

OCENA POTREB UPORABNIKOV IN IZVAJALCEV PREVENTIVNIH PROGRAMOV ZA ODRASLE

Ključni izsledki kvalitativnih raziskav in
stališča strokovnih delovnih skupin

OCENA POTREB UPORABNIKOV IN IZVAJALCEV PREVENTIVNIH PROGRAMOV ZA ODRASLE

Ključni izsledki kvalitativnih raziskav in stališča strokovnih delovnih skupin

Urednica

Jerneja Farkaš Lainščak

Jezikovni pregled

Ivanka Huber

Oblikovanje

Arhilog d.o.o.: Primož Roškar, u.d.i.a., Vito Cof

Izdajatelj

Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva cesta 2, Ljubljana

Spletni naslov

www.nijz.si

Kraj in leto izdaje

Ljubljana, 2016

Brezplačen izvod.

Za vsebino posameznega poglavja so odgovorni njegovi avtorji.

Dokument je nastal v okviru projekta »Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju – Skupaj za zdravje« s finančno podporo Norveškega finančnega mehanizma. Za vsebino tega dokumenta je odgovoren izključno Nacionalni inštitut za javno zdravje in zanj v nobenem primeru ne velja, da odraža stališča nosilca Programa Norveškega finančnega mehanizma.

CIP - Kataložni zapis o publikaciji

Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

616-084(497.4)(0.034.2)

OCENA potreb uporabnikov in izvajalcev preventivnih programov za odrasle [Elektronski vir] : ključni izsledki kvalitativnih raziskav in stališča strokovnih delovnih skupin / [urednica Jerneja Farkaš Lainščak]. - El. knjiga. - Ljubljana : Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2016

ISBN 978-961-6911-80-1 (pdf)

1. Farkaš-Lainščak, Jerneja

282301440



AVTORJI POGLAVIJ

PREDGOVOR: NA POTI K ZAVEZNIŠTVU ZA ZDRAVJE

Majda Pahor

UVOD V OCENO POTREB UPORABNIKOV IN IZVAJALCEV
PREVENTIVNIH PROGRAMOV ZA ODRASLE

Jerneja Farkaš Lainščak, Jožica Maučec Zakotnik

Urednica poglavja Uršula Lipovec Čebtron

1 ZDRAVSTVENO MARGINALIZIRANE - »RANLJIVE« SKUPINE: OVIRE V DOSTOPU DO SISTEMA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA IN V NJEM

Uršula Lipovec Čebtron, Marjeta Keršič Svetel, Sara Pistotnik

Urednica poglavja Jana Šimenc

2 OCENA POTREB UPORABNIKOV PREVENTIVNIH PROGRAMOV: ZDRAVE ODRASLE OSEBE IN BOLNIKI S KRONIČNIMI BOLEZNIMI

Andreja Backović Juričan, Špela Bernik, Mojca Zvezdana Dernovšek, Janet Klara Djomba, Mirosljub Jakovljevič, Borut Jug, Jana Klavs, Tjaša Knific, Milan Kotnik, Davorina Petek, Nataša Sedlar, Marjan Šiftar, Jana Šimenc, Mateja Tomažin Šporar, Jelka Zaletel

Urednica poglavja Barbara Hrovatin

3 OCENA POTREB IZVAJALCEV PREVENTIVNIH PROGRAMOV ZA ODRASLE

Barbara Hrovatin, Jana Govc Eržen, Nataša Medved, Martina Horvat, Marija Milavec Kapun, Sanja Vrbovšek

ČLANI STROKOVNIH DELOVNIH SKUPIN (DSK) PROJEKTA SKUPAJ ZA ZDRAVJE

DSK za zmanjševanje neenakosti in obravnavo »ranljivih« skupin

Branislava Belovič, Jerneja Farkaš Lainščak, Špela Fistrič, Alenka Hafner, Ivanka Huber, Simona Jazbinšek, Ajda Jelenc, Tjaša Jerman, Marjeta Keršič Svetel, Nuša Konec Juričič, Natalija Korent, Simona Kiphut, Doroteja Kuhar, Nives Letnar Žbogar, Uršula Lipovec Čebrown, Jožica Maučec Zakotnik, Ema Mesarič, Lea Peternel, Anja Petrič, Sara Pistotnik, Danica Rotar Pavlič, Marina Sučić Vuković, Andreja Špitalar, Tanja Torkar

DSK za samooskrbo srčno-žilnih bolezni

Alenka Borovničar, Jožica Eder, Jerneja Farkaš Lainščak, Zlatko Fras, Borut Jug, Jožica Mesarič, Tea Napečnik, Marija Petek Šter, Jurij Repič, Tjaša Vižintin Cuderman, Vlasta Vodopivec Jamšek

DSK za samooskrbo sladkorne bolezni tipa 2

Špela Bernik, Martina Horvat, Jana Klavs, Milan Kotnik, Nataša Medved, Davorina Petek, Irena Sedej, Marjan Šiftar, Mateja Tomažin Šporar, Jelka Zaletel

DSK za samooskrbo depresije

Mojca Zvezdana Dernovšek, Nuša Konec Juričič, Erika Povšnar, Janez Rifel, Maja Rus Makovec, Nataša Sedlar, Alenka Tančič Grum, Maja Valič

DSK za samooskrbo funkcijske manjzmožnosti

Andreja Backović Juričan, Janet Klara Djomba, Miroljub Jakovljevič, Tjaša Knific

DSK za primarno in sekundarno preventivo v ambulantni družinskega zdravnika in referenčni ambulantni družinske medicine (vidik zdravnikov družinske medicine)

Mateja Bulc, Jana Govc Eržen, Davorina Petek, Marija Petek Šter, Janez Rifel, Danica Rotar Pavlič, Pia Vračko

DSK za primarno in sekundarno preventivo v ambulantni družinskega zdravnika in referenčni ambulantni družinske medicine (vidik diplomiranih medicinskih sester v referenčni ambulantni družinske medicine)

Violeta Bahat Kmetič, Breda Čuš, Jožica Eder, Tatjana Lekšan, Nataša Medved, Karmen Panikvar Žlahtič, Metka Žitnik Šircelj

DSK za podporo preprečevanju in obvladovanju kroničnih nenalezljivih bolezni na domu in v lokalni skupnosti (vidik diplomiranih medicinskih sester v patronažnem varstvu)

Martina Horvat, Andreja Krajnc, Marija Milavec Kapun, Tea Napečnik

DSK za nemedikamentozne obravnave (vidik izvajalcev v zdravstvenovzgojnih centrih)

Tadeja Bizjak, Andreja Kvas, Jožica Mesarič, Majda Pahor, Erika Povšnar, Tamara Štemberger Kolnik, Vladimira Tomšič, Vladka Vovk, Sanja Vrbovšek

KAZALO

PREDGOVOR: NA POTI K ZAVEZNIŠTVU ZA ZDRAVJE	6
POVZETEK.....	9
UVOD V OCENO POTREB UPORABNIKOV IN IZVAJALCEV PREVENTIVNIH PROGRAMOV ZA ODRASLE	11
ZDRAVSTVENO MARGINALIZIRANE - »RANLJIVE« SKUPINE: OVIRE V DOSTOPU DO SISTEMA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA IN V NJEM	14
1.1 Uvod	14
1.2 Kdo so »ranljive« skupine?	16
1.3 S katerimi ovirami se v zdravstvu soočajo »ranljive« skupine?.....	17
1.3.1 Ovire v dostopu do zdravstvenih ustanov.....	18
1.3.2 Ovire znotraj zdravstvenih ustanov	22
1.3.3 Ovire v dostopu do preventivnih programov	24
OCENA POTREB UPORABNIKOV PREVENTIVNIH PROGRAMOV: ZDRAVE ODRASLE OSEBE IN BOLNIKI S KRONIČNIMI BOLEZNIMI.....	26
2.1 Uvod	26
2.2 Ocena potreb zdravih odraslih uporabnikov preventivnih programov.....	26
2.3 Ocena potreb bolnikov s kroničnimi boleznimi.....	30
2.3.1 Ocena potreb bolnikov z boleznimi srca in žilja ter stališče DSK za samooskrbo srčno-žilnih bolezni.....	32
2.3.2 Ocena potreb bolnikov s sladkorno boleznijo tipa 2 ter stališče DSK za samooskrbo sladkorne bolezni tipa 2	34
2.3.3 Ocena potreb bolnikov z depresijo ter stališče DSK za samooskrbo depresije.....	36
2.3.4 Stališče DSK za samooskrbo funkcijske manjzmožnosti.....	39
OCENA POTREB IZVAJALCEV PREVENTIVNIH PROGRAMOV ZA ODRASLE	44
3.1 Uvod	44
3.2 Ocena potreb izvajalcev preventivnih programov za odrasle	44
3.3 Stališča strokovnih delovnih skupin po posameznih poklicnih področjih izvajalcev preventivnih programov za odrasle na primarni ravni zdravstvenega varstva	49
3.3.1 Stališče DSK za primarno in sekundarno preventivo v ambulantni družinskega zdravnika in referenčni ambulantni družinske medicine	49
3.3.2 Stališče DSK za podporo preprečevanju in obvladovanju kroničnih bolezni na domu in v lokalni skupnosti.....	52
3.3.3 Stališče DSK za nemedikamentozne obravnave.....	54

SEZNAM KRATIC

ADM	ambulanta družinske medicine
CSD	Center za socialno delo
DMS	diplomirana medicinska sestra
DMS v PV	diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu
DSK	delovna skupina
MZ	Ministrstvo za zdravje
NIJZ	Nacionalni inštitut za javno zdravje
NPPPSŽB	Nacionalni program primarne preventive srčno-žilnih bolezni
OE	območna enota
RADM	referenčna ambulanta družinske medicine
RK	Rdeči križ
ROKVB	Register oseb, ki jih ogrožajo kardiovaskularne bolezni
ZDM	zdravnik družinske medicine
ZVC	zdravstvenovzgojni center
ZRSZ	Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje
ZSVarPre	Zakon o socialno varstvenih prejemkih
ZVPJS	Zakon o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev
ZZVZZ	Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju
ZZZS	Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

PREDGOVOR: NA POTI K ZAVEZNIŠTVU ZA ZDRAVJE

Majda Pahor

Pred nami je besedilo, ki vključuje izsledke ocene potreb uporabnikov in izvajalcev preventivnih programov za odrasle v Sloveniji in je nastalo v okviru mednarodno podprtega projekta s pomenljivim in pomembnim naslovom Skupaj za zdravje. Velika skupina avtorjev je povezala svoje ugotovitve in videnja o preventivnem zdravstvenem varstvu, kar je bilo, glede na njihove različne profesionalne kulture in vloge v sistemu, že samo po sebi velik izziv. Rezultat je zanimiv in vreden komentarja.

Za oceno potreb je značilna kompleksnost pristopov, ki segajo od splošne družbene ravni, zdravstvenega sistema, diagnoz/zdravstvenih problemov do ravni skupnosti. Temelji na zavedanju sestavljenosti problematike, ki nakazuje, in to se vidi skoraj iz vsakega stavka besedila, potrebo po povezanosti in usklajenosti na področju preventivnega zdravstvenega varstva, kjer se veliko dogaja, a marsikaj mimobežno in neusklajeno in lahko vodi k entropiji. Dejstvo, da okoliščine življenja, izbire in ravnanja posameznikov in skupnosti lahko vodijo k poslabšanju zdravja, k boleznim in trpljenju, bi moralo biti podlaga za ugled dejavnosti, ki take posledice poskuša preprečiti. Avtorji ugotavljajo, da ni tako, da ima preventivno zdravstveno varstvo obstranski in neatraktiven položaj. Med razlogi za to je tudi družbena pogojenost zdravja, namreč večja kot je neenakost med ljudmi, slabše je zdravje. Viri težav z zdravjem niso slučajni, ampak so rezultat reprodukcije vsakdanjega življenja. Razvojni procesi, ki omogočajo obstoj in spreminjanje družbe, praviloma koristijo nekaterim ter neizogibno škodijo drugim skupinam v družbi. Kažejo se v neenaki razporeditvi denarja, moči in virov na globalni, nacionalni in lokalni ravni. Če je neenakost v interesu močnih družbenih skupin, potem ima preventiva kot dejavnost, ki si prizadeva za zdravje vseh, in s tem za zmanjšanje družbene neenakosti, težave pri svojem uveljavljanju. Pravica do zdravja, ki je zapisana v temeljne dokumente človeštva, je pravzaprav pravica do enakopravnosti in pravičnosti. Vprašanje je, kaj bo prevladalo: pravice ljudi do pogojev za zdravo življenje ali pravice tistih, ki imajo koristi od različnih oblik neenakosti?

Ocena potreb v svojem zagovoru pravice ljudi do zdravega življenja povezuje glasove tako uporabnikov kot izvajalcev zdravstvenega varstva. Sodelovanje teh dveh glavnih akterjev postaja prioriteta šele zadnja desetletja, ko se umika pokroviteljski odnos sistemov nad ljudmi – vendar je tu nevarnost, da se uporabniki spremenijo v posameznike, ki so le pasivni potrošniki ponujenih dobrin. Nastajanje okolja za enakopravnejše povezovanje je pogoj za izboljšanje zdravja. Nosilci projekta so se odločili usmeriti pozornost na tri skupine uporabnikov: ranljivi, zdravi in kronično bolni ter na izvajalce preventivnega zdravstvenega varstva, ki

so deloma izpostavili skupno problematiko, s katero se sooča celotna dejavnost, deloma pa z vidika posameznih vključenih poklicnih skupin.

Na razloge za nastajanje ranljivih skupin zdravstvo samo ne more kaj dosti vplivati, deluje kot površinski obliž, blaži posledice, potrebno pa je pokazati na vzroke. Lahko pa na svoji ravni naredi marsikaj za zmanjšanje na primer kulturnih in jezikovnih ovir, s kratkimi tečaji jezikov manjšin ali na primer znakovnega jezika, z organizacijskimi prilagoditvami. Zanimiva in vredna poglobitve je bila ugotovitev raziskovalcev, da med zdravimi odraslimi ni bilo navdušenja za sodelovanje v raziskavi. Veliko dragocenih pobud so dali kronični bolniki. Potrebno bi bilo povečati vključenost uporabnikov v načrtovanje in izvedbo preventivnih programov. V besedilu omenjene pozitivne izkušnje fokusnih skupin kroničnih bolnikov kot priložnosti za pogovore z ljudmi s podobnimi težavami so pokazale na potencialno terapevtsko funkcijo raziskovanja, ko projekt že v fazi zbiranja podatkov opolnomoči udeležence.

Izvajalci preventivnih programov so predstavili ideje o možnostih izboljšanja obstoječih preventivnih programov, opozorili na ključne pomanjkljivosti delovanja na področju in podali relevantne predloge s poudarkom na boljšem pretoku informacij, večji povezanosti delovanja ter sistematičnem spremljanju učinkov. Podpore vredna je ugotovitev o nujnosti politično neodvisne profesionalne strukture za koordinacijo in vodenje preventivnih programov, ki so zdaj v veliki meri odvisni od trenutne vlade. Zaradi zamaknjenosti učinkov pri preventivnem zdravstvenem varstvu je še toliko bolj pomembna kontinuirana podpora politike na tem področju in nadgrajevanje, ne pa hitre spremembe v eno ali drugo smer. Potrebno je razmisliti o vlogi zdravstvenih domov v lokalni skupnosti, ki so zdaj mnogokje le skupek ambulant, kamor gremo le takrat, ko smo bolni.

Pomembna vprašanja so odprli zaposleni v zdravstvenovzgojnih centrih, ki se bodo preoblikovali v centre za krepitev zdravja v lokalni skupnosti. V zvezi s krepitevijo zdravja je potrebno omeniti vlogo »zaupanja vrednih oseb« v lokalnem okolju in njihovega vplivanja na razvoj zdravja »po osmozi«. Osmoza kot proces širjenja oziroma transporta med področji z različno koncentracijo omogoča izravnano potenciala obeh okolij. Zdravstveni delavci (in izkušeni pacienti) imajo večjo koncentracijo znanja o zdravju, ki se lahko neformalno širi na druge. Neformalni vpliv teh uglednih oseb, praviloma so to vsi zdravstveni delavci, pa še kdo, njihovo govorjenje in ravnanje v vsakdanjem življenju, njihova skrb zase in za druge spodbuja zdravje in ima zdraviteljsko funkcijo v družbi.

Poglavje o izvajalcih opozori še na eno značilnost preventivnega zdravstvenega varstva v Sloveniji: namreč na pomanjkljivo medpoklicno sodelovanje različnih strokovnjakov in s tem odsotnost interdisciplinarnega timskega dela, ki ga Evropski forum za osnovno zdravstveno varstvo v svoji strategiji postavlja za temelj zdravstvenega varstva v skupnosti. Zapisi fokusnih skupin s pripadniki posameznih poklicnih skupin v preventivni dejavnosti namreč nakazujejo močno ločene subkulture, kar vodi do težav v komunikaciji, otežuje ali preprečuje skupno

odločanje in zmanjšuje učinke dela ter izide pri uporabnikih. Očitno je nadaljnji razvoj timov osnovnega zdravstvenega varstva oziroma skupnostne skrbi eden od izzivov razvoja slovenskega zdravstva. Dobro pa se je zavedati možnosti, ki je marsikje nimajo: da živimo v času in prostoru, ko temeljni družbeni dokumenti omogočajo razvoj pogojev za kakovost življenja. Pogoj za to je zavestna dejavnost v smeri zdrave družbe. Projekt, katerega oceno potreb predstavlja to besedilo, je pomemben korak k njenemu vzpostavljanju. Skupaj!

VIRI

European Forum for Primary Care. Second draft position paper of the »Inter Professional Education/Training for Integrated Primary Care Professionals«. Utrecht: European Forum for Primary Care, 2013. Dostopno 6. 11. 2015 na: http://www.euprimarycare.org/sites/default/files/Second%20Draft%20%20Position%20Paper%20Ipe-%20EFPC-7-11-2013_LA.pdf.

Sevenhuijsen S. Prostor za skrb: pomen etike skrbi za socialno politiko. V: Sevenhuijsen S, Švab A, ur. Labirinti skrbi: pomen perspektive etike skrbi za socialno politiko. Ljubljana: Mirovni inštitut; Inštitut za sodobne družbene in politične študije, 2003: 13–39.

Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: Effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. Cochrane Database Syst Rev 2009; 3: CD000072.

POVZETEK

V poglavju z naslovom Zdravstveno marginalizirane – »ranljive« skupine: ovire v dostopu do sistema zdravstvenega varstva in v njem so obravnavane skupine prebivalstva, ki so za zdravstvene politike najbolj nevidne, obenem pa imajo največ ovir pri dostopu do zdravstva. Izsledki izhajajo iz kvalitativne raziskave, ki je potekala od junija do septembra 2014 v različnih krajih Slovenije, tako med posamezniki iz »ranljivih« skupin kot tudi zaposlenimi v zdravstvenih in nezdravstvenih ustanovah, ki so z njimi v vsakdanjem stiku. Na osnovi intervjujev, ki so bili opravljeni s 121 osebami, so v besedilu najprej predstavljene skupine prebivalstva, ki so jih sogovorniki najpogosteje prepoznali kot »ranljive«. V nadaljevanju pa poglavje obravnava nekatere ključne ovire, ki jih imajo zdravstveno marginalizirane skupine v dostopu do sistema zdravstvenega varstva (od geografske oddaljenosti od zdravstvenih ustanov, predragih doplačil za zdravstvene storitve in zdravila do težko dostopnega zdravstvenega zavarovanja ter drugo) ter znotraj njega (od oviranega dostopa do nujnega zdravljenja do neenake obravnave, kulturnih in jezikovnih ovir ter drugo). V zadnjem delu poglavja avtorice ugotavljajo, da se predhodno predstavljene ovire do zdravstva seštevajo v dostopu do preventivnih programov, zaradi česar so ti za »ranljive« skupine prebivalcev težko dosegljivi ali nedosegljivi.

Poglavje Ocena potreb uporabnikov preventivnih programov: zdrave odrasle osebe in bolniki s kroničnimi boleznimi je sinteza kritičnih pogledov in aktualnih razmišljanj tako uporabnikov preventivnih programov za odrasle kot strokovnjakov. Vsebuje nekatere ključne izsledke kvalitativne raziskave opravljene med zdravimi in kronično bolnimi uporabniki ter stališča strokovnih delovnih skupin, ki so bile oblikovane po posameznih vsebinskih področjih obravnave uporabnikov. Pri oceni potreb zdravih odraslih oseb je razvidno, da je manjša udeležba v preventivnih programih, med drugim, pogosto posledica slabe informiranosti uporabnikov, geografske oddaljenosti ter različnih družbeno-ekonomskih dejavnikov (slabšega finančnega stanja, pomanjkanja javnega prevoza, nekompatibilnih delovnih urnikov, družbene kontekstualizacije zdravja in zdravega načina življenja). Obenem pa so v poglavju omenjene posamezne dobre prakse na področju preventivnih dejavnosti, ki presegajo omenjene pomanjkljivosti in lahko služijo kot zgled pri nadaljnjem načrtovanju preventivnih programov. Ocena potreb uporabnikov, ki se soočajo z boleznimi srca in žilja, sladkorno boleznijo tipa 2 ali depresijo (in so kritični do komercializacije in/ali tabuizacije njihovih obolenj), pa kaže predvsem njihovo potrebo po bolj celostni in povezani obravnavi v zdravstvu, boljšem in bolj sistematičnem informiranju, izboljšanju dostopa do sekundarne preventive na oddaljenih področjih ter večji prepoznavi pomena društev bolnikov, s katerimi ima večina sogovornikov pozitivne izkušnje.

