

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Kaja Habjanič

Demenca z vidika strokovnega kadra v Domu upokojencev Domžale

Diplomsko delo

Ljubljana, 2017

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Kaja Habjanič

Mentorica: prof. dr. Valentina Hlebec

Demenca z vidika strokovnega kadra v Domu upokojencev Domžale

Diplomsko delo

Ljubljana, 2017

ZAHVALA

Iskreno se zahvaljujem svoji mentorici prof. dr. Valentini Hlebec za vso pomoč pri izdelavi naloge in čas, ki mi ga je posvetila.

Iskrena hvala mamici in atiju, ki sta me vedno nesebično podpirala in mi nudila finančno stabilnost v času mojih študijskih dni. Hvala, ker sta mi bila s svojimi dosežki v življenju vedno v zgled in pomoč pri doseganju mojih ciljev. Hvala, ker sta svetilnik na morju mojega življenja, ki vedno poskrbi, da se počutim varno in ljubljeno.

In hvala tudi tebi, Muhamed. Ker me s svojo brezpogojno ljubeznijo vedno nesebično podpiraš. Hvala, ker verjameš vame v trenutkih, ko sama tega ne zmorem. Hvala, ker me vedno opomniš o mojih zmožnostih in mi vlivaš potrebno motivacijo za nadaljnje učenje.

Demenca z vidika strokovnega kadra v Domu upokojencev Domžale

Demenca je duševna motnja, za katero v povprečju zbolí vsak deseti Slovenec po 65. letu starosti. Gre za bolezen, ki vodi do motenj v delovnem in socialnem funkcioniranju. Glede na dejstvo, da je varstvo starejših ljudi v Sloveniji izrazito institucionalizirano, sem se odločila, da bom z izdelavo diplomskega dela skušala prikazati demenco z vidika strokovnega kadra v Domu upokojencev Domžale. V raziskavi sem skušala prikazati, kako poteka delo s starejšimi, ki so obboleli za demenco, znotraj doma upokojencev. Iz vidika zaposlenih je prikazan tudi odnos med stanovalci, ki so obboleli z demenco in ostalimi stanovalci, ki niso obboleli z demenco. Prav tako sem skušala zajeti izzive, probleme in težave, s katerimi se soočajo strokovni delavci pri delu s starejšimi, ki so obboleli za demenco, in njihovimi svojci. V raziskavi je z vidika zaposlenih predstavljen tudi eden od modelov institucionalne oskrbe stanovalcev, obbolelih za demenco. Naloga zajema tudi prednosti in slabosti obstoječega modela oskrbe teh stanovalcev in predlagane spremembe.

Ključne besede: demenca, stari ljudje, institucionalno varstvo starejših

Dementia in terms of professional staff in the retirement home Domžale

Dementia is a mental disorder, that averagely affects every tenth Slovene, after 65 years of age. It is a disease that leads to disorders in labor and social functioning. Considering the fact that the care of older people in Slovenia is highly institutionalized, I decided to try to present a dementia from aspect of a professional staff at a Pensioners' Home in Domžale. In my research, I tried to show how working with elderly people who suffer from dementia within the home of retirees is organized. From the perspective of employees is also presented relationship between residents who have dementia and others residents. Likewise, I have tried to capture the challenges and problems faced by professional workers at working with elderly people who have dementia and working with their relatives. In the research, one of the models of institutional care for dementia residents is also presented from the perspective of employees. The research also covers the advantages and disadvantages of the existing model of care for dementia-affected people and proposed changes.

Key words: dementia, elderly, institutional care for the elderly

Kazalo vsebine

1 UVOD	6
2 TEORETIČNI DEL	7
2.1 STAROST IN STARANJE.....	7
2.1.1 Raziskovanje starosti.....	8
2.2 INSTITUCIONALNO VARSTVO STAREJŠIH.....	9
2.3 DEMENCA	11
2.3.1 Oskrba oseb z demenco znotraj domov za starejše ljudi	13
2.3.2 Socialno delo in demenca znotraj domov za starejše ljudi	14
3 EMPIRIČNI DEL	15
3.1 OPREDELITEV PROBLEMA.....	15
3.2 METODOLOGIJA	16
3.2.1 Vrsta raziskave	16
3.2.2 Merski instrumenti in viri podatkov	16
3.2.3 Prikaz intervjujev	17
3.2.4 Vzorec	19
3.2.5 Zbiranje podatkov	19
4 ANALIZA INTERVJUJEV	20
4.1 REZULTATI.....	20
5 SKLEP	31
6 LITERATURA.....	34
PRILOGA A: Obdelava gradiva	36

1 UVOD

Z Domom upokojencev Domžale sem se prvič srečala kot osemletnica, ko se je tam kot višja medicinska sestra zaposlila moja mama. V domu je zaposlena že več kot 15 let in ima bogat nabor strokovnih izkušenj pri delu s starejšimi.

Med tednom sem mamó v službi obiskovala vsak dan po šoli. Tako so bili oskrbovanci doma del mojega življenja skozi celotno osnovno šolo. Oskrbovanci so se z mano, medtem ko sem pri recepciji čakala mamó, rade volje pogovarjali. Več let me je ogovaljala tudi gospa Cerar. Gospa se je z mano pogovarjala vsaj enkrat tedensko. Pogosto me je vprašala, kako mi je ime, kljub temu da sem se ji že večkrat predstavila. Redko pa si je zapomnila, da sem hčerka sestre Ticijane. Ob določenih dneh me je gospa prepoznala in točno vedela, o čem sva govorili včeraj ali nekaj dni nazaj. Pogosto pa je bila situacija popolnoma drugačna. Gospa ni vedela, kdo sem, in se je obnašala, kot da me vidi prvič.

Kot otroku se mi je zdela njena zmedenost in pozabljivost čudna. Odločila sem se, da mamó vprašam za razlago. Moje mame obnašanje gospe Cerarjeve ni niti malo presenetilo. Mamina razlaga pa je bila čisto kratka: »Gospa si ne zapomni, ker je dementna.«

Skozi leta sem sama prišla do zaključka, da gospa Cerar ni bila osamljen primer za demenco obolele osebe znotraj doma. Opazila sem, da je oskrbovancev, obolelih za demenco, v domu veliko. Mama mi je povedala, da za bolezen ne obstaja zdravilo. Od takrat naprej me je vedno zanimalo, kako lahko zaposleni v domu pomagajo tistim, ki so zboleli za demenco.

V ta namen sem se odločila napisati diplomsko nalogo na temo dementnosti. Zanima me vidik, ki ga imajo predstavniki različnih strokovnih kadrov Doma upokojencev Domžale na demenco. Skozi teorijo bom predstavila staranje in različne teoretske vidike starosti. Predstavila bom tudi značilnosti institucionalnega varstva pri nas. V teoretičnem delu bom predstavila demenco, bolezen, s katero se stari ljudje pogosto srečujejo. Glavni cilj mojega diplomskega dela je skozi kvalitativno raziskavo, ki bo zajemala štiri strokovne delavce Doma upokojencev Domžale, ugotoviti, s kakšnimi izzivi, problemi, težavami se zaposleni soočajo pri delu z osebami, obolelimi za demenco, in na kakšen način so usposobljeni za delo z njimi.

2 TEORETIČNI DEL

2.1 STAROST IN STARANJE

»Z vidika mladosti je življenje neskončno dolga prihodnost; z vidika starosti je zelo kratka preteklost. Treba se je postarati, se pravi dolgo živeti, da spoznaš, kako kratko je življenje.« (Schopenhauer v Mlinar 2010, 111)

Staranje je preplet bioloških, psiholoških in socialnokulturnih procesov ter se začne že ob rojstvu. Gre za individualni proces, ki traja skozi celotno življenje vsakega posameznika, od njegovega rojstva pa do smrti. Vsak posameznik doživlja in zaznava proces staranja drugače. Starost, ki jo najpogosteje določamo glede na letnico rojstva, imenujemo kronološka starost. Kronološko starost posameznika merimo z leti in nanjo nimamo možnosti vpliva. Ljudi označimo za stare, ko dosežejo obdobje po 65. letu starosti. To obdobje imenujemo tretje življenjsko obdobje. Gre za obdobje, ki traja približno do 80. oziroma 85. leta starosti. V tretjem življenjskem obdobju so stari ljudje relativno zdravi in imajo veliko časa zase in svoje hobije. Po 85. letu starosti govorimo o četrtem življenjskem obdobju. Stari ljudje v tem obdobju se soočajo z večjimi zdravstvenimi težavami, so manj mobilni in potrebujejo večjo pomoč pri negi. (Filipovič Hrast in Hlebec 2015a, 12–14)

S strokovnega vidika je starost posameznika pojem, ki je v teoriji opredeljen kot biološka, psihološka in družbenokulturna starost.

»Biološka starost je starost, povezana z biološkim delovanjem telesa, s telesnimi funkcijami in celičnimi procesi. Pove nam, kje se posameznik relativno nahaja glede na maksimalno število let, ki jih lahko doživi. Povežemo jo lahko deloma tudi z zdravjem in torej »pričakovanim« pešanjem telesnih funkcij in psihofizičnih sposobnosti v starosti.« (Filipovič Hrast in Hlebec 2015b, 13)

»Psihološka starost se nanaša na delovanje psiholoških sposobnosti, ki jih ljudje uporabljajo pri prilagajanju spreminjajočim se zahtevam okolja. To so spomin, inteligenca, čustva, motivacije in veščine, ki vzdržujejo samozavest in samonadzor. Veliko predstav o upadanju psiholoških funkcij je zmotnih in izražajo bolj laične predstave kot pa dejanske spremembe.« (Filipovič Hrast in Hlebec 2015c, 13)

Družbenokulturna starost je definicija starosti, ki se navezuje na pričakovanja, kakšno bi moralo biti obnašanje posameznika v določenem življenjskem obdobju, da bi bilo družbeno sprejemljivo. Od vsakega posameznika se pričakuje, da se bo vedel družbeno primerno glede na svojo starost. Družbenokulturno starost merimo z opazovanjem navad, načina oblačenja, osebnega stila in načina govorjenja. Starost posameznika ocenimo glede na to, do katere mere je njegovo obnašanje v skladu z obnašanjem in navadami ljudi njegove starosti v družbi. (Filipovič Hrast in Hlebec 2015č, 14)

Kakovost razmer v življenju posameznika in dednost vplivata na to, kako hitro se posameznik stara. Staranje pospešujejo naslednji dejavniki: nezdrav način življenja (slaba prehrana, premalo gibanja), škodljive razvade, prenaporna služba, mestno življenje, vroče in hkrati vlažno podnebje. V določeni meri lahko vplivamo na biološko in psihološko staranje. Z aktivnim in zdravim načinom življenja, duševno stabilnostjo in kakovostnim sožitjem skozi vsa življenjska obdobja lahko proces biološkega in psihološkega staranja uspešno zaviramo. (Ramovš 2014, 45)

2.1.1 Raziskovanje starosti

O načrtnem raziskovanju starosti ne moremo govoriti do konca prve svetovne vojne. Prvi mejnik v načrtnem raziskovanju starosti predstavlja leto 1928, ko je bil na stanfordski univerzi v ZDA ustanovljen prvi institut za proučevanje problemov staranja. Od takrat velja, da je gerontologija znanost ali veda, ki proučuje pogoje in vzroke staranja, prav tako pa tudi doživljanja in spremembe vedenja, ki jih lahko povežemo s starostjo. (Požarnik 1981a, 6)

Osnove geriatrije, gerontologije in socialne gerontologije je v Sloveniji postavil prof. dr. Bojan Accetto. Inštitut za gerontologijo in geriatrijo je ustanovil leta 1966. Ena njegovih ključnih ugotovitev je ta, da starostniki boleajo za več boleznimi hkrati, zaradi česar potrebujejo zahtevnejšo zdravstveno obravnavo. Poudarjal je pomembnost, da so starostniki enako pomembno obravnavani kot drugi pacienti. (Kapun Milavec 2011, 6)

Leta 1989 je Inštitut za gerontologijo in geriatrijo spremenil svojo dejavnosti in postal klinika za žilne bolezni. To je pomenilo konec raziskovanja in izobraževanja na področju starosti znotraj omenjenega inštituta. Na področju gerontologije so se pojavili novi premiki leta 1992, ko je bil ustanovljen Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje. Društvo deluje še danes. Gre za edino društvo pri nas, ki celostno zajema preučevanje in

raziskovanje gerontologije. Kakovostna starost je edina znanstveno-strokovna revija na področju gerontologije pri nas. V sklopu društva redno izhaja že od leta 1998. (Vusilović 2009, 64)

2.2 INSTITUCIONALNO VARSTVO STAREJŠIH

Požarnik pravi (1981b, 139–141), da je družba v preteklosti imela do starih ljudi tako imenovan dvojen odnos. Do starih ljudi so bila okrutna nekatera primitivna ljudstva, še posebej, če so trpela pomanjkanje. V nekaterih kulturah pa so stare ljudi cenili. Cenili so jih prav zaradi njihovih izkušenj in življenjske modrosti. Starost pa so cenili tudi zaradi njene redkosti. Cenili so predvsem tiste stare ljudi, ki so imeli veliko znanja, lastnine, moči in ugleden družbeni položaj. Betežni in revni stari ljudje pa so veljali za breme in bili vsem v napoto. V preteklosti so stari ljudje večinoma živeli doma ali pa v bolnišnicah, raznih dobrodelnih zavodih in azilih. Na Kitajskem, Indiji in nekaterih arabskih državah so obstajali azili za starejše že pred našim štetjem. V srednjem veku so bili azili za stare ljudi v večini primerov združeni skupaj s samostani ali bolnišnicami. V 13. stoletju so se pri nas prvič pojavili t. i. zavodi za neozdravljive bolnike, ki so bili v prvi vrsti namenjeni starim ljudem. Prvi zavod pri nas je ustanovil nemški viteški red v Ljubljani. V 14. in 15. stoletju so se tako pri nas kot drugod po Evropi pojavili razni »špitali«. Prvi »špital« na slovenskem ozemlju je bil zgrajen leta 1345 v Ljubljani. Sorodne ustanove, ki so bile namenjene stalni oskrbi starejših, so se pojavile tudi v Metliki, Novem mestu, Škofji Loki, Kranju in drugje po Sloveniji. Prvi zakon »The poor Law Relief Act«, ki objavlja dolžnost države, da skrbi za nemočne in ostarele, je bil sprejet v Angliji leta 1601. V 17. stoletju so se azili po Evropi ločili od bolnišnic, v istem času pa so se uvedle hiralnice in ubožnice. Ravno ta sprememba je predstavljala velik napredek pri skrbi za stare ljudi. V ubožnicah so imeli oskrbovanci na voljo popolno oskrbo, ki je bila brezplačna. Prav tako jim je bila na voljo zdravniška pomoč. V nekaterih manjših krajih pri nas pa so bile starim ljudem na voljo večstanovanjske hiše s skromnimi stanovanji. Za starejše so skrbele za to usposobljene strežnice, ki so opravljale tudi razna dela v gospodinjstvu. Po vojni so v Sloveniji postopoma ukinili nekatere neustrezne manjše domove, druge pa so obnovili in razširili. Začela se je tudi gradnja novih ustanov.

Hlebec in Mali pravita (2013b, 30–31), da je med letoma 1965 in 1990 v domovih za starejše občane prevladal socialnogerontološki model. V primerjavi z obdobjem pred koncem druge svetovne vojne se je število domov zmanjšalo za več kot polovico. Pogosto so stare ljudi

namestili po gradovih, saj so v institucije, ki so bile prvotno namenjene bivanju starejših ljudi, namestili invalide in sirote. V tem obdobju se je postopoma začela gradnja novih domov za starejše. Gradnjo je financirala Skupnost pokojninskega in invalidskega zavarovanja. Do leta 1990 je bilo v Sloveniji starim ljudem na voljo 63 domov za bivanje in oskrbo starejših. V domovih so bili zaposleni delavci, ki so prihajali z različnih področij. Osebe domov so sestavljali bolničarji, zdravstveni tehniki, medicinske sestre z visoko ali višjo izobrazbo, zdravniki, delovni terapevti in fizioterapevti. V osemdesetih letih pa se je osebju pridružil še nov kader socialnih delavcev oziroma delavk. Socialno delo je zajemalo skrb za negovanje medsebojnih odnosov med stanovalci, osebjem in svojci.

Leta 1992 je stopil v veljavo Zakon o socialnem varstvu. Odgovornost za upravljanje domov za starejše občane je prevzela Republika Slovenija. To je pomenilo, da se je o upravljanju domov odločalo na državni in ne več na občinski ravni. Leta 1997 je Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve pripravilo Program razvoja varstva starejših oseb na področju socialnega varstva do leta 2005. Program je določal, da je treba teritorialno razporeditev domov urediti enakomernejše. To je posledično pomenilo gradnjo domov na območjih, kjer je primanjkovalo socialnovarstvenih institucij za stare ljudi. Domovi so bili v tem obdobju medicinsko usmerjene institucije, kjer je bila večina zaposlenih iz zdravstvene oziroma medicinske stroke. V domovih so bili zaposleni tudi socialni delavci oziroma delavke, vendar so predstavljali manj kot dva odstotka vseh zaposlenih, kar je v praksi pomenilo, da je bil v domu zaposlen en socialni delavec na približno 200 stanovalcev. Delo znotraj domov je v tem obdobju potekalo rutinsko in v znamenju nekooperativnosti. Odnosi med zaposlenimi in stanovalci so postali formalni, sodelovanje med njimi pa se je zmanjšalo. (Hlebec in Mali 2013b, 31–32)

Hlebec in Mali (2013c, 32–33) pišeta, da se je leta 2000 začel prehod iz bolniškega v socialni model domov za starejše občane. Pojavljati so se začeli tudi domovi za starejše, ki so bili v zasebni lasti. V obdobju med letoma 2000 in 2010 je bilo zasnovano veliko število socialnopolitičnih programov, ki so načrtovali in določali oskrbo ljudi po načelih socialnega modela. Stanovalci v tem času so imeli zahteve, potrebe in želje, ki so bile izrazito heterogene. Dosedanji način oskrbe tako ni bil več ustrezen. Povečalo se je tudi število stanovalcev, ki so oboleli za demenco. Bolniški model oskrbe za njih ni bil primeren. Za stanovalce z demenco je potrebna individualna obravnava, ki vključuje elemente socialnega dela. Izkušnje iz znanja iz socialnega dela so socialni delavci in delavke prenesli tudi na medicinsko-zdravstveno

osebje. Tako je tudi to osebje postalo usposobljeno za individualni pristop do stanovalcev in individualni način obravnave teh. Individualen pristop do stanovalcev doma je omogočil začetek procesov dez institucionalizacije in razvoj storitev, ki so prilagojene potrebam posameznikov. Zaradi individualnega pristopa pa je postalo delo s stanovalci prožnejše. V domovih po Sloveniji zdravstvena in socialna stroka skupaj zagotavljata celotno oskrbo starejših ljudi. Medsebojno sodelovanje med strokama pa temelji na sodelovanju in dopolnjevanju.

