

UGOTOVITVE PILOTNE IZVEDBE PROGRAMA INTEGRIRANE PREVENTIVE KRONIČNIH NENALEZLJIVIH BOLEZNI IN ZMANJŠEVANJA NEENAKOSTI V ZDRAVJU PRI ODRASLIH

Ljubljana, julij 2016

UGOTOVITVE PILOTNE IZVEDBE PROGRAMA INTEGRIRANE PREVENTIVE KRONIČNIH NENALEZLJIVIH BOLEZNI IN ZMANJŠEVANJA NEENAKOSTI V ZDRAVJU PRI ODRASLIH

Nacionalni inštitut za javno zdravje, Zdravstveni dom Celje, Zdravstveni dom Vrhnika in Zdravstveni dom Sevnica

Urednici: Mirjam Rožič, Pia Vračko

Jezikovni pregled: Ivanka Huber

Izdajatelj: Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva cesta 2, Ljubljana

Spletni naslov: www.nijz.si

Kraj in leto izdaje: Ljubljana, 2016

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. Več o projektu www.skupajzazdravje.si in o programu www.norwaygrants.si in www.svrk.si.

KAZALO

KAZALO	3
KAZALO TABEL	4
KAZALO SLIK.....	12
SEZNAM KRATIC	17
POVZETEK	18
1 PILOTNA IZVEDBA PROGRAMA INTEGRIRANE PREVENTIVE KRONIČNIH NENALEZLJIVIH BOLEZNI IN ZMANJŠEVANJA NEENAKOSTI V ZDRAVJU PRI ODRASLIH.....	19
2 NAMEN IN METODOLOGIJA SPREMLJANJA PILOTNE IZVEDBE PROGRAMA	23
2.1 NAMEN PILOTNE IZVEDBE PROGRAMA	23
2.2 METODOLOGIJA SPREMLJANJA PILOTNE IZVEDBE PROGRAMA	24
3 IZVAJALCI PILOTNE IZVEDBE PROGRAMA.....	26
4 UDELEŽENCI PILOTNE IZVEDBE PROGRAMA	29
5 OBRAVNAVA RANLJIVIH OSEB	34
4.1 OBRAVNAVA RANLJIVIH OSEB V CENTRIH ZA SOCIALNO DELO	54
4.2 OBRAVNAVA RANLJIVIH OSEB V ZAVODIH REPUBLIKE SLOVENIJE ZA ZAPOSLOVANJE	63
4.3 OBRAVNAVA RANLJIVIH OSEB V NEVLADNIH ORGANIZACIJAH	72
4.4 KVALITATIVNO VREDNOTENJE OBRAVNAVE RANLJIVIH OSEB V CENTRIH ZA SOCIALNO DELO, ZAVODIH REPUBLIKE SLOVENIJE ZA ZAPOSLOVANJE IN NEVLADNIH ORGANIZACIJAH – OPAŽANJA IN MNENJA IZVAJALCEV	81
5 OBRAVNAVA OSEB V PATRONAŽNEM VARSTVU.....	83
6 OBRAVNAVA OSEB V REFERENČNIH AMBULANTAH IN AMBULANTAH DRUŽINSKE MEDICINE ...	99
7 OBRAVNAVA OSEB V CENTRIH ZA KREPITEV ZDRAVJA	100
7.1 IZVAJALCI V CENTRIH ZA KREPITEV ZDRAVJA.....	100
7.2 OBRAVNAVANE OSEBE V CENTRIH ZA KREPITEV ZDRAVJA.....	101
7.3 ZDRAVSTVENI STATUS OSEB, OBRAVNAVANIH V CENTRIH ZA KREPITEV ZDRAVJA.....	107
7.4 VHODNE POTI OSEB V CENTER ZA KREPITEV ZDRAVJA	108
7.5 OBRAVNAVA OSEB V CENTRIH ZA KREPITEV ZDRAVJA	110
7.6 IZVAJANJE PROGRAMA ZA KREPITEV ZDRAVJA V CENTRIH ZA KREPITEV ZDRAVJA.....	112
7.7 ZAKLJUČKI EVALVACIJE PILOTNE IZVEDBE PROGRAMA V CENTRIH ZA KREPITEV ZDRAVJA ..	117
8 ZADOVOLJSTVO UPORABNIKOV IN IZKUŠNJE TER PRIPOROČILA IZVAJALCEV Z OBRAVNAVO V CENTRIH ZA KREPITEV ZDRAVJA – PODROČJE ZDRAVE PREHRANE	121

9	ZADOVOLJSTVO UPORABNIKOV IN IZVAJALCEV Z OBRAVNAVO V CENTRIH ZA KREPITEV ZDRAVJA – PODROČJE TELESNE DEJAVNOSTI.....	138
9.1	ALI SEM FIT?	138
9.2	TEST TELESNE PRIPRAVLJENOSTI ZA STAREJŠE – SENIOR FITNESS TEST (SFT)	145
9.3	GIBAM SE.....	146
10	ZADOVOLJSTVO UPORABNIKOV IN IZVAJALCEV Z OBRAVNAVO V CENTRIH ZA KREPITEV ZDRAVJA - PODROČJE SLADKORNE BOLEZNI	159
10.1	ZVIŠAN KRVNI SLADKOR	161
10.2	SLADKORNA BOLEZEN TIP 2.....	165
10.3	S SLADKORNO BOLEZNIJO SKOZI ŽIVLJENJE	171
11	ZADOVOLJSTVO UPORABNIKOV IN IZVAJALCEV Z OBRAVNAVO V CENTRIH ZA KREPITEV ZDRAVJA - PODROČJE DUŠEVNEGA ZDRAVJA	181
11.1	TEHNIKE SPROŠČANJA	181
11.2	PODPORA PRI SPOPRIJEMANJU S TESNOBO	184
11.3	SPOPRIJEMANJE S STRESOM	191
11.4	ZAKLJUČKI EVALVACIJE PILOTNE IZVEDBE NOVIH DELAVNIC NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA	197
12	PRESEJANJE ZA TVEGANO IN ŠKODLJIVO PITJE ALKOHOLA.....	199
13	PRESEJANJE ZA FUNKCIJSKO MANJZMOŽNOST.....	245
14	UVAJANJE MEDKULTURNE MEDIATORKE ZA ALBANSKO GOVOREČO SKUPNOST V CENTRU ZA KREPITEV ZDRAVJA ZD CELJE IN V REFERENČNI/AMBULANTI DRUŽINSKE MEDICINE ZD VOJNIK	258
15	VKLJUČEVANJE RANLJIVIH OSEB V PREVENTIVNI PROGRAM S SKUPNOSTNIM PRISTOPOM IN VPELJEVANJE MEDKULTURNE MEDIACIJE V PREVENTIVNO OBRAVNAVO	285
16	UGOTOVITVE IN IZKUŠNJE ZBIRANJA PODATKOV V PILOTNI IZVEDBI PROGRAMA	289

KAZALO TABEL

Tabela 1:	Izvajalci pilotne izvedbe Programa	26
Tabela 2:	Število obravnavanih oseb v pilotni izvedbi Programa	29
Tabela 3:	Stopnja obravnave	30
Tabela 4:	Spol obravnavanih oseb	30
Tabela 5:	Starost obravnavanih oseb	31

Tabela 6:	Izobrazba obravnavanih oseb	32
Tabela 7:	Urejeno obvezno zdravstveno zavarovanje ob prvem stiku	33
Tabela 8:	Izbran osebni zdravnik ob prvem stiku	33
Tabela 9:	Število izvajalcev, ki so obravnavali ranljive osebe, glede na ustanovo in pilotno okolje	34
Tabela 10:	Število obravnavanih ranljivih oseb in število izvedenih obravnav ranljivih oseb.....	35
Tabela 11:	Obravnavane ranljive osebe glede na celotno ciljno populacijo	36
Tabela 12:	Obravnavane ranljive osebe glede na spol	37
Tabela 13:	Obravnavane ranljive osebe glede na starost.....	37
Tabela 14:	Osebe brez urejenega OZZ	38
Tabela 15:	Osebe brez izbranega osebnega zdravnika	38
Tabela 16:	Število obravnavanih oseb po ustanovi, ki je osebo obravnavala prva	39
Tabela 17:	Vrsta ranljivosti	40
Tabela 18:	Vrsta ranljivosti – drugo	41
Tabela 19:	Ovire v dostopu do preventivnega programa.....	45
Tabela 20:	Opravljen storitev – kaj je bilo osebi nudeno	46
Tabela 21:	Napotitev oseb v nadaljno obravnavo	47
Tabela 22:	Napotitev oseb v nadaljno obravnavo – drugo.....	49
Tabela 23:	Število ranljivih oseb, ki so opravile preventivni pregled	50
Tabela 24:	Ponovitev šifre obravnavanih ranljivih oseb v podatkovni bazi Ranljivi glede na pilotna okolja	50
Tabela 25:	Ponovitev šifre obravnavanih ranljivih oseb znotraj podatkovnega vira ranljivih glede na datum in lokacijo obravnave 1/2	51
Tabela 26:	Ponovitev šifre obravnavanih ranljivih oseb znotraj podatkovnega vira ranljivih glede na datum in lokacijo obravnave 2/2	52
Tabela 27:	Pojavnost obravnavanih ranljivih oseb v drugih podatkovnih virih.....	53
Tabela 28:	Število izvajalcev s strani CSD	54
Tabela 29:	Število obravnavanih ranljivih oseb s strani CSD	55
Tabela 30:	Spol obravnavanih ranljivih oseb s strani CSD	55
Tabela 31:	Starost obravnavanih ranljivih oseb s strani CSD.....	56
Tabela 32:	Vrsta ranljivosti (CSD).....	57
Tabela 33:	Vrsta ranljivosti – drugo (CSD)	57

Tabela 34:	Ovire v dostopu do preventivnih programov ranljivih oseb (CSD)	59
Tabela 35:	Ovire v dostopu do preventivnih programov ranljivih oseb (CSD) - drugo	59
Tabela 36:	Opravljen storitev – kaj je bilo osebi nudeno (CSD)	60
Tabela 37:	Kam je bila oseba napotena v nadaljno obravnavo (CSD)	62
Tabela 38:	Kam je bila oseba napotena v nadaljno obravnavo (CSD) – drugo	63
Tabela 39:	Število obravnav in obravnavanih ranljivih oseb s strani ZRSZ	63
Tabela 40:	Obravnavane ranljive osebe glede na spol (ZRSZ)	64
Tabela 41:	Obravnavane ranljive osebe glede na starost (ZRSZ)	64
Tabela 42:	Vrsta ranljivosti (ZRSZ)	65
Tabela 43:	Vrsta ranljivosti (ZRSZ) – drugo	66
Tabela 44:	Kam je bila oseba napotena v nadaljno obravnavo (ZRSZ)	68
Tabela 45:	Kam je bila oseba napotena v nadaljno obravnavo (ZRSZ) – drugo	68
Tabela 46:	Ovire v dostopu do preventivnih programov (ZRSZ)	69
Tabela 47:	Opravljen storitev – kaj je bilo osebi nudeno (ZRSZ)	71
Tabela 48:	Število izvajalcev iz NVO in število NVO	72
Tabela 49:	Število obravnav in obravnavanih ranljivih oseb (NVO)	73
Tabela 50:	Število obravnavanih ranljivih oseb (NVO)	73
Tabela 51:	Obravnavane ranljive osebe glede na spol (NVO)	74
Tabela 52:	Obravnavane ranljive osebe glede na starost (NVO)	74
Tabela 53:	Vrsta ranljivosti (NVO)	75
Tabela 54:	Vrsta ranljivosti (NVO) – drugo	76
Tabela 55:	Ovire v dostopu do preventivnega programa (NVO)	76
Tabela 56:	Ovire v dostopu do preventivnega programa (NVO) – drugo	76
Tabela 57:	Opravljen storitev – kaj je bilo osebi nudeno (NVO)	79
Tabela 58:	Kam je bila oseba napotena v nadaljno obravnavo (NVO)	80
Tabela 59:	Kam je bila oseba napotena v nadaljno obravnavo (NVO) – drugo	81
Tabela 60:	Število opravljenih patronažnih obiskov	84
Tabela 61:	Število obravnavanih oseb s strani patronažne službe	84
Tabela 62:	Število obravnavanih ranljivih oseb s strani patronažne službe	85
Tabela 63:	Število izvedenih dogodkov in obravnav oseb v lokalni skupnosti	86
Tabela 64:	Število obravnavanih oseb na dogodkih v lokalni skupnosti	86

Tabela 65:	Aktivnosti na dogodkih v lokalni skupnosti.....	89
Tabela 66:	Razlog obiska za preventivno obravnavo na domu glede na obravnave.....	90
Tabela 67:	Razlog obiska za preventivno obravnavo na domu glede na unikatno osebo.....	90
Tabela 68:	Število obravnavanih oseb v okviru Preventivnih obravnav na domu.....	91
Tabela 69:	Vzrok (neodzivnosti) za preventivno obravnavo na domu	93
Tabela 70:	Izvedene aktivnosti ob obisku pri neodzivniku v okviru preventivne obravnave	93
Tabela 71:	Neodzivne osebe, ki so se po motiviranju patronažne sestre udeležile preventivnega pregleda v ADM/RADM	95
Tabela 72:	Neodzivne osebe, ki so se po motiviranju patronažne sestre udeležile preventivnega pregleda v CKZ	95
Tabela 73:	Število izvedenih preventivnih pregledov na domu pri neodzivnikih in drugih.....	96
Tabela 74:	Število preventivno pregledanih oseb v ADM in RADM	99
Tabela 75:	Izvajalci pilotne izvedbe novega koncepta CKZ po profilih, po pilotnih okoljih in skupno.....	101
Tabela 76:	Spolna struktura oseb, obravnavanih v CKZ, po pilotnih okoljih	102
Tabela 77:	Starostna struktura oseb, obravnavanih v CKZ, po pilotnih okoljih.....	103
Tabela 78:	Stopnja izobrazbe oseb, obravnavanih v CKZ, po pilotnih okoljih	105
Tabela 79:	Zaposlitveni status oseb, obravnavanih v CKZ, po pilotnih okoljih.....	107
Tabela 80:	Zdravstveni status oseb, obravnavanih v CKZ, po pilotnih okoljih.....	107
Tabela 81:	Vhodne poti oseb v CKZ, po pilotnih okoljih	110
Tabela 82:	Število izvedenih posameznih obravnav in povprečno število udeležencev na obravnavo, po pilotnih okoljih	115
Tabela 83:	Skupno število udeležencev na prvih srečanjih posameznih obravnav, za vsa tri pilotna okolja skupaj	116
Tabela 84:	Odzivnost na srečanja (ZD Sevnica)	122
Tabela 85:	Odzivnost na srečanje (ZD Celje).....	124
Tabela 86:	Odzivnost na srečanje (ZD Vrhnika, CSD).....	127
Tabela 87:	Ali sem FIT?: Kako ste se počutili v skupini?	139
Tabela 88:	Ali sem FIT?: Kako vam je ustrezalo delo v skupini?	139
Tabela 89:	Ali sem FIT?: Kako vam je ustrezala dolžina posameznih srečanj/testiranja v delavnici?	139
Tabela 90:	Ali sem FIT?: Ali vam je individualni posvet koristil?	140
Tabela 91:	Ali sem FIT?: Na srečanjih smo imeli udeleženci možnost zastavljanja vprašanj	140

Tabela 92: Ali sem FIT?: Dobil sem odgovore na vprašanja	141
Tabela 93: Ali sem FIT?: Vsebine so bile predstavljene na razumljiv način	141
Tabela 94: Ali sem FIT?: Vsebine so bile predstavljene na razumljiv način	142
Tabela 95: Ali sem FIT?: Kako uporabna so se vam zdela gradiva?	142
Tabela 96: Ali sem FIT?: V kolikšni meri boste pridobljena znanja in veščine lahko uporabili v svojem vsakdanjem življenju?	143
Tabela 97: Ali sem FIT?: Ali boste delavnico/testiranje priporočili tudi drugim?	143
Tabela 98: Ali sem FIT?: V kolikšni meri je testiranje izpolnilo vaša pričakovanja?	144
Tabela 99: Ali sem FIT?: Ali mislite, da vam bo udeležba v pomoč pri spreminjanju vaših navad?	144
Tabela 100: Gibam se: Kako vam je ustrezalo delo v skupini?	146
Tabela 101: Gibam se: Se vam je zdela skupina ustrezno velika?	147
Tabela 102: Gibam se: Kako vam je ustrezala dolžina posameznih srečanj/testiranja v delavnici? ..	147
Tabela 103: Gibam se: Ali vam je individualni posvet koristil?	147
Tabela 104: Gibam se: Na srečanjih smo imeli udeleženci možnost zastavljanja vprašanj.....	148
Tabela 105: Gibam se: Dobil sem odgovore na vprašanja.....	148
Tabela 106: Gibam se: Vsebine so bile predstavljene na razumljiv način	148
Tabela 107: Gibam se: Kako razumljiva so se vam zdela gradiva?	149
Tabela 108: Gibam se: Kako uporabna so se vam zdela gradiva?	149
Tabela 109: Gibam se: V kolikšni meri boste pridobljena znanja in veščine lahko uporabili v svojem vsakdanjem življenju?	149
Tabela 110: Gibam se: Ali boste delavnico/testiranje priporočili tudi drugim?	150
Tabela 111: Gibam se: Ali mislite, da vam bo udeležba v pomoč pri spreminjanju vaših navad?	150
Tabela 112: Gibam se: V kolikšni meri je delavnica izpolnila vaša pričakovanja?	150
Tabela 113: Obravnave s področja sladkorne bolezni	160
Tabela 114: Zvišan krvni sladkor: Kako ste se počutili v skupini?	161
Tabela 115: Zvišan krvni sladkor: Se vam je zdela skupina ustrezno velika?	161
Tabela 116: Zvišan krvni sladkor: Kako vam je ustrezala dolžina posameznih srečanj v delavnici?...	162
Tabela 117: Zvišan krvni sladkor: Na srečanjih smo imeli udeleženci možnost zastavljanja vprašanj.....	162
Tabela 118: Zvišan krvni sladkor: Dobil sem odgovore na vprašanja	162
Tabela 119: Zvišan krvni tlak: Vsebine so bile predstavljene na razumljiv način	163

Tabela 120: Zvišan krvni sladkor: Kako razumljiva so se vam zdela gradiva?.....	163
Tabela 121: Zvišan krvni sladkor: Ali boste delavnico/testiranje priporočili tudi drugim?	164
Tabela 122: SB tip 2: Kako ste se počutili v skupini/pri svetovanju?	166
Tabela 123: SB tip 2: Se vam je zdela skupina ustrezno velika?	166
Tabela 124: SB tip 2: Kako vam je ustrezala dolžina posameznih srečanj v delavnici?	166
Tabela 125: SB tip 2: Na srečanjih smo imeli udeleženci možnost zastavljanja vprašanj.....	167
Tabela 126: SB tip 2: Dobil sem odgovore na vprašanja.....	167
Tabela 127: SB tip 2: Vsebine so bile predstavljene na razumljiv način	167
Tabela 128: SB tip 2: Kako razumljiva so se vam zdela gradiva?	168
Tabela 129: SB tip 2: V kolikšni meri boste pridobljena znanja in veščine lahko uporabili v svojem vsakdanjem življenju?.....	168
Tabela 130: SB tip 2: Ali boste delavnico/testiranje priporočili tudi drugim?.....	169
Tabela 131: S SB skozi življenje: Kako ste se počutili v skupini?	172
Tabela 132: S SB skozi življenje: Se vam je zdela skupina ustrezno velika?.....	172
Tabela 133: S SB skozi življenje: Kako vam je ustrezala dolžina posameznih srečanj v delavnici?.....	172
Tabela 134: S SB skozi življenje: Na srečanjih smo imeli udeleženci možnost zastavljanja vprašanj.....	173
Tabela 135: S SB skozi življenje: Dobil sem odgovore na vprašanja	173
Tabela 136: S SB skozi življenje: Vsebine so bile predstavljene na razumljiv način.....	173
Tabela 137: S SB skozi življenje: Kako razumljiva so se vam zdela gradiva?.....	174
Tabela 138: S SB skozi življenje: V kolikšni meri boste pridobljena znanja in veščine lahko uporabili v svojem vsakdanjem življenju?.....	174
Tabela 139: S sladkorno boleznijo skozi življenje: Ali boste delavnico priporočili tudi drugim?.....	174
Tabela 140: Tehnike sproščanja: Kako ste se počutili v skupini/pri svetovanju?	181
Tabela 141: Tehnike sproščanja: Se vam je zdela skupina ustrezno velika?	181
Tabela 142: Tehnike sproščanja: Kako vam je ustrezala dolžina posameznih srečanj v delavnici? ...	182
Tabela 143: Tehnike sproščanja: Na srečanjih smo imeli udeleženci možnost zastavljanja vprašanj.....	182
Tabela 144: Tehnike sproščanja: Dobil sem odgovore na vprašanja.....	182
Tabela 145: Tehnike sproščanja: Vsebine so bile predstavljene na razumljiv način	183
Tabela 146: Tehnike sproščanja: V kolikšni meri boste pridobljena znanja in veščine lahko uporabili v svojem vsakdanjem življenju?.....	183

Tabela 147: Tehnike sproščanja: Ali boste delavnico/testiranje priporočili tudi drugim?	183
Tabela 148: Podpora pri spoprijemanju s tesnobo: Kako vam je ustrezalo delo v skupini?	184
Tabela 149: Podpora pri spoprijemanju s tesnobo: Se vam je zdela skupina ustrezno velika?	184
Tabela 150: Podpora pri spoprijemanju s tesnobo: Kako vam je ustrezala dolžina posameznih srečanj/testiranja v delavnici?	185
Tabela 151: Podpora pri spoprijemanju s tesnobo: Na srečanjih smo imeli udeleženci možnost zastavljanja vprašanj.....	185
Tabela 152: Podpora pri spoprijemanju s tesnobo: Dobil sem odgovore na vprašanja.....	185
Tabela 153: Podpora pri spoprijemanju s tesnobo: Vsebine so bile predstavljene na razumljiv način.....	186
Tabela 154: Podpora pri spoprijemanju s tesnobo: Ali so srečanja pripomogla k izboljšanju vašega počutja?	186
Tabela 155: Podpora pri spoprijemanju s tesnobo: Kako razumljiva so se vam zdela gradiva?	186
Tabela 156: Podpora pri spoprijemanju s tesnobo: V kolikšni meri boste pridobljena znanja in veščine lahko uporabili v svojem vsakdanjem življenju?	187
Tabela 157: Podpora pri spoprijemanju s tesnobo: Ali boste delavnico/testiranje priporočili tudi drugim?	187
Tabela 158: Spoprijemanje s stresom: Kako vam je ustrezalo delo v skupini?	191
Tabela 159: Spoprijemanje s stresom: Se vam je zdela skupina ustrezno velika?	191
Tabela 160: Spoprijemanje s stresom: Kako vam je ustrezala dolžina posameznih srečanj/testiranja v delavnici?	192
Tabela 161: Spoprijemanje s stresom: Na srečanjih smo imeli udeleženci možnost zastavljanja vprašanj.....	192
Tabela 162: Spoprijemanje s stresom: Dobil sem odgovore na vprašanja.....	192
Tabela 163: Spoprijemanje s stresom: Vsebine so bile predstavljene na razumljiv način	193
Tabela 164: Spoprijemanje s stresom: Ali so srečanja pripomogla k izboljšanju vašega počutja?	193
Tabela 165: Spoprijemanje s stresom: Kako razumljiva so se vam zdela gradiva?	193
Tabela 166: Spoprijemanje s stresom: V kolikšni meri boste pridobljena znanja in veščine lahko uporabili v svojem vsakdanjem življenju?.....	194
Tabela 167: Spoprijemanje s stresom: Ali boste delavnico/testiranje priporočili tudi drugim?	194
Tabela 168: Število in deleži presejanih oseb po ustanovi	201
Tabela 169: Število in deleži presejanih oseb po profilu izvajalca	202
Tabela 170: Stanje presejanih oseb, po pilotnih okoljih.....	204

Tabela 171: Stanje presejane osebe, po ustanovi	205
Tabela 172: Stanje presejane osebe, po profilu izvajalca obravnave, znotraj ugotovljenih stanj presejane osebe	207
Tabela 173: Število in deleži oseb, ki presegajo meje manj tveganega pitja alkohola, po ustanovi, po pilotnih okoljih	210
Tabela 174: Število in deleži presejanih oseb, ki presegajo meje manj tveganega pitja alkohola, po profilih, skupaj in po pilotnih okoljih	211
Tabela 175: Število in deleži presejanih oseb, ki T/ŠpA, skupaj in po pilotnih okoljih	214
Tabela 176: Število presejanih oseb, pri katerih je ugotovljen (sum na) razvit SOA, glede na ustanovo obravnave	216
Tabela 177: Vrste izvedenih storitev, po profilih izvajalcev obravnave	220
Tabela 178: Vrste izvedenih storitev po profilu izvajalca	222
Tabela 179: Število oseb, ki T/ŠpA, napotenih v nadaljnjo obravnavo.....	224
Tabela 180: Število oseb, pri katerih je bil ugotovljen (sum na) SOA, napotenih v nadaljnjo obravnavo	225
Tabela 181: Število izvedenih srečanj za svetovanje za opuščanje T/ŠpA, vključeni vsi, ki so ob presejanju pili čezmerno; glede na uspešnost obravnave.....	231
Tabela 182: Število izvedenih srečanj za svetovanje za opuščanje T/ŠpA, vključeni le tisti, ki so ob presejanju T/ŠpA; glede na uspešnost obravnave.....	233
Tabela 183: Povprečno trajanje posameznega izvedenega srečanja za svetovanje, glede na uspešnost obravnave	235
Tabela 184: Povprečni časovni razmak med 1. in 2. ter med 1. in zadnjim srečanjem T/ŠpA	236
Tabela 185: Časovni razmak med 1. in 2. ter predzadnjim in zadnjim srečanjem, glede na uspešnost obravnave	236
Tabela 186: Število in dolžina srečanja/pogovorov v procesu spremljanja.....	239
Tabela 187: Stanje osebe ob spremljanju v različnih časovnih točkah po zaključku svetovanja	239
Tabela 188: Stanje osebe glede pitja alkohola ob zaključku svetovanja in v izbranih časovnih točkah spremljanja.....	240
Tabela 189: Izid presejanja glede na pilotno okolje	250
Tabela 190: Ocena statusa glede stanja mišične moči	253
Tabela 191: Izid presejanja in ocena statusa mišične moči	255
Tabela 192: Končni ukrepi glede na pilotno okolje.....	256
Tabela 193: Število načrtovanih in izpeljenih pregledov ob prisotnosti medkulturne mediatorke ...	273

KAZALO SLIK

Slika 1:	V pilot vključeni izvajalci glede na pilotno okolje	27
Slika 2:	V pilot vključeni izvajalci glede na ustanovo	27
Slika 3:	V pilot vključeni izvajalci glede na ustanovo in pilotno okolje	28
Slika 4:	Število obravnavanih oseb glede na pilotno okolje	29
Slika 5:	Število obravnavanih oseb po spolu.....	30
Slika 6:	Število obravnavanih oseb po starosti	31
Slika 7:	Število izvajalcev, ki so obravnavali ranljive osebe, glede na ustanovo in pilotno okolje...	35
Slika 8:	Število obravnavanih ranljivih oseb	36
Slika 9:	Število izvedenih obravnav ranljivih oseb	36
Slika 10:	Vrsta ranljivosti.....	42
Slika 11:	Vrsta ranljivosti glede na lokacijo pilota	43
Slika 12:	Vrsta ranljivosti po starostnih skupinah.....	44
Slika 13:	Ovire v dostopu do preventivnih programov ranljivih oseb glede na lokacijo	45
Slika 14:	Opravljen storitev – kaj je bilo osebi nudeno.....	46
Slika 15:	Napotitev osebe v nadaljnjo obravnavo	48
Slika 16:	Dinamika števila obravnavanih ranljivih oseb in števila vnosov obravnav v sistem 1ka v pilotnem okolju ZD Celje.....	53
Slika 17:	Dinamika števila obravnavanih ranljivih oseb in števila vnosov obravnav v sistem 1ka v pilotnem okolju ZD Vrhnika	54
Slika 18:	Dinamika števila obravnavanih ranljivih oseb in števila vnosov obravnav v sistem 1ka v pilotnem okolju ZD Sevnica	54
Slika 19:	Število obravnavanih ranljivih oseb s strani CSD po pilotnih okoljih	55
Slika 20:	Vrsta ranljivosti po pilotnem okolju (CSD)	58
Slika 21:	Ovire v dostopu do preventivnih programov ranljivih oseb (CSD).....	60
Slika 22:	Opravljen storitev – kaj je bilo osebi nudeno (CSD)	61
Slika 23:	Kam je bila oseba napotena v nadaljnjo obravnavo (CSD).....	62
Slika 24:	Število obravnavanih ranljivih oseb s strani ZRSZ	63
Slika 25:	Vrsta ranljivosti (ZRSZ).....	67
Slika 26:	Vrsta ranljivosti (ZRSZ) glede na pilotno okolje.....	67
Slika 27:	Ovire v dostopu do preventivnih programov (ZRSZ)	70

Slika 28:	Ovire v dostopu do preventivnih programov (ZRSZ) glede na pilotno okolje	70
Slika 29:	Opravljen storitev – kaj je bilo osebi nudeno (ZRSZ).....	71
Slika 30:	Opravljen storitev – kaj je bilo osebi nudeno (ZRSZ) glede na pilotno okolje.....	72
Slika 31:	Število obravnavanih ranljivih oseb (NVO).....	73
Slika 32:	Ovire v dostopu do preventivnega programa (NVO)	78
Slika 33:	Ovire v dostopu do preventivnega programa (NVO) glede na pilotna okolja.....	78
Slika 34:	Opravljen storitev – kaj je bilo osebi nudeno (NVO)	79
Slika 35:	Opravljen storitev – kaj je bilo osebi nudeno (NVO) glede na pilotna okolja	80
Slika 36:	Število opravljenih patronažnih obiskov	83
Slika 37:	Število obravnavanih oseb v patronažni službi	85
Slika 38:	Izvedeni dogodki v lokalni skupnosti s strani patronažne službe.....	86
Slika 39:	Izvedeni dogodki v lokalni skupnosti s strani patronažne službe – Odprta vrata za zdravje	87
Slika 40:	Izvedeni dogodki v lokalni skupnosti s strani patronažne službe – posvetovalnica v lokalni skupnosti.....	87
Slika 41:	Aktivnosti na dogodkih v lokalni skupnosti	89
Slika 42:	Izvajalci pilotne izvedbe novega koncepta CKZ po profilih, za vsa tri pilotna okolja skupaj 101	
Slika 43:	Delež oseb, obravnavanih v CKZ, po pilotnih okoljih	102
Slika 44:	Delež oseb, obravnavanih v CKZ, po spolu in pilotnih okoljih.....	102
Slika 45:	Delež oseb, obravnavanih v CKZ, po starostnih razredih in pilotnih okoljih	104
Slika 46:	Stopnja izobrazbe oseb, obravnavanih v CKZ, za vsa tri pilotna okolja skupaj	105
Slika 47:	Zaposlitveni status oseb, obravnavanih v CKZ, za vsa tri pilotna okolja skupaj	106
Slika 48:	Zdravstveni status oseb, obravnavanih v CKZ, po pilotnih okoljih in skupaj.....	108
Slika 49:	Najpogostejše vhodne poti oseb v CKZ za vsa tri pilotna okolja skupaj	109
Slika 50:	Deleži preventivno pregledanih oseb, ki so bile obravnavane v posameznih pilotnih CKZ.....	111
Slika 51:	Delež pacientov, s katerimi je bil opravljen individualni razgovor ob vstopu v CKZ, po pilotnih okoljih.....	111
Slika 52:	Delež oseb, ki so bile ob vstopu v CKZ usmerjene na posamezne zdravstvenovzgojne delavnice/individualna svetovanja v Programu za krepitev zdravja, gledano za vsa pilotna okolja skupaj.....	112

Slika 53:	Deleži oseb, ki so bile ob vstopu v CKZ usmerjene na posamezne sklope obravnav v Programu za krepitev zdravja, po posameznih pilotnih okoljih	113
Slika 54:	Deleži oseb, ki so bile ob vstopu v CKZ usmerjene v posamezne Svetovalnice v okviru Poglobljenih obravnav za krepitev zdravja, po posameznih pilotnih okoljih	113
Slika 55:	Deleži izvedenih obravnav po sklopih obravnav v Programu za krepitev zdravja, za vsa tri pilotna okolja skupaj	114
Slika 56:	Deleži izvedenih obravnav po Svetovalnicah v okviru Poglobljenih obravnav za krepitev zdravja, za vsa tri pilotna okolja skupaj	114
Slika 57:	Delež udeležencev, ki bi posamezno vrsto obravnave v CKZ želeli priporočiti tudi drugim	117
Slika 58:	Delo v skupini	129
Slika 59:	Velikost skupine.....	129
Slika 60:	Dolžina srečanj	130
Slika 61:	Individualni posvet	131
Slika 62:	Zastavljanje vprašanj	131
Slika 63:	Odgovor na vprašanja	132
Slika 64:	Razumljiva predstavitev vsebin	133
Slika 65:	Razumljivost gradiv	133
Slika 66:	Uporabnost znanja in veščin	134
Slika 67:	Priporočitev delavnice	135
Slika 68:	Število in deleži presejanih oseb za T/ŠpA in SOA.....	200
Slika 69:	Deleži presejanih oseb po profilu izvajalca	201
Slika 70:	Število in deleži presejanih oseb po izobrazbi obravnavanega	203
Slika 71:	Stanje presejanih oseb	203
Slika 72:	Stanje presejanih oseb, po pilotnih okoljih	204
Slika 73:	Stanje presejanih oseb, po ustanovi, številkah in deležih	206
Slika 74:	Izobrazba presejanih oseb, znotraj ugotovljenega stanja glede pitja alkohola.	208
Slika 75:	Število in deleži oseb, ki presegajo meje manj tveganega pitja alkohola, po pilotnih okoljih	209
Slika 76:	Delež oseb, ki presegajo MMTpA glede na pilotno okolje	209
Slika 77:	Število in deleži oseb, ki presegajo meje manj tveganega pitja alkohola, po ustanovi	210
Slika 78:	Deleži presejanih oseb, ki presegajo meje manj tveganega pitja alkohola, po profilih izvajalcev obravnave	212

Slika 79:	Število in deleži presejanih oseb, ki presegajo MMTpA, po stopnji izobrazbe	212
Slika 80:	Število in deleži presejanih oseb, ki T/ŠpA, po pilotnih okoljih.....	213
Slika 81:	Število in deleži presejanih oseb, ki T/ŠpA, po ustanovi obravnave	213
Slika 82:	Število in deleži presejanih oseb, ki T/ŠpA, po profilu izvajalca obravnave.....	214
Slika 83:	Stopnja izobrazbe presejanih oseb, ki T/ŠpA	215
Slika 84:	Število presejanih oseb, pri katerih je ugotovljen (sum na) razvit SOA, glede na pilotna okolja	215
Slika 85:	Število presejanih oseb, pri katerih je bil ugotovljen (sum na) razvit SOA, po profilu izvajalca obravnave	216
Slika 86:	Izobrazba oseb, pri katerih je ugotovljen (sum na) razvit SOA	217
Slika 87:	Presejani svojci oseb, ki presegajo MMTpA, po ustanovah izvedene obravnave.....	217
Slika 88:	Število in deleži presejanih oseb, ki abstininirajo ali pijejo manj tvegano, glede na pilotna okolja.....	218
Slika 89:	Število in deleži presejanih oseb, ki abstininirajo ali pijejo manj tvegano, glede na ustanovo izvedenega presejanja	218
Slika 90:	Število in deleži presejanih oseb, ki abstininirajo ali pijejo manj tvegano, glede na stopnjo izobrazbe	219
Slika 91:	Vrste izvedenih storitev pri osebah, ki T/Š pijejo alkoholne pijače.....	219
Slika 92:	Vrste izvedenih storitev pri osebah, ki imajo ugotovljen (sum na) razvit SOA	221
Slika 93:	Vrste izvedenih storitev pri osebah, ki imajo (sum na) razvit SOA.....	221
Slika 94:	Vrste izvedenih storitev za svojce	222
Slika 95:	Deleži predhodno napotenih oseb v obravnavo zaradi čezmernega pitja alkohola, znotraj ustanov, po profilih strokovnjakov	223
Slika 96:	Predhodno napotene osebe v obravnavo, znotraj ustanove, glede na profil, ki je predhodno napotil.....	224
Slika 97:	Napotitev oseb, ki T/ŠpA, v nadaljnjo obravnavo, po profilu izvajalca obravnave	225
Slika 98:	Napotitev oseb, ki T/ŠpA, v nadaljnjo obravnavo	226
Slika 99:	Možnost izvajanja obravnave na ustrezno diskreten način, skupaj in po pilotnih okoljih	226
Slika 100:	Povezovanje s konkretnim strokovnjakom, za napotitev obravnavane/-ga v obravnavo	227
Slika 101:	Povezovanje s konkretnim strokovnjakom, od koder je bila obravnavana oseba napotena k izvajalcu/-ki.....	228
Slika 102:	Število obravnavanih oseb, pri katerih je bilo izvedeno svetovanje za spremembo vedenja, po zaporedju srečanja, po pilotnih okoljih	228

Slika 103: Stanje obravnavane osebe po zaključku svetovanja	229
Slika 104: Stanje osebe ob zaključku obravnave, glede na stanje ob začetku obravnave.....	230
Slika 105: Število izvedenih srečanj za svetovanje za proces opuščanja T/ŠpA	230
Slika 106: Število izvedenih srečanj za svetovanje za opuščanje T/ŠpA, vključeni vsi, ki so ob presejanju pili čezmerno; glede na uspešnost obravnave	232
Slika 107: Število izvedenih srečanj za svetovanje za opuščanje T/ŠpA, vključeni le tisti, ki so ob presejanju T/ŠpA; glede na uspešnost obravnave	233
Slika 108: Trajanje posameznega izvedenega srečanja	234
Slika 109: Spremljanje pivskih navad.....	237
Slika 110: Spremljanje glede na uspešnost svetovanja	238
Slika 111: Nudene oblike podpore ob spremljanju, 1 mesec po koncu svetovanja	240
Slika 112: Število presejanih oseb za funkcijsko manjzmožnost	246
Slika 113: Spol presejanih oseb za funkcijsko manjzmožnost	247
Slika 114: Starost presejanih oseb za funkcijsko manjzmožnost.....	247
Slika 115: Od kod je bila oseba napotena na presejanje za funkcijsko manjzmožnost.....	248
Slika 116: Število presejanih oseb glede na lokacijo pilotnega okolja.....	248
Slika 117: Algoritem presejanja za funkcijsko manjzmožnost v CKZ.....	249
Slika 118: Izid presejanja glede na pilotno okolje.....	250
Slika 119: Izid presejanja glede na spol	251
Slika 120: Izid presejanja glede na starostne razrede	251
Slika 121: Izid presejanja glede na starost do 70 let, od 71 do 80 leta in 81 let in več	252
Slika 122: Ocena statusa mišične moči	253
Slika 123: Ocena statusa mišične moči po spolu	254
Slika 124: Ocena statusa mišične moči po starosti.....	255
Slika 125: Korelacija testov	256
Slika 126: Čas, potreben za presejanje	257

SEZNAM KRATIC

ADM	ambulanta družinske medicine, ki ni referenčna ambulanta
CKZ	center za krepitev zdravja
CSD	center za socialno delo
DMS	diplomirana medicinska sestra
DMS v PV	diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu
DMS v RADM	diplomirana medicinska sestra v referenčni ambulanti družinske medicine
KNB	kronične nenalezljive bolezni
MZ	Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije
NIJZ	Nacionalni inštitut za javno zdravje
NVO	nevladna organizacija
OE NIJZ	območna enota Nacionalnega inštituta za javno zdravje
OZZ	obvezno zdravstveno zavarovanje
Program	Program integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih
RADM	referenčna ambulanta družinske medicine
SB	sladkorna bolezen
T/ŠpA	Tvegano in škodljivo pitje alkohola
ZD	zdravstveni dom
ZDM	zdravnik družinske medicine
ZRSZ	Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje
ZVC	zdravstvenovzgojni center
ZZZS	Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

POVZETEK

Projekt Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju – Skupaj za zdravje je namenjen nadgradnji preventivnih programov za otroke, mladostnike in odrasle, zmanjševanju neenakosti v zdravju, vključevanju ranljivih skupin v preventivno zdravstveno varstvo ter krepitvi zdravja v lokalni skupnosti. V okviru programa Norveškega finančnega mehanizma 2009 – 2014 ga je vodil Nacionalni inštitut za javno zdravje.

V pilotni izvedbi Programa integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih (v nadaljevanju Program), ki je trajal od 31. 3. do 30. 11. 2015 (8 mesecev) je bilo skupno obravnavanih 4346 različnih oseb. Pri pilotni izvedbi so sodelovale različne ustanove (skupno 118 izvajalcev), nevladne organizacije, številni strokovnjaki in udeleženci, ki so ugotavljali izvedljivost in sprejemljivost novih pristopov in novih preventivnih vsebin.

Obravnavo oseb je potekala v sodelovanju zdravstvenega doma in partnerjev v lokalnem okolju.

V pilotnih okoljih so tako sodelovali Zdravstveni domovi (Celje, Sevnica in Vrhnika), Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje (Območna enota Celje, Območna enota Sevnica in Urad za delo Vrhnika), Center za socialno delo (Celje in Sevnica), Varna hiša Celje, Javni zavod Socio Celje, Območno združenje Rdečega križa Sevnica in Ozara Slovenija, enota Sevnica.

V pilotni izvedbi smo spremljali izvedljivost programa, predvsem z vidika povezovanja deležnikov v zdravstvu s socialnimi ustanovami, nevladnimi organizacijami in drugimi deležniki v lokalni skupnosti, kar naj bi okrepilo vključevanje ranljivih posameznikov v preventivne programe. Ugotavljali smo tudi sprejemljivost novih pristopov, vsebin in delovnih gradiv za izvajalce in uporabnike Programa.

Ugotovitve pilotne izvedbe programa so pripomogle k izboljšanju vsebin, organizacije in upravljanja programa pred njegovo širitvijo v druge zdravstvene domove po Sloveniji.

1 PILOTNA IZVEDBA PROGRAMA INTEGRIRANE PREVENTIVE KRONIČNIH NENALEZLJIVIH BOLEZNI IN ZMANJŠEVANJA NEENAKOSTI V ZDRAVJU PRI ODRASLIH

Pia Vračko, Mirjam Rožič

V okviru projekta Skupaj za zdravje smo v Delovnem sklopu 2 – Odrasli razvili nove vsebine, orodja in pristope za učinkovitejše vključevanje ciljne populacije v že potekajoče Program preprečevanja in obvladovanja kroničnih nenalezljivih bolezni (v nadaljevanju KNB) pri odraslih na primarni ravni zdravstvenega varstva ter za usposabljanje za delo z ranljivo populacijo. Posodobili smo vsebine preventivnih obravnav, da le-te bolje upoštevajo potrebe uporabnikov.

Nove rešitve smo zasnovali na podlagi Ocene potreb uporabnikov in izvajalcev preventivnih programov za odrasle in stališč strokovnih delovnih skupin ter jih povezali v Program integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih (v nadaljevanju Program). Njegova vsebina je predstavljena v publikaciji Program integrirane preventive KNB in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih - pilotno testiranje integriranih procesov vključevanja in obravnav ciljne populacije v okviru projekta Skupaj za zdravje (1).

Orodja in pristopi za delo z ranljivo populacijo so prikazani v priročniku Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba: priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev ter v publikaciji Standard za zagotavljanje enakosti v zdravstveni oskrbi ranljivih skupin in orodje za samoocenjevanje zdravstvenih ustanov (2).

Ker je bilo preverjanje izvedljivosti Programa osnovni namen njegove pilotne izvedbe, je bilo ključno podrobno spremljanje pilotiranja Programa. Spremljanje je bilo zasnovano na način, da se spremlja izvedljivost Programa, ustreznost usposabljanja izvajalcev in delovnih gradiv ter zadovoljstvo izvajalcev in uporabnikov. Metodologija spremljanja je predstavljena v priročniku Pilotno testiranje programa integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih: priročnik za spremljanje z opredelitvijo kazalnikov (3).

Vprašalniki za zbiranje podatkov pilotne izvedbe Programa ter navodila izvajalcem so predstavljeni v poglavju Spremljanje in evalvacija publikacije Program integrirane preventive KNB in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih pilotno izvajanje integriranih procesov vključevanja in obravnav ciljne populacije v okviru projekta Skupaj za zdravje (4).

V pričujočem poročilu so predstavljene ugotovitve pilotne izvedbe Programa, ali ga je bilo v praksi mogoče izvesti skladno z načrtom ter kako so izvajalci in udeleženci sprejeli nove vsebine. Že v času pilotnega izvajanja so se, glede na sprotne komentarje in predloge iz pilotnih okolij, uvajale prilagoditve Programa. Ugotovitve pilotne izvedbe so bile upoštevane pri pripravi končnih vsebin Programa.

Pilotna izvedba Programa je potekala od 31. 3. 2015 do 30. 11. 2015 v pilotnih okoljih Zdravstvenega doma Celje (v nadaljevanju ZD Celje), Zdravstvenega doma Sevnica (v nadaljevanju ZD Sevnica) in

Zdravstvenega doma Vrhnika (v nadaljevanju ZD Vrhnika); vodil in koordiniral ga je Nacionalni inštitut za javno zdravje (v nadaljevanju NIJZ).

Pilotna izvedba prenovljenega preventivnega programa je doprinesla k ovrednotenju ustreznosti vsebin ter izvedljivosti in optimizaciji Programa.

Potek pilotnega izvajanja Programa je predstavljen v poročilih Poročilo o poteku pilotnega testiranja Programa integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih. Ruralno okolje ZD Sevnica in ZD Vrhnika (5) ter Poročilo o poteku pilotnega testiranja Programa integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih. Urbano okolje ZD Celje (6).

V pilotni izvedbi Programa smo testirali naslednja področja:

- Skupnostni pristop za boljše zdravje in zmanjševanje neenakosti v lokalnem okolju

Na podlagi novega koncepta skupnostnega pristopa za krepitev zdravja in zmanjševanje neenakosti v zdravju smo preizkusili delovanje in sodelovanje struktur in deležnikov v lokalnem okolju. Pri skupnostnem pristopu je v ospredju uporabnik programa, zato je tovrsten pristop prilagojen njegovim potrebam. Poudarek je na spretnostih in kompetencah vseh sodelujočih in na spoštovanju avtonomnosti posameznika. Skupnostni pristop omogoča boljši dostop do storitev in programov, razvoj podpornih mrež in skupin za samopomoč ter upošteva formalne in neformalne oblike pomoči.

- Vključevanje ranljivih skupin prebivalstva z različnimi ovirami v dostopu do zdravstvene službe v zdravstveni sistem in preventivno obravnavo

Ugotavljali smo, kako se ranljive skupine z različnimi ovirami v dostopu do zdravstvene službe vključujejo v zdravstveni sistem in kakšna je njihova obravnava. Posebno pozornost smo namenili identificiranju ranljivih skupin ter vlogi in povezovanju posameznih strokovnjakov, različnih organizacij. V nevladnih organizacijah (v nadaljevanju NVO), centrih za socialno delo (v nadaljevanju CSD) in zavodih Republike Slovenije za zaposlovanje (v nadaljevanju ZRSZ) ter lokalnega okolja pri njihovem vstopu v zdravstveni sistem. Izjemno pomembno je medsektorsko sodelovanje, ki ga predvideva model skupnostnega pristopa, in opolnomočenje sodelujočih za delo z ranljivimi skupinami.

- Odpravljanje razlogov za ne vključevanje vabljenih na preventivni pregled in nadaljnjo obravnavo znotraj zdravstvene službe

Preverili smo razloge za ne vključevanje vabljenih na preventivni pregled in njihovo obravnavo znotraj zdravstvene službe. Med novimi pristopi se uvaja tudi patronažni obisk oseb, ki se po treh vabljenjih vabilu na preventivni pregled v referenčno ambulantno družinske medicine (v nadaljevanju RADM) ali ambulantno družinske medicine (v nadaljevanju ADM) še vedno ne odzovejo. Tako bi zagotovili boljšo motiviranost za udeležbo, v nasprotnem primeru patronažna služba izvede preventivni pregled na domu.

- Delovanje novonastalega Centra za krepitev zdravja v zdravstvenem domu in v lokalnem okolju

Iz obstoječega Zdravstvenovzgojnega centra (v nadaljevanju ZVC) smo oblikovali Center za krepitev zdravja (v nadaljevanju CKZ) in testirali njegovo delovanje. CKZ omogoča okrepitev skrbi za javno zdravje in zmanjševanje neenakosti v zdravju na lokalni ravni, racionalizacijo in optimizacijo rabe sredstev za promocijo zdravja in preventivo za splošno populacijo ter ogrožene in zbolele za KNB na lokalni ravni. V ospredju je zagotavljanje kakovosti kadrov in programov ter izboljšanje zdravstvenih kazalcev in determinant zdravja na lokalni ravni.

- Izvajanje novih programov za podporo pri spremembi življenjskega sloga in opolnomočenje

V CKZ smo preizkušali obravnavo oseb z dejavniki tveganja za KNB, ogroženih za KNB in bolnikov s KNB. Izvajali smo programe nemedikamentozne obravnave in opolnomočenja za krepitev zdravja ter za življenje s KNB, predvsem na področju duševnega, telesnega in socialnega zdravja.

- Povezovanje, sodelovanje in komunikacijske poti izvajalcev Programa

Preverjali smo povezovanje, sodelovanje in komunikacijske poti izvajalcev preventivnega programa, skladno s procesom izvajanja preventivnega programa in potjo bolnika v preventivnem programu. Podrobneje smo preverili poti pacienta, proces vključevanja patronažne službe pri obravnavi ranljivih skupin ter poti povezovanja in sodelovanja zdravstvenih strokovnjakov z nevladnimi in drugimi organizacijami ter lokalnim okoljem.

- Ustreznost izobraževanj izvajalcev pilotne izvedbe Programa

Za potrebe pilotne izvedbe smo izvedli in testirali naslednja izobraževanja za izvajalce Programa:

- izobraževanje za razumevanje neenakosti v zdravju, ranljivih skupin in skupnostnega pristopa h krepitevi zdravja in zmanjševanja neenakosti,
- izobraževanje za izvajanje Programa,
- izobraževanje za izvajalce Programa,
- izobraževanje za patronažne medicinske sestre za izvajanje integrirane preventive KNB na domu,
- interdisciplinarno izobraževanje za Tvegano in škodljivo pitje alkohola,
- izobraževanje o presejanju za tesnobo in funkcijsko manjzmožnost ter
- modul razvijanja kulturnih kompetenc - usposabljanje zdravstvenih delavcev za delo z ranljivimi skupinami.

- Zadovoljstvo izvajalcev in uporabnikov

Preverjali smo zadovoljstvo izvajalcev z vsebinami Programa, načrtom izvajanja ter izobraževanji. Zanimalo nas je tudi zadovoljstvo udeležencev Programa za krepitev zdravja v CKZ.

1. Farkaš Lainščak J, Huber I, Maučec Zakotnik J, Sedlar N, Vrbovšek S. Program integrirane preventive KNB in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih pilotno testiranje integriranih procesov vključevanja in obravnav ciljne populacije v okviru projekta Skupaj za zdravje - (Projekt Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju odraslih). [El. Knjiga] Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015. Dostopno na: http://www.skupajzazdravje.si/media/e_verzija_prirocnik_program.integrirane.preventive.knb_2015.pdf
2. Keršič Svetel M, Jelenc A, Gosenca K, Škraban J, Pistotnik S, Lipovec Čebren U, Bofulin M, Farkaš Lainščak J. Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba: priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2016. Dostopno na: <http://www.skupajzazdravje.si/media/prirocnik.kulturne.kompetence.2016.pdf>
3. Vračko P in Rožič M (ur.). Pilotno testiranje programa integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih [Elektronski vir] : priročnik za spremljanje z opredelitvijo kazalnikov. - El. knjiga. - Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2016. Dostopno na: http://www.skupajzazdravje.si/media/spremljanjeinkazalnikipilotnegatestiranja_program.integrirane.preventive.knb.pdf
4. Vračko P, Buzeti T, Maučec Zakotnik J, Paulin M, Milavec M, Poličnik R, Zaletel J, Vrbovšek S, Horvat M, Čuš B, Hočevar T, Knific T, Djomba JK, Kralj M in Rožič M. Spremljanje in evalvacija. V: Farkaš Lainščak J, Huber I, Maučec Zakotnik J, Sedlar N, Vrbovšek S (ur.). Program integrirane preventive KNB in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih pilotno testiranje integriranih procesov vključevanja in obravnav ciljne populacije v okviru projekta Skupaj za zdravje - (Projekt Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju odraslih). [El. Knjiga] Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015. Dostopno na: http://www.skupajzazdravje.si/media/e_verzija_prirocnik_program.integrirane.preventive.knb_2015.pdf
5. Rožič M, Kralj M in Vračko P. Poročilo o poteku pilotnega testiranja Programa integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih. Ruralno okolje ZD Sevnica in ZD Vrhnika. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2016. Dostopno na: http://www.skupajzazdravje.si/media/porociloopotekupilotnegatestiranja_ruralnookolje_program.integrirane.preventive.knb.pdf
6. Rožič M, Kralj M in Vračko P. Poročilo o poteku pilotnega testiranja Programa integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih. Urbano okolje ZD Celje. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2016. Dostopno na: http://www.skupajzazdravje.si/media/porociloopotekupilotnegatestiranja_urbanookolje_program.integrirane.preventive.knb.pdf

2 NAMEN IN METODOLOGIJA SPREMLJANJA PILOTNE IZVEDBE PROGRAMA

Pia Vračko, Mirjam Rožič

2.1 NAMEN PILOTNE IZVEDBE PROGRAMA

Pilotna izvedba Programa je predhodna izvedba v majhnem obsegu, z namenom:

- da bi ocenili izvedljivost, čas, stroške, neželene in nepredvidene dogodke v Programu,
- da se predvidi ozka grla in izboljša zasnovo Programa pred izvedbo v polnem obsegu,
- da se preveri izvedljivost v praksi, v kontroliranem, vendar »živem« okolju in
- da se razišče prilagodljivost Programa za različna izhodiščna okolja.

S pilotno izvedbo Programa smo proučevali:

- izvedljivost vsebine pilotiranega Programa v vnaprej določenem obsegu,
- število obravnavanih oseb in opravljenih storitev pri vsakem izvajalcu glede na previden plan,
- demografske in socialno-ekonomske lastnosti obravnavanih oseb,
- uspešnost pri vključevanju ranljivih oseb,
- zadovoljstvo izvajalcev in uporabnikov Programa,
- časovno ustreznost izvedbe: trajanje delavnic v CKZ, trajanje izobraževanja, ali je potrebnega več časa za obravnavo ranljive osebe,
- ali pridobivanje, posredovanje in zbiranje podatkov podpira obseg in kakovostno izvajanje Programa,
- finančni vidik Programa – ocena sredstev, potrebnih za izvedbo Programa ter
- kadrovske vidik izvedljivosti Programa.

Na področju zmanjševanja neenakosti v zdravju in obravnave ranljivih oseb je bil namen pilotne izvedbe Programa tudi pridobiti vpogled v število in obseg obravnave ranljivih oseb, kar je pomemben podatek za načrtovanje nadaljnje implementacije Programa.

Neodzivna oseba je oseba, ki se trikrat ni odzvala na vabljenje na preventivni pregled v okviru RADM. Namen pilotne izvedbe je bil ugotoviti razloge za neodzivnost.

Namen pilotne izvedbe je bil tudi utemeljiti obseg financiranja CKZ, RADM in preventivnih storitev v patronažnem varstvu ter izvedbe motivacijskih in javnozdravstvenih vsebin za ranljive v lokalni skupnosti (poleg že obstoječega pavšala za izvedbo aktivnosti promocije zdravja v lokalni skupnosti).

Ta sredstva vključujejo tudi obravnavo oseb, ki nimajo urejenega obveznega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljevanju OZZ).

2.2 METODOLOGIJA SPREMLJANJA PILOTNE IZVEDBE PROGRAMA

Pilotno izvedbo Programa smo spremljali s sprotnim zbiranjem podatkov od izvajalcev.

Za kvantitativno spremljanje smo uporabili kazalnike, ki so opredeljeni v priročniku Pilotno testiranje programa integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih: priročnik za spremljanje z opredelitvijo kazalnikov (1).

Kvalitativne podatke in informacije smo zbrali z usmerjenimi intervjuji z izvajalci tekom in ob zaključku pilota. Zbirali in beležili smo tudi podatke o morebitnih težavah pri izvajanju Programa, ki smo jih sproti reševali.

Izvajalci so poročali opravljeno delo v obdobju pilotnega izvajanja za namen njegovega spremljanja na tri načine, in sicer preko sistema 1KA, v pisni obliki in po elektronski pošti.

Podatke o pilotnem izvajanju Programa smo torej zbirali z vprašalniki v 1KA, v pisni obliki ali po elektronski pošti (2).

V 1KA¹ smo zbirali podatke z naslednjimi vprašalniki:

- Izvajalci pilota,
- Ranljivi,
- Ovire pri urejanju OZZ,
- T/ŠpA,
- Aktivnost DMS v patronažnem varstvu (DMS v PV) v lokalni skupnosti,
- Preventivna pilotna obravnava v okviru patronažnega varstva,
- Vstop v CKZ in
- Izvedljivost obravnav v CKZ.

Podatke smo zbirali tudi v pisni obliki, in sicer so izvajalci po pošti pošiljali na NIJZ izpolnjene tabele oziroma obrazce:

- Soglasje obravnavane osebe,
- Tabela evidentiranja neodzivnih oseb,
- Tabela patronažni obiski,
- Tabela obravnav diplomirane medicinske sestre v referenčni ambulanti družinske medicine (DMS v RADM),
- Seznam preventivno pregledanih oseb v referenčni ambulanti družinske medicine (RADM),
- Tabela obravnav v ambulanti družinske medicine (ADM),

¹ 1KA je odprtokodna aplikacija, ki omogoča storitev spletnega anketiranja. Gre za spletno storitev (SaaS - Software as a Service).

- Seznam preventivno pregledanih oseb v ADM,
- Odzivnost na vabljenje na obravnavo v CKZ,
- Zadovoljstvo uporabnikov z obravnavo v CKZ.

Izvajalci so imeli možnost pošiljanja podatkov po elektronski pošti, in sicer na obrazcih:

- Tabela obravnav DMS v RADM,
- Tabela obravnav v ADM,
- Odzivnost na vabljenje na obravnavo v CKZ.

V času pilotnega izvajanja so imeli izvajalci stalno podporo NIJZ pri vnašanju podatkov preko telefona in elektronske pošte. Sproti smo odpravljali težave in pomanjkljivosti.

Zaradi pomanjkanja časa izvajalci niso uspeli sproti vnašati vseh podatkov. Kljub motivaciji in spodbudi do konca pilotne izvedbe niso uspeli zagotoviti popolnega vnosa podatkov. V poročilu so analizirani zbrani podatki, ki po naših ocenah predstavljajo več kot 90 % izvedenih storitev v času pilotnega izvajanja.

Uporabljena literatura in viri

1. Vračko P in Rožič M (ur.). Pilotno testiranje programa integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih [Elektronski vir] : priročnik za spremljanje z opredelitvijo kazalnikov. - El. knjiga. - Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2016. Dostopno na: http://www.skupajzazdravje.si/media/spremljanjeinkazalnikipilotnegatestiranja_program.integrirane_preventive.knb.pdf
2. Vračko P, Buzeti T, Maučec Zakotnik J, Paulin M, Milavec M, Poličnik R, Zaletel J, Vrbovšek S, Horvat M, Čuš B, Hočevart T, Knific T, Djomba JK, Kralj M in Rožič M. Spremljanje in evalvacija. V: Farkaš Lainščak J, Huber I, Maučec Zakotnik J, Sedlar N, Vrbovšek S (ur.). Program integrirane preventive KNB in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih pilotno testiranje integriranih procesov vključevanja in obravnav ciljne populacije v okviru projekta Skupaj za zdravje - (Projekt Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju odraslih). [El. Knjiga] Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015. Dostopno na: http://www.skupajzazdravje.si/media/e_verzija_prirocnik_program.integrirane.preventive.knb_2015.pdf

3 IZVAJALCI PILOTNE IZVEDBE PROGRAMA

Pia Vračko, Mirjam Rožič, Marcel Kralj

V pilotno izvedbo je bilo skupno vključenih 118 izvajalcev. 57 (48,3 %) oseb je izvajalo pilotno testiranje v pilotnem okolju ZD Celje, 23 (19,5 %) oseb v pilotnem okolju ZD Sevnica, 23 (19,5 %) oseb v pilotnem okolju ZD Vrhnika in 15 (12,7 %) v Ljubljani - NIJZ (Tabela 1, Slika 1).

Tabela 1: Izvajalci pilotne izvedbe Programa

		Celje	Sevnica	Vrhnika	LJ	Skupaj
ZRSZ	N	13	5	4	0	22
	%	22,8%	21,7%	17,4%	0,0%	18,6%
CSD	N	2	1	0	0	3
	%	3,5%	4,3%	0,0%	0,0%	2,5%
NVO	N	7	1	0	0	8
	%	12,3%	4,3%	0,0%	0,0%	6,8%
DRUGO	N	5	0	0	0	5
	%	8,8%	0,0%	0,0%	0,0%	4,2%
CKZ	N	10	6	5	0	21
	%	17,5%	26,1%	21,7%	0,0%	17,8%
ADM	N	0	0	2	0	2
	%	0,0%	0,0%	8,7%	0,0%	1,7%
RADM	N	5	2	2	0	9
	%	8,8%	8,7%	8,7%	0,0%	7,6%
PS	N	14	7	9	0	30
	%	24,6%	30,4%	39,1%	0,0%	25,4%
NIJZ	N	1	1	1	15	18
	%	1,8%	4,3%	4,3%	100,0%	15,3%
Skupaj	N	57	23	23	15	118
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

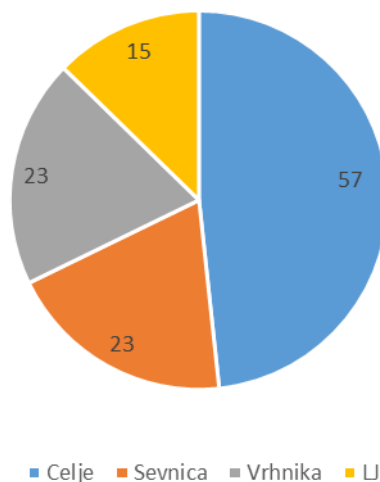
NVO: Društvo regionalna varna hiša Celje, Javni zavod Socio Celje, Območno združenje Rdečega križa Sevnica

DRUG: Zavetišče za brezdomce Celje in Center za odvisnost od prepovedanih drog Celje

Z ZRSZ je sodelovalo 22 (18,6 %) izvajalcev, od tega 13 v pilotnem okolju ZD Celje, 5 v pilotnem okolju ZD Sevnica in 4 v pilotnem okolju ZD Vrhnika.

S CSD so sodelovali 3 (2,5 %) izvajalci, od tega 2 v pilotnem okolju ZD Celje in 1 v pilotnem okolju ZD Sevnica. Na CSD Vrhnika so Program sicer izvajali, vendar niso zbirali podatkov, zato njihove aktivnosti v tem poročilu niso prikazane.

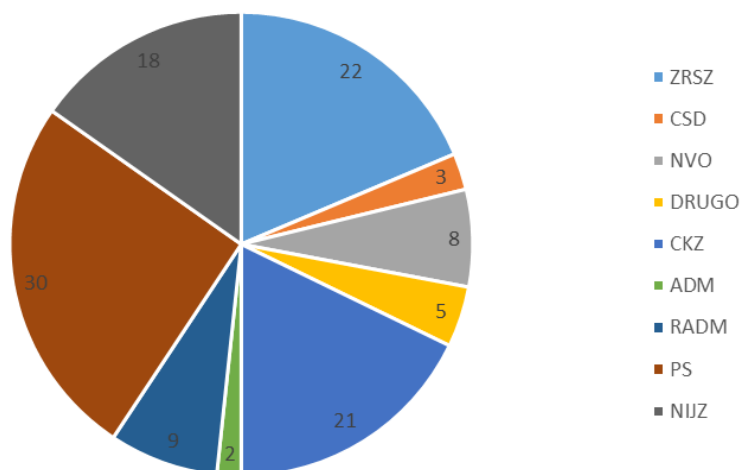
8 (6,8 %) izvajalcev je bilo iz NVO in 5 (4,2 %) iz drugih ustanov.



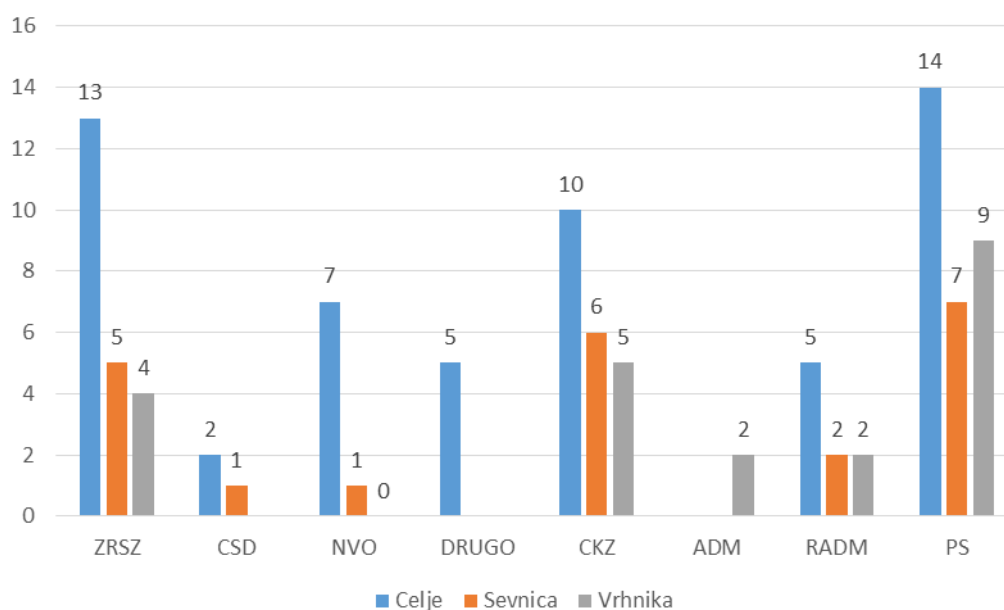
Slika 1: V pilot vključeni izvajalci glede na pilotno okolje

Iz NIJZ je sodelovalo 18 izvajalcev, od tega 15 iz centralne enote NIJZ ter po 1 iz OE NIJZ Celje, OE NIJZ Novo Mesto in OE NIJZ Ljubljana (Tabela 1, Slika 2 in Slika 3).

62 (52,6 %) izvajalcev je bilo iz ZD, od tega 30 izvajalcev iz patronažne službe (14 iz ZD Celje, 7 iz ZD Sevnica, 9 iz ZD Vrhnika), 21 izvajalcev iz CKZ (10 iz ZD Celje, 6 iz ZD Sevnica, 5 iz ZD Vrhnika), 9 izvajalcev iz RADM (5 iz ZD Celje, 2 iz ZD Sevnica in 2 iz ZD Vrhnika) ter 2 izvajalca iz ADM (ZD Vrhnika).



Slika 2: V pilot vključeni izvajalci glede na ustanovo



Slika 3: V pilot vključeni izvajalci glede na ustanovo in pilotno okolje

Uporabljena literatura in viri

3. Vračko P in Rožič M (ur.). Pilotno testiranje programa integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih [Elektronski vir] : priročnik za spremljanje z opredelitvijo kazalnikov. - El. knjiga. - Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2016. Dostopno na: http://www.skupajzdravje.si/media/spremljanjeinkazalnikipilotnegatestiranja_program.integrirane_preventive.knb.pdf
4. Vračko P, Buzeti T, Maučec Zakotnik J, Paulin M, Milavec M, Poličnik R, Zaletel J, Vrbovšek S, Horvat M, Čuš B, Hočevlar T, Knific T, Djomba JK, Kralj M in Rožič M. Spremljanje in evalvacija. V: Farkaš Lainščak J, Huber I, Maučec Zakotnik J, Sedlar N, Vrbovšek S (ur.). Program integrirane preventive KNB in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih pilotno testiranje integriranih procesov vključevanja in obravnav ciljne populacije v okviru projekta Skupaj za zdravje - (Projekt Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju odraslih). [El. Knjiga] Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015. Dostopno na: http://www.skupajzdravje.si/media/e_verzija_prirocnik_program.integrirane.preventive.knb_2015.pdf

4 UDELEŽENCI PILOTNE IZVEDBE PROGRAMA

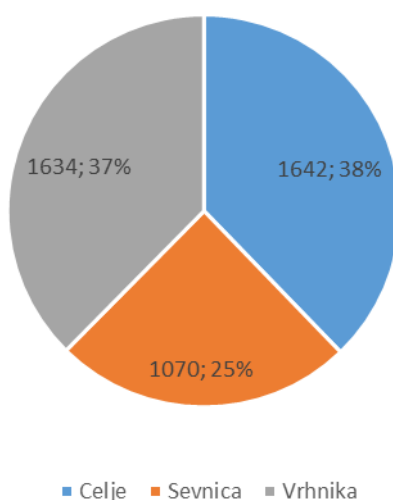
Pia Vračko, Mirjam Rožič, Marcel Kralj

V pilotni izvedbi Programa je bilo obravnavanih 4346 različnih oseb (Tabela 2).

Tabela 2: Število obravnavanih oseb v pilotni izvedbi Programa

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
ADM	N	0	0	118	118
	%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
Alkohol	N	88	82	18	188
	%	46,8%	43,6%	9,6%	100,0%
CKZ Vstop	N	414	300	471	1185
	%	34,9%	25,3%	39,7%	100,0%
PS Lokalna	N	377	96	444	917
	%	41,1%	10,5%	48,4%	100,0%
PS Neodzivni	N	67	13	34	114
	%	58,8%	11,4%	29,8%	100,0%
RADM	N	482	158	334	974
	%	49,5%	16,2%	34,3%	100,0%
Ranljivi	N	214	421	215	850
	%	25,2%	49,5%	25,3%	100,0%
Skupaj	N	1642	1070	1634	4346
	%	37,8%	24,6%	37,6%	100,0%

*ista oseba je šteta samo enkrat, zato prikaz obravnave po virih ne odraža pravega števila obravnavanih oseb znotraj posameznega vira



Slika 4: Število obravnavanih oseb glede na pilotno okolje

1642 (37,8 %) oseb je bilo obravnavanih v pilotnem okolju ZD Celje, kar predstavlja 3,2 % ciljne populacije, 1070 (24,6 %) oseb v pilotnem okolju ZD Sevnica, to predstavlja 7,5 % ciljne populacije, ter 1634 (27,6 %) pilotnem okolju ZD Vrhnika, kar predstavlja 8,4 % ciljne populacije (Tabela 3, Slika 4).

Tabela 3: Stopnja obravnave

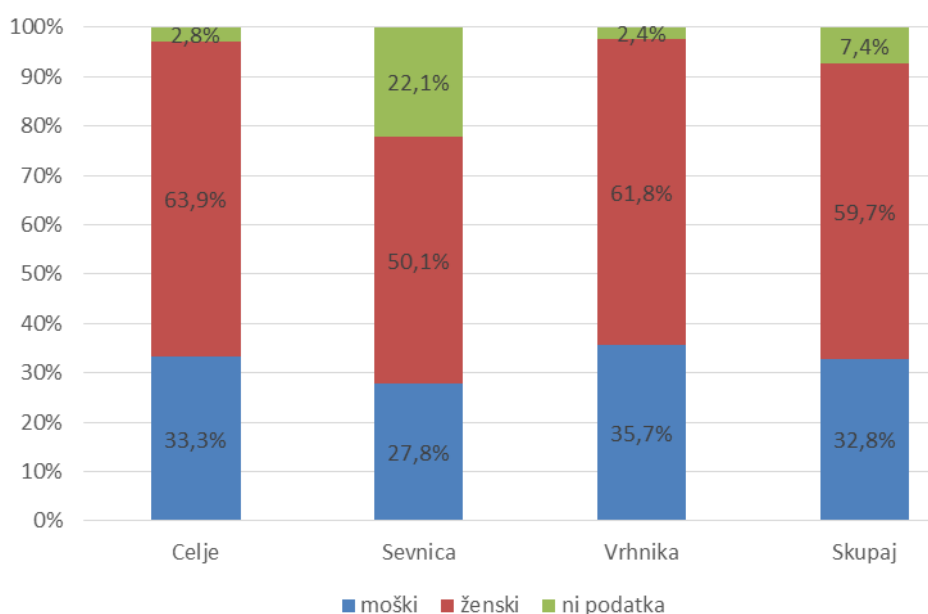
		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
Število obravnavanih oseb	N	1642	1070	1634	4346
Velikost populacije (20+)	N	51908	14252	19418	85578
Stopnja obravnave	%	3.2%	7.5%	8.4%	5.1%

V pilotni izvedbi je bilo obravnavanih 1427 (32,8 %) moških in 2596 (59,7 %) žensk, 323 (7,4 %) oseb se ni opredelilo glede spola (Tabela 4, Slika 5).

V vseh treh pilotnih okoljih je bilo obravnavanih več žensk kot moških. Obravnavane osebe so bile stare povprečno 57 let (min. 21 let, max. 96 let). Največ udeležencev (24,6 %) je bilo v vseh treh pilotnih okoljih iz starostne skupine 51 – 60 let (Tabela 5, Slika 6).

Tabela 4: Spol obravnavanih oseb

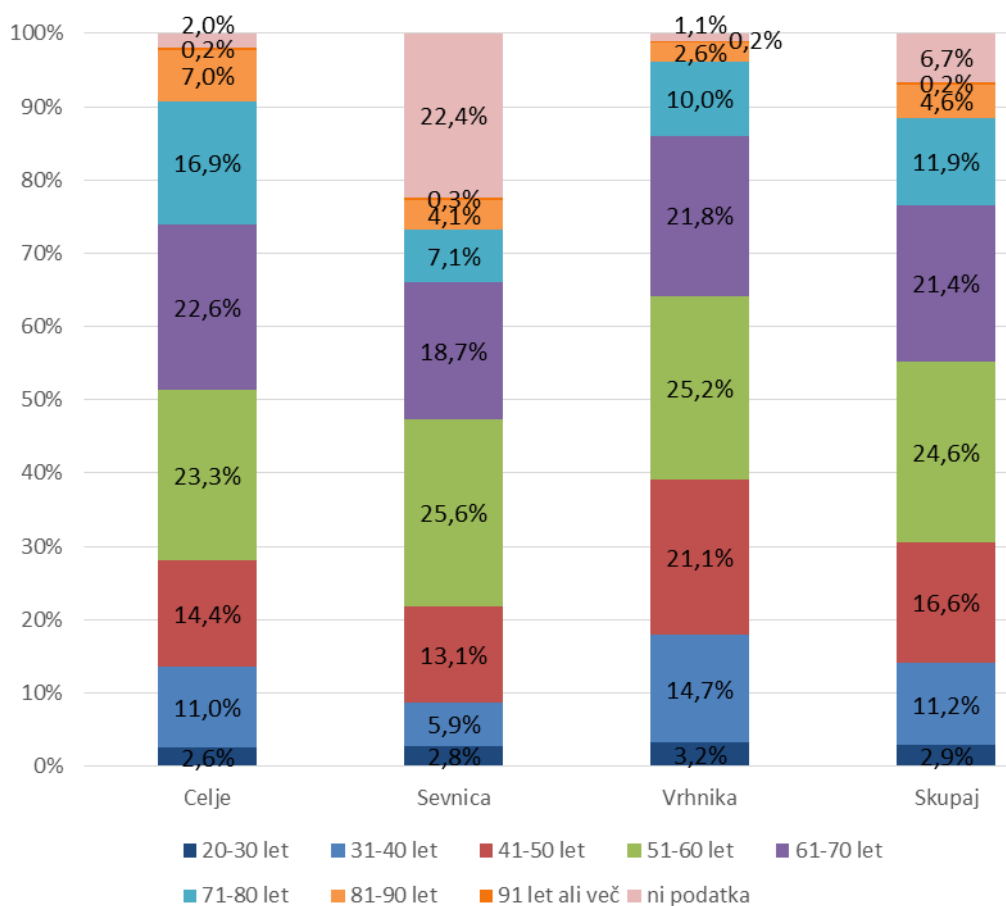
		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
Spol					
moški	N	546	297	584	1427
	%	33,3%	27,8%	35,7%	32,8%
ženski	N	1050	536	1010	2596
	%	63,9%	50,1%	61,8%	59,7%
ni podatka	N	46	237	40	323
	%	2,8%	22,1%	2,4%	7,4%



Slika 5: Število obravnavanih oseb po spolu

Tabela 5: Starost obravnavanih oseb

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
Starost					
20-30 let	N	42	30	52	124
	%	2,6%	2,8%	3,2%	2,9%
31-40 let	N	181	63	241	485
	%	11,0%	5,9%	14,7%	11,2%
41-50 let	N	237	140	345	722
	%	14,4%	13,1%	21,1%	16,6%
51-60 let	N	382	274	411	1067
	%	23,3%	25,6%	25,2%	24,6%
61-70 let	N	371	200	357	928
	%	22,6%	18,7%	21,8%	21,4%
71-80 let	N	277	76	164	517
	%	16,9%	7,1%	10,0%	11,9%
81-90 let	N	115	44	43	202
	%	7,0%	4,1%	2,6%	4,6%
91 let ali več	N	4	3	3	10
	%	0,2%	0,3%	0,2%	0,2%
ni podatka	N	33	240	18	291
	%	2,0%	22,4%	1,1%	6,7%
dovorečie		59	57	54	57



Slika 6: Število obravnavanih oseb po starosti

Od skupno 4346 udeležencev imamo podatek o izobrazbi le za 509 udeležencev, od katerih ima 164 oseb srednjo strokovno izobrazbo, 97 jih ima nižjo ali srednjo poklicno izobrazbo, 95 osnovnošolsko izobrazbo ter 30 oseb univerzitetno (vklj. 2. bolonjsko stopnjo) ali višjo izobrazbo (Tabela 6).

Tabela 6: Izobrazba obravnavanih oseb

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
Brez šolske izobrazbe	N	1	1	0	2
	%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%
Nedokončana osnovnošolska izobrazba, 1–7 razredov	N	8	3	0	11
	%	0,5%	0,3%	0,0%	0,3%
Osnovnošolska izobrazba	N	34	45	16	95
	%	2,1%	4,2%	1,0%	2,2%
Nižja ali srednja poklicna izobrazba	N	34	41	22	97
	%	2,1%	3,8%	1,3%	2,2%
Srednja strokovna izobrazba	N	105	44	15	164
	%	6,4%	4,1%	0,9%	3,8%
Srednja splošna izobrazba	N	32	13	10	55
	%	1,9%	1,2%	0,6%	1,3%
Višja strokovna izobrazba, višješolska izobrazba	N	23	6	13	42
	%	1,4%	0,6%	0,8%	1,0%
Visokošolska strokovna izobrazba (vključuje tudi 1. bolonjsko stopnjo)	N	7	4	2	13
	%	0,4%	0,4%	0,1%	0,3%
Visokošolska univerzitetna izobrazba (vključuje tudi 2. bolonjsko stopnjo)	N	17	2	2	21
	%	1,0%	0,2%	0,1%	0,5%
Specializacija	N	0	1	1	2
	%	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%
Magisterij znanosti	N	0	1	0	1
	%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%
Doktorat znanosti (vključuje tudi 3. bolonjsko stopnjo)	N	5	0	1	6
	%	0,3%	0,0%	0,1%	0,1%
Ni podatka	N	1376	909	1552	3837
	%	83,8%	85,0%	95,0%	88,3%
Skupaj	N	1642	1070	1634	4346
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Kazalnika o zaposlitvenem statusu ne prikazujemo zaradi pomanjkljivih podatkov. Izvajalci namreč pri večinskem deležu udeležencev niso uspeli pridobiti podatka.

27 (0,6 %) oseb ob prvem stiku ni imelo urejenega OZZ (Tabela 7). 28 (0,6 %) oseb ob prvem stiku ni imelo izbranega osebnega zdravnika (Tabela 8).

Ob tem je potrebno poudariti, da je preventivni program na podlagi štirinajste alineje prvega odstavka 7. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (UL RS št. 72/2006-UPB3,

114/2006, 91/2007, 71/2008, 76/2008, 118/2008, 47/2010) dostopen tudi osebam brez urejenega OZZ.

Težava je vključevanje teh oseb v Program, kadar osebe nimajo izbranega osebnega zdravnika.

Tabela 7: Urejeno obvezno zdravstveno zavarovanje ob prvem stiku

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
Da	N	1627	1066	1624	4317
	%	99,1%	99,6%	99,4%	99,3%
Ne	N	13	4	10	27
	%	0,8%	0,4%	0,6%	0,6%
ni podatka	N	2	0	0	2
	%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%

Tabela 8: Izbran osebni zdravnik ob prvem stiku

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
Da	N	1629	1064	1623	4316
	%	99,2%	99,4%	99,3%	99,3%
Ne	N	11	6	11	28
	%	0,7%	0,6%	0,7%	0,6%
ni podatka	N	2	0	0	2
	%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%

Uporabljena literatura in viri

1. Vračko P in Rožič M (ur.). Pilotno testiranje programa integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih [Elektronski vir] : priročnik za spremljanje z opredelitvijo kazalnikov. - El. knjiga. - Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2016. Dostopno na: http://www.skupajzdravje.si/media/spremljanjeinkazalnikipilotnegatestiranja_program.integrirane_preventive.knb.pdf
2. Vračko P, Buzeti T, Maučec Zakotnik J, Paulin M, Milavec M, Poličnik R, Zaletel J, Vrbovšek S, Horvat M, Čuš B, Hočevlar T, Knific T, Djomba JK, Kralj M in Rožič M. Spremljanje in evalvacija. V: Farkaš Lainščak J, Huber I, Maučec Zakotnik J, Sedlar N, Vrbovšek S (ur.). Program integrirane preventive KNB in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih pilotno testiranje integriranih procesov vključevanja in obravnav ciljne populacije v okviru projekta Skupaj za zdravje - (Projekt Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju odraslih). [El. Knjiga] Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015. Dostopno na: http://www.skupajzdravje.si/media/e_verzija_prirocnik_program.integrirane.preventive.knb_2015.pdf

5 OBRAVNAVA RANLJIVIH OSEB

Pia Vračko, Jerneja Farkaš Lainščak, Ivanka Huber, Mirjam Rožič, Marcel Kralj

Pri obravnavi ranljivih oseb v pilotni izvedbi Programa smo spremljali število obravnavanih ranljivih oseb, njihove demografske značilnosti, vrsto ranljivosti, podatke o urejenem OZZ, o urejenem izbranem osebnem zdravniku, ovire v dostopu do preventivnih programov, izvajalce pilotne izvedbe, časovno dinamiko vnosov.

Beležili smo podatke o tem, kaj je bilo obravnavanim ranljivim osebam nudeno in kam so bile napotene v nadaljnjo obravnavo. Prikazani so rezultati pilotne obravnave ranljivih oseb po partnerjih v lokalni skupnosti, mnenja in opažanja izvajalcev, sledljivost obravnavanih ranljivih oseb in ovire pri urejanju obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Ranljive osebe so v pilotni izvedbi Programa obravnavali izvajalci v zdravstvenih domovih (RADM, ADM, patronažna služba in CKZ) ter v lokalni skupnosti (CSD, ZRSZ in NVO: Varna hiša Celje, Javni zavod Socio Celje, RKS - Sevnica in Ozara Slovenija, enota Sevnica).

Skupno je ranljive osebe obravnavalo 53 izvajalcev pilotiranega Programa, od tega 31 v pilotnem okolju ZD Celje, 13 v pilotnem okolju ZD Sevnica in 9 pilotnem okolju ZD Vrhnika (Tabela 9, Slika 7).

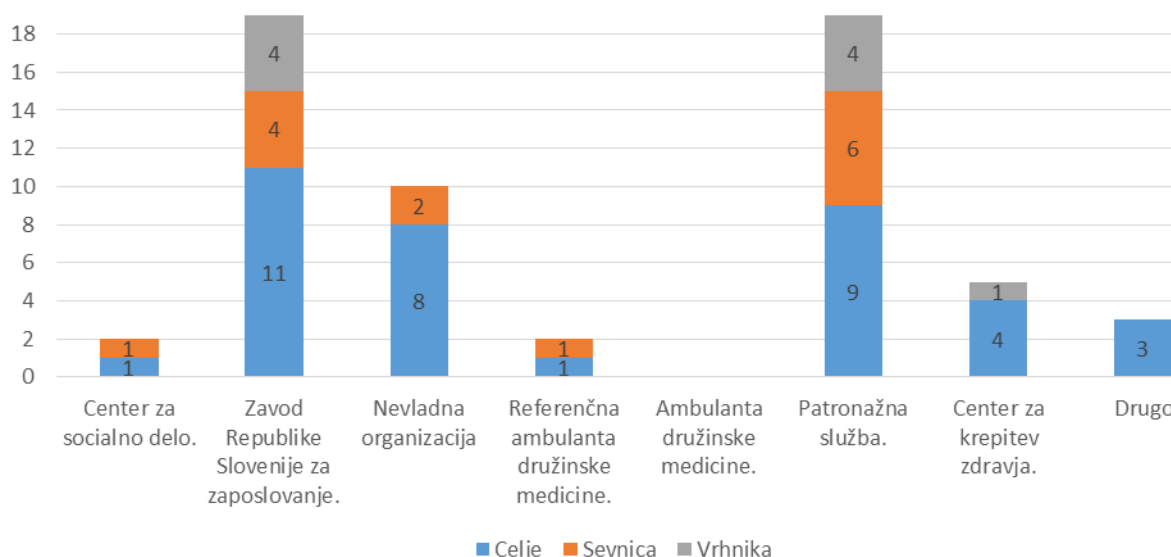
Tabela 9: Število izvajalcev, ki so obravnavali ranljive osebe, glede na ustanovo in pilotno okolje

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
Center za socialno delo	N	1	1	0	2
	%	3,2%	7,7%	0,0%	3,8%
Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje	N	11	4	4	19
	%	35,5%	30,8%	44,4%	35,8%
Zavod za zdravstveno zavarovanje Republike Slovenije	N	0	0	0	0
	%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Nevladna organizacija	N	8	2	0	10
	%	25,8%	15,4%	0,0%	18,9%
Referenčna ambulanta družinske medicine	N	1	1	0	2
	%	3,2%	7,7%	0,0%	3,8%
Ambulanta družinske medicine	N	0	0	0	0
	%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Patronažna služba	N	9	6	4	19
	%	29,0%	46,2%	44,4%	35,8%
Center za krepitev zdravja	N	4	0	1	5
	%	12,9%	0,0%	11,1%	9,4%
Skupaj	N	31	13	9	53

Največ je bilo sodelavcev na ZRSZ, in sicer 19 (11 v pilotnem okolju ZD Celje, 4 v pilotnem okolju ZD Sevnica in 4 pilotnem okolju ZD Vrhnika) ter iz patronažne službe (9 iz ZD Celje, 6 iz ZD Sevnica in 4 iz ZD Vrhnika), 10 je bilo sodelavcev iz NVO (8 v pilotnem okolju ZD Celju, 2 v pilotnem okolju ZD Sevnica in 0 pilotnem okolju ZD Vrhnika), 5 sodelavcev je bilo iz CKZ (4 v ZD Celju, 0 v ZD Sevnica in 1 v ZD Vrhnika). V CSD Celje in Sevnica je ranljive osebe sicer obravnavalo več zaposlenih, vendar je registrirana le po 1 oseba, ki je vnašala podatke.

CSD Vrhnika je sicer sodeloval pri vključevanju ranljivih oseb v pilotno izvajanje Programa, vendar niso poročali svojih aktivnosti, zato podatkov o številu obravnavanih ranljivih oseb z njihove strani nimamo.

Poročanje RADM in ADM o obravnavi ranljivih oseb ni bilo konsistentno, zato podatka ne moremo smiselno interpretirati.



Slika 7: Število izvajalcev, ki so obravnavali ranljive osebe, glede na ustanovo in pilotno okolje

Od 4346 pilotno obravnavanih oseb je bilo 850 oseb prepoznanih kot ranljivih, izvedenih je bilo 916 obravnav (

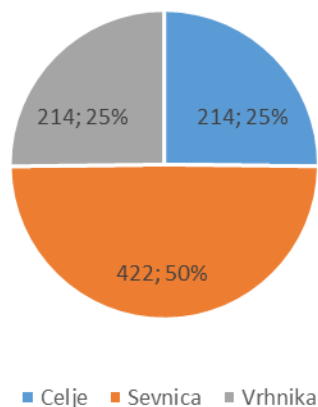
Tabela 10, Slika 8, Slika 9).

Tabela 10: Število obravnavanih ranljivih oseb in število izvedenih obravnav ranljivih oseb

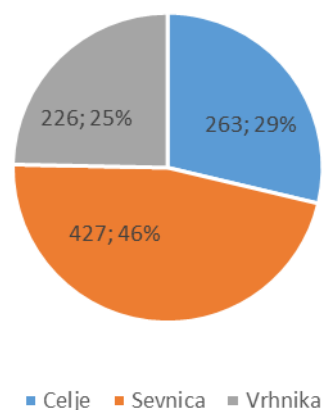
		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
Število obravnavanih oseb	N	214	422	214	850
	%	25,2%	49,5%	25,3%	100,0%
Število obravnav	N	263	427	226	916
	%	28,7%	46,6%	24,7%	100,0%

Največ, 422 ranljivih oseb, je bilo obravnavanih v pilotnem okolju ZD Sevnica (izvedenih 427 obravnav), v pilotnem okolju ZD Celje in ZD Vrhnika je bilo obravnavanih po 214 ranljivih oseb (v pilotnem okolju ZD Celje izvedenih 263 obravnav, v pilotnem okolju ZD Vrhnika 226 obravnav).

Posamezna ranljiva oseba je bila lahko obravnavana večkrat, pri enem ali pri različnih izvajalcih.



Slika 8: Število obravnavanih ranljivih oseb



Slika 9: Število izvedenih obravnav ranljivih oseb

Obravnavane ranljive osebe v pilotnem okolju ZD Sevnica predstavljajo 3,0 % ciljne populacije, v pilotnem okolju ZD Vrhnika 1,1 % ciljne populacije, v pilotnem okolju ZD Celje pa 0,4 % ciljne populacije (Tabela 11).

Tabela 11: Obravnavane ranljive osebe glede na celotno ciljno populacijo

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
Število obravnavanih oseb	N	214	422	214	850
Velikost populacije (20+)	N	51908	14252	19418	85578
Stopenj obravnave	%	0.4%	3.0%	1.1%	1.0%

Od 850 obravnavanih ranljivih oseb v pilotni izvedbi Programa je bilo 220 (25,9 %) moških in 425 (50,0 %) žensk, 205 (24,1 %) oseb se ni opredelilo glede spola. V pilotnem okolju ZD Celje in pilotnem

okolju ZD Sevnica je bilo med obravnavanimi ranljivimi osebami več žensk kot moških, medtem ko sta bila pilotnem okolju ZD Vrhnika oba spola približno enako zastopana (Tabela 12).

Obravnavane ranljive osebe so bile stare povprečno 52 let, najmlajša oseba je bila stara 21 let pilotnem okolju ZD Vrhnika in najstarejša 92 let v pilotnem okolju ZD Sevnica. Največ obravnavanih ranljivih oseb je bilo iz starostne skupine 51 – 60 let (23,5 %) in 41 – 50 let (20,0 %) (Tabela 13).

Tabela 12: Obravnavane ranljive osebe glede na spol

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
moški	N	40	83	97	220
	%	18,7%	19,7%	45,1%	25,9%
ženski	N	163	158	104	425
	%	76,2%	37,3%	48,8%	50,0%
ni podatka	N	11	181	13	205
	%	5,1%	43,0%	6,0%	24,1%
Skupaj	N	214	422	214	850
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 13: Obravnavane ranljive osebe glede na starost

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
Starost					
20-30 let	N	15	7	25	47
	%	7,0%	1,7%	11,7%	5,5%
31-40 let	N	46	25	32	103
	%	21,5%	5,9%	15,0%	12,1%
41-50 let	N	62	45	63	170
	%	29,0%	10,7%	29,4%	20,0%
51-60 let	N	47	65	88	200
	%	22,0%	15,4%	41,1%	23,5%
61-70 let	N	13	44	1	58
	%	6,1%	10,4%	0,5%	6,8%
71-80 let	N	18	33	1	52
	%	8,4%	7,8%	0,5%	6,1%
81-90 let	N	4	19	1	24
	%	1,9%	4,5%	0,5%	2,8%
91 let ali več	N	0	2	0	2
	%	0,0%	0,5%	0,0%	0,2%
ni podatka	N	9	182	3	194
	%	4,2%	43,1%	1,4%	22,8%
povprečje		49	58	46	52
min		22	22	21	21
max		90	92	84	92
Skupaj	N	214	422	214	850
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

V pilotno izvedbo vključene osebe, ki niso imele urejenega OZZ ali izbranega osebnega zdravnika, so bile smatrane za ranljive. Med obravnavanimi osebami je bilo 25 (2,9 %) oseb brez urejenega OZZ (11 v pilotnem okolju ZD Celje, 4 v pilotnem okolju ZD Sevnica, 10 v pilotnem okolju ZD Vrhnika) in 26 (3,1 %) oseb brez izbranega osebnega zdravnika (9 v pilotnem okolju ZD Celje, 6 v pilotnem okolju ZD Sevnica, 11 v pilotnem okolju ZD Vrhnika) (Tabela 14 in Tabela 15).

Tabela 14: Osebe brez urejenega OZZ

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
Urejeno zavarovanje					
Da	N	201	418	204	823
	%	93,9%	99,1%	95,3%	96,8%
Ne	N	11	4	10	25
	%	5,1%	0,9%	4,7%	2,9%
ni podatka	N	2	0	0	2
	%	0,9%	0,0%	0,0%	0,2%

Tabela 15: Osebe brez izbranega osebnega zdravnika

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
Izbran osebni zdravnik					
Da	N	203	416	203	822
	%	94,9%	98,6%	94,9%	96,7%
Ne	N	9	6	11	26
	%	4,2%	1,4%	5,1%	3,1%
ni podatka	N	2	0	0	2
	%	0,9%	0,0%	0,0%	0,2%

Ranljive osebe so za vključitev v Program aktivno iskali izvajalci ZRSZ, CSD, NVO in drugih organizacij, z aktivnostmi v lokalni skupnosti pa tudi patronažna služba in CKZ (Tabela 16).

V pilotnem okolju ZD Celje je največ ranljivih oseb prepoznal CKZ (89 oseb, 41,6 % vseh vključenih ranljivih oseb v pilotnem okolju ZD Celje), 68 oseb (31,8 %) ZRSZ, po 22 oseb (10,3 %) patronažna služba in NVO, 9 oseb (4,2 %) RADM, 1 osebo (0,5 %) je prepoznal CSD, 3 osebe (1,4 %) pa so bile vključene preko drugih organizacij.

V pilotnem okolju ZD Sevnica so največ oseb prepoznale NVO (203 osebe, to je 48,2 % vseh obravnavanih ranljivih oseb v pilotnem okolju ZD Sevnica), 71 oseb (16,9 %) je prepoznala patronažna služba, 65 oseb (15,4 %) CSD, 43 oseb (10,2 %) ZRSZ, 39 oseb (9,3 %) je bilo prepoznanih v RADM.

V pilotnem okolju ZD Vrhnika je največ ranljivih oseb prepoznal ZRSZ (206 oseb, 95,8 % vseh obravnavanih ranljivih oseb v pilotnem okolju ZD Vrhnika), 6 oseb (2,8 %) je prepoznala patronažna služba, po 1 osebo (0,5 %) CKZ in NVO. CSD Vrhnika je sicer sodeloval pri vključevanju ranljivih oseb v pilotno izvajanje Programa, vendar niso poročali svojih aktivnosti, zato podatkov o številu obravnavanih ranljivih oseb s strani CSD Vrhnika nimamo.

Pri interpretaciji podatkov o obravnavi ranljivih oseb je potrebno upoštevati, da so v rezultate pilotne izvedbe vključene tiste ranljive osebe, ki so jih izvajalci uspeli identificirati in vključiti, nimamo pa vpogleda v tisti segment ranljive populacije, ki ni prišla v stik z nobeno od sodelujočih organizacij (ZRSZ, CSD, NVO in druge organizacije).

Tabela 16: Število obravnavanih oseb po ustanovi, ki je osebo obravnavala prva

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
Brezdomna oseba	N	14	5	0	19
	%	5,3%	1,2%	0,0%	2,1%
Migrant	N	1	1	0	2
	%	0,4%	0,2%	0,0%	0,2%
Odvisnik od prepovedanih drog	N	1	4	0	5
	%	0,4%	0,9%	0,0%	0,5%
Prekarni delavec	N	3	0	1	4
	%	1,1%	0,0%	0,4%	0,4%
Oseba s težavami v duševnem zdravju	N	28	135	17	180
	%	10,6%	31,6%	7,5%	19,7%
Hendikepirana oseba (gibalno ovirani, gluhi, naglušni, slepi,	N	10	79	3	92
	%	3,8%	18,5%	1,3%	10,0%
Brezposelna oseba (dolgotrajno brezposelna, težko zaposljiva oseba).	N	164	193	216	573
	%	62,4%	45,2%	95,6%	62,6%
Rom	N	1	1	1	3
	%	0,4%	0,2%	0,4%	0,3%
Socialno – ekonomsko ogrožena oseba	N	40	113	89	242
	%	15,2%	26,5%	39,4%	26,4%
Drugo	N	65	43	27	135
	%	24,7%	10,1%	11,9%	14,7%
Skupaj (obravnav)	N	263	427	226	916

Drugo: Rdeči križ Sevnica. Varna hiša (Celie). Ozara (Sevnica). Javni zavod Socio – materinski dom (Celie)

Pri vprašanju o razlogih za ranljivost je bilo za vsako osebo mogoče navesti enega ali več različnih razlogov (

Tabela 17, Tabela 18, Slika 10: Vrsta ranljivosti, Slika 11).

Največkrat prepoznan razlog ranljivosti je brezposelnost (pri 573 osebah, 62,6 %), kar je pričakovano glede na to, da so največ ranljivih prepoznali na ZRSZ, ne pomeni pa nujno, da je brezposelnost tudi sicer najpogostejši vzrok ranljivosti.

Pogosti razlogi ranljivosti so tudi socialno-ekonomska ogroženost (pri 242 osebah, 26,4 %), težave v duševnem zdravju (pri 180 osebah, 19,7 %), hendikepiranost (pri 92 osebah, 10 %) in brezdomnost (pri 19 osebah, 2,1 %).

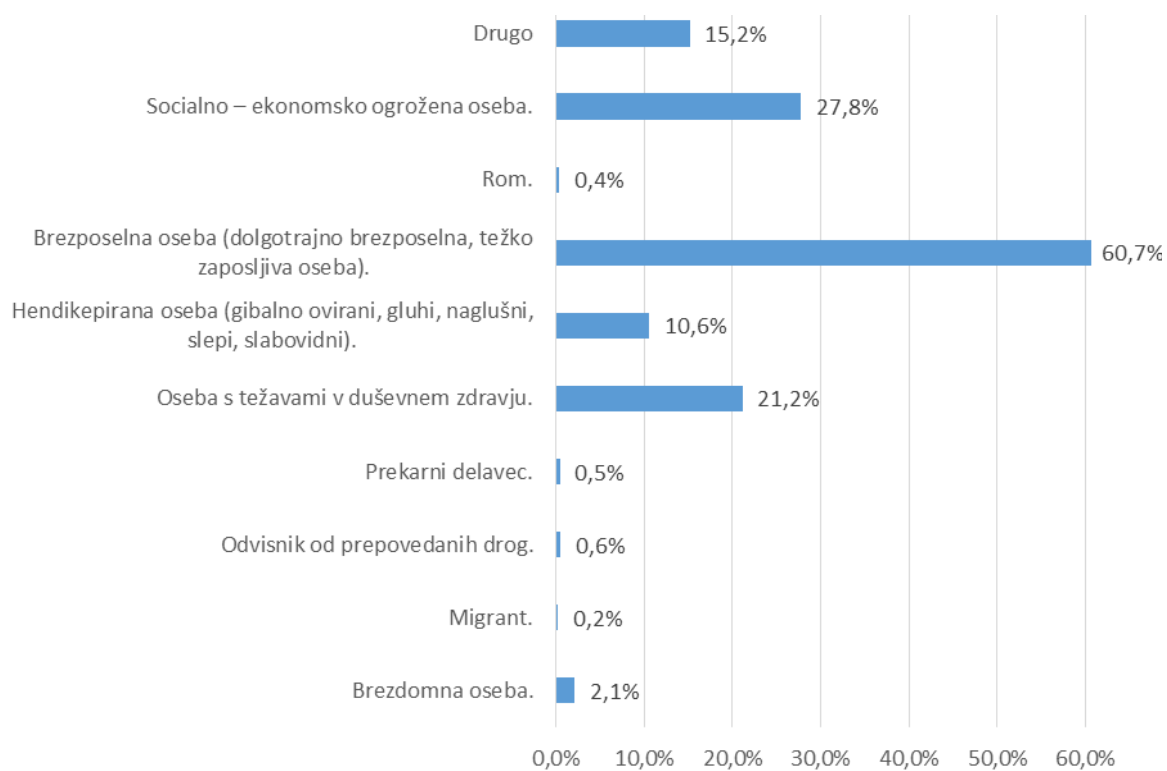
Med drugimi razlogi ranljivosti so večkrat navedeni tujejezičnost (pri 23 osebah), (pre)obremenjenost in stres (pri 20 osebah), nasilje v družini (pri 20 osebah), hujše zdravstvene težave (pri 14 osebah), invalidnost (9 oseb), oseba iz DSO (9 oseb), oseba iz materinskega doma (3 osebe), upokojena oseba (3 osebe), neinformiranost (3 osebe); redkeje navedeni drugi vzroki ranljivosti so še mati samohranilka, nepismena oseba, nezainteresirana oseba, smrt partnerja, odvisnost od nedovoljenih drog.

