



REPUBLIKA SLOVENIJA
**MINISTRSTVO ZA DELO,
DRUŽINO IN SOCIALNE ZADEVE**

DIREKTORAT ZA SOCIALNE ZADEVE

Številka: 1222/18/2011

Datum: 6.6.2011

Usmeritve za delo z osebami z demenco na področju institucionalnega varstva starejših

I. DEL

1. Izhodišča in namen usmeritev

Demenca je kronična napredujoča in v največjem delu možganska bolezen (predvsem tipa Alzheimer), ki prizadene možganske funkcije, kot so spomin, mišljenje, prostorska in časovna orientacija ter sposobnosti govornega izražanja. Pri demenci gre predvsem za razkroj osebnosti in po opredelitvi Erika Eriksona, razvojnega psihologa, znanega kot avtorja teorije psihosocialnega razvoja, za ponovno vrnitev posameznika iz samostojnosti, ki je tipična za odraslo dobo v odvisnost, ki je tipična za otroštvo. Tako v naraščajočih stadijih demence posameznik pada na nivo dojenčka z nekaterimi posebnostmi, ki so posledice življenjskega ciklusa.

V tem smislu ima danes stroka (še bolj pa praksa) težavo zaradi (poskusa) umeščanja demence v duševno bolezen in pri poskusu uvrščanja oseb z demenco v isto kategorijo, kot so to posamezniki s težavo v duševnem zdravju. Pri demenci gre sicer pogosto za kombinirane motnje v smislu duševnega zdravja, medtem ko sama demenca ne pomeni simptomov, tipičnih za motnje v duševnem zdravju. Zato je tudi obravnava oz. oskrba oseb z demenco posebno področje in ga ni mogoče enačiti z načinom dela s populacijo z motnjami v duševnem zdravju.

To je osrednja premisa razmišljanja in načrtovanja dela z osebami z demenco. Razvoj sodobnih konceptov dela s temi osebami gre zato v smer psihosocialne in ne medicinsko terapevtske obravnave. Na področju medicine smo pri demenci na samem začetku, saj ne poznamo vzrokov za nastanek demence, posledično nimamo zdravil, razen nekaj malega kot preventivno delovanje v začetni fazi razvoja demence. Povsem drugačna je slika na področju psihosocialne obravnave. Pri tej sprejemamo dejansko stanje osebe z demenco, vživljamo se v njen svet, izhajamo iz njene biografije, iščemo preostale mostove med preteklostjo in sedanostjo, omogočamo njim primerno življenjsko/bivalno okolje, z njimi se pogovarjamo v smislu validiranja in omogočimo maksimalno kakovost življenja kljub posledicam osebnostnega razkroja. Osebi z demenco damo torej veljavo, jo spoštujemo in spremljamo na njeni poti. V odnosu in pri delu z osebo z demenco ne izhajamo iz svojega, t.i. »normalnega« dojemanja sveta, ampak se vživimo v njen svet in damo veljavo njenemu dojetanju. Skušamo se vživeti v preostanke spomina, ki jih ima, oz. kamor se zateka, skušamo razumeti, zakaj prihaja do dementnim osebami tipičnih pojavov, kot so nemir, nenehno ponavljanje istih besed ali izrazov, kričanje, beganje, ponesnaženje, mazanje z blatom ipd. Vedenje teh oseb ni le posledica anatomskih sprememb v možganih, temveč rezultat kombinacije telesnih, socialnih in psihičnih sprememb, ki so se zgodile v življenju. Vrsta simptomov je tudi posledica našega dela z njo, interakcije, ki jo odrasel normalen človek vzpostavlja z osebo z demenco. Ker oseba z demenco ne prepoznava realnosti kot mi, prihaja v stresne situacije. Njen spomin jo pripelje do podoživljanja različnih konfliktnih situacij, travmatičnih točk njenega življenja. Pojavi se strah, domotožje, hoče v tisto, kar prepoznava v svojem spominu, toda tistega tu ni. Negovalci, ki znajo validirati, se vživijo v svet osebe z demenco in pri svojem delu izhajajo iz njega. Z odnosom, načinom komuniciranja in v luči biografije osebe z demenco se pri validiranju poiščejo vzroki travmatičnih podoživljanj in na tej osnovi izidi v smislu pomiritve ter podoživljanja ugodnih nadaljevanj oz. srečnih trenutkov njihovega življenja. To so elementi psihosocialnega pristopa, ki so znani, uveljavljeni in učinkoviti. Vsako medikamentozno poseganje pri osebah z demenco vsaj od II. stadija naprej, je posameznikom bolj škodljivo kot koristno, je poseg, naravnana na ustanovo (obvladovanje) in ne na uporabnika (kakovost življenja).

Ne glede na to, da je psihosocialni koncept za uporabnika neprimerno boljši in koristnejši, imamo pri njegovem udejanjanju v slovenskih domovih za starejše kar veliko težav. Uveljavljen medicinski model se le počasi mehča z elementi psihosocialnega pristopa, ne nazadnje tudi po zaslugi sodobnih pristopov v zdravstveni negi sami.

Da bi bili pri uvajanju novega pristopa hitrejši in učinkovitejši, bi bilo potrebno čim prej zagotoviti nekaj bistvenih sprememb na področju zakonodaje, kadrovske in prostorske normativov, pri prilagoditvi organizacije dela in pri razvoju psihosocialnega koncepta izvajalcev institucionalnega varstva starejših. Predvsem pa narediti premik v dojemanju demence, z upoštevanjem specifičnih motenj in potreb naših stanovalcev z demenco.

Če imajo te Usmeritve namen, da spodbudijo razpravo o oskrbi oseb z demenco ter zbližajo kvaliteto obravnave pri izvajalcih institucionalnega varstva starejših v okviru obstoječih možnosti, bodo imele Smernice za delo z osebami z demenco veliko bolj ambiciozen cilj. Z njimi želimo zagotoviti strokovne podlage in na uporabnike naravnane prakse, ki bodo upoštevale specifičnosti težav oseb z demenco. Hkrati s pripravo smernic pa bo potrebno odpravljati tudi ovire, ki danes upočasnjujejo razvoj sodobnih modelov oskrbe oseb z demenco in hkrati zagotoviti ustrezno podporo izvajalcem pri njihovem razvoju.

2.Načela dela z dementnimi

Izvajalci institucionalne oskrbe oseb z demenco so dolžni pri svojem delu upoštevati naslednja načela:

1. Načelo normalizacije

Normalizacija kot vodilo za socialno, pedagoško in negovalno delo temelji na filozofiji, da imajo ljudje s telesno in/ali duševno prizadetostjo pravico živeti življenje primerljivo njihovim neprizadetim sodržavljanom in sodržavljanom. Gre za »življenje, ki je tako normalno, kot je to mogoče« (Thimm,1994). Osrednji elementi koncepta normalizacije na področju varstva oseb z demenco so:

- Zgledovanje po običajnem vsakdanjiku pri oblikovanju ponudbe storitev (načrtovanje delavnika prilagojenega stanovalcem oz. njihovi biografiji, kjer ima gospodinjstvo eno od ključnih funkcij, prožnost pri izvajanju storitev);
- Razvijanje participacije, vključevanja in udeležbe stanovalcev v celotno dogajanje v domu in izven institucije, ki vključuje spoštovanje individualnih potreb, kvaliteten odnos in komunikacijo;
- Življenjsko okolje v ustanovi brez fizičnih omejitev oz. le s preventivnimi ukrepi, ki omogočajo lažje in varnejše gibanje stanovalcev (vidik omogočanja in ne preprečevanja);
- Decentralizacija kot oblikovni element notranje diferenciacije v ustanovi z razdelitvijo v majhne skupine, ki se nanaša tudi na ustrezne prostorske rešitve in na oblikovanje življenjskega okolja brez motenj;
- Usmerjenost v razvoj in potrebe stanovalcev, spodbujanje in ohranjanje obstoječih virov, izogibanje preprečevanju ali utesnjevanju samoodločanja (uravnovešanje ponudbe, ki spodbuja, vendar ne zahteva preveč);
- Omogočanje druženja oseb z demenco z različnimi ljudmi, ne le s stanovalci z demenco, v različnih prostorih, tudi izven institucije, prispeva k socialni vključenosti oseb z demenco;

Načelu normalizacije je zavezana celotna ustanova, s celotnim svojim delovanjem in vsemi sodelavci.

2. Timsko delo

Timsko delo je v institucionalnem varstvu uveljavljena metoda dela, vendar so v njenem razvoju še precejšnje rezerve. »Timsko delo omogoča, da se specializirani strokovnjaki prožno povezujejo za določene vrste nalog (stalni timi) ali pa za povsem enkratne naloge (ad hoc timi)«¹. Bistveno pri tem pa je, da skupina preseže delovanje po načelu seštevanja možnih prispevkov posameznih članov in naredi premik v smeri doseganja sinergičnih učinkov.

Ob upoštevanju samega bistva in smisla timskega dela pa je popolnoma jasno, da na tako občutljivem področju kot je delo z osebami z demenco noben drugačen način odgovornega in resnega strokovnega dela ni možen. Gre za nujno tesno povezovanje, prepletanje znanj in prežemanje strokovnjakov iz zdravstvenega in socialnega področja, do katerega lahko pride le tako, da skupina kontinuirano, dalj časa opravlja delovne naloge in razvije kulturo medsebojnega dialoga ob spoštovanju in upoštevanju strokovnih spoznanj vseh sodelujočih.

Za obravnavo stanovalcev z demenco v domovih potrebujemo dve vrsti timov: **splošne** (skupne, sestavljene iz ključnih strokovnih delavcev, sodelavcev in delavcev, ki imajo neposredne izkušnje pri delu z dementnimi, ki so v domu najbolj odgovorni za področje dela z dementnimi v strokovnem, organizacijskem, kadrovskem in razvojnem smislu) in **individualne** (za posamezne stanovalce). Prvi vodijo splošno politiko dela s skupino stanovalcev z demenco, drugi pa so namenjeni sistematičnemu spremljanju vsakega izmed stanovalcev z demenco v okviru vodenja individualnega načrta.

V domovih, ki so uvedli posebne programe za delo z osebami z demenco, so se določeni delavci povezali v strokovni tim, ki se redno sestaja, spremlja vsakega posameznega stanovalca, zastavi individualne cilje za posameznike in koordinira delo v skupinah. Timski način dela omogoča višjo raven strokovnosti in kakovosti dela, pri zaposlenih pa omogoča delitev odgovornosti, medsebojno podporo in tudi visoko stopnjo kooperativnosti.

Pri domovih, ki imajo vpeljane gospodinjske skupine za osebe z demenco, je tim stalna delovna skupina, ki deluje po načelih multiprofesionalnosti na nivoju posamezne skupine in izhodiščih, ki jih skladno s strateškimi cilji opredeljuje vodstvo doma. Ti timi pokrivajo vsebine, vezane na skupino kot celoto, povezovanje z okoljem, predvsem svojci, kot tudi spremljanje vsakega izmed stanovalcev z demenco v okviru vodenja individualnega načrta.

