoj živi i funkcionira. Kognitivne sposobnosti omogućuju nam sudjelovanje u jedinstvenim i zahtjevnim situacijama pa tako i u svim aktivnostima dnevnog života kao što su planiranje objeda, uzimanje medikamentozne terapije u redovno vrijeme, baratanje novcem ili brzo reagiranje u hitnim situacijama. Kognitivne sposobnosti imaju tendenciju opadanja sa godinama, stoga su osobe starije životne dobi u riziku od propadanja kognitivnih vještina. Opadanje bilo koje kognitivne vještine utječe na svakodnevno funkcioniranje, a oslabljene kognitivne vještine posljedično utječu na svakodnevno funkcioniranje jer kognitivna disfunkcija znači disfunkcija u aktivnostima dnevnog života. Ukoliko postoje određene kognitivne smetnje potrebno je provesti procjenu kognitivnih funkcija i zatim osobu uključiti u proces kognitivne rehabilitacije. Tijekom trajanja CrossCare projekta u radnoterapijsku intervenciju u Ustanovi za zdravstvenu njegu u kući uključeno je oko 132 osobe sa poteškoćama i odstupanjima iz neurološkog područja (moždani udar, Alzheimerova bolest, Parkinsonova bolest).

Kognitivna rehabilitacija definira se kao "sustavno, funkcionalno orijentirano pružanje terapijskih aktivnosti koje se temelje na procjeni i razumijevanju deficita u ponašanju koje osoba ima zbog oštećenja mozga (Kostović, S.M., 2006). Postupci su usmjereni na postizanje promjena u ponašanju kroz:

- poticanje, jačanje ili uspostavljanje ranije naučenih oblika ponašanja
- uspostavljanje novih oblika kognitivne aktivnosti kroz kompenzacijske kognitivne mehanizme za oštećene neurološke sustave.

Kognitivna rehabilitacija se odnosi na terapijski proces poboljšanja klijentovog kapaciteta za procesiranje i uporabu informacija kako bi se omogućilo bolje funkcioniranje u svakodnevnom životu. Uključuje i metode za oporavak kognitivnog funkcioniranja i kompenzacijske strategije. Postupci za poboljšanje kognitivnih funkcija nazivaju se kognitivna rehabilitacija, a među najčešćim profilima stručnjaka su neuropsiholozi, logopedi i radni terapeuti. Tijekom trajanja CrossCare projekta više od 20% pacijenata je uključeno u radnoterapijsku intervenciju u kojoj se koristio trening kognitivnih vještina u svakodnevnom kontekstu.

S obzirom da se radni terapeuti kao stručnjaci bave područjem kognitivne funkcionalnosti, ako je sastavni dio procjena za izvedbu svakodnevnih aktivnosti, oni također prepoznaju kognitivna odstupanja na temelju izvedbe aktivnosti dnevnog života. Funkcionalna kognicija je interakcija između kognitivnih vještina, vještina aktivnosti samozbrinjavanja te životnih vještina u zajednici. Odnosi se na vještine razmišljanja potrebne za izvršavanje bazičnih i instrumentalnih aktivnosti dnevnog života (upravljanje domaćinstvom, upravljanje novcem, uzimanje medikamentozne terapije, slobodne aktivnosti, vožnja auta, posao, i sl.). Radni terapeuti promatraju odnos između kognitivnih vještina, funkcionalne izvedbe i konteksta okoline kako bi poboljšali participaciju osoba sa kognitivnim deficitom u aktivnostima dnevnog života. Procjenjuju niz sposobnosti potrebnih za izvedbu određenog zadatka (način izvedbe, sekvencioniranje, interpersonalne vještine, upravljanje vremenom, usmjerenost na zadatak) što je u CrossCare projektu osigurano kroz implementaciju procjene AMPS. AMPS (Assessment of motor and process skill) je procjena motoričkih i procesnih/kognitivnih vještina koja je omogućila identifikaciju razinu istih za osobe uključene u CrossCare projekt. Procjenjujući kognitivne snage i identificirajući kognitivna ograničenja u kontekstu izvedbe svakodnevnih aktivnosti, radni terapeuti pružaju podršku pojedincu da osvijeste strategije remedijacije i adaptacije kako bi se povećala neovisnost u izvedbi aktivnosti dnevnog života u vlastitom domu. Najčešće intervencije koje su se provodile kroz CrossCare projekt kod osoba koje imaju određeni kognitivni deficit su bile remedijacija i adaptacija što je u skladu sa suvremenom literaturom u navedenom području.

Remedijacijski pristup temeljen je na obnavljanju oslabljenih kognitivnih funkcija, a radne terapeutkinje CrossCare projekta provodile su ga primjerice kroz zadatke papir- olovka, zadatke i aktivnosti na računalu,

stupnjevanjem aktivnosti sukladno potrebama i sposobnostima osobe. Trening i ponavljanje zadataka koriste se kako bi se iskoristila plastičnost mozga te u skladu sa pretpostavkom da se utrenirane kognitivne vještine generaliziraju u aktivnosti dnevnog života gdje je određena vještina potrebna.

Adaptacijski pristup temeljen na kompenzaciji ograničenja koja su nastala zbog oslabljenih kognitivnih funkcija koristi okupacijsku izvedbu što je više u duhu suvremene radno terapijske prakse. U ovome pristupu koristile su se kognitivne snage osobe kako bi se kompenzirala ograničenja. Koristile su se unutarnje ili vanjske strategije kao što su vizualni dnevnik, check liste, asistivna pomagala, adaptacija okoline, promjena uloga u obitelji i socijalna podrška.

Tablični prikaz primjera intervencije i načina primjene

Primjer intervencije	Način primjene intervencije
Trening specifičnih vještina (pažnja, pamćenje, kategorizacija, konceptualizacija, rješavanje problema)	Senzorna stimulacija Stupnjevanje i povećanje zahtjeva Korištenje kompenzatornih strategija-vizualizacija ili verbalno samo-vođenje
Metakognitivni trening	Povećanje svijesti i provedba učinkovitih strategija rada Tehnike planiranja i organiziranja Izvedba različitih zadataka u različitom okruženju
Kompenzacijske strategije	Korištenje dnevnika Korištenje popisa Check-liste
Trening specifičnih zadataka	Trening ponavljanja Bihevioralne tehnike (poticajna i ne poticajna ponašanja) Asocijativno učenje
Intervencije u realnom okruženju	Trening specifičnih sposobnosti
Prilagodba okružja	Prilagodba okruženja Prilagodba zadataka Edukacija osobe i članova obitelji

Teorija radne terapije posjeduje načelo kako su kognitivne sposobnosti temelj za obavljanje svakodnevnih aktivnosti stoga radni terapeuti promatraju odnos između kognitivnih procesa i aktivnosti dnevnog života. Potrebno je naglasiti važnost participacije osobe u značajnim okupacijama kao sredstva promicanja kognitivne funkcionalnosti.

Literatura

- Cognition, Cognitive Rehabilitation, and Occupational Performance, American Journal of Occupational Therapy, November/December 2013, Vol. 67, S9-S31. <https://doi.org/10.5014/ajot.2013.67S9>
- Oros RI, Popescu CA, Iova CA, Mihancea P, Iova SO. The impact of cognitive impairment after stroke on activities of daily living. HVM Bioflux 2016;8(1):41-44.
- Kostović Srzentić M., (2006), Kognitivna rehabilitacija, Katedra za zdravstvenu psihologiju, Zdravstveno veleučilište
- Lidstrom Holmqvist K., (2012). Occupational therapy practice with cognitive impairments following acquired brain injury- Occupational therapy perspective.
- Robert A., Gélinas I., Mazer B., (2009). Occupational Therapists Use of Cognitive Interventions for Clients with Alzheimer's Disease
- Ball K.K. et al., (2004) Cognitive skills: Training, Maintenance, and Daily Usage, Encyclopedia of Applied Psychology
- Toglia, J. (1999). Management of occupational therapy services for persons with cognitive impairments (Statement). American Journal of Occupational Therapy, 53, 601-607.
- Tondat Carter L., Olsen Oliveira D., Duponte J., Lynch S.V., (1988) The Relationship of Cognitive Skills Performance to Activities of Daily Living in Stroke Patients American Journal of Occupational Therapy, July 1988, Vol. 42, 449-455. <https://doi.org/10.5014/ajot.42.7.449>

POTPOMOGNUTA KOMUNIKACIJA U OSOBA SA AFAZIJOM, DEMENCIJOM I ALSOM

Ivana Vasilj, Saša Radić

Svi mi u svakodnevnom životu koristimo razne alternativne oblike komunikacije. To su svi oni trenuci kada dijelimo svoje osjećaje i misli na način koji ne uključuje govor. Mi koristimo alternativne oblike komunikacije svaki puta kada upotrebljavamo ekspresijulica ili geste umjesto da pričamo, namignemo kolegici za stolom preko puta, pošaljemo poruku preko društvene mreže, usporimo automobilom jer smo došli do znaka koji pokazuje ograničenje brzine, pogledamo na kojoj temperaturi je naznačeno da trebamo oprati svoju najdražu majicu ili provjerimo vrijedi li još uvijek mlijeko koje upravo točimo u šalicu kave. Vjerojatno nismo niti svjesni kako često komuniciramo, prenosimo i primamo komunikacijske poruke bez da koristimo govor. Dok mi to radimo kako bi olakšali svakodnevnu komunikaciju, postoje osobe koje bez toga ne bi mogle uspješno komunicirati. Kada zbog urođenih ili stečenih poteškoća u komunikaciji osoba ima izazove u participaciji u svakodnevnim, njoj smislenim i važnim aktivnostima tada je potrebna intervencija stručnjaka koji može svojim vještinama osigurati način komunikacije koji je u skladu s mogućnostima i potrebama pojedinca.

Radni terapeut razumije međusobnu povezanost između sposobnosti (vještina) pojedinca, čimbenika okoline i željenih okupacija na putu prema uspješnoj okupacijskoj izvedbi, stoga koristi asistivnu tehnologiju kao sastavni dio okoline i time facilitira okupacijsku

izvedbu (WHO, 2001). Ovakva integrirana perspektiva čini radnog terapeuta važnim članom svakog tima kojemu je cilj razvoj i primjena asistivne tehnologije u svakodnevnom životu (Cook & Miller Polgar, 2008). Potpomognuta komunikacija (PK) ili alternativna i augmentativna komunikacija (AAK) je jedna načina primjene asistivne tehnologije u obliku integrirane skupine sastavnica koja uključuje: simbole, pomagala, strategije i tehnike koje korisnici rabe s ciljem jačanja komunikacije (American Speech-Language-Hearing Association, 1991.) Potpomognuta komunikacija se može koristiti zajedno s govornim jezikom ili pak kao zamjena za govorni jezik. Istraživanja su pokazala da potpomognuta komunikacija potpomaže razvoju govora, pa se ne treba bojati da će spriječiti razvoj govora i jezika (Thunberg).

Potpomognuta komunikacija je namijenjena osobama sa složenim komunikacijskim potrebama koje imaju poremećaje komunikacije karakterizirane s narušenim jezično govornim sposobnostima zbog čega se ne mogu služiti govornim jezikom i/ili imaju teškoće jezičnoga razumijevanja.

Kada govorimo o populaciji 65+ uključenoj u projektne aktivnosti CrossCare projekta, najčešće govorimo o stečenim poteškoćama u komunikaciji, koje se javljaju kod:

- Cerebrovaskularnih bolesti
- Traumatske ili stečene ozljede mozga
- Neurodegenerativnih bolesti (ALS, multipla skleroza, Parkinsonova bolest..)
- Onesposobljenja kao posljedice operativnog zahvata (glosektomija, laringektomija...)
- Privremena stanja (npr. Intubacija) kod pacijenata u kritičnom stanju (Beukelman i Mirenda, 2005).

Tijekom CrossCare projekta u radnoterapijsku intervenciju uključeno je 10% pacijenata s izazovima na području komunikacije. Radni terapeut je jedan od ključnih stručnjaka u intervenciji usmjerenoj na rehabilitaciju komunikacijskih vještina koristeći

Tablica 1. Oblici Augmentativne i asistivne komunikacije (prilagođeno od ASHA)

Bez pomagala	S pomagalom	
	Nisko-tehnološka	Visoko-tehnološka
<ul style="list-style-type: none"> • Geste • Manualni znakovi • Mimika lica • Vokalizacija • Verbalizacija • Govor tijela 	<ul style="list-style-type: none"> • Slike • Predmeti • Fotografije • Pisanje • Komunikacijske ploče/knjige 	<ul style="list-style-type: none"> • Uređaji za generiranje govora • Jednostavni komunikatori • AAK softveri (ICT-AAC aplikacije) za neke oblike hardvera (osobna računala, tablete, pametne telefone)

potpomognutu komunikaciju. Istraživanje literature pokazuje da se mali broj radnih terapeuta u svojim intervencijama usmjerava na komunikacijske vještine jer kreće od pretpostavke da je to područje rada logopeda. Tijekom projektnih aktivnosti može se uočiti da je od ukupnog broja osoba koje imaju poremećaje u području komunikacije (afazije, dizatrija i sl.) za njih više od 23% osigurana intevencija usmjerena na komunikacijske teškoće i razvoj komunikacijskih strategija kroz potpomognutu komunikaciju. Kod osoba koje imaju izazove u komunikaciji, cilj terapijske intervencije radnog terapeuta je unaprijediti ili omogućiti sudjelovanje u okupacijama (aktivnostima) koje su od značaja za osobu s kojim radimo a u kojima je nužna komunikacija. (AOTA) Kada uzmemo u obzir da više od 70% osoba s izazovima na području komunikacije koje su uključene u radnoterapijsku intervenciju unutar projekta CrossCare ima potrebu za intervencijom usmjerenom na komunikaciju dolazimo do zaključka važnosti uključenja logopeda kao dodatnog člana tima u integriranom pristupu skrbi za starije osobe.

Kroz procjenu svakodnevnih aktivnosti radni terapeuti stječu uvid u ograničavajući utjecaj komunikacijskih poteškoća na svakodnevne aktivnosti, ali jednako tako mogu prepoznati i snage u pojedincu koje se mogu koristiti kao temelj za preporuke u razvoju komunikacijskih strategija koje zadovoljavaju potrebe pojedinca u njegovom okruženju (Petty i sur., 2005). Ako je osoba vizualan tip svakako ćemo koristiti vizualne oblike komunikacije (PODD, komunikacijske ploče/knjige) odnosno, ako je osoba kinestetički tip onda ćemo više koristiti gestovnu komunikaciju. Kroz trening, podršku i precizno prilagođavanje osigurava se savršeno poklapanje između pojedinca, sustava potpomognute komunikacije i potreba u svakodnevnim aktivnostima (Miller Polgar, 2001; Hastings Kraskowsky i Finlayson, 2001). Te je s toga intervencija radnih terapeutkinja tijekom CrossCare projekta bila usmjerena na:

- Procjenu komunikacijskih i interakcijskih vještina pojedinca, te vještina koje mogu pružiti podršku u razvijanju komunikacije
- Prepoznavanje utjecaja koje izazovi na području komunikacije i interakcije imaju na sudjelovanje u, za osobu važnim, okupacijama (aktivnostima), te savjetovanje/osmišljavanje/izrađivanje optimalnog sustava potpomognute komunikacije koji djeluje pozitivno na uključenje u sve osobi važne okupacije
- Prepoznavanje mreže podrške u okolini koju pojedinac ima/nema, uz trening uporabe pomagala i edukaciju obitelji o pružanju potrebne podrške.
- Izradu i savladavanje komunikacijskih strategija

u domeni potpomognute komunikacije (PODD, komunikacijska ploča/knjiga...) te modifikacija i prilagođavanje sustava potpomognute komunikacije za optimalnu samostalnost

- Osiguravanje primjene usvojenih sustava potpomognute komunikacije kod kuće i u drugim prirodnim okruženjima radi stvarnog uspjeha i dosljednosti u okruženju pojedinca

Iako radni terapeuti u opsegu svojih kompetencija imaju i kompetencije potrebne za primjenu potpomognute komunikacije zbog brzine razvoja i raznolikosti vidova asistivne tehnologije nužna je svjesnost profesionalnog usavršavanja, posebno kroz suradničko učenje sa populacijama kojima služimo. Integriranost pristupa kojeg zagovara CrossCare projekt osnažio je svjesnost potrebe za dodatnim članovima tima (primjerice logopedom) i nužnost transdisciplinarnosti kod ovako specifičnih potreba osoba starije životne dobi.

Literatura:

- Assistive technology and occupational performance. The American Journal of Occupational Therapy, 70, 7012410030p1-7012410030p9. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.2016.706S02> American Physical Therapy Association. (2013).
- Beukelman, D.R., Mirenda, P. (2005). Augmentative and alternative communication: Supporting children and adults with complex communication needs. Baltimore: Paul H. Brooks.
- Cook AM., & Miller Polgar, J. (2008). Cook and Hussey's Principles of Assistive Technology. St. Louis, MO: Elsevier.
- Hastings Kraskowsky, L., & Finlayson, M. (2001). Factors affecting older adults use of adaptive equipment: Review of the literature. American Journal of Occupational Therapy, 55, 303-310.
- Masselink, C. E. (2018). Considering Technology in the Occupational Therapy Practice Framework. The Open Journal of Occupational Therapy, 6(3). <https://doi.org/10.15453/2168-6408.1497>
- Miller Polgar, J. (2010). The myth of neutral technology. In MMK Oishi, IM Mitchell, & HF Machiel Van der Loos (eds). Design and use of assistive technology: Social, technical, ethical, and economic challenges. New York: Springer, p. 17-23.
- Occupational therapy practice framework: Domain and process (3rd ed.). The American Journal of Occupational Therapy, 68(Suppl. 1), S1-S48. <https://doi.org/10.5014/ajot.2014.682006> American Occupational Therapy Association. (2015a).
- Petty, L., McArthur, L., & Treviranus, J. (2005). Clinical Report: Use of the Canadian Occupational Performance Measure in vision technology. Canadian Journal of Occupational Therapy, 72, 309-312.
- The effect of training older adults with stroke to use home-based assistive devices. OTJR: Occupation, Participation and Health, 24(3), 113-120. <https://doi.org/10.1177/153944920402400305> Cook, A. M., & Polgar, J. M. (2015).
- World Health Organization (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: WHO
- https://miota.org/docs/MiOTA_AAC_Presentation_Final_Copy.pdf

A close-up photograph of a hand firmly gripping the handle of a chrome dumbbell. The hand is positioned on the right side of the frame, with fingers wrapped around the textured grip. The dumbbell's handle and the top of one of its weights are visible on the left. The background is a bright, out-of-focus indoor setting, likely a gym. A large, white, stylized number '6' is overlaid on the bottom right corner of the image.

6

DOM ZDRAVLJA ČAKOVEC

DIETETIKA

ODNOS MED DIETETIKO IN FIZIOTERAPIJO V DOMAČI OSKRBI KOT CELOSTNI PRISTOP PRI STAREJŠIH OSEBAH

Bešlić A., Holcinger A., Ivačić T., Mustač D., Rob A., Šaban T.

Ključne besede: celostni pristop, osebe v starejšem življenjskem obdobju, fizioterapija, dietetika

POVZETEK

Celostna oskrba, znana tudi kot vseobsegajoča oskrba ali koordinirana oskrba, je svetovna usmeritev, ki temelji na medsebojni interakciji različnih področij in ravni znotraj zdravstvenega sektorja v skladu s vseživljenjskimi potrebami ljudi s ciljem izboljšanja zmogljivosti zdravstvenega sistema. [1,2] Celostna oskrba je še posebej pomembna pri nujenju storitev starejšim osebam glede na to, da so starejše osebe nagnjene k komorbidnosti in pogosto trpijo za kroničnimi boleznimi. Zato je pomembno vključiti ekipo strokovnjakov, ki bodo ocenili in odločili, katera oblika in vrsta oskrbe je za takšne osebe najučinkovitejša.