Tabela 17: Vrsta ranljivosti

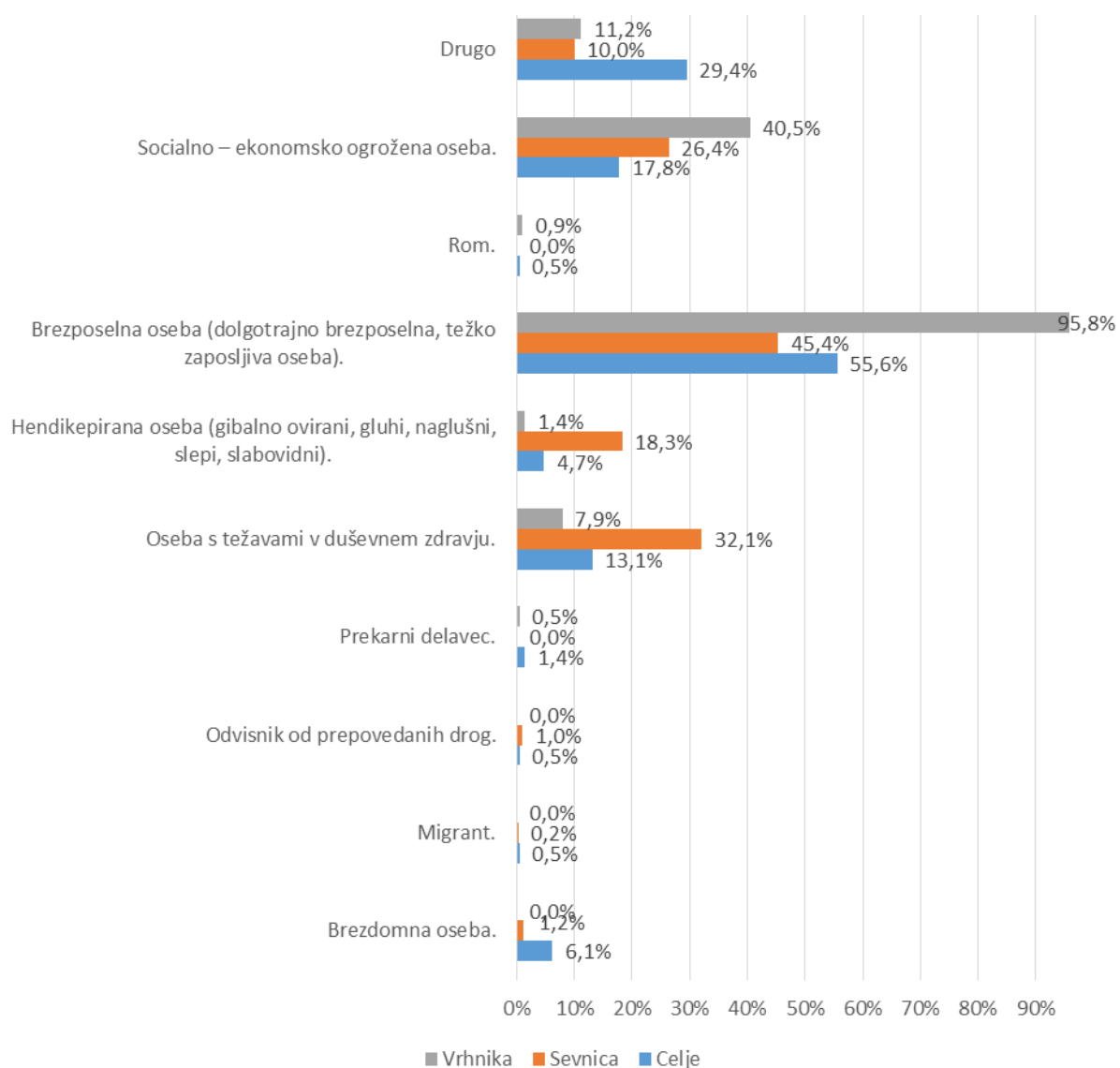
		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
Brezdomna oseba.	N	14	5	0	19
	%	5,3%	1,2%	0,0%	2,1%
Migrant.	N	1	1	0	2
	%	0,4%	0,2%	0,0%	0,2%
Odisnik od prepovedanih drog.	N	1	4	0	5
	%	0,4%	0,9%	0,0%	0,5%
Prekarni delavec.	N	3	0	1	4
	%	1,1%	0,0%	0,4%	0,4%
Oseba s težavami v duševnem zdravju.	N	28	135	17	180
	%	10,6%	31,6%	7,5%	19,7%
Hendikepirana oseba (gibalno ovirani, gluhi, naglušni, slepi, slabovidni).	N	10	79	3	92
	%	3,8%	18,5%	1,3%	10,0%
Brezposelna oseba (dolgotrajno brezposelna, težko zaposljiva oseba).	N	164	193	216	573
	%	62,4%	45,2%	95,6%	62,6%
Rom.	N	1	1	1	3
	%	0,4%	0,2%	0,4%	0,3%
Socialno – ekonomsko ogrožena oseba.	N	40	113	89	242
	%	15,2%	26,5%	39,4%	26,4%
Drugo	N	65	43	27	135
	%	24,7%	10,1%	11,9%	14,7%
Skupaj (obravnav)	N	263	427	226	916

Tabela 18: Vrsta ranljivosti – drugo

	Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
(pre)obremenjena oseba		20		20
brez izbranega zdravnika		1		1
brez osn. zdr. zav.			1	1
hujše zdravstvene težave in dolgotrajen bolniški stalež	4	5	5	14
debelost		5	3	8
invalid	1	3	5	9
duševne težave	1	1	2	4
socio-ekonomske težave		2	3	5
kadilec		2		2
nasilje v družini	20			20
materinski dom	3			3
mati samohranilka, študentka	1			1
neinformiranost	1		2	3
nepismenost			1	1
nezainteresiranost	1			1
oseba iz DSO	9			9
privatnik			3	3
alkohol		1	2	3
tujejezična oseba	23			23
smrt partnerja	1	1		2
upokojena oseba	3			3
odvisnik od nedovoljenih drog	1	1		2
Skupaj	69	42	27	138

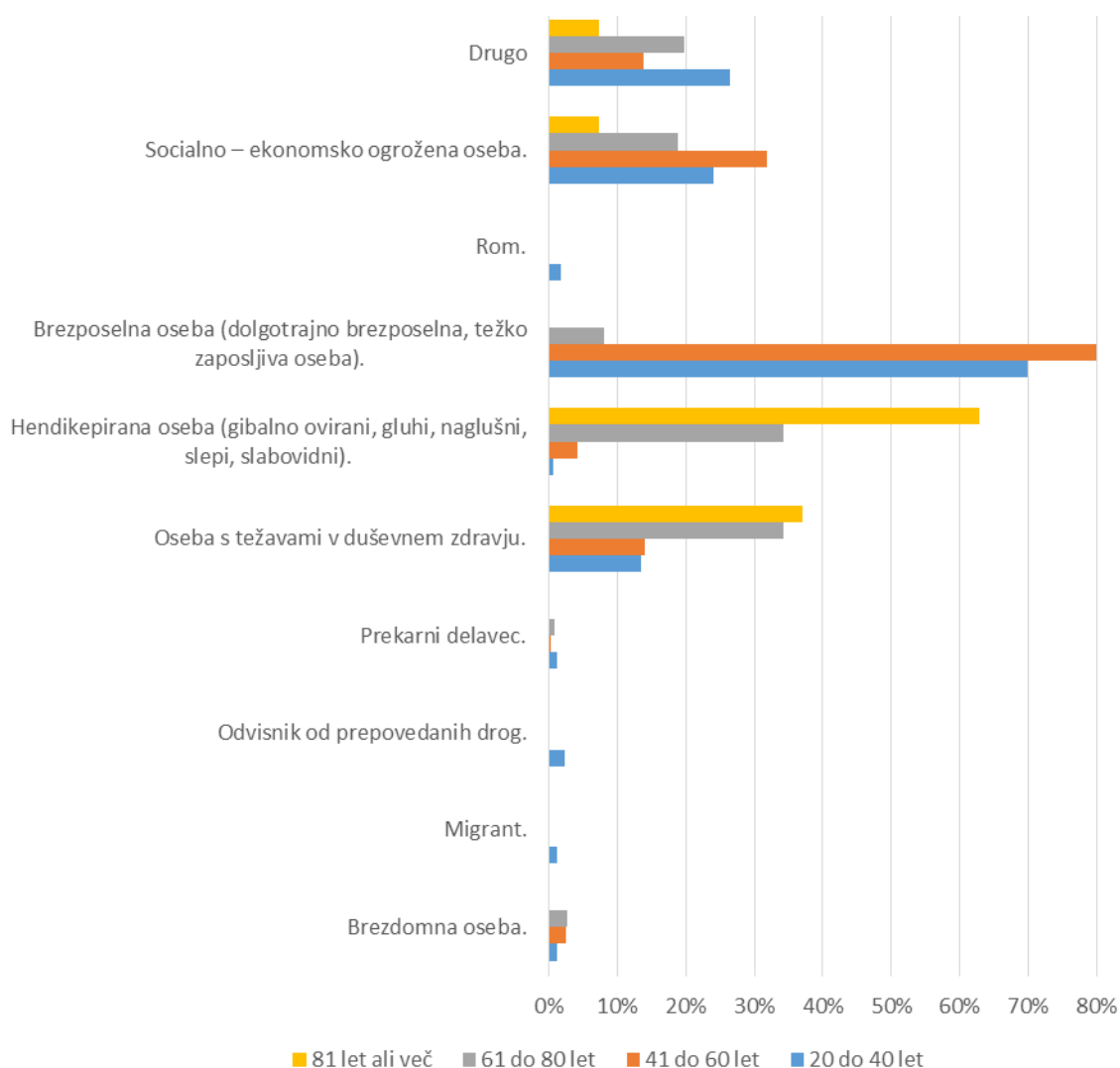


Slika 10: Vrsta ranljivosti



Slika 11: Vrsta ranljivosti glede na lokacijo pilota

Glede na starostne skupine je največ obravnavanih oseb v starostnih skupinah 20 – 40 let ter 41 – 60 let ranljivih zaradi brezposelnosti in socialno-ekonomske ogroženosti, medtem ko pri osebah v starostnih skupinah 61 – 80 let ter 81 let ali več prevladujejo hendikepiranost ter težave v duševnem zdravju (Slika 12).



Slika 12: Vrsta ranljivosti po starostnih skupinah

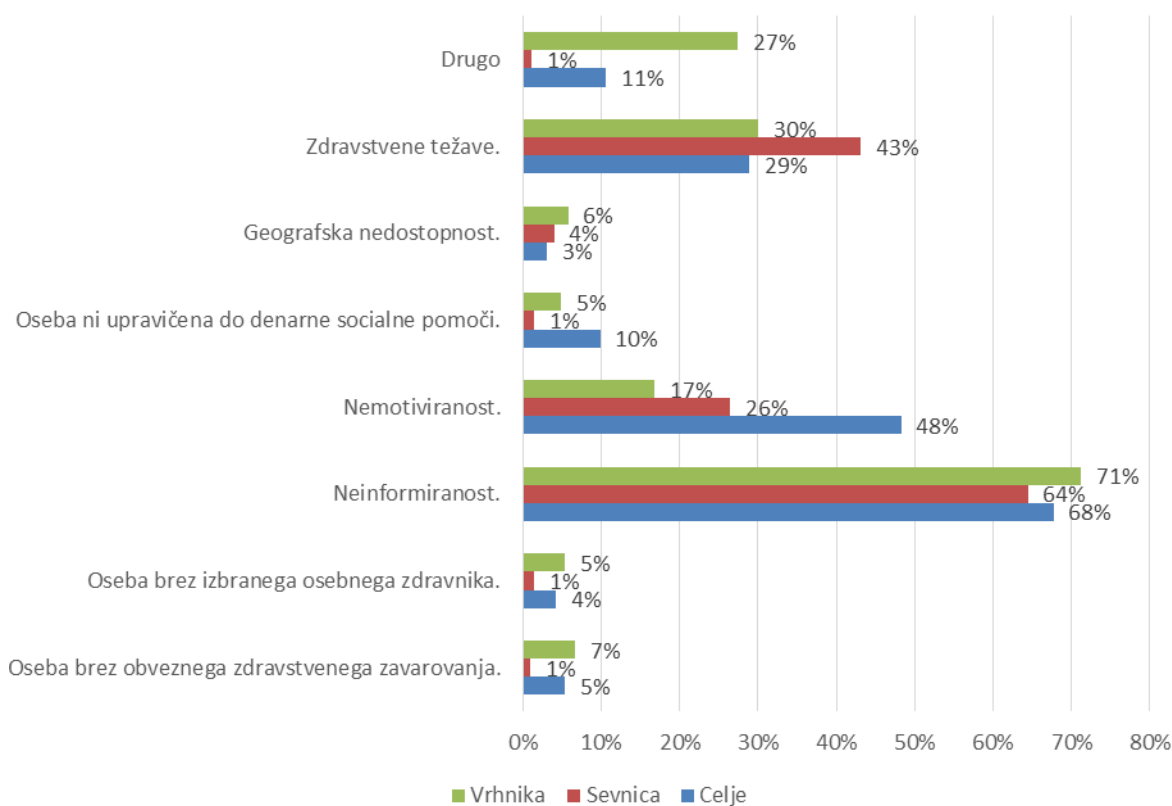
Izvajalci, ki so v pilotni izvedbi obravnavali ranljive osebe, so kot ovire v dostopu do preventivnih programov za ranljive osebe največkrat navedli neinformiranost (67,0 %), zdravstvene težave (35,8 %) ter nemotiviranost (30,3 %) (Tabela 19, Slika 13).

Neurejeno OZZ ali neizbran osebni zdravnik sta bila kot oviri zabeležena pri le 3,6 % oziroma 3,2 % obravnav ranljivih oseb. Ovire, ki so se nanašale na urejanje OZZ, so bile zakonske ovire, ko oseba ni želela prejemati denarne socialne pomoči ali ni bila upravičena do nje, prav tako pa ni imela možnosti zavarovanja po partnerju, ter administrativne ovire - primer tujke brez državljanstva, ki si je morala najprej urediti stalni naslov bivanja, primer dijaka poklicne šole starega 20 let, ki se je vpisal v šolo kot občan in primer izbisa osebe iz evidence stalnega prebivališča na naslovu.

Pod drugo so bile kot ovire v dostopu do preventivnih programov večkrat navedeni problem razumevanja jezika, pomanjkanje denarja in časa ter nega svojcev.

Tabela 19: Ovire v dostopu do preventivnega programa

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
Oseba brez obveznega zdravstvenega zavarovanja.	N	14	4	15	33
	%	5,3%	0,9%	6,6%	3,6%
Oseba brez izbranega osebnega zdravnika.	N	11	6	12	29
	%	4,2%	1,4%	5,3%	3,2%
Neinformiranost.	N	178	275	161	614
	%	67,7%	64,4%	71,2%	67,0%
Nemotiviranost.	N	127	113	38	278
	%	48,3%	26,5%	16,8%	30,3%
Oseba ni upravičena do denarne socialne pomoči.	N	26	6	11	43
	%	9,9%	1,4%	4,9%	4,7%
Geografska nedostopnost.	N	8	17	13	38
	%	3,0%	4,0%	5,8%	4,1%
Zdravstvene težave.	N	76	184	68	328
	%	28,9%	43,1%	30,1%	35,8%
Drugo	N	28	5	62	95
	%	10,6%	1,2%	27,4%	10,4%
Skupaj (obravnav)	N	263	427	226	916

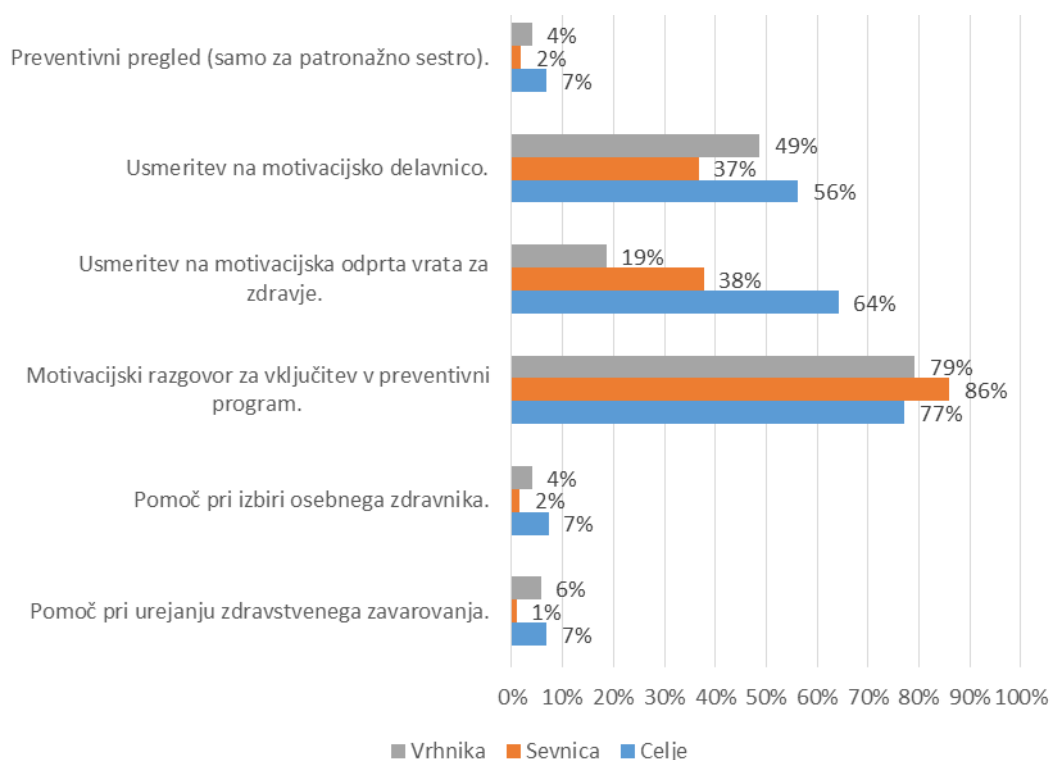


Slika 13: Ovire v dostopu do preventivnih programov ranljivih oseb glede na lokacijo

Izvajalci, ki so obravnavali ranljive osebe, so le-tem največkrat nudili motivacijski razgovor za vključitev v preventivni program (749 osebam, 81,8 %), usmeritev na motivacijsko delavnico (415 osebam, 45,3 %) ter usmeritev na motivacijska Odprta vrata za zdravje (372 osebam, 40,6 %) (Tabela 20, Slika 14).

Tabela 20: Opravljena storitev – kaj je bilo osebi nudeno

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
Pomoč pri urejanju zdravstvenega zavarovanja.	N	18	4	13	35
	%	6,8%	0,9%	5,8%	3,8%
Pomoč pri izbiri osebnega zdravnika.	N	19	7	9	35
	%	7,2%	1,6%	4,0%	3,8%
Motivacijski razgovor za vključitev v preventivni program.	N	203	367	179	749
	%	77,2%	85,9%	79,2%	81,8%
Usmeritev na motivacijska odprta vrata za zdravje.	N	169	161	42	372
	%	64,3%	37,7%	18,6%	40,6%
Usmeritev na motivacijsko delavnico.	N	148	157	110	415
	%	56,3%	36,8%	48,7%	45,3%
Preventivni pregled (samo za patronažno sestro).	N	18	8	9	35
	%	6,8%	1,9%	4,0%	3,8%
Skupaj (obravnav)	N	263	427	226	916



Slika 14: Opravljena storitev – kaj je bilo osebi nudeno

Obravnavane ranljive osebe so izvajalci pilotne izvedbe Programa na CSD napotili 73-krat, 33-krat na ZRSZ, 191-krat na NVO, 28-krat na Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju ZZZS), 177-krat k izbranemu osebnemu zdravniku, 100-krat v patronažno službo, 402-krat v druge ustanove, pri 97 obravnavah pa so osebe odklonile nadaljnjo obravnavo (

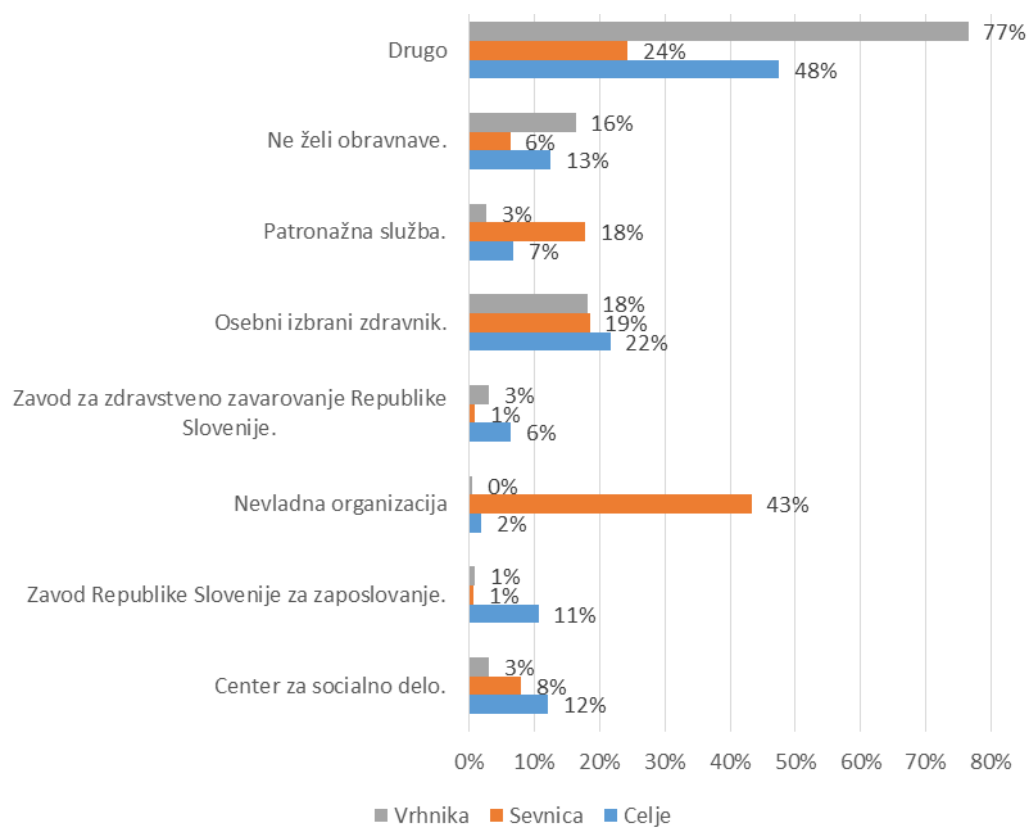
Tabela 21, Slika 15).

Od 402 napotitev v druge ustanove so bile osebe največkrat, 344-krat, napotene v CKZ (

Tabela 22).

Tabela 21: Napotitev oseb v nadaljno obravnavo

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
Center za socialno delo.	N	32	34	7	73
	%	12,2%	8,0%	3,1%	8,0%
Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje.	N	28	3	2	33
	%	10,6%	0,7%	0,9%	3,6%
Nevladna organizacija	N	5	185	1	191
	%	1,9%	43,3%	0,4%	20,9%
Zavod za zdravstveno zavarovanje Republike Slovenije.	N	17	4	7	28
	%	6,5%	0,9%	3,1%	3,1%
Osebni izbrani zdravnik.	N	57	79	41	177
	%	21,7%	18,5%	18,1%	19,3%
Patronažna služba.	N	18	76	6	100
	%	6,8%	17,8%	2,7%	10,9%
Ne želi obravnave.	N	33	27	37	97
	%	12,5%	6,3%	16,4%	10,6%
Drugo	N	125	104	173	402
	%	47,5%	24,4%	76,5%	43,9%
Skupaj (obravnav)	N	263	427	226	916



Slika 15: Napotitev osebe v nadaljnjo obravnavo

Tabela 22: Napotitev oseb v nadaljno obravnavo – drugo

	Celje	Sevnica	Vrhnika
Center za krepitev zdravja.	108	76	160
Dan zdravja, 12. 5. 2015 na Vrhniki.			1
Delavnica na CSD.		18	
Družinski inštitut Zaupanje.		1	
DURS.			1
Ginekolog.			1
iz centra za socialno delo sem mu prinesla vlogo za osnovno zdravstveno zavarovanje, da bo plačnik center (sem se prej vse dogovorila s socialno delavko), pacient vlogo podpiše in vpiše gor tudi svojo EMŠO številko. Vse skupaj zopet sama odpeljem na zaj socialni delavki. Pacient sam noče nobenega stika z njimi, jetudi alkoholik in proti vsem negativno nastrojen.			1
Karitas.	1		
Menjava osebnega zdravnika bližje domu - namesto v Borovnici, v Horjulu, kjer živi.			1
Na motivacijske delavnice.	1		
Nastanjena bo v varni hiši.	1		
Ne kaže za interesiranosti, ni pa izrecno rekla, da ne želi iti na kakšen preventivni program ali motivacijsko delavnico.			1
Ne želi sodelovanja (vročena literatura).		1	
Nevladne organizacije.	1		
Odprta vrata za zdravje.	10		
Poklicala sem urgenco zaradi visokega RR.			1
Posvet.		1	
Predstavitve preventivnih programov.		5	
Preventivni mozaik posavja - terapevtsko delo.		1	
Referenčna ambulanta, DURS.			1
Stranka ima številne zdravstvene težave, ima status invalidnosti, zaposlena za polovični delovni čas.			1
Ureditev prevajalca.	1		
V centru za krepitev zdravja bi lahko sodeloval kot sooblikovalec ponudbe/programa.			1
V porodnišnico.			1
V ZD Vrhnika, da se pozanima, kdo je njegov osebni zdravnik.			1

Od skupno 850 obravnavanih ranljivih oseb jih je 54 (6,4 %) opravilo preventivni pregled (Tabela 23), od tega 21 (9,8 % od vseh obravnavanih ranljivih) v pilotnem okolju ZD Celje, 23 (5,5 % od vseh obravnavanih ranljivih) v pilotnem okolju ZD Sevnica in 10 (4,7 % od vseh obravnavanih ranljivih) v pilotnem okolju ZD Vrhnika.

Tabela 23: Število ranljivih oseb, ki so opravile preventivni pregled

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
ADM	N	0	0	1	1
CKZ Vstop	N	9	5	5	19
Preventivna obravnava v patronažni službi	N	2	1	1	4
RADM	N	10	17	3	30
Skupaj	N	21	23	10	54
	%	9,80%	5,50%	4,70%	6,40%

* Odstotek predstavlja delež oseb z opravljenim preventivnim pregledom od vseh 850 ranljivih oseb

** Potrebno upoštevati, da podatki temeljijo na povezljivosti šifer oseb

Glede na vnose obravnavanih ranljivih oseb se šifra znotraj podatkovne baze Ranljivi ponovi pri 52 obravnavanih ranljivih oseb (Tabela 24, Tabela 25, Tabela 26 in Tabela 27).

Tabela 24: Ponovitev šifre obravnavanih ranljivih oseb v podatkovni bazi Ranljivi glede na pilotna okolja

	ZD Celje	ZD Sevnica	ZD Vrhnika	Skupaj
Ranljivi - primeri ponovitve šifre osebe	41	4	7	52

Tabela 25 in Tabela 26 temeljita na povezljivosti šifer oseb. Zaradi varovanja osebnih podatkov smo šifro osebe v drugem stolpcu nadomestili z oznako osebe (na primer oseba 2).

Tabela 25: Ponovitev šifre obravnavanih ranljivih oseb znotraj podatkovnega vira ranljivih glede na datum in lokacijo obravnave 1/2

	Obravnavana oseba	Datum in lokacija prve obravnave	Datum in lokacija druge obravnave	Datum in lokacija tretje obravnave
1.	oseba1	3. 6. 2015 ZRSZ Celje	9. 6. 2015 CKZ Celje	/
2.	oseba2	24. 6. 2015 ZRSZ Vrhnika	7. 9. 2015 ZRSZ Vrhnika	/
3.	oseba3	18. 9. 2015 ZRSZ Celje	2. 10. 2015 CKZ Celje	/
4.	oseba4	25. 5. 2015 ZRSZ Celje	30. 7. 2015 CKZ Celje	/
5.	oseba5	8. 6. 2015 PS Vrhnika	12. 6. 2015 PS Vrhnika	1. 7. 2015 PS Vrhnika
6.	oseba6	16. 6. PS Vrhnika	29. 6. 2015 PS Vrhnika	1. 7. 2015 PS Vrhnika
7.	oseba7	5. 6. 2015 ZRSZ Celje	5. 6. 2015 CKZ Celje	4. 9. 2015 CKZ Celje
8.	oseba8	5. 6. 2015 CKZ Celje	10. 6. 2015 ZRSZ Celje	/
9.	oseba9	30. 9. 2015 ZRSZ Celje	2. 10. 2015 CKZ Celje	/
10.	oseba10	15. 9. 2015 ZRSZ Celje	2. 10. 2015 CKZ Celje	/
11.	oseba11	10. 12. 2015 RADM Celje	14. 12. 2015 RADM Celje (kult. mediat.)	/
12.	oseba12	27. 5. 2015 CSD Sevnica	11. 9. 2015 RADM Sevnica	/
13.	oseba13	20. 5. 2015 ZRSZ Celje	5. 6. 2015 CKZ Celje	/
14.	oseba14	30. 9. 2015 ZRSZ Celje	2. 10. 2015 CKZ Celje	/
15.	oseba15	29. 9. 2015 ZRSZ Celje	2. 10. 2015 CKZ Celje	/
16.	oseba16	12. 6. 2015 ZRSZ Celje	4. 9. 2015 CKZ Celje	/
17.	oseba17	25. 5. 2015 ZRSZ Celje	5. 6. 2015 CKZ Celje	/
18.	oseba18	22. 9. 2015 ZRSZ Celje	2. 10. 2015 CKZ Celje	/
19.	oseba19	22. 9. 2015 CKZ Celje	30. 10. 2015 CKZ Celje	/
20.	oseba20	22. 9. 2015 CKZ Celje	30. 10. 2015 CKZ Celje	/
21.	oseba21	29. 9. 2015 ZRSZ Celje	2. 10. 2015 CKZ Celje	/
22.	oseba22	5. 6. 2015 ZRSZ Celje	30. 7. 2015 CKZ Celje	/
23.	oseba23	17. 6. 2015 CSD Sevnica	28. 10. 2015 PS Sevnica	/
24.	oseba24	21. 4. 2015 ZRSZ Celje	30. 9. 2015 ZRSZ Celje	/
25.	oseba25	10. 4. 2015 PS Sevnica	6. 10. 2015 PS Sevnica	/
26.	oseba26	5. 6. 2015 ZRSZ Celje	5. 6. 2015 CKZ Celje	30. 7. 2015 CKZ Celje

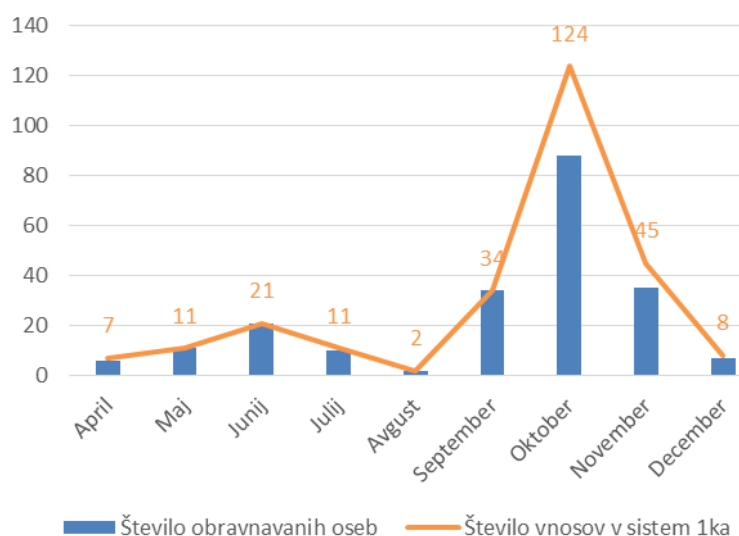
Tabela 26: Ponovitev šifre obravnavanih ranljivih oseb znotraj podatkovnega vira ranljivih glede na datum in lokacijo obravnave 2/2

	Obravnavana oseba	Datum in lokacija prve obravnave	Datum in lokacija druge obravnave	Datum in lokacija tretje obravnave
27.	oseba27	4. 9. 2015 ZRSZ Celje	4. 9. 2015 CKZ Celje	2. 10. 2015 CKZ Celje
28.	oseba28	22. 9. 2015 CKZ Celje	30. 10. 2015 CKZ Celje	/
29.	oseba29	15. 6. 2015 ZRSZ Celje	4. 9. 2015 CKZ Celje	/
30.	oseba30	5. 6. 2015 ZRSZ Celje	5. 6. 2015 CKZ Celje	4. 9. 2015 CKZ Celje
31.	oseba31	2. 6. 2015 ZRSZ Celje	4. 9. 2015 CKZ Celje	/
32.	oseba32	4. 9. 2015 ZRSZ Celje	4. 9. 2015 CKZ Celje	/
33.	oseba33	30. 7. 2015 CKZ Celje	18. 9. 2015 ZRSZ Celje	/
34.	oseba34	7. 5. 2015 PS Vrhnika	18. 5. 2015 PS Vrhnika	9. 6. 2015 PS Vrhnika
35.	oseba35	24. 4. 2015 ZRSZ Vrhnika	25. 8. 2015 ZRSZ Vrhnika	/
36.	oseba36	5. 6. ZRSZ Celje	5. 6. 2015 CKZ Celje	/
37.	oseba37	15. 6. 2015 ZRSZ Celje	4. 9. 2015 CKZ Celje	/
38.	oseba38	22. 9. 2015 CKZ Celje	30. 10. 2015 CKZ Celje	/
39.	oseba39	22. 9. 2015 CKZ Celje	30. 10. 2015 CKZ Celje	/
40.	oseba40	23. 9. 2015 ZRSZ Celje	2. 10. 2015 CKZ Celje	/
41.	oseba41	22. 9. 2015 CKZ Celje	30. 10. 2015 CKZ Celje	/
42.	oseba42	22. 9. 2015 CKZ Celje	30. 10. 2015 CKZ Celje	/
43.	oseba43	22. 9. 2015 CKZ Celje	30. 10. 2015 CKZ Celje	/
44.	oseba44	22. 9. 2015 ZRSZ Celje	2. 10. 2015 CKZ Celje	/
45.	oseba45	7. 9. 2015 ZRSZ Vrhnika	16. 9. 2015 ZRSZ Vrhnika	/
46.	oseba46	20. 7. 2015 JZ Socio Celje	3. 11. 2015 CKZ Celje	/
47.	oseba47	19. 5. 2015 ZRSZ Vrhnika	9. 9. 2015 ZRSZ Vrhnika	/
48.	oseba48	5. 6. 2015 ZRSZ Celje	5. 6. 2015 CKZ Celje	30. 7. 2015 CKZ Celje
49.	oseba49	29. 9. 2015 ZRSZ Celje	2. 10. 2015 CKZ Celje	/
50.	oseba50	16. 6. 2015 ZRSZ Celje	4. 9. 2015 CKZ Celje	/
51.	oseba51	22. 9. 2015 CKZ Celje	30. 10. 2015 CKZ Celje	/
52.	oseba52	20. 10. 2015 PS Sevnica	22. 10. 2015 RADM Sevnica	/

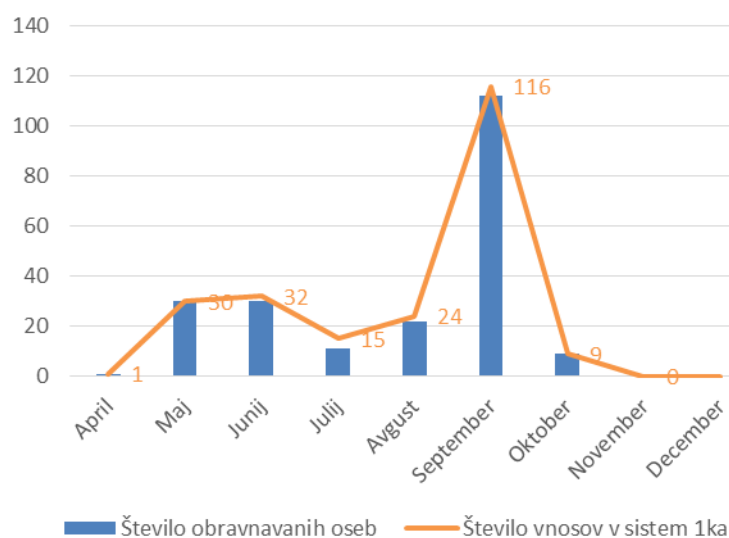
Tabela 27: Pojavnost obravnavanih ranljivih oseb v drugih podatkovnih virih

	ZD Celje	ZD Sevnica	ZD Vrhnika	Skupaj
Ambulanta družinske medicine	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (2,4 %)	1 (0,4 %)
Alkohol	2 (1,7 %)	9 (8,7 %)	19 (46,3 %)	30 (11,4 %)
Center za krepitev zdravja - vstop	103 (87,3 %)	33 (31,7 %)	9 (22,0 %)	145 (55,1 %)
PS - Lokalna	1 (0,8 %)	45 (43,3 %)	7 (17,1 %)	53 (20,2 %)
PS - Neodzivni	2 (1,7 %)	0 (0,0 %)	2 (4,9 %)	4 (1,5 %)
Referenčna ambulanta družinske medicine	10 (8,5 %)	17 (16,3 %)	3 (7,3 %)	30 (11,4 %)

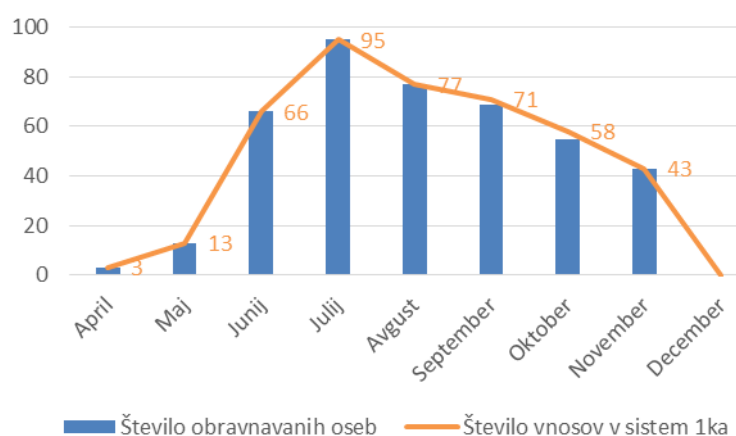
Časovna (mesečna) dinamika vnosov podatkov o obravnavanih ranljivih osebah je bila različna glede na pilotno okolje. Število vnosov obravnav je lahko v posameznih pilotnih okoljih večje od števila obravnavanih ranljivih oseb, saj je bila lahko posamezna ranljiva oseba obravnavana večkrat. V pilotnem okolju ZD Celje je bilo število vnosov obravnav v septembru, oktobru in novembru 2015 višje kot v preostalih mesecih pilotnega izvajanja Programa (Slika 16); podoben trend lahko vidimo tudi v pilotnem okolju ZD Vrhnika (Slika 17). V pilotnem okolju ZD Sevnica je bilo število vnosov obravnav najvišje od junija do septembra 2015 (Slika 18).



Slika 16: Dinamika števila obravnavanih ranljivih oseb in števila vnosov obravnav v sistem 1ka v pilotnem okolju ZD Celje



Slika 17: Dinamika števila obravnavanih ranljivih oseb in števila vnosov obravnav v sistem 1ka v pilotnem okolju ZD Vrhnika



Slika 18: Dinamika števila obravnavanih ranljivih oseb in števila vnosov obravnav v sistem 1ka v pilotnem okolju ZD Sevnica

4.1 OBRAVNAVA RANLJIVIH OSEB V CENTRIH ZA SOCIALNO DELO

V pilotni izvedbi Programa so sodelovali 3 izvajalci iz CSD, od tega 2 v pilotnem okolju ZD Celje in 1 v pilotnem okolju ZD Sevnica. CSD Vrhnika je v pilotnem izvajanju Programa sicer sodeloval z vključevanjem ranljivih oseb v Program, vendar o svojih aktivnostih ni poročal (Tabela 28).

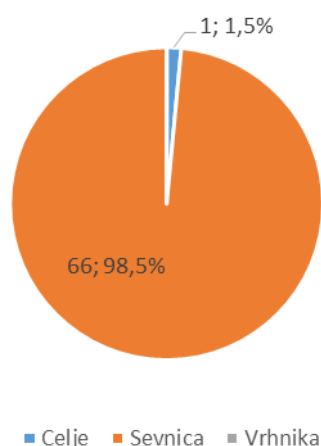
Tabela 28: Število izvajalcev s strani CSD

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
CSD	N	2	1	0	3
	%	3,50%	4,30%	0,00%	2,50%

CSD je kot sodelujoči partner v lokalnem okolju obravnaval 67 ranljivih oseb (v pilotnem okolju ZD Celje 1 osebo (1,5 %); v pilotnem okolju ZD Sevnica 66 oseb (98,5 %); v pilotnem okolju ZD Vrhnika 0 oseb (0,0 %)) in izvedel 67 obravnav (Tabela 29, Slika 19).

Tabela 29: Število obravnavanih ranljivih oseb s strani CSD

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
Število obravnavanih oseb	N	1	66	0	67
	%	1,5%	98,5%	0,0%	100,0%
Število obravnav	N	1	66	0	67
	%	1,5%	98,5%	0,0%	100,0%



Slika 19: Število obravnavanih ranljivih oseb s strani CSD po pilotnih okoljih

18 obravnavanih ranljivih oseb s strani CSD je bilo moških (26,9 %) in 44 žensk (65,7 %), za 5 oseb (7,5 %) ni podatka o spolu. Povprečna starost obravnavanih ranljivih oseb na CSD je bila 46 let, minimalna starost 27 let in maksimalna 62 let (Tabela 30 in

Tabela 31).

Tabela 30: Spol obravnavanih ranljivih oseb s strani CSD

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
moški	N	0	18	/	18
	%	0,0%	27,3%	/	26,9%
ženski	N	1	43	/	44
	%	100,0%	65,2%	/	65,7%
ni podatka	N	0	5	/	5
	%	0,0%	7,6%	/	7,5%
Skupaj	N	1	66	/	67
	%	100,0%	100,0%	/	100,0%

Tabela 31: Starost obravnavanih ranljivih oseb s strani CSD

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
Starost				/	
20-30 let	N	0	3	/	3
	%	0,0%	4,5%	/	4,5%
31-40 let	N	1	17	/	18
	%	100,0%	25,8%	/	26,9%
41-50 let	N	0	19	/	19
	%	0,0%	28,8%	/	28,4%
51-60 let	N	0	21	/	21
	%	0,0%	31,8%	/	31,3%
61-70 let	N	0	1	/	1
	%	0,0%	1,5%	/	1,5%
ni podatka	N	0	5	/	5
	%	0,0%	7,6%	/	7,5%
povprečje		40	46	/	46
min		40	27	/	27
max		40	62	/	62
Skupaj	N	1	66	/	67
	%	100,0%	100,0%	/	100,0%

Najpogostejša vrsta ranljivosti obravnavanih ranljivih oseb s strani CSD je bila brezposelnost, in sicer pri 45 osebah (67,2 %) (Tabela 32,

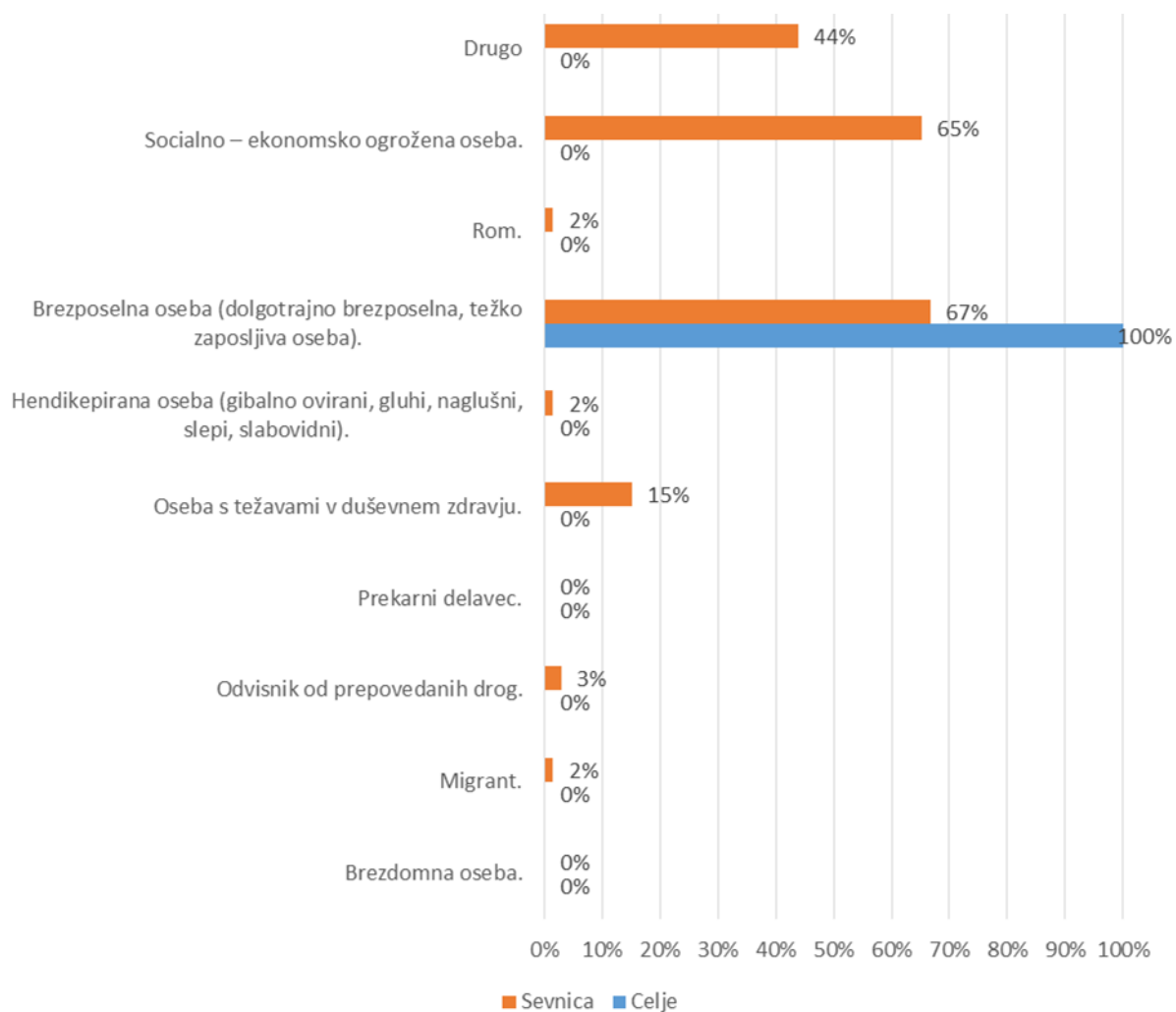
Tabela 33 in Slika 20).

Tabela 32: Vrsta ranljivosti (CSD)

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
Brezdomna oseba.	N	0	0	/	0
	%	0,0%	0,0%	/	0,0%
Migrant.	N	0	1	/	1
	%	0,0%	1,5%	/	1,5%
Odisnik od prepovedanih drog.	N	0	2	/	2
	%	0,0%	3,0%	/	3,0%
Prekarni delavec.	N	0	0	/	0
	%	0,0%	0,0%	/	0,0%
Oseba s težavami v duševnem zdravju.	N	0	10	/	10
	%	0,0%	15,2%	/	14,9%
Hendikepirana oseba (gibalno ovirani, gluhi, naglušni, slepi, slabovidni).	N	0	1	/	1
	%	0,0%	1,5%	/	1,5%
Brezposelna oseba (dolgotrajno brezposelna, težko zaposljiva oseba).	N	1	44	/	45
	%	100,0%	66,7%	/	67,2%
Rom.	N	0	1	/	1
	%	0,0%	1,5%	/	1,5%
Socialno – ekonomsko ogrožena oseba.	N	0	43	/	43
	%	0,0%	65,2%	/	64,2%
Drugo	N	0	29	/	29
	%	0,0%	43,9%	/	43,3%
Skupaj (oseb)	N	1	66	/	67

Tabela 33: Vrsta ranljivosti – drugo (CSD)

	Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
(pre)obremenjena oseba		1		1
(pre)obremenjenost		8		8
(pre)obremenjenost, stres		7		7
8pre)obremenjenost, stres		1		1
obremenjenost		2		2
odvzeta poslovna sposobnost		1		1
oseba s težavami v duševnem razvoju		1		1
oseba z dolgotrajnim bolniškim staležem		1		1
oseba, ki je že osem mesecev na bolniškem staležu		1		1
preobremenjenost, smrt partnerja		1		1
priznana kategorija invalidnosti		1		1
velike zdravstvene težave		3		3
začasno nezaposljiva oseba		1		1
Skupaj	0	29	0	29



Slika 20: Vrsta ranljivosti po pilotnem okolju (CSD)

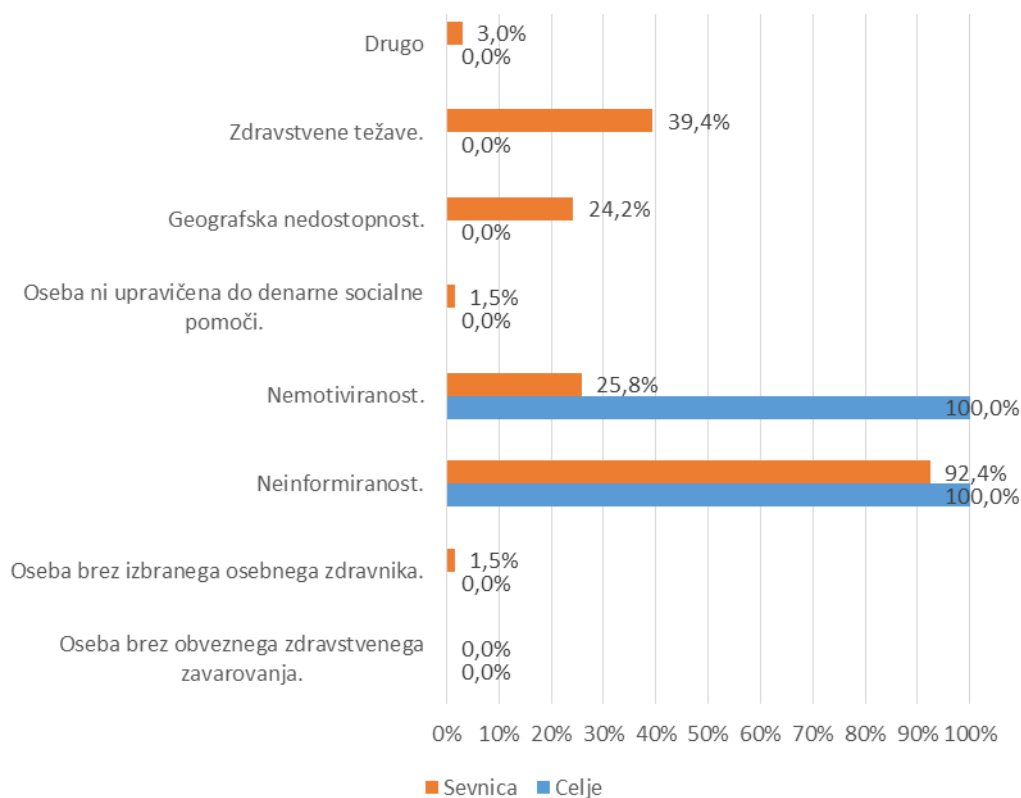
Najpogostejša ovira obravnavanih ranljivih oseb v dostopu do preventivnih programov je bila neinformiranost (63 oseb, 94,0 %) (Tabela 34, Tabela 35 in Slika 21).

Tabela 34: Ovire v dostopu do preventivnih programov ranljivih oseb (CSD)

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
Oseba brez obveznega zdravstvenega zavarovanja.	N	0	0	/	0
	%	0,0%	0,0%	/	0,0%
Oseba brez izbranega osebnega zdravnika.	N	0	1	/	1
	%	0,0%	1,5%	/	1,5%
Neinformiranost.	N	1	61	/	63
	%	100,0%	92,4%	/	94,0%
Nemotiviranost.	N	1	17	/	18
	%	100,0%	25,8%	/	26,9%
Oseba ni upravičena do denarne socialne pomoči.	N	0	1	/	1
	%	0,0%	1,5%	/	1,5%
Geografska nedostopnost.	N	0	16	/	16
	%	0,0%	24,2%	/	23,9%
Zdravstvene težave.	N	0	26	/	26
	%	0,0%	39,4%	/	38,8%
Drugo	N	0	2	/	2
	%	0,0%	3,0%	/	3,0%
Skupaj (oseb)	N	1	66	/	67

Tabela 35: Ovire v dostopu do preventivnih programov ranljivih oseb (CSD) - drugo

	Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
ni prometne povezave (med poletnimi počitnicami ni šolske)		1		1
razumevanje jezika		1		1

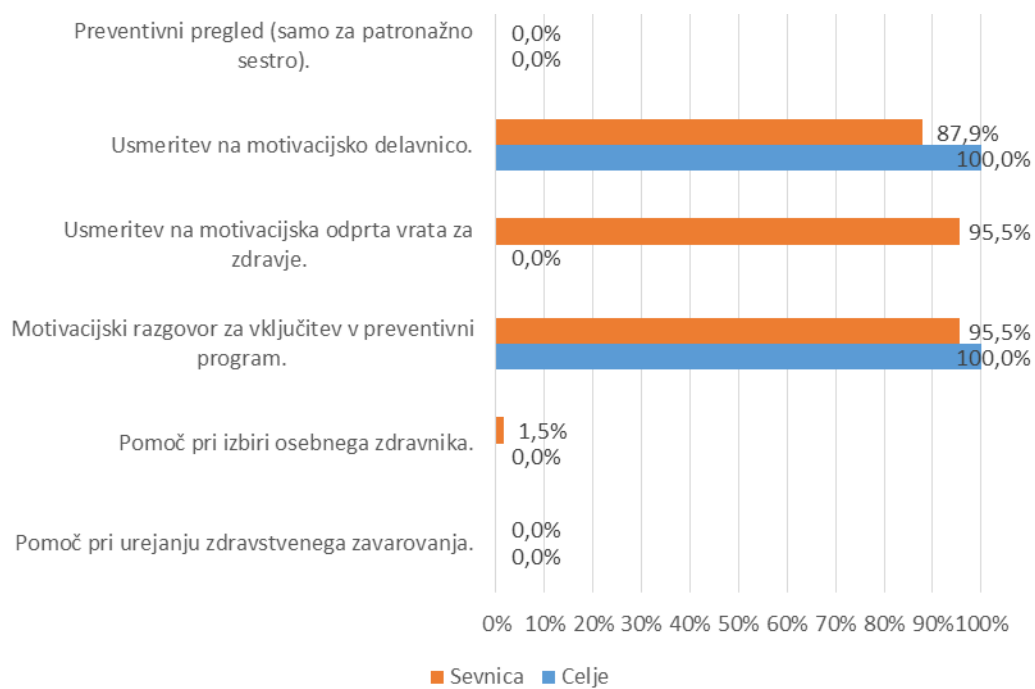


Slika 21: Ovire v dostopu do preventivnih programov ranljivih oseb (CSD)

Na CSD so obravnavanim ranljivim osebam najpogosteje nudili motivacijski razgovor za vključitev v preventivni program (95,5 %); usmeritev na Odprta vrata za zdravje (94,0 %) in usmeritev na motivacijsko delavnico (88,1 %) (Tabela 36, Slika 22).

Tabela 36: Opravljena storitev – kaj je bilo osebi nudeno (CSD)

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
Pomoč pri urejanju zdravstvenega zavarovanja.	N	0	0	/	0
	%	0,0%	0,0%	/	0,0%
Pomoč pri izbiri osebnega zdravnika.	N	0	1	/	1
	%	0,0%	1,5%	/	1,5%
Motivacijski razgovor za vključitev v preventivni program.	N	1	63	/	64
	%	100,0%	95,5%	/	95,5%
Usmeritev na motivacijska odprta vrata za zdravje.	N	0	63	/	63
	%	0,0%	95,5%	/	94,0%
Usmeritev na motivacijsko delavnico.	N	1	58	/	59
	%	100,0%	87,9%	/	88,1%
Preventivni pregled (samo za patronažno sestro).	N	0	0	/	0
	%	0,0%	0,0%	/	0,0%
Skupaj (oseb)	N	1	66	/	67

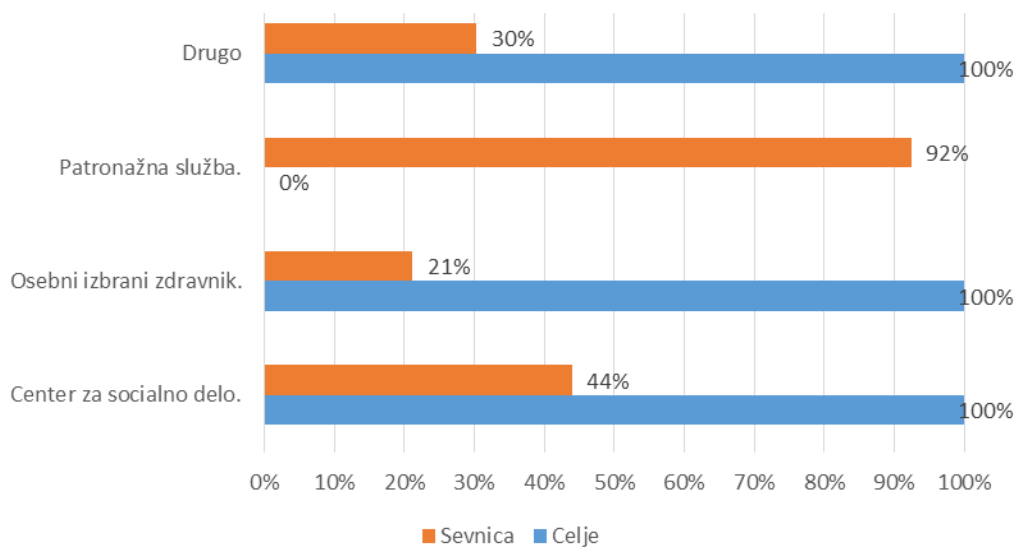


Slika 22: Opravljena storitev – kaj je bilo osebi nudeno (CSD)

Na CSD so obravnavane ranljive osebe najpogosteje napotili v nadaljnjo obravnavo v patronažno službo (91,0 %) (Tabela 37, Tabela 38 in Slika 23).

Tabela 37: Kam je bila oseba napotena v nadaljno obravnavo (CSD)

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
Center za socialno delo.	N	1	29	/	30
	%	100,0%	43,9%	/	44,8%
Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje.	N	/	/	/	/
	%	/	/	/	/
Nevladna organizacija	N	/	/	/	/
	%	/	/	/	/
Zavod za zdravstveno zavarovanje Republike Slovenije.	N	/	/	/	/
	%	/	/	/	/
Osebni izbrani zdravnik.	N	1	14	/	15
	%	100,0%	21,2%	/	22,4%
Patronažna služba.	N	0	61	/	61
	%	0,0%	92,4%	/	91,0%
Ne želi obravnave.	N	/	/	/	/
	%	/	/	/	/
Drugo	N	1	20	/	22
	%	100,0%	30,3%	/	32,8%
Skupaj (oseb)	N	1	66	/	67



Slika 23: Kam je bila oseba napotena v nadaljno obravnavo (CSD)

Tabela 38: Kam je bila oseba napotena v nadaljnjo obravnavo (CSD) – drugo

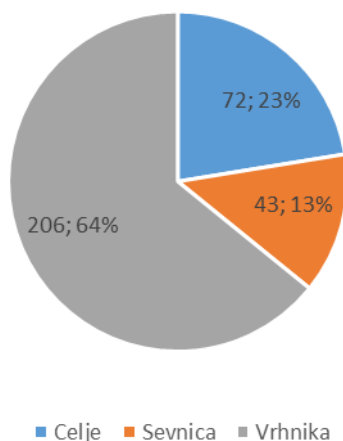
	Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
CENTER ZA KREPITEV ZDRAVJA	1			1
delavnica		1		1
delavnica na CSD		17		17
delavnica odpravljanje stresa		1		1
Družinski inštitut Zaupanje		1		1
izvedba delavnice na CSD		1		1
preventivni mozaik posavja-terapevtsko delo		1		1

4.2 OBRAVNAVA RANLJIVIH OSEB V ZAVODIH REPUBLIKE SLOVENIJE ZA ZAPOSLOVANJE

ZRSZ je kot sodelujoči partner v lokalnem okolju obravnaval 321 ranljivih oseb (v pilotnem okolju ZD Celje 72 oseb (22,4 %); v pilotnem okolju ZD Sevnica 43 oseb (13,4 %); v pilotnem okolju ZD Vrhnika 206 (64,2 %) in izvedel 328 obravnav (Tabela 39 in Slika 24).

Tabela 39: Število obravnav in obravnavanih ranljivih oseb s strani ZRSZ

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
Število obravnavanih oseb	N	72	43	206	321
	%	22,4%	13,4%	64,2%	100,0%
Število obravnav	N	73	43	212	328
	%	22,3%	13,1%	64,6%	100,0%



Slika 24: Število obravnavanih ranljivih oseb s strani ZRSZ

118 obravnavanih ranljivih oseb s strani ZRSZ je bilo moških (36,8 %) in 155 žensk (48,3 %), za 48 oseb (15,0 %) ni podatka o spolu. Povprečna starost obravnavanih ranljivih oseb na ZRSZ je bila 46 let, minimalna starost 21 let in maksimalna 62 let (Tabela 40 in

Tabela 41).

Tabela 40: Obravnavane ranljive osebe glede na spol (ZRSZ)

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
moški	N	18	5	95	118
	%	25,0%	11,6%	46,1%	36,8%
ženski	N	51	5	99	155
	%	70,8%	11,6%	48,1%	48,3%
ni podatka	N	3	33	12	48
	%	4,2%	76,7%	5,8%	15,0%
Skupaj	N	72	43	206	321
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 41: Obravnavane ranljive osebe glede na starost (ZRSZ)

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
20-30 let	N	6	1	24	31
	%	8,3%	2,3%	11,7%	9,7%
31-40 let	N	11	3	32	46
	%	15,3%	7,0%	15,5%	14,3%
41-50 let	N	28	5	61	94
	%	38,9%	11,6%	29,6%	29,3%
51-60 let	N	24	1	86	111
	%	33,3%	2,3%	41,7%	34,6%
61-70 let	N	1	0	1	2
	%	1,4%	0,0%	0,5%	0,6%
ni podatka	N	2	33	2	37
	%	2,8%	76,7%	1,0%	11,5%
povprečje		46	43	46	46
min		22	29	21	21
max		61	56	62	62
Skupaj	N	72	43	206	321
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

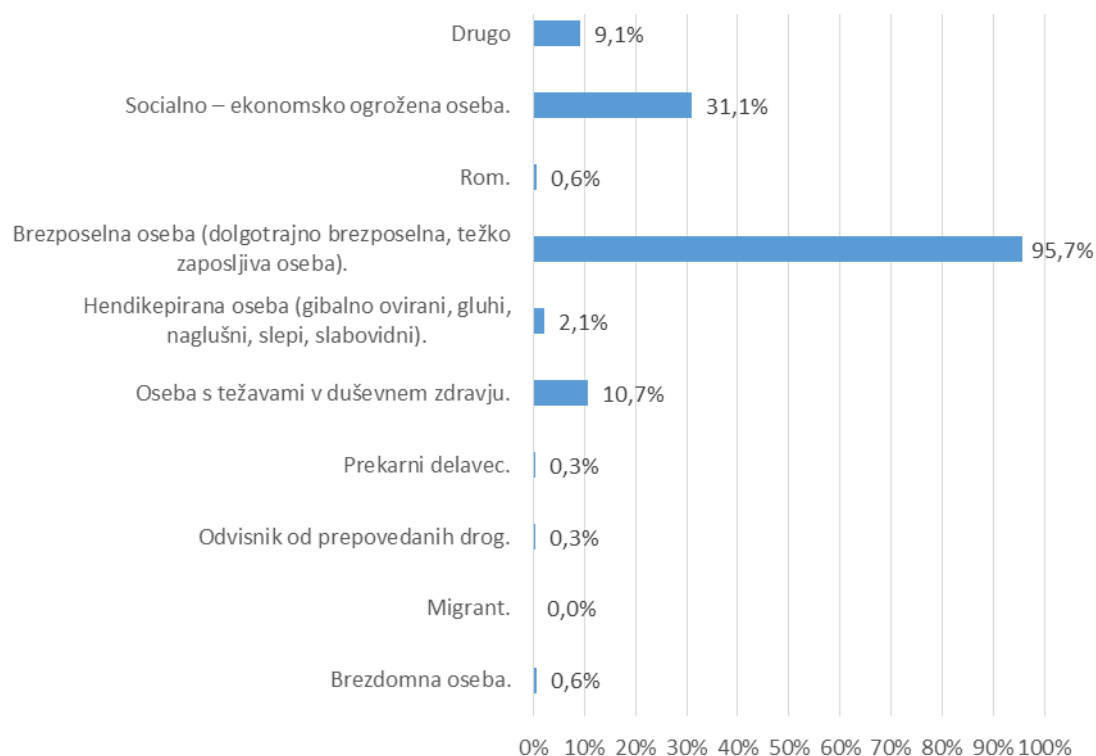
Najpogostejša vrsta ranljivosti obravnavanih ranljivih oseb s strani ZRSZ za zaposlovanje je bila brezposelnost (v pilotnem okolju ZD Celje 67 oseb (91,8 %); v pilotnem okolju ZD Sevnica 38 oseb (88,4 %); v pilotnem okolju ZD Vrhnika 209 (98,6 %)) (Tabela 42, Tabela 43, Slika 25, in Slika 26).

Tabela 42: Vrsta ranljivosti (ZRSZ)

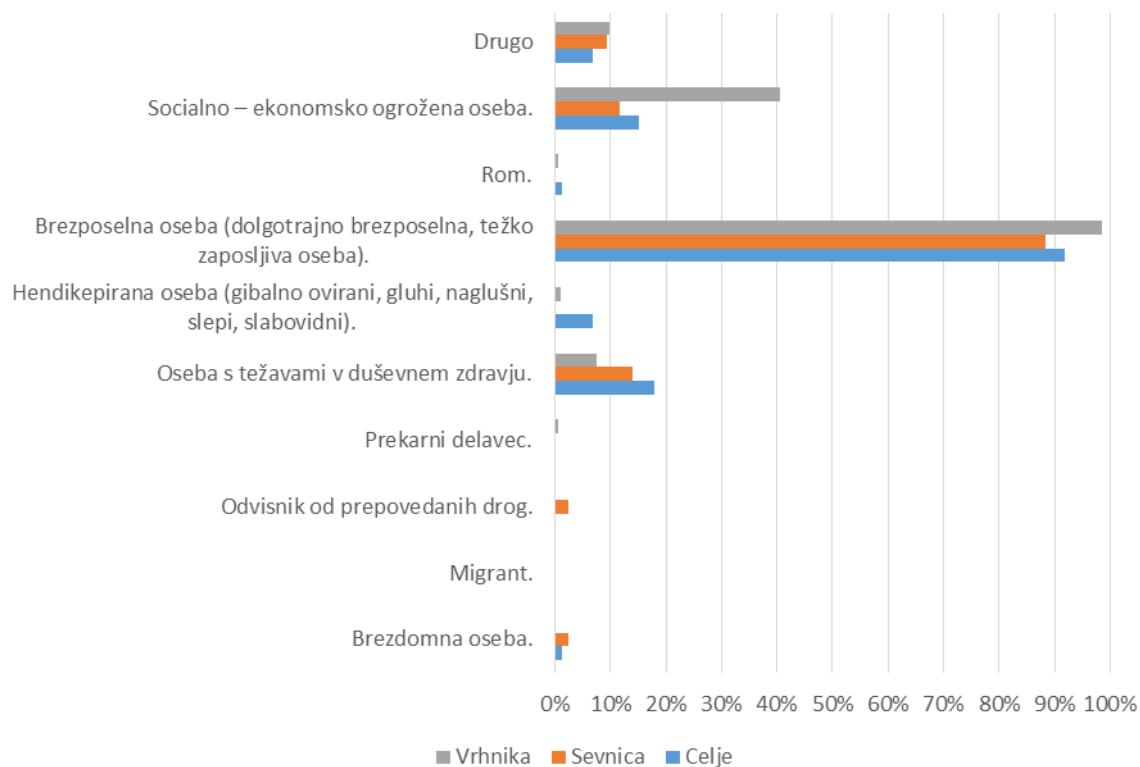
		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
Brezdomna oseba.	N	1	1	0	2
	%	1,4%	2,3%	0,0%	0,6%
Migrant.	N	0	0	0	0
	%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Odvisnik od prepovedanih drog.	N	0	1	0	1
	%	0,0%	2,3%	0,0%	0,3%
Prekarni delavec.	N	0	0	1	1
	%	0,0%	0,0%	0,5%	0,3%
Oseba s težavami v duševnem zdravju.	N	13	6	16	35
	%	17,8%	14,0%	7,5%	10,7%
Hendikepirana oseba (gibalno ovirani, gluhi, naglušni, slepi, slabovidni).	N	5	0	2	7
	%	6,8%	0,0%	0,9%	2,1%
Brezposelna oseba (dolgotrajno brezposelna, težko zaposljiva oseba).	N	67	38	209	314
	%	91,8%	88,4%	98,6%	95,7%
Rom.	N	1	0	1	2
	%	1,4%	0,0%	0,5%	0,6%
Socialno – ekonomsko ogrožena oseba.	N	11	5	86	102
	%	15,1%	11,6%	40,6%	31,1%
Drugo	N	5	4	21	30
	%	6,8%	9,3%	9,9%	9,1%
Skupaj (obravnav)	N	73	43	212	328

Tabela 43: Vrsta ranljivosti (ZRSZ) – drugo

	Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
brezposelna od leta 2008			1	1
čaka na operacijo obeh kolen			1	1
DEBELOST		1		1
dolgotrajno brezposlena oseba			1	1
ima status invalida III.kat. za polni delovni čas			1	1
je tudi v osebnem stečaju in ima veliko zdr. težav			1	1
menim, da ima tudi težave v duševnem zdravju			1	1
močno povečana telesna teža			1	1
nepismena, slepa na 1 oko			1	1
palmoplantarni dermatitis			1	1
povišana telesna teža - 135 kg			1	1
PREKOMERNA TELESNA TEŽA		1		1
s prekomerno telesno težo			1	1
SOCIALNO-EKON.OGR.OSEBA		1		1
Statu invalidnosti III.kat. za polni DČ (šum na srcu, zamašene vene)			1	1
Status del. invalid	1			1
status invalidnosti III.kat. od leta 2002			1	1
status invalidnosti III.kat. za polni delovni čas			1	1
status invalidnosti III.kategorije za polovični delovni čas			1	1
sum na težave z alkoholom			1	1
še v postopku zdravljenja	1			1
težave v duševnem zdravju - manična depresija			1	1
TEŽJA SLADKORNA BOLEZEN	1			1
v postopku metadonskega zdravljenja		1		1
veliko zdravstvenih težav			1	1
Z ZDRAVSTVENIMI TEŽAVAMI	1			1
zdravstvene težave	1			1
zdravstvene težave - sladkorna bolezen			1	1
živi v hiši brez elektrike in vode			1	1
živi v hiši brez vode in elektrike, sum na težave z alkoholom			1	1



Slika 25: Vrsta ranljivosti (ZRSZ)



Slika 26: Vrsta ranljivosti (ZRSZ) glede na pilotno okolje

Na ZRSZ so obravnavane ranljive osebe najpogosteje napotili v CKZ (57,9 %) (Tabela 44 in

Tabela 45).

Tabela 44: Kam je bila oseba napotena v nadaljno obravnavo (ZRSZ)

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
Center za socialno delo.	N	6	3	4	13
	%	8,2%	7,0%	1,9%	4,0%
Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje.	N	19	3	1	23
	%	26,0%	7,0%	0,5%	7,0%
Nevladna organizacija	N	0	0	0	0
	%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Zavod za zdravstveno zavarovanje Republike Slovenije.	N	6	3	4	13
	%	8,2%	7,0%	1,9%	4,0%
Osebni izbrani zdravnik.	N	5	6	34	45
	%	6,8%	14,0%	16,0%	13,7%
Patronažna služba.	N	8	2	0	10
	%	11,0%	4,7%	0,0%	3,0%
Ne želi obravnave.	N	26	23	36	85
	%	35,6%	53,5%	17,0%	25,9%
Drugo	N	14	10	166	190
	%	19,2%	23,3%	78,3%	57,9%
Skupaj (obravnav)	N	73	43	212	328

Tabela 45: Kam je bila oseba napotena v nadaljno obravnavo (ZRSZ) – drugo

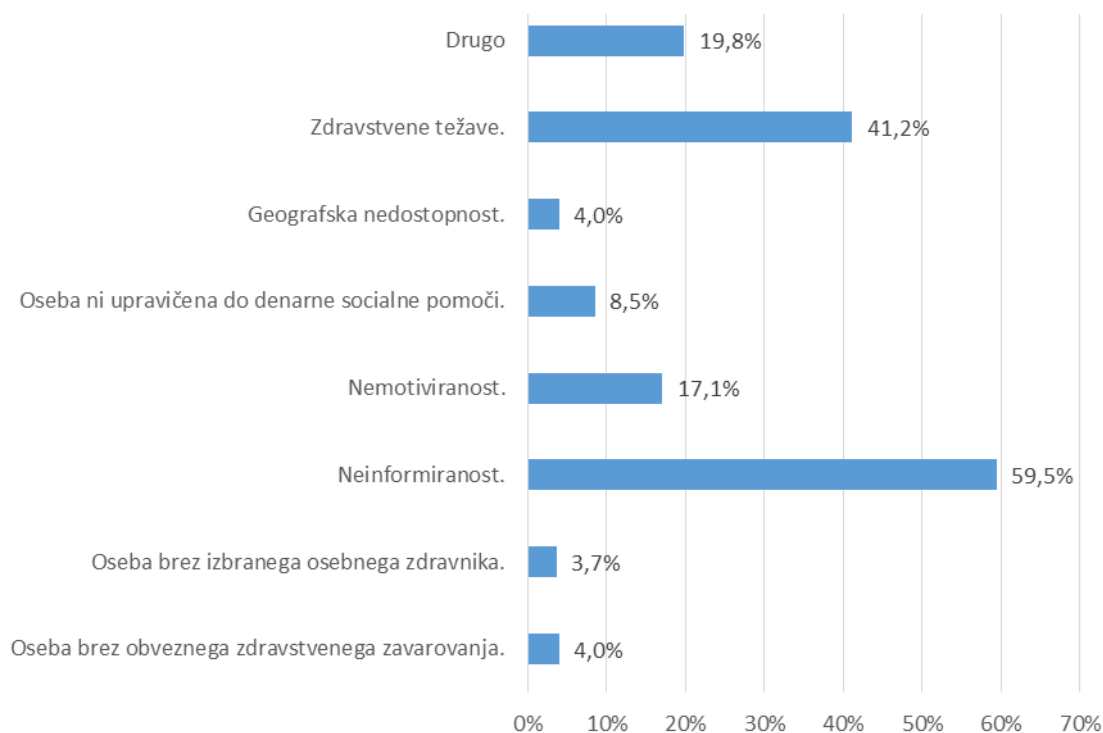
	Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
Center za krepitev zdravja	14	9	166	189

Najpogostejša ovira na ZRSZ obravnavanih ranljivih oseb v dostopu do preventivnih programov je bila neinformiranost (195 oseb oziroma 59,5 %) (Tabela 46, Slika 27 in Slika 28).

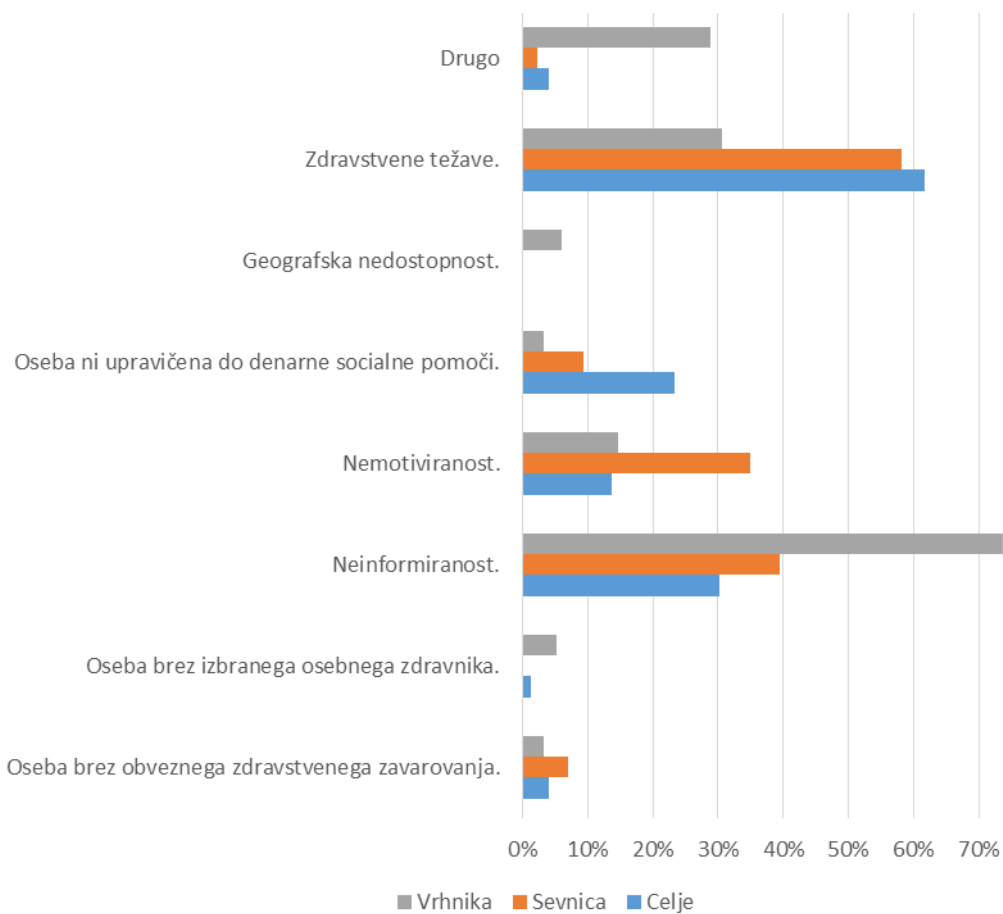
Tabela 46: Ovire v dostopu do preventivnih programov (ZRSZ)

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
Oseba brez obveznega zdravstvenega zavarovanja.	N	3	3	7	13
	%	4,1%	7,0%	3,3%	4,0%
Oseba brez izbranega osebnega zdravnika.	N	1	0	11	12
	%	1,4%	0,0%	5,2%	3,7%
Neinformiranost.	N	22	17	156	195
	%	30,1%	39,5%	73,6%	59,5%
Nemotiviranost.	N	10	15	31	56
	%	13,7%	34,9%	14,6%	17,1%
Oseba ni upravičena do denarne socialne pomoči.	N	17	4	7	28
	%	23,3%	9,3%	3,3%	8,5%
Geografska nedostopnost.	N	0	0	13	13
	%	0,0%	0,0%	6,1%	4,0%
Zdravstvene težave.	N	45	25	65	135
	%	61,6%	58,1%	30,7%	41,2%
Drugo	N	3	1	61	65
	%	4,1%	2,3%	28,8%	19,8%
Skupaj (obravnav)	N	73	43	212	328

*število primerov, ko je oseba brez izbranega osebnega zdravnika se ne ujema s številom v tabeli višje, ker so tu upoštevane vse obravnave (torej je lahko ista oseba obravnavana tudi večkrat), zgornja tabela pa upošteva isto osebo samo enkrat



Slika 27: Ovire v dostopu do preventivnih programov (ZRSZ)



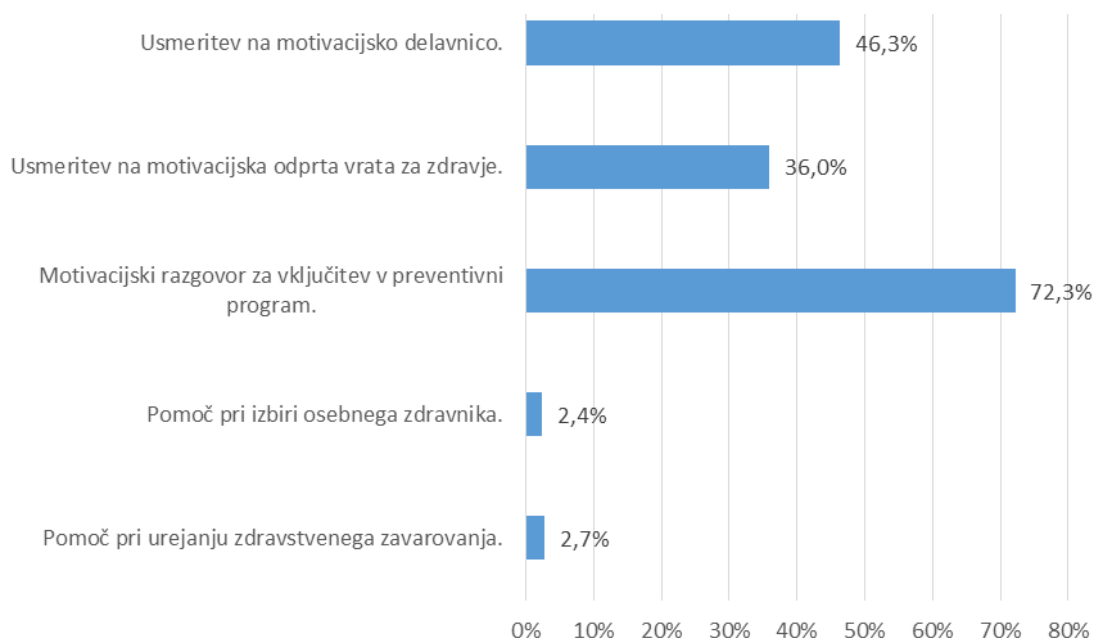
Slika 28: Ovire v dostopu do preventivnih programov (ZRSZ) glede na pilotno okolje

Na ZRSZ so obravnavanim ranljivim osebam najpogosteje nudili motivacijski razgovor za vključitev v preventivni program (72,3 %); usmeritev na motivacijsko delavnico (46,3 %) in usmeritev na Odprta vrata za zdravje (36,0 %) (Tabela 47,

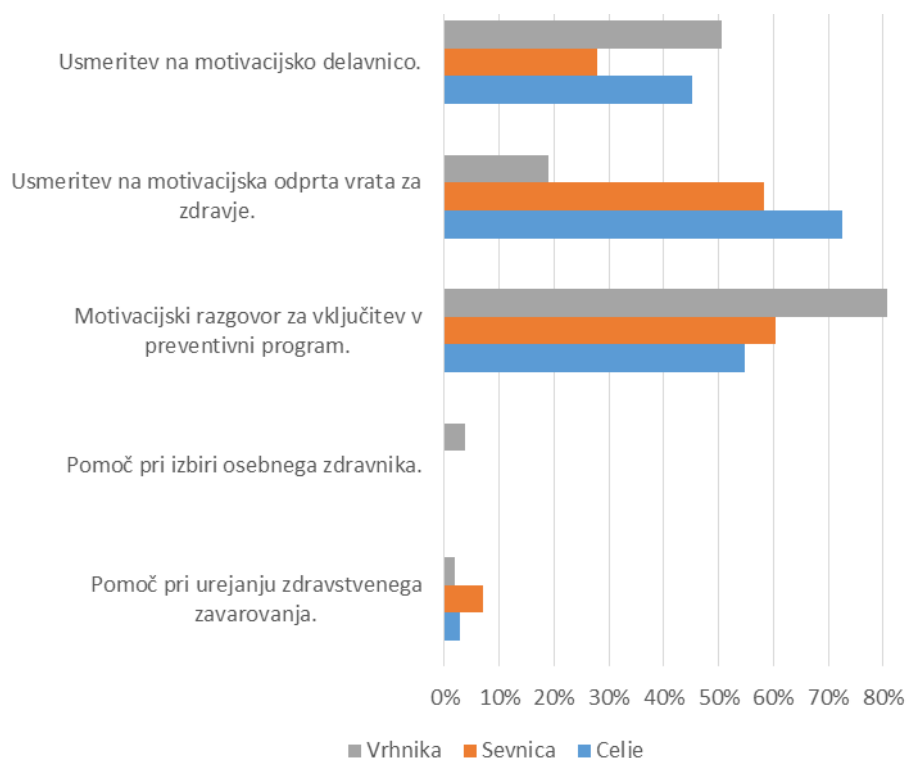
Slika 29 in Slika 30).

Tabela 47: Opravljena storitev – kaj je bilo osebi nudeno (ZRSZ)

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
Pomoč pri urejanju zdravstvenega zavarovanja.	N	2	3	4	9
	%	2,7%	7,0%	1,9%	2,7%
Pomoč pri izbiri osebnega zdravnika.	N	0	0	8	8
	%	0,0%	0,0%	3,8%	2,4%
Motivacijski razgovor za vključitev v preventivni program.	N	40	26	171	237
	%	54,8%	60,5%	80,7%	72,3%
Usmeritev na motivacijska odprta vrata za zdravje.	N	53	25	40	118
	%	72,6%	58,1%	18,9%	36,0%
Usmeritev na motivacijsko delavnico.	N	33	12	107	152
	%	45,2%	27,9%	50,5%	46,3%
Preventivni pregled (samo za patronažno sestro).	N	0	0	0	0
	%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Skupaj (obravnav)	N	73	43	212	328



Slika 29: Opravljena storitev – kaj je bilo osebi nudeno (ZRSZ)



Slika 30: Opravljena storitev – kaj je bilo osebi nudeno (ZRSZ) glede na pilotno okolje

4.3 OBRAVNAVA RANLJIVIH OSEB V NEVLADNIH ORGANIZACIJAH

V pilotni izvedbi Programa je sodelovalo 14 izvajalcev iz 4 NVO: Varna hiša Celje, Javni zavod Socio Celje, Območno združenje Rdečega križa Sevnica in Ozara Slovenija, nacionalno združenje za kakovost življenja, enota Sevnica. V pilotnem okolju ZD Vrhnika se NVO niso vključile v pilotno izvedbo Programa (Tabela 48).

Tabela 48: Število izvajalcev iz NVO in število NVO

	Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
Število izvajalcev	12	2	0	14
Število nevladnih organizacij	2	2	0	4

*To so: JZ Socio - Materinski dom (CE), Varna hiša (CE), Ozara (SE), RK Sevnica

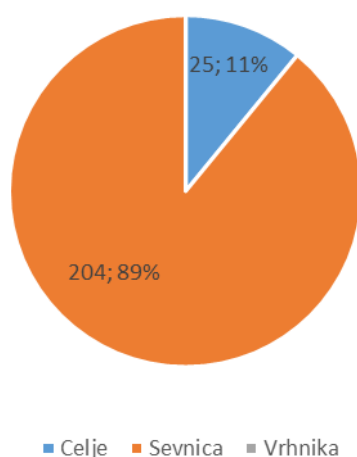
NVO so kot sodelujoči partner v lokalnem okolju obravnavale 229 ranljivih oseb (v pilotnem okolju ZD Celje 25 oseb (10,9 %); v pilotnem okolju ZD Sevnica 204 oseb (89,1 %); v pilotnem okolju ZD Vrhnika 0 oseb (0,0 %)) in izvedle 229 obravnav (Tabela 49, Tabela 50, Slika 31).

Tabela 49: Število obravnav in obravnavanih ranljivih oseb (NVO)

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
Število obravnavanih oseb	N	25	204	0	229
	%	10,9%	89,1%	0,0%	100,0%
Število obravnav	N	25	204	0	229
	%	10,9%	89,1%	0,0%	100,0%

Tabela 50: Število obravnavanih ranljivih oseb (NVO)

	Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
JZ Socio- Materinski dom (CE)	1	0	0	1
Ozara (SE)	0	15	0	15
RK Sevnica	0	189	0	189
Varna hiša (CE)	21	0	0	21
ni podatka	3	0	0	3
Skupaj	25	204	0	229



Slika 31: Število obravnavanih ranljivih oseb (NVO)

21 obravnavanih ranljivih oseb s strani NVO je bilo moških (9,2 %) in 63 žensk (27,5 %), za 145 oseb (63,3 %) ni podatka o spolu. Povprečna starost obravnavanih ranljivih oseb pri NVO je bila 59 let, minimalna starost 22 let in maksimalna 90 let (

Tabela 51 in Tabela 52).

Tabela 51: Obravnavane ranljive osebe glede na spol (NVO)

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
moški	N	0	21	/	21
	%	0,0%	10,3%	/	9,2%
ženski	N	19	44	/	63
	%	76,0%	21,6%	/	27,5%
ni podatka	N	6	139	/	145
	%	24,0%	68,1%	/	63,3%

* Interpretacija podatkov o spolu in starosti zaradi velika števila manjkajočih vrednosti ni smiselna

Tabela 52: Obravnavane ranljive osebe glede na starost (NVO)

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
20-30 let	N	4	1	/	5
	%	16,0%	0,5%	/	2,2%
31-40 let	N	4	2	/	6
	%	16,0%	1,0%	/	2,6%
41-50 let	N	3	9	/	12
	%	12,0%	4,4%	/	5,2%
51-60 let	N	1	19	/	20
	%	4,0%	9,3%	/	8,7%
61-70 let	N	6	12	/	18
	%	24,0%	5,9%	/	7,9%
71-80 let	N	0	20	/	20
	%	0,0%	9,8%	/	8,7%
81-90 let	N	0	1	/	1
	%	0,0%	0,5%	/	0,4%
ni podatka	N	7	140	/	147
	%	28,0%	68,6%	/	64,2%
povprečje		46	62	/	59
min		23	22	/	22
max		67	90	/	90
Skupaj	N	25	204	/	229
	%	100,0%	100,0%	/	100,0%

Najpogostejša vrsta ranljivosti obravnavanih ranljivih oseb s strani NVO so bile težave v duševnem zdravju, in sicer pri 102 osebah (44,5 %) (

Tabela 53,

Tabela 54).

Tabela 53: Vrsta ranljivosti (NVO)

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
Brezdomna oseba.	N	1	3	/	4
	%	4,0%	1,5%	/	1,7%
Migrant.	N	1	0	/	1
	%	4,0%	0,0%	/	0,4%
Odvisnik od prepovedanih drog.	N	1	1	/	2
	%	4,0%	0,5%	/	0,9%
Prekarni delavec.	N	0	0	/	0
	%	0,0%	0,0%	/	0,0%
Oseba s težavami v duševnem zdravju.	N	2	100	/	102
	%	8,0%	49,0%	/	44,5%
Hendikepirana oseba (gibalno ovirani, gluhi, naglušni, slepi, slabovidni).	N	0	29	/	29
	%	0,0%	14,2%	/	12,7%
Brezposelna oseba (dolgotrajno brezposelna, težko zaposljiva oseba).	N	5	78	/	83
	%	20,0%	38,2%	/	36,2%
Rom.	N	0	0	/	0
	%	0,0%	0,0%	/	0,0%
Socialno – ekonomsko ogrožena oseba.	N	9	41	/	50
	%	36,0%	20,1%	/	21,8%
Drugo	N	19	0	/	19
	%	76,0%	0,0%	/	8,3%
Skupaj (obravnav)	N	25	204	/	229

Tabela 54: Vrsta ranljivosti (NVO) – drugo

	Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
oseba, ki doživlja nasilje - upokojena	1			1
Oseba, ki je doživljala nasilje	1			1
upokojena oseba	1			1
upokojenka, žrtev nasilja v družini	1			1
žrtev družinskega nasilja	6			6
žrtev družinskega nasilja	1			1
žrtev nasilja	5			5
žrtev nasilja v družini	2			2
ŽRTEV NASILJA, ODVISNICA OD ALKOHOLA	1			1

Najpogostejša ovira obravnavanih ranljivih oseb v dostopu do preventivnih programov je bila neinformiranost (148 oseb (64,6 %)) (

Tabela 55,

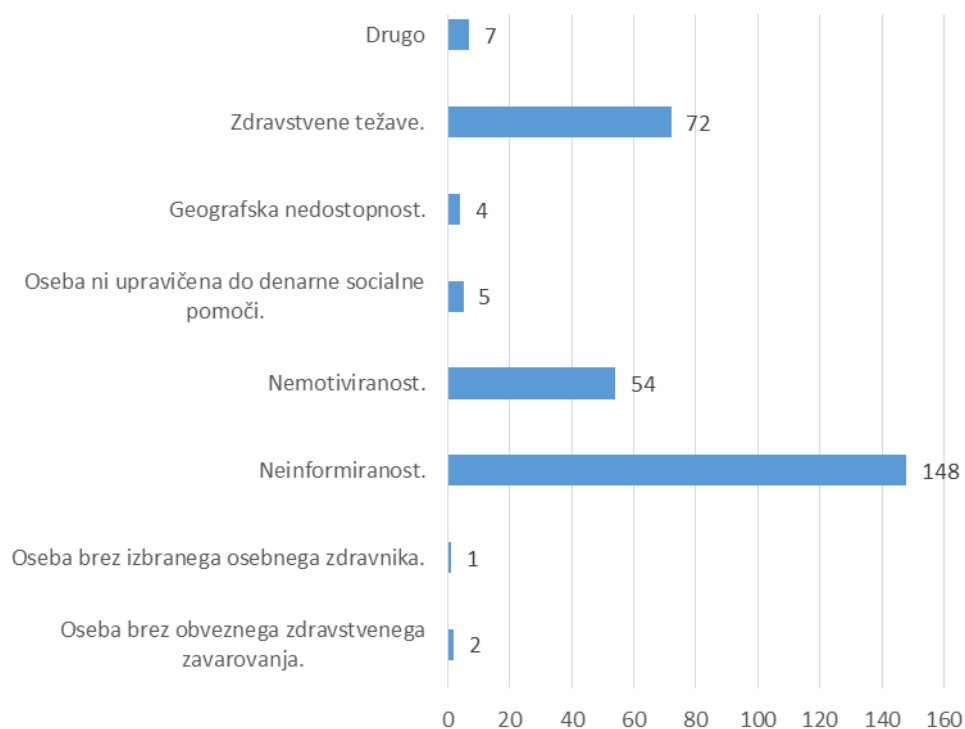
Tabela 56, Slika 32 in Slika 33).

Tabela 55: Ovire v dostopu do preventivnega programa (NVO)

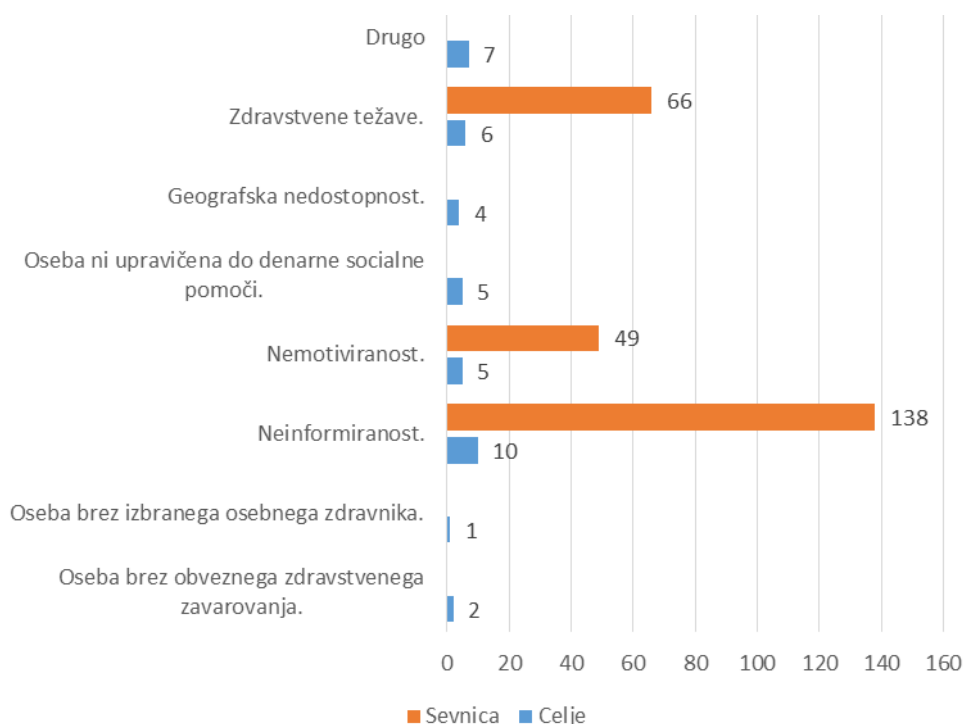
		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
Oseba brez obveznega zdravstvenega zavarovanja.	N	2	0	/	2
	%	8,0%	0,0%	/	0,9%
Oseba brez izbranega osebnega zdravnika.	N	1	0	/	1
	%	4,0%	0,0%	/	0,4%
Neinformiranost.	N	10	138	/	148
	%	40,0%	67,6%	/	64,6%
Nemotiviranost.	N	5	49	/	54
	%	20,0%	24,0%	/	23,6%
Oseba ni upravičena do denarne socialne pomoči.	N	5	0	/	5
	%	20,0%	0,0%	/	2,2%
Geografska nedostopnost.	N	4	0	/	4
	%	16,0%	0,0%	/	1,7%
Zdravstvene težave.	N	6	66	/	72
	%	24,0%	32,4%	/	31,4%
Drugo	N	7	0	/	7
	%	28,0%	0,0%	/	3,1%
Skupaj (obravnav)	N	25	204	/	229

Tabela 56: Ovire v dostopu do preventivnega programa (NVO) – drugo

	Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
denarne težave	1			1
mati treh mlad. otrok	1			1
menjava osebnega zdravnika	1			1
nasilje v družini, nižja pokojnina	1			1
ni ovir	1			1
ni zaznati posebnih ovir	1			1
omejevanje, nadzor	1			1



Slika 32: Ovire v dostopu do preventivnega programa (NVO)

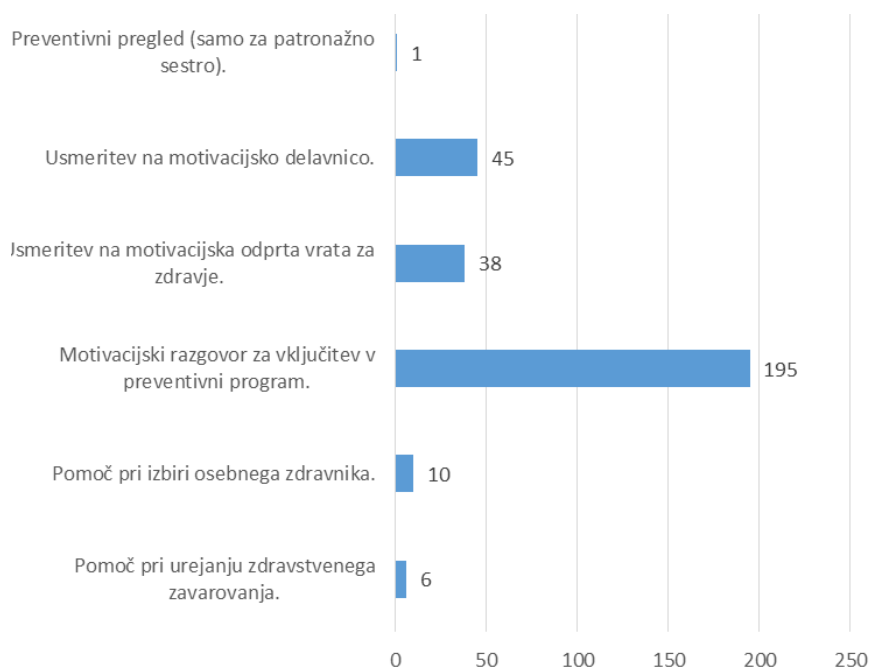


Slika 33: Ovire v dostopu do preventivnega programa (NVO) glede na pilotna okolja

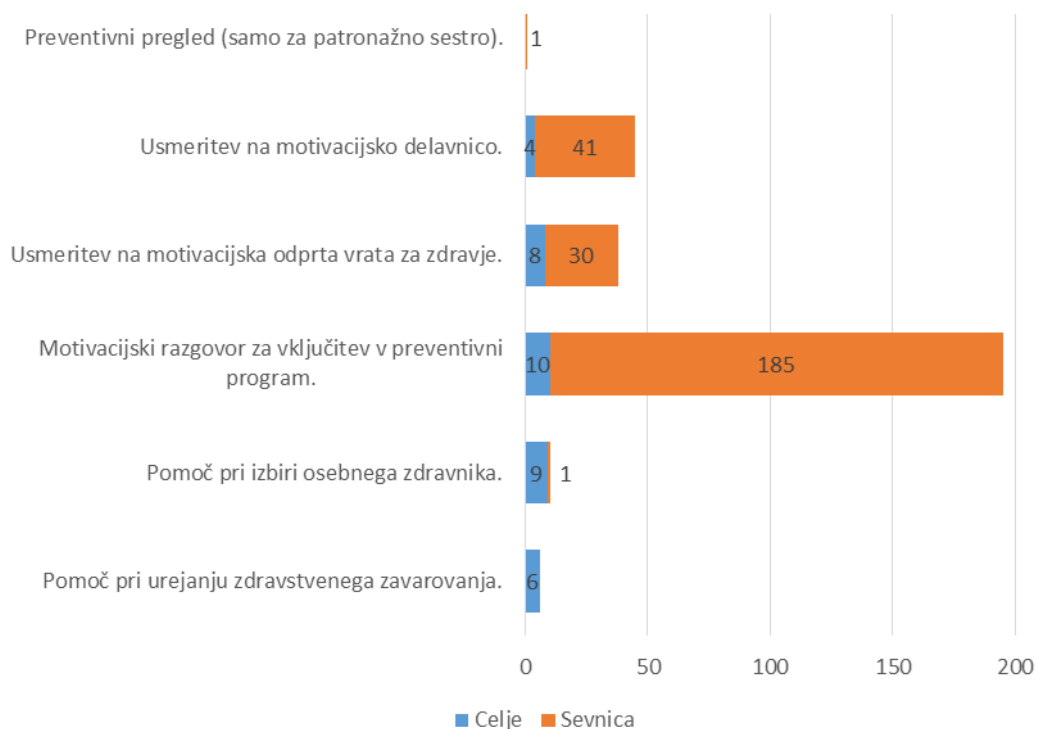
Na NVO so obravnavanim ranljivim osebam najpogosteje nudili motivacijski razgovor za vključitev v preventivni program (85,2 %); usmeritev na motivacijsko delavnico (19,7 %) in usmeritev na Odprta vrata za zdravje (16,6 %) (Tabela 57, Slika 34 in Slika 35).