3. Individualno načrtovanje

Izvajalcem institucionalnega varstva je temeljno vodilo kakovost storitev, ki jih ponujajo stanovalcem. Kakovost storitev pa določa uporabnik teh storitev. Zadovoljitev potreb uporabnika je osnovni namen poslovanja izvajalske organizacije institucionalnega varstva in edini upravičeni razlog za njen obstoj. Storitve ne more biti dobro opravljena, če ne zadovolji uporabnika².

¹ DELO Z DEMENTNIMI OSEBAMI – priprava modela obravnave oseb z demenco v DS, projekt FSD Ljubljana, projektna skupina, nosilec dr. V. Flaker, 2004, str. 22

² Management kakovosti, J. Marolt, B. Gomišček, Založba Moderna organizacija, Kranj 2005, str. 63

Usmerjenost na uporabnika oz. stanovalca se kaže v upoštevanju potreb in želja stanovalcev pri načrtovanju in izvajanju storitev. Ponudba storitev izhaja iz potreb stanovalcev. Ljudje pa se glede potreb razlikujemo, ne samo v smislu raznovrstnosti potreb, ampak tudi po načinih zadovoljevanja istovrstnih potreb.

Naravnost institucije na potrebe stanovalcev se predvsem odraža skozi uporabo metode individualnega načrtovanja. Pri tem se najprej z različnimi instrumenti ugotavljajo potrebe in želje posameznih stanovalcev (intervju, vprašalniki, anamneza, biografija...), storitve pa se načrtujejo in izvajajo v individualnih paketih. Metoda individualnega načrtovanja zagotavlja, da so pri načrtovanju vseh aktivnosti posameznega stanovalca optimalno upoštevane njegove potrebe in želje in ne potrebe institucije. Posameznik je s to metodo maksimalno vključen, dobiva potrditev in podporo, da razmišlja o svojih ciljih, željah, da o njih govori in jih s pomočjo spodbude tudi jasno izrazi in jih začne tudi postopoma uresničevati.

Pri tem je pomembna vloga ključnega delavca, ki je stanovalcu osebno blizu (zato je prav, da si ga ta sam izbere) in je, poleg samega stanovalca, odgovoren za doseganje teh ciljev. Vodi in koordinira pa tudi delo individualnega tima, ki spremlja življenje in uspehe stanovalca in jih preverja praviloma vsake tri mesece (Brandon 1992: 33).

4. Analiza tveganja³

Ocenjevanje tveganj je postopek, ki ga v vsakodnevnem življenju povečini nezavedno počnemo neprenehoma. Čeprav pri tveganju vedno obstaja možnost negativnih posledic, tvegamo vedno zato, ker računamo na pozitivne izide. Upravljanje s tveganjem pomeni na eni strani ravnanje, ki bo preprečilo negativne posledice in hkrati prineslo želen izid.

Koncept tveganj nas opozori tudi na situacije, v katerih zaradi tveganih ravnanj posameznikov lahko posledice utrpijo drugi ljudje. Takrat se pričakuje, da bomo preprečili, da bi drugi ljudje utrpeli škodo in delujemo v smeri njihovega varovanja. V tem primeru moramo vedno upoštevati, da osebe zavarujemo, hkrati pa ne prekoračimo nujno potrebnih ukrepov in oseb ne omejujemo nesorazmerno s tveganjem.

Vprašanje je torej, kako zmanjšati tveganje in hkrati ne omejevati ljudi v njihovih željah in odločitvah saj je tveganje eno prvinskih določil modernega človeka. Tveganje in z njim tudi neuspeh je nujna sestavina našega življenja.

Analiza tveganja se uporablja v dveh primerih:

1. *pri omejevanju ljudi* – z namenom, da bi bile omejitve kar se da minimalne in da se preizkusi, ali so bile izčrpane vse manj omejevalne možnosti (ko varujemo);
2. *pri širjenju možnosti* – z namenom omogočiti ljudem dejavnosti, dejanja in dogodke, ki jim niso bili dovoljeni ali pri katerih so bili omejeni (ko širimo prostor svobode).

Tveganje vedno analiziramo tako, da zavzamemo dvojno perspektivo. Pomembno je: oceniti tveganje z vidika verjetnosti dogodka in hkrati obdržati perspektivo uporabnika, potreben je dialoški pristop, ki omogoča dialektiko med tema dvema perspektivama.

Analizo tveganja lahko delamo ustno ali pisno. Ustno delamo v primerih, ko je nevarnost majhna (pri vsakdanjih dejavnostih, pri relativno samostojnih ljudeh, ali ko moramo npr. prostovoljnega sodelavca opozoriti na majhne nevarnosti). Pisno analizo tveganja naredimo v primerih, ko je

³ Povzeto po V. Flaker, V. Grebenc, Analiza tveganja, interno gradivo FSD

grožnja resna, nevarnost velika ali pa ukrepi omejevalni (ko je ogroženo življenje, ko pretijo hujše telesne poškodbe, degradacija, večje izgube, zapiranje, omejevanje pri dejavnostih, ki so za človeka bistvene, itn.).

Analizo tveganja lahko opravimo za posameznika in njegovo ravnanje (npr. grožnja dezorientacije v tujem mestu), skupino ljudi (skupina na izletu), značilne dogodke (zastripitev s hrano).

3. Opredelitev demence

Demenca je skupek simptomov in znakov, ki se pojavljajo pri bolniku in so lahko posledica različnih bolezni. Za demenco so značilne motnje spomina, osiromašeno mišljenje ter prizadetost opravljanja vsakodnevnih dejavnosti. Prizadeto je pomnjenje in priklic novih informacij (pozabljivost), zmanjšana je zmožnost orientacije, razumevanja, računanja, govornega izražanja in presoje, zmanjšana je sposobnost obvladovanja čustev ter socialnega vedenja. Z napredovanjem demence postaja oseba vedno manj samostojna in potrebuje dodatno oskrbo in nego. Pri demenci gre torej za upad prej obstoječih intelektualnih in spominskih sposobnosti (t.i. spoznavne sposobnosti). Demenco lahko povzroči več kot sto različnih bolezni, najpogostejši vzrok pa je Alzheimerjeva bolezen, ki je vzrok skoraj 60 odstotkov vseh demenc. Dokaj pogosta je tudi demenca zaradi bolezni možganskega žilja, redko pa jo povzročajo hormonske motnje, tumorji ali okužbe.

Število oseb z demenco narašča s starostjo, zato bi lahko rekli, da je demenca bolezen starosti. Po dostopnih podatkih naj bi pred dopolnjenim 65. letom za demenco obolel 1 odstotek prebivalstva, po 65. letu pa ta odstotek strmo narašča. Po 90. letu naj bi imelo demenco skoraj 60 odstotkov ljudi.

7. člen Pravilnika o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev opredeljuje kot upravičence do institucionalnega varstva pod točko D/4 »osebe starejše od 65 let z zahtevnejšimi dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju, ki zaradi starostne demence ali sorodnih stanj potrebujejo delno ali popolno osebno pomoč in nadzor«. Po veljavni normativni ureditvi torej oskrbo starejših oseb z demenco zagotavljajo domovi za starejše. Osebe z demenco so seveda tudi v posebnih zavodih in psihiatričnih bolnicah, vendar jih je daleč največ v domovih za starejše. Natančnih podatkov o številu stanovalcev z demenco v slovenskih domovih nimamo. Po oceni je v DSO več kot 3.000 stanovalcev z diagnozo demenca, kar je toliko ali več kot je vseh mest v posebnih zavodih in psihiatričnih bolnišnicah skupaj.

Z vidika domov za starejše kot socialnovarstvenih institucij je pri obravnavi oseb z demenco temeljnega pomena **celosten pristop usmerjen na posameznika** in njegove:

- specifične omejitve v zmožnosti samooskrbe;
- močna področja in ohranjene potenciale ter
- na aktualne potrebe po pomoči pri izvajanju vseh življenjskih aktivnosti.

4. Stadiji demence

Demenca se praviloma začne neopazno in postopoma napreduje. Poteka na kontinuumu od komaj opaznih znakov proti popolni osebni, časovni in krajevni dezorientaciji. Glede na prevladujoče značilnosti je mogoče opredeliti nekaj zaporednih stopenj ali stadijev. V domovih sta najpogosteje v uporabi dve takšni klasifikaciji in sicer tri stopenjska psihiatrična in štiri

stopenjska klasifikacija Naomi Feil, utemeljiteljice validacije, tudi pri nas uveljavljene metode dela z dementnimi. Primerljivost obeh klasifikacij je mogoče vzpostaviti brez prehode poenostavitve tako, da drugi in tretji stadij po Naomi Feil sovpadata z drugim stadijem psihiatrične klasifikacije (srednje huda demenca).

POVEZANOST STADIJEV DEMENCE Z RAZVRŠČANJEM V KATEGORIJE OSKRBE IN OBLIKAMI VARSTVA

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

Legenda:

I **integrativni oz. integrirani** koncept dela s stanovalci z demenco

OPP (**GSSD**) oddelek povečane pozornosti (gospodinjska skupina za stanovalce z demenco) - **segregativni oz. segregirani koncept** brez fizičnih omejitev svobode gibanja

VO varovani oddelek - segregativni koncept, ki uporablja tudi fizično omejevanje svobode gibanja

NO negovalni oddelek

DDD dodatek za delo z dementnimi

IV kategorija oskrbe IV v skladu z 8. čl. PSN, D4 in 32. čl. PMOCSVS (2. ali 3. stadij demence po N. Feil, psihiatrična diagnoza, potreba po stalni osebni pomoči in nadzoru)

V **prvi stadij demence** uvrščamo osebe, ki sicer z določenimi težavami še lahko dokaj samostojno funkcionirajo v njim znanem okolju. Občasno so zmedene, omejitvev in izgub se zavedajo, vendar jih prikrivajo. So še časovno, prostorsko in osebno orientirane. Dokaj zapletene aktivnosti, ki so jih obvladale že pred nastopom bolezni lahko izvajajo, vendar potrebujejo spodbudo. Nimajo več sposobnosti naučiti se novih kompleksnejših aktivnosti. Pojavijo se opazne spremembe vedenja in čustvovanja (depresivnost, razdražljivost, obtoževanje, prepiri s svojci...).

Stanovalci v prvem stadiju demence še lahko funkcionirajo na stanovanjskem oddelku in so **praviloma razvrščeni v kategorijo oskrbe I**. Niso sicer sposobni za popolnoma samostojno življenje, a potrebujejo le manjši obseg neposredne osebne pomoči (PSN, 8. člen, D1). Zaradi drugih starostnih in zdravstvenih težav pa lahko potrebujejo večji obseg pomoči in so zato razvrščeni v kategorijo oskrbe II (PSN, 8. člen, D2) ali III (PSN, 8. člen, D3 a ali b). »Za osebe z demenco na začetni stopnji je praviloma najbolj smiselno integrirano bivanje in tudi obiskovanje nekaterih dejavnosti (delovna terapija, fizioterapija, skupine za samopomoč, pevski zbor ipd.) skupaj z drugimi stanovalci.« (Flaker et.al, 2002:89). Integrirana oblika bivanja pa nikakor ne izključuje možnosti vključevanja teh stanovalcev v skupinske in/ali individualne dejavnosti, ki jih dom organizira za stanovalce z demenco (npr. vaje za urjenje spomina).