Hrast in drugi navajajo (2014, 22–24), da oskrba starih ljudi pri nas velja za izrazito institucionalizirano. Večina domov za starejše občane je državna, ostali domovi (25 %) pa so del zasebnega sektorja. Glede na tip namestitve so zasebni domovi enaki javnim, državnim domovom. Institucionalna oskrba se je pri nas uveljavila po koncu druge svetovne vojne. Razvoj delovanja domov za starejše občane skozi čas lahko prikažemo v treh modelih. Začetni socialnogerontološki model je trajal vse do leta 1990, nato pa je sledil bolniški model, ki je trajal do leta 2000. Ob prehodu v novo tisočletje se je vzpostavil socialni model, pri katerem ima glavno vlogo socialno delo. Razlika med zgoraj naštetimi modeli je predvsem v metodah socialnega dela in različnih vlogah, ki jih imajo socialni delavci pri svojem delu s stanovalci in pri delu z njihovimi svojci. Domovi za starejše občane zagotavljajo celotno oskrbo starejšim ljudem. Socialna in zdravstvena oskrba znotraj domov pa delujeta po principu medsebojnega delovanja.

2.3 DEMENCA

»Demenca pomeni upad ali izgubo pridobljenih višjih psihičnih funkcij zaradi bolezenskega procesa, ki vodi do motenj oziroma popolne nesposobnosti v delovnem in socialnem funkcioniranju, lahko pa privede celo do razosebljanja.« (Orožim v Fidler 2002a, 3)

Demenca je duševna motnja, ki lahko bolnika prizadene že v srednjih letih, vendar se jasnejše pokaže šele v starosti. Bolezen ne prizadene samo obolelega za demenco, ampak tudi njegovo okolico. Njegove sorodnike, prijatelje in znance, se pravi celoten družbeni krog. Za demenco pri nas v povprečju zboli vsak deseti Slovenec, starejši od 65 let. To pomeni, da se je pri nas že vsakdo srečal s pojavom demence. Nekateri znotraj družine in bližnjih, drugi pa v širšem okolju poznanstev. Večina svojcev starejših ljudi, ki so oboleli za demenco, ima občutek, da

ne more ničesar narediti za obolelega člana družine. Kljub temu pa različne klinične študije kažejo drugačne rezultate. (Fidler 2002b, 3–5)

Poznamo več oblik demence, ki imajo različne značilnosti. Razlikujejo se po različnih potekih bolezni, obstajajo različne možnosti zdravljenja, prav tako pa je tudi različna pogostnost pojavljanja bolezni. Alzheimerjeva demenca je najbolj znana in je tudi tista, ki je pri obolelih za demenco najpogostejša. Bolezen se začne z motnjami spomina. Bolniki z Alzheimerjevo demenco so časovno dezorientirani in imajo pogoste motnje govora. Bolezen ni ozdravljiva, možna sta samo lajšanje simptomov in upočasnitev razvoja bolezni. Demenca z Lewyjevim telesci je druga najpogostejša oblika demence glede na delež obolelih. Gre za bolezen, ki poteka v valovih, kjer se izmenjujeta val relativne bistroumnosti in val velike zmedenosti ter okrnjenega spomina. Oboleli se srečujejo s težavami z motoriko in pogosto halucinirajo. Bolezen se zdravi z nevroleptiki. Posledica ponavljajočih se manjših infarktov so multiinfarktne demence, poznane tudi kot vaskularne demence. Pri tej obliki demence simptomi nenadno prizadenejo določeno sposobnost, na primer nenadna izguba govora. Zdravila za to obliko dementnosti še niso odkrili, med najučinkovitejše ukrepe spadajo različni ukrepi za preprečitev infarkta. Poznamo še naslednje oblike dementnosti: frontotemporalne dementnosti, demence zaradi alkoholizma, Creutzfeldt-Jakobovo bolezen in Huntingtonovo bolezen. Gre za dementnosti, ki prizadenejo približno deset odstotkov obolelih za demenco. (Mali in drugi 2011a, 15–16)

Registra obolelih za demenco v Sloveniji še nimamo. Glede na podatke raziskav iz tujine, ob predpostavki, da med Slovenijo in drugimi razvitimi območji Evropske Unije ni bistvenih razlik, je število bolnikov z demenco pri nas ocenjeno na 27.000. Register števila obolelih s posamezno obliko dementnosti v Sloveniji, prav tako, ne obstaja. (Mali in drugi 2011b, 16–17)

V nadaljevanju so predstavljeni različni pristopi, ki prikazujejo odnos do demence z vidika več znanosti. Spodaj naštetih modeli delujejo po sistemu dopolnjevanja, ki demenco prikazuje iz več različnih dimenzij.

Biomedicinski model opredeljuje demenco kot bolezen, ki je nastala po organski poškodbi možganov. Psihološki model temelji na terapevtskem razumevanju, ki ima poudarek na sprejemanju oseb, obolelih za demenco, znotraj njihovega okolja. Sociološki model ima

poudarek na interakcijah, ki jih ima oboleli s svojim okoljem (sorodniki, prijatelji, znanci, formalni in neformalni oskrbovanci). Gre za model, ki je usmerjen v širše razumevanje bolezni znotraj družbenega in socialnega konteksta. V ospredje analize sta postavljeni življenjska situacija posameznika in sama smiselnost njegovega življenja. Pri socialnodelovnem modelu gre za model, ki poudarja pomen socialnega dela pri boju z boleznijo. Z vidika socialnega dela je demenca bolezen, ki prizadene posameznika. Socialni delavec s svojim delom poskuša posamezniku pomagati pri iskanju rešitev za težave, probleme in stiske, ki jih ima oboleli. Vse rešitve pa so znotraj zmožnosti obolelega posameznika. Socialni delavci pri svojem delu sledijo načelom socialnega dela, ki vključujejo sistematsko perspektivo, spoštovanje etičnosti, določanje ustreznih ciljev, maksimalno funkcioniranje itd. Socialni delavci v ospredje postavijo osebo, ki je zbolela za demenco, in ne bolezni same. Pozornost je usmerjena v posameznika, njegove potrebe ter njegov odnos z okoljem. Socialni delavci nudijo strokovno pomoč tudi ožjim družinskim članom, ki so v tesnem odnosu z obolelim posameznikom. Poudarek pa je tudi na odnosu, ki ga ima širša okolica do oseb, ki so zbolele za demenco. (Mali in drugi 2011c, 14–37)

2.3.1 Oskrba oseb z demenco znotraj domov za starejše ljudi

Po besedah Mali in drugih (2011c, 46–47) poznamo tri modele oskrbe stanovalcev z demenco znotraj domov za stare ljudi. Za dom, kjer stanovalci z demenco bivajo z drugimi stanovalci, je značilen integriran model. Gre za model, ki pozitivno vpliva na vedenje in ravnanje stanovalcev, obolelih za demenco. Model med stanovalci spodbuja sprejemanje in medsebojno razumevanje. Na takšnem oddelku velikokrat pride do konfliktov, saj sta za sobivanje z dementnimi potrebna potrpežljivost in razumevanje, ki ju drugi stanovalci nimajo. Segregirani model omogoča dementnim, da v domu bivajo ločeno od ostalih stanovalcev. Dementni bivajo na oddelkih, ki so varovani in specializirani za njihovo oskrbo. Število oseb na takšnih oddelkih variira od 10 do 25. Na manjših oddelkih prevladuje družinsko vzdušje, na večjih pa institucionalno ozračje in odtujenost. Na teh oddelkih zaposleni opravljajo različna dela in naloge, ki niso del njihovega poklica. Primer – strežnica izvaja vaje za krepitev spomina. Zaposleni se na takšnih oddelkih ne menjajo pogosto, ampak so v stalnih timih. To omogoča, da se stanovalci nanje privadijo. Prav tako pa zaposleni dobro poznajo potrebe in navade stanovalcev na tem oddelku. Od leta 2009 lahko na takšnem oddelku biva največ 12 oseb. Nadzor in varovanje izvaja primerno usposobljeno osebje s pomočjo videonadzora. V nekaterih domovih obstajajo modeli, ki uporabljajo delno segregirano obliko dela. Dementni so zbrani v skupino, ki se sestaja vsak dan v istem prostoru. Sestajajo se ob različnih delih dneva. Ponavadi

gre za skupine, v katerih so osebe s podobno stopnjo obolelosti za demenco. Nameni skupine so: zaposlitev stanovalcev, ohranjanje obstoječih sposobnosti, zaviranje napredovanja bolezni, druženje itd. Stanovalci z demenco so večji del dneva ločeni od drugih stanovalcev, vendar še vedno imajo stik z njimi in niso stigmatizirani.

2.3.2 Socialno delo in demenca znotraj domov za starejše ljudi

Socialni delavci pri delu z dementnimi v domu opravljajo naslednje naloge:

- vodenje postopka pri sprejemu dementne osebe v dom;
- izdelava individualnega načrta oskrbe;
- koordinacija načrta z drugimi individualnimi programi;
- delo s stanovalci v skupinah;
- individualno delo s svojci;
- organizacija in vodenje delavnic, ki so namenjene pomoči svojcem;
- izobraževanje in usposabljanje ostalih zaposlenih, ki svoje delo opravljajo na oddelku z dementnimi;
- evalvacija uspešnosti programov, ki so namenjeni stanovalcem z demenco in njihovim svojcem;
- pisanje končnih poročil;
- usmerjenje, izobraževanje, usposabljanje in izvajanje nadzora nad prostovoljci, ki delajo z dementnimi znotraj doma (Mali in drugi 2011d, 41–42).

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 OPREDELITEV PROBLEMA

V diplomski nalogi želim prikazati demenco z vidika strokovnega kadra v Domu upokojencev Domžale. Glavni namen naloge je ugotoviti, s katerimi izzivi, problemi in težavami se soočajo strokovni delavci v Domu upokojencev Domžale pri delu s starejšimi, ki so oboleli za demenco.

Za lažje razumevanje empiričnega dela naloge sem v teoretičnem delu opredelila pojem starosti in staranja ter predstavila začetek in razvoj raziskovanja starosti v tujini in pri nas. Glede na to, da raziskava vključuje delo znotraj Doma upokojencev Domžale, sledi predstavitev institucionalnega varstva starejših in njegovih značilnosti. V zadnjem in najpomembnejšem teoretskem delu sem opredelila osrednjo temo diplomskega dela – demenco. Sledila je predstavitev značilnosti bolezni. Opredelila sem tri modele oskrbe starejših ljudi, ki so oboleli za demenco, znotraj doma upokojencev v Sloveniji. Teoretični del sem zaključila s kratkim opisom delavnih nalog strokovnega delavca oziroma delavke pri delu s starejšimi, ki so oboleli za demenco.

V empiričnem delu bom sodelovala s štirimi strokovnimi delavci Doma upokojencev Domžale, ki vsakodnevno delajo s starejšimi, ki so oboleli za demenco. V raziskavo sem vključila predstavnice naslednjih strokovnih služb Doma upokojencev Domžale: fizioterapevtko, delovno terapevtko, medicinsko sestro in socialno delavko.

Pri opredelitvi predmeta raziskovanja sem si pomagala z naslednjimi raziskovalnimi vprašanji:

- Kakšno predhodno znanje in izkušnje so imele zaposlene o starejših in delu z njimi pred zaposlitvijo v Domu upokojencev Domžale?
- Kakšno predhodno znanje in izkušnje so imele zaposlene o demenci pred zaposlitvijo v Domu upokojencev Domžale?
- Kakšne so delovne naloge in izkušnje zaposlenih pri delu s starejšimi?
- Kakšne so delovne naloge in izkušnje zaposlenih pri delu s starejšimi, ki so oboleli za demenco?
- S katerimi problemi, izzivi, težavami se soočajo zaposleni pri delu s starejšimi, ki so oboleli za demenco?

- Kateri model oskrbe starejših ljudi, ki so oboleli za demenco, uporabljajo v Domu upokojencev Domžale?
- Kakšni so odnosi med stanovalci, ki so oboleli za demenco, in tistimi, ki niso oboleli?
- Kakšne izkušnje imajo zaposleni s svojci stanovalcev, ki so oboleli za demenco?
- S katerimi izzivi, problemi, težavami se soočajo zaposleni pri delu s svojci za demenco obolelih stanovalcev?

3.2 METODOLOGIJA

3.2.1 Vrsta raziskave

Raziskava je kvalitativne narave. Za to raziskavo je značilno, da raziskovalec prisluhne tistim, ki jih raziskuje. Prizadevanja raziskovalca morajo biti usmerjena na stvarne življenjske probleme ljudi in ne na odmaknjene akademske probleme. Osebe mora proučevati v njihovem vsakdanjem življenjskem kontekstu. Pomembno je, da je raziskovalec odprt za vsestransko različne podatke v raziskovanju in ne samo za tiste podatke, ki so pomembni za njegovo teorijo. (Mesec 1998a, 28)

3.2.2 Merski instrumenti in viri podatkov

Za metodo spraševanja sem izbrala delno strukturiran intervju. Pri nestrukturiranemu ali delno strukturiranemu intervjuju uporabljamo vnaprej pripravljen vprašalnik kot predlogo za intervju. Gre za vnaprej pripravljen seznam okvirnih tem, ki ne vsebuje do potankosti podrobnih vprašanj. Spraševalec in vprašanec sta v neposrednem stiku – iz oči v oči. Na ta način lahko vse nesporazume, ki so nastali pri komuniciranju, odpravi v največji možni meri. Med intervjujem se spraševalec skuša čim bolj umakniti v ozadje, da omogoči vprašancu prosto pripovedovanje, pri čemer ga ne moti z zastavljanjem vprašanj. Spraševalcev nastop je standardiziran in dobro premišljen, vse vprašane na isti način sprašuje ista vprašanja. S takšnim načinom spraševanja je zagotovljena primerljivost odgovorov, ki pozneje omogoča kvalitativno obdelavo in analizo. (Mesec 1998b, 80–82)

Kot že zapisano, sem izvedla delno strukturiran intervju z naslednjimi strokovnimi delavkami Doma upokojencev Domžale – fizioterapevtko, delovno terapevtko, medicinsko sestro in socialno delavko.

3.2.3 Prikaz intervjujev

- V nadaljevanju prikazujem okvir vprašanj za predstavnice strokovnega kadra Doma upokojencev Domžale, ki vsakodnevno delajo s starejšimi, ki so oboleli za demenco.

1. sklop

- V Domu upokojencev Domžale ste zaposleni kot _____ (medicinska sestra, socialna delavka, fizioterapevtka, delovna terapevtka). Koliko časa ste že zaposleni v domu? Je to vaša prva zaposlitev? Če ne, kako vas je poklicna pot pripeljala do tega delovnega mesta? Kakšno je po vašem mnenju vzdušje v domu? Kako to občutite? Ali lahko opišete nekaj primerov situacij? Kako bi opisali delo s starejšimi? Pomislite na vaš delovni vsakdan in opišite, kako je sestavljeno vaše delo. Opišite tudi, kako delate s posameznimi starejšimi oskrbovanci. Katere veščine morajo po vašem mnenju imeti zaposleni pri delu s starejšimi? Se pri delu s starejšimi soočate s kakšnimi specifičnimi izzivi, ki jih pri delu z drugimi starostnimi skupinami ne bi imeli? Ilustrirajte s primeri. Kako se po vaših izkušnjah delo z osebami, ki so obbolele za demenco, razlikuje od dela z ostalimi starejšimi? Ali lahko opišete npr. situacijo oskrbe in opišete tudi, kako se ta razlikuje glede na obolelost za demenco?
- Kakšna je vaša izobrazba? Če se vrneva v vaša študijska leta. Ali ste se na fakulteti učili tudi o starejših in njihovih potrebah ter delu z njimi? Kaj pa o demenci? Kakšno je bilo vaše znanje o delu z osebami, ki so obbolele za demenco, preden ste se zaposlili v domu upokojencev? Imate izkušnje z demenco že od prej? Ste se v času zaposlitve dodatno izobraževali na področju dela s starejšimi? Kaj pa z osebami, ki so obbolele za demenco? So vam bili na voljo seminarji, strokovna literatura? Podrobno opišite.

2. sklop

- Kot _____ (medicinska sestra, socialna delavka, fizioterapevtka, delovna terapevtka) opišite svoje delovne naloge pri delu s stanovalci, ki so obboleli za demenco. Zanimajo me sam potek dela, izzivi, problemi in težave, s katerimi se soočate. Koliko stanovalcev je obolelih za demenco po vašem mnenju? Kako se stanovalci, ki

so oboleli za demenco, razumejo z ostalimi stanovalci? Prihaja pogosto do nesoglasij, konfliktov? Kakšni so ti konflikti? Kaj so glavni razlogi, zaradi katerih prihaja do konfliktov? Lahko opišete kak konkreten primer? Kako te konflikte med stanovalci rešujete vi? Kako uspešni ste pri svojem delu z osebami, ki so obolele za demenco? Delo poteka individualno ali v skupinah? Kakšen je vaš doprinos v domu (pečat)? Ste na kakšen svoj dosežek v sklopu doma še posebej ponosni?

3. sklop

- Pri nas obstajajo trije modeli oskrbe stanovalcev, ki so oboleli za demenco. Integrirani model – stanovalci, ki so oboleli za demenco, in ostali stanovalci bivajo skupaj. Segregirani model – osebe, obolele za demenco, bivajo ločeno na varovanih oddelkih, ki so specializirani za njihovo oskrbo. Delno segregirani model – združevanje oseb, obolelih za demenco, v skupine, ki se sestajajo vsak dan. Večino dneva so osebe, obolele za demenco, ločene od ostalih stanovalcev.
- Kateri model oskrbe po vašem mnenju uporabljate v Domu upokojencev Domžale? Zakaj menite, da ste se odločili ravno za ta model? Kakšne so njegove prednosti? Kaj pa slabosti? Bi bil kateri drug model učinkovitejši pri oskrbi stanovalcev, ki so oboleli za demenco? Zakaj tako menite? Bi sami znotraj obstoječega modela uvedli kakšne spremembe? Zakaj in katere? Kaj bi se s tem zboljšalo? Bi se s tem izboljšali pogoji dela za zaposlene? Ali bi se s spremembami bistveno povečala tudi kvaliteta oskrbe stanovalcev, ki so oboleli za demenco?

4. sklop

- Kakšne so vaše izkušnje s svojci stanovalcev, ki so oboleli za demenco?
- Težave, problemi pri delu s svojci.
- Prihaja med zaposlenimi in svojci tudi do nesoglasij? Morda konfliktov?
- Se svojci soočajo s kakšno stisko? Katero? Kako jim pri tem pomagata vi?
- Kako ocenjujete njihovo znanje, izkušnje z demenco?
- Se bolezni svojega svojca dobro zavedajo, razumejo potrebe osebe, obolele za demenco? Znajo pomagati svojemu bližnjemu?
- Kako s svojim delom in izkušnjami svojcem pomagata vi?
- Imate na voljo brošure, knjige, primerne za svojce oseb, ki so obolele za demenco?
- Organizirate razne delavnice, predavanja na temo dementnosti?

3.2.4 Vzorec

Vzorec predstavljajo štiri predstavnice strokovnega kadra Doma upokojencev Domžale, ki vsakodnevno delajo s starejšimi, ki so oboleli za demenco. V raziskavi so sodelovale fizioterapevtka, delovna terapevtka, medicinska sestra in socialna delavka.

3.2.5 Zbiranje podatkov

Zbiranje podatkov je potekalo v začetku meseca avgusta 2017. Prvi stik sem navezala z direktorico Doma upokojencev Domžale – mag. Natašo Zalokar. Pisala sem ji preko elektronske pošte. Moje sporočilo je posredovala štirim zaposlenim, ki so bile primerne za mojo raziskavo. Z vsemi štirimi sem se za srečanje dogovorila preko elektronskega sporočila.