Tabela 57: Opravljena storitev – kaj je bilo osebi nudeno (NVO)

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
Pomoč pri urejanju zdravstvenega zavarovanja.	N	6	0	/	6
	%	24,0%	0,0%	/	2,6%
Pomoč pri izbiri osebnega zdravnika.	N	9	1	/	10
	%	36,0%	0,5%	/	4,4%
Motivacijski razgovor za vključitev v preventivni program.	N	10	185	/	195
	%	40,0%	90,7%	/	85,2%
Usmeritev na motivacijska odprta vrata za zdravje.	N	8	30	/	38
	%	32,0%	14,7%	/	16,6%
Usmeritev na motivacijsko delavnico.	N	4	41	/	45
	%	16,0%	20,1%	/	19,7%
Preventivni pregled (samo za patronažno sestro).	N	0	1	/	1
	%	0,0%	0,5%	/	0,4%
Skupaj (obravnav)	N	25	204	/	229



Slika 34: Opravljena storitev – kaj je bilo osebi nudeno (NVO)



Slika 35: Opravljena storitev – kaj je bilo osebi nudeno (NVO) glede na pilotna okolja

Na NVO so obravnavane ranljive osebe najpogosteje napotili v nadaljnjo obravnavo na NVO (81,2 %) (Tabela 58, Tabela 59).

Tabela 58: Kam je bila oseba napotena v nadaljnjo obravnavo (NVO)

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
Center za socialno delo.	N	17	0	/	17
	%	68,0%	0,0%	/	7,4%
Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje.	N	6	0	/	6
	%	24,0%	0,0%	/	2,6%
Nevladna organizacija	N	2	184	/	186
	%	8,0%	90,2%	/	81,2%
Zavod za zdravstveno zavarovanje Republike Slovenije.	N	5	0	/	5
	%	20,0%	0,0%	/	2,2%
Osebni izbrani zdravnik.	N	5	0	/	5
	%	20,0%	0,0%	/	2,2%
Patronažna služba.	N	2	1	/	3
	%	8,0%	0,5%	/	1,3%
Ne želi obravnave.	N	1	0	/	1
	%	4,0%	0,0%	/	0,4%
Drugo	N	4	19	/	23
	%	16,0%	9,3%	/	10,0%
Skupaj (obravnav)	N	25	204	/	229

Tabela 59: Kam je bila oseba napotena v nadaljno obravnavo (NVO) – drugo

	Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
Karitas	1			1
Varna Hiša	1			1
NVO	1			1
zdravljenje odvisnosti	1			1
Ozara		1		1
Zavod VIR	2			2
CKZ Sevnica		200		200

4.4 KVALITATIVNO VREDNOTENJE OBRAVNAVE RANLJIVIH OSEB V CENTRIH ZA SOCIALNO DELO, ZAVODIH REPUBLIKE SLOVENIJE ZA ZAPOSLOVANJE IN NEVLADNIH ORGANIZACIJAH – OPAŽANJA IN MNENJA IZVAJALCEV

ZRSZ, CSD in NVO so kot partnerji v lokalnem okolju pošiljali kvalitativna vmesna ter končno poročilo o opravljenem delu.

Izvajalci pilotne izvedbe Programa na ZRSZ Celje so opažali, da so bile pri njih obravnavane ranljive osebe zadovoljne z možnostjo obravnave v CKZ ZD Celje. Na ZRSZ Celje so zaznali težave v duševnem zdravju pri obravnavanih ranljivih osebah ter potrebo po psihiatričnih obravnavah in podpornih oblikah pomoči. Prav tako so pri obravnavanih ranljivih osebah zaznali pomanjkanje motivacije za reševanje lastnih težav.

Na ZRSZ Sevnica so svoje uporabnike informirali o preventivnih programih ob rednih obravnavah, vse na novo prijavitelne osebe pa so informirali tudi o načinu urejanja obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Izvajalci pilotne izvedbe Programa na CSD Celje so opažali, da so se na njih obrnili uporabniki s težavami pri uveljavljanju pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja ali dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. Na CSD Celje ugotavljajo, da je po podatkih ZRSZ največ oseb brez obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki se jih ne da s strani Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije povabiti k sklenitvi obveznega zdravstvenega zavarovanja, s stalnim prebivališčem na CSD Celje, saj je njihov začasni naslov neznan; zaradi varstva osebnih podatkov se ne da preveriti, ali so zavarovani, sicer bi jih CSD lahko povabil, da si uredijo obvezno zdravstveno zavarovanje preko vloge za uveljavljanje pravic iz javnih sredstev. Na CSD Celje so v času trajanja projekta primere uporabnikov, ki so imeli težave z obveznim zdravstvenim zavarovanjem ali dopolnilnim zdravstvenim zavarovanjem reševali v sodelovanju z drugimi institucijami. Tako na CSD Celje kot na CSD Sevnica so bila zelo dobro sprejeta Odprta vrata za zdravje.

Na CSD Sevnica je bilo veliko zanimanje uporabnikov za vloženke o delavnicah v CKZ, izkazala se je tudi potreba po ponovni pridobitvi le-teh. Dobrodošla je bila seznanitev zaposlenih na CSD Sevnica o

preventivnih programih, saj prej niso imeli ustreznih informacij o njih. Ker je NIJZ zdravje zamujal s promocijskimi materiali, so se na CSD Sevnica sprva znašli sami. Komunikacija med CSD Sevnica in ZD Sevnica je potekala zelo dobro, prav tako medsebojno informiranje glede organizacije Odprtih vrat za zdravje. Na CSD Sevnica je podpisovanje soglasij po pojasnitvi razloga za podpis in po predstavitvi projekta Skupaj za zdravje potekalo brez problema – podpisali so jih vsi udeleženi na CSD Sevnica. Uporabnikom CSD Sevnica so bile zelo dobrodošle informacije o programih Kluba zdravljenih alkoholikov, Anonimnih alkoholikov in Al-anon, ki so bile posredovane z NIJZ na CSD Sevnica.

Izvajalci pilotne izvedbe Programa na Javnem zavodu Socio Celje so opažali, da so bila Odprta vrata za zdravje zelo dobro sprejeta, udeležilo se jih je večje število udeležencev.

Izvajalci pilotne izvedbe Programa v organizaciji Varna hiša Celje so opažali, da se je Odprtih vrat za zdravje udeležilo manjše število uporabnic, problem je bila tudi oddaljenost in težave z logistiko. Uporabnice pri njih ostajajo daljše obdobje, zato je bilo število izpolnjenih vprašalnikov manjše.

Uporabljena literatura in viri

1. Vračko P in Rožič M (ur.). Pilotno testiranje programa integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih [Elektronski vir] : priročnik za spremljanje z opredelitvijo kazalnikov. - El. knjiga. - Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2017. Dostopno na: http://www.skupajzazdravje.si/media/spremljanjeinkazalnikipilotnegatestiranja_program.integrirane_preventive.knb.pdf
2. Farkas Lainščak J, Buzeti T, Huber I in Maučec Zakotnik J. Vključevanje zdravstveno marginaliziranih (ranljivih) oseb v preventivni program. V: Farkaš Lainščak J, Huber I, Maučec Zakotnik J, Sedlar N, Vrbovšek S (ur.). Program integrirane preventive KNB in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih pilotno testiranje integriranih procesov vključevanja in obravnav ciljne populacije v okviru projekta Skupaj za zdravje - (Projekt Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju odraslih). [El. Knjiga] Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015. Dostopno na: http://www.skupajzazdravje.si/media/e_verzija_prirocnik_program.integrirane.preventive.knb_2015.pdf
3. Vračko P, Buzeti T, Maučec Zakotnik J, Paulin M, Milavec M, Poličnik R, Zaletel J, Vrbovšek S, Horvat M, Čuš B, Hočevlar T, Knific T, Djomba JK, Kralj M in Rožič M. Spremljanje in evalvacija. V: Farkaš Lainščak J, Huber I, Maučec Zakotnik J, Sedlar N, Vrbovšek S (ur.). Program integrirane preventive KNB in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih pilotno testiranje integriranih procesov vključevanja in obravnav ciljne populacije v okviru projekta Skupaj za zdravje - (Projekt Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju odraslih). [El. Knjiga] Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015. Dostopno na: http://www.skupajzazdravje.si/media/e_verzija_prirocnik_program.integrirane.preventive.knb_2015.pdf

5 OBRAVNAVA OSEB V PATRONAŽNEM VARSTVU

Martina Horvat, Pia Vračko, Mirjam Rožič, Marcel Kralj

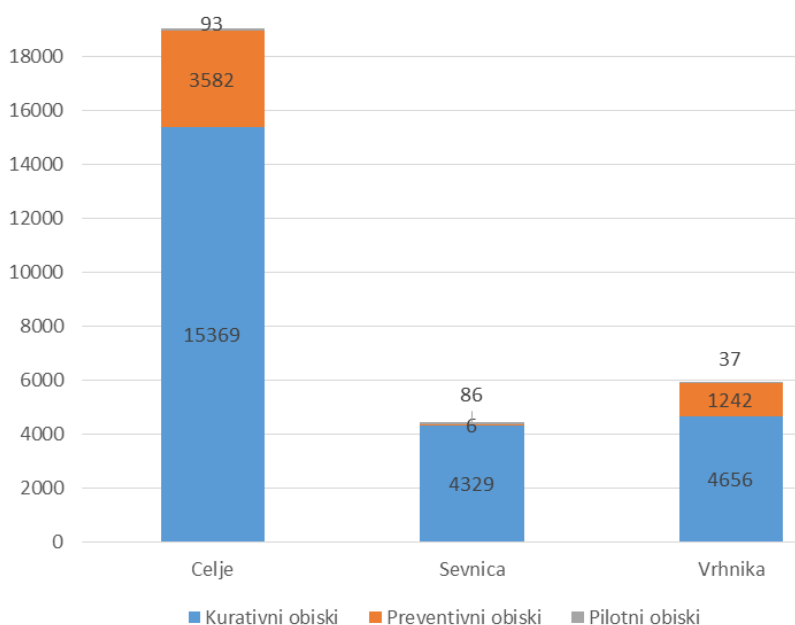
Patronažna služba je v pilotni izvedbi Programa preverjala izvedljivost raznolikih aktivnosti. V lokalni skupnosti so izvajali dve aktivnosti, Odprta vrata za zdravje ter Posvetovalnice v lokalni skupnosti, v okviru katerih so motivirali osebe za vključitev v preventivni program, izvajali nekatere meritve in svetovali o zdravem življenjskem slogu ter prepoznavali ranljive osebe.

Poleg tega so na domu obiskovali osebe, ki se po treh vabljenjih niso udeležile preventivnega pregleda (t. i. neodzivniki), ter v dogovoru z izbranim osebnim zdravnikom obiskovali osebe, ki še niso opravile preventivnega pregleda oziroma že dlje časa niso obiskale ambulate izbranega osebnega zdravnika.

Na domu so bodisi motivirali osebe za vključitev v preventivni program, bodisi opravili preventivni pregled in/ali svetovanje za zdrav življenjski slog, po potrebi so se povezale z drugimi službami za urejanje socialnih razmer.

Aktivnosti za pilotno izvedbo Programa so bile dodatne aktivnosti patronažne službe, poleg ostalih rednih kurativnih in preventivnih obiskov. Delež obiskov za namen pilotne izvedbe Programa v primerjavi z rednimi obiski je prikazan v

in na Slika 36.



Slika 36: Število opravljenih patronažnih obiskov

V pilotni izvedbi Programa je patronažna služba obravnavala 1091 oseb, od tega 973 oseb na dogodkih v lokalni skupnosti in 120 oseb na domu; dve osebi sta bili deležni tako obravnave na dogodku v lokalni skupnosti kot preventivne obravnave na domu (Tabela 61).

Tabela 60: Število opravljenih patronažnih obiskov

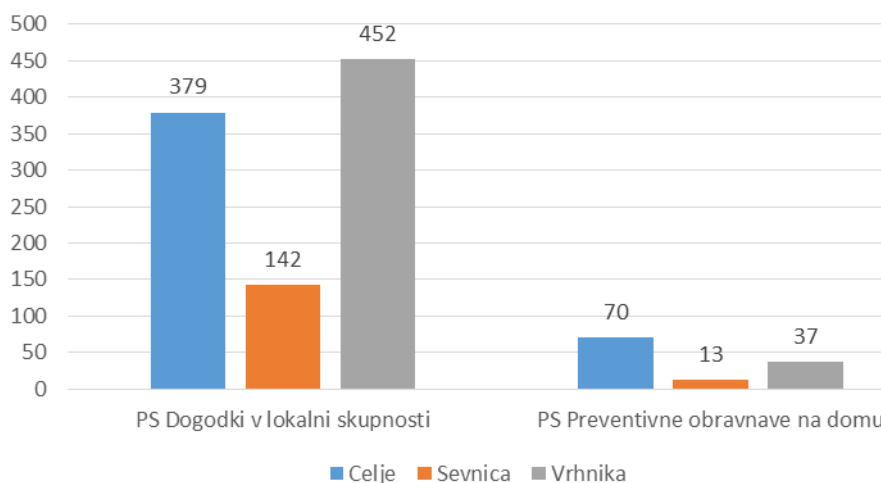
	Celje št. obisk. oseb		Sevnica št. obisk. oseb		Vrhnika št. obisk. oseb		Skupaj št. obisk. oseb	
	št. obiskov	oseb	št. obiskov	oseb	št. obiskov	oseb	št. obiskov	oseb
Kurativni obiski	15369	15369	4329	1318	4656	1395	24354	18082
Preventivni obiski	3582	3582	6	6	1242	800	4830	4388
Pilotni obiski	93	93	86	0	37	29	216	122
Skupaj	19044	19044	4421	1324	5935	2224	29400	22592

Tabela 61. Število obravnavanih oseb s strani patronažne službe

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
PS Dogodki v lokalni skupnosti	N	379	142	452	973
	%	39,0%	14,6%	46,5%	100,0%
PS Preventivne obravnave na domu	N	70	13	37	120
	%	58,3%	10,8%	30,8%	100,0%
Skupaj (oseb)	N	449	155	487	1091
	%	41,2%	14,2%	44,6%	100,0%

* "Skupaj" predstavlja število vseh obravnavanih unikatnih oseb

Patronažna služba je v pilotnem okolju ZD Celje obravnavala 449 oseb, v pilotnem okolju ZD Sevnica 155 oseb in v pilotnem okolju ZD Vrhnika 487 oseb. V okviru dogodkov v lokalni skupnosti so v pilotnem okolju ZD Celje obravnavali 379 oseb, v pilotnem okolju ZD Sevnica 142 oseb in v pilotnem okolju ZD Vrhnika 452 oseb, medtem ko so preventivno obravnavo na domu opravili pri 70 osebah v pilotnem okolju ZD Celje, 13 v pilotnem okolju ZD Sevnica in 37 pilotnem okolju ZD Vrhnika (Slika 37).



Slika 37: Število obravnavanih oseb v patronažni službi

Pri vseh svojih pilotnih aktivnostih je patronažna služba obravnavala 100 različnih ranljivih oseb. 22 ranljivih oseb so obravnavali v pilotnem okolju ZD Celje (4,9 % od skupno 449 obravnavanih oseb), 72 v pilotnem okolju ZD Sevnica (46,5 % od skupno 155 obravnavanih oseb) in 6 v pilotnem okolju ZD Vrhnika (1,2 % od skupno 487 obravnavanih oseb) (Tabela 62).

Tabela 62: Število obravnavanih ranljivih oseb s strani patronažne službe

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
Ranjivi (področje delovanja PS)	N	22	72	6	100
	%	22,0%	72,0%	6,0%	100,0%

V lokalni skupnosti je patronažna služba izvedla 189 dogodkov, od tega 52 v pilotnem okolju ZD Celje, 26 v pilotnem okolju ZD Sevnica in 111 v pilotnem okolju ZD Vrhnika; izvedenih je bilo skupno 1457 obravnav 973 različnih oseb, od tega v pilotnem okolju ZD Celje 584 obravnav (379 različnih oseb), v pilotnem okolju ZD Sevnica 177 obravnav (142 različnih oseb) in v pilotnem okolju ZD Vrhnika 696 obravnav (452 različnih oseb) (

Tabela 63,

Tabela 64).

Ugotovitev pilotne izvedbe Programa je, da se organiziranih dogodkov v lokalni skupnosti udeležujejo večinoma ene in iste osebe. Po drugi strani osebe, ki so redkeje v stiku z zdravstvenim sistemom in so zaradi tega lahko ranljive in v neenakem položaju, na tak način ponovno niso zajete. Zato predlagamo, da se del časa predvidenega za delo v lokalni skupnosti nameni načrtnemu in sistematičnemu pregledu terenskega območja. Na tak način bi lahko v treh letih vsaka patronažna medicinska sestra naredila natančno oceno stanja na terenu in stopila v stik z vsemi zavarovanci.

Od skupno 180 izvedenih Posvetovalnic v lokalni skupnosti jih je bilo 50 (27,8 %) izvedenih v pilotnem okolju ZD Celje, 21 (11,7 %) v pilotnem okolju ZD Sevnica in 109 (60,6%) v pilotnem okolju ZD Vrhnika. V pilotnem okolju ZD Celje se jih je udeležilo 371 oseb, v pilotnem okolju ZD Sevnica 120 oseb in v pilotnem okolju ZD Vrhnika 447 oseb.

Od skupno 9 izvedenih Odprtih vrat za zdravje s strani patronažne službe sta bili 2 (22,2 %) izvedeni v pilotnem okolju ZD Celje, 5 (55,6 %) v pilotnem okolju ZD Sevnica in 2 (22,2 %) v pilotnem okolju ZD Vrhnika (

Tabela 63, Slika 38, Slika 39 in Slika 40). V pilotnem okolju ZD Celje se jih je udeležilo 22 oseb, v pilotnem okolju ZD Sevnica 36 oseb in v pilotnem okolju ZD Vrhnika 6 oseb (

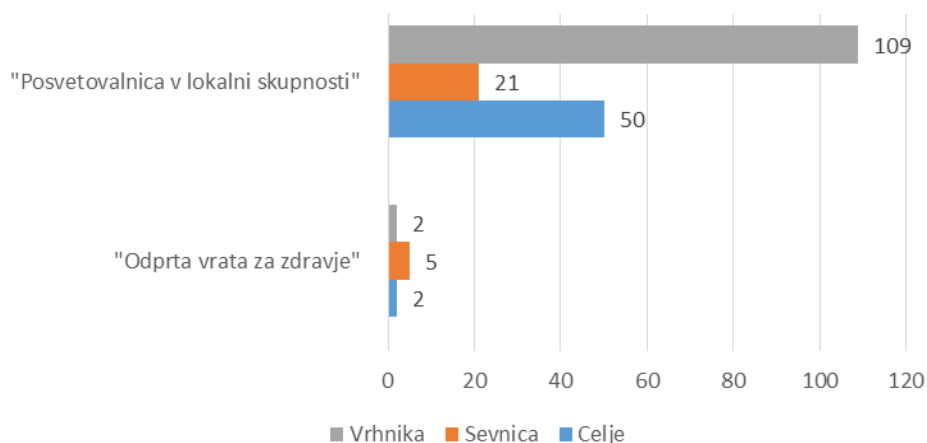
Tabela 64).

Tabela 63: Število izvedenih dogodkov in obravnav oseb v lokalni skupnosti

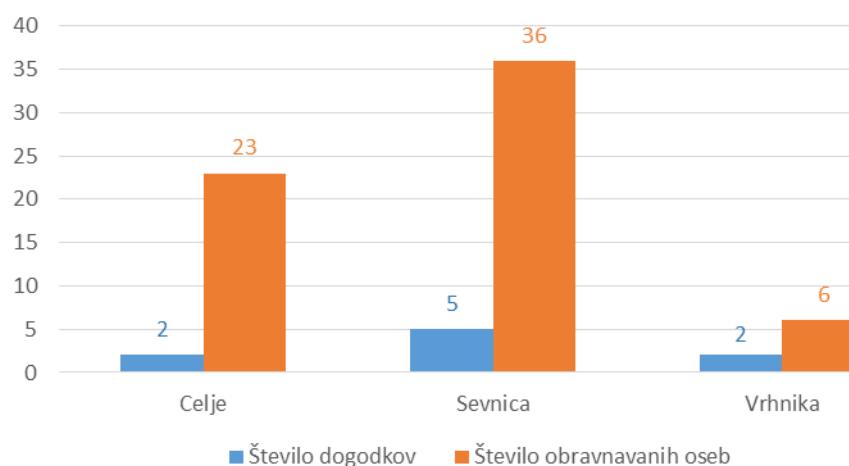
	"Odprta vrata za zdravje"		"Posvetovalnica v lokalni skupnosti"		Skupaj	
	št. dogod.	št. obrav.	št. dogod.	št. obrav.	št. dogod.	št. obrav.
Celje	2	23	50	561	52	584
Sevnica	5	36	21	141	26	177
Vrhnika	2	6	109	690	111	696
Skupaj	9	65	180	1392	189	1457

Tabela 64: Število obravnavanih oseb na dogodkih v lokalni skupnosti

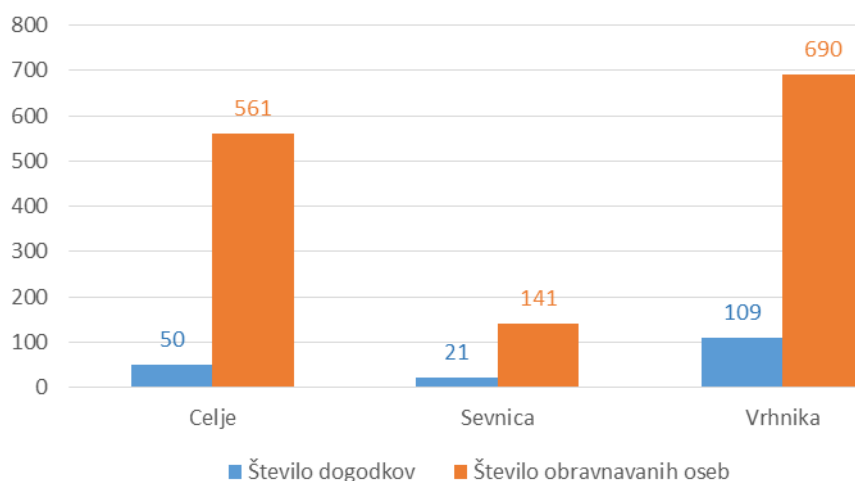
		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
"Odprta vrata za zdravje"	N	22	36	6	64
	%	34,4%	56,3%	9,4%	100,0%
"Posvetovalnica v lokalni skupnosti"	N	371	120	447	938
	%	39,6%	12,8%	47,7%	100,0%
Skupaj	N	379	142	452	973
	%	39,0%	14,6%	46,5%	100,0%



Slika 38: Izvedeni dogodki v lokalni skupnosti s strani patronažne službe



Slika 39: Izvedeni dogodki v lokalni skupnosti s strani patронаžne službe – Odprta vrata za zdravje



Slika 40: Izvedeni dogodki v lokalni skupnosti s strani patронаžne službe –posvetovalnica v lokalni skupnosti

Na dogodkih v lokalni skupnosti so diplomirane medicinske sestre v patронаžni službi izvajale različne aktivnosti.

V pilotnem okolju ZD Celje in ZD Vrhnika so največkrat izvedle meritve krvnega tlaka, krvnega sladkorja in druge meritve, sledita kratko svetovanje o zdravem življenjskem slogu in motiviranje za vključevanje v preventivni program.

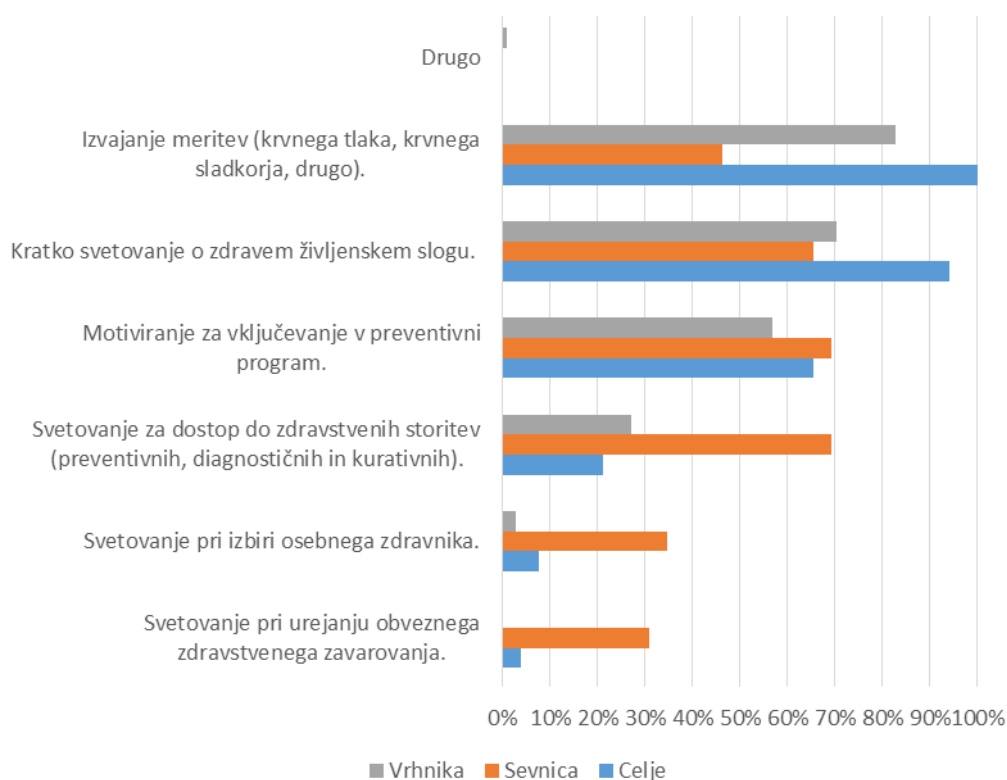
V pilotnem okolju ZD Vrhnika so največkrat izvedle svetovanje za dostop do zdravstvenih storitev ter motiviranje za vključevanje v preventivni program, sledita kratko svetovanje o življenjskem slogu ter izvajanje meritev.

Manj pogosto so v vseh treh pilotnih okoljih svetovale pri izbiri osebnega zdravnika ali pri urejanju OZZ, razen v pilotnem okolju ZD Sevnica, kjer so to svetovanje izvedle pri več kot 30 % obravnavanih oseb (Slika 41, Tabela 65).

Večje število svetovanj za urejanje izbranega osebnega zdravnika lahko povezujemo z večjim številom obravnavanih ranljivih oseb ali pa tudi s samo lokacijo izvajanja aktivnosti na primer v ZRSZ ali CSD.

Tabela 65: Aktivnosti na dogodkih v lokalni skupnosti

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
Svetovanje pri urejanju obveznega zdravstvenega zavarovanja.	N	2	8	0	10
	%	3,8%	30,8%	0,0%	5,3%
Svetovanje pri izbiri osebnega zdravnika.	N	4	9	3	16
	%	7,7%	34,6%	2,7%	8,5%
Svetovanje za dostop do zdravstvenih storitev (preventivnih, diagnostičnih in kurativnih).	N	11	18	30	59
	%	21,2%	69,2%	27,0%	31,2%
Motiviranje za vključevanje v preventivni program.	N	34	18	63	115
	%	65,4%	69,2%	56,8%	60,8%
Kratko svetovanje o zdravem življenjskem slogu.	N	49	17	78	144
	%	94,2%	65,4%	70,3%	76,2%
Izvajanje meritev (krvnega tlaka, krvnega sladkorja, drugo).	N	52	12	92	156
	%	100,0%	46,2%	82,9%	82,5%
Drugo	N	0	0	1	1
	%	0,0%	0,0%	0,9%	0,5%
Skupaj (dogodkov)	N	52	26	111	189



Slika 41: Aktivnosti na dogodkih v lokalni skupnosti

Na domu je patronažna služba skupno izvedla 137 obravnav 120 različnih oseb, od tega v pilotnem okolju ZD Celje 71 obravnav 70 različnih oseb, v pilotnem okolju ZD Sevnica 13 obravnav prav toliko različnih oseb in v pilotnem okolju ZD Vrhnika 53 obravnav 37 različnih oseb (

Tabela 66 in

Tabela 67).

Tabela 66: Razlog obiska za preventivno obravnavo na domu glede na obravnave

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
Oseba se po treh vabljenjih ni odzvala na preventivni pregled	N	1	2	30	33
	%	1,4%	15,4%	56,6%	24,1%
Izvedba preventivnega pregleda na domu	N	44	8	18	70
	%	62,0%	61,5%	34,0%	51,1%
Izvedba prilagojene preventivne obravnave na domu	N	26	3	6	35
	%	36,6%	23,1%	11,3%	25,5%
Skupaj (obravnav)		71	13	53	137

Tabela 67: Razlog obiska za preventivno obravnavo na domu glede na unikatno osebo

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
Oseba se po treh vabljenjih ni odzvala na preventivni pregled	N	1	2	24	27
	%	1,4%	15,4%	45,3%	19,7%
Izvedba preventivnega pregleda na domu	N	43	8	12	63
	%	60,6%	61,5%	22,6%	46,0%
Izvedba prilagojene preventivne obravnave na domu	N	24	3	5	32
	%	33,8%	23,1%	9,4%	23,4%
Skupaj* (oseb)		71	13	51	120

* "Skupaj" predstavlja število vseh obravnavanih unikatnih oseb

11 oseb so na domu obiskali več kot 1-krat, od tega 1 osebo v pilotnem okolju ZD Celje (2 obiska) in 10 oseb v pilotnem okolju ZD Vrhnika (pri 5 osebah sta bila potrebna po dva obiska, pri 5 osebah po trije obiski, pri 4 osebah po štirje obiski in pri 1 osebi pet obiskov). Več kot 1 obisk ne pomeni, da osebe na domu niso našli, temveč so jo lahko obiskali večkrat s ciljem izvedbe več različnih obravnav (Od 11 "večkrat" obravnavanih oseb je izvajanje preventivnega pregleda naslednje:

- pregled izveden že pri prvi obravnavi: 3-krat,

- pregled izveden pri drugi zaporedni obravnavi: 4-krat,
- pregled izveden pri tretji zaporedni obravnavi: 1-krat in
- pregled neizveden tudi pri več kot treh obravnavah: 3-krat.

Tabela 68).

Od 11 "večkrat" obravnavanih oseb je izvajanje preventivnega pregleda naslednje:

- pregled izveden že pri prvi obravnavi: 3-krat,
- pregled izveden pri drugi zaporedni obravnavi: 4-krat,
- pregled izveden pri tretji zaporedni obravnavi: 1-krat in
- pregled neizveden tudi pri več kot treh obravnavah: 3-krat.

Tabela 68: Število obravnavanih oseb v okviru Preventivnih obravnav na domu

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
Število obravnav	N	71	13	53	137
	%	51,8%	9,5%	38,7%	100,0%
Število oseb	N	70	13	37	120
	%	58,3%	10,8%	30,8%	100,0%
Število večkrat obravnavanih oseb		1	0	10	11
- Dvakrat obravnavana		1	0	5	6
- Trikrat obravnavana		0	0	4	4
- Štirikrat obravnavana		0	0	1	1

Neodzivniki so osebe, ki so jih RADM in ADM v obdobju pilotne izvedbe Programa vabile na preventivni pregled, pa se po treh vabljenjih niso odzvale. Po protokolu Programa morajo RADM in ADM o neodzivnikih obvestiti patronažno službo, da jih ta obišče na domu.

Za nizko število neodzivnikov je možnih več razlogov:

- Prva možnost je, da je bilo med vsemi osebami, vabljenimi na preventivni pregled, dejansko tako nizko število neodzivnikov.
- Druga možnost je, da izvajalci Programa v RADM in ADM patronažni službi niso sporočili vseh oseb, ki se na vabilo niso odzvale.
- Tretja možnost je, da RADM in ADM na preventivni pregled aktivno vabijo malo število oseb in je zato tudi število neodzivnikov majhno.

Zaradi nizkega števila primerov in metodoloških omejitev ni mogoče zaključiti, kateri od navedenih razlogov je najpogostejši.

Pri neodzivnih osebah je najpogostejši vzrok neodzivnosti vabilu na preventivni pregled nemotiviranost (10 oseb), 3 osebe se preventivnega pregleda niso želele udeležiti, 2 osebi nista prejeli poslanega vabila na preventivni pregled, 1 oseba se ni mogla udeležiti pregleda, ker je bila v vabljenih terminih službeno odsotna. Med osebami, ki so kot razlog navedle »Drugo«, 7 oseb tudi po večkratnih poskusih ni bilo

mogoče najti, 2 osebi nista razumeli namena vabila, pri 2 osebah razlog ni znan, 1 oseba navaja prezasedenost z obveznostmi, 1 osebi zadostuje sistematski pregled in 1 oseba skrbi za ponesrečenega moža (Tabela 69).

Tabela 69: Vzrok (neodzivnosti) za preventivno obravnavo na domu

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
Oseba poslanega vabila na preventivni pregled ni prejela	N	0	0	2	2
	%	0,0%	0,0%	6,7%	6,1%
Oseba se noče udeležiti preventivnega pregleda	N	0	1	2	3
	%	0,0%	50,0%	6,7%	9,1%
Oseba ni motivirana za vključitev na preventivni pregled	N	1	1	8	10
	%	100,0%	50,0%	26,7%	30,3%
Oseba se ne more udeležiti preventivnega pregleda. Navedite, zakaj	N	0	0	1	1
	%	0,0%	0,0%	3,3%	3,0%
Drugo	N	0	0	20	20
	%	0,0%	0,0%	66,7%	60,6%
Skupaj (neodzivnih)		1	2	30	33

Pri 33 obiskih neodzivnih oseb so 17-krat izvedli svetovanje za vključitev v preventivni pregled, 2-krat svetovanje za vključitev v CKZ, izvedli 1 presejanje za funkcijsko manjzmožnost in 1 preventivni pregled na domu. V 12 primerih osebe ni bilo mogoče najti (

Tabela 70).

Tabela 70: Izvedene aktivnosti ob obisku pri neodzivniku v okviru preventivne obravnave

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
Svetovanje (informiranje, motiviranje) za vključitev na preventivni pregled.	N	1	2	14	17
	%	100,0%	100,0%	46,7%	51,5%
Napotitev na presejanje za funkcijsko manjzmožnost v Center za krepitev zdravja.	N	0	0	0	0
	%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Presejanje za funkcijsko manjzmožnost na domu.	N	0	0	1	1
	%	0,0%	0,0%	3,3%	3,0%
Svetovanje (informiranje, motiviranje) za vključitev v obravnavo v Centru za krepitev zdravja.	N	1	1	0	2
	%	100,0%	50,0%	0,0%	6,1%
Izvedba preventivnega pregleda na domu.	N	0	0	1	1
	%	0,0%	0,0%	3,3%	3,0%
Drugo		0	1	17	18
	%	0,0%	50,0%	56,7%	54,5%
Skupaj (neodzivnih)		1	2	30	33

Od 17 neodzivnih oseb, ki so bile obiskane na domu in motivirane za vključitev v Program, so v sistemu spremljanja pilotnega izvajanja zaznane 3 osebe, ki so se udeležile preventivnega pregleda v RADM.

Ker obstaja možnost, da se je oseba udeležila preventivnega pregleda v kateri od ambulant, ki niso bile vključene v pilotno izvajanje Programa, ali pa udeležba ni bila poročana v sistem spremljanja, ne moremo trditi, da se vse ostale osebe preventivnega pregleda zagotovo niso udeležile (Tabela 71).

Tabela 71: Neodzivne osebe, ki so se po motiviranju patronažne sestre udeležile preventivnega pregleda v ADM/RADM

	Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
udeležba pri ADM	0	0	0	0
udeležba pri RADM	0	0	3	3
skupaj	0	0	3	3
skupaj (%)	0,0%	0,0%	21,4%	17,6%
Skupaj (motiviranih za ADM/RADM)	1	2	14	17

Od neodzivnikov, ki so jih obiskale DMS v PV, v sistemu spremljanja pilotne izvedbe Programa ni zaznanih oseb, ki bi se udeležile obravnave v CKZ.

Ker obstaja možnost, da se je oseba udeležila obravnave v katerem od zdravstvenih domov, ki niso bili vključeni v pilotno izvajanje Programa ali se je udeležila obravnave po zaključku pilotne izvedbe ali pa udeležba ni bila poročana v sistem spremljanja, ne moremo trditi, da se vse ostale osebe obravnave v CKZ zagotovo niso udeležile (Tabela 72).

Tabela 72: Neodzivne osebe, ki so se po motiviranju patronažne sestre udeležile preventivnega pregleda v CKZ

	Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
udeležba v CKZ	0	0	0	0
skupaj (%)	0,0%	0,0%	/	0,0%
Skupaj (motiviranih neodzivnikov za CKZ)	1	1	0	2

Preventivni pregled na domu je bil torej izveden pri 1 od skupno 33 obiskov neodzivnih oseb ter pri 82 od skupno 105 obravnavanih oseb, ki so jih DMS v PV same aktivno poiskale v dogovoru z izbranim osebnim zdravnikom in jih vključile v Program (Tabela 73).

Vsebina pilota je predvidevala, da se osebe najprej motivira, da se po redni poti vključijo v Program. Samo pri osebah, ki se nikakor niso mogle udeležiti preventivnega pregleda, so ga izvedle na domu.

Tabela 73: Število izvedenih preventivnih pregledov na domu pri neodzivnikih in drugih

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
Neodzivniki (Q5 =1)					
Da	N	0	0	1	1
	%	0,0%	0,0%	3,3%	3,0%
Ne	N	1	2	29	32
	%	100,0%	100,0%	96,7%	97,0%
Skupaj		1	2	30	33
Drugi (Q5 = 2 ali 3)					
Da	N	60	8	14	82
	%	85,7%	72,7%	58,3%	78,1%
Ne	N	10	3	10	23
	%	14,3%	27,3%	41,7%	21,9%
Skupaj		70	11	24	105

ZAKLJUČKI EVALVACIJE PILOTNE IZVEDBE PROGRAMA V PATRONAŽNEM VARSTVU

Aktivnosti, ki so se v DS2 izvajale v okviru pilotne izvedbe Programa v patronažnem varstvu so: vključevanje neodzivnikov v preventivni program (vključevanje oseb, ki se niso odzvale vabilu na preventivni pregled in drugih ranljivih oseb); sprejemanje informacij o neodzivnikih pri rednih patronažnih obiskih; izvajanje preventivnih pregledov na domu; izvajanje prilagojene preventivne obravnave na domu; sprejemanje informacij na Odprtih vratih za zdravje in v Posvetovalnicah v lokalni skupnosti, kjer so se izvajale tudi meritve in kratka svetovanja.

Vključevanje neodzivnikov v preventivni program (vključevanje oseb, ki se niso odzvale vabilu na preventivni pregled in drugih ranljivih oseb); sprejemanje informacij o neodzivnikih na rednih patronažnih obiskih; izvajanje preventivnih pregledov na domu; izvajanje prilagojene preventivne obravnave na domu:

- Obiski neodzivnikov so možni samo v okoljih, kjer ADM/RADM redno in sistematično vabijo na preventive preglede ter o neodzivnikih obveščajo patronažno službo.
- Več ranljivih oseb, ki niso bile vključene v preventivni program so DMS v PV zaznale pri svojem rednem delu – patronažnih obiskih. Tak način se je izkazal kot učinkovit.
- Preventivni pregledi na domu so izvedljivi, smiselni in potrebni.
- Ob obisku osebe se vedno obravnava tudi ostale člane družine in pomembne druge.
- V nekaterih primerih sta za izvedbo celotnega pregleda potrebna dva obiska.
- Za učinkovito izvajanje preventivnih pregledov je treba patronažne službe opremiti s predpisano opremo (prenosni EKG, spirometer, oksimeter, in drugo), posebno »preventivno torbo« s pripomočki (didaktičnimi), ustrezno IKT in drugim.

- Izvajanje prilagojene preventivne obravnave na domu je logično nadaljevanje preventivnega pregleda pri pacientih in njihovih družinah, ki se zaradi ranljivosti ne morejo vključiti v obravnavo v CKZ in ga je treba prav tako časovno (število obiskov) in finančno ovrednotiti.

Sprejemanje informacij na Odprtih vratih za zdravje in v Posvetovalnicah v lokalni skupnosti, kjer so se izvajale tudi meritve in kratka svetovanja:

- Posvetovalnice v lokalni skupnosti so se izkazale kot aktivnost, ki je bila zelo dobro sprejeta tako v ruralnem, kot urbanem okolju.
- Priporoča se kombinacija več različnih aktivnosti: meritve, predavanja, male skupine, in drugo, ki se načrtujejo letno in mesečno.
- Izvajalci Odprtih vrat za zdravje navedejo, da je osebe, ki pridejo na CSD in ZRSZ – težko motivirati, saj so zelo osredotočeni na razlog obiska ustanove, zato se priporoča poglobljeno izobraževanje s tega področja (motivacijski razgovor).
- Posvetovalnice v lokalni skupnosti bi lahko izvajali tudi ob različnih drugih dogodkih v lokalnih skupnostih.

Splošne ugotovitve in priporočila:

- Patronažne službe so samostojne službe, ki obravnavajo posameznika, družino in lokalno skupnost na določenem terenskem območju.
- V patronažnem varstvu so nosilke dejavnosti diplomirane medicinske sestre. Pogoji za kakovostno izvajanje navedenih aktivnosti je ureditev števila zaposlenih v patronažnem varstvu v skladu z že namenjenimi sredstvi ter predvidenimi širitvami.
- Za potrebe izvajanja preventivnih programov in predlaganih izboljšav je potrebno nadgraditi znanje izvajalcev PV na terenu, poenotiti vsebine potrebnih izobraževanj in določiti kriterije za zaposlitev v patronažnem varstvu.
- Pripraviti je treba Priročnik za izvajanje preventive v patronažnem varstvu.
- Zaradi zahtevnosti dela in potreb sodobne družbe so smiselna prizadevanja za uveljavitev specializacije, ki je osnova za uspešno odgovarjanje na naraščajoče potrebe uporabnikov – slediti specializaciji družinske medicine.
- Pričetek izvajanja aktivnosti je bil časovno neustrezen (poletje) prav tako je izvajanje pilotiranih aktivnosti trajalo prekratek čas.
- Potrebno je vzpostaviti nacionalni informacijski sistem v okviru eZdravja, s pomočjo katerega bo imela diplomirana medicinska sestra v PV možnost dostopa do registra kroničnih bolnikov na njenem terenu, registra kroničnih bolnikov, ki so obravnavani v referenčnih ambulantah družinske medicine, registra neodzivnikov v nacionalnih preventivnih programih.
- Zaradi kakovosti in varnosti obravnave je potrebno diplomiranim medicinskim sestram v patronažnem varstvu razširiti pooblastila na profesionalni KZZ v smislu dostopa do informacij, ki jih potrebuje za varno in kakovostno delo.
- Potrebno je vzpostaviti sistematično povezovanje z drugimi izvajalci preventivnih programov s ciljem sistematičnega horizontalnega in vertikalnega povezovanja. V ta namen je potrebno izdelati protokole sodelovanja med posameznimi izvajalci.

- Screening terenskega območja (v določenem časovnem obdobje DMS v PV obišče vsa gospodinjstva na terenskem območju) je nujno vključiti v redno delo (finančno in časovno ovrednotiti).
- Glede na široko paleto svojstev, ki jih obravnavajo in težkih situacij, ki so jim priča (nasilja v družinah in nad izvajalkami, izvajanja paliativne zdravstvene nege in drugo) bi izvajalci nujno potrebovali tudi redna supervizijska srečanja.
- Zaradi učinkovitejšega delovanja patronažnih služb morajo vodje, kot je tudi predvideno v kadrovskih normativih, del svojega časa (odvisno od števila zaposlenih) nameniti vodenju ter vsem aktivnostim povezanim s tem.

Uporabljena literatura in viri

1. Horvat M, Medved N, Vrbovšek S in Čuš B. Vključevanje neodzivnikov v preventivni program preko patronažne službe. V: Farkaš Lainščak J, Huber I, Maučec Zakotnik J, Sedlar N, Vrbovšek S (ur.). Program integrirane preventive KNB in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih pilotno testiranje integriranih procesov vključevanja in obravnav ciljne populacije v okviru projekta Skupaj za zdravje - (Projekt Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju odraslih). [El. Knjiga] Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015. Dostopno na: http://www.skupajzazdravje.si/media/e_verzija_prirocnik_program.integrirane.preventive.knb_2015.pdf
2. Vračko P, Buzeti T, Maučec Zakotnik J, Paulin M, Milavec M, Poličnik R, Zaletel J, Vrbovšek S, Horvat M, Čuš B, Hočevlar T, Knific T, Djomba JK, Kralj M in Rožič M. Spremljanje in evalvacija. V: Farkaš Lainščak J, Huber I, Maučec Zakotnik J, Sedlar N, Vrbovšek S (ur.). Program integrirane preventive KNB in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih pilotno testiranje integriranih procesov vključevanja in obravnav ciljne populacije v okviru projekta Skupaj za zdravje - (Projekt Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju odraslih). [El. Knjiga] Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015. Dostopno na: http://www.skupajzazdravje.si/media/e_verzija_prirocnik_program.integrirane.preventive.knb_2015.pdf
1. Vračko P in Rožič M (ur.). Pilotno testiranje programa integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih [Elektronski vir] : priročnik za spremljanje z opredelitvijo kazalnikov. - El. knjiga. - Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2017. Dostopno na: http://www.skupajzazdravje.si/media/spremljanjeinkazalnikipilotnegatestiranja_program.integrirane_preventive.knb.pdf

6 OBRAVNAVA OSEB V REFERENČNIH AMBULANTAH IN AMBULANTAH DRUŽINSKE MEDICINE

Pia Vračko, Breda Čuš, Mirjam Rožič, Marcel Kralj

Skupno je bilo v RADM in ADM v pilotnih okoljih ZD Celje, ZD Sevnica in ZD Vrhnika pregledanih 1244 oseb. Glavnino pregledov so po naših podatkih opravili v RADM, to je 89 % vseh preventivnih pregledov.

Kljub motiviranju in spodbujanju ni bilo mogoče k sodelovanju pritegniti ADM razen v pilotnem okolju ZD Vrhnika, kjer je sodelovala ADM, ki v večji meri opravlja storitve na področju šolske medicine, manjši delež pa tudi za odrasle (Tabela 74).

Tabela 74: Število preventivno pregledanih oseb v ADM in RADM

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
RADM	N	538	195	380	1113
	%	48,3%	17,5%	34,1%	100,0%
ADM	N	0	0	131	131
	%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
Skupaj	N	538	195	511	1244
	%	43,2%	15,7%	41,1%	100,0%

Uporabljena literatura in viri

1. Vračko P, Buzeti T, Maučec Zakotnik J, Paulin M, Milavec M, Poličnik R, Zaletel J, Vrbošek S, Horvat M, Čuš B, Hočevar T, Knific T, Djomba JK, Kralj M in Rožič M. Spremljanje in evalvacija. V: Farkaš Lainščak J, Huber I, Maučec Zakotnik J, Sedlar N, Vrbovšek S (ur.). Program integrirane preventive KNB in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih pilotno testiranje integriranih procesov vključevanja in obravnav ciljne populacije v okviru projekta Skupaj za zdravje - (Projekt Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju odraslih). [El. knjiga] Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015. Dostopno na: http://www.skupajzazdravje.si/media/e_verzija_prirocnik_program.integrirane.preventive.knb.2015.pdf
2. Vračko P in Rožič M (ur.). Pilotno testiranje programa integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih [Elektronski vir] : priročnik za spremljanje z opredelitvijo kazalnikov. - El. knjiga. - Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2017. Dostopno na: http://www.skupajzazdravje.si/media/spremljanjeinkazalnikipilotnegatestiranja_program.integrirane_preventive.knb.pdf

7 OBRAVNAVA OSEB V CENTRIH ZA KREPITEV ZDRAVJA

Sanja Vrbovšek, Pia Vračko, Mirjam Rožič, Marcel Kralj

Leta 2002 se je na primarni ravni zdravstvenega varstva v Sloveniji v okviru Nacionalnega programa primarne preventive srčno-žilnih bolezni vzpostavila mreža 61 ZVC, lociranih v zdravstvenih domovih po vsej Sloveniji, ki so predstavljali pomemben doprinos k uspešnosti programa. Z večletnim spremljanjem in analizo organizacije in delovanja ZVC ter poglobljeno analizo stanja in oceno potreb v okviru projekta Za boljše zdravje in zmanjševanje neenakosti v zdravju – Skupaj za zdravje smo identificirali vrzeli (tako na ravni organizacije, delovanja, povezovanja in sodelovanja ZVC kot tudi na ravni vsebin in pristopov izvajanja Programa svetovanja za zdravje v ZVC), ki ovirajo optimalno in učinkovito delovanje ZVC ter doseganje ciljev izvajanja nemedikamentoznih obravnav pri odrasli populaciji.

Vzpostavljena mreža ZVC je bila leta 2002 vsekakor pomembna in velika pridobitev za slovenski prostor. V vseh teh letih so ZVC postali prepoznavni v lokalnih okoljih, zato danes s svojimi preventivnimi aktivnostmi in izobraženim kadrom predstavljajo velik potencial za izgradnjo ustreznih kapacitet, organizacije in programov za učinkovitejše preprečevanje in obvladovanje kroničnih bolezni. Tako smo na podlagi dosedanjega spremljanja in analiz organizacije in delovanja ZVC ter poglobljene ocene stanja in potreb v okviru projekta Skupaj za zdravje zasnovali nadgradnjo obstoječih ZVC, tako z organizacijsko-funkcionalnega vidika kot z vidika vsebin in pristopov ter jih preimenovali v Centre za krepitev zdravja (CKZ). Koncept CKZ nadgrajuje že obstoječe ZVC ter vključuje izvajanje strukturiranega in standardiziranega Programa za krepitev zdravja ter aktivnosti za doseganje javnozdravstvenih ciljev v lokalni skupnosti.

V pilotni izvedbi Programa za krepitev zdravja v okviru novega koncepta CKZ, ki je trajalo od 31. marca do 30. novembra 2015 (8 mesecev), in je potekalo v pilotnih okoljih ZD Celje, ZD Vrhnika in ZD Sevnica, smo preverjali izvedljivost novega koncepta strukture, organizacije, delovanja, povezovanja in sodelovanja CKZ. Pričujoče poročilo o ugotovitvah pilotne izvedbe Programa v CKZ Celje, Vrhnika in Sevnica zajema rezultate pilotne izvedbe, pridobljene s poročanjem izvajalcev v spletno aplikacijo 1ka (prvi vnos o pilotnem izvajanju v CKZ v aplikaciji 1ka je bil evidentiran 22. 4. 2015, zadnji pa 3. 12. 2015), ter povzetek izkušenj vodij CKZ, pridobljenih s polstrukturiranimi intervjuji, izvedenimi 10. 6. 2016 (CKZ Sevnica), 16. 6. 2016 (CKZ Vrhnika) in 1. 7. 2016 (CKZ Celje). Pri interpretaciji rezultatov, predvsem pri evalvaciji obsega izvedenih aktivnosti v pilotnem obdobju, je potrebno upoštevati, da je osemmesečno pilotno obdobje zajemalo tudi dva poletna meseca, julij in avgust, ko je zaradi letnih dopustov večja odsotnost tako izvajalcev v CKZ kot ciljne populacije.

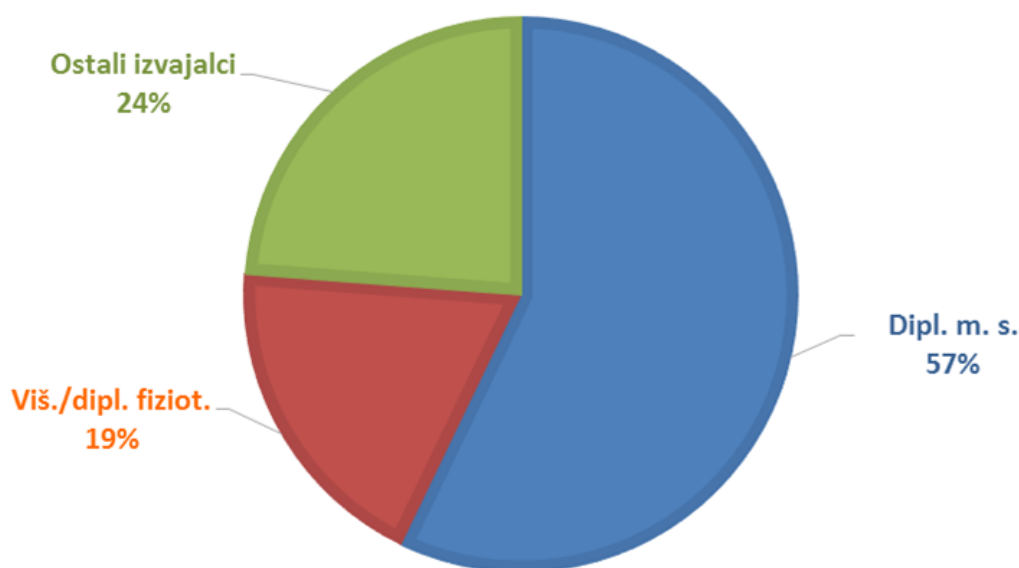
7.1 IZVAJALCI V CENTRIH ZA KREPITEV ZDRAVJA

V času pilotne izvedbe Programa, od 31. marca do 30. novembra 2015, je v treh pilotnih okoljih, CKZ Celje, CKZ Vrhnika in CKZ Sevnica, prenovljene in nadgrajene rešitve v okviru novega koncepta CKZ

izvajalo 21 izvajalcev (kar predstavlja 17,8 % vseh izvajalcev pilotnega izvajanja v okviru delovnega sklopa za odrasle), od tega 12 dipl. m. s., 4 viš./dipl. fiziot. in 5 izvajalcev drugih profilov (podatki po pilotnih okoljih so prikazani v Tabela 75 in na Slika 42).

Tabela 75: Izvajalci pilotne izvedbe novega koncepta CKZ po profilih, po pilotnih okoljih in skupno

	CKZ CELJE	CKZ VRHNIKA	CKZ SEVNICA	SKUPAJ
SKUPNO ŠTEVILO IZVAJALCEV PILOTNEGA IZVAJANJA	10 (47,6 %)	5 (23,8 %)	6 (28,6 %)	21 (100 %)
Od tega:				
Dipl. m. s.	6 (60 %)	2 (40 %)	4 (66,7 %)	12 (57,1 %)
Viš./dipl. fiziot.	2 (20 %)	0 (0 %)	2 (33,3 %)	4 (19 %)
Ostali izvajalci	2 (20 %)	3 (60 %)	0	5 (23,8 %)
Skupaj	10 (100 %)	5 (100 %)	6 (100 %)	21 (100 %)

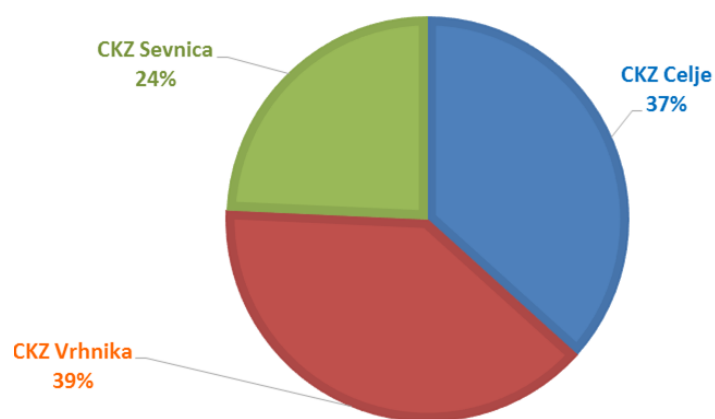


Slika 42: Izvajalci pilotne izvedbe novega koncepta CKZ po profilih, za vsa tri pilotna okolja skupaj

7.2 OBRAVNAVANE OSEBE V CENTRIH ZA KREPITEV ZDRAVJA

V CKZ Celje, CKZ Vrhnika in CKZ Sevnica je bilo v pilotnem obdobju obravnavanih 1429 oseb (ki so se udeležile vsaj ene obravnave v CKZ), od tega 524 (36,7 %) oseb v CKZ Celje, 558 (39 %) oseb v CKZ Vrhnika in 347 (24,3 %) oseb v CKZ Sevnica (Slika 43).

Glede na število oseb v ciljni populaciji po posameznih pilotnih okoljih (po podatkih Statističnega urada Republike Slovenije v ZD Celje 52.574 oseb, ZD Vrhnika 19.665 oseb in ZD Sevnica 14.415 oseb, starih 19 let in več) je CKZ Celje v pilotnem obdobju obravnaval 1 % ciljne populacije, CKZ Vrhnika 2,8 % in CKZ Sevnica 2,4 %. V ruralnem okolju (v pilotnih okoljih ZD Vrhnika in ZD Sevnica) je bilo tako obravnavanih 905 (63,3 %) oseb, v urbanem okolju (v pilotnem okolju ZD Celje) pa 524 (36,7 %) oseb.

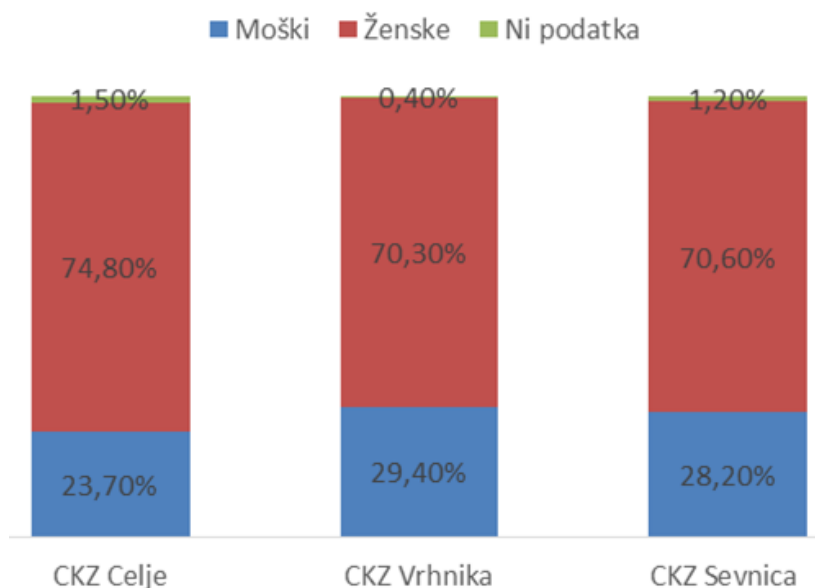


Slika 43: Delež oseb, obravnavanih v CKZ, po pilotnih okoljih

V vseh treh pilotnih CKZ so skupno obravnavali 1029 (72 %) žensk in 386 (27 %) moških; to razmerje je v vseh pilotnih okoljih približno enako. Za 14 (1 %) obravnavanih oseb podatka o spolu nismo pridobili (Tabela 76 in Slika 44).

Tabela 76: Spolna struktura oseb, obravnavanih v CKZ, po pilotnih okoljih

SPOL	CKZ CELJE	CKZ VRHNIKA	CKZ SEVNICA	SKUPAJ
Moški	124 (23,7%)	164 (29,4%)	98 (28,2%)	386 (27,0%)
Ženske	392 (74,8%)	392 (70,3%)	245 (70,6%)	1029 (72,0%)
Ni podatka	8 (1,5%)	2 (0,4%)	4 (1,2%)	14 (1,0%)

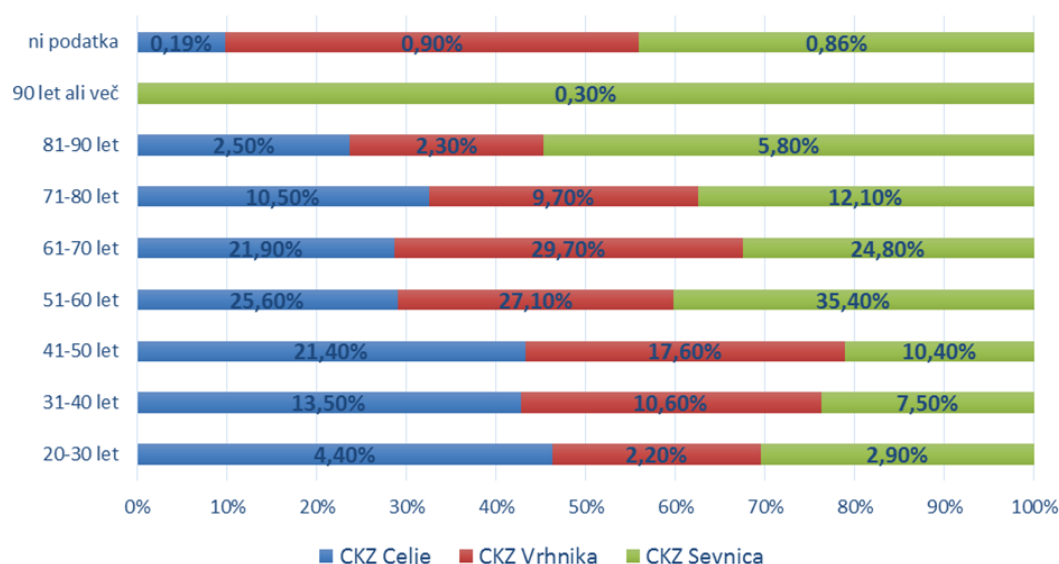


Slika 44: Delež oseb, obravnavanih v CKZ, po spolu in pilotnih okoljih.

Povprečna starost obravnavanih oseb v CKZ je bila 56 let (v CKZ Celje 55 let, v CKZ Vrhnika 56 let in v CKZ Sevnica 59 let), najmlajši udeleženec je bil star 21 let (v vseh treh pilotnih okoljih), najstarejši pa 96 let (v CKZ Sevnica; v CKZ Celje je bil najstarejši udeleženec star 90, v CKZ Vrhnika pa 89 let). Gledano vsa tri pilotna okolja skupaj je bil največji delež (28,6 %) obravnavanih oseb starih med 51 in 60 let; tako je bilo tudi v CKZ Celje (delež toliko starih oseb je bil 25,6 %) in CKZ Sevnica (delež toliko starih oseb je bil 35,4 %), medtem ko je bil v CKZ Vrhnika največji delež (29,7 %) tistih, ki so bili stari med 61 in 70 let. Spol in starost oseb, obravnavanih v CKZ, po pilotnih okoljih in skupno, sta prikazana v Tabela 77 in na Slika 45.

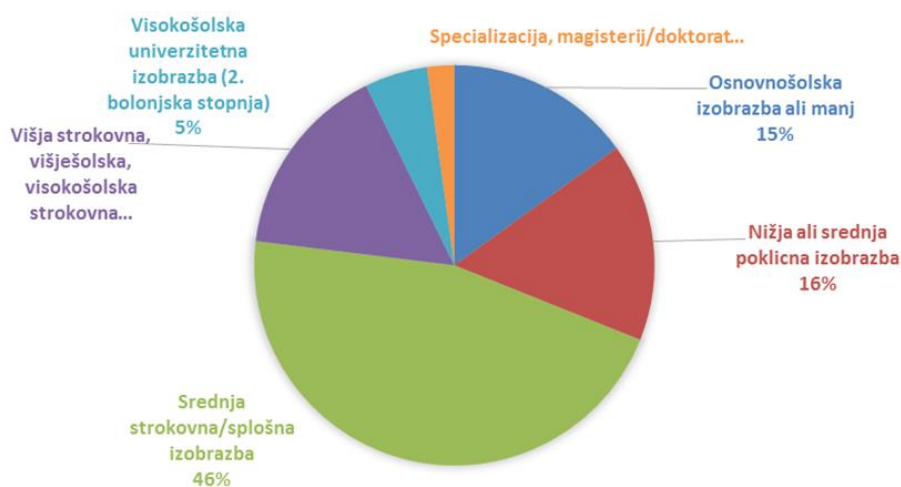
Tabela 77: Starostna struktura oseb, obravnavanih v CKZ, po pilotnih okoljih

STAROST	CKZ CELJE	CKZ VRHNIKA	CKZ SEVNICA	SKUPAJ
20-30 let	23 (4,4%)	12 (2,2%)	10 (2,9%)	45 (3,1%)
31-40 let	71 (13,5%)	59 (10,6%)	26 (7,5%)	156 (10,9%)
41-50 let	112 (21,4%)	98 (17,6%)	36 (10,4%)	246 (17,2%)
51-60 let	134 (25,6%)	151 (27,1%)	123 (35,4%)	408 (28,6%)
61-70 let	115 (21,9%)	166 (29,7%)	86 (24,8%)	367 (25,7%)
71-80 let	55 (10,5%)	54 (9,7%)	42 (12,1%)	151 (10,6%)
81-90 let	13 (2,5%)	13 (2,3%)	20 (5,8%)	46 (3,2%)
90 let ali več	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,3%)	1 (0,1%)
ni podatka	1 (0,19%)	5 (0,90%)	3 (0,86%)	90,63%
Povprečna starost	55	56	59	56
Najnižja starost	21	21	21	21
Najvišja starost	90	89	96	96



Slika 45: Delež oseb, obravnavanih v CKZ, po starostnih razredih in pilotnih okoljih

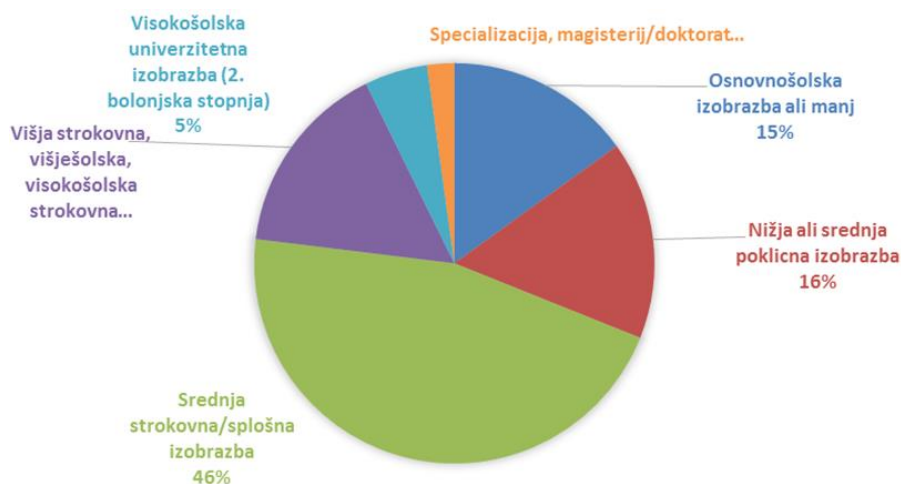
Podatka o stopnji izobrazbe pri 1017 (71,2 %) obravnavanih osebah v CKZ nismo uspeli pridobiti, in sicer pri 300 osebah (57,3 % vseh vključenih) iz CKZ Celje, pri 489 osebah (87,6 % vseh vključenih) iz CKZ Vrhnika in pri 228 osebah (65,7 % vseh vključenih) iz CKZ Sevnica. Ob upoštevanju stopnje izobrazbe pri 412 (28,8 %) obravnavanih osebah, od katerih smo te podatke pridobili, pa ima največji delež (35 %) v CKZ obravnavanih oseb srednjo strokovno izobrazbo, kakor je tudi v CKZ Celje (41,1 %) in CKZ Sevnica (33,6 %), medtem ko je bil v CKZ Vrhnika obravnavan največji delež (24,6 %) tistih oseb, ki imajo nižjo ali srednjo poklicno izobrazbo. Podatki o stopnji izobrazbe pri osebah, obravnavanih v CKZ, po pilotnih okoljih in skupaj, so prikazani v



Slika 46: Stopnja izobrazbe oseb, obravnavanih v CKZ, za vsa tri pilotna okolja skupaj

Podatkov o zaposlitvenem statusu nismo pridobili za 542 (37,9 %) oseb, obravnavanih v CKZ, od tega za 28,6 % oseb iz CKZ Celje, 66,1 % oseb iz CKZ Vrhnika in 6,6 % oseb iz CKZ Sevnica. Od oseb, obravnavanih v CKZ, za katere smo ta podatek pridobili, je bilo v vseh treh pilotnih okoljih največ upokojencev, in sicer 434 (48,9 % vseh oseb), 279 (31,5 %) oseb je bilo zaposlenih in 120 (13,5 %) brezposelnih.

Tabela 78 in na Slika 46.

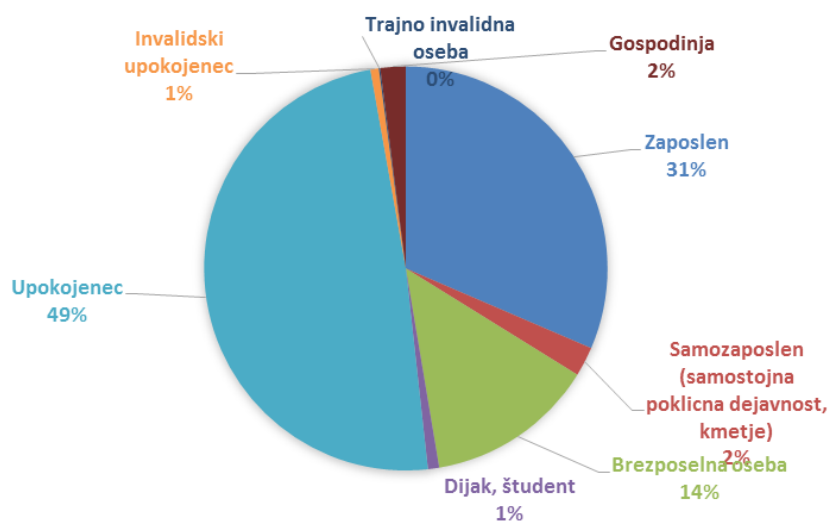


Slika 46: Stopnja izobrazbe oseb, obravnavanih v CKZ, za vsa tri pilotna okolja skupaj

Podatkov o zaposlitvenem statusu nismo pridobili za 542 (37,9 %) oseb, obravnavanih v CKZ, od tega za 28,6 % oseb iz CKZ Celje, 66,1 % oseb iz CKZ Vrhnika in 6,6 % oseb iz CKZ Sevnica. Od oseb, obravnavanih v CKZ, za katere smo ta podatek pridobili, je bilo v vseh treh pilotnih okoljih največ upokojencev, in sicer 434 (48,9 % vseh oseb), 279 (31,5 %) oseb je bilo zaposlenih in 120 (13,5 %) brezposelnih.

Tabela 78: Stopnja izobrazbe oseb, obravnavanih v CKZ, po pilotnih okoljih

IZOBRAZBA	CKZ CELJE		CKZ VRHNIKA		CKZ SEVNICA		SKUPAJ	
Brez šolske izobrazbe	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Nedokončana osnovnošolska izobrazba (1-7 razredov)	20	8,9%	0	0,0%	0	0,0%	20	4,9%
Osnovnošolska izobrazba	13	5,8%	11	15,9%	18	15,1%	42	10,2%
Nižja ali srednja poklicna izobrazba	18	8,0%	17	24,6%	31	26,1%	66	16,0%
Srednja strokovna izobrazba	92	41,1%	12	17,4%	40	33,6%	144	35,0%
Srednja splošna izobrazba	30	13,4%	8	11,6%	7	5,9%	45	10,9%
Višja strokovna izobrazba, višješolska izobrazba	21	9,4%	15	21,7%	4	3,4%	40	9,7%
Visokošolska strokovna izobrazba (1. bolonjska stopnja)	8	3,6%	2	2,9%	15	12,6%	25	6,1%
Visokošolska univerzitetna izobrazba (2. bolonjska stopnja)	17	7,6%	2	2,9%	2	1,7%	21	5,1%
Specializacija	0	0,0%	1	1,4%	1	0,8%	2	0,5%
Magisterij znanosti	0	0,0%	0	0,0%	1	0,8%	1	0,2%
Doktorat znanosti	5	2,2%	1	1,4%	0	0,0%	6	1,5%
Skupaj	224	100,0 %	69	100,0 %	119	100,0 %	412	100,0 %



Slika 47: Zaposlitveni status oseb, obravnavanih v CKZ, za vsa tri pilotna okolja skupaj

Razmeroma visok delež v CKZ vključenih brezposelnih oseb lahko pripišemo intenzivnemu sodelovanju in povezovanju s socialnim sektorjem (ZRSZ, CSD) in z NVO na tem področju (na primer z Rdečim križem, Karitasom). Zaposlitveni status oseb, obravnavanih v CKZ, po pilotnih okoljih in skupaj je prikazan v **Napaka! Neveljavno samosklicjevanje zaznamka.** in na Slika 47

Tabela 79: Zaposlitveni status oseb, obravnavanih v CKZ, po pilotnih okoljih

ZAPOSLOTEV	CKZ Celje		CKZ Vrhnika		CKZ Sevnica		Skupaj	
Zaposlen	109	29,1%	71	37,6%	99	30,6%	279	31,5%
Samozaposlen (samostojna poklicna dejavnost, kmetje)	2	0,5%	8	4,2%	11	3,4%	21	2,4%
Brezposelna oseba	84	22,5%	15	7,9%	21	6,5%	120	13,5%
Dijak, študent	5	1,3%	0	0,0%	3	0,9%	8	0,9%
Upokojenec	154	41,2%	92	48,7%	188	58,0%	434	48,9%
Invalidski upokojenec	3	0,8%	1	0,5%	2	0,6%	6	0,7%
Trajno invalidna oseba	1	0,3%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,1%
Gospodinja	16	4,3%	2	1,1%	0	0,0%	18	2,0%
Skupaj	374	100,0%	189	100,0%	324	100,0%	887	100,0%

Vse osebe, ki so jih v obravnavali v CKZ Celje, Vrhnika in Sevnica, so imele urejeno obvezno zdravstveno zavarovanje in izbranega osebnega zdravnika.

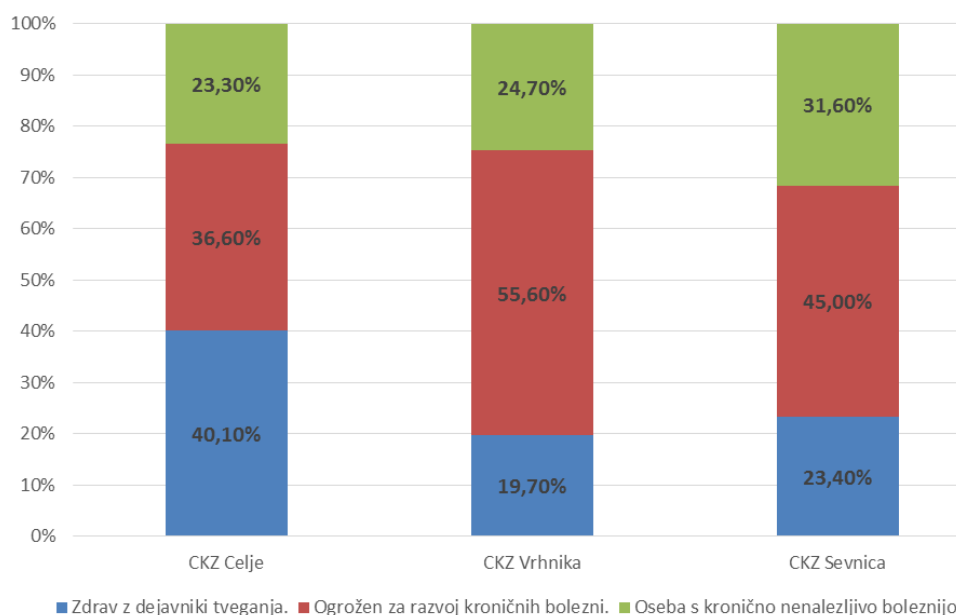
7.3 ZDRAVSTVENI STATUS OSEB, OBRAVNAVANIH V CENTRIH ZA KREPITEV ZDRAVJA

Glede na zdravstveni status je bilo 168 (27,5 %) oseb, obravnavanih v CKZ, zdravih s prisotnimi dejavniki tveganja, 284 (46,4 %) oseb je bilo ogroženih za razvoj kroničnih bolezni, 160 (26,1 %) obravnavanih oseb pa je bilo kroničnih bolnikov (Tabela 80). To razmerje pa se nekoliko razlikuje glede na pilotna okolja, kar je razvidno iz Tabele 80 in Slika 48.

Tabela 80: Zdravstveni status oseb, obravnavanih v CKZ, po pilotnih okoljih

ZDRAVSTVENI STATUS	CKZ CELJE	CKZ VRHNIKA	CKZ SEVNICA	SKUPAJ
Zdrav z dejavniki tveganja	81 (40,1%)	47 (19,7%)	40 (23,4%)	168 (27,5%)

Ogrožen za razvoj kroničnih nenalezljivih bolezni	74 (36,6%)	133 (55,6%)	77 (45,0%)	284 (46,4%)
Oseba s kronično nenalezljivo boleznijo	47 (23,3%)	59 (24,7%)	54 (31,6%)	160 (26,1%)
Skupaj	202 (100,0%)	239 (100,0%)	171 (100,0%)	160 (100,0%)



Slika 48: Zdravstveni status oseb, obravnavanih v CKZ, po pilotnih okoljih in skupaj

7.4 VHODNE POTI OSEB V CENTER ZA KREPITEV ZDRAVJA

V novem konceptu CKZ je mogočih več različnih vhodnih poti v CKZ, in sicer:

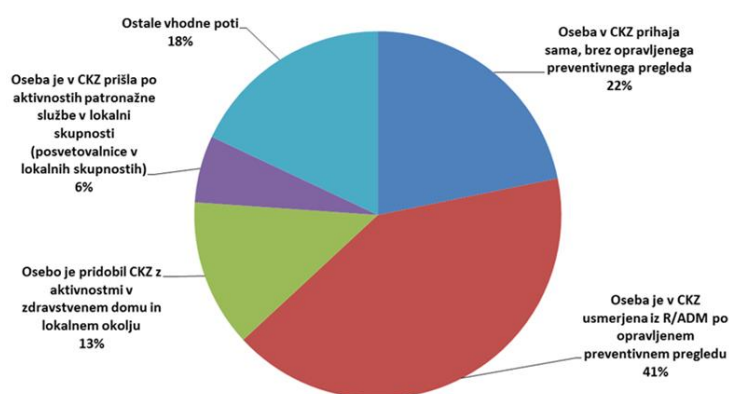
- oseba v CKZ pride sama, brez opravljenega preventivnega pregleda (o aktivnostih CKZ izve iz medijev, od sorodnikov, prijateljev, sosedov, znancev, ostalih bližnjih in podobno);
- osebo v CKZ usmeri izbrani osebni zdravnik/diplomirana medicinska sestra iz ambulante družinske medicine (ADM) oziroma iz referenčne ambulante družinske medicine (RADM) po opravljenem preventivnem pregledu;
- osebo v CKZ usmeri izbrani osebni zdravnik/diplomirana medicinska sestra iz ambulante družinske medicine (ADM) oziroma iz referenčne ambulante družinske medicine (RADM) brez opravljenega preventivnega pregleda;
- oseba se v CKZ vključi v okviru različnih preventivnih aktivnosti CKZ v zdravstvenem domu oziroma v lokalnem okolju ali po njih;

- oseba se v CKZ vključi po aktivnostih patronažne službe v lokalni skupnosti (po posvetovalnicah, ki jih v lokalnih skupnostih na svojih terenskih območjih izvajajo patronažne medicinske sestre);
- oseba je v CKZ usmerjena iz patronažne službe po opravljenem preventivnem pregledu;
- oseba je v CKZ usmerjena iz patronažne službe brez opravljenega preventivnega pregleda;
- osebo v CKZ usmeri fizioterapevt na presejanje za funkcijsko manjzmožnost;
- osebo v CKZ usmeri zdravnik specialist iz sekundarne ravni;
- oseba je v CKZ usmerjena iz katere izmed NVO – iz društev bolnikov, društev za zdrav življenjski slog, iz Rdečega križa, Karitasa in drugih;
- oseba je v CKZ usmerjena iz ZRSZ;
- oseba je v CKZ usmerjena iz CSD;
- mogoče pa so tudi druge vhodne poti.

V obdobju pilotne izvedbe Programa je več kot tri četrtine oseb (76,1 %) v CKZ prišlo po treh poteh:

- usmerjene so bile s strani izbranega osebnega zdravnika/diplomirane medicinske sestre iz (referenčne) ambulante družinske medicine (RADM, ADM) po izvedenem preventivnem pregledu (41,3 % oseb),
- prišle so same (21,8 % oseb) ter
- pridobil jih je CKZ sam z različnimi preventivnimi aktivnostmi v zdravstvenem domu in lokalni skupnosti (13 % oseb).

So pa med pilotnimi okolji manjše razlike, pri čemer je v CKZ Celje (25,4 %) in CKZ Vrhnika (23,8 %) največji delež oseb prišel iz RADM po opravljenem preventivnem pregledu, medtem ko je v CKZ Sevnica največji delež oseb (27,1 %) prišlo samih, brez opravljenega preventivnega pregleda. Vse vhodne poti oseb v CKZ v obdobju pilotne izvedbe po pilotnih okoljih in skupaj so prikazane v Tabeli 81 in na Sliki 49.



Slika 49: Najpogostejše vhodne poti oseb v CKZ za vsa tri pilotna okolja skupaj

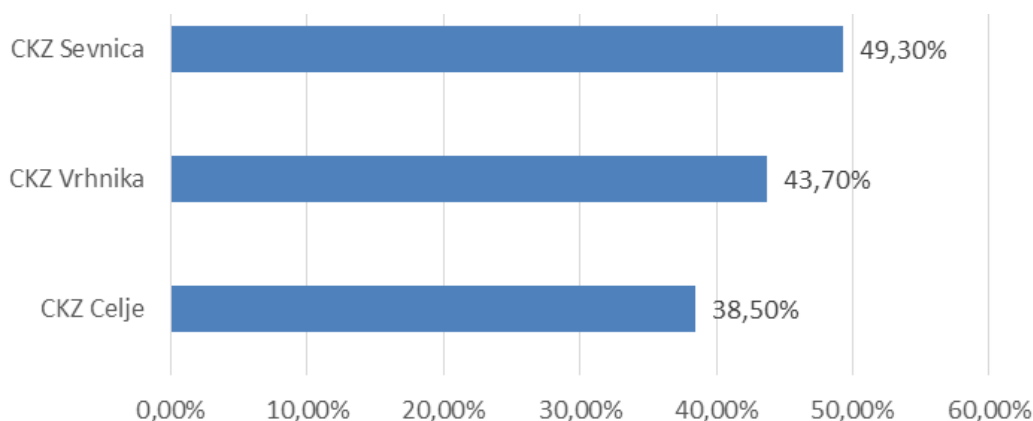
Tabela 81: Vhodne poti oseb v CKZ, po pilotnih okoljih

VHODNE POTI	CKZ CELJE		CKZ VRHNIKA		CKZ SEVNICA		SKUPAJ	
Oseba v CKZ prihaja sama, brez opravljenega preventivnega pregleda	105	20,0%	113	20,3%	94	27,1%	312	21,8%
Oseba je v CKZ usmerjena iz RADM po opravljenem preventivnem pregledu	133	25,4%	133	23,8%	83	23,9%	349	24,4%
Oseba je v CKZ usmerjena iz ADM po opravljenem preventivnem pregledu	64	12,2%	90	16,1%	88	25,4%	242	16,9%
Oseba je v CKZ usmerjena iz R/ADM brez opravljenega preventivnega pregleda	1	0,2%	0	0,0%	17	4,9%	18	1,3%
Osebo je pridobil CKZ z izvajanjem preventivnih aktivnosti v zdravstvenem domu/lokalnem okolju	85	16,2%	101	18,1%	1	0,3%	187	13,1%
Oseba je v CKZ prišla po aktivnostih patronažne službe v lokalni skupnosti	0	0,0%	85	15,2%	0	0,0%	85	5,9%
Oseba je v CKZ usmerjena iz patronažne službe po opravljenem preventivnem pregledu	4	0,8%	2	0,4%	0	0,0%	6	0,4%
Oseba je v CKZ usmerjena iz patronažne službe brez opravljenega preventivnega pregleda	2	0,4%	24	4,3%	1	0,3%	27	1,9%
Osebo je v CKZ usmeril zdravnik specialist iz sekundarne ravni	2	0,4%	0	0,0%	7	2,0%	9	0,6%
Osebo je v CKZ usmeril fizioterapevt na presejanje za funkcijsko manjzmožnost	8	1,5%	0	0,0%	22	6,3%	30	2,1%
Oseba je v CKZ usmerjena iz NVO	40	7,6%	0	0,0%	27	7,8%	67	4,7%
Oseba je v CKZ usmerjena iz ZRSZ	50	9,5%	5	0,9%	0	0,0%	55	3,8%
Oseba je v CKZ usmerjena iz CSD	12	2,3%	2	0,4%	0	0,0%	14	1,0%
Ostale vhodne poti (antikoagulantna ambulanta, DSO ...)	16	3,1%	0	0,0%	0	0,0%	16	1,1%
Ni podatka	2	0,4%	3	0,5%	7	2,0%	12	0,8%
Skupaj	524	100,0%	558	100,0%	347	100,0%	1429	100,0

7.5 OBRAVNAVA OSEB V CENTRIH ZA KREPITEV ZDRAVJA

Eden od ključnih ciljev prenovljenega in nadgrajenega Programa integrirane preventive kroničnih bolezni in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih je večja vključenost ciljne populacije. Ker Program vključuje tako izvajanje preventivnih pregledov pri osebnih izbranih zdravnikih/diplomiranih medicinskih sestrah v RADM/ADM kot tudi nudenje strokovne podpore in pomoči posamezniku za spreminjanje vedenja, povezanega z zdravjem, ki se izvaja v CKZ, je strokovna odgovornost vseh izvajalcev v CKZ, da osebe, ki so prišle v CKZ (ne glede na vhodno pot) in še niso opravile preventivnega pregleda, usmerijo na preventivni pregled v RADM/ADM, ne glede na nemedikamentozno obravnavo, ki se je želijo udeležiti v CKZ.

Po podatkih, poročanih s strani pilotnih CKZ, je imelo 617 (43,2 %) oseb, obravnavanih v CKZ, opravljen preventivni pregled v RADM/ADM. Deleži preventivno pregledanih oseb, ki so bile obravnavane v posameznih pilotnih CKZ, so razvidni iz Slika 50.

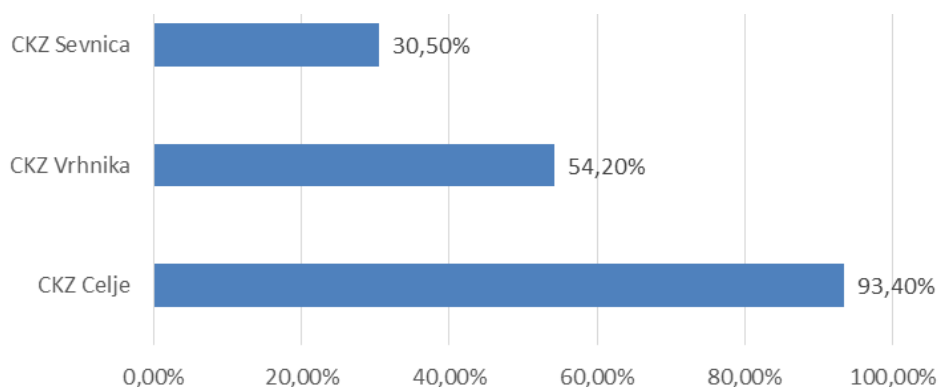


Slika 50: Deleži preventivno pregledanih oseb, ki so bile obravnavane v posameznih pilotnih CKZ

Med razlogi za neopravljen preventivni pregled oseb pred vstopom v CKZ so izvajalci navajali naslednje:

- preventivni pregled ni potreben, saj se bo oseba udeležila le temeljnih obravnav/modulov, za katere preventivni pregled ni potreben;
- oseba je prišla neposredno v CKZ, od koder smo jo po individualnem razgovoru usmerili na preventivni pregled v RADM/ADM;
- obravnava je bila izvedena v lokalni skupnosti/na terenu;
- neinformiranost, da so upravičeni do preventivnega pregleda.

Ob vstopu v CKZ je za vse osebe, ogrožene za kronične bolezni, za vse kronične bolnike in ranljive osebe s ciljem zagotavljanja celovite nemedikamentozne obravnave, ki je skladna z zdravstvenim stanjem, željami in zmožnostmi oseb, na voljo individualni razgovor. V okviru pilotne izvedbe v CKZ je bil individualni razgovor ob vstopu v CKZ opravljen z 257 osebami, to je 58 % tistih, ki so bili do njega upravičeni. Slika 51 prikazuje delež tistih pacientov po pilotnih okoljih, ki so do individualnega razgovora ob vstopu v CKZ upravičeni in s katerimi je bil le-ta tudi opravljen.



Slika 51: Delež pacientov, s katerimi je bil opravljen individualni razgovor ob vstopu v CKZ, po pilotnih okoljih

Med razlogi za neopravljen individualni razgovor so izvajalci navajali naslednje:

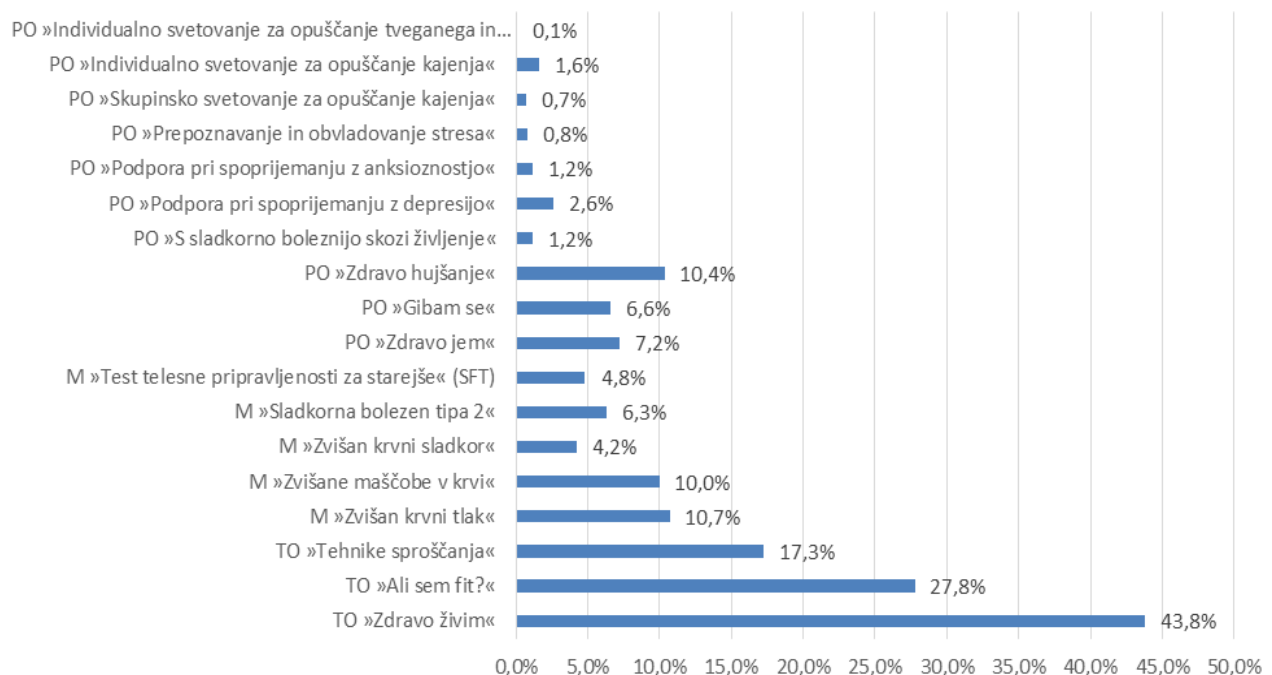
- zanj ni potrebe (oseba je prišla le na temeljno obravnavo/eno zdravstvenovzgojno delavnico);
- zanj ni bilo časa;
- delavnica, ki jo oseba obiskuje, se je pričela pred začetkom pilotne izvedbe Programa;

- ni obrazca za izvedbo individualnega razgovora;
- ni takšnih posebnosti, da bi moral biti izveden;
- opravljen bo enkrat kasneje.

7.6 IZVAJANJE PROGRAMA ZA KREPITEV ZDRAVJA V CENTRIH ZA KREPITEV ZDRAVJA

V obdobju pilotne izvedbe Programa v CKZ so izvajalci osebo ob vstopu v CKZ evidentirali v spletno aplikacijo 1ka, kamor so med drugim zabeležili tudi to, na katere nemedikamentozne obravnave v CKZ so osebo usmerili, kar pa še ne pomeni, da se je te obravnave dejansko tudi udeležila.

Pridobljeni podatki kažejo, da je bilo v vseh treh pilotnih CKZ skupaj največ oseb (626, to je 43,8 %) usmerjenih na temeljno obravnavo »Zdravo živim«, najmanj pa na individualno svetovanje za opuščanje tveganega/škodljivega pitja alkohola, in sicer le 1 oseba (0,1 %) v CKZ Celje v celotnem obdobju pilotnega izvajanja Programa. Slika 52 prikazuje deleže oseb, ki so bili ob vstopu v CKZ usmerjeni na posamezne zdravstvenovzgojne delavnice/individualna svetovanja v Programu za krepitev zdravja, gledano za vsa pilotna okolja skupaj.



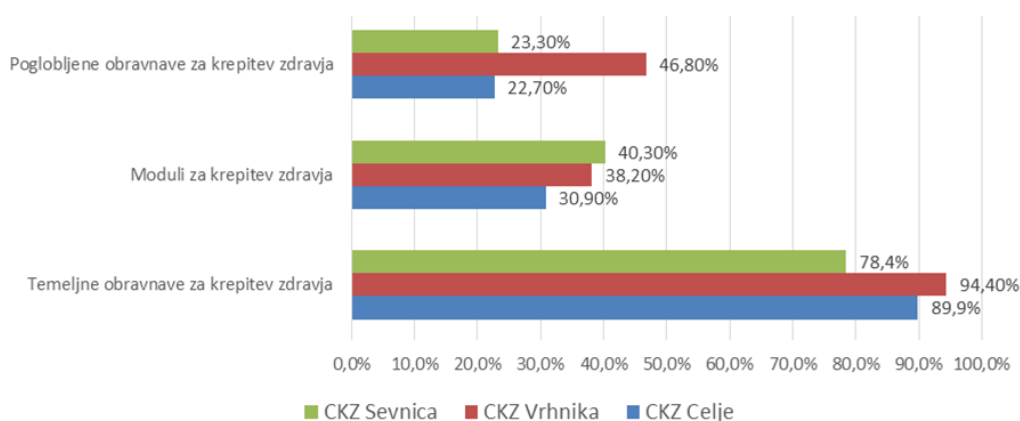
Slika 52: Delež oseb, ki so bile ob vstopu v CKZ usmerjene na posamezne zdravstvenovzgojne delavnice/individualna svetovanja v Programu za krepitev zdravja, gledano za vsa pilotna okolja skupaj

Glede na posamezne sklope obravnav v Programu za krepitev zdravja:

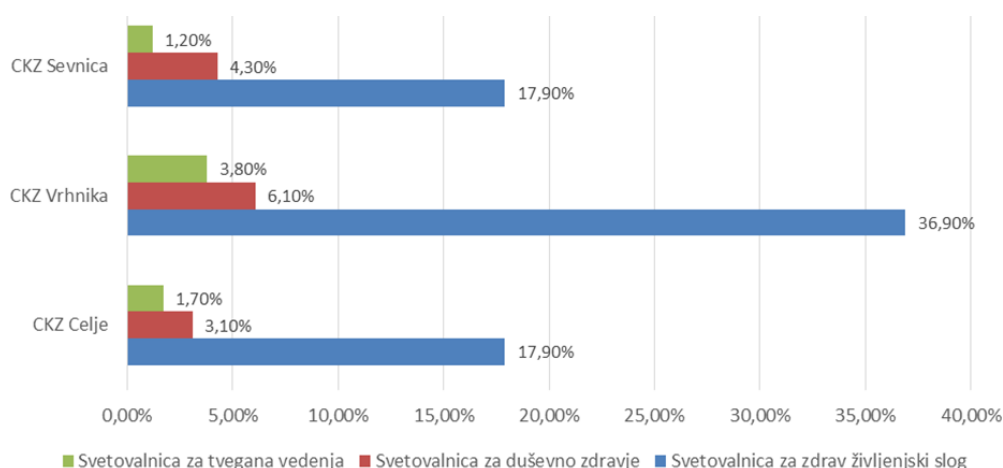
- Temeljne obravnave za krepitev zdravja (delavnice Zdravo živim, Ali sem fit, Tehnike sproščanja),

- Moduli za krepitev zdravja (delavnice Zvišan krvni tlak, Zvišane maščobe v krvi, Zvišan krvni sladkor, Sladkorna bolezen tipa 2, Test telesne pripravljenosti za starejše) in
- Poglobljene obravnave za krepitev zdravja (delavnice Zdravo jem, Gibam se, Zdravo hujšanje, S sladkorno boleznijo skozi življenje, ki so del Svetovalnice za zdrav življenjski slog, delavnice Podpora pri spoprijemanju z depresijo, Podpora pri spoprijemanju s tesnobo, Spoprijemanje s stresom, ki so del Svetovalnice za duševno zdravje, ter Individualno in Skupinsko svetovanje za opuščanje kajenja ter Individualno svetovanje za opuščanje tveganega/škodljivega pitja alkohola, ki so del Svetovalnice za tvegana vedenja)

je bil največji delež oseb usmerjen v Temeljne obravnave za krepitev zdravja (88,9 %), najmanjši delež pa v Poglobljene obravnave za krepitev zdravja (32,3 %), konkretno v Svetovalnico za tvegana vedenja, in sicer 2,4 % oseb. Razlike med pilotnimi okolji so prikazane na Slika 53 in Slika 54.



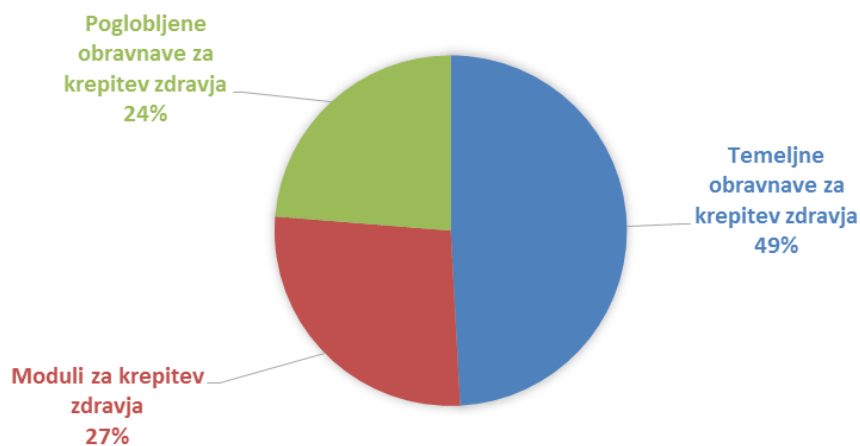
Slika 53: Deleži oseb, ki so bile ob vstopu v CKZ usmerjene na posamezne sklope obravnav v Programu za krepitev zdravja, po posameznih pilotnih okoljih



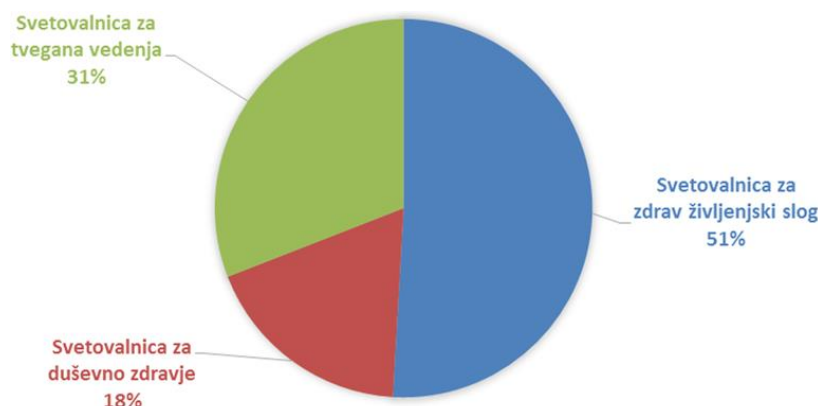
Slika 54: Deleži oseb, ki so bile ob vstopu v CKZ usmerjene v posamezne Svetovalnice v okviru Poglobljenih obravnav za krepitev zdravja, po posameznih pilotnih okoljih

V vseh treh pilotnih CKZ je bilo v pilotni izvedbi Programa izvedenih 232 nemedikamentoznih obravnav v Programu za krepitev zdravja. Od vseh obravnav so pilotna okolja izvedla največ Temeljnih obravnav za krepitev zdravja (49 %), 27 % vseh izvedenih obravnav je bilo Modulov za krepitev zdravja, pričakovano najmanjši delež (24 %) pa predstavljajo Poglobljene obravnave za krepitev zdravja. Med temi je bilo največ izvedenih obravnav v Svetovalnici za zdrav življenjski slog (49 %), 31 % obravnav je bilo izvedenih v Svetovalnici za tvegana vedenja (pri čemer v pilotnem obdobju v CKZ-jih ni bil izvedeno niti eno Individualno svetovanje za opuščanje tvegane/škodljivega pitja alkohola), najmanj (18 %) pa v Svetovalnici za duševno zdravje (Slika 55 in Slika 56).

Število izvedenih posameznih obravnav v pilotnem obdobju in povprečno število udeležencev na obravnavo po pilotnih okoljih je prikazano v Tabela 82. Tabela 83 pa prikazuje skupno število udeležencev na prvih srečanjih posameznih obravnav, skupaj za vsa tri pilotna okolja. Podatki kažejo, da se je v vseh treh pilotnih CKZ v pilotnem obdobju 596 oseb (to je 41,7 %) udeležilo več kot ene obravnave v Programu za krepitev zdravja.