Ocena prebivalstva, izdelana sredi leta 2018 na podlagi dostopnih podatkov Državnega statističnega zavoda, prikazuje porast števila oseb, starejših od 65 let in več (20,40 %) v primerjavi z letom 2011 (17,70 %), ko je v Republiki Hrvaški potekal zadnji popis prebivalstva. S takim deležem starejšega prebivalstva v skupni populaciji je Hrvaška nad povprečjem Evropske unije (17 %). [3,4]

Glede na to, da je med prebivalstvom vse večji odstotek oseb starejšega življenjskega obdobja, spoznavamo, da postaja vse večja tudi potreba po negi in pomoči. Menimo, da je prednost in nujnost, da čim večje število starejših oseb ostane doma v svojem znanem okolju ter da se jim nudita ustrezna oskrba in pomoč s socialno-zdravstvenega vidika.

Prehrana ima v postopku zdravljenja glavno vlogo in lahko izboljša ali prepreči okrevanje posameznika po poškodbi mišično-kostnega sistema. Ker ustvarjanje načrtov prehrane in ocena prehranskega stanja ni v domeni fizioterapevta, je v projekt Celosten pristop oskrbe starejših oseb na domu CrossCare vključen tudi nutricionist, ki bo ob rehabilitaciji, ki jo izvajajo fizioterapevti, lahko ocenil prehranski status uporabnika, predlagal prehranske usmeritve ali načrt prehrane ter izvajal izobraževanje, odvisno od potreb in posameznikove diagnoze.

POMEMBNOST PREHRANE V FIZIOTERAPEVTSKEM POSTOPKU

Pri izvajanju fizioterapije pri starejših osebah se upoštevajo bistvene telesne komponente rehabilitacija, kot so moč, gibljivost in predhodna raven funkcije, pogosto pa se zanemarja pomen manj očitne komponente – prehrane.

Fizioterapevtske metode in tehnike so tesno povezane z metaboličnimi procesi v telesu, saj njihov optimalni učinek zahteva ustrezen vnos energentov in drugih presnovnih substratov. Podpora s prehrano se mora med fizioterapijo prilagoditi presnovnemu stanju posameznika, naravi in cilju fizioterapije ter presnovnim procesom v posameznih fizioterapevtskih postopkih. Ko se pri pacientu izvaja fizioterapija, mora biti fizioterapevt seznanjen z osnovnimi značilnostmi pacientovega zdravstvenega stanja, saj fizioterapija lahko neposredno vpliva na presnovne procese. Posebej pomembno je odkriti prehrabno tveganje pri bolnikih in starejših osebah, saj je prehrabna podpora ključna za uspeh mnogih fizioterapevtskih postopkov. Posamezniki s prehrabnim tveganjem potrebujejo določeno prehrabno strategijo, da se tako lahko optimizirajo rezultati fizioterapije. Osnova ustrezne prehrabne strategije so presnovno stanje posameznika ali pacienta in presnovne potrebe, ki so povezane z fizioterapevtskim postopkom. Če je na primer cilj fizioterapije izboljšati delovanje mišic pri starejši osebi, je treba razumeti in poznati osnovna prehrabna priporočila za športe moči. Prav tako je treba vedeti, kakšne so možnosti uporabe prehrabnih dopolnil, kot so aminokisliline, omega-3 maščobne kisline in vitamin D. Prehrabna podpora in fizioterapija sta pomembni terapevtski orodji za izboljšanje funkcionalnega stanja in zdravja. Zato je glede na nova znanstvena spoznanja na področju metabolizma pomembno združevati znanje dveh področij: prehrane in fizioterapije. [5]

CELOSTNI PRISTOP PRI PROJEKTU CROSSCARE

Projekt »Celostni pristop oskrbe starejših oseb na domu – CrossCare« se izvaja v Sloveniji in na Hrvaškem, a je postopek vključevanja uporabnikov v obeh državah različen zaradi različnega sistema. V Zdravstvenem domu Čakovec, ki je eden od projektnih partnerjev, je ustanovljena multidisciplinarna ekipa, v katero so vključeni specialist fizikalne medicine, zdravniki družinske medicine, fizioterapevti, nutricionist in medicinska sestra.

Postopek vključevanja uporabnikov v terapije je opisan v nadaljevanju. Izbrani zdravnik splošne/družinske medicine izda napotnico A5 za posvetovanje z zdravnikom specialistom fiziatrom. Zdravnik specialist fiziater na osnovi novejših izvidov ali zgodovine bolezni predpiše terapevtske postopke na internem obrazcu, ki se uporablja samo za potrebe projekta CrossCare. Nato ga posreduje koordinatorju projekta (medicinski sestri), ki se dogovori za obisk fizioterapevta. Fizioterapevti

na terenu ocenjujejo stanje pacientov in na njihov predlog z nutricionistom in koordinatorjem pretehtajo odločitve o vključitvi dietoterapije. Uporabniki, ki so zainteresirani za vključitev v dietoterapijo, se prav tako lahko vključijo na svojo osebno zahtevo, tako da se povežejo s koordinatorjem, ki jim pojasni izvajanje dietoterapije. Če uporabnike zanima vključitev v postopek dietne terapije, koordinator posreduje njihov kontakt in osebne podatke nutricionistu, ki se nato poveže z njimi in dogovori za prvi termin obiska. Terapije na domu se izvajajo drugače kot ambulantna ali bolnišnična terapija in zahtevajo veliko sposobnost prilagajanja strokovnjakov, ki izvajajo terapije, saj je treba upoštevati okolje, v katerem uporabniki živijo, in razpoložljiva sredstva. Namen celostnega pristopa oskrbe na domu za osebe v starejšem življenjskem obdobju je prilagajanje terapije potrebam posameznikov in njihovem načinu življenja. Hkrati je zagotovljen individualni pristop, ki zagotavlja lažje sledenje rezultatom. S skupnim sodelovanjem vseh strokovnjakov oziroma s celostnim pristopom smo prepoznali potrebe po nadaljevanju terapij, da bi vzdrževali, zadržali in izboljšali kakovost življenja starejših oseb in njihovih družin.

ZAKLJUČEK

Ko se ljudje starajo, življenje postane popolnoma drugačno. Staranje se dogaja vsem, ne glede na status in denar. Mnogi starejši ljudje občutijo žalost, bolečino in dolgčas ter zaradi bolezni in osamljenosti zlahka izgubijo dostojanstvo. Mnogi izgubijo tudi giblivo, ki jim preprečuje izvajanje vsakodnevnih dejavnosti, ki so jih prej brez težav opravljali. Projekt CrossCare nam je kot ekipi, ki izvaja celostno oskrbo, ponudil možnost, da izkoristimo svoje znanje in izkušnje ter pomagamo starejšim osebam, da obdržijo dostojanstvo, si povrnejo samozavest, vzdržujejo najboljšo možno raven telesnega zdravja in izboljšajo svoje prehrabne navade v domu, ki so ga navajeni, ga poznajo in kjer so cenjeni ter sprejeti.

Literatura

1. Tatjana Prenda Trupec: »Integrirana zdravstvena zaščita iz perspektive EU i SZO«, kongres HDOD; Opatija, 2016., Dostopno: <https://edu.lom.hr/mod/forum/discuss.php?d=141>
2. Kodner, DL & Spreeuwenberg, C (2002): Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper
3. <https://www.hzjz.hr/hrvatski-zdravstveno-statisticki-ljetopis/hrvatski-zdravstveno-statisticki-ljetopis-za-2018-tablicni-podaci/>
4. <https://mdomsp.gov.hr/istaknute-teme/osobe-s-invaliditetom-i-starije-i-nemocne-osobe/starije-i-nemocne-osobe/1737>
5. Rotovnik Kozjek N., Fizioterapija in prehrana, nov izziv za stroko. Dostopno: <https://www.physio.si/wp-content/uploads/2017/07/Fizioterapija-in-prehrana-nov-izziv-za-stroko.pdf>

DIETOTERAPIJA

Tamara Šaban

Projekt Celostni pristop k skrbi za ostarele na domu - CrossCare se izvaja v okviru programa sodelovanja Interreg Slovenija-Hrvaška 2014-2020. Zdravstveni dom Čakovec je eden od projektnih partnerjev, v okviru katerega se za osebe, starejše od 65 let, na območju Medžimurske županije z namenom izboljšanja kakovosti življenja izvaja dietoterapija oziroma zdravljenje z dieto na domu. Dejavnosti nutricionistov so vključevale antropometrične meritve, pripravo prehrabnih smernic, ugotavljanje prehrabnih navad in oblikovanje prehrabnega načrta glede na diagnozo. Projekt CrossCare je z izvajanjem dietetike posameznike spodbudil k razmišljanju o tem, kaj in na kakšen vnašajo v svoje telo, kako prehrana lahko vpliva na kakovost življenja in kako lahko ublaži simptome nekaterih bolezni ali jih celo prepreči. Ena izmed številnih znanstvenih vej vede o prehrani je dietoterapija, ki ima svoje mesto v vseh obdobjih človekovega življenja, saj ljudi spodbuja k razumevanju tega, kako pomembne so prehranjevalne navade in hrana, ki jo uživajo. Dietetika ima terapevtsko vlogo in z drugimi ukrepi zdravljenja prispeva k ozdravitvi posameznika.

DIETOTERAPIJA V MEDŽIMURSKI ŽUPANIJI

Dietoterapija je veja nutricionistike in veda o prehrani, katere cilj je preventivno zdravljenje in spodbujanje kakovostnega življenja z uživanjem posebnih živil. Vključuje prehrabne načrte, pripravljene v skladu z bolnikovo diagnozo, da bi se neka bolezen preprečila ali ublažila.

Osebe, starejše od 65 let, so bile pri dietoterapiji obravnavane individualno. Z izvajanjem dietetike v okviru projekta CrossCare imajo ljudje, starejši od 65 let, možnost vključitve v terapijo, katere namen je približati načela zdrave prehrane in sprejetje kakovostnih prehrabnih navad. Do konca priprave tega članka je bilo v program vključenih 177 uporabnikov Medžimurske županije. V Medžimurski županiji je nutricionist izvajal dietoterapijo na uporabnikovem domu. Uporabnik je bil deležen individualnega pristopa, ki je zajemal antropometrične meritve, prehrabne smernice, prehrabni načrt in antropometrične meritve po zaključku terapije.

Meritve pokažejo sestavo človeškega telesa, in sicer delež maščobnega tkiva v telesu, visceralnega maščobnega tkiva, delež mišičnega tkiva in porabo kalorij v mirovanju. S pomočjo antropometričnih meritev in anket so bile izdelane prehrabne smernice in načrt prehrane, ki jih je uporabnik moral upoštevati. V skladu s temi meritvami in smernicami se je na podlagi diagnoze pacienta izdelal natančen načrt prehrane, ki so se ga uporabniki držali, z rezultati pa so se seznanili pri končnih antropometričnih meritvah ob zaključku dietoterapije. V celotnem postopku dietoterapije so se pacienti spoznali z različnimi tehnikami kuhanja, zdravimi recepti in produktivnimi prehrabnimi navadami s poudarkom na zavedanju o hrani, ki jo zaužijejo, kar vse spodbuja zdrav način prehranjevanja in prispeva h kakovosti življenja. Osebe v Medžimurski županiji, starejše od 65 let, so dietoterapijo sprejele pozitivno, zato smo jim omogočili zdravljenje s pomočjo ustrezne prehrane. Dietoterapija ima zelo velik pomen, saj spodbuja posameznika k zavedanju o prehrani in prehrabnih navadah že od malih nog.

Zaključek

Z nutricionističnega vidika je bilo sodelovanje z uporabniki prijetno presenečenje zaradi zanimanja za dietoterapijo. Znanja o prehrani je zelo veliko in to znanje je treba ves čas negovati. Najpomembnejše pa je, da se ga uporablja in ta način spodbuja tudi družinske člane, prijatelje in sosede, da sledijo zdravemu življenjskemu slogu.

Starejši prebivalci Medžimurske županije imajo prednost, ker so tla na njihovem območju rodovitna. Zato imajo veliko možnosti, da se ukvarjajo z vrtnarjenjem, od katerega imajo lahko dvojno korist. Bivajo v naravi in k naravi prispevajo, najpomembnejše pa je, da uživajo domačo in zdravo hrano z lastnega vrta. V Medžimurski županiji so vrtnarjenje, sadjarstvo in vinogradništvo tradicija. Toda starejšim v Medžimurski županiji primanjkuje spodbud, ki bi jih preusmerile v dobre prehrabne navade in k znanju o prehrani, zato je tu dietoterapija v veliko pomoč.

»Naj bo vaša hrana vaše zdravilo in naj bo zdravilo vaša hrana.« Hipokrat

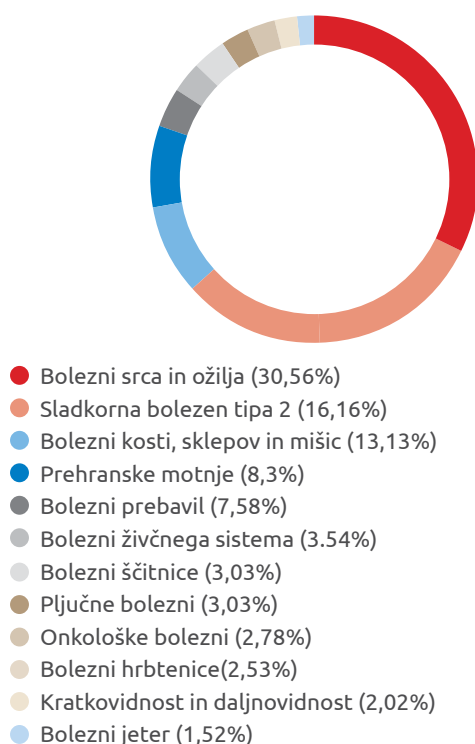


Slika 1: Predstavitve prehrabnih smernic uporabniku

NAJPOGOSTEJŠE DIAGNOZE, POVEZANE S PREHRANO

V okviru projekta CrossCare je bil oblikovan nutricionističen obrazec, ki so ga sestavljali anketa z vprašanji v zvezi s prehrabnimi navadami, prehrano, ki jo uporabnik zaužije v 24 urah in antropometrično začetno ter končno meritev. Nutricionistični obrazec je sestavni del posebej zasnovane platforme IKT za ta projekt, ki po vnosu zbranih podatkov samodejno prikaže statistične podatke. Na podlagi navedenega lahko prikažemo, s katerimi diagnozami se najpogosteje srečujejo starejši na območju Medžimurske županije. Na podlagi razgovora z uporabniki je bil pridobljen vpogled v zdravstveno stanje posameznika, njegove življenjske okoliščine itd. To je bila osnova za oblikovanje najoptimalnejših smernic in načrta prehranjevanja za uporabnika. Vsak uporabnik je drugačen in ima svoje potrebe, te potrebe pa so izziv in hkrati cilj, da se uporabniku življenje olajša ter izboljša. Poleg pogovora o diagnozi so bila s pomočjo nutricionističnega poročila uporabnikom zastavljena pomembna vprašanja, kot so: »Ali je pri vas v zadnjih 6 mesecih prišlo do spremembe telesne teže?«, »Ali si obroke pripravljate sami?«, »Ali imate predpisano dieto?«. Poudarek je bil na diagnozi uporabnika, ki je bila ena glavnih smernic nutricionista za nadaljnje delo z uporabnikom.

Graf: Diagnoze starejših od 65 let v Medžimurski županiji



Na podlagi pridobljenih statističnih podatkov je bil izdelan grafikon "Diagnoze starejših od 65 let v Medžimurski županiji", ki prikazuje, katere so najpogostejše bolezni, povezane s prehrano:

1. Bolezni srca in ožilja
2. Sladkorna bolezen tip 2
3. Bolezni kosti, sklepov in mišic

Bolezni srca in ožilja (30,56 %) so pri osebah v Medžimurski županiji, starejših od 65 let, najpogostejša diagnoza. Visok krvni tlak spada v skupino srčno-žilnih bolezni in je najpogostejši med prebivalstvom Medžimurske županije, starejšim od 65 let. Tako pri ženskah kot pri moških je visok krvni tlak najpogosteje posledica prekomerne telesne teže in debelosti (1). Visok krvni tlak je lahko posledica genetskih in okoljskih dejavnikov, pa tudi življenjskega sloga in načina prehranjevanja vse življenje. Pri uravnavanju visokega krvnega tlaka ima poleg medicinske pomoči veliko vlogo tudi dietoterapija. Za preprečitev nastanka visokega krvnega tlaka moramo uvesti dobre življenjske navade, kot so: več gibanja, sprememba prehrane, sprememba načina življenja ... Najbolj znana znanstveno raziskana dieta za uravnavanje visokega krvnega tlaka je dieta »DASH«, ki temelji na uživanju zelenjave, sadja, pustega mesa, fižola in mlečnih izdelkov z nizko vsebnostjo maščob. Pomembno vlogo pri visokem krvnem tlaku imajo bistvene maščobne kisline omega-3. Omega-3 vsebuje EPA (eikozapentaenojsko kislino) in DHA (dokozaheksaenojsko kislino), ki prispevata k normalnemu delovanju srca in zmanjšujeta tveganje za nastanek posledic visokega krvnega tlaka. Za lažjanje in uravnavanje visokega krvnega tlaka moramo iz prehrane izločiti sol, sladkor in alkohol, poleg prehrane pa je pomembna tudi telesna vadba.

Sladkorna bolezen tipa 2 je druga najpogostejša bolezen pri starejših od 65 let v Medžimurski županiji. Sladkorna bolezen je stanje, pri katerem telo ne more uravnati kronično povišane ravni sladkorja v krvi (glukoze).

Na podlagi pogovora z uporabniki je bil pridobljen zanimiv podatek, in sicer večina ljudi sploh ni vedela, da ima sladkorno bolezen. Ker zdravljenje ljudi s sladkorno boleznijo vključuje dosledno upoštevanje smernic pravilne prehrane, smo s pacienti s sladkorno boleznijo tipa 2 skrbno pregledali prehrabne smernice in načrt prehrane. Živila, ki so priporočljiva za ljudi s sladkorno boleznijo tipa 2, morajo biti bogata z omega-3 maščobnimi kisljinami, antioksidanti, vitamini, minerali in beljakovinami, kot so: losos, jajca, sardele, chia semena, cejlonski cimet, inčuni, listnata zelenjava itd. (2). Primer prebivalstva, ki ne trpi zaradi bolezni srca in

ožilja, so Japonci, natančneje prebivalci Okinave, kjer so glavno živilo ribe, poleg tega pa so njihove prehranske navade skoraj popolne. Prebivalci Okinave živijo več kot 100 let, značilno zanje pa je, da so telesno dejavni do zadnjega dne svojega življenja. Poleg prehranskih smernic in načrtov prehrane delo z ljudmi, ki so starejši od 65 let in ki trpijo za sladkorno boleznijo tipa 2, obvezno zajema pregled tabele GI (glikemični indeks) z nutricionistom. Tako se uporabnik seznanja z živili, ki zvišajo raven glukoze v krvi. Glikemični indeks (GI) je številčna lestvica, ki se uporablja za določanje, kako hitro določeno živilo dvigne raven glukoze v krvi.

Nutricionist in uporabnik s pomočjo tabele izločita živila, ki niso priporočljiva za ljudi s sladkorno boleznijo tipa 2, kar je za bolnika velika spodbuda, hkrati pa se začne zavedati vpliva prehrane na bolezen, v tem primeru na sladkorno bolezen tipa 2.

Bolezen kosti, sklepov in mišic je tretja izmed boleznih, ki so prisotne med starejšimi na območju Medžimurske županije. Najpogostejša je osteoporozna. Osteoporozna je bolezen, pri kateri se kostna gostota zmanjšuje, zaradi česar so kosti šibkejše in dovzetnejše za zlome. Vemo, da v tem primeru telesu primanjkuje kalcija in vitamina D, ki je odgovoren za vsrkavanje kalcija iz hrane in gradnjo kosti. Kalcij se nahaja v mleku in mlečnih izdelkih, pa tudi v polnovrednih žitih, stročnicah, zeleni listnati zelenjavi in gobah. Vitamin D se nahaja predvsem v živilih živalskega izvora (belo meso, ribe, sezamovo olje, sardele in skuše iz konzerve, ki jih je priporočljivo zaužiti s kostmi). Pomembno vlogo ima tudi sonce, ki se mu je treba zmerno izpostavljati. Poleg uravnotežene prehrane, bogate s kalcijem in vitaminom D, ter izogibanje hrani in pijači, ki pospešujeta izločanje kalcija, je pomembna tudi telesna vadba.

