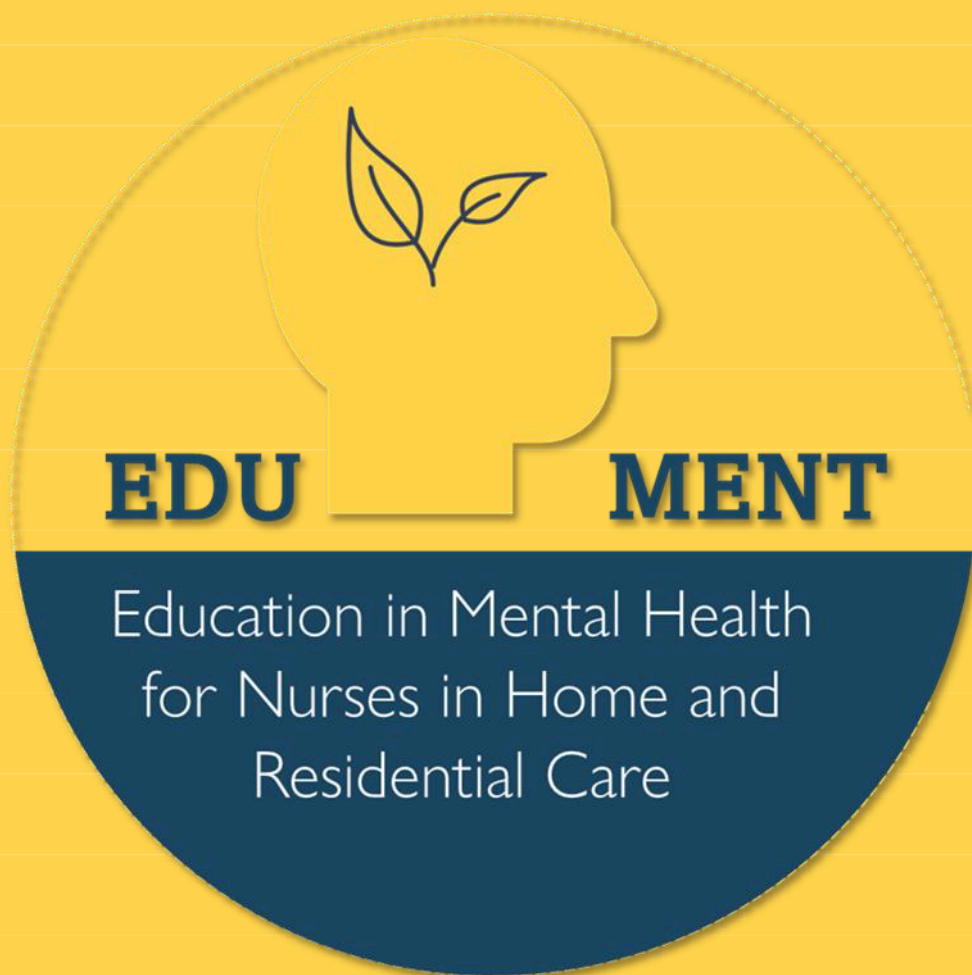




DELOVNI PAKET 2

Poročilo o analizi raziskav in terenskih raziskavah

Dolga različica transnacionalnega povzetka

Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union



Dejavnost delovnega sklopa 2 - Analiza zahtev in potreb skrbnikov za zgodnje prepoznavanje, spremljanje in vodenje strank s težavami v duševnem zdravju	
Naslov:	Zbiranje nacionalnih poročil v eno nadnacionalno poročilo
Opis:	Povzetek nacionalnih poročil o raziskavah za pisarne in na terenu vseh partnerskih držav v daljši različici povzetka.
Partnerska organizacija:	Vodilni partner: UMIT TIROL WP št. 2 Vodja: VODJA: UMIT TIROL Vsi drugi partnerji, odgovorni za poročila svojih držav
Raziskovalec(-i), odgovoren(-i) za izpolnitev tega dokumenta:	Odgovorna oseba za dolgo različico: UMIT TIROL Eva Schulc Odgovorni za prevajanje v njihovem nacionalnem jeziku: UM FHS Majda Pajnkihar in Dominika Vrbnjak Agecare Sotiria Moza in Antonia Tziannarou V sodelovanju z: Univerza Cypres Christos Mettouris, Marios Kyprianou; Evangelia Vanezi Hafelekar Paul Schober
Rok za oddajo:	18/12/2023 do septembra 2024
Jezik:	Nacionalni in angleški jeziki

Vsebina

1. UVOD	7
1.1 Cilj projekta EDU-MENT	7
1.2 Cilj poročil o namiznih in terenskih raziskavah.....	8
1.3 Metoda pisarniških in terenskih raziskav.....	8
2. DUŠEVNO ZDRAVJE V TRETJEM IN ČETRTEM ŽIVLJENJSKEM OBDOBJU: PRIMERJAVA TREH DRŽAV.....	10
2.1 Demografske spremembe	10
2.2 Duševno zdravje v starosti	10
2.2.1 Duševno zdravje	10
2.2.2 Duševne motnje.....	10
2.2.3 Psihosocialne krize	10
2.3 Družbeno zaznavanje	11
2.3.1 Podobnosti in razlike.....	11
2.3.2 Paradoks dobrega počutja.....	11
2.4 Vzroki, dejavniki tveganja in zaščitni dejavniki za duševno zdravje v starosti: Primerjava treh držav	12
2.4.1 Skupne značilnosti.....	12
2.4.2 Razlike.....	12
2.4.3 Zaključek.....	12
2.4.4 Dolgotrajna oskrba.....	13
2.4.5 Oskrbovalni delavci in psihiatri	13
2.5 Posebni izzivi pri oskrbi starejših oseb z duševnimi težavami: Primerjava treh držav.....	12

1.5.1	Avstrija	13
1.5.2	Slovenija	14
1.5.3	Ciper	14
1.5.4	Pogosti izzivi pri oskrbi.....	14
1.5.5	Razlike v oskrbi.....	14
1.5.6	Povzetek	14
1.6	Trenutni ukrepi za starejše osebe s težavami v duševnem zdravju v ambulantah in ustanovah za dolgotrajno oskrbo: Primerjava treh držav	15
1.6.1	Avstrija	15
1.6.2	Slovenija	15
1.6.3	Ciper	15
1.6.4	Primerjava in zaključki	16
3.	MREŽE, ORODJA IN UKREPI: PRIMERJAVA TREH DRŽAV	17
1.7	Trenutne mreže za spodbujanje duševnega zdravja pri starejših: Primerjava treh držav	17
1.7.1	Skupne značilnosti	17
1.7.2	Razlike	17
1.7.3	Mednarodni primeri najboljših praks	17
1.7.4	Potencialni partnerji za projekt EDU-MENT	17
1.8	Prepoznavanje psihosocialnih obremenitev pri starejših odraslih: Orodja in ukrepi v primerjavi treh držav	18
1.8.1	Ključne potrebe starejših odraslih	18
1.9	Pregled orodij za presejanje	19
1.9.1	Test dveh vprašanj za oceno depresivne epizode (PHQ-2)	19
1.9.2	Vprašalnik o zdravju pacientov-9 (PHQ-9).....	19

1.9.3	Geriatrična lestvica depresije (GDS).....	20
1.9.4	Lestvica zaznavanja razširjenosti agresije (POPAS).....	20
1.9.5	Brosetov kontrolni seznam nasilja (BVC-CH)	20
1.9.6	Preizkus mini mentalnega stanja (MMSE).....	21
1.9.7	Metoda ocenjevanja zmede (CAM).....	21
1.9.8	Mini-ICF-APP.....	22
1.9.9	Osamljenost in socialna izolacija.....	22
4.	IZOBRAŽEVANJE, NADALJNJE IZOBRAŽEVANJE IN OZAVEŠČENOST V PRIMERJAVI TREH DRŽAV.....	23
1.9.10	Podobnosti v nadaljnjem izobraževanju	23
1.9.11	Razlike v nadaljnjem izobraževanju.....	23
1.10	Ukrepi za spremljanje in upravljanje duševnega zdravja v ustanovah za dolgotrajno oskrbo	23
1.10.1	Predstavitev in uporaba digitalnih orodij za presejanje:	23
1.10.2	Redno usposabljanje oskrbovalcev.....	24
1.10.3	Interdisciplinarno sodelovanje in redne razprave o primerih.....	24
1.10.4	Prilagojeni načrti oskrbe in stalno spremljanje	24
1.10.5	Ozaveščanje in spodbujanje čustvene odpornosti pri negovalcih.....	24
1.10.6	Strategije zgodnjega posredovanja in preprečevanja.....	25
1.11	V kompetence usmerjena oskrba	25
1.11.1	Izzivi pri digitalizaciji.....	25
1.11.2	Izzivi pri obravnavi psihosocialno spremenjenih bolnikov	26
1.11.3	Pomanjkanje interdisciplinarnega sodelovanja	27
1.11.4	Potreba po programih izobraževanja in usposabljanja	27

1.12	Družabno mreženje	27
1.13	Profil psihosocialnih kompetenc osebja zdravstvene nege v ustanovah za dolgotrajno oskrbo	27
1.13.1	Strokovne kompetence	27
1.13.2	Uporaba digitalnih orodij	28
1.13.3	Interdisciplinarno sodelovanje.....	28
1.13.4	Socialne in komunikacijske spretnosti	28
1.13.5	Samoupravljanje in sposobnost refleksije.....	28
1.13.6	Čustvena odpornost in obvladovanje stresa	28
1.13.7	Vseživljenjsko učenje in nadaljnje izobraževanje.....	28
1.13.8	Povzetek ugotovitev.....	29
5.	ZAKLJUČKI	30
1.14	Delovni paket 3: Izbira in digitalizacija platforme za pregledovanje.....	30
1.15	Delovni sklop 4: Usposabljanje in izobraževanje oskrbovalcev	30
1.16	Delovni sklop 5: Izvajanje in preskušanje rešitev.....	30
1.17	Povzetek.....	30
6.	LITERATURVERZEICHNIS	32

1. Uvod

Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije (WHO) naj bi se svetovno prebivalstvo starejših od 60 let do leta 2050 podvojilo v primerjavi s podatki iz leta 2015. Leta 2019 je bilo število ljudi, starejših od 60 let, po svetu ocenjeno na eno milijardo, do leta 2030 naj bi se to število povečalo na 1,4 milijarde, do leta 2050 pa na 2,1 milijarde (Pandey et al., 2022). Kroničnost bolezni in družbeno-strukturne spremembe so povečale razširjenost potreb po psihosocialni oskrbi med starejšimi.