Slika 55: Deleži izvedenih obravnav po sklopih obravnav v Programu za krepitev zdravja, za vsa tri pilotna okolja skupaj



Slika 56: Deleži izvedenih obravnav po Svetovalnicah v okviru Poglobljenih obravnav za krepitev zdravja, za vsa tri pilotna okolja skupaj

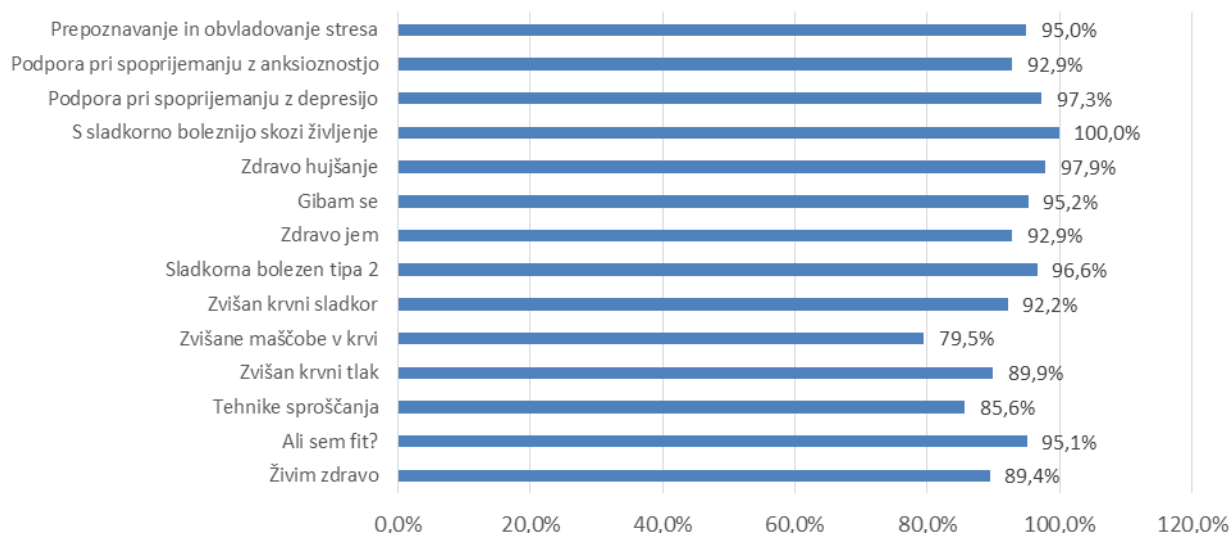
Tabela 82: Število izvedenih posameznih obravnav in povprečno število udeležencev na obravnavo, po pilotnih okoljih

	CKZ CELJE		CKZ VRHNIKA		CKZ SEVNICA		SKUPAJ	
	Št. obravnav	Povprečno št. udeležencev/obravnavo	Št. obravnav	Povprečno št. udeležencev/obravnavo	Št. obravnav	Povprečno št. udeležencev/obravnavo	Št. obravnav	Povprečno št. udeležencev/obravnavo
Zdravo živim	16	11	25	10	10	10	51	10
Ali sem fit?	25	8	8	16	4	9	37	10
Tehnike sproščanja	7	10	8	9	11	8	26	9
Zvišan krvni tlak	6	9	6	8	4	9	16	9
Zvišane maščobe v krvi	5	9	7	8	3	9	15	9
Zvišan krvni sladkor	5	7	3	5	2	9	10	7
Sladkorna bolezen tipa 2	2	5	4	7	4	11	10	8
Test telesne pripravljenosti za starejše	3	8	3	7	6	10	12	9
Zdravo jem	2	7	6	6	3	6	11	6
Gibam se	4	7	2	9	1	12	7	9
Zdravo hujšanje	4	10	2	12	2	10	8	10
S sladkorno boleznijo skozi življenje	1	4	1	6	0	/	2	5
Podpora pri spoprijemanju z depresijo	3	10	2	7	1	8	6	8
Podpora pri spoprijemanju s tesnobo	0	/	4	6	0	/	4	6
Prepoznavanje in obvladovanje stresa	0	/	0	/	0	/	0	/
Skupinsko svetovanje za opuščanje kajenja	0	/	1	6	0	/	1	6
Individualno svetovanje za opuščanje kajenja	4	/	8	/	4	/	16	/
Individualno svetovanje za opuščanje tvegane/ škodljivega pitja alkohola	0	/	0	/	0	/	0	/
Skupaj	87		90		55		232	

Tabela 83: Skupno število udeležencev na prvih srečanjih posameznih obravnav, za vsa tri pilotna okolja skupaj

	Skupno št. udeležencev na prvih srečanjih
Zdravo živim	523
Ali sem fit?	361
Tehnike sproščanja	230
Zvišan krvni tlak	142
Zvišane maščobe v krvi	133
Zvišan krvni sladkor	69
Sladkorna bolezen tipa 2	79
Test telesne pripravljenosti za starejše	104
Zdravo jem	95
Gibam se	60
Zdravo hujšanje	116
S sladkorno boleznijo skozi življenje	10
Podpora pri spoprijemanju z depresijo	58
Podpora pri spoprijemanju s tesnobo	23
Prepoznavanje in obvladovanje stresa	0
Skupinsko svetovanje za opuščanje kajenja	6
Individualno svetovanje za opuščanje kajenja	16
Individualno svetovanje za opuščanje tvegane/ škodljivega pitja alkohola	0
Skupaj	2025

Izvajalci so oceno zadovoljstva udeležencev z izvedenimi nemedikamentoznimi obravnavami pridobivali na podlagi Vprašalnika o zadovoljstvu z izvedeno delavnico, ki so ga udeleženci izpolnili ob zaključku posamezne vrste obravnave. Pridobljeni podatki kažejo, da bi 1313 (90,5 %) udeležencev delavnice priporočilo delavnico tudi drugim, gledano za vse nemedikamentozne obravnave v Programu za krepitev zdravja skupaj. Delež udeležencev, ki bi posamezno vrsto obravnave v CKZ želeli priporočiti tudi drugim, so prikazani na Slika 57.



Slika 57: Delež udeležencev, ki bi posamezno vrsto obravnave v CKZ želeli priporočiti tudi drugim

Evalvacija izvedljivosti posameznih nemedikamentoznih obravnav v okviru nadgrajenega Programa za krepitev zdravja in zadovoljstvo udeležencev sta opredeljena v poročilih za vsako nemedikamentozno obravnavo posebej.

7.7 ZAKLJUČKI EVALVACIJE PILOTNE IZVEDBE PROGRAMA V CENTRIH ZA KREPITEV ZDRAVJA

V projektu Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju – Skupaj za zdravje smo zasnovali nadgradnjo obstoječih ZVC v zdravstvenih domovih, tako z organizacijsko-funkcionalnega kot vsebinskega vidika ter jih preimenovali v CKZ, ki so ključne organizacijske strukture na primarni ravni zdravstvenega varstva za izvajanje aktivnosti krepitve zdravja, zdravstvene vzgoje in zmanjševanja neenakosti v zdravju v lokalni skupnosti.

V okviru vsebinskih nadgradenj smo že obstoječi Program svetovanja za zdravje, ki se izvaja v ZVC, prenovili in nadgradili tako z vidika vsebin kot pristopov pri opolnomočenju ljudi za dolgotrajno spremembo življenjskih navad, ki vodijo do boljšega počutja in zdravja. Nov program smo poimenovali Program za krepitev zdravja, ki obsega izvajanje individualnih razgovorov ob vstopu v CKZ, 18 nemedikamentoznih obravnav (zdravstvenovzgojnih delavnic, psihoedukativnih delavnic in individualnih svetovanj), presejanje za funkcijsko manjzmožnost za vse osebe, starejše od 65 let in pogovorne ure v CKZ. Skladno s strokovnim razvojem na tem področju smo razvili nova gradiva, ki bodo

podpirala udeležence zdravstvenovzgojnih delavnic/individualnih svetovanj v procesu spreminjanja nezdravega življenjskega sloga in krepitev duševnega zdravja. Program za krepitev zdravja je namenjen obravnavi oseb z vedenjskimi, biološkimi in psihosocialnimi dejavniki tveganja, oseb, ogroženih za razvoj kroničnih bolezni in oseb z že prisotno kronično boleznijo. V program smo skladno s potrebami ciljne populacije vključili več vsebin s področja duševnega zdravja ter programe za opolnomočenje kroničnih bolnikov za samooskrbo.

Aktivnosti CKZ prav tako obsegajo izvajanje aktivnosti za udejanjanje javnozdravstvenih ciljev v lokalni skupnosti, med katere uvrščamo spremljanje zdravja/epidemiološke situacije, demografske slike in neenakosti v zdravju v lokalnem okolju, načrtovanje in izvajanje ciljanih aktivnosti glede na potrebe lokalne skupnosti, izvajanje aktivnosti za krepitev zdravja v lokalni skupnosti in spodbujanje razvoja podpornih okolij za zdravje, koordinacijske naloge v okviru skupnostnega pristopa za krepitev zdravja ter zagotavljanje podpore zdravstveno marginaliziranim (ranljivim) osebam pri vključevanju v preventivne in presejalne programe. Vse aktivnosti CKZ izvaja na NIJZ dodatno strokovno usposobljen standardni tim, ki ga sestavljajo diplomirana medicinska sestra/profesor zdravstvene vzgoje, diplomirani fizioterapevt in univerzitetni diplomirani psiholog. Vodenje CKZ je v domeni diplomirane medicinske sestre.

Pri vseh opisanih nadgradnjah CKZ je v ospredju povezovanje, sodelovanje in komuniciranje med vsemi izvajalci preventivnega programa ter zdravstvenimi strokovnjaki in predstavniki NVO in drugih organizacij v lokalnem okolju. Za učinkovito izvajanje skupnostnega pristopa za krepitev zdravja in zmanjševanje neenakosti v zdravju v lokalni skupnosti ter vključevanju in obravnavi ranljivih oseb v preventivne programe je potrebno v zdravstvenih domovih vzpostaviti in okrepiti CKZ, ki so pomemben povezovalni in izvajalski partner na področju krepitev zdravja, preventive in zmanjševanja neenakosti v zdravju v lokalni skupnosti in znotraj zdravstvenega doma.

Nov koncept organizacije in delovanja CKZ podpira tako integrirano preventivo kroničnih bolezni kot tudi skupnostni pristop za krepitev zdravja in zmanjševanja neenakosti v zdravju ter vključevanje ranljivih skupin v preventivni program. Preoblikovanje ZVC v CKZ na lokalni ravni omogoča okrepitev skrbi za javno zdravje in zmanjševanje neenakosti v zdravju, racionalizacijo in optimizacijo rabe sredstev za promocijo zdravja in preventivo za splošno populacijo, ogrožene in zbolele za kroničnimi boleznimi, zagotavljanje kakovosti kadrov in programov ter izboljšanje kazalnikov zdravja.

Pilotna izvedba novega koncepta CKZ je potekalo v pilotnih okoljih zdravstvenih domov Celje, Vrhnika in Sevnica, kjer so že imeli nekaj izkušenj na področju promocije zdravja in zdravstvene vzgoje za odrasle, saj so bili tam predhodno že vzpostavljeni ZVC, v okviru katerih so strokovnjaki (zdravstveni delavci in sodelavci) izvajali strukturiran in standardiziran Program svetovanja za zdravje ter aktivnosti promocije zdravja, zdravstvene vzgoje in svetovanja za zdravje za odraslo populacijo, vendar z omejenim obsegom kadra in programa ter z omejenimi možnostmi delovanja v lokalnih skupnostih, kar je predstavljalo veliko vrzel pri zagotavljanju optimalne in učinkovite zdravstvenovzgojne obravnave ciljne populacije.

Vključitev v pilotno izvedbo Programa v okviru projekta Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju – Skupaj za zdravje, kjer je eno ključnih nadgradenj predstavljala vzpostavitev CKZ, je vsem trem pilotnim okoljem omogočilo preoblikovanje ZVC v CKZ. Izvajanje vseh nadgradenj v novem

konceptu CKZ pa je močno presegalo zmožnosti obstoječega kadra v ZVC. Celovito udejanjanje vseh nadgrajenih rešitev v novem konceptu CKZ je zahtevalo vzpostavitev interdisciplinarnega standardnega tima CKZ, ki vključuje diplomirano medicinsko sestro, diplomiranega fizioterapevta, univerzitetnega diplomiranega psihologa in v nekoliko manjšem obsegu tudi zdravnika specialista. Pilotno izvajanje pa je bilo v veliki meri izvedeno s kadrom, ki je bil v ZVC zaposlen že do tedaj, kar predstavlja eno od omejitev, ki jih je potrebno upoštevati pri interpretaciji obsega izvedenih aktivnosti pilotne izvedbe Programa.

Zato kot enega pomembnih mejnikov predstavlja zagotovitev financiranja delovanja CKZ s sredstvi Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS), in sicer financiranja interdisciplinarnega standardnega tima CKZ, kot smo ga opredelili v procesu razvoja nadgradenj, v obsegu glede na velikost ciljne populacije, ki jo posamezni CKZ pokriva, ter financiranja vseh opredeljenih aktivnosti v novem konceptu CKZ. Financiranje s strani ZZZS je omogočilo celovito izvajanje vseh aktivnosti CKZ, ki so usmerjene v krepitev zdravja in zmanjševanje neenakosti v zdravju v lokalnih okoljih.

Če povzamemo, je torej vključitev v pilotno izvedbo Programa za pilotna okolja pomenilo preoblikovanje ZVC v CKZ, dodatno strokovno usposabljanje za vse izvajalce iz CKZ in pričetek izvajanja prenovljenih in nadgrajenih aktivnosti novega koncepta CKZ, nadaljnja zagotovitev financiranja s strani ZZZS pa zaposlitev interdisciplinarnega standardnega tima CKZ, ki je dodatno strokovno usposobljen, celovito izvajanje vseh aktivnosti krepitev zdravja in zmanjševanja neenakosti v zdravju ciljne populacije v različnih okoljih, v skladu s prepoznanimi potrebami lokalnega prebivalstva ter izvajanje integrirane preventive kroničnih bolezni za osebe, ogrožene za razvoj kroničnih bolezni in za kronične bolnike.

Uporabljena literatura in viri

1. Vrbovšek S, Maučec Zakotnik J in Farkas Lainščak J. Vzpostavitev centra za krepitev zdravja – koncept organizacije, delovanja in povezovanja. V: Farkaš Lainščak J, Huber I, Maučec Zakotnik J, Sedlar N, Vrbovšek S (ur.). Program integrirane preventive KNB in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih pilotno testiranje integriranih procesov vključevanja in obravnav ciljne populacije v okviru projekta Skupaj za zdravje - (Projekt Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju odraslih). [El. Knjiga] Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015. Dostopno na: http://www.skupajzazdravje.si/media/e_verzija_prirocnik_program.integrirane.preventive.knb.2015.pdf
2. Vrbovšek S, Maučec Zakotnik J. Program za krepitev zdravja – koncept in vsebine obravnav. V: Farkaš Lainščak J, Huber I, Maučec Zakotnik J, Sedlar N, Vrbovšek S (ur.). Program integrirane preventive KNB in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih pilotno testiranje integriranih procesov vključevanja in obravnav ciljne populacije v okviru projekta Skupaj za zdravje - (Projekt Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju odraslih). [El. Knjiga] Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015. Dostopno na:

http://www.skupajzazdravje.si/media/e_verzija_prirocnik_program.integrirane.preventive.knb_2015.pdf

3. Vračko P, Buzeti T, Maučec Zakotnik J, Paulin M, Milavec M, Poličnik R, Zaletel J, Vrbošek S, Horvat M, Čuš B, Hočevár T, Knific T, Djomba JK, Kralj M in Rožič M. Spremljanje in evalvacija. V: Farkaš Lainščak J, Huber I, Maučec Zakotnik J, Sedlar N, Vrbošek S (ur.). Program integrirane preventive KNB in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih pilotno testiranje integriranih procesov vključevanja in obravnav ciljne populacije v okviru projekta Skupaj za zdravje - (Projekt Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju odraslih). [El. knjiga] Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015. Dostopno na:

http://www.skupajzazdravje.si/media/e_verzija_prirocnik_program.integrirane.preventive.knb_2015.pdf

4. Vračko P in Rožič M (ur.). Pilotno testiranje programa integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih [Elektronski vir] : priročnik za spremljanje z opredelitvijo kazalnikov. - El. knjiga. - Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2017. Dostopno na:

http://www.skupajzazdravje.si/media/spremljanjeinkazalnikipilotnegatestiranja_program.integrirane.preventive.knb.pdf

8 ZADOVOLJSTVO UPORABNIKOV IN IZKUŠNJE TER PRIPOROČILA IZVAJALCEV Z OBRAVNAVO V CENTRIH ZA KREPITEV ZDRAVJA – PODROČJE ZDRAVE PREHRANE

Rok Poličnik, Nika Berlic

Podatki za evalvacijo pilotne izvedbe obravnave Zdravo jem so bili pridobljeni iz treh virov:

- vprašalniki za izvajalce o izvedljivosti obravnave v spletni aplikaciji 1ka,
- intervjuji z izvajalkami obravnave opravljenih v treh pilotnih okoljih ter
- vprašalniki o zadovoljstvu uporabnikov.

V sklopu evalvacije pilotne izvedbe skupinske in individualne obravnave na področju zdrave prehrane, imenovane Zdravo jem, so bili 30. in 31. julija 2015, v treh pilotnih okoljih (ZD Sevnica, ZD Celje in ZD Vrhnika) izvedeni intervjuji z izvajalkami v CKZ.

Ugotovitve končne evalvacije so opredeljene v nadaljevanju poročila.

POVZETEK IZKUŠENJ IZVAJALK OBRAVNAVE ZDRAVO JEM

ZDRAVSTVENI DOM SEVNICA

1 GRADIVA ZA IZVAJALCE

Teoretični priročnik o zdravi prehrani

Teoretični priročnik o zdravi prehrani za izvajalce se jim zdi zastavljen zadovoljivo in vključuje vsebine za celovito izvedbo delavnice o zdravi prehrani. V priročniku morda pogrešajo usmeritve za prehranjevanje ljudi z nižjim socialno-ekonomskim statusom.

Praktični priročnik za izvajanje srečanj o zdravi prehrani

Praktični priročnik se jim zdi ustrezno strukturiran, omogoča hiter pregled, pridobitev ključnih opornih informacij za pripravo na posamezno srečanje. Ne zaznavajo potrebe po spremembi priročnika, razen v delu, ki govori o maščobah (drugo srečanje). Slednjega želijo razširiti.

2 OBRAVNAVA ZDRAVO JEM

Splošno o izvedbi obravnave Zdravo jem

ZD Sevnica je do zaključka pilotne izvedbe Programa izvedel dve obravnavi Zdravo jem (dve izvajalki). Obravnava je bila sicer izpeljana delavnično, in ne v obliki predavanj s predstavitvijo. Uporabili so metode na deloma frontalen način, vodene diskusije, razgovora in svetovanja. Izvajalki ocenjujeta, da

so metode dela pri udeležencih dobro sprejete in jih motivirajo k aktivnemu sodelovanju. Pri izvajanju obravnave izvajalki čutita samozavest in nista bili negotovi. Menita tudi, da imata dovolj znanja za izvedbo ter, da je predvidene vsebine priročnika po predhodni pripravi možno izvesti v predvidenem času.

Šesto (individualno) srečanje pri obeh obravnavah načrtujejo v mesecu septembru. Za zadnje srečanje so izvajalci dali udeležencem možnost, da se ga udeležijo individualno ali skupinsko, in so se vsi udeleženci odločili za skupinsko izvedbo. Predlagajo tudi sicer, da je zadnje srečanje izvedeno skupinsko, saj znotraj CKZ ponujajo možnost pogovornih ur oziroma individualnega srečanja z udeleženci.

Struktura in število udeležencev

Predvideno število udeležencev (10) v obravnavi se jim zdi v redu. Predlagali so možnost razpona, ki bi bil 8 –12 udeležencev. Svojcev ni bilo prisotnih. Dinamika skupine se jim zdi zelo pomembna tudi pri tej obravnavi.

Odzivnost na srečanjih je bila sledeča (Tabela 84):

Tabela 84: Odzivnost na srečanja (ZD Sevnica)

	Izvajalka 1	Izvajalka 2
1. srečanje	10	8
2. srečanje	5	5
3. srečanje	6	6
4. srečanje	6	6
5. srečanje	6	6
6. srečanje	V septembru	V septembru

Pripomočki, gradiva in delovni listi

Izvajalki sta pohvalili praktične prikaze, ki jih vsebuje praktični priročnik za prikaz velikosti porcije ter vsebnosti soli in sladkorja v živilih. Glede ostalih gradiv (na primer Moj dnevnik prehranjevanja) nista imeli pripomb, izpostavljata le, da pretirana količina gradiv za udeležence ni sprejemljiva in da je treba udeležence pogosto zelo spodbujati, da jih redno izpolnjujejo.

Prepletanje vsebin o prehrani in motivaciji (psihološki vidik) pozdravljajo, čeprav pogrešajo dodatna znanja/veščine s področij motivacije udeležencev in psihologije spreminjanja življenjskih navad.

Med srečanji so izvajali aktivni odmor (čas za gibanje, vodo in tehnike sproščanja).

Pregled situacije po srečanjih v obravnavi Zdravo jem

Uvodnega srečanja v CKZ niso izvajali, uporabljajo podatke o telesni strukturi, ki jih udeleženci prinesejo s seboj z napotnico oziroma jih izmerijo na merilniku telesne sestave (vključno s stopnjo

metabolizma). Predloženega orodja za izračun energijskih potreb, ki je priloga teoretičnega priročnika o zdravi prehrani niso uporabljali.

Prvo in drugo srečanje so izvedli skladno z navodili in niso imeli pripomb.

Tretje srečanje, ki je namenjeno načrtovanju obrokov, so izvedli s pomočjo metode prikaza z živili in ne z metodo prehranskih enot. Slednja je po njihovem mnenju pretežka tako za njih kot za udeležence. V ZD Sevnica so medtem že nakupili plastične modele živil.

Četrto (individualno) srečanje so izvedli skladno z navodili. Udeležence so naročili po urah v dopoldanskem času. Delovni list 6 (osebni načrt) se jim zdi razumljiv, slabše sprejemajo delovni list 7 (kontrolni list za izvajanje osebnega načrta).

Peto srečanje so skladno z navodili izvedli na temo nakupovanja in priprave hrane. Udeleženci so zelo dobro sprejeli delovni list 10 (zdravo nakupovanje in pripravo hrane).

Šesto srečanje (individualno) bodo izvedli v mesecu septembru. Udeležence bodo vabili telefonsko, saj so v času srečanj spletli trdne osebne vezi, s čimer se je zelo izrazil tudi pomen skupinske dinamike dela.

Obravnava Zdravo jem se jim v splošnem zdi zelo dobra. V prihodnje si želijo v obravnavo vplesti tudi praktično kuharsko delavnico, pri tem izpostavljajo, da je potrebno zagotoviti ustrezne pogoje za njeno izvedbo.

Prav tako izražajo pomisleke glede zadnjega individualnega srečanja, ki bi ga želeli izvesti skupinsko.

Pogrešajo opis mitov in resnic o zdravi prehrani.

ZDRAVSTVENI DOM CELJE

1 GRADIVA ZA IZVAJALCE

Teoretični priročnik o zdravi prehrani

Teoretični priročnik se jim zdi zelo primeren, posebej poudarjajo poglavje namenjeno nabavi in pripravi hrane. V teoretičnem priročniku pogrešajo priporočila za deležne vrednosti energije posameznih dnevnih obrokov.

Praktični priročnik za izvajanje srečanj o zdravi prehrani

Praktični priročnik se jim zdi ustrezen, pregleden in uporaben.

2 OBRAVNAVA ZDRAVO JEM

Splošno o izvedbi obravnave Zdravo jem

V ZD Celje je obravnavo izvajala ena izvajalka (DMS), ki je izvedla eno obravnavo.

Predlagajo, da srečanja ne bi smela potekati manj kot 90 minut, trenutna časovna postavitev srečanj se jim zdi v redu. Delavnice so izvedli izključno brez Power Point-a. Delali so z delovnimi listi (na primer

delo za eno mizo). Uporabili so metode na deloma frontalen način, vodene diskusije, razgovora in svetovanja. Izvajalka ocenjuje, da so metode dela pri udeležencih dobro sprejete in jih motivirajo k aktivnemu sodelovanju. V primerjavi s prejšnjo delavnico se ji zdi takšen način dela (delavnični način) boljši kot frontalni način. Udeleženci so dobro sodelovali. Pogreša pa priročnik za udeležence.

Pri izvajanju obravnave je izvajalka čutila samozavest in je bila brez negotovosti, čeprav je predlagala, da bi se moral v obravnavo nujno vključiti tudi dietetik. Opazila je dober odziv s strani udeležencev in meni, da je tak način dela pripomogel tudi k aktivni participaciji udeležencev. Sama dodaja, da je največja motivacija za udeležence metoda demonstriranja.

Struktura in število udeležencev

S številom udeležencev se strinja, čeprav je vsaka skupina specifična. V primeru heterogene skupine je delavnica težje izvedljiva, ker ljudje (predvsem starejši) potrebujejo dodatne razlage. Vsi udeleženci so vabljeni tudi na pogovorne ure, kjer lahko določene dileme razrešijo oziroma jim jih dodatno pojasni.

Odzivnost na srečanjih je bila sledeča (Tabela 85):

Tabela 85: Odzivnost na srečanje (ZD Celje)

	Izvajalka 1
1. srečanje	10
2. srečanje	5
3. srečanje	11
4. srečanje	7
5. srečanje	7
6. srečanje	V septembru

Pripomočki, gradiva in delovni listi

Izvajalka meni, da so delovni listi na prvem in drugem srečanju v redu. Predlaga pa spremembo pri individualnem srečanju (četrtem srečanju), ko z udeleženci oblikuje osebni načrt ter kontrolni list za spremljanje osebnega načrta. Ocenjuje, da ta dva delovna lista nista v redu, čeprav je predlagala, da se izvedba ponovi v naslednji obravnavi ter ponovno preskusi uporabo obeh listov². Pripomba je bila glede kopiranja delovnih listov, saj ji to vzame veliko časa.

Prepletanje strokovnih vsebin in vsebin motivacije se ji zdi v redu. Pogreša pa dodatna znanja s področja psihologije.

² Izvajalka ni bila na usposabljanju v mesecu marcu!

Razporeditev vsebin o prehrani skozi srečanja se ji zdi zelo v redu. Veliko pozornost so dali branju deklaracij (uporabili so deklaracije, živila). Uporabljajo tudi tabelo Zveze potrošnikov Slovenije glede vsebnosti soli, sladkorja in maščob.

Pri maščobah (pri drugem srečanju) so se osredotočili tudi na delavnico o maščobah, da so jim povedali nekaj o holesterolu, trigliceridih, katera živila so primerna, katera ne. Pri sladkorju so poudarili skrite sladkorje. Uporabili so vrečko sladkorja. Praktični prikazi se jim zdijo ustrezni. Želijo pa modelčke za načrtovanje prehrane – slikovna/praktična ponazoritev se jim zdi zelo uporabna. Trenutno izvajalci vzorce živil za ponazarjanje prinašajo od doma.

Za aktivni odmor v času srečanj niso imeli časa.

Pregled situacije po srečanjih v obravnavi Zdravo jem

Uvodnega srečanja v CKZ niso izvedli.

Meritve telesne sestave izvajajo na klasični tehtnici, imajo pa v procesu nabave merilnik telesne strukture (Tanita). Orodja za izračun bazalnega in delovnega metabolizma, ki je sestavni del teoretičnega priročnika o zdravi prehrani niso uporabili. Izračunali so ITM, upoštevali so indeks PAL (Physical Activity Level), povedali so tudi, kaj je osnovni metabolizem in indeks PAL ter to obrazložili udeležencem.

Prvo, drugo, tretje in peto srečanje so izvedli brez posebnosti. V prvem srečanju predlagajo, da bi naredili namesto delovnega lista 1 (kviz) raje plastificiran didaktični pripomoček, kjer bi udeleženci na posamezna vprašanja vlekli listke in diskutirali o tem ali trditev drži ali ne drži. Enako predlagajo za delovni list 2 (prednosti zdrave prehrane).

Četrto srečanje (individualno) niso izvedli individualno, temveč skupinsko, kar jim je predstavljajo tudi problem pri izpolnjevanju delovnih listov 6 (osebni načrt) in 7 (kontrolni delovni list za izvajanje osebnega načrta).

Šesto srečanje (individualno) bodo izvedli v drugi polovici septembra, z udeleženci pa so se dogovorili, da ga bodo izvedli skupinsko.

Predlagajo, da bi se srečanje, ki je namenjeno predstavitvi priprave hrane in nakupovanju (četrto srečanje) uvrstilo pred srečanje, ko govorijo o načrtovanju prehrane (drugo srečanje).

V ZD Celje v splošnem menijo, da je obravnava Zdravo jem v redu zastavljena. Predlagajo, da prvo, drugo, tretje in četrto srečanje poteka skupinsko, peto bi bilo individualno (izvedeno znotraj pogovornih ur). Po treh mesecih bi bilo še šesto srečanje, ki bi bilo skupinsko.

Publikacijo Manj maščob, več sadja, zelenjave ocenjujejo kot dobro, pogrešajo pa v njej vsebine o pripravi hrane, kratke opise vitaminov in mineralov (na primer za bolnike z osteoporozo). Mnenje izvajalke je, da je knjižica zelo koristna.

Za v prihodnje si želijo, da bi obravnava Zdravo jem vključevala tudi kuharsko delavnico. Izvajalka sicer meni, da to ni izvedljivo z vidika HACCP-a. Razmišljali so, da bi se povezali z Sredno šolo za gostinstvo in turizem v Celju. Enako srečanje pogrešajo tudi pri delavnici hujšanja.

1 GRADIVA ZA IZVAJALCE

Teoretični priročnik o zdravi prehrani

V ZD Vrhnika izvajalka meni, da je teoretični priročnik o zdravi prehrani zelo v redu. Pogreša le opise mitov o prehrani oziroma trenutno aktualne zadeve na področju prehranjevanja in hrane. Teoretični priročnik jim je zelo v pomoč tudi pri izvajanju delavnic hujšanja.

Praktični priročnik za izvajanje srečanj o zdravi prehrani

Praktični priročnik se ji zdi zelo v redu. Skrajšali so le dnevnik iz 30 na 7 dni, ker ga ljudje zelo neredno izpolnjujejo.

2 OBRAVNAVA ZDRAVO JEM

Splošno o izvedbi obravnave Zdravo jem

V ZD Vrhnika je obravnavo izvajala ena izvajalka (DMS), izvedla pa je dve obravnavi (eno celovito v ZD, drugo pa prilagojeno v CSD). Izvajalka ocenjuje, da je imela dovolj znanja in kompetenc za izvedbo obravnave. Izpostavlja, da so bili udeleženci zelo zadovoljni s praktičnimi prikazi. Delavnice so izvedli izključno brez Power Point-a. Delali so z delovnimi listi. Uporabili so metode na deloma frontalen način, vodene diskusije, metode razgovora in svetovanja. Obravnavo je prilagodila za zaposlene v CSD in je bila s strani udeležencev zelo dobro sprejeta.

Predlagajo, da prvo in drugo srečanje ostane, kot je zastavljeno sedaj, na drugo srečanje pa bi želeli umestiti označevanje hrane. Število srečanj bi iz 6 želeli skrajšati na 5 srečanj. Četrto srečanje naj ostane individualno, nato naj sledi peto srečanje, ki bi bilo hkrati tudi zadnje. Zaključni vprašalnik o prehranskih navadah bi jim dali na zadnjem srečanju (po treh mesecih). Na zadnjem srečanju bi želeli izpostaviti pasti in stres ter tehnike sproščanja. Srečanja so bila izvedena delavnično, poudarjajo pa tudi velik pomen dinamike skupinskega dela.

Struktura in število udeležencev

Dolžina srečanj se jim zdi ustrezna, čeprav ni časa za aktivni odmor. Prav tako se strinjajo s predlogom števila udeležencev.

Odzivnost na srečanjih je prikazana v Tabeli 86.

Pripomočki, gradiva in delovni listi

Predlagajo, da se število delovnih listov za udeležence zmanjša in se namesto tega raje vpelje diskusije.

Kritični so bili do delovnega lista 9 (nagrajevanje), saj menijo, da nagrada ne more biti vedno motivacija za vsako stvar, ki jo izvedejo. Delovna lista 6 (Moj osebni načrt) in 7 (kontrolni list) jim nista všeč.

Tabela 86: Odzivnost na srečanje (ZD Vrhnika, CSD)

	Izvajalka 1 – ZD Vrhnika	Izvajalka 1 – CSD
1. srečanje	6	9
2. srečanje	5	9
3. srečanje	5	
4. srečanje	3	
5. srečanje	2	
6. srečanje	V septembru	

Pri pripravi osebnega načrta z udeleženci niso opredelili datumov začetka spremembe. Predlagajo, da osebni načrt ni tako sugeriran (raje, da si ga udeleženec napiše sam ali v sodelovanju z izvajalcem). Kontrolnega lista k osebnemu načrtu niso uporabili.

Delovni list 10 za nakupovanje in pripravo hrane je zelo uporaben. Uporabili so ga tudi pri delavnici hujšanja.

Prepletanje strokovnih vsebin o prehrani in motivacijskih vsebin se jim zdi smiselno. Pričakujejo pa dodatna znanja, na primer o stresu.

Razporeditev vsebin o prehrani skozi srečanja se jim zdi v redu. Uporabili so krožnik (v skladu z navodili praktičnega prikaza št. 1). Podobno kot izvajalci ostalih pilotnih okolij tudi v ZD Vrhnika izvajalci od doma prinašajo vzorce živil (na primer kruh in drugo), ki jih uporabljajo za demonstriranje.

Pregled situacije po srečanjih v obravnavi Zdravo jem

Uvodnega srečanja v CKZ niso izvedli, uporabili pa so podatke meritev, ki so jih udeleženci prinesli s seboj.

Prvo, drugo, tretje in peto srečanje so izvedli brez posebnosti in v skladu z navodili. Pri načrtovanju obrokov si želijo plastičnih modelov živil, ki bi jim služili za prikaz sestave krožnika.

Četrto srečanje so izvedli individualno, hkrati pa si želijo, da bi bilo to srečanje predzadnje ter udeležence ponovno povabiti na peto, skupinsko srečanje, kjer bi pregledali jedilnike in se pogovorili o stresu pri spreminjanju prehranjevalnih navad.

Šesto srečanje je individualno. Opažajo, da ljudje obiskujejo pogovorne ure, čeprav na zadnjem srečanju pričakujejo upad udeležbe.

V ZD Vrhnika obravnavo Zdravo jem ocenjujejo kot zelo primerno, saj je to po njihovem mnenju edina delavnica, ki ima na voljo vse materiale (delovne liste, prikaze, pripomočke ...). V bodoče si želijo uvesti tudi praktično delavnico priprave hrane, čeprav pri tem vidijo ovire predvsem pri najemu ustreznih prostorov.

ZADOVOLJSTVO UPORABNIKOV Z OBRAVNAVO ZDRAVO JEM

Zadovoljstvo uporabnikov obravnave Zdravo jem je bilo merjeno v 3 zdravstvenih domovih:

- v ZD Vrhnika je na delavnici sodelovalo in na vprašalnik odgovorilo 12 oseb,
- v ZD Sevnica je na delavnici sodelovalo in na vprašalnike odgovorilo 6 oseb in
- v ZD Celje, kjer je na delavnici sodelovalo in na vprašalnike odgovorilo 11 oseb.

Udeleženci so odgovarjali na naslednja vprašanja:

- V kolikšni meri vam je ustrezalo delo v skupini? (1–5)
- Se vam je zdela skupina ustrezno velika? (1 - prevelika, 2 - ustrezna, 3 - premajhna)
- Kako vam je ustrezala dolžina posameznih srečanj v delavnici?
- V okviru delavnice ste se imeli možnost udeležiti tudi individualnega posveta. Ali vam je koristil? (1 - da, 2 - delno, 3 - ne, 4 - nisem se ga udeležil)
- Na srečanjih sem imel možnost zastavljati vprašanja (1–5).
- Dobil sem odgovore na vprašanja (1–5).
- Vsebine so bile predstavljene na razumljiv način (1–5).
- Kako razumljiva so se vam zdela gradiva? (1–5)
- V kolikšni meri boste pridobljena znanja in veščine lahko uporabljali v svojem vsakdanjem življenju?
- Ali boste delavnico priporočili tudi drugim? (1 - da, 2 - morda, 3 - ne)

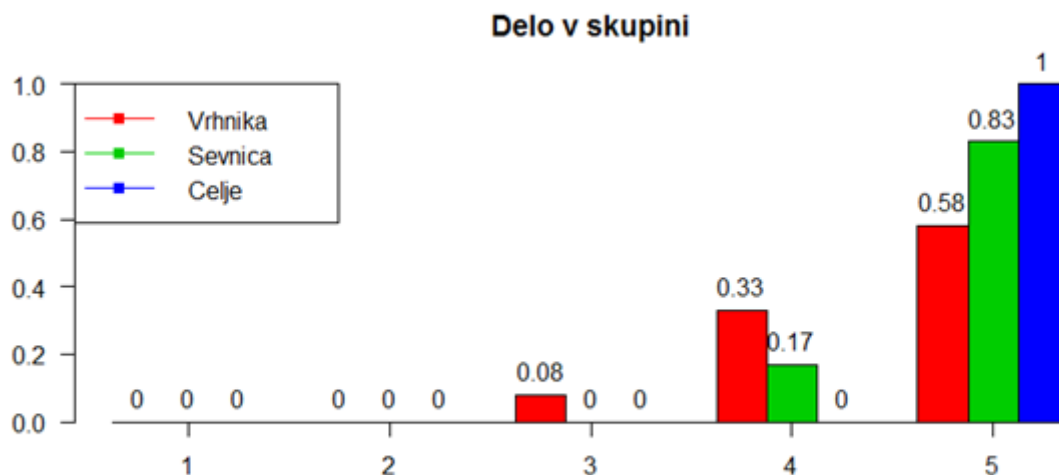
Analiza je narejena po posameznih vprašanjih. Bilo je tudi kar nekaj manjkajočih vrednosti v okviru posameznih vprašanj. Natančneje bodo opredeljene po posameznih vprašanjih.

1 DELO V SKUPINI

Vprašanje je imelo lestvico odgovorov od 1 do 5, pri čemer je odgovor 1 pomenil, da se je osebi delo v skupini zdelo zelo neustrezno in 5 zelo ustrezno.

V Vrhniki in Sevnici so na vprašanje o ustreznosti dela v skupini odgovarjalo vse osebe (12 v Vrhniki in 6 v Sevnici), medtem ko v Celju 1 oseba (izmed 11) na vprašanje ni odgovorila.

Spodnji Slika 58 predstavlja podatke o deležu oseb po izbranih odgovorih.



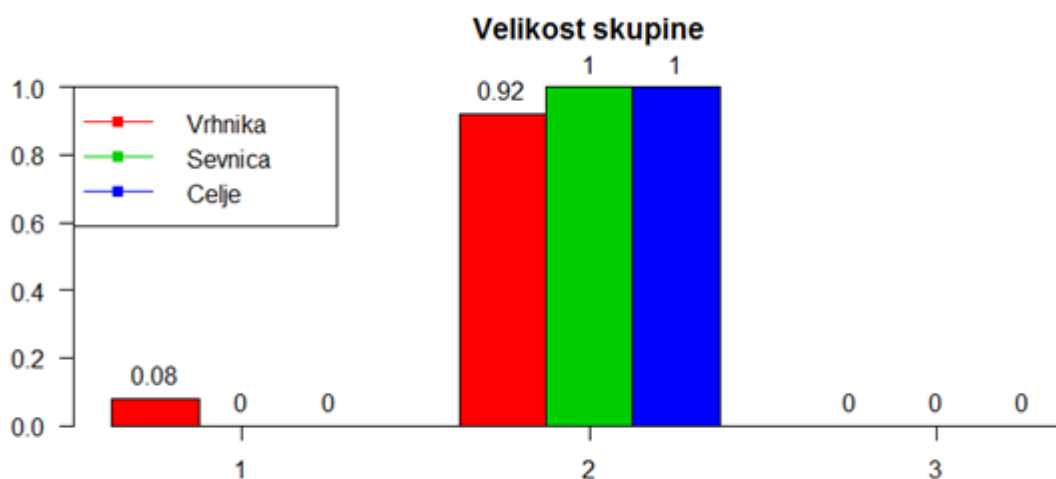
Slika 58: Delo v skupini

2 VELIKOST SKUPINE

Vprašanje je imelo lestvico odgovorov 1-3, pri čemer je odgovor 1 pomenil mnenje, da je skupina prevelika, 2 je pomenilo ustrezno veliko skupino, 3 pa je pomenilo premajhno skupino.

Na vprašanje so odgovorili vsi udeleženci – ni bilo manjkajočih vrednosti.

Spodnja Slika 59 predstavlja podatke o deležu oseb po izbranih odgovorih.



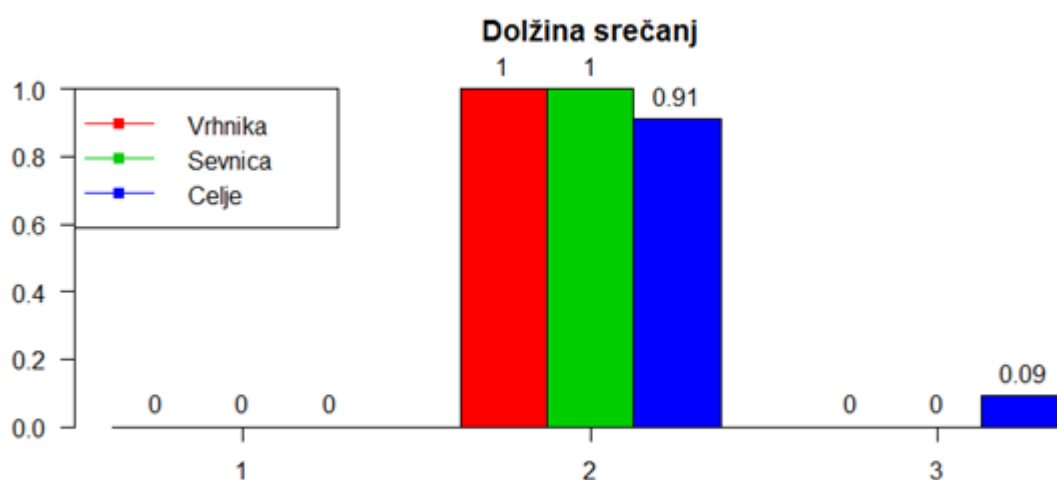
Slika 59: Velikost skupine

3 DOLŽINA POSAMEZNIH SREČANJ

Vprašanje je imelo lestvico odgovorov 1-3, pri čemer je odgovor 1 pomenil mnenje, da je dolžina posameznih srečanj bila predolga, 2 je pomenilo ustrezno dolgo, 3 pa je pomenilo prekratko dolžino.

Na vprašanje so odgovorili vsi udeleženci v Vrhniki in Celju, ena oseba v Sevnici pa na vprašanje ni odgovorila (v Sevnici je tako število razpoložljivih odgovorov na vprašanje 5, + 1 manjkajoča vrednost).

Spodnja Slika 60 predstavlja podatke o deležu oseb po izbranih odgovorih.



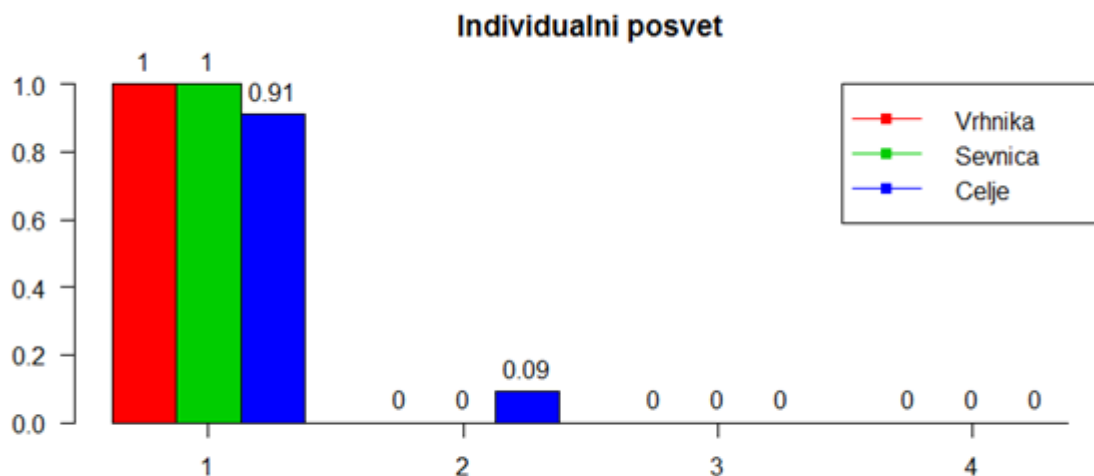
Slika 60: Dolžina srečanj

4 INDIVIDUALNI POSVET

Vprašanje se je nanašalo na udeležbo na individualnem posvetu in koristnosti posveta. Možnost odgovora je bila od 1 do 4, pri čemer je 1 pomenila, da je bil individualni posvet koristen, 2 – posvet je bil delno koristen, 3 – posvet ni bil koristen, 4 – nisem se udeležil posveta.

Vprašanje je imel precej manjkajočih vrednosti pri Vrhniki. Na vprašanje sta od 11 oseb odgovorili le 2 osebi. Razlog za manjkajoče vrednosti je, da so udeleženci izpolnjevali dve različni varianti vprašalnika pri čemer eden izmed njih ni vseboval tega vprašanja. Pri Sevnici in Celju ni bilo manjkajočih vrednosti.

Slika 61 predstavlja podatke o deležu oseb po izbranih odgovorih.

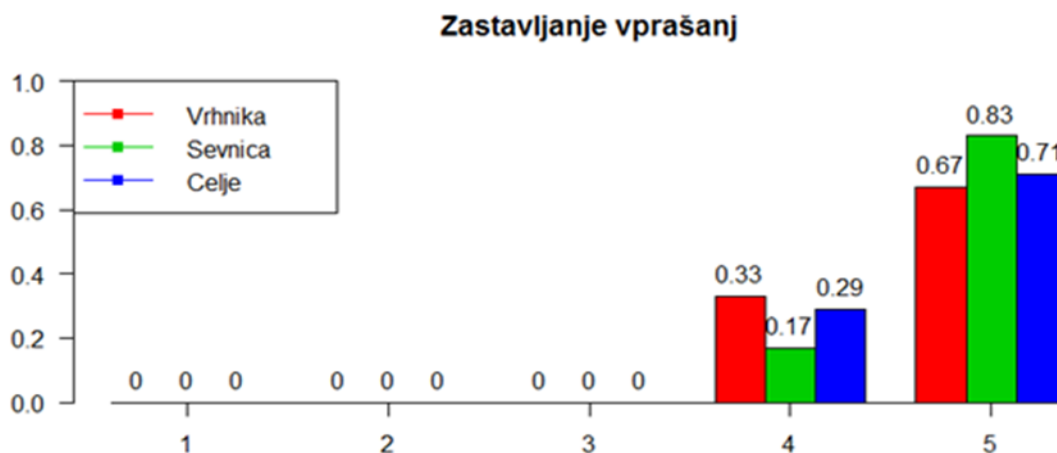


Slika 61: Individualni posvet

5 MOŽNOST ZASTAVLJANJA VPRAŠANJ

Vprašanje se je nanašalo na možnost zastavljanja vprašanj. Možnost odgovora je bila od 1 do 5, pri čemer je 1 predstavljalo popolno nestrinjanje, 5 pa popolno strinjanje.

Vprašanje je imelo 4 manjkajoče vrednosti pri Celju (in je imelo 7 razpoložljivih odgovorov), pri Vrhniku in Sevnici pa ni bilo manjkajočih vrednosti. Razlog za manjkajoče vrednosti je, da so udeleženci izpolnjevali dve različni varianti vprašalnika pri čemer eden izmed njih ni vseboval tega vprašanja. Spodnja Slika 62 predstavlja podatke o deležu oseb po izbranih odgovorih.



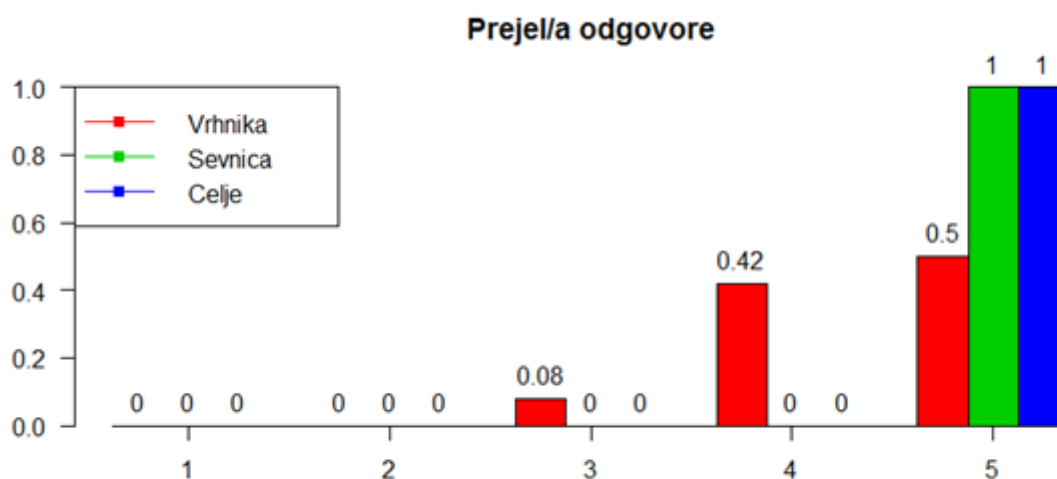
Slika 62: Zastavljanje vprašanj

6 ZADOVOLJSTVO UDELEŽENCEV S PRIDOBITVIJO ODGOVOROV STROKOVNJAKOV

Trditev se je nanašala na dejstvo, da so posamezniki dobili odgovore na vprašanja. Možnost odgovora je bila od 1 do 5, pri čemer je 1 predstavljalo popolno nestrinjanje, 5 pa popolno strinjanje.

Vprašanje je imelo 5 manjkajočih vrednosti pri Celju (in je imelo 6 razpoložljivih odgovorov), pri Vrhniki in Sevnici pa ni bilo manjkajočih vrednosti. Razlog za manjkajoče vrednosti je, da so udeleženci izpolnjevali dve različni varianti vprašalnika pri čemer eden izmed njih ni vseboval tega vprašanja.

Spodnja Slika 63 predstavlja podatke o deležu oseb po izbranih odgovorih.



Slika 63: Odgovor na vprašanja

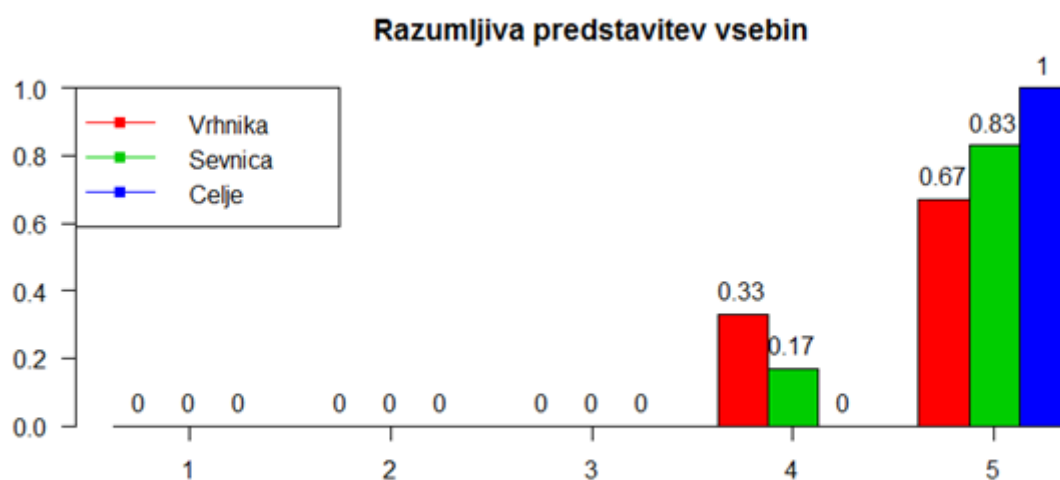
7 RAZUMLJIVA PREDSTAVITEV VSEBIN

Trditev je preverjala, ali so bile vsebine predstavljene na razumljiv način. Možnost odgovora je bila od 1 do 5, pri čemer je 1 predstavljalo popolno nestrinjanje, 5 pa popolno strinjanje.

Vprašanje je imelo 6 manjkajočih vrednosti pri Celju (in je imelo 5 razpoložljivih odgovorov), pri Vrhniki in Sevnici pa ni bilo manjkajočih vrednosti. Razlog za manjkajoče vrednosti je, da so udeleženci izpolnjevali dve različni varianti vprašalnika pri čemer eden izmed njih ni vseboval tega vprašanja.

Slika 64 predstavlja podatke o deležu oseb po izbranih odgovorih.

Slika 64: Razumljiva predstavitev vsebin

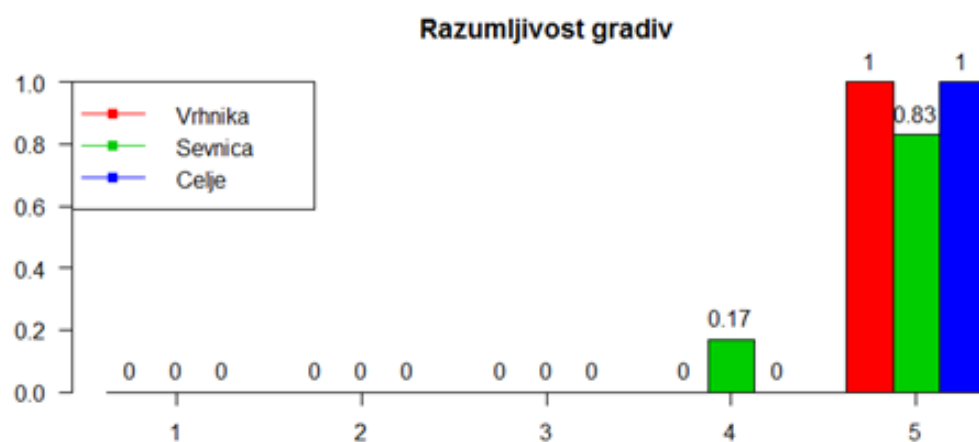


8 RAZUMLJIVOST GRADIV

Z vprašanjem se je preverjalo, ali so bila gradiva razumljiva. Možnost odgovora je bila od 1 do 5, pri čemer je 1 predstavljalo popolno nestrinjanje, 5 pa popolno strinjanje.

Vprašanje je imelo veliko manjkajočih vrednosti pri Vrhniki (10 manjkajočih vrednosti in le 2 razpoložljiva odgovora), pri Sevnici in Celju pa manjkajočih podatkov ni bilo. Razlog za manjkajoče vrednosti je, da so udeleženci izpolnjevali dve različni varianti vprašalnika pri čemer eden izmed njih ni vseboval tega vprašanja.

Spodnja Slika 65 predstavlja podatke o deležu oseb po izbranih odgovorih.



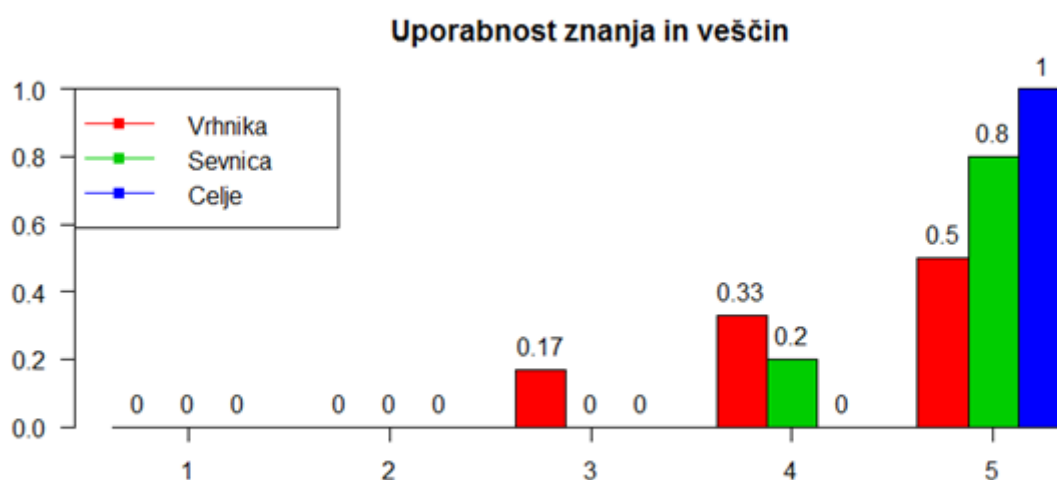
Slika 65: Razumljivost gradiv

9 UPORABNOST PRIDOBLENIH VEŠČIN IN ZNANJA ZA VSAKDANJE ŽIVLJENJE

Z vprašanjem se je preverjalo mnenje, ali se udeležencem zdi pridobljeno znanje uporabno za vsakdanje življenje. Možnost odgovora je bila od 1 do 5, pri čemer je 1 predstavljalo popolno nestrinjanje, 5 pa popolno strinjanje.

Vprašanje je 1 manjkajočo vrednost pri Sevnici, drugje manjkajočih podatkov ni bilo.

Spodnja Slika 66 predstavlja podatke o deležu oseb po izbranih odgovorih.



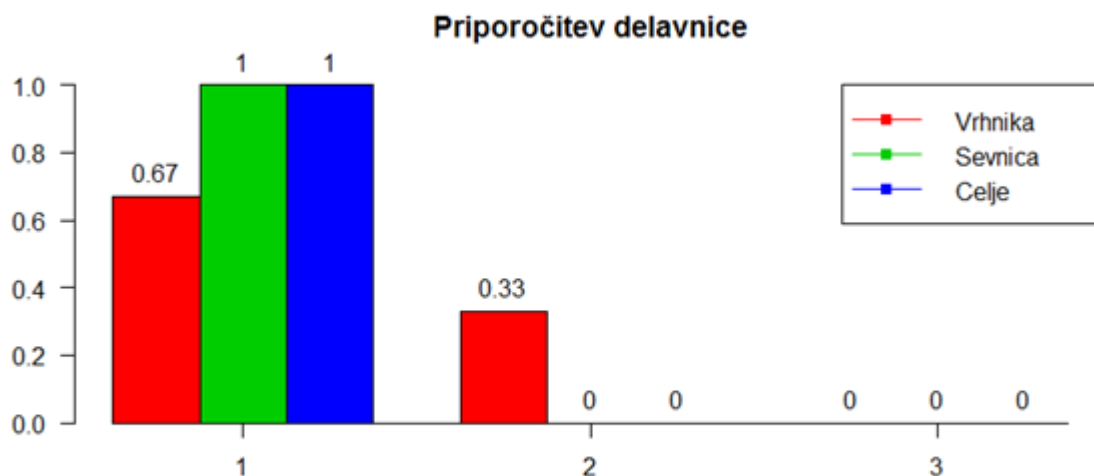
Slika 66: Uporabnost znanja in veščin

10 PRIPOROČITEV DELAVNICE DRUGIM LJUDEM

Z vprašanjem se je preverjalo, ali bi udeleženci delavnico priporočili naprej. Možnost odgovora je bila od 1 do 3, pri čemer je 1 predstavljalo odgovor da, 2 – morda in 3 – ne.

Manjkajočih podatkov ni bilo.

Slika 67 predstavlja podatke o deležu oseb po izbranih odgovorih.



Slika 67: Priporočitev delavnice

SPLOŠNE UGOTOVITVE IN PRIPOROČILA

- Izvajalke opozarjajo, da je obravnava Zdravo jem v splošnem zelo ustrezno zastavljena, čeprav bi jim morali dopustiti nekaj svobode pri izvedbi posameznega srečanja, saj se morajo velikokrat prilagajati dinamiki skupine (npr. pri uporabi nekaterih delovnih listov, ki bi jih raje izvedle v obliki diskusije z udeleženci). Izvajalke pozdravljajo prepletanje motivacijskih in strokovnih vsebin o zdravi prehrani. Prav tako izpostavljajo, da je razporeditev posameznih vsebin o prehrani ustrezna.
- Izvajalke ocenjujejo, da je v primerjavi s predhodno izvedbo delavnic o zdravi prehrani, v prenovljeni delavnici predlagan zelo ustrezen način dela (delavnični način dela z aktivno participacijo udeležencev ter demonstriranjem).
- Izpostavile so tudi zadovoljstvo do teoretičnega priročnika o zdravi prehrani ter praktičnega priročnika za izvedbo posameznih srečanj. Predlagale so, da naj teoretični priročnik vključuje usmeritve za prehranjevanje ljudi z nižjim socialno-ekonomskim statusom ter usmeritve glede deležnih vrednosti posameznih dnevnih obrokov. Praktični priročnik naj vključuje več vsebin o maščobah v prehrani.
- Vsa tri pilotna okolja predlagajo priprava nabora in razlage mitov in aktualnih vsebin o prehrani.
- Glede na trenutno vrnjene izpolnjene vprašalnike o zadovoljstvu udeležencev sklepam, da so udeleženci z različnimi vidiki obravnave (trajanje, vsebine, metode dela ...) zadovoljni.
- Vsa pilotna okolja so do sedaj izvedla 5 srečanj, zadnje šesto srečanje, ki je predvideno po preteku treh mesecev, pa bodo izvedli v začetku meseca septembra.

- Vsa tri pilotna okolja predlagajo, da se zadnje (6. srečanje) izvede namesto individualno, skupinsko. Predlagajo tudi, da se jim zadnji evalvacijski vprašalnik o prehranjevalnih navadah izroči na zadnjem 6. srečanju.
- Izvajalke predlagajo, da trajanje posameznih srečanj obravnave ne bi smeli trajati manj, kot 90 minut, zato pozdravljajo trenutno časovno strukturo obravnave Zdravo jem.
- Uvodnega srečanja, ki je bilo predvideno v obravnavi niso izvali v nobenem pilotnem okolju.
- Vsa pilotna okolja so udeležencem ponudila možnost pogovornih ur, ki so jih slednji tudi obiskovali.
- Nekatere izvajalke izpostavljajo, da bi se moral v obravnavo nujno vključiti tudi dietetik.
- Izvajalke opozarjajo, da pretirana količina gradiv za udeležence ni sprejemljiva in, da je treba udeležence pogosto potrebno zelo spodbujati, da jih redno izpolnjujejo. Opažajo tudi problem glede porabe časa za pripravo kopij (delovnih listov ...).
- Izvajalke in udeleženci so zelo dobro sprejeli delovni list, ki opredeljuje nakupovanje in pripravo hrane.
- Glede ustreznosti delovnih listov so izpostavili predvsem delovne liste na prvem srečanju (kviz, prednosti zdrave prehrane in življenjske zgodbe), ki bi jih želele izvesti v obliki diskusije z udeleženci ter delovna lista 6 (osebni načrt) in 7 (kontrolni list – Ali izvajam dogovorjen osebni načrt?), ki sta jim nerazumljiva in obremenjujoča za udeležence.
- Izvajalke so pogrešale priročnik za udeležence. Strinjajo se z uporabo publikacije Manj maščob, več sadja in zelenjave, čeprav predlagajo razširitev publikacije z vsebinami priprave in nakupovanja živil ter opisi mikrohranil (npr. pomen vitamina D in kalcija pri osteoporozi ...).
- Vse izvajalke trenutno na obravnave prinašajo vzorce živil od doma (npr. kruh, mlečne izdelke ...). Enotno se strinjajo, da bi morali postopno uvesti uvedbo plastičnih modelov živil, ki bi jih lahko uporabljali tudi pri obravnavi hujšanja odraslih ter pri srečanju obravnave Zdravo jem, ki je namenjeno načrtovanju obrokov. Izvajalke namreč trdijo, da je načrtovanje obrokov s pomočjo prehranskih enot nerazumljivo in v praksi manj uporabno tako za njih, kot za udeležence.
- Predlagali so možnost razpona števila udeležencev v obravnavi med 8 – 12 udeležencev.
- Izvajalci vseh treh pilotnih okolij pogrešajo dodatna znanja/veščine s področij motivacije udeležencev in psihologije spreminjanja življenjskih navad (npr. stres).
- Vsa tri pilotna okolja predlagajo, da se v obravnavo (in praktični priročnik) vplete izvedba praktične kuharske delavnice.
- Udeleženci so bili v splošnem zadovoljni z izvedbami srečanj o zdravi prehrani.

1. Poličnik R, Mesarič J, Vrbovšek S, Sedlar N, Tančič Grum A in Povšnar E. Zdravo jem: skupinska in individualna svetovanja za zdravo prehranjevanje odraslih. Ljubljana, Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2016. Dostopno na: http://www.skupajzdravje.si/media/zdravojem_prirocnik.pdf
2. Vračko P, Buzeti T, Maučec Zakotnik J, Paulin M, Milavec M, Poličnik R, Zaletel J, Vrbošek S, Horvat M, Čuš B, Hočevār T, Knific T, Djomba JK, Kralj M in Rožič M. Spremljanje in evalvacija. V: Farkaš Lainščak J, Huber I, Maučec Zakotnik J, Sedlar N, Vrbovšek S (ur.). Program integrirane preventive KNB in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih pilotno testiranje integriranih procesov vključevanja in obravnav ciljne populacije v okviru projekta Skupaj za zdravje - (Projekt Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju odraslih). [El. Knjiga] Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015. Dostopno na: http://www.skupajzdravje.si/media/e_verzija_prirocnik_program.integrirane.preventive.knb_2015.pdf
3. Vračko P in Rožič M (ur.). Pilotno testiranje programa integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih [Elektronski vir] : priročnik za spremljanje z opredelitvijo kazalnikov. - El. knjiga. - Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2017. Dostopno na: http://www.skupajzdravje.si/media/spremljanjeinkazalnikipilotnegatestiranja_program.integrirane_preventive.knb.pdf

9 ZADOVOLJSTVO UPORABNIKOV IN IZVAJALCEV Z OBRAVNAVO V CENTRIH ZA KREPITEV ZDRAVJA – PODROČJE TELESNE DEJAVNOSTI

Tjaša Knific, Marcel Kralj, Mirjam Rožič

9.1 ALI SEM FIT?

Informacije za evalvacijo pilotne izvedbe obravnave Ali sem FIT?« so bile pridobljene iz naslednjih virov:

- intervjuji z izvajalkami obravnave v pilotnem okolju ZD Celje ,
- vprašalniki o zadovoljstvu uporabnikov z obravnavo Ali sem FIT? ter
- vprašalniki za izvajalce o izvedljivosti obravnave (v spletni aplikaciji 1ka) iz pilotnega okolja ZD Sevnica.

POVZETEK IZKUŠENJ IZVAJALK OBRAVNAVE ALI SEM FIT?

V sklopu evalvacije pilotne izvedbe obravnave v CKZ na področju telesne dejavnosti, imenovane Ali sem FIT?, so bili izvedeni intervjuji z izvajalkami v CKZ v pilotnem okolju ZD Celje, in sicer 19. junija 2015.

ZDRAVSTVENI DOM CELJE

Na delavnico je bilo povabljenih 11 ljudi, prišli so 3.

Izvajalke so se odločile, da testa hoje na 2 km ne bodo več izvajale.

Samostojno je nato naredila ponovno Ali sem FIT s 14 udeleženkami (športno društvo), v starosti med 50–70 let. Z vsemi je izvedla 6-minutni test hoje, le 1 udeleženka je opravila 2-minutni test stopanja. Izrazile so željo po ponovitvi testa. Po mnenju izvajalke je ena izvajalka premalo za kvalitetno izvedbo testiranja. Izvedla je tudi kratko svetovanje.

Izvedba testa: na 10 s start, to je 5 ljudi v trasi (preveč ljudi, ugotovile max 3 na 1 progi).

ZADOVOLJSTVO UPORABNIKOV Z OBRAVNAVO ALI SEM FIT?

Z vprašalnikom Zadovoljstvo uporabnikov z obravnavo v CKZ smo želeli pridobiti povratno informacijo o obravnavi. V vprašalniku je bila uporabljena ocenjevalna lestvica od 1 do 5. 1 predstavlja zelo slabo oceno, 3 predstavlja oceno nit – niti in 5 predstavlja zelo dobro oceno.

1 POČUTJE V SKUPINI

V vseh treh pilotnih okoljih so se v 85,5 % udeleženci zelo dobro počutili (numerična ocena 5) v skupini. Kar odraža tudi povprečna ocena v vseh pilotnih okoljih 4,8 (Tabela 87).

Tabela 87: Ali sem FIT?: Kako ste se počutili v skupini?

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
3	N	2	0	1	3
	%	1,1%	0,0%	0,9%	1,0%
4	N	23	5	12	40
	%	12,8%	45,5%	11,3%	13,5%
5 - zelo dobro	N	155	6	93	254
	%	86,1%	54,5%	87,7%	85,5%
povprečje		4,9	4,5	4,9	4,8
Skupaj	N	180	11	106	297
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

2 DELO V SKUPINI

Udeležencem obravnave je v 81,9% ustrezalo delo v skupini (Tabela 88).

Tabela 88: Ali sem FIT?: Kako vam je ustrezalo delo v skupini?

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
3	N	2	1	3	6
	%	1,1%	10,0%	2,8%	2,0%
4	N	29	3	16	48
	%	15,9%	30,0%	15,0%	16,1%
5 - zelo mi je ustrezalo	N	151	6	88	245
	%	83,0%	60,0%	82,2%	81,9%
povprečje		4,8	4,5	4,8	4,8
Skupaj	N	182	10	107	299
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

3 DOLŽINA POSAMEZNIH SREČANJ

Dolžina posameznega srečanja/ testiranja je po mnenju 250 (89,6%) udeležencev ustrezno dolga (Tabela 89).

Tabela 89: Ali sem FIT?: Kako vam je ustrezala dolžina posameznih srečanj/testiranja v delavnici?

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
predolga	N	1	0	4	5
	%	0,6%	0,0%	4,0%	1,8%
ustrezno dolga	N	152	10	88	250
	%	90,5%	90,9%	88,0%	89,6%
prekratka	N	15	1	8	24
	%	8,9%	9,1%	8,0%	8,6%
Skupaj	N	168	11	100	279
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

4 DOLŽINA POSAMEZNIH SREČANJ

Možnost udeležbe na individualnem posvetu je bila zelo dobro sprejeta, saj se ga je udeležilo 93,1 % udeležencev (Tabela 90).

Tabela 90: Ali sem FIT?: Ali vam je individualni posvet koristil?

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
Da	N	168	11	90	269
	%	94,4%	100,0%	90,0%	93,1%
Delno	N	4	0	5	9
	%	2,2%	0,0%	5,0%	3,1%
Ne	N	1	0	1	2
	%	0,6%	0,0%	1,0%	0,7%
Nisem se ga udeležil	N	5	0	4	9
	%	2,8%	0,0%	4,0%	3,1%
Skupaj	N	178	11	100	289
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

5 MOŽNOST ZASTAVLJANJA VPRAŠANJ

Preko 98 % udeležencev se strinja, da so lahko zastavljali vprašanja med samo obravnavo. V povprečju to predstavlja oceno 4,7 (od najvišje možne ocene 5) (Tabela 91).

Tabela 91: Ali sem FIT?: Na srečanjih smo imeli udeleženci možnost zastavljanja vprašanj

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
1 - sploh se ne strinjam	N	0	0	1	1
	%	0,0%	0,0%	1,0%	0,4%
3 - niti-niti	N	2	1	1	4
	%	1,2%	10,0%	1,0%	1,4%
4 - se strinjam	N	37	4	19	60
	%	21,8%	40,0%	18,6%	21,3%
5 - zelo se strinjam	N	131	5	81	217
	%	77,1%	50,0%	79,4%	77,0%
povprečje		4,8	4,4	4,8	4,7
Skupaj	N	170	10	102	282
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

6 ZADOVOLJSTVO UDELEŽENCEM V ZVEZI S PRIDOBITVIJO ODGOVOROV STROKOVNJAKOV

Udeleženci so se v 20,5 % strinjali in v 78,4 % zelo strinjali, da so na srečanju dobili odgovore na zastavljena vprašanja (Tabela 92).

Tabela 92: Ali sem FIT?: Dobil sem odgovore na vprašanja

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
1 - sploh se ne strinjam	N	0	0	1	1
	%	0,0%	0,0%	1,0%	0,4%
3 - niti-niti	N	2	0	0	2
	%	1,2%	0,0%	0,0%	0,7%
4 - se strinjam	N	37	6	15	58
	%	21,8%	54,5%	14,7%	20,5%
5 - zelo se strinjam	N	131	5	86	222
	%	77,1%	45,5%	84,3%	78,4%
povprečje		4,8	4,5	4,8	4,8
Skupaj	N	170	11	102	283
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

7 RAZUMLJIVA PREDSTAVITEV VSEBIN

Vsebine so bile predstavljene na razumljiv način, s čimer se je zelo strinjalo 81,8 % vprašanih udeležencev (Tabela 93).

Tabela 93: Ali sem FIT?: Vsebine so bile predstavljene na razumljiv način

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
1 - sploh se ne strinjam	N	0	0	2	2
	%	0,0%	0,0%	1,9%	0,7%
3 - niti-niti	N	1	0	0	1
	%	0,6%	0,0%	0,0%	0,4%
4 - se strinjam	N	30	4	15	49
	%	17,4%	44,4%	14,4%	17,2%
5 - zelo se strinjam	N	141	5	87	233
	%	82,0%	55,6%	83,7%	81,8%
povprečje		4,8	4,6	4,8	4,8
Skupaj	N	172	9	104	285
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

8 RAZUMLJIVOST GRADIV

Gradiva so bila zelo razumljiva, kar je potrdilo 81,5 % udeležencev (Tabela 94).

Tabela 94: Ali sem FIT?: Vsebine so bile predstavljene na razumljiv način

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
1 - zelo nerazumljiv	N	3	0	1	4
	%	1,7%	0,0%	1,0%	1,4%
3	N	2	0	1	3
	%	1,1%	0,0%	1,0%	1,0%
4	N	30	5	11	46
	%	16,9%	50,0%	11,2%	16,1%
5 - zelo razumljiv	N	143	5	85	233
	%	80,3%	50,0%	86,7%	81,5%
povprečje		4,7	4,5	4,8	4,8
Skupaj	N	178	10	98	286
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

9 UPORABNOST GRADIV

V povprečju so bila gradiva ocenjena kot zelo uporabna (povprečna ocena 4,8 od najvišje možne ocene 5), kar je potrdilo 228 udeležencev (Tabela 95).

Tabela 95: Ali sem FIT?: Kako uporabna so se vam zdela gradiva?

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
1 - zelo neuporabna	N	1	0	1	2
	%	0,6%	0,0%	1,0%	0,7%
3	N	2	1	2	5
	%	1,1%	10,0%	2,0%	1,8%
4	N	31	5	13	49
	%	17,6%	50,0%	13,3%	17,3%
5 - zelo uporabna	N	142	4	82	228
	%	80,7%	40,0%	83,7%	80,3%
povprečje		4,8	4,3	4,8	4,8
Skupaj	N	176	10	98	284
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

10 UPORABNOST PRIDOBLENIH VEŠČIN IN ZNANJA ZA VSAKDANJE ŽIVLJENJE

70,3 % vprašanih bo pridobljena znanja in veščine uporabljalo v svojem vsakdanjem življenju (Tabela 96).

Tabela 96: Ali sem FIT?: V kolikšni meri boste pridobljena znanja in veščine lahko uporabili v svojem vsakdanjem življenju?

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
2	N	0	1	1	2
	%	0,0%	14,3%	1,0%	0,7%
3	N	4	1	5	10
	%	2,3%	14,3%	4,9%	3,5%
4	N	45	2	25	72
	%	26,0%	28,6%	24,3%	25,4%
5 - zelo	N	124	3	72	199
	%	71,7%	42,9%	69,9%	70,3%
povprečje		4,7	4,0	4,6	4,7
Skupaj	N	173	7	103	283
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

11 PRIPOROČITEV DELAVNICE DRUGIM LJUDEM

95,1 % udeležencev bo delavnico Ali sem FIT? priporočilo tudi drugim (Tabela 97).

Tabela 97: Ali sem FIT?: Ali boste delavnico/testiranje priporočili tudi drugim?

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
Da	N	166	10	94	270
	%	94,9%	100,0%	94,9%	95,1%
Morda	N	9	0	4	13
	%	5,1%	0,0%	4,0%	4,6%
Ne	N	0	0	1	1
	%	0,0%	0,0%	1,0%	0,4%
Skupaj	N	175	10	99	284
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

12 IZPOLNITEV PROČAKOVANJ

70,6 % udeležencev meni, da je testiranje zelo izpolnilo njihova pričakovanja. 20,3 % udeležencev meni, da je testiranje izpolnilo njihova pričakovanja (Tabela 98).

Tabela 98: Ali sem FIT?: V kolikšni meri je testiranje izpolnilo vaša pričakovanja?

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
1 - ni izpolnila	N	3	0	1	4
	%	1,7%	0,0%	1,0%	1,4%
2	N	1	0	0	1
	%	0,6%	0,0%	0,0%	,3%
3	N	1	0	4	5
	%	0,6%	0,0%	3,8%	1,7%
4	N	36	6	17	59
	%	20,1%	75,0%	16,3%	20,3%
5 - zelo	N	138	2	82	222
	%	77,1%	25,0%	78,8%	76,3%
povprečje		4,7	4,3	4,7	4,7
Skupaj	N	179	8	104	291
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

13 SPREMINJANJE NAVAD

93,2 % udeležencev meni, da jim bo testiranje v pomoč pri spreminjanju njihovih navad (Tabela 99).

Tabela 99: Ali sem FIT?: Ali mislite, da vam bo udeležba v pomoč pri spreminjanju vaših navad?

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
Da	N	159	8	93	260
	%	93,0%	100,0%	93,0%	93,2%
Ne	N	5	0	1	6
	%	2,9%	0,0%	1,0%	2,2%
Ne vem	N	7	0	6	13
	%	4,1%	0,0%	6,0%	4,7%
Skupaj	N	171	8	100	279
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

IZVEDLJIVOST OBRAVNAVE ALI SEM FIT? ZA IZVAJALCE

V sklopu evalvacije pilotne izvedbe obravnave v CKZ na področju telesne dejavnosti, imenovane Ali sem FIT?, so izvajalke v CKZ poročale o svojih izkušnjah glede izvedljivosti obravnave v spletni vprašalnik 1ka. Odgovore smo prejeli od izvajalk v pilotnem okolju ZD Sevnica.

ZDRAVSTVENI DOM SEVNICA

Evalvacija vprašalnikov (1ka) in izvedljivost obravnave za izvajalce obravnave Ali sem FIT?

Izvajalke poročajo, da je izvedba testa na prostem otežena zaradi različnih razlogov (otežena izvedba meritev RR, vprašljiva zasebnost pacientov, hlad in drugo). Prav tako izvajalke in udeleženci menijo, da je trenutno za izvedbo testiranja potrebno izpolniti preveč dokumentacije (nekatera se celo ponavlja). Predlagajo, da se obrazce z vsemi potrebnimi informacijami zbere na enem listu.

Izvajalke poročajo o slabši zanesljivosti izvedenih tesov.

9.2 TEST TELESNE PRIPRAVLJENOSTI ZA STAREJŠE – SENIOR FITNESS TEST (SFT)

Informacije za evalvacijo pilotne izvedbe testa telesne pripravljenosti za starejše SFT so bile pridobljene iz naslednjih virov:

- Izkušnje izvajalk,
- vprašalniki o zadovoljstvu uporabnikov s testom SFT ter
- intervjuji z izvajalkami obravnave v pilotnem okolju ZD Celje in pilotnem okolju ZD Sevnica.

POVZETEK IZKUŠENJ IZVAJALK S TESTOM SFT

V sklopu evalvacije pilotne izvedbe testa SFT so bili 19. junija 2015 izvedeni intervjuji z izvajalkami v CKZ v pilotnem okolju ZD Celje in v pilotnem okolju ZD Sevnica.

ZDRAVSTVENI DOM CELJE

Izvajalka v CKZ ZD Celje zaradi majhnega števila udeležencev še ni opravila SFT baterije po presejanju. Potrebno je premisliti o načinu izvajanja SFT baterije po presejanju (ali je izvedljivo testirati samo 1–2 osebi ali je potrebno počakati na 10 oseb).

Od 7 ljudi bi 4 šli naprej v delavnice. Povprečna starost udeležencev je bila 70 let.

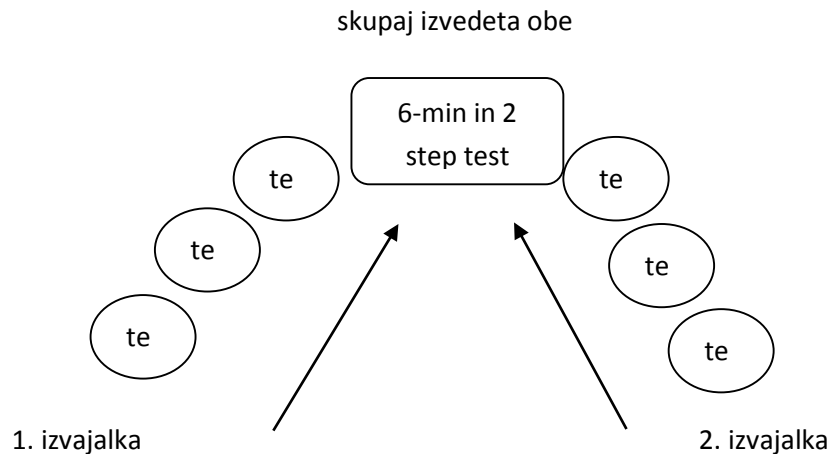
ZDRAVSTVENI DOM SEVNICA

Najbolj optimalno število izvajalcev se jim zdi 2 izvajalca za 10 udeležencev za 1. baterijo testov.

Izvajalke so modul izvedle le v DSO:

- izvedeno s 5 izvajalkami: 1 izvajalec izvede 2 testa,
- čisto na koncu izvedejo vzdržljivostne teste,
- ne zdi se jim primerno, da si starejši sami vpisujejo rezultate, ker ne želijo biti aktivni, niti niso zanesljivi pri štetju.

Njihova predlagana organizacija dela SFT baterije:



ZADOVOLJSTVO UPORABNIKOV S TESTOM SFT?

Za SFT smo v času zbiranja podatkov prejeli 1 izpolnjen vprašalnik. Oseba se je v skupini počutila dobro. Dolžina srečanja je bil ustrezno dolga. Udeležila se je individualnega posveta. Vsebine so bile predstavljene na zelo razumljiv način. Testiranje ni izpolnilo pričakovanj osebe saj je podalo oceno 2 (na 5 stopenjski lestvici).

9.3 GIBAM SE

Pilotna izvedba obravnave Gibam se je potekalo v pilotnem okolju ZD Celje in v pilotnem okolju ZD Sevnica.

ZADOVOLJSTVO UPORABNIKOV Z OBRAVNAVO GIBAM SE

V času pilotnega testiranja smo prejeli 21 izpolnjenih vprašalnikov o zadovoljstvu udeležencev.

1 DELO V SKUPINI

85,7 % vprašanih udeležencev je delo v skupini zelo ustrezalo (Tabela 100).

Tabela 100: Gibam se: Kako vam je ustrezalo delo v skupini?

		Celje	Sevnica	Skupaj
4	N	0	3	3
	%	0,0%	18,8%	14,3%
5 - zelo mi je ustrezalo	N	5	13	18
	%	100,0%	81,3%	85,7%
povprečje		5,0	4,8	4,9
Skupaj	N	5	16	21
	%	100,0%	100,0%	100,0%

2 VELIKOST SKUPINE

Po mnenju 95,2 % udeležencev je bila skupina ustrezno velika (Tabela 101).

Tabela 101: Gibam se: Se vam je zdela skupina ustrezno velika?

		Celje	Sevnica	Skupaj
ustrezno velika	N	4	16	20
	%	80,0%	100,0%	95,2%
premajhna	N	1	0	1
	%	20,0%	0,0%	4,8%
Skupaj	N	5	16	21
	%	100,0%	100,0%	100,0%

3 DOLŽINA POSAMEZNIH SREČANJ

Vsem udeležencem so se posamezna srečanja obravnave zdela ustrezno dolga (Tabela 102).

Tabela 102: Gibam se: Kako vam je ustrezala dolžina posameznih srečanj/testiranja v delavnici?

		Celje	Sevnica	Skupaj
ustrezno dolga	N	5	16	21
	%	100,0%	100,0%	100,0%
Skupaj	N	5	16	21
	%	100,0%	100,0%	100,0%

4 INDIVIDUALNI POSVET

Vsi udeleženci, ki so se udeležili individualnega posveta menijo, da jim je individualni posvet koristil (Tabela 103).

Tabela 103: Gibam se: Ali vam je individualni posvet koristil?

		Celje	Sevnica	Skupaj
Da	N	5	16	21
	%	100,0%	100,0%	100,0%
Skupaj	N	5	16	21
	%	100,0%	100,0%	100,0%

5 MOŽNOST ZASTAVLJANJA VPRAŠANJ

Zdeleženci se strinjajo se da so na srečanjih imeli možnost zastavljanja vprašanj (Tabela 104).

Tabela 104: Gibam se: Na srečanjih smo imeli udeleženci možnost zastavljanja vprašanj

		Celje	Sevnica	Skupaj
4 - se strinjam	N	2	2	4
	%	40,0%	12,5%	19,0%
5 - zelo se strinjam	N	3	14	17
	%	60,0%	87,5%	81,0%
povprečje		4,6	4,9	4,8
Skupaj	N	5	16	21
	%	100,0%	100,0%	100,0%

6 ZADOVOLJSTVO UDELEŽENCEM V ZVEZI S PRIDOBITVIJO ODGOVOROV STROKOVNJAKOV

Vsi udeleženci so prejeli odgovore na svoja vprašanja (Tabela 105).

Tabela 105: Gibam se: Dobil sem odgovore na vprašanja

		Celje	Sevnica	Skupaj
4 - se strinjam	N	0	2	2
	%	0,0%	12,5%	9,5%
5 - zelo se strinjam	N	5	14	19
	%	100,0%	87,5%	90,5%
povprečje		5,0	4,9	4,9
Skupaj	N	5	16	21
	%	100,0%	100,0%	100,0%

7 RAZUMLJIVA PREDSTAVITEV VSEBIN

Vsebine so bile predstavljene ne razumljiv način (Tabela 106).

Tabela 106: Gibam se: Vsebine so bile predstavljene na razumljiv način

		Celje	Sevnica	Skupaj
4 - se strinjam	N	1	2	3
	%	20,0%	12,5%	14,3%
5 - zelo se strinjam	N	4	14	18
	%	80,0%	87,5%	85,7%
povprečje		4,8	4,9	4,9
Skupaj	N	5	16	21
	%	100,0%	100,0%	100,0%

8 RAZUMLJIVOST GRADIV

V največjem deležu 33,3% so se uporabnikom zdela gradiva zelo razumljiva in uporabna (Tabela 107 in Tabela 108).

Tabela 107: Gibam se: Kako razumljiva so se vam zdela gradiva?

		Celje	Sevnica	Skupaj
2	N	1	2	3
	%	20,0%	12,5%	14,3%
3	N	0	5	5
	%	0,0%	31,3%	23,8%
4	N	3	3	6
	%	60,0%	18,8%	28,6%
5 - zelo razumljiv	N	1	6	7
	%	20,0%	37,5%	33,3%
povprečje		3,8	3,8	3,8
Skupaj	N	5	16	21
	%	100,0%	100,0%	100,0%

9 UPORABNOST GRADIV

Tabela 108: Gibam se: Kako uporabna so se vam zdela gradiva?

		Celje	Sevnica	Skupaj
2	N	0	2	2
	%	0,0%	12,5%	9,5%
3	N	1	5	6
	%	20,0%	31,3%	28,6%
4	N	3	4	7
	%	60,0%	25,0%	33,3%
5 - zelo uporabna	N	1	5	6
	%	20,0%	31,3%	28,6%
povprečje		4,0	3,8	3,8
Skupaj	N	5	16	21
	%	100,0%	100,0%	100,0%

10 UPORABNOST PRIDOBLENIH VEŠČIN IN ZNANJA ZA VSAKDANJE ŽIVLJENJE

Več kot polovici uporabnikov meni, da bo pridobljena znanja in veščine lahko uporabila v svojem vsakdanjem življenju (Tabela 109).

Tabela 109: Gibam se: V kolikšni meri boste pridobljena znanja in veščine lahko uporabili v svojem vsakdanjem življenju?

		Celje	Sevnica	Skupaj
3	N	0	1	1
	%	0,0%	6,3%	4,8%
4	N	1	6	7
	%	20,0%	37,5%	33,3%
5 - zelo	N	4	9	13
	%	80,0%	56,3%	61,9%
povprečje		4,8	4,5	4,6
Skupaj	N	5	16	21
	%	100,0%	100,0%	100,0%

11 PRIPOROČITEV TESTIRANJA DRUGIM LJUDEM

95,2% udeležencev bo delavnico priporočilo tudi drugim in menijo da jim bo pridobljeno znanje v pomoč pri spreminjanju navad (Tabela 110 in Tabela 111).

Tabela 110: Gibam se: Ali boste delavnico/testiranje priporočili tudi drugim?

		Celje	Sevnica	Skupaj
Da	N	5	15	20
	%	100,0%	93,8%	95,2%
Morda	N	0	1	1
	%	0,0%	6,3%	4,8%
Skupaj	N	5	16	21
	%	100,0%	100,0%	100,0%

12 SPREMINJANJE NAVAD

Tabela 111: Gibam se: Ali mislite, da vam bo udeležba v pomoč pri spreminjanju vaših navad?

		Celje	Sevnica	Skupaj
Da	N	5	15	20
	%	100,0%	93,8%	95,2%
Ne vem	N	0	1	1
	%	0,0%	6,3%	4,8%
Skupaj	N	5	16	21
	%	100,0%	100,0%	100,0%

13 IZPOLNITEV PRIČAKOVANJ

Delavnica je izpolnila pričakovanja udeležencev saj povprečna ocena znaša 4,7 (od najvišje možene ocene 5) (Tabela 112).

Tabela 112: Gibam se: V kolikšni meri je delavnica izpolnila vaša pričakovanja?

		Celje	Sevnica	Skupaj
4	N	1	6	7
	%	20,0%	37,5%	33,3%
5 - zelo	N	4	10	14
	%	80,0%	62,5%	66,7%
povprečje		4,8	4,6	4,7
Skupaj	N	5	16	21
	%	100,0%	100,0%	100,0%

POVZETEK IZKUŠENJ IZVAJALK OBRAVNAVE GIBAM SE

V sklopu evalvacije pilotne izvedbe obravnave v CKZ s področja telesne dejavnosti, imenovane Gibam se, so bili izvedeni intervjuji z izvajalkami v CKZ 16. junija 2015 v pilotnem okolju ZD Vrhnika ter 19. junija 2015 v pilotnem okolju ZD Celje in v pilotnem okolju ZD Sevnica.

ZDRAVSTVENI DOM CELJE

Na obravnavo je bilo vabljenih 12 ljudi, delavnico je na koncu končalo le 8 ljudi (4 ženske in 6 moških; 1 udeleženka je takoj povedala, da nima avtobusnih povezav, 1 udeležencu se je stanje po bateriji poslabšalo).

Struktura delavnice

Dolžina delavnice je po mnenju izvajalke ustrezna, udeleženci niso izrazili potrebe po krajšanju programa.

Dolžina srečanja je maksimalno 60 minut oziroma jih je potrebno informirati o strukturi in dolžini srečanj (predvsem priprava na 1. srečanje, ki traja 120 minut) - izvajalka se strinja, da je potrebno za informiranje poskrbeti preko promocijskega gradiva ali da za to poskrbi vodja CKZ.

Udeleženci so bili večinoma multimorbidni (BVK, osteoporoza, pritisk, sladkorna bolezen).

Gradiva

Delovni zvezek: nujno oblikovati tako, da imajo vsebine razporejene po srečanjih, prav tako delovne liste.

Delovni listi: udeleženci so vse izpolnjevali v delovni zvezek (izvajalka jim je naročila naj prinesejo s seboj na posvet delovni zvezek in ni delala dvojnikov; pravi, da je izvedljivo, da individualni posvet naredi brez dvojnikov in priprave doma).

Sicer se strinja, da bi bili delovni listi, ki jih potrebujeta tako udeleženec kot tudi izvajalec v dvojniku (posebna vrsta papirja) ali z indigo papirjem spodaj.

Dnevnik TD je zapleten, morda bi bilo potrebno za to izpolnjevanje nameniti celotno srečanje ali na individualnem posvetu (teoretični del), nameniti večji poudarek namenskim aktivnostim ne toliko vsakodnevnim aktivnostim (gospodinjstva, vrtna opravila) - seveda pa take aktivnosti še naprej spodbujati, predvsem kot ukrep pri zmanjševanju sedečega življenjskega sloga.

Izvajalke bi potrebovale nabor vaj za vsako srečanje, kjer je predmet specifična oblika vadbe (maksimalno 5 vaj) s slikami in opisom vaj in tudi posnetki na DVD-ju.

Predlagana rešitev je sistem ABC vadbe (širši nabor vaj, ki jih izvajalke lahko uporabijo glede na skupino) ali sestaviti nov nabor vaj, ki so jih izvajale izvajalke delavnic že do sedaj (samo da se opredelijo in slikovno predstavijo), prav tako FIT princip za te vaje.

Delavnica

1. SREČANJE SKUPINE

1. srečanje so izvedli v predavalnici, da so izpolnili delovne liste, nato so na blazinah naredili praktični del delavnice (učenje aktivacije stabilizatorjev trupa pred začetkom vadbe). Predlagajo, da na tem srečanju ne bi učili tudi aktivacije mišic medeničnega dna (v nadaljevanju MMD).

Izvajalci predlagajo naslednjo vsebino/potek 1. srečanja: predstavitev udeležencev, izvajalke, gibalna anamneza, morda predstavitev dnevnika; 1. srečanje naj bo zgolj informativne narave brez vadbe, z informacijami o testiranju.

Cilj tega srečanja naj bo, da udeleženci povečajo količino hoje z na novo naučenimi aktivnostmi (drža, stabilizatorji, vzorec hoje).

2. SREČANJE SKUPINE - 1. BATERIJA SFT

Dolžina baterije SFT je zadovoljiva (90 min). Izvajalci so mnenja, da pri starejši populaciji ni primerno zahtevati, da drug drugemu merijo rezultate. Prav tako morajo izvajalke same vpisovati in tolmačiti rezultate. 2 izvajalki zadoščata za 9 ljudi. Izvedba testov je trajala 70 minut, nato je sledila interpretacija.

3. SREČANJE SKUPINE

(vaje mimogrede (15 minut) + skupinsko svetovanje na podlagi rezultatov 1. baterije)

Udeleženci so izrazili željo, da takoj po testiranju začnejo z vadbo v telovadnici (to je zadnji trenutek, ko se mora vadba začeti). Učenje aktivacije stabilizatorjev trupa se jim zdi smiselno za kvalitetnejšo izvedbo hoje. Predlagajo manj teorije, prikaz hoje v 1. srečanju skupine namesto učenja aktivacije MMD.

4. SREČANJE SKUPINE

(strukturirana vadba (ogrevanje, glavni del, ohlajanje), vadba za gibljivost)

5. SREČANJE SKUPINE: PRVI INDIVIDUALNI POSVET

Izvajalka je naročila vse udeležence na isti dan; v tistem tednu so imeli srečanje 2-krat na teden - o urniku so se dogovorili na predhodnem srečanju.

Izvajalki se zdi prvi individualni posvet zelo dragocen, saj šele tu dobi boljši vpogled v zdravstveno stanje udeleženca, kje ima težave, lahko se pogovori z njim o inkontinenci in drugem. Tudi udeležencem je bil prvi individualni posvet dragocen.

Izvajalka je z 1 osebo izvedla testiranje SFT (z udeleženko, ki se ni udeležila baterije na 2. srečanju). Testiranje je izvedla v 20 minutah.

Obdelali so tudi dnevnik TD (potrebna prenova dnevnika TD; namen dnevnika naj bo spremljanje namenskih aktivnosti) ali uporaba zapestnice za spremljanje življenjskega sloga. Dnevnik so pisali le do 5. srečanja skupine, ker jim je gibanje »prišlo v kri«, zato bi bilo smiselno spremljanje le-tega 1-krat na mesec.

Izvajalke potrebujejo natančnejše smernice/priporočila za obravnavo KB s TD, oziroma minimalne standarde za obravnavo. V pomoč bi jim bil tudi nabor vaj za vsako skupino vaj.

6., 7., 8., 9., 10, 11., 12. SREČANJE SKUPINE

Kar se tiče vaj in organizacije navedenih srečanj, so izvajalci mnenja, da so le-ta primerna.

Pri teoretičnem delu o sedečem življenjskem slogu se jim zdi količina 3 ur majhna (udeleženci so v skrbeh ali to pomeni tudi čas, ko jedo obroke, ali sem šteje sedeči čas po službi in podobno).

13. SREČANJE SKUPINE - 2. BATERIJA SFT

Izvajalci se strinjajo, da je smiselno izvesti celotno baterijo tudi na 2. testiranju, predvsem zaradi motivacijskega elementa (ko udeleženci ugotovijo, da so napredovali). Testiranje se jim zdi smiselno izkoristiti tudi za nadaljnje vabljenje na modul SFT.

14. SREČANJE SKUPINE

Drugi individualni posvet so opravili kar na zadnjem srečanju v skupini, kar se ji je zdelo pozitivno z vidika skupinske dinamike in ustvarjanja zaupanja in krepitve vezi v skupini (tudi za vzdrževanje stikov naprej), udeleženci so sami izrazili željo, da bi svetovanje izvedli skupinsko.

ZDRAVSTVENI DOM SEVNICA

Struktura delavnice

Dolžina delavnice je po mnenju izvajalk ustrezna, udeleženci niso izrazili potrebe po krajšem ali daljšem programu.

Dolžina srečanja naj bo po mnenju izvajalk maksimalno 60 minut oziroma jih je potrebno predhodno informirati o strukturi in dolžini srečanj, ki so daljša od 60 minut - lahko tudi s strani vodje ZVC (predvsem zaradi predhodne priprave na 1. srečanje, ki traja 120 minut) ali poskrbeti za promocijske zloženke/A4 format listov z organizacijsko strukturo delavnice in kratkimi cilji programa.

Predlagano maksimalno število udeležencev se jim zdi ustrezno.

Predlagajo evalvacijo le na koncu celotne delavnice in ne po vsakem srečanju.

Menijo, da funkcijska manjzmožnost ne bi smela biti omejena glede na starost, ampak glede na stanje.

Obravnava hendikepiranih udeležencev v skupini zahteva hkratno prisotnost vsaj 2 izvajalcev (na primer obravnavali so naglušno gospo, zaradi česar je ena izvajalka ves čas sedela pri njej in ji pomagala, druga je vodila skupino).

Za udeležence, starejše od 70 let, so nekatere vsebine delavnice Gibam se nerazumljive in preveč podrobne. Vsebine je potrebno prilagoditi glede na stopnjo zmožnosti skupine (prilagoditi podajanje informacij na stopnje 1, 2, 3), določiti minimalni standard informacij, ki jih morajo izvajalci predati vsaki skupini.

Za osebe v DSO in osebe starejše od 65 let izvedba take oblike delavnice ni primerna (mentalno in gibalno manjzmožni) - potrebujejo alternativne oblike delavnice (predlog: MPH kot samostojna delavnica za namene DSO; MPH je potrebno posodobiti in prenoviti za potrebe starejših ljudi, predvsem pa za populacijo v DSO).

Pripraviti nabor vaj, ki se obravnavajo na vsakem srečanju delavnice: tak način dela bi izvajalkam olajšal delo in skrajšal čas priprave na srečanja. Predlog izvajalk: nabor 2–3 vaj (oziroma maksimalno 5) za posamezno srečanje (ciljano po posameznih sklopih vaj), kar predstavlja minimalni standard vsem CKZ-jem, nato vaje razporediti na stopnje od osnovnih do zahtevnih, da lahko prilagajajo stopnjo zahtevnosti vadbe glede na strukturo skupine (slednje je še posebej pomembno, ker bodo v bodoče težko organizirali homogene skupine v delavnicah).

Izdelati je potrebno **podporno slikovno gradivo, DVD-je za vadbo doma**. Izvajalke in udeleženci so izpostavili izreden motivacijski vidik takega načina vodene vadbe za doma, prav tako tudi družbeni vidik (primer mnjenja ene od udeleženk delavnice: *»Vsako jutro telovadim preko posnetka, če ne pogrešam »njeno« družbo.«*). Kot trenutno predlagana rešitev je pregled nabora vaj v knjigi ABC vadbe. Če bo gradivo uporabno, se bomo s ŠUS-om dogovorili za uporabo v naših delavnicah. Pri ŠUS-u se pozanimamo ali za ta izdelek obstajajo tudi video posnetki.

Izvajalke so tudi mnjenja, da je potrebno bolj poudariti delavnični način dela in ne skupinske vadbe.

Gradiva

Pomanjkanje podpornih gradiv za izvajalce in uporabnike: izvajalke predlagajo podporna gradiva v obliki plakatov (izvajalke so jih za pilot izdelale same).

Prenova podpornih gradiv

✓ MPH:

- preveriti hitrosti hoje (izvajalke navajajo, da so hitrosti pretirane),
- MPH je primeren kot samostojna delavnica (na primer za DSO: kot alternativna oblika delavnice za spodbujanje TD).

✓ Delovni zvezek Gibam se (DZ):

- urediti tako, da je DZ razdeljen na posamezna srečanja s pripadajočimi delovnimi listi,
- delovni listi, ki jih potrebujejo izvajalke na posvetu, morajo biti indigo dvojniki (oziroma dvojni papir),

- maksimalno 1–2 strani teorije na posamezno srečanje v DZ za udeleženca (oziroma 15 minut teorije za izvajalca),
- maksimalno 1 vprašalnik na srečanje,
- motivacijski delovni listi udeležencem ne odgovarjajo in jih ne želijo izpolnjevati.

Delavnica

1. SREČANJE SKUPINE

Na delovnem listu Gibalna anamneza predlagajo zamenjavo podatka o starosti s podatkom o datumu rojstva.

Menijo, da je informacij in teorije za 1. srečanje preveč - izvajalke predlagajo največ 15 minut teorije.

Pogrešajo podporno slikovno gradivo (plakati, A4 listi v DZ): piramida gibanja, FITT princip, priporočila WHO, pravilna drža. Knjižico ZGDZ test hoje so uporabljali le za vpisovanje dnevnika, MPH ni nikjer nihče uporabljal (ali je sploh potrebna prenova?).

Izvedljivo za 1 srečanje:

- učenje aktivacije stabilizatorjev trupa (določiti najbolj optimalen položaj: primerno na vseh 4 ali leže na hrbtu),
- učenje pravilne drže (med stojo, sedenjem, hojo - pravilen vzorec hoje),
- dihalne vaje (pravilno dihanje: trebušno dihanje, preponsko dihanje, apikalno dihanje; učenje med vajami kdaj je na vrsti vdih in izdih),
- NE! Vaje mimogrede, aktivacija MMD, sedeč življenjski slog, previdnostni ukrepi.

Cilj prvega srečanja je, da do naslednjega srečanja udeleženci vsaj povečajo količino hoje s kontrolo pravilne drže in pravilnim vzorcem hoje.

2. SREČANJE SKUPINE – 1. BATERIJA SFT

Dodati je potrebno 2 bateriji - SFT/ALFA - po principu organizacije delavnice hujšanje.

V tabeli Rezultati testa praskanje hrbta - na dolgi rok, bo potrebno nacionalizirati rezultate.

Izvajalkam se zdi nepotreben list z izjavo, da udeleženec delavnice vadi na lastno odgovornost. Pogrešajo tudi tabelo z rezultati in navodili, da bi se lahko udeleženci samo testirali in pregledali, koliko ponovitev več bi morali narediti, da bi bili boljši.

3. SREČANJE SKUPINE

(vaje mimogrede (15 minut) + skupinsko svetovanje na podlagi rezultatov 1. baterije)

Namen 3. srečanja je seznaniti se z dnevnikom TD - od tu naprej udeleženci izpolnjujejo dnevnik (v dnevniku naj izpolnjujejo le namenske aktivnosti in ne gospodinjstva opravila in delo na vrtu) - dnevnik bi morda lahko nadomestil delovni list Kako napredujem + čas trajanja + dnevi.