Zaključek

Z dietoterapijo, ki se je izvajala v okviru projekta CrossCare na območju Medžimurske županije, je bil pridobljen vpogled v najpogostejše bolezni pri osebah, starejših od 65 let. Dejavnost prehranskih strokovnjakov je uporabnike seznanila o pomenu živil, ki jih je treba uživati, in o tem, da s prehrano lahko delujejo preventivno in ob tem razvijajo zdrave prehranske navade.

ANALIZA SMERNIC IN JEDILNIKA

Analiza prehranskih smernic in jedilnikov je temeljila na podatkih antropometričnih meritev in prehranskem poročilu uporabnikov, v skladu s katerim je nutricionist pripravil prehranske smernice in jedilnike.

Osebe v Medžimurski županiji, starejše od 65 let, ki so bile udeležene v dietoterapiji, so s pomočjo ankete opozorile tudi na druge pomanjkljivosti svojega življenja. Omenili smo, da ima Medžimurska županija zelo rodovitna tla, vendar je težava v tem, da se ljudje preživljajo z zelo majhnim dohodkom. Skladno z antropometričnimi meritvami, anketo in živili, ki so jih uporabniki zaužili v 24 urah, smo pozornost namenili vsakodnevnim prehrani ljudi na območju Medžimurske županije, ki so starejši od 65 let. Tej prehrani bi lahko rekli »siromašna hrana« in jo sestavljajo kruh z mlekom, pražen krompir, polenta, zaseka itd. Ob upoštevanju finančnih možnosti uporabnikov je analiza prehranskih smernic in jedilnikov temeljila na sezonski zelenjavi in sadju, ki sta uporabnikom na dosegu rok. Analiza smernic je bila narejena na podlagi antropometričnih meritev, ki so pokazale, kje je treba narediti spremembe in kaj bi bilo dobro izločiti iz trenutnih prehranjevalnih navad. Na podlagi antropometričnih meritev rezultati kažejo, da imajo uporabniki zelo visok odstotek maščobnega tkiva in nižji delež mišičnega tkiva, kar je posledica tega, da se uporabniki manj gibljejo in jedo več »siromašne hrane«, ker jim dohodek ne omogoča kakovostnejše prehrane. Večina jedilnikov, ki so bili pripravljene za uporabnike na območju Medžimurske županije, vključuje predvsem zelenjavo, belo meso in pomembno prehranjevalno navado vnašanja dovolj tekočine v telo. Nutricionisti so se strogo izogibali sladkorjem, ki jih najdemo v kruhu, testeninah, gaziranih pijačah, pecivu itd. Jedilniki so bili v največji meri pripravljene glede na diagnozo uporabnikov in šele nato na podlagi sredozemskega in alkalnega jedilnika.

Zaključek

Na podlagi podatkov, zbranih iz prehranskega poročila, je mogoče sklepati, da mora približno 50 % uporabnikov, ki so bili vključeni v dietoterapijo, s terapijo nadaljevati. Izvajanje dietoterapije, ki je vključevala analizo prehranskih smernic in jedilnikov, je bilo ljudem na območju Medžimurske županije, ki so starejši od 65 let, v veliko pomoč. Podatki antropometričnih meritev so služili nutricionistu in predvsem uporabnikom, ki so se seznanili s tem, kaj morajo spremeniti in kako morajo izboljšati kakovost življenja. Na ta način so bili uporabniki spodbujeni, hkrati pa so spoznali pomena prehrane in prehranjevalnih navad v svojem življenju.

Literatura:

1. MAYO CLINIC O zdravju težini, Medicinska biblioteka
2. Nutricionizam, Joy Bauer
3. Dijagram, Platforma „CrossCare“

FIZIOTERAPIJA

UČINKOVITOST IN VPLIV FIZIOTERAPIJE V DOMAČIH POGOJIH

Anica Holcinger, Teja Ivačić, Dino Mustač, Ana Rob

Ključne besede: fizikalna terapija, prednosti, pomanjkljivost, zadovoljstvo

Fizioterapija na bolnikovem domu je zahtevna veja fizioterapije. Tako tisti, ki jo izvajajo, kot tisti, ki jo uporabljajo, se zavedajo potrebe po izboljšanju (1). Pravico do fizikalne terapije na domu v okviru projekta »Celostni pristop k oskrbi starejših na domu – CrossCare« imajo osebe, starejše od 65 let. Predstavili bomo njene prednosti in slabosti na bolnikovem domu. Nadvse pomembna je dobra komunikacija z uporabniki. Vpliv doma na okrevanje je najpogosteje pozitiven, stopnja okrevanja pa je seveda odvisna od poškodbe. Izvajanje fizikalne terapije na domu ima številne posebnosti in kljub očitnim prednostim, ki so predvsem finančne narave, ima tudi določene pomanjkljivosti (npr. neprimerni pogoji za izvajanje terapije). Uporabniki pogosto izražajo zadovoljstvo s fizikalno terapijo na domu, ker jim je v pomoč pri nadaljnjem opravljanju vsakodnevnih dejavnosti, v lastnem domu se tudi lažje znajdejo. Prav tako so zadovoljni z individualnim delom, sodelovanjem družine pri terapiji, s kakovostjo zdravljenja in komunikacijo. Nezadovoljstvo so izrazili samo zaradi dolgega čakanja na izvajanje fizikalne terapije. Fizikalna terapija na domu je v veliko pomoč ne le pacientu, temveč vsej družini.

Primer 1.

Kot primer s terena predstavljamo uporabnika A.B., s katerimi smo po ugotovljeni diagnozi (stanje po CVI) po priporočilu pristojnega zdravnika in fiziatra začeli z izvajanjem fizikalne terapije ter rehabilitacije. Po 14-dnevni hospitalizaciji smo začeli s terapijami, dokler uporabnik ni odšel na nadaljnjo rehabilitacijo v zdravilišče. Glede na stanje uporabnika (težko pokreten, oslABLJENE MIŠICE IN ZMANJŠANE MOTORIČNE SPOSOBNOSTI) je fiziater izdelal načrt zdravljenja. Na podlagi rezultatov prvotne ocene in opravljenih testov smo začeli z izvajanjem načrta terapije. Načrt terapije s strani fiziatra so sestavljale vaje za koordinacijo in

ravnotežje, dihalne vaje, vaja hoje s pripomočki z aktivno pomočjo in vaje za krepitev mišic. Ko smo prvi dan prišli k uporabniku, smo spoznali tudi družino in razložili načrt zdravljenja. Že ob prihodu smo opazili številne prednosti, pa tudi slabosti izvajanja fizioterapije doma. Prednost domače terapije je predvsem v tem, da uporabnik ni odvisen od nekoga drugega, ki bi mu pomagal zlesti v avtomobil in ga odpeljal do najbližje ustanove na terapijo, ampak fizioterapevt pride do uporabnika in se mu posveti kot posamezniku (delo ena na ena). Z uporabnikom smo vsak dan preživel od 30 do 45 minut in v tem času smo postopoma izvajali vaje z aktivno pomočjo za okončine leve strani, dihalne vaje in vaje za krepitev mišic. Po nekaj dneh smo vključili tudi vaje za koordinacijo in ravnotežje ter vaje za hojo z pripomočki (podlaktne bergle, slika 1). Kot pripomočke smo uporabljali elastične trakove, žogice za krepitev mišic dlani, vrečke s peskom in uteži (sliki 2 in 3).

Kot nekatere pomanjkljivosti bi navedli neustrezno posteljo (brez možnosti nastavitve višine), utesnjen prostor, neprehodnost do samega vhoda v hišo (ozek dostop).



Slika 1.
Hoja z dvema podlaktnima berglama



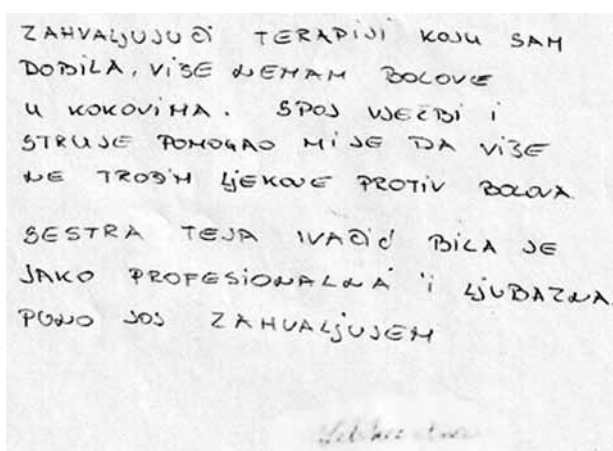
Slika 2.
Pripomočki (žogice za krepitev mišic dlani, vzmetni krepilec digi-flex, elastični trakovi)



Slika 3.
Pripomočki (žoge, vrečke s peskom, blazine za ravnotežje)

Po zadnjem obisku vidimo nasmeh in zadovoljstvo na uporabnikovem obrazu in obrazih družinskih članov, saj smo uporabniku olajšali življenje in ga naučili, kako naj se spoprijema s težavami, ki so mu spremenile življenje. Zgodnja intervencija, t.j. izvajanje fizikalne terapije po odpustu iz bolnišnice do odhoda v zdravilišče je pozitivno vplivala na uporabnikovo rehabilitacijo.

Primer zadovoljnih uporabnikov z zahvalo:



Literatura:

Filipović B. Razlike u funkcionalnom oporavku i kvaliteti života bolesnika s moždanim udarom između stacionarne i kućne rehabilitacije, Zagreb: Kineziološki fakultet; 2015.

OCENA TELESNE FUNKCIONALNOSTI STAREJŠIH OSEB NA OBMOČJU MEDŽIMURSKE ŽUPANIJE

Anica Holcinger, Dino Mustać

Ključne besede: funkcionalna sposobnost, ocena, testi

Funkcionalna sposobnost pomeni sposobnost posameznika, da izvaja vse dnevne dejavnosti, ki zagotavljajo ustrezno kakovost življenja, in vključuje biološko, psihološko in socialno delovanje. Če se sposobnost samostojnega delovanja bistveno zmanjša, starejša oseba potrebuje pomoč. (1) Samoocena zdravstvenega stanja in kakovosti življenja je subjektivno doživljanje lastnega zdravja in kakovosti življenja ter je sestavni del zdravstvenih študij prebivalstva, kar kaže na njen pomen. Povečanje deleža starejših ljudi v celotnem prebivalstvu vpliva na zdravstveno, ekonomsko, socialno, izobraževalno in ekonomsko strukturo družbe (2). Kronološko podaljšanje življenjske dobe pomeni, da vedno več starejših ljudi potrebuje pomoč, da lahko zadovoljijo svoje osnovne potrebe. Zato se postavlja vprašanje, kako izboljšati njihov življenjski položaj in kako jim pomagati, da bodo čim dlje ostali neodvisni in aktivni (3). Proces staranja se kaže s stalnim in postopnim procesom zmanjšanja delovanja organov in organskih sistemov (4). Zaradi teh sprememb so starejše osebe dovezetnejše za kronične bolezni, s tem pa postopno izgubljajo sposobnosti samostojnega delovanja (5). Funkcionalna sposobnost pomeni sposobnost posameznika, da izvaja vse dnevne dejavnosti, ki zagotavljajo ustrezno kakovost življenja, in vključuje biološko, psihološko in socialno delovanje (1).

Z namenom izboljšanja njihovega oslabiljenega zdravstvenega stanja in podaljšanja samostojnega delovanja smo v okviru projekta »CrossCare« na domu izvajali fizikalno terapijo za osebe, starejše od 65 let. V Medžimurski županiji je vse večje število starejših oseb, kar prikazuje Tabela 1 iz popisa prebivalstva leta 2011, zato je ta projekt izjemnega pomena. Najštevilčnejša starostna skupina v Medžimurski županiji je skupina, ki zajema starost od 65 do 69 let, najmanj ljudi pa je skupini, ki zajema starost 85 in več let (Tabela 1). (6).

Tabela 1 – Prikaz po starostnih skupinah

Starostne skupine	Moški	Ženske	Skupno
65-69	2603	2957	5560
70-74	1853	2952	4805
75-79	1212	2657	3896
80-84	705	1768	2473
85 i više	342	982	1324

Da bi lahko oblikovali načrt zdravljenja, je treba izvesti kakovostno oceno telesne funkcionalnosti.

Na začetku vsakega zdravljenja so bili uporabljeni različni testi za oceno telesnih funkcionalnih sposobnosti, med katerimi so bili najpogostejši: VAS lestvica (za bolečino), Bergova lestvica (za ravnotežje), goniometrija (obseg gibljivosti sklepov) (Slika 1.) in manualno testiranje mišic (za mišično zmogljivost).



*Slika 1
Prikaz merjenja
obsega gibljivosti
ramenskega
sklepa*

Od omenjenih testov smo najpogosteje uporabljali lestvico za bolečino (VAS - visual analog scale) in Bergovo lestvico za ravnotežje, kjer so vidni najboljši rezultati, kar kaže na dobro izvedeno fizikalno terapijo (Tabela 2).

V času, preživetem na terenu, smo pri delu z uporabniki in na podlagi pridobljenih rezultati ugotovili, da starost ni eden od glavnih razlogov za telesno stanje uporabnikov. Pomembnejšo vlogo pri tem ima psihofizična aktivnost v celotnem življenju uporabnikov.

Tabela 2 – Prikaz rezultatov izvedenih testov

Test	Izboljšanje	Poslabšanje	Brez sprememb	Skupaj
VAS	304 (72,04%)	13 (3,08%)	105 (24,88%)	422
Bergova lestvica	141 (84,94%)	5 (3,01%)	20 (12,05%)	166
Goniometrija	49 (43,36%)	2 (1,77%)	62 (54,87%)	113
MMT	45 (42,06%)	0	62 (57,94%)	107

Literatura:

1. Tomek-Roksandić, S. Zašto zaštita zdravlja starijih ljudi. Smjernice za zaštitu zdravlja starijih ljudi 1999. Zagreb: Akademija medicinskih znanosti Hrvatske, Zavod za javno zdravstvo Grada Zagreba - Centar za gerontologiju, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu i Hrvatski liječnički zbor, 1999.
2. Tomek-Roksandić S et al. Značenje stalne edukacije o osnovama iz gerontologije i gerijatrije za razvoj hrvatskog gospodarstva. V: Ljubo Jurčić, ur. Zbornik radova 21. Tradicionalnog savjetovanja „Ekonomska politika Hrvatske u 2014 godini“. Zagreb: Hrvatsko društvo ekonomista, 2013, 343-86.
3. Žganec N, Rusac S, Laklija M. Trendovi u skrbi za osobe starije životne dobi u Republici Hrvatskoj i u zemljama Europske unije. Revija za socijalnu politiku 2008; 15(2): 171-88.
4. Duraković Z et al. Gerijatrija-medicina starije dobi. Zagreb: C.T.-Poslovne informacije, 2007.
5. Galić S, Tomasović-Mrčela N et al. Priručnik iz gerontologije, gerijatrije i psihologije starijih osoba-psihologije starenja. Osijek: Medicinska škola Osijek, 2013.
6. Bočkaj et al., Međimurska županija u brojkama 2011. Ured državne uprave Međimurske županije, Tamposit Nedelišće, 2012.

REVMATIČNE BOLEZNI KOT NAJPOGOSTEJŠA DIAGNOZA PRI STAREJŠIH V MEDŽIMURSKI ŽUPANIJI

Ana Rob, Teja Ivačić

Ključne besede: revmatične bolezni, osteoartritis, revmatoidni artritis

Revmatične bolezni so med vodilnimi razlogi za obisk pri zdravniku in pri ljudeh srednjih let ter starejših vplivajo na oslabiljeno delovanje telesa. Zaradi staranja prebivalstva in uporabe sodobnih diagnostičnih ter terapevtskih metod, po drugi strani pa zaradi izgube produktivnosti in zapletov revmatične bolezni postajajo vodilni zdravstveni problem tako v svetu kot v Medžimurski županiji. (1)

Vzroki revmatičnih bolezni so pogosto neznani, najpogostejši simptom pa je bolečina.

Reprezentativna, nevnetna degenerativna revmatična bolezen, lokalizirana na sklepih, ki so simetrično prizadeti, je osteoartritis, vnetna seropozitivna revmatična bolezen z razvojem deformacij na sklepih pa revmatoidni artritis. Ankilozirajoči spondilitis je vnetna seronegativna revmatična bolezen, ki prizadene aksialni skelet z vnetnimi spremembami na perifernih sklepih. Fibromialgija je pogost kronični mišično-skeletni sindrom neznanega vzroka, s popolnoma normalnimi izvidi na sklepih, ki so brez znakov vnetja.

Slika 1.: Porazdelitev uporabnikov glede na diagnozo na območju Medžimurske županije med trajanjem projekta »Crosscare«

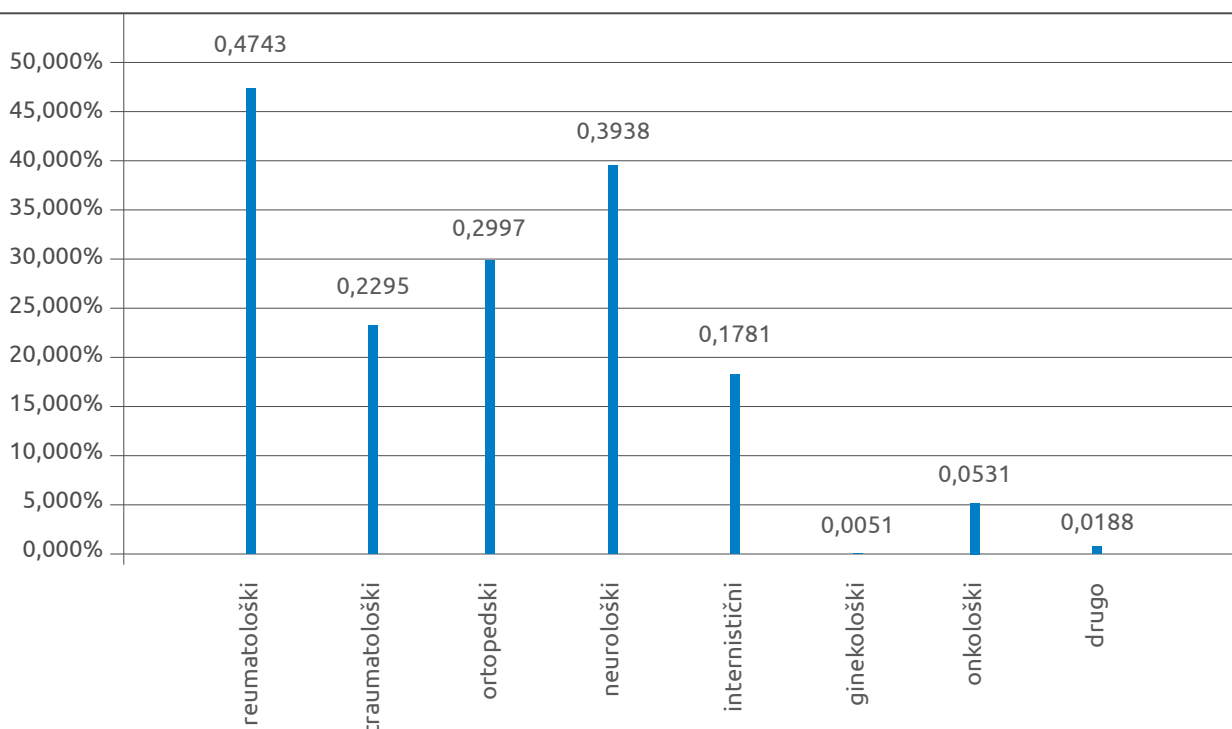


Tabela 1 Razdelitev revmatičnih bolezni

Sistemske bolezni vezivnega tkiva	Revmatoidni artritis, juvenilni revmatoidni artritis, sistemski eritematozni lupus, skleroderma, vaskulitis, revmatična polimialgija, dermatomiozitis, Sjögrenov sindrom, polimiozitis, nodozni eritem
Artritis in spondiloartritis	Ankilozirajoči spondilitis, Reiterjev sindrom, psoriatični artritis, artritis, povezan s kronično vnetno črevesno boleznijo
Osteoartritis	Degenerativne bolezni
Bolezni, ki jih povzročajo okužbe	Reaktivni in infektivni artritis
Artritis pri presnovnih in endokrinih boleznih	Protin, amiloidoza, hiperlipidemija, hematološke bolezni, diabetes, hipertiroidizem in hipotiroidizem
Karcinomi Nevrovaskularne bolezni Bolezni kosti in hrustanca Ekstraartikularni revmatizem Druge bolezni, povezane z artritidom	

Najpogostejše diagnoze pri starejših v Medžimurski županiji so osteoartritis in revmatoidni artritis.