Svetovna zdravstvena organizacija (WHO, 2001) opredeljuje psihosocialno zdravje kot stanje blaginje, v katerem lahko posameznik uresničuje svoje sposobnosti, se spopada z običajnimi življenjskimi stresi, produktivno dela in prispeva k skupnosti. Natančneje, pandemija COVID-19 je s svojimi ukrepi izolacije in karantene vse bolj razkrivala zapletene izzive za psihosocialno zdravje od oskrbe odvisnih in starejših ljudi, ki so vključeni v oskrbo in podporo v skupnosti. Celoten obseg vpliva pandemije COVID-19 na duševno zdravje starejših ljudi še vedno ni znan. Vendar je jasno, da se oskrbovalci v domovih in mobilnih ustanovah za dolgotrajno oskrbo zaradi naraščajočih psihosocialnih vedenjskih sprememb soočajo s povečanimi zahtevami po oskrbi in podpori. Te spremembe pripisujejo tesnobi, osamljenosti, izolaciji, negotovosti in povečani nestabilnosti zaradi izgube bližnjih ali vse večjega zavedanja o njihovi umrljivosti.

Projekt EDU-MENT programa Erasmus+ priznava, da je obstoječa mreža oskrbe v mobilni in rezidenčni dolgotrajni oskrbi usmerjena predvsem somatsko. V zadnjih letih pa se je med starejšimi in od oskrbe odvisnimi osebami, zlasti na domu in v domovih za dolgotrajno oskrbo, znatno povečalo število duševnih vedenjskih sprememb. To je povzročilo zmanjšanje socialnih stikov in omejitev socialnih sposobnosti, kar oskrbovalce vse bolj obremenjuje pri vodenju strank s psihosocialnimi vedenjskimi spremembami. Razlogi za to so med drugim premajhni viri v psihiatriji, pomanjkanje mest v domovih za starejše in pomanjkanje strokovnjakov za psihiatrično oskrbo na domu (APAMED, 2022).

1.1 Cilj projekta EDU-MENT

Cilj projekta EDU-MENT od leta 2023 do 2026 je doseči preobrazbo oskrbe, ki jo izvaja nespecializirano psihiatrično zdravstveno osebje na domu in v domovih, in sicer z učinkovitejšim obravnavanjem duševnih sprememb. Da bi se zoperstavili pretežno somatsko usmerjeni mreži zdravstvene nege in obstoječim izzivom v psihiatrični oskrbi, je cilj projekta EDU-MENT z usmerjenim certifikacijskim tečajem izboljšati usposobljenost negovalnega osebja. Ta didaktično zasnovan kombinirani učni tečaj bo usposobil negovalce brez psihiatrične izobrazbe ter jim posredoval digitalne kompetence in spretnosti za zgodnje odkrivanje, nadzor in obvladovanje psihosocialnih vedenjskih sprememb. V okviru projekta bodo razviti učni načrt, platforma za e-učenje, prilagojena tečaju, vsa potrebna učna gradiva, uporabniški priročniki, smernice in delovni zvezki. Ta gradiva bodo v digitalni obliki mednarodno dostopna strokovnjakom za poučevanje, raziskave in prakso za nadaljnjo uporabo. S temi strateškimi ukrepi želi projekt doseči znatno in trajno izboljšanje kakovosti življenja oskrbovanih oseb.

Projekt je razvil metodologijo za obravnavo treh glavnih izzivov pri zgodnjem odkrivanju, spremljanju in odzivanju na težave z duševnim zdravjem v mobilni in nastanitveni dolgotrajni oskrbi:

- Razumevanje in standardizirana oskrba
- Medpoklicna in digitalna usposobljenost negovalcev
- Operativna in organizacijska usposobljenost

1.2 Cilj poročil o namiznih in terenskih raziskavah

Pisarniško raziskovalno poročilo: Namen tega poročila je bil zagotoviti podroben pregled trenutnega stanja sistemov skrbi za duševno zdravje starejših v Avstriji, Sloveniji in na Cipru. V njem so bili analizirani izzivi pri oskrbi, pomen digitalizacije in vrzeli pri usposabljanju oskrbovalcev.

Poročilo o terenskih raziskavah: Cilj terenske raziskave je bil ugotoviti kompetence negovalcev pri obvladovanju psihosocialnih vedenjskih sprememb pri starejših pacientih ter raziskati njihovo sposobnost motiviranja in prilagajanja novim situacijam. Poleg tega je bila ocenjena potreba po izboljšanju psihosocialne oskrbe in strokovna usposobljenost negovalcev.

1.3 Metoda pisarniških in terenskih raziskav

V okviru dokumentacijske raziskave je bila opravljena obsežna kvalitativna in primerjalna analiza nacionalnih in mednarodnih virov podatkov, da bi ocenili sisteme duševnega zdravja starejših odraslih v Avstriji, Sloveniji in na Cipru. Uporabljeni viri so vključevali poročila Svetovne zdravstvene organizacije (SZO), Eurostata in nacionalnih zdravstvenih organov. Poudarek te analize je bil opredeliti trenutne izzive na področju psihosocialne oskrbe starejših odraslih ter oceniti učinkovitost in ustreznost obstoječih struktur pri reševanju izzivov, ki jih prinašajo demografske spremembe. V raziskavi je bila posebej poudarjena potreba po digitalizaciji procesov oskrbe, ki bi omogočila zgodnje odkrivanje psihosocialnih vedenjskih sprememb. Ta primerjalna analiza je izpostavila razlike med državami in skupne izzive, ki so podlaga za razvoj izboljšanih modelov oskrbe v teh treh državah.

Vzporedno so bili v okviru terenske raziskave opravljeni polstrukturirani intervjuji (n=36) z medicinskimi sestrami, vodji zdravstvene nege in drugimi zdravstvenimi delavci v ustanovah dolgotrajne oskrbe v Avstriji, Sloveniji in na Cipru. Ti intervjuji so omogočili praktičen vpogled v vsakodnevne izzive, s katerimi se soočajo zdravstveni delavci pri obravnavi pacientov, ki doživljajo psihosocialne spremembe. Zbrani podatki iz intervjujev so bili sistematično tematsko analizirani, da bi ugotovili ključne vzorce in izzive pri psihosocialni oskrbi. Posebej očitne so bile teme, kot so potreba po digitalnih orodjih za presejanje, vrzeli v usposabljanju in potreba po interdisciplinarnem sodelovanju. Terenska raziskava ni ponudila le realne slike trenutnega stanja v dolgotrajni oskrbi, temveč je omogočila tudi oblikovanje konkretnih priporočil za izboljšanje

psihosocialne oskrbe in strokovne usposobljenosti negovalnega osebja.

Glavne ciljne skupine so zaposleni v zdravstveni negi in vodstvo v ustanovah za dolgotrajno oskrbo v Avstriji, Sloveniji in na Cipru. Sekundarne ciljne skupine so svojci uporabnikov oskrbe, oblikovalci zdravstvene politike in izobraževalne ustanove, odgovorne za usposabljanje strokovnjakov zdravstvene nege.

2. Duševno zdravje v tretjem in četrtem življenjskem obdobju: Primerjava treh držav

Poglavje "Duševno zdravje v tretjem in četrtem življenjskem obdobju: Primerjava treh držav" obravnava demografske, zdravstvene in družbene izzive, povezane s staranjem prebivalstva v Avstriji, Sloveniji in na Cipru. Poudarek je na spodbujanju kakovosti življenja starejših ter izboljšanju dostopa do psihosocialne oskrbe in digitalnih storitev.

2.1 Demografske spremembe

Število prebivalcev, starejših od 65 let, narašča v vseh treh državah, pri čemer imata Avstrija in Slovenija v primerjavi s Ciprom višji delež starejših. Pričakovana življenjska doba je daljša v Avstriji, kjer moški živijo 79 let, ženske pa 84 let, medtem ko je v Sloveniji 78,7 leta, na Cipru pa 80,1 leta.

2.2 Duševno zdravje v starosti

V Avstriji, na Cipru in v Sloveniji duševno zdravje obravnavajo kot dinamičen proces, ki ga določa medsebojno delovanje notranjih (posameznikovih) in zunanjih (okoljskih) dejavnikov. Ti dejavniki so lahko fizični, psihološki, socialni ali materialni in vplivajo na ravnovesje med viri in stresorji. Duševno zdravje in bolezen se ne obravnavata kot nasprotji, kar pomeni, da lahko posamezniki kljub duševnim motnjam dosežejo visoko blaginjo. Genetske predispozicije, življenjske izkušnje, vedenjski vzorci in družbeni konteksti imajo ključno vlogo pri ohranjanju duševnega zdravja.

2.2.1 Duševno zdravje

Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) duševno zdravje opredeljuje kot sestavni del splošnega zdravja, ki vključuje dobro počutje, zadovoljstvo, čustveno stabilnost, sposobnost vzpostavljanja odnosov in spopadanje z izzivi. Posamezniki s stabilnim samospoštovanjem in močnim občutkom identitete so bolj opremljeni za obvladovanje življenjskih stresov in produktivno prispevajo k družbi.