Poglavje o urinski inkontinenci (z učenjem aktivacije MMD) so v ZD Sevnica izvedli individualno, saj se jim tematika ne zdi primerna za skupinsko obravnavo. Delovni list Ovire in rešitve narediti bolj kot možnosti izbire ne kot aktiven delovni list.

Delovni list Priprava na vadbo se jim ne zdi potreben (ne potrebujejo delovnega lista o primerni obleki, obutvi in opremi, saj so udeleženci dovolj ozaveščeni o tem) - predlagajo sliko telovadca s primerno opremo, steklenico vode in brisačko.

NE! Nordijska hoja - na zadnje srečanje, zadnja ura je organizirana kot 3D vadba, vaje na klopcah, štangah, zunanji fitnes.

Izvajalci poročajo, da imajo premalo časa za delovni list Koliko sem TD.

4. SREČANJE SKUPINE

(strukturirana vadba (ogrevanje, glavni del, ohlajanje), vadba za gibljivost)

Izvajalke imajo premalo znanja, da bi izpeljale to uro (manjkajo jim osnove pilatesa; morda bi bilo smiselno v novih izobraževanjih uvesti osnove pilatesa za implementacijske delavnice).

Nujno izpostaviti pomen raztezanja (predlog plakata: uravnotežena vadba 3 krogci, na vsakem srečanju pokazati ta plakat, da udeleženci vedo, kaj se trenutno učijo; strukturirana vadba).

Delovni list Kako napredujem se jim zdi primeren (paziti, da ne poudarjamo, da je zgolj aktiven življenjski slog dovolj za zadostitev dnevne količine TD).

5. SREČANJE SKUPINE: PRVI INDIVIDUALNI POSVET

Izvajalke poročajo, da je individualni razgovor zelo motivacijski. Morda bi zadoščal le 1 individualni posvet; rezultate 1. baterije je namreč možno interpretirati takoj po testiranju (morda testiranje časovno opredeliti na 120 minut) - dodati več časa za priprave za izvajalke. Predlagajo izvedbo individualnega posveta na koncu obeh baterij, kjer bi primerjali dobljene rezultate obeh testiranj in skupaj z udeležencem poiskali rešitev za povečanje stopnje aktivnosti.

Sedanji prvi Individualni posvet se lahko izvede znotraj srečanja skupine (kot skupinsko srečanje, glavni namen srečanja je interpretacija rezultatov).

Navajajo problematičen organizacijski vidik izvedbe drugega individualnega posveta; za udeležence je namreč preveč obremenjujoč. Predlagajo zadnji 2 srečanja v razmiku 14 dni, vmes pa izvedbo le enega individualnega posveta (v 1 tednu imajo čas za izvedbo 10 individualnih posvetov v skupnem trajanju 30 minut).

Tabelo z rezultati baterije bi bilo potrebno opremiti z barvami in/ali razdelki po strukturirani vadbi (rezultati za aerobno vzdržljivost, moč, gibljivost), da lahko izvajalci iščejo po barvah in udeležencem lažje razložijo, kateri rezultati so slabi in kje morajo doseči napredek.

6. SREČANJE SKUPINE

Teorija o mišični moči je preveč podrobna, izvajalke predlagajo le opis pojmov: statično, dinamično, koncentrično, ekscentrično (narediti minimalni standard vaj, ki bi se izvajale v vseh CKZ), tudi pri vajah lahko naredimo stopenjske vaje (lažje, težje).

7. SREČANJE SKUPINE

Poglavje o aerobni vadbi je primerno, teorija o srčnem utripu (SU): računanje ciljanih SU (plakat: računanje SU), računanje SU vzame veliko časa (sami si lahko računajo le do približno 50. leta). Predlagana je bila aerobika za seniorje.

8. SREČANJE SKUPINE

(aerobna vadba s pripomočki)

Predlagajo izvedbo v obliki obhodne vadbe oziroma intervalnega treninga.

Predlagajo tudi, da bi v novo izobraževanje za FT v preventivi dodali principe krožne vadbe in pilates.

9. SREČANJE SKUPINE

(vaje za moč s pripomočki)

Vsebina 9. srečanja skupine se izvajalkam zdi ustrezna.

10. SREČANJE SKUPINE

(ravnotežje)

Vsebina se jim zdi ustrezna. Naredile so krožno vadbo, ker so imele premalo pripomočkov.

Krožna vadba pride v poštev, ko udeleženci že poznajo pripomočke. Predlagajo uvode v vaje po postajah ter predstavitev pripomočka (to je možnost frontalne vadbe, če je pripomočkov dovolj, oziroma krožna vadba, če pripomočkov ni dovolj).

11. SREČANJE SKUPINE

(sproščanje)

Vsebina predvidena za 11. srečanje se izvajalkam zdi primerna. Predlagajo nekaj popravkov na delovnem listu z vajami za sproščanje in dihalnimi vajami (v obliki črk AEIOU, ki si jih je izbral sam, brez pogostosti in trajanja). Progresivna mišična relaksacija se jim zdi primerna, le na delovnem listu pogrešajo opis poteka progresivne mišične relaksacije za domov.

12. SREČANJE SKUPINE

(udeleženci kot izvajalci (brez pripomočkov))

Delovni list Zakaj sem postal telesno nedejaven se jim ne zdi primeren v tej obliki, predlagajo le zapis v DZ.

13. SREČANJE SKUPINE - 2. BATERIJA SFT

(udeleženci kot izvajalci (s pripomočki))

Izvajalke predlagajo združitev 12. in 13. srečanja v eno srečanje, zaradi česar se delavnica skrajša za en teden. V tem primeru imajo udeleženci na izbiro, da se sami odločijo za vadbo, kjer so sami kot izvajalci z ali brez pripomočkov).

14. SREČANJE SKUPINE

Izvajalke izvajajo 3D vadbo: NH, kolesarjenje, pohodništvo, trim stezo, zunanji fitnes (če je na voljo).

1. Knific T, Djomba JK, Backović Juričan A. Telesna dejavnost in funkcijska manjzmožnost. V: Farkaš Lainščak J, Huber I, Maučec Zakotnik J, Sedlar N, Vrbovšek S (ur.). Program integrirane preventive KNB in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih pilotno testiranje integriranih procesov vključevanja in obravnav ciljne populacije v okviru projekta Skupaj za zdravje - (Projekt Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju odraslih). [El. Knjiga] Ljubljana : Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015. Dostopno na: http://www.skupajzazdravje.si/media/e_verzija_prirocnik_program.integrirane.preventive.knb_2015.pdf
2. Vračko P, Buzeti T, Maučec Zakotnik J, Paulin M, Milavec M, Poličnik R, Zaletel J, Vrbovšek S, Horvat M, Čuš B, Hočevár T, Knific T, Djomba JK, Kralj M in Rožič M. Spremljanje in evalvacija. V: Farkaš Lainščak J, Huber I, Maučec Zakotnik J, Sedlar N, Vrbovšek S (ur.). Program integrirane preventive KNB in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih pilotno testiranje integriranih procesov vključevanja in obravnav ciljne populacije v okviru projekta Skupaj za zdravje - (Projekt Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju odraslih). [El. Knjiga] Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015. Dostopno na: http://www.skupajzazdravje.si/media/e_verzija_prirocnik_program.integrirane.preventive.knb_2015.pdf
3. Vračko P in Rožič M (ur.). Pilotno testiranje programa integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih [Elektronski vir] : priročnik za spremljanje z opredelitvijo kazalnikov. - El. knjiga. - Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2017. Dostopno na: http://www.skupajzazdravje.si/media/spremljanjeinkazalnikipilotnegatestiranja_program.integrirane.preventive.knb.pdf

10 ZADOVOLJSTVO UPORABNIKOV IN IZVAJALCEV Z OBRAVNAVO V CENTRIH ZA KREPITEV ZDRAVJA - PODROČJE SLADKORNE BOLEZNI

Simona Jazbinšek, Denis Oprešnik, Jelka Zaletel, Jana Klavs, Mateja Tomažin ŠporaR, Mirjam Rožič, Marcel Kralj

V okviru evalvacije izvedljivosti obravnav v CKZ s področja sladkorne bolezni so bile izvedene fokusne skupine z izvajalkami treh obravnav ("Zvišan krvni tlak", "Sladkorna bolezen tipa 2", "S sladkorno boleznijo skozi življenje") in z udeleženci teh obravnav. Namen fokusnih skupin je bil pridobiti informacije o izvedljivosti in poteku pilotnega izvajanja novih obravnav oseb s sladkorno boleznijo tipa 2 in z zvišanim krvnim sladkorjem v CKZ.

V okviru raziskave so bile izvedene štiri fokusne skupine, in sicer ena z izvajalkami obravnav (diplomiranimi medicinskimi sestrami iz CKZ) ter tri z udeleženkami in udeleženci teh obravnav. Fokusno skupino z izvajalkami je organiziral NIJZ in je potekala na sedežu inštituta v Ljubljani. Ostale fokusne skupine smo organizirali v sodelovanju z vodji CKZ oz. izvajalkami in jih izvedli v pilotnih okoljih, kjer so potekale obravnave - eno v pilotnem okolju 1 ter dve v pilotnem okolju 2. Vse fokusne skupine so potekale neposredno po končanih obravnavah. Za takšen način smo se odločili v dogovoru z izvajalkami, saj smo tako lažje pridobili udeležence (ponovno vabljenje ljudi v CKZ zgolj v fokusno skupino ni smiselno, saj se porajajo upravičeni dvomi o njihovi udeležbi), poleg tega pa so udeleženci posledično v pogovoru sodelovali s svežimi vtisi. Fokusni skupini o daljših obravnavah sta bili izvedeni po zadnjem srečanju, ko so udeleženi že opravili celotno obravnavo in izvedli vse aktivnosti, vendar pa se postavlja vprašanje, v kolikšni meri so se posamezne informacije in podrobnosti (npr. o uporabljenih gradivih) zaradi dolgega časovnega razpona že nekoliko pozabile.

Udeleženci kratke obravnave (eno srečanje) so bili o fokusni skupini seznanjeni na delavnici, udeleženci dolgih obravnav (več srečanj) pa so bili o izvedbi fokusne skupine, ki je potekala po zaključnem srečanju, obveščeni že na enem izmed prejšnjih srečanj. Za sodelovanje so se odločili prostovoljno, pri čemer so bili seznanjeni tako z namenom kot potekom fokusne skupine. Podpisali so tudi pisna soglasja za sodelovanje, dogovorili smo se tudi za snemanje pogovorov z diktafonom. Vse fokusne skupine so bile prepisane in analizirane.

Izvedene so bile štiri fokusne skupine:

- 1 fokusna skupina z diplomiranimi medicinskimi sestrami, ki so že izvedle obravnave v CKZ v treh pilotnih okoljih

Potekala je 15. 4. 2016 v prostorih Nacionalnega inštituta za javno zdravje. Sodelovale so tri diplomirane medicinske sestre iz CKZ iz vseh treh pilotnih okolij. Fokusna skupina je obravnavala posamezne obravnave v CKZ s področja sladkorne bolezni, in sicer obravnavo *Zvišan krvni sladkor* za osebe z mejno bazalno glikemijo in moteno toleranco za glukozo (eno srečanje, 90 min), obravnavo *Sladkorna bolezen tipa 2* (eno srečanje, 90 min) in obravnavo *S sladkorno boleznijo skozi življenje* (5 srečanj po 90 minut).

2 fokusna skupina z udeleženci obravnave *Sladkorna bolezen tipa 2*

Potekala je 11. 5. 2016 v prostorih CKZ v enem izmed pilotnih okolij. Sodelovalo je pet udeležencev obravnave.

3 dve fokusni skupini z udeleženci obravnave *S sladkorno boleznijo skozi življenje*

Potekali sta 1. 6. 2016 in 2. 6. 2016 v prostorih CKZ v dveh pilotnih okoljih. Na prvi fokusni skupini sta sodelovala dva udeleženca obravnave, na drugi pa sedem udeležencev.

V vseh treh pilotnih okoljih so bili izvedeni vse tri obravnave na področju sladkorne bolezni. Dve udeleženci fokusne skupine sta vodili vse tri obravnave, ena udeleženka pa obravnave *S sladkorno boleznijo skozi življenje* še ni vodila, vendar je bila pri njenem izvajanju dvakrat prisotna. V pilotnem okolju 1 je bilo izvedenih 13 srečanj obravnave *Zvišan krvni sladkor* (4 od teh je izvajala udeleženka fokusne skupine), v pilotnem okolju 2 so bila izvedena 4 srečanja, v pilotnem okolju 3 pa 8 srečanj te obravnave. Obravnava *Sladkorna bolezen tipa 2* je bila izvedena 14-krat v pilotnem okolju 1 (3 je izvajala udeleženka fokusne skupine), 8-krat v pilotnem okolju 2 in 7-krat v pilotnem okolju 3. Najdaljšo obravnavo, *S sladkorno boleznijo skozi življenje*, sta vodili udeleženci iz pilotnih okolij 2 in 3, in sicer 2-krat oz. 5-krat, udeleženka iz pilotnega okolja 1 pa obravnave še ni vodila, bila je dvakrat prisotna (v tem pilotnem okolju so do zdaj organizirali 3 srečanja te obravnave). Število izvedb posameznih obravnav je prikazan v preglednici (Tabela 113).

ŠTEVILO IZVEDENIH OBRAVNAV PO PILOTNIH OKOLJIH

Tabela 113: Obravnave s področja sladkorne bolezni

	Pilotno okolje 1	Pilotno okolje 2	Pilotno okolje 3
<i>Zvišan krvni sladkor</i>	13 (4 izvedla udeleženka FS)	4	8
<i>Sladkorna bolezen tipa 2</i>	14 (3 izvedla udeleženka FS)	8	7
<i>S sladkorno boleznijo skozi življenje</i>	3 srečanja (na 2 prisotna udeleženka FS)	2	5

10.1 ZVIŠAN KRVNI SLADKOR

V obravnavi Zvišan krvni sladkor udeleženci pridobijo najpomembnejša znanja o mejni bazalni glikemiji in moteni toleranci za glukozo.

ZADOVOLJSTVO UPORABNIKOV Z MODULOM ZVIŠAN KRVNI SLADKOR

POČUTJE V SKUPINI

Udeleženci so se na delavnici in pri svetovanju počutili zelo dobro (v 78,8 %) oziroma dobro v 21,2 % (Tabela 114).

Tabela 114: Zvišan krvni sladkor: Kako ste se počutili v skupini?

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
4	N	4	6	1	11
	%	15,4%	40,0%	9,1%	21,2%
5 - zelo dobro	N	22	9	10	41
	%	84,6%	60,0%	90,9%	78,8%
povprečje		4,8	4,6	4,9	4,8
Skupaj	N	26	15	11	52
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

VELIKOST SKUPINE

53 udeležencev meni da je skupina ustrezno velika to predstavlja 94,6 % vseh odgovorov (Tabela 115). Prav tako je vsem udeležencem ustrezala dolžina srečanja (Tabela 116).

Tabela 115: Zvišan krvni sladkor: Se vam je zdela skupina ustrezno velika?

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
prevelika	N	1	0	0	1
	%	3,6%	0,0%	0,0%	1,8%
ustrezno velika	N	27	17	9	53
	%	96,4%	100,0%	81,8%	94,6%
premajhna	N	0	0	2	2
	%	0,0%	0,0%	18,2%	3,6%
Skupaj	N	28	17	11	56
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

DOLŽINA POSAMEZNIH SREČANJ

Tabela 116: Zvišan krvni sladkor: Kako vam je ustrezala dolžina posameznih srečanj v delavnici?

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
ustrezno dolga	N	27	17	11	55
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Skupaj	N	27	17	11	55
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

MOŽNOST ZASTAVLJANJA VPRAŠANJ

Preverili smo, ali so udeleženci na srečanjih imeli možnost zastavljanja vprašanj, ali so dobili odgovore na njih in ali so bile vsebine s strani izvajalk predstavljene na njim razumljiv način.

53 od 54 udeležencev se strinja oziroma se zelo strinja, da so imeli možnost zastavljanja vprašanj (Tabela 117).

Tabela 117: Zvišan krvni sladkor: Na srečanjih smo imeli udeleženci možnost zastavljanja vprašanj

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
2 - se ne strinjam	N	0	0	1	1
	%	0,0%	0,0%	9,1%	1,9%
4 - se strinjam	N	4	12	6	22
	%	14,3%	80,0%	54,5%	40,7%
5 - zelo se strinjam	N	24	3	4	31
	%	85,7%	20,0%	36,4%	57,4%
povprečje		4,9	4,2	4,2	4,5
Skupaj	N	28	15	11	54
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

ZADOVOLJSTVO UDELEŽENCEV V ZVEZI S PRIDOBITVIJO ODGOVOROV STROKO

52 od 53 udeležencev se strinja oziroma se zelo strinja, da so dobili odgovore na vprašanja (Tabela 118).

Tabela 118: Zvišan krvni sladkor: Dobil sem odgovore na vprašanja

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
2 - se ne strinjam	N	0	0	1	1
	%	0,0%	0,0%	9,1%	1,9%
4 - se strinjam	N	6	9	4	19
	%	22,2%	60,0%	36,4%	35,8%
5 - zelo se strinjam	N	21	6	6	33
	%	77,8%	40,0%	54,5%	62,3%
povprečje		4,8	4,4	4,4	4,6
Skupaj	N	27	15	11	53
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

RAZUMLJIVA PREDSTAVITEV VSEBIN

52 od 53 udeležencev se strinja oziroma se zelo strinja, da so bile vsebine predstavljene na razumljiv način (Tabela 119).

Tabela 119: Zvišan krvni tlak: Vsebine so bile predstavljene na razumljiv način

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
2 - se ne strinjam	N	0	0	1	1
	%	0,0%	0,0%	9,1%	1,9%
4 - se strinjam	N	8	6	4	18
	%	30,8%	37,5%	36,4%	34,0%
5 - zelo se strinjam	N	18	10	6	34
	%	69,2%	62,5%	54,5%	64,2%
povprečje		4,7	4,6	4,4	4,6
Skupaj	N	26	16	11	53
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

RAZUMLJIVOST GRADIV

Večini udeležencev (96 %) so se zdela gradiva zelo razumljiva (ocena 5) in razumljiva (ocena 4) (Tabela 120).

Tabela 120: Zvišan krvni sladkor: Kako razumljiva so se vam zdela gradiva?

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
3	N	1	0	1	2
	%	4,2%	0,0%	12,5%	4,1%
4	N	5	9	2	16
	%	20,8%	52,9%	25,0%	32,7%
5 - zelo razumljiv	N	18	8	5	31
	%	75,0%	47,1%	62,5%	63,3%
povprečje		4,7	4,5	4,5	4,6
Skupaj	N	24	17	8	49
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

PRIPOROČITEV DELAVNICE DRUGIM LJUDEM

92,2 % udeležencev bodo delavnico priporočili tudi drugim (Tabela 121).

Tabela 121: Zvišan krvni sladkor: Ali boste delavnico/testiranje priporočili tudi drugim?

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
Da	N	26	13	8	47
	%	96,3%	81,3%	100,0%	92,2%
Morda	N	1	3	0	4
	%	3,7%	18,8%	0,0%	7,8%
Skupaj	N	27	16	8	51
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

POVZETEK IZKUŠENJ IZVAJALK MODULA ZVIŠAN KRVNI SLADKOR

Informacije v zvezi z izvajanjem obravnave so bile pridobljene izključno na podlagi fokusne skupine z izvajalkami obravnave, z dne 15. aprila 2016. Fokusne skupine z udeleženci ni bilo moč izvesti zaradi časovnih omejitev v okviru evalvacije.

Izvajalke obravnave iz vseh treh pilotnih okolij so se udeležile izobraževanja o obravnavi Zvišan krvni sladkor (ZKS). Izpostavile so, da so se preko izobraževanja poglobljeno seznanile z načinom izvedbe delavnice, vendar pa so pridobile premalo teoretičnih znanj o zvišanem krvnem sladkorju in sladkorni bolezni nasploh. Podobno velja za vsebino priročnika. Slednje je razlog, da skušajo vsebinsko znanje samoiniciativno pridobiti iz različnih virov. Kljub temu so bile vse sogovornice mnenja, da bi bilo zanje uporabnejše osrednje gradivo (kot dober primer so navedle priročnik za zdravo prehrano, ki ga uporabljajo v delavnici Zdravo jem).

Ključna težava, ki jo prepoznavajo vse sogovornice, je organizacijske narave. Predvsem je oteženo pridobivanje kandidatov za izvedbo obravnave. Ena sogovornica je s tem v skladu pojasnila, da osebni zdravniki v njihovem zdravstvenem domu ne beležijo zvišanega krvnega sladkorja, razen če je ta 7 ali več, pri čemer zdravnik postavi diagnozo sladkorne bolezni (obrnava ZKS namreč predvideva vključitev posameznikov, pri katerih je nivo krvnega sladkorja med 6,1 in 6,9). Slednje DMS otežuje identifikacijo potencialnih udeležencev obravnave. Sogovornice sklepajo, da bi bila neposredna napotitev takšnega pacienta na obravnavo ZKS s strani zdravnika izjemno koristna. Omenjene težave sogovornica, ki je problem izpostavila, rešuje tako, da podatke pacientov z zvišanim nivojem sladkorja pridobi s pomočjo referenčnih sester, vendar pa je problem v možnosti, da niso bili vsi posamezniki tešči v času izvajanja meritev in potemtakem ni nujno, da spadajo v tvegano populacijo. Druga sogovornica je s tem v skladu dejala, da posameznike v obravnavo pridobijo preko napotnic ali pa z vključevanjem v lokalno skupnost, v prihodnje pa nameravajo sodelovati tudi z društvom sladkornih bolnikov. Zadnji poudarek na temo vključevanja v obravnavo ZKS so sogovornice namenile dejstvu, da so identificirani posamezniki z zvišanim krvnim sladkorjem obravnavani individualno v referenčnih ambulantah, zaradi česar menijo, da se vsebine po nepotrebnem podvajajo. Tovrstni udeleženci naj bi

imeli do obravnave posledično odpor. Poleg tega nekateri posamezniki prehajajo iz ene v drugi dve obravnavi, kar ponovno zahteva prilagajanje vsebin.

Na področju uporabe gradiv smo ugotovili, da izvajalke obravnave gradiva redkeje uporabljajo oziroma jih prilagajajo glede na dinamiko posameznih skupin in časovno razpoložljivost.

Vse izvajalke uporabljajo gradivo Res je – Ni res, ki je po mnenju sogovornic dobro za orientacijo, nanj pa naj bi se dobro odzivali tudi udeleženci obravnave. Gradiv Vsako leto, Za domov, Kaj to pomeni zame in Pet pomembnih izvajalke večinoma ne uporabljajo, vsaj ne v obliki, predstavljeni v priročniku. Mnenja so, da je pri starejši in ruralni populaciji potrebno biti previden in se izogibati pritiskom, ki jih naloge in zapisovanje bržkone prinašajo. Dve sogovornici sta izpostavili, da sta v začetnih delavnicah sicer uporabljali gradivo Za domov, vendar sta dobili povratni informaciji, da gradiva posamezniki doma ne uporabljajo, zato sta ga opustili. Tekom pogovora so se sogovornice sklicevale na to, da želijo udeleženci obravnave zelo konkretne informacije glede pomena zvišanega krvnega sladkorja in njegovih implikacij. Zato skušajo biti čimbolj informativne, ob tem pa udeležence spodbujajo za pogovor o oblikovanju konkretnih individualnih ciljev. Sicer le ena izvajalka uporablja gradivo Kaj to pomeni zame, vendar pa se tudi drugi dve osredotočata na razmišljanje o konkretnih in obvladljivih ciljih. Ugotovitve po navadi v alinejah zapišejo na papir, pripravljene pa imajo tudi dokumente s ključnimi poudarki, ki jih razdelijo med udeležence.

Ob pogovoru o gradivih so sogovornice skušale obrazložiti kontekst izvajanja obravnave in upravičiti prirejeno uporabo oziroma neuporabo gradiv. Zgoraj navedenim razlogom se pridružujeta še časovna omejenost za izvedbo obravnave (razlaga, razdeljevanje in izpolnjevanje gradiv bi namreč vzelo preveč časa) in nezavedanje ljudi, kaj pravzaprav pomeni zvišan krvni sladkor (izvajalke zato skušajo najprej razčleniti pomen ZKS in namen udeležbe delavnice ter nato interaktivno obravnavati individualne primere, probleme in cilje udeleženi).

Kljub splošnemu zadovoljstvu z obravnavami izvajalke z obravnavo ZKS niso pretirano zadovoljne. Temu botruje predvsem dejstvo, da je izredno malo diagnosticiranih posameznikov z zvišanim krvnim sladkorjem in je posledično izredno težko organizirati obravnave z zadostnim številom udeleženi. Slednje je, glede na demografske specifičnosti pilotnih okolij z majhnim številom prebivalstva (še posebej Sevnice in Vrhnike), razumljivo. Zaradi tega so sogovornice mnenja, da bi bilo bolj učinkovito, če bi združili obravnavi Sladkorna bolezen tipa 2 in Zvišan krvni sladkor.

10.2 SLADKORNA BOLEZEN TIP 2

Udeleženec pridobi najpomembnejša znanja o SB tipa 2.

ZADOVOLJSTVO UPORABNIKOV Z MODULOM SB TIP 2

Na vprašalnike o zadovoljstvo uporabnikov je odgovorilo 61 udeležencev modula.

POČUTJE V SKUPINI

85,2 % udeležencev ocenilo, da so se v skupini počutili zelo dobro (Tabela 122).

Tabela 122: SB tip 2: Kako ste se počutili v skupini/pri svetovanju?

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
3	N	0	0	1	1
	%	0,0%	0,0%	3,0%	1,6%
4	N	0	4	4	8
	%	0,0%	16,7%	12,1%	13,1%
5 - zelo dobro	N	4	20	28	52
	%	100,0%	83,3%	84,8%	85,2%
povprečje		5,0	4,8	4,8	4,8
Skupaj	N	4	24	33	61
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

VELIKOST SKUPINE

55 (90,2 %) udeležencev meni, da je skupina ustrezno velika (Tabela 123).

Tabela 123: SB tip 2: Se vam je zdela skupina ustrezno velika?

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
ustrezno velika	N	4	21	30	55
	%	100,0%	80,8%	96,8%	90,2%
premajhna	N	0	5	1	6
	%	0,0%	19,2%	3,2%	9,8%
Skupaj	N	4	26	31	61
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

DOLŽINA POSAMEZNIH SREČANJ

60 (100 %) udeležencev meni, da je dolžina posameznih srečanj v delavnici ustrezno dolga (Tabela 124).

Tabela 124: SB tip 2: Kako vam je ustrezala dolžina posameznih srečanj v delavnici?

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
ustrezno dolga	N	4	24	32	60
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Skupaj	N	4	24	32	60
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

MOŽNOST ZASTAVLJANJA VPRAŠANJ

Na srečanjih so udeleženci imeli možnost zastavljanja vprašanj. S tem se 68,9 % vprašanih zelo strinja, strinja se še nadaljnjih 29,5 % udeležencev (Tabela 125).

Tabela 125: SB tip 2: Na srečanjih smo imeli udeleženci možnost zastavljanja vprašanj

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
3 - niti-niti	N	0	1	0	1
	%	0,0%	4,0%	0,0%	1,6%
4 - se strinjam	N	2	6	10	18
	%	50,0%	24,0%	31,3%	29,5%
5 - zelo se strinjam	N	2	18	22	42
	%	50,0%	72,0%	68,8%	68,9%
povprečje		4,5	4,7	4,7	4,7
Skupaj	N	4	25	32	61
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

ZADOVOLJSTVO UDELEŽENCEM V ZVEZI S PRIDOBITVIJO ODGOVOROV STROKOVNJAKOV

Z navedbo, da so dobili odgovore na vprašanja, se zelo strinja oziroma se strinja 98,4 % udeležencev (Tabela 126).

Tabela 126: SB tip 2: Dobil sem odgovore na vprašanja

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
3 - niti-niti	N	0	1	0	1
	%	0,0%	4,0%	0,0%	1,6%
4 - se strinjam	N	2	7	6	15
	%	50,0%	28,0%	18,8%	24,6%
5 - zelo se strinjam	N	2	17	26	45
	%	50,0%	68,0%	81,3%	73,8%
povprečje		4,5	4,6	4,8	4,7
Skupaj	N	4	25	32	61
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

RAZUMLJIVA PREDSTAVITEV VSEBIN

Vsi udeleženci se strinjajo, da so bile vsebine predstavljene na razumljiv način (Tabela 127).

Tabela 127: SB tip 2: Vsebine so bile predstavljene na razumljiv način

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
4 - se strinjam	N	0	8	4	12
	%	0,0%	30,8%	12,9%	20,0%
5 - zelo se strinjam	N	3	18	27	48
	%	100,0%	69,2%	87,1%	80,0%
povprečje		5,0	4,7	4,9	4,8
Skupaj	N	3	26	31	60
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

RAZUMLJIVOST GRADIV

Skoraj vsem udeležencem se zdijo gradiva razumljiva, saj povprečna ocena znaša 4,7 (najvišja ocena je 5). 55 udeležencem se se zdela gradiva zelo/razumljiva, le 1 udeležencu se je gradivo zelo zelo nerazumljivo (Tabela 128).

Tabela 128: SB tip 2: Kako razumljiva so se vam zdela gradiva?

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
1 - zelo nerazumljiv	N	0	1	0	1
	%	0,0%	4,2%	0,0%	1,8%
4	N	0	4	8	12
	%	0,0%	16,7%	28,6%	21,4%
5 - zelo razumljiv	N	4	19	20	43
	%	100,0%	79,2%	71,4%	76,8%
povprečje		5,0	4,7	4,7	4,7
Skupaj	N	4	24	28	56
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

UPORABNOST PRIDOBLENIH VEŠČIN IN ZNANJA ZA VSAKDANJE ŽIVLJENJE

93,6 % udeležencev bo znanja in veščine uporabilo v svojem vsakdanjem življenju, le trije (6,4%) udeleženci so neodločeni (ocena 3: niti – niti) (Tabela 129).

Tabela 129: SB tip 2: V kolikšni meri boste pridobljena znanja in veščine lahko uporabili v svojem vsakdanjem življenju?

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
3	N	0	2	1	3
	%	0,0%	8,0%	5,6%	6,4%
4	N	2	9	7	18
	%	50,0%	36,0%	38,9%	38,3%
5 - zelo	N	2	14	10	26
	%	50,0%	56,0%	55,6%	55,3%
povprečje		4,5	4,5	4,5	4,5
Skupaj	N	4	25	18	47
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

PRIPOROČITEV DELAVNICE DRUGIM LJUDEM

96,6 % udeležencev bo delavnico priporočilo tudi drugim, le 3,4 % udeležencev je neodločenih (Tabela 130).

Tabela 130: SB tip 2: Ali boste delavnico/testiranje priporočili tudi drugim?

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
Da	N	4	24	29	57
	%	100,0%	96,0%	96,7%	96,6%
Morda	N	0	1	1	2
	%	0,0%	4,0%	3,3%	3,4%
Skupaj	N	4	25	30	59
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

POVZETEK IZKUŠENJ IZVAJALK Z MODULOM SB TIPA 2

Informacije o izvajanju obravnave smo pridobili na podlagi dveh fokusnih skupin, in sicer s tremi DMS, ki so izvajale obravnave v CKZ, in s petimi udeleženci te obravnave.

Vse izvajalke so se udeležile izobraževanja o obravnavi Sladkorna bolezen (SB) tipa 2, pri katerem izpostavljajo dve ključni pomanjkljivosti. Kot prvo, menijo, da so pridobile premalo teoretičnega znanja (podobno kot pri obravnavi Zvišan krvni sladkor), poleg tega pa je izobraževanje prekratko, še zlasti za tiste izvajalke, ki se s področjem sladkorne bolezni pred tem niso ukvarjale. Dojemajo jo namreč kot zelo kompleksno bolezen, ki zahteva veliko znanja in izkušenj, še posebej, ker postavljajo bolniki številna vprašanja v pričakovanju konkretnih odgovorov. Sogovornice so izpostavile, da zaradi pomanjkanja znanja marsikatera medicinska sestra iz CKZ ne upa voditi te delavnice. Tiste, ki jih vodijo, pa so morale znanje pridobivati same s pomočjo različne literature, a kljub temu opažajo, da jim v primerjavi z DMS edukatorkami znanja še vedno primanjkuje.

Za razliko od obravnave Zvišan krvni sladkor izvajalke nimajo težav s pridobivanjem udeležencev. Veliko bolnikov na obravnavo napotijo osebni zdravniki, ponekod pa se CKZ vključuje tudi v lokalno skupnost preko različnih društev in tam pripravi delavnico. Še zlasti jih pritegnejo meritve krvnega sladkorja, vendar pa s pridobivanjem udeležencev na ta način to niso več samo bolniki s sladkorno boleznijo, ampak tudi drugi, ki jih tematika zanima.

Vsebinska meja med obravnavo SB tipa 2 in obravnavo ZKS se jim zdi zabrisana, pogosto tudi zdravniki ne vedo, v katero delavnico uvrstiti pacienta. Izvajalke zato predlagajo združitev obeh obravnav. Poleg tega se vsebine obravnave SB tipa 2 ponovijo tudi v prvem srečanju daljše obravnave S sladkorno boleznijo skozi življenje. Uvodno srečanje zato vsebinsko prilagodijo, saj so se številni udeleženci daljše obravnave pred tem že udeležili obravnave SB tipa 2. V nekaterih okoljih (pilotno okolje 2) se udeleženci po opravljeni obravnavi SB tipa 2 namreč odzovejo vabilu in se v precej velikem številu odločijo še za daljšo obravnavo (po navadi nekaj manj kot polovica), v pilotnem okolju 3 pa navadno obravnavo SB tipa 2 kar podaljšajo v daljšo obravnavo tako, da nadaljujejo z 2. srečanjem, pri čemer število udeležencev, ki nadaljujejo, zelo variira.

Uporabo gradiv tako kot aktivnosti v obravnavi vse izvajalke sproti prilagajajo posamezni skupini. Izpostavile so zlasti starejše bolnike, pri katerih se izogibajo uporabi tistih gradiv, ki vključujejo risanje, pisanje in podobne aktivnosti. Gradiv, ki jih uporabljajo že v obravnavi Zvišan krvni sladkor, se poslužujejo na enak način, nova gradiva - Krvni sladkor skače in Vsako leto - pa ocenjujejo kot dobra in jih uporabljajo vsaj v prilagojeni obliki. Konkretno, pri uporabi gradiva Krvni sladkor skače vsebino ponazorijo z risbami, če je skupina primerna, v nasprotnem primeru pa jo le razložijo.

Sogovornice prepoznavajo kot zelo pomembne zlasti informacije o letnih pregledih in o spreminjanju vrednosti krvnega sladkorja. O obeh temah imajo namreč udeleženci zelo malo informacij, zmedeni so zaradi različnih vrednosti meritev krvnega sladkorja (tudi tisti, ki se zdravijo z inzulinom), o pregledih pa praviloma slišijo prvič. Pregleda nog bolniki še nikoli niso opravili, tudi tisti, ki obiskujejo diabetološke ambulate, ne.

POVZETEK IZKUŠENJ UDELEŽENCEV V MODULU SB TIP 2

Vsi udeleženci obravnave so prvič sodelovali v aktivnostih CKZ. Del udeležencev se je obravnave udeležil na priporočilo osebnega zdravnika, ostali dve udeleženki pa naključno, saj sta bili prisotni v čakalnici zdravstvenega doma, ko je medicinska sestra iz CKZ zainteresirane povabila na obravnavo. Posledično je na obravnavi sodelovala tudi udeleženka, ki sladkorne bolezni nima.

Na obravnavi so bile prisotne tri izvajalke, skupina udeležencev pa je obsegala pet oseb. Delo v skupini jim je bilo všeč in ga ocenjujejo kot ustrežnejšega od individualnih obravnav. Prednost skupinske obravnave vidijo zlasti v možnosti izmenjevanja raznolikih izkušenj, mnenj in težav. Zdi se jim, da na ta način pridobivajo zelo pomembna znanja in informacije. Ustrezala jim je tudi dolžina srečanja, vendar menijo, da bi lahko obravnava obsegala še kakšno dodatno srečanje. Skupina je bila sorazmerno majhna (pet oseb), kar so prepoznavali kot prednost, saj je to udeležencem omogočalo, da je vsak vprašal, kar ga je zanimalo, in dobil tudi odgovore. Opozorili so, da pri zdravnikih družinske medicine ali diabetologih za takšen način pogovora nikoli ni dovolj časa, poleg tega pa vprašanja, ki se jim porodijo doma, v ambulanti pogosto pozabijo. Še posebej zadovoljni so bili z načinom podajanja informacij in odgovorov, ki je bil preprost, vsem razumljiv. Prepoznali so ga kot ustrežnejšega od strokovnih razlag, ki jih težko razumejo (na primer na izvidih).

Poleg tega so kot pomembno izpostavili strokovno znanje izvajalk in verodostojnost pridobljenih informacij. Čeprav se o sladkorni bolezni številni informirajo tudi sami, informacijam z delavnice bolj zaupajo, poleg tega pa so pridobili znanje o tem, kaj je v zvezi z boleznijo bolj oziroma manj pomembno. Drug pomemben vidik pa zadeva seznanitev z novimi informacijami. S tem namenom so se obravnave tudi udeležili, pri novo pridobljenem znanju pa so izpostavili zlasti informacije o pomenu pregledovanja stopal. Čeprav so številni že slišali o amputacijah, temu niso pripisovali posebne pozornosti, še posebej zanimivo pa je, da s pregledi ni bil seznanjen niti udeleženec, ki obiskuje diabetološko ambulanto.

Glede na pridobljene informacije udeležencev so vsebinski poudarek obravnave prepoznali na dveh področjih, in sicer gibanju ter ustrezni prehrani. Informacije z obeh področij so v pogovoru umeščali v

svoje specifične situacije (omejitve zaradi narave dela – na primer težave s prehranjevanjem zaradi dela v prevozništvu, sedeč položaj pri delu šivilje).

Izkazalo se je, da si želijo konkretnejših informacij o ustrezni prehrani, ki bi jih pripeljala do specifičnega cilja, to je manjše telesne teže. Udeleženka je izpostavila, da teh informacij ne dobi pri zdravniku, kot tudi ne natančnega seznama jedi, ki jih lahko uživa, in tistih, ki se jim mora izogibati. Prav tako tega ni pridobila na tej obravnavi. V pogovoru se je odrazilo, da jih je obravnava spodbudila k premisleku, kako pridobljene informacije, na primer število dnevnih obrokov, pomen kontinuiranega gibanja in drugo, prenesti v svoja konkretna življenja. Slednje je bilo še posebej razvidno iz njihovega pripovedovanja o tem, kar v svojem vsakdanjiku prepoznavajo kot vedenje, ki zahteva spremembe. Obravnavo so tako doživeli kot spodbudo, da sami pričnejo s konkretnimi koraki.

Pri tem jim je bilo v pomoč oblikovanje individualnih ciljev na posameznih področjih. Določiti cilje ni bilo težko, kljub temu da so dosegljivi, pa udeleženci pričakujejo, da jih bo težje uresničiti. V pogovoru so nekateri izpostavili, da jim je bila s pomočjo razlage inzulina kot ključka prvič jasno razložena razlika med inzulinom in krvnim sladkorjem, prav tako pa tudi delovanje bolezni v njihovem telesu. Izvajalka je pri razlagah uporabljala risbe, prav tako so risali tudi udeleženci sami. Tak način so prepoznali kot primeren, saj menijo, da je razlaga zaradi tega nazornejša, informacije pa si tudi lažje zapomnijo. Poleg tega jim je izvajalka jasno opisala tudi spreminjanje vrednosti krvnega sladkorja, kar so si še posebej zapomnili. O tem, koliko držijo posamezne predstave o bolezni, se niso pogovarjali, so pa poudarili pomen vsakoletnih pregledov in se seznanili s ciljnim vrednostmi za tlak, holesterol in sladkor, s čimer so spoznali, da je prav tako pomembno tudi zdravljenje ostalih previsokih vrednosti. Na koncu obravnave so prejeli gradivo Za domov, kar so pohvalili, saj lahko obnovijo pozabljeno, širijo informacije znancem in jim priporočijo delavnico.

10.3 S SLADKORNO BOLEZNIJO SKOZI ŽIVLJENJE

Informacije o izvajanju obravnave smo pridobili na podlagi vprašalnikov o zadovoljstvu uporabnikov ter treh fokusnih skupin, in sicer s tremi DMS, ki so izvajale obravnave v CKZ, ter z dvema fokusnima skupinama z udeleženci te obravnave, v katerih je skupaj sodelovalo devet oseb.

ZADOVOLJSTVO UPORABNIKOV Z OBRAVNAVO S SLADKORNO BOLEZNIJO SKOZI ŽIVLJENJE

Prejeli smo zelo malo izpolnjenih vprašalnikov o zadovoljstvu udeležencev. Pridobljene informacije je zato potrebno obravnavati v tem okviru.

POČUTJE V SKUPINI

Na vprašanje o počutju v skupini smo prejeli odgovora 2 oseb, 1 oseba se je počutila dobro (ocena 4) in 1 oseba se je počutila zelo slabo (ocena 1) (Tabela 131).

Tabela 131: S SB skozi življenje: Kako ste se počutili v skupini?

		Celje	Skupaj
1 - zelo slabo	N	1	1
	%	50,0%	50,0%
4	N	1	1
	%	50,0%	50,0%
povprečje		2,5	2,5
Skupaj	N	2	2
	%	100,0%	100,0%

VELIKOST SKUPINE

3 udeležencem se je skupina zdela premajhna (Tabela 132).

Tabela 132: S SB skozi življenje: Se vam je zdela skupina ustrezno velika?

		Celje	Skupaj
premajhna	N	3	3
	%	100,0%	100,0%
Skupaj	N	3	3
	%	100,0%	100,0%

DOLŽINA POSAMEZNIH SREČANJ

3 udeležencem se je srečanje zdelo ustrezno dolgo (Tabela 133).

Tabela 133: S SB skozi življenje: Kako vam je ustrezala dolžina posameznih srečanj v delavnici?

		Celje	Skupaj
ustrezno dolga	N	3	3
	%	100,0%	100,0%
Skupaj	N	3	3
	%	100,0%	100,0%

MOŽNOST ZASTAVLJANJA VPRAŠANJ

Vsi trije udeleženci, ki so odgovorili na vprašalnik, so ocenili, da so na srečanju imeli možnost zastavljanja vprašanj. Prav tako se strinjajo, da so dobili odgovore na vprašanja in da so bile vsebine predstavljene na razumljiv način (Tabela 134, Tabela 135 in Tabela 136).

Tabela 134: S SB skozi življenje: Na srečanjih smo imeli udeleženci možnost zastavljanja vprašanj.

		Celje	Skupaj
4 - se strinjam	N	1	1
	%	33,3%	33,3%
5 - zelo se strinjam	N	2	2
	%	66,7%	66,7%
povprečje		4,7	4,7
Skupaj	N	3	3
	%	100,0%	100,0%

ZADOVOLJSTVO UDELEŽENCEM V ZVEZI S PRIDOBITVIJO ODGOVOROV STROKOVNJAKOV

Tabela 135: S SB skozi življenje: Dobil sem odgovore na vprašanja

		Celje	Skupaj
4 - se strinjam	N	2	2
	%	66,7%	66,7%
5 - zelo se strinjam	N	1	1
	%	33,3%	33,3%
povprečje		4,3	4,3
Skupaj	N	3	3
	%	100,0%	100,0%

RAZUMLJIVA PREDSTAVITEV VSEBIN

Tabela 136: S SB skozi življenje: Vsebine so bile predstavljene na razumljiv način

		Celje	Skupaj
4 - se strinjam	N	1	1
	%	33,3%	33,3%
5 - zelo se strinjam	N	2	2
	%	66,7%	66,7%
povprečje		4,7	4,7
Skupaj	N	3	3
	%	100,0%	100,0%

RAZUMLJIVOST GRADIV

Vsem trem udeležencem, ki so odgovorili na vprašalnik, so bila gradiva razumljiva (Tabela 137).

Tabela 137: S SB skozi življenje: Kako razumljiva so se vam zdela gradiva?

		Celje	Skupaj
4	N	3	3
	%	100,0%	100,0%
povprečje		4,0	4,0
Skupaj	N	3	3
	%	100,0%	100,0%

UPORABNOST PRIDOBLENIH VEŠČIN IN ZNANJA ZA VSAKDANJ

Na vprašanje o uporabnosti pridobljenih znanj in veščin v vsakdanjem življenju, sta odgovorila dva udeležneca, ki sta ocenila, da bosta pridobljeno znanje lahko uporabila v vsakdanjem življenju (Tabela 138).

Tabela 138: S SB skozi življenje: V kolikšni meri boste pridobljena znanja in veščine lahko uporabili v svojem vsakdanjem življenju?

		Celje	Skupaj
3	N	1	1
	%	50,0%	50,0%
4	N	1	1
	%	50,0%	50,0%
povprečje		3,5	3,5
Skupaj	N	2	2
	%	100,0%	100,0%

PRIPOROČITEV DELAVNICE DRUGIM LJUDEM

Vsi trije udeleženci bodo delavnico priporočili tudi drugim (Tabela 139).

Tabela 139: S sladkorno boleznijo skozi življenje: Ali boste delavnico priporočili tudi drugim?

		Celje	Skupaj
Da	N	3	3
	%	100,0%	100,0%
Skupaj	N	3	3
	%	100,0%	100,0%

POVZETEK ZADOVOLJSTVA UPORABNIKOV (PILOTNO OKOLJE 1) V OBRAVNAVI S SLADKORNO BOLEZNIJO SKOZI ŽIVLJENJE

Oba sogovornika, ki sta sodelovala v fokusni skupini, sta se v obravnavo vključila na podlagi priporočila njune izbrane osebne zdravnice. Prvemu sogovorniku so sladkorno bolezen diagnosticirali pred enim letom, drugemu pa pred dobrim mesecem, vendar pa niti sam niti zdravnica še nista povsem prepričana, ali ima res sladkorno bolezen. Zato ni povsem jasno, zakaj zdravnica oziroma DMS bolnika ni uvrstila v eno izmed drugih dveh obravnav. Slednje je lahko posledica neprepoznavanja različnih možnosti, ki so zdravnikom na voljo, ali pa tega, da v danem trenutku ni dovolj kandidatov za izvedbo določene obravnave in se posameznika vključi v obravnavo, katere izvedba se bo v kratkem pričela (prim. poglavje Zvišan krvni sladkor). V obravnavi, ki je obsegala zgolj tri srečanja, je sicer poleg sogovornikov sodelovala še ena posameznica, ki pa se zadnje delavnice ni udeležila, zaradi česar tudi ni bila prisotna pri izvajanju fokusne skupine. Ker je bila skupina izjemno majhna, sta udeleženca izpostavila, da bi bilo bolje, če bi bilo na srečanjih prisotnih več udeležencev, s katerimi lahko deliš svoje izkušnje in se od njih učiš.

Kljub odsotnosti dokončne diagnoze se je tudi drugi sogovornik vključil v obravnavo Sladkorna bolezen skozi življenje, oba sogovornika pa sta z njim zelo zadovoljna. Posebej sta izpostavila prednost kolektivne in interaktivne obravnave, češ da je preko deljenja izkušenj z drugimi v skupini lažje razumeti naravo svoje bolezni in specifične drugih primerov. Ob tem pa vsebinsko cenita predvsem praktične nasvete glede prehranjevanja. Izvajalka obravnave je tekom seminarja na tem področju uporabljala številne didaktične pripomočke, s čimer so si udeleženci lažje predstavljali vsebnost sladkorja v določenem živilu in priporočljivo količino posameznega obroka. V navezavi na splošne vsebine o sladkorni bolezni tipa 2 sta oba sogovornika dejala, da sta se z njimi seznanila že v preteklosti, in sicer preko spletnih in tiskanih virov, vendar pa nista bila prepričana o verodostojnosti prejetih informacij. Skozi obravnavo sta dobila potrditev, ki sta jo pričakovala in potrebovala.

Izvajalka obravnave je udeležencem predala številna informativna gradiva (brošure in drugo). Gradiv, kakor so predstavljena v priročniku, pa udeleženci večinoma niso uporabljali. Nekaterih vsebin se je izvajalka sicer dotaknila posredno (na primer obrazložitev „skakanja“ krvnega sladkorja), poudarek pa je glede na odgovore udeležencev namenila izpolnjevanju tridnevnega jedilnika, ki so ga udeleženci izpolnili doma in obravnavali na srečanju. Sogovornika sta izpostavila, da so v okviru obravnave skušali oblikovati konkretne cilje, ki so bili vezani predvsem na prehrano. Izvajalka se je očitno osredotočila na to, da bi udeleženci obravnave ponotranjili idejo o problematičnosti pretiranega uživanja določenih živil in pa predvsem idejo o stabilnem ter zdravem življenjskem slogu. Eden izmed sogovornikov, ki želi zmanjšati telesno težo, je razložil, da sta z ženo iz svoje prehrane na dolgi rok izločila bel sladkor, belo moko in rafinirano sol. Slednje nakazuje na to, da sogovornik prepozna pomen spremembe vedenjskega sloga in da primeren cilj ne vključuje zgolj zmanjševanja odvečnih kilogramov, kar je ena izmed osnovnih predpostavk obravnave.

V obravnavi so sodelovali tudi lekarniška farmacevtka, zdravnica in DMS edukatorka. S sodelovanjem sta bila oba zadovoljna, pri čemer sta pozdravila interaktivno obliko sodelovanja in odprtost do pogovora. Pri lekarniški farmacevtki sta prejela predvsem praktične informacije glede hrambe zdravil, kaj storiti z njimi ob pretečenem roku uporabe in podobno.

En sogovornik je bil nekoliko nezadovoljen nad njenim odporom do rabe alternativnih zdravil, ki jih sam ceni in želi uporabljati. Ker se s farmacevtko o tem ni mogel sproščeno pogovarjati, je vprašanja raje zadržal zase. Zdravnica in DMS edukatorica pa sta zlasti poglobili njuno razumevanje bolezni, zdravljenja in zdravega življenjskega sloga. Izvajalka obravnave udeležencev ni seznanila z delovanjem lekarn in društev.

Za konec velja kot zanimivost izpostaviti, da sogovornika očitno ne razlikujeta med sladkornimi bolniki in diabetiki. Slednji so po njunem tisti, ki se že zdravijo z insulinom in so kot taki vključeni v društva. Sebe razumeta kot sladkorna bolnika, saj insulina ne uporabljata in torej domnevno nista primerna za vključitev v društvo. Ta izjava nakazuje na potrebo po razjasnitvi nekaterih terminov v zvezi z boleznijo ter vloge društev sladkornih bolnikov.

POVZETEK ZADOVOLJSTVA UPORABNIKOV (PILOTNO OKOLJE 2) V OBRAVNAVI S SB SKOZI ŽIVLJENJE

Tudi udeleženci te obravnave so prvič sodelovali v aktivnostih CKZ. Obravnave so se udeležili, ker so se odzvali na vabilo iz referenčne ambulante družinske medicine ali na priporočilo zdravnika. Nekateri med njimi so sladkorni bolniki manj časa in takšnih izobraževanj še niso imeli, en udeleženec, ki ima diagnozo že dlje časa, pa je na določenih izobraževanjih/delavnicah sicer že sodeloval, vendar je od takrat minilo že dolgo časa, celo več kot desetletje. Njegova motivacija je izvirala zlasti iz želje po obnovitvi znanja, motivacija prvih pa iz želje po pridobivanju novega. Vsi sogovorniki so sodelovali v celotni obravnavi, ki je vključevala pet srečanj, ki so jih izvedli v petih tednih brez vmesnega premora. Takšna razdelitev in obseg sta jim ustrezala, želijo pa si, da bi lahko čez nekaj časa (na primer 5 let) v obravnavi ponovno sodelovali in obnovili svoje znanje.

Podobno kot pri udeležencih obravnave SB tipa 2 so delo v skupini ocenili kot najbolj primerno in izpostavili pomen možnosti delitve različnih mnenj, izkušenj in informacij med samimi bolniki, še zlasti zato, ker nekateri s sladkorno boleznijo živijo že dlje časa kot drugi. Velikost skupine, ki je navadno obsegala 11 oseb, jim je ustrezala, saj so lahko vsi zastavljali vprašanja, dobili nanja odgovore in podali svoja mnenja.

Tisti, ki so k obravnavi pristopili s pričakovanji, so ocenili, da so bila le-ta presežena. Zlasti je k temu prispeval način dela, saj je bil usmerjen v izražanje težav posameznikov in skupno iskanje rešitev. Delo v obravnavi je bilo namreč sestavljeno iz predavanj, še bolj pa iz pogovora. Takšen način se jim zdi najprimernejši, saj menijo, da pridobijo veliko več znanja iz pogovora o konkretnih izkušnjah posameznikov ter iz podanih informacij s strani zdravstvenih delavcev kakor pa iz samostojnega prebiranja literature. Kot pomemben prispevek obravnave so izpostavili nove informacije, zlasti o možnosti vsakoletnih pregledov. Te informacije so zanje še posebej koristne, saj se počutijo bolj suverene v odnosu do zdravnika, da mu predlagajo posamezne preglede.

Na posameznih srečanjih so sodelovali tudi zdravnica, lekarniški farmacevt, DMS edukatorica in predstavnica regionalnega društva diabetikov. Udeležbo vseh so ocenili kot pozitivno, pridobljeno znanje s posameznega področja pa kot uporabno.

Kljub temu so izpostavili, da zaradi številnih informacij v predhodnih srečanjih vsebinski doprinos zdravnice ni bil velik, so pa zaradi obsežnega znanja posebej poudarili vrednost sodelovanja DMS edukatorke. Poleg podanih informacij so z DMS edukatorko namreč vsak posebej pregledali tudi dnevne jedilnike in se pogovorili o možnih izboljšavah, kar jim je bilo še posebej všeč.

Pogovor o uporabljenih gradivih je pokazal na dva pomembna poudarka, in sicer dojemanje zapisovanja (na primer lastnih ciljev) kot preverjanje znanja, kar je jasno izraženo v izjavi "Testov nismo reševali." Nadalje, udeleženci tako dolge obravnave se po pretečenih petih tednih težko spomnijo, na kakšen način so jim bile predstavljene določene vsebine. Verjetno si zaradi prej omenjenega prvega poudarka konkretnih ciljev niso zapisali, določili pa so jih skozi skupinski pogovor in si jih prilagodili. S konkretnimi cilji so povezovali zlasti vodenje dnevnika meritve krvnega sladkorja in prehrane, ki so jih vsi izpolnjevali. Te aktivnosti so dojeli kot "domačo nalogo", pri kateri so posebej pazili na prehrano in gibanje. Ocenili so jo kot pozitivno, saj so na podlagi svojega konkretnega ravnanja prepoznali, kaj bi bilo potrebno spremeniti in zakaj ter bolje razumeli spreminjanje krvnega sladkorja. Neka udeleženka si je tako za cilj zastavila, da v svojo prehrano uvrsti vsaj štiri manjše obroke dnevno namesto dveh oziroma treh, nek udeleženec pa opravlja redne meritve krvnega sladkorja in tlaka, s čimer bo nadaljeval in na podlagi tega sprejemal ustrezne korake, podobno kot so to počeli z DMS edukatorko.

Posebna pozornost v obravnavi je bila namenjena ustrezni prehrani, še posebej številu in količini obrokov ter vsebnosti sladkorja. Zlasti so jih presenetili nazorni podatki o količini sladkorja v določeni hrani. Poleg tega so poudarili pomen gibanja in rednih pregledov, zlasti stopal. Prav "šokantni" podatki o številu amputacij, s katerimi jih je seznanila izvajalka, so jih spodbudili k posvečanju pozornosti rednim pregledom. Tak način poudarjanja pomena jih ni prestrašil, temveč so si informacije še bolj zapomnili. V spomin so se jim prav tako močno vtisnili tudi primeri oziroma zgodbe, s katerimi si je izvajalka pomagala pri podajanju informacij (na primer primer čevlja in noge, zgodbe posameznih bolnikov).

Izkazalo se je, da številna gradiva v obravnavi niso bila uporabljena ali pa so bila v zelo prirejeni obliki. Največjo pozornost so namenili izpolnjevanju obeh dnevnikov (Dnevnik krvnega sladkorja in Dnevnik prehrane), vsakoletnim pregledom ter spreminjanju vrednosti krvnega sladkorja. Čeprav so udeleženci obravnavo dojeli kot spodbudno, je to bilo zlasti zaradi informacij o bolezni in njenih posledicah, manj pa zaradi razumevanja samega načina spreminjanja svojih navad.

POVZETEK IZKUŠENJ IZVAJALK V OBRAVNAVI S SB SKOZI ŽIVLJENJE

Ena izvajalka se je nedavno udeležila izobraževanja o obravnavi S sladkorno boleznijo skozi življenje, ostali dve pa sta si mnenje o njej oblikovali preko izkušenj svojih kolegic, ki so jo obiskovale. Medtem ko je bila prva z njo zadovoljna, sta drugi dve podobno kot pri ostalih dveh obravnavah opozorili na prevelik poudarek načinu izvajanja obravnave, premalo pa teoretičnim znanjem o sladkorni bolezni. Opozorili sta, da se nobena od kolegic, ki se je izobraževanja udeležila, ni prepoznala kot dovolj usposobljena za vodenje te obsežne obravnave. Prepoznavata, da so za vodenje obravnave, ki je osnovana na motiviranju udeležencev, enako pomembne tako večšine pri delu s skupino in z motiviranjem posameznikov kot tudi teoretično znanje.

Sogovornice so izpostavile, da je postopek izvedbe obravnave v priročniku odlično opisan, prav tako pa pomembne izkušnje dela s skupino pridobivajo tudi v drugih obravnavah CKZ. Zato so poudarile, da bi bilo glede na specifične sladkorne bolezni in pričakovanja bolnikov potrebno razširiti teoretične vsebine tako v priročniku kot tudi v izobraževanju.

V dveh pilotnih okoljih zaznavajo, da se obravnave udeležuje veliko udeležencev, ki se zdravijo z insulinom in ki bi naj dostopali do izobraževanj na sekundarni ravni. Kljub temu da obravnava v osnovi takšnim bolnikom ni namenjena, jim omogočijo sodelovanje, saj opažajo, da je obisk sekundarne ravni enkrat letno premalo. To se namreč odraža v slabi poučenosti bolnikov o sladkorni bolezni, pri čemer se deficit znanja kaže zlasti na področju razumevanja delovanja bolezni in pomena prehranjevanja.

Pri uporabi gradiv se sogovornice prilagajajo posamezni skupini, sicer pa prepoznavajo, da udeleženci gradiva neradi izpolnjujejo. Zato se, skupaj z njimi, izvajalke obravnav raje osredotočajo na pogovor, preko katerega udeleženci razmišljajo o oblikovanju ciljev. Medtem ko nekatere sledijo predlogom priročnika in pomagajo posamezniku pri določanju individualnih ciljev, spremljanju in premagovanju ovir, ponekod delo prilagodijo tako, da posameznike povežejo v manjše skupine, kjer oblikujejo cilje, dosegljive za vse člane skupine. Odločitev za takšen prilagojen način izvira iz izkušenj, ko posamezniki individualnih ciljev niso dovolj resno jemali, skupina pa v tem smislu deluje kot povezovalen in spodbujajoč element. Preko konkretnih ciljev izvajalke motivirajo udeležence, da uredijo prehrano (stalnost obrokov, količina, izbira živil) in vzpostavijo kontinuiteto telesnih aktivnosti, posledično pa vzdržujejo povprečno vrednost krvnega sladkorja.

Pri uporabi posameznih gradiv so sogovornice izpostavile podobna mnenja kakor pri ostalih obravnavah. Konkretna gradiva, ki so vezana izključno na obravnavo S sladkorno boleznijo skozi življenje, vključujejo različne ideje za pogovor o spremembah, od katerih izvajalke največkrat uporabijo metodo zamenjave sedežev, ki jim služi kot izhodišče za pogovor o težavnosti prvega koraka na poti k spremembi. Izkazalo se je, da večine ostalih gradiv ne izpolnijo neposredno z udeleženci, temveč ideje posameznega gradiva, kot je na primer iskanje podpore v širši družbeni sredini (gradivo »Kdo vam lahko pomaga pri tem, kar hočete doseči«) vključijo v pogovor o konkretnih spremembah v posameznikovem življenju.

Zelo pomemben doprinos obravnave izvajalke prepoznavajo v sodelovanju drugih zdravstvenih strokovnjakov, in sicer zdravnikov, DMS edukatorke in lekarniškega farmacevta. Opažajo, da njihova prisotnost udeležencem obravnave veliko pomeni, saj so jim poleg informiranja na voljo za pogovor in konkretna vprašanja. Zaradi preobremenjenosti zdravnikov v nekaterih okoljih ti pri obravnavi ne sodelujejo, vendar se izvajalke trudijo, da bi se v prihodnje to spremenilo. Ugotavljajo namreč, da pri udeležencih prisotnost zdravnika pozitivno vpliva na njihovo motivacijo. Nasprotno pa s pridobivanjem preostalih strokovnjakov, DMS edukatorke in lekarniškega farmacevta, v nobenem pilotnem okolju nimajo težav in so večinoma redno prisotni na srečanjih. Največjo vrednost prepoznavajo v sodelovanju z DMS edukatorkami, ki imajo veliko znanja in izobraževalno funkcijo tako za udeležence obravnave kot za izvajalke. Ker menijo, da bi tovrstna znanja morale imeti tudi same izvajalke obravnave, si želijo dodatnih izobraževanj. Poleg omenjenih sodelujejo v obravnavi še lekarniški farmacevti, s katerimi imajo izvajalke različne izkušnje zlasti zaradi načina podajanja informacij (ponekod opozarjajo na pomanjkanje veščin svetovanja in preveč strokovno razlago).

V zvezi s seznanitvijo glede delovanja društev za sladkorne bolnike v njihovem okolju sta dve sogovornici dejali, da udeležencem to možnost predstavijo. Ena sogovornica je dodala, da predsednico društva povabi na obravnavo v CKZ, da predstavi delovanje organizacije in udeležencem ponudi pristopno izjavo, vendar pa vključitev v društvo za nekatere bolnike predstavlja finančni strošek. Sogovornici sicer nimata povratnih informacij o tem, koliko se jih dejansko včlani v lokalno društvo. Tretja sogovornica je dejala, da je najbližje društvo sladkornih bolnikov precej oddaljeno, saj je v Ljubljani, zato včlanitev za njihove bolnike ni najbolj optimalna. O delovanju lekarn udeležencev niso informirale, saj predpostavljajo, da so s tem seznanjeni.

Izvajalke so bile najbolj kritične do coaching pristopa, zlasti pa do izobraževanja, ki so ga bile deležne v povezavi z njim. Menijo, da gre za pregrob pristop, ki temelji na manipulaciji in je neprimeren tako za starejše bolnike kot tiste, ki prihajajo iz ruralnejših okolij, ti pa ponekod predstavljajo velik del udeležencev obravnave. Prav tako imajo slabe izkušnje s tovrstnim pristopom pri svojih bolnikih, saj naj bi ti potrebovali konkretne odgovore od izvajalcev in ne obratno. Ob tem so izpostavile, da vsebina obravnav, kot jih same izvajajo, ni zgolj faktografska. Posvečajo se spodbujanju samorefleksije udeležencev, da bi bili ti sposobni sami prepoznavati smotrnost vsakdanjih odločitev in vedenj. Nadalje so bile sogovornice mnenja, da so sicer ozavestile vsebine priročnika, ki obsežno obravnava model spreminjanja navad, a te vsebine prilagajajo na način, za katerega verjamejo, da bo bolje služil populaciji, ki jo poznajo in s katero vsakodnevno sodelujejo.

ZAKLJUČKI EVALVACIJE PILOTNE IZVEDBE OBRAVNAV NA PODROČJU SLADKORNE BOLEZNI

Na podlagi analize pogovorov lahko podamo nekaj splošnejših ugotovitev glede izvajanja obravnav v treh pilotnih okoljih. Ovire pri izvajanju se kažejo predvsem na področju organizacije delavnic in pridobivanja kandidatov za udeležbo v obravnavah. Slednje je odraz relativne majhnosti pilotnih okolij, v katerih je kontinuirana identifikacija zadostnega števila kandidatov za posamezne delavnice otežena, in odsotnosti sistematične komunikacije med izbranimi osebnimi zdravniki in CKZ. V skladu s tem izvajalkam problem predstavljajo normativi, ki celotno izplačilo pogojujejo z udeležbo najmanj desetih posameznikov na posamezni obravnavi. Izvajalke se zato poslužujejo različnih načinov pridobivanja udeležencev, zaradi česar pa na obravnavah včasih sodelujejo tudi osebe, ki glede na posamezno obravnavo temu ne ustrezajo (na primer obravnavo Sladkorna bolezen tipa 2 obiščejo osebe brez sladkorne bolezni). Do tega prihaja tudi zaradi napačnih napotitev izbranih osebnih zdravnikov. Poleg tega pogosto izvedejo več delavnic z manjšim številom ljudi, zaradi česar pa le-te niso v celoti ovrednotene.

Nadalje smo v povezavi z izvedbo obravnav prišli do ugotovitve, da so gradiva iz priročnika redko oziroma selektivno uporabljena ali pa so s strani izvajalk obravnav prirejena, da služijo potrebam lokalne populacije. Manjša ali prirejena uporaba gradiv je poleg navedenih razlogov ter časovne omejenosti in domnevne neprimernosti gradiva (za starejšo in ruralno populacijo) tudi rezultat delnega odpora do coaching pristopa s strani izvajalk.

Nekatere rešitve omenjenih ovir so izvajalke obravnav podale že same. Strinjajo se, da so za kakovostno delo z udeleženci obravnav primerne manjše skupine. Obravnave namreč v veliki meri temeljijo na spreminjanju življenjskih navad, za kar sta potrebna tako motivacija kot čas, to pa zahteva veliko pogovora in interaktivnega sodelovanja. Preveliko število udeležencev onemogoča takšno delo, zato predlagajo, da tudi v krajših obravnavah skupine ne presegajo osem oseb.

Kljub predlogom, da se nekatere obravnave združijo (modul Zvišan krvni sladkor in modul Sladkorna bolezn tipa 2), ocenjujejo preurejene obravnave, ki so tematsko usmerjene, kot bistveno boljše v primerjavi s prejšnjimi obravnavami v zdravstveno-vzgojnih centrih. Največjo pridobitev prepoznavajo v dolgi obravnavi S sladkorno boleznijo skozi življenje, ki omogoča, da se udeleženci spoznajo tako z izvajalkami kot med sabo, pri tem pa postopno gradijo odnose, poglobijo znanje in udeležanje spremembe. Pri tem izpostavljajo pomen sodelovanja zunanjih strokovnjakov kot največjo prednost, ki še dodatno prispeva k motivaciji in zadovoljstvu uporabnikov z obravnavo.

Uporabljena literatura in viri

1. Zaletel J, Klavs J, Tomažin M. Sladkorna bolezen tipa 2. V: Farkaš Lainščak J, Huber I, Maučec Zakotnik J, Sedlar N, Vrbovšek S (ur.). Program integrirane preventive KNB in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih pilotno testiranje integriranih procesov vključevanja in obravnav ciljne populacije v okviru projekta Skupaj za zdravje - (Projekt Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju odraslih). [El. Knjiga] Ljubljana : Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015. Dostopno na: http://www.skupajzazdravje.si/media/e_verzija_prirocnik_program.integrirane.preventive.knb_2015.pdf
2. Vračko P, Buzeti T, Maučec Zakotnik J, Paulin M, Milavec M, Poličnik R, Zaletel J, Vrbovšek S, Horvat M, Čuš B, Hočevlar T, Knific T, Djomba JK, Kralj M in Rožič M. Spremljanje in evalvacija. V: Farkaš Lainščak J, Huber I, Maučec Zakotnik J, Sedlar N, Vrbovšek S (ur.). Program integrirane preventive KNB in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih pilotno testiranje integriranih procesov vključevanja in obravnav ciljne populacije v okviru projekta Skupaj za zdravje - (Projekt Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju odraslih). [El. Knjiga] Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015. Dostopno na: http://www.skupajzazdravje.si/media/e_verzija_prirocnik_program.integrirane.preventive.knb_2015.pdf
3. Vračko P in Rožič M (ur.). Pilotno testiranje programa integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih [Elektronski vir] : priročnik za spremljanje z opredelitvijo kazalnikov. - El. knjiga. - Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2017. Dostopno na: http://www.skupajzazdravje.si/media/spremljanjeinkazalnikipilotnegatestiranja_program.integrirane_preventive.knb.pdf

11 ZADOVOLJSTVO UPORABNIKOV IN IZVAJALCEV Z OBRAVNAVO V CENTRIH ZA KREPITEV ZDRAVJA - PODROČJE DUŠEVNEGA ZDRAVJA

Nataša Sedlar, Alenka Tančič Grum, Mirjam Rožič, Marcel Kralj

11.1 TEHNIKE SPROŠČANJA

Udeleženec spozna naslednje tehnike sproščanja dihalne vaje, postopno mišično sproščanje in vizualizacija pomirjujočega kraja. Spozna prednosti ter dobi navodila, ko jih lahko izvaja sam.

Prejeli smo 210 izpolnjenih vprašalnikov o zadovoljstvu uporabnikov z obravnavo.

ZADOVOLJSTVO UPORABNIKOV Z OBRAVNAVO TEHNIKE SPROŠČANJA

1 POČUTJE V SKUPINI

Povprečna ocena počutja v skupini znaša 4,7 (od možnih največ 5 točk). Večina (75,7 %) udeležencev je počutje ocenila kot zelo dobro (Tabela 140).

Tabela 140: Tehnike sproščanja: Kako ste se počutili v skupini/pri svetovanju?

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
3	N	2	3	1	6
	%	3,6%	3,8%	1,3%	2,9%
4	N	14	17	14	45
	%	25,0%	21,8%	18,4%	21,4%
5 - zelo dobro	N	40	58	61	159
	%	71,4%	74,4%	80,3%	75,7%
povprečje		4,7	4,7	4,8	4,7
Skupaj	N	56	78	76	210
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

2 VELIKOST SKUPINE

95,8 % udeležencev meni, da je skupina ustrezno velika (Tabela 141).

Tabela 141: Tehnike sproščanja: Se vam je zdela skupina ustrezno velika?

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
prevelika	N	1	4	0	5
	%	1,7%	5,1%	0,0%	2,4%
ustrezno velika	N	57	74	72	203
	%	96,6%	93,7%	97,3%	95,8%
premajhna	N	1	1	2	4
	%	1,7%	1,3%	2,7%	1,9%
Skupaj	N	59	79	74	212
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

3 DOLŽINA POSAMEZNIH SREČANJ

93,8 % udeležencev meni, da je dolžina srečanja ustrezno dolga (Tabela 142).

Tabela 142: Tehnike sproščanja: Kako vam je ustrezala dolžina posameznih srečanj v delavnici?

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
predolga	N	1	1	0	2
	%	1,7%	1,3%	0,0%	0,9%
ustrezno dolga	N	56	69	73	198
	%	96,6%	88,5%	97,3%	93,8%
prekratka	N	1	8	2	11
	%	1,7%	10,3%	2,7%	5,2%
Skupaj	N	58	78	75	211
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

4 MOŽNOST ZASTAVLJANJA VPRAŠANJ

Udeleženci se strinjajo, da so imeli na srečanju možnost zastavljanja vprašanj (Tabela 143).

Tabela 143: Tehnike sproščanja: Na srečanjih smo imeli udeleženci možnost zastavljanja vprašanj

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
4 - se strinjam	N	23	29	22	74
	%	39,7%	37,7%	30,6%	35,7%
5 - zelo se strinjam	N	35	48	50	133
	%	60,3%	62,3%	69,4%	64,3%
povprečje		4,6	4,6	4,7	4,6
Skupaj	N	58	77	72	207
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

5 ZADOVOLJSTVO UDELEŽENCEM V ZVEZI S PRIDOBITVIJO ODGOVOROV STROKOVNJAKOV

99 % udeležencev se strinja, da so dobili odgovore na vprašanja (Tabela 144).

Tabela 144: Tehnike sproščanja: Dobil sem odgovore na vprašanja

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
2 - se ne strinjam	N	0	0	1	1
	%	0,0%	0,0%	1,4%	0,5%
3 - niti-niti	N	0	0	1	1
	%	0,0%	0,0%	1,4%	0,5%
4 - se strinjam	N	18	26	24	68
	%	30,5%	35,1%	32,9%	33,0%
5 - zelo se strinjam	N	41	48	47	136
	%	69,5%	64,9%	64,4%	66,0%
povprečje		4,7	4,6	4,6	4,6
Skupaj	N	59	74	73	206
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

6 RAZUMLJIVA PREDSTAVITEV VSEBIN

99,5 % udeležencev men, da so bile vsebine predstavljene na razumljiv način (Tabela 145).

Tabela 145: Tehnike sproščanja: Vsebine so bile predstavljene na razumljiv način

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
3 - niti-niti	N	0	0	1	1
	%	0,0%	0,0%	1,4%	0,5%
4 - se strinjam	N	11	14	13	38
	%	18,6%	18,9%	18,6%	18,7%
5 - zelo se strinjam	N	48	60	56	164
	%	81,4%	81,1%	80,0%	80,8%
povprečje		4,8	4,8	4,8	4,8
Skupaj	N	59	74	70	203
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

7 UPORABNOST PRIDOBLENIH VEŠČIN IN ZNANJA ZA VSAKDANJE ŽIVLJENJE

95,6 % udeležencev bo pridobljeno znanje in veščine uporabilo v svojem vsakdanjem življenju (Tabela 146).

Tabela 146: Tehnike sproščanja: V kolikšni meri boste pridobljena znanja in veščine lahko uporabili v svojem vsakdanjem življenju?

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
2	N	0	1	0	1
	%	0,0%	1,3%	0,0%	0,5%
3	N	1	4	3	8
	%	1,8%	5,1%	4,1%	3,9%
4	N	22	26	27	75
	%	39,3%	33,3%	37,0%	36,2%
5 - zelo	N	33	47	43	123
	%	58,9%	60,3%	58,9%	59,4%
povprečje		4,6	4,5	4,5	4,5
Skupaj	N	56	78	73	207
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

8 PRIPOROČITEV DELAVNICE DRUGIM LJUDM

85,6 % udeležencev bo delavnico priporočilo tudi drugim, le 14,4 % je morda (Tabela 147).

Tabela 147: Tehnike sproščanja: Ali boste delavnico/testiranje priporočili tudi drugim?

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
Da	N	47	69	63	179
	%	81,0%	86,3%	88,7%	85,6%
Morda	N	11	11	8	30
	%	19,0%	13,8%	11,3%	14,4%
Skupaj	N	58	80	71	209
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

SKLEP O ZADOVOLJSTVU UDELEŽENCEV IN IZVAJALK GLEDE OBRAVNAVE TEHNIKE SPROŠČANJA

Temeljna obravnava za krepitev zdravja Tehnike sproščanja se je v treh pilotnih okoljih izkazala kot sprejemljiva, izvedljiva ter dobro sprejeta s strani izvajalcev in udeležencev, pokazala pa se je potreba po avdio gradivih za udeležence.

11.2 PODPORA PRI SPOPRIJEMANJU S TESNOBO

Udeleženec spozna osnovne značilnosti anksioznih motenj, vzroke zanje ter potek in načine zdravljenja ter pridobi znanja in veščine, s katerimi si bo lahko pomagal sam pri izboljševanju počutja.

ZADOVOLJSTVO UPORABNIKOV Z OBRAVNAVO

1. DELO V SKUPINI

97,4 % udeležencem je ustrezalo delo v skupini (Tabela 148).

Tabela 148: Podpora pri spoprijemanju s tesnobo: Kako vam je ustrezalo delo v skupini?

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
3	N	0	0	2	2
	%	0,0%	0,0%	10,0%	4,5%
4	N	4	1	2	7
	%	33,3%	8,3%	10,0%	15,9%
5 - zelo mi je ustrezalo	N	8	11	16	35
	%	66,7%	91,7%	80,0%	79,5%
povprečje		4,7	4,9	4,7	4,8
Skupaj	N	12	12	20	44
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

2. VELIKOST SKUPINE

97,8 % udeležencev se strinja, da je skupina ustrezno velika (Tabela 149).

Tabela 149: Podpora pri spoprijemanju s tesnobo: Se vam je zdela skupina ustrezno velika?

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
prevelika	N	0	0	1	1
	%	0,0%	0,0%	5,0%	2,2%
ustrezno velika	N	13	12	19	44
	%	100,0%	100,0%	95,0%	97,8%
Skupaj	N	13	12	20	45
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

3. DOLŽINA POSAMEZNIH SREČANJ

Dolžina posameznih srečanj je ustrezala 80,4 % udeležencev. 8 udeležencem se je zdela prekratka (Tabela 150).

Tabela 150: Podpora pri spoprijemanju s tesnobo: Kako vam je ustrezala dolžina posameznih srečanj/testiranja v delavnici?

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
predolga	N	1	0	0	1
	%	7,7%	0,0%	0,0%	2,2%
ustrezno dolga	N	9	10	18	37
	%	69,2%	83,3%	85,7%	80,4%
prekratka	N	3	2	3	8
	%	23,1%	16,7%	14,3%	17,4%
Skupaj	N	13	12	21	46
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

4. MOŽNOST ZASTAVLJANJA VPRAŠANJ

Vsi udeleženci se strinjajo, da so imeli na srečanjih možnost zastavljanja vprašanj (Tabela 151).

Tabela 151: Podpora pri spoprijemanju s tesnobo: Na srečanjih smo imeli udeleženci možnost zastavljanja vprašanj.

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
4 - se strinjam	N	3	3	5	11
	%	23,1%	25,0%	26,3%	25,0%
5 - zelo se strinjam	N	10	9	14	33
	%	76,9%	75,0%	73,7%	75,0%
povprečje		4,8	4,8	4,7	4,8
Skupaj	N	13	12	19	44
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

5. ZADOVOLJSTVO UDELEŽENCEM V ZVEZI S PRIDOBITVIJO ODGOVOROV STROKOVNJAKOV

Vsi udeleženci se strinjajo, da so dobili odgovore na vprašanja (Tabela 152).

Tabela 152: Podpora pri spoprijemanju s tesnobo: Dobil sem odgovore na vprašanja.

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
4 - se strinjam	N	3	2	4	9
	%	23,1%	16,7%	20,0%	20,0%
5 - zelo se strinjam	N	10	10	16	36
	%	76,9%	83,3%	80,0%	80,0%
povprečje		4,8	4,8	4,8	4,8
Skupaj	N	13	12	20	45
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

6. RAZUMLJIVA PREDSTAVITEV VSEBIN

Vsi udeleženci se strinjajo, da so bile vsebine predstavljene na razumljiv način (Tabela 153).

Tabela 153: Podpora pri spoprijemanju s tesnobo: Vsebine so bile predstavljene na razumljiv način

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
4 - se strinjam	N	2	0	4	6
	%	15,4%	0,0%	20,0%	13,3%
5 - zelo se strinjam	N	11	12	16	39
	%	84,6%	100,0%	80,0%	86,7%
povprečje		4,8	5,0	4,8	4,9
Skupaj	N	13	12	20	45
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

7. IZBOLJŠANJE POČUTJA

92,7 % udeležencem se je počutje izboljšalo z obiskovanjem delavnice (Tabela 154).

Tabela 154: Podpora pri spoprijemanju s tesnobo: Ali so srečanja pripomogla k izboljšanju vašega počutja?

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
Da	N	10	10	18	38
	%	100,0%	90,9%	90,0%	92,7%
Ne vem	N	0	1	2	3
	%	0,0%	9,1%	10,0%	7,3%
Skupaj	N	10	11	20	41
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

8. RAZUMLJIVOST GRADIV

Udeleženci ocenjujejo, da so gradiva razumljiva, povprečna ocena znaša 4,9 od najvišje možne ocene 5 (Tabela 155).

Tabela 155: Podpora pri spoprijemanju s tesnobo: Kako razumljiva so se vam zdela gradiva?

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
4	N	2	0	3	5
	%	20,0%	0,0%	14,3%	11,9%
5 - zelo razumljiv	N	8	11	18	37
	%	80,0%	100,0%	85,7%	88,1%
povprečje		4,8	5,0	4,9	4,9
Skupaj	N	10	11	21	42
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

9. UPORABNOST PRIDOBLENIH VEŠČIN IN ZNANJA ZA VSAKDANJE ŽIVLJENJE

92,8 % udeležencev meni, da bodo pridobljeno znanje in veščine lahko uporabili v svojem vsakdanjem življenju (Tabela 156).

Tabela 156: Podpora pri spoprijemanju s tesnobo: V kolikšni meri boste pridobljena znanja in veščine lahko uporabili v svojem vsakdanjem življenju?

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
3	N	0	0	3	3
	%	0,0%	0,0%	14,3%	7,1%
4	N	1	1	7	9
	%	10,0%	9,1%	33,3%	21,4%
5 - zelo	N	9	10	11	30
	%	90,0%	90,9%	52,4%	71,4%
povprečje		4,9	4,9	4,4	4,6
Skupaj	N	10	11	21	42
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

10. PRIPOROČITEV DELAVNICE DRUGIM LJUDEM

Delavnico bo drugim osebam priporočilo 92,9 % udeležencev (Tabela 157).

Tabela 157: Podpora pri spoprijemanju s tesnobo: Ali boste delavnico/testiranje priporočili tudi drugim?

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
Da	N	10	9	20	39
	%	100,0%	81,8%	95,2%	92,9%
Morda	N	0	2	1	3
	%	0,0%	18,2%	4,8%	7,1%
Skupaj	N	10	11	21	42
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

POVZETEK IZKUŠENJ Z IZOBRAŽEVANJEM ZDRAVSTVENIH DELAVCEV ZA IZVAJANJE PSIHOEDUKATIVNE DELAVNICE OBRAVNAVA IN PODPORE BOLNIKOV Z ANKSIOZNIMI MOTNJAMI

V okviru pilotnega izvajanja Programa je red. prof. dr. Mojca Z. Dernovšek, spec. psih. v vseh pilotnih okoljih izvedla izobraževanje Obravnava in podpora bolnikov z anksioznimi motnjami za zdravstvene delavce, na katerem sta bila udeležencem (skupaj N = 62) predstavljena presejalni vprašalnik za anksiozne motnje in psihoedukativna delavnica Spoprijemanje z anksioznostjo.

Izobraževanja se je v vseh treh pilotnih okoljih udeležilo 62 zdravstvenih delavcev (N = 27 iz Zdravstvenega doma Sevnica, N = 22 iz Zdravstvenega doma Celje in N = 13 iz Zdravstvenega doma Vrhnika). Med udeleženci je bilo največ višjih in diplomiranih medicinskih sester (N = 14), diplomiranih medicinskih sester v patronažnem varstvu (N = 11), srednjih medicinskih sester (N = 10) in zdravnikov

družinske medicine (N = 9). Prisotni so bili tudi trije psihologi in dva zdravnika specialista (psihiater in pediater).

Z evalvacijskim vprašalnikom smo preverjali sprejemljivost predlagane obravnave pacientov z anksioznimi motnjami in stališča zdravstvenih delavcev do te problematike. Večina udeležencev izobraževanja (okrog 80 %) se je strinjala, da so anksiozne motnje pomemben zdravstveni problem ter: a) bi bilo v zdravstvenem domu bolnikom in svojem dobro ponuditi možnost, da se poučijo o anksioznih motnjah; 2) je psihiatrov v njihovem okolju premalo, da bi ustrezno poskrbeli za vse bolnike; 3) bodo bolniki raje šli v zdravstveni dom kot pa k psihiatru. Pri interpretaciji rezultatov je sicer potrebno upoštevati, da so se izobraževanja večinoma udeležili tisti zdravstveni delavci, ki jim je področje duševnega zdravja pomembno.

Večina udeležencev izobraževanja (približno 90 %) je ocenila, da so na izobraževanju dobili osnovne informacije o izvedbi presejanja in napotovanja pri anksioznih motnjah. Udeleženci na Vrhniki in v Sevnici so po izobraževanju na lestvici od 1 (zelo nezadovoljen) do 5 (zelo zadovoljen) ocenili tudi zadovoljstvo z različnimi vidiki izobraževanja. Rezultati kažejo, da je bila večina zelo zadovoljna oziroma zadovoljna z izvajalci (M = 4,6), organizacijo in metodami (M = 4,5) ter z vsebino in uporabnostjo izobraževanja (M = 4,4).

POVZETEK IZKUŠENJ IZVAJALKE Z IZVEDBO PSIHOEDUKATIVNE DELAVNICE PODPORA PRI SPOPRIJEMANJU Z ANKSIOZNOSTJO

Delavnico Podpora pri spoprijemanju z anksioznostjo je v obdobju od marca do maja 2015 v vseh treh pilotnih okoljih prvič izvedla red. prof. dr. Mojca. Z. Dernovšek, spec. psih. Na ta način je v okviru pilotnega izvajanja preverjala, kako se vsebina delavnice (ki jo je sicer razvijala in izvajala na Oddelku za izvenbolnišnično psihiatrijo na Polikliniki) obnese v kontekstu primarnega zdravstvenega varstva. Med izvajanjem delavnice se je za potrebe vsebinske nadgradnje oziroma prilagoditve delavnice tudi snemala. Dodatno smo z evalvacijskimi vprašalniki pri udeležencih po vsakem izmed srečanj in po koncu delavnice preverjali njihovo mnenje o delavnici/zadovoljstvo z delavnico.

Izvedena evalvacija kaže na (kratkoročno) učinkovitost in sprejemljivost delavnice za udeležence. Večina udeležencev je namreč vsebino posameznih srečanj ocenila kot (zelo) zanimivo, novo in koristno ter izrazila zadovoljstvo nad udeležbo na delavnici. Prav tako je večina udeležencev poročala, da se po posameznih srečanjih počutijo (zelo) mirno in sproščeno. Skoraj vsi udeleženci so poročali, da bodo delavnico zagotovo ali verjetno priporočili drugim ter o njej zagotovo ali verjetno poročali zdravniku.

Komentarji udeležencev na evalvacijskem vprašalniku po koncu delavnice so se nanašali na navdušenje udeležencev nad vsebinami in izvajalko ('Predavateljica super.'; 'Priporočam.'), željo po več srečanjih ('Še nadaljevanje.'), doprinos delavnice k premagovanju anksioznih motenj ('Z udeležbo na delavnici sem prebila pomemben led in se bom udeleževala podobnih delavnic.') ter zaznano potrebo po dostopnosti podobnih vsebin širšemu krogu ljudi ('Delavnice bi morale biti brezplačno dostopne vsem zainteresiranim.'; 'Čim večkrat s tem znanjem med ljudi, ker to potrebujejo.').

Ker je delavnico v vseh pilotnih okoljih izvajala psihiatrinja s strani zaposlenih v CKZ nismo pridobivali informacij o izvedljivosti delavnice, temveč zgolj njihova stališča do delavnice. Ta so pozitivna, izvajalke pa menijo, da bi v okviru praktičnega usposabljanja za izvajanje delavnice potrebovale mentorstvo psihiatra (podobno kot v okviru praktičnega usposabljanja za izvajanje delavnice s področja depresije). To se je pokazalo predvsem na drugem srečanju delavnice, ki vsebinsko pokriva tudi področje zdravljenja anksioznih motenj z zdravili.

V nadaljevanju leta se delavnica Podpora pri spoprijemanju z anksioznostjo v pilotnih okoljih ni redno izvajala, kot je bilo sprva predvideno. Pilotna izvedba delavnice s strani psihiatrinje je bila namreč (poleg nadgradnje vsebin) namenjena tudi usposabljanju izvajalcev delavnice v posameznem pilotnem okolju, da bi ti delavnico v nadaljevanju lahko samostojno izvajali. V tem času pa je v dveh CKZ prišlo do zaposlovanja novih kadrov (psihologov), ki jih je bilo potrebno naknadno usposobiti za izvajanje delavnice – kar je bilo izvedeno v mesecu oktobru 2015 (izvedba delavnice na Vrhniki s strani NIJZ ob prisotnosti psihologinje iz CKZ Vrhnika) in novembru 2015 (individualno srečanje s psihologinjo iz CKZ Celje). Obenem pa delavnic v pilotnih okoljih niso izvajali tudi zato, ker izvajalcem v tako kratkem časovnem obdobju nismo uspeli zagotoviti vsebinsko nadgrajenih priročnikov za izvajanje delavnice (prenovljeni priročniki bodo namreč prav tako eden izmed končnih izdelkov red. prof. dr. Mojce Z. Dernovšek, spec. psih., ki je izvajala prve delavnice v pilotnih okoljih).

V obdobju od začetka julija do konca novembra 2015 je bila tako delavnica Podpora pri spoprijemanju z anksioznostjo izvedena le na Vrhniki, pri čemer je bila izvedena s strani NIJZ z namenom praktičnega usposabljanja psihologinje v CKZ. Udeleženci delavnice so bili s predstavljenimi vsebinami zadovoljni in so izrazili željo po nadaljnjem srečevanju v obliki podporne skupine.

POVZETEK IZKUŠENJ ZDRAVSTVENIH DELAVCEV S PRESEJANJEM ZA ANKSIOZNE MOTNJE IN Z NAPOTOVANJEM NA PSIHOEDUKATIVNO DELAVNICO

V času prve izvedbe delavnic v pilotnih okoljih smo pri zdravstvenih delavcih s pol-strukturiranimi intervjuji oziroma fokusnimi skupinami (vzorec je obsegal 10 zdravnikov družinske medicine in 12 diplomiranih medicinskih sester) preverjali težave pri presejanju za anksiozne motnje in napotovanju na psihoedukativno delavnico.

Pridobivanje udeležencev za delavnico je v vseh pilotnih okoljih potekalo v sodelovanju s psihiatrično ambulantno, zdravniki družinske medicine pa so na delavnico poslali svoje paciente z (že) diagnosticiranimi anksioznimi motnjami. Zdravniki družinske medicine so poročali, da niso izvajali sistematičnega presejanja za anksiozne motnje, vendar so izrazili prepričanje, da pri diagnostiki anksioznih motenj nimajo težav. Najbolj jih, po njihovih besedah, omejuje pomanjkanje časa, namenjenega obravnavi posameznega pacienta. Sistematičnega presejanja za anksiozne motnje niso izvajale niti diplomirane medicinske sestre iz referenčnih ambulant družinske medicine; kot razlog so navedle to, da presejanje ni vključeno v standardni protokol obravnave pacienta.

Psihoedukativno delavnico Podpora pri spoprijemanju z anksioznostjo so zdravniki družinske medicine udeleženi v fokusni skupini in pol-strukturiranih intervjujih sicer ocenjevali kot zelo pozitivno, poročali so tudi o pozitivnih povratnih informacijah s strani pacientov. Kot velik doprinos delavnice so izpostavili to, da jim daje možnost usmerjanja pacientov s tovrstnimi težavami v nadaljnjo obravnavo. Slednje je sicer težavno zaradi pomanjkanja koncesionarjev (in posledično dolgih čakalnih dob) ter visokih cen samoplačniških storitev.

Presejalni postopek za anksiozne motnje in postopek napotovanja na delavnice Podpora pri spoprijemanju z anksioznostjo so zdravstveni delavci, vključeni v fokusno skupino in pol-strukturirane intervjuje, torej ocenili kot sprejemljiva, vendar jih večina intervjuvancev ni izvajala. Slednje kaže na potrebo po dodatni promociji delavnice med zdravstvenimi delavci (predvsem zdravniki družinske medicine in psihiatri) in motivaciji zdravnikov družinske medicine k sistematičnemu presejanju za anksiozne motnje ter napotovanju pacientov na tovrstne psihoedukativne delavnice.

Tudi kvantitativni podatki, to je poročila zdravstvenih delavcev iz pilotnih okolij kažejo, da je bilo tekom celotnega pilotnega izvajanja izvedeno majhno število presejanj za anksiozne motnje in majhno število napotitev na delavnico. Od začetka aprila do konca novembra 2015 je bilo, glede na pridobljena poročila iz referenčnih ambulant družinske medicine, v le-teh skupno izvedenih 62 presejanj za anksiozne motnje, od tega 15 v pilotnem okolju ZD Vrhnika (od 226 preventivno pregledanih oseb; okrog 7 %) in 24 v pilotnem okolju ZD Sevnica (od 211 preventivno pregledanih oseb; okrog 11 %), in 23 v pilotnem okolju ZD Celje (od 972 preventivno pregledanih oseb; okrog 2 %). Iz ambulant družinske medicine, ki niso referenčne, so edino iz Vrhniko poročali o 2 izvedenih presejanjih za anksiozne motnje (od skupno 39 izvedenih preventivnih pregledov v mesecu juliju; okrog 5 %).

Na podlagi rezultatov presejanja za anksiozne motnje je bilo v obdobju od začetka aprila do konca novembra 2015 na delavnico Podpora pri spoprijemanju z anksioznostjo v pilotnem okolju ZD Vrhnika napotenih 12 oseb, v v pilotnem okolju ZD Sevnica je bilo na delavnico napotenih 6 oseb, v v pilotnem okolju ZD Celje pa 10 oseb. 20 oseb (N vseh vključenih oseb = 2047, okrog 1 %) iz vseh treh pilotnih okolij je bilo v tem obdobju na delavnico usmerjenih na podlagi vstopnega razgovora v CKZ.

Majhno število izvedenih presejanj in napotitev na delavnico lahko povezujemo s tem, da presejalni vprašalnik za anksiozne motnje še ni vključen v standardni protokol obravnave pacienta v referenčni ambulanti družinske medicine, zaradi česar presejanje ni bilo izvedeno pri vsakem pacientu (oziroma je bilo izvedeno po presoji diplomirane medicinske sestre ali zdravstvenika v referenčni ambulanti družinske medicine). Obenem pa v CKZ v času pilotnega izvajanja delavnice še niso pričeli redno izvajati - poleg delavnice, ki je bila v vseh pilotnih okoljih izvedena s strani psihiatrinje, je bila ena delavnica izvedena le še v CKZ Vrhnika.

11.3 SPOPRIJEMANJE S STRESOM

Uporabnik spozna osnovne značilnosti doživljanja stresa, vzroke zanj ter načine in obvladovanja.

ZADOVOLJSTVO UPORABNIKOV Z OBRAVNAVO

Na vprašalnik zadovoljstvo uporabnikov z obravnavo je odgovorilo 37 oseb.

1. DELO V SKUPINI

Delo v skupini je ostrezalo večini oseb. 97,3 % udeležencem je taka oblika dela zelo ustrezala (Tabela 158).

Tabela 158: Spoprijemanje s stresom: Kako vam je ustrezalo delo v skupini?

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
3	N	0	1	0	1
	%	0,0%	14,3%	0,0%	2,7%
4	N	2	3	2	7
	%	12,5%	42,9%	14,3%	18,9%
5 - zelo mi je ustrezalo	N	14	3	12	29
	%	87,5%	42,9%	85,7%	78,4%
povprečje		4,9	4,3	4,9	4,8
Skupaj	N	16	7	14	37
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

2. VELIKOST SKUPINE

92,7 % udeležencem se je zdela skupina ustrezno velika, 4,9 % se je zdela prevelika in 2,4 % se je zdela premajhna (Tabela 159).

Tabela 159: Spoprijemanje s stresom: Se vam je zdela skupina ustrezno velika?

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
prevelika	N	0	1	1	2
	%	0,0%	12,5%	6,7%	4,9%
ustrezno velika	N	18	6	14	38
	%	100,0%	75,0%	93,3%	92,7%
premajhna	N	0	1	0	1
	%	0,0%	12,5%	0,0%	2,4%
Skupaj	N	18	8	15	41
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

3. DOLŽINA POSAMEZNIH SREČANJ

80,5 % udeležencem se je zdelo posamezno srečanje v delavnici ustrezno dolgo. 19,5 % udeležencem je bilo posamezno srečanje prekratko (Tabela 160).

Tabela 160: Spoprijemanje s stresom: Kako vam je ustrezala dolžina posameznih srečanj/testiranja v delavnici?

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
ustrezno dolga	N	13	7	13	33
	%	72,2%	87,5%	86,7%	80,5%
prekratka	N	5	1	2	8
	%	27,8%	12,5%	13,3%	19,5%
Skupaj	N	18	8	15	41
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

4. MOŽNOST ZASTAVLJANJA VPRAŠANJ

Vsi udeleženci so se strinjali, da so imeli na srečanju možnost zastavljanja vprašanj (Tabela 161).

Tabela 161: Spoprijemanje s stresom: Na srečanjih smo imeli udeleženci možnost zastavljanja vprašanj

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
4 - se strinjam	N	5	7	5	17
	%	29,4%	87,5%	33,3%	42,5%
5 - zelo se strinjam	N	12	1	10	23
	%	70,6%	12,5%	66,7%	57,5%
povprečje		4,7	4,1	4,7	4,6
Skupaj	N	17	8	15	40
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

5. ZADOVOLJSTVO UDELEŽENCEM V ZVEZI S PRIDOBITVIJO ODGOVOROV STROKOVNJAKOV

Na vprašanja so v 95,2 % dobili odgovore (ocena 5 ali 4). Le po ena oseba v Celju in v Sevnici je opredelila odgovarjanje z oceno 3 niti – niti (Tabela 162).

Tabela 162: Spoprijemanje s stresom: Dobil sem odgovore na vprašanja

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
3 - niti-niti	N	1	1	0	2
	%	5,6%	12,5%	0,0%	4,9%
4 - se strinjam	N	6	5	6	17
	%	33,3%	62,5%	40,0%	41,5%
5 - zelo se strinjam	N	11	2	9	22
	%	61,1%	25,0%	60,0%	53,7%
povprečje		4,6	4,1	4,6	4,5
Skupaj	N	18	8	15	41
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

6. RAZUMLJIVA PREDSTAVITEV VSEBIN

97,5 % udeležencev se strinja, da so bile vsebine predstavljene na razumljiv način. 1 oseba v Celju je bila neodločena (ocena 3 niti – niti) (Tabela 163).

Tabela 163: Spoprijemanje s stresom: Vsebine so bile predstavljene na razumljiv način

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
3 - niti-niti	N	1	0	0	1
	%	5,9%	0,0%	0,0%	2,5%
4 - se strinjam	N	2	1	4	7
	%	11,8%	12,5%	26,7%	17,5%
5 - zelo se strinjam	N	14	7	11	32
	%	82,4%	87,5%	73,3%	80,0%
povprečje		4,8	4,9	4,7	4,8
Skupaj	N	17	8	15	40
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

7. UPORABNOST PRIDOBLJENIH VEŠČIN IN ZNANJA ZA VSAKDANJE ŽIVLJENJE

93,8 % udeležencev je mnenja, da jim je obisk delavnice pomagal pri izboljšanju počutja (Tabela 164).

Tabela 164: Spoprijemanje s stresom: Ali so srečanja pripomogla k izboljšanju vašega počutja?

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
Da	N	11	7	12	30
	%	100,0%	87,5%	92,3%	93,8%
Ne vem	N	0	1	1	2
	%	0,0%	12,5%	7,7%	6,3%
Skupaj	N	11	8	13	32
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

8. RAZUMLJIVOST GRADIV

Udeleženci so razumljivost gradiva ocenili s povprečno oceno 4,6. Zelo razumljivo se je gradivo zdelo 72,7 % udeležencem. Eni osebi od 33 oseb se je gradivo zdelo nerazumljivo (Tabela 165).

Tabela 165: Spoprijemanje s stresom: Kako razumljiva so se vam zdela gradiva?

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
1 - zelo nerazumljiv	N	0	1	0	1
	%	0,0%	12,5%	0,0%	3,0%
2	N	1	0	0	1
	%	9,1%	0,0%	0,0%	3,0%
3	N	2	2	3	7
	%	18,2%	25,0%	21,4%	21,2%
4	N	8	5	11	24
	%	72,7%	62,5%	78,6%	72,7%
5 - zelo razumljiv	N	8	5	11	24
	%	72,7%	62,5%	78,6%	72,7%
povprečje		4,6	4,3	4,8	4,6
Skupaj	N	11	8	14	33
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

9. UPORABNOST PRIDOBLENIH VEŠČIN IN ZNANJA ZA VSAKDANJE ŽIVLJENJE

94,8 % deležencev meni, da bodo lahko pridobljeno znanje in veščine uporabili v svojem vsakdanjem življenju (Tabela 166).

Tabela 166: Spoprijemanje s stresom: V kolikšni meri boste pridobljena znanja in veščine lahko uporabili v svojem vsakdanjem življenju?

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
3	N	0	0	2	2
	%	0,0%	0,0%	14,3%	5,1%
4	N	4	6	3	13
	%	23,5%	75,0%	21,4%	33,3%
5 - zelo	N	13	2	9	24
	%	76,5%	25,0%	64,3%	61,5%
povprečje		4,8	4,3	4,5	4,6
Skupaj	N	17	8	14	39
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

10. PRIPOROČITEV DELAVNICE DRUGIM LJUDEM

95 % udeležencev bo delavnico priporočilo tudi drugim (Tabela 167).

Tabela 167: Spoprijemanje s stresom: Ali boste delavnico/testiranje priporočili tudi drugim?

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
Da	N	18	6	14	38
	%	100,0%	75,0%	100,0%	95,0%
Morda	N	0	2	0	2
	%	0,0%	25,0%	0,0%	5,0%
Skupaj	N	18	8	14	40
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

POVZETEK IZKUŠENJ IZVAJALCEV Z IZVEDBO PSIHOEDUKATIVNE DELAVNICE PREPOZNAVANJE IN OBVLADOVANJE STRESA

Delavnico Prepoznavanje in obvladovanje stresa je v obdobju od marca do maja 2015 v vseh treh pilotnih okoljih prvič izvedla red. prof. dr. Mojca. Z. Dernovšek, spec. psih. Na ta način je v okviru pilota preverjala, kako se vsebina delavnice (ki jo je sicer razvijala in izvajala na različnih ciljnih/poklicnih skupinah) obnese v kontekstu primarne ravni zdravstvenega varstva. Med izvajanjem delavnice se je za potrebe vsebinske prenove oziroma nadgradnje delavnice tudi snemala. Dodatno pa smo z evalvacijskimi vprašalniki pri udeležencih po vsakem izmed srečanj in po koncu delavnice preverjali njihovo mnenje o delavnici. Udeleženci delavnice v pilotnih okoljih ZD Celje in ZD Vrhnika so bili na delavnico napoteni s strani zdravnikov družinske medicine in psihiatrov, prisotni so bili tudi zaposleni iz zdravstvenega doma. V pilotnem okolju ZD Sevnica pa je bila delavnica na željo vodstva izvedena izključno za zaposlene v zdravstvenem domu Sevnica.