Pristop do uporabnikov se je spreminjal odvisno od tega, katere dele telesa je prizadel osteoartritis (OA), od stopnje deformacije zaradi revmatoidnega artritisa (RA) in bolečinskega praga posameznika.

Tabela 2 Uporabljeni pripomočki skladno z diagnozo

OA (osteoartritis)	RA (reumatoidni artritis)
<i>coxae</i> <i>genus</i>	<i>manus</i>
Primočki	Primočki
žoga za pilates (26 cm), elastični trak, uteži, vrečke s peskom, blazina za ravnotežje, večnamenska naprava	žogica ježek, senzorična žoga, digiflex, vzmetni utrjevalec prstov

Poleg uporabe rekvizitov za krepitev mišičevja (slika 4) in povečanje obsega gibljivosti prizadetih sklepov oziroma za njegovo ohranitev smo izvajali vaje za dihanje, hojo, koordinacijo in ravnotežje (slika 5). Da bi izboljšali vsakodnevne aktivnosti uporabnikov, smo jih poučili o uporabi pripomočkov za gibljivost (hodulje, bergle, palice) in toaletnih pripomočkov.



Slika 4 Krepitev mišic nog

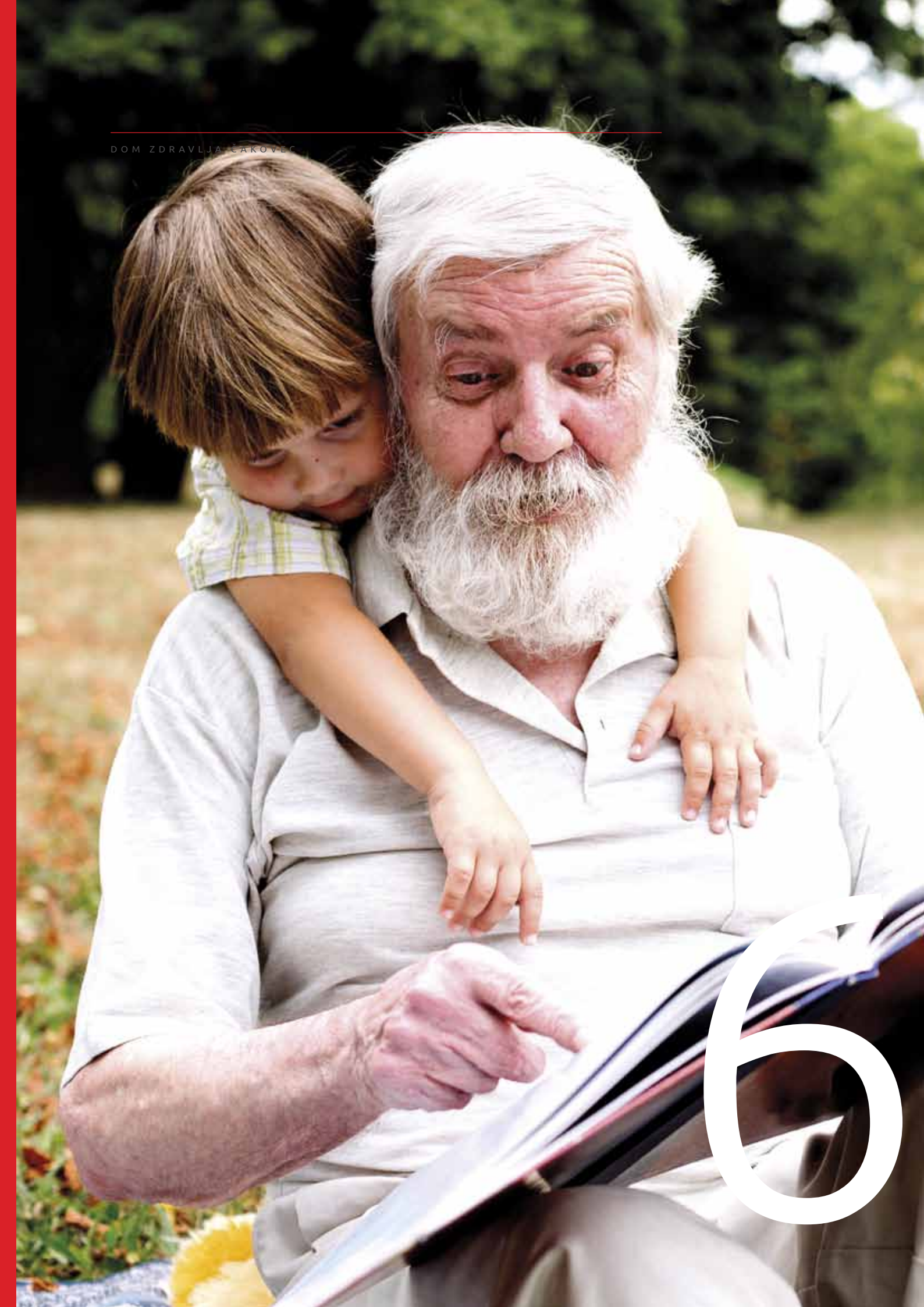


Slika 5 Ravnotežje

Če se ne zdravi, je revmatoidni artritis neprijetna bolezen, ki bolnikom preprečuje vsakodnevno normalno delovanje. Pravočasna diagnoza je prvi korak k uspešnemu ustavljanju poteka bolezni. Spreminjanje življenjskih navad je nadvse pomembno. Ob delu in pogovoru z uporabniki smo ugotovili, da se glede na način življenja v Medžimurski županiji (obseg dela in delovni pogoji) navedene diagnoze manifestirajo vse pogosteje. Vaje in izobraževanje smo izvajali z namenom, da bi ublažili obstoječe simptome revmatičnih bolezni in zmanjšali pojav novih.

Literatura:

1. <https://www.terappia.hr/hr/blogs/reumatoidni-artritis-uzroci-prepoznavanje-simptoma-i-lijecenje/>



6

DOM ZDRAVLJA ČAKOVEC

DIJETETIKA

ODNOS DIJETETIKE I FIZIOTERAPIJE U KUĆI KAO INTEGRIRAN PRISTUP KOD OSOBA STARIJE ŽIVOTNE DOBI

Bešlić A., Holcinger A., Ivačić T., Mustač D., Rob A., Šaban T

Ključne riječi: integriran pristup, osobe starije životne dobi, fizioterapija, dijetetika

Integrirana skrb poznata kao i sveobuhvatna skrb ili koordinirana skrb, predstavlja svjetski trend koji čini međusobnu interakciju različitih područja i razina unutar zdravstvenog sektora te u skladu s potrebama ljudi tijekom čitavog života a s ciljem poboljšanja performansi zdravstvenog sustava. [1,2] Integrirana skrb je posebice značajna za pružanje usluga starijim osobama obzirom da su starije osobe sklone komorbiditetima te često oboljevaju od kroničnih bolesti, stoga je važno uključiti tim stručnjaka koji će procijeniti i odlučiti koji oblik i vrsta skrbi je za takvu osobu najučinkovitija.

Prema dostupnim podacima iz Državnog zavoda za statistiku, procjena stanovništva rađena sredinom 2018. godine pokazuje porast broja osoba starih 65 godina i više (20,40%) u odnosu na 2011. godinu

(17,70%) kada je rađen zadnji popis stanovništva u Republici Hrvatskoj. Ovim udjelom starijeg stanovništva u ukupnoj populaciji Hrvatska je iznad prosjeka zemalja Europske unije (17%). [3,4]

Obzirom da je u populaciji sve veći postotak osoba starije životne dobi uviđamo da je potreba za njegom i pomoći sve veća. Smatramo da je prioritet i potreba da se što veći broj starijih osoba zadrži kod kuće u svom poznatom okruženju te im se pruži odgovarajuća skrb i pomoć iz socijalno- zdravstvenog aspekta.

Prehrana ima glavnu ulogu u procesu ozdravljenja i može poboljšati ili spriječiti oporavak pojedinca od ozljede mišićno-koštanog sustava. Kako kreiranje planova prehrane i procjena nutritivnog statusa nije u domeni fizioterapeuta, u projekt Integriran pristup skrbi za starije osobe u kući- CrossCare, uključen je i nutricionist kako bi uz rehabilitaciju koje provode fizioterapeuti, korisnicima mogao procijeniti nutritivni status, predložiti prehrabene smjernice odnosno plan prehrane te vršiti edukaciju ovisno o potrebama i njegovoj dijagnozi.

VAŽNOST PREHRANE U FIZIOTERAPIJSKOM PROCESU

Primjenom fizioterapije kod starijih osoba vodi se računa o bitnim fizičkim komponentama rehabilitacije kao što su snaga, fleksibilnost i prethodna razina funkcije, ali se često zanemaruje važnost manje očite komponente- prehrane.

Fizioterapeutske metode su u tijesnoj vezi s metaboličkim procesima u tijelu, pa njihov optimalan učinak zahtijeva adekvatan unos energije i drugih metaboličkih supstrata. Prehrambena potpora tijekom fizioterapije mora se prilagoditi metaboličkom statusu pojedinca, prirodi i svrsi fizioterapije i metaboličkim procesima u pojedinim fizioterapijskim postupcima. Kad se fizioterapija provodi kod pacijenata, fizioterapeut mora biti upoznat s osnovnim značajkama njegova zdravstvenog stanja, što može imati izravan utjecaj na metaboličke procese. Posebno je važno otkriti prehrambeni rizik u bolesnika i starijih osoba jer je prehrambena podrška ključna je za uspjeh mnogih fizioterapijskih postupaka. Pojedinci s prehrambenim rizikom trebaju specifičnu prehrambenu strategiju kako bi optimizirali ishod fizioterapije. Osnova adekvatne prehrambene strategije je metaboličko stanje pojedinca ili pacijenta i metabolički zahtjevi povezani s fizioterapijskim procesom. Na primjer, kada je svrha fizioterapije poboljšati rad mišića u starijih osoba, potrebno je razumjeti i poznavati osnovne prehrambene preporuke za sportove snagom. Također je potrebno znati koje su mogućnosti za upotrebu prehrambenih dodataka poput aminokiselina, omega-3 masnih kiselina i vitamina D. Prehrambena potpora i fizioterapija važni su terapijski alati za poboljšanje funkcionalnog statusa i zdravlja. Stoga je, s obzirom na nove naučene lekcije u području metabolizma, važno kombinirati znanje o dva područja: prehrani i fizioterapiji. [5]

INTEGRIRAN PRISTUP U CROSSCARE PROJEKTU

Projekt, „Integriran pristup skrbi za starije osobe u kući- CrossCare“, provodi se u Sloveniji i Hrvatskoj te je proces uključivanja korisnika u obje države drugačiji zbog različitosti sustava. U Domu zdravlja Čakovec, koji je jedan od projektnih partnera, formiran je multidisciplinarni tim u koji su uključeni specijalist fizikalne medicine, liječnici obiteljske medicine, fizioterapeuti, nutricionist i medicinska sestra.

Proces uključivanja korisnika u terapije opisan je u nastavku. Izabrani liječnik opće/obiteljske medicine izdaje uputnicu A5 za konzultacije liječnika specijalista fizijatrije. Liječnik specijalist fizijatrije na temelju novijeg nalaza ili povijesti bolesti piše terapijske postupke na interni obrazac koji se koristi samo za potrebe CrossCare projekta zatim prosljeđuje obrazac koordinatoru projekta (medicinska sestra) koja zatim vrši organizaciju posjeta fizioterapeuta. Fizioterapeuti na terenu procjenjuju stanje pacijenta te na njihov

prijedlog sa nutricionistom i koordinatorom razmatraju uključivanje dijetoterapije. Korisnici zainteresirani za uključivanje u dijetoterapiju također se uključuju na svoj osobni zahtjev na način da kontaktiraju koordinatora koji im objasni samu provedbu dijetoterapije. U slučaju da su korisnici zainteresirani za uključivanje u proces dijetoterapije, koordinator prosljeđuje njihov kontakt i osobne podatke nutricionistu koji ih potom kontaktira i dogovara prvi termin posjete.

Terapije kod kuće izvode se drugačije nego izvanbolnička ili bolnička terapija te zahtijevaju veliku sposobnost prilagodbe stručnjaka koji izvodi terapije uzimajući u obzir okolinu u kojoj korisnici žive i raspoloživa sredstva. Svrha, integriranog pristupa skrbi u kući za osobe starije životne dobi, je prilagođavanje terapije potrebama pojedinca i njegovom načinu života te individualan pristup koji osigurava lakše praćenje rezultata. Zajedničkom suradnjom svih stručnjaka, odnosno integriranim pristupom, prepoznali smo potrebe za nastavkom terapija kako bi održali, zadržali i unaprijedili kvalitetu života starijih osoba te njihovih obitelji.

ZAKLJUČAK

Život postaje manje zabavan kako ljudi stare. Starenje se događa svima bez obzira na status i bogatstvo. Mnogi stariji ljudi osjećaju tugu, bol, dosadu, bolest i usamljenost te lako gube dostojanstvo. Mnogi gube i pokretljivost koja ih sprečava u obavljanju svakodnevnih aktivnosti kojima su se ranije koristili. Rad na CrossCare projektu nam je, kao timu koji provodi integriranu skrb, pružio priliku da iskoristimo svoje znanje i iskustvo te pomognemo starijim osobama da zadrže svoje dostojanstvo, povrate samopouzdanje, održe najbolji mogući nivo fizičkog zdravlja te poboljšaju svoje prehrambene navike u svojem domu u kojem je navikao, kojeg poznaje i u kojem je cijenjen i prihvaćen.

LITERATURA

1. Tatjana Prenda Trupec: "Integrirana zdravstvena zaštita iz perspektive EU i SZO", kongres HDOD; Opatija, 2016., Dostupno: <https://edu.lom.hr/mod/forum/discuss.php?d=141>
2. Kodner, DL & Spreeuwenberg, C (2002): Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper
3. <https://www.hzjz.hr/hrvatski-zdravstveno-statisticki-ljetopis/hrvatski-zdravstveno-statisticki-ljetopis-za-2018-tablicni-podaci/>
4. <https://mdomsp.gov.hr/istaknute-teme/osobe-s-invaliditetom-i-starije-i-nemocne-osobe/starije-i-nemocne-osobe/1737>
5. Rotovnik Kozjek N., Fizioterapija in prehrana, nov izziv za stroko Dostupno: <https://www.physio.si/wp-content/uploads/2017/07/Fizioterapija-in-prehrana-nov-izziv-za-stroko.pdf>

DIJETOTERAPIJA

Tamara Šaban

Projekt Integriran pristup skrbi za starije osobe u kući CrossCare provodi se u okviru programa suradnje Interreg Slovenija-Hrvatska 2014.-2020. Dom zdravlja Čakovec je jedan od projektnih partnera u sklopu kojeg se, na području Međimurske županije, provodi aktivnost pružanja dijetoterapije za osobe starije od 65 godina u njihovom domu s ciljem poboljšanja kvalitete života. Aktivnosti nutricionista obuhvaćale su antropometrijska mjerenja, izradu prehrambenih smjernica, utvrđivanje prehrambenih navika i kreiranje plana prehrane prema dijagnozi. CrossCare projekt je provedbom aktivnosti dijetetike potaknuo osobe da razmišljaju o tome što i na koji način unose u organizam, kako mogu prehranom utjecati na kvalitetu života i kako mogu prehranom ublažiti simptome pojedinih bolesti ili ih prevenirati. Jedna od brojnih znanstvenih grana nutricionizma je dijetoterapija, koja pronalazi mjesto u svim ljudskim životnim razdobljima kako bi potaknula ljude na važnost prehrambenih navika i namirnica koje konzumiraju. Dijetetika ima terapijsku ulogu i zajedno s drugim mjerama liječenja pridonosi ozdravljenju osobe.

DIJETOTERAPIJA U MEĐIMURSKOJ ŽUPANJI

Dijetoterapija je znanstvena grana nutricionizma i znanost o prehrani kojoj je cilj preventivno liječenje i način kvalitetnog življenja konzumiranjem posebnih namirnica i određenih planova prehrane prema dijagnozi pacijenta, kako bi se neka bolest prevenirala ili ublažila.

Osobe starije od 65 godina imale su individualan pristup dijetoterapije. Provedbom dijetetike, u sklopu CrossCare projekta, osobe starije od 65 godina imaju priliku uključiti se u terapiju kako bi im se približila načela zdrave prehrane te kako bi usvojili kvalitetne prehrambene navike. Do završetka ovog članka uključeno je 177 korisnika Međimurske županije. U Međimurskoj županiji nutricionist je provodio dijetoterapiju, korisnici su imali individualan kućni pristup te su se s njima detaljno prolazila antropometrijska mjerenja, prehrambene smjernice, planovi prehrane i završna antropometrijska mjerenja. Mjerenja su pokazivala sastav ljudskog tijela koje je mjerilo udio masnog tkiva u organizmu, visceralno masno tkivo, udio mišićnog tkiva te potrošnju

metabolizma u mirovanju. Kroz antropometrijska mjerenja i ankete na temelju tih rezultata izradile su se prehrambene smjernice i plan prehrane kojih se korisnik trebao pridržavati. Po tim mjerenjima i smjericama, uključujući i dijagnozu pacijenta, kreirao se precizno plan prehrane kojeg su se kasnije korisnici pridržavali kako bi na kraju dijetoterapije vidjeli rezultate završnim antropometrijskim mjerenjem. Uz cijeli proces dijetoterapije pacijentima su bile približene različite kulinarske tehnike, zdravi recepti, produktivne prehrambene navike, svjesnost o hrani koju konzumiraju, motivacija za zdrav način prehrane i kvaliteta življenja. Osobe starije od 65 godina u Međimurskoj županiji pozitivno su prihvatile dijetoterapiju te smo im tako omogućili i terapiju kroz prehranu. Posebno se naglašava dijetoterapija zato što ljudi trebaju biti svjesni prehrane i svojih prehrambenih navika od mladih dana svog života.

Zaključak

S nutricionističkog gledišta, suradnja s korisnicima bila je ugodno iznenađujuća zainteresiranošću za dijetoterapiju. Znanje o prehrani je iznimno veliko i to znanje treba stalno njegovati, a najvažnije primjenjivati te tako potaknuti ostale ukućane, prijatelje, susjede da i oni prate zdrav način života.

Osobe starije životne dobi u Međimurskoj županiji imaju veliku prednost što imaju plodno tlo na kojem su aktivni u vrtlarstvu te tako imaju „win-win“ dobitak. Borave u prirodi i pridonose dobrobiti prirodi, a ono što je bitno i domaću zdravu hranu sa svog vlastitog vrta na svoj vlastiti stol. Međimurska županija njeguje povrtlarstvo, voćarstvo, vinogradarstvo. Osobama starije životne dobi Međimurske županije nedostaje poticaj da ih se preusmjeri na dobre prehrambene navike i znanje o prehrani, što je u ovom slučaju dijetoterapija.

„Neka vaša hrana bude vaš lijek, a lijek neka bude vaša hrana.“ Hipokrat



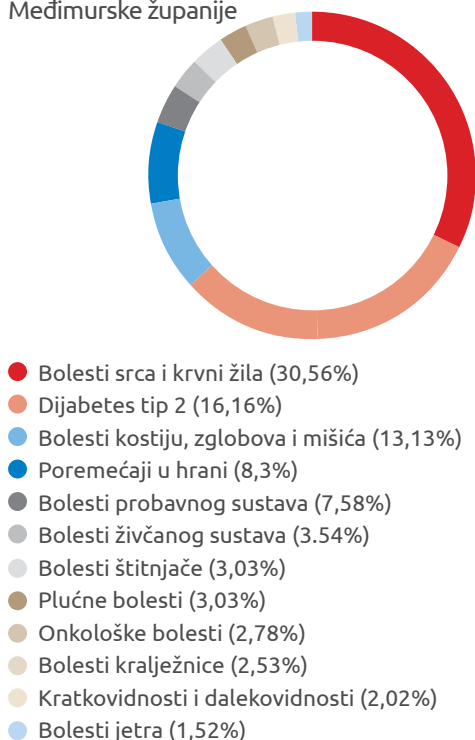
Slika 1: Približavanje prehrambenih smjernica korisnici

NAJZASTUPLJENIJE DIJAGNOZE VEZANE UZ PREHRANU

U sklopu CrossCare projekta kreiran je je nutricionistički obrazac koji se sastojao od ankete koja je imala pitanja vezana uz prehrambene navike, prehranu koju je korisnik konzumirao unutar 24 sata, antropometrijsko početno i završno mjerenje. Nutricionsitički obrazac je sastavni dio posebno dizajnirane IKT platforme za ovaj projekt, koja bi nakon unosa prikupljenih podataka automatski prikazala statističke podatke. Na temelju navedenog, možemo prikazati s kojim dijagnozama se osobe starije životne dobi, na području Međimurske županije, najčešće susreću.