Zadnje poglavje, z naslovom Ocena potreb izvajalcev preventivnih programov za odrasle, predstavlja izsledke kvalitativne raziskave med izvajalci preventivnih programov za odrasle in stališča strokovnih delovnih skupin, ki so bila obliko-

vana po posameznih poklicnih področjih izvajalcev preventivnih programov za odrasle na primarni ravni zdravstvenega varstva. Med številnimi ugotovitvami tega poglavja velja izpostaviti premajhno vlogo, ki jo preventivi namenjajo zdravstvene ustanove ter družba na splošno, nepovezanost preventivnih programov za odrasle ter nujnost večje integracije med njimi, neučinkovit in neenoten informacijski sistem, ki bi mogel biti preoblikovan v ažurno in sistematično informacijsko podporo ter evalvacijo preventivnih aktivnosti, potrebo po vzpostavitvi profesionalne in politično neodvisne strukture za koordinacijo in vodenje preventivnih programov ter potrebo po boljšem sodelovanju med primarnim zdravstvenim varstvom in stroko javnega zdravja, pa tudi po okrepitvi medresornega sodelovanja za sistemsko podporo zdravja v vseh politikah. Poleg tega sogovorniki poudarjajo, da ostaja zdravnik ključna avtoriteta, zato ugotavljajo, da njegova (ne)zavzetost za preventivo pomembno vpliva na učinkovitost preventivnih programov za odrasle. Pri tem vidijo priložnost za doseg bolj celostne obravnave uporabnika v tesnejšem povezovanju, okrepitvi medpoklicnega sodelovanja in učinkovitem dogovarjanju vseh izvajalcev preventivnih programov za odrasle, poudarjajo pomen vsebinsko nadgrajenega in kontinuiranega izobraževanja na področju preventive, pa tudi potrebno nadgradnjo preventivnih programov za odrasle z vidika približevanja potrebam ljudi v lokalni skupnosti, upoštevajoč »ranljive« skupine prebivalstva.

UVOD V OCENO POTREB UPORABNIKOV IN IZVAJALCEV PREVENTIVNIH PROGRAMOV ZA ODRASLE

Jerneja Farkaš Lainščak, Jožica Maučec Zakotnik

Kronične bolezni predstavljajo veliko breme za družbo, ki se s staranjem prebivalstva še povečuje. Glavni razlog za razvoj kroničnih bolezni je nezdrav življenjski slog, ki je izrazitejši pri skupinah s slabšim socialno-ekonomskim statusom. Tudi v Sloveniji obstajajo velike razlike v obolevnosti, umrljivosti in pričakovani življenjski dobi med različnimi socialno-ekonomskimi skupinami.

Splošni cilj projekta Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju – Skupaj za zdravje, ki ga v okviru programa Norveškega finančnega mehanizma 2009–2014 vodi Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), je v preprečevanju in zmanjševanju bremena kroničnih bolezni, povezanih z življenjskim slogom, s pomočjo nadgrajenih preventivnih zdravstvenih programov. Projekt, ki poteka od 24. 9. 2013 do 30. 9. 2016, se tako osredotoča na izboljšanje dostopnosti do preventivnega zdravstvenega varstva za vse skupine prebivalstva, krepitev zdravja v lokalni skupnosti ter na medresorno delovanje s posebnim poudarkom na razvoju novih pristopov za zmanjševanje neenakosti v zdravju.

Izhodiščno točko aktivnosti projekta je predstavljala poglobljena ocena stanja in potreb tako uporabnikov kot tudi izvajalcev preventivnih programov za odrasle. Le-te se nismo lotili z namenom ponovnega prikazovanja že znanih dejstev, ampak zaradi jasno prisotne potrebe po natančnem, z dodatnimi raziskavami dopolnjenem in celostnem pregledu obstoječih kapacitet preventivnega zdravstvenega varstva odraslih s posebnim poudarkom na zmanjševanju neenakosti v zdravju.

Z vsebinskega vidika smo v tej publikaciji strnili večplastno analizo ocene potreb različnih skupin uporabnikov preventivnih programov za odrasle, in sicer zdravstveno marginaliziranih (»ranljivih«) skupin prebivalstva, zdravih odraslih oseb ter bolnikov s kroničnimi boleznimi, med katerimi smo posebej izpostavili potrebe bolnikov z boleznimi srca in žilja, bolnikov s sladkorno boleznijo tipa 2 in bolnikov z depresijo. Temu smo dodali oceno stanja in potreb izvajalcev preventivnih programov za odrasle na primarni ravni zdravstvenega varstva (zdravnikov družinske medicine, diplomiranih medicinskih sester v referenčnih ambulantah družinske medicine, diplomiranih medicinskih sester v patronažnem varstvu in izvajalcev v zdravstvenovzgojnih centrih) kot tudi ključnih predstavnikov s preventivnimi programi povezanih ustanov (NIJZ, Ministrstva za zdravje (MZ) in Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)).

Z metodološkega vidika smo stališča o oceni potreb s strani strokovnih delovnih skupin, ki so bile oblikovane v okviru projekta, dopolnili z izsledki, ki smo jih s

kvalitativnimi raziskovalnimi pristopi (fokusne skupine, strukturirani intervjuji) pridobili na novo. Slika 1 tako prikazuje tri vsebinske sklope ocene potreb in vire pridobljenih podatkov zanje.



Slika 1. Prikaz vsebinskih sklopov ocene potreb in virov podatkov.

Ta publikacija ponuja strnjene izsledke ocene potreb tako z vidika različnih skupin uporabnikov kot izvajalcev preventivnih programov za odrasle, ki lahko ključnim partnerjem v zagotavljanju preventivnega zdravstvenega varstva služijo kot izhodišče za nadaljnje aktivnosti v skupnih prizadevanjih po kakovostni nadgradnji obstoječih preventivnih programov in razvoju Programa integrirane preventive kroničnih bolezni in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih. Za podrobnejši vpogled v oceno potreb in stanja na področju preventivnega zdravstvenega varstva pa je bila v okviru projekta Skupaj za zdravje pripravljena tudi obsežnejša e-publikacija, ki je na voljo na spletnih straneh NIJZ.

VIRI

Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju – Skupaj za zdravje. Vnaprej opredeljen projekt v okviru Programa Norveškega finančnega mehanizma 2009–2014. Opis projekta. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2014.

Zdravje 2020. Temeljna evropska izhodišča za vseladno in vsedružno akcijo za zdravje in blagostanje. Kopenhagen: Svetovna zdravstvena organizacija, 2014.

Towards reducing health inequities: A health system approach to chronic disease prevention. A discussion paper. Vancouver, British Columbia: Population and Public Health, Provincial Health Services Authority, 2011.

Buzeti T, Djomba JK, Gabrijelčič Blenkuš M, Ivanuša M, Jeriček Klanšček H, Kelšin N, et al. Neenakosti v zdravju v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2011.

Farkaš Lainščak J, Buzeti T, Maučec Zakotnik J, ur. Zaključki ocene potreb uporabnikov in izvajalcev preventivnih programov za odrasle. Poročilo izsledkov kvalitativnih raziskav in stališč strokovnih delovnih skupin. Skupaj za zdravje. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015. Dostopno 7. 10. 2015 na: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/zakljucki_ocene_potreb_uporabnikov_in_izvajalcev_preventivnih_programov_za_odrasle.pdf.

1 ZDRAVSTVENO MARGINALIZIRANE - »RANLJIVE« SKUPINE: OVIRE V DOSTOPU DO SISTEMA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA IN V NJEM

Urednica poglavja: Uršula Lipovec Čebtron

Avtorice poglavja: Uršula Lipovec Čebtron, Marjeta Keršič Svetel, Sara Pistotnik

1.1 UVOD

V tem poglavju bomo obravnavali skupine prebivalstva, ki so za zdravstvene politike najbolj nevidne, obenem pa imajo največ ovir pri dostopu do zdravstva. Na osnovi kvalitativne raziskave, ki je potekala od junija do septembra 2014 v različnih krajih Slovenije, bodo predstavljene ključne ovire, ki jih imajo te najbolj odrinjene skupine v sistemu zdravstvenega varstva.

Tem skupinam lahko, po vzoru iz tuje strokovne literature, nadenemo ime »ranljivi« (lat. *vulnerabilis*, ang. *vulnerable*) ter s tem nakažemo tako na »ranljivost« njihovih teles (oziroma večjo dovzetnost za določene bolezni) kot tudi na njihovo odrinjenost v sistemu zdravstvenega varstva¹ in širše v družbi. Pri uporabi tega izraza moramo biti pazljivi, saj jih z oznako »ranljivi« lahko še dodatno stigmatiziramo, zato v besedilu to besedo ohranjamo v navednicah. Enako utemeljeno bi te skupine imenovali obrobne, marginalizirane, izključene, saj njihove izkušnje kažejo na številne prepreke pri skrbi za lastno zdravje kot tudi na ovire pri dostopu do sistema zdravstvenega varstva. Kot vsako splošno, homogenizirajoče pojmovanje, je tudi to povezano z vrsto težav, zato bomo v nadaljevanju uporabljali te izraze izmenično, obenem pa poskušali o teh skupinah pisati s čim manj posploševanja.

Naj takoj na začetku razjasnimo še nekaj pomembnih vidikov:

1. Prepoznane marginalizirane skupine v zdravstvu niso statične in strogo zamejene, pač pa se spreminjajo in prekrivajo: posameznik se lahko v nekem življenjskem obdobju nahaja v več »ranljivih« skupinah hkrati, v naslednjem pa se nahaja izven vsake od njih. Pri tem predstavlja »ranljivost« posameznika preplet različnih dejavnikov, ki preči različne »ranljive« skupine. Zato razlogov za »ranljivost« ni smiselno obravnavati znotraj ene »ranljive« skupine, temveč se zdi pomembno ustrezno odzvati na mnoštvo dejavnikov, zaradi katerih postaja vse več prebivalcev »ranljivih«.
2. S tem, ko v nadaljevanju besedila izpostavljamo nekatere marginalizirane skupine, ne trdimo, da podobnih problemov ni zaznati med drugimi segmenti prebivalstva. Ravno nasprotno, glede na splošno negotovo stanje v družbi,

¹ Pri opredelitvah teh skupin nekateri avtorji »ranljivost« na eni strani vidijo kot posledico posameznikovih osebnostnih ali telesnih značilnosti oziroma njegovega tvegane vedenja, ki vodi v poslabšanje zdravja, na drugi strani pa kot posledico prepleta družbene izključenosti, zaradi katere ima oviran dostop do sistema zdravstvenega varstva.

situacije izključenosti in »ranljivosti« ne predstavljajo izjeme, saj v njih drsi vse večji delež prebivalstva. Zato se z mnogimi ovirami, ki jih bomo obravnavali v nadaljevanju, soočajo številni drugi prebivalci. Kljub temu pa se zdi pomembno osvetliti situacije, kjer je izključenost največja, saj izkušnje teh oseb služijo kot epistemološki označevalec, ki jasno razkrije največje šibkosti sistema zdravstvenega varstva, s tem pa tudi možnosti odpravljanja teh šibkosti.

3. Neenakost v zdravju najbolj prizadene ravno dele prebivalstva, ki imajo neenak dostop do drugih družbenih virov. Tovrstna neenakost zato ni pojav, ki bi ga lahko ločili od drugih dimenzij človekovega življenja, temveč ga je potrebno razumeti in raziskovati kot preplet in seštevke vrste izključevanj (ekonomskih, socialnih, kulturnih, političnih in drugih). Do podobnih zaključkov prihajajo tudi drugi avtorji, ki ugotavljajo, da se v pojavljanju bolezni poleg bioloških dejavnikov razkrivajo oblike družbene izključenosti, zaradi česar se nam zdravje prebivalstva lahko kaže predvsem kot merilo, kakšen dostop ima prebivalstvo do družbenih virov.

V okviru strokovne delovne skupine (DSK), ki se je v projektu Skupaj za zdravje ukvarjala z zdravjem »ranljivih« delov prebivalstva, smo kmalu ugotovili, da zgolj na osnovi analize obstoječih raziskav ne bomo mogli sklepati o potrebah teh oseb. Ne le zato, ker je o zdravstvenih ovirah marginaliziranih skupin v Sloveniji objavljenih malo znanstvenih raziskav, temveč predvsem zaradi raziskovalne etike, ki nam je preprečevala, da bi o tako pomembni temi sklepali na osnovi posrednih, sekundarnih virov. Skupaj z zaposlenimi iz nekaterih območnih enot (OE)² NIJZ ter zunanjih sodelavk (antropologinj s Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani), smo zastavili kvalitativno raziskavo, kjer smo na podlagi polstrukturiranega vprašalnika poskušali odgovoriti na nekaj osnovnih vprašanj: kdo so »ranljive« skupine v zdravstvu, kakšne so njihove potrebe, s katerimi ovirami se soočajo v dostopu do zdravstva, katere rešitve vidijo za te ovire in kako bi čim bolj ustrezno odgovorili na njihove potrebe.

Glede na že omenjeno dejstvo, da je pojem »ranljivosti« v zdravstvu ohlapen, nedorečen in podvržen stalnemu spreminjanju, nismo hoteli vnaprej definirati »ranljivih« skupin. Opredelitev teh skupin smo želeli prepustiti osebam, ki imajo v lokalnih okoljih neposreden stik z marginaliziranimi deli prebivalstva. Zato smo v prvi fazi raziskave (junij–julij 2014) v raziskavo vključili različne (tako zdravstvene kot nezdravstvene) ustanove, organizacije in skupine, preko katerih smo dobili začetno predstavo o najbolj marginaliziranih skupinah v posameznem kraju. Na osnovi te predstave smo se v drugi fazi raziskave (avgust–september 2014) usmerili v intervjuvanje posameznikov in posameznic iz »ranljivih« skupin kot tudi zaposlenih (v javnih institucijah na občinski oziroma regijski ravni ter v nevladnem sektorju), ki so z njimi v vsakdanjem stiku.

² Iz OE NIJZ Koper, Kranj, Ljubljana, Murska Sobota in Novo mesto, in sicer: Branislava Belovič, Alenka Hafner, Tjaša Jerman, Simona Kiphut, Natalija Korent, Doroteja Kuhar, Jasmina Papič, Kati Rupnik, Marina Sučić Vuković in Tanja Torkar. Simona Jazbinšek in Andreja Špitalar z Inštituta za multikulturne raziskave, pa sta bili vključeni kot zunanji sodelavki NIJZ.

Raziskava, ki jo je opravilo 13 raziskovalk, je potekala v 8 krajih (Celje z okolico, Izola, Koper, Kranj z okolico, Ljubljana, Murska Sobota z okolico, Novo mesto z okolico, Sevnica) in obsegala 68 intervjujev³, v katere je bilo vključenih 121 oseb (zdravstveni delavci, zaposleni v javnih institucijah, zaposleni v nevladnem sektorju, uporabniki zdravstvenih storitev⁴).

Zbrani material zagotovo pomeni korak k boljšemu razumevanju zdravstvene situacije marginaliziranih skupin, obenem pa predstavlja predvsem sondažo njihovih potreb, ovir in potencialnih rešitev. Vseeno pa bi bila za temeljito analizo problemov teh skupin potrebna dolgotrajnejša in bolj poglobljena terenska raziskava. V tem poglavju bodo obravnavani le zaključki, ki izhajajo iz pregleda zbranega gradiva, bolj poglobljena znanstvena analiza terenskega materiala pa bo objavljena naknadno.

1.2 KDO SO »RANLJIVE« SKUPINE?

Iz odgovorov na to vprašanje lahko v terenskem gradivu opredelimo vsaj 37 različnih, zelo heterogenih skupin, pri čemer so bili najpogosteje omenjani migranti⁵ (31 odgovorov), brezdomci⁶ (24 odgovorov), starejši prebivalci⁷ (21 odgovorov), uporabniki nedovoljenih drog⁸ (17 odgovorov), brezposelni⁹ (17 odgovorov), osebe s težavami v duševnem zdravju (15 odgovorov), Romi (14 odgovorov), samozaposleni¹⁰ (10 odgovorov), osebe z negotovimi, prekarnimi zaposlitvami (7 odgovorov) ter osebe z različnimi oblikami oviranosti¹¹ (6 odgovorov).

Glede na to, da so posamezne skupine problemsko povezane med sabo, jih je mogoče združiti v sedem kategorij¹², ki bodo mestoma omenjene v nadaljevanju.

Temi, ki sta bili v večini intervjujev najbolj izpostavljeni in prečita vse našteje skupine, sta revščina in zdravstvena nezavarovanost. Kot je znano iz znanstve-

3 Gre večinoma za daljše intervjuje, katerih transkripcije so običajno obsegale 5–10 strani.

4 Dejstvo, da je natančno polovica intervjuvancev bila uporabnikov zdravstvenih storitev oziroma posameznikov iz »ranljivih« skupin, ni zanemarljivo. Prepričani smo, da njihove potrebe in ovire v zdravstvu lahko razumemo le z dobrim poznavanjem njihovih izkušenj, premoščanje teh ovir pa je mogoče le v tesnem sodelovanju z njimi.

5 Poleg izraza migranti (19 odgovorov), so navajali tudi izraze priseljenci (1), prosilci za azil (1), tujci z dovoljenjem za zadrževanje (2), tujci z dovoljenjem za začasno bivanje (1), tujci brez statusa (1), državljani EU (1), delavci migranti (1), otroci nedržavljanov (1), izbrisani brez dokumentov (3).

6 Poleg besede brezdomci (21 odgovorov) so sogovorniki o njih govorili tudi kot o osebah brez prijavljenega bivališča (3).

7 Kategorija starostnikov je bila izrazito raznorodna, saj so bili večinoma omenjani brezposelni starejši oziroma starejši z nizkimi dohodki, občasno pa tudi geografsko oddaljeni starejši občani ter osamljeni starejši. Zaradi izredno pogostega poudarka brezposelnosti starejših prebivalcev, bomo to skupino uvrstili v kategorijo brezposelnih, prekarnih delavcev ter samozaposlenih.

8 Uporabljeni izrazi so bili tudi odvisniki in zasvojeni z nedovoljenimi drogami.

9 Sogovorniki so govorili na splošno o brezposelnih (9 odgovorov) ter o mladih brezposelnih nad 26 let (8).

10 Najpogosteje so bili omenjeni zadolženi samostojni podjetniki.

11 Sogovorniki so običajno uporabili izraz invalidi.

12 Nekatere skupine, ki so bile zelo redko omenjene, kljub temu izpadejo, zato jih bomo tu našteali: agencijski delavci (1 odgovor), družine z več otroki (1), funkcionalno nepismeni oziroma neizobraženi (3), osebe brez denarne socialne pomoči (2), zaporniki oziroma osebe po prestajanju zaporne kazni (5), osebe brez osebnega izbranega zdravnika (1), zdravstveno nezavarovani otroci (1) oziroma državljani (2), osebe z več diagnozami (3), onkološki bolniki (1), matere v stiski (4), ženske – žrtve nasilja (1).

ne literature, obstaja visoka stopnja povezanosti med socialno-ekonomskimi determinantami na eni strani ter življenjskim slogom, obolenostjo, umrljivostjo in pričakovano življenjsko dobo ter stopnjo umrljivosti na drugi. Socialno in ekonomsko »ranljive« skupine prebivalcev so bistveno bolj zdravstveno ogrožene. Umirajo prej, pogostejše in bolj zgodaj zbolijo za srčnimi in psihosomatskimi boleznimi, sladkorno boleznijo in duševnimi motnjami. Poleg vrste zdravstvenih težav pa imajo ravno socialno in ekonomsko »ranljive« skupine tudi oviran ali onemogočen dostop do zdravstvenih storitev, do katerih pogosto ne morejo priti zaradi nezmožnosti plačevanja zdravstvenega zavarovanja. V tem »začaranem« krogu se nahaja večina »ranljivih«, o katerih bomo pisali v nadaljevanju.

Povezavo med socialno-ekonomskimi determinantami in visoko stopnjo obolenosti razkrivajo tudi podatki, pridobljeni v krajši anketi, opravljeni v okviru projekta Skupaj za zdravje. Na podlagi 148 anket, ki smo¹³ jih razdelili med ljudi, ki prihajajo po pomoč na Zvezo prijateljev mladine Ljubljana Moste Polje ugotavljamo, da se nanje velikokrat obračajo mlajše osebe¹⁴. Med anketiranimi je največ oseb brezposelnih (91 oseb)¹⁵, pri čemer je pomembno dejstvo, da 9,1 % anketiranih oseb nima urejenega zdravstvenega zavarovanja¹⁶, obenem pa kar 40 % anketiranih oseb svoje zdravje ocenjuje kot slabo ali zelo slabo¹⁷ ter ob tem navaja mnoštvo zdravstvenih težav. Vsi štirje izpostavljeni problemi – revščina, brezposelnost ali težave z zaposlovanjem, nezavarovanost in slabo zdravstveno stanje – so v opravljenih intervjujih vseskozi prihajali na dan; v različnih povezavah in z različnimi poudarki.