Osebe v stadiju **srednje hude demence** zaradi pretežne ali popolne izgube časovne, prostorske in osebne orientacije, nezmožnosti samostojnega izvajanja vsakdanjih življenjskih aktivnosti, zaradi vedenjskih sprememb in omejene besedne komunikacije, potrebujejo vsaj delno oz. popolno in stalno osebno pomoč in varstvo. Ker se lahko še gibljejo, ne zmorejo pa predvidevati posledic svojih ravnanj, so nenehno ogroženi (nekontrolirano tavajo, se zgubijo, padejo, se poškodujejo, se opečejo, kaj neustreznega zaužijejo...). Čeprav stanovalci v drugem stadiju po N. Feil niso v celoti dezorientirani in v omejenem obsegu lahko še izvajajo preproste vsakdanje aktivnosti, vendarle potrebujejo stalno vodenje in varstvo (prisotnost nekoga, ki zanje skrbi), ker skoraj ničesar več ne počnejo na lastno pobudo, ampak zgolj po navodilih in neposrednem usmerjanju.

Stanovalci srednje hude demence (drugi in tretji stadij po N. Feil) **se razvrščajo v kategorijo oskrbe IV** (PSN, 8. člen, D4). Razvrstitev se opravi timsko (individualni strokovni tim). Poleg specialista psihiatra (diagnoza F00.0 do F02.8 in F03, v skladu s mednarodno klasifikacijo bolezni ICD-10 Svetovne zdravstvene organizacije z utemeljitvijo potrebe po stalnem varovanju), sodelujejo pri odločitvi: socialni delavec, delovni terapevt, diplomirana medicinska sestra, svojci, stanovalec. Pri razvrstitvi v oskrbo IV je razen diagnoze bolezni pomembna ocena aktualnega funkcioniranja. Pri osebi, ki jo razvrstimo v kategorijo oskrbe IV, so težave v zvezi s pozabljanjem, izvajanjem dnevnih aktivnosti, govornem komuniciranju, časovno in krajevno orientacijo, s presojo vsakdanjih življenjskih situacij, z abstraktnim mišljenjem, čustvenim razpoloženjem, vedenjem in osebnostnimi spremembami, tako velike, da onemogočajo samostojno življenje in zahtevajo stalno skrb in varovanje s strani drugih.

Flaker, V. Kresal, B., Mali, J., Milošević Arnold, V. Rihter, L. Velikonja, I. (2004), Delo z dementnimi osebami- priprava modela obravnave oseb z demenco v domovih za stare. Ljubljana: fakulteta za socialno delo.

Zaenkrat nimamo še specializiranih diagnostičnih instrumentov s katerimi bi lahko določili stopnjo oz. stadij demence in izvedli kategorizacijo. Za orientacijsko oceno mentalnega stanja je na voljo slovenska verzija Mini Mental State (v prevodu KPSS, J. Jensterle, J. Mlakar, D. B. Vodušek, Psihiatrična klinika Ljubljana). Oseba lahko na testu doseže največ 30 točk. Na upad mentalnih sposobnosti posumimo, če zbere manj kot 23 točk (23 do 19 - blažja, 18 do 11 – srednja, 10 in manj - hujša prizadetost). Pri kategorizaciji si lahko pomagamo tudi z Lestvico ocene sposobnosti samooskrbe (LOSS), ki je bila razvita na Nizozemskem leta 1998 (CDS – Care Dependency Scale). LOSS sloni na konceptu temeljnih življenjskih aktivnosti Virginia Henderson (1955). Sposobnost samooskrbe se oceni za vsako od 15 temeljnih življenjskih aktivnosti na 5 stopenjski ocenjevalni lestvici, pri čemer pomeni ocena 1 popolno odsotnost sposobnosti samooskrbe, ocena 5 pa popolno samostojnost oz. neodvisnost od pomoči. Seštevek točk, ki jih dobi stanovalec pri ocenjevanju, je med 15 in 75. Sposobnost samooskrbe se določi v 5 kategorijah: popolnoma samostojen (61 do 75 točk), pretežno samostojen (46 do 60), delno samostojen (31 do 45), večinoma nesamostojen (16 do 30) in popolnoma nesamostojen oz. odvisen (15 točk). LOSS je primeren instrument za ocenjevanje potrebe po storitvah pomoči pri samooskrbi (osnovna in socialna oskrba, zdravstvena nega), ne glede na vzrok nastanka (nezmožnost zaradi starosti, vrste telesne bolezni ali motenj duševnega funkcioniranja). V ta namen se tudi pri nas vse pogosteje uporablja. Pri stanovalcih, ki jih razvrščamo v kategorijo oskrbe IV, je neposredno ali posredno prizadeta sposobnost samooskrbe na vseh 15 življenjskih aktivnostih, vendar ne pri vseh do popolne odvisnosti (npr. sposobnost osebe, da se giblje brez pomoči). Zato je pričakovati, da bodo stanovalci v kategoriji oskrbe IV pri ocenjevanju po LOSS prišli ne le v kategorijo popolnoma nesamostojni, ampak tudi v kategorijo večinoma nesamostojni.

Razvrstitev v kategorijo oskrbe IV je povezana z vključitvijo v segregirano ali kombinirano obliko obravnave (gospodinjska skupina za stanovalce z demenco ali varovani oddelek). Pravilnik o metodologiji oblikovanja cen SVS v 32. členu (3. odstavek) določa, da »ceno storitve oskrbe IV izvajalec institucionalnega varstva oblikuje v primeru, ko ima vzpostavljen poseben oddelek za dementne osebe v skladu z veljavnimi standardi in normativi za izvajanje socialno varstvenih storitev«.

Stanovalci v **končnem stadiju demence** (četrti stadij po N. Feil), za katere je značilna (skoraj) popolna neodzivnost na zunanje dražljaje, odsotnost besedne komunikacije in vezanost na posteljo ali voziček, potrebujejo predvsem nego. V vseh življenjskih aktivnostih so v celoti odvisni od pomoči. Potrebujejo manj varovanja, ker niso več zmožni s svojo telesno aktivnostjo ogrožati sami sebe in drugih. Zato je smiselno tiste negibljive stanovalce v končnem stadiju demence, ki prav zaradi demence ne potrebujejo posebnega tretmana, prekategorizirati v kategorijo oskrbe III in jih premestiti na negovalni oddelek oz. specializirano obliko, kot je trenutno v Evropi že zelo prepoznavna »oaza«.

5. Oblike obravnave oseb z demenco

Izvajalci institucionalnega varstva starejših morajo imeti oblikovan koncept in program dela s stanovalci z demenco. V njem predvsem opredelijo cilje, temeljna načela in metode dela, organizacijske oblike, postopke vključevanja stanovalcev, prostorske in kadrovske rešitve

ter vsebinski program aktivnosti. Praviloma razvijajo vse tri oblike obravnave oseb z demenco, ki so se v dosedanji praksi slovenskih domov za starejše že uveljavile (Kolar 2002: 27-28):

1. **Integrirano obliko** (stanovalci z demenco bivajo z ostalimi stanovalci, pri čemer tudi njihova obravnava poteka skupaj z zdravimi stanovalci);
2. **Segregirano obliko** (kjer je nastanitev in obravnava stanovalcev z demenco ločena v okviru posebnega oddelka);
3. **Kombinirano obliko**, pri kateri gre za zelo različne kombinacije elementov segregacije in integracije, ki jih lahko strnemo v dve obliki:
 - **delno segregirana** (prevladovanje integrirane obravnave z elementi segregacije) in
 - **delno integrirana** (prevladovanje segregirane obravnave z elementi integracije).

Nobeni od navedenih oblik ne dajemo absolutne prednosti. Morda se zdi z vidika družbene sprejemljivosti in zaščite osebnih pravic ljudi najbolj primerna integrirana oblika, vendar pa ta lahko ponekod pomeni tudi to, da so stanovalci z demenco bolj kot ne prepuščeni sami sebi. Obravnava stanovalcev z demenco v integrirani obliki bivanja zahteva varovanje v skladu z individualnimi potrebami in po individualnem načrtu stanovalca. To pa je pri zahtevnejših oblikah demence povezano z angažiranjem večjega števila zaposlenih, pomoči svojcev in prostovoljcev, za kar pa so resursi omejeni⁴. Na drugi strani segregiran koncept že sam po sebi zgleda problematičen, ker ima sam pojem negativno konotacijo. Vendar pa je tudi pri osebah z demenco, tako kot pri vseh drugih skupinah ljudi s posebnimi potrebami, za en del te skupine najboljši način skrbi z grupiranjem v ločene skupine. Nenazadnje je že v dejstvu, da osebe z demenco bivajo v domovih za starejše, vsebovan pomemben element integracije. VO in OPP v domovih za starejše so povsem legitimen in strokovno ustrezen način dela z osebami z demenco, če seveda delujejo v skladu s strokovnimi, pravnimi in etičnimi pravili.

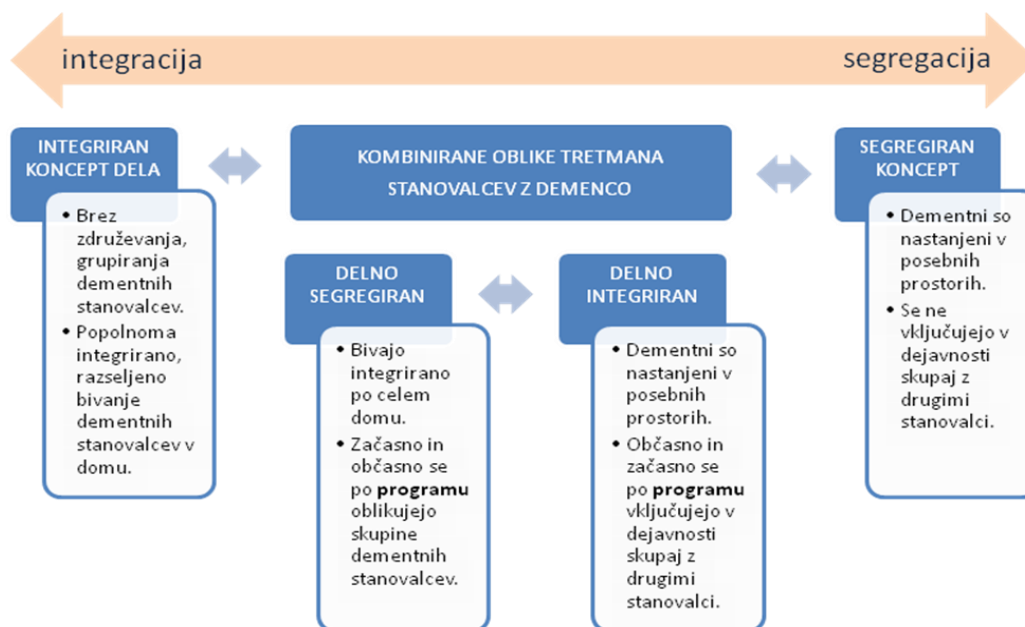
Vsekakor je potrebno upoštevati, da ima integrirani model določene omejitve, ko gre za izrazito nemirne, razdražljive, zmedene, begajoče in neorientirane dementne stanovalce, ki v akutni fazi lahko postanejo ogrožujoči do sostanovalcev. Druge stanovalce je nujno zavarovati, z namestitvijo dementnega stanovalca v enoposteljni sobi ali z krajšim oz. daljšim dnevnim vključevanjem v skupinske oblike obravnave (v okviru delovne terapije, VO ali OPP). V izjemnih primerih je za nekaj časa smiselna tudi hospitalizacija na geriatriji.

