

SKRB ZA STARE LJUDI V CLEVELANDU

Spomladi leta 2000 sem dobila priložnost, da sem kot štipendistka Zavoda za odprto družbo iz New Yorka (Fundacija Soros) šest tednov spoznavala oblike skrbi za stare ljudi v ZDA, s poudarkom na tiskem delu. Program je potekal predvsem v mestu Clevelandu v državi Ohio, nekaj dni pa sem se zadrževala tudi v državi in mestu New York, kjer sem spoznavala paliativno oskrbo in programe hospicev.

Namen tega študijskega bivanja je bil spoznati delovanje tima in pomen interdisciplinarnega prijema pri delu s starimi ljudmi in se kvalificirati za usposabljanje domačih strokovnjakov za tisko delo s starimi ljudmi. Da bi lahko pridobljeno znanje in neposredne izkušnje čim učinkoviteje prenesli na naša tla, je bila tudi skupina iz Slovenije tisko sestavljena. V njej smo bile zdravnica Metka Pentek, specialistka splošne medicine, zunanja sodelavka Medicinske fakultete v Ljubljani (in predsednica Gerontološkega društva Slovenije), višja medicinska sestra in predavateljica na Visoki šoli za zdravstvo v Ljubljani mag. Marija Zaletel in Vida Milošević Arnold, dipl. socialna delavka in višja predavateljica na Visoki šoli za socialno delo v Ljubljani.

Naša lokalna gostiteljica je bila Clevelandska mestna bolnišnica (*Cleveland Metro Hospital*), ki je del razvejenega mestnega zdravstvenega sistema in ima dobro razvito dejavnost na oddelkih za geriatrijo in družinsko medicino. Spoznale smo celo vrsto institucij oz. enot, ki razvijajo številne in raznovrstne programe, namenjene starim ljudem in njihovim družinam. Največ časa smo preživele v dnevnem centru za stare ljudi *Concordia Care*, kjer smo vsak dan spremljale srečanja strokovnega tima in v njem tudi aktivno sodelovale. Ta center

sprejema v brezplačno celodnevno varstvo in obravnavo zlasti tiste stare ljudi, ki čez dan v svojem domačem okolju niso varni. Med njimi je veliko uporabnikov z izrazitimi simptomi demence.

Naš program je bil sestavljen iz predavanj o metodah, tehnikah in načelih tiskega dela, študija literature in iz vaj oz. delavnic. Vsebina predavanj pa je sledila tudi našim željam, tako da smo dobile veliko informacij o nasilju nad starimi ljudmi, obravnavi dementnih starih ljudi in paliativni oskrbi. Pomemben del je obsegalo, kot sem že omenila, opazovanje konkretnega tima pri delu. Poleg tega pa smo v šestih tednih obiskale številne ustanove, ki razvijajo različne programe dela s starimi ljudmi (domovi za stare ljudi, rehabilitacijski oddelki bolnišnic, agencije za pomoč na domu, ustanove s programi za obravnavo dementnih bolnikov, hospici in paliativna oskrba, program za pomoč onkološkim bolnikom in njihovim svojcem ipd.). Udeleževale smo se tudi seminarjev, ki so potekali v tistem času (reforma zdravstva, obravnavanje bolnikov z Alzheimerjevo boleznijo in pomoč njihovim svojcem) in konference na temo »Staranje v Ohio«, ki je potekala v živahnem mestu Cincinnati. Na tej konferenci so predstavili najnovejša dognanja raziskovalnega dela na področju gerontologije, pri čemer so imeli aktivno vlogo tudi podiplomski študentje, ki so predstavili svoje raziskovalne dosežke.

Zavod za odprto družbo iz New Yorka namerava v ta program postopoma vključevati strokovnjake iz vzhodnoevropskih držav, v katerih se intenzivno razvijajo pluralistične oblike socialnega varstva in novi programi za delo s starimi ljudmi, saj se kar vse po vrsti soočajo s staranjem prebivalstva. Slovenska skupina je v tem programu

prva sodelovala. V svoji eksperimentalni fazi je bil program nekoliko preveč praktično zasnovan.