1.3 S KATERIMI OVIRAMI SE V ZDRAVSTVU SOOČAJO »RANLJIVE« SKUPINE?

Na osnovi kvalitativne raziskave lahko strnemo nekaj ključnih ovir v zdravstvu, s katerimi se soočajo posamezniki in posameznice, s tem pa nikakor ne želimo trditi, da smo vanje zajeli vse pomembne prepreke, s katerimi se dnevno srečujejo zdravstveno marginalizirane skupine. Naj pri tem ponovno poudarimo, da so nekatere izmed teh ovir dobro poznane tudi drugim delom prebivalstva – razlika je predvsem v tem, da so za »ranljive« skupine te ovire pogosto globlje in težje premostljive. Čeprav bomo v spodnjem besedilu izpostavili predvsem zdravstvene ovire, je potrebno imeti v mislih, da so te običajno posledica večplastne izključenosti na drugih področjih (ekonomskem, socialnem, političnem, administrativnem, kulturnem in jezikovnem). V nadaljevanju bomo na kratko povzeli najprej

13 Anketni vprašalnik in izpeljavo anketiranja je vodila Špela Fistrič z NIJZ.

14 Povprečna starost anketirancev je bila 39,3 let, kar 22 anketirancev je bilo mlajših od 30 let, 3 so se opredelili kot študenti. Od 140 oseb, ki so v anketi opredelile svoj spol, je bilo kar 120 žensk.

15 Od 148 oseb je 43 brezposelnih brez socialne pomoči, 48 jih je brezposelnih, vendar prejemajo socialno podporo, ostali pa imajo različne zaposlitvene statute: 5 jih je zaposlenih za določen čas, 18 za nedoločen čas, 8 jih je upokojenih, 2 sta študenta in drugo.

16 Izmed 148 anketirancev ima 129 oseb urejeno zdravstveno zavarovanje, 13 oseb je brez zdravstvenega zavarovanja, 2 osebi nista prepričani, če ga imata ali ne, 4 osebe pa na vprašanje niso odgovorile.

17 Svoje trenutno zdravstveno stanje je 12 oseb ocenilo kot zelo dobro, 29 oseb kot dobro, 45 srednje, 38 slabo in 20 kot zelo slabo, 4 pa na vprašanje niso odgovorile.

tiste ovire, s katerimi se posamezniki in posameznice srečujejo pri dostopu do zdravstvenih ustanov, nato bomo navedli prepreke znotraj zdravstvenih ustanov, zaključili pa z mislimi o vplivu teh ovir na dostop do preventivnih programov.

1.3.1 Ovire v dostopu do zdravstvenih ustanov

1.3.1.1 Geografska oddaljenost od zdravstvenih ustanov

»Ranljivi« posamezniki in posameznice (brezposelni, prekarni delavci, migranti in drugi) so pogosto soočeni z velikimi finančnimi težavami, zato si neredko težko privoščijo pot do zdravstvene ustanove, še posebno, če je ta geografsko oddaljena od njihovega doma. To oviro še težje premoščajo osebe z različnimi oblikami oviranosti, starejši in/ali bolniki s kroničnimi boleznimi, ki pot tudi fizično težje prenesejo:



»Najbolj ranljivi so pacienti iz težko dostopnih krajev /.../ starejši. Vezan je na javni prevoz, ki ga ni, slabe finance, ki mu onemogočijo, da bi si plačal prevoz, je treba plačati taksi oziroma sosedsko pomoč, ki jo tudi plačajo, da jih sosed večkrat pripelje na pregled do bolnišnice.« (zdravstvena delavka, Kranj)

1.3.1.2 Neprilagojenost zdravstvenih ustanov za osebe z različnimi oblikami oviranosti

Gibalno ovirane osebe, pa tudi druge, pogosto nimajo ustreznega urejenega dostopa do vseh prostorov in zdravstvenih storitev. Sogovornice in sogovorniki poročajo o težavah z ozkimi hodniki, ki so hkrati čakalnice, o neustreznih sanitarnih prostorih, marsikje so neprimerna tudi dvigala, ki ne omogočajo ustrezne rabe osebam na vozičku, pogosto pa v zdravstvenih ustanovah manjkajo oznake v brajici ali zvočne informacije o nadstropjih zgradbe.

1.3.1.3 Dolge čakalne dobe

Tako kot ostali prebivalci Slovenije se tudi zdravstveno marginalizirane skupine pogosto soočajo z dolgimi čakalnimi dobami pri dostopu do različnih zdravstvenih storitev. Številne posameznike in posameznice, ki se zaradi eksistencialne stiske, strahu pred stigmatizacijo in prevelikimi finančnimi stroški s težavo odločijo stopiti v zdravstveno ustanovo, dolge čakalne dobe neredko odvrnejo in ostajajo brez zdravstvenega pregleda. V takšni situaciji sogovorniki in sogovornice pogosto opazijo brezdomne osebe, uporabnike nedovoljenih drog ter osebe s težavami v duševnem zdravju. Poleg tega opozarjajo na negativne posledice razslojevanja in privatizacije zdravstvenih storitev, zaradi katerih si višji sloji lahko privoščijo plačljive zdravstvene storitve s krajšimi čakalnimi dobami, marginalizirani prebivalci pa na isto storitev čakajo daljše obdobje:



»Zadnjič, na primer, se je šlo za znamenja [kožna znamenja, opomba avtorja], čakalna doba bi bila tri mesece, plačniška je bila v enem tednu.« (uporabnik društva DAM, Celje)

»Pa iz edinega razloga zato [ima oseba hude zobobole, opomba avtorja], ker naročijo enkrat na pol leta ali pa enkrat na leto.« (zaposlena v zavetišču za brezdomce, Celje)



1.3.1.4 (Pre)draga doplačila za zdravstvene storitve in zdravila

Za vse obravnavane »ranljive« skupine velja, da so zanje, tudi v primeru urejenega zdravstvenega zavarovanja, dodatna plačila za zdravila in zdravstvene storitve (na primer zobozdravstvene storitve, ortopedske pripomočke in drugo), povezana s previsokimi stroški. Posledično si jih mnogi ne morejo privoščiti, zato ostanejo brez (nujno) potrebnega zdravljenja:

»Ta dostop do zdravil, ker marsikatera si zdravila, ki jih dobi na recept, ker jih mora plačati, si jih ne gre iskati. In jih ne jemlje. In potem nisi nič naredil, če si jo spravil do zdravnika, je dobila, ne vem, pet receptov, pa nobenega ne gre iskati. /.../ Pa v redu, če je to za neko dopolnilno zdravilo, ko je ok, zdrava, ampak ko gre pa za antibiotik, recimo, ki ga je treba doplačati, ne vem, 1 evro, pa ne da niti evra, ker ga nima.« (socialna delavka, Celje)



1.3.1.5 Težko dostopno ali nedostopno zdravstveno zavarovanje

Z novo socialno zakonodajo se je vzpostavila povezava med denarno socialno pomočjo in obveznim zdravstvenim zavarovanjem: pogoj za kritje prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje je zadostitev kriterijem za denarno socialno pomoč, ki so vse strožji¹⁸. Mnoge »ranljive« osebe (brezposelni, propadli samozaposleni, brezdomne osebe, uporabniki nedovoljenih drog), s katerimi se je ukvarjala kvalitativna raziskava, živijo pod pragom revščine, a zaradi vse strožjih kriterijev za upravičenost do prejemanja denarne socialne pomoči ne zadostijo tem kriterijem, posledično pa niso upravičeni do obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki ga krije občinski proračun:

»Občine same ne omogočajo več obveznega zavarovanja svojim občanom, ampak je to sedaj urejeno preko socialne denarne pomoči. /.../ Tako je obvezno zavarovanje pogojeno z uveljavljanjem denarne socialne pomoči. Ko takšna oseba umre, morajo dediči post humno vračati znesek, ki ga je pokojni dobil v obliki denarne socialne pomoči. Zato se ta skupina ljudi pogosto sploh ne prijavlja na CSD in ne dobiva nobenega nadomestila, temu seveda sledi, da si tudi zavarovanja ne uredijo.« (zaposlena na Zavodu Republike Slovenije za zaposlovanje (ZRSZ), Novo mesto)



Iz terenske raziskave je razvidno, da je obstoječi sistem zdravstvenega zavarovanja zastarel, saj ni prilagojen naraščajočemu številu delavcev v negotovih oblikah

¹⁸ S spremembo socialne zakonodaje (Zakon o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev (ZUPJS), Zakon o socialno varstvenih prejemkih (ZSVarPre), ki sta začela veljati 1. 1. 2012) so se kriteriji upravičenosti do denarne socialne pomoči zaosttrili. ZUPJS-C je vzpostavil neposredno povezavo med izpolnjevanjem pogojev za pridobitev denarne socialne pomoči in upravičenostjo do kritja prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje.

zaposlitev. Prekarni delavci in samozaposleni z nizkimi finančnimi prilivi odvajajo od avtorskih in podjemnih pogodb delež (6,36 %) v zdravstveno blagajno, kar pa jim ne daje pravice do obveznega zdravstvenega zavarovanja, (temveč le pravice do kritja stroškov v primeru nezgode na delovnem mestu), zaradi česar lahko vstopajo v sistem zdravstvenega zavarovanja le, če si zavarovanje sami plačajo. Tako so, podobno kot spodaj navedena sogovornica, tudi drugi izpostavili, da preko različnih pogodb o zaposlitvi vseskozi odvajajo določen odstotek za obvezno zdravstveno zavarovanje, vendar pogosto ostajajo nezavarovani:



»Večino svojega življenja sem zaposlena preko avtorskih pogodb, kar seveda pomeni, da sem državi sicer redno odvajala davek, nikoli pa nisem imela preko delovnega statusa urejeno obvezno zavarovanje, kar je pomenilo, da si moram enostavno to sama urediti. Vmes sem sicer bila kratkotrajno zaposlena osminsko ali petinsko na nekaterih projektih, ki smo si jih urejali preko razpisov. Tudi v tem času sem še vedno ohranjala status samoplačnice, kajti tudi v času, ko sem bila petinsko zaposlena, mi ni znal nihče povedati, kaj je obseg mojega zdravstvenega zavarovanja.« (prekarna delavka, Ljubljana)

Med ključnimi ovirami v dostopu do sistema zdravstvenega zavarovanja so sogovorniki in sogovornice izpostavljali določilo o zadrževanju pravic do zdravstvenih storitev v primeru neplačevanja prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje¹⁹. To določilo predvideva, da se lahko oseba, ki ni poravnala prispevkov za zdravstveno zavarovanje, zavaruje le, če za nazaj poravna svoj dolg. Za mnoge »ranljive« posameznike (brezposelne, prekarne delavce, samozaposlene, migrante in druge), ki običajno ne zmorejo plačevati prispevkov sproti, dolgovi pa se jim kopičijo, pomeni zadolževanje pri zdravstvenih zavarovalnicah dodatno poglobljanje revščine.

Sogovorniki in sogovornice pri tem izpostavljajo problem samozaposlenih, ki bi se lahko prijavi na ZRSZ in si uredili zdravstveno zavarovanje kot brezposelna oseba, a le pod pogojem, da s.p. zaprejo, česar pa ne morejo storiti, dokler ne poravnajo vseh dolgov. V primeru, da stroška zdravstvenega zavarovanja več mesecev niso zmožni pokriti, sledi izterjava, kot razloži sogovornica:



»Če nekdo nima urejenega obveznega zdravstvenega zavarovanja, ga Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije pisno pozove, da si to na eni izmed območnih enot uredi, v kolikor si ne, potem mu pošljejo odločbo o plačevanju in položnico, ki jo mora plačati, sicer njegov dolg prepustimo DURS-u v izterjavo. /.../ Dokler ne plača prispevkov, je taka oseba samoplačnik za vse zdravstvene storitve, razen nujne medicinske pomoči. Ko poravna dolg, seveda mora poravnati vse za nazaj in potem spet sproti plačevati, pa lahko zahteva od ZZS povračilo za stroške zdravstvenih storitev.« (zaposlena na ZZS, Novo mesto)

¹⁹ 78.a člen Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ).

V podobnem položaju so mnoge osebe tudi v primeru neplačevanja dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja: kopičijo se jim dolgovi, ki so nazadnje sodno izterjani, tudi prek rubeža ali blokade tekočega računa, obenem pa se premija dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja zaradi neplačevanja prispevkov poviša. Tovrstna izterjava poveča začarani krog revščine, saj so jim morebitni zasluški odvzeti neposredno z računa:

»Ko smo nekomu želeli urediti še prostovoljno zdravstveno zavarovanje, smo ugovorili, da bo moral plačati »kazen« za neplačevanje za obdobje od 2006 dalje. Sprašujem se o smislu takšne kazni oziroma o »prostovoljnosti« takšnega zavarovanja!« (zaposlena v Ambulanti za osebe brez zdravstvenega zavarovanja, Ljubljana)



Raziskava je nadalje pokazala, da tudi v primerih, kjer zakonska podlaga nedvoumno dodeljuje pravico do obveznega zdravstvenega zavarovanja, v praksi pogosto prihaja do administrativnih preprek in nespoštovanja zakonskih določil.

Številne brezdomne osebe, ki imajo po zakonu pravico do prijave stalnega prebivanja na naslovu ustanove, ki jim nudi materialno pomoč (na primer Center za socialno delo (CSD), Rdeči križ (RK), Karitas in drugo), te pravice ne morejo udejaniti. Terenska raziskava namreč dokazuje, da omenjene institucije pogosto teh oseb ne želijo prijaviti na svoj naslov. Posledično ne morejo dostopati do mnogih pravic, tudi do pravice, da je njihovo zdravstveno zavarovanje krito iz občinskega proračuna:

»To, kar mi opažamo, je problem brezdomcev oziroma oseb, ki nimajo prijavljenega nikakršnega bivanja. Potem se pri nas včasih zalomi, ker če ni prijavljenega bivanja, ne more biti prijavljen na Zavodu, če ni prijavljen na Zavodu ne more biti prijavljen na Centru za socialno delo, če ni prijavljen na Centru za socialno delo, nima denarja za zdravstveno zavarovanje in na koncu pride dejansko do tega, da te osebe niso zdravstveno pokrite.« (zaposlena na ZRSZ, Koper)



Tudi drugi primeri s terena kažejo, da kljub urejeni zakonodaji v praksi pogosto prihaja do kršitev. Naj na tem mestu izpostavimo še primer otrok migrantov, ki imajo v Sloveniji dovoljenje za zadrževanje ali za začasno bivanje in niso zaposleni. Čeprav po zakonu²⁰ vsem otrokom do 18. leta v Sloveniji pripada pravica do obveznega zdravstvenega zavarovanja, nekateri otroci ostajajo brez zavarovanja:

»Če je oče slovenski državlján, potem poskušamo s pomočjo njega, da je pač zavarovan otrok. Tako. Tako da ni univerzalnega recepta. Smo imeli tudi osebo, bila je deklica, rojena sicer v Sloveniji, a ni bila slovenska državljanka, ker oče ni bil slovenski državlján, pa smo potem preko konzulata poskušali te stvari [obvezno zdravstveno zavarovanje, opomba avtorja] urediti. Nismo bili uspešni.« (socialna delavka, Celje)



²⁰ Po 24. in 15. členu ZZVZZ-NPB25 in 9. členu Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (<http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=PRAV3562>).

Na še večje ovire pa naletijo mnoge skupine migrantov (nedokumentirani migranti, prosilci za mednarodno zaščito, osebe z dovoljenjem za zadrževanje, nezaposlene osebe z dovoljenjem za začasno bivanje), ki v Sloveniji nimajo zakonske pravice, da bi se obvezno (in dopolnilno) zdravstveno zavarovale. Izjema so le tisti, ki imajo zdravstveno zavarovane ožje družinske člane oziroma partnerje. Vsi ostali si lahko uredijo le komercialno zdravstveno zavarovanje, ki pokriva omejen obseg zdravstvenih storitev, obenem pa je povezano z visokimi stroški, ki jih te osebe običajno ne morejo plačati:



»Tak je primer tujke, ki je brez službe, v Sloveniji, njena izvenzakonska skupnost je razpadla. Prej je bila zavarovana po zaposlenem partnerju, kot družinski član. Sedaj pa je brez zdravstvenega zavarovanja in dohodkov. Uredila bi lahko komercialno zavarovanje za tujce, vendar je brez sredstev, poleg tega so v komercialnem zavarovanju zdravstvene storitve zelo omejene.« (zaposlena v Varni hiši, Ljubljana)

1.3.2 Ovire znotraj zdravstvenih ustanov

1.3.2.1 Oviran dostop do nujnega zdravljenja

Čeprav je po zakonu²¹ vsakdo, ne glede na zdravstveno zavarovanje, lahko deležen nujnega zdravljenja, ki obsega neodložljive zdravstvene storitve oživljanja, ohranitve življenja in preprečitve poslabšanja zdravstvenega stanja obolelega ali poškodovanega, pa raziskava kaže, da prihaja v nekaterih zdravstvenih ustanovah do oviranja te pravice. Sogovornice in sogovorniki namreč izpostavljajo, da se v praksi nujna medicinska pomoč pogosto interpretira zelo različno. Iz intervjujev na terenu je očitno, da v nekaterih primerih zaposleni v zdravstvenih ustanovah nezavarovanim osebam nujno zdravljenje odrečejo ali jih obravnavajo kot samoplačnike. Ta praksa je v porastu predvsem pri migrantih, pa tudi pri drugih »ranljivih« skupinah, ki zaradi različnih ovir (jezikovnih, socialnih, ekonomskih in drugih) ne zmorejo dovolj kredibilno zagovarjati svojih pravic:



»Tujke morajo plačati, če nimajo urejenega zdravstvenega zavarovanja. S: Tudi porod? MN: Mhm [pritrdi, opomba avtorja]. S: To je verjetno kar nek znesek, ne? MN: Ja, to je konkreten znesek. /.../ Pa ni bilo nič, je bil čisto klasičen porod, kaj šele, da se kaj zakomplicira. MN: Ja, prišla je iz ljubljanskega konca in je nekako do tri četrt nosečnosti obiskovala to brezplačno ambulanto. Ko je prišla k nam, bi seveda še mogla nadaljevati, ampak mi smo ji uspeli urediti finance glih toliko, da je šla potem še enkrat na ta pregled. Tukaj pa ni možno v Celju. Če nimaš urejene ga zdravstvenega zavarovanja, nosečnic se vsi otepajo.« (socialna delavka, Celje)

Poleg tega sogovorniki in sogovornice ugotavljajo, da pravica do nujnega zdravljenja ni vse bolj ovirana le za uporabnike, temveč predstavlja velike ovire tudi za

21 7. in 25. člen ZZZVZ-NPB25.

zaposlene. Odgovornost za nujno zdravljenje se namreč prenese na lečečega zdravnika, ki mora s podpisom posebne izjave zagotoviti, da je nujno zdravljenje dejansko potrebno in da bo v nasprotnem primeru izvajalec vrnil neupravičeno pridobljena sredstva. V primeru, da oseba ni zmožna plačati stroškov zdravljenja, ki se izkaže za nenujno, pa je zdravstvena ustanova prisiljena sprožiti dolgotrajen postopek izterjave od posameznika, šele nato MZ povrne stroške zdravljenja, a ne tudi stroškov postopka izterjave. Za zdravstvene ustanove to pomeni veliko dodatnega administrativnega dela in visoke izdatke.

1.3.2.2 Pomanjkanje strokovnega kadra

Zaradi pomanjkanja strokovnega kadra (na primer pedopsihiatrov, kliničnih psihologov, psihoterapevtov) imajo določene »ranljive« skupine, predvsem osebe s težavami v duševnem zdravju, oviran dostop do kakovostne strokovne obravnave:

»Problem Celjskega je tudi, da nima psihiatra, pedopsihiatra, da sicer menda čakamo, da bi nekdo prišel, sploh ga ni, ja, edina, ki je bila, je šla.« (zaposlena na OE NIJZ, Celje)



1.3.2.3 Neenaka obravnava »ranljivih« skupin

Vse obravnavane »ranljive« skupine so poročale o primerih neenake, diskriminatorne obravnave v zdravstvenih ustanovah. Pogosto je taka obravnava posledica nepoznavanja in neinformiranosti zdravstvenih delavcev o specifičnih težavah in potrebah »ranljivih« posameznikov in posameznic, ki se običajno odzivajo z nezaupanjem do zdravstvenih delavcev, kar se kaže v izogibanju zdravstvenim ustanovam in odlašanju z zdravljenjem, dokler ni zdravstveno stanje nujno, kar vodi v serijo dodatnih zdravstvenih zapletov, ki bi bili ob pravočasnih zdravniški pomoči bolj obvladljivi in manj daljnosežni.