Pri zgoraj navedeni klasifikaciji oblik obravnave dementnih ne gre za tri ali štiri ločene in med seboj nepovezane kategorije tretmana, ampak za dogajanje na kontinuumu, na katerem se različne oblike obravnave stanovalcev z demenco med seboj povezujejo, dopolnjujejo in kombinirajo. Stanovalci v začetnem stadiju demence, ki so povsem integrirani med ostale stanovalce v domskem okolju, se v skladu z individualnim načrtom stanovalcev in programom dela z dementnimi, vključujejo v različne programe in oblike skupinske oz. posebne (segregirane) obravnave. Ta jim pomaga pri obvladovanju težav, ki jih prinaša demenca. Tudi nekateri stanovalci na prehodu v drugi stadij ostajajo določen čas v integrirani obravnavi. To terja v individualnem načrtovanju zahtevnejši pristop z izdelano analizo tveganja in ob kritičnih točkah in obdobjih zagotovljeno stalno spremljanje. Takšni individualizirani pristopi seveda zahtevajo timsko delo in intenzivno sodelovanje svojcev, katerih soglasje je za vključitev v vsako

⁴ Ustanova lahko uporabi možnosti fleksibilnosti pri zagotavljanju kadra, ki ga predvideva PSN

segregirano obravnavo obvezno in kateri prevzemajo tudi del odgovornosti za varovanje stanovalca.

MODELI obravnave stanovalcev z demenco v domovih za starejše na kontinuumu integracija – segregacija:



Najbolj segregirana oblika obravnave stanovalcev z demenco v domovih za starejše so t.i. varovani oddelki (VO), čeprav le redkokje gre za popolnoma segregiran pristop. Prej pravilo kot izjema je vključevanje stanovalcev VO v različne aktivnosti (delovna terapija, prireditve, sprehodi...) skupaj z drugimi stanovalci ter prihajanje drugih stanovalcev v prostore VO. Večinoma so VO tudi stalno ali vsaj pretežen del dneva odprti.

V organizacijskem smislu je primerno, da je v domu vzpostavljena **enota** ali **oddelek za stanovalce z demenco** kot središčni prostor, v katerem poteka večina dejavnosti za osebe z napredovano demenco. Tukaj se povezujejo vse dejavnosti za to skupino stanovalcev, ki imajo postavljeno diagnozo demence, na oddelku pa bodo imeli možnosti za občasno vključevanje tudi tisti, pri katerih se kažejo začetni znaki te bolezni. Oddelek mora biti ustrezno opremljen in delovati mora v skladu s sodobnimi doktrinarnimi izhodišči, stanovalci v njem pa ustrezno pravno zaščiteni. Oddelek usmerja vodja oddelka, ki je strokovni delavec doma, po izobrazbi lahko delovna terapevtka, diplomirana ali visoko strokovno izobražena medicinska sestra ali pa diplomirana socialna delavka/delavec. Za vodjo enote je nujno, da je dodatno usposobljen za delo z osebami z demenco. Vodja je za svoje delo neposredno odgovoren direktorju doma oz. strokovnemu vodji.

Glede na rešitve, ki jih je prinesel Zakon o duševnem zdravju (Ur.l. RS št.77/2008), je potrebno, da se izvajalci institucionalnega varstva starejših odločijo ali bodo segregirano obliko obravnave oseb z demenco opredelili in izvajali kot varovani oddelek (VO) ali kot oddelek s povečano pozornostjo (OPP), ki pa se lahko poimenuje kot skupina ali gospodinjska skupina za stanovalce z demenco.

Pri odločitvi, katero obliko oz. oblike obravnave stanovalcev z demenco bo razvijal, izvajalec upošteva prednosti in pomanjkljivosti bolj ali manj segregiranih oz. integriranih oblik obravnave. Pri tem izhaja iz načelnih oz. splošno ugotovljenih prednosti in pomanjkljivosti ter analize le-teh v danih konkretnih razmerah.

Nekatere prednosti in slabosti posameznih oblik obravnave:

Prednosti integrirane obravnave stanovalcev z demenco lahko na osnovi izkušenj strnemo v naslednjih točkah:

- Integrirana oblika obravnave predstavlja za stanovalce bolj običajno in normalno življenjsko okolje in zmanjšuje negativne posledice stigmatizacije;
- Spodbuja medsebojno razumevanje, sprejemanje in pomoč med stanovalci različnih možnosti samooskrbe;
- Lahko pozitivno vpliva na ravnanje/vedenje stanovalcev z demenco in na zmanjšanje pojavov nemirnega vedenja;
- Ostali stanovalci zaradi svojega prispevka k dobrobiti stanovalcev z demenco pridobivajo na svoji samozavesti.

Pomanjkljivosti integrirane oblike:

- V integrirani obliki bivanja so lahko stanovalci z demenco zaradi svoje drugačnosti izpostavljeni neprijetnim izkušnjam in netolerantnosti s strani drugih stanovalcev;
- Drugi stanovalci ne želijo biti izpostavljeni nenehnemu »opozorilu: »Tak bom lahko tudi sam«;
- Z vidika stanovalcev z demenco je lahko ta oblika obremenilna zaradi odklanjanja ostalih stanovalcev;
- V običajnih življenjskih pogojih pogosto nastopajo situacije, ki so za stanovalce z demenco prezahtevne, kar jih potiska v nemirno in depresivno vedenje;
- V integriranem bivanju je zelo težko ali celo nemogoče poskrbeti za stalno varnost stanovalcev z demenco.

Prednosti segregirane oblike varstva oseb z demenco:

- Metode dela, kadrovske zasedenosti in organizacije dela je mogoče bolje prilagoditi specifičnim potrebam stanovalcev z demenco v pogojih oblikovanja prostorsko in funkcionalno zaključene bivalne enote za stanovalce z demenco;
- V segregirani obliki dela je dana možnost izbire takih vsebin dela, da oddelki niso sami sebi namen, ampak omogočajo kvalitetno bivanje osebam z demenco;
- Običajne nevarnosti v vsakdanjem okolju, ki predstavljajo nenehen vir ogroženosti za stanovalce z demenco, je mogoče odpraviti ali zmanjšati;
- V okviru danih kadrovskega normativov je mogoče boljše zagotoviti stalno prisotnost negovalnega oz. oskrbnega osebja;

- V bivalni enoti za stanovalce z demenco je mogoče bolje zagotoviti stalnost kadra (čim manj menjavanja), kar je za stanovalce z demenco še posebej pomembno;
- Ta pristop v večji meri omogoča specializacijo kadra tako glede osebnostne afinitete za delo z osebami z demenco kot tudi nujne dodatne strokovne usposobljenosti;
- V posebni skupini je lahko vse njim prilagojeno (Imperl, 1999). V bolj strukturiranem, ne spreminjajočem okolju, se osebe z demenco lažje znajdejo, ker se počutijo se bolj varno.

Pomanjkljivosti segregirane obravnave:

- Vsaka segregacija, ločevanje oz. grupiranje po kakšni koli značilnosti predstavlja nevarnost za stigmatizacijo;
- Segregacija, ki ne temelji na prostovoljnem združevanju, predstavlja poseg v osebne pravice;
- Posebno problematično je varovanje oseb z demenco ponoči, saj obstoječi standardi in normativi ne zagotavljajo zadostnega nočnega varstva;
- Zaradi nemira stanovalcev z demenco in nevarnosti ogrožanja sebe in svoje okolice, se pogosto pojavlja potreba po fiksaciji na posteljo, kar predstavlja grob poseg v človekove pravice in svoboščine.

	Prednost	Pomanjkljivost
INTEGRIRANA OBRAVNAVA	Bolj normalno življenjsko okolje	Vsakdanje okolje je vir stalne ogroženosti
SEGREGIRANA OBRAVNAVA	Bolj varno življenjsko okolje	Varovano okolje omejuje svobodo

V splošnem velja, da tisti dejavniki, iz katerih izvirajo prednosti ene oblike obravnave, predstavljajo pomanjkljivost oz. težavo pri drugi. Celoten dejavnik lahko predstavlja prednost in pomanjkljivost hkrati. Varovano okolje zmanjšuje ogroženost zaradi poškodb, hkrati pa lahko stanovalce omejuje in utesnjuje. Ni absolutno dobrih ali slabih rešitev, v vsakokratni situaciji je potrebna presoja, kaj predstavlja manjše in bolj sprejemljivo tveganje v skrbi za stanovalce.

Izhajajoč iz konkretnih okoliščin in ciljev, je mogoče z inovativnim pristopom izkoristiti možnosti, ki jih nudijo različne kombinacije integrirane in segregirane obravnave stanovalcev z demenco. Pri tem ustvarjamo takšne kombinacije, ki čim bolj izkoristijo prednost in hkrati čim bolj zmanjšajo pomanjkljivosti tako integrirane kot segregirane oblike obravnave.

Kombinirane oblike obravnave imajo še določene prednosti, ki jih velja izkoristiti:

- stanovalcem je dana možnost izbire med različnimi dejavnostmi;
- so bolj fleksibilne, prilagodljive glede na specifične potrebe posameznega stanovalca;
- lažje zasledovanje zaposlenih za doseganje ciljev, ohranjanju obstoječih sposobnosti, druženju, preprečevanje konfliktov med osebami z demenco in z ostalimi stanovalci.

Če se izvajalec odloči za VO, je dolžan upoštevati določbe Zakona o duševnem zdravju, Pravilnika o kadrovskih, tehničnih in prostorskih pogojih za izvajanje nalog na področju duševnega zdravja za izvajalce institucionalnega varstva ter centre za socialno delo ter o

postopku njihove verifikacije, Pravilnika o minimalnih tehničnih zahtevah za izvajalce socialnovarstvenih storitev (5.2. Bivalna enota), kar pomeni, da mora

- zagotoviti ustrezne kadrovske, tehnične in prostorske pogoje;
- za VO pridobiti verifikacijo ter
- voditi postopek sprejema v skladu z ZDZ.

Če se izvajalec odloči za OPP mora zagotoviti enake kadrovske, tehnične in prostorske pogoje kot za VO, ni pa potrebna verifikacija in postopek sprejema ne poteka po postopku za sprejem brez privoljenja po ZDZ. Tudi glede metod in tehnik dela s stanovanjci z demenco med VO in OPP ni razlik.

OPP se od VO loči po načinu varovanja.

VO je dopustno urediti fizično oz. tehnično z naslednjimi sredstvi:

- video nadzorom skupnih prostorov na varovanem oddelku, s katerega se video signal prenaša do dežurne službe vendar samo znotraj doma in/ali
- zavarovanjem izhoda iz oddelka s pomočjo električne ključavnice na kodo, kartico, daljinsko odpiranje, indukcijske elemente ali ključ, ob upoštevanju predpisov s področja požarnega varstva, vstop na oddelek pa mora biti neoviran in/ali
- vgraditvijo indukcijskih zank ali drugih podobnih elementov, ki zaznajo prehod uporabnika iz varovanega oddelka, ob tem pa morajo biti deli opreme, ki jih nosijo uporabniki, čim manj moteči in vpadljivi. Tudi ti signali se lahko prenašajo samo znotraj doma.