Na splošno lahko rečem, da obstaja v Clevelandu cela vrsta raznolikih programov za stare ljudi. Ponudba je pestra in nikakor ni namenjena le tistim starostnikom, ki potrebujejo pomoč, temveč razvijajo tudi programe za različne kulturne, izobraževalne in rekreacijske dejavnosti. Na občinski ravni so organizirali službe za stare ljudi, ki skrbijo za koordinacijo, informiranje in kvalitetno delovanje služb, institucij in programov, ki so namenjeni starim ljudem. Tudi glede informiranja potencialnih uporabnikov programov so dokaj domiselni, saj poleg običajnega oglaševanja v medijih uporabljajo tudi zloženke, ki so na voljo ne le v v zdravstvenih in socialnih ustanovah, temveč tudi v javnih objektih, kot so knjižnice, druge kulturne ustanove, veleblagovnice in podobno. Vsako četrtoletje izide tudi posebna brošura (*Senior Living Guide*), v kateri je podrobneje prikazana določena oblika dejavnosti za stare ljudi (denimo varovana stanovanja, domovi za stare ljudi, pomoč in nega na domu, skrb za dementne ipd.) z vsemi ustreznimi podatki in naslovi služb, ki neko dejavnost opravljajo.

Ne glede na vse povedano pa nisem prepričana, da dejansko vsak star človek, ki se znajde v stiski, z lahkoto pride do najustrežnejše in cenovno dostopne oblike pomoči. Tudi glede kvalitete se programi, ki jih ponuja država s svojimi institucijami, razlikujejo od tistih, ki jih ponujajo številne nevladne organizacije. To pa ne pomeni, da so storitve državnih institucij nujno slabše kvalitete od tistih, ki jih ponujajo zasebniki. Obseg programov za stare ljudi se je namreč zaradi drastičnega povečevanja njihovega števila v zadnjem desetletju zelo razmahnil in jih država težko dosledno nadzira. Vsekakor postaja v ZDA oskrba starih ljudi najhitreje razvijajoča se industrija (!) 21. stoletja, za katero bo težko zagotavljati, da bo načelom humanosti dosledno vedno dajala prednost pridobitnosti.

Iz vsega, kar sem lahko opazila, prebrala ali zvedela iz pogovorov s strokovnjaki, ki bodisi kot praktiki ali raziskovalci oz.

učitelji delujejo na področju gerontoloških oz. geriatričnih dejavnosti, bi lahko izluščila štiri temeljne koncepte, ki jih pri tem usmerjajo:

- a) skupnostno zasnovane oblike skrbi za stare ljudi
- b) interdisciplinarni oz. timski prijem
- c) zagotavljanje kvalitete storitev
- č) spoštovanje pravic uporabnikov storitev.

Vsakega izmed navedenih temeljnih konceptov, ki načrtovalce in izvajalce dejavnosti za stare ljudi vodijo pri delu, bom na kratko opisala in za vsakega posebej prikazala, kako se uresničuje v konkretnem okolju.

SKUPNOSTNO ZASNOVANE OBLIKE SKRBI ZA STARE LJUDI

Zakon o starih ljudeh, ki so ga v ZDA sprejeli leta 1992, je posebej uveljavil pravico starih ljudi, da se starajo v okolju, v katerem so preživeli dotedanje življenje. Da bi jim to omogočili, razvijajo različne oblike pomoči na domu, pa tudi dnevne centre, v katerih lahko ljudje preživijo del dneva in sodelujejo v programih, ki jim ustrezajo. Pri tem ne pozabljajo niti na programe za podporo svojcem, ki doma negujejo težko bolne stare ljudi, denimo dementne ali vezane na posteljo. Od tega, da jih v edukativnih programih naučijo postopkov pri negi in oskrbi in razumevanja sprememb vedenja bolnih svojcev, jim v podpornih skupinah tudi omogočijo, da se razbremenijo, ko govorijo o težavah, s katerimi se pri tem soočajo.

Tudi pri zagotavljanju institucionalnih oblik oskrbe starih ljudi se poskušajo držati načela, da bi bile dostopne vsakemu človeku čim bližje mestu, kjer je dotlej živel. Zato imajo razmeroma veliko domov različnih tipov z različnimi zmogljivostmi, ki so teritorialno dokaj enakomerno razporejeni.