Za prvo srečanje sem se dogovorila s fizioterapevtko, in sicer za četrtek, 3. avgusta 2017, ob 11.30 uri. Intervju, ki je trajal eno uro, sva opravili za pisalno mizo v njeni pisarni. Isti dan sem bila dogovorjena tudi z delovno terapevtko. Intervju sva opravili za mizo v prostorih delovne terapije. Z intervjujem, ki je trajal 50 minut, sva začeli ob 13. uri. Z medicinsko sestro in socialno delavko sem se dogovorila za srečanje naslednji dan, v petek, 4. avgusta 2017. Socialna delavka je imela čas med 12. in 13. uro. Intervju sva opravili za pisalno mizo v njeni pisarni. Z intervjujem sva zaključili ob 12.48 uri. Z medicinsko sestro sva bili dogovorjeni ob 14. uri. Intervju sva opravili za pisalno mizo v ambulanti, ki je bila v tem času prosta zaradi kosila zaposlenih. Intervju je trajal eno uro in deset minut.

Vse štiri pogovore sem, s privolitvijo vprašanih, snemala. Za snemanje sem uporabila svoj mobilni telefon, na katerega sem naložila aplikacijo »Dictaphone«, ki omogoča snemanje daljših pogovorov.

V nadaljevanju sledi analiza intervjujev s štirimi predstavnicami strokovnega kadra Doma upokojencev Domžale, ki vsakodnevno delajo s starejšimi, ki so oboleli za demenco. Namen analize intervjujev je poiskati odgovore na vprašanja, ki so zastavljena v poglavju 3.1 Opredelitev problema.

4 ANALIZA INTERVJUJEV

4.1 REZULTATI

OSNOVNE INFORMACIJE O PREDSTAVNICAH STROKOVNEGA KADRA DOMA UPOKOJENCEV DOMŽALE, KI SO BILE VKLJUČENE V RAZISKAVO

V raziskavo sem vključila štiri predstavnice štirih različnih strokovnih služb Doma upokojencev Domžale, ki vsakodnevno delajo z za demenco obolelimi starejšimi osebami. V raziskavi so sodelovale fizioterapevtka, delovna terapevtka, socialna delavka in medicinska sestra. Vse vprašane imajo zaključen dodiplomski študij iz svoje stroke. Od tega sta poleg višje medicinske sestre tudi fizioterapevtka in delovna terapevtka izšolani za delo srednje medicinske sestre. Socialna delavka pa je pred študijem na Fakulteti za socialno delo v Ljubljani dokončala srednjo kemijsko šolo in je po srednješolski izobrazbi kemijski tehnik. Fizioterapevtka in delovna terapevtka sta študij končali ob delu.

PREDHODNO ZNANJE IN PREDHODNE DELOVNE IZKUŠNJE STROKOVNEGA KADRA DOMA UPOKOJENCEV DOMŽALE

Rezultati raziskave kažejo, da so bile vse vprašane pred začetkom dela v domu brez strokovnega znanja o delu s starejšimi. Ugotavljam, da se nobena vprašana v času študija ni učila o starejših in delu z njimi. Na fakulteti ni bil na voljo predmet, ki bi vključeval tematiko dela s starejšimi ljudmi. Prav tako pa se v času študija vprašane niso učile o demenci. »Na višji šoli ni bilo poudarka na delu s starejšimi, niti na demenci (DT5).« Zaposlene so navedle, da so strokovno znanje o delu s starejšimi in demenci začele pridobivati šele v času zaposlitve v domu. »Kot sem že rekla, strokovno literaturo sem začela prebirati šele ob delu, sama od sebe (DT7).«

LASTNOSTI STAREJŠIH LJUDI IN DELO Z NJIMI

Lastnosti starejših ljudi

Zaposlene navajajo, da je za starejše značilna polimorbidnost, kar pomeni, da starejši ljudje boleajo za več boleznimi hkrati. Prav tako jim upadajo kognitivne zmožnosti. Zaposlene navajajo, da imajo starejši ljudje slabši uvid v svoje zdravstveno stanje in svoje zmožnosti, kot

ga ima mlajša oseba. Zaposlene opazajo, da starejši pogosto razmišljajo in ravnaajo na otroški način. »Oskrbovanca moraš obravnavati kot odraslo osebo, čeprav njegovo razmišljanje gre proti otroku (FT12).« Kot razlog za otročje obnašanje in razmišljanje ena od zaposlenih navaja upad kognitivnih funkcij. »So pa starejši ljudje na nek način posebni, počasi se z upadom funkcij (SD12) vračajo v otroštvo (SD13).«

Delo s starejšimi ljudmi

Zaposlene delo s starejšimi opisujejo kot zanimivo, prijetno in dinamično. Delo s starejšimi je občasno tudi zahtevno. Po besedah delovne terapevtke je treba delo s starejšimi opravljati počasi, da lahko starejši sledijo navodilom. Meni, da zaradi velikega obsega dela svoje delo s starejšimi opravlja v prehitrem tempu. »Glede na količino dela, ki ga je treba opraviti, smo nekako prisiljeni k hitrejšemu tempu. (DT11) Bilo bo zelo dobro, če bi delo s stanovalci lahko opravljali počasneje (DT12).« Po mnenju medicinske sestre je za delo s starejšimi potrebna ustrezna strokovna usposobljenost, prav tako pa mora imeti zaposleni do starejšega empatičen odnos. »Za delo s starejšimi moraš biti visoko strokovno usposobljen (MS15). Pomemben je empatičen odnos do starejšega (MS16).«

Individualno delo s starejšimi

Raziskava je pokazala, da zaposlene veliko dela s starejšimi opravijo na individualni ravni. Na samem se po mnenju socialne delavke stanovalci lažje pogovarjajo. Na samem so stanovalci zaupljivejši in lažje povejo svoje težave ali probleme zaposlenemu. Individualno fizioterapevtsko delo poteka po individualnem načrtu, ki ga oblikuje fizioterapevtka. Namen tega dela je krepitev psihofizične kondicije. »Cilj fizioterapije na splošno je, da ustvariš takšno psihično – fizično kondicijo, da bo lahko stanovalec pri vsakodnevnih opravilih čim samostojnejši (FT19). Pa da se bo kvalitetno vključeval v zunanje življenje.« Pri oblikovanju individualnega načrta fizioterapevtka upošteva tudi želje in osebne cilje stanovalca. Z redno terapijo in vajami se osebnemu cilju in željam stanovalca skušajo čim bolj približati.

Skupinsko delo s starejšimi

Skupinsko in individualno delo se po besedah zaposlenih prepletata. »Pri treniranju hoje postavimo poleg tudi druge, saj tako drug drugega spodbujajo (FT25). Ampak v tem trenutku v bistvu delaš samo z enim, drugi pa to opazujejo (FT27). Je individualno delo, ampak še vedno v tem kontekstu, da en drugega spodbujajo (FT26).« Pozitivna lastnost skupinskega dela je ta, da se stanovalci med seboj spodbujajo. Skupinsko druženje poteka na vsakodnevni ravni. Na

takšen način stanovalci preživljajo svoj prosti čas. Zaposleni navajajo, da so v skupine združeni stanovalci, ki imajo enake potrebe. Stanovalci se v skupinah pogovarjajo o različnih tematikah, včasih tudi pojejo. Glavni namen skupinskega srečevanja sta zabavanje in kvalitetno preživljanje prostega časa. Po besedah socialne delavke se nekatere spore med stanovalci rešuje skupinsko in ne na individualni ravni.

Lastnosti, ki jih mora imeti zaposleni pri delu s starejšimi

Po mnenju strokovnega kadra Doma upokojencev Domžale mora zaposleni spoštovati in razumeti starejše ljudi in njihove potrebe. Zaposleni mora biti potrpežljiv pri delu s starejšimi. Zaposlene navajajo, da je treba pri delu s starejšimi imeti občutek empatije za starejše ljudi. Zaposleni se mora znati spoprijateljiti s stanovalci in pridobiti njihovo zaupanje. »Starejši potrebujejo nekoga, ki jim zna prisluhniti (FT31). Za uspešno delo s starejšimi je treba pridobiti njihovo zaupanje (FT32), postati moraš njihov prijatelj (FT33), šele nato jih lahko usmerjaš.« Po besedah zaposlenih je treba imeti potrpljenje in biti ustrezno strokovno usposobljen za delo s starejšimi ljudmi. Zaposleni morajo znati opaziti stiske stanovalcev in jim pri tem nuditi ustrezno pomoč. Pri svojem delu pogosto rešujejo konflikte med stanovalci, za uspešno posredovanje med konflikti je treba diplomatsko pristopiti k situaciji. »Zaposleni mora imeti neko diplomatsko noto (MS28) pri delu s starejšimi. Imeti mora tudi sposobnost reševanja konfliktov (MS29), saj v mnogih primerih posredujemo kot mediator.« Zaposleni mora po besedah socialne delavke postaviti meje v odnosu do stanovalcev in svojcev, ki jih ti ne smejo prekoračiti. »Pomembno je tudi, da postavi neke meje, ki jih ne smejo stanovalci prekoračiti (SD26). Seveda enako velja tudi za svojce (SD27).«

LASTNOSTI STAREJŠIH LJUDI, KI SO OBOLELI ZA DEMENCO, IN DELO Z NJIMI

Število obolelih v domu

Ugotavljam, da po mnenju strokovnega kadra v Domu upokojencev Domžale živi več kot polovica stanovalcev, ki so oboleli za demenco.

Značilnosti in lastnosti starejših, ki so oboleli za demenco

Osebe, ki so obolele za demenco, so občutljive, tenkočutne in občasno agresivne. Po besedah medicinske sestre kljub pozabljivosti in slabemu sluhu in/ali slabšemu vidu opazijo malenkosti. »Dementni so mogoče samo malo bolj tenkočutni (MS31), opazijo vsako malenkost (MS32).

Čeprav ima človek občutek, da ne vidijo ali pa ne slišijo toliko kot drugi. So pa na nek način mnogo občutljivejši (MS33).« Aktivnosti v okviru delovne terapije doživljajo kot napor. Večino dneva bi brez spodbud zaposlenih prespali oziroma predremali. Stanovalci, ki so oboleli za demenco, radi živijo v svojem svetu. Zaradi bolezni so se karakternostno spremenili. Svojo bolezen in pozabljivost skušajo prekriti pred drugimi. »Veliko dela imajo s tem, da zakrivajo svoje primanjkljaje (MS34). Da se pred drugimi, am, skušajo pokazati v luči, da so čisto normalni starostniki (MS35). Zaradi tega velikokrat prekrivajo te luknje, ki jih imajo v spominu (MS36).« Osebe, ki so obbolele za demenco, svojih težav ne znajo razložiti zaposlenim. Pozabljivost pri stanovalcih, ki so oboleli za demenco, zavira napredek pri fizioterapiji. Stanovalci, ki so oboleli za demenco, pogosto namerno zavirajo terapijo. Te osebe fizioterapevtske vaje pogosto izvajajo nepravilno, saj si niso pravilno zapomnile navodil fizioterapije. Zaradi takšnega ravnanja obstaja verjetnost, da si poškodovani del telesa znova in/ali dodatno poškodujejo. Po besedah zaposlenih so pogosto paranoične. Zaposlene ter ostale stanovalce okoli sebe pogosto obtožujejo, da jim bodo naredili kaj slabega.

Delo s starejšimi, ki so oboleli za demenco

Zaposleni skušajo navodila povedati stanovalcem, ki so oboleli za demenco, na kratko. Navodila morajo zaradi pozabljivosti stanovalcev ponavljati vsakodnevno. Za delo z za demenco obolelimi osebami je po besedah zaposlenih potreben prijateljski odnos, ki temelji na zaupanju. »Potreben je prijateljski pogovor, s katerim si zagotovimo zaupanje. Šele potem pa jih nekako z usmerjanjem vključimo v aktivnost (DT28).« Stanovalci, ki so oboleli za demenco, so vključeni samo v aktivnosti, za katere so pokazali zanimanje in jih veselijo. V primeru, da jim aktivnost, v katero so vključeni, ne ustreza, jih zaposleni predstavijo v drugo skupino, kjer se ukvarjajo z drugačno aktivnostjo. Po besedah medicinske sestre se stanovalci, ki so oboleli za demenco, na določene situacije odzivajo nepredvidljivo, zaradi česar mora biti zaposleni še previdnejši. »Pri odvzemu krvi dementnih stanovalcev nikoli ne vem, kakšna bo njihova reakcija (MS38). Se mi je že zgodilo, da je bil stanovalec zelo miren, tudi sodeloval je. Ko sem ga pa zbadla, me je pa udaril po glavi in je vse zletelo po tleh (MS39). Am, tako da sem sedaj previdnejša (MS40). Tako, da raje pokličem pomoč, da gre nekdo z mano (MS41).« Stanovalci, ki so oboleli za demenco, se pogosto zgubijo znotraj ustanove in ne najdejo poti nazaj. Takrat jih zaposleni poiščejo in na miren način usmerijo nazaj v njihovo sobo. »Dementen se pogosto izgubi v domu in ne najde več nazaj. Am, se izgubi v hiši in ne zna iti v svojo sobo. Včasih ga potem najdemo na čisto drugem delu domu. To mirno sprejmemo in ga usmerimo nazaj v njegovo sobo (SD35).«

Problemi, težave in izzivi, s katerimi se zaposleni soočajo pri delu s starejšimi, ki so oboleli za demenco

Raziskava je pokazala, da se morajo zaposleni pri delu s stanovalci, ki so oboleli za demenco, veliko bolj angažirati. Zaradi tega je delo z za demenco obolelimi stanovalci veliko utrudljivejše. Zaposlene navajajo, da je za dobro opravljeno delo potrebna individualna obravnava stanovalcev. Fizioterapevtka opazuje, da zunanji sodelavci ne razumejo oziroma ne upoštevajo vpliva demence na predpisano terapijo. »Ko ti pošlješ na primer nekoga na pregled k dermatologu. Oni ne vidijo stanja demence (FT46). Oni samo vidijo, da ti nisi pri svojem delu dovolj uspešen. Da rehabilitacija ni dovolj dobra. In potem nam napišejo: bolj intenzivna terapija. Ne upoštevajo, da terapija ne mora biti tako intenzivna kot pri nekom, ki ni obolel za demenco (FT47).« Fizioterapevtka ugotavlja, da moraš biti na stanovalce, ki so oboleli za demenco, veliko pozornejši kot na ostale, saj pri terapiji večkrat vaje ne izvajajo pravilno in potrebujejo konstanten nadzor. Medicinska sestra navaja, da je problematično tudi dogajanje ponoči. »Problematično je ponoči (MS42), am, ko kličejo za dodatno tableto za spanje. Je treba kar reagirati. Ker če starejši dementni ne spi ponoči, se to naslednji dan pozna pri razpoloženju in samooskrbi (MS43).«

Službena izobraževanja na temo starejših, ki so oboleli za demenco, in dela z njimi

Zaposlene navajajo, da so jim na voljo strokovna literatura in interna strokovna izobraževanja, ki zajemajo različne tematike. Vodstvo doma je organiziralo tudi izobraževanja na temo demence in dela s stanovalci, obolelimi za demenco.

ODNOSI MED STANOVALCI DOMA UPOKOJENCEV DOMŽALE

Odnosi med stanovalci, ki so oboleli za demenco, in tistimi, ki demence nimajo

Po besedah zaposlenih so stanovalci, ki niso oboleli za demenco, do stanovalcev, ki so oboleli za demenco, tolerantni in jim pomagajo. Obstajajo tudi izjeme, ki se med seboj ne razumejo. Zaposlene ugotavljajo, da je medsebojno sprejemanje odvisno od značaja človeka. »Je pa odvisno od značaja človeka, zelo (FT58). Tudi človek, ki ima demenco. Če je bil že prej aroganten, ga potem tudi oni kasneje težje sprejemajo (FT59). Ene gospe z demenco so tako mile, da so jim vsi stanovalci pripravljeni pomagati (FT60). Pri drugih pa je že druga zgodba. Kot sem rekla, odvisno od značaja človeka (FT61). Značaj je pomemben, tudi pri starejših.« Socialna delavka opazuje, da je medsebojno sprejemanje odvisno tudi od spremembe

zdravstvenega stanja stanovalca, ki je obolen za demenco. Po besedah medicinske sestre se ti stanovalci bolje razumejo med seboj kot pa s stanovalci, ki niso oboleli za demenco. Stanovalci, ki niso oboleli za demenco in/ali so kognitivno sposobnejši, skušajo očrtniti tiste stanovalce, ki so oboleli za demenco in/ali imajo slabše kognitivne zmožnosti. »Dementen bolj razume dementnega (MS48). Medtem ko se tisti zdravi oziroma kognitivno sposobnejši s tem postavljajo in očrtnijo tiste, ki tega ne zmorejo (MS49).«

Konflikti med stanovalci

Raziskava je pokazala, da do konfliktov med stanovalci prihaja. Po besedah socialne delavke in fizioterapevke do konfliktov prihaja redko, po besedah medicinske sestre pa pogosto. Zaposlene opažajo, da v primeru konflikta pametnejši prej odneha. Stanovalci so strpni do tistih, ki zmorejo manj, in nikoli niso strpni drug do drugega v primeru kraje. »Tukaj pa tudi tisti, ki nimajo demence, govorijo: ›Lej, ukradla mi je.‹ Takrat pa tolerance ni. Spori so večinoma povezani s krajami (FT65). ›Ukradla mi je, vzela mi je, na moje področje posega in tko,‹ to osebno področje – tu tolerance ni (FT66).« Po besedah medicinske sestre so pri konfliktih stanovalci pripravljeni drug z drugim tudi fizično obračunati. Zaposleni se trudijo konflikte preprečiti. V primeru, da do konflikta med stanovalci pride, zaposleni skušajo konflikte reševati sproti. Zaposlene so kot glavni razlog, zaradi katerega prihaja do konfliktov med stanovalci, navedle krajo. Opažajo, da stanovalci za kreganje ne potrebujejo posebnega razloga. »Nekateri prav iščejo, da se skregajo brez posebnega razloga (DT40).« Po besedah socialne delavke na konflikte vpliva tudi karakter ljudi. Svojo trditev je predstavila z naslednjimi primerom.

Imamo gospo v drugem nadstropju, ki pogosto zatava k sosedu v sobo. To se ponavadi dogaja ponoči. Za prejšnjega soseda je bilo to zelo moteče, do konfliktov med njima je prihajalo res pogosto. Čez nekaj časa je gospod iz drugih razlogov zamenjal sobo. Gospa v sobo še vedno zatava ponoči, vendar novega soseda to sploh ne moti. Ni nobenih konfliktov. Kaj želim s tem povedati ... Res je odvisno od ljudi, a ne. Hecen primer, ampak res pokaže, kako pomemben je karakter (SD44).

Reševanje konfliktov med stanovalci s strani strokovnega kadra Doma upokojencev Domžale

Ugotavljam, da zaposlene konflikte med stanovalci rešujejo s pogovorom. Zaposleni pri konfliktih med stanovalci hitro ukrepajo. Nastalo situacijo skušajo umiriti. V primeru, da se stanovalci kregajo zaradi izgube oziroma kraje nekega predmeta, zaposleni skušajo pogrešani predmet poiskati in na tak način umiriti situacijo.