Temeljem razgovora dobiven je uvid korisnika u njegovo zdravstveno stanje, životne mogućnosti itd. Osmišljene su najproduktivnije smjernice i planovi prehrane prema korisniku. Svaki korisnik je različit i nosi svoje zahtjeve koji su predstavljali izazov i cilj da se korisniku olakša i poboljša kvaliteta života. Osim razgovora o dijagnozi, kroz anketu nutricionističkog izvješća korisnicima bila su postavljena posebna važna pitanja kao što su „Je li u zadnjih 6 mjeseci došlo do promjene u Vašoj tjelesnoj masi?“, „Pripremate li sami svoje obroke?“, „Imate li propisanu dijetu?“. Naglašavalo se posebno na dijagnozi korisnika koja je bila jedna od glavnih smjernica nutricionistu za budući rad s korisnikom.

Dijagram: Dijagnoze starijih osoba od 65 godina Međimurske županije



Prema dobivenim statističkim podacima dobiven je grafikon „Dijagnoze starijih osoba od 65 godina u Međimurskoj županiji“, vidimo koje su najzastupljenije dijagnoze vezane uz prehranu:

1. Bolesti srca i krvnih žila
2. Dijabetes tip 2
3. Bolesti kostiju, zglobova i mišića

Bolesti srca i krvnih žila (30,56%) najučestalija je dijagnoza kod osoba starijih od 65 godina u Međimurskoj županiji. Hipertenzija je dijagnoza iz grupe bolesti srca i krvnih žila koja je i najučestalija među stanovništvom Međimurske županije starijih od 65 godina. I za žene i za muškarce, visoki krvni tlak najčešća je posljedica povećane tjelesne težine i pretilosti (1). Uzrok hipertenzije može biti uzrokovan genetskim faktorima i faktorima okoliša, uključujući i način prehrane kroz cijeli život. Da bi se hipertenzija regulirala, dijetoterapija također uz liječničku pomoć ima veliku ulogu. Da bi preventivno djelovali na hipertenziju, trebamo uvesti dobre životne navike, kao što su: više kretanja, promjena prehrane, promjena načina života... Najpoznatija znanstveno istražena dijeta za reguliranje hipertenzije je „DASH“ dijeta, to je dijeta koja se bazira na povrću, voću, krtom mesu, grahoricama, nemasnim mliječnim proizvodima. Važnu ulogu kod hipertenzije ima esencijalna Omega-3 masna kiselina. Omega-3 sadrži EPA (eikosapentaenoičnu kiselinu) i DHA (dokosaheksaenoičnu kiselinu), koje doprinose normalnoj funkciji srca te smanjuje rizik nastanka posljedica. Kako bi ublažili i regulirali hipertenziju kroz prehranu, trebamo izbaciti sol, šećere i alkohol, a uz prehranu potrebno je i vježbati.

Dijabetes tip 2 druga je po redu najučestalija bolest kod starijih osoba od 65 godina u Međimurskoj županiji. Dijabetes je stanje u kojem tijelo ne može regulirati kroničnu povišenu razinu šećera u krvi (glukoza).

Na temelju razgovora s korisnicima dobiven je zanimljivi podatak da većina osoba nije znala da boluje od šećerne bolesti. Obzirom da liječenje osoba oboljelih od dijabetesa podrazumijeva strogo držanje smjernica pravilne prehrane, sa oboljelim korisnicima od dijabetesa tip 2 prolazilo se kroz prehrambene smjernice i plan prehrane. Namirnice koje se preporučuju za osobe koje boluju od dijabetesa tip 2 trebaju biti bogate Omega-3 masnim kiselinama, antioksidansima, vitaminima, mineralima, bjelančevinama kao što su; losos, jaja, sardine, chia sjemenke, cejlonski cimet, incuni, lisnato povrće itd (2). Pravi primjer stanovništva koje ne boluje od kardiovaskularnih i krvožilnih bolesti su stanovnici u Japanu, točnije stanovnici Okinawe, gdje glavna prehrambena namirnica riba, a i uz to njihove prehrambene navike su gotovo savršene. Stanovnici

Okinawe žive duže od 100 godina, a osim prehrane, stanovnici Okinawe su tjelesno aktivni do posljednjeg dana u svom životu. Uz prehranbene smjernice i planove prehrane, rad s osobama starijim od 65 godina koji boluju od dijabetesa tip 2 obavezno su s nutricionistom prolazili kroz tablicu GI (glikemijski indeks) kako bi im bile približene prehranbene namirnice koje povisuju razinu glukoze u krvi. Glikemijski indeks (GI) numerička je skala koja se koristi za određivanje koliko brzo pojedina hrana povisuje razinu glukoze u krvi.

Prolazeći kroz tablicu GI metodom eliminacije nutricionist i korisnik eliminirali su namirnice koje nisu dobre za osobe koje boluju od dijabetesa tip 2 te su korisnici na taj način motivirani i osviješteni o utjecaju prehrane na bolesti, u ovom slučaju dijabetes tip 2. Bolest kostiju, zglobova i mišića treća je po redu od istaknutih bolesti koje su prisutne među osobama starije životne dobi na području Međimurske županije. Bolest koja se najviše naglašavala je Osteoporoza. Osteoporoza je bolest gdje se smanjuje gustoća kostiju, čini ih slabijima i podložnija prijelomima. Znamo da nam u organizmu nedostaje mineral kalcij i odgovoran vitamin D koji je zaslužan za apsorpciju kalcija iz hrane i ugradnju kostiju. U prehranbenom svijetu namirnica osim mlijeka i mliječnih proizvoda kalcija ima u cjelovitim žitaricama, mahunarkama, zelenom lisnatom povrću, gljivama. Vitamin D nalazi se uglavnom u hrani životinjskog porijekla (bijelo meso, riba, sezamovo ulje, srdele i skuše iz konzerve koje je preporučljivo konzumirati s kostima), važnu ulogu ima i sunce gdje se treba umjereno izlagati. Uz ravnotežnu prehranu bogatom mineralom kalcijem i vitaminom D, kao i izbjegavanjem prehrane i pića koji povećavaju eliminaciju kalcija, također je bitna i tjelovježba.

Zaključak

Dijetoterapija, koja se provodila u sklopu CrossCare projekta na području Međimurske županije, dobiven je uvid u najzastupljenije dijagnoze osoba starijih od 65 godina. Aktivnost nutricionista potaknula je korisnike o važnosti prehrane koju je potrebno konzumirati kako bi preventivno djelovali na dijagnozu putem prehrane te tako i na taj način razvijali prehranbene navike.

ANALIZA SMJERNICA I JELOVNIKA

Analiza prehranbenih smjernica i jelovnika bazirala se na podacima antropometrijskih mjerenja i nutricionističkom izvješću korisnika prema kojem je nutricionist kreirao prehranbene smjernice i jelovnike. Osobe starije od 65 u Međimurskoj županiji koje su

primile dijetoterapiju, pomoću ankete ukazali su i na druge nedostatke u životu. Spomenuli smo kako Međimurska županija ima izrazito plodno tlo, no pronalazimo problem što ljudi preživljavaju sa izrazito malim novčanim prihodima. Prema antropometrijskim mjerenjima, anketi i hrani koju su konzumirali unutar 24 sata najviše smo obratili pozornost na svakodnevnu prehranu korisnika starijih od 65 godina na području Međimurske županije. Nazvali bi je „siromašna hrana“ kao što je npr. kruh s mlijekom, restani krumpir, palenta, kosana mast itd. Ulazeći u obzir i njihove ekonomske mogućnosti analiza prehranbenih smjernica i jelovnika bazirala se na sezonskom povrću i voću koja im je bila nadohvat ruke. Analiza smjernica radila se prema antropometrijskim mjerenjima koja su ukazivala gdje se trebaju napraviti promjene i što bi bilo poželjno izbaciti iz trenutnog prehranbenog života. Na temelju antropometrijskih mjerenja dobiveni rezultati pokazuju da korisnici imaju vrlo visok postotak masnog tkiva, manji postotak udjela mišićnog tkiva što je rezultat da se korisnici manje kreću, a više jedu „siromašnu hranu“ zbog toga što im prihodi ne omogućavaju kvalitetniju prehranu. Na temelju većinu jelovnika koja je bila napisana za korisnike na području Međimurske županije, jelovnik je najviše sadržavao povrće, bijelo meso i važnu prehranbenu naviku unosa tekućine u ljudski organizam. Strogo su se zaobilazili šećeri koje pronalazimo u kruhu, tjestenini, gaziranim pićima, kolačima itd. Naglasak se najviše stavljao na izradu jelovnika koji su se posebno kreirali prema dijagnozama korisnika, a zatim na mediteranski i alkalni jelovnik.

Zaključak

Na temelju prikupljenih podataka iz nutricionističkog izvješća može se zaključiti da oko 50% korisnika, koji su bili uključeni u dijetoterapiju, ima potrebu za nastavkom terapije. Provođenjem dijetoterapije koja je uključivala analizu prehranbenih smjernica i jelovnika bila je od velike pomoći osobama starijim od 65 godina na području Međimurske županije. Podaci antropometrijskih mjerenja pomogli su nutricionistu, a prvenstveno korisnicima gdje trebaju promijeniti i poboljšati kvalitetu života te su na taj način korisnici bili motivirani i osviješteni o važnosti prehrane i prehranbenih navika u vlastitom životu.

Literatura:

- MAYO CLINIC O zdravoj težini, Medicinska biblioteka
- Nutricionizam, Joy Bauer
- Dijagram, Platforma „CrossCare“

FIZIOTERAPIJA

UČINKOVITOST I UTJECAJ FIZIOTERAPIJE U KUĆNIM UVJETIMA

Anica Holcinger, Teja Ivačić, Dino Mustač, Ana Rob

Ključne riječi: fizikalna terapija, prednosti, nedostaci, zadovoljstvo

Fizioterapija u kući bolesnika zahtjevna je grana fizioterapije. Oni koji ju provode i oni koji ju koriste svjesni su potrebe za unapređenjem (1). Pravo na fizikalnu terapiju u kući u sklopu projekta „Integrirani pristup skrbi za starije osobe u kući – CrossCare“ imaju osobe starije od 65 godina. Prikazat ćemo njene prednosti i nedostatke u kući bolesnika. Vrlo je bitna dobra komunikacija sa korisnicima. Utjecaj vlastitog doma na oporavak najčešće je pozitivan, no sam postotak oporavka ovisi naravno, o oštećenju. Provođenje fizikalne terapije u kući ima svoje brojne specifičnosti te unatoč uočljivim prednostima, pogotovo financijskim, posjeduje i određene nedostatke (npr. neadekvatni uvjeti za provođenje terapije). Korisnici često iskazuju zadovoljstvo prema fizikalnoj terapiji u kući u smislu da im pomaže u daljnjem obavljanju svakodnevnih aktivnosti i snalaženju u vlastitom domu. Također, najviše su zadovoljni u pogledu individualnog rada, suradnje obitelji u terapiji, kvaliteti tretmana te komunikaciji. Nezadovoljstvo su iskazali zbog vremenskog čekanja na provedbu fizikalne terapije. Fizikalna terapija u kući je velika pomoć ne samo pacijentu, već i cijeloj obitelji.

Primjer 1.

Kao primjer s terena navodimo korisnika A.B. s kojim smo nakon postavljene dijagnoze (St. post CVI) po preporuci nadležnog liječnika i fizijatra krenuli sa provođenjem fizikalne terapije i rehabilitacije. Nakon hospitalizacije od 14 dana započeli smo s terapijama do odlaska na daljnji tijek rehabilitacije u toplice. S obzirom na stanje korisnika (polupokretan, oslabljena miškulatura i smanjene motoričke sposobnosti) fizijatar je izradio plan terapija. Na temelju rezultata provedene početne procjene i obavljenih testova krenuli smo sa provedbom plana terapija. Plan terapija od strane fizijatra sačinjavao je vježbe koordinacije

i balansa, vježbe disanja, vježbe hoda uz pomagala, aktivno-potpomognute te vježbe jačanja miškulature. Prvog dana kad smo došli kod korisnika, osim navedenog, upoznali smo i obitelj te objasnili plan terapije. Samim našim dolaskom uvidjeli smo mnoge prednosti a i nedostatke pri provođenju fizioterapije u kući. Prednosti terapija u kući su da korisnik nije ovisan o nekome drugome da ga stavlja u auto i vozi u najbližu ustanovu na terapije, već da fizioterapeut dolazi kod njega te se posveti njemu kao individui (rad jedan na jedan). S korisnikom je svaki dan provedeno 30-45 minuta u kojima smo postepeno izvodili aktivno-potpomognute vježbe za ekstremitete lijeve strane, vježbe disanja, vježbe jačanja miškulature, a nakon nekoliko dana smo uključili i vježbe koordinacije i balansa te vježbe hoda uz pomagala (podlaktatne štake, Slika 1.). Kao pomagala smo koristili elastične trake, loptice za jačanje mišića šake, vrećice s pijeskom, utege (Slika 2. i 3.). Kao neke od nedostataka naveli bi neadekvatan krevet (bez mogućnosti regulacije visine), skućeni prostor, neprohodnost do samog ulaza u kuću (uski prilaz).



Slika 1.
Hod sa 2 podlaktatne štake



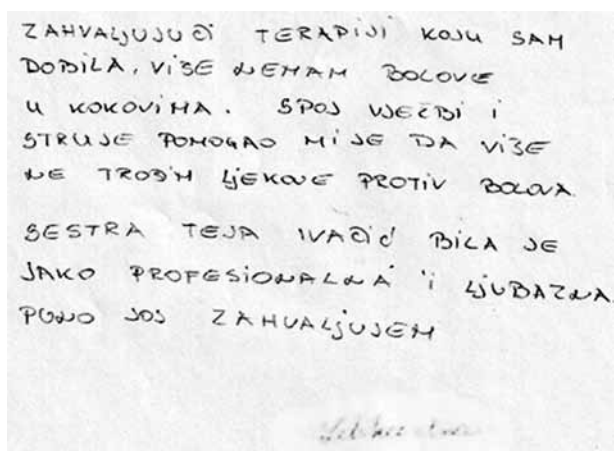
Slika 2.
Rekviziti (loptice za jačanje mišića šake, digi-flex, elastične trake)



Slika 3.
Rekviziti (lopte, vrećice s pijeskom, balansirni jastuci)

Nakon našeg zadnjeg posjeta korisniku na njegovom, a i na licima ukućana vidimo osmijeh i zadovoljstvo jer smo olakšali i naučili korisnika kako se nositi s teškoćama koje su promijenile njegov život. Rana intervencija, odnosno provođenje fizikalne terapije po otpustu iz bolnice pa sve do odlaska u toplice uveliko je imala pozitivan učinak na samu rehabilitaciju korisnika.

Primjer zadovoljnih korisnika uz zahvalu:



Literatura:

Filipović B. Razlike u funkcionalnom oporavku i kvaliteti života bolesnika s moždanim udarom između stacionarne i kućne rehabilitacije, Zagreb: Kineziološki fakultet; 2015.

PROCJENA FIZIČKE FUNKCIONALNOSTI U OSOBA STARIJE ŽIVOTNE DOBI NA PODRUČJU MEĐIMURSKE ŽUPANIJE

Anica Holcinger, Dino Mustać

Ključne riječi: funkcionalna sposobnost, procjena, testovi

Funkcionalna sposobnost podrazumijeva sposobnost pojedinca za obavljanje svih svakodnevnih aktivnosti koje osiguravaju primjereno kvalitetno življenje, a uključuje biološko, psihološko i socijalno funkcioniranje. Ako se sposobnost samostalnog funkcioniranja znatnije reducira, starija osoba treba pomoć. (1) Samoprocjena zdravstvenog stanja i kvalitete života danas je važnost subjektivnog doživljaja vlastitog zdravlja i kvalitete života, sastavni dio populacijskih studija o zdravlju što ukazuje na važnost subjektivnog doživljaja vlastitog zdravlja i kvalitete života. Povećanje udjela starijih osoba u ukupnom stanovništvu ostavlja posljedice na zdravstvenu, ekonomsku, socijalnu, obrazovnu i gospodarsku strukturu društva (2). Kronološko produljenje trajanja života znači da sve više ljudi u starijoj životnoj dobi treba pomoć kako bi zadovoljili svoje osnovne potrebe. Stoga se postavlja pitanje kako unaprijediti njihov životni položaj i kako im pomoći da ostanu što dulje samostalni i aktivni (3). Proces starenja manifestira se stalnim i postupnim procesom smanjenja funkcije organa i organskih sustava (4). Zbog tih promjena starije su osobe podložne kroničnim bolestima, a time i postepenom gubitku sposobnosti za samostalno funkcioniranje (5). Funkcionalna sposobnost podrazumijeva sposobnost pojedinca za obavljanje svih svakodnevnih aktivnosti koje osiguravaju primjereno kvalitetno življenje, a uključuje biološko, psihološko i socijalno funkcioniranje (1).

Sa ciljem poboljšanja njihovog narušenog zdravstvenog stanja te što duljeg samostalnog funkcioniranja u sklopu projekta "CrossCare" provodili smo fizikalnu terapiju u kući za osobe starije od 65 godina. U Međimurskoj županiji sve je veći broj osoba starije životne dobi što prikazuje Tablica 1 iz popisa stanovništva iz 2011.g. pa je zbog toga ovaj projekt od velike važnosti.

Kao najbrojnija dobna skupina u Međimurskoj županiji dominira skupina od 65-69 godina starosti, a skupina s najmanje ljudi je skupina od 85 i više godina starosti (Tablica 1.) (6).

Kako bi mogli osmisliti plan terapije potrebno je kvalitetno provesti procjenu fizičke funkcionalnosti.

Tablica 1. – Prikaz po dobnim skupinama

Dobne skupine	Muškarci	Žene	Ukupno
65-69	2603	2957	5560
70-74	1853	2952	4805
75-79	1212	2657	3896
80-84	705	1768	2473
85 i više	342	982	1324

Na početku svakog tretmana, za procjenu fizičkih funkcionalnih sposobnosti korišteni su razni testovi, kao najčešći: VAS skala (za bol), Bergova ljestvica (za ravnotežu), goniometrija (za opseg pokreta) (Slika 1.) i manualni mišićni test (za snagu mišića).



*Slika 1
Prikaz mjerenja
opsega pokreta u
zglobu ramena*

Od spomenutih testova najčešće smo provodili skalu za bol (Vizualna Analogna Skala) te Bergovu ljestvicu ravnoteže gdje su vidljivi najbolji rezultati što upućuje na dobro provedenu fizikalnu terapiju (Tablica 2.).

Tablica 2. – Prikaz rezultata provedenih testova

Test	Poboljšanje	Pogoršanje	Ni promjena	Ukupno
VAS	304 (72,04%)	13 (3,08%)	105 (24,88%)	422
Bergova ljestvica	141 (84,94%)	5 (3,01%)	20 (12,05%)	166
Goniometrija	49 (43,36%)	2 (1,77%)	62 (54,87%)	113
MMT	45 (42,06%)	0	62 (57,94%)	107

Kroz vrijeme provedeno na terenu u radu sa korisnicima te dobivenim rezultatima uvidjeli smo da starost nije jedan od glavnih razloga za fizičko stanje korisnika, bitniju ulogu ima sama psihofizička aktivnost tokom cijelog života korisnika.