V nobenem primeru ne sme biti omejeno gibanje uporabnikov ožje, kot znotraj urejenega oddelka. Dostop do skupnih prostorov in sob uporabnikov mora biti vedno prost. VO naj omogočajo dostop do zunanjih površin, ki pa morajo biti zavarovane tako, da uporabniki ne morejo nenadzorovano zapustiti teh površin.

Varovanje mora biti zagotovljeno s stalno prisotnostjo ustrezno usposobljene osebe za delo z osebami z demenco, v nočnem času pa je lahko nadzor skupnih prostorov urejen tudi s tehničnimi sredstvi. Vedno pa mora biti zagotovljena možnost takojšnjega posredovanja osebja, če je to potrebno oz. če ga pokličejo uporabniki.

OPP nima fizičnega varovanja oz. je le to bistveno oddaljeno od bivalne enote (npr. zunanja ograja okrog doma). Varovanje izvaja osebje z odnosom, ki temelji na zaupanju, z usmerjanjem, vodenjem in drugimi tehnikami strokovnega dela z osebami z demenco.

V skladu z 12. členom Zakona o duševnem zdravju (ZDZ) je nujno tudi stanovalcem v VO zagotavljati »spoštovanje človekovih pravic in temeljnih svoboščin, zlasti njene osebnosti, dostojanstva ter duševne in telesne celovitosti«⁵. V zakonu so posebej navedene pravice, ki morajo biti zagotovljene stanovalcem VO:

- pravica do dopisovanja in uporabe elektronske pošte;
- pravica do pošiljanja in sprejemanja pošiljk;
- pravica do sprejemanja obiskov;
- pravica do uporabe telefona;

⁵ Zakon o duševnem zdravju, Ur.l. RS, št. 77/2008, 12. člen

- pravica do gibanja;
- pravica do zastopnika.

Izvajalec mora v svojih programskih dokumentih opredeliti načine zagotavljanja zgoraj navedenih pravic stanovalcem VO. Zagotovitev pravice do gibanja za stanovalce VO se nanaša na možnost gibanja v VO⁶.

Omejitev pravic je dopustna le, »če je to nujno potrebno, ker oseba ogroža svoje življenje ali življenje drugih ali huje ogroža svoje zdravje ali zdravje drugih ali povzroča hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim. Pravica se lahko omeji le v tistem obsegu, ki je nujno potreben za doseglo namena, zaradi katerega se pravica omejuje«⁷.

O omejitvi pravic na predlog direktorja socialno varstvenega zavoda v dveh dneh od prejema predloga s sklepom v nepravdnem postopku odloči sodišče.

V domovih za starejše pride skoraj izključno do situacije, ko sodišče odloča o omejitvi pravic stanovalcev v primeru »sprejema v VO brez privolitve«⁸.

Kot sprejem s privolitvijo se obravnava vsak sprejem na osnovi vnaprej podpisane izjave stanovalca, da se v primeru hudega poslabšanja stanja strinja s premestitvijo v VO, dana pisna privolitev s strani zakonitega zastopnika v primeru odvzema poslovne sposobnosti ter pisna privolitev s strani skrbnika, ki ga postavi krajevno pristojen CSD.

V primeru sprejema brez privolitve zavod pred sprejemom posreduje predlog pristojnemu sodišču. Ko od sodišča prejme sklep o sprejemu v VO za 1 leto, realizira sprejem. Najmanj 14 dni pred iztekom 1 leta, predlaga zavod sodišču podaljšanje bivanja v VO, v kolikor za to obstajajo razlogi.

Uporabo posebnih varovalnih ukrepov (29. člen ZDZ) izvajalec institucionalnega varstva starejših uredi s posebnim dokumentom (npr. delovnim navodilom), ki ga izda direktor zavoda.

Posebni varovalni ukrepi so tisti nujni ukrepi, ki se jih uporabi zaradi omogočanja zdravljenja oseb (npr. fiksacija roke med aplikacijo infuzije) ali zaradi odprave oziroma obvladovanja nevarnega vedenja oseb (npr. nevarnost poškodbe, samopoškodbe, samomorilno vedenje, nasilno vedenje), kadar je ogroženo njihovo življenje ali življenje drugih, huje ogroženo njihovo zdravje ali zdravje drugih ali z njim povzročajo hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim in ogrožanja ni mogoče preprečiti z drugimi, blažjimi ukrepi.

Pogoj za uporabo posebnih varovalnih ukrepov je dano pisno soglasje uporabnika ali njegovega zastopnika.

Uporaba posebnih varovalnih ukrepov je urgentni poseg in ga je ob ustrezni indikaciji potrebno izvesti brez odlašanja. Uporabi se le izjemoma in naj traja kar najkrajše, le toliko, kolikor je potrebno glede na razlog njegove uvedbe.

⁶ 22. člen ZDZ

⁷ 13. člen ZDZ

⁸ 75. člen ZDZ

Tako pri omogočanju zdravljenja in posegov kot pri obvladovanju nevarnega vedenja je dopustna uporaba medikamentoznih ali fizičnih ukrepov ali kombinacije obeh.

Posebni varovalni ukrepi se lahko uporabijo samo po odredbi lečečega zdravnika ali psihiatra.

Kot fizični posebni varovalni ukrepi se praviloma uporabljajo:

- **Diskretni nadzor**, ki pomeni povečano pozornost osebja, ki stanovalca spremlja pri njegovih dejavnostih na oddelku, vendar pa ima stanovalec še vedno ohranjeno delno zasebnost in nima občutka, da je pod nadzorom. To lahko uporabimo pri nekaterih na novo sprejetih uporabnikih, kadar ocenimo, da je nadzor potreben zaradi čimprejšnjega ukrepanja ob zapletu ali poslabšanju (npr. neurejena epilepsija, nejasne samomorilne grožnje, nevarnost padca ipd.). Časovne intervale nadzora opredeli zdravnik glede na uporabnikovo stanje.
- **Stalni nadzor** pomeni nepretrgano varovanje stanovalca s strani vsaj enega člana osebja. Uporabi se pri istih skupinah oseb kot diskretni nadzor, vendar je pri njih zelo velika verjetnost zapleta (jasno izražena samomorilnost, delirantno skaljena zavest, velika nevarnost samopoškodbe, fiksacija s pasovi na postelji, nestabilne vitalne funkcije). V takih primerih zdravnik navadno napoti stanovalca na zdravljenje v ustrezno ustanovo, do takrat pa je potreben stalni nadzor.
- **Ograjico na postelji** uporabimo pri hudo nemirnih ležečih uporabnikih in telesno oslabelelih. Večinoma uporabimo ograjico ponoči, lahko pa tudi čez dan. Namen je preprečitev padcev s postelje. Skladno s stanjem uporabnika se odločimo za primerno spremljanje izvajanja tega ukrepa.
- **Fiksacija s pasovi na postelji** se izvaja s posebnim kompletom pasov, med seboj povezanih z magnetnimi sponkami. Pri uporabi upoštevamo navodila proizvajalca, za izvedbo ukrepa pa skrbi predhodno usposobljeno osebje. Ta ukrep uporabimo pri avtoagresivnih in heteroagresivnih (nasilnih) in pri zelo agitiranih stanovalcih. Navadno hkrati uporabimo še medikamentozne ukrepe, ki jih predpiše zdravnik in uporabnika navadno napoti na zdravljenje v ustrezno ustanovo.
- **Fiksacija s pasovi na vozičku** se uporablja predvsem za večjo stabilnost in preprečitev zdrsa stanovalca na vozičku.

Ker je izvajanje posebnih varovalnih ukrepov ena najzahtevnejših delovnih nalog negovalnega tima, se mora k le-temu pristopati z upoštevanjem strokovnih in etičnih načel.

Na kakovost izvedbe posebnih varovalnih ukrepov vpliva več dejavnikov:

1. **Ocena situacije in načrt ukrepanja:** Možnost nevarnega vedenja je treba predvideti in izdelati ustrezne postopke ravnanja, specifične za različna delovna okolja, oblike nevarnega vedenja ter vrsto ukrepa. S postopki pri izvajanju ukrepov naj bo seznanjeno vse osebje, vsak naj ima čim jasneje opredeljene naloge.
2. **Okolje:** Zagotoviti je potrebno ustrezno terapevtsko okolje s primernimi tehničnimi pripomočki za izvedbo predvidenega ukrepa in za nadzor uporabnika do odhoda na zdravljenje.
3. **Osebje:** Ukrepe naj izvaja zadostno število strokovno usposobljenega osebja. Celotno izvedbo postopka naj vodi ena oseba.
4. **Izobraževanje:** Zagotoviti je potrebno ustrezne oblike izobraževanja osebja (učne delavnice itd.) ter preverjanje usposobljenosti.

5. **Odrejanje:** V večini primerov je osebje najprej v stiku s uporabnikom, ki potrebuje poseben varovalni ukrep. Če gre za okoliščine, ko osebje lahko počaka na prihod zdravnika, mora ta ukrep najprej odrediti, šele nato se izvede. V izjemnih okoliščinah osebje odloči samo in izvede oviranje. To velja v primeru, ko je ukrep minimalen (npr. fiksacija roke ob infuziji, postavitve ograjice na postelji) ali pa je ukrep nujno takoj izvesti (npr. ob nasilnosti). Osebje mora v primeru neposredne nevarnosti ukrepati brez odlašanja in mora nemudoma obvestiti domskega oziroma dežurnega zdravnika.
6. **Nadzor izvajanja:** Uporabniki, pri katerih smo uporabili poseben varovalni ukrep, morajo imeti zagotovljen nadzor, spremljanje vitalnih funkcij in strokovno obravnavo zdravnika v najkrajšem možnem času.
7. **Dokumentacija:** Dokumentacija mora biti natančno in skrbno vodena in iz nje morajo biti razvidni razlog, namen in nadzor izvajanja ukrepa. Posebej skrbno je potrebno beležiti morebitne zaplete. Osnovna dokumentacija naj vsebuje naslednje podatke: ime in priimek uporabnika, številka sobe, datum in čas uporabe ukrepa, vrsto ukrepa, razlog uporabe in podpis odgovorne medicinske sestre.
8. **Razbremenitev:** Osebu, ki sodeluje pri izvajanju ukrepov in prisotnim uporabnikom, je treba zagotoviti možnost pogovora o celotnem dogajanju in nuditi strokovno pomoč in svetovanje.
9. **Sodelovanje drugih služb:** V posebnih primerih je za ustrezno izvajanje posebnih varovalnih ukrepov nujno pritegniti druge usposobljene službe (varnostniki, gasilci, policisti, drugi), ki ukrepajo v okviru svojih pristojnosti.