MODEL OSKRBE STANOVALCEV, KI SO OBOLELI ZA DEMENCO, V DOMU UPOKOJENCEV DOMŽALE

Model oskrbe

Po besedah Mali in drugih (2011e, 46–47) poznamo tri modele oskrbe stanovalcev, ki so oboleli za demenco. Pri integriranem modelu stanovalci, ki so oboleli za demenco, bivajo z ostalimi stanovalci, ki niso oboleli za demenco. Pri segregiranem modelu stanovalci, ki so oboleli za demenco, bivajo na varovanih oddelkih in so ločeni od ostalih stanovalcev, ki niso oboleli za demenco. Pri delno segregiranem modelu pa stanovalci, ki so oboleli za demenco, živijo skupaj z ostalimi stanovalci, ki niso oboleli za demenco. Večino dneva so stanovalci, ki so oboleli za demenco, združeni v skupine, ki so ločene od ostalih stanovalcev, ki niso oboleli za demenco.

Fizioterapevtka in socialna delavka navajata, da v Domu upokojencev Domžale uporabljajo integrirani model oskrbe za demenco obolelih stanovalcev. Medicinska sestra in delovna terapevtka navajata, da v Domu upokojencev Domžale uporabljajo delo segregirani model oskrbe stanovalcev, ki so oboleli za demenco.

Prednosti obstoječega modela oskrbe

Raziskava je pokazala, da stanovalci v Domu upokojencev Domžale bivajo v sožitju in skrbijo drug za drugega. Drug drugemu so v oporo in se pri delovni terapiji in fizioterapiji spodbujajo med seboj. Obstoječi model stanovanjem omogoča, da se družijo med seboj. Medicinska sestra navaja, da stanovalci z medsebojno pomočjo razbremenijo zaposlene. »S tem, ko bedijo nad njimi, ni treba nam, delavcem, biti vedno prisotni. Velikokrat sami rešijo kakšno situacijo in pomoč zaposlenega ni potrebna. Kot primer – dementna gospa išče ključe in pogleda povsod, tava. Potem pa sami stanovalci najdejo tiste ključe, brez pomoči zaposlenega. Situacija se sama pomiri (MS57).« Po besedah fizioterapevtke stanovalci, ki niso oboleli za demenco, nimajo strahu, da bi bilo zanje v primeru obolelosti za demenco slabo poskrbljeno. Stanovalci vsak dan na lastne oči vidijo, kako poteka oskrba tistih stanovalcev, ki so oboleli za demenco.

Slabosti obstoječega modela oskrbe

Zaposlene navajajo, da se pri obstoječem modelu stanovalcev, ki so oboleli za demenco, soočajo z naslednjimi težavami: težave z varnostjo stanovalcev, ki so oboleli za demenco, težave z izgubo ali/in krajo osebne lastnine stanovalcev, težave z motnjami ponoči, težave z nestrpnostjo med stanovalci. Po besedah medicinske sestre obstoječi model oskrbe za demenco obolelih stanovalcev preobremenjuje ostale stanovalce, ki niso oboleli za demenco. »Slabosti tega modela pa so te, da so zdravi stanovalci potem preobremenjeni. Ker morajo skrbeti oziroma se jim zdi, da morajo skrbeti za dementnega. Zmanjka jim časa za sebe, za svoje mirno preživljanje prostega časa (MS58).«

Predlagane spremembe znotraj obstoječega modela oskrbe

Fizioterapevtka je predlagala manjše dnevne prostore, v katerih bi se lahko družile manjše skupine ljudi. Medtem pa sta delovna terapevtka in medicinska sestra predlagali večje in širše prostore, ki bi invalidom omogočali lažje gibanje, vsem stanovalcem pa večjo udobnost. Medicinska sestra meni, da bi moralo biti v domu na voljo večje število kopalnic in toaletnih prostorov za stanovalce. Delovna terapevtka in medicinska sestra sta predlagali večje število strokovnega kadra pri delu s stanovalci, ki so oboleli za demenco. Socialna delavka in medicinska sestra sta mnenja, da bi moral biti dom bolj prilagojen stanovalcem. Po njunem mnenju bi moral biti dom bolj domač, kar bi omogočilo stanovalcem lažji prehod iz domačega okolja v dom. Socialna delavka predlaga, da se zgledujemo po modelih oskrbe, ki jih uporabljajo v tujini. »Bolj bi se morali približati modelom iz tujine. Tam imajo dom zgrajen kot vas. Res se prilagajajo potrebam starejših (SD53). V vasi je na voljo vse – frizer, pošta, trgovina, slaščičarna in podobno (SD54). Okolje je domače. Tam ni varovanih oddelkov. Želijo, kako bi rekla, ustvariti okolje, kot je doma. Pomemben je občutek domačnosti, ki starejše pomiri (SD55).«

Predlagane spremembe bi prinesle naslednje izboljšave znotraj obstoječega modela oskrbe

Po besedah fizioterapevtke bi manjši dnevni prostori omogočili zaposlenim delo z manjšo skupino ljudi. Po njenem mnenju bi na takšen način uspeli opraviti večji del terapije. Prav tako bi imeli stanovalci v manjših dnevni prostorih več miru. Po besedah medicinske sestre in delovne terapevtke bi spremembe, ki sta jih predlagali, izboljšale kvaliteto življenja stanovalcev. Povečala bi se tudi kvaliteta oskrbe stanovalcev. Medicinska sestra in socialna delavka menita, da bi bilo okolje v domu bolj domače in manj institucionalizirano.

DELO S SVOJCI STANOVALCEV, KI SO OBOLELI ZA DEMENCO

Izkušnje s svojci stanovalcev, ki so oboleli za demenco

Ugotavljam, da imajo zaposlene pri delu s svojci stanovalcev, ki so oboleli za demenco, različne izkušnje. Po besedah zaposlenih nekateri svojci imajo znanje o bolezni, nekateri pa ne. Svojci, ki imajo znanje o demenci, bolezni svojega bližnjega ne zanikajo. Nekateri svojci so pripravljeni na pogovor o bolezni, drugi pa ne. Nekateri svojci bolezen svojega bližnjega zanikajo ali pa se je ne zavedajo. Po besedah delovne terapevtke nekatere svojce skrbi, da za njihovega bližnjega v domu ne bo dobro poskrbljeno. »Ob sprejemu bližnjega v dom se srečujejo z zelo veliko strahovi (DT55). Nekateri se bojijo, da ne bomo znali dobro poskrbeti za njihove domače (DT56).« Svojcem, ki bolezni bližnjega ne želijo sprejeti, morajo zaposleni nameniti več časa za pogovor. »Nekateri svojci težko sprejmejo, da je njihov oče ali mama spremenjena. Ne razumejo, da je osebna sprememba posledica bolezni. (SD63) Takšnim svojcem je treba nameniti veliko časa in pogovora (SD64).«

Konflikti med zaposlenimi in svojci stanovalcev, ki so oboleli za demenco

Raziskava je pokazala, da imajo zaposlene večino težav s svojci stanovalcev, ki bolezen svojega bližnjega zanikajo. »Velik problem predstavlja to, da bolezen bližnjega zanikajo. S tem imamo zagotovo največ težav. Težko je nekoga poučiti o demenci, če sam ignorira, da je njegov starš sploh bolan (FT91).« Zaposlene navajajo, da do konfliktov prihaja tudi med svojci samimi, in sicer zaradi različnih mnenj, želja in načrtov pri oskrbi njihovega bližnjega. »Am, največ problemov je tam, kjer je veliko otrok. Vsak ima svoje mnenje, svoje mišljenje, poleg vsega pa so sprti med sabo. Eni želijo eno, drugi drugo. Si podajajo tega starša kot majhnega otroka (MS73).« Po besedah delovne terapevtke svojci nerealno ocenjujejo zmožnosti svojega bližnjega. Posledično imajo prevelika pričakovanja in želje. »Am, svojci velikokrat nimajo dobrega vpogleda v stanje naših stanovalcev (DT59). Zdi se jim, da ne ravnamo prav v določenih primerih. Svojci ne razumejo, da določene stvari v domu niso možne, saj moramo gledati tudi na potrebe drugih stanovalcev (DT60).«

Stiska svojcev stanovalcev, ki so oboleli za demenco

Raziskava je pokazala, da se po mnenju zaposlenih svojci stanovalcev, ki so oboleli za demenco, soočajo z naslednjimi tremi stiskami. Svojci imajo pogosto slabo vest, ker so dali bližnjega v dom. »Večino peče vest, ker menijo, da sami niso bili zmožni poskrbeti za bližnjega, in so ga dali v dom. Zaradi tega jih pogosto peče vest, čisto brez potrebe (SD75).« Zaposlene opažajo, da svojce pogosto skrbi kakovost oskrbe v domu. »Potem jih pa skrbi, ali je njihovemu očetu dobro pri nas, ali lepo delamo z njim in podobno (SD76).« Po besedah delovne terapevtke se svojci težko soočijo s poslabšanjem zdravstvenega stanja svojega bližnjega. Zaposlene svojcem v stiski pomagajo s pogovorom. Svojci po besedah delovne terapevtke potrebujejo nekoga, ki jih posluša in razume. »Svojcem skušamo pomagati s pogovorom (DT66), da imajo občutek, da jih nekdo posluša in razume (DT67).«

Znanje svojcev stanovalcev, ki so oboleli za demenco

Zaposlene navajajo, da je znanje svojcev o demenci različno. Fizioterapevtka in medicinska sestra opažata, da se je znanje svojcev skozi leta povečalo. »Bi pa rekla, da se z leti situacija izboljšuje. Znanja imajo vedno več, kot so ga imeli recimo v preteklosti (FT99).« Po mnenju delovne terapevtke je njihovo znanje odvisno predvsem od lastne samoiniciativnosti. Medicinska sestra opaža, da zaposleni težje sodelujejo s svojci, ki nimajo znanja o demenci.

(Ne)angažiranost svojcev stanovalcev, ki so oboleli za demenco

Po besedah zaposlenih obstajajo svojci, ki se angažirajo za svoje bližnje, in obstajajo svojci, ki se za svoje bližnje ne angažirajo. Obstaja tudi veliko svojcev, ki občasno pridejo na obisk k svojemu bližnjemu.

Nekateri imajo občutek za sočloveka, drugi spet ne (FT102). Nekateri imajo slab občutek, ker so svojega dali v dom. In tisti ponavadi bolezni ne želijo sprejeti (FT103). Sami ne želijo pomagati in to zahtevajo od nas. Mi smo ga dali v dom, to so sedaj vaši problemi. Pričakujejo od nas, da bomo naredili čudež in situacijo popravili (FT104). To pa tako ne gre. Oni bi raje stali ob strani. Nekateri pa se zelo vključujejo in hodijo na obisk vsak dan, res sodelujejo (FT105). Težko bi rekla, kaj je ena in druga skrajnost. Je pa veliko sredine. Pridejo enkrat na teden (FT106), se posvetijo svojim staršem, se nekateri lepo razumejo (FT107). Gredo na kavo ali sprehod, lepo preživijo čas. Spet nekateri pa se pogosto kregajo (FT108).

Pomoč strokovnega kadra Doma upokoencev Domžale svojcem stanovalcev, ki so oboleli za demenco

Ugotavljam, da zaposleni nudijo svojcem stanovalcev, ki so oboleli za demenco, pomoč predvsem v obliki pogovorov. Pogovori so lahko skupinski ali individualni. Za svojce stanovalcev imajo zaposleni pripravljene tudi letake, ki vsebujejo vse pomembne informacije o demenci. Skupaj s Knjižnico Domžale enkrat mesečno organizirajo tudi Alzhajmer cafe.

Alzhajmer cafe je izobraževanje za svojce, širšo javnost o demenci. Cafe poteka že več let, ne vem točno, koliko. Poteka enkrat mesečno v prostorih mestne knjižnice Domžale. Ugotovili smo, da ljudje lažje pridejo na eno takšno nevtrarno mesto, ločeno od doma. Tam se vedno povabi strokovnjake različnih področij, ki delajo z osebami z demenco. Vedno pa vprašamo tudi slušatelje, katere teme bi želeli slišati v prihodnje. Dogodek organizira naš dom skupaj z domžalsko knjižnico (DT75).

5 SKLEP

V diplomskem delu sem na podlagi teoretičnega dela prikazala starost in staranje ter raziskovanje starosti. Sledil je podroben opis razvoja institucionalnega varstva starejših pri nas. V zadnjem delu teorije sem opisala demenco kot bolezen, za katero v povprečju zboli vsak deseti Slovenec po 65. letu starosti. Skozi biomedicinski, psihološki, sociološki in socialnodelovni model sem prikazala pristope različnih znanosti v odnosu do demence.

Z analizo delno strukturiranih intervjujev sem skušala odgovoriti na raziskovalna vprašanja, ki so bila namenjena štirim strokovnim delavkam Doma upokojencev Domžale. V raziskavi so sodelovale fizioterapevtka, delovna terapevtka, medicinska sestra in socialna delavka.

Raziskava je pokazala, da zaposlene niso imele prehodnega znanja o delu s starejšimi, ki so oboleli za demenco. Vprašane se v času študija niso učile o starejših, delu s starejšimi ali demenci. Vse potrebno strokovno znanje so pridobile z izkušnjami, branjem strokovne literature in udeležbo na strokovnih izobraževanjih.

Zaposlene delo s starejšimi doživljajo kot zanimivo, prijetno, dinamično in občasno naporno. Delo s stanovalci poteka na individualni in skupinski ravni. Individualno in skupinsko delo se po besedah zaposlenih prepletata. Za delo s starejšimi je po mnenju zaposlenih potrebna velika mera empatije. Zaposleni mora spoštovati, razumeti starejše ljudi in njihove potrebe. Treba je imeti veliko potrpljenja in ustrezno strokovno usposobljenost za delo s starejšimi.

Po mnenju strokovnega kadra je v Domu upokojencev Domžale več kot polovica stanovalcev obolela za demenco. Po besedah zaposlenih so ti stanovalci občutljivi, tenkočutni in občasno agresivni. Za delo z osebami, ki so obbolele za demenco, je po besedah zaposlenih potreben prijateljski odnos, ki temelji na zaupanju.

Raziskava je pokazala, da se je treba pri delu s stanovalci, ki so oboleli za demenco, veliko bolj angažirati. Zaradi tega je delo s stanovalci, ki so oboleli za demenco, veliko utrudljivejše. Zaposleni imajo težave z zunanjimi sodelavci, ki pri predpisovanju ustrezne terapije ne upoštevajo vpliva demence. Raziskava je pokazala, da morajo biti zaposleni na stanovalce, ki

so oboleli za demenco, veliko pozornejši. Te osebe namreč potrebujejo konstanten nadzor zaradi možnosti dezorientacije znotraj ali izven doma.

Odnosi med stanovalci Doma upokojencev Domžale temeljijo na medsebojni pomoči. Za demenco oboleli stanovalci so do stanovalcev, ki so oboleli za demenco, tolerantni in jim pomagajo. Obstajajo tudi izjeme, ki se med seboj ne razumejo. Na medsebojno sprejemanje po mnenju zaposlenih vpliva osebni značaj.

Med stanovalci Doma upokojencev Domžale občasno prihaja do konfliktov. Konflikti so večinoma povezani z izgubo oziroma krajo osebne lastnine. Zaposleni spore med stanovalci rešujejo s pogovorom, po potrebi iskanjem pogrešanega predmeta.

Poznamo tri različne modele oskrbe stanovalcev, ki so oboleli za demenco. Integrirani, segregirani in delno segregirani model. Zaposlene so odgovorile različno na vprašanje: *»Kateri model oskrbe uporabljate pri vas?«* V domu po mnenju dveh zaposlenih uporabljajo integrirani model, po mnenju ostalih dveh pa delno segregirani model. Obstoječi model po mnenju zaposlenih omogoča, da stanovalci bivajo v sožitju. Stanovalci drug za drugega skrbijo in se spodbujajo med seboj. Kot glavno slabost obstoječega modela zaposlene navajajo težave z varnostjo, ker se osebe, ki so obolele za demenco, pogosto izgubijo znotraj ali izven doma.

Zaposlene imajo s svojci stanovalcev, ki so oboleli za demenco, različne izkušnje. Lažje sodelujejo s svojci stanovalcev, ki imajo znanje o demenci in so bolezen svojega bližnjega sprejeli. Težave imajo s svojci stanovalcev, ki bolezen svojega bližnjega ne želijo sprejeti. Takšnim svojcem je treba nameniti veliko več časa. Zaposleni svojcem pomagajo s pogovori, ki so lahko individualni ali skupinski. Svojcem so na voljo tudi brošure z uporabnimi informacijami o demenci. Svojci se lahko udeležijo tudi srečanj v sklopu Alzhajmer cafeja. Namen srečanj je posredovanje informacij in znanja o demenci vsem, ki jih tematika zanima. Alzhajmer cafe organizira Dom upokojencev Domžale skupaj s Knjižnico Domžale.

Za konec bi želela dodati še dva predloga za izboljšanje dela z osebami, ki so obolele za demenco, znotraj Doma upokojencev Domžale. Predlagam, da se v domu zaposli večje število strokovnih delavcev, ki so usposobljeni za delo s starejšimi ljudmi. Predlagam tudi, da se znotraj doma organizira interna izobraževanja za vse novozaposlene na temo dela s starejšimi, ki so oboleli za demenco.

6 LITERATURA

1. Accetto, Bojan. 1978. *Starost in staranje*. Ljubljana: Cankarjeva založba.
2. Fidler, Mateja. 2002. *Demenca: navodila svojcem za zgodnje odkrivanje in ravnanje v domačem okolju ali med pripravami za sprejem v dom upokojencev*. Vrhnika: Dom upokojencev Vrhnika.
3. Hlebec, Valentina in Jana Mali. 2013. Tipologija razvoja institucionalne oskrbe starejših ljudi v Sloveniji. *Socialno delo* 52 (1). Dostopno prek: <https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-CKBD9PRE/?euapi=1&query=%27keywords%3dinstitucionalno+varstvo+starejših%27&pageSize=25> (14. junij 2017).
4. Filipovič Hrast, Maša in Valentina Hlebec. 2015. *Staranje prebivalstva: oskrba, blaginja in solidarnost*. Ljubljana: Založba FDV.
5. ---, Duška Knežević Hočevnar, Majda Černič Istenič, Matic Kavčič, Sabina Jelenc Krašovec, Sonja Kump in Jana Mali, ur. 2014. *Oskrba starejših v skupnosti: dejavnosti, akterji in predstave*. Ljubljana: Založba FDV.
6. Mali, Jana, Nina Mešl in Liljana Rihtar. 2011. *SOCIALNO DELO Z OSEBAMI Z DEMENCO Raziskovanje potreb oseb z demenco in odgovorov nanje*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
7. Mesec, Blaž. 1998. *Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
8. Milavec Kapun, Marija. 2011. *Starost in staranje*. Ljubljana: Zavod IRC. Dostopno prek: <http://www.impletum.zavod-irc.si> (28. maj 2017).
9. Mlinar, Anton. 2010. Klasiki o staranju in sožitju generacij. *Kakovostna starost* 13 (1). Dostopno prek: <https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-OSE7FCDY/?euapi=1&query=%27keywords%3dkakovostna+starost+13%27&pageSize=25> (14. junij 2017).
10. Požarnik, Hubert. 1981. *Umetnost staranja*. Ljubljana: Cankarjeva založba.
11. Ramovš, Jože. 2014. Gerontološko izrazje. *Kakovostna starost* 17 (1). Dostopno prek: <https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-SU80ML0B/?euapi=1&query=%27keywords%3dstarjanje%27&pageSize=25> (13. junij 2017).
12. Vusilović, Ivana. 2009. Vloga in razvoj inštitutov za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje v Sloveniji. *Kakovostna starost* 12 (1). Dostopno prek:

<https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-ZMF6Y4UM/?euapi=1&query=%27keywords=kakovostna+starost+12%27&pageSize=25> (13. junij 2017).