Literatura:

1. Tomek-Roksandić, S. Zašto zaštita zdravlja starijih ljudi. Smjernice za zaštitu zdravlja starijih ljudi 1999. Zagreb: Akademija medicinskih znanosti Hrvatske, Zavod za javno zdravstvo Grada Zagreba - Centar za gerontologiju, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu i Hrvatski liječnički zbor, 1999.
2. Tomek-Roksandić S i sur. Značenje stalne edukacije o osnovama iz gerontologije i gerijatrije za razvoj hrvatskog gospodarstva. U: Ljubo Jurčić, ur. Zbornik radova 21. Tradicionalnog savjetovanja „Ekonomska politika Hrvatske u 2014 godini“. Zagreb: Hrvatsko društvo ekonomista, 2013, 343-86.
3. Žganec N, Rusac S, Laklija M. Trendovi u skrbi za osobe starije životne dobi u Republici Hrvatskoj i u zemljama Europske unije. Revija za socijalnu politiku 2008; 15(2): 171-88.
4. Duraković Z i sur. Gerijatrija-medicina starije dobi. Zagreb: C.T.-Poslovne informacije, 2007.
5. Galić S, Tomasović-Mrčela N i sur. Priručnik iz gerontologije, gerijatrije i psihologije starijih osoba-psihologije starenja. Osijek: Medicinska škola Osijek, 2013.
6. Bočkaj i sur., Međimurska županija u brojkama 2011. Ured državne uprave Međimurske županije, Tamposit Nedelišće, 2012.

REUMATSKE BOLESTI KAO NAJČEŠĆE DIJAGNOZE KOD STARIJIH OSOBA U MEĐIMURSKOJ ŽUPANIJI

Ana Rob, Teja Ivačić

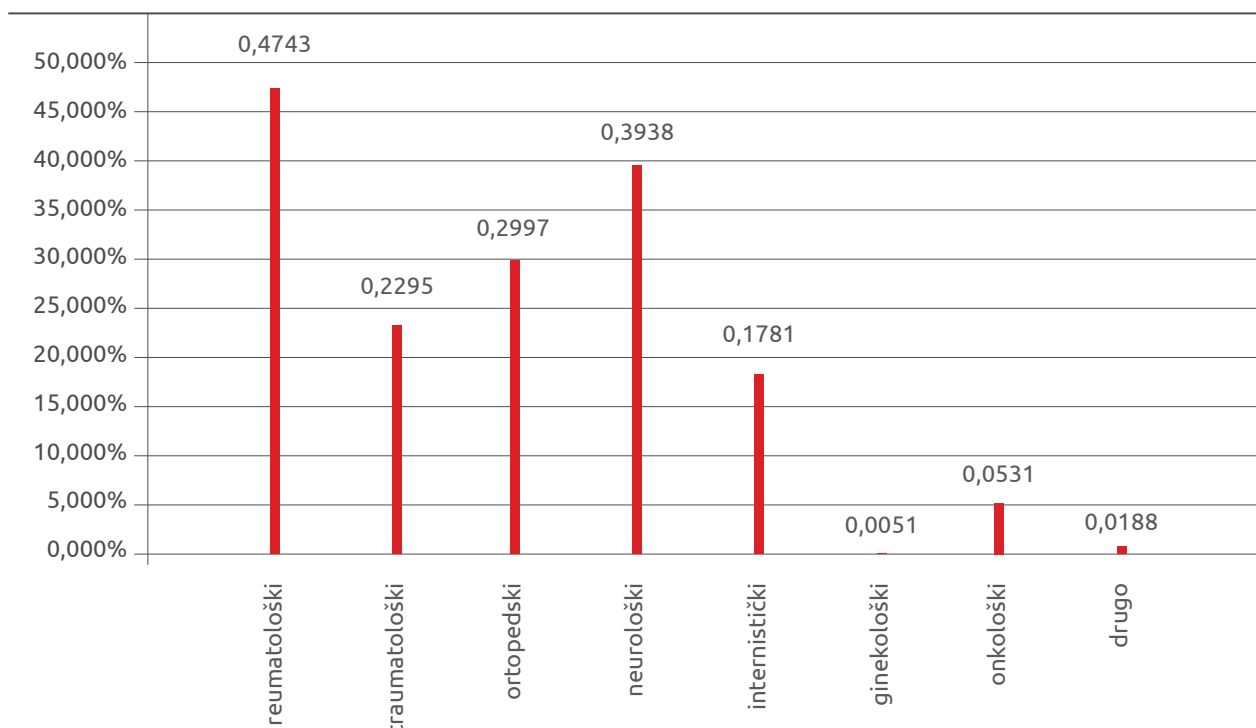
Ključne riječi: reumatske bolesti, osteoartritis, reumatoidni artritis

Reumatske bolesti su među vodećim razlozima posjeta liječniku i utječu na poremećenu funkciju organizma u osoba srednje i starije životne dobi. Zbog sve starije populacije i primjene suvremenih dijagnostičkih i terapijskih metoda, a s druge strane zbog gubitka produktivnosti i pojave komplikacija, reumatske bolesti postaju vodeći zdravstveni kao u svijetu tako i u Međimurskoj županiji. (1)

Uzroci reumatskih bolesti često su nepoznati, a najčešći simptom je bol.

Reprezentativna, neupalna, degenerativna reumatska bolest, lokalizirana na zglobovima koje simetrično zahvaća je osteoartritis, a upalna seropozitivna reumatska bolest s razvojem deformacija na zglobovima je reumatoidni artritis. Ankilozantni spondilitis je upalna seronegativna reumatska bolest koja zahvaća aksijalni skelet, s upalnim promjenama na perifernim zglobovima. Fibromijalgija je čest entitet, nepoznatog uzroka s potpuno urednim nalazom na zglobovima bez znakova upale.

Slika 1. Podjela korisnika prema dijagnozi na području međimurske županije u vrijeme trajanja projekta „Crosscare“



Tablica 1. Podjela reumatskih bolesti

Sistemske bolesti vezivnog tkiva	Reumatoidni artritis, juvenilni artritis, sistemski eritemski lupus, sklerodermija, vaskulitis, polimijalgija reumatika, dermatomiozitis, Sjogrenov sindrom, polimiozitis, nodozni eritem
Artritis i spondiloartritis	Ankilozantni, Reiterov sindrom, psorijatični artritis, artritis uz upalne bolesti crijeva
Osteoartritis	Degenerativne bolesti
Bolesti uzrokovane infekcijama	Reaktivni i infektivni artritis
Artritis u metaboličkim i endokrinim bolestima	Giht, amiloidoza, hiperlipidemija, hematološke bolesti, dijabetes, hipertireoza i hipotireoza
Karcinomi Neurovaskularne bolesti Bolesti kostiju i hrskavice Vanzglobni reumatizam Druge bolesti povezane s artritismom	

Najčešće dijagnoze kod starijih osoba na području Međimurske županije su osteoartritis i reumatoidni artritis.

Sam pristup korisnicima mijenjao se ovisno o; dijelovima zahvaćenim osteoartritisom (OA), stupnju deformacije reumatoidnog artritisa (RA), pragu boli pojedinca.

Tablica 2. Korišteni rekviziti prema dijagnozi

OA (osteoartritis)	RA (reumatoidni artritis)
<i>coxae</i> <i>genus</i>	<i>manus</i>
Rekviziti	Rekviziti
pilates lopta (26cm), elastična traka, utezi, vrećice s pijeskom, balansni jastuk, multifunkcionalni uređaj	jež loptica, senzorna loptica, digiflex, štikaljke

Osim korištenja rekvizita u svrhu jačanja miškulature (sl.1) i povećanja opsega pokreta zahvaćenih zglobova odnosno očuvanja istog provodile smo vježbe disanja, hoda, koordinacije i balansa (sl.2). Da bismo korisnicima poboljšale aktivnosti svakodnevnog života educirale smo ih o korištenju pomagala za kretanje (hodalica, štake, štap) i toaletnih pomagala.



Slika 1. jačanje miškulature nogu



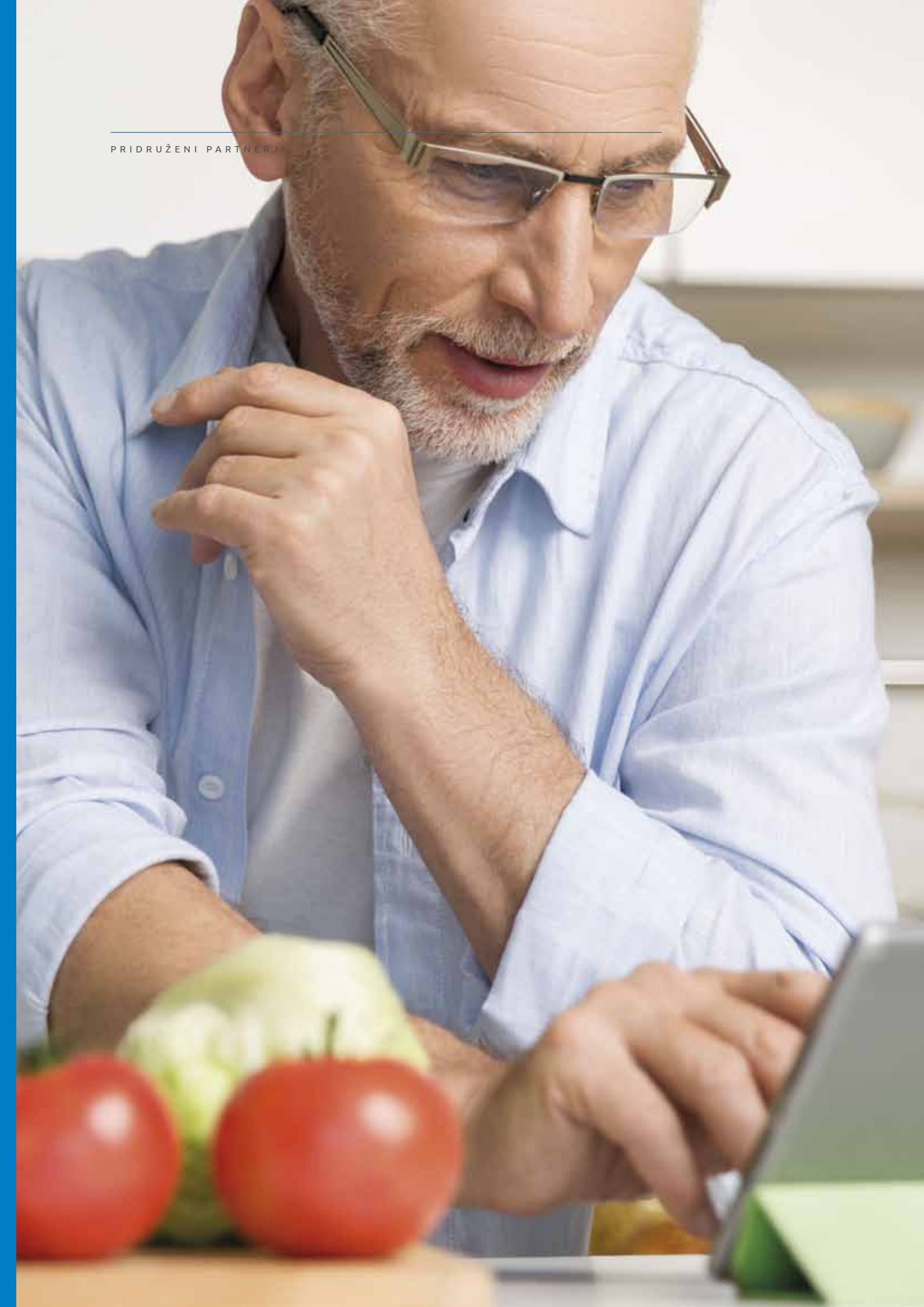
Slika 5. balans

Ukoliko se ne liječi, reumatoidni artritis je neugodna bolest koja onemogućuje svakodnevno normalno funkcioniranje bolesnika. Pravovremena dijagnoza prvi je korak k uspješnom zaustavljanju tijeka bolesti. Promjena životnih navika izuzetno je važna. Kroz rad i razgovor s korisnicima zaključile smo da se obzirom na način življenja u Međimurskoj županiji nekad (obim poslova i uvjeti rada istih) sve češće navedene dijagnoze manifestiraju. Provođenje vježbi i edukaciju o istim vršile smo da bi ublažile postojeće simptome reumatskih bolesti i umanjile mogućnost nastajanja novih.

Literatura:

1. <https://www.terappia.hr/hr/blogs/reumatoidni-artritis-uzroci-prepoznavanje-simptoma-i-rije%C4%8Denje/>

PRIDRUŽENI PARTNERJI



PRIDRUŽENI PARTNERJI

FAKULTETA ZA SOCIALNO DELO

INTEGRIRANA SKRB U PROJEKTU CROSSCARE KAO INOVACIJA U DUGOTRAJNOJ SKRBI

Jana Mali

V zadnjem desetletju se v strokovni in splošni javnosti vse, kar je povezano s starostjo, starimi ljudmi in staranjem, umešča v novo področje tako imenovane dolgotrajne oskrbe. Poleg demografskih sprememb, večjega števila ljudi s kroničnimi boleznimi, dolgotrajnimi psihološkimi, duševnimi in socialnimi stiskami, hendikepom ter različnimi oslabelostmi, zaradi katerih za samostojno življenje potrebujejo dolgotrajno pomoč ali podporo drugih, so razlogi za porajanje dolgotrajne oskrbe tudi v procesih dezinstucionalizacije in potrebe po razvoju skupnostno usmerjene oskrbe (Flaker idr., 2008; Österle, 2011; Leichsenring, Billings in Nies, 2013; Mali, 2013). Sledenje je vodilo sprememb v oskrbi, ki je za stare ljudi v Sloveniji izrazito institucionalizirana (Mali, Flaker, Urek in Rafaelič, 2018).

Nekatere naše raziskave (Flaker idr., 2015; Mali idr., 2017a; Mali idr., 2017b) kažejo, da ljudje za doseganje kakovostne oskrbe pogosto kombinirajo različne oblike dolgotrajne oskrbe kot tudi vire, ki jo zagotavljajo. Zato je pomembno, da po eni strani razvijamo skupnostne službe, ki bodo zagotavljale dolgotrajno kontinuirano pomoč v domačem okolju starega človeka, po drugi pa sodobno oskrbo v obstoječih ustanovah za stare ljudi (Flaker idr., 2015).

V skupnosti potrebujemo predvsem nadaljnje razvijanje storitev, ki so se že izkazale za dobre. Takšna je na primer socialna oskrba na domu, ki jo je treba zagotoviti v večjem obsegu – časovno in po ponudbi storitev – za specifične skupine uporabnikov, tj. ljudi z demenco, kot paliativno oskrbo, z boljšo pokritostjo v ruralnih okoljih. Storitve je treba približati ljudem, na primer z mobilnimi in terenskimi službami visoko strokovnih storitev. Prav tako je treba razvijati nove storitve s pomočjo sodobne tehnologije, na primer stanovanjske prilagoditve, ki omogočajo življenje starih ljudi v domačem okolju (pripomočki, renoviranje, IKT (v nadaljevanju besedila: informacijsko-komunikacijska tehnologija), video- in elektronski nadzor, varnostne naprave, varnostni pripomočki, sredstva, prilagoditev stanovanja potrebam uporabnika in podobno), pomoč na daljavo (klicni centri, ki organizirajo konkretno pomoč staremu človeku; primer rdečega gumba, ki ga velja nadgraditi z IKT), tele – svetovanje (npr. na področju zdravstva), klicni centri in podobno. Pomembno je, da razvijamo različne možnosti bivanja, kot so dnevni centri (dnevno in nočno varstvo, aktivnosti, izobraževanja), varne hiše za starejše žrtve nasilja, medgeneracijska središča, centri, nastanitve v drugih (oskrbovalnih) družinah; oskrbovana stanovanja; kombinacijo oskrbovanih stanovanj, oskrbe na daljavo in socialno-zdravstvenih delavk v krajevni skupnosti (četrti); sobivanje več starih ljudi ali medgeneracijsko; začasne namestitve, tudi rehabilitacijo (npr. po možganski kapi, operacijah, zlomih), vzpostavljanje oskrbovalnih zadrug. Na ravni operativnih shem je potrebno spodbujati razvoj skupnostnih projektov pomoči starim ljudem, razvoj projektov krepitve vzajemne pomoči (vrstniške in medgeneracijske) ter krepitve neformalne pomoči (Mali, 2018, str. 28).

Vprašanje, ki se na tem mestu postavlja kar samo od sebe, je, kako vse našete spremembe doseči. Možni odgovori so vtakani v paradigmo dolgotrajne oskrbe, ki temelji na spremenjeni vlogi uporabnika kot aktivnega soustvarjalca življenjskih sprememb, kar vpliva na spremenjeno vlogo strokovnjakov v procesih pomoči. Dolgotrajna oskrba temelji na raziskovanju potreb uporabnikov (Naiditch idr., 2013; Leichsenring idr., 2013) ter iskanju novih odgovorov, ki so rešitve za njihove stiske in težave (Mali, 2012, 2013). Strokovnjaki potrebujejo spretnosti in tehnike zaznavanja želja, ki spreminjajo do zdaj znan in uveljavljen odnos med uporabnikom in strokovnjakom. Pri tem je pomembno, da strokovnjaki delujejo integrirano, povezovalno in interdisciplinarno. Že znane vzorce ločevanja med strokami in znanostmi dolgotrajna oskrba presega, zato je potrebno iskati načine medsebojnega sodelovanja in povezovanja. Pri tem so najuspešnejši različni raziskovalno in storitveno usmerjeni projekti, primer katerega je tudi pričujoči projekt CrossCare. Uvaja inovacije na področju dolgotrajne oskrbe, še zlasti na področju oskrbe starih ljudi v skupnosti, ter posega na dve ločeni področji – zdravstva in sociale, ki ju dolgotrajna oskrba pozna zgolj kot povezan in enovit sistem.

Mali, Flaker, Urek in Rafaelič (2018, str. 37) navajajo, da se inovacije v dolgotrajni oskrbi pojavljajo na zelo različnih, med seboj povezanih, a avtonomnih ravneh. Lahko so inovacije ravnanja na mikro- in osebni ravni, spreminjanja shem osebnih storitev ali uvajanja novih osebnih storitev, na mezoravni so nove oblike organiziranja dejavnosti socialnega in zdravstvenega varstva, na makroravni so sistemske inovacije, spremembe, ki spreminjajo sistem. Med organizacijskimi in sistemskimi spremembami pa lahko zaznavamo tudi inovacije na področju operativnih shem, torej načel in vodil, ki omogočajo prenos sistemskih inovacij na nižje ravni in tudi v nasprotno smer uveljavljanja sistemskih inovacij s krepitvijo in množitvijo novih oblik organiziranja kot tudi novih storitev na osebnih ravneh (Mali, Flaker, Urek in Rafaelič, 2018, str. 37).

Inovacije, ki jih naslavlja projekt CrossCare, najdemo na vseh treh ravneh, saj gre na mikroravni za uvajanje novih storitev v skupnosti, ki v obstoječem sistemu niso finančno in organizacijsko dostopne (denimo fizioterapija, delovna terapija, zdravstvena nega in dietetika). Na mezoravni gre za integracijo zdravstvenih in socialnih storitev, iskanje novih metod združenega delovanja in ravnanja različnih strok, s skupnim ciljem zagotavljanja kakovostnega življenja starih ljudi v skupnosti. Pri tem so nujna različna izobraževanja in usposabljanja, ki ne krepijo zgolj znanja za ravnanje danes, temveč vplivajo tudi na

razvoj novega znanja in metod ravnanja. Mednarodna dimenzija izobraževanja, ki jo omogoča projekt CrossCare, je tista, ki bo zagotovo izhodišče za razvoj področja projekta v prihodnje.

Eden od osrednjih ciljev projekta je razvoj in vzpostavitev integriranega pristopa oskrbe, s čimer projekt vstopa na makroraven inovacij in lahko postane zgled za uvajanje sistemskih sprememb na področju oskrbe starih ljudi.