2.2.2 Duševne motnje

Duševne motnje so razširjene po vsem svetu, zlasti med starejšimi odraslimi, saj jih približno 20 % trpi zaradi psihiatričnih ali nevroloških bolezni. Najpogostejše motnje so demenca, velika depresivna motnja in anksiozne motnje. Diagnosticiranje duševnih motenj poteka po mednarodno priznanih sistemih, kot sta DSM-5 in ICD-11. Duševne motnje v starosti se lahko kažejo drugače kot pri mlajših ljudeh, na primer z izgubo apetita ali kognitivnimi motnjami, kar pogosto privede do postavljanja prevelikih ali premajhnih diagnoz. Geriatrična psihiatrija razlikuje med starejšimi bolniki, pri katerih so se duševne motnje razvile v odrasli dobi, in tistimi, pri katerih se te motnje prvič pojavijo v starosti. Pogoste duševne težave vključujejo depresijo, anksiozne motnje, nevrodegenerativne bolezni, kot so demenca, delirij in zlorabo snovi.

2.2.3 Psihosocialne krize

V vseh treh državah so psihosocialne krize velik izziv, zlasti ob kritičnih življenjskih dogodkih, kot sta izguba partnerja ali selitev v ustanovo za oskrbo. Na Ciper dodatno vpliva zgodovinska travma invazije iz leta 1974, ki še vedno vpliva na duševno zdravje številnih starejših ljudi.

2.3 Družbeno zaznavanje

V Avstriji, na Cipru in v Sloveniji je družbeno dojemanje starejših različno, na kar vplivajo kulturni, zgodovinski in družbeni dejavniki:

Avstrija: Avstrija: čeprav se priznava modrost starejših, je prisotna tudi starostna diskriminacija. Raziskava je pokazala, da 46 % Avstrijcev meni, da je diskriminacija zaradi starosti zelo razširjena. Pravno je diskriminacija prepovedana v skladu z zakonom o enakem obravnavanju, vendar digitalno vključevanje predstavlja izziv, ki je bil še posebej poudarjen med pandemijo COVID-19.

Ciper: Vtis o starejših je močno zaznamovan s turško invazijo iz leta 1974, zaradi katere je veliko starejših ljudi ostalo beguncev. Čeprav so zelo spoštovani, jih v gospodarsko težkih časih pogosto obravnavajo kot breme. Posebnih zakonskih določb proti diskriminaciji na podlagi starosti ni, starejši posamezniki pa imajo težave z digitalnim vključevanjem.

Slovenija: Starejši ljudje so cenjeni, vendar se soočajo z izzivi, kot sta socialna izolacija in starostna diskriminacija. Čeprav protidiskriminacijski zakoni obstajajo, se pogosto neustrezno izvajajo. Digitalni razkorak ostaja problem, čeprav si prizadevajo za izboljšanje digitalne usposobljenosti.

2.3.1 Skladnosti in razlike

V vseh treh državah so starejši ljudje priznani, vendar se soočajo s podobnimi izzivi, vključno s starostno diskriminacijo, socialno izolacijo in težavami pri digitalnem vključevanju. Avstrija ponuja celovitejšo pravno zaščito in programe za starejše, medtem ko imata Ciper in Slovenija precejšnje vrzeli.

2.3.2 Paradoks dobrega počutja

Kljub telesnim in duševnim izzivom v starosti starejši ljudje v vseh treh državah pogosto poročajo o visoki stopnji zadovoljstva z življenjem in dobrega počutja. Ta pojav, znan kot "paradoks dobrega počutja", je podprt s pozitivnim razmišljanjem in prilagodljivostjo, kar je povezano celo z daljšo pričakovano življenjsko dobo.

2.4 Vzroki, dejavniki tveganja in zaščitni dejavniki za duševno zdravje v starosti: Primerjava treh držav

Na duševno zdravje v starosti v Avstriji, na Cipru in v Sloveniji vpliva kombinacija bioloških, psiholoških in socialnih dejavnikov. Ključni dejavniki tveganja so kronična bolezen, socialna izolacija in polifarmacija, zaščitni dejavniki pa socialna podpora in družinske vezi.

2.4.1 Skupne značilnosti

Večfaktorski vzroki: Vse tri države priznavajo, da so duševne motnje v starosti posledica kombinacije genetskih, psiholoških in družbenih dejavnikov.

Socialna podpora: Poudarjen je pomen družinskih in sosedskih odnosov kot zaščitnih dejavnikov.

Kronična bolezen in polifarmacija: To sta glavna dejavnika tveganja za duševne motnje v vseh državah.

2.4.2 Razlike

Zloraba snovi: Problematično uživanje alkohola je razširjeno v Avstriji in Sloveniji, medtem ko so prehranske navade in uporaba tobaka bolj razširjene na Cipru.

Finančne obremenitve: Avstrija ponuja razmeroma močne mreže socialne varnosti, medtem ko se Ciper sooča s precejšnjimi finančnimi izzivi. Slovenija je med obema.

Kritični življenjski dogodki: Na Cipru se še vedno soočajo s posledicami zgodovinske travme turške invazije iz leta 1974, ki pomembno vpliva na duševno zdravje, medtem ko se Avstrija in Slovenija s podobnimi travmami ne soočata.

Verski vpliv: Na Cipru ima vera večjo vlogo pri duševnem zdravju starejših kot v Avstriji in Sloveniji.

2.4.3 Zaključek

Čeprav imajo vse tri države skupne vzroke in zaščitne dejavnike za duševne motnje, obstajajo velike razlike pri prepoznavanju, zdravljenju in izzivih, s katerimi se soočajo starejši odrasli. Zlasti Ciper trpi zaradi posledic zgodovinskih travm in nezadostnega zdravstvenega sistema, medtem ko ima Avstrija koristi od boljše infrastrukture, vendar se spopada s posebnimi težavami, kot je visoka poraba alkohola.

2.5 Posebni izzivi pri oskrbi starejših oseb z duševnimi težavami: Primerjava treh držav

V Avstriji, Sloveniji in na Cipru se skrb za starejše s težavami v duševnem zdravju sooča s

precejšnjimi izzivi, tako z vidika sistemskih kot organizacijskih vidikov.

2.5.1 Dolgotrajna oskrba

Avstrija ima dobro razvit sistem dolgotrajne oskrbe, pri čemer so tako institucionalna oskrba kot oskrba na domu močno podprti z državnimi ukrepi. Za približno 80 % prejemnikov oskrbe na domu skrbijo sorodniki, večinoma ženske. Vendar vse bolj primanjkuje splošnih zdravnikov in psihiatrov, čeprav je Avstrija še vedno uspešnejša od Slovenije in Cipra, kar zadeva zdravstveno osebje. Povpraševanje po delavcih za dolgotrajno oskrbo naj bi se s staranjem prebivalstva povečevalo, delovni pogoji v sektorju oskrbe pa so še vedno slabi, saj so plače nizke. Avstrija ponuja obsežne strukture socialne podpore, vključno z mobilnimi storitvami oskrbe, in zagotavlja finančno pomoč prek sistema dodatkov za oskrbo. Storitve za duševno zdravje, zlasti za starejše odrasle, so dobro uveljavljene.

Slovenski zdravstveni sistem je tristopenjski, dolgotrajna oskrba pa se zagotavlja tako na domu kot v institucijah. Vendar pa so pomanjkljivosti pri usposabljanju in številu oskrbovalcev. Osrednjo vlogo ima primarno zdravstveno varstvo, oskrbo v skupnosti pa zagotavljajo patronažne medicinske sestre. Število zaposlenih v zdravstveni negi je zmerno, vendar pod povprečjem EU. Slovenija ima specializirane storitve oskrbe, vendar so vrzeli pri vključevanju storitev za duševno zdravje, zlasti za starejše odrasle.

Ciper nima celovitega sistema dolgotrajne oskrbe, oskrbo pa večinoma zagotavljajo neformalni oskrbovalci. Zelo primanjkuje negovalnih delavcev, financiranje dolgotrajne oskrbe pa je med najnižjimi v EU, zaradi česar imajo osebe, ki potrebujejo oskrbo, visoke stroške iz lastnega žepa. Strukture socialne podpore in strokovne oskrbe so manj celovite, kar povzroča velike vrzeli v oskrbi starejših. Poleg tega primanjkuje specializiranih storitev na področju duševnega zdravja za starejše odrasle.

Avstrija ponuja najbolj celovit sistem dolgotrajne oskrbe med vsemi tremi državami, sledi ji Slovenija z zmernimi strukturami oskrbe. Z največjimi izzivi pri zagotavljanju dolgotrajne oskrbe se sooča Ciper, kjer so na področju oskrbe in podpore starejših odraslih veliki primanjkljaji.

2.5.2 Oskrbovalci in psihiatri

Avstrija ima v primerjavi s Slovenijo in Ciprom večjo razpoložljivost negovalnih delavcev in psihiatrov, čeprav se vse države soočajo z vse večjim pomanjkanjem strokovnjakov. Avstrija ima približno 18,8 psihiatra na 100.000 prebivalcev, Slovenija 14, Ciper pa le 12.

2.5.3 Sistemski in organizacijski izzivi

Avstrija

- **Sistemski izzivi:** V državi je zelo razširjena problematika duševnih motenj in močno primanjkuje strokovnjakov, zlasti na področju psihiatrije. Prav tako primanjkuje prostorov v domovih za ostarele, kar povzroča dolge čakalne dobe.

- **Organizacijski izzivi:** Mnogi negovalci nimajo specializirane psihiatrične izobrazbe, poleg tega pa so somatska in duševna zdravstvena oskrba ločene, kar otežuje prepoznavanje duševnih motenj.

Slovenija

- **Sistemski izzivi:** Razlogi: Duševne motnje so zelo razširjene, vendar primanjkuje specializirane psihiatrične oskrbe, zlasti na podeželju.
- **Organizacijski izzivi:** Skrbniki so neustrezno usposobljeni za reševanje težav z duševnim zdravjem starejših, zdravstvene storitve pa so slabo integrirane.

Ciper

- **Sistemski izzivi:** Zdravstveni sistem ima velike pomanjkljivosti, zlasti pri oskrbi starejših ljudi s težavami z duševnim zdravjem. Veliko starejših ljudi je še vedno prizadetih zaradi travme turške invazije leta 1974.
- **Organizacijski izzivi:** Zaradi pomanjkanja specializiranih negovalcev in razdrobljenega zdravstvenega sistema je oskrba neučinkovita.