PRILOGA A: Obdelava gradiva

SKLOPI	TEME	IZJAVE	ODPRTO KODIRANJE	OSNO/AKSIALNO KODIRANJE
PREDHODNO ZNANJE IN PREDHODNE DELOVNE IZKUŠNJE STROKOVNEGA KADRA	Karierna pot strokovnega kadra	FT: »Od začetka sem bila sestra v Kliničnem centru Ljubljana, 4 leta. Potem sem bila dve leti tukaj sestra, potem pa sem začela delati kot fizioterapevtka ... Ob delu v UKC mi niso dovolili študirati in sem bila potem primorana piskati novo delovno mesto. In delovno mesto, ki je bilo prosto, je bilo v Domu upokojencev Domžale. Potem sem prišla sem. Čez dve leti so se pokazale potrebe po pomoči v fizioterapiji, tako da sem se takrat na pobudo direktorice odločila, pač bi pomagala v fizioterapiji, pač še kot sestra. Potem sem šla ob delu študirat fizioterapijo. Sedaj v domu delam že 34. leto.« DT: »Prva zaposlitev – zaposlena sem bila kot medicinska sestra na infektivni kliniki. Potem pa tukaj v domu. Zaposlena sem že 36 let, od tega 32 let kot delovna terapevtka. Zaposlila sem se kot medicinska sestra. In potem se je pokazala potreba za delo v delovni terapiji. Moja predhodnica je delovno mesto morala zapustiti zelo hitro. Meni je bilo to delovno mesto zelo všeč, pa tudi takratni direktor je sam iskal nekoga, ki bi to delo želel opravljati.« MS: »Am, bila sem medicinska sestra pri policiji – medicina dela, prometa in športa. Potem pa sem bila zaposlena v Tacnu, kjer sem delala v dijaški ambulanti. Pred tem pa sem bila zaposlena kot medicinska sestra na Zavodu za transfuzijo krvi, in sicer sedem let. Sedaj sem kot medicinska sestra – vodja tima nege – zaposlena že 20 let.« SC: »Po srednješolski izobrazbi sem kemijski tehnik. Moja prva zaposlitev je bila v Leku. Prihajam iz gospodarske panoge. Po študiju, ki sem ga opravljala med delom, sem se zaposlila leta 2012 na centru za socialno delo. Tam sem ostala dve leti, nato pa me je moja pot pripeljala v naš dom, kjer sem zaposlena zadnji dve leti.«		ZGODOVINA ZAPOSLOSTEV – medicinska sestra v UKCLJ, 4 leta (FT1) – fizioterapevtka v DUD, 34 let (FT2) – medicinska sestra na infektivni kliniki (DT1) – delovna terapevtka v DUD, 32 let (DT2) – medicinska sestra pri policiji (MS1) – medicinska sestra v dijaški ambulanti (MS2) – medicinska sestra na Zavodu za transfuzijo krvi, 7 let (MS3) – vodja negovalnega tima DUD, 20 let (MS4) – delo v Leku (SC1) – socialna delavka na centru za socialno delo, 2 leti (SC2) – socialna delavka v DUD, 2 leti (SC3)
	Izobrazba	FT: »Sem diplomirana fizioterapevtka. (FT3) Pred tem sem pa končala srednjo zdravstveno šolo za srednjo medicinsko sestro. (FT4)« DT: »Po končani srednji zdravstveni šoli za medicinsko sestro (DT3) sem ob delu končala študij delovne terapije na Zdravstveni fakulteti. (DT4)« MS: »Am, diplomirana medicinska sestra. (MS5) Pred vpisom na fakulteto sem končala srednjo zdravstveno šolo v Piranu, kot srednja medicinska sestra. (MS6)« SD: »Po izobrazbi sem diplomirana socialna delavka (SC4). Pred tem pa sem končala srednjo kemijsko šolo. (SC5)«		IZOBRAZBA: – srednja medicinska sestra (FT4, DT3, MS6) – kemijski tehnik (SC5) – diplomirana fizioterapevtka (FT3) – diplomirana delovna terapevtka (DT4) – diplomirana medicinska sestra (MS5) – diplomirana socialna delavka (SC4)
	Prehodno znanje o delu s starejšimi	FT: »Ne, o tem na študiju fizioterapije nismo govorili. (FT5) Študij ni bil tako usmerjen.« DT: »Na višji šoli ni bilo poudarka na delu s starejšimi (DT5), niti na demenci.« MS: »Ne. (MS7)«	o starejših se na fakulteti nismo učili (FT5, SD7) ne (MS6, SD6) poudarek je bil na drugih temah (DT5)	PREDHODNO ZNANJE O DELU S STAREJŠIMI: – brez prehodnega strokovnega znanja (FT5, SD7, MS7, SD6, DT5)

		SD: »Ne (SD6), o tem se nismo nikoli učili na fakulteti. (SD7)«		
	Predhodno znanje o demenci	FT: »Strokovnega znanja prej nisem imela.« (FT6) DT: »Ne, to pa sploh ne. (DT6) Kot sem že rekla, strokovno literaturo sem začela prebirati šele ob delu, sama od sebe. (DT7)« MS: »Ne (MS8), to sem se vse naučila preko dodatnih strokovnih izobraževanj pri zbornici zdravstvene nege. (MS9)« SD: »No, neko splošno znanje (SD8) sem sigurno imela. V zadnjih dveh letih pa se je moje znanje z izkušnjami (SD9) seveda povečalo in se še naprej veča iz dneva v dan. Vsak dan pride do novih situacij, iz katerih se nekaj naučim.«	brez predhodnega strokovnega znanja (FT6, DT6, MS6) splošno znanje (SD8) strokovno znanje pridobila ob delu skozi branje strokovne literature (DT7) strokovno znanje pridobila ob delu z udeležbo na strokovnih seminarjih (MS9) strokovno znanje pridobila ob delu skozi vsakdanje izkušnje (SD9)	PREDHODNO ZNANJE O DEMENCI: – brez predhodnega znanja o demenci (FT6, DT6, MS6) – splošno znanje o demenci (SD8) – pridobitev znanja šele ob delu (DT7, MS9, SD9)
	Predhodne izkušnje z demenco	FT: »Z demenco se prej nikoli nisem srečala. (FT7)« DT: »Am, mislim pa da ne. (DT7)« MS: »Ne. (MS10)« SD: »Nekih bistvenih izkušenj (SD10) od prej mislim, da nimam.«	brez srečanja z demenco (FT7) brez izkušenj (DT7, MS10) brez bistvenih izkušenj (SD10)	PREDHODNE IZKUŠNJE Z DEMENCO: brez predhodnih izkušenj (FT7, DT7, MS10, SD10)
LASTNOSTI STAREJŠIH LJUDI IN DELO Z NJIMI	Lastnosti starejših ljudi	FT: »V bistvu, tukaj je specifična polimorbidnost. Pomeni, da imajo starejši ogromno diagnoz – različnih bolezni (FT8). Sam uvid stanovalcev v svoje stanje pa je dostikrat ukrivljen (FT9). Velikokrat ne znajo oceniti, koliko so sposobni (FT10). Medtem ko recimo mlajši imajo boljši uvid v svojo situacijo in svoje zmožnosti. To je ena tistih glavnih stvari, ki je prisotna. Prisotni so tudi znaki demence (FT11). Oskrbovanca moraš obravnavati kot odraslo osebo, čeprav njegovo razmišljanje gre proti otroku (FT12). Tudi sposobnosti počasi upadajo (FT13). Tako kot mi rastemo, se naše sposobnosti večajo. Kasneje v življenju pa te sposobnosti upadejo.« DT: »Predvsem bi velikokrat mi radi od stanovalcev dobili radi njihove želje, kar pa zelo malo stanovalcev zna ubesediti. (DT9)« MS: »Starejši ljudje imajo kot skupina specifične potrebe (MS11). Ponavadi boleajo za več boleznimi hkrati (MS12), zato je potreben prilagojen pristop. Pogosto imajo okvarjen sluh (MS13), tako da se je z njimi treba pogovarjati bolj na glas in pa bolj počasi, da te razumejo.« SD: »Ja, starejši imajo neke specifične potrebe (SD11). So pa starejši ljudje na nek način posebni, počasi se z upadom funkcij (SD12) vračajo v otroštvo (SD13). Zelo pomembno je večini stanovalcev, da imajo žepnino (SD14).«	starejši imajo več boleznih hkrati (FT8, MS12) ukrivljen uvid v svoje stanje (FT9) slaba samoocena svojih zmožnosti (FT10) prisotnost znakov demence (FT11) otroško razmišljanje (FT12, SD13) upadanje sposobnosti (FT13, SD12) nezmožnost izraza svojih želja (DT9) specifične potrebe (MS11, SD11) okvarjen sluh (MS13) pomemben jim je dostop do lastnega denarja (SD14)	LASTNOSTI STAREJŠIH LJUDI V DUD: – imajo več boleznih hkrati (FT8, MS12) – slaba samoocena svojih zmožnosti, svojega stanja (FT10, FT9) – imajo prisotne znake demence (FT11) – otroško razmišljanje (FT12, SD13) – upad sposobnosti (FT13, SD12, MS13, DT9) – imajo specifične potrebe (MS11, SD11) – pomemben jim je dostop do lastnega denarja (SD14)

	Delo s starejšimi	FT: »Če gledam s strani fizioterapije, so stanovalci zelo zainteresirani. (FT14) Večina stanovalcev, tudi tisti, ki nujno ne bi potrebovali fizioterapije, je tudi zelo zainteresirana (FT15). Am, se udeležuje kar lepo število stanovalcev. Zdaj sem delala analizo za končno poročilo. Da povem – čez 70 procentov (FT16), to je zelo veliko glede na druge domove, s katerimi delamo primerjave. Am, ni samo telovadba. V bistvu se tudi pogovarjamo stvari na telovadbi, ki se tičejo samega življenja v domu. Pogovarjamo se tudi o veri, o družbi, o aktualnih novicah. Tisto, kar jih pravzaprav zanima tisti dan. (FT17)« DT: »Delo s starejšimi je predvsem ... kako bi rekla. Jaz imam nekaj težav, saj bi morala vse delati počasneje (DT10). Ampak glede na količino dela, ki ga je treba opraviti, smo nekako prisiljeni k hitrejšemu tempu. (DT11) Bilo bi zelo dobro, če bi delo s stanovalci lahko opravljali počasneje (DT12).« MS: »Delo s starejšimi je zelo široko (MS14), am. Zato moraš biti visoko strokovno usposobljen (MS15). Pomemben je empatičen odnos do starejšega (MS16).« SD: »Delo s starejšimi bi opisala kot zanimivo (SD15) in pa tudi dinamično (SD16). Zaradi raznih zahtev njihovih svojcev je delo občasno tudi zahtevno (SD17). Drugače pa bi rekla, da se imamo tudi lušno (SD18) in prijetno (SD19).«	stanovalci so za fizioterapijo zelo zainteresirani (FT14, FT15) fizioterapije se udeležuje čez 70 % stanovalcev (FT16) telovadba in pogovor o tekočih družbenih temah (FT17) delo s starejšimi je treba opravljati počasi (DT10, DT12) pogosto smo pri delu s starejšimi zaradi obsega dela prisiljeni k hitrejšemu tempu dela (DT11) delo s starejšimi je široko (MS14) za delo s starejšimi je treba biti visoko strokovno usposobljen (MS15) pri delu s starejšimi je pomemben empatični odnos (MS16) delo s starejšimi je zanimivo (SD15) delo s starejšimi je dinamično (SD16) zaradi svojcev je delo občasno zahtevno (SD17) delo je lušno (SD18) delo je prijetno (SD19)	DELO S STAREJŠIMI: stanovalci fizioterapijo obiskujejo v velikem številu (FT14, FT15, FT16) delo je treba opravljati počasi (DT10, DT12) delo zaradi širokega obsega dela opravljamo v prehitrem tempu (DT11) delo je široko (DT11, MS14) za delo je treba imeti visoko strokovno usposobljenost (MS15) pomemben je empatičen odnos (MS16) delo je zanimivo (SD15) delo je dinamično (SD16) delo je občasno zahtevno (SD17) delo je prijetno (SD18, SD19)
	Individualno delo s starejšimi	FT: »Fizioterapija je dost specifična, a ne. Cilj fizioterapije na splošno je, da ti takšno psihično – fizično kondicijo ustvariš, da boš lahko pri vsakodnevnih opravilih čim samostojnejši (FT19). Pa da se bo dost kvalitetno vključeval v zunanje življenje. Potem pa glede na to, kakšne ima v zvezi s tem oseba želje (FT20), ustvari individualen načrt (FT18). In potem po individualnem načrtu, potem gledamo, da tistemu cilju stanovalca (FT21) in temu, kaj si želi od fizioterapije, sledimo.« DT: »Individualnega dela opravljam veliko (DT12). Dnevne aktivnosti, hranjenje – to vse poteka na individualni ravni. Transferji, oblačenje, učenje, učenje vožnje z vozičkom – to vse opravljamo individualno (DT13).« MS: »Seveda, delo poteka tudi velikokrat na individualni ravni (MS17). Odvzem krvi je primer individualnega dela (MS18).« SD: »Naše interakcije so ponavadi individualne (SD20). Opažam pa, da mi na samem veliko bolj zaupajo. Bolj so odprti in so pripravljeni z mano več deliti (SD21).«	delo poteka po individualnem načrtu (FT18) namen individualnega načrta je krepitev psihofizične kondicije (FT19) pri individualnem načrtu se upoštevajo osebne želje stanovalca (FT20) cilju stanovalca se poskusijo čim bolj približati (FT21) veliko individualnega dela (DT12, MS17) individualno delo je pomoč pri dnevnih aktivnostih (hranjenje, oblačenje, obisk stranišča ...) (DT13) primer individualnega dela je odvzem krvi (MS18) večina interakcij s stanovalci je individualna (SD20) na samem so stanovalci bolj odprti za pogovor in zaupljivejši (SD21)	INDIVIDUALNO DELO S STAREJŠIMI: – poteka po individualnem načrtu (FT18) – namen je krepitev psihofizične kondicije (FT19) – upoštevajo se osebne želje stanovalca (FT20) – njegovim željam in cilju se poskušamo čim bolj približati (FT21) – individualnega dela je veliko (DT12, MS17) – večina dela s stanovalci je individualna (SD20) – na samem se stanovalci lažje pogovarjajo (SD21)

	Skupinsko delo s starejšimi	FT: »Kar se pa tiče druženja, pa jih damo v skupino (FT22). V skupinah so tisti, ki imajo enake potrebe (FT23) in tako drug drugega spodbujajo (FT24). Pri treniranju hoje postavimo poleg tudi druge, saj tako drug drugega spodbujajo (FT25). Ampak v tem trenutku v bistvu delaš samo z enim, drugi pa to opazujejo (FT27). Je individualno delo, ampak še vedno v tem kontekstu, da en drugega spodbujajo (FT26).« DT: »Skupinsko delam s stanovalci na dnevni ravni (DT14), zbiramo se vsakodnevno (DT17) v prostorih delovne terapije (DT15). Včasih pa skupaj odidemo tudi iz doma na kakšen izlet po Domžalah (DT16), odvisno od želja in počutja stanovalcev.« MS: »Vodim tudi skupine za stanovalce (MS18), kjer skupaj preživljamo prosti čas (MS19). Izberem temo, o kateri debatiramo (MS20). Občasno pojemo (MS21) ali pa se kako drugače zabavamo (MS22).« SD: »Včasih kakšne spore tudi rešujem s pogovori z vsemi udeleženci (SD22). Jih povabim v pisarno, kjer je nevtrarno okolje, in se skušamo pogovoriti. Priti do nekega zaključka, sporazuma (SD23).«	druženje poteka v skupinah (FT22, DT17, MS18) v skupinah so stanovalci z istimi potrebami (FT23) v skupinah stanovalci drug drugega spodbujajo (FT24, FT25, FT26) skupinsko delo se prepleta z individualnim (FT27) skupinsko delo poteka vsak dan (DT14) skupinsko delo poteka v prostorih delovne terapije (DT15) skupinsko delo poteka tudi izven doma (DT16) v skupini skupaj preživljajo stanovalci svoj prosti čas (MS19) v skupinah se pogovarjamo (MS20) v skupinah pojemo (MS21) v skupinah se zabavamo (MS22) občasno spore med stanovalci rešujem skupinsko (SD22) skupinsko skušamo priti do nekega zaključka, sporazuma (SD23)	SKUPINSKO DELO S STAREJŠIMI: – druženje poteka v skupinah (FT22, DT17, MS18) – v skupini se stanovalci med sabo spodbujajo (FT24, FT25, FT26) – skupinsko in individualno delo se prepletata (FT27) – skupinsko delo poteka vsak dan (DT14) – v skupinah so združeni stanovalci z istimi potrebami (FT23) – v skupinah se pogovarjajo, pojejo, zabavajo (MS20, MS21, MS22) – nekateri spori med stanovalci se rešujejo skupinsko (SD22) – v skupinskem druženju stanovalci preživljajo svoj prosti čas (MS19)
	Zaželene lastnosti zaposlenih DUD	FT: »Zaposleni mora imeti veliko potrpljenja (FT28), mora imeti občutek za ljudi (FT29). Potrebna je velika mera empatije (FT30), nekateri to lastnost premorejo, drugi spet ne. Starejši potrebujejo nekoga, ki jim zna prisluhniti (FT31). Za uspešno delo s starejšimi je treba pridobiti njihovo zaupanje (FT32), postati moraš njihov prijatelj (FT33), šele nato jih lahko usmerjaš.« DT: »Zaposleni morajo imeti radi ljudi (DT18). Morajo znati prisluhniti (DT19) potrebam starejših ljudi. Imeti morajo veliko mero empatije (DT20), spoštovanja (DT21). To bi bilo pa vse.« MS: »Am, mora biti strokovno usposobljen za delo z njimi (MS23). Mora imeti znanje (MS24), širino (MS25), empatičnost (MS26), razumevanje drugega (MS27). Zaposleni mora imeti neko diplomatsko noto (MS28) pri delu s starejšimi. Imeti mora tudi sposobnost reševanja konfliktov (MS29), saj v mnogih primerih posredujemo kot mediator.« SD: »Zaposleni mora znati, mora znati poslušati (SD24), to je prvo. Mora znati razumeti (SD25), kaj mu stanovalci sploh želi povedati. Pomembno je tudi, da postavi neke meje, ki jih ne smejo stanovalci prekoračiti (SD26). Seveda enako velja tudi za svoje (SD27). Razumevanje (SD28) je v bistvu tisto, ki največ pomeni. Znati pa moramo tudi potolažiti ljudi v stiski (SD29) in jim biti v oporo. Da znamo opaziti osebne stiske (SD30) in nuditi ustrezno pomoč, ki jo oseba potrebuje. (SD31)«	veliko potrpljenja (FT28) občutek za ljudi (FT29) velika mera empatije (FT30, DT20, MS25) zaposleni mora znati prisluhniti (FT31, SD24) zaposleni mora znati pridobiti zaupanje stanovalca (FT32) zaposleni se mora znati spoprijateljiti s stanovalci (FT33) zaposleni mora imeti rad ljudi (DT18) zaposleni mora znati prisluhniti potrebam stanovalca (DT19) zaposleni mora imeti spoštovanje do starejših (DT21) zaposleni mora biti strokovno usposobljen za delo s starejšimi (MS23) zaposleni mora imeti ustrezno znanje za delo s starejšimi (MS24) zaposleni mora imeti širino (MS25) zaposleni mora razumeti starejše ljudi (MS27, SD25, SD28) zaposleni mora postaviti določene meje v odnosu s stanovalci (SD26) zaposleni mora postaviti določene meje v odnosu s svojci (SD27) zaposleni mora imeti diplomatsko noto (MS28) zaposleni mora imeti sposobnost reševanja konfliktov (MS29) zaposleni mora znati potolažiti ljudi v stiski (SD29)	ZAŽELENE LASTNOSTI ZAPOSLENEGA V DUD: – potrpljenje (FT28) – občutek empatije (FT29, DT20) – sposobnost poslušanja (FT31, DT19, SD24) – zna se spoprijateljiti s stanovalci in pridobiti njihovo zaupanje (FT32, FT33) – ima občutek za ljudi, ima rad ljudi (FT30, DT18) – spoštuje starejše (DT21) – je strokovno usposobljen za delo s starejšimi (MS23) – razume starejše ljudi in njihove potrebe (DT19, MS27, SD25, SD28) – zna postaviti mejo pri stanovalcih in njihovih svojcih (SD26, SD27) – ima diplomatsko noto (MS28) – zna reševati konflikte (MS29) – opazi stiske stanovalcev in jim zna pomagati (SD29, SD30, SD31)