Literatura

- Flaker, V., Mali, J., Kodele, T., Grebenc, V., Škerjanc, J. & Urek, M. (2008). Dolgotrajna oskrba: očrt potreb in odgovorov nanje [Long-term care: The outline of needs and responses]. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Flaker, V., Rafaelič, A., Bezjak, S., Dimovski, V., Ficko, K., Fojan, D., Grebenc, V., Kastelic, A., Mali, J., Ošljaj, A., Pfeiffer, J., Ramovš, J., Ratajc, S., Suhadolnik, I., Urek, M. & Žitek, N. (2015). Priprava izhodišč dezinstitutionalizacije v Republiki Sloveniji [Preparation of starting points for deinstitutionalisation in the Republic of Slovenia]. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Leichsenring, K., Billings, J. & Nies, H. (eds.) (2013). Long-term care in Europe: improving policy and practice. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Leichsenring, K., Billings, J. & Nies, H. (eds.) (2013). Long-term care in Europe: improving policy and practice. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Mali, J. (2012). Deinstitutionalisation as a challenge for the development of community-based care for older people. *Dialogue in praxis*, 1 (14), 1/2 (22/23), 57–69.
- Mali, J. (2013). Dolgotrajna oskrba v Mestni občini Ljubljana [Long-term care in Ljubljana Municipality]. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Mali, J. (2018). Razumevanje socialne infrastrukture dolgotrajne oskrbe v kontekstu socialnega dela s starimi ljudmi = The understanding of long-term care social infrastructure in the context of social work with older people. V: Drobne, S. (ur.), Grum, B. (ur.). Uvod v socialno infrastrukturo za stanovanjsko oskrbo starostnikov (str. 19–29). Trebnje: Zavod Inrisk – Inštitut za raziskavo sistemov izpostavljenih rizikom.
- Mali, J., Flaker, V., Urek, M. & Rafaelič, A. (2018). Inovacije v dolgotrajni oskrbi. Primer domov za stare ljudi [Innovations in long-term care. The case of homes for older people]. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Mali, J., Grebenc, V., Flaker, V., Rafaelič, A., Filipović, T., Šabić, A., Peršič, M. L. & Zaplatar, T. (2017a). Hitra ocena potreb in storitev dolgotrajne oskrbe v Občini Straža: končno poročilo [Rapid assessment of needs and services in long-term care in Straža Municipality: final report]. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Mali, J., Flaker, V., Peršič, M. L., Rafaelič, A., Rode, N., Urek, M. & Žitek, N. (2017b). Inovativne oblike oskrbe v domovih starejših občanov: končno poročilo [Innovative forms of care in homes for older people: final report]. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Naiditch, M., Triantafyllou, J., Di Santo, P., Carretero, S. & Hisch Durrett, E. (2013). User perspectives in long-term care and the role of informal carers. In Leichsenring, Billings, J. & Nies, H. (eds.), Long-term care in Europe (str. 45–80). Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Österle, A. (ed.) (2011). Long-term care in Central and South Eastern Europe. Frankfurt am Main: P. Lang.

ZDRAVSTVENA FAKULTETA

MEDPOKLICNO SODELOVANJE VODI V VIŠJO KAKOVOST ŽIVLJENJA UPORABNIKA

Marija Tomšič

V zapletenem in občutljivem socialnozdravstvenem sistemu je pomembno usklajeno delovanje posameznih delov tega sistema. Zlasti pomemben je človeški dejavnik, ker v njem ljudje delamo za ljudi, ki so uporabniki, stranke, klienti in naročniki. Njihovo zdravstveno ali socialno stanje je občutljivo, ranljivo, včasih kritično. Pogosto so nemočni. Zdravstveni in socialni delavci bi pri populaciji, ki živi v domačem okolju, zato morali delovati skozi integrirano (medpoklicno sodelovalno) oskrbo. Delo v timu je smiselno, kadar delovne naloge presegajo zmožnosti samo ene stroke ali posameznika. Je nepogrešljivo, kadar pot reševanja, rešitev, število rešitev in način reševanja problema niso vnaprej znani. V takem primeru so dobrodošla različna mnenja, s katerimi se po usklajevanju lahko določi najboljša rešitev. Medpoklicno sodelovanje ne podvaja nalog posamezne poklicne skupine, temveč se lahko posamezna poklicna skupina osredotoča na njene specifične poklicne kompetence in hkrati posega prek njenih meja, kadar je to potrebno. Govorimo o celostni oskrbi uporabnika s ciljem opolnomočenja.

Številni znanstveni članki dokazujejo, da je celostna obravnava v domačem okolju bolj učinkovita kot v instituciji, hkrati pa dolgoročno prinaša tudi manjše stroške državi in blagajni. Uporabniki prejemajo samo tiste storitve, ki jim prinašajo izboljšanje ali vzdrževanje stanja v primeru napredujočih bolezni.

V projektu »Aktivno in kvalitetno staranje v domačem okolju (A-Qu-A)« so študenti različnih poklicnih skupin v okviru klinične prakse ugotavljali, da je delo z uporabniki v začetni fazi bolj zahtevno. Ko pa pridobijo poklicne kompetence, postane strokovnejše in prinaša veliko več izzivov kot delo v instituciji. Tudi

zadovoljstvo uporabnikov je večje. Na podlagi dela študentov v projektu je nastalo več kot petnajst diplomskih del, ki dokazujejo učinkovitost obravnave uporabnikov (merjeno z različnimi standardiziranimi ocenjevalnimi protokoli in instrumenti) posamezne poklicne skupine. Posamezna poročila o primerih dokazujejo statistično pomembne napredke, ki govorijo v prid temu, da uporabnik pozneje potrebuje manj socialne in zdravstvene oskrbe. Zanimivo je, da so bili v slovenskem prostoru doseženi podobni učinki kot na Norveškem, kjer je potekal ta isti projekt. Učitelji mentorji so predstavljali uspešnost slovenskega projekta na mednarodnih in domačih znanstvenih konferencah ter objavljali članke v uglednih revijah. Skozi celostno, integrirano oskrbo se tako zagotavljajo optimalni izidi zdravljenja in socialnega vključevanja, hkrati pa omogoča, da uporabnik prevzame nadzor nad svojim zdravjem in počutjem, kar posledično vodi v višjo kakovost življenja uporabnika. Projekti, ki potekajo v slovenskem prostoru (pilotni projekti integrirane oskrbe), in projekt CrossCare prav to dokazujejo.

CENTER ZA SOCIALNO DELO BREŽICE

SODELOVANJE V PROJEKTU CROSSCARE SLOVENIJA-HRVAŠKA S CENTROM ZA SOCIALNO DELO POSAVJE, ENOTO BREŽICE

Katarina Vodeb, Petra Boh

Ključne besede: integriran pristop, uporabnik, domače okolje, dolgotrajna oskrba.

PREDSTAVITEV CENTRA ZA SOCIALNO DELO POSAVJE, ENOTE BREŽICE

Center za socialno delo Posavje (v nadaljevanju besedila: CSD Posavje) je javni socialnovarstveni zavod, ki izvaja javna pooblastila in druge zakonsko določene naloge ter storitve po pogodbah. Izvaja socialnovarstvene programe, potrjene in financirane na podlagi javnih razpisov, ter več programov javnih del.

V CSD Posavje, enoti Brežice, izvajamo storitve socialne oskrbe na domu, nudimo pa tudi dodatne oblike pomoči in svetujemo. Prizadevamo si za boljšo kakovost izvajanja storitev z namenom, da omogočimo lažje in lepše življenje za vse skupine uporabnikov. Naš osnovni cilj je čim daljše bivanje v domačem okolju.

Storitve socialne oskrbe na domu so namenjene osebam, ki imajo zagotovljene bivalne in druge pogoje za življenje v svojem bivalnem okolju, vendar se zaradi starosti, hude invalidnosti, kronične bolezni ali težje telesne in duševne motnje ne morejo oskrbovati in negovati sami, svojci pa take oskrbe sami ne zmorejo ali zanjo nimajo možnosti.

Storitev se prilagodi potrebam posameznega upravičenca in obsega naslednje sklope opravil:

- pomoč pri temeljnih dnevnih opravilih, kamor sodijo opravila, kot so pomoč pri oblačenju ali slačenju, pomoč pri umivanju, hranjenju, opravljanju osnovnih življenjskih potreb, vzdrževanje in nega osebnih ortopedskih pripomočkov;

- gospodinjsko pomoč, kamor sodijo opravila, kot so prinašanje enega pripravljenega obroka ali nabava živil in priprava enega obroka hrane, pomivanje uporabljene posode, osnovno čiščenje bivalnega dela prostorov z odnašanjem smeti, postiljanje in osnovno vzdrževanje spalnega prostora;

- pomoč pri ohranjanju socialnih stikov, kamor sodijo opravila, kot so vzpostavljanje socialne mreže z okoljem, prostovoljci in sorodstvom, spremljanje upravičenca pri opravljanju nujnih obveznosti, informiranje ustanov o stanju in potrebah upravičenca ter priprava upravičenca na institucionalno varstvo.

Upravičenci:

- osebe, stare nad 65 let, ki zaradi starosti ali pojavov, ki spremljajo starost, niso sposobne za popolnoma samostojno življenje;

- osebe s statusom invalida po Zakonu o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih oseb, ki ne zmorejo samostojnega življenja, stopnja in vrsta njihove invalidnosti pa omogočata občasno oskrbo na domu;

- druge invalidne osebe, ki jim je priznana pravica do tuje pomoči in nege za opravljanje večine življenjskih funkcij;
- kronično bolni in osebe z dolgotrajnimi okvarami zdravja, ki nimajo priznanega statusa invalida, pa so po oceni pristojnega centra za socialno delo brez občasne pomoči druge osebe nesposobne za samostojno življenje;
- hudo bolni otrok ali otrok s težko motnjo v telesnem ali težko in najtežjo motnjo v duševnem razvoju, ki ni vključen v organizirane oblike varstva.

SODELOVANJE V PROJEKTU CROSSCARE

Po podpisnem dogovoru o sodelovanju smo od 24. septembra 2018 uspešno sodelovali v projektu CrossCare Slovenija-Hrvaška, in sicer z Zavodom za oskrbo na domu Ljubljana ter Centrom za pomoč na domu Maribor.

V projekt CrossCare smo se kot pridruženi partner vključili z željo, da se naše socialne oskrbovalke seznanijo z novimi praksami in pristopi pri oskrbi uporabnikov na domu, zlasti na področju fizioterapije in delovne terapije. Žal v Sloveniji to področje trenutno še ni urejeno kot integriran pristop socialnega in zdravstvenega varstva. Projekt CrossCare pa nam je omogočil celovito oskrbo tudi na območju zunaj urbanih središč, kjer je dostop do institucij težji ter predstavlja večji organizacijski in finančni zalogaj. Udeležili smo se organizirane, tridnevne mednarodne strokovne delavnice z naslovom »Integriran pristop za starejše osebe (CrossCare) – Interreg Slovenija-Hrvaška« v Zagrebu, kjer so bili predstavljeni različni vidiki in smernice ter izkušnje na področju skrbi za starejše v okviru nudenja pomoči na domu in njene nadgradnje s projektom CrossCare. Učinki meddržavnega sodelovanja so se izkazali za zelo učinkovite.

V okviru projekta CrossCare Slovenija-Hrvaška so iz omenjenih zavodov na CSD Posavje, enoto Brežice, prihajali enkrat mesečno diplomirani/e fizioterapevti/ke, delovni terapevti/ke, diplomirani medicinski sestri ter dietetičarki. Omenjeni strokovni sodelavci so hodili periodično. V domačem okolju so pri uporabnikih izvedli storitve, ki so vezane na posamezno stroko. Storitve so vključevale svetovanje ter izobraževanje uporabnika in njihovih svojcev, kjer so pridobili nove, zanje pomembne informacije o zdravju, nova znanja in ravnanja za izboljšanje počutja. Izvedli so prilagoditve bivalnega okolja, svetovali o uporabi

medicinsko tehničnih pripomočkov, prikazali aktivnosti za izboljšanje motoričnih in procesnih spretnosti, svetovali pri izvajanju dnevnih aktivnosti (oblačenje, slačenje, hranjenje, osebna higiena). Pomemben poudarek so dajali preprečevanju padcev, in sicer s prikazom različnih vaj za ravnotežje. Pri uporabnikih, ki so vezani na posteljo, so prikazali dihalne vaje, jih naučili pravilnega obračanja in prenosa na invalidski voziček ter jih seznanili z načini, kako drugače oz. bolje pristopiti k uporabniku. Diplomirana medicinska sestra-dietetičarka jim je svetovala o ustrezni prehrani bolnika, kot tudi izmerila vitalne funkcije, s katerimi je bil uporabnik takoj seznanjen s svojim zdravstvenim stanjem (raven sladkorja in kisika v krvi, krvni tlak, stanje kože ipd.).

Za uporabnike so bile storitve brezplačne. Srečanja v domačem okolju so uporabniki in njihovi svojci dobro sprejeli, saj so prejeli pomembne informacije, nova znanja in praktične nasvete, za katere so menili, da so bile dragocene.

Za vsa strokovna svetovanja so bili uporabniki hvaležni.

MEDINSTITUCIONALNO IZOBRAŽEVANJE V PROJEKTU CROSSCARE

Ob vsakokratnem obisku je strokovni sodelavec projekta CrossCare na CSD Posavje, enoti Brežice, izvedel predavanje in delavnico s socialnimi oskrbovalkami. Na teh smo pridobili pomembne informacije s terena pri konkretnem uporabniku in nova znanja za ravnanja z uporabnikom v njegovem bivalnem okolju.

Za naše oskrbovalke so bile po končanem delu na terenu koristne naslednje delavnice in predavanja:

- predstavitev projekta CrossCare ter Zavoda za oskrbo na domu Ljubljana in Centra za pomoč na domu Maribor;
- predstavitev fizioterapije in temeljnih fizioterapevtskih postopkov ter poteka obravnave v domačem okolju;
- predstavitev delovne terapije in dela na terenu z uporabo medicinsko tehničnih pripomočkov;
- predstavitev zdravstvene nege in dela medicinske sestre na terenu;
- prilagoditev bivalnega okolja potrebam starejših (na delavnici smo se seznanili, na kakšen način si lahko uredimo domače okolje za doseganje čim večje samostojnosti z namenom preprečevanja padcev);
- delavnica s področja ergonomije pri delu, kjer je delovna terapevtka na terenu pri uporabnikih konkretno pokazala, kateri so primerni položaji za dvigovanje in premeščanje bremen, kako se izogibati prisilni drži, kako se pravilno sklanja, počepa in obrača ter kako se

razbremenijo sklepi;

- predavanje »Nevrološka obolenja«, kjer so bili predstavljeni najpogostejša nevrološka obolenja, znaki za prepoznavanje bolezni, pristopi k bolezni in način njihove obravnave;
- svetovalna delavnica o zdravi prehrani in prehrani pri kroničnih bolnikih (pri delu z uporabniki se vsakodnevno srečujemo z nasveti, konkretnimi odločitvami pri nabavi živil in spodbujanju k zdravi prehrani ter sestavljanju zdravih jedilnikov);
- predavanje o paliativni oskrbi na domu je tema, ki je bila posebej pomembna za socialne oskrbovalke in koordinatorico pomoči na domu (Oskrbovalke se srečujejo z umiranjem uporabnika. Dobili smo informacije, kako pomembno je zadnje obdobje življenja za neozdravljivega bolnika in da se mu uspe posloviti od bližnjih, po možnosti v domačem okolju, ter da se upoštevajo njegove potrebe in želje.);
- izobraževanje o demenci – predstavitev različnih vrst demenc, značilnosti posameznih faz ter pomen verbalne in neverbalne komunikacije;
- delavnica »Bazalne ravni zaznavanja« – predstavitev temeljnih ravni zaznavanja pri ljudeh, pri katerih je onemogočeno zaznavanje (po možganski kapi, nepomični, dementni).

ZAKLJUČEK

Sodelovanje v projektu CrossCare se je izkazalo za primer dobrega sodelovanja različnih strok (socialne in zdravstvene), ki jih velja v prihodnosti ohraniti ter vključiti v sistem dolgotrajne oskrbe.

Integriran pristop se je izkazal za edini možni in strokovni pristop obravnave starejših ljudi v skupnosti. Prizadevamo si za zagotavljanje podpore in pomoči na način, da prisluhnemo in upoštevamo potrebe uporabnikov, da spoštujemo njihovo željo, kje in kako si želijo živeti, kot tudi da uporabniki lahko sami odločajo o zanje pomembnih stvareh. Stremimo k ohranjanju njihovega dostojanstva in povečanju njihove vključenosti, s čimer vplivamo na zmanjšanje osamljenosti.

Storitve so temeljile na individualnem pristopu in celostni obravnavi, ki naj bi našim uporabnikom v domačem okolju omogočile bolj kakovostno življenje. S sistemsko ureditvijo področja dolgotrajne oskrbe bi zmanjšali obstoječe razlike obravnave oskrbe starejših ljudi na domu po območjih v Sloveniji, in sicer na način, da bi imele vse občine enake možnosti celovite oskrbe ljudi.

PRIDRUŽENI PARTNERI

FAKULTETA ZA SOCIJALNI RAD

INTEGRIRANA SKRB U PROJEKTU CROSSCARE KAO INOVACIJA U DUGOTRAJNOJ SKRBI

Jana Mali

U zadnjem desetljeću, u stručnoj i općoj javnosti, sve što je povezano sa starošću, starijim ljudima i starenjem, uvrštava se u novo područje tzv. dugotrajne skrbi. Uz demografske promjene većeg broja ljudi s kroničnim bolestima, dugotrajnim psihološkim, duševnim i socijalnim problemima, hendikepima te različitim problemima, zbog kojih za samostalan život trebaju dugotrajnu pomoć ili podršku drugih osoba, razlozi su za pokretanje programa dugotrajne pomoći ili potpore drugih osoba, razlozi su za dugotrajnu skrb i u procesima desintitucionalizacije i potrebe za razvojem zajednički usmjerene skrbi (Flaker idr., 2008; Österle, 2011; Leichsenring, Billings i Nies, 2013; Mali, 2013). Slijedeće je nit vodilja promjena u skrbi koja je za starije ljude u Sloveniji izrazito institucionalizirana (Mali, Flaker, Urek i Rafaelič, 2018).

Neka naša istraživanja (Flaker idr., 2015; Mali idr., 2017a; Mali idr., 2017b) pokazuju da ljudi za postizanje kvalitetne skrbi, često kombiniraju različite oblike dugotrajne skrbi, kao i izvore koji je osiguravaju. Zato je važno da na jednoj strani razvijamo zajedničke institucije koje će pružati dugotrajnu kontinuiranu pomoć u domaćem okolišu starije osobe, a s druge strane, modernu skrb u postojećim ustanovama za starije i nemone osobe (Flaker idr., 2015).

U zajednici prvenstveno trebamo daljnje razvijanje usluga koje su se već pokazale dobrima. Takva je npr. skrb u kući koju treba osigurati u većem opsegu - vremenski i po ponudi usluga - za specifične grupe korisnika, tj. ljude s demencijom kao i palijativnu skrb s boljom pokrivenošću u ruralnim područjima. Usluge treba približiti ljudima, npr. mobilnim i terenskim službama visoko stručnih usluga. Također, potrebno je razvijati nove usluge pomoću moderne tehnologije, npr. prilagodbe stambenog prostora, koje omogućuju život starijih osoba u domaćem okolišu (pomagala, renoviranja, IKT (u nastavku teksta: informativno-komunikacijska tehnologija), video i elektronski nadzor, sigurnosni uređaji, pomagala, sredstva, adaptacija stambenog prostora potrebama korisnika i slično), pomoć na daljinu (pozivni centri koji organiziraju konkretnu pomoć starijoj osobi; primjer crvenog gumba kojega je potrebno nadograditi IKT-om), tele-savjetovanje (npr. na području zdravstva), pozivni centri i slično. Važno je da razvijamo različite životne mogućnosti kao što su dnevni centri (dnevna i noćna zaštita, aktivnosti, programi izobrazbe), sigurne kuće za starije žrtve nasilja, međugeneracijska središta, centri, nastambe u drugim obiteljima; opskrbljeni stanovi; kombinaciju opremljenih stanova, skrb na daljinu i socijalno-zdravstvenih radnica u lokalnoj zajednici (čtvrtri); suživot više starijih osoba ili međugeneracijski suživot; privremenog namještenja i rehabilitaciju (npr. nakon moždanog udara, operacija, lomova), uspostava opskrbnih zadruga. Na razini operativnih shema potrebno je poticati razvoj zajedničkih projekata potrebnih za pružanje pomoći starijim osobama, razvoj projekata očuvanja uzajamne pomoći (međugeneracijske i vršnjačke) te krijepljenja neformalne pomoći (Mali, 2018, str. 28).