Skupnostno zasnovana skrb za stare ljudi se vidi tudi v tem, da v konkreten načrt oskrbe (*care plan*) za vsakega posameznika vključijo vse podporne mreže, ki delujejo ali pa so dosegljive v domačem okolju —

svojce, sosede, prostovoljce, verske skupnosti ipd.

INTERDISCIPLINARNI OZ. TIMSKI PRIJEM PRI DELU S STARIMI LJUDMI

Za celostno razumevanje človeka in njegovih potreb ne zadostuje le pogled ene discipline, temveč je treba zagotoviti perspektive različnih strokovnjakov, ki vsak iz svojega zornega kota prispevajo h kvaliteti strokovnih storitev. Gre torej za celostno oz. holistično obravnavo človeka, ki jo še posebej poudarjajo pri delu s starimi ljudmi. Na podlagi opazovanja dela dveh strokovnih timov in predstavitev delovanja številnih timov v ustanovah, ki smo jih obiskale, lahko rečem, da je kultura timskega dela na visoki ravni (to lahko trdim za ustanove v Clevelandu, katerih delo sem spoznala, verjetno pa bi lahko posplošila na vsa razvita okolja v ZDA). Naj navedem nekaj svojih opažanj, ki večinoma slonijo na mojem sodelovanju na strokovnem timu dnevnega centra za stare Concordia Care v Clevelandu:

- Člani tima so enakopravni in spoštujejo drug drugega kot strokovnjaka in kot človeka. Posamezni strokovnjak (denimo zdravnik) torej nima apriori višjega statusa in pomembnejše vloge od drugih. V *Concordia Care* sestavljajo tim medicinska sestra, fizioterapevtka, delovna terapevtka, umetnostna terapevtka, zdravnica oz. zdravnik, socialna delavka, terenska medicinska sestra, dietetičarka in koordinatorica prostovoljcev. Na timskem sestanku sodelujejo vsi tisti, ki so bili v stiku s konkretnim uporabnikom, ki ga na konkretnem srečanju obravnavajo.

- Vloge posameznih članov tima so sicer dokaj jasne, vendar v praksi prihaja do prekrivanja. V timu, katerega delo je že dobro utečeno in v katerem ni rivalitete, to ni moteče. Tako je zdravnica ob obravnavi konkretne uporabnice poročala tudi o družinski situaciji in predlagala socialni delavki, da uredi skrbništvo. Socialna delavka pa je testirala kognitivne sposobnosti neke druge uporabnice in predlagala ustrezno obravnavo. To pomeni, da se vloge

med seboj prepletajo, člani tima obvladajo nekatera opravila drugih strok, vendar pa vsak ostaja ekspert na svojem strokovnem področju.

- Delo poteka sistematično, tim ima vnaprej določen urnik svojega delovanja. V *Concordia Care* se tim srečuje vsak dan in vedno najprej pregledajo, ali se je od zadnjega srečanja s katerim izmed uporabnikov dogajalo kaj posebnega. Dogovorijo se o potrebnih ukrepih in tudi, kdo je tisti, ki bo kaj storil.

Enkrat tedensko obravnavajo uporabnike, ki so se na novo prijavili za vključitev v dnevni center. Pred tem je vsak izmed članov že srečal uporabnika, nekateri pa tudi njegove svojce. Terenska medicinska sestra in socialna delavka opravita praviloma še pred sprejemom tudi obisk na domu. Na tiskem srečanju vsak član posreduje svoja opažanja, nato pa skupaj izdelajo podroben načrt oskrbe (*care plan*). Na tem srečanju tima sodeluje tudi tisti izmed svojcev, ki je prevzel skrb za uporabnika (*care giver*, oskrbovalec). Z njim/njo se konkretno dogovorijo o načinu zadovoljevanja potreb uporabnika 24 ur na dan in ne le za čas, ko je v dnevnem centru. To pomeni, da program *Concordia Care* s sprejemom uporabnika v svoj dnevni center prevzame zanj koordinacijo in večino odgovornosti za njegovo celovito oskrbo in po potrebi tudi organizira potrebne storitve na domu.

Tim natančno spremlja uspešnost programa za vsakega uporabnika in dosežke vsake tri mesece podrobno obravnava na srečanju. Vsak član poroča o svojem strokovnem vidiku, skupaj pa po potrebi odločijo o morebitnih spremembah načrta dela (denimo, da bi bilo primerneje, če bi prihajal v center le trikrat tedensko, več fizioterapije, adaptacija domačega okolja, premestitev v dom ipd.).