			zaposleni mora znati opaziti stiske pri stanovalcih (SD30) zaposleni mora stanovalcem v stiski znati nuditi ustrezno pomoč (SD31)	
LASTNOSTI STAREJŠIH LJUDI, KI SO OBOLELI ZA DEMENCO, IN DELO Z NJIMI	Število obolelih v domu	FT: »Da že kažejo neke znake demence, bi rekla, da kar veliko (FT34), sigurno več kot polovica ... Hm ja, več kot polovica (FT35).« DT: »Sigurno več kot polovica (DT22).« MS: »Am, po občutku bi rekla več kot polovica (MS30).« SD: »Na grobo bi rekla več kot polovica stanovalcev (SD32).«	veliko stanovalcev kaže znake demence (FT34) več kot polovica stanovalcev je obolela za demenco v DUD (FT35, DT22, MS30, SD32)	ŠTEVILO STAREJŠIH, KI SO OBOLELI ZA DEMENCO, V DUD: – več kot polovica (FT35, DT22, MS30, SD32)
	Značilnosti in lastnosti starejših, ki so oboleli za demenco	FT: »Možnosti za napredek so dosti manjše (FT36), ker pozabljajo navodila (FT37). Tudi sami določenih vaj ne delajo sami (FT38), saj si jih ne zapomnijo (FT39). Ali pa bodo delali ravno obratno od naših navodil (FT40). Zaradi demence nas pogosto obtožujejo, da smo jim nekaj ukradli (FT41). Pa da si jim namerno naredil nekaj hudega (FT42). Oni stvari tako občutijo in dostikrat zavirajo terapijo (FT43).« DT: »Dementen ne zna povedati svojih težav (DT23). Lahko jih izraža na kakšen drug način, včasih z agresijo (DT24). Stanovalci z demenco bi velikokrat radi predremali večino dneva (DT25). Aktivnosti jim pač predstavljajo nek napor (DT26) in se raje umaknejo v svoj svet (DT27).« MS: »Dementni so mogoče samo malo bolj tenkočutni (MS31), opazijo vsako malenkost (MS32). Čeprav ima človek občutek, da ne vidi ali pa ne sliši toliko kot drugi. So pa na nek način mnogo občutljivejši (MS33). Am, am veliko dela imajo s tem, da zakrivajo svoje primanjkljaje (MS34). Da se pred drugimi, am, skušajo pokazati v luči, da so čisto normalni starostniki (MS35). Zaradi tega velikokrat prekrivajo te luknje, ki jih imajo v spominu (MS36). Vsak je drugačen (MS37).« SD: »Dementni se pogosto zelo karakternno spremenijo (SD33).«	imajo manjše možnosti za napredek pri fizioterapiji (FT36) pozabljajo navodila fizioterapevtke (FT37) določenih fizioterapevtskih vaj ne izvajajo (FT38) fizioterapevtskih vaj si ne zapomnijo (FT39) fizioterapevtske vaje izvajajo obratno od navodil (FT40) zaposlene obtožujejo kraje (FT41) zaposlene obtožujejo, da jim bodo naredili nekaj slabega (FT42) pogosto zavirajo terapijo (FT43) ne znajo povedati svojih težav (DT23) so agresivni (DT24) pogosto želijo predremati večino dneva (DT25) aktivnosti jim predstavljajo napor (DT26) radi se umaknejo v svoj svet (DT27) so bolj tenkočutni (MS31) opazijo malenkosti (MS32) so občutljivi (MS33) zakrivajo svoje primanjkljaje pred drugimi (MS34) želijo se prikazati v luči, da so čisto zdravi starejši ljudje (MS35) skušajo prekriti luknje, ki jih imajo v spominu (MS36) starejši, ki so oboleli za demenco, se med seboj razlikujejo (MS37) starejši, ki so oboleli za demenco, se velikokrat karakternno spremenijo (SD33)	ZNAČILNOSTI IN LASTNOSTI STAREJŠIH, KI SO OBOLELI ZA DEMENCO: – so agresivni (DT24) – so občutljivi (MS33) – so tenkočutni MS(31) – opazijo malenkosti (MS32) – so karakternno spremenjeni (SD33) – zakrivajo svojo bolezen pred drugimi (MS34, MS35, MS36) – med seboj se razlikujejo (MS37) – večino dneva želijo prespati (DT25) – radi so v svojem svetu (DT27) – aktivnosti doživljajo kot napor (DT26) – svojih težav ne znajo razložiti zaposlenim (DT23) – zaposlene obtožujejo, da jim bodo naredili nekaj slabega (FT42, FT41) – demenca zavira napredek pri fizioterapiji (FT36) – so pozabljivi pri terapiji (FT37, FT39, FT38) – fizioterapevtske vaje izvajajo nepravilno (FT40) – terapijo pogosto zavirajo (FT43)

	Delo s starejšimi, ki so oboleli za demenco	FT: »Pri delu z njimi je treba najti način, da boš z malo besedami zelo nazorno povedal, kaj bi od njih želel v zvezi s terapijo, zakaj je to za njih dobro (FT44). To počneš iz dneva v dan, saj navodila sproti pozabijo (FT45). DT: »Potreben je prijateljski pogovor, s katerim si zagotovimo zaupanje. Šele potem pa jih nekako z usmerjanjem vključimo v aktivnost (DT28). Če vidim, da so se pri določenih aktivnostih dobro odzvali, potem super (DT29). Drugače pa aktivnost zamenjamo za katero drugo (DT30).« MS: »Pri odvzemu krvi dementnim stanovalcem nikoli ne vem, kakšna bo njihova reakcija (MS38). Se mi je že zgodilo, da je bil stanovalac zelo miren, tudi sodeloval je. Ko sem ga pa zbadla, me je pa udaril po glavi in je vse zletelo po tleh (MS39). Am, tako da sem sedaj previdnejša (MS40). Tako, da raje pokličem pomoč, da gre nekdo z mano (MS41).« SD: »Moje delo večinoma vključuje pogovor (SD34). Vsi vedo, da so jim moja vrata od sedmih do treh vedno odprta. Moja pisarna je vedno kraj, kamor pridejo na pogovor. Dementen se pogosto izgubi v domu in ne najde več nazaj. Am, se izgubi v hiši in ne zna iti v svojo sobo. Včasih ga potem najdemo na čisto drugem delu domu. To mirno sprejmemo in ga usmerimo nazaj v njegovo sobo (SD35).«	terapijo je treba razložiti na kratko (FT44) navodila je treba ponavljati iz dneva v dan (FT45) za delo je potreben prijateljski odnos, ki temelji na zaupanju (DT28) vključujemo jih v aktivnosti, v katerih uživajo (DT29) izključimo aktivnosti, na katere so se slabo odzvali (DT30) reakcije na odvzem krvi so različne (MS38) nekateri pri odvzemu krvi postanejo nemirni in nasilni (MS39) potrebna je previdnost (MS40) pri nekaterih stanovalcih je potrebna dodatna pomoč pri odvzemu krvi (MS41) delo temelji na pogovoru (SD34) pogosto stanovalce usmerimo nazaj v njihovo sobo, če se zgubijo nekje v domu in ne znajo nazaj (SD35)	SPECIFIKE DELA S STAREJŠIMI, KI SO OBOLELI ZA DEMENCO: – navodila so kratka (FT44) – navodila se ponavljajo vsakodnevno (FT45) – potreben je prijateljski odnos, ki temelji na zaupanju (DT28) – vključeni so samo v aktivnosti, ki jih veselijo (DT29, DT30) – reakcije na določene situacije so različne (MS38) – pri nekaterih opravilih, zaradi varnosti, medicinska sestra potrebuje dodatno pomoč (MS41) – delo temelji na pogovoru (SD34) – pogosto se dezorientirajo v domu in potrebujejo usmeritev do sobe (SD35)
	Problemi, težave in izzivi, s katerimi se zaposleni soočajo pri delu s starejšimi, ki so oboleli za demenco	FT: »Ko ti pošleš na primer nekoga na pregled k dermatologu. Oni ne vidijo stanja demence (FT46). Oni samo vidijo, da ti nisi pri svojem delu dovolj uspešen. Da rehabilitacija ni dovolj dobra. In potem nam napišejo: bolj intenzivna terapija. Ne upoštevajo, da terapija ne mora biti tako intenzivna kot pri nekom, ki ni obolel za demenco (FT47). To so te zunanje stvari, s katerimi se soočamo. Zdravniki in svojci to težko sprejemajo (FT48). Kar se nas tiče. Pa moraš ti več govoriti, več se moraš angažirati (FT49) in od tega si bolj utrujen (FT50) za manjšo obravnavo ljudi. Se pravi ne moreš z njim delati v skupini (FT53), ampak je potrebna individualna obravnava (FT51). Medtem ko z ljudmi, ki nimajo demence, lahko ko delaš z več hkrati. Dementnega moraš bolj paziti (FT52), saj lahko v vsakem trenutku naredi nekaj narobe.« DT: »Velik problem mi predstavlja delo z večjo skupino stanovalcev (DT31). Nekdo slabo vidi, nekdo slabo sliši. Nekdo ne razume. Delo bi opravljala učinkoviteje v skupinah z manj stanovalci.« MS: »Problematično je ponoči (MS42), am, ko kličejo za dodatno tableto za spanje. Je treba kar reagirati. Ker če starejši dementni ne spi ponoči, se to naslednji dan pozna pri razpoloženju in samooskrbi (MS43).« SD: »Pri delu z njimi se z nekimi problemi ali pa resnimi težavami ne srečujem (SD36).«	zunanj strokovni sodelavci ne vidijo stanja demence (FT46) zunanj strokovni sodelavci ne razumejo, da demenca zavira terapijo (FT47) zdravniki in svojci težko sprejemajo počasen napredek (FT48) potrebna je večja stopnja angažiranosti za delo (FT49) delo me bolj utruja (FT50) potrebna je individualna obravnava (FT51) skupinsko delo ni možno (FT53) potreben je večji nadzor (FT52) delo z večjo skupino je manj učinkovito (DT31) noč je problematična (MS42) pomanjkanje spanca vpliva na razpoloženje in zmožnost samooskrbe (MS43) ne soočam se s problemi, resnimi težavami (SD37)	PROBLEMI, TEŽAVE IN IZZIVI PRI DELU S STAREJŠIMI, KI SO OBOLELI ZA DEMENCO: – zunanj strokovni delavci ne vidijo vpliva, stanja demence na terapijo (FT46, FT47, FT48) – potrebna je večja angažiranost pri delu (FT49) – delo je utrudljivo (FT50) – za dobro opravljeno delo je potrebna individualna obravnava (FT51, FT53, DT31) – potreben je večji nadzor (FT52) – ponoči je problematično (nespanje), ki ima vpliv na razpoloženje in zmožnosti naslednji dan (MS43) – ni resnih težav, problemov (SD37)

	Službena izobraževanja na temo starejših, ki so oboleli za demenco, in dela z njimi	FT: »Za članke si moraš sam poskrbeti, da jih prebereš in se nekaj naučiš – to je samoiniciativno (FT54). Predavanja pa so nam na voljo pogosto (FT55).« DT: »Na temo demence sem prebrala veliko strokovne literature (DT32), prav tako pa sem se udeležila vseh internih predavanj (DT33), ki so nam bila na voljo. Z namenom, da se čim več naučim (DT34).« MS: »Ja, na voljo je veliko literature (MS44). V preteklosti so nam bila na voljo izobraževanja izven doma (MS45). Sedaj pa so vsi seminarji organizirani znotraj doma (MS46).« SD: »Da, vodstvo doma se zelo trudi, da nam je na voljo dovolj izobraževanj (SD37) in gradiva za branje (SD38).«	branje člankov je samoiniciativno (FT54) predavanja o demenci so na voljo pogosto (FT46) obsežno branje strokovne literature o demenci (DT32, SD38) redna udeležba na internih predavanjih (DT33) namen je širjenje svojega znanja (DT34) na voljo je veliko literature o demenci (MS44) na voljo dovolj internih izobraževanj (MS46, SD73) v preteklosti so potekala izobraževanja izven doma (MS45)	ZAPOSLENI DUD SE O DEMENCI IZOBRAŽUJEJO Z: – branjem strokovne literature (FT54, DT32, MS44, SD38) – udeležbo strokovnih predavanj (FT55, DT33, MS45, MS46, SD37)
ODNOSI MED STANOVALCI DUD	Odnosi med stanovalci, ki so oboleli za demenco, in tistimi, ki nimajo demence	FT: »Tako, da tisti stanovalci, ki nimajo demence, so večino tolerantni do tistih, ki jo imajo (FT56). Ker so že pred znaki bolezni skupaj živeli na oddelku. Stanovalci brez demence druge usmerjajo in jim pomagajo (FT57). Je pa odvisno od značaja človeka, zelo (FT58). Tudi človek, ki ima demenco. Če je bil že prej aroganten, ga potem tudi oni kasneje težje sprejemajo (FT59). Ene gospe z demenco so tako mile, da so jim vsi stanovalci pripravljeni pomagati (FT60). Pri drugih pa je že druga zgodba. Kot sem rekla, odvisno od značaja človeka (FT61). Značaj je pomemben, tudi pri starejših.« DT: »Po večini se dobro razumejo (DT35), razen nekaterih izjem (DT36). Stanovalci zelo velikokrat radi poskrbijo za druge. Ostali zelo lepo skrbijo za tiste, ki so demenčni. Poskrbijo, da so pravočasno pri kosilu. Jih odpeljejo v dnevni prostor. Nudijo jim vse usluge, ki so jih za njih pripravljeni opraviti (DT37).« MS: »Običajno slabše (MS47), demenčni bolj razume demenčnega (MS48). Medtem ko tisti zdravi oziroma kognitivno sposobnejši se s tem postavljajo in očrnijo tiste, ki tega ne zmorejo (MS49).« SD: »Hm, rekla bi, da je to čisto odvisno. Hm, ja no, od karakterja ljudi (SD39). Gre za individualno stvar, res različno od stanovalca do stanovalca (SD40). Odvisno je tudi od spremembe zdravstvenega stanja demenčne osebe (SD41).«	ostali stanovalci so tolerantni do tistih, ki so oboleli za demenco (FT56) ostali stanovalci tiste, ki so oboleli za demenco, usmerjajo in jim pomagajo (FT57, DT37) medsebojno sprejemanje je odvisno od značaja človeka (FT58, FT61, SD39) arogantno osebo, ki je obolela za demenco, ostali težje sprejmejo (FT59) milo osebo, ki je obolela za demenco, ostali lažje sprejmejo in ji pomagajo (FT60) večinoma se stanovalci dobro razumejo (DT35) obstajajo izjeme, ki se med seboj ne razumejo (DT36) ostali stanovalci se s tistimi stanovalci, ki so oboleli za demenco, razumejo slabše (MS47) stanovalci, ki so oboleli za demenco, se med seboj bolje razumejo kot z ostalimi (MS48) ostali stanovalci skušajo očrniti tiste, ki so oboleli za demenco (MS49) pri medsebojnem sprejemanju gre za individualno zadevo (SD40) medsebojno sprejemanje je odvisno od spremembe zdravstvenega stanja stanovalca, ki je obolel za demenco (SD41)	ODNOSI MED STANOVALCI DUD SO: – ostali stanovalci so do tistih, ki so oboleli za demenco, tolerantni ter jim pomagajo (FT56, FT57, DT37) – obstajajo izjeme, ki se ne razumejo med seboj (DT36) – medsebojno sprejemanje je zelo različno (SD40) – medsebojno sprejemanje je odvisno od značaja človeka (FT58, FT61, SD39) – ostali stanovalci lažje sprejmejo milo osebo, ki je obolela za demenco, kot arogantno osebo (FT60, FT59) – razumevanje med osebami, ki so obbolele za demenco, je boljše kot s tistimi, ki bolezni nimajo (MS47, MS48) – stanovalci, ki niso oboleli za demenco, skušajo očrniti tiste, ki so oboleli za demenco (MS49) – medsebojno razumevanje je odvisno od spremembe zdravstvenega stanja stanovalca, ki je obolel za demenco (SD41)
	Konflikti med stanovalci	FT: »Ne tako pogosto (FT62) glede na to, koliko ljudi živi skupaj na oddelku. Odnosi med njimi so grajeni po principu, da pametnejši prej odneha (FT63). Tako bi jih opisala jaz. Tisto – ja pa saj ne more, saj me ne razume. Pustimo, pomagajmo mu (FT64). Res pa je, da ta pravila ne veljajo, ko pride do osebnega premoženja. Tukaj pa tudi tisti, ki nimajo demence, govorijo: »Lej, ukradla mi je.« Takrat pa tolerance ni. Spori so večinoma povezani s krajami (FT65). »Ukradla mi je, vzela mi je, na moje	do konfliktov ne prihaja pogosto (FT62) pametnejši hitreje odneha (FT63) ostali so tolerantni do tistih, ki zmorejo manj (FT64) tolerance ni pri kraji osebnega premoženja (FT66) kraja glavni razlog sporov (FT65)	POGOSTNOST KONFLIKTOV: – do konfliktov prihaja (DT38) – pogosto prihaja do konfliktov (MS50) – redko prihaja do konfliktov (SD42, FT62) OBNAŠANJE STANOVALCEV MED KONFLIKTI: – pametnejši prej odneha (FT63)