6. Minimalni prostorski pogoji

Na osnovi ugotovitev o zmanjšanih sposobnostih, še posebej oseb z demenco, moramo pri načrtovanju objektov, bodisi novogradenj ali adaptacij obstoječih zgradb, ki so namenjeni omenjeni populaciji, dajati prednost funkciji in ne obliki. Pri načrtovanju je potrebno upoštevati tudi posebnosti, ki jih narekujejo nova spoznanja o bivanju starejših v domovih in o bivanju v domovih oseb z demenco.

Dejstvo je, da je arhitektura ali prostorska ureditev bivalnih prostorov v domu za starejše ljudi zelo povezana s konceptom dela in obratno.

Medtem, ko je prva generacija domov za starejše imela zelo utesnjene prostore, s tri ali več posteljami, so se kasneje gradili domovi po vzoru bolnišnic s stereotipno prostorsko organizacijo, imajo sedanji domovi že bolj značaj stanovanjskih domov oziroma stanovanjskih hiš.

Najnovejša gradnja sledi konceptu »normalizacije« in se zgleduje po življenju v družini. Arhitektura spominja na stanovanje. V domu ni več centralne oskrbe, v majhnih skupinah se izvajajo aktivnosti, ki se zgledujejo po običajnem gospodinjstvu. Potrebne negovalne dejavnosti tu ne prevladujejo nad individualnostjo in odgovornostjo stanovalcev za same sebe ter nad kakovostjo življenja na kraju bivanja. Take gospodinjske, imenujemo jih lahko tudi hišne skupnosti, so precej samostojne.

Pri načrtovanju zgoraj omenjenih objektov, namenjenih stanovalcem z demenco in funkcionalno oviranim osebam, je potrebno poleg splošnih zakonov in pravilnikov, ki veljajo pri načrtovanju in gradnji objektov ter prostora (ZGO in ZUreP), še posebej upoštevati naslednje pravilnike in zakone:

- Pravilnik o zahtevah za projektiranje brez grajenih ovir (Ur.l. RS, št. 92-4361/99, 97/2003);

- Pravilnik o minimalnih tehničnih pogojih za izvajanje storitev institucionalnega varstva starejših oseb, pomoči na domu in socialnega servisa (Ur.l. RS, št. 6/1999, 67/2006)-pri gradnji doma za starejše, varovanih stanovanj, hišnih skupnosti in stanovanjskih skupnosti;
- Pravilnik o minimalnih tehničnih pogojih za graditev stanovanjskih stavb in stanovanj (Ur.l. RS, št. 45/2000, 57/2000-popr., 12/2002, 125/2003, 10/ 2005-popr.);
- Smernice, ki so povzete po strokovnih navodilih, ki so bila objavljena v Strokovnem pravnem informatorju v letih 1999 in 2002 izdanega s strani FIRIS IMPERL & co. d.o.o.;
- Priročnik Načrtovanje in prilagajanje grajenega objekta v korist funkcionalno oviranim ljudem, Marija Vovk, Ljubljana 2000.

Funkcionalno mora imeti gospodinjstva skupnost naslednje tri prostorske sklope:

- skupne ali centralne prostore;
- gospodinjski del;
- individualne prostore;
- neposredni izhod na vrt, ki mora biti ograjen in ločen od ostalih.

Tako koncipirana arhitektura in urejenost zunanjega okolja zagotavlja oziroma omogoča stanovalcem:

- uresničevanje pravice do zasebnosti in intimnosti;
- izbiro do prostega, svobodnega in varnega gibanja;
- možnost izbire stanovalcem med skupinskim druženjem in umikom v zasebni prostor.

Mere in standardi, ki veljajo pri nas, so razvidne iz Pravilnika o minimalnih tehničnih pogojih za izvajanje storitev institucionalnega varstva starejših oseb, pomoči na domu in socialnega servisa (Ur.l. RS, št. 6/1999). Naši standardi, v primerjavi z nemškimi, opredeljujejo minimalne potrebne površine, zato bi bilo smiselno, da so odstopanja nad predpisanimi standardi prepuščena odločitvi investitorja.

Med skupne ali centralne prostore sodijo vsi prostori, ki so namenjeni skupni uporabi celotnega doma, oziroma vsem skupinam (dvema ali več). Gre za upravne in servisne prostore ter kotlovnico. K skupnim prostorom za gospodinjstva skupnosti lahko sodi skupna kopalnica z vsemi sanitarijami (za invalide in obiskovalce), ki pa mora biti locirana tako, da je za obe skupini enako dostopna. Izgradnja kopalnice za vsako skupnost je nesmotrna.

K gospodinjskemu delu sodijo: kuhinja z dnevno bivalnimi prostori in shrambami (gospodinjska shramba in shramba za hrano ter shramba za pripomočke). V gospodinjski skupnosti je omogočeno izvajanje vseh dejavnosti »na domu«, torej v gospodinjski skupnosti. Vsaka taka skupnost ima svoj osrednji centralni prostor, okoli katerega so nanizani stanovanjski prostori za stanovalce, z vsemi skupnimi prostori, ki so potrebni za izvajanje nege in oskrbe negibljivih, težko gibljivih ali drugače funkcionalno prizadetih ljudi ter oseb z demenco. Pri ljudeh z demenco je potrebno predvideti izhod na vrt, ki mora biti ograjen in ločen od ostalih.

Ostali prostori v gospodinjski skupnosti so namenjeni oskrbovalno-negovalnemu osebju za izvajanje oskrbe in nege stanovalcev (sestrska soba, sanitarije za zaposlene, izplakovalnica, pralnica in likalnica).

Individualni del tvorijo sobe za stanovalce, ki so eno ali dvoposteljne s predprostorom in sanitarijami s tušem, ki so prilagojene gibalno oviranim osebam. Sobe so razporejene okoli skupnega centralnega dela z jedilnico in kuhinjo oz. okoli interne komunikacijske povezave, ki predstavlja vez med posameznimi prostori.

Negovalci ali gospodinje, v posamezni gospodinski skupnosti, imajo svojo službeno sobo-prostor, kjer lahko izvajajo in organizirajo oskrbovalno/negovalno službo in vodijo dokumentacijo o stanovalcih. Ti prostori so locirani na sredi gospodinske skupnosti in niso fizično ločene od ostalih prostorov, temveč samo z opremo, da neprestano omogočajo pregled nad dogajanjem v skupini. Tukaj se shranjujejo zdravila in terapevtski material v zaklenjenih omaricah za dnevno potrebo, sprejemajo klici v sili, to je obenem prostor za nočno dežurstvo, pa vendar je oskrbovalno/negovalno osebje ves čas med stanovalci.

Vsaka skupna ima svoj prostor z manjšim pralnim strojem za perilo, s čimer se stanovalcem omogoča pranje lastnega perila (v smislu delovne terapije).

Pri oblikovanju prostih površin ni posebnih pravil, razen za dementne stanovalce, ki morajo imeti ograjen vrt, krožne poti, mehko tlakovane površine, brez trdnih zaključkov. Vrt, ki je namenjen ljudem z demenco mora biti lasten za vsako skupino posebej. Vsaka gospodinska skupnost namreč potrebuje svoje poti, ki bodo stanovalca usmerjale nazaj v njihovo »hišo«.

Ob poteh je potrebno predvideti veliko zanimivosti, ki pritegnejo stanovalce z demenco in so izvzete iz njihovega vsakdanjega okolja (ute za domače živali, avtobusno postajališče...)

Usmeritve so lahko samo informacija in orientacija pri graditvi sodobnejših domov (imenovanih tudi domovi četrte generacije.)

V naši sredini postavljamo nov okvir razumevanja oseb z demenco. Niso več strokovnjaki tisti, po katerih se ravna oseba z demenco, temveč se moramo mi z našo fleksibilnostjo ravnati empatično po njenem subjektivnem svetu, ki je specifičen in samo njen. Oseba z demenco je lahko partner različnim strokovnjakom. Sodobni koncept je zasnovan na raziskovanju življenja teh oseb.

Prostorski pogoji z opremo igrajo veliko vlogo, če ne celo največjo za izvedbo etične in strokovne obravnave v dnevni aktivnosti usmerjenih na uporabnika.

Potrebe uporabnika – osebe z demenco:

- oseba mora biti obravnavana oziroma vključena v življenje v manjšo skupino (8-12 oseb);
- individualni pristop s povečano pozornostjo (24 ur);
- oseba z demenco potrebuje več vzpodbud pri dnevni aktivnosti, ki jih še zmore in so ji poznane iz predhodnega aktivnega življenja;
- omogočiti ji moramo zgolj opazovanje, udeleževanje v procesih del in aktivnosti, ki jih še zmorejo in jih poznajo;
- dopolnjujemo jih v primanjkljaju kognitivnih funkcij in ne izhajamo iz medicinske diagnoze temveč iz dejstev kaj ta oseba še zmore sama postoriti.

Prostorski pogoji – novogradnja:

- izbrati najustreznejši projekt, ki temelji na podlagi dolgoletnih raziskav in študije poznavanja bodočega uporabnika, to je osebe z demenco;

- tip gradnje – smiselna je paviljonska gradnja glede na oblikovanje življenja uporabnika, kjer so možnosti namestitve v posamezni paviljon glede na stopnjo prizadetosti;
- pri načrtovanju objektov namenjenih osebam z demenco in funkcionalno oviranim osebam je potrebno upoštevati vso predpisano zakonodajo;
- najnovejši koncepti pri graditvi objektov naj sledijo konceptu normalizacije in naj se zgledujejo po življenju v družini;
- arhitektura mora spominjati na stanovanje. V domu ni več centralne oskrbe, aktivnosti se izvajajo v majhnih skupinah, ki se zgledujejo po običajnem gospodinjstvu. Potrebne negovalne dejavnosti ne prevladujejo nad individualnostjo stanovalcev. Take gospodinjske skupnosti lahko imenujemo tudi hišne skupnosti in so precej samostojne;
- funkcionalno mora imeti gospodinjska skupnost tri prostorske sklope:
 - a) skupne ali centralne prostore
 - b) gospodinjski del
 - c) Individualne prostore
 - d) Neposredno izhod na vrt, ki mora biti ograjen in ločen od ostalih;
- poleg stavbnega zemljišča, funkcionalnega zemljišča, ki ga sestavljajo komunikacijske površine (dostopi, dovozi, parkirišča) in gospodarskega dvorišča, moramo nameniti večjo prostornino urejenim zelenim površinam, vrtovom, parkom z nasadi avtohtonih rastlin, zeliščnimi kotički, zaraslimi kotički za obiranje plevela, kotički za počivanje z ležalniki ali kovinskimi posteljami, kjer si oseba sama izbere želeni prostor in sama poišče svoj zasebni mir;
- okolje naj bo povezano s tlakovanimi potkami, ki se združujejo v isto zaokroženo celoto;
- pestrost okolja naj poživi voda, vodomet ali umetno narejen potoček;
- v zunanji prostor naj bodo nameščene tudi sanitarije, ki so povezane s tekočo vodo oziroma vodno pipo na prostem;
- ne smemo pozabiti na del urejenega otroškega igrišča, ki se ga poslužujejo otroci na obisku ali gostujoče skupine otrok;
- popolnost okolju dajo živali (kuža, ptice pevke, drobnica ali celo poniji s svojimi zavetišči...);
- vsa dejavnost se odvija v kvadratu ali krogu z namenom, da se oseba z demenco vedno vrača na izhodno lokacijo;
- sobe naj bodo zasnovane v pritličju, po možnosti opremljene z lastnimi predmeti uporabnika, vsaj s posameznim elementom pohištva kot poznani dodatek;
- izhodi iz sob naj prosto vodijo na omenjeno zeleno površino, ki naj bo ločena od hrupne komunikacijske poti;
- sodobni koncept naj bi vseboval tako imenovane počitniške sobe, ki imajo dvojno vlogo: zapolnijo se v času dopustovanja svojcev ali se jih poslužujejo oddaljeni svojci v želji, da preživijo več dni ob svojcu, ki je nameščen na oddelku z demenco;
- sodobni koncepti so enoposteljne sobe, ki so povezane s središčem dogajanja znotraj hiše to je bivalno enoto – **kuhinjo** in je pomemben osrednji življenjski prostor z vsemi povezanimi spremljajočimi prostori, ki so zasnovani v krogu ali kvadratu, in so:
 - a) **dnevna soba**, kjer so počivališča (fotelji, sedežna garnitura, tv, radio sprejemnik, telefon),
 - b) **kotiček za branje** (brskanje po revijah, pisanje pisem, reševanje križank...),
 - c) **kotiček z ročnimi deli**, kjer je nameščen šivalni stroj, pribor za šivanje, se nadaljuje v
 - d) **glasbeni prostor**, ki je opremljen z nekaj starimi inštrumenti,
 - e) **lepotilni kotiček** z kozmetiko in velikimi ogledali, glavnikom