2.5.4 Skupni izzivi pri oskrbi

Stigma in socialna izolacija: V vseh treh državah stigma, ki spremlja duševno zdravje starejših, pogosto vodi v socialno izolacijo.

Breme oskrbe in obremenitev negovalcev: Skrb za osebe s težavami z duševnim zdravjem zahteva veliko časa in sredstev, zaradi česar so družine pogosto čustveno obremenjene in imajo finančne težave.

Varnostna tveganja in nesreče: Starejši ljudje s težavami z duševnim zdravjem pogosto ne znajo varno skrbeti zase, kar še dodatno obremenjuje skrbnike.

2.5.5 Razlike v oskrbi

Infrastruktura zdravstvenega varstva: Avstrija ima razmeroma močno mrežo socialne varnosti, vendar ji primanjkuje usposobljenih strokovnjakov. Slovenija se sooča z izzivi zaradi neustreznega usposabljanja negovalcev in slabega povezovanja zdravstvenih storitev. Ciper ima šibek zdravstveni sistem, ki ne zagotavlja dovolj specializirane oskrbe in infrastrukture.

Travmatične izkušnje: Veliko starejših na Cipru je psihološko obremenjenih zaradi invazije leta 1974, kar otežuje njihovo oskrbo.

Diskriminacija zaradi starosti: V Sloveniji je starostna diskriminacija pomembno vprašanje, ki vpliva na kakovost oskrbe.

2.5.6 Povzetek

Skrb za starejše s težavami z duševnim zdravjem v vseh treh državah predstavlja zapleten izziv. Skupne težave vključujejo stigmatizacijo, breme za negovalce in finančne težave. Zaradi specifičnih razlik v zdravstveni infrastrukturi in organizaciji pa so za izboljšanje kakovosti oskrbe potrebne rešitve, specifične za posamezno državo. Avstrija ima boljšo socialno podporo, vendar se sooča s pomanjkanjem strokovnjakov, medtem ko se Slovenija in Ciper spopadata s šibkimi zdravstvenimi sistemi in pomanjkanjem integracije v storitve oskrbe.

2.6 Trenutni ukrepi za starejše osebe s težavami v duševnem zdravju v ambulantah in ustanovah za dolgotrajno oskrbo: Primerjava treh držav

V nadaljevanju so povzeti ukrepi, sprejeti v Avstriji, Sloveniji in na Cipru za podporo starejšim s težavami v duševnem zdravju v ambulantnih ustanovah in ustanovah za dolgotrajno oskrbo.

2.6.1 Avstrija

Nacionalne strategije in programi: Avstrija ima celovite zdravstvene cilje, vključno s posebnim ciljem spodbujanja psihosocialnega zdravja, in program za preprečevanje samomora SUPRA, ki se osredotoča na starejše ljudi. Med pandemijo COVID-19 so bili okrepljeni ukrepi za spodbujanje socialnih vezi.

Specializirana oskrba: Avstrija ponuja specializirane gerontopsihiatrične oddelke, mobilne storitve psihiatrične zdravstvene nege in psihosocialne storitve za podporo starejšim s težavami v duševnem zdravju.

Financiranje: Kljub dokazani učinkovitosti psihoterapije se v Avstriji več sredstev namenja psihofarmakom.

2.6.2 Slovenija

Nacionalne strategije in programi: Slovenija ima Zakon o duševnem zdravju in Nacionalni program duševnega zdravja (MIRA), ki spodbujata duševno zdravje in ščitita pravice ljudi z duševnimi boleznimi. Strategija dolgožive družbe obravnava demografske izzive staranja prebivalstva.

Specializirana oskrba: Slovenija se pri krepitvi duševnega zdravja v veliki meri zanaša na skupnostne pristope.

Financiranje: Financiranje se osredotoča na celostne pristope, ki vključujejo preprečevanje in zdravljenje.

2.6.3 Ciper

Nacionalne strategije in programi: Ciper nima celovitih nacionalnih strategij za duševno zdravje

starejših in nima posebnih programov za preprečevanje samomora, čeprav je stopnja samomora visoka.

Specializirana oskrba: Za starejše ljudi s težavami v duševnem zdravju primanjkuje specializiranih storitev, prav tako pa so potrebni programi izobraževanja in usposabljanja za zdravstvene delavce.

Financiranje: Financiranje storitev na področju duševnega zdravja je nezadostno.

2.6.3 Primerjava in zaključki

Skupne značilnosti: Vse tri države se soočajo s pomanjkanjem usposobljenega osebja na področju skrbi za duševno zdravje starejših ter se spopadajo s stigmo in negativnim odnosom do duševnih bolezni.

Razlike: Avstrija in Slovenija imata celovite nacionalne strategije in specializirane službe, medtem ko Ciper na obeh področjih zaostaja. Avstrija ima specializirane storitve mobilne oskrbe, Slovenija pa razvija mrežo centrov za duševno zdravje. Ciper ima malo specializiranih storitev, njegovo financiranje pa je neustrezno.

Avstrija in Slovenija sta razvili naprednejše ukrepe za podporo starejšim s težavami v duševnem zdravju, medtem ko se Ciper na tem področju še vedno sooča z velikimi izzivi.

3. Mreže, orodja in ukrepi: Primerjava treh držav

3.1 Trenutne mreže za spodbujanje duševnega zdravja starejših: Primerjava treh držav

Spodbujanje duševnega zdravja starejših odraslih v Avstriji, Sloveniji in na Cipru temelji na kombinaciji nacionalnih pobud, programov in skupnostnih pristopov. Čeprav so si države med seboj podobne, obstajajo tudi razlike v tem, kako so storitve za duševno zdravje strukturirane in se izvajajo.

3.1.1 Skupne značilnosti

Preprečevanje in zgodnje odkrivanje: Vse tri države poudarjajo preventivne ukrepe in zgodnje odkrivanje težav z duševnim zdravjem. Avstrija in Slovenija imata specializirane programe, kot sta avstrijski "Aktivno staranje" in slovenski "Program Mira", ki sta namenjena krepitvi duševnega zdravja prek mrež in specializiranih centrov.

Pristopi, ki temeljijo na skupnosti: V ospredju je socialno vključevanje, da bi preprečili izolacijo starejših odraslih. Avstrija in Slovenija spodbujata programe socialne participacije, Ciper pa poudarja prostovoljno delo in podporo skupnosti.

Izobraževanje in usposabljanje: Vse tri države ponujajo programe usposabljanja za zdravstvene delavce in negovalce, da bi povečali ozaveščenost in izboljšali spretnosti pri zgodnjem odkrivanju in zdravljenju težav z duševnim zdravjem.

3.1.2 Razlike

Institucionalne strukture in omrežja: Avstrija ima nacionalne certifikate in programe za zagotavljanje kakovosti oskrbe, Slovenija pa širi mrežo centrov za duševno zdravje. Ciper nima enotnih nacionalnih programov, njegove strukture pa so manj razvite.

Sredstva in osebje: Avstrija in Slovenija imata vzpostavljene programe, vendar se soočata s pomanjkanjem sredstev in osebja, zlasti na področju psihiatrije. Na Cipru še bolj primanjkuje usposobljenega osebja in se spopada s precejšnjo stigmatizacijo vprašanj duševnega zdravja.

3.1.3 Mednarodni primeri najboljših praks

Starosti prijazen Manchester (Združeno kraljestvo) in Demenci prijazno mesto Brugge (Belgija): Ti pobudi poudarjata, kako lahko mesta z vključevanjem in ozaveščanjem ustvarijo pozitivne spremembe za starejše odrasle.

3.1.4 Potencialni partnerji projekta EDU-MENT

Potencialni partnerji so izobraževalne ustanove, organizacije za oskrbo in podporo, zdravstvene in socialne storitve, nevladne organizacije, zdravstveni delavci, ponudniki tehnologije, oblikovalci

politik in mednarodne organizacije. Ti partnerji bi lahko prispevali k izboljšanju duševnega zdravja starejših odraslih z inovativnimi programi izobraževanja in oskrbe ter tehnološkimi rešitvami.

3.2 Prepoznavanje psihosocialnih obremenitev pri starejših odraslih: Orodja in ukrepi v primerjavi treh držav

Številne države so razvile različna orodja za ugotavljanje in ocenjevanje psihosocialnih vedenjskih sprememb in motenj duševnega zdravja pri starejših odraslih. Ta ocenjevalna orodja so strokovnjakom v pomoč pri prilagajanju ciljno usmerjenih intervencij in podpornih ukrepov. Potrebe starejših v Avstriji, na Cipru in v Sloveniji zajemajo telesne, čustvene, socialne in strukturne vidike, ki jih je treba vse obravnavati, da bi spodbudili njihovo duševno zdravje.

3.2.1 Ključne potrebe starejših odraslih

Razumevanje procesa staranja in obravnavanje posebnih potreb starejših odraslih je bistvenega pomena. Te potrebe lahko razdelimo na več področij:

- Telesne potrebe: Zdravje, prehrana, spanje in telesna pripravljenost.
- Čustvene potrebe: Podpora pri strategijah obvladovanja in čustveni pomoči.
- Socialne potrebe: Preprečevanje izolacije in spodbujanje socialnih stikov.
- Strukturne potrebe: Dostop do storitev in smiselnih dejavnosti.
- Družbene potrebe: Vključenost in finančna varnost.

Izzivi

- Prilagajanje v starosti: Pri prilagajanju je potrebna podpora zaradi izgube virov in avtonomije.
- Socialna izolacija in osamljenost: Te težave se pogosto pojavijo v starosti in zahtevajo skupnostne programe.
- Zdravstvene težave: Kronične bolezni in kognitivne motnje vplivajo na dobro počutje.

3.2.2 Presejalna orodja za zgodnje odkrivanje

Poudarek je na presejalnih orodjih, ki so namenjena zgodnjemu prepoznavanju težav z duševnim zdravjem, ki upravičujejo nadaljnjo diagnostiko ali zdravljenje s strani strokovnjakov ali skrbnikov. Ta orodja niso namenjena postavljanju končne diagnoze, temveč prepoznavanju posameznikov, ki morda potrebujejo nadaljnjo oceno ali takojšnjo pomoč. Namenjena so spremljanju sprememb skozi čas in jih lahko uporablja usposobljeno osebje.