		področje posega in tako,« to osebno področje – tu tolerance ni (FT66).« DT: »Prihaja (DT38), ker ostali stanovalci ne razumejo, zakaj so nekateri lahko tako zelo agresivni. Da so tako samosvoji, da so v svojem svetu. Hm, razlogi so različni (DT39). Nekateri prav iščejo, da se skregajo brez posebnega razloga (DT40).« MS: »Pogosto (MS50), zato pa smo zaposleni tam, da te konflikte preprečujemo (MS51). Čim prej poskušamo pomiriti situacijo. Recimo najbolj neumna taka situacija je sedež za mizo pri kosilu. Vsak si zbere svoj sedež in tistega se drži kot pijanec plota. In bog ne daj, da se kdo usede na njihovo mesto, takrat so se pripravljene tudi stepsti (MS52). To se velikokrat dogaja.« SD: »Redkokdaj, nekaj jih sigurno je (SD42). Vendar jih rešujemo sproti, prepri se ne vlečejo v nedogled. Sigurno ne (SD43). Imamo gospo v drugem nadstropju, ki pogosto zatava k sosedu v sobo. To se ponavlja dogaja ponoči. Za prejšnjega soseda je bilo to zelo moteče, do konfliktov med njima je prihajalo res pogosto. Čez nekaj časa je gospod iz drugih razlogov zamenjal sobo. Gospa v sobo še vedno zatava ponoči, vendar novega soseda to sploh ne moti. Ni nobenih konfliktov. Kaj želim s tem povedati ... Res je odvisno od ljudi, a ne. Hecen primer, ampak res pokaže, kako pomemben je karakter (SD44). Nekateri so za skupaj, drugi spet ne. Nekoga določena stvar zmoti, nekdo drug pa je sploh ne opazi.«	do konfliktov med stanovalci prihaja (DT38) razlogi za spore so različni (DT39) za konflikt nekateri stanovalci ne potrebujejo posebnega razloga (DT40) do konfliktov med stanovalci prihaja pogosto (MS50) zaposleni skušajo te konflikte preprečevati (MS51) stanovalci so pogosto pripravljeni med kreganjem tudi fizično obračunati (MS52) do konfliktov prihaja redko (SD42) konflikte rešujemo sproti (SD43) na konflikte vpliva tudi karakter ljudi (SD44)	– stanovalci so strpní do tistih, ki zmorejo manj (FT64) – pri kraji ni tolerance (FT66) – stanovalci so pripravljeni tudi fizično obračunati (MS52) OBNAŠANJE ZAPOSLENIH MED KONFLIKTI: – skušajo konflikte preprečiti (MS51) – sproti rešujejo konflikte (SD43) GLAVNI RAZLOGI ZA SPORE MED STANOVALCI: – kraja glavni razlog sporov (FT65) – ni potrebnega posebnega razloga (DT40) – vpliv karakterja ljudi (SD44)
	Reševanje konfliktov med stanovalci s strani strokovnega kadra DUD	FT: »S pogovorom (FT67), kot posrednik, da se stvari umirijo (FT68). Pomagam poiskati izgubljenost stvari in podobno (FT69). Večinoma pa je pogovor dovolj.« DT: »S pogovorom (DT41) in da pomirim skregani strani (DT42).« MS: »Potrebno je, da je v domu, kjer živi veliko demenčnih stanovalcev, tudi veliko število zaposlenih (MS53). Da so v takih situacijah vedno blizu, da vedno lahko hitro ukrepajo (MS54).« SD: »S pogovorom (SD45).«	konflikte rešujem s pogovorom (FT67, DT41, SD45) skušam umiriti situacijo (FT68, DT42) iščem izgubljeni predmet (FT69) za hitro reševanje konfliktov je treba imeti dovolj zaposlenih (MS53) potrebno je hitro ukrepanje (MS54)	ZAPOSLENI DUD KONFLIKTE MED STANOVALCI REŠUJEJO S/Z: – pogovorom (FT67, DT41, SD45) – iskanjem izgubljenega predmeta (FT69) – umirjanjem situacije (FT68, DT42) – hitrim ukrepanjem (MS54)
MODEL OSKRBE STANOVALCEV, KI SO OBOLELI ZA DEMENCO, V DUD	Model oskrbe	FT: »Integriranega (FT70).« DT: »Delno segregirana oblika oskrbe, sigurno (DT43).« MS: »Tretji model, delno segregirani model (MS55).« SD: »Mi smo dom z integriranim modelom, definitivno (SD46).«	integriran model oskrbe (FT70, SD46) delno segregirani model oskrbe (DT43, MS55)	MODEL OSKRBE STANOVALCEV, KI SO OBOLELI, JE: – integrirani (FT70, SD46) – delno segregirani (DT43, MS55)
	Prednosti obstoječega modela oskrbe	FT: »Tako kot sem že prej rekla, stanovalci en drugemu pomagajo (FT71). Tolerance se učijo en od drugega (FT72). Nekdo, ki še nima znakov demence, vidi, da se bo pri njem v primeru, da zbolí za demenco, enako lepo skrbelo. Delujejo na ta način – kar jaz tebi naredim, ti naredi meni. Jih nekako ni strah, če bi sami zboleli, da ne bi bilo zanje dobro poskrbljeno (FT73). V segregiranem modelu živi stanovalec samo s sabo enakimi, tako ne pride do spodbud. Tukaj še vedno so spodbude s strani stanovalcev, ki nimajo demence, tistim, ki znake demence že imajo (FT74). To ugotavljamo. Okolje je bolj stimulativno (FT75).« DT: »Zdi se mi, da je prednosti zelo veliko. Stanovalci, ki nimajo posebnih znakov demence, skrbijo za stanovalce z demenco (DT44). To je nekakšna vzajemna pomoč. Zdi se mi, da se tako naveže veliko stikov.	stanovalci si pomagajo med seboj (FT71) stanovalci se tolerance učijo drug od drugega (FT72) stanovalci nimajo strahu, da bi bilo v domu zanje slabo poskrbljeno (FT73) stanovalci se med seboj spodbujajo (FT74, SD48) okolje je stimulativno (FT75) stanovalci, ki niso oboleli za demenco, skrbijo za tiste, ki so oboleli (DT44) stanovalci skrbijo drug za drugega (DT46, MS57) stanovalci spletejo prijateljske vezi (DT45) stanovalci s pomočjo osebam, ki so obolele za	PREDNOSTI OBSTOJEČEGA MODELA OSKRBE STANOVALCEV, KI SO OBOLELI ZA DEMENCO, SO: – stanovalci bivajo v sožitju in skrbijo drug za drugega (FT71, FT72, DT44, DT47, MS57) – stanovalci nimajo strahu, da bi bilo v DUD zanje slabo poskrbljeno (FT73) – stanovalci spodbujajo drug drugega (FT74, SD48) – stanovalci se med seboj družijo (DT45, SD49) – stanovalci z medsebojno pomočjo razbremenijo zaposlene (MS57)

		Veliko prijateljskih odnosov (DT45). Poskrbijo drug za drugega (DT46).« MS: »Prednosti so predvsem v tem, da ima človek občutek, da je med vsemi normalnimi ljudmi. Ti starejši, ki so kognitivno sposobnejši, so kot starejši otroci, ki poskrbijo za mlajše. Skrbijo za tavažoče in nemirne ali pa pomagajo v kakšni drugi stiski (MS56). Am, a, že zaradi tega, ker bedijo nad njimi, ni treba nam delavcem biti vedno prisotni. Velikokrat sami rešijo kakšno situacijo in pomoč zaposlenega ni potrebna. Kot primer – dementna gospa išče ključ in pogleda povsod, tava. Potem pa sami stanovalci najdejo tiste ključ, brez pomoči zaposlenega. Situacija se sama pomiri (MS57).« SD: »Stanovalci živijo v nekem sožitju (SD47). Stanovalci, ki še nimajo znakov demence, se trudijo biti dober zgled (SD48). Na tak način imajo tudi dementni večjo možnost druženja in pogovora, kot bi jo imeli na zaprtem oddelku (SD49).«	demenco, razbremenijo zaposlene (MS57) stanovalci živijo v sožitju (SD47) stanovalci, ki so oboleli za demenco, imajo več priložnosti za druženje in pogovor (SD49)	
	Slabosti obstoječega modela oskrbe	FT: »Ja, varovanje. To pa je, to pa ugotavljamo. Vsi moramo biti zelo pozorni, saj se stanovalci sprehajajo in se potem ne znajo vrniti nazaj (FT76). Am, imamo te težave z lastnino. Da, gospa, ki ima znake demence, šari pri sosedih in jo s tem razjezi. Pa se potem stvari zgubijo (FT77). Pri nas gredo lahko iz doma vsi stanovalci. In tudi gredo čez vhod. To je težko, človeka moraš pregovoriti, da se vrne nazaj v dom. Ne moraš ga prisiliti. To ni način. Ne smeš ga ovirati po zakonodaji. To je ta slabost tega modela oskrbe. Ni zakonodaja tako prilagojena, da oseba z znaki demence sama odloča o svojih dejanjih. Ljudi nimamo zaklenjenih, saj nimamo tega modela oskrbe v domu (FT78).« DT: »Am, sigurno bi se kakšna našla. Svoji velikokrat želijo, da bi bili njihovi bližnji v skupinah s tistimi, ki so v boljši formi (DT47). Tako psihični kot fizični. Vendar pa čez čas spoznajo zmožnosti domačega in to nekako sprejmejo.« MS: »Slabosti tega modela pa so te, da so ti zdravi stanovalci potem preobremenjeni. Ker morajo skrbeti oziroma se jim zdi, da morajo skrbeti za dementnega. Zmanjka jim časa za sebe, za svoje mirno preživljanje prostega časa (MS58). Am, poleg tega znajo biti dementni stanovalci predvsem ponoči glasni, am, in motijo spanec drugih (MS59).« SD: »Občasno pride do nestrpnosti med stanovalci (SD50). Glavni problem predstavlja varnost (SD51). Ampak to je izziv, s katerim se pravzaprav soočamo zaposleni in ne stanovalci. Potrebno je veliko osebja, da imamo res lahko vse pod kontrolo. Če imajo stanovalci veliko težnjo po odhodu iz doma, jim pod varnimi pogoji to skušamo omogočiti. Bodisi s spremstvom bodisi za pomoč prosimo svojce. Pa potem gospoda oni pospremitjo na en sprehod po Domžalah (SD52).«	težave z varovanjem (FT76, SD51) težave z izgubo, krajo lastnine (FT77) težave z izhodi iz ustanove (FT78, SD52) zahteve svojcev po predstavitvi svojca v skupino z višnjo stopnjo forme (DT47) stanovalci, ki niso oboleli za demenco, so preobremenjeni s skrbjo za tiste, ki so oboleli za demenco (MS58) stanovalci, ki so oboleli za demenco, so ponoči moteči, glasni (MS59) občasno med stanovalci pride do nestrpnosti (SD50)	SLABOSTI OBSTOJEČEGA MODELA OSKRBE STANOVALCEV, KI SO OBOLELI ZA DEMENCO, SO: – težave z varnostjo (FT76, SD51, FT78, SD52) – težave z izgubo, krajo lastnine (FT77) – težave s previsokimi pričakovanji svojcev (DT47) – težave s preobremenjenostjo ostalih stanovalcev, ki niso oboleli za demenco (MS58) – težave z motnjami ponoči (MS59) – težave z nestrpnostjo med stanovalci (SD50)

	Predlagane spremembe znotraj obstoječega modela oskrbe	FT: »Ja, seveda. Ampak to so res prostorske stvari. Dnevni prostori bi morali biti manjši (FT79), da bi se v njih družile manjše skupine. Sedaj so skupine prevelike. Na oddelku je sedaj preveč hrupa (FT80). To je nekaj, kar ugotavljam že leta. Vendar moramo delati znotraj opcij, ki jih pač imamo. Infrastruktura je, kakršna pač je. Tega se ne da spremeniti.« DT: »Vsekakor, zelo veliko. Zdi se mi, da bi potrebovali veliko več prostora (DT48). Prostori za druženje so majhni. Kadar jih je v skupini več v majhnem prostoru, motijo en drugega. Potrebovali bi več zaposlenih (DT49) in več strokovnega osebja. V domu bi potrebovali bolj izobražen kader (DT50).« MS: »Moram prav razmisliti. Am, jaz mislim, da mora za dementne osebe skrbeti strokovni kader (MS60). Javni delavci za to niso primerni. Opažam, da je veliko javnih delavcev, ki ne spadajo v nobeno socialno niti zdravstveno institucijo, ki skrbi za starejše ljudi. Am, drugič bi povečala kader v domu. Zmanjšala bi tudi delovni čas zaposlenih, saj spočit kader lažje in boljše skrbi za starejše ljudi (MS61). Tudi stavba, ki nam je sedaj na razpolago, ni prilagojena starejšim. Sama struktura doma starejšim ne odgovarja. Hodniki bi morali biti širši za vožnjo z vozički. Vrata v kopalnico bi tudi morala biti širša (MS62). Vsaka soba bi morala imeti svojo kopalnico in svoj wc (MS63). Am, možnost bi morala biti, da stanovalci zjutraj vstajajo ob neki svoji uri. Ne pa, da se morajo držati urnika doma. Ozračje na oddelku in v domu na splošno je preveč institucionalno. Stanovalci so preveč podrejeni instituciji, namesto da bi bilo obratno. Enako velja za spanje (MS64). Pametno bi bilo, da bi si stanovalci lahko sobo urejali sami s svojim pohištvo, saj bi tako ohranili del domačnosti tudi v domu (MS65). Tudi domače živali bi bile lahko dovoljene (MS66). Da bi bil zdravnik pogostejše prisoten na oddelku, vsak dan (MS67).« SD: »Kot je, je. Mislim, da smo glede na financiranje še na dobrem. Bolj bi se morali približati modelom iz tujine. Tam imajo dom zgrajen kot vas. Res se prilagajajo potrebam starejših (SD53). V vasi je na voljo vse – frizer, pošta, trgovina, slaščičarna in podobno (SD54). Okolje je domače. Tam ni varovanih oddelkov. Želijo, kako bi rekla, ustvariti okolje, kot je doma. Pomemben je občutek domačnosti, ki starejše pomiri (SD55).«	manjši dnevni prostori, da bi se družile manjše skupine (FT79) manj hrupa (FT80) potrebovali bi več prostora (DT48) potrebovali bi več zaposlenih (DT49) potrebovali bi več strokovnih delavcev (DT50, MS60) krajši delovni čas zaposlenih (MS61) potrebovali bi širše hodnike, širše vhode v kopalnice (MS62) potrebovali bi več kopalnic, stranišč (MS63) stanovalci bi potrebovali možnost po lastnem bioritmu (MS64) domače živali bi lahko bile dovoljene (MS66) stanovalci bi lahko svoje sobe sami opremili (MS65) zdravnik bi moral biti prisoten na oddelku vsak dan (MS67) bolj bi se morali prilagajati potrebam starejših (SD53) na voljo bi moralo biti več storitev (SD54) vzdušje v domu bi moralo biti bolj domače (SD55)	ZAPOSLENI ZNOTRAJ OBSTOJEČEGA MODELA PREDLAGAJO NASLEDNJE SPREMEMBE: – manjše dnevne prostore (FT79) – večje oziroma širše prostore (DT48, MS62) – večje število zaposlenih (DT49) – večje število strokovnih delavcev (DT50, MS60) – večje število kopalnic, stranišč (MS63) – življenje v domu bi bilo prilagojeno stanovalcem (MS64, SD53) – dom bi bil za stanovalce bolj domač (SD55, MS65, MS66) – dom bi moral ponujati več storitev (SD54) – zdravnik bi moral biti na oddelku prisoten vsakodnevno (MS67)
--	---	--	--	---

	Predlagane spremembe bi prinesle naslednje izboljšave obstoječega modela oskrbe	FT: »Konkretno, več bi lahko naredili s stanovalci v manjših skupinah (FT81). Tudi zmanjšanje hrupa bi med stanovalce vneslo zadovoljstvo. Imeli bi tisti mir, ki ga starejši človek potrebuje, če me razumete (FT82).« DT: »Veliko stvari bi šlo na boljše. Izboljšala bi se predvsem kvaliteta življenja stanovalcev (DT51). Veliko več bi bilo individualnega dela. Stanovalce bi lahko veliko bolje osebno poznali in jim nudili oskrbo, ki bi bila bolj prilagojena njihovim potrebam (DT52).« MS: »S temi spremembami bi se kakovost dela izboljšala. Kakovost oskrbe bi se za starejše sigurno izboljšala (MS68).« SD: »Občutek institucionalnosti bi izginil pri stanovalcih (SD56), bolj bi bilo domače. Dom bi lažje sprejeli kot svoj dom. Prehod iz domačega okolja v tak dom bi bil bistveno lažji (SD57). Sama kvaliteta storitev bi se dvignila, stanovalci bi bolj koristno preživljali svoj čas v domu (SD58).«	v manjših skupinah bi lahko naredili več terapije (FT81) stanovalci bi imeli več miru (FT82) izboljšala bi se kvaliteta življenja stanovalcev (DT51) oskrba bi bila bolj prilagojena vsakemu stanovalcu posebej (DT52) izboljšala bi se kakovost oskrbe stanovalcev (MS68) izginil bi občutek institucionalnosti (SD56) dvignila bi se stopnja domačnosti (SD57) stanovalci bi koristneje preživljali prosti čas v domu (SD58)	PREDLAGANE SPREMEMBE BI PRINESLE NASLEDNJE IZBOLJŠAVE: – uspeli bi narediti več terapije (FT81) – stanovalci bi imeli več miru (FT82) – izboljšala bi se kvaliteta življenja stanovalcev (DT51, SD58) – izboljšala bi se kakovost oskrbe (DT52, MS68) – okolje bi bilo bolj domače in manj institucionalizirano (SD56, SD57)
DELO S SVOJCI STANOVALCEV, KI SO OBOLELI ZA DEMENCO, V DUD	Izkušnje s svojci stanovalcev, ki so oboleli za demenco	FT: »Izkušnje so različne (FT83). Nekateri imajo znanje o bolezni sami (FT84) in so pripravljeni poslušati (FT85). Nekateri pa, ki so v strahu, da bodo na stara leta tudi zboleli za demenco (FT87), niso pripravljeni poslušati o bolezni domačega (FT86). In bolezen ter njene znake tudi zanikajo (FT88). Svojci pogosto sprašujejo, ali bodo tudi oni zboleli za demenco (FT89). In tisti svojci potem pogosto zavračajo diagnozo svojih staršev. Moj oče, joj, ni zbolel za demenco, zmotili ste se (FT90).« DT: »Am, svojci zelo različno odreagirajo na demenco pri svojem bližnjem (DT53). Tudi verjetno nimajo dovolj informacij o bolezni sami. Stanja svojih domačih se ne zavedajo (DT54). Ob sprejemu bližnjega v dom se srečujejo z zelo veliko strahovi (DT55). Nekateri se bojijo, da ne bomo znali dobro poskrbeti za njihove domače (DT56). Drugi želijo, da jih pretirano vključujemo v vse aktivnosti znotraj doma (DT57). Velikokrat zaposleni opazimo, da stanovalci nečesa ne zmorejo. Svojci pa želijo, da jih mi prisilimo v določene stvari, in ne razumejo, da to ni mogoče. (DT58)« MS: »Ponavadi nimajo uvida v stanje in bolezen svojega bližnjega (MS69). Zadnje čase se to izboljšuje, saj lahko veliko informacij dobijo iz medijev in na spletu (MS71). Vsi tisti, ki pa bolezni ne sprejmejo in spremembe (MS70), svojce, v tem smislu, da je vedno bolj nebolj, je pa s svojci vedno veliko dela. Am, svojci so zelo pomemben del ene take ustanove, kot je dom, in je z njimi treba dobro sodelovati, am, zaradi boljšega razumevanja in boljše oskrbe dementnega stanovalca (MS72).« SD: »Hm, različno (SD59). Nekateri svojci so zelo poučeni o bolezni svojega bližnjega (SD60), spet nekateri ne (SD61). Poučeni ponavadi niso tisti, ki bolezen zanikajo (SD62). Nekateri svojci težko sprejmejo, da je njihov oče ali mama spremenjena. Ne razumejo, da je osebnostna sprememba posledica bolezni. (SD63) Takšnim svojcem je treba nameniti veliko časa in pogovora (SD64). Am, takrat res vse službe stopimo skupaj in poskušamo razložiti zadevo. Am, kaj je tisto, kar opažamo. Kaj pravzaprav delamo. Takšni primeri so redki, ampak še	izkušnje so različne (FT83, DT53, SD59) nekateri svojci imajo znanje o bolezni (FT84, SD60) nekateri svojci so pripravljeni poslušati (FT85) nekateri niso pripravljeni poslušati o bolezni (FT86) nekateri se bojijo, da bodo sami zboleli za demenco (FT87, FT89) nekateri bolezen svojega bližnjega zanikajo (FT88, FT90) nekateri se bolezni svojega bližnjega ne zavedajo (DT54) nekateri svojci se ob sprejemu bližnjega v dom srečujejo s strahovi (DT55) nekateri svojci se bojijo, da bo oskrba znotraj doma slaba (DT56) nekateri svojci želijo, da bližnjega vključimo v vse aktivnosti (DT57) nekateri svojci ne vidijo, da bližnji nečesa ne zmore (DT58) ponavadi nimajo uvida v stanje svojega bližnjega (MS69) poučeni svojci ponavadi bolezni ne zanikajo (SD62) njihovo znanje se izboljšuje zaradi informacij na spletu, v medijih (MS71, SD65) svojci so pomemben del ustanove, potrebno je dobro razumevanje (MS72) nekateri svojci ne razumejo, da je osebnostna sprememba posledica bolezni (SD63) svojcem, ki zanikajo bolezen, je treba nameniti več časa (MS70, SD64) demenca bolj bolezen	IZKUŠNJE ZAPOSLENIH S SVOJCI STANOVALCEV, KI SO OBOLELI ZA DEMENCO: – različne (FT83, DT53, SD59) – nekateri imajo znanje o bolezni, nekateri ne (SD61, FT84, SD60) – nekateri so pripravljeni poslušati o bolezni, drugi ne (FT85, FT86) – nekateri se bojijo, da bodo zboleli za demenco tudi sami (FT87, FT89) – nekateri bolezen svojega bližnjega zanikajo ali pa se je ne zavedajo (DT54, MS69) – nekatere svojce skrbi način oskrbe njihovega bližnjega v domu (DT55, DT56) – nekateri svojci nimajo uvida v stanje svojega bližnjega (MS69, DT58) – svojci z znanjem o demenci bolezni pri svojem bližnjem ne zanikajo (SD62) – svojci napredka bolezni in sprememb karakterja pri bližnjem ne razumejo (SD63) – svojcem, ki bolezni ne želijo sprejeti, je treba nameniti več časa (MS70, SD64) – svojci imajo danes več znanja o bolezni, kot so ga imeli v preteklosti (MS71, SD65)