O svojem delu vodi tim ustrezno dokumentacijo, vsak izmed njegovih članov ima svoj list, kamor vpisuje svoje ugotovitve, izvide oz. opažanja in svoje predloge.

Delo na tiskih sestankih v *Concordia Care* moderira namestnica direktorice centra, ki sicer ne dela neposredno z uporabniki. To ji omogoča nevtralen položaj in

večjo preglednost dogajanja. Njena naloga je poskrbeti, da vsakega uporabnika obravnavajo iz vseh vidikov in da člani dosežejo soglasno odločitev glede programa oskrbe oz. o morebitnih spremembah v zvezi z njim. Vsem članom tudi zagotovi enake možnosti za sodelovanje in sprejemanje odločitev. Stil njenega vodenja je demokratičen, njena vloga je dokaj neopazna. Vzdušje na timskih srečanjih je delovno, vendar sproščeno in prijetno.

Za drug tim (na Oddelku za rehabilitacijo Luteranske bolnišnice), katerega delo sem spoznala, pa je značilno, da njegovo delo moderira socialna delavka, ki ima tudi sicer na oddelku osrednjo vlogo. Tudi njen stil vodenja je demokratičen. V pogovoru je poudarila, da so njene vloge v timu različne in obsegajo vlogo zagovornice pacientov, koordinatorke dela, moderatorke in facilitatorke. Pri delu s svojci pa njena vloga obsega predvsem svetovanje in opolnomočanje.

Morda je v timu *Concordia Care* prav vloga socialne delavke najmanj prepoznavna, saj se tudi drugi člani pogosto dotikajo področja, ki je sicer v domeni socialnega dela (odnosi v družini, socialne mreže, čustveno stanje uporabnika, stanovanjske razmere, finančno stanje). Za morebitne intervencije in vsa potrebna posredovanja v okolju, kot je denimo, namestitve v institucijo, ureditev skrbništva pa je vedno zadolžena socialna delavka. Tudi stike z uporabnikovimi svojci vzdržuje predvsem socialna delavka.

Opazila sem, da pri obravnavi konkretnih posameznikov vedno iščejo zanje optimalne rešitve in pri tem ne gledajo na ceno storitev ali na to, ali se določena obravnava (denimo dodatna fizioterapija) »splaca«. Vsakega napredka, še tako majhne pozitivne spremembe pri posamezniku, se člani tima izredno veselijo. Vsi člani tima o vsakem uporabniku, pa če je še tako dementen in poseben, dosledno govorijo z izredno spoštljivostjo in so pri tem iskreni! Iz tega lahko sklepamo, da ni dovolj, če so člani tima le dobri strokovnjaki, temveč so pri tem pomembne tudi njihove človeške kvalitete.

ZAGOTAVLJANJE KVALITETE STORITEV

V zadnjem času je v ameriškem zdravstvu in vsch njegovih institucijah pomembno gibanje za izboljšanje kvalitete storitev. Strokovnjaki so razvili metodologijo za analizo kakovosti storitev in njihovega izboljševanja. V času našega bivanja v Clevelandu so bili v okviru Metro zdravstvenega sistema posebej pozorni na dehidracijo pacientov in stanovalcev domov za stare ljudi. Prizadevali so si, da bi se vsi, ki v teh domovih delajo, te nevarnosti zavedali in storili vse, da bi stanovalci dobivali dovolj tekočine (vsi – od čistilke, receptorja do direktorja, zlasti pa negovalke, ki so s stanovalci v najtesnejšem stiku, so dolžni opominjati stanovalce, naj pijejo, in jim ob vsaki priložnosti ponujati vodo in druge tekočine).

Izboljševanje kvalitete storitev je torej akcija, v katero so vključeni vsi delavci institucij, seveda pa si vsaka dejavnost oz. konkretna institucija zastavlja cilje izboljševanja kvalitete svojega delovanja v skladu s svojimi pomanjkljivostmi, ki jih pokaže pred tem opravljena analiza kvalitete storitev. V enem izmed domov za stare sem videla tudi zanimiv način motiviranja delavcev za kvalitetno opravljanje dela. Vsak mesec stanovalci in njihovi svojci po vnaprej izdelanih kriterijih izbirajo »zvezdo« med delavci, torej tistega, ki je bil pri svojem delu s stanovalci najboljši.