- f) v zasnovani gospodinjski skupnosti je še **priročna pralnica** s strojno opremo (pralni in sušilni stroji), z možnostjo ročnega pranja, obešanja perila, pa tudi zlaganja in likanja
- g) v sklop gospodinjskega dela sodi tudi prostor namenjen **higieni bivalnega okolja**, kjer so nameščeni sesalniki, omela, razne krpe;
- osrednja kuhinja naj bi vsebovala tudi izvlečno, mobilno kuhinjo, ki se približa uporabnikom glede na velikost skupine, naj si bo v park ali druge dele oddelka;
- v osrednjem prostoru naj bo urejen tudi kotiček za verske obrede;
- svetila naj bodo nameščena na stenah (in ne na stropu), tako da snop svetlobe osvetljuje pot, ki jih istočasno usmerja skozi vsa naštetá mesta aktivnosti;
- vsa oprema mora biti varna glede tveganja izlitja vode, varnosti električne napeljave ter omogočati samodejni avtomatski izklop.

Možne adaptacije v obstoječih starejših zavodih:

Pri adaptaciji starejših zavodov se moramo približati novejšim konceptom in tako dati prednosti funkciji in ne obliki.

Starejše domove z utesnjenimi prostori, ozkimi in dolgimi hodniki, z velikim številom več posteljnih sob (tri, štiri ali celo več), ki so se gradili po vzorcu bolnišnic, je težko a vendar mogoče adaptirati in se približati normalizaciji življenja v domačem okolju.

Sodobni koncepti dela narekujejo sprotne in postopne adaptacije bivalnih prostorov, opreme in tudi kadrovske dopolnitve.

Možne adaptacije:

- oddelki za osebe z demenco morajo biti locirani v pritličju z možnostjo prostega izhoda v naravno okolje, ki je omejeno s toplo vertikalno leseno postavitvijo ograje v predpisani višini in s predpisanimi razmaki letev;
- v kolikor to ni možno, namestimo oddelek za osebe z demenco v nadstropju, kjer so izhodne terase in jih je možno opremiti tako, da je stik z zunanjim svetom čim bolj naraven;
- izhodne terase se uredijo s premičnimi pregradami, opremiti se jih s premičnimi gredicami na kolesih, prav tako z nasadi zelišč, okrasnega avtohtonega cvetja, ki so prestavljive od uporabnika do uporabnika;
- več posteljne sobe je potrebno postopoma zmanjšati in jih preurediti v eno ali največ dvo posteljne sobe;
- z zmanjšanjem sob smo pridobili možnost za razširitev dolgih predvsem pa ozkih in temnih hodnikov, kjer lahko umestimo bivalno kuhinjo s spremljajočimi prostori (lahko zgolj z opremo), kot so počivalni kotiček z možnostjo opazovanja dnevnega dogajanja, kotiček za ročne spretnosti, likanje, šivanje, vezenje, zlaganje...;
- dolge hodnike, na katere vodijo vse poti iz številnih več posteljnih sob, lahko popestrimo z vmesno večkratno razširitvijo bivalnih otokov. S tem bomo lahko pridobili več dnevnih prostorov za 8 – 12 uporabnikov. Tako imamo možnost razvrstitve oseb glede na stopnjo prizadetosti v prvo, drugo ali tretjo gospodinjsko skupnost;
- obenem nam taka adaptacija hodnika z vmesnimi bivalnimi otoki omogoča medsebojno povezavo in uporabo določenih rekvizitov pri izvajanju dnevnih aktivnosti kot so uporaba prenosne kahalne plošče, pečice, delovnega pulta;

- selitve oseb iz 1, 2 ali 3 gospodinske skupine glede na stopnjo prizadetosti nam v tem primeru ne povzroča težav;
- aktivnosti naj potekajo v krogu skupine (večje družine), ki deluje po modelu psihosocialne animacije, kjer se povezuje multi-disciplinarni tim, ki ne daje prednosti posameznim strokam, temveč daje prednost potrebam ljudi z demenco. Ni poudarka v funkcijskem delu (kot so funkcija fizioterapije, delovne terapije, zdravstvene nege, prehrane...), temveč se storitve prepletajo ob konstantnosti zaposlenega kadra v enoti;
- aktivnosti, ki so pogojene s stalno selitvijo oseb z demenco v druge, za to urejene prostore, uporabnike begajo, jih spravljajo v negotovost, v agresijo, uporništvu, kjer so v to situacijo siljene;
- vzpostavljen je stik z ljudmi izven doma; gre za nadgradnjo kvalitete življenja, kot so ogledi kino predstav, obisk gledališč, piknikov... in gre za postopke socializacije in kontaktne navezanosti, kjer nam taka selitev lahko poda oceno o napredovanju ali stagnaciji demence;
- sobe uporabnikov oseb z demenco morajo biti odprte, da ima oseba možnost umika v zasebnost, ko to želi;
- vse preureditve naj bodo montažne izvedbe z možnostjo hitrih sprememb in prilagoditve ter finančno vzdržne;
- oprema mora biti prestavljiva tako, da jo je možno premeščati in uporabiti za zelene aktivnosti tudi v drugih delih zavoda;
- vse dnevne aktivnosti naj potekajo enako in vsakodnevno, le udeležba na njih bo različna, kar je pogojeno s počutjem posameznika;
- vse naj poteka brez prisile, potrebne so samo vzpodbude;
- komunikacija je zelo pomembna (ne uporabljamo besede **zakaj ne?**, temveč le **kdaj?**, **kako?**, **kje?**);
- v skupinah se dnevno odvijajo treningi za ohranitev kognitivnih funkcij s preprostimi vsebinami, ki so ljudem poznane iz aktivnega življenja, in prav slednje vodijo uporabnika k ohranjanju teh funkcij in stabilnosti demence (prostorska naravnost, krajevna usmerjenost, razpoznavanje predmetov, orientacija v prostoru, kraju in času, spoznavanje lastne identitete, presoje, izražanje govora, sposobnosti izražanja mišljenja, obvladovanja čustev);
- vse aktivnosti vodijo k zmanjšanju napetosti, nezaupljivosti, sumničavosti, jeze in obtoževanja.

Tveganja so sprejeta kot del realne možnosti in vedno tehtamo kakšne odločitve bomo sprejeli. Čeprav je tveganje ena od prvinskih določil modernega človeka, je lahko za njim velik neuspeh. Tveganje nas mora opozoriti, da zaradi posameznikov in njihovih želja posledice lahko trpi nekdo drugi. Zato moramo preprečiti, da bi nekdo drugi utrpel škodo. Delovati moramo v smeri varovanja osebe z demenco.

V središču pozornosti dela s stanovalci z demenco sta načeli stabilnosti in fleksibilnosti. Prvo pomeni stalno, ponavljajoče in ritualizirano delo s stanovalci. Pomembno je zagotoviti čim večjo stalnost kadra v VO in OPP, ki omogoča stanovalcem vzpostaviti odnos zaupanja in povezanosti z oskrbnim oz. negovalnim osebjem. Zaradi preventive izgorelosti, preobremenjenosti in izčrpanosti pa je smiselna rotacija negovalnega osebja, ki stalno neposredno dela s stanovalci z demenco. Ta pa naj ne bi bila pogostejša kot na eno leto. Fleksibilnost pa je potrebna in se kaže v dnevnem planiranju in izvajanju programa, saj se je potrebno sproti odzivati na dnevno kondicijo posameznikov in na tej podlagi izbirati in prilagajati dnevne aktivnosti.

II. DEL

VELJAVNE PRAVNE PODLAGE ZA STANDARDE IN NORMATIVE ZA DELO Z OSEBAMI Z DEMENCO

1. **Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev** (Ur.l.RS, 45/2010); določa štiri skupine upravičencev do socialnovarstvene storitve »institucionalno varstvo starejših«, med njimi osebe z demenco:

- (1) Osebe, ki zaradi starosti ali drugih razlogov, ki spremljajo starost, niso sposobne za popolnoma samostojno življenje in potrebujejo manjši obseg neposredne osebne pomoči,
- (2) Osebe z zmernimi starostnimi in zdravstvenimi težavami, ki potrebujejo večji obseg neposredne osebne pomoči,
- (3) Osebe z najzahtevnejšimi starostnimi in zdravstvenimi težavami, ki v celoti potrebujejo neposredno osebno pomoč,
- (4) **Osebe z zahtevnejšimi dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju, ki zaradi starostne demence ali sorodnih stanj potrebujejo delno ali popolno osebno pomoč in nadzor.**

Za izvajanje institucionalnega varstva za starejše pravilnik opredeljuje strokovne in kadrovske zahteve za izvajanje storitev v okviru naslednjih nalog:

- Osnovna oskrba (bivanje, organiziranje prehrane in tehnična oskrba)
- Socialna oskrba (varstvo in posebne oblike varstva)
- Poslovanje (administracija, finance, vodenje).

Po normativu je za četrto (4) skupino upravičencev (demenca) za naloge socialne oskrbe določeno 1 delovno mesto na 6 oseb (izbira med oskrbovalko, gospodinjo-oskrbovalko, varuhinjo, delovnim inštruktorjem ali animatorjem je prepuščena izvajalcem) in 1 socialni delavec na 66 oseb.

Isti pravilnik ob soglasju ministrstva omogoča 10 % preseganje delovnega normativa pri izvajalskih organizacijah, ki izvajajo dejavnost po posebnih konceptih in metodah dela (npr. domovi četrte generacije) ali imajo specifično strukturo uporabnikov.