		vedno so. O demenci sicer ljudje dosti več vedo, saj se o njej govori tudi o medijih. To je nekaj, kar opažam. Informacije o znakih demence so na voljo že povsod in so dostopne vsakomur (SD65). Bi pa rekla, da je demenca bolj bolezen svojcev kot pa oseb, ki so za njo zbolele. Sami svoje bolezni ne morejo sprejeti, saj se je ne zavedajo. Živijo v nekem svojem svetu, v katerem je sicer veliko nihanj. S tiskom se pravzaprav soočajo svojci (SD66).«	svojcev kot tistih, ki so za njo oboleli (SD66) nekateri svojci nimajo znanja o bolezni (SD61)	
	Težave s svojci stanovalcev, ki so oboleli za demenco	FT: »Velik problem predstavlja to, da bolezen bližnjega zanikajo. S tem imamo sigurno največ težav (FT91). Težko je nekoga poučiti o demenci, če sam ignorira, da je njegov starš sploh bolan. Prihaja tudi do konfliktov med svojci (FT92). Ena hči sprejema diagnozo, drugi dve pa ne. Zaradi tega imamo pogosto težave.« DT: »Am, svojci velikokrat nimajo dobrega vpogleda v stanje naših stanovalcev (DT59). Zdi se jim, da ne ravnamo prav v določenih primerih. Svojci ne razumejo, da določene stvari v domu niso možne, saj moramo gledati tudi na potrebe drugih stanovalcev (DT60).« MS: »Am, največ problemov je tam, kjer je veliko otrok (MS73). Vsak ima svoje mnenje, svoje mišljenje, poleg vsega pa so sprti med sabo. Eni želijo eno, drugi drugo. Si podajajo tega starša kot majhnega otroka.« SD: »Kot sem že omenila, problem nastane pri nesprejemanju situacije. Svojci bolezen samo zanikajo in ne želijo sprejeti, da se je njihov starš ali teta, stric spremenil (SD67). Svojci imajo pogosto prevelika pričakovanja (SD68). Mnenja so, da njihova mama zmore veliko več in da jo moramo zaposleni v to na nek način prisiliti. To pa ni možno. Zahteve so včasih nemogoče, pa tega sploh ne vidijo (SD69). Na dober dan pač lahko, vedno pa ne. Ni narobe, če ne zmorejo. Na potek bolezni pač nimajo vpliva.«	največjo težavo predstavljajo svojci, ki bolezen zanikajo (FT91, SD67) med svojci prihaja do konfliktov (FT92) svojci velikokrat nimajo vpogleda v stanje svojega bližnjega (DT59) svojci ne razumejo, da nekatere stvari znotraj doma niso izvedljive (DT60) največ težav imamo pri stanovalcih, ki imajo veliko otrok (MS74) svojci imajo pogosto prevelika pričakovanja (SD68) svojci imajo nemogoče zahteve (SD69)	TEŽAVE, S KATERIMI SE SOOČAJO ZAPOSLENI PRI DELU S SVOJCI STANOVALCEV, KI SO OBOLELI ZA DEMENCO: – največ težav je s svojci, ki bolezen zanikajo (FT91, SD67) – konflikti med svojci (FT92, MS74) – svojci ocenjujejo zmožnosti svojega bližnjega nerealno in imajo prevelika pričakovanja, želje (DT59, SD68, SD69, DT60)
	Konflikti med zaposlenimi in svojci stanovalcev, ki so oboleli za demenco	FT: »Do nesoglasij seveda prihaja (FT93). Svojci imajo pogosto nerealna pričakovanja. Želijo, primer, da njihova mama hodi vsak dan 30 minut brez pomoči. V resnici pa gospa sploh ne more samostojno sedeti. Od nas velikokrat pričakujejo nemogoče stvari (FT94), takrat pa normalno, da pride do nesoglasij.« DT: »Tudi pri nekaterih, seveda (DT61). Vendar to rešujemo sproti. S pogovorom (DT62).« MS: »Vse konflikte s svojci skušam rešiti s ponovnim pogovorom (MS74).« SD: »Do nesoglasij prihaja, to sigurno (SD70). Občasno pride tudi do konfliktov (SD71), predvsem zaradi nekih nerealnih pričakovanj svojcev. Takrat vse strokovne službe stopimo skupaj in poskušamo še enkrat razložiti situacijo svojcu, da ga pomirimo (SD72).«	z nekaterimi svojci prihaja do nesoglasij (FT93, DT61, SD70) do nesoglasij prihaja zaradi nerealnih pričakovanj svojcev (FT94) konflikte rešujem s pogovorom (DT62, MS74) občasno prihaja do konfliktov (SD71) strokovne službe pri konfliktih s svojci vedno držimo skupaj (SD72)	NESOGLASJA, KONFLIKTI, KI IJH IMAJO ZAPOSLENI S SVOJCI STANOVALCEV, KI SO OBOLELI ZA DEMENCO: – s svojci prihaja do nesoglasij (FT93, DT61, SD70) – s svojci prihaja do konfliktov (SD71) – nesoglasja, konflikte rešujemo s pogovorom (DT62, MS74, SD72) – razlog za nesoglasja predstavljajo nerealna pričakovanja svojcev (FT94)

	Stiska svojcev stanovalcev, ki so oboleli za demenco	FT: »Pogosto imajo slabo vest, ker so dali bližnjega v dom (FT95). Ne vedo, kako bi se s temi občutki spopadali (FT96). Takrat jim pomagamo s pogovorom (FT97).« DT: »Najprej imajo težave, ko dajo bližnjega v dom, saj imajo slabo vest (DT63). S tem se sooča veliko ljudi. Potem pa pogosto težko sprejmejo, ko se zdravstveno stanje in zmožnosti njihovega starša ali pa recimo tete zmanjša (DT64). S tem se težko soočajo. Tu je potrebna od nas zaposlenih velika mere empatije (DT65). Svojcem skušamo pomagati s pogovorom (DT66), da imajo občutek, da jih nekdo posluša in razume (DT67).« MS: »Soočajo se tudi oni z nekimi težavami iz svoje perspektive. Poskušam jih razumeti in poiskati rešitev, jim kakšno situacijo predstaviti še v kakšni drugi luči (MS75).« SD: »Pomagam jim s pogovorom (SD73), jih poslušam. Ljudje potrebujejo predvsem to, da jih nekdo posluša in razume (SD74). Ponavadi je to dovolj. Večino peče vest, ker menijo, da sami niso bili zmožni poskrbeti za bližnjega, in so ga dali v dom. Zaradi tega jih pogosto peče vest, čisto brez potrebe (SD75). Potem jih pa skrbi, ali je njihovem očetu dobro pri nas, ali lepo delamo z njim in podobno (SD76).«	imajo slabo vest zaradi selitve bližnjega v dom (FT95, SD75, DT63) s svojimi občutki se ne znajo spopadati (FT96) pomoč jim nudimo s pogovorom (FT95, DT66, SD73, MS75) težko sprejmejo poslabšanje zdravstvenega stanja, zmožnosti svojega bližnjega (DT64) zaposleni mora imeti veliko mere empatije (DT65) svojce skušamo razumeti in jim pomagati (FT97) svojci potrebujejo, da jih nekdo posluša in razume (DT67) svojce skrbi, da v domu ni dobro poskrbljeno za njihovega bližnjega (SD76)	SVOJCI SE SOOČAJO Z NASLEDNJIMI STISKAMI: – slaba vest, ker so dali bližnjega v dom (FT95, SD75, DT63) – skrbi jih kakovost oskrbe v domu (SD76) – težko se soočijo s poslabšanim zdravstvenim stanjem bližnjega (DT64) ZAPOSLENI DUD SVOJCEM POMAGAJO PRI SOOČANJU S STISKAMI S/Z: – pogovorom (FT95, DT66, SD73, MS75) – poslušanjem, razumevanjem (DT67, DT65, FT97)
	Znanje svojcev stanovalcev, ki so oboleli za demenco	FT: »Zelo različno (FT98). Bi pa rekla, da se z leti situacija izboljšuje. Znanja imajo vedno več, kot so ga imeli recimo v preteklosti (FT99). Težko pa priznajo, da ima njihov bližnji demenco (FT100).« DT: »Nekateri imajo veliko znanja o bolezni, drugi spet ne (DT68). To je odvisno od njihove osebne angažiranosti (DT69).« MS: »Nekateri so zelo dobro poučeni, takšnih je vedno več (MS76). Tisti, ki pa niso, am, so pa včasih najhuje, da ne želijo sodelovati (MS77). Pripravljeni so se samo kregati – z zaposlenimi, zdravnikom in psihiatrom (MS78). Ne morejo razumeti stanja demence in spreminjanja osebnosti svojega starša (MS79). Pričakujejo od nas neke nemogoče stvari (MS80).« SD: »A eni imajo znanje (SD77), drugi ne (SD78). Am, čisto odvisno, bi rekla. Vedo, da bolezen pač obstaja, ampak ne sprejmejo, da se to dogaja v njihovi družini (SD79).«	znanje svojcev o demenci je različno (FT98, DT68) svojci imajo iz leta v leto več znanja o demenci (FT99, MS76) svojci težko priznajo, da je njihov bližnji obolel za demenco (FT100) svojci ne dojemajo demence kot bolezni, za katero je obolel njihov bližnji (SD79) nekateri svojci imajo znanje o bolezni (MS76, SD77) nekateri svojci nimajo znanja o bolezni (SD78) njihovo znanje je odvisno od lastne angažiranosti (DT69) tisti svojci, ki niso poučeni o bolezni, z nami ne želijo sodelovati (MS77) tisti svojci, ki niso poučeni o bolezni, se z zaposlenimi kregajo (MS78) tisti svojci, ki niso poučeni o bolezni, ne razumejo spreminjanja osebnosti svojega bližnjega (MS79) tisti svojci, ki niso poučeni o bolezni, imajo do zaposlenih nerealna pričakovanja (MS80)	ZNANJE SVOJCEV: – različno (FT98, DT68, MS76, SD77, SD78) – skozi leta imajo vedno več znanja (FT99, MS76) – težko si priznajo, da je bližnji obolel za demenco (FT100, SD79) – njihovo znanje je odvisno od lastne samoiniciativnosti (DT69) – svojci, ki nimajo znanja, slabše sodelujejo z zaposlenimi (MS77, MS78, MS80)

	(Ne)angažiran ost svojcev stanovalcev, ki so oboleli za demenco	FT: »Odvisno, kot sem že rekla. Odvisno od znanja, ki ga imajo o bolezni (FT101). Nekateri imajo občutek za sočloveka, drugi spet ne (FT102). Nekateri imajo slab občutek, ker so svojega dali v dom. In tisti ponavadi bolezni ne želijo sprejeti (FT103). Sami ne želijo pomagati in to zahtevajo od nas. Mi smo ga dali v dom, to so sedaj vaši problemi. Pričakujejo od nas, da bomo naredili čudež in situacijo popravili(FT104). To pa tako ne gre. Oni bi raje stali ob strani. Nekateri pa se zelo vključujejo in hodijo na obisk vsak dan, res sodelujejo (FT105). Težko bi rekla, kaj je ena in druga skrajnost. Je pa veliko sredine. Pridejo enkrat na teden (FT106), se posvetijo svojim staršem, se nekateri lepo razumejo (FT107). Gredo na kavo ali sprehod, lepo preživijo čas. Spet nekateri pa se pogosto kregajo (FT108). Različno.« DT: »Am, nekateri si niti ne želijo priznati, da je njihov bližnji zbolel za demenco (DT70). Informacij o bolezni ne želijo dobiti, niti jih to ne zanima. Odgovornost prelagajo na nas (DT71). Spet drugi pa zelo želijo biti vključeni v oskrbo svojega bližnjega in pomagati na več možnih načinov (DT72). Velikokrat imamo edukacije s svojci (DT73), nekateri to sprejmejo, spet drugi ne.« MS: »Nekateri ja in tisti so zelo dobrodošli (MS81). Am, nekateri pa iz ene težave naredijo še veliko dodatnih, kar otežuje naše delo. Obravnava stanovalca pri nas v domu zahteva še obravnavo njegove celotne družine. Zato se osredotočamo, da socialna delavka vedno določi enega svojca, s katerim komuniciramo (MS82). Vsi ostali se pa morajo pač umakniti in komunicirati med sabo. Za celo družino mi nimamo časa (MS83).« SD: »Čisto odvisno od posameznika, ne vem. Obstaja oboje, tisti, ki pomagajo (SD80), in tisti, ki ne (SD81).«	angažiranost svojcev je odvisna od njihovega znanja (FT101) nekateri svojci imajo občutek za sočloveka, nekateri ne (FT102) nekateri svojci bolezni svojega bližnjega ne sprejmejo (FT103, DT70) nekateri svojci odgovornost prelagajo na zaposlene (FT104, DT71) nekateri svojci se redno vključujejo v oskrbo bližnjega (FT105, DT72, SD80) nekateri svojci pridejo na obisk enkrat tedensko (FT106) nekateri svojci se z bližnjim dobro razumejo (FT107) nekateri svojci se z bližnjim kregajo (FT108) za svojce imamo pripravljene veliko edukacije (DT73) svojci, ki so pripravljeni pomagati, so pri nas vedno dobrodošli (MS81) zaposleni komuniciramo vedno samo z enim članom družine (MS82) zaposleni nimamo časa za komunikacijo z vsemi sorodniki (MS83) nekateri svojci se ne angažirajo za svojega bližnjega (SD81)	(NE)ANGAŽIRANOST SVOJCEV: – svojci se angažirajo za svoje bližnje (FT105, DR72, SD80, FT106, FT107) – svojci se ne angažirajo za svoje bližnje (FT104, DT71, FT108, SD81)
--	---	---	--	--

	Pomoč strokovnega kadra DUD svojcem stanovalcev, ki so oboleli za demenco	FT: »Skupaj s socialno delavko vodiva tudi skupine za svojce (FT109), ki so namenjene ozaveščanju o bolezni kot sami in njenih posledicah. Na voljo so družinski pogovori (FT110), individualni pogovori (FT111). Svojci lahko govorijo z vsakim strokovnim delavcem, vedno smo jim na voljo. Imamo tudi govorilne ure (FT112).« DT: »Občasno jim delimo razne zgibanke, ki smo jih dobili preko društva Spominčica (DT74). V okviru Alzhajmer cafeja vedno predlagamo določeno literaturo na temo demence. Tudi predavatelj na Alzhajmer cafeju vedno predlagajo, kaj bi bilo treba prebrati. Tudi na Alzhajmer cafeju se rešujejo kakšne posamezne težave. Alzhajmer cafe je izobraževanje za svojce, širšo javnost o demenci. Cafe poteka že več let, ne vem točno, koliko. Poteka enkrat mesečno v prostorih mestne knjižnice Domžale. Ugotovili smo, da ljudje lažje pridejo na eno takšno nevtralno mesto, ločeno od doma. Tam se vedno povabi strokovnjake različnih področij, ki delajo z osebami z demenco. Vedno pa vprašamo tudi slušatelje, katere teme bi želeli slišati v prihodnje. Dogodek organizira naš dom skupaj z domžalsko knjižnico (DT75).« MS: »Odzovem se na vsako potrebo, ki jo imajo po razgovoru. Am, ali jih naročim na pogovor. Za svojce si vedno vzamem dovolj časa in skušam najti rešitev (MS84).« SD: »Svojim namenim predvsem čas. Nudim jim pomoč v obliki pogovorov (SD82). Opolnomočenje. Drugega ne morem, nisem zdravnik. Jih pa razumem, in to je tisto, kar v bistvu rabijo. Podporo, tolažbo in za to sem tukaj. (SD83)«	skupine za svojce (FT109) družinski pogovori (FT110) individualni pogovori (FT111, MS84, SD82) govorilne ure za svojce (FT112) svojcem so na voljo zgibanke o demenci (DT74) Alzhajmer cafe – izobraževanje o demenci (DT75) tolažba, podpora (SD83)	POMOČ S STRANI STROKOVNEGA KADRA DUD JE SVOJCEM NA VOLJO V OBILIKI: – pogovorov – individualnih, skupinskih (FT109, FT110, FT111, FT112, MS84, SD82) – raznih letakov o demenci (DT74) – preko izobraževanj o demenci – Alzhajmer cafe (DT75)
--	--	---	---	--