Izvedena evalvacija kaže na (kratkoročno) učinkovitost in sprejemljivost delavnice za udeležence. Večina udeležencev je namreč vsebino posameznih srečanj ocenila kot (zelo) zanimivo, novo in koristno ter izrazila zadovoljstvo nad udeležbo na delavnici. Prav tako je večina udeležencev poročala, da se po posameznih srečanjih počutijo (zelo) mirno in sproščeno. Skoraj vsi udeleženci so poročali, da bodo delavnico zagotovo ali verjetno priporočili drugim, medtem ko je delež tistih, ki bodo o delavnici zagotovo ali verjetno poročali zdravniku nekoliko nižji (okrog 70 %). Komentarji udeležencev na evalvacijskem vprašalniku po koncu delavnice so se nanašali na navdušenje udeležencev nad vsebinami ('Je zelo poučna, koristna.'; 'Me je navdušila.'), željo po več srečanjih ('Štiri srečanja so premalo, človek se šele začne zavedati na čem mora delati.'; 'Potrebujemo nadaljevanje.') ter zaznano potrebo po dostopnosti podobnih vsebin širšemu krogu ljudi ('Delavnice bi lahko bile širše dostopne ljudem, brezplačno.'). Tudi med izvajanjem delavnice so udeleženci večkrat izražali mnenje, da bi take vsebine (predvsem s področja prepoznavanja in obvladovanja čustev ter spoprijemanja s stresom) morale biti dostopne vsakemu posamezniku.

Kljub temu da smo v začetku predvideli, da so do delavnice upravičeni vsi ogroženi za stres, ki so hkrati ogroženi/oboleli za kronično boleznijo, se je torej na terenu pokazala potreba po širši implementaciji delavnice – to je na vseh pacientih ogroženih zaradi stresa (tudi zdravih brez dejavnikov tveganja oziroma zdravih z dejavnikom tveganja za kronično bolezen). Tovrstne preventivne intervencije bi bile smiselne tudi z vidika krepitve zdravja in preprečevanja nastanka duševnih motenj in psihosomatskih obolenj. Oboje namreč pogosto nastopi kot posledica dolgotrajnega doživljanja prekomernega stresa, s katerim se posameznik ne spoprijema učinkovito.

O pomembnosti in koristnosti takih delavnic so poročali tudi na delavnici prisotni zdravstveni delavci. Poudarili so, da je skrb za duševno zdravje pri zdravstvenih delavcih zelo pomembna, saj je njihovo delo pogosto obremenjujoče. Obenem so izrazili prepričanje, da bodo na podlagi pozitivne izkušnje z delavnico paciente lažje motivirali zanjo.

V pilotnem okolju ZD Celje so izvajalke zaznale težave pri zagotavljanju zadostnega števila udeležencev na vseh treh delavnicah s področja duševnega zdravja hkrati (stres, anksioznost, depresija). K temu pomembno prispeva dejstvo, da na tovrstne delavnice paciente napotuje omejeno število zdravnikov. Slednje kaže na potrebo po dodatni promociji delavnice Prepoznavanje in obvladovanje stresa med zdravniki družinske medicine.

Ker je delavnico v vseh pilotnih okoljih izvajala psihiatrinja, s strani zaposlenih v ZVC nismo pridobivali informacij o njeni izvedljivosti, temveč so nas zanimala zgolj njihova stališča do delavnice. Slednja so pozitivna tako z vidika vsebine delavnice kot tudi njenega izvajanja v okviru zdravstvenovzgojnih programov.

V nadaljevanju leta se delavnica Prepoznavanje in obvladovanje stresa v pilotnih okoljih ni redno izvajala, kot je bilo sprva predvideno. Pilotna izvedba delavnice s strani psihiatrinje je bila namreč namenjena tudi usposabljanju izvajalcev delavnice v posameznem pilotnem okolju, da bi ti delavnico v nadaljevanju lahko samostojno izvajali.

V tem času pa je v dveh CKZ prišlo do zaposlovanja novih kadrov (psihologov), ki jih je bilo potrebno naknadno usposobiti za izvajanje delavnice – kar je bilo izvedeno v mesecu novembru (individualno srečanje s psihologinjo iz CKZ Vrhnika in prisotnost na srečanju delavnice, ki ga je omenjena izvajalka

samostojno vodila, ter individualno srečanje s psihologinjo iz CKZ Celje). Obenem pa delavnic v pilotnih okoljih niso izvajali tudi zato, ker izvajalcem v tako kratkem časovnem obdobju nismo uspeli zagotoviti vsebinsko nadgrajenih priročnikov za izvajanje delavnice (prenovljeni priročniki bodo namreč prav tako eden izmed končnih izdelkov red. prof. dr. Mojce Z. Dernovšek, spec. psih., ki je izvajala prve delavnice v pilotnih okoljih).

V obdobju od začetka julija do konca novembra 2015 je bila tako delavnica Prepoznavanje in obvladovanje stresa izvedena le v pilotnem okolju ZD Celje, in sicer v okviru dneva odprtih vrat Javnega zavoda Socio Celje. Izvajalka iz CKZ je delavnico vsebinsko in časovno prilagodila uporabnikom, tako da je vsebovala njim relevantne vsebine in je obsegala zgolj eno srečanje. Udeleženci so poročali o zadovoljstvu s predstavljenimi vsebinami, želeli pa bi si še kakšno dodatno srečanje in več časa za razgovor.

POVZETEK IZKUŠENJ ZDRAVSTVENIH DELAVCEV S PRESEJANJEM ZA OGROŽENOST ZARADI STRESA IN Z NAPOTOVANJEM NA PSIHOEDUKATIVNO DELAVNICO

V času prve izvedbe delavnic v pilotnih okoljih smo pri zdravstvenih delavcih s pol-strukturiranimi intervjuji oziroma fokusnimi skupinami (vzorec je obsegal 10 zdravnikov družinske medicine in 12 diplomiranih medicinskih sester) preverjali mnenje/stališča o psihoedukativni delavnici Prepoznavanje in obvladovanje stresa in jih povprašali o morebitnih povratnih informacijah s strani pacientov, napoteni na delavnico. Večina vključenih zdravstvenih delavcev bi si želela uvedbo delavnice na primarni ravni. To bi jim omogočalo, da paciente, ki imajo s stresom povezane težave, usmerijo v nadaljnjo obravnavo, česar jim do sedaj niso mogli ponuditi. Zdravniki iz pilotnih okolij ZD Celja in ZD Vrhnika, ki so na delavnico napotili svoje paciente, pa so tudi poročali, da so z njihove strani dobili pozitivne povratne informacije o delavnici. Pri tem moramo vendarle vzeti v obzir, da so se na naše pozive za sodelovanje večinoma odzvali tisti zdravniki, ki so že sicer naklonjeni takim programom.

Presejanje za ogroženost zaradi stresa predstavlja del standardnega protokola obravnave pacienta v referenčni ambulanti družinske medicine in se zato izvaja v okviru vseh izvedenih preventivnih pregledov. Glede na pridobljena poročila iz referenčnih ambulant družinske medicine je bilo le-teh v obdobju od začetka aprila do konca novembra 2015 v pilotnem okolju ZD Vrhnika 226, v pilotnem okolju ZD Sevnica 211, v pilotnem okolju ZD Celje pa 972. Iz nobenega pilotnega okolja niso bili pridobljeni podatki o tem, koliko oseb je bilo na podlagi preventivnih pregledov v referenčnih ambulantah napoteni na delavnico Prepoznavanje in obvladovanje stresa. V vseh treh pilotnih okoljih pa je bilo v istem obdobju, na podlagi vstopnega razgovora v CKZ, na delavnico Prepoznavanje in obvladovanje stresa skupno napoteni 15 oseb (N vseh vključenih oseb = 2047, okrog 0,7%).

Enega izmed pomembnih razlogov za majhno število napotitev na delavnico Prepoznavanje in obvladovanje stresa (kljub temu, da je presejanje za ogroženost zaradi stresa izvedeno pri vseh preventivno pregledanih pacientih v referenčnih ambulantah družinske medicine) zagotovo predstavlja to, da se delavnica v času izvajanja pilota v CKZ še ni izvajala redno - poleg delavnice, ki je

bila v vseh pilotnih okoljih izvedena s strani psihiatrinje, je bila namreč ena delavnica izvedena le še v CKZCelje.

11.4 ZAKLJUČKI EVALVACIJE PILOTNE IZVEDBE NOVIH DELAVNIC NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA

PODPORA PRI SPOPRIJEMANJU S TESNOBO IN SPOPRIJEMANJE S STRESOM

Psihoedukativni delavnici Podpora pri spoprijemanju s tesnobo in Spoprijemanje s stresom sta bili v pilotnih okoljih s strani zdravstvenih delavcev prepoznani kot smiselni in potrebni, kajti problematika je pri pacientih relativno pogosta, viri izobraževanja in podpore v lokalnem okolju pa pogosto nezadostni oziroma samoplačniški. Obenem sta bili omenjeni delavnici med zdravstvenimi delavci zaznani kot sprejemljiv način obravnave pacientov s tovrstnimi težavami, s strani udeležencev delavnice pa je bil odziv v vseh treh pilotnih okoljih pozitiven.

Tekom pilotnega izvajanja se je izkazalo, da je za uspešno izvajanje delavnice Podpora pri spoprijemanju s tesnobo, z vidika pridobivanja udeležencev, nujna vključitev presejanja za sum na anksiozne motnje v standardni protokol obravnave pacienta v referenčni ambulantni družinske medicine ter promocija delavnice med zdravstvenimi delavci.

Prav tako se je pokazalo, da je za uspešno implementacijo delavnic ključnega pomena skrb za ustrezno usposobljenost strokovnjakov, ki delavnico izvajajo; mentorska podpora praktičnemu usposabljanju se je izkazala kot smiselna in ustrezna, vendar je za zagotavljanje kakovosti programov nujno zagotoviti njeno trajnost in rednost (redna nadaljnja usposabljanja izvajalcev, supervizije, konzultacije z mentorji). Prav tako pa izkušnje iz pilotne izvedbe kažejo, da bi bilo v ZVC smiselno zagotoviti kader, ki bi primarno pokrival delavnice na področju duševnega zdravja.

Uporabljena literatura in viri

1. Dernovšek MZ, Sedlar N, Tančič Grum A. Anksiozne motnje. V: Farkaš Lainščak J, Huber I, Maučec Zakotnik J, Sedlar N, Vrbovšek S (ur.). Program integrirane preventive KNB in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih pilotno testiranje integriranih procesov vključevanja in obravnav ciljne populacije v okviru projekta Skupaj za zdravje - (Projekt Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju odraslih). [El. knjiga] Ljubljana : Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015. Dostopno na: http://www.skupajzazdravje.si/media/e_verzija_prirocnik_program.integrirane.preventive.knb_2015.pdf
2. Dernovšek MZ, Sedlar N, Tančič Grum A. Stres. V: Farkaš Lainščak J, Huber I, Maučec Zakotnik J, Sedlar N, Vrbovšek S (ur.). Program integrirane preventive KNB in zmanjševanja neenakosti v zdravju

pri odraslih pilotno testiranje integriranih procesov vključevanja in obravnav ciljne populacije v okviru projekta Skupaj za zdravje - (Projekt Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju odraslih). [El. Knjiga] Ljubljana : Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015. Dostopno na: http://www.skupajzazdravje.si/media/e_verzija_prirocnik_program.integrirane.preventive.knb_2015.pdf

3. Vračko P, Buzeti T, Maučec Zakotnik J, Paulin M, Milavec M, Poličnik R, Zaletel J, Vrbovšek S, Horvat M, Čuš B, Hočevár T, Knific T, Djomba JK, Kralj M in Rožič M. Spremljanje in evalvacija. V: Farkaš Lainščak J, Huber I, Maučec Zakotnik J, Sedlar N, Vrbovšek S (ur.). Program integrirane preventive KNB in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih pilotno testiranje integriranih procesov vključevanja in obravnav ciljne populacije v okviru projekta Skupaj za zdravje - (Projekt Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju odraslih). [El. Knjiga] Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015. Dostopno na: http://www.skupajzazdravje.si/media/e_verzija_prirocnik_program.integrirane.preventive.knb_2015.pdf

4. Vračko P in Rožič M (ur.). Pilotno testiranje programa integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih [Elektronski vir] : priročnik za spremljanje z opredelitvijo kazalnikov. - El. knjiga. - Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2017. Dostopno na: http://www.skupajzazdravje.si/media/spremljanjeinkazalnikipilotnegatestiranja_program.integrirane.preventive.knb.pdf

12 PRESEJANJE ZA TVEGANO IN ŠKODLJIVO PITJE ALKOHOLA

Tadeja Hočevar, Marcel Kralj

OPUŠČANJE TVEGANEGA IN ŠKODLJIVEGA PITJA ALKOHOLA – POROČILO O PILOTNI IZVEDBI

Poročilo o izvajanju svetovanja za opuščanje tveganega in škodljivega pitja alkohola (v nadaljevanju T/ŠpA) in podpore v primeru sindroma odvisnosti od alkohola je nastalo na podlagi naslednjih virov: izpolnjeni e-vprašalniki za izvajalce v računalniški aplikaciji 1ka, izpolnjeni vprašalniki o zadovoljstvu uporabnikov in povratne informacije izvajalcev, pridobljene prek telefonskih pogovorov (izvedeno v dveh časovnih točkah: 27. 7.–31. 7. 2015 in 15. 2.–29. 2. 2016) in izvedene zaključne supervizijske delavnice (srečanje izvajalcev svetovanj v okviru projekta 26. 11. 2015 oziroma telefonski pogovor z izvajalko CSD Sevnica 23. 11. 2015) nosilke področja z dosegljivimi/udeleženi izvajalci.

V nadaljevanju predstavljamo kvantitativno pridobljene rezultate (merjenje procesnih in strukturnih kazalnikov ter kazalnikov učinka) in kvalitativno pridobljene rezultate (kazalniki izvedljivosti) ter zaključujemo s ključnimi ugotovitvami glede izvedljivosti in usmeritvami za naprej.

Nota bene: dokument je brati upošteva se sledeče:

- V pilotu glede področja alkohola niso sodelovali NVO. Rezultati za to kategorijo so zaradi morebitnega neformalnega sodelovanja sicer prikazani, vendar v primerih, kjer ni zavedene nobene enote, ne tudi posebej interpretirani.
- V pilotu uradno ni sodeloval CSD Vrhnika, zato se vsi podatki, obdelani na podlagi pridobljenega s strani CSD, nanašajo na CSD Celje oziroma CSD Sevnica.
- V pilotnem okolju ZD Vrhnika so bila skoraj vsa presejanja izvedena s strani ZRSZ.
- Presejanje s strani ZDM v RADM, ZDM v ADM, DMS v PV in strokovne/ga sodelavca/ke v CKZ je bilo izvedeno le v pilotnem okolju ZD Sevnica, v pilotnih okoljih ZD Celje in ZD Vrhnika pa ne.
- V kar nekaj primerih (na primer gledano z vidika profila izvajalca obravnave) interpretacija deležev znotraj posameznih kategorij zaradi premajhnega števila opredeljenih enot lahko služi le kot zelo ohlapna orientacija.

Za lažje razumevanje:

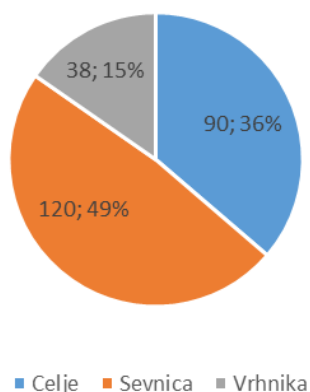
- Obravnava T/ŠpA zajema 3 faze: presejanje, svetovanje in spremljanje;
- svetovanje vključuje 3 različice: kratki ukrep - kratki nasvet (KU1), kratki ukrep – strukturiran kratki posvet (KU2) in kratki ukrep – svetovanje za spremembo vedenja (KU3);

- v obravnavo so bile vključene 3 ciljne skupine: osebe, ki pijejo alkohol tvegano/škodljivo, osebe, pri katerih je (sum na) razvit SOA, in svojci oseb, ki presegajo meje manj tveganega pitja alkohola (MMTpA).

ŠTEVILO PRESEJANIH OSEB ZA T/ŠpA IN SOA

ŠTEVILO PRESEJANIH OSEB ZA T/ŠpA IN SOA

Kot je razvidno s Slika 68, je bilo v pilotnem delu izvedbe projekta za T/ŠpA ter SOA presejanih skupaj 248 oseb, od tega največ v pilotnem okolju ZD Sevnica (120 oziroma 48 %), najmanj pa v pilotnem okolju ZD Vrhnika, 38 (15,3 %). V pilotnem okolju ZD Celje je bilo presejanih 90 oseb oziroma 36 % vseh presejanih za čezmerno pitje alkoholnih pijač.



Slika 68: Število in deleži presejanih oseb za T/ŠpA in SOA

ŠTEVILO PRESEJANIH OSEB ZA T/ŠpA IN SOA, PO USTANOVNI IN PROFILU IZVAJALCA

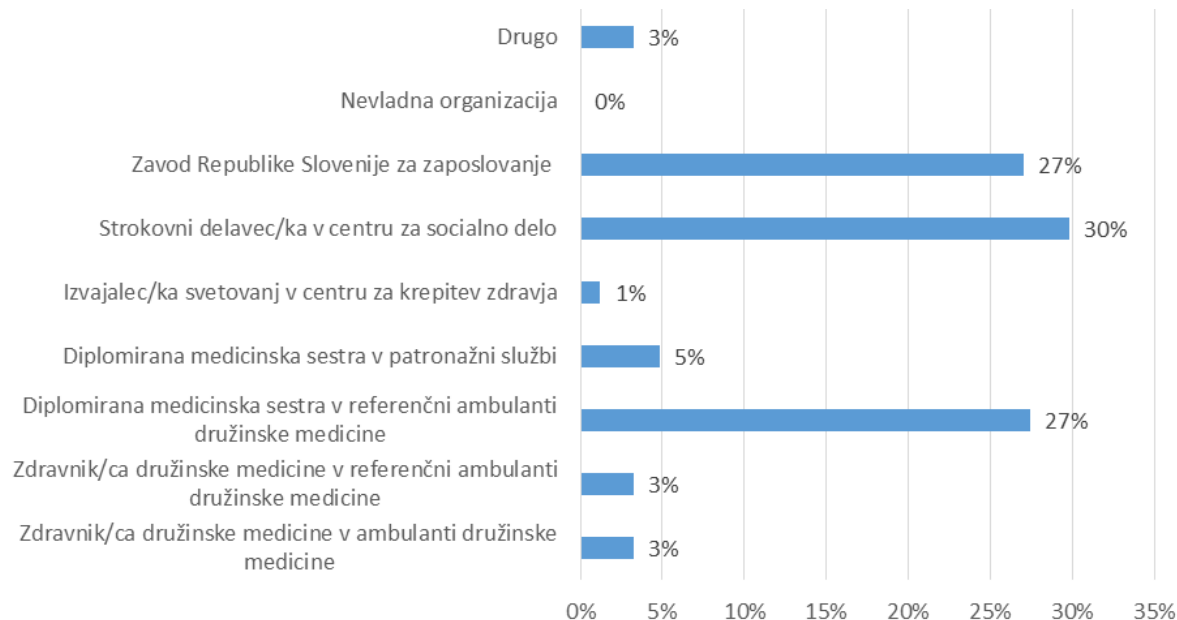
Glede na ustanovo, v kateri se je izvajalo presejanje za T/ŠpA ter SOA, je bilo od vseh presejanih največ presejanih v ZD (41,9 %) ter na CSD (29,8 %) in na ZRSZ (27 %). 2 osebi sta bili presejani drugod (ZDM v Centru za zdravljenje odvisnosti, v pilotnem okolju ZD Celje), v NVO pa ni bilo presejane nobene osebe (0 %) (Tabela 168).

Gledano znotraj posameznih pilotnih okoljih se rezultati nekoliko razlikujejo. V pilotnem okolju ZD Celje je bilo največ, več kot polovica oseb presejanih v CSD (52,2 %), manj v ZD (37,8 %), in nekaj na ZRSZ (7 oseb oziroma 7,8 %). V pilotnem okolju ZD Sevnica je bila več kot polovica (58, 3 %) presejanih v ZD, približno petina pa na CSD (22, 5 %) in ZRSZ (19,2 %). V pilotnem okolju ZD Vrhnika pa so bili skoraj vsi (38 oseb oziroma 97,4 %) presejani na ZRSZ, le 1 oseba v ZD. Na CSD Vrhnika ni bila presejana nobena oseba (Tabela 168).

Tabela 168: Število in deleži presejanih oseb po ustanovi

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
Zdravstveni dom	N	34	70	1	104
	%	37,8%	58,3%	2,6%	41,9%
Center za socialno delo	N	47	27	0	74
	%	52,2%	22,5%	0,0%	29,8%
Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje	N	7	23	37	67
	%	7,8%	19,2%	97,4%	27,0%
Nevladna organizacija	N	0	0	0	0
	%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Drugo	N	2	0	0	2
	%	2,2%	0,0%	0,0%	0,8%
Skupaj	N	90	120	38	248
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Glede na profil izvajalca je bilo največ presejanih s strani strokovnega delavca/-ke na CSD (30 %) ter s strani kariernih svetovalcev/-k na ZRSZ (27 %) in DMS v RADM (27 %). Le 5 % je bilo presejanih s strani DMS v patronažni službi in po le 3 % s strani ZDM v RADM oziroma ADM. V CKZ so bile presejane le 3 osebe (1 % presejanih za T/ŠpA oz. SOA) (Slika 69).



Slika 69: Deleži presejanih oseb po profilu izvajalca

Gledano znotraj posameznih pilotnih okolij: V pilotnem okolju ZD Celje je bilo več kot polovica oseb presejanih s strani strokovnega delavca/-ke na CSD (52,2 %), dobra tretjina pa s strani DMS v RADM in nekaj s strani kariernih svetovalcev/-k na ZRSZ (7,8 %). Prav nihče pa ni bil obravnavan s strani ZDM v

RADM oziroma ADM, DMS v PV in strokovnih delavcev/-k v CKZ. Enako nihče ni bil obravnavan s strani ZDM v RADM in ADM, DMS v PV in strokovnih sodelavcev/-k v CKZ v pilotnem okolju ZD Vrhnik, kjer so bili skoraj vsi presejani s strani kariernih svetovalcev/-k (97,4 %) in le 1 oseba s strani DMS v PV. V pilotnem okolju ZD Sevnica je bilo največ oseb presejanih s strani DMS v RADM (27,5 %), približno petina je bila presejana s strani strokovnih sodelavcev/-k v CSD (22,5 %) in kariernih svetovalcev/-k na ZRSZ (19,2 %). Drugače kot v pilotnem okolju ZD Celje in ZD Vrhnik so bile v pilotnem okolju ZD Sevnica osebe presejane tudi s strani ZDM v RADM in ADM (po 6,8 %), s strani DMS v PV (10 %) in 2,5 % s strani strokovnih delavcev/-k v CKZ (Tabela 169).

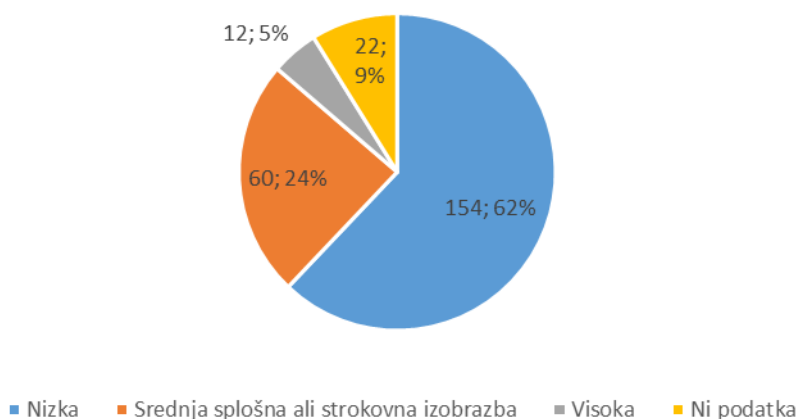
Tabela 169: Število in deleži presejanih oseb po profilu izvajalca

		Celje	Sevnica	Vrhnik	Skupaj
Zdravnik/ca družinske medicine v ambulantni družinske medicine	N	0	8	0	8
	%	0,0%	6,7%	0,0%	3,2%
Zdravnik/ca družinske medicine v referenčni ambulantni družinske medicine	N	0	8	0	8
	%	0,0%	6,7%	0,0%	3,2%
Diplomirana medicinska sestra v referenčni ambulantni družinske medicine	N	34	33	1	68
	%	37,8%	27,5%	2,6%	27,4%
Diplomirana medicinska sestra v patronažni službi	N	0	12	0	12
	%	0,0%	10,0%	0,0%	4,8%
Izvajalec/ka svetovanj v centru za krepitev zdravja	N	0	3	0	3
	%	0,0%	2,5%	0,0%	1,2%
Strokovni delavec/ka v centru za socialno delo	N	47	27	0	74
	%	52,2%	22,5%	0,0%	29,8%
Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje	N	7	23	37	67
	%	7,8%	19,2%	97,4%	27,0%
Nevladna organizacija	N	0	0	0	0
	%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Drugo	N	2	6	0	8
	%	2,2%	5,0%	0,0%	3,2%
Skupaj	N	90	120	38	248
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Kot je razvidno iz Tabela 169, nobena oseba ni bila presejana s strani NVO (te z vidika obravnave T/ŠpA ter SOA v pilotu niso sodelovale), in CSD Vrhnik (v pilotu ni sodeloval). Posebej zanimivo je, da so bili praktično vsi v pilotnem okolju ZD Vrhnik presejani v ZRSZ, da v pilotnem okolju ZDCelje in ZD Vrhnik ni bilo presejanih s strani ZDM v RADM in ADM ter s strani DMS v PV in strokovnega sodelavca/-ke v CKZ ter da je bilo na splošno največ presejanih s strani DMS v RADM in strokovnih delavcev/-k na CSD.

ŠTEVILO PRESEJANIH OSEB ZA T/ŠpA in SOA, PO IZOBRAZBI OBRAVNAVANEGA

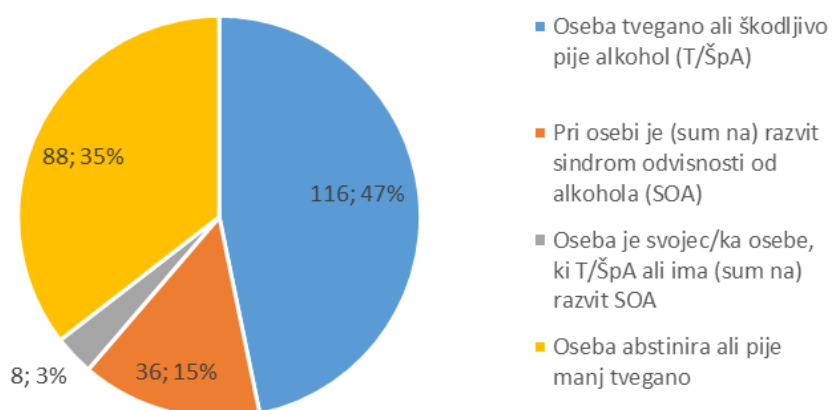
Med presejanimi je skoraj dve tretjini (62 %) oseb z nizko izobrazbo, okrog ¼ (24 %) s srednjo splošno ali strokovno, 5 % presejanih ima visoko izobrazbo, pri 9 % presejanih pa podatek o stopnji izobrazbe ni znan (Slika 70).



Slika 70: Število in deleži presejanih oseb po izobrazbi obravnavanega

STANJE PRESEJANIH OSEB

Od 248 oseb, presejanih za T/špA ter SOA, je pri skoraj polovici (47 %) ugotovljen status tvegane ali škodljivega pitja alkohola, pri 15 % gre za (sum na) SOA, dobra tretjina presejanih (35 %) pa pije manj tvegano ali abstiniira. 8 oseb (3%) je svojcev oseb, ki imajo težave s čezmernim pitjem alkohola (Slika 71). Oziroma, od 248 oseb, presejanih za T/špA ter SOA, 152 oseb (61 %) pije čezmerno.



Slika 71: Stanje presejanih oseb

STANJE PRESEJANE OSEBE, PO PILOTNIH OKOLJIH

Kot je razvidno iz Tabela 170, znotraj pilotnega okolja ZD Celje okrog 2/3 presejanih (67,8 %) oseb abstiniira ali pije manj tvegano, T/Š pije alkohol dobra ¼ (25,6 %) presejanih, pri 6,7 % presejanih pa gre za (sum na) SOA. Svojci oseb, ki čezmerno pijejo alkohol, v pilotnem okolju ZD Celje niso bili obravnavani.

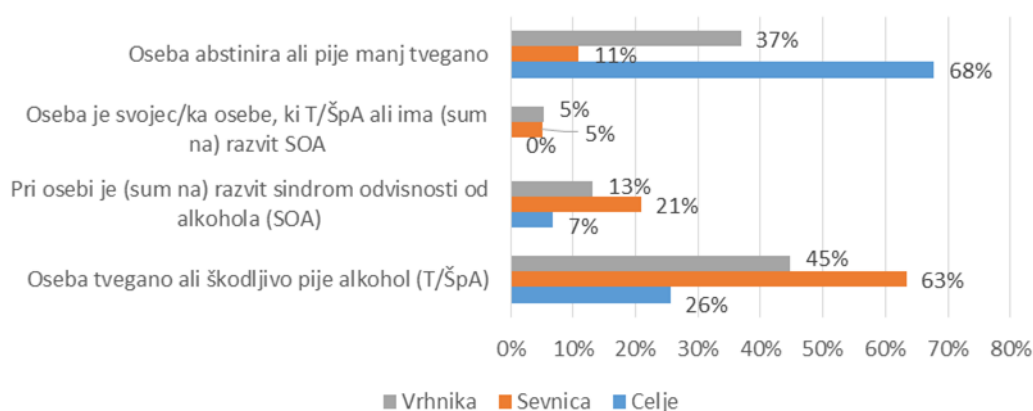
V pilotnem okolju ZD Sevnica čezmerno pije večina presejanih oseb: skoraj 2/3 (63,3 %) pije T/Š, pri kar dobri 1/5 (20,8 %) gre za (sum na) SOA. Obravnavanih je tudi 6 (5 %) svojcev oseb, ki čezmerno pijejo alkohol, 10,8 % oseb pa abstiniira ali pije manj tvegano (Tabela 170).

V pilotnem okolju ZD Vrhnika največ presejanih oseb pije T/Š (44,7 %), pri 13,2 % gre za (sum na) SOA, dobra 1/3 (36,8 %) pa jih abstiniira ali pije manj tvegano. 2 osebi sta bili presejani kot svojec/-ka osebe, ki čezmerno pije alkoholne pijače (Tabela 170).

Stanje presejanih oseb, skupaj in po pilotnih okoljih, je razvidno tudi s Slika 72.

Tabela 170: Stanje presejanih oseb, po pilotnih okoljih

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
Oseba tvegano ali škodljivo pije alkohol (T/ŠpA)	N	23	76	17	116
	%	25,6%	63,3%	44,7%	46,8%
Pri osebi je (sum na) razvit sindrom odvisnosti od alkohola (SOA)	N	6	25	5	36
	%	6,7%	20,8%	13,2%	14,5%
Oseba je svojec/ka osebe, ki T/ŠpA ali ima (sum na) razvit SOA	N	0	6	2	8
	%	0,0%	5,0%	5,3%	3,2%
Oseba abstiniira ali pije manj tvegano	N	61	13	14	88
	%	67,8%	10,8%	36,8%	35,5%
Skupaj	N	90	120	38	248
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%



Slika 72: Stanje presejanih oseb, po pilotnih okoljih

STANJE PRESEJANE OSEBE, PO USTANOV

V ZD je bilo pri največ presejanih, dobri 2/3 (69,7 %), ugotovljeno T/ŠpA, slaba petina (19,2 %) presejanih v ZD pije manj tvegano ali abstiniira, pri 9,1 % gre za (sum na) SOA, 2 osebi pa sta svojec/-ka osebe, ki čezmerno pije alkoholne pijače (Tabela 171).

V CSD skoraj 2/3 presejanih abstiniira ali pije manj tvegano (60,8 %), pri skoraj 1/5 (18,9 %) gre za T/ŠpA, pri 14,5 % gre za (sum na) SOA, 4 osebe (5,4 %) pa so svojci oseb, ki čezmerno pijejo alkoholne pijače.

Na ZRSZ je bilo pri skoraj slabi polovici (46,3 %) ugotovljeno T/ŠpA, dobra ¼ (26,9 %) presejanih pije manj tvegano ali abstiniira, pri slabi ¼ (23,9 % oziroma 16 presejanih) je ugotovljen (sum na) SOA, 2 presejani osebi (3 %) pa sta svojec/-ka osebe, ki pije čezmerno.

Od vseh presejanih je bilo T/ŠpA ugotovljeno pri 70 % presejanih v ZD, oziroma pri 46 % presejanih na ZRSZ, oziroma pri 19 % presejanih na CSD (Slika 73).

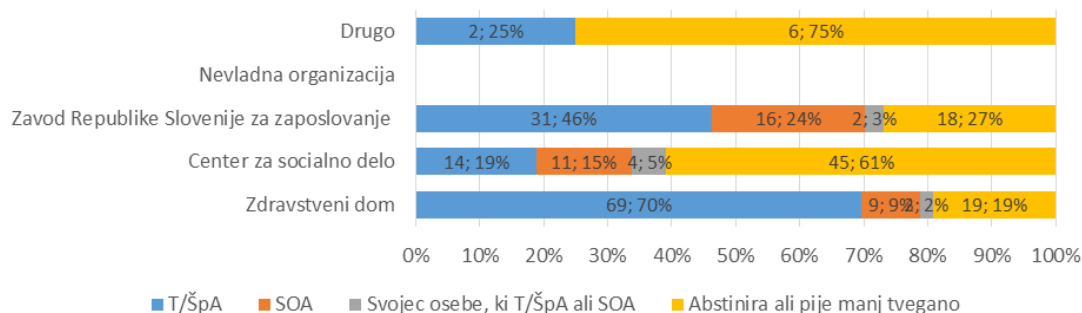
Od vseh presejanih je bil (sum na) SOA ugotovljen pri 2 % presejanih v ZD, oziroma pri 15 % presejanih v CSD, oziroma pri 24 % presejanih na ZRSZ.

ZD je identificiral več T/ŠpA (70 %), CSD pa več abstinentov (61 %), ki jih je ZD denimo obravnaval občutno manj, in sicer 19 % od vseh obravnavanih skupaj.

Presejanih s strani SMS v patronažni službi (6) oziroma s strani ZDM v Centru za zdravljenje odvisnosti (2) je bilo 8 oseb, od tega je šlo pri dveh za T/ŠpA, 6 pa jih je pilo manj tvegano ali pa so abstinirali. Presejanih v NVO ni bilo (Tabela 171 in Slika 73).

Tabela 171: Stanje presejane osebe, po ustanovi

		T/ŠpA	SOA	Svojec osebe, ki T/ŠpA ali SOA	Abstiniira ali pije manj tvegano	Skupaj
Zdravstveni dom	N	69	9	2	19	99
	%	69,7%	9,1%	2,0%	19,2%	100,0%
Center za socialno delo	N	14	11	4	45	74
	%	18,9%	14,9%	5,4%	60,8%	100,0%
Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje	N	31	16	2	18	67
	%	46,3%	23,9%	3,0%	26,9%	100,0%
Nevladna organizacija	N	/	/	/	/	/
	%	/	/	/	/	/
Drugo	N	2	0	0	6	8
	%	25,0%	0,0%	0,0%	75,0%	100,0%
Skupaj	N	116	36	8	88	248
	%	46,8%	14,5%	3,2%	35,5%	100,0%



Slika 73: Stanje presejanih oseb, po ustanovi, številkah in deležih

STANJE PRESEJANE OSEBE, PO PROFILU IZVAJALCA OBRAVNAVE

Gledano z vidika profilov izvajalcev obravnav (Tabela 172), je bilo s strani ZDM v RADM od vseh presejanih (8) največ (5) T/Š pivcev alkoholnih pijač, pri 3 pa je bil ugotovljen SOA. Podobno je bilo s strani ZDM v ADM pri 4 presejanih ugotovljeno T/ŠpA, pri 2 pa SOA. Dodatno je bilo pri 2 ugotovljeno manj tvegano pitje ali abstinenca.

S strani DMS v RADM, kjer je bilo skupaj presejanih 68 oseb, je bilo pri večini (50) ugotovljeno T/ŠpA, 16 oseb pije manj tvegano ali abstinja, pri dveh pa je bil ugotovljen (sum na) SOA.

S strani DMS v PV, s strani katerih je bilo presejanih 12 oseb, je bilo pri 8 osebah ugotovljeno T/ŠpA, pri 2 (sum na) SOA in pri po 1 osebi manj tvegano pitje alkohola ali abstinenca oziroma je šlo za svojca/-ko osebe, ki pije čezmerno.

S strani strokovnega sodelavca/-ke v CKZ so bile obravnavane 3 osebe, pri 2 je šlo za T/ŠpA, pri eni pa za svojca/-ko osebe, ki čezmerno pije alkoholne pijače.

Strokovni sodelavci v CSD, ki so skupaj presegali 74 oseb, so pri 45 osebah ugotovili manj tvegano pitje alkohola ali abstinenco, v 14 primerih T/ŠpA, pri 11 (sum na) SOA, pri 4 pa je šlo za svojce oseb, ki čezmerno pijejo alkoholne pijače.

Na ZRSZ, kjer so skupno presegali 67 oseb, je bilo pri 31 ugotovljeno T/ŠpA, pri 16 (sum na) SOA, pri 2 je šlo za svojca/-ko osebe, ki čezmerno pije alkoholne pijače, 18 oseb pa pije manj tvegano ali abstinja.

Kot je razvidno iz Tabela 172 je bilo med presejanimi osebami, ki T/ŠpA (116), največ tako opredeljenih s strani DMS v RADM (43,1 %), pri dobri ¼ (26,7 %) T/ŠpA je bilo tako pitje odkrito s strani ZRSZ, manj T/ŠpA pa je bilo odkritega s strani strokovnih delavcev/-k v CSD (12,1 %), DMS v PV (6,9 %), ZDM v RADM (4,3 %) oziroma ADM (3,4 %) ter izvajalcev/-k v CKZ (1,7 %).

Med osebami, kjer gre za (sum na) SOA, jih je bilo največ tako opredeljenih s strani kariernih svetovalcev/-k na ZRSZ (44 %) in strokovnih delavcev v CSD (30,6 %), manj pa s strani ZDM v RADM (3 osebe), ZDM v ADM, DMS v RADM in DMS v PV (po 2 osebi). V CKZ ni bil presegan nihče s (sumom na) SOA.

Tabela 172: Stanje presejane osebe, po profilu izvajalca obravnave, znotraj ugotovljenih stanj presejane osebe

		T/ŠpA	SOA	Svojec osebe, ki T/ŠpA ali SOA	Abstiniira ali pije manj tvegano	Skupaj
Zdravnik/ca družinske medicine v ambulantni družinske medicine	N	5	3	0	0	8
	%	4,3%	8,3%	0,0%	0,0%	3,2%
Zdravnik/ca družinske medicine v referenčni ambulantni družinske medicine	N	4	2	0	2	8
	%	3,4%	5,6%	0,0%	2,3%	3,2%
Diplomirana medicinska sestra v referenčni ambulantni družinske medicine	N	50	2	0	16	68
	%	43,1%	5,6%	0,0%	18,2%	27,4%
Diplomirana medicinska sestra v patronažni službi	N	8	2	1	1	12
	%	6,9%	5,6%	12,5%	1,1%	4,8%
Izvajalec/ka svetovanj v centru za krepitev zdravja	N	2	0	1	0	3
	%	1,7%	0,0%	12,5%	0,0%	1,2%
Strokovni delavec/ka v centru za socialno delo	N	14	11	4	45	74
	%	12,1%	30,6%	50,0%	51,1%	29,8%
Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje	N	31	16	2	18	67
	%	26,7%	44,4%	25,0%	20,5%	27,0%
Nevladna organizacija	N	0	0	0	0	0
	%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Drugo	N	2	0	0	6	8
	%	1,7%	0,0%	0,0%	6,8%	3,2%
Skupaj	N	116	36	8	88	248
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Od 8 svojcev oseb, ki čezmerno pijejo alkoholne pijače, so bili 4 obravnavani v CSD, 2 na ZRSZ in po 1 s strani DMS v PV in strokovne/-ga sodelavca/-ke v CKZ. S strani ZDM v RADM, ZDM v ADM in DMS v ADM ni bilo z vidika čezmernega pitja alkohola obravnavanega nobenega svojca/-ke osebe, ki čezmerno pije alkoholne pijače.

Med manj tveganimi pivci ali abstinenti je bila več kot polovica (45 ali 51,2 %) tako opredeljenih s strani CSD, manj s strani ZRSZ in DMS v RADM ter nekaj s strani ZDM v RADM in DMS v PV.

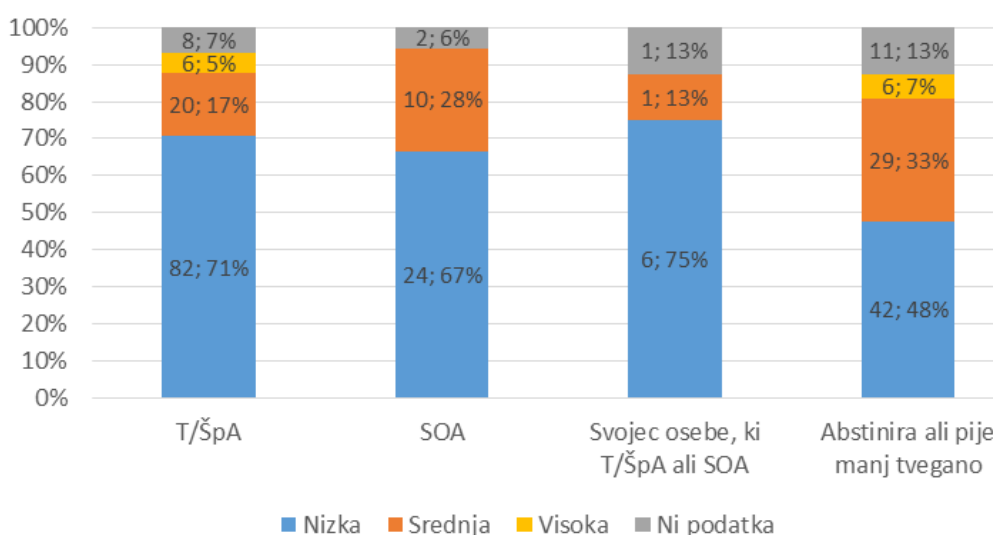
STANJE PRESEJANE OSEBE, PO IZOBRAZBI

Kot je razvidno s Slika 74, je med osebami, ki T/ŠpA (108 oseb), največ takih, ki imajo nizko stopnjo izobrazbe (71 %), dobra šestina (17 %) jih ima srednjo, 5 % pa visoko. Pri 7 % T/ŠpA podatek o stopnji izobrazbe ni znan.

Med osebami, pri katerih je opredeljen (sum na) SOA (36 oseb), je 24 (67 %) takih, ki imajo nizko stopnjo izobrazbe, 10 (28 %) jih je srednje izobraženih. Pri dveh podatkih o stopnji izobrazbe ni znan, (sum na) SOA ni zaveden pri nobeni visoko izobraženi osebi.

Od 8 svojcev oseb, ki čezmerno pijejo alkoholne pijače, je 6 svojcev (75 %) nizko izobraženih, s ima srednjo stopnjo izobrazbe, pri eni osebi pa podatek o stopnji izobrazbe ni znan.

Med osebami, ki manj tvegano pijejo alkohol ali abstininirajo (skupno 88 oseb), je 42 oseb (48 %) z nizko izobrazbo, 29 (33 %) s srednjo, in 6 (7 %) visoko izobraženih. Pri 11 osebah (13 %), ki pijejo manj tvegano ali abstininirajo, podatka o stopnji izobrazbe ni (Slika 74).



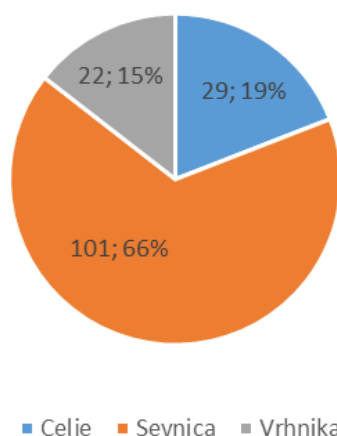
Slika 74: Izobrazba presejanih oseb, znotraj ugotovljenega stanja glede pitja alkohola.

ŠTEVILO PRESEJANIH OSEB, KI PRESEGAJO MEJE MANJ TVEGANEGA PITJA ALKOHOLA (MMTPA)

Od vseh presejanih oseb (248) je bilo v 61 % (152) oseb ugotovljeno, da presegajo MMTPA (Slika 75).

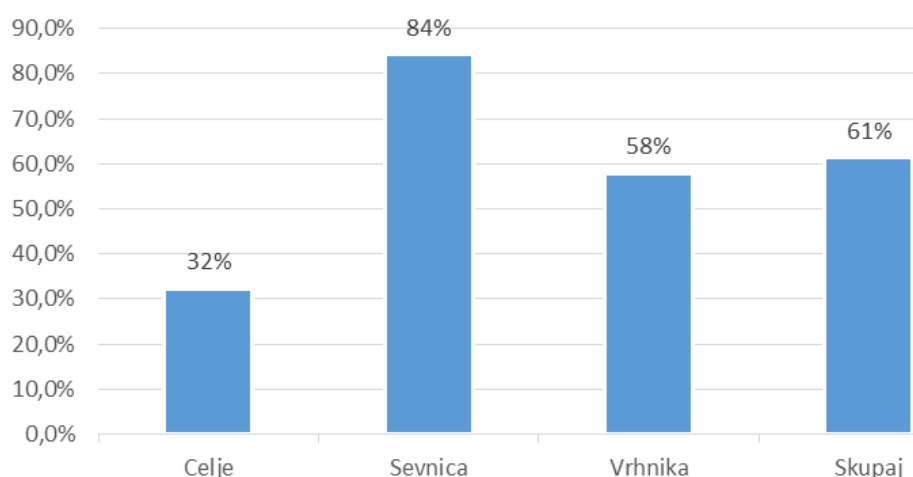
PRESEJANE OSEBE, KI PRESEGAJO MMTPA, PO PILOTNIH OKOLJIH

Od oseb, ki presegajo MMTPA, je bilo 2/3 (66 %) odkritih v pilotnem okolju ZD Sevnica, skoraj 1/5 (19 %) v pilotnem okolju ZD Celje in 15 % v pilotnem okolju ZD Vrhnika (Slika 75).



Slika 75: Število in deleži oseb, ki presegajo meje manj tveganega pitja alkohola, po pilotnih okoljih

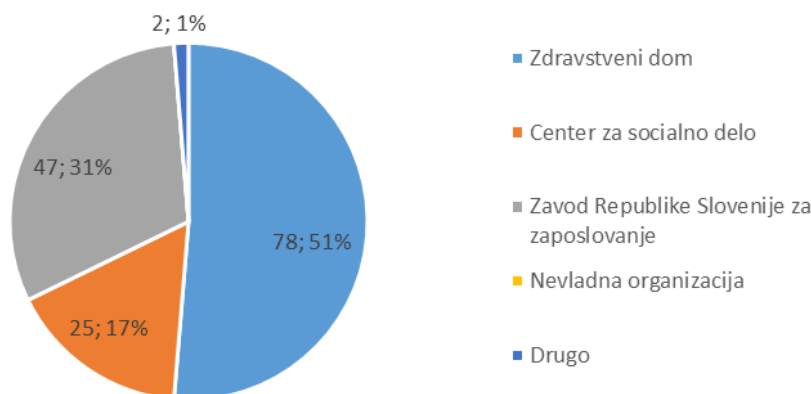
Od vseh presejanih je bilo pri 61 % oseb ugotovljeno, da pri pitju alkoholnih pijač presegajo meje manj tveganega pitja. Gledano znotraj posameznih pilotnih okolij, je bil najvišji odstotek oseb, ki presegajo meje manj tveganega pitja alkohola, ugotovljen v pilotnem okolju ZD Sevnica (84 %), najmanjši pa v pilotnem okolju ZD Celje (32 %). V pilotnem okolju ZD Vrhnika je bilo čezmerno pitje alkohola ugotovljeno pri 58 % presejanih oseb (Slika 76).



Slika 76: Delež oseb, ki presegajo MMTpA glede na pilotno okolje

OSEBE, KI PRESEGAJO MEJE MANJ TVEGANEGA PITJA ALKOHOLA, PO USTANOVİ

Kot je razvidno iz Slika 77, je bilo največ oseb, ki presegajo meje manj tveganega pitja alkohola, odkritih v ZD (51 %), slaba tretjina (31 %) je bila odkrita na ZRSZ, 17 % na CSD in 1% drugod.



Slika 77: Število in deleži oseb, ki presegajo meje manj tveganega pitja alkohola, po ustanovi

Znotraj posameznih pilotnih okolij (Tabela 173) so rezultati nekoliko drugačni, ob čemer velja v pilotnih okoljih ZD Celje in ZD Vrhnika upoštevati manjše število enot (skupaj 29 oziroma 22). V pilotnih okoljih ZD Celje in ZD Sevnica je sicer prav tako največ oseb, ki presegajo meje manj tveganega pitja alkohola, odkritih v ZD (62,1 oz. 58,4 %), na ZRSZ pa je takih odkritih okrog 1/5. V CSD Celje je 10,3 %, v CSD Sevnica pa 19,8 % oseb, ki presegajo meje manj tveganega pitja alkohola. V pilotnem okolju ZD Vrhnika so skoraj vsi, ki presegajo meje manj tveganega pitja alkohola, odkriti na ZRSZ, le 1 oseba v ZD.

Tabela 173: Število in deleži oseb, ki presegajo meje manj tveganega pitja alkohola, po ustanovi, po pilotnih okoljih

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
Zdravstveni dom	N	18	59	1	78
	%	62,1%	58,4%	4,5%	51,3%
Center za socialno delo	N	3	22	0	25
	%	10,3%	21,8%	0,0%	16,4%
Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje	N	6	20	21	47
	%	20,7%	19,8%	95,5%	30,9%
Nevladna organizacija	N	0	0	0	0
	%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Drugo	N	2	0	0	2
	%	6,9%	0,0%	0,0%	1,3%
Skupaj	N	29	101	22	152
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

*deleži ne prikazujejo % oseb, ki presegajo meje znotraj vsake posamezne ustanove (npr. CSD je obravnaval skupaj 74 oseb od tega 25 oseb presega meje, to je 33%) , ampak glede na vsoto vseh oseb, ki presegajo meje (npr. skupaj je bilo 152 oseb, ki presegajo meje, CSD je takšnih obravnaval 25, to je 16%).

OSEBE, KI PRESEGAJO MEJE MANJ TVEGANEGA PITJA ALKOHOLA, PO PROFILU IZVAJALCA

OBRAVNAVE

Kot je razvidno iz

Slika 78 in **Napaka! Vira sklicevanja ni bilo mogoče najti.**, je bilo največ oseb, ki presegajo MMTpA, odkritih s strani DMS v RADM (34,2 %) in ZRSZ (30,9 %) ter tudi CSD (16,4 %), manj pa s strani DMS v PV (6,6 %), ZDM v ADM (5,3 %) in ZDM v RADM (3,9 %). Po dober odstotek (1,3 %) je bilo oseb, ki čezmerno pijejo alkoholne pijače, odkritih v CKZ in drugod.

Tabela 174: Število in deleži presejanih oseb, ki presegajo meje manj tveganega pitja alkohola, po profilih, skupaj in po pilotnih okoljih

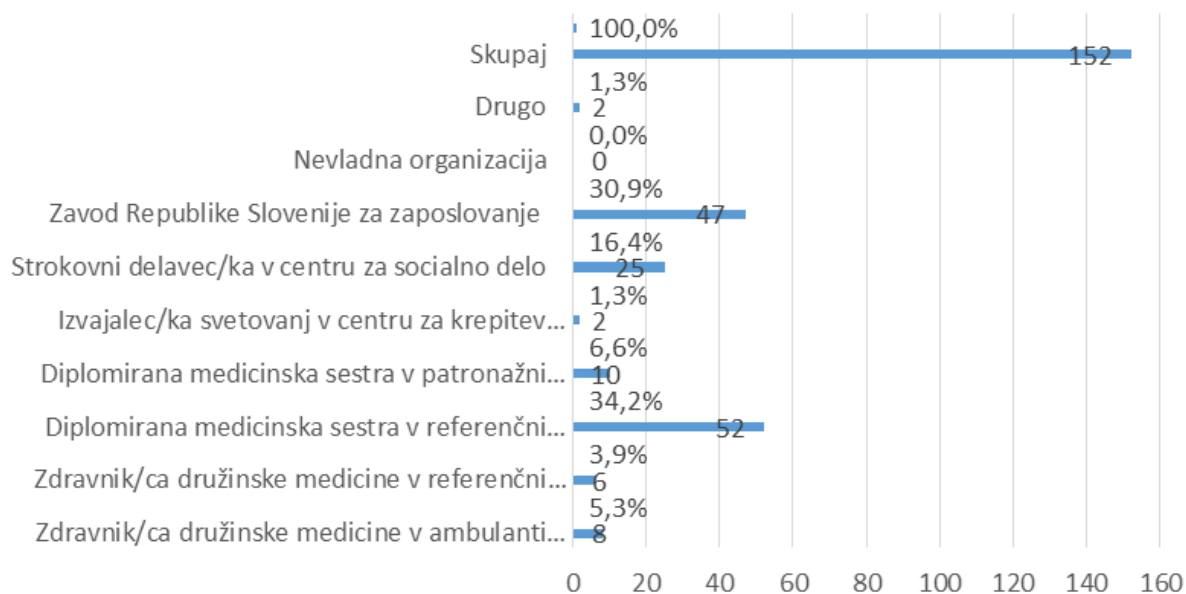
		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
Zdravnik/ca družinske medicine v ambulantni družinske medicine	N	0	8	0	8
	%	0,0%	7,9%	0,0%	5,3%
Zdravnik/ca družinske medicine v referenčni ambulantni družinske medicine	N	0	6	0	6
	%	0,0%	5,9%	0,0%	3,9%
Diplomirana medicinska sestra v referenčni ambulantni družinske medicine	N	18	33	1	52
	%	62,1%	32,7%	4,5%	34,2%
Diplomirana medicinska sestra v patronažni službi	N	0	10	0	10
	%	0,0%	9,9%	0,0%	6,6%
Izvajalec/ka svetovanj v centru za krepitev zdravja	N	0	2	0	2
	%	0,0%	2,0%	0,0%	1,3%
Strokovni delavec/ka v centru za socialno delo	N	3	22	0	25
	%	10,3%	21,8%	0,0%	16,4%
Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje	N	6	20	21	47
	%	20,7%	19,8%	95,5%	30,9%
Nevladna organizacija	N	0	0	0	0
	%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Drugo	N	2	0	0	2
	%	6,9%	0,0%	0,0%	1,3%
Skupaj	N	29	101	22	152
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

*deleži ne prikazujejo % oseb, ki presegajo meje znotraj vsake posamezne ustanove, ampak glede na vsoto vseh oseb, ki presegajo meje

Gledano znotraj posameznih pilotnih okolij (**Napaka! Vira sklicevanja ni bilo mogoče najti.**) je bilo največ oseb, ki presegajo MMTpA, odkritih s strani DMS v RADM (pilotni okolji ZD Celje in ZD Sevnica) oziroma ZRSZ (pilotno okolje ZD Vrhnika). Po približno 1/5 oseb, ki presegajo MMTpA, je bilo v pilotnih okoljih ZD Celje in ZD Sevnica odkritih s strani ZRSZ. V pilotnem okolju ZD Sevnica je bilo s strani CSD

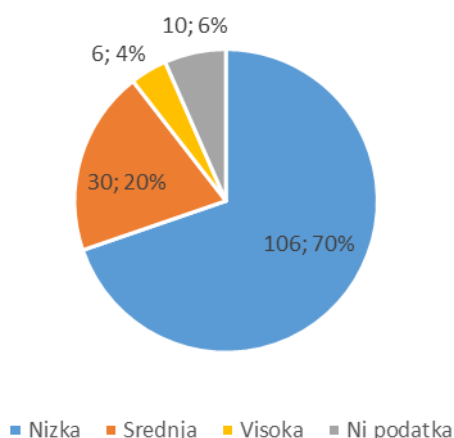
odkritih prav tako okrog 1/5 % oseb, ki presegajo MMTpA, v pilotnem okolju ZD Celje pa je bilo s strani CSD odkritih 10,3 % takih oseb.

Slika 78: Deleži presejanih oseb, ki presegajo meje manj tveganega pitja alkohola, po profilih izvajalcev obravnave



OSEBE, KI PRESEGAJO MMTpA, PO STOPNJI IZOBRAZBE

Med osebami, ki presegajo MMTpA, je največ, 70 %, takih, ki imajo nizko stopnjo izobrazbe, 20 % je srednje izobraženih, 4 % visoko, pri 6 % pa podatek o stopnji izobrazbe ni znan (Slika 79).



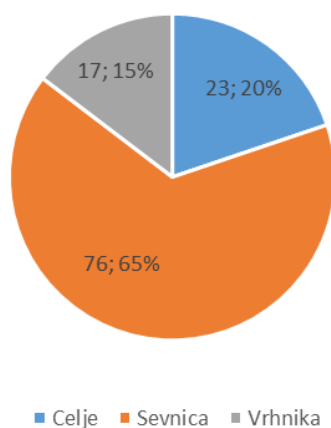
Slika 79: Število in deleži presejanih oseb, ki presegajo MMTpA, po stopnji izobrazbe

ŠTEVILO PRESEJANIH OSEB, KI T/ŠPA

Med obravnavanimi je 116 oziroma 47 % takih, ki pijejo alkoholne pijače T/Š (Tabela 175).

ŠTEVILO PRESEJANIH OSEB, KI T/ŠPA, PO PILOTNIH OKOLJIH

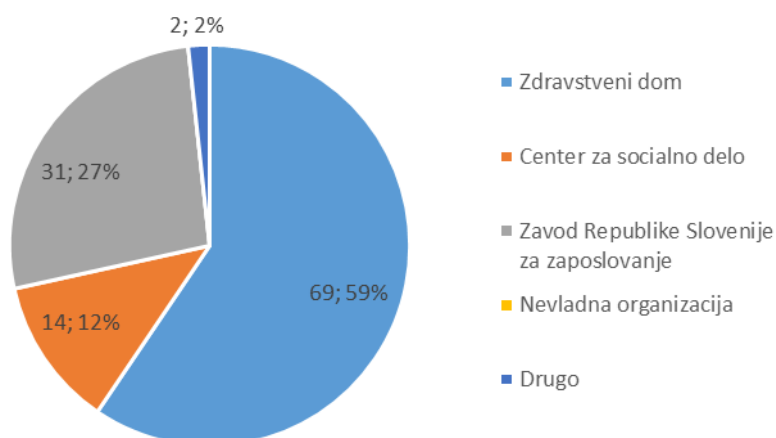
Med osebami, ki T/ŠpA, jih je bilo največ, 65 %, odkritih v pilotnem okolju ZD Sevnica, 1/5 v pilotnem okolju ZD Celje in 15 % v pilotnem okolju ZD Vrhnika (Slika 80).



Slika 80: Število in deleži presejanih oseb, ki T/ŠpA, po pilotnih okoljih

ŠTEVILO PRESEJANIH OSEB, KI T/ŠPA, PO USTANOVI

Kot je razvidno iz Slika 81, je bilo največ, 59 %, oseb, ki T/špA, odkritih v ZD, 27 % na ZRSZ, 12 % na CSD, 2 % pa drugod (Center za duševno zdravje).



Slika 81: Število in deleži presejanih oseb, ki T/ŠpA, po ustanovi obravnave

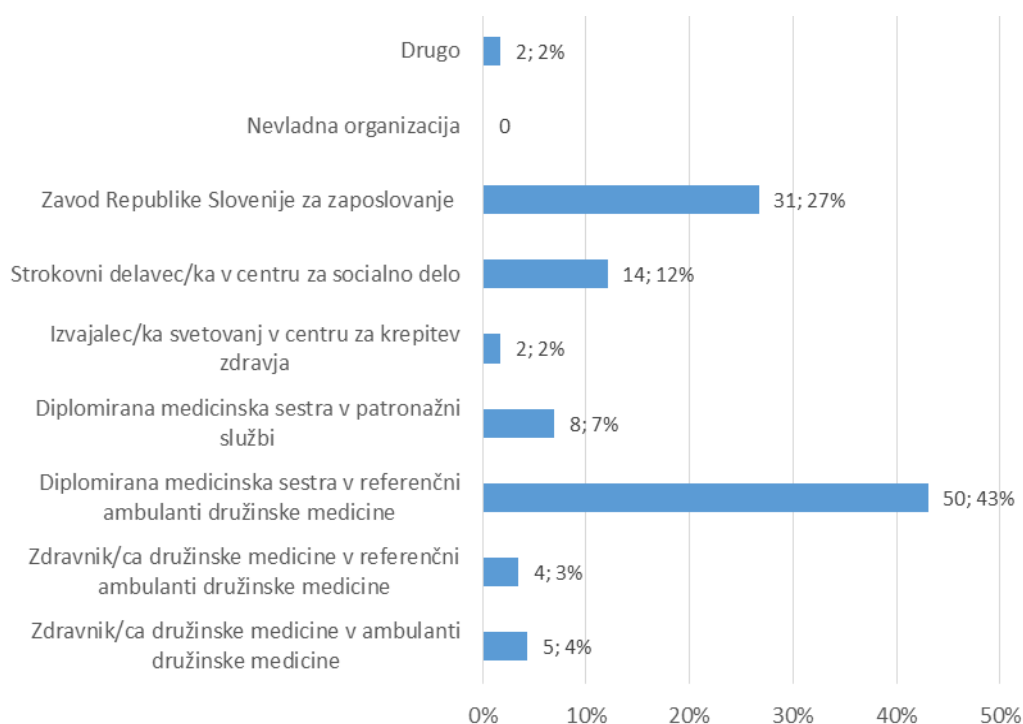
Po posameznih pilotnih okoljih (Tabela 175) je slika nekoliko drugačna: v pilotnih okoljih ZD Celje in ZD Sevnica je bilo največ T/Špa odkritih v ZD, v pilotnem okolju ZD Vrhnika pa s strani ZRSZ. V pilotnih okoljih ZD Celje in ZD Sevnica so bile osebe, ki T/Špa, odkrite še s strani CSD in ZRSZ oziroma v pilotnem okolju ZD Celje tudi drugod (s strani ZDM v Centru za duševno zdravje).

Tabela 175: Število in deleži presejanih oseb, ki T/Špa, skupaj in po pilotnih okoljih

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
Zdravstveni dom	N	17	51	1	69
	%	73,9%	67,1%	5,9%	59,5%
Center za socialno delo	N	1	13	0	14
	%	4,3%	17,1%	0,0%	12,1%
Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje	N	3	12	16	31
	%	13,0%	15,8%	94,1%	26,7%
Nevladna organizacija	N	0	0	0	0
	%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Drugo	N	2	0	0	2
	%	8,7%	0,0%	0,0%	1,7%
Skupaj	N	23	76	17	116
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

ŠTEVILO PRESEJANIH OSEB, KI T/ŠPA, PO PROFILU IZVAJALCA OBRAVNAVE

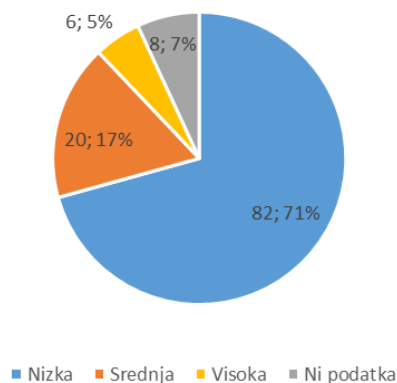
Kot je razvidno s Slika 82, je bilo največ oseb, ki T/Špa, odkritih s strani DMS v RADM (43 %), dobra ¼ (27 %) je bilo odkritih s strani kariernih svetovalcev na ZRSZ, 12 % s strani strokovnih delavcev v CSD, 7 % s strani DMS v PV, s strani ZDM v RADM so bili odkriti 4 %, 3 % s strani ZDM v ADM in po 2 % v CKZ in drugod (ZDM v Centru za duševno zdravje).



Slika 82: Število in deleži presejanih oseb, ki T/Špa, po profilu izvajalca obravnave

ŠTEVILO PRESEJANIH OSEB, KI T/ŠPA, PO IZOBRAZBI

Med osebami za katere je bilo na podlagi presejanja ugotovljeno, da T/ŠpA, je bilo največ (71 %) takih, ki imajo nizko stopnjo izobrazbe, 17 % je srednje izobraženih, 5 % visoko, pri 7 % pa podatka o stopnji izobrazbe ni bilo (Slika 83).



Slika 83: Stopnja izobrazbe presejanih oseb, ki T/ŠpA

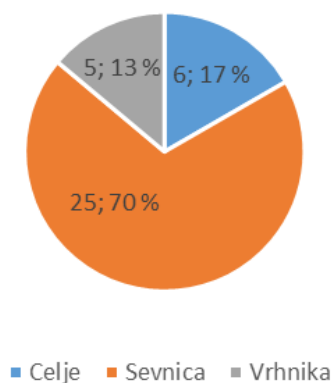
PRESEJANE OSEBE, PRI KATERIH JE UGOTOVLJEN (SUM NA) RAZVIT SOA

Med osebami, presejanimi za čezmerno pitje alkoholnih pijač, je 36 (15 %) takih, pri katerih je ugotovljen (sum na) SOA.

ŠTEVILO PRESEJANIH OSEB, PRI KATERIH JE UGOTOVLJEN (SUM NA) RAZVIT SOA, PO PILOTNIH OKOLJIH, USTANOVI OBRAVNAVE, PROFILU IZVAJALCA OBRAVNAVE, IZOBRAZBI OBRAVNAVANEGA

PRESEJANE OSEBE, PRI KATERIH JE BIL UGOTOVLJEN (SUM NA) RAZVIT SOA, GLEDE NA PILOTNA OKOLJA

Kot je razvidno s Slika 84, je največ (70 %) oseb, pri katerih je bil ugotovljen (sum na) razvit SOA, tako opredeljenih v pilotnem okolju ZD Sevnica, v pilotnem okolju ZD Celje 13 % in 17 % v pilotnem okolju ZD Vrhnika.



Slika 84: Število presejanih oseb, pri katerih je ugotovljen (sum na) razvit SOA, glede na pilotna okolja

PRESEJANE OSEBE, PRI KATERIH JE BIL UGOTOVLJEN (SUM NA) RAZVIT SOA, GLEDE NA USTANOVO OBRAVNAVE

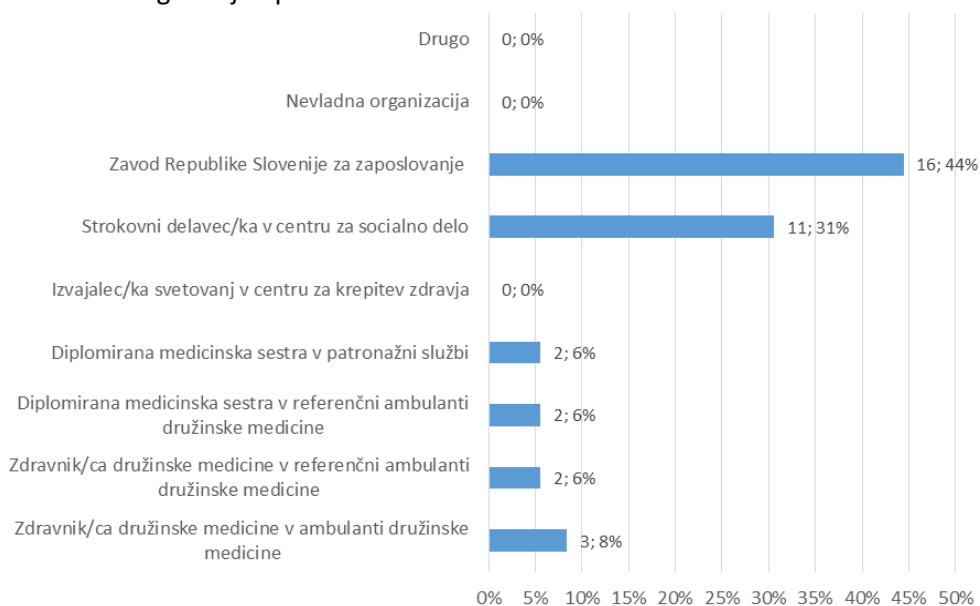
Največkrat je bil (sum na) razvit SOA opredeljen na ZRSZ (44 %), v 30 % na CSD, ¼ pa v ZD. S strani ZRSZ je bil (sum na) razvit SOA ugotovljen v pilotnem okolju ZD Vrhnika (Tabela 176).

Tabela 176: Število presejanih oseb, pri katerih je ugotovljen (sum na) razvit SOA, glede na ustanovo obravnave

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
Zdravstveni dom	N	1	8	0	9
	%	16,7%	32,0%	0,0%	25,0%
Center za socialno delo	N	2	9	0	11
	%	33,3%	36,0%	0,0%	30,6%
Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje	N	3	8	5	16
	%	50,0%	32,0%	100,0%	44,4%
Nevladna organizacija	N	0	0	0	0
	%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Drugo	N	0	0	0	0
	%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Skupaj	N	6	25	5	36
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

PRESEJANE OSEBE, PRI KATERIH JE BIL UGOTOVLJEN (SUM NA) RAZVIT SOA, PO PROFILU IZVAJALCA OBRAVNAVE

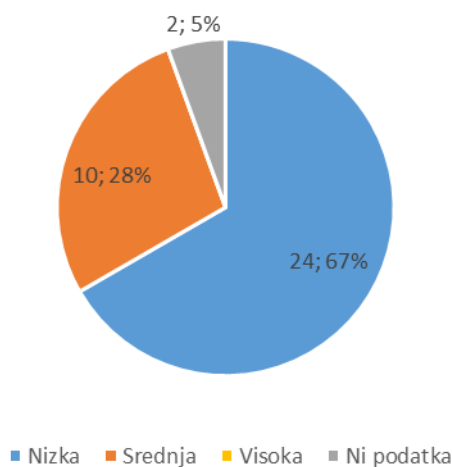
Kot je razvidno s Slika 85, je bilo največkrat (pri 16 obravnavanih oziroma v 44 %) (sum na) razvit SOA ugotovljen s strani kariernih svetovalcev na ZRSZ in strokovnih delavcev na CSD (pri 11 obravnavanih oziroma 31 %). (Sum na) razvit SOA je bil ugotovljen tudi s strani ZDM v ADM (pri 3 obravnavanih) in po dvakrat s strani ZDM v RADM, DMS v RADM in DMS v PV. S strani izvajalcev svetovanj v CKZ (sum na) razvit SOA ni bil ugotovljen pri nobeni obravnavani osebi.



Slika 85: število presejanih oseb, pri katerih je bil ugotovljen (sum na) razvit SOA, po profilu izvajalca obravnave

PRESEJANE OSEBE, PRI KATERIH JE BIL UGOTOVLJEN (SUM NA) RAZVIT SOA, PO STOPNJI IZOBRAZBE

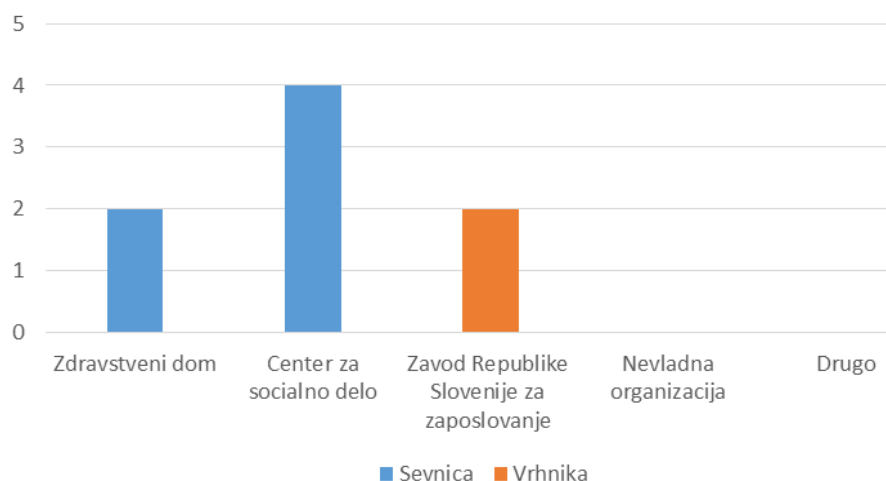
2/3 (24 oseb), pri katerih je bil ugotovljen (sum na) razvit SOA, ima nizko stopnjo izobrazbe, 28 % srednjo, v 5 % pa podatka o stopnji izobrazbe ni. Nihče s tako opredeljenim stanjem ni visoko izobražen (Slika 86).



Slika 86: Izobrazba oseb, pri katerih je ugotovljen (sum na) razvit SOA

SVOJCI/-KE OSEB, KI PRESEGAJO MEJE MANJ TVEGANEGA PITJA ALKOHOLA, PRESEJANE ZA ČEZMerno PITJE (DRUGE) OSEBE

Pri 8 preseganih oseb (3 % vseh preseganih) je šlo za svojce/-ke oseb, ki presegajo MMTpA. Osebe so bile tako opredeljene v pilotnem okolju ZD Sevnica (6 oseb), in sicer v CSD (4 osebe) in ZD (2 osebi), ter v pilotnem okolju ZD Vrhnika (2 osebi na ZRSZ) (Slika 87). V ZD so bile osebe obravnavane s strani DMS v PV in izvajalca/-ke svetovanj v CKZ.



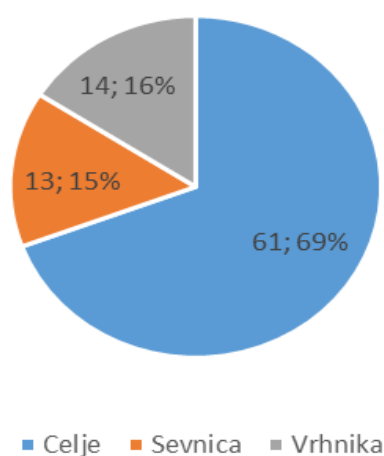
Slika 87: Presegani svojci oseb, ki presegajo MMTpA, po ustanovah izvedene obravnave

ŠTEVILO PRESEJANIH OSEB, KI ABSTINIRAJO ALI PIJEJO MANJ TVEGANO

Od 248 presejanih oseb za čezmerno pitje alkoholnih pijač, je pri 88 osebah (35 %) ugotovljeno, da pijejo manj tvegano ali abstininirajo.

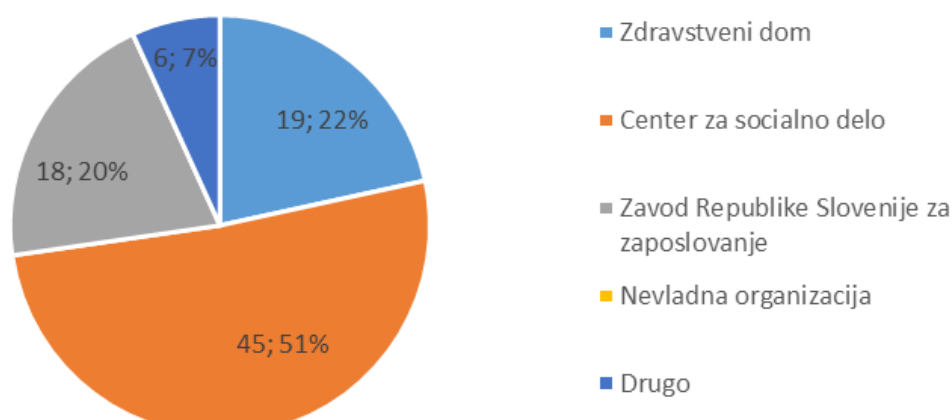
ŠTEVILO PRESEJANIH OSEB, KI ABSTINIRAJO ALI PIJEJO MANJ TVEGANO, PO PILOTNIH OKOLJIH, USTANOVI, PROFILU IZVAJALCA, IZOBRAZBI OBRAVNAVANEGA

Med osebami, pri katerih je bilo pri presejanju za čezmerno pitje alkoholnih pijač ugotovljeno, da pijejo manj tvegano ali abstininirajo, je bilo največ (69 %) tako opredeljenih v pilotnem okolju ZD Celje, v pilotnem okolju ZD Vrhnika je bilo tako opredeljenih 16 %, v pilotnem okolju ZD Sevnica pa 15 % (Slika 88).



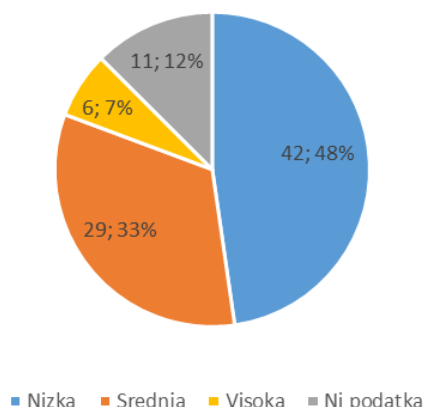
Slika 888: Število in deleži presejanih oseb, ki abstininirajo ali pijejo manj tvegano, glede na pilotna okolja

Največ obravnavanih oseb, ki pijejo manj tvegano ali abstininirajo, je bilo tako opredeljenih na CSD (51 %), 22 % obravnavanih je bilo tako opredeljenih v ZD, 20 % na ZRSZ, 7 % pa drugod (SMS v PS) (Slika 889).



Slika 889: Število in deleži presejanih oseb, ki abstininirajo ali pijejo manj tvegano, glede na ustanovo izvedenega presejanja

Največ obravnavanih oseb, ki pijejo manj tvegano ali abstininirajo, je nizko izobraženih (48 %), 1/3 je srednje, 7 % pa visoko izobraženih. Za 12 % podatka o stopnji izobrazbe ni (Slika 90).

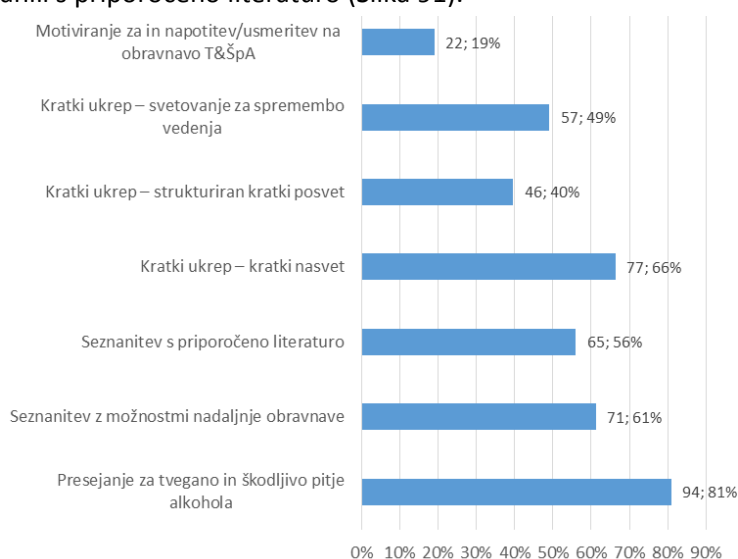


Slika 90: Število in deleži presejanih oseb, ki abstininirajo ali pijejo manj tvegano, glede na stopnjo izobrazbe

VRSTE IZVEDENIH STORITEV

VRSTE IZVEDENIH STORITEV PRI OSEBAH, KI T/Š PIJEJO ALKOHOLNE PIJAČE, PO PROFILU IZVAJALCA OBRAVNAVE

Poleg presejanja za T/ŠpA, katerega so izvajalci obravnave sicer zavedli le v 81 %, so pri 66 % T/Š pivcev alkohola izvedli kratki ukrep – kratki nasvet, kratki ukrep – strukturiran kratki posvet so izvedli v 40 % primerov, kratki ukrep – svetovanje za spremembo vedenja pa so izvedli pri skoraj polovici (49 %) obravnavanih T/Š pivcev alkohola. 61 % T/ŠpA so seznanili z nadaljnjimi možnostmi obravnave, 19 % obravnavanih so za nadaljnjo obravnavo T&ŠPA motivirali in jih tja napotili/usmerili, dobro polovico (56 %) T/ŠpA pa so seznanili s priporočeno literaturo (Slika 91).



Slika 91: Vrste izvedenih storitev pri osebah, ki T/Š pijejo alkoholne pijače

Kot je razvidno iz Tabela 177, so ZDM v ADM pri svojih obravnavah oseb, ki T/ŠpA, ob presejanju za T/ŠpA, večino obravnavanih seznanili s priporočeno literaturo ter pogosto izvedli kratki nasvet in seznanili obravnavanega z možnostjo nadaljnje obravnave. Ena oseba je bila tudi motivirana in napotena/usmerjena na nadaljnjo obravnavo. Kratki posvet in svetovanje za spremembo vedenja s strani ZDM v ADM nista bila izvedena. ZDM v RADM je ob presejanju večinokrat izvedel svetovanje za spremembo vedenja in motiviranje in napotitev/usmeritev v nadaljnjo obravnavo, pri eni osebi pa tudi kratki posvet. DMS v RADM so ob presejanju pri osebi, ki T/Š pije alkohol, izvedle tudi vse tri vrste kratkega ukrepa, večino so seznanile tudi z možnostmi nadaljnje obravnave, v približno polovici primerov pa so tudi seznanile s priporočeno literaturo. DMS v PV so izvedle predvsem kratki nasvet, v nekaj primerih tudi svetovanje za spremembo vedenja ter seznanile s priporočeno literaturo in motivirale za in napotile/usmerile v nadaljnjo obravnavo. Izvajalec svetovanj v CKZ je v obeh primerih izvedel skoraj vse oblike podpore, le kratkega posveta ne.

Tabela 177: Vrste izvedenih storitev, po profilih izvajalcev obravnave

		Zdravnik v ADM	Zdravnik v RADM	Dipl. med. sestra v RADM	Dipl. med. sestra v PS	Izvajalec svetovanj v CKZ	Strokovni delavec v CSD	ZRSZ	NVO	Drugo	Skupaj
Presejanje za tvegano in škodljivo pitje alkohola	N	5	4	49	0	2	14	18	/	2	94
	%	100,0%	100,0%	98,0%	0,0%	100,0%	100,0%	58,1%	/	100,0%	81,0%
Seznanitev z možnostmi nadaljnje obravnave	N	3	3	39	2	2	11	10	/	1	71
	%	60,0%	75,0%	78,0%	25,0%	100,0%	78,6%	32,3%	/	50,0%	61,2%
Seznanitev s priporočeno literaturo	N	4	0	23	0	2	5	29	/	2	65
	%	80,0%	0,0%	46,0%	0,0%	100,0%	35,7%	93,5%	/	100,0%	56,0%
Kratki ukrep – kratki nasvet	N	3	0	41	5	2	14	11	/	1	77
	%	60,0%	0,0%	82,0%	62,5%	100,0%	100,0%	35,5%	/	50,0%	66,4%
Kratki ukrep – strukturiran kratki posvet	N	0	1	41	0	0	4	0	/	0	46
	%	0,0%	25,0%	82,0%	0,0%	0,0%	28,6%	0,0%	/	0,0%	39,7%
Kratki ukrep – svetovanje za spremembo vedenja	N	0	3	47	3	2	2	0	/	0	57
	%	0,0%	75,0%	94,0%	37,5%	100,0%	14,3%	0,0%	/	0,0%	49,1%
Motiviranje za in napotitev/usmeritev na obravnavo T&ŠpA	N	1	3	0	1	1	10	6	/	0	22
	%	20,0%	75,0%	0,0%	12,5%	50,0%	71,4%	19,4%	/	0,0%	19,0%
Število oseb	N	5	4	50	8	2	14	31	/	2	116

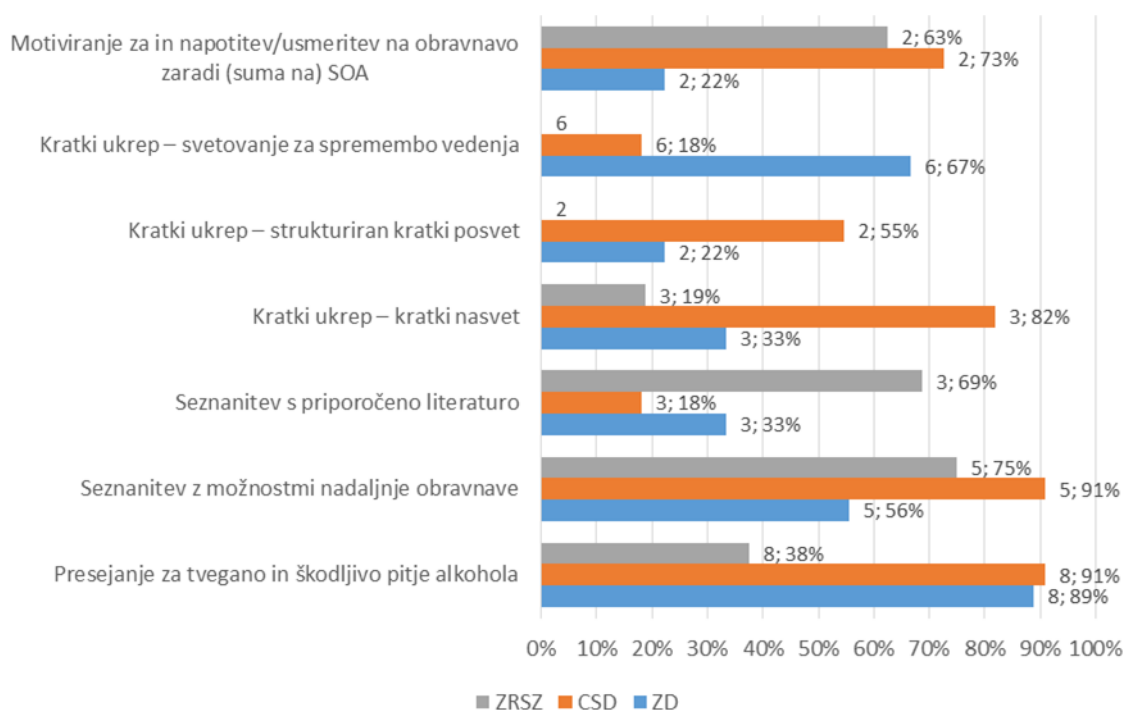
VRSTE IZVEDENIH STORITEV PRI OSEBAH, KI IMAJO UGOTOVLJEN (SUM NA) SOA, PO USTANOVI IN PO PROFILU IZVAJALCA OBRAVNAVE

Poleg presejanja za T/ŠpA, katerega so izvajalci obravnave sicer zavedli le v 67 %, so večino oseb, pri katerih je bil ugotovljen (sum na) razvit SOA, izvajalci seznanili z možnostmi nadaljnje obravnave in jih približno polovico za to tudi motivirali in napotili naprej. V nekaterih primerih so izvedli tudi katero od različic kratkega ukrepa in seznanili s priporočeno literaturo (Slika 92).



Slika 92: Vrste izvedenih storitev pri osebah, ki imajo ugotovljen (sum na) razvit SOA

Glede na ustanovo, v kateri je bila izvedena obravnava čezmernega pitja alkohola, je bilo pri osebah, ki imajo (sum na) razvit SOA, so bile v ZD največkrat izvedene storitve presejanje, svetovanje za spremembo vedenja in seznanitev z možnostjo nadaljnje obravnave, v CSD pa poleg presejanja in seznanitve z nadaljnjo obravnavo tudi kratek nasvet in motiviranje oziroma usmeritev na obravnavo zaradi (suma na) razvit SOA. V ZRSZ so najpogostejše seznanjali z možnostjo nadaljnje obravnave in motivirali za oziroma napotili na nadaljnjo obravnavo za obravnavo SOA in seznanili s priporočeno literaturo. Slednje so v ZD in CSD izvedli v precej manjšem obsegu (Slika 93).



Slika 93: Vrste izvedenih storitev pri osebah, ki imajo (sum na) razvit SOA

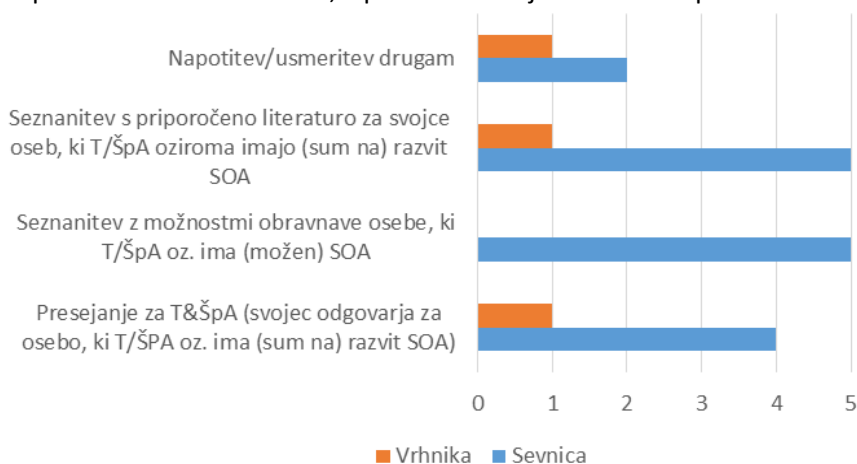
Če pogledamo še natančneje, znotraj posameznih profilov, so, kot je razvidno iz Tabela 178, v ZD vsi profili, ki so obravnavali osebe, ki imajo (sum na) razvit SOA, poleg presejanja izvedli svetovanje za spremembo vedenja in razen DMS v PV tudi vsi seznanili z možnostmi nadaljnje obravnave.

Tabela 178: Vrste izvedenih storitev po profilu izvajalca

		Zdravnik v ADM	Zdravnik v RADM	Dipl. med. sestra v RADM	Dipl. med. sestra v PS	Izvajalec svetovanj v CKZ	Strokovni delavec v CSD	ZRSZ	NVO	Drugo	Skupaj
Presejanje za tvegano in škodljivo pitje alkohola	N	3	2	2	1	/	10	6	/	/	24
	%	100,0%	100,0%	100,0%	50,0%	/	90,9%	37,5%	/	/	66,7%
Seznaiter z možnostmi nadaljnje obravnave	N	2	2	1	0	/	10	12	/	/	27
	%	66,7%	100,0%	50,0%	0,0%	/	90,9%	75,0%	/	/	75,0%
Seznaiter s priporočeno literaturo	N	2	0	1	0	/	2	11	/	/	16
	%	66,7%	0,0%	50,0%	0,0%	/	18,2%	68,8%	/	/	44,4%
Kratki ukrep – kratki nasvet	N	0	0	2	1	/	9	3	/	/	15
	%	0,0%	0,0%	100,0%	50,0%	/	81,8%	18,8%	/	/	41,7%
Kratki ukrep – strukturiran kratki posvet	N	0	0	2	0	/	6	0	/	/	8
	%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	/	54,5%	0,0%	/	/	22,2%
Kratki ukrep – svetovanje za spremembo vedenja	N	1	2	2	1	/	2	0	/	/	8
	%	33,3%	100,0%	100,0%	50,0%	/	18,2%	0,0%	/	/	22,2%
Motiviranje za in napotitev/usmeritev na obravnavo zaradi (suma na) SOA	N	1	1	0	0	/	8	10	/	/	20
	%	33,3%	50,0%	0,0%	0,0%	/	72,7%	62,5%	/	/	55,6%
Število oseb	N	3	2	2	2	/	11	16	/	/	36

VRSTE IZVEDENIH STORITEV PRI OSEBAH, KI SO SVOJCI/-KE OSEB, KI PRESEGAJO MMTPA PO PILOTNIH OKOLJIH

Od skupno obravnavanih 8 svojcev/-k oseb, ki čezmerno pijejo alkoholne pijače (vsi so bili obravnavani v pilotnih okoljih ZD Sevnica in ZD Vrhnika), so izvajalci v 5 primerih poleg presejanja obravnavanega/-no seznanili z možnostmi obravnave osebe, ki T/ŠpA ali ima (sum na) razvit SOA, in s priporočeno literaturo. V treh primerih so svojca/osebo napotili naprej (Slika 94). V pilotnem okolju ZD Sevnica sta bila svojca/-ki napoteni v društvo Al-Anon, v pilotnem okolju ZD Vrhnika pa v CKZ.

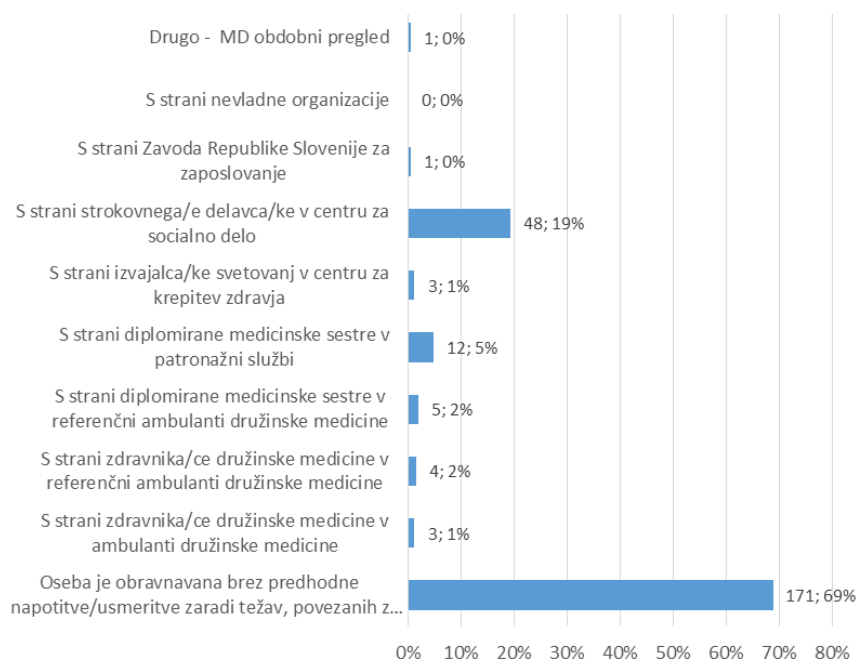


Slika 94: Vrste izvedenih storitev za svojce

PREDHODNA NAPOTITEV OBRAVNAVANIH OSEB

OSEBE, KI SO OBRAVNAVANE BREZ PREDHODNE NAPOTITVE, OSEBE, KI SO OBRAVNAVANE GLEDE NA PREDHODNO NAPOTITEV, PROFILI, KI SO PREDHODNO NAPOTOVALI

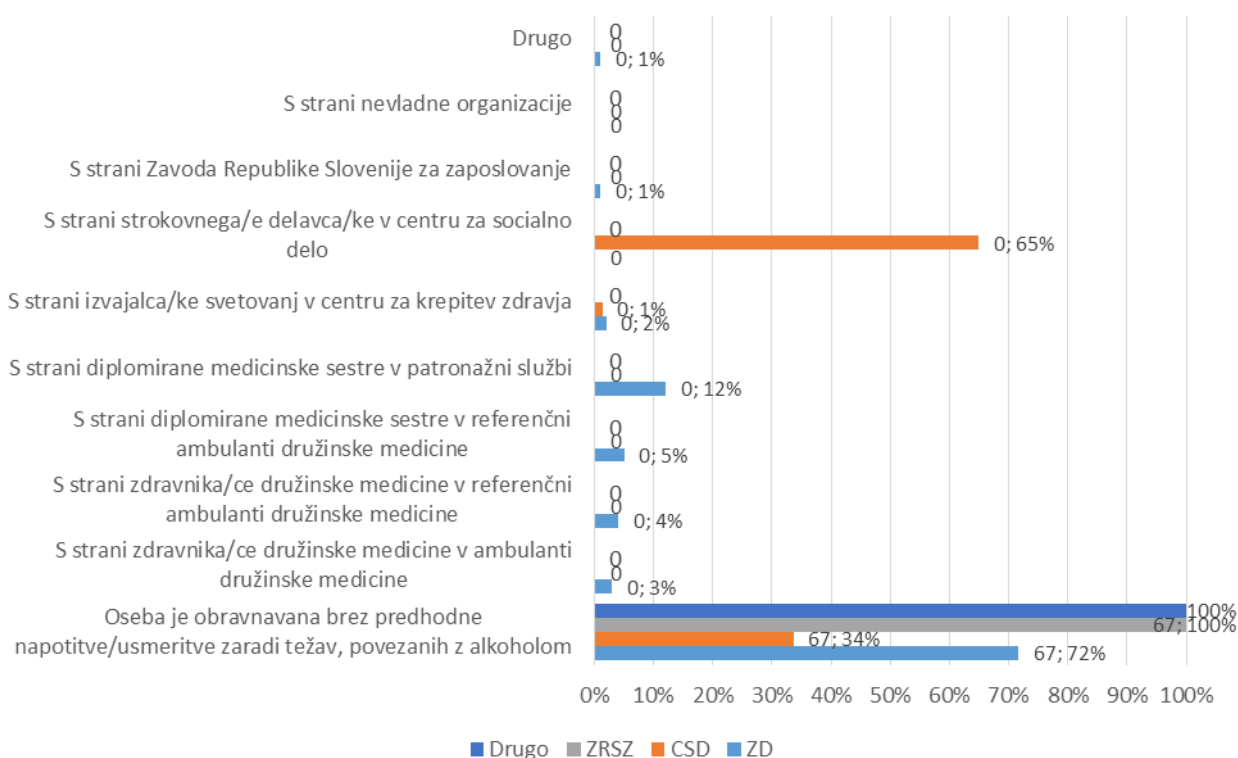
Kot je razvidno s Slika 95, je bila večina oseb (171 ali 69 %) obravnavanih brez predhodne napotitve. 31 % oseb pa je bilo obravnavanih na podlagi predhodne napotitve, in sicer največ s strani strokovnega sodelavca v CSD (19 %) in DMS v RADM (5 %).



Slika 95: Deleži predhodno napotenih oseb v obravnavo zaradi čezmernega pitja alkohola, znotraj ustanov, po profilih strokovnjakov

PREDHODNO NAPOTENE OSEBE V OBRAVNAVO, ZNOTRAJ USTANOVE, GLEDE NA PROFIL, KI JE PREDHODNO NAPOTIL

Kot je razvidno s Slika 96, je bilo večina predhodno napotenih, ki so bili obravnavi v CSD, napoteni na obravnavo s strani (drugega strokovnjaka v) CSD, večina obravnavanih v ZD pa s strani zdravstvenih delavcev v ZD.



Slika 96: Predhodno napotene osebe v obravnavo, znotraj ustanove, glede na profil, ki je predhodno napotil

NAPOTITEV V NADALJNJO OBRAVNAVO

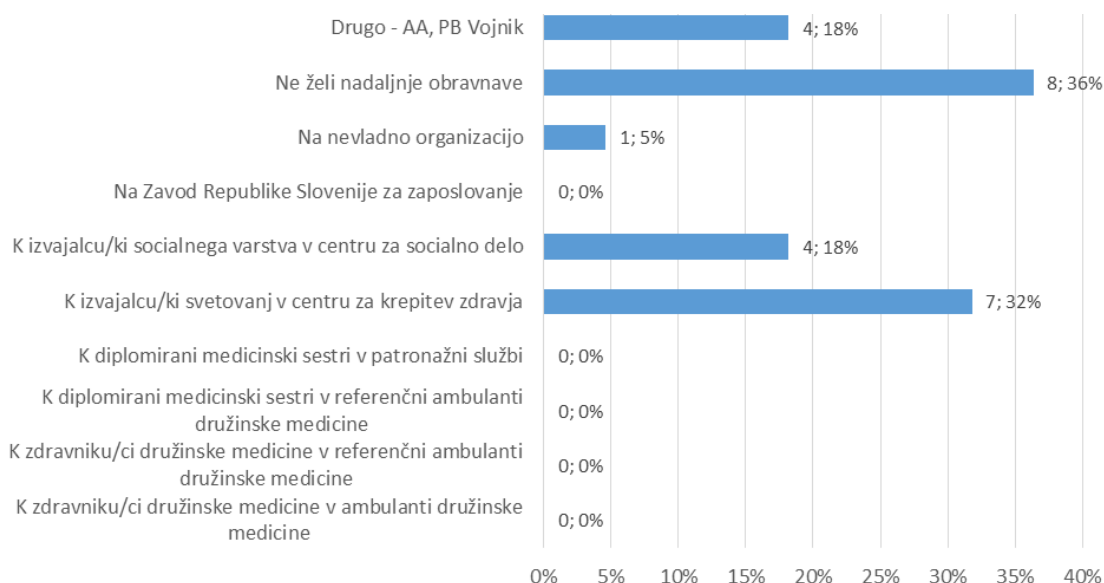
OSEBE, KI NISO NAPOTENE V NADALJNJO OBRAVNAVO, OSEBE, NAPOTENE V NADALJNJO OBRAVNAVO, OSEBE, NAPOTENE V NADALJNJO OBRAVNAVO Z T/ŠpA

Med osebami, za katere je bilo ugotovljeno T/ŠpA, jih je bilo v nadaljnjo obravnavo napotenih le 19 % (22 oseb), 81 % (94 oseb) pa ne (Tabela 179), saj so bile izvedene druge storitve.

Tabela 179: Število oseb, ki T/ŠpA, napotenih v nadaljnjo obravnavo

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
Število oseb, ki so bile napotene na obravnavo T/ŠpA	N	0	22	0	22
Število oseb, ki T/ŠpA	N	23	76	17	116

Kot je razvidno s Slika 97, je bilo največ oseb (7 oziroma 32 %) napotenih v nadaljnjo obravnavo k izvajalcu v CKZ, nekaj (18 % oziroma 4) k izvajalcu socialnega varstva v CSD oziroma drugam (AA PB Vojnik), 1 oseba (5 %) je bila napotena na nevladno organizacijo, 8 oseb (36 %) pa nadaljnje obravnave ni želelo. Glede na slednji podatek je bilo naprej dejansko napotenih 8 oseb.



Slika 97: Napotitev oseb, ki T/ŠpA, v nadaljnjo obravnavo, po profilu izvajalca obravnave

OSEBE, KI NISO NAPOTENE V NADALJNJO OBRAVNAVO, OSEBE, NAPOTENE V NADALJNJO OBRAVNAVO, OSEBE, NAPOTENE V NADALJNJO OBRAVNAVO Z SOA

Med 36 osebami, pri katerih je bil ugotovljen (sum na) SOA, jih je bilo v nadaljnjo obravnavo napotenih 20 (56 %), (Tabela 180), oziroma glede na to, da jih 12 predlagane nadaljnje obravnave ni želelo, jih je bilo 8 oziroma 22 % (Slika 98).