Poleg diskriminacije, ki jo sogovorniki omenjajo v primeru pripadnikov etničnih manjšin, brezdomnih oseb, oseb s težavami v duševnem zdravju in oseb z različnimi oblikami oviranosti, se z močno stigmatizacijo v zdravstvenih ustanovah običajno soočajo uporabniki nedovoljenih drog. Nekateri imajo izkušnjo stigmatizacije že v čakalnici, med bolniki ali s strani zdravstvenih delavcev, drugi pa poudarjajo predvsem neprofesionalno in neakovostno zdravstveno obravnavo:

»Omeniti moram tudi odnos do odvisnikov v bolnišnični obravnavi. Poznam primere, ki so mi povedali, da so z njimi zelo slabo delali. So jih prepuščali samim sebi, obravnavali z distanco. V glavnem se sliši, da je tisti, ki pride v bolnico, tretiran katastrofalno. Takoj ko se izpostavi, da je na metadonu, ali da je odvisnik, ga totalno izolirajo in ga sploh ne obravnavajo, tako kot bi ga morali.« (uporabnik nedovoljenih drog, Koper)



1.3.2.4 Kulturni in jezikovni nesporazumi

Kot zadnje, a nikakor ne najmanj pomembno, pa je potrebno izpostaviti kulturne in jezikovne ovire, na katere so sogovorniki in sogovornice pogosto opozarjali. Na naraščanje števila priseljencev in etničnih manjšin se zdijo zdravstvene ustanove v Sloveniji povsem nepripravljene, zato ne preseneča, da je v zdravstveni obravnavi zaznati vse več kulturnih in jezikovnih nesporazumov.

Zaradi odsotnosti medkulturnih mediatorjev in usposabljanj, ki bi med zdravstvenimi delavci razvijala kulturne kompetence, terenska raziskava kaže, da zdravstveni delavci večinoma ne poznajo kulturnega ozadja uporabnikov ter ne znajo ustrezno ravnati v primeru kulturnih nesporazumov. Slednje dodatno pogloblja kulturno distanco in prispeva k negativnim izkušnjam posameznikov s sistemom zdravstvenega varstva. Podobno velja tudi za jezikovne ovire, ki jih sogovorniki in sogovornice zaznajo predvsem v odnosu med zdravstvenimi delavci in nekaterimi »ranljivimi« skupinami (priseljenci, Romi in osebami z različnimi oblikami oviranosti). Zaradi odsotnosti usposobljenih tolmačev in/ali medkulturnih mediatorjev se tako v zdravstvenih ustanovah pojavljajo jezikovne ovire ter vrsta jezikovnih nesporazumov, ki prispevajo k manj kakovostni zdravstveni obravnavi:



»Ugotovili smo, da je naša prepoznavnost v zdravstvu izjemno nizka. Večina udeležencev je prvič slišala za FM sistem [frekvenčno moduliran radijski sistem ali FM sistem je slušni tehnični pripomoček, opomba avtorja], ki bi nam bil sicer v vsakem zdravstvenem domu v veliko pomoč. /.../ Nekateri so bili prvič v stiku s tolmačem v znakovni jezik in so šele na delavnici izvedeli, kako poteka sodelovanje s tolmačem.« (predstavnik Zveze gluhih in naglušnih Slovenije, Ljubljana)



»Pri nas so Bolgari, so Romuni. /.../ Potem so osebe, ki pridejo z ladjami. /.../ S tujci, ki ne govorijo znanega jezika, je problem, moramo biti iznajdljivi. Mi nimamo tako kot Italijani, ki pokličejo prevajalca. Oni imajo možnost konferenčnega klica. Oseba pove svoje težave in prevajalec istočasno prevaja. Mi pač te možnosti nimamo. /.../ Večji problem so Rusi. Ali ne želijo ali ne znajo nobenega drugega jezika. Če govorijo počasi, mi jih razumemo, ampak zgleda, da oni nas nič ne razumejo.« (zdravstvena delavka, Izola)

1.3.3 Ovire v dostopu do preventivnih programov

Za konec lahko strnemo, da se vse predhodno naštetе ovire seštejejo v dostopu do preventivnih programov. Iz terenske raziskave nedvoumno izhaja, da večina posameznikov in posameznic, ki jih uvrščamo med »ranljive«, le s težavo pride do najbolj osnovnih zdravstvenih storitev ali pa do njih nima dostopa. V določenih primerih zaradi geografske oddaljenosti ali neprilagojenosti zdravstvenih ustanov, v mnogih drugih pa zaradi odsotnosti zdravstvenega zavarovanja, strahu pred doplačili in negativnimi izkušnjami z zdravstvenimi delavci. Čeprav iz intervjujev izhaja, da bi se ti prebivalci preventivnih programov načeloma želeli

udeležiti, pa ne moremo spregledati dejstva, da posvečajo pozornost predvsem premoščanju ovir, da bi lahko zadostili najbolj nujnim zdravstvenim potrebam.

Poleg tega nekateri (na primer prekarni delavci) izpostavljajo pomanjkanje preventivnih programov, ki bi se bolj odzivali na njihove potrebe (na primer preventiva v duševnem zdravju), drugi (na primer Romi) pa poudarjajo, da so obstoječi preventivni programi zanje premalo dostopni tudi zaradi jezikovnih in kulturnih ovir:

»Največje ovire pri dostopu do preventivnih programov so pri Romih. Opažanja so še sledeča, in sicer preventivni programi, tudi tisti za Rome, so neprilagojeni njihovemu jeziku, razumevanju določenih pojmov, ker je potrebno veliko delati z Romi, da razume določene pojme, na primer kaj je to živčevje, kje se nahaja, ali poznajo kakšen notranji organ. Oseba mora poznati o čem govorimo, terminologija je na previsoki ravni, zlasti določeni pojmi. Programe je potrebno prilagoditi njihovemu razumevanju. Če gre nekdo v naselje, je potrebno biti pripravljen, da bo moral razlagati osnovne pojme, da bodo Romi to sploh razumeli.« (zaposlena v nevladni organizaciji, Novo mesto)



VIRI

Ali socialno šibkejši obolevajo bolj pogosto? V: Buzeti T, Gabrijelčič Blenkuš M, Gruntar Činč M, Ivanuša M, Pečar J, Tomšič S, et al, ur. Neenakosti v zdravju v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2011: 44–54.

Beland F, Birch S, Stoddart G. Unemployment and health: Contextual-level influences on the production of health in populations. Soc Sci Med 2002; 55: 2033–52.

Farkas J, Pahor M, Zaletel-Kragelj L. Self-rated health in different social classes of Slovenian adult population: Nationwide cross-sectional study. Int J Public Health 2011; 56: 45–54.

Farkaš Lainščak J, Zaletel-Kragelj L. Zaznavanje zdravja in družbeni razredi v Sloveniji: ali obstaja povezava? Anal. PAZU 2013; 1: 67–75.

Farkaš Lainščak J, Buzeti T, Maučec Zakotnik J, ur. Zaključki ocene potreb uporabnikov in izvajalcev preventivnih programov za odrasle. Poročilo izsledkov kvalitativnih raziskav in stališč strokovnih delovnih skupin. Skupaj za zdravje. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015. Dostopno 7. 10. 2015 na: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/zakljucki_ocene_potreb_uporabnikov_in_izvajalcev_preventivnih_programov_za_odrasle.pdf.

Holtz T, Holmes SM, Stonington S, Eisenberg L. Health is still social: Contemporary examples in the age of the genome. Plos Med 2006; 3: 1663–6.

Javnozdravstveni vidiki obravnave ogroženih in ranljivih skupin prebivalstva. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, Sektor za zdravstveno varstvo ogroženih skupin prebivalstva, 2007.

Kraševec Ravnik E. Zdravje socialno ogroženih in brezposelnih. V: Kraševec Ravnik E, ur. Varovanje zdravja posebnih družbenih skupin v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije in Slovenska fondacija, 1996: 43–72.

Maučec Zakotnik J, Tomšič S, Kofol Bric T, Korošec A, Zaletel Kragelj L, ur. Zdravje in vedenjski slog prebivalcev Slovenije – trendi v raziskavah CINDI 2001–2004–2008. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2012.

Skupaj za zdravje. Kvalitativna raziskava opravljena med zdravstveno marginaliziranimi – »ranljivimi« skupinami. Interno gradivo. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2014.

Zaletel-Kragelj L, Eržen I, Premik M, ur. Uvod v javno zdravje. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje, 2007.

2 OCENA POTREB UPORABNIKOV PREVENTIVNIH PROGRAMOV: ZDRAVE ODRASLE OSEBE IN BOLNIKI S KRONIČNIMI BOLEZNIMI

Urednica poglavja: Jana Šimenc

Avtorji poglavja: Andreja Backović Juričan, Špela Bernik, Mojca Zvezdana Dernovšek, Janet Klara Djomba, Miroљjub Jakovljevič, Borut Jug, Jana Klavs, Tjaša Knific, Milan Kotnik, Davorina Petek, Nataša Sedlar, Marjan Šiftar, Jana Šimenc, Mateja Tomažin Šporar, Jelka Zaletel

2.1 UVOD

Poglavje je sinteza kritičnih pogledov in aktualnih razmišljanj tako uporabnikov preventivnih programov za odrasle kot strokovnjakov. Vsebuje izsledke kvalitativne raziskave med uporabniki ter stališča DSK, ki so bile v okviru projekta Skupaj za zdravje oblikovane po posameznih vsebinskih področjih obravnave uporabnikov: DSK za samooskrbo srčno-žilnih bolezni, DSK za samooskrbo sladkorne bolezni tipa 2, DSK za samooskrbo depresije in DSK za samooskrbo funkcijske manjzmožnosti.

V aprilu, maju in juniju 2014 je bila po Sloveniji izvedena kvalitativna raziskava z dvema ciljnima skupinama: zdrave odrasle osebe in bolniki s kroničnimi boleznimi, s katerimi so bile izvedene fokusne skupine. Fokusne skupine so bile izpeljane s pomočjo vprašalnika, ki je deloval kot osnova za polstrukturirane pogovore in je dovoljeval prilagajanje specifičnim (krajevnim, bolezenskim in drugim) okoliščinam posamezne fokusne skupine. Vsem sogovornikom je bila zagotovljena anonimnost.

2.2 OCENA POTREB ZDRAVIH ODRASLIH UPORABNIKOV PREVENTIVNIH PROGRAMOV

K sodelovanju v raziskavi so bile vabljene odrasle osebe, tako moški kot ženske v starosti od 25 do 70 let, brez kroničnih bolezni. Skupaj z OE NIJZ ter zunanjimi sodelavci je bilo izpeljanih devet fokusnih skupin v več krajih Slovenije: v Ljubljani, Gornjih Petrovcih, Sevnici, Celju, Šentrupertu (pri Novem mestu), Kalu nad Kanalom, Mariboru, Kropi ter Radljah ob Dravi. Zajeli smo mnenja, izkušnje in potrebe 76 sogovornikov. Fokusni skupini v Ljubljani in Mariboru sta bili izvedeni s sodelujočimi iz urbanega okolja, na preostale pogovore pa so bili načrtno vabljeni predvsem prebivalci iz ruralnih (oziroma bolj odročnih) geografskih območij.

V raziskavi so glasovi zdravih odraslih (predvsem moških) v starostnem obdobju od 25 do 34 let zajeti v manjšini. Tako mlajše moške kot tudi mlajše ženske je bilo zelo težko motivirati za sodelovanje v fokusnih skupinah.

Raziskava nakazuje, da je preventivno zdravstveno varstvo izjemno kompleksna in široka dejavnost. Umeščeno je v širše družbene kontekste, ki presegajo zgolj odnos med posameznikom in izvajalcem, ki zagotavlja preventivne zdravstvene storitve: razumeti ga je potrebno znotraj kontekstov obstoječih družbenih, predvsem zdravstvenih razmer in sistema zdravstvenega varstva.

V raziskavi se je pokazalo, da je zdravje zelo pomembna vrednota. Pri ohranjanju dobrega zdravja in počutja dajejo sogovorniki največji poudarek ustrezni prehrani, rednemu gibanju ter obvladovanju stresa. Strinjajo se, da lahko razvoj določenih bolezni z zdravim življenjskim slogom preprečimo oziroma premaknemo v kasnejše življenjsko obdobje. Hkrati razmišljajo, da smo omejeni pri nadzoru razvoja bolezni, saj vseh potekov dogodkov in bolezni vseeno ne moremo preprečiti:

»Ne lahko tud živiš zdravo, de si misliš, de je vse uredi, ma glih tko zbolíš, ne.«
(udeleženec fokusne skupine, Celje)



»Marsikaj se da preprečiti, ne. Mogoče ne vse, vse ne, ampak marsikaj.«
(udeleženka fokusne skupine, Trebnje)



Ključni pogoj za boljšo udeležbo v preventivnih programih in zmanjševanje neenakosti v zdravju je ustrezna informiranost uporabnikov. Zdrave odrasle osebe, ki tudi po več let ne obiščejo zdravstvenega doma, ne zasledijo veliko informacij o preventivnih programih oziroma razpoložljivih zdravstvenovzgojnih delavnicah, predavanjih, testih in drugih preventivnih aktivnostih. Sogovorniki navajajo, da se v poplavi potrošniško naravnanih in oglaševalsko agresivnejših ponudnikov vsebin s področja zdravega življenjskega sloga informacije o preventivnih programih, ki potekajo v okviru sistema zdravstvenega varstva, izgubljajo. Nekateri odgovornost za to pripisujejo zdravstvenim ustanovam:

»Ampak jaz pa tole pogrešam; mislim, da nas zdravstvo premalo obvešča, kaj nam to nudi ...« (udeleženka fokusne skupine, Šentrupert)



Mnogi uporabniki ne pregledujejo spletnih strani zdravstvenih domov (še posebej ne z namenom pridobivanja informacij o preventivnih programih), zato iz raziskave izhaja, da bi bilo potrebno načine obveščanja prilagoditi različnim uporabnikom in ustrezno vključevati tako sodobne spletne tehnologije kot tradicionalne oblike obveščanja. Na podeželju je ključno informiranje preko lokalnih medijev ter krajevnih oglasnih desk. Sogovorniki tudi opažajo, da sta na podeželju zdravnik in župnik še vedno osebi z največjo avtoriteto, saj imajo njuna sporočila najpomembnejšo moč mobilizacije prebivalcev:



»Pa velik je tut takih, recimo tle gor po hribih, ki tut ne gre vsak dan v dolino. Pa gre mogoče v nedeljo k maši, pa kaj župnik pove, pa to je to. Pa gre domov. /.../ Mogoče bi župnik dal v oznanila, to bi blo tudi zelo dobrodošlo.« (udeleženka fokusne skupine, Šentrupert)

Pomembna ugotovitev raziskovalnega terenskega dela je, da imajo priporočila osebnega izbranega zdravnika največjo veljavo in bi se večina uporabnikov odzvala na njegovo vabilo na preventivni pregled ali vključitev v preventivni program:



»Jaz sem že hodla na delavnice. Zdravnica mi je povedala. Res je bilo v redu. Tudi tisti, ki so nam predavali, za vsak so imel druge /.../, imeli so različne teme: o zdravju, prehrani, gibanju. Pol pa so nam omogočili še tečaj nordijske hoje. Pa telovadbo, vodeno. Tak da je bilo res – super je bilo.« (udeleženka fokusne skupine, Celje)

Rezultati kažejo, da je zanimanje in udeležba v preventivnih programih odvisna tudi od družbeno-ekonomskih in geografskih specifičnosti posameznega kraja: v večjih urbanih središčih (kot sta Ljubljana in Maribor) se v mnoštvu rekreativnih in komercialnih prireditev, delavnic in predavanj informacije glede preventivnih programov lahko izgubijo. Na podežlju je udeležba uporabnikov potencialno večja zaradi omejenega in manjšega števila kulturnih, družabnih in zdravstvenih dogodkov. Pri uporabnikih, ki prebivajo v odročnejših krajih, predstavlja ključno dodatno oviro za udeležbo v preventivnih programih strošek poti (oziroma slabe povezave javnega prevoza) do večjih mestnih središč, kjer se izvajajo preventivni pregledi in programi. Sogovorniki še opozarjajo, da mora marsikdo natančno paziti na vse stroške, da se lahko prebije čez mesec. Ker pot predstavlja določen strošek, je potreben premislek, ali je res nujna ali ne:



»Zdrav življenjski slog je luksuz. /.../ Še sploh, če se moraš daleč vozit do njega.« (udeleženec fokusne skupine, Sevnica)



»Ne moreš si ga privoščiti, ne. Ka ljudje, skoraj vsakši den nešče ostane brez službe. Prle pa, kda je recimo Mura bijla v obratovanju, je tou bilou čisto nekaj drugoga.« (udeleženec fokusne skupine, Murska Sobota)

Z namenom zmanjševanja neenakosti v zdravju bi se morali preventivni programi krajevno bolj približati uporabnikom, ki predlagajo, da bi se za merjenje krvnega sladkorja, holesterola, gostote kosti in podobnega organizirale mobilne enote. Priporočajo še, da bi zdravnik ob določenih terminih prišel k njim v odročnejše kraje.

Drugi možni vzroki za neudeležbo v preventivnih programih so posledica nezaupanja v uradno medicino, neurejenih sistemskih razmer v zdravstvu, dolgih ča-

kalnih vrst za specialistično obravnavo ter raznih osebnih okoliščin. Med slednje sogovorniki uvrščajo strah pred rezultati preventivnega pregleda ter morebitnim odkritjem bolezni, nezanimanje za preventivo in neposvečanje pozornosti osebnemu zdravju:

»Jst povem prou po pravic, da jst za moje zdrau je nardim strašno malo, skorej nič. Cel dan delam, ceu dan sem na nogah in namest it še en džiro gor do hriba se rajši usjedem u fotelj in pred tisto kišto zaspim. Tudi vem, ki je zdrava prehrana, ma zelo slabe navade imam.« (udeleženka fokusne skupine, Kal nad Kanalom)



Med starejšimi sogovorniki s podeželja so bile pogosto zaznane predstave, ki jih povzemajo od starejših rodov: 'prvo je delo in potem delo'; 'k zdravniku se ne gre kar tako, temveč zgolj v najbolj nujnih primerih'. Kljub temu se tudi med prebivalci podeželja pomen določenih preventivnih dejavnosti – na primer gibanja – postopoma spreminja:

»Mislim, da se je ta miselnost zelo spremenila, 20 let nazaj je blo res tko. V nedeljo si šel, da boš šel na sprehod, ampak /.../ si rekel: 'Grem na britof.' Ampak, zdaj pa že tud starejši kmečki ljudje rečejo: 'Moram it pa malo na sprehod'.« (udeleženka fokusne skupine, Šentrupert)



Uporabniki, ki delajo v več izmenah po 10–12 ur navajajo tudi problem časa ter strahu pred jemanjem bolniškega staleža (za udeležbo na preventivnem pregledu), saj se bojijo izgube službe:

»Ja jst mislm, de je tudi to. Dons tisti, kr smo zaposleni al pa kr so zaposleni ni kar lahko si dovolit uzet bolovanje, jet na bolniško, ne. Ogromno je brezposelnosti in se tud bojimo z službe tisti kr djelmo.« (udeleženec fokusne skupine, Kal nad Kanalom)



»Ni interesa, niso zmotivirani, ne zanima jih in pol je čas tisti izgovor, ne: 'Nimam časa', pa se, tut če nekomu nekdo omeni: 'Lej, jutri boš pa pršel?', 'Joj, nimam časa', pa se te znebi v bistvu. Mislim, da je mal, še vedno tak, sploh mogoče zdaj, ta srednja generacija, glih tista še zdaj, še aktivna, na primer, pred penzijo in te zadeve. Ker mogoče še nima tolik nekih zdravstvenih težav, pa si pol tko mal, se mi zdi, preveč zapolnjeni še z drugimi stvarmi in pol to mal na stranski tir te neke aktivnosti /.../ Tako, da tut če pride s pošto domov obvestilo, vemo, da so vidli, ampak še zmeraj nimamo obiska tistega, kot bi si ga želeli.« (udeleženka fokusne skupine, Šentrupert)



Uporabniki so tudi navajali, da izven preventivnih programov v sklopu zdravstvenega varstva obstaja mnogo preventivnih aktivnosti in dobrih praks, ki se jih udeležujejo in jih izvajajo razne nevladne organizacije, občine, prostovoljci in drugi posamezniki. Sogovorniki nadalje izpostavljajo, da je pri motiviranju za udeležbo

v preventivnih aktivnostih lahko – poleg izbranega osebnega zdravnika – ključna vloga nekaterih posameznikov v skupnosti (na primer glavne medicinske sestre zdravstvenega doma, direktorja zdravstvenega doma, predsednika lokalnega športnega društva, vidnejšega člana RK in podobno) ali močne pobude prebivalcev. Hkrati si želijo več koordinacije aktivnosti in boljše sodelovanje med občinami, zdravstvenimi domovi, OE NIJZ, CSD in raznimi nevladnimi organizacijami.