K izboljševanju kvalitete storitev pa nedvomno pripomore tudi sistematično delovanje inšpekcijskih služb, ki nadzirajo delo v domovih za stare ljudi. Te službe ustanavljajo upravni organi, njihov namen pa je ugotavljati, ali storitve ustrezajo predpisanim standardom. Inšpekcijski pregled delovanja domov opravljajo redno in kontinuirano vsakih pet do devet tednov. Inšpekcijsko ekipo za domove za stare ljudi sestavlja socialna delavka in medicinska sestra. Na ta način službe ugotavljajo, ali dom ustrezno skrbi za zadovoljevanje potreb po zdravstveni oskrbi, kakor tudi po odprtih in prijaznih medčloveških odnosih.

UPOŠTEVANJE PRAVIC UPORABNIKOV

Leta 1987 je bil v ZDA sprejet zakon o pravicah pacientov, ki se uporablja tudi na področju institucionalnega varstva starih ljudi. Zakon (ki je podprt tudi z omenjenim zakonom o starih ljudeh) zahteva, da mora vsaka stacionarna institucija za stare ljudi sprejeti dokument o pravicah svojih uporabnikov in jih z njimi seznaniti. V primeru kršenja teh pravic se lahko stanovalci obrnejo na posebnega varuha, ki varuje pravice starih ljudi. Dom, za katerega se ugotovi, da ne spoštuje pravic stanovalcev, lahko kaj hitro izgubi licenco, ki mu dovoljuje delovanje.

Med pravicami je posebej poudarjena tista, ki zagotavlja staremu človeku, da lahko izbira, kako in kje bo živel ter kakšne vrste storitev bo uporabljal. Star človek torej sam aktivno sodeluje pri načrtovanju oblik pomoči, ki jih bo prejemal.

Na enem izmed predavanj sem slišala podatek, da je domsko varstvo starih ljudi v ZDA drugo najbolj regulirano področje dejavnosti in se glede tega uvršča takoj za nuklearno energijo! Regulacija delovanja domov obsega menda kar 80 strani. Domo- vi so klasificirani in je za vsako vrsto natančno opredeljena zmogljivost in storitve, ki jih sme vsak izmed njih opravljati. Zasebniki, ki sprejemajo v oskrbo stare ljudi, jim, denimo, ne smejo dajati zdravil, ker je to dovoljeno le kvalificiranim osebam.

Po vsej verjetnosti so strogi predpisi na tem področju posledica hitrega naraščanja oblik družinske oskrbe (rejništvo, družinski dom) za stare ljudi, s katerimi so si poskušale nekatere družine z nizkimi dohodki zlasti izboljšati svoj življenjski standard. Nedvomno pa je ozadje vseh (morda res že nekoliko pretiranih) regulacij predvsem zaščita pravic in dostojanstva starih ljudi, zlasti tistih, ki so v celoti odvisni od tuje pomoči in nimajo več nadzora nad svojim življenjem.

Nedvomno ste tisti bralci, ki poznate razmere na področju socialnega in zdravstvenega varstva starih ljudi, ob branju teh vrstic dobili kakšno misel, kaj bi lahko tudi pri nas spremenili v smislu izboljšanja kvalitete storitev. Moji predlogi bi bili naslednji:

- ustanovitev koordinacijskih odborov za razvijanje in usklajevanje dejavnosti za stare ljudi na lokalni ravni in informiranje uporabnikov o obstoječih programih (najbolje v okviru centrov za socio delo);

- usposabljanje strokovnjakov za timsko delo v domovih za stare ljudi in sorodnih institucijah (delavnice, seminarji, supervizija timov);

- ustanovitev učnega tima v enem izmed ljubljanskih domov za stare ljudi, ki bi omogočal stalno sodelovanje našega («clevelandskega») tima in hospitacije članov timov iz drugih slovenskih domov;

- zagotovitev supervizije in intervizijske mreže za strokovne delavce, ki delajo s statimi ljudmi;

- vzpostavitev inšpekcijskih služb za sistematičen nadzor delovanja domov za stare ljudi.

Vida Milošević Arnold