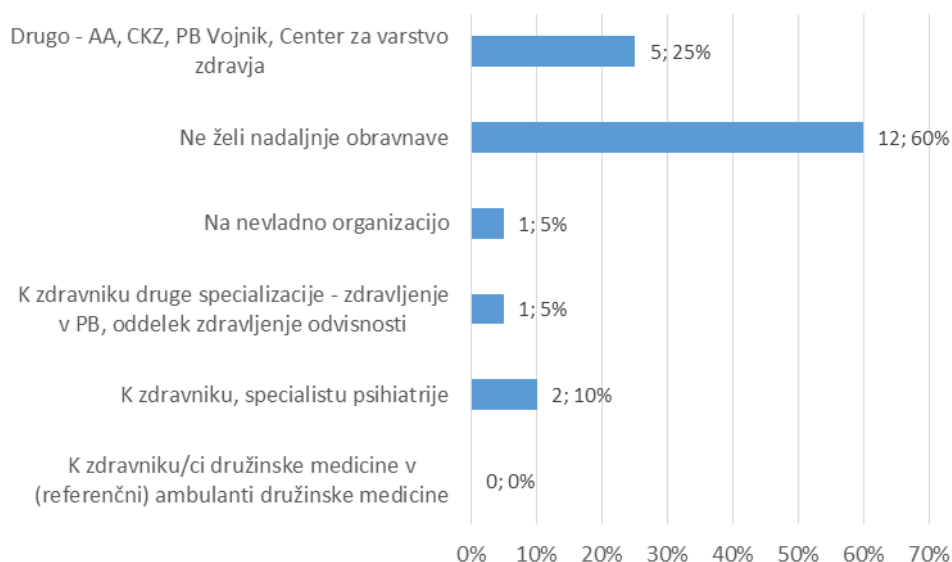
Tabela 180: Število oseb, pri katerih je bil ugotovljen (sum na) SOA, napotenih v nadaljnjo obravnavo

	Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
Število oseb, ki so bile napotene na obravnavo zaradi (suma na) SOA	4	14	2	20
N				
Število oseb, pri katerih je N	6	25	5	36

Kot je razvidno s Slika 98, največ oseb (12 oziroma 60 %) nadaljnje obravnave zaradi (suma na) razvit SOA ni želelo, (9 oziroma 45 %) pa je bilo napotenih naprej - 5 oziroma 25 % v AA/AL-Anon, PB Vojnik/CKZ, po 1 (5 %) na NVO in k zdravniku druge specializacije – zdravljenje v PB, oddelek zdravljenja odvisnosti, in 2 (19 %) k ZDM v RADM.

OSEBE, KI NISO NAPOTENE V NADALJNJO OBRAVNAVO, OSEBE, NAPOTENE V NADALJNJO OBRAVNAVO, OSEBE, NAPOTENE V NADALJNJO OBRAVNAVO, KI JE SVOJEC/-KA, PO USTANOVI, PO PROFILU IZVAJALCA

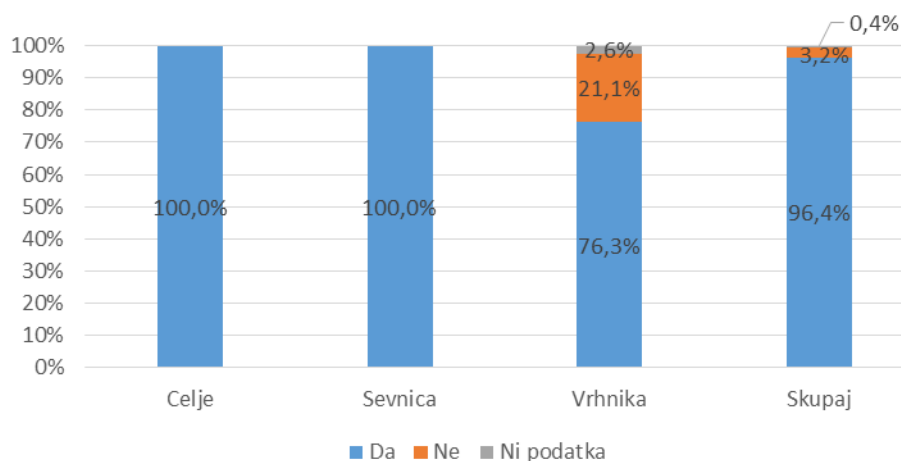
2 svojca oseb, ki čezmerno pijejo alkohol, sta bila zaradi te težave napotena na AL-Anon, 1 oseba pa v CKZ, in sicer 2 iz CSD in en iz ZRSZ



Slika 98: Napotitev oseb, ki T/ŠpA, v nadaljnjo obravnavo

OBRAVNAVA GLEDE NA PROSTORSKE POGOJE IN RAZLOGI ZA NEUSTREZNOST PROSTORSKIH POGOJEV

Od 248 obravnavanih oseb je bila v 8 primerih obravnavanih (3,2 %) zavedena neustreznost prostorskih pogojev za izvedbo obravnave. Vsi ti primeri so bili zavedeni v ZRSZ Vrhnika (Slika 99). Kot razlog je bilo vsakič navedeno dejstvo, da sta bili v pisarni, kjer naj bi potekala obravnava, prisotni dve izvajalki, kar ni omogočalo potrebne zasebnosti za diskretno izvedbo obravnave.

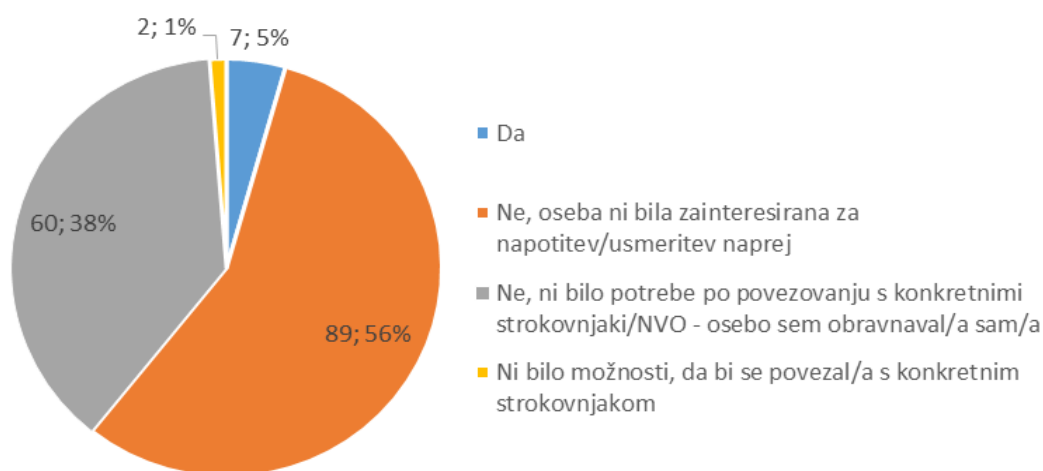


Slika 99: Možnost izvajanja obravnave na ustrezno diskreten način, skupaj in po pilotnih okoljih

POVEZOVANJE S STROKOVNJAKI (T/ŠPA)

POVEZOVANJE S STROKOVNJAKOM, KAMOR JE IZVAJALEC OSEBO NAPOTIL V NADALJNJO OBRAVNAVO

Od 116 obravnavanih oseb zaradi T/ŠpA so se izvajalci obravnave v 7 primerih (5 %) povezali s strokovnjakom, kamor so osebo napotili v nadaljnjo obravnavo. V 38 % (60 oseb) po povezovanju z drugimi strokovnjaki ni bilo potrebe, saj so osebo obravnavali sami, dobra polovica obravnavanih (89 %) zaradi T/ŠpA ni bila zainteresirana za napotitev v nadaljnjo obravnavo, pri 1 % primerov (vse na ZRSZ v pilotnem okolju ZD Vrhnika) pa ni bilo možnosti, da bi se povezal/-a s konkretnim strokovnjakom (Slika 100), obakrat je šlo za obravnavo, kjer ni bilo možnosti za diskreten pogovor.



Slika 100: Povezovanje s konkretnim strokovnjakom, za napotitev obravnavane/-ga v obravnavo

POVEZOVANJE S STROKOVNJAKOM, OD KODER JE BILA OBRAVNAVANA OSEBA NAPOTENA K IZVAJALCU/-KI

Izvajalec/-ka obravnave se je povezal/-a s strokovnjakom, od koder je bila oseba napotena v obravnavo, v 5 % (pri 9 obravnavanih osebah). V 66 % (105 oseb) oseba ni bila napotena v obravnavo s strani drugih izvajalcev oziroma ni bilo potrebe po povezovanju s konkretnim strokovnjakom, saj je obravnavo izvajal dotični izvajalec sam (27 % oz 43 oseb). V 2 % (vse na ZRSZ v pilotnem okolju ZD Vrhnika) ni bilo možnosti, da bi se izvajalec povezal s strokovnjakom, od koder je bila oseba napotena v obravnavo (Slika 101). V enem primeru razlog ni bil naveden, v enem primeru izvajalec/-ka osebi (suma na) razvit SOA ni omenila, v enem primeru pa se je izvajalec/-ka vprašal/-a, ali v pilotnem okolju obstaja alkohololog (v pilotnem okolju ZD Vrhnika).

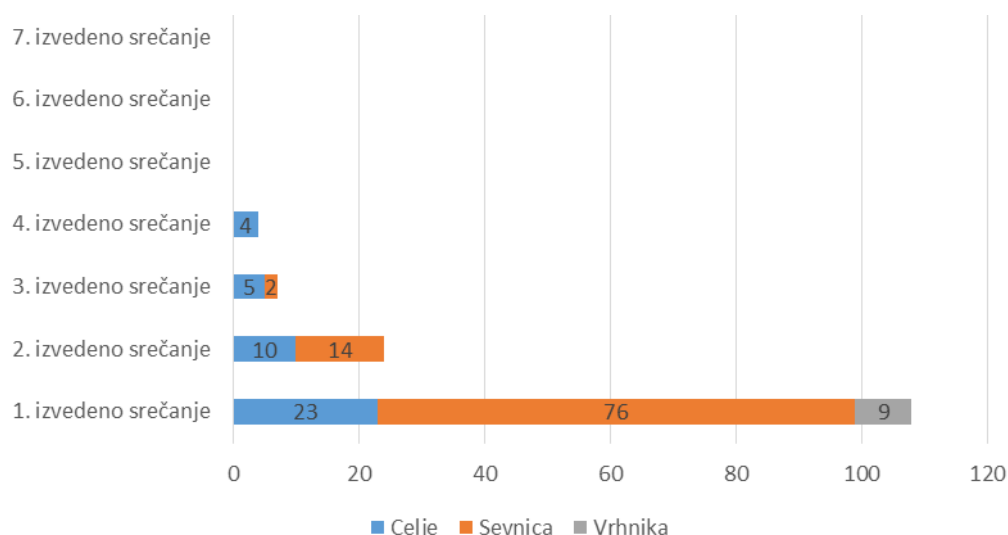


Slika 101: Povezovanje s konkretnim strokovnjakom, od koder je bila obravnavana oseba napotena k izvajalcu/-ki

SVETOVANJE

ŠTEVILO OBRAVNAVANIH OSEB, PRI KATERIH JE BIL IZVEDENO SVETOVANJE ZA OPUŠČANJE T/ŠPA, PO PILOTNIH OKOLJIH

Od 107 obravnavanih oseb, za katere je podatek o številu izvedenih srečanj obravnave, je bilo v prav toliko primerih izvedeno prvo srečanje. V 24 primerih je bilo izvedeno tudi drugo srečanje, v 7 tudi tretje, v 4 pa tudi četrto. V nobenem primeru svetovanje ni trajalo pet srečanj. Največ svetovanj je bilo izvedenih v pilotnem okolju ZD Sevnica, najmanj pa v pilotnem okolju ZD Vrhnika, kjer so bila vsa svetovanja izvedena v okviru prvega srečanja. Po 4 srečanja na obravnavanega so bila izvedena le v pilotnem okolju ZD Celje (Slika 102).



Slika 102: Število obravnavanih oseb, pri katerih je bilo izvedeno svetovanje za spremembo vedenja, po zaporedju srečanja, po pilotnih okoljih

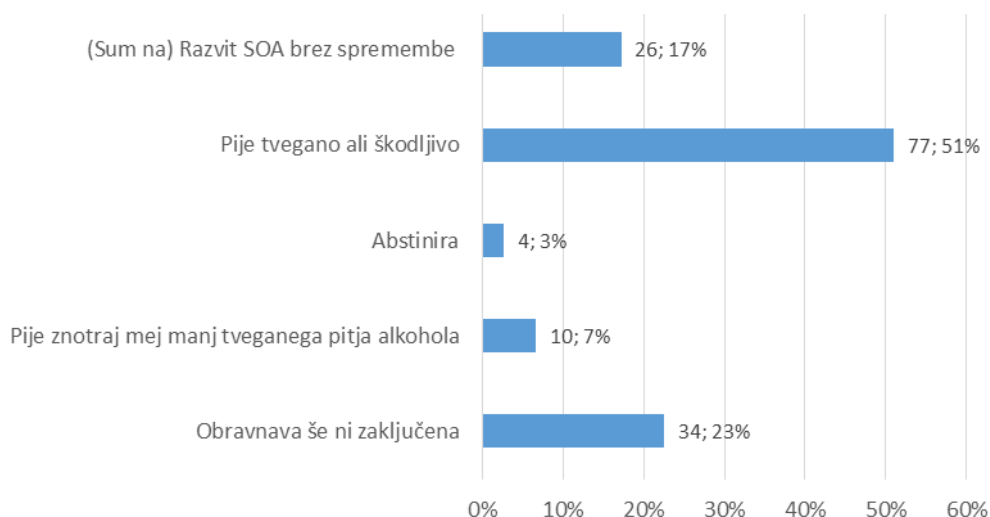
STANJE OBRAVNAVANE OSEBE OB ZAKLJUČKU SVETOVANJA, GLEDE NA STANJE OB PRESEJANJU

ŠTEVILO OSEB, KI SO OB ZAKLJUČENEM SVETOVANJU ZA OPUŠČANJE T/ŠPA PILI MANJ T ALI ABSTINIRALI

STANJE OBRAVNAVANE OSEBE GLEDE PITJA ALKOHOLA OB ZAKLJUČKU SVETOVANJA

Od 151 oseb, za katere je znan podatek o stanju glede pitja alkohola po zaključku svetovanja, v 23 % obravnava še ni bila zaključena, v polovici primerov (51 %) gre za T/ŠpA, v 17 % za (sum na) razvit SOA brez spremembe. V 7 % obravnavana oseba pije manj tvegano, v 3 % pa abstinira (Slika 103).

Če pa pogledamo natančneje, je imelo od 151 oseb, ki so bile presejane, 111 oseb (74 %) samo 1. srečanje, na katerem sta bila izvedena tako presejanje kot svetovanje, 29 oseb (19 %) pa je bilo udeleženih na vsaj tudi 2. srečanju za svetovanje. Upoštevati je torej treba, da zgornji rezultat precenjuje delež primerov, ko učinka ni bilo oziroma podcenjuje delež primerov, ko je učinek svetovanja bil, saj le-ta po le 1. srečanju ni merljiv (presejanje in morebitno 1. srečanje svetovanja v istem dogodku).



Slika 103: Stanje obravnavane osebe po zaključku svetovanja

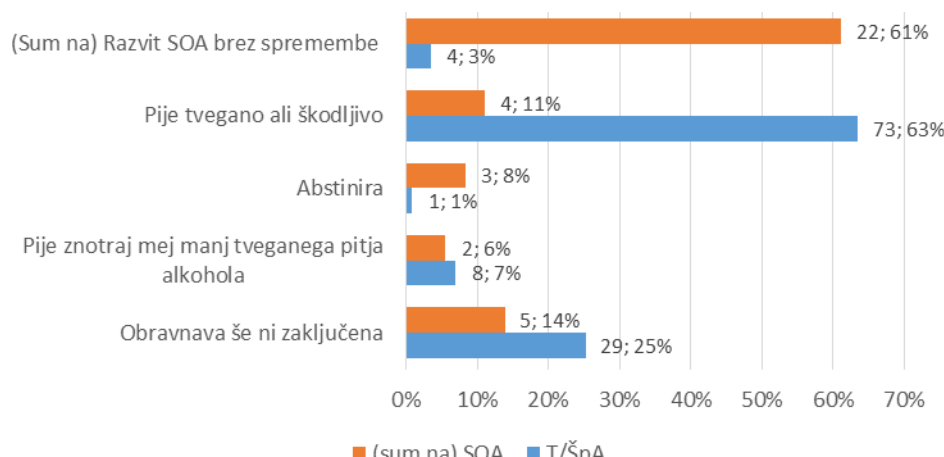
STANJE OBRAVNAVANE OSEBE GLEDE PITJE ALKOHOLA OB ZAKLJUČKU SVETOVANJA, GLEDE NA STANJE OB PRESEJANJU

Med 151 osebami, za katere imamo podatek o stanju po svetovanju, so pri 115 obravnavanih, pri katerih je bilo ob presejanju ugotovljeno T/ŠpA in za katere imamo podatek o stanju po obravnavi, ter za 36 obravnavanih, za katere je bil ob presejanju ugotovljen (sum na) razvit SOA in za katere imamo podatek o stanju po obravnavi, podatki o stanju po obravnavi glede na začetno stanje sledeči:

Znotraj začetne kategorije T/ŠpA pri 25 % obravnava ob pridobivanju podatkov o stanju osebe po zaključku obravnave še ni bila zaključena, pri 7 % so osebe po zaključeni obravnavi pile znotraj MMTpA, 1 % pa je abstiniral. V 63 % spremembe glede pA ni bilo (še naprej T/ŠpA), v 3 % pa se je tekom obravnave izkazalo, da gre za (sum na) razvit SOA.

Znotraj skupine oseb, pri katerih je bil ob presejanju ugotovljen (sum na) SOA, v 14 % primerov obravnava ob pridobivanju podatkov o obravnavah še ni bila zaključena, v 61 % ni prišlo do spremembe glede pitja alkohola, v 11 % je šlo za manj pitja, ki pa je še vedno presegalo MMTpA, 6 % (2 osebi) je ob zaključku obravnave pilo znotraj MMTpA, 3 osebe (8 %) pa so abstinirale (Slika 104).

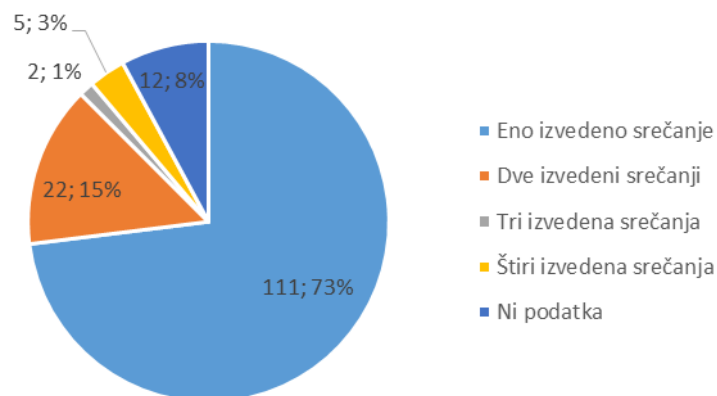
Od vseh obravnavanih, ki so ob presejanju pili čezmerno (bodisi T/Š ali pa (sum na SOA)) (151 oseb), je ob koncu svetovanja za opustitev T/ŠpA 9 % (14 oseb) pilo manj tvegano oziroma abstiniralo (3 % SOA in 6 % T/ŠpA).



Slika 104: Stanje osebe ob zaključku obravnave, glede na stanje ob začetku obravnave

ŠTEVILO IN POVPREČJE IZVEDENIH SREČANJ ZA SVETOVANJE V PROCESU OPUŠČANJA T/ŠpA

Slika 105 prikazuje, da je med 152 osebami, za katere imamo podatek o številu izvedenih srečanj za svetovanje v procesu opuščanja T/ŠpA, bilo pri 73 % izvedeno le 1 srečanje, pri 15 % (22 oseb) dve, pri 1 % 3 srečanja, pri 3 % pa 4 izvedena srečanja. Za 8 % oseb podatka o številu izvedenih srečanj ni. V povprečju je bilo za proces svetovanja izvedeno 1,3 srečanja svetovanja za opuščanje T/ŠpA, najmanj eno in največ štiri (Tabela 181).



Slika 105: Število izvedenih srečanj za svetovanje za proces opuščanja T/ŠpA

ŠTEVILO, NAJPOGOSTEJŠE ŠTEVILO IN POVPREČJE IZVEDENIH SREČANJ GLEDE NA USPEŠNOST OBRAVNAVE, VKLJUČENI VSI, KI SO OB PRESEJANJU PILI ČEZMerno (T/ŠPA ALI (SUM NA) SOA)

Kot je razvidno iz Tabela 181, so uspešna svetovanja (obravnavani, ki je ob presejanju pil T/Š ali pa imel (sum na) SOA), po zaključenem svetovanju pije manj tvegano ali abstiniira) v povprečju trajale 2,4 srečanja oziroma napogosteje 2 srečanja, kar je več kot tiste obravnave, kjer do pozitivnih sprememb ni prišlo (v povprečju 1,1 srečanja oziroma najpogosteje le 1-kratno srečanje). Svetovanja, ki še niso bile zaključena, so v povprečju prav tako zajemala več srečanj (v povprečju 1,5) kot neuspešna svetovanja.

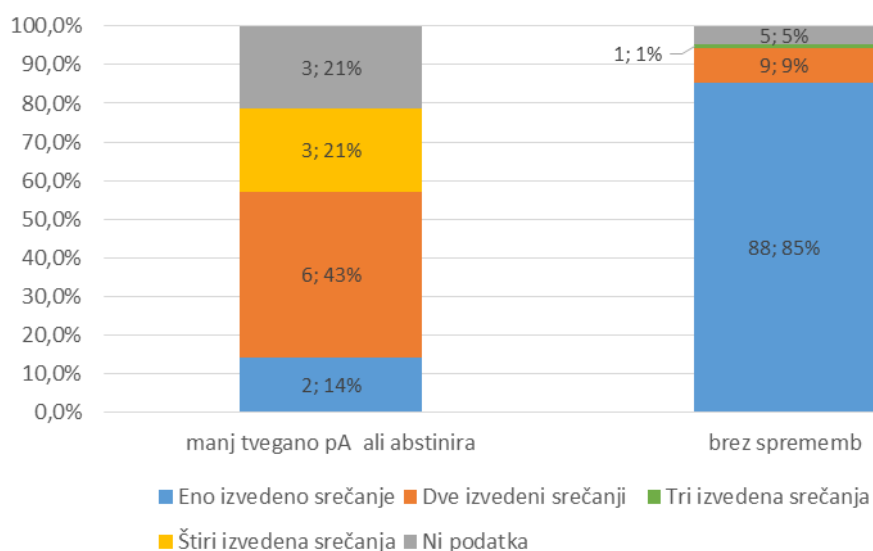
Med tistimi obravnavami, kjer do pozitivnih sprememb ni prišlo, je večina (85 %) takih, kjer je bilo izvedeno le 1 srečanje, in le ena obravnava, kjer so bila izvedena 3 srečanja. 4 ali več srečanj pri neuspešnih svetovanjih ni bilo izvedenih. Pri uspešnih svetovanjih pa sta bili od 14 primerov pri skoraj polovici oseb oziroma obravnav (6) izvedeni 2 srečanja, pri 3 pa 4 srečanja (Slika 106).

Tabela 181: Število izvedenih srečanj za svetovanje za opuščanje T/ŠpA, vključeni vsi, ki so ob presejanju pili čezmerno; glede na uspešnost obravnave

		Obravnava še ni zaključena	manj tvegano pA ali abstinira	brez sprememb	Skupaj
Eno izvedeno srečanje	N	20	2	88	110
	%	58,8%	14,3%	85,4%	72,8%
Dve izvedeni srečanja	N	7	6	9	22
	%	20,6%	42,9%	8,7%	14,6%
Tri izvedena srečanja	N	1	0	1	2
	%	2,9%	0,0%	1,0%	1,3%
Štiri izvedena srečanja	N	2	3	0	5
	%	5,9%	21,4%	0,0%	3,3%
Ni podatka	N	4	3	5	12
	%	11,8%	21,4%	4,9%	7,9%
Povprečje		1,5	2,4	1,1	1,3
Min - Max		1 - 4	1 - 4	1 - 3	1 - 4
Skupaj	N	34	14	103	151
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

*Upoštevane osebe, ki T/ŠpA in osebe, za katere je ugotovljen (sum na) SOA

* stanje "brez sprememb" zajema status "Pije tvegano ali škodljivo" ter "(Sum na) Razvit SOA brez spremembe"



Slika 106: Število izvedenih srečanj za svetovanje za opuščanje T/ŠpA, vključeni vsi, ki so ob presejanju pili čezmerno; glede na uspešnost obravnave

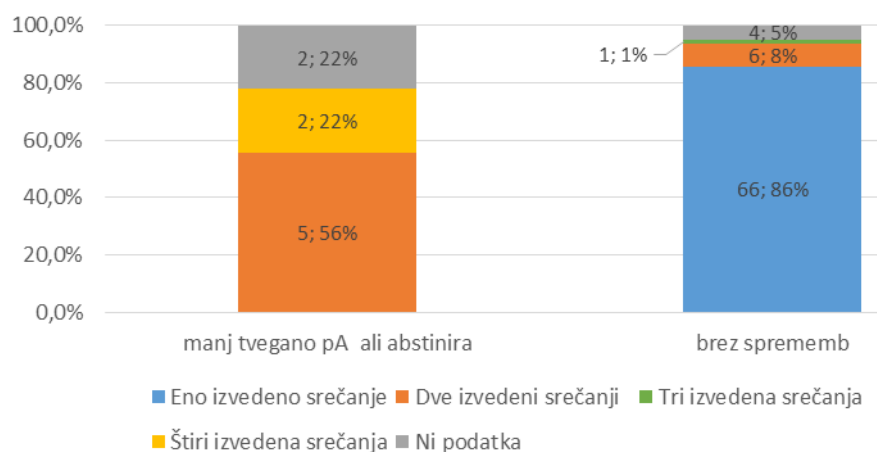
ŠTEVILO IN POVPREČJE IZVEDENIH SREČANJ GLEDE NA USPEŠNOST SVETOVANJA; VKLJUČENI TISTI, KI SO OB PRESEJANJU T/ŠPA

Kot je razvidno iz Tabela 182, so uspešna svetovanja tistih, ki so ob presejanju pili T/Š (po zaključenem svetovanju pije manj tvegano ali abstinira) v povprečju trajala 2,6 srečanja oziroma najpogosteje 2 srečanja, kar je več kot tiste obravnave, kjer do pozitivnih sprememb ni prišlo (v povprečju 1,1 srečanja). Svetovanja, ki še niso bila zaključena, so v povprečju prav tako zajemala več srečanj (v povprečju 1,5) kot neuspešna svetovanja.

Med tistimi svetovanji, kjer do pozitivnih sprememb ni prišlo, je večina (86 %) takih, kjer je bilo izvedeno le 1 srečanje, in le eno svetovanje, kjer so bila izvedena 3 srečanja. 4 ali več srečanj pri neuspešnih svetovanjih ni bilo izvedenih. Pri uspešnih svetovanjih pa sta bili od 9 primerov pri več kot polovici oseb oziroma obravnav (5) izvedeni 2 srečanja, pri 2 pa 4 srečanja (Slika 107).

Tabela 182: Število izvedenih srečanj za svetovanje za opuščanje T/ŠpA, vključeni le tisti, ki so ob presejanju T/ŠpA; glede na uspešnost obravnave

		Obravnava še ni zaključena	manj tvegano pA ali abstinira	brez sprememb	Skupaj
Eno izvedeno srečanje	N	17	0	66	83
	%	58,6%	0,0%	85,7%	72,2%
Dve izvedeni srečanja	N	7	5	6	18
	%	24,1%	55,6%	7,8%	15,7%
Tri izvedena srečanja	N	1	0	1	2
	%	3,4%	0,0%	1,3%	1,7%
Štiri izvedena srečanja	N	2	2	0	4
	%	6,9%	22,2%	0,0%	3,5%
Ni podatka	N	2	2	4	8
	%	6,9%	22,2%	5,2%	7,0%
Povprečje		1,5	2,6	1,1	1,3
Min - Max		1 - 4	2 - 4	1 - 3	1 - 4
Skupaj	N	29	9	77	115
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
*Upoštevane samo osebe, ki T/ŠpA					

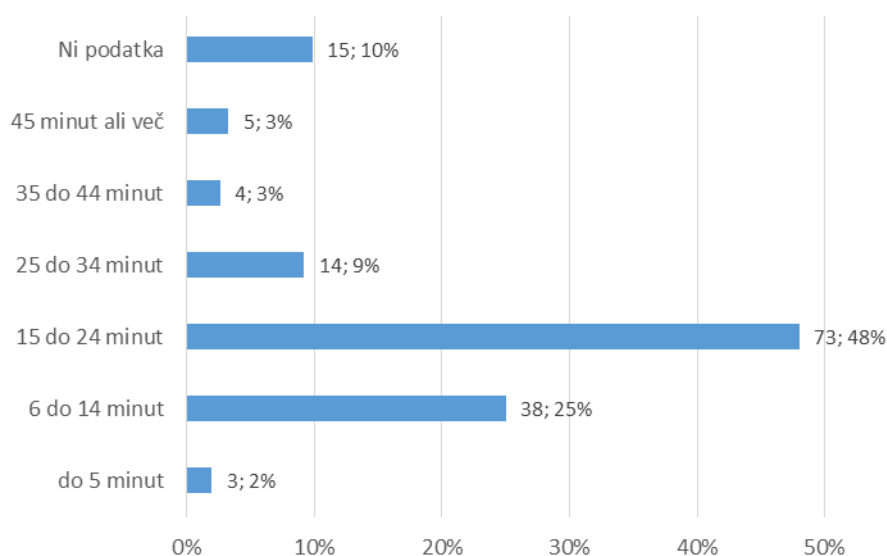


Slika 107: Število izvedenih srečanj za svetovanje za opuščanje T/ŠpA, vključeni le tisti, ki so ob presejanju T/ŠpA; glede na uspešnost obravnave

POVPREČNO TRAJANJE POSAMEZNEGA IZVEDENEGA SREČANJA ZA SVETOVANJE

POVPREČNO TRAJANJE POSAMEZNEGA IZVEDENEGA SREČANJA ZA SVETOVANJE

V 152 primerih, za katere imamo podatek o trajanju posameznega srečanja za svetovanje, je posamezno srečanje trajalo 5–83 minut, v povprečju je posamezno srečanje trajalo 18 minut. V največjem deležu je posamezno srečanje trajalo 15–24 minut (48 %), nekoliko manj pogosto 6–14 minut (25 %), v 9 % srečanj je srečanje trajalo 25–34 minut, v 3 % 35–44 oziroma 45 minut ali več. V 10 % srečanj podatek o trajanju ni znan (Slika 108).



Slika 108: Trajanje posameznega izvedenega srečanja

POVPREČNO TRAJANJE POSAMEZNEGA IZVEDENEGA SREČANJA ZA SVETOVANJE, GLEDE NA USPEŠNOST SVETOVANJA

Med 14 osebami, ki so po koncu svetovanja pile manj tvegano ali abstinirale in ki predstavljajo slabih 10 % vseh, ki jim je bila nudena podpora v procesu opuščanja T/ŠpA, je posamezno srečanje trajalo 8–83 minut, v povprečju 23 minut. Sicer je pa pri uspešno obravnavanih posameznih srečanjih najbolj pogosto trajalo 6–14 oziroma 15–24 minut (pri 8 osebah). Enkrat je srečanje trajalo 45 minut ali več (83 minut), v treh primerih pa podatka o trajanju srečanja nimamo (

Tabela 183).

Tabela 183: Povprečno trajanje posameznega izvedenega srečanja za svetovanje, glede na uspešnost obravnave

		Obravnava še ni zaključena	manj tvegano pA ali abstinira	brez sprememb	Skupaj
do 5 minut	N	0	0	3	3
	%	0,0%	0,0%	2,9%	2,0%
6 do 14 minut	N	4	4	30	38
	%	11,8%	28,6%	29,1%	25,2%
15 do 24 minut	N	21	4	48	73
	%	61,8%	28,6%	46,6%	48,3%
25 do 34 minut	N	5	2	7	14
	%	14,7%	14,3%	6,8%	9,3%
35 do 44 minut	N	0	0	4	4
	%	0,0%	0,0%	3,9%	2,6%
45 minut ali več	N	0	1	4	5
	%	0,0%	7,1%	3,9%	3,3%
Ni podatka	N	4	3	7	14
	%	11,8%	21,4%	6,8%	9,3%
Povprečje		17,4	23,0	17,6	18,0
Min - Max		10 - 30	8 - 83	5 - 65	5 - 83
Modus		15	13 in 18	15	15
Skupaj	N	34	14	103	151
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

ČASOVNI RAZMAK MED 1. IN 2. SREČANJEM TER MED PREDZADNJIM IN ZADNJIM SREČANJEM, PO STANJU OSEBE OB PRESEJANJU, GLEDE NA USPEŠNOST OBRAVNAVE

Med 26 primeri srečanj, za katere imamo podatek o časovnem razmaku med 1. in 2. srečanjem, je bil povprečni časovni razmak med 1. in 2. srečanjem 33 dni, in sicer najmanj 8 in največ 160 dni (Tabela 184). Najpogosteje pa je bil časovni razmak med 1. in 2. srečanjem 8 dni (3 primeri) ter 9 oziroma 12 dni (po 2 primeri).

Med 7 srečanj, za katere imamo podatek o časovnem razmaku med predzadnjim in zadnjim srečanjem (primeri, kjer je šlo za vsaj 3 srečanja), je bil povprečni časovni razmak 24 dni, in sicer najmanj 7 in največ 90 dni (Tabela 184). Najpogosteje pa je bil časovni razmak med predzadnjim in zadnjim srečanjem 14 dni (2 primeri).

Tabela 184: Povprečni časovni razmak med 1. in 2. ter med 1. in zadnjim srečanjem T/ŠpA

		Skupaj
število dni med 1. in 2. srečanjem	N	26
	min - max	8 - 160
	povpr.	33,1
število dni med predzadnjim in zadnjim izvedenim srečanjem	N	7
	min - max	7 - 90
	povpr.	24,4

*Upoštevane osebe, ki T/ŠpA in osebe, za katere je ugotovljen (sum na) SOA

** za časovni razmak med predzadnjim in zadnjim srečanjem so bile upoštevane osebe z vsaj tremi izvedenimi srečanji

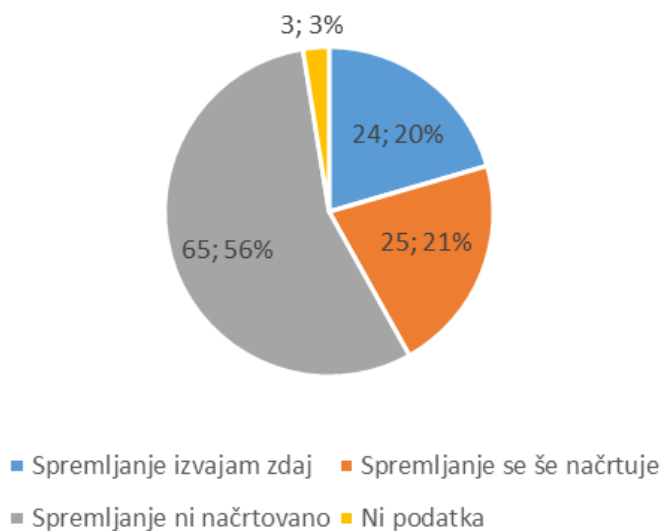
Med 7 uspešnimi primeri obravnave, za katere imamo podatek o časovnem razmaku med 1. in 2. srečanjem, je časovni razmak trajal 8–23 dni, v povprečju 12 dni; med predzadnjim in zadnjim pa 7–90 dni, v povprečju 37 dni (Tabela 185). Najpogosteje je časovni razmak med 1. in 2. srečanjem oziroma predzadnjim in zadnjim trajal 8 oziroma 14 dni (po 2 primera).

Tabela 185: Časovni razmak med 1. in 2. ter predzadnjim in zadnjim srečanjem, glede na uspešnost obravnave

		Obravnav a še ni zaključena	manj tvegano pA ali abstinira	brez sprememb	Skupaj
število dni med 1. in 2. srečanjem	N	9	7	10	26
	min - max	9 - 160	8 - 23	9 - 91	8 - 160
	povpr.	46,4	12,3	35,7	33,1
število dni med predzadnjim in zadnjim izvedenim srečanjem	N	3	3	1	7
	min - max	11 - 22	7 - 90	13 - 13	7 - 90
	povpr.	15,7	37,0	13	24,4

SPREMLJANJE

Kot je razvidno s Slika 1099, med 117 primeri, za katere imamo podatek glede spremljanja, v več kot polovici svetovanj spremljanje ni načrtovano, v 21 % se spremljanje načrtuje, v 20 % pa se spremljanje izvaja. V 3 % obravnav podatka glede spremljanja ni.

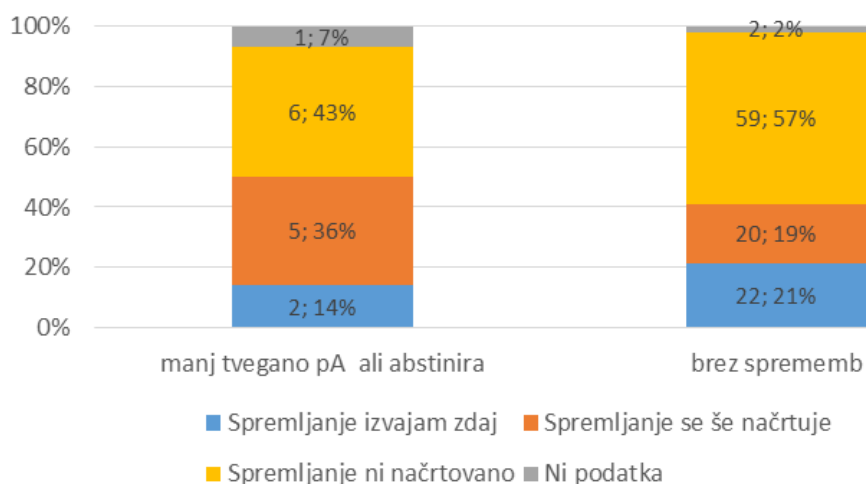


Slika 1099: Spremljanje pivskih navad

SPREMLJANJE GLEDE NA USPEŠNOST SVETOVANJA

Med primeri, kjer je bilo svetovanje uspešno (14 oseb), spremljanje največkrat (v 6 primerih oziroma 43 %) ni bilo načrtovano ali pa je bilo (5 primerov oziroma 36 %), v 2 primerih (14 %) se je spremljanje izvajalo v času evalvacije, za 3 primere (3 %) pa podatka o spremljanju ni (Slika 110).

Med primeri, kjer svetovanje ni imelo pozitivnega učinka (103 osebe), pa svetovanje ni bilo načrtovano pri več kot polovici (57 %), načrtovano je bilo svetovanje v 19 %, v 21 % pa se je svetovanje izvajalo v času evalvacije (Slika 110).



Slika 110: Spremljanje glede na uspešnost svetovanja

ŠTEVILO IN TRAJANJE IZVEDENIH SREČANJ/POGOVOROV V PROCESU SPREMLJANJA

Med 23 primeri, za katere je podatek o številu izvedenih srečanj/pogovorov v procesu spremljanja, je bilo spremljanje v 20 primerih (87 %) izvedeno približno 1 mesec po koncu svetovanja, v 3 primerih (13 %) pa (ne tudi, ampak le) približno 3 mesece po koncu svetovanja. Po 6 in/ali 12 mesecih srečanje v procesu spremljanja ni bilo izvedeno v nobenem primeru. V povprečju je bilo v procesu spremljanja izvedeno 1 srečanje, ki je v povprečju trajalo slabih 10 minut (Tabela 186).

Tabela 186: Število in dolžina srečanja/pogovorov v procesu spremljanja

		Skupaj
srečanje/pogovor približno 1 mesec po koncu svetovanja	N	20
srečanje/pogovor približno 3 mesece po koncu svetovanja	N	3
srečanje/pogovor približno 6 mesecev po koncu svetovanja	N	0
srečanje/pogovor približno 12 mesecev po koncu svetovanja	N	0
število izvedenih srečanj spremljanja pri osebi	povpr.	1,0
dolžina pogovora (v minutah)	povpr.	9,8
	min - max	3 - 30

Med 8 primeri, za katere je podatek, da so v izbrani časovni točki spremljanja pili manj tvegano, je bilo tako približno 1 mesec po koncu svetovanja, v 6 primerih, v dveh primerih pa (ne tudi, ampak le) približno 3 mesece po koncu svetovanja. Podatkov o uspešnosti svetovanja približno 6 in 12 mesecev po koncu svetovanja ni (Tabela 187).

Tabela 187: Stanje osebe ob spremljanju v različnih časovnih točkah po zaključku svetovanja

		manj tvegano pA ali abstinira	brez sprememb	Skupaj
srečanje/pogovor približno 1 mesec po koncu svetovanja	N	6	14	20
	%	30,0%	70,0%	100,0%
srečanje/pogovor približno 3 mesece po koncu svetovanja	N	2	1	3
	%	66,7%	33,3%	100,0%
srečanje/pogovor približno 6 mesecev po koncu svetovanja	N	/	/	/
	%	/	/	/
srečanje/pogovor približno 12 mesecev po koncu svetovanja	N	/	/	/
	%	/	/	/

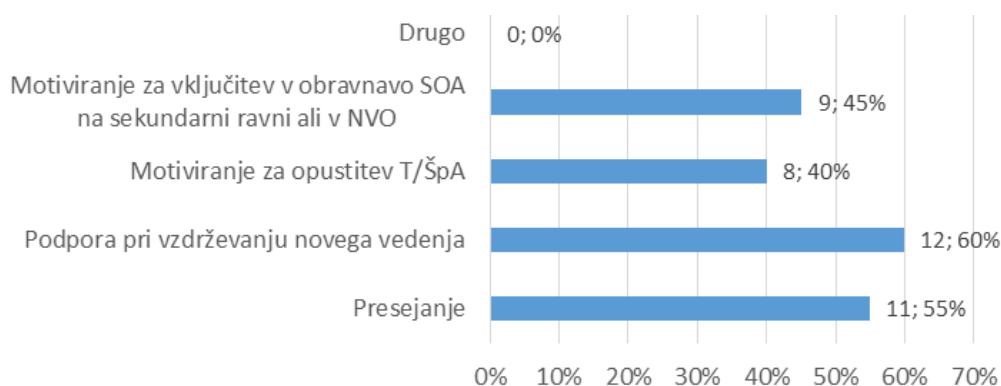
Kot prikazuje Tabela 188 so deleži uspešnih svetovanj v izbranih časovnih točkah spremljanja sledeči: ob zaključku svetovanja je uspešnost 12 % in se znotraj spremljanjih primerov po 1. mesecu 100 % ohrani (2 primera), kar sicer pomeni 17 % učinkovitost glede na uspešne primere ob zaključku svetovanja. Zanimivo se pa med primeri, ki ob zaključku svetovanja niso bili uspešni (103 osebe oziroma 88 %), stanje v kar 4 primerih po 1 mesecu in pri dveh po 3 mesecih po zaključku svetovanja izboljša in kaže na morebitni zakasneli učinek svetovalnega procesa.

Tabela 188: Stanje osebe glede pitja alkohola ob zaključku svetovanja in v izbranih časovnih točkah spremljanja

ob zaključku svetovanja	1. mesec po koncu svetovanja	3. mesec po koncu svetovanja
14x uspešni (abstinira, pije znotraj meja) (12% uspešnost)	2x ohrani stanje 0x poslabša stanje 12x ni bilo spremljanja	12x ni bilo spremljanja
103 neuspešni (SOA, TŠPA)	14x ohrani stanje 4x izboljša stanje 85x ni bilo spremljanja	1x ohrani stanje 2x izboljša stanje 100x ni bilo spremljanja

NUDENE OBLIKE PODPORE V ČASU SPREMLJANJA

Najpogosteje so izvajalci obravnave za opuščanje T/ŠpA v procesu spremljanja približno 1 mesec po zaključenem svetovanju osebam, ki so jih v tej časovni točki spremljale, izvedle presejanje za T/ŠpA (11 primerov), nudile podporo pri vzdrževanju novega vedenja (12 primerov) ali jih motivirale za opustitev T/ŠpA (8) oziroma motivirale za vključitev v obravnavo SOA na sekundarni ravni ali v NVO (9 primerov) (Slika 111).



Slika 111: Nudene oblike podpore ob spremljanju, 1 mesec po koncu svetovanja

Vsem 3 osebam, ki so bile spremljanje v časovni točki 3 mesece po zaključenem svetovanju, je bila nudena podpora pri vzdrževanju novega vedenja.

ZADOVOLJSTVO UPORABNIKOV

Glede na pridobljene podatke iz vprašalnikov o zadovoljstvu uporabnikov (7 iz obravnave DMS v RADM) so se različni uporabniki na obravnavi počutili različno, nekateri poročajo o slabem, drugi o dobrem oziroma zelo dobrem počutju. Razen v enem primeru, ko uporabniku to ni ustrezalo, jim je ustrezalo, da so srečanja potekala individualno (ustrezalo, zelo ustrezalo). Uporabniki so imeli na srečanjih možnost zastavljanja vprašanj (se strinjam, zelo se strinjam), so dobili odgovore na vprašanja (se strinjam, se zelo strinjam), vsebine pa so jim bile predstavljene na razumljiv način (se strinjam, se zelo strinjam). Zloženska 'Sporočilo v steklenici' je bila posredovana le v enem primeru, knjižica 'Ali vem, pri čem sem s svojim ...?' pa v 5 primerih in je bila uporabnikom razumljiva (vrednosti 4, 5). 4 udeležencem je bilo svetovanje v pomoč pri spreminjanju navad, 3 udeleženci ne vedo. Razen enega uporabnika, ki ocenjuje, da pridobljenih znanj in veščin ne bo mogel uporabljati v svojem vsakdanjem življenju, drugi poročajo, da bodo veščine in znanja (srednje) lahko uporabljali v svojem vsakdanjem življenju (vrednosti 3–5).

REZULTATI KVALITATIVNE ANALIZE PILOTNE IZVEDBE PRESEJANJA IN OBRAVNAVE T/ŠPA

ŠTEVILO OBRAVNAV

Število obravnav je podcenjeno. Izvajalci so v pogovoru izpostavili, da pogosto izvedenih obravnav niso zavedli, saj obravnavani ni želel podpisati soglasja.

Obravnave niso bile izvedene. V nekaterih primerih izvajalci, če težave z alkoholom niso bile očitne, te problematike niso naslavljali.

UPORABNOST GRADIV IN PROCES OBRAVNAVE

Izvajalci so izpostavili uporabnost prejetih gradiv o poteku obravnave, ki so jim služila kot orientacija za prilagoditev poteka obravnave na individualni ravni – glede na potrebe obravnavanega. Strinjali so se, da je za učinkovito obravnavo potrebnih več srečanj (ne samo eno) in se jim predlagan protokol zdi smiseln.

IZVEDENA IZOBRAŽEVANJA

Z izvedenimi izobraževanji so bili zadovoljni, so pa izrazili željo po dodatnem, bolj poglobljenem usposabljanju za pridobitev več samozaupanja in suverenosti pri naslavljanju problematike.

SODELOVANJE Z DRUGIMI STROKOVNJAKI

Nekaj izvajalcev je izpostavilo dobro sodelovanje v procesu obravnave z drugimi strokovnjaki v timu (RADM z ZDM, CKZ z drugimi zdravstvenimi delavci – napotitve, DMS v PV med seboj).

OVIRE IN TEŽAVE PRI PILOTNI IZVEDBI PRESEJANJA ZA T/ŠPA

Kot ovire in težave pri izvajanju pristopa izvajalci navajajo: zaničanje osebe, da ima problem, čeprav je ta očiten (predvsem, kadar gre za (sum) na SOA - tako CSD, ZRSZ kot izvajalci v ZD), ter premalo časa (skoraj vsi izpostavijo, da se čas redne obravnave zaradi osredotočanja na to temo lahko podvoji ali potroji, kar v njihovem delavniku ni predvideno). Vsi izvajalci se zavedajo in opozarjajo na občutljivost obravnave čezmernega pitja alkohola in velika večina izvajalcev izpostavi, da je velik problem pridobitev soglasij, saj večina uporabnikov v tem primeru zavrne sodelovanje in izvajalci nadaljnjih podatkov ne morejo pridobiti, hkrati pa (se bojijo), da so s tem tudi izgubili zaupanje uporabnikov. Na ZRSZ pa so se zaradi tega osredotočili predvsem na informiranje prek razstavljenih gradiv na to temo in splošnega spodbujanja uporabnikov, naj si vzamejo gradiva o ZŽS.

V CSD izpostavijo, da je večina njihovih uporabnikov, ki imajo težave z alkoholom, že v fazi SOA, zato je pri njih zlasti aktualno sodelovanje s strokovnjaki s področja obravnave SOA (Vojnik).

V ZRSZ Vrhnika izpostavijo težave z zasebnostjo pri tem delu (ZRSZ - skupni prostori).

Izvajalci izpostavijo kratek časovni rok trajanja projekta in vmesni čas dopustov, ki da oboje negativno vpliva na število in kakovost izvedenih obravnav.

KLJUČNE UGOTOVITVE GLEDE IZVEDLJIVOSTI PRISTOPA

Naslavljanje alkoholne problematike pri pacientih in uporabnikih je relativno zelo omejeno. Temu botruje več dejavnikov:

- osredotočenost izvajalcev predvsem na uporabnike, ki imajo očitne probleme z alkoholom (videz, zadah, izguba voznškega dovoljenja zaradi vožnje pod vplivom alkohola ...), ne pa tudi na tiste primere, ko težave z alkoholom niso očitne in velike (ključni in načeloma tudi bolj odzivni so uporabniki, ki še nimajo hudih problemov oziroma so 'le' tvegani pivci);
- nekritičnost uporabnikov, kjer gre za hude težave z alkoholom (pogosto zlasti pri uporabnikih ZRSZ in CSD). Učinkovitost podpore v takih primerih ni vedno takoj vidna, zato je informiranje o možnostih podpore smiselno.
- stigma čezmernega pitja alkohola in posledična nepripravljenost za sodelovanje s strani uporabnika (tako navajajo strokovnjaki vseh profilov);
- pomanjkanje časa s strani izvajalcev (vsi profili razen CKZ), saj naslavljanje te teme znatno podaljša čas redne obravnave in ruši predviden urnik dela,
- negotovost izvajalcev, kako načeti temo, ne da bi to vzbudilo odpor in zavračanje pri uporabniku in posledična inertnost oziroma pomanjkanje proaktivnosti;
- pomanjkanje zasebnosti v primeru skupnih prostorov;

- prekratek časovni rok trajanja pilota za zajem tovrstnih ranljivih in neugoden termin (čas dopustov).

Izvajalci so zelo pozitivno ocenili izvedbo izobraževanj in si jih na to temo v prihodnje želijo več, izpostavili so uporabnost predloga obravnave svetovanja kot orientacije za obravnavo, ki jo individualno prilagajajo. Na evalvacijo prek telefonskega klica so se zelo pozitivno odzvali, predvsem ker so skozi pogovor osvežili ključno osvojeno z izobraževanj in prejeli dodatne praktične predloge glede obravnav.

USMERITEV ZA NAPREJ

- Najprej oblikovati, nato pa izvajalcem posredovati jasna in nesporna pravila glede pridobivanja soglasij uporabnikov ter sproti večkrat poslati opomnike.
- Izvajati osvežitvena in poglobljena (več praktičnega dela in večkratna) usposabljanja za delo z uporabniki (predvsem vidik ustreznega komuniciranja).
- Zagotoviti redne obdobje supervizije z izvajalci.
- Večkrat pozvati izvajalce, naj obravnave redno vnašajo v informacijski sistem za zbiranje podatkov.
- Izvajanje pilotne izvedbe programa in evalvacije postaviti v bolj ugoden koledarski termin.
- Dodelati metodologijo in tehnični vidik merjenja kazalnikov.
- Priporočljivo je nadaljevati zastavljen program.

Uporabljena literatura in viri

1. Hočevar T. Tvegano in škodljivo pitje alkohola. V: Farkaš Lainščak J, Huber I, Maučec Zakotnik J, Sedlar N, Vrbovšek S (ur.). Program integrirane preventive KNB in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih pilotno testiranje integriranih procesov vključevanja in obravnav ciljne populacije v okviru projekta Skupaj za zdravje - (Projekt Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju odraslih). [El. Knjiga] Ljubljana : Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015. Dostopno na: http://www.skupajzazdravje.si/media/e_verzija_prirocnik_program.integrirane.preventive.knb.2015.pdf
2. Vračko P, Buzeti T, Maučec Zakotnik J, Paulin M, Milavec M, Poličnik R, Zaletel J, Vrbošek S, Horvat M, Čuš B, Hočevar T, Knific T, Djomba JK, Kralj M in Rožič M. Spremljanje in evalvacija. V: Farkaš Lainščak J, Huber I, Maučec Zakotnik J, Sedlar N, Vrbovšek S (ur.). Program integrirane preventive KNB

in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih pilotno testiranje integriranih procesov vključevanja in obravnav ciljne populacije v okviru projekta Skupaj za zdravje - (Projekt Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju odraslih). [El. Knjiga] Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015. Dostopno 30. avgusta 2016 na: http://www.skupajzazdravje.si/media/e_verzija_prirocnik_program.integrirane.preventive.knb_2015.pdf.

13 PRESEJANJE ZA FUNKCIJSKO MANJZMOŽNOST

Tjaša Knific, Marcel Kralj

Informacije za evalvacijo pilotne izvedbe presejanja za funkcijsko manjzmožnost so bile pridobljene z intervjuji z izvajalkami obravnave v vseh treh pilotnih okoljih.

POVZETEK IZKUŠENJ IZVAJALK PRESEJANJA ZA FM

V sklopu evalvacije pilotne izvedbe presejanja za FM so bili izvedeni intervjuji z izvajalkami v CKZ 16. junija 2015 v pilotnem okolju ZD Vrhnika ter 19. junija 2015 v pilotnem okolju ZD Celje in v pilotnem okolju ZD Sevnica.

ZDRAVSTVENI DOM VRHNIKA

Presejanje za FM so izvajale po osebnem vabljenju, saj napotnih oseb s strani zdravnikov in RADM niso dobile (z izjemo ene napotitve iz RADM).

Izvajalke so izvedle SFT baterijo po presejanju, vendar ne v predlagani organizacijski strukturi (10 udeležencev na baterijo), temveč ločeno individualno ali za maksimalno 2 udeleženca. Odločitev sta argumentirali s tem, da je težko čakati na določeno število oseb, saj želijo imeti ljudje, ki jih presejejo za FM, hitro rezultate celotnega testiranja in ne samo sum na FM. Zaradi premajhnega števila napotnih iz celotnega sistema to ni bilo izvedljivo.

Izvajalke zanima, kako naj izvedejo post presejalne aktivnosti v lokalni skupnosti; na primer izvajalka želi izvesti modificirano obliko delavnice Gibam se, Ali sem FIT, SFT v DSO, društvih ... Ali lahko to beleži kot aktivnost CKZ v lokalnem okolju in se delavnica vseeno obračuna pod opravljen program CKZ-ja?

ZDRAVSTVENI DOM CELJE

Presejanje za FM so izvajale po osebnem vabljenju, saj napotnih oseb s strani zdravnikov in RADM niso dobile.

Za presejanje so v povprečju potrebovale od 15 do 30 minut na osebo (naročale so na 30 minut).

Tudi izvajalci ZD Celje izpostavljajo problem prenizkega praga presejanja za FM in presejalnih testov za oceno mišične moči.

Testa za oceno mišične moči sta izvedljiva v predvidenem času in po predlagani organizaciji.

ZDRAVSTVENI DOM SEVNICA

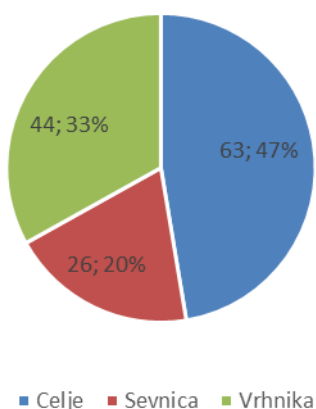
Presejanje za FM so izvajale po osebнем vabljenju, saj napotениh oseb s strani zdravnikov, RADM in patronažne službe niso dobile.

Presejanje so tudi zaradi namena vključevanja CKZ-ja v lokalno skupnost izvedle v DSO z ekipo 6 izvajalk: 4 DMS so opravile dejavnosti z vprašalnikom WHO DAS, 2 FT oceno mišične moči, po presejanju pa je vseh 6 izvajalk v telovadnici izvedlo baterijo SFT.

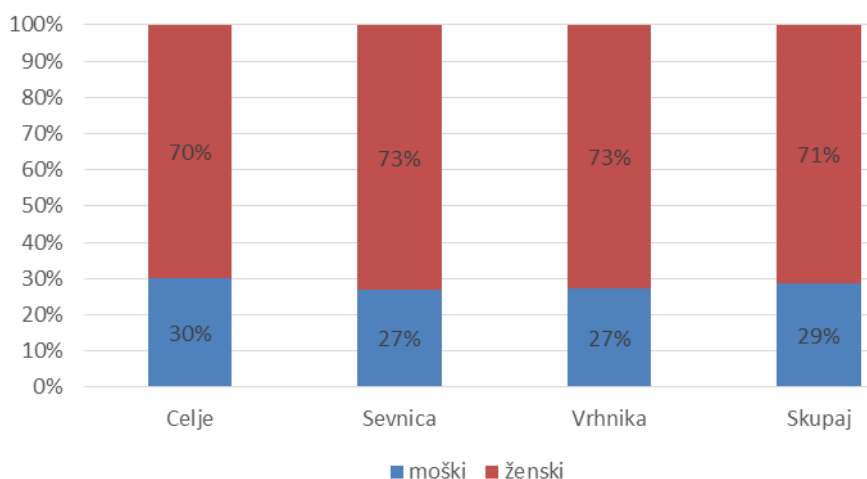
Izvajalke menijo, da je potrebna prilagoditev nizkega praga presejanja za FM in presejalnih testov za oceno mišične moči, ki jima sledi zelo zahtevna delavnica. Vprašljivi so tudi rezultati dinamometrije, saj morajo moški preiskovanci doseči precej višje vrednosti kot ženske, kljub temu pa v praksi oboji dosegajo v povprečju enake rezultate (približno 28 kg za moške je vrednost, kjer je ocenjen z oceno »ustrezno«, medtem ko je normativna vrednost za oceno »ustrezno« pri moških 45 kg).

ANALIZA POSTOPKA PRESEJANJA ZA FM

V letu 2015 (od marca do decembra 2015) je bilo za funkcijsko manjzmožnost presejanih 133 oseb. 63 oseb so presegali v pilotnem okolju ZD Celje, 44 v pilotnem okolju ZD Vrhnika in 26 v pilotnem okolju ZD Sevnica. Za funkcijsko manjzmožnost je bilo skupaj presejanih 95 žensk (71,4 %) in 38 moških (28,6 %) (Slika 112 in Slika 113).

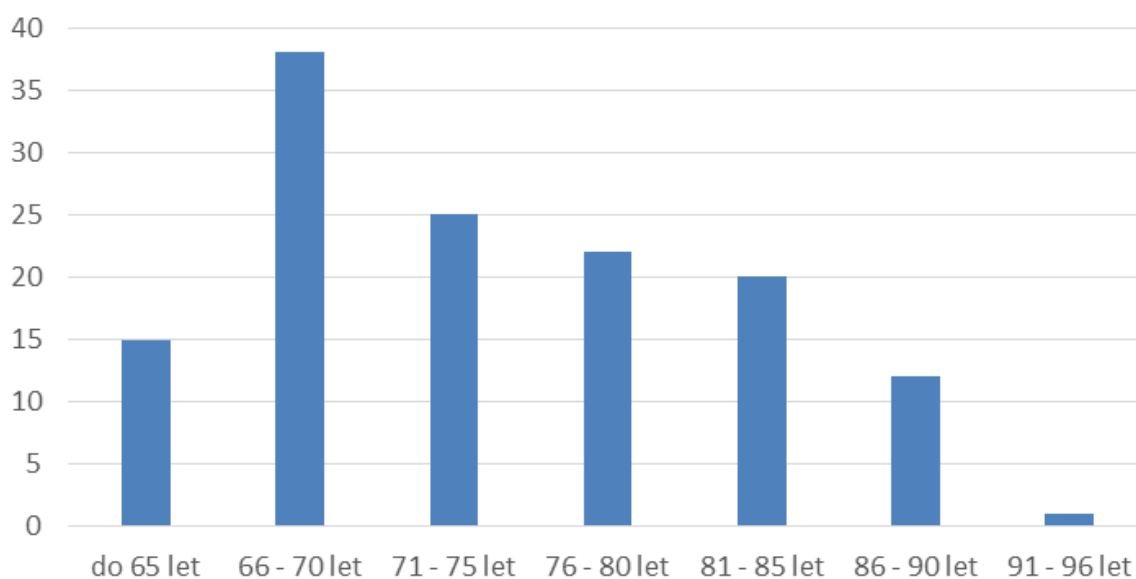


Slika 112 Število presejanih oseb za funkcijsko manjzmožnost

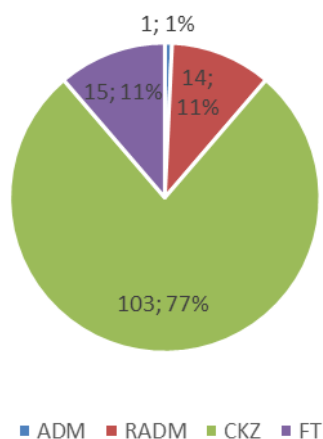


Slika 113: Spol presejanih oseb za funkcijsko manjzmožnost

V povprečju so bile presejane osebe stare 74,4 leta. Udeleženci so bili najstarejši v pilotnem okolju ZD Sevnica (v povprečju 80,5 let), najmlajši pa v pilotnem okolju ZD Celje (v povprečju 72 let). Razlog temu je, da so v pilotnem okolju ZD Sevnica presejanja za FM izvajali le v domu starejših občanov (Slika 114).

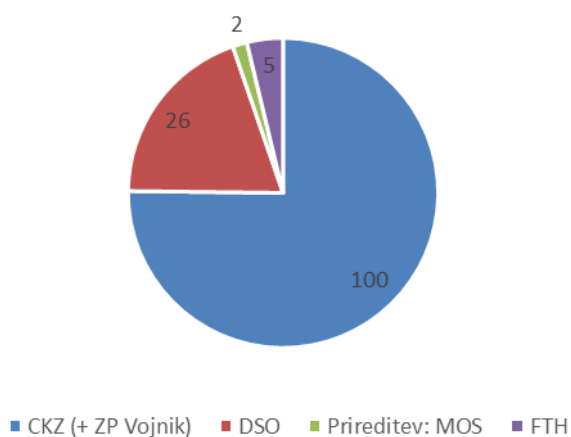


Slika 114: Starost presejanih oseb za funkcijsko manjzmožnost



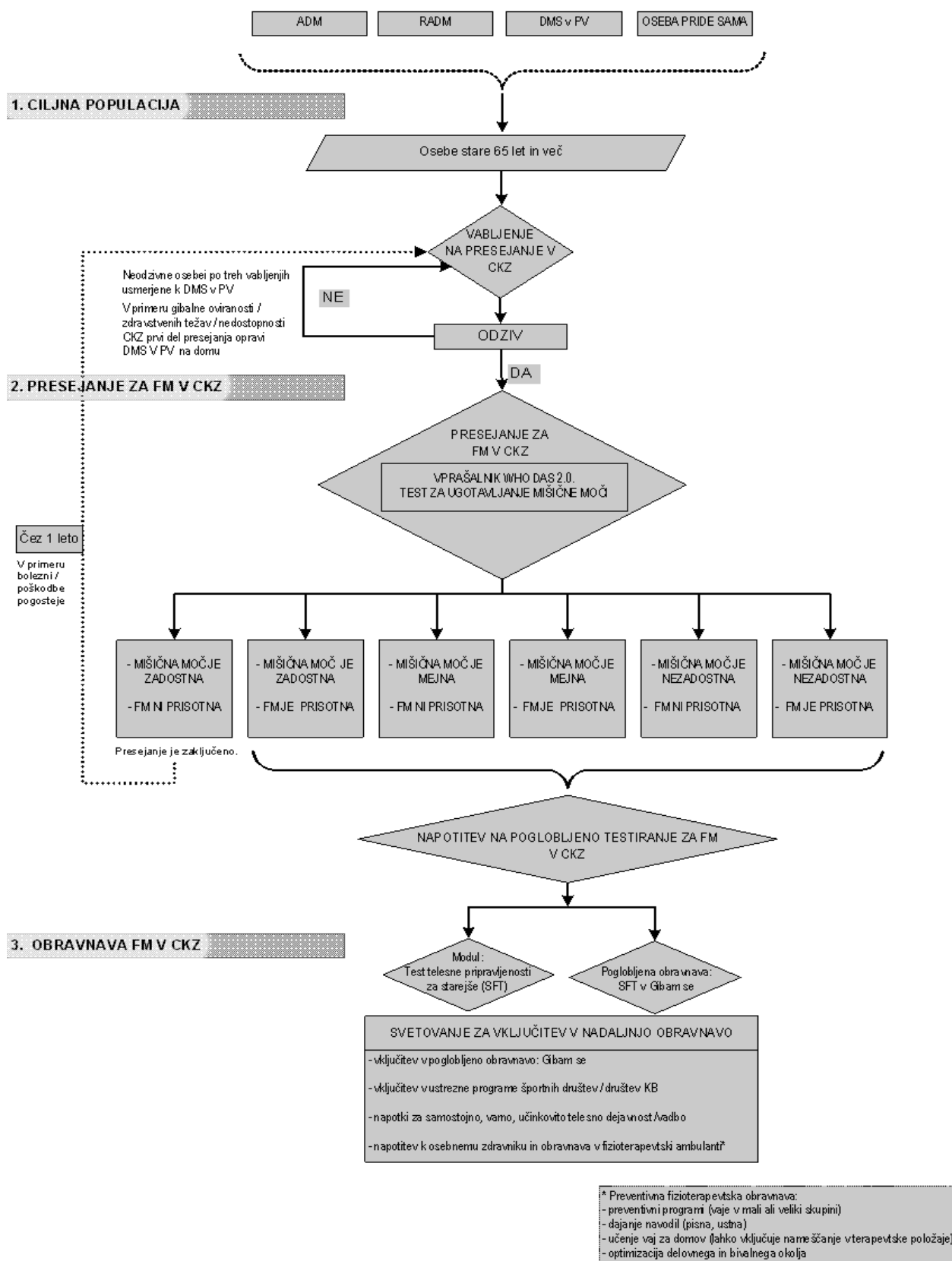
Slika 115: Od kod je bila oseba napotena na presejanje za funkcijsko manjzmožnost

Presejanje za FM so izvajalci (dipl. fizioterapevti) izvajali na različnih lokacijah (CKZ, DSO, prireditve v širšem lokalnem okolju, fizioterapevtska ambulanta ...), z namenom približati obravnavo ljudem (Slika 116).



Slika 116: Število presejanih oseb glede na lokacijo pilotnega okolja

Osebe so bile na presejanje za funkcijsko manjzmožnost napotene v večini iz CKZ-ja (103 osebe oziroma 77 %). Pod CKZ smo šteli osebe, ki so jih sodelavci CKZ-ja sami aktivno vabili na presejanje za FM oziroma so bile osebe vključene v različne obravnave v CKZ-ju in so jih na presejanje za FM napotili zaradi starosti oziroma težav s funkcijskim zdravjem. Algoritem napotovanja na presejanje je bil sicer zamišljen drugače (večina napotениh bi morala priti s strani ADM, RADM, v primeru neodzivnikov (oziroma oseb, ki so kakorkoli hendikepirane) pa s strani PV (Slika 115 in Slika 117).



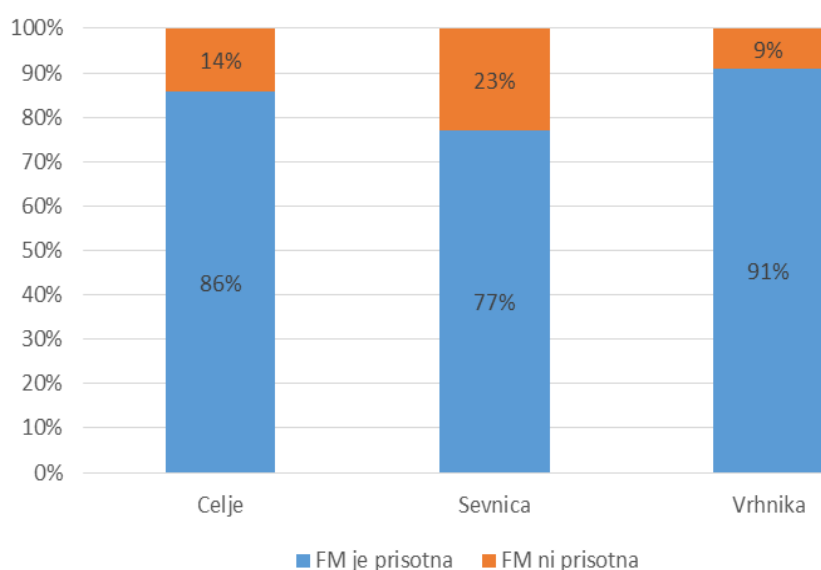
Slika 117: Algoritem presejanja za funkcijsko manjzmožnost v CKZ (Vir: Priročnik za izvedbo presejanja za funkcijsko manjzmožnost, NIJZ 2016)

IZID PRESEJANJA ZA FUNKCIJSKO MANJZMOŽNOST

Izmed 133 presejanih za FM je bilo na presejanju 114 osebam (85,7 %) ugotovljen sum na prisotnost funkcijske manjzmožnosti. Največ je bilo funkcijsko manjzmožnih v pilotnem okolju ZD Vrhnika (91 % vseh presejanih) (Tabela 189 in Slika 118).

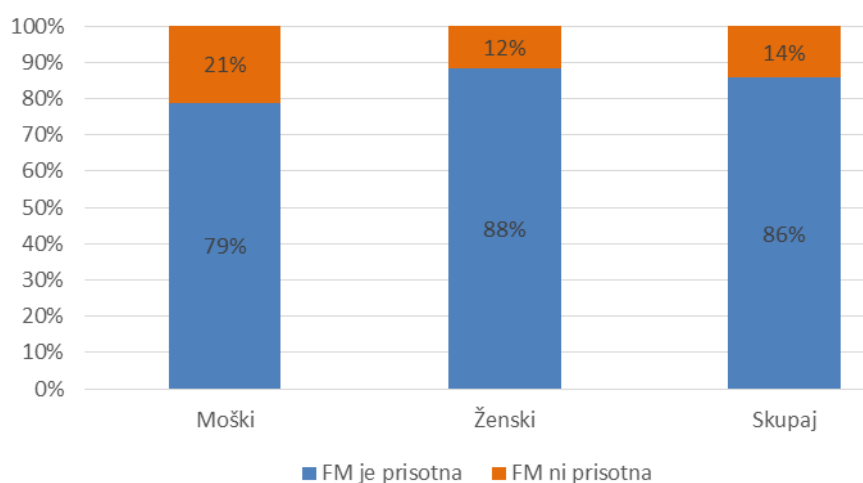
Tabela 189: Izid presejanja glede na pilotno okolje

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
FM je prisotna	N	54	20	40	114
	%	85,7%	76,9%	90,9%	85,7%
FM ni prisotna	N	9	6	4	19
	%	14,3%	23,1%	9,1%	14,3%
Skupaj	N	63	26	44	133
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%



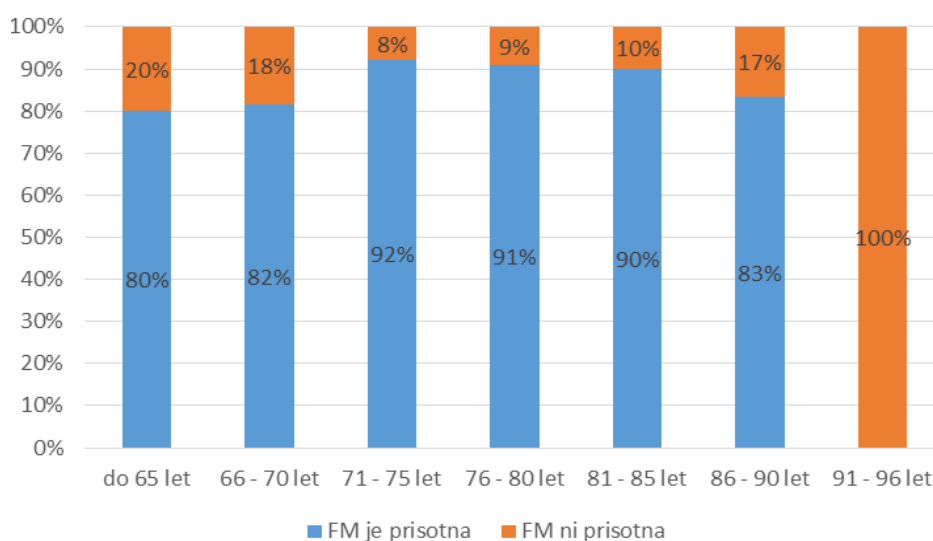
Slika 118: Izid presejanja glede na pilotno okolje

Pri ugotavljanju profila funkcijsko manjzmožne osebe smo ugotovili, da so k funkcijski manjzmožnosti malenkost bolj nagnjene ženske (med vsemi presejanimi je bilo pozitivnih 88 % žensk in 79 % moških) (Slika 119).

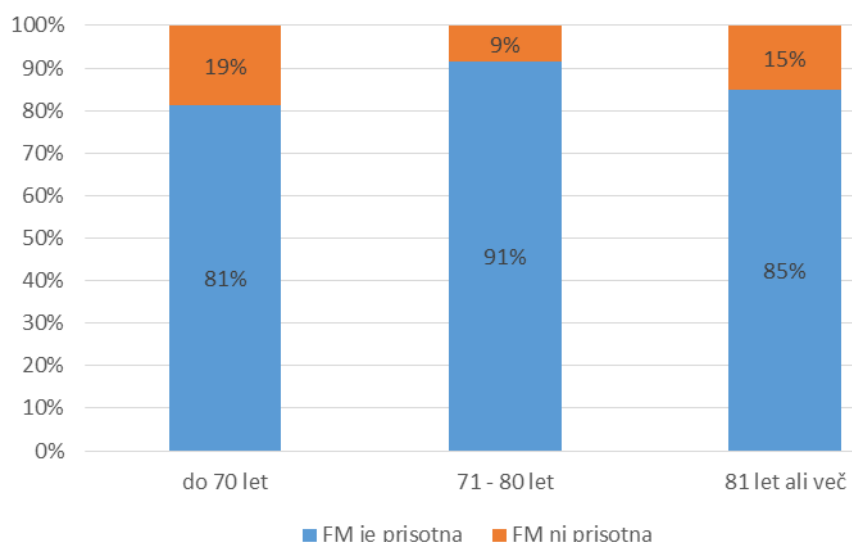


Slika 119: Izid presejanja glede na spol

Največ funkcijsko manjzmožnih oseb smo odkrili v starostnem razredu med 71 do 75 let (92 %), oziroma pri razširjenih starostnih razredih od 71 do 80 let (91 %) prikazano na Slika 120 in Slika 121.



Slika 120: Izid presejanja glede na starostne razrede



Slika 121 Izid presejanja glede na starost do 70 let, od 71 do 80 leta in 81 let in več

Pearsonov Hi-kvadrat test kaže, da se izid presejanja med starostnimi skupinami ne razlikuje statistično značilno ($p = 0,199$). Tudi rezultati binarne logistične regresije ne kažejo na vpliv starosti na izid presejanja ($p = 1,000$). Ko smo zaradi majhnega vzorca združili starostne razrede z najvišjim odstotkom prisotne funkcijske manjzmožnosti je Pearsonov Hi-kvadrat prav tako pokazal, da se izid presejanja med starostnimi skupinami ne razlikuje statistično značilno ($p = 0,331$).

Vendar se je potrebno zavedati, da na takšen rezultat lahko vpliva predvsem majhno število enot v posameznih celicah, pa tudi dejstvo, da je v celotnem vzorcu na splošno malo oseb, pri katerih FM ni prisotna.

POTEK PRESEJANJA ZA FUNKCIJSKO MANJZMOŽNOST

Presejanje za FM je bilo sestavljeno iz dveh delov:

1. Korak: Osnovno presejanje za FM zajema izpolnjevanje vprašalnika za ugotavljanje funkcijske manjzmožnosti in izvedbo funkcijskih testov za ugotavljanje mišične moči. Oba testa sta enakovredna.
2. Korak: V primeru, da vprašalnik in/ali test pokažeta možnost/sum na prisotnost funkcijske manjzmožnosti, se dotičnega posameznika napoti na naslednjo stopnjo, to je na poglobljeno testiranje funkcijske manjzmožnosti – na testiranje telesne zmogljivosti za starejše.

Ker je vprašalnik WHO DAS 2.0. v prvem koraku zasnovan zelo široko (odkriva sum na funkcijsko manjzmožnost v širšem smislu; ne zgolj telesno komponento, temveč tudi kognitivno, socialno in duševno komponento FM) smo za bolj natančno določitev profila funkcijsko manjzmožne osebe posebej analizirali tudi oceno mišične moči udeležencev presejanja za FM s testi za ugotavljanje mišične moči zgornjih in spodnjih udov (s testom sile prijema z ročnim dinamometrom in testom vstajanja s stola v 10 sekundah).

Status preiskovanca glede stanja mišične moči smo določili s seštevkom rezultatov obeh testov in oceno glede na spodnje kriterije (Tabela 190).

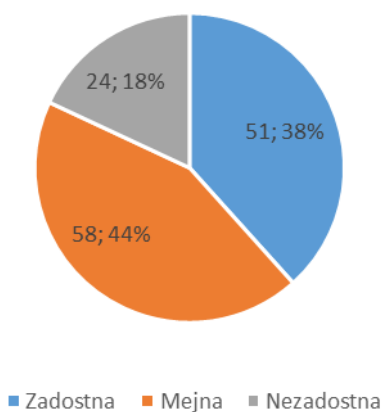
Tabela 190: Ocena statusa glede stanja mišične moči

STANJE MIŠIČNE MOČI	OCENA STATUSA GLEDE STANJA MIŠIČNE MOČI
Oba testa za oceno mišične moči sta ocenjena z oceno 'ustrezno'.	Zadostna mišična moč
Eden od obeh testov je ocenjen z oceno 'neustrezno'.	Mejna mišična moč
Oba testa za oceno mišične moči sta ocenjena z oceno 'neustrezno'.	Nezadostna mišična moč

Bolj poglobljeni opisi testiranja so opredeljeni v priročniku za izvajanje presejanja za funkcijsko manjzmožnost.

Ugotovili smo, da so rezultati presejanja, ko izpostavimo zgolj telesno komponento funkcijske manjzmožnosti (oceno grobe mišične moči udeleženca), nekoliko drugačni.

Po oceni grobe mišične moči je imelo nezadostno oceno mišične moči le 18 % vseh testiranih (24 oseb od 133) in mejno 44 % oseb (58 od 133). Kar je skupaj znašalo 62 % oseb s sumom na telesno funkcijsko manjzmožnost (Slika 122).

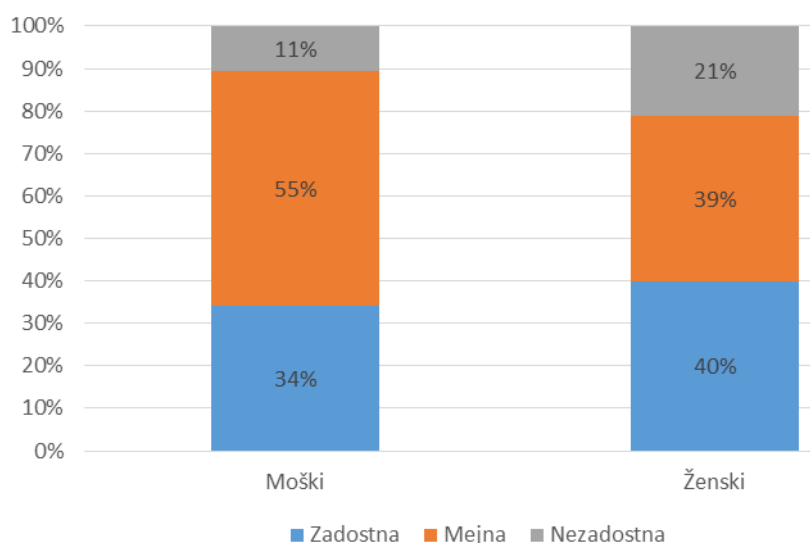


Slika 122: Ocena statusa mišične moči

S posamezno analizo vprašalnika za oceno FM in grobo oceno telesne komponente FM smo želeli preveriti natančnost in napovedljivost vprašalnika WHO DAS 2.0. za FM.

Ugotovili smo, da je vprašalnik WHO DAS 2.0. uporaben zgolj za hitro določitev suma na prisotnost FM, ne izvemo pa natančnega razloga za omenjeno stanje. Odstotek pozitivnih oseb (s sumom na funkcijsko manjzmožnost) se tako bistveno razlikuje glede na to katero orodje uporabimo za namene presejanja (odstotek FM oseb po izpolnjevanju vprašalnika WHO DAS 2.0. je 85,7 %, po oceni grobe mišične moči pa 62 %).

Prav tako so se razlike v rezultatu glede na uporabljeno orodje za presejanje pokazale pri analizi po spolu. In sicer je bilo po oceni grobe mišične moči pri ženskah za FM pozitivnih 60 %, medtem ko je bilo po izpolnjevanju vprašalnika za presejanje pozitivnih 88 % vseh žensk. Pri moških je bilo po oceni grobe mišične moči pozitivnih 66 %, po izpolnjevanju vprašalnika pa 79 % vseh presejanih moških (Slika 123).



Slika 123: Ocena statusa mišične moči po spolu

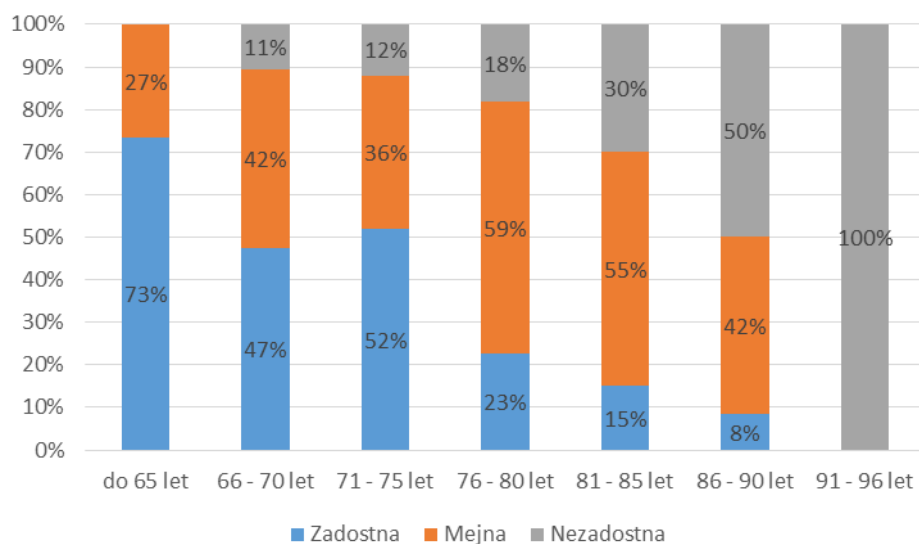
Pri oceni najpogostejše starosti, pri kateri je bila ocena grobe mišične moči ocenjena z nezadostno ali mejno oceno mišične moči, smo dobili nekoliko nižjo starost kot pri presejanju z vprašalnikom WHO DAS 2.0. In sicer se je sum na telesno komponento FM pokazal v višjem odstotku pri starosti med 66 do 70 let (89 %), 71 do 75 let (88 %) in 76–80 let (82 %).

Še več, Pearsonov Hi-kvadrat test kaže, da se ocena statusa mišične moči med starostnimi skupinami razlikuje statistično značilno ($p = 0,000$). Rezultati binarne logistične regresije kažejo na vpliv starosti ($p = 0,000$) na oceno statusa mišične moči. Koeficient regresije kaže, da povečanje starosti za eno leto pomeni 13 % večji obet, da je mišična moč ocenjena kot mejna ali nezadostna.

V primerjavi z ugotavljanjem najpogostejše starosti FM oseb z vprašalnikom smo ugotovili, da se mišična moč (če jo ciljamo testiramo) začne v višjem odstotku zmanjševati že bistveno prej, kot kažejo rezultati presejalnega vprašalnika WHO DAS 2.0 (FM je v enakem starostnem razredu (66 do 70 let) prisotna pri 82 % vseh presejanih, pri oceni grobe mišične moči pa v 89 %).

Zanimivo je tudi dejstvo, da je ocenjevanje mišične moči po dobljenih rezultatih smiselno šele po 65. letu starosti (tako kot opredeljuje tudi SZO), saj v starostnem razredu do 65 let ni bilo oseb z nezadostno oceno mišične moči, mejnih pa je bilo le 27 %.

Kljub temu bi bilo morda smiselno tudi v nadaljevanju v testiranje grobe mišične moči vključiti ljudi, mlajše od 65 let, saj je bil vzorec vseh testiranih, glede na predvideno populacijo starejših Slovencev, majhen (Slika 124).



Slika 124: Ocena statusa mišične moči po starosti

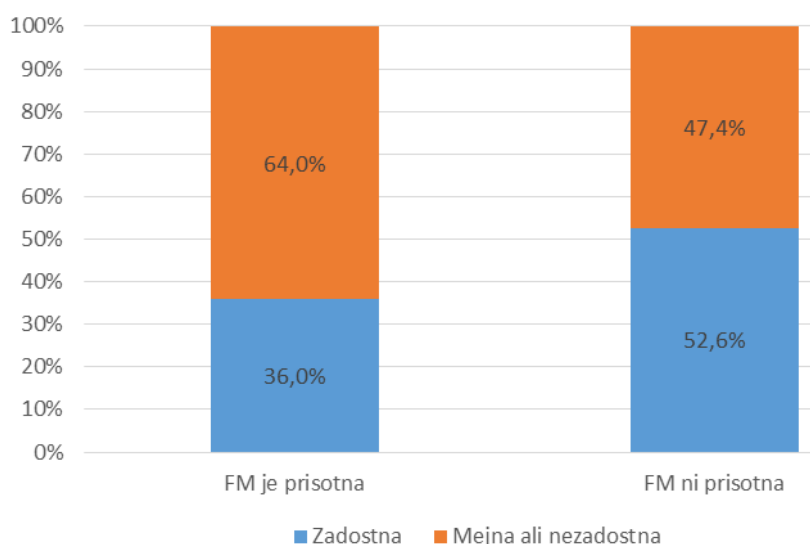
KORELACIJA PRESEJANJA ZA FM Z VPRAŠALNIKOM WHO DASS 2.0. IN OCENO GROBE MIŠIČNE MOČI S TESTI

V razdelku kjer je bila FM prisotna imamo 64 % delež mišične moči, ki je ocenjena z mejno ali nezadostno mišično močjo (mišična moč ki je ocenjena kot sum na FM), kar je razvidno iz Tabela 191 in Slika 125.

Pearsonov Hi-kvadrat test kaže, da povezanost obeh testov ni statistično značilna ($p = 0,167$).

Tabela 191: Izid presejanja in ocena statusa mišične moči

		Mejna ali		Skupaj
		Zadostna	nezadostna	
FM je prisotna	N	41	73	114
	%	36,0%	64,0%	100,0%
FM ni prisotna	N	10	9	19
	%	52,6%	47,4%	100,0%
Skupaj	N	51	82	133
	%	38,3%	61,7%	100,0%



Slika 125: Korelacija testov

KONČNI UKREPI PO PRESEJANJU ZA FM

Pri analizi končnih ukrepov po presejanju za FM, smo ugotovili, da se deleži ukrepov ujemajo s približno oceno FM oseb v populaciji starejših Slovencev. Na nadaljnjo, poglobljeno obravnavo Gibam se in/ali nadaljnje testiranje telesne pripravljenosti s skupino testov za starejše - Senior fitnes test, je bilo napotanih 89 % vseh presejanih, kar se ujema z grobo oceno FM po presejanju (86 %).

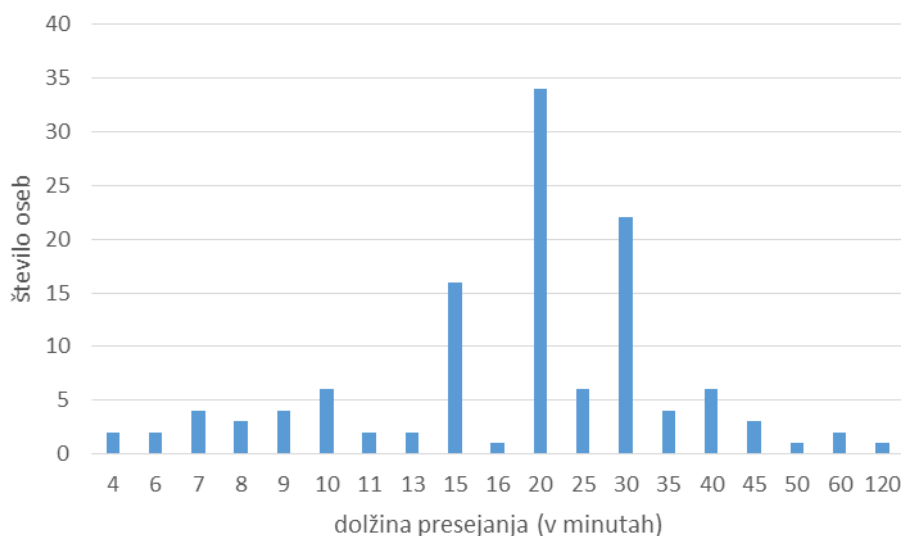
Tako lahko z veliko gotovostjo trdimo, da je algoritem odločanja za napotovanje na nadaljnjo obravnavo smotrni in upravičen (Tabela 192).

Tabela 192: Končni ukrepi glede na pilotno okolje

		Celje	Sevnica	Vrhnika	Skupaj
Presejanje se zaključi	N	11	2	1	14
	%	17,5%	7,7%	2,3%	10,5%
Napotitev v CKZ na poglobljeno testiranje	N	49	0	43	92
	%	77,8%	0,0%	97,7%	69,2%
Izvedba poglobljenega testiranja v lokalni skupnosti	N	3	24	0	27
	%	4,8%	92,3%	0,0%	20,3%
Skupaj	N	63	26	44	133
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

ČAS POTREBEN ZA PRESEJANJE

V povprečju so izvajalci za eno presejanje porabili 22 minut. Predviden čas za presejanje za FM je bil 20 minut. Rezultati potrjujejo, da je predviden čas za presejanje ustrezen (Slika 126).



Slika 126: Čas, potreben za presejanje

Uporabljena literatura in viri

1. Vračko P, Buzeti T, Maučec Zakotnik J, Paulin M, Milavec M, Poličnik R, Zaletel J, Vrbovšek S, Horvat M, Čuš B, Hočevlar T, Knific T, Djomba JK, Kralj M in Rožič M. Spremljanje in evalvacija. V: Farkaš Lainščak J, Huber I, Maučec Zakotnik J, Sedlar N, Vrbovšek S (ur.). Program integrirane preventive KNB in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih pilotno testiranje integriranih procesov vključevanja in obravnav ciljne populacije v okviru projekta Skupaj za zdravje - (Projekt Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju odraslih). [El. knjiga] Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015. Dostopno na: http://www.skupajzazdravje.si/media/e_verzija_prirocnik_program.integrirane.preventive.knb_2015.pdf
3. Vračko P in Rožič M (ur.). Pilotno testiranje programa integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih [Elektronski vir] : priročnik za spremljanje z opredelitvijo kazalnikov. - El. knjiga. - Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2017. Dostopno na: http://www.skupajzazdravje.si/media/spremljanjeinkazalnikipilotnegatestiranja_program.integrirane_preventive.knb.pdf

14 UVAJANJE MEDKULTURNE MEDIATORKE ZA ALBANSKO GOVOREČO SKUPNOST V CENTRU ZA KREPITEV ZDRAVJA ZD CELJE IN V REFERENČNI/AMBULANTI DRUŽINSKE MEDICINE ZD VOJNIK

Simona Jazbinšek, Karmen Gosenca, Sara Pistotnik

V pilotnem okolju ZD Celje smo se v okviru skupnostnega pristopa posvetili predvsem dvema skupinama, in sicer albansko govoreči skupnosti, zlasti ženskam, ter ženskam, žrtvam nasilja, ki so nastanjene v varnih hišah in materinskih domovih.

Prvo skupino smo izbrali, ker so bili različni nesporazumi, ki izhajajo iz nepoznavanja jezika albansko govoreče skupnosti, že prepoznani s strani zdravstvenih delavcev, obenem pa smo na podlagi sondažne raziskave v pilotnem okolju ZD Celje ugotovili, da mnogi strokovni delavci na različnih institucijah navedeno skupino prebivalstva dojemajo kot ranljivo in težje dostopno. Zaradi tega se v Celju že izvajajo tudi nekateri ciljani projekti, zlasti na področju izobraževanja (učenje slovenskega jezika na Ljudski univerzi), katerih namen je premestiti nesporazume, ki izhajajo bodisi iz jezikovnega nerazumevanja bodisi iz nepoznavanja etnične realnosti albansko govoreče skupnosti.

To je bilo vodilo za pilotno izvajanje medkulture mediatorke za albanski jezik v zdravstvu, ki je potekalo med septembrom in decembrom 2015 v CKZ ZD Celje in v RADM Zdravstvene postaje Vojnik.

OCENA POTREB

OCENA POTREB

V okviru projekta Skupaj za zdravje smo v poletnih mesecih 2014 opravili sondažno raziskavo o ranljivih skupinah ter ovirah, s katerimi se te soočajo pri dostopu do zdravstva. Ker smo tedaj zaznali indice, da v Celju živi številčnejša albansko govoreča skupnost, ki se sooča z določenimi ovirami pri dostopu do zdravstva, smo med februarjem in aprilom 2015 izvedli krajšo poglobitveno raziskavo, ki je bila ciljana usmerjena na to tematiko. V tem obdobju smo izvedli šest nestrukturiranih intervjujev, štiri z zdravstvenimi delavci in dva z osebama, ki pri obiskih zdravstvenih ustanov redno opravljata naloge prevajalke in/ali medkulture mediatorke. Na podlagi podatkov, pridobljenih v obeh raziskavah, smo naredili oceno potreb ter oblikovali predlog vpeljave medkulture mediatorke za albansko govorečo skupnost.

REZULTATI OCENE POTREB

Čeprav ne gre posploševati, je pri snovanju novih programov za določene skupine prebivalstva potrebno čim bolj upoštevati njihov družbeni, ekonomski in kulturni kontekst, saj le tako lahko zagotovimo, da bodo programi dejansko naslavljali njihove potrebe, posledično pa se bodo uporabniki na njih pozitivno odzivali. Eden izmed ciljev raziskave je bil zato ugotoviti, o kom sploh govorimo, kadar govorimo o albansko govoreči skupnosti v Celju.

Za začetek naj poudarimo, da težko govorimo o številčnosti albansko govoreče skupnosti v Celju ali Sloveniji nasploh, saj iz uradnih statistik dovoljenj za prebivanje oziroma državljanstev prosilcev ti podatki ne izhajajo. V primeru, da ne gre za državljane Slovenije oziroma posameznike, rojene v Sloveniji, se posamezniki priseljujejo iz različnih držav (Kosovo, Makedonija, Albanija ...), slovenske oblasti pa ne zbirajo podatka o nacionalni pripadnosti. To pomeni, da ne moremo enačiti števila državljanov teh držav, ki imajo v Sloveniji dovoljenje za bivanje in članov albansko govoreče skupnosti, ki živijo v Sloveniji. Po pripovedovanju informatorjev naj bi bil velik del priseljenih s Kosova, kjer je nedavna vojna na zelo različne načine (raven izobrazbe, znanje srbskega jezika, množičnost izseljevanja zaradi slabih življenjskih razmer in drugo) vplivala na oblikovanje vse številčnejše skupnosti v Sloveniji.

Formalne statistike o albansko govoreči skupnosti v Sloveniji in ožje v Celju torej niso na voljo, zato smo se ob snovanju pilotnega izvajanja medkulturne mediacije naslanjali predvsem na izjave različnih intervjuvancev. Po njihovih besedah naj bi se v Celje najprej večinoma priselili moški, ki so se največkrat zaposlili v gradbeništvu. Zaradi vedno večje krize na Kosovu, ki ljudi sili v masovno izseljevanje in združevanja družin, se je njihovo število od leta 2010 precej povečalo. Tako se po navadi družine priseljujejo v bližino podjetij, v katerih so zaposleni moški.

Čeprav se osebe med sabo pogosto poznajo, še posebej v manjših krajih, kot sta Vojnik in Žalec, ne moremo govoriti o zelo povezani skupnosti. Velik porast priseljevanja se je namreč zgodil v izjemno kratkem času (od 2010 naprej), čeprav je albansko govoreča skupnost prisotna v Sloveniji že zelo dolgo časa. Po nastopu gospodarske krize, ki je vodila v zlom gradbeniškega sektorja in predvsem v stečaj velikih gradbenih podjetij, se je vzpostavila paleta manjših gradbenih podjetij, ki množično zaposlujejo moške iz te skupnosti. Po besedah informatorjev je pogosto edini zaposlen družinski član mož, medtem ko ženske ostajajo brezposelne. Moške so zaposleni na delovno intenzivnih, a slabše plačanih delovnih mestih in imajo pogosto zelo dolg delavnik. Družine so tako odvisne od enega plačila, kar znižuje njihov standard življenja in vpliva na možnosti prehranjevanja, preživljanja prostega časa, mobilnost, vključevanje v različne aktivnosti, bivanjske razmere in drugo.

Večina žensk naj bi imela nižjo izobrazbo, zaradi česar imajo težave pri iskanju zaposlitve. Pogosto je v družini več otrok, tudi predšolskih, starši pa ne izpolnjujejo nujno pogojev za njihovo vključevanje v vrtec, temveč zanje skrbijo matere. Zaradi izjemno dolgih delavnikov moških, posebej v gradbeni sezoni, so ženske in otroci pogosto večino dneva sami. Mnoge naj tudi ne bi imele vozniškega izpita, kar otežuje njihovo mobilnost. Brezposelnost in ne vključevanje v različne vidike javnega življenja vodijo v slabše poznavanje slovenskega jezika in manj priložnosti za njegovo učenje. Poleg tega je albanski jezik zelo drugačen od slovenskega, kar vpliva na hitrost učenja jezika.

Iz navedenih podatkov izhaja, da gre predvsem pri ženskah za na obrobje družbe potisnjeno in slabše ekonomsko situirano populacijo. Osebe iz obrobni skupin so praviloma zdravstveno bolj ogrožene, kažejo slabše zdravstveno stanje in več dejavnikov tveganja za zdravje, a hkrati težje obiskujejo zdravstvene ustanove. Imajo tudi večkrat neurejeno zdravstveno zavarovanje, poleg tega pa se soočajo z jezikovnimi, kulturnimi in praktičnimi ovirami pri obiskovanju zdravstvenih ustanov. Zaradi teh razlogov je treba za takšne populacije razviti prilagojene programe, ob čemer preventivni programi pomenijo priložnost za pridobivanje zaupanja in bolj učinkovito vključevanje v zdravstveni sistem.

Tako uporabnice kot zdravstveni delavci različnih profilov so izrazili potrebo po vpeljavi novih orodij in mehanizmov, s katerimi bi naslovili nespornosti, ki zaradi različnih razlogov nastajajo med zdravstvenim osebjem in uporabnicami iz albansko govoreče skupnosti. Strinjali so se tudi, da bi medkulturnega mediatorja potrebovali v vseh sferah zdravstva. Ni se izkazalo nobeno polje zdravstva, kjer bi bil mediator bolj potreben kot drugje.

OVIRE

JEZIKOVNE IN KULTURNE OVIRE

ZDRAVSTVENI DELAVCI SE TEŽKO SPORAZUMEVAJO Z UPORABNIKI ZDRAVSTVENIH STORITEV, KAR POMENI TEŽAVO TAKO ZA UPORABNIKE KOT ZA ZDRAVSTVENE DELAVCE.

Po informacijah intervjuvank se v celjskem zdravstvenem domu in bolnišnici zdravstveni delavci dnevno srečujejo z albansko govorečimi uporabniki, s katerimi se težko sporazumevajo. To pomeni težavo tako za uporabnika, ki ne more izraziti svojih težav, zaradi katerih je institucijo obiskal (denimo nezmožnost izražanja vzroka obiska, svojih potreb, strahov, dvomov, nerazumevanje napotkov, strah pred tem, da bi jim zaradi nerazumevanja zdravniki predpisali napačna zdravila ali da ne bi razumeli predpisane terapije itn.), kot za zdravstvene delavce, ki uporabnika ne morejo temeljito izprašati, ki niso prepričani, ali so pravilno razumeli odgovore, in ki ne morejo razumljivo podati kakršnihkoli napotkov. Prav tako je vedno več primerov v otroški ambulanti, kjer obiščejo zdravnika bolni otroci s svojimi materami, ki ne obvladajo slovenskega jezika. Zato morajo zdravstveni delavci otroku razlagati o njegovem zdravstvenem stanju in terapiji, ta pa jih prevaja svoji materi.

NERAZUMEVANJE KULTURNEGA OZADJA

V stikih zdravstvenih delavcev z albansko govorečo skupnostjo se kot ovira pojavlja nerazumevanje njihovega kulturnega ozadja, saj je oboje pogosto neločljivo povezano. Izpostavljeni so bili nespornosti v porodnišnici, kamor ženske večinoma spremljajo njihovi možje, ki želijo biti prisotni pri samem pregledu. Določenim zdravnikom se zdi tovrstno ravnanje nerazumljivo in čudno, odzivi zdravstvenih delavcev v takšnih primerih pa so različni in odvisni od posameznika.

ADMINISTRATIVNE OVIRE

ODSOTNOST DOPOLNILNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA IN S TEM POVEZANI STROŠKI ZA ZDRAVILA OZIROMA PRIPOMOČKE

Mnogi posamezniki iz albansko govoreče skupnosti naj ne bi imeli urejenega dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. Bolj kot dostop do zdravstva naj bi težavo pomenili dodatni stroški, ki so ob zdravstveni obravnavi skoraj vedno prisotni (doplačevanje za preglede, zdravila in medicinske pripomočke).

NERAZUMEVANJE VABIL NA PREVENTIVNE PREGLEDE

Različna obvestila in vabila na preventivne preglede, ki jih prejmejo posamezniki iz albansko govoreče

skupnosti, so napisana zgolj v slovenskem jeziku. Ker jih osebe ne razumejo, se nanje praviloma ne odzovejo.