Kljub temu da sogovorniki opažajo spremembe pri ozaveščenosti prebivalstva glede gibanja in prehrane (več ljudi se redno giba, se udeležuje vadb, bolj pazi na prehrano in podobno), je še zmeraj največ zanimanja za ti dve področji. Želeli bi si tudi drugih delavnic, na primer o uporabi zdravilnih zelišč v preventivne namene, predavanja o demenci in preventivi rakavih obolenj. Poleg tega opažajo porast duševnih težav, tako med mlajšim kot starejšim prebivalstvom, zato menijo, da bi bilo dobro več pozornosti nameniti ozaveščanju na področju duševnega zdravja. Ugotavljajo, da je premalo aktivnosti na področju preprečevanja zlorabe alkohola (še posebej v vinorodnih okoliših) ter ozaveščanja glede vsebnosti sladkorjev v pijačah in soli v prehranskih izdelkih. Kritični so do programov opuščanja kajenja, saj menijo, da je prenehanje kajenja v prvi vrsti odvisno od posameznika, ki mora sam sprejeti odločitev o tem. Predlagajo, da bi bili preventivni programi in zdravstvenovzgojne delavnice brez starostnih omejitev in bolj fleksibilni glede pogojev za vključitev. Menijo še, da so informacije o preventivi zelo razpršene, zato predlagajo ustanovitev stične informacijske točke, kjer bi lahko pridobili verodostojne podatke o zdravju, zdravih živilih in zdravem življenjskem slogu. Kot zgledna primera dobre prakse na področju preventivnih programov sogovorniki navajajo Svít – Državni program presejanja in zgodnjega odkrivanja predrakavih sprememb in raka na debelem črevesu in danki (pri čemer izpostavljajo predvsem dobro organiziranost, jasnost navodil, osebni način vabljenja ter učinkovitost) ter program Živimo zdravo (pri čemer navajajo kakovosten način izvedbe, ki se približa uporabniku tudi glede kraja izvedbe ter zanimive vsebine).

2.3 OCENA POTREB BOLNIKOV S KRONIČNIMI BOLEZNIMI

K sodelovanju v raziskavi so bili vabljeni bolniki s kroničnimi boleznimi, s posebnim poudarkom na bolnikih z boleznimi srca in žilja, sladkorno boleznijo tipa 2 in depresijo. V Ljubljani, Celju in Sevnici je bilo izvedenih 7 fokusnih skupin, pri katerih je sodelovalo 66 posameznikov. Fokusne skupine so bile izpeljane ločeno za bolnike s posamezno kronično boleznijo. Pogovarjali smo se s člani Koronarnega kluba Ljubljana in Koronarnega kluba Sevnica, predstavniki društva DAM (Društvo za pomoč osebam z depresijo in anksioznimi motnjami) ter člani Društva diabetikov Posavje – Brežice. Pogovori so se osredotočali na vzdrževalne programe in podporo pri posamezni kronični bolezni ter na splošno preventivno zdravstveno varstvo.

Vsi bolniki s kroničnimi boleznimi navajajo, da bi si želeli bolj celostno in povezano obravnavo v zdravstvu. Predlagajo vzpostavitev posvetovalnic za bolnike

s kroničnimi boleznimi, ki ne bi bile organizirane zgolj v zdravstvenih domovih, ampak tudi v bolj oddaljenih krajih. V teh posvetovalnicah bi se bolniki lahko pogovorili o samooskrbi svoje bolezni, se informirali o navzkrižnem delovanju zdravil, drugih sočasnih boleznih in podobnem. Ker so bolnikom s kroničnimi boleznimi lahko v veliko oporo svojci, predlagajo, da bi se tudi zanje organizirale delavnice ali predavanja, ki bi jim pomagala razumeti bolezen in učinkoviteje obvladovati določene situacije. Obenem se jim zdi koristno, da bi ljudje z izkušnjami o kronični bolezni sodelovali v preventivnih programih; s svojo izkušnjo bolezni in pridobljenim znanjem bi tako lahko delovali kot vezni člen med preventivnim zdravstvenim varstvom ter uporabniki.

Sogovorniki tudi menijo, da bi bilo nujno okrepiti in bolj sistematično urediti informiranje o možnostih sekundarne preventive pri osebnem izbranem zdravniku. Prav tako predlagajo sistemsko informiranje bolnikov s kroničnimi boleznimi ob odpustu iz bolnišnice o obstoju podpornih društev bolnikov. Na osnovi osebnih izkušenj pravijo, da je takrat posameznik najbolj negotov in tudi dovzeten za informacije, ki bi mu pomagale pri spremembah v življenjskem slogu in samooskrbi bolezni.

Raziskava še nakazuje, da pomeni bolnikom s kroničnimi boleznimi članstvo v društvu bolnikov izjemno dodano vrednost, zato priporočajo intenzivnejše in sistemsko povezovanje preventivnih programov z društvi bolnikov, priznavanje dela ter dobrih praks društev s strani sistema zdravstvenega varstva in nude nje ustrezne strokovne podpore pri nadgradnji njihovih programov. V društvih najdejo ustrezno vadbo, strokovna predavanja in delavnice, kot tudi zelo pomembno druženje, oporo, motivacijo, pomiritev, priložnosti za potovanja ter medsebojno psihološko podporo. Opažajo tudi, da jih vse te aktivnosti izjemno podpirajo in motivirajo pri pozitivnih spremembah v življenjskem slogu. Večina ne ve, kako bi se znašla ali preživela težke trenutke brez podpore društva, saj česa podobnega ne dobijo od sistema zdravstvenega varstva in zdravstvenih delavcev:

»No, pa tut je od velike koristi, ko se med sabo pogovarjamo, informacije en od drugega dobivamo, še poleg tistih strokovnih.« (udeleženka fokusne skupine, bolezen srca in žilja, Ljubljana)



»V glavnem gre za to izmenjavo izkušenj in informacij in pa pretok tega znanja pa novosti, ki je preko društva zelo hiter. S temi raznimi strokovnjaki, ki pač z društvom sodelujejo, oziroma organiziramo ta predavanja, je ta prenos, bi rekel, včasih iz prve roke zelo, zelo tako originalen in avtentičen, tako da smo blizu vira informacij in te informacije pa seveda ti koristijo v tvojem vsakdanjem življenju, predvsem pa, da veš, kaj prav delaš, oziroma kaj prav ne delaš, oziroma kaj zatem sledi, tako da je ta pretok zelo, zelo koristen.« (udeleženka fokusne skupine, bolezen srca in žilja, Ljubljana)



Nasprotno pa se sogovorniki, ki niso vključeni v društva, počutijo izolirani, prepuščeni sami sebi, brez ustrezne podpore in varnosti:



»Veste pa, kaj jaz pogrešam? /.../ Jaz mislim, da bi mi potrebovali, pa tudi z mano vred, en občutek varnosti. Ta občutek varnosti ti lahko da nekdo, ki je v ambulanti /.../, da greš kadarkoli, ko rabiš nasvet. A veste, teh vprašanj je milijon. Ampak tega zdravniku ne boš rekel, ker izklapljaš. Za njega je to pomembno, to pa ni pomembno. Ampak za nas je pomembno. Za mene je pomembno, kaj pa še naprej lahko naredim, kolko še pa lahko zdaj naredim ...« (udeleženka fokusne skupine, bolezen srca in žilja, Celje)

Iz raziskave izhaja, da so zaradi zgoraj omenjenih razlogov manj motivirani za sekundarno preventivo in manj večji obvladovanja kronične bolezni ali morebitnih drugih zdravstvenih zapletov. Za mnoge je bila zato izkušnja fokusne skupine zelo pozitivna ter je predstavljala priložnost za pogovor z ljudmi s sorodnimi težavami.

2.3.1 Ocena potreb bolnikov z boleznimi srca in žilja ter stališče DSK za samooskrbo srčno-žilnih bolezni

Izsledki kvalitativne raziskave kažejo, da je, poleg zgoraj opisanih skupnih potreb vseh bolnikov s kroničnimi boleznimi, specifična potreba bolnikov z boleznimi srca in žilja vezana na informiranje o možnostih sekundarne preventive v anti-koagulacijskih ambulantah. Menijo namreč, da bi (ob obisku pri osebnem izbranem zdravniku ali medicinski sestri) lahko več informacij o programih in drugih možnostih sekundarne preventive prejeli tudi ob obravnavi v antikoagulacijskih ambulantah.

Izsledke kvalitativne raziskave o oceni potreb bolnikov z boleznimi srca in žilja dopolnjuje spodnje stališče DSK za samooskrbo srčno-žilnih bolezni.

2.3.1.1 Stališče DSK za samooskrbo srčno-žilnih bolezni

Borut Jug

Udejanjanje ukrepov na področju obvladovanja aterosklerotičnih bolezni se povečini odvija v štirih vozliščih preventivne dejavnosti: na sekundarni ravni zdravstvenega varstva, v ambulantah družinske medicine (ADM) oziroma referenčnih ambulantah družinske medicine (RADM), zdravstvenovzgojnih centrih (ZVC) in društvih bolnikov (na primer koronarni klubi).

Oskrbo na sekundarni ravni zdravstvenega varstva bi bilo potrebno, po mnenju DSK za samooskrbo srčno-žilnih bolezni, organizirati v ambulantno dejavnost za preventivno in rehabilitacijsko kardiologijo. Dejavnost bi se vzpostavila z nadgradnjo obstoječe kardiološke službe, tako da bi na nacionalni ravni vzpostavili 10–12 centrov za preventivno in rehabilitacijsko kardiologijo (v regijskih bolnišni-

cah). V sklopu te dejavnosti bolnike identificiramo in registriramo (zagotovljena univerzalna dostopnost), ocenimo ogroženost s pomočjo potrebnih kliničnih orodij in funkcijskih preiskav, izdelamo načrt nadaljnje oskrbe (farmakološke in nefarmakološke sekundarne preventive), načrtujemo in izvajamo ambulantno srčno-žilno rehabilitacijo, ki pri bolnikih po akutnem miokardnem infarktu in srčnim popuščanjem dokazano zmanjšuje zbolewnost in umrljivost ter je zato priznan kazalnik kakovosti oskrbe.

Sistematično vodenje bolnikov z boleznimi srca in žilja že poteka v skladu s sprejetimi protokoli za vodenje koronarnega bolnika v okviru družinske medicine; ponekod uspešno tudi v RADM. Za izboljšanje stanja bi bilo potrebno zagotoviti razširjene protokole za vodenje bolnikov z drugimi aterosklerotičnimi boleznimi ter udejanjiti RADM v vseh ADM, upošteva je zahteve za vodenje večje populacije bolnikov. Po prepričanju DSK za samooskrbo srčno-žilnih bolezni bi zaradi zvečane pogostosti duševnih motenj pri bolnikih z aterosklerozo na ravni družinske medicine bilo potrebno zagotoviti dostopnost do psihološke podpore bolnikom (psiholog, psihiater) ter do dvosmerne neposredne komunikacije s službo preventivne kardiologije (e-konzultacija o bolnikih in njihovih potrebah po nadaljnjih preiskavah ali pregledu).

V ZVC, ki v sekundarni preventivi udejanjajo obravnave za obvladovanje vedenjskih dejavnikov tveganja, bi bilo potrebno dodelati predvsem vidik ozaveščanja bolnikov: osnovne informacije o aterosklerozi, dejavnikih tveganja zanj ter njihovem pomenu, naravnem poteku bolezni, pomenu posameznih preiskav ter pomenu zdravljenja. Po mnenju DSK za samooskrbo srčno-žilnih bolezni bi bilo potrebno ozaveščanje bolnikov smiselno integrirati s pomočjo t. i. kurikuluma potrebnih znanj, ki bi zagotavljal ustrezno strukturo in vsebino informacij, ki jih posameznik z aterosklerozo prejme na vsakem izmed vozlišč preventivne dejavnosti.

Potrebno je natančneje opredeliti vlogo koronarnih klubov za bolnike v smislu veznega člana med uporabniki in izvajalci, saj dejansko delujejo kot izvajalci vseživljenjske rehabilitacije in s tem pomagajo krepiti zdravje koronarnih bolnikov (kar sicer vsebinsko sodi na področje zdravstvene dejavnosti), po drugi strani pa gre za samoorganizirana združenja bolnikov, ki niso upravičena do financiranja iz zdravstvenih sredstev.

Za uspešno integracijo vseh vozlišč preventivne dejavnosti je potrebno vpeljati učinkovito komunikacijsko povezavo. Potrebna je nadgradnja informacijskega sistema, ki bi pripomogla k boljšemu koriščenju preventivnih storitev po eni strani ter onemogočila podvajanje koriščenja po drugi ter izboljšanje komunikacije med različnimi ravni zdravstvenega varstva (pravočasna in učinkovita izmenjava informacij, ki bi bila po možnosti elektronska).

2.3.2 Ocena potreb bolnikov s sladkorno boleznijo tipa 2 ter stališče DSK za samooskrbo sladkorne bolezni tipa 2

V kvalitativni raziskavi se je pokazalo, da imajo bolniki s sladkorno boleznijo tipa 2, poleg predhodno navedenih skupnih potreb vseh bolnikov s kroničnimi boleznimi, še nekatere specifične potrebe.

Menijo, da bi potrebovali več pomoči pri usmerjanju glede izbire ustrezne prehrane, zato predlagajo, da bi imela vsa živila, ki so primerna za bolnike s sladkorno boleznijo, določen prepoznaven znak (označevalec), ki bi bil na živilu jasno viden. Prav tako poudarjajo, da si z minimalnimi plačami ali pokojninami ne morejo vsakokrat privoščiti ustrezne prehrane, saj so izdelki za bolnike s sladkorno boleznijo praviloma dražji od drugih izdelkov.

Želijo si, da ne bi bilo potrebno toliko (do)plačevati za zdravstvene pripomočke in zdravila ter da bi določena podjetja (na primer za izdelavo lističev, merilnih aparatov, prehrane) in zdravstvo manj služilo na račun njihovega zdravstvenega stanja:



»Saj ta podjetja, dejansko, saj oni dajo, ampak oni vsi ti stremijo k temu, da oni zaslužijo preko tistega. Recimo z aparati na lističih, s črpalko pa sploh gledajo na to, da prodajo sete, da prodajo rezervarčke temu primerno, če greš recimo v tisto firmo, ali pa v tisto njihovo prodajalno, kjer to dobiš, avtomatsko vzameš še lističe pri njih, vzameš še lancete, vse dejansko to potegne ...« (udeleženec fokusne skupine, sladkorna bolezen, Sevnica)

Potrebujejo tudi boljšo krajevno dostopnost do specialistov diabetologov po celi državi. Če ni mogoče redno, predlagajo, da bi specialisti diabetologi delovali v oddaljenih krajih vsaj enkrat tedensko:



»Ja, v dispanzerjih tam, kjer so ti diabetološki dispanzerji, je to boljše, kot pri splošnem zdravniku. Tut je pa specializirano predvsem osebje. Sestre, moram reči, da sem jaz kar nekaj tega dal skozi. Povsod je bilo zelo pozitivno razumevanje. Zdravnik, seveda je človek kot smo vsi mi ostali. Pri specialistih diabetologih je boljše. To je dejstvo in to se bistveno razlikuje od splošnega zdravnika. Tako, da je to ena velika prednost tam, kjer je dispanzer za diabetike organiziran, je to razlika sto procentov in je to zelo pozitivno.« (udeleženec fokusne skupine, sladkorna bolezen, Sevnica)

Izsledke kvalitativne raziskave o oceni potreb bolnikov s sladkorno boleznijo tipa 2 dopolnjuje še stališče DSK za samooskrbo sladkorne bolezni tipa 2.

2.3.2.1 Stališče DSK za samooskrbo sladkorne bolezni tipa 2

Jelka Zaletel, Mateja Tomažin Šporar, Jana Klavs, Marjan Šiftar, Davorina Petek, Milan Kotnik, Špela Bernik

Z vidika organizacije in izvajanja oskrbe se na ravni družinske medicine kaže potreba po implementaciji enotnega modela prepoznavanja in oskrbe oseb z velikim tveganjem za sladkorno bolezen tipa 2 (mejna bazalna glikemija in motena toleranca za glukozo) ter ustreznem načrtovanju ukrepov in kontrolnih laboratorijskih preiskav za zgodnjo diagnostiko sladkorne bolezni tipa 2 v timu družinske medicine, pri čemer je potrebno zagotoviti nefragmentirano oskrbo in posamezniku ponuditi jasno in njemu razumljivo informacijo ter ga vključiti v pripravo načrta oskrbe. Hkrati je prisotna potreba po implementaciji enotnega modela za zgodnje prepoznavanje sladkorne bolezni tipa 2 ter modela kompleksne in multifaktorske obravnave sladkorne bolezni tipa 2.

Po mnenju DSK za samooskrbo sladkorne bolezni tipa 2 je potrebna prilagoditev oziroma vzpostavljanje novih programov za krepitev zdravega načina življenja za osebe z velikim tveganjem za sladkorno bolezen tipa 2 s poudarkom na ključnem cilju, ki je pri teh osebah preložiti pojav sladkorne bolezni tipa 2 na kasnejše obdobje (ena od štirih oseb bo v obdobju 3–5 let imela diagnosticirano sladkorno bolezen tipa 2 in program ne sme vsaditi občutka, da je to znak poraza osebe, saj gre pravzaprav za uspeh). Prav tako ocenjujejo, da bi bilo potrebno vzpostaviti nove programe za edukacijo bolnikov s sladkorno boleznijo tipa 2. Pri tem poudarjajo pomen stratifikacije ukrepanja v zvezi s krepitvijo zdravega življenjskega sloga glede na stopnjo ogroženosti prihodnjega zdravja s fokusiranjem na posameznike in skupine, ki so najbolj ogroženi (na primer ukrep ne more biti enak pri osebni z debelostjo in mejno bazalno glikemijo ter pri osebni z debelostjo z normalnimi izvidi glede glikemije; bolnik s sladkorno boleznijo tipa 2, ki zboli za rakom, potrebuje preusmeritev in prilagoditev nasvetov in podpore glede načina življenja). Cilje zdravljenja in oskrbe je potrebno prilagoditi dejstvu, da ima oseba/bolnik zelo pogosto hkrati več različnih dejavnikov tveganja v načinu življenja oziroma prisotne tudi druge bolezni in stanja.

Osebe/bolniki prejemajo informacije in navodila v zvezi z načinom življenja s strani mnogih zdravstvenih strokovnjakov in sodelavcev: zdravnika družinske medicine (ZDM), medicinskih sester (v RADM, ZVC), lekarniških farmacevtov, zdravnikov drugih specialnosti, medicinskih sester edukatork za področje sladkorne bolezni; pogosto se po nasvete zatečejo tudi v društva bolnikov. Če informacije niso verodostojne in usklajene, je oseba/bolnik zmeden in negotov, kaj je zanj pravzaprav priporočljivo. Člani DSK za samooskrbo sladkorne bolezni tipa 2 zato menijo, da je vzpostavljanje funkcionalnih obojesmernih odnosov tako med posameznimi poklicnimi skupinami znotraj zdravstvenega tima na primarni ravni zdravstvenega varstva (ZDM – medicinska sestra v RADM – medicinska sestra ali drug zdravstveni strokovnjak v ZVC) kot z zdravstvenimi timi na sekundarni ravni (diabetolog – medicinska sestra edukatorka za področje sladkorne

bolezni), drugimi strokami (na primer lekarniškimi farmacevti), društvu bolnikov s sladkorno boleznijo in z vključevanjem osebe/bolnika v soodločanje pri sprejemanju odločitev ustrezna pot do zagotavljanja integrirane oskrbe. Poleg tega poudarjajo pomembno vlogo povezovanja z resorji izven zdravstva (na primer socialo), kar je ključno pri zagotavljanju kakovostnega življenja multimorbidnih in krhkih oseb/bolnikov. V pristopu do osebe/bolnika izpostavljajo vzpostavljanje takšnega načina komuniciranja in odnosa, ki omogoča opolnomočenje, to je da se vzpostavi proces, ki omogoča posameznikom, da povečajo nadzor nad svojim lastnim življenjem in krepitev njihovih zmožnosti, da ukrepajo v zvezi z zadevami, ki jih sami prepoznajo kot pomembne. Enako velja tudi za bolnikove svojce in bližnje, kadar je to primerno. Pomembni elementi opolnomočenja so zanesljive informacije, podpora pri sprejemanju z informacijami podprtih odločitev, zdravstvena pismenost, spoštovanje bolnikovih pravic, sposobnost, da zdravstveni strokovnjak prisluhne bolnikovim potrebam in izbiram ter zavedanje in spoštovanje različnih zmožnosti za soodločanje. Končni namen je, da vsaka oseba/bolnik do največje možne mere razvije svoje zmožnosti in zaupanje v svoje sposobnosti ter obvlada fizične, emocionalne in socialne učinke svojega stanja/bolezni v vsakodnevem življenju.

Člani DSK za samooskrbo sladkorne bolezni tipa 2 opozarjajo, da je tudi pri nas najpogostejša pomanjkljivost uvajanja novosti nezadostno spremljanje izvajanja posameznih ukrepov, njihova evalvacija ter prenos ugotovljenega v preoblikovanje intervencij tako, da bodo bolje dosegale zastavljene cilje.

2.3.3 Ocena potreb bolnikov z depresijo ter stališče DSK za samooskrbo depresije

Pri bolnikih z depresijo so se, poleg skupnih potreb vseh bolnikov s kroničnimi boleznimi, v kvalitativni raziskavi pokazale nekatere specifične potrebe, ki so v povezavi s stigmatizacijo, prepoznavo in obravnavo njihove bolezni.