Pitanje koje se na tom mjestu postavlja samo od sebe je kako možete realizirati sve nabrojane promjene. Mogući odgovori utkani su u paradignu dugotrajne skrbi koja je utemeljena na promijenjenoj ulozi korisnika kao aktivnog stvaratelja životnih promjena što utječe na promijenjenu ulogu stručnjaka u procesima pomoći. Dugotrajna skrb utemeljena je na istraživanju potreba korisnika (Naiditch idr., 2013; Leichsenring idr., 2013) te traženju novih odgovora koji su rješenja za njihove probleme i poteškoće (Mali, 2012, 2013). Stručnjaci trebaju spretnosti i tehnike prepoznavanja želja koje mijenjaju do sada poznat i realiziran odnos između korisnika i stručnjaka. Pritom je važno da stručnjaci djeluju integrirano, povezivajuće i interdisciplinarno. Već poznate uzorke razlikovanja između struka i znanosti premašuje dugotrajna skrb. Zato je potrebno potražiti načine međusobne suradnje i povezivanja. Pritom su najuspješniji različiti istraživački i uslužni usmjereni projekti, primjer kojih je i CrossCare projekt. Uvodi inovacije na području dugotrajne skrbi, posebno na području skrbi za starije osobe u zajednici te intervenira na dva odvojena područja - zdravstva i socijale koju dugotrajna skrb poznaje samo kao povezan i jedinstveni sustav.

Mali, Flaker, Urek i Rafaelič (2018, str. 37) navode da se inovacije u dugotrajnoj skrbi pojavljuju na jako različitim i međusobno povezanim autonomnim razinama. Inovacije mogu biti na mikro i osobnoj razini, mijenjanju shema osobnih usluga ili uvođenja novih osobnih usluga. Planiraju se i novi oblici organiziranja djelatnosti socijalne i zdravstvene skrbi, na makro razini su sustavne inovacije i promjene koje mijenjaju sustav. Među organizacijskim i sustavnim promjenama možemo prepoznati i inovacije na području operativnih shema, dakle načela i pravila, koji omogućuju prijenos sustavnih inovacija na niže razine i u suprotni smjer realizacije sustavnih inovacija krijepljenjem i množenjem novih oblika organizacije, kao i novih usluga na osobnim razinama (Mali, Flaker, Urek i Rafaelič, 2018, str. 37).

Inovacije projekta CrossCare nalazimo na sve tri razine jer se radi na mikrorazini potrebnoj za uvođenje novih usluga u zajednicu koje u postojećem sustavu nisu financijski i organizacijski dostupne (mislimo na fizioterapiju, radnu terapiju, zdravstvenu njegu i dijetetiku). Na mezorazini radi se o integraciji zdravstvenih i socijalnih usluga, traženju novih metoda zajedničkog djelovanja i postupanja različitih struka sa zajedničkim ciljem osiguravanja kvalitetnog života starijih ljudi u zajednici. Pritom su nužni različiti programi izobrazbe i osposobljavanja koji ne

poboljšavaju samo znanja potrebna za postupanja, nego i utječu na razvoj novih znanja i metoda. Međunarodna dimenzija izobrazbe, koju omogućuje CrossCare projekt je ona koja će biti ishodište za razvoj područja projekta ubuduće.

Jedan od glavnih ciljeva projekta je razvoj i uspostava integriranog pristupa skrbi kojim se projektu pristupa na makrorazinama inovacija i može postati primjer za uvođenje sustavnih promjena na području skrbi za starije osobe.

Literatura

- Flaker, V., Mali, J., Kodele, T., Grebenc, V., Škerjanc, J. & Urek, M. (2008). Dugotrajna oskrba: očrt potreb in odgovorov nanje [Long-term care: The outline of needs and responses]. Ljubljana: Fakulteta za socijalni rad.
- Flaker, V., Rafaelič, A., Bezjak, S., Dimovski, V., Ficko, K., Fojan, D., Grebenc, V., Kastelic, A., Mali, J., Ošljaj, A., Pfeiffer, J., Ramovš, J., Ratajč, S., Suhadolnik, I., Urek, M. & Žitek, N. (2015). Priprava izhodišč dezinstitucionalizacije v Republiki Sloveniji [Preparation of starting points for deinstitutionalisation in the Republic of Slovenia]. Ljubljana: Fakulteta za socijalni rad.
- Leichsenring, K., Billings, J. & Nies, H. (eds.) (2013). Long-term care in Europe: improving policy and practice. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Leichsenring, K., Billings, J. & Nies, H. (eds.) (2013). Long-term care in Europe: improving policy and practice. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Mali, J. (2012). Deinstitutionalisation as a challenge for the development of community-based care for older people. *Dialogue in praxis*, 1 (14), 1/2 (22/23), 57–69.
- Mali, J. (2013). Dugotrajna oskrba v Mestni občini Ljubljana [Long-term care in Ljubljana Municipality]. Ljubljana: Fakulteta za socijalni rad.
- Mali, J. (2018). Razumijevanje socijalne infrastrukture dugotrajne skrbi u kontekstu socijalnog rada sa starijim osobama = The understanding of long-term care social infrastructure in the context of social work with older people. V: Drobne, S. (ur.), Grum, B. (ur.). Uvod v socialno infrastrukturo za stanovniško oskrbo starostnikov (str. 19–29). Trebnje: Zavod Inrisk – Inštitut za raziskavo sistemov izpostavljenih rizikom.
- Mali, J., Flaker, V., Urek, M. & Rafaelič, A. (2018). Inovacije v dolgotrajni oskrbi. Primer domov za stare ljudi [Innovations in long-term care. The case of homes for older people]. Ljubljana: Fakulteta za socijalni rad.
- Mali, J., Grebenc, V., Flaker, V., Rafaelič, A., Filipović, T., Šabić, A., Peršič, M. L. & Zaplatar, T. (2017a). Hitra ocena potreb in storitev dolgotrajne oskrbe v Občini Straža: končno poročilo [Rapid assessment of needs and services in long-term care in Straža Municipality: final report]. Ljubljana: Fakulteta za socijalni rad.
- Mali, J., Flaker, V., Peršič, M. L., Rafaelič, A., Rode, N., Urek, M. & Žitek, N. (2017b). Inovativne oblike oskrbe v domovih starejših občanov: končno poročilo [Innovative forms of care in homes for older people: final report]. Ljubljana: Fakulteta za socijalni rad.
- Naiditch, M., Triantafillou, J., Di Santo, P., Carretero, S. & Hirsch Durrett, E. (2013). User perspectives in long-term care and the role of informal carers. In Leichsenring, Billings, J. & Nies, H. (eds.), Long-term care in Europe (str. 45–80). Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Österle, A. (ed.) (2011). Long-term care in Central and South Eastern Europe. Frankfurt am Main: P. Lang.

ZDRAVSTVENA FAKULTETA

MEĐUSTRUKOVNA SURADNJA VODI K VIŠOJ KVALITETI ŽIVOTA KORISNIKA

Marija Tomšič

U složenom i osjetljivom socijalno-zdravstvenom sustavu važno je usklađeno djelovanje pojedinih dijelova tog sustava. Posebno je važan ljudski čimbenik u kojemu ljudi rade za druge ljude, koji su korisnici, stranke, klijenti i naručitelji. Njihovo zdravstveno ili socijalno stanje je osjetljivo, ranjivo, a ponekad i kritično. Često su nemoćni. Zdravstveni i socijalni djelatnici bi kod populacije koja živi u domaćem okruženju trebali djelovati putem integrirane (međustrukovne suradnje) skrbi. Rad u timu je razumljiv kada radni zadaci prelaze mogućnosti samo jedne struke ili pojedinca. Neophodno je, kada put rješavanja, rješenje, broj rješenja i način rješavanja problema nisu unaprijed poznati. U takvom slučaju dobrodošla su različita mišljenja kojima se, nakon usklađivanja, može odrediti najbolje rješenje. Međustrukovna suradnja ne udvostručuje zadatke pojedine stručne skupine, već se pojedina stručna skupina usredotočuje prema njoj specifičnim stručnim kompetencijama i intervenira kada je to potrebno. Govorimo o cjelovitoj skrbi za korisnika s ciljem opunomoćenja.

Brojni znanstveni članci dokazuju da je cjelovita skrb u domaćem okruženju učinkovitija od skrbi u instituciji i dugoročno stvara manje troškove državnoj blagajni. Korisnici dobivaju samo one usluge koje poboljšavaju ili održavaju normalizirano stanje u slučaju progresivnih bolesti.

U projektu „Aktivna i kvalitetna skrb u domaćem okruženju (A-Qu-A)” studenti iz različitih stručnih skupina, u okviru kliničke prakse, zaključili su da je rad s korisnicima najzahtjevniji u početnoj fazi, Kada steknu stručne kompetencije rad postaje stručniji i donosi više izazova od rada u samoj instituciji. Također, zadovoljstvo korisnika je veće. Utemeljeno na studentskom

radu u projektu nastalo je preko 15 diplomskih radova koji dokazuju učinkovitost skrbi za korisnike (izmjereno različitim standardiziranim protokolima i instrumentima za procjenjivanje) pojedinačne stručne skupine. Pojedina izvješća o slučajevima dokazuju statistički važne napretke koji govore u prilog tome da korisniku u kasnijoj fazi treba manje socijalne skrbi i zdravstvene zaštite. Zanimljivo je da su u sloveniji ostvareni slični rezultati kao i u Norveškoj, gdje se izvodio isti projekt. Učitelji mentori predstavili su uspješnost slovenskog projekta na međunarodnim i domaćim znanstvenim konferencijama i objavili članke u uglednim revijama.

Kroz cjelovitu/integriranu skrb osiguravaju se optimalni ishodi liječenja i socijalne uključenosti, a istovremeno je korisniku omogućeno preuzimanje kontrole nad svojim zdravljem i raspoloženjem, što posljedično vodi ka višoj kvaliteti života korisnika. Projekti koji se izvode u sloveniji (pilot projekti integrirane skrbi) i CrossCare projekt upravo to i dokazuju.

CENTER ZA SOCIALNO DELO BREŽICE

SURADNJA SLOVENIJE I HRVATSKE U PROJEKTU CROSSCARE S CENTROM ZA SOCIJALNI RAD POSAVJE, JEDINICA BREŽICE

Katarina Vodeb, Petra Boh

Ključne riječi: integrirani pristup, korisnik, domaće okruženje, dugotrajna skrb.

PREZENTACIJA CENTRA ZA SOCIJALNU SKRB POSAVJE, JEDINICE BREŽICE

Centar za socijalnu skrb Posavje (u nastavku teksta: CSD Posavje javni je zavod za socijalnu skrb koji provodi javne ovlasti i druge zakonski određene zadatke te pruža usluge u skladu s ugovorima. Izvodi programe socijalne skrbi, potvrđene i financirane temeljem javnih natječaja, te izvodi brojne programe javnih radova.

U CSD Posavje, jedinici Brežice pružamo usluge socijalne skrbi u kući, a nudimo i dodatne oblike pomoći i savjetujemo. Nastojimo pružati bolju kvalitetu usluga kako bi omogućili lakši i ljepši život za sve skupine korisnika. Naš osnovni cilj je što duži život u domaćem okolišu.

Usluge socijalne skrbi u kući namijenjene su osobama s osiguranim stambenim i drugim životnim uvjetima u svojoj domaćoj životnoj sredini, iako se zbog starosti, invaliditeta, kroničnih bolesti ili težih tjelesnih i duševnih smetnji ne mogu sami brinuti za sebe, a obitelj ne može i nema mogućnosti za brigu.

Usluga se prilagođava potrebama svakog pojedinog korisnika i obuhvaća sljedeće zadatke:

- pomoć u obavljanju temeljnih dnevnih zadataka koji se odnose na pomoć u oblačenju ili svlačenju, kupanju, hranjenju, obavljanju osnovnih životnih potreba, održavanje i njega osobnih ortopedskih pomagala;
- pomoć u kućanstvu u koju spadaju zadaci kao što su donošenje jednog pripremljenog obroka ili nabava namirnica i priprema jednog obroka, pranje korištene posude, osnovno čišćenje boravišnih prostora iznošenjem smeća, uređivanje i osnovno održavanje spavaonice;
- pomoć u očuvanju socijalnih kontakata u koje spadaju sljedeći zadaci: uspostava socijalne mreže s okolišem, dobrovoljcima i članovima obitelji, praćenje korisnika u obavljanju nužnih obveza, informiranje ustanova o stanju i potrebama korisnika te priprema korisnika na institucionalnu skrb.

Korisnici:

- osobe starije od 65 godina, koje zbog starosti ili pojava popraćenih sa starošću, nisu sposobne za potpuno samostalni život;
- osobe s invalidskim statusom, sukladno Zakonu o socijalnoj zaštiti duševno i tjelesno hendikepiranih osoba, koje ne mogu samostalno živjeti, stupanj i vrsta njihovog invaliditeta omogućuju im povremenu skrb u kući;
- druge osobe s invaliditetom kojima je priznato pravo na pomoć i njegu za obavljanje većine životnih funkcija;
- kronično bolesne osobe i osobe s dugotrajnim zdravstvenim problemima koje nemaju priznati status invalida ali su, sukladno ocjeni centra za socijalni rad, bez povremene pomoći druge osobe, nesposobne za samostalan život;
- teško bolesno dijete ili dijete s teškim tjelesnim ili duševnim smetnjama koje nije uključeno u organizirane oblike zaštite.

SUDJELOVANJE U PROJEKTU CROSSCARE

Nakon potpisanog dogovora o suradnji, od 24.9.2018. godine uspješno smo sudjelovali s projektom Crosscare Slovenija-Hrvatska, odn. sa zavodom za skrb u kući Ljubljana i Centrom za pomoć u kući Maribor.

U projekt Crosscare, kao pridruženi partner, uključili smo se sa željom da se naši socijalni radnici upoznaju s novim praksama i pristupima u skrbi za korisnike u kući, posebno na području fizioterapije i radne terapije. Na žalost, u Sloveniji to područje trenutno nije još uređeno kao integrirani pristup socijalne i zdravstvene zaštite. Projekt Crosscare omogućio nam je cjelovitu skrb čak i na području izvan urbanih centara gdje je pristup institucijama otežan i veći je organizacijski i financijski zalogaj.

Uključili smo se u organizirane trodnevne međunarodne stručne radionice pod naslovom „Integrirani pristup za starije osobe INTERREG - CROSSCARE u Zagrebu gdje su bili predstavljeni različiti vidici i smjernice te iskustva na području skrbi za starije, u okviru pružanja pomoći u kući i njezine nadogradnje s CrossCare projektom. Rezultati međudržavne suradnje pokazali su se jako učinkovitim.

U okviru Crosscare projekta Slovenija-Hrvatska, iz spomenutih zavoda u CSD Posavje u jedinici Brežice, jednom mjesečno su dolazili diplomirani fizioterapeuti/ke, radni terapeuti/ke, dipl. medicinske sestre i dijetetičarke. Spomenuti stručni suradnici dolazili su periodički. U domaćem okolišu korisnicima su pružali usluge vezane na pojedinu struku. Usluge su obuhvaćale savjetovanje i edukaciju korisnika i njihovih članova obitelji, gdje su dobili nove i jako važne informacije o zdravlju, nova znanja i postupke namijenjene poboljšanju raspoloženja. Izvodili su prilagodbe životne sredine, savjetovali o upotrebi medicinsko tehničkih pomagala, pokazali aktivnosti za poboljšanje motoričkih i procesnih spretnosti, savjetovali o izvođenju dnevnih aktivnosti (oblačenje, svlačenje, prehrana, osobna higijena). Važan naglasak davali su na sprječavanje padanja prikazom različitih vježbi za ravnotežu. Kod korisnika vezanih na krevet pokazali su vježbe disanja, naučili ih pralivnom okretanju i prijenosu na invalidska kolica te ih upoznali s metodama kojima na drugačiji i bolji način mogu pristupiti korisniku. Diplomirana medicinska sestra-dijetetičarka savjetovala ih je o prikladnoj prehrani bolesnika, izmjerila vitalne funkcije pomoću kojih je korisnik bio odmah upoznat sa svojim zdravstvenim stanjem (razina šećera u krvi, krvni tlak, razina kisika u krvi, stanje kože, itd.).

Za korisnike usluge su bile besplatne. Susreti u domaćem okolišu dobro su bili prihvaćeni od strane korisnika i članova njihovih obitelji jer su dobili važne informacije, nova znanja i praktične savjete za koje su mislili da su bile dragocjene.

Za sve stručne savjete korisnici su bili zahvalni.

MEĐUINSTITUCIONALNA IZOBRAZBA U PROJEKTU CROSSCARE

Tijekom svake posjete stručni suradnik Crosscare u CSD Posavje, jedinica Brežice izvodio je predavanje i radionicu sa socijalnim skrbnicima. Na navedenim radionicama dobili smo važne informacije s terena kod konkretnog korisnika i nova znanja potrebna za

buduće postupanje s korisnikom u njegovom domaćem životnom okolišu.

Za naše skrbnike, na kon završenog rada na terenu, bile su korisne sljedeće radionice i predavanja:

- prezentacija projekta Crosscare i prezentacija Zavoda za kućnu njegu Ljubljana i Centra za kućnu njegu Maribor;
- prezentacija fizioterapije i temeljnih fizioterapeutskih postupaka i radni tijek tretmana domaćem okolišu.
- prezentacija radne terapije i rada na terenu korištenjem medicinsko tehničkih pomagala;
- prezentacija zdravstvene njege i rada medicinskih sestara na terenu;
- Prilagodba životne sredine potrebama starijih osoba (Na radionici upoznali smo se na koji način možemo urediti domaći okoliš, kako bi postigli što veću razinu samostalnosti u svrhu sprječavanja padanja);
- radionica na području radne ergonomije, gdje je radni terapeut na terenu kod korisnika konkretno pokazao koji su primjereni položaji za podizanje i premještanje tereta, kako izbjegavati prisilno stajanje, kako se ispravno saginje, čuč, okreće i kako se rasterećuje zglobove;
- predavanje »Nevrološka obolenja«, na kojemu su bile predstavljene najčešće neurološke bolesti, znakovi prepoznavanja bolesti, pristupi bolestima i načinima njihovih tretmana;
- savjetodavna radionica o zdravoj prehrani i o prehrani kroničnih bolesnika - u radu s korisnicima svakodnevno se susrećemo sa savjetima i konkretnim odlukama za nabavu prehrambenih proizvoda i poticanje zdrave prehrane te sastavljanje zdravih jelovnika;
- predavanje o palijativnoj skrbi u domu tema je koja je posebno bila važna za socijalne skrbnike i koordinatoricu za pružanje pomoći u kući (Skrbnice se susreću s umiranjem korisnika). Dobili smo informacije, koliko je važno zadnje životno razdoblje za neozdravljivog bolesnika i da je važno da se takav korisnik uspije oprostiti od svojih bližnjih, po mogućnosti u domaćem okolišu, te da se uvažava njegove potrebe i želje;
- program izobrazbe o demenciji - prezentacija različitih vrsta demencije, značajke pojedinih faza te važnost verbalne i neverbalne komunikacije;
- radionica "Bazalne ravni zaznavanja" – prezentacija temeljnih razina opažanja kod ljudi kod kojih je onemogućeno opažanje (nakon moždanog udara, nepokretni, kod demencije).

ZAKLJUČAK

Suradnja na projektu Crosscare pokazala se primjerom dobre suradnje različitih struka (socijalne i zdravstvene

struke), koje je ubuće potrebno očuvati i uključiti u sustav dugotrajne skrbi.

Integrirani pristup pokazao se jedinim mogućim i stručnim pristupom tretmanima starijih ljudi u zajednici. Nastojimo osigurati potporu i pomoći na način da poslušamo i uvažavamo potrebe korisnika i da poštujemo njihove želje o tome gdje i kako žele živjeti, tako da korisnici sami donose odluke o stvarima koje su važne za njih same. Želimo očuvati njihovo dostojanstvo te povećati njihovu uključenost, čime utječemo na smanjenje usamljenosti.

Usluge su utemeljene na individualnom pristupu i cjelovitom tretmanu koje bi našim korisnicima u domaćem okolišu mogle omogućiti kvalitetniji život.

Sustavnim uređivanjem područja dugotrajne skrbi, smanjili bi postojeće razlike u skrbi za starije ljude u kući po regijama u Sloveniji, tako da bi sve općine imale jednake mogućnosti cjelovite skrbi za ljude.