Osebe z demenco so lahko v teh zavodih obravnavane tudi v drugih oblikah organiziranega varstva (gospodinjska skupnost ...). V teh primerih se uporabljajo standardi in normativi, ki so predpisani za varovane oddelke:

- največ 12 vključenih oseb;
- delovni normativ se poveča za 0,17 delovnega mesta na osebo.

2. **Pravilnik o kadrovskih, tehničnih in prostorskih pogojih za izvajanje nalog na področju duševnega zdravja za izvajalce institucionalnega varstva ter centre za socialno delo ter o postopku njihove verifikacije** (Ur.l.RS, 97/2009);

Podlaga za pravilnik je Zakon o duševnem zdravju. Varovani oddelek je oddelek v socialnovarstvenem zavodu, kjer so stanovalci zaradi svojih potreb, povezanih s težavami v duševnem zdravju, nepretrgoma deležni posebne zaščite in varstva ter oddelka oziroma zavoda ne morejo zapustiti po lastni volji. Varovani oddelki so možni tudi za osebe z demenco v domovih za starejše, ostali oddelki se nanašajo na posebne socialnovarstvene zavode.

Vrste varovanih oddelkov:

- (1) varovani oddelek za osebe s težavami v duševnem zdravju,
- (2) varovani oddelek za osebe z več motnjami (težave v duševnem razvoju in dolgotrajne težave v duševnem zdravju) in
- (3) varovani oddelek za osebe, ki zaradi starostne demence ali sorodnih stanj potrebujejo delno ali popolno osebno pomoč in nadzor.**

V varovani oddelek zavoda je lahko sprejeta le oseba, ki izpolnjuje tudi splošne pogoje za sprejem v tak zavod, vključenih je lahko največ 12 oseb; delovni normativ se poveča za 0,17 delovnega mesta na osebo.

Oddelek mora imeti poleg ostalih prostorov, predpisanih za institucionalno varstvo, še:

- prostor za izvajanje posebnih varovalnih ukrepov,
- prostor za sproščanje napetosti, prostor za kajenje.

Prostor za izvajanje posebnih varovalnih ukrepov in prostor za sproščanje napetosti v varovanem oddelku za osebe z demenco nista obvezna.

Izvajalci morajo za varovane oddelke pridobiti verifikacijo, ki jo na podlagi ugotovitev posebne komisije o izpolnjevanju predpisanih pogojev izda minister.

3. **Pravilnik o minimalnih tehničnih zahtevah za izvajalce socialnovarstvenih storitev** (Ur.l.RS, 67/2006);

Poleg minimalnih zahtev o potrebnih prostorih, bivalnem standardu (eno in dvoposteljne sobe) in površinah prostorov, ki veljajo za domove za starejše oz. druge izvajalce institucionalnega varstva, določa posebnosti zahtev za bivalno enoto oseb z demenco.

Bivalna enota za starejše je določena z največ 20 mesti, za osebe z demenco in sorodnimi stanji pa ima lahko največ 12 stanovalcev v enoposteljnih in dvoposteljnih sobah, ki morajo biti opremljene s sanitarijami. Enota mora imeti še večnamenski prostor s čajno kuhinjo s površino ob horizontalnih komunikacijah v smislu počivalnih separejev, negovalno kopalnico, shrambo za čisto perilo in prostor za čistila ter umazano perilo.

Enota mora biti nameščena tako, da je omogočena neposredna povezava z zelenimi površinami urejene okolice.

KADROVSKI NORMATIVI ZA OSEBE Z DEMENCO V DOMOVIH ZA STAREJŠE

Veljavne delovne normative za domove za starejše urejata področji

1. **socialnega varstva**

- **za štiri kategorije oskrbe** s Pravilnikom o standardih in normativih socialno varstvenih storitev (2010); Priloga 1 - za upravičence v intitucionalnem varstvu; predpis pristojnega ministra;

2. **zdravstva**

- **za tri kategorije zdravstvenih storitev**, s Splošnim dogovorom (partnerjev) za leto 2011, Priloga SVZ II/e-2a, 1. Normativ dela storitev »dan zdravstvene nege« v domovih za starejše in posebnih socialnovarstvenih zavodih (tip A, B in C); storitve obsegajo zdravstveno nego in rehabilitacijo; izjemoma je mogoča tudi storitev »dan najzahtevnejše nege IV«, ki nima posebnega kadrovskega normativa;
- **za izvajanje osnovnega zdravljenja oskrbovancev** s Splošnim dogovorom (partnerjev) za leto 2011, 3. člen in Priloga I, (obseg in standard zdravniške ekipe za ambulantno v socialnovarstvenem zavodu); izvajajo ga izvajalci osnovnega zdravljenja.

Socialnovarstveni kadrovski normativi so se začeli oblikovati na ravni Slovenije v 70-letih. Pravilnik na podlagi zakona o socialnem varstvu je bil prvič uveljavljen 1996, dopolnjen 2004

(uvedena IV. kategorija oskrbe za osebe z demenco), nov izdan 2010. **Opredeljene so posebnosti za oskrbo oseb z demenco.**

Zdravstveni normativi so bili na ravni Slovenije prvič opredeljeni leta 1982, na sedanji ravni opredeljeni 1992 leta s prvim Splošnim dogovorom in Področnim dogovorom za socialnovarstvene zavode (1994). Od leta 1999 so za kalkulatívne potrebe (izračun cene) začasno znižani za 1,3%. **Posebnosti zdravljenja, zdravstvene nege in rehabilitacije oseb z demenco niso opredeljene kot posebna kategorija.**

Demenca je eden od kriterijev, na podlagi katerih je oskrbovanec socialnovarstvenega zavoda lahko upravičen do storitev zdravstvene nege (kategorija II ali III), ki pa ga nadzorni zdravniki ZZZS pogosto zavračajo.

Kadrovski normativi za bivalno enoto 12 oseb po kategorijah oskrbe					
	OSKRBA I	OSKRBA II	OSKRBA III	OSKRBA IV	Varovani oddelki
SOCIALNOVARSTVENI NORMATIV					
Naloge:					
osnovna oskrba (bivanje, prehrana, tehnična oskrba)	1,76	2,03	2,28	2,08	2,08
socialna oskrba (varstvo in posebne oblike varstva)	0,07	0,07	0,07	2,18	4,22
uprava in vodenje	0,14	0,14	0,14	0,14	0,14
Skupaj socialnovarstveni normativ	1,96	2,23	2,49	4,40	6,44
ZDRAVSTVENI NORMATIV *					
Naloge:					
zdravstvena nega (DMS, SMS)	1,17	1,17	1,17	1,17	1,17
fizična pomoč in oskrba (bolničar-negovalec, strežnica)	1,41	1,41	1,41	1,41	1,41
rehabilitacija (FT, DT)	0,16	0,16	0,16	0,16	0,16
pogodbeni zdravnik specialist	0,005	0,005	0,005	0,005	0,005
Skupaj zdravstveni normativ	2,74	2,74	2,74	2,74	2,74
SKUPAJ DELOVNIH MEST	4,70	4,97	5,22	7,13	9,17
DELEŽ ZDRAVNIŠKE EKIPE ZA 12 MEST (za vsako kategorijo)	0,4				

* Predpostavke za izračun kadra po zdravstvenem normativu:

- da so vsi iz vseh kategorij upravičeni tudi do zdravstvenih storitev
- vsaki kategoriji je dodano enako število delovnih mest, izračunano po strukturi povprečne realizacije zdravstvene nege (I,II,III) domov za starejše 2010

Osnova za izračun delovnih mest, normiranih na institucijo, je dom z 200 mesti !

Celotna zdravniška ekipa je normirana na 302,8 oskrbovancev, zagotavlja jo izvajalec zdravljenja.

OBLIKOVANJE CEN STORITEV ZA OSEBE Z DEMENCO V DOMOVIH ZA STAREJŠE

Oblikovanje in določanje cen oskrbe izvajalcev institucionalnega varstva starejših ureja **Pravilnik o metodologiji za oblikovanje cen socialnovarstvenih storitev (Ur.l.RS, 87/2006 s spremembami in dopolnitvami)**

Pravilnik določa posebnosti oblikovanja cene storitve institucionalnega varstva v domovih za starejše, ki so določene kot kategorije oskrbe I-IV. Ceno za oskrbo dementskih oseb kot kategorijo oskrbe IV izvajalec oblikuje v primeru, ko ima vzpostavljen poseben oddelek za dementsne osebe.

Cene domovi oblikujejo na podlagi standardov in normativov ter vsakoletnega sklepa pristojnega ministra o standardu povprečne plače in stroškov oskrbe; praviloma se usklajujejo enkrat letno 1. februarja, pod določenimi pogoji se lahko usklajujejo tudi medletno. Cene določi svet zavoda, potrebno je soglasje pristojnega ministrstva.

Cene oskrbe se določijo na enoto storitve »oskrbni dan« in na ravni standardne dvoposteljne sobe. Za nadstandardne pogoje bivanja in storitve domovi zaračunavajo dodatke, zaradi podstandardnih bivalnih pogojev se cena zniža.

Kategorizacijo uporabnikov po zahtevnosti oskrbe določa izvajalec.

Veljaven način oblikovanja cen določa, da:

- izračun cene oskrbe I temelji na predpisanem kadrovskem, tehničnem in stroškovnem standardu ter stroških izvajalca,
- se cene oskrbe II, IIIa in IIIb določijo tako, da se cena oskrbe 1 poveča za vrednost veljavnih vrednosti dodatka za pomoč in postrežbo,
- izračun cene oskrbe IV za osebe z demenco temelji na predpisanem kadrovskem, tehničnem in stroškovnem standardu ter stroških izvajalca; cena se določi na način, kot velja za ceno oskrbe 1 za odrasle osebe s posebnimi potrebami (normativ in standard stroškov).

Tabela 1 – PRIMER CENE OSKRBE PO VELJAVNI METODOLOGIJI

Kategorija	DELOVNI NORMATIV	Osnova - cena oskrbe I po standardu in normativu 2011	Oskrba I povečana za dodatek ZPIZ	CENA - RAZMERJE	
OSKRBA I	0,158	16,57	-	16,57	1
OSKRBA II	0,180	16,57	4,75	21,32	1,29
OSKRBA IIIa	0,201	16,57	9,49	26,07	1,57
OSKRBA IIIb		16,57	13,56	30,14	1,82
OSKRBA IV	0,238	25,22	-	25,22	1,52

Za izračun primera so uporabljene naslednje podlage in izhodišča:

Pravilnik o standardih in normativih SV storitev, Ur. RS 45/2010, Priloga - Kadrovski normativi

Sklep o določitvi standarda ..." 2011 - Url RS, 6/2011, 28.1.2011

Sklep o usklajenih višinah transferjev ... od 1. julija 2010, Url RS, 56/2010, Url RS, 3/2011

Znesek stroškov materiala in storitev je enak za vse kategorije oskrbe.

Znesek amortizacije in investicijskega vzdrževanja za oskrbo I je maksimiran glede na delež, ki ga dopušča metodologija; za ostale kategorije oskrbe je enak.

Za izračun kadra, ki je normiran na izvajalca, je uporabljen primer DSO z 200 mesti.

Za izračun stroška dela za oskrbo IV je uporabljen delovni normativ v celoti.

GENERALNI DIREKTOR
Davor DOMINKUŠ