Za starejše odrasle so izbrana presejalna orodja za odkrivanje običajnih težav z duševnim zdravjem, kot so depresija, tesnoba in kognitivne motnje. Za celovito zgodnje odkrivanje se upoštevajo tudi dejavniki tveganja, kot so osamljenost, motnje spanja, žalovanje in stres. Ta metodološki pristop zagotavlja, da presejalna orodja ne odkrivajo le posebnih stanj, temveč tudi širše psihosocialne razmere, ki vplivajo na duševno zdravje starejših ljudi.

Ta postopek omogoča zgodnje odkrivanje in pomaga razviti posebne ukrepe za starejše odrasle. Vendar pa se v Avstriji, Sloveniji in na Cipru razlikujejo razpoložljivost strokovnjakov, viri in razvitost zdravstvenih sistemov, kar otežuje izvajanje.

Ključna orodja za pregledovanje

- PHQ-2 in PHQ-9: uporabljata se za ugotavljanje depresivnih epizod.
- Geriatrična lestvica depresije (GDS): orodje za odkrivanje depresije pri starejših odraslih.
- Lestvica zaznavanja razširjenosti agresije (POPAS): meri agresivno vedenje v okoljih, kjer se izvaja oskrba.
- Montrealska kognitivna ocena (MoCA): Ocenjuje kognitivne motnje.
- Preizkus mini mentalnega stanja (MMSE): MMSE: test za ugotavljanje resnih kognitivnih motenj.
- Metoda ocenjevanja zmede (CAM): Uporablja se za ugotavljanje delirija.
- Mini-ICF-APP: Ocenjuje psihosocialno delovanje.

Ta orodja zagotavljajo natančno in celovito odkrivanje težav z duševnim zdravjem, ki bi lahko zahtevale nadaljnjo diagnozo ali posredovanje.

3.2.3 Pregled presejalnih orodij

• Test z dvema vprašanjema za oceno depresivne epizode (PHQ-2)

To orodje je preprosta metoda za preverjanje prisotnosti depresivne epizode. S 96-odstotno občutljivostjo natančno prepozna posameznike z depresivno motnjo (Whooley et al., 1997; Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie et al., 2017 in: Grosse et al., 2023).

Postopek: Osebo vprašamo, ali se je v zadnjem mesecu pogosto počutila potrto, žalostno, brezupno ali depresivno in ali se je opazno zmanjšalo njeno zanimanje ali veselje do dejavnosti, v katerih običajno uživa.

Ocenjevanje: Če na obe vprašanji odgovorite z "da", je priporočljivo, da zdravnik ali psiholog preveri nadaljnje simptome depresije (Levis et al. 2020).

• Vprašalnik o zdravju bolnika-9 (PHQ-9)

PHQ-9 je diagnostično orodje za depresijo, ki se uporablja v različnih zdravstvenih ustanovah. Sestavlja ga devet vprašanj, ki temeljijo na diagnostičnih merilih za depresijo, opisanih v DSM-IV in posodobljenih v DSM-5. Pri vsakem vprašanju lahko bolniki ocenijo pogostost depresivnih simptomov, ki so jih imeli v zadnjih dveh tednih, z možnostmi odgovora od 0 ("sploh ne") do 3 ("skoraj vsak dan"). V vprašalniku PHQ-9 se ocenjuje vsako od devetih meril za depresijo po DSM-IV, kot so razpoloženje, zanimanje za dejavnosti, raven energije, apetit, motnje spanja, samospoštovanje, koncentracija, hitrost gibanja in samomorilne misli. Skupni rezultat je od 0 do 27 točk, pri čemer višji rezultat pomeni hujše simptome depresije. Ta instrument zdravnikom pomaga ne le diagnosticirati depresijo, temveč tudi oceniti njeno resnost, kar je bistveno za določitev ustreznih strategij zdravljenja. PHQ-9 je cenjen zaradi svoje preprostosti in zanesljivosti tako v kliničnem kot raziskovalnem kontekstu (Richardson et al., 2010; Badr et al., 2016).

- **Geriatrična lestvica depresije (GDS)**

Pogosto uporabljeno orodje za ocenjevanje depresije pri starejših odraslih. Usmerjeno je na simptome, kot so izguba zanimanja, motnje spanja in misli na smrt (Marc, Raue in Bruce, 2008).

- **Lestvica zaznavanja razširjenosti agresije (POPAS)**

To orodje meri različne oblike agresije in omogoča pregled vrst agresije (Oud, 2000). Lestvica zaznavanja razširjenosti agresije (Perception of Prevalence of Aggression Scale - POPAS) je bila razvita za merjenje zaznavanja pogostosti in resnosti agresije na delovnem mestu s strani negovalcev. Uporablja se predvsem v zdravstvenih poklicih, zlasti v psihiatrični zdravstveni negi, in pomaga pri boljšem razumevanju delovnega okolja in z njim povezanih stresov (Oud, 2000 v Grosse et al., 2023).

POPAS je sestavljen iz več postavk, razvrščenih v različne dimenzije, kot so:

1. Pogostost agresije: V postavkah je ocenjeno, kako pogosto se oskrbovalci srečujejo z agresivnim vedenjem.
2. Vrsta agresije: Ta razsežnost razlikuje med različnimi oblikami agresije, kot so fizična, verbalna in psihološka.
3. Stopnja agresivnosti: Ocenjuje se, kako huda je agresija, s katero se soočamo.
4. Kontekst agresije: V postavkah je opisan kontekst, v katerem se pojavi agresija, na primer s strani bolnikov, sodelavcev ali drugih oseb. POPAS se uporablja za:
 - Analizirajte delovne pogoje: Podatki pomagajo razumeti obseg in vpliv agresije v zdravstvenih ustanovah.
 - Načrtujte intervencije: S prepoznavanjem problematičnih področij je mogoče pripraviti ciljno usmerjene ukrepe za izboljšanje delovnega okolja in zaščito osebja.
 - Spodbujanje dobrega počutja osebja: Ugotovitve iz raziskav POPAS se lahko uporabijo za izboljšanje duševnega počutja in zadovoljstva negovalcev. Primer je lahko: "Kako pogosto ste v zadnjih šestih mesecih doživeli verbalno agresijo s strani bolnikov?" To se oceni na Likertovi lestvici od "nikoli" do "vsak dan". POPAS je bil potrjen v več študijah in se je izkazal za zanesljivega pri merjenju zaznavanja agresije na delovnem mestu. Zagotavlja kvantitativno podlago za sistematično raziskovanje in izboljšanje delovnih pogojev v zdravstvenih poklicih (Grosse et al. 2023).

- **Brosetov kontrolni seznam nasilja (BVC-CH)**

Za ocenjevanje tveganja za nasilje pri bolnikih se uporablja razširjeni Brøsetov kontrolni seznam za nasilje (BVC-CH). Sestavljen je iz objektivno merljivih postavk, subjektivne ocene tveganja in seznama preventivnih ukrepov (Abderhalden, 2008).

BVC-CH beleži negovalno osebje z opazovanjem, običajno ob sprejemu pacienta in prve tri dni ob določenih urah (npr. med 10. in 11. uro ter med 17. in 18. uro). Če so prisotni znaki tveganja za nasilje, se lahko opazovanje nadaljuje tudi po prvih treh dneh ali se pozneje ponovi. Test BVC-CH je razdeljen na dva dela:

- **Opazovanje objektivnih značilnosti:** Dokumentirano je posebno vedenje bolnikov.
- **Subjektivna ocena tveganja:** Ocenjuje se z drsno lestvico. Tveganje za nasilje je razvrščeno v štiri stopnje na podlagi vsote točk iz obeh delov:
 - 4-6 točk: Nizko tveganje.
 - 7-9 točk: Pomembno tveganje; preventivne ukrepe je treba načrtovati in izvesti čim prej.
 - 10-12 točk: Veliko tveganje; treba je sprejeti takojšnje preventivne ukrepe.

Ta strukturiran pristop omogoča zanesljivo oceno tveganja za nasilje ter podpira osebje pri načrtovanju in izvajanju potrebnih preventivnih ukrepov.

- **Montrealska kognitivna ocena (MoCA)**

Montrealska kognitivna ocena (MoCA) se uporablja za odkrivanje blagih kognitivnih motenj, ki povečujejo tveganje za hujše kognitivne motnje, kot je demenca. MoCA ocenjuje različna kognitivna področja, vključno s pozornostjo in koncentracijo, spominom, jezikom, konceptualnim razmišljanjem, računanjem in orientacijo. Pomembno je opozoriti, da MoCA ne nadomešča nevropsihološkega pregleda in doseženi rezultat ne zagotavlja dokončne diagnoze (Nasreddine et al., 2015).

Izvedba testa MoCA traja približno 10 minut, za kar potrebujete natisnjen obrazec, papir in svinčnik. Naloge so opisane v vprašalniku, vsaka naloga pa ima določeno točkovno vrednost. Zbrane točke se seštejejo. Na rezultat lahko vplivajo dejavniki, kot so leta šolanja in družbeno-kulturne norme. Standardne vrednosti je mogoče izračunati s spletnim orodjem: <http://www.mocatest.ch/test/>.

Če dostop do tega orodja ni na voljo, se lahko uporabijo naslednje predpostavke:

- ≥ 26 točk: normalna kognitivna funkcija, brez nepravilnosti.
- 22-26 točk: Priporočljiva nadaljnja preiskava: blage kognitivne motnje.
- ≤ 21 točk: Kognitivne motnje; potrebna je nadaljnja preiskava.

- **Preizkus mini mentalnega stanja (MMSE)**

Instrument za odkrivanje hudih kognitivnih motenj, ki ocenjuje področja, kot so orientacija, spomin, pozornost in jezik (Folstein, Folstein in Mchugh, 1975). MMSE traja približno 20 minut. Naloge je treba reševati po vrstnem redu, vsak pravilen odgovor ali dokončanje naloge pa prinese eno točko. Dosežene točke omogočajo vpogled v stopnjo kognitivnih motenj:

- 30-25 točk: Predpostavlja se, da kognitivne motnje niso prisotne.
- 24-18 točk: Predpostavlja se blaga kognitivna motnja.
- 17-0 točk: Prisotna je huda kognitivna motnja.