Izkušnje sogovornikov kažejo, da je depresija v družbi še vedno stigmatizirana. Navajajo, da jih je bilo v obdobju pred diagnozo večino strah in sram iti k zdravniku; dalj časa so zbirali pogum, da so se obrnili po zdravniško pomoč. Po diagnozi so opazili, da so bili nekateri v službah degradirani ali drugače obravnavani. Pogosto je bilo tudi svojcem pomembnejše, kaj bodo rekli in mislili sosedje, kot pa doživljanje in bolezensko stanje osebe, ki se sooča z depresijo:



»Men se zdi, da ljudje drugač obravnavajo 'depresivce': na primer, če ma nekdo raka, vsi z njim sočustvujejo, mu pomagajo; če maš pa depresijo, pa drugač reagirajo. Ne vem, se kr mal bojijo al pa rečejo, ma ta je nor.« (udeleženka fokusne skupine, depresija, Ljubljana)

Sogovorniki zato menijo, da je potrebna družbena in strokovna destigmatizacija ter boljše in zgodnejše prepoznavanje depresije. Predlagajo obširno nacionalno

akcijo ozaveščanja splošne javnosti o depresiji, v katero naj se vključi prepoznavne ljudi, da javno povedo svojo izkušnjo in tako pripomorejo k destigmatizaciji bolezni. Kot primer dobre prakse navajajo akcijo Premagal sem depresijo. Hkrati predlagajo tudi, da se za splošno javnost pripravi predavanja ali delavnice, kjer bi se depresijo in anksiozne motnje obravnavalo v širših kontekstih obvladovanja stresa in čustev, s čimer bi dodatno pripomogli k boljšemu informiranju o bolezni ter njeni destigmatizaciji. Menijo, da je tudi ZDM potrebno kontinuirano in bolj intenzivno izobraževati o depresiji in anksioznih motnjah, da bi jih lahko bolje in prej prepoznavali:

»Tko bom rekla, da ne znajo prepoznati bolezni depresije al pa anksioznih motenj, osebni zdravnik ne. Pol pa trčmo v to, da bi ga pa k specialistu poslal, mamo pa take čakalne vrste, medtem ko bi pacient rabil obravnavo takoj. Tak, da se osebni zdravnik pač glede na situacijo verjetno tut odločil, da bo pomagal človeku, mu da depressive.« (udeleženka fokusne skupine, depresija, Ljubljana)



Sogovorniki navajajo, da preventivni programi s področja zgodnjega prepoznavanja depresivnih motenj še ne obstajajo. Tudi specialistična obravnava je zelo omejena z nesprejemljivo dolgimi čakalnimi dobami. V akutnem stanju bolezni dobijo le tablete in/ali kratek posvet, sicer pa so prepuščeni sami sebi. Mnogi so si zato primorani priskrbeti samoplačniško strokovno pomoč. V najtežjih trenutkih jim je bilo v veliko oporo društvo, posamezniki s sorodno izkušnjo in spletni forumi. Predlagajo vpeljavo podpornih skupin za depresijo po celotni Sloveniji in vzpostavitev osebne asistencije, kar bi pomenilo stalno (24-urno) dostopnost osebe za pogovor in pomiritev v najbolj kritičnih trenutkih. Priporočajo tudi vzpostavitev društev bolnikov z depresijo v mnogih krajih Slovenije, saj pri premagovanju težav ugotavljajo njihovo pozitivno vlogo:

»A lahko nekaj iz svoje izkušnje? /.../ V bistvu glede na to, da sem začela s tem, v bistvu z osebno motnjo pa z depresijo, da se je čim bolj, da bi čim več informacij prišlo. Kaj je meni najbolj pomagalo, da sem sploh razmišljala o društvu? Osebna zdravnica me je poslala, ne psihiatrinja, na plačljivo skupino za sproščanje in sem jaz šla, ker takrat bi jaz kačo požrla, samo da bi bilo boljše. In takrat sem bila naenkrat prvič z desetimi ljudmi z istimi problemi. Prv dan smo bili tkole, smo se sam opazovali. En profesor ne upa v predavalnico, en depresivn, en sam kašlja zaradi strahu, vidiš da nisi edini norec na svetu. Od naslednjič naprej, mi smo komaj čakali, da se vidimo. Una terapevtka nas je mirila, ker smo skoz bili zadihani. In zato so ti programi, da daš ti skupine in v bistvu je to mene razširilo in takrat sem jaz rekla, da bom šla v to, da si nekaj naredim, ker sem se počutila varno med temi ljudmi in sem končno lahko govorila o svojih težavah.« (udeleženka fokusne skupine, depresija, Ljubljana)



Predstavljene izsledke kvalitativne raziskave o oceni potreb bolnikov z depresijo dodatno dopolnjuje tudi stališče DSK za samooskrbo depresije.

2.3.3.1 Stališče DSK za samooskrbo depresije

Mojca Zvezdana Dernovšek, Nataša Sedlar

Zdravljenje bolnikov z depresijo večinoma poteka pri ZDM, to je na primarni ravni zdravstvenega varstva. Po mnenju DSK za samooskrbo depresije omogoča obravnava na tej ravni zdravstvenega varstva zgodnje odkrivanje bolnikov z depresijo, vodenje stabilnih bolnikov, njihovo napotitev na druge ravni, ko je to potrebno, ter izvajanje preventivnih dejavnosti. Storitve na primarni ravni zdravstvenega varstva so za uporabnike bolj dostopne, oskrba pa bolj celostna in kontinuirana. Poleg tega je obisk pri ZDM pogosto manj stigmatizirajoč kot obravnava pri psihiatru, oskrba duševnega zdravja na primarni ravni pa zmanjšuje pritiske na višje ravni oskrbe.

Glede na rezultate raziskav je delež neprepznanih depresij s strani ZDM relativno visok, predvsem pri blažjih oblikah depresije. Z izvajanjem sistematičnega presejanja za depresijo pa se učinkovitost prepoznavne depresivne motnje poveča. DSK za samooskrbo depresije ugotavlja, da je zaenkrat na primarni ravni zdravstvenega varstva presejalni postopek implementiran v RADM, kjer poteka v okviru preventivnega pregleda s pomočjo presejalnega vprašalnika PHQ-9, ni pa še implementiran v vseh ADM (ki niso referenčne). Prav tako niso vzpostavljeni načini povezovanja s patronažno službo. Pomanjkanje splošno sprejetih smernic in kliničnih poti za obravnavo bolnikov z depresijo na primarni ravni zdravstvenega varstva tako lahko privede do variabilnosti pri njihovi obravnavi. Poleg tega ZDM poročajo, da vodenje bolnikov z depresijo na primarni ravni zahteva dodatno usposabljanje (predvsem s področja veščin svetovanja in napotovanja) ter supervizijo.

V obravnavo bolnika z depresijo se vključuje tudi specialist psihiater. Študije kažejo, da ZDM k psihiatrom napotijo 10–30 % bolnikov z depresijo. Ti so, zaradi pomanjkanja smernic med specialisti na primarni in sekundarni ravni, k psihiatru najpogosteje napoteni na lastno zahtevo ali zaradi birokratsko-administrativnega postopka, povezanega z odsotnostjo z dela.

Ponudbo programov primarne mreže na področju obravnave bolnikov z depresijo dopolnjuje vzpostavitev obravnave depresivnega bolnika v ZVC (psihoedukativna delavnica Podpora pri spoprijemanju z depresijo). Slednje bo v veliki meri pripomoglo k zmanjševanju neenakosti v dostopnosti do tovrstnih storitev med regijami, zaenkrat pa izvajanje psihoedukativne delavnice še ni povsod utečeno.

Največje priložnosti se torej kažejo na področju razvoja in implementacije smernic in kliničnih poti za obravnavo bolnikov z depresijo, ki bi vključevale vse ravni zdravstvenega varstva (ADM/RADM, patronažno službo, ZVC, ambulantne psihiatre, bolnišnico), bile stroškovno zdržne in bi odgovorile na potrebe bolnikov z depresijo. Pri tem bi bila potrebna natančnejša opredelitev nalog, odgovornosti, vrste in načina sodelovanja med vsemi vključenimi deležniki, v procesu vzpostavljanja smernic in kliničnih poti pa tudi njihovo izobraževanje.

Predstavniki DSK za samooskrbo depresije opozarjajo, da bi bilo treba več pozornosti nameniti tudi povezovanju s ključnimi partnerji iz lokalnega okolja (skupinami za samopomoč, laičnimi skupinami) ter ozaveščanju laične in strokovne javnosti o depresiji, njenem prepoznavanju, zdravljenju in dostopnih virih pomoči. Na ta način bi pripomogli tudi k zmanjšanju stigmatiziranosti oseb z duševno motnjo. Le-ta bolnike z depresijo in njihove svojce pogosto vodi v zanikanje resnosti težav, iskanje anonimnih in manj ustreznih oblik pomoči (pogosto tudi zunaj zdravstva) ter v odklanjanje diagnoze depresije oziroma odklanjanje napotitve k psihiatru.

2.3.4 Stališče DSK za samooskrbo funkcijske manjzmožnosti

Tjaša Knific, Miroljub Jakovljevič, Andreja Backović Juričan, Janet Klara Djomba

Nazadnje pa je predstavljeno stališče članov DSK za samooskrbo funkcijske manjzmožnosti, ki menijo, da je funkcijska zmožnost tesno povezana z zdravjem starejših oseb. Funkcijska zmožnost je dinamičen proces, zato jo je potrebno pogosteje in celovito ocenjevati, v rednih časovnih obdobjih. Dosledna obravnava starejših oseb v primarnem zdravstvenem varstvu bi omogočala zgodnje odkrivanje tveganja za grozečo krhkost, kar bi zagotavljalo tudi zgodnje ukrepanje. Sčasoma bi lahko zmanjšali delež starejših bolnikov z že obstoječim sindromom krhkosti in posledično pojavom funkcijske nezmogljivosti v starosti.

Ocenjevanje telesne zmogljivosti naj bi se izvajalo v mreži javnega zdravstvenega varstva. Ocenjevanje bi moralo zajemati premičnost, hojo, ravnotežje, gibčnost in oceno okoljskih dejavnikov tveganja za pojav funkcijske manjzmožnosti. V ocenjevanje telesne zmogljivosti ter v presejanje in obravnavo funkcijske manjzmožnosti se vključi ustrezne strokovnjake, proces pa naj bo zaradi optimalne obravnave posameznika osredotočen na ADM oziroma RADM.

Po mnenju DSK za samooskrbo funkcijske manjzmožnosti je potrebno vzpostaviti nacionalni program presejanja za funkcijsko manjzmožnost starejših oseb ter ga ustrezno umestiti v sistem primarnega zdravstvenega varstva, z racionalnim izkoristkom obstoječih kadrovskih in prostorskih kapacitet. Program bo vseboval presejanje populacije v starosti nad 65 let ter bolnikov z boleznimi srca in žilja, sladkorno boleznijo in depresijo ter testiranje posameznikov s skupino testov za starejše, pri katerih je med presejanjem bila odkrita ogroženost za funkcijsko manjzmožnost; svetovanje posameznikom, ki so ogroženi za pojav funkcijske manjzmožnosti in obravnavo posameznikov s funkcijsko manjzmožnostjo.

Za potrebe financiranja dejavnosti je potrebno opredeliti obseg storitev, ki jih želimo zagotoviti bolnikom, število in stroške kadra glede na obremenitev (število bolnikov in pojavnost funkcijske manjzmožnosti med njimi) in obseg storitev, stroške opreme ter stroške usposabljanja kadra.

Za optimalen potek dela skozi celoten proces ocene stanja funkcijsko manjzmožnega posameznika potrebujemo multidisciplinaren kader. Poleg telesnega vidika funkcijske manjzmožnosti, ki ga obravnavajo fizioterapevti, je v obravnavi potrebno upoštevati še prehranski (dietetik), duševni (psiholog) in socialni vidik (socialni delavec, delovni terapevt). Diplomirane medicinske sestre (DMS) lahko po opravljenih obveznih izobraževanjih, ki jih določi NIJZ, podpirajo začetni del ocene in ustrezno usmerijo ogrožene za funkcijsko manjzmožnost.

Za učinkovito implementacijo programa na nacionalni ravni, bi bilo po prepričanju DSK za samooskrbo funkcijske manjzmožnosti potrebno med seboj povezati ključne izvajalce/slужbe tovrstne dejavnosti v sistemu zdravstvenega varstva in ostale partnerje v lokalnem in nacionalnem okolju. V okviru osnovnega zdravstvenega varstva morajo pri izvedbi programa med seboj tesno in enotno sodelovati ADM, RADM, patronažna služba, ambulantna fizioterapija (po novem obračunskem modelu) in ZVC. Izven zdravstvenega sistema pa je potrebno vzpostaviti poenoten sistem delovanja v podporo programu, ki ga lahko izvajajo različne vladne in nevladne organizacije (društva in organizacije, ki se že ukvarjajo s funkcijsko manjzmožnimi starejšimi, kot so na primer Zveza društev upokojencev Slovenije, Zveza društev diabetikov Slovenije, Zveza koronarnih društev in klubov Slovenije, Društvo za zdravje srca in ožilja Slovenije, razne invalidske organizacije, Športna unija Slovenije (Mreža zdravih društev), Gerontološko društvo in drugi).

VIRI

Bilban M, Tomori M. Vpliv izobraževanja o depresiji na odnos zdravnikov splošne medicine do obravnave depresivnih bolnikov. *Zdrav Var* 2003; 42: 116–21.

Dernovšek MZ, Tavčar R. Prepoznavno in premagajmo depresijo: priročnik za depresivne osebe in njihove svojce. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2005.

Euroaspire IV: European survey of cardiovascular disease prevention and diabetes. Dostopno 10. 10. 2015 na: <http://www.escardio.org/Guidelines-&Education/Trials-and-Registries/Observational-registries-programme/EUROASPIRE-IV>.

Farkaš Lainščak J, Buzeti T, Maučec Zakotnik J, ur. Zaključki ocene potreb uporabnikov in izvajalcev preventivnih programov za odrasle. Poročilo izsledkov kvalitativnih raziskav in stališč strokovnih delovnih skupin. Skupaj za zdravje. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015. Dostopno 7. 10. 2015 na: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/zakljucki_ocene_potreb_uporabnikov_in_izvajalcev_preventivnih_programov_za_odrasle.pdf.

Farkaš Lainščak J, Fras Z, Maučec Zakotnik J, Zaletel Kragelj L. Association between self-rated health and cardiovascular risk factors in Slovene adult population. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2011; 18 (suppl. 1): S69.

Fras Z. Integrirana strategija za boljše srčno-žilno zdravje v Sloveniji s poudarkom na preprečevanju bolezni srca in žilja in rehabilitaciji že obolelih. V: Fras Z, ur. Slovenski forum za preventivo bolezni srca in žilja 2006. Zbornik prispevkov. Ljubljana: Združenje kardiologov Slovenije, Slovenska hiša srca, 2006: 20–34.

Fras Z, Jug B, za Delovno skupino za preventivo bolezni srca in žilja Združenja kardiologov Slovenije. Smernice za preprečevanje bolezni srca in žilja v klinični praksi 2013 – ključna sporočila in novosti. *Slov Kardiol* 2013; 10: 53–98.

Integrating mental health into primary care: A global perspective. Geneva: World Health Organization; London: Wonca, 2008. Dostopno 9. 9. 2015 na: http://www.who.int/mental_health/resources/mentalhealth_PHC_2008.pdf.

Jernberg T, Attebring MF, Hambraeus K, Ivert T, James S, Jeppsson A, et al. The Swedish Web-system for enhancement and development of evidence-based care in heart disease evaluated according to recommended therapies (SWEDEHEART). *Heart* 2010; 96: 1617–21.

Kamin T, Jeriček Klanšček H, Zorko M, Bajt M, Roškar S, Dernovšek MZ. Duševno zdravje prebivalcev Slovenije. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2009.

Keber I, Cevc M, Fras Z, Gužič Salobir B, Jug B, Šabovič M, et al za Delovno skupino za nacionalno smernico o rehabilitaciji in sekundarni preventivi po srčnem infarktu. Nacionalna smernica za rehabilitacijo in sekundarno preventivo po srčnem infarktu. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2009.

Kessler D, Bennewith O, Lewis G, Sharp D. Detection of depression and anxiety in primary care: follow up study. *BMJ* 2002; 325: 1016–7.

Knific T, Djomba JK, Backović Juričan A, Jakovljević M. Presejanje za funkcijsko manjzmožnost: navodila za izvajalce presejanja za funkcijsko manjzmožnost. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015. Dostopno 6. 9. 2015 na: www.nijz.si.

Kozel D, Maučec Zakotnik J, Tančič Grum A, Kersnik J, Rotar Pavlič D, Žmuc Tomori M, et al. Applicability of systematic screening for signs and symptoms of depression in family practice patients in Slovenia. *Zdrav Vestn* 2012; 81: 838–46.

Kronsbein P, Fischer MR, Tolks D, Greaves C, Puhl S, Stych K, et al on the behalf of the IMAGE Study Group. IMAGE: Development of a European curriculum for the training of prevention managers. *Br J Diabetes Vasc Dis* 2011; 11: 163–7.

Kurikulum za edukacijo o oskrbi odraslih bolnikov s sladkorno boleznijo. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v endokrinologiji; Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni, Univerzitetni klinični center Ljubljana, 2012. Dostopno na: <http://www.zbornica-zveza.si/en/publications/proceedings/kurikulum-za-edukacijo-o-oskrbi-odraslih-bolnikov-s-sladkorno-boleznijo>.

Lindström J, Neumann A, Sheppard KE, Gilis-Januszewska A, Greaves CJ, Handke U, et al on the behalf of the IMAGE Study Group. IMAGE project: Take action to prevent diabetes. A toolkit for the prevention of type 2 diabetes in Europe. Exeter: Brightsea Press, 2010.

Maučec Zakotnik J, Tomšič S, Kofol Bric T, Korošec A, Zaletel Kragelj L, ur. Zdravje in vedenjski slog prebivalcev Slovenije – trendi v raziskavah CINDI 2001-2004-2008. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2012.

Medvešček M, Mrevlje F, ur. Slovenske smernice za klinično obravnavo sladkorne bolezni tipa 2 pri odraslih osebah. Ljubljana: Diabetološko združenje Slovenije; Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni, Univerzitetni klinični center Ljubljana; Združenje endokrinologov Slovenije, 2011. Dostopno 6. 11. 2015 na: <http://www.endodiab.si/priporocila/sb/index.dot>.

Moravec Berger D, ur. Mednarodna klasifikacija funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in zdravja (MKF). Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo, 2006.

Nacionalna strategija vključevanja lekarniške dejavnosti in lekarniških farmacevtov v nadaljnji razvoj slovenskega zdravstvenega sistema. Ljubljana: Slovensko farmacevtsko društvo, 2011. Dostopno na: <http://www.sfd.si/>.

Nacionalni program za obvladovanje sladkorne bolezni. Strategija razvoja 2010–2020. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, 2010. Dostopno 10. 10. 2015 na: http://www.mz.gov.si/si/zakonodaja_in_dokumenti/dokumenti_strategije_resolucije/.

Novak T, Šprah L, Dernovšek MZ. Ocena tveganj za razvoj težav v duševnem zdravju prebivalcev Republike Slovenije. Analiza tveganj za razvoj težav v duševnem zdravju prebivalcev Republike Slovenije v posameznih statističnih regijah s pomočjo prilagojene metodologije Indeksa boljšega življenja. Ljubljana: Družbenomedicinski inštitut ZRC SAZU, 2011.

Oldridge N, Perkins A, Marchionni N, Fumagalli S, Fattiroli F, Guyatt G. Number needed to treat in cardiac rehabilitation. J Cardiopulm Rehabil 2002; 22: 22–30.

Oreški S, Dernovšek MZ, Hrast I, Serec M. Kam in kako po pomoč v duševni stiski. Ljubljana: Izobraževalno raziskovalni inštitut, 2014.

Paulweber B, Valensi P, Lindström J, Lalic NM, Greaves CJ, McKee M, et al on the behalf of the IMAGE Study Group. A European evidence-based guideline for the prevention of type 2 diabetes. Horm Metab Res 2010; 42 (Suppl 1): S3–S36.

Perk J, De Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren M, et al; European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR); ESC Committee for Practice Guidelines (CPG). European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). Eur Heart J 2012; 33: 1635–701.

Rifel J, Svab I, Ster MP, Pavlic DR, King M, Nazareth I. Impact of demographic factors on recognition of persons with depression and anxiety in primary care in Slovenia. BMC Psychiatry 2008; 8: 96.

Rifel J, Kersnik J. Problematika duševnega zdravja na primarni ravni - kako prepoznati depresivno epizodo. Zdrav Vest 2010; 79: 544–7.

Rikli RE, Jones CJ. Development and validation of criterion-referenced clinically relevant fitness standards for maintaining physical independence in later years. Gerontologist 2013; 53: 255–67.

Rotar Pavlič D, Švab I, Selič P, Rifel J, Serec M. Sodelovanje med zdravniki družinske medicine in specialisti psihiatri pri zdravljenju bolnikov z depresijo. Zdrav Vest 2011; 80: 734–9.

Skupaj za zdravje. Kvalitativna raziskava opravljena med zdravimi odraslimi osebami. Interno gradivo. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2014.

Skupaj za zdravje. Kvalitativna raziskava opravljena med kroničnimi bolniki. Interno gradivo. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2014.

Tomšič S, Kofol Bric T, Korošec A, Maučec Zakotnik J, ur. Izzivi v izboljševanju vedenjskega sloga in zdravja. Desetletje CINDI raziskav v Sloveniji. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2014.

Trdič J, Pribaković Brinovec R, ur. Zdravstveni statistični letopis 2012. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2013.