NEPOZNAVANJE ZDRAVSTVENEGA SISTEMA IN NJEGOVEGA DELOVANJA

Sistem zdravstvenega varstva v Sloveniji je drugače urejen kot v državi, iz katere so se osebe priselile, zato se pogosto na začetku brez pomoči ne znajdejo in imajo različne težave pri njegovi uporabi.

POSLEDICE JEZIKOVNIH, KULTURNIH IN ADMINISTRATIVNIH OVIR

UPORABNIKI SE IZOGIBAJO OBISKOVANJU ZDRAVSTVENIH INSTITUCIJ

Zaradi opisanih težav posamezniki iz albansko govoreče skupnosti redkeje dostopajo do zdravnikov. Za obiske se ne odločajo, saj večinoma naletijo na ovire pri dostopu do zdravstva ali pri zdravstveni obravnavi, obenem pa so soočeni s številnimi vprašanji, ki so le delno povezana s samo zdravstveno obravnavo (denimo kako priti do institucij, koga prositi za spremstvo, ko so soprogi v službah). Številni se tudi zaradi tega odločijo za zdravstvene usluge na Kosovu (razlogi pa so seveda številčnejši – na primer cenejše zdravstvene storitve, predvsem zobozdravstvene, upanje na krajše čakalne dobe in drugo).

ZDRAVSTVENI DELAVCI SE IZOGIBAJO UPORABNIKOM

Nezmožnost sporazumevanja predstavlja težavo tako zdravstvenim delavcem kot uporabnikom. Iz raziskave izhaja, da se nekateri zdravniki, če imajo možnost, zaradi težav pri sporazumevanju takšnim uporabnikom včasih skušajo izogniti. Primer s terena kaže, da se to dogaja zlasti pri iskanju zobozdravnika. Nekateri zobozdravniki je namreč skrbelo, da bodo imeli s pacienti težave v komunikaciji, sprejeli pa so jih šele, ko jim je bilo zagotovljeno, da bodo tisti, ki ne znajo slovensko, prišli na pregled v spremstvu osebe, ki bo premostila jezikovne prepreke.

ZDRAVSTVENE TEŽAVE IN ZAPLETI

Ovire pri sporazumevanju v zdravstvenih institucijah lahko povzročijo resne težave in zdravstvene zaplete. Izpostavljen je bil problem cepljenja otrok. Če zdravstveni delavci otroka ne spremljajo od rojstva, se odpre cela paleta neznank, ki jih je potrebno nasloviti. Zdravstveni delavci tako ne vedo, katera cepiva je otrok že prejel in katerih še ni, ali ima kakšne alergije, ali so se že pojavili problemi pri cepljenju in drugo. Starši včasih ne poznajo odgovorov ali ne zmorejo podati s tem povezanih informacij, poleg tega pogosto nimajo nikakršne dokumentacije. Zato se nekateri starši za cepljenje ne odločijo in se mu izognejo, mnogi pa so negotovi in ne vedo, kaj naj storijo.

ZDRAVSTVENI DELAVCI SVOJEGA DELA NE MOREJO OPRAVITI KVALITETNO OZIROMA TAKO, KOT BI GA SICER

Zaradi jezikovnih ovir se patronažne sestre ob obiskih težko sporazumevajo z uporabniki ter jim podajajo nasvete in napotke. Pri otročnicah in novorojenčkih so sicer pogosto prisotne osebe, ki govorijo slovensko, vendar zaznavajo, da je tako večinoma le na začetku, ko se otročnica vrne iz bolnišnice. V otrokovih kasnejših mesecih pa se pri njihovih obiskih pogosto pojavijo problemi zaradi

odsotnosti osebe, ki zna slovensko. Pogost razlog za to je, da očetje, ki bolje govorijo slovenski jezik, ne morejo biti vedno prisotni pri obiskih patronažnih sester, saj so zaposleni. V takšnih primerih je sporazumevanje izjemno težko, patronažne sestre pa svojega dela ne morejo opraviti, kot bi ga sicer. Tudi če obiščejo družino, ko so prisotni starejši otroci, ki že znajo slovensko, pa je komunikacija okrnjena, saj se z njimi težko pogovarjajo o bolj intimnih zadevah.

Pri otrocih, ki obiskujejo zdravnika v spremstvu mater, ki ne govorijo slovenskega jezika, se zastavlja vprašanje posledic za kvalitetno zdravstveno obravnavo, še zlasti, ker so otroci zelo mladi. Podajanje kompleksnih informacij o zdravstvenem stanju in terapiji otrokom je problematično, saj ni jasno, koliko so otroci (pa tudi drugi spremljevalci) sposobni staršem doma razložiti svoje zdravstveno stanje in terapijo, kako to razumejo in na kakšen način potem ravnajo. (Delne) odgovore dobijo zdravstveni delavci šele na kontrolnem pregledu, ko preverijo, če se je otrokovo stanje izboljšalo. Včasih se zgodi, da nihče ne zna slovensko, tudi otroci ne. V takih primerih trčijo zdravstveni delavci ob zid in ostanejo prepuščeni lastni iznajdljivosti. Zdravstveni delavci opažajo tudi, da imajo nekatere osebe resnejše zdravstvene težave, vendar pa o njih ne znajo povedati, zato le-te ostajajo nerazrešene.

TRENTNE REŠITVE

UPORABNIKI PRIDEJO V ZDRAVSTVENO USTANOVO V SPREMSTVU OSEBE, KI SLOVENSKI JEZIK BOLJE OBVLADA

Ker je potreba zelo velika, obstaja mnogo načinov neformalnega prevajanja in mediacije. Z uporabniki pridejo družinski člani (najpogosteje zakonski partnerji in otroci) ali znanci. Tu je zelo pomemben termin zdravstvene obravnave, saj morajo spremljevalci pogosto izostati iz šole ali delovnega mesta, kar dodatno otežuje obisk zdravstvene institucije. Poleg tega se pojavljajo drugi potencialni zapleti pri urejanju spremljevalca, saj gre pogosto za uslugo, ki vpliva na dinamiko odnosov med osebami. Neformalna mediacija odpira veliko dilem glede zaupnosti, posredovanja pravih informacij, vpliva na odnos med starši in otroki in podobno, zato je treba razmisliti o sistemski ureditvi te prakse.

ZDRAVSTVENI DELAVCI SO PREPUŠČENI LASTNI IZNAJDLJIVOSTI

Ovire, ki nastajajo iz tega naslova, zdravstvene institucije rešujejo precej arbitrarno, saj problem sistemsko ni naslovljen.

- Za pomoč pri sporazumevanju zaprosijo zaposlenega – v porodnišnici na primer čistilko, ki govori albanski jezik.
- Vnaprej se skušajo dogovoriti z uporabnikom o nujnosti spremstva osebe, ki govori slovenski jezik; z nekaterimi mlajšimi osebami sporazumevanje poteka v angleščini.
- Sporazumevanje s kretnjami, pisanjem in risanjem na papir.
- Prilaganje urnikov: nekatere patronažne sestre se poskušajo prilagoditi in opravijo obisk, ko je prisoten tudi oče, večkrat ob sobotah in nedeljah. Včasih obiščejo družino tudi, ko so prisotni starejši otroci, ki že znajo slovensko.

TOLMAČKA V CELJSKI BOLNIŠNICI

Gospa V. H. ima s Splošno bolnišnico Celje leto in pol sklenjeno pogodbo za tolmačenje. Do nje je prišlo na pobudo bolnišnice. V praksi ta pogodba pomeni, da mora biti dosegljiva ves čas, pokličejo pa jo, ko imajo težave v komunikaciji z albansko govorečimi pacienti. Čeprav meni, da so potrebe velike, do zdaj ni pogosto sodelovala, saj jo iz bolnišnice kličejo zlasti v določenih situacijah, povezanih s formalnostmi, kot so podpisovanja soglasij in podobno. Najpogosteje opravlja delo tolmačke v porodnišnici. Pogosto so med pacienti tudi visoko noseče ženske, ki nimajo pretekla dokumentacije.

PREDLAGANA REŠITEV: VPELJAVA MEDKULTURNE MEDIACIJE V ZDRAVSTVENIH INSTITUCIJAH

Iz raziskave izhaja velika potreba po vzpostavitvi prakse tolmača/mediatorja v zdravstvenih institucijah. Ta bi morala potekati tudi ob rednih pregledih in ne le v nujnih primerih. Pri tem ne gre zgolj za prevajanje, ampak za holističen pristop, v katerem je potrebno uporabnika obravnavati kot posameznika. Poleg tega, da oseba, ki govori isti jezik in pozna kulturni kontekst uporabnika, uporabnike navda z zaupanjem, pomeni olajšanje tudi zato, ker uporabnik storitve ve, da bo prejel pravo informacijo in jo tudi razumel. To je še posebej pomembno, saj so situacije v zdravstvenih institucijah za uporabnike pogosto stresne. Hkrati pa spremstvo v zdravstveni instituciji daje uporabniku več samozavesti in tako vpliva na zmanjšanje izogibanja obravnavi oziroma odlašanja obiskov.

Naloge medkulturnega mediatorja so lahko zelo raznovrstne in presegajo zgolj prevajanje pri zdravstveni obravnavi.

Tako lahko zajemajo tudi:

- Previde dokumentov pred invazivnimi posegi; vabil na preglede, tudi preventivne preglede; navodil glede cepljenj, diete; navodil, kako jemati zdravilo (obrazec – za kaj je in kako jemati), informacij o institucijah;
- Mediacijo med obravnavo;
- Pomoč pri ugotavljanju družinske anamneze, kjer kaj manjka (vprašalnik, ki se izpolni v čakalnici: kraj izselitve, zdravstveni dom, zdravnik; bolezní otrok, staršev; nenadne smrti v družini; cepljenja; podrobnosti o porodu; alergije in drugo)
- Pomoč pri pridobivanju dokumentacije iz izhodiščne države in prevod – povezava z ZD iz države izselitve;
- Pomoč bolnicam pri izkoriščanju pravic (vključitev v zdravstveno zavarovanje, povračilo stroškov prevoza do bolnišnice in podobno), opozarjanje na termine pregledov;
- Sodelovanje pri informiranju, zdravstveni vzgoji (projekti izobraževanja v lokalni skupnosti: cepljenja, pikčaste bolezni, TBC, alergije, prehrana, delovanje zdravstvenega sistema, katera zdravila je možno dobiti na recept);

- Zbiranje podatkov: o potrebah, zdravstvenem stanju, zavarovanju in podobnem.

Ob vpeljavi medkulturnega mediatorja pa bi bilo treba nasloviti več odprtih vprašanj, ki se tičejo same organizacije prakse mediatorja (kdo ga vključi v zdravstveno obravnavo, kdaj, kje, katere so njegove naloge in kako je njegovo delo financirano), izobraževanja medkulturnega mediatorja za delo v zdravstvu in zdravstvenih delavcev za delo z medkulturnim mediatorjem, kako vključiti albansko govorečo skupnost v načrtovanje in izvedbo prakse (saj bo le tako zagotovljena uporaba medkulturne mediacije), na kakšen način prek medkulturnega mediatorja opolnomočiti uporabnike in podobno. O tem je več napisano v nadaljevanju v točki 4.

CILJI EVALVACIJE

Pilotno testiranje medkulturne mediatorke za albanski jezik v zdravstvu je potekalo med septembrom in decembrom 2015 v CKZ ZD Celje in v referenčni ambulanti družinske medicine Zdravstvene postaje Vojnik. Med pilotnim testiranjem je potekala evalvacija, s katero smo želeli dobiti odgovore na naslednja vprašanja:

- Ali je medkulturni mediator dejansko potreben za preseganje ovir, ki se pojavljajo v albansko govoreči skupnosti pri dostopu do zdravstva (mnenje zdravstvenih delavcev in uporabnikov)?
- Kakšne so naloge medkulturnega mediatorja (z vidika zdravstvenih delavcev, medkulturnega mediatorja in uporabnikov)?
- Katere veščine so potrebne za vpeljavo medkulturnega mediatorja (z vidika zdravstvenih delavcev, medkulturnega mediatorja in uporabnikov)?
- Prek katerih postavk lahko ugotovljamo učinkovitost delovanja medkulturnega mediatorja (denimo izražena želja po vzpostavitvi medkulturnega mediatorja, odzivnost, vzpostavljena anamneza, napotitve na nadaljnjo obravnavo, napotitve na druge institucije, čas obravnave (pred medkulturnim mediatorjem, po njem), ugotovljeni (kronični) zdravstveni problemi v začetnih fazah in drugo).
- Na kakšen način vzpostaviti trajno prakso medkulturnega mediatorja v pilotnih okoljih?

METODOLOGIJA EVALVACIJE

Za potrebe evalvacije smo uporabile kombinacijo različnih metodoloških pristopov, saj smo želele pokriti čim več nivojev. V evalvacijo smo pritegnile različne deležnike, ki smo jih prepoznale kot ključne za vzpostavitev prakse medkulturnega mediatorja in mnenja katerih so z različnih zornih kotov razkrila morebitne prednosti in pasti te prakse.

Metodološki pristopi, uporabljeni pri evalvaciji, so bili naslednji:

- vprašalniki za uporabnike v referenčni ambulanti družinske medicine (v albanskem jeziku);
- vprašalniki za uporabnike na delavnicah CKZ (v albanskem jeziku);

- poglobljeni intervjuji z:
 - uporabniki,
 - medkulturno mediatorko,
 - zdravstvenimi delavci in
 - ključnimi deležniki iz albansko govoreče skupnosti;
- opazovanje z udeležbo v čakalnici referenčne ambulate družinske medicine;
- opazovanje z udeležbo na 3. delavnici CKZ;
- fokusna skupina z uporabnicami pred 3. delavnico CKZ in
- vmesni pogovori z diplomirano medicinsko sestro v referenčni ambulanti družinske medicine in medkulturno mediatorko.

Pri pisanju poročila smo enakovredno upoštevale rezultate, pridobljene prek različnih metodoloških pristopov.

Opravile smo analizo vprašalnikov. Intervjuje in pogovore z različnimi deležniki smo zabeležile in odgovore sistematizirale po spodaj razdelanih sklopih.

EVALVACIJA PRISOTNOSTI MEDKULTURNE MEDIATORKE PRI IZVEDBI DELAVNICE V CKZ ZD CELJE

CILJI

Z evalvacijo pilotnega testiranja prisotnosti medkulturne mediatorke za albansko govorečo skupnost med različnimi delavnicami CKZ smo želeli dobiti čim bolj poglobljene odgovore na naslednja vprašanja:

- Katere delavnice so potekale in kako je potekalo delo?
- Koliko je bilo udeleženk na vsaki izmed delavnic?
- Kakšen je bil odziv udeleženk?
- Ali se je katera odločila za nadaljnjo obravnavo?
- Ali so med presajanjem odkrili kakšno osebo, ki potrebuje nadaljnjo obravnavo (denimo na podlagi meritve krvnega sladkorja)?
- Kako je potekalo delo z medkulturno mediatorko? (Kje je stala? Kdaj je prevajala? Kako je potekala komunikacija med izvajalci, uporabniki, medkulturno mediatorko?)
- Ali je bilo treba zaradi medkulturne mediatorke prilagoditi način izvajanja delavnic?
- Ali se je treba za delo z medkulturno mediatorko izobraziti?

- Na kakšen način je bilo treba vsebinsko prilagoditi delavnice?
- Ali bi bilo smiselno prilagoditi učno gradivo, brošure in drugo gradivo ter katero?
- Kakšen je bil časovni okvir izvedbe delavnic?
- Kako je potekalo sodelovanje z drugimi inštitucijami (LU)?
- Ali bi bilo smiselno izvajati delavnice na terenu (LU, društva in drugo)?
- Ali bi bilo smiselno delavnice izvajati v predvidljivih razmikih?
- Kako vabiti na delavnice? Kako vključiti tiste, ki se niso odzvali?
- Splošni vtis in predlogi za naprej?
-

STATISTIKA

Izvedene so bile tri delavnice, ki so jih izvajali različni izvajalci v okviru CKZ:

- 1. delavnica z naslovom »Zdravo« živim je potekala 22. 9. 2015 na Ljudski univerzi v Celju. Prisotnih je bilo 14 udeleženk.
- 2. delavnica z naslovom »Ali sem fit?« je potekala 30. 10. 2015 v prostorih CKZ v ZD Celje. Prisotnih je bilo 28 udeleženk, izvedli so jo trije izvajalci, trajala je 4–5 ur.
- 3. delavnica z naslovom »Zvišan krvni sladkor« je potekala 4. 12. 2015 v predavalnici CKZ v ZD Celje. Prisotnih je bilo 12 udeleženk, izvajale so jo tri izvajalke, trajala je približno uro in pol.

V CKZ so sami izbrali teme delavnic in se odločili za uvodne delavnice oziroma za delavnice z bolj splošnimi vsebinami. Zlasti prva (Živim zdravo) je namenjena posredovanju splošnih informacij o preventivnih programih, dejavnih tveganja za zdravje, zdravem življenjskem slogu, zdravstvenem zavarovanju in podobnem.

Zaradi težav pri obveščanju smo se za potrebe evalvacije udeležile le zadnje delavnice in analizirale vprašalnike, ki so jih udeleženke izpolnile po njej (vprašalnike so izpolnile tudi na ostalih dveh delavnicah, vendar vprašalnike ene delavnice nismo uspele pridobiti, tako da njihova analiza ni vključena v to poročilo).

VABLJENJE NA DELAVNICE

Delavnic so se udeležile le ženske uporabnice. Te niso bile vedno iste, so pa nekatere sodelovale na več delavnicah. CKZ v primeru izvedbe delavnic za albansko govorečo skupnost potencialnim udeležencem ni pošiljal uradnega vabila na delavnice ali jih vabil na kakršenkoli način. Udeleženke delavnic je vabila zgolj medkulturna mediatorica, in sicer na različne načine. Sporočilo je objavila na Facebooku, vendar pravi, da tam udeleženke niso velikokrat prisotne. Zato je bil glavni način vabljenja klicanje po telefonu, prav tako pa je bilo pomembno medsebojno obveščanje med samimi udeleženkami. Prek svojih uporabnikov je po besedah direktorice o delavnicah obveščala tudi Ljudska univerza. Na CKZ menijo,

da bi morala biti tudi v prihodnje medkulturna mediatorka vez med njimi in udeleženkami, saj je to ključno za uspešno izvedbo delavnic, morda pa se bo prek delavnic izpostavila še kakšna, ki zna dobro slovenščino in bi bila zmožna prevzeti vlogo medkulturne mediatorke.

Izkazalo se je, da je za izvedbo tovrstnih delavnic nujno sodelovanje osebe iz skupnosti, saj se postavlja vprašanje, koliko udeleženk bi se odzvalo, če ne bi bile osebno obveščene s strani nekoga, ki ga poznajo. Ker je medkulturna mediatorka oblikovala skupine po svojih kontaktih, zaenkrat ni možno meriti odzivnosti na podlagi kriterija, koliko uporabnikov se vabilu ni odzvalo. Vseeno pa se je treba vprašati, ali se lahko tovrstni programi sploh izvajajo brez ključnih posameznikov iz skupnosti in koliko časa je potrebnega, da program zaživi (ponavljanje, širjenje dobrih novic, pozitivne izkušnje in drugo.).

O vključevanju moških v delavnice na CKZ še niso razmišljali, saj se jim zdi naslavljanje žensk zaenkrat bolj ključnega pomena.

POTEK DELAVNIC IN PRILAGODITVE

Prva delavnica je potekala na Ljudski univerzi (LU), v prostorih, ki so udeleženkam že znani zaradi učenja slovenskega jezika. Druga in tretja delavnica sta bili izvedeni v ZD, vendar so se tudi takrat udeleženke najprej zbrale na LU, kamor so jih prišle iskat izvajalke delavnic. To je bil dogovor med LU in NIJZ, saj se udeleženke tako niso izgubljale, takšen način naj bi bil zanje tudi bolj varen, predvsem pa je bil zagotovilo, da bo delavnico obiskalo večje število oseb. Nove, udeleženkam neznane prostore (CKZ) so tako uvajali počasi in postopoma, kar se je izkazalo za pozitivno. Na CKZ-ju nimajo načrta za prihodnje izvedbe delavnic, menijo pa, da je takšen način, ki so ga udeleženke že vajene, zaenkrat najprimernejši. Izvajalci so poudarjali, da je treba čim več delati na terenu, izven prostorov CKZ in si na ta način graditi prepoznavo. Obenem pa so večkrat omenile kontakta CKZ ter ga predstavile kot vstopno točko v primeru vprašanj ali zdravstvenih težav. Določene udeleženke delavnic so se kasneje z vprašanji zglasile na CKZ, kar pomeni, da je navedena strategija uspešna.

Na dveh delavnicah (»Ali sem fit?« in »Zvišan krvni sladkor«) so opravljali tudi meritve. Pri prvi so na podlagi vaj in vprašalnika ocenili telesno zmogljivost udeleženk, jim podali priporočila, vendar pa se delo z njimi ne nadaljuje. Na CKZ razmišljajo, da bi jih v prihodnje ponovno povabili in naredili primerjavo rezultatov. Konkretno meritve so udeleženke sprejele zelo pozitivno, saj jim približajo občutek, da ima delavnica smisel.

Ker imajo udeleženke zaradi načina življenja drugačne prehranske navade, so po besedah intervjuvank morale nekatere vsebine delavnic prilagoditi. Izhodišče prve delavnice je bilo utemeljeno na predhodnem opisu načina življenja udeleženk, ki ga je posredovala medkulturna mediatorka (te so namreč večino dneva same doma, v povprečju pojejo en obrok zvečer), čemur so prilagodili napotke o zdravem načinu življenja. Izhajajoč iz konkretnih življenjskih okoliščin udeleženk so bili izvajalci deležni tudi drugačnih vprašanj, kot so jih vajeni; denimo na področju zdrave prehrane je udeleženke zanimalo, kako spremeniti prehranske navade, če prihajajo zakonski partnerji pozno iz služb, kako prilagoditi prehrano glede na nižji ekonomski razred, živila, ki jih uporabljajo, pa vsebujejo veliko sladkorja, mesa. Predhodni pogovor z medkulturno mediatorko se je tako izkazal kot pozitivna izkušnja, saj je usmeril vsebino delavnice na polje, kjer so se udeleženke dejansko prepoznale.

Prilagojena je bila tudi druga delavnica (»Ali sem fit?«), na kateri je bilo zelo veliko udeleženk. Ker je delavnica obsežna (vključuje tako pridobitev anamneze kot izvedbo številnih meritev in ocen rezultatov), je zaradi velikega števila udeleženk in prilagojenega načina dela potekala zelo dolgo časa. Čeprav sta bila prisotna dva fizioterapevta, individualnega svetovanja nista mogla izvajati istočasno, saj je bila prisotna le ena prevajalka. Ker je izvajalce presenetil odziv udeleženk (bilo jih je 28), z eno samo prevajalko ni bilo možno poskrbeti za nemoteno izvajanje delavnice, ki predvideva individualno delo. Pri tovrstnih delavnicah je treba ustrezno prilagoditi bodisi obseg individualnega dela bodisi je treba zagotoviti večje število medkulturnih mediatorjev.

Tretja delavnica je bila organizirana na horizontalen način, saj so bile udeleženke in izvajalke razporejene okrog mize. Izvajalke niso predavale »ex cathedra«, temveč sta se izvajalka in prevajalka razporedili vsaka na svojo stran kroga. Izpostavilo se je vprašanje skupinske dinamike, saj gre za skupino, pri kateri se udeleženke poznajo od prej in imajo predhodno vzpostavljene odnose. Rezultat je bil, da so pogosto govorile ene in iste udeleženke, medtem ko se druge pogovora niso udeleževale.

Delavnice, ki se izvajajo dvojezično, trajajo veliko dlje, saj se vsebina podaja dvakrat. Pri vseh delavnicah se je zato izkazalo, da je bilo treba zaradi časovne omejenosti oklestiti vsebino izvedenega. Izvajalci so se osredotočili le na bistvene informacije, obenem pa so jih podajali na razumljivejši in preprostejši način, da jih je medkulturna mediatorka lahko prevedla na udeleženkam razumljiv način. S tem so se izgubila nekatera znanja, vendar pa vodja CKZ meni, da bi bilo treba vložiti veliko dela, če bi želeli delavnice predstaviti z osnovne ravni. V prihodnje je treba pri izvedbi delavnic upoštevati čas in jih na ta način tudi načrtovati.

Ker gradivo za izvedbo delavnic ni bilo ustrezno prilagojeno in prevedeno, ga izvajalke niso mogle scela uporabiti pri podajanju informacij. Čeprav je to do določene mere ovira, pa izvajalke menijo tudi, da morajo biti udeleženci aktivni, zaradi česar Power Point predstavitev (pogost del ex cathedra predavanj), niso vedno smiselne. Pri večini delavnic tudi sicer uporabljajo horizontalni pristop (stojijo naokoli udeležencev ali sedijo), saj menijo, da je bolj uspešen. Vseeno pa se pojavlja vprašanje, ali ne bi bilo možno del vsebin prenesti na podporni material in na ta način obogatiti vsebino delavnic, ki so na osnovni ravni.

Zdravstveno zavarovanje

V času izvajanja delavnic so ugotovili, da sta dve udeleženki brez obveznega zdravstvenega zavarovanja. Težavo so reševali v sodelovanju z NIJZ. Izkazalo se je, da ena udeleženka ni imela urejenega bivališča, glede druge pa vodja CKZ nima informacij. Ves čas so redno preverjale, ali imajo vse udeleženke izbranega osebnega zdravnika (IOZ) in ugotovile, da je brez IOZ ena udeleženka. Vloga CKZ se je na področju zdravstvenega zavarovanja in izbire osebnega zdravnika izkazala za zelo pomembno, saj je pilotno testiranje potrdilo, da te ovire pri obravnavani skupini obstajajo.

Življenjski slog, zdravstvene težave

Izvajalci delavnic menijo, da kljub nižji starosti udeleženk (30–40 let) obstajajo dejavniki tveganja za njihovo zdravje, zato bi bilo smiselno z delavnicami nadaljevati. Ti so opazni predvsem pri načinu prehranjevanja in pomanjkanju telesne aktivnosti. Tudi udeleženke so poročale, da so nekatere napotke vključile v svoj življenjski slog in da bi si želele z delavnicami nadaljevati. Hkrati so izrazile veliko

zadovoljstvo zaradi izvedbe njim prilagojenih delavnic.

DELO Z MEDKULTURNO MEDIATORKO

Prisotnosti medkulturne mediatorke izvajalci delavnic niso razumeli kot dodatno breme, čeprav so morali zaradi prevajanja prilagoditi način govora in vsebino delavnic. Vodja CKZ meni, da je njihova pozitivna naravnost verjetno povezana s poznavanjem problematike in z željo, da informacije prenesejo tudi priseljencem, zlasti ženskam, ki bodo tudi zaradi tega morda začele aktivno sodelovati v svoji okolici in se vključevati v družbo.

Vodja CKZ je poudarila pomen sodelovanja in zaupanja med izvajalci delavnic (zdravstvenimi delavci) in medkulturno mediatorko. Sodelovanje je pomembno tako pri vabljenju na delavnice kot pri sami izvedbi. Če je medkulturna mediatorka predhodno seznanjena z vsebino in aktivnostmi delavnice (na primer z meritvami), namreč lažje motivira osebe, da se jih udeležijo, kasneje pa tudi lažje prevaja vsebino. Ker je soudeležena v procesu priprave, to pozitivno vpliva tako na nivo prevoda in izrazoslovje kot na predvidljivost poteka delavnic.

Ključnega pomena je zaupanje na dveh ravneh – med izvajalci in medkulturno mediatorko ter med medkulturno mediatorko in udeleženkami. To se izrazi zlasti ob dilemah, ali so bile vsebine razumljive ter v primeru neposredne komunikacije med mediatorko in udeleženkami. Izkazalo se je namreč, da so izvajalke z medkulturno mediatorko vzpostavile takšen odnos zaupanja, da so ji prepustile reševanje vmesnih vprašanj in dvomov udeleženk ter ji hkrati zaupale svoje dileme. Zavedajo se, da medkulturna mediatorka ne more biti popolnoma nevtralna, saj se lahko udeleženke zaradi preprek in strahu, ki so povezane z nepoznavanjem jezika ter drugačnim okoljem, počutijo nesprejete in ima prisotnost osebe, ki ji zaupajo, pozitivne učinke.

Da lahko zdravstveni delavci zgradijo odnos zaupanja, je nujno, da je oseba, ki nastopa kot medkulturni mediator, stalna. To omogoča timski pristop, saj se v procesu skupnega dela spoznavajo in usklajujejo, postajajo tudi bolj vešč, učinkoviti in inovativni v podajanju novih znanj. To omogoča skupen razvoj novih strategij in odpravljanje ugotovljenih pomanjkljivosti, zaradi česar je izvedba delavnic lahko bolj poglobljena. Zagotovo pa mora biti medkulturni mediator kompetenten in opremljen z ustreznimi znanji in veščinami.

Medkulturna mediatorka se je izkazala kot nujna za učinkovito izvedbo delavnic, namenjenih tovrstni skupini udeležencev. Poleg prevajanja je pomembno prispevala tudi s svojim znanjem o okolju, iz katerega izhajajo udeleženke, saj so na ta način izvajalci razumeli širši družbeni kontekst in so zato lažje podali primerne informacije. Njena funkcija je bila torej tudi izobraževalna. Zaradi tega so se verjetno tudi udeleženke boljše odzvale na delavnice.

Medkulturna mediatorka se je izkazala za nepogrešljivo tudi zaradi dejstva, da je med udeleženkami delavnic mnogo takšnih, ki niso dobro razumele vsebine vprašalnikov. Bistven del določenih delavnic (na primer »Ali sem fit?«) so precej obsežni vprašalniki, ki so jih udeleženke izpolnjevale s pomočjo medkulturne mediatorke, kar je zahtevalo dodaten čas. Podobno velja za evalvacijske vprašalnike, ki so jih udeleženke ravno tako izpolnjevale skupaj z medkulturno mediatorko.

PREDLOG CKZ O UREDITVI MEDKULTURNE MEDIACIJE IN NADALJEVANJU DELA

Vodji CKZ se zdi najprimernejša ureditev medkulture mediacije na način, da bi imela zdravstvena ustanova pogodbo z medkulturnim mediatorjem za sodelovanje v določenem številu ur na mesec. Te ure bi lahko razdelili kot pogovorne ure in za delo v delavnicah. Z medkulturnim mediatorjem bi se vnaprej dogovorili za termine, oblikovali nove skupine ali pa delali z že formiranimi skupinami. Izvajalke ne želijo biti obremenjene z administrativnim delom, temveč le z izvedbo, ki je v njihovem primeru kontinuirana in predvidljiva.

Za delo v prihodnosti se sprašuje, kakšno obliko delavnic zastaviti. Za kratka srečanja, ki so bila izvedena v pilotu, so bile udeleženke odzivne, dilema pa je, ali bi jih bilo možno vključiti v kontinuirano delo. Skupno mnenje izvajalcev je, da bi bilo vredno nadaljevati z delom, saj so bile delavnice dobro izvedene, prav tako je bil dober odziv udeleženk in motivacija, vendar zaenkrat nimajo natančnega načrta. Izvajalci menijo, da bi bilo prav, da iste udeleženke ponovno vključijo, jih povabijo, ocenijo, da bi bile bolj motivirane za lastno zdravje. Vendar je za to treba izvesti, kakšne so njihove želje: Ali bi se raje zglasile same, ko prepoznajo, da je to potrebno, ali pa bi obiskovale delavnice na redni bazi? Morda bi bilo smiselno delati z obravnavano populacijo na predvidljiv termin izven CKZ, denimo v njihovih društvih. Zaenkrat si še želijo delati z istimi udeleženkami, saj te predstavljajo tudi vez s tistimi, ki niso bile na delavnicah. Za poglobljeno delo pa je v vsakem primeru treba zgraditi zaupanje.

ODZIVI IN OBČUTKI

V CKZ so bili zelo zadovoljni z odzivom in udeležbo. Številna intimna vprašanja, zlasti glede zdrave prehrane v povezavi s konkretnimi načini življenja, ki so jih postavljale udeleženke, kažejo na to, da so ustvarili sproščeno in spodbudno okolje. Udeleženke so izkazale željo po novih informacijah, znanju in tudi tovrstnih obravnavah (želijo si še kakšno delavnico, denimo o zdravem hujšanju). Vodja CKZ meni, da se je pri udeleženkah teh delavnic bolj kot običajno izrazilo tudi veselje, da so bile upoštevane. Ko se srečajo na hodnikih ZD, jih udeleženke prepoznajo in pozdravljajo, povedale pa so tudi, da so po delavnicah uvedle določene spremembe v svoj življenjski slog. Določene udeleženke so se po izvedbi delavnic vrnile v CKZ zaradi nadaljnje obravnave ali zaradi potrebe po informacijah in pomoči pri razumevanju obravnave pri drugih zdravstvenih delavcih v ZD Celje.

O zadovoljstvu udeleženk lahko sklepamo tudi na podlagi vprašalnikov, ki so jih izpolnile po izvedenih delavnicah. Analizirali smo vprašalnike udeleženk druge in tretje delavnice (»Ali sem fit?« in »Zvišan krvni sladkor«). Na drugi delavnici je bilo pristonih 28 udeleženk (26 jih je vrnilo izpolnjene vprašalnike), na tretji pa je sodelovalo 13 udeleženk.

Evalvacijska vprašalnika sta vsebovala vprašanja zaprtega tipa³, tako da so udeleženke izbirale med vnaprej ponujenimi možnimi odgovori. Udeleženke obeh delavnic so bile zadovoljne z organizacijo delavnic; v obeh primerih jim je ustrezala dolžina srečanja, pri izvedbi druge delavnice so kot zelo dobro

³ Vprašalnik delavnice »Ali sem fit?« je vseboval 11 vprašanj, vprašalnik delavnice »Zvišan krvni sladkor« pa 8 vprašanj.

ocenile način dela v skupini, pri izvedbi tretje pa velikost skupine. Vse udeleženke te delavnice (»Zvišan krvni sladkor«), ki so odgovorile na vprašanje, so se strinjale, da so jim bile na primeren način predstavljene vsebine, večinoma pa tudi, da so imele možnost zastavljanja vprašanj in da so nanje dobile odgovore (le ena udeleženka se je delno strinjala s trditvijo, da je lahko zastavljala vprašanja). Podobni rezultati so bili tudi pri evalvaciji delavnice »Ali sem fit?« - ena udeleženka se s trditvijo, da je imela možnost zastavljanja vprašanj ni niti strinjala niti je ni zavrnila, 5 udeleženk se je s trditvijo strinjalo, ostalih 12 pa se jih je popolnoma strinjalo. Prav tako so se v veliki meri strinjale, da so dobile odgovore na vprašanja (6 oseb se je strinjalo, 16 pa popolnoma strinjalo s trditvijo) in da je bil način predstavitve vsebin razumljiv (3 udeleženke so se strinjale, 18 pa se jih je popolnoma strinjalo). Na obeh delavnicah so vse udeleženke gradiva ocenila kot zelo razumljiva, na delavnici »Ali sem fit?«, kjer smo jih spraševali še o uporabnosti gradiv, pa tudi kot zelo uporabna. Ker je delo na tej delavnici potekalo nekoliko drugače (vsebuje namreč določene meritve oziroma testiranja), so vprašane vrednotile tudi uporabnost pridobljenih znanj in veščin v svojem vsakdanjem življenju in nekatere metode dela. Vse razen ene udeleženke so se v največji meri strinjale, da bodo lahko uporabile pridobljena znanja (preostala udeleženka pa se je s tem strinjala v precejšnji meri), prav tako pa vse, ki so odgovorile na vprašanje, menijo, da jim bo udeležba na delavnici pomagala pri spreminjanju njihovih navad in da jim je koristil individualni posvet. Žal vprašalnik delavnice »Ali sem fit?« ni vseboval vprašanj o medkulturni mediatorki, tako da podatkov o odzivih udeleženk na njeno delo pri tej delavnici nimamo, so pa vlogo medkulturne mediatorke udeleženke tretje delavnice »Zvišan krvni sladkor« prepoznale kot zelo pomembno. Izrazile so namreč zadovoljstvo z njenim delom ter ocenile, da jim je bila pri razumevanju vsebine delavnice v veliko pomoč in da bi jim bilo brez njene prisotnosti precej težje.

Pozitivne izkušnje so pomemben dejavnik pri nadaljnjem vključevanju posameznikov v preventivne programe, zato je spodbudno, da so vse udeleženke druge delavnice ocenile, da je testiranje v največji možni meri izpolnilo njihova pričakovanja, prav tako pa tudi dejstvo, da so se udeleženke na obeh delavnicah zelo dobro počutile in bi jo na podlagi svojih izkušenj večinoma priporočile tudi drugim.

TEŽAVE PRI EVALVACIJI

Pri izvedbi evalvacije smo imeli nekaj težav, ki jih je v prihodnje treba premisliti:

- Evalvacijski vprašalnik ni zajemal določenih vprašanj, za katere menimo, da so bistveni pri načrtovanju vpeljave medkulturne mediacije v zdravstvu (denimo niso vsebovali možnosti, da bi udeleženke podale svoje predloge, vprašanj o potrebi po medkulturnih mediatorjih pri drugih zdravstvenih obravnavah).
- Evalvacije ni bilo možno opraviti brez pomoči medkulturne mediatorke, saj se je izrazil problem pisnega razumevanja teksta, četudi je bil vprašalnik preveden v albanski jezik. Zaradi potreb se je tako razvila praksa, da jih medkulturna mediatorka vodi skozi vprašalnik in ga prilagaja iz knjižne albanščine v preprostejšo različico. Obenem se nekatere udeleženke v tej vlogi niso počutile ugodno. Podobno velja za skupinski intervju pred izvedbo delavnice, ki smo ga lahko izvedle le ob pomoči medkulturne mediatorke. Zaradi navedenega se pojavlja vprašanje nevtralnosti evalvacije.

- Medkulturna mediatorka nas je opozorila, da bi bilo za podajanje kakršnihkoli predlogov o nadaljnjem izvajanju delavnic treba z udeleženkami vzpostaviti boljše zaupanje prek dolgotrajnejšega dela. Udeleženke naj se namreč ne bi počutile kompetentne za podajanje tovrstnih mnenj.
- Evalvacija je bila mestoma otežena zaradi neizdelanosti sodelovanja med medkulturno mediatorko in izvajalci delavnice. Medkulturna mediatorka se je večkrat pogovarjala s skupino (vmes kakšni vici, sproščanje atmosfere, razjasnitev pojmov in podobno), glede česar ni bilo vedno povratne informacije. Prav tako lahko izvajalci hkrati povejo preveč vsebin, zato se pojavijo težave pri simultanjem prevajanju, pri čemer se medkulturni mediator lahko izgubi oziroma kaj pozabi povedati.
-

EVALVACIJA PRISOTNOSTI MEDKULTURNE MEDIATORKE PRI OBRAVNAVI PACIENTA V REFERENČNI AMBULANTI DRUŽINSKE MEDICINE V ZDRAVSTVENI POSTAJI VOJNIK

CILJI

Z evalvacijo pilotnega testiranja prisotnosti medkulturne mediatorke za albansko govorečo skupnost v referenčni ambulanti družinske medicine smo želeli dobiti čim bolj poglobljene odgovore na naslednja vprašanja:

- Kako je potekalo vabljenje na preventivni pregled?
- Koliko oseb je bilo vabljenih na preventivni pregled?
- Po kakšnem ključu so bili izbrane?
- Koliko oseb se je odzvalo?
- Koliko jih je bilo preventivno pregledanih?
- Kakšna je bila njihova odzivnost pred vpeljavo medkulturne mediatorke?
- Ali je zgolj prevod vprašalnika dovolj, da se vabljene osebe odzovejo? Ali bi bilo treba uporabiti še kakšne metode vabljenja?
- Ali je bilo potrebno dodatno prilagoditi preventivni pregled? Na kakšen način je treba prilagoditi preventivni pregled za delo z medkulturno mediatorko?
- Ali so osebe predhodno obiskale laboratorij?
- Kako je potekal preventivni pregled v primerih, kjer ni bilo preliminarne rezultate iz laboratorija?
- Kako so bile osebe obveščene o rezultatih? (naknadno, po telefonu prednosti in slabosti)

- Ali je bilo z medkulturno mediatorko lažje vzpostaviti anamnezo?
- Ali so med presejanjem odkrili kakšno osebo, ki potrebuje nadaljnjo obravnavo?
- Ali delo z medkulturno mediatorko zahteva več časa in je zato treba podaljšati obravnave?
- Katere so prednosti/slabosti dela z medkulturno mediatorko?
- Ali se je treba izobraziti za delo z medkulturno mediatorko?
- Koliko oseb bi v Vojniku še morali preventivno pregledati?
- Na koliko časa bi morali ponavljati obdobja dela z medkulturno mediatorko, da bi zagotovili redno obravnavo na preventivnih pregledih?

STATISTIKA

Po pripovedovanju v Vojniku živi približno deset družin, ki so iz albansko govoreče skupnosti. Okrog 30 oseb ima zdravnico prim. Jano Govc Eržen za izbrano osebno zdravnico, drugi zdravniki v Zdravstveni postaji (ZP) Vojnik pa so IOZ še nekaj drugim pacientom. V referenčni ambulanti družinske medicine so zaznali 24 ključnih oseb. Na preventivni pregled so povabili osebe, ki spadajo v ranljivo skupino, so tujci, ki imajo težave pri komunikaciji z zdravstvenimi delavci zaradi nerazumevanja slovenskega jezika, in so starejši od 30 let (kot tudi sicer velja za preventivne preglede v referenčnih ambulantah družinske medicine). Vabljeni so bili ne glede na to, ali so primerni za preventivni pregled ali pa so kronični bolniki. Po upoštevanju vseh kriterijev je bilo na preventivni pregled z medkulturno mediatorko vabljenih 17 oseb, starejših od 30 let, odzvalo pa se jih je 9. Zaradi različnih razlogov – osebe ne živijo več v Vojniku, ni jih možno priklicati, ne ve se, kje se nahajajo, zamujajo na termin, prihajajo predčasno in podobno – se je načrtovan razpored pregledov v času njihovega izvajanja večkrat spremenil (Tabela 193).

Tabela 1933: Število načrtovanih in izpeljenih pregledov ob prisotnosti medkulturne mediatorke

Datum pregleda:	Število načrtovanih pregledov:	Število izpeljanih pregledov:
7. 12. 2015	3 osebe	3 osebe
10. 12. 2015	3 osebe	3 osebe
14. 12. 2015	3 osebe	2 osebi
16. 12. 2015	3 osebe	1 oseba
17. 12. 2015	3 osebe	0 oseb
18. 12. 2015	2 osebi	0 oseb

Za vsakega uporabnika je diplomirana medicinska sestra v referenčni ambulanti družinske medicine (DMS v RADM) predvidela eno uro in jih je naročila ob 8.00, 9.00 in 10.00.

Evalvatorke smo bile v vseh terminih prisotne v čakalnici referenčne ambulante družinske medicine. Po pregledu smo z uporabniki izpolnile evalvacijski vprašalnik, ki je bil preveden v albanski jezik. Osem

oseb je izpolnilo vprašalnik (večinoma s pomočjo medkulturne mediatorke ali spremljevalca, ki boljše razume slovensko, nekateri tudi sami), z eno osebo pa je bil opravljen pogovor.

VABLJENJE NA PREGLEDE

Pred izvedbo preventivnih pregledov sta bili v albanski jezik prevedeni vabilo in brošura, ki uporabnike seznanja z delovanjem referenčne ambulate družinske medicine. Na vabilo za preventivni pregled je bilo v albanskem jeziku dopisano obvestilo, da bodo ti potekali v prisotnosti medkulturne mediatorke, ki bo prevajala vsebino. Nekateri osebe so bile povabljene že v preteklosti, vendar se večinoma niso odzvale na vabila, ki so jim bila takrat posredovana v slovenščini v pisni obliki. Koliko je bilo takšnih oseb, ni možno ugotoviti, saj DMS v RADM zaradi (pre)velikega števila pacientov ne zmore povabiti vseh, obenem pa ne vodi tovrstne evidence.

Način vabljenja na preventivne preglede v referenčne ambulate družinske medicine ni predpisan, temveč je stvar izbire zaposlenih. DMS v RADM Zdravstvene postaje Vojnik pogosto z osebami, ki ne govorijo slovenskega jezika, predvsem ženskami, komunicira prek pisnih vabil in ne prek telefona. Razlog za to je, da včasih ženske nimajo svojega telefona in zato z njimi ne more neposredno komunicirati, predvsem pa dejstvo, da imajo tako osebe možnost, da jim vabilo nekdo prevede, medtem ko je sporočanje prek telefona lahko problematično. Kako bo sporočilo razumljeno, je namreč odvisno od osebe, ki sprejme klic, in njenega razumevanja slovenščine. Takšen način vabljenja je v tej referenčni ambulanti družinske medicine izjema, saj DMS v RADM s pacienti običajno raje komunicira prek telefona, ker se na ta način zmanjša neodzivnost. Ker obveščanje tujcev poteka zgolj prek pisnih vabil, čeprav naj bi telefonski razgovori zmanjševali neodzivnost, ta način vabljenja pomeni dodatno oviro pri dostopu do preventivnih pregledov, saj ostaja odprto vprašanje, ali je vabilo do osebe sploh prišlo, hkrati pa je njena individualna odgovornost, da si organizira prevod. (Po drugi strani sta se dve osebi pregleda že udeležili v preteklosti, kar pomeni, da v določenih primerih delujejo tudi običajni načini vabljenja.)

Zgolj prevod vabila pa za odzivnost pri pilotnem izvajanju ni zadostoval, temveč so bile potrebne dodatne aktivnosti, da so se ljudje udeležili pregleda. Pisno vabljenje je bilo kombinirano s klici po telefonu, ki jih je opravila medkulturna mediatorka. Klicala je tako na začetku vsakokratnega termina preventivnega pregleda, da je preverila, ali naročene osebe pridejo, kot na koncu termina, da je obvestila osebe, ki so bile naročene prihodnjič. Mnogi izmed njih so medkulturno mediatorko poznali od prej. Po mnenju DMS v RADM je zaenkrat potrebna dodatna vzpodbuda, obstaja pa možnost, da se bodo osebe začele same odzivati čez nekaj časa, ko bodo imele več informacij o tovrstnem načinu dela oziroma o obliki preventivnega pregleda. Tudi tu se je tako izkazalo, da je za izvedbo tovrstnih programov nujno sodelovanje osebe iz skupnosti, saj se postavlja vprašanje, koliko uporabnikov bi se odzvalo, če ne bi bili osebno obveščeni s strani nekoga, ki ga razumejo ali celo osebno poznajo. Ponovno se je zato treba vprašati, ali se lahko tovrstni programi sploh izvajajo brez ključnih posameznikov iz skupnosti in koliko časa ter angažmaja je potrebnega, da program zaživi (osebni angažma medkulturne mediatorke, ponavljanje, širjenje dobrih novic, pozitivne izkušnje).

Nasploh je moč reči, da je bila odzivnost v primerjavi s preteklimi izkušnjami zelo velika. Med tistimi, ki

se niso odzvali, je ena oseba, o kateri nimajo veliko informacij (niti telefonske številke, na katero bi jo lahko priklicali, obenem je ne poznajo druge osebe iz albansko govoreče skupnosti); osebe, ki ne živijo več v Sloveniji ali pa niso bile dosegljive; ena oseba, ki ima drugega izbranega osebnega zdravnika; dve osebi, ki sicer redno hodita v ambulantno, zato je bila njuna neodzivnost največja dilema. Med razlogi za neodzivnost je tako nujno upoštevati, da gre do določene mere za mobilno populacijo (predvsem to velja za moške, ki so v Sloveniji brez družin). Na večjo odzivnost je bistveno vplivalo dobro sodelovanje medkulturne mediatorke in DMS v RADM ter njuno aktivno vabljenje. Zgodilo se je celo, da je bila vabljen ena oseba, z njo pa sta prišli še dve drugi.

Pri osebah, ki so se vabilu odzvale, pa je bil pogost pojav samovoljna sprememba termina. Tako so vabljene osebe v več primerih bodisi zamujale naročen termin bodisi obiskale referenčno ambulantno družinske medicine na dan, ko niso imele termina, saj so prišle skupaj z drugimi osebami. Vsi razlogi za to nam niso poznani, nekajkrat pa je bilo omenjeno, da bi uporabniki potrebovali bolj natančna navodila, saj jim ni bilo jasno, kako točno pregled poteka, kam morajo iti, v kateri ambulanti poteka pregled in podobno, hkrati pa imajo zaradi slabega razumevanja slovenščine zadrego, da bi o tem povprašali ob vходу v ZP, kjer se nahaja sprejemna/informacijska točka. Poleg tega so zdravstveni delavci in drugi informatorji večkrat omenili, da je za ciljno skupino značilen bolj sproščen odnos do časa, čeprav razlogov za to niso podali. Ob načrtovanju tovrstnih programov je tako v prihodnje dobro upoštevati časovno komponento, drugače je ta vidik lahko vir trenj in nezadovoljstva pri vseh vpletenih akterjih.

POTEK PREGLEDA IN PRILAGODITVE

Poleg prilagoditev pri vabljenju na preventivne preglede so bile potrebne prilagoditve tudi ob sami izvedbi le-teh. Največ prilagoditev je bilo potrebnih zato, ker obravnavane osebe kljub izrecnim napotkom na vabilu niso opravile laboratorijskih preiskav v dneh pred preventivnim pregledom. V obravnavani referenčni ambulanti družinske medicine je namreč praksa, da uporabnike napotijo v laboratorij pred preventivnim pregledom, in sicer zato, da ima DMS v RADM ob preventivnem pregledu že na voljo laboratorijske izvide, ki ji sočasno z anamnezo in ugotovljenimi dejavniki tveganja omogočajo neposredno svetovanje, pacientu pa prihranijo čas in ponovno pot v ZP. Glede na izkušnje DMS v RADM se pri ostalih pacientih zelo redko zgodi, da ne gredo v laboratorij predhodno oziroma pravočasno.

V pilotnem izvajanju pa so obravnavane osebe obiskale laboratorij na dan pregleda, zato je delo potekalo na prilagojen način. DMS v RADM jim je vzela anamnezo in jim na osnovi načina prehranjevanja in/ali intenzivnosti telesne dejavnosti že svetovala, vendar z omejitvami. Ko so bili laboratorijski izvidi narejeni, pa je paciente s pomočjo medkulturne mediatorke naknadno poklicala, jim sporočila rezultate ter jim dodatno svetovala (denimo jih opozorila na dodatne dejavnike tveganja, dala termin za kontrolo oziroma jih je napotila k zdravniku in drugo). Pri komunikaciji preko telefona se pojavijo podobne težave kot pri telefonskem vabljenju; včasih mora DMS v RADM rezultate sporočiti in razlagati tretji osebi, saj nekatere ženske nimajo osebnih telefonov (izkušnja pri eni obravnavani osebi, z ostalimi se je pogovarjala neposredno), sočasno pa ne more oceniti, ali so uporabniki razumeli njeno sporočilo, saj jih ne vidi, zaradi česar težje zaznava njihove reakcije in odzive,

kar je še posebej problematično v primeru slabih izvidov. Ena oseba, ki je imela slab izvid, je bila tako naročena ponovno in se je v ZP zglasila nekaj dni po preventivnem pregledu zaradi nadaljevanja raziskav. Vendar pa je tovrstni način možen le, kadar je medkulturni mediator redno prisoten v zdravstveni instituciji.

Način dela je bil prilagojen tudi zaradi časa. Preventivni pregled se je ob sodelovanju medkulturne mediatorke zaradi prevoda podaljšal vsaj za polovico. Zato je ključnega pomena dober prevajalec, ki je zmožen predati sporočilo v najkrajšem možnem času, ne da bi se ob tem izgubila vsebina. Tudi na tem mestu je treba upoštevati časovno komponento, saj se je naročanje na običajne razmake (1 ura) med preventivnimi pregledi izkazalo za neizvedljivo. Najprej zaradi navedenega, nato zaradi pogostega zamujanja uporabnikov in kot zadnje zaradi napotitev k zdravniku. Neposreden obisk zdravnika po preventivnem pregledu je zelo dobra praksa, saj se ciljna populacija pogosto izogiba obisku zdravstvenih ustanov, zato je zelo smiselno naenkrat opraviti čim več postopkov. Vendar pa se zgodi, da mora medkulturna mediatorka uporabnika spremljati k zdravniku, medtem ko je na vrsti že nova oseba. To zlahka privede do čakanja, spontanega reševanja situacij in nezadovoljstva. Smiselno je tako razmisliti o primernejših časovnih razmakih med preventivnimi pregledi.

Zdravstveno zavarovanje

Vse pregledane osebe so imele urejeno OZZ. Pri štirih vabljenih osebah pa je bilo videti, da nimajo urejenega OZZ. Naknadno je bilo ugotovljeno, da gre za nekatere osebe, ki ne živijo več v Sloveniji, situacije ostalih pa ni bilo možno natančneje preveriti, saj se na pregledu niso zglasile, prav tako osebe niso bile dosegljive na telefon. DMS v RADM bi lahko k njim poslala patronažno službo, ki bi preverila, če še živijo na tem naslovu, a tega v tem primeru ni storila. Možnih razlogov za njihovo neodzivnost je več, med drugim, da ne živijo več v Sloveniji ali pa se na preventivnem pregledu niso zglasili ravno zaradi neurejenega OZZ. Čeprav je bilo na ZP Vojnik dogovorjeno, da bodo paciente pregledali ne glede na zavarovanje (torej na stroške zdravstvenega doma), pa to na vabilu ni bilo izrecno omenjeno. Če bi referenčne ambulate družinske medicine nastopale kot ena izmed institucij, ki detektira nezavarovane osebe, potem bi morale tovrsten mehanizem obdržati, hkrati pa o njem obvestiti tudi vabljene uporabnike.

Življenjski slog, zdravstvene težave

Pregledi v referenčni ambulanti so pokazali, da imajo vse obravnavane osebe nezdrav način prehranjevanja, zlasti zaradi nerednega prehranjevanja, ki vsebuje preveč škrobnatih živil. DMS v RADM tovrsten način prehranjevanja povezuje z njihovim kulturnim ozadjem in socialno-ekonomsko problematiko. Kot pri ostali populaciji se tudi pri tej skupini oseb pojavi dilema, kako svetovati zdrav način življenja osebam, ki so v težki ekonomski situaciji. Usmerjanje na Rdeči križ ali Karitas namreč ne izboljša zdravstvenega vidika, saj ti dve organizaciji delita večinoma »bele stvari«.

Laboratorijski izvidi pri nobeni obravnavani osebi niso pokazali povišanega krvnega sladkorja, povišan holesterol pa le pri eni osebi, ki se je zaradi tega pred leti že zdravila in je pod nadzorom. Vse osebe pa imajo premalo dobrega holesterola, kar je posledica pomanjkanja gibanja, čeprav gre za relativno mlajšo populacijo. Zlasti je to opazno pri ženskah, ki se z izjemo gospodinjskih opravil skorajda nič ne gibljejo (izjema je le ena gospa). Pri moških je zelo prisotno kajenje.

Nadaljnje aktivnosti/obravnave

DMS v RADM je osebe večinoma napotila v delavnice, ki jih izvaja CKZ. Pri dveh osebah je bila prisotna občutljivost za stres (delavnica in kontrola čez eno leto), pri eni pa anksioznost (delavnica in spremljanje). Naloga DMS v RADM je, da osebe motivira za sodelovanje, odločitev in privolitev pa je njihova. Ker so osebe, obravnavane v pilotu, izkazale željo in interes za tovrstne aktivnosti, si DMS v RADM želi, da bi s to populacijo izpeljali dodatno delavnico/-e, vendar pa so potrebne prilagoditve. Dve osebi sta namreč izrazili, da bi se delavnic udeležili, če bi potekale v albanščini oziroma v prisotnosti prevajalca, dodatna omejitev pa je transport, zato bi morale biti izvedene v Vojniku. DMS v RADM predlaga začetne delavnice (denimo Zdrav slog življenja) in tudi kakšno ciljno delavnico.

Poleg tega je DMS v RADM uredila tudi termine za tri ginekološke preglede v ZD Celje za tiste ženske, ki jih še niso opravile. Svetovala jim je, naj pridejo na pregled v spremstvu osebe, ki bo prevajala. Po njenih besedah je to navadno mož, ki pri pregledu tudi sodeluje, ali pa prijateljica, znanka, sorodnica. Meni, da so ginekološki pregledi zelo delikatna zadeva, zato upa, da se jih bodo udeležile (naročene so bile januarja 2015).

DELO Z MEDKULTURNO MEDIATORKO

V ZP Vojnik imajo pogosto kontakte s priseljenci, ki ne razumejo slovenskega jezika. Težave se ne pojavljajo le pri preventivnih pregledih v referenčni ambulanti družinske medicine, temveč tudi na drugih področjih. Pogosto gre za kompleksne strokovne zadeve, pri katerih zdravstveni delavci potrebujejo povratne informacije od pacientov. Občutljiva so zlasti določena področja, kot sta ginekologija in babiški obiski patronažnih sester. Obiski slednjih pogosto potekajo v času, ko je denimo oče v službi, doma pa le mati z otrokom in babica, ki ne razumeta slovensko, ter majhen otrok (4–6 let), ki malo razume, zato je sporazumevanje izjemno težko. Težave zaradi nerazumevanja so tu toliko večje, saj morajo patronažne sestre posredovati konkretna navodila za nego dojenčka. Čeprav se večkrat zgodi, da si uporabniki priskrbijo osebo za prevajanje, tovrstni način ni vedno zanesljiv. Po besedah DMS v RADM se pri takšnih obiskih dogajajo podobni nesporazumi kot v ambulanti, saj ljudje kimajo in potrjujejo, da razumejo, zdravstveni delavci pa niso nikoli prepričani, ali je temu dejansko tako. Podobno je tudi pri ginekoloških pregledih in na šoli za starše, kamor ženske po navadi pridejo v spremstvu nekoga, ki (bolj ali manj uspešno) prevaja. Nekatere pa se ginekoloških pregledov izogibajo, če kasneje pride do zapletov pri porodu, pa pokličejo medkulturno mediatorko ali drugo osebo za prevajanja. (Ena gospa je na pregledu povedala, da ne bo šla h ginekologu v Slovenijo, temveč le na Kosovo). Nerazumevanje jezika ima številne in konkretne posledice, zato DMS v RADM meni, da bi bili potrebni prevajalci na vseh nivojih.

Ena od posledic nerazumevanja je tudi preverjanje zdravniških izvidov na Kosovu. Ker osebe niso prepričane, ali so prav razumele zdravstvene delavce oziroma, ali jim je bilo pravilno prevedeno njihovo sporočilo, izvide odnesejo v zdravstvene institucije na Kosovo, včasih pa tam še enkrat opravijo preglede. Tovrstna komunikacija poteka v obeh smereh: izvide s Kosova v primeru, da je odkrito bolezensko stanje, prinesejo v Slovenijo in tu urejajo zdravljenje. Če je urgentno, so izvidi s Kosova pogosto napisani v angleščini. Ta način reševanja jezikovnih sporazumov je problematičen, saj do odkrivanja zdravstvenih težav in njihovega zdravljenja prihaja z zamikom (odvisno je od tega, kako pogosto uporabniki odhajajo na Kosovo), vse raziskave niso opravljene na enem mestu, zato se pojavlja

vprašanje nepopolnosti izvidov, pogosto pa se tudi podvajajo raziskave, ki so na Kosovu brez izjeme plačljive.

Če medkulturna mediatorka ne bi bila prisotna, bi po besedah DMS v RADM preventivne preglede izvedli kot običajno. Uporabnice tako v ambulantno pogosto pridejo v spremstvu prijateljice, sosede ali otroka, ki ima včasih tudi šest let ali manj. Otroci pogosto ne razumejo, kaj želijo zdravstveni delavci od njih in ti zato niso gotovi, ali so pridobljeni podatki zanesljivi. Zato se DMS v RADM zdi prisotnost prevajalca v teh primerih še toliko pomembnejša.

Eno izmed obravnavanih oseb, ki je kroničen bolnik, v referenčni ambulanti družinske medicine spremljajo, zato je mogoča primerjava med pregledom, ko medkulturna mediatorka ni bila prisotna, in tem, ko je bila prisotna. Oseba je prvič prišla s hčerko, ki je prevajala, saj zna zelo dobro slovensko. Čeprav je bil prevod že takrat zelo dober, je DMS v RADM opazila razliko in meni, da je bilo ob prisotnosti medkulturne mediatorke bistveno boljše. Pridobila je več podatkov, saj medkulturna mediatorka poglobi in dodatno razširi vprašanja, zato je bilo veliko lažje vzpostaviti anamnezo. Poleg tega je medkulturna mediatorka osebo spremljala tudi k zdravnici in DMS v RADM meni, da ji je bilo bistveno lažje, saj je dobila bolj neposredne in zanesljive podatke za presojo.

Za učinkovito sodelovanje morata zdravstveni delavec in medkulturni mediator vzpostaviti dober odnos. V tem primeru obe zagotavljata, da sta se zelo dobro ujela in da se dopolnjujeta, kar po izkušnjah medkulturne mediatorke nikakor ni samoumevno. Prisotnost medkulturne mediatorke po besedah DMS v RADM ni zmotila njene komunikacije ali intimnega odnosa s pacientom. Odnos se je resda vzpostavljajal na drugačen način, vendar ji tretja oseba v odnosu pacient – zdravstveni delavec ni povzročala težav. Medkulturno mediatorko je sprejela kot osebo, s katero sodeluje, kot del tima. Pri tem se ji zdi ključno, da sta se predhodno dogovorili za način dela, saj vidi v medsebojni komunikaciji najpomembnejši pogoj za uspešno sodelovanje. Ko sta uporabnike obveščali o izvidih, je medkulturni mediatorki natančno obrazložila in celo napisala, kaj naj jim sporoči. Če medkulturna mediatorka sporočila ni dobro razumela, sta se pred klicem pogovorili. Če ga niso razumeli pacienti ali so imeli kakšno vprašanje, je medkulturna mediatorka DMS v RADM spraševala sproti in na ta način so reševali morebitne nesporazume. Preventivni pregledi zaradi svoje narave od medkulturnega mediatorja ne zahtevajo zelo dobrega poznavanja medicinske terminologije. Ker komunikacija poteka ustno, omogoča sprotno prilagajanje, pri pogovoru s pacientom pa se tudi DMS v RADM strokovnim izrazom izogiba, saj skuša težave definirati čim bolj jasno. Drugače je pri prevajanju napisanih izvidov, kjer bi bilo mediatorkino poznavanje medicinske terminologije ključno.

DMS v RADM se zdi najbolj bistveno, da izve informacije, ki jo zanimajo. Medkulturna mediatorka, ki izhaja iz svojih izkušenj, pa trdi, da mora vprašanja pogosto razložiti na bolj preprost način, predvsem medicinsko terminologijo, ki je laikom nerazumljiva. Običajno je takoj zaznala, v kolikšni meri je bilo osebi potrebno prilagoditi sporočilo in takrat ga je sama razširila in obrazložila. Nekaj težav se je tako pojavilo pri specifičnih delih pregleda, ki zahtevajo kompleksnejšo razlago, zlasti pri razumevanju navodil za spirometrijo. To se dogaja tudi pri slovensko govorečih pacientih, vendar se je v teh primerih zaradi nerazumevanja jezika postavilo vprašanje, ali bi DMS v RADM brez prisotnosti medkulturne mediatorke osebam lahko razložila postopek na način, da bi ga lahko sploh izvedli. Neposredno, mehanično prevajanje je zato pri medkulturni mediaciji pogosto nemogoče.

Prav tako je medkulturna mediatorka zaznala odziv pacientov na njeno prisotnost in glede na to prilagodila svoje ravnanje. Ena oseba je do določene mere razumela slovenski jezik, zato je bila komunikacija z njo relativno dobra. Čeprav tega ni izrazila na glas, sta obe z DMS v RADM zaznali, da ji prisotnost medkulturne mediatorke ni najbolj všeč, saj je smatrala, da njene pomoči ne potrebuje. V tem primeru se je medkulturna mediatorka odmaknila, kljub temu da ni jasno, v kolikšni meri je bila komunikacija dejansko razumljiva. Na tem mestu se pojavi vprašanje, kdaj in na kakšen način medkulturni mediator vstopi v pogovor, kadar osebe zatrjujejo, da zdravstvene delavce razumejo, a je hkrati očitno, da ne razumejo vsega. Torej, kako zagotoviti nepokroviteljsko in nevsiljivo obravnavo in obenem razumevanje med zdravstvenim delavcem in uporabnikom. Vprašanje je tudi, kdo (mediator, zdravstveni delavec ali uporabnik) ima možnost, da to prepozna in sprejme odgovornost za ustrezno ravnanje. Še posebej je to pomembno zato, ker so zaradi preteklih izkušenj zdravstveni delavci pogosto nezaupljivi, saj naj bi večkrat opazili, da osebe trdijo, da razumejo, vendar se izkaže, da ni tako.

Hkrati DMS v RADM in medkulturna mediatorka ugotavljata, da mehanično prevajanje ni dovolj. Nesporazumi se namreč lahko pojavijo tudi, če prevajalec nima dovolj poglobljenega znanja in razumevanja kulturnega ozadja ter širšega konteksta. Kot primer pri albansko govoreči skupnosti DMS v RADM navaja uvrščanje sadja med zelenjavo, kar sta ugotovili skupaj z medkulturno mediatorko. Ta ji je razložila, da se pri tolmačenju pojavlja problem, saj mnogi uporabniki pod besedo zelenjava razumejo sadje. Če DMS v RADM pri vprašanju ni definirala, o kateri zelenjavi govori, ali pa je bil razpoložljiv prevod neustrezen, ker ni premostil določenih kulturnih specifik, in odgovori ne bi ustrezali dejanskemu stanju, je medkulturna mediatorka ob vprašanju sama razložila oziroma naštel vrsto zelenjave, o kateri je bilo govora.

Poleg dobre komunikacije je za učinkovito uvedbo medkulturne mediacije DMS v RADM kot ključno navedla stalnost in grajenje timskega odnosa oziroma sodelovanje z eno osebo. To omogoča nadgrajevanje odnosa in postopno spoznavanje med skupnim delom, ki olajša predvidljivost sodelovanja. Medkulturni mediator je tako po njenem mnenju manj zunanji sodelavec, ki občasno prihaja v stik z zdravstvenimi delavci, kot del tima, ki se skupaj z njimi sooča z ovirami na področju dostopa do kvalitetne obravnave.

Za učinkovito uvedbo medkulturnega mediatorja bi bilo potrebno izobraziti tako medkulturnega mediatorja kot zdravstvene delavce. Ko se je ena oseba vrnila v ZP na dodaten pregled, je izrazila željo, da bi jo spremljala medkulturna mediatorka. Ker ta ni bila na voljo, jo je spremljala ena izmed evalvatorok. Medicinska sestra s tem ni imela težav, je pa že od vstopa v laboratorij namesto z gospo komunicirala z njo (»Je gospa tešča? Kdaj ima pregled?«), kar je bilo še posebej neučinkovito zaradi dejstva, da evalvatorka ne razume albanskega jezika. Poudariti je treba, da funkcija medkulturnega mediatorja ni v tem, da omogoča izogibanje komunikaciji s pacientom, temveč naj bi omogočil kvalitetno komunikacijo med zdravstvenim delavcem in uporabnikom.

PREDLOG DMS V RADM O UREDITVI MEDKULTURNE MEDIACIJE IN NADALJEVANJU DELA

DMS v RADM meni, da bi morala biti medkulturna mediacija urejena na podoben način kot prevajanje znakovnega jezika. Tako bi bila servis, ki je na voljo uporabnikom. Ti bi morali biti s to možnostjo

seznanjeni in bi morali natančno vedeti, koga lahko pokličejo za storitev in kako se lahko z njim dogovorijo. V takšnem primeru bi vabilo na preventivni pregled vsebovalo prošnjo, naj pride oseba na pregled s prevajalcem, za kar bi pacienti poskrbeli sami. Prevajalci znakovnega jezika imajo obrazce, na katere vpišejo čas v ambulantni ter kilometrino in jih posredujejo naprej. Prevajalec dobi plačilo, zdravstveni dom pa račun, ki ga pokrije ZZS.

Dokler take rešitve ni, se ji zdi smiselno, da bi aktivnosti, ki smo jih izvedli v ZP Vojnik, opravili še v kakšnem drugem okolju, kjer delo poteka na drugačen način. V pogovorih s kolegicami je namreč zasledila, da imajo vse v svojem okolju albansko govoreče osebe in da bi bilo zelo dobro tudi zanje, da bi imele na voljo takšno storitev.

ODZIVI IN OBČUTKI

DMS v RADM je opazila, da so bile reakcije pozitivne, osebe po preventivnih pregledih pa vidno zadovoljne in vesele, da so jim omogočili prisotnost medkulturnega mediatorja. Tudi medkulturna mediatorka je potrdila, da je večina zelo zadovoljna s pilotom. Pravi, da naj bi veliko oseb trpelo zaradi slabšega fizičnega in/ali psihičnega stanja in bi se že zdavnaj odločili za obisk zdravnika, če bi se znali sporazumevati. Ker pa si k njemu ne upajo, imajo dve možnosti: bodisi čakajo v Sloveniji, dokler obisk zdravstvene institucije ni nujen, bodisi odidejo na Kosovo na pregled ali po drugo mnenje, da sami slišijo, kakšno je njihovo zdravstveno stanje. To je zelo draga opcija, saj je med Slovenijo in Kosovim dolga pot, hkrati pa je vse zdravstvo tam plačljivo, vključno z najosnovnejšimi preiskavami.

Svoje vtise in mnenja so osebe, ki so se udeležile pregleda, izrazile tudi v evalvacijskih vprašalnikih. Vprašalniki so bili prevedeni v albanski jezik, vendar je bila kljub temu pri njihovem izpolnjevanju večinoma potrebna pomoč medkulturne mediatorke ali spremljevalcev, zaradi česar se porajata zlasti vprašanji nevtralnosti evalvacije in zanesljivosti podatkov. Z enim moškim smo zaradi njegovega dobrega znanja slovenščine namesto izpolnjevanja vprašalnika opravili pogovor.

Vse osebe so prišle v Slovenijo s Kosova. Tu živijo različno dolgo – en moški je v Sloveniji 26 let, ostali pa od 2 do 15 let⁴. Stare so med 34 in 57 let, povprečna starost pregledanih oseb pa je približno 40 let. Večina vabljenih in pregledanih je bilo žensk – vprašalnike je izpolnilo 6 žensk in 3 moški. Ženske imajo, tudi glede na rezultate vprašalnikov, največ težav s slovenskim jezikom. Edini osebi, ki ju jezik ne ovira, sta tako bili moškega spola. Približno polovica jih poleg albanskih spremlja tudi slovenske medije, v družinskem okolju pa se vsi sporazumevajo izključno v albanščini.

Večina si jih želi, da bi lahko svoj materni jezik uporabljali tudi v stikih z zdravstvenimi delavci, saj imajo težave zaradi nerazumevanja slovenščine. Pri obiskih zdravstvenih institucij se zato redno poslužujejo neformalne mediacije. Vse osebe so namreč v preteklosti že obiskale zdravnika v Sloveniji, pri tem pa so jih (razen v primeru moškega, ki razume slovensko), vedno spremljali otroci ali možje in jim pomagali premoščati jezikovne ovire. Ocenjujejo, da so kljub spremljevalcem zdravstvene delavce slabo

⁴ Najmanj časa sta v Sloveniji osebi, ki sta se priselili pred 2 oziroma 4 leti. Dve osebi živita tu 7 let, ena oseba 9, ostale pa 12, 13 in 15 let.

razumeli, zlasti v primerjavi s tokratno izkušnjo, ko je bila pri pregledu prisotna medkulturna mediatorka. Z njenim delom so bili vsi zelo zadovoljni, ocenjujejo, da jim je olajšala pregled, z njeno pomočjo so medicinsko sestro zelo dobro razumeli, posledično pa bolje razumejo tudi svoje zdravstveno stanje. Čeprav je bila prisotna tretja, nepoznana oseba, so se v njeni prisotnosti dobro počutili, veliko pa je prispevala tudi k dejstvu, da so lahko povedali, kar so želeli, zastavili vprašanja in izvedeli tisto, kar jih je zanimalo. To pa ima tudi druge, dolgoročnejše, pozitivne posledice, saj menijo, da bodo lažje sledili navodilom in nasvetom DMS v RADM. Upoštevajoč navedene prednosti prisotnosti medkulturne mediatorke so vsi izrazili željo, da bi bila prisotna tudi naslednjič, ko bodo obiskali ambulantno.

TEŽAVE PRI EVALVACIJI

Pri izvedbi evalvacije smo imeli nekaj težav, ki jih je v prihodnje treba premisliti:

- Redki uporabniki (predvsem moški) so govorili slovenski jezik, dodatne težave se pojavljajo pri razumevanju pisnega besedila. V nekaterih primerih je bilo skorajda nemogoče vzpostaviti kontakt, v drugih primerih pa so podatki, podani samostojno, mestoma nezanesljivi, saj ni gotovo, da so bila vprašanja pravilno razumljena. To pomeni, da izvedba evalvacije ni možna brez prisotnosti prevajalca/ medkulturnega mediatorja, ki dodatno interpretira in razlaga vprašanja, kar onemogoča evalvacijo njegovega dela. Rezultat je, da uporabniki pogosto ocenijo vse postavke pozitivno in se izogibajo dodatnih vprašanj. Vprašanje je, ali je možno evalvacijo organizirati na način, ki bi omogočala neposreden stik.
- Evalvatorke nismo bile prisotne v ambulanti med preventivnimi pregledi, temveč smo čakale v čakalnici. Prisotne nismo smele biti, ker bi bilo to za uporabnika preveč stresno, prav tako bi lahko pomenilo kršenje pravic o zasebnosti. Zaradi navedenega nimamo uvida, na kakšen način je preventivni pregled dejansko potekal, in se pri evalvaciji lahko zanašamo le na izjave različnih akterjev, ki so sodelovali pri procesu. Evalvacija je tako potekala predvsem prek pogovorov z zdravstvenimi delavci in medkulturno mediatorko, uporabniki pa so mnenja podajali prek vprašalnika, ki ga je večinoma tolmačila medkulturna mediatorka. Priporočljivo bi bilo razviti orodja za neposredno komunikacijo z uporabniki, saj le tako lahko učinkovito naslovimo njihove potrebe.
- Evalvacijo smo izvajale v (bolj ali manj) polni čakalnici po pregledu. Po navadi se je zelo mudilo, saj je imela DMSv RADM že novega pacienta. Delno je hitenju botrovalo to, da DMS v RADM ni upoštevala specifik dela z medkulturno mediatorko in je uporabnike naročala na enourne razmike. V takšni situaciji - ki jo hkrati zaznamuje tudi zelo težko razumevanje med uporabniki in evalvatorkami - je opravljanje evalvacije dokaj nemogoče, saj evalvatorke nismo imele nadzora nad razlago, kakšen je namen izpolnjevanja vprašalnikov, za kaj pri pilotiranju gre, pogosto je bilo treba opozarjati medkulturno mediatorko, ki se ji je mudilo, naj dodatno vpraša za kontakt in morebitni ponovni pogovor. Zelo problematično je tudi dejstvo, da v takšni situaciji ni možno spraševati uporabnika o slabih izkušnjah z zdravstvenimi delavci, saj polna

čakalnica zdravstvene ustanove ni spodbudna lokacija za takšne razgovore, hkrati zaradi slabe medsebojne komunikacije tudi pogosto ni jasno, kdo je evalvatorka in čigave interese zastopa.

ODPRTA VPRAŠANJA IN PREDLOGI ZA NADALJNJE RAZVIJANJE MEDKULTURNE MEDIACIJE

Pilotiranje medkulture mediacije v pilotnem okolju ZD Celje ni bilo zelo obsežno, a smo kljub temu zaznale določena vprašanja, ki bi jih bilo treba v prihodnje nasloviti ob nadaljevanju procesa vpeljave medkulturnega mediatorja v zdravstvo:

- Medkulturna mediacija je nova praksa, ki je uporabniki ne poznajo. Ne vedo, kako poteka, kdo jo financira, kaj je z vprašanjem zaupnosti. Vendar pa je obenem pogoj za učinkovitost te prakse dejstvo, da jo uporabniki vzamejo za svojo in jo uporabljajo. Zato bo v prihodnje treba dati večji poudarek na obveščanju potencialnih uporabnikov, hkrati pa možnost obiska zdravstvene institucije v spremstvu medkulturnega mediatorja redno ponavljati in na ta način dati možnost, da se o njej razve med samimi pripadniki albansko govoreče skupnosti.
- Podobno velja za zdravstvene delavce in njihovo vlogo. Medkulturnega mediatorja morajo sprejeti kot dobrodošlo pomoč, saj ta ne more delati učinkovito v okolju, kjer njegova prisotnost ni sprejeta. Če zdravstveni delavci ne priznajo, da potrebujejo pomoč, ali so do tovrstnih praks celo izključujoči, mediacija po pravilu ne bo uspešna. Izkušnja v ZP Vojnik nas uči, da pri tem odnosu ne gre le za sprejemanje, temveč za sodelovanje, to pa ni samoumevno. Prakso medkulturne mediacije bo zato treba promovirati v zdravstvenih institucijah.
- Ne glede na zelo pozitivne izkušnje med zdravstvenimi delavci in medkulturno mediatorko je treba organizirati tako dodatno izobraževanje za medkulturne mediatorje (medicinsko izrazoslovje, tolmačenje težkih diagnoz, pravil bolnišnice in drugo) kot za zdravstvene delavce (o medkulturni mediaciji in delu z medkulturnim mediatorjem, kulturni kompetenci). Medkulturna mediacija predvideva specifičen način dela, saj se odnosu med pacientom in zdravstvenim delavcem pridruži še ena oseba, zato je treba vpletene za učinkovito delo dodatno opolnomočiti.
- Večkrat med pilotiranjem se je izkazalo, da medkulturni mediator ne more biti zgolj objektiven prevajalec. Mora imeti možnost presoje glede interpretacije posameznih vprašanj, tako na ravni samega prevoda (razstavljanje kompleksnih sporočil na preprostejše izraze, sestavljanje zgodbe iz več fragmentov) kot na ravni okoliščin, ki se tičejo kulturnega ozadja (kadar gre za kulturno občutljiva vprašanja uporabniki medkulturnemu mediatorju zaupajo razloge za določena vprašanja, a ga hkrati prosijo, naj jih zdravstvenemu delavcu ne prenese). Medkulturni mediator je tako strokovni profil s svojo odgovornostjo, a mora imeti hkrati tudi avtonomijo odločanja v tovrstnih situacijah. Če ga bodo uporabniki razumeli kot podaljšek moči zdravstvenega delavca, je možno, da mu določenih podatkov ne bodo zaupali oziroma ne bodo sodelovali na enak način. Navedeno je dodaten argument za to, da mora biti medkulturni

mediator oseba, ki pripada albansko govoreči skupnosti, hkrati pa mora biti avtonomen tako v odnosu do ciljne populacije kot do zdravstvenih delavcev.

- Posebno pozornost je zato potrebno nameniti profilu medkulturnega mediatorja. Za kvalitetno opravljanje dela mora biti ustrezno usposobljen. To pa ne pomeni le, da mora biti kompetenten in opremljen z ustreznimi znanji in veščinami (denimo da mora poznati delovanje zdravstvenih ustanov in posedovati določeno znanje s tega področja, znati ravnati v občutljivih situacijah), temveč je pomembno, da izhaja iz skupnosti, ki jo naslavljamo. Izkušnje v pilotnem projektu potrjujejo, da dobro poznavanje jezika nikakor ni dovolj, saj je bistveno tudi poglobljeno znanje in razumevanja kulturnega ozadja ter širšega konteksta. V zvezi s tem pa je nujno upoštevati tudi specifične posameznih okolij in odnosov – v primeru albansko govoreče skupnosti mora biti oseba, ki opravlja delo medkulturnega mediatorja, v stikih z ženskami nujno tudi sama ženskega spola (medtem ko v stikih z moškimi spol mediatorja ni pomemben).
- Nadalje se pojavi vprašanje, komu je medkulturni mediator odgovoren. V pilotnem projektu to ni bilo jasno razčlenjeno, zato se je medkulturna mediatorica znašla med tremi akterji: CKZ, NIJZ in uporabniki. Za medkulturno mediatorico je v tem položaju ves čas obstajalo tveganje, da bo tarča nezadovoljstva, saj so interesi posamičnih akterjev včasih različni. Z boljšo umeščenostjo v sistemski okvir se tovrstnim nezadovoljstvom lažje izognemo, obenem pa zagotovimo tudi predvidljivost postopka. V samem poteku pilotnega izvajanja je to povzročalo zgolj zmedo, saj ni bil jasen vrstni red obveščanja in nalaganja nalog. Pri sistemski vpeljavi medkulturne medicije pa je potrebno to področje nedvomno jasno razdelati in v izogib hujšim težavam določiti odgovornost (najbolje čim prej, glede na to, da je zdaj udeležen še ZZKS, ki v letošnjem letu financira medkulturno medicino v treh pilotnih okoljih).
- S tem je povezano vprašanje, kdo medkulturnega mediatorja kontaktira oziroma kdo se odloči, da je v določeni situaciji potreben. Če bo odločitev o tem, kdaj osebe v zdravstvenih ustanovah potrebujejo medkulturnega mediatorja, prepuščena zgolj zdravstvenim delavcem, je sklepati, da potrebe uporabnikov ne bodo naslovljene kvalitetno. Dosedanje izkušnje medkulturne mediatorice kažejo na to, da se zdravstveni delavci pogosto odločajo za prevajanje, kadar morajo pacienti kaj podpisati, torej ko je dobra komunikacija v interesu zdravstvenih delavcev. Tovrstna uporaba medicije ne bo vplivala na ravnovesje moči med zdravnikom in pacientom, ampak bo okrepila avtoriteto zdravnika. Zato je pomembno vprašanje, ali bi v tej obliki dejansko pomenila servis za boljše vključevanje albansko govoreče skupnosti v zdravstvo. Če se z medkulturno medicino želi doseči boljše vključitev ranljive populacije v zdravstvo, mora biti organizirana na način, da opolnomoči tako zdravstvenega delavca kot pacienta. Na tej predpostavki je treba organizirati dostop do medkulturnega mediatorja, kar pomeni, da mora imeti možnost presoje tudi uporabnik (to vprašanje je možno razrešiti tudi na način, da je medkulturni mediator na določenih oddelkih (denimo pediatričnem) prisoten v predvidljivih, vnaprej najavljenih terminih).
- Razdelati je treba tudi, kaj so naloge medkulturnega mediatorja in jih finančno ovrednotiti. V pilotnem testiranju medkulturna mediatorica namreč ni zgolj prevajala in mediarala v zdravstveni instituciji, temveč je tudi aktivno vabila uporabnike. Da so se ti odzvali, je porabila

veliko svojega časa, saj je delo zamudno in naporno, predvsem pa je bila uspešnost projekta odvisna od njenega v preteklosti akumuliranega socialnega kapitala (mnogi v albansko govoreči skupnosti so jo že spoznali kot učiteljico, tolmačko, kar je dajalo legitimnost pilotnemu testiranju). Osebno vabljenje ni bila vnaprej opredeljena naloga, a se je izkazalo kot nujno za zagotavljanje odzivnosti. Zato v prihodnje ne sme biti prepuščeno naključju. Nekateri medkulturni mediatorji se bodo namreč pri svojih nalogah zavzeli bolj, drugi manj in nekateri nič. V primeru neodzivnosti uporabnikov tako nikoli ne bi vedeli, ali je krivo njihovo pomanjkanje interesa ali pomanjkanje mediatorjevega angažmaja ob obveščanju in vabljenju. Naloge medkulturnega mediatorja je zato potrebno jasno definirati in jih pojasniti tako medkulturnemu mediatorju kot zdravstvenim delavcem. To je pomembno tudi zato, da imajo vsi vpleteni jasne predstave o tem, kaj lahko pričakujejo oziroma zahtevajo drug od drugega. Poleg tega je treba nasloviti tudi vprašanje zasebnosti in varovanja osebnih podatkov.

- Medkulturna mediacija je najučinkovitejša, kadar je del skupnostnega pristopa. Za mediatorja je namreč zelo pomembno, da ne pride do preobremenjenosti zaradi reševanja postopkov, ki niso v njegovi domeni (denimo urejanje OZZ in še bolj vprašanja, povezana z dovoljenji za prebivanje, CSD, ZRSZ in drugim), kar je možno uspešno zagotavljati v sodelovanju z drugimi partnerji v lokalnem okolju. Poleg tega je za uspešno promocijo medkulturne mediacije zelo pomembno povezovanje s samoorganiziranimi subjekti in drugimi organizacijami, ki prihajajo v stik z izbrano populacijo.
- Medkulturna mediacija mora biti sistemsko definirana in tudi financirana iz vnaprej zagotovljenega proračuna, ki ga je možno porabiti le za tovrstne storitve. Financer se mora zavedati, da ima mediacija mnoge finančne koristi (obravnave so krajše in bolj učinkovite, saj osebe boljše razumejo, kakšno je njihovo zdravstveno stanje in lažje sledijo terapiji, izvajajo zdravnikova navodila; zdravstveni delavci o pacientih vedo več, lažje naredijo anamnezo, pacienta lahko sprašujejo bolj poglobljeno in so hkrati prepričani, da izvedo resnične podatke, zaradi vsega navedenega je manj napak in zdravstvenih zapletov). Natančne izračune bo treba še narediti, saj v Sloveniji nimamo podatkov s tega področja.
- Pri uvajanju medkulturne mediacije je treba biti pozoren na lokacijo uvajanja. Za končne zaključke bi potrebovali več informacij, a zaenkrat kaže, da bi bila v majhnih krajih, kot je Vojnik, potrebna drugačna strategija uvajanja kot v večjih urbanih območjih.

Uporabljena literatura in viri

1. Keršič Svetel M, Jelenc A, Gosenca K, Škraban J, Pistotnik S, Lipovec Čebren U, Bofulin M, Farkaš Lainščak J. Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba: priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2016. Dostopno na: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/prirocnik_kulturne_kompetence_2016.pdf

15 VKLJUČEVANJE RANLJIVIH OSEB V PREVENTIVNI PROGRAM S SKUPNOSTNIM PRISTOPOM IN VPELJEVANJE MEDIACIJE V PREVENTIVNO OBRAVNAVO

Simona Jazbinšek, Karmen Gosenca, Sara Pistotnik

VKLJUČEVANJE RANLJIVIH OSEB V PREVENTIVNI PROGRAM S SKUPNOSTNIM PRISTOPOM

SKUPNOSTNI PRISTOP ZA KREPITEV ZDRAVJA IN ZMANJŠEVANJE NEENAKOSTI V ZDRAVJU

Pri ranljivih osebah smo kot vrsto ranljivosti najpogosteje zaznali brezposelnost nato socialno-ekonomsko ogroženost in težave v duševnem zdravju. Ranljive osebe (1) so kot najpogostejše ovire v dostopu do preventivnih programov navajale neinformiranost potem zdravstvene težave in nemotiviranost. Z namenom premostitve najpogostejših ovir v dostopu ranljivih oseb do preventivnih programov in zmanjševanja neenakosti v zdravju smo v lokalnih okoljih vzpostavili sodelovanje in povezovanje različnih partnerjev po modelu skupnostnega pristopa.

Partnerje v lokalnem okolju, ki so sodelovali v skupnostnem pristopu (2), so predstavljale institucije iz zdravstvenega in socialnega resorja (zdravstveni dom, območna enota Nacionalnega inštituta za javno zdravje, ZRSZ, CSD), občine ter različne NVO. Največje število ranljivih oseb so kot prve obravnavale območne službe oz. urad za delo ZRSZ, sledijo NVO in patronažna služba.

Nezdravstveni partnerji v lokalnem okolju so ranljive osebe informirali o preventivnih programih ter jih motivirali za vključitev vanje. V največ primerih je bil ranljivim osebam tako nujen motivacijski razgovor za vključitev v preventivni program nato usmeritev na motivacijsko delavnico ter usmeritev na Odprta vrata za zdravje. Ranljive osebe so bile najpogosteje napotene v CKZ, na Odprta vrata za zdravje ali tudi v ZD zaradi drugih zdravstvenih težav.

Največ podpore in pripravljenosti za sodelovanje je bilo s strani območnih služb/urada za delo ZRSZ, saj je Centralna služba ZRSZ izkazala krovno podporo skupnostnemu pristopu. Tovrstna podpora znotraj posamezne institucije bi morala biti nujno prisotna tudi pri drugih partnerjih, saj bi na ta način omogočili učinkovitejše udeležanje skupnostnega pristopa neodvisno od odločitev posamezne institucije v lokalnem okolju.

Komunikacija med nezdravstvenimi partnerji in ZD (CKZ, patronažna služba) je potekala zelo dobro, prav tako medsebojno informiranje glede organizacije Odprtih vrat za zdravje.

Pri ranljivih osebah so nezdravstveni partnerji zaznali zadovoljstvo z Odprtimi vrati za zdravje ter zanimanje za informativna gradiva o preventivnih programih. Pri nezdravstvenih partnerjih je bila prav tako dobrodošla seznanitev njihovih zaposlenih s preventivnimi programi, saj prej niso imeli ustreznih informacij o njih. Vsi nezdravstveni partnerji v lokalnih okoljih so pozitivno ocenili informativno gradivo

– Kataloge informacij, plakat Odprta vrata za zdravje ter zloženko in knjižico o nemedikamentoznih obravnavah v CKZ.

Za učinkovito izvajanje skupnostnega pristopa za krepitev zdravja in zmanjševanje neenakosti v zdravju v lokalni skupnosti ter vključevanju in obravnavi ranljivih oseb v preventivne programe je potrebno v ZD vzpostaviti in okrepiti CKZ, ki so pomemben povezovalni in izvajalski partner na področju krepitev zdravja, preventive in zmanjševanja neenakosti v zdravju v lokalni skupnosti in znotraj ZD. CKZ koordinira skupnostni pristop za krepitev zdravja in zmanjševanje neenakosti v zdravju v lokalnem okolju, na regionalni ravni pa nudijo podporo izvajanju skupnostnega pristopa OE NIJZ v sodelovanju z regijskimi odgovornimi zdravniki za preventivo.

Za optimalnejše udejanjanje skupnostnega pristopa bi bilo potrebno vzpostaviti informacijsko podporo in hkrati opredeliti vloge partnerjev (protokoli sodelovanja med zdravstvenimi in nezdravstvenimi partnerji) ter zagotoviti sistemsko podporo (strateški dokumenti in ustrezne zakonodajne podlage).

Skupnostni pristop za krepitev zdravja in zmanjševanje neenakosti v zdravju v lokalni skupnosti omogoča odzivanje na potrebe lokalnega prebivalstva, boljši dostop do storitev in obravnav, razvoj podpornih mrež in skupin za samopomoč ter upošteva formalne in neformalne oblike pomoči. Od partnerjev v lokalnem okolju zahteva usklajeno in povezano premoščanje ovir ter razvoj kompetenc, veščin in načinov ukrepanj, ki presegajo klasične institucionalne oblike delovanja. Tak pristop vpliva na in mobilizira številne lokalne strukture in partnerje, ki z usklajevanjem na osnovi prvotno dogovorjenih vrednot vzpostavljajo pogoje za boljše zdravje.

VPELJEVANJE MEDKULTURNE MEDIACIJE V PREVENTIVNO OBRAVNAVO

MEDKULTURNA MEDIACIJA PRI IZVAJANJU PREVENTIVNIH PREGLEDV V RADM

Dobro sodelovanje medkulture mediatorke DMS v RADM ter njuno aktivno vabljenje je bistveno vplivalo na večjo odzivnost oseb albanske etnične skupnosti na preventivni pregled v RADM.

Preventivni pregled se ob sodelovanju medkulture mediatorke (zaradi tolmačenja/medkulture mediacije) podaljša vsaj za polovico, zato je potrebno ob načrtovanju preventivnih pregledov le-to upoštevati.

Obravnavane osebe so po preventivnih pregledih izrazile zadovoljstvo, da jim je bila omogočena prisotnost medkulture mediatorke, saj so se lahko z njeno pomočjo z DMS v RADM bolje sporazumele, povedale in vprašale, kar so želele. Tako bodo lažje sledile navodilom in nasvetom, ki so jih prejele v RADM.

MEDKULTURNA MEDIACIJA PRI IZVAJANJU NEMEDIKAMENTOZNIH OBRAVNAV V CKZ

Za zagotovitev udeležbe na obravnavah v CKZ v prisotnosti medkulturne mediatorke je pomembno sodelovanje osebe iz albanske etnične skupnosti, ki dodatno motivira udeležence. Vzpostavitev zaupanja med izvajalci nemedikamentoznih obravnav, medkulturno mediatorko ter udeleženci je ključnega pomena. Pri sami izvedbi nemedikamentoznih obravnav je potrebno upoštevati, da tolmačenje/medkulturna mediacija terja več časa in jih na ta način tudi načrtovati.

VPELJAVA MEDKULTURNE MEDIACIJE NA SISTEMSKI RAVNI

Medkulturna mediacija mora biti sistemsko opredeljena in tudi financirana iz vnaprej zagotovljenega finančnega vira z namensko porabo sredstev.

Medkulturna mediacija je najučinkovitejša, kadar je del skupnostnega pristopa. Za medkulturnega mediatorja je namreč zelo pomembno, da ne pride do preobremenjenosti zaradi reševanja postopkov, ki niso v njegovi domeni (denimo urejanje obveznega zdravstvenega zavarovanja, vprašanja, povezana z dovoljenji za prebivanje in drugo), kar je možno uspešno zagotavljati v sodelovanju z drugimi partnerji v lokalnem okolju.

Naloge medkulturnega mediatorja je potrebno jasno definirati in jih pojasniti tako medkulturnemu mediatorju kot zdravstvenim delavcem (vloga izobraževanj/usposabljanj). To je pomembno tudi zato, da imajo vsi vpleteni jasne predstave o tem, kaj lahko pričakujejo drug od drugega. Poleg tega je treba nasloviti tudi vprašanje zasebnosti in varovanja osebnih podatkov.

Pogoj za učinkovitost medkulturne mediacije je dejstvo, da jo uporabniki sprejmejo in uporabljajo. Zato bo v prihodnje treba dati večji poudarek na obveščanju uporabnikov in promociji medkulturne mediacije v zdravstvenih institucijah.

Uporabljena literatura in viri

1. Vračko P in Rožič M (ur.). Pilotno testiranje programa integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih [Elektronski vir] : priročnik za spremljanje z opredelitvijo kazalnikov. - El. knjiga. - Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2017. Dostopno na: http://www.skupajzazdravje.si/media/spremljanjeinkazalnikipilotnegatestiranja_program.integrirane_preventive.knb.pdf
2. Farkas Lainščak J, Buzeti T, Huber I in Maučec Zakotnik J. Vključevanje zdravstveno marginaliziranih (ranljivih) oseb v preventivni program. V: Farkaš Lainščak J, Huber I, Maučec Zakotnik J, Sedlar N, Vrbovšek S (ur.). Program integrirane preventive KNB in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih pilotno testiranje integriranih procesov vključevanja in obravnav ciljne populacije v okviru projekta Skupaj za zdravje - (Projekt Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju odraslih). [El. Knjiga] Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015. Dostopno na: http://www.skupajzazdravje.si/media/e_verzija_prirocnik_program.integrirane.preventive.knb_2015.pdf

3. Vračko P, Buzeti T, Maučec Zakotnik J, Paulin M, Milavec M, Poličnik R, Zaletel J, Vrbovšek S, Horvat M, Čuš B, Hočevnar T, Knific T, Djomba JK, Kralj M in Rožič M. Spremljanje in evalvacija. V: Farkaš Lainščak J, Huber I, Maučec Zakotnik J, Sedlar N, Vrbovšek S (ur.). Program integrirane preventivne KNB in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih pilotno testiranje integriranih procesov vključevanja in obravnav ciljne populacije v okviru projekta Skupaj za zdravje - (Projekt Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju odraslih). [El. knjiga] Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015. Dostopno na: http://www.skupajzazdravje.si/media/e_verzija_prirocnik_program.integrirane.preventivne.knb_2015.pdf

16 UGOTOVITVE IN IZKUŠNJE ZBIRANJA PODATKOV V PILOTNI IZVEDBI PROGRAMA

Mirjam Rožič

Metodologija spremljanja pilotne izvedbe Programa je bila določena pred začetkom pilotiranja. Podrobno je metodologija spremljanja pilotne izvedbe predstavljena v dokumentu Pilotno testiranje programa integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih: priročnik za spremljanje z opredelitvijo kazalnikov (1).

Potek pilotne izvedbe Programa je podrobneje predstavljen v Poročilu o poteku pilotnega testiranja Programa integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih, Ruralno okolje ZD Sevnica in ZD Vrhnika (2) in v Poročilu o poteku pilotnega testiranja Programa integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih, Urbano okolje ZD Celje (3).

Opredelili smo kazalnike za spremljanje pilotne izvedbe Programa ter pripravili odgovarjajoče vprašalnike za različne skupine izvajalcev. Uporabljeni vprašalniki so objavljeni v poglavju Spremljanje in evalvacija priročnika Program integrirane preventive KNB in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih pilotno testiranje integriranih procesov vključevanja in obravnav ciljne populacije v okviru projekta Skupaj za zdravje (4).

Večino podatkov smo spremljali z uporabo spletne aplikacije 1ka⁵, v ta namen smo pripravili spletne ankete. Nekatere podatke smo z namenom zaščite osebnih podatkov zbirali po pošti v pisni obliki. Izvajalci so imeli tudi možnost pošiljanja podatkov po elektronski pošti.

Izvajalcem smo posredovali podrobna navodila za zbiranje in posredovanje podatkov in jim na skupnih srečanjih predstavili načine posredovanja podatkov.

V času pilotne izvedbe Programa so imeli izvajalci stalno podporo pri vnašanju podatkov preko telefona in elektronske pošte. Sproti smo odpravljali težave in pomanjkljivosti.

Zaradi pomanjkanja časa nekateri izvajalci niso uspeli sproti vnašati podatke in kljub motivaciji in spodbudi do zaključka pilotne izvedbe nismo uspeli zagotoviti popolnega vnosa podatkov.

Zbrane podatke hranimo na strežniku NIJZ, pisne dokumente hranimo v arhivu, pri čemer smo posebno pozornost namenili zagotavljanju varnosti zbranih podatkov pred morebitno izgubo podatkov ter neželenimi spremembami podatkov.

Kakovost zbiranja podatkov in verodostojnost zbranih podatkov smo zagotavljali s sprotnim pregledom in preverjanjem zbranih podatkov in stalno komunikacijo z izvajalci pilota.

⁵ 1KA je odprtokodna aplikacija, ki omogoča storitev spletnega anketiranja (www.1ka.si). Gre za spletno storitev (SaaS - Software as a Service).

Pred začetkom pilotne izvedbe bi bilo potrebno natančno določiti osebe, ki bodo vnašale pridobljene podatke z njihovimi kontaktnimi številkami. Saj se je v času pilota izkazalo, da imamo ta podatek samo za ZD, za ostale izvajalce smo imeli pa kontakt samo odgovorne osebe, ki praviloma niso znale odgovoriti na vprašanja s strani NIJZ, ker vsebin niso vnašale. Zmeda je nastala tudi zaradi pošiljana navodil glede samega izvajanja Programa z različnih naslovov elektronske pošte. Zato je potrebno usklajeno predhodno medsebojno komuniciranje o spremembah in dogovorih o pilotni izvedbi, ki so se oblikovale v času samega pilotiranja.

Na začetku pilotnega izvajanja so se pojavljale težave z uporabo 1ke, saj se je večina izvajalcev z aplikacijo prvič srečala. Menimo, da bi bilo v bodoče dobro, da se izvajalce v manjših skupinah inštuira glede uporabe 1ke ali podobnih aplikacij. Posledično potem izvajalci lažje pokličejo za pomoč, če vedo koga bodo na drugi strani »slušalke« dejansko dobili. Primer dobre prakse predstavlja Urad za delo Vrhnika, ki so nas zaradi nepoznavanja spletnega programskega orodja 1-ka povabili na predstavitev. Z razlago se bili zelo zadovoljni ter praktično niso potrebovali nadaljnje pomoči pri vnašanju.

Zaradi različno zmogljivih računalnikov z različno programsko opremo nekateri izvajalci niso mogli dostopati do same aplikacije. Lažje je bilo odpraviti težavo s telefonskim pogovorom kot na primer po elektronski pošti.

Izvajalci so bili zaradi obremenjenosti rednega dela zelo v stiski s časom. Kar izkazuje tudi poročilo o spremljanju pilota za urbano/ruralno pilotno okolje. Zaradi svoje obremenjenosti so potrebovali stalno spodbudo za vnašanje podatkov. Izvajalci so veliko naredili in izvajali po naših navodilih, vendar jim je za vnašanje podatkov preprosto zmanjkalo časa, tako so se podatki vnašali še po koncu pilotnega obdobja. Kljub spodbudam jim je bilo potrebno pomagati pri vnašanju njihovih izpisov iz sistema.

Velik del spodbude pa so v pilotnih okoljih predstavljali tudi izvajalci drug drugemu, ki so si medsebojno pomagali.

Uporabljena literatura in viri

1. Vračko P in Rožič M (ur.). Pilotno testiranje programa integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih [Elektronski vir] : priročnik za spremljanje z opredelitvijo kazalnikov. - El. knjiga. - Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2016. Dostopno na: http://www.skupajzazdravje.si/media/spremljanjeinkazalnikipilotnegatestiranja_program.integrirane_preventive.knb.pdf
2. Rožič M, Kralj M in Vračko P. Poročilo o poteku pilotnega testiranja Programa integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih. Ruralno okolje ZD Sevnica in ZD Vrhnika. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2016. Dostopno na: http://www.skupajzazdravje.si/media/porociloopotekupilotnegatestiranja_ruralnookolje_program.integrirane_preventive.knb.pdf

3. Rožič M, Kralj M in Vračko P. Poročilo o poteku pilotnega testiranja Programa integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih. Urbano okolje ZD Celje. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2016. Dostopno na: http://www.skupajzazdravje.si/media/porociloopotekupilotnegatestiranja_urbanookolje_program.integrirane.preventive.knb.pdf
4. Vračko P, Buzeti T, Maučec Zakotnik J, Paulin M, Milavec M, Poličnik R, Zaletel J, Vrbošek S, Horvat M, Čuš B, Hočevart, Knific T, Djomba JK, Kralj M in Rožič M. Spremljanje in evalvacija. V: Farkaš Lainščak J, Huber I, Maučec Zakotnik J, Sedlar N, Vrbošek S (ur.). Program integrirane preventive KNB in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih pilotno testiranje integriranih procesov vključevanja in obravnav ciljne populacije v okviru projekta Skupaj za zdravje - (Projekt Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju odraslih). [El. knjiga] Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015. Dostopno na: http://www.skupajzazdravje.si/media/e_verzija_prirocnik_program.integrirane.preventive.knb_2015.pdf