- **Metoda ocenjevanja zmede (CAM)**

Instrument za prepoznavanje delirija pri starejših odraslih (MSD, 2024).

Nemška različica:

https://www.uksh.de/uksh_media/Dateien_Pflege/Pflegeforschung/Delir/CAM_Pocketcard-p-126730.pdf

• Mini-ICF-APP

MINI-ICF-APP, kratica za "Mini-International Classification of Functioning, Disability and Health Assessment of Psychosocial Problems", je diagnostično orodje za ocenjevanje vpliva duševnih motenj na psihosocialno delovanje. Osredotoča se na to, kako duševne motnje vplivajo na vsakodnevne dejavnosti in delovno zmožnost. To orodje strokovnjakom omogoča, da ocenijo 13 različnih področij življenja, vključno s skrbjo zase, medosebnimi odnosi, komunikacijo in obvladovanjem stresa. MINI-ICF-APP omogoča načrtovanje prilagojenih terapevtskih ali rehabilitacijskih posegov, določanje ciljev zdravljenja in spremljanje napredka. Posebej uporaben je za strokovnjake v psihiatriji, psihologiji, psihoterapiji in poklicni rehabilitaciji (Linden et al., n.d.).

• Osamljenost in socialna izolacija

Ocenjevanje osamljenosti in socialne izolacije v nemško govorečih regijah: Osamljenost je mogoče meriti z nemško različico revidirane lestvice osamljenosti UCLA (Döring in Bortz, 1993), ki jo sestavlja 20 postavk. Nemški vprašalnik temelji na revidirani lestvici osamljenosti UCLA, ki so jo leta 1980 razvili Russel in drugi. Socialno izoliranost je mogoče oceniti z Lubbenovo lestvico socialne mreže s 6 postavkami (Lubben et al., 2006), ki jo je v nemščino prevedel Bredehöf (2015).

Naslednja orodja so na voljo v vseh treh jezikih.

Orodja za presejanje	Nemščina	Grški	Slovenski
• Geriatrična lestvica depresije (GDS)	•		
• PHQ - 02	•		
• PHQ-09	•		
• Lestvica zaznavanja razširjenosti agresije	•		
• Broset-Gewalt-Checkliste	•		
• Montrealska kognitivna ocena (MoCA)	•		
• Mini mentalno stanje	•		
• Metoda ocenjevanja zmede (CAM)	•		
• Geriatrična lestvica depresije (GDS)	•		
• Aplikacija Mini-ICF-App	•		

4. Izobraževanje, nadaljnje izobraževanje in ozaveščenost v primerjavi treh držav

Izobraževalni sistemi za psihiatrično zdravstveno nego v Avstriji, na Cipru in v Sloveniji kažejo tako podobnosti kot razlike.

4.1 Podobnosti v nadaljnjem izobraževanju

Pravna ureditev: V vseh treh državah je izobraževanje na področju psihiatrične zdravstvene nege zakonsko urejeno. Obstaja osnovno izobraževanje, ki mu sledi specializacija iz psihiatrične zdravstvene nege.

Nadaljnje izobraževanje: Stalno izobraževanje je v vseh državah obvezno za ohranitev strokovnega certifikata. Takšne programe ponujajo akreditirane univerze in ustanove.

4.2 Razlike v nadaljnjem izobraževanju

Struktura izobraževanja: V Avstriji se specializacija pridobi z enoletnim programom stalnega izobraževanja s krajšim delovnim časom, ki obsega 1.600 ur. Na Cipru se specializacija zaključi s podiplomskimi programi, ki trajajo dve do tri leta. V Sloveniji je izobraževanje modularno in obsega 160 ur.

specializacija iz geriatrije: Avstrija ponuja obsežno, zakonsko urejeno stalno izobraževanje na področju geriatrije, medtem ko Ciper ponuja le nekaj specializiranih tečajev. Slovenija ima posebne module o geriatrični oskrbi, zlasti za starejše osebe s težavami v duševnem zdravju.

Financiranje in dostop: V Avstriji se soočajo s težavami pri financiranju specializiranega izobraževanja medicinskih sester, medtem ko ima Slovenija sistem licenčnih točk, ki morda nudi boljšo podporo. Za Ciper ni znanih posebnih težav s financiranjem. Ta primerjava kaže, da je Slovenija bolj strukturirana za nadaljnje izobraževanje, medtem ko se Avstrija in Ciper soočata z izzivi pri financiranju.

4.3 Ukrepi za spremljanje in upravljanje duševnega zdravja v ustanovah za dolgotrajno oskrbo

Na podlagi poročil o dokumentaciji in terenskih raziskavah projekta EDU-MENT je priporočenih več ukrepov za spremljanje in upravljanje duševnega zdravja starejših oseb v ustanovah za dolgotrajno oskrbo. Namen teh ukrepov je zgodnje odkrivanje psihosocialnih težav in težav z duševnim zdravjem ter zagotavljanje ustreznih ukrepov. Vključujejo uporabo digitalnih orodij ter izboljšanje usposabljanja in delovnih struktur za negovalce.

4.3.1 Uvedba in uporaba digitalnih orodij za presejanje:

Ključno priporočilo iz obeh poročil je, da je treba uvesti digitalna orodja za zgodnje odkrivanje psihosocialnih težav in težav z duševnim zdravjem. Ta orodja pomagajo prepoznati vedenjske spremembe, kot so umik, zmedenost ali agresija pri starejših bolnikih. Primeri takšnih orodij so npr:

Geriatrična lestvica depresije (GDS) in Vprašalnik o zdravju bolnika (PHQ-9) za odkrivanje depresije.

Montrealska kognitivna ocena (MoCA) in Mini-Mental State Examination (MMSE) za odkrivanje kognitivnih motenj. Ta orodja zagotavljajo standardiziran sistem ocenjevanja in dokumentiranja ter skrbnikom nudijo strukturirano podlago za nadaljnje korake.

4.3.2 Redno usposabljanje za oskrbovalce

Za izboljšanje spremljanja in upravljanja duševnega zdravja je priporočljivo zagotoviti redno usposabljanje za negovalce. Ta usposabljanja naj se osredotočijo na uporabo digitalnih orodij, prepoznavanje psihosocialnih vedenjskih sprememb in izvajanje preventivnih ukrepov. Oskrbovalci bi se morali naučiti uporabljati digitalna orodja za presejanje, interpretirati rezultate in sprejeti ustrezne intervencijske ukrepe. Poleg tega jih je treba usposobiti za interdisciplinarno sodelovanje in komunikacijo z bolniki, pri katerih se pojavijo psihosocialne spremembe.

4.3.3 Interdisciplinarno sodelovanje in redne razprave o primerih

Drugi ključni element pri upravljanju duševnega zdravja je spodbujanje interdisciplinarnega sodelovanja. Skrbniki, psihologi, socialni delavci in zdravniki bi morali redno sodelovati, da bi razpravljali o primerih in razvili najboljše strategije. Redne razprave o primerih in sestanki interdisciplinarnega tima so pomembni ukrepi za združevanje znanja z različnih področij in zagotavljanje celostne oskrbe bolnikov. To spodbuja zgodnje ukrepanje in izboljšuje splošno kakovost oskrbe.

4.3.4 Personalizirani načrti oskrbe in neprekinjeno spremljanje

Priporočljivo je, da se za vsakega bolnika na podlagi rezultatov digitalnih pregledov in interdisciplinarnih razprav pripravijo prilagojeni načrti oskrbe. Te načrte je treba redno pregledovati in prilagajati spreminjajočim se potrebam bolnika. Nenehno spremljanje duševnega zdravja skupaj s prilagodljivim prilagajanjem načrtov oskrbe omogoča pravočasen odziv na poslabšanje psihosocialnega ali kognitivnega zdravja.

4.3.5 Ozaveščanje in spodbujanje čustvene odpornosti pri negovalcih

Druga pomembna točka je čustvena podpora negovalcem. Sposobni morajo biti obvladovati psihološki stres, ki ga prinaša skrb za bolnike s psihosocialnimi spremembami. Obvladovanje duševnega zdravja ne zahteva le skrbi za bolnike, temveč tudi sprejetje ukrepov za spodbujanje duševnega zdravja negovalcev. To vključuje usposabljanje za obvladovanje stresa, samooskrbo in razvijanje čustvene odpornosti, kar oskrbovalcem omogoča dolgoročno ohranjanje kakovostne oskrbe.

4.3.6 Strategije zgodnjega posredovanja in preprečevanja

Poročila poudarjajo pomen zgodnjega posredovanja in preventivnih ukrepov. Oskrbovalce je treba usposobiti za prepoznavanje zgodnjih znakov psihosocialnih vedenjskih sprememb in proaktivno ukrepanje. Preventivne strategije bi lahko vključevale redne družabne dejavnosti in psihološko podporo stanovalcem, da bi preprečili izolacijo in osamljenost, ki sta močno povezani s poslabšanjem duševnega zdravja.

Povzetek: Ukrepi za spremljanje in upravljanje duševnega zdravja starejših oseb v ustanovah za dolgotrajno oskrbo vključujejo uvedbo digitalnih presejalnih orodij, redno usposabljanje negovalcev, spodbujanje interdisciplinarnega sodelovanja, prilagojene načrte oskrbe, ozaveščanje o čustvenem zdravju negovalcev in zgodnje intervencije. Cilj teh ukrepov je izboljšati zgodnje odkrivanje psihosocialnih težav in hkrati izboljšati kakovost oskrbe v ustanovah za dolgotrajno oskrbo.