Vrbovšek S, Čuš B, Maučec Zakotnik J, Štern B, ur. Izvajanje integrirane preventive kroničnih nenelezijskih bolezni v referenčnih ambulantah družinske medicine. Priročnik za diplomirane medicinske sestre. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2016.

Vrbovšek S, Luznar N, Maučec Zakotnik J, ur. Skupaj varujemo in krepimo zdravje – kaj smo dosegli v prvih osmih letih? Zbornik ob letnem srečanju izvajalcev Nacionalnega programa primarne preventive srčno-žilnih bolezni 2009. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2009.

Vujičić S, Poljanec Bohnec M, Žargaj B, ur. Sladkorna bolezen: priročnik za zdravstvene delavce. Ljubljana: Slovensko osteološko društvo, 2013.

Zaletel Kragelj L, Fras Z, Maučec Zakotnik J, ur. Tvegana vedenja, povezana z zdravjem in nekatera zdravstvena stanja pri odraslih prebivalcih Slovenije. Značilnosti in povzetek rezultatov raziskave. Ljubljana: CINDI Slovenija, 2004.

Wood DA, Kotseva K, Connolly S, Jennings C, Mead A, Jones J, et al; EUROACTION Study Group. Nurse-coordinated multidisciplinary, family-based cardiovascular disease prevention programme (EUROACTION) for patients with coronary heart disease and asymptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease: a paired, cluster-randomised controlled trial. Lancet 2008; 371: 1999–2012.

3 OCENA POTREB IZVAJALCEV PREVENTIVNIH PROGRAMOV ZA ODRASLE

Urednica poglavja: Barbara Hrovatin

Avtorice poglavja: Jana Govc Eržen, Martina Horvat, Barbara Hrovatin, Nataša Medved, Marija Milavec Kapun, Sanja Vrbovšek

3.1 UVOD

Opis stanja in potreb v tem poglavju združuje izsledke kvalitativne raziskave med izvajalci preventivnih programov za odrasle in stališča strokovnih DSK, ki so bile v okviru projekta Skupaj za zdravje oblikovane po posameznih poklicnih področjih izvajalcev preventivnih programov za odrasle na primarni ravni zdravstvenega varstva. Sodelovale so naslednje DSK: DSK za primarno in sekundarno preventivo v ambulantni družinskega zdravnika in referenčni ambulantni družinske medicine, DSK za podporo preprečevanju in obvladovanju kroničnih bolezni na domu in v lokalni skupnosti ter DSK za nemedikamentozne obravnave.

V aprilu in maju 2014 je bila izvedena kvalitativna raziskava, ki je zajela tako izvajalce preventivnih programov za odrasle na primarni ravni zdravstvenega varstva kot tudi ključne predstavnike s preventivnimi programi povezanih ustanov (NIJZ, MZ in ZZZS). Uporabljeni sta bili kvalitativni metodi fokusnih skupin in strukturiranih intervjujev. Raziskava je skupno zajela 52 sogovornikov: ZDM, DMS v RADM, DMS v patronažnem varstvu (DMS v PV)²² in izvajalce v ZVC ter predstavnike NIJZ, MZ in ZZZS. Sogovorniki so bili povabljeni h kritičnemu razmišljanju o možnostih izboljšanja obstoječih preventivnih programov za odrasle. Vsem sogovornikom je bila zagotovljena anonimnost.

3.2 OCENA POTREB IZVAJALCEV PREVENTIVNIH PROGRAMOV ZA ODRASLE

Kvalitativna raziskava je pokazala, da je preventiva pomemben del osnovne zdravstvene dejavnosti, kljub temu pa v uradni medicini in družbi ostaja pogosto prezrta. V primerjavi s kurativo je dojeta kot manj pomembna:



»Se pa srečate potem z drugim problemom, ki ga ma pa vsa preventiva, pa osnovno zdravstvo, če hočete, da to ni atraktivno, ne. Če boste vi uvedla preventivni program nekje, to vam nihče ne bo ploskal, nobenega traku ne bodo prerezal, pa nobena godba na pihala ne bo igrala v ozadju, pa noben se ne bo pršel slikat.«
(ZDM, Ljubljana)

²² Diplomirana medicinska sestra (diplomirani zdravstvenik, višja medicinska sestra, višji zdravstveni tehnik), ter tudi srednje medicinske sestre, v kolikor so zaposlene v pilotnem okolju projekta Skupaj za zdravje in so se vključile v srednješolsko izobraževanje do šolskega leta 1980/81 ter opravljajo polivalentno patronažno zdravstveno nego, kar predstavlja izjemo v prehodnem obdobju do njihove upokojitve, ko se jih bo nadomestilo z diplomirano medicinsko sestro. Ustaljeno kratico dipl. m. s. smo v tej publikaciji nadomestili s kratico DMS v PV zaradi skladnosti z ostalimi izdelki projekta Skupaj za zdravje.

Sogovorniki zato menijo, da je z namenom ozaveščanja splošne javnosti in motiviranja izvajalcev potrebno jasneje predstaviti dosežke dosedanjega preventivnega dela ter izpostaviti uspešne preventivne programe za odrasle. Prav tako se jim zdi pomembno izpostaviti, da so preventivni programi za uporabnike brezplačni.

Kot uspešna preventivna programa, tako v smislu organizacije kot dokazanih rezultatov, so izpostavili Nacionalni program primarne preventive srčno-žilnih bolezni (NPPPSŽB) in Svit – Državni program presejanja in zgodnjega odkrivanja predrakavih sprememb in raka na debelem črevesu in danki. Kot uspešno ocenjujejo tudi uvajanje RADM, zlasti zaradi nadgrajene in celovitejše obravnave bolnikov s kroničnimi boleznimi ter razbremenitve ZDM z uvedbo usposobljenih DMS:

»Jaz ne bi znala več delat brez referenčne.«

(ZDM, Ljubljana)



Zaradi potrebe po celostni oskrbi uporabnikov, so sogovorniki izpostavili nepovezanost preventivnih programov za odrasle ter nujnost večje integracije med njimi:

»Moti me tudi, da imamo poseben program za diabetes, pa za raka, pa za ne vem, srčno-žilne bolezni, pa to. Človek je pa samo eden. Jaz sem kot pacient samo en, pač bi želela bolj integrirano obravnavo.« (zaposlena na ZZS, Ljubljana)



»Jaz mislim, da en problem je, da nimamo neke povezave teh vseh preventivnih dejavnosti. CINDI posebi, SVIT posebi, Koronarni klub posebi, to je problem, to bi blo treba inkorporirat mal med sabo.« (ZDM, Ljutomer)



Kot naslednjo pomanjkljivost preventivnih programov za odrasle izvajalci izpostavljajo neučinkovit in neenoten informacijski sistem. Želijo si sistemsko ureditev informacijske podpore z ažurno in sistematično evalvacijo preventivnih aktivnosti. S tem bi namesto zgolj zbiranja (pre)mnogih podatkov bil omogočen pregled nad učinkovitostjo delovanja ter hkrati pravočasna in ustrezna odzivnost. V zvezi z zmanjšanjem administracije in jasno ureditvijo dostopanja do podatkov so sogovorniki kot najbolj pereč problem izpostavili Register oseb, ki jih ogrožajo kardiovaskularne bolezni (ROKVB). Odgovornosti za zbiranje, analizo in ažurne povratne informacije bi bilo potrebno urediti tudi pri novejšem projektu Referenčnih ambulant. DMS v PV si želijo poenoten in izboljššan dostop do podatkov o bolnikih (na primer bolnikih s kroničnimi boleznimi, osebah, ki se ne odzivajo na vabila na preventivni pregled in podobno). O problemu neučinkovitega informacijskega sistema eden od sogovornikov pove:



»Mi pa zbiramo, zbiramo, in recimo za dve leti nazaj, da jaz ne dobim podatkov, kaj je z mojimi ljudmi, to je nesprejemljivo. /.../ Jaz sem prepričana, da ta dobro zastavljen nacionalni program preventivnih akcij zgublja zaradi inertnosti sistema, ki ne omogoča ažurnih obdelovanj podatkov in seznanjanja.« (ZDM, Ljubljana)

Veliko sogovornikov kot pomanjkljivost navaja pomanjkanje učinkovitega vodenja, koordinacije in integracije preventivnih programov za odrasle s pomanjkljivo evalvacijo in neažurnimi povratnimi informacijami, kar slabi motivacijo izvajalcev in možnosti korektivnih ukrepov.



»In tukaj vidim premalo integracije vseh teh programov, ki se pojavljajo, da ni nekega nacionalnega, premalo trdnega nacionalnega koncepta in morda malo bolj trdnega tudi vodenja, al pa koordinacije.« (zaposlena na ZZS, Ljubljana)

Na nacionalni ravni bi bilo potrebno, po mnenju sogovornikov, jasno dogovoriti kompetence in odgovornosti za izvajanje, koordinacijo in vodenje preventivnih programov. Potrebno bi bilo tudi vzpostaviti profesionalno in politično neodvisno strukturo za koordinacijo in vodenje preventivnih programov. Sogovorniki tudi poudarjajo, da za centralno koordinacijo preventivnih programov za odrasle in za zbiranje podatkov še ni zakonsko določene strukture, kar bi bilo potrebno urediti, vendar izključno s konsenzom vseh deležnikov:



»Zdajle eden izmed glavnih problemov, ki se mogoče akutno nič kaj ne vidi, je to, da vsi radi govorimo o preventivi, vsak si jo po malem lasti, nihče zanje ni odgovoren, če pa je kaj narobe, so pa drugi krivi. Mi se mormo zmeniti, Nacionalni inštitut za javno zdravje, kaj bojo oni delali, kaj bodo delali zdravstveni domovi, kaj bo delala Medicinska fakulteta, kdo bo kje kaj učil, kdo bo kje kaj izvajal, kdo bo kje kaj nadziral. Tega dogovora ni.« (ZDM, Kranj)



»Lejte, zdajle potencialno nastajajo tenzije med Nacionalnim inštitutom za javno zdravje, med Medicinsko fakulteto, med zdravstvenimi domovi, kdo bo zdaj mel te zdravstvenovzgojne centre, kdo bo mel referenčne ambulante, a bomo to vse dali pod NIJZ, al bo to eno posebej, drugo posebej, kdo bo mel nad kom komando, kdo bo to lahko nadziral in tako naprej. To se je treba zmeniti, dela je kokr hočete.« (ZDM, Ljubljana)



»In brez neke profesionalne strukture, strokovne strukture, mislim da ne bo, ne bi bilo rezultatov. /.../ Da bi bil inštitut [NIJZ, opomba avtorja] tisti, ki evalvira programe in ima pristojnost in tudi odgovornost, se pravi, da mora zahtevati spremembe tam, kjer ni rezultatov. Ne pa, da se stvari kar leta in leta razvodenijo in potem se pač nič ne premakne.« (zaposlen na ZZS, Ljubljana)

Sogovorniki se strinjajo, da ostaja zdravnik ključna avtoriteta; njegova (ne)zavzetost za preventivo namreč pomembno vpliva na učinkovitost preventivnih programov za odrasle:

»Tam, kjer so zlo motivirani, naklonjeni preventivi, je odzivnost zlo v redu, eni mi pa samo izpise pošljejo in je odzivnost pacientov slabša.« (zaposlena v ZVC, Slovenj Gradec)



»Marsikomu je všeč, da jim ni treba več delat preventive, pa da jim ni več treba razlagat o holesterolu, prehrani, gibanju in pač teh dejavnikih tveganja. Mislim, da je kar nekaj zdravnikov takih, ki pač so se rešili samo tega dela. Delat v takem timu je mal težje.« (zaposlena v RADM, Celje)



DMS v RADM so navajale upad preventivnih pregledov na račun vse večjega števila obravnav bolnikov s kroničnimi boleznimi, vse medicinske sestre (iz RADM, patronažnega varstva in ZVC) pa si želijo, da bi zdravniki bolje poznali programe v ZVC ter delo patronažne službe na terenu. Menijo, da je za učinkovitost preventivnih programov za odrasle pomembna tako skupinska (v ZVC) kot individualna preventivna obravnava uporabnikov (v RADM). Njihove izkušnje namreč kažejo, da je vloga ZVC v preventivnih programih za odrasle pomembna, vendar si nekateri uporabniki želijo bolj individualne obravnave. Hkrati vidijo priložnost za doseg bolj celostne obravnave uporabnika v tesnejšem povezovanju, okrepitvi medpoklicnega sodelovanja in učinkovitem dogovarjanju vseh sodelavcev (ZDM, DMS iz RADM, DMS v PV in izvajalcev v ZVC, pa tudi psihologov, dietetikov, kliničnih farmacevtov, socialne službe in drugih).

»To [povezovanje z drugimi strokami, opomba avtorja] zelo pogrešamo, ker je dost, al pa bom rekla, veliko težav, problemov, ki pravzaprav sploh niso zdravstvene narave, ampak so socialno-ekonomske narave.« (ZDM, Ljubljana)



Vsi sogovorniki so bili mnenja, da je nujno potrebna razbremenitev timov v osnovnem zdravstvenem varstvu ter zaokrožitev projekta Referenčnih ambulant tako, da bi jih imele vse ADM v državi. Ob tem si ZDM želijo razbremenitev z udejanjanjem že dogovorjenih glavarinskih količnikov v praksi (1500 na tim družinske medicine), DMS v PV s kadrovsko okrepitvijo, izvajalci v ZVC pa doslednejše izvajanje Splošnega dogovora glede organizacije ZVC kot samostojne enote z ustrezno kadrovsko zasedbo. Slednji dve poklicni skupini tudi navajata, da delo, ki ga opravljajo medicinske sestre v patronažnem varstvu in ZVC ni ustrezno ovrednoteno.

Tako zdravniki kot medicinske sestre so prepoznali pomen vsebinsko nadgrajenega in kontinuiranega izobraževanja na področju preventive. Posebej so izpostavili vsebine s področja prehrane, hujšanja, depresije in komunikacijskih veščin. DMS v PV so izpostavile željo po izobraževanjih kot so jih deležne DMS v RADM (s prilagoditvijo vsebin za terensko delo).

Sogovorniki so menili, da je potrebno izboljšati sodelovanje med primarnim zdravstvenim varstvom in stroko javnega zdravja. Ključno se jim namreč zdi, da bi prišlo do večjega povezovanja in izmenjave izkušenj med regijskimi koordinatorji preventive in OE NIJZ, nosilci RADM, vodstvi zdravstvenih domov in NIJZ in podobno:



»Jaz bi si pa želela, da bi si tut vodstvo, tko zdravstvenega doma kot NIJZ-ja, al kar-kol, da bi nekako presegli nekako to dolgoletno, bom rekla, slabšo komunikacijo med seboj, da bi se nekako bolj pogovarjal, bolj sodeloval, mislim, da bi blo to zlo dobro tut za naše delo.« (ZDM, Ljubljana)



»Bi si želela večje povezanosti, bom tko rekla, al pa med tem delom stroke jav-nega zdravja, ki seveda skrbi za te populacijske pristope, z izvajalci preventivnih programov, ki nagovarjajo posameznika. Tukaj ta most mora bit in tut morda tu-kaj potrebujemo, kako bi rekla, bolj multidisciplinarne obravnave. /.../ Ja, potem, potem vsekakor tut ta most, sodelovanje med primarnim zdravstvenim varstvom in javnim zdravjem. To se mi zdi zlo pomembno.« (zaposlena na MZ, Ljubljana)

Poleg tega bi bilo potrebno okrepiti medresorno sodelovanje v vladi za sistem-sko podporo zdravja v vseh politikah:



»Sodobne države, ki razumejo zdravje in razvoj in medsebojni vpliv, sprejemajo neke vladne okvirje, al pa strategije za krepitev zdravja, zmanjševanja neenakosti v zdravju v vseh politikah. /.../ Kajti brez takega pristopa bomo, težko pričakuje-mo, da bomo lahko zmanjševali neenakosti v zdravju ljudi in optimalno krepili zdravje ljudi.« (zaposlena na NIJZ, Ljubljana)

Izkazalo se je tudi, da je potrebna nadgradnja preventivnih programov za odrasle z vidika približevanja potrebam ljudi v lokalni skupnosti, upoštevajoč »ranljive« skupine prebivalstva. Sogovorniki so navedli, da se je potrebno bolj približati ljudem v njihovem okolju ter tesneje sodelovati z društvi, klubi, šolami, četrtnimi skupnostmi in občinami ter ne zgolj delovati znotraj zdravstvenega doma.

Izvajalci preventivnih programov za odrasle so kot »ranljive« skupine prepoznali nezavarovane, brezposelne, gluhe, slepe, tujce, starejše, socialno izolirane, mi-grante, Rome, kronične psihiatrične bolnike, ljudi iz socialnega roba, revne in brezdomce. Menili so, da je potrebno okrepiti občutljivost zdravstvenih delavcev za »ranljive« skupine in urediti sistemske pristope za zmanjšanje neenakosti v zdravju:

»Za vse zdravstveno osebje, za zdravstveni sistem je potrebno pripeljat pa pravzaprav nek nov pristop in senzibilizirat zdravstveni kader z vidika zaznavanja neenakosti v zdravju in pa razvoj ključnih orodij, pristopov, ki bodo omogočili zdravstvenim delavcem, da bodo v zdravstvenem sistemu seveda te ranljive skupine, ogrožene skupine, zaznavali in jih ustrezno obravnavali ...« (zaposlena na NIJZ, Ljubljana)



3.3 STALIŠČA STROKOVNIH DELOVNIH SKUPIN PO POSAMEZNIH POKLICNIH PODROČJIH IZVAJALCEV PREVENTIVNIH PROGRAMOV ZA ODRASLE NA PRIMARNI RAVNI ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

Izsledke kvalitativne raziskave o oceni potreb izvajalcev preventivnih programov za odrasle dopolnjujejo še stališča strokovnih DSK po posameznih poklicnih področjih. V okviru DSK za primarno in sekundarno preventivo v ambulantni družinskega zdravnika in referenčni ambulantni družinske medicine so delovali tako ZDM kot DMS v RADM. Najprej so predstavljena njihova skupna stališča, nato pa stališča, ki se specifično nanašajo na delo ZDM oziroma DMS v RADM. Sledijo stališča DMS v PV in izvajalcev v ZVC.

Pri vseh lahko vidimo, da se nanašajo na področja kot so vodenje, koordinacija in evalvacija izvajanja preventivnih programov za odrasle, povezovanje in sodelovanje, organizacija in financiranje, informacijska podpora in dostop do podatkov, kadrovanje, izobraževanje in usposabljanje ter na nekatere nove vsebine in pristope v izvajanju preventivnih programov.

3.3.1 Stališče DSK za primarno in sekundarno preventivo v ambulantni družinskega zdravnika in referenčni ambulantni družinske medicine (vidik ZDM in DMS v RADM)

Jana Govc Eržen, Nataša Medved

Nadgradnjo preventivnih programov za odrasle v osnovnem zdravstvenem varstvu je po mnenju DSK za primarno in sekundarno preventivo v ambulantni družinskega zdravnika in referenčni ambulantni družinske medicine potrebno prilagoditi demografskim trendom, ki kažejo stalno povečevanje deleža starejših oseb (starih nad 65 let), pa tudi bolnikov s kroničnimi boleznimi. Za obvladovanje teh trendov je nujno potrebno okrepiti primarno raven zdravstvenega varstva, tako finančno kot tudi kadrovsko.

Za zagotavljanje enakosti zdravstvene oskrbe vseh bolnikov je potrebno čim prej uvesti način dela in kadrovsko sestavo RADM v vse ADM, v naslednjem koraku pa zagotoviti povečanje trenutnega normativa 0,5 DMS v RADM na 1 ter uveljaviti evropske standarde obremenitev ZDM, torej 1500 glavarinskih količnikov.

Predstavniki te DSK tudi izpostavljajo, da je potrebno kontinuirano izobraževati vse izvajalce preventivnih programov za odrasle, bodisi s klasičnimi bodisi s sodobnimi oblikami edukacije (e-izobraževanje).

Pogoj za nemoteno delo je, po njihovem mnenju, ustrezna oprema ADM/RADM in kakovostna, uporabniku prijazna, čim enostavnejša in nezamudna informacijska podpora. Neenoten in neučinkovit informacijski sistem ne omogoča pretoka informacij, zaradi česar prihaja do podvajanja dokumentiranja in laboratorijskih storitev.

Učinkovitost preventivnih aktivnosti ter omogočanje enake dostopnosti vsemu prebivalstvu je po mnenju predstavnikov te DSK možno zagotoviti s povezovanjem, ki vključuje tako medresorsko povezovanje, povezovanje med izvajalci, med ravnmi zdravstvenega varstva kot tudi povezovanje s strokovnjaki drugih poklicev ter lokalno skupnostjo in nevladnimi organizacijami.

3.3.1.1 Stališče DSK za primarno in sekundarno preventivo v ambulantni družinskega zdravnika in referenčni ambulantni družinske medicine (vidik ZDM)

Jana Govc Eržen

ZDM je izvajalec ter vodja tima ADM, katerega delo vključuje tudi preventivne dejavnosti, zato mora biti vključen v načrtovanje, koordiniranje in vodenje preventivnih programov.