4.4 Skrb, usmerjena v kompetence

4.4.1 Izzivi pri digitalizaciji

Izzivi pri uporabi digitalnih orodij v zdravstveni negi Vse večja digitalizacija zdravstvenega varstva ponuja pomembne priložnosti, vendar predstavlja tudi precejšnje izzive za ustanove za dolgotrajno oskrbo v Avstriji, na Cipru in v Sloveniji. Posebej se pojavljajo vprašanja pri zgodnjem odkrivanju psihosocialnih vedenjskih sprememb in vključevanju digitalnih orodij v vsakodnevne prakse zdravstvene nege. Te izzive lahko razdelimo na tri ključna področja: pomanjkanje razpoložljivosti in standardizacije, nezadostno usposabljanje in tehnološke ovire.

- **Pomanjkanje razpoložljivosti in standardizacije:** V številnih ustanovah za dolgotrajno oskrbo, zlasti v Avstriji in na Cipru, ni standardiziranih digitalnih orodij za zgodnje odkrivanje psihosocialnih vedenjskih sprememb. Medicinske sestre se pri ugotavljanju vedenjskih sprememb pri pacientih pogosto zanašajo na subjektivne metode, kot sta neposredno opazovanje in timska komunikacija. Ta subjektivni pristop pogosto vodi do nedoslednih ocen, kar otežuje zgodnje odkrivanje in dokumentiranje psihosocialnih težav. Zaradi tega so možnosti za izboljšanje kakovosti zdravstvene nege z uporabo digitalnih orodij še vedno v veliki meri neizkoriščene. V Sloveniji so digitalna orodja delno na voljo, vendar je njihova uporaba v praksi še vedno precej omejena. Pogosto niso v celoti vključena v vsakodnevne delovne procese, kar zmanjšuje njihovo učinkovitost in razširjanje. Pomanjkanje integracije pomeni, da medicinske sestre še naprej uporabljajo tradicionalne metode, čeprav so digitalna orodja teoretično na voljo.
- **Pomanjkanje usposabljanja:** Druga velika ovira za učinkovito uporabo digitalnih orodij je pomanjkanje usposabljanja. Številne medicinske sestre se počutijo negotove pri uporabi digitalnih tehnologij, ker niso bile deležne zadostnega usposabljanja o uporabi teh orodij. To nepoznavanje aplikacij in negotovost pri njihovi uporabi dodatno omejujeta pripravljenost za sprejetje teh tehnologij. Zlasti interpretacija rezultatov iz digitalnih orodij in določanje naslednjih korakov v procesu zdravstvene nege predstavljata izziv za mnoge medicinske

sestre. Brez rednega in praktičnega usposabljanja zdravstveno osebje težko učinkovito vključi digitalna orodja v svoje prakse zdravstvene nege. Zaradi tega se tehnologije pogosto ne uporabljajo, čeprav so na voljo, ali pa se napačno interpretirajo, kar lahko negativno vpliva na kakovost zdravstvene nege.

- **Tehnološke ovire:** Tehnološke ovire so še en izziv pri uporabi digitalnih orodij v zdravstveni negi. Zlasti starejše ali tehnološko manj podkovane medicinske sestre delo z digitalnimi orodji pogosto dojemajo kot dodatno breme. Mnoge izražajo zaskrbljenost, da bi tehnične napake lahko privedle do napačnih diagnoz ali da tehnologija otežuje njihovo delo, namesto da bi ga poenostavila. Te negotovosti še povečuje pomanjkanje tehnične podpore v ustanovah. Poleg tega številna digitalna orodja niso dovolj prijazna do uporabnika, da bi jih sprejelo osebje zdravstvene nege. Zaradi teh ovir se digitalne tehnologije dojemajo kot dodaten vir stresa in ne kot koristna pomoč v že tako zahtevnem delovnem okolju.
- **Izzivi digitalizacije v izobraževanju medicinskih sester:** Vse tri države - Avstrija, Ciper in Slovenija - priznavajo pomen digitalizacije v zdravstveni negi, vendar pa obstajajo velike razlike pri vključevanju digitalnih kompetenc v izobraževanje. V Avstriji digitalne teme niso formalno vključene v izobraževanje v zdravstveni negi, zaradi česar prihaja do precejšnjih vrzeli v kompetencah. Medicinske sestre niso ustrezno pripravljene na učinkovito uporabo digitalnih orodij, kar ovira uvajanje sodobnih tehnologij v vsakodnevno zdravstveno nego. Ciper kaže omejen napredek pri uvajanju digitalnih programov usposabljanja in izobraževanja. Medtem ko so bile razvite posamezne pobude, kot so sistemi za e-ocenjevanje, ni sistematičnega uvajanja digitalnih izobraževalnih vsebin v izobraževanje medicinskih sester. To vodi v pomanjkanje digitalnih spretnosti medicinskih sester. V nasprotju s tem je Slovenija dosegla znaten napredek. Digitalna orodja so aktivno vključena v izobraževanje medicinskih sester, kar jim pomaga, da so boljše pripravljene na uporabo sodobnih tehnologij. To vključevanje digitalnih kompetenc izboljšuje kakovost zdravstvene nege, zlasti pri obravnavi starejših ljudi in psihosocialnih spremembah.
- **Zaključek:** Izzivi pri uporabi digitalnih orodij v zdravstveni negi so različni in vključujejo predvsem pomanjkanje razpoložljivosti in standardizacije orodij, nezadostno usposabljanje in tehnološke ovire. Medtem ko je Slovenija pri vključevanju digitalnih orodij in usposabljanju medicinskih sester že dosegla napredek, se Avstrija in Ciper še vedno soočata s precejšnjimi izzivi. Formalna vključitev digitalnih kompetenc v izobraževanje medicinskih sester, skupaj z rednim usposabljanjem in uporabniku prijaznimi digitalnimi orodji, bi lahko bistveno izboljšala kakovost zdravstvene nege in zmanjšala delovno obremenitev zaposlenih v zdravstveni negi.

4.4.2 Izzivi pri obravnavi psihosocialno spremenjenih bolnikov

- **Pomanjkanje posebnega usposabljanja:** Medicinske sestre poročajo, da jih osnovna izobrazba pogosto ne pripravi ustrezno na obvladovanje psihosocialnih vedenjskih sprememb. Čeprav so dobro usposobljene za telesno nego, pogosto nimajo potrebnih znanj za obvladovanje duševnih bolezni, kot so demenca, depresija ali vedenjske motnje. Za oskrbo bolnikov s psihosocialnimi spremembami so potrebne specializirane veščine in znanja, ki jih osnovno izobraževanje pogosto ne zajema v zadostni meri.
- **Časovne omejitve in pomanjkanje osebja:** Kronično pomanjkanje časa in omejeno osebje v zdravstveni negi sta dodatni oviri. Medicinske sestre so pogosto tako preobremenjene, da nimajo dovolj časa, da bi se osredotočile na psihosocialne potrebe svojih pacientov ali

delovale preventivno. Zaradi tega psihosocialnih težav ne prepoznajo in ne obravnavajo zgodaj, kar ima lahko dolgoročne negativne učinke na paciente.

- **Zahtevno vedenje:** Obvladovanje bolnikov, ki se vedejo agresivno, umaknjeno ali se upirajo, je za medicinske sestre tako čustveni kot fizični izziv. Mnoge se zaradi pomanjkanja posebnega usposabljanja ali podpornih ukrepov počutijo neustrezno pripravljene na obvladovanje teh težavnih situacij. Takšno vedenje lahko močno obremeni vsakodnevno rutino, zlasti če medicinske sestre ne razvijejo ustreznih strategij obvladovanja.

4.4.3 Pomanjkanje interdisciplinarnega sodelovanja

Za učinkovito oskrbo bolnikov s psihosocialnimi spremembami je potrebno tesno sodelovanje med različnimi zdravstvenimi delavci, kot so medicinske sestre, psihologi, socialni delavci in zdravniki. Vendar v praksi pogosto ni dobro vzpostavljenih struktur za takšno interdisciplinarno sodelovanje. Medicinske sestre poročajo, da pogosto manjkajo redne razprave o primerih in vključevanje strokovnjakov, kar vpliva na kakovost zdravstvene nege, medicinske sestre pa se pri obravnavi zapletenih primerov počutijo osamljene.

4.4.4 Potreba po programih izobraževanja in usposabljanja

Vse države potrebujejo programe, ki spodbujajo digitalne kompetence in socialno mreženje. Avstrija ima na področju izobraževanja psihiatričnih medicinskih sester uveljavljeno tradicijo, vendar potrebuje redno stalno izobraževanje, da bi zadostila trenutnim zahtevam. Ciper ima precejšnje vrzeli v psihiatričnem izobraževanju ter se spopada s stigmo in pomanjkanjem mehkih veščin. Slovenija v izobraževanje vključuje sodobne tehnologije in se osredotoča na oskrbo starejših oseb s težavami v duševnem zdravju.

4.4.5 Družabna omrežja

Vse države priznavajo pomen družabnih omrežij v boju proti osamljenosti starejših odraslih. Avstrija mora izboljšati povezovanje med kliničnimi in ambulantnimi službami. Ciper se spopada s stigmo, ki ovira vzpostavljanje socialnih omrežij. Slovenija uspešno uporablja digitalne rešitve, kot je telemedicina, za izboljšanje oskrbe. Na splošno si vse tri države prizadevajo za posodobitev izobraževanja medicinskih sester in spodbujanje družabnih omrežij, vendar se napredek pri digitalizaciji in boju proti stigmatizaciji razlikuje.

4.5 Profil psihosocialnih kompetenc osebja zdravstvene nege v ustanovah za dolgotrajno oskrbo

Profil psihosocialnih kompetenc, ki izhaja iz poročil o raziskavah na terenu in v pisarni, zajema vrsto spretnosti in kompetenc, ki so potrebne za podporo negovalnemu osebju v ustanovah za dolgotrajno oskrbo pri obravnavi pacientov s psihosocialnimi spremembami. Te kompetence je mogoče razvrstiti na različna področja:

4.5.1 Strokovne kompetence

Medicinske sestre morajo dobro poznati duševno zdravje, zlasti starejših odraslih. To vključuje razumevanje pogostih bolezni, kot so demenca, depresija in anksiozne motnje. Sposobne morajo biti zgodaj prepoznati in diagnosticirati psihosocialne vedenjske spremembe, kot so znaki socialnega umika, zmedenosti, agresije ali depresije.