ZDM je vodja tima, ki v sodelovanju z DMS skrbi za vključevanje svojih bolnikov v ZVC, če je to potrebno. Po mnenju ZDM se kadrovska krepitev ZVC s strokovnjaki drugih poklicev (na primer kineziologi, dietetiki) lahko načrtuje, ko bodo vse ADM pridobile status RADM. Zagotoviti je potrebno, da bo kadrovska krepitev načrtovana tako, da bo najprej izvedena razbremenitev ZDM (glavarinski količnik 1500) in da ne bo potekala na račun zmanjševanja sredstev namenjenih družinski medicini. Potrebno bi bilo izvesti raziskavo o zaupanju bolnikov v osebje ZVC in stališčih o učinkovitosti obravnav.

Kljub temu da podatke o opravljenih preventivnih pregledih v okviru NPPPSŽB zbirajo ZDM, jim dosednji način vodenja ROKVB ni omogočal vpogleda v podatke o dejavnostih tveganja za izbrano populacijo (prav tako te možnosti nimajo regijski odgovorni zdravniki). Glede na to, da se trenutno ločeno (po drugi metodi) zbirajo podatki o opravljenih preventivnih pregledih v ADM ter v RADM, je potrebno nujno zagotoviti poenotenje ter opredeliti skrbnika zbranih podatkov. Skrbnik zbranih podatkov mora omogočiti strokovnjakom s področja družinske medicine nemoten dostop do vseh podatkov iz ADM/RADM, ne le tistih podatkov, ki jih sami zbirajo ter jim s tem omogočiti boljšo kakovost in načrtovanje dela.

Posamezne skupine prebivalcev (na primer »ranljive« skupine, osebe z različnimi oblikami oviranosti) ZDM že sedaj obravnavajo in po potrebi vključujejo tudi druge strokovnjake. Vključevanje drugih strokovnjakov (iz CSD, ZRSZ) zahteva opredelitev poti komunikacij in povezovanja.

Posebno pozornost je potrebno nameniti osebam, ki nimajo obveznega zdravstvenega zavarovanja, brezposelnim in osebam s slabim socialno-ekonomskim položajem. Te osebe pogosto nimajo opredeljenega izbranega osebnega zdravnika ali se ne odzivajo na vabilo na preventivne preglede. Prav tako je potrebno posebno pozornost nameniti opolnomočenju bolnikov, da bodo sposobni samostojnega življenja in samooskrbe.

Napisati je potrebno predpise in člene zakona, ki posamezniku omogočajo svobodno odločanje in zavrnitev sodelovanja v preventivnih programih.

Za kontinuirano izobraževanje ZDM s področja preventive naj bosta zadolženi Katedri za družinsko medicino Medicinskih fakultet Univerze v Ljubljani in Mariboru.

3.3.1.2 Stališče DSK za primarno in sekundarno preventivo v ambulantni družinskega zdravnika in referenčni ambulantni družinske medicine (vidik DMS v RADM)

Nataša Medved

Kakovost dela DMS v RADM je izredno pomembna, saj se ta odraža na obvladovanju dejavnikov tveganja pri obravnavanih osebah. Trenutna dodelitev 1 DMS za 2 RADM v praksi pomeni zadolžitev za najmanj 4000 bolnikov, ponekod tudi z neustreznimi delovnimi pogoji. Na ta način ni mogoče izvajati popolne dispanzerske metode dela z integrirano preventivo kroničnih bolezni in hkratnim delom s kroničnimi bolniki ter predvidenega izvajanja protokolov.

DMS v RADM je potrebno zagotoviti ustrezne prostorske in materialne pogoje. Dobro bi bilo izvajati strokovno spremljanje s svetovanjem glede organizacije RADM; tako z vidika opremljenosti kot tudi glede kadrovske ustreznosti in izvajanja nalog.

Strokovna usposobljenost medicinskih sester je s pridobljenimi specialnimi znanji nadgrajena. Ta znanja bi bilo potrebno še razširiti z ustreznim načrtom specializacije ali programom druge bolonjske stopnje izobraževanja ter uvesti supervizijske delavnice za preprečevanje izgorelosti.

Izredno pomembno je dobro sodelovanje DMS v RADM z ZVC in patronažnim varstvom. Urediti je potrebno napotitve v ZVC, način obveščanja DMS v PV o neodzivnikih na preventivni pregled ter pridobivanje povratnih informacij v RADM o opravljenih delavnicah v ZVC in opravljenih obiskih na domu.

Pomen RADM je v lokalnem okolju in celo med zdravstvenimi delavci slabo prepoznava. Potrebno je okrepiti seznanjenost splošne in strokovne javnosti z delom DMS v RADM (na primer javni nastopi v medijih, plakati, zloženke).

3.3.2 Stališče DSK za podporo preprečevanju in obvladovanju kroničnih bolezni na domu in v lokalni skupnosti (vidik DMS v PV)

Martina Horvat, Marija Milavec Kapun

DMS v PV mora imeti avtonomijo, da lahko v skladu s kompetencami in na osnovi ocene potreb posameznika, družine oziroma lokalne skupnosti, samostojno načrtuje preventivne aktivnosti.

Z namenom zagotavljanja boljše koordinacije, povezovanja in informiranja vseh izvajalcev preventivnih programov za odrasle, morajo tudi DMS v PV dobiti povratne informacije o uspešnosti in učinkovitosti svojega delovanja.

Za poenotenje delovanja izvajalcev preventivnih programov v patronažnem varstvu je treba izdelati in vpeljati nacionalne smernice oziroma protokole sistematičnega ukrepanja ob zaznavi zdravstvene in/ali druge problematike. Pomembno je določiti nacionalno strukturo vodenja preventivnih programov v patronažnem varstvu in opredeliti elemente sledenja uspešnosti.

Pomembno je tesno sodelovanje DMS v PV z vsemi zdravstvenimi timi in službami v zdravstvenem domu ter na sekundarni in terciarni ravni zdravstvenega varstva kot tudi z drugimi službami in organizacijami izven zdravstvenega doma, ki lahko kakorkoli pripomorejo k optimalni rešitvi stanja ali razmer pri posamezniku in družini. Nujna je večja podpora komunikaciji in sistematičnemu povezovanju z drugimi izvajalci ter dopolnjevanju pri izvajanju preventivnih programov (ZVC, RADM) in njenimi preventivnimi aktivnostmi v družini in lokalnem okolju, kjer je DMS v PV pobudnik in koordinator zdravstvenovzgojnega dela.

Za zagotovitev sistematičnega urejanja obsega, nadgradnje in financiranja preventivnih programov v patronažnem varstvu, je treba zagotoviti vključitev predstavnika patronažnega varstva v pogajanja za Splošni dogovor. Znotraj zdravstvenih domov je potrebno zagotoviti transparentno porabo sredstev, ki so namenjena za time v patronažnem varstvu. Hkrati je pomembno zagotoviti avtonomijo vodje patronažnega varstva pri upravljanju s kadrovskimi in materialnimi viri (tudi za osnovna sredstva). Patronažne službe morajo biti organizirane in delovati kot samostojne organizacijske enote/slужbe, katerih vodja je DMS v PV. DMS v PV so samostojne nosilke dejavnosti.

Za zagotovitev enakosti je pri dostopu do storitev patronažne službe treba upoštevati kriterij ruralnosti. Za obravnavo oseb brez zdravstvenega zavarovanja je pomembno zagotoviti financiranje storitev brez zapletenih administrativnih postopkov pri obračunu.

Ob podpori uporabnih in kompatibilnih informacijskih sistemov, ki bodo podpirali elektronsko izmenjavo podatkov med zdravstvenimi strokovnjaki, bodo DMS v PV lahko pravočasno pridobile ustrezen obseg podatkov o posameznikih (na primer registri bolnikov s kroničnimi boleznimi), kot tudi podatke, ki so nujni za izvajanje kontinuirane zdravstvene obravnave (na primer obvestila o porodih in rojstvih, nosečnicah), kar je bistveno za varno in kakovostno delo. S povečanjem pooblastil na profesionalni kartici moramo omogočiti enakopravno izmenjavo informacij med vsemi izvajalci zdravstvene oskrbe na vseh ravneh zdravstvenega varstva.

Ob naraščajočih potrebah po kurativnih storitvah in storitvah dolgotrajne oskrbe je v patronažnem varstvu smiselno zaposliti tehnike zdravstvene nege, ki se bodo vključevali v izvajanje ponovnih kurativnih obravnav izključno po presoji DMS v PV. Z namenom zagotavljanja kakovostne obravnave posameznikov v domačem okolju je treba nadgraditi delo DMS v PV z delovanjem v interdisciplinarnih timih.

Izobraževanje vseh zaposlenih v patronažnem varstvu o preventivnih programih in vsebinah širšega strokovnega področja preventive zagotavlja enakost pri preventivni obravnavi. Vpeljava specializacije iz patronažnega varstva je nujna in je hkrati osnova za kakovostno polivalentno obravnavo posameznikov v patronažnem varstvu.

Zaradi zahtevnega in obremenjujočega terenskega dela se za preprečevanje izgorelosti in za uspešno spopadanje z delovnimi izzivi kaže potreba po strokovni podpori kadra (intervizija, supervizija).

Z jasno opredelitvijo preventivnega dela v patronažnem varstvu bodo posamezniki v domačem okolju enakovredno obravnavani. Pri tem si je potrebno prizadevati za odstranitev administrativnih ovir. Za odpravo obstoječih neenakosti v številu prebivalcev na DMS v PV med posameznimi terenskimi področji je treba urediti mrežo v patronažnem varstvu.

Vloga DMS v PV je ključna v integriranih interdisciplinarnih preventivnih obravnavah »ranljivih« skupin prebivalstva. Pri posameznikih, ki ne morejo dostopati do zdravstvenih institucij, se preventivni programi lahko smiselno izvajajo v domačem okolju s strani DMS v PV.

Z aktivno vlogo DMS v PV pri zdravstvenosocialni obravnavi kroničnih bolnikov in oseb z različnimi oblikami oviranosti (hendikepirani) ter z dolgotrajnimi težavami pri izvajanju osnovnih življenjskih aktivnostih bodo zagotovljene možnosti preventive in rehabilitacije, podpore in učenja svojcev, laičnih negovalcev ter spodbude bolnika za učinkovito samooskrbo. DMS v PV je koordinator celostne obravnave bolnika.

Z oblikovanjem kazalnikov kakovosti v patronažnem varstvu bo dana možnost za spremljanje uspešnosti posameznih preventivnih programov v patronažnem varstvu.

Promocija primarnega zdravstvenega varstva in preventivne dejavnosti bo pozitivno vplivala tudi na prepoznavnost in pomen patronažne službe med laično in strokovno javnostjo ter utrdila vlogo patronažnega varstva pri krepitvi zdravja, preprečevanju bolezni in optimalnem okrevanju. To bomo dosegli z oblikovanjem protokolov za sistematične pristope k zmanjševanju neenakosti v zdravju, ki bodo povezali različne partnerje v lokalnem okolju.

3.3.3 Stališče DSK za nemedikamentozne obravnave (vidik izvajalcev v ZVC)

Sanja Vrbovšek

S ciljem kakovostnega in učinkovitega delovanja ZVC ter optimalne obravnave ogrožene populacije je potrebna vzpostavitev ZVC kot samostojnega centra v organizacijski strukturi zdravstvenega doma in hkrati sistemska ureditev statusa vseh ZVC v Sloveniji, skupaj s poenotenim preimenovanjem v centre za krepitev zdravja.

Za kakovostno, uspešno in učinkovito izvajanje nemedikamentoznih obravnav je pomembno zagotoviti ustrezne prostorske in materialne pogoje za delo v ZVC.

Nujno je natančno opredeliti protokol obravnave posameznika v ZVC, saj je sicer obravnava lahko preveč odvisna od osebne angažiranosti in strokovnega znanja posameznega izvajalca v ZVC in bo zaradi tega prihajalo do velikih neenakosti v dostopnosti in izvajanju nemedikamentoznih obravnav.

Smiselno je vzpostaviti sistemsko rešitev doslednega napotovanja vseh preventivno pregledanih oseb z identificirano ogroženostjo za kronične bolezni in prisotnimi dejavniki tveganja oziroma že zbolelih za kroničnimi boleznimi.

Potrebno je omogočiti napotovanje v ZVC tudi s strani zdravnikov specialistov s sekundarne ravni zdravstvenega varstva, saj so posamezniki v času obravnave na sekundarni ravni pogosto najbolj dovzetni za spremembo življenjskega sloga.

V vseh ZVC je nujna zagotovitev pravno-formalno imenovanega vodje ZVC, ki je ustrezno izobražen, dodatno usposobljen na NIJZ, izvaja vsaj del Programa svetovanja za zdravje in je v rednem delovnem času vezan na delovno mesto v ZVC.

Za vsak ZVC je potrebno določiti standard tima za izvedbo Programa svetovanja za zdravje ter zagotoviti ustrezno izobražen in na NIJZ dodatno usposobljen kader, ki je na delovno mesto v ZVC vezan v rednem delovnem času. Za zagotavljanje kakovostne nemedikamentozne obravnave v vseh ZVC je nujna izdelava kompetenčnega profila vseh izvajalcev v ZVC.

Prav tako je nujna zagotovitev namenske rabe finančnih sredstev za ZVC, skladno s postavljenim standardom tima, vsebino in obsegom dela ZVC.

Potrebno je nadgraditi sistem izobraževanja in usposabljanja izvajalcev v ZVC z vzpostavitvijo kontinuiranega strokovnega izpopolnjevanja po posameznih vsebinskih področjih s predpisanim obdobjem za obnavljanje znanj. Vzpostaviti je potrebno redne supervizijske delavnice.

Za zagotavljanje kakovostne nemedikamentozne obravnave je pomembna nadgraditev Programa svetovanja za zdravje: posodobitev vseh obstoječih zdravstvenovzgojnih delavnic, z organizacijskega in vsebinskega vidika kot tudi z vidika pristopa pri spreminjanju vedenja, povezanega z zdravjem, izdelava posodobljenih gradiv tako za izvajalce kot za udeležence Programa svetovanja za zdravje. V strukturo Programa svetovanja za zdravje je poleg osnovnih informativnih zdravstvenovzgojnih delavnic in dolgih strukturiranih obravnav treba vključiti tudi krajše delavnice za tiste, ki se ne morejo ali ne želijo udeležiti daljših strukturiranih obravnav v ZVC. Glede na aktualno problematiko je področje duševnega zdravja nujno nadgraditi z novimi vsebinami (formiranje delavnic za stres in anksioznost). Potrebno je omogočiti individualne obravnave (določen delež programa vsakega ZVC) na vseh področjih svetovanja za spremembo življenjskega sloga tistim, ki se zaradi različnih objektivnih razlogov ne morejo ali ne želijo udeležiti skupinske obravnave. S ciljem vzdrževanja spremenjenega življenjskega sloga je smiselno spodbujati vzpostavitev vzdrževalnih programov s povezavo z lokalno skupnostjo. Določene obravnave v Programu svetovanja za zdravje je nujno prilagoditi »ranljivim« skupinam prebivalstva.

S ciljem uspešnega in učinkovitega delovanja ZVC je potrebno aktivno povezovanje in sodelovanje ZVC z izvajalci preventive in promocije zdravja v zdravstveni dejavnosti, izvajanje komunikacijskih aktivnosti s pomočjo sredstev javnega obveščanja ter povezovanje z različnimi organizacijami z namenom krepitev zdravja in zmanjševanja neenakosti v lokalni skupnosti. Nujna je jasna opredelitev vsebine in finančnih sredstev za promocijo zdravja v lokalni skupnosti.

V sodelovanju z ADM/RADM in patronažno službo se zdi pomembno vzpostaviti dolgoročno spremljanje posameznikov po končani obravnavi v Programu svetovanja za zdravje.

Potrebno je izdelati kazalnike kakovosti dela v ZVC in jih kontinuirano spremljati.

Za optimalno delo in kakovostno obravnavo posameznikov v ZVC je nujna vzpostavitev informacijske podpore delu v ZVC, ki bo omogočala neposreden pretok informacij med ADM/RADM in ZVC ter povezavo s patronažno službo. Posebej je treba vzpostaviti protokol prenosa informacij z zunanjimi izvajalci – koncesionarji.

VIRI

Allender JA, Spradley Walton B. Community health nursing: Concepts and practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005.

De Chesnay M, Anderson AB. Caring for the vulnerable. 4th edition. Burlington, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers, Inc., 2015.

Farkaš Lainščak J, Buzeti T, Maučec Zakotnik J, ur. Zaključki ocene potreb uporabnikov in izvajalcev preventivnih programov za odrasle. Poročilo izsledkov kvalitativnih raziskav in stališč strokovnih delovnih skupin. Skupaj za zdravje. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015. Dostopno 7. 10. 2015 na: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/zakljucki_ocene_potreb_uporabnikov_in_izvajalcev_preventivnih_programov_za_odrasle.pdf.

Fras Z, Maučec Zakotnik J, Govc Eržen J, Vrbovšek S, Leskovšek B. Srčno-žilna preventiva v Sloveniji – zgodba o uspehu in/ali smo lahko še boljši? Slovenski forum za preventivo bolezni srca in žilja. Ljubljana: Združenje kardiologov Slovenije, Slovenska hiša srca, 2012: 10–30.

Harkness GA, DeMarco R. Community and public health nursing: Evidence for practice. 2nd edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2015.

Kadivec S, Bregar B, Buček Hajdarevič I, Černivec J, Horvat M, Klemenc D, et al. Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji za obdobje 2011–2020. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, 2011.

Kiger AM. Teaching for health. 3rd edition. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2004.

Klepp KI, ur. Health promotion: Achieving good health for all. Oslo: Helsedirektoratet, 2010.

Laurant M, Hermens R, Braspenning J, Sibbald B, Grol R. Impact of nurse practitioners on workload of general practitioners: randomized controlled trial. BMJ 2004; 328: 927–33.

Pahor M, ur. Zavezniki za zdravje: medpoklicno sodelovanje v zdravstvenih timih. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, 2014.

Pajnikihar M. Pravice pacientov glede informiranja in vključevanja v proces obravnave. V: Kokol P, Rijavec V, Kolenc L, Reberšek Gorišek J, Filej B, Brumec V, et al. Pacientove pravice in dolžnosti: zbornik predavanj z recenzijo. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede, 2009: 23–8.

Poplas Susič A, Marušič D. Referenčne ambulate – Model practices. Bilt-Ekon Organ Inform Zdrav 2011; 27: 9–17.

Poplas Susič T, Marušič D. Referenčne ambulate - ali so sposobne dosegati postavljene cilje? V: Poplas Susič T, Vajd R, ur. 15. Schrottovi dnevi. Ljubljana: Medicinski razgledi 2012; 51 (supl. 1): 117–21.

Poplas Susič T, Švab I, Kersnik J. Projekt referenčnih ambulant družinske medicine v Sloveniji. Zdrav Vestn 2013; 82: 635–47.

Poplas Susič T. Vloga referenčnih ambulant pri zagotavljanju kakovostne oskrbe bolnikov in kakovostnega sodelovanja med nivoji. V: Govc Eržen J, ur. 5. Majhnov dan. Aktualno v družinski medicini: zbornik predavanj. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine, 2013: 9–12.

Poplas Susič T, Švab I, Kersnik J, Klančič D, Živčec Kalan G, Klemenc D, et al. Predlog nacionalne strategije razvoja osnovne zdravstvene dejavnosti v Sloveniji do 2020. Dostopno 10. 10. 2015 na: http://www.drmed.org/wpcontent/uploads/2014/06/Strategija_DM-8.-4.-2013.pdf.

Saucier Lundy K, Janes S. Community health nursing. 3rd edition. Burlington, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers, Inc., 2013.

Skupaj za zdravje. Kvalitativna raziskava opravljena med izvajalci preventivnih programov za odrasle. Interno gradivo. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2014.

Švab I, Petek Šter M, Kersnik J, Živčec Kalan G, Car J. Presečna študija o delu zdravnikov splošne medicine v Sloveniji. Zdrav Var 2005; 44: 183–92.

The health promotion strategic framework. Dublin: Health Service Executive, 2011. Dostopno 6. 9. 2015 na: www.healthpromotion.ie/hp-files/docs/HPSF_HSE.pdf.

Zdravje 2020. Temeljna evropska izhodišča za vsevladno in vsedružno akcijo za zdravje in blagostanje. Kopenhagen: Svetovna zdravstvena organizacija, 2014.

Železnik D, Horvat M, Panikvar Žlahtič K, Filej B, Vidmar I. Aktivnosti zdravstvene nege v patronažnem varstvu. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2011.

Živčec Kalan G, Švab I, Car J. Možni vzroki obremenjenosti zdravnikov družinske medicine v Sloveniji. Zdrav Var 2003; 42: 167–72.

Wilson A, Pearson D, Hassey A. Barriers to developing the nurse practitioner role in primary care – the GP perspective. Fam Pract 2002; 19: 641–6.







Pred nami je besedilo, ki vključuje izsledke ocene potreb uporabnikov in izvajalcev preventivnih programov za odrasle v Sloveniji in je nastalo v okviru mednarodno podprtega projekta s pomenljivim in pomembnim naslovom Skupaj za zdravje. Velika skupina avtorjev je povezala svoje ugotovitve in videnja o preventivnem zdravstvenem varstvu, kar je bilo, glede na njihove različne profesionalne kulture in vloge v sistemu, že samo po sebi velik izziv. Rezultat je zanimiv in vreden komentarja.

Iz predgovora Majde Pahor