4.5.2 Uporaba digitalnih orodij

Še en pomemben element kompetenčnega profila je uporaba digitalnih orodij za pregledovanje. Ta digitalna orodja omogočajo zgodnje odkrivanje vedenjskih sprememb in duševnih bolezni ter pomagajo pri izvajanju sistematičnih in standardiziranih ocen. Medicinske sestre bi morale biti sposobne uporabljati te tehnologije za optimizacijo praks zdravstvene nege in učinkovito obvladovanje psihosocialnih težav.

4.5.3 Interdisciplinarno sodelovanje

Medicinske sestre se morajo naučiti učinkovito sodelovati z drugimi strokovnjaki, kot so zdravniki, psihologi in socialni delavci. Za celovito razumevanje potreb psihosocialno spremenjenih pacientov in sprejemanje ustreznih ukrepov so potrebni redni pogovori o primerih in timsko delo. Izmenjava znanja in izkušenj v interdisciplinarnih timih prispeva k izboljšanju kakovosti oskrbe.

4.5.4 Socialne in komunikacijske spretnosti

Sposobnost izkazovanja empatije in vzpostavljanja zaupanja je ključnega pomena pri obravnavi bolnikov s psihosocialnimi spremembami. Medicinske sestre morajo biti sposobne obravnavati individualne potrebe bolnikov in hkrati spodbujati pozitivno komunikacijo. Tehnike, kot sta validacija in motivacijski razgovor, lahko pomagajo pri deeskalaciji konfliktov in krepitvi odnosa med medicinsko sestro in pacientom.

4.5.5 Samoupravljanje in sposobnost refleksije

Medicinske sestre morajo imeti dobre sposobnosti samoupravljanja, da lahko učinkovito organizirajo svoj delovni čas in načrtujejo individualno zdravstveno nego pacienta. Poleg tega morajo biti sposobne razmišljati o svojih dejanjih in se nenehno izboljševati. Redna samorefleksija je ključna za trajnostno optimizacijo postopkov zdravstvene nege.

4.5.6 Čustvena odpornost in obvladovanje stresa

Skrb za bolnike s psihosocialnimi spremembami je lahko čustveno naporna. Medicinske sestre se morajo zato usposablјati za tehnike obvladovanja stresa in čustvene odpornosti. To jim pomaga pri obvladovanju težkih situacij v zdravstveni negi, kot je soočanje z agresivnim ali umaknjenim vedenjem, in pri zaščiti njihovega čustvenega počutja.

4.5.7 Vseživljenjsko učenje in nadaljnje izobraževanje

Priporočljivo je, da se medicinske sestre redno udeležujejo stalnih izobraževanj in delavnic ter tako nenehno širijo svoje znanje o psihosocialni oskrbi. Spodbujati je treba tudi samoizobraževanje in

uporabo strokovne literature, da bodo medicinske sestre na tekočem z razvojem psihosocialne oskrbe.

4.5.8 Povzetek ugotovitev

Kompetenčni profil, ki izhaja iz poročil, zagotavlja, da imajo medicinske sestre potrebne strokovne, socialne in čustvene spretnosti za celovito oskrbo pacientov s psihosocialnimi spremembami. S spodbujanjem interdisciplinarnega sodelovanja, uporabo digitalnih orodij in stalnim izobraževanjem bodo medicinske sestre bolje opremljene za obravnavo kompleksnih psihosocialnih potreb svojih pacientov, hkrati pa bodo krepile svojo lastno odpornost in kompetence za nego.



5. Sklepi

Zaključki iz poročil o dokumentacijskih in terenskih raziskavah projekta EDU-MENT izpostavljajo ključne ukrepe, ki jih je treba razviti in izvajati v delovnih paketih 3, 4 in 5 za trajnostno izboljšanje psihosocialne oskrbe v ustanovah za dolgotrajno oskrbo.

5.1 Delovni sklop 3: Izbira in digitalizacija platforme za presejanje

Delovni sklop 3 se mora osredotočiti na nujen razvoj standardiziranega digitalnega presejalnega orodja, saj v ustanovah za dolgotrajno oskrbo trenutno ni enotnih orodij za zgodnje odkrivanje psihosocialnih vedenjskih sprememb. To orodje mora biti uporabniku prijazno in se mora brez težav vključiti v obstoječe delovne procese negovalcev. Poleg tega mora biti platforma prilagodljiva različnim razmeram v ustanovah za dolgotrajno oskrbo v Avstriji, Sloveniji in na Cipru. Zaradi te prilagodljivosti in enostavne uporabe bo platforma dragoceno orodje za sistematično odkrivanje in dokumentiranje psihosocialnih sprememb pri starejših ljudeh.

5.2 Delovni sklop 4: Usposabljanje in izobraževanje oskrbovalcev

Delovni sklop 4 se osredotoča na usposabljanje negovalcev za obvladovanje psihosocialno spremenjenih pacientov in uporabo digitalnih orodij. V poročilih so izpostavljene jasne vrzeli na področju psihosocialnih kompetenc, zlasti pri obvladovanju duševnih stanj, kot sta demenca ali agresija. Potrebni so posebni programi usposabljanja, ki bodo zajemali tako tehnično uporabo orodij kot obvladovanje psihosocialnih vedenjskih sprememb. Poleg tega je ključni poudarek na interdisciplinarnem sodelovanju, saj poročila kažejo, da je treba spodbujati tesnejše sodelovanje med negovalci in drugimi zdravstvenimi delavci. Delovni sklop 4 bo razvil programe usposabljanja, ki bodo oskrbovalcem pomagali pri razlagi podatkov iz digitalnih orodij in vključevanju spoznanj v prakso oskrbe.

5.3 Delovni sklop 5: Izvajanje in preizkušanje rešitev

Delovni sklop 5 se bo ukvarjal s praktičnim izvajanjem in preizkušanjem orodij, razvitih v delovnem sklopu 3, in programov usposabljanja, oblikovanih v delovnem sklopu 4, v ustanovah za dolgotrajno oskrbo. V poročilih je poudarjena nujna potreba po digitalnih orodjih za izboljšanje zgodnjega odkrivanja psihosocialnih težav. Delovni sklop 5 bo zagotovil, da bodo negovalci lahko učinkovito uporabljali nove tehnologije in jih vključili v svoje vsakodnevne dejavnosti. Poleg tega bo delovni sklop 5 ocenil učinek novih ukrepov, da bi ugotovil, ali implementirana orodja in usposabljanje dejansko vodijo k boljši oskrbi bolnikov s psihosocialnimi spremembami. To vključuje tudi spodbujanje interdisciplinarnega sodelovanja, kar bo oskrbovalcem pomagalo učinkoviteje sodelovati z zdravniki, psihologi in drugimi strokovnjaki.

5.4 Povzetek

Ugotovljene vrzeli v kompetencah in pomanjkanje standardiziranih digitalnih orodij so podlaga za razvoj v delovnih skupinah 3 in 4. Delovni sklop 5 bo nato izvedel praktično testiranje teh ukrepov v ustanovah za dolgotrajno oskrbo. Uspeh delovnega paketa 5 bo v veliki meri odvisen od tega,

kako dobro bodo nove tehnologije in programi usposabljanja prispevali k zgodnjemu odkrivanju in obravnavi psihosocialnih težav ter trajnostno izboljšali kakovost oskrbe v sodelujočih državah.



6. Literatura

- Abderhalden, C. , Needham I., Dassen, T., Halfens, R. , Haug and Joachim, H-J; J.E. Fischer (2008). Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry* 193, 44-50. doi: 10.1192/bjp.bp.107.045534
- Badr, H., Federman, A. D., Wolf, M., Revenson, T. A., & Wisnivesky, J. P. (2016). Depression in individuals with chronic obstructive pulmonary disease and their informal caregivers. *Aging & Mental Health*, 21(9), 975-982, doi: 10.1080/13607863.2016.1186153
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.* 1975 Nov;12(3):189-98. doi: 10.1016/0022-3956(75)90026-6. PMID: 1202204.
- Grosse, U., Pfster, A., Zeyer, A., & Häusermann, S. (2023). Klinisches Assessment Basiswissen für Pflegefachpersonen und Hebammen. Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.
- Linden, M., Muschalla, B., Baron S., Ostholt-Corsten, M. (2018). Mini-ICF-APP-S. Ein Selbstratingbogen zu 13 psychischen Fähigkeiten analog zum Fremdrating Mini-ICF-APP. DOI: [10.13140/RG.2.2.35873.51040](https://doi.org/10.13140/RG.2.2.35873.51040)
- Levis B. et al. (2020). Accuracy of the PHQ-2 Alone and in Combination With the PHQ-9 for Screening to Detect Major Depression: Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA* 9;323(22):2290-2300. doi: 10.1001/jama.2020.6504.
- Lubben, J., Blozik, E., Gillmann, G., Iliffe, S., von Renteln Kruse, W., Beck, J. C., & Stuck, A. E. (2006). Performance of an abbreviated version of the Lubben Social Network Scale among three European Community-dwelling older adult populations. *Gerontologist*, 46(4), 503-513.
- Marc, L. G., Raue, P. J., & Bruce, M. L. (2008). Screening performance of the 15-item Geriatric Depression Scale in a diverse elderly home care population. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(11), 914-921. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e318186bd67>
- Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I, Cummings JL, Chertkow H. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc.* 2005 Apr;53(4):695-9. doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x. Erratum in: *J Am Geriatr Soc.* 2019 Sep;67(9):1991. doi: 10.1111/jgs.15925. PMID: 15817019.
- Richardson LP, McCauley E, Grossman DC, McCarty CA, Richards J, Russo JE, Rockhill C, Katon W. *Evaluation of the Patient Health Questionnaire-9 Item for detecting major depression among adolescents.* *Pediatrics.* 2010 Dec;126(6):1117-23. doi: 10.1542/peds.2010-0852. Epub 2010 Nov 1. PMID: 21041282; PMCID: PMC3217785.